

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าความคิดเห็นของบุคลากรผู้รับผิดชอบต่อการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นสู่องค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดชัยนาท เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2550 การศึกษาเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรผู้รับผิดชอบต่อการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นสู่องค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดชัยนาท ใช้แบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ชุดที่ 1 สำหรับคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ จำนวน 109 คน ได้รับแบบสอบถามคืน จำนวน จำนวน 107 คิดเป็น ร้อยละ 98.2 ชุดที่ 2 สำหรับ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย (ศสช./สอ.) จำนวน 50 คน ได้รับแบบสอบถามคืน จำนวน 46 คน คิดเป็น ร้อยละ 92.0 การศึกษาเชิงคุณภาพ ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ จำนวน 8 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 6 คน โดยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึกจากแนวคำถามปลายเปิด การสังเกตใช้ทั้งการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ ผลการศึกษาประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ
2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 2 บริบทการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

จังหวัดชัยนาท

2.1 บริบททั่วไปของพื้นที่ศึกษา

2.2 บริบทขององค์การบริหารส่วนตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัยที่รับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

2.3 บริบทการดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย

2.4 บริบทการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

ส่วนที่ 3 ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

3.1 ความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

3.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

3.1 คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ

3.1.1 บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารฯ

3.1.2 แนวทางการบริหารจัดการงบประมาณ

กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

3.1.3 การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานกิจกรรม

บริการสุขภาพ ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพ

3.2 บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ
สถานีอนามัย

3.2.1 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

3.2.2 แนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคจากการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพ
ในระดับท้องถิ่น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

ในการนำเสนอข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ จำนวน 8 คน ได้แก่ นายก
องค์การบริหารส่วนตำบลได้รับการแต่งตั้งให้เป็นประธานคณะกรรมการ จำนวน 5 คน และปลัด
องค์การบริหารส่วนตำบลได้รับการแต่งตั้งเป็นเลขานุการและคณะกรรมการ จำนวน 3 คน

1.2 บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศสช./สอ. ที่เป็นหัวหน้าสถานบริการ
และเป็นคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ จำนวน 6 คน

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรผู้รับผิดชอบต่อการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล จังหวัดชัยนาท ผู้ศึกษาได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรของ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง การเข้าร่วมประชุมระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น การร่วมวางแผนหรือดำเนินงานกิจกรรมแก้ไขปัญหาร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสาร

เพื่อจำแนกลักษณะของกลุ่มตัวอย่างคณะกรรมการบริหารฯ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 74.8) มีอายุระหว่าง 41 – 45 ปี (ร้อยละ 20.6 อายุเฉลี่ย 47.36 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.59 อายุสูงสุด 72 ปี อายุต่ำสุด 29 ปี) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 89.7) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 31.8) ส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 44.9) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท (ร้อยละ 51.4 รายได้เฉลี่ยต่อคน 9,916.04 บาท สูงสุด 50,000 บาท รายได้ต่ำสุด 500 บาท) อยู่ในวาระดำรงตำแหน่งคณะกรรมการบริหารฯมาแล้ว 11 เดือน ส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมประชุมระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (ร้อยละ 86.9) เข้าร่วมประชุมเฉลี่ย 3.4 ครั้ง/ปี ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 12 ครั้ง เคยร่วมวางแผนหรือดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 87.6) เข้าร่วมวางแผนหรือดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข 3.3 ครั้งต่อปี ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 12 ครั้ง ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (ร้อยละ 99.1) แหล่งข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่ที่ได้รับจากการประชุม การอบรม และคู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (ร้อยละ 66.7 57.6 และ 49.5 ตามลำดับ)

กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน ศสช./สอ. พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.3) มีอายุระหว่าง 31 – 35 ปี (ร้อยละ 28.3 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 32.34 ปี สูงสุด 48 ปี ต่ำสุด 21 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.77) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 52.2) มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 76.1) ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (ร้อยละ 34.8) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท (ร้อยละ 41.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อคน 14,002.29 บาท สูงสุด 29,000 บาท ต่ำสุด 6,000 บาท) มีอายุราชการเฉลี่ย 11.39 ปี สูงสุด 28 ปี ต่ำสุด 1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.9 เคยเข้าร่วมในการประชุมกับ อบต. (ร้อยละ 58.7) จำนวนครั้งที่เข้าเคยเข้าร่วมประชุมเฉลี่ย 3.85 ครั้ง สูงสุด 15 ครั้ง ต่ำสุด 1 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.97 ส่วนมากเคยร่วมวางแผนและดำเนินการกิจกรรมแก้ไขปัญหาร่วมกับอบต. มากถึง (ร้อยละ 60.9) จำนวนครั้งเฉลี่ยต่อคนที่เคยร่วมวางแผน 3.39 ครั้ง สูงสุด 15 ครั้ง ต่ำสุด 1 ครั้ง ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.72 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (ร้อยละ 80.4) จำนวนครั้งเฉลี่ยต่อคนที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร 2.97 ครั้ง สูงสุด 12 ครั้ง ต่ำสุด 1 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.58 ส่วนมากได้รับข้อมูลข่าวสารจากการประชุม ผู้บังคับบัญชา และคู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (ร้อยละ 67.6 59.5 และ 56.8 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากรคณะกรรมการบริหารฯ และบุคลากรสาธารณสุขจำแนกตามจำนวนและร้อยละ

	ข้อมูลทั่วไป	คณะกรรมการบริหารฯ		บุคลากรสาธารณสุข	
		บริหารฯ		จำนวน (n = 46)	ร้อยละ
		จำนวน (n = 107)	ร้อยละ		
เพศ	ชาย	80	74.8	10	21.7
	หญิง	27	25.2	36	78.3
อายุ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี	-	-	6	13.0
	26 – 30 ปี	3	2.8	12	26.1
	31 – 35 ปี	8	7.5	13	28.3
	36 – 40 ปี	16	15.0	8	17.4
	41 – 45 ปี	22	20.6	6	13.0
	46 – 50 ปี	21	19.6	1	2.2
	51 – 55 ปี	14	13.1	-	-
	56 – 60 ปี	14	13.1	-	-
	มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	9	8.4	-	-

(อายุคณะกรรมการบริหารฯ เฉลี่ย 47.36 ปี Max = 72 ปี, Min = 29 ปี SD = 9.59)

(อายุบุคลากรสาธารณสุขเฉลี่ย 32.34 ปี Max = 48 ปี Min = 21 ปี SD = 6.77)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	คณะกรรมการ บริหารฯ		บุคลากรสาธารณสุข	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n = 107)		(n = 46)	
สถานภาพการสมรส				
สมรส	96	89.7	24	52.2
โสด	5	4.7	19	41.3
หม้าย	5	4.7	2	4.3
หย่า	1	0.9	1	2.2
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ประถมศึกษา	34	31.8	-	-
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	18	16.8	-	-
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	26	24.3	-	-
ประกาศนียบัตรหรือเทียบเท่า	4	3.7	10	21.7
ปริญญาตรี	18	16.8	35	76.1
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.9	1	2.2
อื่นๆ ระบุ กำลังศึกษาต่อ	5	4.7	-	-
อาชีพ				
เกษตรกร	48	44.9	NA	NA
สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล	16	15.0	NA	NA
ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ	15	14.0	NA	NA
ค้าขาย	10	9.3	NA	NA
ข้าราชการการเมืองส่วนท้องถิ่น	8	7.5	NA	NA
รับจ้างทั่วไป	5	4.7	NA	NA
ธุรกิจส่วนตัว	3	2.8	NA	NA
ข้าราชการบำนาญ	1	0.9	NA	NA
พนักงานราชการ	1	0.9	NA	NA

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	คณะกรรมการบริหารฯ		บุคลากร	
	จำนวน (n = 107)	ร้อยละ	จำนวน (n=46)	ร้อยละ
การดำรงตำแหน่งปัจจุบัน				
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	NA	NA	16	34.8
พยาบาลวิชาชีพ	NA	NA	10	21.7
นักวิชาการสาธารณสุข	NA	NA	9	19.6
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	NA	NA	8	17.4
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชุมชน	NA	NA	3	6.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
น้อยกว่า 1,000 บาท	2	1.9	-	-
1,001 – 5,000 บาท	55	51.4	-	-
5,001 – 10,000 บาท	17	15.9	12	26.1
10,001 – 15,000 บาท	12	11.2	19	41.3
15,001 – 20,000 บาท	7	6.5	9	19.6
20,001 – 25,000 บาท	9	8.4	5	10.8
25,001 – 30,000 บาท	2	1.9	1	2.2
มากกว่า 30,000 บาท	3	2.8	-	-
รายได้ของคณะกรรมการบริหารฯ เฉลี่ยต่อเดือน 9,916.04 บาท (Max =50,000 บาท Min =500 บาท)				
รายได้ของบุคลากรสาธารณสุขเฉลี่ยต่อเดือน 14,002.39 บาท (Max =29,000 บาท Min =6,000 บาท)				
รายเฉลี่ยต่อเดือนภาคกลาง 19,279 บาท*				
รายเฉลี่ยต่อเดือน ประเทศ 17,787 บาท*				
คณะกรรมการบริหารฯ ดำรงตำแหน่ง 11 เดือน				
อายุราชการของบุคลากรสาธารณสุขเฉลี่ย เท่ากับ 11.39 ปี Max = 28 ปี , Min = 1 ปี , SD = 6.91				
การเข้าร่วมในการประชุมระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น				
เคย	93	86.9	NA	NA
ไม่เคย	14	13.1	NA	NA
(เคยเข้าร่วมประชุม เฉลี่ย 3.4 ครั้ง/ปี Max =12 ครั้ง, Min = 1 ครั้ง, SD = 2.94)				
การร่วมวางแผนและดำเนินงานกิจกรรมแก้ไขปัญหาร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล				
เคย	94	87.9	NA	NA
ไม่เคย	13	12.1	NA	NA
(เคยร่วมวางแผนเฉลี่ย 3.3 ครั้งต่อปี Max = 12 ครั้ง, Min = 1 ครั้ง , SD = 2.83)				

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	คณะกรรมการ		บุคลากร	
	บริหารฯ		สาธารณสุข	
	จำนวน (n = 107)	ร้อยละ	จำนวน (n=46)	ร้อยละ
การเข้าร่วมในการประชุมกับ อบต.				
เคย	NA	NA	27	58.7
ไม่เคย	NA	NA	19	41.3
(เคยเข้าร่วมประชุม เฉลี่ย 3.85 ครั้ง/ปี Max = 15 ครั้ง, Min = 1 ครั้ง, SD = 3.97)				
การร่วมวางแผนและดำเนินงานกิจกรรมแก้ไขปัญหา ร่วมกับ อบต.				
เคย	NA	NA	28	60.9
ไม่เคย	NA	NA	18	39.1
(เคยร่วมวางแผน เฉลี่ย 3.39 ครั้ง Max = 15 ครั้ง, Min = 1 ครั้ง, SD = 3.72)				
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น				
เคย	NA	NA	37	80.4
ไม่เคย	NA	NA	9	19.6
(คณะกรรมการฯ เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเฉลี่ย 3.6 ครั้ง Max = 20 ครั้ง, Min = 1 ครั้ง, SD = 3.09)				
(บุคลากรสาธารณสุขเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเฉลี่ย 2.97 ครั้ง Max = 12 ครั้ง, Min = 1 ครั้ง, SD = 2.58)				
ผู้ที่เคยได้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร		(N = 99)	(N=37)	
การประชุม	66	66.7	25	67.6
การอบรม	57	57.6	17	45.9
คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น	49	49.5	21	56.8
โทรทัศน์	38	38.4	12	32.4
สิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ แผ่นปลิว	34	34.3	12	32.4
เอกสารวิชาการ	23	23.2	11	29.7
เพื่อนร่วมงาน	22	22.2	17	45.9
หนังสือพิมพ์	18	18.2	5	13.4
วิทยุ	15	15.2	3	8.1
ผู้บังคับบัญชา	13	13.1	22	59.5
อื่นๆ	6	6.1	1	2.7
อินเทอร์เน็ต	5	5.1	10	37.0

หมายเหตุ : NA หมายถึง ไม่มีข้อความในกลุ่มตัวอย่าง

* สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ส่วนที่ 2 บริบทการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จังหวัดชัยนาท

ข้อมูลบริบททั่วไปของพื้นที่ศึกษา และการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ผู้ศึกษาได้ใช้การสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ จำนวน 8 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 6 การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้ผลการศึกษาดังนี้

2.1 บริบททั่วไปของพื้นที่ศึกษา

จังหวัดชัยนาทจังหวัดเป็นหนึ่งในภาคกลางตอนบนอยู่บริเวณริมฝั่งซ้ายของแม่น้ำเจ้าพระยา อยู่เหนือสุดของภาค แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 6 อำเภอ และ 2 กิ่งอำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอมนอรัมย์ อำเภอวัดสิงห์ อำเภอสรรพยา อำเภอสรรคบุรี อำเภอหันคา กิ่งอำเภอหนองมะโมง และกิ่งอำเภอเนินขาม มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดังนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ทั้งสิ้น 51 แห่ง และ เทศบาล จำนวน 9 แห่ง ลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นพื้นที่ราบลุ่มแม่น้ำ มีแม่น้ำเจ้าพระยา แม่น้ำท่าจีน แม่น้ำน้อย ไหลผ่านพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วทุกอำเภอ เหมาะสำหรับการประกอบอาชีพเกษตรกรรม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2550)

