

รายงานการวิจัย

การมีส่วนร่วมของประชาชนกับการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ

Community Participation in Government Hospital Administration

อรรถัย รวยอาจิณ
สุวจิ จันทร์ถนอม-ก๊อด
ธวัชชัย บุญโชติ

ภาควิชาสังคมศาสตร์
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ความเห็นและข้อเสนอแนะในเอกสารนี้
เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความคิดเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พฤศจิกายน 2543

รายงานการวิจัย

การมีส่วนร่วมของประชาชนกับการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ Community Participation in Government Hospital Administration

หัวหน้าโครงการ
และนักวิจัยหลัก

อรรถัย รวยอาจิณ

นักวิจัย

สุวจิ จันทร์ถนอม-ภู็ด

ธวัชชัย บุญโชติ

ผู้ช่วยนักวิจัย

วิภากรณ์ ปัญญาดี

วิวัฒน์ แซ่ลิ้ม

อโนมา สอนบาลี

ภาควิชาสังคมศาสตร์
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ความเห็นและข้อเสนอแนะในเอกสารนี้
เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความคิดเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พฤศจิกายน 2543

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้เกิดขึ้นได้จากการเล็งเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ โดยนายแพทย์สุภกร บัวสาย ซึ่งเป็นผู้จุดประเด็นคำถามในการวิจัย เพื่อให้ผู้วิจัยใช้เป็นกรอบในการศึกษาที่เป็นประโยชน์ในเชิงนโยบายปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อโรงพยาบาลต้องการแปรรูปเป็นองค์การมหาชนภายใต้การกำกับดูแลของรัฐ นอกจากนี้ยังเป็นผู้ชี้แนะหาทางออกที่เหมาะสม เมื่อทีมวิจัยต้องเผชิญอุปสรรคในการเลือกโรงพยาบาลให้เป็นกรณีตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

โครงการวิจัยนี้สามารถดำเนินการได้ หากไม่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อ นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และรู้สึกชื่นชมศรัทธาในความเป็นผู้นำที่ผลักดันให้เกิดโครงการวิจัยนี้ สมเจตนารมณ์ของการปฏิรูประบบสาธารณสุข

ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการวิจัย ผู้ที่ทีมวิจัยจะลืมมิได้ก็คือ เกสัชกรหญิงงามจิตต์ จันทรสาธิต สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผู้ซึ่งให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในด้านการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาสำรวจระดับกว้าง ตลอดจนให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อโครงการวิจัยตั้งแต่เริ่มแรกจนแล้วเสร็จ รวมทั้ง คุณกุลธิดา ศรีวิจิตร ผู้ซึ่งให้ความช่วยเหลือประสานงานได้อย่างราบรื่นตลอดมา ทีมวิจัยรู้สึกขอบคุณอย่างจริงใจไว้ ณ ที่นี้

สิ่งสำคัญที่สุดของงานวิจัยก็คือ ความสมบูรณ์ของข้อมูล โครงการวิจัยได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วประเทศ ในการตอบแบบสอบถามที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลและทีมงานทั้ง 5 แห่ง ที่เป็นกรณีศึกษาซึ่งท่านได้ให้ความกรุณาต่อทีมวิจัยในการสละเวลาอันมีค่าให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ ทีมวิจัยใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

บุคคลที่สร้างความประทับใจให้กับทีมวิจัยเป็นอันมากก็คือ ผู้นำชุมชนต่างๆ ได้แก่ ผู้นำชุมชนบ้านแพ้ว ผู้นำชุมชนท่าวังผา และผู้นำชุมชนห้วยพลู ผู้ซึ่งได้เสียสละเวลา แรงกาย และทุนทรัพย์ สิ่งของต่างๆ เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลในชุมชนของตน อีกทั้งยังให้ความกรุณาถ่ายทอดประสบการณ์อันมีค่าเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและบริหารจัดการโรงพยาบาล ให้แก่ทีมวิจัยด้วยความเต็มใจ ทีมวิจัยซาบซึ้งในความมีน้ำใจของท่าน จึงใคร่กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

รายงานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดีจากความกรุณาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในการจัดหาผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็น ทีมวิจัยใคร่ขอขอบพระคุณสำหรับข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงรายงานฉบับนี้

อรทัย รวยอาจิน และทีมวิจัย.
พฤศจิกายน 2543

การมีส่วนร่วมของประชาชนกับการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ

อรรถัย รวยอาจิณ
สุวิจิ จันทรัตนอม-ภู็ค
ธวัชชัย บุญโชติ

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์ที่จะสำรวจสถานการณ์ปัจจุบันของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา/บริหารโรงพยาบาล โดยศึกษารายละเอียดของลักษณะและกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชน ทั้งนี้โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังโรงพยาบาลรัฐขนาดตั้งแต่ 60 เตียงขึ้นไปทั้งหมดรวม 209 แห่ง และได้คัดเลือกโรงพยาบาล 5 แห่ง เพื่อทำการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) โรงพยาบาลที่เป็นกรณีศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลท่าม่วง โรงพยาบาลห้วยพลู โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ และโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ผลของการสำรวจระดับกว้าง พบว่า โรงพยาบาลของรัฐแทบทั้งหมดเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในหลายลักษณะด้วยกัน ทั้งในด้านการบริหารจัดการโรงพยาบาล รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ในโรงพยาบาลและที่จัดขึ้นในชุมชน รูปแบบของการมีส่วนร่วมที่สำคัญ ได้แก่ การเป็นกรรมการที่ปรึกษา (ร้อยละ 44.2) การระดมทรัพยากรให้โรงพยาบาลโดยการบริจาคเงิน ที่ดิน การจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ต่างๆ ตามความขาดแคลนของโรงพยาบาล แต่แทบจะไม่มีโรงพยาบาลแห่งใดที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหาร ยกเว้นโรงพยาบาลบ้านแพ้ว แรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่ ความต้องการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงโรงพยาบาลมากขึ้น (ร้อยละ 89.0) และความขาดแคลนงบประมาณที่จะขยายกิจการของโรงพยาบาล (ร้อยละ 47.4) รวมทั้งการตื่นตัวจากฝ่ายประชาชนหรือชุมชนเอง (ร้อยละ 43.0) โรงพยาบาลแทบทั้งหมด (ร้อยละ 95.9) เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชน ประมาณสองในสาม (ร้อยละ 67.4) เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนไม่ก่อให้เกิดปัญหาหรืออุปสรรคต่อการทำงาน ส่วนแนวโน้มที่โรงพยาบาลจะมีแผนปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ พบว่า ประมาณหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 26.2) มีแผนดังกล่าวเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารงาน ขณะที่ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.3) ยังไม่แน่ใจ

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพได้ผลสอดคล้องกันว่า ชุมชนมีศักยภาพเพียงพอที่จะพัฒนา/บริหารโรงพยาบาลให้เป็นไปในทิศทางที่ชุมชนต้องการ การมีส่วนร่วมของชุมชน มี 4 รูปแบบใหญ่ๆ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจด้านนโยบายและแผนพัฒนาระบบบริการ 2) การมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการ 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของโรงพยาบาล และ 4) การทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชนในการบริหารจัดการโรงพยาบาล มี 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านโรงพยาบาล ปัจจัยด้านชุมชน และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล ปัจจัยด้านโรงพยาบาลที่สำคัญได้แก่ นโยบายการเข้าถึงชุมชน การเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ศักยภาพของผู้นำหรือผู้อำนวยการ ความขาดแคลนงบประมาณจากภาครัฐ รวมทั้งการใช้กลวิธีในการระดมพลังชุมชนจากความศรัทธาต่อศาสนา ส่วนปัจจัยด้านชุมชนที่สำคัญได้แก่ ความต้องการด้านบริการสุขภาพ ศักยภาพของชุมชน ความศรัทธาในผู้นำ ความพึงพอใจในบริการ และความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของโรงพยาบาล รวมทั้งความสัมพันธ์ในแนวราบระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

เพื่อให้โรงพยาบาลมีโครงสร้างการบริหารที่ส่งเสริมให้ประชาชน/ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารของโรงพยาบาล จำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารโดยจัดให้มีคณะกรรมการบริหารที่มาจากฝ่ายประชาชนทั้งหมดหรือบางส่วน ไม่ต่ำกว่าครึ่งหนึ่งของกรรมการบริหารทั้งหมด ทั้งนี้เพื่อให้ชุมชนมีอำนาจตัดสินใจเชิงนโยบายและแผน รวมทั้งการบริหารจัดการการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆของโรงพยาบาล ตลอดจนการควบคุมกำกับและตรวจสอบการบริหารงานของโรงพยาบาลโดยแท้จริง

เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยั่งยืน รัฐและโรงพยาบาลจำเป็นต้องสร้างเงื่อนไขเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจชุมชนให้เอื้ออำนวยต่อการมีส่วนร่วม เงื่อนไขที่จำเป็นได้แก่ การสร้างกระแสความตื่นตัวของชุมชนในระบบประชาธิปไตย การสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มในลักษณะประชาสังคม การปลูกกระแสให้เกิดความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของโรงพยาบาลและรู้จักรักษาสิทธิผู้ป่วย นอกจากนี้ โรงพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญกับนโยบายเข้าถึงชุมชนโดยจัดบริการเชิงรุกเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ตลอดจนจัดให้มีโครงการพัฒนาสุขภาพผสมผสานไปกับโครงการพัฒนาเศรษฐกิจของชุมชน เพื่อสร้างชุมชนให้เข้มแข็งและมีศักยภาพทางเศรษฐกิจเพียงพอที่จะเอื้อต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา/บริหารโรงพยาบาล ทั้งนี้โดยการประสานความร่วมมือกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น ทั้งองค์กรของรัฐและเอกชนรวมทั้งวัดซึ่งเป็นศูนย์กลางของชุมชน

ในการกำหนดกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน อาทิเช่น องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คุณสมบัติของผู้แทนชุมชนที่จะเข้ามาเป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล รวมทั้งขั้นตอนของการได้มาซึ่งผู้แทนชุมชน ฯลฯ ควรจะให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพิจารณาตัดสินใจ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและสอดคล้องกับสภาพสังคมวัฒนธรรมของชุมชน ตลอดจนมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

Key Words: การมีส่วนร่วมของชุมชน, โรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ, การปฏิรูประบบสุขภาพ
Community participation, Autonomous hospital, Health care reform

Community Participation in Government Hospital Administration

Oratai Rauyajin
Suvajee Chantanom-Good
Thawatchai Boonchote

Abstract

The primary purpose of this study is to explore the current situation of community participation in government hospitals in Thailand. This concerns community participation in the context of hospital development and management, as well as its underlying factors. The methods of data collection include both quantitative and qualitative.

A nation-wide mailed questionnaire survey was carried out to determine the extent of participation in government hospitals with at least 60 patient-beds. The questionnaires were mailed to the total number of 212 eligible hospitals and 209 completed questionnaire were returned, or the response rate was 98.8 percent. The qualitative data collection aims at in-depth investigation of the process and underlying factors of community participation in hospital development and management.

The survey result indicated that community participation in any specific health program organized by the hospitals has been developed at a certain level, but not in the hospital administration except Ban Peaw community hospital in the central part of the country. The most popular form of participation reported by hospitals is community leaders participating as hospital consultative committee members. The main activity of the committee is to help fund raising and mobilize local resources for hospital development. On the part of hospitals, the reported significant reasons underlying community participation development was to strengthen hospital accessibility by the community they served (89.8 percent). The other important reasons reported included inadequacy of the government budget (47.4 percent) and communities' interest (43.0 percent). The majority of hospitals (95.9 percent) appeared to recognize the importance and benefits of community participation. About one-third reported no problems in hospital development as a result of community participation, and about one-fourth had plans to reform the administration to become autonomous hospitals.

Four hospitals experienced with community participation in development and management including 3 government community hospitals and one private-non profit foundation hospital were purposively selected as case studies for qualitative data analysis. The hospital administrators and key staff members as well as community leaders were given in-depth interviews. The major findings are that the communities have competence in hospital development and management in the direction they need. The four major existing forms of community participation include 1) community participation in the decision making process of hospital development plans and policy formulation for the health service system, 2) community participation in hospital management of infrastructure and non-medical activities, 3) community involvement in health care service implementation, and 4) community involvement as coordinators to bridge gaps between hospitals and communities.

The factors facilitating community participation are threefold: 1) hospital related factors, 2) community related factors and 3) quality of relationship between hospitals and communities they served. The crucial hospital related factors are the policy of community involvement expressed by the hospital administrators, the competence and leadership of hospital administrators, the inadequacy of the government budget for hospital development, the hospital administrators' expression of his or her sincere welcoming of community members to participate in hospital development/administrative/consultative committees, as well as strategies for mobilizing local resources through the integration of religious beliefs held by the community. On the part of community, the critical factors are community health needs, community competence, community faith and trust in hospital administrator, sense of belonging to hospital, and community satisfaction with the services provided. Lastly, but very important, is the good relationship between hospital administrators/staff and community members.

To sustain effective community participation, the government sector, including government hospitals should construct communities' social and economic conditions to facilitate community participation in government hospital administration. The concepts of civil society, good governance based upon democratic ideology, equity and patient's rights, and sense of belonging to government hospitals are recommended as strategies to be promoted in the communities. In addition, the health promotion hospital policy of providing out-reach health promotion services should be strengthened. To empower community members with sufficient potentiality to actively participate in hospital administration, the government sector and government hospitals should promote comprehensive development projects, both health-based and community-based economy, based in the communities they serve. This should be coordinated with the existing community organizations, both government and non-government, including community temples.

To facilitate community power in decision making in hospital administration, the present hospital administrative structure needs to be reformed. All, or at least more than half of the total number of the administrative committee members should be selected from among the representatives of community members.

Practical rules and regulations for community participation, for instance, the composition of the hospital administrative committee members, the characteristics of eligible representatives of the community members and selective procedures, should be developed and considered through the process by which the community has equity participation in decision making.

Key Words: Community Participation, Autonomous Hospital, Health Care Reform

การมีส่วนร่วมของชุมชน, โรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ, การปฏิรูประบบสุขภาพ

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข-ค
Abstract	ง-จ
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษา	1
ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน	2
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
ขอบเขตของการศึกษา	4
ข้อจำกัดในการศึกษา	4
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี	5
แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชน	5
ในโครงการพัฒนา	
ระดับต่างๆ ของการมีส่วนร่วมของชุมชน	7
ข้อสมมติฐานที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	8
ของชุมชน	
สาเหตุของความล้มเหลวของการมีส่วนร่วมของชุมชน	9
แนวคิดและประสบการณ์ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชน	9
ในการพัฒนาโรงพยาบาลและงานสาธารณสุข	
กรอบแนวคิด	14
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	15
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล	15
การวิจัยเชิงสำรวจ	15
การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ	16
การคัดเลือกโรงพยาบาลตัวอย่างในการศึกษาเฉพาะกรณี	16
การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล	18

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาโรงพยาบาล :	19
ผลการศึกษาเชิงปริมาณ	
ผลการศึกษาเชิงสำรวจ	19
การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารโรงพยาบาล	21
การมีส่วนร่วมในการจัดการ	25
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมเสริมของโรงพยาบาล	26
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่โรงพยาบาลจัดขึ้นในชุมชน	27
เหตุจูงใจที่โรงพยาบาลเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม	28
วิธีการที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม	29
การประชุมร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน	31
ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน	34
บทที่ 5 โรงพยาบาลบ้านแพ้วกับการมีส่วนร่วมของชุมชน:	38
ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ : กรณีศึกษาที่ 1	
สภาพภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม และประชากรของชุมชนบ้านแพ้ว	38
ลักษณะความสัมพันธ์ของชุมชน	38
ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว	39
กระบวนการและขั้นตอนของการแสวงหาการมีส่วนร่วมของชุมชน	41
บทบาทของชุมชนในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล	45
วิเคราะห์เหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน	56
บทที่ 6 โรงพยาบาลท่าวังผากับการมีส่วนร่วมของชุมชน:	62
ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ : กรณีศึกษาที่ 2	
สภาพภูมิศาสตร์และประชากร	62
ลักษณะความสัมพันธ์ของชุมชน	63
ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรงพยาบาล	65
กระบวนการและขั้นตอนของการแสวงหาซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน	67
บทบาทของชุมชนในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล	74
วิเคราะห์เหตุปัจจัยของการมีส่วนร่วมของประชาชน	80

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 7 โรงพยาบาลช่วยพลกับการมีส่วนร่วมของชุมชน :	86
ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ : กรณีศึกษาที่ 3	
สภาพภูมิศาสตร์และประชากร	86
ความสัมพันธ์ของชุมชน	87
โรงพยาบาลช่วยพล	87
กระบวนการและขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน	89
บทบาทของชุมชนในการพัฒนาโรงพยาบาล	94
วิเคราะห์เหตุปัจจัยในการมีส่วนร่วมของชุมชน	101
 บทที่ 8 โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิกับการมีส่วนร่วมของชุมชน :	 106
ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ : กรณีศึกษาที่ 4	
ข้อมูลเกี่ยวกับชุมชนเขาวราช	106
ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ	107
กระบวนการและขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของชุมชน	110
บทบาทต่างๆ ที่ชุมชนมีส่วนร่วม	113
วิเคราะห์ปัจจัยในการดำเนินการเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วม	119
อย่างเป็นรูปธรรม	
 บทที่ 9 สรุปและข้อเสนอแนะ	 124
กระบวนการเข้ามามีส่วนร่วมชุมชนในการพัฒนาโรงพยาบาล	125
ลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา/บริหาร	129
สรุปปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลชุมชน	133
ในการพัฒนา/บริหารจัดการ โรงพยาบาล	
ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา/บริหารจัดการ	139
โรงพยาบาล	
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	144
ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย	151
บรรณานุกรม	154
ภาคผนวกที่ 1 โรงพยาบาลคริสเตียนกับการมีส่วนร่วมของชุมชน	156

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวกที่ 2 แบบสอบถาม	163
ภาคผนวกที่ 3 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึก	168

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนและอัตราส่วนร้อยละของโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม
2	จำนวนและอัตราส่วนร้อยละของลักษณะงานและกิจกรรมที่ประชาชนมีส่วนร่วมในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา
3	จำนวนและอัตราส่วนร้อยละของเหตุจูงใจที่โรงพยาบาลให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจการของโรงพยาบาล
4	วิธีการที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม
5	การประชุมร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน
6	แหล่งเงินทุนในการจัดกิจกรรมที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม
7	ผู้มีอำนาจตัดสินใจให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารและร่วมกิจกรรมของโรงพยาบาล
8	ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน
9	การมีแผนปรับเปลี่ยนโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลอิสระภายใต้กำกับของรัฐ
10	แนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลของรัฐเป็นองค์กรมหาชนภายใต้การกำกับของรัฐ

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังประสบภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ ประชาชนวัยแรงงานต้องตกงานมากกว่าหนึ่งล้านคน รายได้ที่ลดลงของครัวเรือนทำให้ประชาชนมีอำนาจในการซื้อต่ำลง ผลักดันให้ประชาชนเมื่อเจ็บป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยโรงพยาบาลของรัฐเป็นจำนวนมากขึ้นเพราะค่าบริการถูกกว่าโรงพยาบาลเอกชน ขณะเดียวกันภาวะวิกฤตินี้กระทบต่อรายได้และงบประมาณของรัฐบาลซึ่งจำเป็นต้องลดงบประมาณของกระทรวงต่างๆ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลของรัฐนับเป็นส่วนราชการที่อยู่ในความสนใจของประชาชนตลอดมา เมื่อเจ็บป่วย ประชาชนกว่าร้อยละ 25 ไปใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะกรณีที่เป็นการเจ็บป่วยหนัก โรงพยาบาลของรัฐจึงนับเป็นที่พึ่งพายามเจ็บป่วย โดยเฉพาะแก่กลุ่มประชาชนที่มีฐานะปานกลางถึงยากจน อย่างไรก็ตาม ประชาชนมีทัศนคติทางลบต่อบริการของโรงพยาบาลของรัฐ ทัศนคตินี้สะท้อนข้อเท็จจริงที่ประจักษ์ว่าผู้ใช้บริการไม่ได้รับความพึงพอใจในบริการตามที่คาดหวัง

การที่ประชาชนหรือคนไข้ยังไม่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลมีสาเหตุมากมายหลายประการ ซึ่งส่วนหนึ่งสืบเนื่องมาจากการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาล อาทิเช่น ความด้อยประสิทธิภาพอันเนื่องมาจากระบบราชการ ซึ่งรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลาง และมุ่งออกกฎระเบียบกลางเพื่อป้องกันการทุจริตรั่วไหลของการใช้ทรัพยากร (ซึ่งก็ไม่สามารถป้องกันได้โดยสมบูรณ์) และต้องการให้การปฏิบัติงานในทุกพื้นที่เป็นไปในรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ เพื่อง่ายต่อการตรวจสอบ อันมีผลทำให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีสภาพแข็งตัว (rigid) ด้อยประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหภายในองค์กรและการปรับปรุงระบบบริการให้เป็นที่พึงพอใจต่อคนไข้และประชาชนทั่วไป การจัดบริการงานดังกล่าวเป็นการบริหารที่สิ้นเปลืองทรัพยากรของรัฐ ขณะที่ปัญหาสุขภาพของประชาชนก็มิได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นวิธีการบริหารภายใต้ข้อสมมติฐานที่ว่า สภาพปัญหาของทุกจังหวัด ในทุกภูมิภาคของประเทศมีลักษณะไม่แตกต่างกัน และสภาพปัญหาของสังคมรวมทั้งปัญหาสุขภาพอนามัยมีลักษณะคงที่ (static) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ขัดแย้งกับความเป็นจริงของสังคมในปัจจุบัน ซึ่งสภาพปัญหามีลักษณะเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (dynamic) และลักษณะปัญหาในแต่ละชุมชนย่อมมีความคล้ายคลึงและแตกต่างกันไม่มากนักน้อย อันเนื่องมาจากสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ลักษณะทางภูมิศาสตร์และโครงสร้างของประชากรที่แตกต่างกันออกไป

นอกจากนั้น ผลการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ระบุว่า โรงพยาบาลมีปัญหาด้านโครงสร้างและระเบียบกฎเกณฑ์ อันเป็นสาเหตุใหญ่ของการด้อยประสิทธิภาพ ก.พ. จึงได้เสนอการปฏิรูประบบราชการเป็นนโยบายสำคัญแห่งรัฐในภาวะปัจจุบันอีกด้วย ข้อเสนอส่วนหนึ่งคือ การจัดโรงพยาบาลของรัฐบางประเภทไว้เป็นส่วนราชการที่ควรแปรรูปให้มีความคล่องตัวในลักษณะองค์การมหาชน ตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน ซึ่งรัฐได้ประกาศใช้บังคับเป็นกฎหมาย ในปี 2542

การปรับปรุงโรงพยาบาลของรัฐให้คล่องตัวจำเป็นที่ส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) จะต้องกระจายอำนาจไปยังโรงพยาบาล ให้มีอิสระในการบริหารจัดการให้มากที่สุดตราบเท่าที่โรงพยาบาลยังสนองตอบแผนพัฒนาระบบสาธารณสุขของรัฐ การที่โรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการได้อย่างคล่องตัว ย่อมทำให้ผู้บริหารมีโอกาสได้ใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาล เพื่อให้การจัดบริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชนที่รับผิดชอบได้อย่างแท้จริง

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพัฒนาสังคม ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ การศึกษา การศาสนา ตลอดจนการพัฒนาสุขภาพอนามัย หากปราศจากซึ่งความร่วมมือจากสังคมหรือชุมชนแล้ว โครงการพัฒนาเหล่านั้นก็ยากที่จะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

ประวัติศาสตร์สาธารณสุขโลก ได้สะท้อนให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนหรือประชาชน ก่อให้เกิดความสำเร็จในการกวาดล้างโรคระบาดสำคัญๆ ในอดีตให้หมดไปจากโลกนี้ เช่น ไข้ทรพิษ และโรคหลายๆ โรคซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างควบคุมและกวาดล้าง เช่น โปлио เท้าช้าง โรคเรื้อน มาลาเรีย และ เอชส์ ฯลฯ ซึ่งกลวิธีที่สำคัญอันหนึ่งที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญอยู่ในขณะนี้ก็คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับประเทศไทยก็ได้ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนมาเป็นเวลาหลายทศวรรษ รูปธรรมที่สะท้อนชัดเจนก็คือ การจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในโครงการต่างๆ เช่น อาสาสมัครมาลาเรีย อสม. ผสส. ฯลฯ เป็นต้น

ท่ามกลางวิกฤติเศรษฐกิจประเทศไทยได้รับความช่วยเหลือจากสถาบันการเงินระหว่างประเทศ ได้แก่ IMF, World Bank, OECF และ ADB การช่วยเหลือนี้ส่วนหนึ่งประกอบกับเงื่อนไขที่รัฐบาลได้รับว่าจะดำเนินการคือ การปฏิรูปโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคม เงื่อนไขจาก

ธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย (ADB) ส่วนหนึ่งคือ รัฐบาลไทยจะต้องทดลองปรับปรุงการบริหารโรงพยาบาลของรัฐให้คล่องตัวอย่างน้อยในโรงพยาบาลนำร่องแห่งหนึ่งภายในเดือนมีนาคม 2542

การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนได้กลายเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาประเทศแล้วในปัจจุบัน ดังที่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ได้สะท้อนแนวทางนี้ อย่างเด่นชัดโดยมุ่งเน้นการพัฒนา “ คน “ เป็นหัวใจของแผนฯ ในปี พ.ศ.2540 ระหว่างการร่างรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน กระบวนการปฏิรูปทางการเมืองขณะนั้น ก็ได้แสดงประจักษ์ชัดถึงบทบาทของประชาชนอันนำมาซึ่งบทบัญญัติใหม่ๆ ในรัฐธรรมนูญซึ่งให้ความสำคัญอย่างสูงกับประเด็นนี้ ตัวอย่างเช่น บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญหมวด 9 ทั้งหมดว่าด้วยการปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนด้านการสาธารณสุขนั้น รัฐธรรมนูญมาตรา 52 ได้กำหนดให้ส่งเสริมบทบาทขององค์กรภาคประชาชนในการจัดการบริการสาธารณสุข ยิ่งกว่านั้นหากทบทวนอดีตที่ผ่านมา การมีส่วนร่วมของประชาชนถือเป็นส่วนหนึ่งของการประสบความสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพอนามัย อาทิ การสาธารณสุขมูลฐาน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) คาดการณ์ว่า แนวนโยบายการปรับปรุงระบบบริหารโรงพยาบาลของรัฐ จำเป็นต้องพิจารณาระบบที่ประชาชนและชุมชนสามารถมีส่วนร่วมด้วย ซึ่งอาจนำไปสู่การที่ผู้ให้บริการตอบสนองต่อผู้ใช้บริการมากยิ่งขึ้น การพัฒนาคุณภาพบริการ การตรวจสอบที่โปร่งใสขึ้น ตลอดจนความสัมพันธ์อันดีระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษารูปแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา/บริหารโรงพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. สำรวจสถานการณ์ปัจจุบันว่าโรงพยาบาลของรัฐเปิดโอกาสให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาลมากน้อยเพียงไร และรูปแบบเป็นอย่างไร
2. ศึกษารายละเอียดของลักษณะและกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน /ชุมชนในการพัฒนา /บริหารโรงพยาบาล
3. เสนอรูปแบบ (model) วิธีการและเงื่อนไขที่เหมาะสมสำหรับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชนในการบริหารโรงพยาบาลที่คาดว่าจะแปรรูปเป็นองค์การมหาชน
4. เสนอแนะขั้นตอน และโครงสร้างการบริหารงานที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชนในการบริหารโรงพยาบาล
5. เสนอแนะดัชนีชี้วัดเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารโรงพยาบาล

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษารายละเอียดของลักษณะและกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการพัฒนาและบริหารโรงพยาบาล เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยเลือกกรณีศึกษาจากโรงพยาบาลที่เคยประสบความสำเร็จในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาและบริหารโรงพยาบาลมาก่อน โดยศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนของการแสวงหาการมีส่วนร่วมของชุมชน บทบาทของชุมชนในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล รวมทั้งวิเคราะห์เหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเท่านั้น ส่วนข้อดีข้อเสียของการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งความพึงพอใจของบุคลากรในโรงพยาบาลตลอดจนประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารโรงพยาบาลอยู่นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้างนี้

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาค้างนี้ได้วางแผนที่จะคัดเลือกโรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาดใหญ่เป็นกรณีศึกษาสำหรับการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลรัฐทั้ง 7 แห่งที่มีคุณสมบัติ พร้อมทั้งจะปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลอิสระภายใต้กำกับของรัฐ อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาเบื้องต้น พบว่า โรงพยาบาลเหล่านั้น มีประสบการณ์การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา หรือการบริหารจัดการโรงพยาบาล ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญต่อการศึกษาค้างนี้ น้อยมาก ยกเว้นโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งเป็นโรงพยาบาลนำร่องในการปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลอิสระภายใต้กำกับของรัฐ ดังนั้น การศึกษาค้างนี้จึงไม่สามารถทำการคัดเลือกโรงพยาบาลรัฐที่มีขนาดใหญ่และมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลอิสระภายใต้กำกับของรัฐเป็นกรณีศึกษาได้ ดังนั้น โรงพยาบาลรัฐที่ได้รับเลือกให้เป็นกรณีศึกษาในการวิจัยค้างนี้ จึงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กทั้งหมด โดยกระจายอยู่ในภาคกลาง 2 แห่ง และภาคเหนือ 1 แห่ง ทั้งนี้เนื่องจากมีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาโรงพยาบาลมาก่อน รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครอีก 2 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่บริหารโดยมูลนิธิ โดยไม่มุ่งแสวงหาผลกำไรและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาค้างนี้ อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาในรายละเอียดพบว่า โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มีลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชนไม่ชัดเจนนัก จึงได้นำเสนอผลการศึกษาไว้ในภาคผนวกของรายงานวิจัยฉบับนี้

นอกจากนั้นโดยภาพรวมของผลการศึกษาค้างนี้ น่าจะนำไปประยุกต์ใช้ได้ดีสำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็ก ที่ตั้งอยู่ในชุมชนที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมในระดับพอใช้ถึงระดับดี

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน / ชุมชนในโครงการพัฒนา

การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชนในโครงการพัฒนา หมายถึง การที่ชุมชนหรือประชาชนได้รับการกระตุ้นเพื่อยกระดับการยอมรับและใช้บริการ รวมทั้งความสามารถของชุมชนเองที่จะตอบสนองต่อโครงการพัฒนา รวมทั้งการกระตุ้นให้ชุมชนมีความคิดริเริ่มในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น การป้องกัน การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของตนเองและชุมชน สำหรับชนิดของการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น โคเฮนและยูพอฟฟ์ (Cohen, M.J. and Uphoff, N.T., 1977) ได้จำแนกชนิดของการมีส่วนร่วมเอาไว้เป็น 4 ประเภท คือ

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการตัดสินใจ (decision making) เช่น ตัดสินใจว่า ควรทำอะไร ควรทำอย่างไร เป็นต้น
2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินโครงการ (implementation) เช่น การให้ความสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ เช่น ทรัพย์สิน เงินทอง ตลอดจนความร่วมมือทางด้านแรงงานสำหรับดำเนินกิจกรรมต่างๆ ขององค์กร
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการได้รับผลประโยชน์อันเกิดจากโครงการนั้นๆ (benefits)
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการประเมินผลโครงการ (evaluation) หลังจากโครงการดำเนินการเสร็จสิ้นหรือระหว่างดำเนินการ

ดังนั้น การที่จะให้ชุมชนมีส่วนร่วมในโครงการใดๆ ก็ตาม จำเป็นที่ชุมชนหรือประชาชนจะต้องได้รับสิทธิและเสียงในการตัดสินใจเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมทั้งสามารถเข้าถึงซึ่งทรัพยากรและองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนา และมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์อันเกิดจากความสำเร็จของโครงการพัฒนานั้นๆ

หากจะให้คำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ (working definition) การมีส่วนร่วมของชุมชน/ประชาชนในการพัฒนาย่อมหมายถึงกระบวนการที่ก่อให้เกิดความร่วมมืออย่างเท่าเทียมกัน (partnership) ระหว่างบุคลากรของรัฐ (โรงพยาบาลของรัฐ) กับชุมชนในการวางแผน การดำเนิน

กิจกรรม การได้รับประโยชน์จากผลการพัฒนาเพื่อยกระดับขีดความสามารถในการพึ่งพาตนเองของท้องถิ่น (local self-reliance) ให้สูงขึ้น ตลอดจนความสามารถของท้องถิ่นในการควบคุมทางสังคมเกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐานและเทคโนโลยีของโครงการพัฒนาชุมชน

รูปแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชนอาจพิจารณาได้จากลักษณะการเข้ามามีส่วนร่วมและวัตถุประสงค์ของการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน

1. พิจารณาจากวิธีการที่ประชาชนริเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมกับโรงพยาบาล การเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนโดยทั่วไป โดยเฉพาะการเข้ามามีส่วนร่วมกับองค์กรของรัฐมักจะมีลักษณะของการถูกกระตุ้นหรือชี้นำให้เกิดขึ้น (sponsored or induced participation) ซึ่งแนวความคิดนี้ปรากฏชัดเจนในเอกสารของ WHO ชื่อ Community Participation, Health and Development: The Primary Health Care Approach. (United Nation, 1983) ซึ่งได้จำแนกลักษณะของการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนไว้ 3 ลักษณะ คือ

1.1 ลักษณะการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนโดยธรรมชาติ (spontaneous-Participation) เป็นลักษณะของการที่ชุมชนเป็นฝ่ายริเริ่มเอง มีความสมัครใจ มีความอิสระ กำเนิดจากแรงจูงใจภายในของชุมชนเอง โดยมีการสนับสนุนจากภายนอกน้อยมากหรืออาจจะไม่มีเลย เป็นลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบพึ่งตนเอง (self-sustaining) อย่างแท้จริง รูปแบบนี้ถือได้ว่าเป็นเพียงภาพในอุดมคติเท่านั้น เพราะเกิดขึ้นได้ยากในทางปฏิบัติ

1.2 ลักษณะการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนแบบจัดตั้งหรือแบบได้รับการกระตุ้นหรือชี้นำ (sponsored or induced participation) เป็นลักษณะของการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนที่เกิดจากการริเริ่มโดยบุคคลภายนอก ซึ่งต้องการแสวงหาการสนับสนุนจากชุมชน เพื่อเป็นการรองรับแผนงานหรือโครงการที่ตนจะเข้าไปดำเนินการในชุมชนนั้นๆ ลักษณะการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนในลักษณะนี้สามารถพบเห็นได้ทั่วไป เช่น ในงานสาธารณสุขมูลฐานตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติของรัฐบาล เป็นต้น

1.3 ลักษณะการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนโดยการบังคับ (compulsory-participation) ลักษณะของการเข้าร่วมแบบนี้ ชุมชนหรือประชาชนจะถูกใช้เป็นเครื่องมือหรือถูกรวมกลุ่มเพื่อให้ดำเนินกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยที่ชุมชนหรือประชาชนจะถูกใช้เป็นเครื่องมือหรือถูกรวมกลุ่มเพื่อให้ดำเนินกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยที่ชุมชนหรือประชาชนไม่มีอำนาจในการควบคุมในกิจกรรมนั้นๆ ได้เลย เช่น การกะเกณฑ์ให้ชุมชนเข้าร่วมเป็นหมู่บ้าน อพป. หมู่บ้านแผ่นดินธรรมแผ่นดินทอง การประกวดหมู่บ้าน ฯลฯ ซึ่งส่วนใหญ่จะเห็นได้ชัดเจนจากวิธีการทำงานขององค์กรของรัฐฝ่ายปกครอง

2. พิจารณาจากวัตถุประสงค์ในการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชนเองซึ่งสามารถแบ่งได้ออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

- 2.1 ประชาชนแสวงหาการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนา เพื่อหาความร่วมมือจากโรงพยาบาล
- 2.2 ประชาชนต้องการที่จะได้รับส่วนแบ่งของอำนาจ หรือมีสิทธิมีเสียงในการบริหารจัดการกิจกรรมของโรงพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรของรัฐ

ในทางปฏิบัติการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานพัฒนาสุขภาพย่อมหมายถึง การดำเนินงานโดยประชาชนเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองโดยผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น

- การประเมินสถานการณ์ของชุมชนเกี่ยวกับสถานสุขภาพ (community assessment)
- การกำหนดปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชน (definition of problem)
- การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (setting priorities)
- การตัดสินใจที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหา (making decision)
- การวางแผนโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา (planning)
- การมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดำเนินงานตามแผน (implementation)
- การควบคุมกำกับ การประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานให้ดีขึ้น (monitoring and evaluation)

ระดับต่างๆ ของการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระดับของการมีส่วนร่วมของชุมชน มีทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึก ประชาชนอาจมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลได้ 5 ระดับ จากน้อยไปหามาก ได้แก่

1. ประชาชน / ชุมชน มีส่วนร่วมในผลประโยชน์อันเกิดจากการดำเนินงานของโรงพยาบาล เช่น การได้รับบริการรักษาพยาบาล การได้รับคำแนะนำด้านการป้องกัน การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ ฯลฯ เป็นต้น การมีส่วนร่วมดังกล่าวนี้ จัดได้ว่าเป็นการมีส่วนร่วมแบบ passive participation
2. ประชาชน / ชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาโรงพยาบาล เช่น บริจาคที่ดินและสิ่งก่อสร้าง บริจาคเงิน แรงงาน ฯลฯ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการมีส่วนร่วมแบบ active participation
3. ประชาชน / ชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการของโรงพยาบาล เช่น การเลือกสถานที่ก่อสร้างโรงพยาบาล การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง

ฯลฯ โดยที่วัตถุประสงค์และกิจกรรมต่างๆของโรงพยาบาลถูกกำหนดโดยผู้บริหารโรงพยาบาลแต่ฝ่ายเดียว

4. ประชาชน / ชุมชน มีส่วนร่วมในการควบคุม กำกับ และประเมินผลโครงการต่างๆของโรงพยาบาล โดยทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้บริหารโรงพยาบาลในการพิจารณาประเมินผลว่าวัตถุประสงค์ของโครงการนั้นๆ บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

5. ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนงานโครงการของโรงพยาบาล โดยมีอำนาจตัดสินใจร่วมกับผู้บริหารว่าโครงการใดควรดำเนินหรือไม่ ซึ่งส่วนใหญ่ ผู้ที่จะมีศักยภาพดังกล่าวนี้ มักจะเป็นผู้นำท้องถิ่นและบุคคลสำคัญอื่นๆในท้องถิ่น เช่น ครู ข้าราชการเกษียณ ฯลฯ เป็นต้น ประชาชนหรือชุมชนอาจขอร้องไห้บุคลากรของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานส่วนราชการจัดหาผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้หรือจัดหาทรัพยากรบางอย่างเพื่อให้ชุมชนสามารถดำเนินกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาได้

ข้อสมมติฐานที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

ฟอสเตอร์ (Foster) ได้กล่าวถึงประเด็นปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อความก้าวหน้าของการพัฒนาชุมชนที่สำคัญ ซึ่งได้แก่ การที่ผู้บริหารหรือนักวางแผนมักจะมีข้อสมมติฐานที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงในสังคมเสมอ ซึ่งจะเป็นผลให้การพัฒนาไม่บรรลุผลสำเร็จอันพึงประสงค์ ดังนั้นในการพัฒนาโรงพยาบาลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจำเป็นต้องแก้ไขข้อบกพร่องดังกล่าว ซึ่งได้แก่

1. การที่เข้าใจว่าชุมชนทุกชุมชน มีลักษณะเหมือนกัน ซึ่งความจริงแล้ว ชุมชนแต่ละชุมชนในแต่ละภูมิภาค ย่อมมีลักษณะคล้ายคลึงและแตกต่างกันไปไม่มากนัก ชื่นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะปัจจัยเหล่านี้ มีผลทำให้สภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนแตกต่างกัน การจัดบริการของโรงพยาบาลเพื่อให้ประชาชนหรือผู้ใช้บริการมีความพอใจ ผู้วางแผนและผู้ให้บริการ จำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านวัฒนธรรม กล่าวคือรูปแบบการจัดบริการควรมีลักษณะที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของท้องถิ่น อาทิเช่น ภาษา ศาสนา เพศ และสถานะทางสังคมของผู้รับบริการ

2. การที่คิดว่าเพียงแต่การให้ความรู้ (knowledge) แก่ประชาชนหรือคนไข้เท่านั้น ก็สามารถทำให้คนไข้หรือประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้โดยอัตโนมัติตามที่ตนปรารถนา

3. ผู้นำชุมชนจะพึงกระทำแต่ในสิ่งที่ดีที่สุดในและเป็นประโยชน์มากที่สุดแก่ชุมชนเสมอไป หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ผู้นำชุมชนอาจสนใจประโยชน์ส่วนตนมากกว่าประโยชน์ส่วนรวมก็ได้

4. ข้าราชการของรัฐที่ปฏิบัติงานในชุมชนและในโรงพยาบาล มีแนวคิดและเป้าหมายของการพัฒนาโรงพยาบาล/ชุมชนไม่แตกต่างกัน

5. กิจกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลจะไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้งสำหรับผู้บริหารหรือผู้วางแผน

สาเหตุของความล้มเหลวของการมีส่วนร่วมชุมชน

สาเหตุของความล้มเหลวที่พบบ่อยในทางปฏิบัติ พอจะสรุปได้ดังนี้

1. การที่ไม่ได้สนับสนุนประชาชน/ชุมชน ให้รู้จัก “ คิดเป็น “ และ “ ทำเป็น “ แต่กลับผลักดันให้ชุมชนต้องพึ่งทรัพยากรจากแหล่งภายนอกในการปฏิบัติงานและในการแก้ปัญหาของชุมชน
2. การที่ไม่ได้ให้ความรู้ หรือฝึกอบรมแก่ชุมชนอย่างเพียงพอ ในการที่จะดำรงไว้ซึ่งกิจกรรมหรือโครงการต่างๆที่จัดขึ้น
3. การเข้ามีส่วนร่วมของชุมชน/ประชาชน ส่วนใหญ่จะเป็นเพียงการบริจาคทรัพยากร เช่น การบริจาคที่ดิน เงิน และแรงงาน ในโครงการของการพัฒนา แต่การมีส่วนร่วมในเชิงการออกแนวความคิด วางแผน และการดำเนินงาน ยังนับว่ามีน้อย
4. ความขัดแย้งระหว่างความต้องการของประชาชน/ชุมชน (felt need) กับ ความต้องการที่แท้จริง (real need) จากทัศนะหรือมุมมองของบุคลากรของรัฐ รวมทั้ง การที่ชุมชนไม่ได้ให้ความสนใจในโครงการที่ถูกยึดเยียดจากภายนอก (เช่น จากรัฐบาล/ ส่วนกลาง) เป็นต้น

แนวคิดและประสบการณ์ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในการพัฒนาโรงพยาบาลและงานสาธารณสุข

การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขน่าจะเกิดจากการปรับแนวคิดและยุทธศาสตร์การพัฒนาโดยเน้นประชาชนมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นกระแสการพัฒนาที่กำลังได้รับการยอมรับมากขึ้นในทุกสังคมว่า น่าจะเป็นวิถีทางที่จะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนของสังคมได้ อีกทั้งชุมชนยังมีศักยภาพทั้งในเชิงภูมิปัญญาและทรัพยากรที่รัฐหรือโรงพยาบาล ยังไม่ได้นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนา/วางแผนให้โรงพยาบาล ในด้านการบริหารจัดการและการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาล หรือบริการด้านอื่นๆ ของโรงพยาบาล เพื่อให้บริการของโรงพยาบาลสามารถเข้าถึงและเป็นที่ยอมรับของประชาชนมากขึ้น

นอกจากนั้น หากพิจารณาในด้านสิทธิมนุษยชน ประชาชนย่อมมีทั้งสิทธิและหน้าที่ที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการปรับปรุงการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ เพราะเป็นเรื่องที่ชุมชนเองจะต้องได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการดำรงชีวิต หรือกิจกรรมประจำวันของเขาโดยตรง ดังนั้น ประชาชนควรจะได้รับสิทธิในการให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ ตลอดจนสิทธิในการเข้าถึงซึ่งความรู้ ข้อมูล และทรัพยากรในการปรับปรุง/พัฒนาโรงพยาบาล ตลอดจนมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์อันเกิดจากความสำเร็จในการพัฒนาดังกล่าวด้วย

ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนในโรงพยาบาล ย่อมหมายถึง กระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนหรือชุมชน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เคียงข้าง (partnership) กับบุคลากรของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นคนของรัฐ เช่น มีส่วนร่วมในการวางแผน (planning) การดำเนินงาน (implementation) และการใช้ประโยชน์จากกิจกรรมใดๆ ของโรงพยาบาล เพื่อที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและความสามารถพึ่งตนเองได้ของชุมชน ตลอดจนมีอำนาจควบคุมทางสังคมในโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure) และเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล ซึ่งรวมถึงการประเมินคุณภาพบริการ และการประเมินการบริหารจัดการต่างๆ เพื่อความโปร่งใสอีกด้วย

โรงพยาบาลซากุ (Saku)

ประสบการณ์ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา/บริหารโรงพยาบาล มีปรากฏให้เห็นทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย อาทิเช่น โรงพยาบาลซากุ (Saku) ในประเทศญี่ปุ่น เป็นตัวอย่างและแม่แบบที่ดีของโรงพยาบาลอื่นๆ หลายแห่งทั่วประเทศที่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตที่ตนรับผิดชอบ โดยชุมชนมีส่วนร่วมและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี โรงพยาบาลซากุให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานทั้งด้านการป้องกัน การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ โดยจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยเปิดโอกาสให้องค์กรเอกชน และชุมชนต่างๆ เช่น สมาคมแพทย์ สหกรณ์การเกษตร องค์กรสตรี (women's club) และองค์กรหนุ่มสาว (youth's club) เข้ามามีส่วนร่วม อีกทั้งมีสถานีนามัยเป็นเครือข่ายให้บริการ โรงพยาบาลมีคณะกรรมการที่ปรึกษาฝ่ายสาธารณสุข ซึ่งประชาชนเป็นผู้เสนอชื่อและทำการคัดเลือกมาจากสมาชิกกลุ่มสตรีและกลุ่มหนุ่มสาว หน้าที่หลักของคณะกรรมการที่ปรึกษาก็คือ การเป็นผู้ประสานระหว่างโรงพยาบาลและประชาชน โดยทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน ขณะเดียวกันทำหน้าที่เป็น “กระบอกเสียง” ของประชาชนในเรื่องสุขภาพอนามัยอีกด้วย ปัจจัยสำคัญ

อันหนึ่งที่โรงพยาบาลซาอุประสบความสำเร็จในการยกระดับสุขภาพของประชาชน ก็คือ ความสำนึกในความรับผิดชอบของที่ปรึกษาในการพิทักษ์คุ้มครองดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน และการทำงานเป็นทีมของบุคลากรในโรงพยาบาลนั่นเอง

ความสำเร็จของโรงพยาบาลซาอุ มีผลทำให้อัตราตายอันเกิดจาก apoplexy โรคทางเดินหายใจ โรคของผู้สูงอายุ อัตราตายของทารกและมารดา ลดลงเป็นอันมาก โดยที่ค่าใช้จ่ายต่อหัวในการรักษาพยาบาลของประชาชนในเขตรับผิดชอบต่ำมาก เมื่อเปรียบเทียบกับเมืองอื่นๆ ในอำเภอเดียวกัน และอำเภออื่นๆ ในจังหวัดเดียวกัน ตลอดจนต่ำกว่าค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลต่อหัวโดยเฉลี่ยของประชาชนทั่วประเทศ ประชาชนมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพอนามัยของชุมชนสูงขึ้น และที่เหนือสิ่งอื่นใดคือจำนวนของผู้ป่วย และปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนได้ลดลงอย่างชัดเจน บทเรียนอันนี้ พิสูจน์ความจริงที่ว่า “การป้องกันถูกกว่าการรักษา” หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ “การจ่ายงบประมาณเพียง 10 บาท เพื่อการป้องกันสุขภาพ ย่อมคุ้มค่ากว่าที่จะต้องจ่ายสูงถึง 100 บาท เพื่อการรักษาโรค”

นายแพทย์ โตโชกาซุ วากาซูกิ (Toshokazu Wakatsuki) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลซาอุได้สรุป ญะเจแห่งความสำเร็จของโรงพยาบาลซาอุ ไว้ว่าเป็นผลเนื่องมาจากการผนึกกำลังและความพยายามของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่มุ่งมั่นแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน และการมีส่วนร่วมขององค์กรภายนอกทั้งเอกชนและของรัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และย้ำว่าไม่ว่าสภาพปัญหาสาธารณสุขของชุมชนจะเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมมากนักน้อยเพียงใดก็ตาม การจัดบริการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมให้แก่ประชาชนนั้น ย่อมไม่สามารถวางแผนดำเนินการจากทัศนะหรือมุมมองของแพทย์หรือผู้ให้บริการแต่โดยลำพังเท่านั้น หากแต่จำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ ซึ่งก็คือประชาชนนั่นเอง

โรงพยาบาลพญาเม็งราย

โรงพยาบาลพญาเม็งราย จ.เชียงราย ยังมีโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ที่ได้ดำเนินงานโดยเข้าไปมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชนในการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน โดยกระตุ้นให้ผู้นำและองค์กรชุมชนในท้องถิ่น องค์กรเอกชนนานาชาติ องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) ตลอดจนหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพัฒนาชุมชนแบบผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมพัฒนาที่ดินเพื่อการเกษตร พัฒนาอาชีพ การทำไร่นาสวนผสม ด้านการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เช่น การแพทย์แผนไทย การทำสมุนไพร

เสริมรายได้ การดูแลรักษาป่า การผลิตข้าวซ้อมมือ โดยมี อสม. เป็นแกนนำ โรงพยาบาลรับซื้อเพื่อผสมให้ผู้ป่วยรับประทาน องค์การ CARE และ YMCA ช่วยส่งเสริมด้านการตลาด เป็นต้น นับว่าเป็นการพัฒนาชุมชนได้อย่างยั่งยืน ดังที่พ่อหลวงมานิตย์ ยาวิชัย ผู้ใหญ่บ้าน บ้านสันสามัคคี สะท้อนถึงความสำเร็จว่า

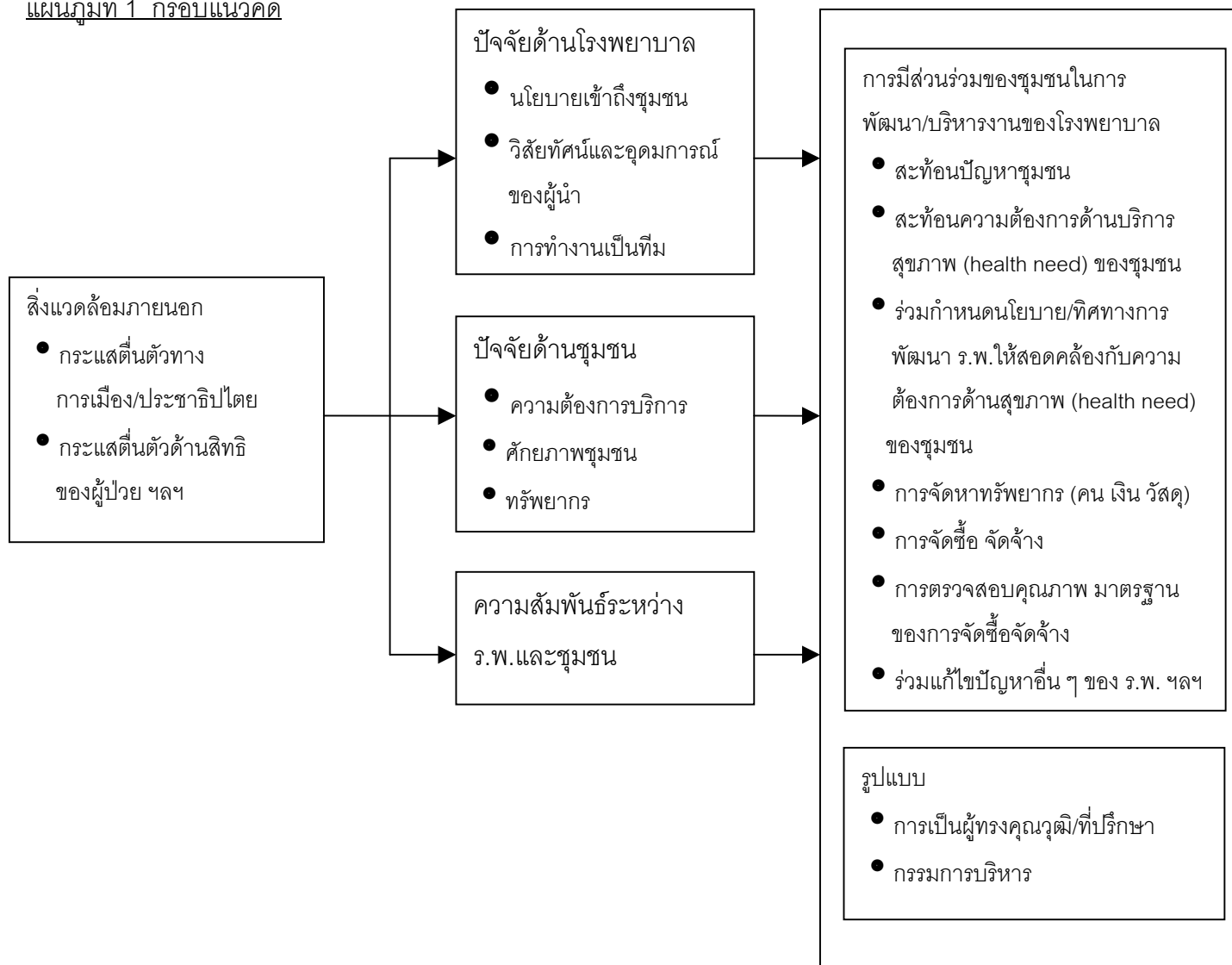
“ตั้งแต่มาทำไร่นา (สวนผสม) นี่จริงๆจังๆ รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าขึ้น ประหยัด แสบไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายประจำวัน จากเดิมๆ วันๆ หนึ่งอยู่แต่ในบ้าน อาหารก็ต้องซื้อมาทำกิน จ่ายค่าไฟฟ้าก็มาก ที่ต้องจ่ายเพราะใช้พัดลม ตู้เย็น ทีวี แต่เมื่อมาอยู่สวน เอาแต่ข้าวมา กับข้าวมีอยู่ในสวน พัดลมก็ไม่ต้องใช้เพราะได้อากาศบริสุทธิ์ จากธรรมชาติ สุขภาพก็ดี ได้ออกกำลังกาย สงบเงียบ ใครจะมาพบมาหาเขาก็ตามมาที่สวน ที่ทำอยู่นี้ก็เพื่อให้มีกิน ไม่ต้องไปซื้อ เหลือกินขาย จึงไม่ต้องกังวลว่าจะมีตลาดหรือไม่ จะได้กำไร หรือขาดทุน หรือไม่ เป็นชีวิตที่มีความสุขจริงๆ...มันบ่ต้องซื้อ”

โรงพยาบาลวังจันทร์

โรงพยาบาลชุมชนวังจันทร์ อ.วังจันทร์ จ.ระยอง ได้อาศัยความร่วมมือจากภาครัฐและเอกชน ในการพัฒนาและปรับปรุงสภาพโรงพยาบาลทั้งภายในและภายนอกให้สะดวกสบายต่อผู้มารับบริการ ชุมชนบริจาคเงินในการก่อสร้างอาคาร ตึกพิเศษ โดยผ่านผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านและกำนัน โรงพยาบาลเปิดบริการการแพทย์แผนไทย และโครงการสมุนไพรปาร์ตี้ โดยให้ความรู้แก่ชาวบ้านเกี่ยวกับสรรพคุณและการใช้สมุนไพร ส่งเสริมให้ชาวบ้านปลูกพืชสมุนไพร และนำมาขายให้โรงพยาบาล เพื่อนำมาผลิตเป็นยาสมุนไพรให้บริการแก่คนไข้และชุมชนข้างเคียง โรงพยาบาลจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานขึ้นในชุมชน มีบริการต่างๆ เช่น นวดเพื่อฟื้นฟูสุขภาพและบรรเทาอาการเจ็บป่วย อบไอน้ำสมุนไพร ขยายเครือข่ายจำหน่ายยาสมุนไพรในชุมชน รวมทั้งจัดกิจกรรมในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ โดยดำเนินงานร่วมกับชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอ เช่น กิจกรรมรณรงค์เรื่องป้องกันโรคระบาด บริการชุมชนสัมพันธ์ซึ่งเน้นการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home health care) โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข สำหรับการรักษาคอนไจด์เวซ ปัญหาเสียดังก็จะมีทีมเยี่ยมบ้าน ทำงานร่วมกับครู และเจ้าหน้าที่ตำรวจ ไปเยี่ยมคนไข้ที่ออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว นอกจากนั้น ยังร่วมมือกับสาธารณสุขอำเภอในการจัดตั้งชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขทุกตำบลมาร่วมเป็นกรรมการชมรม เพื่อจัดทำกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นปัญหาของชุมชน เช่น การจัดหาทุนการศึกษาให้กับบุตรหลานของอาสาสมัครที่ยากจน จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และร่วมกันพัฒนาสถานีนอนามัย เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้เกิดสมมติฐานว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารโรงพยาบาลที่ดี การที่โรงพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาร่วมกับองค์กรที่ดี ย่อมทำให้โรงพยาบาลประสบผลสำเร็จในภาระกิจการบริหารงานภายในของโรงพยาบาลเอง ประสบความสำเร็จในการปรับปรุงคุณภาพบริการ รวมทั้ง ประสบผลสำเร็จในการยกระดับและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนหรือชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี ดังสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิด



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการหารูปแบบที่เหมาะสมของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารโรงพยาบาลที่กำลังเกิดขึ้นอยู่ในขณะนี้ เพื่อที่จะเรียนรู้ถึงกระบวนการขั้นตอนต่างๆ ของการมีส่วนร่วมของประชาชน รูปแบบและประเภทของการมีส่วนร่วม ตลอดจนวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด มีความสมบูรณ์ทั้งเชิงกว้างและเชิงลึก การศึกษาครั้งนี้จะใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณ (quantitative research) และการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) การศึกษาเชิงปริมาณ เป็นการศึกษาในระดับกว้างว่า โรงพยาบาลรัฐขนาด 60 เตียงขึ้นไป เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและบริหารโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด ในกิจกรรมอะไรบ้าง ตลอดจนความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังมีเป้าหมายที่จะนำผลของการศึกษามาเป็นประโยชน์ในการคัดเลือกโรงพยาบาลที่เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาล เพื่อที่จะนำไปเป็นกรณีศึกษา สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพซึ่งเป็นการศึกษาในรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารโรงพยาบาลต่อไป

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เกี่ยวกับการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานโรงพยาบาล จึงได้จัดให้มีการวิจัยเชิงสำรวจเป็นการศึกษาระดับกว้างโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังโรงพยาบาลของรัฐ ที่มีขนาดตั้งแต่ 60 เตียงขึ้นไปทั่วประเทศจำนวน 212 แห่ง เพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับจำนวนโรงพยาบาลที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในรูปแบบและขั้นตอนต่างๆ รวมทั้งระดับต่างๆ ของการมีส่วนร่วม ทั้งเชิงกว้างและเชิงลึก อาทิเช่น การมีส่วนร่วมในการวางแผนงาน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ เพื่อสุขภาพอนามัยของประชาชน (implementing health program) การมีส่วนร่วมนั้นมีลักษณะเชิงรุก (active participation) หรือเชิงรับ (passive participation)

ประชาชนมีอำนาจในการตัดสินใจเท่าเทียมกับคณะกรรมการบริหาร ซึ่งเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลเองหรือไม่ ประชาชน/ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับ และประเมินผลงาน/การตรวจสอบการเงิน การจัดซื้อจัดจ้างในโครงการต่างๆของโรงพยาบาลหรือไม่? มากน้อยเพียงใด? ตลอดจนศึกษาแนวคิดของบุคลากรในโรงพยาบาลว่ามีเป้าหมายของการพัฒนาชุมชนหรือไม่? อย่างไร? การมีส่วนร่วมของชุมชนสร้างความยุ่งยากหรือปัญหาในการบริหารให้กับผู้วางแผนงานของโรงพยาบาลหรือไม่? อย่างไร? เป็นต้น

หลังจากที่ได้ส่งแบบสอบถามโดยทางไปรษณีย์ไปยังโรงพยาบาล 212 แห่ง โดยขอความร่วมมือให้ตอบกลับภายในประมาณ 2 สัปดาห์ ผลปรากฏว่า ได้รับการตอบกลับจำนวน 106 แห่ง หรือร้อยละ 50.0 ของโรงพยาบาลที่ส่งแบบสอบถามทั้งหมด ดังนั้น จึงได้ส่งแบบสอบถามรอบที่สองไปยังโรงพยาบาลที่มีได้ตอบกลับในรอบแรก และได้รับตอบกลับคืนมาอีก จำนวน 103 แห่ง ดังนั้น จึงมีโรงพยาบาลที่ตอบกลับรวมทั้งสิ้น 209 หรือร้อยละ 98.6 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดที่มีขนาดตั้งแต่ 60 เตียงขึ้นไป ซึ่งนับว่าเป็นอัตราการตอบกลับที่สูงมาก

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data collection)

2.1 การคัดเลือกโรงพยาบาลตัวอย่างในการศึกษาเฉพาะกรณี

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ต้องการศึกษาระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาและบริหารโรงพยาบาล ดังนั้น คุณสมบัติที่จำเป็นและใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกโรงพยาบาลที่จะศึกษาก็คือ ต้องเป็นโรงพยาบาลที่เคยผ่านประสบการณ์การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 14.8 ของโรงพยาบาลทั้งหมดเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเป็นกรรมการบริหารโรงพยาบาลนั้น จากการตรวจสอบในรายละเอียดกลับพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนดังกล่าว ส่วนใหญ่เป็นเพียงการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการศูนย์แพทย์ชุมชนขนาดเล็กที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลมากกว่าที่จะมีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาลหลักโดยตรง ยกเว้นโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

การที่มีโรงพยาบาลที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาลโดยตรงเพียงแห่งเดียวก่อให้เกิดปัญหาในการเลือกกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาล เพื่อทำการศึกษาเฉพาะกรณี ทั้งนี้เพราะโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ข้างต้นมีเพียงแห่งเดียวและไม่เพียงพอที่จะทำการคัดเลือก เพื่อนำมาศึกษาเชิงลึกจำนวน 4 แห่ง กระจายตามภูมิภาคต่างๆ ตามที่ระบุไว้ใน

ข้อเสนอโครงการวิจัย ดังนั้น นักวิจัยโดยการปรึกษารื้อกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ทำการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อให้ได้โรงพยาบาลครบจำนวน 4 แห่ง ในแต่ละภูมิภาค โดยให้ความสำคัญกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีแนวโน้มจะเป็นโรงพยาบาลรุ่นแรก ที่จะปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารเป็นโรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ โดยนักวิจัยได้เดินทางไปศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดังกล่าวและผู้บริหารโรงพยาบาลท่านอื่นๆ ตลอดจนผู้นำชุมชนเพื่อตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการโรงพยาบาล ซึ่งเป็นคุณสมบัติสำคัญของโรงพยาบาลที่จะได้รับคัดเลือกให้เป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นดังกล่าว พบว่า ไม่มีโรงพยาบาลใดที่เคยมีประสบการณ์การมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการโรงพยาบาลมาก่อน

ด้วยข้อจำกัดข้างต้น การศึกษาครั้งนี้จึงจำเป็นต้องทำการคัดเลือกโรงพยาบาลรัฐจำนวน 5 แห่ง ด้วยวิธีเจาะจง (purposive sampling) โดยมีได้คำนึงถึงขนาดเตียง แต่พิจารณาจากประสบการณ์การมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการสำหรับโรงพยาบาลของรัฐ ส่วนโรงพยาบาลเอกชนพิจารณาคัดเลือกจากโรงพยาบาลที่บริหารงานโดยมูลนิธิโดยไม่แสวงหาผลกำไรเป็นหลัก เพราะน่าจะมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับโรงพยาบาลของรัฐมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนทั่วไป อีกทั้งยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา ผลปรากฏว่าโรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นตัวอย่างในการศึกษากรณี ได้แก่

