

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานและแนวทางในการวิจัย ซึ่งจะได้นำเสนอ โดยแบ่งออกเป็นหัวข้อเรียงลำดับดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎี และแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการ

1.1 ความหมายของการบริหารจัดการ

1.2 แนวคิดการบริหารจัดการ

2. บริบทของระบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

2.1 ประวัติความเป็นมาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในประเทศไทย

2.2 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

2.3 ระบบบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

2.4 ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ (จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์)

3. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างทฤษฎีทางสังคมศาสตร์

3.1 ความหมายของทฤษฎี

3.2 ที่มาของทฤษฎี

3.3 ระดับของทฤษฎี

3.4 วิธีการสร้างทฤษฎีทางสังคมศาสตร์

3.5 วิธีการสร้างทฤษฎีในการวิจัยครั้งนี้

4. ตัวแปรในการวิจัย รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์

4.1 ตัวแปรที่ได้มาโดยการศึกษาทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

4.1.1 ปัจจัยด้านผู้นำ

4.1.2 ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

4.1.3 ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุน

4.1.4 ปัจจัยด้านความคาดหวังในประโยชน์เกี่ยวกับกองทุน

4.1.5 ปัจจัยด้านการวางแผนสุขภาพชุมชน

4.1.6 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ

4.1.7 ปัจจัยด้านการจัดทำกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในท้องถิ่น

4.1.8 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุน

4.1.9 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน

4.1.10 ปัจจัยด้านการสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนท้องถิ่น

4.1.11 ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์กองทุน

4.2 ความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

4.2.1 ความสำเร็จด้านการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม

4.2.2 ความสำเร็จด้านการสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม

4.2.3 ความสำเร็จด้านการร่วมรับประโยชน์จากกองทุน

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ทฤษฎี และแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการ

1. ความหมายของการบริหารจัดการ

ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับความหมายการบริหารจัดการ (Management meaning) สืบเนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์สังคม ซึ่งหมายถึง มนุษย์โดยธรรมชาติย่อมอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ไม่อยู่อย่างโดดเดี่ยว การอยู่รวมกันเป็นกลุ่มของมนุษย์อาจมิได้หลายลักษณะและเรียก

ต่างกัน เป็นต้นว่า ครอบครัว (Family) เผ่าพันธุ์ (Tribe) ชุมชน (Community) สังคม (Society) และประเทศ (Country) เมื่อมนุษย์อยู่รวมกันเป็นกลุ่มย่อมเป็นธรรมชาติที่ในแต่ละกลุ่มจะต้องมี “ผู้นำกลุ่ม” รวมทั้งมี “แนวทางหรือวิธีการควบคุมดูแลกันภายในกลุ่ม” เพื่อให้เกิดความสุขและความสงบเรียบร้อย เช่นผู้นำครอบครัว ผู้นำเผ่า ผู้นำชุมชน และ ผู้นำประเทศ ปัจจุบันอาจเรียกว่า “ผู้บริหาร” ในขณะที่การควบคุมดูแลกันภายในกลุ่มนั้น เรียกว่า การบริหาร (Administration) ดังนั้น มนุษย์จึงไม่อาจหลีกเลี่ยงจากการบริหารได้ หรืออาจกล่าวได้ว่า “ที่ใดมีประเทศ ที่นั่นย่อมมีการบริหาร”

การบริหารจัดการ ได้มีนักวิชาการให้ความหมายไว้หลากหลาย แตกต่างกันไป และมีนักวิชาการหลายคนกล่าวว่า การจัดการ (Management) และการบริหาร (Administration) 2 คำนี้ใช้แทนกันได้ ดังเช่น สมคิด บางโม (2550 : 59) ; คุชฎี อายุวัฒน์ และอารีย์ นัยพิณิจ (2544 : 8) มีความเห็นตรงกันเกี่ยวกับความหมายของการจัดการหรือการบริหาร ดังนี้ เมื่อกล่าวถึงคำว่า การบริหาร (Administration) ใช้ในการบริหารระดับสูง เน้นหน้าที่การกำหนดนโยบายที่สำคัญและการกำหนดแผนงาน เป็นคำที่นิยมใช้ในทางราชการ ได้แก่ การบริหารรัฐกิจ (Public Administration) ส่วนคำว่า การจัดการ เน้นการดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบายที่สำคัญและแผนที่กำหนดไว้ เป็นคำที่นิยมใช้ในทางธุรกิจ ได้แก่ การจัดการธุรกิจ (Business management) แต่อย่างไรก็ตามทั้งสองคำนี้อาจใช้แทนกันได้

อนันต์ เกตุวงศ์ (2523 : 27) ให้ความหมายการบริหารว่า เป็นการประสานความพยายามของมนุษย์ (อย่างน้อย 2 คน) และทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อทำให้เกิดผลตามต้องการ บุญทัน ดอกไรสง (2537 : 1) ให้ความหมายว่า การบริหาร คือ การจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล องค์กร หรือประเทศ หรือการจัดการเพื่อผลกำไรของทุกคนในองค์กร

ติน ปรัชญพทุทธิ (2538 : 8) มองการบริหารในลักษณะที่เป็นกระบวนการ โดยหมายถึง กระบวนการนำเอาการตัดสินใจ และนโยบายไปปฏิบัติ ส่วนการบริหารรัฐกิจ หมายถึง เกี่ยวข้องกับการนำเอานโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

สุรัสวดี ราชกุลชัย (2543 : 3) กล่าวไว้ว่า “การบริหาร” และ “การจัดการ” มีความหมายแตกต่างกันเล็กน้อย โดยการบริหารจะสนใจและสัมพันธ์กับการกำหนดนโยบาย ไปลงมือปฏิบัติ นักวิชาการบางท่านให้ความเห็นว่าการบริหารใช้ในภาครัฐ ส่วนการจัดการใช้ในภาคเอกชน อย่างไรก็ตาม ในตำราหรือหนังสือส่วนใหญ่ทั้ง 2 คำนี้มีความหมายไม่ แตกต่างกันได้ สามารถใช้แทนกันได้และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป

เสนาะ ตีเขว (2543 : 1) ให้ความหมายของการบริหารว่า การบริหารเป็นกิจกรรมในการใช้ทรัพยากรขององค์กรให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2545 : 18-19) กล่าวว่า ความหมายของการบริหารจัดการนั้น สามารถจำกัดออกมาตามความเข้าใจ ได้ ซึ่งได้รวบรวม ความหมายของคำว่า “การบริหารจัดการ” และ “การจัดการ” ได้ดังนี้

1.1 คำว่า “การบริหาร” จะใช้ในการบริหารระดับสูง โดยเน้นที่การกำหนดนโยบายที่สำคัญและการกำหนดแผนของผู้บริหารระดับสูง เป็นคำนิยมใช้ในการบริหารรัฐกิจ (Public administration) หรือใช้ในหน่วยงานราชการ และคำว่า “ผู้บริหาร” (Administrator) จะหมายถึง ผู้บริหารที่ทำงานอยู่ในองค์กรของรัฐ หรือองค์กรที่ไม่มุ่งหวังกำไร

1.2 คำว่า “การจัดการ” จะเน้นการปฏิบัติการให้เป็นไปตามนโยบาย (แผนที่วางไว้) ซึ่งนิยมใช้ในการจัดการธุรกิจ (Business management) ส่วนคำว่า “ผู้จัดการ” (Manager) หมายถึง บุคคลในองค์กรซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบต่อกิจกรรมในการบริหารทรัพยากรและกิจการงานอื่น ๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ขององค์กร

1.3 คำว่า “การบริหารจัดการ” (Administration management) จึงหมายถึง ชุดของหน้าที่ต่าง ๆ (A set of functions) ที่กำหนดทิศทางในการใช้ทรัพยากรทั้งหลายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายขององค์กร การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficient) หมายถึง การใช้ทรัพยากรได้อย่างเฉลียวฉลาดและคุ้มค่า (Cost-effective) การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective) นั้นหมายถึง การตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง (Right decision) และมีการปฏิบัติการสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ ดังนั้นผลสำเร็จของการบริหารจัดการจึงจำเป็นต้องมีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลควบคู่กัน

จากความหมายการบริหารจัดการ ที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า หมายถึง กลุ่มของกิจกรรม ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การจัดองค์กร (Organizing) การสั่งการ (Leading/Directing) หรือการอำนวย และการควบคุม (Controlling) ซึ่งจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับทรัพยากรขององค์กรเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ และเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของคณะบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่ร่วมปฏิบัติการให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

2. แนวคิดการบริหารจัดการ

แนวคิดการบริหารจัดการ อาจกล่าวได้ว่าการบริหารจัดการ เป็นกระบวนการของการมุ่งสู่เป้าหมายขององค์กรจากการทำงานร่วมกัน โดยใช้บุคคลและทรัพยากรอื่น ๆ (Certo. 2000 : 555) หรือเป็นกระบวนการออกแบบและรักษาสภาพแวดล้อมที่บุคคลทำงานร่วมกันในกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1 แนวคิดทางการบริหารจัดการ สามารถอธิบายลักษณะและโครงสร้างของการจัดการได้ ดังนี้ (จินทนา ศรีภักดีวงษ์. 2533 : 38)

2.1.1 แนวคิดการจัดการสมัยเดิม เน้นที่การวัดผลงาน โดยพิจารณาผลผลิตและประสิทธิภาพเป็นไปตามมาตรฐาน โดยกำหนดมาตรฐาน อาศัยหลักเกณฑ์ที่เป็นที่เชื่อถือได้ และสามารถพิสูจน์ว่าถูกต้อง มีการแบ่งงานเป็นส่วนย่อย ๆ เพื่อความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน คิดว่าคนเปรียบเสมือนเครื่องจักร และเชื่อว่าเงินเป็นสิ่งจูงใจสิ่งเดียวในการกระตุ้นให้บุคคลทำงาน การจัดการสมัยเดิม ประกอบด้วยแนวคิดหลัก 2 แนว คือ

1) การจัดการที่มีหลักเกณฑ์ (Scientific management) ของ เทย์เลอร์ (Taylor) มีแนวคิดว่าเป็นไปได้ที่จะกำหนดปริมาณงานที่คนงานแต่ละคนทำได้ในระยะเวลาที่กำหนดโดยคนงานและฝ่ายบริหาร ได้รับประโยชน์สูงสุดทั้งสองฝ่าย คือคนงานได้ประโยชน์จากการทำงานให้ครบตามปริมาณงานส่วนฝ่ายบริหารได้ผลผลิตเพิ่มขึ้น

2) การจัดการตามหลักการจัดการทั่วไป (General principle of management) ของฟาโยล (Fayol) มีแนวคิดที่ผู้บริหารระดับสูงต้องรู้เทคนิคในการทำงาน และประสบการณ์ต่าง ๆ ซึ่งรวมกันเรียกว่า ความสามารถทางการจัดการ โดยกระบวนการจัดการประกอบไปด้วยหน้าที่ 5 อย่างคือ การวางแผน การจัดองค์การ การบังคับบัญชา การประสานงาน และการควบคุม

2.1.2 แนวคิดการจัดการแบบมนุษยสัมพันธ์ ประกอบด้วย แนวคิดหลัก

2 แนว คือ

1) การจัดการแบบมนุษยสัมพันธ์ (Humen relation) ของเมโย (Mayo) พิจารณามุ่งที่ความสำคัญของคนมากกว่าความสำคัญของการผลิตอย่างเดียว โดยกล่าวว่า คนเป็นปัจจัยที่แปรผันได้ คือ สามารถสร้างผลผลิตสูงได้ ถ้ามีความพอใจและมีขวัญกำลังใจที่ดี การจูงใจโดยวิธีการต่าง ๆ โดยจ่ายค่าตอบแทนทั้งที่เป็นตัวเงินคู่กับการสร้างความพึงพอใจให้แก่บุคคลเป็นสิ่งที่จะต้องสามารถเร่งประสิทธิภาพได้

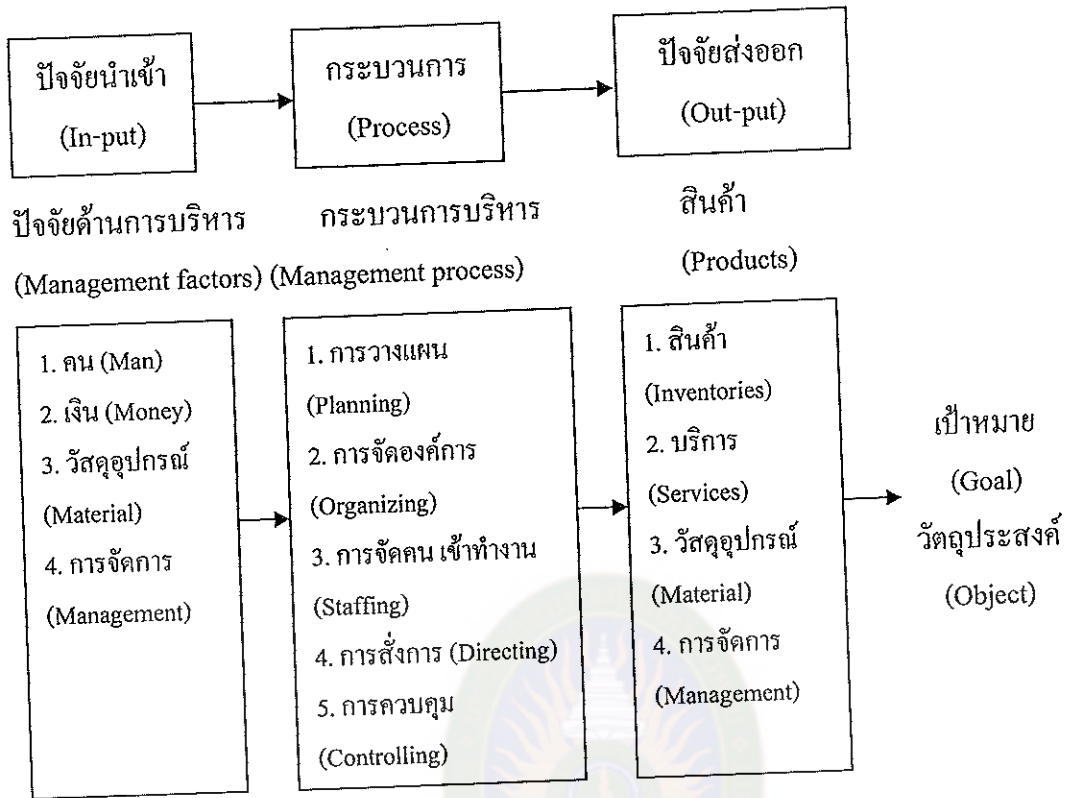
2) การจัดการแบบพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral science) เป็นการนำ สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มาผสมผสาน ศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ในองค์กร เช่น มาสโลว์ (Maslow) ศึกษาทฤษฎีความต้องการ เฮอริเบิร์ก (Herzberg) ศึกษารูปแบบการจูงใจ เป็นต้น

2.1.3 แนวคิดการจัดการสมัยใหม่ เกิดขึ้นเนื่องจากองค์การขยายตัว มีความสลับซับซ้อนทางการจัดการมากขึ้น แนวคิดนี้แบ่งออกเป็น 2 แนว คือ

1) การจัดการโดยใช้คณิตศาสตร์ เพื่อช่วยการตัดสินใจ (Quantitative Decision making approach) ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร วิธีการมีจุดอ่อนที่บางครั้งมองข้ามข้อมูลที่มีใช้เชิงปริมาณ

2) การจัดการเชิงระบบ (System approach) หรือการจัดการโดยวิธีการปรับตัว (Adaptive or ecological approach) กล่าวว่า การปฏิบัติงานภายในองค์กรเกิดขึ้นในรูปแบบของกระบวนการตั้งแต่การนำเข้าสู่กระบวนการทางการจัดการ ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยจนออกมาเป็นผลผลิตตามต้องการ โดยที่ระบบย่อยต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงส่วนใดส่วนหนึ่ง ก็จะมีผลกระทบต่อส่วนอื่น ๆ ด้วย ลักษณะของระบบ มีระบบปิดที่สนใจเฉพาะความสัมพันธ์และผลกระทบของระบบย่อยในธุรกิจ ส่วนระบบเปิดพิจารณาถึงการปรับตัวของการจัดการองค์ประกอบภายในธุรกิจ เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกระบบธุรกิจ หน้าที่ของการจัดการในระบบเปิดจึงเปรียบเหมือนศูนย์รวม เพื่อช่วยให้ทิศทางการเปลี่ยนแปลงและอัตราการเติบโตขององค์กรมีความเหมาะสม

2.2 ทฤษฎีการจัดการธุรกิจชุมชนว่า หากพิจารณาการจัดการนั้น สามารถพิจารณาใน 2 รูปแบบ คือการจัดการในเชิงระบบและการจัดการในเชิงกระบวนการ การพิจารณาการจัดการเชิงระบบ (System approach) นั้นจะพิจารณาในลักษณะการนำปัจจัยในการจัดการเรียก (In -put) เข้าไปในกระบวนการจัดการ (Management process) แล้วออกมาเป็นผลงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด (Out -put) ไว้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 การจัดการเชิงระบบ

ดังนั้น ผู้บริหารงานต้องจัดการตลอดเวลา คือ การจัดการระบบงานและระบบคนให้สมดุลกัน การจัดการระบบงานคือ วิธีการปฏิบัติงานเพื่อให้กิจการมีระบบการผลิต การให้บริการ หรือการดำเนินงานด้านต่าง ๆ เป็นไปด้วยดี พร้อมกับต้องจัดการเรื่องคนที่เป็นผู้ที่เข้ารับมอบหมาย ปฏิบัติตามหน้าที่งาน หรือตำแหน่งงานต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ เพื่อให้ทุกคนทุ่มเทให้งานเกิดผลดี และประสานกับการทำงานของคนอื่นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

การจัดการเชิงกระบวนการ (Management process) มองการบริหารเป็นขั้นตอน อาจมองได้หลายลักษณะ เช่น

2.2.1 การมองการจัดการเป็น 4 ขั้นตอน คือการวางแผน การจัดองค์การ การอำนาจและการควบคุมงาน (เนตร์พัฒนา ยาวีราช. 2547 : 2)

2.2.2 การมองการจัดการเป็น 5 ขั้นตอน คือการวางแผน การจัดองค์การ การอำนาจ การจัดบุคคลและการควบคุมงาน (ณัฐพันธ์ เขจรนันท์ และฉัตรพร เสมอใจ. 2547 : 18)

2.2.3 การมอบการจัดการเป็น 6 ขั้นตอน คือ การวางแผน การจัดองค์การ การจัดบุคคล การสั่งการ การประสานงาน และการควบคุมงาน (โกศล มารมย์ และเบญจพร ลัทธิตเดช. 2547 : 33)

การจัดการเชิงกระบวนการที่มองการบริหารเป็นขั้นตอนนี้ ตามความจริงแล้วจะไม่แยกขาดออกจากกัน แต่จะเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันตลอดเวลา แต่การแยกหน้าทำงานออกเป็นส่วนต่าง ๆ ก็เพื่อสะดวกในการศึกษาหน้างานการจัดการแต่ละอย่าง และเพื่อให้เห็นถึงความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันที่มีอยู่ต่อกันของงานการจัดการทั้งหมด

การจัดการจะมีความสำคัญโดยตรงต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพราะถ้าหากคณะกรรมการบริหารกองทุนทุกคน ละเลยไม่สนใจและปล่อยให้ทุกอย่างดำเนินไปอย่างตามมีตามเกิด หรือตามความเคยชิน ก็จะทำให้การดำเนินงานล้มเหลวหรือตกต่ำลงไปไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินการบริหารจัดการตามที่ สปสช. กำหนด การจัดการจึงถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญยิ่งในการช่วยให้ผู้นำหรือผู้บริหารสามารถควบคุมรักษาและพัฒนาชีวิตองค์กรให้เจริญเติบโตไปได้ตามความต้องการ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นใดปราศจากการจัดการก็จะเปรียบเทียบกับเสมือนเรือที่แล่นลอยไปโดยปราศจากหางเสือนั่นเอง

2.3 “การบริหาร” และ “การจัดการ” มีความแตกต่างกันเล็กน้อย โดยการบริหารจะสนใจและสัมพันธ์กับการกำหนดนโยบายไปลงมือปฏิบัติ นักวิชาการบางท่านให้ความเห็นว่าการบริหารใช้ในภาครัฐ ส่วนการจัดการใช้ในภาคเอกชน อย่างไรก็ตามในตำราหรือหนังสือส่วนใหญ่ทั้ง 2 คำนี้มีความหมายไม่แตกต่างกัน สามารถใช้แทนกันได้และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป (สุรัสวดี ราชกุลชัย. 2543 : 3)

2.4 คำว่า การบริหาร มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน “Administatrac” หมายถึงช่วยเหลือ (Assist) หรืออำนวยความสะดวก (Direct) การบริหารมีความสัมพันธ์หรือมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า “Minister” ซึ่งหมายถึง การรับใช้หรือผู้รับใช้ หรือผู้รับใช้รัฐ คือ รัฐมนตรี สำหรับความหมายดั้งเดิมของคำว่า Administer หมายถึง การติดตามดูแลสิ่งต่าง ๆ ส่วนคำว่า การจัดการ นิยมใช้ในภาคเอกชนหรือภาคธุรกิจซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งเพื่อมุ่งแสวงหากำไร (Profits) หรือกำไรสูงสุด (Maximum profits) สำหรับผลประโยชน์ที่จะตกแก่สาธารณะ ถือเป็นวัตถุประสงค์รองหรือเป็นผลพลอยได้ (By product) (วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. 2548 : 5)

2.5 การบริหาร เป็นศิลปะในการทำให้สิ่งต่าง ๆ ได้รับการกระทำจนเป็นผลสำเร็จ ผู้บริหารไม่ใช่เป็นผู้ปฏิบัติ แต่เป็นผู้ใช้ศิลปะและเทคนิคทำให้ผู้ปฏิบัติทำงานจนสำเร็จบรรลุผลตามจุดมุ่งหมาย (Simon. 1976 : 273)

2.6 การบริหาร คือ กระบวนการทำงานร่วมกับผู้อื่นเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ (Sergiovanni. 1980 : 5)

2.7 การจัดการ หมายถึง การทำงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ทางการจัดการ ซึ่งรวมถึงกิจกรรม 4 ประการ ได้แก่ การวางแผน การจัดการองค์กร การขึ้นา และการควบคุมองค์กร นอกจากนี้กิจกรรมการจัดการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การตัดสินใจในการบริหารจัดการ การจัดการเชิงกลยุทธ์ การจัดการทรัพยากรมนุษย์ การบริหารกลุ่ม และการจัดการในสภาพแวดล้อมระหว่างประเทศ (Druck. 2006 : 36 ; อ้างถึงใน สาคร สุขศรีวงศ์. 2550 : 25)

2.8 จากที่นักวิชาการทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ ได้ให้ความหมาย และแนวคิดการบริหารจัดการไว้ต่าง ๆ กันนั้น ทั้งนี้ ความหมายของการบริหารจัดการ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ แนวคิด และมุมมองที่มีต่อการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน สรุปประเด็นสำคัญของการบริหารจัดการ มีสาระสำคัญ ดังนี้

2.8.1 การบริหารจัดการสามารถประยุกต์ใช้กับองค์กรใดองค์กรหนึ่งได้

2.8.2 เป้าหมายของการบริหารจัดการคือ ความสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร

2.8.3 การบริหารจัดการเกี่ยวข้องกับการเพิ่มผลผลิต (Productivity) โดยมุ่งสู่ประสิทธิภาพ (วิธีการใช้ทรัพยากรโดยประหยัดที่สุด) และประสิทธิผล (บรรลุเป้าหมายคือประโยชน์สูงสุด)

2.8.4 การบริหารจัดการสามารถนำมาใช้สำหรับทุกระดับชั้นขององค์กร จากที่กล่าวมาข้างต้น สิ่งสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาต่อเนื่องสำหรับงานวิจัยรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ คือ องค์ประกอบของความหมายการบริหารจัดการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสรุปว่าความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการ คือ องค์ประกอบของชุดกิจกรรมที่กำหนดทิศทางในการใช้ทรัพยากรทั้งหลายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายขององค์กร ซึ่งชุดของกิจกรรม ประกอบด้วย การวางแผน การจัดการองค์กร การสั่งการ หรือการอำนาจ และการควบคุม ซึ่งจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับทรัพยากรขององค์กรเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ และการบริหารจัดการเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของคณะบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่ร่วมปฏิบัติการให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในการวิจัยรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกัน

สุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ครั้งนี้ รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ จึงเป็นกระบวนการของกิจกรรมที่ต่อเนื่องและประสานงานกัน และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าไปมีส่วนร่วมใน 5 ประเด็น คือ การมีส่วนร่วมคิด การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรม การมีส่วนร่วมกำกับติดตามการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการบริหารจัดการกองทุน และการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งผู้บริหารต้องเข้ามาช่วยเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่าย เขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ต่อไป

บริบทของระบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

1. ประวัติความเป็นมาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในประเทศไทย

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นอันมาก กล่าวคือจากประสบการณ์การบริหารการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ในช่วงที่ผ่านมาได้พิสูจน์ชัดเจนว่าแม้ระบบสาธารณสุขจะมีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าสักเพียงใด ถ้าปราศจากการบริหารจัดการที่ดี ก็จะไม่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของ ประชาชนได้อย่างทั่วถึง การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นกลยุทธ์และแนวทาง ที่เหมาะสมในการบรรลุเป้าหมายของความเป็นธรรมทางสุขภาพ และเป็น การเพิ่มประสิทธิภาพของบริการ ควบคู่กันไปด้วย สำหรับแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพของ ไทยนั้น เน้นให้คนสามารถดูแลตนเอง ปฏิรูปจากระบบตั้งรับเป็นระบบเชิงรุก ปฏิรูประบบบริการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพ (เสนีย์ สุขสว่าง, 2543 : 46)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้กล่าวไว้ในคำนิยามหนังสือปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขไทย ตอนหนึ่งว่า “การแพทย์ฟองสบู่ จะนำไปสู่สภาวะวิกฤต เช่นเดียวกับเศรษฐกิจฟองสบู่กำลังก่อให้เกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ เศรษฐกิจฟองสบู่คือ เศรษฐกิจที่มีความปลอมมากกว่าความจริง ได้แก่ มีการหมุนเวียนของเงินตรามากกว่าความจริงทางเศรษฐกิจ เมื่อ ไม่จริง ความไม่จริงหรือฟองสบู่แตกเผยให้เห็นความป่วยไข้ การแพทย์ฟอง

สรุป หมายถึง การมีค่าใช้จ่ายในทางการแพทย์มาก แต่สังคมไม่ได้รับผลตอบแทนทางสุขภาพ
 คุ่มค่า คือยังเจ็บป่วยล้มตายโดยไม่จำเป็น ได้รับบริการไม่ทั่วถึง และบริการขาดคุณภาพ
 สหรัฐอเมริกาเป็นตัวอย่างที่ดีของปัญหานี้ กล่าวคือมีการใช้จ่ายเรื่องสุขภาพเป็นสัดส่วนถึง
 ร้อยละ 12 – 15 ของรายได้ได้ประชาชนชาติ แต่ยังมีคนอเมริกันถึง 37 ล้านคนที่ไม่ได้ประกันสุขภาพ
 ไม่ว่าชนิดใด ๆ ทำให้เมื่อเจ็บป่วยไม่กล้าไปโรงพยาบาลเพราะค่าบริการทางการแพทย์ที่แพง.....

ประเทศอื่น ๆ รวมทั้งประเทศไทยที่กำลังตามหลังไปมีปัญหาค่าบริการการแพทย์ที่แพง.....
 สหรัฐอเมริกา ปีนี้ประเทศไทยจะใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพประมาณ 250,000 ล้านบาท และกำลัง
 เพิ่มขึ้นร้อยละ 16 อันเป็นอัตราการเพิ่มของรายจ่ายสูงกว่าอัตราการเพิ่มของรายได้ แปลว่า
 กำลังจะวิ่งเข้าไปสู่ภาวะวิกฤต กล่าวคือ เงินหมด แต่มีคนที่ไม่ได้รับผลจากการใช้จ่ายดังกล่าว
 จำนวนมาก เช่น ไม่ได้บริการที่ควรได้รับ และผู้ได้รับบริการก็ไม่ดีพอ มีคนเจ็บคนตายโดย
 ไม่จำเป็นจำนวนมาก ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องปฏิรูประบบสุขภาพ...”

ประเทศไทยมีการจัดระบบประกันสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ แยกกันเป็น
 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ (1) กลุ่มข้าราชการ เจ้าหน้าที่ พนักงาน และลูกจ้างประจำภาครัฐ (Public
 formal sector) อันรวมถึงพนักงานในหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ (เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 เจ้าหน้าที่องค์การของรัฐ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น) และบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการ
 ค้ำประกันโดยระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการหรือสวัสดิการของหน่วยงานนั้น ๆ
 (2) กลุ่มลูกจ้างเอกชน (Private formal sector) ซึ่งได้รับการคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัติ
 ประกันสังคม และ (3) กลุ่มประชาชนที่อยู่ในภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการ (Informal
 sector) เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน รับจ้าง ค่าขายส่วนตัว นอกจากนั้นยังมีระบบประกันเสริม
 หรือเฉพาะกรณี เช่น ระบบประกันสุขภาพเอกชน ประกันภัยผู้ประสบภัยจากรถ กองทุน
 ทดแทนแรงงานกรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน

1.1 ความหมายของหลักประกันสุขภาพ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546 : 1272) ให้ความหมาย
 คำว่า “หลักประกัน” ไว้ 3 ประการ ได้แก่ (1) หลักทรัพย์เพื่อความมั่นคง (2) สิ่งที่ยึดถือเพื่อ
 ความมั่นคง และ (3) เงินสด หลักทรัพย์ หรือบุคคลที่นำมาประกันตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยหรือ
 ประกันการชำระหนี้

ส่วน คำว่า “ประกัน” ให้ความหมายไว้ 3 ประการ ได้แก่ (1) รับรองว่าจะรับ
 ผิดในความเสียหายที่เกิดขึ้น (2) รับรองว่าจะมีหรือไม่มีเหตุการณ์นั้น ๆ และ (3) หลักทรัพย์ที่
 ให้ไว้เป็นเครื่องรับรองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี (2541 : 7) ได้ให้นิยามของสุขภาพ

ว่า หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ “สุขภาพ ไม่ใช่แค่เรื่องของเจ็บป่วยแล้วไปหาหมอ แต่สุขภาพเป็นวิถีชีวิตที่เป็นองค์รวม ผู้คนสุขภาพสบายใจ อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข เอื้ออาทรต่อกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สมานฉันท์..” ดังนั้น การประกันสุขภาพจึงหมายถึง เวลาที่มีโรคร้ายไข้เจ็บสามารถเข้ารับการรักษาได้โดยมีหลักทรัพย์รับรอง

ดังนั้นการสร้าง “หลักประกันสุขภาพ” จึงมิใช่เพียงแค่การทำให้มี “ประกันสุขภาพ” แต่เป็นการสร้าง “หลักประกันสุขภาพ” ตามความหมายที่ (1) คือ สร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้แก่คนไทยทั้งปวง ด้วยหลักทรัพย์ที่ได้รับมอบหมายมาให้เป็น “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” กล่าวคือ แม้เป็นกฎธรรมดาที่มนุษย์ทุกคนจะต้องมีความตายเป็นธรรมดา ไม่อาจล่วงพ้นความตายไปได้ รวมทั้งต้องทำให้ปวงชนชาวไทยมีกำลังกาย กำลังใจ กำลังสติปัญญา และกำลังสามัคคีในการสร้างสรรค์พัฒนาตนเองและบุคคลที่ตนเกี่ยวข้อง ตลอดจนสังคมและประเทศชาติอย่างเพียงพอด้วย นอกจากนี้แม้เมื่อเจ็บป่วยก็ต้องได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยมีให้ความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นอุปสรรคหรือจั่นเนื้อประดาตัว

1.2 วิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศไทยช่วงที่ผ่านมา ได้มีการดำเนินการแบบค่อยเป็นค่อยไปในช่วงเกือบ 4 ทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2517 – 2553) ซึ่งจำแนกตามช่วงการพัฒนาได้เป็น 3 ระยะหลัก ๆ ดังต่อไปนี้

1.2.1 ระยะก่อตั้งระบบประกันสุขภาพหลัก ในช่วง 2 ทศวรรษแรกของการพัฒนา ได้แก่ ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 – 6 (พ.ศ. 2515 – 2534) มีการก่อตั้งระบบประกันสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ แยกกัน เช่น ผู้อยู่ในระบบราชการ และครอบครัว ลูกจ้างในภาคเอกชน ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มด้อยโอกาสต่าง ๆ และประชาชนทั่วไป

1.2.2 ระยะการขยายตัวของระบบประกันสุขภาพหลัก ในช่วงทศวรรษที่สามของการพัฒนา ได้แก่ ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 – 8 (พ.ศ. 2535 – 2544) เป็นช่วงที่มีการขยายความครอบคลุมประชากรของระบบประกันสุขภาพอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มลูกจ้างภาคเอกชน กลุ่มประชาชนทั่วไป รวมถึงกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ทหารผ่านศึก ภิกษุสงฆ์) ขณะเดียวกัน ในระยะนี้ก็มีการปฏิรูปกลไกการจัดการบริหารการเงินการคลังระบบประกันสุขภาพหลักอีกด้วย

1.2.3 ระยะการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ ช่วงทศวรรษปัจจุบัน ซึ่งเริ่มตั้งแต่หลังรัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2544 และมีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2554) ได้มีการขยายประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มที่เหลือทั้งหมด ให้มาเป็นส่วนหนึ่งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยรวมระบบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และโครงการบัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาด้วย และขยายความครอบคลุมไปยังประชาชนไทยกลุ่มที่เหลือซึ่งยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ที่รัฐจัดให้ ในระยะนี้ได้มีการปฏิรูปกลไกการจัดการบริหารการเงินการคลังในระบบหลักประกันสุขภาพพร้อมด้วย ทั้งนี้ การพัฒนาระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศไทยที่ผ่านมา มีการพัฒนาแบบแยกส่วนสำหรับประชาชนเฉพาะกลุ่ม ซึ่งจำแนกได้เป็นกลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐ กลุ่มลูกจ้างเอกชน และกลุ่มประชาชนทั่วไปซึ่งอยู่ในภาคเศรษฐกิจไม่เป็นทางการ ได้แก่

1) การจัดระบบประกันสุขภาพแก่กลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐและครอบครัว ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำ และบุคคลในครอบครัว (พ่อ แม่ คู่สมรส และบุตร อายุไม่เกิน 20 ปี) เป็นกลุ่มแรกที่ได้รับการประกันสุขภาพจากภาครัฐ ในระยะแรกนั้น ส่วนราชการต้นสังกัดเป็นผู้ตั้งงบประมาณในการดูแลตนเอง ต่อมาเมื่อมีพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 กรมบัญชีกลางจึงทาหาหน้าที่จัดการเบิกจ่ายงบประมาณให้ส่วนราชการทั้งหมด ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมถึงข้าราชการบำนาญด้วย กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่อยู่ในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ นอกจากกลุ่มที่กล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีหน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐ (เช่น รัฐวิสาหกิจ) ที่จัดสวัสดิการรักษาพยาบาลให้แก่พนักงานและบุคคลในครอบครัว คล้ายคลึงกับสวัสดิการข้าราชการ ด้วยงบประมาณของหน่วยงานตนเอง ขณะเดียวกัน ในช่วงที่ผ่านมา มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดขึ้นจำนวนมากจากนโยบายกระจายอำนาจ รวมถึงหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายเฉพาะฉบับต่าง ๆ ซึ่งจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลให้แก่เจ้าหน้าที่และบุคคลในครอบครัว โดยใช้งบประมาณของตนเอง คล้ายคลึงกับที่ราชการจัดให้ แต่สิทธิประโยชน์อาจแตกต่างกันไปบ้าง

2) การจัดระบบประกันสุขภาพแก่กลุ่มลูกจ้างเอกชน ประชาชนที่รัฐจัดให้มีประกันสุขภาพกลุ่มแรก คือลูกจ้างเอกชน ใน พ.ศ. 2517 แต่ครอบคลุมเฉพาะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการทำงาน โดยนายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบการจ่ายเบี้ยประกันตามประสบการณ์การจ่ายทดแทนในปีที่ผ่านมา การขยายความครอบคลุมไปยังการเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวกับการ

ทำงานเริ่มใน พ.ศ. 2533 ตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม โดยรัฐบาล นายจ้าง และลูกจ้าง ร่วมจ่ายสมทบในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 1.5 ของเงินเดือนลูกจ้าง) ในระยะแรกระบบนี้ ครอบคลุมเฉพาะลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีจำนวนลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ต่อมาได้ ขยายไปยังสถานประกอบการที่มีจำนวนลูกจ้างน้อยลง คือตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป 5 คนขึ้นไป และ 1 คนขึ้นไปในปัจจุบันตามลำดับ ระบบนี้ครอบคลุมเฉพาะตัวลูกจ้าง แต่ไม่ครอบคลุมไปยัง คู่สมรสและบุตร นอกจากนั้นระบบนี้ยังครอบคลุมไปถึงลูกจ้างชั่วคราวหรือลูกจ้างรายปีของ ส่วนราชการและองค์กรต่าง ๆ ของรัฐอีกด้วย

3) การจัดระบบประกันสุขภาพแก่ประชาชนในภาคเศรษฐกิจไม่เป็นทางการ (Informal sector) นับตั้งแต่มีการพัฒนาระบบสาธารณสุขสมัยใหม่ขึ้นในประเทศไทย รัฐบาลได้กำหนดให้ประชาชนที่ไปใช้บริการในสถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง ต้องจ่ายค่ายาและ ค่าบริการสาธารณสุขที่ไม่รวมเงินเดือน และให้สถานพยาบาลเก็บเงินดังกล่าวไว้เป็นเงินบำรุง ของตนเอง เพื่อให้มีเงินหมุนเวียนสำหรับการซื้อยาและจัดบริการแก่ประชาชน ขณะเดียวกัน รัฐบาลก็ได้จัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งแก่โรงพยาบาลรัฐเพื่อชดเชยค่าบริการที่อาจเรียกเก็บ ไม่ได้ หรือต้องลดหย่อนแก่ประชาชนที่จ่ายค่าบริการไม่ได้ ทั้งนี้การพัฒนาระบบประกันสุขภาพ แก่กลุ่มดังกล่าวได้แยกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังต่อไปนี้

4) ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูลใน พ.ศ. 2518 ภายหลังการเลือกตั้ง รัฐบาลยุคนั้นมีนโยบายให้การรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้มีรายได้น้อยและครอบครัว โดยช่วงแรกให้อยู่ในดุลยพินิจของสถานพยาบาลในการสงเคราะห์ผู้ที่ จ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดไม่ได้ ต่อมาจึงมีการออกบัตรรายได้น้อยให้แก่คนจนผ่านทาง คณะกรรมการระดับหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ โดยบัตรดังกล่าวมีอายุ 3 ปี และต้องประเมิน และออกบัตรใหม่ทุก ๆ 3 ปี จากการประเมินการออกบัตรฯ รอบต่าง ๆ พบว่า ความครอบคลุม และความตรงของการออกบัตรแก่คนจนเป็นปัญหามาตลอดช่วงเวลาดำเนินการ ซึ่งใน พ.ศ. 2535 รัฐบาลภายหลังการเลือกตั้งมีนโยบายขยายความครอบคลุมการประกัน สุขภาพไปยังกลุ่มผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล โดยขยายไปครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่ม แรก ต่อมาได้ขยายไปยังกลุ่มอื่น ๆ ที่สมควรให้การช่วยเหลือเกื้อกูล ได้แก่ เด็ก 0 – 12 ปี นักเรียนมัธยมต้น ผู้พิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว พระภิกษุสามเณร ผู้นำชุมชนและ ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว. และได้เปลี่ยนชื่อโครงการจาก “สวัสดิการรักษายาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย” เป็นโครงการ “สวัสดิการประชาชนด้านการ

รักษาพยาบาล (สปร.)” โดยรัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้แก่กระทรวงสาธารณสุขเป็นรายปี เพื่อจัดบริการ

5) กลุ่มประชาชนทั่วไป การขยายการประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนที่ไม่ได้รับบัตรรายได้น้อยและยังไม่มีประกันสุขภาพเริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2526 อันเป็นผลสืบเนื่องจากนโยบาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า พ.ศ. 2543” ขององค์การอนามัยโลก ที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ได้อย่างเท่าเทียมกัน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มนำร่องโครงการบัตรสุขภาพ โดยนำร่องบัตรอนามัยแม่และเด็ก (ครอบคลุมบริการดูแลก่อนคลอด การคลอด หลังคลอด วางแผนครอบครัวและอนามัยเด็กเล็ก ราคา 100 บาท) และบัตรรักษาพยาบาลรายบุคคลก่อนปรับเป็นบัตรสุขภาพครอบครัว ยุคแรกของโครงการ มีการบริหารจัดการในลักษณะกองทุนสุขภาพชุมชน โดยคณะกรรมการที่คัดเลือกมาจากชุมชนเอง โครงการนี้ขยายอย่างรวดเร็วในช่วงแรกและค่อย ๆ ถดถอยลงในระยะต่อมาเนื่องจากการขาดความมั่นคงด้านการเงินของกองทุนเองและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ขาดความชัดเจนในเรื่องดังกล่าว 2 จนถึง พ.ศ. 2537 โครงการนี้ปรับเปลี่ยนเป็นโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจที่รัฐให้งบประมาณสนับสนุน (Public subsidized voluntary health insurance scheme) โดยประชาชนซื้อบัตรราคา ค่า 500 บาท และรัฐสมทบ 500 บาท (ต่อมารัฐสมทบเพิ่มขึ้นเป็น 1,000 บาท ใน พ.ศ. 2542) กลุ่มครอบครัวในครอบครัว 5 คน บัตรมีอายุหนึ่งปี และปรับการบริหารกองทุนจากระดับชุมชนเป็นระดับจังหวัดและประเทศเพื่อให้กระจายความเสี่ยงดีขึ้น มีการนำแนวคิดการตลาดเชิงสังคมมาใช้ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจและเข้าร่วมโครงการ จ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้จำหน่าย ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขยุคนั้นมี “นโยบายหลักประกันสุขภาพ 100 เปอร์เซ็นต์” ส่งผลให้โครงการนี้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว

กล่าวโดยสรุประบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยมีวิวัฒนาการในหลายรูปแบบก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำและซ้ำซ้อนด้านสิทธิประโยชน์ในการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขของประชาชน ประกอบกับปัญหาการกระจายบริการและบุคลากร ปัญหาคุณภาพบริการ ปัญหาความไม่เป็นธรรม และปัญหาเชิงจริยธรรม กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2539 โครงการนี้มีเป้าหมายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนทุกคนได้รับสิทธิสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ตามสิทธิอันพึงมีพึงได้ ส่งเสริมให้ประชาชนสุขภาพดีและสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข. 2550 : 1) ประกอบกับผลของการกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 โดยพระราชบัญญัติกำหนด

แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 มาตรา 12 กำหนดให้มีคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทำหน้าที่จัดทำแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2550 : 2) ซึ่งในระยะก่อน พ.ศ. 2545 ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแบบแยกส่วน ทำให้มีหลักประกันสุขภาพที่หลากหลายโดยมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันไป เช่น โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) มุ่งเน้นการคุ้มครองผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ และเด็ก เป็น Social protection ที่สำคัญ แต่ไม่สามารถคุ้มครองคนจนได้เท่าที่ควรและขาดงบประมาณในการให้บริการ โครงการสวัสดิการการรักษาพยาบาลและบุคคลในครอบครัวรวมทั้งพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีปัญหาประสิทธิภาพของโครงการเนื่องจาก การจ่ายตามรายการรักษาพยาบาลนั้น โรงพยาบาลมีแนวโน้มให้บริการเกินจำเป็น ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างมากทุกปี นอกจากนี้โครงการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ ภาครัฐมีปัญหาในด้านการเฉลี่ยความเสี่ยง ทำให้โครงการไม่สามารถอยู่รอดทางการเงินได้ระยะยาว ส่วนโครงการประกันสังคมมีระบบการจ่ายโรงพยาบาลค่อนข้างดี คือเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัวครอบคลุมลูกจ้างในภาคเอกชน ซึ่งน่าจะเป็นทางเลือกในการปฏิรูประยะยาวของประเทศไทย และการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในระบบบริการสาธารณสุขไทยก่อให้เกิดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) เมื่อ พ.ศ. 2544 ซึ่งโครงการนี้ครอบคลุมผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขประมาณ 45.4 ล้านคน (ร้อยละ 73 ของประชากร) โดยใช้งบประมาณจากภาษีของประชาชนกว่า 55,000 ล้านบาทต่อปี (พ.ศ. 2545) การบริหารงบประมาณในช่วงเปลี่ยนผ่านอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีสำนักงานประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดสรรเงินให้กับจังหวัด ส่วนในจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะรับผิดชอบบริหารกองทุนระดับพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่เป็นที่ปรึกษา จนกระทั่งการจัดทำพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผลสำเร็จ เมื่อ พ.ศ. 2545 (กระทรวงสาธารณสุข. 2550 : 383-386)

1.3 หลักการสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงต้องมีหลักการในการจัดให้มีการบริหารสุขภาพอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ พอสรุปได้เป็น 3 ประการ ได้แก่ (1) ตรงตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของบุคคลทุกคน (2) ไม่ให้ค่าใช้จ่ายมาเป็นอุปสรรคหรือความกังวล ณ จุดที่มีความจำเป็นดังกล่าว และ (3) ตั้งอยู่บนฐานความจำเป็นทางเวชกรรม

ของผู้ป่วย ไม่ใช่ความสามารถในการจ่าย คือต้องมีความ “เท่าเทียม” (Equity) ไม่ใช่ “เท่าแท้” หรือ “เท่ากัน” (Equality) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.3.1 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องจัดให้มีการบริหารสุขภาพให้ครอบคลุมถ้วนหน้าบนฐานความจำเป็นทางเวชกรรม ไม่ใช่ความสามารถในการจ่าย เนื่องจากการบริหารสุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐาน หลักประกันสุขภาพจึงต้องไม่มีการจำแนกบุคคลเพราะเหตุสถานะสุขภาพหรือความสามารถในการจ่าย

1.3.2 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องจัดให้มีการบริหารสุขภาพตลอดช่วงชีวิตอย่างครบวงจร คือต้องจัดการให้บุคคลผู้มีสิทธิทุกคนเข้าถึงการบริหารสุขภาพได้ตลอดช่วงชีวิตอย่างครบวงจร นับตั้งแต่การบริหารสุขภาพตนเองและครอบครัว (ก่อนปฐมภูมิ) การบริหารปฐมภูมิและชุมชน การบริหารที่สถานบริหารสุขภาพ และการบริหารที่โรงพยาบาล รวมทั้งจัดให้มีบริการและสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบริหารตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการบริหารหลังรับบริการแก่ปัจเจกบุคคล

1.3.3 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องปรับแต่งการบริหารให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้วยความเห็นพ้องของบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้งผู้รับการบริหาร ครอบครัวของผู้รับการบริหาร และผู้บริหาร : คือต้องตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มและปัจเจกบุคคลที่แตกต่างกันในสังคม และทำลายความเหลื่อมล้ำบนฐานแห่งอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา รวมทั้งการด้อยความสามารถและโอกาส รวมทั้งจะต้องปฏิบัติต่อบุคคลแต่ละคนด้วยความเคารพศักดิ์ศรีของบุคคลนั้น และมีศูนย์กลางที่ความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของบุคคล

1.3.4 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องตอบสนองต่อความจำเป็นที่แตกต่างของประชากรกลุ่มต่าง ๆ การบริหารสุขภาพต้องได้รับการจัดสรรทุนให้ทั่วถึงทั้งประเทศ เพื่อให้มีบริการพร้อมสำหรับบุคคลผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกคน ให้ได้รับการบริหารสุขภาพอย่างเท่าเทียม ด้วยกรอบดังกล่าวนี้ หลักประกันสุขภาพต้องตอบสนองต่อความจำเป็นที่แตกต่างของกลุ่มประชากรที่แตกต่างในส่วนต่าง ๆ ของประเทศ ทั้งภูมิภาคและท้องถิ่น รวมทั้งต้องมีความพยายามอย่างต่อเนื่องในการลดความหลากหลายของวิธีการสาธารณสุขที่ไม่สมเหตุสมผลและยกระดับมาตรฐาน เพื่อบรรลุสู่การบริหารสุขภาพแห่งชาติอย่างแท้จริง

1.3.5 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริหารและลดความผิดพลาด หลักประกันสุขภาพต้องสร้างความมั่นใจให้ได้ว่า

การบริหารลสุขภาพจะได้รับการขับเคลื่อนด้วยวงจรของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และคุณภาพต้องไม่จำกัดอยู่เพียงมุมมองทางวิศวกรรม แต่ต้องหมายรวมถึงคุณภาพชีวิตและ ประสิทธิภาพของบุคคล โดยรวมด้วย องค์กรสุขภาพและวิชาชีพต้องสถาปนาแนวทางเพื่อกำหนดวิธีการที่ควรดัดแปลงหรือขจัด และการปฏิบัติอันจะนำไปสู่การปรับปรุงการบริหารลสุขภาพบุคคล การบริหารลที่ให้ดังกล่าวนี้นี้ทั้งหมดต้องทำงานเพื่อสร้างความปลอดภัยยิ่งขึ้น และสนับสนุนวัฒนธรรมที่ได้เรียนรู้จากการลดความผิดพลาดอย่างมีประสิทธิภาพ หลักประกันสุขภาพจะต้องปรับปรุงประสิทธิภาพ ผลผลิตภาพ และสมรรถภาพของการบริหารลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

1.3.6 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องตระหนัก สนับสนุน และสร้างคุณค่าเพิ่มให้แก่บุคลากร ความเข้มแข็งของระบบหลักประกันสุขภาพขึ้นอยู่กับคุณภาพ ทั้งด้วยทักษะ ความเชี่ยวชาญ การเกื้อหนุน และการเสียสละอุทิศตนของบุคลากรสาธารณสุขทุกคน โดยเฉพาะการทำงานในท้องถิ่นทุรกันดาร ไกลบ้าน และห่างไกลบุคคลอันเป็นที่รักและผู้ที่ตนต้องมีหน้าที่รับผิดชอบดูแล บุคลากรสาธารณสุข จึงต้องมีสิทธิได้รับการดูแลด้วยความเคารพอย่างมีศักดิ์ศรี หลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องพิทักษ์ สนับสนุน ยอมรับ ให้รางวัล และลงทุนแก่บุคคลและองค์กร ให้โอกาสแก่บุคลากรแต่ละคนได้ก้าวหน้าในอาชีพการงาน รวมทั้งส่งเสริมการศึกษา ฝึกอบรม และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง วิชาชีพและองค์กรต้องมีโอกาสและความรับผิดชอบ เพื่อฝึกการพิจารณาตัดสินใจภายในบริบทข้อตกลงตามนโยบายและมาตรฐานแห่งชาติ

1.3.7 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องทำงานร่วมกับผู้อื่น เพื่อความมั่นใจในการบริหารลไว้ชนชั้นแก่บุคคลทุกคน ระบบการบริหารลสุขภาพและสังคมต้องได้รับการจัดรูปแบบ ตามความจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของบุคคล หลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องประสานพัฒนาหุ้นส่วนและความร่วมมือในการบริหารลทุกระดับ (ทั้งระหว่างบุคคล ผู้ดูแล ครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข ระหว่างภาคีการบริหารลสุขภาพและสังคมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ ระหว่างภาคีสาธารณะ องค์กรอาสาสมัคร และบุคลากรสาธารณสุขเอกชน) ในการดำเนินการและบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้มั่นใจในการบริหารลที่มีสุขภาพของบุคคลทั้งสังคมเป็นศูนย์กลาง

1.3.8 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องช่วยธำรงให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง และทำงานเพื่อลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ ก็คือต้องมุ่งพยายามสร้างเสริมกำลังกาย กำลังใจ กำลังสติปัญญา และกำลังสามัคคี รวมทั้งป้องกันและบำบัดการเจ็บป่วย เนื่องจากการมี

สุขภาพดียังขึ้นอยู่กับปัจจัยสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ เช่น การกีดกัน ถิ่นที่อยู่อาศัย การศึกษา และโภชนาการด้วย ดังนั้นหลักประกันสุขภาพจึงต้องทำงานร่วมกับการบริการสาธารณะอื่น เพื่อดำเนินมาตรการตั้งแต่ก่อนมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น รวมทั้งต้องทำงานร่วมกับผู้อื่นเพื่อลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ

1.3.9 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเคารพความลับของบุคคลแต่ละคน และเปิดให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารการบริหาร การบำบัดรักษา และสมรรถภาพของระบบ ความลับทางสุขภาพของบุคคลต้องได้รับการเอาใจใส่ตลอดกระบวนการบริหาร นอกจากนี้หลักประกันสุขภาพต้องเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพและการบริหารสุขภาพ ตลอดจนใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริหารสำหรับผู้มีสิทธิทุกคนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับประ โยชน์ทางการแพทย์และการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ (เช่น พันธุศาสตร์ใหม่ ซึ่งเสนอให้ความเป็นไปได้ที่สำคัญในการป้องกันและการบำบัด โรคในอนาคต) ในฐานะที่เป็นหน่วยงานแห่งชาติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็จะได้รับประโยชน์จาก โอกาสการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ด้วยยิ่งไปกว่านั้น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังต้องให้ความมั่นใจได้ว่า เทคโนโลยีใหม่จะได้รับการควบคุมนำมาใช้และพัฒนาตามความสนใจของสังคมทั้งหมด และมีให้แก่บุคคลทุกคนบนพื้นฐานแห่งความจำเป็น

1.3.10 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิเฉพาะการบริหาร ตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับเงินจาก ค่าใช้จ่ายสาธารณะ โดยเฉพาะภาษีอากรเป็นหลัก การใช้สิทธิจึงจำกัดเฉพาะตามที่กฎหมายว่า ด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้เท่านั้น ซึ่งนับเป็นมาตรการที่ยุติธรรมและมี ประสิทธิภาพในการบริหารสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ปัจเจกบุคคลก็ยังคงต้องมีเสรีภาพในการใช้ จ่ายเงินตนเองตามที่เห็นว่าเหมาะสมกับตน

1.4 แนวทางการจัดระบบเพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรซึ่งมีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และมีความเท่าเทียมกันอย่างพอเพียงและยั่งยืน ยุทธศาสตร์การพัฒนาต้องมีจุดรวมศูนย์ที่ สุขภาพ (Health-focused development strategy) เพื่อการปรับปรุงระบบสุขภาพด้วย ยุทธศาสตร์ทางสังคมการเมืองอย่างกว้างขวาง เพื่อประโยชน์สุขของสังคม โดยรวมทั้งสังคม และการจัดระบบเพื่อให้ชนชาวไทยได้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรมีองค์ประกอบต่าง ๆ ได้แก่ มีความเท่าเทียมกัน การบริหารสุขภาพมีความครอบคลุมความจำเป็นพื้นฐานและ ปลอดภัย มีการดำเนินการด้วยภาคีที่หลากหลาย ท้องถิ่นมีบทบาทในการบริหารจัดการและ ดำเนินการระบบ และเน้นการสร้างเสริมและการชำระสุขภาพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.4.1 มีความเท่าเทียม (Equity) โดยเฉพาะในการเข้าถึงและการกระจายทรัพยากรสุขภาพและการบริหารสุขภาพที่จำเป็น มีการจัดสรรทรัพยากรด้วยการแบ่งปัน (แทนการแข่งขัน) อย่างสมานภาคให้ตอบสนองตามความจำเป็นที่แตกต่างของกลุ่มประชากรที่แตกต่าง ให้มีความเท่าเทียมกันมากขึ้น (ไม่ใช่จัดสรรตามความต้องการ) ในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เงินทุน (Financial) ทรัพย์สิน (Asset) และเทคโนโลยีสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข (Health care personnel) และความรู้ (Knowledge) และข้อเท็จจริง (Fact) รวมทั้งข้อมูลข่าวสาร (Information) และข้อมูล (Data) ต่าง ๆ

1.4.2 การบริหารสุขภาพต้องมีความครอบคลุมความจำเป็นพื้นฐานและมีความปลอดภัยยิ่งขึ้น ทั้งการป้องกันการเจ็บป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1.4.3 มีการดำเนินการด้วยภาคีที่หลากหลาย (Multi-sectoral approach) โดยมีหลักการ ดังนี้

- 1) ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วย โดยเฉพาะด้านการศึกษา โภชนาการ การสุขภาพภิบาล การประกอบอาชีพ สภาพแวดล้อม และการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจโดยรวม
- 2) ภาคีต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีการพัฒนาโดยตระหนักและมีความมุ่งมั่นที่สุขภาพและความปลอดภัย (Health & safety focus management) มากขึ้น
- 3) มีการบูรณาการวิทยาการสาขาต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านวิทยาการจัดการ วิศวกรรม กฎหมาย การศึกษา และเศรษฐศาสตร์ (5E : Engineering, Enactment, Enforcement, Education, Economic) เพื่อการบริหารสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

1.4.4 สนับสนุนท้องถิ่นและชุมชนมีบทบาทในการบริหารจัดการและดำเนินการด้านการสุขภาพ (Community involvement) โดยเฉพาะการส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนให้ เกิดองค์ประกอบที่สำคัญ ในท้องถิ่น คือ

- 1) มีศักยภาพในการบรรลุผลทางสุขภาพที่ต้องการด้วยต้นทุนที่ต่ำลง (Potential for achieving results at lower cost) โดยเฉพาะด้วยวิธีที่ไม่ต้องใช้ยา หรือไม่ต้องใช้วิธีหรือเทคโนโลยีขั้นสูงทางการแพทย์ ส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน รวมทั้งวิธีการป้องกันที่มีหลักฐานว่าประสิทธิผลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีระบบการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพที่ทันเวลาเพื่อให้สามารถแก้ไขและป้องกันปัญหาไม่ให้ลุกลามได้อย่างทันท่วงที

2) มีอำนาจในการบริหารจัดการและดำเนินการด้านการสุขภาพมากขึ้น (Relevance of the empowerment of communities) ท้องถิ่นและชุมชนมีขีดความสามารถพัฒนาสุขภาพ โดยพึ่งตนเองได้มากขึ้นและเป็นเจ้าของระบบสุขภาพ (ไม่ใช่เพียงแค่มีส่วนร่วม) ประชากรเป้าหมายมีบทบาทเชิงรุกในการกำหนดจัดลำดับความจำเป็นและประเมินผลระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการบริการสาธารณสุข มากขึ้น โดยมีภาครัฐ รวมทั้งนักวิชาชีพและนักวิชาการ เป็นผู้สนับสนุน

3) มีกระบวนการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืน (Long-term social development) โดยนักวิชาชีพมีความร่วมมือกับท้องถิ่น บ้าน วัด โรงเรียน (บวร) มากขึ้น

1.4.5 เน้นการ “สร้างเสริมสุขภาพ” รวมทั้งการจัดการปัญหาสุขภาพ/ภาวะโรคที่ระดับปฐมภูมิและท้องถิ่น ประชาชนไทยมีสุขภาพดีขึ้น คือไม่ใช่เพียงแค่ปราศจากการเจ็บป่วยแต่ต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย คือมีกำลังกาย กำลังใจ กำลังสติปัญญา และกำลังสามัคคีในการพัฒนาตนเอง ครอบครัว และสังคมได้มากขึ้น การบริหารสุขภาพ ต้องเป็นมากกว่าเวชบริการ (More than medical service) มีการป้องกันและบรรเทาปัญหาสุขภาพผ่านมาตรการที่ไม่ใช่มาตรการทางการแพทย์ (Non-medical intervention) มากขึ้น ส่งเสริมการบริหารปฐมภูมิและการบริหารตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อจัดการภาวะโรค/ปัญหาสุขภาพ แทนการจัดการรายโรค (Disease management) ที่ระดับตติยภูมิ และต้องมีการคัดเลือกภาวะโรค/ปัญหาสุขภาพที่จะนำมาจัดการ ตามเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญ ได้แก่ (1) ความชุกของโรค/ปัญหา (2) อัตราการผันเวียนของประชากรที่ลงทะเบียน (3) ความความสำเร็จของการเริ่มต้นมีระบบการจัดการปัญหาสุขภาพ/ภาวะโรค จะเป็นก้าวที่สำคัญในการวิวัฒน์ไปสู่การจัดการสุขภาพอิงฐานประชากร ที่สุดแห่งความสำเร็จของทั้งการจัดการปัญหาสุขภาพ/โรคและการจัดการสุขภาพ อันจะมีคุณค่ายิ่ง คือการที่สังคมให้ความสำคัญของการบริหารสุขภาพและสมาชิกแต่ละคนของสังคมมีความรับผิดชอบต่อชอบต่อวิธีการใช้ชีวิตของตน แม้มิใช่จวบจนหลากหลายซึ่งสนับสนุนการขยายตัวของทั้งการจัดการปัญหาสุขภาพ/โรคและการจัดการสุขภาพ แนวคิดทั้งสองจะสำเร็จได้เพียงเมื่อเราทั้งสังคมเปลี่ยนแปลง

1.5 นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้ากัน ด้วยเกียรติศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่จะได้รับสิทธินั้น (กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2545 : 7) เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ

การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ ได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน (กระทรวงสาธารณสุข. 2545 : 13) นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความเป็นมาตามลำดับ ดังต่อไปนี้

เมื่อปี พ.ศ. 2520 องค์การอนามัยโลก ได้มีมติให้ประเทศภาคีสมาชิก มีสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. 2543 โดยใช้กลวิธีสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีหลัก และมีแนวคิดที่ว่า สุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นจุดมุ่งหมายทางสังคม ทั้งนี้ สุขภาพดี หมายถึง การมีสภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกาย และจิตใจ จึงมิใช่แต่ปราศจากโรค หรือไม่มีความพิการเท่านั้น แต่ยังหมายถึง การมีชีวิตอยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดี (ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ. 2536 : 21) สำหรับในประเทศไทย มีเป้าหมายการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่จะมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ตามมติดังกล่าวมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 และได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องด้วยการใช้กลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน และเข้มข้นขึ้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 รัฐบาลประกาศนโยบายชัดเจนในการกระจายความเจริญ กระจายรายได้ และกระจายอำนาจลงสู่ชนบท เปิดโอกาสให้ชนบทมีความทัดเทียมกันในการพัฒนาสังคม หรือเรียกว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นเครื่องมือชีวิต และเป็นแนวทางในการติดตาม ประเมินผล (ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ. 2536 : 37) โดยแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งหมายถึง การดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคนและทุกครอบครัว โดยกระบวนการยอมรับ และการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคน ด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังของชุมชน และประเทศที่จะรับได้ ก่อให้เกิดการผสมผสานระหว่างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศกับการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัว หรือระดับหมู่บ้าน โดยใช้ผู้นำที่มีอยู่แล้วในหมู่บ้าน มาพัฒนาความรู้ความสามารถ เป็นแกนนำ ในการดูแลสุขภาพของคนในหมู่บ้าน ที่เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แนวคิด และหลักการสาธารณสุขมูลฐาน คือ ต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ในส่วนที่มีศักยภาพที่ทำได้ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล พื้นฟูสุขภาพ โดยประชาชนเป็นผู้ริเริ่มหาความจำเป็น วางแผน และแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้การสนับสนุน เป็นการปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชน จากผู้รับบริการ มาเป็นผู้ให้บริการแก่ชุมชน ปรับเปลี่ยนบทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากผู้ให้บริการมาเป็น

ผู้ให้การสนับสนุนชุมชน ทั้งนี้ก็มีการปรับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐให้สามารถรองรับระบบงานสาธารณสุขมูลฐานอีกด้วย (มาโนช วามานนท์. 2538 : 11-14)

ความพยายามในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีมาตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 2530 (พ.ศ. 2530 – 2539) ถึงต้นทศวรรษ 2540 (พ.ศ. 2540 – 2548) โดยเริ่มมีการหารือกันครั้งแรกในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 เมื่อ พ.ศ. 2536 ในเวทีระดมความเห็นนักวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และต่อมาเป็นการระดมความเห็นจากนักวิชาการนานาชาติเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขใน พ.ศ. 2539 ในขณะนั้นได้มีความพยายามในการเสนอร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... แต่สภาผู้แทนราษฎรในยุคนั้นถูกยุบไปเสียก่อน การเคลื่อนไหวเพื่อขับเคลื่อนเรื่องนี้เข้มข้นในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายและรณรงค์ให้ประชาชนมีประกันสุขภาพ ร้อยละ 100 โดยอาศัยโครงการบัตรสุขภาพทั้งในเขตเมืองและชนบท หน่วยงานวิจัย โดยเฉพาะสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรศ.) โดย สวรส. ก็ได้มีการตั้งกลุ่มนักวิชาการเพื่อศึกษาวิจัยและพัฒนาข้อเสนอในการดำเนินงาน นอกจากนี้ โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุขก็ได้ให้ทุนนักวิชาการ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และทางเลือกในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย ขณะเดียวกัน สปรศ. ก็ได้มีการหาปรึกษาหารือกับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ เพื่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และมีการขับเคลื่อนนโยบายโดยเสนอข้อเสนอดังกล่าวไปยังพรรคการเมืองต่าง ๆ รวมทั้งมีการรวมตัวของภาคประชาชนเพื่อเสนอร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับประชาชน โดยการนำขององค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เมื่อมีการเลือกตั้งพรรคไทยรักไทยก็ได้หยิบยกเรื่องนี้เป็นนโยบายสำคัญในการหาเสียง และเมื่อได้รับการเลือกตั้งเป็นรัฐบาลจึงได้ประกาศนโยบายดังกล่าว โดยผนวกเอาประชาชนกลุ่มที่เคยอยู่ภายใต้ ระบบ สปร. และบัตรประกันสุขภาพเข้าด้วยกัน และขยายไปยังประชาชนกลุ่มที่เหลืออีกประมาณ 18 ล้านคนที่ก่อนหน้านี้ไม่มีประกันสุขภาพใด ๆ

ลำดับเหตุการณ์ สำคัญในการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและธนาคารโลกได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “Health Financing in Thailand” ที่จังหวัดเพชรบุรี ประเด็นเรื่องการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ถูกหยิบยกขึ้นมาอภิปรายแต่หาข้อสรุปร่วมกันไม่ได้

พ.ศ. 2539 กระทรวงสาธารณสุข โดยการสนับสนุนจากสหภาพยุโรปและองค์การอนามัยโลก ได้จัดประชุมนานาชาติ เรื่อง “Health Care Reform : At the Frontier of Research And Policy Decisions” ที่จังหวัดนครราชสีมา และมีเอกสารวิชาการเรื่อง “Thailand at the Crossroad : Challenges for Healthcare Reform” ได้ยกประเด็น คำถามว่าทำไมต้องปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของไทย จะปฏิรูปร่างอย่างไร และใครควรต้องมีส่วนร่วม

พ.ศ. 2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 (2540 : 15) มาตรา 52 บัญญัติให้ชนชาวไทยมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ แผนพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540- 254 4) กำหนดเป้าหมายในการให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 100

พ.ศ. 2541 โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุขภายใต้การสนับสนุนของสหภาพยุโรปได้ร่วมมือกับ The Institute of Tropical Medicine (Entwerp) The London School of Hygiene and Tropical Medicine, and Edinburgh University ได้จัดประชุมนานาชาติเรื่อง Achieving Universal Coverage of Healthcare : Experiences from the Middle and Upper Income Countries อีกครั้งที่มีปัญหาว่าหาซื้อสรุปไม่ได้ และในปีนี้ เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจและกระทรวงสาธารณสุขได้รับเงินกู้จากธนาคาร โลกภายใต้โครงการลงทุนด้านสังคมเพื่อดำเนินการใน 6 จังหวัด

พ.ศ. 2543 รายงานการศึกษาซึ่งสนับสนุนโดยโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สหภาพยุโรป เรื่อง “ความเป็นไปได้และทางเลือกระบบการคลังเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย”

พ.ศ. 2545 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีรายงานการศึกษาพัฒนาข้อเสนอหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ มีทางเลือก และมีคุณภาพบริการที่ดี พร้อมทั้งได้เสนอรูปแบบทางเลือกของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (คงหลายระบบไว้ ยุบรวมเหลือระบบเดียว คงสองระบบสำหรับประชาชนที่อยู่ในภาคการจ้างงานและผู้ไม่อยู่ในภาคการจ้างงาน) ตลอดจนแนวทางและแผนการดำเนินงานของแต่ละทางเลือก

นับตั้งแต่พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 มีผลบังคับใช้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.)

ได้จัดทำคู่มือเทคนิค และวิธีการบริหารจัดการสมัยใหม่ ตามแนวทางการบริหารกิจการ
บ้านเมืองที่ดี ในฉบับที่ว่าด้วยการบริหารคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management)
(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. 2548 : 23-29) จึงทำให้ แนวคิด “การบริหาร
รัฐแนวใหม่ (New public management)” ถูกนำมาใช้ในการปฏิรูประบบสาธารณสุขในประเทศ
ต่าง ๆ โดยเน้นให้เกิดความชัดเจนในสามประเด็นหลักคือ (1) ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่
(Responsibility) ที่แต่ละองค์กรต้องจัดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน ไม่ทับซ้อนกัน ขณะเดียวกันให้
หน่วยบริการมีอิสระในการบริหารจัดการ (2) ให้ระบบสาธารณสุขมีความรับผิดชอบต่อ
ชัดเจนต่อประชาชน (Accountability) และ (3) การเน้นผลงาน-ผลลัพธ์และการแข่งขันระหว่าง
หน่วยบริการ (Performance)

ประเทศไทยได้ผนวกแนวคิดดังกล่าวไว้ในการปฏิรูประบบสาธารณสุข
ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยช่วงก่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
กระทรวงสาธารณสุขทำทั้งบทบาทกำหนดนโยบาย บริหารงบประมาณ และการจัดบริการ
แต่เมื่อเกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นเพื่อทำหน้าที่ซื้อบริการแทนประชาชน ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขใน
ฐานะเจ้าของสถานพยาบาลรัฐส่วนใหญ่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการรายใหญ่แทน

แนวคิดในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้นมานานกว่า 20 ปี แต่แนวคิด
ดังกล่าวก็ยังไม่ได้ก่อตัวเป็นรูปเป็นร่างจนกระทั่งมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
พุทธศักราช 2540 คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภาในขณะนั้น ซึ่งมี ศ.นพ. ประสพ
รัตนากร เป็นประธาน ได้มีความเห็นว่าในเนื้อหาของรัฐธรรมนูญมีเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ
สาธารณสุขอยู่หลายเรื่อง จึงน่าจะแยกเรื่องเหล่านั้นออกมาพิจารณาต่างหากเพื่อจะได้พัฒนาใน
ส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย โดยตรง ครอบคลุมและเหมาะสมกว่า ดังนั้นกลุ่มของ
คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา และคณะทำงานในเรื่องนี้ จึงได้พูดคุยและระดม
สมองหลายครั้งจนได้ข้อสรุปออกมาเป็นรายงานเรื่อง “ระบบสุขภาพประชาชาติ” ที่นำเสนอต่อ
วุฒิสภาก่อนที่จะหมดวาระเมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2543

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากมีเป้าหมายที่
ต้องการให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพแล้ว ยังแฝงไว้ด้วยเป้าหมาย
ของการปฏิรูประบบสุขภาพอีกด้วย ซึ่งความคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยเกิดขึ้น
มากกว่า 20 ปีแล้ว เช่น มีความพยายามเสนอให้จัดตั้งสภาการสาธารณสุขแห่งชาติขึ้น เพื่อทำ
หน้าที่เป็นกลไกประสานทุกส่วนราชการเข้ามาช่วยกันคิด และกำหนดนโยบาย ทิศทางการ
พัฒนาระบบสาธารณสุขแห่งชาติร่วมกัน แต่แนวคิดดังกล่าวก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ ต่อมา

ในปี พ.ศ. 2539 ได้มีการจัดตั้ง สำนักงาน โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข ขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นโครงการร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสหภาพยุโรป เพื่อทำหน้าที่สร้างความรู้ พัฒนารูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2540 มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ซึ่งมีความสำคัญต่อการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย เพราะนอกจากจะกำหนดให้การมีหลักประกันสุขภาพด้านสุขภาพ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่รัฐพึงจะจัดให้แล้ว ยังกำหนดให้มีการกระจายอำนาจ โดยให้มีการออก พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ เพื่อกำหนดให้รัฐดำเนินการกระจายอำนาจอย่างจริงจังและเป็นขั้นตอน ซึ่งงานด้านสุขภาพก็ต้องมีการกระจายอำนาจเป็นอย่างมาก ด้วย ปี พ.ศ. 2543 มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และแต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่ผลักดันให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ (Total health system reform) ที่เน้นการรุกเพื่อสร้างสุขภาพค้ำหน้าการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายที่จะออก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นธรรมนูญด้านสุขภาพ เมื่อมาถึงช่วงรัฐบาลของพรรคไทยรักไทย ได้ชูประเด็น “30 บาทรักษาทุกโรค” เป็นนโยบายหลักซึ่งก่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นนโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” แท้ที่จริงแล้วก็คือการปฏิรูประบบสุขภาพนั่นเอง ทิศทางและวิธีการในการปฏิรูปที่ผ่านมามุ่งที่การชวนคนไทยทั้งชาติให้ปรับวิถีคิด หันมาเน้นการรุกเพื่อสร้างสุขภาพ ซึ่งการสร้างสุขภาพย่อมต้องมีประชาชน มีครอบครัว และชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีระบบบริการสุขภาพ และระบบย่อยอื่น ๆ เป็นตัวหนุนช่วยดำเนินการให้มีการออก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ในรูปของกฎหมายมหาชนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากประชาชนอย่างกว้างขวาง เพื่อใช้เป็นธรรมนูญ กำหนดปรัชญาหลักการ ระบบโครงสร้าง กลไก กติกา ตลอดจนเงื่อนไขต่าง ๆ ของระบบสุขภาพที่สมบูรณ์และครบถ้วนมากที่สุด (สำนักงานปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ. 2544 : 15, 29)

การนำนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ของประเทศไทย ได้รับการนำไปปฏิบัติโดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก ใช้ชื่อโครงการว่า “โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน 2544 เป็นต้นมา ในระยะแรกเริ่มใช้สโลแกนเพื่อให้ติดหูคนไทยว่า “โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค” ต่อมาภายหลังได้มีการเปลี่ยนสโลแกนใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ (รักษา) เป็น “โครงการ 30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค” ซึ่งใช้มาจนถึงปัจจุบัน

ในระยะแรกกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการนำนโยบาย ไปปฏิบัติ ต่อมาสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ ถูกตั้งขึ้นมาตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีบทบาทในการดำเนินงานพัฒนาตามนโยบาย โดยกำหนดกลยุทธ์ และเป้าหมายภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ที่เกี่ยวข้อง และมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตพื้นที่ และสำนักงานสาขาประจำจังหวัด โดยปฏิบัติหน้าที่เป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดในฐานะผู้ซื้อบริการ (Purchaser) หรือผู้จัดการระบบ (System manager) ตลอดจนภารกิจอื่น ๆ ที่ได้รับ ซึ่งภารกิจต่าง ๆ

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่านโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (The universal coverage health care policy) มีเจตนารมณ์สำคัญที่จะดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ พร้อมทั้งสร้างหลักประกัน และโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน และมุ่งให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแล และบริหารระบบสุขภาพได้ ทำให้เป็นระบบเน้นที่การสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ ตามหลักการสุขภาพพอเพียง

1.6 ผลกระทบของนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพของประเทศไทยหลายประการ สำหรับผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค สัมฤทธิ์ศรีธำรงสวัสดิ์ และสินชัย ต่อวัฒนกิจกุล (2550 : 51) ได้ศึกษาโดยสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้และผู้รับบริการ ระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2549 พบว่า นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขค่อนข้างมาก ทั้งในด้านการเงิน และระบบบริการ การได้รับงบประมาณจำกัดของโครงการ และหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินของกระทรวงสาธารณสุขที่เปลี่ยนจากการจัดสรรตามปัจจัยด้านอุปทานเป็นการจัดสรรเงินตามปัจจัยด้านอุปสงค์มีผลทำให้จังหวัด และโรงพยาบาลที่มีบุคลากรมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรได้รับงบประมาณลดลง และมีผลกระทบต่อสภาพคล่องด้านการเงินของสถานพยาบาล ภายใต้งบประมาณที่ไม่เพียงพอ หลักเกณฑ์การจัดสรรที่เปลี่ยนไปเป็นการโยกปัญหาจากพื้นที่หนึ่งไปยังพื้นที่หนึ่ง การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนทำให้อุปสงค์ต่อบริการเพิ่มขึ้น และภาระงานที่เพิ่มขึ้นขณะเดียวกันทำให้สถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นด่านหน้าในการให้บริการก็โยกการใช้บริการไปยังโรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัยเพิ่มขึ้น การมีงบประมาณ และบุคลากรที่มีศักยภาพมากขึ้นไปให้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานอนามัยทำให้บริการดีขึ้น

สำหรับสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ พบว่า มีสาเหตุและปัจจัยที่สำคัญ คือ (1) กรณีการจัดบริการในระดับปฐมภูมิ พบว่า กำลังคนในการทำงาน ไม่เพียงพอกับภาระงาน และศักยภาพและคุณภาพไม่เพียงพอ (2) กรณีระบบส่งต่อที่ยังขาดแรงจูงใจที่เหมาะสม ถูกต้อง ในการส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงการปรับปรุงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (3) การจัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการ (4) การบริหารจัดการเรื่องการพัฒนา และกระจายโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสุขภาพ ในภาพรวม ทั้งประเทศในระยะยาว ทั้งภาครัฐ และเอกชน จะต้องมีการปรับบทบาทให้ชัดเจนตามภารกิจเพื่อลดความขัดแย้ง (5) ขาดการให้ข้อมูลที่ครอบคลุม และถูกต้องกับประชาชน ในเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ของการใช้บริการ การเลือกหน่วยบริการ เพื่อป้องกันมิให้เกิดความ คาดหวังที่เกินจริงและนำไปสู่ความขัดแย้ง

2. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (2545 : 4) ซึ่งตราขึ้นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยดังกล่าวข้างต้น ได้มีหลักการบัญญัติไว้ในมาตรา 5 วรรคหนึ่งและวรรคสามว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามประเภทและขอบเขตที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศกำหนด” ดังนั้น (1) เพื่อปกป้องประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสในสังคม จากการได้รับบริการสุขภาพที่ต่ำกว่ามาตรฐาน และ (2) เพื่อปกป้องผู้บริบาล โดยเฉพาะผู้ที่ปฏิบัติภารกิจโดยสุจริต จากการถูกกล่าวหาว่ากระทำทวนเวียนปฏิบัติอย่างไม่เหมาะสม รวมทั้ง (3) เพื่อปกป้องสังคม/ประเทศชาติ จากการใช้ทรัพยากรสุขภาพ (เช่น บุคลากร เทคโนโลยี เงิน) เกินความจำเป็น การดำเนินการสร้างระบบการบริการสุขภาพต่อเนื่องเพื่อให้เป็นหลักประกันสุขภาพอย่างยั่งยืน ต้องยึดหลักการ “ป” ได้แก่ (1) ปลอดภัย (Safety) (2) ประสิทธิภาพ (Efficacy) (3) ประสิทธิผล (Effectiveness) (4) ประโยชน์ต่อสังคม โดยรวม/ประชากรที่จะได้รับประโยชน์ (Benefit of entire society/Potential population benefit) และ (5) ประสิทธิภาพ (Efficiency) อันมีสาระสังเขปดังต่อไปนี้

2.1 ปลอดภัย

มาตรการบริการสุขภาพ ได้แก่ การป้องกันการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่นำมาใช้เพื่อการจัดการปัญหาสุขภาพต้องมีข้อมูลความปลอดภัยที่มีนัย สำคัญอย่างเพียงพอ ผ่านระยะการตรวจ

ติดตามความปลอดภัย (Safety Monitoring Program : SMP) และผ่านการวิเคราะห์ทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณเพื่อประกอบการตัดสินใจแล้ว ตลอดจนต้องมีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในการบริหารสุขภาพดังกล่าว

2.2 ประสิทธิภาพ

ประสิทธิภาพเป็นผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งต้องมีการคัดเลือกและควบคุมกลุ่มประชากรที่นำเข้ามาศึกษา ตลอดจนติดตามผลของมาตรการบริหารสุขภาพที่นำศึกษานั้นอย่างใกล้ชิด ดังนั้นมาตรการบริหารสุขภาพที่จะนำมาใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพ/ภาวะโรคจึงต้องมีหลักฐานพิสูจน์ให้เห็นอย่างประจักษ์ และผ่านการวิเคราะห์ทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณเพื่อประกอบการตัดสินใจแล้วว่ามีประสิทธิภาพเพียงพอ

2.3 ประสิทธิภาพ

มาตรการบริหารสุขภาพหลายอย่างแม้ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพเพียงพอ แต่เมื่อนำมาใช้ในสภาพการปฏิบัติจริงซึ่งแตกต่างจากสถานะที่กำหนดในการศึกษาวิจัย (เช่น ใช้ในกลุ่มอายุ/เชื้อชาติที่แตกต่าง ใช้ในผู้ที่มีโรค/มีการใช้มาตรการอื่นร่วมด้วย ติดตามผลได้อย่างใกล้ชิดไม่ได้) อาจให้ผลที่แตกต่างจากในสภาพที่ดำเนินการศึกษาวิจัย ดังนั้นมาตรการบริหารสุขภาพที่จะนำมาใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพ/ภาวะโรค จึงควรมีหลักฐานและผ่านการวิเคราะห์เพื่อประกอบการตัดสินใจว่ามีประสิทธิภาพเพียงพอ ได้แก่

- 1) ผลการใช้ปฏิบัติจริงในประเทศไทยเป็นอย่างไร 2) มาตรการดังกล่าวสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในสถานการณ์ที่ไม่ใช่การศึกษาวิจัยได้จริงหรือไม่ 3) ระดับความร่วมมือในสถานการณ์ที่ไม่ใช่การศึกษาวิจัยเป็นที่ยอมรับได้เพียงใด และ 4) ผลอันไม่พึงประสงค์ในสถานการณ์ที่ไม่ใช่การศึกษาวิจัยเป็นที่ยอมรับได้หรือไม่

2.4 ประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม/ประชากรที่จะได้รับประโยชน์

เมื่อได้มาตรการบริหารสุขภาพที่พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพ ประเด็นที่ควรนำมาพิจารณาเป็นลำดับต่อไปคือประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม หรือจำนวน/กลุ่มประชากรที่จะได้รับประโยชน์จากมาตรการดังกล่าวโดยคำนึงถึงอรรถประโยชน์ รวมทั้งปัจจัยทางสังคมศาสตร์และการบริหารจัดการ ซึ่งพิจารณาจากทางเลือกการใช้ทรัพยากรและการสูญเสียอรรถประโยชน์ รวมทั้งการเสียโอกาสของสังคมและเศรษฐศาสตร์ กล่าวคือเมื่อมีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อดำเนินมาตรการบางอย่างแก่ประชากรกลุ่มหนึ่ง อาจส่งผลกระทบต่อประชากรอีกกลุ่มหนึ่งเสียโอกาสในการได้รับมาตรการอีกอย่างหนึ่งที่จำเป็นได้ ตัวอย่างเช่น เมื่อจัดสรร

ทรัพยากรซึ่งต้องใช้จำนวนมากให้แก่การบริหารโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย อาจส่งผลให้
 ทรัพยากรซึ่งต้องใช้สำหรับการบริหารภาวะเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษา จึงจะหายได้มีไม่
 เพียงพอและส่งผลให้อัตราตายในผู้ป่วยกลุ่มเจ็บป่วยดังกล่าวเพิ่มขึ้นได้

2.5 ประสิทธิภาพ

เมื่อได้มาตรการที่ผ่านข้อพิจารณาทั้ง 4 ดังกล่าวแล้ว ประเด็นที่ควร คำนึงถึง
 ในลำดับถัดไป ได้แก่ การดำเนินงานให้ประชากรเป้าหมายได้รับมาตรการดังกล่าวอย่างมี
 ประสิทธิภาพ อันหมายถึง การใช้ทรัพยากรในการดำเนินการให้บรรลุสภาวะเป้าหมายอย่าง
 พอเพียงด้วยการใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด ไม่ว่าจะเป็นระยะเวลา บุคลากร เงิน รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ
 ที่ต้องใช้ในการดำเนินการนั้น ๆ ให้เป็นผลสำเร็จและถูกต้อง

กล่าวโดยสรุป พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผล
 บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
 ได้เข้ามาเป็นองค์กรที่มีหน้าที่ดำเนินการเพื่อให้คนไทยทุกคนได้รับการคุ้มครองการเข้าถึง
 บริการสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการกระจาย
 อำนาจด้านสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผลการกระจายอำนาจในรัฐธรรมนูญ
 แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้กำหนดว่าบริการสาธารณสุขของรัฐจะต้องเป็นไป
 อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพภายใต้กลวิธีการดำเนินการ โดยส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วน
 ท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วย (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. 2543 : 8) ซึ่งในบทบัญญัติของ
 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 13 (3) มาตรา 18 (8) มาตรา 47
 และมาตรา 48 (4) ได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์
 ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไร ดำเนินงาน
 และบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและ
 ความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่
 บุคคลในพื้นที่ ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหาร
 จัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน
 พร้อมกับเปิดโอกาสให้กับองค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเงินของกองทุน
 หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับ
 ประชาชนทุกคนในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม
 และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 ด้าน คือ ด้านนโยบาย

ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ ด้านการจัดบริการสุขภาพโดยชุมชน และด้านการตรวจสอบคุณภาพบริการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2549 ก : 1-54) ทั้งนี้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ในมาตรา 80 (2) กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและจัดบริการสาธารณสุข ดังนั้นการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของชุมชนท้องถิ่นภายใต้ยุทธศาสตร์ดังกล่าว ต้องเกิดจากความร่วมมือและการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

3. ระบบบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

3.1 ความเป็นมาของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

นับตั้งแต่ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 เป็นต้นมา คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้กำหนดแนวทางในการพัฒนาประเทศ โดยมีเนื้อหาที่สำคัญคือให้ความสำคัญกับการพัฒนาโดยมี “คน” เป็นศูนย์กลาง ซึ่งหมายถึงการพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพของคนและมุ่งเน้นให้คนได้รับประโยชน์โดยตรงจากการพัฒนา การพัฒนาเศรษฐกิจเป็นเพียง “เครื่องมือ” ของการพัฒนา “คน” การกำหนดวัตถุประสงค์เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ได้สะท้อนวิสัยทัศน์การพัฒนาที่ใกล้เคียงกับแนวคิดการพัฒนาเพื่อ “ความอยู่ดีมีสุข” ของประชาชน อาทิ ความจำเป็นพื้นฐาน เช่น มีอาหารที่ถูกสุขลักษณะเพียงพอ มีน้ำสะอาดดื่มกิน มีสุขภาพดี ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน เป็นต้น นอกจากนี้ความอยู่ดีมีสุขยังรวมถึงการเติบโตทางเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต สวัสดิการ และการพัฒนาคนเป็นต้นความอยู่ดีมีสุขคือ เครื่องชี้วัดภารกิจ ที่บุคคลจะสามารถกระทำได้และ หรือสมรรถภาพที่บุคคลมีอยู่ รัฐมีบทบาทหน้าที่ที่จะต้องปรับปรุง ยกระดับมาตรฐานความอยู่ดีมีสุขของประชาชน โดยการจัดบริการหรือจัดหา ถึงแม้ว่าพัฒนาการของงานสาธารณสุขตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ได้ส่งผลให้สถานภาพสุขภาพโดยรวมไปทั่วของคนไทยดีขึ้น แต่ในอีกด้านหนึ่งของการให้บริการสุขภาพได้ก่อให้เกิดปัญหาในหลายประการ โดยเวสารัช สุจินโณ (2547 : 4-9) ได้อธิบายปัญหาดังกล่าวไว้ ดังนี้

ประการที่หนึ่ง การเข้าถึงบริการ แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะพยายามกระจายให้บริการไปสู่ชนบท โดยการสร้างโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยเพิ่มขึ้นเป็น

อย่างมากในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้นและง่ายขึ้น ซึ่งเมื่อเจ็บป่วยก็ไม่ต้องเดินทางไกล เพื่อไปรักษาถึงโรงพยาบาลในจังหวัดเหมือนแต่ก่อนก่อนกับต่อมา มีบัตรประกันสุขภาพทำให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองทางด้านสวัสดิการต่าง ๆ แต่ก็ได้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในเรื่องการออกบัตรรักษาพยาบาลฟรี เนื่องจากการออกบัตรรักษาพยาบาลฟรีนั้นจะจำกัดแต่อยู่ในหมู่บ้านที่รู้จัก หรือญาติทางกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน เพราะไม่มีหลักเกณฑ์ที่ตายตัวว่าใครเป็นผู้ยากจนหรือผู้มีรายได้น้อยที่แท้จริง ส่งผลให้การเข้าถึงบริการระยะทางกายภาพมาเป็นระยะทางสังคมว่าใครอยู่ใกล้ระบบราชการมากกว่ากัน หรืออยู่ใกล้ศูนย์กลางของอำนาจมากกว่ากัน นอกจากนี้ในกรณีที่เจ็บป่วยฉุกเฉินทางโรงพยาบาลของรัฐอ้างว่าไม่มีเตียง แพทย์มาดูแลช้าเกินกว่าที่ควรทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ หากผู้ป่วยไม่มีหลักประกันพอที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้นก็เลยไม่ยอมดูแลเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วย

ประการที่สอง ความเสมอภาคในการเข้ารับบริการ ประชาชนในเขตเมืองมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจากสถานพยาบาลที่มีแพทย์ดูแลประจำถึงร้อยละ 81 ในขณะที่ประชาชนในชนบทมีโอกาสเข้าถึงบริการจากสถานพยาบาลที่มีแพทย์ดูแลประจำ เพียงร้อยละ 47.3 เท่านั้น นอกจากนี้ใครที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เป็นเงินสดก็จะได้รับการดูแลรักษาพยาบาล และได้ยาคือว่าผู้ที่ใช้บัตรประกันสุขภาพ และผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพจะต้องมีขั้นตอนที่ยากกว่าผู้ที่ใช้เงินสดเครื่องมือต่าง ๆ ในอันที่จะสนับสนุนการพัฒนาระดับความสามารถ และศักยภาพของประชาชน อาทิ การสนองตอบความต้องการด้านโภชนาการที่เหมาะสม การป้องกันและกำจัดโรคภัยไข้เจ็บ การเพิ่มอายุขัยเฉลี่ยของประชาชน เป็นต้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้มีโอกาสใช้ชีวิตอย่างสะดวกสบายและประสบความสำเร็จ ความหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตมุ่งไปที่การพัฒนา เพื่อให้บุคคลสามารถใช้ชีวิตหรือมีชีวิตยืนยาวอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ คือปราศจากการคุกคามหรือทรมานจากโรคภัยไข้เจ็บ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2540 : 4)

ประการที่สาม คุณภาพบริการในมุมมองของผู้รับบริการมองว่าสถานพยาบาลของรัฐต้องตรวจรักษานาน มีการลัดคิว ดื้อนรับไม่ดี และการให้บริการเป็นแบบทางการคือ ต้องให้บริการเฉพาะเวลาราชการ โดยไม่สนใจในปัญหาของผู้รับบริการที่มีข้อจำกัดทางด้านเวลาอย่างไรบ้าง ประการที่สี่ ความเท่าเทียมกันทางด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถึงแม้ว่ารัฐจะพยายามจัดระบบประกันสุขภาพให้ประชาชนได้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งความพยายามต่าง ๆ ของรัฐทำให้ประชาชนชาวไทยขาดหลักประกัน

สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้แสดงให้เห็นว่า ยังมีประชาชนที่ยังขาดหลักประกันสุขภาพอยู่สูงถึงร้อยละ 21.7 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2553 : 1-2) เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อสานต่อนโยบายรัฐบาลในการสร้างหลักประกันสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพตามความจำเป็นอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ด้วยระบบบริหารจัดการและการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงสิทธิของประชาชนในการเลือกหน่วยบริการของตนเอง รวมถึงการที่ผู้ให้บริการมีความสุขและสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ นับเป็นนวัตกรรมที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการประสานหน่วยงาน องค์กรและภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมกันหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ร่วมวางแผนและส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยสามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชน

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นอกจากมีเจตนารมณ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่แล้ว ยังสนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้แสดงบทบาทในการสนับสนุนประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้ยังส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและการสร้างกลไกในสังคมที่จะต้องเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพให้ลุล่วง การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เริ่มดำเนินการนับตั้งแต่ได้มีประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งในปีแรกมีองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลนาร่องจัดตั้งกองทุนรวม 888 แห่งจนถึงปี พ.ศ. 2553 มีการขยายไปถึง 5,520 แห่ง หรือร้อยละ 71 ของจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดของประเทศ และในการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทยสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ดังต่อไปนี้

ระยะที่หนึ่ง พ.ศ. 2549-2550 องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลนาร่อง
ทั่วประเทศ

ระยะที่สอง พ.ศ. 2551-2552 องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มี
ความพร้อม

ระยะที่สาม ตั้งแต่ พ.ศ. 2553 เป็นต้นไป องค์การบริหารส่วนตำบลหรือ
เทศบาลที่ผ่านการประเมิน

3.2 วัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

3.2.1 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีวัตถุประสงค์
ของกองทุน ดังนี้

1) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วย
บริการหรือสถานบริการอื่นรวมทั้งสถานบริการทางเลือกในพื้นที่โดยเน้นเรื่องการสร้าง
สุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อ
สุขภาพและการดำรงชีวิต

2) เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่ม
ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการ
สาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข
ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชน หรือองค์กรประชาชนใน
พื้นที่จัดทำกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่
ประชาชนในพื้นที่

4) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุน
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 10
ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกองทุนหลักประกันสุขภาพในรอบปีงบประมาณนั้น และในกรณี
จำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อซื้อครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ครุภัณฑ์นั้นจะต้องมีราคาไม่เกิน 20,000
บาทต่อหน่วย

3.2.2 องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ที่สนใจเข้าร่วมจัดตั้งกองทุน
ต้องมีคุณสมบัติในการพิจารณาให้เข้าร่วมจัดตั้งกองทุน ดังต่อไปนี้

1) องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีความพร้อม และมีความ
ประสงค์เข้าร่วมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

2) เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ที่มีประสบการณ์และการดำเนินงานด้านการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่มาก่อนแล้ว

3) เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ที่มีความพร้อมในการอุดหนุนเงินงบประมาณ เพื่อสมทบกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามอัตราส่วนที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3.2.3 การบริหารจัดการกองทุน มีแหล่งที่มาของเงินหรือทรัพย์สินในกองทุน ประกอบด้วย เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3.2.4 เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นตามสัดส่วน ดังนี้

1) เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่หรือเทศบาลต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็กต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4) เงินสมทบจากประชาชน ชุมชนหรือกองทุนอื่น ๆ ในชุมชน เช่น การทอดผ้าป่า การระดมทุนจากประชาชน

5) รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ แหล่งที่มาของเงินหรือทรัพย์สินในกองทุน

3.2.5 องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่เข้าร่วมดำเนินงานจะต้องจัดให้มีคณะกรรมการบริหารกองทุนชุดหนึ่งเรียกว่า คณะกรรมการบริหารกองทุน โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการ ต้องสรรหาตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนดและส่งรายชื่อให้ สปสช. เขต เพื่อออกคำสั่งแต่งตั้ง โดยคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพประกอบด้วย

1) นายองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี เป็นประธานกรรมการ

2) ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ คนที่ 1 เป็นรองประธานฯ

3) ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ คนที่ 2 เป็นรองประธานฯ

4) สมาชิกสภา อบต. หรือสภาเทศบาลที่สภามอบหมาย จำนวน 2 คน

เป็นกรรมการ

5) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ทุกแห่ง เป็นกรรมการ

6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่คัดเลือกตนเอง

จำนวน 2 คน เป็นกรรมการ

7) ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้าน หรือชุมชนคัดเลือก
 กันเอง จำนวนไม่เกิน 5 คน เป็นกรรมการ

8) ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ ประชาชน หน่วยละ
 1 คน (ถ้ามี) เป็นกรรมการ

9) ปลัด อบต. หรือปลัดเทศบาล หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ นายก อบต. หรือ
 นายกเทศมนตรีมอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการ

3.2.6 คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ สปสช. เขตออก
 คำสั่งแต่งตั้ง มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

1) บริหารจัดการกองทุนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน

2) รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำ
 บัญชีเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนให้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

3) ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในความรับผิดชอบ
 สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมี
 ประสิทธิภาพ

4) จัดทำข้อมูลและแผนดำเนินงานที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข
 กลุ่มเป้าหมายและหน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

5) จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่ายและเงินคงเหลือของ
 กองทุน เมื่อสิ้นปีงบประมาณ เพื่อเสนอ สปสช. และองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล
 ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

6) แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง
 ได้ตามความจำเป็น

วาระของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
 หรือพื้นที่ โดยคณะกรรมการมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละ 2 ปี หากครบ 2 ปีแล้วยังมิได้มีการ

แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นใหม่ให้คณะกรรมการที่ครบวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อดำเนินการต่อไปจนกว่าคณะกรรมการซึ่งได้รับการแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

กรณีกรรมการตามข้อ 3.2.5 พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระให้มีการคัดเลือกผู้แทนเป็นกรรมการในตำแหน่งที่ว่าง โดยให้มีวาระการดำรงตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลือของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่ง

จะเห็นได้ว่า จากโครงสร้างของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมประชาชน หรือเครือข่ายองค์กรประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรวิชาชีพและผู้ให้บริการ เพื่อเข้าร่วมในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์สูงสุด คือประชาชนทุกคนเป็นเจ้าของระบบหลักประกันสุขภาพ คือ การมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ รวมถึงมีโอกาสในการสร้าง และพัฒนา ระบบหลักประกันสุขภาพ ในรูปแบบต่าง ๆ ตามกาลและโอกาส โดยกระบวนการที่จะจัดให้มีขึ้นเพื่อส่งเสริมให้องค์กรภาคีของ สปสช. ได้แสดงบทบาทการมีส่วนร่วมในทุกระดับ ด้วยความเข้าใจ และมีองค์ความรู้ที่จะสร้างเป็นนวัตกรรมได้ และหมายรวมถึงกระบวนการที่จะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้และเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพด้วยความมั่นใจ และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก็เป็นส่วนหนึ่งเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 47 เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพ ให้กับประชาชนในพื้นที่ด้านหนึ่งด้วยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งในปัจจุบันการดำเนินงานของสำนักงานได้ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในทุกระดับ ทั้งองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล และองค์การบริหารจังหวัด ได้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการมีส่วนร่วมขององค์กรวิชาชีพ ในระบบสาธารณสุขและผู้ให้บริการก็เป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรวิชาชีพ ทางกายภาพ และสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการพัฒนา ระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพในหน่วยบริการ มีความเข้มแข็งและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2547 : 5, 7-11)

จากแนวคิดการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการจัดบริการสาธารณะ โดยการนำกลไกการจัดสรรภาษีอากรเงินอุดหนุนและรายได้อื่น ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในสัดส่วนต่อรายได้รัฐบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 35 ภายในปี 2549 โดยหลังจากปีที่ 10 (พ.ศ. 2554) เป็นต้นไป ประชาชนในท้องถิ่นจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะ ได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจ การกำกับดูแลและการตรวจสอบ ตลอดจนการสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเต็มที่ (ปริดา แต้อรักษ์ และคณะ. 2551 : 54) โดยในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ที่กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีโอกาสเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะการกระจายอำนาจถูกมองว่าอาจสามารถทำให้มีการสร้างโอกาสให้เกิดหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงขึ้นมาได้ และยังสามารถช่วยทำให้หลักประกันสุขภาพที่เกิดขึ้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ดียิ่งขึ้น และเป็นการบริหารจัดการบริการสุขภาพที่มีการบูรณาการมากที่สุด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2549 : 5-8) ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงเป็นองค์กรที่สำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ รวมทั้งการปรับแนวคิดด้านสุขภาพเป็นระบบแบบองค์รวม (Holistic) ที่มีองค์ประกอบทั้งในเรื่องเศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว ชุมชนวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การเมือง การศึกษา ฯลฯ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน โดยการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 วรรคที่ 52 กำหนดไว้ว่าคนไทยทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันที่จะต้องได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสมีสิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์โดยไม่คิดมูลค่า ที่จัดโดยรัฐอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นและภาคเอกชนซึ่งเป็นการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนไทยทุกคน ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในบทบัญญัติ มาตรา 13 (3) มาตรา 18 (8) มาตรา 47 และมาตรา 48 (4) ได้กำหนดให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานเพื่อแสวงหาผลกำไรดำเนินงาน และบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน และให้ประชาชนและท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในหลายรูปแบบทั้งในส่วนของการเป็นผู้มีสิทธิในการเข้ารับบริการ การบริหารจัดการ การตรวจสอบคุณภาพบริการสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การดำเนินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ให้
 เป็นไปตามพระราชบัญญัติดังกล่าว ในระยะเริ่มแรกได้กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพ
 ระดับพื้นที่ (กสพ.) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบบริหารระบบบริการสาธารณสุขโดยหน่วย
 บริการจะมีการถ่ายโอนมาอยู่กับท้องถิ่นในลักษณะเป็นเครือข่ายบริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ
 และศักยภาพในการบริหารจัดการ การควบคุมกำกับบริการสาธารณสุข ตลอดจนการ
 วางแผน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนในแต่ละท้องถิ่น
 อย่างครบวงจรมากที่สุด มีโครงการดี ๆ เกิดขึ้น ในหลายพื้นที่ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา
 สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ (ปริดา แต่อารักษ์ และคณะ. 2551 : 57 ; สุมล ศรีสุขวัฒนา.
 2546 : 37 ; ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. 2550 : 108) ต่อมาได้มีการร่างหลักเกณฑ์ในการพัฒนากองทุน
 หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจากหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งคณะกรรมการ
 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย
 กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนชุมชน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
 แห่งชาติ ปัจจุบันหลักเกณฑ์การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นได้ผ่าน
 การพิจารณาจากคณะกรรมการประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างหลักประกัน
 สุขภาพถ้วนหน้า และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติเห็นชอบการกำหนด
 หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลดำเนินงานและบริหารจัดการระบบ
 หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2549 เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์
 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและ
 ชุมชนในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ

ปี พ.ศ. 2549 เป็นปีแรกของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ
 ระดับพื้นที่ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำ
 ร่อง จำนวน 888 แห่ง สมทบงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพร่วมกันจัดตั้งกองทุนหลักประกัน
 สุขภาพระดับท้องถิ่น มีคณะกรรมการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุขและ
 ประชาชน ร่วมกันบริหารกองทุน (ปริดา แต่อารักษ์ และคณะ. 2551 : 59 ; ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์.
 2550 : 108) โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำกับดูแลสุขภาพในภาพรวมและสร้างกลไกการมี
 ส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ซึ่งการประสานทรัพยากร ทั้งงบประมาณ กำลังคน กำลังความคิด
 วัสดุ ครุภัณฑ์ สถานที่ รวมทั้งทรัพยากรธรรมชาติในท้องถิ่น การจัดลำดับความสำคัญของการ
 พัฒนา จะช่วยให้การประสานทรัพยากรมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งในการดำเนินงานกองทุน
 หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นนั้นต้องมีการประสานความร่วมมือกับชุมชน ดังนั้นต้องมี

การวิเคราะห์องค์ประกอบหรือสภาวะการณ์ต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่ 1) ผลประโยชน์และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการทำงานชุมชน 2) ผู้นำที่เป็นหลักของชุมชน ผู้นำทางความคิดเห็น กลุ่มที่ไม่มีใครในชุมชนเข้าหาหรือให้ความสนใจ 3) สภาวะชุมชน 4) การรวมตัวของประชาชน 5) ระบบของชุมชน 6) ศักยภาพของชุมชน ซึ่งมีความสำคัญต่อการประสานความร่วมมือและการทำงานในชุมชน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจึงถือเป็นมาตรการหนึ่งในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ดำเนินการควบคู่กับมาตรการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น เพิ่มพลังให้ชุมชนโดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน ในขณะเดียวกันได้คำนึงถึงความหลากหลายและความต้องการของประชาชนแต่ละพื้นที่ ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยอาศัยประชาชนในชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม ถือเป็นแนวทางหลักที่มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่ได้มีการดำเนินการและพัฒนาการมาอย่างยาวนาน เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราการควบคุมคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่าย ตลอดจนสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชน เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. 2545 : 52)

เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2550 ณ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีการจัดพิธีลงนามบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่น ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กระทรวงมหาดไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทยและสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ซึ่งทั้งเจ็ดฝ่ายจะร่วมมือกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่น เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลสามารถจัดตั้งและกำกับดูแลการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ สวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นเรื่องการบริหารการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต

3.3 แหล่งที่มาของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

แหล่งที่มาของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ประกอบด้วย

3.3.1 เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3.3.2 เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ตามที่กฎหมายบัญญัติ

3.3.3 เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน

3.3.4 รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของระบบหลักประกันสุขภาพ

3.4 การสมทบเงินและการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

มีหลักเกณฑ์ ดังนี้

3.4.1 เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่หรือเทศบาล ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.4.2 เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.4.3 เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.5 แนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามชุดสิทธิประโยชน์

แนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นบริการที่รัฐบาล จัดให้กับประชาชนคนไทยทุกคน ไม่ใช่ สำหรับจัดบริการเฉพาะกลุ่มผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น แต่เป็นบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพที่มุ่งสำหรับประชาชนทุกคน โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงมีครรภ์ กลุ่มเด็กเล็กตั้งแต่แรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 ปี กลุ่มเด็กโตและเยาวชน อายุตั้งแต่ 6 ปี ถึงต่ำกว่า 25 ปี กลุ่มผู้ใหญ่ คือ อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป และกลุ่มผู้พิการหรือทุพพลภาพ ซึ่งบริการเหล่านี้ควรเป็นไปตามกรอบแนวคิดการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการใน

การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพของชุมชน โดยสามารถจำแนกตามชุดสิทธิประโยชน์ 5 กลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

3.5.1 การจัดบริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับหญิงมีครรภ์ เน้นการจัดหาบริการฝากครรภ์ 4 ครั้ง เฉพาะการตั้งครรภ์ปกติตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2545 ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อาจตกลงให้หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น สถานีอนามัย หรือ โรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น คู่มือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนทุกคนเพิ่มเติมจากการให้บริการตามปกติ เช่น การเยี่ยมบ้าน การฝากครรภ์ในชุมชน โดยการชำระค่าบริการเพิ่มเติมตามอัตราที่ตกลงกัน (การบริการฝากครรภ์ตามปกติ หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว) โดยมีเป้าหมายที่การลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและลดอัตราการเกิดทารกน้ำหนักน้อย

3.5.2 การจัดบริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับเด็กเล็ก (แรกเกิด ถึงต่ำกว่า 6 ปี) สำหรับกลุ่มเด็กเล็กทั้งหมดในพื้นที่ที่รับผิดชอบ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สามารถเจรจากลกลงกับหน่วยบริการทั้งรัฐและเอกชน เพื่อจัดบริการสุขภาพสำหรับเด็กเล็กแบบ เหมารวมหรือเป็นราย ๆ เพิ่มเติม เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการบริการได้ง่ายหรือสะดวกขึ้น ในราคาเพิ่มเติมจากราคาค่าบริการมาตรฐาน

1) มีบริการการซักประวัติ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และการตรวจร่างกาย

1.1) ประวัติสุขภาพเด็กเมื่อแรกเกิด ประวัติการเจ็บป่วยของเด็ก ชนิดของนม และการรับ ภูมิคุ้มกัน พร้อมจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพ

1.2) วัดความดันโลหิต และตรวจร่างกายระบบต่าง ๆ รวมทั้งประเมินพัฒนาการเด็กตามวัยและพฤติกรรม

1.3) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ

1.4) ตรวจสุขภาพช่องปาก เพื่อตรวจความสะอาดของลิ้น เหงือก และฟัน

1.5) วัดเส้นรอบศีรษะ

1.6) ประเมินความเสี่ยงต่อการได้รับสารตะกั่ว

1.7) ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ด้วยแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก 3 - 5 ปี ชุดพ่อแม่/ผู้ปกครอง

2) มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน (EPI) การใช้ยา และการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย

- 2.1) ยาเสริมธาตุเหล็ก และวิตามินรวม
- 2.2) ฟลูออไรด์เสริม
- 2.3) แปรงสีฟันพร้อมฝึกรักษาสุขภาพช่องปากเด็ก

3) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแนะนำและการให้ความรู้แก่พ่อแม่และผู้ดูแลเด็ก

- 3.1) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 3.2) บทบาทของพ่อแม่และการเลี้ยงดูเด็ก
- 3.3) การใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- 3.4) การให้ความรู้และการแนะนำปรึกษาในเรื่องทั่วไป
- 3.5) การส่งเสริมโภชนาการและการพัฒนาการเด็ก 0 - 5 ปี
- 3.6) พัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก อายุ 3 - 5 ปี
- 3.7) การเล่านิทาน การอ่านหนังสือให้เด็กฟัง
- 3.8) ของเล่นตามวัย เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ
- 3.9) การป้องกันอุบัติเหตุ
- 3.10) การป้องกัน การปฐมพยาบาล และการดูแลความเจ็บป่วย

เล็กน้อย

- 3.11) การดูแลเด็กหลังให้วัคซีน
- 3.12) การดูแลสุขภาพและฝึกรักษาความสะอาดช่องปากของเด็ก

ตัวอย่าง ความเสี่ยงต่อการได้รับสารตะกั่ว ได้แก่ (1) เด็กที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีปัญหาโรคพิษตะกั่ว (2) เด็กที่อาศัย/เล่นอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ที่มีระดับตะกั่วในเลือดสูงเกิน 15 ไมโครกรัม/เดซิลิตร (3) เด็กที่อาศัย/เล่นอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ที่ทำงานสัมผัสตะกั่ว และ (4) เด็กที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีอุตสาหกรรม/การทำงานที่เกี่ยวข้องกับตะกั่ว โดยเฉพาะอุตสาหกรรมขนาดย่อมและการทำงานในครัวเรือน

2.5.3 การจัดบริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับเด็กโต (อายุ 6 ปี ถึงต่ำกว่า 25 ปี)

1) สำหรับกลุ่มเด็กโตทุกคนในพื้นที่รับผิดชอบกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สามารถเจรจาตกลงจัดบริการสุขภาพสำหรับเด็กโตแบบเหมารวมเป็นกลุ่ม ๆ

หรือแบบเป็นราย ๆ เพิ่มเติมจากการบริการปกติก็ได้ในราคาค่าบริการเพิ่มเติมจากราคา
มาตรฐานของหน่วยบริการหรือตามที่ตกลงกัน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการได้ง่ายและ
สะดวกมากขึ้น

2) มีบริการการซักประวัติ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และการตรวจ

ร่างกาย

- 2.1) ประวัติดูสุขภาพและตรวจร่างกาย รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วย
ชนิดของอาหาร การเลี้ยงดู และการรับภูมิคุ้มกันโรค พร้อมจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพ
 - 2.2) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.3) ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง
 - 2.4) วัดความดันโลหิต
 - 2.5) ประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ
 - 2.6) ตรวจร่างกายทุกระบบ
 - 2.7) วัดสายตาด้วยแผนภูมิสนเนลเลน (Snellens chart)
 - 2.8) ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ด้วยแบบประเมินความฉลาด
ทางอารมณ์ด้วยชุดพ่อแม่/ผู้ปกครอง (อายุ 6 – 11 ปี) หรือด้วยชุดประเมินตนเอง (อายุ 12 ปีขึ้นไป)
รวมทั้งประเมินการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 2.9) ประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากลักษณะงานที่ทำ/เรียน
 - 2.10) ตรวจสุขภาพช่องปาก แนะนำ และวางแผนรักษา
- 3) มีบริการการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การให้ยา และการทำหัตถการ
เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย
- 3.1) ยาเสริมธาตุเหล็ก
 - 3.2) ยาและอุปกรณ์ป้องกันการตั้งครรภ์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 4) มีบริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแนะนำและ
การให้ความรู้ (รวมทั้งแก่พ่อแม่และผู้ปกครอง)
- 4.1) การปฏิบัติตนตามสุขบัญญัติ
 - 4.2) การป้องกันการบาดเจ็บ
 - 4.3) โภชนาการ โดยเฉพาะโภชนาบัญญัติ
 - 4.4) การออกกำลังกาย
 - 4.5) สุขภาพช่องปาก

- 4.6) การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก อายุ 6 -11 ปี
- 4.7) ให้ความรู้ด้านพัฒนาการวัยรุ่นและวิธีการสอนเพศศึกษาแก่ครู

พ่อแม่ และผู้ปกครอง

- 4.8) เพศศึกษา และอนามัยการเจริญพันธุ์
- 4.9) การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 4.10) การป้องกันการตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์
- 4.11) การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์วัยรุ่น (12 ปีขึ้นไป)

2.5.4 การจัดการบริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป)

- 1) สำหรับกลุ่มผู้ใหญ่ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบกองทุนหลักประกัน

สุขภาพท้องถิ่นสามารถเจรจาตกลงจัดการบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่แบบเหมารวมเป็นกลุ่ม ๆ หรือแบบเป็นราย ๆ เพิ่มเติมจากที่หน่วยบริการให้บริการตามปกติ เช่น จัดบริการเชิงรุกในชุมชนหรือจัดบริการในวันหยุดเป็นต้น โดยการตกลงราคาค่าบริการเพิ่มเติมจากราคามาตรฐานของหน่วยบริการ

- 2) มีบริการการซักประวัติ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และการตรวจ

ร่างกาย

- 2.1) สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว
- 2.2) ประวัติครอบครัวและโรคทางพันธุกรรม
- 2.3) ประวัติการเจ็บป่วย
- 2.4) ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการจราจรและอื่น ๆ
- 2.5) การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และ/หรือการใช้สารเสพติด
- 2.6) ความเสี่ยงต่อการบริโภคอาหาร
- 2.7) การมีเพศสัมพันธ์ความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์

- 2.8) ประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากลักษณะงานที่ทำ
- 2.9) อาการเตือนของโรคมะเร็ง
- 2.10) ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของบุคคล
- 2.11) ประเมินความเครียด
- 2.12) วัดดัชนีมวลกาย และวัดเส้นรอบวงเอว
- 2.13) วัดความดันโลหิต

- 2.14) ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก
- 2.15) วัดสายตาด้วยแผนภูมิสเนลเลน (Snellen's chart)
- 2.16) ประเมินภาวะซีมเศร้าและสมองเสื่อม
- 2.17) ตรวจคัดค้านมโดยเวชบุคลากร
- 2.18) อาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะพร่องธัยรอยด์

ตัวอย่าง ลักษณะงานที่มีความเสี่ยงสูง เช่น (1) การทำงานที่ต้องอาศัยการมีสมรรถภาพทางกายที่สูง คือ ต้องอาศัยแรงกายในการทำงาน เช่น การยกหรือแบกของหนัก (2) การทำงานที่ต้องการความพร้อมด้านสุขภาพเป็นพิเศษเพื่อการทำงานบางอย่างเป็นการเฉพาะและ/หรือเพื่อความปลอดภัยของบุคคลอื่น เช่น พนักงานขับรถโดยสาร นักบิน นักประดาน้ำ (3) การทำงานที่ลักษณะงานมีความเสี่ยงต่อสุขภาพสูง เช่น ทำงานเกี่ยวข้องกับสารเคมีหรือสิ่งคุกคามต่อสุขภาพต่าง ๆ

ตัวอย่าง อาการเตือนของโรคมะเร็ง เช่น (1) ความผิดปกติในการย่อยอาหารและการขับถ่ายอย่างเรื้อรัง (2) การมีเลือดออกผิดปกติ เช่นทางช่องคลอด เลือดกำเดา (3) แผลเรื้อรังไม่หายภายใน 3 สัปดาห์ (4) มีก้อนที่เต้านมหรือที่อื่นในร่างกาย (5) ไข้โตขึ้นหรือเปลี่ยนสี (6) ไอเรื้อรังหรือเสียงแหบเรื้อรัง (7) น้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจลด และ (8) หูอื้อเรื้อรัง

3) อาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะพร่องธัยรอยด์ เช่น อ่อนเพลียง่าย น้ำหนักขึ้น ผิวหนังหรือผมแห้ง ทนต่ออากาศเย็นไม่ได้ ซีมเศร้า

4) มีบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.1) ตรวจระดับกลูโคสในพลาสมาหลังอาหาร 2 ชั่วโมง

(Postprandial plasma glucose)

4.2) ตรวจอุจจาระ

5) มีบริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแนะนำ และการให้ความรู้

5.1) การปฏิบัติตนตามสุขบัญญัติ

5.2) ความปลอดภัย และการป้องกันการบาดเจ็บการบริโภคอาหาร

ให้ถูกสุขลักษณะ

5.3) การเลือก การทำความสะอาด และการปรุงอาหารให้ปลอดภัย

จากสารพิษและเชื้อโรค

- 5.4) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
 - 5.5) การป้องกันอาการปวดหลัง และการปวดกล้ามเนื้อ
 - 5.6) การงดสูบบุหรี่ และเสพสารเสพติด รวมทั้งการจำกัดการดื่มสุรา
 - 5.7) การดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งการใช้ไหมขัดฟัน
- 6) กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จะสนับสนุนบริการสุขภาพได้

อย่างไร

ตัวอย่าง ความปลอดภัยและการป้องกันการบาดเจ็บ เช่น การใช้เข็มขัดนิรภัย/หมวกนิรภัย ขณะขับขี่หรือโดยสารรถยนต์/รถจักรยานยนต์ทุกครั้งอย่างถูกต้อง การไม่นั่งโดยสารถที่กระบะบรรทุก การไม่ขับขี่ ว่ายน้ำ หรือทำงานกับเครื่องจักรกลขณะเมาสุรา/ยาอื่น ๆ

ตัวอย่าง การบริโภคอาหารให้ถูกสุขลักษณะ เช่น (1) การกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ และได้พลังงานที่เหมาะสม (น้ำตาลรวมวันละไม่เกิน 3 ช้อนโต๊ะ) (2) การเพิ่มการกินผักผลไม้ และอาหารที่อุดมด้วยแคลเซียม (3) การลดการกินอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอล (4) การจำกัดเกลือให้ได้โซเดียมวันละไม่เกิน 2 กรัม (น้ำตาลรวมไม่เกิน 2 ช้อนโต๊ะ) (5) การไม่กินอาหารเนื้อสัตว์ที่ปรุงไม่สุก และ (6) การไม่กินอาหารที่มีสารไนเตรท (ดินประสีว)

7) การจัดบริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ

7.1) สำหรับกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพทุกคน (ถ้ามี) ในพื้นที่รับผิดชอบกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นสามารถเจรจาตกลงเจรจาจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการและทุพพลภาพแบบเหมารวม หรือเป็นราย ๆ เพิ่มเติมจากให้บริการตามปกติ เช่น การจัดหน่วยแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือให้ความรู้แก่ผู้พิการ หรือผู้ดูแลผู้พิการเชิงรุกในชุมชน ในราคาค่าบริการเพิ่มเติมจากราคามาตรฐานของหน่วยบริการหรือตามที่ตกลงกัน

7.2) มีบริการในด้านเยี่ยมบ้าน การทำกายภาพบำบัด การฝึกสอนญาติในการดูแล และการอาชีวะบำบัด ฯลฯ

7.3) มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

7.4) มีการแนะนำปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้พิการ เพื่อสนับสนุน จูงใจ และกระตุ้นให้บุคคลและครอบครัวเข้ารับ

บริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย หน่วยบริการสาธารณสุขควรดำเนินการเป็นเชิงรุก ทั้งที่สถานบริการ ที่บ้าน และในชุมชน โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สามารถ

สนับสนุนงบประมาณเสริมให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในท้องถิ่นได้เป็นรายปีจำนวนมาก-น้อยตามความเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและคุณภาพบริการสำหรับประชาชนในส่วนของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นรับผิดชอบและสามารถมีส่วนร่วมในการจัดบริการและควบคุมคุณภาพการให้บริการได้อีกทางหนึ่งด้วย

กิจกรรมที่กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นสามารถให้การสนับสนุนงบประมาณ ได้แก่ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุม โรค และการฟื้นฟูสภาพ ส่วนในด้าน การบำบัดรักษา นั้น สามารถสนับสนุนได้เฉพาะในส่วนที่เป็น การบำบัดรักษาโดย ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือกเท่านั้น

3.6 แนวทางสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน

3.6.1 หลักคิดในการสนับสนุนกิจกรรมสุขภาพชุมชนท้องถิ่น การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมถือเป็นแนวทางหลักที่มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขซึ่งได้มีการดำเนินการและพัฒนาการมาอย่างยาวนาน ในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสาธารณสุข อันเป็นผลกระทบจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและโครงสร้างในแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย ทั้งในเรื่องของการจัดสรรงบประมาณ การกระจายบุคลากร การบริหารจัดการ การประเมินผลงาน

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นงานสาธารณสุขที่ครอบคลุมหลายมิติ จึงมีผู้ให้คำจำกัดความไว้อย่างหลากหลาย เช่น ในกฎบัตรออกตาวา ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพว่า คือ กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเองอันจะเป็นผลต่อสภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต และทางสังคม

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ กิจกรรมหรือการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวกำหนดสภาวะ ไม่เพียงแต่เฉพาะแต่ละบุคคล เช่น สุขภาพและการดำเนินชีวิต แต่ยังรวมถึงด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และการทำงาน กิจกรรมป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นงานที่ต้องทำควบคู่กับงานสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมบางอย่างไม่สามารถจำแนกได้อย่างเด็ดขาดว่าเป็นกิจกรรมการป้องกันโรคหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ แต่โดยส่วนใหญ่จะเห็นตรงกันว่า กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้น เน้นเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ส่วนกิจกรรมป้องกันโรคนั้นเน้นที่ความพยายามไม่ให้เกิดโรค

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของการป้องกันโรค คือ การลด การกำจัด ป้องกัน โรคและภาวะแทรกซ้อน และผลที่ตามมาของโรค

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมักมีรูปแบบการทำงานจำแนก เป็น 2 ระดับ คือ ระดับบุคคล มุ่งหมายที่จะพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งและสามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพ ตลอดจนสามารถเผชิญกับ สถานการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และระดับชุมชน มุ่งหมายต่อการสร้าง และเพิ่มศักยภาพของระบบนิเวศน์สังคมให้ดีขึ้น อันจะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ

3.6.2 วัตถุประสงค์ในการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง มีส่วนร่วมในการจัดการปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและเพื่อให้ประชาชนได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และบำบัดรักษาโรคที่ได้มาตรฐาน มุ่งเน้นการทำให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา (จิตวิญญาณ) เน้นการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่าง ๆ โดยความริเริ่มของประชาชนและชุมชนเอง โดยเฉพาะในรูปแบบ กลุ่ม องค์กร เครือข่าย เพื่อส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยน้อยลง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการป่วยได้มากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยังลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล

3.6.3 แนวทางการสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพชุมชนท้องถิ่น เครือข่ายองค์กรชุมชน กลุ่ม หรือประชาชนกลุ่มเป้าหมายของระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในพื้นที่นั้น ๆ สามารถดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ทั้งนี้ เครือข่ายองค์กรชุมชน กลุ่มหรือประชาชนกลุ่มเป้าหมาย สามารถจัดทำโครงการหรือกิจกรรมการดำเนินงานให้คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพพิจารณาและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานได้

จากการทบทวนเอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สรุปได้ว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นการดำเนินงานเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่ อีกทั้งส่งเสริมให้กลุ่มประชากรเป้าหมายสำคัญ 5 กลุ่ม คือ กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ประกอบการ อาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง มีประสิทธิภาพ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและ

ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งในระยะแรกของการดำเนินการจะเป็นการสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลที่มีความพร้อมและมีความประสงค์เข้าร่วมดำเนินการด้านสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพในท้องถิ่นของตน

3.7 แนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่เข้าร่วมดำเนินงานจะต้องจัดให้มีคณะกรรมการชุดหนึ่ง เรียกว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งจะเป็นกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีหน้าที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในพื้นที่อยู่แล้ว โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการ ส่วนหนึ่งมาจากการแต่งตั้งโดยตำแหน่ง อีกส่วนหนึ่งมาจากการคัดเลือกกันเอง โดยคณะกรรมการมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี และมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่รับผิดชอบ ภายใต้การกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลในท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น ๆ

3.7.1 บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ประกอบด้วย

1) จัดทำข้อมูลและวางแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมายและหน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการจัดทำแผนงาน/โครงการมีความสำคัญคือ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประกอบการตัดสินใจล่วงหน้าว่าจะทำอะไร ทำอย่างไร ทำเมื่อไร และใครเป็นผู้ทำ โดยมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน รวมทั้งเป็นเครื่องมือที่ใช้สื่อสารประสานความเข้าใจระหว่างผู้ปฏิบัติ และสามารถตรวจสอบกระบวนการดำเนินงานและควบคุมการใช้ทรัพยากร สอดคล้องกับแนวความคิดของ ฟาริดา อิบราฮิม (2542 : 88) ที่กล่าวว่า การวางแผนเป็นกระบวนการกำหนดการกระทำล่วงหน้า เพื่อให้ทิศทางการทำงานมีความชัดเจน ปฏิบัติตามได้ วัดและประเมินผลได้ ลดความเสี่ยงให้แนวทางการควบคุม การกระตุ้นให้ใช้ทรัพยากร ได้เหมาะสมและดีที่สุด

2) ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในความรับผิดชอบสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

3) บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใสและจัดทำสรุปผลการดำเนินงานและงบดุลเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณเพื่อเสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

4) รับผิดชอบการเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชี กองทุนหลักประกันสุขภาพให้เป็นไปตามแผนงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

5) จัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมาย และมีหน้าที่จัดทำสรุปผลการดำเนินงานประจำปีเพื่อเสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ตลอดจนดำเนินการประชาสัมพันธ์ ผ่านสื่อสารสาธารณะรูปแบบต่าง ๆ

องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพจะมาจากหลายภาคส่วน แต่ทั้งนี้จะเป็นกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อยู่แล้วองค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ส่วนหนึ่งจะมาโดยตำแหน่ง อีกส่วนหนึ่งมาจากการคัดเลือกกันเองโดยมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยคาดหวังว่าผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินโครงการนี้คือ การมีสุขภาพของประชาชน ลดอัตราการเจ็บป่วย ลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุ (ศิริเวทน์ ปัทมสิริวัฒน์, 2551 : 55) ภายใต้การกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลในพื้นที่นั้น ๆ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549 ก : 23)

3.7.2 หลักการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

1) คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรต้องมีการประชุมเป็นประจำ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อประมวลข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนท้องถิ่น วิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขหรือแนวทางการพัฒนา

2) คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพควรมีระเบียบวาระในการประชุมเพื่อการดำเนินงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป็นไปตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ในหลักเกณฑ์และเป็นไปตามระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

3) การประชุมแต่ละครั้งควรมีคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเข้าร่วมประชุมอย่างน้อยก็หนึ่งและใช้ฉันทามติ (ความเห็นพร้อม) เป็นเกณฑ์ มากกว่าการตัดสินใจโดยใช้เสียงข้างมากบังคับ

4) ในการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพทุกครั้ง ให้ฝ่ายเลขานุการถือเป็นวาระประจำที่จะต้องมีการรายงานบัญชีรับ-จ่าย และสถานการณ์การเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเพื่อที่ประชุมทราบร่วมกัน

5) การจัดทำบันทึกรายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพให้ทำเป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งก็ได้ เพื่อเก็บรักษาไว้สำหรับใช้ในการค้นคว้าอ้างอิง โดยมอบให้ประธานและเลขานุการเป็นผู้ลงนามรับผิดชอบ ความถูกต้อง ความสมบูรณ์ครบถ้วนของรายงานทุกครั้ง

3.7.3 การบริหารจัดการรายรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

1) เงินค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในหมวดบริการส่งเสริมป้องกัน (PP) จัดสรรผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเป็นรายปี โดยคิดตามจำนวนหัวประชากรทั้งหมดของพื้นที่นั้น ๆ ตามทะเบียนบ้าน เฉลี่ย 37.50 บาทต่อหัวประชากร สำหรับงบประมาณส่วนนี้ควรต้องประสานติดตามการจัดสรรและโอนเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ได้เงินมาเข้าบัญชีกองทุนเป็นก้อนใหญ่แบบปีละครั้ง

2) เมื่อมีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลต้องอุดหนุนเข้าสู่กองทุนในลักษณะที่สมทบเป็นก้อนตามสัดส่วนที่กำหนดในหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

3) เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน เป็นเงินสมทบจากชุมชน รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งแบบเป็นครั้งเป็นคราวและมีจำนวนไม่แน่นอน เงินส่วนนี้เป็นตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมและจิตสำนึกของชุมชนที่จะนำไปสู่ความยั่งยืนของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในระยะยาว ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้เกิดขึ้นแบบสมัครใจกันให้มาก ๆ

4) ทรัพย์สินหรือรายได้อื่น ๆ จากกิจการกองทุน เงินส่วนนี้อาจได้มาจากดอกผล รายได้หรือเงินอุดหนุนจากส่วนราชการ/หน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งรูปแบบที่เป็นทรัพย์สินและรูปแบบที่เป็นตัวเงิน เช่น อุปกรณ์ เครื่องมือ เป็นต้น รายได้ส่วนนี้จะต้องนำเข้าสู่ระบบการเงิน-การบัญชีของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นด้วยเช่นกัน

3.7.4 การพิจารณางบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สามารถจำแนกลักษณะกิจกรรมที่คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ จะให้การสนับสนุนกิจกรรมได้ 4 ลักษณะ คือ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2549 ก : 34)

1) การจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มหลัก ซึ่งกิจกรรมเช่นนี้ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องมีข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวว่ามีจำนวนเท่าไร และมีการจัดทำแผนงาน/โครงการในแต่ละปีว่าจะตั้งเป้าหมายในการจัดบริการแก่กลุ่มใดบ้างและเป็นจำนวนเท่าไร

2) การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุขที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่น เช่น สถานีอนามัย โดยปกติหน่วยบริการเหล่านี้จะได้รับงบประมาณจากต้นสังกัดตามระบบอยู่แล้ว แต่เพื่อเป็นการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับชุมชน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นก็อาจจะจัดงบประมาณสนับสนุนได้ตามความต้องการของชุมชนท้องถิ่นให้มากขึ้นอย่างเหมาะสม

3) การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น ส่วนนี้เป็นกิจกรรมที่เกิดจากความริเริ่มของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นเอง ซึ่งอาจจะเสนอโครงการของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ไม่ว่าจะ เป็นกิจกรรมในเชิงสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมในเชิงป้องกันควบคุมโรค กิจกรรมในเชิงฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือกิจกรรมการบำบัดรักษา โดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน

4) การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเป็นกิจกรรมการบริหารจัดการทั่วไปของกองทุน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร การพัฒนากำลังคนในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและอื่น ๆ ทุกสิ้นปีงบประมาณ (30 กันยายนของทุกปี) คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีหน้าที่รวบรวมผลการดำเนินงานเพื่อให้ทราบว่าในรอบ 1 ปี ได้สนับสนุนกิจกรรมประเภทใดบ้าง ชื่อกิจกรรมอะไร ให้แก่ใคร มีวัตถุประสงค์/เป้าหมายอย่างไร งบประมาณสนับสนุนเท่าไร และผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร (ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ) พร้อมทั้งจัดทำสรุปบทสรุป-รายรับ-รายจ่าย ประจำปี แนบไว้ในรายงานผลการดำเนินงานด้วย ตามแนวทาง

3.7.5 แนวทางการจัดทำบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

เงินค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนนี้เป็นงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งได้มาจากหมวดเงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในหมวด

บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน (PP) ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

สปสช. จะจัดสรรงบประมาณส่วนนี้สำหรับการดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น โดยผ่านบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเป็น รายปี โดยคิดตามจำนวนหัวประชากรทั้งหมดของพื้นที่นั้น ๆ ตามทะเบียนบ้าน สำหรับการเริ่มต้นในปีงบประมาณ 2549 สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณดังกล่าวให้ เฉลี่ย 37.50 บาท/หัวประชากร ปัจจุบัน สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล เฉลี่ย 40.00 บาท/หัวประชากร (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2555 ข : 27)

สำหรับงบประมาณส่วนนี้ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพควรต้องประสานติดตามการจัดสรรและโอนเงินจาก สปสช. อย่างใกล้ชิดเพื่อให้ได้เงินมาเข้าบัญชีเป็นก้อนใหญ่แบบปีละครั้ง การบริหารงบประมาณ โดยคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีหลักเกณฑ์ ดังนี้

- 1) เงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ได้มาจาก
 - 1.1) เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
 - 1.2) เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามที่กฎหมายบัญญัติ
 - 1.3) เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน
 - 1.4) รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น
- 2) บรรดาเงินรายรับในกองทุนหลักประกันสุขภาพให้นำส่งเข้าบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ที่เปิดบัญชีไว้กับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ประเภทบัญชีเงินฝากออมทรัพย์
- 3) การรับเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ให้รับเป็นเงินสด เช็ค ตั๋วแลกเงินหรือธนาคัติ
- 4) การรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้ออกบงเสริมรับเงินในนามของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพให้แก่ผู้ชำระเงินทุกครั้ง เว้นแต่การรับเงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลหรือองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น ตามที่กฎหมายบัญญัติ หรือการรับเงินทางธนาคาร ให้ใช้สำเนาใบนำฝากเงิน
ธนาคารเป็นหลักฐานหรือใช้หลักฐานอื่นที่คณะกรรมการเห็นสมควรก็ได้

5) ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมอบหมายให้
กรรมการหรือกรรมการและเลขานุการของคณะกรรมการคนใดคนหนึ่ง เป็นผู้รับผิดชอบใน
การรับเงินและนำส่งเงินเข้าบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ภายใน 3 วันทำการ
นับแต่วันที่ได้รับเงิน

6) คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ อาจสั่งจ่ายเงินที่
ได้รับตามข้อ 1 ภายใต้กรอบแผนงานหรือ โครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการอนุมัติ ดังนี้

6.1) สนับสนุนงบประมาณเป็นรายปีแก่หน่วยบริการในเขตพื้นที่

6.2) สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น
หรือสถานบริการทางเลือก เพื่อให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ประกอบ
อาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการ
สาธารณสุขในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่าง
ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพอย่างน้อยตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

6.3) สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชนหรือองค์กรประชาชนใน
เขตพื้นที่จัดทำกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ให้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่

6.4) สนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกัน
สุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกองทุน
หลักประกันสุขภาพในรอบปีงบประมาณนั้น

7) วิธีการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ให้จ่ายได้ ดังนี้

7.1) จ่ายเป็นเงินสด หรือเช็ค หรือตัวแลกเงิน หรือธนาคัติ

7.2) จ่ายทางธนาคารหรือทางอื่นที่คณะกรรมการกำหนด

8) การจ่ายเงินตามข้อ 7 ให้จ่ายในนามของผู้มีสิทธิรับเงิน ถ้าผู้มีสิทธิรับ
เงินไม่สามารถรับเงินด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทน ก็ให้กระทำได้

9) การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น โดยปกติต้องมี
หลักฐานการจ่ายที่เป็นใบเสร็จรับเงิน หรือหลักฐานการนำเงินเข้าบัญชีเงินฝากที่ธนาคารของ
ผู้มีสิทธิรับเงินหรือหลักฐานการรับเงินอย่างอื่นที่คณะกรรมการกำหนด เก็บไว้ให้ตรวจสอบ

10) ในการเก็บรักษาเงิน ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ ชื่อบัญชี “กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.....หรือเทศบาล..... อำเภอ..... จังหวัด.....”

11) การเปิดบัญชี ตามข้อ 10) ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ มอบหมายให้ประธานกรรมการและกรรมการอื่นอีก 3 คน มีอำนาจลงนามร่วมกันในการเปิดบัญชี และเบิกจ่ายเงินจากบัญชีที่เปิดไว้กับธนาคารตามจำนวนที่คณะกรรมการอนุมัติ ส่วนการเบิกจ่ายเงินให้ผู้มีอำนาจ 2 ใน 4 คน ที่ร่วมกัน ลงนามในการเปิดบัญชีเป็นผู้ลงนามในการเบิกจ่าย

12) กรณีที่มีความจำเป็น คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพอาจมอบหมายให้ประธานกรรมการหรือกรรมการและเลขานุการ เก็บรักษาเงินสดไว้เพื่อสำรองจ่ายภายในวงเงินไม่เกิน 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) ต่อวัน

13) การบันทึกบัญชีให้ใช้แนวทาง ดังต่อไปนี้

13.1) ให้บันทึกตามระบบบัญชีขององค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่ถือปฏิบัติ แต่ให้แยกระบบบัญชีของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ออกจากระบบบัญชีปกติเป็นอีกชุดหนึ่งต่างหาก

13.2) รอบระยะเวลาบัญชี ให้ถือตามปีงบประมาณ

13.3) การเริ่มระบบบัญชีให้เริ่ม ณ วันที่ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ ได้รับเงินจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล

14) ให้คณะกรรมการจัดทำรายงานการรับเงิน-จ่ายเงิน และเงินคงเหลือเป็นประจำเดือน ประจำไตรมาส และประจำปีงบประมาณ

15) ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพนำเสนอรายงานการเงินให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ทุกไตรมาส ภายใน 30 วันนับจากวันสิ้นไตรมาส และรายงานเมื่อสิ้นปีงบประมาณภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

3.7.6 บทบาท/ภารกิจคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ

1) สร้างความรู้ ความเข้าใจต่อปรัชญา เป้าหมาย กรอบคิดเรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

2) กระบวนการคัดเลือก/สรรหาคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ

3) การจัดทำระเบียบข้อบังคับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น โดยใช้กระบวนการระดมความคิดแบบมีส่วนร่วมต่อเรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในแต่ละตำบลอย่างต่อเนื่องให้เกิดการ ตกผลึกความคิดของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในพื้นที่

4) จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น และจัดระบบบริหารจัดการรวมถึงการพัฒนาทักษะการบริหารจัดการ

5) การจัดระบบการประชุมและการปฏิบัติงาน
ดังนั้นในการติดตามประเมินผล และการรายงานผลการติดตาม
ประเมินผลกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ประกอบด้วย

5.1) ความพร้อมในเชิงโครงสร้างการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ได้แก่ บุคลากร คือ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระบบบริหารจัดการ ได้แก่ การมีเครื่องมือในการดำเนินงานและระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่โปร่งใส สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

5.2) มีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตลอดจนสมาชิกของชุมชนต่อแนวคิดและทิศทางการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

5.3) ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานจัดตั้งและคำแนะนำจากผู้เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ส่วนกลาง) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย จะลงพื้นที่ติดตามในด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิผล อย่างเต็มรูปแบบของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นและจัดให้มีการประเมินผล โดยองค์กรภายนอก ต่อไป

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำสาระสำคัญของเนื้อหาเอกสารและงานวิจัย ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ประธาน คณะกรรมการและเลขานุการกองทุนจะต้องรู้และเข้าใจ และบทบาทหน้าที่ รวมทั้งการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายตามชุดสิทธิประโยชน์ในพื้นที่ การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตำบล รวมทั้งภารกิจด้านการบริหารจัดการกองทุนให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำมากำหนดเป็น นิยามศัพท์เฉพาะในการ

ศึกษาวิจัย เรื่องรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่าย
เขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์

4. ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่าย เขต
บริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ (จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และ
กาฬสินธุ์)

สถานการณ์การดำเนินงานภาพรวมเขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่ม
จังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์เป็นกลุ่มจังหวัดที่อยู่ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สาขาเขตพื้นที่ ขอนแก่น ประกอบด้วย จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์
เริ่มดำเนินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 ปัจจุบัน
ปีงบประมาณ 2555 มีเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล ที่เข้าร่วมการบริหารจัดการในระบบ
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวนรวมทั้งหมด 722 กองทุน
ประกอบด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดร้อยเอ็ด 203 กองทุน จังหวัด
ขอนแก่น 225 กองทุน จังหวัดมหาสารคาม 143 กองทุน และจังหวัดกาฬสินธุ์ 151 กองทุน และ
ในปีงบประมาณ 2555ความครอบคลุมของเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล ที่เข้าร่วมการ
บริหารจัดการในระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่
7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ จำนวน 619 กองทุน (ร้อยละ 85.73) (สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ. 2555 : เว็บไซต์) จำแนกการเข้าร่วมกองทุนระบบบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพฯ ของเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นรายปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ
2549 – 2555 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกองทุนอบต./เทศบาล ที่เข้าร่วมกองทุนทั้งหมดในเครือข่าย
 เขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ จำแนกตามปีงบประมาณ

เครือข่าย เขตบริการ สุขภาพ	กองทุน ทั้งหมด	ปีงบประมาณที่เข้าร่วมกองทุน							รวม กองทุน ที่เข้าร่วม ทั้งหมด	ร้อยละ ความ ครอบคลุม
		2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555		
เครือข่ายเขต บริการสุขภาพ ที่ 7 กลุ่ม จังหวัดร้อย แก่นสารสินธุ์	722	1	144	200	227	47	0	0	619	85.73

จากตารางที่ 1 การบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
 ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ มีความครอบคลุมถึงร้อยละ
 85.73 ของเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบลทั้งหมด ที่เข้าร่วมการบริหารจัดการในระบบ
 กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553

ในการประเมินผลการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ
 ท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อศึกษาภาพการบริหารจัดการกองทุน ได้แบ่งระดับการพัฒนาศักยภาพของ
 กองทุน ออกเป็น 4 ระดับ คือ ศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนระดับดีเยี่ยม (เกรด A+)
 ศักยภาพระดับดี (เกรด A) ศักยภาพระดับปานกลาง (เกรด B) และระดับศักยภาพที่ต้อง
 ปรับปรุงและพัฒนา (เกรด C) จากผลการประเมินผลการบริหารจัดการกองทุนหลักประกัน
 สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่าย
 เขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ในรอบที่ 2/2555 โดยทีมงานเจ้าหน้าที่
 ระดับอำเภอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2555 ครั้งที่ 2 ที่ได้มี
 การบันทึกรายงานผลงานทางอินเตอร์เน็ตแล้วพบว่า มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ
 ท้องถิ่น ที่ได้รับการประเมินผลการบริหารจัดการกองทุน จำนวน 579 กองทุน (ร้อยละ 80.19)
 (ระบบบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (2555 : เว็บบไซต์) จากกองทุน
 ทั้งหมด 722 กองทุน ผลการประเมินศักยภาพการบริหารจัดการกองทุน พบว่า กองทุนมี
 ศักยภาพการบริหารจัดการระดับดี (เกรด A) ร้อยละ 54.75 รองลงมาคือระดับดีเยี่ยม (เกรด A+)

ร้อยละ 36.61 ระดับปานกลาง (เกรด B) ร้อยละ 8.29 ยังต้องปรับปรุงและพัฒนา (เกรด C) ร้อยละ 0.35 ส่วนผลการประเมินศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในแต่ละจังหวัดจําแนกรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รายละเอียดผลการประเมินศักยภาพกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์

ลำดับ ที่	จังหวัด	กองทุน ทั้งหมด	เกรด A+	เกรด A	เกรด B	เกรด C	จำนวน กองทุนที่ ได้รับการ ประเมิน	ร้อยละ
1	ร้อยเอ็ด	203	53	76	12	0	141	24.35
2	ขอนแก่น	225	62	100	27	1	190	32.81
3	มหาสารคาม	143	46	80	4	1	131	22.63
4	กาฬสินธุ์	151	51	61	5	0	117	20.21
รวมทั้งหมด		722	212	317	48	2	579	100.00

จากตารางที่ 2 ผลการประเมินศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในแต่ละจังหวัด โดยทีมงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2555 ครั้งที่ 2 ที่ได้มีการบันทึกรายงานผลงานทางอินเตอร์เน็ต นั้น จังหวัดที่มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ได้รับการประเมินศักยภาพมากที่สุด คือ จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 32.81 รองลงมาคือ จังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 24.35 จังหวัดมหาสารคามร้อยละ 22.63 และ จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 20.21 ตามลำดับ

การดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ที่ผ่านมาได้ดำเนินการบริหารจัดการกองทุนตามวัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ดำเนินการ ดังนี้ 1) สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่นรวมทั้งสถานบริการทางเลือกในพื้นที่ 2) ส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

ตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด 3) สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชน หรือองค์กรประชาชนในพื้นที่จัดทำกิจกรรม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรคหรือฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ และ 4) สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ โดย แต่ละจังหวัดได้จัดทำแผนบูรณาการเชิงรุกงานเพื่อสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันเชิงรุก โดยเน้นการบริหารจัดการแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของ ภาคีสุขภาพทั้งระดับจังหวัด อำเภอและตำบล มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอทำหน้าที่เป็นผู้ชี้แจงแนว ทิศทางการดำเนินงาน ของกองทุน มีกระบวนการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็น แผนการใช้จ่ายงบประมาณเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคของแต่ละกองทุนจะต้อง ครอบคลุมภารกิจ 4 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 กิจกรรมการจัดซื้อบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

ประเภทที่ 2 กิจกรรมสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุขที่อยู่ใน ชุมชนท้องถิ่น

ประเภทที่ 3 กิจกรรมการก่อสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชน ท้องถิ่น

ประเภทที่ 4 กิจกรรมการบริหารกิจการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ รายงานสรุปผลการดำเนินการของกองทุน ในการจัดกิจกรรมประเภทที่ 1-4 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549- 2555 พบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่าย เขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ จัดกิจกรรมครอบคลุมภารกิจ โดยรวม ทุกประเภท จำนวน 49,045 กิจกรรม แยกเป็นกิจกรรมประเภทที่ 1 11,718 (ร้อยละ 23.89) กิจกรรม ประเภทที่ 2 10,457 กิจกรรม (ร้อยละ 21.32) ประเภทที่ 3 20,672 กิจกรรม (ร้อยละ 42.15) และ ประเภทที่ 4 6,198 กิจกรรม (12.64) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2555 : เว็บไซต์)

จากผลการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่าย เขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ แม้ว่าผลการบริหารจัดการกองทุนจะผ่าน เกณฑ์ประเมินศักยภาพของกองทุน ในระดับเกรด A+ เกรด A เกรด B แต่ยังมีกองทุน ที่อยู่ใน เกรด C ซึ่งยังต้องปรับปรุงและพัฒนาศักยภาพในการบริหารจัดการกองทุน โดยเฉพาะ การบูรณาการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในระดับพื้นที่ ซึ่งพบว่ายังขาด การบูรณาการและการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุนและผู้เกี่ยวข้องจากภาคส่วน ต่าง ๆ ในการบริหารจัดการกองทุนในระดับพื้นที่ ทำให้การนำนโยบายที่สำคัญไปปฏิบัติไม่

ครอบคลุม การบันทึกรายงานไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ครบถ้วน และการเบิกจ่ายงบประมาณตามแผนงาน/โครงการมีความล่าช้า รวมทั้งประธานกองทุนส่วนใหญ่เมื่อหมดวาระทำให้การทำงานล่าช้าไปด้วย

โดยสรุป จากการประมวลข้อมูลจากเอกสาร งานวิจัยและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ เพื่อนำรูปแบบที่ได้จากการศึกษามาปรับปรุงและวางแผนพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายการบริหารจัดการกองทุน อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในอันที่จะส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนให้มีสุขภาพะที่ดีขึ้นในอนาคตต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างทฤษฎีทางสังคมศาสตร์

1. ความหมายของทฤษฎี

นักวิชาการ ได้ให้ความหมายของทฤษฎี (Theory) ไว้ดังนี้

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2540 : 14) ให้ความหมายไว้ว่า “ทฤษฎี” โดยทั่วไป คือ คำอธิบายสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่ในทางวิทยาศาสตร์ ทฤษฎีเป็นคำอธิบายตามหลักเหตุผล แสดงความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่าง ๆ ของสิ่งนั้น หรือเรื่องนั้น อย่างมีระบบจนสามารถพยากรณ์สิ่งนั้นในอนาคตได้

เครสเวล (Creawel. 1994 : 82) ได้ให้ความหมายของทฤษฎีไว้ว่า ทฤษฎี คือ กลุ่มโครงสร้างของตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเพื่อบ่งบอกหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

