

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นของบุคลากรผู้รับผิดชอบต่อการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล จังหวัดชัยนาท การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาริบทการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพตามหุคสิทธิประโยชน์ ซึ่งการถ่ายโอนภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเป็นเรื่องใหม่ที่ต้องการความร่วมมือและการประสานงานที่ดีระหว่าง อบต. และ ศสช./สอ. การศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปใช้ในการวางแผน กำหนดนโยบาย และแนวทางการถ่ายโอนที่จะขยายใน อบต. ต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จังหวัดชัยนาท จำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารฯ จำนวน 8 คน บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 6 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารฯ ที่อยู่ใน อบต. นำร่อง จำนวน 8 แห่งกระจายครอบคลุมใน 6 อำเภอ 2 กิ่งอำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 107 คนจากประชากรจำนวน 149 คิดเป็นร้อยละ 71.81 กลุ่มที่ 2 บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศสช./สอ. ในพื้นที่ อบต. ที่รับการถ่ายโอนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จำนวน 15 แห่ง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 46 คน จากประชากรจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 80.70

เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึกการสัมภาษณ์เจาะลึก จากแนวคำถามปลายเปิด การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ สำหรับแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามสำหรับคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามถึงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีอนามัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามถึงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน 2550 และนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาใช้โปรแกรมทางสถิติ และการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้สามารถให้ข้อมูลได้จนข้อมูลอ้อมตัวที่เป็นคณะกรรมการบริหารฯ และบุคลากรสาธารณสุข มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และแปลความ ตามขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของไมล์ และอับเบอร์แมน

### สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรผู้รับผิดชอบต่อการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นสู่องค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดชัยนาท ผู้ศึกษานำเสนอการสรุป และอภิปรายผลการศึกษา 4 ประเด็น คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) บริบทการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จังหวัดชัยนาท 3) ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น 4) ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และ 5) ปัญหาและอุปสรรคจากการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคณะกรรมการบริหารฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 74.8) มีอายุระหว่าง 41 – 45 ปีมากที่สุด คิดเป็น(ร้อยละ 20.6) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 89.7) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 31.8) มีอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 44.9) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาทมากที่สุด คิดเป็น(ร้อยละ 51.4) ซึ่งต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยภาคกลาง และประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) อยู่ในวาระการดำรงตำแหน่งคณะกรรมการบริหารฯ มาแล้ว 11 เดือน เคยเข้าร่วมประชุมระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (ร้อยละ 86.9) เคยร่วมวางแผนหรือดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 87.6) ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (ร้อยละ 99.1) ซึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารจากการประชุม การอบรม และคู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (ร้อยละ 66.7 57.6 และ 49.5 ตามลำดับ)

ในส่วนกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.3) มีอายุระหว่าง 31 – 35 ปี มากถึง (ร้อยละ 28.3) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 52.2) มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 76.1) ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (ร้อยละ

34.8) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท (ร้อยละ 41.3) ซึ่งต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนภาคกลางและประเทศ มีอายุราชการเฉลี่ย 11.39 ปี เคยเข้าร่วมในการประชุมกับองค์การบริหารส่วนตำบล (ร้อยละ 58.7) ส่วนมากเคยร่วมวางแผนและดำเนินการกิจกรรมแก้ไขปัญหาร่วมกับอบต. มากถึง (ร้อยละ 60.9) ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ร้อยละ 80.4 ส่วนมากได้รับข้อมูลข่าวสารจากการประชุม ผู้บังคับบัญชา และคู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (ร้อยละ 67.6 59.5 และ 56.8 ตามลำดับ)

อภิปรายได้ว่า ลักษณะทางประชากรส่วนบุคคลของคณะกรรมการบริหารฯ และบุคลากรสาธารณสุข มีความแตกต่างกันในเรื่องต่างๆ ดังนี้ เรื่องของเพศ คณะกรรมการบริหารฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายโดยที่บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุของคณะกรรมการส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41 – 45 ปี บุคลากรสาธารณสุขมีอายุอยู่ระหว่าง 31 – 35 ปี ระดับการศึกษา คณะกรรมการบริหารฯ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา บุคลากรสาธารณสุขมีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี และรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือน คณะกรรมการบริหารฯ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่าบุคลากรสาธารณสุข การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับองค์การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการบริหารฯ ส่วนใหญ่เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ มากกว่าบุคลากรสาธารณสุข ทั้งในเรื่องของการประชุม และการวางแผนหรือดำเนินการกิจกรรมการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ในเรื่องของการได้รับข้อมูลข่าวสารคณะกรรมการบริหารฯ และบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากการประชุมเป็นส่วนใหญ่

## 2. บริบทการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จังหวัดชัยนาท

### 2.1 บริบทขององค์การบริหารส่วนตำบลและศูนย์สุขภาพหรือสถานีอนามัย

#### 2.1.1 บริบทขององค์การบริหารส่วนตำบล

จากการศึกษาพบว่า จังหวัดชัยนาท มีองค์การบริหารส่วนตำบล ที่รับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีทั้งหมด 8 แห่ง กระจายใน 6 อำเภอ 2 กิ่งอำเภอ ซึ่งเป็นอบต. ขนาดเล็ก เนื่องจากมีการจัดเก็บรายได้ได้น้อย และเงินอุดหนุนได้ปีละไม่เกิน 20 ล้าน สืบเนื่องจากประชากรส่วนประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลให้อบต. จัดเก็บรายได้ได้น้อยตามไปด้วย ด้านสภาพแวดล้อมทางโครงสร้างของ อบต. ตั้งอยู่ในเขตชุมชนส่วนใหญ่จะสร้างเป็นตึกชั้นเดียวและมีบางที่สร้างเป็นแบบตึกสองชั้น มีพื้นที่กว้างเป็นสัดส่วนของตนเอง สภาพภายในตัวอาคารจะแบ่งออกเป็นส่วนๆ สำหรับเป็นที่ทำงานของหน่วยงานภายองค์การบริหารส่วนตำบล และที่ห้องประชุมสำหรับประชุมสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล

โครงสร้างการทำงานของ อบต. แบ่งการบริหารจัดการออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) สภาพองค์การบริหารส่วนตำบล หน้าที่เป็นฝ่ายนิติบัญญัติขององค์การบริหารส่วนตำบล 2) คณะผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่เป็นฝ่ายบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบล สอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (2546) ที่กล่าวว่า โครงสร้างขององค์การบริหารส่วนตำบล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ สภาพองค์การบริหารส่วนตำบล และคณะผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล

ด้านบุคลากรของ อบต. ส่วนใหญ่มีบุคลากรเฉลี่ยต่อแห่ง จำนวน 23 คน ประกอบด้วย ข้าราชการนักการเมืองส่วนท้องถิ่น ข้าราชการส่วนท้องถิ่น และพนักงานราชการ อัตราจ้าง ลูกจ้างตามภารกิจ บุคลากรส่วนใหญ่เป็นบุคคลในท้องถิ่น ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกันทำให้มีการทำงานร่วมกันแบบพื้แบบนึ่ง และความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรกับประชาชนมีความสัมพันธ์เปรียบเสมือนเครือญาติ

ทั้งนี้ อบต. ได้มีการกำหนดกรอบอัตรากำลังสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ระดับ 2 – 5 ปฏิบัติงานส่วนสาธารณสุข เพื่อจัดกิจกรรมบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชน ซึ่งในปัจจุบันอบต.ยังไม่มีบุคลากรสาธารณสุข โอนมาปฏิบัติงาน เนื่องจากไม่ได้มีการเปิดรับสมัครเป็นการทั่วไป เพียงแต่ได้มีการกำหนดกรอบไว้เท่านั้น ในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่โอนย้ายมาปฏิบัติใน อบต. ตามตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เนื่องจาก กรอบอัตรากำลังในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 – 5 จะมีความก้าวหน้าน้อยกว่าปฏิบัติงานที่ ศสช./สอ.

#### 2.1.2 บริบทศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนอนามัย

จากการศึกษา พบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนอนามัย ในจังหวัด ชัยนาท ในพื้นที่ดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีจำนวน 15 แห่ง ซึ่งตั้งอยู่ในชุมชน ประชาชนสามารถเดินทางมารับบริการได้สะดวก และอยู่ห่างจาก อบต. ไม่ไกลมากนัก สามารถไปมาติดต่อประสานงาน ได้ได้สะดวก สภาพแวดล้อมภายในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนอนามัย มีตัวอาคารสร้างเป็นแบบตึกสองชั้นทุกแห่ง มีการต่อเติมชั้นล่างใช้สำหรับจัดบริการให้กับประชาชนเพื่อความสะดวกให้กับประชาชน อาคารถ่ายเทสะดวก พื้นที่ชั้นบนจัดเป็นตึกสำนักงานที่ทำงาน และห้องประชุม

โครงสร้างองค์กรของศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีนอนามัย ไม่มีการแบ่งโครงสร้างการทำงานภายในอย่างชัดเจน จะมีเพียงการแบ่งบทบาทหน้าที่กัน ดังนี้ 1) งานบริการสาธารณสุขผสมผสาน เช่น งานส่งเสริมสุขภาพ งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น งานควบคุมและป้องกันโรค และงานฟื้นฟูสภาพดูแลผู้ป่วยพิการและผู้ป่วยเรื้อรัง 2) งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน



และการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3) งานพัฒนาให้ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพ 4) การบริหารงานทั่วไป การประสานงานและประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมของประชาชน 5) งานแผนงานและวิชาการ 6) การพัฒนาแหล่งวิชาการ

ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขประจำสถานบริการแต่ละแห่งเฉลี่ยประมาณ 3 คน ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่อำเภอเดียวกันกับที่ตั้งสถานบริการ และส่วนใหญ่ที่เป็นคนในพื้นที่ตำบลเดียวกัน ส่วนใหญ่มีตำแหน่งต่างๆ ดังนี้ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ศสช./สอ. เพียง 3 แห่ง การทำงานบุคลากรในแต่ละตำแหน่งสามารถทำงานทดแทนกันได้เมื่อเจ้าหน้าที่อีกคนไม่อยู่ เมื่อมีงานมอบหมายมาบุคลากรแต่ละคนจะช่วยกันทำงานจนสำเร็จ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรด้วยกันมีความสัมพันธ์แบบพี่น้องกัน

ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัยในพื้นที่ถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีทั้งหมด จำนวน 15 แห่ง กระจายใน 6 อำเภอ 2 กิ่งอำเภอ ซึ่งตั้งอยู่ในชุมชน เหมาะสำหรับจัดบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ประชาชนสามารถเดินทางมารับบริการได้สะดวก และยังคงอยู่ไม่ห่างจากองค์การบริหารส่วนตำบล ทำให้มีความสะดวกในเรื่องของการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งสอง สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัยมีสภาพโครงสร้างของตัวอาคารที่สร้างเป็นตึกสองชั้น จัดพื้นที่ตัวอาคารออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ พื้นที่ชั้นพื้นที่ชั้นล่างใช้สำหรับจัดบริการให้กับประชาชนเพื่อความสะดวกให้กับประชาชน อาคารถ่ายเทสะดวก พื้นที่ชั้นบนจัดเป็นตัวสำนักงานที่ทำงาน และห้องประชุม ในส่วนโครงสร้างภายในองค์กรไม่มีการแบ่งโครงสร้างภายในอย่างชัดเจน จะมีเพียงการแบ่งบทบาทหน้าที่กันชัดเจน ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการตามตำแหน่งเท่านั้น บุคลากรที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีเพียง 3 คน ซึ่งต้องแบกรับภาระงานมากในการจัดบริการด้านสุขภาพให้กับประชาชนทั้งในสถานบริการและในชุมชน ดังนั้น จึงควรต้องมีการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นสู่องค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งองค์การบริหารส่วนตำบลมีศักยภาพมากกว่าสามารถที่จะช่วยสนับสนุนในเรื่องของทรัพยากรด้านต่างๆ เช่น ด้านบุคลากร งบประมาณ เป็นต้น

### 2.1.3 บริบทการดำเนินงานด้านสุขภาพของ อบต. และศสช./สอ.

จากการศึกษา พบว่า อบต. และศสช./สอ. มีการดำเนินงานด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ดังนี้