โรงพยาบาลของรัฐ

- 1) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง
- 2) โรงพยาบาลห้วยพลู ตำบลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง
- 3) โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภوتاวังผา จังหวัดน่าน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง

โรงพยาบาลของเอกชน

- 1) โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน จังหวัดกรุงเทพมหานครขนาด 400 เตียง
- 2) โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ขนาด 100 เตียง

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

หลังจากได้คัดเลือกโรงพยาบาลตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว นักวิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) โดยทำการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้มีส่วนร่วมบริหารโรงพยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล รวมทั้งประชาชนผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและบริหารจัดการกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล โดยทำการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 4 เดือน ในช่วงเดือนตุลาคม 2542 ถึง มกราคม 2543

การสัมภาษณ์บุคลากรของโรงพยาบาล ได้ดำเนินการที่โรงพยาบาลตัวอย่างโดยนักวิจัยได้สัมภาษณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และบุคลากรอื่นของโรงพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนการสัมภาษณ์ประชาชนผู้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกิจกรรมของโรงพยาบาล ได้กระทำที่บ้านของบุคคลสำคัญที่มีบทบาทดังกล่าว จำนวนประมาณ 5-10 รายต่อโรงพยาบาล ตามความเหมาะสม ในระหว่างสัมภาษณ์ นักวิจัยใช้เครื่องเทปบันทึกการสัมภาษณ์โดยตลอด เพื่อให้มีหลักฐานข้อเท็จจริงในการวิจัย ผู้สัมภาษณ์ได้ขออนุญาตผู้ให้สัมภาษณ์ในการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ทุกครั้ง

3) การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สำหรับการศึกษาดังกล่าวจึงเมื่อได้รับแบบสอบถามที่ตอบกลับคืนมา ได้นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือได้ (validity and reliability edit) ของข้อมูลโดยการ cross checking ในประเด็นที่สำคัญ หลังจากนั้นได้ทำการลงรหัส (coding) โดยสร้างคู่มือลงรหัสเป็นแนวทางในการลงรหัส หลังจากลงรหัสเรียบร้อยแล้วได้ทำการป้อนข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS จัดทำตาราง และคำนวณโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ (frequencies) ของตัวแปรต่าง ๆ พร้อมทั้งจะแปลผลข้อมูลเพื่อเขียนรายงานการวิจัย

สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ การประมวลผลและการวิเคราะห์เบื้องต้น (preliminary analysis) ได้ทำควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและสมบูรณ์เพียงพอต่อการวิเคราะห์ในขั้นสุดท้าย (final analysis) ข้อมูลทั้งหมดที่บันทึกไว้ในเทปได้นำมาถอดเทปและเรียบเรียงเนื้อหาสาระพร้อมที่จะนำมาวิเคราะห์โดยวิธี ethnography content analysis โดยการจัดจำแนกข้อมูลและให้รหัส (sorting and coding) เชิงเนื้อหาสาระพร้อมที่จะวิเคราะห์ข้อมูลแบบ theme list analysis ตามลักษณะเนื้อหาสาระของข้อมูลและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

บทที่ 4

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาโรงพยาบาล : ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

ผลการศึกษาเชิงสำรวจ

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการสำรวจสถานการณ์ปัจจุบันว่า โรงพยาบาลของรัฐเปิดโอกาสให้ชุมชน มีส่วนร่วมในการบริหารงานของโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด และมีรูปแบบเป็นอย่างไร จึงได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ในระดับกว้างเกี่ยวกับคุณลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลที่ตอบกลับ พบว่า

จากจำนวนโรงพยาบาลที่ตอบกลับทั้งหมด สามารถแยกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 21 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 70 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 441 แห่ง และโรงพยาบาลอื่น ๆ 4 แห่ง หรือกล่าวได้ว่า กว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.6) ของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือเป็นโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 10.0 เป็นโรงพยาบาลระดับศูนย์ และอีกหนึ่งในสาม (ร้อยละ 33.5) เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (ตารางที่ 1)

จากการจำแนกโรงพยาบาลที่ศึกษา ตามขนาดหรือจำนวนเตียงคนไข้ พบว่า กว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.5) เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่มีจำนวนเตียงกว่า 120 เตียงขึ้นไป โรงพยาบาลขนาดเล็ก (60-89 เตียง) กว่าหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 28.2) ส่วนที่เหลือร้อยละ 18.7 เป็นโรงพยาบาลขนาดกลางซึ่งมีจำนวนเตียง 90-119 เตียง โรงพยาบาลเหล่านี้กระจายอยู่ตามภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศ โดยที่ประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 33.0) เป็นโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 31.1 เป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในภาคกลาง ร้อยละ 21.5 และ 14.4 เป็นโรงพยาบาลในภาคเหนือและภาคใต้ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราส่วนร้อยละของโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม

คุณลักษณะของโรงพยาบาล	จำนวน	อัตราส่วนร้อยละ
<u>ประเภทของโรงพยาบาล</u>		
รพศ	21	10.0
รพท	70	33.5
รพช	114	54.6
ไม่ทราบ	4	1.9
รวม	209	100.0
<u>ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)</u>		
60-89 เตียง	59	28.6
90-119 เตียง	39	18.9
120 ขึ้นไป	108	52.5
รวม	206	100.0
<u>ภูมิภาค</u>		
เหนือ	45	21.5
กลาง	65	31.1
ใต้	30	14.4
ตะวันออกเฉียงเหนือ	69	33.0
รวม	209	100.0

การมีส่วนร่วมของชุมชนในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา

ผลการศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา โดยจำแนกการมีส่วนร่วมของชุมชนตามลักษณะกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การบริหาร การจัดการ กิจกรรมเสริมในโรงพยาบาล กิจกรรมในชุมชน และกิจกรรมอื่น ๆ พบว่า โรงพยาบาลเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม มากน้อยแตกต่างกันไป ดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 2)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานบริหารโรงพยาบาล

เนื่องจากโรงพยาบาล เป็นองค์กรของรัฐที่ดำเนินการโดยข้าราชการ การที่ชุมชนจะมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของโรงพยาบาลก็ต่อเมื่อผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของศักยภาพชุมชน และเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ในทางปฏิบัติชุมชนอาจมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างของโรงพยาบาลได้ในหลายลักษณะด้วยกัน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผน เพื่อพัฒนาโรงพยาบาล หรือเพื่อจัดกิจกรรมต่างๆ การระดมสมองเพื่อแก้ปัญหาของโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมในการพิจารณาคัดเลือกตัวแทนชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมของโรงพยาบาล ตลอดจนการเข้าร่วมในฐานะเป็นกรรมการที่ปรึกษา หรือการเป็นกรรมการบริหารของโรงพยาบาล ซึ่งมีอำนาจในการตัดสินใจดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงพยาบาล (ตารางที่ 2)

ผลการศึกษาพบว่า ในกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ การวางแผนเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล และการเป็นที่ปรึกษาของผู้บริหารโรงพยาบาล เป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาลเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากกว่ากิจกรรมอื่นๆ กล่าวคือโรงพยาบาลเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.8) เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน ขณะที่หนึ่งในสาม (ร้อยละ 33.0) เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการระดมสมอง เพื่อแก้ปัญหาของโรงพยาบาล (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและอัตราส่วนร้อยละ ของลักษณะงานและกิจกรรมที่ประชาชนมีส่วนร่วมในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน	ไม่มี	มี	รวม	
	%	%	จำนวน	%
งานบริหาร				
การวางแผนเพื่อพัฒนา รพ. หรือจัดกิจกรรมต่าง ๆ	53.2	46.8	205	100.0
การระดมสมองเพื่อแก้ปัญหของโรงพยาบาล	67.0	33.0	203	100.0
การเป็นกรรมการบริหารโรงพยาบาล	85.2	14.8	203	100.0
การพิจารณาเลือกตัวแทนจากชุมชนเข้าร่วมงานบริหารของโรงพยาบาล	87.2	12.8	203	100.0
เป็นที่ปรึกษาของคณะผู้บริหารโรงพยาบาล	55.8	44.2	206	100.0
งานจัดการ				
จัดบริการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาล	38.8	61.2	201	100.0
ประสานความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น (เช่น วัด, โรงเรียน, อบต. ฯลฯ)	13.1	86.9	206	100.0
การดำเนินการจัดซื้อ จัดจ้างของโรงพยาบาล	83.3	16.7	203	100.0
จ้างงานคนในท้องถิ่นเพื่อมาทำงานใน รพ.เช่น งานสวน งานครัว เป็นต้น	21.7	78.3	203	100.0

ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน	ไม่มี %	มี %	รวม	
			จำนวน	%
โครงการจัดหาเงิน ที่ดิน วัสดุอุปกรณ์ เพื่อบริจาคให้โรงพยาบาล	15.7	84.3	204	100.0
อื่น ๆ	22.2	77.8	9	100.0
กิจกรรมเสริมในโรงพยาบาล				
การก่อตั้งชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ	5.3	94.7	207	100.0
การส่งเสริมให้มีการจัดตั้งองค์กรชุมชน ในโรงพยาบาล เช่น ประชาสังคม ฯลฯ	74.4	25.6	203	100.0
งานอาสาสมัครในโรงพยาบาล เช่น พูดคุยกับคนไข้	63.2	36.8	204	100.0
งานประชาสัมพันธ์ใน OPD	61.7	38.3	206	100.0
งานช่วยเหลือด้านกายภาพบำบัด	70.7	29.3	205	100.0
งานช่วยเหลือผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป	58.8	41.2	204	100.0
งานจัดอาหารให้ผู้ป่วย	69.1	30.9	204	100.0
งานอนามัยและความสะอาดใน โรงพยาบาล	64.9	35.1	205	100.0
งานอื่น ๆ	61.8	38.2	34	100.0

ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน	ไม่มี	มี	รวม	
	%	%	จำนวน	%
กิจกรรมในชุมชน				
กิจกรรมเผยแพร่ความรู้ในชุมชน	14.7	85.3	204	100.0
การให้ประชาชน/ชุมชน/องค์กรในชุมชน มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในชุมชน ของโรงพยาบาล	25.5	74.5	196	100.0
การให้ประชาชน/ชุมชน/องค์กรชุมชน มีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อม ของชุมชนในการรณรงค์เพื่อสุขภาพ หรืองานสาธารณสุขอื่น ๆ	8.7	91.3	206	100.0
การช่วยเหลือแพทย์ที่ไปเยี่ยมผู้ป่วย ตามบ้าน	34.5	65.5	206	100.0
การจัดกิจกรรมเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน	33.2	66.8	205	100.0
อื่น ๆ	45.5	54.5	11	100.0

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในงานบริหารอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะสำหรับโรงพยาบาลชุมชนได้แก่ การเป็นกรรมการที่ปรึกษา ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.2) ของโรงพยาบาลที่ศึกษา (ตารางที่ 2) ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาซึ่งมาจากชุมชน เพื่อให้มีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะต่างๆ แก่โรงพยาบาล โดยเลือกจาก ผู้ที่มีอาชีพต่างๆ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นที่ยอมรับของชุมชน เช่น นักธุรกิจที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ครู

พระสงฆ์ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชมรมต่างๆ ฯลฯ เป็นต้น กรรมการที่ปรึกษาจะมีขนาดแตกต่างกัน โดยมีสมาชิกตั้งแต่ 10-30 คน การประชุมของกรรมการที่ปรึกษา จะไม่มีวาระที่แน่นอน ขึ้นอยู่กับความจำเป็นและภารกิจของโรงพยาบาล ที่ต้องการความช่วยเหลือของชุมชนหรือไม่ ในการประชุมแต่ละครั้ง โรงพยาบาลอาจจะเชิญกรรมการทั้งหมด หรือบางส่วนมาประชุมก็ได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะงานที่ต้องการปรึกษาหารือเป็นครั้งๆ ไป ในทางปฏิบัติคณะกรรมการที่ปรึกษาจะมีการประชุมก็ต่อเมื่อ โรงพยาบาลมีกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากฝ่ายชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมเกี่ยวกับการระดมทุน เพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล เช่น การก่อสร้างต่อเติมอาคารโรงพยาบาล การจัดหาที่ดินเพื่อก่อสร้างอาคารต่างๆ ตลอดจนการจัดหาวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง เป็นต้น

รูปแบบที่มีความสำคัญที่สุด ที่ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ก็คือ การเข้าร่วมเป็นกรรมการบริหารโรงพยาบาล ถึงแม้โครงสร้างการบริหารงานโรงพยาบาลยังคงต้องเป็นไปตามกฎระเบียบของทางราชการ ซึ่งกำหนดโดยส่วนกลาง หรือกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายต่าง ๆ เป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล แต่โรงพยาบาลหลายแห่งที่เห็นความสำคัญของชุมชน และได้ทำการขยายเครือข่ายโรงพยาบาลออกไป เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงโรงพยาบาลได้ง่าย เช่น การจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน เวชปฏิบัติครอบครัว เป็นต้น โดยที่ศูนย์แพทย์เครือข่ายเหล่านี้ โรงพยาบาลจะเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงาน ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 14.8 ของโรงพยาบาลที่ศึกษาเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยการเป็นกรรมการบริหารศูนย์แพทย์เครือข่ายเหล่านี้ สำหรับการมีส่วนร่วมของฝ่ายชุมชนในการพิจารณาเลือกผู้แทนจากชุมชน เข้ามาเป็นกรรมการของโรงพยาบาล พบว่าเพียงร้อยละ 12.8 ของโรงพยาบาลทั้งหมด ที่เปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการคัดเลือกผู้แทนของตน เข้าร่วมงานบริหารของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่แล้วผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือกรรมการฝ่ายข้าราชการจะเป็นผู้คัดเลือกเอง

การมีส่วนร่วมในการจัดการ

ในทางปฏิบัติ ประชาชนหรือชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือด้านงานจัดการต่าง ๆ ของโรงพยาบาลเป็นอันมาก หากโรงพยาบาลรู้จักใช้ประโยชน์จากชุมชน ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 86.9 เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการประสานความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นต่าง ๆ เช่น วัด โรงเรียน อบต. เป็นต้น ร้อยละ 84.3 ของโรงพยาบาล ให้ประชาชน

หรือชุมชน มีส่วนร่วมในโครงการจัดหาทุน ที่ดิน วัสดุอุปกรณ์ เพื่อบริจาคให้โรงพยาบาล และชุมชนมีส่วนร่วม ในการแสดงความคิดเห็นในการบริหารงานโรงพยาบาล โดยทางโรงพยาบาลจัดตั้งมูลนิธิของโรงพยาบาล โดยมีคณะกรรมการมาจากภาคเอกชน เช่น มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสาขาท่าบ่อ มูลนิธิหลวงปู่สวดเพื่อโรงพยาบาลท่าตะโก มูลนิธิโรงพยาบาลเกล่ง มูลนิธิโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ มูลนิธิหลวงปู่บุญตา คณะกรรมการกิตติมศักดิ์โรงพยาบาล คณะกรรมการอุปถัมภ์โรงพยาบาล ฯลฯ เป็นต้น

งานจัดการอื่นๆ ที่โรงพยาบาลเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการได้รับผลประโยชน์จากโรงพยาบาล ก็ได้แก่การจ้างคนในท้องถิ่น เพื่อมาทำงานในโรงพยาบาล (ร้อยละ 78.3) เช่น งานสวน งานครัว เป็นต้น ร้อยละ 61.2 ของโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล เช่น การจัดบริการสาธารณสุขร่วมกับเทศบาล การดำเนินการด้านสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย งานสาธารณสุขมูลฐาน งานดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) ฯลฯ เป็นต้น

ในด้านการระดมทุน ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.1) ของโรงพยาบาล ดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสรร และหางบประมาณเพิ่มเติมให้แก่โรงพยาบาล และเพียงร้อยละ 16.7 ที่โรงพยาบาลให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดซื้อ จัดจ้างเกี่ยวกับที่ดิน การก่อสร้างอาคาร ตลอดจนวัสดุครุภัณฑ์ที่มีราคาสูง เช่น โรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลห้วยพลู ได้รับประโยชน์จากการที่ประชาชนหรือชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาลสามารถประหยัดงบประมาณได้เป็นจำนวนมาก เพราะชุมชนมีความสามารถสูงกว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐในการต่อรองราคา

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมเสริมของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลต่างๆ ได้เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมเสริมต่างๆ ของโรงพยาบาล อาทิเช่น การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งทางโรงพยาบาลแทบทั้งหมด (ร้อยละ 94.7) ได้จัดให้มีการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้อาคารสถานที่ส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล เป็นที่ตั้งชมรม การส่งเสริมให้มีการจัดตั้งองค์กรชุมชน เช่น ประชาสังคมของจังหวัดน่าน ชมรมแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลเลย ชมรมสตรีวัยทอง ชมรมผู้เลิกสูบบุหรี่ ชมรมแม่บ้านสาธารณสุข ชมรมกีฬา มูลนิธิน้ำพองพัฒนาคุณภาพชีวิต ฯลฯ เป็นต้น

นอกจากกิจกรรมดังกล่าวชุมชนยังมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาลในฐานะอาสาสมัคร เช่น งานประชาสัมพันธ์ในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) งานอาสาสมัครพูดคุยกับคนไข้ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 36.8) และงานช่วยเหลือผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป (ร้อยละ 41.2) ช่วยผู้ป่วยด้านกายภาพบำบัด (ร้อยละ 29.3) งานจัดอาหารผู้ป่วย (ร้อยละ 30.9) ตลอดจนงานสุขาภิบาลและความสะอาดในโรงพยาบาล (ร้อยละ 35.1)

นอกจากนั้น ประชาชนยังมีส่วนร่วมในด้านอื่น ๆ เช่น การสะท้อนงานด้านบริการ หรือการเสนอปัญหาเมื่อมาใช้บริการที่โรงพยาบาล โดยมีเวทีสำหรับวิพากษ์วิจารณ์การทำงานของโรงพยาบาล หรือโดยผ่านผู้แสดงความคิดเห็นของโรงพยาบาล ฯลฯ เป็นต้น

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่โรงพยาบาลจัดขึ้นในชุมชน

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ จะจัดกิจกรรมด้านสุขภาพขึ้นในชุมชน และดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมร้อยละ 91.3 ของโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ประชาชน/ชุมชน/องค์กรชุมชน มีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมของชุมชน ในการรณรงค์เพื่อสุขภาพหรืองานสาธารณสุขต่าง ๆ อาทิเช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น โครงการดูแลตนเอง เพื่อไม่ได้เจ็บป่วย และได้รับการดูแลที่ถูกต้อง โครงการจัดตั้งงานเวชปฏิบัติครอบครัว งานควบคุมโรคระบาด เช่น การเฝ้าระวังและควบคุมโรค การรณรงค์ต่อต้านยาเสพติดและใช้เลือดออก งานเอดส์ชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้ โรงพยาบาลประมาณสามในสี่ (ร้อยละ 74.5) แสวงหาความร่วมมือจากชุมชนให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในชุมชน เช่น การร่วมมือประสานงาน ส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ การซ้อมแผนอุบัติเหตุ อุบัติภัย และอัคคีภัย งานพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในชุมชน ร้อยละ 85.3 ของโรงพยาบาล ได้จัดให้มีกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ในชุมชน โดยที่ชุมชนมีส่วนร่วม อาทิเช่น โรงพยาบาลจัดให้มีการบรรยายความรู้สู่ชุมชน การจัดนิทรรศการให้นักเรียนเข้าชม จัดบรรยายทางวิชาการให้อาสาสมัครสาธารณสุขและชาวบ้าน เป็นต้น โรงพยาบาลประมาณสองในสาม (ร้อยละ 65.5) มีกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือทีมแพทย์ ที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยตามบ้าน รวมทั้งจัดกิจกรรมเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน (ร้อยละ 66.8) อาทิ เช่น การจัดกิจกรรมตามวาระต่าง ๆ เช่น งานวันเด็ก กิจกรรมชมรมแม่บ้านสาธารณสุข ชมรมออกกำลังกาย ชมรมคนรักเมืองหาดใหญ่ ชมรมไทยอิสลามดูแลศาลาละหมาด สโมสรฝึกการพูด ชมรมกีฬาอำเภอ ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมอื่น ๆ ที่ชุมชนมีส่วนร่วมกับโรงพยาบาล อาทิเช่น การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ กิจกรรมพิธีสมการวะผู้สูงอายุ ประชุมต่าง ๆ เป็นต้น

เหตุจูงใจที่โรงพยาบาลเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

จากการศึกษาเหตุจูงใจ ที่โรงพยาบาลเปิดโอกาสให้รัฐเข้ามามีส่วนร่วมในกิจการของโรงพยาบาล (ตารางที่ 3) พบว่า แรงจูงใจที่สำคัญของโรงพยาบาลแทบทั้งหมด (ร้อยละ 89.0) ก็คือการที่โรงพยาบาล มีนโยบายที่จะเพิ่มขีดความสามารถของประชาชน ในการเข้าถึงโรงพยาบาล (accessibility) ให้สูงขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสใช้บริการของโรงพยาบาลมากขึ้น

แรงจูงใจรองลงมาได้แก่ การที่โรงพยาบาลมีงบประมาณไม่เพียงพอ ที่จะขยายกิจการของโรงพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน/ชุมชน จึงจำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่โรงพยาบาลจัดขึ้น ก็ได้แก่การจัดตั้งมูลนิธิของโรงพยาบาล เพื่อจัดหากองทุนพัฒนาโรงพยาบาล ตลอดจนร่วมบริจาคเงิน เพื่อกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงพยาบาล เป็นส่วนใหญ่

สำหรับแรงจูงใจภายนอกโรงพยาบาล หรือแรงจูงใจที่เกิดจากการตื่นตัวของฝ่ายประชาชนหรือชุมชนเอง พบว่า กระแสความตื่นตัวดังกล่าว เป็นแรงกระตุ้นที่มีความสำคัญค่อนข้างสูง กล่าวคือเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.0) ของโรงพยาบาล ให้เหตุผลว่า การที่เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจการโรงพยาบาลนั้น ก็เพราะการตื่นตัวของชุมชนและกระแสความเคลื่อนไหวด้านประชาสังคม (ร้อยละ 15.3) เป็นปัจจัยอันหนึ่ง ส่วนสาเหตุอื่น ๆ ก็ได้แก่ การที่โรงพยาบาลต้องการทราบความต้องการของชุมชน เพื่อที่จะได้จัดบริการให้เป็นที่พึงพอใจแก่ประชาชน โรงพยาบาลต้องการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนในชุมชน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อไม่ให้เจ็บป่วย และได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รวมทั้งเหตุผลที่ต้องการจัดตั้งโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรการกุศล

ตารางที่ 3 จำนวนและอัตราส่วนร้อยละของเหตุจูงใจที่โรงพยาบาล ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม
ในกิจการโรงพยาบาล

เหตุจูงใจ	จำนวน	อัตราส่วนร้อยละ
โรงพยาบาลมีนโยบายที่จะเข้าถึงชุมชนมากขึ้น	186	89.0
งบประมาณของรัฐไม่เพียงพอ	99	47.4
ความตื่นตัวของชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมด้วยตนเอง	90	43.0
แรงกระตุ้นจากการเคลื่อนไหวด้านประชาสังคม	32	15.3
อื่น ๆ ระบุ	10	4.8

- ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

วิธีการที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม

จากการศึกษากรณีวิธีที่โรงพยาบาลนำมาใช้ เพื่อให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วม (ตารางที่ 4) พบว่า โรงพยาบาลประมาณสามในสี่ (ร้อยละ 75.1) ใช้วิธีการขอความร่วมมือโดยตรงจากผู้นำชุมชน รองลงมาได้แก่ การจัดกิจกรรมพิเศษ เพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม (ร้อยละ 69.8) เช่น การจัดงานวันเด็ก การประกวดสุขภาพแม่และเด็ก การส่งเสริมความสามัคคี รดน้ำวันสงกรานต์ นอกจากนั้นก็ยังใช้วิธีการอื่น ๆ เช่น แพทย์หรือนักวิชาการของโรงพยาบาลออกไปพบประชาชนโดยตรง (ร้อยละ 61.7) หรือประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ เช่น พัฒนาการ ครู (ร้อยละ 53.6) เพื่อเชิญให้เข้าร่วมเป็นกรรมการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงพยาบาล การเชิญผู้นำชุมชนมาร่วมประชุมกับกรรมการโรงพยาบาล (ร้อยละ 42.6) และโดยวิธีการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายในชุมชน (ร้อยละ 31.6) รวมทั้งการประชาสัมพันธ์โดยเชิญชวนขอความร่วมมือเป็นราย ๆ ไป ในแต่ละกิจกรรมตามความเหมาะสม

ลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชนที่โรงพยาบาลต่าง ๆ ดำเนินอยู่ พอจะสรุปได้เป็น 6 ประเภทด้วยกัน ได้แก่

- (1) การเชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นที่ยอมรับในสังคมมาเป็นกรรมการที่ปรึกษาของโรงพยาบาล
- (2) การเชิญชุมชนเป็นกรรมการมูลนิธิของโรงพยาบาล
- (3) การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล เช่น ช่วยจัดหาทุนก่อสร้างอาคาร หาทุนจัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์
- (4) การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนางานบริการของโรงพยาบาล เช่น การสะท้อนปัญหาการให้บริการ ตลอดจนการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการแก้ไข และพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาล
- (5) การจัดตั้งชมรม เพื่อให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน
- (6) การแต่งตั้งประชาชนเป็นกรรมการบริหาร ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว ศูนย์แพทย์ชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยงานเครือข่ายของโรงพยาบาล

ตารางที่ 4 วิธีการที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

วิธีการ	จำนวน	อัตราส่วนร้อยละ
ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชน	58	27.8
ใช้เสียงตามสายในชุมชน	66	31.6
แพทย์ออกไปพบประชาชน	129	61.7
จัดกิจกรรมพิเศษให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม	146	69.8
ขอความร่วมมือโดยตรงจากผู้นำชุมชน	157	75.1
เชิญผู้นำชุมชนเข้าร่วมประชุมกับกรรมการ โรงพยาบาล	89	42.6
ประสานงานกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ของรัฐ เช่น พัฒนากร ครู	112	53.6
อื่น ๆ (เช่น ใช้ความคุ้นเคยขอความร่วมมือเป็นราย ๆ ไปในบางกิจกรรม, เชิญเป็นที่ปรึกษาของ รพ.)	8	3.8

- ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

การประชุมร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

การที่โรงพยาบาลเปิดโอกาสให้ประชาชนหรือชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาลในทางปฏิบัติ จำเป็นต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน โดยการ จัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือกับโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.0) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เคยประชุมร่วมกับชุมชน ซึ่งการประชุมส่วนใหญ่จัดขึ้นทั้งในและนอกโรงพยาบาล การประชุม ดังกล่าวฝ่ายบริหารโรงพยาบาลจะเป็นผู้ริเริ่ม มากกว่าการที่ฝ่ายประชาชนจะเป็นผู้ริเริ่ม กล่าวคือ เกือบหนึ่งในสาม (ร้อยละ 31.6) ของโรงพยาบาลทั้งหมด เคยมีประสบการณ์ที่ฝ่ายประชาชนเป็นผู้ ริเริ่มขอให้ทางโรงพยาบาลจัดประชุมร่วมกับชุมชน (ตารางที่ 5)

สำหรับหัวข้อประชุมที่ชุมชนเป็นฝ่ายริเริ่ม มีความหลากหลาย อาทิเช่น การแก้ปัญหา สาธารณสุขต่างๆ เช่น การกำจัดขยะ ประชาชนประชุมกลุ่มร่วมกับเทศบาล โดยมีโรงพยาบาลเป็น ผู้ประสานงาน การชี้แจงเรื่องสิทธิในการใช้บัตรสุขภาพ และสวัสดิการอื่น ๆ ที่รัฐจัดให้ การปฐม พยาบาล การช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ การหาแนวทางในการดำเนินงานเพื่อก่อตั้งประชาคม ตำบล การประชุมกับสมาคมหรือมูลนิธิเพื่อขอให้แพทย์ออกให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยเวลาออก ช่วยเหลือชาวบ้าน การดูแลสุขภาพตนเอง ความสำคัญของการออกกำลังกาย การจัดตั้งกองทุน ฯลฯ เป็นต้น

สำหรับค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ประชาชนหรือชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมนั้น ส่วนใหญ่ใช้งบประมาณจากหลายแหล่งด้วยกัน ได้แก่งบประมาณของโรงพยาบาล (ร้อยละ 61.7) เงินสวัสดิการของโรงพยาบาล (ร้อยละ 40.7) แหล่งเงินทุนที่รวบรวมมาจากชุมชนเอง (ร้อยละ 19.6) และเงินบริจาคจากองค์กรชุมชน (ร้อยละ 25.4) รวมทั้งแหล่งเงินทุนอื่น ๆ เช่น งบประมาณขององค์กร ส่วนท้องถิ่น เงินบริจาคจากนายกเทศมนตรี เงินของชมรมและมูลนิธิต่าง ๆ เป็นต้น (ตารางที่ 6)

แม้โรงพยาบาลจะเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในหลายๆ กิจกรรมแต่อำนาจการตัดสินใจให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหาร และร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ผู้มี อำนาจตัดสินใจ ยังเป็นฝ่ายบุคลากรของโรงพยาบาล ได้แก่ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล (ร้อยละ 71.3) หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ร้อยละ 61.2) เกือบหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 23.0) ของโรงพยาบาล ที่ศึกษา ผู้บริหารโรงพยาบาลกระจายอำนาจดังกล่าว ให้คณะกรรมการที่ปรึกษาฝ่ายชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 5 การประชุมร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน

การประชุมร่วมกัน	จำนวน	อัตราส่วนร้อยละ
ผู้บริหาร โรงพยาบาลเคยประชุมร่วมกับชุมชน		
เคย	162	81.0
- ในโรงพยาบาล	28	
- นอกโรงพยาบาล	24	
- ทั้งในและนอกโรงพยาบาล	110	
ไม่เคย	26	13.0
ไม่ทราบ	12	6.0
รวม	200	100.0
ประชาชนริเริ่มขอให้โรงพยาบาลจัดประชุมร่วมกับชุมชน		
มี	62	31.6
ไม่มี	121	61.8
ไม่ทราบ	13	6.6
รวม	196	100.0

ตารางที่ 6 แหล่งเงินทุนในการจัดกิจกรรมที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

แหล่งเงินทุน	จำนวน	อัตราส่วนร้อยละ
งบประมาณของโรงพยาบาล	129	61.7
เงินสวัสดิการของโรงพยาบาล	85	40.7
รวบรวมจากชุมชน	41	19.6
เงินบริจาคจากองค์กรชุมชน	53	25.4
อื่น ๆ	14	6.7

- ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตารางที่ 7 ผู้มีอำนาจตัดสินใจให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารและร่วมกิจกรรมของโรงพยาบาล

ผู้ตัดสินใจ	จำนวน	อัตราส่วนร้อยละ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	128	61.2
คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล	149	71.3
คณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน	48	23.0
อื่น ๆ	12	5.7

- ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน

เกี่ยวกับความคิดเห็นของโรงพยาบาล ต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน (ตารางที่ 8) พบว่า โรงพยาบาลแทบทั้งหมด (ร้อยละ 95.9) เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชน ในหลาย ๆ ลักษณะ ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

- (1) ชุมชนสามารถสะท้อนความต้องการ สะท้อนปัญหาต่าง ๆ ของการใช้บริการ และสามารถให้ข้อคิดเห็นในการดำเนินการที่จะเป็นประโยชน์ต่อชุมชน ทำให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนได้โดยแท้จริง
- (2) ชุมชนเป็นแหล่งทุนในการพัฒนาโรงพยาบาล และมีส่วนร่วมในการระดมทรัพยากร
- (3) สังคมควรมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของ มีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาท ควบคุม กำกับดูแลเพื่อความโปร่งใสในการบริหารงาน
- (4) เพื่อโรงพยาบาลจะได้รับความร่วมมือด้วยดีจากชุมชน ในกิจการต่างๆ ที่โรงพยาบาลต้องการความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับโรงพยาบาลที่มีความคิดเห็นว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่มีความสำคัญต่อโรงพยาบาล ให้เหตุผลไว้หลายประการ พอสรุปได้ดังนี้

- (1) ประชาชนอาจจะเกิดความต้องการหรือการเรียกร้องมากเกินไป จนกระทั่งโรงพยาบาลไม่สามารถตอบสนองได้
- (2) ประชาชนยังไม่มีความพร้อม จำเป็นที่จะต้องใช้เวลา เพื่อให้ชุมชนได้พัฒนาศักยภาพให้เกิดความเข้มแข็ง มีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจให้ดีเสียก่อน จึงจะเกิดประโยชน์อย่างยิ่งต่อโรงพยาบาล
- (3) ประชาชนไม่เข้าใจระบบการทำงานของโรงพยาบาล และระเบียบราชการ
- (4)เกรงว่าจะทำให้ได้ผู้นำที่มีอิทธิพล หรือตัวแทนชุมชนที่เข้าร่วม อาจไม่ใช่ตัวแทนที่ทราบปัญหาของชุมชนที่แท้จริง
- (5) การตัดสินใจในการวางแผนและดำเนินงานของโรงพยาบาลจะยุ่งยากมากขึ้น เพราะความต้องการมาจากบุคคลที่หลากหลาย

- (6) เกรงว่าคณะกรรมการที่มาจากฝ่ายชุมชนไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเอง และขาดจิตสำนึกที่บริสุทธิ์ใจ จะเรียกร้องสิทธิพิเศษบ่อย ๆ ผู้ที่มีอิทธิพลในท้องถิ่น อาจเข้ามาหาผลประโยชน์ได้ง่าย ถ้าทีมโรงพยาบาลไม่เข้มแข็ง และยื่นหยัดในผลประโยชน์ของชุมชน
- (7) บุคลากรในโรงพยาบาลไม่พร้อม ขณะที่ชุมชนตั้งความหวังสูง

ตารางที่ 8 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน	จำนวน	อัตราส่วนร้อยละ
การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญต่อโรงพยาบาลหรือไม่		
มีความสำคัญ	188	95.9
ไม่มีความสำคัญ	8	4.1
รวม	196	100.0
การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารก่อให้เกิดปัญหาหรืออุปสรรคต่อการทำงาน		
มีปัญหา	61	32.6
ไม่มีปัญหา	126	67.4
รวม	187	100.0
ท่านประสบความสำเร็จในการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในโรงพยาบาล		
มาก	24	12.6
ปานกลาง	95	49.7
น้อย	72	37.7
รวม	191	100.0

- (8) ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจพื้นฐาน ที่จะร่วมทำงานได้อย่างเท่าเทียมกัน บุคลากรของโรงพยาบาล จึงอาจเกิดความเห็นที่ขัดแย้ง ความไม่เข้าใจในการทำงานได้ง่าย

ในด้านความคิดเห็นต่อการที่ประชาชนหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการบริหาร โรงพยาบาลในภาพรวม พบว่า โรงพยาบาลประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 32.6) มีความเห็นว่าจะก่อให้เกิดปัญหาในการทำงาน ในขณะที่อีกสองในสาม (ร้อยละ 67.4) มีความเห็นว่าจะไม่ก่อให้เกิดปัญหา หรืออุปสรรคในการดำเนินงานของโรงพยาบาล

สำหรับผลสำเร็จของการให้ชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาล ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.7) ของโรงพยาบาลทั้งหมด ประเมินว่าตนประสบความสำเร็จในระดับปานกลาง ขณะที่เพียงร้อยละ 12.6 เท่านั้น ที่ประเมินว่า ประสบความสำเร็จมาก ในการที่ดึงดูดชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ส่วนที่เหลือกว่าหนึ่งในสามเล็กน้อย (ร้อยละ 37.7) ประสบความสำเร็จเพียงเล็กน้อย

จากการศึกษาแนวโน้มที่โรงพยาบาล จะมีแผนปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลอิสระภายใต้กำกับดูแลของรัฐหรือไม่ พบว่าประมาณหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 26.2) ที่มีแผนให้โรงพยาบาลออกนอกกรอบราชการเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารงาน ขณะที่ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.3) ยังไม่แน่ใจ ส่วนอีกร้อยละ 22.1 ของโรงพยาบาล ไม่มีแผนดำเนินการดังกล่าว (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 การมีแผนปรับเปลี่ยนโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลอิสระภายใต้กำกับของรัฐ

	จำนวน	อัตราส่วนร้อยละ
มี	53	26.2
ไม่มี	44	22.1
ไม่แน่ใจ	102	51.3
รวม	199	100.0

โดยสรุป การมีส่วนร่วมของประชาชนกับการบริหารโรงพยาบาลของรัฐที่เป็นรูปธรรมชัดเจนในปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่า มีอยู่น้อยมาก การมีส่วนร่วมของชุมชนส่วนใหญ่เป็นการมีส่วนร่วมในฐานะเป็นผู้รับบริการ ผู้ซื้อบริการหรือได้รับประโยชน์จากการที่โรงพยาบาลดำเนินการจัดโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นลักษณะของการมีส่วนร่วมในเชิงรับมากกว่าเชิงรุก (passive participation)

การมีส่วนร่วมในระดับสูงขึ้นไปก็ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาโรงพยาบาล กระบวนการมีส่วนร่วมดังกล่าว อาจดำเนินการในรูปการตั้งคณะกรรมการมูลนิธิของโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ระดมทรัพยากรให้โรงพยาบาล เช่น ที่ดิน เงินบริจาค การจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพง ตามที่โรงพยาบาลร้องขอ โดยที่ประชาชนมิได้มีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมตั้งแต่เริ่มแรก

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า โรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทยทั่วไปมีนโยบายและมีการทำงานที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วมในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะการบริจาคและการเป็นที่ปรึกษา แต่แทบจะไม่มีแห่งใดให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหาร ยกเว้นโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

บทที่ 5

โรงพยาบาลบ้านแพ้วกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ : กรณีศึกษาที่ 1

สภาพภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคมและประชากรของชุมชนบ้านแพ้ว

บ้านแพ้ว เป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดสมุทรสาคร อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ 80 กิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มและมีคูคลอง มีคลองดำเนินสะดวกไหลผ่าน ในอดีตชาวบ้านส่วนใหญ่จึงนิยมการสัญจรทางน้ำ โดยใช้เรือเป็นพาหนะ ต่อมาเมื่อมีการตัดถนนเข้าหมู่บ้าน และมีการเชื่อมถนนแต่ละสายเข้าด้วยกัน การคมนาคมหรือการสัญจรของชาวบ้านในปัจจุบันจึงเปลี่ยนไป ใช้รถแทนเนื่องจากมีความสะดวกและรวดเร็วกว่า

อำเภอบ้านแพ้วมีประชากรทั้งสิ้น 94,798 คน (ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร 31 สิงหาคม 2542) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีทั้งการปลูกพืชและเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 95.0 นับถือศาสนาพุทธ สำหรับปัญหาสุขภาพของประชาชน พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยที่สำคัญของชาวบ้านแพ้วได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบย่อยอาหาร

ส่วนสาเหตุการตายที่สำคัญ ได้แก่ โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคมะเร็งและเป็นลม ฯลฯ สำหรับสถานบริการสาธารณสุขภายในอำเภอบ้านแพ้ว มีสถานบริการเพื่อให้บริการทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ประชาชน ทั้งในส่วนของภาครัฐและภาคเอกชน เช่น โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย ร้านขายยา คลินิก ฯลฯ เป็นต้น สำหรับความครอบคลุมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2541 พบว่า แพทย์ 1 คน ต้องรับผิดชอบประชากรประมาณ 7,900 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ต้องรับผิดชอบประชากรประมาณ 2,100 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (พนักงานอนามัย) 1 คน ต้องรับผิดชอบประชากรประมาณ 2,900 คน

ลักษณะความสัมพันธ์ของชุมชน

เนื่องจากสังคมของชุมชนบ้านแพ้ว เป็นสังคมชนบท มีรากฐานความสัมพันธ์แบบชุมชนดั้งเดิม กล่าวคือ มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือในเรื่องของการใช้แรงงานหรือการบริจาคทรัพย์สิน สิ่งของต่างๆ เช่น การร่วมแรงร่วมใจกันพัฒนาชุมชนในวาระพิเศษต่าง ๆ การทำความสะอาดคูคลองหรือบ้านเรือน การสร้างถนน สร้างโบสถ์

สร้างวัด เป็นต้น เหตุผลที่สำคัญน่าจะเป็นเพราะลักษณะทางด้านภูมิศาสตร์ในอดีตที่ชาวบ้านยังต้องมีการสัญจรทางน้ำ โดยการใช้เรือเป็นพาหนะ บ้านที่มีฐานะยากจนไม่มีเรือเป็นของตนเอง หากมีเหตุให้ต้องใช้เรือก็ต้องขอยืมเรือจากเพื่อนบ้านที่มีฐานะดีกว่า ด้วยวิถีชีวิตที่ต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน น่าจะมีส่วนในการก่อรากวัฒนธรรมของชุมชนแห่งนี้ ให้มีลักษณะของความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือเกื้อกูลกันจนถึงปัจจุบัน

เหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ก็คือ ชุมชนบ้านแพ้วมีผู้นำที่ดีและมีศักยภาพ ได้แก่ อดีตเจ้าอาวาสวัดยกระบัตร์ ซึ่งเป็นผู้นำของชุมชนและเป็นศูนย์รวมจิตใจของคนในอำเภอบ้านแพ้วได้ เนื่องจากเป็นพระนักพัฒนาที่มีวัตรปฏิบัติดีงาม และมีความตั้งใจในการพัฒนาชุมชนเป็นอย่างมาก จนทำให้อำเภอบ้านแพ้วมีความเจริญและพัฒนาในหลายๆ ด้าน เช่น การสร้างอาชีพให้คนในชุมชน การสร้างถนน และสาธารณูปโภคต่าง ๆ ปัจจุบันแม้ว่าท่านจะลาสิกขาบท ดำรงชีวิตแบบฆราวาสแล้ว แต่ก็ยังได้รับความเคารพศรัทธาจากชาวบ้านแพ้วและองค์กรในท้องถิ่นทั้งภาครัฐและเอกชน และเป็นผู้ที่มีบทบาทสูงในการนำชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารและพัฒนาโรงพยาบาลบ้านแพ้วให้ยั่งยืนได้จนถึงปัจจุบัน

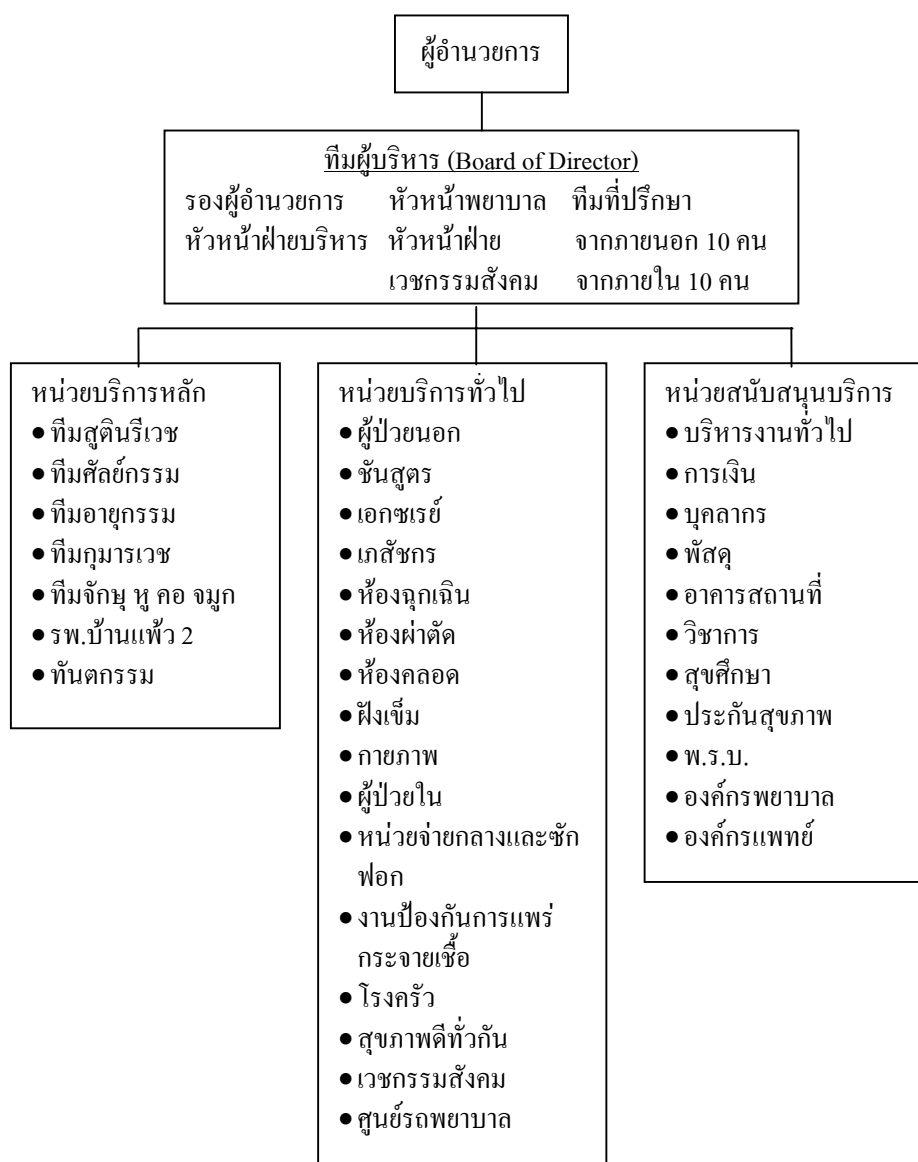
ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว เป็นโรงพยาบาลชุมชน ตั้งอยู่บนเนื้อที่ 15 ไร่ ซึ่งได้มาจากการบริจาคของประชาชน ยกฐานะจากสถานีอนามัยชั้น 1 เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง ในปี พ.ศ.2510 และขยายเป็นขนาด 30 เตียง ในปี พ.ศ.2524 เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงในปี พ.ศ. 2534 และได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียงใน พ.ศ.2539 จนกระทั่งปัจจุบัน มีอาคารปฏิบัติการ 5 อาคาร ได้แก่ อาคารผู้ป่วยใน อาคารผู้ป่วยนอก อาคารส่งนมอาพาธ อาคารสมเด็จย่า 90 พรรยา และอาคารอุบัติเหตุ

นอกจากนี้ ยังมีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว 2 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสาขาที่ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอก โดยการเช่าอาคารพาณิชย์ของเอกชนขนาด 4 คูหา เป็นที่ทำการ มีการตกแต่งคล้ายๆ โรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก ประกอบไปด้วย ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นห้องปรับอากาศ 2 ห้อง ห้องอุบัติเหตุ-ห้องฉุกเฉิน เป็นห้องปรับอากาศ 1 ห้อง มีรถพยาบาล 1 คัน (ได้รับบริจาคจากประชาชน) ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เช่นเดียวกับโรงพยาบาลแม่ สำหรับเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 3 คน และพนักงานอื่น ๆ 2 คน

เนื่องจากโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีลักษณะการบริหารจัดการแตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ของรัฐ กล่าวคือ มีการบริหารแบบกึ่งรัฐกึ่งเอกชน (semi-privatization) ดังนั้น บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้งหมด 344 คน ซึ่งจำแนกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เป็นบุคลากรที่ทำงานภายในระบบคือ เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว 162 คน และเป็นบุคลากรที่ทำงานภายนอกระบบ 182 คน ที่ได้รับการว่าจ้างมาจากภายนอกเพื่อมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยได้รับค่าตอบแทนจากเงินบำรุงและเงินประกันสังคมของโรงพยาบาล และมีรูปแบบการจัดองค์กรให้สอดคล้องกับการบริหารและพัฒนาทีมงาน ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 ผังองค์กรโรงพยาบาลบ้านแพ้ว



2. กระบวนการและขั้นตอนของการแสวงหาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาและบริหารโรงพยาบาล

ความสำเร็จของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งได้พัฒนามาจากโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในปี 2524 มาเป็นโรงพยาบาล 120 เตียง ดังที่เป็นอยู่ใน มีเหตุปัจจัยร่วมกันหลายประการ ปัจจัยที่สำคัญยิ่งประการหนึ่ง ก็คือการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาโรงพยาบาลอย่างเข้มแข็ง ขั้นตอนกระบวนการและกลวิธีให้ได้มาซึ่งความร่วมมือจากชุมชนบ้านแพ้วอย่างเป็นรูปธรรม ย่อมเป็นกรณีศึกษาที่มีคุณค่าต่อการเรียนรู้และพัฒนาการด้านสาธารณสุขที่ยั่งยืนของสังคมไทยต่อไปในอนาคต

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์และเรียนรู้ปัญหาจากชุมชน (Learning weakness from the community)

ขณะที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเข้ามารับตำแหน่งที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในปี 2530 สภาพโดยทั่วไปของโรงพยาบาลค่อนข้างทรุดโทรม ทั้งสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ นอกจากนั้นยังประสบปัญหาการใช้บริการที่ต่ำกว่าระดับ (under-utilization) กล่าวคือ มีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการเพียงประมาณวันละ 60-70 คน ขณะที่ผู้ป่วยในประมาณ 3-5 คนต่อวันโดยเฉลี่ย ทั้งนี้ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติไม่ดีต่อโรงพยาบาลและบุคลากรของโรงพยาบาล เมื่อประชาชนเจ็บป่วยแทนที่จะมารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งตั้งอยู่ในชุมชนของตนเอง กลับต้องเดินทางไปใช้บริการที่โรงพยาบาลอื่นๆ ซึ่งอยู่ห่างไกลออกไป เช่น โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลสมุทรสงคราม โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลศิริราช ฯลฯ เป็นต้น สภาพการณ์เช่นนี้ย่อมก่อให้เกิดการสูญเสียในเชิงเศรษฐกิจทั้งภาครัฐและภาคเอกชน กล่าวคือ รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากในแต่ละเดือน เพื่อให้บริการคนไข้เพียงจำนวนน้อย นับว่าเป็นการลงทุนที่ไม่คุ้มค่า ขณะที่ฝ่ายประชาชนผู้ใช้บริการก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าที่ควร เพราะต้องเดินทางไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกล หรือจากโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น

จากสภาพปัญหาดังกล่าว และด้วยความตั้งใจจริงที่จะเข้ามาแก้ปัญหา ผู้อำนวยการจึงเริ่มสนใจศึกษาหาข้อมูล เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของการใช้บริการที่ต่ำกว่าระดับโดยการเรียนรู้จากประชาชนผู้ให้บริการ โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนเสนอปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ และได้ข้อสรุปว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากระบบบริการของโรงพยาบาลรัฐที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ (accessibility) ของประชาชน รวมทั้งพฤติกรรมการให้บริการของบุคลากรในโรงพยาบาล เช่น แพทย์จะเป็นห่วงคลินิกตนเองมากกว่าคนไข้ของโรงพยาบาล พยาบาลใช้กิริยาจากที่ไม่สุภาพต่อคนไข้ สิ่งเหล่านี้นำไปสู่ความไม่พึงพอใจในบริการของประชาชน อันมีผลต่อการใช้บริการที่ต่ำกว่าระดับของโรงพยาบาลบ้านแพ้วในขณะนั้น ดังคำกล่าวของผู้นำชุมชนต่างๆ เช่น

“สมัยก่อนนั้นผู้อำนวยการทุกคนจะเปิดคลินิก มีช่องว่างมาก (ระหว่างโรงพยาบาลกับประชาชน) สำหรับเรื่องนี้ คนไข้ไปหาหมอที่โรงพยาบาล เขาก็จะบอกว่าช่วงบ่ายไปหาผมที่คลินิก ทุกคนจะเป็นแบบนี้หมด...”

“เราเจอมาแล้ว พยาบาลตวาดคนไข้ว่า มาทำไมกันตอนนี้ ห้าโมงเขาเลิกงานแล้ว... ก็คนไข้มันกำหนดไม่ได้นี่ว่าจะป่วยกี่โมง...” (ผู้นำชาวจีน)

“เมื่อ 15 ปีที่แล้ว... โรงพยาบาลปิด 18.00 น. คนถูกกัก คนท้อง ไปหาหมอตอน 2-3 หุ่ หมอก็ไม่อยู่แล้ว... การคมนาคมตอนนั้นยังไม่สะดวก ขณะที่เรามีโรงพยาบาล มีหมอ มีพยาบาลอยู่ในท้องที่ แต่ไม่ให้บริการ... ชาวบ้านเรียกโรงพยาบาลว่าโรงฆ่าสัตว์...”

ด้วยความมุ่งมั่นที่จะแก้ปัญหา และปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับ และเป็นที่พึ่งของประชาชนได้อย่างแท้จริง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้วางแผนนโยบายที่จะต้องปรับปรุงระบบบริการ ให้เป็นที่พึงพอใจและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยเน้นหลักการให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient's center) แก้ไขหาระบบนำส่งคนไข้ (referral system) โดยพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลให้สามารถให้บริการได้อย่างครบวงจร ซึ่งจำเป็นต้องมีแพทย์เฉพาะทางในสาขาที่จำเป็น รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการให้แก่ผู้ป่วย โดยขยายเวลาให้บริการให้ยาวนานขึ้น จัดบริการแบบ one-stop service ตลอดจนปรับปรุงอาคารสถานที่ อย่างไรก็ดีตาม ภายใต้กระบวนการบริหารจัดการแบบราชการย่อมเป็นไปได้ยากที่จะพัฒนาโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน เนื่องจากติดขัดด้วยระเบียบ กฎเกณฑ์ต่างๆ ของราชการ และทางออกประการเดียวที่เป็นไปได้สำหรับเรื่องนี้ก็คือ การทำโรงพยาบาลบ้านแพ้วให้เป็นโรงพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชนอย่างแท้จริง

ขั้นตอนที่ 2 มองหาแกนนำชุมชน (Identification of Community Leaders)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจึงเริ่มต้นมองหาแกนนำชุมชน เพื่อที่จะดึงศักยภาพของคนในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาโรงพยาบาล เนื่องจากผู้อำนวยการมิใช่ชาวบ้านแพ้วโดยกำเนิดจึงต้องเริ่มต้นจากการเสาะสละเวลาเพื่อทำความรู้จักคุ้นเคยกับชุมชน โดยใช้หลักการทางสังคมวัฒนธรรม (social-cultural approach) กล่าวคือ เรียนรู้วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีของท้องถิ่น เพื่อจะได้วางตนให้สอดคล้องผสมกลมกลืนกับวัฒนธรรมท้องถิ่นเสมือนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนในชุมชนบ้านแพ้ว โดยการไปงานสังคมทุกงานเมื่อมีโอกาส เช่น งานศพ งานแต่งงาน งานบุญต่างๆ เพื่อจะได้มีโอกาสได้พบปะสังสรรค์กับชาวบ้าน ขณะเดียวกันก็สอดแทรกแนวคิดที่จะพัฒนาโรงพยาบาลให้ชุมชนรับทราบอยู่เสมอเมื่อมีโอกาส

“...เราเปิดตัว งานสังคม ใครแต่งงาน ใครทำอะไรเราก็ไป เช่น งานศพ ส่วนมากเขาจะให้เราไปนั่งข้างหน้า เราก็ไม่นั่ง...เหงา นั่งข้างหลังได้คุยกับคนโน้นคนนี้ ตอนนั้นแหละเปิดโอกาสให้

เราจะแทรกปัญหาของเรา (โรงพยาบาล) เข้าไป... ทำให้เขามีความรู้สึกอยากจะแข่งขัน ทำให้โรงพยาบาลบ้านตัวเองดีกว่าบ้านอื่น เหมือนกับบารุงวัด... “

แกนนำที่เป็นรายแรกและเป็นบุคคลสำคัญที่สุด ก็คือ อดีตเจ้าอาวาสวัดกระบี่ตร นักพัฒนาชุมชนที่ได้รับความเชื่อถือ ศรัทธาจากชาวบ้านแพ้วมากที่สุด และโดยการแนะนำจากท่าน ทำให้ผู้อำนวยการสามารถขยายเครือข่ายแกนนำ โดยการดึงผู้นำชุมชนในทุกสาขา เช่น ผู้นำด้านศาสนา ข้าราชการเกษียณ ครูอาวุโส พ่อค้า คหบดี ผู้นำชุมชนชาวจีน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ที่เป็นที่ยอมรับของชุมชนและมีจิตสำนึกที่จะช่วยเหลือสังคมมาร่วมพัฒนาโรงพยาบาลจนเป็นผลสำเร็จ

“...ตอนที่ผมเพิ่งเข้ามาทำงานที่นี่ใหม่ๆ กำลังมองหาคนที่พอจะชวนมาช่วยพัฒนาโรงพยาบาลอยู่พอดีมีคนๆ หนึ่งประสบอุบัติเหตุมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผมก็แปลกใจว่า ทำไมถึงมีคนบ้านแพ้วมาเยี่ยมกันมากมายเป็นจำนวนหมื่น ผมก็เลยสนใจลองไปสอบถามดู ก็ได้ความว่าเคยเป็นพระนักพัฒนาที่ชาวบ้านให้ความเคารพศรัทธา ถือได้ว่าเป็นตัวแทนของชุมชนคนสำคัญเลย แม้ปัจจุบันแะจะเป็นฆราวาสแล้วก็ตาม แต่ชาวบ้านก็ยังรักและศรัทธาอยู่ ผมมองเห็นว่าหากได้เชิญแะมาเป็นแนวร่วมในการบริหารและพัฒนาโรงพยาบาลก็น่าจะเป็นสิ่งที่ดี จึงได้ไปพูดคุยและเล่าวัตถุประสงค์ให้ฟัง แะก็ยินดี แะแนะนำบุคคลสำคัญคนอื่นๆ ของบ้านแพ้วให้ด้วย ทำให้ผมมีแนวทางมากขึ้น...” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

“...ผมจำได้ว่าประมาณ 10 กว่าปีที่แล้ว วันนั้น ผมนั่งอยู่ที่โรงเรียน ก็มีหมอกคนหนึ่งขับมอเตอร์ไซค์เก่าๆ มาหาผมที่บ้าน เขาเข้ามาแนะนำตัวว่า เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และบอกผมว่าต้องการจะพัฒนาโรงพยาบาล แะทราบว่าผมเป็นคนที่น่าสนใจทางด้านพัฒนา มีบทบาทในการพัฒนาอำเภอบ้านแพ้วหลายๆด้าน ทั้งทางด้านการศึกษาของเยาวชนและทางด้านการรวมกลุ่มเกษตรกร ก็อยากได้ผมเป็นที่ปรึกษา” (ครูอาวุโส)

ขั้นตอนที่ 3 สร้างศรัทธาและความไว้วางใจ (Building faith and trust)

ถึงแม้ว่าชุมชนจะมีศักยภาพสูง แต่หากชุมชนไม่มีความศรัทธาและไว้วางใจในผู้นำโครงการพัฒนานั้นๆ ก็ยากที่ชุมชนจะให้ความร่วมมืออย่างเข้มแข็ง จากการเรียนรู้จุดอ่อนของโรงพยาบาลในอดีต ผู้อำนวยการจึงสร้างศรัทธาและความไว้วางใจจากประชาชน โดยประกาศความตั้งใจจริงที่จะพัฒนาโรงพยาบาลบ้านแพ้ว โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและการดำเนินงาน เพื่อให้ชุมชนมีความรู้สึกเสมือนเป็นเจ้าของโรงพยาบาลหรือเป็นหุ้นส่วน (partnership) กับโรงพยาบาล อีกทั้งประกาศจุดยืนอันแน่วแน่ว่าตนเองและแพทย์ทุกคนในโรงพยาบาลบ้านแพ้วจะไม่เปิดคลินิกส่วนตัวเพื่อหาผลประโยชน์ให้แก่ตนเอง แต่จะทำงานทุ่มเทเวลาและความสามารถทั้งหมด เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนอย่างดีที่สุด

“...จุดอ่อนของโรงพยาบาลรัฐทั่วไป ก็คือ แพทย์จะเปิดคลินิก ทำให้คนไข้ที่โรงพยาบาลไม่ได้รับการดูแลที่ดีพอ เขา (ประชาชน) จะไม่โทษแพทย์ในเรื่องอื่นเลย เพราะเขาไม่มีความรู้พอที่จะประเมินได้ว่า แพทย์คนไหน qualified หรือไม่ แต่เขาจะคิดว่าเวลาที่คูล่มหมอมุมเทให้เพียงพอไหม

เพราะฉะนั้นมีวิธีเดียวที่เราจะสนองให้เขาสัมผัสได้ ก็คือว่า แพทย์ที่นี่ไม่เปิดคลินิก นี่ก็จุดขายที่ค่อนข้างแข็ง และ attractive มาก... “ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

“...เขาบอกว่าตั้งใจจะมาพัฒนาโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และก็ให้คำมั่นสัญญากับผมว่า ตลอดระยะเวลาที่เขาอยู่ที่นี่เขาจะไม่ตั้งคลินิก... ผมชอบตรงที่เขามีความตั้งใจจริงก็เลยบอกเขาว่า ถ้าหมอตั้งใจจะทำอย่างนั้น ผมก็จะช่วยหมอ นับจากวันนั้นผมก็เป็นกำลังใจให้เขามาโดยตลอด...” (ครูอาวุโส)

ขั้นตอนที่ 4 การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านแพ้วภาคเอกชน และ การพัฒนาองค์กรชุมชนให้เข้มแข็งและยั่งยืน

เมื่อได้รับความไว้วางใจและศรัทธาจากชุมชนแล้ว เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล จึงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลภาคเอกชน โดยพิจารณาแต่งตั้งจากผู้นำชุมชนผู้มีความพร้อมในเชิงเศรษฐกิจและเป็นที่ยอมรับของชุมชน จำนวน 17 ท่าน โดยมีผู้นำชุมชนเป็นประธาน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นเลขานุการ มีบทบาทและหน้าที่ในการเสนอแนวคิดเกี่ยวกับนโยบายของโรงพยาบาล ให้คำปรึกษา แนะนำแก่โรงพยาบาลในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของชุมชน สนับสนุนระดมทรัพยากรในชุมชน เพื่อจัดตั้งกองทุน มูลนิธิ เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลให้มีศักยภาพสูงเพียงพอที่จะเป็นที่พึ่งของชุมชนตามที่ชุมชนต้องการได้

การเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามาร่วมบริหารจัดการดังกล่าว ย่อมทำให้คณะกรรมการเกิดความภาคภูมิใจ อีกทั้งในการดำเนินงานก็ได้รับการยกย่องให้เกียรติจากผู้อำนวยการอยู่เสมอ ซึ่งมีผลทำให้คณะกรรมการดังกล่าวทุ่มเทกำลังกายกำลังใจในการพัฒนาโรงพยาบาลอย่างเต็มความสามารถ

เพื่อให้กลุ่มบุคคลดังกล่าวรวมตัวกันเป็นองค์กรหลักของชุมชน มีศักยภาพในการพัฒนาสังคมได้อย่างกว้างขวางและมีความยั่งยืน จึงได้จัดตั้งเป็นองค์กรเอกชน ในรูปสโมสรโรตารีบ้านแพ้ว ซึ่งมีวาระการประชุมกันอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละครั้ง โดยใช้สถานที่ของโรงพยาบาลเป็นที่ประชุม ในระยะแรกเริ่ม ในการประชุมสโมสรโรตารี กิจกรรมของโรงพยาบาลจะถูกบรรจุอยู่ในวาระสุดท้ายเสมอ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาที่ต้องการปรึกษาหารือ หรือความก้าวหน้าของการพัฒนาโรงพยาบาล ดังนั้น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านแพ้วภาคเอกชนกับสโมสรโรตารี จึงเป็น

องค์กรพัฒนาชุมชนที่มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนบ้านแพ้ว

3. บทบาทของชุมชนในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลภาคเอกชน ได้มีบทบาทสำคัญยิ่งในการบริหารจัดการกิจกรรมต่างๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล อาทิเช่น การดำเนินการก่อสร้างตึกสมเด็จย่า 5 ชั้น และการยกระดับโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลประกันสังคมหลัก เป็นต้น ความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วมของชุมชนในหลายๆ รูปแบบ พอจะสรุปได้ต่อไปนี้

3.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดทิศทางการพัฒนาโรงพยาบาล

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดทิศทางการพัฒนาโรงพยาบาลเกิดขึ้นใน 2 ลักษณะ กล่าวคือ ชุมชนหรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในโครงการใหม่ๆ ที่โรงพยาบาลเสนอขอความคิดเห็น และชุมชนเป็นผู้เสนอความต้องการของชุมชนให้โรงพยาบาลพิจารณาดำเนินการ ในการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานของโรงพยาบาลหรือการริเริ่มโครงการใหม่ๆ ที่สำคัญ ผู้อำนวยการจะนำเข้ามาปรึกษากับคณะกรรมการบริหารภาคเอกชนในที่ประชุมของสโมสรโรตารีทุกครั้ง หากที่ประชุมเห็นชอบด้วยก็นำไปสู่การปฏิบัติต่อไป เช่น การขยายเวลาให้บริการเป็น 24 ชั่วโมง การบริหารเงินรายได้ประกันสังคม สามารถทำให้มีการจ้างแพทย์นอกระบบราชการเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลมีความสอดคล้อง และเป็นการสนองความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

“...ในเรื่องการบริหาร ผู้อำนวยการก็จะปรึกษาขอความคิดเห็นว่า ถ้าจะเอาเงินของประกันสังคมมาจ้างแพทย์เพิ่มขึ้นอีก 10-20 คนจะดีไหม หมอเขาไม่ได้ถือว่าเขามีอำนาจที่จะทำอย่างนั้นอย่างนี้ เขาจะต้องให้คณะกรรมการเห็นชอบด้วย เพราะบางเรื่องมันต้องใช้เงินคอกผลของมูลนิธิด้วย ...การปรับปรุงโอพีดีเราก็ปรึกษากัน ว่ากันห้องโอพีดีหมดแล้วติดแอร์เหมือนโรงพยาบาลเอกชนจะดีไหม คนไข้ที่มารอจะได้ไม่ต้องทนทรมานตากอากาศ” (กรรมการบริหารภาคเอกชน)

นอกจากนั้น ในบางเรื่องชุมชนยังเป็นฝ่ายริเริ่มเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการด้านบริการของชุมชน เพื่อให้โรงพยาบาลนำไปพิจารณาดำเนินการ ซึ่งมีผลให้เกิดการขยายเวลาให้

บริการ และการร่วมทุนกันระหว่างบริษัทเอกชนเจ้าของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์กับโรงพยาบาล โดยที่โรงพยาบาลไม่ต้องลงทุนซื้อเครื่องมือที่มีราคาแพง

“คุณสุรินทร์ เทพกาญจนา ที่ปรึกษาโรงพยาบาล เป็นคนต้นคิดเรื่องเปิดบริการ 24 ชั่วโมง เพื่อให้ข้าราชการไม่ต้องลงนามาตรวจในเวลาราชการ ถ้าเปิด 24 ชั่วโมง รวมเสาร์-อาทิตย์ เลิกงานก็มาตรวจได้ไม่ต้องเสียงานด้วย...”

“...เราคิดว่าจะทำอย่างไรให้โรงพยาบาลเปิดได้ 24 ชั่วโมง ทำอย่างไรจะให้โรงพยาบาลเรามีแพทย์เฉพาะทาง เรื่องนี้มันเกิดจากการที่พ่อเราป่วยแล้วต้องวิ่งไปเอกซเรย์สมองที่โรงพยาบาล.....เพราะที่นี่ไม่มีก็เลยมาคุยกันว่าทำอย่างไร จะให้โรงพยาบาลเรามีบริการครบวงจร เพราะไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนมันแพงมาก... และทำอย่างไร จึงจะให้โรงพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชน 100% คือพอเจ็บป่วยขึ้นมาไม่ต้องเดินทางไปไกลๆ สามารถรักษาอยู่ที่นี่ได้เลย” (กรรมการบริหารภาคเอกชน)

“ผู้อำนวยการที่มาปรึกษากับพวกเราว่า ถ้าจะให้คนไข้มาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ก็ต้องจ้างหมอประจำซึ่งก็ต้องใช้เงินที่มีอยู่คือ เงินมูลนิธิ เงินสวัสดิการ ก็เลยจ้างหมอในโรงพยาบาลหลังเลิกงานให้มาอยู่เวร โดยจ่ายเท่ากับโรงพยาบาลเอกชน หมอที่นี่ก็เลยไม่มีใครตั้งคลินิก” (คหบดี, กรรมการบริหารภาคเอกชน)

นอกจากนั้น ในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกี่ยวกับสถานภาพของโรงพยาบาล ผู้อำนวยการก็นำประเด็นต่างๆ มาเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหารภาคเอกชน เพื่อให้มีส่วนร่วมในการพิจารณาตัดสินใจ เช่น การตัดสินใจที่จะนำโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นโรงพยาบาลนำร่องในการออกนอกกระบบราชการ หรือเป็นโรงพยาบาลอิสระภายใต้การกำกับดูแลของรัฐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้นำแนวคิดมาอธิบายให้คณะกรรมการบริหารภาคเอกชนรับทราบ พร้อมทั้งชี้ให้เห็นข้อดีข้อเสียเพื่อให้คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลภาคเอกชน ได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาตัดสินใจ เป็นต้น

3.2 การมีส่วนร่วมในการนำเสนอข้อมูลเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ

กรรมการดังกล่าวยังทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างประชาชนผู้ใช้บริการกับผู้บริหารโรงพยาบาล โดยนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการที่ได้รับการร้องเรียนจากประชาชน ผู้ใช้บริการ ผู้ซึ่งไม่พึงพอใจในพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ เช่น แพทย์ พยาบาล ฯลฯ มาเสนอให้ผู้อำนวยการรับทราบเพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงแก้ไขต่อไป ดังกรรมการบริหารภาคเอกชนหลายท่านได้กล่าวว่า

“...เวลาคนไข้ที่ไปโรงพยาบาลมีปัญหา เขาจะไม่ปรารภกับคุณหมอเอง เขาจะปรารภกับคณะกรรมการฯ ชุมชนเขารู้ว่าเราเป็นคณะกรรมการ เขาก็จะมาพูดกับเรา เราก็จะนำไปอธิบายให้ผู้อำนวยการฟัง และให้ความเห็นไปว่าควรปรับปรุงหรือพัฒนาตรงไหน อย่างไร” (คหบดี)

“...กรรมการ (บริหารภาคเอกชน) ช่วยกันดูแลเรื่องความประพฤติ มารยาท การต้อนรับ ขับขี่ของเจ้าหน้าที่... ชาวโรตารีทุกคนจะถูกชาวบ้านมาฟ้อง เวลาประชุมเราก็ป้อนข้อมูลให้หมอ..”

ในการปรับปรุงพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชนได้รับเชิญจากผู้อำนวยการให้มาพบปะกับบุคลากรของโรงพยาบาล เพื่อสะท้อนความรู้สึกของตนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคาดหวังของชุมชนต่อบริการของโรงพยาบาลอย่างเป็นทางการในที่ประชุมของโรงพยาบาล และในโอกาสอื่นๆ ตามความเหมาะสม เช่น วันปฐมนิเทศบุคลากรงานประจำปีของโรงพยาบาล ฯลฯ ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมของบุคลากรในทิศทางที่พึงประสงค์ ตามนโยบายของโรงพยาบาลที่จะให้บริการ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง

“...ผมบอกกับหมอเขาว่า สิ่งแรกที่หมอต้องทำคือ ต้องพัฒนาคุณภาพของคนข้างในก่อน หมอต้องจัดการภายในให้ดี เหมือนกับจัดทำสินค้า ต้องสร้างสินค้าให้ดีก่อน ผมจึงจะไปโมทตลาดได้ ...หมอเขาเริ่มพัฒนาทีมงาน เอาพยาบาลมาทำ OD ซึ่งสมัยนั้นถือเป็นเรื่องใหม่มาก เริ่มเอาบุคคลภายนอกอย่างผมไปคุยกับพยาบาล (ในที่ประชุม) ว่าคนข้างนอกคาดหวังอย่างไร... เวลาจัดงานประจำปี (ของโรงพยาบาล) เขาก็จะเชิญผม และคนอื่นๆ หลายๆ คน ไปพูดเพื่อให้รู้ว่าสังคมเขาคาดหวังอะไรจากตรงนี้... แม้กระทั่งพยาบาลที่บรรจุใหม่ หมอ...จะพามาหาผม ให้ผมปฐมนิเทศแทน ผมก็บอกพยาบาลเหล่านั้น ด้วยความรู้สึกแบบชาวบ้านธรรมดาๆ ว่าชาวบ้านเขาคาดหวังหมอและพยาบาลอย่างไร”

“...พอเขาพัฒนาทีมงาน เสียง (สะท้อนจากชุมชน) ก็เริ่มออกมาว่าหมอกคนนี่เก่งนะ เอาใจใส่ดีนะ ตอนนั้นก็ได้หมอดีๆ มีคุณภาพเข้ามาอยู่ คนไข้ก็ติด”

“...พอมีกรรมการดูแลมากขึ้น พวกหมอพยาบาลก็เริ่มดีขึ้น... เราจัดคนที่เข้าชามเย็นชามได้เยอะ”

3.3 การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ความต้องการด้านสุขภาพ และการติดต่อประสานงาน

ในการวางแผนสร้างตึกสมเด็จย่าฯ กรรมการบริหารในโรงพยาบาลภาคเอกชนเป็นผู้วางแผน ประเมินขนาดหรือจำนวนเตียงของโรงพยาบาลให้เพียงพอกับสภาพปัญหาสาธารณสุขและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้โดยการคำนวณจากความต้องการหรือความจำเป็นของเกษตรกรในการใช้บริการโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากปัญหาสารพิษตกค้างที่พบจากการเจาะเลือดเกษตรกรบ้านแพ้ว และโรคอื่นๆ ที่เป็นปัญหาสำคัญและจำเป็นที่ต้องมารักษาที่โรงพยาบาล จากการปรึกษาหารือร่วมกับผู้อำนวยการจึงได้วางแผนที่จะสร้างตึก 9 ชั้น ขนาด 100 เตียง เพื่อรองรับการขยายตัวของความต้องการของประชาชนในอนาคต โดยคาดว่าจะขอสนับสนุนจากเงินงบประมาณ 4 ชั้น และจะขอเงินบริจาค 5 ชั้น ทั้งนี้โดยมีการประมาณราคาก่อสร้างไว้ 45 ล้านบาท และราคาต้นทุนห้องพิเศษว่าเป็น 3 แสนบาทต่อห้อง

“...เราประเมินด้วยความกล้า ผมเห็นหลวงพ่อกคนหนึ่งสร้างโบสถ์หลังหนึ่ง 20 กว่าล้านได้สำเร็จ ผมนั่งดูและคิดว่าเราจบถึงมหาวิทยาลัย ทำขนาดนี้ สร้างศรัทธาจากชาวบ้านไม่ได้ สงสัยต้องมาบวชให้มันรู้เรื่องไปเลย...”

“...เขา (ชุมชน) ก็มั่นใจ เรา (โรงพยาบาล) ก็มั่นใจ เรามั่นใจด้วยการศรัทธาของชุมชน ผู้นำชุมชนเขาบอกว่าไหว (หาเงิน 45 ล้านบาท) เท่ากับสร้างโบสถ์ 2 หลัง เขาเคยดูแลสร้างทั้งวัดทั้งโบสถ์รวม 20-30 ล้าน ตอนที่สร้างโรงพยาบาล มีคนบริจาคให้เราเยอะมาก เฉลี่ยอย่างต่ำวันละ 2 หมื่นบาท ต่อวัน รับเงินจนจำไม่ได้ว่าใครเป็นใคร...”

นอกจากนั้น กรรมการโรงพยาบาลภาคเอกชนยังช่วยติดต่อประสานงานกับนักการเมืองท้องถิ่น ตลอดจนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานงบประมาณและกระทรวงสาธารณสุข เพื่อปรึกษาหารือเกี่ยวกับการของบประมาณจากทางราชการเพื่อสร้างตึกสมเด็จย่า อย่างไรก็ตาม

เนื่องจากติดขัดด้วยระเบียบราชการ คณะกรรมการบริหารภาคเอกชนร่วมกับผู้อำนวยการจึงได้ตัดสินใจสร้างตึกสมเด็จย่าสูง 5 ชั้น โดยระดมทุนจากชุมชนทั้งหมด โดยมีห้องประชุมเอนกประสงค์เพื่อให้ชุมชนมีโอกาสเข้ามาใช้ประโยชน์ได้ตามเจตนารมณ์ที่ต้องการให้โรงพยาบาลเป็นแหล่งรวมของชุมชน กรรมการท่านหนึ่งให้สัมภาษณ์ว่า

“...บังเอิญผมมีความรู้ด้านก่อสร้างอยู่ ผมได้คัดแปลงพื้นที่ที่เป็นคาบฟ้าซีกหนึ่งให้เป็นห้องประชุม และอีกซีกหนึ่งเป็นที่ทำงานของฝ่ายบริหารทั่วไปของโรงพยาบาล มันจะได้รวมอยู่ที่ตึกเดียวกัน เพราะเงินก่อสร้างทั้งหมดเป็นเงินของประชาชน ประชาชนของบ้านแพ้วน่าจะมีห้องประชุมดีๆ สักห้องหนึ่ง เอาไว้ทำงานเอนกประสงค์ เจตนาเราก็คือ ต้องการให้โรงพยาบาลเป็นแหล่งรวมของชุมชน...”

3.4 การมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

คณะกรรมการบริหารภาคเอกชน มีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโครงการพัฒนาโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เพื่อขยายเครือข่ายความร่วมมือในการระดมทุนจากประชาชน กลวิธีที่นำมาใช้ ก็คือ การสร้างเครือข่ายนักประชาสัมพันธ์ท้องถิ่น โดยการนิมนต์พระนักเทศน์ เชิญนักพูดชุมชนจากหมู่บ้านต่างๆ มาร่วมประชุมพบปะสังสรรค์ ร่วมรับประทานอาหาร พร้อมทั้งชี้ให้เห็นประโยชน์ของการพัฒนาโรงพยาบาล ทั้งในด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน และการยกระดับเศรษฐกิจชุมชน นอกจากนั้นได้นำเยี่ยมชมกิจกรรมของโรงพยาบาลและชี้แจงแนวคิดเกี่ยวกับโครงการพัฒนาโรงพยาบาล รวมทั้งวัตถุประสงค์ในการสร้างตึกสมเด็จย่า 5 ชั้น พร้อมทั้งแนะนำวิธีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้กลุ่มบุคคลดังกล่าวได้นำไปกระจายข่าวให้ชุมชนของตนทราบ เพื่อขยายเครือข่ายและก่อให้เกิดกระแสการยอมรับ และการให้ความร่วมมือในการระดมทุนกว้างขวางขึ้น

3.5 การระดมทรัพยากรในการก่อสร้างตึกสมเด็จย่า และมูลนิธิโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

การสร้างตึกสมเด็จย่า เป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของความต้องการของทั้งฝ่ายโรงพยาบาลและชุมชน ดังนั้น ชุมชนจึงมีความรู้สึกว่าการดังกล่าวเป็นโครงการของตน มีผลให้เกิดแรงจูงใจที่จะรวบรวมพลัง ศักยภาพ และภูมิปัญญา เพื่อระดมทรัพยากรในชุมชน และนอกชุมชนเพื่อนำมาก่อสร้างอย่างแข็งขันและในหลายรูปแบบ ได้แก่

1. หาเงินจากผู้บริจาครายใหญ่ โดยตั้งราคาห้องผู้ป่วยพิเศษไว้เพื่อขอรับเงินบริจาค ราคาห้องละ 2 แสน 5 หมื่นบาท จำนวน 40 ห้อง โดยชื่อผู้บริจาคจะได้รับการจารึกไว้ที่หน้าห้องพิเศษ
2. รับบริจาคเพื่อซื้อตู้เย็นและทีวีประจำห้องคนไข้พิเศษ ห้องละ 5 หมื่นบาท
3. รับบริจาคจากผู้บริจาครายย่อยที่มาบริจาคที่โรงพยาบาล และการแจกซองบริจาคไปตามโรงเรียนและสถานที่อื่นๆ
4. จัดงานการกุศลเพื่อหารายได้ เช่น ทอดผ้าป่า วิ่งมาราธอนการกุศล ฯลฯ เป็นต้น
5. สร้างเหรียญพระทองคำแท่งหนัก 1 บาท เพื่อจำหน่ายให้แก่ผู้บริจาครายละ 5 หมื่นบาท ในวันที่สมเด็จพระเทพฯ ทรงเสด็จมาเปิดโรงพยาบาล
6. รับบริจาควัสดุก่อสร้างต่างๆ เช่น เหล็ก ทราช ปูนซีเมนต์ อลูมิเนียม สีทาตึก ฯลฯ เป็นต้น

ในกรณีที่ผู้บริจาครายใหญ่อยู่นอกชุมชนหรือในจังหวัดอื่น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลภาคเอกชน ได้เสียสละเวลาและค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่จะเดินทางไปรับบริจาคโดยมิได้หักค่าใช้จ่ายในการเดินทางแต่ประการใด

“...คนอยู่เชียงใหม่จะบริจาค 2 แสน 5 หมื่น เราก็ต้องซื้อตั๋วเครื่องบินไปเชียงใหม่ ไปรับเงินบริจาคมาให้โรงพยาบาล คนที่เดินทางไปรับเงินก็ต้องหารค่าใช้จ่ายกันเอง ผู้บริจาคอีกคนหนึ่งอยู่ชลบุรี เราก็ต้องขับรถกันไป โดยมีเงื่อนไขว่ารถของใครคนนั้นก็จ่ายค่าน้ำมัน ค่ากินต้องหารเฉลี่ยกัน...”

ผลจากการระดมทุนอย่างเข้มแข็ง ทำให้ได้เงินทั้งหมดประมาณ 50 ล้านบาท หักค่าใช้จ่ายในการก่อสร้างตึกและตกแต่งสภาพแวดล้อมแล้ว ยังคงมีเงินเหลืออีก 10 ล้านบาท เพื่อนำไปตั้งเป็นมูลนิธิเรียกว่า มูลนิธิโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

นอกจากนั้น กรรมการบริหารภาคเอกชนยังได้เสนอแนะ ให้ปรับเปลี่ยนแบบแปลนของตึกอุบัติเหตุที่ได้รับงบประมาณให้สร้างในบริเวณโรงพยาบาลซึ่งมีพื้นที่จำกัด โดยปรับเปลี่ยนให้ยกระดับอาคารให้สูงขึ้น เพื่อจะได้ใช้พื้นที่ใต้ถุนอาคารเป็นลานจอดรถของคนไข้ โดยที่กรรมการบริหารภาคเอกชนได้ช่วยกันระดมทุนในส่วนค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 ล้านบาท โดยที่รัฐบาลไม่ต้องเสียดงบประมาณเพิ่มขึ้นแต่ประการใด

3.6 การมีส่วนร่วมในการจัดซื้อจัดจ้าง และควบคุมดูแลตรวจรับการก่อสร้าง

ในการดำเนินการก่อสร้างตึกสมเด็จย่า กรรมการบริหารโรงพยาบาลภาคเอกชนเป็นผู้ตัดสินใจ และดำเนินการจัดประมูลการก่อสร้าง ตลอดจนเป็นผู้ทำสัญญาว่าจ้างเพื่อให้เกิดการประหยัดมากที่สุด กรรมการบริหารภาคเอกชนเป็นผู้จัดซื้อวัสดุก่อสร้างด้วยทักษะและความสามารถในการต่อรองราคา ทำให้สามารถสร้างตึกสมเด็จย่าได้ในราคาถูกกว่าราชการเป็นอันมาก

นอกจากนั้น คณะกรรมการบริหารภาคเอกชนยังมีบทบาทสำคัญในการจัดซื้อลิฟต์ ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ที่นำเข้าจากต่างประเทศ ด้วยการจัดซื้อในนามของสโมสรโรตารี ผู้บริจาค ทำให้ได้รับการยกเว้นภาษีศุลกากร การเสนอราคานอกระบบราชการทำให้สามารถตัดค่าคอมมิชชั่นออกไป ส่งผลให้ซื้อลิฟต์และเครื่องมือแพทย์ได้ในราคาถูกลงประมาณ 25-30% ของราคา ที่ซื้อด้วยเงินงบประมาณราชการ ดังที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้กล่าวว่า

“...การจัดซื้ออะไรภายในโรงพยาบาล จำเป็นต้องให้เขา (คณะกรรมการโรงพยาบาลภาคเอกชน) รู้ก่อน เสมือนเขาเป็นกรรมการภายในโรงพยาบาลเลย เพราะเขามีความสามารถ เข้ามาช่วยต่อรองราคาให้ ขนาคว่าเราต่อเองแล้วนะ แต่เขาต่อได้เก่งกว่าอีก เช่น ลิฟต์ตัวที่ใช้อยู่นี้บริษัทเขาเสนอ 2.1 ล้านบาท ต่อ 1 ตัว ผมต่อเหลือ 1.9 ล้านบาท ชุมชนเขาต่อเหลือแค่ 1.5 ล้านบาท ราชการเราต่อรองสู้เขาไม่ได้ เพราะจะมีการฮั้วทำให้ราคาแพง ถ้าชุมชนมีส่วนร่วมจะทำให้โปร่งใส เราก็สบายใจ...”

“เราจะเลือกเฟ้นบริษัทที่รับเหมาได้ถูก เฉพาะค่าแรงอย่างเดียว วัสดุก่อสร้าง สมาชิก (โรตารี) จะไปหาซื้อเอง เช่น หิน ทราย จะขับรถไปถึงราชบุรี กาญจนบุรี ไปคุยกับเจ้าของทรายว่างานนี้มันเป็นงานการกุศล คุณเคยขายคันละ 800 บาท ขายให้โรงพยาบาล 500 บาทได้ไหม อย่างหินเราก็ไปขอที่ราชบุรี เขาก็จะให้เรามาทั้งนั้น วัสดุที่เราใช้จะทั้งถูกทั้งดี” (คหบดี)

นอกจากนั้น ด้วยศักยภาพและภูมิปัญญาของชุมชนในการบริหารจัดการ ทำให้โรงพยาบาลสามารถลดความเสี่ยงในการลงทุนเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง ด้วยวิธีการร่วมลงทุนกับภาคเอกชนในการจัดตั้งศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ทางโรงพยาบาลเอกชนส่งมาตรวจ และโรงพยาบาลรัฐก็สามารถใช้บริการได้ตามความจำเป็น การบริหารดำเนินการโดยมูลนิธิโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งทำให้ภาครัฐสามารถประหยัดงบประมาณไปเป็นจำนวนมาก เนื่องจากไม่

จำเป็นต้องลงทุนซื้อเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และประหยัดค่าดูแลรักษาในระยะยาวอีกด้วย ดัง กรรมการบริหารภาคเอกชนท่านหนึ่งกล่าวว่า

“...เขามาเสนอขายเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ให้ทางโรงพยาบาล แต่เราไม่ซื้อ เราเสนอ ให้เขาร่วมลงทุนกับเรา โดยเขาเอาเครื่องมา เราไม่ต้องเสียค่าบำรุงรักษา ถ้าเครื่องตกทุนให้เขาเอา มาเปลี่ยนใหม่ให้เรา เราเป็นฝ่ายโปรโมทหาตลาดให้ ได้กำไรแล้วแบ่งกัน โรงพยาบาลไม่ต้องเอา เครื่องราคา 20-30 ล้านบาทรับราชการ...”

“...ก็คณะกรรมการ (ภาคเอกชน) นี่แหละที่ช่วยกันต่อรอง คนต่อรองที่มีความสามารถมาก ก็คือ ผู้ใหญ่วัง ต่อรองเพื่อให้เรา (โรงพยาบาล) ได้ส่วนแบ่งที่ดีและได้รับความสะดวกค่อนข้างมาก”

การร่วมลงทุนดังกล่าวมูลนิธิฯ ได้คำตอบแทนร้อยละ 10 ของรายได้ทั้งหมด โดยไม่หัก ค่าใช้จ่าย และในกรณีที่มูลนิธิฯ จัดโครงการณรงค์ให้ประชาชนมารับการตรวจรักษา บริษัทยินยอม ให้ส่วนลดแก่ผู้ที่รับบริการอีกด้วย

นอกจากนั้น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลภาคเอกชน ยังมีส่วนร่วมในการดูแล ควบคุมตรวจสอบการดำเนินการก่อสร้าง และเป็นกรรมการตรวจรับงานก่อสร้างอีกด้วย ดังที่ผู้ อำนวยการและกรรมการได้กล่าวว่า

“กรรมการบริหารภาคเอกชน ช่วยบริหารเงินก่อสร้าง ควบคุม กำกับ ตรวจรับงานจ้าง เป็นกรรมการในการจัดซื้อจัดจ้าง เป็นกรรมการตรวจสอบเปิดทุกอย่าง” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

“ตึกสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ ใช้เงินบริจาค 100% เราเป็นกรรมการตรวจรับงาน... เราช่วยดูงานก่อสร้าง ให้ เช่น ใช้เหล็กดีไหม เปูนถูกต้องไหม เพราะเราเคยผ่านงานมาก่อน” (คหบดี)

“...ตึกนี้เป็นตึกชาวบ้าน พวกผมหาเงินกันเอง ผมเป็นคนควบคุมการก่อสร้าง หมอเป็นคน ออกแบบตกแต่งภายใน ชาวบ้านอย่างผมกับหมอ สามทุ่มแล้วยังต้องมานั่งดูช่างเทปูน... ที่เราทำได้เพราะว่าใจมันรักและใจมันสู้...” (ครูอาวุโส)

3.7 การมีส่วนร่วมในด้านการตลาด

หลังจากที่ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการพัฒนาโรงพยาบาล จนกระทั่งเกิดการปรับเปลี่ยนระบบบริการเป็นบริการเบ็ดเสร็จครบวงจร (One stop service) และขยายเวลาให้บริการคนไข้นอกจนถึง 24.00 น. ให้บริการคนไข้ฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง และเน้นคุณภาพของบริการ โดยกลวิธียึดคนไข้เป็นศูนย์กลาง ตลอดจนปรับปรุงอาคารสถานที่และสภาพแวดล้อมให้ดูสวยงามและสะดวกสบาย เช่นเดียวกับโรงพยาบาลเอกชนเรียบร้อยแล้ว ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลก็มีแนวคิดที่จะนำโรงพยาบาลก้าวไปอีกขั้นหนึ่ง โดยการยกฐานะจากการเป็น Sub-contractor ให้เป็นโรงพยาบาลประกันสังคมหลัก (main-contractor) โดยมีคลินิกเอกชนเป็นเครือข่าย 26 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ 4 จังหวัดใกล้เคียง ในปี 2536 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งแรกๆ ที่ดำเนินการเช่นนี้ นับว่าเป็นการท้าทายความสามารถในการชิงการตลาดที่ค่อนข้างแข่งขันกับโรงพยาบาลเอกชนอย่างเต็มรูปแบบ เพราะผู้ประกันตนสามารถเลือกโรงพยาบาลได้เอง ด้วยความร่วมมือจากชุมชนอย่างเข้มแข็ง โรงพยาบาลสามารถพัฒนาคุณภาพบริการ จนกระทั่งมีผู้ประกันตนเป็นจำนวนมาก และได้รับรางวัลโรงพยาบาลประกันสังคมดีเด่นอันดับ 2 และดีเด่นอันดับ 1 ในเชิงการพัฒนาการให้บริการ ในปี 2542 ซึ่งความสำเร็จดังกล่าวนี้หากชุมชนไม่มีส่วนร่วมในด้านการตลาด ก็ยากที่จะประสบความสำเร็จได้

“...เราทำ Marketing โดยใช้ระบบเครือข่ายคือ เข้าชุมชน... เรามีทีมช่วยคิดที่สำคัญคือ ทีมชาวบ้าน... ผู้ใหญ่บ้าน ช่างเบนซ์รับผมไปตามโรงงานต่างๆ เพื่อทำการตลาด... “ (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล)

“...ผมณรงค์ทำประกันสังคมให้โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ผมก็รวมกลุ่มกับผู้ปกครองนักเรียน และชาวโรตารีก็กระจายกันไปแต่ละหมู่บ้าน เพื่อเชิญให้ชาวบ้านมาประชุมที่โรงพยาบาล เราก็ชี้แจงให้เขาทำประกันสังคม ชี้แจงว่า แม่พวกเราไม่ค่อยเจ็บไข้ได้ป่วย ก็เสียแคว้นละ 50 สตางค์ แล้วรัฐก็ให้อีกวันละ 50 สตางค์ ปีหนึ่งก็พันกว่าบาท ถึงเราไม่เจ็บป่วยเลย เราก็ได้บุญช่วยให้โรงพยาบาลดูแลคนอื่นได้... “ (อดีตเจ้าอาวาสผู้นำชุมชน)

ผลการดำเนินการด้านตลาด โดยใช้กลยุทธ์การขายแบบขายตรง ทำให้โรงพยาบาลมีสมาชิกประกันสังคมประมาณ 1 หมื่นราย ตามเป้าหมายที่วางไว้ และมีรายได้ที่สามารถนำมาใช้จ่ายในการจ้างบุคลากรนอกระบบราชการ เช่น แพทย์เฉพาะทาง พยาบาล ฯลฯ ได้อย่างคล่องตัว

นอกจากโครงการประกันสังคมแล้ว คณะกรรมการบริหารภาคเอกชนยังมีส่วนร่วมเป็นอันมากในการช่วยด้านการตลาด โดยเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และสนับสนุนการขายบัตรสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยใช้กลยุทธ์แบบขายตรงอีกด้วย

3.8 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการตรวจสอบการเงิน

ในการบริหารการเงินของโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารภาคเอกชนสามารถขอคู่มือหรือตรวจสอบบัญชีรายรับ-รายจ่ายของโรงพยาบาลได้โดยตลอดหากมีข้อสงสัย ในทางปฏิบัติคณะกรรมการฯ เคยขอคู่มือบัญชีรายรับ-รายจ่าย เนื่องจากทราบข้อมูลทางหน้าหนังสือพิมพ์ว่าโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง รวมทั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว กำลังจะล้มละลาย เนื่องจากมีหนี้สินมากกว่าทรัพย์สิน ทำให้คณะกรรมการมีข้อสงสัย อย่างไรก็ตาม ผลการตรวจสอบไม่พบว่ามีปัญหาใดๆ แต่สาเหตุที่เป็นเช่นนั้นเนื่องมาจากการที่โรงพยาบาลได้รับงบประมาณจากส่วนกลางล่าช้ามาก

3.9 การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาความเข้าใจผิดของชุมชนต่อโรงพยาบาล

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเอกชน ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างประชาชนกับโรงพยาบาล เมื่อประชาชนมีความเข้าใจผิดพลาดคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรงพยาบาลหรือผู้ดำเนินการโรงพยาบาล คณะกรรมการฯ ก็จะทำหน้าที่ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง เช่น การที่ประชาชนเดินขบวนคัดค้านไม่ให้โรงพยาบาลออกนอกกรอบ โดยเข้าใจผิดว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะทำให้โรงพยาบาลกลายเป็นโรงพยาบาลเอกชนซึ่งทำให้ราคาค่ารักษาพยาบาลย่อมสูงตามไปด้วย อีกทั้งยังมีข่าวลือด้วยว่า กรรมการบริหารภาคเอกชนบางท่านอาจมีส่วนได้รับผลประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว กรรมการบริหารภาคเอกชนรวมทั้งที่ปรึกษาของคณะกรรมการฯ ได้มีบทบาทในการชี้แจงและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชน อีกทั้งให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้อำนวยการในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าอีกด้วย ดังกรรมการโรงพยาบาลภาคเอกชนหลายท่านกล่าวว่า

“...เขาเข้าใจว่าโรงพยาบาลต้องเป็นของเอกชน เพราะหมอ ว. นาย... ผู้ใหญ่ ว. อาจารย์ ว. กำลังรวบรวมเงินคนละ 10 กว่าล้าน เพื่อจะไปซื้อโรงพยาบาลบ้านแพ้ว”

“เพื่อนผมมาถามว่า ได้ข่าวว่าโรงพยาบาลเขาจะขายให้เอกชนหรือจะให้เอกชนเข้ามาหุ้นบ้าง...มีนำข่าวยังระบุดูด้วยว่า พวกผมมีหุ้นส่วนกับหมอ หรือเอาเงินไปซื้อหุ้นบ้าง แล้วแต่จะพูดกัน

ผมก็บอกว่า ดึกสมเด็จย่าใครมีเงินก็ซื้อไม่ได้ เพราะเป็นของรัฐบาล พวกเรากว่าจะแก้ได้เล่นเอานาน เป็นปีเลย”

“...อย่างตอนที่คุณ...เขาออกไปปลิวโจมตีหมอ พวกเราก็บอกให้หมอออกไปชี้แจง หมอเขาก็ทำหนังสือชี้แจงออกมา 2-3 ครั้งว่า โรงพยาบาลก็ยังเป็นของรัฐบาลอยู่ ดิฉันก็เอาหนังสือชี้แจงของหมอไปแจก พอดีไปงานศพเอาเด็กไปด้วย 2-3 คนให้ช่วยยื่นแจก”

“ผมเหมือนไม้กั้นสุนัขไม่ให้กัดผู้อำนวยการโรงพยาบาล พวกเรากรรมการเป็นเสมือนเกราะป้องกัน เพื่อให้ผู้อำนวยการฯ ทำงานได้สะดวก ชาวบ้านไม่เข้าใจอะไร เราก็ช่วยพูดให้เขาเข้าใจ ชาวบ้านให้เกียรติเราพอสมควร เพราะเราทำแต่ประโยชน์และเสียสละให้สังคมบ้านแพ้ว ไม่เคยทำอะไรเสียหาย... “

3.10 การมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลอิสระ ในกำกับของรัฐ

หลังจากพระราชบัญญัติองค์การมหาชน ซึ่งเป็นกฎหมายแม่บทสำหรับการจัดตั้งองค์กรมหาชนที่ไม่มุ่งแสวงหากำไร ผ่านการรับรองจากสภาผู้แทนราษฎร เมื่อเดือนมกราคม 2542 รัฐบาลได้เลือกโรงพยาบาล 7 แห่ง รวมทั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เพื่อเป็นโรงพยาบาลนำร่องการปฏิรูปภายใต้พระราชบัญญัติองค์การมหาชน โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบบริหารโรงพยาบาลรัฐ ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักประกันว่ากระบวนการปฏิรูปจะนำไปสู่การจัดตั้งโรงพยาบาลของรัฐ ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

ในโอกาสที่มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก ได้จัดเวทีประชาพิจารณ์เรื่อง “โรงพยาบาลรัฐในความ ใฝ่ฝันของประชาชน” เพื่อระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้นำชุมชนเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลที่พึงประสงค์ และแนวทางการปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐ เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2541 และวันที่ 1-2 กรกฎาคม 2542 คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านแพ้วภาคเอกชน ตลอดจนประชาชนบ้านแพ้ว ได้มีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการบริการของโรงพยาบาล และความคิดเห็นเกี่ยวกับร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ โดยเสนอให้มีการเพิ่มสัดส่วนผู้แทนประชาชน ในคณะกรรมการบริหาร

โรงพยาบาล ตลอดจนที่มาของกรรมการสรรหา รวมทั้งรูปแบบที่ชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วม และความสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ฯลฯ เป็นต้น

สาระสำคัญที่ตัวแทนประชาชนชาวบ้านแพ้วคาดหวังเกี่ยวกับบริการของโรงพยาบาล ก็คือ การให้บริการสุขภาพครบทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ โดยจัดบริการที่ประทับใจ ได้มาตรฐาน และมีความเสมอภาค สำหรับองค์ประกอบของคณะกรรมการบริหาร ที่ตัวแทนประชาชนเสนอให้มีการปรับเปลี่ยนร่างพระราชกฤษฎีกา ในสาระสำคัญเกี่ยวกับการเพิ่มจำนวนตัวแทนประชาชนจาก 3 คน เป็น 5 คน โดย ลดจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิลง สำหรับกรรมการสรรหาเสนอให้คัดเลือกจากผู้แทนแต่ละตำบล และผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่างๆ มารวมกัน จากนั้นจึงทำหน้าที่เลือกผู้แทนประชาชนและผู้ทรงคุณวุฒิ นอกจากนั้นยังได้เสนอให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำกับตรวจสอบการบริหารโรงพยาบาลในรูปสภาสาธารณะระดับอำเภอและจังหวัดอีกด้วย

4. วิเคราะห์เหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

ความสำเร็จของโรงพยาบาลในการดึงชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วม ในการบริหารจัดการ เพื่อพัฒนาโรงพยาบาล ดังที่เป็นอยู่ทุกวันนี้ มีเหตุปัจจัยสำคัญร่วมกันหลายประการด้วยกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม และปัจจัยด้านศักยภาพของชุมชนของชาวบ้านแพ้ว ปัจจัยด้านระบบบริการของโรงพยาบาลชุมชน และปัจจัยด้านทัศนคติและศักยภาพของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

4.1 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (Socio-cultural context)

ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการรวมกลุ่มของประชาชน เพื่อทำประโยชน์ให้แก่ชุมชน แม้บ้านแพ้วจะเป็นอำเภอในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานครที่มีการคมนาคมสะดวกในปัจจุบัน แต่ในอดีตชุมชนบ้านแพ้วเป็นชุมชนเกษตรกรรมขนาดเล็ก การคมนาคมยังไม่สะดวกเพราะต้องอาศัยทางเรือเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ชุมชนชาวบ้านแพ้วมีลักษณะเป็นชุมชนชนบท สมาชิกของชุมชนมีความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่น ในเชิงช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และมีวัฒนธรรมในการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลืองานส่วนรวมมาแต่อดีต เช่น ร่วมแรงกันสร้างถนนพัฒนาโรงเรียน วัด และสถานอนามัย เป็นต้น คุณลักษณะเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการพัฒนาใดๆ ก็ตาม

“ตอนที่หลวงพ่อวัดคอนตะโกจะพัฒนาถนนเข้าวัด เจ้าอาวาสก็เกณฑ์ชาวบ้านมาช่วยกันขุดดินทำถนน หลังจากเสร็จภาระกิจส่วนตัวจากการเกษตรแล้ว เขาก็จะถือพลั่วกันมาคนละอัน เริ่มตั้งแต่ 6 โมงเย็น หลังจากกินข้าวกินปลาเสร็จแล้วจนถึง 4 ทุ่ม เราก็มีข้าวต้มเลี้ยงกัน ผลัดกันเป็นเจ้าภาพ ถนนเส้นนั้นเราช่วยกันพัฒนาอยู่ไม่ต่ำกว่า 2 เดือน... งานการกุศลใดๆ ก็อย่ากร่วม เรื่องแบบนี้ถ้ามีคนจุดฉนวนมันก็ไปได้เรื่อยๆ” (คหบดีชาวบ้านแพ้ว)

“...ผมเคยช่วยพัฒนาพระศาสนา พัฒนาอนามัยโรงพยาบาลมาแล้ว มันชื่นใจจนกระทั่งเดี๋ยวนี้... ช่วงนี้ผมก็มาช่วยพัฒนาโรงเรียนหลายแห่ง ผมเป็นประธานกรรมการพัฒนาโรงเรียนขยายโอกาสวัดยกระบัตร์ เมื่อปีที่แล้วผมก็ช่วยครูอาจารย์หาเงินสร้างอาคารเด็กอนุบาลวัยก่อนเรียน ปีเดียวได้ 2 ล้านบาท ผมให้โรงเรียนขอยืมไปใช้หนี้อีกสองแสนกว่าบาท...” (อดีตเจ้าอาวาสวัดยกระบัตร์)

4.2 ศักยภาพของชุมชน (Community competence)

ความพร้อมในด้านสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจของชุมชนที่พึ่งตัวเองได้ เสริมด้วยศักยภาพของผู้นำชุมชน เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ที่จะก่อให้เกิดการรวมกลุ่มเพื่อพัฒนาชุมชนของตนเองที่บ้านแพ้วมีผู้นำซึ่งมีศักยภาพสูงในการพัฒนาอาชีพ อีกทั้งเป็นพระนักพัฒนาดีเด่นระดับประเทศ ทำให้ได้รับการยอมรับจากชาวบ้านแพ้วและประชาชนทั่วไป แม้ปัจจุบันท่านได้ลาสิกขาบทแล้วก็ตาม ด้วยความสามารถในการจูงใจกลุ่มต่างๆ ทั้งภาครัฐและประชาชน ได้แก่ข้าราชการระดับอำเภอ ตำรวจ ครู-อาจารย์ และกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน รวมทั้งบุคคลสำคัญในหมู่บ้าน ให้เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาสังคมบ้านแพ้ว ทำให้ท่านประสบความสำเร็จในการนำประชาชนพัฒนาอาชีพของประชาชน พัฒนาสถานอนามัยขั้นหนึ่ง (ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นโรงพยาบาลบ้านแพ้ว) ระดมทุนสร้างตึกสงฆ์ให้กับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จนกระทั่งระดมทุนสร้างตึกสมเด็จย่าในนามคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านแพ้วภาคเอกชน จากประสบการณ์ด้านการพัฒนาชุมชนของท่าน ท่านได้ให้ปรัชญาชาวบ้านในการดึงชุมพลจากชุมชนให้เข้ามาร่วมในโครงการพัฒนาโรงพยาบาลไว้ว่า “การที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลก็ต้องทำให้เขาคิดว่าโรงพยาบาลเป็นสมบัติของชุมชน”

“...ผมบอกกับหมอว่า ทำอย่างไร จะทำให้โรงพยาบาลเหมือนวัดได้ คือให้ทุกคนคิดว่า โรงพยาบาลเป็นของเขา เหมือนวัดที่ชาวบ้านคิดว่าเป็นของเขา ใครอยู่ใกล้วัดไหนก็คิดว่าวัดนั้นเป็นของเขา ถ้าคุณหมอทำได้แบบนี้ผมว่าต้องสำเร็จ... “

นอกจากนั้น ยังใช้กลยุทธ์ในการเชิญชวนแกนนำชุมชนให้มาทำงานร่วมกันในนาม สโมสรโรตารี โดยเลือกสรรเฉพาะผู้ที่สังคมยอมรับว่าเป็นคนดี มีฐานะมั่นคงทางสังคมและเศรษฐกิจ และกระจายทั่วถึงทุกตำบล ซึ่งทำให้ได้เครือข่ายสังคมที่กว้างขวาง ครอบคลุมทุกกลุ่มอาชีพของชาวบ้านแล้ว

“...เราเชิญคนสำคัญได้ประมาณ 38 คน เป็นคนบ้านแพ้วจากแทบทุกตำบล เป็นผู้ที่สังคมยอมรับว่าเป็นคนดี มีฐานะมั่นคงในทางสังคมและทางเศรษฐกิจ พร้อมที่จะช่วยสังคมไม่เบียดเบียนสังคม แล้วหมอกับผม ก็เริ่มพูดคุยจูงใจให้เกิดความรัก ความเข้าใจ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน แล้วก็เรื่องพัฒนาโรงพยาบาล เมื่อคนเก่งๆ มารวมกันถึง 38 คน มันก็เหมือนกับทศกัณฐ์ มีดาพันดา มีหุพันหุ มีหุพิศดาพิศ ใครวยใครจน ในสังคมบ้านแพ้วโรตารีรู้หมด... แม้แต่คนบ้านแพ้วที่ไปหากินอยู่ที่เชียงใหม่ ก็ยังไปตามมาได้ (ตามไปขอเงินบริจาคสร้างโรงพยาบาล) ตามเอามาเป็นแสนๆ เป็นล้านก็มี... “ (อดีตเจ้าอาวาสผู้นำชุมชน, 1 ต.ค. 2542)

4.3 ความต้องการบริการสาธารณสุขของชุมชน (Perceived health need)

ในการพัฒนาใดๆ ก็ตาม หากความต้องการนั้นเป็นความต้องการที่เกิดจากฝ่ายรัฐบาลแต่เพียงด้านเดียว โดยที่ความต้องการดังกล่าวไม่ได้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ก็ยากที่จะเกิดความร่วมมือจากชุมชน สำหรับโรงพยาบาลบ้านแพ้วความต้องการบริการสาธารณสุขที่มีลักษณะเบ็ดเสร็จครบวงจรและมีคุณภาพของชาวบ้านแพ้ว เป็นความต้องการร่วมกันทั้งฝ่ายผู้อำนวยการโรงพยาบาลและฝ่ายประชาชน ดังนั้น จึงเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่ผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาโรงพยาบาลตามที่ชุมชนคาดหวัง ความต้องการดังกล่าวเกิดจากประสบการณ์ในอดีตที่โรงพยาบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ อีกทั้งพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ไม่สามารถเป็นที่พึ่งของประชาชนได้ ก่อให้เกิดทัศนคติในทางลบที่ชุมชนมีต่อโรงพยาบาล จนกระทั่งประชาชนต้องเดินทางไปรับการรักษาพยาบาลที่อื่นด้วยความลำบาก เมื่อมีผู้บริหารโรงพยาบาลคนใหม่มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็น ที่พึ่งพาของประชาชนตามที่ชุมชนต้องการ แต่ติดขัดด้วยงบประมาณและกฎระเบียบต่างๆ ของระบบ

ราชการ ประชาชนก็ยินดีที่จะช่วยหรือให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ ดังกรรมการบริหารโรงพยาบาลภาคเอกชน ให้เหตุผลของการก้าวเข้ามาสนับสนุนการพัฒนาโรงพยาบาลไว้ว่า

“...ชาวบ้านลำบากมากเวลาเจ็บไข้ได้ป่วย เจ็บแต่ละครั้งต้องไปถึงนครปฐม บางทีก็ไปดำเนินสะดวก มหาชัย เจ็บมากๆ ก็ต้องไปศิริราช ทั้งๆ ที่ค่ามิดคิกคิ่น ความยากลำบากของชุมชนตรงนี้เป็นแรงบันดาลใจให้มาช่วยโรงพยาบาล...” (ผู้นำชุมชนอดีตเจ้าอาวาส, 1 ต.ค. 2542)

“...เมื่อ 20 ปีที่แล้ว การคมนาคมที่ไม่สะดวก ต้องใช้เรือเดินทางเข้ากรุงเทพฯ การเดินทางกลับซับซ้อน ต้องไปต่อเรือถึงสองต่อ แล้วต้องไปขึ้นรถอีก เสียเวลาหลายชั่วโมง เมื่อคราวพ่อผมไม่สบายเจ็บตอนตีห้า (เส้นเลือดในสมองแตก) กว่าจะเดินทางถึงกรุงเทพฯ ก็เที่ยงคืน กว่าจะได้รับการรักษาผ่าตัดก็ช้าเกินไป พ่อผมก็เลยต้องเป็นอัมพาต” (คณบดีกรรมการบริหารภาคเอกชน)

4.4 ศักยภาพของผู้บริหารโรงพยาบาล (Hospital director's competence)

ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ก็คือ ความสามารถของผู้บริหาร ในการดึงศักยภาพของชุมชนที่มีอยู่แล้วมาก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาโรงพยาบาล โดยเรียนรู้จากศักยภาพของชุมชนในการพัฒนาวัดและการบำรุงพระพุทธศาสนา การให้ความสำคัญต่อปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่น และความสามารถส่วนบุคคลในการปรับตัวให้สอดคล้องกับบัณฑิตฐานของสังคมชาวบ้านแพ้ว ตลอดจนความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ให้เป็นโรงพยาบาลของชุมชนเพื่อชุมชน และโดยชุมชนบ้านแพ้วโดยแท้จริง รวมทั้งความเสียสละประโยชน์ส่วนตัวโดยไม่เปิดคลินิกส่วนตัว ทำให้ได้มาซึ่งความเชื่อถือศรัทธาจากชุมชน การวางแผนเพื่อลดช่องว่างทางสังคมระหว่างผู้บริหารโรงพยาบาลกับชาวบ้าน ก่อให้เกิดความร่วมมือจากชุมชนอย่างใกล้ชิดและเข้มแข็ง ความสามารถในการนำแนวคิดเชิงเศรษฐศาสตร์มาใช้ในการวางแผนการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้เป็น Main-contractor ของประกันสังคม ทำให้โรงพยาบาลมีรายได้สูงเพียงพอที่จะนำไปพัฒนาโรงพยาบาลและนำไปเฉลี่ยในการให้บริการแก่คนไข้ที่ยากจน ตลอดจนการให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังประธานและคณะกรรมการบริหารภาคเอกชนได้กล่าวถึงความสำเร็จและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาลไว้ว่า

“...ความสำเร็จของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เป็นความสำเร็จร่วมกัน (ระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาล) สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ตัวผู้บริหารโรงพยาบาลเอง ผมนะให้เก่งยังงี้ก็ทำไม่ได้ ถ้าผู้

อำนวยการไม่เชิญผมมาทำงาน ผู้อำนวยการต้องเอาด้วยและผู้อำนวยการต้องเสียสละด้วย ถ้ามาเอาแต่ผลประโยชน์ผมก็ไม่รู้จะช่วยไปทำไมเพราะสิ่งสำคัญที่สุดก็คือ ผมต้องไป “ขายหมอ” ให้ได้ (ใช้กลยุทธ์ดึงความร่วมมือจากประชาชนโดยเอาความดีของผู้อำนวยการเป็นจุดขาย) เปิดโรงพยาบาลก็เหมือนเปิดวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลก็ต้องทำตัวเหมือนสมภารวัด ใครมาเรียกเมื่อไหร่ก็ไป ใครมานิมนต์ไปไหนก็ต้องไป ให้กินอะไรก็กิน หมอ...ก็เป็นอย่างนั้น...”

4.5 ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและชุมชน

(Social relationship between hospital leader and community)

ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและชุมชน เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งอันหนึ่งที่ก่อให้เกิดความร่วมมือจากชุมชนในการพัฒนาโรงพยาบาล ด้วยทัศนคติของผู้อำนวยการที่เห็นความสำคัญของศักยภาพชุมชน ทำให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้อำนวยการ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและชุมชน มิใช่เป็นความสัมพันธ์ในแนวดิ่งแบบข้าราชการและประชาชน หรือความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่าและผู้ที่ย่อยกว่า หากแต่เป็นความสัมพันธ์ในแนวราบที่ทั้งสองฝ่ายมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน เป็นความสัมพันธ์ที่ทั้งสองฝ่ายให้เกียรติและเคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ดังจะเห็นได้ว่า ผู้อำนวยการจะสนใจรับฟังเสียงสะท้อนจากประชาชนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ และเอาใจใส่ที่จะแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้นอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น ช่องว่างทางสังคม (social distance) ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลกับประชาชนจึงไม่เกิดขึ้นระหว่างผู้ที่มีสถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกัน ความสำเร็จในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ปราศจากช่องว่างทางสังคมดังกล่าว ประกอบกับการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันที่จะพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นของชุมชน นำมาซึ่งความร่วมมือที่ต่อเนื่องและยั่งยืน จนกระทั่งทุกวันนี้

4.6 การเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (Cue to action)

ถึงแม้ชาวบ้านแพ้วจะมีความต้องการในบริการรักษาพยาบาล แบบเบ็ดเสร็จครบวงจรจากโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และชุมชนมีศักยภาพสูงที่จะเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาโรงพยาบาลให้มีศักยภาพพร้อมที่จะตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ก็ตาม หากผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม่เปิด “ไฟเขียว” หรือเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลแล้ว การมีส่วนร่วมของชุมชนย่อมไม่สามารถเกิดขึ้นได้

จากประสบการณ์ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในช่วงเป็นนักศึกษาแพทย์ที่ศิริราชและในการเป็นผู้บริหารของโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่นมาก่อน ทำให้มีความเชื่อมั่นว่า อุดมการณ์ของกลุ่ม เป็นพลังขับเคลื่อนมหาศาลที่จะผลักดันให้กลุ่มบุคคลร่วมมือร่วมแรงร่วมใจ ในการดำเนินงานอย่างใดอย่างหนึ่งได้จนกระทั่งประสบความสำเร็จ ในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชุมชน จำเป็นต้องมีบทบาททางสังคมในการเป็นผู้นำของชุมชนด้วย และต้องใช้กลยุทธ์ในการทำงานร่วมกับมวลชน เสียสละผลประโยชน์ส่วนตน เพื่อผลประโยชน์ของท้องถิ่น ดังกล่าวตอนหนึ่งที่สะท้อนอุดมการณ์เพื่อชุมชนของผู้อำนวยการที่ว่า

“...ผมอยู่ศิริราชในช่วง 14 ต.ค. ต่อ 6 ต.ค. เคยอยู่กับ Mob หนักๆ เห็นแต่คนที่ไม่คิดถึงตัวเองเลย คิดถึงคนอื่นตลอด คุณทุกคนเสียสละหมด ผู้หญิงผู้ชายอยู่ร่วมกันอย่างไม่มีปัญหา ทุกคนร้องเพลงเดียวกัน (มีอุดมการณ์ร่วมกัน) ร่วมมือกัน เสียสละเพื่อผู้อื่น อุดมการณ์สามารถสร้างอะไรให้มันเกิดได้ทั้งนั้น... ด้วยวิธีการบริหารแบบใหม่ *strategic leadership* มีความสำคัญ เราจะเดินตรงๆ ไม่ได้ ต้องก้าวกระโดดเข้ากับชุมชนให้ได้ เพราะเราอยู่ร่วมกับชุมชน ยุคนี้เพื่อท้องถิ่นและชุมชน คุณเขาบริจาคสร้างวัด สร้างพระ ทำไมผมจะไป *share* ตลาดของเขาไม่ได้...”

จากความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นที่พึ่งของชุมชน โดยยกระดับให้มีขีดความสามารถเปิดบริการแบบเบ็ดเสร็จครบวงจรได้ อีกทั้งมีความเป็นเลิศในด้านคุณภาพบริการ (*quality of care*) ถ้าพึงบประมาณราชการอย่างเดียวย่อมไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยทรัพยากรในท้องถิ่นมาช่วยพัฒนา การเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ ย่อมทำให้ผลของการพัฒนาสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง ดังนั้น จึงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลภาคเอกชนเกิดขึ้น

“ถ้าผู้อำนวยการไม่ให้โอกาสกับชุมชน ชุมชนจะเข้าไปร่วมยากมาก ก่อนหน้านี้ผู้อำนวยการแต่ละคนมีแต่แบบโรงพยาบาลเป็นของกู ใครมายังไม่ได้ แต่ผู้อำนวยการคนนี้ไม่ใช่... ผู้อำนวยการจะเปิดกว้างให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วม... ” (คหบดี)

“...หากผู้อำนวยการไม่เปิดโอกาส ชุมชนจะไม่มีโอกาสที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลดังที่เป็นอยู่ได้เลย... ” (ผู้ใหญ่บ้าน)

“การที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี ทำให้เกิดการพัฒนา แต่ในกรณีที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม่เปิดโอกาส โดยมองว่า ตนเองดีกว่า เก่งกว่าชาวบ้าน ก็จะเป็นการปิดโอกาสในการพัฒนา... การเข้าไปมีส่วนร่วมของชาวบ้านจะไม่เกิด ถ้าไม่ได้รับเชิญจากผู้อำนวยการ การมีผู้นำที่ดีจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาโรงพยาบาล” (ประธานกรรมการบริหารภาคเอกชน)

บทที่ 6

โรงพยาบาลทำวังผากับการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ : กรณีศึกษาที่ 2

สภาพภูมิศาสตร์และประชากร

อำเภอทำวังผา เป็นอำเภอขนาดเล็กของจังหวัดน่าน เดิมอยู่ในเขตการปกครองของอำเภอปัว ได้รับการยกฐานะเป็นอำเภอทำวังผาเมื่อปี พ.ศ. 2508 ปัจจุบันแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 10 ตำบล 85 หมู่บ้าน อำเภอทำวังผา ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดน่าน ตามถนนสายน่าน-ทุ่งช้าง ระยะทางห่างจากจังหวัดน่าน 42 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 799 ตารางกิโลเมตร หรือ 499,375 ไร่ สภาพพื้นที่โดยทั่วไปเป็นเทือกเขาใหญ่น้อยสลับซับซ้อน มีเนื้อที่ราบประมาณ ร้อยละ 60 ของพื้นที่ทั้งหมด พื้นที่ราบส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ทำการเกษตร พืชเศรษฐกิจที่สำคัญได้แก่ข้าวเหนียวนาปี ข้าวไร่ ข้าวบาเลย์ ข้าวโพด ถั่วเหลือง ถั่วลิสง ถั่วเขียว ยาสูบ มันสำปะหลังและฝ้าย เป็นต้น

ทำวังผามีทรัพยากรธรรมชาติที่เป็นแหล่งน้ำสำคัญ 6 สาย ได้แก่ แม่น้ำน่าน ลำน้ำยาว ลำน้ำย่าง ลำน้ำริม ลำน้ำสาย และลำน้ำคั่วะ นอกจากนั้นยังมีพื้นที่ที่เป็นห้วยหนองคลองบึงและอ่างเก็บน้ำอีก รวมพื้นที่ 2,874 ไร่ ซึ่งเป็นแหล่งน้ำที่มีความสำคัญต่อภาคเกษตร ซึ่งมีพื้นที่ถึง 62,437 ไร่

ทำวังผามีประชากรรวมทั้งสิ้นประมาณ 52,185 คน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและอุตสาหกรรมในครัวเรือน ได้แก่ การทอผ้าลายน้ำไหล ประดิษฐ์เครื่องหวาย การตีเหล็กทำเครื่องมือเครื่องใช้ในครัวเรือน ประชากรทำวังผาประกอบไปด้วยชนเผ่าต่างๆ ทั้งคนพื้นเมือง ไทลื้อ ชาวเขาเผ่าม้ง เข้า แม้ว และไทยพวน แต่ละเผ่าก็จะอาศัยรวมกันเป็นหมู่บ้าน และยังคงมีการดำเนินชีวิตตามขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิมของชนเผ่า สืบทอดกันมาจนถึงปัจจุบัน

ลักษณะความสัมพันธ์ของชุมชน

เนื่องจากในแต่ละหมู่บ้าน ส่วนใหญ่จะเป็นที่รวมของกลุ่มชนเผ่าเดียวกัน จึงมีลักษณะของความสัมพันธ์แบบเครือญาติซึ่งมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันอย่างค่อนข้างเหนียวแน่นในหมู่บ้านหนึ่งๆ จะมีนามสกุลใหญ่ๆ อยู่ไม่กี่นามสกุล “...พอบอกนามสกุลก็จะรู้ทันที ว่าคนนีมาจากหมู่บ้านใด...” เป็นคำพูดของชาวบ้านพร้าว เมื่อกล่าวถึงความสัมพันธ์ขั้นที่เครือญาติของชาวบ้าน

นอกจากนั้นในหมู่บ้านต่างๆ ส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เพราะมาจากเชื้อสายเดียวกัน

“ถ้าบรอนนอกเราจะเป็นเชื้อสายเดียวกันหมด อย่างพ่อ(กำนัน) ก็เป็นไทลื้อ ในหมู่บ้านของพ่อมี 200 กว่าหลังคา เราจะเป็นไทลื้อหมด เป็นพี่น้องกันหมด คนที่มาผสม (ผู้ที่มีเชื้อไทลื้อ) มีแค่ประมาณ 20% เพราะฉะนั้นเวลาทำอะไร เราจะพูดกันรู้เรื่อง...” (กำนันเกียรติ ท้าวฮ้าย,กำนันอาวโส)

ความสัมพันธ์ขั้นที่เครือญาติของชุมชนก่อให้เกิดกับวัฒนธรรมที่ช่วยเหลือเกื้อกูลและเอื้ออาทรซึ่งกันและกันของชุมชน ดังนั้น วัฒนธรรมการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการทำนา เช่น การ “ลงแขก” ดำนา และเกี่ยวข้าว ซึ่งเป็นวัฒนธรรมในอดีตที่ถูกระบบเศรษฐกิจแบบเงินตราทำลายลงแทบจะหมดสิ้นไปจากสังคมไทย ก็ยังคงมีเหลืออยู่ให้เห็นปรากฏที่ชุมชนท่าวังผาแห่งนี้ นอกจากนี้ในอำเภอท่าวังผาในแต่ละหมู่บ้าน มีกลุ่มต่างๆ เกิดขึ้นและดำรงอยู่อย่างมากมาย

“...ตัวอย่างเช่น บ้านพร้าวมี **กลุ่มมิตร**ซึ่งเป็นกลุ่มที่สมาชิกในกลุ่มเป็นคนในวัยเดียวกัน รวมกลุ่มกันเพื่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และร่วมมือกันทำกิจกรรมในชุมชน ดังนั้นกลุ่มมิตรจึงมีหลายกลุ่มในหมู่บ้าน เพราะคนในหมู่บ้านมีหลายรุ่น ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มพื้นฐานดั้งเดิม ที่มีอยู่ในชุมชน นอกจากนั้นก็จะยังมีกลุ่มต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ของการรวมกลุ่ม เช่น กลุ่มแก้ไขปัญหาคความยากจน กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มปลูกพริก เป็นต้น...”

กลุ่มต่างๆ เหล่านี้เริ่มมาจากการรวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการ เป็นการเกิดกลุ่มแบบธรรมชาติ ที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกร่วมกันของชาวบ้าน **คุณสมยศ คำภิราญ** ประธานกลุ่ม “ฮักบ้าน” กล่าวถึงการเกิดกลุ่มขึ้นเป็นครั้งแรกว่า “...เกิดขึ้นได้เพราะทุกคนเห็นปัญหา พยายามหาทางแก้ไข...”

การเป็นสมาชิกกลุ่มของชาวบ้าน ทำให้เป็นที่ยอมรับกันทางสังคม และสามารถต่อรองผลประโยชน์กับคนนอกชุมชนได้ “..ถ้าไม่ได้เข้ากลุ่ม ก็ขอยกกัน...” เป็นคำพูดของคณะกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งหมายความว่าถ้าใครไม่เข้ากลุ่มก็จะรู้สึกอิจฉาคนที่ได้เข้ากลุ่ม ดังนั้นทุกคนต้องเป็นสมาชิกกลุ่มอย่างน้อย 1 กลุ่ม ก็คือกลุ่มมิตร ขณะที่คนส่วนใหญ่เป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในหมู่บ้านมากกว่า 1 กลุ่ม

กลุ่มที่ใหญ่ที่สุดของท่าวังผาคือกลุ่ม .ชมรมฮักน่าน” ที่มี สมยศ ภริญคำ หนาความซึ่งเคยเป็นผู้ใหญ่บ้าน และเคยเป็นสมาชิกสภาจังหวัดของน่าน และเป็นคนในพื้นที่ท่าวังผามาแต่กำเนิดเป็นประธาน

ชมรมฮักน่านนี้ เริ่มเกิดขึ้นสมัยสมยศ ภริญคำ เป็นผู้ใหญ่บ้าน (เมื่อปี 2532) โดยเริ่มต้นจากกลุ่มอนุรักษ์พันธุ์ปลา โดยการนำของผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าอาวาสวัดในสมัยนั้น ทำให้กลุ่มอนุรักษ์พันธุ์ปลาประสบความสำเร็จและได้รับความร่วมมือจากชาวบ้าน และได้ขยายไปสู่หมู่บ้านต่างๆ อีกหลายหมู่บ้าน ในขณะเดียวกันก็มีกลุ่มอนุรักษ์อื่น ๆ เกิดขึ้น กลุ่มอนุรักษ์ป่า กลุ่มอนุรักษ์วัฒนธรรมดนตรี เกิดขึ้นในหมู่บ้านต่างๆ และได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในโอกาสที่ได้พบปะกัน จึงได้รวมตัวกัน เป็นองค์กรระดับอำเภอ ภายใต้ชื่อ “กลุ่มฮักบ้าน” และได้เป็นเครือข่าย “กลุ่มฮักเมืองน่าน” ซึ่งถือว่าเป็นองค์กรชุมชนที่ใหญ่ที่สุดของจังหวัดน่าน “ชมรมฮักบ้าน” ของท่าวังผามีเครือข่ายอยู่ทั้งหมด 99 องค์กร

โดยประกอบไปด้วยองค์กรเครือข่ายอนุรักษ์พันธุ์สัตว์น้ำ 32 องค์กร องค์กรเครือข่ายประเภทอนุรักษ์ป่าชุมชน 23 องค์กร องค์กรเครือข่ายอนุรักษ์วัฒนธรรมประเพณี 8 องค์กร องค์กรเครือข่ายอนุรักษ์พันธุ์สัตว์ป่า 5 องค์กร องค์กรเครือข่ายประเภทการส่งเสริมอาชีพ 27 องค์กร องค์กรเครือข่ายประเภทที่ปรึกษา 2 องค์กร องค์กรเครือข่ายเยาวชน 1 องค์กร องค์กรเครือข่ายเกษตรผสมผสาน และองค์กรเครือข่ายผู้ด้อยโอกาสทางสังคมประเภทละ 1 องค์กร เครือข่ายองค์กรเหล่านี้ เป็นองค์กรชุมชนที่เป็นรูปแบบ และเชื่อมโยงกันระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ระหว่างชุมชนหมู่บ้านภายในท่าวังผา อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มเล็กกลุ่มน้อยที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน ที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน เช่น “กลุ่มมิตร” ในหมู่บ้านพร้าวและอีกหลายกลุ่มที่มีกำลังและอำนาจการต่อรองภายในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นพลังพื้นฐานในชุมชนที่สำคัญในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาในชุมชนไม่ว่าจะเป็นปัญหาเรื่องการทำการทำหากินหรือปัญหาอื่น ๆ เช่น ปัญหายาเสพติด

มีตัวอย่างของการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน ในการจัดการกับปัญหาในชุมชนเกี่ยวกับยาเสพติดที่ได้ผลในหมู่บ้านพร้าว ผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้านให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาเสพติดว่า “..กฎหมายช่วยไม่ได้ ก็ใช้กฎหมายบ้านศักดิ์สิทธิ์กว่า...” และ “...ทุกหน่วยงานในชุมชนก็เอาด้วย ไม่งั้นเอาไม่อยู่..” จากการมองว่าปัญหาเสพติดเป็นเรื่องที่ต้องร่วมมือกันจัดการโดยชุมชน ทำให้ชุมชนกำหนดมาตรการต่าง ๆ ขึ้นมา และร่วมมือกันควบคุมพฤติกรรม ทำให้ปัญหาเสพติดในชุมชนลดลง และมีการขยายแนวคิดและวิธีการดำเนินการไปยังหมู่บ้านอื่น ๆ ทั้งตำบล ซึ่งทุกคนที่มีส่วนร่วม ก็พอใจที่หมู่บ้านตนเป็นแหล่งเรียนรู้ให้แก่คนอื่น แล้วนำไปใช้ในที่อื่นได้

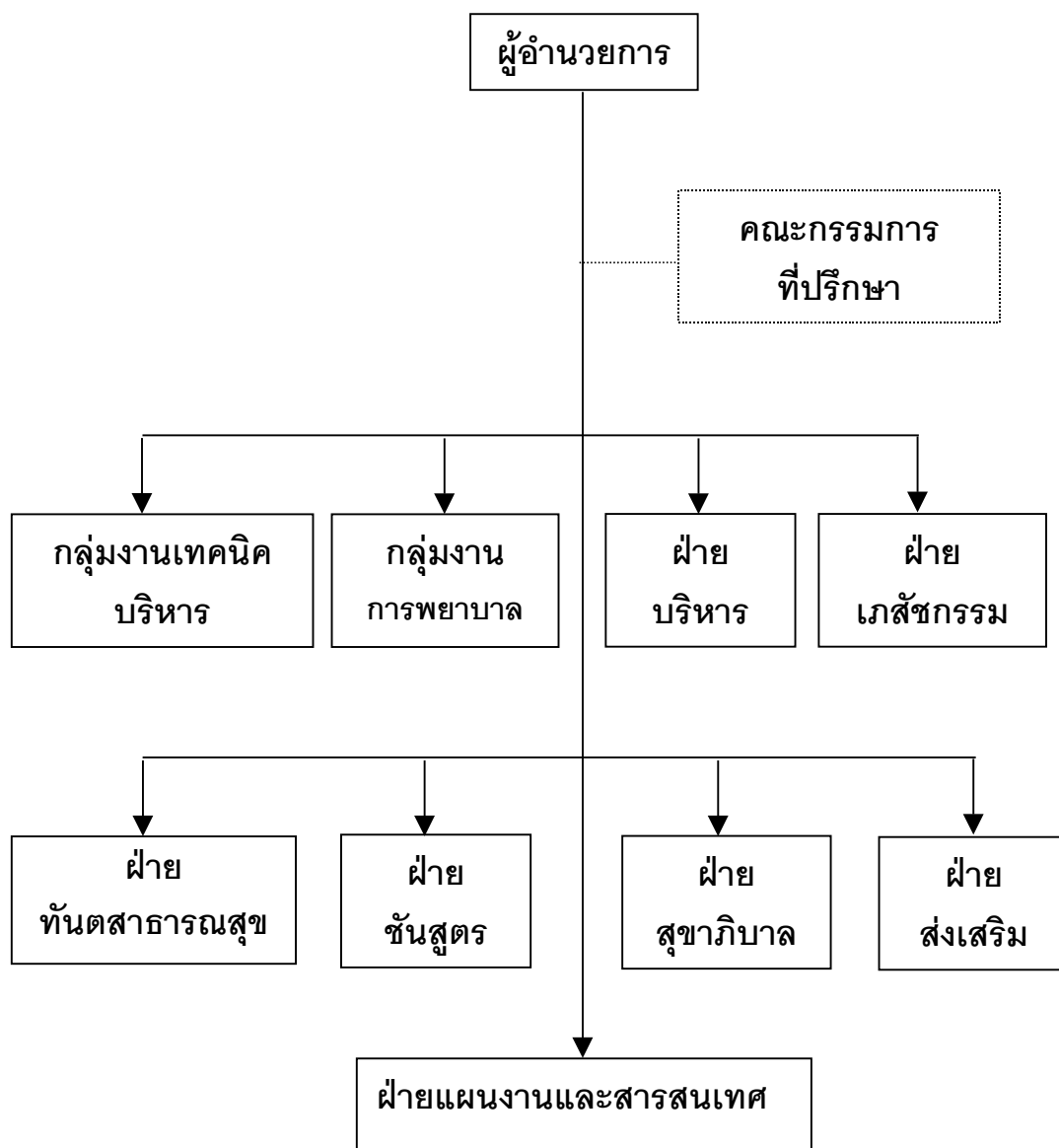
ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรงพยาบาล

โรงพยาบาลท่าวังผาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่ในเขตตำบลท่าวังผา ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอท่าวังผาทั้งหมด มีแพทย์ประจำ 3 คน (รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล) พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และเจ้าหน้าที่รวม 123 คน ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นคนในพื้นที่อำเภอท่าวังผาและในจังหวัดน่าน ตัวผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัจจุบัน ถึงแม้จะเป็นผู้มีถิ่นกำเนิดในจังหวัดภาคใต้แต่มีภรรยาเป็นคนพื้นที่ และมีความสามารถพูดภาษาพื้นเมืองได้เป็นอย่างดี

เดิมโรงพยาบาลท่าวังผาตั้งอยู่ในบริเวณซึ่งเป็นที่ทำการสาธารณสุขอำเภอในปัจจุบัน เริ่มก่อตั้งครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.2527 เป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง ต่อมาได้ย้ายมาอยู่ที่ตั้งในปัจจุบัน เนื่องจากสถานที่เดิมคับแคบมาก จากการที่โรงพยาบาลต้องย้ายมาตั้งยังสถานที่ใหม่นี้เอง ทำให้ต้องการมีส่วนร่วมจากชุมชนอย่างมากในการบริหารจัดการ และเป็นที่มาของการเข้ามามีบทบาทในการดำเนินการต่าง ๆ ของชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานด้านต่าง ๆ ของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มตั้งแต่การหาสถานที่ การปรับพื้นที่ การก่อสร้าง จนในที่สุดก็เกิดเป็น “คณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาล” ขึ้น

ด้านการบริการด้านสุขภาพ นอกจากโรงพยาบาลท่าวังผาแล้ว ยังมีสถานีนอนมัยอีก 12 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน 3 แห่ง สำนักงานควบคุมโรคติดต่อโดยแมลง 1 แห่ง คลินิกเอกชน 4 แห่ง และร้านขายยาแผนปัจจุบัน 2 แห่ง

แผนภูมิที่ 3 โครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลท่าวังผา



ที่มา : สรุปผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลท่าวังผา ปี พ.ศ. 2541

ขบวนการและขั้นตอนของการแสวงหาซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน

สภาพโรงพยาบาลท่าวังผา ก่อนหน้าที่ผู้อำนวยการคนปัจจุบันจะมาดำรงตำแหน่ง เป็นสภาพที่เต็มไปด้วยปัญหา ทั้งปัญหาการขาดแคลนงบประมาณ ที่ทำให้โรงพยาบาลแห่งใหม่ ซึ่งสร้างเสร็จแล้วไม่สามารถเปิดให้บริการได้ ทั้งนี้เพราะทางขึ้นของโรงพยาบาล ซึ่งปลูกอยู่บนเนินเขา มีสภาพลาดชันและเป็นดินโคลน ไม่ปลอดภัยต่อผู้มาใช้บริการ อีกทั้งเครื่องสาธารณูปโภค เช่น น้ำประปาและไฟฟ้าก็ยังขาดแคลน การที่จะได้มาซึ่งสาธารณูปโภคที่จำเป็นดังกล่าวจะต้องลงทุนสูงพอสมควร ขณะที่งบประมาณประจำปีที่โรงพยาบาลได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนเพียงน้อยนิด ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้

“...ที่นี่สร้างมา 2 ปี แล้ว แต่เปิดไม่ได้ เพราะขาดทุกอย่าง ขาดน้ำ เคี้ยวๆ ไฟฟ้าก็หายไป ก็เลยคิดว่า ถ้าจะมาพัฒนาที่นี่ เฉพาะลำพังราชการมันหมดสิทธิ์เลย...ก็เลยคิดว่าต้องดึงชุมชนเข้ามาช่วย...” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

นอกจากนั้นในอดีต ทศนคติของชุมชนที่มีต่อโรงพยาบาลก็เป็นไปในทางลบ เนื่องจากโรงพยาบาลเน้นการให้บริการแบบตั้งรับแต่เพียงอย่างเดียว ความสัมพันธ์ของโรงพยาบาลและชุมชน จึงเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่ค่อยราบรื่นนัก

“...ตอนนั้นเราถูกด่ามากๆ เวลาไปประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน เขาบอกว่าโรงพยาบาลเราเหมือนโรงฆ่าสัตว์ คนไข้อาการหนักมา ทำไมไม่ส่งต่อ...ท่าน (อดีตผู้อำนวยการ) โมโหมาก ก็ตอบได้รุนแรง ที่เป็นปัญหาคือท่านพูดในแง่ระดับการศึกษาของชาวบ้าน ก็เลยทำให้เกิดการแบ่งแยกชนชั้นกันขึ้น ชาวบ้านซึ่งไม่ชอบหมออยู่แล้ว ก็ยิ่งเกิดการจับผิด...” (พยาบาลหัวหน้าฝ่าย)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้อำนวยการคนปัจจุบันผู้ซึ่งมีแนวคิดอยากจะทำางอย่างมีความสุข และพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นสมบัติของชุมชนโดยแท้จริง จึงมีความมุ่งมั่นที่จะแก้ไข ปัญหาโครงสร้างปัญหาพื้นฐานต่างๆ เพื่อให้โรงพยาบาลที่สร้างแล้วเสร็จสามารถเปิดให้บริการแก่ประชาชนได้ รวมทั้งปรารถนาที่จะล้างภาพพจน์ของโรงพยาบาล โดยปรับปรุงระบบบริการให้เป็น ที่พอใจของชุมชน โดยมีกลยุทธ์ที่จะยึดชุมชนเป็นแนวร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาล

“...ผมเลยกำหนดยุทธศาสตร์ไว้ในใจว่า ต้องเอาชุมชนมาเป็นภูมิคุ้มกัน เหมือนวัคซีนเลย ไปงานศพที่ เหมือนไปฉีดวัคซีนกระตุ้นที่ แล้วก็คิดว่า ถ้าไม่มีภูมิคุ้มกันตรงนี้ เรียบร้อยไปแล้ว เพราะมันมีปัญหาเยอะ...ปัญหากับชุมชนมันจะมาตลอด ไม่มากก็น้อย ถ้าเราไม่สนใจเลยก็ได้ แต่จะมีความสุขในการทำงาน..” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล)

จากความมุ่งมั่นที่จะทำงานร่วมกับชุมชน ผู้อำนวยการจึงได้ทุ่มเทเวลา และความสามารถส่วนบุคคล ในการเข้าถึงชุมชนได้อย่างแบบชิด มีผลทำให้ได้รับความร่วมมือจากชุมชนในการพัฒนา โรงพยาบาลจนแล้วเสร็จ สามารถเปิดบริการรักษาพยาบาลได้ตามปกติ ซึ่งเป็นที่ภาคภูมิใจของชาวท่าวังผาเป็นอันมาก ความสำเร็จดังกล่าวเริ่มต้นอย่างเป็นขั้นเป็นตอน และสอดคล้องกับสภาพสังคม วัฒนธรรมของชาวท่าวังผาโดยแท้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ชุมชนและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน

ในระยะแรกที่ผู้อำนวยการย้ายมาประจำที่ท่าวังผา ด้วยความมุ่งมั่น และมีแนวคิดที่ชัดเจน ในการดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาต่างๆ ของโรงพยาบาล อีกทั้งมีแนวคิดที่จะทำให้โรงพยาบาลชุมชน ให้เป็นสมบัติของชุมชน โดยให้ชุมชนมีความรู้สึกว่าตนมีส่วนร่วมในการสร้างโรงพยาบาล ผู้อำนวยการได้ใช้เวลาจนถึง 8 เดือน ในการวิเคราะห์ชุมชน เพื่อศึกษาถึงเครือข่ายทางสังคมของชุมชน วัฒนธรรมของท้องถิ่น เพื่อจะได้สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน โดยการวางตนอย่างผสมกลมกลืนกับวัฒนธรรมท้องถิ่น เสมือนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของชุมชนท่าวังผา จนกระทั่งสามารถพูดภาษาถิ่น(ภาษาเหนือ)ได้เช่นเดียวกับชาวท่าวังผา ทั้งๆ ที่ผู้อำนวยการเป็นคนภาคใต้โดยกำเนิด การสร้างความสนิทสนมส่วนตัว เพื่อสร้างความไว้วางใจ เป็นกลวิธีที่ผู้อำนวยการให้ความสำคัญเป็นอันมาก

“...ผมก็ใช้วิธี *shopping around* ไปก่อน 8 เดือน ผมไปตรวจวิเคราะห์ดู เข้าๆ ก็ปั่นจักรยานเข้าไปในตลาด ไปนั่งที่สภากาแฟ เจอใครก็คุย แล้วก็ปั่นจักรยานไปร้านนั้น ร้านนี้ นั่นก็เป็นจุดเริ่มต้น...แล้วผมก็ไปหากำนันตามตำบลต่างๆ ไปเยี่ยมคนโน้นคนนี้ อาศัยทุกช่องทาง คนไหนชอบพระก็ไปนั่งดูพระ คนไหนชอบหมากรุกก็ไปนั่งเรียนหมากรุก พอคุยกันเรื่องอื่นสนุกดีแล้ว ผมก็พยายามวกเข้าเรื่อง (เกี่ยวกับการพัฒนาโรงพยาบาล) คือไปทาบตามไว้อีกก่อน...การสนิทกันก่อนเป็นปัจจัยที่สำคัญ ถ้าสนิทกัน ต่อไปจะทำอะไรก็ง่ายแล้ว ทุกอย่างก็จะค่อยๆ ลงตัว คนเรามันต้องเป็นพวกเดียวกันก่อนถึงจะทำงานได้...” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล)

นอกจากการสร้างความสัมพันธ์เป็นรายบุคคลแล้ว ผู้อำนวยการยังใช้วิธี “เปิดตัว” ให้ชุมชนรู้จัก โดยอาศัยการรวมกลุ่มของชุมชนเนื่องในโอกาสต่างๆ เช่น ในงานสังคัม งานพิธีกรรมต่างๆ เช่น งานบวช งานแต่ง งานเลี้ยงสังสรรค์ในโอกาสพิเศษต่าง ๆ ผู้อำนวยการก็จะไม่พลาดโอกาสที่จะเข้าไปร่วมเพื่อทำความรู้จัก กันเคย ให้เกิดความสัมพันธ์กับประชาชนมากขึ้นเป็นการช่วยให้เกิดการลดช่องว่างทางสังคัมระหว่างตัวผู้อำนวยการซึ่งเป็นข้าราชการและประชาชนได้เป็นอย่างดี

“...วัฒนธรรมทางเหนือ เขาถือว่างานที่สำคัญที่สุดในหมู่บ้านคืองานศพเรามาใหม่ๆ จะให้ชุมชนรู้จักก็อาศัยงานศพเป็นส่วนใหญ่ เพราะงานศพ เวลาไปที่คนจะ ไปกันเยอะ พิธีกรเขารู้ว่าเรามา เขาก็จะประกาศว่าผู้อำนวยการมา เราก็อาศัยไปงานศพบ่อยนี่แหละ ชัก 4-5 ศพ ก็ได้เรื่องแล้ว คนรู้จักหมดแล้ว...”

“...แต่ที่ผมเริ่มสนิทด้วยจริงๆ มันมาจากงานเลี้ยง มีงานเลี้ยงอำเภอบ้าง งานนั้นงานนี้ ที่จะให้รู้จักมากที่สุด ก็คือขึ้นไปร้องเพลง..การขึ้นไปร้องเพลงถือว่าสุดยอด ที่สำคัญที่สุดเลย เพราะถ้าไม่ร้องเพลง ไม่ประกาศตัว เขาก็ไม่รู้ที่เราเป็นคนยังไง พอร้องเพลงปั๊บ เดินผ่านโต๊ะนั้น โต๊ะนี้ รับแก้วมาดื่มนิดหน่อย แล้วคิดว่าใครที่เราคุยถูกคอ ก็พยายามหาเรื่องคุยที่มันถูกคอเขา กับพ่อค้าก็คุยเรื่องค้าขาย ซึ่งเขาก็ชอบ...”

กลวิธีที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ก็คือการสร้างความสัมพันธ์แบบเครือญาติ ซึ่งนับเป็นความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ ซึ่งเอื้อต่อการช่วยเหลือพึ่งพาซึ่งกันและกัน และมีความยั่งยืน เช่นกับผู้ที่สูงอายุ ก็จะวางตัวเป็นลูกหลาน กับผู้ที่อยู่วัยใกล้เคียงกัน ก็จะวางตัวเหมือนพี่เหมือนน้อง ด้วยสถานภาพทางสังคัมของแพทย์ที่ประชาชนให้ความศรัทธาเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว บวกกับการวางตนที่สอดคล้องกับสังคัมวัฒนธรรมท้องถิ่น ทำให้ได้รับการยอมรับจากประชาชนเป็นอย่างดี ดังผู้อำนวยการได้กล่าวถึง ผู้ให้เงินบริจาครายใหญ่รายหนึ่ง ที่เป็นคนท่าวังผา แต่มาทำงานอยู่ที่ธนาคารแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ซึ่งได้ระดมทุนจากกรุงเทพฯ ไปช่วยโรงพยาบาล ปีละไม่ต่ำกว่า 2-3 แสน อย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งยังช่วยหาสถาปนิกออกแบบโรงพยาบาลให้ เป็นการทำบุญอีก ในเวลาต่อมา

“...ปีหนึ่งๆ เขาจะเอามาให้โรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า 2-3 แสน เป็นทั้งข้าวของ ผ้าห่ม ครุภัณฑ์ คอมพิวเตอร์ ...ที่เขาประทับใจมากก็คือ พอผมทราบว่าเขามา(ท่าวังผา) ผมก็ไปหาเขาแต่เช้า

ไปพูดคุยกินข้าวด้วยที่บ้าน ก็ถูกคอกัน เหมือนกับสาบานว่าจะเป็นพี่น้องกัน เขาก็คิดกับผมเหมือนน้องชาย ตอนผมบวช แม่เขาก็รับผมเป็นลูกแก้ว เป็นแม่ออก คือรับผมเป็นลูกตอนบวช...”

นอกจากนั้น ผู้อำนวยการยังมีทักษะและความอดทน ที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการสื่อสาร ซึ่งกลายเป็นผู้ที่มีบทบาทสูงมาก ในการบริจาคเงิน เพื่อพัฒนาโรงพยาบาล

“...มีคุณแม่คนหนึ่งบริจาคให้โรงพยาบาลคนเดียวล้านเจ็ดหมื่น..เป็นแม่ม่ายร่ำรวย ท่านชอบทำบุญ แต่ถ้าเข้าไม่ถูกทางก็เสร็จเลย ตอนแรกก็ไปหาที่เอาเครื่องวัดความดันไปวัดให้ด้วยตนเอง เพราะท่านอายุมาก...แต่ท่านเป็นคนที่ไม่ได้ขยันเลยนะ คือเคยเป็นวัณโรค แล้วฉีดยาจนทำให้หูไม่ได้ยินเลย เวลาไปคุยต้องเขียน ท่านพูด ผมเขียน เขียนก็ต้องเขียนหวานๆ กว่าที่คุณกันรู้เรื่องบางทีต้องใช้เวลาเป็นครึ่งวัน ถ้าคนไม่อดทนก็ไม่สามารถนั่งเขียนอยู่ได้ ผมก็ลายมือไม่สวย ต้องพยายามปรับลายมือตัวเองให้แม่อ่านออก สุดท้ายที่ได้มาก็คือ ท่านรักผมเหมือนลูก...ยังมีการฝากมะม่วงแผ่น ฝากขนมมาให้ เหมือนผมเป็นลูกคนหนึ่ง...”

ขั้นตอนที่ 2 มองหาแกนนำในการพัฒนาโรงพยาบาล : ประสานแกนนำชุมชนกับหน่วยราชการ

หลังจากที่ได้ใช้เวลาระยะหนึ่งในการทำความรู้จักและสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน โดยการปรับตัวเข้าหาชุมชนของผู้อำนวยการ ทำให้ภาพพจน์ของโรงพยาบาลดีขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ผู้อำนวยการก็เริ่มคิดระดมทรัพยากรในชุมชน มาสร้างถนนลาดยางทางขึ้นโรงพยาบาล โดยเริ่มต้นมองหากลุ่มแกนนำชุมชน ที่อาวุโส มีบารมีที่เป็นที่ยอมรับของสังคม และมีความสามารถที่จะช่วยเหลือโรงพยาบาลได้ ซึ่งแกนนำที่สำคัญก็ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นอดีตผู้ใหญ่บ้านและกำนัน และกำนันอาวุโสซึ่งได้รับความเชื่อถือสูงจากกำนันตำบลต่างๆ สาธารณสุขจังหวัดจึงทำหน้าที่เป็นหัวเรี่ยวหัวแรง ในการประสานเพื่อดึงงบประมาณขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่กระจายให้แก่แต่ละตำบล ทำให้ได้งบประมาณที่จัดสรรมาจากตำบลต่าง ๆ ตำบลละ 5,000 บาท นอกจากนี้ ผู้อำนวยการยังเชิญหมอฟันบ้านที่มีชื่อเสียง ซึ่งมีความสนใจเป็นพิเศษเกี่ยวกับเรื่องพระเครื่อง เช่นเดียวกับ สจ.ยงยุทธ ซึ่งเป็นลูกศิษย์คนสนิทของหลวงพ่อดอนตัน ซึ่งเป็นที่เคารพศรัทธาของชาวท่าวังผาและประชาชนทั่วไป เข้ามาเป็นแกนนำในการพัฒนาโรงพยาบาล

เมื่อได้แกนนำชุมชนในการพัฒนา ผู้อำนวยการก็เริ่มเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาโรงพยาบาล โดยเริ่มจากงานเล็กๆ ที่มีความเป็นไปได้สูงก่อน เพื่อเป็นการประเมินศักยภาพของชุมชน ว่าอยู่ในระดับใดขณะเดียวกันผู้อำนวยการก็ให้ความสำคัญกับส่วนราชการอื่นๆ ในอำเภอทำวงศาคาที่จะเข้ามามีส่วนร่วมเป็นแกนนำในการพัฒนา ดังนั้นงานพัฒนาชิ้นแรก ก็คือการทำถนนทางขึ้นโรงพยาบาล โดยจัดเป็น “ผ้าป่าปูนซีเมนต์” ในที่สุดการสร้างถนนขึ้นโรงพยาบาลก็ประสบความสำเร็จ โดยความร่วมมือของแกนนำทั้งฝ่ายราชการและชุมชน

“...ถนนที่เข้ามาทั้งหมด มันมีแต่โคลน มันไม่มีถนนซีเมนต์ เวลาฝนตกชาวบ้านจะลำบากมาก เพราะต้องขึ้นเนินด้วย รถจะขึ้นไม่ได้ ผมก็เข้าหากำนัน นายอำเภอ และสจ. บอกว่าเป็นเรื่องค่อนข้างมากตอนนั้นท่านนายอำเภอช่วยได้ และประชาชนก็เอาค่วย สร้างถนนเสร็จแล้วคู่มือมากมาย...”

“...มันเป็นงานขมกลางก่อน ก็คือทำผ้าป่าเรียกว่า “ผ้าป่าปูนซีเมนต์” คือว่าไม่ขอเป็นเงิน แต่ขอเป็นปูน ใครจะให้ก็ถูงก็ว่าไป..ตอนนั้นแค่เย็บๆ ดู ปรากฏว่าได้ปูนมาเกือบ 400,000 บาท จนทำถนนเสร็จแล้วยังเหลืองบ สร้างอาคารพัสดุได้อีกหนึ่งหลัง..พอเห็นแนวอย่างนี้ ว่าประชาชนเอาค่วย ต่อไปเราค่อยทำอย่างอื่น...”

จะเห็นได้ว่า กลวิธีในการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลนั้น อาศัยความร่วมมือจากประชาชน และเริ่มจากสิ่งที่เป็นไปได้ ง่ายต่อความสำเร็จ เพื่อให้เห็นเป็นรูปธรรม แล้วจึงขยายขอบเขตของการมีส่วนร่วมให้มากขึ้นในโอกาสต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 ตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม

จากความสำเร็จในการก่อสร้างถนนลาดยางทางขึ้นโรงพยาบาล ทำให้ผู้อำนวยการเกิดความคิดที่จะสร้างตึกคนไข้พิเศษ เพื่อหารายได้ให้แก่โรงพยาบาล จึงได้ปรึกษารื้อกับแกนนำชุมชน ที่มีส่วนร่วมในการทำผ้าป่าปูนซีเมนต์โดยให้เหตุผลความจำเป็นที่จะต้องมีสถานที่สำหรับเอาไว้ดูแลพระสงฆ์ในยามเจ็บป่วยโดยเฉพาะซึ่งมีผลให้ประชาชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทั้งนี้เพราะประชาชนมีความนับถือและศรัทธาในพุทธศาสนาเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว

“...เวลามีพระสงฆ์มาป่วยไข้ จะนอนรวมกับชาวบ้านลำบาก บางทีพระสงฆ์อาการน้อย จะเอาไว้เตียงข้างนอกก็ไม่ดี มาไว้เตียงหนักที่ใกล้พยาบาลมันสบายหน่อย ก็จะมากินพื้นที่คนอื่น ก็เลยคุยกันว่า ผมอยากได้ซัก 12 เตียง เอาไว้ดูแลพระสงฆ์โดยเฉพาะ เขาก็เห็นด้วย ก็เลยถือโอกาสว่า เมื่อสร้างเสร็จแล้ว ก็ให้มันเป็นห้องดีๆ ไปเลย เขาก็ตกลงว่าได้ หมอต้องการงบฯ เท่าไหร่ล่ะ ผมก็ประมาณค่าใช้จ่ายให้ดู แล้วก็มีการติดต่อกับที่กรุงเทพฯ รับเขียนแปลนให้ฟรี...” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

เมื่อทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกันว่าจำเป็นต้องสร้างตึกสงฆ์อาพาธซึ่งต้องใช้งบประมาณค่อนข้างสูงการที่จะทำงานใหญ่ให้สำเร็จได้จำเป็นต้องขยายเครือข่ายในการร่วมมือกันทำงานดังนั้นจึงมีการขยายเครือข่ายแกนนำจาก 10 คน เป็น 30 คน เพื่อนำไปสู่ การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งขึ้น โดยที่กลุ่มแกนนำ 10 คนแรกได้ร่วมประชุมพิจารณาเชิญผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งจากกลุ่มอาชีพต่าง ๆ มาเป็นกรรมการ จนกระทั่งในที่สุดจึงได้พัฒนาการไปสู่รูปแบบของการตั้งคณะกรรมการ ภายใต้ชื่อ “คณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาล”

“ถ้าทำงานเล็กคุยกันแค่นี้ก็ได้ แต่ว่าทำงานใหญ่ เราต้องหาเครือข่ายที่ใหญ่กว่านี้ ขยายออกไปถึงคนที่เขามีกำลัง ก็เริ่มจากการคุยกันในกลุ่มเล็กๆ ที่สนิทกัน ก็มีคุณลุง.....(สจ.) ท่าน..... คุณ...(หมอพื้นบ้าน) และพ่อค้าคหบดีที่สนิทกัน 2-3 คน ครั้งแรกก็มีประมาณ 10 คน ซึ่งเป็น 10 คนที่ก่อตั้ง ได้ช่วยเหลือโรงพยาบาลมาก่อน เป็นท่านที่ค่อนข้างมีพาวเวอร์ ผมดูจากการประชุมสองสามครั้ง ก็รู้แล้วว่าท่านคนไหนมีพาวเวอร์ พุดได้ และดูแล้วเพื่อนเชื่อถือ ก็เลือกมา สองสามคน ก่อนในช่วงแรก หลังจากนั้น ใครที่เรียที่สองคือ คนที่ผมไปสนิทด้วย และคุยถูกคอ ก็มีทั้งพ่อค้า ครู ทนายความ ซึ่งทนายความคนนี้เป็นทั้งทนายความและ สจ. ด้วย เขาจะช่วยเราได้เยอะ ในการเขียนด้านกฎหมายต่างๆ ...”

ในที่สุดก็ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินการก่อสร้างตึกสงฆ์อาพาธ โดยใช้ชื่อว่า “คณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาล” มีกรรมการรวมทั้งสิ้น 30 คน โดยมีผู้นำชุมชนซึ่งเป็นสมาชิกสภาจังหวัดเป็นประธาน หมอพื้นบ้านและท่านอาวุโสเป็นรองประธาน กรรมการอื่นๆ ก็ได้แก่ท่านทุกตำบล พ่อค้า คหบดี ตลอดจนผู้นำกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่ สมาชิกสภาจังหวัด ทนายความ ครู และข้าราชการเกษียณ ทั้งนี้โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นเลขานุการ และพยาบาลเป็นผู้ช่วยเลขานุการ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าคณะกรรมการชุดนี้ เป็นคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนของชุมชนจากหลากหลายสาขาอาชีพ จึงทำให้การดำเนินการในการมีส่วนร่วมในการพัฒนา

โรงพยาบาลเป็นเรื่องของชุมชนอย่างชัดเจน โดยไม่ต้องพึ่งหน่วยราชการในอำเภออย่างแต่ก่อน คณะกรรมการจะมีการประชุมกันอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง แต่ในระยะที่มิงานเร่งด่วน ก็จะมีการประชุมบ่อยครั้งกว่าปรกติตามความจำเป็นของลักษณะงานพัฒนา ในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาใด ๆ ก็ตาม ผู้อำนวยการจะนำเข้ามาปรึกษาหารือในการประชุมคณะกรรมการทุกเรื่องไป ดังก้านอวโสท่านหนึ่งกล่าวว่า

“...มีกิจกรรมอะไร เราก็คุยกัน ช่วยกันเสนอความเห็น ประชุมกันบ่อย จะทำอะไรก็ต้องผ่านที่ประชุมก่อน ผู้อำนวยการไม่ทำคนเดียวหรอก...”

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างบรรยากาศที่ดีเพื่อทำงานร่วมกันอย่างยั่งยืน

เพื่อที่จะได้รับความร่วมมือจากชุมชนในการพัฒนาอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานร่วมกับชุมชน เพราะหากไม่มีบรรยากาศที่ดี ความสัมพันธ์ที่เริ่มไว้แต่ต้นก็ไม่ยืนยาว ในการทำงานร่วมกับชุมชนนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลใช้หลัก “รู้เขารู้เรา” และรู้จัก “ประนีประนอม” ดังจะเห็นได้จากกรณีที่ทางโรงพยาบาลเสนอแนวคิดเรื่องการสร้าง “ตึกผู้ป่วยแยกโรค” ต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาล ด้วยเห็นว่า ยังมีเงินเหลือจากการสร้างตึกพิเศษอยู่ 400,000 บาท ทั้งนี้เพื่อเป็นการแยกผู้ป่วยเอดส์กับวัณโรคออกจากโรคอื่น แต่ได้รับความเห็นที่แย้งจากคณะกรรมการซึ่งไม่เห็นด้วยกับการแยกผู้ป่วยเอดส์ออกจากผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งผู้อำนวยการก็มีได้คือตั้งแต่ประการใด แต่กลับนำมาคิดใหม่แล้วปรับกลวิธีให้เป็นที่ยอมรับโดยไม่ขัดแย้งกับความคิดของกรรมการฯ

“...เคยมีกรรมการทางชุมชนเขาแย้งว่า อาจจะไม่ดี จะไปขัดกับประชาคม ผมก็ชะงักไปนิดหนึ่ง คือมีกรรมการบางคนที่ประสานอยู่กับจังหวัด เขาไปขอความเห็นจากประชาคม ประชาคมบอกว่าถ้าระบุว่าเป็นตึกผู้ป่วยเอดส์ ประชาคมไม่เห็นด้วย ผมก็เห็นด้วย เลยจะใช้ชื่อว่าตึกเฉพาะโรค แล้วก็เอาติดเชื่อทั้งหลายไปอยู่ ก็อาจจะพูดในลักษณะว่า ตึกเก่าโครงสร้างมันไม่เอื้อกับคนที่ติดเชื่อ และมันจะระบาค ไปถึงเด็ก เหตุผลนี้เขาคงโอเค...”

“...ทางนี้ประชาคมเขาแข็ง แค่นี้เขาบอกไม่ได้แล้ว มันกระทบชุมชน...ถ้าเราไปกระทบเราต้องฟังเขา---ชุมกำลังชุมชนมันสานไปสานมา หมายความว่าเขาอยู่หลายบทบาท และเขาทำงานได้น่าดูมาก...”

ประโยคเหล่านี้ของผู้อำนวยการแสดงให้เห็นว่า ในการทำงานร่วมกับชุมชนนั้น เขารู้จักชุมชนเป็นอย่างดีและเพียงพอที่จะปรับวิธีคิดและแนวทางการทำงาน เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งด้วยการประนีประนอม และหาข้อยุติร่วมกัน โดยไม่ให้เกิดงาน หรือเสียความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน

ขณะเดียวกันผู้อำนวยการรู้จักสร้างขอบเขตของความสัมพันธ์ที่ชัดเจนซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาลได้กล่าวถึงเรื่องนี้ว่า

“...มันเป็นศาสตร์และศิลป์ เจ้าหน้าที่เขาจะถามเสมอว่า ถ้าไปให้เกียรติเขาขนาดนี้ ไม่คิดหรือว่าเขาจะมารุกล้ำอะไร เช่นฝากคน ฝากเด็ก อภิสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล ได้เงินมาล้านนึงเราจะต้องไปดูแลเขาหรือเปล่า ผมก็บอกว่ามันมีเบอร์เคอร์อยู่ กำหนดให้ได้ว่าขอบเขตไหนที่เขาควรจะได้รับ เช่น เขามีสิทธิได้รับบริการที่ดี การพูดจาที่ไพเราะซึ่งคนใช้ทุกคนควรได้รับอยู่แล้ว แต่ถ้าอภิสิทธิ์พิเศษบางอย่าง เช่น การได้พักห้องพิเศษ การลดหย่อนค่าใช้จ่าย ก็อยู่ในขอบเขตที่ทำได้ แต่ถ้าฝากคน (เข้าทำงาน) แล้วไม่ได้ เขาจะมาตีโปยตีพายโกรธเคืองก็คงไม่ใช่ ซึ่งเขาก็จะดูออกว่าขอบเขตอยู่ตรงไหน แล้วตั้งแต่ทำมา ไม่เคยมีใครทำให้ยุ่งยากใจตรงนี้...”

บทบาทของชุมชนในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล

ชุมชนท่าวังผา เริ่มมีบทบาทในการช่วยพัฒนาโรงพยาบาลมาตั้งแต่ปี 2536 ก่อนที่จะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาลเสียอีก ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง ซึ่งมีคนไข้มาใช้บริการจากหลายอำเภอด้วยกัน ทั้งนี้เพราะอำเภอท่าวังผา มีที่ตั้งเป็นศูนย์กลาง ที่ประชาชนจากอำเภออื่นๆ สามารถมาใช้บริการได้สะดวกกว่า ผู้นำชุมชนและนายอำเภอท่าวังผา จึงร่วมกันคิดที่จะขยายขนาดของโรงพยาบาล แต่ติดขัดที่สถานที่เดิมมีขนาดเล็ก จึงจำเป็นต้องหาสถานที่แห่งใหม่ เพื่อสร้างโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

1) บทบาทในการเลือกสถานที่และปรับพื้นที่สร้างโรงพยาบาล

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลในระยะเริ่มแรก ฝ่ายชุมชนจะมีบทบาทมากในการย้ายโรงพยาบาล กล่าวคือ ผู้นำชุมชนมีความเห็นตรงกันว่า พื้นที่ของโรงพยาบาลเดิมนั้นคับแคบไป จึงผลักดันให้เกิดการย้ายมาสู่ที่ตั้งในปัจจุบัน ซึ่งมีพื้นที่กว้างขวางกว่า ไร่ ไร่กี่ตาม พื้นที่บริเวณนี้ ซึ่งเคยเป็นค่ายลูกเสือชาวบ้านมาก่อน ก็มีลักษณะเป็นเนินเขาสูง จึงทำให้มีเสียงกีดกันในช่วงแรก

เกี่ยวกับความยากลำบากในการปรับที่ดิน รวมทั้งเกรงว่าความลาดชันของพื้นที่ จะเป็นอุปสรรคในการเข้า-ออก โรงพยาบาล แต่ด้วยการผลักดันของผู้นำชุมชนกลุ่มดังกล่าว ด้วยเหตุผลที่เป็นจุดที่สะดวกต่อการคมนาคม การย้ายจึงสำเร็จในที่สุด นอกจากจะเป็นผู้กำหนดพื้นที่ว่า โรงพยาบาลควรจะต้องอยู่ในสถานที่ใดแล้ว ชุมชนเองยังทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยราชการอื่นๆ ในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือในการปรับพื้นที่ เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลอีกด้วย

“...เดิมทีโรงพยาบาลไม่ได้ตั้งอยู่ในที่ปัจจุบันนี้ อยู่ที่สาธารณสุขอำเภอในปัจจุบัน ซึ่งคับแคบ มีเนื้อที่ประมาณ 10 ไร่ แล้วเราย้ายมาตรงนี้ ซึ่งเป็นที่เนินสูง เราก็เรียกกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยม แล้วก็หมอ(อดีตผู้อำนวยการ) มาประชุมกันที่อำเภอ ก็พามาตกลงกัน มาดูที่ดินนี้ ซึ่งมันเป็นเขา (ภูเขา) ที่แรกเสนอกันสองที่ คือที่ดินนี้ กับที่ของตชด.เก่า แต่คนที่ตั้งคันจะเอาไปไว้ตรงนี้ก็คือ กำนันกับผู้อำนวยการโรงเรียนนี้แหละ เพราะมันกว้างขวางและอยู่ติดถนน โรงพยาบาลมันต้องอยู่ติดถนน ทุกคนก็เห็นดีด้วย...ทีนี้ก็มาคิดกันว่า เมื่อเราทำงานของรัฐ ก็ควรเอาคนของรัฐมาร่วมด้วย เราก็ไปติดต่อ กรป. ให้ช่วยปรับที่ แล้วก็มีการหาทุน ซึ่งได้จากชาวบ้านในตำบลต่างๆ ช่วยกันสละ ทำในรูปผ้าป่า...”

2) บทบาทในการร่วมคิดและระดมทรัพยากรในโครงการพิเศษต่างๆ ของโรงพยาบาล

บทบาทของคณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนา ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ได้แก่ การช่วยระดมความคิดเห็น เมื่อโรงพยาบาลจะทำโครงการพิเศษ เกี่ยวกับการก่อสร้าง และโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล ที่จำเป็นต้องมีการระดมทรัพยากรจากชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการบริจาคเงินและแรงงาน ที่เห็นเด่นชัดก็คือการระดมทุนและแรงงานในการสร้างถนนลาดยางทางขึ้นโรงพยาบาลแห่งใหม่ โดยทำผ้าป่าปูนซีเมนต์ จนกระทั่งมีเงินเหลือ สร้างอาคารพักญาติได้อีก 1 หลัง และที่สำคัญไปกว่านั้นก็คือ การระดมทุนสร้างตึกสงฆ์อาพาธ ซึ่งเป็นที่มาของการก่อตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยผู้นำชุมชน พ่อค้า เศรษฐินิ ทนายความ หมอชาวบ้าน นักการธนาคาร ฯลฯ เป็นต้น

“...ถนนที่เข้ามาทั้งหมดมันมีแต่โคลน มันไม่มีถนนซีเมนต์...ก็เข้าหากำนัน เข้าหาท่านนายอำเภอและสมาชิกสภาจังหวัด บอกว่าจะลองทำเป็นผ้าป่าปูนซีเมนต์ ถ้าได้ปูนมาแล้วก็จะขอแรงชาวบ้าน แล้วเสริมด้วยไม้ไผ่ ก็ขอไปทางกำนันว่า ผมขอไม้ไผ่บ้านละก็เผง สานไว้เรียบร้อย กว้างคูณยาว ก็เมตร ทุกบ้านก็จะสานไม้ไผ่กันมา บางคนหอบไม้ไผ่มาสานที่โรงพยาบาล จนไม้ไผ่

เหลือเต็มเลย เพราะเขาसानไ้วยเยอะมาก พอसानแล้วก็ขอแรงงานชาวบ้าน...หินทรายก็ขอบริจาค.. ทุกอย่างเราขอหมดในช่วงแรก ปูนขอเป็นผ้าป่า แรงก็ขอชาวบ้าน ตอนนั้นแค่แย้ๆ ดู ปรากฏว่าได้ ปูนมาเกือบ 400,000 บาท จนทำถนนเสร็จแล้ว ยังเหลืองบฯ และวัสดุ จนสร้างอาคารพักญาติได้อีก หลังหนึ่ง..” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

“...ในฐานะกรรมการ ก็เลยเอาชมรมลูกจ้างภารโรง 40 กว่าคน ระดมแรงงานไปทำร่วม อาทิตย์ ไปเทปูน แล้วก็ขอแรงงานของชาวบ้านแต่ละตำบลด้วย คนหนึ่งก็หลายวันอยู่ ก็สมแล้วที่เป็น โรงพยาบาลชุมชน..” (หัวหน้าการประถมศึกษาอำเภอ)

“...เงินก็เก็บจากคนในอำเภอนี้แหละ ช่วยๆ กัน ตอนทำบันไดขึ้นทั้งสองข้าง แรงงานเรา ก็ไม่ต้องจ้าง ชาวบ้านมาทำให้ เกณฑ์กันไปจากแต่ละหมู่บ้าน วันละ 10-20 คน เพราะเราไม่มีเงิน ไม่มีงบฯ...” (กำนัน)

“...ตอนที่ช่วยกันบริจาคอีกที ก็ตอนที่สร้างตึกสงฆ์อาพาธ มีการหล่อเหรียญหลวงพ่อดอนตัน ให้ซื้อบูชา ขายไปทุกหมู่บ้าน ทุกตำบล เพื่อรวบรวมเงิน มีแม่เลี้ยง กบตีม่ายเศรษฐี เป็นเจ้ามือใหญ่..พอได้เงินไม่พอ ผมกับหมอกี้ไปคุยกับแม่เลี้ยง ไปกราบมือกราบเท้า คุณแม่อย่างนั้น อย่างนี้ แกก้ให้มาล้านนึง คนไหนที่พอให้ได้เราก้ขอ คนมีน้อยก็แล้วแต่ศรัทธา..”

“...เรื่องงบประมาณก็ได้จากคุณสำเนียง ซึ่งเป็นคนบ้านฝายมูลใกล้ๆ นี้ พอตีเขาไปทำงานธนาคารแถวยานนาวา เป็นคนมีจิตศรัทธา ก็ระดมให้คนมาบริจาคจากคนในจังหวัดน่านบ้าง ลูกค้าของธนาคารบ้าง บางทีพอได้ของ ได้เงิน ได้ทอง ก็มาทำเป็นผ้าป่าสะสมไว้...อสม. ก็จัดผ้าป่ามาอีก ให้หมู่บ้านและตำบลต่างๆ ช่วยกันแจกของ แล้วแต่ศรัทธา..”

“...เขาเป็นหมอเถื่อน คือเปิดร้านขายยาแล้วทำคลินิก นิดยาทุกอย่าง...แต่ผมไม่เคยมองเขาเป็นหมอเถื่อน เพราะเขาช่วยเหลือคนมามากมาย ตลอด 20-30 ปี ที่แล้วมา ผมเดินเข้าไปหาเขา แล้วก็คุยกัน คุกคอกันมาก เขาชอบพระผมก็ชอบดูพระ เดียวนี้ก็ให้เงินบริจาคทีละสองหมื่นบ้าง สองแสนบ้าง...” (ผู้อำนวยการ)

นอกจากนั้น ชุมชนยังมีส่วนร่วมในการบริจาควัสดุ เวชภัณฑ์ต่างๆ ให้โรงพยาบาลตามความเชื่อของท้องถิ่นอีกด้วย เช่น บริจาคเตียง รถเข็นผู้ป่วย สร้างศาลาที่พักข้างทาง ฯลฯ เป็นต้น

“...เป็นความเชื่อของชาวบ้าน ว่าอยากให้พ่อแม่นอนสบายก็ไปซื้อเตียงแบบของโรงพยาบาลมาวางศพ แล้วหลังจากนั้นก็บริจาคให้โรงพยาบาล หรือคนที่ต้องใช้รถเข็นอยู่ประจำ ถ้าเขาเสียชีวิตลง ก็จะนำมาบริจาคให้โรงพยาบาล..” (พยาบาลวิชาชีพ)

3) บทบาทในการจัดซื้อจัดจ้าง

ในการก่อสร้างอาคารสงฆ์อาพาธของคณะกรรมการฯ มีบทบาทอยู่ค่อนข้างมาก ทนายความซึ่งเป็นหนึ่งในคณะกรรมการที่ปรึกษาฯ เป็นผู้ดูแลด้านกฎหมาย ผู้รับเหมาก่อสร้างเป็นประชาชนรายหนึ่งที่ทำงานด้วยราคาย่อมเยา ในคุณภาพงานที่คณะกรรมการฯ พอใจ เช่น แดมความกว้างของตัวอาคารให้ ในสัญญาจ้างก็ใช้ชื่อของคณะกรรมการฯ เป็นผู้ว่าจ้าง บัญชีเงินฝากของคณะกรรมการฯ ก็ต้องให้คณะกรรมการฯ เป็นคนเซ็นเบิกจ่าย อย่างไรก็ตามเหรียญผู้ดูแลยังเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ภายใต้การดูแลของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่วนแบบแปลนของอาคาร ได้มาจากเพื่อนของคณะกรรมการฯ คนหนึ่ง ซึ่งทำงานธนาคารอยู่ในกรุงเทพฯ มีบทบาทในการระดมทุนจากนอกพื้นที่ ซึ่งแปลนนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้เปิดโอกาสให้คณะกรรมการฯ ร่วมแก้ไขได้ตามสมควร รายรับรายจ่ายได้จากการระดมทุน และสร้างอาคารครั้งนี้มีการรายงานแก่คณะกรรมการฯ อย่างต่อเนื่องและโปร่งใส

“...กรรมการเขาเข้ามาดูการก่อสร้างโดยตลอด เพื่อชี้แนะ มีการประชุมบ่อยมาก เพราะต้องวางแผนการก่อสร้างว่าไปถึงไหน อย่างไร แล้วรายงานให้กรรมการชุดใหญ่ทราบ ตลอดจนการแจ้งยอดเงิน เพราะส่วนนี้ผมต้องโปร่งใสเพื่อให้เขามั่นใจ...” (ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล)

4) บทบาทในการสะท้อนปัญหาชุมชน เสนอข้อคิดเห็น และแก้ปัญหาต่างๆ ของโรงพยาบาล

คณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาฯ ยังมีหน้าที่รับฟังปัญหา ที่ประชาชนพบเมื่อมาใช้บริการที่โรงพยาบาล แล้วนำมาเสนอให้ทางโรงพยาบาลทราบ ในการประชุมประจำเดือนที่อำเภอ ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องเข้าประชุมด้วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

“เคยมีเสียงสะท้อนจากชุมชน เช่นเรื่องบริการไม่ดี ฝ่ายปกครอง พวกกำนันผู้ใหญ่บ้าน เวลาการประชุมประจำเดือน ที่มีนายอำเภอเป็นประธาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้องเข้าประชุมด้วย เขาก็เสนอขึ้นมา ผอ. ก็จะลุกขึ้นตอบคำถาม ตอบไม่ได้ก็รับไปให้ทางโรงพยาบาลพิจารณาแก้ไข...” (หัวหน้าส่วนราชการ)

“บางที่เราไปได้ยินข้างบ้านพูดกันมาว่ามารักษาแล้วก็มีปัญหาเรื่องนั้นเรื่องนี้ เราก็เอามาบอก เช่น มีปัญหาเรื่องระบบส่งต่อคนไข้บัตรประกันสังคม ซึ่งทางโรงพยาบาลจังหวัดพูดมากไปหน่อยว่า น่าจะมาเมื่อหลายวันก่อน ถ้ามาช้าไปอีกชั่วโมงเสร็จแน่... เราก็นำปัญหานี้มาคุยกันหมอ เขาก็แก้ไขให้... โรงพยาบาลส่งต่อมีปัญหาเยอะ ก็แก้ไขกันอีกให้เขารูปเขาร่าง...” (กำนัน)

นอกจากนั้นชุมชนยังทำหน้าที่ “หยุดข่าวร้าย กระจายข่าวดี” กล่าวคือ คณะกรรมการจะทำหน้าที่ชี้แจงให้ประชาชนทราบ หากประชาชนเกิดความเข้าใจผิดต่อโรงพยาบาล

“...เช่นโรงพยาบาลทำคลอดแล้วเด็กตาย ท่าน (กรรมการ) ก็โทรมาถามข้อเท็จจริง ในเวลาที่มีการประชุมที่หมู่บ้าน เมื่อมีคนลุกขึ้นมาวิจารณ์เรื่องนี้ กรรมการก็จะเคลียร์ให้ โดยที่ผม (ผู้อำนวยการ) ไม่ต้องออกไปเองทุกครั้ง เคลียร์เสร็จท่านก็มาเล่าให้ฟัง บทบาทเหล่านี้ยังไม่ชัด แต่ก็ช่วยโรงพยาบาลได้มาก...” (ผู้อำนวยการ)

5) บทบาทในการพัฒนาโครงการสมุนไพร

เนื่องจากมีกลุ่มผู้สูงอายุ หมอพื้นบ้านและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีความสนใจร่วมกันเกี่ยวกับสมุนไพร จึงรวมกลุ่มกันเป็น ชมรมสมุนไพร โดยผู้อำนวยการให้การสนับสนุน ให้ชมรมมาอยู่ที่โรงพยาบาล และสนับสนุนให้ชาวบ้านได้รับการฝึกอบรมแพทย์แผนไทย และเปิดให้บริการอบ นวด ประคบ ด้วยสมุนไพร และจำหน่ายยาสมุนไพรแก่คนไข้

“..เรา (โรงพยาบาล) จัดการเรื่องโครงสร้างพื้นฐานของเครื่องมือเครื่องใช้ แต่ชุมชนทำในเรื่องการดูแล คุมกันเอง นวดกันเอง ดูแลเรื่องการบริหารวัตถุดิบ แต่ถ้าเขา(ชุมชน)พร้อมเมื่อไหร่ ผมยกให้เลยนะ ทั้งตึกและเครื่องมือ....ตอนนี้ได้ภรรยากำนันมาเป็นประธานชมรมฯ หมอพื้นบ้านเป็นที่ปรึกษา..” (ผู้อำนวยการ)

การที่ชมรมสมุนไพรตั้งอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลกลายเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ ที่จะมาพบปะสังสรรค์ ออกกำลังกาย หรือมาใช้บริการอบสมุนไพร รวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล เช่น การปลูกป่าสมุนไพร ฯลฯ ทำให้ชุมชนมีความใกล้ชิดกับโรงพยาบาลมากขึ้น

“...เห็นผู้เฒ่าผู้แก่ไปปลูกไปทำอะไรกันบ่อย ส่วนเจ้าหน้าที่ซึ่งทำหน้าที่นวด ส่วนใหญ่ทางโรงพยาบาลจะเป็นคนรับสมัครคัดเลือกจากหมู่บ้าน แล้วก็ส่งไปอบรม.....แล้วทางโรงพยาบาลก็สามารถตั้งพวก ผศศ. อสม. และชมรมผู้สูงอายุไปช่วย ในส่วนของสวนสมุนไพร อบสมุนไพร...” (ก้านัน)

นอกจากนั้นหมอพื้นบ้านและผู้อำนวยการ ยังมีแผนที่จะขยายการปลูกสมุนไพร บนเนื้อที่ 60 ไร่ ของโรงพยาบาล โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปลูกสมุนไพรผลิตวัตถุดิบ ส่งขายให้หมอพื้นบ้าน ซึ่งเป็นผู้ผลิตยาสมุนไพรรายใหญ่ ซึ่งในขณะนี้กำลังรับซื้อสมุนไพร วัตถุดิบจากที่ต่างๆ รวมทั้งจากต่างประเทศ ในปริมาณที่สูงถึงเดือนละประมาณ 400,000 บาท อีกด้วย โครงการดังกล่าวคาดว่าจะเป็โครงการที่นำรายได้มาสู่ชุมชนและโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี ปัจจุบันได้มีการแบ่งสมุนไพรให้ชุมชนนำไปปลูกตามบ้านของคนอีกด้วย

“...เราจะปรับพื้นที่ข้างบน(ภูเขา) ให้เป็นสวนป่าสมุนไพรโดยเฉพาะ แล้วจัดพื้นที่ ให้คนดูแลปลูกไม้ยืนต้นที่เป็นสมุนไพรทั้งหมด ข้างล่างปลูกไม้ล้มลุก ตั้งแต่กระชาย ขิง ข่า พริกไท ดีปลี ก็ต้องเอามาปลูกให้หมด...อาจจะพัฒนาให้เป็นที่ท่องเที่ยว ดิคป้ายซื้อสมุนไพรนั้นๆ รวมทั้งเพาะเมล็ด ขยายพันธุ์ ชาวบ้านก็เห็นด้วย เป็นที่น่าปลื้มใจ...” (หมอพื้นบ้าน)

6) บทบาทในการก่อตั้งมูลนิธิ

กรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาล มีบทบาทในการก่อตั้งมูลนิธิคุณแม่จันทร์สม เสรฐฐินิมาลัย ซึ่งเป็นกรรมการฯ ท่านหนึ่งของรพ. มีความประสงค์จะบริจาคเงิน 1 ล้านบาท เพื่อก่อตั้งเป็นมูลนิธิ ทำประโยชน์ด้านการศึกษาและสาธารณสุข โดยเน้นการช่วยเหลือเด็กยากจนและคนชราที่ไม่มีญาติมิตร ขณะนี้การดำเนินการจัดตั้งเป็นทางการใกล้จะเสร็จแล้ว กรรมการมูลนิธิมาจากส่วนหนึ่งของกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาล รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ร่วมริเริ่มในการก่อตั้งมูลนิธิผู้หนึ่ง ดอกผลจากมูลนิธิ สามารถนำมาพัฒนากิจกรรมของโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของมูลนิธิได้ในอนาคต

วิเคราะห์เหตุปัจจัยของการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาโรงพยาบาลท่าวังผา มีเหตุปัจจัยร่วมหลายประการด้วยกัน ที่สำคัญได้แก่

1) ความต้องการของชุมชน ที่จะพัฒนาโรงพยาบาลให้มีศักยภาพเพียงพอ

ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนที่มีอยู่มากมายในอำเภอท่าวังผา ทศนคติของชุมชนและผู้นำชุมชนที่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ที่จะพัฒนาชุมชนของตนเอง โดยไม่ต้องรอพึ่งทรัพยากรของทางราชการอย่างเดียว ทำให้จุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมของประชาชน เกิดจากการผลักดันจากฝ่ายผู้นำชุมชนที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกล มีความเอื้ออาทรต่อชุมชน เข้าร่วมปรึกษารื้อกับทางฝ่ายราชการ เสนอความต้องการที่จะพัฒนาโรงพยาบาลท่าวังผา ซึ่งในขณะนั้นเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก 10 เตียง ให้มีศักยภาพสูงขึ้นพร้อมที่จะเป็นโรงพยาบาลศูนย์กลางให้บริการสนองความต้องการและความจำเป็นของชุมชนต่างๆ จากอำเภอท่าวังผา และชุมชนในอำเภอใกล้เคียง ทั้งนี้เพราะสถานที่ตั้งของอำเภอท่าวังผา เอื้ออำนวยที่จะเป็นศูนย์กลาง ที่ประชาชนจากหลายอำเภอสามารถเดินทางเข้ามาใช้บริการได้โดยสะดวก ดังที่ก้านนอวสุโสณักพัฒนาที่ประสบความสำเร็จเป็นที่ยกย่องนับถือจากชุมชนสูงมาก ได้กล่าวว่า

“...ในปี 2520 กว่าๆ ที่เริ่มมีโรงพยาบาล สมัยนั้นผมเป็นกำนันอยู่ที่ตำบลศรีภูมิ...ก็มาคิดกับนายอำเภอท่าวังผาว่า โรงพยาบาลเรานี้ คล้ายกับว่ามันเป็นจุดศูนย์กลางก็ว่าได้ เขตของอำเภอปัวเมื่อเทียบกับเรา คนไข้มาที่เราจะง่ายกว่า แล้วอย่างคนไข้จากตำบลสองแควจะไปเชียงกลาง ก็ต้องขึ้นเขาขึ้นคดoyer เขาก็มาหาเรา พวกแม่่ว พวกเย้า เขาก็มาหาเรา พอมาหลายๆ เข้า ก็มาแออัดเต็มโรงพยาบาล...”

เหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการพัฒนาโรงพยาบาล ก็คือต้องการทำให้โรงพยาบาลมีศักยภาพ เป็นที่พึ่งของคนได้ในยามเจ็บป่วย ดังผู้บริจากรายใหญ่ซึ่งเป็นเศรษฐีม่าย ผู้สูงอายุ ให้เหตุผลในการบริจาคเงินให้โรงพยาบาลไว้ว่า

“...บริจาคเพราะอายุมากแล้ว หวังฝากชีวิตจิตใจไว้กับคุณหมอและพวกเด็กๆ เพราะเป็นคนบ้านเกิดเมืองนอนอยู่ที่นี่ เวลาเจ็บป่วยไป เขาก็บริการกันทั้งนั้น ก็มีความอบอุ่นกับโรงพยาบาล เพราะพ่อแม่พี่น้องลูกหลานก็ไม่มีที่จะพึ่งใครได้ ตอนที่สร้างมูลนิธิ แม่บริจาคตั้งมูลนิธิอีก 1 ล้านที่ฝากฝังไว้กับมูลนิธิ ก็ให้ดูแลเราตอนเราเจ็บป่วย ...”

2) พฤติกรรมบริการและความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาล

ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนและโรงพยาบาลในอดีตเป็นความสัมพันธ์ที่เหินห่าง เนื่องจากโรงพยาบาลให้บริการในเชิงตั้งรับอย่างเดียว ขณะที่องค์กรชุมชนชาวท่าวังผามีความเข้มแข็ง สภาพการณ์เช่นนี้นับได้ว่า เป็นวิกฤติที่ท้าทายความสามารถของผู้อำนวยการปัจจุบันที่จะลบล้างภาพลักษณ์เก่าๆ ของโรงพยาบาลในความคิดของชุมชนให้ได้เสียก่อน และพยายามสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน โดยการให้บุคลากรของโรงพยาบาลออกไปหาชุมชน

“...ตอนผมเข้ามาใหม่ๆ ชุมชนกับโรงพยาบาลยังกะขมื่นกับปูน ชุมชนลุกขึ้นกลางที่ประชุม แล้วบอกว่ายอมรับไม่ได้ ที่โรงพยาบาลทำอย่างนี้ รักษาไม่น่าเชื่อถือ พุดจาไม่ดี...” (ผู้อำนวยการ)

“พอผู้อำนวยการคนปัจจุบันมา เราก็ได้แนวคิด ว่า ต้องเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน แนวทางของหมอจะเน้นการเข้าหาชุมชนตลอด หมอจะพูดอยู่เสมอว่า ทุกอย่างเราทำเพื่อชุมชน...” (พยาบาลวิชาชีพ)

ด้วยแนวคิดของผู้อำนวยการ ที่มุ่งมั่นจะทำให้โรงพยาบาลเป็นสมบัติของชุมชน และความตั้งใจอันแรงกล้าที่จะเข้าหาชุมชน ทำงานร่วมกับชุมชน ผู้อำนวยการจึงวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ โดยส่งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เข้าไปนอนในหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้วิถีชีวิตของชาวบ้าน เกิดความสนิทสนม ความรัก ความเอื้ออาทร และความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน รวมทั้งศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชนไปด้วยในขณะเดียวกัน

“...จุดเปลี่ยนที่สำคัญที่สุด คือผมเอาเจ้าหน้าที่เข้าไปนอนในหมู่บ้าน 4 แห่ง เพื่อให้เขารู้ว่าชาวบ้านเขาอยู่กันอย่างไร ไปหมู่บ้านที่ลำบากสองแห่ง เป็นบ้านม้ง ไปนอนที่บ้านเขาเลย กลับมาหลายคนบอกว่า ต่อไปจะไม่ค่าคนไข้เวลาเขามาซ้ำอีกแล้ว เพราะเวลาของเขาไม่เหมือนของเรา ต้องตื่นตั้งแต่ตีสี่ตีห้า เพื่อมาโรงพยาบาล กว่าจะมาถึงโรงพยาบาลก็สาย สิ่งเหล่านี้การสอนด้วยวาจามันไม่เห็นหรอก...” (ผู้อำนวยการ)

3) ปัญหาความขาดแคลนสาธารณูปโภคของโรงพยาบาล

ในระยะแรกที่อยู่อาศัยของโรงพยาบาลคนปัจจุบันมารับตำแหน่งที่ทำวังผา โรงพยาบาลแห่งใหม่ที่สร้างไว้บนเนินเขา ไม่สามารถเปิดให้บริการรักษาพยาบาลได้ เนื่องจากขาดสาธารณูปโภค เช่น น้ำประปา ไฟฟ้า ทางขึ้นโรงพยาบาลที่ปลอดภัย ขณะที่งบประมาณของรัฐก็ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้อำนวยการแก้ปัญหาโดยการระดมทุนจากชาวบ้าน ซึ่งมีแนวทางที่จะพัฒนาโดยทำงานร่วมกับประชาชนอยู่แล้วโดยใช้กลยุทธ์ ทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกว่าโรงพยาบาลเป็นสมบัติของชุมชนซึ่งสามารถสร้างศรัทธาจากประชาชนได้เป็นอย่างดี ในที่สุดจึงได้ตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาลจากฝ่ายประชาชน และเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลอย่างเต็มที่

“...ผมมาปี 2536 ต้องมาเปิดที่นี่...(โรงพยาบาล) สร้างมา 2 ปี แล้ว แต่ไม่ได้ใช้งาน เพราะขาดทุกอย่าง ขาดน้ำ-ไฟ ก็เลยคิดว่า การพัฒนาที่นี่ ถ้าจะทำลำพังเฉพาะราชการ มันหมดสิทธิ์เลย ก็เลยเริ่มไปหาแนวร่วม...” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

“...จุดประสงค์ที่ตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาล ก็คือเราจะทำอย่างไรให้มีสาธารณูปโภค ให้ชุมชนมีความรู้สึกว่าเขามีส่วนร่วมในการทำโรงพยาบาลนี้ โดยแนวคิดนี้เป็นของผู้บริหารคนปัจจุบันเลยก็ว่าได้...ตอนนั้นเรามีปัญหาเรื่องถนนทางขึ้นไม่ได้ลาดยาง ฝนตกก็เป็นโคลน อันตรายมาก ก็เลยคิดเรื่องการระดมทุนจากชาวบ้าน...” (พยาบาลวิชาชีพ)

แนวคิดทำโรงพยาบาลให้เป็นของชุมชนของผู้บริหาร นอกจากศักยภาพและความสามารถส่วนบุคคลในการทำความรู้จักชุมชน เข้าหาชุมชน เพื่อสร้างศรัทธาและความสัมพันธ์อันที่เครือญาติกับชุมชน ตลอดจนรู้จักค้นหาศักยภาพของชุมชน แล้ว ผู้บริหารยังมีบทบาทสำคัญในการขยายแนวคิดของตน เกี่ยวกับการทำโรงพยาบาลให้เป็นของชุมชน โดยประกาศเจตนารมณ์ให้ชุมชนรับทราบ ตั้งแต่วันแรกของการเข้ารับตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อเรียกร้องศรัทธาจากประชาชนในเบื้องต้น

“...ผมบอกกับประชาชนตั้งแต่วันแรกที่เข้ามารับตำแหน่งว่า ผมยกโรงพยาบาลให้เป็นของท่านเลย เพราะฉะนั้นประชาชนอยากได้อะไรขอให้บอกทางโรงพยาบาลได้ตลอดเวลา เขาฟังเขาก็ไม่เชื่อ ซึ่งผมชอบมาก พอไม่เชื่อ ผมก็ต้องทำให้เขาเชื่อ...” (ผู้อำนวยการ)

นอกจากนั้น ท่านยังได้ปลูกฝังแนวคิดการทำงานเพื่อชุมชนให้กับทีมงานของโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกรรมการบริหารโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าฝ่ายต่างๆ ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นชาวทวาย ทำให้เกิดความรู้สึกเข้าใจร่วมกันเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อชุมชนต่อไป ดังพยาบาลวิชาชีพคนหนึ่งที่กำลังกล่าวถึงผู้อำนวยการ

“...คณะกรรมการเขาก็ได้แนวคิดจากคุณหมอ (ผู้อำนวยการคนปัจจุบัน) ตั้งแต่ปี 2536 โดยหมอมายาขความคิดว่า คุณควรทำอย่างนี้กับชุมชนคุณนะ ผมเป็นคนจร เวลาคุณทำอะไรทุกอย่าง ก็เพื่อชุมชนของคุณเอง ไม่ใช่เพื่อตัวผม...หมอบอกอย่างนี้ทุกครั้ง และเราก็ถูกปลูกฝังมาอย่างนี้ คือทุกอย่างเราทำเพื่อชุมชน...”

