

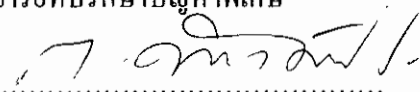
การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
จังหวัดระนอง

สมภร จันจำรัส

ปัญหาพิเศษนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารทั่วไป
วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา
ธันวาคม 2556
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

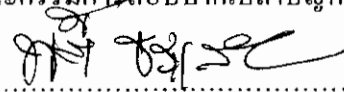
อาจารย์ผู้ควบคุมปัญหาพิเศษและคณะกรรมการสอบปากเปล่าปัญหาพิเศษ ได้พิจารณา
ปัญหาพิเศษของ สมภร จันจรัส ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

อาจารย์ที่ปรึกษาปัญหาพิเศษ



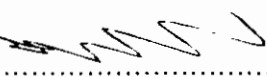
(อาจารย์กฤษฎา นันทเพ็ชร)

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปัญหาพิเศษ



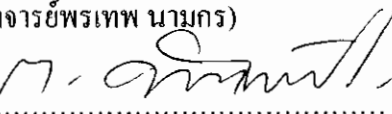
ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชนีย์ ธรรมเสนา)



กรรมการ

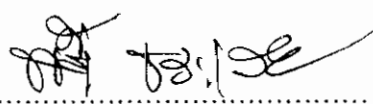
(อาจารย์พรเทพ นามกร)



กรรมการและเลขานุการ

(อาจารย์กฤษฎา นันทเพ็ชร)

วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจอนุมัติให้รับปัญหาพิเศษฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป ของมหาวิทยาลัยบูรพา



คณบดีวิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชนีย์ ธรรมเสนา)

วันที่ ...12... เดือน ...กรกฎาคม... พ.ศ. 2556.

ประกาศคุณูปการ

ปัญหาพิเศษฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ดร.กฤษฎา นันทเพ็ชร อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์พรเทพ นามกร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยทำให้ปัญหาพิเศษฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่สุณีย์ จันจรัสและน้อง ๆ ทุกคนที่ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของปัญหาพิเศษฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่ บุษปารีย์ บุรพาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานนี้

สมภร จันจรัส

54930475: สาขาวิชา: การบริหารทั่วไป; รป.ม. (การบริหารทั่วไป)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม/ กองทุนหลักประกันสุขภาพ

สมกร จันจรัส: การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง (LEVEL OF PARTICIPATION OF THE COMMITTEE ADMINISTERING A LOCAL HEALTH INSURANCE FUND, RANONG PROVINCE) อาจารย์ผู้ควบคุมปัญหาพิเศษ: กฤษฏา นันทเพ็ชร, พบ.ม. 109 หน้า. ปี พ.ศ. 2556.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง และเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จำนวน 188 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวและการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี LSD ที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการรับประโยชน์ มีระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด เป็นอันดับที่ 1 รองลงมา คือ ด้านการติดตามประเมินผล ด้านการวางแผนและตัดสินใจ และอันดับสุดท้าย คือ ด้านการดำเนินกิจกรรมและผลการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า คณะกรรมการที่มีเพศ และรายได้ต่างกัน มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ไม่แตกต่างกัน ส่วนคณะกรรมการที่มีอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพและตำแหน่ง ต่างกัน มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

54930475: MAJOR: GENERAL ADMINISTRATION; M.P.A.

(GENERAL ADMINISTRATION)

KEYWORD: PARTICIPATION/ LOCAL HEALTH INSURANCE FUND

SOMPORN CHANCHAMRAT: LEVEL OF PARTICIPATION OF THE COMMITTEE ADMINISTERING A LOCAL HEALTH INSURANCE FUND, RANONG PROVINCE. ADVISOR: KRISADA NANTAPECH, M.A. 109 P. 2013.

This study aimed at examining the level of participation of the committee administering a local health insurance fund in Ranong Province and to compare the level of their participation as classified by personal factors. The subjects participating in this study were 188 committee members working for a local health insurance fund. The instrument used to collect the data was a questionnaire. The test statistics used to analyze the collected data were frequency, percentage, means, standard deviation, t-test, one way ANOVA. To test the differences between pairs, LSD was used with a preset of a significant level at 0.05.

The results revealed that the level of participation of committee members administering a local health insurance fund was found at a high level. Considering each aspect, it was found that, the subjects participated in the aspect of benefit acceptance at the highest level, followed by in the aspect of evaluation, planning and decision-making, and activity arrangements, respectively. Comparing their level of participation as classified by personal factors, it was revealed that no statistically significant differences were found in the level of participation among the committee members with different gender and monthly income. There were statistically significant differences in the level of satisfaction among the committee members with different educational levels, marital status, occupation, and work position at a significant level of 0.05.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานของการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	8
หลักธรรมาภิบาลของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี.....	25
แนวคิดการจัดตั้งกองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพ.....	28
ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ในการศึกษา.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
รูปแบบการวิจัย.....	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
เกณฑ์การแปลผล.....	54
4 ผลการวิจัย.....	55
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของคณะกรรมการในการบริหาร กองทุนประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง.....	55
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการใน การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง.....	58
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง.....	72
5 สรุปผลวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	85
สรุปผลวิจัย.....	85
อภิปรายผล.....	87
ข้อเสนอแนะ.....	91
บรรณานุกรม.....	93
ภาคผนวก.....	98
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	109

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	สรุปข้อค้นพบ..... 48
2	กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม..... 51
3	จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล..... 56
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ด้านการ วางแผนและตัดสินใจ..... 59
5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ด้านการ ดำเนินกิจกรรม..... 62
6	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ด้านการ รับประโยชน์..... 66
7	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ด้านการ ติดตามประเมินผล..... 69
8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการ บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ในภาพรวม ด้านต่าง ๆ..... 72
9	การเปรียบเทียบเพศกับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามอายุ..... 73
10	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการ บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามอายุ..... 73
11	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วม ของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง กับอายุ..... 74

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
12 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post Hoc) ของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามอายุ.....	74
13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการ บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามระดับ การศึกษา.....	75
14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วม ของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง กับระดับการศึกษา.....	75
15 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post Hoc) ของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามระดับการศึกษา.....	76
16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการ บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตาม สถานภาพสมรส.....	77
17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วม ของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง กับสถานภาพสมรส.....	77
18 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post Hoc) ของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	78
19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการ บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตาม อาชีพ.....	79
20 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วม ของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง กับอาชีพ.....	79

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
21 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post Hoc) ของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามอาชีพ.....	80
22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามรายได้.....	81
23 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง กับรายได้.....	81
24 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามตำแหน่งที่เข้ามาเป็นคณะกรรมการ.....	82
25 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง กับตำแหน่งที่เข้ามาเป็นคณะกรรมการ.....	82
26 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post Hoc) ของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามตำแหน่งที่เข้ามาเป็นคณะกรรมการ.....	83
27 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน.....	84

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีสุขภาพที่ดีเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น เป็นสิทธิของประชาชนทุกคน ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งในมาตรา 52 ได้บัญญัติไว้ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยได้มีสิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การให้บริการสาธารณสุขของรัฐเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82 ได้บัญญัติไว้ว่าให้รัฐบาลต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ในพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ยังได้กำหนดไว้ว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะได้รับการจัดสรรงบประมาณ สำหรับการจัดระบบบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ซึ่งรวมทั้งด้านสุขภาพด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

การสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนไทยได้ริเริ่มการสร้างหลักประกันสุขภาพตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2526 มีการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539 ต่อเนื่องมาจนถึงฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 (สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส, 2547) รัฐบาลที่ผ่านมามากมายได้มีนโยบายและความพยายามที่จะผลักดันให้เกิดการสร้างหลักประกันสุขภาพอนามัยยามเมื่อเจ็บป่วยขึ้น โดยให้มีหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ จนในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลจึงได้ประกาศนโยบายเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนภายใต้ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2548) มีการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นเป็นองค์กรกลางในการประสานความร่วมมือจากทุกฝ่าย ภายใต้โครงการนี้ทำให้ประชาชนมากกว่า 46 ล้านคนไม่ต้องกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพ และมาตรา 47 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ระบุไว้ว่า เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดย

ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ที่เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น” ซึ่งถือว่าเป็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง

จังหวัดระนองได้ดำเนินการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2549 ทั้งนี้เพื่อเป็นสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ของจังหวัด ส่งเสริมกระบวนการการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น และกำหนดให้องค์กรบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลมีส่วนร่วมในการดำเนินงานบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ได้คัดเลือกองค์กรบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล ที่มีความประสงค์เข้าร่วมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องมีการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ที่มาก่อน มีการจัดทำแผนและดำเนินการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตจากการมีส่วนร่วมของภาคีต่าง ๆ ในพื้นที่ ซึ่งปัจจุบันมี 30 กองทุน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2555) การบริหารจัดการงบประมาณ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งเดิมรัฐบาลจะจ่ายผ่านกระทรวงสาธารณสุขไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามลำดับ แต่ปัจจุบันได้จ่ายผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพไปยังท้องถิ่นโดยตรง โดยมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเป็นผู้บริหารจัดการ การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจะประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใดขึ้นจึงขึ้นอยู่กับการบริหารของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเป็นสำคัญ หากคณะกรรมการขาดการมีส่วนร่วมหรือมีส่วนร่วมในระดับต่ำ จะทำให้การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นไม่ประสบผลสำเร็จ

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว และจังหวัดระนองได้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมาระยะหนึ่งแล้ว แต่ยังไม่มีการติดตามประเมินให้เห็นผลสัมฤทธิ์ภายใต้การบริหารงานของคณะกรรมการกองทุน ฯ ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขและรับผิดชอบในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง เพื่อเป็นการส่งเสริมการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้กองทุนเป็นแหล่งสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นให้ดียิ่งขึ้นอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดระนอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดระนอง โดยจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

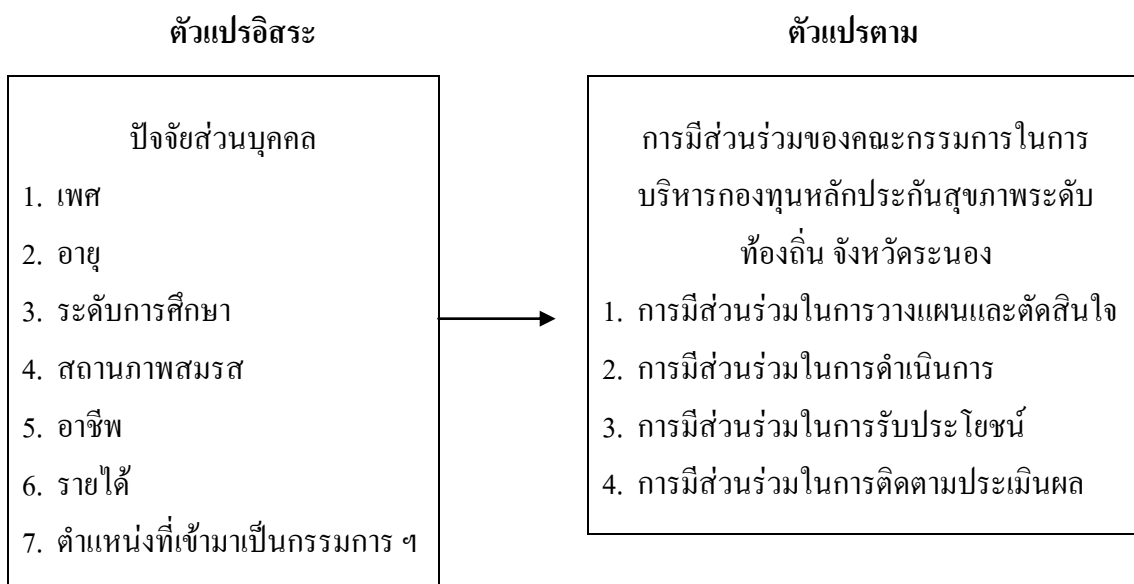
สมมติฐานของการวิจัย

1. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีเพศต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน
2. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีอายุต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน
3. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน
4. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน
5. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีอาชีพต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน
6. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีรายได้ต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน
7. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีของเบอร์แทรนด์ (Bertrand, 1958, pp. 147-157) ซึ่งกล่าวถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และปัจจัยอื่น เช่น ตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการกองทุน ฯ เป็นต้นแปรอิสระ และใช้แนวคิดทฤษฎีของ

โคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1981, p. 6) ที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการบริหารของ คณะกรรมการกองทุน ฯ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล เป็นตัวแปรตาม มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ทราบระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง
2. ทราบผลการศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง
3. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการให้มากขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา: การวิจัยครั้งนี้มุ่งที่จะศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง โดยมีตัวแปรต้นคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการ ฯ ตัวแปรตาม คือ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล

ขอบเขตด้านพื้นที่และประชากร: การวิจัยครั้งนี้ มีประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำนวน 375 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา: ในการวิจัยครั้งนี้ทำการวิจัยและเก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556

นิยามศัพท์เฉพาะ

เพื่อให้เข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดนิยามความหมายของคำต่าง ๆ ไว้ ดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของกองทุน ฯ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์
2. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ตามมาตรา 18 (9) หมายถึง คณะกรรมการกองทุนประกันสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล ที่ได้รับการแต่งตั้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในที่นี้หมายถึง คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของแต่ละกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดระนอง ซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1 นายองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี
 - 2.2 สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลหรือสภาเทศบาลที่สภามอบหมาย
 - 2.3 ผู้แทนหน่วยบริการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย
 - 2.4 ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คัดเลือกกันเอง
 - 2.5 ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนคัดเลือกกันเอง
3. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หมายถึง กองทุนที่จัดตั้งขึ้นโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน สหภาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนชุมชน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2549 มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุน

ให้องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน

4. องค์กรบริหารส่วนตำบล/เทศบาล หมายถึง องค์กรบริหารส่วนตำบล/เทศบาลที่ได้รับสนับสนุนให้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง องค์กรบริหารส่วนตำบล/เทศบาลที่มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง

5. การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หมายถึง การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ได้แก่

5.1 การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ หมายถึง

5.1.1 การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับงานสาธารณสุขของชุมชน

5.1.2 การมีส่วนร่วมในการร่วมคิดร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ

5.1.3 การมีส่วนร่วมในการวางแผนการบริหารจัดการงบประมาณ

5.1.4 การมีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

5.1.5 การมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมในการบริหารกองทุน

5.1.6 การมีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน

5.1.7 การมีส่วนร่วมในการจัดหาทรัพยากรในการดำเนินงาน

5.1.8 การมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการติดตามประเมินผลในการดำเนินงาน

5.2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ หมายถึง

5.2.1 การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนดำเนินงานที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์

5.2.2 การมีส่วนร่วมในการจัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน

5.2.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการกิจกรรมตามแผนงาน/ โครงการ

5.2.4 การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากร

5.2.5 การมีส่วนร่วมในการประสานงาน

5.2.6 การมีส่วนร่วมในการเบิกจ่ายงบประมาณ

5.2.7 การมีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับการทำงาน

5.2.8 การมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์การทำงาน

5.3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ หมายถึง

- 5.3.1 การได้รับสิ่งตอบแทนอย่างเหมาะสม
- 5.3.2 การได้รับความภาคภูมิใจจากการดำเนินงาน
- 5.3.3 การได้ใช้บริการสุขภาพ
- 5.3.4 การได้รับการพัฒนาสุขภาพ
- 5.3.5 การมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพ
- 5.3.6 การมีความรัก ความสามัคคีจากการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ระดับท้องถิ่น

5.4 การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล หมายถึง

- 5.4.1 การมีส่วนร่วมในการสอบถามความคิดเห็นของประชาชน
- 5.4.2 การมีส่วนร่วมในการนำความคิดและข้อเสนอของประชาชนมาปรับปรุง

แก้ไข

- 5.4.3 การมีส่วนร่วมในการสอบถามความคาดหวังของประชาชน
- 5.4.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลและติดตามการดำเนินงาน
- 5.4.5 การมีส่วนร่วมในการติดตามและสรุปผลการเบิกจ่ายงบประมาณ
- 5.4.6 การมีส่วนร่วมในการสรุปผลการดำเนินงานประจำปี
- 5.4.7 การมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงาน

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

“การมีส่วนร่วมในการบริหารของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง” มีแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
 2. หลักธรรมาภิบาลของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี
 3. แนวคิดการจัดตั้งกองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพ
 4. ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ในการศึกษา
 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- โดยมีรายละเอียด ดังนี้

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ความหมายของการมีส่วนร่วม (Participation)

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้มีความหมายที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันตามทัศนคติของแต่ละท่าน ซึ่งสามารถประมวลได้ดังนี้

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1981, p. 6) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making)
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation)
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits)
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนา รวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาค

เออร์วิน (Erwin, 1976, p. 138) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมไว้ว่า คือกระบวนการให้บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ตัดสินใจ แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของบุคคล แก้ไขปัญหาพร้อมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุน ติดตามการปฏิบัติงานขององค์กรและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 1975, p. 4) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่าเป็นกระบวนการเกี่ยวกับการกระทำและเกี่ยวข้องกับมวลชนในระดับต่าง ๆ ดังนี้

1. ในกระบวนการตัดสินใจซึ่งตัดสินใจเกี่ยวกับจุดประสงค์ทางสังคม และการจัดสรรทรัพยากร

2. ในการกระทำโดยสมัครใจต่อกิจกรรมและโครงการ

ยูพาพร รูปงาม (2545, หน้า 6) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกัน จะต้องมีการก่อให้เกิดความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้นของการที่มีคนมารวมกันได้ควรจะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมดที่ทำโดยกลุ่มหรือในนามกลุ่มนั้น กระทำผ่านองค์กร (Organization) ดังนั้น องค์กรจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546, หน้า 4) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ หรือเข้าร่วมการตัดสินใจ หรือเคยมาเข้าร่วมด้วยเล็กน้อยได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้น เป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาค มิใช่มีส่วนร่วมอย่างผิวเผินแต่ เข้าร่วมด้วยอย่างแท้จริงยิ่งขึ้น และการเข้าร่วมนั้นต้องเริ่มตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้ายของโครงการ

วาสนา ถิ่นขาม (2548, หน้า 26) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันโดยเริ่มที่แต่ละคนมีผลประโยชน์ร่วมกัน โดยกิจกรรมเหล่านั้นสัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการของประชาชน เป็นปัญหาที่เห็นพ้องต้องกันว่ามีเกิดขึ้นภายในชุมชน จนก่อให้เกิดเป็นกิจกรรมหรือโครงการร่วมกัน โดยกิจกรรมหรือโครงการนั้นเกิดจากการกระทำโดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่กระทำผ่านองค์กร องค์กรจึงเปรียบเสมือนตัวนำสู่การเปลี่ยนแปลงที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของชุมชนได้

ยุวพันธ์ วุฒิเมธี (2549, หน้า 20) ได้ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจการปฏิบัติ และรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบถึงตัวประชาชนเอง การที่สามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนที่ดีขึ้นได้นั้น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องยอมรับว่ามนุษย์ทุกคนมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น พร้อมทั้งจะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของชุมชนและยอมรับว่ามนุษย์นั้นสามารถพัฒนาได้ถ้ามีโอกาสและได้รับการชี้แนะอย่างถูกต้อง

พัชรินทร์ สิริสุนทร (2549, หน้า 33) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะคิด ความต้องการ และวัฒนธรรมการพัฒนาของผู้แสดงทางสังคม (Social Actors) ทุกภาคส่วน เพื่อมีส่วนแบ่งในอำนาจของการตัดสินใจ และรับประโยชน์จากการพัฒนา

จิราวัลย์ วรวงศ์ (2550, หน้า 25) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมตั้งแต่ขั้นตอนแรก ในการค้นปัญหาตระหนักถึงปัญหา มีส่วนร่วมในการวางแผน เพื่อแก้ไขปัญหา มีส่วนร่วมในการลงทุนในส่วนของสินทรัพย์ แรงงาน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน

โดยสรุป การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนหรือกลุ่มบุคคลที่ได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับร่วมกันทางจิตใจและอารมณ์ เป็นกระบวนการดำเนินงานรวมพลังประชาชนกับองค์กรของรัฐ หรือองค์กรเอกชน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาของเขา โดยเขาจะมีความคิดริเริ่ม ความเป็นตัวของเขา มีการวางแผนการตัดสินใจในการเข้าควบคุมทรัพยากรและระเบียบให้กลุ่ม เพื่อที่จะดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ให้บรรลุ เพื่อประโยชน์ของชุมชน และสร้างความรู้สึกรับผิดชอบและความเป็นเจ้าของขึ้น ซึ่งการเข้ามามีส่วนร่วมมีหลายลักษณะ เช่น การมีส่วนร่วมในการประชุม ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมบริจาคเงิน ร่วมเป็นสมาชิก เป็นผู้นำร่วมแก้ไขปัญหา การได้รับผลประโยชน์ต่าง ๆ ได้รับการบริการ หรือต้องการมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในชุมชน

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้น มีปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอแนวคิด ดังนี้

ประยูร ศรีประสาธน์ (2542, หน้า 5) ได้นำเสนอปัจจัยของการมีส่วนร่วมว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม มีด้วยกัน 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และเพศ
2. ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม

3. ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชน และสื่อบุคคล

เบอร์แทรนด์ (Bertrand, 1958, pp. 147-157) กล่าวถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ซึ่งได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลต่าง ๆ คือ อายุ เพศ สถานภาพทางสังคม อาชีพ การศึกษา ถิ่นที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่อยู่ในท้องถิ่น และปัจจัยอื่น ๆ เช่น การอาศัยในเมืองหรือในชนบท จำนวนสมาชิกในครอบครัวและลักษณะครอบครัว ค่านิยม และทัศนคติ

คูฟแมน (Koufman, 1949, p. 7) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

เฮย์ (Hay, n.d. อ้างถึงใน สยาม บุญสม, 2542, หน้า 10) ได้กล่าวว่า ปัจจัยหนึ่งในการมีส่วนร่วมทางสังคมของบุคคลนั้น คือ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำจะเข้าร่วมในกิจกรรมของชุมชนน้อยกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจสูง

บราวน์ (Brown, 1995 อ้างถึงใน สยาม บุญสม, 2542, หน้า 11) ได้วิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างแข็งขันหรือไม่แข็งขันมักมีฐานะแตกต่างกันออกไป บุคคลที่มีอายุ สถานภาพทางสังคมสูง (การศึกษา อาชีพ รายได้สูง) มักจะเข้าร่วมกิจกรรมอย่างแข็งขันมากกว่าคนที่มีความสามารถทางสังคมต่ำ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาด้านปัจจัยการมีส่วนร่วมนั้น พอจะสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้ ความยาวนานในการอาศัยอยู่ในท้องถิ่น สถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคม มักเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมไม่มากนัก

ศักดิ์สิทธิ์ เข้มศรี (2543, หน้า 8) กล่าวว่า ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม คือ ความศรัทธา ความเกรงใจต่อสิ่งที่เคารพนับถือ หรือผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า รวมทั้งปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางอาชีพ และที่อยู่อาศัย โดยบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจสูงจะเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนมากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจต่ำ

แนวคิด ทฤษฎี และกระบวนการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือว่าเป็นหลักการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืนเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาต่าง ๆ เป็นทางเลือกที่จะช่วยให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ แม้จะมีการกล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน และมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างแพร่หลาย แต่ยังไม่สามารถให้ประชาชนพึ่งตนเองได้และชุมชนไม่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามนักวิชาการและนักพัฒนาได้ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน และได้เสนอแนวคิด ทฤษฎีของการมีส่วนร่วมไว้ ดังต่อไปนี้

ทฤษฎีการมีส่วนร่วม

ติน ปรัชญพฤทธิ (2535, หน้า 62) ได้กล่าวถึง ทฤษฎีการมีส่วนร่วมหรือภาวะผู้ตามไว้ว่า ทฤษฎีนี้ได้รับความสนใจจากนักวิชาการส่วนใหญ่ไม่น้อยมาก เนื่องจากนักวิชาการคิดว่าหากองค์กรมีภาวะผู้นำที่ดีก็จะพลอยมีภาวะผู้ตามดีไปด้วยเป็นการมองค่อนข้างแคบ เพราะนอกจากจะมองปรากฏการณ์เพียงด้านเดียว การที่นักวิชาการให้ความสำคัญแก่การมีส่วนร่วมหรือภาวะผู้ตามนั้น พอสรุปสาเหตุหลายประการด้วยกัน คือ ประการแรก นักวิชาการบางคนอาจจะไม่แน่ใจว่าองค์กรมีความจำเป็นมากน้อยเพียงใด ที่จะต้องให้ผู้ตามเข้ามามีส่วนร่วมคืออะไรกันแน่ ประการที่สอง หากผู้นำยอมให้ผู้ตามเข้ามามีส่วนร่วมแล้ว ผู้ตามเหล่านั้นได้แก่ใครบ้างผู้ตามทั้งหมดหรือเฉพาะผู้ตามที่ใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้นำเท่านั้น และประการสุดท้ายหากผู้นำยอมให้ผู้ตามเข้ามามีส่วนร่วมแล้ว ผู้ตามควรจะเข้าไปมีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใด และลักษณะของการเข้าไปมีส่วนร่วมเช่นนั้น สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ตามอย่างไรบ้าง

ทฤษฎีการมีส่วนร่วมอาจมีอยู่มากมายหลายทฤษฎีด้วยกัน สามารถแบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ ๆ คือ ทฤษฎีความเป็นผู้แทน (Representative) และทฤษฎีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy)

ทฤษฎีความเป็นผู้แทน (Representative) ทฤษฎีนี้เน้นความเป็นผู้แทนของผู้นำ และถือว่าการมีส่วนร่วมในการเลือกตั้ง/ ถอดถอนผู้นำ เป็นเครื่องหมายของการที่จะให้หลักประกันกับการบริหารงานดี อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้เน้นเฉพาะการวางโครงการสร้างสถาบัน เพื่อเป็นเครื่องมือในการให้ผู้ตามเข้ามามีส่วนร่วมเท่านั้น เช่น การเลือกตั้งทั่วไป การเลือกตั้งโดยนับคะแนนลับและประชุมปรึกษาหารือประจำปี จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมตามนัยของทฤษฎีนี้ มิได้เปิดโอกาสให้ผู้ตามได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจขององค์กรอย่างแท้จริง และผู้ที่มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการตัดสินใจ ได้แก่ บรรดาผู้นำต่าง ๆ ที่เสนอตัวเข้าสมัครรับการเลือกตั้ง ส่วนผู้ตามนั้นเป็นเพียงแค่ไม้ประดับเท่านั้น

ทฤษฎีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) ตามแนวความคิดทฤษฎีนี้ การมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์ไม่เฉพาะแต่การเข้าไปพิจารณาเลือกตั้ง หรือถอดถอนผู้นำเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการเข้าไปมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวางนโยบาย ทฤษฎีนี้ ยังมองการมีส่วนร่วมเป็นการให้การศึกษาและพัฒนาการกระทำทางการเมืองและสังคมที่มีความรับผิดชอบ นั่นก็คือการไม่ยอมให้มีส่วนร่วมนับว่าเป็นการคุกคามตามเสรีภาพของผู้ตาม

ประชุม รอดประเสริฐ (2539, หน้า 114-117) ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการวางแผนของ ทราวิส (Travis) ได้เสนอทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการวางแผนสมอง การให้ความรู้ และ

การประชาสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมของประชาชนสิ่งเหล่านี้เขาถือว่าเป็นการตกแต่งทิศทางของกระบวนการวางแผน และชี้ให้เห็นว่าในการวางแผนทุกระดับ จะประกอบด้วย

1. สมอง
2. กระบวนการวางแผนและการออกแบบเบื้องต้น
3. กระบวนการออกแบบและการลงมือพัฒนา
4. กระบวนการเตรียมการทุกขั้นตอนจะมีความสัมพันธ์กัน

สิ่งสำคัญคือ การให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อให้เกิดการยอมรับไม่มีปฏิกิริยาต่อต้าน และทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการวางแผนของ เอ็มซี โดแนล (Mc. Donald) ได้เสนอทฤษฎีจุดเน้นเกี่ยวกับ โอกาสเกิดศักยภาพในการมีส่วนร่วมของกลุ่มผลประโยชน์โอกาสความตระหนักและโอกาสในการกระทำ การวางแผนจะต้องเกี่ยวข้องและมีผลกระทบกับกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ซึ่งกลุ่มผลประโยชน์เหล่านั้นมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานในการวางแผนจึงจำเป็นจะต้องเปิดโอกาสให้กลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนในขั้นตอนต่าง ๆ

ลักษณะการมีส่วนร่วม

มนตรี นาคสมบุรณ์ (2540, หน้า 20) ได้แบ่ง ลักษณะการมีส่วนร่วมมี 5 ลักษณะ ดังนี้

1. เป็นสมาชิก (Membership)
2. เป็นผู้เข้าประชุม (Attendance at Meeting)
3. เป็นผู้บริจาค (Financial Contribution)
4. เป็นกรรมการ (Membership on Committees)
5. เป็นประธาน (Leader)

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980, pp. 210-218) ได้มีข้อเขียนที่กล่าวไว้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นมีกรอบการพิจารณาของการมีส่วนร่วม โดยมีโครงสร้างพื้นฐานแบ่งเป็น 3 มิติ ได้แก่

มิติที่ 1 มีส่วนร่วมในเรื่องอะไร เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ประเภทหรือลักษณะของการมีส่วนร่วม ซึ่งทั้งสองกลุ่มกล่าวว่ามี 4 ประเภท ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ เริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร และการประสานขอความร่วมมือ

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ประกอบด้วย ผลประโยชน์ด้านวัสดุด้านสังคม และส่วนบุคคล

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

มิติที่ 2 ใครเข้ามามีส่วนร่วมในส่วนนี้ มีคำที่ใช้ความหมายกว้างคำหนึ่ง การมีส่วนร่วมของประชาชน โดยจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

1. ผู้ที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น
2. ผู้นำท้องถิ่น
3. เจ้าหน้าที่ของรัฐ
4. คนต่างชาติ

กลุ่มคนทั้ง 4 กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมนี้ ย่อมมีคุณลักษณะต่าง ๆ กัน ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมทั้งสิ้น คุณลักษณะของบุคคลที่ควรพิจารณา คือ เพศ อายุ สถานภาพของครอบครัว การศึกษา การแบ่งกลุ่มกันในสังคม ได้แก่ กลุ่มชนชาติ เผ่า เชื้อชาติ ศาสนาที่นับถือ ชั้น วรรณะ ภาษาที่ใช้ แหล่งกำเนิดและอื่น ๆ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ระยะทางของที่พักที่ตั้งของ โครงการความร่วมมือ สถานภาพการถือครองที่ดิน สถานภาพของการได้รับการจ้างงาน

มิติที่ 3 การมีส่วนร่วมนั้นเกิดขึ้นได้โดยมีประเด็นที่ควรพิจารณาอยู่ 4 ประเด็น คือ

1. พื้นฐานของการมีส่วนร่วมพิจารณาเกี่ยวกับแรงที่กระทำให้เกิดการมีส่วนร่วมมาจากเบื้องบนหรือเบื้องล่าง แรงที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมมาจากที่ใด
2. รูปแบบของการมีส่วนร่วม พิจารณาเกี่ยวกับรูปแบบขององค์การ การมีส่วนร่วมโดยตรงหรือโดยอ้อม
3. ขอบเขตของการมีส่วนร่วมพิจารณาเกี่ยวกับเวลาที่เข้ามามีส่วนร่วมช่วงของกิจกรรม
4. ประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วม พิจารณาเกี่ยวกับการให้อำนาจแก่ผู้เข้ามามีส่วนร่วม ปฏิสัมพันธ์ของคุณลักษณะต่าง ๆ ของสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980, pp. 210-218) ยังอธิบายประเภทของการมีส่วนร่วมสามารถจำแนกออกเป็นเรื่อง ๆ มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกที่สุดที่จะต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชากรที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจช่วงดำเนินการวางแผนและการตัดสินใจในช่วงปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงาน โครงการนั้น จะได้มาจากคำถามที่ว่า ใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการใดได้บ้าง และจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือทางด้านทรัพยากร การบริหารงานและประสานงาน เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์นั้น นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมถึงผลที่เป็นประโยชน์ในทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็ประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้นสิ่งสำคัญที่ จะต้องสังเกตก็คือความเห็น ความชอบ และความคาดหวังซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยน พฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้

จากรูปแบบในการมีส่วนร่วมดังกล่าวนี้ มีหลายรูปแบบ อยู่ที่ผู้ปฏิบัติจะเลือกรูปแบบใดที่เหมาะสมกับพื้นที่แต่ละแห่ง ผู้วิจัย จึงสรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำ แผนพัฒนาเทศบาลตำบลใน 4 รูปแบบ คือ การกำหนดปัญหาและความต้องการของชุมชน การ กำหนดโครงการและกิจกรรมการพัฒนา การรับฟังความคิดเห็น การติดตามและประเมินผล

ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

อकिन รพีพัฒน์ (2547, หน้า 49) ได้จำแนกขั้นตอนของการมีส่วนร่วมจากประสบการณ์ ภาคสนามในประเทศไทยว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงน่าจะมี 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา กำหนดสาเหตุของปัญหา และมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ กำหนดความต้องการของชุมชน จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และหาทางแก้ไขปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทาง วางแผนการพัฒนาแก้ไขปัญหา เป็นขั้น ที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการ และ แนวทางการดำเนินงานตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่จะใช้
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกิจกรรมการพัฒนาตามแผน เป็นขั้นตอนที่ประชาชน มีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์ โดยการสนับสนุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์และแรงงาน หรือเข้าร่วม บริหารงาน ประสานงานและดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก
4. การมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลงานของกิจกรรมการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชน เข้าร่วมประเมินว่าการพัฒนาที่ได้กระทำไปนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด ซึ่งในการประเมิน

อาจปรากฏในรูปของการประเมินย่อยเป็นการประเมินผลก้าวหน้าเป็นระยะ ๆ หรือกระทำในรูปของการประเมินผลรวม ซึ่งเป็นการประเมินผลสรุปรวบยอด

โกวิทย์ พวงงาม (2545, หน้า 8) ได้สรุปถึงการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของประชาชนในการพัฒนาควรมี 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาของแต่ละท้องถิ่น กล่าวคือ ถ้าหากชาวบ้านยังไม่สามารถทราบถึงปัญหาและเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาในท้องถิ่นของตนเป็นอย่างดีแล้ว การดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาของท้องถิ่นย่อมไร้ประโยชน์ เพราะชาวบ้านจะไม่เข้าใจและมองไม่เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงานเหล่านั้น

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เพราะการวางแผนดำเนินงานเป็นขั้นตอนที่จะช่วยให้ชาวบ้านทราวจึงวิธีการคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล รู้จักการนำเอาปัจจัยข่าวสารข้อมูลต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผน

3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน แม้ชาวบ้านส่วนใหญ่จะมีฐานะยากจน แต่ก็มีความสามารถที่สามารถใช้เข้าร่วมได้ การร่วมลงทุนและปฏิบัติงานจะทำให้ชาวบ้านสามารถคิดค้นทุนดำเนินงานได้ด้วยตนเอง ทำให้ได้เรียนรู้การดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิด

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ถ้าหากการติดตามงานและประเมินผลงานขาดการมีส่วนร่วมแล้วชาวบ้านย่อมจะไม่ทราบด้วยตนเองว่างานที่ทำไปนั้นได้รับผลดีได้รับประโยชน์หรือไม่อย่างไร การดำเนินกิจกรรมอย่างเดียวกันในโอกาสต่อไปจึงอาจจะประสบความยากลำบาก

เซนเทนเดร์ (Szentendre, ม.ป.ป. อ้างถึงใน สถาบันพระปกเกล้า, 2545, หน้า 30-31)

กล่าวถึง การแบ่ง กระบวนการการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการวางแผน
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ
3. การมีส่วนร่วมในการจัดสรรผลประโยชน์
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

สำนักมาตรฐานการศึกษา, สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ, กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักมาตรฐานอุดมศึกษาและทบวงมหาวิทยาลัย (2545, หน้า 116) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมในขั้นตอนของการพัฒนา 5 ขั้น ดังนี้

1. ขั้นมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาในชุมชน ตลอดจนกำหนดความต้องการของชุมชนและมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการ

2. ขั้นมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนา โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนด ทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่ใช้

3. ขั้นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการ สร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์และแรงงาน หรือเข้าร่วมบริหารงาน ประสานงานและดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

4. ขั้นการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชน มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการพัฒนา หรือยอมรับผลประโยชน์อันเกิดจาก การพัฒนาทั้งด้านวัตถุและจิตใจ

5. ขั้นการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนาเป็นขั้นที่ประชาชนเข้าร่วม ประเมินว่า การพัฒนาที่ได้กระทำไปนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด

สุทธิ ศรสุวรรณค์ (2538, หน้า 35) กล่าวว่า ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจการ
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุน และปฏิบัติการ
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

สฤณี เสาใบ (2539, หน้า 13) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมประชาชนจะต้องเข้าร่วมใน ขั้นตอนต่าง ๆ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของประชาชน เนื่องจากสาเหตุพื้นฐาน คือ ชาวชนบทประสบปัญหาข้อมรู้ปัญหาของตนเองได้ดีที่สุด

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ผู้ที่เลือก แนวทางในการพัฒนาควรเป็นประชาชนในชุมชนนั่นเองไม่ใช่บุคคลภายนอก เพื่อให้เหมาะสม สอดคล้องกับทรัพยากรและศักยภาพในการพัฒนาชุมชนนั้น

3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านแรงงาน การร่วมแรงประกอบ กิจกรรมที่จะทำให้ประชาชนมีความผูกพันมากขึ้นและก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมกันในการเป็น เจ้าของกิจกรรมและผลงานที่ปรากฏ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนบำรุงรักษาให้ดำรงอยู่อย่างสมบูรณ์ และมีประโยชน์

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล เพื่อค้นหาเพื่อหาข้อดีและข้อบกพร่องเกิดจากการดำเนินกิจกรรม ซึ่งได้มาเป็นบทเรียนในการหาหนทางปรับปรุงแก้ไขและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานต่อไป

ลิขิต หมูดี (2538, หน้า 14-15) กล่าวว่าขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายการพัฒนา คือ ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนตลอดถึงความต้องการของชุมชน

1. ร่วมค้นหาและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนา เพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชนหรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน

2. ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมเพื่อจัดและแก้ไข ตลอดจนสนองความต้องการของชุมชน

3. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม

4. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

5. ร่วมลงทุนในกิจกรรมโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเองและของหน่วยงาน

6. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการและกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

7. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผลและร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ทำไว้ทั้งภาคเอกชนและภาครัฐบาล

ประสพสุข ดิอินทร์ (2531, หน้า 24) กล่าวถึงขั้นตอนของยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาชนบทมี 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสำรวจขั้นต้น (Preliminary Investigation)

2. การศึกษาเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (Priority Problem Identification Studies)

3. การแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหา (Search for Solutions)

4. การกำหนดแนวทางปัญหา (Assessment of Solutions)

5. การปฏิบัติตามโครงการ (Project Implementation)

6. การประเมินผลโครงการ (Formal Project Evaluation)

7. การพิจารณาทบทวนโครงการเพื่อการดำเนินการให้เสร็จสมบูรณ์ (Project Reconsideration of Completion)

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (ม.ป.ป. อ้างถึงใน ลักษณะ ฎุสว้าง, 2546) แบ่งชนิดของการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลงาน

ทัศนีย์ ไทยยาภิรมย์ (ม.ป.ป. อ้างถึงใน ลักษณะ ฎุสว้าง, 2546) ได้กำหนดขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ร่วมคิด โดยการศึกษาถึงสภาพที่เป็นอยู่มีอะไรเดือดร้อนและมีสาเหตุมาจากอะไร
2. ร่วมวางแผน โดยการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา พิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา
3. ร่วมดำเนินการ โดยการดำเนินการตามโครงการแผนกำหนดของโครงการแผนงานที่ได้วางไว้
4. ร่วมติดตามประเมินผล โดยการประเมินผลความสำเร็จหรือล้มเหลวของงานเป็นระยะ ๆ และทำงานแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นไปด้วย

บำเพ็ญ เขียวหวานและคณะ (2537, หน้า 137) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมในแนวทางแก้ไขปัญหาและการวางแผนสรุปได้ว่า

1. ให้ความสำคัญและนำภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่นมาใช้วิเคราะห์แนวทางแก้ไข ปัญหา
2. การจะเลือกแนวทางและจัดทำแผนเพื่อแก้ไขปัญหา ควรนำกระบวนการวิเคราะห์การเรียนรู้อย่างชัดเจนก่อน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม
3. ให้ชาวบ้านได้เลือกแนวทางแก้ไขที่เป็นประเด็นที่ชาวบ้านสนใจ มีความสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มและชุมชน
4. เสนอแนะและร่วมวิเคราะห์ให้ความสำคัญประเด็นที่ชาวบ้านสามารถทำได้ด้วยตนเอง
5. เจ้าหน้าที่ควรให้ความสำคัญกับแผนของชาวบ้าน โดยไม่แยกว่าเป็นแผนที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่โดยตรงของหน่วยงานหรือไม่ ซึ่งเจ้าหน้าที่ควรเข้าไปมีบทบาทในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องนั้น ๆ ไม่ใช่มุ่งเอางานของกรมไปลงในหมู่บ้าน
6. เจ้าหน้าที่ควรเสริมข้อมูลทางเลือกแก่ชาวบ้าน โดยพิจารณาใช้สื่อต่าง ๆ ประกอบตามความเหมาะสม ทั้งสื่อวีดิทัศน์ ภาพนิ่ง หรือสื่อบุคคล โดยแสวงหาและประสานงานกับชาวบ้าน และองค์กรชาวบ้านที่ประสบความสำเร็จ หรือมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาในประเด็นนั้น ๆ มาร่วมเสนอทางเลือกให้กับชาวบ้าน