จากที่นักวิชาการกล่าวมา จะพบว่า ความหมายของทฤษฎีที่หลายคนเสนอไว้ใกล้เคียงกัน พอสรุปได้ว่า “ทฤษฎี คือ ข้อความที่อธิบายปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งอันเป็นผลมาจากการศึกษาค้นคว้าด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งสามารถพิสูจน์ให้เห็นจริงและนำมาใช้เป็นแนวทางในการคาดคะเนหรือทำนายปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างถูกต้อง”

2. ที่มาของทฤษฎี

เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในโลก เพราะขาดความรู้และข้อมูล ไม่เพียงพอ มนุษย์จึงสร้างทฤษฎีขึ้น เพื่ออธิบายปรากฏการณ์เหล่านั้น และมีวัฒนาการมาเป็นลำดับ แสวง รัตนมงคลมาส (2534 : 87-88 ; อ้างถึงใน สนธยา พลศรี. 2545 : 130-132) ได้สรุปที่มาของทฤษฎีว่ามาจาก 2 แนวทาง ดังนี้

2.1 ทฤษฎีที่มาจากกระบวนการอุปมาน (Inductive Method)

มีบางคนเรียกว่า “วิธีอุปนัย” โดยในปี ค.ศ.1600 ฟรานซิส เบคอน (1561 – 1626X) ได้ค้นพบวิธีการแสวงหาความรู้ หรือข้อเท็จจริงวิธีหนึ่งและได้เรียกวิธีการเสาะแสวงหาความรู้วิธีนี้ว่า วิธีอุปมาน หรือ Baconian Induction ซึ่งเบคอน ได้แนวความคิดจากเรื่อง ที่เล่ากันว่า เมื่อปี ค.ศ. 1432 ได้มีการโต้เถียงกันระหว่างพระที่เข้ามาร่วมชุมนุมใน โบสถ์แห่งหนึ่งถึงเรื่องจำนวนฟันในปากม้า การโต้เถียงใช้เวลานานมาก ยึดเยื้อ ไปจนถึง 13 วัน ก็ยังหาข้อยุติไม่ได้ต่างฝ่ายต่างก็ไปค้นหาข้อเท็จจริงจากหนังสือต่าง ๆ และจดหมายเหตุต่าง ๆ จนทำให้ได้ความรู้แปลก ๆ และใหม่ขึ้นอีกมากมาย ครั้นวันที่ 14 พระบวชใหม่รูปหนึ่งได้เสนอแนะให้ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหลายไปตรวจดูจำนวนฟันในปากม้า เพื่อให้ได้คำตอบที่ถูกต้องจึงเป็นเหตุให้พระที่เข้าร่วมประชุม เหล่านั้น โกรธเคืองในความอวดดีของพระรูปนี้เป็นอันมาก จนถึงกับพร้อมใจกันรุมและจับพระองค์นี้เหวี่ยงออกไปจากที่ประชุมอย่างรุนแรง ทั้งนี้เพราะทุกคนเชื่อมั่นว่าพระองค์นั้น ได้ถูกป่าชานช่วยจนให้เห็นผิดเป็นชอบ จึงได้กล้าเสนอแนะ วิธีการหาความรู้ นอกถ่วงนอกทางจากที่บรรพบุรุษสั่งสอนไว้ หลังจากนั้นอีกหลายวันก็มีนกพิราบซึ่งพวกพระต่าง ๆ ถือว่าเป็นสัญลักษณ์แห่งสันติภาพตัวหนึ่งบินมาเกาะหลังคาโบสถ์ พระองค์หนึ่งในที่ประชุมจึงได้ลุกขึ้นกล่าวว่า ขอให้ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นจงดูเก็บไว้เป็นความลับต่อไป จากเรื่องเล่ามานี้แสดงให้เห็นว่าพระบวชใหม่องค์นี้ได้ค้นพบวิธีใหม่ในการเสาะแสวงหาความจริงอีกวิธีหนึ่ง โดยไม่ต้องอาศัยความเชื่อหรือคำบอกเล่าอย่างไร้เหตุผลจากวิธีการของพระองค์นี้เอง จึงได้กลายมาเป็นหลักขั้นพื้นฐานในการค้นหาความจริงต่าง ๆ ในยุคต่อมา

จากแนวคิดในเรื่องที่กล่าวมานี้ เบคอนจึงได้นำมาดัดแปลงเป็นวิธีการค้นหาความจริงแบบอุปมาน ซึ่งเป็นวิธีที่วิเคราะห์จากข้อเท็จจริงย่อย ๆ เสียก่อน (ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากปรากฏการณ์ จริง ๆ ก่อน) โดยการนำข้อเท็จจริงย่อย ๆ เหล่านี้มาจัดหมวดหมู่เสียใหม่ เพื่อพิจารณาดูว่ามีสิ่งใดบ้างเหมือนกัน มีสิ่งใดบ้างที่ต่างกันและสิ่งบ้างที่สัมพันธ์กัน จากกรณีวิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้สามารถสรุปเป็นความรู้ใหม่ทั่วไปได้

ข้อแตกต่างระหว่างการค้นหาความจริงตามวิธีอุปมานของฟรานซิส เบคอน
กับการค้นหาความจริงตามวิธีอนุมาน (Deductive method) ของอริสโตเติล อาจสังเกตได้จาก
ตัวอย่างต่อไปนี้

วิธีอุปมาน : จากการสังเกตกระต่ายแต่ละตัวมีปอด ดังนั้น กระต่ายทุกชนิด
มีปอด

วิธีอนุมาน : สัตว์เลี้ยงลูกด้วยน้ำนมทุกชนิดมีปอด กระต่ายทุกชนิดเลี้ยงลูก
ด้วยน้ำนม ดังนั้นกระต่ายทุกชนิดมีปอด

ทฤษฎีที่มาจากกระบวนการอุปมาน (Inductive processes) เป็นทฤษฎีที่
ได้มาจากข้อมูลรูปธรรม โดยมีกฎเกณฑ์ขั้นตอน ดังนี้ การเรียนรู้ประสบการณ์ การสรุปเป็น
ประสบการณ์บทเรียน การจัดระบบความเป็นเหตุเป็นผลของกลุ่มความคิด การตั้งสมมติฐาน
การตรวจสอบสมมติฐานกับข้อเท็จจริง และการตั้งเป็นทฤษฎี

ตัวอย่างของทฤษฎีที่มาจากกระบวนการอุปมาน คือ ทฤษฎีแรงโน้มถ่วงของ
โลก ซึ่งเกิดขณะที่ ไอแซ็ค นิวตัน นอนอยู่ใต้ต้นแอปเปิล แล้วเห็นลูกแอปเปิลสุกตกลงมา
ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวอย่างของทฤษฎีที่มาจากกระบวนการอนุมาน

กระบวนการ	ปรากฏการณ์
การเรียนรู้ประสบการณ์	ใบไม้ร่วงหล่นลงสู่พื้นดินเสมอ โยนวัตถุขึ้น บนท้องฟ้าจะตกลงสู่พื้นดินเสมอ
การสรุปเป็นประสบการณ์บทเรียน	วัตถุทุกประเภทจะร่วงหล่นหรือตกลงสู่ พื้นดิน
การจัดระบบความเป็นเหตุเป็นผลของกลุ่ม ความคิดอย่างเป็นระบบ	หาเหตุผลว่าทำไมทุกสิ่งทุกอย่างจึงตกลงสู่ พื้นดิน
การตั้งสมมติฐาน	วัตถุมีน้ำหนักจะตกจากที่สูงลงสู่ที่ต่ำหรือลงสู่ ที่พื้นดินเสมอ
การตรวจสอบสมมติฐานกับข้อเท็จจริง	ทดสอบสมมติฐานกับข้อเท็จจริงว่าสอดคล้อง กันหรือไม่
การตั้งเป็นทฤษฎี	ถ้าผลการทดสอบสมมติฐานกับข้อเท็จจริงมี ความสอดคล้องกันก็ตั้งเป็นทฤษฎี

แนวความคิดในการแสวงหาคำความรู้โดยวิธีอนุมานเป็นที่มาของ
แนวความคิดหลักของวิธีวิทยาการวิจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ (สุภางค์
จันทวานิช, 2542 : 7)

2.2 ทฤษฎีที่มาจากกระบวนการอนุมาน (Deductive method)

มีบางคนเรียกว่า “วิธีนิรนัย” เป็นการหาข้อเท็จจริงโดยวิธีการใช้เหตุผล
นับว่าเป็นวิธีค้นหาข้อเท็จจริงที่เชื่อถือได้อย่างหนึ่ง อริสโตเติล ได้ชื่อว่าเป็นคนแรกที่ค้นพบ
วิธีการหาข้อเท็จจริงแบบนี้ เรียกว่า วิธีอนุมาน หรือ Syllogistic method หรือ Aristotelian
deduction วิธีอนุมานนี้ ประกอบด้วย ข้อเท็จจริงใหญ่ (Major premise) ซึ่งถือเป็นเหตุการณ์ที่มี
ความจริงอยู่แล้วภายในตัวของมันเองและข้อเท็จจริงย่อย (Minor premise) เกี่ยวข้องกับกรณี
เฉพาะที่สัมพันธ์กับข้อเท็จจริงใหญ่ โดยการนำไปประยุกต์และลงข้อสรุป (Conclusion) เช่น

ข้อเท็จจริงใหญ่ : ทุกคนเกิดมาแล้วต้องตาย

ข้อเท็จจริงย่อย : นายแดงเกิดมาเป็นคน

ดังนั้น ข้อสรุป : นายแดงต้องตาย

จะเห็นว่าการสรุปจะมีความเที่ยงตรงเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับความเที่ยงตรง
ของข้อเท็จจริงใหญ่และข้อเท็จจริงย่อย ถ้าหากข้อเท็จจริงใหญ่ขาดความเที่ยงตรงหรือ
ข้อเท็จจริงย่อยขาดความเที่ยงตรง คือ ถ้านายแดงไม่ใช่คนหรือทั้งข้อเท็จจริงใหญ่และ
ข้อเท็จจริงย่อยขาดความเที่ยงตรงที่เชื่อถือได้ก็จะทำให้ข้อสรุปขาดความเที่ยงตรงไปด้วย
ข้อบกพร่องของวิธีอนุมานที่ อริสโตเติล กิดขึ้นนี้อยู่ที่ข้อเท็จจริงย่อยที่นำมาประยุกต์นั้น
มีความสัมพันธ์กับข้อเท็จจริงใหญ่เพียงใด ดังนั้นผู้ที่จะนำวิธีอนุมาน ไปใช้ถ้าหากขาดความรู้
เกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้แล้วก็อาจทำให้ได้ข้อสรุปผิดพลาดได้

อย่างไรก็ดี วิธีหาเหตุผลแบบอนุมานนี้ก็ยังคงนับว่าเป็นประโยชน์ต่อวิธีการ
วิจัยอยู่มาก เพราะเราใช้วิธีนี้เชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและการสังเกตซึ่งช่วยให้นักวิจัยสามารถ
อนุมานจากทฤษฎีว่าควรจะทำการศึกษาหรือเก็บข้อมูลอะไรบ้าง และนอกจากนี้ยังช่วยให้
สามารถอนุมานจากทฤษฎีว่าควรจะต้องตั้งสมมติฐานอะไรบ้าง เป็นต้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ
การวิจัย

ทฤษฎีที่มาจากกระบวนการอนุมาน (Deductive process) เป็นทฤษฎีที่ได้มา
จากข้อสรุปนามธรรมไปสู่ข้อเท็จจริงที่เป็นรูปธรรมแล้วนำมาตั้งเป็นทฤษฎี โดยมีกระบวนการ
ที่สำคัญ 4 ขั้นตอน คือ ข้อสรุปนามธรรม การตั้งสมมติฐาน การตรวจสอบสมมติฐานกับ
ข้อเท็จจริง และการตั้งเป็นทฤษฎี

ตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบกระบวนการอุปมานและกระบวนการอนุมานในเรื่อง ทฤษฎีแรงโน้มถ่วงของโลก ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตัวอย่างกระบวนการอนุมานในเรื่อง ทฤษฎีแรงโน้มถ่วงของโลก

กระบวนการ	ปรากฏการณ์
ข้อสรุปนามธรรม	แรงโน้มถ่วงของโลกมีผลทำให้วัตถุที่มีน้ำหนักตกลงสู่พื้นดินหรือจากที่สูงลงสู่ที่ต่ำ
การตั้งสมมติฐาน	วัตถุที่มีน้ำหนักจะตกลงสู่พื้นดินหรือจากที่สูงลงสู่ที่ต่ำเสมอ
การตรวจสอบสมมติฐานกับข้อเท็จจริง	สังเกตใบไม้ พบว่า ร่วงหล่นจากต้นลงสู่พื้นดินทุกครั้ง โยนวัตถุขึ้นไปในท้องฟ้า วัตถุตกลงมาบนพื้นดินทุกครั้ง
การตั้งทฤษฎีเป็นกฎเกณฑ์	ผลการตรวจสอบสมมติฐานสอดคล้องกับข้อเท็จจริง คือ วัตถุที่นำมาตรวจสอบตกลงสู่พื้นดินจึงสามารถตั้งเป็นทฤษฎีหรือกฎเกณฑ์ได้

แนวความคิดในการแสวงหาคำความรู้โดยวิธีอนุมาน เป็นที่มาของแนวความคิดหลักของวิธีวิทยาศาสตร์ที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ การวิจัยเชิงปริมาณ (สุภางค์ จันทวานิช, 2542 : 7)

อาจสรุปได้ว่า กระบวนการอุปมานเป็นการสร้างทฤษฎีหรือกฎ โดยการเก็บข้อมูลย่อย ๆ หลาย ๆ กรณีซึ่งอาจใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การสังเกต การทดลอง การใช้เครื่องมือต่าง ๆ ตามความเหมาะสม แล้วนำข้อมูลย่อย ๆ เหล่านั้นมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และสรุปเป็นทฤษฎีหรือกฎตามลำดับ ส่วนกระบวนการอนุมานเป็นการกำหนดทฤษฎีขึ้นมาก่อน แล้วหาข้อมูลต่าง ๆ มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ เพื่อสนับสนุนความถูกต้องของทฤษฎีที่ตั้งไว้

2.3 ทฤษฎีที่มาจากวิธีอนุมานและอุปมาน (Deductive-inductive Method)

ชาร์ล ดาร์วิน (Charles Darwin) ได้นำวิธีอนุมานของอริสโตเติลและวิธีอุปมานของฟรานซิสเบคอนเข้ามารวมกัน เรียกว่า Deductive-inductive method การหาข้อเท็จจริงตามวิธีใหม่นี้ก่อนอื่นจะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลในปัญหาที่จะศึกษาเสียก่อน แล้วใช้วิธีอุปมานสร้างสมมติฐาน หรือทำการเดาคำตอบจากข้อมูลเหล่านั้น เมื่อได้สมมติฐานแล้วก็ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงกับความรู้อันเชื่อถือได้อีกครั้งหลังจากได้แก้ไขปรับปรุงสมมติฐานที่ได้เรียบร้อยแล้ว ก็ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลมาเพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของสมมติฐานจนถึง

ระดับที่ยอมรับได้ วิธีนี้นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของวิธีการทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ (Modern scientific method) ซึ่งจะช่วยให้มองเห็นแนวทางการแก้ปัญหาต่าง ๆ ทางวิทยาศาสตร์ ได้มากขึ้น

3. ระดับของทฤษฎี

ระดับ หรือขอบเขตการอธิบายของทฤษฎี ความหมายของคำนี้มีความลึกและแยกย่อยได้หลายมิติ โดยทั่วไปแล้วสามารถแบ่งอย่างหยาบ ๆ เป็น 2 กลุ่ม คือ ทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ และทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ โดยทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์จะมีความแม่นยำ (Precise) ในการอธิบายเหตุการณ์หรืออธิบายปรากฏการณ์ทางวิทยาศาสตร์ได้สูงมากจนแทบไม่มีข้อผิดพลาด ซึ่งต่างจากทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ที่มีความสามารถในการอธิบาย การทำนายปรากฏการณ์ทางสังคมได้ถูกต้องน้อยกว่า โดยในตัวทฤษฎีทางสังคมศาสตร์เองก็ยังมีระดับ หรือขอบเขตการอธิบายของทฤษฎีที่แตกต่างกันไป เครสเวล (Creswel. 1994 : 83) ได้แบ่งทฤษฎีออกเป็น 3 ระดับ คือ

3.1 ทฤษฎีที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ขนาดใหญ่ (Grand Theory)

เช่น ทฤษฎีอธิบายวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิตของชาร์ล ดาร์วิน ทฤษฎีอธิบายการเพิ่มของประชากรของมัลธัส ทฤษฎีอธิบายการเปลี่ยนแปลงประชากรยุคต่าง ๆ ทฤษฎีอธิบายลำดับขั้น ความต้องการของมนุษย์ของมาส โลว์ ทฤษฎีอธิบายระดับพัฒนาการทางสติปัญญาของมนุษย์ช่วงอายุต่าง ๆ ของเพียเจต์ เป็นต้น ซึ่งทฤษฎีเหล่านี้สามารถนำไปอธิบายได้อย่างกว้างขวางครอบคลุมขอบเขตทุกชาติทั่วทั้งโลก

3.2 ทฤษฎีที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ขนาดปานกลาง (Middle-Range Theory)

เป็นทฤษฎีที่อธิบายปรากฏการณ์ได้ในขอบเขตที่กว้างขวางปานกลางไม่ครอบคลุมขอบเขตทั้งโลก

3.3 ทฤษฎีที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์เฉพาะพื้นที่ (Substantive Theory)

เป็นทฤษฎีที่สามารถนำมาอธิบายปรากฏการณ์ได้เฉพาะเจาะจงในกลุ่มประชากรเล็ก ๆ หรืออธิบายปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ หรือบางที่เรียกว่า ทฤษฎีฐานราก ทฤษฎีรากหญ้า ทฤษฎีติดดิน (Grounded theory)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการหาคำอธิบายปรากฏการณ์ การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อย

แก่นสารสินธุ์ ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ ดังนั้นจึงถือได้ว่าเป็นการสร้างทฤษฎีที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์เฉพาะพื้นที่เท่านั้น

4. วิธีการสร้างทฤษฎีทางสังคมศาสตร์

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2536 : 18-30) เสนอว่า การสร้างทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ อาจทำได้ 3 วิธี คือ

4.1 การวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎี (Research-Then-Theory)

4.1.1 เป็นการสร้างทฤษฎีทางสังคมศาสตร์โดยการศึกษาวิจัยแล้วนำผลการวิจัยมาสร้างเป็นทฤษฎี ดังนี้

- 1) คัดเลือกปรากฏการณ์ที่จะศึกษาแล้วบันทึกลักษณะต่างๆ ของปรากฏการณ์นั้น
- 2) ตรวจสอบวิเคราะห์หาลักษณะทุกอย่างของปรากฏการณ์นั้น ในสถานที่ต่าง ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- 3) ค้นหากระบวนการหรือแบบแผน ที่เป็นระบบจากผลการวิเคราะห์ข้างต้นว่ามีสิ่งใดที่น่าสนใจพอใจที่จะศึกษาต่อไปอีก
- 4) เมื่อพบกระบวนการหรือแบบแผนที่เป็นระบบสำคัญจากข้อมูลนั้นแล้ว จึงจัดรูปแบบทางทฤษฎีขึ้น

การวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎี เป็นการนำวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในทางสังคมศาสตร์ โดยเริ่มต้นจากปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการทราบ ต้องการคำตอบ และเก็บข้อมูลสนามเพื่อนำมาวิเคราะห์เนื้อหา ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือปัจจัยต่างๆ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ปรากฏออกมาเสมอๆ เรียกว่า แบบแผนที่เป็นระบบ แล้วนำแบบแผนที่เป็นระบบนี้มาประกอบกันเข้าเป็นทฤษฎี

4.1.2 การวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎีนี้มีเงื่อนไขที่สำคัญ คือ

- 1) ทฤษฎีที่จะสร้างจะต้องไม่มีตัวแปรหรือความคิดรวบยอดมากนัก เพราะจะทำให้เกิดความสับสน ไม่สามารถสร้างทฤษฎีได้ เนื่องจากจะเกิดความยุ่งยากในการเก็บข้อมูล และการวัดลักษณะต่างๆ หรือตัวแปรต่างๆ
- 2) จะต้องมีแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นระบบ และไม่มาก เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลไม่ยุ่งยาก สามารถแสดงให้เห็นเหตุและตัวของความสัมพันธ์นั้น โดยง่าย

3) การวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎีนี้ขึ้นอยู่กับสมมติฐานที่ว่า ในสภาวะที่เป็นจริงนั้น มีแบบแผนแท้จริงตามธรรมชาติอยู่แล้ว หน้าที่ของนักสังคมศาสตร์เพียงแต่พยายามค้นหาแบบแผนธรรมชาติเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม การวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎีก็มีจุดอ่อนบางประการ ที่สำคัญคือปรากฏการณ์แต่ละปรากฏการณ์มีตัวแปรเกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดวิสัยที่ผู้สร้างทฤษฎีจะนำมาบรรจุไว้ในทฤษฎีของตน และไม่สามารถนำมาหาความสัมพันธ์ได้หมดทุกตัวแปร สิ่งที่ทำได้ คือประมวลตัวแปรเฉพาะสิ่งที่เห็นว่าสำคัญ แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรบางตัวที่เห็นว่าน่าจะสำคัญ ทำให้ทฤษฎีไม่มีความสมบูรณ์และไม่สามารถนำวิธีที่ใช้สร้างทฤษฎีมาเป็นแบบอย่างได้ เพราะหลักเกณฑ์ที่นำมาใช้นั้นเป็นหลักเฉพาะตัวหรืออัตวิสัย (Subjective) ไม่เป็นหลักวัตถุวิสัย (Objective) ซึ่งเป็นหลักสากลอันยอมรับกัน โดยทั่วไป

แต่ก็มีข้อดีของการวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎีอยู่เหมือนกัน คือเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการสร้างทฤษฎีประเภทที่เป็นกฎซึ่งเป็นทฤษฎีระดับสูง มีความเป็นจริงทุกเวลาและสถานที่ จึงสามารถนำมาใช้อธิบายปรากฏการณ์ได้โดยทั่วไป

4.2 การสร้างทฤษฎีก่อนแล้วตรวจสอบด้วยการวิจัย (Theory-Then-Research)

4.2.1 เป็นการใช้อุบายหรือความคิดของตนเองสร้างทฤษฎีขึ้นมาก่อน แล้วจึงทดสอบญาณของตนกับโลกแห่งความเป็นจริง ด้วยการเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical data) ดังนี้

- 1) คิดทฤษฎีขึ้นมาให้ชัดเจนมากที่สุด กะทัดรัดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- 2) คัดเลือกข้อความข้อใดข้อหนึ่งมาทดสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์
- 3) ออกแบบเค้าโครงการวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์มา

ทดสอบข้อความที่คัดเลือกไว้แล้ว

4) ทดสอบข้อความนั้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ หากไม่สอดคล้องกันก็ดัดแปลงรูปแบบเค้าโครงการวิจัย หรือดัดแปลงทฤษฎีแล้วทำการเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์หรือทำการวิจัยใหม่

5) ถ้าหากข้อความของทฤษฎีสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ หรือข้อมูลเชิงประจักษ์ยืนยันความถูกต้องของทฤษฎี ก็เลือกข้อความอื่นของทฤษฎีที่ได้สร้างไว้มาทดสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ต่อไปอีก ทำเช่นนี้เรื่อยไปจนทดสอบข้อความทุกข้อความในทฤษฎีจนหมด เป็นอันเสร็จสิ้นการสร้างทฤษฎี

4.2.2 ปัญหาที่สำคัญของการสร้างทฤษฎีก่อนแล้วตรวจสอบด้วยการวิจัย มีปัญหาสำคัญอยู่ที่การเลือกข้อความในทฤษฎี เพื่อนำมาทดสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งอาจแก้ปัญหาโดยใช้หลักเกณฑ์ต่อไปนี้

1) เลือกข้อความที่คิดว่าน่าจะถูกต้องมากที่สุดมาทดสอบก่อน เพราะถ้าพบว่าผิดจะได้ไม่ต้องทดสอบข้อความอื่นของทฤษฎีต่อไป ทำให้ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย

2) เลือกข้อความที่คาดว่าน่าจะผิดมากที่สุดมาทดสอบก่อน เพื่อลดจำนวนข้อความที่ไม่มั่นใจให้น้อยลง หรือปรับปรุงดัดแปลงให้ดียิ่งขึ้นเสียก่อน แล้วค่อย ๆ ทดสอบข้อความที่มีความมั่นใจมากขึ้น

3) สมมติฐานสำคัญในการสร้างทฤษฎีคือ โลกแห่งความเป็นจริงไม่ได้มีแบบหรือกฎเกณฑ์ตามธรรมชาติอย่างใดอย่างหนึ่งตายตัวอยู่ นักสังคมศาสตร์ต้องสร้างกฎเกณฑ์ หรือแบบแผนเหล่านั้นขึ้นมาอธิบายเรื่องราวในโลกแห่งความเป็นจริงนั้น เพื่อสร้างกฎเกณฑ์หรือทฤษฎีแล้วทดสอบกับ โลกแห่งความเป็นจริงนั้น โดยเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์มาทำการทดสอบ ถ้าถูกต้องก็ยึดถือเป็นทฤษฎีต่อไป ถ้าหากไม่ถูกต้องก็ต้องสร้างทฤษฎีขึ้นใหม่แล้วทำการทดสอบใหม่อีกจนกว่าจะเป็นทฤษฎีที่ถูกต้อง ในปัจจุบันการสร้างทฤษฎีใหม่มีความจำเป็นมาก เพราะเหตุการณ์และสภาวะแวดล้อมของโลกเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การสร้างทฤษฎีจึงไม่มีวันเสร็จสิ้น

จุดอ่อนของการสร้างทฤษฎีก่อนแล้วจึงตรวจสอบด้วยการวิจัย คือนักทฤษฎีจะเริ่มสร้างทฤษฎีเป็นเค้าโครงหยาบ ๆ ไม่เต็มรูปแบบและไม่เป็นแบบแผนทั่วไปแล้วเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์มาทดสอบบางส่วนของทฤษฎี ในขณะที่เดียวกันก็จะคัดเลือกความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรบางตัวหรือบางคู่ที่เห็นว่าสำคัญ ซึ่งไม่เป็นไปตามแบบแผนทั่วไป

แต่ก็มีข้อดีของการสร้างทฤษฎีก่อนแล้วตรวจสอบด้วยการวิจัย คือ มีประสิทธิภาพและเหมาะสมสำหรับการสร้างทฤษฎีประเภทที่เป็นความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลต่อกันของตัวแปรต่าง ๆ (Axiomatic or causal process) เพราะสามารถคัดเลือกความสัมพันธ์ของตัวแปรบางคู่เท่านั้น มาทดสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย

4.3 การสร้างทฤษฎีแบบผสมผสาน (Composite approach)

เป็นผลสืบเนื่องจากการสร้างทฤษฎีทั้ง 2 วิธี คือ การทำวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎี และการสร้างทฤษฎีก่อนแล้วตรวจสอบด้วยการทำวิจัยมีทั้งจุดอ่อนและข้อดี การสร้างทฤษฎีทั้ง 2 วิธีการจึงมีข้อที่ต้องระมัดระวังหลายประการและง่ายต่อความผิดพลาดที่เกิดขึ้น วิธีการที่สามารถป้องกันแก้ไขและทำให้มีความมั่นใจมากขึ้น คือ การนำเอาข้อดีของทฤษฎีทั้งสองมารวมกัน เรียกว่าการสร้างทฤษฎีแบบผสมผสาน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

4.3.1 ขั้นค้นหา (Exploratory) เป็นขั้นตอนที่ผู้สร้างทฤษฎีทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งอย่างกว้าง ๆ เพื่อหาแนวความคิดหรือปัจจัยสำคัญของปรากฏการณ์นั้น และหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการวิจัยในขั้นตอนต่อไป

4.3.2 ขั้นพรรณนา (Descriptive) เป็นการบรรยายความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ได้จากขั้นตอนแรก ระหว่างตัวแปรหนึ่งคู่หรือหลายคู่ในรูปของหลักทั่วไปเชิงประจักษ์ (Empirical generalization) ซึ่งเป็นที่ยอมรับในความถูกต้องของนักวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์

4.3.3 ขั้นอธิบาย (Explanatory) เป็นการสร้างทฤษฎีที่สามารถอธิบายหลักทั่วไปเชิงประจักษ์ที่ได้จากขั้นตอนที่สอง ซึ่งจะมีลักษณะเป็นวัฏจักรหมุนเวียนกันหลายครั้ง คือ

- 1) การสร้างทฤษฎี
- 2) การทดสอบทฤษฎี
- 3) การปรับปรุงทฤษฎี คือ การกลับไปเริ่มสร้างทฤษฎีในขั้น 1) อีกครั้ง

หมุนเวียนไปจนได้ทฤษฎีที่ต้องการ

5. วิธีการสร้างทฤษฎีในการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา 4 ข้อ โดยที่วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1- 2 เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และศึกษาระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ส่วนวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 3-4 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และนำเสนอรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ นั้นเป็นการศึกษาในเชิงการสร้างทฤษฎีระดับพื้นฐาน ซึ่งจัดอยู่ในจำพวกทฤษฎีที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์เฉพาะพื้นที่ (Substantive theory) เฉพาะเจาะจงในกลุ่มประชากรเล็ก ๆ หรืออธิบายปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ หรือ เรียกว่า ทฤษฎีฐานราก ทฤษฎีรากหญ้า ทฤษฎีติดดิน (Grounded theory) เพื่อหาคำอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และ

นำเสนอรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการสร้างทฤษฎีจากหลาย ๆ คน เช่น สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2536. 14-35); เสตริาส์ และคอร์บิน (Strauss and Corbin. 197 : 12-19); บอร์นสเต็ด และ โน้ค (Bohrstedt and Knoke. 1988 : 71-83); วอลเลซ (Wallace. 1969 : 335-350) จึงได้กำหนดกรอบแนวความคิดในการสร้างทฤษฎีดังกล่าวขึ้น โดยเลือกเอาวิธีการสร้างทฤษฎีแบบผสมผสาน (Composite approach) ระหว่าง 2 วิธีการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกใช้วิธีอุปมาน (Deductive) ซึ่งเป็นวิธีการสร้างทฤษฎีที่เริ่มศึกษาทบทวนจากทฤษฎี เอกสาร และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งใช้การพิจารณานึกคิดไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลว่าตัวแปรปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้อง หรือองค์ประกอบของปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และ ความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ซึ่งวิธีดังกล่าวนี้ทำให้ได้ “ข้อสมมติฐานเชิงทฤษฎี” หรือ “ประพจน์” (Theoretical proposition) ขึ้นมาจำนวนหนึ่งเป็นทฤษฎีชั่วคราวที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์

ขั้นตอนที่ 2 เลือกใช้วิธีอุปมาน (Inductive) ซึ่งเป็นวิธีการสร้างทฤษฎีจากการสังเกตปรากฏการณ์หรือข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยกำหนดวิธีวิจัยเชิงคุณภาพออกเก็บข้อมูลโดยการติดตาม สังเกต สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ในจังหวัดขอนแก่น และมหาสารคาม จำนวน 20 คน เพื่อสืบเสาะหาลักษณะร่วมของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง องค์ประกอบของปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการนำข้อสมมติฐานเชิงทฤษฎีดังกล่าวมาปรับเป็น “สมมติฐานเชิงปฏิบัติการ” (Operational hypotheses) แล้วสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทดสอบทฤษฎีชั่วคราวที่สร้างขึ้นกับ การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ประกอบด้วย จังหวัดร้อยเอ็ดขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ จำนวน 280 กองทุน โดยผู้วิจัยกำหนดวิธีวิจัยเชิงปริมาณเพื่อพิสูจน์สมมติฐานเชิงทฤษฎี ซึ่งจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อยืนยันพิสูจน์ว่าทฤษฎี

ชั่วคราวข้อใดมีความถูกต้อง (Verified) และทฤษฎีชั่วคราวข้อใดถูกหักล้างว่าไม่ถูกต้อง ไม่เป็นจริง (Falsified) ก็จะถูกตัดออกไป เหลือเฉพาะสมมติฐานเชิงทฤษฎีที่ตรวจสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์แล้วพบว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อนำมาเป็นทฤษฎีตัวจริงที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ต่อไป ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 วงจรการวิจัยเพื่อการสร้างทฤษฎีในการวิจัยครั้งนี้

ที่มา : ปรับปรุงจาก วอลเลซ (Wallace. 1969 : 7)

5.1 คุณลักษณะของทฤษฎีพื้นฐานหรือทฤษฎีรากหญ้า ที่ผู้วิจัยต้องการสร้างขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ได้แนวคิดส่วนหนึ่งมาจาก สเตร้าส์ และคอร์บิน (Strauss and Corbin. 1997 : 12-14) ซึ่งได้กล่าวถึงคุณลักษณะของทฤษฎีรากหญ้าว่าควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

5.1.1 สามารถที่จะนำมาใช้วิเคราะห์และอธิบายสถานการณ์หรือปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นได้

5.1.2 สามารถที่จะนำมาใช้ทำนาย คาดการณ์แนวโน้มของเหตุการณ์ปรากฏการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

5.1.3 ทฤษฎีพื้นฐานมุ่งสร้างขึ้นมาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์มากกว่าที่จะมุ่งทดสอบ (Test) ทฤษฎีที่มีมาก่อนแล้ว

5.2 โดยแนวทางในการสร้างทฤษฎีพื้นฐานตามข้อเสนอแนะของ สเตร์วีส และ คอรับีน (Strauss and Corbin. 1997 : 17-19) ซึ่งได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการสร้างทฤษฎีพื้นฐาน หรือทฤษฎีรากหญ้าว่า “การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องนำมาใช้ศึกษาให้ได้ ข้อมูลต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้ในการสร้างทฤษฎี” โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้

5.2.1 มีความจำเป็นต้องลงไปดูข้อมูล ข้อเท็จจริงเบื้องต้นในภาคสนามเพื่อค้นหาความจริงที่ดำเนินไปในปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้สร้างทฤษฎีต้องการหาคำอธิบายปรากฏการณ์นั้น

5.2.2 ศึกษา ทบทวนองค์ความรู้ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (The relevance of theory) และข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (Grounded in data) เพื่อนำมาพัฒนาองค์ความรู้พื้นฐานที่จะนำมาอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นนั้น

5.2.3 พิจารณาความสลับซับซ้อน (Complexity) และความหลากหลาย (Diversity) ของปรากฏการณ์ในกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มคน

5.2.4 พิจารณาความเชื่อมั่นที่บุคคลแสดงออกในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา

5.2.5 ศึกษาความจริงที่บุคคลปฏิบัติอย่างมีความหมาย

5.2.6 ทำความเข้าใจและนิยามความหมายของปรากฏการณ์ทางสังคมที่ศึกษาอย่างรอบคอบ ลึกซึ้งถึงปฏิสัมพันธ์ (Interactions) ของตัวแปรต่าง ๆ

สเตร์วีส แนะนำให้ใช้คำถามมาก ๆ ใช้การสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ ตลอดจนการสังเกตอย่างลุ่มลึก เพื่อที่จะนำข้อมูลต่าง ๆ มาสร้างกรอบความคิดที่ได้จากการประมวลสิ่งต่าง ๆ เข้าด้วยกัน (Conceptualizing) โดยพยายามลด (Reducing) ตัวแปรที่คาดว่าจะไม่เกี่ยวข้องออกไป และจัดระบบระเบียบ (Elaborating) ความคิดรวบยอดต่าง ๆ ในรูปของสมมติฐาน (Proposition) โดยแสดงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของตัวแปรต่าง ๆ (Relating) ในเชิงเหตุและผล (Causal relationship) แล้วนำมาสร้างเป็นทฤษฎีพื้นฐานขึ้นมาอธิบาย ปรากฏการณ์ต่าง ๆ (Explanation about phenomena) โดยต้องใช้เหตุผล (Logic) ใช้ความคิดสร้างสรรค์ และคิดอย่างเป็นระบบพร้อม ๆ กันในการสร้างทฤษฎีขึ้นมา (Be systematic and creative simultaneously)

ตัวแปรในการวิจัย รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์

ตัวแปรในการวิจัย รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ
ท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ประกอบด้วย

1. ตัวแปรที่ได้มาโดยการศึกษาทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และวิธีวิจัยเชิง
คุณภาพจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

การวิจัยครั้งนี้ ถือได้ว่าเป็นวิธีการสร้างทฤษฎีแบบผสมผสาน (Composite
approach) ระหว่าง 2 วิธีการ คือการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง
การศึกษา เพื่อหาตัวแปรอิสระและตัวแปรต้นกลางที่ปรากฏในเอกสารงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้
ก่อนนั้น ถือได้ว่าเป็นแนวคิดสำคัญของการสร้างทฤษฎีแบบอุปมาน (Deductive) ที่ให้
ความสำคัญกับทฤษฎี แนวคิด ประสบการณ์และองค์ความรู้เดิมที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วและ โดยวิธี
วิจัยเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในพื้นที่ เพื่อให้ได้ตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการ
บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเป็นแนวคิดการสร้างทฤษฎีแบบ
อุปมาน (Inductive) ซึ่งเป็นวิธีการสร้างทฤษฎีจากการสังเกตปรากฏการณ์หรือข้อเท็จจริงที่
เกิดขึ้น แล้วนำมากำหนดความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรต้นกลางตามลำดับ
การเกิดขึ้นก่อนหลังของตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสาร
สินธุ์ ซึ่งจากการศึกษาโดยตรงจริง ๆ นั้นมีค่อนข้างน้อยมาก ดังนั้นในการศึกษาเอกสารและ
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงมักจะเป็นเรื่องที่มีลักษณะ ใกล้เคียง ีความเทียบเคียง โดยเหตุและผล
ว่าตัวแปรนั้นน่าจะมีความเกี่ยวข้อง และน่าจะนำมาศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลใน
การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัด
ร้อยแก่นสารสินธุ์ ซึ่งมีปรากฏตัวแปรปัจจัยที่นำมาศึกษาดังต่อไปนี้

1.1 ปัจจัยด้านผู้นำ

1.1.1 ความหมายของผู้นำ

เป็นที่ยอมรับกันว่า ผู้นำ (Leader) เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งประการหนึ่งต่อ
ความสำเร็จขององค์กร ทั้งนี้ เพราะผู้นำมีภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบ โดยตรงที่จะต้อง

วางแผนสั่งการดูแล และควบคุมให้บุคลากรขององค์การปฏิบัติงานต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้ความหมายของผู้นำ และความเป็นผู้นำ ดังนี้

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ (2540 : 7-8) ได้ศึกษารวบรวมผลงานของบุคคลต่าง ๆ ไว้ ได้สรุปความหมาย ของผู้นำ คือ บุคคลที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งใน 5 อย่างต่อไปนี้ 1) มีบทบาทและมีอิทธิพลต่อคนในหน่วยงานมากกว่าผู้อื่น 2) มีบทบาทเหนือบุคคลอื่น 3) มีบทบาทที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้หน่วยงานบรรลุเป้าหมาย และ 4) ได้รับเลือกจากผู้อื่นให้เป็นผู้นำ และ 5) เป็นหัวหน้าของกลุ่ม

โดยกล่าวว่า คุณลักษณะความเป็นผู้นำ ได้แก่ 1) การมีความรับผิดชอบ 2) มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จ 3) มีความแข็งแรง 4) มีความเพียรพยายาม 5) รู้จักเสี่ยง 6) มีความคิดริเริ่ม 7) มีความเชื่อมั่นในตนเอง 8) มีความสามารถที่จะจัดการกับความเครียด 9) มีความสามารถที่จะมีอิทธิพล (Influence) ต่อคนอื่น และ 10) มีความสามารถที่จะประสานพลังทั้งหลายเพื่อการทำงานให้สำเร็จ

วิภาดา คุปตานนท์ (2544 : 237) กล่าวว่า ผู้นำ หมายถึง บุคคลที่มีความสามารถในการที่จะทำให้องค์การดำเนินไปอย่างก้าวหน้าและบรรลุเป้าหมาย โดยการใช้อิทธิพลเหนือทัศนคติและการกระทำของผู้อื่น

ผู้นำอาจจะเป็นบุคคลที่มีตำแหน่งอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้ ซึ่งเรามักจะรับรู้เกี่ยวกับผู้นำที่ไม่เป็นทางการอยู่เสมอ เนื่องจากบุคคลนั้นมีลักษณะเด่นเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้สมาชิกแสดงพฤติกรรมที่มีน้ำหนักและเป็นเอกภาพ โดยเขาจะใช้ภาวะผู้นำในการปฏิบัติการและอำนวยความสะดวกโดยใช้กระบวนการติดต่อสัมพันธ์กัน เพื่อมุ่งบรรลุเป้าหมายของกลุ่ม (มัลลิกา ต้นสอน. 2544 : 47)

พรนพ พุกกะพันธุ์ (2544 : 1) กล่าวว่า ผู้นำ หมายถึง บุคคลที่จะมาประสานช่วยให้คนทั้งหลาย รวมกัน โดยที่ว่าจะเป็นการอยู่รวมกันก็ตามหรือทำการร่วมกันก็ตาม ให้พากันไปด้วยดีสู่จุดหมายที่คิดงาม

สรินทรรัตน์ มุสิกการยกุล (2548 : 15) กล่าวว่า ผู้นำ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้าในกลุ่มหรือในองค์กรนั้น หรือ ไม่ได้รับการแต่งตั้งก็ตาม แต่เป็นผู้มีอิทธิพลเหนือกว่าบุคคลอื่น มีบทบาทในการนำกลุ่มไปสู่จุดหมายที่วางไว้ เป็นผู้ที่ประสานงานอันเกี่ยวกับกิจกรรมของกลุ่มเพื่อส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลง การสรรหาของกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนและส่งเสริมการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มให้ดำเนินไปด้วยดี

สุเทพ พงศ์ศรีวัฒน์ (2548 : 2) ได้กล่าวว่า ผู้นำคือ บุคคลที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งอาจโดยการเลือกตั้งหรือแต่งตั้ง และเป็นที่ยอมรับของสมาชิกให้มีอิทธิพลและบทบาทเหนือกลุ่ม สามารถที่จะจูงใจชักนำหรือชี้นำให้สมาชิกของกลุ่มรวมพลังเพื่อปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ของกลุ่มให้สำเร็จ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2550 : 196) ได้ให้ความหมายของผู้นำว่า หมายถึง บุคคลที่ทำให้องค์การประสบความสำเร็จและบรรลุผลสำเร็จ โดยใช้อิทธิพลจูงใจผู้อื่นให้ปฏิบัติตาม นอกจากนี้แล้วผู้นำยังมีส่วนทำให้เกิดวิสัยทัศน์ขององค์การและพนักงาน รวมทั้งผู้นำที่สามารถใช้อิทธิพลต่าง ๆ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมเพื่อนำกลุ่มประกอบกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง

ส่วนความเป็นผู้นำ เป็นศิลปะที่จำเป็นและสำคัญยิ่งต่อผู้บริหารที่จะนำองค์การไปสู่ความสำเร็จ ผู้นำเป็นผู้ตัดสินใจกำหนด วางแผน และรับผิดชอบต่อความอยู่รอดและพัฒนาการขององค์การ

เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร (2552 : 29) สรุปความหมาย ผู้นำว่า หมายถึง บุคคล ส่วนความเป็นผู้นำ หมายถึง การใช้กระบวนการของความสามารถของบุคคลใช้อิทธิพลของตนในการชักชวน ชี้นำหรือชักจูงผู้อื่นให้ร่วมมือร่วมใจกับตนในการปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่ง

ดูบริน (Dubrin. 1998 : 45 ; อ้างถึงใน รังสรรค์ ประเสริฐศรี. 2544 : 12) กล่าวถึงผู้นำว่า เป็นบุคคลที่ทำให้องค์การเจริญก้าวหน้าและบรรลุผลสำเร็จ โดยเป็นผู้ที่มีบทบาทแสดงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นผู้ได้บังคับบัญชา หรือเป็นบุคคลที่ก่อให้เกิดความมั่นคงและช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่ม

เมื่อผู้นำ มีความสำคัญต่อการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพมาก นักวิชาการหลายท่านจึง ได้ทบทวนศึกษาเรื่องผู้นำกันเป็นจำนวนมาก จนก่อให้เกิดแนวคิดและทฤษฎีที่มองในมุมที่แตกต่างกันมากมาย เช่น ทฤษฎีคุณลักษณะของผู้นำ เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับลักษณะเฉพาะตัวของผู้นำ โดยเชื่อว่าผู้นำย่อมมีคุณสมบัติที่แตกต่างไปจากบุคคลทั่วไป (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. 2550 : 196) ส่วนมาลินี จุฑารพ (2541 : 11) กล่าวว่า ผู้นำย่อมมีลักษณะพิเศษโดยกำเนิด ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ส่วนใหญ่จะพิจารณาที่บุคลิกภาพอันมีลักษณะเด่น 4 ประการ คือ 1) ความเฉลียวฉลาด จากการศึกษาพบว่า สติปัญญา ความรู้ความสามารถกับสถานการณ์การเป็นผู้นำนั้นมักจะมีความสัมพันธ์กัน 2) วุฒิภาวะทางสังคม ผู้นำต้องมีลักษณะเป็นผู้ใหญ่ วางตัวดี พูดน้อย ฟังมากและมีความอดทน ควบคุมอารมณ์

ได้ดี 3) มีความมุ่งมั่น และมีแรงขับทางด้านความสำเร็จ ผู้นำต้องมีไฟแรงเสมอจึงจะนำพาองค์กรได้ และ 4) มีมนุษยสัมพันธ์ ผู้นำต้องเก่งและเข้ากับคนได้ทุกระดับ ทุกประเภท มีความคล่องตัว

จากการสำรวจลักษณะของผู้นำที่มีชื่อเสียงพบว่า ผู้นำที่มีประสิทธิผลสูงสุด โดยทั่วไปจะมีลักษณะฉลาดกระตือรือร้น ตื่นตัวกับความต้องการของบุคคลอื่นเข้าใจงานมีทักษะในการติดต่อสื่อสารที่ดี มีความคิดริเริ่ม ชอบแก้ปัญหา มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความรับผิดชอบ มีตำแหน่งสำคัญ และมีลักษณะเด่น

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ผู้นำกองทุนจะผู้นำท้องถิ่น คือ บุคคลที่ช่วยให้ผู้อื่นหรือชุมชนได้มีการตกลงกัน และพยายามหาทางให้ประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้พฤติกรรมของผู้นำท้องถิ่นจะมีอิทธิพลเหนือประชาชนในท้องถิ่นนั้น อันจะก่อให้เกิดการร่วมมือกันทำงาน โดยมุ่งความสำเร็จของกองทุนเป็นสำคัญ

ผู้นำกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในการการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้นำโดยการแต่งตั้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามระเบียบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยตำแหน่ง คือนายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นประธานคณะกรรมการ ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น นั้น ๆ ตั้งอยู่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553 : 1) โดยตำแหน่ง คือนายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบลที่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น นั้น ๆ ตั้งอยู่ เป็นผู้มีอำนาจหรืออิทธิพลสามารถชักจูงคนในชุมชนได้เนื่องจากได้รับเลือกตั้งโดยตรงมาจากประชาชนในท้องถิ่นให้มาทำหน้าที่ในการบริหารเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล โดยส่วนใหญ่แล้วกองทุนที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานผู้นำจะเป็นผู้ที่คณะกรรมการบริหารกองทุนมีความไว้วางใจ เชื่อมั่นและเป็นที่ยอมรับของประชาชนในชุมชน/ท้องถิ่นนั้น ๆ เป็นอย่างดี

จากนักวิชาการทั้งหลาย ได้ให้ความหมายของผู้นำ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัย สรุปว่า ผู้นำ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการยอมรับหรือมอบหมายให้เป็นผู้ นำ เป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลหรือต่อกลุ่มเพื่อปฏิบัติการกิจต่าง ๆ ของกลุ่มให้สำเร็จ ส่วนความเป็นผู้นำ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการ โน้มน้าว ชักชวน ชักจูงหรือชี้แนะให้บุคคลหรือกลุ่มยอมรับปฏิบัติตามความคิดเห็น หรือความต้องการของตนหรือเต็มใจและยินดีที่จะทำงานให้สำเร็จผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยความพึงพอใจ

ดังนั้น ในการวิจัย รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ครั้งนี้ จึงได้กำหนดตัวแปรปัจจัยด้านผู้นำกองทุน จะ ต้องมีความเสถียรกล้าเสี่ยง กล้าสู้จนถึงที่สุด รวมทั้งผู้นำจะต้องมีทักษะ มีความรู้ และมีวิสัยทัศน์กว้างไกล ถ้าการเสถียรคือคุณธรรม ทักษะความรู้และวิสัยทัศน์ คือ ความสามารถ จึงสรุปได้ว่าต้องเป็นผู้ที่มีคุณธรรมและความสามารถในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

1.1.2 การวัดปัจจัยด้านผู้นำ เนื่องจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นกองทุนที่ตั้งขึ้น โดยเจตนารมณ์เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน ภาคประชาชน และหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ที่มีบทบาทหน้าที่และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาคุณลักษณะของผู้นำที่ดี และเครื่องมือวัดผู้นำที่อยู่ในระดับชุมชน/ท้องถิ่นเพื่อประกอบการวัดตัวแปรปัจจัยด้านผู้นำที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้

เคนฮ้าง บุญเทศ (2544 : 20) กล่าวว่า คุณลักษณะของผู้บริหารและผู้นำนั้นจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถรอบตัว โดยเฉพาะด้านภาษาและสังคมศาสตร์ มีคุณธรรมจริยธรรม มีวิสัยทัศน์กว้างไกล สามารถนำหลักวิชาการและสภาพแวดล้อมมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการบริหารงานอย่างสอดคล้องกลมกลืนกัน เพื่อให้งานที่บริหาร ไปสู่เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพดี สุขภาพแข็งแรง จิตใจมั่นคง เชื่อมั่นในตนเอง ไม่อ่อนไหวต่อปัญหาและอุปสรรค มีอิทธิพลดี มีความเมตตาปรานีต่อผู้ใต้บังคับบัญชา และสามารถเป็นที่พึ่งของเพื่อนร่วมงานได้

รังสรรค์ ประเสริฐศรี (2544 : 35-40) ได้กล่าวถึงผู้นำที่มีประสิทธิภาพ มักจะมีคุณลักษณะ ที่แตกต่างไปจากบุคคลธรรมดา ซึ่งประกอบด้วย คุณลักษณะด้านบุคลิกภาพทั่วไป เป็นคุณลักษณะที่สามารถสังเกตได้ทั้งภายในและภายนอก ซึ่งจะสัมพันธ์กับความสำเร็จและความพอใจทั้งชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว ได้แก่ ความเชื่อมั่นในตนเอง การสร้างความไว้วางใจได้ ลักษณะเด่นเป็นคนกล้าแสดงออก มีการแสดงออกที่เหมาะสม มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความกระตือรือร้น มีอารมณ์ขัน อ่อนน้อมหรือมีความเอื้ออารี มีความอดทนสูงต่อความตึงเครียด รู้จักตนเองและมีวัตถุประสงค์ในการทำงาน และคุณลักษณะด้านบุคลิกภาพที่สัมพันธ์กับงาน เป็นคุณลักษณะด้านบุคลิกภาพที่แน่นอนของผู้นำที่มีประสิทธิผลและก่อให้เกิดความสำเร็จในการทำงาน ได้แก่ มีความคิดริเริ่ม มีความเข้าใจอารมณ์และความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ความสามารถในการยืดหยุ่นได้ ความสามารถในการปรับตัว มีสภาพการควบคุมภายในตนเอง มีความกล้าหาญและความสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม

นิภาภรณ์ จงวุฒิเวศย์ (2553 : 64-73) ได้สร้างเครื่องมือวัดความเป็นผู้นำของผู้บริหารชุมชนออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการเสียสละในการปฏิบัติงาน ด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหาของกลุ่ม ด้านความสามารถในการติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง ด้านการมีวิสัยทัศน์ไกล ด้านความรู้ในการประกอบธุรกิจ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด

สนธิศักดิ์ สร้อยผาบ (2547 : 145) ได้สร้างเครื่องมือวัดความเป็นผู้นำของผู้บริหารชุมชนออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความซื่อสัตย์ ด้านความเสียสละ ด้านความรู้ความสามารถของผู้นำและด้านความคิดริเริ่ม มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด

ในการวัดตัวแปรความเป็นผู้นำของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะใช้ คุณลักษณะผู้นำของ เคนหวัง บุญเทศ (2544 : 20) และ รังสรรค์ ประเสริฐศรี (2544 : 35-40) ประกอบกับเครื่องมือการวัดของ นิภาภรณ์ จงวุฒิเวศย์ (2553 : 64-73) มาปรับใช้ซึ่งครอบคลุมคุณสมบัติของผู้นำ คือ ด้านการเสียสละในการปฏิบัติงาน ด้านความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงาน ด้านความคิดริเริ่มในการปฏิบัติงาน ด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน ด้านความสามารถแก้ไขปัญหาในการบริหารจัดการกองทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องได้ดี และเป็นผู้มีวิสัยทัศน์กว้างไกล มีความรู้ในปรับปรุงและพัฒนาการบริหารจัดการกองทุน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด

1.1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิลเนตร ศรีพลังและคณะ (2554 : เว็บไซต์) ศึกษาระดับชมรมอภิบาลและปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับชมรมอภิบาลของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ในองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ในองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 368 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการปฏิบัติตามหลักชมรมอภิบาลอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะผู้นำ ความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ทางปกครองและกระบวนการบริหารของคณะกรรมการบริหารกองทุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับชมรมอภิบาลของคณะกรรมการบริหารกองทุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของระดับชมรมอภิบาลของคณะกรรมการบริหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยทำนายได้ร้อยละ 46.7 จากผลการวิจัยพบว่า คณะกรรมการบริหาร

กองทุนส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติตามหลัก ธรรมาภิบาลอยู่ในระดับสูง ยกเว้นในด้าน หลักการมีส่วนร่วมที่คณะกรรมการบริหารกองทุนส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ ควรเปิด โอกาสให้ประชาชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานของกองทุน โดยการสำรวจความคิดเห็น ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ในการจัดทำแผนงานหรือ โครงการต่าง ๆ ของกองทุนฯ ประชาชนสามารถเข้ามาตรวจสอบ การดำเนินงานของกองทุนได้ เพื่อให้การดำเนินงานของกองทุนสอดคล้องกับความต้องการ หรือความจำเป็น

รัชณี สรรเสริญ และคณะ (2553 : 110) คุณภาพการดำเนินงานระบบ หลักประกันสุขภาพในชุมชน : บทเรียนรู้จากไทย ผลจากการดำเนินงานกองทุนฯ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นมีความตื่นตัว มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ในการพัฒนาชุมชนเพิ่มมากขึ้น เช่น มีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพชุมชนที่ชัดเจนขึ้น ประชาชนมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานพัฒนาสุขภาพของชุมชนมากขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนในการช่วยส่งเสริมการ ดำเนินงานของกองทุนฯ และตื่นตัวเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างไรก็ตามรูปแบบและวิธีการประเมินผลการดำเนินงาน ยัง ไม่มีเป็น รูปธรรมชัดเจน ตลอดจนพลังความเข้มแข็งของชุมชนยังไม่ถึงระดับที่มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานที่สำคัญคือ

- 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและทีมงาน มีความเข้าใจในระบบหลักประกันสุขภาพ
- 2) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และประชาชนในพื้นที่ และ 3) ภาวะผู้นำของนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ

1.2 ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น

1.2.1 ความหมายของความรู้ ความเข้าใจ

1) คำว่า “ความรู้” นั้นมีผู้ศึกษาหลายท่าน ได้กล่าวไว้ดังนี้

ศรันย์ ชูเกียรติ (2541 : 14) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับองค์ความรู้ใน องค์กร หมายถึง ความรู้ในการกระทำบางสิ่งบางอย่าง (Know how หรือ How to) ที่เกิดอย่างมี ประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลที่กิจการอื่น ๆ ไม่สามารถจะกระทำ ได้ ซึ่งถือเป็นทรัพย์สิน ทางปัญญาที่มีความสำคัญในการสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขัน รวมทั้งทำให้ธุรกิจ สามารถดำรงอยู่ได้ในระยะยาว ความรู้ เป็นความคิดรวบยอด หมายถึง ข้อมูล การศึกษา

การถ่ายทอด ความคิดเห็น การเรียนรู้ และสิ่งเร้าทางสมอง ปัจจุบัน เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายว่า การจัดการความรู้ที่คืบหน้ามาซึ่งการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดผลดีต่อองค์กรโดยรวม

อักษร สวัสดิ์ (2542 : 26) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความรู้ว่าเป็น พฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนรู้ที่เพียงแต่เกิดความจำได้ โดยอาจจะเป็นการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น การได้ยิน การจำ ความรู้ ในขั้นนี้ คือ ความรู้ เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และวิธี แก้ไขปัญหา ส่วนความเข้าใจอาจแสดงออกมาในรูปของทักษะด้าน “การแปล” ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการเขียนบรรยายเกี่ยวกับข่าวสารนั้น ๆ โดยใช้คำพูดของตนเอง และ “การให้ ความหมาย” ที่แสดงออกมาในรูปของความคิดเห็นและยังรวมถึงความสามารถในการ “คาดคะเน” หรือการคาดหมายว่าจะเกิดอะไรขึ้น

น้ำทิพย์ วิภาวิน (2547 : 85) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้ เป็นผลที่มาจาก การเรียนรู้ เกิดจากความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ เป็นความสามารถในการระลึกรู้ออก ในสิ่งที่ได้เรียนรู้มาแล้ว ความรู้ที่แต่ละบุคคลมี หรืออีกหมายหนึ่งคือ ความรู้รอบตัว และความรู้ในแต่ละสาขาวิชาชีพความรู้ที่องค์กรสร้างขึ้น หรือต้องการใช้ในการพัฒนาองค์กรให้ดีขึ้น คือ ความรู้ใหม่ที่มีความจำเป็นต้องมีวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของคนให้เพิ่มพูนอยู่เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสวงหาความรู้โดยการอ่าน และการคิด

ธนพล สัมครการ (2550 : 9) ได้ให้ความหมายของคำว่า ความรู้ ว่าเป็นการรับรู้ความจำ และความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ เกิดจาก ประสบการณ์หรือทัศนคติ ซึ่งประกอบขึ้นจากความรู้ ต่าง ๆ ที่ เคยได้ เรียนมา เกี่ยวกับลักษณะของสิ่งนั้น ๆ โดยมีการบวกกับการตีค่าของสิ่งนั้น ๆ กับความรู้ที่มีอยู่

กูด (Good. 1973 : 325) ได้ให้ ความหมายของความรู้ว่า เป็น ข้อเท็จจริง (Fact) ความจริง (Truth) กฎเกณฑ์ และข้อมูล ที่มนุษย์ ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้ จากการมวลประสบการณ์ต่าง ๆ

บลูม (Bloom. 1974 : 137) ได้กล่าวว่า ความรู้ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะหรือ ระลึกถึงวิธี ขบวนการต่าง ๆ ระลึกถึงแบบ โครงสร้าง วัตถุประสงค์ ในด้านความรู้ที่เน้นในเรื่องของขบวนการทางจิตวิทยา ความจำเป็นและขบวนการเชื่อมโยง เกี่ยวกับการจัดระเบียบใหม่

ดาเวนพอร์ต และพรุสแซ็ค (Davenport and Prusak. 1998 : 2) ให้ความหมายเกี่ยวกับ ความรู้ คือ กรอบของการประสานประสานระหว่างประสบการณ์ ค่านิยม

ความรู้ และความรู้แจ้งอย่างแท้จริง เป็นการผสมผสานที่ให้กรอบสำหรับการประเมินค่า และการนำเอาประสบการณ์กับสารสนเทศใหม่ ๆ มาผสมเข้าด้วยกัน และถูกนำไปประยุกต์ เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคลที่รู้ สำหรับในแง่ขององค์กรนั้น ความรู้มักจะสั่งสมในรูปแบบ เอกสาร หรือเพิ่มเก็บเอกสารต่าง ๆ รวมไปถึงสั่งสมอยู่ในการทำงาน อยู่ในกระบวนการ อยู่ใน การปฏิบัติงาน และอยู่ในบรรทัดฐานขององค์กร ซึ่งความรู้จะเกิดจากสารสนเทศ และ สารสนเทศจะเกิดจากข้อมูล

ดรัคเกอร์ (Drucker. 2007 : 451) ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้ คือ ทรัพยากรที่สามารถนำมากำหนดยุทธศาสตร์ที่ทำให้แต่ละบุคคลหรือแต่ละองค์กรนั้น ได้มีข้อ ได้เปรียบในการแข่งขันอย่างยั่งยืน

นฤมล พุกขศิลป์ และพัชรา หาญเจริญกิจ (2543 : 64) ได้กล่าวไว้ ว่าเมื่อมีการนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวันหรือองค์กรต่าง ๆ จะเห็นว่า มีความเกี่ยวเนื่องกัน อย่างแยกไม่ออกเพราะองค์กรนั้นดำเนินการด้วยคน รวมกับการใช้เครื่องมือเครื่องใช้ และ อุปกรณ์ต่าง ๆ ตามสภาพขององค์กร เพื่อให้เกิดผลผลิตที่ต้องการ ดังนั้น การที่จะจัดการความรู้ ให้บรรลุผลตามเป้าหมายนั้น ควรประกอบด้วยเหตุผล 3 ประการ ดังนี้ 1) เพื่อพัฒนางานให้มี คุณภาพ และสัมฤทธิ์ผลยิ่งขึ้น 2) เพื่อการพัฒนาคน หมายถึง พัฒนาผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ บุคลากรทุกระดับ และ 3) เพื่อการพัฒนาฐานความรู้ ขององค์กรหรือหน่วยงาน เป็นการเพิ่มพูน ทุนความรู้หรือทุนปัญญาขององค์กร ซึ่งจะช่วยให้องค์กรมีศักยภาพในการฟันฝ่าอุปสรรค ความยากลำบาก หรือความไม่แน่นอนในอนาคตได้ ดังนั้น การพิจารณาเพื่อนำลักษณะของ ความรู้มาใช้ในองค์กรต่าง ๆ นั้นจำเป็นต้องทราบว่า ลักษณะของความรู้ นั้น

2) คำว่า “ความเข้าใจ” นั้นมีผู้ศึกษาหลายท่าน ได้กล่าวไว้ดังนี้

2.1) ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นขั้นตอนต่อออกมาจาก ความรู้ โดยเป็นขั้นตอนที่จะมีการที่จะต้องมีการใช้ความสามารถของสมองและทักษะในขั้นที่ สูงขึ้นจนถึงในระดับที่เกี่ยวกับการสื่อความหมายซึ่งอาจเป็น ไปได้หรือไม่ ซึ่งจะเป็นในลักษณะ ใช้ปาก ข้อมเขียน ภาษา หรือการใช้ลักษณะ ซึ่งมักจะเกิดหลังจากที่บุคคลได้รับข่าวสารต่าง ๆ และจะเป็นในลักษณะในการฟัง การเห็น การได้ยินหรือจากการเขียนแล้วมีการแสดงออกมา ในรูปของการใช้ทักษะหรือการแปลความหมายต่าง ๆ เช่น การบรรยายข่าวสารที่ได้ยินได้ฟัง ในรูปของการพูดของแต่ละบุคคลหรือการแปลความหมายในทางภาษาอื่น (มาโนช เวชพันธ์. 2532 : 15 – 16)

2.2) ความรู้ ความเข้าใจ ในพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้กลุ่มพุทธพิสัย (Cognitive domain) เป็นความสามารถและทักษะในทางด้านสมองในการที่จะคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ และยังสามารถที่จะแยกย่อยออกได้ 6 ระดับ ดังนี้ (ธนพล สมักรการ. 2550 : 9)

2.2.1) ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจำหรือการระลึกได้ ซึ่งจะรวมไปถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ที่แต่ละบุคคลได้รับรู้มา

2.2.1.1) ความรู้เฉพาะเรื่อง เฉพาะอย่าง เป็นการระลึกถึงสารสนเทศในส่วนย่อยต่าง ๆ เฉพาะอย่างที่ได้แยกได้โดด ๆ

2.2.1.2) ความรู้เกี่ยวกับคำศัพท์ หรือเกี่ยวกับความหมายของคำ

2.2.1.3) ความรู้เกี่ยวกับความจริงเฉพาะอย่าง เช่น รู้เกี่ยวกับวัน เดือน ปี เหตุการณ์ สถานที่ เป็นต้น

2.2.1.4) ความรู้เกี่ยวกับวิถีทาง หรือวิธีดำเนินงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ

2.2.1.5) ความรู้เกี่ยวกับเรื่องระเบียบ วินัย แบบแผนประเพณี

2.2.1.6) ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้มและระดับเหตุการณ์ก่อนหลัง

2.2.1.7) ความรู้เกี่ยวกับการแยกประเภทและการจัดหมวดหมู่

2.2.1.8) ความรู้เกี่ยวกับกฎเกณฑ์

2.2.1.9) ความรู้เกี่ยวกับระเบียบและกระบวนการ

2.2.1.10) ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและ

โครงสร้างต่าง ๆ

2.2.1.11) ความรู้เกี่ยวกับหลักการและข้อสรุปทั่วไป

2.2.1.12) ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง

2.2.2) ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความหรือการตีความหมายการขยายความเกี่ยวกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ยังสามารถแยกออกได้ 3 ลักษณะ คือ

2.2.2.1) การแปลความหมาย การจับในความให้ถูกต้องและยังเกี่ยวกับสิ่งที่สื่อความหมายหรือจากภาษาในการสื่อสาร

2.2.2.2) การตีความหมายเป็นการอธิบายความหมายหรือสรุปเรื่องราวโดยในลักษณะการจัดระเบียบใหม่รวบรวมเรียบเรียงเนื้อหาใหม่

2.2.2.3) การขยายความหรือการขยายเนื้อหาที่เกินกว่าขอบเขตที่รู้

2.2.3) การนำไปใช้ (Application) เป็นความหมายในการนำสาระความรู้ต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง หรือเป็นการใช้ความเป็นธรรมในสถานการณ์รูปธรรม

2.2.4) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกสื่อความหมายไปสู่หน่วยย่อย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญหรือเป็นส่วน ๆ เพื่อให้ได้ลำดับชั้นความคิด ความสัมพันธ์ การวิเคราะห์ก็เพื่อมุ่งจะให้สื่อความหมายที่มีความชัดเจนยิ่งขึ้น และยังสามารถจำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ

2.2.4.1) การวิเคราะห์ส่วนประกอบ เป็นการชี้ให้เห็นถึงหน่วยต่าง ๆ ที่เป็นส่วนประกอบที่อยู่ในสิ่งที่สื่อความหมาย

2.2.4.2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ จะเป็นในลักษณะการแยกการประสานหรือความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สื่อความหมาย

2.2.4.3) การวิเคราะห์หลักการในเชิงการจัดการดำเนินงาน เป็นการชี้ให้เห็นถึงระบบการจัดการและวิธีการรวบรวมองค์ประกอบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน

2.2.5) การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการนำหน่วยต่าง ๆ หรือส่วนต่าง ๆ เข้าเป็นเรื่องเดียวกัน เพื่อสร้างแบบแผนหรือ โครงสร้างที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ซึ่งจำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ

2.2.5.1) การสังเคราะห์ข้อความเป็นการผูกข้อความขึ้น โดยจากการพูดหรือการเขียน เพื่อสื่อความคิดความรู้สึก หรือประสบการณ์ไปยังผู้อื่น

2.2.5.2) การสังเคราะห์แผนงาน เป็นการพัฒนาหรือการเสนอแผนการทำงานที่สอดคล้องกับความต้องการของงานที่ได้รับมอบหมายหรือมีการคิดขึ้นเอง

2.2.5.3) การสังเคราะห์ความสัมพันธ์เป็นการพัฒนาหรือการสร้างความสัมพันธ์ เชิงนามธรรมขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องจำแนกหรืออธิบายข้อมูลหรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ จากข้อความเบื้องต้น

2.2.6) การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของเนื้อหา วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการไม่ว่าจะเป็นเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพที่

สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นกฎเกณฑ์หรือเป็นตัวกำหนด จำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การประเมินตามกฎเกณฑ์ภายใน และการประเมินตามกฎเกณฑ์ภายนอก

2.3) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยคณะกรรมการบริหารกองทุน จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยสรุปในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2553 : 1-58)

2.3.1) เป้าหมายการดำเนินงานและ โครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

2.3.2) แนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

2.3.3) แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2.3.4) แนวทางสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน

2.3.5) แนวทางการดำเนินงานคณะกรรมการบริหารระบบ

หลักประกันสุขภาพ

2.3.6) แนวทางการจัดทำบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ท้องถิ่น

2.3.7) การติดตามประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

จากที่นักวิชาการทั้งหลาย ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ สรุปได้ว่า ความรู้ ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการระลึกรู้สิ่งใดในสิ่งที่ได้เรียนรู้มาแล้ว ความรู้ที่แต่ละบุคคลมี หรืออีกหมายหนึ่งคือ ความรู้รอบตัว และความรู้ในแต่ละสาขาวิชาชีพความรู้ที่องค์กรสร้างขึ้น หรือต้องการใช้ในการพัฒนาองค์กรให้ดียิ่งขึ้น โดยสามารถนำความรู้ที่ตนได้ประสบหรือรับรู้มารวมถึงวิธีดำเนินงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะไปดัดแปลงปรับปรุงเพื่อที่จะให้สามารถจับใจความหรือตีความอธิบายหรือทำการเปรียบเทียบข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นได้

ดังนั้น ในการวิจัย รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ครั้งนี้ จึงได้กำหนดตัวแปรปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สรุปได้ว่า เป็นความรู้ ความเข้าใจ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบถูกและผิด คือ

1) เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลที่ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องมี

ความประสงค์เข้าร่วม บริหารจัดการและมีความพร้อมในการอุดหนุนเงินหรืองบประมาณตาม อัตราที่กำหนด 2) องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่ได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องมีการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในพื้นที่มาก่อนแล้วและมีการจัดทำแผนและดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของภาคีต่าง ๆ ในพื้นที่ 3) กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยด้วย โรคเรื้อรังในพื้นที่ เป็นกลุ่มเป้าหมาย หลักของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 4) วัตถุประสงค์ของกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น คือ เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชาชนในพื้นที่ 5) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในอัตรา 40 บาทต่อหัวประชากรในพื้นที่ 6) เงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพ คือ เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจาก สปสช. เงินอุดหนุนจาก อบต. หรือเทศบาล เงิน สมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน และ รายได้อื่น ๆ ที่ได้รับจากกิจกรรมของกองทุน หลักประกันสุขภาพ 7) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นได้รับเงินจากกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าบัญชีเป็นก้อนใหญ่ปีละครั้ง 8) กองทุนหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติได้คิดค่าหัวประชากรให้แก่ประชากรแฝงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ดำเนินการกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในอัตราที่เท่ากับประชากรเดิมในพื้นที่ 9) เงินที่ได้รับจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาจากเงินหมวดค่ารักษาพยาบาลของหน่วยบริการ สุขภาพในพื้นที่ 10) เงินสมทบของ อบต. ขนาดเล็กต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของค่าบริการ สาธารณสุขที่ได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 11) เงินสมทบของเทศบาลหรือ อบต. ขนาดใหญ่ ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้จากกองทุนหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ 12) เงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหากใช้ไม่หมดสามารถ เก็บไว้ใช้ได้ในปีต่อไปได้ 13) เงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นสามารถ นำมาใช้เพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพได้โดยไม่เกินร้อยละ 10 ของ ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในปีงบประมาณนั้น 14) คณะกรรมการบริหารกองทุนกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นมีการแต่งตั้งใหม่ทุก ๆ 2 ปี 15) นายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหาร ส่วนตำบลจะได้รับการแต่งตั้งให้เป็นประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ 16) สมาชิกสภาเทศบาลหรือสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 3 คน จะได้รับการแต่งตั้งให้เป็นกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

17) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นสามารถพิจารณาสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ 18) คณะกรรมการบริหารกองทุน มีอำนาจหน้าที่ รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้เป็นไปตามที่ นายก อบต. หรือ นายกเทศมนตรี กำหนด 19) คณะกรรมการบริหารกองทุน มีอำนาจหน้าที่ จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับและจ่ายเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ เพื่อเสนอ สปสข. และ อบต. หรือเทศบาล ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี 20) หากกองทุนหลักประกันสุขภาพใด ไม่มีเงินสมทบจาก อบต. หรือเทศบาล หรือไม่มีกิจกรรมใด ๆ ต่อเนื่อง ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป สปสข. อาจประกาศยุบเลิกกองทุนหลักประกันสุขภาพนั้นได้

1.2.2 การวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

การวัดความรู้เป็นการวัดทางด้านสมรรถภาพสมองด้านการระลึกออกของความจำหรือเป็นการวัดเกี่ยวกับเรื่องราวที่เคยมีประสบการณ์ หรือเคยรู้เห็นและที่ได้กระทำมาก่อนแล้วทั้งสิ้น ซึ่งผู้ที่จะเป็นการกระทำวัดสามารถใช้เครื่องมือที่มีลักษณะเป็นคำถามได้ ลักษณะคำถามอาจมีความแตกต่างกันไปตามสถานการณ์หรือตามประสบการณ์ที่มีความรู้หรือความจำ

1) เครื่องมือในการวัดความรู้มี หลายชนิด แต่ ละชนิดก็ เหมาะสมกับการวัดความรู้ตามลักษณะซึ่งแตกต่างกันออกไป ซึ่งในที่นี้ จะกล่าวถึงเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ที่นิยมใช้กันมากคือแบบวัด (Test) แบบวัดหรือข้อสอบถือว่าเป็นสิ่งเร้า เพื่อนำไปเร้าผู้ ถูกสอบให้ แสดงอาการตอบสนองออกมาด้วยพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การพูด เขียน ทำท่าทาง ฯลฯ เพื่อให้ สามารถสังเกตเห็นหรือสามารถนับจำนวนปริมาณได้ เพื่อนำไปแทนอันดับเกณฑ์หรือคุณลักษณะของบุคคลนั้น รูปแบบของข้อสอบหรือแบบทดสอบมี 3 ลักษณะ คือ (ไพศาล หวังพานิช. 2543 : 35-36)

1.1) ข้อสอบปากเปล่า เป็นการสอบโดยได้ ตอบคำถามด้วยวาจาหรือคำพูดระหว่างผู้ทำการสอบกับผู้ถูกสอบโดยตรง หรือบางครั้งเรียกว่า “การสัมภาษณ์”

1.2) ข้อสอบข้อเขียน ซึ่งแบ่งเป็น 2 แบบ คือ แบบความเรียง เป็นแบบที่ต้องการให้ผู้ ตอบอธิบาย บรรยาย ประพันธ์หรือวิจารณ์ เรื่องราวที่ เกี่ยวกับความรู้นั้น และแบบจำกัดคำตอบ เป็นข้อสอบที่ ให้ ผู้ถูกสอบพิจารณาเปรียบเทียบตัดสินข้อความหรือรายละเอียดต่าง ๆ ซึ่งมี อยู่ 4 แบบ คือ แบบถูก - ผิด แบบเติมคำ แบบจับคู่ และแบบเลือกตอบ

1.3) ข้อสอบภาคปฏิบัติ เป็นข้อสอบที่ไม่ ต้องการให้ ผู้ถูกสอบ
ตอบสนองออกมาด้วยคำพูดหรือการเขียนเครื่องหมายใด แต่มุ่งแสดงพฤติกรรมด้วยการกระทำ
จริงจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ ชำรงต้น

2) การวัดความรู้ไว้ว่าเป็นการวัดความรู้เกี่ยวกับศัพท์และนิยาม หรือคำ
แปลของเครื่องหมายในรูปภาพ ตัวย่อ หรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ คืออะไรมีความหมายทั่วไป
หรือความหมายเฉพาะว่าอย่างไรมีคุณสมบัติอะไร แยกได้ ดังนี้ (ชนพล สมักรการ. 2550 : 15)

2.1) การวัดความรู้เกี่ยวกับกฎและความจริง คือ การวัดว่า มีสูตร
มีกฎเกณฑ์ มีความจริง ข้อเท็จจริงเรื่องราว ใจความ หรือเนื้อความสำคัญ ๆ ได้มีการพิสูจน์หรือ
การยอมรับแล้วว่าเป็นอย่างไร

2.2) การวัดความรู้ในวิธีการดำเนินการ คือการวัดความจำ หรือ
กระบวนการและแบบแผนวิธีทำงานของเรื่องราวต่าง ๆ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่ามีที่มาอย่างไร
ใช้วิธีการใดมีการดำเนินการเป็นขั้นตอนอย่างไร มิได้มุ่งที่จะวัดถึงการนำไปปฏิบัติกันมา
อย่างไร และเข้าใจอย่างไร

2.3) การวัดความรู้เกี่ยวกับระเบียบแผน คือการวัดค่า แบบแผน
แบบฟอร์มตามจารีตประเพณี ที่เคยปฏิบัติกันมาอย่างไร

2.4) การวัดความรู้เกี่ยวกับลำดับชั้นและแนวโน้ม คือการวัดความรู้
ในเหตุการณ์ต่าง ๆ มีความเคลื่อนไหว ไหม้เพียงในทางใดทางหนึ่ง ตามลำดับเวลาอย่างไร
และเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก่อนหรือหลังและมีการดำเนินการเป็นขั้น ๆ เรียงติดต่อกันมาอย่างไร

2.5) การวัดความรู้เกี่ยวกับการจำแนกประเภท คือ การวัดที่เกี่ยวกับการ
การจัดประเภทสิ่งของเรื่องราวเหตุการณ์ต่าง ๆ ตามประเภท ตามชนิด ตามลำดับก่อนหลังเป็น
อย่างไร

2.6) การวัดความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ คือ การวัดความจำในกฎเกณฑ์
หรือหลักการต่าง ๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัย และตรวจสอบข้อเท็จจริงต่าง ๆ ว่าจำได้หรือไม่ และ
ควรใช้กฎเกณฑ์หรือหลักการใด

2.7) การวัดความรู้เกี่ยวกับวิธีดำเนินงาน คือ การวัดค่า การได้
ผลลัพธ์ต่าง ๆ ต้องมีการใช้เทคนิคอะไร มีวิธีปฏิบัติอย่างไร มีกระบวนการและกรรมวิธีการ
ต่าง ๆ ที่ใช้พิสูจน์หรือหาความจริงนั้น ๆ ว่าจะมีการดำเนินการอย่างไร

2.8) การวัดความรู้เกี่ยวกับความรู้รวบยอดในเนื้อเรื่อง คือ การวัด
ความจำของข้อสรุปหรือหลักการใหญ่ ๆ ของเนื้อหาได้หรือไม่อย่างไร

สรุป การวัดความรู้ความเข้าใจ หมายถึง วิธีดำเนินการเกี่ยวกับการจัดประเภทสิ่งของเรื่องราวเหตุการณ์ต่าง ๆ ตามประเภท ตามชนิด ตามลำดับก่อนหลังเป็นอย่างไร ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ ที่เกิดจากการอ่าน การได้ฟัง การอบรม หรือกระบวนการเรียนการสอน ของแต่ละบุคคลที่จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมให้ปรากฏให้สังเกตได้ และวัดได้

3) ดังนั้น ในการวิจัย รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ครั้งนี้ จึงได้กำหนดตัวแปรปัจจัยด้าน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ประชาชน คณะกรรมการและเลขานุการกองทุนจะต้องรู้และเข้าใจ และบทบาทหน้าที่ รวมทั้งการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตำบล รวมทั้งภารกิจด้านการบริหารจัดการกองทุน ให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามลักษณะวัดความรู้ ความเข้าใจ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูกหรือผิด ดังนี้

3.1) เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลที่ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องมีความประสงค์เข้าร่วม บริหารจัดการและมีความพร้อมในการอุดหนุนเงินหรืองบประมาณตามอัตราที่กำหนด

3.2) องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่ได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องมีการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่มาก่อนแล้วและมีการจัดทำแผนและดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของภาคีต่าง ๆ ในพื้นที่

3.3) กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

3.4) วัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น คือ เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชาชนในพื้นที่

3.5) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในอัตรา 40 บาทต่อหัวประชากรในพื้นที่

3.6) เงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพ คือ เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจาก สปสช. เงินอุดหนุนจาก อบต.หรือเทศบาล เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน และ รายได้อื่น ๆ ที่ได้รับจากกิจกรรมของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

3.7) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าบัญชีเป็นก้อนใหญ่ปีละครั้ง

3.8) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้คิดค่าหัวประชากรให้แก่ประชากรแฝงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในอัตราที่เท่ากับประชากรเดิมในพื้นที่

3.9) เงินที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาจากเงินหมวดค่ารักษาพยาบาลของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่

3.10) เงินสมทบของ อบต. ขนาดเล็กต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.11) เงินสมทบของเทศบาลหรือ อบต. ขนาดใหญ่ ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.12) เงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหากใช้ไม่หมดสามารถเก็บไว้ใช้ได้ในปีต่อไปได้

3.13) เงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นสามารถนำมาใช้เพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพได้โดยไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในปีงบประมาณนั้น

3.14) คณะกรรมการบริหารกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมีการแต่งตั้งใหม่ทุก ๆ 2 ปี

3.1.5) นายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบลจะได้รับการแต่งตั้งให้เป็นประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่

3.16) สมาชิกสภาเทศบาลหรือสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 3 คน จะได้รับการแต่งตั้งให้เป็นกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

3.17) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นสามารถพิจารณาสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้

3.18) คณะกรรมการบริหารกองทุน มีอำนาจหน้าที่ รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้เป็นไปตามที่ นายก อบต. หรือ นายกเทศมนตรีกำหนด

3.19) คณะกรรมการบริหารกองทุน มีอำนาจหน้าที่ จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับและจ่ายเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ เพื่อเสนอ สปสข. และ อบต. หรือเทศบาล ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

3.20) หากกองทุนหลักประกันสุขภาพใด ไม่มีเงินสมทบจาก อบต. หรือเทศบาล หรือ ไม่มีกิจกรรมใด ๆ ต่อเนื่อง ตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป สปสข. อาจประกาศยุบเลิกกองทุนหลักประกันสุขภาพนั้นได้

1.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้ ความเข้าใจการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ประภาส สุรินทร์ และคณะ (2554 : เว็บบไซต์) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการจัดทำ แผนสุขภาพชุมชน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน พบว่า คณะกรรมการบริหารมีความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และ เกี่ยวกับการจัดทำ แผนสุขภาพชุมชนทั้ง โดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับรู้เพิ่มขึ้นบ้าง ในเพศชายมีการกระจายค่าเฉลี่ยของความรู้คล้ายคลึงกับภาพรวม ในเพศหญิงมีความรู้ เกี่ยวกับกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากยิ่งขึ้น และมีความรู้เกี่ยวกับการจัดทำ แผนสุขภาพ ชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับเพิ่มขึ้นบ้าง

มงคล โชตแสง (2551 : 11) การศึกษาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ : กรณีศึกษา ตำบลแร่ อำเภอพัง โคน จังหวัดสกลนคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เทคนิค การศึกษาทบทวนเอกสาร ร่วมกับการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) การสังเกต และการจดบันทึก แล้วนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ผล ตามความมุ่งหมายของการวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยโดยวิธีพรรณนาวิเคราะห์ ซึ่งสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ตำบลแร่เป็นชุมชนชนบทที่มีประวัติความเป็นมายาวนานหลายร้อยปี แบ่งการปกครองออกเป็น 14 หมู่บ้าน เป็นชุมชนเกษตรกรรมที่มีความอุดมสมบูรณ์ กรอบแนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ให้ความสำคัญใน

เรื่องการจัดการความรู้ของแกนนำเครือข่ายในชุมชนให้มีทักษะในการวางแผนและดำเนินการ หมู่บ้านจัดการสุขภาพได้ การพัฒนาศักยภาพและการจัดการด้านกำลังคน/องค์กรในชุมชน เน้นที่กลุ่ม อสม. และแกนนำชุมชน นอกจากนี้ยังมีการสร้างระบบบริหารจัดการตามแนวคิด การรวมคน รวมเงิน รวมงาน เพื่อสร้างกลไกประสานงานที่ดี มีการบูรณาการกิจกรรมร่วมกัน ของภาคีเครือข่าย

2. การจัดการด้านทุนเพื่อสุขภาพ ยังไม่มีกองทุนสุขภาพตำบล มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนทุนในการพัฒนาสุขภาพชุมชนในหมู่บ้านการจัดการ ด้านข้อมูลเพื่อใช้ในกระบวนการวางแผนสุขภาพชุมชน ได้มีการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนา ซึ่งได้มาจากการทำเวทีประชาคมหมู่บ้าน กระบวนการในการทำแผนด้านสุขภาพของหมู่บ้าน จะเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม โดยการจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน

3. การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ชุมชน ในระดับหมู่บ้าน มี ศสมช. ที่ใช้สำหรับการให้ข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพ มีการแจ้งข่าวสารด้านสุขภาพ ด้วยวิธีการ ประกาศทางหอกระจายข่าวการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน มีการจัดบริการใน ศสมช. โดย ส่วนมากมีการใช้ ศสมช. เป็นศูนย์กลางข้อมูล สถานีอนามัยมีกิจกรรมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องใน ชุมชนร่วมกับ อสม. และ อบต.

4. ผลการประเมินหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้านผ่านเกณฑ์การประเมิน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ

5. ปังจัย หรือเงื่อนไขที่ส่งผลต่อความสำเร็จ สถานีอนามัยและ อบต. มีการบูรณาการกิจกรรมสาธารณสุขร่วมกัน ภายใต้แนวคิด การรวมคน รวมเงิน รวมงาน

6. ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ด้านกำลังคน/องค์กรในชุมชน มีเพียง องค์กร อสม. เป็นแกนหลักในการดำเนินกิจกรรม สุขภาพในหมู่บ้าน

1.3 ปังจัยด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุน

1.3.1 ความหมายและทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท

1) บทบาท ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า role เป็นเรื่องของพฤติกรรม และหน้าที่ความรับผิดชอบ (Function) เพื่อเป็นการแสดงให้เห็นว่า เมื่อบุคคลดำรงตำแหน่งใด ก็ควรแสดงพฤติกรรมให้ตรง และเหมาะสมกับหน้าที่ ความรับผิดชอบนั้น มีนักการศึกษาได้ให้ความหมายของคำว่า บทบาท หรือ Role ไว้ ดังต่อไปนี้

ธงชัย สันติวงษ์ (2542 : 92-93) ได้กล่าวว่า บทบาทหน้าที่ตามตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ได้ถูกคาดหวังจากสังคมนอบด้าน เช่น จากผู้อยู่ในตำแหน่งอื่น ๆ รอบตัว (ผู้ร่วมงาน) รวมทั้งตัวเราเองด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดจากกระบวนการซึ่งเรียกว่า “กระบวนการทางสังคม” (Socialization) ถ้าความคาดหวังจากทุกฝ่ายไม่ตรงกัน และผู้ดำรงตำแหน่งอยู่ในบทบาทไม่สามารถปรับให้มี ความพอดี จะเกิดปัญหาต่อต้านขัดแย้งในบทบาท หรือความล้มเหลวในบทบาทได้ และผลที่ตามมา คือ ความล้มเหลวของงาน ดังนั้น การแสดงบทบาทของบุคคลตามตำแหน่งหน้าที่จะเป็นไปได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างและที่สำคัญ ได้แก่ ความเข้าใจในบทบาทที่ตนต้องแสดงหรือปฏิบัติ ประสบการณ์ของผู้ที่แสดงบทบาท และบุคลิกภาพของผู้ที่แสดงบทบาทนั้นตามคำจำกัดความของ “บทบาท”

จันทร์ฉาย บันแก้ว (2546 : 10) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติเมื่อเข้าดำรงตำแหน่งนั้น ๆ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกนั้น ขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของตนเองและตามความคาดหวังในตำแหน่งอาชีพที่ครองอยู่

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546 : 602) ให้ ความหมายของคำว่าบทบาทไว้ว่า บทบาท หมายถึง ความว่า การทำหน้าที่ที่กำหนดไว้ เช่น บทบาทของพ่อแม่ บทบาทของครู เป็นต้น

ณัฐพร ชินบุตร (2547 : 46) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง การกระทำ หรือพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกตามตำแหน่งหน้าที่ทางสังคม ที่ตนดำรงอยู่ในขณะนั้น ซึ่งจะต้องขึ้นอยู่กับสิทธิและหน้าที่ของตำแหน่ง และยังคงเป็นไปตามความคาดหวังของตนเอง และผู้อื่นที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันด้วย

ปรีชา สุวัจนบุตร (2547 : 22) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง การที่บุคคล แสดงพฤติกรรมออกมาตามสถานภาพ หรือตำแหน่ง หรือสิทธิหน้าที่หรือบรรทัดฐานทาง สังคม ที่มีความคาดหวังต่อการกระทำของบุคคลกลุ่มคน และสังคม เพื่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ ระหว่างกันในสังคมนั้น

นิตย์ ประจงแต่ง (2548 : 23) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง ลักษณะของ พฤติกรรมที่แสดงออกตามตำแหน่งที่บุคคลนั้น ได้รับการแสดงออกนั้นย่อมผูกพันกับความคิด ของผู้ดำรงตำแหน่งเอง และตามความคาดหวังของผู้อื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับตำแหน่งนั้น

พระมหาพนมนคร มีราคา (2549 : 26) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ตามสถานภาพที่เป็นมาโดยธรรมชาติ หรือตามสถานภาพที่ถูกกำหนดหรือถูก คาดหวังจากสังคม อันเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ของสมาชิกในสังคม

สำเร็จ กล่าวหาญ (2549 : 7, 12) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง แนวทางของการแสดงออกหรือปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในตำแหน่งทางสังคม ทางหน้าที่การทำงาน ตามสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคลที่เป็นอยู่ของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ตามระเบียบกระทรวงศึกษาธิการ ว่าด้วยคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

บุญตา ไส้เลิศ (2550 : 12) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง การปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของสถานภาพของตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งที่บุคคลได้รับ ต้องมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้ตามบทบาทของตำแหน่งนั้น และคล้อยตามความมุ่งหวังของสังคม เช่น บทบาทของผู้บริหารสถานศึกษาก็หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกของผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน เกี่ยวข้องกับงานในหน้าที่ที่ปฏิบัติในสถานศึกษานั้น

สินธร คำเหมือน (2550 : 7) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและพฤติกรรมที่คาดหวัง หรือการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เกิดจากการ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และได้แสดงออกตามบทบาท

2) ทฤษฎีบทบาท

2.1) ทฤษฎีบทบาท นิตย์ ประจงแต่ง (2548 : 23) ได้รวบรวมและได้อธิบายโดยสรุปในแต่ละทฤษฎีไว้ ดังต่อไปนี้

2.1.1) ทฤษฎีของลินตัน (Linton) ลินตันให้แนวคิดเกี่ยวกับสถานภาพหรือฐานะ (Status) และบทบาทไว้ว่า สถานภาพเป็นนามธรรมหรือตำแหน่งซึ่งฐานะจะเป็นตัวกำหนดบทบาทของตำแหน่งนั้นว่ามีภารกิจและหน้าที่อย่างไร ดังนั้นเมื่อมีตำแหน่งสิ่งก็ตามมาคือ บทบาทของตำแหน่งซึ่งทุกตำแหน่งต้องมีบทบาทกำกับ

2.1.2) ทฤษฎีของเพียร์สัน (Pearson) เพียร์สัน กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ในสังคมทำให้มนุษย์ต้องเพิ่มบทบาทพิเศษของแต่ละบุคคลซึ่งคนในสังคม มีความจำเป็นที่ต้องติดต่อสัมพันธ์กัน ต้องมีความสนใจกันเป็นพิเศษและให้ความเห็นว่า สภาพสังคมในโรงเรียนจะประกอบด้วย ครูใหญ่ ครู นักเรียน ซึ่งต้องติดต่อสัมพันธ์กัน และมีความสนใจกันเป็นพิเศษ และ

2.1.3) ทฤษฎีของฮอร์แมนส์ (Homan) ฮอร์แมนส์กล่าวว่า ตำแหน่ง เป็นสาระของพฤติกรรมสัมพันธ์บุคคลจะปฏิบัติอย่างไรก็ต่อเมื่อเห็นว่าเป็นประโยชน์แก่ตนเองและคิดเสมอว่าตำแหน่งเป็นเพียงปัจจัยที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดการกระทำหรือแสดงพฤติกรรมเท่านั้น ดังนั้น บุคคลจะเปลี่ยนบทบาทไปตามตำแหน่งหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากสังคม

2.2) ทฤษฎีบทบาทและ สามารถอธิบายโดยสรุปได้ ดังนี้ (พระมหาพนมนคร มีราคา. 2549 : 27-28)

2.2.1) ทฤษฎีของเดโซ สวานานนท์ (2518 : 104) เดโซ สวานานนท์ ได้กล่าวถึง แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทซึ่งสรุปได้ว่า บทบาทจะต้องประกอบด้วยลักษณะ 4 ประการดังต่อไปนี้

2.2.1.1) รู้สภาพของตนในสังคม

2.2.1.2) คำนึงถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้อื่น

2.2.1.3) คำนึงถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้อื่น และ

2.2.1.4) ประเมินผลการแสดงบทบาทของตนเอง

2.2.2) ทฤษฎีของอัฟฮอฟ (Uphoff. 1987 : 22) โคเฮนได้กล่าวสรุปทฤษฎีบทบาทไว้ว่า การที่สังคมกำหนดเฉพาะเจาะจงให้บุคคลปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทใด บทบาทหนึ่งนั้น เรียกว่า บทบาทที่ถูกกำหนด ถึงแม้ว่าบุคคลบางคนมิได้ประพฤติปฏิบัติตามบทบาท ที่สังคมกำหนดให้ ส่วนบทบาทที่ปฏิบัติจริง หมายถึง การที่บุคคลได้แสดงหรือปฏิบัติ ออกจริงตามตำแหน่งของเขา ความไม่ตรงกันของบทบาทที่ถูกกำหนดกับบทบาทที่ถูกปฏิบัติจริงนั้น อาจมีสาเหตุมาจากสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้

2.2.2.1) บุคคลขาดความเข้าใจในบทบาทที่สังคมต้องการ

2.2.2.2) ความไม่เห็นด้วยหรือไม่ลงรอยกับบทบาทที่ถูกกำหนด

2.2.2.3) บุคคลไม่มีความสามารถที่จะแสดงบทบาทนั้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.3) ทฤษฎีของมีด (Mead. 1989 : 40) มีดได้กล่าวถึงทฤษฎีบทบาทไว้ว่า บทบาทเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติจริง หรือบทบาทที่เป็นจริง ซึ่งจะต้องประกอบด้วย

2.2.3.1) การรู้จักตนเองตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

2.2.3.2) พฤติกรรมตามสถานการณ์ที่กำหนดให้จะต้องมีความเหมาะสมกับการส่งเสริมฐานะของตนเอง

2.2.3.3) ภูมิหลังของการกระทำที่เกี่ยวข้องกับผู้อื่นนั้น การเป็นแบบอย่างเพื่อให้การกระทำบางอย่างเป็นไปตามแนวทางที่ต้องการ และ

2.2.3.4) การประเมินผลการกระทำตามบทบาท สามารถดำเนินการด้วยตนเองหรือโดยคนอื่น

3) บทบาทและอำนาจหน้าที่ให้คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีอำนาจ และความรับผิดชอบเกี่ยวกับการงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ดังต่อไปนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2553 : 6)

3.1) จัดทำข้อมูลและแผนดำเนินการที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมายและหน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.2) ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในความรับผิดชอบสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทั้งที่บ้านในชุมชนหรือหน่วยบริการ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

3.3) บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใสและจัดทำสรุปผลการดำเนินงานหรืองบดุล เมื่อสิ้นปีงบประมาณ เพื่อเสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

3.4) รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ให้เป็นไปตามรูปแบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3.5) จัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานตามความจำเป็น

จากที่นักวิชาการทั้งหลาย ได้ให้ความหมายและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับบทบาท สรุปได้ว่า บทบาท หมายถึง อำนาจ หน้าที่ และความรับผิดชอบเกี่ยวกับการงานโดยตรงและงานพิเศษที่ควรจะต้องกระทำ หรือพฤติกรรม ที่คาดหวังสำหรับผู้อยู่ในสถานภาพต่าง ๆ ว่าต้องปฏิบัติอย่างไร เป็นบทบาทที่คาดหวังโดยกลุ่มคนหรือสังคม

ดังนั้น ในการวิจัย รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ครั้งนี้ จึงได้กำหนดตัวแปรปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สรุปได้ว่าต้องเป็น ผู้มีบทบาทเป็นผู้จัดทำข้อมูลและแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมายหลักในตำบล เป็นผู้ดำเนินการ โครงการต่าง ๆ ตามแผน มีหน้าที่รับผิดชอบการรับ-จ่ายเงินให้เป็นไปตามรูปแบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด จัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานตามความจำเป็น และ เป็นผู้จัดทำสรุปผลการดำเนินงานทุกปีส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสาร

สาธารณูปโภคต่าง ๆ ให้ประชาชนในพื้นที่รับทราบ เพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

1.3.2 การวัดปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ดังนี้

1.1) จัดทำข้อมูลและวางแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับปัญหา

สาธารณสุข กลุ่มเป้าหมายและหน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการจัดทำแผนงาน/โครงการมีความสำคัญ คือ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประกอบการตัดสินใจล่วงหน้าว่าจะทำอะไร ทำอย่างไร ทำเมื่อไร และใครเป็นผู้ทำ โดยมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน รวมทั้งเป็นเครื่องมือที่ใช้สื่อสารประสานความเข้าใจระหว่างผู้ปฏิบัติ และสามารถตรวจสอบกระบวนการดำเนินงานและควบคุมการใช้ทรัพยากร สอดคล้องกับแนวความคิดของ ฟาริดา อิบราฮิม (2542 : 35) ที่กล่าวว่า การวางแผนเป็นกระบวนการกำหนดการกระทำล่วงหน้า เพื่อให้ทิศทางการทำงานมีความชัดเจน ปฏิบัติตามได้ วัดและประเมินผลได้ ลดความเสี่ยงให้แนวทางการควบคุม การกระตุ้นให้ใช้ทรัพยากรได้เหมาะสมและดีที่สุด

1.2) ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในความรับผิดชอบสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

1.3) บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใสและจัดทำสรุปผลการดำเนินงานและงบดุลเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณเพื่อเสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

1.4) รับผิดชอบการเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพให้เป็นไปตามแผนงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

1.5) จัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมาย และมีหน้าที่จัดทำสรุปผลการดำเนินงานประจำปีเพื่อเสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ตลอดจนดำเนินการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสารสาธารณะรูปแบบต่าง ๆ อมร นนทสุต (2547 : 19) กล่าวว่า การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดนั้น

คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้มีบทบาทเต็มที่ ทั้งด้านบริหารจัดการและด้านการพัฒนา จนสามารถตัดสินใจรวมทั้งวางโครงการสาธารณสุข และสังคมตลอดจนการจัดการทรัพยากรได้ เพราะการดำเนินการใด ๆ ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นดำรงอยู่ได้ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องแบ่งงานกันทำตามความรู้ความสามารถ เมื่อแบ่งงานกันทำแล้วต้องมีการประสานกันเพื่อทำงานให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. 2549 : 61) เมื่ออนุมัติโครงการไปแล้ว การติดตามผลการดำเนินโครงการ การช่วยแก้ไขปัญหาลุ่สรรคระหว่างการดำเนินการ การกระตุ้นให้กำลังใจรวมทั้งการติดตามประเมินผลของโครงการ จะเป็นอีกสาระหนึ่งที่สำคัญ เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ในการสร้างสุขภาพแก่ชุมชนว่าปัญหาหนึ่ง ๆ นั้นควรจะแก้ไขอย่างไร เพื่อให้โครงการที่ทำไปนั้นเป็นบทเรียนที่สำคัญแก่คนในชุมชน รวมทั้ง ข้อคิดในเรื่องความยั่งยืนของกองทุนที่สำคัญยิ่งคือ การจัดสรรงบประมาณของกองทุนให้กับโครงการต่าง ๆ อย่างเหมาะสม มีกลไกการสนับสนุนการพัฒนาโครงการที่ดี ทำให้โครงการมีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา มีมิติการมองปัญหาที่กว้างไม่พ้มีแต่การอบรมและรณรงค์ (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, วิจัย ยานวิมุต และมณฑา ธีระวุฒิ. 2551 : 269)

ในการวัดตัวแปรด้านบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะใช้ บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนตาม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553 : 6) กำหนดประกอบกับ ผลแนวคิดและการศึกษาเกี่ยวกับบทบาท ของ ฟารีดา อิบราฮิม (2542 : 14) อมร นนทสุต (2547 : 19) เครื่องมือการวัดของ นิภาภรณ์ จงวุฒิเวศย์ (2553 : 64-73) ; สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2549 : 46) ; สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, วิจัย ยานวิมุตติ และมณฑา ธีระวุฒิ (2551 : 270) มาปรับใช้ซึ่งครอบคลุมบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ส่วนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการในการจัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานตามความจำเป็น นั้นผู้วิจัยได้นำไปกำหนดเป็นตัวแปรความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุน ดังนั้น ตัวแปรปัจจัยด้านบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุน คือ คณะกรรมการต้องเป็น ผู้มีบทบาทเป็นผู้จัดทำข้อมูลและแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมายหลักในตำบล เป็นผู้ดำเนินการ โครงการต่าง ๆ ตามแผน มีหน้าที่รับผิดชอบการรับ-จ่ายเงินให้เป็นไปตามรูปแบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด จัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานตามความจำเป็น และเป็นผู้จัดทำสรุปผลการดำเนินงานทุกปีส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสาธารณะ

รูปแบบต่าง ๆ ให้ประชาชนในพื้นที่รับทราบ เพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด ถึง น้อยที่สุด

1.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

เฉลี่ยว ตามสีรัมย์ (2544 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาบทบาททางการบริหารของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ศึกษากรณีการถ่ายโอนธนาคารน้ำใจ จังหวัดบุรีรัมย์ ใน 4 บทบาททางการบริหาร คือ บทบาทในการเป็นผู้อำนวยการ บทบาทในการเป็นผู้ประสานงาน บทบาทในการเป็นที่ปรึกษา และบทบาทในการเป็นผู้อำนวยความสะดวก ผลการศึกษาพบว่า ระดับบทบาททางการบริหารของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ในส่วนของความต้องการปรับปรุงและพัฒนาบทบาททางการบริหารนั้น คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลต้องการปรับปรุงมากที่สุด คือ บทบาทในการเป็นผู้ประสานงาน รองลงมาคือ บทบาทในการเป็นผู้อำนวยการ บทบาทในการเป็นผู้อำนวยความสะดวก และบทบาทในการเป็นที่ปรึกษา ตามลำดับ ซึ่งคณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่หลายประการ ได้แก่ การบริหารจัดการกลุ่ม ตรวจสอบดูแล จัดสรรผลประโยชน์ของกลุ่ม ออกระเบียบข้อบังคับ ตั้งกฎเกณฑ์ภายในกลุ่มโดย ความเห็นชอบร่วมกันของสมาชิก ประชุมคณะกรรมการ และจัดทำทะเบียนภายในกลุ่มโดย ความเห็นชอบร่วมกันของสมาชิก ประชุมคณะกรรมการ และจัดทำทะเบียนสมาชิก เป็นต้น

สุรเชษฐ์ กรงจักร (2554 : 12) ศึกษาความคิดเห็นของประชาชน ที่มีต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแรม อำเภอกิ่งจังหวัดเชียงราย พบว่า ความพร้อมในด้านบุคลากรยังไม่ค่อยมีความเหมาะสมเนื่องจากเห็นว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนส่วนใหญ่ ขาด ความเข้าใจในบทบาท หน้าที่และระเบียบข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกองทุน โดยเห็นว่าการทำงานขับเคลื่อนของกองทุน ขึ้นอยู่กับข้าราชการประจำที่ได้รับมอบหมาย หรือเจ้าหน้าที่ตัวแทนทางสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ และประชาชนส่วนใหญ่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแรม รู้จักกองทุนหลักประกันสุขภาพน้อย ด้านการบริหารงานด้านคณะกรรมการ คณะทำงาน และบุคลากรจากการประเมินการให้คะแนนจากประเด็นในเอกสาร ที่จัดเก็บและงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุน พบว่าในภาพรวมผลการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อย เกี่ยวกับการแต่งตั้งคณะกรรมการ

หรือคณะทำงานแต่ยังไม่มีการประชุม คณะกรรมการบริหารมีการประชุมบ่อย เพียง 3 ครั้งต่อปี และคณะกรรมการบริหารกองทุนผ่านการอบรมหรือประชุมสัมมนาหรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บ่อย 3-4 คนต่อปีเท่านั้น

1.4 ปัจจัยด้านความคาดหวังในประโยชน์เกี่ยวกับกองทุน

1.4.1 ความหมายความคาดหวัง

ความคาดหวัง (Expectation theory) เป็นความเชื่อหรือความคิดอย่างมีเหตุผล ในแนวทางที่เป็นไปได้ หรือเป็นความหวังที่คาดการณ์ว่าต้องการจะได้ในอนาคตของบุคคล ความคาดหวังจึงเป็นสถานะทางจิตที่บุคคลคาดคะเนล่วงหน้าแต่บางสิ่งบางอย่างว่าควรจะมี ควรจะเป็นหรือควรจะมีเกิดขึ้นตามความเหมาะสม ในเรื่องของความคาดหวังจึงมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ได้แก่

มณฑิรา เขียวยิ่ง และคณะ (2540 : 36) กล่าวว่า ความคาดหวัง หมายถึง ความเชื่อว่าสิ่งใดน่าจะเกิดขึ้นและสิ่งใดบ้างน่าจะไม่เกิดขึ้น ความคาดหวังจะเกิดขึ้นได้ถูกต้องหรือไม่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

สกวเดือน ปธานสมิทธิ์ (2540 : 64) ได้ให้ความหมายของความคาดหวังไว้ว่า เป็นแนวคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด แล้วแสดงออกมาโดยการพูดการเขียนและการแสดงออกดังกล่าวนั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังทางสังคม ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งบุคคลอื่นอาจไม่เห็นด้วยก็ได้ หรืออีกกล่าวหนึ่ง ความคาดหวัง คือ การแสดงออกทางทัศนคติอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบและเป็นส่วนที่พร้อมจะมีปฏิกริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก ทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงออกได้ตอบสิ่งต่าง ๆ ในรูปของการยอมรับหรือปฏิเสธ จึงควรพิจารณาในด้านองค์ประกอบของทัศนคติควบคู่ไปด้วย

เบญจา นิลบุตร (2540 : 10) ได้กล่าวว่า ความคาดหวังเกิดจากความรู้สึกนึกคิดในการคาดคะเนเหตุการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดขึ้นอย่างไร อันเป็นความปรารถนาจะให้ไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้

เกศสินี กลั่นบุศน์ (2540 : 12) ความคาดหวัง หมายถึง การคาดคะเนหรือความมุ่งหวังของบุคคล ที่มีต่อคนอื่นในการกระทำสิ่งหนึ่งที่ตนปรารถนาโดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การกระทำและอนาคต เพราะพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกในปัจจุบันย่อมคาดหวังในอนาคต

พิชยากร กาศสกุล (2545 : 11) ความคาดหวัง หมายถึง ความต้องการ ความรู้สึกหรือความคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งใดที่คิดว่าควรจะมี ควรจะเป็นหรือควรจะมีเกิดขึ้นในสิ่งที่ดี ที่ถูกต้องหรือไม่ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

วิภาดา วัฒนนามกุล (2539 : 13) กล่าวว่า ความคาดหวังเป็นค่านิยมทั้งทางบวกและทางลบที่บุคคลมีต่อผลของการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง

1.4.2 ทฤษฎีความคาดหวัง

1) ทฤษฎีความคาดหวังตามแนวคิดของ วูม (Vroom) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ (พิไลวรรณ จันทรสุกรี. 2540 : 31)

1.1) ความคาดหวังในความพยายามต่อการกระทำหรือการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่บุคคลคาดหวังไว้ล่วงหน้าว่าตนเองพยายามต่อกระทำพฤติกรรมได้ตามความสามารถแล้วโอกาสที่จะกระทำสิ่งนั้นได้สำเร็จมีมากน้อยเพียงใด เป็นการคิดก่อนจะทำการสิ่งต่างๆ ว่าสามารถทำได้หรือไม่

1.2) ความคาดหวังในการกระทำต่อผลลัพธ์หรือผลของการปฏิบัติงาน หมายถึง การที่บุคคลคาดหวังไว้ล่วงหน้าก่อนกระทำพฤติกรรมว่าถ้าหากกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลลัพธ์แก่ตนเองในทางที่ดีหรือไม่

1.3) ความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์หรือรางวัล หมายถึง คุณค่าจากผลของการกระทำที่เกิดขึ้นแก่บุคคลที่แสดงพฤติกรรมนั้น

2) ดังนั้นทฤษฎีความคาดหวัง วูม หรือ Expectation theory บางทีเรียกว่า VET Theory และได้กำหนดเป็นสูตรไว้ดังนี้

แรงจูงใจ (หรือแรงจูงใจ) = คุณค่าของผลลัพธ์ X ความคาดหวัง X ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลลัพธ์

2.1) คุณค่าของผลลัพธ์ แต่ละบุคคลจะขึ้นอยู่กับความปรารถนาหรือความต้องการ ถ้าต้องการมากจะมีค่าเป็นบวก แต่เลย ๆ ไม่รู้สึกยินดีในร้าย จะมีค่าเป็นศูนย์ และถ้าไม่ชอบหรือไม่ต้องการจะมีค่าติดลบ

2.2) ความคาดหวัง คือความน่าจะเป็นที่การกระทำอย่างหนึ่งจะมีโอกาสที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ในระดับแรกมากน้อยเพียงใด ถ้าคนเชื่อมั่นว่า หากทำงานเต็มที่จะสามารถทำให้ได้ผลผลิตสูงอย่างแน่นอน ความคาดหวังจะเท่ากับหนึ่ง ในทางตรงกันข้าม ถ้าเชื่อไม่ถึงแม้จะพยายามทำงานหนักสักเพียงใดก็ไม่สามารถทำผลงานออกมาในปริมาณสูงได้เลย ความคาดหวังก็จะเท่ากับศูนย์

2.3) ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลลัพธ์ อธิบายได้ว่าแรงจูงใจของแต่ละคนจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับผลที่ได้รับ หรือที่คิดว่าสมควรจะได้รับ เมื่อกระทำกรณันั้นสำเร็จตามเป้าหมายแล้ว ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ส่วนหนึ่งของแรงจูงใจที่บุคคลจะมีหรือไม่ หรือมีมากน้อยขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลลัพธ์

สรุปได้ว่า ความคาดหวังเป็นความคิด ความเชื่อ ความต้องการ ความมุ่งหวังหรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่ง เช่น บุคคล การกระทำหรือเหตุการณ์ เป็นต้น จึงเป็นการคิดล่วงหน้าโดยมุ่งหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ว่าจะเกิดตามที่ตนคิดไว้หรือการคาดคะเนของบุคคลที่มีต่อบางอย่าง ทั้งนี้ความคาดหวังของบุคคลจะขึ้นอยู่กับความต้องการ และเป็นไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โดยคาดคะเนผลตามความสามารถและสภาพของตน

ในการกำหนดตัวแปรปัจจัยด้านความคาดหวังในประโยชน์เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดคุณลักษณะของความคาดหวังในประโยชน์เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตามสภาวะเดือนปฐมนิเทศ (2540 : 64) เบญจา นิลบุตร (2540 : 10) และพิไลวรรณ จันทรสุกรี. 2540 : 11) ซึ่งกล่าวถึงแนวคิดของวุม คือ ความคาดหวังว่าที่จะได้รับประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจะสร้าง โอกาสให้ประชาชนในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นทำให้ประชาชนในตำบลมีสุขภาพที่ดีขึ้น ประชาชนในตำบลได้รับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคที่ดียิ่งขึ้น ประชาชนในตำบล ได้รับการเฝ้าระวัง โรคและการควบคุม โรคที่ดียิ่งขึ้น

1.4.2 การวัดปัจจัยความคาดหวังในประโยชน์เกี่ยวกับกองทุน

การวัดปัจจัยความคาดหวังในประโยชน์เกี่ยวกับกองทุน เป็นการพิจารณาของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยการพิจารณาขึ้นอยู่กับ ความเชื่อ ความต้องการ ความมุ่งหวังหรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่ง เช่น บุคคล การกระทำหรือเหตุการณ์ เป็นต้น จึงเป็นการคิดล่วงหน้าโดยมุ่งหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ว่าจะเกิดตามที่ตนคิดไว้หรือการคาดคะเนของบุคคลที่มีต่อบางอย่าง ทั้งนี้ความคาดหวังของบุคคลจะขึ้นอยู่กับความต้องการและเป็นไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โดยคาดคะเนผลจามความสามารถและสภาพของตน ภายใต้สถานการณ์ที่กำหนด มนุษย์ทุกคนล้วนแต่มีความคาดหวังเสมอ ความคาดหวังจึงเปรียบเสมือนเป็นแรงผลักดันให้เกิดความต้องการซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นใน การดำรงชีวิตของมนุษย์ แต่ละบุคคลก็มีความคาดหวังไม่เท่ากัน ในแต่ละช่วงเวลาหรือสถานการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในสภาวะที่สิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลง

นวลจันทร์ เพิ่มพูนรัตนกุล (2540 : 11) กล่าวถึงการกำหนดความคาดหวังตามความคิดของเดอเช็ค โค ว่าการกำหนดความคาดหวังของบุคคล นอกจาก ขึ้นอยู่กับระดับความยากง่ายของงานแล้ว ยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาในครั้งนั้น ๆ ด้วยดังนี้

เดอเช็คโค ได้กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลเคย ประสบความสำเร็จในการทำงานนั้น ๆ มาก่อน ก็จะกำหนดความคาดหวังในการทำงาน ในคราวต่อไปสูงขึ้น และใกล้เคียงกับ ความสามารถจริงมากขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามระดับความคาดหวังต่ำลงมา เพื่อป้องกันมิให้ตนเกิดความรู้สึกล้มเหลว จากการที่วางระดับความคาดหวังไว้สูงกว่าความสามารถจริง

สมลักษณ์ เพชรช่วย (2540 : 12) ได้สรุปความคาดหวังไว้ว่า การที่บุคคลจะกำหนดความคาดหวังของคนนั้นจะต้องประเมินความเป็นไปได้ด้วย ทั้งนี้เพราะความคาดหวังเป็นความรู้สึกนึกคิด และคาดการณ์ของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยสิ่งนั้น ๆ อาจจะเป็นรูปธรรมหรือนามธรรม ก็ได้ความรู้สึกนึกคิด หรือคาดการณ์นั้น ๆ จะมีลักษณะเป็นการประเมินค่าโดยมาตรฐานของตนเองเป็นเครื่องวัดการคาดการณ์ของแต่ละบุคคล แม้จะเป็นการให้ต่อสิ่งที่เป็นรูปธรรม หรือนามธรรมชนิดเดียวกัน ก็อาจจะแตกต่างกันออกไปได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ประสบการณ์ ความสนใจ และการเห็นคุณค่าความสำเร็จของสิ่งนั้น ๆ

ในการวัดตัวแปรปัจจัยด้านความคาดหวังในประโยชน์เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะใช้ คุณลักษณะของความคาดหวังในประโยชน์ ตามแนวคิดของนวลจันทร์ เพิ่มพูนรัตนกุล (2540 : 11) ; สมลักษณ์ เพชรช่วย (2540 : 12) มาปรับใช้ซึ่งครอบคลุมความคาดหวังในประโยชน์เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นคือ 1) ความคาดหวังว่าจะจะได้รับประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 2) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจะสร้างโอกาสให้ประชาชนในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ 3) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นทำให้ประชาชนในตำบลมีสุขภาพที่ดีขึ้น 4) ประชาชนในตำบลได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดียิ่งขึ้น และ 5) ประชาชนในตำบลได้รับการเฝ้าระวัง โรคและการควบคุม โรคที่ดียิ่งขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด ถึง น้อยที่สุด

1.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังในประโยชน์เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

รัฐกร สุรงค์พิตร (2543 : 6-9) ได้ศึกษาในด้านความคาดหวังของประชาชนต่อการบริหารงานของเทศบาลตำบลเชิงคอย พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีแนวโน้มคาดหวังในทุกประเด็นการบริหารงานของเทศบาลเป้าหมาย โดยคาดหวังมากที่สุดคือการป้องกันและระงับโรคติดต่อรลงมาคือ การมีเครื่องมือใช้ในการดับเพลิง การให้มีและบำรุงสถานที่ที่ทำการพิทักษ์รักษาคนเจ็บไข้ และการให้มีและบำรุงทางระบายน้ำ และผลการศึกษาความคิดเห็นต่อลักษณะการบริหารงานของเทศบาลเป้าหมาย มีความคิดเห็นไปใน

ประเด็นผู้บริหารไม่มีอำนาจเพียงพอในการกำหนดนโยบายการบริหารงาน มีความแตกต่าง
แยกกัน ในคณะผู้บริหาร ซึ่งไม่สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาในเทศบาลได้ และยังคงครอบงำ
จากส่วนกลาง แต่เทศบาลเป้าหมายสามารถรับฟัง และเข้าถึงปัญหาท้องถิ่นได้

1.5 ปัจจัยด้านการวางแผนสุขภาพชุมชน

1.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผน

1) การวางแผนพัฒนาเป็นเครื่องมือสำคัญประการหนึ่งในการบริหาร
และการพัฒนาประเทศ สำหรับประเทศไทยได้มีการนำการวางแผนพัฒนามาใช้เป็นกรอบและ
แนวทางในการพัฒนาประเทศในระยะยาวเช่นกัน นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 เป็นต้นมา โดยในปี
นั้นประเทศไทยได้ประกาศใช้แผนพัฒนาฉบับแรกระยะเวลา 6 ปี (พ.ศ. 2504-2509) หลังจาก
นั้นได้ใช้แผนระยะเวลา 5 ปีติดต่อกันเรื่อยมา ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของ
คำว่า การวางแผน (Planning) ดังนี้

อนันต์ เกตุวงศ์ (2541 : 3-4) กล่าวว่า การวางแผนนั้น หมายถึง
การตัดสินใจล่วงหน้าในการเลือกทางเลือกเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นวัตถุประสงค์หรือวิธีการ
กระทำ

สนธยา พลศรี (2545 : 101-103) กล่าวถึง การวางแผนเพื่อการพัฒนา
ชุมชนเป็นกระบวนการเกี่ยวกับการกำหนดวัตถุประสงค์ ในการดำเนินการบริหารและกำหนด
วิถีทางสำหรับปฏิบัติงานพัฒนาชุมชนต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ มีการลำดับ
ความคิดในการดำเนินงานที่ต้องปฏิบัติร่วมกันไปในทิศทางเดียวกัน ให้บุคคลที่เกี่ยวข้องได้รับ
ทราบบทบาทและหน้าที่ในการปฏิบัติของแต่ละคน แต่ละกลุ่มทั้งยังเป็นการคาดการณ์ว่าใน
อนาคตควรดำเนินงานอย่างไร อันเป็นการเตรียมการแก้ปัญหาหรือ การพัฒนาชุมชนไว้
ล่วงหน้า

ธงชัย สันติวงษ์ (2546 : 2) กล่าวว่า การวางแผน หมายถึง
กระบวนการซึ่งปัจเจกบุคคลหรือองค์การทำการตัดสินใจไว้ล่วงหน้าอันเกี่ยวกับงานบางอย่างที่
กระทำในอนาคต

คอนเยอร์ และฮิลล์ (Conyers and Hills. 1994 : 3 ; อ้างถึงใน พรชัย
ลิขิตธรรมโรจน์. 2546 : 66) กล่าวว่า การวางแผน หมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการ
ตัดสินใจหรือเลือกวิธีการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในอนาคต

เวริช และคูนท์ซ์ (Wehrich and Koontz. 1994 : 118 ; อ้างถึงใน
พรชัย ลิขิตธรรมโรจน์. 2546 : 66) กล่าวว่า การวางแผน หมายถึง การเลือกภารกิจและ

วัตถุประสงค์แล้วจะทำให้สำเร็จ ซึ่งต้องอาศัยการตัดสินใจ โดยเลือกจากทางเลือกที่กระทำใน
อนาคต

แฮมป์ตัน (Hampton. 1977 : 27, อ้างถึงใน วรจกณา วัฒนโย. 2540 : 25) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นส่วนหนึ่งที่มีความจำเป็นในวิธีการวางแผนซึ่งเป็นที่ยอมรับในอังกฤษ (England) และเวลส์ (Wales) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1968

แรพคิน (Rapkin. 1979 : 226 ; อ้างถึงใน วรจกณา วัฒนโย. 2540 : 25) กล่าวว่า การสร้างการมีส่วนร่วมในท้องถิ่น ไม่เพียงแต่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ที่อยู่อาศัยในท้องถิ่นนั้น ๆ แต่ทำให้กระบวนการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นมีความเป็นเหตุเป็นผลและสมบูรณ์

2) ความสำคัญของการวางแผนมี 5 ประการ ดังนี้ (วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. 2546 : 50-51)

2.1) เป็นการลดความไม่แน่นอนและปัญหาความยุ่งยากที่จะเกิดขึ้น
ในอนาคต

2.2) ทำให้เกิดการยอมรับแนวความคิดใหม่ ๆ

2.3) ทำให้การดำเนินงานขององค์กรบรรลุเป้าหมายที่ปรารถนา

2.4) เป็นการลดความสูญเสียของหน่วยงานที่เข้าซื้อ

2.5) ทำให้เกิดความแจ่มชัดในการดำเนินงาน

3) เหตุผลสำคัญที่สนับสนุนในการวางแผน โดยประชาชนเข้ามามีส่วน
ร่วมอันมี 3 ประการ ดังนี้ (Conyer. 1982 : 278 ; อ้างถึงใน วรจกณา วัฒนโย. 2540 : 25)

3.1) การมีส่วนร่วมของประชาชน ทำให้เกิดความเข้าใจตระหนักถึง
ความต้องการของคนในท้องถิ่น

3.2) เป็นสมมติฐานอย่างมีเหตุผลที่ว่าถ้าประชาชนมีความผูกพัน
ตั้งแต่การเตรียมการวางแผน จะแสดงความคิดเห็นออกมาอย่างเปิดเผย และประชาชนจะ
ยอมรับแผนที่ได้มีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น

3.3) เป็นพื้นฐานของประชาธิปไตย ซึ่งนักวางแผนจะต้องค้นหา
วิธีการที่ดีที่สุดที่จะต้องวางแผนกับประชาชน

1.5.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping)

พิบูล สิริประเสริฐกุล และคณะ (2547 : 12-13) แผนที่ผลลัพธ์ เป็น
เครื่องมือที่ใช้เพื่อการวางแผน ติดตามและประเมินผลการทำงานอย่างมีส่วนร่วม มีวิธีคิดที่เน้น
การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม ความสัมพันธ์ และ/หรือ การปฏิบัติการของภาคีหุ้นส่วน เหมาะ

สำหรับการประเมินผลกระบวนการพัฒนา ซึ่งบางโครงการไม่สามารถประเมินผลผลิตแบบตรง ๆ ได้เพียงอย่างเดียว

แผนที่ผลลัพธ์แตกต่างจากการประเมินผลแบบอื่น ๆ ตรงที่ ไม่ได้มองว่า “ผลลัพธ์” ต้องเกิดจากการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือชุดของเหตุการณ์ชุดใดชุดหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่จะมองไปที่ความสัมพันธ์ของการเชื่อมโยงเหตุผลระหว่างการเข้าแทรกแซง (Interventions) ของแผนงาน กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้น โดยติดตามและประเมินผลด้วยกัน 3 เรื่อง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของภาคีหุ้นส่วนที่ร่วมในแผนงาน ยุทธศาสตร์ของแผนงาน และการดำเนินงานขององค์กร

ดังนั้น แผนงานที่นำแผนที่ผลลัพธ์ไปใช้นั้นต้องสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบทบาทของภาคีหุ้นส่วน แผนที่ผลลัพธ์จะกระตุ้นให้แผนงานมองตนเองเหมือนกับเป็นองค์กรหนึ่งที่มีความเป็นพลวัต ซึ่งทั้งเป้าหมาย วิธีการ และความสัมพันธ์กับภาคีหุ้นส่วน ต้องได้รับการทบทวนและปรับเปลี่ยนอยู่เสมอ

แผนที่ผลลัพธ์มีขั้นตอนด้วยกัน 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การออกแบบเจตนารมณ์ (Intentional design)

ขั้นตอนที่ 2 การติดตามผลลัพธ์และการดำเนินงานของแผนงานและ

ผู้ที่เกี่ยวข้อง (Outcome and performance monitoring)

ขั้นตอนที่ 3 การจัดทำแผนการประเมินผล (Evaluation planning)

สำหรับกระบวนการของการทำงาน จะประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ งบประมาณ จากหน่วยงานภาครัฐ/ท้องถิ่น และจาก สปสช. ร่วมกับต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนไม่ว่าจะเป็นทรัพยากร วัฒนธรรมประเพณี ภูมิปัญญาและเศรษฐกิจชุมชน เป็นต้น อาศัยแรงขับเคลื่อนจากนายก อบต./หน่วยงานเทศบาล อสม. และแกนนำชุมชน ร่วมกันดำเนินกิจกรรม โดยมีกระบวนการ (Process) ซึ่งอาจจะเป็นกระบวนการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้/กระบวนการการมีส่วนร่วม หรือกระบวนการอื่น ๆ เป็นต้น เพื่อให้บรรลุผลที่ได้ (Output or product) คือ ตัวแบบของแผนสุขภาพชุมชน ดังนั้นการที่จะทราบถึงที่มาของกระบวนการที่แท้จริงของการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนนั้นจำเป็นต้องมีการประยุกต์ใช้แผนที่ผลลัพธ์มาประเมินกระบวนการต่าง ๆ

1.5.3 ความหมายแผนสุขภาพชุมชน

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) (2555 : 23)

ให้คำนิยามของคำว่า สุขภาพชุมชนว่า หมายถึง ภาวะแห่งการรวมเอา สุขภาพของบุคคลต่าง ๆ

ในชุมชนเข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งสุขภาพอนามัยของแต่ละบุคคลจะดีได้ ก็ย่อมขึ้นกับสภาพ สิ่งแวดล้อมด้วยและการจะนำไปสู่ภาวะดังกล่าวได้ จำเป็นต้องมีระบบ สุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง ที่หมายถึง ชุมชนสามารถดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเองมากที่สุด สามารถควบคุมโรคและสร้าง เสริมสุขภาพ มีระบบบริการที่สามารถให้บริการที่จำเป็นแก่ ประชากรทั้งหมดในชุมชนท้องถิ่น ได้ และเครื่องมือหนึ่งที่มีผลต่อการสร้างความเข้มแข็ง ของชุมชนคือการมีนโยบายสาธารณะที่ดี ซึ่งบทบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 87 (1) ไว้ว่า “รัฐต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผน วางแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น”

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองฝ้าย (2555 : 1-2) แผนสุขภาพชุมชน หมายถึง แผนงานด้านสุขภาพของประชาชน โดยประชาชน เพื่อ ประชาชนเป็นกระบวนการที่ชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมค้นหา ร่วมเรียนรู้ ร่วมกำหนดทิศทาง ร่วมจัดกิจกรรมการพัฒนาและร่วมรับผลประโยชน์ โดยเริ่มจากการคัดเลือกแกนนำ การทบทวน งานในอดีตเพื่อกำหนดอนาคตการสำรวจข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สภาพปัญหา และการประเมิน ศักยภาพของชุมชน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือให้เกิดการทบทวนตนเอง โดยคำนึงถึงศักยภาพ ทรัพยากร ภูมิปัญญา วิถีชีวิต วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมในชุมชนรวมทั้งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตามศักยภาพของชุมชน กระตุ้นประชาชนให้เกิดความกระตือรือร้นในการพัฒนาชุมชนของ ตัวเอง ตลอดจนให้ความร่วมมือกับกิจกรรมด้านสุขภาพ และร่วมคิดตามประเมินผล โดยสามารถขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกได้ โดยมีหลักการของแผน ดังนี้

- 1) ใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง หมู่บ้าน/ชุมชนเป็นศูนย์กลาง และประชาชนเป็นเจ้าของ
- 2) รวมพลังทุกภาคส่วนของสังคม เพื่อการอยู่เย็นเป็นสุข ตามแนวพระราชดำริปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
- 3) บูรณาการกระบวนการจัดทำแผนและงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม
- 4) ส่งเสริมและพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อการพัฒนาสู่ความยั่งยืน

จารุพงศ์ พลเดช (2555 : เว็บ ไซต์) ให้ความหมายว่า แผนสุขภาพชุมชน หมายถึง การกำหนดอนาคตและกิจกรรมพัฒนาด้านสุขภาพของชุมชน โดยเกิดขึ้นจากคนในชุมชนที่มีการรวมตัวกันจัดทำแผนขึ้นมา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาชุมชนหรือท้องถิ่น

ของตนเอง ให้เป็นไปตามที่ต้องการ และสามารถแก้ปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ร่วมกัน โดยคนในชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมกำหนดแนวทาง และทำกิจกรรมการพัฒนาร่วมกัน โดยยึดหลักการพึ่งตนเอง ลดการพึ่งพิงภายนอก ด้วยการคำนึงถึงศักยภาพ ทรัพยากร ภูมิปัญญา วิถีชีวิต วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่นเป็นหลัก จึงกล่าวได้ว่า “แผนชุมชน เป็นของชุมชน ดำเนินการโดยชุมชนและเพื่อประโยชน์ของชุมชน”

จากนักวิชาการได้ให้ความหมายของการวางแผน แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome mapping) และแผนสุขภาพชุมชน ผู้วิจัย สรุปได้ว่าการวางแผนสุขภาพชุมชน หมายถึง กระบวนการนำข้อมูล ปัญหาสุขภาพชุมชน ความต้องการพัฒนาด้านสุขภาพ และจัดลำดับความสำคัญของความต้องการและปัญหาสุขภาพแล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจล่วงหน้าในการเลือกทางเลือกที่ก่อให้เกิดประโยชน์ โดยทำให้การดำเนินงานบรรลุจุดมุ่งหมาย เป็นการประหยัด ลดความไม่แน่นอน และทำให้เกิดการประสานงานที่ดีในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีส่วนร่วม มีความเป็นเหตุเป็นผลและสมบูรณ์

สำหรับในการวิจัย รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรปัจจัยด้านการวางแผนสุขภาพชุมชน ตาม อนันต์ เกตุวงศ์ (2541 : 3-4) สันธยา พลศรี (2545 : 101-103) วิรัช วิรัชนิภาวรรณ (2548 : 50-51) ; คอนเยอร์ และฮิลล์ (Conyers and Hills. 1994 : 3 ; อ้างถึงใน พรชัย ลิขิตธรรม โรจน์. 2546 : 66) แรพกิน (Rapkin. 1979 : 226 ; อ้างถึงใน วรางคณา วัชโย. 2540 : 25) โดยมีคุณลักษณะครอบคลุมปัจจัยด้านการวางแผนสุขภาพชุมชนของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น คือ 1) กองทุนได้นำข้อมูลปัญหาสุขภาพชุมชน ความต้องการพัฒนา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาแล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนสุขภาพชุมชนอย่างครอบคลุม 2) กองทุนได้อาศัยแรงขับเคลื่อนจากนายกเทศมนตรีหรือนายก อบต./หน่วยงานเทศบาลหรือ อบต. และ คณะกรรมการกองทุน โดยเปิดโอกาสการให้ อสม. แกนนำชุมชน และประชาชน รวมทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่เข้าร่วมวางแผนสุขภาพชุมชน และ 3) กระบวนการติดตามและประเมินผลเพื่อทบทวนปรับปรุง และพัฒนาแผนสุขภาพชุมชนเป็นประโยชน์ต่อกองทุนในการปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของสุขภาพชุมชน

1.5.4 การวัดปัจจัยด้านการวางแผนสุขภาพชุมชน

การวางแผนสุขภาพชุมชน เป็นการพิจารณาของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยการพิจารณากระบวนการวางแผนสุขภาพชุมชน

ของกองทุนจากกระบวนการนำข้อมูล ปัญหาสุขภาพชุมชน ความต้องการพัฒนาด้านสุขภาพ และจัดลำดับความสำคัญของความต้องการและปัญหาสุขภาพแล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจล่วงหน้าในการเลือกทางเลือกที่ก่อให้เกิดประโยชน์ โดยทำให้การดำเนินงานบรรลุ จุดมุ่งหมาย เป็นการประหยัด ลดความไม่แน่นอน และทำให้เกิดการประสานงานที่ดีใน กิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีส่วนร่วม มีความเป็นเหตุเป็นผลและสมบูรณ์ แล้ววัดแผนสุขภาพชุมชน

ในการวัดตัวแปรปัจจัยด้านการวางแผนสุขภาพชุมชน ผู้วิจัยกำหนดการ วัดคุณลักษณะ ตามแนวคิด พิกุล สิทธิประเสริฐกุล และคณะ (2547 : 12-13) ที่เป็นแผนที่ ผลลัพธ์ (Outcome mapping) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อการวางแผน ติดตามและประเมินผลการ ทำงานอย่างมีส่วนร่วม มีวิธีคิดที่เน้นการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม ความสัมพันธ์ และ/หรือ การปฏิบัติของภาคีเครือข่ายในชุมชน/ท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับ กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองฝ้าย (2555 : 1-2) และจารุพงศ์ พลเดช (2555 : เว็บไซต์) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ข้อ คือ 1) กองทุนได้นำข้อมูล ปัญหาสุขภาพชุมชน ความต้องการ พัฒนา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาแล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนสุขภาพชุมชนอย่าง ครอบคลุม 2) กองทุน ได้อาศัยแรงขับเคลื่อนจากนายกเทศมนตรีหรือนายก อบต./หน่วยงาน เทศบาลหรือ อบต. และคณะกรรมการกองทุน โดยเปิดโอกาสการให้ อสม. แกนนำชุมชน และ ประชาชน รวมทั้ง เครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ เข้าร่วมวางแผนสุขภาพชุมชน และ 3) กระบวนการติดตามและประเมินผลเพื่อทบทวน ปรับปรุง และพัฒนาแผนสุขภาพชุมชนเป็น ประโยชน์ต่อกองทุนในการปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและ ความต้องการของสุขภาพชุมชน มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึง น้อยที่สุด

1.5.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุรเชษฐ์ กรงจักร (2554 : 11-12) ศึกษาความคิดเห็นของประชาชน ที่มี ต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองแรด อำเภอ เทิง จังหวัดเชียงราย จากการประเมินการให้คะแนนจากประเด็นในเอกสาร ที่จัดเก็บและงานที่ เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุน ด้านการจัดทำแผนและข้อมูลของกองทุน พบว่า ในภาพรวม ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อย คือมีกลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำข้อมูลและ แผนการดำเนินงานกองทุน กับคณะกรรมการบริหารกองทุนจำนวน 2 กลุ่มเท่านั้นที่เข้ามามี ส่วนร่วมในการจัดทำข้อมูลและแผนการดำเนินงานกองทุน กับคณะกรรมการบริหารกองทุน คือ กลุ่มผู้สูงอายุ และหน่วยบริการซึ่งยังขาดกลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่ม

ผู้ประกอบการที่มีความเสี่ยงต่อโรค และกลุ่มผู้พิการ และจากการเก็บข้อมูลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนพบว่า อยู่ในระดับดี จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของคณะกรรมการบริหารกองทุน พบว่า มีกลุ่มเป้าหมาย เข้ามามีส่วนร่วมกับคณะกรรมการบริหารกองทุน ในการจัดทำแผนมีน้อยและ แผนข้อมูลการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากไม่มีผู้ประสานงานกับกลุ่มหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมในการจัดทำแผน คณะกรรมการไม่มีข้อมูลประชากร กลุ่มเป้าหมายหลักดังกล่าวว่ามีจำนวนเท่าใด การจัดทำแผนงาน/โครงการในแต่ละปีว่าจะตั้งเป้าหมายในการจัดบริการแก่กลุ่มใดบ้าง และเป็นจำนวนเท่าใด ปฏิบัติงาน และจากการสนทนาตัวแทนกลุ่มประชาชน พบว่ายังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำข้อมูลปัญหาและแผนการดำเนินงานของกองทุนฯ มีน้อย ยังขาดการประสานงาน กับกองทุนในการร่วมจัดทำข้อมูล และส่วนใหญ่โครงการที่ดำเนินการตามแผน เป็นของตัวแทนกลุ่มที่เป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนเท่านั้น

วารจนา วัชโย (2540 : 128, 193-210) ศึกษาเรื่อง “แนวทางการจัดทำแผนพัฒนาชุมชน โดยวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชน : กรณีศึกษา สุขาภิบาลเจ้าเจ็ด จังหวัดพระนครศรีอยุธยา” พบว่า ปัญหาสำคัญของชุมชน คือความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และปัญหาการขาดแคลนการบริการขั้นพื้นฐาน ความต้องการของประชาชนสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนข้อเสนอแนะแนวทางการจัดทำแผน ได้กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาและพัฒนาการใช้ที่ดิน การบริการขั้นพื้นฐาน เศรษฐกิจ และสังคม รวมทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งประชาชนมีความต้องการให้เกิดการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองและชุมชนประสออยู่เป็นสำคัญ ความต้องการที่มากที่สุดคือความต้องการที่จะพัฒนา ด้านการบริการด้านพื้นฐาน ได้แก่ ประปา ถนน โทรศัพท์ ที่พักผ่อน รองลงมาคือ ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ต้องการตลาดอาชีพเสริมหรือแหล่งงานในชุมชน และต้องการพัฒนารวมทั้งแก้ไขปัญหาสีงแวดล้อม

ปาริชาติ สุขสุวรรณ (2553 : 56-59) การวิจัย เรื่อง การประเมินกระบวนการจัดทำแผนสุขภาพระดับตำบล การประเมินกระบวนการจัดทำแผนสุขภาพระดับตำบล กรณีศึกษา : จังหวัดสงขลา เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพที่เป็นปัจจัยนำเข้า กระบวนการในการจัดทำแผนสุขภาพระดับตำบล ตลอดจนศึกษาตัวแบบของแผนสุขภาพและความสอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพในแต่ละตำบล ผลการวิเคราะห์ตัวแบบแผนสุขภาพ พบว่า ตำบลส่วนใหญ่ได้มีการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ เพื่อมากำหนดจุดหมายหรือภาพลักษณ์ที่ต้องการของแผน พบว่า มีองค์ประกอบในรูปแบบวิสัยทัศน์ พันธกิจที่ชัดเจน แต่สำหรับใน

ส่วนวัตถุประสงค์ และการตั้งเป้าหมายยังระบุความต้องการที่เจาะจงไม่ชัดเจน สำหรับขั้นตอนการดำเนินงานเกือบทุกตำบลได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการทำงานตลอดจนกิจกรรมรูปแบบโครงการ/กิจกรรมขึ้นมา แต่ทุกตำบลขาดในส่วนการกำหนดตัวชี้วัด และติดตามประเมินผลทำให้ไม่สามารถประเมินผลการดำเนินงานได้ เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบของตัวแบบแผนสุขภาพเปรียบเทียบกับแผนที่ผลลัพธ์ซึ่งเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนารูปแบบคำถามเพื่อต้องการประเมินกระบวนการที่เกี่ยวข้อง พบว่า ชุมชน ได้ใช้กระบวนการต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของแผนที่ผลลัพธ์ แต่ตัวแบบแผนจะไม่ครบถ้วนในหัวข้อการกำหนดตัวชี้วัดและการสร้างแบบประเมิน ทั้งที่ชุมชนมีการใช้กระบวนการในส่วนนี้ อาจเป็นเพราะชุมชนเข้าใจถึงขั้นตอนในการจัดทำแผนแต่ขาดองค์ความรู้ในการสร้างตัวชี้วัดและรูปแบบการประเมิน จึงทำให้ตัวแบบแผนไม่ได้มีการระบุรายละเอียด กระบวนการในการจัดทำแผนสุขภาพของแต่ละตำบลใช้กระบวนการที่แตกต่างกัน โดยภาพรวมประกอบด้วย กระบวนการสร้างอนาคตร่วมกัน กระบวนการสุนทรียสนทนา กระบวนการติดตามประเมินผล กระบวนการกลุ่ม กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม กระบวนการคิดเชิงประยุกต์ กระบวนการจัดการเชิงกลยุทธ์และกระบวนการสรรหา ผลการวิเคราะห์ที่ตัวแบบแผนสุขภาพ พบว่า ตำบลส่วนใหญ่ได้มีการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ เพื่อกำหนดจุดหมายหรือภาพลักษณ์ที่ต้องการของแผน พบว่ามีองค์ประกอบในรูปแบบวิสัยทัศน์ พันธกิจ ที่ชัดเจน แต่สำหรับในส่วนวัตถุประสงค์ และการตั้งเป้าหมายยังระบุความต้องการที่เจาะจงไม่ชัดเจน สำหรับขั้นตอนการดำเนินงานเกือบทุกตำบลได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการทำงานตลอดจนกิจกรรมรูปแบบโครงการ/กิจกรรมขึ้นมา แต่ทุกตำบลขาดในส่วนการกำหนดตัวชี้วัด และติดตามประเมินผลทำให้ไม่สามารถประเมินผลการดำเนินงานได้ แต่สิ่งที่ขาดไป คือการกำหนดตัวชี้วัดและวิธีการในการประเมินผล กระบวนการจัดทำแผนสุขภาพจำเป็นต้องให้ทุกภาคส่วนของชุมชนเข้ามาเรียนรู้และมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการทบทวน แก้ไข ปรับปรุงอย่างเป็นกระบวนการ ดังนั้นควรมีการพัฒนาศักยภาพคนในพื้นที่ให้มีความเข้าใจในเรื่องกระบวนการติดตามและประเมินผลตลอดจนเป็นผู้อำนวยความสะดวกสนับสนุนกระบวนการ เพื่อให้กระบวนการจัดทำแผนสุขภาพเกิดประสิทธิผลสูงสุด

1.6 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ

1.6.1 ความหมายการบริหารจัดการ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2545 : 18-19) กล่าวว่า หมายความว่า ความหมายของคำว่า “การบริหารจัดการ” และ “การจัดการ” ได้ดังนี้ การบริหาร จะใช้ในการบริหารระดับสูง

โดยเน้นที่การกำหนดนโยบายที่สำคัญและการกำหนดแผนของผู้บริหารระดับสูง เป็นค่านิยมใช้ในการบริหารรัฐกิจ (Public Administration) หรือใช้ในหน่วยงานราชการ และคำว่า “ผู้บริหาร” (Administrator) จะหมายถึง ผู้บริหารที่ทำงานอยู่ในองค์กรของรัฐ หรือองค์กรที่ไม่มุ่งหวังกำไร ส่วนการจัดการ จะเน้นการปฏิบัติการให้เป็นไปตามนโยบาย (แผนที่วางไว้) ซึ่งนิยมใช้ในการจัดการธุรกิจ (Business management) ส่วนคำว่า “ผู้จัดการ” (Manager) จะหมายถึง บุคคลในองค์กรซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบต่อกิจกรรมในการบริหารทรัพยากรและกิจการงานอื่น ๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ขององค์กร

พะยอม วงศ์สารศรี (2545 : 25) กล่าวว่า การจัดการ คือ กระบวนการที่ผู้จัดการ ใช้ศิลปะและกลยุทธ์ต่าง ๆ ดำเนินกิจการตามขั้นตอนต่าง ๆ โดยอาศัยความร่วมมือร่วมใจของสมาชิกในองค์กร ตระหนักถึงความสามารถ ความถนัด ความต้องการและความมุ่งหวังความเจริญก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของสมาชิกในองค์กร ควบคู่ไปด้วย องค์กรจึงจะสัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

สร้อยตระกูล อรรถมานะ (2545 : 421) ได้กล่าวไว้ว่า กระบวนการจัดการ หมายถึง กระบวนการดำเนินงานจะต้องเป็นไปตามขั้นตอนตามลำดับ เป็นการตัดสินใจล่วงหน้าว่าจะทำอะไร ที่ไหน เมื่อใด โดยใคร นอกจากจะเป็นการลดความไม่แน่นอนแล้ว ยังทำให้สมาชิกในองค์กรมีความมั่นใจในการทำงานทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ การจัดลำดับการทำงานที่ดีไม่ควรมัวถกเถียงตายตัวต้องยืดหยุ่น ได้ตามสถานการณ์อาจมีการปรับปรุงแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนลำดับการทำงานได้เสมอ ส่งผลให้การปฏิบัติงานเกิดประสิทธิผลมากขึ้นด้วย

กฤติกา แสสน โภชน์ และคณะ (2546 : 41) กล่าวถึงการจัดการว่า หมายถึง กระบวนการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร โดยการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ อย่างสมดุล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

บุตรี จารุโรจน์ และคณะ (2549 : 12) ได้ร่วมกันอธิบายว่า การจัดการคือ การติดตามการดำเนินการตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล โดยองค์กรหรือบุคลากรที่ร่วมงานกันเพื่อบรรลุเป้าหมายเฉพาะนั้น

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2550 : 1) ได้อธิบายร่วมกันว่า การจัดการเป็นกระบวนการที่ออกแบบสำหรับบุคคล เพื่อการทำงานร่วมกันในกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือเป็นกระบวนการของการมุ่งไปสู่เป้าหมายขององค์กรจากการทำงานร่วมกัน โดยใช้บุคคลและทรัพยากร หรือเป็นกระบวนการออกแบบและรักษาสถานะแวดล้อม ซึ่งบุคคลทำงานร่วมกันในกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บุตรี จารุโรจน์ และคณะ (2549 : 12) ได้ร่วมกันอธิบายว่า การจัดการ คือ การติดตามการดำเนินการตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล โดยองค์การหรือบุคลากรที่ร่วมงานกันเพื่อบรรลุเป้าหมายเฉพาะนั้น

เซอร์โต (Certo. 2000 : 7) ได้ให้นิยาม การจัดการว่าเป็นกระบวนการที่นำองค์การ ไปสู่เป้าหมาย ด้วยการทำงานกับบุคคลและทรัพยากรอื่น ๆ ขององค์การ ซึ่งการจัดการจะมีลักษณะกว้าง ๆ 3 ประการ ดังนี้ เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องซึ่งสัมพันธ์กับกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการมุ่งให้ถึงเป้าหมายขององค์การ และเป็นการนำไปถึงเป้าหมายด้วยการทำงานกับบุคคล และทรัพยากรอื่น ๆ ขององค์การ

ไฮน์น์ และคูนท์ซ (Heinz and Koontz. 1993 : 4) ได้อธิบายร่วมกันว่า การจัดการเป็นกระบวนการออกแบบและรักษาสภาพแวดล้อม ซึ่งบุคคลทำงานร่วมกันในกลุ่ม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บาร์โทล และมาร์ติน (Bartol and Martin. 1998 ; อ้างถึงใน ศาสตราจารย์สุกรีวงศ์. 2550 : 25) กล่าวว่าไว้ว่า การจัดการเป็นกระบวนการในการดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยการทหาน้ำที่หลัก 4 ประการ ได้แก่ การวางแผน การจัดการองค์กร การชี้นำ และการควบคุมองค์กร

รู และเบอร์ (Rue and Byars. 2002 ; อ้างถึงใน ศาสตราจารย์สุกรีวงศ์. 2550 : 25) กล่าวว่าไว้ว่า การจัดการ คือ รูปแบบของงานซึ่งเกี่ยวข้องกับการประสานทรัพยากรต่าง ๆ ขององค์กรอื่น ได้แก่ ที่ดิน แรงงาน และทุน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

ดริค (Druck. 2006 ; อ้างถึงใน ศาสตราจารย์สุกรีวงศ์. 2550 : 25) กล่าวว่าไว้ว่า การจัดการ หมายถึง การทำงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ทางการจัดการ ซึ่งรวมถึงกิจกรรม 4 ประการ ได้แก่ การวางแผน การจัดการองค์กร การชี้นำ และการควบคุมองค์กร นอกจากกิจกรรมการจัดการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การตัดสินใจในการบริหารจัดการ การจัดการเชิงกลยุทธ์ การจัดการทรัพยากรมนุษย์ การบริหารกลุ่ม และการจัดการในสภาพแวดล้อมระหว่างประเทศ

จากคำนิยามของนักวิชาการดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การบริหารจัดการ หมายถึง กระบวนการที่ผู้บริหารนำใช้ศิลปะมาใช้ในการทำงานต่าง ๆ ประสานการทำงานของทุกฝ่ายให้ เข้ากันได้ โดยต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐานทางการบริหาร คือ คน เงิน และ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ได้ เพื่อให้คน หรือกลุ่มทำงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

ดังนั้นหากกล่าวถึงการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จึงหมายถึง กระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่มีการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ การจัด โครงสร้างของกองทุน ให้เป็นไปตามกฎระเบียบ ทบพาทหน้าที่หึ่งประธาน คณะกรรมการและเลขานุการกองทุน มีส่วนในการตัดสินใจร่วมกัน ในการวางแผน การจัดการกองทุน การดำเนินการ การติดต่อ ประสานงานและแก้ไขปัญหา ควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

1.6.2 การวัดปัจจัยด้านการบริหารจัดการ

มนตรี๊ก ชีรานุสรณ์ (2551 : 88) ได้สร้างเครื่องมือวัดด้านการบริหารจัดการออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการกำหนดเป้าหมายของการดำเนินงานอย่างชัดเจน ด้านการจัด โครงสร้างขององค์กรอย่างชัดเจน ด้านการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการและสมาชิกอย่างชัดเจน ด้านการเปิด โอกาสให้คณะกรรมการและสมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์

อังศิกา นพภาลี (2547 : 170) ได้สร้างเครื่องมือวัดการบริหารจัดการ ออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ ด้านการกำหนดเป้าหมายของกลุ่มอย่างชัดเจน ด้านการจัด โครงสร้างขององค์กร อย่างชัดเจน ด้านกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการและสมาชิกอย่างชัดเจน ด้านการกำหนดระเบียบข้อบังคับในการดำเนินงานของกลุ่มอย่างชัดเจน ด้านการเปิด โอกาสให้คณะกรรมการและสมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นด้านการคัดเลือกคณะกรรมการ โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมและเป็นไปอย่าง โปร่งใส ด้านการกำหนด ต้นทุน ราคาขายเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ด้านการวางแผนการจัดจำหน่าย การหาตลาด การติดต่อประสานงานและการแก้ปัญหาาร่วมกัน มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด

ในการวัดตัวแปรปัจจัยการบริหารจัดการในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะใช้ เครื่องมือการวัดของ มนตรี๊ก ชีรานุสรณ์ (2551 : 88) ; อังศิกา นพภาลี (2547 : 170) มาปรับใช้ เพื่อกำหนดคุณลักษณะของตัวแปรปัจจัยด้านการบริหารจัดการ คือ 1) กองทุนมีการกำหนด เป้าหมายของกลุ่มอย่างชัดเจน 2) กองทุนมีการจัด โครงสร้างขององค์กรอย่างชัดเจน 3) กองทุน มีการกำหนดระเบียบ ข้อบังคับและกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุน อย่างชัดเจน 4) กองทุนมีการเปิด โอกาสให้คณะกรรมการบริหารกองทุนหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แสดงความคิดเห็นและ 5) กองทุนมีการวางแผน ติดตามกำกับและประเมินผลการบริหาร

จัดการกองทุนเป็นระยะและสม่ำเสมอประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด

1.6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ

มณฑนา จำหาญ (2547 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาระบบการบริหารจัดการธุรกิจชุมชนท้องถิ่นหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สภาพทั่วไปของการบริหารจัดการธุรกิจชุมชนท้องถิ่นที่ผลิตสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่พบว่าเป็นกรรมวิธีแบบชาวบ้านหรืออุตสาหกรรมแบบครอบครัว การบริหารจัดการเป็นวิธีการปฏิบัติที่ได้รับสืบทอด ๆ กันมาจากบรรพบุรุษในอดีต อย่างไรก็ตามผู้ผลิตได้พยายามปฏิบัติให้เป็นระบบที่ใกล้เคียงกับระบบการจัดการอุตสาหกรรมขนาดกลางและขนาดใหญ่ตามมาตรฐานในระบบสากล

อนนท เหลลาโชติ (2547 : 152) ได้ศึกษาการบริหารจัดการธุรกิจชุมชนกรณีศึกษากลุ่มหัตถกรรมตุ๊กตาราชบุรี พบว่า การดำเนินการของกลุ่มหัตถกรรมตุ๊กตาราชบุรีมีปัจจัยส่งเสริมที่ดีที่ทำให้ปัจจุบันรวมกลุ่มในรูปแบบธุรกิจชุมชนดังกล่าวมีความก้าวหน้าอย่างยิ่ง โดยปัจจัยสนับสนุนดังกล่าว ได้แก่ ปัจจัยด้านการผลิต การตลาด การเงินและทุน เป็นต้น

ไพวรรณ ยะกุล (2551 : 145) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารงานด้านการคลังของเทศบาลตำบล ในจังหวัดสระบุรี การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารงานด้านการคลังและเปรียบเทียบการบริหารงานด้านการคลังของเทศบาลตำบลในจังหวัดสระบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ผลวิจัยพบว่า บุคลากรของเทศบาลในจังหวัดสระบุรีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 30-40 ปี ตำแหน่งข้าราชการ ระดับปริญญาตรี รายได้ 5,001-10,000 บาท และมีระยะเวลาในการทำงานต่ำกว่า 5 ปี มีการบริหารงานด้านงานคลัง อยู่ในระดับมาก ผลการทดสอบสมมติฐาน บุคลากรที่มีอายุและระยะเวลาการทำงานที่แตกต่างกัน มีการบริหารงานด้านการคลังแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 บุคลากรที่มีเพศ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา และรายได้แตกต่างกัน มีการบริหารงานด้านการคลัง ไม่แตกต่างกัน

ปัญญา นพชา (2553 : 109) ศึกษาเรื่องการบริหารงานองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่า พนักงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 21-30 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี และมีตำแหน่งคนงานทั่วไป/พนักงานจ้างตามภารกิจ พนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลในเขต อำเภอเมือง จังหวัด

ปทุมธานี ให้ความสำคัญกับการบริหารงาน ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่สูงที่สุดคือ การทำงานประมาณ รองลงมาคือ การวางแผน การรายงาน การประสานงาน การอำนวยความสะดวก และการจัดองค์การ และด้านการจัดคนเข้าทำงานต่ำสุด ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า พนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลในเขต อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ที่มีระดับ การศึกษา แตกต่างกัน ให้ความสำคัญกับการบริหารงานองค์การบริหารส่วนตำบลในเขต อำเภอ เมือง จังหวัดปทุมธานี ในภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วน พนักงานที่มีอายุ ประสบการณ์ทำงาน และตำแหน่งงานแตกต่างกัน ให้ความสำคัญกับ การบริหารงานองค์การบริหารส่วนตำบลในเขต อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ในภาพรวม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพนักงานที่มีเพศแตกต่างกัน ให้ความสำคัญกับการบริหารงานในภาพรวมไม่แตกต่างกัน

1.7 ปัจจัยด้านการจัดทำกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในท้องถิ่น

1.7.1 การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพตาม ชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553 : 12-21) การจัดบริการ การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นบริการที่รัฐบาล จัดให้กับประชาชน คนไทยทุกคน ไม่ใช่ สำหรับจัดบริการเฉพาะกลุ่มผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่านั้น แต่เป็นบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพที่มุ่งสำหรับ ประชาชนทุกคน โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงมีครรภ์ กลุ่มเด็กเล็ก ตั้งแต่แรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 ปี กลุ่มเด็กโตและเยาวชน อายุตั้งแต่ 6 ปี ถึงต่ำกว่า 25 ปี กลุ่มผู้ใหญ่ คือ อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป และกลุ่มผู้พิการหรือทุพพลภาพ ซึ่งบริการเหล่านี้ควรเป็น ไปตาม กรอบแนวคิดการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพของชุมชนโดยสามารถจำแนกตามชุดสิทธิประโยชน์ 5 กลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1) การจัดบริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับหญิงมีครรภ์

สำหรับกลุ่มนี้ เน้นการจัดหาบริการฝากครรภ์ 4 ครั้ง เฉพาะการ ตั้งครรภ์ปกติตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2545 ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพ ท้องถิ่น อาจตกลงให้หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาล ชุมชน หรือโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น ดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนทุกคนเพิ่มเติมจาก การให้บริการตามปกติ เช่น การเยี่ยมบ้าน การฝากครรภ์ในชุมชน โดยการชำระค่าบริการ

เพิ่มเติมตามอัตราที่ตกลงกัน (การบริการฝากครรภ์ตามปกติ หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว) โดยมีเป้าหมายที่การลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและลดอัตราการเกิดทารกน้ำหนักน้อย

2) การจัดบริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับเด็กเล็ก (แรกเกิด ถึงต่ำกว่า 6 ปี)

สำหรับกลุ่มเด็กเล็กทั้งหมดในพื้นที่ที่รับผิดชอบ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สามารถเจรจาตกลงกับหน่วยบริการทั้งรัฐและเอกชน เพื่อจัดบริการสุขภาพสำหรับเด็กเล็กแบบเหมารวมหรือเป็นราย ๆ เพิ่มเติม เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการบริการได้ง่ายหรือสะดวกขึ้นในราคาเพิ่มเติมจากราคาค่าบริการมาตรฐาน

3) การจัดบริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับเด็กโต (อายุ 6 ปี ถึงต่ำกว่า 25 ปี)

สำหรับกลุ่มเด็กโตทุกคนในพื้นที่ที่รับผิดชอบกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สามารถเจรจาตกลงจัดบริการสุขภาพสำหรับเด็กโตแบบเหมารวมเป็นกลุ่ม ๆ หรือแบบเป็นราย ๆ เพิ่มเติมจากการบริการปกติที่ได้ในราคาค่าบริการเพิ่มเติมจากราคามาตรฐานของหน่วยบริการหรือตามที่ตกลงกัน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น

4) การจัดบริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป)

สำหรับกลุ่มผู้ใหญ่ทั้งหมดในพื้นที่ที่รับผิดชอบกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นสามารถเจรจาตกลงจัดบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่แบบเหมารวมเป็นกลุ่ม ๆ หรือแบบเป็นราย ๆ เพิ่มเติมจากที่หน่วยบริการให้บริการตามปกติ เช่น จัดบริการเชิงรุกในชุมชนหรือจัดบริการในวันหยุดเป็นต้น โดยการตกลงราคาค่าบริการเพิ่มเติมจากราคามาตรฐานของหน่วยบริการ

5) การจัดบริการชุดสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ

สำหรับกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพทุกคน (ถ้ามี) ในพื้นที่ที่รับผิดชอบกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นสามารถเจรจาตกลงเจรจาจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการและทุพพลภาพแบบเหมารวม หรือเป็นราย ๆ เพิ่มเติมจากให้บริการตามปกติ เช่น การจัดหน่วยแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือให้ความรู้แก่ผู้พิการ หรือผู้ดูแลผู้พิการเชิงรุกในชุมชน ในราคาค่าบริการเพิ่มเติมจากราคามาตรฐานของหน่วยบริการหรือตามที่ตกลงกัน

เพื่อสนับสนุน ภูมิใจ และกระตุ้นให้บุคคลและครอบครัวเข้ารับ บริการสร้างเสริมสุขภาพแล ป้องกันการเจ็บป่วย หน่วยบริการสาธารณสุขควรดำเนินการเป็น เชิงรุก ทั้งที่สถานบริการ ที่บ้าน และในชุมชน โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สามารถ สนับสนุนงบประมาณเสริมให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในท้องถิ่น ได้เป็นรายปี จำนวนมาก-น้อยตามความเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและคุณภาพบริการสำหรับ ประชาชนในส่วนของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นรับผิดชอบและสามารถมีส่วนร่วมใน การจัดการบริการและควบคุมคุณภาพการให้บริการได้อีกทางหนึ่งด้วย

กิจกรรมที่กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นสามารถให้การ สนับสนุนงบประมาณ ได้แก่ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุม โรค และ การฟื้นฟูสภาพ ส่วนในด้านการบำบัดรักษานั้น สามารถสนับสนุนได้เฉพาะในส่วนที่เป็น การบำบัดรักษาโดยภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือกเท่านั้น

1.7.2 การกำหนดตัวแปรและการวัดปัจจัยด้านการจัดทำกิจกรรมบริการ สุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในท้องถิ่น

ในการวัดตัวแปรปัจจัยด้านการจัดทำกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุด สิทธิประโยชน์ในท้องถิ่น ในการวิจัยนี้ กำหนดคุณลักษณะ การจัดทำกิจกรรมบริการสุขภาพ ตามชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนตามแนวทาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553 : 12-21) ครอบคลุมเนื้อหาภารกิจการจัดกิจกรรมสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุน ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อ คือ 1) กองทุนสามารถจัดกิจกรรมบริการสุขภาพได้ สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในชุมชน/หมู่บ้าน 2) กองทุนสามารถจัดกิจกรรม บริการสุขภาพประชาชน ได้ครบถ้วนประชากรตามชุดสิทธิประโยชน์ ทั้ง 5 กลุ่มเป้าหมายอย่าง ครอบคลุมเป็นได้เป็นอย่างดี และ 3) กองทุนจัดกิจกรรมบริการสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง และเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ครอบคลุมประชาชน ทุกเพศ ทุกวัยในชุมชน/หมู่บ้าน มีลักษณะเป็น มาตรการประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด

1.8 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุน

1.8.1 ความหมายการมีส่วนร่วม

ความหมายของการมีส่วนร่วมมีนักวิชาการหลายคนที่ให้ความหมาย ของการมีส่วนร่วมทั้งนักวิชาการภายในประเทศและต่างประเทศ นักวิชาการภายในประเทศ ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ดังนี้

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527 : 183-185) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Mental and emotional involvement) ของบุคคลในสถานการณ์กลุ่ม (Group situation) ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการ (Contribution) ให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น กับทั้งทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย นอกจากนี้ความหมายที่กล่าวถึงแล้วนี้ นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ ยังได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ในรูปของสมการว่า

$$\text{การมีส่วนร่วม} = \text{ความร่วมมือร่วมใจ} + \text{การประสานงาน} +$$

ความรับผิดชอบ

$$\text{Participation} = \text{Cooperation} + \text{Coordination} + \text{Responsibility}$$

ความร่วมมือร่วมใจ หมายถึง ความตั้งใจของบุคคลที่จะมาทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม

การประสานงาน หมายถึง ห่วงเวลาและลำดับเหตุการณ์ที่มี

ประสิทธิภาพในการกระทำกิจกรรมหรือการงาน

ความรับผิดชอบ หมายถึง ความรู้สึกผูกพันในการกระทำงานและในการทำให้เชื่อถือไว้วางใจ

เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ (2537 : 182-183) ได้กล่าวถึง แนวคิดหลักในการมีส่วนร่วมมี 4 ประการ คือ 1) เป็นการเกี่ยวข้องทางจิตใจ และอารมณ์มากกว่าจะเป็นกิจกรรมทางกาย 2) เป็นการกระตุ้นให้ช่วยเหลือและทำประโยชน์ 3) เป็นการส่งเสริมให้รับผิดชอบในกิจกรรมต่าง ๆ และ 4) ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมนั้น ควรจะต้องตระหนักให้มีความสมดุลระหว่างการมีส่วนร่วมอย่างไม่แท้จริงกับการมีส่วนร่วมที่มากเกินไป จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของบุคคลจะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง และการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องจะส่งผลให้เกิดความผูกพันต่อหน่วยงาน และภารกิจที่ตนเองมีส่วนร่วม

กาญจนา แก้วเทพ (2538 : 99) อธิบายความหมายการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงว่าจะต้องเป็นการมีส่วนร่วมชนิดที่ประชาชนเป็นตัวตั้งคือเจ้าของโครงการ ส่วนบุคคลภายนอกเป็นฝ่ายสนับสนุน ชาวบ้านเป็นผู้วางแผนดำเนินตามรูปแบบ และวิธีการที่ชาวบ้านคุ้นเคย ตัดสินใจเมื่อต้องการทางเลือกแบบต่าง ๆ ในการแก้ปัญหา ภูมิรู้ ภูมิปัญญา และภูมิธรรมรวมทั้งด้านตัวบุคคลในการระดมความคิดในการแก้ปัญหา ต้องมาจากชุมชนเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งเป็นผู้แก้ไขข้อผิดพลาดหรือความขัดแย้งอันอาจเกิดขึ้นตามวิธีการของตัวเองด้วย

อรพินท์ สฟ โศภชัย (2538 : 2) กล่าวถึงความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ในชุมชนที่เข้ามามีบทบาทในการดำเนินการพัฒนาของภาครัฐ หรือหมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนในหมู่บ้านในการดำเนินการพัฒนาของภาครัฐหรือกิจกรรมการพัฒนาของชุมชนที่ประชาชนยินดีมาร่วมซึ่งเป็นการร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมลงทุนลงแรง

ทัศนาศ แสงศักดิ์ (2539 : 15) กล่าวอีกทัศนะหนึ่ง คือการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับ 3 ลักษณะคือ เป็นการช่วยเหลือ เป็นการให้อำนาจและเป็นงานขององค์กร โดยอ้างถึงความสำคัญของการให้อำนาจว่าเป็นความหมายของการมีส่วนร่วม การให้อำนาจเป็นการเพิ่มหรือพัฒนาทักษะหรือสมรรถนะในการบริหาร การมีส่วนร่วมจึงมีความสัมพันธ์กับการให้อำนาจองค์กรเป็นปัจจัยพื้นฐานของการให้อำนาจ และมักจะเป็นรากฐานสำคัญของการให้ความช่วยเหลือด้วย ดังนั้นการช่วยเหลือ การให้อำนาจ และงานขององค์กรจึงมีความเกี่ยวข้องกับมีส่วนร่วม

ยุพาพร รุปร่าง (2545 : 5) การมีส่วนร่วม คือ เป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของความ ต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกันจะต้องมีมากจนเกิด ความคิดริเริ่ม โครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้น ของการที่มีคนมารวมกันใดควร จะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมด ที่ทำโดยกลุ่มหรือใน นามกลุ่มนั้น กระทำผ่านองค์กร (Organization) ดังนั้นองค์กรจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2546 : 138-139) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมใน 2 ลักษณะ กล่าวคือ การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด โครงการ เช่น การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผนการตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมถึงการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยที่โครงการพัฒนาดังกล่าวจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547 : 4) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ หรือเข้าร่วมการตัดสินใจหรือเคยมาเข้าร่วมด้วยเล็กน้อยได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้น เป็นไปอย่างมี อิสรภาพ เสมอภาค มิใช่มีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่เข้าร่วมด้วยอย่างแท้จริงยิ่งขึ้นและการเข้าร่วมนั้นต้องเริ่มตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้ายของโครงการ

นอกจากนี้ นักวิชาการต่างประเทศได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ดังนี้

ดูลาห์ (Douglah. 1970 : 90) กล่าวถึงความหมายของการมีส่วนร่วม (Participation) ว่าเป็นคำที่มีความหมายกว้างและใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน นักการศึกษาใช้คำนี้ในการอ้างอิงถึงการมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ กิจกรรม หรือ โครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา นักรัฐศาสตร์ใช้คำนี้ในความหมายของการเข้าร่วมกับสถาบันทางการเมืองของชุมชน เช่น การออกเสียงเลือกตั้ง นักสังคมวิทยาใช้ในความหมายของการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ส่วนกลุ่มอื่น ๆ ใช้คำนี้ในความหมายของการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

รีเดอร์ (Reeder. 1974 : 39) ได้ให้ความหมายเจาะจงถึงการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมเป็นการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

หวัง (Whang. 1981 : 91-92) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง กระบวนการเข้าไปดำเนินงานของบุคคลหรือของกลุ่มเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความสนใจของตน หรือเพื่อให้การสนับสนุนทางด้านกำลังงาน หรือทรัพยากรต่อสถาบัน หรือระบบที่ครอบคลุมการดำเนินชีวิตของพวกเขา

องค์การสหประชาชาติ (United Nation. 1981 : 5) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การสร้างโอกาสให้สมาชิก ทุกคนของชุมชน และสมาชิกในสังคมที่กว้างกว่า สามารถเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือ และเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมทั้งมีส่วนได้รับประโยชน์จากผลของการพัฒนาอย่างเท่าเทียมกัน

ไวท์ (White. 1982 : 52 ; อ้างถึงใน กรมการพัฒนาชุมชน. 2529 : 11) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 มิติด้วยกัน มิติที่หนึ่ง คือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าจะไรควรทำ และทำอย่างไร มิติที่สองมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา การลงมือปฏิบัติการตามที่ได้ตัดสินใจ และมิติที่สาม มีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการดำเนินงานและยังมีอีกมิติหนึ่งที่น่าจะพิจารณาเป็นมิติที่สี่ คือการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

โอกเลย์ และมาร์สเดน (Okley and Maisden. 1987 : 19-21) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมโดยกว้างว่า หมายถึง การมีส่วนร่วมช่วยเหลือโดยสมัครใจ การให้ประชาชนเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการดำเนินงานของโครงการ ตลอดจนการร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการ ส่วนความหมายที่ระบุเฉพาะเจาะจง หมายถึง

การที่ประชาชนมีทั้งสิทธิและหน้าที่ที่จะเข้าร่วมแก้ปัญหาของเขา ให้เขาเป็นผู้มีความริเริ่ม และมุ่งใช้ความพยายาม และความเป็นตัวของตัวเองเข้าดำเนินการและควบคุมทรัพยากร ตลอดจนระเบียบในสถาบันต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาเหล่านี้ ซึ่งเป็นการแสดงถึงสภาพของการมีส่วนร่วมที่เน้นให้กลุ่มดำเนินการ และมีจุดสำคัญที่จะให้การมีส่วนร่วมนั้นเป็นการปฏิบัติอย่างแข็งขัน มิใช่เป็นไปอย่างเฉยเมยหรือมีส่วนร่วมพอเป็นพิธีเท่านั้น

เดวิส และนิวสตรอม (Davis and Newstrom, 1985 : 232 ; อ้างถึงใน เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์, 2537 : 182) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นความเกี่ยวข้องในด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลที่มีต่อกิจกรรมของกลุ่ม เป็นตัวกระตุ้นให้ทำงานสำเร็จได้ตามเป้าหมาย การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับการเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย (Involvement) การช่วยเหลือและทำประโยชน์ (Contribution) และการรับผิดชอบ (Responsibility)

กุสตาโว (Gustavo, 1992 : 4) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมนั้นโดยปกติทั่วไปเป็นที่เข้าใจกันว่า หมายถึง การเข้าไปมีหน้าที่หรือมีส่วนรับผิดชอบบางสิ่งบางอย่าง แต่ต่อมาความหมายของการมีส่วนร่วมมีความชัดเจนลึกซึ้งไปมากกว่าเพียงการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ เมื่อการมีส่วนร่วมนี้เชื่อมโยงไปสู่กระบวนการในการเข้าไปมีส่วนร่วมรับผิดชอบของแต่ละบุคคลหรือกระบวนการในการเปลี่ยนแปลงในภาพรวม

กล่าวโดยสรุป จากความหมายที่กล่าวถึงข้างต้น ซึ่งนักวิชาการส่วนใหญ่ให้ความหมายการมีส่วนร่วม คือกระบวนการที่ให้ความสำคัญกับการเข้าไปมีส่วนในการตัดสินใจ ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของการมีส่วนร่วม ส่วนองค์ประกอบอื่น ๆ การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ตระหนักรู้ รับรู้ มีโอกาสเข้ามาแสดงบทบาท ทักษะคิด และความคิดเห็นที่เกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในการแก้ปัญหาชุมชนของตนเอง เป็นการเน้นการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และความชำนาญ และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและมีทักษะของประชาชนในการแก้ไขปัญหา ร่วมกับ การใช้วิทยาการภูมิปัญญาที่เหมาะสมชัดเจน โปร่งใส ต่อเนื่อง และเป็นระบบ

1.8.2 องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารกองทุน

1) องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่เข้าร่วมดำเนินงานจะต้องจัดให้มีคณะกรรมการบริหารกองทุนชุดหนึ่งเรียกว่า คณะกรรมการบริหารกองทุน โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการ ต้องสรรหาตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนดและส่งรายชื่อให้ สปสช. เขต เพื่อออกคำสั่งแต่งตั้ง โดยคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพประกอบด้วย

1.1) นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี

เป็นประธานกรรมการ

1.2) ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ คนที่ 1 เป็นรองประธานฯ

1.3) ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ คนที่ 2 เป็นรองประธานฯ

1.4) สมาชิกสภา อบต. หรือสภาเทศบาลที่สภามอบหมาย จำนวน

2 คน เป็นกรรมการ

1.5) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ทุกแห่ง เป็นกรรมการ

1.6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่คัดเลือก

กันเอง จำนวน 2 คน เป็นกรรมการ

1.7) ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้าน หรือชุมชน

คัดเลือกกันเอง จำนวนไม่เกิน 5 คน เป็นกรรมการ

1.8) ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพ ประชาชน

หน่วยละ 1 คน (ถ้ามี) เป็นกรรมการ

1.9) ปลัด อบต. หรือปลัดเทศบาล หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ นายก อบต.

หรือนายกเทศมนตรีมอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการ

2) คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ที่ สปสช. เขต

เพื่อออกคำสั่งแต่งตั้ง มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2547

: 5, 7-11)

2.1) บริหารจัดการกองทุนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน

2.2) รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและ

การจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนให้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด

2.3) ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในความ

รับผิดชอบสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ

2.4) จัดทำข้อมูลและแผนดำเนินงานที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข

กลุ่มเป้าหมายและหน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2.5) จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่ายและเงิน

คงเหลือของกองทุน เมื่อสิ้นปีงบประมาณ เพื่อเสนอ สปสช. และองค์การบริหารส่วนตำบล

หรือเทศบาลภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

2.6) แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องได้ตามความจำเป็น

จะเห็นได้ว่า จากโครงสร้างของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมประชาชน หรือเครือข่ายองค์กรประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรวิชาชีพและผู้ให้บริการ เพื่อเข้าร่วมในการบริหารจัดการและพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์สูงสุด คือประชาชนทุกคนเป็นเจ้าของระบบหลักประกันสุขภาพ คือ การมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ รวมถึงมีโอกาสนในการสร้าง และพัฒนา ระบบหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ตามกาล และ โอกาส โดยกระบวนการที่จะจัดให้มีขึ้นเพื่อส่งเสริมให้องค์กรภาคีของ สปสช. ได้แสดงบทบาท การมีส่วนร่วม ในทุกระดับ ด้วยความเข้าใจ และมีองค์ความรู้ที่จะสร้างเป็นนวัตกรรมได้ และหมายรวมถึง กระบวนการที่จะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้และเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพด้วยความมั่นใจ และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก็เป็นส่วนหนึ่งเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 47 เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพ ให้กับประชาชนในพื้นที่ด้านหนึ่งด้วยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ทุกระดับทั้งองค์กรบริหารส่วนตำบลและเทศบาล

1.8.3 การกำหนดตัวแปรและการวัดปัจจัยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุน

ในการวิจัยรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ในครั้งนี้ ถือว่าในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือระดับพื้นที่ให้ประสบความสำเร็จนั้น การมีส่วนร่วมถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงานกองทุนเป็นอย่างยิ่งและจำเป็นที่จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารกองทุน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการผลักดันนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาญศักดิ์ วิจิต (2552 : เว็บบไซต์) โดยขั้นตอนของการมีส่วนร่วม นั้นเริ่มตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนิน โครงการการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดคุณลักษณะของตัวแปรปัจจัยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุน ตามแนวทางของ เดวิส และนิวสตรอม (Davis and Newstrom. 1985 : 232 ; อ้างถึงใน เสริมศักดิ์ วิชาลากรณ์. 2537 : 182) ; อัฟฮอฟ (Uphoff. 1986 : 6) ด้านการมีส่วนร่วม จำนวน 5 ข้อ คือ 1) คณะกรรมการมีความสามัคคีภายในกองทุน คณะกรรมการมีความเสียสละในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี 2) คณะกรรมการมีความตั้งใจมุ่งมั่นต่อการทำงานตามบทบาทหน้าที่ 3) คณะกรรมการและมีความรับผิดชอบอย่างสูง 4) คณะกรรมการมีความสามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคติดต่อประสานการดำเนินงานระหว่าง ชุมชน/ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดี และ 5) คณะกรรมการเต็มใจทำตามกฎระเบียบของกองทุนและเข้าร่วมประชุมการวางแผนแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพของประชาชนใน ตำบลอย่างสม่ำเสมอ ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด

1.8.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุไร สมักรการ (2545 : บทคัดย่อ) ศึกษา แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามความคิดเห็นของประชาชนในจังหวัดภูเก็ต พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นผู้จัดบริการสาธารณสุขด้านการป้องกันและควบคุมโรคแก่ประชาชน

สาโรจน์ สมัยคำ (2550 : 90-101) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดเลย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในด้านเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ คณะกรรมการกองทุน การดำเนินกิจกรรมของกองทุน การประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วม และ ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับมีความสัมพันธ์ปานกลางกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} \leq 0.01$ ทั้งนี้เนื่องจากการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นด้านเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ คณะกรรมการกองทุน การดำเนินกิจกรรมของกองทุน การประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วม และ ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับเป็นการบริหารจัดการที่เปิดโอกาสให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเพื่อเป็นการกระจายอำนาจให้กับประชาชนในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

ไพโรจน์ อุทรส (2554 : 10) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอ โกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการบริหารและอนุกรรมการกองทุนฯ มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนฯ โดยรวมและรายด้าน 5 ด้าน คือ ด้านการค้นหาปัญหา ด้านการวางแผนงาน ด้านการดำเนินงาน ด้านการรับประโยชน์ ด้านการติดตามประเมินผล ก่อนการพัฒนา อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนา คณะกรรมการบริหารและอนุกรรมการ กองทุนฯ มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนฯ โดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน คือ ด้านการค้นหาปัญหา ด้านการวางแผนงาน ด้านการดำเนินงาน ด้านการติดตามประเมินผล อยู่ในระดับมาก และอีก 1 ด้านคือ ด้านการรับประโยชน์ อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก ก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.9 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน

1.9.1 ความหมายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน

1) แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (People's participation) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทางด้านสังคมและชุมชน ทั้งนี้ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ที่มุ่งเน้นคนเป็นสำคัญมากกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ ได้พยายามเปลี่ยนแปลงแนวทางการพัฒนาจากระดับบนลงล่าง (Top - down) มาเป็นจากระดับล่างขึ้นบน (Bottom - up) แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ โอคเลย์ (Oakley, 1984 : 17) ที่ได้กล่าวว่า แนวทางจากระดับล่างขึ้นบนนี้ เกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งที่ขาดหาย (Missing ingredient) ในกระบวนการพัฒนา การมีส่วนร่วมของประชาชน และชุมชนนั้น มีนักวิชาการได้อธิบายและให้ความหมาย ปัจจัย ขั้นตอนและ รูปแบบการมีส่วนร่วมไว้มากมาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมากล่าวไว้เท่าที่จำเป็นและสอดคล้องกับแนวทางการวิจัยนี้ ดังนี้

ยูวดีเน่ วุฒิเมธี (2526 : 20) ได้ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณา ตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบต่อตัวประชาชนเอง การที่สามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทเพื่อแก้ไขปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนที่ดีขึ้นได้นั้น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องยอมรับปรัชญา การพัฒนาชุมชนที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นและพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของชุมชน ขณะเดียวกันต้องยอมรับความจริงว่ามนุษย์นั้นสามารถพัฒนาได้ถ้ามีโอกาสและได้รับการชี้แนะอย่างถูกต้อง

สุจินต์ ดาววีระกุล (2527 : 18) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อตัวประชาชนเอง โดยประชาชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีส่วนดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังที่ปรารถนาหรือตั้งไว้ ทั้งนี้ต้องมีใช่เป็นการกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก

กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย (2542 : 1 – 27) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในหนังสือชุด คู่มือการจัดเวทีประชาคมโดยสรุปจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นจะประกอบด้วย การร่วมคิดร่วมเรียนรู้ การร่วมตัดสินใจ การร่วมทำกิจกรรม การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมติดตาม ตรวจสอบ

วิชุดา มาตัญญู และสมนึก ชัชวาลย์ (2546 : 10) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการทำงาน ซึ่งประชาชนได้เข้าไปเกี่ยวข้องในกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของกิจกรรมด้วยความสมัครใจ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ตรงกัน คือ เพื่อพัฒนาท้องถิ่น

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2547 : 6-11) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ กลไกที่ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจอย่างเท่าเทียมกัน (Equity) ไม่ว่าจะเป็นด้านโอกาสในการเข้าร่วมในทางตรงหรือทางอ้อมโดยผ่านสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรที่ได้รับการเลือกตั้งจากประชาชนโดยชอบธรรม หรือการมีรูปแบบการปกครองและการบริหารงานแบบกระจายอำนาจ (Decentralization) การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างเสรี รวมถึงการให้เสรีภาพแก่สื่อมวลชน และเสรีภาพแก่สาธารณชน ในการแสดงความคิดเห็นอย่างสร้างสรรค์

วันชัย วัฒนศัพท์ (2551 : 1) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็นกระบวนการที่รวบรวมเอาความห่วงกังวล ความต้องการและค่านิยมต่าง ๆ ของสาธารณชน ไว้อยู่ในกระบวนการตัดสินใจของรัฐและเอกชน เป็นการสื่อสารสองทาง และเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายเพื่อการตัดสินใจที่ดีกว่าและที่ได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชน

จากความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน ตามที่นักวิชาการแต่ละท่านได้อธิบายไว้ข้างต้นดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกร่วมกันของประชาชน ในการแสดงความคิดเห็น

ข้อเสนอแนะ ร่วมพิจารณา ร่วมตัดสินใจ รับผิดชอบแก้ไขปัญหา และติดตามประเมินผล เพื่อให้มีการพัฒนาบรรลุมิติประสงค์ที่กำหนดไว้

2) การมีเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจดำเนินการได้หลายลักษณะ ดังนี้ (สถาบันพระปกเกล้า. 2545 : 50)

- 2.1) การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น
- 2.2) การมีส่วนร่วมในการเสนอโครงการ กิจกรรมของท้องถิ่น
- 2.3) การมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาและความต้องการที่จำเป็น

เพื่อให้ท้องถิ่นดำเนินการ

2.4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและตรวจสอบการดำเนินงาน
กิจการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.5) การมีส่วนร่วมในการแสดงข้อคิดเห็นในการกำหนดนโยบาย
และการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

นอกจากนี้ การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน เพื่อการ
กระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนนั้นได้ มีนักวิชาการ ได้เสนอแนวคิด
ถึงขั้นตอนและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ไว้ดังนี้

3) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน
คือ (ภิญญา กังสนารักษ์. 2544 : 14 – 15)

3.1) การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมค้นหาปัญหาและ
สาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญ
ของความต้องการ

3.2) การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ
แนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยากรที่จะใช้ในโครงการ

3.3) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์
ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน

3.4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจาก
การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็น
ระยะต่อเนืองหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวกันก็ได้

4) ขั้นตอนการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ (อคิน รพีพัฒน์.

(2547 : 49)

- 4.1) การกำหนดปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข
 - 4.2) การตัดสินใจเลือกแนวทาง และวางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหา
 - 4.3) การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน
 - 4.4) การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา
- 5) กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีขั้นตอนการมีส่วนร่วม ดังนี้

(Fornaroff. 1980 : 104)

- 5.1) การวางแผน รวมถึงการตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมาย
 กลวิธี ทรัพยากรที่ต้องใช้ ตลอดจนการติดตามประเมินผล
 - 5.2) การดำเนินงาน
 - 5.3) การใช้บริการจากโครงการ
 - 5.4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
- 6) จากแนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอน กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งหมด สรุปได้ว่า ขั้นตอนของการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนนั้นมี 6 ขั้นตอน ได้แก่
- 6.1) การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และแนวทางแก้ไข
 - 6.2) ตัดสินใจกำหนดความต้องการ
 - 6.3) ลำดับความสำคัญ
 - 6.4) วางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน
- ทรัพยากร
- 6.5) วางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน
- ทรัพยากร
- 6.6) ดำเนินงานตามโครงการ และ/หรือ สนับสนุนการดำเนินงาน
 - 6.7) ประเมินผล
- 7) การมีส่วนร่วมของชุมชน สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วน
 เกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ (Uphoff. 1986 : 6)
- 7.1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร
 - 7.2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนารวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่
 ได้ตัดสินใจ
 - 7.3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการ
 ดำเนินงาน

7.4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน หมายถึง กระบวนการที่คน ครอบครัว หรือองค์กรในชุมชนเข้ามามีส่วนในการคิด การตัดสินใจ การวางแผนดำเนินการพัฒนาครอบครัวและชุมชนของตนเอง โดยหลักการที่แท้จริงของการมีส่วนร่วมคือการมีส่วนร่วมในลักษณะของความรู้สึกเป็นเจ้าของ ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมิน ตรวจสอบและร่วมรับผิดชอบถึงผลประโยชน์และโทษที่เกิดขึ้น โดยลักษณะของการมีส่วนร่วม มี 4 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ หมายถึง การร่วมคิด ค้นหาและตัดสินใจหรือการกำหนดรายละเอียดของสิ่งที่จะดำเนินการ

ด้านที่ 2 ด้านการร่วมปฏิบัติการในกิจกรรมโครงการ หมายถึง การที่มีส่วนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการ ร่วมแรง ร่วมสมทบค่าใช้จ่าย การให้ข้อมูลที่จำเป็น ตลอดจนการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ ร่วมในการบริหารงานหรือการประสานงาน

ด้านที่ 3 ด้านการรับผลประโยชน์ หมายถึง การได้รับผลประโยชน์จากการเข้ามามีส่วนร่วม ในโครงการพัฒนา เช่น มีรายได้เพิ่มขึ้น มีการกระจาย โอกาสทางการพัฒนา การรับความรู้แนวความคิด และการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ มากขึ้น เป็นต้น

ด้านที่ 4 ด้านการตรวจสอบและประเมินผล หมายถึง การที่ประชาชนเข้าร่วมเพื่อการประเมินผลการดำเนินโครงการ โดยอาจดำเนินการผ่านกระบวนการทางการเมือง หรือสื่อมวลชนต่าง ๆ

1.9.2 การวัดปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน

ในการวัดตัวแปรปัจจัยด้านการสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนท้องถิ่นในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนตาม สุจินต์ ดาววีระกุล (2527 : 18) กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย (2542 : 1 – 27) สถาบันพระปกเกล้า (2545 : 50) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ อภิญญา กังสนารักษ์ (2544 : 14 – 15) อคิน รพีพัฒน์ (2547 : 49) และฟอร์นาร์อฟ (Fornaroff, 1980 : 104) จำนวน 3 ข้อ คือ 1) ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบเต็มใจให้ข้อมูลด้านสุขภาพของตนเอง/ครอบครัว/ชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน/หมู่บ้าน 2) ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบมีโอกาสเข้าร่วมกระบวนการวางแผน การตัดสินใจ และปฏิบัติกิจกรรมการจัดบริการสุขภาพร่วมกับกองทุนอย่างทั่วถึงและครอบคลุมและ 3) ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบมีโอกาสเข้าร่วมรับ

ประโยชน์จากการดำเนินงานของกองทุน และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของ กองทุนอย่างสม่ำเสมอ ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด

1.9.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรรถัย รวยอาจิณ และคณะ (2543 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วม ของประชาชนกับการบริหาร โรงพยาบาลของรัฐ ผลของการสำรวจระดับกว้าง พบว่า โรงพยาบาลของรัฐแทบทั้งหมดเปิด โอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในหลายลักษณะด้วยกัน ทั้งในด้านการบริหารจัดการ โรงพยาบาล รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงพยาบาล และที่ จัดขึ้นในชุมชน รูปแบบของการมีส่วนร่วมที่สำคัญ ได้แก่ การเป็นกรรมการที่ปรึกษา ร้อยละ 44.2 การระดมทรัพยากรให้โรงพยาบาลให้โรงพยาบาล โดยการบริจาคเงิน ที่ดิน การจัดหา เครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ตามความขาดแคลนของ โรงพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อ การมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชนในการบริหาร โรงพยาบาลมี 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้าน โรงพยาบาล ปัจจัยด้านชุมชน และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนและ โรงพยาบาล ปัจจัยด้านโรงพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ นโยบายการเข้าถึงชุมชน การเปิด โอกาสให้ชุมชนเข้ามามี ส่วนร่วม ศักยภาพของผู้นำหรือผู้อำนวยการ ความขาดแคลนงบประมาณจากภาครัฐ การ รวมทั้งการใช้กลวิธีในการระดมพลังชุมชนจากความศรัทธาต่อศาสนา ส่วนปัจจัยด้านชุมชนที่ สำคัญ ได้แก่ ความต้องการด้านการบริการสุขภาพ ศักยภาพของชุมชน ความศรัทธาในผู้นำ ความพึงพอใจในบริการ และความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ โรงพยาบาล รวมทั้งความสัมพันธ์ใน แนวราบระหว่าง โรงพยาบาลและชุมชน และจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จาก 34 จังหวัดทั่วประเทศต่อ การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2549 โดย สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

วันเพ็ญ บุญเผือก (2546 : 105-114) ได้ศึกษาความต้องการมีส่วนร่วม และความเป็นไปได้ในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเทศบาลตำบลบ้านฉางให้ เป็นเมืองน่าอยู่ พบว่า ความต้องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเทศบาลตำบลบ้าน ฉางให้เป็นเมืองน่าอยู่โดยรวมในด้านสิ่งแวดล้อม ด้านกายภาพ ด้านเศรษฐกิจ และด้านการบริหาร จัดการ พบอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านสังคมอยู่ในระดับน้อย ส่วนความเป็นไปได้การมี ส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเทศบาลตำบลบ้านฉางเป็นเมืองน่าอยู่โดยรวมและ รายด้านทุกด้านคือ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ และด้านการบริหารจัดการพบอยู่ ในระดับน้อย

จากการศึกษางานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่าในบริหารงานของท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การตรวจสอบ และการติดตามประเมิน ประสิทธิภาพ ย่อมมีผลต่อการพัฒนาท้องถิ่นทั้งในด้าน โครงสร้างพื้นฐาน ด้านเศรษฐกิจ ด้าน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมด้านทรัพยากรมนุษย์และสังคม และด้านการบริหารและ การปกครอง

1.10 ปัจจัยด้านการสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ท้องถิ่น

1.10.1 การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนท้องถิ่น

1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553 : 22-29) การดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีเป้าหมายสำคัญ คือ การสร้าง หลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการการมีส่วนร่วม ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น โดยองค์การ บริหารส่วนตำบลและเทศบาล เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพที่ เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

2) แหล่งที่มาของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ ประกอบด้วย

2.1) เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามที่คณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพกำหนด ในปีงบประมาณ 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดสรรงบประมาณเงินอุดหนุนกองทุนเป็นรายหัว จำนวน 37.50 บาทต่อคน ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในนามของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และในปีงบประมาณ 2553 เพิ่มขึ้น 40 บาทต่อคน

2.2) เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วน ตำบลหรือเทศบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ตามกฎหมายบัญญัติ มีหลักเกณฑ์ ดังนี้

2.2.1) อบต.ขนาดใหญ่หรือเทศบาล ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

2.2.2) อบต.ขนาดกลาง ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 20

2.2.3) อบต.ขนาดเล็ก ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 10

3) เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน

4) รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของระบบ
หลักประกันสุขภาพ รวมทั้งเงินอุดหนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ

5) การพิจารณางบประมาณกองทุน สามารถสนับสนุนกิจกรรมได้
4 ลักษณะ ดังนี้คือ

5.1) การจัดการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย
5 กลุ่มหลัก ได้แก่ หญิงมีครรภ์ เด็กแรกเกิด- 5 ปี เด็กโต 6-25 ปี ผู้ใหญ่อายุ 25 ปีขึ้นไป และ
กลุ่มผู้พิการ ทูพพลภาพ

5.2) การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยงานบริการสุขภาพที่อยู่ใน
ชุมชนท้องถิ่น เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน

5.3) การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น

5.4) การบริหารกองทุน/พัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุนและ
อื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของระบบ
หลักประกันสุขภาพในรอบปีงบประมาณนั้น

**1.10.2 การกำหนดตัวแปรและการวัดปัจจัยด้านการสนับสนุนงบประมาณ
แก่หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนท้องถิ่น**

ในการกำหนดและวัดตัวแปรปัจจัยด้านการสนับสนุนงบประมาณ
แก่หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนท้องถิ่นในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดคุณลักษณะปัจจัยด้าน
การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนท้องถิ่น ตาม สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553 : 22-29) กำหนดคุณลักษณะการสนับสนุนงบประมาณ
แก่หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนท้องถิ่นของกองทุน จำนวน 3 ข้อ คือ 1) กองทุนจัดสรร
งบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนท้องถิ่นตรงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย
การพัฒนาของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ 2) กองทุนจัดสรรงบประมาณแก่หน่วยบริการ
สุขภาพในชุมชนท้องถิ่นเพียงพอกับความต้องการของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ และ
3) กองทุนจัดสรรงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนท้องถิ่นครอบคลุมภารกิจใน
การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ลักษณะเป็น
มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด

1.10.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พีระมณ นิงสานนท์ (2547 : 35-67) ศึกษาผลกระทบของนโยบาย
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรณีศึกษาใน

4 จังหวัด การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และการสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชนหรือองค์กรประชาชนในพื้นที่จัดทำกิจกรรม อยู่ในระดับพอใช้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของคณะกรรมการบริหารกองทุน พบว่า ยังไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากด้านการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ในเรื่องการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตยังมีน้อย และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพยังไม่มี เนื่องจากเห็นว่าหน่วยบริการสาธารณสุข ยังไม่มีแผนงานในการเสนอโครงการเนื่องจากยังไม่มีสำรวจข้อมูลความต้องการในด้านนี้ และด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชนหรือองค์กรประชาชนในพื้นที่จัดทำกิจกรรม ยังขาดในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.11 ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์กองทุน

1.11.1 ความหมายปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์

การประชาสัมพันธ์มีบทบาทสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับบุคคล องค์กร สถาบัน หน่วยงาน ตลอดจนงานทางด้านการศึกษา งานราชการ ฯลฯ ทั้งนี้เพราะการประชาสัมพันธ์เป็นวิธีการหนึ่ง que เชื่อมโยงความเข้าใจระหว่างองค์กร สถาบันหน่วยงานกับประชาชนด้วยการเผยแพร่ข่าวสาร นโยบาย วัตถุประสงค์ กิจกรรมของสถาบันให้ประชาชนทราบ ขณะเดียวกันก็รับฟังความคิดเห็น ตลอดจนความต้องการของประชาชน และเมื่อประชาชนเกิดความเข้าใจ มีความรู้สึก และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อองค์กร สถาบัน หรือหน่วยงานแล้วก็จะให้ความร่วมมือสนับสนุนองค์กร สถาบัน หรือหน่วยงานนั้น ๆ ซึ่งมีผู้เสนอแนวคิด และให้ความหมายมากมาย ผู้วิจัยได้นำมากล่าวไว้เท่าที่จำเป็นและสอดคล้องกับแนวทางการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

วิรัช ลภีรัตนกุล (2546 : 2, 22) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการประชาสัมพันธ์ว่าการชักจูงประชามติ (Public opinion) ด้วยวิธีการติดต่อสื่อสาร (Communication) เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย (Target publics) เกิดมีความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิดที่ดีต่อหน่วยงาน องค์กร สถาบัน การประชาสัมพันธ์จึงเป็นการเผยแพร่ที่เป็นในเชิงการสร้างสรรค์ที่ก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจแก่ประชาชน เป็นงานส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างหน่วยงาน หรือกลุ่มประชาชนที่เกี่ยวข้องจึงเป็นการสร้างค่านิยม (Goodwill) แก่กลุ่มประชาชนต่าง ๆ ด้วยวิธีการบอกกล่าว (Inform) ซึ่งแจ้งให้ประชาชนได้ทราบถึงนโยบาย วัตถุประสงค์ และสิ่งซึ่งองค์กร สถาบัน ได้ทำลงไป

รัตนวดี ศิริทองถาวร (2546 : 17) ได้กล่าวถึงการประชาสัมพันธ์ต่อธุรกิจว่า การประชาสัมพันธ์เป็นการดำเนินความพยายามขององค์กร สถาบัน หรือหน่วยงานต่าง ๆ ในการแสวงหาความร่วมมือจากประชาชน ตลอดจนสร้างภาพลักษณ์ (Image) และรักษาทัศนคติที่ดีของประชาชนเพื่อให้ประชาชนยอมรับ สนับสนุนและให้ความร่วมมือ การประกอบธุรกิจนั้นต้องเกี่ยวข้องกับประชาชนหลายกลุ่ม หากได้รับความร่วมมือ และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับประชาชนทุกกลุ่มก็จะทำให้การประกอบธุรกิจประสบผลสำเร็จ

บุษบง ชัยเจริญวัฒนะ (2546 : 52-53) การประชาสัมพันธ์ คือหลักการให้ข้อมูลข่าวสาร หลักการรับ ฟังความคิดเห็นของประชาชน หลักการที่ให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และหลักการพัฒนาขีดความสามารถมีส่วนร่วมของประชาชน การวางแผนนั้นจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายด้านว่าต้องทำสิ่งใดก่อนหลังตามลำดับความสำคัญ ความเร่งด่วน และความจำเป็น

ณัฐนันท์ ศิริเจริญ (2548 : 110) ให้ความหมายของการประชาสัมพันธ์ว่าเป็นการติดต่อสื่อสาร ระหว่างองค์กรกับสาธารณชน เพื่อบอกกล่าวให้ทราบ ชี้แจงทำความเข้าใจให้ถูกต้องเกี่ยวกับความคิดเห็น (Opinion) ทัศนคติ (Attitude) และค่านิยม (Value) สร้างชื่อเสียงและภาพพจน์ที่ดี สร้างเสริมและรักษา (To build and sustain) ความสัมพันธ์ที่ดี นำไปสู่การสนับสนุน และความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมาย

วิรัช ลภีรัตนกุล (2538 : 5) ได้อธิบายความหมายของการประชาสัมพันธ์ว่า

- 1) กิจกรรมของหน่วยงาน องค์กร สถาบัน หรือบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อชนะใจประชาชนทั่วไป รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนได้เข้าใจถึงนโยบาย และวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยการแพร่กระจายข่าวสารทางเครื่องมือสื่อสารต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วิทยุ โทรทัศน์ และภาพยนตร์
- 2) ทัศนคติของประชาชนที่มีต่อหน่วยงาน องค์กร สถาบัน และ
- 3) การดำเนินธุรกิจ และอาชีพทางด้านนี้

สรุปความหมายของการประชาสัมพันธ์ คือ การที่องค์กรจัดการให้ข้อมูลสารไปยังประชาชน ชุมชน องค์กรชุมชน หรือเป็นการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้ทราบหรือให้เกิดความเข้าใจ หรือสร้างความเข้าใจ ทำให้เกิดทัศนคติและภาพพจน์ที่ดีขององค์กรต่อสาธารณชน

อนึ่ง การประชาสัมพันธ์กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจะประสบผลสำเร็จได้ต้องอาศัย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ และดำเนินการจริงตามแผนที่ได้วางไว้ อย่างเหมาะสม สามารถปรับแก้ไขได้ บางกรณีซึ่งจะทำให้ได้ผลงานที่ดีกว่า เดิม

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดตัวแปรปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์กองทุนตาม วิรัช ลภีรัตนกุล (2546 : 2, 22) เพื่อให้ประชาชน เกิดมีความรู้ความเข้าใจ และความรู้ที่เกี่วกันที่ติดต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็น การเผยแพร่ ที่เป็นในเชิงการสร้างสรรค์ที่ก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจแก่ประชาชน เป็นการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างหน่วยงาน หรือกลุ่มประชาชนที่เกี่ยวข้อง ด้วยวิธีการบอกกล่าว ชี้แจงให้ประชาชนได้ทราบถึงนโยบาย วัตถุประสงค์ และสิ่งซึ่งกองทุนได้ทำลงไป สอดคล้องกับแนวคิดหลักการที่ให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ของ บุญบง ชัยเจริญวัฒนะ (2546 : 52-53) ; ณัฐนันท์ ศิริเจริญ (2548 : 110) ประกอบด้วย จำนวน 3 ข้อ คือ 1) กองทุนมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนในชุมชน/หมู่บ้านที่รับผิดชอบอย่างทั่วถึง 2) กองทุนมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารการดำเนินงานกองทุน อย่างเพียงพอและครบถ้วนต่อความต้องการของ ประชาชนในชุมชน/หมู่บ้านที่รับผิดชอบ และ 3) กองทุนมีการจัดทำสื่อ และประชาสัมพันธ์ การกิจและ สถานการณ์ปัจจุบันของกองทุน ผ่านช่องทางสื่อต่าง ๆ ให้ประชาชนในชุมชน/หมู่บ้าน ได้รับทราบอย่างสม่ำเสมอ

1.11.2 การวัดปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์กองทุน

ในการวัดตัวแปรปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในการวิจัยนี้ กำหนดคุณลักษณะตัวแปรปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์ กองทุน จำนวน 3 ข้อ คือ 1) กองทุนมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนในชุมชน/หมู่บ้านที่รับผิดชอบอย่างทั่วถึง 2) กองทุนมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารการดำเนินงานกองทุน อย่างเพียงพอและครบถ้วนต่อ ความต้องการของประชาชนในชุมชน/หมู่บ้านที่รับผิดชอบ และ 3) กองทุนมีการจัดทำสื่อ และ ประชาสัมพันธ์การกิจและ สถานการณ์ปัจจุบันของกองทุน ผ่านช่องทางสื่อต่าง ๆ ให้ประชาชน ในชุมชน/หมู่บ้าน ได้รับทราบอย่างสม่ำเสมอลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด

1.11.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชิตสุภาภรณ์ ทิพย์เที่ยงแท้ และคณะ (2551 : 9-14) ศึกษาผลการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสวนหลวง ซึ่งถือเป็นพื้นที่ต้นแบบของการ ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในด้านสภาพแวดล้อม พบว่า โครงสร้าง การบริหารงานของเทศบาลตำบลสวนหลวงเอื้อต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะการมีกองสาธารณสุขที่ดูแลด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังมีบุคลากรฝ่ายการเงิน การคลังที่มีความชำนาญในเรื่องของการเบิกจ่าย ระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นการจัดซื้อ จัดจ้าง ด้านบุคลากร นอกจากนี้ยังพบว่าผู้บริหารสูงสุดของเทศบาลมีวิสัยทัศน์เล็งเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเห็นได้จากการสมัครเข้าเป็นเทศบาลนาร่องในการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานอย่างเต็มที่ ด้านบุคลากรของเทศบาลตำบลสวนหลวง พบว่า บุคลากรของเทศบาลตำบลสวนหลวงมีจำนวนเพียงพอและมีคุณภาพ เพราะทุกคนมีความมุ่งมั่น ตั้งใจปฏิบัติหน้าที่รวมทั้งมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อทุกคน ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายขององค์กรต่าง ๆ หรือประชาชน อีกทั้งมีปัจจัยเอื้อต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จากการมีช่องทางในการสื่อสารกับประชาชนที่หลากหลาย เช่น เสียงตามสายซึ่งประชาสัมพันธ์ โดยงานประชาสัมพันธ์ของเทศบาลเอง นอกจากนี้ยังมีวิทยุชุมชน และมีวารสารของเทศบาลที่เผยแพร่ข้อมูลประชาสัมพันธ์เรื่องราวต่าง ๆ นับว่าเป็นประโยชน์ทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมีความเข้มแข็ง แต่ยังพบว่า คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพบางท่านยังไม่ค่อยเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับเรื่องการบริหารงบประมาณ

2. ความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ความสำเร็จด้านการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม 2) ความสำเร็จด้านการสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม และ 3) ความสำเร็จด้านด้านการร่วมรับประโยชน์จากกองทุน โดยมีนักวิชาการหลายคนได้เสนอแนวคิดและให้ความหมายในแต่ละด้าน ดังนี้

2.1 ความสำเร็จด้านการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม

2.1.1 แนวคิดการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม

การบริหารงานยุคใหม่ จำเป็นต้องใช้หลักการมีส่วนร่วมของสมาชิกทั้งในองค์กร และนอกองค์กรเพื่อให้เกิดการยอมรับศรัทธา และทุกคนมีความร่วมมือในการทำงานไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย (Downey, Frase and Peter. 1994 : 13) การทำงานควรคำนึงถึงการทำให้ทุกคนทำงานอย่างมีความสุข เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผน การจัดทำโครงการ การประเมินผล และมีการเรียนรู้แลกเปลี่ยน ปรีกษาหารือกัน (Fitzgerald. 1999

: Online) ดังนั้น การมีส่วนร่วม จึงมีความสำคัญในการบริหารงานยุคใหม่ ซึ่งเป็นความเกี่ยวข้องในด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลที่มีต่อกิจกรรมของกลุ่ม เป็นตัวกระตุ้นให้ทำงานสำเร็จได้ตามเป้าหมาย การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับการเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย (Involvement) การช่วยเหลือและทำประโยชน์ (Contribution) และการรับผิดชอบ (Responsibility) ซึ่งมีนักวิชาการ ได้ให้แนวคิดหลักการบริหารจัดการแบบการมีส่วนร่วม ไว้หลากหลายดังนี้

การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม กำลังเป็นที่นิยมและใช้เป็นข้อได้เปรียบของเส้นทางแข่งขันกันทางธุรกิจ โดยเน้นเป้าหมายของการมีพันธสัญญา (Commitment) ร่วมกัน การมีส่วนร่วม (Involvement) ของผู้บริหาร และผู้ได้บังคับบัญชาในการทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร (Bateman and Snell 1999 : 325)

แนวคิดหลักของการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม คือ การให้ความสำคัญกับทรัพยากรบุคคล เป็นนวัตกรรมในการบริหารที่สนับสนุนให้กลุ่มงานมีส่วนร่วม และเป็นศูนย์กลางของการดำเนินการ โดยมีการพัฒนาการติดต่อสื่อสาร (Developing communication) การฝึกอบรม (Training) และการใช้พลังอำนาจทางภาวะผู้นำในการจูงใจและร่วมมือกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์ (2542 : 5-6) ที่กล่าวว่า การให้บุคคลมีส่วนร่วมนั้นบุคคลจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้อง (Involvement) ในการดำเนินการ หรือปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ การที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ย่อมทำให้บุคคลมีความผูกพัน (Commitment) ต่อกิจกรรมและต่อองค์กรในที่สุด การมีส่วนร่วมจึงเป็นการที่บุคคล หรือคณะบุคคลเข้าช่วยเหลือสนับสนุน ทำประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ อาจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือในกระบวนการบริหาร ซึ่งสรุปได้ว่ามีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ช่วยเหลือ สนับสนุน ทำประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ อาจมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือในกระบวนการบริหาร ซึ่งสรุปได้ว่า มีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ช่วยเหลือ สนับสนุน และร่วมรับผิดชอบ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบริหารแบบมีส่วนร่วม คือ ทฤษฎีตารางการบริหาร (Management grid) ของเบลค และมูตัน (Blake and Mouton) ทฤษฎี X และทฤษฎี Y ของแมกเกรเกอร์ (McGregor) และทฤษฎีการบริหาร 4 ระบบ ของไลเคอร์ต (Likert : Four – Model System)

2.1.2 ความหมายของการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม (Participative management)

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

ธงชัย สันติวงษ์ (2539 : 4) กล่าวว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการบริหารที่ผู้บริหารหรือเจ้าของกิจการ ได้เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงาน ได้มีส่วนร่วมในการบริหารงานด้านต่าง ๆ เช่น การให้มีส่วนร่วมในการวางแผน ช่วยเสนอแนะข้อคิดเห็น เพื่อประกอบการตัดสินใจของนักบริหาร ตลอดจนการให้โอกาสและมีอิสระกับกลุ่มที่จะตัดสินใจทำงานเองภายใต้เป้าหมายและนโยบายให้อย่างกว้าง ๆ

เอกแก้ว วิมณมาลา (2539 : 9) ได้ให้ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า หมายถึง รูปแบบบริหารแบบหนึ่งที่สมาชิกในองค์กรและผู้บริหารในระดับสถาบันการศึกษามีโอกาสร่วมคิด ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายและกิจกรรมการบริหารองค์กรร่วมกัน

สมยศ นาวิการ (2545 : 1) ได้ให้ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า คือกระบวนการของการให้ผู้อยู่ได้บังคับบัญชาที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ เน้นการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของบุคคล ใช้ความคิดสร้างสรรค์และความเชี่ยวชาญของพวกเขาในการแก้ปัญหาของการบริหารที่สำคัญ อยู่บนพื้นฐานของแนวคิดของการแบ่งอำนาจหน้าที่ที่ถือว่าผู้บริหารแบ่งอำนาจหน้าที่ของพวกเขาให้เข้ากับผู้อยู่ได้บังคับบัญชา และต้องการให้ผู้อยู่ได้บังคับบัญชามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างแท้จริงในกระบวนการตัดสินใจที่สำคัญขององค์กร ไม่ใช่เพียงสัมผัสปัญหาหรือแสดงความห่วงใย

จารุพงศ์ พลเดช (2546 : 14) ได้ให้ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า คือ กระบวนการบริหารให้คนในองค์กร หรือทีมงานมีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ ใช้ความคิดสร้างสรรค์และความเชี่ยวชาญ ในการบริหารงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ หรือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการบริหารงาน

สต็อกคิล (Stogdill. 1974 : 7) ให้คำจำกัดความของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่าเป็นการที่ผู้นำสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ได้บังคับบัญชาเข้าร่วมประชุมอภิปรายแก้ปัญหา และร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

แอนโทนี (Anthony. 1978 : 3) ให้ความหมายของ การบริหารแบบมีส่วนร่วม ไว้อย่างชัดเจนว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ผู้ได้บังคับบัญชาที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนในกระบวนการตัดสินใจ โดยเน้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ใช้

ความเชี่ยวชาญ และความคิดสร้างสรรค์มาช่วยแก้ปัญหาทางการบริหาร โดยผู้บริหารยอมแบ่งอำนาจการตัดสินใจให้กับผู้ใต้บังคับบัญชา ที่สำคัญคือต้องพยายามให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้มีส่วนร่วมตัดสินใจอย่างแท้จริงในเรื่องที่สำคัญขององค์กร ไม่ใช่เพียงการรับรู้และสัมผัสปัญหาเพียงผิวเผิน

เดวิส และนิวสตรอม (Davis and Newstrom. 1985 : 27) ได้ให้ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่ามีประเด็นสำคัญ 3 ประการ คือ การเข้ามามีส่วนร่วม การมีส่วนช่วย และการมีส่วนรับผิดชอบ

روبบินส์ (Robbins. 1990 : 25) ให้ความหมายของการบริหารแบบมีส่วนร่วมว่า เป็นการที่ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจกับผู้บริหาร กล่าวโดยสรุป จากความหมายที่กล่าวถึงข้างต้น การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม คือกระบวนการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาได้เข้ามามีส่วนในการตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญต่อการบริหารหน่วยงาน แม้การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของการบริหารแบบมีส่วนร่วม แต่สิ่งสำคัญที่จะทำให้การบริหารลักษณะนี้ประสบความสำเร็จได้ก็คือ การสร้างความรู้สึกร่วมกันและร่วมรับผิดชอบต่อสิ่งที่ได้ร่วมกันตัดสินใจ ซึ่งความรู้สึกร่วมกันนี้จะนำไปให้สมาชิกทุกคนร่วมมือกันดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จต่อไป ดังนั้น ในการวิจัยรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ผู้วิจัย จึงสรุป ความหมายการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการทำงานร่วมกันของคณะบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยมีกิจกรรม การวางแผน การจัดองค์กร การสั่งการ หรือการอำนวย และการควบคุม ซึ่งจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับทรัพยากรขององค์กรเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งองค์ประกอบของกิจกรรมเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าไปมีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล รวมถึงร่วมรับผลที่เกิดจากการบริหารจัดการนั้น ๆ

จากความหมายการบริหารจัดการ ดังที่กล่าวแล้ว ผู้วิจัยได้นำความหมายแนวคิดการบริหารจัดการของ กริฟฟิน (Griffin. 1997 : 4) ซึ่ง หมายถึง ชุดของหน้าที่ต่าง ๆ (A set of functions) ที่กำหนดทิศทางในการใช้ทรัพยากรทั้งหลายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายขององค์กร และมีการปฏิบัติการสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ซึ่งผลสำเร็จของการบริหารจัดการจึงมีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลการบริหารจัดการ

ส่วนการมีส่วนร่วม มีนักวิชาการ ได้ให้ความหมายและเสนอแนวคิดลักษณะการมีส่วนร่วม ดังนี้

ปารีชาต วลัยเสถียร (2546 : 138-139) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมใน 2 ลักษณะกล่าวคือการมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนาโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ เช่น การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผนการตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมถึงการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยที่โครงการพัฒนาดังกล่าวจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547 : 3) กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วมได้เป็น 4 ลักษณะคือการมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปได้รับอำนาจ ที่จะคิดจะทำมากขึ้น 2) การมีส่วนร่วมต้องร่วมกันอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาค เท่าเทียมกัน และควรมีส่วนร่วมด้วยอย่างแท้จริง/เข้มแข็ง (Active) มิใช่ร่วมอย่างผิวเผินเฉื่อยชา (Passive) 3) การมีส่วนร่วมต้องร่วมตั้งแต่ขั้นแรกของกระบวนการจนถึงขั้นสุดท้ายของโครงการ 4) การมีส่วนร่วมมักเป็นเรื่องที่ผู้ด้อยโอกาสขอแบ่งอำนาจ จากผู้มีอำนาจเหนือกว่าเพื่อปรับปรุงวิถีชีวิตตนให้ดีขึ้น

รีเคอร์ (Reeder. 1974 : 39) ได้ให้ความหมายเจาะจงถึงการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมเป็นการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

เดวิส และนิวสตรอม (Davis and Newstrom. 1985 : 232 ; อ้างถึงใน เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์. 2537 : 182) การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นความเกี่ยวข้องในด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลที่มีต่อกิจกรรมของกลุ่ม เป็นตัวกระตุ้นให้ทำงานสำเร็จได้ตามเป้าหมาย การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับการเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย (Involvement) การช่วยเหลือและทำประโยชน์ (Contribution) และการรับผิดชอบ (Responsibility)

จากความหมายการมีส่วนร่วม ดังที่กล่าวแล้ว ผู้วิจัย ได้นำความหมายแนวคิด การมีส่วนร่วม ของปารีชาต วลัยเสถียร (2546 : 138-139) รีเคอร์ (Reeder. 1974 : 39) และเดวิส และนิวสตรอม (Davis and Newstrom. 1985 : 232 ; อ้างถึงใน เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์. 2537 : 182) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาญศักดิ์ วิจิต (2552 : เว็บไซต์) จึงสรุปว่า การบริหารจัดการแบบการมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการของปัจเจกบุคคล และของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมได้ส่วนเสีย ได้ตระหนักรู้ รับรู้ มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วม แสดงบทบาทในการร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผนการตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีท้องถิ่น การติดตามประเมินผล รวมถึงการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยมีทัศนคติ และความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในการแก้ปัญหาชุมชนของตนเอง

เป็นการเน้นการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ในการแก้ไขปัญหา ร่วมกับการใช้วิทยาการภูมิปัญญาที่เหมาะสมชัดเจน โปร่งใส ต่อเนื่อง และเป็นระบบ

2.1.3 การวัดความสำเร็จด้านการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดองค์ประกอบความสำเร็จด้านการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ไว้ 5 องค์ประกอบย่อย คือ

- 1) กองทุน มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ รองรับแผนการใช้จ่ายงบประมาณ ในปีงบประมาณ 2556 โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุนในกระบวนการ ต่าง ๆ
- 2) ร้อยละของการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนตามแผน/โครงการ/กิจกรรมที่กำหนด
- 3) คณะกรรมการบริหารกองทุน ได้มีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับ ตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลการใช้งบประมาณของกองทุน
- 4) การสนับสนุนทุนหรือทรัพยากรสมทบในการบริหารจัดการกองทุนเกี่ยวกับ แรงงาน เงิน วัสดุ/อุปกรณ์และวิธีการมีส่วนร่วมอื่น ๆ
- 5) กองทุนแต่งตั้งบุคคลภายนอกที่มีใช้คณะกรรมการกองทุนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ หรือคณะทำงานกับกองทุน

2.2 ความสำเร็จด้านการสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม

2.2.1 ความหมายการสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม

สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (2553 : 52) รากศัพท์ของคำว่า นวัตกรรม (Innovation) นั้นมาจากภาษาละตินคำว่า “Innovare” แปลว่า “ทำสิ่งใหม่ขึ้นมา”

พันธุอาจ ชัยรัตน์ (2547 : 53) ให้ความหมาย นวัตกรรม การนำแนวคิดใหม่ หรือการใช้ประโยชน์จากสิ่งที่มีอยู่แล้วมาใช้ในรูปแบบใหม่ เพื่อทำให้เกิดประโยชน์ในเชิงเศรษฐกิจ รวมทั้งได้กล่าวว่า ความหมายในเชิงแคบของนวัตกรรม คือ ผลผลิตของความสำเร็จทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ร่วมกับพลวัตของกิจกรรมทางสังคม ในขณะที่ความหมายในเชิงกว้าง หมายถึง แนวความคิด การปฏิบัติ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่ใหม่ต่อตัวปัจเจกบุคคล หรือหน่วยที่รับเอาสิ่งเหล่านั้น ไปประยุกต์ใช้ การรวมเอากิจกรรมที่นำไปสู่การแสวงหาความสำเร็จเชิงพาณิชย์ การสร้างตลาดใหม่ ผลิตภัณฑ์ใหม่ กระบวนการและการบริการใหม่

การทำในสิ่งที่แตกต่างจากคนอื่น โดยอาศัยการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวให้กลายมาเป็นโอกาส และนำไปสู่แนวคิดใหม่ที่ทำให้เกิดประโยชน์ตัวเองและสังคม

เชาวรัตน์ เตมียกุล (2556 : เว็บบไซต์) ให้ความหมาย คำว่า “นวัตกรรม” (Innovation) หมายถึง ความคิด การปฏิบัติ หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ ที่ยังไม่เคยมีใช้มาก่อน หรือเป็นการพัฒนาตัดแปลงมาจากของเดิมที่มีอยู่แล้ว ให้ทันสมัยและใช้ได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อนำนวัตกรรมมาใช้จะช่วยให้งานนั้นได้ผลดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม ทั้งยังช่วย ประหยัดเวลาและแรงงานได้ นวัตกรรม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 มีการประดิษฐ์คิดค้น (Innovation) หรือเป็นการปรุงแต่งของเก่าให้เหมาะสมกับกาลสมัย ระยะที่ 2 พัฒนาการ (Development) มีการทดลองในแหล่งทดลองจัดทำอยู่ในลักษณะของโครงการทดลอง ปฏิบัติก่อน (Pilot project) และระยะที่ 3 การนำเอาไปปฏิบัติในสถานการณ์ทั่วไป ซึ่งจัดว่าเป็นนวัตกรรมขั้นสมบูรณ์

การจะเกิดนวัตกรรมในองค์กรได้ ต้องอาศัยวัฒนธรรมของผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์คือ ต้องสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง ต้องไม่ขัดขวางการเปลี่ยนแปลง และสนับสนุนให้กล้าคิด กล้าทำ นวัตกรรมต้องเกิดจากผู้ตามหรือผู้ปฏิบัติงานและมีผู้นำคอยสนับสนุนทำเป็นตัวอย่าง และต้องอาศัยวัฒนธรรมของผู้ตามหรือผู้ปฏิบัติงาน ตามทฤษฎี 6 ก. กล่าวคือ 1) กล้าคิด คิดนอกกรอบข้ามศาสตร์ 2) กล้าพูด กล้าทำมากขึ้น ในสิ่งที่ตัวเองคิดว่าถูกต้อง 3) กล้าเปิดใจ รับฟัง 4) กล้าเสี่ยง กล้าริเริ่ม การทำผิดเป็นสิ่งที่ยอมรับ 5) กล้าเรียนรู้ ที่ต้องมีคนกล้าเพราะมีคนกลัวอยู่ กลัวล้มเหลว กลัวนายว่า ฯลฯ และ 6) กล้าทำ ทำจริง และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1) กระบวนการสร้างนวัตกรรม

1.1) ต้องมีความคิด คิดนอกกรอบ คิดข้ามศาสตร์ คิด

สร้างสรรค์ คิดสิ่งใหม่ เพื่อสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน เพื่อเอาชนะปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ของสาธารณะชน ฯลฯ

1.2) ต้องมี Project เมื่อคิดได้แล้วนำสิ่งที่คิดได้มาบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ทำเป็นโครงการ ทำ Action Plan ทำตัวชี้วัดความสำเร็จ (Key Performance Indicators (KPI))

1.3) มีการประเมินผลโครงการ

1.4) ต้องมีการปรับแผน ใช้แผนสำรอง มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ต่อเนื่อง

2) กรอบแนวคิดการผลิต “นวัตกรรม” เป็นผลงาน

- 2.1) รับฟังการชี้แนะ
- 2.2) ศึกษา/วิเคราะห์/หาข้อสรุป
- 2.3) ศึกษาลักษณะนวัตกรรม
- 2.4) ขอร่างนวัตกรรม/สร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.5) ตรวจสอบ/พัฒนาคุณภาพ
- 2.6) เลือก/สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้นวัตกรรม
- 2.7 เก็บรวบรวม/วิเคราะห์/แปลผลข้อมูล
- 2.8) สรุปเขียนรายงานการใช้นวัตกรรม

จากที่มีผู้ให้ความหมายการสร้างนวัตกรรม ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัย ได้นำความหมาย แนวคิดการมีส่วนร่วมของ ปารีชาติ วลัยเสถียร (2546 : 138-139) ; รีเดอร์ (Reeder. 1974 : 39) ; เดวิส และนิวสตรอม (Davis and Newstrom. 1985 : 232 ; อ้างถึงใน เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์. 2537 : 182) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาญศักดิ์ วิจิต (2552 : เว็บบไซต์) มาผนวกรวมจึงสรุปความหมายการสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม คือแนวความคิด การปฏิบัติ หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ซึ่งเป็นการพัฒนาตัดแปลงมาจากของเดิมที่มีอยู่แล้ว ให้ทันสมัยและใช้ประโยชน์ได้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำและร่วมรับประโยชน์ของสมาชิกในกลุ่ม เพื่อเอาชนะปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ และเป็นประโยชน์ต่อสาธารณชนโดยรวม

2.1.2 การวัดความสำเร็จด้านการสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดองค์ประกอบความสำเร็จด้านการสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม ไว้ 3 องค์ประกอบย่อย คือ

- 1) กองทุนมีการจัดทำและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กำหนดจุดหมายปลายทางในการบริหารจัดการกองทุน
- 2) กองทุนฯ มีการสร้างนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน เกิดผลงานเด่นและมีการเผยแพร่
- 3) นวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์หรือวิธีการใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นจากการสร้างนวัตกรรมของกองทุนตาม ข้อ 2) ดำเนินการอยู่ในกระบวนการหรือขั้นตอนใดบ้าง

2.3 ความสำเร็จด้านการร่วมรับประโยชน์จากกองทุน

2.3.1 ความหมายด้านการร่วมรับประโยชน์จากกองทุน

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2542 (2546 : 665) ให้ความหมายของคำว่า “ประโยชน์” หมายถึง สิ่งที่มีผลใช้ได้ดีสมที่คิดมุ่งหมายไว้ ผลที่ได้ตามต้องการเป็นสิ่งที่ เป็นผลดีหรือเป็นที่คุณ

พระธรรมปิฎก (2543 : 599) ได้กล่าวอธิบายเกี่ยวกับ อรรถหรือประโยชน์หรืออรรถประโยชน์ ดังนี้

1) อัตตละประโยชน์ตน คือ การบรรลุจุดหมายแห่งชีวิตตน ได้รับประโยชน์ 3 คือ ทิณฐัมมิกัตถะ สัมปรายิกัตถะ และปรมัตถะ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเอง เป็นผลที่เกิดขึ้นกับตน โดยเฉพาะ เป็นการพึ่งตนเองได้ในทุกระดับ เพื่อไม่ต้องเป็นภาระผู้อื่นหรือถ่วงหมู่คณะ และเพื่อความเป็นผู้พร้อมที่จะช่วยเหลือผู้อื่น บำเพ็ญกิจต่าง ๆ อย่างได้ผลดี คุณธรรมที่เป็นแกนนำเพื่อการประโยชน์ตนนี้ คือ ปัญญา และบำเพ็ญไตรสิกขา ในแง่ของการพัฒนาตนเองให้ศิบริบูรณ์

2) ปรัตถละประโยชน์ผู้อื่น หรือประโยชน์ท่าน คือการช่วยเหลือเกื้อกูล สนับสนุนผู้อื่นให้ผลประโยชน์หรือเข้าถึงจุดหมายแห่งชีวิต คือ ทิณฐัมมิกัตถะ สัมปรายิกัตถะ และปรมัตถะ ประโยชน์ประดับประคองให้เขาสามารถพึ่งตนเองได้ เช่นเดียวกับตน จึงนับเป็นการทำประโยชน์แก่ผู้อื่น ผลเกิดขึ้นกับคนอื่นนอกจากตัวเรา

3) อุภยัตถละประโยชน์ทั้งสองฝ่าย คือประโยชน์ร่วมกันของตนเองและผู้อื่น กล่าวคือ ทิณฐัมมิกัตถะ สัมปรายิกัตถะ และปรมัตถะ ได้เกิดขึ้นในสังคมโดยรวม โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ที่เอื้ออำนวยแก่การปฏิบัติเพื่อบรรลุ อัตตละ และการบำเพ็ญบำเพ็ญปรัตถละของทุก ๆ คน คุณธรรมที่เป็นแกนนำให้บรรลุจุดหมายนี้ คือ วินัย และสามัคคี หลักธรรมคำสอนที่จะนำมาปฏิบัติคือ สาราณียธรรม 6 และอธิทานิยธรรม 7

จากความหมายของ คำว่า “ประโยชน์” หรือ “อรรถประโยชน์” ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัย ได้นำความหมาย และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ ปาริชาต วลัยเสถียร (2546 : 138-139) ; รีเดอร์ (Reeder. 1974 : 39) ; เดวิส และนิวสตรอม (Davis and Newstrom. 1985 : 232 ; อ้างถึงใน เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์. 2537 : 182) มาผนวกรวมกันและให้ความหมายของความสำเร็จด้านการร่วมรับประโยชน์จากกองทุน หมายถึง การมีส่วนร่วมรับสิ่งที่เป็นผลดีหรือเป็นคุณที่เกิดขึ้นจากการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่เป็นไปตามระเบียบปฏิบัติ ด้วยความสามัคคี มีวินัยและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ของคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนและประชาชน โดยรวม

2.2.2 การวัดความสำเร็จด้านการร่วมรับประโยชน์จากกองทุน

1) การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดองค์ประกอบความสำเร็จด้านการร่วมรับประโยชน์จากกองทุน ไว้ 2 องค์ประกอบย่อย คือ

1.1) กองทุนได้มีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารการดำเนินงานของกองทุนให้ประชาชนได้รับทราบในช่องทางใดบ้าง

1.2) คณะกรรมการบริหารกองทุนมีความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

2) การวัดความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์การวัดความสำเร็จจากเกณฑ์การติดตามและประเมินผลสำเร็จศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2555 ข : 35-59) ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์ประเมินน้ำหนักคะแนนความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีองค์ประกอบ 3 ด้าน จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 100 คะแนน คือ 1) ด้านการบริหารจัดการกองทุนแบบมีส่วนร่วม มี 5 ข้อ จำนวน 50 คะแนน 2) ด้านการร่วมนวัตกรรมของกองทุน มี 3 ข้อ จำนวน 20 คะแนน และ 3) ด้านการร่วมรับประโยชน์จากกองทุน มี 2 ข้อ จำนวน 30 คะแนน รายละเอียดขององค์ประกอบแต่ละด้าน ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน ได้แก่

1.1) กองทุน มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ รองรับแผนการใช้จ่ายงบประมาณ ในปีงบประมาณ 2556 โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุนในกระบวนการ ต่าง ๆ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

1.2) ร้อยละของการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนตามแผน/โครงการ/กิจกรรมที่กำหนด (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

1.3) คณะกรรมการบริหารกองทุน ได้มีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับ ตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลการใช้งบประมาณของกองทุน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

1.4) การสนับสนุนทุนหรือทรัพยากรสมทบในการบริหารจัดการกองทุน เกี่ยวกับ แรงงาน เงิน วัสดุ/อุปกรณ์และวิธีการมีส่วนร่วมอื่น ๆ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

1.5) กองทุนแต่งตั้งบุคคลภายนอกที่มีใช้คณะกรรมการกองทุนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ หรือคณะทำงานกับกองทุน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม จำนวน

3 ข้อ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ได้แก่

2.1) กองทุนมีการจัดทำและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กำหนดจุดหมายปลายทางในการบริหารจัดการกองทุน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

2.2) กองทุนฯ มีการสร้างนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน เกิดผลงานเด่นและมีการเผยแพร่ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

2.3) นวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์หรือวิธีการใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นจากการสร้างนวัตกรรมของกองทุนตาม ข้อ 2.2) ดำเนินการอยู่ในกระบวนการหรือขั้นตอนใด (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการร่วมรับประโยชน์จากกองทุน จำนวน 2 ข้อ (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) ได้แก่

3.1) กองทุนได้มีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารการดำเนินงานของกองทุนให้ประชาชนได้รับทราบในช่องทางใดบ้าง (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

3.2) คณะกรรมการบริหารกองทุนมีความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

3) รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ครั้งนี้ ได้ดำเนินการศึกษาโดยยึดหลักแนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัย โดยกำหนดวิธีดำเนินการวิจัย ด้วยวิธีเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและนำไปสู่การกำหนดโมเดลสมการ โครงสร้างเชิงเส้นสมมติฐานเชิงทฤษฎีรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น แล้วดำเนินการวิจัยด้วยวิธีเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์สมการ โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเส้นหรือวิเคราะห์อิทธิพลเส้นทาง (Path Analysis) เพื่อตอบคำถามการวิจัย ของสมการ โครงสร้างเชิงเส้นสมมติฐานเชิงทฤษฎีของรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่สร้างขึ้น ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์จากผลการวิจัย ซึ่งจะชี้ให้เห็นความสามารถในการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ภายใต้ตัวชี้วัดความสำเร็จที่กำหนด ดังต่อไปนี้

ความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ตำบล.....

ข้อมูล ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1. ด้านการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม

1.1 กองทุน มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ รongรับแผนการใช้จ่ายงบประมาณ
ในปีงบประมาณ 2556 โดยกรมมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุนตั้งแต่
กระบวนการ ต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ร่วมพิจารณาแผนงาน/โครงการที่สำคัญ จำเป็นและเร่งด่วนในการใช้
จ่ายงบประมาณ

ร่วมพิจารณาจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมบริการ
สุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในชุมชนและสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการ
สุขภาพในพื้นที่

ร่วมพิจารณารายรับรายจ่ายในการบริหารจัดการและพัฒนาศักยภาพ
ของกองทุน

ร่วมตรวจสอบการเบิกจ่ายงบประมาณตามแผนงาน/โครงการให้ถูกต้อง

ร่วมสรุปผลการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนทุกสิ้นเดือน

1.2 กองทุนมีการใช้จ่ายงบประมาณตามแผน/โครงการ/กิจกรรมที่กำหนด
คิดเป็นร้อยละ..... (ตรวจสอบจากการจัดทำรายงานทุกครั้งที่มีการเบิกจ่ายงบประมาณ
หรือทุกสิ้นเดือน)

1.3 คณะกรรมการบริหารกองทุน ได้มีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับ ตรวจสอบ
ติดตามและประเมินผลการใช้งบประมาณของกองทุน อย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ควบคุมกำกับการใช้งบประมาณตามแผน/โครงการ/กิจกรรม

ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของการใช้งบประมาณตามแผน/
โครงการ/กิจกรรม

ติดตามและประเมินผลการใช้งบประมาณตามแผน/โครงการ/กิจกรรม

1.4 การสนับสนุนทุนหรือทรัพยากรสมทบในการบริหารจัดการกองทุน
เกี่ยวกับ แรงงาน เงิน วัสดุ/อุปกรณ์และวิธีการมีส่วนร่วมอื่น ๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ร่วมกิจกรรม/โครงการบริการสุขภาพประชาชนตามชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุน
- บริจาคเงินเพื่อสมทบกองทุนหรือเพื่อร่วมกิจกรรมการจัดบริการสุขภาพของกองทุน
- เสียสละหรือสมทบเครื่องใช้ เครื่องมือ หรือวัสดุอุปกรณ์อื่นที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพและพัฒนาศักยภาพของกองทุน
- ชักชวนเพื่อนบ้านหรือประชาชนในชุมชน/หมู่บ้านเข้าร่วมกิจกรรมของกองทุน

1.5 กองทุนมีการแต่งตั้งบุคคลภายนอกที่มีใช้กรรมการกองทุน ร่วมเป็นคณะกรรมการ หรือคณะทำงาน เพื่อสนับสนุนและพิจารณาการดำเนินงานของกองทุนในด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่มีการแต่งตั้ง
- ด้านการพิจารณาแผนงาน/โครงการ
- ด้านการติดตามประเมินผล
- ด้านการประชาสัมพันธ์
- ด้านการเงินการคลัง

2. ด้านการสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม

2.1 กองทุนมีการจัดทำและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กำหนดจุดขยายปลายทางในการบริหารจัดการกองทุน หรือไม่ (เลือกตอบเพียง 1 ข้อ)

- ไม่มี
- มีแต่ไม่สมบูรณ์/ไม่ได้นำไปใช้
- มีและได้นำไปใช้ในการบริหารจัดการกองทุนฯ

2.2 กองทุนฯ มีการสร้างนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน เกิดผลงานเด่นและมีการเผยแพร่

- ไม่มี
- มี (ระบุ จำนวนผลงาน ผลงาน)

(ถ้าตอบว่าไม่มีให้ข้ามไปตอบ ข้อ 3)

2.3 นวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์หรือวิธีการใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นจากการสร้าง นวัตกรรมของกองทุนตาม ข้อ 2.2 ดำเนินการอยู่ในกระบวนการหรือขั้นตอนใด (เลือกตอบ ได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) สร้างขึ้นและเผยแพร่ในชุมชน/หมู่บ้านในความรับผิดชอบของ กองทุน
- 2) นำเผยแพร่ในชุมชน/หมู่บ้านอื่น ๆ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ องค์กรหรือหน่วยงานอื่น ๆ
- 3) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่าง ๆ และส่งเข้าประกวดระดับ จังหวัด ระดับเขตและประเทศ

3. ด้านการร่วมรับประโยชน์จากกองทุน

3.1 กองทุนได้มีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารการดำเนินงาน ของกองทุนให้ประชาชนได้รับทราบในช่องทางใดบ้าง (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) หนังสือคู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2) จดหมายข่าว “สปสช. สาร”
- 3) เอกสาร “เจาะประเด็นหลักประกันสุขภาพ”
- 4) นิทรรศการที่จัดในจังหวัด หรืออำเภอหรือในพื้นที่/หมู่บ้าน
- 5) ข่าวทางสถานีวิทยุ/โทรทัศน์
- 6) อินเทอร์เน็ต www.nhso.go.th
- 7) การประชาสัมพันธ์ผ่านทางเสียงตามสาย/หอกระจายข่าวในพื้นที่

3.2 คณะกรรมการบริหารกองทุนมีความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการของ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
1. ท่านพอใจในความรู้หรือวิสัยทัศน์ของ คณะกรรมการชุดปัจจุบัน					
2. ท่านพอใจในการมีส่วนร่วมของทีมงาน หรือคณะกรรมการบริหารกองทุนด้วยกัน					

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
3. ท่านพอใจในวิธีการทำงานของคณะกรรมการ					
4. ท่านพอใจในโครงการ/กิจกรรม ที่กองทุนได้ดำเนินการไปแล้ว					
5. ท่านพอใจในผลที่เกิดขึ้นหรือประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากการดำเนินโครงการ/กิจกรรมของกองทุน					
<p>ตอนที่ 5 ท่านมีข้อเสนอแนะ/แนวทางการปรับปรุงและพัฒนาเพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือไม่ อย่างไร</p> <p>1)</p> <p>2)</p> <p>3)</p>					

กล่าวโดยสรุป ในการวิจัย รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารในครั้งนี้ เป็นกรอบแนวทาง ทิศทางหรือกระบวนการที่มุ่งสู่ความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ด้านการสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม และด้านการร่วมรับประโยชน์จากกองทุน ทั้งนี้ในกรอบแนวทาง ทิศทางหรือกระบวนการที่มุ่งสู่ความสำเร็จนั้นกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จะต้องมีการใช้ทรัพยากรทั้งหลายของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ได้แก่ งบประมาณที่ได้รับการอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ เงินที่ได้รับบริจาคจากชุมชนท้องถิ่นเพื่อสมทบกองทุนและเงินรายได้อื่น ๆ ของท้องถิ่น โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เกี่ยวข้อง ได้เข้ามามีส่วนร่วมแสดงบทบาท ตั้งแต่การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา การวางแผนการตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การจัดสรรงบประมาณของกองทุนเพื่อสนับสนุน

โครงการหรือกิจกรรมบริการสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์ มีการปฏิบัติภารกิจสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ และมีส่วนร่วมกำกับติดตามและประเมินผลรวมทั้งร่วมในการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รัชนี สรรเสริญ และคณะ (2553 : 110) ศึกษาคุณภาพการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในชุมชน : บทเรียนรู้จากไทย ผลจากการดำเนินงานกองทุนฯ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความตื่นตัว มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการพัฒนาชุมชนเพิ่มมากขึ้น เช่น มีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพชุมชนที่ชัดเจนขึ้น ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพของชุมชนมากขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมในการช่วยส่งเสริมการดำเนินงานของกองทุนฯ และตื่นตัวเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างไรก็ตามรูปแบบและวิธีการประเมินผลการดำเนินงาน ยังไม่มีเป็นรูปธรรมชัดเจน ตลอดจนพลังความเข้มแข็งของชุมชนยังไม่ถึงระดับที่มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานที่สำคัญคือ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและทีมงาน มีความเข้าใจในระบบหลักประกันสุขภาพ 2) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนในพื้นที่ และ 3) ภาวะผู้นำของนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ

ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ (2550 : 102-105) ได้ดำเนินการวิจัยนโยบายสาธารณะกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นประเมินว่า กองทุนมีประโยชน์มากต่อตนเองและครอบครัว ประเมินว่ามีประโยชน์ระดับปานกลาง (ร้อยละ 37) มีเพียงประชากรส่วนน้อยที่ประเมินว่ากองทุนมีประโยชน์น้อย (ร้อยละ 6) ต่อคำถามที่ว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมีประโยชน์ต่อชุมชน/เพียงใด (ร้อยละ 58) และ (ร้อยละ 36) ประเมินว่ามีประโยชน์มากและระดับปานกลางตามลำดับ ประชาชนมีการยอมรับว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมีเป้าหมายดำเนินการเหมาะสม อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 54.25) สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 54.72) กรรมการมีความตั้งใจทำงาน อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 54.32) ประธานกรรมการมีความตั้งใจและทุ่มเท อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 52.27) กิจกรรมของกองทุนมีความหลากหลาย อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.49) กิจกรรมของกองทุนมีประโยชน์ต่อส่วนรวม อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 51.63)

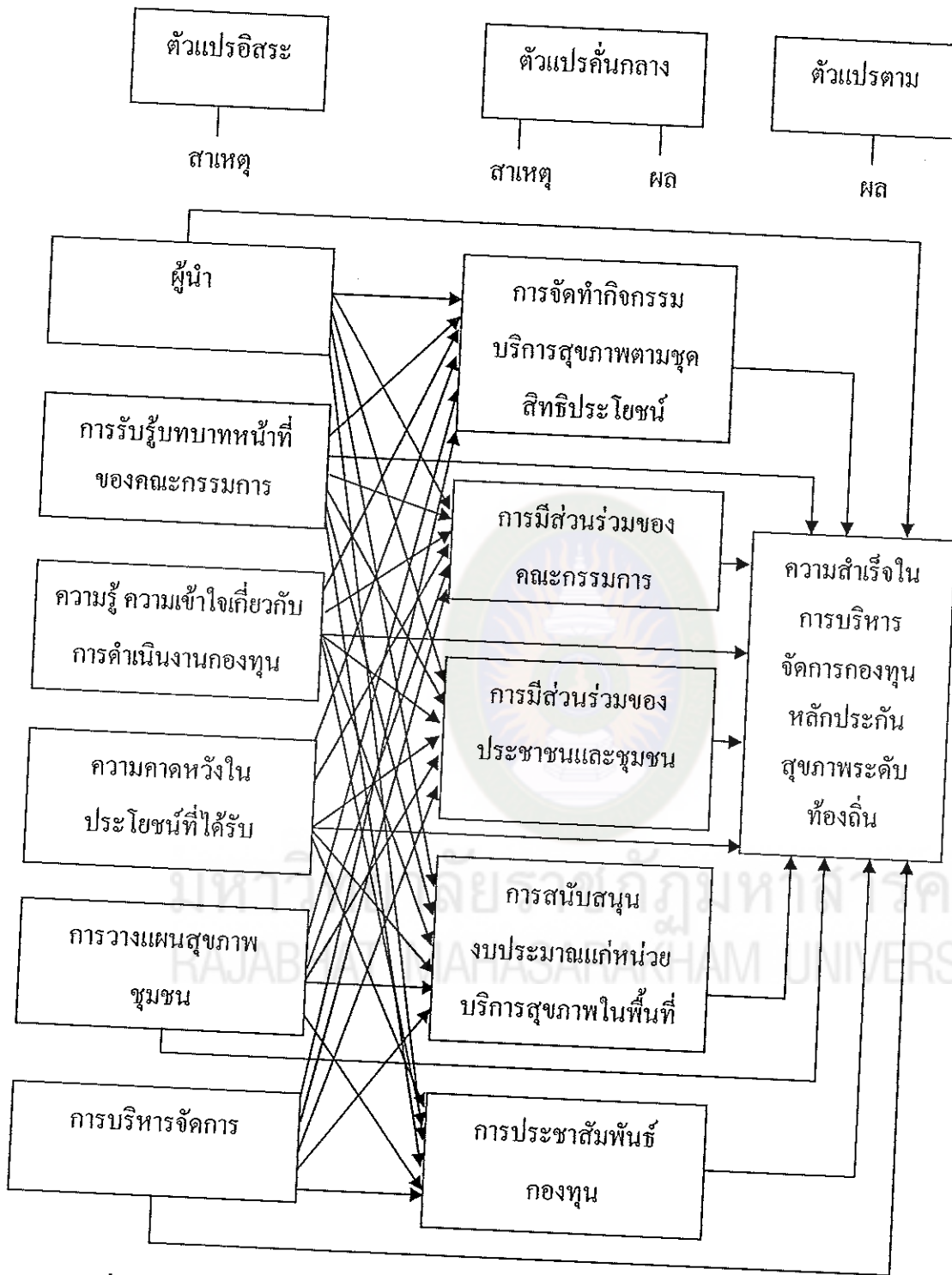
การประชาสัมพันธ์ของกองทุนทั่วถึง อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 50.44) การใช้สื่อประชาสัมพันธ์
กองทุน อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 46.91) การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม อยู่ในระดับ
มาก (ร้อยละ 51.82) การเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 48.30)
กิจกรรมของกองทุนส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพอย่างทั่วถึง อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 50.65)

วินัย ลิสมิทธิ และประภาพรรณ อุ๋นอบ (2548 : 64-87) ศึกษาวิจัยเรื่อง
การประเมินผลการบริหารงานหลักประกันสุขภาพผ่านกลไกคณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพระดับจังหวัด พบว่า คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดที่เป็นผู้แทน
จากหน่วยงานตามที่กำหนดไว้นั้นมีความเหมาะสม (ร้อยละ 88.6) ในการบริหารงาน
หลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดให้มีประสิทธิภาพได้เนื่องจากเป็นจำนวนที่เพียงพอกับภาระ
งานและมีความคล่องตัวในการทำงาน สำหรับคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับ
จังหวัดที่ระบุว่าไม่เหมาะสมนั้น (ร้อยละ 11.4) มีความเห็นว่าจำนวนผู้แทนจากแต่ละภาคส่วนมี
มากเกินไปทำให้มีปัญหาเรื่องการประชุมที่มีผู้แทนไม่ครบทุกภาคส่วนขณะที่อีกส่วนหนึ่งระบุ
ว่าควรเพิ่มจำนวนผู้แทนจากภาคส่วนต่าง ๆ จากเดิมอีก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้แทนจากกลุ่ม
ผู้รับบริการ และพบว่าการประชุมของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดถือว่าเป็น
เป็นบทบาทที่สำคัญ แต่มีปัญหาการนัดหมายที่มักตรงกันยาก โดยเฉพาะประชาชน
คณะอนุกรรมการซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินงานซึ่งต้องพัฒนาบทบาท
ของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดให้เข้าใจและแสดงออกได้เหมาะสม
ส่วนปัญหาสำคัญประการหนึ่งเกิดจากการขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน
นอกเหนือจากขาดความรู้และประสบการณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัย เรื่อง รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ ครั้งนี้ได้กำหนด วัตถุประสงค์
การวิจัย เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ
ท้องถิ่น 2) ศึกษาระดับความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ 3) ศึกษา
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
และ 4) นำเสนอรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ใน
เครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ โดยวิธีการศึกษาทบทวนเอกสาร
วรรณกรรมผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องใน

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น แล้วนำมากำหนดสมการ
 โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของรูปแบบการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
 ระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ แล้วกำหนด
 คุณลักษณะองค์ประกอบความสัมพันธ์และการวัดของตัวแปร ตามสมการ โครงสร้าง
 ความสัมพันธ์สมมติฐานเชิงทฤษฎี ดังรายละเอียดที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งมีจำนวนตัวแปร
 ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 12 ตัวแปร ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ จำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่
 1) ปัจจัยด้านผู้นำ 2) ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน 3) ปัจจัยด้าน
 การรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุน 4) ปัจจัยด้านความคาดหวังใน
 ประโยชน์ที่ได้รับเกี่ยวกับกองทุน 5) ปัจจัยด้านการวางแผนสุขภาพชุมชน และ 6) ปัจจัยด้าน
 การบริหารจัดการ ตัวแปรคั่นกลาง จำนวน 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการจัดทำกิจกรรม
 บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ 2) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหาร
 กองทุน 3) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน 4) ปัจจัยด้านการสนับสนุน
 งบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ และ 5) ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์กองทุน
 และตัวแปรตาม จำนวน 1 ตัวแปร มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการบริหารจัดการแบบ
 มีส่วนร่วม 2) ด้านการสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม และ 3) ด้านการร่วมรับประโยชน์จาก
 กองทุน โดยผู้วิจัยได้กำหนดโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลเป็นสมการ โครงสร้างเชิง
 ทฤษฎีโดยอาศัยหลักการเหตุผลสัมพันธ์ลำดับการเกิดก่อนหลัง (Birth Order) ของปัจจัย
 ลักษณะที่มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อม ต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุน
 หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสาร
 สินธุ์ (จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) ดังแสดงในแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัยรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ (จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์)