จากบทบาทของผู้อำนวยการ ในการทำความเข้าใจกับชุมชนและบุคลากรของโรงพยาบาล ว่าโรงพยาบาลเป็นของชุมชน มีผลให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลอย่างมั่นใจ ขณะเดียวกันก็ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ โดยให้บริการคนไข้ดีขึ้นอีกด้วย

“...เรามองว่า การที่ชุมชนช่วยพัฒนาโรงพยาบาลให้ถึงขนาดนี้ เราก็ให้ความสำคัญแก่ชุมชนมากขึ้น เช่น เมื่อก่อนเราอาจจะพูดไม่ค่อยดีกับคนไข้ แต่ช่วงหลังเราก็ปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น..” (พยาบาลอาวุโส)

4) ศักยภาพของผู้นำ

การที่ภาคชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างจริงจังและจริงใจ ตลอดจนสามารถทำงานร่วมกับทีมงานของโรงพยาบาลได้อย่างราบรื่น จำเป็นที่ทีมงานต้องยอมรับแนวคิดในการยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง องค์กรที่จะเกิดสภาพการณ์ที่ดีเช่นนี้ได้ต้องอาศัยผู้นำที่มีศักยภาพสูงและมีกลวิธีที่ถูกต้องในการเข้าหาชุมชน และประสานความร่วมมือระหว่างประชาชนกับทีมงานของโรงพยาบาลซึ่งเป็นข้าราชการ ซึ่งผู้อำนวยการคนปัจจุบันของโรงพยาบาลนับได้ว่ามีคุณสมบัติเหล่านี้ค่อนข้างครบถ้วน

กล่าวคือมีแนวคิดในการยึดชุมชนเป็นเป้าหมาย (end) ในการให้บริการ ขณะเดียวกันก็ดึงชุมชนให้เข้ามามีส่วนช่วยเหลือ (mean) โรงพยาบาลในการเข้าสู่เป้าหมาย มีนโยบายกระจายอำนาจบริหารภายในตัวองค์กรโรงพยาบาลและกระจายสู่ชุมชน ดังที่ได้กล่าวอย่างชัดเจนกับบุคลากรและ

กรรมการภาคชุมชนว่า ตัวผู้นำเองเป็นเพียงคนจรที่เข้ามารับตำแหน่งบริหาร มิใช่เป็นศูนย์กลางของโรงพยาบาล เมื่อเรียกศรัทธาจากชุมชนได้ในระดับหนึ่งแล้ว ยังเรียนรู้วัฒนธรรมของชุมชนไปในเวลาเดียวกัน เพื่อใช้ขบวนการที่ดีที่สุดในการดึงแกนนำชุมชน ซึ่งมีความหลากหลายทางเชื้อสาย และธรรมเนียมปฏิบัติให้มาทำงานเพื่อส่วนรวม ภายใต้นโยบายที่ประนีประนอมร่วมกันของชุมชนได้ นอกจากนี้ ยังมีวิสัยทัศน์ที่มีทิศทางชัดเจนในการวางรากฐานการทำงานของคณะกรรมการทั้งภาคโรงพยาบาลและภาคชุมชนให้เกิดการประสานงานกันต่อไปได้ในอนาคต แม้ผู้อำนวยการจะย้ายไปที่อื่นก็ตาม มีการวางแผนด้านเศรษฐกิจของโรงพยาบาลให้เข้มแข็ง ไม่ว่าจะเป็นการปลูกสร้างอาคารสงฆ์อาพาธเพื่อจัดเป็นห้องพิเศษที่สร้างรายได้ให้โรงพยาบาล การก่อตั้งมูลนิธิโดยทุนเบื้องต้นของกรรมการที่ปรึกษา เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและปฏิบัติงานของโรงพยาบาล หรือแม้กระทั่งการสร้างอาชีพของชุมชนโดยผ่านการก่อตั้งชมรมสมุนไพร ซึ่งทำให้ชุมชนสร้างรายได้ต่อตนเองและเอื้อประโยชน์ต่อโรงพยาบาลไปพร้อมกัน เหนือสิ่งอื่นใดความสามารถที่ถือว่าเป็นจุดเด่นมากที่สุดที่ทำให้ชุมชนวางใจและมีศรัทธาต่อผู้อำนวยการ ก็คือ ความสามารถที่ผู้อำนวยการเข้าใจวัฒนธรรมของชุมชน เคารพและให้เกียรติต่อวัฒนธรรมนั้นๆ ตลอดจนเข้าไปมีส่วนร่วมจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนได้ในที่สุด

5) ลักษณะของชุมชน

แม้ว่าในอำเภอท่าวังผาจะมีความหลากหลายของเชื้อชาติ คือประกอบไปด้วยชนเผ่ากลุ่มน้อยต่างๆ ที่ยังมีวัฒนธรรมประเพณีของตนอย่างชัดเจน แต่ระหว่างเชื้อชาติก็หาได้มีความขัดแย้งกันไม่ ผู้นำของแต่ละประชาคมยังประสานการทำงานระหว่างกันได้อย่างดีเยี่ยม โดยยึดประโยชน์ร่วมกันเพื่อนำไปสู่ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของชุมชนเป็นหลัก ด้านเศรษฐกิจก็จัดว่าพึ่งพาตัวเองได้ เนื่องจากสภาพทางภูมิศาสตร์ที่อุดมสมบูรณ์ด้วยทรัพยากรธรรมชาติ

นอกจากนั้น ลักษณะการเป็นชุมชนชนบทและค่อนข้างต้องพึ่งพาตนเองในชุมชนสูง เพราะสภาพภูมิศาสตร์บังคับ ทำให้ชุมชนมีความสามัคคี มีความสามารถและควบคุมกันเอง (social control) ได้เป็นอย่างดี ตัวอย่างเช่น หมู่บ้านปลอดยาเสพติดที่ใช้กระบวนการควบคุมทางสังคมในการแก้ไขปัญหาเสพติดของหมู่บ้าน กล่าวคือ หากครอบครัวใดขายหรือเสพยาก็จะถูกสังคมตัดออกจากการเป็นสมาชิกของชุมชนในทุกทาง จนทำให้หมู่บ้านสามารถแก้ปัญหาเสพติดได้ด้วยภูมิปัญญาของชาวบ้านและจากความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนโดยแท้

สำหรับการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของโรงพยาบาล เพียงอาศัยการเปิดใจจากภาค
โรงพยาบาล เมื่อแกนนำชุมชนสามารถเข้าไปนั่งในตำแหน่งกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาของ
โรงพยาบาลได้ เขาก็สามารถระดมทั้งแรงงานและทุนทรัพย์จากชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะ
มีเครือข่ายที่ชัดเจนเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว จนกระทั่งสามารถผลักดันโครงการต่างๆ ของโรงพยาบาลจน
เป็นผลสำเร็จดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

บทที่ 7

โรงพยาบาลห้วยพลูกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ : กรณีศึกษาที่ 3

บทนำ

สภาพภูมิศาสตร์และประชากร

อำเภอนครชัยศรี ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของจังหวัดนครปฐม และอยู่ทางทิศตะวันตกของกรุงเทพมหานคร อาณาเขต ทิศเหนือติดต่อกับอำเภอบางเลน อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม ทิศใต้ติดต่อกับอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดนครปฐม ทิศตะวันออก ติดต่อกับ กิ่งอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม อำเภอบางใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี และเขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร ทิศตะวันตกติดต่อกับอำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม

อำเภอนครชัยศรีแบ่งการปกครองออกเป็น 24 ตำบล 106 หมู่บ้าน มีพื้นที่ประมาณ 298.67 ตร.กม. เป็นพื้นที่ราบ จำนวนประชากรรวม 84,611 คน (จำนวนหนึ่งถูกแยกไปขึ้นกับอำเภอพุทธมณฑล)

ตำบลห้วยพลูเป็นตำบลขนาดกลางของอำเภอนครชัยศรี ประกอบด้วย 4 หมู่บ้าน ตั้งอยู่ริมฝั่งแม่น้ำท่าจีนหรือแม่น้ำนครชัยศรี ห่างจากอำเภอนครชัยศรีประมาณ 10 กิโลเมตร การคมนาคมในอดีตอาศัยแม่น้ำท่าจีนและคลองชอยธรรมชาติ โดยใช้เรือพายเป็นส่วนใหญ่ การคมนาคมทางถนนเมื่อนับย้อนไปก่อนทศวรรษที่ผ่านมาถือว่าค่อนข้างลำบากมาก เพราะถนนจากตำบลไปยังอำเภอและไปตำบลอื่น ๆ เป็นเส้นทางที่ขรุขระเต็มไปด้วยหลุมบ่อตลอดทั้งสาย จนกระทั่งชาวบ้านขนานนามว่าถนนสาย “พระจันทร์จำลอง” แต่ในปัจจุบันได้พัฒนาเป็นถนนคอนกรีตลาดยางเรียบร้อยแล้ว

เนื่องจากนครชัยศรีและห้วยพลู เป็นพื้นที่ราบมีแม่น้ำไหลผ่าน จึงมีสภาพดินที่อุดมสมบูรณ์ ประชาชนชาวห้วยพลู ยกเว้นในตลาดจึงประกอบอาชีพทำสวนผลไม้เป็นส่วนใหญ่ พืชเศรษฐกิจที่สำคัญ ได้แก่ ส้มโอ กระท้อน กล้วยหอม ฝรั่ง มะม่วง ฯลฯ ซึ่งสามารถให้ผลผลิตได้ทุก

ฤดูตลอดปี ทำให้ประชาชนมีฐานะเศรษฐกิจดีพอสมควร ประชาชนส่วนใหญ่เป็นคนไทย ส่วนผู้ที่ประกอบอาชีพค้าขายในตลาดห้วยพลูซึ่งเป็นชุมชนที่ยกฐานะเป็นเทศบาลเมื่อเร็ว ๆ นี้ เป็นชาวไทยเชื้อสายจีนเป็นส่วนใหญ่ เขตชุมชนแห่งนี้เป็นที่ตั้งของวัดและโรงพยาบาลห้วยพลู

ความสัมพันธ์ของชุมชน

เนื่องจากห้วยพลูเป็นชุมชนระดับตำบล ดังนั้นความสัมพันธ์ของชุมชนจึงมีความใกล้ชิดแบบสังคมชนบท เวลาว่างส่วนรวมก็จะมีพ่อค้าประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมให้ความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นด้านแรงงานหรือการบริจาคทรัพย์ ในเขตชุมชนประชาชนจะมีการรวมกลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรมของส่วนรวมเช่น มีการรวมกลุ่มตั้งมูลนิธิฟ้าธรรมทาน

ในด้านสถานบริการสาธารณสุข ตำบลห้วยพลูมีโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง นอกเหนือจากโรงพยาบาลนครชัยศรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงซึ่งตั้งอยู่ที่ตัวอำเภอนครชัยศรี โรงพยาบาลชุมชนของตำบลห้วยพลู ได้แก่ โรงพยาบาลห้วยพลูซึ่งในปัจจุบันมีขนาด 60 เตียง เป็นโรงพยาบาลที่สร้างขึ้นมาจากพลังและศักยภาพของชุมชนโดยแท้ มีผลให้อำเภอนครชัยศรีเป็นอำเภอเดียวของประเทศไทยในปัจจุบันที่มีโรงพยาบาลชุมชนอยู่ถึง 3 แห่ง ด้วยกัน ได้แก่ โรงพยาบาลนครชัยศรี ขนาด 30 เตียง โรงพยาบาลห้วยพลู ขนาด 60 เตียง และโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่ในตำบลถัดไป และอยู่ห่างจากโรงพยาบาลห้วยพลูประมาณ 5 กิโลเมตรเท่านั้น

โรงพยาบาลห้วยพลู

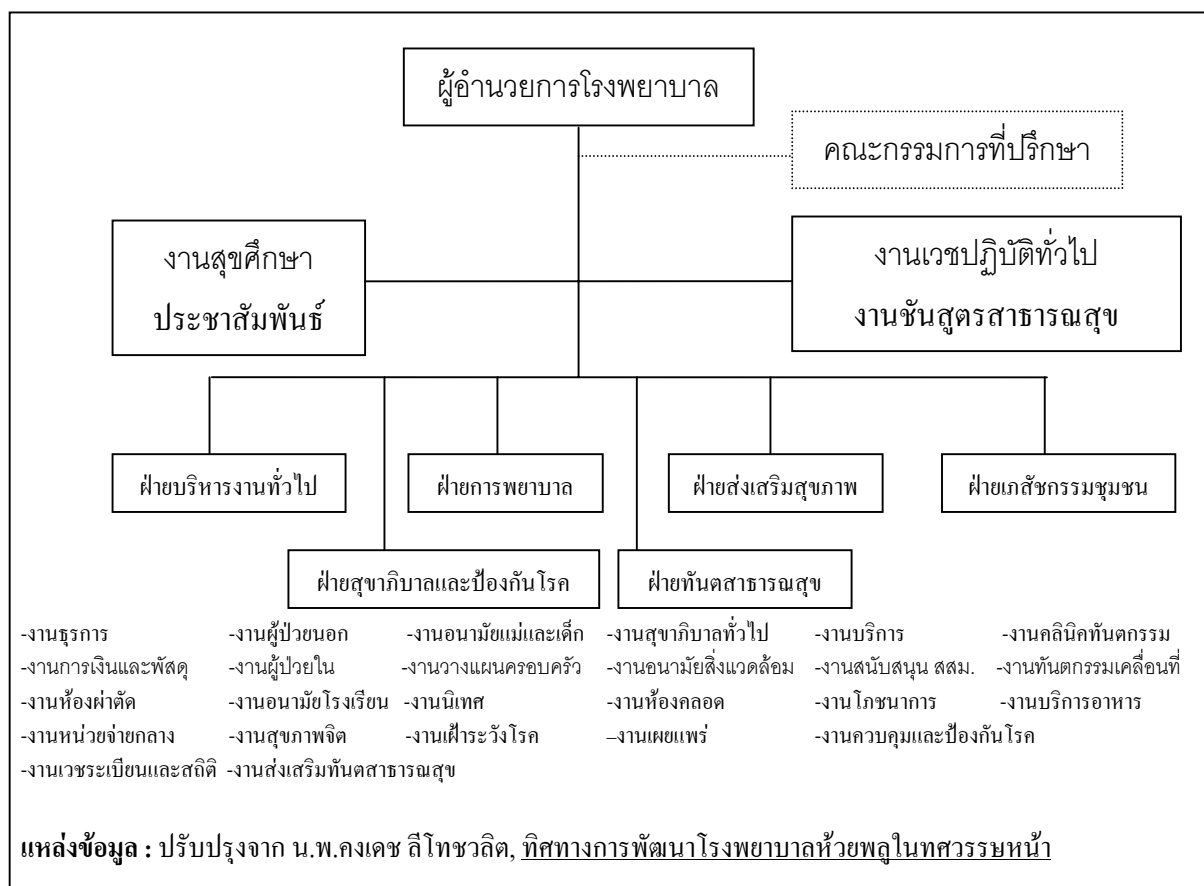
โรงพยาบาลห้วยพลูเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ตั้งอยู่ที่ตำบลห้วยพลู อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม บนทางหลวงนครชัยศรี-คอนคาญ กิโลเมตรที่ 8 ห่างจากกิ่งอำเภอนครชัยศรี 8 กิโลเมตร ไปทางทิศเหนือ มีวิวัฒนาการเป็นขั้นเป็นตอนอย่างเต็มรูปแบบ โดยเริ่มต้นจากสถานีอนามัยชั้นหนึ่งในปี พ.ศ. 2501 เป็นศูนย์การแพทย์และอนามัยห้วยพลูในปี 2516 ต่อมาในปลายปี 2524 ขณะที่ชุมชนต้องการยกฐานะศูนย์การแพทย์ฯ ให้เป็นโรงพยาบาลชุมชน ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขกลับต้องการให้ยุบศูนย์การแพทย์ฯ ด้วยเหตุผลบางประการ แต่ด้วยพลังมวลชนชาวห้วยพลู ภายใต้การนำของแพทย์หญิงผู้อำนวยการศูนย์ฯ ในขณะนั้น ได้ร่วมมือร่วมใจกันต่อสู้อย่างไม่

ทอดยตลอดระยะเวลา 1 ปีเต็ม โดยการต่อรองกับกระทรวงสาธารณสุข จนกระทั่งกระทรวงสาธารณสุขยินยอม และอนุมัติให้ยกฐานะศูนย์การแพทย์และอนามัยห้วยพลูเป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง ตามความต้องการของชุมชนในต้นปี พ.ศ. 2526 ทั้งนี้ โดยมีเงื่อนไขให้ประชาชนหาเงินบริจาคเพื่อสร้างอาคารผู้ป่วยในขึ้นมา 1 แห่ง จากนั้นโรงพยาบาลห้วยพลูก็ได้พัฒนาโดยอาศัยศักยภาพของชุมชนจนยกฐานะเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในกลางปี พ.ศ.2535 และพัฒนาต่อเนื่องจนกระทั่งยกระดับเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงในกลางปี พ.ศ.2538 ภายใต้การนำของนายแพทย์ผู้อำนวยการคนปัจจุบัน ประวัติศาสตร์อันยาวนานกว่าหนึ่งทศวรรษที่ชาวดำบลห้วยพลูมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนของตน สะท้อนให้เห็นศักยภาพของพลังชุมชนเล็ก ๆ ระดับตำบลที่สามารถสร้างโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ซึ่งใหญ่กว่าโรงพยาบาลนครชัยศรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอที่สร้างขึ้นโดยรัฐเสียอีก

ปัจจุบันโรงพยาบาลห้วยพลูมีแพทย์ประจำ 3 คน ทันตแพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 23 คน นักวิชาการ เจ้าพนักงาน และบุคลากรอื่น ๆ รวมทั้งสิ้น 101 คน มีโครงสร้างการบริหารงานดังต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 4 โครงสร้างการบริหารงานโรงพยาบาลห้วยพลูในปัจจุบัน

โรงพยาบาลห้วยพลูเป็นโรงพยาบาลชุมชน จัดเป็นหน่วยงานย่อยที่ตั้งอยู่ในส่วนอำเภอ โดยมีสายการบังคับบัญชาขึ้นตรงกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม มีการแบ่งส่วนราชการภายใน ตามแผนภูมิ ดังนี้



กระบวนการและขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนชาวห้วยพลู มีประวัติศาสตร์อันยาวนาน เกี่ยวคู่กับประวัติศาสตร์การพัฒนาของโรงพยาบาลห้วยพลู กล่าวคือเริ่มต้นในปี พ.ศ.2501 ชาวบ้านตำบลห้วยพลู โดยการนำของกำนันตำบลห้วยพลูในขณะนั้น ร่วมกับนายอำเภอ นครชัยศรี โดยได้รับการสนับสนุนจากผู้ว่าราชการจังหวัด และนายแพทย์อนามัยจังหวัดที่ดำรงตำแหน่งในขณะนั้น เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงในการริเริ่มตั้งสถานอนามัยขั้นหนึ่ง ซึ่งสร้างจากเงินบริจาคที่ได้จากความร่วมมือของประชาชน โดยให้ดำเนินการจัดซื้อที่ดินจากประชาชน เพื่อดำเนินการจัดสร้างอาคาร บนที่ดินเนื้อที่ 2 ไร่ 2 งานเศษ

ซึ่งเมื่อรวมทั้งค่าที่ดินและค่าก่อสร้างตามราคาในช่วงเวลานั้น คิดเป็นเงิน 25,000 บาท ลักษณะอาคารเป็นเรือนไม้ชั้นเดียว ซึ่งใช้เป็นสถานที่แห่งแรกและแห่งเดียว ที่ใช้สำหรับดูแลสุขภาพอนามัยของชาวห้วยพลู และอาคารไม้หลังนี้ ก็ยังคงเป็นสิ่งปลูกสร้างเพียงหลังเดียว ที่ใช้เปิดบริการด้านสาธารณสุขเรื่อยมา จนกระทั่งปี พ.ศ.2524 แม้ว่าจะได้รับการยกฐานะ ขึ้นเป็นศูนย์การแพทย์และอนามัยตำบลห้วยพลูในปี พ.ศ. 2516 ก็ตาม

ขั้นตอนที่ 1 การเปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาส

แพทย์หญิงอดิษฐ์อำนวยการศูนย์การแพทย์และอนามัยห้วยพลู เริ่มเข้ามาปฏิบัติหน้าที่ภายใต้สภาพที่เต็มไปด้วยปัญหานานัปการ อาทิเช่น สภาพอาคารที่ทรุดโทรม ใต้ทุนมีน้ำขังและส่งกลิ่นเหม็น ความขาดแคลนอุปกรณ์การแพทย์ ยา และโต๊ะเก้าอี้ทำงาน ประชาชนขาดศรัทธาต่อศูนย์การแพทย์ฯ แต่ด้วยอุดมการณ์ที่ต้องการให้ชาวชนบทที่มีพื้งยามเจ็บป่วย เธอเริ่มต้นด้วยการผูกมิตรกับบุคลากรโดยมุ่งสร้างทีมงานที่เข้มแข็ง เพื่อที่จะพัฒนาศูนย์การแพทย์และอนามัยห้วยพลูให้มีศักยภาพสูง สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพให้ชาวบ้านได้มากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม หลังจากเริ่มทำงานได้เพียง 10 วัน ก็เผชิญปัญหาวิกฤติ ถูกขู่ฆ่าและกลั่นแกล้งจากบุคลากรอาวุโสที่ปฏิบัติงานมาก่อนเป็นเวลานาน รวมทั้งมีการปลุกระดมมวลชนให้มาขับไล่ให้ออกจากชุมชนเพราะอดิษฐ์อำนวยการศูนย์ฯ ไม่สมยอมกับการแบ่งผลประโยชน์ที่เกิดจากคอร์รัปชั่น ดังที่ผู้อำนวยการฯ ได้บรรยายไว้ว่า

“ ...10 วัน หลังจากเริ่มทำงาน เจ้าหน้าที่อาวุโสกว่าใครในโรงพยาบาล ก็เข้ามาถามเรื่องจะแบ่งผลประโยชน์กันอย่างไร พร้อมกับเล่ารายละเอียดพร้อมวิธีดำเนินการและเอกสารประกอบ ด้วยหวังว่าฉันจะเห็นด้วย...เขาประกาศโจ่งแจ้งออกมาว่า เขาต้องการเงิน ไม่ต้องการทำงาน หนทางที่จะต้องได้เงินมาโดยไม่ต้องมีงาน ก็คือ การคอร์รัปชั่น ฉันต้องประกาศจุดยืนอย่างชัดเจน อยากให้เราเริ่มต้นกันใหม่ในสิ่งที่ถูกต้อง สิ่งที่ผ่านมาทำให้ผ่านไป ถ้าอยากมีรายได้เพิ่มก็ร่วมกันจัดตั้งออกมาในรูปสหกรณ์ ผลที่ได้รับก็คือ “ใครปากโป้ง ก็มีแต่ไข่โป้ง” พร้อมกระแทก .38 หัวตะกั่วไว้ต่อหน้าฉัน กลั่นแกล้งในการทำงาน ออกเคลื่อนไหวมวลชนขับไล่ฉัน ชักชวนชาวบ้านเดินขบวนขับไล่ฉัน กล่าวหาว่าฉันเป็นเสนียดจัญไรต่อชาวห้วยพลู มีความประพฤติสำส่อนทางเพศ ดึกคืนก่อนกินยังไปตุนไข่ ก็จะทำให้คนมาทำมีดมีรายให้ฉันต้องอับอาย ขอย้ายตนเอง...”

แม้ปัญหาจะสร้างความยุ่งยาก แต่เธอกลับแปรวิกฤติให้เป็นโอกาส โดยการเข้าหาชุมชน เพื่อให้ชุมชนเป็นเกราะกำบัง และวางแผนดึงชุมชนเข้ามาเป็นทีมงานบริหารศูนย์การแพทย์ ด้วยความเชื่อมั่นในศักยภาพของชุมชน ขณะเดียวกันก็เตรียมจัดทีมงานโดยการประชุมเจ้าหน้าที่ทุกระดับเพื่อเตรียมความพร้อมในการประสานงานกับชุมชน

เพื่อที่จะดึงชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและพัฒนาศูนย์การแพทย์ฯ อดีตผู้อำนวยการได้ใช้กลยุทธ์ด้านการปรับปรุงคุณภาพบริการ ให้เป็นที่ยอมรับของประชาชน โดยการพัฒนาจิตความสามารถของตนเองและทีมงาน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือคนไข้ได้มากขึ้น ตลอดจนทุ่มเทเวลาให้กับคนไข้ไม่ว่าจะเป็นที่ศูนย์การแพทย์ฯ ในเวลากลางวันหรือต้องเดินทางไปดูคนไข้ที่บ้านในเวลากลางคืนก็ตาม ซึ่งเป็นการเรียกศรัทธาจากประชาชนได้อย่างดียิ่ง ดังที่ผู้นำชุมชนท่านหนึ่งกล่าวว่า

“...ที่ชาวบ้านเกิดศรัทธาหมอก็เพราะว่า แม้จะคำเค็นคึกคื่น ถ้าชาวบ้านเกิดเจ็บป่วยในตลาด ในชุมชนเรานี้ พอมารเรียกคุณหมอ คุณหมอก็ไปเลย ซึ่งเขาจะไม่ถือตัวว่ามันคึกแล้ว หรือคิดว่าเป็นผู้หญิง นี่เป็นจุดเด่นของคุณหมอที่ชาวบ้านศรัทธามากๆ เพราะอย่างหมอที่ว่าๆ ไป พอนอกเวลางานเขาก็มักจะ‘ไม่ไป’...”

ขั้นตอนที่ 2 เตรียมความพร้อมให้ชุมชนมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาและพัฒนาศูนย์การแพทย์ให้เป็นโรงพยาบาล

ตลอดเวลาของการปฏิบัติงาน อดีตผู้อำนวยการแสดงจุดยืนที่ต้องการให้โรงพยาบาลห้วยพลูเป็นของชาวห้วยพลูทุกคน เธอเปิดประตูวงราชการออกมาสัมผัสกับประชาชนโดยเรียกประชุมประชาชนชาวห้วยพลูทั้งตำบล เพื่อรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของประชาชน เมื่อได้ปรับปรุงคุณภาพบริการให้ดีขึ้นระดับหนึ่ง จึงเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามาใกล้ชิดกับทีมงานมากขึ้น โดยการเชิญให้ชุมชนเข้ามาเยี่ยมชมการทำงานของศูนย์การแพทย์ฯ ให้ทีมงานของโรงพยาบาลทุกคนแนะนำตนเองต่อชุมชนว่า แต่ละคนมีหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างไร ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญและรับผิดชอบต่อชุมชน ขณะเดียวกันก็ต้องการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนรับรู้และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาภายในของศูนย์การแพทย์ฯ อีกด้วย

ผลของการเยี่ยมชมศูนย์ทำให้ชุมชนทราบถึงปัญหาและข้อจำกัดต่างๆ ของศูนย์การแพทย์ฯ ในการให้บริการแก่ประชาชน ขณะเดียวกันก็ศรัทธาในความตั้งใจของผู้บริหาร และมีผล

ทำให้ชุมชนเริ่มมีความต้องการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาศูนย์การแพทย์ฯ เพราะเห็นว่าศูนย์การแพทย์ฯ มีศักยภาพเพียงพอที่จะช่วยเหลือพวกเขาได้อย่างแท้จริง ดังอดีตผู้อำนวยการและผู้นำชุมชนท่านหนึ่งกล่าวว่า

“...เปิดให้คนท้องถิ่นเข้าไปดู คนไปเยอะมาก เดินตามกันเป็นพรวน เขาก็ได้เห็นห้อง ER ห้องคลอดเป็นยังไง ปลูกขึ้น (อาคารไม้) อย่างไร เอนี่จิมฝาไม้ทะลุออกมา ก็ไม่ต้องพูดอะไรมาก ภาพมันฟ้อง แล้วทางฝ่ายเราก็เหมือนกัน ใครสนใจจะร่วมกิจกรรม เราก็ตั้งทีมของเรา (ฝ่ายศูนย์การแพทย์ฯ) ขึ้นมาเป็นคณะเลขาฯ...” (อดีตผู้อำนวยการ)

“...คิดว่าขีดความสามารถของศูนย์การแพทย์ฯ แห่งนี้ สามารถที่จะอยู่ต่อไปได้ โดยชุมชนให้ความร่วมมือ หมอเขาต้องการให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมรับรู้ปัญหาภายใน และต้องการปรับปรุงศูนย์การแพทย์ฯ แห่งนี้ให้ยกระดับขึ้น เพราะชุมชนที่นี่ก็พอจะมีฐานะอยู่หลายๆ คน ซึ่งสามารถช่วยเหลือคุณหมอได้ ทั้งความคิดเห็นและกำลังทรัพย์...” (ผู้นำชุมชน)

นอกจากนั้นยังเปิดใจให้ประชาชนนิพากวิจารณ์การปฏิบัติงานของบุคลากรในศูนย์ฯ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ซึ่งชุมชนก็ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงสถานที่และจัดระบบบริการให้สะดวกยิ่งขึ้น

“...จะมีการวิจารณ์กันก่อน แต่เบาๆ นะ แล้วเขาก็เสนอให้เจ้าหน้าที่ติดป้ายชื่อตนเอง ให้ติดป้ายบอกสถานที่ แล้วก็จัดสถานที่ให้สะดวกกับการมาใช้บริการ จากนั้นก็มีความคิดในการจะสร้างสะพาน โดยเริ่มจากการถมที่ก่อน เพื่อจะได้เข้าถึงศูนย์การแพทย์ฯ ได้สะดวกทั้งทางรถจักรยานยนต์และ รถยนต์ เพราะที่เป็นอยู่แต่เดิมการเดินทางจากริมวัดเข้ามาถึงห้องฉุกเฉินมันก็ไกลเหมือนกัน นอกจากนั้นเขายังมีความเห็นในการสร้างบ้านพักแพทย์ขึ้นมาก่อน เขาเป็นฝ่ายคิดขึ้นมาก่อนว่าเราเป็น ผู้อำนวยการศูนย์ฯ รู้สึกจะไม่ปลอดภัย ที่ทำงานก็มีแต่ผู้หญิง บ้านก็ไม่มีรั้ว โทรม เก๋ มันไม่ปลอดภัย เขาเป็นคนเสนอความเห็นที่ว่าควรย้ายออกไป...” (แพทย์หญิงอดีตผู้อำนวยการ)

ขั้นตอนที่ 3 จัดตั้งคณะกรรมการโรงพยาบาลจากชุมชน

จากการเข้าเยี่ยมชมศูนย์การแพทย์ฯ ของประชาชน ทำให้อดีตผู้อำนวยการเห็นความพร้อมและความกระตือรือร้นของชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาล ผู้อำนวยการจึงได้เตรียมการจัดตั้งคณะกรรมการจากภาคชุมชนโดยการเชิญประชาชนมาประชุมกันทั้งตำบล

หลายครั้ง เพื่อปรึกษาหารือถึงความต้องการของชุมชน และขอความร่วมมือในการพัฒนาโรงพยาบาล และเปิดโอกาสให้ประชาชนสมัครใจเข้ามาเป็นกรรมการชุดก่อตั้ง ซึ่งปรากฏว่ามีจำนวนกว่า 100 ท่าน ประกอบด้วยบุคคลจากทุกกลุ่มอาชีพ

“...ปรากฏว่าคนที่เขาเข้ามามีส่วนร่วมกับเรามีเยอะมาก จนต้องเลือกว่าจะเอาใคร โดยเราคุยและหาอาสาสมัครที่เข้ามาทำก่อน เราเชิญเขาให้มารับรู้ว่าเราเป็นแบบนี้ และอยากให้เขาเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งกรรมการชุดก่อตั้งชุดแรก มาจากผู้นำชุมชนตามธรรมชาติ มีทั้งชาวสวน คนในตลาด และคนในหมู่บ้าน และเนื่องจากคนหมู่ 1 (ในตลาด) ประชากรค่อนข้างหนาแน่น ก็จะเข้ามาเป็นกรรมการมากหน่อย...” (อดีตผู้อำนวยการ)

หลังจากนั้นเพื่อให้เกิดการทำงานที่คล่องตัว จึงได้จัดให้มีการตั้งคณะกรรมการดำเนินงานชุดเล็กมีจำนวน 14 คน โดยที่ประชาชนมีบทบาทการคัดเลือกกันเองจากกรรมการชุดก่อตั้ง โดยพิจารณาจากความสนใจเอาใจใส่มาประชุมสม่ำเสมอ

“...คุณหมอเป็นผู้ริเริ่มให้ชุมชนมาประชุมกันทั้งตลาดห้วยพลู ประชุมใหญ่หลายครั้ง ใครที่มีความสนใจและมีเวลา ก็จะไม่ค่อยขาดประชุม คุณหมอเขาก็ขอความร่วมมือหลายๆ อย่างทางเรา (ประชาชน) ก็ให้ความคิดเห็น ก็เลยกลายเป็นว่าคนที่เข้าประชุมบ่อยคุณหมอก็แต่งตั้งขึ้นมาให้เป็นกรรมการ รวมสิบกว่าท่าน แล้วก็ช่วยบริหารกันต่อมา...” (ผู้นำชุมชน)

คณะกรรมการดำเนินงานประกอบไปด้วย ประธาน เลขานุการ ทรัพย์สิน และกรรมการประชาสัมพันธ์เท่าที่เหมาะสม ซึ่งคณะกรรมการดำเนินงานชุดนี้จะทำหน้าที่บริหารตามวัตถุประสงค์ของคณะกรรมการโรงพยาบาล และมีการประชุมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อรายงานความคืบหน้าของกิจกรรมต่อคณะกรรมการโรงพยาบาลทั้งหมด

ส่วนบทบาทและหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในหลักการอย่างชัดเจน ประกอบไปด้วย 3 ข้อใหญ่ๆ คือ

1. ดำเนินการดูแลช่วยเหลือจัดการ ให้โรงพยาบาลมีขีดความสามารถในการบริการชุมชนได้ตามสมควร
2. วิจารณ์การปฏิบัติงานของโรงพยาบาล และเสนอปัญหาพร้อมแนวทางแก้ไข
3. เป็นสื่อกลาง เชื่อมโยงทำให้เกิดความเข้าใจอันดี ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ

“...ด้วยวิธีการประชาธิปไตย เปิดโอกาสให้ชุมชนเป็นเจ้าของ ตัดสินใจและดำเนินการเอง ทำให้ศูนย์การแพทย์ฯ แห่งนี้เป็นของทุกคน เราจึงสามารถระดมความคิดเห็นของเขา(ชุมชน) มาพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการได้ในทุกๆ แง่ เราประชุมหารือและดำเนินการกันบ่อยครั้งจนได้ระบบงานบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนเป็นลำดับ เรา(ชุมชน)ซ่อมสะพาน ทำถนน ซ่อมศาลาท่าน้ำ ถมดิน ปรับระดับพื้นที่ลุ่ม ระดมเงินสนับสนุนจากชุมชน สร้างตึกผู้ป่วยใน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด ห้องตรวจ และบริการคนไข้นอก พร้อมจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ที่ขาดแคลน ทำให้การทำงานของเจ้าหน้าที่คล่องตัวกว่าเดิมมาก จึงได้รับการต้อนรับจากประชาชนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ... สุดท้ายช่วยพลูได้รับการยกระดับจากศูนย์การแพทย์ เป็นโรงพยาบาลช่วยพลู เมื่อ 21 มกราคม 2525...” (อดีตผู้อำนวยการ)

บทบาทของชุมชนในการพัฒนาโรงพยาบาล

หลังจากที่ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการโรงพยาบาลช่วยพลู ทำให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาล จากโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง เป็น 30 เตียง และ 60 เตียงในปัจจุบัน ขั้นตอนของการพัฒนาแต่ละขั้นตอนนี้ได้ประสบความสำเร็จราบรื่นเสมอไป เนื่องจากอุปสรรคด้านนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข หากปราศจากซึ่งบทบาทของพลังชาวช่วยพลู โรงพยาบาลช่วยพลูคงไม่สามารถเกิดขึ้นและพัฒนาจนกระทั่งทุกวันนี้ บทบาทต่างๆ ของคณะกรรมการและชุมชนสามารถสรุปได้ ดังต่อไปนี้

1) บทบาทในการยืนยันความต้องการให้มีสถานพยาบาลในชุมชน

การพัฒนาศูนย์การแพทย์ฯ ให้เป็นโรงพยาบาลช่วยพลูได้สะดุดชะงักระยะหนึ่ง ในปี 2524 ทั้งนี้เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาให้ยุบเลิก เนื่องจากอำเภอนครชัยศรีมีโรงพยาบาลนครชัยศรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนอยู่แล้ว แต่ด้วยความมุ่งมั่นของประชาชนชาวช่วยพลูที่ต้องการมีโรงพยาบาลตั้งอยู่ในชุมชนของตน จึงได้ร่วมใจกันไปพบผู้ว่าราชการจังหวัด สาธารณสุขจังหวัด และข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุข โดยการประสานงานของแพทย์หญิงอดีตผู้อำนวยการ เพื่อยืนยันความต้องการที่จะพัฒนาศูนย์การแพทย์ฯ ให้เป็นโรงพยาบาลชุมชน โดยที่ชุมชนจะเป็นผู้ระดมทุนทรัพย์เพื่อก่อสร้างอาคารผู้ป่วยในจนเป็นผลสำเร็จในที่สุด กล่าวคือ นอกจากศูนย์การแพทย์ฯ จะไม่ถูกยุบตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังได้รับการยกระดับให้เป็นชุมชนขนาด 10 เตียง โดยมีแพทย์หญิงผู้ซึ่งร่วมบุกเบิกทำงานกับชุมชน และมีจุดยืนที่จะทำโรงพยาบาลให้เป็นของชุมชนมาโดยตลอด เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นคนแรก

“...ได้นัดให้เขาได้เจอกับผู้ว่าราชการจังหวัดด้วย ให้เขาเข้าใจข้อจำกัด จะได้ทำให้มันถูกต้องตามระเบียบราชการ พอเราเข้าไปในตัวจังหวัด เขาก็เห็นว่าเราเอาจริง ผู้ว่าฯ ก็ลงมาเยี่ยม และได้คุยกับกรรมการ เขา (ชุมชน) ต้องการทำให้ถูกต้องตามระเบียบราชการ เขาไม่ต้องการให้หมอเดือดร้อน คือเราเองก็เพิ่งเป็นหมอ ไม่รู้ระเบียบอะไรเลย ก็พาเขาไปรู้จักคนที่รู้หน้าที่ จำได้ว่า ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขก็ลงมาด้วย ก็เลยได้มีโอกาสได้คุยกับกรรมการ ได้พูดคุยกันอย่างอิสระ จึงเป็นเหตุให้เขาจัดงบประมาณให้ ตอนที่ชุมชนขอให้ เป็น 10 เดือน จึงได้รับการพิจารณากระดับ เพราะถ้าเขาไม่เห็นศักยภาพชุมชน ผู้บริหารเขาจะตัดสินใจได้อย่างไร...”

“...ฉันไปเจอผู้ว่าฯ อนามัยจังหวัด สาธารณสุขจังหวัด เขายังบอกว่าต้องทำให้เสร็จนะ ไม่ใช่เหมือนศาลาวัด เราก็นึกอยู่ในใจว่า เราน่าจะหาเงินมาสร้างอาคารได้ เงินล้านนึงเราหาได้ไม่ยากเลย ก็ลุยจนได้ ทุกคนก็น้ำขึ้นตาบาน...” (กรรมการที่เข้าพบฝ่ายราชการ)

ชุมชนได้แสดงพลังในการยืนยันให้มีสถานพยาบาลในชุมชนอีกครั้งหนึ่ง ในสมัยที่จะมีการสร้างโรงพยาบาลหลวงพ่อบุเป็นขึ้นในตำบลใกล้เคียง และกระทรวงสาธารณสุขเห็นว่าควรรวบรวมโรงพยาบาลห้วยพลูเข้ากับโรงพยาบาลหลวงพ่อบุเป็น เพราะโรงพยาบาลห้วยพลูมีสถานที่คับแคบไม่สามารถขยายได้ อีกทั้งโรงพยาบาลทั้งสองแห่งไม่ควรจะอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน แต่ผู้นำชุมชนชาวห้วยพลูซึ่งมีกรรมการภาคชุมชนของโรงพยาบาลเป็นแกนนำ ก็ออกมาเรียกร้องให้ชุมชนรวมตัวกันเพื่อยืนยันความต้องการของชุมชนว่าต้องการให้โรงพยาบาลห้วยพลูคงอยู่ในชุมชนของตนจนเป็นผลสำเร็จในที่สุด

2) บทบาทในการปกป้องคุ้มครองอดีตผู้อำนวยการ

ตลอดระยะเวลาที่แพทย์หญิงปฏิบัติงานที่ห้วยพลู เมื่อเธอประสบปัญหาในการปฏิบัติงาน ชาวห้วยพลูก็จะให้ความช่วยเหลือปกป้องคุ้มครองเธอให้พ้นจากอันตรายและความไม่เป็นธรรมเนื่องจากถูกกลั่นแกล้งมาโดยตลอด

ดังที่กล่าวแล้วว่าในระยะแรกเมื่อเริ่มปฏิบัติงานที่ห้วยพลู เธอก็ถูกข่มขู่ถึงชีวิตทำให้เธอไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้อย่างปลอดภัย ชาวบ้านที่สนิทสนมกับเธอก็ได้ให้ความคุ้มครองโดยการมาอยู่เป็นเพื่อนขณะที่เธอออกปฏิบัติหน้าที่ตรวจคนไข้ที่โรงพยาบาล เมื่อเธอต้องเดินทางไปดูแลคนไข้ที่หมู่บ้านในยามค่ำคืน ก็จะมีประชาชนให้การดูแลโดยจี้จักรยานไปกับเธอด้วยเพื่อดูแลความปลอดภัย

ในยามที่เธอถูกกลั่นแกล้ง โดยผู้ที่ขัดแย้งกับเธอได้ยุยงให้ชาวบ้านกลุ่มหนึ่งเดินขบวนประท้วงขับไล่เธอ ชาวบ้านที่มีความศรัทธาต่อการทำงานของเธอก็รวมกลุ่มกันเพื่อคานความขัดแย้งจนกลุ่มดังกล่าวสลายไปในที่สุด

“...คือในทีมเจ้าหน้าที่ จะมีอยู่ส่วนหนึ่งประมาณ 3 คน เขาอุพสมควร เขาว่างป็นขู่เรา และคบกับพ่อค้าในตลาดที่เป็นเจ้ามือ (แฮร์) เขาก็บอกว่าจะมาจัดการเรา เพราะเราทำให้เจ้าหน้าที่เดือดร้อน เนื่องจากเราไปขอให้เขาปฏิบัติงานตามหน้าที่ ส่วนการทำสิ่งผิดๆ ที่ผ่านมาระหว่างเราไม่ขอยุ่ง ซึ่งทำให้เขาไม่พอใจมาก เขาก็ไปหาชาวบ้านชักจูงคนให้มาเดินขบวนขับไล่ हमอ แล้วมันก็หายไปเอง เพราะชาวบ้านเขาจะสร้างสมดุลย์กันเอง ชาวบ้านกลุ่มหนึ่งจะเดินขบวนขับไล่ แต่ชาวบ้านอีกกลุ่มเขาต้องการเรา.. ในที่สุดคนๆ นั้นเขาก็เฉยๆ ไป...” (ผู้อำนวยการ)

ยิ่งไปกว่านั้น คณะกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลยังได้มีบทบาทอย่างมากในการช่วยปกป้องให้ความเป็นธรรมแก่ผู้อำนวยการ เมื่อถูกร้องเรียนอย่างไม่เป็นธรรม จนกระทั่งกระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งให้ย้ายผู้อำนวยการออกนอกพื้นที่ คณะกรรมการจากชุมชน 3 ท่าน ได้เดินทางเข้าไปชี้แจงถึงกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอยับยั้งคำสั่งดังกล่าว จนทำให้ข้าราชการระดับสูงที่เกี่ยวข้องต้องเดินทางมาตรวจสอบข้อเท็จจริง และคำสั่งดังกล่าวก็ถูกระงับไปในที่สุด

“...มีช่วงหนึ่งที่คุณหมอถูกสั่งย้าย มีคณะกรรมการ 3 คน คือผมคนหนึ่ง แล้วก็คุณสุธรรมกับคุณบุญยั้ง ไปขอพบกับนายแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ ที่กระทรวงสาธารณสุข ขอทราบเหตุผลว่าทำไมต้องย้ายหมออรพรม ตอนนั้น โรงพยาบาลได้รับการยกระดับเป็นโรงพยาบาล 10 เดียงแล้ว มีคำสั่งย้ายคุณหมอไป ซึ่งเราก็ก็นไปขอเข้าพบก็เป็นสาเหตุให้ผู้ใหญ่ของกระทรวงฯ มาเยี่ยมโรงพยาบาลอีกครั้ง...” (กรรมการ โรงพยาบาล)

3) บทบาทในการระดมทุนทรัพยากรเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล

บทบาทในการระดมทุนทรัพยากรจากชุมชน เริ่มชัดเจนตั้งแต่การสร้างอาคารหอผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นผลให้ได้รับการยกระดับเป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เดียง อาคารหลังนี้เป็นอาคารที่มีแบบแปลนพิเศษ จากข้อจำกัดของพื้นที่และให้เป็นไปตามความต้องการของชาวบ้าน และเป็นผลงานชิ้นแรกที่เป็นความร่วมมือของชุมชนที่ช่วยกันระดมเงินบริจาคจากชุมชนช่วยเหลือ เพื่อสร้างอาคารผู้ป่วยในให้กับโรงพยาบาล

“...หมอบเป็นคนดำเนินเรื่องตามระเบียบราชการ แต่ชุมชนเขาก็รู้เรื่องระดมทุน ชุมชนมีประสงค์อย่างนี้ เราก็แจ้งเรื่องไป ให้มันถูกระเบียบการจัดซื้อต้องมีแปลน ซึ่งได้รับการตรวจสอบจากสำนักงานปลัด ชาวบ้านต้องไปบอกความต้องการของเขา แล้วบอกว่าเราขอแปลนพิเศษ แทนที่จะให้เป็นแปลนที่มันเป็นรูปแบบเหมือนกันทั่วประเทศ ชุมชนก็ได้แปลนที่ตรงกับความต้องการของเขา..มันก็เลยกลายเป็นว่า ชุมชนขนาดนี้เอาแค่นี้พอ...”(อดีตผู้อำนวยการ)

เมื่อได้มีส่วนร่วมมาตั้งแต่การร่างแบบแปลนแล้ว คณะกรรมการฯ และชุมชนก็ทำภาระมทุนจากทั้งภายในชุมชนและภายนอกชุมชนโดยดำเนินการทั้งเชิงรับและเชิงรุก จนได้จำนวนที่เพียงพอในการก่อสร้างโดยไม่ต้องอาศัยเงินจากราชการแม้แต่หน่วยเดียว เงินบริจาคแต่ละรายจะต้องมีการออกใบเสร็จให้อย่างถูกต้อง และมีมาตรการป้องกันมิให้ผู้บริจาครายหนึ่งรายใดเข้ามามีอิทธิพลเหนือโรงพยาบาลอีกด้วย

“...ใครต้องการจะบริจาคเงิน ก็ให้มาแจ้งกับโรงพยาบาล คือเราจะมีผู้รับบริจาคส่วนหนึ่ง ใครมี 10-20 บาท ก็ใส่ไป ถ้าบริจาคเกิน 100 บาท ก็จะออกใบเสร็จให้ เพราะเป็นเหรียญกษาปณ์...ต้องมีหลักฐานด้วยว่ารับเข้ามาเท่าไร ในฐานะเป็นเหรียญกษาปณ์ ผมต้องแถลงในที่ประชุมทุกครั้งไป บอกว่าตอนนี้เราทำอะไรไปบ้างแล้ว...” (คหบดี กรรมการดำเนินงาน)

“...คณะกรรมการเรา รู้จักบุคคลภายนอกที่เขามีความศรัทธาในด้านนี้ ก็ไปขอบริจาคอย่างกรณีผมก็อาจจะไปขอเพื่อนฝูงผม อย่างคุณ...(คณะกรรมการผู้หนึ่ง) ตอนนั้นติดต่อกับโรงงานขายสุรา เขาก็ได้เงินมาก่อนหนึ่ง เพราะมีเป็นความสัมพันธ์ส่วนตัว และเป็นการดึงเงินภายนอกชุมชนเข้ามา เพราะว่าเฉพาะเงินในชุมชนเราคงไม่พอ เพราะแต่ละท่าน(ชุมชน) ยังไม่เกิดศรัทธาถึงขนาดว่า ต้องให้มากๆ เพราะตอนนั้นมันเป็นขั้นแรก...” (คหบดี)

“...เขาระดมทุนทรัพย์กันเองโดยเราไม่ต้องไปยุ่งเลย เขาจะมีกติกาคำด้วยนะ เขาไม่ต้องการรับเงินมากๆ จากใครคนใดคนหนึ่ง เพราะเดี๋ยวกรรมการคนนั้นๆ จะมาอิทธิพลเหนือโรงพยาบาล เขาไม่ต้องการแบบนั้น...การรับเงินของเขาจะต้องมีใบเสร็จ ทุกคนในตำบล ในอำเภอ มีส่วนร่วมหมด แล้วคนไหนมีญาติอยู่กรุงเทพฯ ก็ไปบอก เขาทำเหมือนกฐิน ใบอนุโมทนาเขาจะใหญ่มากเลยทำเป็นเล่มเลย...” (อดีตผู้อำนวยการ)

“...ฉันไปหาเงินมาจากเขยราชบั้ง มหาชัยบั้ง ก็ได้เงินมาหนึ่งแสน ก็เอาเงินมาถมที่ เพราะที่มันเป็นบ่อน้ำ พอถมที่ไปเงินก็หมด แต่ตอนหลังก็ได้เงินมาอีก พอได้ถึงล้าน หมอก็จะสร้างโรงพยาบาล เขาก็เอาเข้าที่ประชุม..” (ชาวบ้าน/กรรมการโรงพยาบาล)

ลักษณะในการรับบริจาคเงินจากชุมชน ใช้กลวิธีในการบริจาคตามประเภทของสิ่งปลูกสร้างเช่นเดียวกับการสร้างวัด เช่น ตามราคาด่าน หน้าต่าง หรือประตู ซึ่งทำให้ชาวบ้านที่มีกำลังทรัพย์ต่างกัน สามารถบริจาคได้ตามกำลังทรัพย์

“...การสร้างตัวอาคาร เราให้จองหน้าต่างเป็นจำนวนเงินเท่านี้ เสาต้นละเท่านี้ ประตูบานเท่านี้ มีแนวคิดที่ว่า ทำอย่างนี้ ชาวบ้านเขามีกำลังทรัพย์เท่าไหน ก็ทำเท่านั้น มีพื้นที่ก็ทำหน้าต่าง แล้วก็มีการจารึกชื่อให้เลย กลายเป็นว่าชุมชนเขาก็เต็มใจ...” (คหบดี)

ในที่สุดอาคารผู้ป่วยในหลังแรกของโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง ก็สำเร็จลงด้วยเงินบริจาคของชุมชน และยังมีเงินบริจาคเหลือบางส่วนซึ่งได้นำมาจัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นต่างๆ เช่น ชุดออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจฉุกเฉิน เตียงตรวจโรค เตียงคลอด เป็นต้น หลังจากนั้นผู้อำนวยการคนแรกก็ได้ขอย้ายตนเองไปพัฒนาโรงพยาบาลในจังหวัดอื่นต่อไป

อย่างไรก็ตาม บทบาทในการระดมทุนทรัพย์ของชุมชนในนาม “คณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาลห้วยพลู” ยังคงดำเนินมาอย่างต่อเนื่องในการก่อสร้างอาคารผู้ป่วยนอกหลังที่สองและตึกสงฆ์อาพาธ ภายใต้การบริหารงานของผู้อำนวยการคนปัจจุบันที่ประชาชนให้ความศรัทธาเช่นเดียวกัน มีผลทำให้โรงพยาบาลสามารถยกระดับเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ในปี พ.ศ.2535 และยกระดับเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ในปี พ.ศ.2537

การระดมทุนทรัพย์ของชุมชนในยุคผู้อำนวยการคนปัจจุบัน ดำเนินงานในหลายรูปแบบ อาทิเช่น การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนบริจาคในวันวาสุกรีฤกษ์อาคาร การตั้งราคาห้องพักผู้ป่วยหรือราคาเครื่องมือทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนเลือกบริจาคมากขึ้นตามศรัทธา นอกจากนั้น กรรมการที่ปรึกษาบางท่าน ยังช่วยเหลือโรงพยาบาล โดยการสำรองเงินค่าใช้จ่ายในการก่อสร้าง เพื่อให้การก่อสร้างอาคารดำเนินไปอย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้องหยุดชะงักเพราะต้องรอเงินบริจาค รวมทั้งการสำรองเงินซื้อที่ดินเพิ่มเติมเพื่อรองรับการขยายตัวของโรงพยาบาลอีกด้วย

“...ถ้าผู้อำนวยการคำริจะสร้างอะไร ก็นัดประชุมกรรมการ(ที่ปรึกษา) แล้วให้กรรมการกระจายข่าวไปว่า วันนี้จะวางศิลาฤกษ์ ก็ปรากฏว่าวันที่วางศิลาฤกษ์ก็ได้เงินครบพอดี เช่น ด็กสงฆ์ อาพาธ กะงบฯ ไร่ประมาณ 5 ล้าน พอเริ่มสร้างก็ได้เงินครบเลย โดยที่หมอไม่ต้องหนักใจ...” (ผู้ใหญ่บ้าน)

นอกเหนือจากการระดมเงินบริจาคแล้ว กรรมการหลายท่านก็ได้พยายามชักชวนให้พ่อค้า คหบดี ช่วยกันบริจาคในรูปอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ เช่น กรณีอาคารตึกผู้ป่วยนอก(ตึกอุบัติเหตุ) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเงินงบประมาณ แต่ได้เงินบริจาคจากชุมชนอีก 8 ล้าน ในการจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ อาทิเช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องรดยาสลบ เครื่องดูดเสมหะ รวมทั้งเตียงคนไข้ เป็นต้น

ภายหลังจากอาคารหลังแรกของโรงพยาบาล 30 เตียง ด็กสงฆ์อาพาธนับเป็นอาคารหลังที่สอง ที่เป็นเงินบริจาคจากชุมชนทั้งหมด เริ่มตั้งแต่ที่ดินและเงินบริจาคเบื้องต้น ที่ได้จากเจ้าอาวาสวัดห้วยพลู ซึ่งป่วยและพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล เมื่อหายป่วยก็คำริจะให้สร้างเป็นตึกสงฆ์อาพาธ จึงยกที่ดินวัดให้ (เช่า) ซึ่งพอดีกับความตั้งใจในการยกระดับเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ของผู้อำนวยการ โครงการในการก่อสร้างตึกสงฆ์อาพาธจึงเกิดขึ้น และได้รับความร่วมมือในการระดมทุนทรัพย์จากทุกฝ่ายอย่างดียิ่ง

“...สิ่งที่เห็นความพร้อมก็คือ วันที่วางศิลาฤกษ์ เฉพาะวันนั้นวันเดียวได้เงินห้าล้านบาท สร้างตึกพอเลย แล้วกว่าจะสร้างเสร็จ ก็ได้เงินมาอีกประมาณสองล้านเป็นเจ็ดล้าน เป็นเพราะคนเขาเห็นเราทำงานจริง...” (ผู้อำนวยการคนปัจจุบัน)

4) บทบาทในการจัดซื้อจัดจ้าง

บทบาทในการจัดซื้อจัดจ้างเป็นบทบาทที่ชุมชนได้ช่วยเหลือโรงพยาบาลมาตั้งแต่มีการก่อสร้างอาคารตึกผู้ป่วยในหลังแรก คณะกรรมการได้มีบทบาทในการเสาะหาผู้รับเหมาในท้องถิ่น จัดหาวัสดุและแรงงานที่มีคุณภาพและประหยัด ตลอดจนช่วยดูแลควบคุมการก่อสร้าง การใช้จ่ายเป็นไปอย่างรัดกุมและประหยัดยิ่งขึ้น

“...คนที่ควบคุมการก่อสร้างก็คือผม เพราะที่ประชุมเห็นว่าผมค้าวัสดุก่อสร้างก็น่าจะดูจุดนี้ ส่วนชิ้นแรงงานก็ให้ผู้รับเหมามาเหมา... เราก็นำเงินก้อนนี้มาซื้อวัสดุในท้องถิ่น จ้างบุคคลในท้องถิ่น ...ในชุมชนเรามีโรงกระดานอยู่ 3 แห่ง เราก็มาคุยกันเลยเรื่องราคากลาง หมายถึงว่าเราจะส่งให้

โรงพยาบาลในราคาที่สมเหตุสมผล กำไรน้อยที่สุด เพื่อให้ต้นทุนเราถูกลง ถ้าเหลือจากนั้นเราก็จะได้นำเงินทุนไปซื้อเครื่องมือแพทย์...” (คหบดี)

นอกจากนั้น ยังช่วยดูแลมิให้ผู้รับเหมาฮั้วกันในการประกวดราคาก่อสร้างตึกสงฆ์อาพาธ โดยการประกาศยกเลิกผลของการประกวดราคาที่มีการฮั้วและจัดให้มีการเสนอราคาครั้งใหม่ ซึ่งได้ในราคาที่ประหยัดและสมเหตุสมผลกว่าอีกด้วย

“...พอเปิดประมูลของ เราก็มาปรึกษากันว่ามันฮั้วกันแน่เลย เพราะราคาต่างกันแค่แสนกว่าบาท ก็เลยขออนุญาตหมอเอาไปให้บริษัทที่รู้จักกันดูแบบและตีราคา ในที่สุดเขาก็ตีราคาให้ในราคาเพียง 5 ล้าน...” (คหบดี)

ครั้งล่าสุด เมื่อโรงพยาบาลต้องการซื้อที่ดินจากเอกชนเพื่อสะดวกต่อการขยับขยาย ก็ได้ตั้งอนุกรรมการจัดซื้อจากประชาชน และมอบหมายให้ทำหน้าที่เจรจาต่อรองเพื่อให้ได้ในราคาที่ประหยัดที่สุด เพื่อไม่ให้เจ้าของที่ดินกำไรสูงเกินไปเพราะทราบว่าโรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องซื้อที่ดินผืนนั้น

“...ตอนประชุมครั้งแรก เขาก็ตั้งอนุกรรมการ 4-5 คน เข้าไปคุยกับเจ้าของที่ดิน โดยบอกหมอไม่ให้เข้าไปยุ่งเลย เพราะเขายังไม่อยากให้เจ้าของที่รู้ว่า โรงพยาบาลอยากซื้อ แล้วก็ดำเนินการไปเรื่อยๆ จนกระทั่งการประชุมครั้งที่สาม ถึงได้นัดกันมาที่โรงพยาบาล...” (ผู้อำนวยการปัจจุบัน)

“...เราได้ทำสัญญาซื้อที่แปลงหนึ่ง เป็นเงินอยู่ที่ประมาณ 6 ล้าน เพราะคุณหมอประชุมกรรมการโรงพยาบาลแล้วบอกว่าที่ไม่ ก็หาที่เอกชน ซึ่งพอเจ้าของที่ดินรู้ว่าเราจะเอา ก็มีการต่อรองกันหลายครั้งหลายหน ซึ่งราคาก็ค่อนข้างสูงกว่าท้องตลาด... ในที่สุดเราก็เลยตกลงกันที่ราคา 6 ล้าน โดยขอให้เจ้าของที่ดินบริจาคให้โรงพยาบาล 5 แสนบาท โดยโรงพยาบาลจารึกชื่อให้เขา แล้วก็มีใบอนุโมทนาบัตรให้เป็นลายลักษณ์อักษรว่าเขาได้บริจาคจริงๆ...” (อนุกรรมการจัดซื้อ)

วิเคราะห์เหตุปัจจัยในการมีส่วนร่วมของชุมชน

1) สภาพภูมิศาสตร์และการคมนาคม

แม้ว่าในอำเภอนครชัยศรี จะมีสถานพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐถึง 3 แห่ง คือที่ตัวอำเภอนครชัยศรี ที่ห้วยพลู และที่ลำพญา แต่ด้วยสภาพการคมนาคมเมื่อประมาณ 20 ปีที่แล้ว (ช่วงที่สถานีอนามัยห้วยพลูได้เริ่มก่อสร้างขึ้น) ต้องอาศัยเพียงทางเรือ โดยสัญจรไปตามแม่น้ำท่าจีน หรือตามคลองซอยธรรมชาติ สำหรับการคมนาคมทางบก เป็นไปอย่างยากลำบาก ดังที่อดีตแพทย์หญิงได้เล่าถึงสภาพการคมนาคมในขณะนั้นว่า

“...ตอนนั้นถนนมันไม่ดี ถึงแม้จะเข้าตามทฤษฎีว่าในอำเภอ 1 แห่ง จะต้องมียุทธศาสตร์ 1 ที่ แต่มันห่างกันหลายกิโล ทางมันไม่ดีมาก เป็นหลุมเป็นบ่อ น้ำท่วม แล้วเขายังขาดเสาหลักไว้ด้วย เพราะไม่รู้จะเอาไปทิ้งที่ไหน ก็มาทิ้งบนถนน ชาวบ้านก็ต้องทนลมกลืนเสาหลักตลอดทาง จะรีเฟอร์คนไข้ไม่ใช่ง่ายเลยนะ...”

ดังนั้นชุมชนห้วยพลู จึงมีความต้องการที่จะมีสถานบริการในท้องถิ่นของตน ที่สามารถช่วยเหลือเขาได้เมื่อยามเจ็บป่วย โดยเฉพาะในเรื่องฉุกเฉิน ซึ่งเกิดอยู่เนืองๆ เช่น ชาวนาชาวสวนที่หมดสติเพราะพิษของยาปราบศัตรูพืช การถูกงูซึ่งมีอยู่อย่างชุกชุมกัด หรือแม้แต่การทำคลอดที่ปลอดภัย ยิ่งมีการเริ่มต้นปรับปรุงคุณภาพบริการให้ดีขึ้น ชุมชนก็ยิ่งเห็นประโยชน์ของการมีโรงพยาบาลในชุมชนตัวเองมากขึ้น

2) ชุมชนมีความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของโรงพยาบาล

จากประวัติศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลห้วยพลู ซึ่งประชาชนมีส่วนร่วมในการบุกเบิก ประคับประคองแก้ไขปัญหาของโรงพยาบาลมาโดยตลอด ทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ และความรู้สึกดังกล่าวทำให้ชุมชนคอยดูแลช่วยเหลือโรงพยาบาล ในแทบทุกด้าน เช่น การควบคุมการก่อสร้างอาคารหลังแรกของโรงพยาบาล ชุมชนให้การดูแลเอาใจใส่ร่วมกับสร้างบ้านของตัวเองอย่างแท้จริง

“...การถมที่ก็เป็นวัตถุประสงค์ของเขาเอง และเขาก็รู้กันเองว่าต้องให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ส่วนรวม เขาจะอย่างไรให้มันโปร่งที่สุด และได้ราคาที่ดี นอกจากนั้นในการดำเนินการก่อสร้าง

สร้าง เขาต้องไม่ให้การทำงานมากระทบกระเทือนผู้ป่วย เขาจะใส่ใจว่าจะรีดตรงไหน ของจะชนเข้า-ออก อย่างไร คือเขาจะช่วยกันควบคุมขบวนการก่อสร้าง พอตกเย็นเขาจะเดินมาดูงานตลอด ว่าถมดินไปแค่ไหนแล้ว ฉะนั้นมันจะไม่มีการเอาดินไปทิ้งเรียกราค...” (แพทย์หญิงอดิษฐ์อำนวยการ)

ด้วยความรักและผูกพันและมีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของโรงพยาบาล ทำให้ชุมชนปกป้องมิให้โรงพยาบาลถูกยุบหรือย้ายไปรวมกับโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง ด้วยเหตุผลที่โรงพยาบาลห้วยพลูมีสถานที่คับแคบไม่เพียงพอที่จะขยายขยายได้ ประชาชนได้ทำการเคลื่อนไหวเพื่อให้เจ้าอาวาสยอมให้ทางโรงพยาบาลเช่าที่ดิน เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถใช้ที่ดินนั้นสร้างอาคารขนาด 30 เตียงได้ ซึ่งทำให้สามารถยับยั้งมิให้โรงพยาบาลถูกยุบ/ย้ายไปรวมกับโรงพยาบาลหลวงพ่อบึงในที่สุด ทั้งนี้เพราะแรงผลักดันของชุมชนที่เกิดจากความรู้สึกหวงแหนโรงพยาบาลที่ตนมีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของนั่นเอง

“...เรารุกันในกลุ่มเพื่อนฝูง ว่าเรื่องนี้มันไม่ใช่เรื่องเล็กๆ แล้ว มันเป็นเรื่องย้ายโรงพยาบาลจากชุมชนเราไปชุมชนอื่น ซึ่งถามว่าชุมชนเราสร้างมันมากับมือ แล้วเราจะปล่อยไปง่ายๆ ได้อย่างไร...” (คหบดี)

“...พวกเรากลั่นไหวกันเองเลย..อยากได้ที่ของวัดแม้ว่าสมภารไม่ยอม ชาวบ้านก็จะขึ้นไปหาเลย ต้องคอยบอกว่าอย่าเพิ่งขึ้นไป คอยฟังอยู่ตรงนี้แหละ...” (ผู้ใหญ่บ้าน)

3) อุดมการณ์และศักยภาพของผู้นำ

อุดมการณ์และศักยภาพของแพทย์หญิงอดิษฐ์อำนวยการที่เชื่อมั่นที่จะออกมาทำงานเพื่อชุมชน ตามทฤษฎีที่เรียนมาจากมหาวิทยาลัย ทำให้เธอมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของชุมชน และต้องการหาโอกาสนำแนวคิดนี้มาปฏิบัติให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในสังคม

“...คือเรียนเรื่อง *preventive* ..เรารู้สึกว่างาน *community base* น่าสนใจ แต่เราไม่เห็นเป็นรูปธรรม คือมีโอกาสไปดูงานที่บางปะอิน คือที่นั่นเป็นโรงพยาบาลที่พยายามสอนนักศึกษาแพทย์ให้มีโอกาสได้เข้าไปสัมผัสชุมชน แต่มันก็ไม่ใช่อะไรที่เป็นความต้องการของชุมชน เพราะฉะนั้นพอไปทำงานที่ห้วยพลูไปแรก ก็รู้สึกว้าว..เออละ..มีเวทีแล้ว ก็สำรวจความต้องการของชุมชนว่าเขามีศักยภาพตรงไหนใหม่ เขาอยากมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใหม่ว่าเขาอยากเห็นโรงพยาบาลของเขาเป็นอย่างไร เราต้องดูตรงนี้ก่อน...” (แพทย์หญิงอดิษฐ์อำนวยการ)

ด้วยความมุ่งมั่นที่จะทำโรงพยาบาลให้เป็นของชุมชน และเชื่อมั่นในศักยภาพของชุมชน ทำให้อดีตผู้อำนวยการตระหนักในความต้องการของชุมชน และเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับทิศทางของการพัฒนาโรงพยาบาลอยู่เสมอ ซึ่งทำให้สามารถผ่านอุปสรรคต่างๆ ไป ด้วยดีจากการสนับสนุนของชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ด้วยศักยภาพของผู้นำทั้งอดีตผู้อำนวยการและผู้อำนวยการคนปัจจุบัน ในแง่ของการปรับปรุงคุณภาพบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเน้นการสร้างทีมงานที่เข้มแข็ง ทั้งฝ่ายชุมชนและฝ่ายเจ้าหน้าที่ส่งผลให้บริการของโรงพยาบาลมีคุณภาพมากขึ้น สามารถเรียกศรัทธาจากชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง มาเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง และ 60 เตียง ตามลำดับ

“...จะต้องยึดปรัชญาในการทำงานที่เอาผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง และให้ความเห็นอกเห็นใจผู้มารับบริการทุกคนอย่างเสมอภาค ต้องยึดปรัชญาในการทำงานแบบให้ชุมชนมีส่วนร่วม ไม่ว่าจะในรูปแบบของคณะกรรมการที่ปรึกษาฯ ชมรมอาสาสมัครต่างๆ และชมรมอื่นๆ ที่จะจัดตั้งขึ้นในอนาคต...”

“...หมอพร้อมที่จะลุกไปจากที่นี่ หมอไม่เคยยึดติดกับอะไรเลย...เคยฝากน้องๆ ไว้ว่า อย่าไปพึ่งแพทย์อย่างเดียว เพราะแพทย์มาแล้วก็ไป แต่ต้องพึ่งเจ้าหน้าที่ด้วย เจ้าหน้าที่ต้องอยู่ด้วยความสามัคคี รักกัน แล้วเขาจะเวิร์กงานได้ แพทย์เป็นตัวจักรเล็กๆ เท่านั้นเอง...” (ผู้อำนวยการปัจจุบัน)

นอกจากนั้นในการดำเนินงานของโรงพยาบาล กรรมการที่ปรึกษาฯจากฝ่ายชุมชนและกรรมการบริหารโรงพยาบาล มีการประชุมพบปะกันเพื่อแลกเปลี่ยนปัญหากันอยู่เสมอ เช่น ในการประชุมประจำปีที่ผ่านมา ฝ่ายโรงพยาบาลก็จะแสดงผลงานให้กรรมการที่ปรึกษาฯ ได้รับทราบ ทำให้ชุมชนมีความรู้สึกที่ดีต่อโรงพยาบาล

“...อย่างการประชุมที่เพิ่งผ่านไปเมื่อปลายปี ทางโรงพยาบาลก็แสดงผลงานในปี 2542 ว่าได้ดำเนินงานอะไรไปบ้าง แต่ละฝ่ายต้องพรีเซนส์ให้กรรมการที่ปรึกษาฯ ฟัง เช่น กลุ่มงานการพยาบาลทำอะไรไปบ้าง ปัญหาของแต่ละฝ่ายคืออะไร ดึกที่ได้รับเงินสนับสนุนจากประชาชน มีผู้มาใช้บริการเท่าใด มีรายรับ-รายจ่าย อย่างไร มีพระมาที่รูป คนใช้ธรรมดาก็คน เพราะเขามีความรู้สึกละเขามีส่วนช่วยอย่างมาก...” (หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

4) ความศรัทธาของประชาชนที่มีต่อโรงพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ความศรัทธาของประชาชนต่อโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้อำนวยการทั้งสองท่านซึ่งมีความตั้งใจให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน เป็นที่ประจักษ์ต่อชุมชนชาวห้วยพลูทุกกลุ่มอาชีพ ตลอดจนพระสงฆ์ มีผลให้ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากชุมชนในการพัฒนาโรงพยาบาล ดังผู้นำชุมชนหลายท่านได้กล่าวถึงผู้อำนวยการทั้งสองท่านด้วยความศรัทธา เช่น

“...ผมได้ยินมาจากน้องสาวว่า หมอคนนี้ (อดีตผู้อำนวยการ) ทำทางเข้าทำดี เอาการเอางาน แต่ถูกรังแก ทั้งข่มขู่ทั้งขู่ แล้วกลางค้ำกลางคืนก็ออกไปรักษา เรียกเขาได้ทุกเวลา จากการที่แท้จริงใจก็ทำให้ผูกใจชาวบ้านได้ เริ่มลงมาเล่นกับชาวบ้าน มีการรวมกลุ่มกับพ่อค้า และทำงานเพื่อชุมชนจริงๆ ผมก็บอกหมอว่า หมอก็เหมือนสมภารเจ้าวัด ถ้าทำตัวดีคนก็ศรัทธา เมื่อคนศรัทธาแล้ว อะไรก็ทำได้ ที่นี้ก็ต้องเริ่มหากลุ่มที่ไม่เกรงตัวใคร แล้วเราจะได้ทำงานได้...”

“...หมอ (อดีตผู้อำนวยการ) แก่ทำชื่อเสียงไว้เยอะ เป็นคนเก่ง กล้าตัดสินใจในการรักษา อย่างเช่นว่า หลานชายผมหายใจไม่ออก แก่ก็กล้าเจาะ เจาะแล้วพลาดไปนิดเดียว พอส่งต่อไปโรงพยาบาลใหญ่ เขายังบอกเลยว่าหมอนี้กล้ามาก ขนาดเป็นโรงพยาบาลชุมชนยังกล้าเจาะ เพราะตัดสินใจแน่วแน่แล้วว่าถ้าไม่เจาะก็ตาย...” (ผู้ใหญ่บ้าน)

“...เจ้าอาวาสประสบอุบัติเหตุ ก็เลยต้องเข้าไปรับบริการของโรงพยาบาล คุณหมอ (ผู้อำนวยการคนปัจจุบัน) ก็เก่งนะ บริการจนเจ้าอาวาสประทับใจ ก็เลยมอบที่ดินให้(เช่า) โดยที่มอบเงินให้อีกส่วนหนึ่งด้วย...” (ผู้นำชุมชน)

ผลของแรงศรัทธาจากชุมชนทำให้เกิดการพัฒนาโรงพยาบาลเป็นอันมาก รวมทั้งเมื่อโครงการสร้างตึกสงฆ์อาพาธ ซึ่งประสบผลสำเร็จโดยไม่ต้องใช้งบฯ จากรัฐเลยแม้แต่น้อย

“...คือตอนแรกกังวลเหมือนกันว่า เงินตั้งเยอะจะไปหาที่ไหน จะต้องทำเหรียญหรือผ้าป่าอะไรไหม แต่ปรากฏว่า ตั้งแต่สร้างอาคารหลังแรกจนถึงตึกสงฆ์อาพาธ เราแทบไม่ต้องทำอะไรเลย คือมาด้วยแรงศรัทธาจริงๆ เพราะว่าชุมชนที่นี่เขาพร้อม เพียงแต่เราจะเปิดโอกาสให้หรือเปล่าเท่านั้น...” (ผู้อำนวยการปัจจุบัน)

5) ศักยภาพชุมชน

ชุมชนห้วยพลูได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า เขามีศักยภาพเพียงพอที่จะพัฒนาโรงพยาบาล ตลอดจนแก้ไขปัญหาคอขวดต่างๆ ของโรงพยาบาลให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยเฉพาะชุมชนชาวจีนที่อาศัยอยู่อย่างหนาแน่นในหมู่ที่หนึ่ง ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบธุรกิจค้าขาย และมีความรู้ความสามารถ

ในการบริหารงบประมาณด้านธุรกิจต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น การทำบัญชี การเจรจาต่อรองทางการค้า หรือ การควบคุมการรับเหมาก่อสร้าง ดังที่อดีตผู้อำนวยการได้กล่าวด้วยความเชื่อมั่นในศักยภาพของชาว ห้วยพลูไว้ว่า

“...เขาเก่งมาก เก่งกว่าที่เราคิด เพราะว่าเขาบริหารงานเป็นอยู่แล้ว... เรากลับเป็นผู้ได้ เรียนรู้เรื่องนี้จากเขา เพราะเขาคือคนที่ประสบความสำเร็จในชีวิต ในเรื่องการบริหารงานและ งบประมาณ ...เขาจะมีประสบการณ์ในการซื้อขาย เช่น มันจะต้องมีใบเสร็จต่างๆ เราไม่ต้องทำอะไร เลย...เขาจะคำรื่องหมด เช่น ในการทำท่อระบายน้ำ ต้องตรวจสอบว่าท่ออย่างไรมีประสิทธิภาพที่ สุดเรื่องระดมทุนเราไม่ต้องไปยุ่งเลย เขาจะมีกติกานะ เขาไม่ต้องการรับเงินมากๆ จากใครคนใด คนหนึ่ง เพราะเคียวกรรมการโรงพยาบาลจะมา dominate โรงพยาบาล เขาไม่ต้องการแบบนั้น...” (อดีตผู้อำนวยการ)

“... हमोมีความเชื่อว่า ชุมชนมีศักยภาพสูงกว่าเรา ในความเข้าใจและการรับรู้ของเขาและ มีความเป็นเจ้าของ คือเขาเข้าใจพื้นที่มากกว่าเรา และเข้าใจปัญหาของชุมชนด้วยกันมากกว่าเรา ... เราเป็นคนนอก ...และเขาต้องมีการตัดสินใจได้ด้วยตนเองด้วย...” (แพทย์หญิงอดีตผู้อำนวยการ)

การที่ชุมชนมีศักยภาพ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะชุมชนในตลาดซึ่งร่วมบุกเบิกโรงพยาบาลมา ด้วยกันแต่ต้น สามารถรวมกลุ่มจากการเป็นเครือข่ายคนไทยเชื้อสายจีนเหมือนกัน กรรมการที่ ปริกาหลักๆ ของโรงพยาบาล ก็มักจะโยงใยเป็นกรรมการขององค์กรอื่นๆ ในชุมชนด้วย เช่น กรรมการวัด โรงเรียน หรือมูลนิธิของชาวไทยเชื้อสายจีนในตลาด ซึ่งทำให้ง่ายต่อการประชา สัมพันธ์ข่าวสารต่างๆ เมื่อมีความจำเป็นต้องระดมมวลชน เพื่อแสดงประชามติในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นการระงับข้อพิพาทระหว่างชุมชน วัด และโรงพยาบาล การคัดค้านการยุบ/ย้าย โรงพยาบาลหรือในเรื่องการระดมของทุนทรัพย์ก็ตาม

โดยสรุป โรงพยาบาลห้วยพลูสามารถฝ่าวิกฤติการณ์ต่างๆ มาได้โดยตลอดก็เพราะแรง สนับสนุนและศักยภาพของชุมชนโดยแท้ ไม่เพียงศักยภาพในการรวมกลุ่มผนึกกำลังต่อสู้เรียกร้อง การมีสถานพยาบาลในชุมชนของตนเท่านั้น หากแต่ชุมชนยังมีศักยภาพในเชิงบริหารจัดการจน สามารถพัฒนาโรงพยาบาลที่ตนรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ จนกระทั่งยกระดับเป็นโรงพยาบาล ชุมชนขนาด 60 เตียง ดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ดังที่ผู้อำนวยการคนปัจจุบันมักจะพูดกับเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาลเสมอว่า

“...โรงพยาบาลนครชัยศรีราชการสร้าง โรงพยาบาลหลวงพ่เป็นพระสร้าง แต่โรง พยาบาลห้วยพลูชาวบ้านสร้าง...”

บทที่ 8

โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ : กรณีศึกษาที่ 4

ข้อมูลเกี่ยวกับชุมชนเยาวราช

โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ เป็นโรงพยาบาลมูลนิธิการกุศลของชาวไทยเชื้อสายจีนแห่งหนึ่ง ตั้งอยู่ในย่านเยาวราชซึ่งเป็นย่านธุรกิจใหญ่ของกรุงเทพฯ ประกอบด้วยชุมชนชาวไทยเชื้อสายจีนที่มีอาชีพหลัก คือ ทำธุรกิจการค้า บรรพบุรุษของชาวชุมชนเหล่านี้เองที่เป็นผู้ให้กำเนิดโรงพยาบาลแห่งนี้ เมื่อเกือบ 100 ปีที่แล้ว

แม้ว่าฐานะทางเศรษฐกิจทั่วไปของย่านเยาวราชจะอยู่ในระดับดี แต่ก็ยังมีชาวไทยเชื้อสายจีนอีกไม่น้อยที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยและยังอยู่ในฐานะลำบาก ไร้ญาติ ขาดมิตร โดยเฉพาะเมื่อยามป่วยไข้ คนกลุ่มนี้เองที่เป็นเป้าแห่งการช่วยเหลือจากพี่น้องชาวไทยเชื้อสายจีนด้วยกัน โดยผ่านมูลนิธิการกุศลต่างๆ ดังจะเห็นได้ว่า การจัดให้มีประเพณีการทิ้งกระจาด เป็นงานกุศลประจำปีในหมู่ชาวไทยเชื้อสายจีนที่จัดขึ้น โดยองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณกุศล ไม่ว่าจะเป็นเกี่ยวข้องกับศาสนาหรือไม่ก็ตาม

ชุมชนเยาวราช ถือได้ว่าเป็นแหล่งที่มีศักยภาพพร้อมที่จะให้การสนับสนุนกิจการต่างๆ อันเป็นประโยชน์สาธารณะได้อย่างดี ปัญหาอยู่ที่ว่า กิจการสาธารณะเหล่านั้นจะพิสูจน์ตัวให้เป็นที่ยอมรับได้แก่ไหนเท่านั้นเอง หากสามารถสร้างความเชื่อถือ ศรัทธาให้กับสาธารณชนได้ ชุมชนเยาวราชก็อยู่ในฐานะพร้อมที่จะสนับสนุนกิจการเหล่านั้นได้ไม่ยาก

หมายเหตุ: นอกจากโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิแล้ว ยังมีโรงพยาบาลอื่นๆที่ดำเนินการโดยมูลนิธิการกุศลของชาวไทยเชื้อสายจีนเช่น

1) โรงพยาบาลหัวเฉียว ให้บริการทั้งแผนกยจีนและแผนกปัจจุบัน แผนกยจีนให้บริการเฉพาะแผนกคนไข้นอกโดยไม่คิดค่าบริการใดๆ ส่วนแผนกปัจจุบันมีทั้งแผนกคนไข้นอกและคนไข้ใน ค่าบริการ (ค่อนข้างแพงเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลรัฐบาล)

2) โรงพยาบาลจงจินต์ ให้บริการเฉพาะแผนกปัจจุบัน คิดค่าบริการแต่ไม่แพงเท่าโรงพยาบาลเอกชนทั่วไป

3) โรงพยาบาลตงฮั่วในพระบรมราชูปถัมภ์เปิดให้บริการโดยไม่คิดค่าบริการทั้งแผนกยจีนและแผนกปัจจุบัน รับเฉพาะแผนกคนไข้นอก ปัจจุบันเปิดบริการ 2 สาขาในกรุงเทพฯ

4) โรงพยาบาลก่วงสัวให้บริการเฉพาะแผนกปัจจุบันโดยเก็บค่าบริการในอัตราที่ต่ำกว่าโรงพยาบาลเอกชนทั่วไป (สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่อาวุโส โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ)

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ

โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิเป็นโรงพยาบาลขนาด 100 เตียง ของมูลนิธิเอกชนที่มีได้หวังผลกำไร แต่เดิมชื่อโรงพยาบาลเทียนฮั่วอูยอี่ ได้เปิดทำการครั้งแรกในปี พ.ศ.2447 ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว และต่อมาโรงพยาบาลนี้ได้ขออนุญาตจดทะเบียนขึ้นเป็นมูลนิธิชื่อว่าโรงพยาบาลเทียนฮั่วอูยอี่มูลนิธิ เพื่อหารายได้มาสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาล มูลนิธินี้ถือว่าเป็นมูลนิธิแห่งแรกของประเทศไทย เมื่อจดทะเบียนมูลนิธิเมื่อ พ.ศ. 2474 นั้น ได้หมายเลขทะเบียนเป็นอันดับที่ 1 ของประเทศ แต่เดิมเมื่อเริ่มแรกก่อตั้งมีอาคารตึกและเรือนไม้ 2 ชั้น 5 หลัง ให้การรักษาพยาบาลด้วยยาสมุนไพร โดยแพทย์แผนโบราณ ซึ่งเรียกว่าแผนกยาจีนเท่านั้น (มูลนิธิโรงพยาบาลเทียนฟ้า ครอบรอบ 80 ปี พ.ศ. 2477-2527, มปป.) ต่อมาได้เปิดให้บริการการแพทย์แผนปัจจุบันด้วย ซึ่งทำให้โรงพยาบาลมีบริการทั้ง 2 แผนในปัจจุบัน

โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ ตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็นที่พักของคนยากจน ดังข้อมูลที่บ้านทีกไว้ในข้อเขียน เรื่อง “โอเอซิส กลางเขาวราช” ของ “นาอีหมีะ” ในหนังสือนิสิตนักศึกษา (ปีที่ 5 ฉบับที่ 15 มกราคม 2528) ดังนี้

“เทียนฟ้าเปรียบเสมือนหยดน้ำอมฤตที่ชุบชีวิตให้แก่คนยากคนจน ในขณะที่ยังมีคนหลายๆ คนสุขสบายบนกองเงินกองทอง แต่อีกหลายคนต้องทนทุกข์เวทนา ในจำนวนคนที่กำลังสุขสบายนั้น ใ้ว่าเขาจะแล้งน้ำใจกันไปหมดทุกคน ยังมีคนที่คมีน้ำใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่อีกมากมายทีเดียว คนเหล่านี้ได้ช่วยกันบริจาคคนละเล็กละน้อยตามฐานะของตัวเอง จากจุดเล็กๆ จุดนี้ ต่อมาได้กลายเป็น “มูลนิธิ” ขึ้นมา”

โรงพยาบาลของมูลนิธิ มีขอบเขตการให้บริการไม่เฉพาะแต่ในชุมชนรอบๆ โรงพยาบาล แต่เป็นชุมชนชาวจีนที่กระจัดกระจายอยู่ทั่วประเทศ ดังที่ผู้อำนวยการได้กล่าวว่า "...มันเป็นโรงพยาบาลกลางทั่วประเทศ เพราะชาวจีนเขารู้กันหมด" ทั้งนี้เพราะการมีส่วนร่วมของหนังสือพิมพ์รายวันภาษาจีน 7 ฉบับ ที่ช่วยเหลือในการประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวาง

ในด้านการให้บริการ นอกจากจะให้บริการแบบตั้งรับ โรงพยาบาลเทียนฟ้ายังให้บริการเชิงรุกโดยมีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกไปให้บริการในชุมชนแออัดทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด โดยไม่คิดค่าบริการอีกด้วย บริการดังกล่าวนี้เป็นที่นิยมของประชาชนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ตั้งแต่

พ.ศ. 2529 เนื่องจากประชาชนผู้มารับบริการเห็นว่ายาฟรีที่หน่วยแพทย์จ่ายให้เป็นยาที่มีคุณภาพ (สัมภาษณ์พนักงานอาวุโส แผนกกลาง) จากสถิติผู้มารับบริการหน่วยเคลื่อนที่ครั้งล่าสุด เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2542 พบว่า มีจำนวนผู้มารับบริการถึงกว่า 530 คน (รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ครั้งที่ 17/2542) ซึ่งส่วนใหญ่มารับการตรวจโรคและทันตกรรม รวมทั้งมาใช้บริการ หมอแมะ หมอฝิ่งเข็ม เป็นต้น

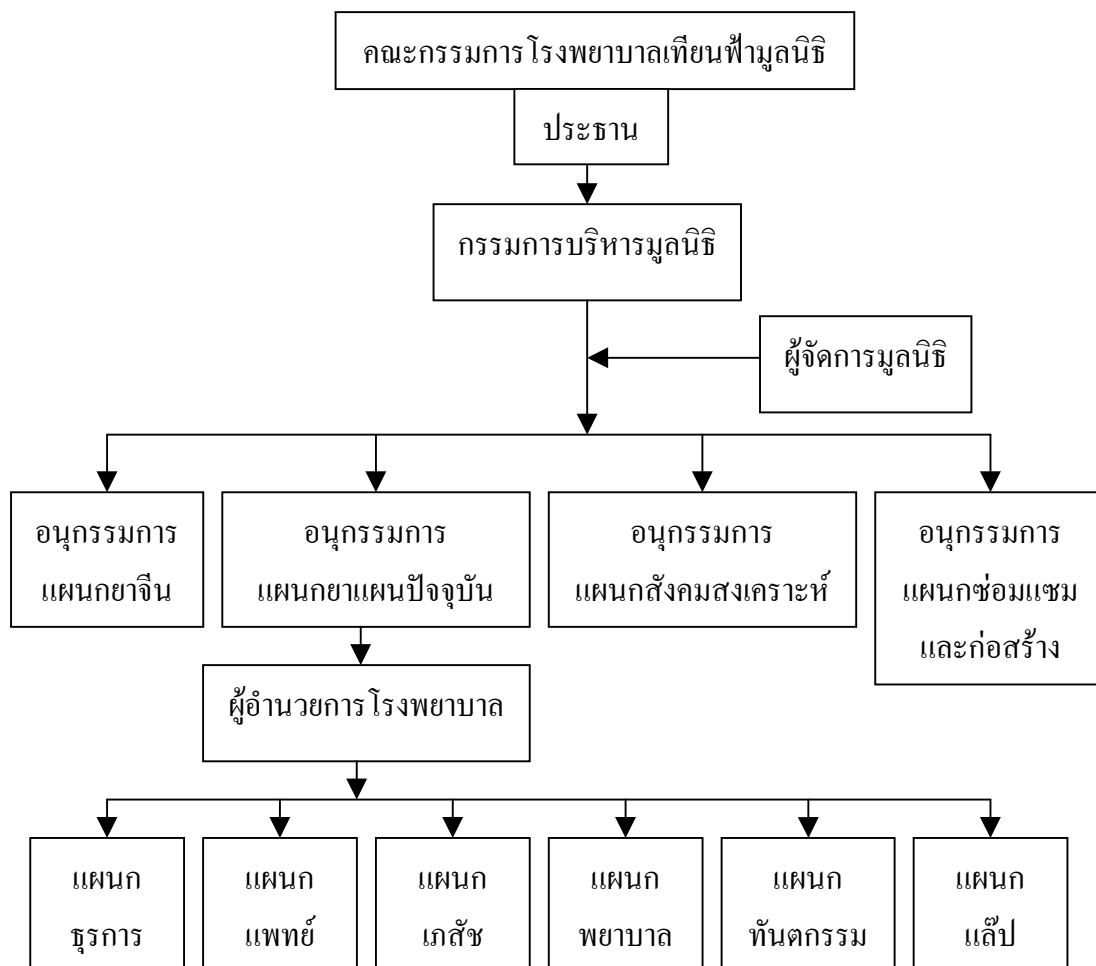
การจัดบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่นั้น ส่วนมากทางโรงพยาบาลจะจัดตามการร้องขอจากชุมชนแออัดต่างๆ ในกรุงเทพฯ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลเคยทำกิจกรรมร่วมกับการเคหะแห่งชาติ โดยจัดอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้แก่ตัวแทนชุมชนต่างๆ จำนวนหลายรุ่น นอกจากนี้โรงพยาบาลได้จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ไปให้บริการยังต่างจังหวัดตามคำร้องขอเป็นครั้งคราว เช่น จังหวัดสุพรรณบุรี อุทยา เชียงใหม่ นอกจากนั้นยังมีกิจกรรมเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุต่างๆ เช่น อักคีภัย อุทกภัย เป็นต้น โดยไม่จำกัดว่าเป็นคนเชื้อสายจีนเท่านั้น

โครงสร้างการบริหารงาน

โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิอยู่ภายใต้การบริหารงานของคณะกรรมการโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ ซึ่งในปัจจุบันประกอบด้วยประธานกรรมการ คณะกรรมการบริหารซึ่งได้รับคัดเลือกให้เป็นตัวแทนของสมาคมชาวจีนต่างๆ ที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ และอนุกรรมการแผนกต่างๆ 4 แผนก

แผนกที่ให้บริการรักษาด้วยแผนจีน และแผนปัจจุบัน แบ่งองค์กรออกเป็น 6 แผนกเช่นเดียวกัน แต่ละแผนกก็มีหัวหน้า รองหัวหน้ารับผิดชอบ ดังแผนภูมิที่ 5

แผนภูมิที่ 5 แสดงผังการบริหารโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ (แผนกปัจจุบัน)



หมายเหตุ: แผนกยาจีนมีโครงสร้างการบริหารเช่นเดียวกับแผนกยาแผนปัจจุบัน

กระบวนการและขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของชุมชนชาวจีนในการพัฒนา/ บริหารโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มก่อตั้งโรงพยาบาลและมูลนิธิ

โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิก่อตั้งโดยชุมชนชาวจีนเยวราชกลุ่มเล็กๆ เพียง 6 คนที่มีจิตเมตตาต้องการช่วยเหลือชาวจีนด้วยกันในยามเจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะการใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐไม่ได้รับความสะดวกเท่าที่ควร จึงร่วมกันบริจาคเงินจำนวนหนึ่งและได้รณรงค์ให้พ่อค้าชาวจีนทั่วประเทศร่วมสมทบทุนเพื่อซื้อที่ดินจำนวน 2.5 ไร่ เพื่อก่อสร้างโรงพยาบาลด้วยจำนวนเงิน 52,000 บาท ในปี พ.ศ. 2446 การก่อสร้างโรงพยาบาลได้เสร็จสิ้นลงและเปิดให้บริการ โดยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเสด็จมาทำพิธีเปิด ในปี พ.ศ. 2448

วัตถุประสงค์หลักของโรงพยาบาล ก็คือการช่วยเหลือผู้ป่วยอนาถา และผู้ประสบอุทกภัย ดังปรากฏในข้อบังคับโรงพยาบาลเทียนฮั่วอู่ยี่มูลนิธิ (อ้างแล้ว, หน้า 33) ดังนี้

1. เพื่อรับคนไข้ผู้อนาถาไว้รักษาพยาบาลโดยไม่เรียกค่าพยาบาลหรือค่าธรรมเนียมอย่างใดๆ และกระทำการตรวจโรคและแจกจ่ายยาให้แก่คนไข้ผู้อนาถาเป็นการให้ทาน เว้นแต่ถ้าปรากฏว่าคนไข้ผู้นั้นๆ ไม่ใช่คนอนาถาแล้ว ก็จะเรียกเงินค่ายาตามสมควร ซึ่งไม่เป็นการหมายคำกำไร
2. เพื่อทำการช่วยเหลือหมู่ชนที่ประสบภัยทั้งปวงเป็นครั้งคราวเช่น อัคคีภัยและภัยอื่นๆ ตามสมควรที่จะกระทำได้...

ในปี พ.ศ. 2474 หลังจากก่อตั้งโรงพยาบาลมาได้เกือบ 30 ปี ก็ได้จดทะเบียนตั้งเป็นมูลนิธิ เพื่อหารายได้สนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาลต่อมาในปี พ.ศ. 2494 และได้เปลี่ยนชื่อจากโรงพยาบาลเทียนฮั่วอู่ยี่ มาเป็นโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ (มูลนิธิโรงพยาบาลเทียนฟ้า ครอบรอบ 80 ปี พ.ศ. 2477-2527, มปป., หน้า 43)

มูลนิธิบริหารงานโดยคณะกรรมการ ซึ่งมาจากประชาชนที่ยินดีเสียสละทำงานเพื่อส่วนรวม โดยมีรายได้จากทรัพย์สินเดิมซึ่งได้จากการเรียไ่เป็นเงินสด 80,000 บาท และการบริจาคประเภทต่างๆ ได้แก่ การเรียไ่จากประชาชนโดยบริจาคเป็นรายเดือนและรายปีตามความสมัครใจ

การเรียไรพิเศษเป็นครั้งคราวตามโอกาสที่สมควร รวมทั้งทรัพย์สินที่มีผู้หนึ่งผู้ใดยกให้โดยพินัยกรรมหรือโดยนิติกรรมอื่นๆ ตลอดจนดอกผลซึ่งเก็บได้จากทรัพย์สินของมูลนิธิโดยการรับจ้างองหรือกู้ยืม

อย่างไรก็ตาม การบริจาคประจำเป็นรายเดือนและรายปีนั้น ต่อมาได้ยกเลิกไป เนื่องจากมีปัญหาในทางปฏิบัติ และอัตราที่บริจาคประจำนั้นต่ำมาก เช่น เดือนละ 50 สตางค์ หรือ ปีละ 4 บาท เป็นต้น ดังนั้น รายได้ของมูลนิธิจึงขึ้นอยู่กับบริจาคเป็นหลัก คุณภาพบริการของโรงพยาบาลก็ขึ้นอยู่กับรายได้ของมูลนิธิเช่นกัน ดังข้อเขียนที่ปรากฏในหนังสือนิสิตนักศึกษาฉบับหนึ่ง ว่า

“ภายในมูลนิธิ มีโรงพยาบาลที่เพียบพร้อมตั้งโรงพยาบาลทั่วไป จริงอยู่ในบางครั้งเครื่องมือของมูลนิธิอาจมีบริการไม่เต็มที่แก่ผู้ป่วย... ทั้งนี้ก็เพราะว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยหลักนั่นก็คือ “เงิน” มูลนิธิจำเป็นต้องใช้เงินในการจ่ายหาซื้ออุปกรณ์ ตลอดจนยาต่างๆ รวมทั้งเงินเดือนแก่พนักงานด้วย ในบางครั้งอาจจะมีขาดตกบกพร่องบ้าง จึงเป็นเรื่องธรรมดา เพราะมูลนิธิไม่มีรายได้ทางอื่นเลยนอกจากการรับบริจาคอย่างเดียว...” (นิสิตนักศึกษา.ปีที่ 5 ฉบับที่ 15 มกราคม 2528)

ขั้นตอนที่ 2 การขยายกิจการโรงพยาบาล

หลังจากการก่อตั้งโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2446 และได้จดทะเบียนตั้งขึ้นเป็นมูลนิธิในปี พ.ศ. 2474 แล้ว ก็ได้มีการขยายกิจการตามลำดับ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 เป็นต้นมา เป็นเวลาประมาณ 2 ทศวรรษ กล่าวคือ ได้เปิดบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน บริการห้องแล็บ เอ็กซเรย์ และบริการทันตกรรมอีกด้วย นอกจากนั้นยังได้รับบริจาคที่ดินบริเวณมักกะสัน ประมาณ 17 ไร่เศษ รวมทั้งดึกแถวเยาวราช ในช่วงปี พ.ศ.2506-2507 ได้ทำการก่อสร้างตึก 7 ชั้น เพื่อใช้เป็นสถานพยาบาลแผนปัจจุบัน ต่อมาได้มีการสร้างหอพักพยาบาล อีกทั้งวางโครงการและดำเนินการหาทุนให้โรงพยาบาลจำนวน 10 ล้านบาท เพื่อขยายกิจการด้านสาธารณสุขในย่านที่ดิน แขวงมักกะสัน เพื่อบริการผู้เจ็บป่วยอนาถาให้กว้างขวางยิ่งขึ้น (มูลนิธิโรงพยาบาลเทียนฟ้า ครอบรอบ 80 ปี พ.ศ. 2477-2527, มปป., หน้า 43-44)

ขั้นตอนที่ 3 ภาวะตกต่ำ

ประมาณ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ในระยะแรกที่ผู้อำนวยการท่านปัจจุบันเข้ามาบริหารโรงพยาบาล สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลแย่่มากจนถึงมีภาระหนี้สิน เนื่องจากระดมเงินบริจาคได้น้อยแต่ด้วยความสนับสนุนอย่างจริงจังจากคณะกรรมการมูลนิธิ ก็ทำให้สามารถประคับประคองสถานการณ์มาได้จนทุกวันนี้

“ตอนที่ผมเข้ามาใหม่ๆ มาเป็นผู้บริหารที่นี่ เมื่อ 22 ปีที่แล้ว ตอนนั้นสภาพโรงพยาบาลและสถานะการเงินที่นี้แย่มาก ยากจนมากเลย เงินที่จะจ่ายเจ้าหน้าที่ก็ไม่พอ เราต้องไปขอเงินจากมูลนิธิก่อนสิ้นเดือน... เขาก็ให้เงินมากู้สถานะการณได้...”

นอกจากนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีส่วนช่วยแก้ปัญหาของโรงพยาบาลไว้ได้มาก เนื่องจากผู้อำนวยการเป็นประธานกรรมการบริษัทผลิตเวชภัณฑ์ใหญ่แห่งหนึ่ง ซึ่งผลิตยาออกขายทั้งในและต่างประเทศ จึงได้ให้ความช่วยเหลือแก่โรงพยาบาลในรูปของการบริจาคยาบางอย่างให้เป็นจำนวนมาก และจำหน่ายยาบางอย่างให้ในราคาและเงื่อนไขพิเศษอีกด้วย

“ปกติบริษัท [ที่ผู้อำนวยการเป็นประธานกรรมการ] มอบยาให้โรงพยาบาล [เทียนฟ้า] ในปริมาณมาก จนมีคนเปรียบว่าโรงพยาบาลเสมือนเป็นโกดังยาของบริษัท นอกจากนั้นยังยอมให้โรงพยาบาลซื้อยาได้ในราคาถูก และยอมให้เครดิตซื้อขายเงินผ่อนระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง พ.ศ. 2525-2526 ที่โรงพยาบาลมีสภาพเกือบถูกปิดเพื่อขายทอดตลาด เนื่องจากไม่สามารถระดมเงินได้เพราะกรรมการมูลนิธิน้อย และดอกเบี้ยนี้ก็แพงค่น” (พนักงานมูลนิธิ)

ด้วยความช่วยเหลือประคับประคองจากมูลนิธิและผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการระดมทุนจากกรรมการมูลนิธิและประชาชนทั่วไปในหลายๆรูปแบบ จึงทำให้สถานการณ์ของโรงพยาบาลมันคงขึ้นเป็นลำดับจนกระทั่งทุกวันนี้

บทบาทต่างๆ ที่ชุมชนมีส่วนร่วม

1) บทบาทในการก่อตั้งและบริหารโรงพยาบาลและมูลนิธิ

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า โรงพยาบาลเทียนฟ้าและมูลนิธิถือกำเนิดจากประชาชนโดยปราศจากการช่วยเหลือส่งเสริมใดๆ จากภาครัฐบาลมาตั้งแต่ต้น อีกทั้งประชาชนยังมีบทบาทในการเป็นกรรมการมูลนิธิ กรรมการ โรงพยาบาล และเป็นผู้บริหาร โรงพยาบาลอีกด้วย รายละเอียดพอสรุปได้ดังนี้

1.1) บทบาทในการเป็นกรรมการมูลนิธิ

เมื่อตั้งมูลนิธิขึ้นแล้วจำเป็นต้องมีคณะกรรมการมูลนิธิขึ้นมาบริหารงาน เพื่อให้มูลนิธิทำงานสนองวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในกรณีของโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ ประธานและคณะกรรมการมูลนิธิคือ ประชาชนหรือตัวแทนชุมชน จึงถือได้ว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาลนั่นเอง กล่าวคือเป็นผู้กำหนดนโยบายและดำเนินการบริหารให้เป็นไปตามนโยบายที่วางไว้ โดยมีประธานคณะกรรมการเป็นผู้นำ

คณะกรรมการแต่ละชุดมีวาระ 4 ปี เมื่อครบกำหนดจะจับฉลากออกครั้งหนึ่ง แล้วจะมีการเลือกตั้งกรรมการอีกครั้งหนึ่งเข้ามาโดยการออกจดหมายเชิญไปยังสมาคมคนจีนทั้งหมดให้ส่งตัวแทนหรือสักขีพยานมาเพื่อการเลือกตั้ง เลขานุการมูลนิธิจะเป็นผู้ประสานงานเหล่านี้ การกำหนดวันและวิธีการเลือกตั้งเริ่มโดยการเลือกกรรมการบริหาร 37 ท่านก่อน แล้วเลือกประธาน 18 ท่าน และในที่สุดก็จะเลือกประธาน

กรรมการบริหารมูลนิธิ ประกอบด้วยผู้ตรวจสอบบัญชี 3 ท่าน เหนี่ยวญิก รองเหนี่ยวญิก เลขานุการ และรองเลขานุการคณะกรรมการมูลนิธิ อย่างละ 1 ตำแหน่ง โดยปกติกรรมการบริหารมูลนิธิจะประชุมเดือนละ 1 ครั้ง นอกจากนี้กรรมการบริหารมูลนิธิยังแต่งตั้งอนุกรรมการต่างๆ เพื่อจะแบ่งกันรับผิดชอบงานของโรงพยาบาลเป็นเรื่อยๆ ไป เช่น อนุกรรมการดูแลแผนกยาจีน อนุกรรมการดูแลแผนกปัจจุบัน อนุกรรมการควบคุมการซ่อมแซมและก่อสร้าง เป็นต้น อนุกรรมการแต่ละชุดจะมีจำนวนประมาณ 10 ท่าน

ในทางนิตินัยประธานคณะกรรมการโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ จะทำหน้าที่ผู้จัดการมูลนิธิด้วย แต่ในทางปฏิบัติประธานฯ จะตั้งตัวแทนเป็นผู้จัดการมูลนิธิซึ่งเท่าที่ผ่านมาจะเป็นผู้ที่รู้ธรรม

เนียมจินดี มีชื่อเสียง และไม่เคยมีผู้ใดเป็นแพทย์เลย ผู้จัดการมูลนิธิมีหน้าที่บริหารจัดการงานประจำของมูลนิธิ ดังนั้นผู้จัดการมูลนิธิจึงทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ประสานงานกับแผนกต่างๆ เช่น แผนกยาจีน แผนกปัจจุบัน และแผนกสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น โดยมีได้ทำหน้าที่บังคับบัญชาแต่อย่างใด

1.2) บทบาทในการเป็นกรรมการโรงพยาบาล

สำหรับการบริหารงานภายในโรงพยาบาลนี้ก็มีอนุกรรมการทั้งแผนกปัจจุบันและแผนกยาจีนเป็นผู้ควบคุมดูแล ซึ่งก็ถือได้ว่าเทียบเท่ากับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลของรัฐนั่นเอง ต่างกันแต่เพียงว่าอนุกรรมการทั้ง 2 ชุดของโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิล้วนมาจากประชาชน ไม่ใช่ข้าราชการ หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ คณะกรรมการมูลนิธิทำหน้าที่เป็นกรรมการบริหารโรงพยาบาลนั่นเอง

การได้มาซึ่งอนุกรรมการต่างๆ ของโรงพยาบาลนั้น มิได้กำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ในทางปฏิบัติคณะกรรมการมูลนิธิก็เลือกผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ วิชาชีพ และความสนใจที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ เช่น กรรมการที่มีญาติเป็นแพทย์บ้าง เป็นเจ้าของร้านขายยาบ้าง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จึงน่าจะกล่าวได้ว่า อนุกรรมการเหล่านี้เป็นตัวแทนประชาชนหรือชุมชน เข้ามารับผิดชอบงานโดยมีอำนาจสิทธิ์ขาดในการบริหารโรงพยาบาลให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของมูลนิธิด้วย

1.3) บทบาทในการเป็นผู้บริหารจัดการ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

ระบบการบริหารงานภายในโรงพยาบาลทั้งแผนกยาจีน และแผนกปัจจุบันมีลักษณะคล้ายกัน กล่าวคือ มีผู้อำนวยการ ซึ่งภาษาทางราชการจะใช้ “ผู้ดำเนินการ” เป็นผู้รับผิดชอบ สำหรับแผนกยาจีนนั้น โดยหลักการดั้งเดิมผู้อำนวยการคัดเลือกมาจากหม่อจินซึ่งเป็นตัวแทนของชาวไทยเชื้อสายจีนทั้ง 6 ภาษา (เช่น เต๋อจิว ไหหล่า และ สกเกี้ยน กวางตุ้ง เป็นต้น) โดยใช้หลักอาวุโสเป็นสำคัญ

สำหรับการสรรหา หรือ การได้มาซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลแผนกปัจจุบันนั้น ประธานคณะกรรมการโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิจะเป็นผู้ใช้ดุลยพินิจเชิญผู้มีคุณสมบัติตามที่เห็นเหมาะสมมาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ โดยมีวาระ 4 ปี เท่ากับวาระของคณะกรรมการมูลนิธิ ผู้อำนวยการปฏิบัติงานโดยไม่มีค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน มีแต่เงินค่ารับรองในอัตราที่จำกัดเพราะถือเป็นงานการกุศล ดังผู้อำนวยการกล่าวว่า

“ผมทำงานด้วยระบบเกียรติยศครับ...ความซื่อสัตย์สุจริต และความมีจริยธรรมเป็นสิ่งสำคัญที่สุด”

ดังนั้น คณะกรรมการมูลนิธิเป็นผู้มอบความไว้วางใจในการบริหารโรงพยาบาลให้กับผู้อำนวยการผู้ซึ่งต้องรับผิดชอบในการนำนโยบายของมูลนิธิฯ มาแปลให้เกิดผลในภาคปฏิบัติ การขออนุมัติใดๆ เพื่อปฏิบัติงานในกรอบของนโยบายดังกล่าว จึงได้รับความเห็นชอบจากประธานฯ โดยปราศจากปัญหา นอกจากนี้ ในทางพฤตินัยผู้อำนวยการแผนกปัจจุบันรับหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงดูแลแผนกยาจีนด้วยเนื่องจากมีความรู้ความชำนาญในเรื่องกฎระเบียบต่างๆ เกี่ยวกับกระทรวงสาธารณสุขดีกว่า อีกทั้งเป็นผู้มีความรู้ด้านยาจีนพอสมควรเนื่องจากบิดาของท่านเป็นหมอยาจีนและมีกิจการขายยาจีนด้วย

เป็นที่น่าสังเกตว่าไม่มีการกำหนดระเบียบข้อบังคับใดๆ ในตราสารของมูลนิธิ เกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้ที่จะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล นอกจากให้เป็นพลเมืองของประธานมูลนิธิเท่านั้น แต่ในทางปฏิบัติจะเห็นว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้ได้รับการยอมรับเรื่องการเสียสละ ทำงานเพื่อสาธารณกุศลจริงๆ โดยไม่เรียกร้องเงินเดือนซึ่งหาได้ยากในสังคมปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากท่านมีฐานะทางเศรษฐกิจที่มั่นคงและต้องการทำงานการกุศล ตามที่มารดาได้เคยบนต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้ท่านปลอดภัยจากการผ่าตัดใหญ่จนเป็นผลสำเร็จ ดังเช่น ที่พนักงานของมูลนิธิท่านหนึ่งกล่าวว่า

“ในการสรรหาผู้อำนวยการเมื่อครบวาระแต่ละครั้งนั้น ก็พอลูกคนที่มีคุณสมบัติเหมาะสมด้านอื่นได้ไม่ยากนัก แต่พอมาถึงเรื่อง การไม่มีเงินเดือนให้ ก็จะเหลือท่านผู้อำนวยการ [แผนกปัจจุบัน คนปัจจุบัน] ท่านเดียว นี่ก็ถือว่าสาเหตุหนึ่ง ที่ท่านได้รับเชิญให้เป็นผู้ดำเนินการติดต่อกันยี่สิบกว่าปีแล้ว”

นอกจากนี้เงื่อนไขการถอดถอนผู้อำนวยการโรงพยาบาลออกจากตำแหน่ง ก็ไม่มีการกำหนดไว้ในตราสารเช่นเดียวกัน (ข้อมูลจากแผนกกลาง โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ)

2) บทบาทในการบริจาคเงินและวัสดุอุปกรณ์การแพทย์

ประชาชนหรือชุมชนมีส่วนร่วมอย่างมากในการสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ ทั้งนี้เพราะว่าแหล่งทุนสนับสนุนที่สำคัญที่สุดนอกเหนือจากรายได้จากการจัดงานประจำปีของโรงพยาบาลก็คือ เงินบริจาคจากประชาชนและจากกรรมการมูลนิธินั่นเอง รูปแบบของการบริจาค มีดังนี้

2.1) การบริจาคโดยคณะกรรมการมูลนิธิ ซึ่งหมายรวมทั้งประธาน รองประธาน กรรมการบริหารและกรรมการมูลนิธิ ซึ่งถือได้ว่าเป็นแหล่งรายได้สำคัญแหล่งหนึ่ง เนื่องจาก กรรมการเหล่านี้บริจาคเงินก้อนใหญ่ ดังผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้กล่าวว่า

“ท่านประธานมูลนิธิคนปัจจุบัน อายุประมาณ 70 ปี เป็นเจ้าของโรงงานน้ำมันพืช ตอนที่ท่านเข้ามาเป็นประธานนี้ ท่านให้ 2 ล้าน ถูกใจท่านก็ให้ง่าย ๆ... เมื่อ 2-3 ปีมานี้มีการระดมเงินเข้ามูลนิธิ... กรรมการหาเศรษฐีคนหนึ่ง เคื่อบอกว่าเอาอย่างนี้แล้วกัน ถ้าคุณให้ 10 ล้าน ผมให้ 15 ล้าน แล้วอีกคนให้ล้านหนึ่ง อีกคนก็ให้ 5 แสน รวบรวมกันก็ได้เงินก้อน...ประธานคนเก่าท่านบอกผมว่า ช่วยกันหาเข้ามูลนิธิสัก 100 ล้าน แล้วก็เอาดอกเบี้ยมาใช้...”

นอกจากนั้น ยังถือเป็นธรรมเนียมปฏิบัติที่กรรมการมูลนิธิจะต้องช่วยกันบริจาคเงิน รับรองเข้ามูลนิธิ ทั้งนี้มากขึ้นขึ้นอยู่กับตำแหน่ง เช่น ประธานจ่าย 8 หมื่นบาท รองประธาน 4 หมื่นบาท กรรมการบริหาร 2 หมื่นบาท และกรรมการ 1 หมื่นบาทต่อวาระ เพื่อสำรองไว้เป็นเงินรับรอง ค่าอาหารในการประชุมของคณะกรรมการเป็นหลัก

2.2) การบริจาครายวันจากประชาชนทั่วไป ที่ผู้รับบริจาค ณ ศาลเจ้าแม่กวนอิม ภายในบริเวณโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ ส่วนมากคนจีนที่ชอบทำบุญจะมาราบไหว้เจ้าแม่กวนอิม เพื่อขอพร ให้ค้าขายร่ำรวย และบริจาคเงินเป็นการทำบุญที่ผู้รับบริจาค

2.3) การบริจาคก้อนใหญ่เป็นครั้งคราวจากผู้ค้าขายได้กำไร และมีความเชื่อว่าประสบความสำเร็จในธุรกิจการค้าเนื่องจากความช่วยเหลือของเจ้าแม่กวนอิม ทั้งนี้ รวมถึงรายที่มาบริจาค เนื่องจากถูกรางวัลลอตเตอรี่ตามที่มาขอจากเจ้าแม่

2.4) การบริจาคในงานจัดงานประจำปีและงานอื่นๆ ที่โรงพยาบาลจัดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น งานไหว้เจ้าแม่กวนอิม งานเฉลิมฉลองเทพเจ้าต่างๆ ตามความเชื่อทางพุทธศาสนานิกายมหายาน และงานเลี้ยงโต๊ะเจ ซึ่งสามารถได้เงินก้อนเข้ามูลนิธิ ดังที่ปรากฏเป็นตัวอย่าง ต่อไปนี้

“...อวโลกิเตศวร [เจ้าแม่กวนอิม] ตามคำราของชาวจีนเชื่อว่ามีนายทหารเลื้อทั้งสี่ เราเลยถือโอกาสจัดงานฉลองทั้ง 4 องค์ แล้วตั้งผู้รับบริจาคเลย เทียวหนึ่งได้เงินเยอะ...ทีนี้เราได้รับบริจาคมากขึ้นๆ จัดงานไป 3 วันได้มาเป็นล้านๆ บาท” (ผู้อำนวยการ)

“...เมื่อเรารู้ว่านี่ก็จัดงานกินเจ แล้ว [คนในชุมชน] มาขออนุญาตผมขอจัดเลี้ยงโต๊ะเจ คิดหัวละ 200 บาท สิบคนก็ได้สองพันบาท ได้หลายโต๊ะ เงินที่ได้ 50 % ก็เอามาทำยาจีน” (ผู้อำนวยการ)

2.5) การบริจาคในรูปแบบเครื่องมือและเวชภัณฑ์การแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับบริจาคจาก คนไข้ที่พอใจในบริการของโรงพยาบาล โดยที่โรงพยาบาลแนะนำคนไข้ที่ต้องการบริจาคเงินให้ บริจาคในรูปแบบเครื่องมือแพทย์แทน

“พอเขามารักษา เขาต้องการบริจาคเงินให้โรงพยาบาล เราก็แนะนำว่าให้บริจาคเครื่องมือดีกว่า โดยเราเขียนชื่อเป็นที่ระลึกให้ด้วย...สาเหตุที่เขาบริจาคให้เรา เพราะเขาชื่นชมเรา พอใจใน ผลงานของเรา” (ผู้อำนวยการ)

2.6) การบริจาคจากคนไข้หรือผู้รับบริการ ตามปกติแผนกปัจจุบันจะเก็บค่ารักษาพยาบาลจากคนไข้ที่อยู่ในฐานะพอที่จะจ่ายได้ แต่ก็เก็บในระดับต่ำจนไม่คุ้มทุน ถูกกว่าโรงพยาบาลของรัฐ ดังพนักงานอาวุโสของมูลนิธิ กล่าวว่า

“แผนกยารักษาไม่ต้องพูดถึง เพราะว่าให้บริการฟรี 100 เปอร์เซ็นต์ ก็เลยขาดทุน 100 เปอร์เซ็นต์ ส่วนแผนกปัจจุบันนี้ รายได้ค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยน้อยมาก คือ ไม่พอแม้จะเอามา จ่ายเป็นค่ายาเพียงอย่างเดียว”

อย่างไรก็ตาม รายได้ส่วนนี้ก็ถือว่าได้มาจากการสนับสนุนของประชาชนที่มาใช้บริการของโรงพยาบาล นอกจากนี้ ในบางกรณีเมื่อผู้ป่วยหายแล้ว ได้บริจาคเงินสนับสนุนมากน้อยบ้าง ตามฐานะ และศรัทธา

2.7) งานอื่นๆ ที่ชุมชนจัดขึ้นเป็นครั้งคราวเพื่อหารายได้เข้ามูลนิธิ เช่น การมาตั้งคณะร้องเพลงที่บริเวณโรงพยาบาลแทนการเล่นจิ้งจิว โดยผู้ที่ขึ้นเวทีร้องเพลงต้องจ่ายเงินบริจาคให้มูลนิธิ ส่วนมากคนที่มาร่วมรายการก็เป็นคนในชุมชนใกล้ๆ โรงพยาบาล

“...ที่นี้เค้านิยมร้องเพลง ร้องแล้วเสียดังค์ด้วย ร้องแล้วมีดนตรีประกอบ มีการตั้งเวที ใครร้องใครก็เสียดังค์ บางครั้งได้ 3 หมื่น 5 หมื่น 8 หมื่น ก็มี เป็นความสนุกกรีกกรีนของเขา... เรื่องเพลงนี่ะครับ หนังสือพิมพ์ภาษาจีนก็ลงอยู่เรื่อย” (ผู้อำนวยการ)

เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ที่มาร่วมบริจาค หรือสนับสนุนกิจการของโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ นั้น มาจากหลายแหล่ง ทั้งที่อยู่ในชุมชนย่านโรงพยาบาลเอง เช่น ย่านเขาวราช พลับพลาชัย รวมทั้งประชาชนทั่วไปในกรุงเทพฯ

นอกจากนี้ยังมีผู้บริจาคจากต่างจังหวัดไกลๆ เช่น จากเบตง ที่ได้อ่านข่าวคราวเกี่ยวกับโรงพยาบาลเทียนฟ้าจากหนังสือพิมพ์ภาษาจีนและเกิดศรัทธาบริจาค รวมทั้งผู้บริจาคจากต่างประเทศ เช่น ไต้หวัน ซึ่งเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนโรงพยาบาล เนื่องจากมีคู่สมรสเป็นชาวเขาวราชที่ไปศึกษาต่อที่ไต้หวัน บุคคลเหล่านี้ได้ชักชวนพวกพ้องชาวไต้หวัน เข้ามาทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนับสนุนโรงพยาบาล ด้วยความศรัทธาในเจ้าแม่กวนอิมเป็นหลัก ประกอบกับความพอใจในกิจการของโรงพยาบาลด้วย การสนับสนุนมาในรูปแบบต่างๆ เช่น บริจาคเงิน เยี่ยมไข้ผู้ป่วยอนาถารายเดือน พร้อมรับเป็นผู้อุปถัมภ์ผู้ป่วยบางราย และให้การสนับสนุนการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เป็นต้น

3) บทบาทในการประสานงานกับมูลนิธิอื่นๆ

การประสานงานกับมูลนิธิอื่น ถือได้ว่าเป็นภาระกิจประจำที่คณะกรรมการมูลนิธิ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ปฏิบัติมาตลอดเวลา ดังปรากฏในตัวอย่าง ต่อไปนี้

“...ถ้าเกิดไฟไหม้ น้ำท่วมเราก็ร่วมงานกับปอเต็กตึ๊ง หากเทียนฟ้ามีงานเหลือบ่ากว่าแรง ต้องการความช่วยเหลือก็ขอไปที่ปอเต็กตึ๊ง เค้าก็ช่วยเหลือทันที เช่น หากเราต้องการผ่าตัดสมองด่วน ทางเราไม่พร้อมก็ขอให้เขาช่วย เค้าก็ให้จัดการส่งคนไข้ไปหวัญเฉียวทันที ที่ง่ายเพราะว่ากรรมการที่มูลนิธิเทียนฟ้ามีส่วนใหญ่ก็เป็นกรรมการที่มูลนิธิปอเต็กตึ๊งด้วย และผู้อำนวยการหวัญเฉียวก็เป็นรุ่นพี่ผม” (ผู้อำนวยการ)

นอกจากนั้นการทำงานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ซึ่งเป็นงานที่โรงพยาบาลเทียนฟ้า ทำติดต่อกันมาอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลากว่า 20 ปี ปีละ ประมาณ 24 ครั้งนั้น นอกจากจะใช้กำลังเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเองแล้ว ยังปรากฏว่ามีการประสานงานกันเป็นเครือข่ายกับกับองค์กรอื่นด้วย เช่น

“[ในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่] ...ก็พวกเราเนี่ยแหละ ผมและพวกหมอที่นี้ก็ไป ที่นี้ถ้าเราประกาศว่าสโมสรไลออนส์ไหนทาวร่วมด้วย เคียวหมอไลออนส์ก็มาช่วยอีกคน แล้วก็ทันตแพทย์อีกคนนึง บางทีก็บอกผู้แทนราษฎรให้ส่งแพทย์มาช่วยอีกคนนึง นอกจากนี้ยังมีหมอแผนโบราณมาเมะด้วย มีหมอฝังเข็มและบริการตัดผมซึ่งเราได้รับความร่วมมือจากโรงเรียนตัดผมซึ่งยินดีมาช่วยเรา ทุกอย่างให้บริการฟรี”

วิเคราะห์ปัจจัยในการดำเนินการเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม

1) การทำให้ชุมชนรู้สึกว่าเป็นเจ้าของโรงพยาบาล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแผนกปัจจุบัน ได้ย้ำว่า หลักสำคัญที่สุดของความสำเร็จในการได้รับความร่วมมือจากชุมชน ก็คือการทำให้ประชาชนรู้สึกว่าโรงพยาบาลเป็นของทุกคน ผู้อำนวยการต้องเข้าหาชุมชน สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน ต้องคิดว่าชุมชนคือเพื่อนของเรา ดังที่ท่านกล่าวว่า

“ ...ต้องทำให้เขาเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของก่อน เขาจึงจะเกิดความหวงแหนและต้องการพัฒนาโรงพยาบาลต่อไป... ตอนผมเป็นผู้บริหารอยู่โรงพยาบาลที่อยู่ชุน เราพยายามทำให้ชาวบ้านรู้สึกว่าโรงพยาบาลนั้นทุกคนเป็นเจ้าของ นั่นคือหลักใหญ่ที่สุด... ผมประชุมชาวบ้าน เราพยายามเข้าหาเขา เจอกันคุยกันบ้าง... ไปกินข้าวกินน้ำกันบ้าง... จนทำให้เราารู้สึกว่าเขาคือเพื่อนเรา... และที่นี้ [โรงพยาบาลเทียนฟ้า] ผมก็ใช้วิธีเดียวกัน อย่างเช่น บางทีเขาผ่านมาเขาก็แวะมาเยี่ยมผม ผมก็ลงไปหา และพอเราบอกว่าเราขาดเครื่องสูบน้ำ เขาก็บอกว่าเคียวผมซื้อให้... ในโอกาสปีใหม่ และการฉลอง 90 ปี เราก็นิมนต์พระมา ทั้งๆ ที่ผมเป็นชาวคริสต์”

นอกจากนั้นโรงพยาบาลยังให้การดูแลเอาใจใส่แก่ชุมชนในโอกาสต่างๆ อยู่เสมอซึ่งก่อให้เกิดความผูกพัน รักใคร่และพร้อมที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกันในทุกๆ

“...ตำรวจที่ย่านพลับพลาย เขต 2 [ถือได้ว่าอยู่ในชุมชน] เขาก็อาศัยการตรวจร่างกาย ฟรีเป็นประจำ เพราะว่าพวกจรรยาจะหาใจเอาวันพืชมงคล เริ่มตั้งแต่รองผู้บัญชาการตำรวจนครบาลจนถึงตำรวจจราจร มีการเช็กเลือด ตรวจร่างกาย ผมก็ทำโครงการขออนุมัติไปยังท่านประธาน [คณะกรรมการมูลนิธิ] ค่าตรวจคิดแล้วคนละประมาณ 3,000 กว่าบาท จรรยาหลายสิบคนที่เดียว แต่เราก็ไม่เอาตังค์ค่ายาเลย ฟรีเลย... ช่วงหลังๆ นี่ตำรวจพลับพลายเขต 2 เขาไปเจอคนเมาริมนั่น ยกใส่รถแล้วก็มาทิ้งไว้ที่นี่ ให้เราดูแล แล้วก็ไปเลย เพราะเขาไว้วางใจ ตำรวจจึงยกย่องเราแล้วเวลามีนงาน ตำรวจก็มาช่วย หมอตำรวจก็ช่วย แต่เราก็จ่ายเบี่ยเลี้ยงให้ตามควร” (ผู้อำนวยการ)

นอกจากนี้ ทางโรงพยาบาลโดยผู้อำนวยการได้สร้างสัมพันธ์อันดีกับวงการสื่อมวลชน ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ โดยผ่านทางวงการกีฬา เช่น การตรวจความพร้อมทางร่างกายของนักมวยที่มาชกชิงแชมป์โลกในประเทศไทย การมีส่วนในการดูแลสุขภาพนักมวยระดับโลกของไทย และนักกรีฑาระดับชาติ กิจกรรมดังกล่าวย่อมเป็นการเสริมสร้างภาพพจน์ในทางบวกของโรงพยาบาลให้ปรากฏแก่สังคม ซึ่งมีผลให้ประชาชนพร้อมที่จะให้การสนับสนุนกิจการต่างๆ ของโรงพยาบาล

2) ความศรัทธาในตัวผู้อำนวยการโรงพยาบาลและกรรมการมูลนิธิ

เนื่องจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้รับการคัดเลือกจากประธานมูลนิธิฯ ดังนั้นผลงานในอดีตของผู้อำนวยการที่เคยบริหารโรงพยาบาลเทศบาลอยุธยา ทั้งในด้านการประสานงานกับโรงพยาบาลทั่วไปและการประสานงานกับชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมกับกิจกรรมของโรงพยาบาล ตลอดจนบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่สามารถเข้ากับบุคคลทุกระดับได้ ประกอบกับความพร้อมด้านเศรษฐกิจและความเสียสละเพื่อการกุศลซึ่งมีเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว น่าจะมีส่วนสำคัญให้ท่านได้รับมอบหมายให้บริหารจัดการโรงพยาบาล ตลอดเวลาที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้บริหาร ท่านได้ทำหน้าที่ด้วยความเสียสละโดยมิได้รับเงินเดือน มีแต่ค่ารับรองในอัตราที่จำกัดมากกว่า 20 ปี และมีความรับผิดชอบสูงจนได้รับความศรัทธาจากทีมงาน ดังพนักงานของมูลนิธิท่านหนึ่งกล่าวว่า

“ท่านมีความรับผิดชอบสูงมาก ทำงานจันทร์ถึงศุกร์ เสาร์ อาทิตย์ซึ่งเป็นวันหยุดท่านก็ทำงาน วันเสาร์หลังเที่ยงท่านจะแวะมาดูคนไข้ประจำ วันอาทิตย์ก็เข้ามา... หากมีใครทักขึ้นมา ท่านจะไม่พูดว่าท่านมาทำงาน แต่มักจะพูดว่า “ผมมาธุระแถวนี้ เลยแวะเข้ามา”... ส่วนเรื่องตามมาดูคน

ใช้นั้น ตามได้ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง หากเป็นหมอนอื่นคงตามไม่ได้... และที่น่าพูดถึงคือ อาจารย์ [ผู้อำนวยการ] ไม่เคยเบิกโอ [คำตอบแทนนอกเวลา]...”