องค์การบริหารส่วนตำบล ก่อนรับนโยบายนำร่องการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ ออบต. ในจังหวัดชัยนาท มีการดำเนินงานด้านสุขภาพในบางส่วนที่จัดบริการให้กับประชาชน โดยกำหนดไว้ในข้อบัญญัติของ ออบต. เช่น การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การป้องกันโรคไข้เลือดออก การควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยยังไม่ได้มีการกำหนดเป็นแผนงาน โครงการอย่างชัดเจนในระดับนโยบาย และกิจกรรมต่างๆ ด้านสุขภาพยังไม่ได้จัดตั้งคณะกรรมการด้านนี้เพื่อทำหน้าที่ดำเนินการ

การดำเนินงานด้านสุขภาพของ ศสช./สอ. การจัดบริการสาธารณสุขทั้งในสถานบริการและในชุมชน สำหรับในสถานบริการมีการจัดบริการครอบคลุมทุกกิจกรรม ส่วนการจัดบริการในชุมชน จะเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ เช่น การออกกำลังกาย การป้องกันโรคและควบคุมโรคติดต่อ เช่น การควบคุมโรคไข้เลือดออก และโรคไม่ติดต่อ เช่น การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การฟื้นฟูสภาพได้แก่ การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งใช้งบประมาณที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความสัมพันธ์และการดำเนินด้านสุขภาพร่วมกันระหว่าง ออบต. กับ ศสช./สอ. ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการประสานงานกัน บุคลากรทั้งสองหน่วยงานไม่มีปัญหา ทำงานด้วยกันได้ บุคลากรทั้งสองหน่วยงานมีการทำกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกันอยู่เสมอ เช่น การควบคุมโรคไข้เลือดออก การออกไปประชาสัมพันธ์หมู่บ้าน นอกจากนี้ ออบต. มีการสนับสนุนงบประมาณให้กับ ศสช./สอ. โดยการโอนงบประมาณสนับสนุนเป็นรายปี หรือให้ศสช./สอ. จัดทำแผนงาน โครงการเพื่อรับการสนับสนุนงบประมาณด้วย:

อภิปรายได้ว่า องค์กรบริหารส่วนตำบลก่อนรับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ได้มีการดำเนินงานด้านสุขภาพในบางกิจกรรมให้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ยังไม่ได้มีการกำหนดเป็นนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน เพียงแต่มีการกำหนดไว้ในข้อบัญญัติขององค์กรบริหารส่วนตำบลเท่านั้น สอดคล้องกับ โกวิท พวงงาม (2543) กล่าวว่าองค์กรบริหารส่วนตำบลมีอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการส่วนสาธารณะ ต่างๆ รวมถึงการป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ และยังสอดคล้องกับสมคิด เลิศไพฑูรย์ (2547) ที่ได้เสนอไว้ว่าองค์กรบริหารส่วนตำบลตาม พรบ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ องค์กรบริหารส่วนตำบลต้องจัดให้มีการดำเนินงานการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล ส่วนในการดำเนินงานด้านสุขภาพของ ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย ได้มีการจัดบริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน เพื่อจัดบริการให้ประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเน้นในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

ทั้งนี้ในการดำเนินการด้านสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล และ ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัยเคยมีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพร่วมกันมาก่อน ด้วยความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานทั้งสอง ได้แก่ การควบคุมโรคได้เล็ดออก การสนับสนุนงบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบลให้กับศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย ดังนั้น ในการดำเนินงานถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพสุขภาพในระดับท้องถิ่น ควรเริ่มดำเนินงานในงานหรือกิจกรรมที่ทั้งสองหน่วยงานทำกิจกรรมร่วมกัน แล้วจึงค่อยๆขยายให้ครอบคลุมในทุกกิจกรรมด้านสุขภาพ

## 2.2 บริบทการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

### 2.2.1 ระยะเริ่มต้นการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลรับนโยบายการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ในปีงบประมาณ 2549 ได้เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2550 (เดือนตุลาคม 2549) เพื่อให้ประชาชนในชุมชนได้รับการดูแลสุขภาพ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเป็นแบบแผน และการจัดการดูแลสุขภาพประชาชนมีความชัดเจน

อภิปรายได้ว่า การดำเนินการนำร่องถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นให้กับองค์การบริหารส่วนตำบล ในปีงบประมาณ 2550 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550ก) ได้กำหนดนโยบายและเป้าหมายในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นนำร่องในองค์การบริหารส่วนตำบลอำเภอละ 1 แห่ง ในปีงบประมาณ 2549

### 2.2.2 การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนตำบลได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพขึ้นในปีงบประมาณ 2550 เพื่อรับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นได้บรรลุตามเกณฑ์ของระเบียบกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น แต่ละองค์การบริหารส่วนตำบลได้มีการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องและทำประชาคมในหมู่บ้าน ดำเนินการคัดเลือกคณะกรรมการผู้แทนหมู่บ้านจากประชาชนในแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นก็ส่งรายชื่อคณะกรรมการให้ สปสช. เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ หลังจากนั้นมีการดำเนินการประชุมเพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจ บทบาทหน้าที่ตามที่ สปสช. กำหนด พร้อมทั้งร่วมพิจารณากำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพ

โครงสร้างคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ ในแต่ละ อบต. มีตัวแทนมาจากหลายภาคส่วน ซึ่งจะเป็นกลุ่มบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีหน้าที่ดูแลสุขภาพ ของบุคคลในพื้นที่อยู่แล้ว โดยส่วนหนึ่งมาจากการแต่งตั้งโดยตำแหน่ง อีกส่วนหนึ่งมาจากการ คัดเลือกกันเอง ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้แทนหน่วยบริการสาธารณสุข ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คัดเลือกกันเอง ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เป็น กรรมการและเลขานุการ (แผนภูมิที่ 6) สอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550ก) กำหนดโครงสร้างของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้แทนหน่วยบริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนชุมชน/หมู่บ้าน และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

คณะกรรมการบริหารฯ มีหน้าที่ จัดทำข้อมูลและแผนดำเนินการที่ เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชี เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. ได้มีแต่งตั้งกรรมการรับผิดชอบการเบิกจ่ายงบประมาณ กองทุน จัดตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานตามความจำเป็น การดำเนินงานของ คณะกรรมการบริหารฯ มีการประชุมคณะกรรมการบริหารฯ ในลักษณะเป็นครั้งคราว ขึ้นอยู่กับว่า จะมีแผนงานโครงการมาเสนอเพื่อแจ้งให้คณะกรรมการทราบ