ประชากรในจังหวัดชัยนาท มีประมาณ 340,129 คน ประชากรส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพเกษตรกรรมสูงถึง ร้อยละ 80 มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากร 43,877 บาทต่อคนต่อปี หรือ 3,656.42 บาทต่อคนต่อเดือน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธพบได้จากมีศาสนสถานกระจายอยู่แทบทุกหมู่บ้าน

ข้อมูลสถานบริการด้านสุขภาพ จากการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ และจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม พบว่า จังหวัดชัยนาทมีสถานบริการด้านสุขภาพ ดังนี้ โรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นโรงพยาบาลขนาดทั่วไป 1 แห่ง ตั้งอยู่ที่อำเภอเมือง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 แห่ง กระจายใน 6 อำเภอ โดยที่กิ่งอำเภอหนองมะโมงและกิ่งอำเภอเนินขามยังไม่มีโรงพยาบาลชุมชน ประชาชนในพื้นที่กิ่งอำเภอหนองมะโมงมาใช้บริการที่โรงพยาบาลวัดสิงห์ในอำเภอวัดสิงห์ และกิ่งอำเภอเนินขามประชาชนมาใช้บริการที่โรงพยาบาลหันคา อำเภอหันคา มี ศสช./สอ. จำนวน 72 แห่ง กระจายในทุกตำบลของจังหวัดชัยนาท เพื่อจัดบริการด้านสุขภาพให้ประชาชนในระดับพื้นที่

ข้อมูลด้านสุขภาพะ จากการเก็บข้อมูลทุติยภูมิ พบว่า ในปีที่ผ่านมา ประชาชนในพื้นที่จังหวัดชัยนาท ประชากรในส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก ซึ่งในแต่ละพื้นที่จะมีการรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคติดต่อ เช่น โรคไข้เลือดออกเป็นระยะๆ สำหรับโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่ที่พบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคเบาหวาน เนื่องจากได้มีนโยบายเมืองไทยแข็งแรง กำหนดให้มีการ

ดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคเบาหวาน ส่งผลให้มีการพบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2550)

2.2 บริบทขององค์การบริหารส่วนตำบลและศูนย์สุขภาพหรือสถานีนอนามัยที่รับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 บริบทขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)

จังหวัดชัยนาท มี อบต.ทั้งสิ้น 51 แห่ง เป็นหน่วยงานในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ได้จัดตั้งระหว่างปี พ.ศ. 2538 – 2540 ในปีงบประมาณ 2550 (ตุลาคม 2549) มี อบต. นำร่องที่รับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ทั้งหมด 8 แห่ง กระจายใน 6 อำเภอ กับ 2 กิ่งอำเภอ ได้แก่ อบต.ธรรมมาวุธ อ. เมือง อบต.ไร่พัฒนา อ.มโนรมย์ อบต.หาดอาษา อ.สรรพยา อบต.วังหมัน อ.วัดสิงห์ อบต.ห้วยกรด อ.สรรคบุรี อบต.หนองแซง อ.หันคา อบต.วังตะเคียน กิ่ง อ.หนองมะโมง และอบต.เนินขาม กิ่งอ.เนินขาม ซึ่งเป็นอบต.ขนาดเล็ก ทั้ง 8 แห่ง มีประชากรไม่เกิน 10,000 คน มีการจัดเก็บรายได้และเงินอุดหนุนได้ปีละไม่เกิน 20 ล้านบาท เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และพื้นที่ส่วนใหญ่เป็น เป็นพื้นที่ทำการเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่

สภาพแวดล้อมทางด้านโครงสร้างของอบต. พบว่า อบต. ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในชุมชน มีพื้นที่โล่ง มีอากาศถ่ายเทสะดวก พื้นที่กว้างเป็นสัดส่วนของตนเอง มีการปลูกต้นไม้หรือจัดสวนหย่อม ต้นไม้ที่ปลูกก็เป็นจำพวกไม้ที่ให้ความร่มรื่น สวยงามแก่ผู้มาติดต่อราชการ ซึ่งจะพบได้บริการทางเข้า ข้างสนาม และบริเวณรอบตัวอาคาร ซึ่งการดูแลรักษาต้นไม้ จะทำโดยอาสาสมัครจ้างชั่วคราวขององค์การบริหารส่วนตำบลแต่ละแห่ง สภาพตัวอาคารสำนักงานอบต. ส่วนใหญ่จะเป็นตึกชั้นเดียว และมีบางที่ที่สร้างเป็นแบบตึกสองชั้น (ดังแสดงในภาพที่ 2)

ภาพที่ 2 องค์การบริหารส่วนตำบล



สภาพภายในตัวอาคาร พบว่า อบต. ส่วนใหญ่สภาพภายในตัวอาคารจะเปิดออกเป็นส่วน ใช้สำหรับเป็นที่ทำงานของบุคลากรในหน่วยงาน โดยได้แยกในแต่ละส่วนงานอย่างชัดเจน และมีห้องประชุมสำหรับประชุมสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล

โครงสร้างการทำงานของอบต. พบว่า มีโครงสร้างการบริหารจัดการแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สภากองการบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่เป็นฝ่ายนิติบัญญัติขององค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วย สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล มาจากหมู่บ้านละ 2 คน

ส่วนที่ 2 คณะผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่เป็นฝ่ายบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วย นายกองการบริหารส่วนตำบล 1 คน รองนายกองการบริหารส่วนตำบล 2 คน โดยสภากองการบริหารส่วนตำบลเป็นผู้เลือกตามที่กฎหมายกำหนด แล้วเสนอให้อำเภอแต่งตั้ง โดยมีปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นเลขานุการคณะกรรมการ:

“โครงสร้างของอบต. มีการแบ่งออกเป็น 2 ส่วน สภากองการบริหารส่วนตำบล ก็จะมีสมาชิกอบต. เลือกตั้งมาหมู่บ้านละ 2 คน และอีกส่วนหนึ่ง ก็คณะผู้บริหารอบต. มีนายกองการบริหารส่วนตำบล และรองนายกองการบริหารส่วนตำบล 2 คน โดยสภากองการบริหารส่วนตำบลคัดเลือก แล้วเสนอให้อำเภอแต่งตั้ง และให้ผม ปลัดเป็นเลขานุการคณะกรรมการ ทำหน้าที่เป็นฝ่ายบริหารของอบต.” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 อบต.)

ด้านบุคลากร จากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและข้อมูลทุติยภูมิ พบว่า อบต. ส่วนใหญ่มีบุคลากรเฉลี่ยต่อแห่ง จำนวน 23 คน สูงสุด จำนวน 28 คน ต่ำสุด 14 คน ประกอบด้วย บุคลากรที่เป็นข้าราชการนักรเมืองส่วนท้องถิ่น ข้าราชการส่วนท้องถิ่น และพนักงานราชการอัตราจ้าง ลูกจ้างตามภารกิจ ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในท้องถิ่นนั้น จากความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกันทำให้มีการทำงานร่วมกันแบบพี่น้อง และความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบลกับประชาชนเปรียบเสมือนเครือญาติ ตามสภาพความเป็นอยู่ของชาวชนบท ในช่วงเวลาพักกลางวัน เจ้าหน้าที่ อบต. ได้มีการปรุงอาหารกลางวัน และรับประทานอาหารร่วมกันในสำนักงาน

อบต. ได้มีการจัดส่วนสาธารณสุข เพื่อจัดกิจกรรมบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชน มีการกำหนดกรอบอัตราค่าจ้างสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ระดับ 2 - 5 ซึ่งในปัจจุบันอบต.ยังไม่มีบุคลากรสาธารณสุขโอนมาปฏิบัติงาน เนื่องจากไม่ได้มีการเปิดรับสมัครเป็นการทั่ว เพียงแต่ได้มีการกำหนดกรอบไว้เท่านั้น :

“อย่างผมบอกเลย อย่างสาธารณสุขผมตั้งกรอบไว้ตั้งแต่สองปียังไม่มีคนมา
ไม่ยอม โอนมา สาธารณสุขชุมชน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 อบต.)

ในส่วนของบุคลากรที่ไม่โอนย้ายมาปฏิบัติใน อบต. ตามตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เนื่องจาก อบต.มีการกำหนดกรอบอัตราค่าจ้างในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 – 5 จะมีความก้าวหน้าน้อยกว่าปฏิบัติงานที่ ศสช./สอ.

“ทุกอบต.จะเหมือนกันหมดเลย กำหนดกรอบแค่จพ. 2 – 5 แค่นั้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 จนท.สาธารณสุข)

2.2.2 บริบทศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย

ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย (ศสช./สอ.) ในจังหวัดชัยนาท เป็นหน่วยงานในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีทั้งหมด 72 แห่ง เป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ที่ให้บริการด้านสาธารณสุขขั้นปฐมภูมิแก่ประชาชนในระดับพื้นที่ ซึ่งมีสายการบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และนายอำเภอ สำหรับ ศสช./สอ. ที่อยู่ในพื้นที่ อบต. ที่ดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีจำนวน 15 แห่ง ใน 6 อำเภอ กับ 2 กิ่งอำเภอ ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ชุมชนประชาชนสามารถเดินทางมารับบริการได้สะดวก ตั้งอยู่ไม่ห่างจาก อบต. มากนัก สามารถไปมาติดต่อประสานงานได้สะดวก

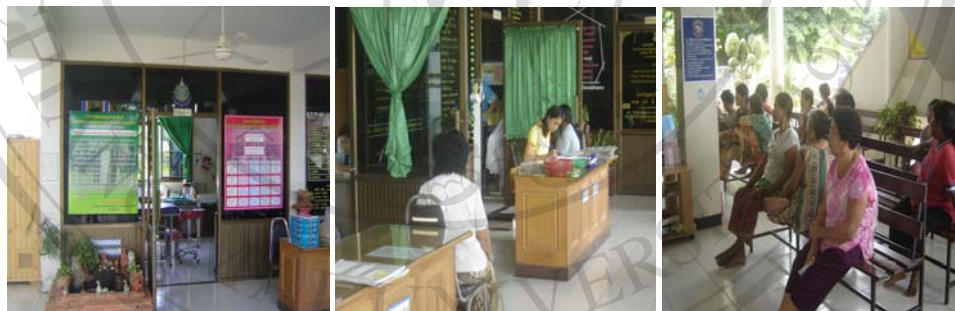
สภาพแวดล้อมภายใน ศสช./สอ. พบว่า ส่วนใหญ่สภาพตัวอาคารสร้างเป็นแบบตึกสองชั้นทุกแห่ง ตั้งอยู่ในชุมชน มีการต่อเติมชั้นล่าง มีพื้นที่เป็นสัดส่วนของตัวเอง มีการจัดสวนหย่อมเล็กๆ ในบริเวณใกล้ตัวอาคาร ซึ่งจะพบได้ตามทางเข้า ช้างสนาม และบริเวณรอบตัวอาคาร เพื่อความสวยงามแก่ ผู้มารับบริการ บริเวณด้านนอกตัวอาคารเป็นพื้นที่โล่ง มีรั้วรอบ (ดังแสดงในภาพที่ 3)

ภาพที่ 3 ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนอนามัย



ภายในตัวอาคารแบ่งออกเป็น 2 ส่วน พื้นที่ชั้นล่าง สำหรับจัดบริการเพื่อความสะดวกให้กับประชาชน อาคารถ่ายเทสะดวก (ดังแสดงในภาพที่ 4) ซึ่งแต่เดิมก่อนการต่อเติมชั้นล่าง มีการจัดบริการให้แก่ผู้รับบริการชั้นบน ผู้รับบริการต้องเดินขึ้นบันไดไปรับบริการใน ชั้นบนของตัวอาคารเกิดความไม่สะดวกแก่ผู้มารับบริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และผู้พิการ

ภาพที่ 4 ภายในตัวอาคารศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนอนามัย (ชั้นล่าง)



พื้นที่ชั้นบนของ ศสช./ สอ. จึงปรับปรุงเป็นตัวสำนักงานสำหรับการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข เป็นห้องประชุม และห้องศูนย์ข้อมูลข่าวสาร (ดังแสดงในภาพที่ 5)

ภาพที่ 5 ภายในตัวอาคารศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนอนามัย (ชั้นบน)



โครงสร้างองค์กรของ ศสช./สอ. พบว่า ไม่มีการแบ่งโครงสร้างการทำงาน ภายในอย่างชัดเจน จะมีเพียงการแบ่งบทบาทหน้าที่กัน ดังนี้ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ มีดังนี้

