

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและอสม. ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นพื้นที่เทศบาลตำบล อำเภอกำแพงแสน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการกำหนดตัวแปร กรอบแนวคิดในการวิจัย และแนวทางการดำเนินงานวิจัย จากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและอสม.
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม
3. แนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับท้องถิ่น
4. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทในด้านสุขภาพของผู้นำชุมชน
5. แนวคิดการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นพื้นที่เทศบาลตำบล อำเภอกำแพงแสน จังหวัดกาฬสินธุ์
6. การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและอสม. ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นพื้นที่เทศบาลตำบล อำเภอกำแพงแสน จังหวัดกาฬสินธุ์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและอสม.

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมเป็นแนวคิดที่มีขอบเขตกว้างขวางและสะท้อนให้เห็นความเชื่อของบุคคลที่หลากหลายกันไป ดังต่อไปนี้

1.1 ความหมายและความสำคัญของการมีส่วนร่วม

คำว่า การมีส่วนร่วม (Participation) ถึงแม้จะเป็นคำที่ใช้มานานแล้วแต่ความหมายของคำยังเข้าใจไม่เป็นที่ตรงกัน ได้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับบริบทหรือสาขาที่ศึกษา มีผู้ให้คำจำกัดความและความหมายไว้เป็นจำนวนมาก ซึ่งขอเสนอเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2525 : 11-13) ได้แบ่งขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชน 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติ
4. ติดตามและประเมินผลงาน

อุษณีย์ ศิริสุนทรไพบูลย์ (2538 : 24) กล่าวว่า ปัจจุบันมีผู้นำแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนไปใช้ในเรื่องต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม หรือสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความหมายของการมีส่วนร่วม จึงถูกให้คำจำกัดความแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ที่นำไปใช้ อย่างไรก็ตาม จากรายงานการประชุมของ The Ad Hoc Group of Expert เรื่อง Popular Participation as a Strategy for Promoting Community Level Action and National Development ได้รายงานว่า “คำว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ไม่สามารถให้คำจำกัดความที่ตายตัวได้ และมีการให้ความหมายต่าง ๆ กันไปในแต่ละประเทศ หรือแม้แต่ภายในประเทศเดียวกันในการจะเข้าใจ ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ต้องดูบริบทของแต่ละประเทศและสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมืองของประเทศนั้น” แต่ที่ประชุมดังกล่าวได้เสนอความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้กว้าง ๆ ว่า

“การมีส่วนร่วมของประชาชน จะนำมาซึ่งโอกาสทำให้สมาชิกของชุมชนและสังคมสามารถเข้ามามีส่วนร่วม และมีอิทธิพลในกระบวนการพัฒนา และในการแบ่งสรรผลของการพัฒนาอย่างเป็นธรรมซึ่งหมายถึง การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนอย่างเท่าเทียมกันในประเด็นของ

1. การสนับสนุนกระบวนการพัฒนา
2. การแบ่งสรรผลประโยชน์จากกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นธรรม
3. การตัดสินใจในรูปแบบของการกำหนดเป้าหมาย การวางแผน

การวางแผนและการปฏิบัติตามแผน”

วิณา ทองรัตน์ (2546 : 43) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็น กระบวนการความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนหรือกลุ่มของประชาชนหรือกลุ่มประชาชน องค์กรหรืออื่นให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ หรือร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการให้บรรลุ วัตถุประสงค์ที่วางไว้

ปรัชญา เวสารัชช์ (2528 : 11-12) ได้กล่าวถึง ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน จากลักษณะกิจกรรมของแต่ละคน อาจพิจารณาได้จากความพยายามที่แต่ละบุคคลใช้ ซึ่งความพยายามดังกล่าว เป็นได้หลายทาง ผูกพันกับทรัพยากร ที่แต่ละคนมีและเสียสละทรัพยากรบางอย่าง ดังต่อไปนี้ เช่น ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมเสียสละทรัพยากรวัสดุ ร่วมสละแรงกายและร่วมสละเวลา

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2539 : 130) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนผู้เป็นเป้าหมายของการพัฒนา เข้ามามีส่วนร่วม โครงการตั้งแต่เริ่มโครงการ ดำเนินการ ประเมิน โครงการจนเสร็จสิ้นโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์ให้ชาวบ้านได้เรียนรู้ ทั้งเรื่องที่ทำและการทำงานร่วมกัน ซึ่งหากสมประสงค์แล้วจะทำให้คนเกิดการพัฒนาได้

ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2527 : 6) ได้เสนอความหมายและหลักการสำคัญ เรื่องนโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาว่า หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม มูลนิธิ และองค์การอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการในเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องร่วมกัน ในเรื่องต่อไปนี้นำบรรดามวลหมู่ประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้ คือ

1. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนรวมตลอดจนความต้องการของชุมชน
2. ร่วมคิดหา สร้างรูปแบบ และวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชน หรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสนองความต้องการของชุมชน
3. ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมเพื่อจัดหรือแก้ไขปัญหา และสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนร่วม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
6. ร่วมลงทุนในกิจกรรมโครงการชุมชนตามขีดความสามารถของตนเองและหน่วยงานที่วางไว้
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมให้บรรดามวลหมู่เป้าหมายที่วางไว้
8. ร่วมควบคุม ติดตามประเมินผล และร่วมบำรุงรักษา โครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ทั้งโดยเอกชน และรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ตลอดไป

วันชัย วัฒนศัพท์ (2546 : 11) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วม (Participation) ว่าก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย เพราะมีผลในทางจิตวิทยาเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมย่อมเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาเครือข่าย และที่สำคัญผู้ที่มีส่วนจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่าย ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนเครือข่ายที่ดีที่สุด

ผลดีต่อการบริหารจัดการเครือข่าย

1. ทำให้การบริหารหรือการพิจารณาแนวทางในการแก้ปัญหา มีความหลากหลายเป็นไปอย่างถี่ถ้วน รอบคอบ เพราะเป็นการระดมแนวคิดจากบุคคลที่มีความหลากหลาย ทั้งความรู้ และประสบการณ์
2. ทำให้มีการถ่วงดุลอำนาจซึ่งกันและกัน โดยมีให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีอำนาจมากเกินไป ซึ่งอาจนำไปสู่การใช้อำนาจในทางที่ไม่ถูกต้องอันเกิดผลเสียหายแก่เครือข่ายได้
3. เป็นการขจัดปัญหาให้มีการดำเนินนโยบายใด ๆ มีผลต่อกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง มากน้อยเกินไป ซึ่งจะก่อให้เกิดความยุติธรรมในการดำเนินการต่อทุกฝ่ายได้
4. ก่อให้เกิดการประสานงานที่ดี ทำให้การบริหารเครือข่ายเป็นไปอย่างราบรื่น และมีประสิทธิภาพ ขอความร่วมมือด้วยการรวมตัวกันของบุคคลเป็นเครือข่ายจะก่อให้เกิดพลังที่เข้มแข็ง สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และตรงเป้าหมายโดยทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

อำนาจ อนันตชัย (2527 : 40-45) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ว่าการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมจะช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของงานให้ดียิ่งขึ้น ประสิทธิภาพเกี่ยวกับหน่วยงานมีโครงสร้างนโยบายดำเนินงาน และใช้วิชาการให้บรรลุถึงเป้าหมายและวิธีการให้ดีที่สุด ในสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกกับคุณภาพของคนในหน่วยงาน

สมพันธ์ เตชะอธิก (2542 : 112) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนทั้งที่เป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม เพื่อดำเนินกิจกรรมการพัฒนาตามโครงการให้ดำเนินไปในทางที่ถูกต้อง โดยการกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์กร ซึ่งลักษณะการมีส่วนร่วมมีอยู่ 5 ขั้นตอน คือร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมกระทำ โดยสละแรงงาน ร่วมบริจาคทรัพย์หรือวัสดุ ร่วมใช้ประโยชน์และร่วมบำรุงรักษา

ธณชัย ตั้งมั่นอนันตกุล (2542 : 75) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง ขั้นตอนของกระบวนการแสดงออกในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีต่อสิ่งหนึ่งเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์

เออร์วิน (Erwin. 1976 : 80) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความหมายของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมถือกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิดตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง เน้นการมีส่วนร่วม ใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความชำนาญของประชาชน แก้ปัญหาร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสม ให้การสนับสนุน ติดตามผลการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ทวิทอง หงส์วิวัฒน์ (2527 : 25-27) กล่าวว่า การให้คนงานมีส่วนร่วมและส่งเสริมให้มีส่วนร่วมจากกลุ่ม สามารถเรียนรู้พฤติกรรมและความรู้สึกทางจิตวิทยาของคนทำงานได้มาก ทำให้รู้ท่าทีของคนทำงานที่แสดงออกจากการเสนอความคิดเห็น การวางแผนและการตัดสินใจ ทำให้รู้ว่าแต่ละคนมีความสามารถ มีความคิดเห็นอย่างไร เพราะเป็นการเปิดโอกาสให้ได้ใช้ความรู้ความสามารถของแต่ละคน

หลักของการมีส่วนร่วม ในความหมายของการบริหารจัดการจะมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับ “การตัดสินใจ” นั่นคือการมีส่วนร่วมจะนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีคุณค่าและอย่างชอบธรรม และต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Meaningful Participations) ไม่วางระบบไว้ให้ดูเหมือนว่าได้จัดกระบวนการให้มีส่วนร่วมแล้วเท่านั้น

จากข้อความข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดความหมาย การมีส่วนร่วม หมายถึง “กระบวนการมีส่วนร่วมกันระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคลเพื่อ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมแก้ปัญหาและร่วมตัดสินใจ อันจะนำไปสู่ผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กรที่วางไว้อย่างมีคุณค่า”

1.2 ความสำคัญและประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2543 : 153) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ประชาชนเกิดความตระหนัก ในปัญหาของตนและตระหนักที่จะมีส่วนในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาของตนและชุมชน
2. ประชาชนมีโอกาที่จะได้ใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในการใช้ความคิดการตัดสินใจและการกระทำอย่างเต็มที่
3. เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมและชุมชน
4. เป็นกระบวนการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถของประชาชนในการพึ่งตนเอง

ณรงค์ ฤ เชียงใหม่ (2545 : 23) กล่าวว่า การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานมีความสำคัญคือ

1. ประชาชนยอมรับในโครงการนั้นมากขึ้นและเป็นโครงการที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชน
2. ประชาชนมีความรู้สึกผูกพัน รู้สึกเป็นเจ้าของโครงการมากขึ้น
3. ลดความขัดแย้งการดำเนินโครงการจะราบรื่นได้รับความร่วมมือจากประชาชนมาก
4. โครงการจะให้ประโยชน์แก่ชุมชนมากขึ้น และมีการระดมทรัพยากรในการพัฒนา
5. ช่วยพัฒนาขีดความสามารถของประชาชน

1.3 ลักษณะการมีส่วนร่วม

จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นไปได้ทั้งวิธีการที่นำไปสู่การพัฒนา เป็นเป้าหมายของ การพัฒนาและเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนา ได้มีผู้เชี่ยวชาญทำการแยกการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นลักษณะต่าง ๆ หลายประการ ดังแนวคิดของ Matthias Stiefel และ Andrew Pearse ซึ่งเสนอให้มองการมีส่วนร่วมได้ 5 ลักษณะ (ปรัชญา เวสารัชช์, 2528 : 5) คือ