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หน้าที่ของคณะกรรมการบริหารฯ ดำเนินการใน เรื่องของการจัดทำแผนดำเนินการที่เกี่ยวกับข้องกับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยการจัดบริการ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชุมชนอย่างทั่วถึงตามกลุ่มเป้าหมาย รับผิดชอบ การรับการเงิน การเก็บรักษาเงิน ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบการเบิกจ่าย งบประมาณกองทุน การที่ต้องสรุปผลการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพใน ระดับท้องถิ่นให้ สปสช. และ อบต.ทราบ รวมทั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงาน ตามความจำเป็น สอดคล้องกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (2550ก) ส่วนการประชุม คณะกรรมการ ไม่สอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550ก) กำหนดให้ คณะกรรมการบริหารฯ มีการประชุมประชุมทุกเดือน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง



### 2.2.3 การบริหารจัดการงบประมาณ

อบต. ที่รับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีการบริหารจัดการงบประมาณ โดยมีขั้นตอนการพิจารณาและสนับสนุนแผนงาน โครงการ (แผนภูมิที่ 5) ดังนี้

#### 2.2.3.1 การพิจารณางบประมาณสนับสนุนแผนงานโครงการ

คณะกรรมการบริหารระบบฯ มีการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน โดยตัวแทนของหน่วยบริการสาธารณสุข ดำเนินงานดำเนินการจัดทำแผนงานโครงการ แก้ไขปัญหาสุขภาพ ตามกลุ่มเป้าหมายแล้ว เสนอแผนงานโครงการดังกล่าว ให้กับทางเลขานุการคณะกรรมการ เพื่อรวบรวมแผนงานโครงการทั้งหมด แล้วนำเข้าไปประชุมคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพพิจารณาแผนงานโครงการและงบประมาณที่จะขอใช้ เพื่อที่จะอนุมัติหรือไม่อนุมัติให้ดำเนินการ และเมื่อคณะกรรมการบริหารฯ อนุมัติก็ดำเนินการตามแผนงานโครงการนั้นๆ ในกรณีที่คณะกรรมการบริหารฯ ไม่อนุมัติแผนงานโครงการที่ตัวแทนหรือผู้ที่เสนอแผนงานโครงการ ก็นำกลับไปปรับปรุงแก้ไขแล้วเสนอใหม่ หรือไม่ก็ยกเลิกแผนงานโครงการนั้น การสนับสนุนจากกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนในแผนงานโครงการมีกิจกรรม 3 ลักษณะ คือ การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข และการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชน ไม่สอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550ก) กำหนดให้มีการพิจารณาสนับสนุนแผนงานโครงการกิจกรรม 4 ลักษณะ คือการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชน และการบริหารกองทุน/ พัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุนและอื่นๆ ซึ่งคณะกรรมการบริหารฯ ขาดการดำเนินงานในส่วนของการบริหารกองทุน/ พัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุนและอื่นๆ

#### 2.2.3.2 การจัดตั้งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับ

ท้องถิ่น จากการศึกษา พบว่า อบต. ได้ดำเนินการจัดตั้งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีแหล่งที่มาของงบประมาณ 3 ส่วน (ภาพที่ 6) ดังนี้

- 1) รายได้จากเงินค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในอัตรา 37.50 บาทต่อหัวประชากรต่อปี
- 2) เงินอุดหนุนจาก อบต. โดยโอนเงินอุดหนุนสมทบเข้ากองทุนตามสัดส่วนอย่างน้อยร้อยละ 10 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับ

3) รายได้อื่นและทรัพย์สินที่เกิดจากกองทุน โดย อบต.ได้ดำเนินการจัดทำโครงการฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า แล้วนำเงินที่ได้จากการฉีดวัคซีนมาสมทบกองทุน กับอีกส่วนหนึ่งได้ดำเนินการจัดซื้อครุภัณฑ์ เช่น รถจักรยานยนต์ เครื่องพ่นหมอกควัน เครื่องออกกำลังกายให้กับประชาชนในหมู่บ้าน

นอกจากนี้ ในด้านทรัพยากร อบต.ยังไม่มีวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ที่เป็นของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ในการดำเนินงานอาศัยทรัพยากรของ อบต. มาดำเนินการ ซึ่งทาง อบต.ได้มีการวางแผนในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เป็นของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

อภิปรายได้ว่า การจัดตั้งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นของ อบต. มีแหล่งที่มาของเงิน 3 แหล่ง ดังนี้ รายได้จากเงินค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในอัตรา 37.50 บาทต่อหัวประชากรต่อปี เงินอุดหนุนจาก อบต. สมทบเข้ากองทุนตามสัดส่วนอย่างน้อยร้อยละ 10 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับ รายได้อื่นและทรัพย์สินที่เกิดจากกองทุน จากการจัดซื้อครุภัณฑ์ ซึ่งคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพยังไม่มีระดมเงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน ไม่สอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550ก) กำหนดให้กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีแหล่งที่มาของกองทุน 4 แหล่ง คือ เงินค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หมวดบริการส่งเสริมป้องกัน เงินอุดหนุนหรืองบประมาณจากอบต.หรือเทศบาล เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน และรายได้อื่นและทรัพย์สินที่เกิดจากกิจการกองทุนรวมทั้งเงินอุดหนุนจากหน่วยงานต่างๆ

#### 2.2.3.3 การจัดทำระบบบัญชีหลักประกันสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า คณะกรรมการบริหารฯ ดำเนินการจัดทำระบบบัญชีหลักประกันสุขภาพ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการเก็บรักษาเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ได้แยกระบบบัญชีหลักประกันสุขภาพ ออกจากระบบบัญชีของ อบต. ไว้อย่างชัดเจน ใช้รูปแบบง่ายๆ ที่คณะกรรมการกำหนดขึ้น การจัดทำระบบบัญชีได้อิงระบบบัญชีการเงินของ อบต. สอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550ก) กำหนดว่าระบบบัญชีของ อบต. ที่ถือปฏิบัติ แต่ให้แยกระบบบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพออกจากระบบบัญชีปกติเป็นอีกชุดหนึ่งต่างหาก

2.2.3.4 การเบิก – จ่ายเงินกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น พบว่า อบต. ส่วนใหญ่ดำเนินการเบิก-จ่ายเงินได้อย่างอิงระเบียบว่าด้วยการพัสดุ ของ อบต.