1. งานบริการสาธารณสุขผสมผสาน ให้บริการและพัฒนาคุณภาพ การบริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งในสถานบริการและในชุมชน ครอบคลุม 4 กลุ่มงาน คือ งานส่งเสริมสุขภาพ งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น งานควบคุมและป้องกันโรค และงานฟื้นฟูสภาพดูแลผู้ป่วยพิการและผู้ป่วยเรื้อรัง
2. งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาคุณภาพชีวิต
3. งานพัฒนาให้ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพ
4. งานบริหาร ซึ่งประกอบด้วย การบริหารงานทั่วไป การประสานงานและ ประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบสาธารณสุข และการดำเนินงาน ทางกฎหมาย
5. งานแผนงานและวิชาการ ประกอบด้วย การวางแผนและประเมินผล การวิจัย พัฒนาบุคลากร และนิเทศ ติดตามงาน
6. การพัฒนาแหล่งวิชาการ
7. งานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

จากการสัมภาษณ์ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่ศสช./สอ. มีภาระงานมาก ต้องแบกรับภาระงานทุกอย่าง ดังคำกล่าวที่ว่า :

“เหนื่อย.. งานเราเยอะ เราต้องทำทุกอย่าง ที่อนามัยนี้ พี่อยู่กันไม่กี่คนต้องทำงานกันเยอะมาก ก็ช่วยๆ กันทำไป พี่เองส่วนมากก็ไปประชุม ก็ได้น้องเค้าช่วยกันทำงาน ว่าจะขอคนมาเพิ่มอีกไม่รู้จะได้หรือเปล่า”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 จนท.สาธารณสุข)

สำหรับจำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน ศสช./สอ. มีจำนวนเฉลี่ยในแต่ละแห่ง 3 คน สูงสุด 7 คนต่อแห่ง ต่ำสุดมี 2 คนต่อแห่ง ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่อำเภอเดียวกันกับที่ตั้ง ศสช./สอ. และมีส่วนใหญ่ที่เป็นคนในพื้นที่ตำบลเดียวกัน ส่วนใหญ่มีตำแหน่งต่างๆ ดังนี้ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน โดยมีตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน ศสช./สอ. เพียง 3

แห่ง การทำงานบุคลากรในแต่ละตำแหน่งสามารถทำงานทดแทนกันได้เมื่อเจ้าหน้าที่อีกคนไม่อยู่ ลาพักผ่อน หรือไปราชการ เมื่อมีงานมอบหมายมาบุคลากรแต่ละคนจะช่วยกันทำงานจนสำเร็จ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรด้วยกันมีความสัมพันธ์แบบพี่น้องกัน ซึ่งสังเกตได้จากการพูดคุยสื่อสารกัน จะใช้คำว่า “พี่ครับ ... พี่คะ...” นำหน้าเสมอ

2.3 บริบทการดำเนินงานด้านสุขภาพของ อบต. และสชช./สอ.

อบต. และสชช./สอ. มีการดำเนินงานด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ดังนี้

การดำเนินงานด้านสุขภาพของ อบต. พบว่า ก่อนรับนโยบายนำร่องการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ อบต. ในจังหวัดชัยนาท มีการดำเนินงานด้านสุขภาพในบางส่วนที่จัดบริการให้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยกำหนดไว้ในข้อบัญญัติของอบต. เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค มีการตั้งงบประมาณมาดำเนินการ เช่น การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การป้องกันโรคไข้เลือดออก การควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยยังไม่ได้มีการกำหนดเป็นแผนงาน โครงการอย่างชัดเจนในระดับนโยบาย และกิจกรรมต่างๆ ด้านสุขภาพยังไม่ได้จัดตั้งคณะกรรมการด้านนี้เพื่อทำหน้าที่ดำเนินการ :

“ยืนยันว่า การส่งเสริมสุขภาพ อบต. ได้ทำก่อนหลักประกันสุขภาพ หนึ่งการดูแลผู้สูงอายุ อุดหนุนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ อยู่ในการรักษาด้วยส่วนหนึ่ง อย่างของชมรมเนี่ยะ เราให้ไปไม่ได้ให้ไปใช้ เราให้ไปดูแลกันด้วย ดูแลในการเจ็บป่วยในการเยี่ยมเยียนกันด้วย ดูแลในนั้นด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 อบต.)

“ก็ส่วนหนึ่งอบต. ก็มีงบของอบต. อยู่ ทำ ก็ทำอะไรในบางส่วน เช่น การควบคุมโรคไข้เลือดออก อบต. ก็ตั้งงบส่วนของอบต. ที่ดำเนินการเองด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 อบต.)

ในส่วนการดำเนินงานด้านสุขภาพของ สชช./สอ. พบว่า มีการจัดบริการสาธารณสุขทั้งในสถานบริการและในชุมชน สำหรับในสถานบริการมีการจัดบริการครอบคลุมกิจกรรมการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ

ส่วนการจัดบริการในชุมชนจะเป็นการจัดบริการในลักษณะที่เน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การป้องกันโรคและควบคุมโรคติดต่อ เช่น การควบคุมโรคไข้เลือดออก และโรคไม่ติดต่อ เช่น การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งงบประมาณที่นำมาใช้ในการจัดบริการสาธารณสุข ได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า :

“จัดบริการในสถานพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ในชุมชนก็จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ออกเยี่ยมบ้าน นั่นก็ใช้เงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 จนท.สาธารณสุข)

ความสัมพันธ์และการดำเนินด้านสุขภาพร่วมกันระหว่างอบต. กับ ศสช./สอ. พบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการประสานงานกัน บุคลากรทั้งสองหน่วยงานไม่มีปัญหา ทำงานด้วยกันได้ บุคลากรทั้งสองหน่วยงานมีการทำกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกันอยู่เสมอ เช่น การควบคุมโรคไข้เลือดออก การออกไปประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน :

“มีแผนไว้ก่อน เพียงแต่ว่าเดือนไหนพ่น เดือนๆไหนพ่น รู้สึกรู้ว่ามีเกิดลูกเงินในกรณีมีผู้ป่วยไข้เลือดออกลูกเงินก็ต้องไปพ่นในรัศมี 100 เมตร หมอนอนามัย เขาก็ออกด้วยก็จะไปทำการสำรวจลูกน้ำยังลาย สอบสวนโรค”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 อบต.)

“สาธารณสุข กับ อบต. ไปกันได้ ก็คือตรงนี้มันไม่มีปัญหาอะไร ถ้าเป็นความสัมพันธ์ที่เป็นที่หนึ่งของอำเภอ.... สาธารณสุขกับอบต. มีความสัมพันธ์กันดี ทำงานด้วยกันได้ดี ไม่มีปัญหา โดยเฉพาะการประสานงานในเรื่องต่างๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 จนท.สาธารณสุข)

นอกจากนี้ยังพบว่า อบต. มีการสนับสนุนงบประมาณให้กับศสช./สอ. โดยการโอนงบประมาณสนับสนุนเป็นรายปี หรือให้ศสช./สอ. จัดทำแผนงาน โครงการเพื่อรับการสนับสนุนงบประมาณด้วย :

“ของอบต. จริงๆ เราสนับสนุนปีหนึ่งให้ออนามัยนะครับ หลายแสน ให้เขาจัดทำโครงการมาดูแลสุขภาพของประชาชน มาขอรับสนับสนุน ก่อนที่จะมีกองทุนนี้ ... งบประมาณเราก็บอก ปอ(ปลัด อบต.) อีไหนที่เราจะอุดหนุนช่วยเหลือชาวบ้านได้ และก็อนามัยให้เขาไปเลย ตรวจเช็คให้ดีให้ถูกต้อง”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 อบต.)

“ทางอบต.เขาตั้งบให้ทางอนามัยเขียนแผนงาน โครงการเพื่อที่จะทำในชุมชน หรือจะทำในสถานบริการก็ได้ เขาก็สนับสนุนดีไม่มีปัญหาอะไร”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 จนท.สาธารณสุข)

2.4 บริบทการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

ในการนำเสนอผลการศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

- ท้องถิ่น
- 2.4.1 ระยะเริ่มต้นการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
 - 2.4.2 การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ
 - 2.4.3 การบริหารจัดการงบประมาณ
 - 2.4.4 การจัดบริการการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

2.4.1 ระยะเริ่มต้นการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

จากข้อมูลการสัมภาษณ์และข้อมูลทุติยภูมิ พบว่า นายก อบต.เข้ารับนโยบายการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นในปีงบประมาณ 2549 ซึ่งนโยบายการถ่ายโอนภารกิจนี้ เป็นความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบล

ประเทศไทย กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนชุมชน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการดำเนินงานกิจกรรม เพื่อให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ :

“งานหลักประกันสุขภาพ เหนือ เราเป็นอบต. นาร่องของจังหวัดชัยนาท รับนโยบายงานหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นปี 2549 โดยทางสปสช.เชิญเราไปปรับมาที่กรุงเทพ พร้อมกับอบต.อีก 7 แห่งของจังหวัดเรา”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 อบต.)

อบต. ได้เริ่มดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นในปีงบประมาณ 2550 (ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2549) จำนวน 8 แห่ง กระจายครอบคลุม ใน 6 อำเภอ กับ 2 กิ่งอำเภอ โดยมี ศสช./ สอ. ในพื้นที่ อบต. จำนวน 15 แห่ง ทำให้การทำงานด้านสุขภาพของ อบต. มีการบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพประชาชนมีแผนงานความชัดเจนยิ่งขึ้น :

“นาร่องรับการถ่ายโอนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ของเราเริ่มต้นปีงบประมาณ 50 ทำให้งานของเรามีแผนงานที่ชัดเจนขึ้น”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 อบต.)

การถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นสู่ อบต. พบว่า คณะกรรมการบริหารฯ มีความคิดเห็นว่าการถ่ายโอนภารกิจเป็นสิ่งที่ดี ไม่เป็นการเพิ่มภาระให้กับบุคลากร อบต. โดยให้เหตุผลว่าเป็นหน้าที่ที่ อบต. ต้องดำเนินการอยู่แล้ว ในบางกิจกรรม อบต. เองสนับสนุนไม่ได้ พอได้ดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นแล้วสามารถทำได้ และประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ :

“ตรงนี้ผมว่าไม่ได้เพิ่มภาระ เพราะเรามีหน้าที่อยู่แล้วที่ต้องทำ แล้วมีสปสช. เข้ามาช่วยด้วยเนี่ยะ ผมคิดว่าเป็นสิ่งที่วิเศษที่สุดแล้ว ผมว่าดีมากเลย ผมยังโชคดี ที่ว่าได้เป็นตำบลนาร่อง”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 อบต.)

“ส่วนของอบต.เองเนี่ยะ คิดว่า ผมว่ามันดีนะ คือ หนึ่งกิจกรรมบางกิจกรรมที่อบต.เองไม่ได้สนับสนุนงบประมาณ หรืออาจจะอยู่นอกเหนืออำนาจหน้าที่

อะไรเนี่ยะ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพี่น้องประชาชน อย่างน้อยมันก็มีงบประมาณตรงนี้ไปทำได้ สอง ประชาชนจะมีส่วนร่วม เพราะว่าเรามีตัวแทนมาแต่ละหมู่ มาเป็นในรูปของคณะกรรมการ ก็ตัวแทนของหน่วยบริการ ซึ่งก็ให้เขามีส่วนร่วมที่เขาอยากจะแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้านไหนบ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 อบต.)