1. การมีส่วนร่วมเป็นการประจันหน้า โดยถือว่าการมีส่วนร่วมสะท้อนลักษณะการแจกแจง แบ่งสรรอำนาจในการตัดสินใจที่คิดแยกไปจากเดิม จึงอาจมองได้ว่าเป็นการประจันหน้าระหว่างกลุ่มผลประโยชน์กลุ่มสังคม กลุ่มชนชั้นต่าง ๆ เป็นการปะทะกัน (Confrontation) ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ของคนในเมืองหรือเป็นการเผชิญหน้าระหว่างสมาชิกองค์การอาสาสมัคร กับหน่วยงานที่ตั้งขึ้นมั่นคงแล้วและไม่ยอมเปลี่ยนแปลง (Immobilized Establishments) ซึ่งโดยทั่วไป หมายถึงหน่วยงานราชการ การมองการมีส่วนร่วมในมิติของการประจันหน้าเช่นนี้ ซึ่งให้เกิดความสนใจ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงสถาบันซึ่งนำไปสู่การต่อต้านการมีส่วนร่วมโดยองค์กรเก่า แสดงการเปลี่ยนแปลงหรือปรับโครงสร้างทางอำนาจ รวมทั้งช่วยให้สนใจประเมินผลได้เสียที่เกิดจากการประจันหน้า (ซึ่งขึ้นกับทัศนคติของแต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้อง)
2. การมีส่วนร่วมเป็นเรื่องของกลุ่มและกระบวนการในการเข้าร่วมลักษณะนี้พิจารณาการมีส่วนร่วมจากการวิเคราะห์โครงสร้าง วิธีการดำเนินการ ตลอดจนสภาพแวดล้อมของกลุ่มและขบวนการที่เกี่ยวข้องในการเข้าร่วม โดยเน้นองค์ประกอบสำคัญที่ก่อให้เกิดพลัง เช่น โครงสร้างและการจัดรูปองค์กรภายในกลุ่มหรือภายในขบวนการ องค์กรที่มี ประสิทธิภาพจะเปลี่ยนคนแต่ละคนที่ปราศจากอำนาจให้เป็นพลังสังคมและเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวใน

ขั้นตอนการประจันหน้าอีกองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญจากมิติของกลุ่ม คือรูปแบบและลักษณะของภาวะผู้นำ รวมทั้งสัมพันธระหว่าง “ผู้นำ” กับ “ผู้ตาม” ในขบวนการ

ลักษณะเกี่ยวกับกลุ่มและขบวนการที่ยังให้ความสนใจขอบข่ายของการร่วมเป็นพันธมิตร ระหว่างกลุ่มหรือขบวนการต่าง ๆ ซึ่งอาจมีผลต่อเนื่องถึงการประสานขบวนการต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อปกป้องและเผยแพร่ผลประโยชน์ของกลุ่มและขบวนการที่เข้าร่วม

3. การมีส่วนร่วมเป็นประสบการณ์เฉพาะคน ตามนิยามทั่วไป การมีส่วนร่วมเป็นเรื่องของพฤติกรรมกลุ่ม แต่ขณะเดียวกันการตัดสินใจเข้าร่วมกับกลุ่มเป็นการตัดสินใจเฉพาะบุคคล ซึ่งผู้สนใจอาจศึกษาได้จากประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน ในแง่นี้อาจกล่าวถึงการทำความเข้าใจการมีส่วนร่วมจากการศึกษาประวัติส่วนตัว และการทำความเข้าใจแนวคิดสำคัญบางอย่าง เช่น “การตัดสินใจ” “การสร้างสำนึก” “การจูงใจ” และ “ความรู้สึกแปลกแยก” ทั้งนี้เพราะแนวคิดดังกล่าว เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนแต่ขณะเดียวกันก็เป็นเรื่องของเฉพาะบุคคลด้วย

4. การมีส่วนร่วมเป็นโครงการ (Program or Project) ในวงการและองค์การระหว่างประเทศ การมีส่วนร่วมของประชาชนมักหมายถึงโครงการซึ่งถูกกำหนดเพื่อส่งเสริมการพัฒนาเฉพาะด้าน นักวิจัยที่สนใจมิตินี้ อาจศึกษาระบบจูงใจ ซึ่งทำให้ข้าราชการนักปฏิบัติ ภาคสนามหรือผู้นำโครงการ มีส่วนดำเนินการเผยแพร่โครงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับเป้าหมายในโครงการ รวมทั้งศึกษาระดับการมีส่วนร่วมซึ่งมักขึ้นกับลักษณะโครงการ

การพิจารณาการมีส่วนร่วมจากมิติโครงการนี้อาศัยข้อสมมติที่ว่าถึงแม้โครงการจะถูกกำหนดขึ้นจากแหล่งใดก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดจากเบื้องต้น แต่ก็เชื่อว่าถ้ากลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมแล้ว โครงการจะเกิดผล และการเข้าร่วมของกลุ่มเป้าหมายย่อมเกิดขึ้นได้ ถ้าใช้วิธีการเข้าถึงปัญหาที่ถูกต้อง

5. การมีส่วนร่วมเป็นนโยบาย ตามความหมายกว้าง เราอาจมองประเด็นการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็นเรื่องเดียวกันกับประชาธิปไตย ทั้งนี้เพราะในปัจจุบันแทบไม่มีรัฐบาลใดกล้าคัดค้านหลักการประชาธิปไตยอย่างเปิดเผย ดังที่ อาร์นสไตน์ (Arnstein, 1969 : 2-3) เขียนไว้ว่า “โดยหลักการไม่มีใครกล้าคัดค้านการมีส่วนร่วมของประชาชน ทั้งนี้เพราะการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งที่ดี ตามทฤษฎีแล้ว การมีส่วนร่วมของผู้ได้ปกครองในการปกครองนั้นเป็นหลักหินแห่งประชาธิปไตย...”

ในแง่ที่การมีส่วนร่วมเป็นแกนกลางของนโยบายรัฐบาล แต่ในทางปฏิบัติ ผู้นำหรือผู้ปฏิบัติเองอาจมิได้ดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบาย ทั้งนี้ด้วยเหตุผลจากความกลัว

หรือความไม่เชื่อว่าจะเกิดผล แต่บางรัฐบาลพยายามระดมความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของมวลชนให้สนับสนุนรัฐบาล จึงเน้นการมีส่วนร่วมในนโยบายของรัฐบาล การพิจารณาการมีส่วนร่วมในแง่ นโยบายอาจช่วยให้เข้าใจช่องว่างระหว่างคำแถลงของทางราชการ กับทางปฏิบัติของรัฐบาล ตลอดจนช่วยให้เข้าใจปัจจัยหรือองค์ประกอบซึ่งกำหนดสนับสนุนนโยบาย ซึ่งอธิบายข้อจำกัดในทางปฏิบัติของการมีส่วนร่วมของประชาชน

สมนึก ปัญญาสิงห์ (2532 : 275-276) ได้กำหนดหลักการมีส่วนร่วมและแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน ไว้ดังนี้

1. ต้องยึดหลักความต้องการ และปัญหาของประชาชนเป็นจุดเริ่มต้นหากกิจกรรมที่นำไปให้ประชาชนเป็นเรื่องใหม่ ก็ต้องใช้ระยะเวลาในการกระตุ้น เร่งเร้าความสนใจ ให้มีความรู้ความเข้าใจ จนประชาชนยอมรับความจำเป็น และประโยชน์ในการทำกิจกรรมเหล่านั้น

2. กิจกรรมต้องดำเนินการในลักษณะกลุ่มเพื่อสร้างพลังกลุ่มในการรับผิดชอบร่วมกัน

3. แนวทางการพัฒนากิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนต้องคำนึงถึงขีดความสามารถของประชาชนในการที่จะดำเนินการต่อไปได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาทรัพยากรภายนอก โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก ต้องมีการทုံเทในลักษณะการให้เปล่าโดยสิ้นเชิงต้องทำให้ประชากรเกิดความสำนึกเป็นเจ้าของร่วมกันและต้องให้ประชาชนสามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ต่อไป หากการช่วยเหลือจากภายนอกสิ้นสุด

4. กิจกรรมพัฒนาที่นำเข้าไปในชุมชน ต้องสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ความพร้อมของชุมชน ความสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชุมชน

5. เริ่มต้นกิจกรรม โดยอาศัยผู้นำของชุมชน ผู้นำชุมชนทั่วไปจะสามารถรับทราบตระหนัก และยอมรับสิ่งใหม่ ๆ ได้เร็วกว่าประชาชน และผู้นำเป็นที่ศรัทธาของประชาชนอยู่ในตัวอยู่แล้ว การเริ่มต้นจากผู้นำจึงเป็นไปได้เร็วกว่าการเริ่มต้นที่ตัวประชาชน

6. ขั้นตอนการดำเนินงานต่าง ๆ ต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นต้น กล่าวคือ ร่วมกันหาข้อมูลร่วมกันหาสาเหตุของปัญหา ร่วมปรึกษาหารือวิธีการแก้ไข ปัญหา ร่วมกันตัดสินใจร่วมกันวางแผนร่วมกันติดตามผลงาน จึงถึงขั้นการร่วมกันบำรุงรักษาในระยะยาว

อคิน รพีพัฒน์ (2531 : 49-50) ได้เสนอแนวคิด ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน ใน 2 ลักษณะ คือ

1. ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการร่วมกิจกรรมพัฒนาชนบทของประชาชนต่าง ๆ ได้แก่

- 1.1 การค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาสาเหตุ
แห่งปัญหา
- 1.2 การหาแนวทางแก้ไขปัญหาและการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหานั้น
- 1.3 การประเมินผลการพัฒนา
2. ลักษณะเงื่อนไขการเข้าร่วมกิจกรรมว่า การที่ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาชนบทเพราะเงื่อนไขเหล่านี้หรือไม่
- 2.1 เกรงใจ ถูกบังคับหรือมีสิ่งจูงใจ
- 2.2 เข้าใจและยอมรับวัตถุประสงค์ของการพัฒนานานี้
- 2.3 เห็นว่ากิจกรรมดังกล่าวจะก่อให้เกิดประโยชน์ระยะยาวแก่ตนเอง

และชุมชน

ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์ (2531 : 26-27 ; อ้างอิงใน กัญญารัตน์ อินตายุว. 2543 :

11) ได้อธิบายถึง ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ 2 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมใน โครงการตั้งแต่เริ่มแรกจนจบโครงการ เริ่มตั้งแต่เริ่มทำการศึกษาค้นหาปัญหา การร่วมคิดหาวิธีการแก้ปัญหา ร่วมวางแผน งบประมาณ โครงการ ร่วมตัดสินใจหรือใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน ร่วมปฏิบัติตามนโยบายหรือแผนงาน โครงการให้บรรลุตามที่กำหนดเอาไว้และร่วมควบคุมติดตามประเมินผล
2. การมีส่วนร่วมที่ไม่แท้จริง เป็นเพียงการมีส่วนร่วมเพียงบางส่วน โดยเฉพาะเข้าร่วมการปฏิบัติตามโครงการที่ได้มีการกำหนดเอาไว้สรุปลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ลักษณะกิจกรรม โครงการ ตลอดจนปัญหาและความต้องการของประชาชนนั้นว่า ประชาชนต้องการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองหรือร่วมกับเจ้าหน้าที่รัฐในการแก้ไขปัญห โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนเป็นตัวกระตุ้น ให้การอบรม แนะนำ ชี้นำให้เกิดการมีส่วนร่วม เกิดความคิดริเริ่มของชุมชนและความรับผิดชอบและขยายบทบาทไปสู่กิจกรรมพัฒนาอื่นต่อไป

สรุป การมีส่วนร่วมของประชาชนควรเริ่มต้นตั้งแต่ การมีส่วนร่วมในการค้นคว้าหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น การกำหนดปัญหาของประชาชน การมีส่วนร่วมในการหาวิธีการแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการติดตามผลโดย การมีส่วนร่วมมีการกระทำผ่านตัวกลางคือ ผู้นำชุมชนซึ่งเป็นแกนนำในภาคประชาชนของตำบล

ในการเป็นสื่อกลางที่ดี ที่จะส่งเสริมและเชิญชวนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนด้านสุขภาพมากขึ้น