นอกจากนั้นความซื่อสัตย์สุจริตในการดูแลเงินบริจาคจากประชาชนในโอกาสต่างๆ เช่น เงินบริจาคจากการจัดงานกินเจ งานบูชาเจ้าแม่กวนอิม ฯลฯ ซึ่งเหลือจากค่าใช้จ่าย ท่านได้นำเข้าบัญชีมูลนิธิทั้งหมด ดังนั้นนอกจากตัวผู้อำนวยการแล้วกรรมการมูลนิธิก็ต้องได้รับความเชื่อถือจากประชาชนทั่วไปอีกด้วย

คุณสมบัติของทั้งผู้อำนวยการและกรรมการมูลนิธิ ตลอดจนการทำงานโดยยึดถือหลักจริยธรรม ย่อมก่อให้เกิดความศรัทธาจากประชาชนซึ่งปรากฏออกมาในรูปของการบริจาค จนทำให้ฐานะการเงินในปัจจุบันมีความมั่นคงพอที่จะลงทุนสร้างตึก 4 ชั้น 2 หลัง เพื่อขยายบริการต่อไป ซึ่งขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างก่อสร้าง

“[คนที่มาบริจาค] ก็อยู่ในชุมชนเรานี้แหละ นานๆ เขาก็จะมาคุย เดินไปห้องนั้นบ้าง ห้องนี้บ้าง พอถึงช่วงนั้นกำลังปรับปรุงห้อง เขาก็ถามว่าจะใช้เงินเท่าไร? เขาจะบริจาคให้หมด... บางรายเป็นเจ้าของร้านขายเตียงคนไข้ พอเราต้องการเปลี่ยนเตียง หรือหัวเตียง เราก็ไปซื้อร้านที่ชอบกัน เวลาเขาจะมาเก็บเงิน ก็กลายเป็นมามอบเตียงให้เสียเลย เตียงละเป็นหมื่นนะ เราก็เขียนป้ายไว้ที่หัวเตียง ... บางรายมารักษาพอหมอบอกให้กลับไปอยู่บ้านได้ ต่อมาคนไข้เสียชีวิต เขาก็ยกเตียงมาให้โรงพยาบาล”

3) นโยบายและความสามารถในการจัดบริการรักษาพยาบาล

โรงพยาบาลและมูลนิธิมีนโยบายชัดเจนที่ต้องการช่วยเหลือสังคม โดยเฉพาะชาวไทยเชื้อสายจีนที่มีฐานะยากจน ดังนั้นโรงพยาบาลจึงจัดบริการรักษาพยาบาลให้แก่คนไข้ทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติและให้บริการฟรีในแผนกยาจีน สำหรับคำรักษาพยาบาลในแผนปัจจุบันก็เก็บในระดับต่ำมากเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลของรัฐ สำหรับคุณภาพบริการบุคลากรทุกสาขาไม่ว่าแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นๆ มีความสามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่พอที่จะแสดงให้เห็นถึงความสามารถของโรงพยาบาลโดยภาพรวมได้ ดังผู้อำนวยการให้ความเห็นว่า

“โรงพยาบาลนี้ มีความสามารถในการรักษาอย่างน้อยก็ต้องจัดว่าพวกเรามีฝีมือพอสมควร ถ้าได้บุคคลที่ทำงานให้ไม่ได้ก็พึ่งพาไม่ได้”

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า นโยบายของมูลนิธิและโรงพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลือสังคมและความสามารถในการบริหารจัดการโรงพยาบาลให้เป็นที่พึ่งพาของชุมชน ได้ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการสนับสนุนโรงพยาบาลจากประชาชนทั่วไป

4) ศักยภาพทางเศรษฐกิจและความผูกพันในเชื้อชาติชาวจีนของชุมชน

ชุมชนชาวจีนในย่านเยาวราชเป็นชุมชนเก่าแก่อยู่คู่กรุงเทพฯ มาตั้งแต่ต้นรัตนโกสินทร์ สภาพบ้านเรือนในย่านการค้านี้ เป็นตึกสามชั้นสองถาวรมานาน บางแห่งอายุเกือบศตวรรษ ความสำคัญด้านธุรกิจของเยาวราชสามารถสะท้อนให้เห็นได้จาก ความจอแจของผู้คนที่ไปมาหาซื้อของทำการค้าขาย จนเป็นที่ตระหนักของคนทั่วไปมาช้านานว่า ย่านเยาวราชเป็นย่านที่มีการจราจรติดขัดมากที่สุดแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ

ความเกี่ยวข้องกันในฐานะเป็นคนมีเชื้อสายจีนด้วยกันของชาวเยาวราช เป็นสิ่งร้อยรัดใจให้ชาวไทยเชื้อสายจีนรู้สึกถึงความเป็นพี่น้อง เพื่อนฝูง ที่พร้อมจะช่วยเหลือ เจือจุนกันตามสมควร โดยเฉพาะในยามที่ต้องการความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจกัน และความผูกพัน เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน จะทวีคูณขึ้นไปอีก หากเป็นเชื้อชาติจีนที่ใช้ภาษาเดียวกัน เช่น แคะ แต้จิ๋ว เป็นต้น

อาจกล่าวได้ว่าด้วยความมานะบากบั่น นักเอาเบาสู้ และทักษะเชิงพาณิชย์อันเป็นลักษณะเด่นของคนไทยเชื้อสายจีน ทำให้ชาวเยาวราชโดยทั่วไปมีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดีจนถึงดีมาก ในระดับมหาเศรษฐี ดังนั้นชุมชนแห่งนี้จึงมีความพร้อมทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก ที่จะสนับสนุนกิจกรรมสาธารณประโยชน์ที่ชุมชนเห็นความสำคัญ รวมทั้งโรงพยาบาล ศักยภาพทางเศรษฐกิจของชุมชนสะท้อนให้เห็นจากการบริจาคเงินซ่อมพระราชวังบางปะอินของมูลนิธิ ในจำนวนสูงถึง 84 ล้านบาท ด้วยความซาบซึ้งในพระมหากรุณาธิคุณและความจงรักภักดีในองค์พระมหากษัตริย์

“...ทั้งประธานเก่าและประธานใหม่ เขาจะชอบให้ทำอะไรตามแบบธรรมเนียมไทย ตอนอยู่เมืองจีน เขาอยู่บ้านนอก พอมาอยู่เมืองไทยรวยแล้ว ได้มีโอกาสเข้าเฝ้าในหลวงก็ภูมิใจ... เช่น บริจาคซ่อมพระราชวังบางปะอินเป็นเงินถึง 84 ล้านบาทคนเดียว” (ผู้อำนวยการ)

5) ความเชื่อถือศรัทธาในพระพุทธศาสนา/เจ้าแม่กวนอิม

ความเชื่อถือในองค์เจ้าแม่กวนอิม ได้กลายมาเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ชาวไทยเชื้อสายจีนเหล่านี้สนับสนุนกิจการอันเป็นสาธารณประโยชน์ต่างๆ รวมถึงการบำรุงโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิด้วยดีมาจนทุกวันนี้ ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิกับเจ้าแม่กวนอิมนั้น เริ่มตั้งแต่ช่วง พ.ศ. 2502-2503 เมื่อคณะกรรมการมูลนิธิในยุคนั้นได้มีมติให้จัดหารูปหล่อเจ้าแม่กวนอิมมาประดิษฐาน ณ โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิเพื่อเป็นสิริมงคล และเพื่อเป็นแหล่งรวมศรัทธาประชาชน เนื่องจากขณะนั้นทางมูลนิธิต้องการสร้างตึกแผนกปัจจุบันของโรงพยาบาลที่ใช้อยู่ขณะนี้แต่ยังขาดทุนทรัพย์ จึงได้อัญเชิญรูปหล่อเจ้าแม่กวนอิมมาจากเมืองจีนมาประดิษฐาน ณ โรงพยาบาล เพื่อระดมเงินบริจาคเข้ามูลนิธิ

ปัจจุบันศาลเจ้าแม่กวนอิมถือได้ว่าเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์คู่โรงพยาบาลเทียนฟ้า และเป็นเครื่องเหนี่ยวน้อมใจให้ผู้มีจิตศรัทธาได้มาเคารพ สักการะ และที่สำคัญมากเช่นกัน คือ ได้มาบริจาคเงินเข้าสู่มูลนิธิ อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิยืนหยัดให้บริการทางการแพทย์ สาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งสามารถขยายพื้นที่ สร้างตึกใหม่และขยายบริการเพิ่มเติมดังปรากฏในปัจจุบัน

บทสรุป

โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิสามารถดำเนินการอยู่ได้ ก็ด้วยความสนับสนุนจากชุมชนโดยแท้ ความจริงแล้วควรกล่าวว่า ประชาชนหรือชุมชนนั่นเองที่ให้กำเนิดและประทับประกอบบริหารโรงพยาบาลให้สามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ของมูลนิธิมาจนเกือบครบ 100 ปีเต็ม หากปราศจากความร่วมมือดังกล่าวโรงพยาบาลก็ย่อมจะต้องปิดกิจการลงอย่างแน่นอน จึงกล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจของโรงพยาบาลแห่งนี้โดยแท้

บทที่ 9

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชนในการพัฒนา และการบริหารจัดการกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล ทั้งในภาพกว้างและภาพลึกโดยละเอียด ซึ่งในภาพกว้างได้ทำการศึกษาเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ไปยังโรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาดตั้งแต่ 60 เตียงขึ้นไป และในภาพลึกได้ทำการคัดเลือกโรงพยาบาล 4 แห่งเพื่อศึกษาในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับรายละเอียดของกระบวนการ ขั้นตอน และบทบาทต่างๆ การมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนวิเคราะห์เหตุปัจจัยที่สนับสนุนประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา และบริหารจัดการโรงพยาบาลของรัฐ ตลอดจนการก่อตั้งและบริหารจัดการโรงพยาบาลมูลนิธิเอกชนที่ไม่ได้หวังผลกำไรเป็นเป้าหมายสำคัญ ผลการศึกษาสรุปได้ดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาเชิงสำรวจระดับกว้างจากโรงพยาบาล 60 เตียงขึ้นไปทั้ง 209 แห่ง พบว่า ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลได้เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งของโรงพยาบาลในระดับที่มากขึ้นแตกต่างกันไป ลักษณะของกิจกรรมที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมีอยู่ในทุกระดับ ที่ได้สำคัญได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผนงานโครงการพัฒนาโรงพยาบาล (ร้อยละ 46.8) การเป็นที่ปรึกษาของโรงพยาบาล (ร้อยละ 44.2) การเข้าร่วมเป็นกรรมการบริหารโรงพยาบาล/ศูนย์แพทย์ชุมชนเครือข่ายของโรงพยาบาล (ร้อยละ 14.8) ตลอดจนเข้าร่วมในการระดมสมองเพื่อแก้ไขปัญหาของโรงพยาบาล (ร้อยละ 33.0) ฯลฯ นอกจากนั้นยังมีส่วนร่วมในการจัดการโครงการต่างๆ ของโรงพยาบาล อาทิเช่น การประสานความร่วมมือกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น (ร้อยละ 86.9) การจัดการทรัพยากรต่างๆ เช่น เงิน ที่ดิน วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อบริจาคให้แก่โรงพยาบาล (ร้อยละ 84.3) รวมทั้งการจัดบริการด้านการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 61.2) เป็นต้น

นอกจากนั้น ประชาชนยังมีส่วนร่วมในกิจกรรมเสริมของโรงพยาบาล เช่น มีส่วนร่วมในการก่อตั้งชมรมต่างๆ (ร้อยละ 94.7) ในการเป็นอาสาสมัครต่างๆ ในโรงพยาบาล เช่น การเป็นประชาสัมพันธ์ในแผนกผู้ป่วยนอกและการช่วยเหลือผู้ป่วยต่างๆ ไป ตลอดจนมีส่วนร่วมช่วยในกิจกรรมเชิงรุกของโรงพยาบาลที่ออกไปดำเนินงานในชุมชน เช่น การเตรียมชุมชน การเผยแพร่ความรู้ในชุมชน ฯลฯ เป็นต้น

มูลเหตุจูงใจที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาโรงพยาบาล มีสาเหตุสำคัญมาจากด้านนโยบายของโรงพยาบาล ที่ต้องการจะให้ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลได้ง่ายขึ้น ประกอบกับการขาดแคลนงบประมาณในการพัฒนาโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องพึ่งทรัพยากรในชุมชน ในขณะเดียวกันฝ่ายประชาชนผู้ใช้บริการก็มีความตื่นตัวที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาล รวมทั้งแรงกระตุ้นที่เกิดจากการเคลื่อนไหวด้านประชาสังคมเป็นมูลเหตุจูงใจที่สำคัญ

วิธีการให้ได้มาซึ่งความร่วมมือจากชุมชนที่สำคัญ ได้แก่ การขอความร่วมมือโดยตรงจากผู้นำชุมชน การจัดกิจกรรมพิเศษให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และการที่แพทย์ออกไปพบปะกับประชาชนโดยตรง รวมทั้งการประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ ของรัฐ เช่น พัฒนากร ครัว ฯลฯ เป็นต้น โรงพยาบาลเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.9) เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน และกว่าสองในสาม (ร้อยละ 67.4) ไม่เคยประสบปัญหาในการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาลแต่ประการใด โรงพยาบาลส่วนใหญ่หรือเกือบสองในสามประสบความสำเร็จในการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในระดับปานกลางถึงระดับสูง ปัจจุบัน กว่าหนึ่งในสี่ของโรงพยาบาลขนาด 60 เตียงขึ้นไป มีแผนที่จะปรับเปลี่ยนการบริหารโรงพยาบาลให้เป็นอิสระภายใต้กำกับของรัฐ (autonomous hospital) ในลักษณะองค์กรมหาชน

ผลของการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการเจาะลึกกรณีศึกษาโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ถึงกระบวนการ ขั้นตอนและวิธีต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนรายละเอียดเกี่ยวกับบทบาทของชุมชนในการบริหารจัดการกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล รวมทั้งการวิเคราะห์เหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดความร่วมมือจากชุมชน สามารถสรุปได้ ดังนี้

กระบวนการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาโรงพยาบาล

1) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีแนวทางชัดเจนในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา/บริหารโรงพยาบาล ปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดกระบวนการดังกล่าว ก็คือ ศักยภาพของผู้อำนวยการในเชิงบริหารจัดการ และการเลือกใช้กลวิธีสร้างศรัทธาเพื่อดึงพลังชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา/บริหารโรงพยาบาล โดยการประกาศจุดยืนอย่างชัดเจน ว่าตนเองและแพทย์ทุกคน

จะทุ่มเทเวลาในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยไม่เปิดคลินิกส่วนตัว เป็นการเบียดบังเวลาการทำงานที่โรงพยาบาล นอกจากนั้น ยังจัดตั้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลภาคเอกชนที่มีศักยภาพ นับได้ว่ามีความสามารถดึงศักยภาพจากพลังชุมชนมาใช้อย่างคุ้มค่า ไม่ว่าจะเป็นพลังความคิด การระดมทุนทรัพย์ หรือเครือข่ายในด้านการวางแผนเชิงเศรษฐกิจ ซึ่งพลังทั้งหลายทั้งปวงนี้ คงไม่อาจถูกนำมาใช้อย่างเปี่ยมประสิทธิภาพเช่นนี้ได้ หากไม่ได้ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ในการเปิดประตูเชื่อมระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ความสามารถในการบริหารงานโดยประยุกต์หลักการด้านเศรษฐศาสตร์ในการบริหารงาน ซึ่งก่อให้เกิดระบบการตลาดที่มีประสิทธิภาพอย่างมาก เป็นรากฐานด้านการเงินที่เข้มแข็งของโรงพยาบาล การผลักดันโรงพยาบาลให้กลายเป็นโรงพยาบาลประกันสังคมหลัก (main-contractor) ทำให้โรงพยาบาลสามารถเลี้ยงตัวเองได้ และสามารถพัฒนาคุณภาพบริการโดยยึดคนไข้เป็นศูนย์กลางได้อย่างเป็นจริง ความสำเร็จดังกล่าวเกิดขึ้นได้เพราะได้รับความร่วมมือจากชุมชน ซึ่งมีศรัทธาต่อการทำงานของผู้อำนวยการ

ศักยภาพของชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ผลักดันให้การพัฒนาในด้านต่างๆ เกิดขึ้นได้เพราะถึงแม้ผู้นำจะมีความสามารถถึงเพียงใดก็ตาม แต่หากชุมชนไม่มีพลังมากพอหรือไม่ให้ความร่วมมือ ความสำเร็จดังกล่าวคงไม่อาจเกิดขึ้น บ้านแพ้วเป็นอำเภอที่มีประวัติศาสตร์ที่ต้องเดินทางอย่างยากลำบากเพื่อติดต่อกับชุมชนอื่น และยังยากในการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพ ทำให้มีลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมเป็นไปในทางเกื้อกูลกัน และมีเครือข่ายชุมชนที่ค่อนข้างเข้มแข็ง โดยเฉพาะแกนนำของชุมชนเป็นปัญญาชนชาวบ้านซึ่งมุ่งเน้นเรื่องศีลธรรมเป็นหลัก ในการระดมพลังจากชุมชนเพื่อพัฒนาท้องถิ่นในด้านต่างๆ จนเคยได้รับรางวัลระดับประเทศมาแล้ว ประกอบกับลักษณะเศรษฐกิจที่พึ่งพาตัวเองได้ ทำให้มีศักยภาพเพียงพอที่จะระดมช่วยเหลือแก่สาธารณประโยชน์ได้อย่างไม่ลำบาก ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่เป็นผลให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับโรงพยาบาลอย่างได้ผลดียิ่ง

2) โรงพยาบาลท่าวังผา

แรงผลักดันโดดเด่นในการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา/บริหารโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ก็คือ ความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน ด้วยความที่อำเภอท่าวังผามีลักษณะชุมชนชนบทที่มีชนเผ่ากลุ่มต่างๆ ยึดถือขนบธรรมเนียมของตน และอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นชุมชนในแต่ละหมู่บ้าน มีเครือข่ายประชาคมที่โยงใยกันอย่างเหนียวแน่น จึงทำให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของสาธารณะประโยชน์ที่ตนและพี่น้องต้องพึงพาอาศัย ซึ่งสะท้อนให้เห็นชัดเจนได้จากการพัฒนาโรงพยาบาลใน

ระยะแรกๆ ที่เกิดจากพลังชุมชนทั้งแรงงานและการระดมวัสดุอุปกรณ์ในท้องถิ่น ตลอดจนทุนทรัพย์ จนกระทั่งสามารถสนับสนุนให้เกิดการย้ายโรงพยาบาลและยกระดับจากโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง ให้เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงได้อย่างน่าพอใจ แม้ว่าในระบอบเวลานั้นผู้นำฝ่ายโรงพยาบาลยังไม่มีนโยบายให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมก็ตาม แต่ความตื่นตัวของชุมชนซึ่งเกิดจากจิตสำนึกต่อสังคม ซึ่งเป็นพลังผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบในระยะเวลาต่อมา

จุดสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลท่าวังผาเป็นที่ยอมรับของประชาชน ก็คือ การได้ผู้อำนวยการที่มีแนวคิดในการทำงานร่วมกับประชาชน ศักยภาพของผู้นำคนใหม่เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้ก่อเกิดคณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาล จากภาคชุมชนขึ้นเป็นครั้งแรก ผู้นำมีขบวนการเข้าสู่ชุมชนได้อย่างดีเยี่ยม สามารถวิเคราะห์หาจุดร่วมของชุมชนขึ้นมา เป็นกลวิธีในการดึงแกนนำชุมชนและหน่วยราชการให้เข้ามามีส่วนรวมในการพัฒนาโรงพยาบาล ผู้อำนวยการมีวิธีการปรับทีมงานให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นและนำแนวคิดที่ทำให้ชุมชนยอมรับ มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพบริการและบุคลากรในโรงพยาบาลให้ชุมชนไว้วางใจและเกิดศรัทธา ขบวนการเหล่านี้ มีความจำเป็นอย่างยิ่งในลักษณะสังคมแบบชนบท เพราะสังคมท่าวังผาเป็นสังคมในลักษณะที่ค่อนข้างปิดต่อกระแสภายนอกหรือต่อคนต่างถิ่น เมื่อมีโอกาสได้รับแนวคิด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการกระจายอำนาจสู่ชุมชน เขาย่อมให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ ซึ่งกรณีของโรงพยาบาลท่าวังผา ผู้นำทำหน้าที่นี้ได้อย่างดียิ่ง

3) โรงพยาบาลห้วยพลู

ชุมชนห้วยพลูเป็นชุมชนที่มีลักษณะชนบทกึ่งเมือง สภาพการเกิดขึ้นของเครือข่ายชุมชน และวัฒนธรรมเฉพาะถิ่นในตำบลห้วยพลูไม่โดดเด่นมากนัก สำหรับประวัติศาสตร์ของการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาโรงพยาบาล แม้ชุมชนจะมีส่วนในการก่อตั้งโรงพยาบาลมาแต่ยุคเริ่มต้น แต่ก็ยังเป็นเพียงในแง่ของการระดมทุนทรัพย์ ดังนั้นตลอดระยะเวลา 20 ปี ในการเปิดดำเนินงานของสถานีอนามัยและศูนย์การแพทย์และอนามัยห้วยพลู จึงไม่ค่อยได้รับความร่วมมือจากชุมชนเท่าที่ควร ทั้งๆ ที่ศักยภาพด้านเศรษฐกิจของชุมชนอยู่ในระดับที่ค่อนข้างดี เครือข่ายชุมชนชาวห้วยพลูในตลาดที่กำเนิดจากการประสานประโยชน์ด้านธุรกิจ และเครือข่ายของชุมชนชาวไทยเชื้อสายจีน ก็จัดว่าเข้มแข็งในระดับหนึ่ง เพราะเป็นย่านชุมชนที่มีธุรกิจค้าขายเป็นของตัวเอง และมีเครือข่ายประชาคมภายในชุมชนเองด้วย

จุดที่ทำให้ชุมชนเปลี่ยนทัศนคติต่อโรงพยาบาลและหันมาให้การสนับสนุน ตลอดจนเข้ามามีส่วนร่วมในรูปของคณะกรรมการโรงพยาบาลช่วยพล เพื่อผลักดันโครงการพัฒนาต่างๆ ในระยะเริ่มต้น ก็คือ แนวคิดของผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ คนที่ 3 ซึ่งทำงานภายใต้พื้นฐานความต้องการของชุมชน และมีความโดดเด่นในแง่ของการพัฒนาคุณภาพงานบริการและพฤติกรรมบริการของบุคลากรให้ดีขึ้น โดยเน้นแนวคิดการยึดคนไข้เป็นศูนย์กลางในการให้บริการ และรับฟังการสะท้อนปัญหาและแนวคิดต่างๆ จากชุมชน เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามาแก้ปัญหาคความขัดแย้งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในองค์กร ตลอดจนใช้วิธีการประชาธิปไตยในการทำงาน เช่น ในการคัดเลือกคณะกรรมการจากคณะกรรมการภาคชุมชนชุดใหญ่ ในการทำกิจกรรมพัฒนาของโรงพยาบาล รวมทั้งการแสดงความเห็นและตัดสินใจในโครงการต่างๆ ดังจะเห็นได้จากการจัดให้มีการประชุมชาวบ้านเพื่อรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาโรงพยาบาลตามที่ชุมชนต้องการ กลวิธีที่ผู้อำนวยการคนแรกและคนปัจจุบันยึดปฏิบัติมาตลอดจนกระทั่งปัจจุบัน คือการเน้นพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด จนเป็นผลให้สถิติคนไข้เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ในช่วงระยะเวลาไม่กี่ปีซึ่งเหล่านี้ทำให้ชุมชนเกิดความศรัทธามากพอที่จะสนับสนุนโรงพยาบาลเพื่อเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพตลอดไป

4) โรงพยาบาลเทียนฟ้า

สำหรับโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ ที่ตั้งอยู่ท่ามกลางย่านธุรกิจของชุมชนชาวจีนเยวราชมิจุดกำเนิดและวัตถุประสงค์สำคัญที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาล นั่นคือลักษณะการเกิดขึ้นของโรงพยาบาล มาจากการอุปถัมภ์ของมูลนิธิด้านการกุศลของชุมชนชาวจีนเยวราชม ซึ่งมีความแข็งแกร่งอย่างยิ่งในเชิงเศรษฐกิจ และในแง่ของการทำประโยชน์ต่อสาธารณะ และการเกื้อกูลต่อเพื่อนร่วมเชื้อชาติที่ขัดสน และต้องการที่พึ่งด้านการดูแลสุขภาพ ดังนั้นกรรมการมูลนิธิซึ่งเป็นผู้สนับสนุนโรงพยาบาล จึงเป็นผู้คัดกรองบุคคลที่จะมาเป็นผู้อำนวยการเพื่อให้ได้คนที่ดีและเสียสละเพื่อส่วนรวมอย่างแท้จริง ดังที่ผู้อำนวยการคนปัจจุบันทำงานในลักษณะอาสาสมัครซึ่งมีค่าตอบแทนเพียงพอกับค่าใช้จ่ายด้านพาหนะเท่านั้น จึงแน่ใจได้ว่าผู้นำจะอุทิศตัวเพื่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง และมีความซื่อสัตย์มากพอ ที่จะไม่มีปัญหาด้านการทุจริตต่อกองเงินบริจาคอย่างแน่นอน

จุดเด่นอีกประการหนึ่ง คือ ศักยภาพด้านเศรษฐกิจของชุมชนซึ่งเป็นย่านธุรกิจชาวจีนและชุมชนพร้อมที่จะบริจาคทุนทรัพย์เพื่อการกุศลอย่างเต็มที่ อีกทั้งยังช่วยบรรณรังค์ผู้บริจาคจาก

ภายนอกชุมชน แม้กระทั่งจากชาวจีนในต่างประเทศให้เข้ามาสนับสนุนโรงพยาบาล การบริหารโรงพยาบาลโดยเครือข่ายชุมชนในรูปคณะกรรมการมูลนิธิซึ่งมีสถานภาพเป็นเจ้าของโรงพยาบาล จึงทำให้สามารถควบคุมการทำงานของผู้อำนวยการซึ่งผ่านการคัดเลือกได้กล่าวมาแล้ว นอกจากนี้กลยุทธในการนำรูปแบบการเป็นเจ้าของอิมมาประดิษฐ์ไว้ในโรงพยาบาลเป็นตัวเรียกศรัทธา ให้ชุมชนชาวจีนทั่วประเทศและผู้ที่มีความเลื่อมใสเงินมาบริจาคได้อีกทางหนึ่ง

โดยสรุปจากกรณีศึกษาทั้งหมดอาจกล่าวได้ว่า ศักยภาพของชุมชนมีอยู่ในทุกที่ ศักยภาพนั้นจะถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนา/บริหารให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้นำหรือผู้อำนวยการในการบริหารโรงพยาบาลเป็นสำคัญ

ลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา/บริหารโรงพยาบาล

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาและบริหารจัดการ โรงพยาบาลที่ได้จากผลการศึกษาครั้งนี้ อาจแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้

1) การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจด้านนโยบายและพัฒนาระบบบริการ

การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจด้านนโยบายและแผนงานโครงการต่างๆ ของโรงพยาบาลนับว่าเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนชั้นสูงสุดในระดับประชาธิปไตย ทั้งนี้เพราะเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในลักษณะที่เป็น partnership หรือมีสถานะเท่าเทียมกับบุคลากรของรัฐโดยแท้จริง ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาโรงพยาบาล ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาเชิงสำรวจที่พบว่า ร้อยละ 46.8 ของโรงพยาบาล 60 แห่งขึ้นไป เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล หรือเครือข่ายศูนย์การแพทย์ชุมชน การศึกษาเชิงลึกก็ได้ผลสนับสนุนข้อค้นพบดังกล่าวอย่างชัดเจน

จากการศึกษาโรงพยาบาลบ้านแพ้วซึ่งชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการพัฒนาโรงพยาบาลโดยการผลักดันนโยบายและระบบบริการของโรงพยาบาลในรูปการบริการแบบกึ่งรัฐกึ่งเอกชน (semi-privatization) การจัดให้มีบริการตลอด 24 ชั่วโมง การขยายและยกระดับขีดความสามารถของบุคลากรในการให้บริการสาธารณสุข จนกระทั่งสามารถเป็น main contractor ของประกันสังคม ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการนำโรงพยาบาลออกเป็นองค์การมหาชน หรือ

การปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารโรงพยาบาลให้เป็นอิสระภายใต้การกำกับดูแลของรัฐ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการกำหนดกฎเกณฑ์ด้านกฎระเบียบการบริหารจัดการโรงพยาบาล โดยผ่านกระบวนการปรึกษาหารือร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ชุมชนบ้านแพ้วมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจด้านนโยบายของโรงพยาบาลโดยแท้จริง

ในกรณีโรงพยาบาลห้วยพลูก็เห็นได้ชัดเจนเช่นเดียวกัน กล่าวคือ ชุมชนชาวห้วยพลูมีส่วนกำหนด ‘ชะตาชีวิต’ ของโรงพยาบาลห้วยพลู โดยการแสดงพลังมวลชนผลักดันให้ผู้บริหารระดับสูงปรับเปลี่ยนนโยบายที่จะยุบ/ย้ายโรงพยาบาลห้วยพลู ให้มาสนับสนุนการพัฒนาโรงพยาบาลห้วยพลูตามความต้องการของชุมชนจนกระทั่งประสบผลสำเร็จ ด้วยศักยภาพของชุมชนชาวห้วยพลู ทำให้โรงพยาบาลห้วยพลูสามารถยกฐานะจากศูนย์การแพทย์และอนามัย เป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง และพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้งจนกระทั่งยกระดับเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง และ 60 เตียง ตามลำดับดังปรากฏในปัจจุบัน ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนนครชัยศรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ ที่สร้างโดยรัฐอย่างสมบูรณ์แบบยังคงมีขนาดเล็กกว่า (30 เตียง)

โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิตีเห็นได้ชัดเจนเช่นเดียวกัน กล่าวคือ ชุมชนชาวจีนผู้ก่อตั้งและกำหนดนโยบาย การให้บริการที่ไม่หวังผลกำไร เพื่อช่วยเหลือชาวจีนที่ยังคงมีฐานะเศรษฐกิจที่ยังไม่สามารถพึ่งตนเองได้ด้นักเมื่อยามเจ็บป่วย ตลอดจนนโยบายการให้บริการการแพทย์สองระบบในโรงพยาบาล คือ ระบบบริการการแพทย์แผนจีน และระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบันในขณะเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของตนตามความเชื่อและศรัทธาของแต่ละบุคคล

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลท่าวังผา ซึ่งประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการโดยจัดให้มีบริการการแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการของโรงพยาบาล โดยให้บริการด้านกรอบนวดด้วยสมุนไพร และการรักษาพยาบาลด้วยยาสมุนไพร ฯลฯ เป็นต้น

นอกจากนั้น ชุมชนยังมีส่วนร่วมสำคัญในการก่อตั้งมูลนิธิต่างๆ เพื่อให้การสนับสนุนกิจกรรมของโรงพยาบาล ดังจะเห็นได้จากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลเทียนฟ้า ซึ่งมูลนิธิของโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยชุมชนมีบทบาทสำคัญยิ่งในการกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาโรงพยาบาล รวมทั้งโรงพยาบาลท่าวังผา ซึ่งอยู่ในระยะเริ่ม

แรกของการจัดตั้งมูลนิธิที่มีวัตถุประสงค์ส่วนหนึ่ง เพื่อช่วยเหลือคนไข้อนาถาและผู้สูงอายุที่ขาดญาติมิตร

2) การมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการ

โรงพยาบาลชุมชนของรัฐทั้งสามแห่ง เป็นโรงพยาบาลที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการต่างๆ เช่น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลภาคเอกชนของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว คณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาลของโรงพยาบาลท่าวังผา และคณะกรรมการโรงพยาบาลซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น คณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาลของโรงพยาบาลห้วยพลู เป็นต้น สำหรับโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิซึ่งบริหารโดยมูลนิธิก็นับได้ว่าชุมชนชาวจีนเป็นผู้บริหารโรงพยาบาลโดยตรง โดยทำหน้าที่เป็นผู้คัดเลือกผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหน้าที่บริหารจัดการโรงพยาบาลให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกรรมการมูลนิธิ

กรรมการของโรงพยาบาลชุมชนทั้งสามแห่งข้างต้น มีบทบาทสำคัญยิ่งในการยกระดับโรงพยาบาล ให้มีขีดความสามารถในทิศทางที่สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนได้ ลักษณะการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลที่สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีโดยความรู้ความสามารถของกรรมการซึ่งมีความหลากหลายในเชิงประสบการณ์และภูมิปัญญาท้องถิ่น อาทิเช่น กรรมการบริหารภาคเอกชนของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว มีบทบาทสำคัญในการวิเคราะห์ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อวางแผนการขยายขนาดและจำนวนเตียงของโรงพยาบาลให้เหมาะสม นอกจากนั้นกรรมการบริหารภาคเอกชนของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว กรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาของโรงพยาบาลท่าวังผา และกรรมการที่ปรึกษาของโรงพยาบาลห้วยพลู ยังมีบทบาทสำคัญในการระดมทรัพยากรต่างๆ จากชุมชนเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล อาทิเช่น การระดมทุนทรัพย์ในรูปของเงินบริจาค วัสดุก่อสร้าง เวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ เป็นต้น นอกจากนั้นคณะกรรมการจากภาคชุมชนยังมีศักยภาพสูงมากในการดำเนินการการจัดซื้อจัดจ้าง การต่อรองราคา การควบคุมและตรวจรับการก่อสร้างอาคารต่างๆ ของโรงพยาบาล ดังจะเห็นได้จากการที่โรงพยาบาลชุมชนของรัฐทั้ง 3 แห่งในการศึกษาครั้งนี้ สามารถประหยัดเงินงบประมาณในการก่อสร้างอาคารและการจัดซื้อจัดจ้างไปได้เป็นจำนวนมาก นอกจากนั้นยังมีความสามารถบริหารจัดการโดยใช้ทรัพยากรที่ได้จากการบริจาคได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนั้น กรรมการบริหารภาคเอกชนของโรงพยาบาลบ้านแพ้วยังทำหน้าที่สำคัญในการตรวจสอบการเงินที่ได้จากการบริจาคเมื่อมีข้อสงสัยอีกด้วย ศักยภาพของชุมชนหรือกรรมการดังกล่าวเป็นที่ประจักษ์ชัดว่า มีขีดความสามารถสูงกว่าบุคลากรของรัฐเป็น

อันมาก การที่โรงพยาบาลรู้จักศักยภาพของชุมชนมาร่วมในการบริหารจัดการ มีผลทำให้รัฐบาลสามารถประหยัดงบประมาณในการพัฒนาโรงพยาบาลได้เป็นอันมาก

3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของโรงพยาบาล

การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล เป็นลักษณะการมีส่วนร่วมที่สำคัญอันหนึ่งที่ประชาชนให้ความช่วยเหลือโรงพยาบาลทั้งในด้านวิชาการ การประสานงาน การพัฒนาพฤติกรรมบริการ รวมทั้งในการตลาด ดังจะเห็นได้จากคณะกรรมการบริหารภาคเอกชนของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ที่เข้าไปร่วมในการปฐมนิเทศบุคลากรของโรงพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล อีกทั้งทำหน้าที่เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการบัตรสุขภาพโครงการประกันสังคมของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยการจัดตั้งอาสาสมัครประชาสัมพันธ์ในท้องถิ่น อีกทั้งยังช่วยเหลือในการตลาด (social marketing) เพื่อหาลูกค้าประกันสังคมให้กับโรงพยาบาลอีกด้วย การมีส่วนร่วมดังกล่าวนี้นับว่าเป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เกิดจากจิตสำนึกว่า ตนมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของโรงพยาบาล (sense of belonging) ซึ่งถือได้ว่าเป็นแรงจูงใจที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการที่ชุมชนจะแสดงศักยภาพ โดยการเสียสละและทุ่มเทเวลาให้กับกิจกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลซึ่งหาได้ไม่ถ้อยนักภายใต้ระบบเศรษฐกิจที่แข่งขันแบบเสรีในสังคมไทยปัจจุบัน

คณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาลท่าม่วงฯ และคณะกรรมการโรงพยาบาลที่มาจากชุมชนของโรงพยาบาลห้วยพลูก็เช่นเดียวกัน กล่าวคือ กรรมการแต่ละท่านมีความรู้สึกร่วมมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของโรงพยาบาล ทั้งนี้เพราะเกิดความใกล้ชิดจากการที่ได้เข้าไปช่วยเหลือกิจกรรมของโรงพยาบาล ดังนั้นในกรณีจำเป็นที่จะต้องดำเนินกิจกรรมพัฒนาที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากองค์กรอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน คณะกรรมการก็จะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน ดังเช่น คณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาลท่าม่วงฯ ทำหน้าที่ประสานงานอย่างเข้มแข็งกับหน่วยราชการในระดับอำเภอ ตลอดจนกำนันผู้ใหญ่บ้าน และองค์กรชุมชนต่างๆ ให้ร่วมมือกันพัฒนาโรงพยาบาลแห่งใหม่ที่เขามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลมาตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อให้มาร่วมกันพัฒนาจนโรงพยาบาลสามารถเปิดดำเนินการได้โดยมีสาธารณูปโภคครบถ้วน คณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาลห้วยพลูก็เช่นเดียวกัน ได้ทำหน้าที่ประสานงานอย่างเข้มแข็งกับชุมชนและคณะสงฆ์ ตลอดจนหน่วยงานระดับจังหวัดและระดับกระทรวง จนกระทั่งสามารถทำให้โรงพยาบาล

ห้วยพลูสามารถยื่นหยัคอยู่ได้โดยไม่ต้องยุบหรือย้ายไปอยู่ที่อื่น อีกทั้งยังมีความก้าวหน้าในการพัฒนาสูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ใกล้เคียงเสียอีก

4) การเป็นสื่อกลางระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล

บทบาทที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ชุมชนหรือคณะกรรมการต่างๆ ที่มาจากชุมชนสามารถช่วยเหลือโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี ก็คือ การทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล ในด้านการเสนอข้อมูลเพื่อสะท้อนพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในบริการและทัศนคติในทางลบต่อโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ช่วยเหลือโรงพยาบาลในการ 'หยุดข่าวร้าย กระจายข่าวดี' ดังเช่น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลภาคเอกชนของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาลท่าวิเศษ ทำหน้าที่นำเสนอข้อมูลที่ประชาชนผู้ใช้บริการไม่ได้รับความสะดวกต่างๆ ในการรับบริการและในการส่งต่อคนไข้ ตลอดจนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ในการให้บริการคนไข้ เพื่อให้โรงพยาบาลดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนปรับปรุง พฤติกรรมบริการให้ดีขึ้น ในกรณีที่ชาวบ้านหรือชุมชนเกิดการเข้าใจผิดต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาลหรือบุคลากรของโรงพยาบาล คณะกรรมการก็สามารถทำหน้าที่แทนโรงพยาบาลในการแก้ไขความเข้าใจผิดดังกล่าว เช่น คณะกรรมการบริหารภาคเอกชนได้มีส่วนช่วยโรงพยาบาลบ้านแพ้วอย่างมากในการแก้ไขความเข้าใจผิดของประชาชนที่ว่า โรงพยาบาลบ้านแพ้วจะปรับเปลี่ยนการบริหารงานไปเป็นโรงพยาบาลเอกชน ฯลฯ เป็นต้น

นอกจากนั้นบทบาทอีกอันหนึ่งก็คือ ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ โครงการพัฒนาต่างๆ ของโรงพยาบาล ให้ชุมชนรับทราบและให้ความร่วมมือกับโครงการนั้นๆ อีกด้วย

สรุปปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา/บริหารจัดการโรงพยาบาล

ปัจจัยหลัก ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา/บริหารจัดการโรงพยาบาล ที่ศึกษา มีหลายประการด้วยกัน ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านโรงพยาบาล ปัจจัยด้านชุมชน และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ดังจะกล่าวโดยสรุปดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยด้านโรงพยาบาล

ในกลุ่มปัจจัยด้านโรงพยาบาล สามารถแบ่งเป็น 5 ปัจจัยหลักๆ ซึ่งส่งผลให้ภาคโรงพยาบาลดำเนินการประสานความร่วมมือจากชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในด้านต่างๆ กับโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยปัจจัยทั้งห้าสรุปได้ดังต่อไปนี้

1.1 นโยบายการเข้าถึงชุมชนของโรงพยาบาล

อาจกล่าวได้ว่า หากขาดซึ่งนโยบายที่ชัดเจนของภาคโรงพยาบาลในการยึดแนวทางการทำงานเพื่อชุมชน และให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมแล้ว ก็แทบจะเป็นไปไม่ได้เลยที่ภาคชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา/บริหารจัดการโรงพยาบาล ดังกรณีศึกษาที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว พบว่าความร่วมมือจากชุมชนที่เกิดขึ้นเริ่มมาจากนโยบายของผู้นำที่ต้องการให้ชุมชนเข้ามาพัฒนาและร่วมบริหารจัดการโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลเป็นของชุมชน เพื่อชุมชน และโดยชุมชนอย่างแท้จริง จากนั้นนโยบายนี้จึงทำให้เกิดการก่อตั้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลภาคเอกชนขึ้นมาสนองรับนโยบายดังกล่าว เพื่อทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นจริงขึ้นมาได้ หรือในกรณีศึกษาที่โรงพยาบาลท่าวังผาก็เช่นกัน นโยบายของผู้นำหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลถูกดักอย่างชัดเจน ในการดึงแกนนำชุมชนซึ่งมีความเข้มแข็งด้านสังคมวัฒนธรรม เข้ามาร่วมพัฒนาโรงพยาบาล จนก่อให้เกิดคณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาลที่มาจากภาคชุมชน ร่วมสะท้อนปัญหาด้านสาธารณสุขจากชุมชน และกลายเป็นแกนนำที่ระดมกลุ่มพลังต่างๆ จากชุมชนเข้ามาพัฒนาโรงพยาบาล ไม่เพียงการยึดนโยบายให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเท่านั้น ยังมีนโยบายในการกระจายอำนาจภายในองค์กรโรงพยาบาลอีกด้วย เพื่อไม่ให้บุคลากรยึดติดที่ตัวผู้อำนวยการ หากควรยึดความประสงค์และการมีส่วนร่วมจากชุมชนไว้เป็นนโยบายหลัก

นโยบายของโรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ ก็มีความชัดเจนที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากภาคชุมชนเป็นสำคัญ เพราะตั้งแต่แรกก่อตั้ง นโยบายของโรงพยาบาลมุ่งให้การให้บริการรักษาพยาบาลแก่ชาวจีนที่ขาดทุนทรัพย์เป็นหลัก ผลพวงจากนโยบายนี้ก่อให้เกิดศรัทธาจากชุมชนชาวจีนได้เป็นอย่างดี ซึ่งเป็นที่มาของการร่วมสนับสนุนในด้านต่างๆ ต่อโรงพยาบาลด้วยดีตลอดมา อาจกล่าวได้ว่าการที่โรงพยาบาลมีนโยบายที่เน้นการเสียสละเพื่อสังคม ย่อมได้รับความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากสังคมเป็นผลตอบแทน

1.2 ศักยภาพของผู้นำ

ในการพัฒนาองค์กรโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม จำเป็นต้องอาศัยผู้นำที่มีศักยภาพสูง ดังจะเห็นได้จากกรณีที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และโรงพยาบาลท่าม่วงผา มีศักยภาพในการชักจูงใจให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาล ศักยภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้วในการบริหารโรงพยาบาลโดยใช้หลักเศรษฐศาสตร์ สามารถนำโรงพยาบาลไปสู่การเป็น main contractor ของการประกันสังคมได้ ศักยภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าม่วงผาในการปรับตนเองให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ทำให้ได้มาซึ่งความร่วมมืออย่างจริงจังจากชุมชนท่าม่วงผา เป็นต้น

1.3 ความขาดแคลนงบประมาณ

ความขาดแคลนงบประมาณจากภาครัฐบาล เป็นปัจจัยผลักดันให้โรงพยาบาลต้องหันมาพึ่งทรัพยากรในชุมชน ดังเช่นกรณีโรงพยาบาลท่าม่วงผา แม้ก่อสร้างอาคารโรงพยาบาลแห่งใหม่เป็นที่เรียบร้อย แต่ก็ไม่สามารถเปิดให้บริการแก่ประชาชนได้ เนื่องจากขาดแคลนงบประมาณในการจัดให้มีสาธารณูปโภคต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาล ดังนั้นจึงจำเป็นต้องระดมทุนทรัพย์จากประชาชนเพื่อจัดหาสาธารณูปโภคเหล่านั้น ความขาดแคลนดังกล่าวจึงเป็นแรงกระตุ้นให้โรงพยาบาลต้องแสวงหาซึ่งความร่วมมือและการสนับสนุนจากภาคชุมชนในท้องถิ่นที่โรงพยาบาลให้การดูแลด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน

1.4 การเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา/บริหารโรงพยาบาล

การเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา/บริหารโรงพยาบาล เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งที่กระตุ้นให้ชุมชนแสดงบทบาทของตนในการเข้ามาช่วยเหลือโรงพยาบาล ดังจะเห็นได้ชัดเจนจากกรณีของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ที่กรรมการบริหารภาคเอกชนทุกท่านกล่าวว่า หากผู้อำนวยการไม่เปิดโอกาสให้ ชุมชนก็จะไม่มีโอกาสที่จะเข้ามาพัฒนาโรงพยาบาลบ้านแพ้วให้มีความแข็งแกร่งอย่างเช่นทุกวันนี้ โรงพยาบาลท่าม่วงผาก็เช่นเดียวกัน ที่ผู้อำนวยการมีนโยบายให้ชุมชนมีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของโรงพยาบาล โดยการจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาและพัฒนาโรงพยาบาลที่มาจากชุมชน เพื่อให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาล

สำหรับโรงพยาบาลห้วยพลู ผู้อำนวยการได้เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามารับรู้ปัญหาต่างๆ ถึงในโรงพยาบาล ให้เจ้าหน้าที่แนะนำตัวและชี้แจงขอบเขตหน้าที่ของตน ให้เห็นชมสภาพที่ขาดแคลนสุขพียงของอาคารสถานที่ กลวิธีเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ปัญหาภายในของ

โรงพยาบาลในครั้งแรกนี้ นอกจากจะได้ความร่วมมือจากชุมชนในด้านต่างๆ อย่างอบอุ่นแล้ว ผู้อำนวยการยังสามารถพิจารณาเลือกแกนนำชุมชนเข้ามาเป็นกรรมการภาคชุมชนได้อีกทางหนึ่งด้วย

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยด้านโรงพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา/บริหาร/จัดการโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นด้านนโยบายที่สามารถเรียกศรัทธาจากประชาชน นโยบายที่ชัดเจนในการเข้าถึงชุมชน ศักยภาพและวิสัยทัศน์ของผู้ดำเนินการ และการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม หากโรงพยาบาลขาดซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาและบริหารโรงพยาบาล ย่อมจะไม่สามารถดำเนินไปได้ด้วยความราบรื่นยิ่งยงโรงพยาบาลที่กล่าวมาแล้ว

1.5 กลวิธีระดมพลังชุมชนจากศาสนาหรือศาสนามา

ในสังคมไทย ศาสนาพุทธนับเป็นที่พึ่งทางจิตใจของคนไทยทุกระดับทางสังคม แนวคิดและพิธีกรรมทางพุทธศาสนาได้แทรกซึมอยู่ในวิถีชีวิตของคนไทยส่วนใหญ่ ในเรื่องการรักษาพยาบาล ศาสนาก็ได้เข้ามาเกี่ยวข้องในทุกยุคและสมัยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แทบทุกโรงพยาบาลได้นำศาสนามาใช้เป็นกลวิธีหนึ่งในการระดมพลังชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมกับโรงพยาบาล ดังกรณีของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งเห็นได้ชัดเจนว่า ผู้อำนวยการได้จุดประกายความคิดที่จะดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา/บริหารจัดการโรงพยาบาล เพราะได้เห็นศักยภาพของพลังมวลชน ในการก่อสร้างและทำนุบำรุงศาสนสถาน ผู้อำนวยการจึงใช้ทฤษฎีนี้เข้าหาผู้นำศาสนาหรือพระสงฆ์ที่เป็นศูนย์กลางแห่งศรัทธาของประชาชน รวมทั้งอดีตเจ้าอาวาสซึ่งเป็นแกนนำชุมชน โดยแต่งตั้งให้อธิบดีเจ้าอาวาส นักพัฒนาเป็นประธานคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลภาคเอกชน และในโครงการสร้างตึกสมเด็จย่าฯ ก็ได้นิมนต์เจ้าอาวาสซึ่งมีตำแหน่งเป็นเจ้าคณะอำเภอซึ่งเป็นที่เคารพศรัทธาของชาวบ้านแพ้ว ให้เป็นประธานคณะกรรมการก่อสร้างตึกสมเด็จย่าฯ นโยบายการระดมพลังชุมชนจากพื้นฐานความศรัทธาต่อศาสนานี้ ได้พิสูจน์ให้เห็นถึงความสำเร็จอย่างชัดเจน เพราะแกนนำทางศาสนาเหล่านี้เองได้ผลักดันให้เกิดการระดมพลังจากชุมชน จนสามารถก่อสร้างตึกสมเด็จย่าฯ ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี นอกจากนั้นยังเป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยั่งยืน และแนบเนื่องกับสังคมวัฒนธรรมไทยที่มีพุทธศาสนาเป็นศูนย์กลางของชุมชน

นโยบายเดียวกันนี้ เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลท่าวังผาเช่นเดียวกัน แม้ว่าผู้อำนวยการจะไม่ได้เข้าไปหาผู้นำทางศาสนาโดยตรงแต่ก็ได้ใช้หลักการเดียวกัน เพื่อเป็นหนทางในการระดมทุนทรัพย์ โดยมีการทอดผ้าป่าและหล่อเหรียญหลวงพ่อดอนตัน เพื่อให้ชุมชนได้บริจาคทรัพย์ผ่านการ

สมทบทุนบูชาเหรียญมงคลนี้ ซึ่งนโยบายที่ให้ความสำคัญกับความเชื่อทางศาสนานี้ สามารถกระจายการมีส่วนร่วมไปได้ดีทุกหัวระแหงในเขตอำเภอท่าวังผา ตลอดจนประชาชนนอกเขตอำเภอที่มีความเคารพนับถือทางศาสนาเดียวกัน หรือแม้แต่ที่ รพ.เทียนฟ้า ซึ่งก่อตั้งขึ้นโดยชุมชนชาวจีน ก็ยื่นอุบะบนความศรัทธาร่วมกันของชุมชนชาวจีนที่นับถือพุทธศาสนา และศรัทธาต่อนโยบายช่วยเหลือชาวจีนที่ยากจนของโรงพยาบาล ซึ่งถูกนำมาอุปมาผ่านความนับถือต่อรูปเคารพเจ้าแม่กวนอิม ซึ่งชาวจีนศรัทธาในคุณธรรมด้านความเมตตา กลวิธีที่จับพื้นฐานของความศรัทธานี้เป็นผลให้ชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องกับรูปเคารพเจ้าแม่กวนอิมได้มีส่วนร่วมในการบริจาคทรัพย์แก่โรงพยาบาลได้อีกทางหนึ่ง

2) ปัจจัยด้านชุมชน

2.1 ความต้องการสถานบริการสุขภาพของชุมชน

ความต้องการบริการด้านสาธารณสุขของแต่ละชุมชนย่อมมีความแตกต่างกัน ตามสภาพปัญหาทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การคมนาคมที่ไม่สะดวก ทำให้ชุมชนมีความต้องการที่จะมีสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน นอกจากนั้นลักษณะปัญหาสุขภาพหรือโรคและความเจ็บป่วยที่เกิดจากการประกอบอาชีพในท้องที่ ก็ทำให้ชุมชนต้องการบริการสาธารณสุขในด้านนั้นๆ มากเป็นพิเศษ ปัจจัยความต้องการบริการนี้ เป็นแรงผลักดันสำคัญประการหนึ่งที่กระตุ้นให้ชุมชนชาวห้วยพลูเข้ามามีส่วนร่วมในการสะท้อนความต้องการนั้นๆ ให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทราบ เพื่อมิให้ยุบ/ย้ายโรงพยาบาลออกไปจากชุมชน ตลอดจนร่วมมือในการพัฒนาโครงสร้างต่างๆ ของโรงพยาบาลในที่สุด

2.2 ศักยภาพชุมชน

ความสามารถของชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วมกับโรงพยาบาล จะมีมากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับพื้นฐานของศักยภาพชุมชนเป็นสำคัญ กล่าวคือ ชุมชนต้องมีความพร้อมในหลายๆ ด้าน ในกรณีชุมชนท่าวังผาที่พบว่า ชุมชนมีความเข้มแข็งด้านสังคมวัฒนธรรม ย่อมเป็นการง่ายที่โรงพยาบาลจะสามารถระดมทั้งแรงงานและทุนทรัพย์จากชุมชน และการสร้างภาพพจน์ที่ดีของโรงพยาบาลให้ปรากฏต่อชุมชน ก่อให้เกิดความร่วมมือที่ยั่งยืนเพราะพื้นฐานวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง จะเป็นรากฐานที่รองรับโรงพยาบาลไว้ หรือในกรณีศึกษาที่ชุมชนมีศักยภาพด้านเศรษฐกิจสูง เช่น ชุมชนชาวจีนเยวราชและชุมชนห้วยพลู ชุมชนก็สามารถสนับสนุนโครงการต่างๆ ของโรงพยาบาลที่อาจต้องใช้ทุนทรัพย์เกินกว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐได้ ศักยภาพของชุมชนยังรวมถึงประสบการณ์ตรงของบุคคลในชุมชนผู้ซึ่งเป็นเจ้าของกิจการ สามารถนำเอาหลักการบริหาร การ

ควบคุมบัญชีรายรับ-รายจ่าย หรือควบคุมผู้รับเหมาก่อสร้าง จากประสบการณ์ในการทำงานของตน มาใช้ในการช่วยเหลือโครงการของโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนจากคณะกรรมการภาคเอกชนของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว และโรงพยาบาลห้วยพลู

2.3 ความศรัทธาในผู้นำ

แรงกระตุ้นที่เกิดจากความศรัทธาในตัวผู้นำ ก็เป็นปัจจัยผลักดันที่โดดเด่นยิ่ง ในชุมชนที่มีเครือข่ายประชาคมเข้มแข็งซึ่งค่อนข้างยากต่อการเปิดรับคนนอกยิ่งชุมชนท่าวังผา ความศรัทธาไว้วางใจต่อผู้นำหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาคมเต็มใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาล นอกจากนั้น แรงศรัทธาในแง่คุณภาพงานบริการของโรงพยาบาล ก็ทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกว่าเขาสามารถพึ่งพาโรงพยาบาลได้หากเกิดเจ็บป่วย อีกทั้งเกิดความเชื่อมั่นในตัวผู้นำที่จะจัดหาบุคลากร เครื่องไม้เครื่องมือที่มีคุณภาพไว้รองรับความจำเป็นด้านสุขภาพของชุมชนได้ เมื่อชุมชนตระหนักถึงความตั้งใจของผู้นำที่จะช่วยเหลือชุมชน เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว รวมทั้งเห็นประโยชน์ของโรงพยาบาล ชุมชนก็จะเกิดทัศนคติที่ดีต่อโรงพยาบาลและที่จะยินดีที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาล

2.4 ความพึงพอใจในบริการ (Consumer's satisfaction)

ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้ใช้บริการหรือประชาชนจะตัดสินใจเลือกใช้บริการจากโรงพยาบาลนั้นๆ อีกหากมีความจำเป็นหรือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในครั้งต่อมา การให้บริการโดยยึดคนไข้เป็นศูนย์กลาง (patient centered) ดูแลคนไข้ทั้งร่างกายและจิตใจ ย่อมทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกที่ดีที่มีต่อโรงพยาบาล ดังเช่นโรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลท่าวังผา และโรงพยาบาลห้วยพลูที่เน้นความสำคัญของระบบบริการดังกล่าว จนกระทั่งสามารถลบล้างทัศนคติของชุมชนที่เคยมองภาพโรงพยาบาลไปในทางลบให้กลับมาสนับสนุนกิจกรรมของโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เนื่องจากความพยายามของโรงพยาบาลทั้งสามแห่งที่มุ่งมั่นปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมบริการของบุคลากรเพื่อลดความห่างเหินทางสังคม (Social distance) ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตลอดจนสร้างทัศนคติใหม่ว่าคนไข้คือ “ลูกค้า” ของโรงพยาบาล มิใช่ประชาชนที่มาขอพึ่งบริการจากรัฐอีกต่อไป

2.5 ความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของโรงพยาบาล (Sense of belonging)

แต่เหนือสิ่งอื่นใด การมีส่วนร่วมที่ยั่งยืนที่สุดจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อชุมชนเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของโรงพยาบาล เพราะสิ่งนี้เป็นหัวใจของการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนใน

การพัฒนา/บริหาร/จัดการโรงพยาบาล ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะกระตุ้นให้ชุมชนต้องการสิ่งที่ดีที่สุด และสอดคล้องกับความต้องการของเขา กระตุ้นให้เกิดการปกป้อง ดูแล รักษาผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับโรงพยาบาลของตน ดังที่โรงพยาบาลห้วยพลูได้รับการคุ้มครองจากพลังชุมชน จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้ยุบเลิกโรงพยาบาล โดยการเจรจาต่อรองกับผู้บริหารจากกระทรวงฯ ยืนยันถึงความต้องการโรงพยาบาลชุมชน จนกระทั่งนโยบายดังกล่าวต้องยกเลิกไป หรือในชุมชนที่มีเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง ก็สามารถระดมแรงงานได้จากทุกหมู่บ้านมาช่วยในการก่อสร้างต่างๆ ในโรงพยาบาล โดยได้รับการตอบรับอย่างเต็มที่ เพราะพวกเขารู้สึกว่าโรงพยาบาลเป็นของชุมชนโดยแท้

3) ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

เมื่อผนวกรวมปัจจัยกระตุ้นต่างๆ ที่ผลักดันให้ชุมชนและโรงพยาบาลประสานความร่วมมือเข้าด้วยกัน เพื่อจุดประสงค์ในการพัฒนาโรงพยาบาลให้ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน สิ่งก็ตามมาก็คือ ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน กล่าวคือ โรงพยาบาลเองก็ได้รับประโยชน์หลายประการจากชุมชน ขณะเดียวกันชุมชนก็ได้รับประโยชน์จากการให้บริการที่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาล ซึ่งนับว่าเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมที่ช่วยจรรโลงใจต่อทั้งสองฝ่าย

ในภาคชุมชนเอง ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับโรงพยาบาลจะก่อให้เกิดความไว้วางใจและศรัทธาต่อโรงพยาบาล ซึ่งจะพัฒนาไปสู่ความรู้สึกเป็นเจ้าของ และต้องการเห็นโรงพยาบาลของตนปรับปรุงคุณภาพบริการให้สนองความต้องการของชุมชนได้ นอกจากนั้น การที่โรงพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วมกับกิจกรรมทางสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นได้อย่างกลมกลืน ย่อมเป็นการสร้างความรู้สึกที่ดีต่อกันได้โดยง่าย ชุมชนจะกระตือรือร้นที่จะสะท้อนปัญหาต่างๆ รวมทั้งเสนอแนะความคิดเห็นต่างๆ ต่อโรงพยาบาลได้โดยไม่รู้สึกว่าด้อยกว่า อีกทั้งยังนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนในอนาคตซึ่งน่าจะเป็นผลดีต่อทั้งโรงพยาบาลและชุมชนในระยะยาว

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา/บริหารจัดการโรงพยาบาล

จากลักษณะที่หลากหลายของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาและบริหารจัดการโรงพยาบาลดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อโรงพยาบาลของรัฐโดยตรง อีก

ทั้งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อรัฐบาลในการประหยัดงบประมาณเพื่อการสาธารณสุข รวมทั้งน่าจะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของประชาชนหรือชุมชนโดยรวมในที่สุด โดยสรุปได้ดังต่อไปนี้

1) ความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ

โดยการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการโรงพยาบาล ทำให้เกิดความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการโดยเฉพาะด้านการเงิน การจัดซื้อจัดจ้างต่างๆ ที่จำเป็น ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลบ้านแพ้วซึ่งมีลักษณะของการบริหารที่แตกต่างไปจากโรงพยาบาลของรัฐแห่งอื่น ๆ กล่าวคือ มีรูปแบบการบริหารยืดหยุ่นภายใต้บริบทของตนเอง เช่น มีระบบการเงินการคลังสองระบบในหนึ่งเดียว คือระบบงบประมาณของรัฐปกติที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข ส่วนอีกระบบหนึ่งคือ ระบบการเงินการคลังแบบเอกชนภายใต้การดูแลและการบริหารจัดการของมูลนิธิโรงพยาบาลบ้านแพ้วซึ่งเป็นมูลนิธิที่ตั้งขึ้นโดยชุมชนอำเภอบ้านแพ้ว

การบริหารจัดการด้วยลักษณะพิเศษ ซึ่งมีความยืดหยุ่นและมีระบบการเงินการคลังแบบสองระบบดังกล่าว ช่วยส่งผลให้โรงพยาบาลเกิดความคล่องตัวในการดำเนินงานของโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก อาทิเช่น การให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีความสะดวกรวดเร็ว การพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลให้มีขีดความสามารถในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้โรงพยาบาลยังสามารถพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้สวยงามเช่นเดียวกับโรงพยาบาลเอกชน ด้วยเหตุดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลบ้านแพ้วสามารถยกฐานะขึ้นมาเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาด 120 เตียงได้ภายในระยะเวลาที่รวดเร็ว และเป็นโรงพยาบาลของรัฐโรงพยาบาลหนึ่งในจำนวนทั้งหมด 7 โรงพยาบาลที่รัฐบาลไทยได้วางเป้าหมายให้เป็นโรงพยาบาลนำร่อง ในการทดลองปรับปรุงการบริหารโรงพยาบาลของรัฐที่มีความคล่องตัวในลักษณะองค์การมหาชนอิสระ

2) การยกระดับคุณภาพบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

การมีคณะกรรมการจากฝ่ายประชาชนทำให้โรงพยาบาลมีกลไก (mechanism) ที่จะรับทราบความคิดเห็น ทศนคติของผู้ใช้บริการหรือประชาชนในท้องถิ่นที่มีต่อโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้บริหารโรงพยาบาล ที่จะพิจารณาข้อมูลที่ได้รับจากคณะกรรมการที่มาจากประชาชน ไปเป็นประโยชน์ในการวางนโยบายและจัดรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น และสอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการด้านบริการสุขภาพอนามัยของชุมชน ทำให้

โรงพยาบาลสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับระบบบริการ การพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากร ตลอดจนการขยายขอบข่ายของบริการ รวมทั้งการยกระดับขีดความสามารถของบุคลากร และคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ดังผลการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว โดย กุลฤดี พงศ์โนวิสุทธ์ ที่พบว่า คุณภาพบริการของโรงพยาบาลบ้านแพ้วในทัศนะของผู้ใช้บริการ อยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในด้านความสะดวกและการเข้าถึงบริการ (accessibility) บุคลากรมีอัธยาศัยดี (courtesy) ผู้ให้บริการโดยเฉพาะแพทย์มีความรู้ความสามารถสูง (competency) และเคารพในสิทธิผู้ป่วย โดยรวมผู้ให้บริการพึงพอใจในการบริการที่ได้รับและตั้งใจจะกลับมาใช้บริการอีก รวมทั้งจะแนะนำผู้อื่นให้มาใช้บริการ นอกจากนี้โรงพยาบาลบ้านแพ้วยังได้รับรางวัลสถานพยาบาลพัฒนางานประกันสังคมดีเด่น ประจำปี 2539 จากกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้รับรางวัลมหิดล-บีบราวน์ เพื่อการแพทย์และสาธารณสุขไทย เมื่อปี พ.ศ. 2540

นอกจากนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชนยังก่อให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ทั้งนี้เพราะการมีคณะกรรมการต่างๆ ที่มาจากชุมชน ทำให้ชุมชนสามารถทำหน้าที่ควบคุมกำกับโรงพยาบาลดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายและความต้องการของชุมชน ตลอดจนก่อให้เกิดความโปร่งใสในการบริหารจัดการต่างๆ ของโรงพยาบาลอีกด้วย ทำให้โรงพยาบาลจำเป็นต้องปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ

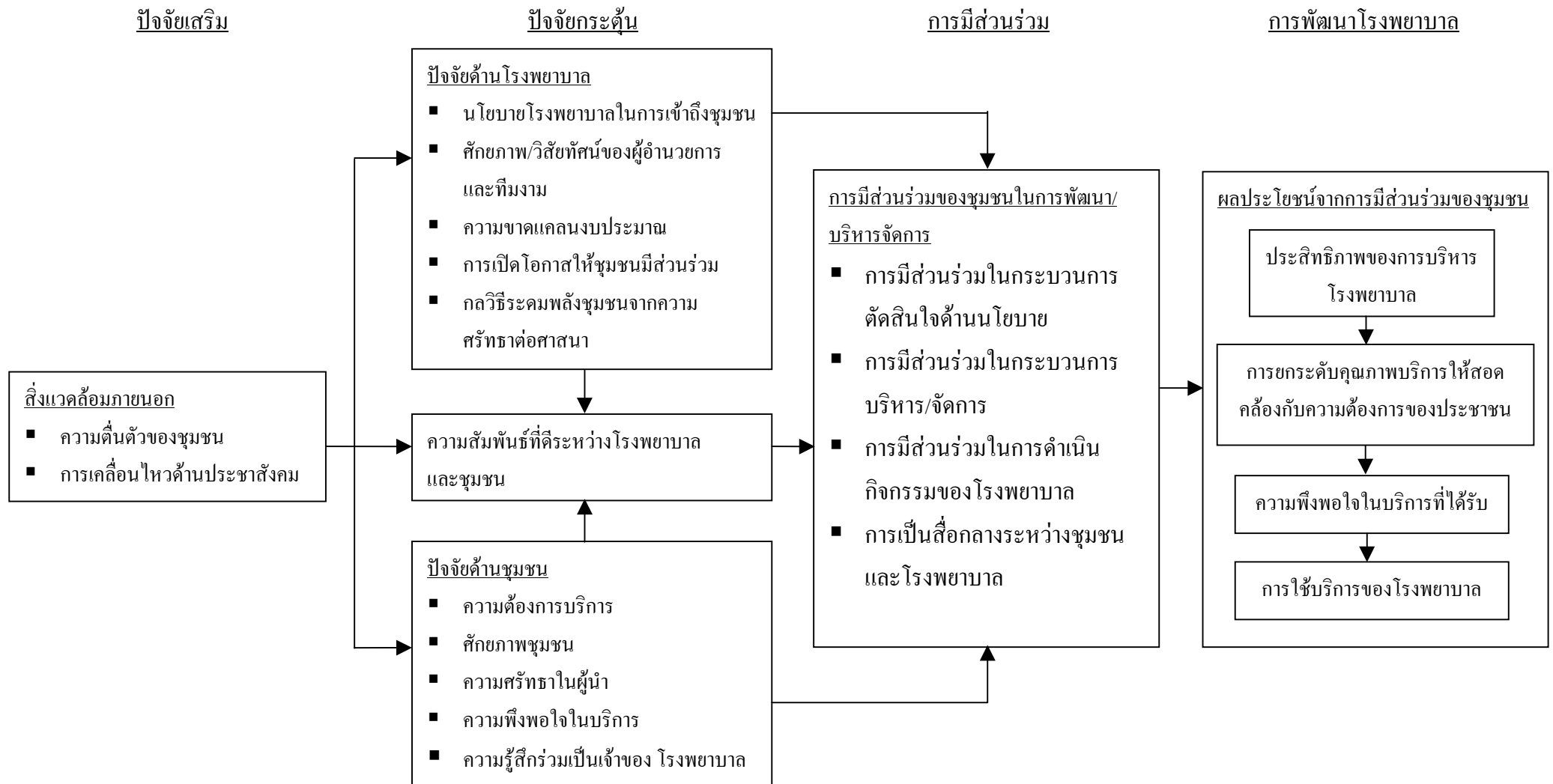
3) การประหยังบประมาณของรัฐ

การมีส่วนร่วมของประชาชนก่อให้เกิดการระดมทรัพยากรในชุมชน (local resources) ซึ่งมีศักยภาพหลายประการที่จะช่วยพัฒนาโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี อาทิเช่น ศักยภาพในเชิงเศรษฐกิจและศักยภาพในเชิงการบริหารจัดการ ฯลฯ เป็นต้น ทำให้รัฐสามารถ ประหยังบประมาณในการก่อสร้างอาคารต่างๆ ตลอดจนการซื้อเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลได้เป็นอันมาก นอกจากนี้ การมีคณะกรรมการที่มาจากชุมชนยังช่วยให้เกิดความโปร่งใสในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้าง การควบคุมกำกับ ตลอดจนตรวจสอบโครงการพัฒนาต่างๆ ของโรงพยาบาลให้มีความโปร่งใสและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

4) การยกระดับสุขภาพของประชาชน

การที่โรงพยาบาลสามารถจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ย่อมทำให้ประชาชนเกิดความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล และมีผลทำให้ประชาชนหันมาใช้บริการของโรงพยาบาลมากขึ้น แทนที่จะไปใช้บริการจากแหล่งอื่นซึ่งอาจจะด้อยประสิทธิภาพกว่า การที่ประชาชนมาใช้บริการจากโรงพยาบาล นอกจากทำให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพแล้ว ยังทำให้ประชาชนได้มีโอกาสได้รับคำแนะนำต่างๆ จากโรงพยาบาลในด้านการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย ดังนั้นย่อมน่าจะมีผลต่อการยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยรวม ดังสรุปในแผนภูมิที่ 6

แผนภูมิที่ 6 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา/บริหารจัดการโรงพยาบาล



ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นศักยภาพของชุมชนในการพัฒนา/บริหารจัดการโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในรายละเอียด คงปฏิเสธไม่ได้เลยว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนก่อให้เกิดประโยชน์ต่อรัฐบาลและน่าจะมีผลต่อการยกระดับสถานะสุขภาพของประชาชน/ชุมชนเองในที่สุด

ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้ จึงมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับลักษณะ วิธีการ เงื่อนไข กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชน รวมทั้งขั้นตอนการพัฒนาเพื่อแปรรูปโรงพยาบาลของรัฐให้เป็นองค์กรมหาชนภายใต้การกำกับของรัฐ ตลอดจนแนวทางที่จะทำการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน

1.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบาย หัวใจสำคัญยิ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชน ก็คือ อำนาจตัดสินใจของประชาชน หากโรงพยาบาลจะปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารให้มีลักษณะเป็นองค์กรมหาชน ประชาชนควรมีส่วนร่วม ตั้งแต่ระดับนโยบาย กล่าวคือประชาชน/ชุมชน ควรมีส่วนร่วมตัดสินใจเชิงนโยบายว่า โรงพยาบาลในท้องถิ่นของเขา ควรจะมีลักษณะเป็นองค์กรมหาชนหรือไม่ ทั้งนี้อาจทำได้ในรูปประชาพิจารณ์โดยให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอ การให้สิทธิ์ประชาชนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายเช่นนี้ จะทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความรู้สึกผูกพันว่าชุมชนจะต้องให้การสนับสนุน ดูแลโรงพยาบาลของเขาให้พัฒนาไปในทิศทางที่เขาต้องการ

1.2 การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการโรงพยาบาล นอกเหนือจากการกำหนดนโยบายแล้ว ประชาชน/ชุมชนมีศักยภาพเพียงพอที่จะทำหน้าที่บริหารจัดการโรงพยาบาลในรูปคณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการซึ่งทำหน้าที่กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาโรงพยาบาล ควรมาจากตัวแทนชุมชนทั้งหมดหรืออาจมาจากตัวแทนชุมชน ร่วมกับตัวแทนภาครัฐบาลขึ้นอยู่กับศักยภาพของชุมชน ในกรณีหลัง จำนวนกรรมการที่มาจากภาคเอกชน ควรมีจำนวนสูงกว่ากรรมการที่มาจากภาครัฐ และประธานกรรมการ ควรเป็นตัวแทนชุมชน ทั้งนี้เพื่อป้องกันมิให้ระบบราชการเข้ามาครอบงำ คณะกรรมการบริหารมีอำนาจเต็มในการคัดเลือกและถอดถอนผู้อำนวยการโรงพยาบาล เข้ามาบริหารจัดการให้เป็นไปตามนโยบาย

1.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการต่างๆ ของโรงพยาบาล (Implementation) ประชาชนหรือชุมชน อาจมีส่วนร่วมโดยตรงในการช่วยเหลือโรงพยาบาลในโครงการต่างๆ อาทิเช่น การระดมทุนทรัพย์เพื่อพัฒนาโรงพยาบาล การประสานงานกับองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ โครงการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ของโรงพยาบาล ตลอดจนเป็นสื่อกลางระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน เป็นต้น

1.4 การมีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับและตรวจสอบการบริหารงานของ โรงพยาบาล ชุมชนโดยผ่านคณะกรรมการบริหารหรือประชาชนทั่วไปจำนวนหนึ่งเข้าชื้อกัน ควรมีสิทธิในการควบคุมกำกับ และตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้าง และการเงิน/บัญชีของโรงพยาบาลได้ หากมีข้อสงสัย ทั้งนี้เพื่อความโปร่งใสในการบริหารงาน

2. เงื่อนไขที่จะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

2.1 รัฐและโรงพยาบาล จะต้องสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เอื้ออำนวยต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ การสร้างกระแสความตื่นตัวของชุมชนในระบอบประชาธิปไตย สนับสนุนให้ชุมชนมีการรวมกลุ่มในลักษณะประชาสังคม ปลุกกระแสให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของโรงพยาบาลในฐานะผู้เสียภาษีอากรให้แก่รัฐ รวมทั้งรณรงค์ให้ประชาชนรู้จักรักษาสิทธิผู้ป่วย

2.2 โรงพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญกับนโยบายเข้าถึงชุมชน โดยการจัดบริการเชิงรุกเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เพื่อเรียกศรัทธาจากประชาชนต่อโรงพยาบาล มีแนวทางการจัดการบริหารเพื่อสนองความต้องการของชุมชน เน้นการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากร และระบบบริการที่ยึดคนไข้เป็นศูนย์กลางเพื่อลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อันจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในบริการ และเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อโรงพยาบาล

2.3 โรงพยาบาลอาจพิจารณารูปแบบการพัฒนาที่สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมของชาวพุทธ โดยการประสานความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลกับวัดในท้องถิ่นซึ่งเป็นศูนย์กลางของชุมชน เพื่อผลในการร่วมมือกันในการเสนอประเด็นปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต การระดมทรัพยากรผ่านกิจกรรมทางศาสนา โดยการร่วมมือประสานงานผ่านทางคณะผู้นำทางศาสนา ซึ่งมีความศรัทธาจากชาวบ้านเป็นทุนอยู่แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการสร้างถาวรวัตถุ ตลอดจนเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ และในโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยอนาถา เป็นต้น

2.4 เนื่องจากศักยภาพชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศักยภาพในเชิงเศรษฐกิจของชุมชน ดังนั้นโรงพยาบาลควรสนับสนุนให้มีโครงการพัฒนาสุขภาพอนามัยผสมผสานไปกับโครงการพัฒนาเศรษฐกิจของชุมชนอีกด้วย เช่น โครงการพัฒนาสมุนไพร การวางแผนโบราณ และโครงการอื่น ๆ ที่สามารถส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นให้มีคุณค่าในการยกระดับเศรษฐกิจของชุมชน เพื่อสร้างชุมชนให้เข้มแข็งและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างโรงพยาบาลของชุมชนไปด้วยในขณะเดียวกัน

3. กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชน

คุณสมบัติของตัวแทนประชาชน/ชุมชน ที่จะเข้ามาเป็นตัวแทนในคณะกรรมการนโยบายหรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ควรจะเป็นผู้ซึ่งมีความสนใจในปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชน มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์พอสมควรในเชิงบริหารจัดการ และมีเวลาเพียงพอที่จะอุทิศตนให้กับการพัฒนาและบริหารโรงพยาบาล และที่สำคัญยิ่งก็ควรเป็นผู้ที่ประชาชน/ชุมชนยอมรับและไว้วางใจที่จะให้เป็นตัวแทนของเขาในการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาล การที่ได้มาซึ่งบุคคลที่มีคุณสมบัติเหล่านี้ จำเป็นต้องสร้างเงื่อนไข เกี่ยวกับคุณสมบัติและการได้มาซึ่งตัวแทนชุมชน ได้แก่

3.1 ผู้ที่จะเข้ามาเป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ควรเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ในระยะเวลาพอสมควร หรือเพียงพอที่จะทราบถึงสภาพทางสังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่น ตลอดจนปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และปัญหาการใช้บริการของโรงพยาบาล

3.2 การได้มาซึ่งตัวแทนชุมชน ควรจะให้องค์กรประชาชนในชุมชน ที่เป็นนิติบุคคล เช่น สมาคม สโมสร มูลนิธิเพื่อพัฒนาชุมชนต่างๆ เป็นผู้เสนอชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ในกรณีที่ผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อ มีจำนวนมากเกินจำนวนกรรมการที่มาจากผู้แทนชุมชน น่าจะให้ผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อเหล่านั้น ทำการคัดเลือกกันเองให้ได้จำนวนที่ต้องการ เพื่อเป็นกรรมการบริหาร ส่วนที่เหลืออาจพิจารณาแต่งตั้งให้เป็นคณะอนุกรรมการต่างๆ ตามความเหมาะสม

3.3 ในการกำหนดกฎระเบียบต่างๆ ในรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน ควรจะให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพิจารณาตัดสินใจในการกำหนดกฎระเบียบเหล่านั้นด้วย ทั้งนี้เพื่อให้กฎระเบียบเหล่านั้น มีความสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของประชาชนส่วนใหญ่ และสอดคล้องกับสภาพสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่น ตลอดจนมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

4. การพัฒนาเพื่อแปรรูปโรงพยาบาลรัฐเป็นองค์กรมหาชน

ในทางปฏิบัติ หากโรงพยาบาลต้องการเตรียมความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารเป็นองค์กรมหาชน โรงพยาบาลน่าจะดำเนินการพัฒนาเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารโรงพยาบาล ดังแนวทางที่สรุปไว้ในตารางที่ 10

อย่างไรก็ตาม หลักการต่างๆ ที่นำเสนอในตารางดังกล่าว เป็นเพียงการสังเคราะห์จากผลการศึกษาที่ได้จากโรงพยาบาลของรัฐขนาดเล็ก ซึ่งตั้งอยู่ในชุมชนชนบทและกึ่งชนบทถึงเมือง สภาพความสัมพันธ์ของชุมชนยังอยู่ในระดับที่เหนียวแน่นพอสมควร ดังนั้น จึงมีข้อเสนอสรุปที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ และมีใช้เป็นกฎเกณฑ์ที่แน่นอนตายตัวเสมอไป ดังนั้น หากจะนำไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติก็สามารถพิจารณาปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมและความสัมพันธ์ของชุมชน ซึ่งย่อมมีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ รูปแบบที่ประสบความสำเร็จในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง อาจพบว่าไม่ประสบความสำเร็จเมื่อนำไปใช้กับอีกพื้นที่หนึ่งก็ได้ ดังนั้น ผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องศึกษาเรียนรู้และปรับปรุงกลวิธีที่ใช้ในการพัฒนาเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ได้มาซึ่งความสำเร็จในที่สุด

ตารางที่ 10 แนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลของรัฐเป็นองค์กรมหาชนภายใต้การกำกับของรัฐ

ขั้นตอนหลัก	ปัจจัยกำหนดความสำเร็จ	ปัจจัยชี้วัดความสำเร็จ
1. สร้างศรัทธากับชุมชน 1.1 เรียนรู้สภาพสังคมวัฒนธรรม เครือข่ายองค์กรชุมชนที่มีอยู่ ศักยภาพของชุมชน ประสพการณ์การมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาต่างๆ 1.2 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ทั้งในและนอกโรงพยาบาล	- ผู้นำหรือผู้อำนวยการต้องมีทัศนคติที่ดีต่อชุมชน เข้าใจวัฒนธรรมของชุมชน สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นได้ดี - ประชาชน/ชุมชน มีส่วนร่วมในการกำหนดประเภทกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามความต้องการของประชาชน	- ผู้นำ (ผู้อำนวยการ ร.พ.) และทีมงาน มีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน - ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อโรงพยาบาลและบุคลากรของโรงพยาบาล - ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. สร้างกระแสความตื่นตัวของประชาชน และสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง 2.1 การสร้างกลุ่มประชาสังคม (ถ้ายังไม่มีอยู่ในสังคม) 2.2 สร้างโครงการเพื่อพัฒนาชุมชน แบบผสมผสาน	- จัดให้มีการรวมกลุ่มต่างๆ ขึ้นในชุมชน เพื่อทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม - ผู้อำนวยการต้องมีศักยภาพสูง มีลักษณะเป็นผู้นำชุมชนที่เสียสละและเอื้ออาทรต่อชุมชน เคารพความคิดเห็นของประชาชนและมีการตัดสินใจโดยใช้กระบวนการประชาธิปไตย - ผู้อำนวยการหรือทีมงาน ต้องเป็นผู้ประสานงานที่ดี สามารถดึงขุมพลังในชุมชน ตลอดจนประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและ NGO ที่เกี่ยวข้อง - โครงการพัฒนาต้องเป็นความต้องการของชุมชน มิใช่เกิดจากความต้องการของฝ่ายโรงพยาบาลฝ่ายเดียว	- กลุ่มต่างๆ มีการพบปะร่วมคิดร่วมทำกิจกรรมกันอย่างสม่ำเสมอ - ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน จัดลำดับความสำคัญของปัญหารู้จักวางแผนเพื่อแก้ปัญหา มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผน ตลอดจนการประเมินผลโครงการพัฒนา โดยหน่วยงานภาครัฐเป็นพี่เลี้ยง (ประชาชนคิดเป็น ทำเป็น และแก้ปัญหาเป็น)

ขั้นตอนหลัก	ปัจจัยกำหนดความสำเร็จ	ปัจจัยชี้วัดความสำเร็จ
3. เตรียมพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง 3.1 ปลุกฝังแนวคิดการทำงานเพื่อชุมชนให้กับทีมงาน 3.2 ปรับเปลี่ยนทัศนคติ/พฤติกรรมบริการของบุคลากร โดยยึดคนไข้เป็นศูนย์กลาง (patient's center) 3.3 พัฒนาองค์กร โรงพยาบาลให้เป็นองค์กรที่เข้มแข็งมีศักยภาพ	• สร้างแนวคิดชุมชนเป็นทั้งเป้าหมาย (end) และเป็นกระบวนการที่นำไปสู่เป้าหมาย (mean) ของการพัฒนาสุขภาพ • ต้องมีการทำงานเป็นทีมแบบ cross-functional • ผู้อำนวยการต้องเป็นผู้นำตามระบอบประชาธิปไตย มีการกระจายอำนาจตามความเหมาะสม	• โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน ISO หรือ HA • ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรของโรงพยาบาลและชุมชนเป็นความสัมพันธ์ในแนวราบ หรือความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกัน (equity)
4. เตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง 4.1 ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ 4.2 ทำประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนสถานภาพของโรงพยาบาล และประเมินศักยภาพของชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาล	• ผู้อำนวยการแสดงจุดยืนโดยประกาศเจตนารมณ์ทำโรงพยาบาลให้เป็นสมบัติของชุมชน • ทำให้ประชาชนเห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการปรับเปลี่ยน • ชุมชนมีศักยภาพเพียงพอที่จะมีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาล	• ชุมชนมีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของโรงพยาบาล (เช่นเดียวกับความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของวัด) • ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการแปรรูปโรงพยาบาลเป็นองค์การมหาชน • ประชาชนกระตือรือร้นหรือเป็นฝ่ายกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง • ประชาชนเรียกร้องสิทธิในการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาล

ขั้นตอนหลัก	ปัจจัยกำหนดความสำเร็จ	ปัจจัยชี้วัดความสำเร็จ
5. การปรับเปลี่ยนการบริหารโรงพยาบาลให้เป็นอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ 5.1 ประชาสัมพันธ์เพื่อให้บุคลากรมีความเข้าใจในบทบาทและสถานภาพของตนภายใต้ระบบการบริหารแบบ autonomous hospital 5.2 ประชาสัมพันธ์ให้องค์กรชุมชน/ประชาชนทราบบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลภายใต้การบริหารงานระบบใหม่	• บุคลากรส่วนใหญ่เต็มใจที่จะปฏิบัติงานภายใต้ระบบ autonomous hospital • ผู้ที่ได้รับคัดเลือกจากชุมชนให้เข้ามาเป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เป็นผู้ที่มีความสามารถเรียนรู้และมีประสบการณ์เพียงพอ และมีความเสียสละที่จะทำประโยชน์ให้กับส่วนรวม • คณะกรรมการบริหารจะต้องประกอบด้วยผู้แทนจากฝ่ายชุมชนกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการบริหารทั้งหมด	• คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลสามารถดำเนินงานบริหารโรงพยาบาลได้อย่างราบรื่น • ราคาการรักษาพยาบาลต้องไม่เพิ่มสูงขึ้นโดยไม่จำเป็น • โรงพยาบาลมีการพัฒนาไปในทิศทางที่ชุมชนต้องการ • ประชาชนส่วนใหญ่พึงพอใจในบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล

5. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยต่อไป

5.1 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถหาโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ที่พร้อมที่จะปรับเปลี่ยนเป็นองค์กรมหาชนเป็นกรณีศึกษาได้ ทำให้ขาดข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาที่เป็นขั้นตอนและโครงสร้างของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในสถานการณ์ปัจจุบัน ภายใต้อำนาจของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ตั้งอยู่ในเขตเมืองใหญ่ๆ ซึ่งความสัมพันธ์ทางสังคมของชุมชนมีความสลับซับซ้อนกว่า ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่กำลังอยู่ในขั้นตอนของการพัฒนาไปสู่องค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐ โดยการศึกษาสังเกตอย่างใกล้ชิด โดยเริ่มตั้งแต่จุดเริ่มต้นของกระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการหรือจนกระทั่งโรงพยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้เพื่อที่จะได้วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ตลอดจนถูกนำไปสู่ความสำเร็จของขั้นตอนต่างๆ ตลอดจนปัจจัยชี้วัดความสำเร็จของแต่ละขั้นตอนได้อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

5.2 เนื่องจากโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกที่ได้ปรับเปลี่ยนระบบการบริหารเป็นโรงพยาบาลอิสระภายใต้การกำกับดูแลของรัฐภายใต้ พ.ร.บ. องค์กรมหาชน อย่างเป็นทางการเรียบร้อยแล้ว ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2543 และปัจจุบันกำลังอยู่ในขั้นตอนของการพัฒนาปรับระบบการบริหารและระบบบริการของโรงพยาบาล จึงน่าจะได้มีการศึกษาติดตามถึงกระบวนการเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของการปรับเปลี่ยนระบบบริหารและระบบบริการของโรงพยาบาล ตลอดจนคุณภาพของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารโรงพยาบาล นอกจากนั้นควรทำการศึกษาวิจัยประเมินผลกระทบด้านต่างๆ ของการปรับเปลี่ยนระบบบริหาร โดยเฉพาะที่มีต่อประชาชนและผู้ให้บริการของโรงพยาบาลในระยะยาวอีกด้วย เพื่อจะได้เป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนานโยบายการปฏิรูประบบบริหารโรงพยาบาลต่อไปในอนาคต

5.3 หากเป็นไปได้น่าจะมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) โดยคัดเลือกโรงพยาบาลที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นกรณีศึกษา โดยใช้กรอบแนวคิดและแนวทางพัฒนาตามขั้นตอนต่างๆ ที่เสนอในตารางที่ 10 โดยมีทีมวิจัยประกอบด้วยบุคลากรของโรงพยาบาลฝ่ายประชาชนและทีมวิจัยจากภายนอก ร่วมกันทำการศึกษาและพัฒนาโดยนักวิจัยจากภายนอกทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) และกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ ทีมวิจัยจากโรงพยาบาลและทีมวิจัยฝ่ายประชาชนเป็นผู้ดำเนินงาน รวมทั้งร่วมวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดความสำเร็จและปัจจัยชี้วัดความสำเร็จที่เป็นรูปธรรม

5.4 เนื่องจากการปฏิรูประบบราชการที่มุ่งกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปยังองค์กรบริหารส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น อาจมีผลทำให้หน่วยงานสาธารณสุขระดับต่างๆ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนสถานะเป็นองค์กรที่อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับขององค์กรบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือเทศบาลเมือง เป็นต้น การปรับเปลี่ยนดังกล่าวนับเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญยิ่ง จึงน่าจะได้มีการศึกษาสำรวจระดับกว้างเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ที่จะได้รับผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนดังกล่าวด้วย อาทิเช่น การสำรวจความคิดเห็นและทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขที่จะได้รับผลกระทบ และสำรวจความพร้อมและความคิดเห็นขององค์กรส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น ที่จะต้องรับภาระหรือรับผิดชอบดังกล่าวด้วย ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพระดับชาติต่อไป

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กองบรรณาธิการ. (2542). ทิศทางสู่ Autonomous hospital. โรงพยาบาลชุมชน. 1(1), 33-39.
- กองบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลชุมชน. (2542). “โรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลรัฐ-กึ่งเอกชนที่กำลังออกสู่ระบบใหม่”. วารสารโรงพยาบาลชุมชน. 1(1).
- กุลฤดี วงศ์โนวิสุทธิ์. (2542). การประเมินคุณภาพบริหารของผู้ป่วยนอก : การศึกษาโรงพยาบาลชุมชน อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.บ้านแพ้ว). (2541). เอกสาร.
- เทศบาลตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร. (2542). เอกสาร.
- นาอีหมี๊ะ. (2528). โอเอซิส กลางเขาวราช. นิสิตนักศึกษา. 5(15).
- ที่ระลึกพิธีเปิดอาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในขนาด 30 เตียง โรงพยาบาลห้วยพลู. (2537). (พิมพ์ครั้งที่1).
- ที่ระลึกพิธีเปิดตึกสงฆ์อาพาธโรงพยาบาลห้วยพลู อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม. (2540). (พิมพ์ครั้งที่1).
- มปป. มูลนิธิโรงพยาบาลเทียนฟ้าครบรอบ 80 ปี พ.ศ. 2446-2527. มปป.
- มปป. โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ ครบรอบ 90 ปี พ.ศ. 2446-2537. มปป.
- รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่โรงพยาบาลเทียนฟ้ามูลนิธิ ครั้งที่ 17/2542. (2542).
- ลือชัย ศรีเงินยวง. (2527). การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพื้นที่ชนบทยากจน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิต ธรรมเวชกุล. (2541). การศึกษาและประเมินผลโครงการบริหารโรงพยาบาลบ้านแพ้ว แบบกึ่งรัฐ-เอกชน. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โครงการศึกษาระบบสาธารณสุขของรัฐ.
- ส่วนนโยบายสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2539). การศึกษาและประเมินผลโครงการบริหารโรงพยาบาลชุมชน แบบรัฐ-กึ่งเอกชน ศึกษากรณี: โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2542). สรุปผลการสัมมนาเรื่องการจัดตั้งโรงพยาบาลในกำกับของรัฐตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542. อัดสำเนา.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). ฉบับกระแส (จดหมายข่าวสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 3(10).

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สังเคราะห์การประชุมเรื่อง “โรงพยาบาลของรัฐในความใฝ่ฝันของประชาชน. (2542). อัดสำเนา.
สรุปผลการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้นำชุมชน เรื่อง “โรงพยาบาลของรัฐที่ประชาชนใฝ่ฝัน”.
 (14 พฤษภาคม 2541). อัดสำเนา.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2539). รายงานผลการดำเนินงานโครงการศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดบริการ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน
โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน. อัดสำเนา.
- อกิน รพีพัฒน์. (2537). “บทสัมภาษณ์”. นิตยสารสารคดี. 10(117).
- อนุสรณ์โรงพยาบาลห้วยพลู อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม. (2526). (พิมพ์ครั้งแรก)
- อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ. (2541). เรียนรู้อะไรดีๆ จากสี่โรงพยาบาลชุมชน. สถาบันพระบรมราช
ชนก กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี: บริษัทยุทธวิธีนทร์การพิมพ์ จำกัด.

ภาษาอังกฤษ

- Cohen, M.J. and Uphoff, N.T. (1997). Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design, Implementation and Evaluation. Rural Development Monograph No.2.
- Fonaroff, a. (1983). Community involvement in health system for primary health care. SHS./83.6 Geneva, WHO.
- Nishirai, For the sake of the People : The Health Revolution Led by Saku Central Hospital, JOICEP Document Series 9, Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning, Inc., Tokyo 1983.
- Rifkin. B.S. (1990). Community Participation in Maternal and Child Health/Family Planning Programmes, World Health Organization, Geneva.
- United Nation (ESCAP/WHO/UNICEF). (1983). Health and Development. Proceedings of an Intergovernment Meeting in Asia and Pacific 7-10 June 1983 Bangkok.
- WHO/UNICEF. (1978). Alma-ata 1978: Primary Health Care (Health for all series).

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1

โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

ชุมชนและโรงพยาบาล

ลักษณะของการถือกำเนิดของโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนนั้น มีรากฐานมาจาก การทำงานของมิชชันนารี ตั้งแต่สมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์ ที่มาพร้อมกับการเผยแพร่คริสต์ศาสนา นิกายเพรสไบทีเรียน แม้ว่าจะเป็นโรงพยาบาลเอกชน แต่ก็ไม่ใช่โรงพยาบาลที่ชาวบ้านในท้องถิ่นนั้นสร้างขึ้นมา คำจำกัดความของชุมชนสำหรับโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนนั้น จึงไม่ได้หมายถึงเฉพาะ ชุมชนท้องถิ่นที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ แต่เป็นชุมชนของชาวคริสต์และคนทั่วไปไม่จำกัดว่ามาจากท้องถิ่นใด มุลินธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย เป็นเสมือนศูนย์กลางการวางรากฐาน นโยบายและวิธีการดำเนินงานของโรงพยาบาลแห่งนี้ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งจนถึงปัจจุบัน ความร่วมมือของชุมชนในการดำเนินจัดการและการบริหารโรงพยาบาลจึงเป็นลักษณะของการร่วมมือกันแบบ “เอกชน” มากกว่าชุมชน ตรงที่มีบุคคลที่มาจากหลายวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหาร หรือการจัดการในการหาทรัพยากร การดำเนินงานหลายๆ ประเภทด้วยกัน และการมีส่วนร่วมนั้นก็จะเป็นแบบรายบุคคลที่มีความเชื่อบนพื้นฐานเดียวกันคือคริสต์ศาสนา หากจะตีความเช่นนี้แล้วจะเห็นว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนนี้ มีลักษณะที่คลุมเครือ และ paradoxical เพราะชุมชนนั้น อาจหมายถึงกลุ่มคน หรือ บุคคลก็ได้ ถ้าจะเน้นในเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับบริหารแล้ว ก็จะเป็นชุมชนที่มาจากกลุ่ม คริสตจักร และ บุคคลที่นับถือศาสนาคริสต์ร่วมกัน

ประวัติความเป็นมาของการก่อตั้งโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนเป็นสถาบันที่ก่อตั้งขึ้นมาเป็นเวลา 50 ปีจนถึงปัจจุบัน โดยคณะ อเมरिकันเพรสไบทีเรียนที่เล็งเห็นความสำคัญของการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ตามแนวทางของพระเยซู คริสต์ โรงพยาบาลนี้จึงถูกตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้บริการด้านการรักษาพยาบาลอย่างดีที่สุดเท่าที่สามารถทำได้แก่ชนทุกชั้น ไม่จำกัดชนชาติ หรือศาสนา โรงพยาบาลมีจุดมุ่งหมายที่จะบำบัดทุกข์จากการเจ็บป่วย โดยไม่หวังผลกำไร

คณะเพรสไบทีเรียน ได้ก่อตั้งโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคในประเทศไทยมาแล้วหลายแห่งด้วยกัน จนในปีค.ศ. 1945 ได้ตกลงใจที่จะสร้างโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ขึ้น และด้วยความร่วมมือของ สภาคริสตจักรในประเทศไทย โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนจึงก่อกำเนิดขึ้น คณะเพรสไบทีเรียน นำโดยนายแพทย์จอห์น แมคแคนเนล เป็นผู้นำดำเนินการในการซื้อที่ดินจากคนไทย โดยวางแผนที่จะตั้งเป็นโรงพยาบาล ขนาด 50 เตียง ในระยะแรก ประมาณต้นปี 1949 มีเพียงแพทย์ 2 คน กับ พยาบาล 4 คน ต่อมาได้รับความร่วมมือจาก มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ได้เชิญแพทย์คนไทย คือ นายแพทย์ประสงค์ ชัยรัตน์ และคุณพูนลาภสุทธิคำ (เกสัชกร) พร้อมทั้ง ทั้งพยาบาลอีกสี่ท่าน รวมมีพนักงานในระยะเริ่มแรกด้วยกัน 12 คน ในปี ค.ศ. 1949 โรงพยาบาลได้เริ่มก่อสร้าง โดยดัดแปลงเรือนไม้เก่าเป็นที่ทำงาน และตึกเก่าให้เป็นอาคารสำหรับคนไข้ ดำเนินการโดย นายแพทย์มาร์แชล แวลส์

ในวันที่ 3 ธันวาคม 1949 (2492) จึงมีการเปิดโรงพยาบาลอย่างเป็นทางการ โดยมี พณฯ จอมพลแปลก พิบูลสงครามอดีตนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน พร้อมกับผู้แทนต่างชาติ จาก 60 ประเทศมาร่วมงาน พิธีเปิด เนื่องจากการประชุม Christian Conference in Asia ที่กรุงเทพฯ ด้วย โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน จึงเป็นที่รู้จักกันดีในหมู่ชุมชนชาวคริสต์ทั้งในและต่างประเทศ ในช่วงฤดูใบไม้ร่วง (ตุลาคม-พฤศจิกายน) โบสถ์ 2 แห่งในสหรัฐอเมริกาได้สนับสนุนช่วยเหลือด้าน การเงิน โดยเยาวชนจากโบสถ์เพรสไบทีเรียน ในแลงคาสเตอร์ (Lancaster, Pennsylvania) ได้หาทุน จัดซื้อรถพยาบาลฉุกเฉินให้กับโรงพยาบาล ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน โบสถ์เพรสไบทีเรียน เมทเลบานอน (Mt. Lebanon) ที่พิตส์เบิร์ก (Pittsburgh, Pennsylvania) ได้ตกลงช่วยเหลือสนับสนุนเงิน เพื่อกิจการของโรงพยาบาล เป็นเงินปีละ 3,000 เหรียญสหรัฐ เป็นเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 ถึง 1952 ซึ่งทำให้โรงพยาบาลได้พึ่งตนเองได้ทั้งหมดในด้านการเงินจนถึงปัจจุบัน

โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนเป็นโรงพยาบาลแรกๆ ในประเทศไทย ที่มียาทันสมัยใช้ และมีห้องผ่าตัดที่มีเครื่องปรับอากาศ ซึ่งช่วยให้การดำเนินการผ่าตัดเป็นไปด้วยดีและประสบผลสำเร็จ เป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีแพทย์แผนกศัลยกรรมจากโรงพยาบาลอื่น มาขอใช้ห้องผ่าตัดอยู่บ่อยครั้ง จนทำให้มีการประสานผลประโยชน์และความร่วมมือของโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนกับสถาบันอื่น โดยเฉพาะโรงพยาบาลศิริราชและจุฬาลงกรณ์ จนกระทั่งปัจจุบัน ที่ยังมีการแลกเปลี่ยนทรัพยากรบุคคล (แพทย์) ระหว่างโรงพยาบาลด้วย

ต่อมาโรงพยาบาลก็มีการขยายการบริการและสร้างอาคารใหม่ขึ้น เช่น อาคารผู้ป่วยนอก (ค.ศ. 1957) โดยได้รับเงินบริจาคจากบุคคลหลายฝ่าย และ ตึกศัลยกรรม “เมธาธิบดี” (ค.ศ. 1961) ที่คุณหญิงเมธาธิบดีอุทิศเงินสำหรับการก่อสร้าง เพื่อเป็นอนุสรณ์แด่ท่านเจ้าคุณเมธาธิบดี ตึกนี้ยัง เพียบพร้อมด้วยเครื่องมือทางการแพทย์อันทันสมัย โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนนั้นเป็นที่รู้จัก กว้างขวางในกลุ่มคนหลายระดับ ในพิธีการเปิดอาคารต่างๆ นั้น จึงมีบุคคลสำคัญมาร่วมงานมากมาย แม้กระทั่งสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนียังเสด็จมาเป็นองค์ประธานในพิธีเปิดป้ายอาคาร เมธาธิบดีด้วย นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังสามารถจัดหาทุนทรัพย์มาขยายตึกผู้ป่วยในได้อีกในปี ค.ศ. 1965 โดยจัดฉายภาพยนตร์ เรื่อง “80 วันรอบโลก” โดยมีพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและ สมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ เสด็จมาทอดพระเนตรภาพยนตร์ในรอบปฐมทัศน์ และได้รับพระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ สมทบทุนการก่อสร้างอาคารด้วย โรงพยาบาลกรุงเทพ คริสเตียนจึงได้ขยายเป็นโรงพยาบาล ขนาด 160 เตียง

ในปี ค.ศ. 1987 (2530) โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ได้รับความนิยมาจากประชาชน ที่มาใช้บริการมากขึ้น ทำให้จำนวนเตียงไม่พอกับจำนวนคนไข้ โรงพยาบาลจึงจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อหาทุนมาสร้างอาคารใหม่ขึ้น เป็นตึกสูง 13 ชั้น บรรจุห้องพิเศษและสามัญได้ 400 เตียง โดยให้ชื่อตึกใหม่นี้ว่า อาคารหมอบรัดเลย์ โดยมีสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี ได้เสด็จมาเป็นองค์ประธานในพิธีเปิดอาคาร เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 1987

กิจการของโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนนั้นขยายไปในอีกหลายด้านด้วยกัน ทั้งงานทางการแพทย์และงานของศาสนจักร ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น ผู้บริหารโรงพยาบาลในสมัยนั้น จึงต้องหาวิธีการที่จะให้ได้มาซึ่งแหล่งรายได้อื่น เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินการอยู่ได้ โดยไม่หวังผลกำไรจากการบริการประชาชน จึงทำให้เกิดการก่อสร้างอาคาร 15 ชั้น ขึ้นเพื่อเปิดเป็น สำนักงานให้เช่า ทั้งนี้ก็ด้วยที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ใจ กลางแหล่งชุมชนและธุรกิจ เนื้อที่ในการใช้สอย มีจำกัดและราคาที่ดินนั้นสูงมาก การเปิดสำนักงานให้เช่านั้นถือเป็นรายได้ที่ดี ในขณะที่เดียวกันก็ได้ใช้เป็นสำนักงานของมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทยไปด้วย อาคารนี้จึง ได้ชื่อว่า “อาคารมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย” (The Church of Christ in Thailand Building) หรือเรียกย่อๆ ว่า อาคารซีซีที นอกจากนี้รายได้พิเศษในปัจจุบันยังได้มาจากการเก็บค่าที่จอดรถ สำหรับผู้ที่มาใช้สถานที่โดยไม่ได้มาติดต่อหรือใช้บริการของโรงพยาบาล

กิจการอื่นๆ ที่สนับสนุนงานของโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนนั้นก็คือการมีวิทยาลัยเอกชนเป็นของตนเอง คือ วิทยาลัยคริสเตียนที่เปิดสอนวิชาพยาบาลขึ้นก่อน ซึ่งปัจจุบันขยายออกไปดำเนิน การสอนที่จังหวัดนครปฐม ในเนื้อที่ 30 กว่าไร่ และ กำลังปรับสถานภาพเป็นมหาวิทยาลัยต่อไป ในปัจจุบันยังมีการสอนในระดับมหัศจรรย์หลักสูตรการจัดการอีกด้วยซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของทางโรงพยาบาลที่ต้องการขยายบริการให้เหมาะสมตามความต้องการของสังคม

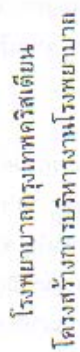
จากประวัติศาสตร์ของการก่อตั้งโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน กลุ่มชาวคริสเตียนทั้งในและต่างประเทศ เป็นเสมือนชุมชนและครอบครัวของโรงพยาบาล ที่ให้ความสนับสนุนช่วยเหลือในการจัดตั้งและขยายกิจการ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลเอกชน การจัดหารายได้จากธุรกิจอื่นๆ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการเลี้ยงตัวเองได้ ซึ่งโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนก็ทำมา จนถึงปัจจุบันและประสบความสำเร็จเป็นอย่างยิ่ง

การบริหารงานในปัจจุบัน

โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนมีลักษณะการบริหารที่มีมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักร ในประเทศไทยเป็นศูนย์กลางในการบริหาร หัวใจสำคัญของการบริหารโรงพยาบาลคือผู้บริหารทุกท่านจะต้องเป็นคริสเตียน และ การบริหารนั้นต้องเป็นไปตามแนวคำสอนของพระเจ้า โดยมีคณะกรรมการอำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 11-15 ท่าน ได้แก่ แพทย์ ศาสนาจารย์ (พระ) อาจารย์ หนายความ นักธุรกิจ นักการเมือง (วุฒิสมาชิก) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน กลุ่มบุคคลเหล่านี้จะต้องเป็นชาวคริสต์นิกาย เพรสไบทีเรียนทั้งหมด ที่ถูกเลือกมาจากสภาคริสตจักรฯ มีวาระ 4 ปี และมีหน้าที่กำหนดนโยบาย มีลักษณะที่สอดคล้องกับหลักของศาสนาคริสต์ ไม่ให้มีการหาประโยชน์ ส่วนตัวในการดำเนินงาน โดยมีการพบปะประชุมกัน ปีละ 4 ครั้ง คณะกรรมการอำนวยการ โรงพยาบาลยังมีหน้าที่สอดคล้องดูแล การปฏิบัติงานของผู้บริหารโรงพยาบาล ว่าเที่ยงตรงและสอดคล้องกับนโยบายของสภาคริสตจักร หรือไม่ คณะกรรมการฯมีอำนาจในการแต่งตั้งและถอดถอน ผู้อำนวยการได้ตามวาระหรือ ความเหมาะสม ซึ่งทั้งนี้ในทางปฏิบัติยังไม่เคยมีการใช้อำนาจดังกล่าว มาตลอดระยะเวลาที่โรงพยาบาล นี้ถูกก่อตั้งขึ้นมา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีหน้าที่ในการรับนโยบายจากสภาคริสตจักรมาปฏิบัติ และเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและการดำเนินในโรงพยาบาล ทั้งหมดสาขางาน ความรับผิดชอบที่ขึ้นตรงกับผู้อำนวยการได้แก่ สาขางานบริหาร สาขางานวิชาการ และสาขางานวิชาแพทย์ นอกจากนั้นผู้อำนวยการยังมีกลุ่มที่ช่วยในการดำเนินการภายในโรงพยาบาลคือ มีคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ หัวหน้าแผนกต่างๆ และ แพทย์ รวม 12-15 คน มีคณะที่ปรึกษาฝ่ายการแพทย์ ฝ่ายวิศวกรรม ฝ่ายกฎหมาย อีกด้วย ผู้อำนวยการก็ยังมีหน้าที่ดูแลกิจการของศูนย์พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ศาสนกิจ ศูนย์คอมพิวเตอร์ และสำนักผู้อำนวยการ สาขางานของการบริหารในโรงพยาบาลนั้น ถูกตีกรอบรับผิดชอบในห้าด้านด้วยกัน แยกจากงานการแพทย์ และ วิชาการ คือ เป็นงานเกี่ยวกับ อาคารสถานที่ งานบัญชีและการเงิน งานห้องพักรักษาและอาหาร งานบริการทั่วไป และ งานพนักงานและองค์กร

จากโครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลนั้น จะไม่มีลักษณะของการมีคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหาร แต่เป็นการมีส่วนร่วมของ “เอกชน” ที่มาจากหลายกลุ่มอาชีพ โดยที่ไม่มีลักษณะเป็นตัวแทน (representative) ของกลุ่มอาชีพ หรือ ชุมชนใน ความหมายทั่วไป ลักษณะของบุคคลที่เข้ามาเป็นคณะกรรมการผู้อำนวยการโรงพยาบาลนั้นเป็น คนที่เป็นตัวแทนของสภาคริสตจักร หรือ ชุมชนชาวคริสต์ นิกายเพรสไบทีเรียน โดยไม่มีข้อจำกัดว่ามา จากท้องถิ่นที่ใด การให้ได้มาซึ่งบุคคลที่จะเข้ามาเป็นคณะกรรมการ ก็โดยการทาบทามจากมูลนิธิแห่ง สภาคริสตจักรในประเทศไทย

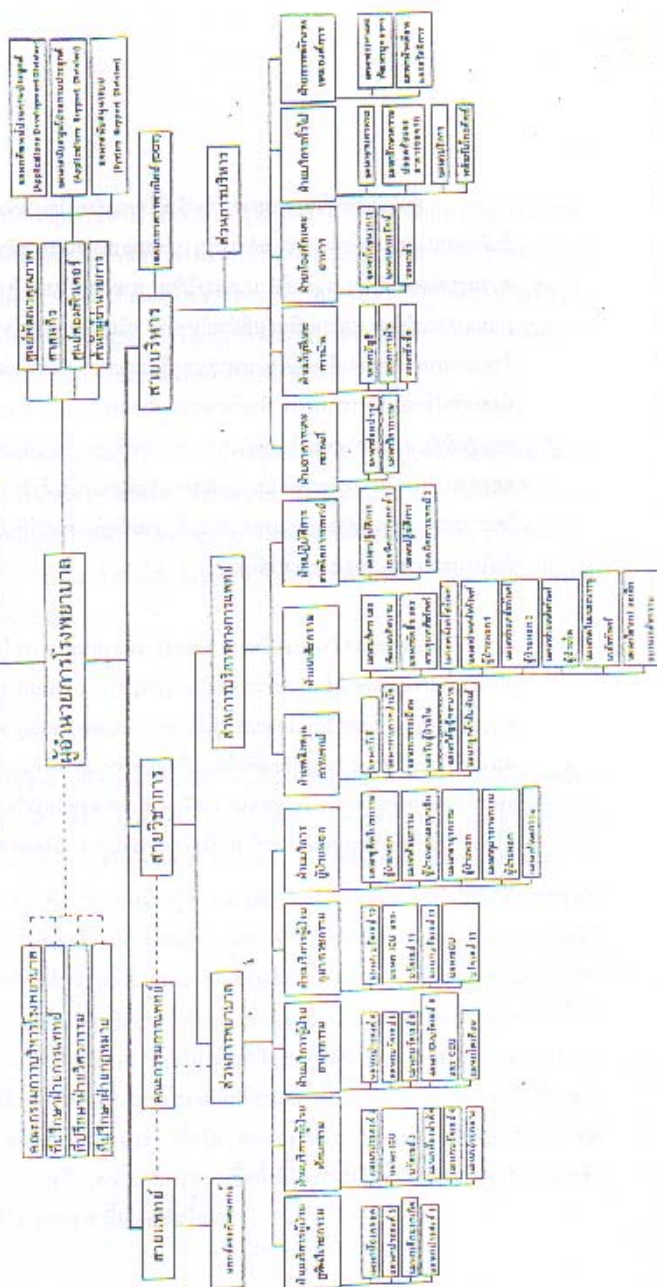


โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
โครงการสร้างบริหารงานโรงพยาบาล

มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

คณะกรรมการอำนวยการโรงพยาบาล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล



บทบาทของชุมชนในการพัฒนาหรือช่วยในด้านการบริหารจัดการกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล

การดำเนินกิจกรรมทั้งในด้านการพัฒนาหรือบริหารจัดการของโรงพยาบาลในปัจจุบัน อาศัยความร่วมมือจากชุมชนน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการริเริ่มดำเนินการโดยผู้อำนวยการและคณะ บริหารของโรงพยาบาล คณะกรรมการอำนวยการโรงพยาบาลเป็นเพียงกลุ่มบุคคลที่ดูแลนโยบายกว้างๆ ของการดำเนินงานของโรงพยาบาลเท่านั้น ส่วนรายละเอียดของการทำกิจกรรม เป็นเรื่องที่จะมีการ จัดการกันภายในของโรงพยาบาล คณะบุคคลที่อยู่ในคณะกรรมการอำนวยการอาจจะเข้ามา ร่วมมือในการทำกิจกรรมบางกิจกรรมเป็นบางครั้งบางคราว เช่น การวิ่งการกุศล เป็นต้น

ในอดีตเมื่อ 50 ปีที่แล้ว ลักษณะการเข้ามามีส่วนร่วมของ คณะบุคคล หรือ เอกชน จะมีมากกว่า เช่นในด้านของการหาทุนสร้างอาคาร ระดมทรัพยากรจากแหล่งต่างๆ รวมทั้งการประสานงานในการ ขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิเข้าร่วมทำงานกับโรงพยาบาล ซึ่งในแต่ละกรณีก็จะอาศัย ความสัมพันธ์เป็นส่วนตัวระหว่างผู้บริหารของโรงพยาบาลกับมูลนิธิสภาคริสตจักร เช่น การได้รับเงินสนับสนุนจากโบสถ์เพรสไบทีเรียนในต่างประเทศ การได้มาซึ่งบุคลากรแพทย์ที่เข้ามาทำงานให้กับโรงพยาบาล หรือแม้กระทั่งการซื้ออุปกรณ์ห้องผ่าตัด ซึ่งได้มาจากเงินส่วนตัวของ มิชชันนารีบ้าง จากการบริจาคเงินของชาวคริสต์บ้าง หรือจากผู้มีฐานะและมีชื่อเสียงในสังคมทั่วไปบ้าง ในบางกรณีก็จะได้มาจากการจัดกิจกรรมหารายได้ เช่น การจัดฉายภาพยนตร์ ซึ่งทำให้ได้รับเงินพระราชทานช่วยเหลือโรงพยาบาล

ในปัจจุบันลักษณะงานดังกล่าวนี้ไม่มีความจำเป็นเร่งด่วนแล้ว การรณรงค์เพื่อหารายได้ จึงไม่ใช่กิจกรรมใหญ่ โรงพยาบาลนี้มีความพร้อมและสามารถเลี้ยงตัวเองได้จากรายได้ปกติที่เขามีอยู่ จากการให้บริการทางการแพทย์ การบริการทางวิชาการ (วิทยาลัยคริสเตียน) การมีอาคารให้เช่าสำหรับสำนักงาน และการให้บริการที่จอดรถ นั่นคือ โรงพยาบาลสามารถเลี้ยงตัวเองได้จากทรัพยากรที่เขามีอยู่เป็นทุนอยู่แล้ว

ภาคผนวกที่ 2

แบบสอบถาม

โครงการค้นหารูปแบบที่เหมาะสมของการมีส่วนร่วมของประชาชน กับการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ

1. ชื่อโรงพยาบาล _____ อำเภอ _____
จังหวัด _____ ภาค _____
2. ประเภทโรงพยาบาล 1. ☐ รพศ. 2. ☐ รพท.
 3. ☐ รพช. 4. ☐ อื่นๆ ระบุ _____
3. ขนาดโรงพยาบาล 1. ☐ 60-89 เตียง 2. ☐ 90-119 เตียง 3. ☐ 120 เตียงขึ้นไป
4. ปัจจุบันโรงพยาบาลของท่านมีกิจกรรมที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมบ้างหรือไม่
 1 ☐ มี 2 ☐ ไม่มี
ระบุ _____
5. ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลของท่านมีกิจกรรมใดบ้างที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม
และมากที่สุดเพียงใด (กรุณาเช็ค ☒ ตามความเป็นจริง)

กิจกรรม	ไม่มี	มี	ระดับการมีส่วนร่วม		
			แทบทุกครั้ง	บ่อยๆ	นานๆครั้ง
ก. งานบริหาร : ประชาชนหรือชุมชนมีส่วนร่วมเกี่ยวกับ					
6. การวางแผนเพื่อพัฒนา รพ.หรือจัดกิจกรรมต่างๆ					
7. การระดมสมองเพื่อแก้ปัญหาของโรงพยาบาล					
8. การเป็นกรรมการบริหารโรงพยาบาล					
9. การพิจารณาเลือกตัวแทนจากชุมชนเข้าร่วมงานบริหารของโรงพยาบาล					
10. เป็นที่ปรึกษาของคณะผู้บริหารโรงพยาบาล					

กิจกรรม	ไม่มี	มี	ระดับการมีส่วนร่วม		
			แทบทุกครั้ง	บ่อยๆ	นานๆครั้ง
ง. กิจกรรมในชุมชน : ประชาชนหรือชุมชนมีส่วนร่วมเกี่ยวกับ					
27. การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในชุมชนของโรงพยาบาล					
28. การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมของชุมชนในการรณรงค์เพื่อสุขภาพหรืองานสาธารณสุข					
29. การช่วยเหลือแพทย์ที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยตามบ้าน					
30. การจัดกิจกรรมเพื่อความสามัคคีระหว่างชาวบ้าน					
31. อื่นๆ ระบุ					
จ. กิจกรรมอื่นๆ ระบุ					

32. อะไรเป็นเหตุจูงใจที่ท่านให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในงานของโรงพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ☐ เนื่องจากงบประมาณของรัฐมีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการของประชาชน
2. ☐ ประชาชนมีความตื่นตัวที่จะเข้ามามีส่วนร่วมกับกิจกรรมของโรงพยาบาลด้วยตนเอง หรือมีผู้นำท้องถิ่นเป็นแกนนำ
3. ☐ ทางโรงพยาบาลมีนโยบายที่จะทำให้การบริการเข้าถึงประชาชนได้มากขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากชาวบ้าน
4. ☐ ได้รับแรงกระตุ้นจากการเคลื่อนไหวทางด้านประชาสังคมที่มากับสื่อมวลชนต่างๆ
5. ☐ อื่นๆ ระบุ

33. ท่านมีวิธีการอย่างไรที่ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารของโรงพยาบาล

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ☐ การประชาสัมพันธ์เชิญชวนผ่านเอกสารสิ่งพิมพ์
2. ☐ การใช้สื่อเสียงตามสายในชุมชน
3. ☐ การให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ออกไปพบปะกับประชาชน

4. ☐ การจัดกิจกรรมพิเศษให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโรงพยาบาล
5. ☐ การขอความร่วมมือโดยตรงจากผู้นำหรือสมาคมในท้องถิ่น
6. ☐ การเชิญผู้นำชุมชนเข้ามาร่วมประชุมกับกรรมการโรงพยาบาล
7. ☐ การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรัฐอื่นๆ เช่น พัฒนาการ ครู ฯลฯ
8. ☐ อื่นๆ ระบุ

34. โรงพยาบาลของท่านให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง กรุณาให้รายละเอียด (ถ้าโรงพยาบาลของท่านไม่มีกิจกรรมดังกล่าว ขอให้ตอบข้อต่อไปจนจบ)

35. ท่านมีการจัดประชุมระหว่างกรรมการของโรงพยาบาลกับผู้นำกลุ่มหรือชมรมที่ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมบ้างหรือไม่

1. ☐ มี

2. ☐ ไม่มี

โปรดระบุหัวข้อเรื่องที่ประชุม

1.

2.

3.

36. ผู้บริหารโรงพยาบาลเคยประชุมร่วมกับสมาชิกของสมาคมหรือชมรมของชาวบ้านบ้างหรือไม่

1. ☐ มี

2. ☐ ไม่มี

ถ้ามี

1. ☐ ในโรงพยาบาล

2. ☐ นอกโรงพยาบาล

37. ในช่วงระยะ 2 ปีที่ผ่านมา เคยมีชาวบ้านหรือองค์กรชุมชนหรือผู้แทนชุมชนมีความคิดริเริ่มและขอให้ทางโรงพยาบาลจัดประชุมร่วมกับชุมชนบ้างหรือไม่

1. ☐ มี

2. ☐ ไม่มี

ถ้ามี ระบุประเด็นที่ชาวบ้านขอให้จัดประชุม

1.

2.

3.

38. ค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรมต่างๆที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้นได้มาจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ☐ งบประมาณส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล
2. ☐ เรี่ยไรและรวบรวมจากชาวบ้านและสมาชิกกลุ่ม
3. ☐ เงินบริจาคจากองค์กรเอกชนภายนอก
4. ☐ อื่นๆ ระบุ

39. ในการที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาล หรือในกิจกรรมของโรงพยาบาล
ผู้ใดเป็นผู้ตัดสินใจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|---|
| 1. ☐ ผอ.รพ. | 2. ☐ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล |
| 3. ☐ คณะกรรมการที่ปรึกษาจากชุมชน | 4. ☐ อื่นๆ ระบุ |

40. ท่านคิดว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการบริหารของโรงพยาบาล มีความสำคัญต่อโรงพยาบาล
ของท่านหรือไม่

- | | |
|---|--|
| 1. ☐ มีความสำคัญ | 2. ☐ ไม่มีความสำคัญ |
|---|--|

ระบุ

41. ท่านคิดว่าการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาลของท่าน ก่อให้เกิดปัญหาหรือ
อุปสรรคต่อการทำงานหรือไม่

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. ☐ มีปัญหา | 2. ☐ ไม่มีปัญหา |
|-------------------------------------|--|

42. ในภาพรวมแล้ว ท่านคิดว่าท่านประสบความสำเร็จในการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในโรงพยาบาล
ของท่านมากน้อยเพียงใด

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1. ☐ มาก | 2. ☐ ปานกลาง | 3. ☐ น้อย |
|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|

43. ท่านมีแผนที่จะนำโรงพยาบาลของท่านเป็นโรงพยาบาลนอกระบบราชการหรือไม่

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|
| 1. ☐ มี | 2. ☐ ไม่มี | 3. ☐ ยังไม่แน่ใจ |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|

44. ตำแหน่งของผู้ตอบแบบสอบถาม

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. ☐ ผอ.รพ. | 2. ☐ แพทย์ |
| 3. ☐ พยาบาล | 4. ☐ อื่นๆ ระบุ |

ขอความกรุณาส่งแบบสอบถามคืนโดยใส่ซองที่แนบมาพร้อมนี้ภายใน 1 สัปดาห์ด้วยค่ะ

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ภาคผนวกที่ 3

แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เจาะลึก
สำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและทีมงาน

ประเด็นคำถาม

1. ประวัติความเป็นมาของชุมชนโดยสังเขป โดยเฉพาะการเกิดขึ้นของประชาคมในลักษณะกลุ่มกิจกรรมต่างๆ
2. ประวัติความเป็นมาในการพัฒนาโรงพยาบาล
3. โรงพยาบาลมีวิธีการชักจูงใจให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง
4. ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือโรงพยาบาลในเรื่องอะไรบ้าง ในด้านบริหารจัดการชุมชนมีส่วนร่วมอะไรบ้าง
5. ทำไมชุมชนจึงเข้ามามีส่วนร่วมดังกล่าว กรุณาเล่าขั้นตอนต่างๆ โดยละเอียด
6. คณะกรรมการที่ปรึกษามีหน้าที่อะไรบ้าง กรุณายกตัวอย่างประกอบ
7. ในการเชิญให้เข้ามาเป็นกรรมการ มีวิธีการอย่างไร มีการกำหนดคุณสมบัติหรือไม่
8. กรรมการที่ปรึกษา มีบทบาทมากน้อยเพียงใด ในเรื่องอะไรบ้าง ช่วยยกตัวอย่างด้วย
9. ในการหาเงินบริจาคสร้างอาคารโรงพยาบาล มีวิธีการระดมทุนอย่างไรบ้าง (ดีที่ผู้ป่วยนอก ดีที่ผู้ป่วยใน ดีที่สงฆ์อาพาธ)
10. ทำไมกรรมการจึงเข้ามาช่วยเหลือโรงพยาบาลเป็นอย่างดี กรุณาวิเคราะห์เป็นข้อๆ ตามทัศนะของท่าน
11. โรงพยาบาลได้รับประโยชน์อะไรบ้าง จากการมีส่วนร่วมของประชาชน
12. ในการมีส่วนร่วมของประชาชน โรงพยาบาลมีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง
13. หากต้องการให้ผู้แทนประชาชน มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการโรงพยาบาล ท่านคิดว่าจะต้องมีวิธีการอะไรบ้าง เพื่อให้ได้มาซึ่งตัวแทนเหล่านั้น ควรมีการกำหนดคุณสมบัติอย่างไรหรือไม่
14. ประชาชนได้รับประโยชน์จากโรงพยาบาลอย่างไร (ในกรณีของการมีส่วนร่วมกับโรงพยาบาลในด้านพัฒนาและบริหาร)

แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เจาะลึก
สำหรับผู้นำชุมชน

ประเด็นคำถาม

1. ประวัติความเป็นมาของชุมชนโดยสังเขป โดยเฉพาะการเกิดขึ้นของประชาชนในลักษณะกลุ่มกิจกรรมต่างๆ
2. ประวัติความเป็นมาของการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมและการบริหารจัดการโรงพยาบาล
 - เริ่มเข้าไปมีส่วนร่วมตั้งแต่เมื่อไร
 - ทำไมจึงเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาล
3. ท่านมีส่วนช่วยเหลือโรงพยาบาลในเรื่องใดบ้าง กรุณาเล่ารายละเอียดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของท่านในแต่ละประเด็น
4. ในการทำงานร่วมกับทางโรงพยาบาล ท่านมีโอกาสนำเสนอแนะเรื่องสำคัญต่อทางโรงพยาบาลบ้างหรือไม่ เช่นเรื่องอะไรบ้าง ทางโรงพยาบาลยินดีรับฟังหรือไม่ อย่างไร
5. หากท่านไม่เห็นด้วยกับทางโรงพยาบาลในเรื่องหนึ่งเรื่องใด ท่านกล้าได้แย้งกับทางโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร กรุณายกตัวอย่าง
6. การที่ท่าน/ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลให้บริการคนไข้ดีขึ้นหรือแย่ลง กรุณาเล่ารายละเอียด
7. ในการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาล ท่านและชุมชนได้รับประโยชน์หรือไม่ อย่างไร กรุณาเล่ารายละเอียด