ในส่วนของบุคลากรสาธารณสุข ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความคิดเห็นว่าการถ่ายโอนภารกิจสู่ อบต. ในรูปแบบของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เป็นสิ่งที่ดี หลักการกระจายอำนาจให้ทุกฝ่ายเขามีส่วนร่วม ในการคิดแก้ไขปัญหา สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด และ เป็นการกระตุ้น อบต. ในการดำเนินการด้านสุขภาพสามารถทำงานได้รวดเร็ว โดยไม่ต้องรอคำสั่งจากเบื้องบน :

“ก็ดีนะ ผมว่าดีคือ หนึ่งการบริหารจัดการมันจะได้ภาพรวม มีทุกฝ่ายเข้ามาร่วม อีกประเด็นหนึ่ง คือกระตุ้นให้อบต. ได้รู้ว่าสิ่งที่จะต้องทำให้กับประชาชนในตำบลมีอะไรบ้าง มีเยอะแยะ อันนี้ คือข้อดี”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 จนท.สาธารณสุข)

“เห็นด้วย เพราะว่า ทำอะไรมันจะได้รวดเร็วขึ้น แก้ไขปัญหาได้ตรงจุดขึ้น ไม่ต้องรอคำสั่งจากเบื้องบน...ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการนี้ ค่อนข้างสูง ร่วมกันคิด ร่วมกันแก้ไขปัญหาว่าจะทำอะไร”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 จนท.สาธารณสุข)

“หลักการที่ดีเป็นการกระจายอำนาจ กระจายงาน ไปให้ท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 จนท.สาธารณสุข)

2.4.2 การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลทุกขุมิติ พบว่า หลังจากที อบต. รับนโยบายการถ่ายโอนภารกิจแล้ว ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพขึ้นในปีงบประมาณ 2550 เพื่อให้การดำเนินการรับการถ่ายโอนภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นได้บรรลุตามเกณฑ์ระเบียบกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ได้มี

การประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องและทำประชามติในหมู่บ้าน เพื่อทำการคัดเลือกคณะกรรมการผู้แทนหมู่บ้านจากประชาชนในแต่ละหมู่ จากนั้นก็ส่งรายชื่อคณะกรรมการให้สปสข. เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ หลังจากนั้นก็มีคณะกรรมการฯ จึงมีการประชุม เพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจ บทบาทหน้าที่ตามที่ สปสข. กำหนด พร้อมทั้งร่วมพิจารณากำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพ :

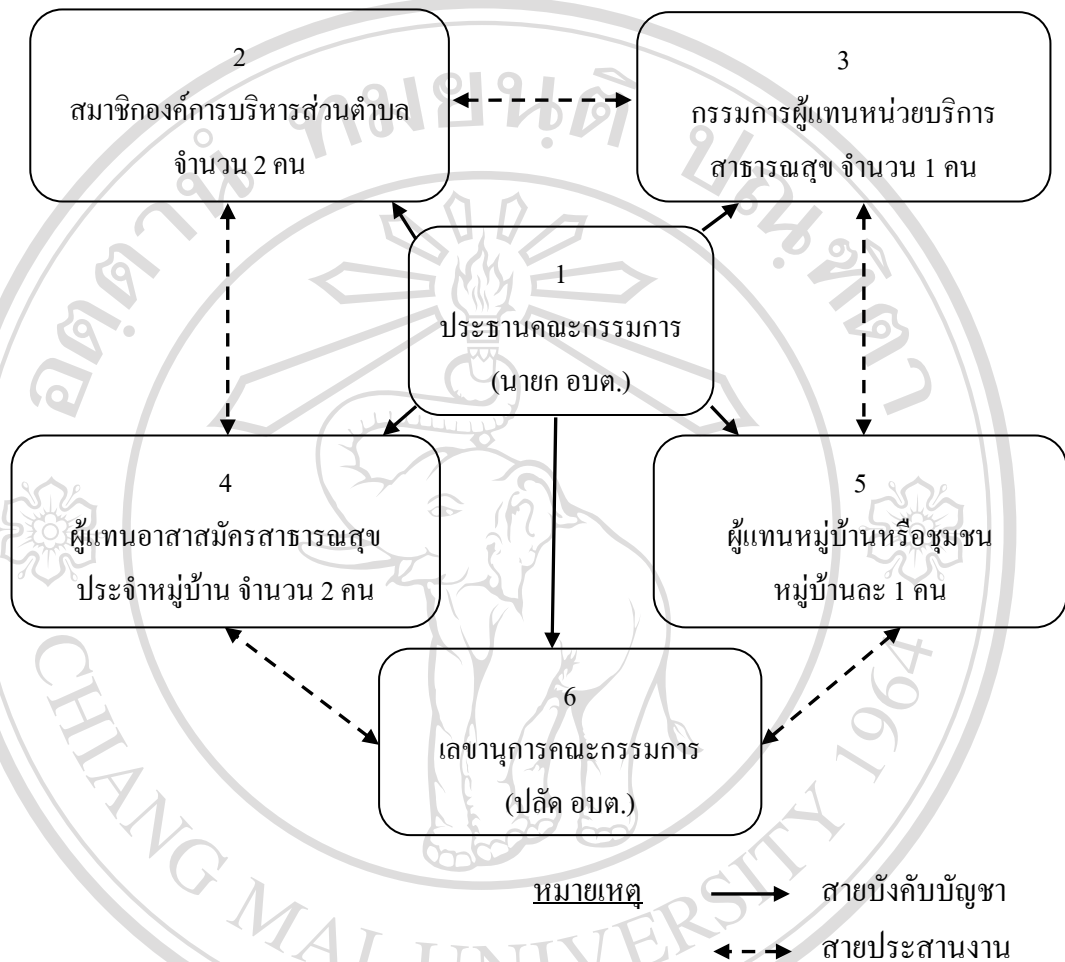
โครงสร้างคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ พบว่า ในแต่ละ อบต. มาจากหลายภาคส่วน ซึ่งจะเป็นกลุ่มบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีหน้าที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในพื้นที่อยู่แล้ว โดยส่วนหนึ่งมาจากการแต่งตั้งโดยตำแหน่ง อีกส่วนหนึ่งมาจากการคัดเลือกกันเอง ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 2 คน ผู้แทนหน่วยบริการสาธารณสุข จำนวน 1 คน ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คัดเลือกกันเอง จำนวน 2 คน ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนคัดเลือกกันเอง หมู่บ้านหรือชุมชนละ 1 คน และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นกรรมการและเลขานุการ ตามแผนภูมิที่ 6 :

“ของอบต.ก็ไม่น่ามีปัญหา เพราะเขาเลือกกันเอง ของอสม.ก็ไม่มีปัญหา คราวนี้ของชาวบ้าน ให้อั้วตัวแทนประชามติหนึ่งคนเนี่ยะ ของแต่ละหมู่มีปัญหา เพราะว่าประชามติประชาชนมันมาน้อย แล้วก็จะได้ส่วนใหญ่ผู้นำที่เป็นทางการอยู่แล้วที่เป็นผู้ใหญ่บ้าน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 จนท.สาธารณสุข)

“ตอนนี้ก็ต้องเป็นในรูปของคณะกรรมการนะครั้บ ที่มีตัวแทนของสาธารณสุข ตัวแทนของ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชนแล้วก็ผู้นำตามธรรมชาติ และอีกส่วนหนึ่งก็เป็นตัวโดยตำแหน่ง เช่น นายก อบต. ปลัดอบต. และตัวแทนสมาชิกอบต. เข้ามาร่วมด้วย เป็นคณะกรรมการตรงนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 จนท.สาธารณสุข)

แผนภูมิที่ 4 โครงสร้างของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ



นอกจากคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแล้ว อบต. ได้มีการดำเนินการในด้านอัตราค่าจ้าง โดยมีการกำหนดกรอบอัตราค่าจ้างบุคลากรที่เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง ปฏิบัติงานในด้านสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบัน อบต. ยังไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โอนมาอยู่กับ อบต. การดำเนินงานส่วนใหญ่จึงตกไปอยู่กับปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล การทำงานในชุมชนส่วนใหญ่ก็จะใช้สมาชิก อบต. ในแต่ละหมู่บ้านมาดำเนินการ :

“อย่างผมบอกเลยอย่างสาธารณสุขผมตั้งไว้ตั้งแต่สองปียังไม่มีคนมา ไม่ยอม
โอนมา สาธารณสุขชุมชน”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 อบต.)

“กำลังคน มันก็ได้ชุดอบต.บ้าง ส่วนใหญ่ ในแต่ละหมู่บ้าน มันสะดวกตรง
 บริหารงาน ไม่ต้องไปเกณฑ์คนนั้นโน้นมา” (ให้ข้อมูลคนที่ 1 อบต.)

หน้าที่ของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ มี ดังนี้ จัดทำ
 ข้อมูลและแผนดำเนินการที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บ
 รักษาเงินและการจัดทำบัญชีเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. ได้มีแต่งตั้งกรรมการรับผิดชอบ
 การเบิกจ่ายงบประมาณกองทุน จัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานตามความ
 จำเป็น เช่น การแต่งตั้งกรรมการ จัดซื้อจัดจ้างวัสดุครุภัณฑ์ และกรรมการตรวจรับวัสดุครุภัณฑ์

การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ พบว่า
 อบต. มีการประชุมคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันในลักษณะเป็นครั้งคราว ขึ้นอยู่กับว่าจะ
 มีแผนงาน โครงการมาเสนอเพื่อแจ้งให้คณะกรรมการทราบ ซึ่งมีการดำเนินการประชุม
 คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดให้คณะกรรมการบริหาร
 ระบบหลักประกันสุขภาพประชุมทุกเดือน

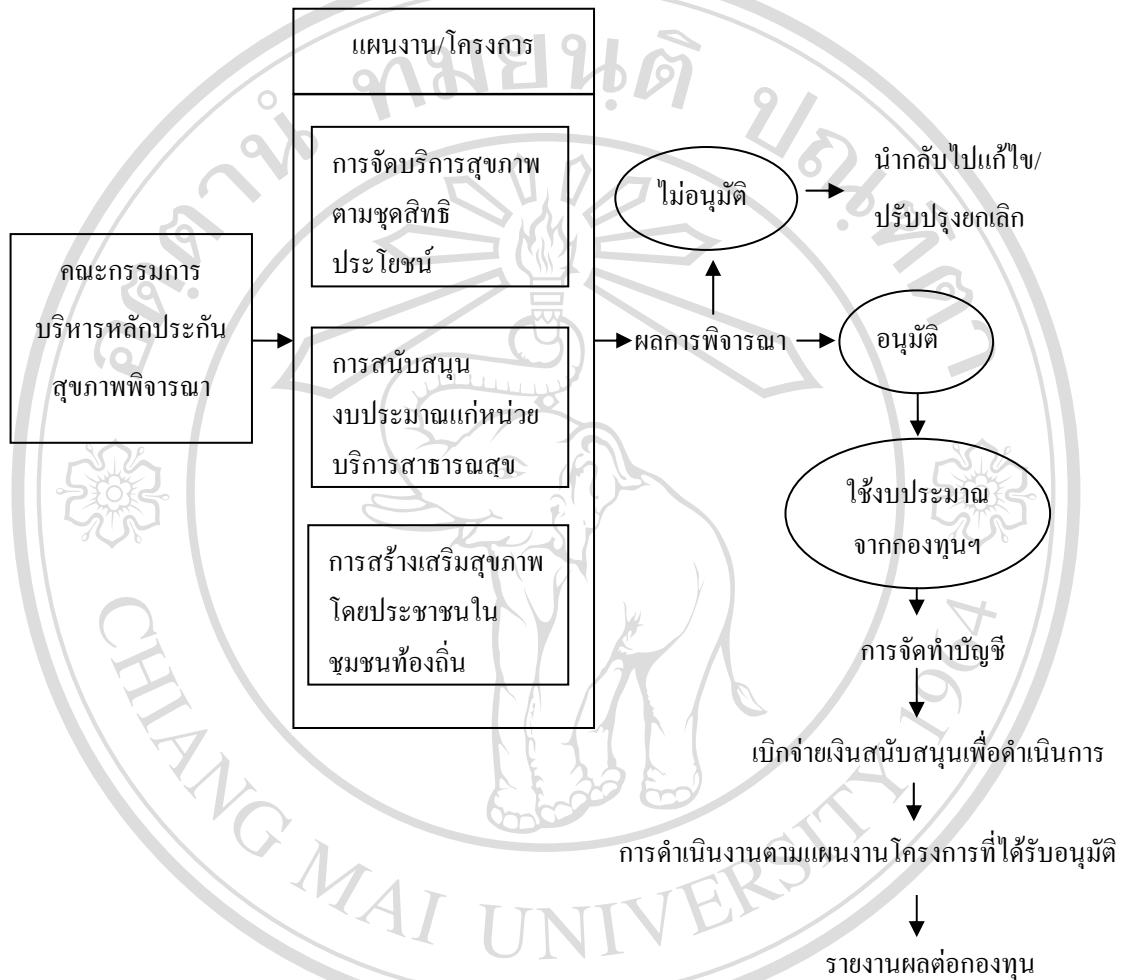
“คือ ตอนนี้นี้ มันๆ หลักเกณฑ์เขาจะให้ประชุมกันทุกเดือน แต่ในข้อปฏิบัติ
 เราก็ไม่ได้ประชุมทุกเดือน ก็มีทำแผนที่ออกข้อบังคับที่ก็แจ้งให้ทราบอย่างนี้
 จะทำโครงการอะไรตามแผนที่เรียกมาประชุมกันก็มีอยู่อย่างนี้ ก็บทบาทของ
 เขาก็มีว่าเราจะทำอะไร อย่างนี้นะเป็นอย่างที่เขาต้องการไหม ครับ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 อบต.)

2.4.3 การบริหารจัดการงบประมาณ

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ พบว่า อบต. ที่รับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบ
 หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีการบริหารจัดการงบประมาณ โดยมีขั้นตอนการพิจารณา
 และสนับสนุนแผนงาน โครงการ ดังแผนภูมิที่ 5

แผนภูมิที่ 5 ขั้นตอนการพิจารณาและสนับสนุนแผนงาน โครงการของกองทุนหลักประกัน
สุขภาพในระดับท้องถิ่น



2.4.3.1 การพิจารณางบประมาณสนับสนุนแผนงาน โครงการ

การพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนระบบหลักประกัน

สุขภาพในระดับท้องถิ่น พบว่า คณะกรรมการบริหารระบบฯ มีการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน โดยตัวแทนของหน่วยบริการสาธารณสุข ดำเนินงานดำเนินการจัดทำแผนงาน โครงการ แก้ไขปัญหาสุขภาพ ตามกลุ่มเป้าหมายแล้ว เสนอแผนงานโครงการดังกล่าว ให้กับทางเลขานุการคณะกรรมการ เพื่อรวบรวมแผนงาน โครงการทั้งหมด แล้วนำเข้าไปประชุมคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพพิจารณาแผนงาน โครงการและงบประมาณที่จะขอใช้ เพื่อที่จะอนุมัติหรือไม่อนุมัติให้ดำเนินการ และเมื่อคณะกรรมการบริหารฯอนุมัติก็ดำเนินการตามแผนงานโครงการนั้นๆ :

“...ในการเสนอแผนงาน โครงการนะครับ เราได้ปัญหามาปึบ เราก็จะเขียนแผนงาน โครงการไปรองรับ โดยมีกลุ่มเป้าหมายหมู่อะไรบ้าง กลุ่มอายุเท่าไร กลุ่มประชากรเท่าไร ประชากรเท่าไร ก็หลังจากเรื่อน โดยเราให้เขียนแผนงานโครงการคร่าวๆ โดยให้ปลัดตอบต. ซึ่งเป็นเลขฯเห็นชอบ แล้วก็ให้นายกตอบต. ซึ่งตำแหน่งประธานกองทุนอนุมัติ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 จนท. สาธารณสุข)

หากในกรณีที่คณะกรรมการบริหารฯ ไม่อนุมัติแผนงาน โครงการที่ตัวแทนหรือผู้ที่เสนอแผนงานโครงการ ก็นำกลับไปปรับปรุงแก้ไขแล้วเสนอใหม่ หรือไม่ก็ยกเลิกแผนงานโครงการนั้น :

“ประธานบอกว่า คณะกรรมการไม่อนุมัติแผน พี่เลยบอกว่าเอาอย่างนี้เดี๋ยวจะไปปรับแผนให้ ปรับแผนใหม่ ปรับโครงการใหม่ เดียวเอาไว้ให้เราว่างๆ แล้วค่อยมาคิดใหม่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 จนท. สาธารณสุข)

การสนับสนุนจากกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพส่วนใหญ่มีการดำเนินการสนับสนุนในแผนงาน โครงการมีกิจกรรม 3 ลักษณะ คือ การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ การสนับสนุนงบประมาณแก่งานบริการสาธารณสุข และการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชน :

“ที่คณะกรรมการสนับสนุนแผนงาน โครงการก็จะมีกิจกรรมดังนี้ การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ให้สอ. ไปจัดบริการ และกลุ่มต่างๆ ชุมชน เขียนแผนมาสนับสนุน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 อบต.)

2.4.3.2 การจัดตั้งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น พบว่าการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อบต. ได้ดำเนินการจัดตั้งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยมีแหล่งที่มาของงบประมาณ 3 ส่วน ดังนี้

1) รายได้จากเงินค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. สนับสนุนให้ครั้งเดียวเป็นก้อนใหญ่ ในอัตรา 37.50 บาทต่อหัวประชากรต่อปี :

“ที่สปสข. เขาถ่ายโอนภารกิจมาให้ อบต. ดำเนินงาน ที่เป็นบงส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคตรงนั้นนะ สามสิบเจ็ดบาทห้าสิบสตางค์ ครับ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 นายก อบต.)

2) เงินอุดหนุนจาก อบต. พบว่า มีการนำเงินอุดหนุนจาก อบต. สนับสนุนกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยโอนสมทบเข้ากองทุนตาม สัดส่วนอย่างน้อยร้อยละ 10 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากสปสข. :

“ครับ แล้วก็ อบต. สมทบอีก 10 เปอร์เซ็นต์ คาดว่าในปีต่อไปผมจะสมทบให้ ได้ 100 เปอร์เซ็นต์เหมือนกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 นายก อบต.)

3) รายได้อื่นและทรัพย์สินที่เกิดจากกองทุน โดยที่ อบต. ได้ ดำเนินการจัดทำโครงการฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า แล้วนำเงินที่ได้จากการฉีดวัคซีนมาสมทบ กองทุน กับอีกส่วนหนึ่งได้ดำเนินการจัดซื้อรถจักรยานยนต์ เครื่องพ่นหมอกควัน เครื่องออกกำลัง ภายให้กับประชาชนในหมู่บ้าน:

“ฉีดพิษสุนัขบ้า... ของเรา 30 บาท ให้คนฉีด 10 บาท อีก ยี่สิบบาทคั่นกองทุน กองทุนจึงไม่หมด เราใช้หมื่นๆ ได้กับมาสามหมื่น เราก็ฝากคั่นไปได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 อบต.)

“เงินกองทุนก็นำไปออกรถเครื่องให้ออตามั้ย 2 คัน ไปเลย ออกหมู่บ้าน ทำที่ บ้านเลย มันก็ใช้ได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 อบต.)

“งบกองทุนปี 49 ที่ได้มาสาธารณสุขอำเภอเข้าไป สาธารณสุขอำเภอเข้าไป วันก็เป็นมติกรรมการเห็นชอบ ซื้อเครื่องพ่นหมอกควัน 2 เครื่อง ซื้อเครื่อง ออกกำลังกาย ห้าหมื่น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 จนท.สาธารณสุข)

ภาพที่ 6 แหล่งที่มาของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จังหวัดชัยนาท



นอกจากนี้ ในด้านทรัพยากร พบว่า อบต. ยังไม่มีวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ที่เป็นของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ในการดำเนินงานการกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นอาศัยทรัพยากรขององค์การบริหารส่วนตำบลดำเนินการ ทาง อบต. ได้มีการวางแผนในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เป็นของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น :

“ช่วงนี้เราใช้วัสดุของอบต.เข้าไปทั้งหมด กระดาษ สมุดอะไรอย่างนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 อบต.)

“มันก็ยังไม่ได้แยกชัดเจน มันก็ยังอยู่ในอบต. อนามัยจะเป็นตัวหลักในการดูแลสุขภาพ วัสดุอุปกรณ์ตอนนี้ก็ยังเป็นของอบต. ตอนนี้จริงๆ แล้วเนี่ยะ เพราะว่ามันเป็นปีแรก วัสดุอุปกรณ์ที่เป็นของสปสช.แทบจะไม่มีเลย ... ในปีต่อไป สิ่งที่เราทำก็คือ แผนงาน โครงการจะแยกๆ วัสดุอุปกรณ์มันจะเป็นของกองทุน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 อบต.)

2.4.3.3 การจัดทำระบบบัญชีหลักประกันสุขภาพ

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ พบว่า การจัดทำบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น คณะกรรมการบริหารฯ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเก็บรักษาเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยได้แยกออกจากบัญชีของ อบต. ไว้อย่างชัดเจน โดยใช้รูปแบบต่างๆ ที่คณะกรรมการกำหนดขึ้น แต่ก็ได้อิงระบบบัญชีการเงินของ อบต. :

“กองทุนนี้แยกต่างหากอยู่แล้ว ไม่รวมกับบัญชีอบต.”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 อบต.)

“ระเบียบการเงินเราก็ใช้ระเบียบที่ สปสช.ออกมาให้ ดังนั้น เรายึดระเบียบที่เกี่ยวข้องแค่ สองตัว ตัวแรกเป็นระเบียบการเงินของ สปสช. ตัวที่สอง เป็นระเบียบที่ว่าด้วยคณะกรรมการของกองทุน ตัวที่ 3 ก็คือระเบียบที่เราตั้งกันขึ้นมาเอง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 อบต.)

“ที่ทำอยู่มันก็ไม่ถึงกับสลับซับซ้อนมาก การบัญชี เราก็ทำกันในรูปแบบของบัญชีง่ายๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 อบต.)

ท้องถิ่น

2.4.3.4 การเบิก – จ่ายเงินกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับ

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ พบว่า การเบิก – จ่ายเงินของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่มีการเบิก-จ่ายเงินได้อย่างอิงระเบียบว่าด้วยการพัสดุขององค์การบริหารส่วนตำบล โดยมีการแต่งตั้งกรรมการจัดซื้อจัดจ้าง และตรวจรับพัสดุ :

“แผนงาน โครงการ แต่ว่าในส่วนของเรา เราก็เอามาถือของการระเบียบพัสดุ ในการจัดซื้อจัดจ้างวัสดุ หรือจ้างแรงงานคนอะไร เราก็จะมาถือของส่วนราชการ แล้วลงบัญชีเราก็จะตีตารางรับจ่ายไว้ให้สามารถตรวจสอบได้ ชื่ออะไรมีภาพถ่าย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 อบต.)

2.4.4 การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ พบว่า การดำเนินงานจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีการดำเนินงานจัดทำแผนงาน / โครงการเพื่อเสนอของบประมาณสนับสนุนจากคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อมาดำเนินการ ส่วนใหญ่ในแต่ละ อบต. มีการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่ตามสภาพปัญหาของแต่ละแห่ง :

“ในบางที่เขาก็เอาไปทำอย่างอื่นแตกต่างกัน เช่น ตำบล...เห็นเขาคูยกว่าเอาไปทำห้องทันตกรรมแล้วจ้างบุคลากรมา ที่ตำบล...เขาซื้อเครื่องออกกำลังกาย แต่ที่นี้ทำตามแนวทางนี้ ขึ้นอยู่กับความต้องการ และปัญหาในพื้นที่เขา”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 อบต.)

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในแต่ละ อบต. ยังมี การดำเนินการไม่ครอบคลุมในทุกกลุ่มเป้าหมาย ทั้ง 5 กลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่ที่ดำเนินการ มีดังนี้

2.4.4.1 จัดกิจกรรมดูแลฟื้นฟูสภาพผู้พิการ โดยให้ถุงยังชีพ 2 ถุงๆ ละ 15 กิโลกรัม :

“จัดหาถุงยังชีพให้ ผู้พิการ 130 ถุง ที่รายละ 2 ถุงๆ ละ 15 โล”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 อบต.)

นอกจากนั้น ยังมีการจัดซื้อรถจักรยานยนต์ ไว้สำหรับออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้พิการ เพื่อดูแลและสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน :

“ซื้อรถเครื่องมาให้ออนามัยสองคันก็แล้วกัน เอาไว้ซื้อออกหมู่บ้านไปดู เอาไว้เยี่ยมบ้าน”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 จนท.สาธารณสุข)

2.4.4.2 การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการ จัดกิจกรรมเดือนละครั้งเวียนกันไปในแต่ละหมู่บ้าน โดยมีกิจกรรมวัดความดัน ตรวจเบาหวาน และให้สุขศึกษา สำหรับการออกกำลังผู้สูงอายุ โดยมีการจัดสถานที่ให้สำหรับผู้สูงอายุ :

“กิจกรรมก็มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกเดือน ที่นี้เดือนละครั้ง ก็ให้ชมรมผู้สูงอายุแต่ละหมู่เนี่ยะ จัดกิจกรรมเดือนละครั้ง ... เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบออกตรวจสุขภาพ วัดความดัน แล้วก็อ้อ ตรวจเบาหวาน ที่นี้ในแผนงานโครงการเขาจะให้ออสม. สามารถตรวจสุขภาพ ความดัน เบาหวาน แล้วก็ให้สุขศึกษา ให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 อบต.)

2.4.4.3 การดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์และเด็กแรกเกิด ก็มีการดำเนินการ จัดกระเป๋าเอกสารสำหรับการดูแลสุขภาพบุตรในหญิงมีครรภ์ และได้มีการสนับสนุนอาหารเสริม (นม) ในเด็ก ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปถึง 3 ขวบ :

“กลุ่มของหญิงมีครรภ์ เด็กและสตรี และเด็ก ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์มานี้ะก็มีจัด บปะระมาณ ซื่อกระเป่าเป็นเอกสารสำหรับการดูแลบุตร อีกส่วนหนึ่งที่เรา ดำเนินการก็คือให้นมเด็กตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปถึง 3 ขวบ”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 อบต.)