1.4 กระบวนการหรือขั้นตอนการมีส่วนร่วม

ประเด็นสำคัญอีกประการในการพิจารณาการมีส่วนร่วม ได้แก่ การแยกแยะลักษณะ ขั้นตอน และระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อนำไปสู่การพิจารณาอย่างเป็นรูปธรรมและวัดได้ชัดเจนว่า การทำอะไร ในระดับไหน จึงถือว่าเป็นการมีส่วนร่วม หรือไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วม

โคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff. 977 : 7-10) ได้จำแนกชนิดของการมีส่วนร่วมเอาไว้เป็น 4 ประการ คือ

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการตัดสินใจ (Decision Making) ในกระบวนการตัดสินใจนั้น ประการแรกที่สุดที่ต้องกระทำคือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญต่อจากนั้นเลือกนโยบายและประชากรที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อย ๆ ตั้งแต่การตัดสินใจช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้
2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินโครงการ (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินโครงการนั้น จะได้มาจากคำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้างและจะทำประโยชน์ด้วยวิธีใด เช่นการช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารงานและงบประมาณและการขอความช่วยเหลือ
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการได้รับผลประโยชน์ อันเกิดจากโครงการนั้นๆ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์นั้นนอกจากความสำคัญของผล ประโยชน์เชิงประมาณ และเชิงคุณภาพแล้วยังต้องพิจารณาการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลประโยชน์ที่เป็นประโยชน์ทางบวก และผลที่เกิดขึ้นทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งเป็นประโยชน์และเป็นโทษแก่บุคคลในสังคมด้วย
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการประเมินผลโครงการ (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้น สิ่งที่สำคัญที่ต้องสังเกตคือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectations) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้

องค์การอนามัยโลก (อุคม กสิบุตร. 2545 : 30 ; อ้างอิงมาจาก World Health Organization. 1981) ได้เสนอรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ถือว่าเป็นรูปแบบที่สมบูรณ์ที่แท้จริง ซึ่งจะต้องประกอบไปด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือการมีส่วนร่วมในการวางแผน การวิเคราะห์ปัญหาการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดการใช้ทรัพยากรและการกำหนดวิธีการติดตามผลการประเมินผล สิ่งสำคัญคือ การร่วมตัดสินใจด้วยในทุกขั้นตอน การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม โดยต้องมีส่วนร่วมในการจัดสรร ควบคุมการเงินและการบริหารการร่วมใช้ผลประโยชน์ซึ่งเป็นการยกระดับพึ่งพาตนเอง และการควบคุมทางสังคม การได้รับผลประโยชน์ประชาชนจะต้องได้รับกระจายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่เท่ากัน

(อุคม กสิบุตร. 2545 : 10 ; อ้างอิงมาจาก Machda. 1982) ได้สรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 3 รูปแบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมแบบแข่งขัน (Active) หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยการริเริ่ม และติดตามในกระบวนการ กำหนดความต้องการและเข้าร่วมกิจกรรมดำเนินงานสนใจในผลของการพัฒนา

2. การมีส่วนร่วมแบบไม่แข่งขัน (Passive) หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยไม่คำนึงถึงความสำคัญของการกำหนดนโยบาย ไม่สนใจผลการกระทำในกิจกรรมนั้นด้วย

3. การมีส่วนร่วมแบบเฉื่อยชา (Inert) หมายถึง การที่ประชาชนเข้าร่วมโดยจำยอมโดยสภาพแวดล้อม บุคคล หรือธรรมชาติ การมีส่วนร่วมแบบนี้จะแปรเปลี่ยนตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย

ประพนธ์ ปิยรัตน์ และอริสรา ชูชาติ (2543 : 75) ได้สรุปการมีส่วนร่วมออกเป็น 2 ประการตามแนวคิดพื้นฐานที่แตกต่างกัน ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมที่เป็นมรรค (Means) ของการพัฒนา หมายถึง การมีส่วนร่วมที่นักพัฒนา หรือผู้วางแผนได้เป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของการพัฒนาไว้ก่อนแล้ว จึงมาระดมความร่วมมือจากชุมชนไปสู่การยกระดับที่วางไว้ก่อนแล้ว

2. การมีส่วนร่วมที่เป็นผลของการพัฒนา หรือเป็นเป้าหมายของการพัฒนา (Goal) หมายถึง เป้าประสงค์ที่ทำให้ประชาชนที่มีกิจกรรมร่วมกันแล้ว เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความสามัคคี ตัดสินใจ ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการพัฒนาจนเกิดการพึ่งตนเองได้

องค์การสหประชาชาติ (รัชนี สิงห์บุญตา. 2541 : 72 ; อ้างอิงมาจาก The United Nations Organization. 1995) ได้รวบรวมรูปแบบการมีส่วนร่วมไว้ คือ

1. การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเองซึ่งเป็นไปโดยอาสาสมัครหรือการรวมตัวกันเองเพื่อแก้ปัญหาของตนเอง เป็นการกระทำที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งนับเป็นรูปแบบที่เป็นเป้าหมาย

2. การมีส่วนร่วมแบบชักนำเป็นการเข้าร่วมโดยความต้องการ ความเห็นชอบหรือการสนับสนุนโดยรัฐบาล ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นลักษณะทั่วไปของประเทศที่กำลังพัฒนา

3. การมีส่วนร่วมแบบบังคับ เป็นผู้มีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินนโยบายรัฐบาลภายใต้การจัดการโดยหน้าที่ของรัฐหรือการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ส่งผลให้ผู้กระทำได้ผลทันที แต่จะไม่ได้รับผลระยะยาวและอาจเกิดมีผลเสียที่ได้รับผลระยะยาวและจะมีผลเสียที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในที่สุด

สรุปได้ว่า รูปแบบของการมีส่วนร่วมสามารถจำแนกออกเป็น 3 รูปแบบด้วยกัน คือ

1. รูปแบบโดยเนื้อหา หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยการเข้าร่วมตัดสินใจ และกำหนดแผนในการกระทำ เข้าร่วมในการรับผลประโยชน์ และเข้าร่วมในการประเมินผลของการกระทำ

2. รูปแบบโดยการจัดรูปความสัมพันธ์หรือการจัดรูปองค์การ หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในเนื้อหาข้างต้น ด้วยรูปแบบความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในชุมชนและภายนอกชุมชน ซึ่งอาจเป็นการมีส่วนร่วมโดยการสมัครใจไปเอง การมีส่วนร่วมแบบชักจูงการมีส่วนร่วมแบบถูกบังคับ และความสัมพันธ์ในรูปแบบข้างต้นอาจเป็นแบบมีตัวแทนในการเข้าร่วมก็ได้

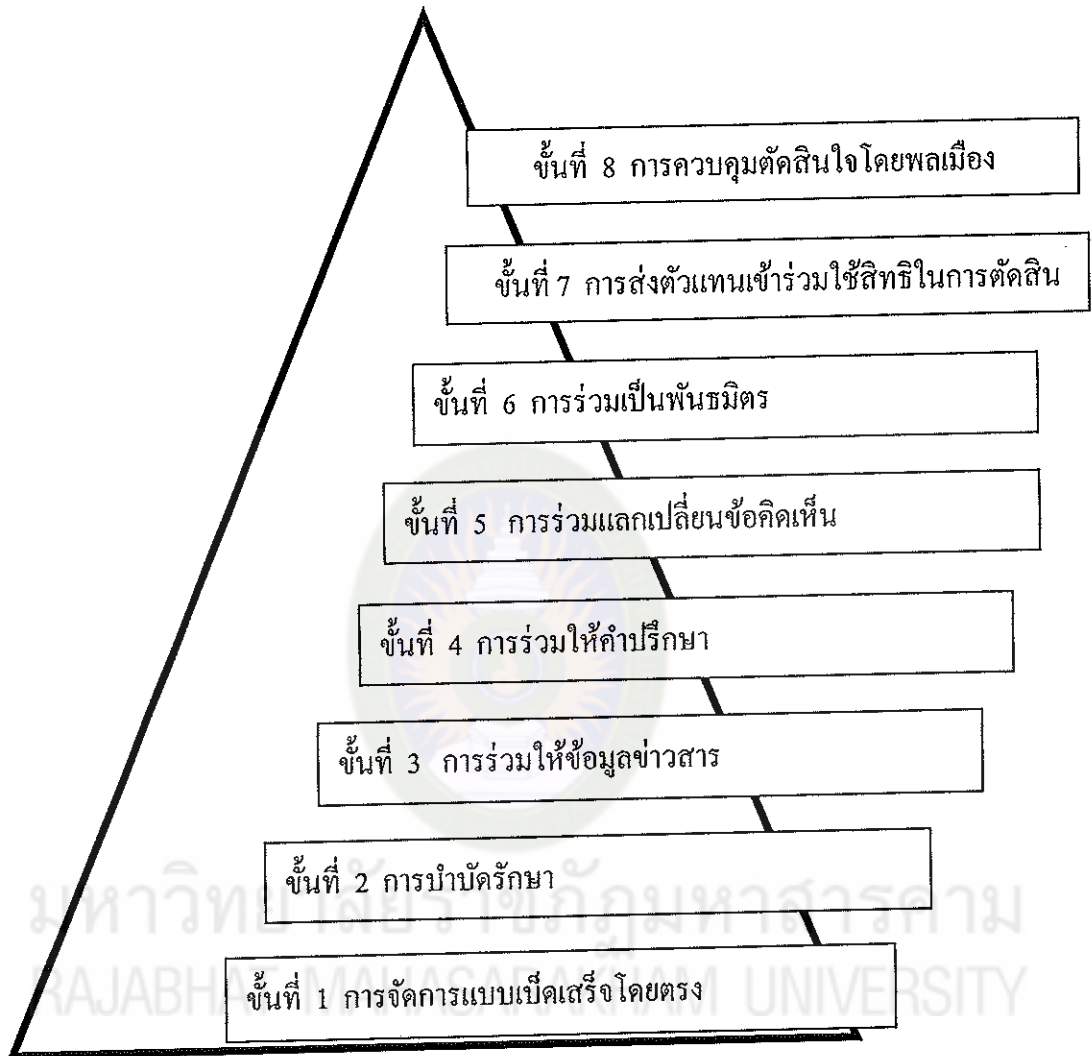
3. รูปแบบโดยกิจกรรม หมายถึง การที่ประชาชนจะเข้าร่วมโดยมีเนื้อหาและความสัมพันธ์ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งประชาชนจะเข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบการแข่งขันรูปแบบในการแข่งขัน หรือแบบเครือข่ายก็ได้

1.5 ระดับการมีส่วนร่วม

อาร์สทิน (Arnstein. 1969 : 2-3) เป็นบุคคลหนึ่งที่ได้ให้ความสำคัญกับการจัดระดับการมีส่วนร่วมของบุคคลต่าง ๆ ในชุมชนเขาได้ชี้ให้เห็นสถานภาพของพลเมืองในการก้าวเข้ามามีส่วนร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน

โดย Arnstein อธิบายมุมมองของเขามีสื่อการมีส่วนร่วมของพลเมือง โดยพิจารณาเกี่ยวกับฐานของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างประชาชนและหน่วยงานในพื้นที่ ควบคุมไปกับการพิจารณาโอกาสของประชาชนในการนำเสนอข้อมูลข่าวสาร และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายต่าง ๆ ระดับในการแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันและอิงข้อมูล โดยอิง

ข้อมูลกับสัดส่วนของอำนาจ ซึ่งประชาชนพึงได้รับในการดำเนินการพัฒนาในด้านต่าง ๆ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาประกอบด้วย 8 ระดับ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ระดับขั้นของการมีส่วนร่วม (Amstein. 1969 : 2-3)

ชั้นที่ 1 การจัดการแบบเบ็ดเสร็จโดยตรง (Direct Manipulation) หน่วยงานมักทำหน้าที่จัดการกับเรื่องราวต่าง ๆ แบบเบ็ดเสร็จโดยตรง โดยไม่จำเป็นต้องให้ประชาชนรับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ชั้นที่ 2 การบำบัดรักษา (Therapy) หน่วยงานมักทำหน้าที่เชิญชวนประชาชน ให้เข้าร่วมรับฟัง ร่วมรับทราบข้อมูลข่าวสาร และร่วมตัดสินใจต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม หน่วยงานมิได้ให้ความสำคัญกับการตอบข้อซักถามหรือการฟังข้อคิดเห็นต่าง ๆ จากประชาชนอย่างจริงจัง

ขั้นที่ 3 การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร (Informing) หน่วยงานอาจเชิญชวนตัวแทนประชาชนที่เกี่ยวข้องมาร่วมให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ แต่หน่วยงานไม่ได้ให้ความสำคัญกับความรู้สึกหรือทัศนคติต่าง ๆ ของประชาชนอย่างแท้จริง หลังจากที่ประชาชนได้ทำหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ แก่หน่วยงานแล้ว โดยหน่วยงานต่าง ๆ มักพิจารณาเลือกข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ไปใช้ประกอบการตัดสินใจ ดำเนินโครงการต่าง ๆ ที่ตนรับผิดชอบต่อไป

ขั้นที่ 4 การร่วมให้คำปรึกษา (Consultation) ประชาชนมักทำหน้าที่ให้ข้อมูลและนำเสนอข้อคิดเห็นต่าง ๆ ตามความต้องการของหน่วยงาน อย่างไรก็ตามอำนาจการตัดสินใจอยู่ในมือของหน่วยงานราชการ

ขั้นที่ 5 การร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น (Placation) ประชาชนเริ่มมีโอกาสในการจุดประเด็นเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ที่ตนเห็นว่าสำคัญ ตลอดจนก้าวเข้ามามีบทบาทในการให้ข้อคิดเห็นและนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จากมุมมองและจุดยืนของตน อย่างไรก็ตามหน่วยงานยังคงสงวนสิทธิ์ในการตัดสินใจต่าง ๆ ไว้เป็นภารกิจขององค์กร

ขั้นที่ 6 การร่วมเป็นพันธมิตร (Partnership) ประชาชนเริ่มทำงานใกล้ชิดกับหน่วยงานและเริ่มมีอำนาจในการเสนอข้อคิดเห็นหรือข้อโต้แย้งต่างๆ ตลอดจนทำหน้าที่กระตุ้นให้หน่วยงานได้ตัดสินใจบนพื้นฐานของการพิจารณาข้อมูลที่หลากหลาย

ขั้นที่ 7 การส่งตัวแทนเข้าร่วมใช้สิทธิในการตัดสินใจ (Delegated Power) ประชาชนส่วนหนึ่งได้รับการคัดเลือกให้เข้าไปทำหน้าที่เป็นตัวแทน เพื่อออกความคิดเห็น นำเสนอข้อโต้แย้งและมีสิทธิโดยชอบธรรมในการร่วมตัดสินใจเชิงนโยบายต่างๆ

ขั้นที่ 8 การควบคุมตัดสินใจโดยพลเมือง (Citizen Control) อำนาจในการตัดสินใจทั้งหมดอยู่ในมือประชาชน โดยหน่วยงานต่าง ๆ มักทำหน้าที่ในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารประกอบการตัดสินใจ

ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์ (2531 : 25-28) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งอ้างถึงความหมายที่องค์การสหประชาชาติให้ไว้ ซึ่งเน้นว่าจะต้องมีความหมายครอบคลุมถึง

1. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในผลประโยชน์เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนา
2. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการปฏิบัติตามโครงการพัฒนา
3. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตลอดจนกระบวนการพัฒนา

และได้แสดงระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 7 ระดับ คือ

ระดับที่ 1	ถูกบังคับ	= ไม่มีส่วนร่วม
ระดับที่ 2	ถูกล่อ	= มีส่วนร่วมน้อย
ระดับที่ 3	ถูกชักชวน	= มีส่วนร่วมน้อย

- ระดับที่ 4 ถูกสัมภาษณ์ความต้องการ = มีส่วนร่วมปานกลาง
 ระดับที่ 5 มีโอกาสเสนอความคิดเห็น = มีส่วนร่วมปานกลาง
 ระดับที่ 6 มีโอกาสเสนอโครงการ = เป็นการมีส่วนร่วมระดับสูง
 ระดับที่ 7 มีโอกาสตัดสินใจด้วยตัวเอง = การมีส่วนร่วมในอุดมคติ

สมาคมสาธารณสุขอเมริกา. 1983 : 35 ; อ้างอิงใน ชีระพงษ์ แก้วหาญ. 2543 : 153 ได้แบ่งการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการริเริ่มและวางแผนกิจกรรม จำแนกได้ 3 ระดับ

1. ระดับตัดสินใจ ในระดับนี้ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและการจัดกิจกรรมการพัฒนาด้วยตนเอง จึงถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมในระดับการรับผิดชอบด้วยตนเอง

2. ระดับการร่วมมือ ในระดับนี้ประชาชนให้ความร่วมต่อแผนงานที่ริเริ่มโดยหน่วยงานภายนอก ซึ่งต้องการการเสียดลจากประชาชนในด้านเวลา ทรัพยากร เพื่อช่วยให้โครงการประสบผลสำเร็จการมีส่วนร่วมในระดับนี้เป็นการมีส่วนร่วมในระดับที่ยอมรับได้

3. ระดับการใช้ประโยชน์ ในระดับนี้ประชาชนจะยอมรับและใช้ประโยชน์จากบริการที่ได้วางโครงการไว้ให้เป็นการมีส่วนร่วมในระดับการยอมรับบริการเท่านั้น

บัญญัติ แก้วส่อง (2543 : 112) ได้ให้แนวคิดในการวัดการมีส่วนร่วมในมิติเชิงคุณภาพ กำหนดแนวทางกว้าง ๆ ในการวัดการมีส่วนร่วมในมิติเชิงคุณภาพ 3 ระดับ ระดับคือ

1. ระดับการมีส่วนร่วมเท่าเทียมหรือการมีส่วนร่วมแบบถูกกระทำ การมีส่วนร่วมในระดับนี้ผู้เข้าร่วมไม่มีอำนาจใด ๆ ในการตัดสินใจ
2. ระดับการมีส่วนร่วมในบางส่วน การมีส่วนร่วมในระดับนี้ผู้เข้าร่วมมีส่วนเสนอความคิดเห็นแต่อำนาจการตัดสินใจจะอยู่ที่บุคคลอื่น
3. ระดับการมีส่วนร่วมที่แท้จริง ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมได้รับการรับฟังและยอมรับเป็นส่วนใหญ่ แสดงว่าอำนาจการตัดสินใจจะอยู่ที่ผู้เข้าร่วมนั่นเอง

ประเด็นสำคัญอีกประการในการพิจารณาการมีส่วนร่วม ได้แก่ การแยกแยะลักษณะขั้นตอน และระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อนำไปสู่การพิจารณาอย่างเป็นรูปธรรมและวัดได้ชัดเจนว่า การทำอะไร ในระดับไหน จึงถือว่าเป็นการมีส่วนร่วม หรือไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วม

สรุป ได้ว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงไม่ได้อยู่เพียงการปรากฏตัว หรือให้ข้อคิดหรือดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเท่านั้น แต่การมีส่วนร่วมที่แท้จริงเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทของประชาชน จากบทบาทผู้รับบริการต่าง ๆ ไปสู่การก้าวเข้ามามี

ส่วนร่วมในการตัดสินใจ และรับผิดชอบเกี่ยวกับภารกิจต่าง ๆ ในการพัฒนาชุมชนแบบเคียงบ่าเคียงไหล่ กับหน่วยงานภาครัฐ

1.6 การมีส่วนร่วมด้านสาธารณสุขของชุมชน

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2541 : 9) กล่าวว่า สำหรับประเทศไทย การยอมรับเอาแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานมาใช้เป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุข ได้สะท้อนเป็นกิจกรรมหลัก ๆ 2 ประการ คือ

1. การพัฒนาระบบอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเริ่มจากอาสาสมัครในโครงการเฉพาะ เช่น อาสาสมัครมาลาเรีย มาเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จนปัจจุบันครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ

2. การพัฒนากองทุนต่าง ๆ ในชุมชน แนวคิดในการจัดให้มีกองทุนขึ้นในระดับหมู่บ้าน โดยทั่วไปมีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ คือ

2.1 เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้องค์กรในชุมชน โดยคาดหวังว่ากิจกรรมการดำเนินงานกองทุน จะช่วยเพิ่มพูนทักษะในการบริหารจัดการทรัพยากรในระดับท้องถิ่นและฝึการทำงานร่วมกันของชาวบ้านในชุมชนด้วย

2.2 เพื่อเป็นการระดมทรัพยากรในท้องถิ่นในการสนับสนุนกิจกรรมทางด้านสาธารณสุขกิจกรรมการจัดตั้งกองทุนซึ่งเฟื่องฟูอย่างมากในยุคสมัยหนึ่ง จนมีกองทุนสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ อยู่ในเกือบทุกหมู่บ้านบางหมู่บ้านมีมากกว่า 1 กองทุนแต่ต่อมากองทุนต่าง ๆ ก็ทยอยเลิกดำเนินการไปด้วยเหตุผลหลายประการ เช่นความขัดแย้งในหมู่บ้านผู้บริหารกองทุน ผู้บริหารกองทุนไม่มีเวลาและต้องพะวงเรื่องการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ เจ้าหน้าที่ขาดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มีเฉพาะกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านเท่านั้นที่ยังไม่มีการดำเนินการอยู่ในบางพื้นที่ เนื่องจากสอดคล้องกับความต้องการที่จำเป็นของประชาชน ขณะเดียวกันอาสาสมัครที่ดำเนินงานกองทุนยาก็มีรายได้จากการดำเนินงานของตนเองด้วย ในบรรดากิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานต่างๆ ที่ดำเนินการอยู่ในระดับหมู่บ้านนั้น ปรากฏการณ์ทั่วไปที่พบคือ การมีส่วนร่วมที่แท้จริงโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของชาวบ้านเกิดขึ้นน้อยหรือไม่เลย ในทางปฏิบัติโครงการเหล่านี้ถูกยึดเหนี่ยวให้ชาวบ้านไปปฏิบัติมากกว่าจะเปิดโอกาสให้ชาวบ้านได้พัฒนาการรับรู้และการตัดสินใจเอง ทั้งนี้เป็นผลมาจากการที่ระบบมีการรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลางอย่างเข้มข้นมาก รูปแบบกิจกรรมกระบวนการดำเนินงานของโครงการต่าง ๆ ถูกกำหนดโดยส่วนกลางแล้วสั่งการให้เจ้าหน้าที่ไปปฏิบัติทั่วประเทศโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของชุมชน ผลก็คือ เกิดผลทางปริมาณแต่ขาดคุณภาพ

แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบสาธารณสุขไทยที่ผ่านมา ให้ความสำคัญกับแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน ที่เน้นกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคค่อนข้างมาก ซึ่งเป็นทิศทางที่ถูกต้อง เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุน (Cost Effectiveness) สูง โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลอย่างไรก็ตามความต้องการบริการด้านการรักษาพยาบาลเป็นความต้องการพื้นฐานของประชาชนเนื่องจากเกี่ยวข้องกับปัญหาความเจ็บป่วยที่ประชาชนเผชิญอยู่ เมื่อโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของรัฐยังไม่ได้รับการพัฒนาให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ ปรากฏการณ์ที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขในระดับชุมชนจึงเกิดในลักษณะต่าง ๆ กัน ดังนี้