7. กระตุ้นให้ชาวบ้านจัดทำแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็แผนในระดับแผนรายบุคคล แผนกลุ่ม หรือแผนชุมชน มีการบันทึกเพื่อใช้ในการติดตามประเมินผลร่วมกันต่อไป

ฟอร์นารอฟ (Formaroff, 1980, p. 104) เสนอว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีขั้นตอนการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การวางแผน รวมถึงการตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมาย กลวิธี ทรัพยากรที่ต้องใช้ ตลอดจนการติดตามประเมินผล

2. การดำเนินงาน

3. การใช้บริการจากโครงการ

4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

อภิญา กังสนารักษ์ (2544, หน้า 14-15) ได้นำเสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ

2. การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยากรที่จะใช้ในโครงการ

3. การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์และแรงงาน

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวกันได้

ระดับการมีส่วนร่วม

ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์ (2531, หน้า 25) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งอ้างถึงความหมายการมีส่วนร่วมที่องค์การสหประชาชาติให้ไว้ว่า การมีส่วนร่วมจะต้องมีความหมายครอบคลุมถึง

1. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนา

2. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการปฏิบัติตามโครงการพัฒนา

3. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกขั้นตอนในกระบวนการพัฒนาและยังได้แสดงระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 7 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ถูกบังคับ = ไม่มีส่วนร่วม

ระดับที่ 2 ถูกล่อ = มีส่วนร่วมน้อย

ระดับที่ 3 ถูกชักชวน = มีส่วนร่วมน้อย

ระดับที่ 4 ถูกสัมภาษณ์ความต้องการ = มีส่วนร่วมปานกลาง

ระดับที่ 5 มีโอกาสเสนอความเห็น = มีส่วนร่วมปานกลาง

ระดับที่ 6 มีโอกาสเสนอโครงการ = มีส่วนร่วมในระดับสูง

ระดับที่ 7 มีโอกาสตัดสินใจด้วยตนเอง = มีส่วนร่วมในอุดมคติ

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546, หน้า 17) ได้กล่าวถึงระดับของการมีส่วนร่วมตามหลักการ
ทั่วไปว่าแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

1. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ของตน/ ครอบครัว/ ชุมชนของตน
2. การมีส่วนร่วมรับข้อมูลข่าวสาร
3. การมีส่วนร่วมตัดสินใจ โดยเฉพาะในโครงการที่ตนมีส่วนได้เสีย แบ่งเป็น 3 กรณี

แล้วแต่กิจกรรมในตนอยู่ในขั้นตอนใดต่อไปนี่

- 3.1 ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจน้อยกว่าเจ้าของโครงการ
- 3.2 ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจเท่ากับเจ้าของโครงการ
- 3.3 ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจมากกว่าเจ้าของโครงการ
4. การมีส่วนร่วมทำ คือ ร่วมในขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด
5. การมีส่วนร่วมสนับสนุน คือ อาจไม่มีโอกาสร่วมทำ แต่มีส่วนร่วมช่วยเหลือในด้าน

อื่น ๆ

นอกนอกจากนี้ ยังได้มีการแบ่งระดับของการมีส่วนร่วมเป็นระดับของการมีส่วนร่วม
ตามแนวทางพัฒนาชุมชน เป็นการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยได้แบ่งไว้ดังนี้

1. ร่วมค้นหาปัญหาของตนให้เห็นว่าสิ่งใดที่เป็นปัญหารากเหง้าของปัญหา
2. ร่วมค้นหาสิ่งที่จำเป็นของตนในปัจจุบันคืออะไร
 - 2.1 ร่วมคิดช่วยตนเองในการจัดลำดับปัญหาเพื่อจะแก้ไขสิ่งใดก่อนหลัง
 - 2.2 วางแผนแก้ไขปัญหาเป็นเรื่อง ๆ
 - 2.3 ร่วมระดมความคิดถึงทางเลือกต่าง ๆ และเลือกทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อแก้ไข
- ปัญหาที่วางแผนนั้น
 - 2.4 ร่วมพัฒนาเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้
 - 2.5 ร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น ๆ
 - 2.6 ร่วมติดตามการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงาน

2.7 ร่วมรับผลประโยชน์/ หรือร่วมเสียผลประโยชน์จากการดำเนินงาน
จากแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญ พอสรุปได้ว่า
การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนซึ่งเป็นสมาชิกในองค์กรได้เข้ามามีส่วนร่วมใน
การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในกระบวนการมีส่วนร่วมซึ่งทำให้เกิดความศรัทธา เกิดความรู้สึกเป็น
เจ้าของในการดำเนินการกิจกรรมตามโครงการต่าง ๆ ร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาของเขาโดยเขาจะมี
ความคิดริเริ่ม ความเป็นตัวของเขา มีการวางแผนการตัดสินใจในการเข้าควบคุมทรัพยากรและ
ระเบียบให้กลุ่ม เพื่อที่จะดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ให้บรรลุ เพื่อ
ประโยชน์ของชุมชน และสร้างความรู้ที่รับผิดชอบและความเป็นเจ้าของขึ้น ซึ่งการเข้ามีส่วนร่วม
มีหลายลักษณะ เช่น การมีส่วนร่วมในการประชุม ร่วมบริจาคเงิน ร่วมคิด วางแผน ร่วมตัดสินใจ
ร่วมเป็นสมาชิก เป็นผู้นำ ร่วมแก้ไขปัญหา การได้รับผลประโยชน์ต่าง ๆ ได้รับการบริการ หรือ
ต้องการมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในชุมชน

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชน

อรรถัย ก๊กผล (2552, หน้า 26) การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ว่าในหน่วยงานใดก็ตาม
เป็นสิ่งที่พึงปรารถนา เพราะการมีส่วนร่วมมีคุณประโยชน์หลากหลายประการอย่างไรก็ตาม
ประโยชน์ที่จะได้จากการมีส่วนร่วมของประชาชนขึ้นอยู่กับความจริงใจและความจริงจังในการ
ดำเนินการด้วย ประโยชน์โดยทั่วไป คือ

1. เพิ่มคุณภาพการตัดสินใจ การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสาร
และความคิดเห็นต่าง ๆ จะช่วยให้ได้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่ครบถ้วนรอบคอบมากขึ้น
นอกจากนั้นยังช่วยให้เกิดทางเลือกใหม่ ทำให้การตัดสินใจรอบคอบและได้รับการยอมรับมากขึ้น
โดยเฉพาะการตัดสินใจที่กระทบกับประชาชนโดยตรง

2. ลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียเวลา เมื่อการตัดสินใจนั้นได้รับการยอมรับ ประชาชนเข้า
มามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น รับทราบข้อมูลคำอธิบายต่าง ๆ เห็นประโยชน์ส่วนรวมที่จะได้รับ จะช่วยลด
ความขัดแย้งระหว่างการนำไปปฏิบัติ แน่นนอนว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนมีค่าใช้จ่าย
และใช้ระยะเวลา แต่เมื่อประชาชนยอมรับ การนำโครงการไปสู่การปฏิบัติจะรวดเร็วยิ่งขึ้น

3. การสร้างฉันทามติ สำหรับสถานการณ์ปัจจุบันการสร้างฉันทามติ อาจเป็นเรื่องยาก
สังคมเรากลายร่างเป็นพหุลักษณะและต้องยอมรับความหลากหลายแตกต่างทางความคิด กลไกที่จะ
ช่วยให้ความแตกต่างได้มีการแลกเปลี่ยน คือ กลไกการมีส่วนร่วมของประชาชน ในทางหลักการ
เราเชื่อว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถช่วยลดความขัดแย้งทางการเมืองและเกิดความชอบ
ธรรมในการตัดสินใจของรัฐ

4. ร่วมมือในการนำไปปฏิบัติ การมีส่วนร่วมของประชาชนเมื่อประสบความสำเร็จ จะทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความกระตือรือร้นในการช่วยให้เกิดผลในทางปฏิบัติ

5. ช่วยให้ผู้บริหารท้องถิ่นมีความใกล้ชิดกับประชาชน การมีส่วนร่วมของประชาชนช่วยให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดความใกล้ชิด สร้างความสัมพันธ์ที่ดี สร้างความรู้สึกว่าองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นของประชาชนไม่ใช่เป็นของนักการเมืองเท่านั้น นอกจากนี้ความใกล้ชิด ผู้บริหารท้องถิ่นจะไวต่อความรู้สึกห่วงกังวลของประชาชน และเกิดความตระหนักในการตอบสนองความกังวลของประชาชน

6. ช่วยพัฒนาความเชี่ยวชาญและความคิดสร้างสรรค์ของสาธารณะ การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการให้การศึกษาแก่ประชาชน เพื่อเรียนรู้กระบวนการตัดสินใจและเป็นเวทีฝึกผู้นำชุมชน

7. ช่วยให้ประชาชนสนใจประเด็นสาธารณะมากขึ้น การมีส่วนร่วมเป็นการเพิ่มทุนทางสังคมและช่วยเสริมสร้างให้ประชาชนเป็นพลเมืองที่กระตือรือร้นสอดคล้องกับการปกครองตามหลักประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

แนวทางการจัดการการมีส่วนร่วม

เมื่อมีการมีส่วนร่วมในชุมชนเกิดขึ้นแล้ว ควรมีแนวทางในการจัดการการมีส่วนร่วมนั้นให้เกิดประสิทธิภาพที่สมบูรณ์และบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยรูปแบบการมีส่วนร่วมที่สามารถให้เป็นแนวทางในการมีส่วนร่วมได้ คือ รูปแบบการมีส่วนร่วมแบบชักนำ เป็นการเข้าร่วมโดยต้องการความเห็นชอบ หรือสนับสนุนโดยรัฐบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ คือ หน่วยงานที่ลงไปปฏิบัติงานกับชุมชน ควรดำเนินการตามที่กำหนดไว้ ดังเช่นที่ สมลักษณ์ ไชยเสริฐ (2549, หน้า 142-149) แบ่งแนวทางการมีส่วนร่วมเป็น 3 ด้าน คือ ด้านประชาชน ด้านการมีส่วนร่วมและด้านภาครัฐ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้เกิดการยอมรับและก่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดในทุก ๆ ฝ่าย ดังนี้

1. การรับรู้ (Perception) โดยต้องสร้างจิตสำนึก ในการรับรู้ให้แก่ทุกฝ่ายไม่ใช่ “รัฐกิจ” หากแต่เป็น “สาธารณะกิจ” ที่สาธารณชนต้องมีส่วนร่วมตั้งแต่การคิด ร่วมทำและร่วมตรวจสอบ โดยไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือประชาชนมีสิทธิและหน้าที่เท่า ๆ กัน และทุกฝ่ายต้องประสานประโยชน์และแก้ปัญหาด้วยวิธีรวมขอม

2. ทศนคติ (Attitude) การปรับทัศนคติทุกฝ่ายให้มีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมและทุกฝ่ายต้องมีทัศนคติที่ดีต่อกัน มีความอดทนในการทำงาน เพราะกระบวนการมีส่วนร่วมจะใช้ระยะเวลาและต้องทำอย่างต่อเนื่อง มีความจริงใจต่อกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นทุกฝ่ายควรมีทัศนคติที่ดีต่อกัน เพื่อให้เกิดการร่วมมือแบบ “ประชารัฐ” จะเกิดการพัฒนาที่ดียิ่งขึ้น

3. การเป็นตัวแทน (Representation) การเลือกตัวแทนที่ดีจะทำให้เกิดการประสานผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม โดยต้องคำนึงถึงคุณสมบัติของการเป็นตัวแทนในด้านต่าง ๆ เช่น ทักษะและความสามารถที่เกื้อหนุนกันความสอดคล้องทางค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร ความรับผิดชอบ ความมั่นคงทางการเงิน เป็นต้น อีกทั้งต้องมีความน่าเชื่อถือจากทุกฝ่ายด้วย

4. ความเชื่อมั่นและไว้วางใจ (Trust) การสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจนั้นต้องแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมและเป็นวัฒนธรรมองค์กร ซึ่งจะสร้างความเชื่อถือและศรัทธาเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว การสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจสร้างได้ด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูล ดำเนินกิจการและนำเสนอข้อมูลข้อเท็จจริงอย่างตรงไปตรงมาและครบถ้วนและทำอย่างตั้งใจทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

5. การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร (Information-sharing) การได้รับข้อมูลที่หลากหลาย สมบูรณ์และครบถ้วนทำให้เกิดการวินิจฉัยปัญหาและการเสนอแนวทางการแก้ปัญหาที่หลากหลาย และตรงตามความต้องการมากขึ้น ผลที่ตามมาคือทำให้เกิดการตัดสินใจและวางแผนดำเนินการเป็นไปอย่างรอบคอบและรอบรู้ ดังนั้น การมีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ

6. นันทามติ (Consensus) การแก้ปัญหาความยุ่งยากซับซ้อนร่วมกัน การหาทางออกสำหรับปัญหาในทางสันติเป็นที่ยอมรับหรือเป็นนันทามติของประชาสังคม เป็นการที่ทุกคนยินยอมเห็นพ้องกันทุกขั้นตอน โดยเลือกหลักการที่ดีที่สุด การสร้างข้อตกลงที่มั่นคงยืนยาว มีการยอมรับระหว่างกลุ่มและหาข้อสรุปร่วมกันในทุกฝ่าย หากมีข้อคิดเห็นที่ต่างกันต้องสามารถปรับความเห็นที่ต่างกันด้วยการเจรจาหาข้อยุติได้อย่างสันติวิธี

7. การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ต้องจัดให้มีการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ต้องเป็นการสื่อสารแบบสองทาง (Two Way Communication) ก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกันที่ จะนำไปสู่การลดอคติที่มีต่อกันและความเข้าใจที่ดีขึ้น

8. ความประสงค์หรือมุ่งหมาย (Purpose) ต้องกำหนดจุดประสงค์และจุดมุ่งหมายไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมตัดสินใจได้ว่าจะเข้าร่วมหรือไม่และทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและดำเนินโครงการไปในทิศทางเดียวกัน ในการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมต้องระบุลักษณะของกิจกรรมว่า มีรูปแบบและลักษณะอย่างไร รวมทั้งขั้นตอนของกิจกรรมจะต้องระบุว่าในกิจกรรมนั้นมีที่ขั้นตอนและประชาชนสามารถเข้าร่วมในขั้นตอนใดบ้าง

9. การประเมินผล (Appraisal) การประเมินผลต้องดำเนินการไปด้วยความเป็นธรรม โปร่งใสและซัดซัดทัศนคติส่วนตัว เพื่อนำมาผลการประเมินมาพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

10. ความโปร่งใส (Transparency) เนื่องจากกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ ให้ประชาชนมีโอกาสตรวจสอบการตัดสินใจของรัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐ ซึ่งต้อง ประกอบด้วยความไว้วางใจ การเปิดเผยข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลและกระบวนการตรวจสอบ

11. ความเป็นอิสระ (Independence) ทุกฝ่ายควรมีอิสระทางความคิด เพื่อจะได้เกิด ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นในการตัดสินใจร่วมกันอย่างหลากหลายและเป็นการมีส่วนร่วมอย่าง สมัยครใจ ไม่มีการว่าจ้าง บังคับ คุกคาม ถ้าเป็นเช่นนั้นถือว่าไม่เป็นกระบวนการมีส่วนร่วม

12. ก้าวไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง (Onward-doing) ต้องเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายเข้ามามี ส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง โดย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่จะทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นไปอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างต่อเนื่องจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ บ่งบอกถึงความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วม

13. เครือข่าย (Network) ทุกฝ่ายควรมีความเข้าใจ มาผนึกกำลังกันเป็นหนึ่งเดียวที่สำคัญ ต้องเป็นไปเพื่อสร้างผลประโยชน์เชิงการทำงานร่วมในรูปกิจกรรม โครงการ แผนงานที่ต้องอาศัย ความร่วมกัน ซึ่งเครือข่ายความร่วมมือจะต้องเกิดขึ้นจากวิถีคิดของสมาชิก ผู้บริหารและบุคคลใน ชุมชนเป็นหลัก โดยเครือข่ายความร่วมมือนั้นจำเป็นต้องให้มีตัวแทนของประชาชนมาพบปะพูดคุย เพื่อก่อตัวและกล่าวถึงวัตถุประสงค์ร่วมกันของการพัฒนาชุมชนของตนเอง โดยอาศัยเครือข่ายการ มีส่วนร่วมในการทำงานของคนในชุมชน เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาของคนและปัญหาส่วนรวมใน ชุมชน ซึ่งการดำเนินงานของเครือข่ายจะนำไปสู่การพัฒนาที่มีส่วนร่วมที่ยั่งยืนได้

หลักธรรมาภิบาลของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ได้ให้ความหมายของ หลักธรรมาภิบาลของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance) ซึ่งประกอบด้วย 4 หลักการสำคัญ และ 10 หลักการย่อย ดังนี้

1. การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) ประกอบด้วย

1.1 ประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง ในการปฏิบัติราชการต้องใช้ทรัพยากรอย่าง ประหยัด เกิดผลิตภาพที่คุ้มค่าต่อการลงทุนและบังเกิดประโยชน์สูงสุดต่อส่วนรวม ทั้งนี้ ต้องมีการ

ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการปฏิบัติงานเพื่ออำนวยความสะดวก และลดภาระค่าใช้จ่าย ตลอดจนยกเลิกภารกิจที่ซ้ำซ้อนและไม่มีความจำเป็น

1.2 ประสิทธิภาพ (Effectiveness) หมายถึง ในการปฏิบัติราชการต้องมีวิสัยทัศน์เชิงยุทธศาสตร์ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ปฏิบัติหน้าที่ตามพันธกิจให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร มีการวางแผนเป้าหมายการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และอยู่ในระดับที่ตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน สร้างกระบวนการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐาน มีการจัดการความเสี่ยงและมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงานเป็นเลิศ รวมถึงมีการติดตามประเมินผลและพัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

1.3 การตอบสนอง (Responsiveness) หมายถึง ในการปฏิบัติราชการต้องสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ สามารถดำเนินการแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด สร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจ รวมถึงตอบสนองตามความคาดหวัง/ ความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความหลากหลายและมีความแตกต่างกันได้อย่างเหมาะสม

2. ค่านิยมประชาธิปไตย (Democratic Value) ประกอบด้วย

2.1 ภาระรับผิดชอบ/ สามารถตรวจสอบได้ (Accountability) หมายถึง ในการปฏิบัติราชการต้องสามารถตอบคำถามและชี้แจงได้เมื่อมีข้อสงสัย รวมทั้งต้องมีการจัดวางระบบการรายงานความก้าวหน้าและผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ต่อสาธารณะเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบและการให้คุณให้โทษ ตลอดจนมีการจัดเตรียมระบบการแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาและผลกระทบใด ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

2.2 เปิดเผย/ โปร่งใส (Transparency) หมายถึง ในการปฏิบัติราชการต้องปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์สุจริต ตรงไปตรงมา รวมทั้งต้องมีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นและเชื่อถือได้ให้ประชาชนได้ รับทราบอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนวางระบบให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารดังกล่าวเป็นไปได้โดยง่าย

2.3 หลักนิติธรรม (Rule of Law) หมายถึง ในการปฏิบัติราชการต้องใช้อำนาจของกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับในการปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด ด้วยความเป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ และคำนึงถึงสิทธิเสรีภาพของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียฝ่ายต่าง ๆ

2.4 ความเสมอภาค (Equity) หมายถึง ในการปฏิบัติราชการต้องให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน ไม่มีการแบ่งแยกด้านชายหญิง ถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม และอื่น ๆ อีกทั้งยังต้องคำนึงถึงโอกาสความเท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการสาธารณะของกลุ่มบุคคลผู้ด้อยโอกาสในสังคมด้วย

3. ประชากรรัฐ (Participatory State) ประกอบด้วย

3.1 การมีส่วนร่วม/ การพยายามแสวงหาฉันทามติ (Participation/ Consensus Oriented) หมายถึง ในการปฏิบัติราชการต้องรับฟังความคิดเห็นของประชาชน รวมทั้งเปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนะ ร่วมเสนอปัญหา/ ประเด็นที่สำคัญที่เกี่ยวข้องร่วมคิดแก้ไขปัญหา ร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินงานและร่วมตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ต้องมีความพยายามในการแสวงหาฉันทามติหรือข้อตกลงร่วมกันระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจะต้องไม่มีข้อคัดค้านที่หาข้อยุติไม่ได้ในประเด็นที่สำคัญ

3.2 การกระจายอำนาจ (Decentralization) หมายถึง ในการปฏิบัติราชการควรมีการมอบอำนาจและกระจายความรับผิดชอบในการตัดสินใจและการดำเนินการให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการโอนถ่ายบทบาทและภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือภาคส่วนอื่น ๆ ในสังคม

4. ความรับผิดชอบทางการบริหาร (Administrative Responsibility) ประกอบด้วย

4.1 คุณธรรม/ จริยธรรม (Morality/ Ethics) หมายถึง ในการปฏิบัติราชการต้องมีจิตสำนึกความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นที่น่าพอใจมีศีลธรรม คุณธรรมและตรงตามความคาดหวังของสังคม รวมทั้งยึดมั่นในค่านิยมหลักของมาตรฐานจริยธรรมสำหรับผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองและเจ้าหน้าที่ของรัฐ ประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือนและจรรยาบรรณวิชาชีพ ตลอดจนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบราชการไทย 8 ประการ (I AM READY) ได้แก่

I-Integrity = ซื่อสัตย์และกล้ายืนหยัดในสิ่งที่ถูกต้อง

A-Activeness = ทำงานเชิงรุก คิดเชิงบวกและมีจิตบริการ

M-Morality = มีศีลธรรม คุณธรรมและจริยธรรม

R-Responsiveness = คำนึงถึงประโยชน์สุขของประชาชนเป็นที่ตั้ง

E-Efficiency = มุ่งเน้นประสิทธิภาพ

A-Accountability = ตรวจสอบได้

D-Democracy = ยึดมั่นในหลักประชาธิปไตย

Y-Yield = มุ่งผลสัมฤทธิ์

แนวคิดการจัดตั้งกองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพ

ก่อนที่จะกล่าวถึงที่มาของแนวคิดในการจัดตั้ง “กองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ซึ่งเป็นนโยบายสาธารณสุข ในที่นี้มีคำที่เกี่ยวข้องอยู่ เช่น คำว่า “สุขภาพ” และ “ระบบสุขภาพ” ดังนั้นจึงต้องเข้าใจในความหมายที่มาพอสังเขปดังต่อไปนี้

“สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550, หน้า 1)

“ระบบสุขภาพ” หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550, หน้า 2)

ดังนั้น ระบบสุขภาพ จึงหมายถึงระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม อันสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพและชีวภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพด้วย

สถานการณ์การสร้างหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ก่อนปี 2544

ระบบสุขภาพของไทยไม่สามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีโดยถ้วนหน้าได้ คนไทยต้องเจ็บป่วยล้มตาย ถ้าหากล้มโดยไม่จำเป็นเป็นจำนวนมาก เช่น โรคเครียด โรคหัวใจ อุบัติเหตุ โรคเอดส์ โรคติดสารเสพติด โรคมะเร็ง โรคจากการประกอบอาชีพ โรคแห่งความรุนแรง โรคเรื้อรังต่าง ๆ เป็นปัญหาใหญ่ของคนไทย ซึ่งโรคและปัญหาเหล่านั้นส่วนใหญ่ล้วนป้องกันได้ แต่แก้ไม่ได้ หรือได้ผลน้อย ถ้ารอให้เจ็บป่วยแล้วคนไทยจะใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพสูงมาก แต่ได้ผลตอบแทนน้อย เพราะใช้เพื่อซ่อมสุขภาพเสียกันเป็นส่วนใหญ่ ผลลัพธ์คือ คนไทยยังเจ็บป่วยล้มตายโดยไม่จำเป็นจำนวนมาก ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นด้วยอัตรากว่าร้อยละ 10 มาหลายปีติดต่อกัน (อำพล จินดาวัฒนะ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล, 2547) นั่นหมายความว่า เรากำลังวิ่งเข้าไปสู่สภาวะวิกฤต คือ เงินหมดถ้าเราไม่ปฏิรูป แต่ประชาชนก็ยังเจ็บป่วยล้มตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ต่อไปหรือมากขึ้น ระบบบริการด้านสุขภาพมีปัญหาทั้งด้านคุณภาพ มาตรฐาน ประสิทธิภาพและความเป็นธรรม คนไทยเป็นสิบล้านคนยังขาดหลักประกันด้านสุขภาพ ส่วนที่มีหลักประกันสุขภาพแล้วก็มีความแตกต่างและเหลื่อมล้ำกันอยู่มาก เกิดปัญหาเป็นความทุกข์ทั้งฝ่ายผู้ให้และผู้รับบริการ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 กำหนดสิทธิแก่ประชาชนชัดเจนในเรื่องของสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุข ซึ่งระบุไว้ในมาตรา 82 ว่า “รัฐต้องส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ในมาตรา 80 (2) “ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้ง

จัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และ การจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าว ซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพ และจริยธรรมย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย” ฉะนั้น จึงจำเป็นต้องปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อ ป้องกันการเข้าสู่สภาวะวิกฤตที่นับวันแต่จะหนักยิ่งขึ้น การสร้างหลักประกันสุขภาพ หรือการสร้าง หลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและคุ้มครองความเสี่ยง ที่เกิดจากภาระค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพเริ่มเกิดขึ้นนานแล้วในรูปของการสงเคราะห์คนยากจนด้วยการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลให้ จนเป็นที่มาของคำว่า “ผู้ป่วยอนาถา” กระทั่งปี 2518 สมัยรัฐบาลที่มี มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็น นายกรัฐมนตรี ได้ออกนโยบายสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) นอกจากนั้นก็มีการพัฒนารูปแบบต่าง ๆ สำหรับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ อีกหลายเรื่อง ได้แก่ การจัดระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการลูกจ้าง พนักงาน รัฐวิสาหกิจและครอบครัว โครงการบัตรประกันสุขภาพแบบสมัครใจ การประกันสังคมสำหรับผู้ใช้แรงงาน กองทุนเงิน ทดแทน การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถและการประกันสุขภาพเอกชน โดยเกือบทุกระบบมุ่งที่การ ประกันการรักษายาบาล (ซ่อมสุขภาพ) มีส่วนน้อยที่ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและ การควบคุมป้องกันโรค (สร้างสุขภาพ) ควบคู่ไปด้วย เช่น โครงการบัตรสุขภาพ เป็นต้น

อำพล จินดาวัฒนะ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล (2547, หน้า 5-14) ได้จำแนกระบบ หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ก่อนปี พ.ศ. 2544 ออกได้ 5 กลุ่ม ดังนี้

1. ระบบสวัสดิการการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือ เกื้อกูล (สปร.) ครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 40 การใช้บริการต้องผ่านสถานบริการปฐมภูมิ ก่อน ประชาชนจึงมีความรู้สึกรับบริการที่มีมาตรฐานต่ำกว่าบริการทั่วไป

2. ระบบสวัสดิการการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและ ครอบครัว ครอบคลุมประชาชนประมาณร้อยละ 10 เป็นสวัสดิการที่รัฐบาลในฐานะนายจ้าง จัดให้กับลูกจ้างเพื่อชดเชยค่าจ้างที่ถือว่าค่อนข้างต่ำ ผู้อยู่ในระบบมีอิสระสูงในการเลือกใช้บริการ บ่อยเท่าใดก็ได้ การจ่ายเงินให้กับสถานบริการใช้ระบบจ่ายตามที่เรียกเก็บ (Fee-for-service) ค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วไม่สามารถควบคุมได้

3. ระบบประกันแบบบังคับครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 9 ดำเนินการภายใต้ กฎหมายเฉพาะแยกได้ 3 รูปแบบย่อย คือ

3.1 ระบบสวัสดิการลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคม มีแหล่งเงินมาจากไตรภาคี คือ นายจ้าง ลูกจ้างและเงินสมทบจากรัฐบาล คณะกรรมการกองทุนจ่ายเงินต่อหัวให้สถานพยาบาลที่ ขึ้นทะเบียน โดยไม่มีการกำหนดให้ผ่านสถานบริการระดับปฐมภูมิ

3.2 กองทุนทดแทนแรงงาน จ่ายเงินชดเชยของนายจ้างสำหรับการรักษาพยาบาล โรคร้ายที่เกิดจากการทำงานรวมไปถึงค่าปลงศพในกรณีเสียชีวิตจากการทำงานด้วย

3.3 การคุ้มครองผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรตามกฎหมายคุ้มครอง ประสภภัยจากรถ มีแหล่งเงินมาจากเบี้ยประกันภัยรถภาคบังคับที่เจ้าของรถต้องจ่ายแก่บริษัท ประกันภัยเอกชน

4. ระบบประกันแบบสมัครใจ ครอบคลุมประชาชนประมาณร้อยละ 9 แยกออกเป็น 2 รูปแบบ

4.1 โครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยการเสียเงินบัตรละ 500 บาท ต่อครอบครัวต่อปี ครอบคลุมไม่เกิน 5 คน รัฐบาลสมทบให้สถานบริการที่รับผิดชอบอีก 1,000 บาทต่อบัตร การใช้บริการต้องผ่านสถานบริการปฐมภูมิก่อน กลุ่มที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือโรคที่จ่ายค่ารักษาแพง

4.2 การประกันสุขภาพกับเอกชน เป็นการทำประกันสุขภาพของผู้ที่มีฐานะค่อนข้างดีเป็นส่วนใหญ่ เจียนไขแล้วแต่การตกลงกันตามสภาพการประกัน

5. ระบบอื่น ๆ ได้แก่ กองทุนสวัสดิการชุมชนขนาดเล็กที่เกิดขึ้นโดยการออมเงินร่วมกันของคนในชุมชนแล้วแบ่งเงินส่วนหนึ่งเพื่อเป็นสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลแก่สมาชิก กองทุนลักษณะนี้มีเกิดขึ้นอย่างกระจัดกระจายในชนบทหลายภาค เช่น ที่จังหวัดสงขลาและจังหวัดตราด เป็นต้น แต่ก็มีศักยภาพที่น่าจะเสริมเชื่อมต่อกับระบบมหภาคได้ ถ้ามีการสนับสนุนอย่างจริงจัง

จะเห็นได้ว่าระบบประกันสุขภาพของไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา สามารถครอบคลุมประชากรได้ประมาณร้อยละ 80 แต่การพัฒนาเป็นไปอย่างกระจัดกระจาย มีปัญหาหลายประการทั้งสิทธิประโยชน์การเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ สาธารณสุข รวมถึงระบบการเงินการคลังไม่สอดคล้องกับสิทธิที่เสมอกันของประชาชนทุกหมู่เหล่าตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ 2540 ความพยายามผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นมาอย่างต่อเนื่อง จำแนกออกได้เป็น 4 กระแสหลัก ดังนี้ (อำพล จินดาวัฒน์ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล, 2547, หน้า 5-14)

ประการแรก ได้แก่ กระแสโครงการต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ตั้งแต่ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-พ.ศ. 2544) ที่ว่าด้วยการเร่งรัดการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะผู้ยากจนและผู้ด้อยโอกาสในสังคม หลักประกันนี้จะต้องครอบคลุมถึงบริการหลักด้านสุขภาพ (Core Health Services) ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ส่วนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-พ.ศ.

2549) ระบุว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพ: เร่งรัดหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเสมอภาคถ้วนหน้าและเป็นธรรม

ประการที่สอง คือ การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เริ่มมีการพัฒนารูปแบบเพื่อสร้างองค์ความรู้และเปิดตัวโครงการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2539 เรื่อยมา และมีโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข เพื่อเป็นกลไกจัดการ โดยมี นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นผู้ประสานงาน ขณะที่ในปีเดียวกันได้มีการยกร่าง “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ”

ประการที่สาม กระแสการเคลื่อนไหวภาคประชาชนตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญที่ให้สิทธิเสรีภาพแก่ประชาชนมากที่สุด ได้มีเครือข่ายประชาชนร่วมทำงานผลักดันการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและพัฒนาแนวทางสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและยังมีชุมชนในบางพื้นที่ได้ดำเนินกิจกรรมของประชาชนในรูปกองทุนสัจจะออมทรัพย์เกิดขึ้น

ประการที่สี่ กระแสการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ โดยสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรศ.) มีหน้าที่สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ทางวิชาการและสนับสนุนการวิจัยเพื่อเตรียมการปฏิรูประบบสวัสดิการ ข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว โดยหวังว่าจะเป็นอีกเส้นทางที่ผลักดันการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ยังร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งกลไก “คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” (คปรส.) ด้วยการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 เพื่อจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นกฎหมายแม่บท

จากที่กล่าวมาแล้วเป็นที่มาของการผลักดันให้มี “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545” ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 มีผลบังคับใช้เมื่อ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 เหตุผลที่ประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยมาตราที่ 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติและการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมที่จะกระทำได้ และมาตรา 82 ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุข ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุนี้จึงต้องจัดระบบให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อจัดให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศและให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน นอกจากนี้เนื่องจากในปัจจุบัน

ระบบบริการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกันจึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดรวมกัน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

ดังนั้น “การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” (Universal Coverage of Health Care = UC) หมายถึง การสร้างระบบประกันสิทธิของประชาชนที่จะเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความจำเป็นตามขอบเขตของสิทธิประโยชน์ที่กำหนด แต่มีมาตรฐานและเสมอหน้ากัน ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยไม่มีอุปสรรคเรื่องภาระค่าใช้จ่าย สถานะทางสังคม และที่อยู่อาศัย นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีเป้าหมายหลักคือ การจัดบริการสาธารณสุข (Health Care) และการเงินการคลังเพื่อจัดบริการสาธารณสุข (Health Care Financing)

จากนโยบายของการสร้างหลักประกันสุขภาพ ในส่วนการเงินการคลังเพื่อจัดบริการสาธารณสุข (Health Care Financing) และจาก พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 ในหมวดที่ 4 มาตรา 38 ให้จัดตั้งกองทุนหนึ่งในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ให้ใช้จ่ายเงินกองทุน โดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอ หรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสมเงินที่มาของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย

1. เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
2. เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
3. เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้
4. เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้
5. เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน
6. ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน
7. เงินหรือทรัพย์สินใด ๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน
8. เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

ที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดจึงเป็นเงินที่มาของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้ดูแล

ทิศทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสู่ส่วนท้องถิ่น

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้มีการถ่ายโอนสถานพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปอยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรที่จัดตั้งใหม่ เรียกว่า “คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)” กสพ. ถูกคาดหวังให้เป็น “ผู้ให้บริการ” ในระดับจังหวัดทำหน้าที่บริหารงบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้งบประมาณที่จะจัดสรรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเพิ่มจากร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2542 เป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 ของรายได้รัฐบาลในปี พ.ศ. 2549 อย่างไรก็ตามแผนการกระจายอำนาจดังกล่าว ได้ถูกเลื่อนออกไป เมื่อมีรัฐบาลใหม่ได้เข้ามาบริหารประเทศในปี พ.ศ. 2544 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ระบุในมาตรา 47 ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เรียกร้องให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการดำเนินการตามมาตราดังกล่าว อย่างไรก็ตามประเด็นที่ควรพิจารณาในกรณีนี้ คือ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจะเป็นเช่นไร เป็นผู้ให้บริการหรือผู้ให้บริการ หากจะให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการก็จะซ้ำซ้อนกับบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่งได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นสำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพยายามต่อสู้เพื่อขยายบทบาทของตนเองในระบบหลักประกันสุขภาพมาโดยตลอด เมื่อจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อเป็นกลไกทางนโยบายในระดับจังหวัดมีการถกเถียงกันค่อนข้างมากกว่า องค์ประกอบของคณะกรรมการควรจะเป็นเช่นไร ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในคณะกรรมการเสนอให้ ผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการ ฯ และให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเป็นผู้อำนวยการสำนักงานสาขา ทำหน้าที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการ โดยเลียนแบบโครงสร้างคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ข้อเสนอดังกล่าวถูกทักท้วงโดยผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข โดยเห็นว่าผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นน่าจะไม่มีความพร้อมเพียงพอ ในที่สุดคณะกรรมการได้มีมติให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการ ฯชั่วคราวเป็นระยะเวลา 2 ปี หลังจากนั้นจึงจะมีการประเมินผลและตัดสินใจอีกครั้งหนึ่ง

ในระยะแรกที่งบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพยังไม่เพียงพอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังถูกคาดหวังให้มีบทบาทในการช่วยสนับสนุนทางการเงินด้วย แต่การสนับสนุนดังกล่าวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะใช้เพื่อช่วยสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

สำหรับประชาชนในพื้นที่ของตนเองเป็นหลัก มากกว่าจะใช้เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนงบประมาณของระบบโดยรวม ยังไม่มีความชัดเจนว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะช่วยสนับสนุนทางการเงินแก่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างไร และเงินดังกล่าวควรจะถูกใช้จ่ายอย่างไร เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการตามความจำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน การสร้างหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเห็นว่าดีแต่ไม่แสดงความคิดเห็นที่แน่ชัดที่จะรับดำเนินการ เพียงแต่แสดงความคิดเห็นที่ยินดีให้การสนับสนุนด้านงบประมาณเท่าที่สามารถจะดำเนินการได้ การเป็นผู้ซื้อบริการเป็นสิ่งที้องถิ่นสนใจมากกว่าจะดำเนินการจัดบริการเอง

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคลอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี มีภารกิจตามกฎหมายที่จะสนับสนุนให้เกิดหลักประกันสุขภาพในทุกระดับ โดยในระดับพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สาขาเขตพื้นที่ ได้สนับสนุนให้เกิดกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น การดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เป็นไปตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ตามมาตรา 18 (9) และมาตรา 47 ได้สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นได้ตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ดังนั้น “กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น” หมายถึง กองทุนที่จัดตั้งขึ้น โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน สมาคมองค์กรบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนชุมชนและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรบริหารส่วนตำบล/เทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งในช่วงที่ผ่านมาได้มีการดำเนินการในการรวบรวมข้อมูลการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อร่างหลักเกณฑ์จากหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งคณะกรรมการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน สมาคมองค์กรบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนชุมชนและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งปัจจุบันหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรบริหารส่วนตำบล/เทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีมติเห็นชอบในหลักเกณฑ์การ

ดำเนินงานจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2549 โดยมีรายละเอียดของหลักเกณฑ์ดังกล่าว ดังต่อไปนี้

1. หลักการของความร่วมมือ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลเป็นผู้ดำเนินการและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพในระดับท้องถิ่น โดยผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ซึ่งได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลที่ประสงค์จะเป็นผู้ดำเนินการและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องดำเนินการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

2. หลักเกณฑ์การคัดเลือกองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล คุณสมบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลที่จะเข้าร่วมดำเนินงานระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ในระยะแรกของการดำเนินการจะเป็นการสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลที่มีความพร้อมและประสงค์จะเข้าร่วมดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในท้องถิ่นของตนสมัครเข้าร่วมดำเนินการ ซึ่งองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลนั้นจะต้องมีคุณสมบัติโดยมีประสบการณ์เกี่ยวกับงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่มาก่อน ตลอดจนจะต้องมีความพร้อมในการอุดหนุน งบประมาณเพื่อสมทบกับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามอัตราส่วนที่กำหนด

3. วัตถุประสงค์ของระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

3.1 เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพของหน่วยบริการ หรือสถานบริการอื่น ๆ หรือสถานบริการทางเลือกต่าง ๆ

3.2 เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในชุมชน สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยอย่างน้อยต้องได้รับบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3.3 เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชนท้องถิ่น โดยการบริหารจัดการระดับท้องถิ่น ดังนั้น องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลจะดำเนินงานโดยการจัดให้มีระบบ

หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ซึ่งการเรียกชื่ออาจยากต่อการทำความเข้าใจ แต่หากจะเรียกอย่างไม่เป็นทางการและง่ายต่อการเข้าใจอาจจะเรียกว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นก็ได้ ซึ่งกองทุนดังกล่าวจัดตั้งขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุข เน้นการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมให้กลุ่มที่ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง อย่างน้อยตามชุดสิทธิประโยชน์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด แต่หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดต้องการดูแลประชาชนของตนให้มากยิ่งขึ้นก็สามารถดำเนินการได้

4. ที่มาของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

4.1 เงินค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดไว้คือ ให้ตามรายหัวประชากรในพื้นที่ จำนวน 37.50 บาทต่อรายหัวประชากร ปัจจุบันเพิ่มเป็น 40 บาทต่อรายหัวประชากร

4.2 เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล หรือที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติเงินสมทบตามขนาดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ

4.2.1 องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่ หรือเทศบาล ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.2.2 องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.2.3 องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.3 เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน

4.4 รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน

โดยสรุปกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นจะได้รับเงินและทรัพย์สินมาจากหลายแห่ง แต่โดยหลักจะมาจากการสทบกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามสัดส่วนที่กำหนด แต่ทั้งนี้หากมีกลุ่มองค์กรหรือกลุ่มบุคคลใดในตำบลหรือหมู่บ้านต้องการจะดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่ของตนเองให้มีการพัฒนาการดูแลสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ก็อาจจะมีการบริจาคหรือร่วมสมทบเงินหรือทรัพย์สินเข้ากองทุนเพิ่มเติม เพื่อให้กองทุนมีความเข้มแข็งและบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นก็ได้

5. คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งกำหนดให้มีการจัดองค์การในการบริหารจัดการกองทุน คือ

5.1 นายองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี เป็นประธานกรรมการ

5.2 สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลหรือสภาเทศบาลที่สภามอบหมาย จำนวน 2 คน เป็นกรรมการ

5.3 ผู้แทนหน่วยบริการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มอบหมาย จำนวน 1 คน เป็นกรรมการ

5.4 ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คัดเลือกกันเอง จำนวน 2 คน เป็นกรรมการ

5.5 ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนคัดเลือกกันเอง หมู่บ้านหรือชุมชนละ 1 คน จำนวนไม่เกิน 5 คน เป็นกรรมการ

5.6 ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหรือปลัดเทศบาล เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ เป็นที่ปรึกษา

6. หน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

6.1 บริหารจัดการกองทุนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน

6.2 จัดทำข้อมูลและจัดทำแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมายและหน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

6.3 ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในความรับผิดชอบสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือหน่วยบริการ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

6.4 บริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใสและจัดทำสรุปผลการดำเนินงานและงบดุลเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณเพื่อเสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

6.5 รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีระบบหลักประกันสุขภาพให้เป็นไปตามแผนงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

6.6 แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินการที่เกี่ยวข้องได้ตามจำเป็น

คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละ 2 ปี (นับจากวันที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกคำสั่งแต่งตั้ง) หากครบ 2 ปีแล้วยังมิได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นใหม่ ให้คณะกรรมการที่ครบวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อดำเนินการต่อไปจนกว่าคณะกรรมการซึ่งได้รับการแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

เป้าหมายการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ได้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบล ไว้ดังต่อไปนี้

ปี 2549-2550 องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลนำร่องจำนวนไม่เกิน 800 แห่งทั่วประเทศ (อำเภอละประมาณ 1 แห่ง)

ปี 2551 องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลที่มีความพร้อม

ปี 2552 องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลทุกแห่ง

การดำเนินการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

1. หลักเกณฑ์การคัดเลือกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลนำร่อง (สำหรับปี 2549)

1.1 องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลที่มีความพร้อมและมีความประสงค์เข้าร่วมบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

1.2 เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลที่มีประสบการณ์และการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่มาก่อนแล้ว

1.3 เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลที่มีความพร้อมในการออกหนุเงินงบประมาณเพื่อสมทบกับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามอัตราส่วน

2. ภารกิจและขั้นตอนการดำเนินงาน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะประสานภาคีที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบาย ติดตาม ผลการดำเนินของทุกฝ่ายในภาพรวมเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่เขตคัดเลือกองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลนำร่องในพื้นที่เป้าหมายตามที่กำหนด สำหรับโครงการนำร่อง สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยจะดูแลการเตรียมความพร้อมด้านการบริหารจัดการ ส่วนสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนารับผิดชอบดูแลด้านวิชาการ

3. การเตรียมความพร้อม 4 ประการก่อนเริ่มกองทุน

3.1 สร้างจิตสำนึกท้องถิ่นและกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันสร้างจิตสำนึกร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อร่วมเป็นเจ้าของและร่วมกันบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชน ท้องถิ่นและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้นกับชุมชน ท้องถิ่น สร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในด้านการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงาน

ราชการและจากภาคประชาสังคมในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นร่วมกัน

3.2 เลือกรรณคดีเข้ามาเป็นคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ จัดเวทีสรรหาคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ เลือกรรณคดีที่ดี มีประสบการณ์ มีความโปร่งใส เข้าใจเรื่องการมีส่วนร่วมและมีจิตสำนึกสาธารณะ ทำเพื่อชุมชน ท้องถิ่น ตามระเบียบที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้

3.3 จัดทำระเบียบข้อบังคับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเมื่อมีคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแล้ว กรรมการต้องจัดทำระเบียบข้อบังคับสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นที่สอดคล้องกับระเบียบประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลดำเนินงานบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและเหมาะสมกับความเป็นจริงของชุมชนท้องถิ่น เพื่อใช้เป็นกติกากำกับกำกับการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

3.4 มีแผนพัฒนาศักยภาพคนทำงานในระดับท้องถิ่นคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ เจ้าหน้าที่และคณะทำงานพัฒนาศักยภาพจังหวัดควรได้รับการเพิ่มศักยภาพการทำงานโดยกระบวนการฝึกอบรม ประชุมสัมมนาและศึกษาดูงานอย่างมีประสิทธิภาพจัดให้มีการติดตามประเมินผลในระหว่างดำเนินโครงการและเมื่อโครงการสิ้นสุดลงในแต่ละปีเพื่อสังเคราะห์ องค์ความรู้และบทเรียนในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อการพัฒนาในระยะต่อไป

บริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์นี้ แยกเป็น 2 ประเภท

1. บริการที่จัดในหน่วยบริการ (Facility Based Services) หมายถึง บริการที่ต้องจัดในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เท่านั้น
2. บริการที่จัดในชุมชน (Community Based Services) หมายถึง บริการที่สามารถจัดได้ในชุมชน

แนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

1. การประชุมคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
 - 1.1 คณะกรรมการบริหารระบบประกันสุขภาพควรต้องมีการประชุมเป็นประจำ เช่นอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อประมวลข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนท้องถิ่น วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขแนวทางการหรือพัฒนา

1.2 คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ ควรมีระเบียบวาระในการประชุมเพื่อการดำเนินงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป็นไปตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ในหลักเกณฑ์และเป็นไปตามระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นด้วย

1.3 การประชุมแต่ละครั้งควรมีกรรมการเข้าร่วมประชุมอย่างน้อยหนึ่งและใช้ฉันทามติความเห็นพร้อมเป็นเกณฑ์มากกว่าการตัดสินใจโดยใช้เสียงข้างมากบังคับ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามระเบียบของกองทุน ฯ

1.4 ในการประชุมคณะกรรมการทุกครั้ง ให้ฝ่ายเลขานุการถือเป็นวาระประจำที่จะต้องมีการรายงานบัญชีรับ-จ่าย และสถานการณ์การเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อที่ประชุมทราบร่วมกัน

1.5 การจัดทำบันทึกรายงานการประชุมคณะกรรมการให้ทำเป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งก็ได้ เพื่อเก็บรักษาไว้สำหรับใช้ในการอ้างอิงค้นคว้า โดยมอบให้ประธานและเลขานุการเป็นผู้ลงนามรับผิดชอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ครบถ้วนของรายงานทุกครั้ง

2. การบริหารจัดการรายรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

2.1 เงินค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนนี้เป็นงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.2 เงินค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนนี้เป็นงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งได้มาจากหมวดเงินค่าบริการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในหมวดบริการสร้างเสริมป้องกัน (PP) ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

2.3 การบริหารจัดการรายรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นตามที่ได้กล่าวไว้แล้วตามที่มาของเงินกองทุน

2.4 การพิจารณางบประมาณสนับสนุนจากกองทุน กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งออกได้เป็น 4 ลักษณะ ดังต่อไปนี้

2.4.1 การจัดซื้อบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์เพื่อให้สำหรับกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มหลัก คือ

2.4.1.1 กลุ่มหญิงมีครรภ์

2.4.1.2 กลุ่มเด็กเล็ก คือ ตั้งแต่แรกเกิด ถึง 6 ปี

2.4.1.3 กลุ่มเด็กโตและเยาวชน คือ อายุตั้งแต่ 6 ปี ถึง 25 ปี

2.4.1.4 กลุ่มผู้ใหญ่ คือ อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป

2.4.1.5 กลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ

ซึ่งกิจกรรมเช่นนี้ คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จะต้องมีการข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักดังกล่าวว่ามีจำนวนเท่าใดและมีการจัดทำแผนงาน/โครงการใน แต่ละปีว่าจะตั้งเป้าหมายในการซื้อบริการแก่กลุ่มใดบ้างและเป็นจำนวนเท่าไร

2.4.2 การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนในชุมชนและท้องถิ่น โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มที่ระบุไว้ ส่วนนี้เป็นกิจกรรมที่เกิดจากความริเริ่มของประชาชนในท้องถิ่นเอง ซึ่งอาจจะเสนอโครงการของงบประมาณจากกองทุนอาจจะเป็นกิจกรรมในเชิงสร้างสุขภาพหรือกิจกรรมในเชิงป้องกันควบคุมโรค หรือกิจกรรมในเชิงฟื้นฟูสมรรถภาพก็ได้

2.4.3 การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่น เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยปกติหน่วยบริการเหล่านี้จะได้รับงบประมาณจากต้นสังกัดตามระบบอยู่แล้ว แต่เพื่อเป็นการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับชุมชนของเรา กองทุนก็อาจจะจัดงบประมาณสนับสนุนได้ตามความต้องการของชุมชนท้องถิ่นให้มากขึ้นอย่างเหมาะสม

2.4.4 การบริหารจัดการกองทุนและกิจกรรมพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเป็นกิจกรรมการบริหารจัดการโดยทั่วไปของกองทุน แนวทางการบริหารงบประมาณกองทุน คณะกรรมการควรต้องทราบสถานการณ์เงินกองทุนอยู่ตลอดเวลาและสามารถคาดประมาณรายรับของกองทุนในแต่ละปีได้ด้วยว่าจะมาจากแหล่งใด เท่าไร และเมื่อใด ทั้งนี้ เพื่อที่จะได้สามารถวางแผนงบประมาณ เพื่อดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพชุมชนในระดับท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพิจารณางบประมาณของกิจกรรมกองทุน ฯ ในแต่ละปีควรมีความสมดุลระหว่างการสนับสนุนกิจกรรมทั้ง 4 ลักษณะ มิใช่โน้มเอียงไปในประเภทใดประเภทหนึ่งจนเกินไปการพิจารณาสนับสนุนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควรจัดทำเป็นแผนงาน โครงการที่ชัดเจน และมีความเหมาะสมกับช่วงเวลา ฤดูกาล และสภาพของพื้นที่นั้น ๆ โดยอาจกำหนดช่วงเวลาในการพิจารณาด้วย

ขั้นตอนการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน

สำหรับกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ควรต้องทำบันทึกข้อตกลงไว้เป็นหลักฐาน เพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่ายและติดตามผลการดำเนินงานโดยการมีรายงานผลการดำเนินงานเพื่อรายงานต่อคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ การจัดซื้อบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ควรมีบันทึกข้อตกลงอย่างชัดเจนว่ากองทุน ฯ ได้ตกลงซื้อบริการตามชุดสิทธิประโยชน์อะไรบ้าง สำหรับกลุ่มเป้าหมายใดเป็นจำนวนเท่าใดและค่าบริการทั้งสิ้นเท่าไร โดยหน่วยบริการควรจะต้องมีหน้าที่ในการรายงานสรุปให้กองทุนได้ทราบถึงผลการให้บริการต่อกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพโดย

ประชาชนในชุมชนท้องถิ่นและกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ กิจกรรมประเภทนี้ต้องทำบันทึกข้อตกลงอย่างเป็นกิจจะลักษณะ ระหว่างกองทุนกับประชาชนในชุมชนท้องถิ่นและกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ว่า สนับสนุนในเรื่องอะไร จำนวนเท่าไร มีเงื่อนไขอย่างไร และต้องเป็นหน้าที่ของผู้รับการสนับสนุน จะต้องจัดทำสรุปผลการดำเนินงานเพื่อให้กองทุนทราบเมื่อดำเนินการเสร็จสิ้น การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยงานบริการสุขภาพควรมีหนังสือหรือบันทึกที่เป็นทางการระหว่างกองทุน ฯ (ผู้ให้การสนับสนุน) กับหน่วยบริการ (ผู้รับการสนับสนุน) เพื่อให้มีหลักฐานว่าเป็นการสนับสนุนกิจกรรมอะไร และอย่างไร โดยประกอบกันหลักฐานการรับ-จ่ายเงินตามระเบียบการบริหารจัดการกองทุน กิจกรรมประเภทนี้เป็นเรื่องภายในกองทุนเอง ควรมีการบันทึกค่าใช้จ่ายประจำ และใน ส่วนของการพัฒนาศักยภาพการบริหารกองทุน ฯ ควรมีแผนงาน โครงการที่ชัดเจนในการ สนับสนุนกิจกรรม และมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรถึงมติการสนับสนุนกิจกรรมของคณะกรรมการบริหารระบบฯ การจัดทำรายงานผลการดำเนินงานประจำปี กองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นมีหน้าที่ต้องจัดทำสรุปผลการดำเนินงานประจำปี เพื่อเสนอต่อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล ตลอดจนการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสาร สารณณรูปแบบต่าง ๆ

จากที่นำเสนอที่มาของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น รวมถึงการสรรหา คณะกรรมการ แนวทางการดำเนินงาน และแนวทางการบริหารงบประมาณของกองทุน หลักประกันสุขภาพท้องถิ่นนั้น ทำให้ได้รับทราบ ว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น” เป็นมาตรการหนึ่งของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้กับประชาชนดำเนินการควบคู่ไปกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนและยังคำนึงถึงความหลากหลายของความต้องการของชุมชน และประชาชนในแต่ละพื้นที่ การกำหนดให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นดำเนินการ โดยประชาชน แต่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ รวมทั้งมีหลักการให้ท้องถิ่นและองค์กรชุมชนมี อิสระและความคิดริเริ่มในการดำเนินงานและสามารถจัดทำระเบียบข้อบังคับ โดยองค์กรในชุมชน ซึ่งไม่ยึดติดกับระบบราชการเองนับว่า ให้อิสระและสร้างความคิดริเริ่มได้เป็นอย่างดี โดยกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายสาธารณะและใช้เงินงบประมาณแผ่นดิน จึงสมควรต้องคำนึงถึงความโปร่งใสและใช้อย่างประหยัดเกิดประโยชน์สูงสุด

ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ในการศึกษา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เป็นหน่วยซึ่งทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนในภาพรวมของจังหวัดระนอง ได้สรุปข้อมูลทั่วไปของจังหวัดระนอง ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปจังหวัดระนอง

คำขวัญ จังหวัดระนอง “คอคอดกระ ภูเขาหญ้า กาหยูหวาน ชาน้ำแร่ มุกแท้เมืองระนอง”

ลักษณะภูมิประเทศ

จังหวัดระนอง มีลักษณะเป็นรูปรียาวและแคบ ความยาวจากเหนือจรดใต้ประมาณ 169 กิโลเมตร

มีเนื้อที่ทั้งหมดประมาณ 3,298.05 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 2,061,281 ไร่ เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่มากเป็นอันดับ 60 ของประเทศไทย เป็นที่ราบร้อยละ 14 และภูเขา ร้อยละ 86

ส่วนที่กว้างที่สุดเป็นพื้นดิน มีความกว้างประมาณ 25 กิโลเมตร

ส่วนที่แคบที่สุดอยู่ในเขตอำเภอกระบุรี มีความกว้างประมาณ 9 กิโลเมตร

มีเกาะน้อยใหญ่ในทะเลอันดามัน จำนวน 62 เกาะ

อาณาเขตติดกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับ อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ อำเภอเมือง อำเภอสวี และอำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร

อำเภอไชยา อำเภอท่าฉาง อำเภอตาขุน และอำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ทิศใต้ ติดต่อกับ อำเภอกระบุรี จังหวัดพังงา อำเภอกีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ ทะเลอันดามัน และสาธารณรัฐสังคมนิยมแห่งสหภาพพม่า

ลักษณะการปกครอง

ลักษณะการปกครอง แบ่งออกเป็น 5 อำเภอ 30 ตำบล 198 หมู่บ้าน 1 เทศบาลเมือง 10 เทศบาลตำบล 19 องค์การบริหารส่วนตำบล มีหลังคาเรือนทั้งหมด 94,999 หลังคาเรือน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2554)

ข้อมูลประชากร

มีประชากร 183,276 คน เป็นชาย 95,060 คน คิดเป็นร้อยละ 51.87 หญิง 88,216 คน คิดเป็นร้อยละ 48.13 อำเภอเมืองระนองมีประชากรมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ อำเภอกระบุรี อำเภอกะเปอร์ อำเภอละอุ่น และอำเภอสุขสำราญ ตามลำดับ (ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2554)

ประชากรต่างด้าว (ข้อมูลประมาณการ ณ พฤษภาคม 2555) ประมาณรวม 191,012 คน

ศาสนา

ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 85.23 อิสลามร้อยละ 12.88 และศาสนาอื่น ๆ ร้อยละ 1.79

อาชีพ

ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง และประมงตามลำดับ

เศรษฐกิจ

มูลค่ารวมผลิตภัณฑ์ตามราคาประจำปี 19,887 ล้านบาท มูลค่าผลิตภัณฑ์เฉลี่ยต่อคน 10,625 บาท

ข้อมูลด้านสาธารณสุข

โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 45 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 2 แห่ง

ข้อมูลกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง

อำเภอเมือง จำนวน 11 กองทุน ได้แก่

1. เทศบาลตำบลบางรี
2. องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะพยาม
3. องค์การบริหารส่วนตำบลทรายแดง
4. เทศบาลตำบลบางนอน
5. เทศบาลตำบลปากน้ำ
6. เทศบาลตำบลราชกรูด
7. องค์การบริหารส่วนตำบลหงาว
8. องค์การบริหารส่วนตำบลหาดส้มแป้น
9. เทศบาลเมืองระนอง
10. เทศบาลตำบลปากน้ำท่าเรือ
11. เทศบาลตำบลหงาว

อำเภอกระบุรี จำนวน 8 กองทุน ได้แก่

1. องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง
2. เทศบาลตำบล จ.ป.ร.
3. องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำจืด
4. องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำจืดน้อย
5. องค์การบริหารส่วนตำบลบางใหญ่

6. องค์การบริหารส่วนตำบลปากจั่น

7. องค์การบริหารส่วนตำบล มะมู

8. เทศบาลตำบลน้ำจืด

อำเภอกะเปอร์ จำนวน 5 กองทุน ได้แก่

1. องค์การบริหารส่วนตำบลบางหิน

2. องค์การบริหารส่วนตำบลกะเปอร์

3. องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านนา

4. องค์การบริหารส่วนตำบลม่วงกลวง

5. เทศบาลตำบลกะเปอร์

อำเภอละอุ่น จำนวน 4 กองทุน ได้แก่

1. องค์การบริหารส่วนตำบลบางแก้วนอก

2. องค์การบริหารส่วนตำบลบางพระเหนือ

3. องค์การบริหารส่วนตำบลละอุ่นเหนือ

4. เทศบาลตำบลละอุ่น

อำเภอสุขสำราญ จำนวน 2 กองทุน ได้แก่

1. เทศบาลตำบลกำพวน

2. องค์การบริหารส่วนตำบลนาคา

รวมทั้งสิ้น 30 กองทุน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากแนวคิด ทฤษฎีที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและมีความน่าสนใจ ผู้วิจัยขอนำเสนอดังต่อไปนี้

รัชติกา แม่ประสาท (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตามโครงการนำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่ (ราชบุรี) พบว่า คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในระดับปานกลางและสูงตามลำดับ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในระดับปานกลาง คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ เพศ และตำแหน่งในคณะกรรมการมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการกระบวนการ

บริการจัดการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับการศึกษา และอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการกระบวนการบริการจัดการ ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ 0.01

ประนอม ชันทะ (2553, บทคัดย่อ) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางสังคม รายได้ ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ และปัจจัยสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.73 (SD = 0.59) ผลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.92 (SD = 0.65) การสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.829$, $p\text{-value} < 0.001$) และตัวแปรที่สามารถร่วมพยากรณ์ ผลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านงบประมาณ และปัจจัยด้านการใช้เวลา ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้าน สามารถร่วมพยากรณ์ผลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 71.70

ประภาส สุพันธ์ (2553, บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า คณะกรรมการบริหารทั้งเพศชายและหญิงมีความรู้เกี่ยวกับกองทุน ฯ และการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับเพิ่มขึ้นบ้าง คณะกรรมการบริหารทั้งเพศชายและหญิงมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุน ฯ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ อาชีพ และตำแหน่งในคณะกรรมการ กับความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ ฯ และระหว่างอายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ และตำแหน่งในคณะกรรมการกับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุน ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

อมร ภารา (2554, บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้ ทักษะ และ การมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น กรณีศึกษาอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ลักษณะทางประชากรของคณะกรรมการบริหารกองทุน ฯ มีอายุเฉลี่ย 45 ปี มีรายได้เฉลี่ย 20,672 บาท/เดือน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.33) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 27.22) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 56.11) เป็นตัวแทนจากหมู่บ้าน/ชุมชน ร้อยละ 32.78

คณะกรรมการบริหารกองทุน ฯ มีความรู้ในระดับสูงร้อยละ 58.33 มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุน ฯ ความถี่สูงสุดในระดับเห็นด้วยร้อยละ 49.78 คณะกรรมการบริหารกองทุน ฯ มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุน โดยรวมความถี่สูงสุดในระดับมาก ร้อยละ 41.70 ($\mu = 3.50$) การมีส่วนร่วมในด้านการวางแผน ด้านการจัดการองค์การ ด้านบริหารบุคคล ด้านอำนาจการ ด้านการประสานงาน และด้านการรายงานผลมีความถี่สูงสุดในระดับมาก ($\mu = 3.60$) และมีส่วนร่วมในด้านการบริหารงบประมาณความถี่สูงสุดในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.89 ($\mu = 2.97$) ส่วนปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการบริหารจัดการกองทุน ฯ คือ ด้านการวางแผน ด้านการบริหารบุคคลและด้านการรายงานผลการปฏิบัติงาน

ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ (2550, หน้า 19-25) ศึกษาเรื่องการวิจัยนโยบายสาธารณะ: ประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่า ด้านงบประมาณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่จ่ายเงินสมทบเข้าร่วมกองทุนตามเกณฑ์ที่ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ ด้านการรวบรวมข้อมูลการดำเนินงาน พบว่ามีการรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานและผลการดำเนินงาน โครงการต่าง ๆ แต่ยังไม่มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ถึงผลการดำเนินงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ด้านบุคลากร พบว่าองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีบุคลากรไม่เพียงพอ เพราะการเกษียณอายุก่อนกำหนดแล้วไม่ได้รับอัตราค่าจ้างมาทดแทน ด้านงบประมาณพบว่า การสนับสนุนงบประมาณของกองทุนให้กับ องค์การบริหารส่วนตำบลลำซี้ ทำให้เกิดปัญหาในการใช้จ่ายเงิน นายกและปลัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นบางพื้นที่ไม่ใส่ใจกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพส่วนใหญ่จะไม่เข้าใจในด้านการจัดระบบการบริหารการเงิน

ตารางที่ 1 สรุปข้อค้นพบ

พ.ศ.	งานวิจัย	ตัวแปรต้น	ตัวแปรตาม
2550	ชัชติกา แม่ประสาธ ศึกษา ความรู้ ทักษะและการมี ส่วนร่วมในกระบวนการ บริหารจัดการของ คณะกรรมการบริหาร กองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น ตามโครงการ นำร่องของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติสาขาพื้นที่ (ราชบุรี)	1. อายุ 2. เพศ 3. การศึกษา 4. อาชีพ 5. รายได้ 6. ตำแหน่งในคณะกรรมการ ฯ 7. ความรู้ของคณะกรรมการ ฯ 8. ทักษะของคณะกรรมการ ฯ	การมีส่วน ร่วมในการ กระบวนการ บริหารจัดการ กองทุน หลักประกัน สุขภาพระดับ ท้องถิ่น
2553	ประนอม ชันทะ ศึกษาการมี ส่วนร่วมในการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพ ของคณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพ อำเภอ บ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น	ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ 1. เพศ 2. อายุ 3. ระดับการศึกษา 4. สถานภาพสมรส 5. ตำแหน่งทางสังคม 6. รายได้ต่อเดือน 7. ระยะเวลาการเป็นกรรมการ ฯ ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กร ได้แก่ 1. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ 2. ปัจจัยด้านงบประมาณ 3. ปัจจัยด้านการใช้เวลา	การมีส่วน ร่วมในการ ดำเนินงาน กองทุน หลักประกัน สุขภาพของ คณะกรรมการ รกองทุน หลักประกัน สุขภาพ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

พ.ศ.	งานวิจัย	ตัวแปรต้น	ตัวแปรตาม
2553	ประกาศ สุนันท์ ศึกษา ความรู้และการมีส่วนร่วม ร่วมของคณะกรรมการ บริหารในการบริหาร จัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น ในจังหวัด ศรีสะเกษ	1. เพศ 2. อายุ 3. การศึกษา 4. อาชีพ 5. รายได้ 6. ตำแหน่งในคณะกรรมการ ฯ	การมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการบริหารใน การบริหารจัดการ กองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น
2554	อมร ภาธา ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วม ร่วมในกระบวนการ บริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นของคณะ กรรมการบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น กรณีศึกษาอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช	1. เพศ 2. อายุ 3. ระดับการศึกษา 4. อาชีพ 5. รายได้ 6. ตำแหน่งในคณะกรรมการ ฯ 7. ความรู้ของคณะกรรมการ ฯ 8. ทัศนคติของคณะกรรมการ ฯ	การมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการบริหารใน การบริหารจัดการ กองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

รูปแบบการวิจัย

1. การศึกษาเอกสาร (Documentary Research) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ รายงานการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

2. การศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการสำรวจการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยกลุ่มเป้าหมายในการสำรวจอยู่ในพื้นที่จังหวัดระนอง จำนวน 188 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ คณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำนวน 375 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2555)

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำนวน 188 คน ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยด้วยการใช้สูตรของทาโร ยามานะ (Yamane, 1973, p. 87 อ้างถึงใน สุวิมล ติรกันันท์, 2542, หน้า 130-131) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่ยอมรับได้ (ในที่นี้กำหนดให้ e = 0.05)

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{375}{1+375(0.05)^2} = 188$$

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 188 คน

เมื่อได้ขนาดของตัวอย่างแล้วได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบบชั้นภูมิโดยการกำหนดสัดส่วนให้แก่แต่ละกลุ่มประชากร โดยใช้สูตร ดังนี้ (พงษ์เสฐียร เหลืองอลงกต, 2555, หน้า 40)

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่ม}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

ตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

ประเภท	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
1. นายกองค้การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล	30	15
2. สมาชิกกองค้การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลแห่งละ 2 คน	60	30
3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตที่ตั้ง กองทุน ฯ	45	23
4. ปลัดกองค้การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล	30	15
5. ผู้แทน อสม. แห่งละ 2 คน	60	30
6. ผู้แทนหมู่บ้าน/ ชุมชน แห่งละ 5 คน	150	75
รวม	375	188

หลังจากได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มแล้ว จึงใช้วิธีการสุ่มแบบลอตเตอรี โดยการทำเป็นฉลากรายชื่อกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น แล้วสุ่มจับฉลากรายชื่อขึ้นมาตามจำนวนที่ต้องการ คือ 15 กองทุน โดยถือว่าคณะกรรมการที่อยู่ในกองทุนนั้นเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยการทบทวนเอกสาร และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบในการสร้างแบบสอบถาม เพื่อเป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นข้อความแบบเลือกตอบ 4 อันดับ (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

การมีส่วนร่วมทุกครั้ง	ให้ 4 คะแนน
การมีส่วนร่วมเกือบทุกครั้ง	ให้ 3 คะแนน
การมีส่วนร่วมบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยเลย	ให้ 1 คะแนน

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามฉบับนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยมีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

- ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จากนั้นนำมากำหนดกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย กำหนดนิยาม และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม
- สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และตรวจสอบเนื้อหาของแบบสอบถามว่าครอบคลุมวัตถุประสงค์หรือไม่จากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
ได้แก่

3.1 อาจารย์ ดร.กฤษฎา นันทเพ็ชร ตำแหน่งอาจารย์ วิทยาลัยบริหารรัฐกิจ
มหาวิทยาลัยบูรพา

3.2 อาจารย์พรเทพ นามกร ตำแหน่งอาจารย์ วิทยาลัยบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัย
บูรพา

3.3 นายวิเชษฐ์ ปิติเกื้อกูล ตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลระนอง
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ
ของผู้เชี่ยวชาญ

4. นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try Out) กับคณะกรรมการกองทุนหลักประกัน
สุขภาพระดับท้องถิ่น จำนวน 30 คน เพื่อหาคุณภาพคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยง
หรือความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม (Reliability) แบบ Cronbach' Alpha (ล้วน สายยศ และ
อังคณา สายยศ, 2528, หน้า 163-170 อ้างถึงใน พงษ์เสฐียร เหลืองอลงกต, 2555, หน้า 48) ได้ค่า
ความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.9692 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามนี้มีความ
เชื่อถือได้ สามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นประจำ
องค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลในการส่งและเก็บรวบรวมแบบสอบถามของคณะกรรมการบริหาร
การกองทุน ฯ

2. จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามไป 188 ชุด โดยมี
แบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาและมีความสมบูรณ์ จำนวน 188 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2556-30 เมษายน พ.ศ.
2556

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้เลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น วิเคราะห์โดยคำนวณเป็นค่าความถี่ และร้อยละ (%)

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น วิเคราะห์โดยคำนวณเป็นค่าความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่แตกต่างกันตามตัวแปร โดยใช้สถิติดังนี้

1. เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่มีเพศแตกต่างกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test)
2. เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่มีอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการ ฯ ต่างกัน โดยการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และทดสอบรายคู่ โดยวิธี LSD

เกณฑ์การแปลผล

การแปลผลระดับการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล แปลผลโดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด แล้วนำมาหาอันตรายภาคชั้นโดยใช้สูตร ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2544, หน้า 75)

$$\text{อันตรายภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}}$$

ได้ช่วงการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

- 3.26-4.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด
- 2.51-3.25 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก
- 1.76-2.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย
- 1.00-1.75 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัย “การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 2) เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดระนอง โดยจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำนวน 188 คน ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์เป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ตามตัวแปรจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำนวน 188 คน จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	121	64.36
	หญิง	67	35.64
	รวม	188	100.00
	อายุ		
อายุ	21-30 ปี	9	4.79
	31-40 ปี	42	22.34
	41-50 ปี	85	45.21
	51-60 ปี	38	20.21
	61 ปีขึ้นไป	14	7.45
	รวม	188	100.00
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	19	10.11
	มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3 หรือ ม.ศ.3)	43	22.87
	มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6 หรือ ม.ศ.5)	37	19.68
	อนุปริญญา หรือ ปวส.	22	11.70
	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	44	23.40
	สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	23	12.23
	รวม	188	100.00
สถานภาพสมรส	โสด	35	18.62
	สมรส	138	73.40
	หม้าย	7	3.72
	หย่า	5	2.66
	แยกกันอยู่	3	1.60
	รวม	188	100.00

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	61	32.45
ค้าขาย	28	14.89
รับจ้าง	26	13.83
รับราชการ	46	24.47
อื่น ๆ (ระบุ).....	27	14.36
รวม	188	100.00
รายได้เฉลี่ยเดือนละ (ยังไม่หักค่าใช้จ่าย)		
ต่ำกว่า หรือเท่ากับ 10,000 บาท	35	18.62
10,001 บาท-20,000 บาท	66	35.11
20,001 บาท-30,000 บาท	41	21.81
30,001 บาท-40,000 บาท	22	11.70
40,001 บาท-50,000 บาท	10	5.32
50,001 บาท-60,000 บาท	12	6.38
60,001 บาท-70,000 บาท	2	1.06
รวม	188	100.00
ตำแหน่งของการเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกัน		
สุขภาพระดับท้องถิ่น		
นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล	15	7.98
สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล	30	15.96
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	23	12.23
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล	15	7.98
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	30	15.96
ผู้แทนหมู่บ้าน/ ชุมชน	75	39.89
รวม	188	100.00

จากตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64.36 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ

35.64

อายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.21 รองลงมา คือ อายุ 30-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.34 และอายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.79 เป็นอันดับสุดท้าย

ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 23.40 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3 หรือ ม.ศ.3) คิดเป็นร้อยละ 22.87 และระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 10.11 เป็นอันดับสุดท้าย

สถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่สมรส คิดเป็นร้อยละ 73.40 รองลงมา คือ โสด คิดเป็นร้อยละ 18.62 และแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 1.60 เป็นอันดับสุดท้าย

อาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 32.45 รองลงมา คือ รับราชการ คิดเป็นร้อยละ 24.47 และรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 13.83 เป็นอันดับสุดท้าย

รายได้ต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 10,001 บาท-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.11 รองลงมา คือ มีรายได้ 20,001 บาท-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 21.81 และมีรายได้ 60,001 บาท-70,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 1.06 เป็นอันดับสุดท้าย

ตำแหน่งของการเป็นคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้แทนหมู่บ้าน/ชุมชน คิดเป็นร้อยละ 39.89 รองลงมา คือ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลและอาสาสมัครสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 15.96 และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล คิดเป็นร้อยละ 7.98 เป็นอันดับสุดท้าย

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง

การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำนวน 188 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2-6

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ
ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ด้านการวางแผน
และตัดสินใจ

ด้านการวางแผน และตัดสินใจ	จำนวนและร้อยละ				\bar{X}	SD	แปล ความ	อัน ดับ
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย เลย				
1. ท่านเข้าร่วม ประชุมในการ วิเคราะห์สภาพปัญหา ที่เกี่ยวกับงาน สาธารณสุขในชุมชน ของท่านก่อนที่จะมี การวางแผนโครงการ ต่าง ๆ ของกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น	65 (34.57)	89 (47.34)	31 (16.49)	3 (1.60)	3.14	0.74	มาก	6
2. ท่านมีส่วนร่วมใน การร่วมคิด วางแผน แก้ไขปัญหาด้าน สุขภาพให้แก่ ประชาชนในท้องถิ่น ของท่าน	82 (43.62)	71 (37.77)	34 (18.09)	1 (0.53)	3.24	0.76	มาก	2
3. ท่านมีส่วนร่วมใน การวางแผน การ บริหารจัดการ งบประมาณใน กองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น	96 (51.06)	68 (36.17)	21 (11.17)	3 (1.60)	3.36	0.74	มาก ที่สุด	1

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ด้านการวางแผน และตัดสินใจ	จำนวนและร้อยละ				\bar{X}	SD	แปล ความ	อัน ดับ
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย เลย				
4. ท่านมีส่วนร่วมใน การกำหนด วัตถุประสงค์ของการ ดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น	78 (41.49)	70 (37.23)	34 (18.09)	6 (3.19)	3.17	0.83	มาก	5
5. ท่านมีส่วนร่วมใน การกำหนดกิจ กรรมการบริหาร กองทุนให้เป็นที่ ตามสภาพปัญหาและ ความต้องการของ ประชาชน	76 (40.43)	82 (43.62)	27 (14.36)	3 (1.60)	3.22	0.74	มาก	3
6. ท่านมีส่วนร่วมใน การกำหนด ผู้รับผิดชอบในการ ดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น	68 (36.17)	75 (39.89)	42 (22.34)	3 (1.60)	3.10	0.88	มาก	8
7. ท่านมีส่วนร่วมใน การจัดสรรทรัพยากร ในการดำเนินงาน กองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น	72 (38.30)	69 (36.70)	43 (22.87)	4 (2.13)	3.11	0.82	มาก	7

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ด้านการวางแผน และตัดสินใจ	จำนวนและร้อยละ				\bar{X}	SD	แปล ความ	อัน ดับ
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย เลย				
8. ท่านมีส่วนร่วมใน การกำหนดแนว ทางการติดตาม ประเมินผลการ ดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น	76 (40.43)	75 (39.89)	32 (17.02)	5 (2.66)	3.18	0.80	มาก	4
	ภาพรวม				3.19	0.65	มาก	

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ด้านการวางแผนและตัดสินใจโดยภาพรวมพบว่า การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.19$, $SD = 0.65$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อของการมีส่วนร่วม พบว่า

การมีส่วนร่วมในการวางแผนการบริหารจัดการงบประมาณในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.36$, $SD = 0.74$) โดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก

การมีส่วนร่วมในการร่วมคิด วางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.24$, $SD = 0.76$) โดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญเป็นอันดับรองลงมา

การมีส่วนร่วมในการกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.10$, $SD = 0.80$) โดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญเป็นอันดับสุดท้าย

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ
ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ด้านการดำเนิน
กิจกรรม

ด้านการดำเนิน กิจกรรม	จำนวนและร้อยละ				\bar{X}	SD	แปล ความ	อัน ดับ
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย เลย				
1. ท่านมีส่วนร่วม รับผิดชอบในการ จัดทำแผนดำเนินงาน ที่เกี่ยวกับปัญหา สาธารณสุข การ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย การจัดบริการสุขภาพ ตามชุดสิทธิ ประโยชน์แก่ ประชาชนและชุมชน อย่างทั่วถึง	74 (39.36)	70 (37.23)	34 (29.09)	10 (5.32)	3.10	0.88	มาก	2
2. ท่านมีส่วนร่วมใน การจัดตั้ง คณะกรรมการหรือ คณะทำงานเพื่อ ดำเนินงานตามความ จำเป็นในการ ดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น	79 (42.02)	53 (28.19)	52 (27.66)	4 (2.13)	3.10	0.88	มาก	2

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ด้านการดำเนิน กิจกรรม	จำนวนและร้อยละ				\bar{X}	SD	แปล ความ	อัน ดับ
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย เลย				
3. ท่านมีส่วนร่วมใน การดำเนินกิจกรรม ตามแผนงาน/ โครงการของการ ดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น	66 (35.11)	84 (44.68)	34 (18.09)	4 (2.13)	3.12	0.77	มาก	1
4. ท่านมีส่วนร่วมใน การสนับสนุน ทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์หรือแรงงาน ให้กับกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น	59 (31.38)	80 (42.55)	43 (22.87)	6 (3.19)	3.02	0.82	มาก	6
5. ท่านมีส่วนร่วมใน การประสานงานจาก บุคคลหรือหน่วยงาน อื่น ๆ ในการ ดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น	59 (31.38)	76 (40.43)	50 (26.60)	3 (1.60)	3.01	0.80	มาก	7

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ด้านการดำเนิน กิจกรรม	จำนวนและร้อยละ				\bar{X}	SD	แปล ความ	อัน ดับ
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย เลย				
6. ท่านมีส่วนร่วมใน การเบิกจ่าย งบประมาณเพื่อใช้ใน การดำเนินงานตาม แผนงาน/ โครงการ ของกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น	72 (38.30)	54 (28.72)	42 (22.34)	20 (10.64)	2.94	1.01	มาก	8
7. ท่านมีส่วนร่วมใน การควบคุมกำกับ การดำเนินงานตาม แผนงานของกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น	73 (38.83)	61 (32.45)	50 (26.60)	4 (2.13)	3.07	0.85	มาก	5
8. ท่านมีส่วนร่วมใน การประชาสัมพันธ์ การดำเนินงานของ กองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น ระดับท้องถิ่นอย่าง ต่อเนื่อง	59 (31.38)	91 (48.40)	34 (18.09)	4 (2.13)	3.09	0.75	มาก	4
	ภาพรวม				3.06	0.64	มาก	

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ด้านการดำเนินกิจกรรมโดยภาพรวมการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.06, SD = 0.64$) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อของการมีส่วนร่วม พบว่า

การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน/ โครงการของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.12, SD = 0.77$) โดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก

การมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดทำแผนดำเนินงานที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย การจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนและชุมชนอย่างทั่วถึง และการมีส่วนร่วมในการจัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินงานตามความจำเป็นในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.10, SD = 0.88$) โดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญเป็นอันดับรองลงมา

การมีส่วนร่วมในการเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินตามแผนงาน/ โครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.94, SD = 1.01$) โดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญเป็นอันดับสุดท้าย

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ
ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ด้านการ
รับประโยชน์

ด้านการรับประโยชน์	จำนวนและร้อยละ				\bar{X}	SD	แปล ความ	อัน ดับ
	ทุก ครั้ง	เกือบ ทุก ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่ เคย เลย				
1. ท่านได้รับสิ่งตอบ แทนอย่างเหมาะสม (คำตอบแทนหรือคำ ชมเชย) จากการ ดำเนินงานของ กองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น	68 (36.17)	64 (34.04)	48 (25.53)	8 (4.26)	3.02	0.88	มาก	6
2. ท่านได้รับความ ภาคภูมิใจจากการ ดำเนินงานของ กองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น	103 (54.79)	57 (30.32)	26 (13.83)	2 (1.06)	3.38	0.76	มาก ที่สุด	2
3. ท่านและ ครอบครัวได้ใช้ บริการสุขภาพจาก กองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น	93 (49.47)	58 (30.85)	31 (16.49)	6 (3.19)	3.26	0.84	มาก ที่สุด	4

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ด้านการรับประโยชน์	จำนวนและร้อยละ				\bar{X}	SD	แปล ความ	อัน ดับ
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย เลย				
4. ประชาชนใน ชุมชนได้รับการ พัฒนาสุขภาพที่ดีขึ้น จากการดำเนินงาน ของกองทุน	103 (54.79)	68 (36.17)	17 (9.04)	0 (0.00)	3.45	0.65	มาก ที่สุด	1
หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นระดับ ท้องถิ่น								
5. ประชาชนใน ชุมชนมีความพึง พอใจในการบริการ สุขภาพมากขึ้นจาก การดำเนินงานของ กองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น	77 (40.96)	89 (47.34)	20 (10.64)	2 (1.06)	3.29	0.71	มาก ที่สุด	3
6. ประชาชนใน ชุมชน มีความรัก ความสามัคคีมากขึ้น จากการดำเนินงาน ของกองทุน	74 (39.36)	87 (46.28)	27 (14.36)	0 (0.00)	3.25	0.69	มาก	5
หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น								
	ภาพรวม				3.27	0.57	มากที่สุด	

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ด้านการรับประโยชน์โดยภาพรวมการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.27, SD = 0.57$) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อของการมีส่วนร่วม พบว่า

ประชาชนในชุมชนได้รับการพัฒนาสุขภาพที่ดีขึ้นจากการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.45, SD = 0.65$) โดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก

การได้รับความภาคภูมิใจจากการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.38, SD = 0.76$) โดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญเป็นอันดับรองลงมา

การได้รับสิ่งตอบแทนอย่างเหมาะสม (ค่าตอบแทนหรือค่าชมเชย) จากการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.02, SD = 0.88$) โดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญเป็นอันดับสุดท้าย

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ
ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ด้านการติดตาม
ประเมินผล

ด้านการติดตาม ประเมินผล	จำนวนและร้อยละ				\bar{X}	SD	แปล ความ	อัน ดับ
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย เลย				
1. ท่านมีส่วนร่วมใน การสอบถามความ คิดเห็นของประชาชน ต่อการดำเนินงาน กองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น	50 (26.60)	100 (53.19)	33 (17.55)	5 (2.66)	3.03	0.74	มาก	7
2. ท่านมีส่วนร่วมใน การนำ ความคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะ ของประชาชนมา ปรับปรุงแก้ไขการ ดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น	85 (45.21)	73 (38.83)	25 (13.30)	5 (2.66)	3.26	0.78	มาก ที่สุด	2
3. ท่านมีส่วนร่วมใน การสอบถามความ ต้องการหรือความ คาดหวังของ ประชาชนต่อการ ดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น	62 (32.98)	84 (44.68)	40 (21.28)	2 (1.06)	3.09	0.76	มาก	6

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ด้านการติดตาม ประเมินผล	จำนวนและร้อยละ				\bar{X}	SD	แปล ความ	อัน ดับ
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย เลย				
4. ท่านมีส่วนร่วมใน การประเมินผลและ ติดตามการ ดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพ เพื่อปรับปรุงและ พัฒนากองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น	79 (42.02)	79 (42.02)	25 (13.30)	5 (2.66)	3.23	0.77	มาก	3
5. ท่านมีส่วนร่วมใน การติดตาม สรุปผล การเบิกจ่าย งบประมาณใน กองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น	80 (42.55)	67 (35.64)	34 (18.09)	7 (3.72)	3.17	0.85	มาก	5
6. ท่านมีส่วนร่วมใน การสรุปผลการ ดำเนินงานประจำปี ของกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น เพื่อ รายงานสำนักงาน หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติและอบต./ เทศบาลทราบ	99 (52.66)	55 (29.26)	32 (17.02)	2 (1.06)	3.33	0.79	มาก ที่สุด	1

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ด้านการติดตาม ประเมินผล	จำนวนและร้อยละ				\bar{X}	SD	แปล ความ	อัน ดับ
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย เลย				
7. ท่านมีส่วนร่วมใน การประชาสัมพันธ์ ผลการดำเนินงาน ของกองทุน หลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นให้ ประชาชนในชุมชน รับทราบ	75	78	33	2	3.20	0.76	มาก	4
	ภาพรวม				3.19	0.64	มาก	

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ด้านการติดตามประเมินผลโดยภาพรวม การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.19$, $SD = 0.64$) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อของการมีส่วนร่วม พบว่า

การมีส่วนร่วมในการสรุปผลการดำเนินงานประจำปีของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อรายงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและอบต./เทศบาลทราบอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.33$, $SD = 0.79$) โดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก

การมีส่วนร่วมในการนำความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของประชาชนมาปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.26$, $SD = 0.78$) โดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญเป็นอันดับรองลงมา

การมีส่วนร่วมในการสอบถามความคิดเห็นของประชาชนต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.07$, $SD = 0.74$) โดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้ความสำคัญเป็นอันดับสุดท้าย

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ในภาพรวมด้านต่าง ๆ

การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง	\bar{X}	SD	แปลความ	อันดับ
1. ด้านการวางแผนและตัดสินใจ	3.19	0.65	มาก	3
2. ด้านการดำเนินงานกิจกรรม	3.06	0.64	มาก	4
3. ด้านการรับประโยชน์	3.27	0.57	มากที่สุด	1
4. ด้านการติดตามประเมินผล	3.19	0.64	มาก	2
ภาพรวม	3.18	0.55	มาก	

จากตารางที่ 8 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ทั้ง 4 ด้าน โดยภาพรวมการมีส่วนร่วมของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.18, SD = 0.55$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า

ด้านการรับประโยชน์ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.27, SD = 0.57$) โดยคณะกรรมการให้ความสำคัญเป็นอันดับ 1

ด้านการติดตามประเมินผล การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.19, SD = 0.64$) โดยคณะกรรมการให้ความสำคัญเป็นอันดับ 2

ด้านการวางแผนและตัดสินใจ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.19, SD = 0.65$) โดยคณะกรรมการให้ความสำคัญเป็นอันดับ 3

ด้านการดำเนินงานกิจกรรม การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.06, SD = 0.64$) โดยคณะกรรมการให้ความสำคัญเป็นอันดับ 4

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง

สมมติฐานที่ 1 คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีเพศต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบเพศกับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามอายุ

เพศ	จำนวน	\bar{X}	SD	t	Sig.
ชาย	121	3.19	0.53	0.602	0.54
หญิง	67	3.14	0.59		

* $p < .05$

จากตารางที่ 9 การเปรียบเทียบเพศกับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.54 แสดงว่าคณะกรรมการเพศชายและคณะกรรมการเพศหญิง มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2 คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีอายุต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามอายุ

อายุ	\bar{X}	SD
21-30 ปี	3.20	0.22
31-40 ปี	3.23	0.50
41-50 ปี	3.27	0.53
51-60 ปี	3.18	0.49
61 ปีขึ้นไป	2.44	0.65

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของ
คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
จังหวัดระนอง กับอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	4	8.35	2.08	7.75	0.00*
ภายในกลุ่ม	183	49.25	0.26		
รวม	187	57.60			

* $p < .05$

จากตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในกลุ่มอายุต่าง ๆ พบว่าคณะกรรมการที่มีอายุต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ ด้วยวิธีของ LSD (Post Hoc) ต่อ ได้ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post Hoc) ของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของ
คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
จังหวัดระนอง จำแนกตามอายุ

อายุ	\bar{X}	21-30 ปี	31-40 ปี	41-50 ปี	51-60 ปี	61 ปีขึ้นไป
21-30 ปี	3.20	-	-0.03	-0.07	0.02	0.75*
31-40 ปี	3.23	-	-	-0.03	0.05	0.78*
41-50 ปี	3.27	-	-	-	0.09	0.82*
51-60 ปี	3.18	-	-	-	-	0.73*
61 ปีขึ้นไป	2.44	-	-	-	-	-

* $p < .05$

จากตารางที่ 12 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีทดสอบของ LSD พบว่าคณะกรรมการที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพน้อยกว่าคณะกรรมการทุกกลุ่มอายุ

สมมติฐานที่ 3 คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	\bar{X}	SD
ประถมศึกษา	3.00	0.46
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3 หรือ ม.ศ.3)	2.98	0.62
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6 หรือ ม.ศ.5)	3.27	0.43
อนุปริญญา หรือ ปวส.	2.70	0.53
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	3.47	0.43
สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	3.42	0.39

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง กับระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	5	12.81	2.56	10.41	0.00*
ภายในกลุ่ม	182	44.79	0.24		
รวม	187	57.06			

* $p < .05$

จากตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นกับระดับการศึกษา พบว่าคณะกรรมการที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ ด้วยวิธีของ LSD (Post Hoc) ต่อ ได้ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post Hoc) ของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	\bar{X}	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย	อนุศึกษา หรือ ปวส.	ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	สูงกว่าปริญญาตรี
ประถมศึกษา	3.00	-	0.01	-0.27	0.29	-0.47*	-0.42*
มัธยมศึกษาตอนต้น	2.98	-	-	-0.29*	0.27*	-0.49*	-0.44*
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3.27	-	-	-	0.57*	-0.19	-0.14
อนุศึกษา หรือ ปวส.	2.70	-	-	-	-	-0.77*	-0.71*
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	3.47	-	-	-	-	-	0.52
สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	3.42	-	-	-	-	-	-

* $p < .05$

จากตารางที่ 15 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีทดสอบของ LSD พบว่าคณะกรรมการที่มีจบการศึกษาระดับประถมศึกษามีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพน้อยกว่าคณะกรรมการที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า และสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป

คณะกรรมการที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพน้อยกว่าคณะกรรมการที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า และสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป แต่มากกว่าระดับอนุศึกษา หรือ ปวส.

คณะกรรมการที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่จบการศึกษาระดับอนุศึกษา หรือ ปวส.

คณะกรรมการที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา หรือ ปวส. มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพน้อยกว่าคณะกรรมการที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป

สมมติฐานที่ 4 คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	\bar{X}	SD
โสด	3.18	0.52
สมรส	3.21	0.52
หม้าย	2.44	0.93
หย่า	3.12	0.44
แยกกันอยู่	3.33	0.57

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง กับสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	4	4.08	1.02	3.49	0.01*
ภายในกลุ่ม	183	53.52	0.29		
รวม	187	57.60			

* p < .05

จากตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นกับสถานภาพสมรส พบว่า คณะกรรมการที่มีสถานภาพสมรส ต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ ด้วยวิธีของ LSD (Post Hoc) ต่อ ได้ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post Hoc) ของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	\bar{X}	โสด	สมรส	หม้าย	หย่า	แยกกันอยู่
โสด	3.18	-	-0.03	0.73*	0.05	-0.15
สมรส	3.21	-	-	0.77*	0.09	-0.12
หม้าย	2.44	-	-	-	-0.68*	-0.89*
หย่า	3.12	-	-	-	-	-0.21
แยกกันอยู่	3.33	-	-	-	-	-

* $p < .05$

จากตารางที่ 18 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีทดสอบของ LSD พบว่าคณะกรรมการที่มีสถานภาพ โสดมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่มีสถานภาพหม้าย

คณะกรรมการที่มีสถานภาพสมรส มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่มีสถานภาพหม้าย

คณะกรรมการที่มีสถานภาพหม้ายมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพน้อยกว่าคณะกรรมการที่มีสถานภาพหย่าและแยกกันอยู่

สมมติฐานที่ 5 คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีอาชีพต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นภาพแตกต่างกัน

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ
ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง
จำแนกตามอาชีพ

สถานภาพสมรส	\bar{X}	SD
เกษตรกร	3.14	0.53
ค้าขาย	3.08	0.69
รับจ้าง	3.21	0.45
รับราชการ	3.37	0.46
อื่น ๆ (ระบุ).....	3.00	0.61

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วม
ของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
จังหวัดระนอง กับอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	4	3.00	0.75	2.51	0.04*
ภายในกลุ่ม	183	54.60	0.29		
รวม	187	57.60			

* $p < .05$

จากตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในกลุ่มอาชีพต่าง ๆ พบว่าคณะกรรมการที่มีอาชีพต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ ด้วยวิธีของ LSD (Post Hoc) ต่อ ได้ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post Hoc) ของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของ
คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
จังหวัดระนอง จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	\bar{X}	โสด	สมรส	หม้าย	หย่า	แยกกันอยู่
เกษตรกร	3.14	-	0.06	-0.06	-0.22*	0.14
ค้าขาย	3.08	-	-	-0.13	-0.29*	0.07
รับจ้าง	3.21	-	-	-	-0.16	-0.20
รับราชการ	3.37	-	-	-	-	0.37*
อื่น ๆ (ระบุ).....	3.00	-	-	-	-	-

* $p < .05$

จากตารางที่ 21 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธี
ทดสอบของ LSD พบว่าคณะกรรมการที่มีอาชีพเกษตรกรมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุน
หลักประกันสุขภาพน้อยกว่าคณะกรรมการที่มีอาชีพรับจ้างและรับราชการ

คณะกรรมการที่มีอาชีพค้าขายมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพน้อย
กว่า คณะกรรมการที่มีอาชีพรับราชการ

คณะกรรมการที่มีอาชีพรับราชการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ
มากกว่าคณะกรรมการที่มีอาชีพอื่น ๆ

สมมติฐานที่ 6 คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
จังหวัดระนอง ที่มีรายได้ต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
แตกต่างกัน

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามรายได้

รายได้	\bar{X}	SD
ต่ำกว่า หรือเท่ากับ 10,000 บาท	3.10	0.56
10,001 บาท-20,000 บาท	3.14	0.55
20,001 บาท-30,000 บาท	3.08	0.68
30,001 บาท-40,000 บาท	3.25	0.29
40,001 บาท-50,000 บาท	3.52	0.27
50,001 บาท-60,000 บาท	3.46	0.45
60,001 บาท-70,000 บาท	3.53	0.00

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง กับรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	6	3.13	0.52	1.73	0.11
ภายในกลุ่ม	181	54.47	0.30		
รวม	187	57.60			

* $p < .05$

จากตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในกลุ่มรายได้ต่าง ๆ พบว่าคณะกรรมการที่มีรายได้ต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

สมมติฐานที่ 7 คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำแนกตามตำแหน่งที่เข้ามาเป็นคณะกรรมการ

ตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการ	\bar{X}	SD
นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล	3.48	0.46
สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล	3.06	0.46
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	3.53	0.32
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล	3.48	0.35
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	3.23	0.52
ผู้แทนหมู่บ้าน/ ชุมชน	2.97	0.60

ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง กับตำแหน่งที่เข้ามาเป็นคณะกรรมการ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	5	9.15	1.83	6.87	0.00*
ภายในกลุ่ม	182	48.45	0.26		
รวม	187	57.60			

* $p < .05$

จากตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นกับตำแหน่งที่เข้ามาเป็นคณะกรรมการ พบว่าคณะกรรมการที่มีตำแหน่งที่เข้ามาเป็นคณะกรรมการต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ ด้วยวิธีของ LSD (Post Hoc) ต่อ ได้ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post Hoc) ของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของ
คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง
จำแนกตามตำแหน่งที่เข้ามาเป็นคณะกรรมการ

ตำแหน่งที่เข้ามาเป็น กรรมการ	\bar{X}	นายก อบต./ เทศบาล	สมาชิก อบต./ เทศบาล	ผอ.รพ. สต.	ปลัด อบต./ เทศบาล	อสม.	ผู้แทน หมู่บ้าน/ ชุมชน
นายก อบต./ เทศบาล	3.48	-	0.42*	-0.05	-0.00	0.24	0.50*
สมาชิก อบต./ เทศบาล	3.06	-	-	-0.47*	-0.42*	-0.17	0.08
ผอ.รพ.สต.	3.53	-	-	-	0.04	0.29*	0.55*
ปลัด อบต./ เทศบาล	3.48	-	-	-	-	0.24	0.50*
อสม.	3.23	-	-	-	-	-	0.25*
ผู้แทนหมู่บ้าน/ ชุมชน	2.97	-	-	-	-	-	-

* $p < .05$

จากตารางที่ 26 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธี
ทดสอบของ LSD พบว่าคณะกรรมการที่มีตำแหน่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลมีส่วน
ร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่มีตำแหน่งสมาชิกองค์การ
บริหารส่วนตำบล/ เทศบาล และผู้แทนหมู่บ้าน/ ชุมชน

คณะกรรมการที่มีตำแหน่งสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลมีส่วนร่วมในการ
บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพน้อยกว่าคณะกรรมการที่มีตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล

คณะกรรมการที่มีตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีส่วนร่วมใน
การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่มีตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข
และผู้แทนหมู่บ้าน/ ชุมชน

คณะกรรมการที่มีตำแหน่งปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล มีส่วนร่วมในการ
บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่มีตำแหน่งผู้แทนหมู่บ้าน/ ชุมชน

คณะกรรมการที่มีตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุน
หลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่มีตำแหน่งผู้แทนหมู่บ้าน/ ชุมชน

ตารางที่ 27 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐาน	ผลการทดสอบ สมมติฐาน
1. คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีเพศต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน	ปฏิเสธ สมมติฐาน
2. คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีอายุต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน	ยอมรับ สมมติฐาน
3. คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน	ยอมรับ สมมติฐาน
4. คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน	ยอมรับ สมมติฐาน
5. คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีอาชีพต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นภาพแตกต่างกัน	ยอมรับ สมมติฐาน
6. คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีรายได้ต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน	ปฏิเสธ สมมติฐาน
7. คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ที่มีตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการต่างกันมีส่วนร่วมในการ บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน	ยอมรับ สมมติฐาน

บทที่ 5

สรุปผลวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 2) เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง จำนวน 188 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้ค่าที (t-test) และการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ในการหาค่าความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระที่มีตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป เมื่อพบความแตกต่างจะใช้วิธี LSD เพื่อทดสอบหาความแตกต่างรายคู่ว่าตัวแปรคู่ใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41-50 ปี เป็นส่วนมาก จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด สถานภาพส่วนใหญ่สมรส ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001 บาท-20,000 บาทมากที่สุด และตำแหน่งของการเป็นคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นส่วนใหญ่เป็นผู้แทนหมู่บ้าน/ชุมชน

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง

ผลการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับประโยชน์ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการอยู่ในอันดับแรก รองลงมา คือ ด้านการติดตามประเมินผล ถัดไป คือ ด้านการวางแผนและตัดสินใจ และด้านการดำเนินกิจกรรมเป็นอันดับสุดท้าย

ส่วนที่ 3 การทดสอบสมมติฐาน

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่มีเพศ และรายได้ต่างกัน มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ไม่แตกต่างกัน ส่วนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่มีอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นต่างกัน มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยพบว่า

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป มีส่วนร่วมในการบริหารน้อยกว่าคณะกรรมการทุกกลุ่มอายุ

คณะกรรมการที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีส่วนร่วมในการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพน้อยกว่าคณะกรรมการที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป คณะกรรมการที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพน้อยกว่าคณะกรรมการที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และปริญญาตรีขึ้นไป แต่มากกว่าคณะกรรมการที่มีระดับการศึกษาอนุปริญญา หรือ ปวส. คณะกรรมการที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่มีระดับอนุปริญญา หรือ ปวส. คณะกรรมการที่มีระดับการศึกษาอนุปริญญา หรือ ปวส. มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพน้อยกว่าคณะกรรมการที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่าและสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป

คณะกรรมการที่มีสถานภาพ โสด สมรส และหย่า มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่มีสถานภาพหม้าย

คณะกรรมการที่มีอาชีพรับราชการ มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่มีอาชีพเกษตรกร ค้าขาย และอาชีพอื่น ๆ

คณะกรรมการที่มีตำแหน่งนายกองจัดการบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่มีตำแหน่งสมาชิกกองจัดการบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล และผู้แทนหมู่บ้าน/ ชุมชน คณะกรรมการที่มีตำแหน่งสมาชิกกองจัดการบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพน้อยกว่าคณะกรรมการที่มีตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล คณะกรรมการที่มีตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่มีตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้แทนหมู่บ้าน/ ชุมชน คณะกรรมการที่มีตำแหน่งปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่มีตำแหน่งผู้แทนหมู่บ้าน/ ชุมชน คณะกรรมการที่มีตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่มีตำแหน่งผู้แทนหมู่บ้าน/ ชุมชน

อภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า

1. ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยพบว่าด้านการรับประโยชน์คณะกรรมการมีส่วนร่วมมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเห็นว่าประชาชนในพื้นที่ของตนรวมถึงคณะกรรมการด้วยได้รับประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้นจากกองดำเนินงานของกองทุน ส่วนด้านการดำเนินการคณะกรรมการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินการของกองทุนนั้นส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของผู้ที่เสนอแผนงาน/ โครงการ หรือมีผู้ที่มิหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงไม่ใช่หน้าที่ของคณะกรรมการทุกคน จึงทำให้คณะกรรมการมีส่วนร่วมน้อยกว่าด้านอื่น สอดคล้องกับผลการศึกษาของประนอม ชันตะ (2553, บทคัดย่อ) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่าผลการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับมาก
2. การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น พบว่า

2.1 เพศ คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่มีเพศต่างกัน มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 แสดงว่าเพศไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ทั้งนี้เนื่องจากการมีส่วนร่วมเกิดจากการเห็นคุณค่าและประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับเป็นเรื่องส่วนบุคคลไม่เกี่ยวกับเพศ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชัชติกา แม่ประสาธ (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้ ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตามโครงการนำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่ (ราชบุรี) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 อายุ คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่มีอายุต่างกัน มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 2 โดยพบว่าคณะกรรมการที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไปมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่น ทั้งนี้เนื่องจากคณะกรรมการที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ ความคล่องตัวในการปฏิบัติและการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอาจมีน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีได้มากกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชัชติกา แม่ประสาธ (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้ ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตามโครงการนำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่ (ราชบุรี) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประภาส สุนันท์ (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ระดับการศึกษา คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 3 โดยพบว่าระดับการศึกษาปริญญาตรี หรือเทียบเท่า และสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไปมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมากกว่าระดับการศึกษาอื่น ๆ อธิบายได้ว่าผู้ที่ระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะด้านการรับรู้ ความเข้าใจ กล้าคิด กล้าตัดสินใจ และแสดงออกในการมีส่วนร่วม

ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประภาส สุพันธ์ (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชัชติกา แม่ประสาท (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตามโครงการนำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่ (ราชบุรี) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

2.4 สถานภาพสมรส คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 4 โดยพบว่า คณะกรรมการที่มีสถานภาพ โสด สมรส และหย่า มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่มีสถานภาพ หม้าย อธิบายได้ว่า คณะกรรมการที่มีสถานภาพหม้ายมีความสนใจและเสียสละในการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นน้อยอาจมีปัจจัยอื่นที่เข้ามาเกี่ยวข้องทำให้การมีส่วนร่วมต่ำกว่ากลุ่มอื่นนอกจากสถานภาพสมรสไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประนอม ชันทะ (2553, บทคัดย่อ) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

2.5 อาชีพ คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่มีอาชีพต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 4 โดยพบว่าคณะกรรมการที่มีอาชีพรับราชการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่มีอาชีพอื่น ๆ อธิบายได้ว่าอาชีพรับราชการ เช่น ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้มีบทบาทและหน้าที่โดยตรงในการที่จะพัฒนาและดูแลประชาชนในพื้นที่ของตนให้อยู่ดีมีสุขอยู่แล้ว จึงมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมากกว่าคณะกรรมการที่มีอาชีพอื่น ๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประภาส สุพันธ์ (2550, บทคัดย่อ)

ศึกษาความรู้และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของของ ชัชติกา แม่ประสาธ (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตามโครงการนำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่ (ราชบุรี) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกระบวนการการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

2.6 รายได้ คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่มีรายได้ต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 6 อธิบายได้ว่าคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่มีรายได้ต่างกันอาจจะมีความตั้งใจและเสียสละในการทำงานเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม เหมือนกัน สามารถนำความรู้ประสบการณ์มาใช้ในการทำงานเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ของตนเหมือนกัน ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชัชติกา แม่ประสาธ (2550, บทคัดย่อ) ซึ่ง ศึกษาความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตามโครงการนำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่ (ราชบุรี) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกระบวนการการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประภาส สุนันท์ (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหาร หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.7 ตำแหน่งที่เข้ามาเป็นคณะกรรมการ คณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่มีตำแหน่งที่เข้ามาเป็นคณะกรรมการต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 7 โดยพบว่านายกองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมากกว่าตำแหน่งอื่น อธิบายได้ว่า ตำแหน่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาลในฐานะของประธาน และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล ในฐานะเลขานุการของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นผู้มีบทบาทและรับผิดชอบโดยตรงในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง

การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จึงจะสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานไปได้ ส่วนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้บทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนอยู่แล้ว และส่วนใหญ่จะได้รับการประชุมชี้แจง และรับนโยบายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาปฏิบัติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชัชติกา แม่ประสาธ (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตามโครงการนำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาพื้นที่ (ราชบุรี) ที่พบว่าตำแหน่งที่เข้ามาเป็นคณะกรรมการมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประภาส สุนันท์ (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในจังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งที่เข้ามาเป็นคณะกรรมการกับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง พบว่าการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง อยู่ในระดับมาก และคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่มีเพศ และรายได้ต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ไม่แตกต่างกัน ส่วนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่มีอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และตำแหน่งที่เข้ามาเป็นกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นต่างกันมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนองแตกต่างกัน จากข้อค้นพบดังกล่าว ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ และคณะทำงานระดับจังหวัด ควรมีการกำหนดกลยุทธ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในด้านการดำเนินกิจกรรม เช่น การมอบหมายงาน แผนงาน/ กิจกรรมให้คณะกรรมการแต่ละคน มีการกำกับ ติดตาม ดูแล และตรวจสอบผลการดำเนินงาน

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ และคณะทำงานระดับจังหวัด ควรมีแผนที่จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ ด้านวางแผนและตัดสินใจ มีการจัดอบรม ในเรื่องการวางแผนกลยุทธ์เพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับคณะกรรมการ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรมีการเพิ่มประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ โดยการจัดประชุมอย่างต่อเนื่อง มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของคณะกรรมการกองทุน เพื่อสร้างความเข้าใจ ทศนคติที่ดีในการดำเนินงานกองทุน เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เสนอแนะปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2. คณะกรรมการบริหารกองทุนควรเน้นประชาสัมพันธ์ถึงกิจกรรมที่กองทุนดำเนินการ รายงานความก้าวหน้า ผลการดำเนินการ เพื่อดึงประชาชนเข้ามามีส่วนรวม จะได้นำปัญหา/ ความต้องการที่แท้จริงของประชาชนมาใช้แก้ปัญหาสุขภาพ

3. คณะทำงานระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ต้องมีการนิเทศ ติดตาม มีระบบที่ปรึกษาและประเมินผลการดำเนินการกองทุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คำแนะนำแก่คณะกรรมการเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุน ซึ่งจะช่วยเพิ่มทักษะและพัฒนาความรู้ความสามารถของคณะกรรมการ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ควรศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นว่าประชาชนหรือประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างเสมอภาคถ้วนหน้าหรือไม่

2. ควรศึกษาประเมินความพึงพอใจของประชาชนในพื้นที่ที่มีต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

3. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมในรูปแบบของการศึกษาเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Action Research) เพื่อศึกษาและพัฒนาการมีส่วนร่วม โดยอาศัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน แล้วสังเคราะห์เป็นกลวิธีในการดำเนินงานจริงในพื้นที่ และขยายผลหรือนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

บรรณานุกรม

- กลุ่มงานพัฒนาวิทยาศาสตร์สาธารณสุข. (2555). เอกสารประกอบการนิเทศงานและตรวจราชการ ประจำปี 2555. ระนอง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง.
- โกวิทย์ พวงงาม. (2545). การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน. ม.ป.ท.
- จิราวัลย์ วรวงศ์. (2550). การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาท้องถิ่นของ เทศบาลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด. การศึกษาค้นคว้าอิสระ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขานโยบายสาธารณะ, วิทยาลัยการเมือง การปกครอง, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชัชติกา แม้ประสาท. (2550). ความรู้ ทักษะคิดและการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตามโครงการนำร่อง ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาพื้นที่ (ราชบุรี).
วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2544). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ. (2550). การวิจัยนโยบายสาธารณะ: ประเมินกองทุนหลักประกัน สุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ดิน ปรัชญพฤทธิ. (2535). ภาวะผู้นำและการมีส่วนร่วม. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาพฤติกรรม มนุษย์ในองค์กร (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2546). การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง. กรุงเทพฯ: 598 Print.
- บำเพ็ญ เขียวหวาน และคณะ. (2537). รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการมีส่วนร่วมขององค์กร ชวบ้านในการพัฒนางานส่งเสริมการเกษตรจังหวัดพังงา. พังงา: สำนักงานเกษตร จังหวัดพังงา.
- ประทุม รอดประเสริฐ. (2539). นโยบายและการวางแผน: หลักการและทฤษฎี (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: เนติกุลการพิมพ์.

- ประนอม ชันทะ. (2553). *การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น*. การศึกษาอิสระสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประภาส สุนันท์. (2553). *ความรู้และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์สาขารณศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ประยูร ศรีประสาธน์. (2542). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคณะกรรมการศึกษาประจำโรงเรียนประถมศึกษา*. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ประสพสุข ดีอินทร์. (2531). *การมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ของกำนันผู้ใหญ่บ้านในภาคเหนือ*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสิ่งแวดล้อม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พงษ์เสฐียร เหลืองอลงกต. (2555). *เอกสารประกอบการสอนรายวิชา สถิติสำหรับการวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์*. ชลบุรี: วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550, 19 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 1-2.
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. (2545, 18 พฤศจิกายน) *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 18.
- พัชรินทร์ สิริสุนทร. (2549). *ระเบียบวิจัยทางสังคมศาสตร์*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์. (2531). *การมีส่วนร่วมของประชาชน*. *วารสารพัฒนาชุมชน*, 27(2), 24-30.
- มนตรี นาคสมบุรณ์. (2540). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการเมืองการบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบลศึกษากรณ์ จังหวัดปทุมธานี*. ภาคนิพนธ์พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพัฒนาสังคม, คณะพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ยุพาพร รุปงาม. (2545). *การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงานประมาธในการปฏิรูประบบราชการ*. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพัฒนาสังคม, คณะพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. (2549). *เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาชนบท หน่วยที่ 8-15 สาขาเกษตรและสหกรณ์* มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์พลชัย.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. (2540, 11 ตุลาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้า 17

- ลักขณา กู้สว่าง. (2546). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการคัดแยกขยะมูลฝอยในเทศบาลเมืองลำพูน*. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาเศรษฐศาสตร์ การเมือง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลิขิต หมู่ดี. (2538). *การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการดำเนินงานพัฒนาท้องถิ่นของสภาตำบล: ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดปทุมธานี*. ภาคนิพนธ์พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพัฒนาสังคม, คณะพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วาสนา ถิ่นขาม. (2548). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการวางแผนพัฒนาตำบล: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลเก่าขาม อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี*. การศึกษาค้นคว้าอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา นโยบายสาธารณะ, วิทยาลัยการเมืองการปกครอง, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศักดิ์สิทธิ์ เข้มศรี. (2543). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำจัดขยะในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี*. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา นโยบายสาธารณะ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สถาบันพระปกเกล้า. (2545). *การกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่นในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ธรรมดาเพรส.
- สมลักษณ์ ไชยเสริฐ. (2549). *การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในคณะกรรมการตรวจสอบและติดตามการบริหารงานตำรวจของสถานีตำรวจนครบาล*. คุญฉินิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขา นโยบายและการบริหารสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- สยาม บุญสม. (2542). *การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดำเนินการตามนโยบายเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเองอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี*. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพัฒนาสังคม, คณะพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สฤกษ์ดี เสาใบ. (2539). *การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการหมู่บ้านต่อโครงการแก้ไขปัญหาคความยากจน: ศึกษาเฉพาะกรณีกิ่งอำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี*. ภาคนิพนธ์พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพัฒนาสังคม, คณะพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- สุธี ศรสุวรรณค์. (2538). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของมุสลิม: ศึกษาเฉพาะกรณีตำบลคลองตะเคียน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. ภาคนิพนธ์พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพัฒนาสังคม, คณะพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุวิมล ศิริกันันท์. (2548). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2545). *พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- _____. (2548). *รวมพลังสร้างสรรค์หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- _____. (2550). *ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- _____. (2551). *คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล)*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.). (2547). *องค์กรท้องถิ่นกับการจัดการด้านสุขภาพ เอกสารชุดเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: พี.วาทีน พรินติ้ง.
- สำนักมาตรฐานการศึกษา, สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ, กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักมาตรฐานอุดมศึกษา และทบวงมหาวิทยาลัย. (2545). *ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ชุดวิชาการวิจัยชุมชน*. กรุงเทพฯ: เอส. อาร์. พรินติ้ง.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2555). *หลักธรรมาภิบาลของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี*. วันที่ค้นข้อมูล 12 พฤษภาคม 2556, เข้าถึงได้จาก http://opdc.go.th/special.php?spc_id=3&content_id=2225
- อคิน รพีพัฒน์. (2540). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: สักดิ์โสภากการพิมพ์.
- อภิญา กังสนารักษ์. (2544). *รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในองค์กรที่มีประสิทธิผลระดับคณะของสถาบันอุดมศึกษา*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อมร ภารา. (2554). *ความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น กรณีศึกษาอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

- อรทัย ก๊กผล. (2552). *คู่มือ คู่มือ การมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับนักบริหารท้องถิ่น*.
กรุงเทพฯ: จรัสสินิทวงศ์การพิมพ์.
- อำพล จินดาวัฒนะ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. (2547). *พัฒนาการทางนโยบายของการสร้าง
หลักประกันสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Bertrand, L. A. (1958). *Rural Sociology*. New York: McGraw-Hill.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). *Effective Behavior in Organizations*. New York: Richard
D. Irwin Inc.
- _____. (1981). *Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design
Implementation and Evaluation*. New York: Cornell University.
- Erwin, W. (1976). *Participation Management: Concept Theory and Implementation*. Atlanta:
Georgia State University.
- Fornaroff, A. (1980). *Community Involvement in Health System for Primary Health Care*.
Geneva: World Health Organization.
- Kaufman, H. F. (1949). *Participation in Organized Activities in Selected Kentucky Localities*.
Kentucky: University of Kentucky.
- United Nation. (1975). *Popular Participation in Decision Making of Development*. New York:
United Nations Publication.

ภาคผนวก

แบบสอบถาม

การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
จังหวัดระนอง

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบปัญหาพิเศษของการศึกษาตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการศึกษาวิจัยทางวิชาการเท่านั้น ผู้ทำการศึกษาจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ คำตอบของท่านเป็นคำตอบที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่องานทางวิชาการเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นขอให้ท่านได้โปรดกรอกข้อความตามความเป็นจริงมากที่สุด

2. แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นางสาวสมภร จันจรัส

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] ที่ตรงกับตัวท่าน

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ [] 1. ชาย [] 2. หญิง	SEX <input type="checkbox"/>
2. อายุ [] 1. 21-30 ปี [] 2. 31-40 ปี [] 3. 41-50 ปี [] 4. 51-60 ปี [] 5. 60 ปีขึ้นไป	AGE <input type="checkbox"/>
3. ระดับการศึกษาสูงสุด [] 1. ประถมศึกษา [] 2. มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3 หรือ ม.ศ.3) [] 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6 หรือ ม.ศ.5) [] 4. อนุปริญญา หรือ ปวส. [] 5. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า [] 6. สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	EDU <input type="checkbox"/>
4. สถานภาพสมรส [] 1. โสด [] 2. สมรส [] 3. หม้าย [] 4. หย่า [] 5. แยกกันอยู่	STAT <input type="checkbox"/>
5. อาชีพหลัก [] 1. เกษตรกร [] 2. ค้าขาย [] 3. รับจ้าง [] 4. รับราชการ [] 5. อื่น ๆ ระบุ.....	OCCU <input type="checkbox"/>

ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
<p>6. รายได้เฉลี่ยเดือนละ (ยังไม่หักค่าใช้จ่าย)</p> <p>[] 1. ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท</p> <p>[] 2. 10,001 บาท-20,000 บาท</p> <p>[] 3. 20,001 บาท-30,000 บาท</p> <p>[] 4. 30,001 บาท-40,000 บาท</p> <p>[] 5. 40,001 บาท-50,000 บาท</p> <p>[] 6. 50,001 บาท-60,000 บาท</p> <p>[] 7. 60,001 บาท-70,000 บาท</p> <p>[] 8. 70,000 บาทขึ้นไป</p>	<p>INC <input type="checkbox"/></p>
<p>7. ตำแหน่งของการเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น</p> <p>[] 1. นายกองค้การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล</p> <p>[] 2. สมาชิกกองค้การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล</p> <p>[] 3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>[] 4. ปลัดกองค้การบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล</p> <p>[] 5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</p> <p>[] 6. ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชน</p>	<p>RANK <input type="checkbox"/></p>

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
 คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ท่านเห็นด้วยเพียงช่องเดียวต่อหนึ่งหัวข้อ

ประเด็นการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				สำหรับ ผู้วิจัย
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย เลย	
การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ					
1. ท่านเข้าร่วมประชุมในการ วิเคราะห์สภาพปัญหาที่เกี่ยวกับงาน สาธารณสุขในชุมชนของท่านก่อนที่ จะมีการวางแผนโครงการต่าง ๆ ของ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่น					PLA1 <input type="checkbox"/>
2. ท่านมีส่วนร่วมในการร่วมคิด วางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นของท่าน					PLA2 <input type="checkbox"/>
3. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการ บริหารจัดการงบประมาณในกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น					PLA3 <input type="checkbox"/>
4. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนด วัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่น					PLA4 <input type="checkbox"/>
5. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจ กรรมการบริหารกองทุนให้เป็นไป ตามสภาพปัญหา และความต้องการ ของประชาชน					PLA5 <input type="checkbox"/>
6. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนด ผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น					PLA6 <input type="checkbox"/>

ประเด็นการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				สำหรับ ผู้วิจัย
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย เลย	
7. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น					PLA7 <input type="checkbox"/>
8. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการติดตามประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น					PLA8 <input type="checkbox"/>
การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ					
1. ท่านมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดทำแผนดำเนินการที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย การจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนและชุมชนอย่างทั่วถึง					IMPLE1 <input type="checkbox"/>
2. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินงานตามความจำเป็นในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น					IMPLE2 <input type="checkbox"/>
3. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน/ โครงการของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น					IMPLE3 <input type="checkbox"/>

ประเด็นการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				สำหรับ ผู้วิจัย
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย เลย	
4. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนด วัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่น					PLA4 <input type="checkbox"/>
5. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนด กิจกรรม การบริหารกองทุนให้เป็นไป ตามสภาพปัญหา และความต้องการ ของประชาชน					PLA5 <input type="checkbox"/>
6. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนด ผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น					PLA6 <input type="checkbox"/>
7. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดสรร ทรัพยากรในการดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น					PLA7 <input type="checkbox"/>
8. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดแนว ทางการติดตามประเมินผลการ ดำเนินงานกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น					PLA8 <input type="checkbox"/>
การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ					
1. ท่านมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการ จัดทำแผนดำเนินการเกี่ยวกับปัญหา สาธารณสุข การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย การจัดบริการสุขภาพตามชุดสิทธิ ประโยชน์แก่ประชาชนและชุมชน อย่างทั่วถึง					IMPLE1 <input type="checkbox"/>

ประเด็นการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				สำหรับ ผู้วิจัย
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย เลย	
2. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดตั้ง คณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อ ดำเนินงานตามความจำเป็นในการ ดำเนินงานกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น					IMPLE2 <input type="checkbox"/>
3. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนิน กิจกรรมตามแผนงาน/ โครงการของ การดำเนินงานกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น					IMPLE3 <input type="checkbox"/>
4. ท่านมีส่วนร่วมในการสนับสนุน ทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์หรือแรงงาน ให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น					IMPLE4 <input type="checkbox"/>
5. ท่านมีส่วนร่วมในการประสานงาน จากบุคคล หรือหน่วยงานอื่น ๆ ใน การดำเนินงานกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น					IMPLE5 <input type="checkbox"/>
6. ท่านมีส่วนร่วมในการเบิกจ่าย งบประมาณ เพื่อใช้ในการดำเนินตาม แผนงาน/ โครงการของกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น					IMPLE6 <input type="checkbox"/>

ประเด็นการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				สำหรับ ผู้วิจัย
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย เลย	
7. ท่านมีส่วนร่วมในการควบคุม กำกับการดำเนินงานตามแผนงานของ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่น					IMPLE7 <input type="checkbox"/>
8. ท่านมีส่วนร่วมในการ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานของ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่นระดับท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง					IMPLE8 <input type="checkbox"/>
การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์					
1. ท่านได้รับสิ่งตอบแทนอย่าง เหมาะสม (ค่าตอบแทน ค่าชมเชย) จากการดำเนินงานของกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น					UTIL1 <input type="checkbox"/>
2. ท่านได้รับความภาคภูมิใจจากการ ดำเนินงานของกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น					UTIL2 <input type="checkbox"/>
3. ท่านและครอบครัวได้ใช้บริการ สุขภาพ จากกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น					UTIL3 <input type="checkbox"/>
4. ประชาชนในชุมชนได้รับการ พัฒนาสุขภาพ ที่ดีขึ้นจากการ ดำเนินงานของกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นระดับท้องถิ่น					UTIL4 <input type="checkbox"/>

ประเด็นการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				สำหรับ ผู้วิจัย
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย เลย	
5. ประชาชนในชุมชนมีความพึงพอใจในการบริการสุขภาพมากขึ้นจากการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น					UTIL5 <input type="checkbox"/>
6. ประชาชนในชุมชน มีความรักความสามัคคีมากขึ้นจากการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น					UTIL6 <input type="checkbox"/>
การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล					
1. ท่านมีส่วนร่วมในการสอบถามความคิดเห็นของประชาชนต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น					EVA1 <input type="checkbox"/>
2. ท่านมีส่วนร่วมในการนำความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของประชาชนมาปรับปรุงแก้ไข การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น					EVA2 <input type="checkbox"/>
3. ท่านมีส่วนร่วมในการสอบถามความต้องการหรือความคาดหวังของประชาชนต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น					EVA3 <input type="checkbox"/>

ประเด็นการมีส่วนร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม				สำหรับ ผู้วิจัย
	ทุกครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย เลย	
4. ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผล และติดตามการดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพเพื่อปรับปรุงและ พัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น					EVA4 <input type="checkbox"/>
5. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตาม สรุปผลการเบิกจ่ายงบประมาณใน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่น					EVA5 <input type="checkbox"/>
6. ท่านมีส่วนร่วมในการสรุปผลการ ดำเนินงานประจำปี ของกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อรายงานสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ และอบต./ เทศบาล ทราบ					EVA6 <input type="checkbox"/>
7. ท่านมีส่วนร่วมในการ ประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานของ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่นให้ประชาชนในชุมชน รับทราบ					EVA7 <input type="checkbox"/>