2.4.4.4 การควบคุมและป้องกันโรค พบว่า การควบคุมและป้องกันโรค ไข้เลือดออก ส่วนใหญ่แล้ว อบต. จะดำเนินการเองทั้งในเรื่องของการจัดซื้อเครื่องพ่นหมอกควัน น้ำยาพ่น รวมถึงทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย :

“จัดทำโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ต้องทำไปก่อน เพราะ ไข้เลือดออกมาแล้ว ไม่ทำนึ่งเจ็บเลยไม่ได้ ได้ซื้อทราย ซื่อเครื่องพ่น เพื่อ ป้องกันโรคให้กับชาวบ้าน”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 จนท.สาธารณสุข)

ส่วนที่ 3 ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

3.1 ความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

การแปลผลข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ของกลุ่มตัวอย่าง หากตอบได้ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้จะได้ 1 คะแนน หากตอบไม่ตรงกับคำตอบ ที่ถูกต้องจำได้ 0 คะแนน คะแนนมาแจกแจง พบว่า มีค่าเฉลี่ยเลขคณิต 7.16 ค่าต่ำสุด 1 ค่าสูงสุด 10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.86 ผู้ศึกษาแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานออกเป็น 3 กลุ่มตามระดับคะแนน เพื่อวิเคราะห์หาระดับความรู้ ดังนี้

กลุ่มความรู้ในระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าค่าเฉลี่ยลบด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) คือผู้ที่ตอบได้ถูกต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ข้อ

กลุ่มความรู้ในระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่างค่าเฉลี่ยบวกลบด้วยส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน) คือผู้ที่ตอบได้ถูกต้องมากกว่ามากกว่า 5 ข้อแต่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 ข้อ

กลุ่มความรู้ในระดับสูง (คะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ยบวกกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) คือผู้ที่ตอบได้ถูกต้องมากกว่า 9 ข้อ

ระดับความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น พบว่า คณะกรรมการฯ และบุคลากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.5 และ 73.9 ตามลำดับ) ส่วนมากคณะกรรมการบริหารฯ มีความรู้ระดับต่ำ มากกว่าบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 25.2 และ 15.2 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จำแนกตามจำนวนและร้อยละ

ระดับความรู้	คณะกรรมการบริหารฯ		บุคลากรสาธารณสุข	
	จำนวน (n=107)	ร้อยละ	จำนวน (n=46)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	27	25.2	7	15.2
ระดับปานกลาง	69	64.5	34	73.9
ระดับสูง	11	10.3	5	10.9

$\bar{X} = 7.16$, $SD = 1.86$, $Min = 1$ และ $Max = 10$

เมื่อจำแนกข้อมูลความรู้รายข้อ พบว่า คณะกรรมการบริหารฯ และบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ตอบคำถามได้ถูกต้องมากที่สุดในเรื่องคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ จะพิจารณาอนุมัติงบประมาณสนับสนุนการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ได้ จะต้องมีแผนงาน/โครงการรองรับ (ร้อยละ 96.3 และ 95.7 ตามลำดับ) ในส่วนที่คณะกรรมการบริหารฯ ตอบได้ถูกน้อยที่สุดในข้อคำถาม อบต. ต้องสมทบเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช. (ร้อยละ 39.3) ส่วนบุคลากรสาธารณสุขตอบคำถามได้ถูกต้องน้อยที่สุดในข้อคำถามองค์กรต่างๆ ในชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการฯ ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ โดยต้องสมทบเงินเข้าร่วมด้วย (ร้อยละ 41.3) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นที่กลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้อง
จำแนกจำนวนและร้อยละ

ความรู้	คณะกรรมการ		บุคลากร	
	บริหารฯ		สาธารณสุข	
	จำนวน (n=107)	ร้อยละ	จำนวน (n=46)	ร้อยละ
1. คณะกรรมการบริหารฯ จะพิจารณาอนุมัติงบประมาณสนับสนุนการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ได้จะต้องมีแผนงาน/โครงการรองรับ	103	96.3	44	95.7
2. คณะกรรมการบริหารฯ สามารถสนับสนุนงบประมาณให้กับเครือข่ายองค์กรชุมชน กลุ่มต่างๆ ในชุมชนได้	95	88.8	38	82.6
3. ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น คือคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ	81	87.3	37	80.4
4. การดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นต้องจัดตั้งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น	93	86.9	39	84.8
5. แหล่งที่มาของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มาจากเงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจาก สปสช. เพียงแหล่งเดียวเท่านั้น	74	69.2	36	78.3
6. การดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพ ฯ ครอบคลุมกลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้พิการเท่านั้น	70	65.4	43	93.5
7. การใช้สิทธิประกันสุขภาพของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพในระบบในระดับท้องถิ่น ใช้ได้เฉพาะผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคมเท่านั้น	70	65.4	38	82.6
8. องค์กรต่างๆ ในชุมชน สามารถเข้ามามีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการ ฯ ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ โดยต้องสมทบเงินเข้าร่วมด้วย	61	57.0	19	41.3
9. คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพมีกำหนดระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี	57	53.3	24	52.2
10. อปต. ต้องสมทบเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช.	42	39.3	26	56.5

3.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

จากข้อมูลความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างคณะกรรมการบริหารฯและบุคลากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่เห็นด้วยในเรื่องการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นจะประสบผลสำเร็จจำเป็นต้องมีการประสานงานที่ดีระหว่างอบต. กับหน่วยบริการสาธารณสุข (ร้อยละ 99.1 และ 78.3 ตามลำดับ) คณะกรรมการบริหารฯ เห็นด้วยว่านโยบายการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเป็นนโยบายที่ดี และมีประโยชน์ (ร้อยละ 96.3 และ 95.3 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่าบุคลากรของ อบต.มีความรู้ความเข้าใจและมีประสบการณ์ที่เพียงพอในการรับถ่ายโอนภารกิจ (ร้อยละ 89.1) ในเรื่องการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เห็นด้วยว่าต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการมาดำเนินการ (ร้อยละ 87.0) และ พบว่า กลุ่มตัวอย่างคณะกรรมการบริหารฯเห็นด้วย แต่บุคลากรสาธารณสุขไม่เห็นด้วย ในเรื่องของการที่ อบต. ควรรับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และการโอนถ่ายภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ตรงกับความต้องการของประชาชนในชุมชนได้อย่างแท้จริง กล่าว (ร้อยละ 94.4 60.9 85.0 และ 52.2 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นจำนวนและ ร้อยละ

ความคิดเห็น	คณะกรรมการ บริหารฯ (n=107)		บุคลากรสาธารณสุข (n=46)	
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1. การถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพฯ จะประสบผลสำเร็จจำเป็นต้องมีการประสานงานที่ดีระหว่างอบต. กับหน่วยบริการสาธารณสุข	106 (99.1)	1 (0.9)	36 (78.3)	10 (21.7)
2. นโยบายการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพฯ เป็นนโยบายที่ดี	103 (96.3)	4 (3.7)	26 (65.5)	20 (43.5)
3. นโยบายการถ่ายโอนภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพฯ เป็นนโยบายที่มีประโยชน์	102 (95.3)	5 (4.7)	31 (67.4)	15 (32.6)
4. การถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพฯ ต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการมาดำเนินการ	101 (94.4)	6 (5.6)	40 (87.0)	6 (13.0)
5. การที่ อบต. ควรรับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพฯ	101 (94.4)	6 (5.6)	18 (39.1)	28 (60.9)
6. การโอนถ่ายภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพฯ สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ตรงกับความ ต้องการของประชาชนในชุมชนได้อย่างแท้จริง	91 (85.0)	16 (15.0)	22 (47.8)	24 (52.2)
7. การถ่ายโอนภารกิจ ฯ เป็นการเพิ่มอำนาจในการตัดสินใจของอบต. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ	76 (71.0)	31 (29.0)	29 (63.0)	17 (37.0)
8. หลังจากการรับการถ่ายโอนภารกิจ ฯ แล้วระบบงานของอบต.เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม	71 (66.4)	36 (33.6)	NA	NA
9. อบต. สามารถบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	NA	NA	10 (21.7)	36 (78.3)
10. บุคลากรของ อบต. มีความรู้ความเข้าใจและมีประสบการณ์ที่เพียงพอในการรับถ่ายโอน ภารกิจ	NA	NA	5 (10.9)	41 (89.1)

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น

ในการนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

4.1 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างคณะกรรมการบริหารฯ นำเสนอผลการวิเคราะห์ประเด็นต่างๆ ดังนี้

4.1.1 บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารฯ

คณะกรรมการบริหารฯ ส่วนใหญ่เห็นด้วยฝนระดับมากที่สุดในเรื่อง การที่ต้องบริหารจัดการงบประมาณในการรับเงิน จ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีระบบหลักประกันสุขภาพ การจัดบริการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชุมชนอย่างทั่วถึงตามกลุ่มเป้าหมาย และการที่ต้องสรุปผลการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ฯ ให้ สปสช. / อบต. ปีละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 58.9 53.3 และ 53.3 ตามลำดับ) ตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระดับความคิดเห็นคณะกรรมการบริหารฯ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ จำแนกตามจำนวน และร้อยละ (n = 107)

บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารฯ	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	เห็นด้วย			ไม่เห็นด้วย
		มาก	ปานกลาง	น้อย	
1. การที่ต้องบริหารจัดการงบประมาณในการรับเงิน จ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชี	63 (58.9)	29 (27.1)	12 (11.2)	1 (0.9)	2 (1.9)
2. ที่ต้องสรุปผลการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุน ฯ ให้ สปสช./ อบต. ปีละ 1 ครั้ง	57 (53.3)	38 (35.5)	9 (9.4)	2 (1.9)	1 (0.9)
3. การจัดบริการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชุมชนอย่างทั่วถึง	57 (53.3)	34 (31.8)	14 (13.1)	1 (0.9)	1 (0.9)
4. การจัดทำแผนงาน/โครงการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข	55 (51.4)	44 (41.1)	5 (4.7)	2 (1.9)	1 (0.9)
5. ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารฯ เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจในระดับท้องถิ่น	51 (47.7)	44 (41.1)	9 (8.4)	2 (1.9)	1 (0.9)
6. ควรจัดทำข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขเพื่อประกอบการจัดทำแผนงาน/โครงการ	50 (46.7)	43 (40.2)	12 (11.3)	1 (0.9)	1 (0.9)
7. การจัดบริการของหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในอย่างทั่วถึงตามกลุ่มเป้าหมาย	49 (45.8)	42 (39.3)	10 (9.3)	4 (3.7)	2 (1.9)
8. คณะกรรมการฯ ควรมีการประชุม เป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	48 (44.8)	34 (31.8)	19 (17.8)	4 (3.7)	2 (1.9)
9. การจัดทำระเบียบข้อบังคับของ อบต. เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจ	42 (39.3)	43 (40.2)	17 (15.9)	4 (3.7)	1 (0.9)
10. การถ่ายโอนภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเป็นการเพิ่มภาระให้กับ อบต.	27 (25.2)	20 (18.7)	33 (30.9)	15 (14.0)	12 (11.2)

4.1.2 แนวทางการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

4.1.2.1 แหล่งที่มาของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

คณะกรรมการบริหารฯ เห็นด้วยในระดับมากที่สุดว่าอบต. ต้องสมทบเงินประมาณของตนเองเข้ากองทุนฯ อย่างน้อยร้อยละ 10 ของค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจากสปสช. และค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช. ควรคิดจากจำนวนรายหัวประชากรทั้งหมดตามทะเบียนบ้านของพื้นที่นั้นๆ (ร้อยละ 41.1 และ 37.4 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมากที่สุดที่ สปสช. ควรโอนเงินสนับสนุนภายใน 15 วัน หลังจากที่คณะกรรมการฯ ส่งบันทึกข้อตกลงและแผนงาน/โครงการให้ สปสช. การบริหารจัดการงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นควรจัดตั้งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (ร้อยละ 45.8 และ 43.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างคณะกรรมการบริหารฯ เกี่ยวกับแหล่งที่มากองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
จำแนกตามจำนวนและร้อยละ (n = 107)

แหล่งที่มากองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย				ไม่เห็น ด้วย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	
1. อบต. ต้องสมทบเงินประมาณของตนเองเข้ากองทุนฯ อย่างน้อยร้อยละ 10 ของค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจาก สปสช.	44 (41.1)	33 (30.8)	20 (18.7)	3 (2.8)	7 (6.6)
2. การที่ สปสช. ควรรโอนเงินสนับสนุนภายใน 15 วัน หลังจากที่เกิดคณะกรรมการฯ ส่งบันทึกข้อตกลงและแผนงาน/โครงการให้ สปสช.	41 (38.3)	49 (45.8)	14 (13.1)	3 (2.8)	-
3. กองทุนหลักประกันสุขภาพมาจากค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช. ควรคิดจากจำนวนรายหัวประชากรทั้งหมดตามทะเบียนบ้านของพื้นที่นั้นๆ	40 (37.4)	43 (40.2)	19 (17.7)	3 (2.8)	2 (1.9)
4. การบริหารจัดการงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพควรจัดตั้งเป็นกองทุน	38 (35.6)	47 (43.9)	20 (18.7)	1 (0.9)	1 (0.9)
5. งบประมาณค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจาก สปสช. ควรได้รับเป็นรายปี ปีละครั้ง	36 (33.7)	38 (35.5)	22 (20.6)	4 (3.7)	7 (6.5)
6. รายได้อื่นๆ ของกองทุนฯ ควรมาจาก ดอกผล รายได้ การอุดหนุนจากส่วนราชการ/หน่วยงานต่างๆ	32 (29.9)	35 (32.7)	29 (27.1)	7 (6.6)	4 (3.7)
7. ควรมีการสมทบเงินจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน	21 (19.6)	35 (32.7)	24 (22.4)	13 (12.2)	14 (13.1)
8. งบประมาณค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช. นั้นมีความเพียงพอต่อการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพฯ	13 (12.1)	35 (32.8)	37 (34.6)	9 (8.4)	13 (12.1)

4.1.2.2 การบริหารจัดการงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

คณะกรรมการบริหารฯ เห็นด้วยในระดับมากที่สุดที่ควรต้องทราบสถานการณ์การเงินของกองทุนตลอดเวลา การจัดทำบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ที่ต้องทำแยกจากระบบบัญชีของ อบต. และ การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ ต้องจ่ายตามแผนงาน/โครงการที่คณะกรรมการฯ ได้อนุมัติแล้วเท่านั้น (ร้อยละ 57.9 54.2 และ 50.5 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยว่ากองทุน ฯ นั้นสามารถรวมเป็นส่วนหนึ่งของรายได้ของ อบต. ได้ (ร้อยละ 23.4) ดังตารางที่ 10



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 10 ความคิดของคณะกรรมการบริหารฯ เห็นเกี่ยวกับการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
จำแนกตามจำนวนและร้อยละ (n = 107)

การบริหารจัดการงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย				ไม่เห็นด้วย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	
1. การที่คณะกรรมการฯ ควรต้องทราบสถานการณ์การเงินของกองทุนตลอดเวลา	62 (57.9)	36 (33.7)	8 (7.5)	1 (0.9)	-
2. การจัดทำบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ที่ต้องทำแยกจากระบบบัญชีของ อบต.	58 (54.2)	32 (29.9)	14 (13.1)	2 (1.9)	1 (0.9)
3. การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ ต้องจ่ายตามแผนงาน/โครงการที่คณะกรรมการฯ ได้อนุมัติแล้วเท่านั้น	54 (50.5)	34 (31.8)	13 (12.1)	6 (5.6)	-
4. การรายงานการเงินกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพฯ ให้ สปสช. ทราบ ทุก 3 เดือน	45 (42.0)	34 (31.8)	20 (18.7)	6 (5.6)	2 (1.9)
5. การจัดสรรงบประมาณควรมีความสมดุลระหว่างการสนับสนุนกิจกรรมทั้ง 4 ลักษณะ โดยไม่โน้มเอียงไปกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง	44 (41.1)	30 (28.0)	26 (24.3)	5 (4.7)	2 (1.9)
6. คณะกรรมการฯ สามารถใช้จ่ายงบประมาณกองทุนได้ทั้งหมดในแต่ละปีโดยไม่ต้องกันไว้ใช้ในปีต่อไป	25 (23.4)	34 (31.8)	24 (22.4)	8 (7.5)	16 (14.9)
7. ประธานกรรมการหรือเลขานุการสามารถเก็บรักษาเงินสด เพื่อไว้สำรองจ่ายภายในวงเงินไม่เกิน 10,000 บาทต่อวัน	25 (23.4)	29 (27.1)	30 (28.0)	9 (8.4)	14 (13.1)
8. กองทุนฯ นั้นสามารถรวมเป็นส่วนหนึ่งของรายได้ของ อบต. ได้	22 (20.6)	24 (22.4)	23 (21.5)	13 (12.1)	25 (23.4)

4.1.3 การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานกิจกรรมบริการสุขภาพ ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพ

4.1.3.1 การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานกิจกรรมบริการ สุขภาพ ตามลักษณะกิจกรรม

คณะกรรมการบริหารฯ ส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมากที่สุด
ในเรื่องการสนับสนุนงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพฯ ต้องมีแผนงาน/โครงการที่
ชัดเจน มีข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน และควรมีการจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วย
บริการสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับประชาชนในท้องถิ่น (ร้อยละ
60.8 59.8 และ 57.0 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 11

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 11 ความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารฯ เกี่ยวกับการสนับสนุนงบประมาณกิจกรรมบริการสุขภาพ ตามลักษณะกิจกรรม
จำแนกตามจำนวนและร้อยละ (n=107)

การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานกิจกรรม บริการสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามลักษณะกิจกรรม	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย				ไม่เห็น ด้วย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	
1. การสนับสนุนงบประมาณ ต้องมีแผนงาน/โครงการที่ชัดเจน	65 (60.8)	34 (31.8)	7 (6.5)	1 (0.9)	-
2. การสนับสนุนงบประมาณ ต้องมีข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน	64 (59.8)	36 (33.7)	7 (6.5)	-	-
3. ควรมีการจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการพัฒนา คุณภาพบริการสำหรับประชาชนในท้องถิ่น	61 (57.0)	31 (29.0)	14 (13.1)	1 (0.9)	-
4. การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	58 (54.2)	34 (31.8)	11 (10.3)	4 (3.7)	-
5. การสนับสนุนงบประมาณให้กับกลุ่มต่างๆ ในชุมชน องค์กรชุมชน	55 (51.4)	38 (35.5)	13 (12.2)	1 (0.9)	-
6. การรายงานผลการสนับสนุนงบประมาณฯ ให้กับ สปสช. นั้นควรทำปีละ 1 ครั้ง	50 (46.7)	33 (30.8)	17 (15.9)	2 (1.9)	5 (4.7)
7. การรายงานผลการสนับสนุนงบประมาณกองทุนให้แยกตามลักษณะประเภทของ การสนับสนุนฯ	49 (45.8)	36 (33.7)	20 (18.7)	1 (0.9)	1 (0.9)
8. การพิจารณางบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมบริการสุขภาพ ที่ต้องผ่านคณะกรรมการฯ เท่านั้น	46 (43.0)	36 (33.7)	20 (18.7)	4 (3.7)	1 (0.9)
9. การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ ให้หน่วยบริการสาธารณสุข ในการจัดบริการ ต้องมีการจัดทำบันทึกข้อตกลงไว้เป็นหลักฐาน	39 (36.5)	50 (46.7)	18 (16.8)	-	-

4.1.3.2 การสนับสนุนงบประมาณจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย

คณะกรรมการบริหารฯ ส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมากที่สุด การสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ และการสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพสำหรับเด็กเล็ก (แรกเกิด ถึงต่ำกว่า 6 ปี) (ร้อยละ 58.9 และ 53.3 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมากที่สุดการสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพสำหรับการฝากครรภ์ 4 ครั้ง ในหญิงมีครรภ์ (ร้อยละ 43.0) ดังตารางที่ 12



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 12 ความคิดของกลุ่มตัวอย่างคณะกรรมการบริหารฯ เห็นเกี่ยวกับการสนับสนุนงบประมาณจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ตามกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามจำนวนและร้อยละ (n=107)

การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานกิจกรรมบริการ ตามชุดสิทธิประโยชน์จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย				ไม่เห็น ด้วย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	
1. การสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้พิการและ ทุพพลภาพ	63 (58.9)	34 (31.8)	9 (8.4)	1 (0.9)	-
2. การสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพสำหรับเด็กเล็ก (แรกเกิด ถึงต่ำกว่า 6 ปี)	57 (53.3)	32 (29.9)	17 (15.9)	1 (0.9)	-
3. การสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพสำหรับการฝากครรภ์ 4 ครั้ง ในหญิงมีครรภ์	40 (37.4)	46 (43.0)	19 (17.7)	2 (1.9)	-
4. การสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพสำหรับเด็กโต (อายุ 6 ปีถึงต่ำกว่า 25 ปี)	40 (37.4)	36 (33.7)	27 (25.2)	4 (3.7)	-
5. การสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป)	38 (35.5)	31 (28.9)	28 (26.2)	7 (6.6)	3 (2.8)

4.2 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

4.2.1 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

บุคลากรสาธารณสุขเห็นด้วยในระดับมากที่สุดในเรื่องของการมีตัวแทนของหน่วยบริการสาธารณสุขเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ และควรมีตัวแทนของคณะกรรมการมาจากทุกภาคส่วนต่างๆ (ร้อยละ 65.2 และ 37.0 ตามลำดับ) และเห็นด้วยในระดับมากในเรื่องของการถ่ายโอนภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ควรจัดตั้งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และเป็นการกระจายอำนาจการตัดสินใจจากส่วนกลางสู่ส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 39.1 และ 36.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จำแนกตาม จำนวนและร้อยละ (n = 46)

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย				ไม่เห็นด้วย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	
1. การมีตัวแทนของหน่วยบริการสาธารณสุขเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารฯ	30 (65.2)	12 (26.1)	2 (4.3)	1 (2.2)	1 (2.2)
2. การที่คณะกรรมการบริหารฯ ควรมาจากตัวแทนของคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนต่างๆ	17 (37.0)	17 (37.0)	8 (17.3)	3 (6.5)	1 (2.2)
3. การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ฯ เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมแก้ไข ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนได้มากขึ้น	14 (30.4)	15 (32.6)	12 (26.1)	5 (10.9)	-
4. การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ฯ จะทำให้ประชาชนได้รับบริการด้านการส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีมาตรฐานดีกว่าเดิม	7 (15.2)	14 (30.4)	17 (37.0)	7 (15.2)	1 (2.2)
5. การถ่ายโอนภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ควรจัดตั้งเป็นกองทุนหลักประกัน สุขภาพ	4 (8.7)	18 (39.1)	16 (34.8)	4 (8.7)	4 (8.7)
6. การที่สปสข.ทำหน้าที่ในการควบคุมดูแลการดำเนินงานของ อบต. ให้เป็นไปตามข้อตกลงตาม กฎหมายเท่านั้น	4 (8.7)	15 (32.6)	15 (32.6)	10 (21.7)	2 (4.4)
7. การถ่ายโอนภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพ ฯ เป็นการกระจายอำนาจการตัดสินใจจาก ส่วนกลางสู่ส่วนท้องถิ่น	3 (6.6)	17 (36.9)	14 (30.4)	4 (8.7)	8 (17.4)

4.2.1.1 แหล่งที่มางบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น พบว่า บุคลากรสาธารณสุขเห็นด้วยในระดับมากในเรื่องของการที่กองทุนหลักประกันสุขภาพ ฯ มีแหล่งงบประมาณที่มาจากค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจัดสรร จากสปสช. โดยคิดจากจำนวนรายหัวประชากรทั้งหมดตามทะเบียนบ้านของพื้นที่นั้นๆ (ร้อยละ 47.8) เห็นด้วยในระดับปานกลางในเรื่องของควรมีการระดมเงินจากชุมชนหรือกองทุนชุมชนเข้ากองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ ฯ และการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นสู่ อบต. ทำให้สถานบริการสาธารณสุขมีรายได้ลดลง (ร้อยละ 47.8 และ 43.5 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 14

The logo of Chiang Mai University is a circular emblem. In the center is a detailed illustration of an elephant standing and facing left. Above the elephant's head is a traditional Thai decorative element, possibly a crown or a ceremonial object. The elephant is surrounded by a circular border containing the text 'CHIANG MAI UNIVERSITY 1964'. On either side of the elephant, there are stylized floral or sunburst-like symbols. The entire logo is rendered in a light gray color.

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 14 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวกับแหล่งที่มางบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
จำแนกตามจำนวนและร้อยละ (n = 46)

แหล่งที่มางบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	เห็นด้วย			ไม่เห็นด้วย
		มาก	ปานกลาง	น้อย	
1. การที่ อบต. ต้องสมทบเงินประมาณของตนเองเข้ากองทุนระบบหลักประกันสุขภาพฯ อย่างน้อยร้อยละ 10 ของค่าบริการทางการแพทย์	6 (13.0)	13 (28.3)	17 (37.0)	8 (17.4)	2 (4.3)
2. กองทุนหลักประกันสุขภาพ ฯ มีแหล่งงบประมาณมาจากค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช. โดยคิดจากจำนวนรายหัวประชากรทั้งหมดตามทะเบียนบ้านของพื้นที่นั้นๆ	4 (8.7)	22 (47.8)	15 (32.6)	5 (10.9)	-
3. ควรมีการระดมเงินจากชุมชนหรือกองทุนชุมชนเข้ากองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ ฯ	3 (6.5)	11 (23.9)	22 (47.8)	5 (10.9)	5 (10.9)
4. อบต. สามารถจัดหางบประมาณสมทบกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ ฯ เพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมบริการได้อย่างเพียงพอ	2 (4.3)	15 (32.6)	16 (34.8)	9 (19.6)	4 (8.7)
5. การถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นสู่ อบต. ทำให้สถานบริการสาธารณสุขมีรายได้ลดลง	2 (4.3)	9 (19.6)	20 (43.5)	6 (13.0)	9 (19.6)
6. รายได้อื่นๆ ของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ ฯ ควรมาจาก ดอกผล รายได้ การอุดหนุนจากส่วนราชการ	1 (2.2)	12 (26.1)	18 (39.1)	11 (23.9)	4 (8.7)

4.2.1.2 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

บุคลากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยในเรื่องอบต. สามารถดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นโดยไม่ต้องพึ่งพาหน่วยงานสาธารณสุข ร้อยละ 54.3 ส่วนมากเห็นด้วยในระดับปานกลางในเรื่องการตัดสินใจของคณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพ ฯ ในการจัดสรรงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ ฯ และอบต. สามารถบริหารจัดการงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ ฯ ไปใช้ในการพัฒนางานตามภารกิจที่กำหนดไว้ตาม 5 กลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 52.2 และ 34.8 ตามลำดับ ดังตารางที่

15



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 15 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
 จำแนกตามจำนวนและร้อยละ (n = 46)

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย				ไม่เห็น ด้วย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	
1. อบต. มีศักยภาพโดยรวมเพียงพอที่จะสามารถดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นได้	3 (6.5)	4 (8.7)	13 (28.3)	15 (32.6)	11 (23.9)
2. การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ ฯ ต้องได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการบริหารฯ เท่านั้น	2 (4.3)	15 (32.6)	15 (32.6)	11 (23.9)	3 (6.6)
3. การตัดสินใจของคณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพ ฯ ในการจัดสรรงบประมาณ กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ ฯ	1 (2.2)	13 (28.3)	24 (52.2)	6 (13.0)	2 (4.3)
4. อบต.สามารถบริหารจัดการงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ ฯ ไปใช้ในการพัฒนา งานตามภารกิจที่กำหนดไว้ตาม 5 กลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1 (2.2)	7 (15.2)	16 (34.8)	11 (23.9)	11 (23.9)
5. อบต. สามารถดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นโดยไม่ต้องพึ่งพาหน่วยงาน สาธารณสุข	-	2 (4.3)	6 (13.1)	13 (28.3)	25 (54.3)

4.2.1.3 บทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

บุคลากรสาธารณสุขส่วนมากเห็นด้วยระดับปานกลางว่าการถ่ายโอนภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ทำให้บทบาทหน้าที่ของท่านเปลี่ยนแปลงไป ควรมีกิจกรรมดำเนินงานเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพเท่านั้น และกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ ฯ สนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขได้เฉพาะงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพได้เท่านั้น (ร้อยละ 58.6 50.0 และ 43.5 ตามลำดับ) ส่วนในเรื่องที่สถานบริการสาธารณสุขควรมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้นกว่าเดิมส่วนมากเห็นด้วยในระดับมาก (ร้อยละ 43.5) ตามตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพ
ในระดับท้องถิ่นจำแนกตามจำนวนและร้อยละ (n = 46)

บทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข ในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย				ไม่เห็น ด้วย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	
1. สถานบริการสาธารณสุขควรมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้นกว่าเดิม	11 (23.9)	20 (43.5)	12 (26.1)	2 (4.3)	1 (2.2)
2. กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นยังมีระบบบริหารจัดการไม่ดีพอ	9 (19.5)	12 (26.1)	15 (32.6)	6 (13.1)	4 (8.7)
3. การถ่ายโอนภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพ ฯ ทำให้บุคลากรสาธารณสุข เกิดความเครียดในการทำงาน	8 (17.4)	11(23.9)	12 (26.1)	8 (17.4)	7 (15.2)
4. การดำเนินงานระบบประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นนี้ ทำให้ภาระงานที่ท่านรับผิดชอบ เพิ่มมากขึ้น	7 (15.2)	13 (28.3)	17 (36.9)	6 (13.1)	3 (6.5)
5. การถ่ายโอนภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพ ฯ ทำให้บทบาทหน้าที่ของท่านเปลี่ยนแปลงไป	5 (10.9)	5 (10.8)	27 (58.6)	4 (8.7)	5 (10.9)
6. การถ่ายโอนภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพ ฯ มีกิจกรรมดำเนินงานเฉพาะการสร้างเสริม สุขภาพป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพเท่านั้น	2 (4.3)	6 (13.1)	23 (50.0)	9 (19.6)	6 (13.0)
7. กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ ฯ สนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขได้ เฉพาะงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพได้เท่านั้น	-	8 (17.4)	20 (43.5)	8 (17.4)	10 (21.7)

4.2.2 แนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

4.2.2.1 ความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์ของบุคลากรสาธารณสุขในแนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมากกว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ด้านวิชาการสำหรับจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ และมีประสบการณ์ที่เพียงพอในการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ (ร้อยละ 50.0) และส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับปานกลางว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับขั้นตอน/หลักการ แนวทางการจัดบริการด้านสุขภาพ (ร้อยละ 43.5) ดังตารางที่ 17

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 17 ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์ ในแนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ จำแนกตามจำนวนและร้อยละ (n = 46)

ความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์ของบุคลากรสาธารณสุขในแนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย				ไม่เห็นด้วย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	
1. ควรมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ	19 (41.3)	15 (32.6)	10 (21.8)	2 (4.3)	-
2. มีความรู้ด้านวิชาการสำหรับจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ	7 (15.2)	23 (50.0)	16 (34.8)	-	-
3. มีประสบการณ์ที่เพียงพอในการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ	5 (10.9)	23 (50.0)	17 (36.9)	1 (2.2)	-
4. มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับขั้นตอน/หลักการแนวทางการจัดบริการด้านสุขภาพ	5 (10.9)	17 (36.9)	20 (43.5)	4 (8.7)	-
5. ยินดีที่จะดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นต่อไป	2 (4.3)	16 (34.8)	16 (34.8)	7 (15.2)	5 (10.9)
6. สถานบริการของท่านมีบุคลากรที่เพียงพอต่อการดำเนินงาน	2 (4.3)	8 (17.4)	15 (32.6)	13 (28.3)	8 (17.4)

4.2.2.2 มาตรฐานและการกำหนดตัวชี้วัดในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นด้วยมากกว่าการประเมินผลงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่มีการกำหนดกรอบตัวชี้วัดอย่างชัดเจน สถานบริการสาธารณสุขควรมีการกำหนดมาตรฐานในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพไว้อย่างชัดเจน (ร้อยละ 50.0 และ 43.5 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับปานกลางสถานบริการมีความพร้อม(ทั้งสภาพร่างกายตลอดจนการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ) ที่จะให้บริการทันทีเมื่อมีผู้มารับบริการ (ร้อยละ 43.5) ดังตารางที่ 18

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 18 ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับแนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของสถานบริการสาธารณสุข จำแนกตามจำนวนและร้อยละ (n = 46)

แนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย				ไม่เห็นด้วย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	
1. สถานบริการสาธารณสุขควรมีการกำหนดมาตรฐานในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพไว้อย่างชัดเจน	13 (28.3)	20 (43.5)	11 (23.9)	2 (4.3)	-
2. สถานบริการสาธารณสุขควรมีการกำหนดขอบเขตของกรการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ	12 (26.1)	19 (41.3)	13 (28.3)	2 (4.3)	-
3. การประเมินผลงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่มีการกำหนดกรอบตัวชี้วัดอย่างชัดเจน	7 (15.2)	23 (50.0)	16 (34.8)	-	-
4. สถานบริการมีความพร้อม(ทั้งสภาพร่างกายตลอดจนการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ) ที่จะให้บริการทันทีเมื่อมีผู้มารับบริการ	7 (15.2)	17 (36.9)	20 (43.5)	1 (2.2)	1 (2.2)
5. วิธีการทำงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพในปัจจุบันที่ถูกกำหนดโดยส่วนกลาง	2 (4.3)	17 (37.0)	19 (41.3)	5 (10.9)	3 (6.5)

4.2.2.3 การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมากที่สุดว่าสถานบริการสาธารณสุขต้องจัดการบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับมากกว่าสถานบริการสาธารณสุขมีกิจกรรมการจัดการตรวจคัดกรองสุขภาพ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การใช้ยา และการทำหัตถการเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยให้กับประชาชนทั้ง 5 กลุ่ม (ร้อยละ 50.0 และ 45.6 ตามลำดับ) ในทางกลับกันบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่าการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพควรจัดการเฉพาะในสถานบริการสาธารณสุขเท่านั้น และ การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคในชุมชนควรเป็นหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขเท่านั้น (ร้อยละ 41.3 และ 39.2 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์
จำแนกตามจำนวนและร้อยละ (n = 46)

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)				ไม่เห็นด้วย
	เห็นด้วย				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	
1. สถานบริการสาธารณสุขต้องจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ	23 (50.0)	19 (41.3)	4 (8.7)	-	-
2. สถานบริการสาธารณสุขต้องจัดบริการสุขภาพสำหรับการฝากครรภ์ 4 ครั้ง ในหญิงมีครรภ์	20 (43.5)	20 (43.5)	6 (13.0)	-	-
3. สถานบริการสาธารณสุขต้องจัดบริการสุขภาพสำหรับเด็กเล็ก (แรกเกิด ถึงต่ำกว่า 6 ปี)	19 (41.3)	20 (43.5)	6 (13.0)	1 (2.2)	-
4. สถานบริการสาธารณสุขต้องจัดบริการสุขภาพสำหรับเด็กโต (อายุ 6 ปีถึงต่ำกว่า 25 ปี)	17 (36.9)	19 (41.3)	9 (19.6)	1 (2.2)	-
5. สถานบริการสาธารณสุขต้องจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป)	16 (34.8)	18 (29.1)	11 (23.9)	1 (2.2)	-
6. การจัดบริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการให้การศึกษาแนะนำ และการให้ความรู้	14 (30.4)	19 (41.3)	10 (21.8)	3 (6.5)	-
7. การจัดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพให้กับประชาชนทั้ง 5 กลุ่ม	12 (26.1)	23(50.0)	8 (17.4)	3 (6.5)	-
8. การจัดบริการการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การใช้ยา และการทำหัตถการเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย	12 (26.1)	2(45.6)	10 (21.8)	3 (6.5)	-
9. งบประมาณที่ได้รับจัดสรรมีความเพียงพอต่อการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพสำหรับประชาชนในพื้นที่	3 (6.5)	15 (32.6)	11 (23.9)	11 (23.9)	6 (13.1)
10. การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคในชุมชนควรเป็นหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขเท่านั้น	2 (4.3)	5 (10.9)	10 (21.7)	11 (23.9)	18 (39.2)
11. การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพควรจัดบริการเฉพาะในสถานบริการสาธารณสุขเท่านั้น	1 (2.2)	3 (6.5)	9 (19.6)	14 (30.4)	19 (41.3)

ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคจากการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

5.1 ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีดังนี้

5.1.1 คณะกรรมการขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพ

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ พบว่า คณะกรรมการขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยให้เหตุผลว่าเป็นเรื่องใหม่เพิ่งดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น :

“ปัญหาในคณะกรรมการยังขาดความรู้ความเข้าใจ ฉันไปประชุมมา แต่ทั้ง 15 คนเนี่ยะ เขาไม่ค่อยได้ไป ไปกันแค่หกเจ็ดคนเท่านั้น ที่นี้ก็มาตั้งบ ตั้งเข้าแล้วก็ขาดความรู้ความเข้าใจ ว่าเงินนี้สามารถจะไปใช้ได้อย่างไรในกลุ่มไหนๆ ก็มีปัญหาตรงนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 อบต.)

“ในเรื่องของคน ที่ยังไม่ค่อยเข้าใจ เราก็ไม่ได้ว่าเขาไม่สนใจ แต่ว่าเป็นโครงการใหม่ไม่ได้ทุกตำบล อำเภอเมืองมีที่นี้ที่เดียว อาจจะยังไม่เข้าใจอะไรอย่างเนี่ยะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 จนท.สาธารณสุข)

5.1.2 องค์การบริหารส่วนตำบลขาดบุคลากรด้านสาธารณสุขในการดำเนินงาน

จากการสัมภาษณ์ พบว่า อบต. บุคลากรด้านสุขภาพที่รับผิดชอบโดยตรง ซึ่งงานด้านสุขภาพส่วนใหญ่จะไปอยู่ที่ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล :

“ตอนนี้ปัญหาของเราก็คือบุคลากรสาธารณสุขอย่างเดียวมว่นะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 อบต.)

5.2 แนวทางการแก้ไขปัญหา

5.2.1 แนวทางแก้ไขปัญหาเรื่องคณะกรรมการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพ โดยให้มีการจัดประชุมชี้แจง ให้คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ ได้มาถ่ายทอดประสบการณ์ พุดคุยกันและมีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานอย่างน้อย 3 – 4 เดือนครั้ง :

“สปสข. น่าจะจัดให้เป็นระยะ ที่ผ่านมามีปัญหาอุปสรรคอะไรสัก 3 – 4 เดือนครั้งอะไรอย่างนี้ยะ แล้วมาคุยกันตรงนี้ แก้ไขปัญหากันตรงนี้ พอต่อไปอีกสักระยะหนึ่ง 4 – 5 เดือนคุยกันอีกสักทีหนึ่ง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 จนท. สาธารณสุข)

5.2.2 แนวทางการแก้ไขปัญหาเรื่อง อบต. ขาดบุคลากรด้านสาธารณสุขในการดำเนินงาน มีแนวทางการแก้ไขปัญหา อบต. ควรมีการกำหนดกรอบอัตรากำลังบุคลากรด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง และให้เอื้อต่อความก้าวหน้าในสายงานของบุคลากร ควรมีการทำความเข้าใจถึงระบบงานของ อบต. ให้กับบุคลากรได้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของ อบต. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ

“เขาก็ต้องปรับกรอบใหม่ ให้สอดคล้องกับตำแหน่งปัจจุบันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อที่โอน ไปแล้วจะได้มีความก้าวหน้าเท่ากัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 จนท. สาธารณสุข)