1. ชุมชนกับการสนับสนุนทรัพยากรในการจัดบริการสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนับสนุนทรัพยากร ในการจัดบริการสาธารณสุขเป็นรูปธรรมการมีส่วนร่วมที่พบเห็นได้ทั่วไป แม้ว่าจะไม่ได้เป็นกิจกรรมสะท้อนแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนตามความหมายที่ควรจะเป็น โดยตรง แต่เป็นกิจกรรมที่ฝ่ายชุมชนและผู้ให้บริการได้รับประโยชน์และอาจเป็นจุดเริ่มต้นไปสู่การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสาธารณสุขในโอกาสต่อไป ความขาดแคลนทรัพยากรสาธารณสุข ประกอบกับแนวคิดและความเชื่อทางพระพุทธศาสนา ในสังคมไทยการช่วยเหลือการเจ็บป่วยถือเป็นบุญกุศลที่จะส่งเสริมให้ผู้ที่ถูกพิชิตได้รับความสุขในอนาคต ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนทรัพยากรในการจัดบริการสาธารณสุข โดยเป็นผู้ริเริ่มในวาระและโอกาสต่างๆ กัน เช่น วันเกิด วันถึงแก่กรรมของญาติ วันครบรอบต่าง ๆ นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก็มีบทบาทสำคัญ ในการกระตุ้นให้มีการบริจาคสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขเช่นกัน

2. การพัฒนาบทบาทชุมชนในการจัดบริการสาธารณสุขการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขไม่ใช่เพียงแค่การสนับสนุนทรัพยากรเท่านั้น วัตถุประสงค์ของการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขมิใช่เพียงเพื่อให้ชุมชนเข้ามาสนับสนุนทรัพยากรในการจัดบริการเท่านั้น สิ่งที่สำคัญกว่านั้นคือ ทำอย่างไรจึงจะให้บริการสาธารณสุขที่จัดขึ้นตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนให้มากที่สุดรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนจะเป็นเช่นไรเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวยังเป็นคำตอบที่ทุกคนกำลังแสวงหา

ดังนั้น การมีส่วนร่วมด้านสาธารณสุขที่เริ่มจากการสาธารณสุขมูลฐานนั้นทำให้เกิดระบบอาสาสมัครสาธารณสุข และกองทุนต่าง ๆ ขึ้นในชุมชน ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นไม่ใช่เฉพาะการสนับสนุนด้านทรัพยากรเท่านั้นควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขด้วย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม

การที่ประชาชนในฐานะปัจเจกชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการ หรือกิจกรรมการพัฒนาใด ๆ ของชุมชนนั้น ย่อมต้องเกี่ยวข้องกับเหตุผลและปัจจัยหลาย ๆ ประการจะได้นำเสนอต่อไปนี้ คือ

อำนาจ อนันตชัย (2526 : 138) กล่าวถึง ความสำเร็จของการพัฒนาแบบระดมความร่วมมือว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. การเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจของประชาชนตั้งแต่เริ่มว่า มีปัญหาสาเหตุของปัญหา การแก้ไขปัญหา ด้วยการคิดว่าจะทำโครงการอะไรที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนโดยใช้ประโยชน์จากแรงงาน ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างเต็มที่

2. การผสมผสานแผนงานและโครงการของส่วนราชการ ด้วยการพัฒนาความรู้ ทักษะ ความสามารถด้านประชาชนและคุณภาพของเจ้าหน้าที่ เพื่อแก้ไขปัญหาคือครื่องสนองผลประโยชน์ได้ถูกต้องตามเวลาและสถานที่

3. การสร้างองค์กรท้องถิ่นกลไกการประสานงาน งบประมาณ ปัจจัยการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชน ตามความต้องการอันจำเป็นของประชาชน

ประภาศรี พิทักษ์สินสุข (2532 : 2) ศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ

1. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา และการอาศัยอยู่ในหมู่บ้านติดต่อกันเป็นเวลานาน

2. ปัจจัยด้านการเมือง การถูกชักจูงจากบุคคลในแวดวงราชการ

3. ปัจจัยด้านการบริหาร การจัดการ ได้แก่ ความถี่ในการนิเทศงาน

สุจินต์ ดาววิระกุล (2527 : 1) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า

1. ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย ตำแหน่งทางสังคมในหมู่บ้าน และการมีความกระตือรือร้นที่จะเข้ากิจกรรมพัฒนาหมู่บ้าน

2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ และการเป็นเจ้าของที่ดินทำกิน ไม่มีผลต่อการเข้ามีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน

3. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ความต้องการเกียรติ และการได้รับการชักชวนจากกรรมการหมู่บ้าน เพื่อนบ้านนายอำเภอ และพัฒนากร มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน

วรรณการ ภูมิวงศ์พิทักษ์ (2540 : 1) ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่

ปัจจัยทางด้านบุคคลและเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบด้วยเพศ อายุ ภูมิฐานะ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพภยานครอบครัว ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้ สถานที่ทำงาน ระยะเวลา ในการประกอบอาชีพในชุมชน

ปัจจัยทางด้านสังคม ประกอบด้วย ความต้องการเกียรติเป็นที่ยกย่องของบุคคลอื่น การได้รับการชักจูงจากผู้นำในชุมชน การได้รับการชักจูงจากเพื่อนบ้าน การได้รับการชักจูงจากเจ้าหน้าที่โครงการ ความต้องการเป็นกลุ่มพวก มีความศรัทธาต่อโครงการ การคำนึงถึงผลประโยชน์ตอบแทน และความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน

โดยสรุป ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมหรือ โครงการพัฒนาต่าง ๆ สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. ปัจจัยในตัวบุคคล เกิดจากความต้องการ ความคาดหวังความรู้สึกร่วมหรือ ประสงค์ในสิ่งต่าง ๆ

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเป็นปัจจัยที่เป็นแรงผลักดันจากทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง รวมทั้งภาวะบีบคั้นต่าง ๆ แนวทางและลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน การมีส่วนร่วมของประชาชน ควรพิจารณาว่าประชาชนเข้าร่วมทำอะไรบ้างจาก การศึกษารวบรวม ได้มีแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้

แคร์รี่ (Cary. 1976 : 144) ได้แบ่งลักษณะการมีส่วนร่วมไว้ 5 ลักษณะ ดังนี้

1. เป็นสมาชิก (Membership)
2. เป็นผู้เข้าประชุม (Attendance at Meeting)
3. เป็นผู้บริจาคเงิน (Financial Contribution)
4. เป็นสมาชิกชุมชน (Membership of Community)
5. เป็นประธาน (Leader)

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนพอสรุปได้ว่า การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมนั้น ขึ้นอยู่กับหลายประการ ได้แก่ ความคาดหวังถึงผลประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับในการทำกิจกรรมนั้น เพื่อเป็นการปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง ทั้งนี้กิจกรรมนั้นๆต้องสอดคล้องกับความคิดเห็นของชุมชน เพราะบางชุมชนมีการรวมตัวกันง่าย มีการเสียสละช่วยเหลือกันในชุมชนในขณะที่เดียวกันความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐกับชุมชนก็เป็นกลไกสำคัญที่จะผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนหรือประชาชนในการพัฒนาเป็นการที่ชุมชนหรือประชาชน ได้รับการกระตุ้นเพื่อยกระดับการยอมรับและใช้บริการรวมทั้ง

ความสามารถของชุมชนเองที่จะตอบสนองต่อโครงการพัฒนา รวมทั้งกระตุ้นให้ชุมชนมีความคิดริเริ่มในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น การป้องกัน การรักษา และการส่งเสริม สุขภาพอนามัยของตนเอง และชุมชน (อรทัย รวยอาจิณ และคณะ. 2543 : 5)

แนวคิดการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่น)

1. เป้าหมาย

เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น จึงสมควรกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ในการดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ได้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยไว้ ดังต่อไปนี้

ปีที่หนึ่ง 2549 องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลนำร่อง จำนวน 800 แห่งทั่วประเทศ (อำเภอละ 1 แห่ง)

ปีที่สอง 2550-2551 องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีความพร้อม

ปีที่สาม 2551-2552 องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลทุกแห่ง

2. หลักเกณฑ์การคัดเลือกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลนำร่อง

2.1 องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีความพร้อมและมีความประสงค์เข้าร่วมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

2.2 เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีประสบการณ์ และการดำเนินงานด้านการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่มาก่อนแล้ว

2.3 เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีความพร้อมในการอุดหนุนเงินงบประมาณ เพื่อสมทบกับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามอัตราส่วนที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3. แหล่งที่มาของกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

3.1 เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

3.2 เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลที่มี ประสิทธิภาพและการดำเนินงานด้านสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่มาก่อนแล้ว

3.3 เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีความพร้อมในการอุดหนุนเงิน งบประมาณ เพื่อสมทบกับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามอัตราส่วนที่คณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3.4 รายได้อื่นๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของระบบหลักประกันสุขภาพ

4. คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่เข้าร่วมดำเนินงานจะต้องจัดให้มี คณะกรรมการชุดหนึ่ง เรียกว่า คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ โดยองค์ประกอบ ของคณะกรรมการเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งจะเป็นกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีหน้าที่ ดูแลสุขภาพของบุคคลในพื้นที่อยู่แล้ว โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการ ส่วนหนึ่งมาจากการ แต่งตั้ง โดยตำแหน่ง อีกส่วนหนึ่งมาจากการคัดเลือกกันเองโดยคณะกรรมการมีวาระการดำรง ตำแหน่งคราวละ 2 ปี และมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในท้องถิ่นหรือ พื้นที่รับผิดชอบ ภายใต้การกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลในท้องถิ่นหรือ พื้นที่นั้น

4.1 คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

4.1.1 นายองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี เป็นประธาน กรรมการ

4.1.2 สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลหรือสภาเทศบาลที่สภามอบหมาย เป็นกรรมการจำนวน 2 คน

4.1.3 ผู้แทนหน่วยบริการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย เป็นกรรมการ จำนวน 1 คน

4.1.4 ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คัดเลือกกันเอง เป็น กรรมการจำนวน 2 คน

4.1.5 ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้าน หรือชุมชนคัดเลือก
กันเอง เป็นกรรมการหมู่บ้านหรือชุมชนละ จำนวน 1 คน

4.1.6 ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล หรือปลัดเทศบาลเป็นกรรมการและ
เลขานุการ

4.2 อำนาจหน้าที่ มีดังต่อไปนี้

4.2.1 จัดทำข้อมูลและแผนดำเนินงานที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข
กลุ่มเป้าหมายและหน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

4.2.2 ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในความรับผิดชอบสามารถ
เข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

4.2.3 บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/
เทศบาล ให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใสและจัดทำสรุปผลการดำเนินงานหรืองบดุล เมื่อสิ้น
ปีงบประมาณ เพื่อเสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์การบริหารส่วนตำบลหรือ
เทศบาล ภายในเดือน ธันวาคม ของทุกปี

4.2.4 รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชี
เงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ให้เป็นไปตาม
รูปแบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

4.2.5 จัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินงานตามความจำเป็น
4.3 การพิจารณางบประมาณสนับสนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหาร
ส่วนตำบล/เทศบาลสามารถสนับสนุนกิจกรรมได้ 4 ลักษณะ ดังนี้คือ

4.3.1 การจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์เพื่อให้สำหรับกลุ่มเป้าหมาย
5 กลุ่ม หลักซึ่งกิจกรรมเช่นนี้ คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพจะต้องมีข้อมูล
ประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักดังกล่าวว่ามีจำนวนเท่าใด และเป็นจำนวนเท่าไร

4.3.2 การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่น
เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยปกติหน่วยบริการเหล่านี้จะ
ได้รับงบประมาณจากต้นสังกัดตามระบบอยู่แล้ว แต่เพื่อเป็นการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ
บริการสำหรับชุมชนระบบหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อาจจะจัดงบประมาณสนับสนุน ได้ตาม
ความต้องการของชุมชนท้องถิ่นให้มากขึ้นอย่างเหมาะสม

4.3.3 การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น ส่วนนี้เป็น
กิจกรรมที่เกิดจากความคิดริเริ่มของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นเอง ซึ่งกลุ่ม/องค์กรชุมชนอาจจะ
เสนอโครงการของบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

อาจจะเป็นกิจกรรมเชิงสร้างเสริมสุขภาพ หรือกิจกรรมในเชิงป้องกันควบคุมโรค หรือกิจกรรมในเชิงฟื้นฟูสมรรถภาพหรือกิจกรรมการบำบัดรักษาโดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน

4.3.4 การบริหารกองทุน/พัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุนและอื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเป็นกิจกรรมการบริหารจัดการ โดยทั่วไปของกองทุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรการพัฒนากำลังคนในระบบหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นและอื่น ๆ

สรุป จากแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยเฉพาะกองทุนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพมีเป้าหมายการดำเนินงานให้ครบทุกพื้นที่ ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล เป็นการดำเนินงานเพื่อรองรับเป้าหมายและเกี่ยวข้องกับองค์การประชาชนเป็นภาคส่วนที่สำคัญ โดยเฉพาะผู้นำชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นปัจจัยสำคัญ จึงทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาการมีส่วนร่วมดังกล่าว

แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทด้านสาธารณสุขของผู้นำชุมชน

1. ความหมายของคำว่า ผู้นำ

ความหมายของคำว่า ผู้นำมีนักวิชาการให้ความหมายไว้ ดังนี้

สุเทพ พงศ์ศรีวัฒน์ (2550 : 14) กล่าวถึงความหมายของผู้นำไว้ว่า หมายถึง บุคคลที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งอาจโดยการเลือกตั้งหรือแต่งตั้ง และเป็นที่ยอมรับของสมาชิกให้มีอิทธิพลและบทบาทเหนือกลุ่ม สามารถที่จะจูงใจชักนำหรือชี้นำให้สมาชิกของกลุ่มรวมพลังเพื่อปฏิบัติการภารกิจต่าง ๆ ของกลุ่มให้สำเร็จ

เนตร์พินนา ยาวีราช (2550 : 7) ได้ให้ความหมายไว้ว่า บุคคลที่ได้รับการยอมรับและยกย่องจากบุคคลอื่น ซึ่งได้รับการแต่งตั้งขึ้นมา หรือได้รับการยกย่องให้เป็นหัวหน้าในการดำเนินงานต่าง ๆ ในองค์กรต่าง ๆ ต้องอาศัยบุคคลที่เป็นผู้นำและมีความเป็นผู้นำ จึงจะทำให้องค์กรดำเนินไปอย่างบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และนำพาหน่วยงานไปสู่ความเจริญก้าวหน้า

ฟีดเลอร์ (Fiedler. 1967 : 82 ; อ้างถึงใน พิมใจ โอภาณุรักษธรรม. 2542 : 54-56) ได้ให้ความหมายไว้ว่า บุคคลที่ริเริ่มหรือส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลง การกระทำของกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นผู้ที่สนับสนุนส่งเสริมการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มให้ดำเนินไปด้วยดี

2. แนวคิดบทบาทผู้นำท้องถิ่น

กล่าวถึงความสำคัญและบทบาทของผู้นำท้องถิ่นที่มีต่องานพัฒนาชุมชนไว้ว่า ในการพัฒนาชุมชนนั้น สิ่งที่เขาไม่ได้คือ ผู้นำการพัฒนาชุมชนจะเริ่มต้นจากผู้นำท้องถิ่น การใช้ประโยชน์จากผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่นมีคุณลักษณะหลายประการที่เกื้อกูลงานในระยะแรก เช่น เป็นคนมีความรู้มากกว่าคนอื่น เป็นคนที่ชาวบ้านเคารพนับถือจะทำการสิ่งใดมักมีคนเอาอย่างและทำตาม เป็นที่พึ่งคนอื่นเมื่อคราวมีปัญหาหรือทุกข์ และที่สำคัญผู้นำท้องถิ่นจะเป็นผู้พิจารณาทำความเข้าใจสิ่งแปลก ๆ ใหม่ ๆ เข้าใจง่ายและยอมรับไปปฏิบัติงานพัฒนาชุมชนของไทย จะเริ่มด้วยการแสวงหาผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องถิ่นจะเป็นพวกแรกที่ได้รับการพัฒนา (สัญญา สัญญาวิวัฒน์. 2526 : 76 ; อ้างถึงใน วรรณัฐ ตีรประเสริฐสิน. 2544 : 5)

2.1 ความสำคัญและบทบาทผู้นำท้องถิ่น มีดังนี้

2.1.1 ผู้นำจะเป็นองค์กรจัดตั้งเพื่อตั้งหน่วยนำในการพัฒนา นักพัฒนาจึงเริ่มงานพัฒนาจากการเสาะแสวงหาผู้นำ พัฒนาผู้นำและทำงานร่วมกับผู้นำ

2.1.2 เนื่องจากรัฐบาลมีเจ้าหน้าที่จำกัด โดยเฉพาะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ไม่สามารถติดต่อประชาชนได้อย่างทั่วถึง จึงต้องยึดหลักการทำงานร่วมกับผู้นำ

2.1.3 ผู้นำท้องถิ่นจะเป็นตัวเชื่อม หรือเป็นสะพาน ระหว่างชาวบ้านกับเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือนักพัฒนา

2.1.4 ผู้นำท้องถิ่นเป็นผู้ชักนำความช่วยเหลือมาสู่ชุมชน สร้างสรรค์และบำรุงรักษาบรรยากาศแห่งการพัฒนาชุมชน

2.1.5 ผู้นำท้องถิ่นเป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์สูง สามารถเข้าใจและยอมรับความคิดใหม่ ๆ ทางเทคโนโลยีก่อนชาวบ้านอื่น ๆ อันไปสู่การพัฒนา

2.1.6 ผู้นำท้องถิ่นมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์มากกว่าชาวบ้าน ย่อมเป็นผู้นำทางชาวบ้านในการพัฒนาชุมชนเป็นของตน เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและสถานการณ์

2.1.7 ผู้นำท้องถิ่นมีความกล้าเสี่ยงสูงมากกว่า เพราะมีความรู้ประสบการณ์และฐานเศรษฐกิจพอที่จะเสี่ยงได้ ผลสำเร็จในการเสี่ยงทำสิ่งใหม่ ๆ จะเป็นแนวทางให้ชาวบ้านเอาอย่าง เพราะโดยธรรมชาติแล้วชาวบ้านจะเปลี่ยนแปลงความคิดหรือลงมือทำ เมื่อได้เห็นแบบอย่างจากของจริงแล้วเป็นสำคัญ

2.1.8 ผู้นำท้องถิ่นเป็นผู้นำสำคัญในการวางแผน และดำเนินการพัฒนาท้องถิ่นของตนภายใต้การนิเทศของพัฒนาการรวมทั้งการแก้ไขปัญหา การโฆษณาเผยแพร่ การกระตุ้นเตือน การระดมทรัพยากรการให้การสนับสนุนและขอความช่วยเหลือจากภายนอกและการเข้ากับ

ชาวบ้านได้ดีกว่าเห็นได้ว่า ผู้นำท้องถิ่นหรือผู้นำชุมชนเป็นผู้ที่มีความสำคัญเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงการพัฒนา ผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพ ได้แก่ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล

3. บทบาทด้านสาธารณสุขของผู้นำชุมชน

3.1 กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย(2549) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความจำเป็นที่ต้องมีกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เป็นสถาบันที่มีอยู่คู่คนไทยมาช้านานมีคุณลักษณะพิเศษ คือ เป็นผู้ที่มาจากการเลือกตั้งจากประชาชนโดยตรง และทางราชการรับรอง เป็นตัวแทนของรัฐปฏิบัติหน้าที่รักษาความสงบเรียบร้อยในพื้นที่ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน โดยไม่มีวันหยุด เป็นผู้ช่วยเหลือราชการทุกกระทรวง ทบวง กรม ในพื้นที่ ตำบล หมู่บ้าน หากจะเข้าไปดำเนินการใด ๆ ในหมู่บ้าน ตำบล จะต้องประสานขอความร่วมมือจากกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ในฐานะที่เป็นเจ้าของพื้นที่ที่รัฐสภาพข้อเท็จจริงและปัญหาในพื้นที่เป็นอย่างดี

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานกระทรวงสาธารณสุข ใช้การสาธารณสุขมูลฐานเพื่อพัฒนาด้านสาธารณสุขโดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) องค์กรชุมชน หมายถึง กรรมการหมู่บ้านและผู้นำชุมชนอื่นๆ 2) กำลังคน หมายถึงบุคคลในหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมและมีความรู้ทางด้านการรักษาเบื้องต้น การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพเป็นที่ปรึกษาด้านบริการและถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน 3) กองทุน หมายถึง การระดมทรัพยากรทั้งในและนอกหมู่บ้าน รวมทั้งการบริหารจัดการ บทบาทกำนัน/ผู้ใหญ่บ้านด้านสาธารณสุขจึงปรากฏขึ้น เนื่องจากเป็นระบบที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพตนเองทั้งในระบบปัจเจกบุคคล ครอบครัว หรือระดับหมู่บ้าน โดยการนำของผู้นำชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน โดยเฉพาะกำนัน/ผู้ใหญ่บ้านที่มีหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้และเผยแพร่ข่าวสาร การค้นหาปัญหา วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน การบริหารจัดการและการประสานการพัฒนา

ปี พ.ศ. 2548-2550 กระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายให้เมืองไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand) กาดำเนินงานภายใต้แนวคิดเมืองไทยสุขภาพดี (Healthy Thailand) เป็นการบูรณาการกิจกรรมต่าง ๆ ของงานสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่การออกกำลังกาย อาหาร การพัฒนาด้านอารมณ์ การป้องกันและควบคุมโรคและการพัฒนาสิ่งแวดล้อม ให้เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ เพื่อเชื่อมโยงให้เห็นภาพของการพัฒนาในเชิงรุกที่ชัดเจนยิ่งขึ้น การที่จะทำให้บรรลุเมืองไทย

สุขภาพดีนั้นควรเริ่มต้นจากระดับหมู่บ้าน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายไว้ร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านทั่วประเทศ การบรรลุหมู่บ้านสุขภาพดี นำไปสู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด และ เมืองไทยสุขภาพดี ตามลำดับ ดังนั้นความสำคัญของกระบวนการพัฒนาที่จะนำไปสู่เป้าหมาย จึงอยู่ที่การจัดการในระดับหมู่บ้าน หรืออาจกล่าวได้ว่าหมู่บ้านที่มีการจัดการสุขภาพอย่างดี นำไปสู่หมู่บ้านสร้างสุขภาพและสู่เป้าหมายการเป็นหมู่บ้านสุขภาพดี ในกระบวนการพัฒนานั้น เพื่อให้เกิดหมู่บ้านสุขภาพดีนั้น หากพิจารณาตามแนวคิดของกระบวนการบริหารอันดับแรก คือ การพัฒนาปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ องค์กร/กำลังคน/ภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนและ การจัดการด้านทุนของชุมชน

สรุป การดำเนินงานด้านสุขภาพ ในระดับหมู่บ้าน ชุมชน ซึ่งกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ในฐานะผู้นำหมู่บ้าน แม้จะไม่มีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย แต่มีบทบาทสำคัญในการจัดทำ หมู่บ้านจัดการสุขภาพ เพื่อให้เป็นหมู่บ้านสุขภาพดีตามเป้าหมายต่อไป

3.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งหมายถึงบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่นการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย ดังนี้

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

พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มี อสม.

เขตชุมชนแออัด อสม. 1 คน ต่อ 20-30 หลังคาเรือน

เขตชุมชนชานเมือง อสม. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

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

3.2.1 คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- 1) เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวก หรือคุ้มยอมรับและเชื่อถือ
- 2) สมัยใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
- 3) มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้าน ไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1-2 ปี) และมีความคล่องตัวในการประสานงาน
- 4) อ่านออกเขียนได้
- 5) เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาชุมชน
- 6) ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ

3.2.2 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของ อสม. ไว้ดังนี้

1) เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วน ในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวสารแล้ว จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้าน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรคการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพหญิงอกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้วและจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคล็ดอื่น ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4) หนุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชนให้บริการสาธารณสุขมูลฐานที่จำเป็นใน 14 กิจกรรม

5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และการรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

สรุป อสม. ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น ๆ โดยทั่วไปจะมี อสม.ประมาณ 10 – 20 คนต่อหมู่บ้าน

3.3 สมาชิกสภาเทศบาล

สมาชิกสภาเทศบาล เป็นบุคลากรของเทศบาลในส่วนของสภาเทศบาล ซึ่งมาจากการเลือกตั้งโดยตรงของประชาชนตามกฎหมายว่าด้วยการเลือกตั้งสมาชิกสภาท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่น โดยสภาเทศบาลตำบลมีสมาชิกจำนวน 12 คน ทำหน้าที่ให้ความเห็นชอบแผนพัฒนาเทศบาล ร่างข้อบังคับเพื่อการบริหารและงบประมาณรายจ่ายประจำปี รวมทั้งควบคุมการปฏิบัติงานของคณะผู้บริหารเทศบาลและจะทำหน้าที่เชิงนโยบายและดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาชุมชนรวมทั้งมีอำนาจการตัดสินใจในการบริหารพัฒนาชุมชนในเขตรับผิดชอบของตน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามบทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งทางด้านสาธารณสุขซึ่งบทบาทหน้าที่เทศบาลตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ.2496 แก้ไขเพิ่มเติม 2552 ได้ระบุนำหน้าในการพัฒนาตำบลทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังมีบทบาทตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่พระราชบัญญัติควบคุมอาหาร พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นต้น

สรุป ผู้นำชุมชนมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการดำเนินงานต่างๆ ในการพัฒนาชุมชนทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สาธารณสุข โดยเฉพาะด้านสาธารณสุขในหมู่บ้านมักประกอบด้วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ประจำหมู่บ้านและสมาชิกสภาเทศบาล

แนวคิดการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาลตำบล อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

1. ความเป็นมา

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นับเป็นนวัตกรรมที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทยในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลากหลายส่วนในสังคมโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการประสานหน่วยงานองค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ร่วมวางแผน และส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยสามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชน

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ นอกจากมีเจตนารมณ์ในการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่แล้วยังสนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้แสดงบทบาทในการสนับสนุนประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้ยังส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและการสร้างกลไกในสังคมที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมแก้ปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพให้ลุล่วง การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เริ่มดำเนินการนับตั้งแต่ได้มีประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2549 และแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ใหม่ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เมื่อวันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2552 เพื่อให้องค์กรบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้มีความเหมาะสม เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47 ในการดำเนินงานให้เป็นไป

ตามพระราชบัญญัติดังกล่าว กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้เกี่ยวข้องได้มีการประชุมเพื่อยกร่างหลักเกณฑ์การสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 โดยได้มีองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลนำร่อง 74 จังหวัดทุกอำเภอเข้าร่วมดำเนินงานในปี พ.ศ. 2549 จำนวน 888 แห่ง และมีการเตรียมความพร้อมในการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารของทุกพื้นที่ก่อนดำเนินงาน

ต่อมาเมื่อวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550 ณ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ได้มีการจัดพิธีลงนามบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเรื่องการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทยและสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ซึ่งทั้งเจ็ดฝ่ายจะร่วมมือกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ้องค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือเทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล สามารถจัดตั้งและกำกับดูแลการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นเรื่องการบริหารการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และดำรงชีวิตตลอดจนส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็กกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ สวัสดิการชุมชนรองรับ และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในพื้นที่ การดำเนินงานดังกล่าวเป็นการนำร่องในพื้นที่ที่พร้อมในระยะแรกก่อนที่จะขยายพื้นที่ดำเนินงานในระยะต่อไป

เทศบาลตำบลนาตาล ได้ทำข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่(ขอนแก่น) ตั้งอยู่ที่ 356/1 อาคารซีพี ชั้น 3 ถนนมิตรภาพ ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย นายพิเชษฐ ลีละพันธ์เมธา ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (ขอนแก่น) ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับ

องค์การบริหารส่วนตำบลนาตาล อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ โดย นายพลเดช แก้วอินทร์ ซึ่งทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตของคนในท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลรับผิดชอบ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

2. วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาตาล

2.1 เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น รวมทั้งสถานบริการทางเลือกในพื้นที่โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

2.2 เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการและกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

2.3 เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชนหรือองค์กรประชาชนในพื้นที่จัดทำกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่

2.4 เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกองทุนหลักประกันสุขภาพในรอบปีงบประมาณนั้น และในกรณีที่ต้องใช้จ่ายเพื่อซื้อครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ครุภัณฑ์นั้นจะต้องมีราคาไม่เกิน 20,000 บาทต่อหน่วย

3. ลักษณะเด่นของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลนาตาล

3.1 เกิดการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

3.2 มีการจัดการที่คล่องตัว เนื่องจากดำเนินการในรูปแบบการกองทุนที่สามารถออกระเบียบปฏิบัติได้เอง

3.3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเป็นรูปธรรม และมีบทบาทมากขึ้นในด้านสุขภาพ

3.4 ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

3.5 ประชาชนมีความพึงพอใจ

3.6 มีระบบงานที่เชื่อมต่อกับระบบเดิมทั้งระบบฐานข้อมูล รายงาน การส่งต่อ ผู้ป่วยและกิจกรรมต่าง ๆ

4. แนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาลตำบลนาตาล

4.1 มีคณะกรรมการบริหารกองทุน ซึ่ง สปสข. เป็นผู้ออกคำสั่งแต่งตั้งที่ประกอบไปด้วยทุกภาคส่วนในพื้นที่ เช่น ผู้นำชุมชน ตัวแทน อสม. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

4.2 เงินของกองทุนอย่างน้อยต้องประกอบด้วย เงินค่าบริการสาธารณสุขจาก สปสข. และเงินสมทบจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ส่วนเงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชนหรือรายได้อื่นให้เป็นไปตามความพร้อมของกองทุน

4.3 มีระบบรายงานกองทุนผ่านโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนในระบบออนไลน์ <http://tobt.nhso.go.th/>

4.4 มีแผนงานหรือโครงการที่ครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 4 ประเภท โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน ได้แก่

4.4.1 กิจกรรมการจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

4.4.2 กิจกรรมสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุขที่อยู่ในชุมชน

ท้องถิ่น

4.4.3 กิจกรรมสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชน

ท้องถิ่น

4.4.4 กิจกรรมการบริหารกองทุนพัฒนาศักยภาพกรรมการและพัฒนาระบบ

บริหาร

สรุปแนวความคิดการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาตาล เกิดจากความร่วมมือกันระหว่าง สปสข. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตแห่งประเทศไทยและสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ที่สนใจเข้าร่วมจัดตั้งกองทุนในการจัดระบบสุขภาพที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชนเอง โดยประชาชนเป็นคณะกรรมการบริหารงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ร่วมกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในการดำเนินงานดังกล่าวนี้ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน อสม. ซึ่งเป็นตัวแทนภาคประชาชนด้วย

การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและอสม.ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

ผู้นำมีความสำคัญในฐานะเป็นตัวแทนประชาชนในการแก้ปัญหาความยากจน หนี้สิน ความเสื่อมโทรมทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ความอ่อนแอทางสุขภาพ การที่ชาวบ้านจะหลุดพ้นจากสถานะอันไม่พึงประสงค์ ไปสู่ชีวิตที่ดีขึ้นได้ ท่ามกลางภาวะการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว จำเป็นต้องอาศัยผู้นำชุมชนประ โยชน์ที่ชาวบ้านได้รับจากผู้นำ ได้แก่ ความคิดและแนวทางในการแก้ปัญหาการใน ได้รับผลในทางเศรษฐกิจ ความรู้เชิงเทคนิคในการประกอบอาชีพและการได้รับความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า นอกจากนี้ผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการรวบรวมกลุ่มคนในชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่าง ๆ ผู้นำซึ่งเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชนจึงควร มีบทบาทในลักษณะผู้นำและความตระหนักในการระดมทรัพยากร

1. การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในขั้นการริเริ่มงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

1.1 ผู้นำชุมชนร่วมคิดริเริ่มในการจัดตั้งและดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

1.2 ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการประชุม อบรม ศึกษางานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลเพื่อให้เกิดแนวคิดและเห็นประโยชน์และความสำคัญของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

1.3 ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ความรู้หรือทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

1.4 สสำรวจสภาพปัญหาด้านสุขภาพ วิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญและนำเสนอปัญหาด้านสุขภาพต่อที่ประชุมการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

1.5 ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดประชาคมในหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงและร่วมแสดงความคิดเห็นและการสนับสนุนจากประชาชน ในการจัดตั้งและดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

2. การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในขั้นการวางแผนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

2.1 ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

หรือพื้นที่เทศบาลตำบลนาตาล

2.2 ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมบริหารกองทุนให้เป็นที่ไปตามสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนที่แท้จริง

2.3 ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลนาตาล

2.4 ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดหาทรัพยากรในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลนาตาล

2.5 ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการติดตามประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลนาตาล

3 การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในขั้นดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลนาตาล

3.1 ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลนาตาล โดยระดมทุนจากภาคประชาชนขอรับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลและภาครัฐ

3.2 ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลนาตาล เพื่อทำหน้าที่ในด้านการบริหารจัดการ

3.3 ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามกิจกรรมที่กำหนดหรือวางแผนไว้

3.4 ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์วัสดุอุปกรณ์ หรือแรงงานให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลนาตาล

3.5 ผู้นำชุมชนประสานงาน ขอความช่วยเหลือจากบุคคล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลสถานีอนามัย และหน่วยงานอื่นๆ

3.6 ผู้นำชุมชนร่วมปรับปรุงวิธีการดำเนินงานตามแผนของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลนาตาล เมื่อเกิดปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

3.7 ผู้นำชุมชนร่วมควบคุมกำกับการทำงานตามแผนของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลนาตาล

3.8 ผู้นำชุมชนร่วมประชาสัมพันธ์การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลนาตาล อย่างต่อเนื่อง

4. การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในขั้นรับผลประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

4.1 ผู้นำชุมชนและครอบครัวได้ใช้บริการสุขภาพ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

4.2 ประชาชนในชุมชนได้ใช้บริการสุขภาพ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

4.3 ประชาชนในชุมชนได้รับการพัฒนาด้านสุขภาพที่ดีขึ้น จากการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

4.4 ผู้นำชุมชนได้รับความภูมิใจ จากการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

4.5 ประชาชนในชุมชน มีความพึงพอใจในการบริการสุขภาพมากขึ้น จากการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

4.6 ประชาชนในชุมชนมีความรัก สามัคคีมากขึ้น จากการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

5. การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในขั้นประเมินผล

5.1 ผู้นำชุมชนร่วมสอบถามความคิดเห็นของประชาชนต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

5.2 ผู้นำชุมชนนำความคิดเห็นที่ได้จากการสอบถามจากประชาชนเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

5.3 ผู้นำชุมชนนำความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของประชาชนมาปรับปรุงการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

5.4 ผู้นำชุมชนร่วมสอบถามความคาดหวังของประชาชนต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

5.5 ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินผลและติดตามผลการดำเนินงานกองทุนเพื่อปรับปรุงและพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล

5.6 ผู้นำชุมชนร่วมประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบล ให้ประชาชนในชุมชน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลนาตาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน

ก้องเกียรติ อุปัทม์ (2550 : 40) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชนในเขตอำเภอเขาสนกวาง จังหวัดขอนแก่น พบว่าระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชน อำเภอเขาสนกวาง จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่รับ 0.05 ส่วน เพศ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของผู้นำชุมชน

สมควร ทินจอง (2550 : 61) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอคง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่าสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลมีความรู้เกี่ยวกับการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นในระดับสูง ร้อยละ 47.39 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 45.22 และมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาตำบลมากที่สุดในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.48 รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการริเริ่มแผน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 45.65 โดยที่ความรู้ในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นในด้านบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยมีขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ 0.22 (95% CI = 0.09-0.34)

สุพจน์ บุคดาน้อย (2550 : 53-58) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลในด้านของ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านเครื่องมือมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน เพศ อายุ สถานภาพ สมรส และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก

ศิริชัย ใจศิริ (2543 : 33) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานสาธารณสุขในเขตชนบท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ สถานภาพสมรส รายได้และระดับการศึกษา มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข

มูลฐานไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยทางการบริหาร 8 ด้าน คือ การวางแผน การบริหารงานบุคคล การฝึกอบรม การนิเทศติดตาม การจัดการงบประมาณ การจัดการข้อมูลข่าวสาร และการจัดองค์กรชุมชน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ การวางแผนการจัดสิ่งสนับสนุน การจัดการข้อมูลข่าวสาร และการจัดองค์กรชุมชน โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 68.30

สม นาสอาน (2543 : 55-59) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนด้านการวางแผนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานของผู้นำองค์กรชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้นำองค์กรชุมชน อยู่ในระดับมาก ประเภทผู้นำองค์กรชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิทยา กุลสมบูรณ์ และอุษาวดี มาลีวงษ์ (2547 : 80-89) ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ กรณีศึกษาศึกษาคณิกรรัฐบาลอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่ารูปแบบที่ชัดเจนของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ระหว่างโรงพยาบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานเป็นรายปี ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดแนวคิดความร่วมมือประกอบด้วย บุคลิกภาพผู้นำ การมีส่วนร่วมทั้งภายในภายนอกองค์กร รวมถึงภาคีเครือข่ายภาคประชาชน กระบวนการรูปแบบระบบที่สนับสนุนและลักษณะข้อตกลงเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมมีความชัดเจนและยั่งยืน

ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ (2550 : 1-21) สรุปรายงานผลการศึกษาเบื้องต้น พบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นส่วนใหญ่จัดตั้งในปลายปี 2549 บางกองทุนจัดตั้งต้นปี 2550 โครงการสร้างองค์ประกอบของคณะกรรมการ ดำเนินการตามกรอบที่ สปสช.กำหนดการประชุมของคณะกรรมการระยะแรกประชุมเดือนละครั้ง และลดลงในระยะหลังเป็นสองเดือนต่อครั้ง การสทบเงินเข้ากองทุนส่วนใหญ่สมทบตามอัตราที่กำหนด คือ ร้อยละ 10 บางแห่งสมทบเกินอัตราที่กำหนด ค่าเฉลี่ย ประมาณ ร้อยละ 20.25 และการเบิกจ่ายเงินเฉลี่ยร้อยละ 57 ของเงิน กิจกรรมที่กองทุนให้ความสำคัญ คือ กิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และกระตุ้นให้บริการ อปท.เกิดความตื่นตัวด้านการส่งเสริมสุขภาพเกิดความร่วมมือ ระหว่างเทศบาล และสถานีอนามัย/โรงพยาบาล เพิ่มความคล่องตัวในการบริหารจัดการงบประมาณ ส่วนข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารกองทุน มีข้อสังเกตคือการสนับสนุนเงินของ สปสช. และอปท. ควรเปิดกว้างให้อิสระแก่คณะกรรมการกองทุน โดยยึดหลักความไว้วางใจและ อปท.

หลายแห่งมีความกังวลว่า การใช้เงินจะผิดระเบียบและความไม่ต่อเนื่องของโครงการ และสุดท้ายในการคัดเลือกโครงการนำร่องควรให้โอกาส เทศบาลที่ตั้งอยู่ไกลเมือง

มยุรี สุวรรณโคตร (2551 : 32-35) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนพัฒนาสุขภาพในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ความคาดหวังในผลประโยชน์การมีโอกาสเข้าร่วม การมีความสามารถเข้าร่วม ทักษะคิด แแรงกดดันทางสังคม และระดับการศึกษาล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนากองทุนสุขภาพ

พระโฆ จันทร์ครบ (2554 : 45) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการดำเนินงานของวัดในเขตเทศบาลเมืองนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการดำเนินงานของวัด โดยรวมและจำแนกตามรายด้าน โดยรวมอยู่ในระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง

จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และคณะ (2546 : 49) ได้ทำการศึกษาวิจัยบทบาทหน้าที่ขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานภายใต้งบประมาณแนวใหม่ในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า บทบาทขององค์กรชุมชนโดยผู้นำชุมชนทุกกลุ่มส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของหมู่บ้าน โดยมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาสาธารณสุขของหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนที่เป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขและกำนันผู้ใหญ่บ้าน โดยมีกิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ กิจกรรมรณรงค์ด้านสาธารณสุขต่าง ๆ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค โดยกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีการดำเนินงานในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมมีหลากหลายปัจจัยผู้วิจัยไม่สามารถนำมาศึกษาได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้วิจัยศึกษาผู้นำชุมชนและอสม. ซึ่งปัจจัยบางอย่างเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหรือเป็นมิติที่เกี่ยวกับองค์กร และมีข้อจำกัดด้านเวลาและงบประมาณจึงไม่สามารถที่นำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมทั้งหมดศึกษาได้ ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยที่จะสามารถอธิบายการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนได้ ซึ่งผู้นำชุมชนเป็นกลุ่มปัจเจกบุคคลดังนั้นจึงนำลักษณะในตัวบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ ทางสังคม รายได้และประสบการณ์ในการดำเนินงานกองทุนที่เกี่ยวกับสุขภาพ มาศึกษาเป็นปัจจัยที่ทำบุคคลมีความแตกต่างด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมที่นำมาศึกษาได้แก่ทัศนคติต่อความแตกต่างด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมที่นำมาศึกษา ได้แก่ทัศนคติต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาล ตำบลขนาดกลาง แรงกดดันทางสังคม การคาดหวังในผลประโยชน์ การมีโอกาสในการเข้าร่วมการมีความสามารถในการเข้าร่วมและการมีอิสระในการเข้าร่วม ซึ่งเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับบุคคล ผู้วิจัย

คิดว่าผลการวิจัยในครั้งนี้ จะสามารถอธิบายการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและอสม.สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและอสม.ได้ดีนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพของประชาชนที่ยั่งยืน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและอสม.ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลนาตาล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและอสม. ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถกำหนดเป็นกรอบแนวคิดได้ ดังนี้

1. กรอบด้านประชากร ได้แก่ ผู้นำชุมชนและอสม. ในเขตเทศบาลตำบลนาตาล ประกอบด้วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้านและอสม. และสมาชิกสภาเทศบาลตำบลนาตาล ในเขตเทศบาลตำบลนาตาล จำนวน 104 คน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำชุมชน และอสม. ในเขตเทศบาลตำบลนาตาล อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

3. กรอบด้านตัวแปรที่ศึกษาแบ่งเป็น ดังนี้

3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

3.1.1 เพศ

3.1.2 อายุ

3.1.3 ระดับการศึกษา

3.1.4 สถานภาพทางสังคม

3.1.5 รายได้

3.1.6 ประสบการณ์

3.1.7 ทักษะติดต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

3.1.8 แรงกดดันทางสังคม

3.1.9 ความคาดหวังผลประโยชน์

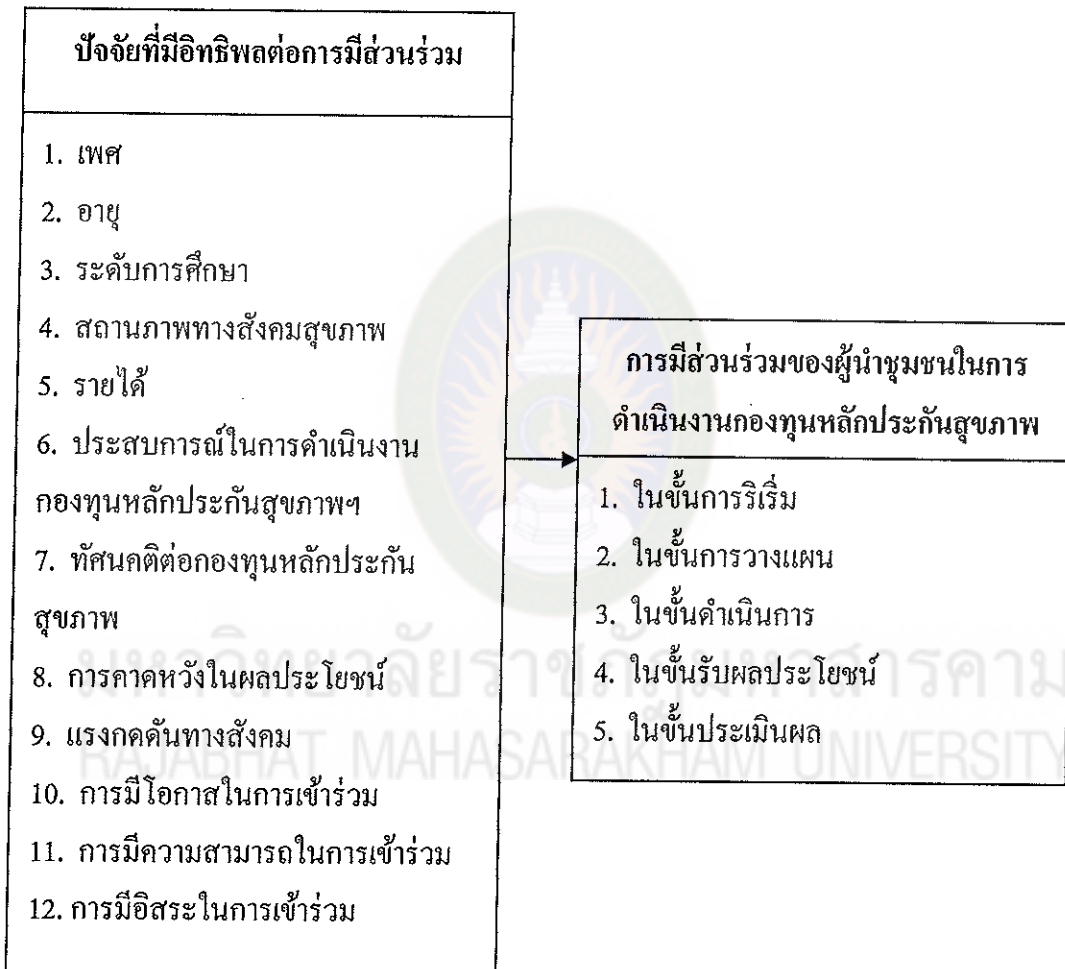
3.1.10 การมีโอกาสเข้าร่วม

3.1.11 ความสามารถในการเข้าร่วม

3.1.12 ความมีอิสระในการเข้าร่วม

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลตำบลนาตาล จำนวน 5 ด้าน

- 3.2.1 ด้านการมีส่วนร่วมในขั้นการริเริ่ม
- 3.2.2 ด้านการมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน
- 3.2.3 ด้านการมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินการ
- 3.2.4 ด้านการมีส่วนร่วมในขั้นรับผลประโยชน์
- 3.2.5 ด้านการมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผล



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย