

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ผู้ศึกษา ได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
2. แนวคิดการมีส่วนร่วม
3. แนวคิดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
4. บริบทองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง
5. ระเบียบกองทุนสุขภาพตำบลสันป่าตอง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

1. ความเป็นมา และความสำคัญของกองทุนสุขภาพตำบล

พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 18 (9) และมาตรา 47 ได้กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการ “ส่งเสริมการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น โดยให้คณะกรรมการสนับสนุน และประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน”

ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2549 เห็นชอบให้จัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ขึ้น ซึ่งต่อไปนี้จะขอเรียกว่า “กองทุนสุขภาพตำบล” ทั้งนี้เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับท้องถิ่น และเพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในแต่ละชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น

ทั้งนี้ในการดำเนินงาน สปสช. จะโอนงบประมาณในส่วน “งบส่งเสริมสุขภาพชุมชน” จำนวน 37.5 บาท (ต่อมาเพิ่มเป็น 40 บาท/หัวประชากร ในปี 2553) ให้ท้องถิ่นที่มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยท้องถิ่นต้องร่วมจ่ายสมทบในอัตราร้อยละ 10, 20, และ 50 สำหรับ

อปท. ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ตามลำดับ (ในปี 2553 ปรับเป็นร้อยละ 20, 30, และ 50 ตามลำดับ) และให้บริหารจัดการในรูปของคณะกรรมการบริหาร โดยมีตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ คือ ท้องถิ่น สาธารณสุข และชุมชน และกำหนดให้สามารถใช้จ่ายเงินกองทุนใน 4 ลักษณะคือ สนับสนุน การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุข ในพื้นที่ แก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน และบริหารจัดการ จนมีผลการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพ ตำบลดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

1.1 ความครอบคลุมพื้นที่ มี อบต. และ เทศบาล เข้าร่วมใน โครงการจำนวน 872 แห่ง ในปีแรกที่ดำเนินการ (พ.ศ. 2549 – พ.ศ. 2550) และเพิ่มขึ้นเป็น 2,674 แห่ง (ร้อยละ 34) และเพิ่มเป็น 3,926 แห่ง (ร้อยละ 50) ในปีที่สองและสามตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2553 มีท้องถิ่นที่เข้าร่วม โครงการรวม 5,504 แห่งหรือคิดเป็นร้อยละ 70 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ

1.2 งบประมาณกองทุนและประสิทธิภาพในการใช้จ่ายเงิน รายรับของกองทุนสุขภาพ ตำบลมาจากทั้งในส่วนของกรมของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ชุมชน และอื่นๆ ทั้งนี้จำนวนวงเงินที่กองทุนสุขภาพตำบล ได้รับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 – 2553 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2553 มีวงเงินถึง 1.88 พันล้านบาท โดยร้อยละ 71 เป็นเงินสมทบจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและร้อยละ 27 และเป็นเงินสมทบ จากชุมชนเพียง ร้อยละ 0.3

ทั้งนี้ข้อมูลจากรายงานของกองทุนสุขภาพตำบล ยังพบว่าประสิทธิภาพในการใช้จ่ายเงิน ยังมีจำกัด กล่าวคือ จำนวนงบประมาณที่ได้รับในแต่ละปีนั้นสามารถใช้จ่ายไปในการดำเนินการได้ เฉลี่ยเพียงร้อยละ 55 ในช่วงระหว่างปี 2550 – 2553 มีผลให้มีเงินคงเหลือสะสมในกองทุนตั้งแต่ต้น การดำเนินการจนถึง ณ สิ้นปี 2553 เกือบสองพันล้านบาท เมื่อพิจารณารายจ่ายของกองทุนสุขภาพตำบล ในช่วงเวลาดังกล่าวจำแนกตามประเภทรายจ่ายที่กำหนดของ สปสช. พบว่า รายจ่ายในสองหมวดแรก คือ (1) ซื่อบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์และ(2) อุดหนุนหน่วยบริการในการจัดบริการ ซึ่งเป็น บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับปัจเจกชนมีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 37 ของรายจ่ายรวมในปี แรกและเพิ่มเป็นร้อยละ 46 ในปีที่สองและเพิ่มเป็นร้อยละ 53, 53, และ 55 ในปี 2553 แต่หากคิดเทียบ เฉพาะงบที่มาจาก สปสช. พบว่า สัดส่วนงบกองทุนที่ใช้เพื่อบริการส่วนบุคคลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ไม่ถึงร้อยละ 10 ในปีแรก เพิ่มเป็นประมาณร้อยละ 30 ในปีที่สองและสาม และเพิ่มเป็นร้อยละ 55 ใน ปี 2552 และร้อยละ 69 ในปี 2553

1.3 การพัฒนาศักยภาพกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อให้การดำเนินการกองทุนสุขภาพ ตำบลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนให้มีการพัฒนา ศักยภาพกองทุนสุขภาพตำบลโดย จัดให้มีการอบรมคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล จัดทำคู่มือ การบริหารกองทุนสุขภาพตำบล การถอดบทเรียนกองทุนสุขภาพตำบลที่มีความเข้มแข็ง นอกจากนั้น

แผนงานร่วมการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคกับระบบประกันสุขภาพได้สนับสนุนการพัฒนา ศักยภาพกองทุนสุขภาพตำบลในรูปแบบต่างๆ เช่น การถอดบทเรียนและจัดกระบวนการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างกองทุน การจัดทำเมนูสุขภาพ การอบรมเรื่องการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การพัฒนาศักยภาพกองทุนตำบลเพื่อเป็นศูนย์เรียนรู้ เป็นต้น

2. การพัฒนาการกองทุนสุขภาพตำบล

การพัฒนาการกองทุนสุขภาพตำบล (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2552)

2.1 พัฒนาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับ เป็นการเปลี่ยนแปลงจากสังคมที่รูปแบบเรียบง่ายไปสู่รูปแบบที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น และมีความ เจริญก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ เช่นเดียวกับกองทุนสุขภาพตำบลที่มีพัฒนาการตามแนวคิดนี้จำแนกเป็นแต่ ละช่วงเวลา ดังนี้

2.1.1 ยุคก่อเกิดกองทุน (พ.ศ. 2549 – พ.ศ. 2550) เป็นช่วงจัดให้มีกองทุนครอบคลุม พื้นที่ เริ่มด้วยเป็นกองทุนนาร่องอำเภอละ 1 แห่ง โดย สปสช. เป็นผู้นำในการผลักดันให้เกิดนโยบาย นี้และแสวงหาความร่วมมือจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นที่ยินดีเข้าร่วม โดยต้องมีการสมทบเงินตามสัดส่วนที่ สปสช. กำหนด ร่วมกับปฏิบัติตาม เงื่อนไข เช่น ต้องมีกรรมการที่มาจากตัวแทนสามภาคส่วน คือ ท้องถิ่น ชุมชน และบุคลากร สาธารณสุข รวมถึงมีแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุน

2.1.2 ยุคกองทุนเติบโต พัฒนา และขยายจำนวน (พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2553) มี การเพิ่มขึ้นของกองทุนสุขภาพตำบลอย่างก้าวกระโดด เช่นเดียวกับความครอบคลุมประชากรและเงิน สมทบตั้งได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ขณะเดียวกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุน การดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล โดยเพิ่มกลไกและโครงสร้างการทำงานที่เอื้อต่อการขยาย กองทุนมากขึ้น 3 ทั้งข้อมูลสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มและสนับสนุนการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน หรือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ปรับเพิ่มกรรมการบริหารกองทุน ให้มีผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและ สาธารณสุขอำเภอเป็นที่ปรึกษา มีผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ 2 คน เป็นรองประธาน ผู้แทนศูนย์ ประสานงานหลักประกันสุขภาพ ประชาชน เป็นกรรมการ เป็นต้น และมีการปรับเพิ่มงบต่อหัวปชก. และสัดส่วนเงินสมทบของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปี พ.ศ. 2553 ดังได้กล่าวไปแล้ว นอกจากนี้ยังมีการขยายกิจกรรมที่เน้นการคัดกรองโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมถึงกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการในขณะนี้ได้มีการติดตามประเมินการดำเนินงานของกองทุน สุขภาพตำบลด้วยกันหลายชั้น ซึ่งสาระสำคัญที่ค้นพบมีดังนี้ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2552)

1) กองทุนสุขภาพตำบลทำให้ผู้บริหารท้องถิ่นเกิดความตื่นตัวและสนใจงานด้าน ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคมมากขึ้น ขณะเดียวกันท้องถิ่นขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมเริ่มให้ความสนใจ ในการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น

2) ความเข้มข้นในการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลมีความหลากหลาย ผ่านการนำของผู้นำท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก โดยพื้นที่ที่ดำเนินงานได้ดีมักเป็นพื้นที่ที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการไปด้วยดี

3) มิติด้านสุขภาพของท้องถิ่นและชุมชนกว้างกว่ามิติทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงมีกิจกรรมที่หลากหลายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแต่มิใช่บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของปัญหาสุขภาพในปัจจุบันที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป

4) ลักษณะกิจกรรมที่ผู้บริหารท้องถิ่นให้ความสนใจมักเป็นกิจกรรมสร้างภาพลักษณ์และสามารถจับต้องได้เป็นรูปธรรม การดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในชุมชนยังมีลักษณะเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวมากกว่าการจัดบริการอย่างเป็นระบบ

5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่สามารถปรับแนวคิดได้ดี มองว่าการมีกองทุนสุขภาพตำบลทำให้มีคนมาช่วยทำงานด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นแต่ขณะเดียวกันก็เพิ่มขึ้นในการประสาน แต่พื้นที่ที่จนท.สาธารณสุขปรับแนวคิดและบทบาทไม่ได้ มักมีความขัดแย้งและมองว่าเงินส่วนนี้ควรเป็นของหน่วยบริการสำหรับทำงานสาธารณสุข

6) บทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนเมื่อเทียบสัมพันธ์กับท้องถิ่นและจนท.ศธ.ยังค่อนข้างจำกัด และมีความหลากหลาย แต่หากชาวบ้านมีส่วนร่วมสมทบจะมีความเป็นเจ้าของและมีบทบาทร่วมในการบริหารจัดการและตรวจสอบมากขึ้น รวมถึงมักเน้นการจัดบริการมากขึ้น

7) กองทุนสุขภาพตำบลมีศักยภาพในการเสริมพลังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนด้านสุขภาพ จากการได้รับข้อมูลด้านปัญหาสุขภาพของชุมชนมากขึ้น (แม้มักจำกัดเฉพาะข้อมูลการป่วยและตาย) มีบทบาทในการเสนอ พิจารณา และร่วมดำเนินการ โครงการต่างๆ แก้ปัญหาตรงตามความเห็นและความต้องการมากขึ้น และสามารถสร้างความตระหนักและระดมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ได้มากขึ้น หลายแห่งมีการตั้งคณะทำงานด้านการติดตามประเมินการดำเนินงานของกองทุน อย่างไรก็ตาม ภารกิจที่มิได้มีการประเมินพิจารณาจากเสียงตอบรับของประชาชนเป็นหลัก