โดยมีแต่งตั้งกรรมการจัดซื้อจัดจ้าง และตรวจรับพัสดุ สอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550ก)

#### 2.2.4 การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

จากการศึกษา พบว่า คณะกรรมการบริหารฯ มีการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยการดำเนินงานจัดทำแผนงาน /โครงการเพื่อเสนอของบประมาณสนับสนุนจากคณะกรรมการบริหารฯ เพื่อมาดำเนินการ ส่วนใหญ่ในแต่ละ อบต. จะมีการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่ตามสภาพปัญหาของแต่ละแห่ง ส่วนใหญ่ที่ดำเนินการมีดังนี้ จัดกิจกรรมดูแลฟื้นฟูสภาพผู้พิการ โดยให้ลุงยังชีพ ออกเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน การดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์และเด็กแรกเกิด ก็มีการดำเนินการจัดกระเป๋าเอกสารสำหรับการดูแลสุขภาพบุตรในหญิงมีครรภ์ และได้มีการสนับสนุนอาหารเสริม (นม) ในเด็ก ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปถึง 3 ขวบ ส่วนการควบคุมและป้องกันโรค พบว่า การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่ อบต. จะดำเนินการเองทั้งในเรื่องของการจัดซื้อเครื่องพ่นหมอกควัน น้ำยาพ่น รวมถึงทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย

อภิปรายได้ว่า คณะกรรมการบริหารฯ ได้ดำเนินการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ในแต่ละ อบต. แตกต่างกันไป ตามสภาพปัญหาของแต่ละแห่ง ซึ่งการจัดบริการยังไม่ครอบคลุมในทุกกลุ่มเป้าหมาย จึงควรมีการจัดทำแผนงาน โครงการให้ครอบคลุมในทุกกลุ่มเป้าหมาย การจัดบริการควรเริ่มจากในสถานบริการให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายแล้วจึงขยายไปสู่ชุมชน สำหรับการจัดบริการในชุมชน ควรจัดในกิจกรรมที่ อบต. และ ศสช./สอ.เคยมีประสบการณ์ในการดำเนินการร่วมกันมาก่อน แล้วจึงขยายให้ครอบคลุมในทุกกลุ่มเป้าหมาย ไม่สอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550ก) กำหนดให้มีการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ทั้งในสถานบริการและในชุมชนในครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้ง 5 กลุ่ม คือสำหรับหญิงมีครรภ์ เด็กเล็ก(แรกเกิด ถึงต่ำกว่า 6 ปี) เด็กโต (อายุ 6 ปี ถึงต่ำกว่า 25 ปี) ผู้ใหญ่(อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป) และกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ

### 3. ความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

#### 3.1 ความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างคณะกรรมการบริหารฯ และบุคลากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็น (ร้อยละ 64.5 และ 73.9 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5) เมื่อจำแนกข้อมูลความรู้รายข้อ พบว่า คณะกรรมการบริหารฯและบุคลากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่ตอบได้ถูกต้องมากที่สุดในเรื่องคณะกรรมการบริหารฯพิจารณาอนุมัติงบประมาณสนับสนุนการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ได้ จะต้องมีการวางแผนงาน/โครงการรองรับ (ร้อยละ 96.3 และ 95.7 ตามลำดับ) ในส่วนที่คณะกรรมการบริหารฯตอบได้ถูกน้อยที่สุดในข้อคำถาม อบรม. ต้องสมทบเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช. (ร้อยละ 39.3 ) ส่วนบุคลากรสาธารณสุขตอบได้ถูกต่อน้อยที่สุดในข้อคำถามองค์กรต่างๆ ในชุมชน สามารถเข้ามามีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการฯ ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ โดยต้องสมทบเงินเข้าร่วมด้วย (ร้อยละ 41.3) (ตารางที่ 6)

อภิปรายได้ว่า คณะกรรมการบริหารฯ และบุคลากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งในประเด็นที่คณะกรรมการบริหารฯและบุคลากรสาธารณสุข ตอบคำถามได้เหมือนกันในเรื่องของการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ได้ จะต้องมีการวางแผนงาน/โครงการรองรับ ส่วนที่คณะกรรมการตอบได้ถูกต่อน้อยในเรื่องกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ที่ อบรม. สมทบเงินอุดหนุนไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของเงินที่ได้รับจากสปสช. ส่วนบุคลากรสาธารณสุขตอบได้ถูกต่อน้อยในประเด็นของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ ที่องค์กรต่างๆ ในชุมชน สามารถเข้ามามีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการฯ ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ โดยต้องสมทบเงินเข้าร่วมด้วย

#### 3.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างคณะกรรมการบริหารฯและบุคลากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่เห็นด้วยในเรื่องการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นจะประสบผลสำเร็จจำเป็นต้องมีการประสานงานที่ดีระหว่าง อบรม. กับหน่วยบริการสาธารณสุข ร้อยละ 99.1 และ 78.3 ตามลำดับ คณะกรรมการบริหารฯ เห็นด้วยว่านโยบายการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเป็นนโยบายที่ดี และมีประโยชน์ (ร้อยละ 96.3 และ 95.3 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่าบุคลากรของ อบรม.มีความรู้ความเข้าใจและมีประสบการณ์ที่เพียงพอในการรับถ่ายโอนภารกิจ (ร้อยละ 89.1 )

การถ่ายโอนภารกิจ เห็นด้วยว่าต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการมาดำเนินการ( ร้อยละ 87.0 )และพบว่า กลุ่มตัวอย่างคณะกรรมการบริหารฯเห็นด้วย แต่บุคลากรสาธารณสุขไม่เห็นด้วย ในเรื่องของการที่ อบต. ควรรับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และการโอนถ่ายภารกิจสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ตรงกับความต้องการของประชาชนในชุมชนได้อย่างแท้จริง กล่าวคือ (ร้อยละ 94.4 60.9 85.0 และ52.2 ตามลำดับ) (ตารางที่ 7)

จากการสัมภาษณ์ พบว่า คณะกรรมการบริหารฯ มีความคิดเห็นว่าการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเป็นนโยบายที่ดี ไม่เป็นการเพิ่มภาระให้กับบุคลากร อบต. โดยให้เหตุผลว่าการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นหน้าที่ที่ อบต. ต้องดำเนินการอยู่แล้ว แต่จะมีในบางกิจกรรมองค์การบริหารส่วนตำบลเองสนับสนุนไม่ได้ ดำเนินการเองไม่ได้ พอรับการโอนภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นแล้วสามารถทำได้ และประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขมีความคิดเห็นว่าการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นสู่ออบต. ในรูปแบบของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เป็นสิ่งที่ดี หลักการกระจายอำนาจให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วม ในการคิดแก้ไขปัญหา สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด เป็นการกระตุ้น อบต. ในการดำเนินการ สามารถทำงานได้รวดเร็ว โดยไม่ต้องรอคำสั่งจากเบื้องบน

อภิปรายได้ว่า คณะกรรมการบริหารฯ มีความเห็นเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ถือว่าเป็นนโยบายการถ่ายโอนภารกิจที่ดีและเป็นนโยบายที่มีประโยชน์แก่ประชาชนโดยตรง สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ตรงกับความต้องการของประชาชนในชุมชนได้อย่างแท้จริง ดังนั้นควรให้ อบต. รับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นไปดำเนินการ โดยดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการมาดำเนินการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ การถ่ายโอนภารกิจจะประสบผลสำเร็จหรือบรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ จำเป็นต้องมีการประสานงานที่ดีระหว่าง อบต. กับหน่วยบริการสาธารณสุข ส่วนบุคลากรสาธารณสุขไม่เห็นด้วยว่าบุคลากรของ อบต.มีความรู้ความเข้าใจและมีประสบการณ์ที่เพียงพอในการรับถ่ายโอนภารกิจ หากมีการถ่ายโอนภารกิจต้องมีการประสานงานที่ดีระหว่างอบต. กับหน่วยบริการสาธารณสุข และต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการมาดำเนินการ



4. ความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ผู้ศึกษาแบ่งการสรุป และอภิปรายผล ออกเห็น 2 กลุ่ม ดังนี้

#### 4.1 ความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพ

##### 4.1.1 บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า คณะกรรมการบริหารฯ ส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมากที่สุดในเรื่องการที่ต้องบริหารจัดการงบประมาณในการรับเงิน จ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจัดทำบัญชีระบบหลักประกันสุขภาพ การจัดบริการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชุมชนอย่างทั่วถึงตามกลุ่มเป้าหมาย และการสรุปผลการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ฯ ให้ สปสช. / อบต. ปีละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 58.9 53.3 และ 53.3 ตามลำดับ) (ตารางที่ 8)

อภิปรายได้ว่า คณะกรรมการบริหารฯ ควรมีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ในเรื่องการรับเงิน จ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีระบบหลักประกันสุขภาพ การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชุมชนอย่างทั่วถึงตามกลุ่มเป้าหมาย และต้องสรุปผลการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ฯ ให้ สปสช. / อบต. ปีละ 1 ครั้ง สอดคล้องกับบริบทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้

##### 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) ส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับที่ สปสช. ควรโอนเงินสนับสนุนภายใน 15 วัน หลังจากทีคณะกรรมการ ฯ ส่งบันทึกข้อตกลงและแผนงาน/โครงการให้ สปสช. การบริหารจัดการงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นควรจัดตั้งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (ร้อยละ 45.8 และ 43.9 ตามลำดับ) (ตารางที่ 9)

#### 4.1.2.2 การบริหารจัดการงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

จากการศึกษา พบว่า คณะกรรมการบริหารฯ เห็นด้วยในระดับมากที่สุดที่ควรต้องทราบสถานการณ์การเงินของกองทุนตลอดเวลา การจัดทำบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ที่ต้องทำแยกจากระบบบัญชีของ อบต. และการใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ ต้องจ่ายตามแผนงาน/โครงการที่คณะกรรมการฯ ได้อนุมัติแล้วเท่านั้น (ร้อยละ 57.9 54.2 และ 50.5 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยว่ากองทุนฯ นั้นสามารถรวมเป็นส่วนหนึ่งของรายได้ของ อบต. ได้ (ร้อยละ 23.4) (ตารางที่ 10)

อีกปรากฏได้ว่า คณะกรรมการบริหารฯ เห็นว่าการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สปสช. ควรโอนเงินสนับสนุนภายใน 15 วัน หลังจากที่คณะกรรมการฯ ส่งบันทึกข้อตกลงและแผนงาน/โครงการให้ สปสช. และการบริหารจัดการงบประมาณควรจัดตั้งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ซึ่ง อบต. ควรต้องสมทบเงินประมาณของตนเองเข้ากองทุนฯ อย่างน้อยร้อยละ 10 ของค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจาก สปสช. และค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจัดสรรควรคิดจากจำนวนรายหัวประชากรทั้งหมดตามทะเบียนบ้านของพื้นที่นั้นๆ ในการบริหารจัดการงบประมาณนั้น คณะกรรมการบริหารฯ ต้องทราบสถานการณ์การเงินของกองทุนตลอดเวลา และการจัดทำระบบบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ต้องทำแยกจากระบบบัญชีของ อบต. สอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550ก) ได้กำหนดการจัดตั้งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อบต. ขนาดเล็กต้องสมทบเงินอุดหนุนเข้ากองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของค่าบริการที่ได้รับจาก สปสช. รวมถึงการบริหารจัดการงบประมาณ คณะกรรมการบริหารฯ ต้องทราบสถานการณ์การเงินของกองทุนตลอดเวลา การจัดทำบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ที่ต้องทำแยกจากระบบบัญชีขององค์การบริหารส่วนตำบล

#### 4.1.3 การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานกิจกรรมบริการสุขภาพป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพ

##### 4.1.3.1 การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานกิจกรรมบริการสุขภาพ ตามลักษณะกิจกรรม

จากการศึกษา พบว่า คณะกรรมการบริหารฯ ส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมากที่สุดว่าการสนับสนุนงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพฯ ต้องมี

แผนงาน/โครงการที่ชัดเจน มีข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน และควรมีการจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับประชาชนในท้องถิ่น (ร้อยละ 60.8 59.8 และ 57.0 ตามลำดับ) (ตารางที่ 11)

ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า การสนับสนุนงบประมาณต้องมีแผนงานโครงการที่ชัดเจน และมีการระบุกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานที่ชัดเจน และควรมีการจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับประชาชนในท้องถิ่น สอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550ก) กำหนดว่าการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานกิจกรรมบริการสุขภาพ ตามลักษณะกิจกรรม จะต้องมีการจัดแผนงานโครงการ และระบุกลุ่มเป้าหมายที่ดำเนินการให้ที่ชัดเจน

3.1.3.2 การสนับสนุนการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย

จากการศึกษา พบว่า คณะกรรมการบริหารส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมากที่สุดการสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ และการสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพสำหรับเด็กเล็ก (แรกเกิด ถึงต่ำกว่า 6 ปี) (ร้อยละ 58.9 และ 53.3 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมากกับการสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพสำหรับการฝากครรภ์ 4 ครั้ง ในหญิงมีครรภ์ (ร้อยละ 43.0) (ตารางที่ 12)

ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า การสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ คณะกรรมการบริหารฯ การสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ สำหรับเด็กเล็ก (แรกเกิด ถึงต่ำกว่า 6 ปี) และการฝากครรภ์ 4 ครั้ง ในหญิงมีครรภ์ สอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550ก) กำหนดแนวทางการสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ทั้ง 5 กลุ่ม

## 4.2 ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุข

### 4.2.1 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

จากการศึกษา พบว่า บุคลากรสาธารณสุขเห็นด้วยในระดับมากที่สุดในเรื่องของการมีตัวแทนของหน่วยบริการสาธารณสุขเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารฯ และควรมีตัวแทนของคณะกรรมการที่มาจากทุกภาคส่วนต่างๆ (ร้อยละ 65.2 และ 37.0 ตามลำดับ) เห็นด้วยในระดับมากในเรื่องของการถ่ายโอนภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ควรจัดตั้งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และเป็นการกระจายอำนาจการตัดสินใจจากส่วนกลางสู่ส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 39.1 และ 36.9 ตามลำดับ) (ตารางที่ 13)

4.2.1.1 แหล่งงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น พบว่า บุคลากรสาธารณสุขเห็นด้วยในระดับมากกว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ควรมีแหล่งงบประมาณที่มาจากค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจัดสรร จากสปสช. โดยคิดจากจำนวนรายหัวประชากรทั้งหมดตามทะเบียนบ้านของพื้นที่นั้นๆ (ร้อยละ 47.8) เห็นด้วยในระดับปานกลางในเรื่องของควรมีการระดมเงินจากชุมชนหรือกองทุนชุมชนเข้ากองทุนระบบหลักประกันสุขภาพฯ และการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นสู่ อบต. ทำให้สถานบริการสาธารณสุขมีรายได้ลดลง (ร้อยละ 47.8 และ 43.5 ตามลำดับ) (ตารางที่ 14)

4.2.1.2 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ พบว่า บุคลากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่า อบต. สามารถดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นโดยไม่ต้องพึ่งพาหน่วยงานสาธารณสุข (ร้อยละ 54.3) ส่วนในเรื่องการตัดสินใจของคณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพฯ ในการจัดสรรงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพฯ และอบต.สามารถบริหารจัดการงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพฯ ไปใช้ในการพัฒนางานตามภารกิจที่กำหนดไว้ตาม 5 กลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพส่วนมากเห็นด้วยในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.2 และ 34.8 ตามลำดับ) (ตารางที่ 15)

4.2.1.3 บทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น พบว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนมากเห็นด้วยในระดับปานกลางว่าการถ่ายโอนภารกิจ ทำให้บทบาทหน้าที่ของท่านเปลี่ยนแปลงไป ควรมีกิจกรรมดำเนินงานเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพเท่านั้น และกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพฯ ควรสนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขได้เฉพาะงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพได้เท่านั้น (ร้อยละ 58.6 50.0 และ 43.5 ตามลำดับ) ส่วนในเรื่องที่สถานบริการสาธารณสุขควรมีการพัฒนารูปแบบการ

ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้นกว่าเดิมส่วนมากเห็นด้วยมากถึง (ร้อยละ 43.5) (ตารางที่ 16)

อภิปรายได้ว่า การถ่ายโอนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุขเห็นว่าเป็นการกระจายอำนาจการตัดสินใจให้กับ อบต. ในการจัดการด้านสุขภาพ การดำเนินการถ่ายโอนดังกล่าวจำเป็นต้องจัดตั้งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ควรต้องมีตัวแทนของหน่วยบริการสาธารณสุขและตัวแทนจากทุกภาคส่วนต่างๆ เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารฯ สำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีแหล่งที่มาจกค่าบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช. โดยคิดจากจำนวนรายหัวประชากรทั้งหมดตามทะเบียนบ้านของพื้นที่นั้นๆ ควรมีการระดมเงินจากชุมชนหรือกองทุนชุมชนเข้ากองทุนระบบหลักประกันสุขภาพฯ การบริหารจัดการกองทุนฯ คณะกรรมการบริหารฯ จะสามารถดำเนินการได้ จำเป็นต้องพึ่งพาหน่วยงานสาธารณสุข การดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ควรมีกิจกรรมดำเนินงานเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมทั้งสถานบริการสาธารณสุขควรมีการพัฒนา รูปแบบการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้นกว่าเดิม สอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (2550ก)

#### 4.2.2 แนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

4.2.2.1 ความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์ ในแนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมากกว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ด้านวิชาการสำหรับจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ และมีประสบการณ์ที่เพียงพอในการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ (ร้อยละ 50.0) และส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับปานกลางว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับขั้นตอน/หลักการ แนวทางการจัดบริการด้านสุขภาพ (ร้อยละ 43.5) (ตารางที่ 17)

4.2.2.2 มาตรฐานและการกำหนดตัวชี้วัดในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

จากการศึกษา พบว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมากกว่าการประเมินผลงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ควรมีการกำหนดกรอบตัวชี้วัดอย่างชัดเจน สถานบริการสาธารณสุขควรมีการกำหนดมาตรฐานใน



การให้บริการไว้อย่างชัดเจน (ร้อยละ 50.0 และ 43.5 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับปานกลางสถานบริการมีความพร้อมทั้งสภาพร่างกายตลอดจนการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่จะให้บริการทันทีเมื่อมีผู้มารับบริการ (ร้อยละ 43.5) (ตารางที่ 18)

4.2.2.3 การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมากที่สุดว่าสถานบริการสาธารณสุขต้องจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับมากกว่าสถานบริการสาธารณสุขมีกิจกรรมการจัดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การใช้ยา และการทำหัตถการเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยให้กับประชาชนทั้ง 5 กลุ่ม (ร้อยละ 50.0 และ 45.6 ตามลำดับ) ในทางกลับกันบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยว่าการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพควรจัดบริการเฉพาะในสถานบริการสาธารณสุขเท่านั้น และการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคในชุมชนควรเป็นหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขเท่านั้น (ร้อยละ 41.3 และ 39.2 ตามลำดับ) (ตารางที่ 19)

อภิปรายได้ว่า แนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย ความรู้ด้านวิชาการสำหรับจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ และมีประสบการณ์ที่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ซึ่งในการให้บริการ ต้องมีการประเมินผลงานโดยการกำหนดกรอบตัวชี้วัดอย่างชัดเจน และต้องมีการกำหนดมาตรฐานในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพไว้อย่างชัดเจน สำหรับการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ต้องจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ บริการตรวจคัดกรองสุขภาพ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การใช้ยา และการทำหัตถการเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยให้กับประชาชนทั้ง 5 กลุ่ม ในการจัดบริการในชุมชนควรให้หน่วยงานต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วม ไม่ควรเป็นหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว

## 5 ปัญหาและอุปสรรคจากการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่น

5.1 ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น  
มี ดังนี้

5.1.1 คณะกรรมการขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานระบบ  
หลักประกันสุขภาพ พบว่า คณะกรรมการขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานระบบ  
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยให้เหตุผลว่าเป็นเรื่องใหม่เพิ่งดำเนินการระบบ  
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

5.1.2 องค์การบริหารส่วนตำบลขาดบุคลากรด้านสาธารณสุขในการ  
ดำเนินงานด้านสุขภาพโดยตรง ซึ่งงานด้านสุขภาพส่วนใหญ่จะไปอยู่ที่ปลัดองค์การบริหารส่วน  
ตำบล

### 5.2 แนวทางการแก้ไขปัญหา

5.2.1 คณะกรรมการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงานระบบ  
หลักประกันสุขภาพ โดยให้มีการจัดประชุมชี้แจง ให้คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกัน  
สุขภาพ ได้มาถ่ายทอดประสบการณ์ พูดคุยกันและมีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน อย่างน้อย  
3 – 4 เดือนครั้ง

5.2.2 อบต. ขาดบุคลากรด้านสาธารณสุขในการดำเนินงาน มีแนวทางการ  
แก้ไขปัญหา อบต. ควรมีการกำหนดกรอบอัตรากำลังบุคลากรด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับ  
สภาพความเป็นจริง และให้เื้อต่อความก้าวหน้าในสายงานของบุคลากร ควรมีการทำความเข้าใจถึง  
ระบบงานของ อบต. ให้กับบุคลากรสาธารณสุขได้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของ อบต. ในการ  
ดำเนินงานด้านสุขภาพ

อภิปรายได้ว่า ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการระบบหลักประกัน  
สุขภาพในระดับท้องถิ่นที่ถ่ายโอนภารกิจให้ อบต. ส่วนใหญ่จะเป็นในเรื่องของคณะ  
กรรมการบริหารฯ ขาดความเข้าใจในการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกัน  
สุขภาพในระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นเรื่องใหม่ที่ อบต. เพิ่งเริ่มรับการถ่ายโอนภารกิจ ในแนวทางการ  
แก้ไขปัญหา ควรต้องมีการจัดประชุมชี้แจง ให้คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพได้  
ทราบ อย่างน้อย 3 – 4 เดือนครั้ง เพื่อให้ได้มาถ่ายทอดประสบการณ์ พูดคุยแลกเปลี่ยนกันและมี  
การชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน สำหรับในประเด็นอบต. ขาดบุคลากรด้านสาธารณสุขในการ  
ดำเนินงาน อบต. ควรมีการกำหนดกรอบอัตรากำลังบุคลากรด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสภาพ  
ความเป็นจริง และให้เื้อต่อความก้าวหน้าในสายงานของบุคลากรสาธารณสุข

### ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. องค์การบริหารส่วนตำบลควรรับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ต้องมีการประสานงานที่ดีระหว่าง อบต. กับ บุคลากรสาธารณสุข โดยเริ่มจากกิจกรรมการด้านสุขภาพที่ อบต. และ ศสช./สอ. ที่ทำกิจกรรมเหมือนกัน ทำงานร่วมกันได้ เช่น การควบคุมโรคไข้เลือดออก โรคเรื้อรัง ตลอดจนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แล้วจึงขยายไปสู่กิจกรรมอื่นๆ ต่อไป
2. รัฐควรมีการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจให้กับบุคลากรของ อบต. เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
3. การสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นตามแผนงานโครงการ ควรต้องมีการจัดทำบันทึกข้อตกลงระหว่างหน่วยงานที่รับสนับสนุนงบประมาณกับคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ
4. ในการสนับสนุนงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ ควรต้องมีการสนับสนุนการส่งเสริม การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการพัฒนากำลังในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
5. การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ควรจัดบริการในสถานบริการให้ครอบคลุมในทุกกลุ่มเป้าหมาย ทั้ง 5 กลุ่ม และจึงขยายขอบเขตการดำเนินงานในชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างทั่วถึง

### ข้อจำกัดการศึกษาครั้งนี้

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในช่วงการนำร่องการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของแนวทางการดำเนินงานในด้านต่างๆ ทำให้การสอบถามถึงความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นมีความแตกต่างกันไปตามวันและ เวลาที่ผ่านมา ซึ่งผู้ศึกษาได้พยายามลดข้อจำกัดนี้ โดยใช้วิธีเก็บข้อมูลภายในช่วงเวลาสั้นๆ แต่ก็อาจไม่สามารถแก้ไขข้อจำกัดนี้ได้ทั้งหมด
2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ใช้ระยะเวลาค่อนข้างจำกัด ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไปพร้อมๆกัน ซึ่งส่งผลในการตอบคำถามไม่สามารถหาเหตุผลมาอธิบายรองรับความคิดเห็นในบางประเด็นได้

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม ในการให้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ได้แก่ การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการประชาชนจำแนกตามชุดสิทธิประโยชน์ การศึกษาต้นทุนต่อหัวประชากรด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในความรับผิดชอบของ อบต. ใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรงบประมาณในครั้งต่อไป
2. ควรศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบระบบการบริหารจัดการที่เหมาะสมต่อการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
3. ควรมีการศึกษาการประเมินความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการรับการถ่ายโอนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ในส่วนของ อบต. ที่ยังไม่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจ
4. ควรมีการศึกษาถึงความคิดเห็นและความพึงพอใจของประชาชนในพื้นที่ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการถ่ายโอนภารกิจให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ต่อไป