8) ยังไม่พบว่ากองทุนสุขภาพตำบลจะมีผลให้ท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณเพื่อการสาธารณสุขและการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนลดลง

9) การสนับสนุน เชื่อมโยง และกำกับติดตามการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลในพื้นที่ยังคงมีช่องว่างอยู่

2.1.3 ยุคกองทุนเต็มพื้นที่หรือยุคหลังมีกองทุน (พ.ศ. 2554 –อนาคต)

เป็นระยะเริ่มเห็นการคลี่คลายเพื่อการปรับตัวเปลี่ยนแปลงที่จะมีผลต่อกระบวนการทำงานด้านการสร้างเสริมป้องกันโรคและการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ของเจ้าภาพทั้งในและนอกภาคสาธารณสุข ตามบทเรียนการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลผ่านมานโยบายดังกล่าวได้รับการ

การยอมรับจากหลายภาคส่วนว่า กลไกดังกล่าวมีศักยภาพในการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้ ขณะเดียวกันก็ได้รับการสนับสนุนจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม วัตถุประสงค์ความคืบหน้าและพัฒนาการที่ต่อเนื่องของกองทุนดังกล่าวในระยะต่อไปเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่าควรพัฒนาต่อไปทิศทางใด และมาตรการอย่างไร ขณะเดียวกันก็เกิดคำถามว่า การมีกองทุนสุขภาพตำบลมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง กระบวนทัศน์ กระบวนการทำงาน และบทบาทของแต่ละภาคส่วนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างไร ทั้งในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

3. ความสำคัญของกองทุนสุขภาพตำบล

ความสำคัญของกองทุนสุขภาพตำบล (ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2552)

กองทุนสุขภาพตำบล ถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (Public Policy) ที่มุ่งหวังในการตอบสนองความต้องการของประชาชนจำนวนมาก ดังนั้นหากท้องถิ่นและชุมชนมีความตระหนัก และมีบทบาทร่วมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชนมากขึ้น ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) โดยมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ เป็น “มิติทางสังคมเพื่อสุขภาพะ” (Social Determinant of Health) ท้องถิ่นและชุมชนก็จะเป็นศูนย์กลาง (Center of Gravity) ของการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ต่างๆ ในการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนได้มากขึ้น

นอกจากนี้กองทุนสุขภาพตำบลยังเชื่อมโยงกับหลักการกระจายอำนาจ (Decentralize) ซึ่งมีแนวคิดลดบทบาทของรัฐส่วนกลางในการดำเนินการเอง รวมถึงให้ประชาชนมีส่วนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนมากขึ้น นับได้ว่า “กองทุนสุขภาพตำบล” เป็นรูปแบบการกระจายอำนาจอย่างหนึ่ง ซึ่งมีใช้เป็นเพียงการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่แก่ท้องถิ่น แต่เป็นรูปแบบการกระจายอำนาจแก่คณะกรรมการบริหารสุขภาพระดับตำบล (Area Health Board) เป็นการจัดความสัมพันธ์ทางอำนาจ หน้าที่ใหม่ระหว่างส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น และชุมชน ให้สอดคล้องกับสภาพบ้านเมืองที่เปลี่ยนแปลงไป ในสถานะที่สังคมมีกลุ่มคนที่หลากหลาย มีความต้องการ และความคาดหวังจากรัฐในลักษณะที่หลากหลาย แตกต่างกันไป ทั้งนี้รูปแบบการจัดการดังกล่าวอาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการกระจายอำนาจ

อำนาจการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพชุมชนที่เติมเต็มบริการสุขภาพระดับบุคคล (Personal Service) ให้ทั่วถึง มีคุณภาพ มีความต่อเนื่อง และต่อยอดเชื่อมโยง ด้วย “มิติและมาตรการทางสังคมเพื่อสุขภาพะ” ให้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ เนื่องจากท้องถิ่นมีภารกิจส่วนใหญ่เป็นภารกิจด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพในการพัฒนาสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกัน โรคและ

การสร้างเสริมสุขภาพและบางส่วนเป็นกิจกรรมที่บริการเฉพาะบุคคล ครอบครัว หรือภารกิจที่ดำเนินการในชุมชนรวมทั้ง รัฐบาลของพื้นที่ดี และสามารถแก้ปัญหาที่ตรงและตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่ได้ดีกว่าส่วนกลาง ขณะเดียวกันก็สามารถเข้าถึงกลุ่มคน ผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ได้ดีขึ้น ตอบสนองต่อความคาดหวังของชุมชน ได้ดีขึ้น

การศึกษาพัฒนาการของกองทุนสุขภาพตำบลจึงเป็นศึกษาระยะการคลี่คลายเพื่อ การปรับตัวเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพป้องกัน โรคและการพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชน เป็นเครือข่ายสร้างระบบความสัมพันธ์ และรักษาสัมพันธ์ภาพอย่างยั่งยืนระหว่างระบบสุขภาพ ชุมชน และระบบสุขภาพทั้งหมด เข้าภาพทั้งภาคในและนอกสาธารณสุขมีศักยภาพและแบ่งปันอำนาจ ด้านการจัดการสุขภาพอย่างสอดคล้องกัน บนฐานคิดแห่งกระบวนการพัฒนาที่มีเป้าหมายร่วมกัน ตามวิถีชีวิต สังคมและวัฒนธรรมของชุมชน ด้วยความสัมพันธ์ขององค์ความรู้ทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่น ชุมชนและวิชาการ จนเกิดเป็นนวัตกรรมสร้างสุขภาพ โดยทบทวนพัฒนาการกองทุนตั้งแต่เริ่มก่อเกิด ขยายตัว จนถึงปัจจุบัน เพื่อสังเคราะห์ให้เห็นแนวโน้มพัฒนาการและทิศทางต่อไป กองทุนสุขภาพ ตำบลที่จะศึกษาพัฒนาการในครั้งนี้ จึงเป็นกองทุนสุขภาพตำบลนับแต่ปี 2549 จนถึงปี 2556

4. เป้าหมายการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล

เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนในพื้นที่โดยส่งเสริม กระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ได้กำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภามงคลการบริหาร ส่วนตำบลแห่งประเทศไทยไว้ดังต่อไปนี้

ปี 2549 องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลนําร่อง จำนวน 800 แห่ง ทั่วประเทศ (อำเภอละ 1 แห่ง)

ปี 2550-2551 องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ที่มีความพร้อม

ปี 2551-2556 องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ทุกแห่ง

5. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ, 2553)

5.1 วัตถุประสงค์

5.1.1 เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือ สถานบริการอื่น รวมทั้งสถานบริการทางเลือกในพื้นที่โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและ การดำรงชีวิต

5.1.2 เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มี ความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

5.1.3 เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชน หรือองค์กรประชาชนในพื้นที่จัดทำกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรคหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่

5.1.4 เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกองทุนหลักประกันสุขภาพในรอบปีงบประมาณนั้น และในกรณีที่จะต้องใช้จ่ายเพื่อซื้อครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ครุภัณฑ์นี้ จะต้องมียาไม่เกิน 20,000 บาทต่อหน่วย

5.2 หลักเกณฑ์การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ที่เข้าร่วมจัดตั้งกองทุน ต้องมีคุณสมบัติในการพิจารณา ให้เข้าร่วมจัดตั้งกองทุน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่หนึ่ง

1. นายกองการบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี เห็นชอบและประสงค์เข้าร่วมดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยส่งหนังสือแสดงความจำนงตามที่ สปสช. กำหนด กรณีที่นายกองการบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนหรือผู้รักษาการแทน เป็นผู้ลงนามในแบบแสดงความจำนง

2. มีความพร้อมในการสมทบงบประมาณ ในปีที่สมัครจัดตั้งกองทุน

3. มีความพร้อมในการคัดเลือกคณะกรรมการบริหารกองทุนแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่สอง

1. มีข้อมูลสุขภาพชุมชน แผนสุขภาพชุมชน หรือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

2. ประธานกรรมการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเลขานุการ เข้าร่วมการอบรม

เตรียมความพร้อม

5.2.1 หลักเกณฑ์การพิจารณากองทุนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานต่อเนื่อง

ในการดำเนินงานกองทุน หาก สปสช.หรือองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ไม่ได้บอกเลิกข้อตกลงให้ขยายระยะเวลาการดำเนินงานกองทุนออกไปทุกๆ หนึ่งปีงบประมาณ สำหรับกองทุนที่จัดตั้งและดำเนินงานต่อเนื่อง ทุกปี สปสช.จะมีการประเมิน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานต่อเนื่อง ดังนี้

- 1) มีการบันทึกข้อมูลพื้นฐาน รายงานกิจกรรม รายงานด้านการเงินผ่านโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนระบบออนไลน์ ครบทุกรายการและเป็นปัจจุบัน
- 2) ภายในปีงบประมาณที่ผ่านมา ต้องมีการสมทบงบประมาณ ได้ตามเกณฑ์
- 3) มีแผนงาน/โครงการรองรับกิจกรรมครบทั้ง 4 ประเภท
- 4) มีผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมินที่ สปสข.กำหนดในแต่ละปี

5.2.2 การยุบเลิกกองทุน

- 1) กองทุนใดที่ไม่มีเงินสมทบจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล หรือไม่มีการดำเนินกิจกรรมใดๆ ต่อเนื่องตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป
- 2) ในกรณีที่กองทุนไม่สามารถดำเนินการได้ตามข้อ 3 หรือข้อ 4.1 สปสข. อาจประกาศยุบเลิกการดำเนินงานกองทุนนั้น ทั้งนี้ หากยุบเลิกกองทุน ทรัพย์สินที่เหลือของกองทุนให้ตกเป็นของหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐที่อยู่ในพื้นที่นั้นและให้โอนเงินหรือทรัพย์สินของกองทุนให้แก่หน่วยบริการดังกล่าว ตามวิธีการที่ สปสข.กำหนด

5.2.3 แหล่งที่มาของเงินหรือทรัพย์สินในกองทุน ประกอบด้วย

- 1) เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน ส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด
- 2) เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ตามสัดส่วนดังนี้
 - 2.1) เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่หรือเทศบาล ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - 2.2) เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - 2.3) เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 3) เงินสมทบจากประชาชน ชุมชนหรือกองทุนอื่น ๆ ในชุมชน อาทิเช่น การทอดผ้าป่า การระดมทุนจากประชาชน
- 4) รายได้อื่นๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

5.2.4 คณะกรรมการบริหารกองทุน

องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่เข้าร่วมดำเนินงานจะต้องจัดให้มีคณะกรรมการชุดหนึ่ง เรียกว่า คณะกรรมการบริหารกองทุน โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการ ต้องสรรหาตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนดและส่งรายชื่อให้ สปสช. เขต เพื่อออกคำสั่งแต่งตั้ง

คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

- 1) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล เป็นที่ปรึกษา
- 2) สาธารณสุขอำเภอ เป็นที่ปรึกษา
- 3) นายองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี เป็นประธานกรรมการ
- 4) ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ คนที่ 1 เป็นรองประธาน
- 5) ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ คนที่ 2 เป็นรองประธาน
- 6) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือสภาเทศบาล เป็นกรรมการ

ที่สภามอบหมาย จำนวน 2 คน

- 7) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ทุกแห่ง เป็นกรรมการ
- 8) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ที่คัดเลือกกันเอง จำนวน 2 คน เป็นกรรมการ
- 9) ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้าน หรือชุมชน คัดเลือกกันเอง จำนวนไม่เกิน 5 คน เป็นกรรมการ
- 10) ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เป็นกรรมการ

หรือศูนย์รับเรื่องร้องเรียนอิสระในพื้นที่หน่วยละ 1 คน (ถ้ามี)

- 11) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหรือปลัดเทศบาล เป็นกรรมการและเลขานุการ

หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมาย

การคัดเลือกกรรมการกรณีผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ให้กรรมการประชุมคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ ในพื้นที่ ซึ่งมีความรู้ความสามารถเป็นที่เคารพนับถือและเป็นที่ยอมรับในพื้นที่ จำนวน 2 คน

การแต่งตั้งคณะกรรมการในกรณีหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ หมายถึงหัวหน้าสถานีอนามัยหรือผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (เช่น ศูนย์แพทย์ชุมชน) หากเทศบาลมีศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ

ถ้วนหน้า จึงจะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามประกาศ และหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนั้น จะเป็นกรรมการบริหารกองทุน โดยตำแหน่งด้วย (หากมีข้อสงสัยติดต่อสอบถามได้ที่ งานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทั้งนี้จำนวนกรรมการต้องเท่ากับจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล นั้น

การคัดเลือกกรรมการจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่และผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน คัดเลือกกันเองให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลจัดประชุมเพื่อให้บุคคลในแต่ละกลุ่มได้คัดเลือกกันเองด้วยวิธีการที่เห็นสมควร เพื่อให้ได้กรรมการตามจำนวนที่กำหนดไว้

การคัดเลือกผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนหรือศูนย์รับเรื่องร้องเรียนอิสระในพื้นที่ เป็นกรรมการเฉพาะขององค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนหรือศูนย์รับเรื่องร้องเรียนอิสระตั้งอยู่ในพื้นที่เท่านั้น ให้มีผู้แทนของศูนย์ดังกล่าวเป็นกรรมการด้วยศูนย์ละหนึ่งคน

ในกรณีประธานกรรมการ ไม่มีหรือมีแต่ไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ให้รองประธานกรรมการทำหน้าที่ประธานในที่ประชุมได้ตามลำดับ

2.5.2 คณะกรรมการบริหารกองทุน มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- 1) บริหารจัดการกองทุนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน
- 2) รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สิน ในกองทุนให้เป็นไปตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด
- 3) ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในความรับผิดชอบสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือหน่วยบริการ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ
- 4) จัดทำข้อมูลและแผนดำเนินงานที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมาย และหน่วยบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 5) จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่ายและเงินคงเหลือของกองทุน เมื่อสิ้นปีงบประมาณ เพื่อเสนอ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลภายในเดือนธันวาคมของทุกปี
- 6) แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องได้ตามความจำเป็น

5.2.6 วาระของคณะกรรมการบริหารกองทุน

คณะกรรมการมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละ 2 ปี (นับจากวันที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกคำสั่งแต่งตั้ง) หากครบ 2 ปีแล้วยังมิได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นใหม่ ให้คณะกรรมการที่ครบวาระนั้นอยู่ในตำแหน่ง เพื่อดำเนินการต่อไปจนกว่าคณะกรรมการซึ่ง

ได้รับการแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่กรณีที่กรรมการในตำแหน่ง ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือ สภาเทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ผู้แทนหมู่บ้าน หรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนคัดเลือกกันเอง ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนหรือศูนย์รับเรื่องร้องเรียนอิสระในพื้นที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระให้มีการคัดเลือกผู้แทนเป็นกรรมการในตำแหน่งที่ว่างโดยให้มีวาระการดำรงตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลือของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่ง

สำหรับนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหรือปลัดเทศบาล (กรณีได้รับการแต่งตั้งเป็นเลขานุการโดยตำแหน่ง) หากมีการเปลี่ยนแปลงในตำแหน่งดังกล่าว ถือว่าเป็นกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งโดยตำแหน่ง ดังนั้นจึงไม่ต้องส่งรายชื่อมาขอรับการแต่งตั้งอีก

นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระแล้ว กรรมการที่มาจากการคัดเลือกตามข้อ 6 ลำดับที่ 2, 3, 6 และ 7 พ้นจากตำแหน่งในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) ตาย
- 2) ลาออก
- 3) ย้ายไปดำรงตำแหน่งหรือประกอบวิชาชีพหรืออาชีพในท้องถิ่นหรือพื้นที่อื่น
- 4) เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- 5) เป็นบุคคลล้มละลาย

5.2.7 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

1) องค์ประกอบของการดำเนินงานกองทุนมี 4 ประการ ดังนี้

1.1) มีคณะกรรมการบริหารกองทุน ซึ่งสปสข.เป็นผู้ออกคำสั่งแต่งตั้ง (ดูรายละเอียดในบทที่ 1 ข้อ 6)

1.2) เงินของกองทุนอย่างน้อยต้องประกอบด้วย เงินค่าบริการสาธารณสุขจาก สปสข. และเงินสมทบจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ส่วนเงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชนหรือรายได้อื่นให้เป็นไปตามความพร้อมของกองทุน

1.3) มีแผนงานหรือโครงการที่ครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 4 ประเภท โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน

1.4) มีระบบรายงานของกองทุนผ่าน โปรแกรมบริหารจัดการกองทุนในระบบออนไลน์

2) การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ

2.1) การประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุน

2.1.1) กรณีกองทุนที่เข้าร่วมดำเนินการในปีแรก (กองทุนใหม่) ให้จัดการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ดังนี้

การประชุมครั้งที่ 1 เพื่อชี้แจงเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และแนวทางการบริหารจัดการกองทุน บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ และขกร่างระเบียบกองทุน

การประชุมครั้งที่ 2 เพื่อเห็นชอบและประกาศใช้ระเบียบกองทุน และพิจารณาปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลจากหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เวทีประชาคม และการระดมความคิดเห็นจากคณะกรรมการ โดยการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ หรือแผนสุขภาพชุมชนของกองทุน

หลังเสร็จสิ้นการประชุมมีการเผยแพร่ระเบียบกองทุน หรือหลักเกณฑ์การสนับสนุนงบประมาณ โครงการและแผนงานด้านสุขภาพให้หน่วยบริการและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อรับรู้และส่งแผนงานโครงการขอรับการสนับสนุนจากกองทุนต่อไป

การประชุมครั้งที่ 3 เพื่อพิจารณารายละเอียดของแต่ละโครงการครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 4 ประเภทและอนุมัติการใช้งบประมาณที่สอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ แผนสุขภาพชุมชน หรือปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ รูปแบบการนำเสนอโครงการอาจให้ผู้เสนอมาเสนอโครงการต่อคณะกรรมการด้วยตนเองหรือเสนอโครงการต่อคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานที่กองทุนมอบหมาย ทั้งนี้ทุกโครงการต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการบริหารกองทุน

การประชุมครั้งถัดไป อย่างน้อยควรมีการประชุมทุก 2 เดือนต่อครั้ง เพื่อพิจารณาโครงการที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนระหว่างปี รวมทั้งติดตามผลการดำเนินงาน โครงการที่กองทุนให้การสนับสนุนไปแล้ว รายงานสถานะการเงินทุกไตรมาส ทบทวนปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ติดตามการบันทึกรายงานผ่านระบบออนไลน์ ให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

2.1.2) กองทุนที่ดำเนินการต่อเนื่อง (กองทุนเก่า) ควรมีการประชุมอย่างน้อยทุก 1-3 เดือน ดังนี้

ในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม ควรมีการประชุมเพื่อ

- (1) สรุปผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา
- (2) กำหนดกรอบแผนงาน โครงการของปีงบประมาณใหม่
- (3) พิจารณารายละเอียดของแต่ละโครงการ โดยครอบคลุมกิจกรรม

ทั้ง 4 ประเภท สำหรับรูปแบบการนำเสนอโครงการ อาจให้ผู้รับผิดชอบโครงการนำเสนอโครงการต่อคณะกรรมการด้วยตนเองหรือนำเสนอโครงการต่อคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานที่กองทุนมอบหมาย

(4) อนุมัติการใช้งบประมาณที่สอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ แผนสุขภาพชุมชน หรือปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ทั้งนี้ทุกโครงการต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการบริหารกองทุน

ในช่วงเดือนมกราคม-กันยายน ควรมีการประชุมเพื่อ

- (1) พิจารณาโครงการที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนระหว่างปี
- (2) กำกับติดตามผลการดำเนินงาน โครงการที่กองทุนให้การสนับสนุน
- (3) รายงานสถานะการเงินทุกไตรมาส
- (4) ทบทวนปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่
- (5) ติดตามการบันทึกรายงานผ่านโปรแกรมระบบออนไลน์ ให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

2.2) กรรมการและเลขานุการกองทุนจัดทำระเบียบวาระการประชุม และบันทึกรายงานการประชุม

2.3) การประชุมแต่ละครั้ง องค์ประชุมต้องไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งและใช้ความเห็นชอบร่วมกันของคณะกรรมการเป็นเกณฑ์

2.4) ในการประชุมคณะกรรมการทุกครั้ง ให้ฝ่ายเลขานุการถือเป็นวาระประจำที่จะต้องมีการรายงานบัญชีการรับเงิน-การจ่ายเงิน และสถานการณืการเงินของกองทุนให้ที่ประชุมรับทราบ

2.5) การจัดทำบันทึกรายงานการประชุมคณะกรรมการ ให้ทำเป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งก็ได้ เพื่อเก็บรักษาไว้สำหรับใช้ในการอ้างอิงและตรวจสอบ โดยมอบให้ประธาน กรรมการและเลขานุการเป็นผู้ลงนามและรับผิดชอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ครบถ้วนของรายงานทุกครั้ง

3) ลักษณะของกิจกรรมที่จะของงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน

กิจกรรมที่กองทุนจะสนับสนุนสามารถแยกได้เป็น 4 ประเภท คือ

3.1) ประเภทที่ 1 จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟู

สมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ : โดยสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดบริการแก่กลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ซึ่งการจัดกิจกรรมประเภทนี้ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องมีข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักดังกล่าวว่ามีจำนวนเท่าใด และมีการจัดทำแผนงาน/โครงการในแต่ละปีว่าจะตั้งเป้าหมายในการจัดบริการแก่กลุ่มใดบ้างและเป็นจำนวนเท่าใด

3.2) ประเภทที่ 2 สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข : โดยสนับสนุนงบประมาณเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต หรือใช้ป้องกันและแก้ไขปัญหาเร่งด่วน เช่น การป้องกันโรคติดต่อตามฤดูกาล ให้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นต้น

3.3) ประเภทที่ 3 สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น: โดยสนับสนุนงบประมาณเพื่อส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้าน ที่เกิดจากความคิดริเริ่มของประชาชนและองค์กรในชุมชนท้องถิ่นครอบคลุม 5 กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ประกอบการที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่

3.4) ประเภทที่ 4 การบริหารกองทุน การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ และการพัฒนาระบบบริหารจัดการ : โดยสนับสนุนงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ หรือการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานอื่น ๆ ที่กรรมการกองทุนแต่งตั้งให้มีประสิทธิภาพรวมถึงการจัดซื้อครุภัณฑ์ที่สนับสนุนการดำเนินงาน โดยตรง ครุภัณฑ์นั้นจะต้องมีราคาไม่เกิน 20,000 บาทต่อหน่วย สำหรับค่าตอบแทนคณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานอื่น ๆ ที่เข้าร่วมประชุมจ่ายได้ไม่เกินคนละ 200 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้งบประมาณประเภทที่ 4 สปสข. ได้กำหนดเกณฑ์การใช้จ่ายในประเภทนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกองทุนในรอบปีงบประมาณนั้น

แนวคิดการมีส่วนร่วม

1. ความหมายของการมีส่วนร่วม

สมพันธ์ เตชะอธิก (2542 : 112) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนทั้งที่เป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม เพื่อดำเนินกิจกรรมการพัฒนาตาม โครงการให้ดำเนินไปในทางที่ถูกต้อง โดยการกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์กร ซึ่งลักษณะการมีส่วนร่วมมีอยู่ 5 ขั้นตอนคือร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมกระทำ โดยสละแรงงาน ร่วมบริจาคทรัพย์สินหรือวัสดุ ร่วมใช้ประโยชน์และร่วมบำรุงรักษา

รณชัย ตั้งมั่นอนันตกุล (2542 : 75) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง ขั้นตอนของกระบวนการแสดงออกในสถานการณ์ต่างๆ ที่มีต่อสิ่งหนึ่งเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2546 : 7-8) ให้ ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูล

เกี่ยวกับภารกิจหรือโครงการที่ส่วนราชการจะดำเนินการ ซึ่งมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชนในชุมชนนั้น การทำความเข้าใจถึงผลกระทบและแนวทางแก้ไขที่ส่วนราชการจะดำเนินการและปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน โดยให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นและรัฐต้องรับฟังจนประชาชนเกิดความพึงพอใจ การจัดให้ประชาชนมีส่วนร่วม ได้แก่ การจัดประชุม การพูดคุยเป็นกลุ่ม การชี้แจงของส่วนราชการ ตลอดจนการจัดทำประชาพิจารณ์

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการคิดริเริ่ม ร่วมตัดสินใจ วางแผนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการจัดการและการควบคุมการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผลรวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนาดังกล่าว จะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน ดำเนินงานพัฒนา ตั้งแต่กระบวนการเบื้องต้นจนกระทั่งกระบวนการสิ้นสุด โดยที่เข้าไปมีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ ประชาชนที่มีส่วนร่วมนั้นอาจเป็นรายบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กร ที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันเพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ โดยกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์กร เพื่อให้บรรลุถึงความสำเร็จของโครงการ

2. ลักษณะการมีส่วนร่วม

ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา โดยทั่วไปนั้นประชาชนอาจมาเข้าร่วมในกระบวนการตัดสินใจ จะทำอะไร เข้าร่วมในการนำโครงการไปปฏิบัติ สละทรัพยากรต่างๆ เช่น แรงงาน วัสดุ เงิน หรือความร่วมมือในองค์กรหรือกิจกรรมเฉพาะด้าน เข้าร่วมในผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนาและการประเมินผล โครงการ และจากการศึกษา ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ พบว่า มีนักพัฒนาและนักวิชาการ ที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนดังนี้

Cohen and Uphoff (1977 อ้างอิงใน บัญชร แก้วส่อง. 2531 : 5-16) แบ่งลักษณะการมีส่วนร่วม 4 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
2. การมีส่วนร่วมในการร่วมดำเนินการ
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

อคิน รพีพัฒน์ (2531 : 49-50) ได้เสนอแนวคิด ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน ใน

2 ลักษณะ คือ

1. ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการร่วมกิจกรรมพัฒนาชนบทของประชาชนต่างๆ ได้แก่

- 1.1 การค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาสาเหตุแห่งปัญหา
- 1.2 การหาแนวทางแก้ไขปัญหาและการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหานั้น
- 1.3 การประเมินผลการพัฒนา

2. ลักษณะเงื่อนไขการเข้าร่วมกิจกรรมว่า การที่ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาชนบทเพราะเงื่อนไขเหล่านี้หรือไม่

- 2.1 เกรงใจ ถูกบังคับหรือมีสิ่งจูงใจ
- 2.2 เข้าใจและยอมรับวัตถุประสงค์ของการพัฒนานั้น
- 2.3 เห็นว่ากิจกรรมดังกล่าวจะก่อให้เกิดประโยชน์ระยะยาวแก่ตนเองและชุมชน

อคิน รพีพัฒน์ (2542 : 21-22) กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเกิดจากพื้นฐานของประชาชน 4 ประการ คือ

1. ประชาชนต้องการมีความสามารถที่จะมีส่วนร่วม กล่าวคือ ประชาชนนั้นต้องมีศักยภาพพอที่จะเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้ เช่น ประชาชนต้องมีความสามารถในการค้นหาความต้องการของตนเอง วางแผน จัดบริหารจัดการองค์กรและการใช้ทรัพยากรในที่สุด
2. ประชาชนจะต้องมีความพร้อมที่จะมีส่วนร่วม กล่าวคือ ประชาชนจะต้องมีสภาพทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และกายภาพ ที่เปิดโอกาสให้ได้เข้าไปมีส่วนร่วม
3. ประชาชนต้องมีความเป็นไปได้ที่จะเข้าร่วม กล่าวคือ ประชาชนจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ เห็นถึงประโยชน์ของการเข้าร่วม ไม่ใช่การบังคับหรือผลักดันให้เข้าร่วม โดยที่ประชาชนไม่ประสงค์จะเข้าร่วม
4. ประชาชนต้องมีความเป็นไปได้ที่จะเข้าร่วม กล่าวคือ ประชาชนจะต้องมีโอกาที่จะเข้าร่วม ซึ่งเป็นการกระจายอำนาจให้แก่ประชาชนในการตัดสินใจ และกำหนดกิจกรรมที่ตนเองนั้นต้องการในระดับที่เหมาะสม

3. ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2543 : 152) ได้สรุปแนวคิดการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนการพัฒนาเป็นการวัดเชิงคุณภาพออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชนตลอดจนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดความต้องการของชุมชนและการมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการ
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนาเป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงานตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่จะใช้

3. การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์และแรงงานหรือเข้าร่วมบริหารงานประสานงานและดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนาเป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้จากการพัฒนาหรือยอมรับผลประโยชน์อันเกิดจากการพัฒนาทั้งทางวัตถุและจิตใจ

5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนา ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมประเมินว่าการพัฒนาที่ได้กระทำไปนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด ซึ่งการประเมินอาจเป็นการประเมินย่อยเป็นการประเมินความก้าวหน้าเป็นระยะหรือกระทำในรูปของการประเมินรวมซึ่งเป็นการประเมินผลสรุปรวบยอด

จะเห็นว่าแนวคิดของ โคอเฮนและอัทซอพฟ์ เป็นแนวคิดที่เป็นระบบมากที่สุดส่วนแนวคิดของ อคิน รัฟพิคคิน และคนอื่น ๆ นั้น เป็นแนวคิดที่ได้จากประสบการณ์ภาคปฏิบัติในประเทศไทย ต่อมา บัญชร แก้วส่อง (2531 : 5-16) ได้นำแนวคิดของ อคิน รัฟพิคคิน, เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง และคนอื่น ๆ มาผสมผสานกับแนวคิดของ โคอเฮนและอัทซอพฟ์ โดยกำหนดขั้นตอนของการมีส่วนร่วม ออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการเป็นขั้นที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการค้นหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดความต้องการของชุมชน และการมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญในของความต้องการนั้น ๆ

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการพัฒนาเป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน กำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากร ที่จะใช้ในโครงการ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินโครงการเป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยการร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์และแรงงาน หรือโดยการบริหารงานและประสานงานตลอดจนการดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก เป็นต้น

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนาเป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากโครงการหรือ มีส่วนในการรับผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นจากโครงการ ซึ่งผลประโยชน์ และผลเสียนี้อาจเป็นด้านวัตถุหรือด้านจิตที่มีผลต่อสังคมหรือบุคคลก็ได้

ขั้นที่ 5 การมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลโครงการพัฒนาเป็นขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินว่า โครงการพัฒนาที่พวกเขาดำเนินการนั้น บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

หรือไม่ การประเมินผลนี้อาจเป็นการประเมินผลย่อย (Formative Evaluation) ซึ่งเป็นการสรุปรวมยอดของโครงการทั้งหมด

จะเห็นได้ว่าขั้นตอนการมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกันมากนัก จะแตกต่างกันบ้างในส่วนรายละเอียดที่ย่อยลงไปเท่านั้น ในการศึกษาครั้งนี้สรุปแนวคิดขั้นตอนการมีส่วนร่วมเป็นขั้นตอนดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาและร่วมกันตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้ นับว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญเพราะคนในชุมชนยังไม่สามารถเข้าใจในปัญหาและสาเหตุของปัญหาด้วยตนเอง ดังนั้นบุคคลในชุมชนจึงต้องเข้ามาเรียนรู้ปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาด้วยตนเอง รวมทั้งการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมเพื่อจะนำไปสู่การหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นต่อไป

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการตามแผน เมื่อบุคคลในชุมชนได้เรียนรู้ปัญหาของตนเองแล้วก็สามารถวางแผนและดำเนินการตามแผน เพื่อสนับสนุนกิจกรรมให้ เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมดังกล่าวจะสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของให้เกิดขึ้นกับบุคคลและชุมชน ได้เรียนรู้ ดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิดเมื่อเห็นประโยชน์ก็สามารถดำเนินกิจกรรมนั้นด้วยตนเอง พร้อมทั้งร่วมรับประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมนั้นด้วย

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลด้วยตนเอง จะทำให้บุคคลและชุมชนมีความตระหนักว่ากิจกรรมที่ตนเองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการทั้งหมดว่าดีหรือไม่เพียงใด และควรพิจารณาว่าจะดำเนินการอย่างไร ทำให้บุคคล ได้เรียนรู้และเห็นประโยชน์ของการดำเนินการร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลถึงกิจกรรมอย่างเดียวกันนั้น ให้ประสบผลสำเร็จและเป็นไปตามเป้าหมายที่วางเอาไว้มากขึ้น

เจมส์ คี บีนทง (2549 : 41) ได้กล่าวถึง ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน

4. ระดับการมีส่วนร่วม

สมาคมสาธารณสุขอเมริกา (1983 : 35 อ้างอิงใน ชีระพงษ์ แก้วหาญ, 2543 : 153) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการริเริ่มและวางแผนกิจกรรม จำแนกได้ 3 ระดับ

1. ระดับตัดสินใจ ในระดับนี้ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและการจัดกิจกรรมการพัฒนาด้วยตนเอง จึงถือว่าการมีส่วนร่วมในระดับการรับผิดชอบด้วยตนเอง

2. ระดับการร่วมมือ ในระดับนี้ประชาชนให้ความร่วมต่อแผนงานที่ริเริ่มโดยหน่วยงานภายนอก ซึ่งต้องการการเสียดสจากประชาชนในด้านเวลา ทรัพยากร เพื่อช่วยให้โครงการประสบผลสำเร็จการมีส่วนร่วมในระดับนี้เป็นการมีส่วนร่วมในระดับที่ยอมรับได้

3. ระดับการใช้ประโยชน์ ในระดับนี้ประชาชนจะยอมรับและใช้ประโยชน์จากบริการที่ได้วางโครงการไว้ให้เป็นการมีส่วนร่วมในระดับการยอมรับบริการเท่านั้น

5. ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชน

ธีระพงษ์ แก้วหาวยษ์ (2543 : 153) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ประชาชนเกิดความตระหนัก ในปัญหาของตนและตระหนักที่จะมีส่วนในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาของตนและชุมชน
2. ประชาชนมีโอกาสที่จะได้ใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในการใช้ความคิด การตัดสินใจและการกระทำอย่างเต็มที่
3. เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมและชุมชน
4. เป็นกระบวนการที่กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถของประชาชนในการพึ่งตนเอง

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2550 ; อ้างถึงในจักรกิต บัวงาม, 2550 : 5-6) แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย พ.ศ. 2546-2550 ยุทธศาสตร์ 7 การเปิดระบบราชการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม มุ่งเน้นให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารกิจการบ้านเมืองโดยตรงมากขึ้น หน่วยงานของรัฐ ได้เปิดโอกาสให้ประชาชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางการบริหารและดำเนินงานของรัฐ ทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อจะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และพัฒนาสู่สังคมประชาธิปไตยยุคใหม่ ความสำคัญของการมีส่วนร่วมนั้น ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการบริหารงานของภาครัฐและประชาชน ดังนี้

3.1 ภาคราชการ

- 3.1.1 ลดความขัดแย้ง / การต่อต้านจากประชาชน
- 3.1.2 ช่วยให้งานบรรลุผลสำเร็จ
- 3.1.3 ได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนและการไว้วางใจจาก

ประชาชน

3.2 ภาคประชาชน

- 3.2.1 เข้าใจการทำงานของภาครัฐมากขึ้น
- 3.2.2 เชื่อมั่นการตัดสินใจของรัฐ

สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (2552 : 29 - 30) กล่าวถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้

1. เพิ่มคุณภาพในการตัดสินใจ ช่วยให้เกิดการพิจารณาทางเลือกใหม่ ทำให้การตัดสินใจรอบคอบขึ้น
2. การลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียเวลา เมื่อการตัดสินใจนั้นได้รับการยอมรับ จะช่วยลดความขัดแย้งระหว่างการนำไปปฏิบัติ
3. การสร้างความฉันทามติ ลดความขัดแย้งทางการเมืองและเกิดความชอบธรรมในการตัดสินใจของรัฐ
4. การเพิ่มความง่ายในการนำไปปฏิบัติ สร้างให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และมีความกระตือรือร้นในการช่วยให้เกิดผลในทางปฏิบัติ
5. การมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นสามารถลดการเผชิญหน้าและความขัดแย้งรุนแรงได้
6. ช่วยทำให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเกิดความใกล้ชิดกับประชาชนและไวต่อความรู้สึกห่วงกังวลของประชาชนและเกิดความตระหนักในการตอบสนองต่อความกังวลของประชาชน
7. การพัฒนาความเชี่ยวชาญและความคิดสร้างสรรค์ของคนสาธาณชน ถือว่าเป็นการให้การศึกษามุมชน เพื่อเรียนรู้กระบวนการตัดสินใจ และเป็นเวทีฝึกผู้นำชุมชน
8. ช่วยทำให้ประชาชนสนใจประเด็นสาธารณะมากขึ้น เป็นการเพิ่มทุนทางสังคมและช่วยเสริมสร้างให้ประชาชนเป็นพลเมืองที่กระตือรือร้นสอดคล้องกับการปกครองตามหลักประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม
9. เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมและรู้สึกรักและแสดงความเป็นเจ้าของท้องถิ่นของตนเอง
10. มีประสบการณ์และคุ้นเคยในการใช้สิทธิและหน้าที่ของพลเมือง
11. เห็นความสำคัญของตนเองและมีส่วนรับรู้ถึงปัญหา อุปสรรคและสามารถแก้ไขปัญหาของท้องถิ่นตามเจตนารมณ์ของตนเองได้
12. สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ตรงเป้าหมาย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อพัฒนาความเป็นอยู่และการบริการที่ดีขึ้น
13. สามารถป้องกันการบริหารการจัดการของหน่วยงานของรัฐที่ไม่โปร่งใส ไม่ถูกต้อง และไม่เกิดประโยชน์ในท้องถิ่นได้

จากข้อความดังกล่าวข้างต้น สรุปประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ เป็นการเพิ่มคุณภาพในการตัดสินใจ ช่วยลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียเวลา สร้างฉันทามติ เพิ่มความง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ และหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากัน ดำรงไว้ซึ่งความน่าเชื่อถือและความชอบธรรม คาดคะเนความห่วงกังวลของประชาชนและคำนิยมของสาธาณชน เป็นการพัฒนาความเชี่ยวชาญและความคิดสร้างสรรค์ของสาธาณชน ทำให้เจ้าหน้าที่ของรัฐใกล้ชิดประชาชนมากขึ้น เป็นเวทีฝึกผู้นำชุมชน และเพิ่มทุนทางสังคม

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการดำเนินงานพัฒนา ตั้งแต่กระบวนการเบื้องต้น จนกระทั่งถึงกระบวนการสิ้นสุด โดยที่การเข้าไปมีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ ประชาชนที่มีส่วนร่วมนั้นอาจเป็นทั้งรายบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กร ที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกับมีความรับผิดชอบร่วมกัน เมื่อดำเนินการพัฒนา และเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ โดยกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์กร เพื่อให้บรรลุถึงการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

แนวคิดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ความหมาย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตาม หลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2553 : ไม่มีเลขหน้า)

2. ประเภทและจำนวนของอาสาสมัครสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภท เดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตาม หลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย ดังนี้ (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2553 : ไม่มีเลขหน้า)

1. พื้นที่ชนบท : อสม. 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน

2. พื้นที่เขตเมือง :

2.1 เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มี อสม.

2.2 เขตชุมชนแออัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 20 - 30

หลังคาเรือน

2.3 เขตชุมชนชานเมือง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8 - 15

หลังคาเรือน

ดังนั้น ในหมู่บ้าน/ชุมชนหนึ่ง ๆ อาจมีจำนวน อสม. ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวน หลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น ๆ โดยทั่วไปจะมี อสม. ประมาณ 10 - 20 คนต่อหมู่บ้าน

3. คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุข

3.1 เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในระแวกหรือคุ้มยอมรับและเชื่อถือ

3.2 สมัครงใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ

3.3 มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้าน ไม่ย้ายถิ่นใน

ระยะเวลา 1 - 2 ปี) และมีความคล่องตัวในการประสานงาน

3.4 อ่านออกเขียนได้

3.5 เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน

3.6 ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ

4. วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข

ให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. โดยมีแนวทางปฏิบัติ

ดังนี้

4.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมกรรมการหมู่บ้าน อสม. ทุกคนในหมู่บ้าน และผู้นำอื่น ๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทของ อสม. และจำนวน อสม. มอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน อสม. และผู้นำดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสรรหา อสม.

4.2 แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้านออกเป็นคุ้มละ 8 - 15 หลังคาเรือน สอบถามหา ผู้สมัครงใจและมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ในกรณีที่มีผู้สมัครงใจเกิน 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหา อสม. จัดประชุมหัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนครอบครัวในละแวก หรือคุ้มนั้น ๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ประจำละแวก บ้านหรือคุ้มหนึ่ง การคัดเลือก อสม. สามารถปรับเปลี่ยนได้ หากชุมชนหรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีความเห็นเป็นอย่างอื่น แต่ต้องเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวมและมีขั้นตอนที่โปร่งใส

5. การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข

การฝึกอบรมอาสาสมัครใหม่ ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

5.1 วิธีการอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. ใหม่ทุกคนมีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ

5.2 เนื้อหาหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

5.2.1 กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศ และการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ได้แก่

- 1) บทบาทหน้าที่ของ อสม.
- 2) สิทธิของ อสม.
- 3) การถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสารระดับหมู่บ้าน
- 4) การค้นหา วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น
- 5) สุขวิทยาส่วนบุคคล
- 6) การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุข
- 7) การวินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น
- 8) การฟื้นฟูสภาพ
- 9) การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการสาธารณสุข
- 10) การจัดกิจกรรม การปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ใน

ศสมช.

- 11) การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขในท้องถิ่น

5.2.2 กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และความรู้ด้านนโยบายต่าง ๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น และความรู้ด้านการพัฒนาอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

6. การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้น ได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

7. วาระและการฟื้นฟูสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้น ได้รับการคัดเลือก ผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

7.1 วาระ กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเอง เพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชน หากมีความจำเป็นก็ควรใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นทางการกับ อสม. ที่มีอยู่ รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

7.2 การฟื้นฟูสภาพ

7.2.1 ฟื้นฟูสภาพตามวาระ

7.2.2 ตาย

7.2.3 ลาออก

7.2.4 ย้ายที่อยู่

7.2.5 ประชาชนลงมติ โดยมีคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้าน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหายอันจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

8. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

8.1 เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน
นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ

หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้ว จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

8.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษานามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

8.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคล็ดอื่น ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

8.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

8.4.1 จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน

8.4.2 ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน

8.4.3 ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

8.5 ฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น ฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน ฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด ฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

8.6 เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

8.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8.8 คู่มือสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็น
 แกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการ
 วางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

บริบทองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง

1. สภาพทั่วไป

1.1 ที่ตั้ง

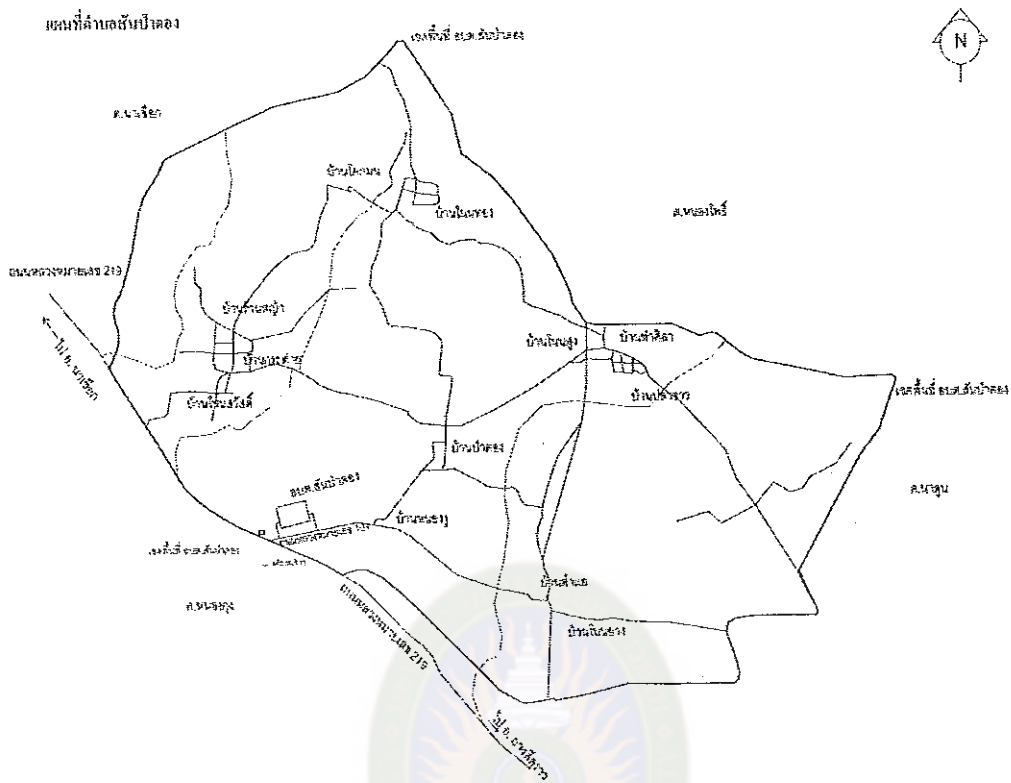
องค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง เป็นเขตการปกครองของอำเภอนาเชือก
 จังหวัดมหาสารคาม อยู่ห่างจากอำเภอเมือง 10 กิโลเมตร อยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดมหาสารคาม
 ห่างจากจังหวัดมหาสารคามประมาณ 75 กิโลเมตร

ทิศเหนือ จรด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองโพธิ์ อำเภอเมือง
 จังหวัดมหาสารคาม

ทิศใต้ จรด องค์การบริหารส่วนตำบลยางสีสุราช อำเภอเมือง
 จังหวัดมหาสารคาม

ทิศตะวันออก จรด องค์การบริหารส่วนตำบลดงควน อำเภอเมือง
 จังหวัดมหาสารคาม

ทิศตะวันตก จรด องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกง อำเภอเมือง
 จังหวัดมหาสารคาม



แผนภาพที่ 2 แผนที่ตำบลสันป่าตอง อำเภอนาควน จังหวัดมหาสารคาม
ที่มา : องค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง. 2555 : 1

1.2 พื้นที่

องค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง มีพื้นที่ 26,131.25 ไร่ หรือประมาณ 41.81

ตารางกิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 12 หมู่บ้าน ได้แก่

- 1.2.1 บ้านปาดอง หมู่ที่ 1
- 1.2.2 บ้านคำแย หมู่ที่ 2
- 1.2.3 บ้านหนองงู หมู่ที่ 3
- 1.2.4 บ้านโนนสวรรค์ หมู่ที่ 4
- 1.2.5 บ้านกระต่าย หมู่ที่ 5
- 1.2.6 บ้านโคกมน หมู่ที่ 6
- 1.2.7 บ้านโนนทอง หมู่ที่ 7
- 1.2.8 บ้านโนนยาง หมู่ที่ 8

- 1.2.9 บ้านปลาขาว หมู่ที่ 9
- 1.2.10 บ้านโนนสูง หมู่ที่ 10
- 1.2.11 บ้านท่าศิลา หมู่ที่ 11
- 1.2.12 บ้านร้านหญ้า หมู่ที่ 12

1.3 สภาพภูมิประเทศ

องค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง มีภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มสลับที่ดอนและที่ราบสูงเป็นบางส่วนส่วนมากประชากรของตำบลมีอาชีพทำนา ส่วนที่ราบสูงมีการปลูกพืชไร่เช่นมัน ปลูกอ้อย ที่ทั้งหมด 20,630 ไร่

1.4 จำนวนประชากร

องค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง มีจำนวนครัวเรือน 959 ครัวเรือน จำนวนประชากรทั้งหมด 4,456 คน แยกเป็นชาย 2,231 คน หญิง 2,225 คน

2. สภาพทางเศรษฐกิจ

2.1 อาชีพ

2.1.1 อาชีพหลัก ได้แก่การทำนา จำนวน 16,145 ไร่

2.1.2 อาชีพรอง ได้แก่

1) ปลูกไม้ผลพืชผัก

2) เลี้ยงสัตว์ ได้แก่ โค กระบือ และสุกรเลี้ยงเพื่อจำหน่าย ส่วนสัตว์ปีก ได้แก่

เป็ด ไก่ เลี้ยงเพื่อบริโภคและจำหน่าย

2.2 หน่วยธุรกิจในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง

2.2.1	โรงสี	12	แห่ง
2.2.2	โรงแรม	1	แห่ง
2.2.3	ร้านค้า	14	แห่ง
2.2.4	ร้านซ่อมรถจักรยานยนต์	6	แห่ง

3. สภาพทางสังคม

3.1 สภาพทางการศึกษา

3.1.1	โรงเรียนประถมศึกษา	5	แห่ง
3.1.2	ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน	1	แห่ง
3.1.3	ที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้าน	12	แห่ง
3.1.4	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	4	แห่ง

3.2 สถาบันและองค์การทางศาสนา

วัด 8 แห่ง

4. การสาธารณสุข

4.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง

ตั้งอยู่ หมู่ที่ 10 บ้านโนนสูง

4.2 อัตราและการใช้ส้วมราดน้ำ ร้อยละ 100 เปอร์เซนต์

5. ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

5.1 ศูนย์อำนวยการป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน อบต.สันป่าตอง 1 ศูนย์

5.2 หน่วยกู้ชีพ อบต.สันป่าตอง 1 หน่วย

5.3 หน่วยกู้ภัย อบต.สันป่าตอง 1 หน่วย

6. การบริการขั้นพื้นฐาน

6.1 สถานที่ราชการในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง

6.1.1 ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง ตั้งอยู่ หมู่ที่ 3

6.1.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง ตั้งอยู่ หมู่ที่ 10

6.1.3 โรงเรียนประถมศึกษา 5 แห่ง ตั้งอยู่ หมู่ที่ 1,2,5,7,9

6.2 การคมนาคม

ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 219 เป็นถนนสายหลักในการคมนาคมติดต่ออำเภอและ
จังหวัด

ทางหลวงชนบท สายบ้านป่าตอง หมู่ที่ 1 บ้านโคกยาว อำเภอนาคูมีความยาว 5
กิโลเมตร

ถนนเชื่อมระหว่างหมู่บ้าน เป็นถนนดิน ถนนลูกรัง และถนนลาดยาง

7. ทรัพยากรธรรมชาติที่สำคัญ

ทรัพยากรป่าไม้ องค์การบริหารส่วนตำบลมีพื้นที่ป่าสาธารณะจำนวน 4 แห่ง

8. ข้อมูลด้านศักยภาพขององค์กร

8.1 บุคลากร จำนวน 30 คน	แยกเป็น	
8.1.1 พนักงานส่วนตำบล	จำนวน	13 คน
8.1.2 พนักงานจ้างตามภารกิจ	จำนวน	15 คน
8.1.3 พนักงานจ้างทั่วไป	จำนวน	2 คน

9. ศักยภาพของชุมชนและพื้นที่

9.1 การรวมกลุ่มของประชาชน

จำนวนกลุ่มทุกประเภท	24	กลุ่ม	แยกเป็น
9.1.1 กลุ่มอาชีพ	12	กลุ่ม	
9.1.2 กลุ่มออมทรัพย์	12	กลุ่ม	

9.2 จุดเด่นของพื้นที่ ที่เอื้อต่อการพัฒนาตำบล

- 9.2.1 ประชากรมีความขยันหมั่นเพียรในการประกอบอาชีพ
- 9.2.2 ประชากรให้ความร่วมมือในการเสียภาษี
- 9.2.3 ประชากรมีความสนใจในการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน
- 9.2.4 ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบการทำงานของท้องถิ่น
- 9.2.5 ประชาชนมีการอนุรักษ์วัฒนธรรมท้องถิ่น ขนบธรรมเนียมอย่างดี
- 9.2.6 ประชาชนมีการถือครองที่ดินในระดับสูง

ระเบียบกองทุนสุขภาพตำบลสันป่าตอง

ตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตองร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขึ้น เพื่อให้การบริหารจัดการและการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เป็นไปด้วยความโปร่งใส มีประสิทธิภาพและบรรลุตามวัตถุประสงค์ตลอดจนมีระบบรองรับการดำเนินงาน คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง จึงออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้ (องค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง, 2555 : 2)

ข้อ 1 ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง พ.ศ. 2555”

ข้อ 2 ระเบียบนี้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ 3 บรรดาระเบียบ ข้อบังคับ หรือคำสั่งอื่นใด ซึ่งขัดหรือขัดแย้งกับระเบียบนี้ ให้ใช้ระเบียบนี้แทน

ข้อ 4 ที่ตั้ง ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง ตำบลสันป่าตอง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ข้อ 5 ในระเบียบนี้

“องค์การบริหารส่วนตำบล” หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง

“สภาองค์การบริหารส่วนตำบล” หมายถึง สภาองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง

“กองทุนหลักประกันสุขภาพ” หมายถึง กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง

“คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ” หมายถึง คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง

ข้อ 6 ให้ประธานกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพรักษาการให้เป็นไปตามระเบียบนี้

หมวดที่ 1 วัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ข้อ 7 เพื่อสนับสนุนการจัดบริการของหน่วยบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพสำหรับประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสในตำบลสันป่าตอง ได้เข้าถึงการบริการได้โดยง่าย สะดวก รวดเร็ว และมีคุณภาพมาตรฐาน

ข้อ 8 เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพเสี่ยง และผู้ป่วยเรื้อรัง ในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

ข้อ 9 เพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองและร่วมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ข้อ 10 เพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อ 11 เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี แข็งแรง

ข้อ 12 สมาชิกกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

หมวดที่ 2 สมาชิกกองทุนหลักประกันสุขภาพ

1. มีภูมิลำเนาและมีชื่อในทะเบียนบ้านตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎรในตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

2. เป็นผู้พร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง

หมวดที่ 3 คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง

ข้อ 13 คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตองประกอบด้วย

1. นายกองการบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง เป็นประธานกรรมการ

2. ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่คัดเลือกกันเอง จำนวน 2 คน เป็นรองประธานกรรมการคนที่ 1 และคนที่ 2

3. สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง จำนวน 2 คน เป็นกรรมการ

4. ผู้แทนหน่วยบริการที่ สปสข.มอบหมาย จำนวน 1 คน เป็นกรรมการ
5. ผู้แทน อสม. ที่คัดเลือกกันเอง จำนวน 3 คน เป็น กรรมการ
6. ผู้แทนหมู่บ้านที่ประชาคมหมู่บ้านคัดเลือกกันเอง จำนวน 5 คน เป็นกรรมการ
7. เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานในส่วนสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง จำนวน 2 คน เป็นเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันป่าตอง และหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันป่าตอง เป็นที่ปรึกษา

ข้อ 14 คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. จัดทำข้อมูลและแผนดำเนินการที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมายและหน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในความรับผิดชอบสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ
3. บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใสและจัดทำสรุปผลการดำเนินงานหรืองบดุล เมื่อสิ้นปีงบประมาณเพื่อนำเสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์การบริหารส่วนตำบลภายในเดือนตุลาคมของทุกปี
4. รับผิดชอบการเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สินในระบบหลักประกันสุขภาพ ให้เป็นไปตามรูปแบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
5. จัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินการตามความจำเป็น

ข้อ 15 คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพอยู่ในวาระคราวละสองปีนับแต่วันที่ดำรงตำแหน่ง

ข้อ 16 เมื่อคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ อยู่ในตำแหน่งครบวาระสองปีหรือพ้นจากตำแหน่ง แล้วยังมีได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพใหม่ ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ครบวาระหรือพ้นจากตำแหน่ง อยู่ในตำแหน่งเพื่อดำเนินการต่อไปจนกว่าคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ซึ่งได้รับการแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

ข้อ 17 เมื่อตำแหน่งคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ 13 (2) (4) และ(5) ว่างลงเพราะเหตุใดนอกจากครบวาระให้มีการคัดเลือกผู้แทนเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในตำแหน่งที่ว่างภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่ตำแหน่งนั้นว่างลง และให้ผู้ซึ่งได้รับเลือกแทนนั้นอยู่ในตำแหน่งได้เพียงเท่าวาระที่เหลืออยู่ของผู้ซึ่งตนแทน

ในกรณีประธานกรรมการ (นายกองค์การบริหารส่วนตำบล) หมควาระให้ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่เป็นประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพแทน และหากปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมีการ โอน(ย้าย) ให้ผู้ทำหน้าที่รักษาการปลัดทำหน้าที่แทน

ในกรณีคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ 13 (2) ถึงคราวออกตามอายุของสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ให้องค์การบริหารส่วนตำบลเสนอผู้ดีเข้าสภาองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อคัดเลือกผู้แทน เป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในตำแหน่งที่ว่างลง

ข้อ 18 คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

1. ครบกำหนดควาระ
2. ตาย
3. ลาออกโดยยื่นหนังสือลาออกต่อประธานคณะกรรมการบริหารกองทุน

หลักประกันสุขภาพ

4. สิ้นสุดสมาชิกภาพของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ตามมาตรา 47 ตรี แห่งพระราชบัญญัติสภาองค์การบริหารส่วนตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2546

5. พ้นจากตำแหน่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ตามมาตรา 64 แห่งพระราชบัญญัติสภาองค์การบริหารส่วนตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2546

6. ต้องโทษจำคุกฐานกระทำความผิดในคดีอาญา ยกเว้นการกระทำความผิดลหุโทษหรือกระทำความผิดโดยประมาท

7. เป็นคนไร้ความสามารถ หรือเสมือน ไร้ความสามารถ
8. เป็นบุคคลล้มละลาย
9. ขาดคุณสมบัติการเป็นกรรมการตามข้อ 13 (2)-(5)
10. โดยคำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ 19 ให้มีการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ อย่างน้อยปีละสองครั้ง โดยต้องมีกรรมการเข้าประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งจึงเป็นองค์ประชุม

ข้อ 20 มีระเบียบวาระในการประชุม และในการประชุมให้ที่ประชุมพิจารณาเฉพาะเรื่องที่อยู่ในระเบียบวาระการประชุมเท่านั้น

ข้อ 21 มติที่ประชุมให้ใช้ฉันทามติ (ความเห็นพร้อม) เป็นเกณฑ์มากกว่าการตัดสินใจ โดยใช้เสียงข้างมากบังคับ หรืออาจจะใช้มติที่ประชุมเสียงข้างมากก็ได้ การลงมติให้กระทำโดย

เปิดเผยหรือวิธีลับทั้งนี้ให้เป็นไปตามมติของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ กรณีคะแนนเสียงเท่ากันให้ประธานกรรมการมีสิทธิออกเสียงเพิ่มได้อีกหนึ่งเสียง ซึ่งถือเป็นผู้ชี้ขาดและให้ถือเป็นที่สุด

ข้อ 22 ที่ปรึกษาของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมีสิทธิเข้าร่วมประชุมและมีสิทธิแสดงความคิดเห็นใดๆ ก็ได้ แต่ไม่มีสิทธิออกเสียงลงมติ

ข้อ 23 คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานทำหน้าที่ตามบทบาทในคำสั่งแต่งตั้ง ซึ่งลงนามโดยประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยไม่มีสิทธิออกเสียงลงมติ แต่รับเบี้ยประชุมได้

ข้อ 24 มีการจัดทำบันทึกรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพให้ทำเป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งก็ได้ เพื่อเก็บรักษาไว้สำหรับการอ้างอิงค้นคว้าโดยมอบให้ประธานกรรมการและเลขานุการเป็นผู้ลงนามและรับผิดชอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ครบถ้วนของรายงานทุกครั้ง

ข้อ 25 ในการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพทุกครั้ง ให้ฝ่ายเลขานุการถือเป็นวาระประจำที่จะต้องมีการรายงานบัญชีรับ-จ่าย และสถานการณ์การเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ข้อ 26 ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพและคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานได้รับเบี้ยประชุมครั้งละ 200 บาทต่อวัน โดยจะต้องเข้าร่วมประชุมจนเสร็จสิ้นการประชุมในแต่ละครั้ง

ข้อ 27 ให้เลขานุการได้รับเงินค่าตอบแทน ปีพ.ศ.2554 เดือนละ 500 และปีพ.ศ.2554 เพิ่มขึ้นเป็น 600 บาท ตามมติที่ประชุมอนุมัติ

หมวดที่ 4 การบริหารงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ข้อ 28 เงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพได้มาจาก

1. เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
2. เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง
3. เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน
4. รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ข้อ 29 บรรดาเงินรายรับในกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพให้นำส่งเข้าบัญชี “ระบบประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม” ที่เปิดบัญชีไว้กับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) สาขานาเชือก ประเภทบัญชีเงินฝากออมทรัพย์เลขที่บัญชี 646-2-13222-9

ข้อ 30 การรับเงินเข้ากองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพให้รับเป็นเงินสด เช็ค ตัวแลกเงิน หรือธนาคัตติ

ข้อ 31 การรับเงินกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้ออกใบเสร็จรับเงินในนามของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้แก่ผู้ชำระเงินทุกครั้ง เว้นแต่การรับเงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง หรือการรับเงินทางธนาคาร ให้ใช้สำเนาใบนำฝากเงินธนาคารเป็นหลักฐานหรือใช้หลักฐานอื่นที่คณะกรรมการเห็นสมควรก็ได้

ข้อ 32 ให้คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพมอบหมายให้กรรมการและเลขานุการของคณะกรรมการ เป็นผู้รับผิดชอบในการรับเงินและนำส่งเงินเข้าบัญชีกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพ ภายในสามวันทำการ นับแต่วันที่ ได้รับเงิน

ข้อ 33 คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพอาจส่งจ่ายเงินที่ได้รับตามข้อ 27 ภายใต้กรอบแผนงานหรือ โครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการอนุมัติ ดังนี้

1. สนับสนุนงบประมาณเป็นรายปีแก่หน่วยบริการ ในเขตพื้นที่
2. สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น หรือสถานบริการทางเลือก เพื่อให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ประกอบการที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพอย่างน้อยตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
3. สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชนหรือองค์กรประชาชนในเขตพื้นที่จัดทำกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่
4. สนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริหารหรือพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ต้องไม่เกินร้อยละสิบ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของระบบหลักประกันสุขภาพในรอบปีงบประมาณนั้น

ข้อ 34 วิธีการจ่ายเงินกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้จ่ายได้ ดังนี้

1. จ่ายเป็นเงินสด หรือเช็ค หรือตัวแลกเงิน หรือธนาคัตติ
2. จ่ายทางธนาคารหรือทางอื่นที่คณะกรรมการกำหนด

ข้อ 35 การจ่ายเงินตามข้อ 33 ให้จ่ายในนามของผู้มีสิทธิรับเงิน ถ้าผู้มีสิทธิรับเงินไม่สามารถมารับเงินด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทน ก็ให้กระทำได้

ข้อ 36 การจ่ายเงินกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพต้องมีหลักฐานการจ่ายที่เป็นใบเสร็จรับเงิน ใบสำคัญรับเงิน หรือหลักฐานการนำเงินเข้าบัญชีเงินฝากที่ธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงินหรือหลักฐานการรับเงินอย่างอื่นที่คณะกรรมการกำหนด เก็บไว้ให้ตรวจสอบพร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีสิทธิรับเงินทุกครั้งเมื่อมีการจ่ายเงิน

ข้อ 37 ในการเก็บรักษาเงิน ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ เปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) สาขาเนาเชือก ประเภทบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี “ระบบประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง อำเภอเนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม”

ข้อ 38 การเปิดบัญชี ตามข้อ 36 ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ มอบหมายให้ประธานกรรมการและกรรมการอื่นอีก 3 คน มีอำนาจลงนามร่วมกันในการเปิดบัญชี และเบิกจ่ายเงินจากบัญชีที่เปิดไว้กับธนาคารตามจำนวนที่คณะกรรมการอนุมัติ ส่วนการเบิกจ่ายเงินให้ผู้มีอำนาจ 2 ใน 4 คน ที่ร่วมกันลงนามในการเปิดบัญชีเป็นผู้ลงนามในการเบิกจ่าย

ข้อ 39 กรณีที่มีความจำเป็น คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ อาจมอบหมายให้ประธานกรรมการหรือกรรมการและเลขานุการ เก็บรักษาเงินสดไว้เพื่อสำรองจ่ายภายในวงเงินไม่เกิน 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) ต่อวัน

ข้อ 40 อำนาจการอนุมัติงบประมาณกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพมีดังนี้

1. ในกรณีที่วงเงินไม่เกิน 20,000.-บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) ให้เป็นอำนาจของประธานกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสามารถอนุมัติได้ โดยต้องนำเข้าแจ้งคณะกรรมการในการประชุมครั้งต่อไป
2. ในกรณีที่วงเงินเกิน 20,000.-บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) ให้อนุมัติโดยมติของที่ประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ข้อ 41 การบันทึกบัญชีให้ใช้แนวทาง ดังต่อไปนี้

1. ให้บันทึกตามระบบบัญชีขององค์การบริหารส่วนตำบลที่ถือปฏิบัติ แต่ให้แยกระบบบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ ออกจากระบบบัญชีปกติเป็นอีกชุดหนึ่งต่างหาก
2. รอบระยะเวลาบัญชี ให้ถือตามปีงบประมาณ
3. การเริ่มระบบบัญชีให้เริ่ม ณ วันที่ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือได้รับเงินจากองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง
4. ให้คณะกรรมการจัดทำรายงานการรับเงิน-จ่ายเงินและเงินคงเหลือประจำเดือนประจำไตรมาส และประจำปีงบประมาณ

ข้อ 42 ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพนำเสนอรายงานการเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์การบริหารส่วนตำบลสิ้นปีงบประมาณ ภายในสามสิบวันนับจากวันสิ้นปีงบประมาณ และรายงานเมื่อสิ้นปีงบประมาณภายในเดือนกันยายนของทุกปี

ข้อ 43 การพิจารณางบประมาณสนับสนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพ สามารถสนับสนุนกิจกรรมได้ 4 ลักษณะ ดังนี้คือ

1. การจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์เพื่อให้สำหรับกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มหญิงมีครรภ์ กลุ่มเด็กเล็กตั้งแต่แรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 ปี กลุ่มเด็กโตและเยาวชน อายุตั้งแต่ 6 ปี ถึงต่ำกว่า 25 ปี กลุ่มผู้ใหญ่ คือ อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป และกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ

2. สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่น เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นต้น

3. การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น

4. การบริหารกองทุน/พัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุนและอื่นๆ ไม่เกินร้อยละสิบ เช่น เบี้ยประชุม อาหารว่าง/กลางวัน เอกสารการประชุม ครุภัณฑ์สำนักงาน ค่าตอบแทน คณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน แลกเปลี่ยนความรู้ จ่ายค่าตอบแทนผู้จัดทำรายงาน ค่าใช้จ่ายเดินทางเข้าร่วมประชุมภายนอก ฯลฯ

ข้อ 44 ขั้นตอนการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ สำหรับกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องทำบันทึกข้อตกลงไว้เป็นหลักฐาน เพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่ายและติดตามผลการดำเนินงาน โดยมีการรายงานผลการดำเนินงานเพื่อรายงานต่อคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ

1. การจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ จะต้องมีการบันทึกข้อตกลงอย่างชัดเจนว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพได้ตกลงความร่วมมือกับหน่วยบริการสาธารณสุขนั้นในการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์อะไรบ้าง สำหรับกลุ่มเป้าหมายใด เป็นจำนวนเท่าใด และงบประมาณสนับสนุนทั้งสิ้นเท่าไร โดยหน่วยบริการจะต้องมีหน้าที่ในการรายงานสรุปให้คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพได้ทราบถึงผลการจัดบริการให้สำหรับกลุ่มเป้าหมายนั้นๆ ด้วย (ตามแบบที่กำหนดไว้)

2. การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข จะต้องมีการบันทึกหรือบันทึกที่เป็นทางการระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ผู้ให้การสนับสนุน) กับหน่วยบริการ (ผู้รับการสนับสนุน) เพื่อให้มีหลักฐานว่าเป็นการสนับสนุนกิจกรรมอะไร และอย่างไร โดยประกอบกับหลักฐานการรับ – จ่ายเงินตามระเบียบ (ตามแบบที่กำหนดไว้)

3. การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนในชุมชนท้องถิ่นและกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ต้องทำบันทึกข้อตกลงอย่างเป็นทางการเป็นกิจจะลักษณะระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ผู้ให้การ

สนับสนุน) กับองค์กรชุมชน (ผู้รับการสนับสนุน) นั้นๆ ว่าสนับสนุนในเรื่องอะไร จำนวนเท่าไร มีเงื่อนไขอย่างไร และต้องเป็นหน้าที่ของผู้รับการสนับสนุนจะต้องจัดทำสรุปผลการดำเนินงานเพื่อให้คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพทราบ เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้น(ตามแบบที่กำหนดไว้)

4. การบริหารจัดการกองทุน/ พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ และอื่นๆ ต้องมีการบันทึกค่าใช้จ่ายประจำและในส่วนของ การพัฒนาศักยภาพการบริหารกองทุน การพัฒนากำลังคนกองทุนหลักประกันสุขภาพต้องมีแผนงาน โครงการที่ชัดเจนในการสนับสนุนกิจกรรม และมีการบันทึกเป็น ลายลักษณ์อักษรถึงมติการสนับสนุนกิจกรรมของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ตามแบบที่กำหนดไว้)

ข้อ 45 การใดที่ไม่ได้กำหนดในระเบียบนี้ให้เป็นไปตามมติของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้ต้องไม่ขัดหรือแย้งกับหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุพิน วัฒนา (2551 : 69) ได้ทำการศึกษา ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดการขยะมูลฝอย เขตเทศบาลตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษา พบว่า ระดับความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับขยะมูลฝอย โดยเฉลี่ยเห็นด้วยมาก เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากทุกข้อ ความคิดเห็นต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดตั้งธนาคารขยะ โดยเฉลี่ยเห็นด้วยมาก เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากทุกข้อ ความคิดเห็นต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการนำขยะกลับมาใช้ใหม่ โดยเฉลี่ยเห็นด้วยมาก เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากทุกข้อ

สุรินทร์ สุริยงค์ (2551 : 84-86) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรง : กรณีศึกษาอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า เรื่อง ที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมเป็นผู้ปฏิบัติ กิจกรรมในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ในกิจกรรมการสำรวจลูกน้ำยุงลาย รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงาน เมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุขในกิจกรรมการสำรวจลูกน้ำยุงลาย และเรื่องที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ การมี

ส่วนร่วมในการออกเงินแล้ววัตถุประสงค์ต่างๆ เพื่อใช้ในการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงด้าน
สาธารณสุข รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ชาญชัย ชัยสว่าง (2552 : 100-102) ได้ทำการศึกษา การพัฒนาการดำเนินงานกองทุน
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย ผลการวิจัย พบว่า บุคลากร
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เห็นว่า การดำเนินงานก่อนการพัฒนา โดยรวมและราย
ด้านทุกด้าน ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนาการดำเนินงานกองทุน ฯ ทั้งโดยรวม
และรายด้าน ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05

เนาวรัตน์ พรหมเกต (2552 : 75-77) ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงาน
ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาเทศบาลตำบลชัยวารี อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า
ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์พัฒนาของเทศบาลชัยวี 6
ด้าน จำแนกตามสถานที่ตั้งหมู่บ้าน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานตาม
ยุทธศาสตร์พัฒนาของเทศบาลตำบลชัยวารี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หมู่บ้านที่ประชาชนมี
ส่วนร่วมมากที่สุด 3 อันดับ เรียงจากมากไปหาน้อย คือ บ้านโพธิ์คำ หมู่ที่ 16 รองลงมาม้านศรี
วิไล หมู่ที่ 17 และบ้านศรีวิไล หมู่ที่ 13 ส่วนหมู่บ้านที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ บ้านโพธิ์ชัย หมู่
6 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน คือ ด้านที่ 1 ยุทธศาสตร์
พัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐาน หมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วมมากที่สุด 3 อันดับ เรียงจากมากไปหา
น้อย คือ บ้านศรีโพธิ์คำ หมู่ที่ 16 รองลงมา คือ บ้านโพธิ์ชัย หมู่ที่ 6 และบ้านสนามม้า หมู่ที่ 14
ส่วนหมู่บ้านที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ บ้านชัยวารี หมู่ที่ 2 ด้านที่ 2 ยุทธศาสตร์พัฒนาด้านการ
ท่องเที่ยว หมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วมมากที่สุด 3 อันดับ เรียงจากมากไปหาน้อย คือ บ้านขาม
เปี้ย หมู่ที่ 1 รองลงมา คือ บ้านโพธิ์ชัย หมู่ที่ 12 และบ้านศรีโพธิ์คำ หมู่ที่ 16 ส่วนหมู่บ้านที่มีส่วน
ร่วมน้อยที่สุด คือ บ้านชัยวารี หมู่ที่ 2 ด้านที่ 3 ยุทธศาสตร์พัฒนาด้านการศึกษาศาสนาและ
วัฒนธรรม หมู่บ้านที่ประชาชนมีส่วนร่วมมากที่สุด 3 อันดับ เรียงจากมากไปหาน้อย คือ บ้าน
โพธิ์ชัย หมู่ที่ 12 รองลงมา คือ บ้านศรีโพธิ์คำ หมู่ที่ 16 และบ้านศรีวิไล หมู่ที่ 17 ส่วนหมู่บ้านที่
มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ บ้านชัยวารี หมู่ที่ 2 ด้านที่ 4 ยุทธศาสตร์พัฒนาด้านเศรษฐกิจ หมู่บ้านที่
ประชาชนมีส่วนร่วมมากที่สุด 3 อันดับ เรียงจากมากไปหาน้อย คือ บ้านศรีโพธิ์คำ หมู่ที่ 16
รองลงมา คือ บ้านสนามม้า หมู่ที่ 14 และบ้านโพธิ์ชัย หมู่ที่ 6 ส่วนหมู่บ้านที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด
คือ บ้านชัยวารี หมู่ที่ 2 ด้านที่ 5 ยุทธศาสตร์พัฒนาด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม หมู่บ้านที่
ประชาชนมีส่วนร่วมมากที่สุด 3 อันดับ เรียงจากมากไปหาน้อย คือ บ้านศรีวิไล หมู่ที่ 17
รองลงมา คือ บ้านศรีโพธิ์คำ หมู่ที่ 16 และบ้านชัยวารี หมู่ที่ 2 ส่วนหมู่บ้านที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด
คือ บ้านโพธิ์ชัย หมู่ที่ 12 ด้านที่ 6 ยุทธศาสตร์พัฒนาด้านการเมืองการบริหาร หมู่บ้านที่ประชาชน

มีส่วนร่วมมากที่สุด 3 อันดับ เรียงจากมากไปหาน้อย คือ บ้านชัยวาริ หมู่ที่ 2 รองลงมา คือ บ้านศรีวิไล หมู่ที่ 13 และบ้านสนามม้า หมู่ที่ 14 ส่วนหมู่บ้านที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ บ้านศรีโพธิ์คำ หมู่ที่ 16

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้พบว่า ในแต่ละพื้นที่การดำเนินงานกองทุนสุขภาพจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานส่วนใหญ่ยังไม่เป็นรูปธรรมมากนัก ประชาชนยังมีความเข้าใจในเรื่องกองทุนสุขภาพไม่ชัดเจนเท่าที่ควร จะยังคงเข้าใจว่า กองทุนสุขภาพเป็นการดำเนินงานโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ศึกษาจึงได้สนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขถือว่าเป็นหัวใจหลักในการประสานความร่วมมือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดของเจมส์ ค็อกซ์ ปีนทอง (2549 : 41) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่นิยมแพร่หลาย และเป็นที่ยอมรับมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับพื้นที่ : กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ใน 4 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม ด้านการมีส่วนร่วมในการลงทุน และปฏิบัติงานและด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน