



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษา

ตัวแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพ
ระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบล
และกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

โดย ดร.วณี ปิ่นประทีป

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(พรส.) เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)

มีนาคม 2550

สัญญาเลขที่ ผรส.49-ข-004

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษา

ตัวแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพระดับ
ชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบล
และกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

โดย ดร.วณี ปิ่นประทีป

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผรส.) เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้ดำเนินโครงการ มิใช่ความเห็นของ
แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผรส.)

มีนาคม 2550

กิตติกรรมประกาศ

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบล และกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่ ได้แก่ พื้นที่ตำบลบ้านเป่า จังหวัดลำปาง พื้นที่ตำบลบ้านปิน บ้านถ้ำ หนองหล่ม และคือเวียง จังหวัดพะเยา พื้นที่ตำบลปงเกล้า จังหวัดเพชรบูรณ์ พื้นที่ตำบลศรีฐาน จังหวัดยโสธร พื้นที่ตำบลปลายโพงพาง พื้นที่ตำบลท่าไม้รวก จังหวัดเพชรบุรี และพื้นที่ตำบลอ่าวลึกเหนือ จังหวัดกระบี่ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความร่วมมือและความกรุณาจากหลายภาคส่วนด้วยกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือจากองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ประชาชนในพื้นที่และบุคลากรสาธารณสุขทั้ง 7 พื้นที่ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าเพื่อการแสดงความคิดเห็น และให้ข้อคิดในการร่วมดำเนินการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพของชุมชนตนเอง

นอกจากนี้คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ และคุณอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นต่อผลการศึกษารายงานฉบับนี้ และขอขอบพระคุณ แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผรส.)เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนการศึกษาโครงการวิจัยนี้

คณะผู้วิจัยหวังอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อองค์การบริหารส่วนตำบล พื้นที่ที่สนใจในการจัดตั้งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ ท้องถิ่นและประชาชนเพื่อจัดบริการด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคให้แก่คนในชุมชน

คณะผู้วิจัย

โครงการตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพฯ
มีนาคม 2550

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบล และกองทุนสุขภาพชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ดำเนินการในพื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่ กระจายในทุกภูมิภาคได้แก่ กองทุนสวัสดิการชุมชนวันละ 1 บาท เทศบาลนครลำปาง จังหวัดลำปาง, เครือข่ายศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน ตำบลบ้านปิ่น อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา, กองทุนสุขภาพ ตำบลบุงคล้า อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์, กองทุนสุขภาพชุมชน อบต.ศรีฐาน อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร, กองทุนสุขภาพชุมชน อบต.ปลายโพงพาง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม, กองทุนสุขภาพชุมชน อบต.ท่าไม้รวก อำเภอท่างาม จังหวัดเพชรบุรี และกองทุนสุขภาพชุมชน อบต.อ่าวลึกเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ โดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้เทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการวิจัยเอกสาร และการจัดเวทีรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 1 มิถุนายน พ.ศ. 2549 – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550

ผลการศึกษาพบว่า ในทุกพื้นที่มีกระบวนการจัดตั้งกองทุนที่เหมือนกัน คือ มีรูปแบบของกองทุนที่ถูกกำหนดจากหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง และประสานงานให้มีการดำเนินการจัดตั้งต่อในพื้นที่ภายใต้กรอบระยะเวลาและเงื่อนไขที่ส่วนกลางกำหนด หากพิจารณาถึงการเข้ามามีส่วนร่วมขององค์กรภาคีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า กองทุนภาครัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านงบประมาณและแนวทางในการดำเนินงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมสนับสนุนทรัพยากรและบริหารจัดการกองทุนตามตำแหน่ง สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ส่วนใหญ่เข้าร่วมในการบริหารจัดการกองทุน และให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ในขณะที่ผู้รับบริการหรือประชาชนในพื้นที่ โดยส่วนใหญ่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการรับทราบข้อมูลและแสดงความคิดเห็นในการออกแบบกิจกรรม เป็นต้น เช่นเดียวกับกองทุนชาวบ้าน องค์กรชุมชนในพื้นที่ พบว่าส่วนใหญ่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม สำหรับแนวทางการบริหารจัดการ พบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลส่วนใหญ่มีรูปแบบที่มาของทรัพยากรที่ใช้ในการบริหารจัดการดังนี้ สปสช.+อบต./เทศบาล ตามระเบียบที่กำหนด และบางส่วนมีรูปแบบ สปสช.+อบต./เทศบาล (เท่ากับหรือมากกว่าที่กำหนด) + กองทุนชุมชน มีเพียงส่วนน้อยที่มีรูปแบบในลักษณะ สปสช.+อบต./เทศบาล (เท่ากับหรือมากกว่าที่กำหนด) + กองทุนชุมชน +อื่น ๆ สำหรับโครงสร้างในการบริหารจัดการ พบว่าส่วนใหญ่แยกการบริหารจัดการชัดเจนระหว่างกองทุนชุมชนกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน ในขณะที่บางพื้นที่พบว่าโครงสร้างในการ

บริหารจัดการมีคณะกรรมการบริหารร่วมในระดับตำบลและมีคณะอนุกรรมการย่อยบริหารจัดการแยกระหว่างกองทุนชุมชนเดิมกับกองทุน สปสช.ในระดับพื้นที่/หมู่บ้าน ส่วนระบบการจัดการการเงินกองทุน พบว่า ส่วนใหญ่จะมีการบริหารจัดการด้านการเงินกองทุนแยกกันระหว่างกองทุนชาวบ้านเดิมที่มีในพื้นที่กับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนที่ตั้งขึ้นใหม่ โดยส่วนใหญ่จะยึดแนวทางการดำเนินงานตามข้อกำหนดของ สปสช.เป็นหลัก โดยมีการออกแบบบริการสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนที่ยึดตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ฯ ประกอบกับความต้องการของชุมชนเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือ เน้นการให้บริการด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค และออกแบบกิจกรรมตามกลุ่มเป้าหมายโดยใช้ข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชนประกอบการพิจารณาออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีการสร้างกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่อีกด้วย อย่างไรก็ตามภายใต้กรอบระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้พบว่าในทุกพื้นที่ยังไม่ได้มีการดำเนินการใดๆ ที่เป็นรูปธรรมนอกจากการจัดตั้งคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนเท่านั้น ทั้งนี้ปัจจัยเงื่อนไขในการจัดตั้งกองทุนขึ้นอยู่กับความเข้าใจในแนวคิดและหลักการของระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วม การใช้ข้อมูล ความรู้เป็นฐานในการดำเนินงานและศักยภาพของพื้นที่รวมทั้งการให้การสนับสนุนอย่างจริงจังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีกด้วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงระบบบริหารจัดการกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ

1. การบริหารจัดการกองทุนต้องเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ ตลอดเวลา
2. องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารกองทุน ควรยืดหยุ่นและสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทของพื้นที่
3. ควรมีกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
4. กิจกรรมของกองทุนควรตั้งอยู่บนพื้นฐานความต้องการของประชาชนในชุมชนอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะต่อ สปสช.เพื่อการดำเนินการจัดตั้งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระยะต่อไป

1. ควรมีการประเมินศักยภาพพื้นที่ที่ได้ดำเนินการแล้ว ทั้งด้านกระบวนการทำงานและผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคจากการดำเนินงานเพื่อดำเนินการพัฒนาศักยภาพให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และให้การสนับสนุนตามศักยภาพของแต่ละพื้นที่
2. ควรมีการชี้แจงและสร้างความเข้าใจถึงหลักการและแนวคิดของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนที่ต้องการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน

3. ควรมีกระบวนการและกลไกสนับสนุนการสร้างทุนทางสังคมในพื้นที่ ที่ก่อให้เกิดการรวมกลุ่มของคนในพื้นที่ รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ โดยการเปิดโอกาสให้เข้าร่วมสมทบ หรือลงขันในรูปแบบต่าง ๆ

4. ในการคัดเลือก อบต./เทศบาลเข้าร่วมโครงการควรพิจารณาตามศักยภาพความพร้อมและความสมัครใจขององค์กรนั้น ๆ เป็นสำคัญ และควรมีการสำรวจและประเมินศักยภาพแต่ละพื้นที่ในด้านความเข้มแข็งของชุมชน และด้านความรู้ ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพคนในชุมชนก่อนให้การสนับสนุน

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	I
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	II
สารบัญ	V
บทที่ 1	1
บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์หลัก	2
3. วัตถุประสงค์เฉพาะ	2
4. พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินโครงการ	3
5. ขั้นตอนการดำเนินโครงการ	3
6. ระยะเวลาดำเนินการ	5
7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ	5
8. กรอบแนวคิดในการศึกษา	6
บทที่ 2	7
แนวคิดและการทบทวนวรรณกรรม	7
1. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	7
2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	8
3. แนวคิดเกี่ยวกับทุนทางสังคม(Social Capital)	13
4. องค์การชุมชน/องค์กรชาวบ้าน	19
5. กองทุนชุมชน	21
6. กองทุนสวัสดิการชาวบ้าน	38
7. การมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation)	49
บทที่ 3	57
ผลการศึกษา	57
1. ลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับพื้นที่	57
กรณีศึกษาที่ 1 กองทุนสวัสดิการวันละ 1 บาท ตำบล	
บ้านเป้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง	57
กรณีศึกษาที่ 2 เครือข่ายศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน	82
ตำบลบ้านป็น อำเภอดอกคำใต้ จังหวัด	
พะเยา กรณีศึกษา ตำบลบ้านป็น ตำบล	
บ้านด้า ตำบลหนองหล่ม และตำบลคือเวียง	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
กรณีศึกษาที่ 3 กองทุนสุขภาพตำบลปungคล้า ตำบล ปungคล้า อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์	109
กรณีศึกษาที่ 4 กองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน ตำบลศรีฐาน อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร	129
กรณีศึกษาที่ 5 กองทุนสุขภาพชุมชน ตำบลปลายโพงพาง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม	148
กรณีศึกษาที่ 6 กองทุนสุขภาพชุมชน ตำบลท่าไม้รวก อำเภอยาย่าง จังหวัดเพชรบุรี	150
กรณีศึกษาที่ 7 ตำบลอ่าวลึกเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัด กระบี่	155
บทที่ 4 บทสังเคราะห์ตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลัก- ประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบล และกองทุนสุขภาพชุมชน	163
1. ทูทางสังคมของพื้นที่	163
2. บทสังเคราะห์ภาพรวมของตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบ หลักประกันสุขภาพระดับชุมชน ระหว่างกองทุนของ ภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบล และกองทุนสุขภาพ ชุมชน	165
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	182
บรรณานุกรม	183
ภาคผนวก 1 รายชื่อคณะผู้วิจัย ส่วนกลางและระดับพื้นที่	
ภาคผนวก 2.1-2.6 รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์แต่ละพื้นที่ (แยกเล่ม) โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกัน สุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การ บริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่	

สารบัญ (ต่อ)

- 2.1 กรณีศึกษาดำบลบ้านเป้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
- 2.2 กรณีศึกษาดำบลบ้านปิน ตำบลบ้านต้า ตำบลหนองหล่ม
และตำบลกือเวียง อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา
- 2.3 กรณีศึกษาดำบลปงค์กล้า อำเภอหล่มสัก จังหวัด
เพชรบูรณ์
- 2.4 กรณีศึกษาดำบลศรีฐาน อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร
- 2.5 กรณีศึกษาดำบลปลายโพงพาง อำเภออัมพวา จังหวัด
สมุทรสงคราม และตำบลท่าไม้รวก อำเภอท่ายาง
จังหวัดเพชรบูรณ์
- 2.6 กรณีศึกษาดำบลอ่าวลึกเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัด
กระบี่

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 2.1	สรุปความแตกต่างระหว่างกองทุนที่ดำเนินการโดย ภาครัฐกับกองทุนที่ดำเนินการโดยชุมชนหรือ ภาคเอกชน	34
ตารางที่ 3.1	แสดงจำนวนและร้อยละของโรคที่เป็นสาเหตุของความ เจ็บป่วย	58
ตารางที่ 3.2	แสดงจำนวนและร้อยละของโรคที่เป็นสาเหตุของการ ตาย/เสียชีวิต	59
ตารางที่ 3.3	แสดงหน่วยงาน องค์กร กลุ่ม ชมรม ที่ทำหน้าที่ด้าน สาธารณสุขของตำบล บ้านเป้า	60
ตารางที่ 3.4	แสดงจำนวนโครงการด้านสุขภาพของ อบต.บ้านเป้า ปีงบประมาณ 2550-2552	62
ตารางที่ 3.5	แสดงการดำเนินงานโครงการด้านสุขภาพของสถานี อนามัยทุ่งม่านเหนือ	66
ตารางที่ 3.6	แสดงโครงการด้านสุขภาพของสถานีอนามัยสบไพร	68
ตารางที่ 3.7	แสดงที่มาของงบประมาณกองทุนระบบหลักประกัน สุขภาพตำบลบ้านเป้า	79
ตารางที่ 3.8	แสดงแนวทางการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคแก่กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ของกองทุน สุขภาพตำบลบ้านเป้า	82
ตารางที่ 3.9	สรุปที่มาของงบประมาณในการสนับสนุนกองทุนใน ตำบลบ้านปิน	86
ตารางที่ 3.10	สรุปที่มาของงบประมาณในการสนับสนุนกองทุนใน ตำบลบ้านต้า	91
ตารางที่ 3.11	สรุปที่มาของงบประมาณในการสนับสนุนกองทุนใน ตำบลคือเวียง	96

สารบัญตาราง(ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 3.12	สรุปที่มาของงบประมาณในการสนับสนุนกองทุนในตำบลหนองหล่ม	103
ตารางที่ 3.13	แสดงบทบาทและความรับผิดชอบของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า	122
ตารางที่ 3.14	แสดงบทบาทและความรับผิดชอบของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน	141

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1.1	แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษา	
แผนภูมิที่ 2.1	โครงสร้างการบริหารจัดการกลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์เพื่อพัฒนาคุณธรรมครบวงจรชีวิต จังหวัดตราด	
แผนภูมิที่ 3.1	แสดงโครงสร้างการทำงานของเครือข่ายองค์กรชุมชน และสภาเครือข่ายออมทรัพย์ชุมชน จังหวัดลำปาง	71
แผนภูมิที่ 3.2	โครงสร้างการบริหารจัดการเครือข่ายองค์กรออมทรัพย์ชุมชนจังหวัดลำปาง (กองทุนสวัสดิการวันละบาท)	74
แผนภูมิที่ 3.3	ข้อเสนอการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กองทุนสวัสดิการวันละบาทระดับตำบล	76
แผนภูมิที่ 3.4	ข้อเสนอการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กองทุนสวัสดิการวันละบาทในระดับจังหวัด	77
แผนภูมิที่ 3.5	ตัวแบบกองทุนสุขภาพตำบลบ้านเป่า อ.เมือง จ.ลำปาง	80
แผนภูมิที่ 3.6	แสดงการก่อตั้งเครือข่ายศูนย์รวมหัวใจ	83
แผนภูมิที่ 3.7	แสดงโครงสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างการจัดระบบหลักประกันสุขภาพกับกองทุนสวัสดิการชุมชน ตำบลบ้านปิน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา	87
แผนภูมิที่ 3.8	แสดงโครงสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างการจัดระบบหลักประกันสุขภาพ กับกองทุนสวัสดิการชุมชน ตำบลบ้านถ้ำ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา	92
แผนภูมิที่ 3.9	โครงสร้างการมีส่วนร่วมในระบบประกันสุขภาพระดับตำบลกับ กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคือเวียง อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา	98

สารบัญแผนภูมิ (ต่อ)

		หน้า
แผนภูมิที่ 3.10	โครงสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างการจัดระบบหลักประกันสุขภาพกับกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลหล่มสัก อำเภอ ดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา	104
แผนภูมิที่ 3.11	แสดงกระบวนการพัฒนาของกองทุนสุขภาพตำบล บุ่งคล้า	110
แผนภูมิที่ 3.12	โครงสร้างการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบล บุ่งคล้า	113
แผนภูมิที่ 3.13	โครงสร้างการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมในกองทุนสุขภาพตำบลบุงคล้า	120
แผนภูมิที่ 3.14	แสดงระบบการเงินและบัญชีกองทุนสุขภาพตำบล บุ่งคล้า	121
แผนภูมิที่ 3.15	ตัวแบบการมีส่วนร่วมในกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพตำบลบุงคล้า จังหวัดเพชรบูรณ์	127
แผนภูมิที่ 3.16	แสดงกระบวนการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน	133
แผนภูมิที่ 3.17	แสดงระบบการเงินและบัญชีกองทุนสุขภาพตำบล ศรีฐาน	138
แผนภูมิที่ 3.18	แสดงตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ ตำบลศรีฐาน	146
แผนภูมิที่ 3.19	ตัวแบบแสดงการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการจัดบริการสุขภาพ ชุมชนในพื้นที่ของ อบต. ปลายโพรงพาง อ.อัมพวา จ.สมุทรสงคราม	149
แผนภูมิที่ 3.20	ตัวแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดตั้งกองทุน หลักประกันสุขภาพชุมชน อบต. ท่าไม้รวก อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี	152
แผนภูมิที่ 3.21	แสดงตัวแบบการมีส่วนร่วมกองทุนสุขภาพตำบลอ่าวลึก เหนือ	159

สารบัญแผนภูมิ (ต่อ)

		หน้า
แผนภูมิที่ 4.1	ตัวแบบของกระบวนการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน	167
แผนภูมิที่ 4.2	แสดงการแยกการบริหารจัดการชัดเจนระหว่างกองทุนชุมชนเดิมกับกองทุนสปสข (รูปแบบที่ 1)	170
แผนภูมิที่ 4.3	แสดงรูปแบบคณะกรรมการบริหารร่วมในระดับตำบล และมีคณะอนุกรรมการย่อยบริหารจัดการแยกระหว่างกองทุนชุมชนเดิมกับกองทุน สปสข.ในระดับพื้นที่/หมู่บ้าน (รูปแบบที่ 2)	171
แผนภูมิที่ 4.4	แสดงการจัดตั้งและบริหารโดยยึดตามหลักเกณฑ์ของ สปสข.และมีคณะอนุกรรมการย่อย (รูปแบบที่ 3)	172
แผนภูมิที่ 5.1	แสดงการจัดกลุ่มพื้นที่เข้าร่วมโครงการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน	185

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตามพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ในมาตรา 18(9) และมาตรา 47 ที่กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุนและกำหนดกฎเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหาผลกำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ ด้วยเหตุนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงประสานความร่วมมือและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชน เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติดังกล่าว คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับคำตอบแทนจากกองทุน

จากสถานการณ์ปัจจุบันมีองค์กรชุมชน องค์กรเอกชนที่มีความเข้มแข็งในพื้นที่ต่างๆ ที่ดำเนินการในเรื่องกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการจัดบริการสวัสดิการด้านต่างๆ ให้แก่ประชาชนในพื้นที่ และบางพื้นที่มีการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขในการจัดบริการระบบสุขภาพด้วย ซึ่งทั้งหมดถือเป็นการดำเนินงานที่สอดคล้องตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในมาตรา 18(9) และมาตรา 47 ดังกล่าวข้างต้น

ประกอบกับคณะกรรมการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคประชาชน ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เห็นสมควรให้มีการค้นหาและศึกษารูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพในชุมชนที่มีความพร้อมและมีศักยภาพ โดยในช่วงที่ผ่านมาได้มีการลงพื้นที่เพื่อค้นหาและศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องกลุ่มออมทรัพย์หรือกลุ่มสวัสดิการในพื้นที่ต่างๆ กับการจัดระบบสวัสดิการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุข เช่น กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์วัดไผ่ล้อม จังหวัดตราด กองทุนวันละบาท จังหวัดลำปาง ศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน จังหวัดพะเยา กลุ่มสัจจะวันละ 1 บาท เพื่อทำสวัสดิการภาคประชาชนโดยประชาชนจังหวัดสงขลา เป็นต้น ซึ่งผลที่ได้เป็นการศึกษาในเบื้องต้นและสามารถเห็นความร่วมมือทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการของ 3 กลุ่มในการจัดบริการดังกล่าว ซึ่งองค์กรประชาชนที่มีการดำเนินงานในเรื่องกลุ่มออมทรัพย์ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานมาเป็นระยะเวลานานอย่างต่อเนื่องและสามารถดำเนินการได้ดี ประกอบกับแนวคิด

และความพร้อมในการดำเนินการได้ดี ประกอบกับแนวคิดและความพร้อมในการดำเนินงาน ในช่วงที่ผ่านมาของหน่วยบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ทำให้มีความเป็นไปได้ของการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การศึกษาเชิงลึกเพื่อให้ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการบริการสุขภาพในพื้นที่ระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การบริหารส่วนตำบล และกองทุนชุมชน จึงมีความจำเป็นจะต้องมีการดำเนินงานเพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินการบริการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ต่อไป

2. วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาตัวแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

3. วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในระดับตำบล โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค

2) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของความร่วมมือในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับตำบลของภาคีต่างๆ ในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล ประชาชน ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาจังหวัด และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลาง

3) เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับตำบลแบบมีส่วนร่วมระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล ประชาชนผู้รับบริการในพื้นที่ หน่วยบริการในพื้นที่ที่เป็นไปได้เพื่อการขยายผลในระยะต่อไป

4. พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินโครงการ

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน
ระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่ในการศึกษา ดังนี้

- 1) เป็นพื้นที่ที่มีการก่อตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนและมีการดำเนินการในเบื้องต้นแล้ว
 - 2) มีความร่วมมือจากชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม
- จากหลักเกณฑ์การพิจารณาดังกล่าว ทำให้ได้พื้นที่กรณีตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้จำนวน 7 พื้นที่ กระจายไปทุกภูมิภาค ดังนี้

- (1) กองทุนสวัสดิการชุมชนวันละ 1 บาท เทศบาลนครลำปาง จังหวัดลำปาง
- (2) เครือข่ายศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน ตำบลบ้านปิ่น อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา
- (3) กองทุนสุขภาพ ตำบลปุงคล้า อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
- (4) กองทุนสุขภาพชุมชน อบต.ศรีฐาน อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร
- (5) กองทุนสุขภาพชุมชน อบต.ปลายโพงพาง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม
- (6) กองทุนสุขภาพชุมชน อบต.ท่าไม้รวก อำเภอท่างาม จังหวัดเพชรบุรี
- (7) กองทุนสุขภาพชุมชน อบต.อ่าวลึกเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

5. ขั้นตอนการดำเนินโครงการ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

5.1 ระยะที่ 1 การศึกษาตัวแบบ

1) ทบทวนวรรณกรรม เรื่องรูปแบบการมีส่วนร่วมในระบบต่างๆ ของหลักประกันสุขภาพ โดยศึกษาจากงานวิจัย บทความวิชาการทั้งในต่างประเทศ เพื่อสร้าง Mapping รูปแบบการมีส่วนร่วมในระบบต่างๆ ของหลักประกันสุขภาพ

2) เก็บข้อมูลในพื้นที่เพื่อศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล โดยการสำรวจข้อมูลจริงในพื้นที่ ในประเด็น ต่อไปนี้

(1) ข้อมูลด้านสุขภาพ งานรักษาพยาบาลและงานฟื้นฟู เพื่อคาดการณ์ของเขตและวางแผนเป้าหมายของงาน

(2) ข้อมูลชุมชน ได้แก่ ข้อมูลประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เพื่อการวิเคราะห์ทุนทางสังคมในพื้นที่

(3) ข้อมูลเครือข่ายกองทุน ได้แก่ แนวคิดการดำเนินงาน การจัดสวัสดิการขนาดกองทุน เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพและความพร้อมของกองทุนในพื้นที่

(4) ข้อมูลโรงพยาบาล สถานีอนามัย และสถานพยาบาลอื่นๆ ในพื้นที่เพื่อวิเคราะห์ความพร้อมของสถานพยาบาล การเข้าถึงและความครอบคลุมการบริการสุขภาพ

(5) ข้อมูลระบบประกันสุขภาพของชุมชนตามประเภทสวัสดิการต่างๆ เช่น สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม หลักประกันสุขภาพและประกันเอกชน

(6) ข้อมูลการจัดการต่างๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ เช่นการจัดการด้านงบประมาณ ระบบกำลังคน ระบบการส่งต่อ

3) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใน 4 กลุ่มๆละ 7-10 คน ได้แก่

- (1) คณะผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล และองค์การบริหารส่วนจังหวัด
- (2) กรรมการเครือข่ายกองทุน/ คณะทำงานกองทุนในพื้นที่
- (3) สปสช.สาขาจังหวัด/ สาขาเขตพื้นที่/ผู้บริหาร/ผู้ให้บริการในโรงพยาบาล/หน่วยงานสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ (ผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ)

ประเด็นการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาความต้องการ ความเป็นไปได้ ในการจัดการหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วม อาทิเช่น

- การจัดการด้านงบประมาณจากงบหลักประกันสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) งบสมทบจากองค์การบริหารส่วนตำบลและองค์การบริหารส่วนจังหวัด งบสมทบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาจังหวัด งบสมทบจากองค์กรประชาชน หรือกองทุนชุมชนในพื้นที่นั้นๆ

- การบริหารจัดการกองทุน

- การจัดระบบสุขภาพของชุมชนและท้องถิ่น

4) การสังเกตการณ์ การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนฯ การประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ สังเกตพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนที่มาใช้บริการกองทุนฯ

5) การสัมภาษณ์ เจาะลึกในประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

6) ทักษะ วิเคราะห์ข้อมูลจาก 1-5 และเสนอร่างตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพตำบล

7) นำร่างตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพตำบลไปนำเสนอในเวทีผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ เพื่อขอความคิดเห็น

8) จัดประชุมเพื่อขอความคิดเห็นร่วมกับองค์กรในพื้นที่ หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน เพื่อปรับตัวแบบการมีส่วนร่วมฯ ที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่

9) นำเสนอตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมเสนอแนวทาง แผนงานและขั้นตอนการปฏิบัติจริง

5.2 ระยะที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติจริง

1) การจัดการด้านงบประมาณจาก

(PP)

- งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- งบสมทบจากองค์การบริหารส่วนตำบลและองค์การบริหารส่วนจังหวัด
- งบสมทบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัด
- งบสมทบจากองค์กรประชาชน หรือ กองทุนชุมชนในพื้นที่นั้นๆ

2) การบริหารจัดการบุคคล การแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

3) การดำเนินกิจกรรมโดยเฉพาะงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ดำเนินการด้วยความร่วมมือจากองค์กรประชาชน กองทุนชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล หน่วยบริการในพื้นที่ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

4) การประเมินผลการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทั้งในการดำเนินงานระยะที่ 1 และระยะที่ 2 จะดำเนินงานควบคู่กัน

6. ระยะเวลาดำเนินการ

1 มิถุนายน พ.ศ. 2549 – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550

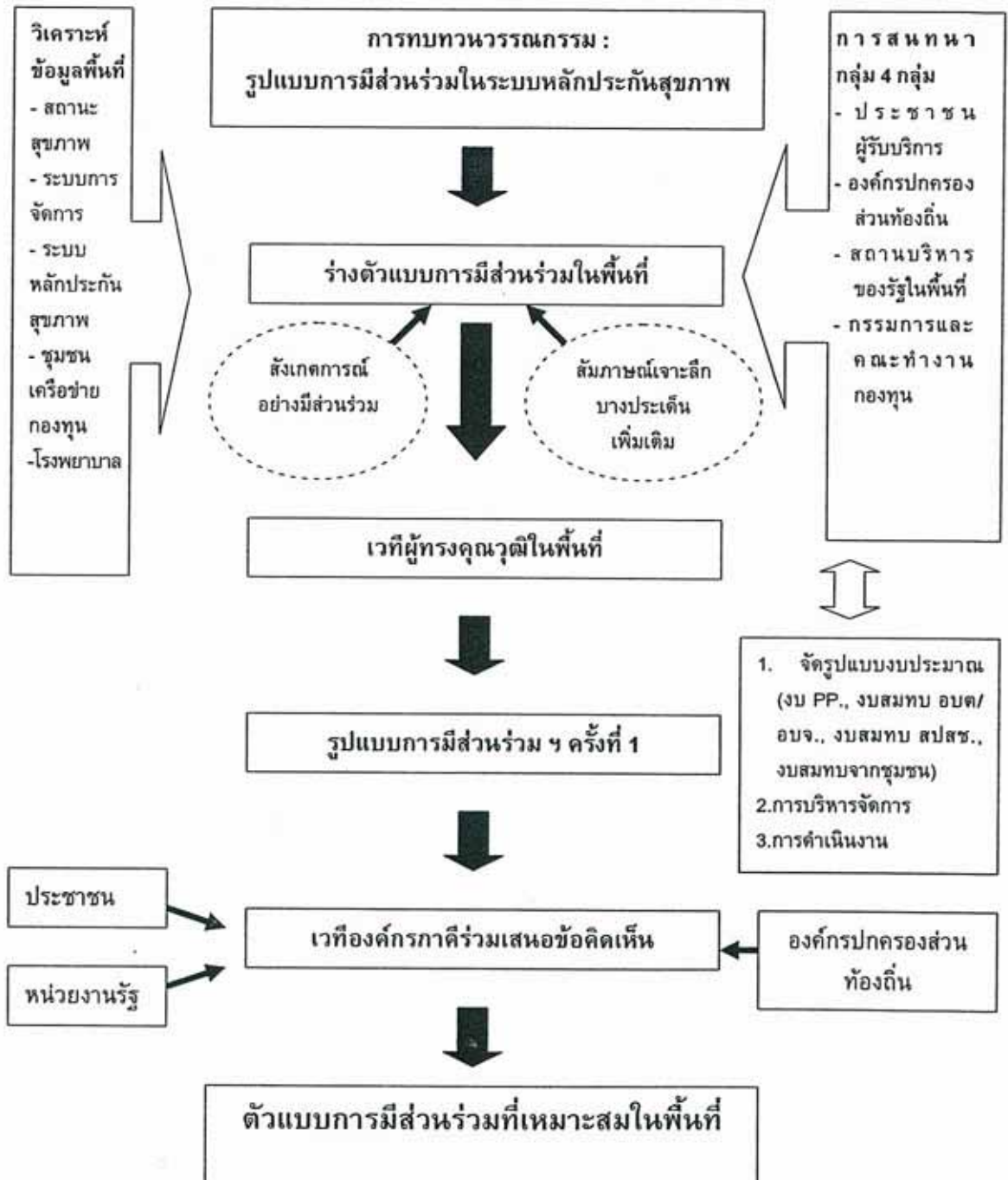
7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลที่เหมาะสมกับพื้นที่
- 2) ชุมชนได้เรียนรู้กลไกการบริหารจัดการกองทุนที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม

8. กรอบแนวคิดในการศึกษา

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน
ระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

แผนภูมิที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษา



บทที่ 2

แนวคิดและการทบทวนวรรณกรรม

1. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธิดังกล่าว ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีเป้าหมายเพื่อสร้างหลักประกันให้กับประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ตามสิทธิอันพึงมี พึงได้ ส่งเสริมให้ประชาชนสุขภาพดี ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น อีกทั้งยังส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า "สุขภาพ" เป็นเรื่องของประชาชนทุกคน อีกทั้งการส่งเสริมให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีความยั่งยืน โดยเป็นระบบที่มุ่งเน้น "การสร้าง"สุขภาพมากกว่าการ "ซ่อม"สุขภาพ (พลเดช ปิ่นประทีป, 2549:1-2, เอกสารอัดสำเนา)

ดังนั้น การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนจึงเป็นมิติหนึ่งในการพัฒนาประเทศ ที่ไม่เพียงแต่ประชาชนจะได้รับสิทธิอย่างครบถ้วนภายใต้ระบบที่มีมาตรฐานเดียวกันแล้ว ใช้จ่ายด้านสุขภาพในประเทศยังมียอดรวมต่ำกว่าหรือสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้อีกทางหนึ่งด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการสร้างระบบ และกลไกเพื่อกระจายภาวะทางการเงิน-การคลังด้านสาธารณสุขไปสู่กลุ่มคนต่างๆ ซึ่งก่อให้เกิดความเป็นธรรมในระบบสุขภาพมากขึ้น เป็นการเฉลี่ยสุขเฉลี่ยทุกข์กันของสมาชิกในสังคม

อย่างไรก็ตามระบบหลักประกันสุขภาพที่ดีนั้นจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมในการกำหนดสิทธิประโยชน์ การจัดการและการตรวจสอบการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ว่าได้ใช้ไปเพื่อตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของคนในชุมชนและในประเทศอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพโดยรวมของชุมชนด้วย (พลเดช ปิ่นประทีป, 2549: 2, เอกสารอัดสำเนา) ทั้งนี้ภายใต้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ ประชาชนและท้องถิ่นสามารถเข้ามามีส่วนร่วมใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ ด้านการจัดบริการสุขภาพโดยชุมชนและด้านการตรวจสอบคุณภาพบริการ

1.1 ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ในมาตรา 47 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ระบุไว้ว่า เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น การเข้ามามีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพนั้น เป็นกลวิธีที่สำคัญในการนำมาใช้เพื่อปฏิรูปการบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

อาจกล่าวได้ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถือเป็นสวัสดิการสังคมประเภทหนึ่ง ที่รัฐบาลให้กับประชาชนชาวไทยทุกคน แต่อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณและเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพดังกล่าว จึงเกิดแนวคิดที่จะให้องค์การบริหารส่วนตำบล องค์กรชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพของตนเองที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนต่อไป

และเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงกำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลเป็นผู้ดำเนินการและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (พลเดช ปิ่นประทีปและคณะ, บรรณานุกรม, 2549: 7)

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในสังคมไทย ณ ปัจจุบัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทั้ง อบต. เทศบาลและ อบจ.มีความสำคัญอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากเป็นหน่วยงานในระดับท้องถิ่นที่มีทั้งงบประมาณ บุคลากร สถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับการถ่ายโอนจากรัฐสู่ท้องถิ่น ในขณะที่เดียวกันภาคประชาชนก็ปรารถนาที่จะถ่ายโอนปัญหาต่างๆ ให้กับ อปท.ช่วยแก้ปัญหาต่างเหล่านั้นไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา ซึ่งพบว่าประชาชนในท้องถิ่นมีปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ และต้องการให้ อปท.ได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการแก้ไขและพัฒนาให้ดีขึ้น

2.1 โครงสร้างและอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล

องค์การบริหารส่วนตำบลหรือ อบต. ได้รับการจัดตั้งครั้งแรกในปี พ.ศ.2538 มีฐานะเป็นนิติบุคคล และเป็นราชการบริหารส่วนท้องถิ่น (มาตรา 43) และมีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาตำบลทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม และจัดระบบการบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง

อำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 กำหนดให้ อบต.มีอำนาจหน้าที่ พอสรุปได้ดังต่อไปนี้

1) มีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาตำบลทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (มาตรา 66)

2) มีหน้าที่ต้องทำในเขต อบต. ดังนี้ (มาตรา 67)

- จัดให้มีและบำรุงรักษาทางน้ำและทางบก
- รักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดินและที่สาธารณะรวมทั้งกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
- ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ
- ป้องกันโรคและบรรเทาสาธารณภัย
- ส่งเสริมการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม
- ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ
- คุ้มครอง ดูแล และบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- บำรุงรักษาศิลปะจารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมที่ดีของท้องถิ่น
- ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ทางราชการมอบหมายให้จัดสรรงบประมาณหรือบุคลากรให้ตามความจำเป็นและสมควร

3) มีหน้าที่อาจจัดทำกิจการในเขต อบต. ดังนี้ (มาตรา 68)

- ให้มีน้ำเพื่อการอุปโภค บริโภค และการเกษตร
- ให้มีและบำรุงการไฟฟ้าหรือแสงสว่างโดยวิธีอื่น
- ให้มีและบำรุงรักษาทางระบายน้ำ
- ให้มีและบำรุงสถานที่ประชุมการกีฬาการพักผ่อนหย่อนใจและสวนสาธารณะ
- ให้มีและส่งเสริมกลุ่มเกษตรและกิจการสหกรณ์
- ส่งเสริมให้มีอุตสาหกรรมในครอบครัว

- บำรุงและส่งเสริมการประกอบอาชีพของราษฎร
- การคุ้มครองดูแลและรักษาทรัพย์สินอันเป็นสาธารณสมบัติของแผ่นดิน
- หาผลประโยชน์จากทรัพย์สินขององค์การบริหารส่วนตำบล
- ให้มีตลาด ท่าเทียบเรือ และท่าข้าม
- กิจการเกี่ยวกับการพาณิชย์
- การท่องเที่ยว
- การผังเมือง

4) อำนาจหน้าที่ของ อบต. ตามข้อ 1. ข้อ 2. และข้อ 3. ข้างต้นนั้น ไม่เป็นการตัดอำนาจหน้าที่ของกระทรวง ทบวง กรม หรือองค์การหรือหน่วยงานของรัฐในอันที่จะดำเนินกิจการใดๆ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในตำบล แต่ต้องแจ้งให้ อบต. ทราบล่วงหน้าตามสมควร กรณีนี้หาก อบต. มีความเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการดังกล่าว ให้นำความเห็นของ อบต. ไปประกอบการพิจารณาดำเนินกิจการนั้นด้วย (มาตรา 69)

5) มีสิทธิ ได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร จากทางราชการ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของทางราชการในตำบล (มาตรา 70)

6) อาจออกข้อบังคับตำบล เพื่อใช้บังคับในตำบลได้เท่าที่ไม่ขัดต่อกฎหมาย หรืออำนาจหน้าที่ของ อบต. ในการนี้จะกำหนดค่าธรรมเนียมที่จะเรียกเก็บและกำหนดโทษปรับผู้ฝ่าฝืนด้วยก็ได้ แต่มิให้กำหนดโทษปรับเกิน 500 บาท (มาตรา 71)

7) อาจขอให้ข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้างของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ไปดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติกิจการของ อบต. เป็นการชั่วคราวได้โดยไม่ขาดจากต้นสังกัดเดิม (มาตรา 72)

8) อาจทำกิจการนอกเขต อบต. หรือร่วมกับสภาตำบล อบต. อบจ. หรือหน่วยงานบริหารราชการส่วนท้องถิ่นอื่นเพื่อกระทำการร่วมกันได้ (มาตรา 73)

อำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

1) มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ดังนี้ (มาตรา 16)

- การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง
- การจัดให้มีและบำรุงรักษาทางบก ทางน้ำ และทางระบายน้ำ
- การจัดให้มีและควบคุมตลาด ท่าเทียบเรือ ท่าข้าม และที่จอดรถ
- การสาธารณูปโภคและการก่อสร้างอื่น
- การสาธารณูปการ

- การส่งเสริม การฝึก และประกอบอาชีพ
- การพาณิชย์ และการส่งเสริมการลงทุน
- การส่งเสริมการท่องเที่ยว
- การจัดการศึกษา
- การสังคมสงเคราะห์ การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชราและ
ผู้ด้อยโอกาส
- การบำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดี
ของท้องถิ่น
- การปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัด และการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย
- การจัดให้มีและบำรุงรักษาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ
- การส่งเสริมกีฬา
- การส่งเสริมประชาธิปไตย ความเสมอภาคและสิทธิเสรีภาพของ ประชาชน
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของราษฎรในการพัฒนาท้องถิ่น
- การรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง
- การกำจัดมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และน้ำเสีย
- การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล
- การจัดให้มีและควบคุมสุสานและฌาปนสถาน
- การควบคุมการเลี้ยงสัตว์
- การจัดให้มีและควบคุมการฆ่าสัตว์
- การรักษาความปลอดภัย ความเป็นระเบียบเรียบร้อย และการอนามัย โรง
มหรสพและสาธารณสถานอื่นๆ
- การจัดการ การบำรุงรักษาและการใช้ประโยชน์จากป่าไม้ที่ดิน
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- การผังเมือง
- การขนส่งและการวิศวกรรมจราจร
- การดูแลรักษาที่สาธารณะ
- การควบคุมอาคาร
- การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- การรักษาความสงบเรียบร้อย การส่งเสริมและสนับสนุนการป้องกันและรักษา
ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

- กิจการอื่นใดที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

2) อำนาจหน้าที่ของ อบต. ตามข้อ 1.จะมีผลอย่างสมบูรณ์ต่อเมื่อแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีผลใช้บังคับแล้ว

หากพิจารณาบทบาทหน้าที่ของ อบต.ตามพ.ร.บ.สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 ที่กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 พบว่า อบต.ต้องจัดทำระบบบริการสาธารณะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหลายประการ (โกวิทย์ พวงงามและคณะ, 2548: 9-10) ตัวอย่างเช่น

- การจัดการด้านสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล
- การกำจัดขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูลและน้ำเสีย
- การดูแลรักษาที่สาธารณะ
- การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการสังคมสงเคราะห์ เด็ก สตรี เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส
- การจัดบริการสาธารณะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ ฯลฯ

กล่าวโดยสรุป องค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่งมีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาตำบลทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ดังนั้นการส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ รวมถึงการสังคมสงเคราะห์ การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชราและผู้ด้อยโอกาสจึงเป็นภารกิจประการหนึ่งที่องค์การบริหารส่วนตำบลจะต้องปฏิบัติ

การจัดทำนโยบายและสร้างนโยบายเพื่อตอบสนองภารกิจและอำนาจหน้าที่ดังกล่าวจึงถือเป็นการท้าทายศักยภาพและขีดความสามารถของ อบต.ที่จะต้องจัดระบบบริการสาธารณะที่มีคุณภาพและเกิดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการให้มีคุณภาพงานตามภารกิจเท่ากับหรือเท่าเดิม หรือต้องดีกว่าเดิมที่ส่วนราชการของรัฐทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเคยจัดบริการอยู่และสิ่งที่จะพิสูจน์ให้ชุมชน สังคมเห็นว่า อบต.มีศักยภาพขีดความสามารถที่จะดำเนินการกิจด้านสุขภาพตามเป้าหมายที่กำหนดไว้นั้น อบต.ต้องหันมาให้ความสำคัญกับการกิจด้านสุขภาพให้มีความสำคัญกับกระบวนการแสวงหาทรัพยากร การแสวงหาความร่วมมือและการดึงทุกภาคส่วนของชุมชน หมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดยุทธศาสตร์ การพัฒนาด้านสุขภาพทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสติปัญญา

จากบทบาทหน้าที่ของ อบต.ดังกล่าวข้างต้น จะพบว่ามีความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องการส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและ ความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นผ่านกลไกการขององค์การบริหารส่วนตำบล

3. แนวคิดเกี่ยวกับทุนทางสังคม (Social Capital)

อาจกล่าวได้ว่าสำหรับสังคมไทยแล้ว “ทุนทางสังคม” (Social Capital) เริ่มได้รับการ กล่าวถึงตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ.2541 เป็นต้นมา ท่ามกลางวิกฤตปัญหาการล้มละลายทางการเงิน การธนาคาร การผลิตด้านอุตสาหกรรมและบริการ และท่ามกลางวิกฤตทางความรู้ปัญญาในการ แก้ไขปัญหาข้างต้น

ทุนทางสังคมนับเป็นวาทกรรมย่อยอันใหม่ในชุดวาทกรรม “ประชาสังคม” (Civil Society) ที่ถูกนำเข้าสู่กระแส “การพัฒนา” ของสังคมไทย อันเนื่องมาจากแนวคิดและ ประสบการณ์ของนักวิชาการตะวันตก (โรเบิร์ต พูทนาม) ที่ได้ศึกษากระบวนการประชาสังคม ในประเทศอิตาลี ด้วยเหตุนี้การนำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้กับบริบทของสังคมไทยอันเป็น สังคมตะวันออกที่มีรากฐานทางประวัติศาสตร์ และปรัชญาของสังคมที่แตกต่างออกไป จึงต้องมีความระมัดระวัง

เนื่องด้วย “ทุนทางสังคม” เป็นเรื่องใหม่ จึงมีความพยายามให้ความหมายเกี่ยวกับทุน ทางสังคมของนักวิชาการจำนวนหนึ่ง ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างไปตามนัยยะและบริบทรวมทั้ง ประสบการณ์ในการทำงานของผู้ที่ให้ความหมาย ตัวอย่าง เช่น (วรวิทย์ โรมรัตนพันธุ์, 2548: 28-39)

โรเบิร์ต พูทนาม (Putnam, 1993, 1999) กล่าวถึง ทุนทางสังคมว่า เป็นส่วนที่เอื้อ ประโยชน์ทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะประเด็นความสัมพันธ์กันทางสังคมที่อยู่บนพื้นฐานของความ ไว้วางใจกันและกัน ที่ส่งผลให้เกิดความสะดวกต่อการดำเนินการทางเศรษฐกิจ ความไว้วางใจ เป็นสิ่งที่จะช่วยเชื่อมโยงระหว่างส่วนย่อยๆ ของชุมชนเข้าด้วยกัน รวมทั้งการเชื่อมต่อรอยแยก ของสังคมเข้าด้วยกัน ในลักษณะดังกล่าวทุนทางสังคมจึงเป็นเสมือนสะพานเชื่อมที่จะทำให้เกิด ความร่วมมือเพิ่มขึ้นระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่หลากหลายในชุมชน และเป็นการเปิดกว้าง สำหรับทุกๆ คน ทุนทางสังคมจึงมีทั้งเครือข่ายและธรรมเนียมปฏิบัติที่สมาชิกสามารถร่วมมือ กันได้มากขึ้น เป็นการกระทำที่มีการคาดหวังภายใต้เป้าหมายทางเศรษฐกิจ รวมทั้งพฤติกรรม ที่ค้นหาเป้าหมายของสมาชิกร่วมกัน

โคลแมน (Coleman, 1999) อธิบายว่า ทูทางสังคมเป็นชุดของความสัมพันธ์ (set of relationships) ระหว่างคน เป็นความสัมพันธ์ที่เป็นผลมาจากความตั้งใจบนพื้นฐานของความคลาดหวางในสิ่งที่ต้องใช้ร่วมกัน (common) เป็นชุดของการมีค่านิยมร่วมกัน (set of shared values) และการมีสำนึกของความไว้วางใจ (sense of trust) ระหว่างกัน สิ่งเหล่านี้ถือเป็นโครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างคนสองคนหรือมากกว่าที่ได้แสดงออกมาและส่งผลต่อกิจกรรมที่ได้กระทำในมิติดังกล่าว ทำให้เห็นได้ว่าทูทางสังคมนั้น เป็นโครงสร้างทางสังคมที่เกิดขึ้นกับปัจเจกบุคคลในองค์กร และทางตรงกันข้ามในที่ที่มีทูทางสังคมอ่อนแอก็จะมีปรากฏการณ์ของความขัดแย้งกันในค่านิยมและการขาดความไว้วางใจระหว่างกัน (conflicting values and lack of trust)

โคเฮน และ พรูแซค (Cohen & Prusak, 2001) นำเสนอว่า ทูทางสังคมประกอบด้วยสิ่งที่เอื้อให้การติดต่อกันระหว่างบุคคลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (stock of active connections) ซึ่งได้แก่ ความไว้วางใจ (trust) ความเข้าใจอันดีระหว่างกัน (mutual understanding) การมีค่านิยมร่วมกัน (shared values) การมีพฤติกรรมของสมาชิกที่อยู่ในรูปของเครือข่ายระหว่างคน (human network) หรือระหว่างชุมชน ซึ่งจะก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างกัน

ฟูกุยามา (Fukuyama, 1995) ได้อธิบายว่า ทูทางสังคมว่า เป็นชุดของค่านิยมที่ไม่เป็นทางการ และบรรทัดฐานจารีตร่วมกัน (norms shared) ของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างกัน อย่างไรก็ตาม การมีค่านิยมร่วมกัน ก็ไม่ได้หมายความว่าสิ่งเหล่านี้เป็นทูทางสังคมทั้งหมด เพราะว่าคุณค่าเหล่านั้นอาจจะเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องก็ได้ ดังนั้น ค่านิยมและบรรทัดฐานจารีต ที่เป็นทูทางสังคมนั้นจะต้องเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับศีลธรรมความดีงาม (virtues) ดังนั้นทูทางสังคม จึงเป็นทรัพยากร (resources) ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในสังคม ทรัพยากรในรูปของทูทางสังคม ได้แก่ ความไว้วางใจ บรรทัดฐานจารีต และความเป็นเครือข่าย ที่สอดคล้องกับศีลธรรมอันดีงาม

ธนาคารโลก (World Bank, 1999) ได้กล่าวถึงทูทางสังคมว่า เป็นสถาบัน (institutions) ความสัมพันธ์ (relationships) และบรรทัดฐานจารีต (norms) ซึ่งมีลักษณะที่เป็นทั้งคุณภาพและปริมาณของการปฏิสัมพันธ์กันของคนในสังคม ทูทางสังคมไม่ใช่เกิดได้ในสถาบันทั้งหมดของสังคม แต่เป็นกาวที่เชื่อมสถาบันเหล่านั้นเข้าด้วยกัน บรรทัดฐานจารีตและความสัมพันธ์ในสังคม เป็นสิ่งที่ฝังอยู่ในโครงสร้างสังคม ซึ่งสามารถทำให้ผู้คนเกิดความร่วมมือเพื่อเป้าหมายที่ปรารถนาสูงสุด นอกจากนั้นทูทางสังคมอาจจะถูกมองในลักษณะที่เป็นเจตคติและคุณค่าที่เกิดจากการดำเนินงานระหว่างคนภายในชุมชนและความช่วยเหลือในด้านเศรษฐกิจและการพัฒนาจากภายนอกชุมชน

จากความหมายของทุนทางสังคมข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่ากลุ่มนักวิชาการตะวันตกต่างก็มองทุนทางสังคมในมิติของระบบคิดและวิถีปฏิบัติรวมกันไป ซึ่งอาจจำแนกได้ว่า ในส่วนที่เกี่ยวกับระบบคิดนั้น ต่างก็มองว่าทุนทางสังคมประกอบด้วยความสัมพันธ์ร่วมกันที่จะก้าวไปข้างหน้า หรือมีจิตสำนึกผูกพันกันของคนในสังคม รวมทั้งการมีค่านิยมในการเคารพต่อกัน และค่านิยมต่างตอบแทนหรือแลกเปลี่ยนระหว่างกัน ซึ่งระบบคิดและค่านิยมดังกล่าวทำให้คนในสังคมมีวิถีปฏิบัติต่อกันด้วยความเห็นอกเห็นใจ รวมทั้งการเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกันที่เกิดขึ้นในองค์กร ชุมชน หรือสังคม นอกจากนั้นยังมองทุนทางสังคมในมิติที่กว้างขึ้นที่นอกเหนือจากตัวองค์กร สถาบัน หรือชุมชน เป็นเรื่องของ การเชื่อมโยงระหว่างองค์กร สถาบัน หรือเครือข่ายชุมชน ซึ่งหมายความว่า ทุนทางสังคมสามารถเกิดจากภายนอกองค์กร ชุมชน หรือสังคมได้ด้วย และประเด็นที่สำคัญคือ ระบบความสัมพันธ์ ค่านิยมดังกล่าวข้างต้นจะต้องสอดคล้องกับศีลธรรมอันดีงามด้วย

3.1 ทุนทางสังคม : ความหมายและประสบการณ์จากบริบทสังคมไทย

หากพิจารณาทุนทางสังคมตามความหมายที่นักวิชาการตะวันตกได้นำเสนอไว้ั้น เราอาจพบว่า ในสังคมไทยมีสิ่งที่เรียกว่าทุนทางสังคมอยู่แล้วและในอดีตได้ถูกนำมาใช้เพื่อการจัดการแก้ไขปัญหาของชุมชน ทุนทางสังคมจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของนักวิชาการและนักพัฒนาชุมชนที่สนใจในเรื่องนี้ เช่น

เอนก นาเคบุตร (2541: 19) เชื่อว่า ทุนทางสังคม หรือความเข้มแข็งของชุมชนมิใช่เรื่องใหม่ที่เพิ่งจะเกิดขึ้นในประเทศไทย หากแต่เป็นคุณค่าเดิมที่สังคมไทยที่อยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นการมีน้ำใจต่อกัน การแบ่งปันซึ่งกันและกัน ความเอื้ออาทรที่มีต่อกัน การเกาะเกี่ยวกันทางสังคม การรวมกลุ่มเป็นองค์กร หรือการจัดตั้งเป็นเครือข่ายต่างๆ เช่น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มเกษตรผสมผสาน เครือข่ายโรงสีชุมชน เป็นต้น ทุนทางสังคม ดังกล่าวนี้นี้ คือพลังสำคัญที่จะขับเคลื่อนให้ชุมชนต่างๆ มีความสามารถในการเพิ่มทุนทางสังคมให้กับชุมชนตนเองมากขึ้น มีความเท่าทันต่อปัญหา และมีความสามารถในการจัดการปัญหาได้มากขึ้น และท้ายที่สุดสามารถพึ่งตนเองได้จริงในระยะยาว

ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม (2541: 8) กล่าวว่า ทุนทางสังคมอาจเป็นนามธรรมซึ่งหมายถึงความเข้มแข็งของชุมชน ท้องถิ่น ความสามัคคีรวมพลัง การมีองค์กร มีหน่วยที่จะจัดการ จัดระบบต่างๆ ในชุมชน มีศิลปวัฒนธรรม มีจิตรวมใจ มีศีลธรรม มีความสมัครสมานรักใคร่กลมเกลียวกัน เหล่านี้เรียกว่าเป็นทุนทางสังคม ซึ่งจะเป็นพื้นฐานให้ท้องถิ่นและชุมชนมีการพัฒนาที่เข้มแข็งที่จริงจังและยั่งยืน ทุนทางสังคมจึงเปรียบเสมือนจิตวิญญาณของสังคม จิตวิญญาณมีคุณค่าและเป็นพลังสำคัญให้แก่บุคคลฉันใด ทุนทางสังคมก็มีคุณค่าและเป็นพลังสำคัญให้แก่ชุมชนและสังคมฉันนั้น

หรือที่ อัมมาร สยามวาลา (2541: 7) ได้นำเสนอว่า เมื่อสถาบันต่างๆ ในช่วงที่เศรษฐกิจของประเทศอยู่ในฐานะที่ย่ำแย่ เราจึงต้องกลับมาหาระบบเศรษฐกิจเดิมของเรา ซึ่งอยู่บนรากฐานความสัมพันธ์ของสังคมแบบดั้งเดิมที่เราเคยมีอยู่ เพียงแต่เราได้ละเลยกันไป ซึ่งตรงนี้ถือเป็นทุนรอนของเรา ทุนรอนอันนี้เรียกได้ว่า เป็นทุนทางสังคมที่เราต้องการให้มีมากขึ้น และทำได้โดยการเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม เพราะความสัมพันธ์ทำให้แต่ละคนรวมกันขึ้นเป็นชุมชนได้ ความเป็นชุมชนที่จะดูแลกันได้เกิดตามมา จึงเป็นเรื่องที่เราต้องสนับสนุนให้เกิด แต่ถ้าสายสัมพันธ์มันมีอยู่แล้ว เราก็เสริมให้แข็งแกร่งขึ้น ซึ่งทั้งหมดก็เพื่อให้เป็นรากฐานหรือเรียกได้ว่า เป็นที่พึ่งให้สังคมของเราก้าวหน้าขึ้นต่อไป

รวมทั้ง อัมพร เล็กอุทัย (2541: 18) ที่กล่าวไว้ว่า ทุนทางสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะในภาวะวิกฤตของสังคม เพราะทุนทางสังคมจะก่อให้เกิดโอกาส ช่วยแก้ปัญหา ความยากจน ช่วยยกระดับรายได้ สร้างโอกาส การจ้างงานและการช่วยเหลือส่งผลตรงถึงกลุ่ม และชุมชน ผ่านสิ่งที่ชุมชนต้องการเอง ปกป้องกันเอง และมีส่วนร่วมในความต้อการพื้นฐาน สอดคล้องกับธรรมชาติ ภูมิปัญญาชาวบ้าน เท่ากับสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและท้องถิ่น เสริมให้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ไม่สูญเปล่า เกิดประโยชน์ชัด ทันเหตุการณ์ ช่วยพัฒนาสังคมได้บนพื้นฐานความเอื้ออาทรต่อกัน

จากความหมายของทุนทางสังคมข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่า ทุนทางสังคมในบริบทของสังคมไทยนั้นหมายรวมถึง สิ่งที่มีอยู่ในตัวบุคคล เช่น ความมีน้ำใจ ความเอื้ออาทร การช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นต้น เป็นสิ่งที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพชน เช่น ภูมิปัญญา ประเพณี ความเชื่อและวัฒนธรรมที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้งสิ่งที่เป็นศักยภาพในการพัฒนาของชุมชน เช่น ผู้นำกลุ่ม องค์กรประชาชน เครือข่าย เป็นต้น

3.2 องค์ประกอบของทุนทางสังคม: การพิจารณาด้านโครงสร้างและหน้าที่หรือผลลัพธ์ของทุนทางสังคม

ปรากฏการณ์ขององค์ประกอบของทุนทางสังคม ก็เช่นเดียวกับการให้ความหมายของ "ทุนทางสังคม" กล่าวคือ มีการกำหนดองค์ประกอบของทุนทางสังคมที่หลากหลายกันไป ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและพื้นฐานของแต่ละสังคม รวมทั้งการให้นิยามความหมายที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ได้มีการจัดหมวดหมู่ และสรุปลักษณะที่สำคัญๆของทุนทางสังคมไว้อย่างน้อย 2 กลุ่มด้วยกัน กล่าวคือ กลุ่มแรก เป็นทุนทางสังคมที่ระบุถึงเรื่องของโครงสร้างและหน้าที่ของทุนทางสังคมโดยอธิบายรูปของระบบหรือกระบวนการทำงานของทุนทางสังคม กลุ่มที่สอง จะเป็นทุนทางสังคมที่นำเสนอถึงผลลัพธ์หรือปรากฏการณ์ของทุนทางสังคม ที่มีลักษณะเป็นภาพรวมหรือการบูรณาการของสิ่งต่างๆ ที่ได้เกิดขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (วรวิทย์ โรมรัตนพันธ์, 2548: 51-61)

1) องค์ประกอบในเชิงโครงสร้างและหน้าที่ (Structural/function based)

การพิจารณาองค์ประกอบของทุนทางสังคมในเชิงโครงสร้างและหน้าที่นั้น จะอธิบายอยู่ในรูปของระบบและกระบวนการทำงานของทุนทางสังคม ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ ระดับมหภาค (macro) และระดับจุลภาค (micro)

ในระดับมหภาค ทุนทางสังคมจะครอบคลุมบริบทขององค์กรหรือสถาบันต่างๆ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่อยู่ภายใต้โครงสร้างแบบเป็นทางการ อาทิ รูปแบบการปกครอง แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับกฎหมาย ระบบความคิด ความเชื่อที่สอดคล้องกับกฎหมาย ระดับการกระจายอำนาจ และระดับการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย

ในระดับจุลภาค ทุนทางสังคมถือเป็นศักยภาพของการรวมตัวขององค์กรในแนวนอน รวมทั้งเครือข่ายในการพัฒนา ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

(1) เรื่องเกี่ยวกับสาระหรือวิถีคิด ความเข้าใจ และการเรียนรู้ในเรื่องต่างๆ ของประชาชน (cognitive) ซึ่งจะอยู่ในรูปของการให้คุณค่า (values) ความเชื่อ (beliefs) ทักษะคติ (attitudes) พฤติกรรม (behavior) และบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) และ

(2) เรื่องของโครงสร้าง (structure) ที่สะท้อนให้เห็นถึงองค์ประกอบและระดับการปฏิบัติของสถาบันท้องถิ่น ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่สามารถตอบสนองต่อการทำให้ชุมชนเกิดการพัฒนา

2) องค์ประกอบในเชิงบูรณาการหรือผลลัพธ์ (Integration / Result based)

การระบุถึงองค์ประกอบในเชิงบูรณาการหรือผลลัพธ์นั้น มักจะเป็นการนำเสนอภาพรวมของทุนทางสังคมในเชิงบูรณาการหรือในเชิงผลลัพธ์ว่าประกอบด้วย องค์ประกอบต่างๆ ต่อไปนี้ เช่น (สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา, ม.ป.ป.: 8-12; จดหมายข่าวประชาสังคม, 2541: 5-6)

(1) วัฒนธรรมชุมชน เป็นสิ่งที่ซึ่งผูกพันแนบแน่นกับวิถีชีวิตของคนในชุมชนนั้น เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงวิถีคิด การมองโลก ความเชื่อและจิตสำนึกที่สัมพันธ์กับบุคคลในระดับปัจเจกบุคคล ชนเผ่า และเชื้อชาติ

(2) กฎ จารีต ประเพณี อันเป็นลักษณะเฉพาะของท้องถิ่นที่หล่อหลอมจากประสบการณ์ของคนรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง เป็นสำนึกร่วมของคนในชุมชนที่มุ่งสร้างระบบขึ้นมาเพื่อดูแลควบคุมชุมชนให้ดำเนินชีวิตไปตามระบบคุณค่าและระบบคิดของชุมชนนั้น

(3) ภูมิปัญญาท้องถิ่น และกระบวนการเรียนรู้ที่ชุมชนสั่งสมมา เช่น ภูมิปัญญาด้านเกษตรกรรม การแพทย์พื้นบ้าน ศิลปหัตถกรรมและการดูแลสุขภาพทางธรรมชาติ องค์ความรู้เหล่านี้กลั่นกรองจากประสบการณ์ที่ละเอียดลึกซึ้งและแนบแน่นกับธรรมชาติอย่างแยกไม่ออก

(4) ระบบกรรมสิทธิ์ และการจัดการทรัพยากรของชุมชน อันได้แก่ ทรัพยากรธรรมชาติ โบราณวัตถุ ซึ่งถือเป็นมรดกตกทอดมาสู่คนรุ่นหลัง ซึ่งมีหน้าที่ต้องปกป้องรักษาทำนุบำรุง

(5) ระบบความสัมพันธ์ของคนในชุมชน ที่มีโครงสร้างความสัมพันธ์ในแนวราบ เช่น ลักษณะของระบบครอบครัวเครือญาติมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในยามตกทุกข์ได้ยาก ความสัมพันธ์อันอบอุ่นนี้จะเป็นโครงสร้างอันสำคัญที่จะยึดโยงชุมชนไว้ให้เข้มแข็งไม่แตกสลายโดยง่าย

(6) ทรัพยากรบุคคล ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการสร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้นำทางปัญญาหรือผู้อาวุโส ปราชญ์ชาวบ้าน ฯลฯ ที่มีภูมิปัญญาในการดำรงชีพด้านต่างๆ เหล่านี้มีความสำคัญในกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้าน และ 2) กลุ่มองค์กรชุมชนที่ดำเนินกิจกรรมสาธารณะ เป็นกลุ่มที่รวมกันเป็น กลุ่มความคิด กลุ่มอาชีพ กลุ่มศาสนา กลุ่มนักวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อทำกิจกรรมอันเกิดประโยชน์ต่อชุมชน

หากพิจารณาองค์ประกอบของทุนทางสังคมในเชิงบูรณาการหรือผลลัพธ์นั้น เราอาจจัดหมวดหมู่องค์ประกอบได้เป็น 3 กลุ่มด้วยกัน คือ

(1) ทุนมนุษย์ ที่มีคุณภาพ มีความรู้ สติปัญญาและทักษะ มีคุณธรรม มีวินัย และความรับผิดชอบ มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการรวมกลุ่มและสร้างเครือข่ายเพื่อทำประโยชน์ต่อส่วนรวม

(2) ทุนที่เป็นสถาบัน ได้แก่ สถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา ศาสนา การเมือง รวมทั้งองค์กรที่ตั้งขึ้นมา เช่น องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน สมาคมวิชาชีพ ฯลฯ

(3) ทุนทางปัญญาและวัฒนธรรม ครอบคลุมถึงระบบคุณค่า เช่น คุณธรรม วินัย จิตสำนึกสาธารณะ วัฒนธรรมไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่น ฯลฯ

3.3 ความสำคัญและประโยชน์ของทุนทางสังคมต่อชุมชน

โดยหลักการพื้นฐานแล้ว ทุนทางสังคมช่วยให้เกิดกลุ่มหรือเครือข่ายทางสังคมขึ้น เช่น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มอาชีพ กองทุนหมู่บ้าน หรือกองทุนสวัสดิการต่างๆ และมีเป้าหมายอยู่ ที่การจัดสรรและกระจายทรัพยากรให้แก่สมาชิกในชุมชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม กระบวนการของทุนทางสังคมจะมุ่งสร้างเสริมทรัพยากร ทุนให้แก่ชุมชนและสังคม และมีความมุ่งหวังว่า ทรัพยากรและทุนเหล่านี้จะช่วยให้ชุมชนและสังคมเกิดพลังที่จะขับเคลื่อนงานต่างๆ หรือช่วยในการแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ในชุมชนหรือสังคมนั้นๆ

4. องค์การชุมชน/องค์การชาวบ้าน

จากความสำคัญของทุนทางสังคมที่มีต่อชุมชนดังกล่าวแล้วนั้น ทุนทางด้านบุคลากรหรือทุนมนุษย์ถือว่าเป็นทุนทางสังคมสำคัญประการหนึ่งในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งทรัพยากรบุคคลที่มีการรวมตัวกัน เป็นกลุ่ม องค์การ เครือข่ายเพื่อทำกิจกรรมอันเกิดประโยชน์ต่อชุมชน เช่น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มอาชีพ กองทุนหมู่บ้าน กองทุนสวัสดิการ หรือองค์การชุมชนต่างๆ

4.1 นิยาม ความหมาย

องค์การชุมชน คือ การรวมตัวของชาวบ้าน ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่ต้องการมีความสัมพันธ์กันโดยอาจอยู่ภายในหมู่บ้านเดียวกัน หรือต่างหมู่บ้านก็ได้ ไม่จำกัดพื้นที่ แต่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีผู้นำและกิจกรรมพัฒนาาร่วมกันในชุมชนทั้งทางเศรษฐกิจ การศึกษา สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม (สมพันธ์ เตชะอธิก, 2540: 67-68)

นลินี ดันธุณิตย์ (อ้างถึงในสมพันธ์ เตชะอธิก, 2540: 2-3) นิยามความหมายขององค์การชาวบ้านหรือองค์การชุมชนไว้หลากหลาย ดังนี้

- 1) องค์การชาวบ้านในความหมายของการรวมกลุ่มทำกิจกรรมในหมู่บ้าน เช่น กลุ่มออมทรัพย์ ธนาคารข้าว กลุ่มเกษตรผสมผสาน ฯลฯ
- 2) องค์การชาวบ้านในความหมายของการรวมกลุ่มทำกิจกรรมหลายๆ กิจกรรมของหมู่บ้านของชุมชนเข้าด้วยกัน
- 3) องค์การชาวบ้านในความหมายของการประสานกิจกรรมเหมือนๆ กันในต่างหมู่บ้าน เป็นเครือข่ายกิจกรรมต่างหมู่บ้าน เช่น องค์การชาวบ้านเพื่อการพัฒนาอีสาน กลุ่มอีโต้ น้อย ฯลฯ
- 4) องค์การชาวบ้านในความหมายของการต่อรองกับนโยบายรัฐหรือผลประโยชน์ร่วมของชาวบ้านในหลายๆ หมู่บ้าน เช่น สมัชชาเกษตรกรรายย่อย เป็นต้น

บุญฤทธิ์ เผือกวัฒนะ (อ้างถึงใน ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ, 2546: 398-399) อธิบายถึงการรวมตัวของคนในชุมชนเป็นองค์การว่า สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ องค์การชุมชนเชิงวัฒนธรรมและองค์การเฉพาะวัตถุประสงค์ ลักษณะสำคัญๆ ขององค์การทั้ง 2 ประเภทที่แตกต่างกันคือ

- 1) องค์การชุมชนเชิงวัฒนธรรม มีลักษณะเด่น ได้แก่ การรวมตัวกันไม่เห็นชัดเจน มีพลังในการแก้ปัญหาสูง มีการรวมตัวกันเมื่อเกิดปัญหาวิกฤตและมีผลกระทบในวงกว้าง

2) องค์การชุมชนที่มีลักษณะเป็นองค์กรเฉพาะวัตถุประสงค์ มีลักษณะสำคัญ คือ มีโครงสร้างและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการรวมตัว มีพลังในการแก้ปัญหาค่อนข้างจำกัดขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิกและเครือข่าย มีการทำกิจกรรมของสมาชิกร่วมกันอย่างต่อเนื่อง สมาชิกไม่เพียงเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาวิกฤตเท่านั้นและสุดท้ายมีผลกระทบเฉพาะสมาชิกของกลุ่มตัวอย่างเช่น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มเกษตรทางเลือก ฯลฯ

กาญจนา แก้วเทพและกนกศักดิ์ แก้วเทพ (อ้างถึงใน ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ, 2546: 386-387) ให้ความหมายองค์กรประชาชนว่า การจัดตั้งเป็นกลุ่มหรือองค์กรของตนขึ้นมาเพื่อทำงานพัฒนานั้น เรียกว่า องค์กรเพื่อช่วยเหลือตนเองของชาวบ้าน (อชช.: Self Help Organization) องค์กรลักษณะนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในฐานะที่เป็นสถาบันที่ประสานเอาเป้าหมาย ทั้งที่ปรับปรุงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มประชาชนที่เสียเปรียบในสังคม พร้อมกับมีเป้าหมายที่จะดำเนินการให้ประชาชนในส่วนนี้ได้เข้ามามีส่วนร่วมโดยตรงในการกำหนดวัตถุประสงค์ และในกระบวนการตัดสินใจ องค์กรดังกล่าวนี้อาจเป็นกลุ่มสหกรณ์ ซึ่งเป็นรูปแบบที่แพร่หลายที่สุด หรืออาจอยู่ในรูปแบบอื่นๆ ตามแต่ความต้องการ ปัญหาและสภาพการณ์ในแต่ละท้องที่ซึ่งแตกต่างกันออกไป

ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับ ชอบ เข้มกลัดและคณะ(2537) ที่ได้กล่าวถึงการจัดตั้งองค์กรประชาชนว่า หมายถึง การที่ประชาชนมีจิตสำนึกและตระหนักถึงปัญหาต่างๆ ที่ตนเองประสบอยู่ ในลักษณะที่ตนเองมีความรู้สึกว่าคุณคนเป็นผู้เสียเปรียบในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคมหรือการเมืองก็ตามและคิดว่าจะมีการปรับปรุงแก้ไขในระดับ (Degree) ของความเสียเปรียบดังกล่าวนั้นลดน้อยลงด้วยวิธีการรวมกลุ่มกันขึ้นตามกิจกรรมที่คนต้องการเพื่อจะได้มีอำนาจต่อรองทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองดังกล่าว

กล่าวโดยสรุป องค์การชุมชน คือ การร่วมพลังของคนจำนวนหนึ่งเพื่อแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่หรือร่วมกันกระทำการใดสิ่งหนึ่งหรือหลายสิ่ง เพื่อให้ได้รับประโยชน์ตามที่ตนและ/หรือกลุ่มของตนปรารถนา การรวมพลังนี้อาจพิจารณาได้ 2 นัยยะ คือ (ก) การรวมพลังเพื่อต่อรองเรียกร้องและขอรับความช่วยเหลือจากภายนอก และ (ข) การรวมพลังเพื่อดำเนินการด้วยตนเองให้มากที่สุดเพื่อแก้ไขปัญหาของตน ซึ่งการรวมพลังดังกล่าวอาจมีโครงสร้างขององค์กรที่ชัดเจนหรือไม่ก็ได้

5. กองทุนชุมชน

มาตรการหนึ่งในการแก้ปัญหาความยากจนของรัฐบาลทุกยุคที่ผ่านมา คือ การแก้ปัญหาความยากจนในรูปแบบของกองทุน โดยรัฐบาลกำหนดเป็นนโยบายหลักของการพัฒนา จากนั้นมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อเพื่อให้ชุมชนมีการรวมตัวกัน จัดตั้งกองทุน กลุ่มออมทรัพย์หรือที่เรียกรวมๆ ว่า องค์การการเงินชุมชน นั้นเอง

5.1 ความหมายของกองทุนชุมชน องค์การการเงินชุมชน

การให้ความหมายของกองทุนชุมชน หรือองค์การการเงินชุมชนอาจไม่มีผู้ที่นิยามไว้ชัดเจนมากนัก หากแต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องต่างๆ สามารถประมวลนิยามความหมายที่มีนักวิชาการได้นิยามไว้ซึ่งขึ้นอยู่กับสาระสำคัญที่กองทุนนั้นๆ ดำเนินการดังต่อไปนี้

กองทุนชุมชนหรือกองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคม หมายถึง กองทุนเสริมสร้างความสามารถและความเข้มแข็งให้กับชุมชน ที่มีความพร้อมในการรวมกลุ่ม การร่วมมือกับฝ่ายต่างๆ และมีระบบบริหารจัดการที่ดี มีความโปร่งใส เพื่อการฟื้นฟูวิกฤตเศรษฐกิจวิกฤตสังคมไปสู่การพึ่งตนเองในระยะยาวตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ โดยเน้นชุมชนเป็นศูนย์กลางในการริเริ่มตัดสินใจประสานงานดำเนินการติดตามประเมินผลและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (http://www.rakbankerd.com/01_jam/thaiinfor/country_info/index.html?topic_id=897&db_file=&PHPSESSID=768a0cd285c08bf58dad8547417411a4)

กองทุนชุมชน คือ กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มออมข้าว กองทุนข้าวของเครื่องใช้ส่วนรวม หรืออะไรก็ได้ที่มีการจัดการร่วมกันเพื่อเป็นสวัสดิการหลากหลายรูปแบบ สำหรับสมาชิกทุกคนตั้งแต่เกิดจนตาย (http://mccweb.agri.cmu.ac.th/agbus/data/present/Nov25_46.)

องค์การการเงินชุมชน หมายถึง กลุ่มชุมชนและเครือข่ายชุมชนที่จัดทะเบียนเป็นนิติบุคคลและมีได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ที่ให้บริการด้านการเงินแก่สมาชิก เช่น การรับฝากเงินในรูปของการออมทรัพย์ การให้กู้ยืมแก่สมาชิก ฯลฯ ตัวอย่างขององค์การการเงินชุมชน ได้แก่ สหกรณ์ประเภทต่างๆ ที่มีการออมทรัพย์ กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์ และกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต เป็นต้น (<http://www.lobburi.go.th/KrungThai.doc>)

องค์กรการเงินชุมชน หมายถึง องค์กรหรือกลุ่มที่คนในชุมชนร่วมกันจัดตั้งขึ้นมาด้วยความสมัครใจ เพื่อช่วยเหลือตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกันต่อการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนด้านการเงิน โดยมีการดำเนินการที่ใช้ทุนเดิม คือ จัดให้มีการออมทรัพย์ในรูปแบบต่างๆ จากนั้นนำเงินออมไปจัดการในหลากหลายลักษณะ ได้แก่ การปล่อยกู้ให้กับสมาชิกที่มีความต้องการใช้เงินเพื่อนำไปประกอบอาชีพ หรือนำไปปลดหนี้เงินกู้ในระบบการจัดสวัสดิการให้กับสมาชิกและคนด้อยโอกาสในชุมชน นอกจากนี้แล้วสมาชิกยังสามารถรวมตัวกันเพื่อยืมเงินออมดังกล่าวมาดำเนินกิจกรรมของชุมชนได้อีกด้วย เช่น วิสาหกิจชุมชน เป็นต้น ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ของสมาชิกและชุมชนให้ดีขึ้น (วิลัยลักษณ์ อยู่สำราญและคณะ, 2549 : 38)

สอดคล้องกับคำกล่าวของศาสตราจารย์ศรีสวัสดิ์(2543)ที่ว่าองค์กรการเงินชุมชนเป็นองค์กรหรือกลุ่มที่คนในชุมชน/ท้องถิ่น หรือมีพื้นฐานการประกอบอาชีพเดียวกันซึ่งอาจตั้งขึ้นในเมืองหรือชนบทโดยมีวัตถุประสงค์คล้ายกันคือ เพื่อช่วยเหลือทางการเงินซึ่งกันและกันในกลุ่มสมาชิก เพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของคนในชุมชนโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้นและสามารถพึ่งตนเองได้ โดยจัดให้มีการออมทรัพย์ร่วมกันเป็นกองทุนกลางในชุมชนและให้กู้ยืมแก่สมาชิกเพื่อนำไปพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของสมาชิกให้ดีขึ้น

พลเดช ปิ่นประทีป (http://www.rakbankerd.com/01_jam/thaiinfo/countryinfo/index.html?topic_id=716) ให้ความหมายของ "องค์กรการเงินชุมชน" ว่าหมายถึงองค์กรที่ประชาชนในภาคชุมชนทั้งที่อาศัยอยู่ในเมืองและเป็นชนบทร่วมกันจัดตั้งขึ้น ทั้งแบบที่ไม่เป็นทางการและแบบที่เป็นทางการ เพื่อเป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยสมาชิกร่วมกันออมทรัพย์ในรูปแบบต่างๆ และมีการจัดสวัสดิการแก่สมาชิกในหลากหลายลักษณะรวมทั้งการให้กู้ยืมเพื่อนำไปแก้ปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้า

กล่าวโดยสรุป กองทุนชุมชนหรือองค์กรการเงินชุมชน หมายถึง การรวมตัวของประชาชนในชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันเพื่อแก้ปัญหาความเดือดร้อนของคนในชุมชนทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสวัสดิการในด้านต่างๆ ของชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้นและสามารถพึ่งตนเองได้

5.2 จุดก่อกำเนิดขององค์กรการเงินชุมชน

คณะทำงานศึกษาระบบการเงินผู้มีรายได้น้อยแบ่งองค์กรการเงินชุมชนเป็นหมวดหมู่ได้ตามจุดก่อกำเนิดและจากข้อมูลสถานการณ์ ซึ่งได้รวบรวมไว้เมื่อปี 2542 ดังนี้

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน
ระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

(พลเดช ปิ่นประทีป, http://www.rakbankerd.com/01_jam/thaiinfor/country_info/index.html?topic_id=716)

- 1) องค์การการเงินชุมชนที่เกิดจากภาครัฐการไปสนับสนุน
 - เครือข่ายกรมพัฒนาชุมชน กลุ่มนี้มักใช้ชื่อว่ากลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต
 - เครือข่ายกรมส่งเสริมสหกรณ์ กลุ่มนี้เรียก สหกรณ์การเกษตร
 - เครือข่ายกรมส่งเสริมการเกษตร ประกอบด้วย กลุ่มเกษตรกร กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร กลุ่มเยาวชนเกษตรกร
 - เครือข่าย สปก.กลุ่มนี้อยู่ในพื้นที่ปฏิบัติการปฏิรูปที่ดินในโครงการ สปก.
- 2) องค์การการเงินชุมชนที่เกิดขึ้นจากภาคองค์กรพัฒนาเอกชนเข้าไปเกี่ยวข้อง
 - เครือข่ายสมาคมนักพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มนี้เรียกชื่อว่า ธนาคารหมู่บ้าน
 - เครือข่ายชุมชนสหกรณ์เครดิตยูเนียนแห่งประเทศไทย กลุ่มนี้เรียกกลุ่มเครดิตยูเนียน สหกรณ์เครดิตยูเนียนในระดับอำเภอหรือจังหวัดมักมีการรวมตัวในรูปชมรมซึ่งเรียกว่าชมรมเครดิตยูเนียน ในระดับชาติมีชุมชน สหกรณ์เครดิตยูเนียนแห่งประเทศไทยเป็นแม่ข่ายและมีสาขาไปตามจังหวัดต่างๆ
 - เครือข่ายมูลนิธิไทยเพื่อการพัฒนา กลุ่มนี้เรียก กลุ่มสัจจกรณ์
 - เครือข่ายกองทุนชุมชนเมือง (พชม.) กลุ่มนี้มีหลายชื่อ บางแห่งเป็นกลุ่มออมทรัพย์ชุมชน บางแห่งเป็นกลุ่มเครดิตยูเนียน ฯลฯ
 - เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนอื่นๆ กลุ่มนี้เป็นกองทุนหมุนเวียนที่สร้างขึ้นตามโครงการขององค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ
- 3) องค์การการเงินชุมชนที่เกิดจากการรวมกลุ่มกันเองของประชาชน
 - เครือข่ายสัจจะสะสมทรัพย์ภาคตะวันออก กลุ่มนี้อยู่ที่จังหวัดตราดและจันทบุรี

5.3 กระบวนการบริหารจัดการของกองทุนชุมชน องค์การการเงินชุมชน

หากพิจารณาถึงรูปแบบการบริหารจัดการของกองทุนที่มีอยู่ในสังคมไทยและเป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย สามารถแยกออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) กองทุนที่ภาครัฐหรือหน่วยงานภายนอกชุมชนเป็นแกนหลักในการดำเนินการบริหารจัดการกองทุน ซึ่งมีกรอบของระเบียบกฎ กติกาต่างๆ กำหนดไว้ให้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการและ 2) กองทุนที่ชุมชนหรือภาคเอกชนเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการภายใต้กฎ ระเบียบและกติกาที่คนในชุมชน

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน
ระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

ร่วมกันกำหนดขึ้นมาเอง (กัธร อ่อนอินทร์, 2545; ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ(บรรณธิการ), 2544, 2547; ประภาพรณ อุ่นอบ, 2549; สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์กรมหาชน), 2549 ;สำนักส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน, 2547; อัมพร ด่วงปาน, 2549) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1) กองทุนที่ภาครัฐหรือหน่วยงานภายนอกชุมชนเป็นแกนหลักในการดำเนินการ เป็นกองทุนที่มีฐานการก่อตั้งจากนโยบายของรัฐบาลในแต่ละยุค แต่ละสมัย ดังตัวอย่างของกองทุน ต่อไปนี้

(1) กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต : การรวมตัวของชาวบ้านเพื่อช่วยเหลือตนเอง และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยการประหยัดทรัพย์แล้วนำมาสะสมรวมกันที่ละเล็กละน้อย เป็นประจำอย่างสม่ำเสมอเพื่อใช้เป็นทุนให้สมาชิกที่มีความจำเป็นเดือดร้อนกู้ยืมไปใช้ ในการลงทุน ประกอบอาชีพ หรือเพื่อสวัสดิการของตนเองและครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ ให้มีกองทุนการเงินของชาวบ้านเพื่อการพึ่งตนเองในชุมชน เริ่มดำเนินการจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์ โดยกรมพัฒนาชุมชนในปี พ.ศ.2517 นับได้ว่ากองทุนนี้เป็นพื้นฐานของกองทุนอื่นๆ ด้วย

(2) โครงการแก้ไขปัญหาคาความยากจน (กข.คจ.) : เริ่มดำเนินการโดยกรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทยเมื่อปี พ.ศ.2536 เพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐบาลในการกระจายรายได้และความเจริญสู่ภูมิภาคในหมู่บ้านเร่งรัดพัฒนา มีการยกระดับรายได้และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ด้วยการสนับสนุนเงินทุนสำหรับครัวเรือนยากจนกู้ยืมไปประกอบอาชีพโดยไม่มีดอกเบี้ย

(3) โครงการเศรษฐกิจชุมชน : จากนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมชนบทในปี พ.ศ. 2541 กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยจึงได้จัดทำยุทธศาสตร์เศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเองขึ้น มีการจัดสรรเงินทุนหมุนเวียนให้กับหมู่บ้านต่าง ๆ หมู่บ้านละ 100,000 บาท กู้ยืมโดยไม่มีดอกเบี้ยในระยะเวลา 5 ปี

(4) โครงการธนาคารประชาชน : โครงการธนาคารประชาชน (People Bank) เป็นโครงการเร่งด่วนของรัฐบาลที่มุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนสามารถใช้บริการทางการเงินเท่าเทียมกัน ส่งเสริมให้ประชาชนผู้ด้อยโอกาสสามารถเข้าสู่ระบบการเงินที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทุกระดับและส่งเสริมผู้ประกอบการรายย่อย ให้มีเงินทุนเพื่อประกอบการอย่างยุติธรรม โดยมีธนาคารออมสินภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงการคลัง เป็นสถาบันการเงินที่จัดตั้งโครงการธนาคารประชาชนเพื่อให้ประชาชนได้กู้เงินโดยไม่มีหลักทรัพย์ค้ำประกัน เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ.2544

(5) กองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ : เป็นกองทุนที่เริ่มดำเนินการภายใต้นโยบายของรัฐบาลในปี พ.ศ.2544 เพื่อเป็นแหล่งเงินทุนหมุนเวียนในหมู่บ้านและชุมชนเมืองใช้ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้ท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการจัดระบบและบริหารของประชาชนในหมู่บ้านและชุมชนเมืองสู่การพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน โดยรัฐบาลสนับสนุนกองทุนละ 1 ล้านบาทสำหรับหมู่บ้านและชุมชนเมืองทั่วประเทศ

(6) กองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคม (Social Investment Fund : SIF) : กองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคมหรือกองทุนชุมชนคือกองทุนที่รัฐบาลกู้มาจากธนาคารโลก และต้องใช้คืนพร้อมดอกเบี้ยภายใน 15 ปี โดยมีเป้าหมายให้ธนาคารออมสินทำหน้าที่แบ่งปันให้ชุมชนทั้งในเมืองและชนบท โดยวิธีการให้ชุมชนเสนอโครงการที่มีกิจกรรมที่สามารถพัฒนาท้องถิ่นไปสู่การพึ่งพาตนเองในระยะยาว โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนเป็นผู้คิดหาหนทางแก้ไขปัญหของตนเองได้ด้วยตนเอง เพื่อตนเองและท้องถิ่น จนเกิดความเข้มแข็งของชุมชนที่พึ่งพาตนเองได้

2) กองทุนที่ชุมชนหรือภาคเอกชนเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการซึ่งกองทุนในลักษณะนี้ส่วนใหญ่มีฐานการก่อตั้งมาจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น กรมพัฒนาชุมชน กรมการปกครอง กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ โดยมีการสานต่ออย่างต่อเนื่องจากองค์กรในชุมชน ดังตัวอย่างของกองทุน ต่อไปนี้

(1) กลุ่มออมทรัพย์โซน 8 : กลุ่มออมทรัพย์โซน 8 อยู่ในชุมชนพื้นนคร่อมเกล้า เป็นโครงการจัดตั้งโดยการเคหะแห่งชาติตามนโยบายย้ายที่อยู่ใหม่ (Relocation) ในระยะแรกการเคหะแห่งชาติแนะนำให้มีการเลือกตั้งประธานชุมชนและช่วยเหลือในการจัดตั้งกลุ่มแม่บ้านของชุมชน แต่ไม่ได้รับความสนใจจากชุมชนมากนัก ต่อมาองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ที่เคยทำงานร่วมกับชุมชนต่างๆ เข้ามาช่วยเหลือด้านอาชีพ ทุนการศึกษาเด็กรวม ในปี พ.ศ.2535 มูลนิธิศุภนิมิตได้เผยแพร่ชวนการออมทรัพย์และแนะนำให้ชาวบ้านจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์เคหะร่มเกล้า โซน 8 ขึ้น กิจกรรมที่ดำเนินการนอกจากการให้บริการด้านสินเชื่อแล้วยังให้บริการด้านสวัสดิการชุมชนทั้งในรูปแบบของการบริการเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำให้กับสมาชิกและการนำผลกำไรสุทธิในการบริหารสินเชื่อของกลุ่มออมทรัพย์เป็นเงินทุนสาธารณประโยชน์ของชุมชนและอีกส่วนหนึ่งเป็นกองทุนฌาปนกิจ

(2) กลุ่มออมทรัพย์ของชุมชนคนงานย่านอ้อมน้อย - อ้อมใหญ่ : กลุ่มออมทรัพย์ของคนงานย่านอ้อมน้อย-อ้อมใหญ่มีพื้นฐานเกิดมาจากการรวมตัวกันของสหภาพแรงงาน มีมูลนิธิเพื่อนหญิงให้การสนับสนุนด้านการประสานงานและดำเนินกิจกรรมต่างๆ เกิดการรวมตัวกันของกลุ่มแรงงานหญิงและมีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพและสวัสดิการคนงานโดยการสนับสนุนของสมาคมสิทธิเสรีภาพของประชาชนและมูลนิธิเพื่อนหญิงในปี พ.ศ.2529 และมีการ

ดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งในปี 2533 มีการประกาศใช้กฎหมายประกันสังคม ซึ่งคนงานส่วนใหญ่หันมาใช้บริการการรักษาพยาบาลจากกองทุนประกันสังคมมากขึ้น จึงมีการปรับปรุงแบบของกองทุนใหม่ให้เป็นกลุ่มออมทรัพย์ที่ให้บริการทางด้านเงินทุนให้กับสมาชิกเป็นหลัก

(3) กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิตบ้านนาหว้า : ในระยะแรกได้รับการสนับสนุนในการจัดตั้งกลุ่มโดยกรมพัฒนาชุมชนประกอบกับแนวคิดเรื่องเครดิตยูเนียนเริ่มแพร่หลายเข้ามาในประเทศไทยโดยกลุ่มคริสเตียน แกนนำชาวบ้านในขณะนั้นจึงเกิดแนวคิดที่จะจัดตั้งกลุ่มขึ้นมาเพื่อระดมเงินออมและปล่อยเงินกู้ให้กับสมาชิกเพื่อแก้ปัญหาด้านเศรษฐกิจให้กับคนในชุมชน ต่อมา มีการจัดตั้งกองทุนชุมชน กองทุนสวัสดิการชุมชนโดยได้แนวคิดและคำแนะนำมาจากครูชบ ยอดแก้ว ซึ่งมีกิจกรรมที่ถือว่าเป็นสวัสดิการให้กับชุมชนหลากหลายกิจกรรม เช่น กองทุนเต็นท์ เป็นต้น

(4) กลุ่มออมทรัพย์คลองเปี้ยะ : กลุ่มออมทรัพย์คลองเปี้ยะเกิดจากแนวคิดและการผลักดันของกรมพัฒนาชุมชน เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ.2523 มีวัตถุประสงค์เพื่อระดมเงินออมให้สมาชิกกู้ในอัตราดอกเบี้ยต่ำ ซึ่งในระยะแรกกิจกรรมของกลุ่มยังคงเป็นเพียงการระดมเงินออมและปล่อยกู้ให้กับสมาชิก ต่อมาในปี พ.ศ.2537 ทางกลุ่มจึงเริ่มมีโครงการสวัสดิการชุมชน มีการจัดตั้งกองทุนเพื่อธุรกิจชุมชนมีกิจกรรมโรงงานน้ำปลาและโรงสีข้าว มีร้านค้าชุมชนเพื่อเพิ่มรายได้ให้กับกลุ่ม

(5) กลุ่มออมทรัพย์บ้านน้ำขาว : มีพื้นฐานการจัดตั้งมาจากแนวคิดของกรมพัฒนาชุมชน รูปแบบการจัดตั้งครั้งแรกเพื่อระดมเงินออมและปล่อยกู้ดอกเบี้ยต่ำให้กับสมาชิก แต่การดำเนินงานของกลุ่มประสบความล้มเหลว แกนนำชุมชน ครูชบ ยอดแก้วจึงจัดตั้งกลุ่มที่จะออมทรัพย์แบบพัฒนาครบวงจรชีวิตขึ้นมาใหม่ในปี พ.ศ.2525 เป็นกลุ่มออมทรัพย์ที่แตกต่างจากแบบเดิมๆ ตรงที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสวัสดิการให้แก่สมาชิกทั้งในรูปแบบของการให้กู้เงินและสวัสดิการอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสวัสดิการด้านคำรักษาพยาบาล

(6) กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิตและสวัสดิการบ้านคอกช้าง : เริ่มจากการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิตของกรมการพัฒนาชุมชนเมื่อ ปี พ.ศ.2532 ในระยะแรกกิจกรรมของกลุ่มมีเฉพาะการออมและการกู้ ต่อมาในปี 2536 เริ่มมีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการด้านต่างๆ ให้กับสมาชิก เช่น กองทุนฌาปนกิจ กองทุนประกันความเสี่ยงด้านอัคคีภัยและอุทกภัย กองทุนพัฒนาสาธารณประโยชน์ของหมู่บ้าน กองทุนสนับสนุนการศึกษาของชุมชน เป็นต้น

(7) กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์เพื่อพัฒนาคุณธรรมครบวงจรชีวิต จังหวัดตราด : การรวมตัวกันของคนกลุ่มเล็กๆ ในหมู่บ้านเดียวกัน มีความเลื่อมใส ศรัทธาในพระพุทธศาสนา ศรัทธาในแนวคิดของพระอาจารย์สุบินที่ได้รับแนวคิด วิธีการของกลุ่มสัจจะออมทรัพย์ของครูชบ ยอดแก้ว จังหวัดสงขลา ก่อรูปกับฐานคิดที่ให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมแบบโบราณ คือ การพึ่งพาอาศัยกันแบบน้ำพึ่งเรือ เสือพึ่งป่า เน้นให้ประชาชนรวมตัวกันเพื่อช่วยเหลือกันในด้านเศรษฐกิจ คนในหมู่บ้านเดียวกันช่วยกันสะสมทรัพย์ที่ละเล็กละน้อยอย่างสม่ำเสมอเกิดเป็นกองทุนเพื่อช่วยเหลือผ่อนคลายความยากลำบากทางการเงินให้กับคนในชุมชน นอกจากนี้การจัดการยังสามารถจัดสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล เงินช่วยเหลือสมาชิกที่เสียชีวิต จัดตั้งธุรกิจชุมชน จำหน่ายสินค้าราคาต่ำกว่าท้องตลาดเพื่อช่วยเหลือสมาชิก เป็นต้น

5.3.1 การจัดองค์การ (Organizing)

การจัดโครงสร้างการบริหารจัดการของกองทุนที่ดำเนินการโดยภาครัฐจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ การบริหารจัดการในรูปของคณะกรรมการบริหารเป็นลำดับชั้นจากส่วนกลางลงไป คณะกรรมการบริหารกองทุนระดับชาติ คณะกรรมการบริหารกองทุนระดับจังหวัด คณะกรรมการบริหารกองทุนระดับอำเภอ คณะกรรมการบริหารกองทุนระดับตำบลและคณะกรรมการบริหารกองทุนระดับหมู่บ้าน เป็นต้น และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารในแต่ละระดับไว้อย่างชัดเจน ในที่นี้ขอยกตัวอย่างของกองทุนที่มีการบริหารจัดการในลักษณะดังกล่าวเพียงบางกองทุนเท่านั้น ตัวอย่างเช่น

- โครงการเศรษฐกิจชุมชน ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากกระทรวงมหาดไทยให้หมู่บ้านละ 100,000 บาท โดยให้ระยะเวลากู้ยืม 5 ปีไม่มีดอกเบี้ย มีคณะกรรมการกองทุน 4 ระดับ ดังนี้

- 1) คณะกรรมการบริหารเงินทุนกลาง ซึ่งประกอบด้วย ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ อธิบดีกรมการปกครองและอธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน เป็นรองประธานกรรมการ ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้แทนกรมส่งเสริมการเกษตร ผู้แทนกรมส่งเสริมอุตสาหกรรม ผู้แทนกรมการค้าภายใน ผู้แทนกรมประชาสัมพันธ์ ผู้แทนสำนักงานเร่งรัดพัฒนาชนบท ผู้แทนธนาคารออมสิน ผู้แทนธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผน สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงมหาดไทย ผู้ทรงคุณวุฒิ ตามที่รัฐมนตรีเห็นชอบ จำนวนสองคน เป็นกรรมการ ผู้อำนวยการสำนักบริหารการปกครองท้องถิ่น เป็นกรรมการและเลขานุการ ผู้อำนวยการกองราชการส่วนตำบล ผู้อำนวยการกองคลัง และผู้อำนวยการส่วนพัฒนาท้องถิ่น สำนักบริหารการปกครองท้องถิ่นกรมการปกครอง เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ มีหน้าที่ ดังนี้ คือ

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน
ระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

- (1) พิจารณาเสนอแนะนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับการใช้
เงินทุนโครงการเศรษฐกิจชุมชน
- (2) กำหนดหลักเกณฑ์จัดสรรและเงื่อนไขในการใช้เงินทุน
โครงการเศรษฐกิจชุมชน
- (3) กำกับ ควบคุม ดูแลและติดตามผลการใช้เงินทุนดำเนินงาน
ตามโครงการ
- (4) พิจารณานุมัติการใช้เงินทุนตามวัตถุประสงค์ของโครงการ
เศรษฐกิจชุมชน
- (5) ดำเนินการและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2) คณะกรรมการพัฒนาจังหวัด เป็นคณะกรรมการบริหารเงินทุน
ระดับจังหวัด โดยกำหนดให้ทำการปกครองจังหวัดเป็นฝ่ายเลขานุการ และมีหน้าที่ ดังนี้

- (1) ปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการบริหารเงินทุนตามระเบียบนี้ใน
ระดับจังหวัด
- (2) พิจารณานุมัติคำขอกู้เงินทุนจากโครงการที่กลุ่มเกษตรกร
หรือกลุ่มอาชีพเสนอขอมาตามขั้นตอน
- (3) พิจารณาผ่อนผันเงื่อนไขต่างๆ ที่กลุ่มอาชีพหรือกลุ่ม
เกษตรกรเสนอขอมา ซึ่งไม่เป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้
ในระเบียบนี้
- (4) พิจารณาจัดสรรวงเงินที่จังหวัดได้รับการสนับสนุนจากเงิน
งบประมาณ หรือเงินอุดหนุนจากรัฐบาล เงินบริจาคหรือเงิน
ช่วยเหลืออื่นๆ ที่ให้แก่โครงการเศรษฐกิจชุมชน ให้อำเภอ
หรือกิ่งอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบลหรือสภาตำบล
ต่างๆ ภายในจังหวัด เพื่อดำเนินโครงการตามระเบียบนี้
- (5) พิจารณานุมัติการเปลี่ยนแปลงโครงการที่องค์การบริหาร
ส่วนตำบลหรือสภาตำบลโดยความเห็นชอบของ
คณะกรรมการพัฒนาอำเภอเสนอขอเปลี่ยนแปลงเป็น
โครงการอื่น หากเห็นว่าการดำเนินงานตามโครงการเดิมจะ
สูญเปล่าไม่ประสบผลสำเร็จและเปรียบเทียบแล้วเห็นว่า
โครงการใหม่ที่จะดำเนินการนั้นมีประโยชน์ดีกว่าโครงการ
เดิมอย่างชัดเจน

- (6) กำกับ ดูแล ตรวจสอบ ติดตาม ส่งเสริม สนับสนุน ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงานการใช้เงินทุนระดับจังหวัด
- (7) ชี้ขาดคำอุทธรณ์ ข้อพิพาทต่างๆ ระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลหรือสภาตำบล กับกลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกร ผู้กู้ยืมเงินทุน

3) คณะกรรมการพัฒนาอำเภอ เป็นคณะกรรมการบริหารเงินทุนระดับอำเภอ โดยให้ที่ทำการปกครองอำเภอเป็นฝ่ายเลขานุการ และมีหน้าที่ ดังนี้

- (1) ปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการบริหารเงินทุน
- (2) พิจารณาก่อนการขอความถูกต้องของคำขอกู้ยืมเงินทุนของกลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกร
- (3) พิจารณาก่อนการขอ ศึกษา ตรวจสอบความเป็นไปได้ของโครงการที่กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรกู้ยืมมา
- (4) พิจารณานุมัติให้กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรกู้ยืมเงินทุนตามโครงการที่เสนอขอมา เฉพาะโครงการที่มีวงเงินกู้ยืมเกิน 100,000 บาท แต่ไม่เกิน 300,000 บาท โดยมีเงินสมทบ ร้อยละ 30 ของงบประมาณโครงการตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้
- (5) พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรเสนอขอกู้ยืมในวงเงินเกิน 300,000 บาท ขึ้นไป หรือโครงการที่ขอผ่อนผันเงินสมทบของโครงการเพื่อส่งให้คณะกรรมการพัฒนาจังหวัดพิจารณาต่อไป
- (6) กำกับ ดูแล ตรวจสอบ ติดตาม ส่งเสริม สนับสนุน ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงานการใช้เงินทุนระดับอำเภอให้คณะกรรมการพัฒนาจังหวัดทราบ

4) คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลและสภาตำบล เป็นคณะกรรมการบริหารเงินทุนระดับตำบล และมีหน้าที่ ดังนี้

- (1) ปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการบริหารเงินทุนในระดับตำบล
- (2) พิจารณาก่อนการขอ ตรวจสอบคำร้องการขอกู้ยืมจากกลุ่มอาชีพ หรือกลุ่มเกษตรกร

- (3) พิจารณานุมัติให้กลุ่มอาชีพหรือเกษตรกรกู้ยืมเงินทุนตามโครงการที่เสนอขอมาเฉพาะโครงการที่มีวงเงินไม่เกิน 100,000 บาท โดยมีเงินสมทบร้อยละ 30 ของวงเงินงบประมาณโครงการ เว้นแต่จะเห็นว่าเป็นโครงการที่มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อกลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกร มีความเป็นไปได้สูงและไม่มีความเสี่ยงกับเงินที่กู้ยืมว่าจะสูญไปโครงการดังกล่าวจะไม่มีเงินสมทบก็ได้
- (4) พิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการที่กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรเสนอขอกู้ยืมในวงเงินเกิน 100,000 บาทขึ้นไป ส่งให้คณะกรรมการพัฒนาอำเภอพิจารณาต่อไป
- (5) เป็นผู้ลงนามในแบบสัญญาให้กู้ยืมเงิน โดยให้ประธานกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลหรือสภาตำบลเป็นผู้ลงนาม แล้วแต่กรณี
- (6) กำกับ ดูแล ตรวจสอบ ติดตาม ส่งเสริม สนับสนุน ประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงานการใช้เงินทุนระดับตำบลให้คณะกรรมการพัฒนาอำเภอทราบ
- (7) เร่งรัดติดตามทวงถามการชำระหนี้ และการดำเนินการตามกฎหมายกับกลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรที่ผิดสัญญาในการชำระหนี้ ซึ่งต้องระวังไม่ให้เกิดอายุความ ซึ่งในระหว่างที่ไม่มีการผิดนัด องค์การบริหารส่วนตำบลหรือสภาตำบลไม่มีสิทธิ์คิดดอกเบี้ยหรือหาผลประโยชน์จากเงินที่นำไปให้กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มเกษตรกรกู้ยืม

● กองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ มีคณะกรรมการกองทุน 2

ระดับ คือ

- 1) คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองระดับชาติ จัดตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย ผลักดันให้กองทุนเกิดประโยชน์ต่อประชาชนในหมู่บ้านและติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
- 2) คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้านหรือชุมชนเมืองระดับหมู่บ้านหรือชุมชน ได้มาจากการเลือกสรรของประชาชนในหมู่บ้านผ่านเวทีชาวบ้าน โดยมีหน่วยงานภาครัฐให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการจัดตั้ง มีหน้าที่ในการบริหารจัดการกองทุนภายใต้

ระเบียบที่คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติกำหนด คือ วงเงินกู้ยืมรายหนึ่งไม่เกิน 20,000 บาท หากเกินต้องให้สมาชิกพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาด แต่รายหนึ่งไม่เกิน 50,000 บาท ระยะเวลาชำระคืนเงินกู้ยืมไม่เกินหนึ่งปี สำหรับประเด็นอื่นๆ คณะกรรมการกองทุนโดยความเห็นชอบของสมาชิกเป็นผู้กำหนด

สำหรับกองทุนที่มีการดำเนินการโดยชุมชนหรือภาคเอกชนนั้นส่วนใหญ่จะมีโครงสร้างการบริหารจัดการคล้ายคลึงกันในรูปแบบของคณะกรรมการ มีคณะทำงานย่อยทำหน้าที่ในบทบาทต่างๆ ในที่นี้ขอยกตัวอย่างเพียงบางกองทุนเท่านั้น ตัวอย่างเช่น

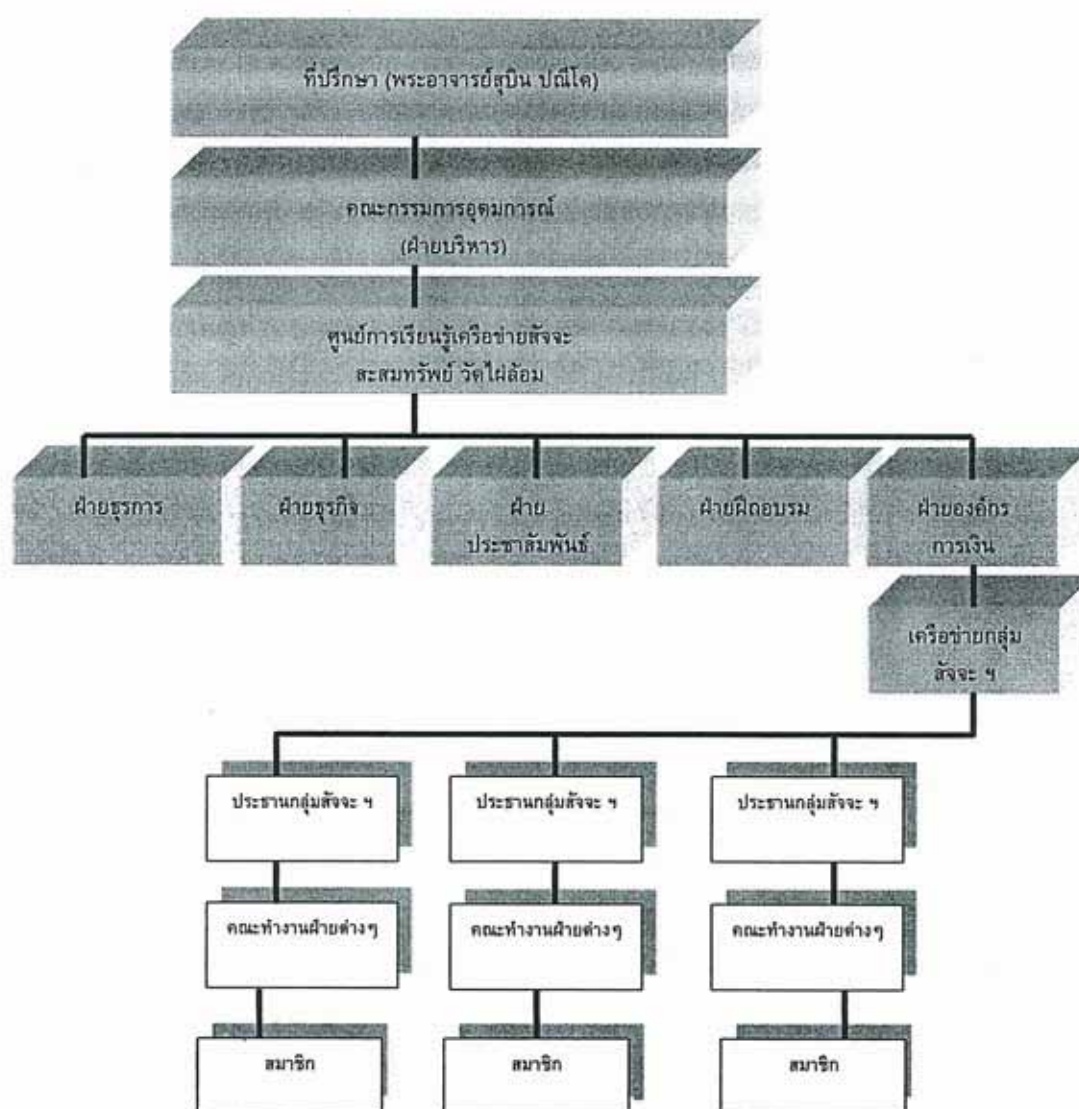
- กลุ่มออมทรัพย์คลองเปี้ยะ (อัมพร ต้วงปาน, 2549) มีการบริหารจัดการในรูปแบบของคณะกรรมการบริหารกลุ่มที่มาจากการเลือกตั้งจากสมาชิกกลุ่มตามหมู่บ้านต่างๆ จำนวน 3 คณะ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการในแต่ละคณะ ดังนี้

- 1) คณะกรรมการฝ่ายปฏิบัติการ (ประกอบด้วย-ประธานคณะกรรมการบริหาร เลขานุการ เภรัญญิก และกรรมการร่วมปฏิบัติการ) มีหน้าที่พิจารณาร่างระเบียบข้อบังคับต่างๆ ของกลุ่ม ประสานสัมพันธ์ผลงาน และระเบียบต่างๆ ให้สมาชิกเข้าใจเพื่อถือปฏิบัติอย่างถูกต้อง ร่วมพัฒนากลุ่มไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ เป็นต้น

- 2) คณะกรรมการฝ่ายควบคุม มีหน้าที่ควบคุมและตรวจสอบบัญชีและหลักฐานต่างๆ ของกลุ่ม รวมถึงมีอำนาจสั่งการเพื่อให้เกิดการชี้แจงของผู้ที่เกี่ยวข้องเมื่อพบข้อผิดพลาดในการทำบัญชี เป็นต้น

- 3) คณะกรรมการที่ปรึกษา มาจากการแต่งตั้งของคณะกรรมการบริหารพิจารณาตามความเหมาะสม มีหน้าที่คอยให้คำแนะนำหรือเสนอข้อมูลข่าวสารต่างๆ รวมทั้งมีอำนาจหน้าที่ในการทักท้วงหรือยับยั้งการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารเมื่อเห็นว่าไม่เป็นไปตามระเบียบหรือกติกาที่กำหนดไว้ เป็นต้น

- กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์ เพื่อพัฒนาคุณธรรมครบวงจรชีวิต จังหวัดตราด (ประภาพรณ อุ่นอบ, 2549: 29) เกิดขึ้นครั้งแรกจากการรวมตัวของกลุ่มคนเล็กๆ ในหมู่บ้านร่วมอุดมการณ์เดียวกัน มีความเลื่อมใสในพระพุทธศาสนา ศรัทธาในแนวคิดของพระอาจารย์สุบิน และความมุ่งมั่นเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นของตน มีการจัดแบ่งหน้าที่รับผิดชอบกันอย่างง่าย ๆ ประกอบด้วยประธานกลุ่ม ตัวแทนชาวบ้านที่ได้รับเลือกเป็นคณะทำงานจัดการด้านการเงินในวันประชุมกลุ่ม มีหน้าที่รับฝากเงินหุ้น รับทำสัญญาขอกู้เงินและพิจารณาการให้กู้ ตลอดจนรับผิดชอบดูแลจัดการเงินกองทุนสวัสดิการต่างๆ ปัจจุบันกลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์ฯ มีโครงสร้างการบริหารจัดการกลุ่มดังรายละเอียดในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 2.1 โครงสร้างการบริหารจัดการกลุ่มสังคมเพื่อพัฒนาคุณธรรม
ครบวงจรชีวิต จังหวัดตราด

5.3.2 กระบวนการดำเนินงาน

สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย (2547: 52) ได้สรุปวิธีการบริหารจัดการกองทุนชุมชนของกลุ่มองค์กรการเงินในภาคเหนือว่า มีวิธีการบริหารจัดการ ดังนี้

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน
ระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

- 1) ต้องทำงานในรูปแบบคณะกรรมการ
- 2) ร่วมกันสร้างข้อบังคับกลุ่ม
- 3) ใช้หลักประชาธิปไตยในการทำงาน
- 4) สร้างเครือข่าย พันธมิตร
- 5) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ

• กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์เพื่อพัฒนาคุณธรรมครบวงจรชีวิต จังหวัดตราด มีหลักการในการดำเนินงานดังต่อไปนี้ (กำธร อ่อนอินทร์, 2545: 11-12)

- 1) ใช้หลักกรรมทางศาสนาที่เน้นในเรื่องสัจจะ การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การพึ่งตนเองเป็นหัวใจสำคัญของการกำหนดแนวทางการทำกิจกรรมสะสมทรัพย์
- 2) พัฒนาเรื่องการออมทรัพย์ให้เกิดประโยชน์รวมของชุมชน เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือพึ่งพากัน
- 3) ใช้วิธีคิด "จิตสำนึกร่วมของชุมชน" ทดแทนวิธีคิดแบบตัวใครตัวมัน โดยอาศัยกระบวนการบริหาร การจัดการเกี่ยวกับสวัสดิการ การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย และการใช้กลไกของชุมชนในการตรวจสอบเพื่อสร้างชุมชนให้มีจิตสำนึกร่วมกัน
- 4) มีระบบการจัดการตลอดจนทั้งกรรมการและที่ปรึกษามีความโปร่งใสสามารถตรวจสอบได้
- 5) การบริหารมีความยืดหยุ่น สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม ชุมชน เช่น การให้กู้เงิน การระดมเงินฝากตามกำลังความสามารถ การจัดการเรื่องปันผลและสวัสดิการที่ตอบสนองความต้องการของชาวบ้าน ผู้นำ และคณะกรรมการเป็นที่ศรัทธา เคารพ นับถือและเป็นที่ยึดมั่นในความซื่อสัตย์ สุจริต และจริงใจ
- 6) ใช้สถานที่สาธารณะของชุมชน คือ วัด อันเป็นที่ที่ชาวบ้านมีโอกาสมาปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว
- 7) สร้างเงื่อนไขให้ผู้คนมาพบปะได้รับรู้ทุกข์สุขกันและกันอยู่เสมอ ด้วยการออมเป็นประจำทุกเดือน
- 8) ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทั้งการตั้งคณะกรรมการ การสร้างกฎเกณฑ์ของกลุ่ม การติดตามประเมินผลไปจนถึงการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น

5.3.3 สรุปความแตกต่างระหว่างกองทุนที่ภาครัฐหรือหน่วยงานภายนอกชุมชนดำเนินการกับกองทุนที่ชุมชนหรือภาคเอกชนดำเนินการ

จากลักษณะการบริหารจัดการกองทุนแต่ละประเภทที่กล่าวถึงข้างต้นจะเห็นว่ามีความแตกต่างระหว่างกองทุนที่ดำเนินการโดยภาครัฐบาล และกองทุนที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน ซึ่งจะขอสรุปให้เห็นได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2.1 สรุปความแตกต่างระหว่างกองทุนที่ดำเนินการโดยภาครัฐกับกองทุนที่ดำเนินการโดยชุมชนหรือภาคเอกชน

ประเด็น	กองทุนที่ดำเนินการโดยภาครัฐบาล	กองทุนที่ดำเนินการโดยชุมชนหรือภาคเอกชน
1. ฐานคิดในการก่อตั้ง	- แนวคิดในการก่อตั้งเริ่มจากส่วนกลาง ส่วนใหญ่จะมีลักษณะที่เป็นการสั่งการจากเบื้องบนลงไปยังชุมชน (Top-Down) ที่อาศัยอำนาจการสั่งการไปตามลำดับขั้นตอนของการทำงานมากกว่าการคำนึงถึงกระบวนการเตรียมความพร้อมของชุมชน และขาดการคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน การกำหนดแผนงานในลักษณะนี้จึงพบว่าการดำเนินงานค่อนข้างช้า และไม่คล่องตัวในการบริหารจัดการมากนัก และในที่สุดกลุ่มก็มักจะไม่ประสบความสำเร็จ	- แนวคิดพื้นฐานส่วนใหญ่เริ่มจากความต้องการในการแก้ปัญหาของชุมชนที่ประสบอยู่ และชุมชนมีแนวคิดที่ต้องการพึ่งตนเองมากกว่าการได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือบุคคลภายนอก ทำให้สมาชิกกองทุนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน และตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้น จึงเป็นสาเหตุของการให้ความร่วมมือ และการเข้ามามีส่วนร่วมของคนในชุมชนมากขึ้น
2. ลักษณะการจัดตั้งกองทุน	- ลักษณะการจัดตั้งกองทุนชุมชนและเงื่อนไขต่าง ๆ ถูกพิจารณาจากฐานของชุมชนที่เหมือนกันทั่วประเทศที่มีลักษณะใช้ "สูตรเดียวกัน" ทั่วประเทศโดยขาดการคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของชุมชน	- ลักษณะการจัดตั้งกองทุนชุมชนจะเกิดขึ้นเป็นเฉพาะพื้นที่ หรือเฉพาะจุดไป การดำเนินงานจึงเป็นไปอย่างคล่องตัว ไม่ใช้เวลามาก นอกจากนี้การบริหารจัดการยังมีความยืดหยุ่นไปตามลักษณะ

ประเด็น	กองทุนที่ดำเนินการโดย ภาครัฐบาล	กองทุนที่ดำเนินการโดยชุมชน หรือภาคเอกชน
2. ลักษณะการจัดตั้งกองทุน (ต่อ)	แต่ละแห่งที่มีความแตกต่างกัน ตัวอย่าง เช่น ฐานของชุมชน ในเรื่องประสบการณ์การบริหาร จัดการเงินกองทุน การประกอบ อาชีพ วัฒนธรรมชุมชน ฯลฯ ทำให้เกิดปัญหาในการบริหาร จัดการตามมามากมาย	ของข้อจำกัดแต่พื้นที่ไปไม่ว่าจะ เป็นประสบการณ์ในการ บริหารจัดการเงินกองทุนของ คณะกรรมการ การประกอบอาชีพ วัฒนธรรม ชุมชน ฯลฯ เป็นต้น
3. การบริหารจัดการ	- ผู้นำในการบริหารจัดการมักจะ เป็นบุคคลที่มาจากหน่วยงาน ภายนอก เช่น เจ้าหน้าที่พัฒนา จากหน่วยงานต่างๆ มากกว่า ผู้นำในชุมชน เนื่องจากกองทุนใน ลักษณะนี้มักจำเป็นต้องใช้ผู้นำที่ มีความรู้ความสามารถที่เข้าใจใน กฎระเบียบที่รัฐบาลได้วางไว้ เพราะรัฐบาลจะเป็นฝ่ายกำหนด นโยบายลงไปให้ชุมชน	- ผู้นำในการบริหารจัดการ ส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่อยู่ในชุมชน แล้วประสบปัญหาในการประกอบ อาชีพหรือปัญหาเศรษฐกิจ และ มีความเข้าใจสภาพของ ชุมชน และเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น จึงมีความคิดจะจัดตั้งกองทุน เพื่อ ช่วยเหลือสมาชิกในชุมชนด้วยกัน อย่างไรก็ตามการกำเนิดของ กองทุนที่ภาคเอกชนได้จัดตั้งขึ้น นี้ก็มักได้รับการส่งเสริมและให้ ความรู้พื้นฐานมาจากหน่วยงาน ภาครัฐ เช่น พัฒนาการ และ เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน จาก กรมการพัฒนาชุมชนด้วยเช่นกัน ประกอบผู้นำได้เล็งเห็น ความสำคัญของปัญหาจึงได้สาน ต่อในการดำเนินงานดังกล่าว อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้นำยัง เป็นบุคคลที่มักได้รับความ ไว้วางใจจากชุมชน และได้รับความ เชื่อมั่นอย่างสูง

ประเด็น	กองทุนที่ดำเนินการโดย ภาครัฐบาล	กองทุนที่ดำเนินการโดยชุมชน หรือภาคเอกชน
4. กระบวนการบริหารจัดการ	- ระบบบริหารจัดการมักถูกกำหนดไว้เป็นระเบียบดำเนินการอย่างชัดเจน และไม่มีควมยืดหยุ่น ดังนั้น จึงพบปัญหาที่ตามมามากมาย เพราะระเบียบดังกล่าวบางครั้งไม่สอดคล้องกับปัญหาของชุมชน	- ระบบบริหารจัดการถูกกำหนดไว้โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน แต่จะมีความยืดหยุ่นไปตามสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชนมากกว่าการกำหนดไว้อย่างชัดเจน ดायตัว
5. ทรัพยากรในการบริหารจัดการ	- มีงบประมาณและกำลังคนมาก และพร้อมที่จะดำเนินการได้ตลอด ซึ่งงบประมาณส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ	- มีงบประมาณและจำนวนบุคลากรน้อย งบประมาณส่วนใหญ่ได้จากการออมของคนในชุมชนและบางส่วนได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกทั้งจากภาครัฐและเอกชนอื่นๆ
6. ลักษณะกิจกรรมของกองทุน	- ส่วนใหญ่เป็นการให้กู้ยืมเพื่อการประกอบอาชีพ	- กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการระดมเงินออม ให้สมาชิกกู้ยืมดอกเบี้ยต่ำจัดตั้งธุรกิจชุมชน ร้านค้าสวัสดิการ และจัดตั้งกองทุนสวัสดิการด้านต่างๆ เพื่อดูแลด้านสวัสดิการให้กับสมาชิก เช่น กองทุนสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล กองทุนการศึกษา กองทุนสาธารณประโยชน์ชุมชน กองทุนพัฒนาสังคมและสมาชิก กองทุนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นต้น

ประเด็น	กองทุนที่ดำเนินการโดย ภาครัฐบาล	กองทุนที่ดำเนินการโดยชุมชน หรือภาคเอกชน
7. ผลการดำเนินงาน	- มักปรากฏว่ามีหนี้เสียเป็นจำนวนมาก และบางครั้งต้องใช้มาตรการทางกฎหมาย เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น - เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการตามที่กำหนดไว้ กองทุนก็จะยุติการดำเนินงานจึงมักไม่มีความยั่งยืน	- พบว่ามีหนี้เสียน้อยเมื่อเทียบกับการดำเนินงานโดยภาครัฐบาล เนื่องจากสมาชิกมีการเริ่มต้นมาจากจุดเดียวกัน ตระหนักถึงปัญหาที่ตนเองประสบร่วมกัน และรู้สึกเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน เมื่อมีผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของกลุ่มที่วางไว้จึงมักใช้มาตรการควบคุมโดยสังคมในชุมชนมากกว่าการควบคุมโดยใช้มาตรการทางกฎหมาย - กองทุนมีแนวโน้มของความยั่งยืนมากกว่า
8. การขยายผล	- มักเริ่มต้นจากกลุ่มออมทรัพย์แล้วหยุด ไม่ได้ขยายต่อไปยังกองทุนอื่นๆ อีก หรือไม่ได้ขยายไปสู่การจัดสวัสดิการต่างๆ ให้กับชุมชน เนื่องจากประสบกับปัญหาที่มีหลากหลาย	- มีการเริ่มต้นจากกลุ่มออมทรัพย์เช่นเดียวกัน แต่มีการขยายเป็นกองทุนในลักษณะอื่น เช่น การพัฒนาไปเป็นธุรกิจชุมชนในรูปแบบต่างๆ ตามมา รวมทั้งมีสวัสดิการในรูปแบบอื่นๆ ด้วย เช่น การรักษาพยาบาล การดูแลคนชรา การช่วยเหลือคนพิการ การพัฒนาอาชีพ ฯลฯ
9. การมีส่วนร่วมของประชาชน	- ในอดีตจะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนน้อย แต่ปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือทุนทางสังคมของชุมชนมากขึ้น	- ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่อดีตและเล็งเห็นความสำคัญของวัฒนธรรมท้องถิ่นภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือทุนทางสังคมของชุมชนแต่ละแห่ง

ประเด็น	กองทุนที่ดำเนินการโดย ภาครัฐบาล	กองทุนที่ดำเนินการโดยชุมชน หรือภาคเอกชน
9. การมีส่วนร่วมของประชาชน (ต่อ)	- ประชาชนส่วนใหญ่เข้ามามี ส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ จากการดำเนินงานมากกว่าการ เข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนอื่น ๆ	- ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน

โดยสรุปแล้วอาจกล่าวได้ว่า การเกิดขึ้นของกองทุนชุมชนในระยะเริ่มต้นนั้นเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขของการที่มุ่งแก้ปัญหาเศรษฐกิจให้กับคนในชุมชนเป็นหลัก ลักษณะของกองทุนจึงเป็นองค์กรการเงินในระดับชุมชนที่มีการบริหารจัดการในรูปของคณะกรรมการ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันที่ผู้ดำเนินการหลักในการจัดการกองทุน กล่าวคือ กองทุนที่ดำเนินการโดยภาครัฐและกองทุนที่ดำเนินการโดยชุมชนหรือภาคเอกชน กองทุนชุมชนหรือองค์กรการเงินชุมชน อาจจะมีที่มาและการเกิดขึ้นต่างกัน หลายชุมชนเกิดจากความตั้งใจดีของรัฐที่อยากจะให้มีและปรารถนาจะให้เกิดขึ้น เพื่อให้ครบสมบูรณ์ตามแผนงานและนโยบายของกรมกอง หรือกระทรวงเจ้าสังกัด บ้างก็สามารถพัฒนากระบวนการทำงานของกองทุนก้าวหน้าไปอย่างน่าชื่นชมยิ่ง แต่หลายชุมชนเมื่อเกิดแล้วไม่สามารถรักษาความยั่งยืนของกองทุนได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกองทุนที่ดำเนินการโดยภาครัฐ ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนมีความตระหนักในความเป็นเจ้าของกองทุนค่อนข้างน้อย มักจะคิดเสมอว่าเป็นของรัฐและรัฐยังเป็นเจ้าของอยู่ ประกอบกับความเป็นชุมชนที่เคยชินกับระบบอุปถัมภ์จึงคอยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ การพัฒนากองทุนจึงเป็นไปอย่างไม่ราบรื่นเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม ยังคงมีอีกหลากหลายกองทุนที่มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง สามารถพึ่งตนเองได้ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสวัสดิการชุมชน ซึ่งกองทุนลักษณะนี้มักเป็นกองทุนที่ดำเนินการโดยชุมชนเอง

6. กองทุนสวัสดิการชาวบ้าน

จากอดีตถึงปัจจุบัน ประชาชนในชนบทขาดสวัสดิการทุกๆ ด้าน ที่พอมีอยู่บ้างก็ไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรักษาพยาบาล การศึกษาของคนยากจน คนพิการ คนชรา ฯลฯ เหล่านี้ โดยทั่วไปคนในครอบครัวจะดูแลกันเอง หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งระบบสวัสดิการในสังคมไทยส่วนใหญ่พึ่งพาระบบครอบครัวและญาติพี่น้อง ไม่ใช่ระบบที่ได้รับการเกื้อกูลจากรัฐอย่างพอเพียง สถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นแรงกดดันให้ครอบครัวชนบทและชุมชนชนบทแสวงหาแนวทางในการช่วยเหลือตนเอง ทั้งด้านการเงิน การผลิตและสวัสดิการชุมชน

ดังจะเห็นได้จากการรวมตัวกันของประชาชนเกิดเป็นองค์กรชุมชนต่างๆ เพื่อมาดูแลด้านสวัสดิการให้กับคนในชุมชนของตนเองเกิดเป็นกองทุนชุมชนเพื่อดูแลด้านสวัสดิการชาวบ้าน หรืออีกนัยหนึ่งคือ กองทุนสวัสดิการชุมชน/กองทุนสวัสดิการชาวบ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกองทุน/องค์กรชุมชนในประเทศไทยยังไม่พบว่า มีกองทุน/องค์กรชุมชนใดที่ดำเนินการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค กล่าวคือ กองทุน/องค์กรชุมชนส่วนใหญ่เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อเสริม/สนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจของคนในชุมชนเป็นหลัก ตัวอย่าง เช่น กลุ่มออมทรัพย์ กองทุนเพื่อการผลิต หรือองค์กรการเงินชุมชนต่างๆ และเมื่อกองทุน/องค์กรชุมชนดังกล่าวดำเนินการประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งก็จะมีการขยายกิจกรรมที่เป็นการสร้างหลักประกันด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือจากด้านเศรษฐกิจให้กับคนในชุมชน โดยจัดตั้งในรูปแบบของกองทุนสวัสดิการชุมชนหรือกองทุนสวัสดิการชาวบ้าน

6.1 ฐานคิด แนวคิดเกี่ยวกับกองทุนสวัสดิการชุมชน/กองทุนสวัสดิการชาวบ้าน

ปัจจุบันมีองค์กรชุมชนทั่วประเทศได้ร่วมกันจัดสวัสดิการในรูปของตัวเงินในหลากหลายลักษณะ เช่น การนำผลกำไรจากกลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มวิสาหกิจชุมชนบางส่วนไปจัดสวัสดิการให้กับสมาชิกในรูปของค่ารักษาพยาบาล ค่าฌาปนกิจ เป็นต้น

อย่างไรก็ดี การจัดสวัสดิการชุมชนที่ดำเนินการโดยองค์กรชุมชนในลักษณะดังกล่าว ได้มีพัฒนาการขึ้นเป็นลำดับ ครุฑ ยอดแก้ว จากกลุ่มสัจจะออมทรัพย์ เพื่อพัฒนาคุณธรรมครบวงจรชีวิต ตำบลน้ำขาว อำเภอนะจะ จังหวัดสงขลา ได้เสนอรูปแบบของการจัดสวัสดิการในลักษณะ "ออมวันละบาทเพื่อเป็นสวัสดิการตั้งแต่เกิดจนตาย" โดยใช้ฐานคิดเกี่ยวกับทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนประกอบด้วยทุน 7 อย่าง คือ คน ความคิด เงินตรา วัฒนธรรม ธรรมชาติ แรงงาน และเวลา โดยให้ความสำคัญกับทุนเงินตราเป็นลำดับสุดท้าย แต่ให้ความสำคัญกับทุนคนเป็นอันดับแรก การทำให้ชุมชนเข้มแข็ง จึงต้องพัฒนาคนก่อน ทำให้คนมีสัจจะต่อกันโดยใช้ "การออมเป็นตัวเชื่อมให้คนมาฝึกสัจจะต่อกัน" เพื่อพัฒนาคนให้มีคุณธรรม ให้คนมารวมกันเพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลกัน กองทุนสวัสดิการชาวบ้านเป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชนกลุ่มที่เข้าไม่ถึงสวัสดิการของรัฐ โดยการสะสมเงินเพียงคนละ 1 บาทต่อวันทำให้ประชาชนได้รับสวัสดิการที่มั่นคงตั้งแต่เกิดจนตาย (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์กรมหาชน), 2549: 5 -8)

สำหรับกองทุนสวัสดิการของกลุ่มออมทรัพย์คลองเปี้ยะ อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา มีหลักคิดเบื้องต้นในการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการ คือ ความมั่นคงของคุณภาพชีวิตคน ดังนั้น เพื่อสร้างหลักประกันให้กับคนในชุมชนจึงเกิดแนวคิดเรื่องกองทุนสวัสดิการต่างๆ เพื่อช่วยเหลือคนในชุมชนขึ้นมา และสวัสดิการด้านสุขภาพที่กองทุนดำเนินการคือกองทุนค่ารักษาพยาบาล (อัมพร ต้วงปาน, 2546: 35)

กองทุนสวัสดิการชาวบ้าน กรณีศึกษาตำบลน้ำขาว : สัจจะวันละ 1 บาทเพื่อสร้างสวัสดิการภาคประชาชน มีฐานคิดเริ่มต้นจากการใช้เงินเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคนให้มีคุณธรรม เพื่อสร้างความสมดุลของทุนทางสังคม นำไปสู่การมีสังคมดี คนมีความสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างพี่น้องสมาชิกและผู้นำ เป็นการสร้างขวัญ กำลังใจ และเป็นหลักประกันชีวิตให้กับสมาชิก (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์กรมหาชน): 2549)

เครือข่ายกองทุนหมุนเวียนชาวบ้านสงขลาซึ่งเป็นการรวมกลุ่มกันของกลุ่มออมทรัพย์ต่างๆ ในจังหวัดสงขลา มีหลักคิดเบื้องต้นของเครือข่ายเพื่อพัฒนาระบบการพึ่งพาอาศัยกันระหว่างกลุ่มออมทรัพย์ พัฒนาระบบกองทุนสวัสดิการชุมชนและเพื่อพัฒนาทุน/สวัสดิการชุมชนและวิสาหกิจชุมชน

ในขณะที่กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์เพื่อพัฒนาคุณธรรมครบวงจรชีวิต จังหวัดตราดใช้สวัสดิการเป็นสิ่งที่สนใจ ยึดเหนี่ยวให้กลุ่มอยู่ร่วมกันได้อย่างเหนียวแน่นและยั่งยืน มีการจัดสวัสดิการตามความต้องการของคนในชุมชนเป็นหลัก ถือเป็นระบบการจัดสวัสดิการชุมชนโดยชุมชนและเพื่อชุมชน (กำธร อ่อนอินทร์, 2545: 12)

อาจกล่าวได้ว่า กองทุนสวัสดิการชุมชน/กองทุนสวัสดิการชาวบ้านมีจุดเริ่มต้นจากการรวมตัวกันของกลุ่มคน ประชาชนในพื้นที่/ชุมชนเพื่อร่วมกันแก้ปัญหาความเดือดร้อนของคนในชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้นและสามารถพึ่งตนเองได้ มุ่งเน้นการแก้ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจให้กับคนในชุมชนเป็นอันดับแรก และเพื่อให้กองทุน/องค์กรชุมชนมีความต่อเนื่องและยั่งยืน อีกทั้งเป็นการสร้างเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น องค์กรชุมชนส่วนใหญ่จึงใช้แนวคิดเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการให้กับสมาชิกมาเป็นเครื่องมือในการดึงดูดผู้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกองทุน/องค์กรชุมชน มีเพียงบางองค์กรเท่านั้นที่ใช้แนวคิดเรื่องการจัดสวัสดิการชุมชนเป็นฐานคิดเริ่มต้นในการดำเนินงานขององค์กรเพื่อสร้างหลักประกันให้กับคนในชุมชน

6.2 ความเป็นมาของกองทุน/เงื่อนไขของการเกิดขึ้น

ปัจจุบันชุมชนต่างๆ มีการจัดสวัสดิการชุมชนในหลายรูปแบบแตกต่างกันตามการก่อเกิดของกองทุน ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้พยายามจัดรูปแบบการเกิดขึ้นของกองทุนสวัสดิการชุมชนไว้ ดังนี้

การก่อเกิดของกลุ่มองค์กรชุมชนต่างๆ ที่พิจารณาจากผู้เข้าไปสนับสนุนทั้งทางด้านแนวคิด กระบวนการและงบประมาณ (ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ, บรรณาธิการ, 2544) พบว่ามี 3 ลักษณะ คือ

ลักษณะที่หนึ่ง การก่อเกิดที่เริ่มต้นโดยการเสนอแนะความคิดของฝ่ายราชการ เช่น กลุ่มโรงสีชมรมรักษาราชการชุมชนนาโสที่เริ่มต้นจากการก่อตั้งชมรมหมอยาพื้นบ้าน ซึ่งเป็นชมรมที่ถือกำเนิดมาจากการคิดของกระทรวงสาธารณสุข โดยที่ชมรมหมอยา ๔ ให้การช่วยเหลือด้านทุนเริ่มต้นก่อตั้งโรงสีชุมชน หรือในกรณีของกลุ่มสัจจะออมทรัพย์บ้านนาหว้า ตำบลนาหว้า อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา กลุ่มออมทรัพย์คลองเปี้ยะ(กองทุนชุมชนคลองเปี้ยะ) อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ที่เริ่มต้นจากการได้รับคำแนะนำส่งเสริมจากกรมพัฒนาชุมชน เหล่านี้เป็นต้น

ลักษณะที่สอง คือ การเกิดขึ้นโดยคนในชุมชนเอง เช่น กองทุนสวัสดิการชาวบ้านสัจจะวันละ 1 บาทเพื่อสร้างสวัสดิการภาคประชาชน ตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลาที่พบว่ากลุ่มที่จัดตั้งโดยกรมพัฒนาชุมชนนั้นประสบความล้มเหลว ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมน้อย แกนนำชุมชนจึงตั้งกลุ่มสัจจะออมทรัพย์ขึ้นใหม่โดยมีวัตถุประสงค์บางประการที่แตกต่างจากกลุ่มออมทรัพย์ในรูปแบบเดิม หรือในกรณีของชุมชนศรีชะอโศก จังหวัดศรีสะเกษที่เริ่มต้นจากสมณะโพธิรักษ์ เป็นต้น ซึ่งกลุ่มเหล่านี้มีการจัดการผลกำไรที่เน้นในเรื่องการจัดสวัสดิการโดยเฉพาะ

ลักษณะสุดท้ายเป็นการริเริ่มความคิดโดยองค์การพัฒนาเอกชนหรือเอ็นจีโอ (NGO) ต่าง ๆ เช่น กลุ่มออมทรัพย์ชุมชนพื้นนครมเกล้า โซน 8 ที่เริ่มต้นจากการเผยแพร่ขบวนการออมทรัพย์และแนะนำให้ชาวบ้านจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์โดยมูลนิธิศุภนิมิตหรือกรณีของกลุ่มออมทรัพย์ของคณงานย่านอ้อมน้อย อ้อมใหญ่ที่มีจุดเริ่มต้นจากการรวมตัวของสหภาพแรงงานย่านอ้อมน้อย อ้อมใหญ่ โดยมีโครงการแรงงานหญิง มูลนิธิเพื่อนหญิงให้การสนับสนุนในการรวมกลุ่ม เป็นต้น

จันทนา เจริญวิริยะภาพและคณะ (2546: 8) ได้สรุปการเกิดขึ้นของการจัดสวัสดิการชุมชนไว้ ดังนี้ 1) การจัดสวัสดิการจากฐานองค์กรการเงินชุมชน 2) การจัดสวัสดิการชุมชนโดยฐานการผลิต/ธุรกิจชุมชน 3) การจัดสวัสดิการชุมชนโดยฐานทรัพยากรธรรมชาติ/สิ่งแวดล้อม 4) การจัดสวัสดิการชุมชนจากฐานอุดมการณ์/ศาสนา 5) การจัดสวัสดิการชุมชนโดยฐานชุมชนเมือง 6) การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุ และ 7) การจัดสวัสดิการผู้ยากลำบากโดยเครือข่ายองค์กรชุมชน

ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ (บรรณาธิการ, 2544: 16-21) กล่าวถึง การเริ่มต้นของการจัดสวัสดิการชุมชนโดยองค์กรชุมชนมี 3 รูปแบบ คือ 1) การเริ่มต้นจากกลุ่มออมทรัพย์แล้วนำไปสู่การจัดสวัสดิการ 2) การเริ่มต้นจากกลุ่มผลิตภัณฑ์แล้วนำไปสู่การจัดสวัสดิการและ 3) การเริ่มต้นจากความเชื่อและอุดมการณ์แล้วนำไปสู่สวัสดิการ

กองทุนสวัสดิการชาวบ้าน กรณีศึกษาตำบลน้ำขาว : สัจจะวันละ 1 บาทเพื่อสร้างสวัสดิการภาคประชาชน เป็นกองทุนที่เริ่มต้นจากกลุ่มออมทรัพย์แล้วนำไปสู่การจัดสวัสดิการภาคประชาชนเพื่อดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างพี่น้องสมาชิกและผู้นำ เป็นการสร้างขวัญกำลังใจ และเป็นหลักประกันชีวิตให้กับสมาชิก (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์กรมหาชน), 2549)

จากความสำเร็จของกองทุนสวัสดิการชาวบ้าน สัจจะวันละ 1 บาทเพื่อสร้างสวัสดิการภาคประชาชน ตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา มีการขยายแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการทุนและสวัสดิการชุมชนเกิดเป็นเครือข่ายกองทุนหมุนเวียนชาวบ้านสงขลาซึ่งเป็นการรวมกลุ่มกันของกลุ่มออมทรัพย์ต่างๆ ในจังหวัดสงขลา มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาระบบการพึ่งพาอาศัยกันระหว่างกลุ่มออมทรัพย์ทั้งในด้านเงินอื่นๆ เพื่อพัฒนาระบบกองทุนสวัสดิการชุมชนและเพื่อพัฒนาทุน/สวัสดิการชุมชนและวิสาหกิจชุมชนโดยยึดหลักการบริหารจัดการเพื่อการพึ่งตนเองเป็นหลัก (จันทนา เจริญวิริยะภาพและคณะ, 2546)

เช่นเดียวกับกองทุนสวัสดิการชุมชนของกลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์บ้านนาอีสาน จังหวัดฉะเชิงเทราที่เริ่มต้นด้วยการออมของสมาชิกเป็นประจำทุกเดือน ปัจจุบันกลุ่ม ฯ มีความเข้มแข็งมีเงินทุนหมุนเวียนกว่าหนึ่งล้านบาทให้สมาชิกกู้ยืม มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาให้กับสมาชิกตามประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาและเพื่อสร้างความมั่นคงให้กับสมาชิกในชุมชนทุกๆ คน (ศรินยา คำพิลา, [http://recoftc.ku.ac.th/thai/website/public/newslet/No20/05Na Esam](http://recoftc.ku.ac.th/thai/website/public/newslet/No20/05Na%20Esam))

กล่าวโดยสรุป เมื่อกองทุนชุมชนต่างๆ ดำเนินการประสบความสำเร็จ มีความเข้มแข็ง สามารถพึ่งพาตนเองได้ในด้านเศรษฐกิจ ซึ่งกิจกรรมที่ดำเนินการส่วนใหญ่ คือ การออมทรัพย์และให้สมาชิกกู้ยืมเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของสมาชิกในชุมชนซึ่งเป็นปัญหาในระดับต้นๆ ของชุมชน กองทุนชุมชนเหล่านั้นจึงขยายขอบเขตของการช่วยแก้ปัญหาให้กับชุมชนโดยการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนเพื่อสร้างความมั่นคงและเป็นหลักประกันให้กับคนในชุมชน

6.3 การบริหารจัดการ

6.3.1 วิธีการดำเนินการ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กองทุนสวัสดิการชุมชนแต่ละกองทุน มีวิธีการดำเนินการที่เหมือนและแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ในที่นี้ขอนำเสนอตัวอย่างวิธีการดำเนินการของกองทุนสวัสดิการชุมชนบางกองทุน ดังนี้

- กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์เพื่อพัฒนาคุณธรรมครบวงจรชีวิต จังหวัดตราด มีหลักการสำคัญในการดำเนินงานของกลุ่ม คือ การมีส่วนร่วม หรือการสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน หลักการนี้นำไปปฏิบัติในวิธีการด้านต่างๆ (ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ, 2544: 140-155) คือ

- 1) ด้านการรวมกลุ่มและการขยายกลุ่ม : วิธีการรวมสมาชิก คือ การรวมคน รวมใจสร้างวินัยในตนเอง โดยใช้กระบวนการร่วมคิด ร่วมปรึกษา ร่วมแก้ปัญหา ร่วมพัฒนา ใช้หลักธรรมะเพื่ออนาคตชนบทไทย โดยใช้เงินเป็นสื่อให้ชาวบ้านเก็บออมเงินร่วมกัน บริหารเงินด้วยกันและได้รับประโยชน์ด้วยกัน โดยสมาชิกจะมีส่วนร่วมอยู่ในทุกขั้นตอน จุดมุ่งหมายในการรวมกลุ่มและขยายกลุ่มเน้นการคัดสรรคนที่มีคุณภาพมากกว่าจำนวน และเป็นการควบคุมขนาดของกลุ่มเพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการ เหตุผลด้านหลักธรรมที่เป็นหลักการของกลุ่ม คือ การออมเงินเช่นออมบุญ สัจจะของทุนคือแบ่งปัน ไม่ใช่การลงทุนเพื่อกำไร และหลักการสุดท้าย คือ การเปิดรับสมาชิกเพียง 4 รุ่น

- 2) ด้านการจัดการองค์กรและเครือข่าย : รูปแบบการจัดองค์กรจะเปลี่ยนแปลงตามการขยายตัวของกลุ่ม ทั้งด้านขนาดและบทบาทหน้าที่ที่ขยายขึ้นตามโครงสร้างการบริหารจัดการเป็น 3 ระดับ คือ

- ก. โครงสร้างองค์กรระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วย ประธานกลุ่มที่มาจากการเลือกตั้ง คณะทำงานซึ่งช่วยกันทำตามความถนัด เช่น ลงทะเบียนรายชื่อ ทำใบสมัครและสัญญา รับค่าหุ้น จัดสรรเงินกู้ รับชำระคือเงินกู้ จัดสรรสวัสดิการ โดยมีพระสุบิน ปณีโต เป็นที่ปรึกษา

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน
ระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

- ข. โครงสร้างองค์กรระดับกลุ่ม(หมู่บ้าน) มีการแบ่งโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจนมากขึ้น โดยแบ่งเป็นกรรมการ 4 ฝ่าย ใช้วิธีการเลือกตั้งโดยสมาชิกกลุ่ม มีวาระ 1 ปี ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหาร ประธาน/รองประธาน กรรมการฝ่ายเงินกู้ กรรมการฝ่ายเงินทุน กรรมการฝ่ายสัญญา กรรมการฝ่ายสวัสดิการ มีเจ้าหน้าที่ช่วยดำเนินการด้านเลขานุการ เหนียวิน และผู้รักษาความปลอดภัย โดยมีพระสุบิน ปณีโต เป็นที่ปรึกษา
- ค. โครงการองค์กรระดับเครือข่าย (จังหวัดตราด) ประกอบด้วย ประธานเครือข่ายได้แก่ พระสุบิน ปณีโต คณะกรรมการอุดมการณ์ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเรื่องงานที่ต้องการความรู้เฉพาะด้าน คณะกรรมการบริหารเครือข่ายและคณะกรรมการกลางที่มาจากประธานกลุ่มสัจจะสหกรณ์ฯของแต่ละหมู่บ้าน

3) ด้านวิธีการประชุม : หลักการในการประชุมของกลุ่มคือ ใช้ชาวบ้านเป็นศูนย์ ใช้ทุกข์เป็นประเด็น และใช้ความจริงเป็นหลัก

4) ด้านการจัดการทางการเงินและบัญชี : การจัดการทางการเงินและบัญชีของกลุ่มสัจจะเน้น "ความง่าย" 4 ประการ ได้แก่

- ก. การทำ สามารถจัดทำโดยกลุ่มเองหลังจากได้รับการแนะนำหรือการฝึกอบรมที่จัดให้แล้ว
- ข. การดู สมาชิกแต่ละคนสามารถดูได้เข้าใจ
- ค. การตรวจ ทุกคนไม่ว่าจะเป็นสมาชิกหรือบุคคลภายนอกก็สามารถตรวจสอบการดำเนินงานของกลุ่มได้จากบัญชีที่ทำขึ้นอย่างง่าย ๆ
- ง. การนำไปใช้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทำบัญชีเรื่องอื่นๆ ได้

5) ด้านการจัดสวัสดิการ : ในระยะการดำเนินงานของกลุ่มเน้นการกู้ยืมเป็นสำคัญ เพราะถือว่าเป็นการแบ่งเบาความทุกข์ของชาวบ้าน โดยแบ่งเป็นเงินกู้เพื่อใช้จ่ายสำหรับคนป่วย กู้เพื่อใช้หนี้ในระบบ กู้เพื่อการศึกษาและหากมีเงินเหลือจะแบ่งสรรตามจำนวนผู้กู้ ต่อมาเมื่อผลประโยชน์สะสมเพิ่มมากขึ้น ความเดือดร้อนของสมาชิกลดลงมีเงินเหลือในการจัดสวัสดิการให้กับสมาชิกใน 2 ด้าน คือ ช่วยเหลือสมาชิกเสียชีวิตและช่วยค่ารักษาพยาบาล

สำหรับวิธีการดำเนินงานของกลุ่มออมทรัพย์คลองเปี้ยะมีหลักการสำคัญที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ 6 แนวทาง (อัมพร ดั่งปาน, 2549: 25-34) ได้แก่

- 1) วางระเบียบที่ยึดหยุ่นสอดคล้องกับชาวบ้าน

- 2) ความซื่อสัตย์ โปร่งใส และผลประโยชน์สมดุล
- 3) การประชาสัมพันธ์แบบชาวบ้าน
- 4) การกระจายการบริหารและการเรียนรู้
- 5) การบริหารเงินที่มีประสิทธิภาพ
- 6) การบริหารที่มีประสิทธิภาพ

กองทุนสวัสดิการตำบลน้ำขาว ของกลุ่มสัจจะออมทรัพย์แบบพัฒนาครอบครัวชีวิตบ้านน้ำขาว ตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน, 2549: 10-11) มีกระบวนการดำเนินงาน 6 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) ขั้นจุดประกาย เป็นขั้นตอนที่ต้องทำความเข้าใจในแนวคิดเรื่อง "ออมวันละ 1 บาทเพื่อสวัสดิการ" ให้กับผู้นำชุมชน
- 2) ขั้นให้ความรู้ เป็นขั้นตอนการให้ความรู้กับชาวบ้านถึงความสำคัญและประโยชน์ของกองทุนที่มีต่อตนเองและบุตรหลาน
- 3) ขั้นการรับสมัคร เป็นขั้นตอนที่ให้ชาวบ้านรวมตัวกันเป็นกลุ่มเพื่อให้มีเงินมากพอที่จะจัดสวัสดิการให้แกกันได้ โดยการต้องสมัครเข้ามาเป็นสมาชิก
- 4) ขั้นตอนติดตามผล ในระยะเวลา 180 วันต้องมีการติดตามผลว่าสมาชิกมีการออมเป็นปกติสม่ำเสมอหรือไม่
- 5) ขั้นตอนจ่ายสวัสดิการ การจ่ายสวัสดิการจะเกิดขึ้นเมื่อกองทุนดำเนินการมาครบ 6 เดือน
- 6) ขั้นประเมินผลและขยายผล หลังจากที่ดำเนินการมาครบทั้ง 5 ขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น แกนนำทั้งหมดทบทวน ค้นหาจุดอ่อน จุดแข็งและสรุปผลรายงานให้สมาชิกรับทราบในการประชุมใหญ่

กล่าวโดยสรุป กองทุนสวัสดิการชาวบ้านส่วนใหญ่ มีวิธีการดำเนินงานที่ยืดหยุ่น สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ ยึดหลักความซื่อสัตย์ โปร่งใส

6.3.2 กฎ กติกา

เพื่อให้กระบวนการดำเนินงานของกองทุนสวัสดิการชุมชนต่างๆ ดำเนินไปอย่างราบรื่น และประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จะมีการกำหนดกฎ กติกาเพื่อบริหารจัดการภายในองค์กรของตนเอง ตัวอย่างของกฎ กติกาที่กองทุนต่างๆ กำหนดไว้ มีดังนี้

กองทุนสวัสดิการชาวบ้าน สัจจะวันละ 1 บาทเพื่อสร้างสวัสดิการภาคประชาชน ตำบลน้ำขาว อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา(สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน), 2549: 20-21) สมาชิกทุกคนมีกติกาอันเป็นข้อตกลงร่วมกัน 9 ประการ ได้แก่

- 1) ต้องสมัครใจที่จะทำสัจจะวันละ 1 บาท เพื่อทำกองทุนสวัสดิการภาคประชาชน
- 2) ผู้สมัครต้องเป็นผู้มีภูมิลำเนาในตำบลน้ำขาวหรือเป็นลูกเป็นหลาน หรือแต่งงานกับคนตำบลน้ำขาว
- 3) ต้องเป็นผู้ไม่มีประวัติเสียหายทางการเงิน และต้องเสียค่าสมัครสมาชิกคนละ 20 บาท ค่าสมัครจะไม่คืนไม่ว่ากรณีใดๆ
- 4) ให้สัจจะไว้ที่บ้าน วันละ 1 บาทและทุกวันที่ 1 ของเดือน เวลาบ่าย 2 โมง ให้นำเงินสัจจะมารวมกัน ณ ที่ทำการที่คณะกรรมการกำหนดไว้
- 5) การบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการมาจากการเลือกตั้งของสมาชิก จะให้อยู่ในวาระหรือไม่แล้วแต่ที่ประชุมใหญ่ของสมาชิก
- 6) การบริหารการเงิน 20 % ตั้งเป็นกองทุนกลาง 30% ตั้งเป็นกองทุนยืมทำวิสาหกิจและธุรกิจที่ไม่เอาเปรียบสังคม 50% จ่ายสวัสดิการ 9 เรื่อง
- 7) สมาชิกจะได้รับสวัสดิการทุกเรื่องที่กองทุนจัดขึ้น
- 8) สมาชิกขาดสัจจะเมื่อใดหมดสภาพเป็นสมาชิก แต่ได้รับเงินสัจจะคืนเฉพาะคนที่ไม่เคยได้รับสวัสดิการมาก่อน
- 9) หากมีปัญหาอื่นๆ คณะกรรมการสามารถออกกติกาเพิ่มเติมได้แต่ต้องไม่ขัดกับกติกาเดิม

กลุ่มออมทรัพย์คลองเปี้ยะ (อัมพร ต้วงปาน, 2549) มีการวางระเบียบในการบริหารจัดการกลุ่มในแต่ละด้านตั้งแต่ระเบียบว่าด้วยการรับสมัครสมาชิก ระเบียบว่าด้วยการส่งเงินสะสม ระเบียบว่าด้วยการขอกู้เงินและการส่งเงินกู้คืนกลุ่ม ระเบียบว่าด้วยการขอลาออกหรือขอลดเงินสะสมคืน ระเบียบว่าด้วยการจ่ายเงินตอบแทนคณะกรรมการ เป็นต้น ตัวอย่างของระเบียบด้านสวัสดิการที่กลุ่มกำหนดไว้ เช่น ระเบียบว่าด้วยการจ่ายสวัสดิการบำนาญกรรมการฝ่ายปฏิบัติการเมื่อเกษียณอายุ กำหนดไว้ ดังนี้

- 1) กรรมการฝ่ายปฏิบัติการคนใดที่ปฏิบัติหน้าที่มาจนเกษียณอายุกลุ่มอนุมัติให้ จ่ายเป็นสวัสดิการบำนาญให้ทุกๆ ปี ไปจนเสียชีวิต
- 2) เงินที่จะนำมาจ่ายเป็นสวัสดิการให้กับกรรมการผู้เกษียณอายุนั้นให้จ่ายจากยอดเงิน 5 % ที่ตัดตอบแทนกรรมการเท่านั้น ห้ามนำเงินจากยอดอื่นมาจ่ายโดยเด็ดขาด

3) เมื่อกรรมการคนใดครบเกษียณลงในรอบปีการบัญชีใด และรอบปีนั้น กรรมการคนนั้นได้รับค่าตอบแทนเท่าไร แล้วในปีต่อไป กลุ่มก็จะจ่ายสวัสดิการบำนาญให้กับ กรรมการคนนั้นทุกๆ ปีไป และจะจ่ายให้ปีละเท่ากับจำนวนที่เขาได้รับในรอบปีที่เกษียณอายุ หรือจะขอรับเป็นรายเดือนก็ได้

4) ถ้ากรรมการท่านใดมีเหตุให้ต้องออกจากการเป็นกรรมการโดยไม่มี ความผิด กลุ่มจะจ่ายเงินบำเหน็จให้ 1 เท่าของค่าตอบแทนที่ได้รับในปีที่ผ่านมา แต่ถ้ากรรมการ คนใดเกิดอุบัติเหตุหรือทุพพลภาพไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ กลุ่มจะจ่ายเงินให้ 3 เท่าของ ค่าตอบแทนในรอบปีที่ผ่านมามาเช่นเดียวกัน

6.3.3 การบริหารการเงินและการจัดสวัสดิการ

กองทุนสวัสดิการชาวบ้านแต่ละกองทุนมีรูปแบบการบริหารจัดการด้าน การเงินและสวัสดิการที่แตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ทั้งทางด้านขนาดของกองทุน เงินทุน จำนวนสมาชิก ฯลฯ ตัวอย่าง เช่น

- กองทุนสวัสดิการชาวบ้าน สัจจะวันละ 1 บาทเพื่อสร้างสวัสดิการภาค ประชาชน ตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์กร มหาชน), 2549) มีการบริหารการเงินโดยแบ่งเป็นสัดส่วนดังนี้ ร้อยละ 20 ตั้งเป็นกองทุนกลาง ร้อยละ 30 ตั้งเป็นกองทุนกู้ยืม ทำวิสาหกิจชุมชน ทำธุรกิจที่ไม่เอาเปรียบสังคมหรืออาชีพที่ ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม ไม่ทำลายคุณภาพชีวิต ผลผลิตที่เกิดจากการยืมเงินนำไปลงทุนค้าขาย ให้สมาชิกต้องมีส่วนลดต่ำกว่าท้องตลาด 1 บาท ยืมเพื่อการศึกษาให้ตามหลักฐานการจ่าย การยืมกองทุนสวัสดิการนี้ไม่มีดอกเบี้ย และสุดท้าย ร้อยละ 50 ของกองทุนนำไปจ่ายสวัสดิการ 9 เรื่อง ได้แก่ 1) สวัสดิการเกี่ยวกับการเกิด 2) สวัสดิการยามแก่ชรา 3) สวัสดิการยามเจ็บไข้ ได้ป่วย 4) สวัสดิการเกี่ยวกับการตาย 5) ทุนการศึกษาบุตรหลาน 6) สวัสดิการผู้ด้อยโอกาส 7) สวัสดิการคนทำงาน 8) สวัสดิการเงินกู้ และ 9) สวัสดิการเมื่อเสียชีวิต

- กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์เพื่อพัฒนาคุณธรรมครบวงจรชีวิต จังหวัดตราด (ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ, 2544: 154-155) มีงบประมาณในการดำเนินการมาจากเงินออมของ สมาชิกกลุ่มหรือเงินทุนผลประโยชน์จากเงินออมหรือเงินทุน (ดอกเบี้ยเงินฝากจากธนาคาร)บวก กับผลประโยชน์ที่ได้จากสมาชิกกู้ยืม (ดอกเบี้ยเงินกู้ที่ผู้กู้จ่าย)และเงินสนับสนุนจากกองทุนเพื่อ สังคม (Social Investment Fund : SIF) จำนวนประมาณ 10 ล้านบาท ซึ่งเงินทุนทั้งหมดเหล่านี้ ใช้ในการบริหารจัดการกลุ่มและผลประโยชน์ที่เกิดจากการจัดการ เช่น ดอกเบี้ยเงินกู้ที่ผู้กู้จ่าย และดอกเบี้ยเงินฝากจากธนาคารนำมาจัดสรรสวัสดิการให้กับสมาชิก โดยแบ่งเป็นเงินปันผล

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน
ระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

ร้อยละ 50 และอีกครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) นำมาเป็นกองทุนสวัสดิการเพื่อดูแลสวัสดิการให้กับสมาชิกใน 2 ด้าน คือ สวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกเสียชีวิต และสวัสดิการช่วยค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายให้กับผู้ที่เป็นสมาชิกครบ 12 เดือน ซึ่งสิทธิการเบิกถดถอยตามรุ่นของสมาชิก

● กลุ่มออมทรัพย์คลองเปี้ยะ (อัมพร ดั่งปาน, 2549: 35-45) มีหลักคิดเบื้องต้นในการจัดสวัสดิการให้กับสมาชิกคือการสร้างความมั่นคงในชีวิตของคน จากหลักคิดดังกล่าวนำมาซึ่งการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการเพื่อสร้างความมั่นคงในชีวิตในทุกๆ ด้าน ซึ่งเงินทุนในการจัดตั้งกองทุนต่างๆ ได้มาจากผลกำไรจากการดำเนินงานกลุ่มออมทรัพย์ บวกกับเงินสนับสนุนจากกองทุนเพื่อสังคม (Social Investment Fund : SIF) จำนวน 170,300 บาทนำมาจัดตั้งเป็นกองทุนสวัสดิการ และเนื่องจากกลุ่มออมทรัพย์คลองเปี้ยะเป็นองค์กรใหญ่ มีเงินทุนหมุนเวียนจำนวนมากจึงสามารถจัดกองทุนสวัสดิการชุมชนได้ถึง 14 กองทุน ดังนี้

- 1) กองทุนฌาปนกิจ
- 2) กองทุนค่ารักษาพยาบาลปัจจุบันชาวบ้านสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ 100%
- 3) กองทุนสาธารณภัย เพื่อช่วยเหลือสมาชิกที่ประสบภัยพิบัติจากภัยธรรมชาติ
- 4) กองทุนส่งเสริมการเรียนรู้ เป็นการเปิดโอกาสให้คณะกรรมการและสมาชิกได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ ตามความต้องการของแต่ละกลุ่ม
- 5) กองทุนการศึกษา เป็นการส่งเสริมการศึกษาให้กับนักศึกษาโดยให้เป็นทุนการศึกษาทุกปี
- 6) กองทุนการศึกษาพิเศษ จัดตั้งขึ้นเพื่อให้เด็กในชุมชนได้มีโอกาสเรียนพิเศษเพิ่มเติมในรายวิชาที่เรียนอ่อน และจัดซื้อคอมพิวเตอร์ให้กับโรงเรียนเพื่อให้เด็กมีอุปกรณ์การเรียน
- 7) กองทุนวัฒนธรรม เป็นกองทุนที่ใช้จัดกิจกรรมเพื่อสืบทอดวัฒนธรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมวันผู้สูงอายุ เป็นต้น
- 8) กองทุนศิลปิน เป็นกองทุนที่สนับสนุนการแสดงต่างๆ
- 9) กองทุนเพื่อสังคม เพื่อช่วยเหลืองานพัฒนาต่างๆ ของชุมชน
- 10) กองทุนบริหารธุรกิจชุมชน เป็นกองทุนที่สนับสนุนการดำเนินงานของธุรกิจชุมชน
- 11) กองทุนสวัสดิการบำนาญ เพื่อเป็นการตอบแทนกรรมการที่เมื่อเกษียณอายุ
- 12) กองทุนดูแลผู้ขาดการอุปการะที่ยากลำบาก

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน
ระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

13) กองทุนเพื่อการซ่อมบำรุงและค่าไฟ

14) กองทุนเพื่อผู้ยากไร้

● กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์บ้านนาสาน จังหวัดฉะเชิงเทรา (ศรีนยา คำพิลา, <http://recoftc.ku.ac.th/thai/website/public/newslet/No20/05NaEsam>) นำร้อยละ 50 ของ ดอกผล (ค่าบำรุง) ที่เกิดจากการดำเนินงานของกลุ่มดำเนินการที่เหลือจากการปันผลให้กับสมาชิก มาจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนเพื่อดูแลสมาชิกในชุมชนของตนเองทั้งสิ้น 9 กองทุน ได้แก่

- 1) กองทุนเพื่อการเรียนรู้ สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเรียนรู้ของชุมชน
- 2) กองทุนรักษาพยาบาล ดูแลค่ารักษาพยาบาลให้กับสมาชิก ค่าเดินทางในการไปรักษาพยาบาล เงินช่วยเหลือเมื่อคลอดบุตร เงินตอบแทนญาติที่ไปเฝ้าไข้ ฯลฯ
- 3) กองทุนพัฒนาองค์กร ใช้ซื้อวัสดุสำนักงานที่จำเป็นสำหรับกลุ่ม
- 4) กองทุนฌาปนกิจ จ่ายเมื่อสมาชิกเสียชีวิต
- 5) กองทุนส่งเสริมการศึกษาเด็กและเยาวชน โดยมอบทุนการศึกษา ให้กับเยาวชนในหมู่บ้านที่เป็นเด็กดี
- 6) กองทุนฉุกเฉิน ให้ยืมเร่งด่วนยามค่าคิน เดือนถัดไปทำเรื่องเบิก สวัสดิการ
- 7) กองทุนดูแลสุขภาพเด็กและผู้สูงอายุ
- 8) กองทุนเสริมชีวิตและสิ่งแวดล้อม มอบเงินผูกข้อมือเมื่อแต่งงาน
- 9) กองทุนสาธารณประโยชน์ มอบเงินเพื่อสร้างวัดหรือซ่อมบำรุงของ ส่วนกลางของชุมชน

7. การมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation)

ปัจจุบันการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นคำกล่าวที่แพร่หลายมากในงานพัฒนา แต่ความหมายของการมีส่วนร่วม มักถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรม หรือโครงการที่เจ้าหน้าที่กำหนดไว้มากกว่าการมีส่วนร่วมตามความหมายที่แท้จริง

7.1 นิยาม ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชน

พจนานุกรมอังกฤษฉบับออกฟอร์ด ให้คำนิยาม “การมีส่วนร่วม (Participation)” ไว้ว่า “เป็นการมีส่วนร่วม (ร่วมกับคนอื่น) ในการกระทำบางอย่างหรือบางเรื่อง” คำว่าการมีส่วนร่วม โดยมากมักจะใช้ในความหมายตรงกันข้ามกับคำว่า “การเมินเฉย (Apathy)” ฉะนั้น คำว่า การมีส่วนร่วมตามความหมายข้างต้น จึงหมายถึง การที่บุคคลกระทำการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือไม่ ในประเด็นที่บุคคลนั้นสนใจ ไม่ว่าเขาจะได้ปฏิบัติการเพื่อแสดงถึงความสนใจอย่างจริงจังหรือไม่

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน
ระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

ก็ตาม และไม่จำเป็นที่บุคคลนั้นจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้นโดยตรงก็ได้ แต่การมีทัศนคติ ความคิดเห็น ความสนใจ ห่วงใย ก็เพียงพอแล้วที่จะเรียกว่าเป็นการมีส่วนร่วมได้ (<http://psdg.anamai.moph.go.th/news/cpadmin/km/files/chapter2.doc>)

เพียร์สและสไตเฟล (Pearse&Stiefel, <http://psdg.anamai.moph.go.th/news/cpadmin/km/files/chapter2.doc>) ให้คำจำกัดความของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึง การที่กลุ่มประชาชน หรือขบวนการที่สมาชิกของชุมชนที่กระทำการออกมา ในลักษณะของการทำงานร่วมกันที่จะแสดงให้เห็นถึงความต้องการร่วม ความสนใจร่วม มีความต้องการที่จะบรรลุถึงเป้าหมายร่วมทางเศรษฐกิจและสังคมหรือการเมือง หรือการดำเนินการร่วมกันเพื่อให้เกิดอิทธิพลต่อรองอำนาจมติชน ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม หรือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอิทธิพลต่อรองอำนาจทางการเมือง เศรษฐกิจ การปรับปรุงสถานภาพทางสังคมในกลุ่มชุมชน

WHO/UNICEF (1978 อ้างถึงในปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2516: 196) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถแสดงออกซึ่งความต้องการของตนเอง การจัดอันดับความสำคัญของการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและได้รับประโยชน์จากการพัฒนานั้น โดยเน้นการให้อำนาจการตัดสินใจแก่ประชาชนในชนบท

เสนห์ จามริก (2540, อ้างถึงใน <http://th.wikipedia.org/wiki>) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนคือ การให้ประชาชนเป็นผู้คิดค้นปัญหา เป็นผู้นำทุกอย่าง ซึ่งไม่ใช่การกำหนดภายนอกแล้วให้ประชาชนเข้าร่วม ต้องเป็นเรื่องที่ประชาชนคิดเอง โดยแบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหาร่วมในการเลือกวิธีการ และวางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหา ร่วมในการดำเนินงานตามแผน และร่วมในการประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดผลสำเร็จ และหมายถึงการเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้น และมีพลังของประชาชนในการตัดสินใจ เพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคมจัดทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น และเป็นการปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่างๆ

เช่นเดียวกับยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า หมายถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบถึงตัวประชาชนเอง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ นั้นจะนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนที่ดีขึ้น

การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ กระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้มีโอกาสแสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นเพื่อแสวงหาทางเลือกและการตัดสินใจต่างๆ ที่เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ – เรียนรู้ การปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย (พิสิฐ ศุภริยพงศ์และคณะ, เอกสารอัดสำเนา: 2-1)

ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ (2546: 198-199) กล่าวถึงความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนใน 2 ลักษณะ คือ 1) การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการพัฒนา โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มจนสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากร และเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ 2) การมีส่วนร่วมในนัยทางการเมือง ซึ่งแบ่งเป็นอีก 2 ประเภท คือ การส่งเสริมสิทธิ พลเมืองของพลเมืองโดยประชาชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการเพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่ม และการเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐมาเป็นการพัฒนาที่ประชาชนมีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางมาเป็นส่วนภูมิภาค

การมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation) หมายถึง การเปิดโอกาสให้หน่วยงานของภาครัฐบาล ภาคเอกชน องค์กรเอกชน กลุ่มประชาชนหรือประชาชนได้มีโอกาสร่วมรับรู้ข่าวสาร รับฟัง และร่วมแสดงความคิดเห็นในรูปแบบต่างๆ ต่อการเตรียมการของโครงการหรือกิจการที่จะเกิดขึ้น (http://www.judiciary.go.th/jti/research/detail/udom_4.doc)

ในที่ประชุมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ณ องค์การสหประชาชาติ เมื่อปี ค.ศ.1975 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นคำที่ไม่อาจกำหนดนิยามความหมายเดียวที่ครอบคลุมได้ เพราะความหมายของการมีส่วนร่วมอาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ หรือแม้แต่ในประเทศเดียวกันก็ตาม หากจะให้เข้าใจชัดแล้ว การนิยามความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนควรมีลักษณะจำกัดเฉพาะในระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองหนึ่งๆ เท่านั้น อย่างไรก็ตามก็กลุ่มผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวได้ขยายความการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าครอบคลุมประเด็น (ชัชวาลย์ ทัดติวัช, <http://th.wikipedia.org/wiki/>) ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมของประชาชนครอบคลุมการสร้างโอกาสที่เอื้อให้สมาชิกทุกคนของชุมชนและของสังคมได้ร่วมกิจกรรม ซึ่งนำไปสู่และมีอิทธิพลต่อกระบวนการพัฒนา และเอื้อให้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน

2) การมีส่วนร่วมสะท้อนการเข้าเกี่ยวข้องโดยสมัครใจและเป็นประชาธิปไตย
ในกรณี ดังนี้

- (1) การเอื้อให้เกิดการพัฒนา
- (2) การแบ่งสรรผลประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน
- (3) การตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมาย กำหนดนโยบาย การวางแผน

ดำเนินการโครงการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม

3) เมื่อพิจารณาในแง่นี้ การมีส่วนร่วมเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างส่วนที่ประชาชนลง
แรงและทรัพยากรเพื่อพัฒนา กับประโยชน์ที่ได้รับจากการลงทุนลงแรงดังกล่าว กล่าวอีกนัย
หนึ่งก็คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจ ไม่ว่าจะเป็นระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และ
ระดับชาติจะช่วยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ประชาชนลงทุนลงแรงกับประโยชน์ที่ได้

4) การมีส่วนร่วมของประชาชนอาจผิดแผกแตกต่างกันไป ตามสภาพเศรษฐกิจ
ของประเทศ นโยบาย และโครงสร้างการบริหาร รวมทั้งลักษณะเศรษฐกิจสังคมของ ประชากร
การมีส่วนร่วมของประชาชนมิได้เป็นเพียงเทคนิควิธีการ แต่เป็นปัจจัยสำคัญในการประกันให้
เกิดกระบวนการพัฒนาที่มุ่งเอื้อประโยชน์ต่อประชาชน

กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคน
ในชุมชนและสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ
และร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อตัวเอง โดยเข้ามามี
ส่วนร่วมในกระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งถึงการติดตามและประเมินผลเพื่อให้บรรลุตาม
เป้าหมายร่วมทางเศรษฐกิจและสังคมหรือการเมือง

7.2 กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1980 อ้างถึงในปาริชาติ วัลย์เสถียร,
2546: 200-201) แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ ได้แก่

- 1) การมีส่วนร่วมตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย การริเริ่มตัดสินใจ
ดำเนินการตัดสินใจและตัดสินใจปฏิบัติการ
- 2) การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุน
ทรัพยากร การบริหาร การประสานความร่วมมือ
- 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ประกอบด้วย ผลประโยชน์ด้านวัสดุ
ด้านสังคม และส่วนบุคคล
- 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน
ระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนานั้น ประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน กระบวนการมีส่วนร่วมนั้นมีหลายระดับ ตั้งแต่การถกเถียงแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน การวางแผนร่วมกันโดยชาวบ้านเพื่อชาวบ้าน การปฏิบัติตามแผนมีการทำงานร่วมกัน และการประเมินผลร่วมกัน (ปรีดา ประพฤติกอ, 2530 อ้างถึงใน ไพรัตน์ ฤทธิประเสริฐ, 2540: 16) ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องหรือใกล้เคียงกับที่ อคิน รพีพัฒน์ (2531: 49) และบัณฑิต อ่อนดำ (2528 อ้างถึงใน ทศพล กฤตยพิสิฐ, 2537:13) ได้กล่าวถึง กระบวนการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนการพัฒนา ซึ่งเป็นการวัดเชิงคุณภาพออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในขั้นการริเริ่มการพัฒนา ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหาภายในชุมชนตลอดจนมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการของชุมชน และมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการด้วย

2) ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวางแผนการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงานตลอดจนกำหนดทรัพยากร และแหล่งทรัพยากรที่จะใช้

3) ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในขั้นการดำเนินการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์ โดยการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน หรือเข้าร่วมบริหารงาน ประสานงาน และการดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

4) ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในขั้นการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วม ในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการพัฒนา หรือยอมรับผลประโยชน์อันเกิดจากการพัฒนาทั้งด้านวัตถุและจิตใจ

5) ขั้นตอนที่ 5 การมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้าร่วมประเมินว่า การพัฒนาที่ได้กระทำไปแล้วนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด ซึ่งในการประเมินอาจปรากฏในรูปของการประเมินย่อย เป็นการประเมินผลการหน้าเป็นระยะๆ หรือกระทำในรูปของการประเมินผลรวม ซึ่งเป็นการประเมินผลสรุปรวบยอด

เจมส์ ค็อกซ์ ปิ่นทอง (2526: 272-273) ได้แบ่งขั้นตอนของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา
- 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ
- 3) การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน
- 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

การมีส่วนร่วมมีหลายระดับ และนักวิชาการต่างๆ ได้กำหนดไว้หลากหลายแต่ในสาระสำคัญมีความคล้ายกันซึ่งจะขอนำเสนอโดยสังเขป ดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making)
- 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation)
- 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit)
- 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

ในกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา การตัดสินใจ เป็นส่วนสำคัญที่จะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนได้กระทำการตัดสินใจ ในการดำเนินกิจกรรมพัฒนา จึงจะถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เพราะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของประชาชน/องค์กรชุมชนให้มีความเข้มแข็ง สามารถกำหนดความต้องการที่แท้จริงในการแก้ปัญหาของชุมชนด้วยตนเองได้ ทั้งนี้ ในทางปฏิบัตินั้น ประชาชนอาจไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เพราะมีข้อจำกัดหลายประการ

7.3 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

Faence (1977 อ้างถึงใน ชีรพงษ์ แก้วหาญ, 2543: 149) กล่าวถึง ความจำเป็นในการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า ยิ่งฐานการมีส่วนร่วมของประชาชนกว้างขวางมากขึ้นเท่าใด ก็จะทำให้อิทธิพลของประชาชนต่อการกำหนดนโยบายและแผนมีมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้ ยิ่งฐานการมีส่วนร่วมมากขึ้นเท่าใด ผู้วางแผนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็จะสามารถนำเสนอความปรารถนาของสังคม ชุมชน และแผนดังกล่าวจะได้รับการสนับสนุนจากมหาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนสามารถที่จะแสดงออก ซึ่งความต้องการของตน การจัดลำดับความสำคัญ การเข้าร่วมในการพัฒนา และได้รับประโยชน์จากการพัฒนานั้นโดยเน้นการให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ประชาชนในชนบท และเป็นกระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนในการกำหนดการ

เปลี่ยนแปลงเพื่อประชาชนเอง โดยให้ประชาชนได้มีส่วนในการตัดสินใจเพื่อตนเอง ทั้งนี้โดยมิใช่การกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก ตามนิยามที่กล่าวถึงนี้ การมีส่วนร่วมทางของประชาชน ในฐานะสมาชิกของสังคม ไม่ว่าจะเป็นบริบทของการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ การเมืองหรือวัฒนธรรม ย่อมเป็นสิ่งที่แสดงออกให้เห็นถึงพัฒนาการรับรู้ และภูมิปัญญาในการกำหนดชีวิตของตนเองเป็นตัวของตนเอง ในการจัดการควบคุมการใช้ และการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตทางเศรษฐกิจและสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรี

จากแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง โดยเริ่มตั้งแต่ การรับรู้ถึงสภาพปัญหา การร่วมคิด ร่วมวางแผนเสนอแนวทางการแก้ปัญหา ร่วมปฏิบัติการแก้ปัญหาของชุมชน ร่วมรับผลประโยชน์และร่วมติดตามประเมินผล ซึ่งลักษณะของการมีส่วนร่วมขึ้นอยู่กับแรงจูงใจและองค์ประกอบทางสังคมอื่นๆ ส่วนประโยชน์ของการมีส่วนร่วมเป็นการเสริมสร้างความผูกพัน ความสามัคคี ทำให้ประชาชนรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของโครงการและให้ความร่วมมือมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ การมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชนในการดำเนินงานกองทุนสุขภาพชุมชน หมายถึง การที่ประชาชน/ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติการ ร่วมรับผลประโยชน์และร่วมติดตามประเมินผลกองทุนสุขภาพชุมชน

บทที่ 3

ผลการศึกษา

จากการทำการเก็บข้อมูลในพื้นที่กรณีศึกษาทั้ง 7 แห่ง โดยลงพื้นที่เก็บข้อมูล สัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการสังเกตการณ์บุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการเครือข่ายกองทุน (ทุนทางสังคมในพื้นที่) คณะทำงานกองทุน สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่ ผู้บริหารโรงพยาบาล รวมทั้งการจัดเวทีประชาคมเพื่อขอความเห็นในการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สามารถสรุปสาระสำคัญดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. ลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับพื้นที่

กรณีศึกษาที่ 1 กองทุนสวัสดิการวันละ 1 บาท ตำบลบ้านเป่า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

1.1 ข้อมูลด้านสาธารณสุขและสุขภาพอนามัย

ในพื้นที่ตำบลบ้านเป่ามีสถานอนามัย เป็นหน่วยงานหลักในการทำหน้าที่ดูแลด้านสาธารณสุขและระบบสุขภาพอนามัยของประชาชน และเนื่องด้วยจำนวนประชากรที่มีมากถึง 7,629 คน ทำให้สถานอนามัยเพียงแห่งเดียวไม่สามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง ฉะนั้นในตำบลบ้านเป่าจึงมีสถานอนามัย 2 แห่ง ได้แก่

- สถานอนามัยทุ่งม่านเหนือ รับผิดชอบดูแลประชากรในพื้นที่ จำนวน 4,297 คน ครอบคลุมพื้นที่ 5 หมู่บ้าน ได้แก่

- | | |
|---------------------|-----------|
| - บ้านแค | หมู่ที่ 1 |
| - บ้านทุ่งม่านเหนือ | หมู่ที่ 2 |
| - บ้านแม่กิง | หมู่ที่ 3 |
| - บ้านเหล่า | หมู่ที่ 4 |
| - บ้านหัวทุ่ง | หมู่ที่ 9 |

• สถานีอนามัยสบไพร รับผิดชอบดูแลประชากรในพื้นที่ จำนวน 3,332 คน
ครอบคลุมพื้นที่ 7 หมู่บ้าน ได้แก่

- บ้านเป้า หมู่ที่ 5
- บ้านใหม่ หมู่ที่ 6
- บ้านทุ่งม่านใต้ หมู่ที่ 7
- บ้านหนองร่อง หมู่ที่ 8
- บ้านสบไพร หมู่ที่ 10
- บ้านทุ่งม่านพัฒนา หมู่ที่ 11
- บ้านสบก้ง ทางทุ่ง หมู่ที่ 12

โรคที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย

จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อมของตำบลบ้านเป้าจากสถานีอนามัยสบไพรและสถานีอนามัยทุ่งม่านเหนือ เป็นเวลา 1 ปี พบว่า ประชากรที่ไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยทุ่งม่านเหนือเจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ รองลงมา คือ โรค เจริญคอ ไช้หวัด ความดันโลหิตสูง และโรคผื่นคัน ส่วนประชากรที่ไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยบ้านสบไพร ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ รองลงมาเป็นโรคระบบกล้ามเนื้อ โรคระบบย่อยอาหาร โรคระบบไหลเวียนโลหิต และโรคตาและส่วนประกอบของตา (ดูตารางที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนและร้อยละของโรคที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย

สถานีอนามัยทุ่งม่านเหนือ*			สถานีอนามัยสบไพร**		
โรคที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย (5 อันดับ)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	โรคที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย (5 อันดับ)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. โรคระบบกล้ามเนื้อ	409	9.52	1. โรคระบบทางเดินหายใจ	1,228	23
2. โรคคออักเสบ	313	7.28	2. โรคระบบกล้ามเนื้อ	897	17
3. โรคไข้หวัด	240	5.59	3. โรคระบบย่อยอาหาร	352	7
4. โรคความดันโลหิตสูง	229	5.33	4. โรคระบบไหลเวียนเลือด	227	4
5. โรคผื่นคัน	218	5.07	5. โรคตาและส่วนประกอบของตา	135	3

หมายเหตุ

* ข้อมูลจากสถานีอนามัยทุ่งม่านเหนือ ปีงบประมาณ 2549 เดือนตุลาคม 2548 - กันยายน 2549

** ข้อมูลจากสถานีอนามัยสบไพร ปีงบประมาณ 2549 เดือนตุลาคม 2548 - กันยายน 2549

โรคที่เป็นสาเหตุของการตาย/เสียชีวิต

จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อมของตำบลบ้านเป้าจากสถานอนามัยสบไพรและสถานอนามัยทุ่งม่านเหนือ เป็นเวลา 1 ปี พบว่า ประชากรที่เสียชีวิต 5 อันดับแรกของที่สถานอนามัยทุ่งม่านเหนือได้รับรายงาน อันดับแรก คือ โรคชรา รองลงมาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเอดส์ โรควัณโรค และไตวาย ส่วนประชากรที่เสียชีวิต 5 อันดับแรกของที่สถานอนามัยสบไพรได้รับรายงาน อันดับแรกคือ โรคมะเร็งทุกชนิด โรคติดเชื้อ เอดส์ โรคภาวะหายใจล้มเหลว โรคเบาหวาน และโรคไต (ดูตารางที่ 3.2)

ตารางที่ 3.2 แสดงจำนวนและร้อยละของโรคที่เป็นสาเหตุของการตาย/เสียชีวิต

สถานอนามัยทุ่งม่านเหนือ*			สถานอนามัยสบไพร**		
โรคที่เป็นสาเหตุของการตาย (5 อันดับ)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	โรคที่เป็นสาเหตุของการตาย (5 อันดับ)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. โรคชรา	7	0.16	1. โรคมะเร็งทุกชนิด	8	20
2. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	5	0.12	2. ติดเชื้อ HIV	7	17.5
3. เอดส์	4	0.09	3. ภาวะหายใจล้มเหลว	4	10
4. วัณโรค	3	0.07	4. โรคเบาหวาน	3	7.5
5. ไตวาย	3	0.07	5.โรคไต	3	7.5

หมายเหตุ

* ข้อมูลจากสถานอนามัยทุ่งม่านเหนือ ปีงบประมาณ 2549 เดือนตุลาคม 2548- กันยายน 2549

** ข้อมูลจากสถานอนามัยสบไพร ปีงบประมาณ 2549 เดือนตุลาคม 2548- กันยายน 2549

การดำเนินงานด้านสุขภาพของภาคีที่เกี่ยวข้อง

องค์กรหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุขในตำบลบ้านเป้าที่สำคัญมีอยู่ 2 ส่วน คือ 1) หน่วยงานที่มีหน้าที่โดยตรง คือ สถานอนามัยจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ สถานอนามัยทุ่งม่านเหนือและสถานอนามัยสบไพร ในแต่ละสถานอนามัยมีกลุ่ม ชมรมที่จัดตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของคนในชุมชนตนเอง อาทิ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ชมรมสร้างสุข กองทุนโรคเอดส์แห่งชาติ ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ (ตารางที่ 3.3) และ 2) องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป้า

จากข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มองค์กรด้านสุขภาพในพื้นที่ตำบลบ้านเป้า สะท้อนเห็นทุนทางสังคมเดิมที่มีอยู่ในสังคมอันเป็นหน่วยงาน/องค์กรที่จะขับเคลื่อนในเรื่องของการทำงานส่งเสริมสนับสนุนสุขภาพอนามัยที่ดีของคนในชุมชนได้สืบไป อย่างไรก็ตามได้ตั้งข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับองค์กรเหล่านี้ กล่าวคือ หน่วยงาน/องค์กรเหล่านี้คือทุนเดิมในสังคม ที่มีสถานอนามัย

ในพื้นที่ทั้ง 2 แห่งเป็นองค์กรที่เลี้ยงในการสนับสนุนกระบวนการทำงาน โดยที่กลุ่มเป้าหมายหลักสำคัญในกระบวนการขับเคลื่อนงานขององค์กรข้างต้น ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ได้รับผลกระทบ ตลอดจนกลุ่มประชาชนทั่วไปในชุมชน

อย่างไรก็ตามในประเด็นเกี่ยวกับความเข้มแข็งในกระบวนการขับเคลื่อนการทำงานในพื้นที่ขององค์กรเหล่านี้ว่ายังคงสามารถขับเคลื่อนงานได้หรือไม่ ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องตั้งคำถาม เนื่องจากมีกรณีตัวอย่างของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในพื้นที่ความดูแลของสถานีอนามัยทุ่งม่านเหนือที่ระบุว่าในพื้นที่ 5 หมู่บ้าน ทุกหมู่บ้านมีการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน แต่มีเพียงแห่งเดียวหรือเพียงหมู่บ้านเดียวเท่านั้นที่องค์กรดังกล่าวยังมีกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ฉะนั้นในเรื่องของความเข้มแข็งและกระบวนการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานองค์กรเหล่านี้จึงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก

ตารางที่ 3.3 แสดงหน่วยงาน องค์กร กลุ่ม ชมรม ที่ทำหน้าที่ด้านสาธารณสุขของตำบลบ้านเป่า

กลุ่ม/ชมรม/กองทุน	สถานีอนามัยทุ่งม่านเหนือ*	สถานีอนามัยสบไพร**	รวม
1. อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)	109 คน	85 คน	194 คน
2. ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน	1 แห่ง (มีทั้งสิ้น 5 แห่งแต่ยังคงดำเนินการอยู่เพียง 1 แห่งเท่านั้น)	3 แห่ง	4 แห่ง
3.ชมรมสร้างสุขภาพ	10 ชมรม	19 ชมรม	29 ชมรม
4.กองทุนโรคเอดส์หมู่บ้าน	5 กองทุน (เป็นเงิน 36,300.58 บาท)	6 กองทุน	11 กองทุน
5. ชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้น	5 ชมรม (สมาชิก 612 คน)	7 ชมรม (สมาชิก 459 คน)	13 ชมรม (สมาชิก 1,071)
6. ชมรมผู้สูงอายุสร้างสุขภาพ	5 ชมรม (สมาชิก 612 คน)	7 ชมรม (สมาชิก 386 คน)	13 ชมรม (สมาชิก 998 คน)

หมายเหตุ

* ข้อมูลจากสถานีอนามัยทุ่งม่านเหนือ ปีงบประมาณ 2549 เดือนตุลาคม 2548- กันยายน 2549

** ข้อมูลจากสถานีอนามัยสบไพร ปีงบประมาณ 2549 เดือนตุลาคม 2548- กันยายน 2549

จากการศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับแผนงาน/โครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพของหน่วยงานบริการ/สถานบริการอื่นๆ /สถานบริการ

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ
องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

ทางเลือกต่างๆ ในชุมชน (กรอบคิดดังกล่าวเป็นกรอบคิดหลักเกี่ยวกับบทบาท ภาระหน้าที่ของระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น/พื้นที่) โดยทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงาน/องค์กรที่ทำงานด้านนี้ 3 องค์กรหลักในชุมชน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่า สถานีอนามัยทุ่งม่านเหนือ และสถานีอนามัยสบไพร พบว่าหน่วยงาน/องค์กรทั้ง 3 มีแผนงาน หรือ การดำเนินงานงานที่ผ่านมา ดังนี้

1) องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่า

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่า ถือเป็นหนึ่งหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการพัฒนาคนและสังคม การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนาเศรษฐกิจ การพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการพัฒนาในเรื่องของการเมืองการปกครอง ในพื้นที่ตำบลบ้านเป่าทั้งหมด สำหรับประเด็นหลักในการศึกษาครั้งนี้ที่ให้ความสำคัญกับการศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนในตำบลนั้น ทั้งนี้การพิจารณาว่าโครงการใดเป็นโครงการด้านสุขภาพ จะพิจารณาจากวัตถุประสงค์ของโครงการว่าสามารถสร้างให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพของหน่วยงานบริการ/สถานบริการอื่นๆ /สถานบริการทางเลือกต่างๆ ในชุมชน โดยที่การทำงานมีกลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มแม่และเด็ก 2) กลุ่มผู้สูงอายุ 3) กลุ่มผู้พิการ 4) กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยง และ 5) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในชุมชน อันเป็นกรอบการทำงานหลักของระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น/ตำบล) พบว่า ในปีงบประมาณ 2549 ที่ผ่านมาองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่ามีโครงการด้านสุขภาพ อันเป็นโครงการที่บรรจุอยู่ในแผนงานตามยุทธศาสตร์ว่าด้วย การพัฒนาคน จำนวน 3 โครงการ คือ

- โครงการตรวจสุขภาพประจำปีของ อบต.บ้านเป่า โครงการดังกล่าวใช้งบประมาณในการดำเนินการจำนวน 40,000 บาท เป็นโครงการที่ทางองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่าได้ประสานกับสถานีอนามัยในพื้นที่ เพื่อทำการตรวจสุขภาพให้แก่ประชาชนในตำบลทั้ง 12 หมู่บ้าน

- โครงการแข่งขันกีฬาประชาชนตำบลบ้านเป่า โดยมีการจัดการแข่งขันกีฬาสากล และกีฬาพื้นบ้าน ระหว่างหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลบ้านเป่า งบประมาณดำเนินการ 200,000 บาท

- โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (เต้นแอโรบิค) โดยการจัดหาวิทยากรและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการออกกำลังกาย (เต้นแอโรบิค) งบประมาณดำเนินการ 86,400 บาท

ในส่วนของกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ทุพพลภาพนั้น การให้บริการส่วนใหญ่ขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่าจะให้บริการในลักษณะของการจัดสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์ โดยการให้เบี้ยยังชีพเป็นหลัก

สำหรับในการทำงานในปัจจุบันและอีก 2 ปีข้างหน้า (ปีงบประมาณ 2550-2552) ทางองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่าได้จัดทำแผนงานพัฒนาตำบล 3 ปี โดยที่มีการบรรจุแผนงานด้านสุขภาพ ไว้ทั้งสิ้น 18 โครงการ ดังแสดงรายละเอียดได้ดังนี้

ตารางที่ 3.4 แสดงจำนวนโครงการด้านสุขภาพของ อบต.บ้านเป่า ปีงบประมาณ 2550-2552

โครงการ	งบประมาณ (บาท)		
	ปีงบประมาณ 2550	ปีงบประมาณ 2551	ปีงบประมาณ 2552
1. โครงการควบคุม ป้องกัน และระวังโรค ไข้เลือดออก และโรคติดต่อ	200,000	200,000	200,000
2. โครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุม ป้องกันและระวังโรคติดต่อแก่อาสาสมัคร สาธารณสุขและประชาชน	100,000	100,000	100,000
3. โครงการสนับสนุนกิจกรรม กลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์	30,000	30,000	30,000
4. โครงการสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชน	120,000	120,000	120,000
5. โครงการจัดกิจกรรมวันเอดส์โลก/ฝึกอบรมให้ ความรู้แก่เยาวชน เกี่ยวกับเอดส์และเพศศึกษา	150,000	150,000	150,000
6. โครงการตรวจพยาธิใบไม้ในตับ และส่งเสริมสุข ศึกษา	36,000	36,000	36,000
7. โครงการควบคุม ป้องกัน และระวัง โรคพิษ สุนัขบ้า	30,000	30,000	30,000
8. โครงการต่อต้านยาเสพติด	100,000	100,000	100,000
9. โครงการสนับสนุนโครงการพลังแผ่นดินจัด สันยาเสพติดอย่างยั่งยืน ของอำเภอเมืองลำปาง	100,000	100,000	100,000
10. โครงการอบรมภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย เกี่ยวกับการนวดไทย	20,000	20,000	20,000
11. โครงการรักมันใจ ปลอดภัยเอดส์	20,000	20,000	20,000

โครงการ	งบประมาณ (บาท)		
	ปีงบประมาณ 2550	ปีงบประมาณ 2551	ปีงบประมาณ 2552
12. โครงการ "ชุมชนใส่ใจ อาหารปลอดภัยไร้สารปนเปื้อน"	20,000	20,000	20,000
13. โครงการก่อสร้างศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน จำนวน 12 หมู่บ้าน	5,000,000	5,000,000	5,000,000
14. โครงการประกวดหมู่บ้านและชุมชนดีเด่นด้านการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก	30,000	30,000	30,000
15. โครงการสนับสนุนโครงการด้านยาเสพติดของอำเภอเมืองลำปาง	100,000	100,000	100,000
16. โครงการก่อสร้างห้องน้ำสาธารณะในพื้นที่ตำบลบ้านเป้า	1,200,000	1,200,000	1,200,000
17. โครงการสนับสนุนโครงการตรวจสอบสุขภาพประจำปี	150,000	150,000	150,000
18. โครงการสนับสนุนโครงการด้านยาเสพติดให้แก่กลุ่ม และองค์กรต่างๆ ในตำบลบ้านเป้า	100,000	100,000	100,000

อย่างไรก็ตามจากการศึกษา พบว่า จำนวนโครงการด้านสุขภาพทั้ง 18 โครงการในปี 2550 ข้างต้น เมื่อทางองค์การบริหารส่วนตำบลดำเนินการพิจารณาแล้วพบว่ามีเพียง 6 โครงการเท่านั้นที่ถูกบรรจุเป็นข้อบัญญัติงบประมาณประจำปี 2550 ได้แก่

- 1) โครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย ขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป้า งบประมาณ 86,400 บาท
- 2) โครงการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป้า งบประมาณ 50,000 บาท
- 3) โครงการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป้า งบประมาณ 20,000 บาท
- 4) โครงการชุมชนดีเด่นในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป้า งบประมาณ 20,000 บาท
- 5) โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกเชิงรุก อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง (อุดหนุนให้แก่สำนักงานปศุสัตว์อำเภอเมืองลำปาง) งบประมาณ 31,200 บาท
- 6) โครงการสนับสนุนโครงการด้านยาเสพติด ของอำเภอเมืองลำปาง งบประมาณ 72,000 บาท

นอกจาก 6 โครงการในยุทธศาสตร์การพัฒนาคนและสังคม แนวทางที่ 1.1) การส่งเสริมสุขภาพของประชาชน การควบคุมโรค ป้องกัน และระวังโรคติดต่อ ตลอดจนการป้องกันปัญหาเสพติดขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่าแล้ว ในแนวทางที่ 1.5) การส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมการกีฬา และการออกกำลังกาย พบว่า ในข้อบัญญัติงบประมาณประจำปี 2550 ได้จัดสรรงบประมาณในการแข่งขันกีฬาประชาชนตำบลบ้านเป่า ประจำปีงบประมาณ 2550 จำนวน 200,000 บาท

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา คือ ในปีงบประมาณ 2549 ทางองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่าได้เพิ่มจำนวนโครงการด้านส่งเสริมและสนับสนุนสุขภาพของประชาชนให้มีโครงการที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น จากเดิมในปีงบประมาณ 2549 ทางหน่วยงานได้ดำเนินการเพียงโครงการเดียว แต่ในปีงบประมาณ 2550 นี้วางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน (กำหนดในข้อบัญญัติงบประมาณ) ว่า จะดำเนินโครงการด้านส่งเสริมและสนับสนุนสุขภาพของประชาชนถึง 6 โครงการ อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับการจัดทำแผนงานและโครงการด้านสุขภาพ กล่าวคือ

1) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนโครงการที่ทางองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่าได้จัดทำขึ้นในแผนพัฒนาตำบล 3 ปี ในยุทธศาสตร์การพัฒนาคนและสังคม แนวทางที่ 1.1) การส่งเสริม สุขภาพของประชาชน การควบคุมโรค ป้องกัน และระวังโรคติดต่อ ตลอดจนการป้องกันปัญหาเสพติดขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่าที่มีถึง 18 โครงการ งบประมาณ 7,056,000 บาท แต่เมื่อทำการพิจารณาจัดสรรงบประมาณ ปรากฏว่ามีเพียง 6 โครงการเท่านั้นที่ได้รับบรรจุเป็นข้อบัญญัติงบประมาณปี 2550 นอกจากนี้จะเห็นได้ว่างบประมาณของทั้ง 6 โครงการ ได้ถูกตัดทอนลงจากที่วางแผนไว้ ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นข้อจำกัดบางประการในการทำงานขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่า

กล่าวคือ ทางหน่วยงานยังคงมีบทบาทสำคัญในการเรื่องของการสร้างโครงสร้างพื้นฐาน อันเป็นภาระงานที่ใช้งบประมาณในการดำเนินการเป็นจำนวนมาก ส่วนประเด็นการทำงานด้านสังคมเป็นประเด็นที่ยังคงถือว่าเป็นประเด็นรอง แต่ก็ถือว่ามีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น คือ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่าเองก็ได้ให้ความสำคัญต่อการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของคนในตำบล หากแต่มีการค่อยๆ ให้ความสำคัญโดยสังเกตจากการเพิ่มจำนวนโครงการด้านสุขภาพให้มากขึ้นในปีงบประมาณนี้

2) เมื่อกลับไปพิจารณาถึงปัญหาสำคัญของตำบลบ้านเป่าที่ทางองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่าได้ระบุทวีเคราะห์ไว้ในแผนพัฒนาตำบล 3 ปี (2550-2552) พบว่า ระบุว่า ปัญหาในลำดับที่ 3 (ในจำนวนปัญหาทั้งหมด 6 ปัญหา) ได้แก่ ปัญหาด้านสังคมและคน กล่าวคือ ประชากรวัยสูงอายุ ผู้พิการ เด็กถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ได้รับผลกระทบ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ขาดผู้ดูแล และมีความยากจน มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

โรคไข้เลือดออก สถานที่ออกกำลังกายและเล่นกีฬาไม่เพียงพอ นั้น จะเห็นว่า โครงการทั้ง 6 โครงการที่ทางหน่วยงานวางแผนที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2550 นั้น *ยังไม่มีคำตอบคล้อยกับปัญหาความต้องการของประชาชนในพื้นที่เท่าที่ควร* เนื่องจากการวิเคราะห์ปัญหาระบุถึงในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ แต่โครงการทั้ง 6 โครงการ ไม่มีโครงการใดที่ถือเป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างชัดเจน

นอกจากนี้ในการสำรวจประเด็นปัญหาระบุว่า ประชากรวัยสูงอายุ ผู้พิการ เด็กถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ได้รับผลกระทบ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ขาดผู้ดูแล และมีความยากจนนั้น องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่าได้ให้บริการในเรื่องของการสังคมสงเคราะห์และการจ่ายเบี้ยยังชีพ แต่ในมิติของการดูแลสุขภาพของกลุ่มคนเหล่านี้ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่ายังไม่มีมีการดำเนินงาน ฉะนั้นการทำงานเพื่อบริการกลุ่มคนเหล่านี้จึงจำเป็นต้องจัดบริการที่หลากหลายและเป็นองค์รวม โดยที่การบริการด้านสุขภาพอนามัยเป็นอีกหนึ่งบริการที่องค์การบริหารส่วนตำบลควรจัดให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างเร่งด่วน

3) การพิจารณากลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงานตามโครงการทั้ง 6 โครงการขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่า พบว่า โครงการทั้ง 6 ไม่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นการทำงานที่มุ่งหวังให้ประชาชนทุกคนในตำบลได้รับประโยชน์จากโครงการ นอกจากนี้ยังพบว่ามี 2 โครงการ คือ โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกเชิงรุก อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง (อุดหนุนให้แก่สำนักงานปศุสัตว์อำเภอเมืองลำปาง) และโครงการสนับสนุนโครงการต้านยาเสพติด ของอำเภอเมืองลำปาง ที่เป็นโครงการที่หน่วยงานสนับสนุนการทำงานเพื่อประชาชนในระดับอำเภอ มิได้จำเพาะเฉพาะในตำบลบ้านเป่าเท่านั้น

จากข้อสังเกตจากนักวิจัยดังกล่าวและย้อนกลับไปพิจารณาถึงปัญหาที่ทางองค์การบริหารส่วนตำบลระบุไว้ว่า กลุ่มประชากรวัยสูงอายุ ผู้พิการ เด็กถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ได้รับผลกระทบ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ขาดผู้ดูแล และมีความยากจนนั้น ทางองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่าควรจัดบริการให้แก่กลุ่มคนกลุ่มเหล่านี้เป็นการเฉพาะด้วย เพื่อสามารถทำให้ประชาชนผู้ด้อยโอกาสทางสังคมเข้าถึงระบบการให้บริการขององค์การบริหารตำบลและดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น กล่าวคือ การจัดกิจกรรมในภาพรวมไม่จำกัดว่าเป็นกิจกรรมที่ตอบสนองปัญหาความต้องการของกลุ่มคนเหล่านี้ เช่น โครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือ ผู้ทุพพลภาพอาจไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ แต่หากองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่าระบุนการจัดโครงการการออกกำลังกายที่เป็นของกลุ่มคนเหล่านี้เป็นการเฉพาะก็จะทำให้สามารถเข้าร่วมได้ เป็นต้น

2) สถานีอนามัยทุ่งม่านเหนือ

ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าในพื้นที่ตำบลบ้านเป้ามีการให้บริการของสถานีอนามัย 2 แห่ง เนื่องจากขนาดของประชากรมีจำนวนมาก สถานีอนามัยทุ่งม่านเหนือเป็นหน่วยงานหลักอีกหน่วยงานที่ให้บริการแก่คนในตำบล ครอบคลุมประชาชนในพื้นที่ 5 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 4,297 คน จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถานีอนามัย พบว่าในปีงบประมาณ 2549 ที่ผ่านมา ทางสถานีอนามัยได้มีการดำเนินงานในโครงการด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบดูแล ดังตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.5 แสดงการดำเนินงานโครงการด้านสุขภาพของสถานีอนามัยทุ่งม่านเหนือ

โครงการ	จำนวนโครงการ	งบประมาณ
1. โครงการ " รณรงค์วันเอดส์โลก "	5	12,500
2. โครงการประกวดหมู่บ้านและชุมชนดีเด่น ด้านการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก	5	150,000
3. โครงการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก	5	50,000
4. โครงการอาหารปลอดภัย รสชาติอร่อย	5	29,750
5. โครงการตรวจสุขภาพภาคประชาชน	5	387,500
6. โครงการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ	5	36,000
7. โครงการจัดตั้งศูนย์สาธิตสมุนไพรไทย	1	12,925
8. โครงการส่งเสริมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในชุมชนผ่านกระบวนการประชาคม	3	133,380
รวม	34	812,055

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาข้างต้น สามารถวิเคราะห์กระบวนการทำงานด้านสุขภาพของสถานีอนามัยทุ่งม่านเหนือ ได้ดังนี้

1) ลักษณะของโครงการโดยภาพรวมเป็นการทำงานในเชิงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในความรับผิดชอบดูแล นอกจากนี้มี 1 โครงการที่เป็นการทำงานในลักษณะของการฟื้นฟูสภาพของหน่วยงานบริการ/สถานบริการอื่นๆ / สถานบริการทางเลือกต่างๆในชุมชน คือ โครงการจัดตั้งศูนย์สาธิตสมุนไพรไทย จะเห็นได้ว่ากระบวนการทำงานที่ผ่านมาของสถานีอนามัยทุ่งม่านเหนือค่อนข้างมีความหลากหลาย ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากจะทำให้ประชาชนได้รับการบริการที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้จากการที่เน้นโครงการด้านการป้องกันเป็นหลัก ถือเป็นกระบวนการทำงานสำคัญที่

คู่ขนานกับการปฏิบัติหน้าที่หลักของสถานื่อนามัยในเรื่องของการให้การรักษาเบื้องต้นต่ออาการเจ็บป่วยของประชาชนในพื้นที่ ฉะนั้นโครงการด้านสุขภาพเหล่านี้จะทำให้กระบวนการทำงานของสถานื่อนามัยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) การเปรียบเทียบกับสาเหตุของความเจ็บป่วยและสาเหตุการตาย/การเสียชีวิตของคนในพื้นที่กับโครงการที่ทางหน่วยงานได้ดำเนินการ จากข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย (5 อันดับ) ที่กล่าวถึงแล้วเบื้องต้นว่าประกอบด้วย 1) โรคระบบกล้ามเนื้อ 2) โรคคออักเสบ 3) โรคไข้หวัด 4) โรคความดันโลหิตสูง และ 5) โรคผื่นคัน นั้น พบว่าโครงการทั้ง 8 โครงการ โดยส่วนใหญ่ไม่สอดคล้องหรือมีผลต่อการลดความเจ็บป่วยทั้ง 5 โรคได้โดยตรงเท่าที่ควร แต่อาจจะเป็นโครงการที่ส่งผลในทางอ้อม เป็นต้นว่า หากประชาชนเข้าร่วมโครงการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ ก็จะทำให้ร่างกายแข็งแรง โอกาสในการเจ็บป่วยเป็นโรคไข้หวัดอาจจะลดน้อยลง

นอกจากนี้จากข้อมูลสาเหตุการตาย/การเสียชีวิตของคนในพื้นที่นั้นพบว่าอันดับ 1 คือ โรคชรา รองลงมา คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคเอดส์, โรควัณโรค และโรคไตวาย ตามลำดับ พบว่า โครงการทั้ง 8 โครงการ มีบางส่วนที่สอดคล้องกับปัญหาดังกล่าว เป็นต้นว่า โครงการ "รณรงค์วันเอดส์โลก" เพื่อลดการตายด้วยโรคเอดส์ โครงการส่งเสริมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในชุมชนผ่านกระบวนการประชาคม สอดคล้องกับการเสียชีวิตด้วยโรคชรา เพราะอย่างน้อยที่สุดกระบวนการจัดกิจกรรมตามโครงการนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุ/คนชรา มีความเข้มแข็งด้านจิตใจผ่านกระบวนการกลุ่มบำบัด และทำให้จากโรคนี้ไปอย่างสงบ

3) กลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ จากโครงการข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายหลักในการทำงาน คือ กลุ่มประชาชนโดยทั่วไป และกลุ่มผู้สูงอายุ หรือกลุ่มคนชรา ในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบของสถานื่อนามัยทุ่งม่านเหนือ

3) สถานื่อนามัยสบไพร

สถานื่อนามัยสบไพรเป็นอีกหน่วยงานหลักที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพอนามัยของคนในตำบลบ้านเป่า มีพื้นที่รับผิดชอบประชาชน 7 หมู่บ้านในตำบลบ้านเป่า จำนวน 3,332 คน ในปีงบประมาณ 2549 ที่ผ่านมาทางสถานื่อนามัยสบไพรได้ดำเนินงานตามโครงการด้านสุขภาพในพื้นที่ ดังตารางที่ 3.6

ตารางที่ 3.6 แสดงโครงการด้านสุขภาพของสถานื่อนามัยสบไพร

โครงการ	จำนวนโครงการ	งบประมาณ
1. โครงการตรวจสุขภาพประจำปี	12	28,000
2. โครงการสร้างสุขภาพ	7	50,400
3. โครงการควบคุมไข้เลือดออก	12	80,000
4. โครงการส่งเสริมผู้สูงอายุ	7	20,000
5. โครงการควบคุมไข้เลือดออกของ อสม.	7	70,000
รวม	45	248,400

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาข้างต้น สามารถวิเคราะห์กระบวนการทำงานด้านสุขภาพของสถานื่อนามัยสบไพร ได้ดังนี้

1) ลักษณะของโครงการโดยภาพรวมเป็นการทำงานในเชิงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในความรับผิดชอบดูแลโครงการเหล่านี้ ถือเป็นกระบวนการทำงานสำคัญที่คู่ขนานกับการปฏิบัติหน้าที่หลักของสถานื่อนามัยในเรื่องของการให้การรักษาเบื้องต้นต่ออาการเจ็บป่วยของประชาชนในพื้นที่ ฉะนั้นโครงการด้านสุขภาพเหล่านี้จะทำให้กระบวนการทำงานของสถานื่อนามัยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) การเปรียบเทียบกับสาเหตุของความเจ็บป่วยและสาเหตุการตาย/การเสียชีวิตของคนในพื้นที่ จากข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย อันดับที่ 1 คือ โรคระบบทางเดินหายใจ รองลงมา คือ โรคระบบกล้ามเนื้อ, โรคระบบย่อยอาหาร, โรคระบบไหลเวียนเลือด และโรคตาและส่วนประกอบของตา ตามลำดับที่กล่าวถึงแล้วข้างต้น เมื่อนำมาพิจารณาเปรียบเทียบกับการจัดทำโครงการด้านสุขภาพของสถานื่อนามัยสบไพรนั้น พบว่าความสามารถในการตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพดังกล่าวนั้นยังเป็นประเด็นที่ต้องตั้งคำถาม ซึ่งเช่นเดียวกับการนำข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมาพิจารณา โดยที่การศึกษาพบว่าโรคอันดับที่ 1 ที่เป็นสาเหตุทำให้ชาวบ้านเสียชีวิต คือ โรคมะเร็งทุกชนิด รองลงมาคือ ติดเชื้อ HIV, ภาวะหัวใจล้มเหลว, โรคเบาหวาน และ โรคไต ตามลำดับ แต่โครงการด้านสุขภาพดังกล่าวยังไม่มีโครงการใดที่จัดทำขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาหรือลดอัตราการเกิดโรคต่างๆ เหล่านี้โดยตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพ

3) กลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ จากโครงการข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายหลักในการทำงาน คือ กลุ่มประชาชนโดยทั่วไป และกลุ่มผู้สูงอายุ หรือกลุ่มคนชรา ในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบของสถานื่อนามัยสบไพร

1.2 ทูทางสังคมของพื้นที่ : กองทุนสวัสดิการวันละ 1 บาท

การดำเนินงานด้านกองทุนสุขภาพชุมชน อยู่ในรูปของกองทุนสวัสดิการชุมชน (ออมวันละบาท) ดำเนินงานในลักษณะการออมเพื่อให้สวัสดิการด้านต่างๆ แก่สมาชิก ปัจจุบัน กองทุนสวัสดิการชุมชนรวมตัวกันเป็นเครือข่ายระดับจังหวัด รวมทั้งหมด 20 หมู่บ้าน ในพื้นที่ 10 ตำบล 5 อำเภอ เรียกว่า "เครือข่ายองค์กรร่มทรัพย์ชุมชนจังหวัดลำปาง" และต่อมา เครือข่ายฯ พยายามที่พัฒนาให้กลายเป็น "สถาบันพัฒนาระบบการออมเพื่อสุขภาวะและสวัสดิการชุมชน" โดยมีการเชื่อมโยงวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์และพันธกิจร่วมกันกับสภาเครือข่ายองค์กรชุมชนจังหวัดลำปาง จึงทำให้การบริหารจัดการเครือข่ายองค์กรร่มทรัพย์ชุมชนจังหวัดลำปางเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันกับ "สภาเครือข่ายองค์กรชุมชนจังหวัดลำปาง" ดังนั้นเพื่อทำความเข้าใจถึงที่มาที่ไปของกองทุนสวัสดิการชุมชนจังหวัดลำปาง ในส่วนนี้จึงนำเสนอข้อมูลพื้นฐาน 2 ส่วนด้วยกัน คือ

- สภาเครือข่ายองค์กรชุมชนจังหวัดลำปาง
- เครือข่ายองค์กรร่มทรัพย์ชุมชนจังหวัดลำปาง (กองทุนสวัสดิการวันละบาท) ซึ่งกำลังพัฒนาเป็นสถาบันพัฒนาการออมเพื่อสุขภาวะและสวัสดิการชุมชน (พอสช.)

1) สภาเครือข่ายองค์กรชุมชนจังหวัดลำปาง

(1) ความเป็นมา

จังหวัดลำปาง ด้านการพัฒนาคน และองค์กรชุมชนได้มีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ดำเนินการมาโดยตลอดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2505 เพื่อมุ่งวางรากฐานการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง โดยเน้นการให้การศึกษา และพัฒนากระบวนการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมของชุมชน จนมาถึงปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยเจอวิกฤตทางเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อคนลำปางทั้งทางตรงและทางอ้อม ประกอบกับประเทศไทยได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ซึ่งถือว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ดังนั้นจึงก่อให้เกิดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคนในชุมชน และมีการจัดตั้งกลุ่มองค์กรต่างๆ ในระดับชุมชน และระดับตำบล จนมีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เชื่อมร้อยกันเป็นเครือข่ายองค์กรชุมชนที่หลากหลาย

ในปี พ.ศ.2544 ได้จัดตั้งคณะทำงาน *ทีมประสานงานองค์กรชุมชนจังหวัดลำปาง* ขึ้น ในระยะแรก ได้รับการสนับสนุนจากทางสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) ดังนี้

● พ.ศ. 2544

- โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนจังหวัดลำปาง เพื่อสร้างกลไกระดับจังหวัด จำนวน 800,000 บาท
- โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนสร้างเครือข่าย 7 ประเด็นฯ ละ 200,000 บาท จำนวน 1,400,000 บาท

● พ.ศ. 2545

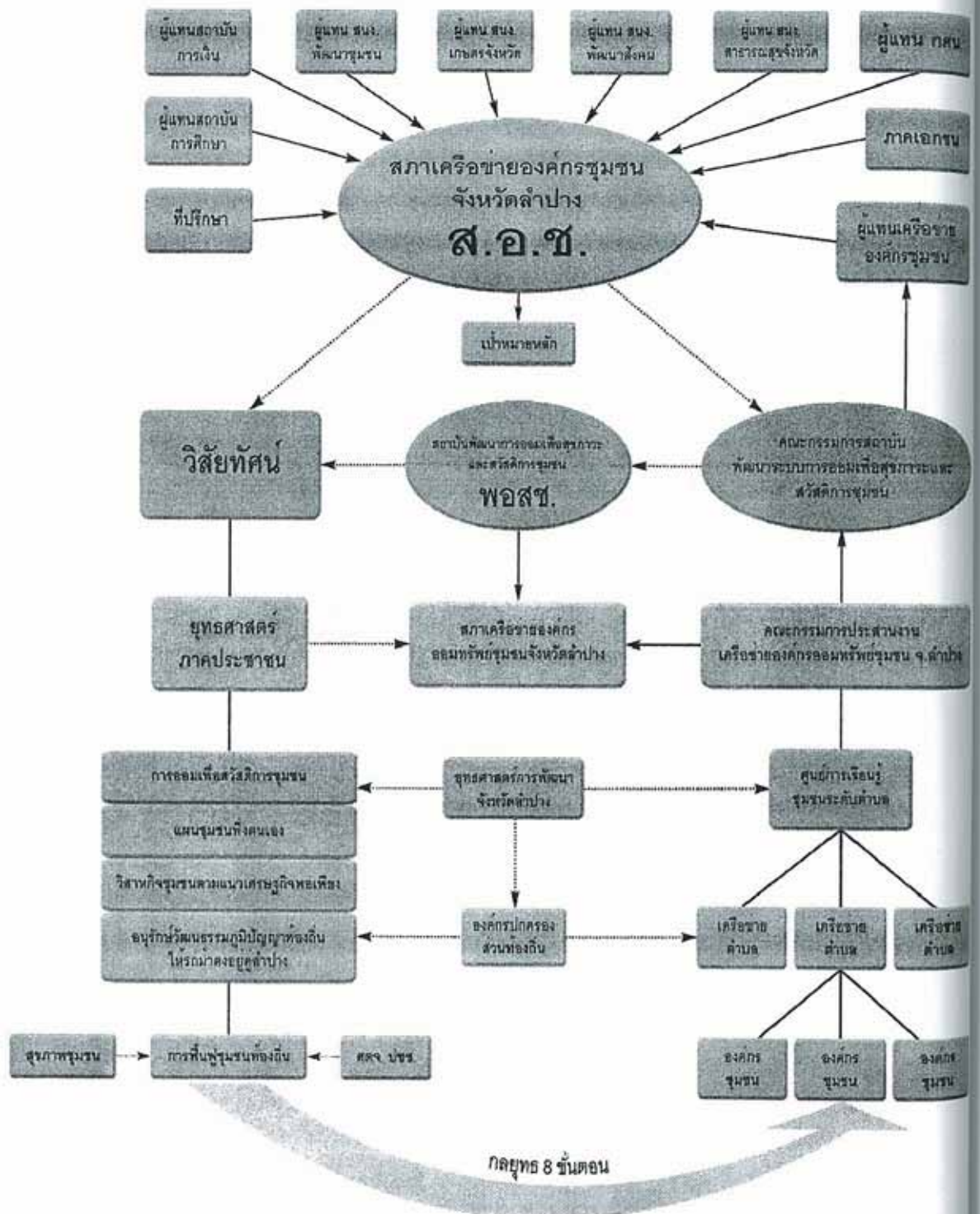
- โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน (สินเชื่อเพื่อการพัฒนา) ให้สินเชื่อ 2 เครือข่าย จำนวน 5,500,000 บาท

● พ.ศ. 2546

- โครงการกองทุนสวัสดิการชุมชนและสวัสดิการผู้สูงอายุจังหวัด ลำปางจำนวน 1,000,000 บาท
- โครงการพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรชุมชน (ยุทธศาสตร์ภาค ประชาชน) จำนวน 1,000,000 บาท

เงินงบประมาณดังกล่าวได้กระจายการบริหารให้กับเครือข่ายองค์กรชุมชนต่างๆ ในรูปแบบเงินทุนเสริมการพัฒนาแบบให้เปล่า และเงินสินเชื่อเพื่อการพัฒนา ดังนั้นเพื่อให้การ ดำเนินกิจกรรมของภาคประชาชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้ปรับขบวนการพัฒนามา เป็น “สภาเครือข่ายองค์กรชุมชนจังหวัดลำปาง” เพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ในการ ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล การทำงานภาคประชาชนได้สร้างการยอมรับและสร้างความ ศรัทธาต่อองค์กรชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 เป็นต้นมา

แผนภูมิที่ 3.1 แสดงโครงสร้างการทำงานของเครือข่ายองค์กรชุมชนและสภาเครือข่ายออมทรัพย์ชุมชน จังหวัดลำปาง



โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์กรบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

2) เครือข่ายองค์กรออมทรัพย์ชุมชนจังหวัดลำปาง (กองทุนสวัสดิการวันละบาท)

2.1) ความเป็นมา¹

เครือข่ายองค์กรออมทรัพย์ชุมชนจังหวัดลำปาง เริ่มก่อตั้งเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2542 โดยในระยะแรกใช้ชื่อว่า "เครือข่ายองค์กรออมทรัพย์ชุมชนเมืองจังหวัดลำปาง" ประกอบด้วย กลุ่มองค์กรออมทรัพย์ชุมชนในเขตเทศบาลนครลำปาง เพียง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเครดิตยูเนียนนาก่วมใต้พัฒนา กลุ่มออมทรัพย์ชุมชนท่าครวน้อย และสหกรณ์เครดิตยูเนียนบ้านดงชัยจำกัด ซึ่งได้เรียนรู้การจัดตั้งเครือข่าย จากการเข้าร่วมประชุมสัมมนาเครือข่ายองค์กรชุมชนเมืองภาคเหนือ ณ ม่อน-พลับพลา รีสอร์ท จังหวัดเชียงราย ซึ่งจัดเวทีสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง "กองทุนมียาชาวา"

องค์กรออมทรัพย์ทั้ง 3 กลุ่ม ได้มีการรวมตัวกันเพื่อวางแผนงานและโครงการ เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานพัฒนาชุมชนเมือง (พชม.) ภายใต้ "โครงการความร่วมมือเพื่อพัฒนาเครือข่ายองค์กรออมทรัพย์ชุมชนเมืองจังหวัดลำปาง" มีวัตถุประสงค์เพื่อขยายผลการจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์ในเขตชุมชนเมืองจังหวัดลำปางให้มีจำนวนสมาชิกเพิ่มมากขึ้น โดยมีอาจารย์สมิง จงกลิกใจ ซึ่งเป็นอาจารย์ประจำที่มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง เป็นพี่เลี้ยงและได้รับความร่วมมือจากศูนย์ประสานงานเครดิตยูเนียนลำปาง แพร่ อุตรดิตถ์ โดยอาจารย์สภาพ ปงปิงกา ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่โรงเรียนเคนเน็ต แมคแคนซี ให้การสนับสนุนในเรื่องกระบวนการจัดตั้งกลุ่มเครดิตยูเนียน และการศึกษาดูงานเครดิตยูเนียนต่างๆ ในจังหวัดลำปาง เช่น สหกรณ์เครดิตยูเนียนหมอสวมวังแขวง สหกรณ์เครดิตยูเนียนบ้านกาดเมฆ สหกรณ์เครดิตยูเนียนบ้านทุ่งหัวช้าง และสหกรณ์เครดิตยูเนียนบ้านหัวช้าง (บ้านจำ) เป็นต้น ซึ่งแผนงานดังกล่าวได้รับทุนสนับสนุนจาก พชม. เป็นงบประมาณจำนวน 318,200 บาท เริ่มโครงการตั้งแต่ 17 สิงหาคม 2542-16 สิงหาคม 2543 ระยะเวลา 1 ปี สามารถนำแนวคิดจากการศึกษาดูงานมาแรงจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์ในรูปแบบเครดิตยูเนียนในชุมชนเขตเทศบาลนครลำปางได้เพิ่มอีก 9 กลุ่ม คือ กลุ่มเครดิตยูเนียนชุมชนประตูตาล กลุ่มเครดิต ยูเนียนชุมชนพระบาท กลุ่มเครดิตยูเนียน ชุมชนพระบาทนาก่วมเหนือ กลุ่มเครดิตยูเนียนชุมชนพระแก้วดอนเต้า กลุ่มเครดิตยูเนียนชุมชนบ้านต้าสามัคคีเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา กลุ่มเครดิตยูเนียนชุมชนสนามบิน กลุ่มเครดิตยูเนียนชุมชนบ้านปงสนุก กลุ่มเครดิตยูเนียนชุมชนบ้านดงม่อนกระทิง และกลุ่มเครดิตยูเนียนชุมชนเคหะ ร่วมกับกลุ่มออมทรัพย์เดิมที่มีอยู่เดิม 3 กลุ่ม รวมเป็น 12 กลุ่ม จึงประกาศจัดตั้งเป็นเครือข่ายองค์กรออมทรัพย์ชุมชนเมืองจังหวัดลำปาง เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2543

วัตถุประสงค์ของเครือข่ายองค์กรออมทรัพย์ชุมชนเมืองจังหวัดลำปาง เพื่อการรณรงค์และส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชนได้มีการออมทรัพย์ และจัดตั้ง "กองทุนหมุนเวียน" ในลักษณะการ "ออมเพื่อกู้"

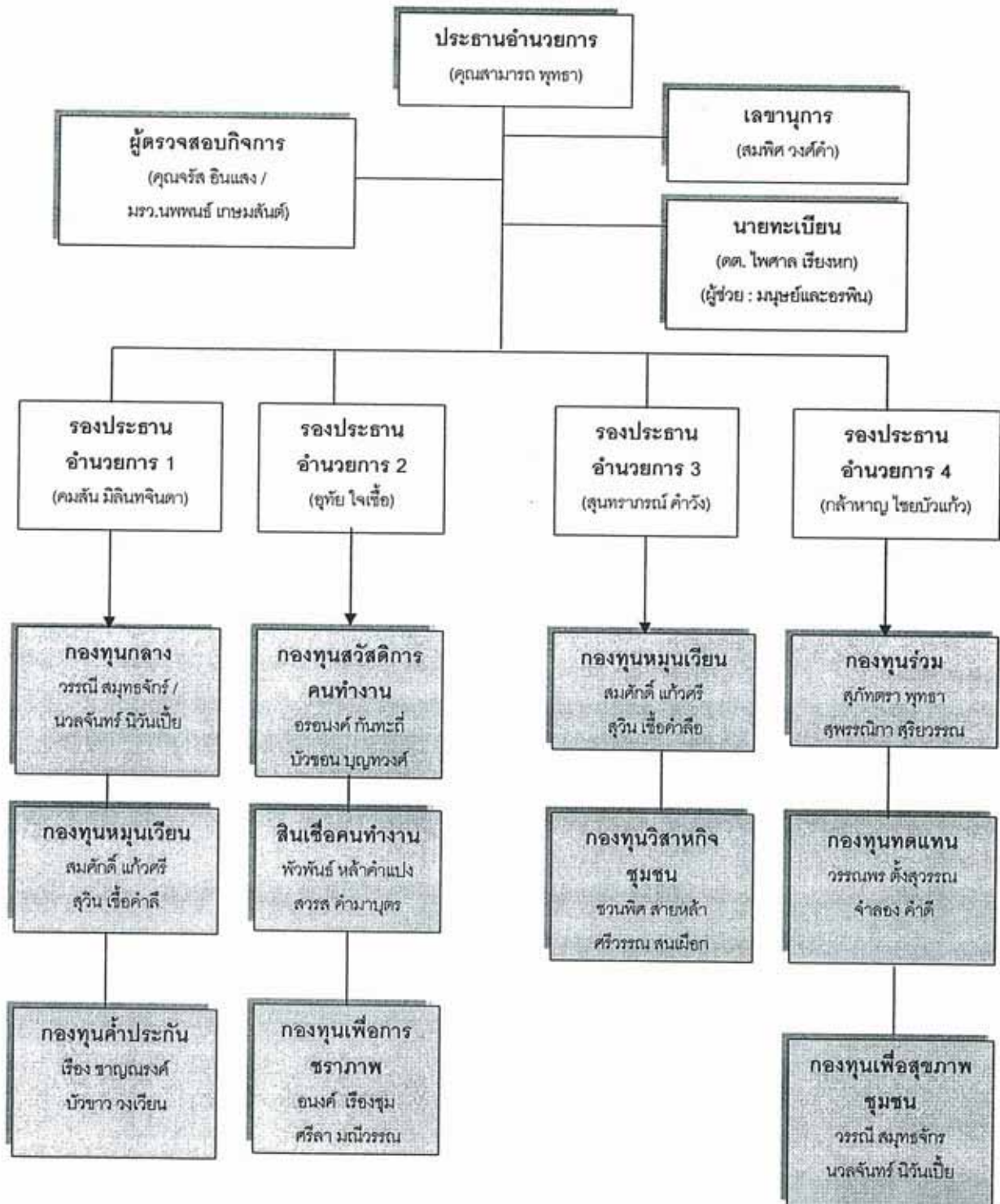
¹ จากเอกสารเรื่อง "ประสบการณ์การทำงานของ นายสามารถ พุทธา" ประธานเครือข่ายองค์กรชุมชนจังหวัดลำปาง

2.2) บทเรียนขั้นพื้นฐานจากกองทุนหมุนเวียน

เครือข่ายองค์กรออมทรัพย์ชุมชนเมืองจังหวัดลำปาง โดยการนำของนายสามารถ พุทธา ถูกเสนอให้เป็นประธานเครือข่าย ได้ขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ หลังจากประสบความสำเร็จจากการดำเนินงานโครงการความร่วมมือเพื่อพัฒนาเครือข่ายองค์กรออมทรัพย์ชุมชนเมืองจังหวัดลำปางแล้ว ต่อมาปลายปี พ.ศ.2543 คณะกรรมการเครือข่ายได้ทดลองจัดทำแผนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายองค์กรชุมชนเมืองและได้เสนอโครงการขอรับการสนับสนุนจากสำนักงานพัฒนาชุมชนเมือง (พชม.) ซึ่งเป็นโครงการสนับสนุนแบบให้เปล่าและโครงการสินเชื่อเพื่อการพัฒนา ซึ่งเรียกว่าสินเชื่อมีयाชาวา และได้รับการอนุมัติงบประมาณตามแผนงานที่เสนอ คือ โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งองค์กรชุมชนเมือง จำนวนเงิน 150,000 บาท (เป็นเงินให้เปล่า) และโครงการสินเชื่อเพื่อพัฒนาเครือข่ายองค์กรออมทรัพย์ชุมชนเมืองจังหวัดลำปางจำนวน 280,000 บาท (เงินสินเชื่อดอกเบี้ยร้อยละ 1 ต่อปี) เริ่มดำเนินโครงการตั้งแต่เดือนเมษายน 2543 เป็นต้นมา

บทเรียนที่ได้รับจากการพึ่งพาแหล่งทุนภายนอก ซึ่งเป็นเงินให้เปล่าและเงินสินเชื่อ ในขณะที่เครือข่ายมีองค์กรสมาชิกเพิ่งเริ่มก่อตั้งใหม่ ยังไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ ประกอบกับการดำเนินงานไม่ได้มีการวางแผนและกำหนดกรอบแนวคิดที่ชัดเจน เมื่อเสนอโครงการและได้รับการอนุมัติตามที่เสนอทำให้ผู้นำที่เป็นคณะกรรมการเกิดความขัดแย้งทางความคิด และการวางแผนการทำงานไม่เป็นเอกภาพ จึงทำให้เครือข่ายถูกแบ่งออกเป็นสองส่วน และมีการแยกการบริหารจัดการออกไปในเดือนสิงหาคม 2543 โดยสมาชิกเครือข่าย นำโดยกลุ่มออมทรัพย์ชุมชนท่าครวน้อย ร่วมกับกลุ่มองค์กรสมาชิกที่จัดตั้งใหม่อีกจำนวน 9 กลุ่ม รวมเป็น 10 กลุ่ม ได้แยกเครือข่ายออกไป พร้อมกับขอเงินงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการไปบริหารจัดการเองทั้งหมด ทั้งงบประมาณเสริมสร้างความเข้มแข็งและงบประมาณโครงการสินเชื่อเพื่อการพัฒนา และเปลี่ยนชื่อเครือข่ายเป็น “เครือข่ายเมืองเขลางค์นครลำปาง” ดังนั้น จึงทำให้มีสมาชิกเครือข่ายองค์กรออมทรัพย์ชุมชนเมืองจังหวัดลำปาง คงเหลือสมาชิกเพียง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเครดิตยูเนียนนาแก้วใต้พัฒนา และกลุ่มเครดิตยูเนียนบ้านด้าสามัคคีเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา และทั้งสองกลุ่มได้จัดประชุมสมาชิกภายในองค์กรเพื่อสร้างความเข้าใจ และขอความคิดเห็นจากที่ประชุมสมาชิก ในที่สุดที่ประชุมสมาชิกจึงมีมติให้เปลี่ยนชื่อองค์กรทั้งสององค์กร คือ เปลี่ยนจากกลุ่มเครดิตยูเนียนนาแก้วใต้พัฒนามาเป็น องค์กรออมทรัพย์ชุมชนนาแก้วใต้พัฒนา และกลุ่มเครดิตยูเนียนบ้านด้าสามัคคีเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา มาเป็นองค์กรออมทรัพย์ชุมชนบ้านด้าสามัคคีเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา และเปลี่ยนชื่อเครือข่ายจากเครือข่ายองค์กรออมทรัพย์ชุมชนเมืองลำปาง มาเป็น “เครือข่ายองค์กรออมทรัพย์ชุมชนจังหวัดลำปาง” ประกาศใช้เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2543 เป็นต้นมา

แผนภูมิที่ 3.2 โครงสร้างการบริหารจัดการเครือข่ายองค์กรออมทรัพย์ชุมชนจังหวัด
ลำปาง (กองทุนสวัสดิการวันละบาท)



โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ
องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

1.3 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับตำบล การบริหารจัดการกองทุน และกระบวนการมีส่วนร่วมตำบลบ้านเป่า จังหวัดลำปาง

การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบ้านเป่า ได้กำหนดพื้นที่ในการศึกษาความเป็นไปได้ในการสร้าง “ตัวแบบกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลบ้านเป่า” ได้อาศัย “กองทุนสวัสดิการวันละบาท” ที่มีอยู่ในพื้นที่เพื่อใช้เป็นฐานในการขับเคลื่อนการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน หนึ่งกองทุนสวัสดิการวันละบาทนั้นมีการบริหารจัดการโดยแบ่งออกเป็นสองระดับ คือ ระดับจังหวัดและระดับหมู่บ้าน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงต้องเริ่มต้นจากศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนบน “ฐานคิดหรือปรัชญา” ของกองทุนสวัสดิการวันละบาท ทำให้ได้ข้อสรุปแนวทางการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนออกเป็น 2 ระยะ

- ระยะแรก การศึกษาการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนโดยใช้กองทุนสวัสดิการวันละบาทเป็นส่วนหนึ่งของการออมเงินเข้ากองทุน
- ระยะที่สอง การศึกษาการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนโดยปฏิเสธกองทุนสวัสดิการวันละบาท อันเนื่องมาจากศึกษา พบว่า การจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนโดยใช้กองทุนสวัสดิการวันละบาทเป็นส่วนหนึ่งของการออมเงินเข้ากองทุนนั้นเป็นไปได้ยาก กองทุนสวัสดิการวันละบาทเป็นกองทุนที่มีความซับซ้อนในการบริหารจัดการยากแก่การทำความเข้าใจ จึงเสนอแนวทางการมีส่วนร่วมใหม่ เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยการจัดผ้าป่าการกุศลร่วมสมทบเงินเข้ากองทุน

1.3.1 รูปแบบการมีส่วนร่วมในกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

1) รูปแบบที่ 1 : ระยะแรก การจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนโดยใช้กองทุนสวัสดิการวันละบาท

การจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนโดยใช้กองทุนสวัสดิการวันละบาทเป็นส่วนหนึ่งของการออมเงินเข้ากองทุน ความเป็นไปได้ในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน โดยใช้กองทุนสวัสดิการวันละบาทเป็นส่วนหนึ่งของการออมเงินเข้ากองทุนนั้น เนื่องจากชุมชนตำบลบ้านเป่ามีกองทุนสวัสดิการวันละบาท (บ้านเหล่า) และมีการบริหารจัดการเกี่ยวโยงกันกับกองทุนสวัสดิการวันละบาทในระดับจังหวัด (ส่วนกลาง) ผลการศึกษาเบื้องต้น คณะกรรมการกองทุนสวัสดิการวันละบาทจังหวัดลำปางได้เสนอแนวทางการเชื่อมโยงการจัดการ “กองทุนสุขภาพชุมชน” กับ “กองทุนสวัสดิการวันละบาท” เข้าด้วยกัน ซึ่งในการศึกษาระยะแรกมีการเสนอ “ตัวแบบกองทุนสุขภาพชุมชน” จากคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการวันละบาทในระดับจังหวัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

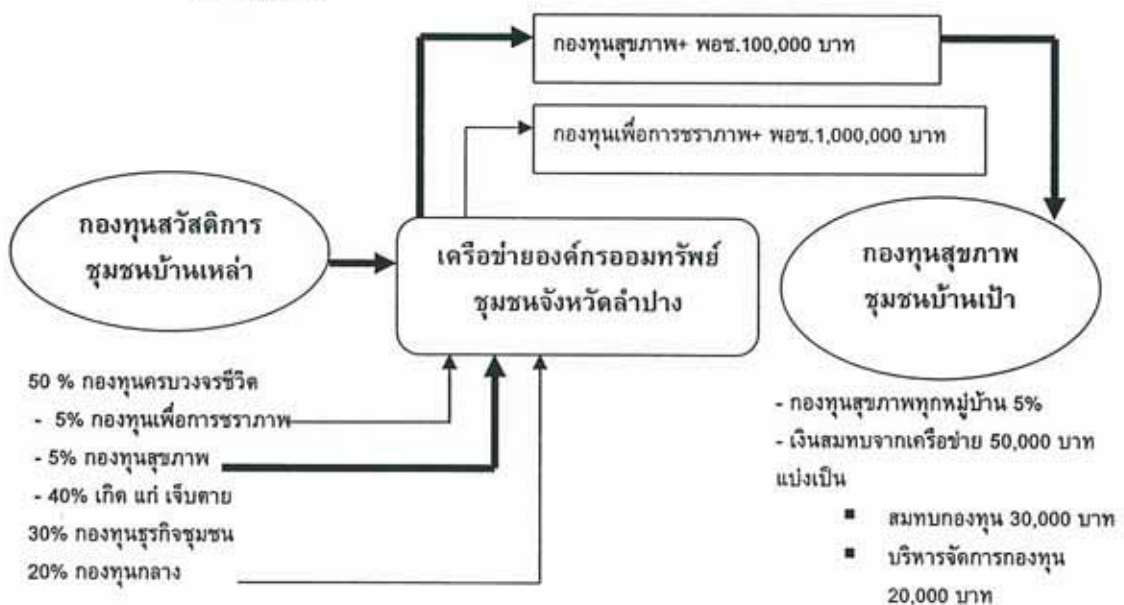
(ก) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดตั้งกองทุนระบบหลักประกัน

สุขภาพ

การศึกษาความเป็นได้ของตัวแบบกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพชุมชนตำบลบ้านเป่า มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดตั้งกองทุน ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่า (10 % ของงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) และงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 37.50 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการศึกษาระยะแรกนั้นคือ กองทุนสวัสดิการวันละบาท กล่าวคือเป็นการศึกษาความเป็นได้ในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนที่มีการร่วมมือจาก 3 ฝ่าย ฝ่ายแรก คือ รัฐบาล (สปสช.) ฝ่ายที่สอง คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.บ้านเป่า) และฝ่ายที่สาม คือ ชุมชน

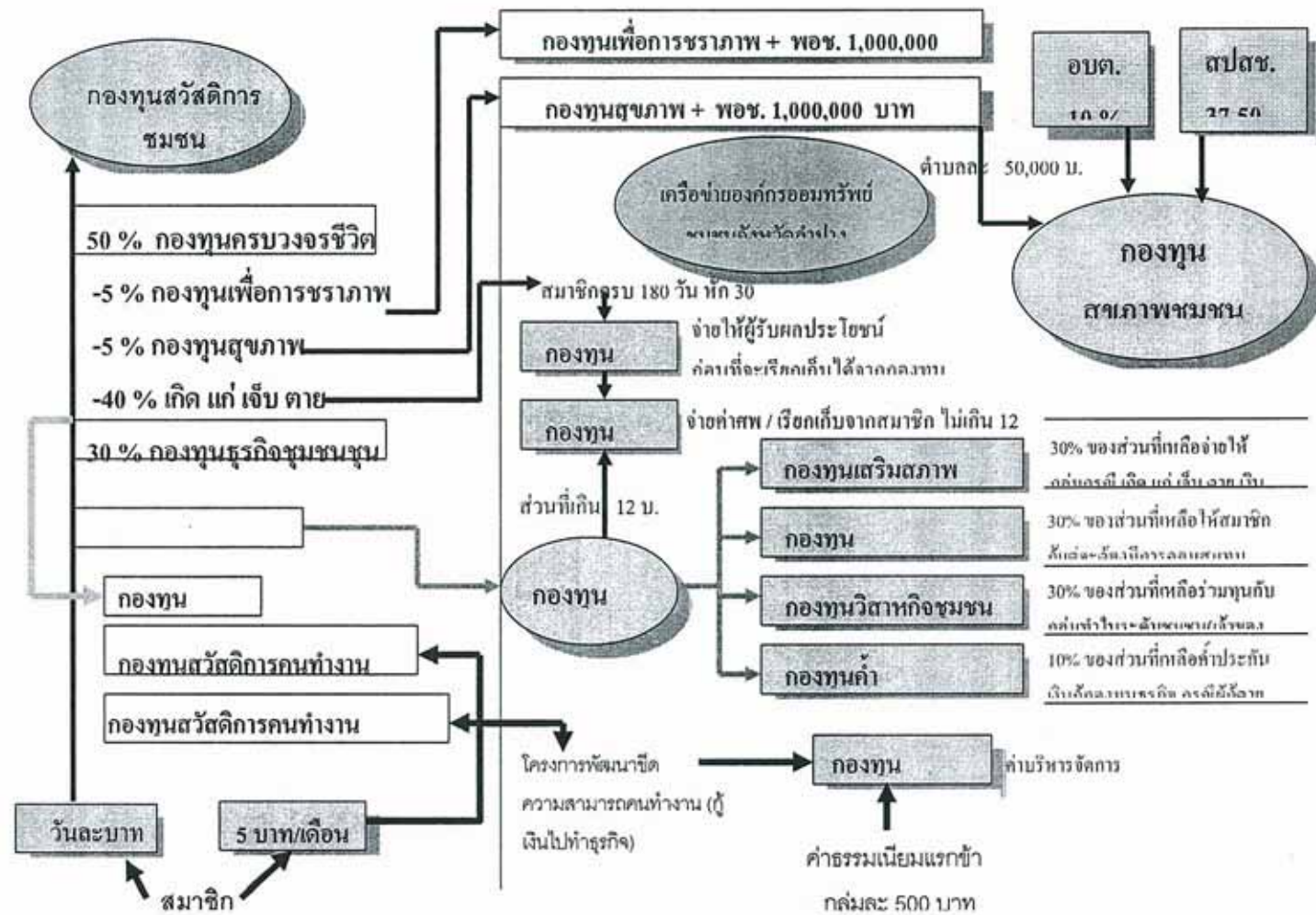
ผลการศึกษาในเบื้องต้น คณะกรรมการกองทุนสวัสดิการวันละบาท จังหวัดลำปางได้เสนอว่า “การมีส่วนร่วมของฝ่ายชุมชน” ควรเริ่มจากกองทุนสวัสดิการวันละบาท ซึ่งกองทุนดังกล่าวนี้สมาชิกออมเดือนละ 30 บาทต่อคน มีการจัดสรรเงินออกเป็นส่วนๆ เข้ากองทุนต่างๆ (ดูแผนภูมิที่ 3.3) และจัดสรรเงิน 5 % ของกองทุนครบวงจรชีวิต เป็น “กองทุนสุขภาพ” นำเงินส่วนนี้มาสมทบร่วมในส่วนของชุมชน นั่นคือ คณะกรรมการกองทุนสวัสดิการวันละบาทระดับจังหวัดมีความเห็นว่า การออมสมทบ 5 % นี้คือการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ประกอบกับปัจจุบันกองทุนสวัสดิการวันละบาทได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก พอช. ตำบลละ 100,000.- (หนึ่งแสนบาทถ้วน) เพื่อพัฒนาสวัสดิการของชุมชนเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว

แผนภูมิที่ 3.3 ข้อเสนอการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กองทุนสวัสดิการวันละบาทระดับตำบล



โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ
องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

แผนภูมิที่ 3.4 ข้อเสนอการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กองทุนสวัสดิการวันละบาทในระดับจังหวัด



โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ
องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

2) รูปแบบที่ 2 : ระยะที่ 2 การส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ในกองทุนสุขภาพชุมชน

เนื่องจากข้อจำกัดประเด็นการจัดการกองทุนสวัสดิการวันละบาทในตำบลบ้านเป่า ซึ่งมี หมู่ที่ 4 บ้านเหล่าเพียงหมู่เดียวที่มีกองทุนสวัสดิการวันละบาท ที่ประชุมประชาคมจึงเห็นตรงกันว่า การใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมรูปแบบที่ 1 มีความเป็นไปได้ยากมาก ครั้นจะให้ทุกหมู่บ้านจัดตั้งกองทุนสวัสดิการวันละบาทก่อนนั้นคงต้องใช้ระยะเวลาในการทำ ความเข้าใจถึงหลักการของกองทุนสวัสดิการวันละบาทให้กับคนในแต่ละชุมชนก่อน" ดังนั้น จึงควรให้ทางเลือกกับชุมชนในการออมเงินสมทบโดยวิธีการอื่น

จากความคิดเห็นดังกล่าว มีการเสนอแนวทางใหม่ในการให้ "ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม" ในกองทุนสุขภาพชุมชน ดังนี้

• การมีส่วนร่วมในการออมของชุมชน

- แนวทางที่หนึ่ง ชาวบ้านทุกคนออมสมทบเข้าสู่กองทุนสุขภาพชุมชน ประมาณคนละ 20 บาทต่อปี โดยมีคณะกรรมการดำเนินงานในการเก็บเงินของแต่ละหมู่บ้าน ในกรณีที่ชาวบ้านยากจนอาจจะสามารถผ่อนชำระได้ เงินจำนวน 20 บาทที่ทำการเก็บจากชาวบ้านทุกคนจะจัดสรรเพื่อการสมทบในกองทุนสุขภาพชุมชนในระดับตำบลประมาณ 18.25 บาท เงินส่วนที่เหลือประมาณ 1.75 บาท จะเป็นกองทุนสำหรับค่าบริหารจัดการอื่นๆ เช่น ค่าตอบแทนน้ำใจชาวบ้านที่ช่วยเก็บรวบรวมเงินจำนวน 20 บาทจากชาวบ้าน

สำหรับแนวทางนี้ ส่วนของผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป่า เห็นว่า การจะเรียกเก็บเงิน/การระดมทุนจากชาวบ้านทุกคนในตำบล คนละ 20 บาท ในการร่วมสมทบในกองทุนดังกล่าว ถือเป็นการสร้างภาระให้กับชาวบ้าน อบต.บ้านเป่าจึงจะรับผิดชอบแบกรับค่าใช้จ่ายส่วนดังกล่าวเพื่อสมทบเข้ากองทุนแทนชาวบ้านทั้งหมด เป็นเงิน 20 บาท X 7,629 คน = 152,580.- บาท พร้อมกันนี้ อบต.ได้เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสมทบเงินเข้าร่วมกองทุน โดยการจัดผ้าป่าสามัคคีบริจาคตามจิตศรัทธาด้วย

- แนวทางที่สอง ชาวบ้านทุกคนออมสมทบ จากนั้นก็ใช้กลไกของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ของแต่ละหมู่บ้าน เป็นผู้เก็บเงินจากชาวบ้าน เนื่องจาก อสม.ในแต่ละหมู่บ้านจะมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพและการทำงานเป็นอาสาสมัครของสำนักงานสาธารณสุขครัวเรือนอย่างน้อย 10-15 หลังต่อคนอยู่แล้ว ฉะนั้นหากใช้กลไกของอสม. ซึ่งถือเป็นทุนทางสังคมเดิมในพื้นที่ในการดูแลเก็บเงินเข้าสู่กองทุนดังกล่าวก็จะสามารถทำให้การทำงานเป็นไปอย่างสะดวกและง่ายดายมากยิ่งขึ้น แต่ในลำดับแรกทางหัวหน้าสถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับกองทุนสุขภาพชุมชนนี้ก่อน เพื่อให้มีองค์ความรู้ที่จะขยายต่อไปให้กับ อสม. ในพื้นที่ แล้วให้ อสม.ในพื้นที่เป็นผู้สร้างความเข้าใจกับชาวบ้านต่อไป

จากรูปแบบการมีส่วนร่วมในกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพดังที่กล่าวมานั้น สามารถสรุปได้ว่า กองทุนสุขภาพชุมชนตำบลบ้านเป่า เป็นกองทุนสุขภาพชุมชนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของ 3 ภาคส่วนหลัก ได้แก่

- ส่วนแรก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจำนวน 37.50 บาทต่อหัวต่อคน เป็นเงินทั้งสิ้นประมาณ 286,087.50 บาท (จำนวนประชากรในพื้นที่ตำบลบ้านเป่ามีประมาณ 7,629 คน ข้อมูลจากสถานีอนามัยสบไพรและสถานีอนามัยทุ่งม่านเหนือ)

- ส่วนที่สอง องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) บ้านเป่า ให้การสนับสนุนงบประมาณแทนการเรียกเก็บจากชาวบ้านในตำบลทุกคนละ 20 บาท เป็นเงินประมาณ 152,580 บาท ดังนั้น ทาง อบต. บ้านเป่าจะต้องดำเนินการสมทบเงินงบประมาณในกองทุนดังกล่าว สูงกว่าร้อยละ 50 ซึ่งจะเห็นว่าสูงกว่าที่ พรบ.กำหนดไว้เป็นอันมาก ซึ่ง พรบ.กำหนดให้อบต.ขนาดเล็กสมทบงบประมาณเพียง 10% ของจำนวนเงินที่ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. ซึ่งเป็นเงินประมาณ 28,608.- บาทเท่านั้น

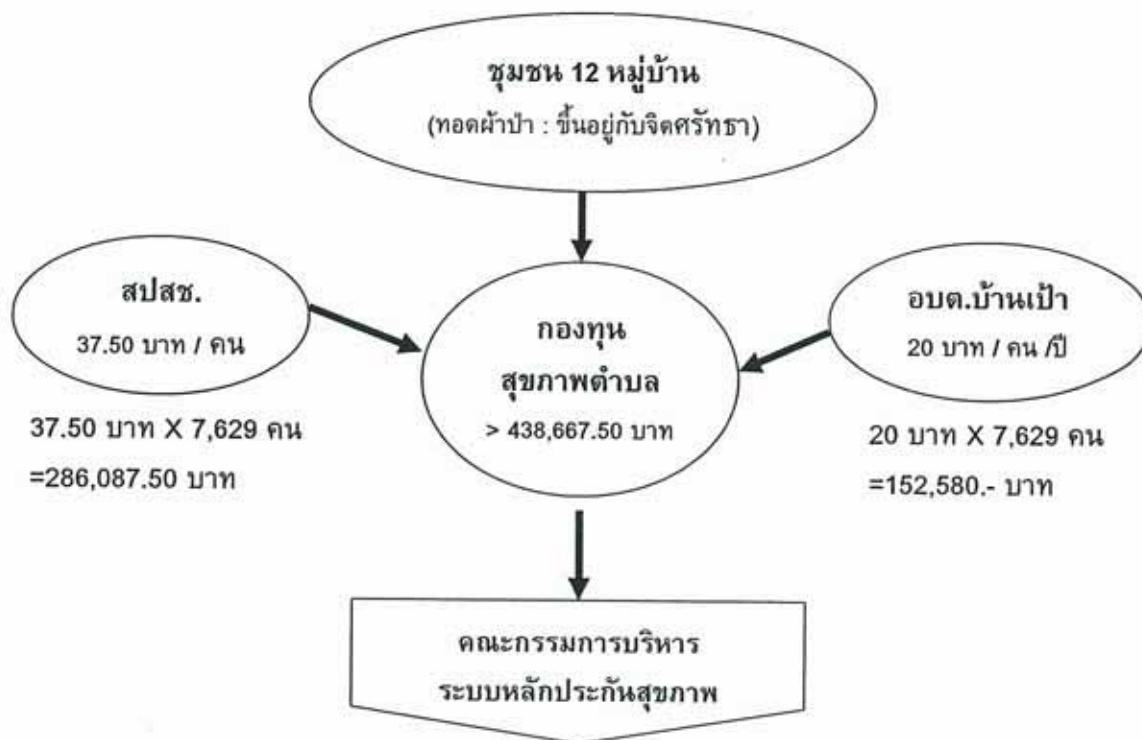
- ส่วนที่สาม ชาวบ้านในตำบลบ้านเป่าทั้ง 12 หมู่บ้าน มีส่วนร่วมในกองทุนดังกล่าวโดยการสมทบผ่านการร่วมทำบุญในการทอดผ้าป่าเพื่อระดมทุนเข้าสู่กองทุนสุขภาพชุมชนตำบลบ้านเป่า ซึ่งจะเป็นการร่วมทำบุญกันในระดับตำบลของชาวบ้านทั้ง 12 หมู่บ้าน โดยไม่กำหนดจำนวนเงินว่าควรได้เท่าใด หรือไม่บังคับให้ชาวบ้านทุกคนต้องทำบุญ ขึ้นอยู่กับจิตศรัทธาของชาวบ้านเอง เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในกองทุน

ฉะนั้นกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลบ้านเป่าจะมีงบประมาณในการดำเนินงานด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในชุมชน อย่างน้อย 438,667.50 บาท (ไม่รวมงบประมาณที่จะได้จากการทอดผ้าป่าสมทบของชาวบ้านในตำบล) ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3.7 แสดงที่มาของงบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพตำบลบ้านเป่า

การออมสมทบ	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
อบต.บ้านเป่า	152,580.00	คนละ 20 บาท X 7,629 คน
สปสช.	286,087. 50	คนละ 37.50 บาท X 7,629 คน
ชุมชน	ตามจำนวนจิตศรัทธา	ทอดผ้าป่า
รวม	อย่างน้อย 438,667.50	

แผนภูมิที่ 3.5 ตัวแบบกองทุนสุขภาพตำบลบ้านเป้า อ.เมือง จ.ลำปาง



1.3.2 รูปแบบการบริหารจัดการ

โครงสร้างคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลบ้านเป้า

โครงสร้างคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลบ้านเป้า มีจำนวนทั้งสิ้น 17 คน (ไม่นับรวมที่ปรึกษากองทุน) ประกอบด้วย

- กำหนดตำบลบ้านเป้า ที่ปรึกษากองทุนสุขภาพชุมชน
- ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป้า ที่ปรึกษากองทุนสุขภาพชุมชน
- หัวหน้าสถานีอนามัยสบไพร/ผู้แทน ที่ปรึกษากองทุนสุขภาพชุมชน
- หัวหน้าสถานีอนามัยทุ่งม่านเหนือ/ผู้แทน ที่ปรึกษากองทุนสุขภาพชุมชน
- 1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป้า ประธานกองทุนสุขภาพชุมชน
- 2) ประธานสภาองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป้า รองประธานกองทุนสุขภาพชุมชน
- 3) เลขานุการสภาองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป้า เลขานุการกองทุนสุขภาพชุมชน

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ
องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

4) เจริญญิก

5) ผู้ช่วยเจริญญิก

6) ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 1

7) ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 2

8) ผู้แทนผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 3²

9) ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 4

10) ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 5

11) ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 6

12) ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 7

13) ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 8

14) ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 9

15) ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 10

16) ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 11

17) ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 12

กรรมการกองทุนสุขภาพชุมชน

กรรมการกองทุนสุขภาพชุมชน

กรรมการกองทุนสุขภาพชุมชน

กรรมการกองทุนสุขภาพชุมชน

กรรมการกองทุนสุขภาพชุมชน

กรรมการกองทุนสุขภาพชุมชน

กรรมการกองทุนสุขภาพชุมชน

กรรมการกองทุนสุขภาพชุมชน

กรรมการกองทุนสุขภาพชุมชน

กรรมการกองทุนสุขภาพชุมชน

กรรมการกองทุนสุขภาพชุมชน

กรรมการกองทุนสุขภาพชุมชน

คณะกรรมการมีหน้าที่หลัก ดังต่อไปนี้

- 1) พิจารณาโครงการและการจัดสรรงบประมาณ
- 2) วางแผนการดำเนินงานของกองทุน
- 3) ติดตามผลการดำเนินงานของกองทุน
- 4) สรุปผลการดำเนินงาน

1.3.3 รูปแบบการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมที่กองทุนสุขภาพชุมชนตำบลบ้านเป่าวางแผนจะดำเนินการจะมีลักษณะกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนทั้ง 4 ด้าน คือ สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิตวิญญาณ และสุขภาวะทางสังคม โดยมุ่งเน้นที่การให้บริการประชาชนกลุ่มอายุต่างๆ ตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์ จนถึงผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทุพพลภาพ โดยแบ่งตามผู้รับผิดชอบจากกองทุนตามกลุ่มอายุ อย่างไรก็ตามกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้สามารถปรับเปลี่ยนได้ให้เหมาะสมตามความต้องการ ซึ่งคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลบ้านเป่าจะเป็นผู้พิจารณาต่อไป มีแนวทางในการจัดกิจกรรมดังรายละเอียดต่อไปนี้

² เนื่องจากผู้ใหญ่บ้านของหมู่ที่ 3 ได้รับเลือกเป็นกำนันตำบลบ้านเป่า และมีตำแหน่งเป็นที่ปรึกษากองทุนสุขภาพชุมชน ซึ่งไม่มีสิทธิออกคะแนนเสียง ฉะนั้นเพื่อมิให้เกิดสถานการณ์ที่ไม่เป็นธรรมกับชาวบ้านหมู่ 3 ในเวทีจึงเห็นควรให้ผู้ใหญ่ 3 ส่งตัวแทนของชุมชนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลบ้านเป่า

ตารางที่ 3.8 แสดงแนวทางการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ของกองทุนสุขภาพตำบลบ้านเป้า

กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรม/โครงการ
1.ทารกในครรภ์มารดา - 5 ขวบ	1.กิจกรรมให้ความรู้แก่มารดาในการเลี้ยงดูเด็ก (เอกสารเผยแพร่/อบรม/ประชาสัมพันธ์)
2.เด็กและเยาวชน	1.ค่ายเยาวชน (ยาเสพติด/เพศสัมพันธ์/การป้องกันโรค/ผู้นำกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน)
3.กลุ่มแม่บ้าน	1.กิจกรรมเกี่ยวกับอาหารการกิน เช่น อาหารปลอดภัย ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรที่เป็นอาหาร
4.กลุ่มพ่อบ้าน	1.ป้องกันปัญหาจากการทำการเกษตร เช่น ให้ความรู้เรื่องโทษภัยของสารเคมี / อบรมเรื่องปุ๋ยอินทรีย์ ปุ๋ยชีวภาพ ฯลฯ 2.กิจกรรมดูแลสิ่งแวดล้อมในระดับตำบล
5.กลุ่มผู้สูงอายุ	1.ศูนย์สมุนไพรระดับตำบล เช่น ถ่ายทอดความรู้ด้านสมุนไพร ฯลฯ 2.ดูแลสุขภาวะทางด้านจิตใจ/สังคม
6.กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ	1.ดูแลสุขภาวะทางด้านจิตใจ
7.การบริหารจัดการกองทุน	1.ประชุม 2.เอกสาร/ถ่ายเอกสาร 3.ประสานงาน

กรณีศึกษาที่ 2 เครือข่ายศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน ตำบลบ้านปิน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา กรณีศึกษา ตำบลบ้านปิน ตำบลบ้านถ้ำ ตำบลหนองหล่ม และตำบลค้อเวียง

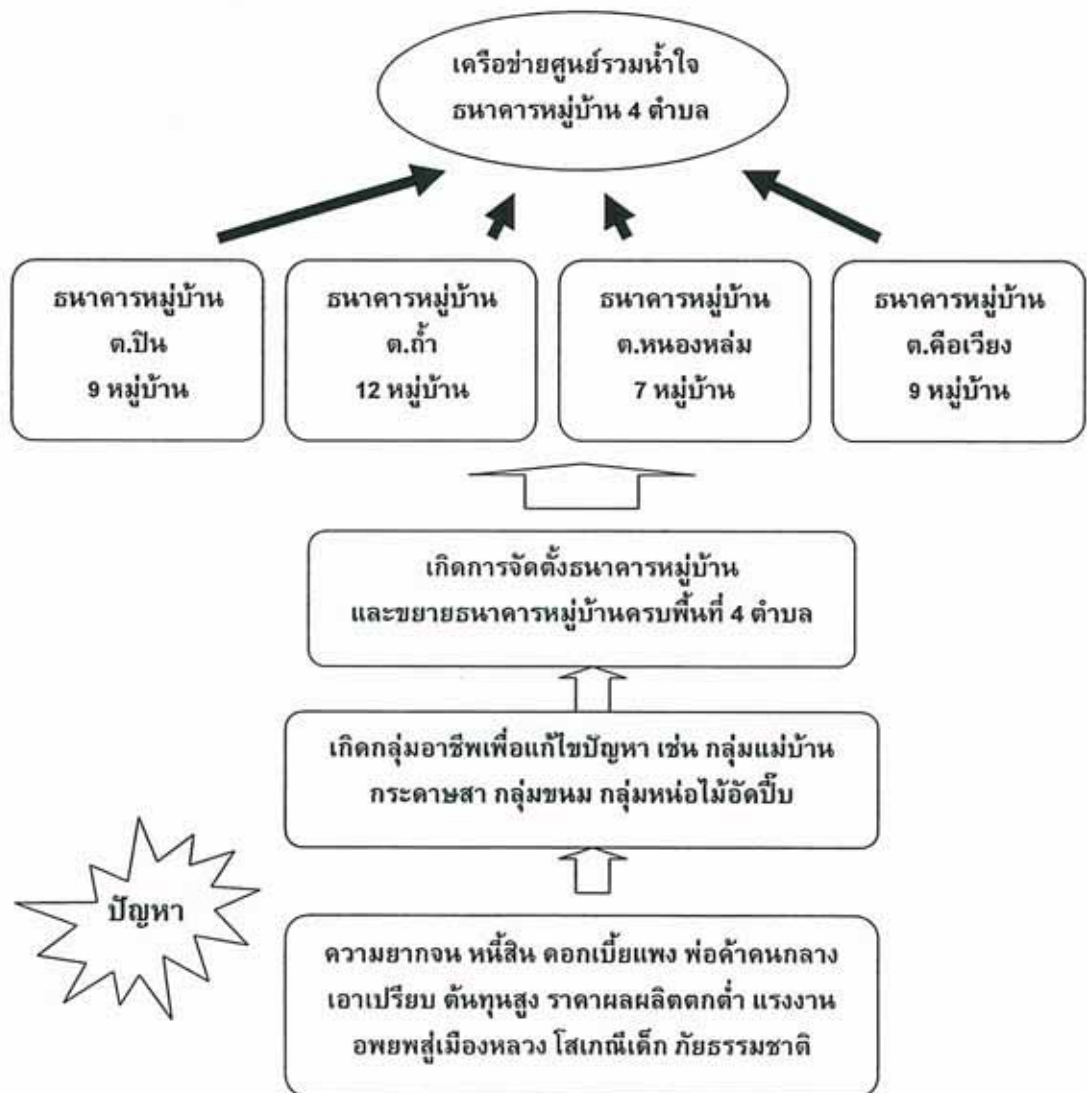
2.1 ทูทางสังคมในพื้นที่ : กองทุนชุมชน/ธนาคารหมู่บ้าน

เครือข่ายศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน มีพัฒนาการของการรวมกลุ่มที่เกิดจากความต้องการแก้ปัญหาร่วมกันของประชาชนในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ ได้แก่ ตำบลบ้านปิน ตำบลหนองหล่มและตำบลค้อเวียง ธนาคารหมู่บ้านมีวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งขึ้นมาเพื่อ

1) แก้ไขปัญหาเศรษฐกิจที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน โดยจัดสวัสดิการให้แก่สมาชิก

ในกลุ่ม 2) เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชาวบ้าน เพื่อร่วมระดมความคิดแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง และ 3) ส่งเสริมให้ชาวบ้านในกลุ่มมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดังสรุปไว้ในแผนภูมิ 3.6

แผนภูมิที่ 3.6 แสดงการก่อตั้งเครือข่ายศูนย์รวมหัวใจ



ธนาคารหมู่บ้านเป็นองค์กรการเงินชาวบ้านรูปแบบหนึ่งที่มีลักษณะการบริหารจัดการไม่ซับซ้อน มีข้อบังคับกติกา รูปแบบบัญชีอย่างง่ายที่ชาวบ้านสามารถเรียนรู้ได้ โดยมีกติกากลางที่เป็นแนวทางร่วมกัน ส่วนรายละเอียดอื่นๆ ขึ้นอยู่กับการตกลงกันของสมาชิกใน

ธนาคารหมู่บ้านนั้นๆ การจัดสรรผลกำไรของธนาคารหมู่บ้านแต่ละแห่งที่ได้จากการดำเนินงานในแต่ละปีนั้นมีเกณฑ์กำหนดไว้ 5 ประการ ได้แก่ ร้อยละ 20 เป็นทุนสำรองเพื่อประกันความมั่นคงของธนาคารหมู่บ้าน, ร้อยละ 20 เป็นค่าน้ำใจของกรรมการ เป็นค่าตอบแทนแก่คณะกรรมการ, ร้อยละ 10 เป็นเงินพัฒนาเพื่อพัฒนากลุ่มและความเจริญของหมู่บ้าน , ร้อยละ 20 เป็นค่าสวัสดิการต่างๆ แก่สมาชิกยามเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต และร้อยละ 30 เป็นเงินตอบแทนแก่ผู้ถือหุ้น

ในขณะเดียวกัน เมื่อธนาคารหมู่บ้านดำเนินการมาครบ 2-3 ปี ก็จะมีการปันผลเงินต้นคืนให้กับสมาชิกทั้งหมด จากนั้นจึงเปิดรับสมาชิกใหม่ เนื่องจากไม่ต้องการให้กลุ่มมีขนาดใหญ่โตจนเกินไป เพราะอาจทำให้มีปัญหาต่อการบริหารจัดการได้ และชาวบ้านเองยังมีภาระค่าใช้จ่ายจากหนี้เดิมอยู่ และกลุ่มเห็นว่ามีความเสี่ยงสูง ยอดเงินสะสมของธนาคารจึงไม่ได้เพิ่มขึ้นต่อเนื่องเหมือนกลุ่มออมทรัพย์ในพื้นที่ภาคอื่น แต่เงินในส่วนสวัสดิการ และกองกลางเพิ่มขึ้นเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ต่อสาธารณะได้มากขึ้น

และในระยะต่อมา ทั้ง 4 ตำบลก็ได้มีการรวมแต่ละหมู่บ้านในรูปของกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลขึ้น แต่ยังมีระยะเวลาไม่นาน ประกอบกับเมื่อมีนโยบายและการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนท้องถิ่น ตาม พรบ.ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้ามา ทำให้ผู้นำและสมาชิกกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลต่างๆ ต้องการที่จะดำเนินการกันอีกครั้งหนึ่ง ที่ทำให้มีการรับสมาชิกเพิ่มมากขึ้น และให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการที่มาจากทุกภาคส่วนของตำบล

2.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล การบริหารจัดการกองทุน และกระบวนการมีส่วนร่วม

2.2.1 ตำบลบ้านปิน

1) รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลบ้านปิน

การจัดสรรงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนจาก สปสช. ร่วมกับ อบต.บ้านปิน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยาเพื่อจัดตั้งเป็นกองทุนประกันสุขภาพระดับชุมชนตำบลบ้านปิน เป็นสิ่งที่ อบต.บ้านปินรับเรื่องไว้และได้ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการระบบหลักประกันสุขภาพฯ เป็นที่เรียบร้อย โดยมีคณะกรรมการที่ยึดถือตามคู่มือการดำเนินงาน แต่ในเบื้องต้นที่มีการจัดสรรงบประมาณจาก สปสช.มายังไม่ได้มีการวางแผนหรือปฏิบัติการใดๆ

การดำเนินงานดังกล่าวในเบื้องต้น เป็นการดำเนินงานที่ยังไม่มีประชาชนทั่วไปรับทราบ มีเพียงแต่ผู้นำชาวบ้านในพื้นที่ที่ดำเนินงานขับเคลื่อนเรื่องธนาคารหมู่บ้านและศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน 4 ตำบล อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยาทราบถึงข้อมูลการจัดสรรงบประมาณจาก สปสช.เท่านั้น

ในขณะเดียวกัน จากการจัดตั้งธนาคารหมู่บ้านในตำบลบ้านปินซึ่งมีการจัดสวัสดิการให้กับสมาชิกธนาคารหมู่บ้านนั้น กลุ่มผู้นำธนาคารหมู่บ้านของตำบลบ้านปิน ก็ได้มีการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานของสวัสดิการธนาคารหมู่บ้าน โดยรวมกลุ่มธนาคารหมู่บ้านทั้งหมดใน 4 ตำบลมาตั้งเป็นกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลบ้านปินขึ้นมาเมื่อไม่เกินหนึ่งปีที่ผ่านมา โดยการผลักดันของแกนนำคนหนึ่งของธนาคารหมู่บ้านในตำบลบ้านปิน และศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน 4 ตำบล

การจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลบ้านปินขึ้น เป็นการจัดตั้งกองทุนที่เป็นอิสระจากการดำเนินงานธนาคารหมู่บ้าน และมีคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชนขึ้นชุดหนึ่ง ซึ่งทำหน้าที่ในการรับสมัครสมาชิกกองทุนจากทั้ง 9 หมู่บ้านในตำบลบ้านปิน และจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้กับสมาชิกกองทุนเมื่อมีการแจ้งจากสมาชิกที่เจ็บป่วยเพื่อขอรับเงินทดแทนและชดเชยการรักษาพยาบาล

ถึงอย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของทั้ง 2 กองทุน (ระบบหลักประกันสุขภาพ และกองทุนสวัสดิการชุมชน) มีลักษณะการดำเนินงานที่แยกกันทำมาตั้งแต่ระยะแรก กล่าวคือ การเกิดขึ้นของกองทุนสวัสดิการชุมชนที่เริ่มเกิดขึ้นไม่นานก่อนหน้านี้จะมีการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน ก็เป็นการบริหารจัดการกันในกลุ่มคณะกรรมการและสมาชิก ในขณะที่การจัดตั้งคณะกรรมการระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนก็เพิ่มเกิดขึ้นเมื่อมีนโยบายและการจัดสรรงบประมาณของ สปสช.มาที่ อบต.บ้านปิน

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ในระยะแรก การดำเนินงานของทั้งสองกองทุนเป็นคนละชุดกัน จากการจัดเวทีตำบลบ้านปิน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนกับกองทุนสวัสดิการชุมชนของตำบลบ้านปินนั้น เป็นการจัดเวทีที่ทำให้เกิดการพบกันและพูดคุยกันครั้งแรกอย่างเป็นทางการของคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลบ้านปินและคณะกรรมการระบบประกันสุขภาพระดับชุมชนตำบลบ้านปิน ซึ่งก่อนหน้านั้นพบว่า คณะกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลบ้านปิน ไม่มีผู้ใดรับรู้ว่าการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพฯ ของตำบล ได้มีการตั้งคณะกรรมการขึ้นในเบื้องต้น โดยยึดถือตามคู่มือแล้ว

ปรากฏการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้การจัดเวทีตำบลบ้านปินครั้งแรกขึ้น จึงเป็นการทราบและยอมรับถึงสถานการณ์และการดำเนินงานของทั้งสองกองทุนที่ได้ดำเนินการไปบ้างแล้ว (กองทุนสวัสดิการชุมชนเริ่มดำเนินการมาได้เป็นระยะเวลาหนึ่ง ในขณะที่กองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นในเบื้องต้น ตามคู่มือเท่านั้น) ดังนั้น ด้วย

สภาพดังกล่าว จึงนำไปสู่ลักษณะการร่วมมือกัน ในหัวข้อต่อไป และจากข้อตกลงร่วมกันในเวทีตำบลบ้านปินที่ให้แยกการจัดการด้านงบประมาณระหว่างกองทุนทั้งสองกองทุนออกจากกัน เพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการงบประมาณโดยมีรายละเอียดที่มาของกองทุนดังต่อไปนี้

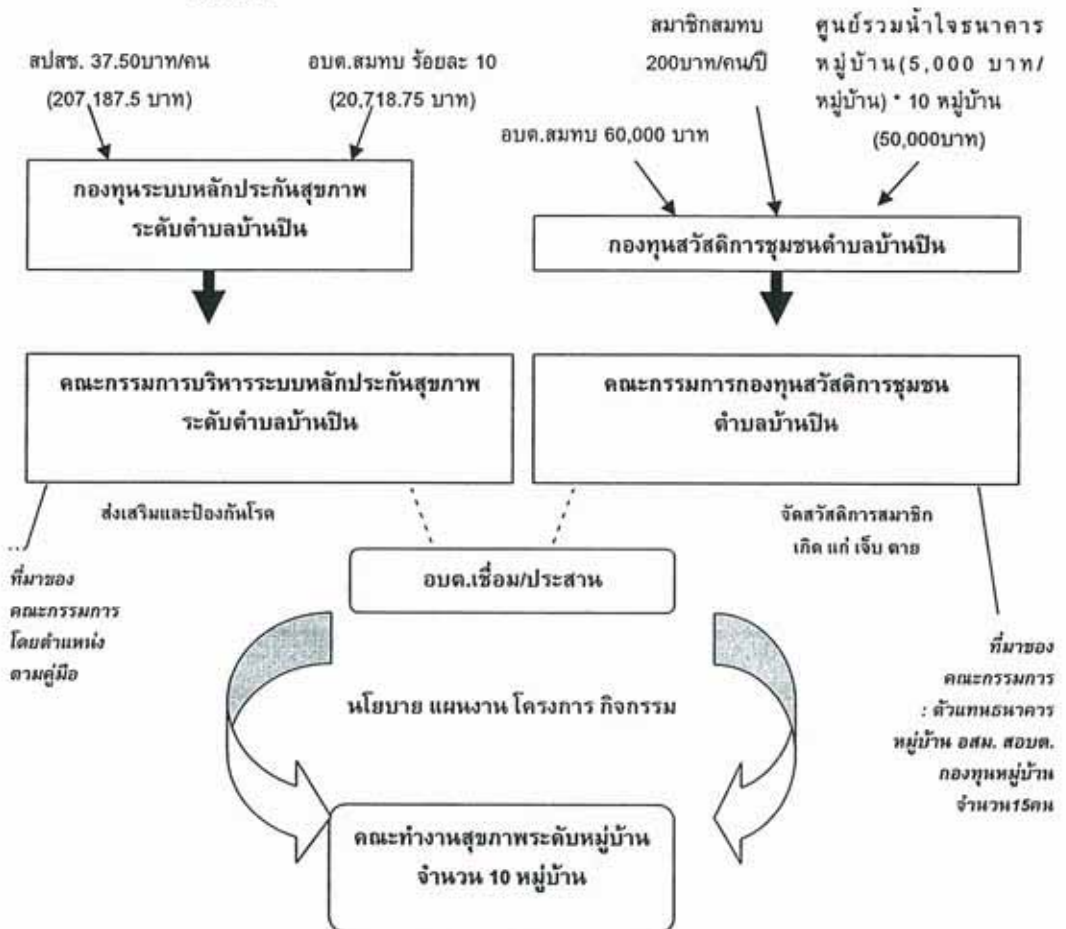
ตารางที่ 3.9 สรุปที่มาของงบประมาณในการสนับสนุนกองทุนในตำบลบ้านปิน

ที่มาของงบประมาณ	กองทุนของระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลบ้านปิน	กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลบ้านปิน
สปสช.อุดหนุนจำนวน 37.50 บาทต่อประชากร	207,187.5 บาท	-
อบต.บ้านปิน.	ร้อยละ 10 ของงบประมาณที่ สปสช.อุดหนุน เป็นจำนวนเงิน 20,718.75 บาท	60,000 บาท
ประชาชน	-	ประชาชน(สมาชิกธนาคารหมู่บ้าน)คนละ 200 บาทต่อปี
กองทุนธนาคารหมู่บ้าน	-	-
ศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน	-	สมทบให้หมู่บ้านละ 5,000 บาท รวม 10 หมู่บ้าน เป็นเงิน 50,000 บาท (เมื่อมีการจัดตั้งกองทุนแล้ว)

2) การบริหารจัดการกองทุน

การบริหารจัดการด้านระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลกับระบบสวัสดิการชุมชนของตำบลบ้านปินที่จะถูกจัดตั้งขึ้น ที่ประชุมมีความเห็นให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการแยกออกเป็นสองชุด เพื่อง่ายต่อการบริหารจัดการด้านงบประมาณกองทุนที่แยกออกเป็นสองกองทุนด้วยเช่นเดียวกัน ดังรายละเอียดในแผนภูมิที่ 3.7 .

**แผนภูมิที่ 3.7 แสดงโครงสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างการจัดระบบหลักประกันสุขภาพ
กับกองทุนสวัสดิการชุมชน ตำบลบ้านปิน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัด
พะเยา**



3) กระบวนการมีส่วนร่วม

ในโครงสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนกับกองทุนสวัสดิการชุมชนของตำบลบ้านปิน เป็นการพยายามสร้างความร่วมมือระหว่าง 2 กองทุนโดยในเวทีพยายามพิจารณาหาแนวทางความร่วมมือที่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของสถานการณ์ปัจจุบัน ที่ทั้งสองกองทุนต่างได้มีการตั้งและดำเนินงานที่ต่างกรรมต่างวาระกัน

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการกองทุนประกันสุขภาพระดับชุมชนและคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลบ้านปิน เป็นคณะกรรมการคณะชุด ซึ่งมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันตามภาระงานและวัตถุประสงค์การก่อตั้ง

ในเบื้องต้น คณะกรรมการทั้งสองชุดได้ตกลงให้มีคณะทำงานในระดับหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้าน 9 หมู่บ้านรวมคณะทำงาน 9 ชุด ที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบาย และเป็น

คณะทำงานทั้งสองกองทุน กล่าวคือ เป็นผู้ประสานงานและแกนนำสุขภาพของระบบหลักประกันสุขภาพในระดับหมู่บ้าน ในขณะเดียวกัน ก็ทำหน้าที่เป็นคณะทำงานของกองทุนสวัสดิการชุมชนในระดับหมู่บ้านด้วย

สำหรับเหตุผลที่ทั้งสองกองทุนยังไม่สามารถรวมเป็นคณะกรรมการชุดเดียวกันได้ คือ

- (1) ที่มาของการดำเนินงานของทั้งสองกองทุนแยกออกจากกันมาตั้งแต่ระยะแรก
- (2) งบประมาณของกองทุนสวัสดิการชุมชน เป็นงบประมาณที่มาจาก การได้รับเงินสมทบจากประชาชนในตำบลที่ประสงค์สมัครเป็นสมาชิกกองทุนเท่านั้น และยังมีสมาชิกที่ไม่ครอบคลุมประชากรทุกคนในตำบล (สุขภาพไม่ถ้วนหน้า) ซึ่งไม่เหมือนกับกองทุนประกันสุขภาพระดับชุมชน ที่จัดสรรตามหัวประชากรในตำบลทุกคน (สุขภาพถ้วนหน้า)

แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการจัดเวทีนำเสนอแผนงานของทั้งสี่ตำบลในวันที่ 7 พฤศจิกายน 2549 การดำเนินงานที่แยกออกจากกันของทั้งสองกองทุน พยายามได้รับการบูรณาการงานให้มีการดำเนินงานร่วมกัน โดย ปลัด อบต. บ้านปิน นำเสนอต่อที่ประชุมว่า อบต. บ้านปิน จะรับหน้าที่เป็นฝ่ายประสานงานของทั้งสองกองทุน แต่ทั้งนี้ ก็ยังไม่มีแผนงานในการประสานหรือกำหนดขอบเขตหรือบทบาทของ อบต.บ้านปินในฐานะที่จะมาเป็นฝ่ายประสานว่า จะทำหน้าที่ดังกล่าวอยู่ในระดับใด และยังไม่ได้เกิดจากการตกลงหรือเห็นร่วมกันของคณะกรรมการทั้งสองกองทุน

4) แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

แผนงานที่จะใช้ในงบกองทุน สปสช.และ อปท. คือ การแผนงานรวมเกี่ยวกับการส่งเสริมและป้องกันโรคที่เกิดขึ้นมากกับคนในชุมชนทางด้าน โรคไม่ติดต่อ เช่น ความดัน สารเคมีในเส้นเลือด โรคอ้วน อัมพฤกษ์อัมพาต อุบัติเหตุ มะเร็งเต้านม

ซึ่งสามารถแยกแผนงานได้เป็น 3 แผนงานใหญ่ และโครงการต่างๆ ในสามแผนงานด้วยกันคือ

(1) แผนงานที่ 1 รณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับความตระหนักของโรคและความเจ็บป่วย

(ก) โครงการจัดทำสื่อรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ เรื่องการดูแลป้องกันและรักษาโรคต่างๆ ตามฤดูกาลการเกิดโรค เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ และมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ ดังนั้นจึงมีการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับความรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง อย่างทั่วถึง โดยการจัดทำแผ่นพับความรู้เรื่องโรค

ที่เกิดขึ้นตามฤดูกาลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แจกจ่ายให้แก่ประชาชน ตามจำนวนหลังคาเรือน ๑ละ 1 แผ่น (3 เดือน/ครั้ง) และจัดทำ CD ความรู้เรื่องต่างๆแจกหอกระจายข่าวเดือนละ 1 แผ่น และยังมีการให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านวิทยุชุมชนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกรรมการกองทุนสุขภาพ งบประมาณที่ใช้ 15,600 บาท

(ข) มหกรรมสุขภาพตำบลบ้านป็นมหกรรมสุขภาพตำบลบ้านป็นเป็นการรวมมหกรรมสุขภาพของประชาชน ตำบลบ้านป็น โดยมีการแสดงบนเวทีของเยาวชน ผู้สูงอายุ และมีการประกวดร้องเพลง ประกวดเด็กและผู้สูงอายุสุขภาพดี จัดซุ้มให้บริการสาธารณสุขต่างๆ เช่น ซุ้มตรวจเลือดหาสารพิษในเกษตรกรและคัดกรองเบาหวาน ความดัน, ซั่งน้ำหนักเทียบค่าดัชนีมวลกาย, ซุ้มตรวจมะเร็งเต้านม,ซุ้มฉายวีดีโอให้ความรู้สุขภาพศึกษาแก่ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรม มีการเลี้ยงข้าวต้มแก่ผู้ที่อดอาหารเข้ามารับบริการตรวจคัดกรองเบาหวาน และเลี้ยงอาหารกลางวันแก่ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมงบประมาณที่ใช้ 40,000 บาท

(ค) เยาวชนสดใส (รณรงค์ป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของเด็กวัยรุ่น) เนื่องจากสภาพสังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับตัวทางเพศ ซึ่งจะเห็นได้จากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาโรคเอดส์ และการติดสารเสพติด เป็นต้น ดังนั้นจึงมีโครงการจัดการอบรมเด็กวัยรุ่น(มัธยมต้นทั้งหมดในพื้นที่) และผู้ปกครองเด็ก ให้มีความรู้และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เกี่ยวกับเรื่องการปรับตัวทางเพศที่เหมาะสม การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการติดสารเสพติด และเป็นการสร้างความรัก ความเข้าใจระหว่างเด็กวัยรุ่นและผู้ปกครอง ให้อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข งบประมาณที่ใช้ 20,000 บาท

(2) แผนงานที่ 2 สร้างแกนนำสุขภาพในชุมชน

(ก) โครงการศึกษาดูงานของคณะกรรมการดำเนินงานกองทุนสุขภาพ ต.บ้านป็น เพื่อเป็นการศึกษาแลกเปลี่ยนประสบการณ์คณะกรรมการกองทุนสุขภาพของแต่ละพื้นที่ เพื่อนำมาเสริมสร้างและปรับปรุงกองทุน ให้มีการ พัฒนาแนวทางการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น งบประมาณที่ใช้ 10,000 บาท

(ข) เพิ่มศักยภาพแกนนำสุขภาพระดับหมู่บ้าน ตำบลบ้านป็น อำเภอ ดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา โดยคัดเลือกตัวแทน อสม. หมู่บ้านละ 5 คน เข้ารับการอบรม และฝึกปฏิบัติจริงอย่างเข้มข้น เพื่อช่วยให้การดำเนินงานสาธารณสุขด้านส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้กลุ่มเป้าหมายสำคัญทั้ง 5 กลุ่มสามารถเข้าถึงบริการได้ครบตามชุดสิทธิประโยชน์มากที่สุดงบประมาณที่ใช้ 19,100 บาท

(ค) โครงการเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้พิการในชุมชน เป็นโครงการต่อเนื่องจากโครงการที่ 1 คือ เป็นการดำเนินงานของกลุ่มแกนนำสุขภาพที่ผ่านการอบรมตามโครงการที่ 1 แล้ว โดยมีการทำงานประสานงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกค้นหา ติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่ขาดคนดูแล เยี่ยมเด็กและหญิงตั้งครรภ์ ก่อนคลอด/หลังคลอด และอื่นๆ ซึ่งกลุ่มแกนนำสุขภาพดังกล่าวจะได้รับค่าตอบแทน (เพื่อเป็นกำลังใจ) เป็นเงินคนละ 500 บาท/ปี งบประมาณที่ใช้ 27,000 บาท

(3) แผนงานที่ 3 สร้างลานออกกำลังกายชุมชน

(ก) โครงการสวนสุขภาพตำบลบ้านป็น เพื่อเป็นการส่งเสริมการออกกำลังกายในประชาชนทุกกลุ่มอายุ ให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงจัดให้มีสวนสุขภาพขึ้น ในพื้นที่บริเวณด้านหน้าสถานีอนามัย โดยมีการปรับปรุงสวนหย่อมให้ร่มรื่น นำผักผ่อน และจัดหาอุปกรณ์การออกกำลังกาย ไว้สำหรับให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุได้มาพักผ่อนหย่อนใจ และออกกำลังกายในเวลาว่าง งบประมาณที่ใช้ 50,000 บาท

(4) แผนงานที่ 4 แผนงานการบริหารจัดการกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ 50,000 บาท

2.2.2 ตำบลบ้านถ้ำ

1) รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลบ้านถ้ำ

การดำเนินงานธนาคารหมู่บ้านทุกหมู่บ้านของตำบลบ้านถ้ำได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งสมาชิกของธนาคารหมู่บ้านก็ได้รับการจัดสรรสวัสดิการจากธนาคารหมู่บ้านในยามที่มีเด็กเกิด ป่วย และตาย และต่อมาใน พ.ศ. 2548 ก็มีการรวมกลุ่มเป็นกองทุนสวัสดิการชุมชนเดียวกับตำบลบ้านป็น ซึ่งมีลักษณะที่เป็นกองทุนแยกออกมาต่างหากจากธนาคารหมู่บ้านและศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน 4 ตำบล และมีคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชนขึ้น สมาชิกในระยะเริ่มต้นเพียง 235 คนเท่านั้น

แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของกองทุนสวัสดิการชุมชนมีการประสานงานและเชื่อมโยงกับกลุ่มผู้นำธนาคารหมู่บ้าน ศูนย์รวมน้ำใจ และผู้นำในกลุ่มเทศบาลตำบลบ้านถ้ำ คณะกรรมการที่เป็นผู้นำหลายคนในกองทุนสวัสดิการชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดี และสามารถประสานงานเชื่อมโยงอยู่กับเทศบาลตำบลบ้านถ้ำได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เมื่อมีการจัดการในระบบประกันสุขภาพระดับชุมชนตำบลบ้านถ้ำขึ้น ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีคณะกรรมการระบบหลักประกันสุขภาพฯ ที่ถูกแต่งตั้งขึ้นตามคู่มือการดำเนินงาน แต่ในเวทีตำบลเพื่อจัดการสร้างการมีส่วนร่วมกันในระบบสุขภาพของชุมชนตำบลบ้านถ้ำ มีความพยายามที่จะสร้างความร่วมมือกันในระดับหนึ่ง ดังจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

การจัดการด้านงบประมาณระหว่างกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลกับกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบล ในเวทีตำบลบ้านเก่าได้มีความเห็นร่วมกันในการให้แยกการจัดการด้านงบประมาณระหว่างกองทุนทั้งสองกองทุนออกจากกัน เพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการงบประมาณ โดยมีรายละเอียดที่มาของกองทุนดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.10 สรุปที่มาของงบประมาณในการสนับสนุนกองทุนในตำบลบ้านเก่า

ที่มาของงบประมาณ	กองทุนของระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลบ้านเก่า	กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลบ้านเก่า
สปสช.อุดหนุนจำนวน 37.50 บาทต่อประชากร	310,000 บาท	-
เทศบาลตำบลบ้านเก่า.	ร้อยละ 50 ของงบประมาณที่ สปสช. อุดหนุน จำนวน 105,000 บาท	120,000 บาท
ประชาชน	-	ประชาชน(สมาชิกธนาคารหมู่บ้าน)คนละ 200 บาท 1,734 คน เป็นเงิน 346,800 บาท
กองทุนธนาคารหมู่บ้าน	-	6,000 บาท
ศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน	-	สมทบให้หมู่บ้านละ 5,000 บาท รวม 12 หมู่บ้าน เป็นเงิน 60,000 บาท (เมื่อมีการจัดตั้งกองทุนแล้ว)
รวม	415,000 บาท	532,800 บาท

2) การบริหารจัดการกองทุน

ด้วยลักษณะเด่นของการสร้างความร่วมมือกันได้ในระดับหนึ่งของทั้งสองกองทุน ทำให้ถึงแม้ที่มาของงบประมาณในการดำเนินงานจะแตกต่างกัน แต่ก็สามารถประสานการทำงานเข้าด้วยกันได้ในระดับหนึ่งนั้น

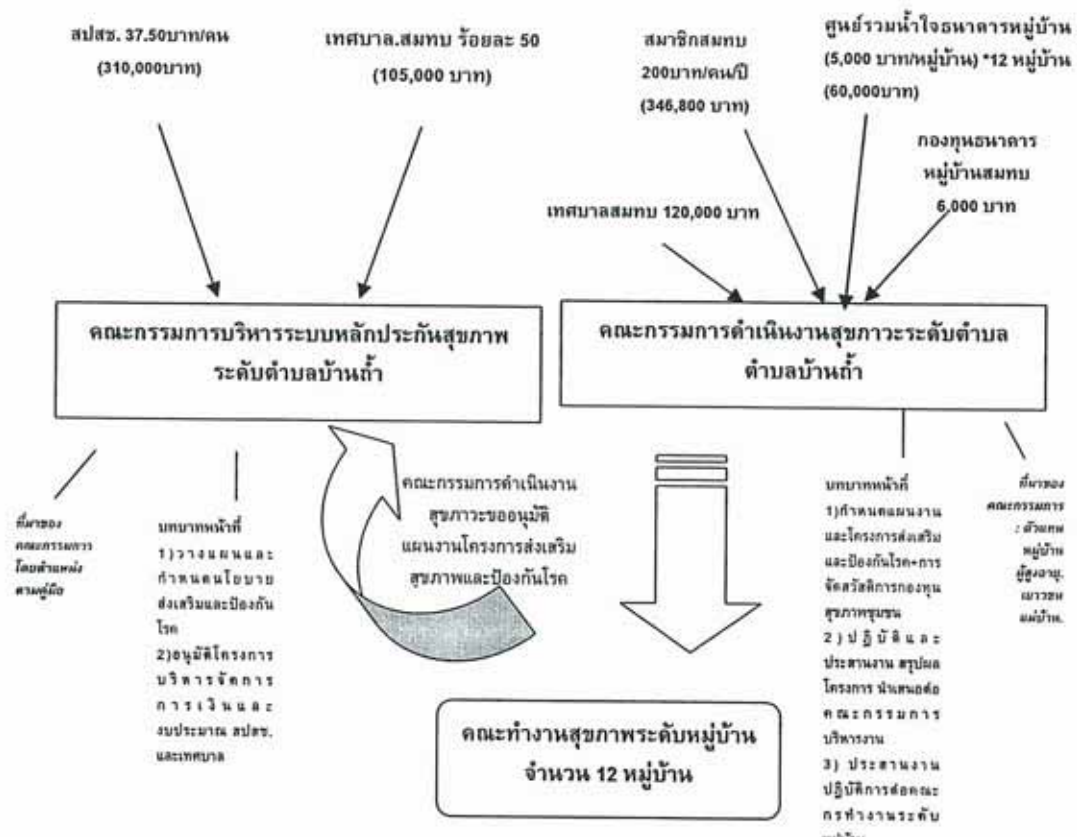
ทำให้การบริหารจัดการที่เกิดจากโครงสร้างการร่วมมือมีลักษณะการยกอำนาจในการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพฯ ให้กับคณะกรรมการประกันสุขภาพฯ ที่ได้รับการแต่งตั้งตามคู่มือ ที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการและควบคุมการใช้จ่ายด้านงบประมาณ ในขณะที่คณะทำงานสุขภาพระดับตำบลมีหน้าที่ในการเสนอแผนงานและโครงการส่งเสริมและป้องกันโรคและดำเนินการตามแผนงานนั้นๆ

แต่อย่างไรก็ตาม หน้าที่ในการบริหารจัดการและดำเนินงานสุขภาพอีกด้านหนึ่ง คือ สวัสดิการชุมชน คณะทำงานสุขภาพจะทำหน้าที่ทั้งการบริหารจัดการควบคุมงบประมาณ และดำเนินงานประชาสัมพันธ์และรับสมัครสมาชิก

การพยายามสร้างความร่วมมือในการบริหารจัดการร่วมกันในลักษณะข้างต้น มีสาเหตุมาจากการดำเนินงานของกองทุนสวัสดิการชุมชนในระยะก่อนหน้านั้น มีการประสานและเชื่อมโยงกับผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างดี ตัวผู้นำกองทุนสามารถประสานการทำงานสวัสดิการชุมชนเข้ากับการทำงานของเทศบาลและธนาคารหมู่บ้าน ดังนั้น จึงเป็นผลให้กองทุนสวัสดิการชุมชนที่ปัจจุบันมีคณะทำงานสุขภาวะระดับตำบลเป็นผู้บริหารจัดการนั้นๆ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากทั้งเทศบาลตำบลบ้านด้า ธนาคารหมู่บ้าน และกองทุนหมู่บ้านด้วย

ในขณะเดียวกัน การมีคณะทำงานสุขภาวะระดับตำบลที่มาจากกลุ่มตัวแทนของแต่ละหมู่บ้าน พร้อม ๆ กับที่ทำหน้าที่ทั้งสองด้านคือ ส่งเสริมป้องกันโรค และสวัสดิการชุมชน ทำให้มีบทบาทที่เข้าไปช่วยส่งเสริมประชาสัมพันธ์ให้มีประชาชนในตำบลสมัครเข้าเป็นสมาชิกเพิ่มมากขึ้น และปัจจุบัน ตำบลบ้านด้ามีสมาชิกของกองทุนสวัสดิการชุมชนเป็นจำนวนมากที่สุดใน 4 ตำบลที่อยู่ในการศึกษาครั้งนี้

แผนภูมิที่ 3.8 แสดงโครงสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างการจัดระบบหลักประกันสุขภาพกับกองทุนสวัสดิการชุมชน ตำบลบ้านด้า อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา



โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ
องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

3) กระบวนการมีส่วนร่วม

การมีคณะกรรมการระบบประกันสุขภาพฯ ของตำบลบ้านด้า ที่ยึดถือตามคู่มือ ไม่ใช่เป็นอุปสรรคในการสร้างความร่วมมือกับกองทุนสวัสดิการชุมชนที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ จากแผนภูมิโครงสร้างของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพของตำบลบ้านด้า เกิดขึ้นจากการจัดเวทีตำบลบ้านด้าที่ให้คณะกรรมการทั้งสองกองทุนเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน และพยายามหาแนวทางในการสร้างความร่วมมือในรูปของการจัดโครงสร้างการทำงานในระบบสุขภาพทั้งสอง (ประกันสุขภาพและสวัสดิการ) ให้บูรณาการงานเข้าด้วยกัน

จากเวที คณะกรรมการระบบประกันสุขภาพระดับชุมชน ทำหน้าที่ในการวางแผน และกำหนดนโยบายด้านการประกันสุขภาพ ในขณะที่ คณะกรรมการสุขภาพระดับตำบลบ้านด้าเป็นกลุ่มที่ทำหน้าที่สองด้านไปพร้อมๆ กัน กล่าวคือ ทำหน้าที่ในการกำหนดแผนงานและโครงการประกันสุขภาพเสนอเพื่อขอความเห็นชอบและขออนุมัติจากคณะกรรมการระบบประกันสุขภาพระดับชุมชนตำบลบ้านด้า และเป็นฝ่ายดำเนินการตามแผนงานและโครงการที่ได้วางเอาไว้ โดยกระจายการดำเนินงานไปสู่คณะทำงานสุขภาพระดับหมู่บ้านทั้ง 12 หมู่บ้าน โดยใช้งบประมาณของ สปสช.และเทศบาลตำบลบ้านด้า

ในขณะเดียวกัน คณะทำงานสุขภาพระดับตำบลก็จะเป็นกลุ่มที่ทำหน้าที่ในการดำเนินงานของกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลบ้านด้าด้วย โดยมาจากการเลือกตั้งใหม่ของคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชนในเวทีตำบลดังกล่าว ซึ่งในปัจจุบัน ชื่อคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลบ้านด้าเป็นชื่อเดิม ส่วนชื่อใหม่ที่ถูกตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่สองหน้าที่คือ คณะทำงาน/คณะกรรมการสุขภาพระดับตำบลบ้านด้า

ดังนั้น การดำเนินงานของคณะทำงานสุขภาพระดับตำบลบ้านด้า จึงถือว่าเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการพยายามบูรณาการงานของการส่งเสริมป้องกันโรคที่ใช้งบประมาณจาก สปสช.และ อบต.กับงานการจัดสรรสวัสดิการแก่สมาชิกที่ใช้งบประมาณจากการสมทบจากประชาชนในตำบลที่สมัครเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการนั้นให้กลายเป็นเนื้อเดียวกันและสอดคล้องกัน

4) แผนงาน/โครงการ /กิจกรรม

แผนงานคร่าว ๆ ที่จะใช้ในงบกองทุน สปสช.และ อบต. คือ การแผนงานรวมเกี่ยวกับการส่งเสริมและป้องกันโรคที่เกิดขึ้นมากกับคนในชุมชนทางด้าน โรคไม่ติดต่อ เช่น ความดัน สารเคมีในเส้นเลือด โรคอ้วน อัมพฤกษ์อัมพาต อุบัติเหตุ มะเร็งเต้านม โดยแบ่งการจัดการด้านงบประมาณเพื่อให้ออกเป็น 3 ด้านดังนี้

- (1) ด้านการบริหารจัดการข้อมูลและสารสนเทศร้อยละ 10
 - (ก) วัสดุสำนักงาน
 - (ข) สร้างฐานข้อมูลที่เป็นระบบ : โครงการจัดทำฐานข้อมูล
 - (ค) การประชาสัมพันธ์กิจกรรม : โครงการสื่อสารเพื่อวันสร้างสรรค์
- (2) ด้านโครงการส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 70 ตามกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม
 - (ก) หญิงมีครรภ์ : โครงการโรงเรียนพ่อแม่
 - (ข) เด็กเล็ก (แรกเกิดถึง 6 ปี) : โครงการดูแลสุขภาพเด็กแบบองค์รวม
 - (ค) เด็กโตและเยาวชน (6 ปี ถึงต่ำกว่า 25 ปี) : โครงการค่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม
 - (ง) ผู้ใหญ่อายุ 25 ปี ขึ้นไป : โครงการต่อยอดเอวบาง, โครงการหน้าใสหนุ่มวัยสาว, โครงการอาหารปลอดภัยชุมชนปลอดภัย, โครงการมหกรรมสร้างสุขภาพ
 - (จ) ผู้พิการ ทุพพลภาพ และผู้ติดเชื้อ : โครงการ อสม.กับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน
- (3) ด้านการพัฒนาองค์กรร้อยละ 20
 - (ก) ศึกษาดูงาน : โครงการศึกษาดูงานคณะกรรมการ
 - (ข) อบรมพัฒนาความรู้ : โครงการอบรมพัฒนาความรู้บุคลากร
 - (ค) กิจกรรมอื่นๆ ที่เหมาะสม
 - (ง) การสรุปผลงานและการประเมินผล : โครงการสรุปผลการดำเนินงานและการประเมินผล

โดยมีแผนงานและโครงการที่จะใช้งบประมาณในการดำเนินการจากกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพที่มาจากงบประมาณของ สปสช. (37.50 บาท) ร่วมกับเทศบาลตำบลบ้านถ้ำ

2.2.3 ตำบลคือเวียง

1) รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลคือเวียง

ตำบลคือเวียง อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา มีธนาคารหมู่บ้านที่ตั้งขึ้นมาเป็นระยะเวลาพร้อมๆ กับการเกิดธนาคารหมู่บ้านใน 4 ตำบล และต่อมาก็ได้รวมธนาคารหมู่บ้านทุกหมู่บ้านของ 4 ตำบล เป็นเครือข่ายในการเชื่อมประสานและสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เป็น เครือข่ายศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน 4 ตำบล อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

ดังนั้น การดำเนินการธนาคารหมู่บ้าน ในทุกหมู่บ้านของตำบล คือ เวียง มีลักษณะคล้ายคลึงกับธนาคารหมู่บ้านในตำบลอื่นๆ อีกสามตำบล กล่าวคือ เป็นการดำเนินการออมและให้กู้เงินแก่สมาชิก การจัดสรรผลกำไรจากสมาชิกเป็นสวัสดิการในการรักษาพยาบาล ตลอดจนถึงการนำผลกำไรหรือดอกผลจากการดำเนินงานธนาคารหมู่บ้านไปพัฒนาชุมชน กลุ่มประชากรต่างๆ ในตำบลคือเวียง เป็นต้น

ความสำเร็จในระดับหนึ่งของธนาคารหมู่บ้าน ตำบลคือเวียง ได้รับการผลักดันจากผู้นำกลุ่มที่กระตือรือร้น ที่ขับเคลื่อนให้สมาชิกของธนาคารหมู่บ้านและประชาชนในตำบลคือเวียงได้พัฒนาการรวมกลุ่มเพื่อดำเนินการในด้านการจัดสรรสวัสดิการให้กับสมาชิกของกลุ่มเป็นสำคัญ กล่าวคือ การก่อตั้ง “กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคือเวียง” เริ่มเกิดขึ้นมาเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2548

กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคือเวียง ถือได้ว่าเป็นกองทุนสวัสดิการชุมชนที่เกิดขึ้นเป็นแห่งแรกใน 4 ตำบล ของอำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา และได้รับการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งด้านกำลังความคิดและกำลังงบประมาณ ได้แก่ ศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้านฯ อบต.คือเวียง และ พอช. จึงทำให้การดำเนินการของกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคือเวียงสามารถรวบรวมสมาชิกของกองทุนในระยะขวบปีแรกได้ทั้งหมด 830 คน และสามารถจัดสรรเงินสวัสดิการให้กับสมาชิกได้อย่างครอบคลุมสมาชิกที่ขอสิทธิในการรักษาพยาบาล 4 ประเภท (เกิด แก่ เจ็บ ตาย)

ถึงแม้ว่า ในปีของการก่อตั้งและดำเนินการกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคือเวียงที่ผ่านมา ยังมีสมาชิกที่ไม่ครอบคลุมประชากรทุกคนในตำบลคือเวียง แต่ผลการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จ และความจริงจังในการดำเนินงาน ทำให้มีองค์กรต่างๆ ยื่นมือมาให้การสนับสนุนในรูปของงบประมาณ และกำลังความคิด ถือว่าเป็นการสร้างความร่วมมือของกองทุนสวัสดิการชุมชนกับองค์กรภาคีอื่นๆ ทั้งในตำบลและนอกตำบลมาตั้งแต่ในระยะต้น เป็น

ที่มาของการทำให้ลักษณะของการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้ามาในรูปของการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนของ สปสช.ตาม พรบ.ประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สมทบงบประมาณต่อหัวประชากรร่วมกับ อบต.คือเวียง ที่อยู่ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของผู้ให้การสนับสนุนงบประมาณและการดำเนินงานของกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคือเวียงอยู่ก่อนหน้านั้น ได้รับการสานต่อและพัฒนาการดำเนินงานร่วมกัน

หากพิจารณาถึงการจัดการด้านงบประมาณระหว่างกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลกับกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบล สามารถสรุปที่มาของกองทุนดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.11 สรุปที่มาของงบประมาณในการสนับสนุนกองทุนในตำบลคือเวียง

ที่มาของงบประมาณ	กองทุนของระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลคือเวียง	กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคือเวียง
สปสช.อุดหนุนจำนวน 37.50 บาทต่อประชากร	169,125 บาท	-
อบต.คือเวียง.	ร้อยละ 10 ของงบประมาณที่ สปสช.อุดหนุน จำนวน 16,912.50 บาท	50,000 บาท
ประชาชน	-	ประชาชน(สมาชิกธนาคารหมู่บ้าน)คนละ 200 บาท 830 คน เป็นเงิน 166,000 บาท
พอช.	-	100,000 บาท
ศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน	-	สมทบให้หมู่บ้านละ 5,000 บาท รวม 9 หมู่บ้าน เป็นเงิน 45,000 บาท
รวม	186,037.50 บาท	361,000 บาท

2) การบริหารจัดการกองทุน

การดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน ตำบลคือเวียงในระยะเริ่มแรกของตำบลคือเวียง ก็มีลักษณะการดำเนินงานเพื่อสร้างคณะทำงานเป็นคณะกรรมการชุดดังกล่าวคล้ายคลึงกับตำบลอื่นๆ อีก 3 ตำบล กล่าวคือ การจัดสรรงบประมาณของ สปสช.เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนร่วมกับ อบต.คือเวียง ทำให้ อบต.คือเวียง มีอำนาจและบทบาทในการกำหนดคณะกรรมการโดยตำแหน่งขึ้นมา โดยยึดถือตามคู่มือในการดำเนินงานดังกล่าวเช่นกัน

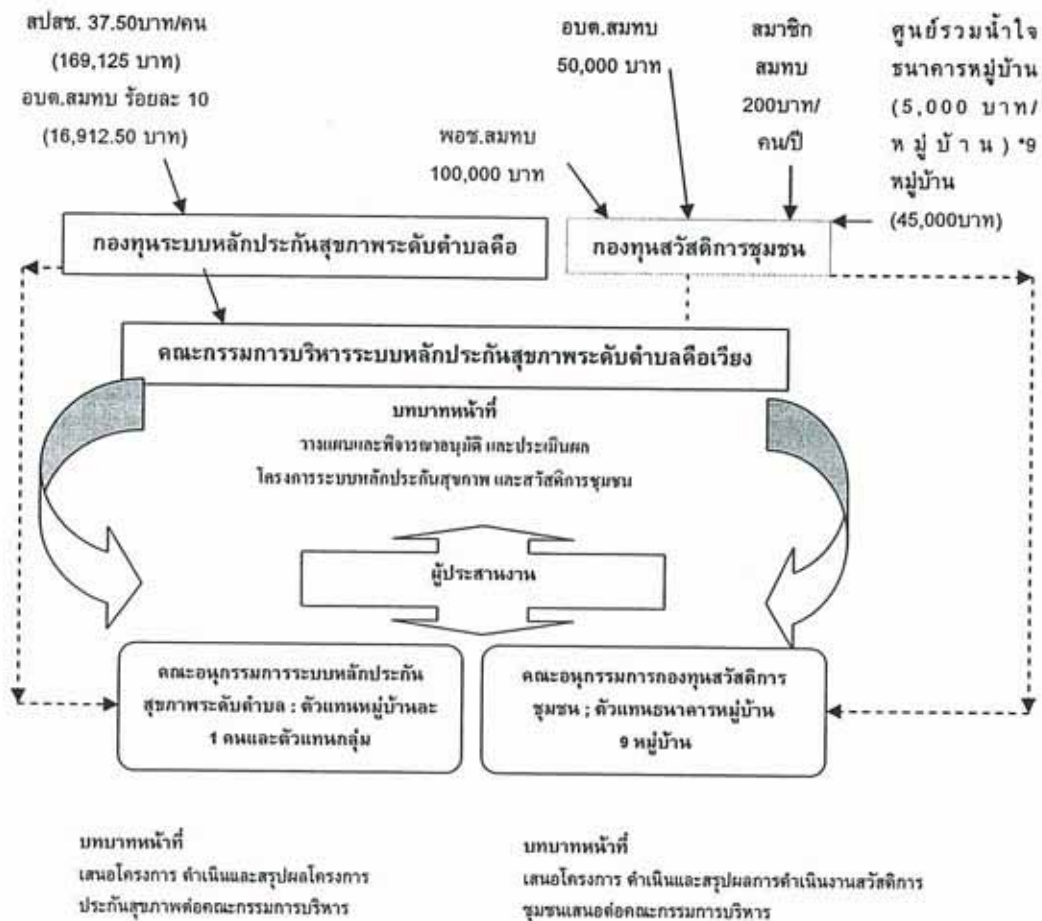
แต่การดำเนินงานแต่งตั้งคณะกรรมการดังกล่าว ไม่ได้เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานสร้างความร่วมมือกับกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคือเวียงแต่อย่างใด ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า ความสามารถในการเชื่อมประสานและการสนับสนุนงบประมาณของ อบต.คือเวียงกับกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคือเวียง เป็นผลให้ทั้งสองกลุ่มคณะกรรมการได้เข้ามาร่วมในการพิจารณาหาแนวทางในการทำงานด้านสุขภาพของประชากรในตำบลในเวทีที่ได้จัดขึ้นร่วมกัน

คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนตำบลคือเวียง อยู่ในฐานะเป็นกลุ่มการบริหารงานการดำเนินสุขภาพทั้งสองด้าน โดยเป็นกลุ่มที่พิจารณาอนุมัติแผนงานและโครงการของการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และควบคุมดูแลการจัดการกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคือเวียงเอาไว้

ศักยภาพของคณะกรรมการบริหารฯ ดังกล่าวเป็นผลมาจากงบประมาณของ สปสช.ที่สมทบเข้ามารวมกับงบประมาณของ อบต.คือเวียง โดยใช้สำหรับการจัดสรรให้กับแผนงานและโครงการส่งเสริมและป้องกันโรคที่คณะกรรมการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพฯ เสนอขึ้นมา ในขณะที่ คณะอนุกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคือเวียง ก็ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจาก อบต.คือเวียง เช่นเดิม แต่ในปัจจุบัน เมื่อมีคณะกรรมการบริหารฯ เกิดขึ้นเพื่อทำหน้าที่ในการบริหารจัดการทั้งสองงานสุขภาพ ทำให้ อบต.จัดสรรงบประมาณส่วนนี้ให้กับกองทุนสวัสดิการชุมชนผ่านมาที่คณะกรรมการบริหารฯ

รูปแบบการบริหารดังกล่าว เกิดมาจากการร่วมมือของกลุ่มผู้นำและตัวแทนในหมู่บ้านของแต่ละตำบลที่ทำงานด้านกองทุนสวัสดิการชุมชนอยู่ก่อนหน้านั้น จะเห็นได้ว่า การพยายามแบ่งกลุ่มการทำงานออกเป็นสองกลุ่มตามลักษณะงานด้านสุขภาพ ตัวบุคคลที่เป็นคณะอนุกรรมการจะเป็นตัวแทนของกลุ่มต่างๆ ในตำบลนั้นๆ อยู่ก่อนหน้าแล้ว (คณะอนุกรรมการประกันสุขภาพ คือ ตัวแทนจากหมู่บ้านและกลุ่มต่างๆ ในขณะที่ คณะอนุกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชน คือ ตัวแทนของคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชนซึ่งมาจากตัวแทนธนาคารหมู่บ้านที่เข้ามารวมตัวกันนั่นเอง)

แผนภูมิที่ 3.9 โครงสร้างการมีส่วนร่วมในระบบประกันสุขภาพระดับตำบลกับ กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคือเวียง อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา



3) การมีส่วนร่วม

คณะกรรมการระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนตำบลคือเวียง ซึ่งถูกแต่งตั้งโดยยึดถือตามคู่มือในการดำเนินงานนั้น มีองค์ประกอบของบุคคลใน อบต.คือเวียงทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และเมื่อได้มีการจัดเวทีเพื่อให้ผู้นำและบุคคลสำคัญในวงการสุขภาพของตำบลคือเวียงเข้ามาร่วมหาแนวทางในการร่วมมือกันในด้านการส่งเสริมป้องกันโรค และสวัสดิการชุมชน คณะกรรมการชุดนี้ จึงเป็นกลไกหลักที่ทำหน้าที่ในการเชื่อมประสาน โดยอาศัยศักยภาพเดิมในการให้การสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานของกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคือเวียงอยู่ก่อนหน้านั้น

จากการจัดเวทีตำบลคือเวียง คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนตำบลคือเวียง ได้กลายเป็นกลุ่มที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการและดูแลงานสุขภาพทั้งสองด้าน (ประกันสุขภาพ และกองทุนสวัสดิการ) ในฐานะเป็นฝ่ายอำนวยการและวางแผนนโยบายในการดำเนินงานทั้งสองด้าน

ในขณะเดียวกัน ในด้านการดำเนินงาน ได้มีการตั้งคณะทำงาน/คณะอนุกรรมการชุดรองลงมาจำนวน 2 ชุด เพื่อทำหน้าที่ในการจัดการดำเนินงานด้านสุขภาพในสองด้าน กล่าวคือ คณะอนุกรรมการระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลคือเวียง ที่มีตัวแทนจากหมู่บ้านละ 1 และตัวแทนกลุ่มของตำบลเป็นคณะอนุกรรมการ และคณะอนุกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคือเวียง มีตัวแทนจากธนาคารหมู่บ้านทุกแห่งในตำบลคือเวียง ซึ่งก็คือ คณะกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคือเวียงชุดเดิมก่อนมีระบบหลักประกันสุขภาพเข้ามานั่นเอง โดยในการทำงานประสานกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม และรับแผนงานและนโยบายของการดำเนินงานประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนจากคณะกรรมการบริหารฯ จากการระดมความเห็น ได้มีการสรรหาบุคคลเป็นกลุ่มที่ทำหน้าที่เป็นกลุ่มเชื่อมประสานเพื่อให้การทำงานของทั้งสองด้านเป็นไปด้วยความเรียบร้อย

4) แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

แผนงาน และโครงการในการส่งเสริมและป้องกันโรค ดังต่อไปนี้

(1) ปัญหาเสพติดในชุมชน(ยาบ้า สารระเหย) 3 โครงการ รวมงบประมาณทั้ง 3 โครงการ 45,000 บาท

(1.1) โครงการ ชมรมคนปลอดสารเสพติด

(ก) จัดอบรมผู้เสพสุราเป็นประจำโดยรับสมัคร หมู่ละ 5 คน
9 หมู่บ้าน รวม 45 คน / วัน

(ข) เชิญวิทยากรด้านการแพทย์ จัดบำบัดและเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

(1.2) โครงการ รณรงค์งดเหล้าในงานวัด / งานศพ / สถานที่ราชการ

(ก) ออกประชุมประชาคม 9 หมู่บ้าน 9 วัน พูดเรื่องการรณรงค์ งดเหล้าในงานศพ งานวัดและสถานที่ราชการ

(ข) ออกกฎระเบียบในชุมชน / ประชุมร้านค้า ห้ามจำหน่ายสุราแก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี

(1.3) โครงการ ลานกีฬาพาว์วียนปลอดสารเสพติด

(ก) จัดลานกีฬาและตั้งชมรมฟุตบอล วอลเลย์บอล ตะกร้อ
โดยแบ่งเป็น 3 โซน

(ข) จัดหาอุปกรณ์กีฬาสนับสนุนชมรมทั้ง 3 โซน

- (2) การป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดัน อัมพาตในชุมชน
 - (2.1) คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในประชาชนอายุ 40 ปี โดยชักประวัติ ปัจจัยเสี่ยงและตรวจเลือดในผู้ที่พบปัจจัยเสี่ยง
 - (2.2) อบรมให้ความรู้การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย ความดัน เบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันได้ไม่ดี กลุ่มเป้าหมาย 200 คน โดยแบ่งอบรมเป็นกลุ่มละ 50 คน อบรม 1 วัน
 - (2.3) อบรมญาติผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน อัมพาตเรื้อรัง ในการช่วย ดูแล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ที่มีปัญหาต้องการความช่วยเหลือ กลุ่มเป้าหมายญาติ 50 คนอบรม 1 วัน
 - (2.4) โครงการ พ่อบ้านแม่บ้านหุ่นสวยรอยสุขภาพดี เป็นโครงการ สร้างความตระหนักแก่ประชาชนในการควบคุมป้องกัน โรคเบาหวาน โรคความดันระยะยาวในชุมชน โดยมีกิจกรรม ย่อย คือ
 - (ก) สร้างหมู่บ้านนาร่อง 1 หมู่บ้าน ระยะเวลาดำเนินงาน 6 เดือน
 - (ข) รับสมัครสมาชิก ชาย 20 คน (รอบเอวมากกว่า 36 นิ้ว)
 - (ค) รับสมัครหญิง 20 คน (รอบเอวมากกว่า 32 นิ้ว)

งบประมาณดำเนินการ 50,000 บาท

(3) ปัญหาความเครียด ครอบครัวร้างงาน วัยรุ่นมีครอบครัวก่อนวัย

อันควาร

(3.1) โครงการ "ไอรุ่นรักในครอบครัว"

- (ก) อบรมแกนนำครอบครัว (พ่อ แม่ ลูก)หมู่บ้านละ 3 ครอบครัวรวม 27 ครอบครัวรวม 81 คนโดยอบรม 1 วัน (แยกกลุ่มพ่อ แม่ ลูก กลุ่มรวม)
- (ข) อบรมธรรมสอนใจในครอบครัวเสริมในการอบรมแกนนำ ครอบครัว

(3.2) โครงการ "วันรุ่นวัยสดใส"

- (ก) อบรมวัยรุ่นทำกิจกรรมกลุ่มโดยมีแกนนำ หมู่ละ 5 คน 9 หมู่บ้าน รวม 45 คน

(ข) นำกลุ่มวัยรุ่น ศึกษาดูงาน กิจกรรมเยาวชนดีเด่นตาม
สถานที่ต่างๆ ที่มีกิจกรรมดีเด่น

งบประมาณ 29,800 บาท

(4) ปัญหาเอดส์ในชุมชน

- (4.1) สร้างมุมเพื่อนใจ 3 โซน 3 จุด เปิดบริการให้คำปรึกษา เปิด
ช่วงเวลาทุกวันมีเจ้าหน้าที่/ กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ให้บริการคำปรึกษา
- (4.2) มีตู้เอทีเอ็ม ดึงยางเพิ่มอีก 2 จุด
- (4.3) จัดประชุมกลุ่มผู้ติดเชื้อ ปีละ 2 ครั้งเพื่อสร้างความตระหนักใน
ปัญหาการแพร่เชื้อเอดส์และสร้างเสริมคุณภาพชีวิต

งบประมาณ 15,000 บาท

(5) โครงการ โรกระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง (ปวดข้อ ปวดเอว)เป้าหมาย
เสริมสร้างสุขภาพคนกลุ่ม 3 กลุ่ม ได้แก่ วัยทำงาน วัยสูงอายุ และวัยเด็ก

- (5.1) ฟื้นฟูสร้างสุขภาพในหมู่บ้านตามกลุ่มวัย 3 กลุ่ม 3 ชมรม
- (5.2) สร้างแกนนำในการออกกำลังกาย 3 กลุ่ม 3 ชมรม
- (5.3) อบรมโครงการยืดเหยียดกล้ามเนื้อในกลุ่มแกนนำ หมู่ละ
2 คน ได้แก่ ชมรมวัยทำงาน 18 คน และชมรมผู้สูงอายุ
18 คน
- (5.4) สนับสนุนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 2 โรงเรียนในด้านออกกำลังกาย
ในกลุ่มนักเรียนหลังเลิกเรียนทุกวัน

(6) โครงการเสริมสร้างกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ในการควบคุม
ป้องกันโรคในชุมชนของกลุ่มผู้ติดเชื้อโดยการ

- (6.1) ออกเสียงตามสายในหมู่บ้าน อาทิตย์ละ 1 ครั้ง/ หมู่บ้าน
- (6.2) ถ่ายทอดความรู้เรื่องการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆทาง วีดีโองาน
ในชุมชน เช่น งานศพ ฯลฯ

งบประมาณ 25,900 บาท

รวมงบประมาณการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนตำบลคือเวียง อำเภอ
ดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ทั้งหมด 165,700 บาท

2.2.4 ตำบลหนองหล่ม

1) รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลหนองหล่ม

ตำบลหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา เป็นอีกตำบลหนึ่งที่มีการก่อตั้งธนาคารหมู่บ้านในแต่ละหมู่บ้าน มาพร้อมและเป็นระยะเวลาไล่เลี่ยกับการก่อตั้งธนาคารหมู่บ้านของตำบลอื่นๆ อีก 3 ตำบล และมีวิธีการบริหารจัดการคล้ายคลึงกัน

แต่อย่างไรก็ตาม ธนาคารหมู่บ้านตำบลหนองหล่มไม่ได้พัฒนากลุ่มธนาคารทุกหมู่บ้านขึ้นมาเพื่อรวมตัวกันเป็นกองทุนสวัสดิการชุมชนเหมือนกับสามตำบลดังกล่าว มีเพียงในระแวกที่มีนโยบายการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนมาที่ตำบลหนองหล่ม ทำให้ผู้นำและตัวแทนธนาคารหมู่บ้านของตำบลหนองหล่มเริ่มมีการสนทนากันถึงแนวทางและรูปแบบในการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนเช่นเดียวกันกับตำบลอื่น ๆ

การดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนตำบลหนองหล่มเริ่มต้นเมื่อมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพฯ ขึ้น โดยยึดถือตามคู่มือเช่นเดียวกันกับสามตำบลข้างต้น แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพฯ และการพยายามริเริ่มจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนของตำบลหนองหล่มก็ไม่ได้แยกขาดออกจากกัน

จากการจัดเวทีตำบล ได้แสดงให้เห็นว่า ทั้งสองกลุ่มพยายามบูรณาการงานเข้ามารวมกันในระดับหนึ่ง โดยกลไกสำคัญของการบูรณาการการดำเนินงานคือ รองนายก อบต.หนองหล่มที่มีส่วนขับเคลื่อนการดำเนินงานธนาคารหมู่บ้านในตำบลหนองหล่มด้วยเป็นผู้พยายามผลักดันให้มีการสร้างความร่วมมือทั้งสองแผนงานสุขภาพ ดังจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

ในส่วนของการจัดการด้านงบประมาณระหว่างกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลกับกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบล มีรายละเอียดที่มาของกองทุน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.12 สรุปที่มาของงบประมาณในการสนับสนุนกองทุนในตำบลหนองหล่ม

ที่มาของงบประมาณ	กองทุนของระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลหนองหล่ม	กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลหนองหล่ม
สปสช. อุดหนุนจำนวน 37.50 บาทต่อประชากร	221,250 บาท	-
อบต.หนองหล่ม	ร้อยละ 10 ของงบประมาณที่ สปสช.อุดหนุน จำนวน 22,125 บาท	-
ประชาชน	-	ประชาชน(สมาชิกธนาคารหมู่บ้าน)คนละ 200 บาท 1,486 คนเป็นเงิน 297,200 บาท
ศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน	-	สมทบให้หมู่บ้านละ 5,000 บาท รวม 9 หมู่บ้าน เป็นเงิน 45,000 บาท(หากมีการจัดตั้งแล้ว)
รวม	243,375 บาท	342,200 บาท

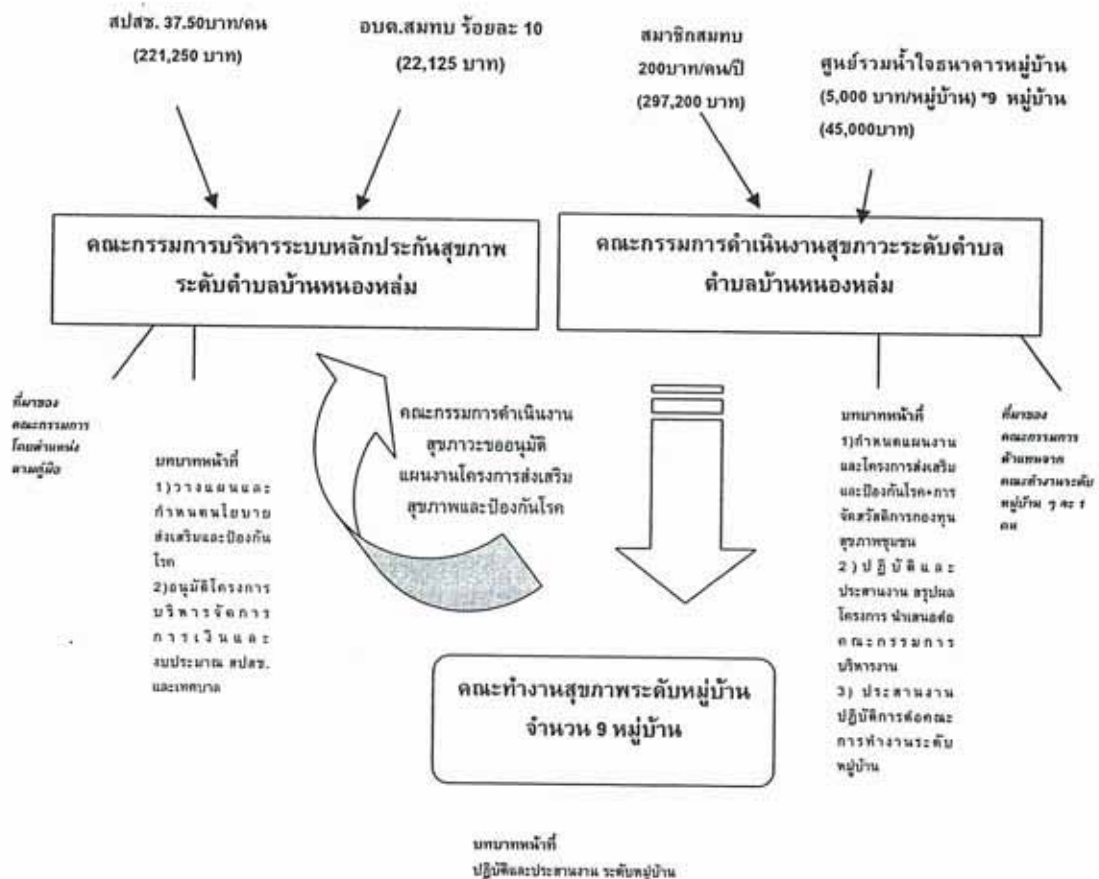
2) การบริหารจัดการกองทุน

สาเหตุของการสร้างความร่วมมือกันได้ในระดับหนึ่งของการทำงานระหว่างหลักระบบประกันสุขภาพกับสวัสดิการชุมชนของตำบลหนองหล่ม กล่าวคือ บุคคลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการทำงานประสานและเชื่อมโยงกับธนาคารหมู่บ้านต่างๆ ของตำบลหนองหล่มอยู่ก่อนหน้านั้น ทำให้เกิดการพยายามประสานเชื่อมโยงการทำงานทั้งสองด้านเข้าในรูปของการเป็นคณะทำงานสุขภาวะที่ดูแลและดำเนินงานงานสุขภาพทั้งสองเข้าด้วยกัน

แต่การยกให้คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพฯ ยังคงมีหน้าที่ในการบริหารจัดการ และอนุมัติแผนงานของคณะทำงานสุขภาวะระดับตำบลเกี่ยวกับแผนงานด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค เนื่องจาก แผนงานดังกล่าว มีงบประมาณที่มาจากการสมทบของ สปสช.กับ อบต.ที่จะต้องจัดสรรให้กับประชากรทุกคนในตำบล (ถ้วนหน้า) ในขณะที่งบประมาณในการจัดสวัสดิการของคณะทำงานสุขภาวะระดับตำบล ยังคงต้องประชาสัมพันธ์และรับสมัครสมาชิกตามความสมัครใจของประชาชนในตำบลเท่านั้น (ไม่ถ้วนหน้า) จึงต้องแยกการบริหารจัดการงบประมาณไว้อีกส่วนหนึ่ง

แต่ถึงอย่างไรก็ตาม คณะทำงานสุขภาวะระดับตำบลจะสามารถทำงานในงานสุขภาพทั้งสองด้านนี้ไปพร้อมๆ กันเพื่อให้เกิดการผสมผสานและสอดคล้องในทิศทางการส่งเสริมป้องกันโรค และการจัดสวัสดิการต่อไปในอนาคต

แผนภูมิที่ 3.10 โครงสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างการจัดระบบหลักประกันสุขภาพกับกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลหล่มสัก อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา



3) การมีส่วนร่วม

รูปแบบการสร้างความร่วมมือ มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับตำบลบ้านถ้ำ โดยมีคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพฯ เป็นกลุ่มผู้บริหารจัดการวางแผนงานด้านประกันสุขภาพ ในขณะที่จะมีคณะทำงานสุขภาพระดับตำบล ซึ่งมาจากตัวแทนหมู่บ้านละ 1 คนเป็นผู้ดำเนินงานทั้งด้านระบบประกันสุขภาพ (ถ้วนหน้า) โดยหน้าที่ดังกล่าวต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพฯ ส่วนหน้าที่ในการดำเนินงานด้านกองทุนสวัสดิการชุมชน (ไม่ถ้วนหน้า) ที่กำลังจะมีการจัดตั้งและรับสมัครสมาชิกนั้นคณะทำงานชุดนี้ก็สามารถวางแผนงาน บริหารจัดการและดำเนินงานได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องขออนุมัติจากคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพฯ เหมือนแผนงานโครงการส่งเสริมและป้องกันโรค

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ
องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

แต่ทั้งนี้ การดำเนินงานของคณะทำงานสุขภาวะระดับตำบลในหมู่บ้านต่าง ๆ ของตำบลหนองหล่ม ก็จะมอบหมายและสรรหากลุ่มตัวแทนจากหมู่บ้านต่าง ๆ ในตำบลหนองหล่มหมู่บ้านละไม่เกิน 6 คน เป็นคณะทำงานสุขภาวะระดับหมู่บ้านที่จะทำหน้าที่และปฏิบัติงานตามนโยบายและแผนการดำเนินงานในระดับหมู่บ้านที่คณะทำงานสุขภาวะระดับตำบลมอบหมายให้

ดังนั้น การดำเนินงานของคณะทำงานสุขภาวะตำบลหนองหล่มจึงเป็นเหมือนกับตำบลบ้านเก่า กล่าวคือ เป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการพยายามบูรณาการงานของการส่งเสริมป้องกันโรคที่ใช้งบประมาณจาก สปสช.และ อบต. กับงานการจัดสรรสวัสดิการแก่สมาชิกที่ใช้งบประมาณจากการสมทบจากประชาชนในตำบลที่สมัครเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการนั้นให้กลายเป็นเนื้อเดียวกันและสอดคล้องกัน

4) แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

คณะกรรมการได้กำหนดแผนงานโดยรายละเอียดของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ และกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบล ดังต่อไปนี้

- (1) โครงการควบคุมความดันโลหิต/เบาหวาน
 - รณรงค์สร้าง ความรู้/ความตระหนักกลุ่มที่เกี่ยวข้อง
 - รณรงค์ค้นหา อายุ 40ปีขึ้นไป/ภาวะเสี่ยง
 - เยี่ยมบ้านโดย อสม.และแกนนำสุขภาพในครัวเรือน
- (2) โครงการลดภาวะเสี่ยงสารเคมีในร่างกาย
 - สืบราชข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
 - ตรวจหาสารเคมีในร่างกาย
 - ให้ความรู้และสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังการใช้สารเคมีที่ถูกต้อง
- (3) โครงการแพทย์แผนไทย แก้ไขปัญหาสุขภาพ
 - สร้างส่วนสมุนไพรในโรงเรียน ชุมชน วัดและสถานีนอนามัย
 - อบรมนักเรียนเรื่องการนวดคลายกล้ามเนื้อ
 - ปลุกผักสวนครัวรั้วกินได้ทุกครัวเรือน
- (4) โครงการตรวจสุขภาพประจำปี
 - สร้างสมุดบันทึกสุขภาพทุกคน
 - จัดแบ่งกลุ่มตามภาวะสุขภาพ
 - ให้ความรู้ตามภาวะเสี่ยง

- (5) โครงการครอบครัวมีสุขทุกช่วงวัย
 - อบรมความสัมพันธ์พ่อ-แม่-ลูก
 - มอบเกียรติบัตรครอบครัวตัวอย่าง
- (6) โครงการมหกรรมสร้างสุขภาพ
 - ส่งเสริมการออกกำลังกาย
- (7) โครงการอนามัยวัยเจริญพันธุ์
 - อบรมให้ความรู้เพศศึกษา/วางแผนครอบครัวในวัยเรียน

2.3 ข้อสังเกตของการจัดการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างองค์กรภาครัฐ องค์กรการบริหารส่วนตำบล และกองทุนสุขภาพชุมชน

1) การวิเคราะห์สถานะสุขภาพ

ในด้านการวิเคราะห์สถานะสุขภาพของตำบล มีความเห็นที่คล้ายคลึงกันต่อวิเคราะห์สถานการณสุขภาพ กล่าวคือ โรคที่ไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของประชากรทั้ง 4 ตำบล เช่น เบาหวาน ความดัน สารเคมีทางการเกษตรที่กระจายในโลหิต โรคหัวใจ มะเร็ง และยาเสพติด

สถานะสุขภาพดังกล่าวที่ได้รับความสำคัญ เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพของประชาชนใน 4 ตำบล และในชนบทเหตุอื่นๆ ที่มีเหตุให้เสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยและโรคที่ไม่ติดต่อดังกล่าวได้ เช่น พฤติกรรมและวัฒนธรรมการบริโภคที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค การประกอบอาชีพที่สัมผัสกับสารเคมีทางการเกษตร ตลอดจนถึงความรู้และเวลาในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองมีจำกัด

ความเห็นของแต่ละตำบลจึงนำไปสู่จุดที่ มองเห็นการจัดการกับงบประมาณการดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพฯ โดยนำมาใช้ในการส่งเสริมและป้องกันโรคต่างๆ เหล่านี้

แต่อย่างไรก็ตาม มีข้อที่ควรสังเกตจากการจัดเวทีตำบลในการวิเคราะห์สุขภาพของทั้งสี่ตำบลว่า มีลักษณะที่ไม่ค่อยให้ความสำคัญของข้อมูลสถานะสุขภาพที่มีอยู่ในพื้นที่ที่ได้จากสถานบริการการรักษายาบาลในชุมชน (โรงพยาบาล สถานีอนามัย) แต่ในเวทีการวิเคราะห์สุขภาพ ให้ความสำคัญต่อการวิเคราะห์โรค ความเจ็บป่วย และสถานะสุขภาพที่อาศัยความรู้สึกร่วมของผู้เข้าร่วมประชุมเป็นสำคัญ ซึ่งผลจากการจัดเวทีวิเคราะห์สถานะสุขภาพในลักษณะนี้ จึงส่งผลให้มีการกำหนดแผนงานโครงการของแต่ละตำบลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนในชุมชนตามความเห็นหรือข้อมูลสถานะสุขภาพที่ได้จากความรู้สึกร่วมส่วนใหญ่ของผู้เข้าร่วมประชุม

2) การจัดการด้านงบประมาณ

ด้วยลักษณะที่ถูกวางกรอบของการใช้งบประมาณในการดำเนินกิจกรรมที่ต่างกันอย่างอยู่แล้ว ระหว่างงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช.และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อใช้ในการส่งเสริมและป้องกันโรค สำหรับประชากรทุกคนในตำบล (สุขภาพถ้วนหน้า) ในขณะที่วัตถุประสงค์ของการดำเนินการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนเป็นการเน้นให้การสนับสนุนเป็นสวัสดิการแก่สมาชิก (สุขภาพไม่ถ้วนหน้า เฉพาะสมาชิก) ในเรื่อง เกิด เจ็บ และตาย (แก่ ทาง 4 ตำบลมีการวาดอนาคตจะดำเนินการกองทุนสวัสดิการชุมชนให้ครอบคลุมการให้สวัสดิการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น พยายามหาแนวทางการดำเนินการจัดตั้ง บำนาญภาคประชาชน)

การวางกรอบในการส่งเสริมที่ต่างกันไป ทำให้การจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมจึงมีข้อตกลงให้แยกขาดจากกันเป็นสองกลุ่มงบประมาณ (สองบัญชี) ที่ไม่เข้ามาปะปนกัน

นอกจากนี้ สาเหตุความแตกต่างในประการต่อมาก็คือ การครอบคลุมกลุ่มประชากรในการให้บริการในสองกองทุน มีความแตกต่างอย่างชัดเจนในด้านจำนวนสมาชิก กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนในแต่ละตำบล สปสช.และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละตำบลได้จัดสรรให้กับประชาชนทุกคนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านที่อยู่ในเขตตำบลนั้นๆ (ถ้วนหน้า) ในขณะที่งบประมาณของกองทุนสวัสดิการชุมชนแต่ละตำบล มีที่มาของงบประมาณจากความสมัครใจของประชาชนที่จะเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการชุมชน ซึ่งจำนวนสมาชิกของกองทุนสวัสดิการชุมชนยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรทั้งหมดในตำบลได้ (ไม่ถ้วนหน้า)

ดังนั้น กองทุนในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน จึงมีความสะดวกในการดำเนินการต่อประชาชนทั้งหมดในตำบล แต่ในขณะที่กองทุนสวัสดิการจะสามารถดำเนินการให้บริการแต่เฉพาะสมาชิกเท่านั้น

ในอนาคตต่อไป ใน 4 ตำบลเห็นร่วมและพยายามที่จะประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ในตำบลให้เข้ามาร่วมเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลให้มากที่สุดจนถึงครบทุกคนในตำบลให้ได้ แต่ยังมีปัญหาความไม่เข้าใจของประชาชนส่วนหนึ่ง ที่ยังไม่มั่นใจต่อการจัดสรรหรือได้รับสวัสดิการจากกองทุนยามเมื่อตนถึงจังหวะที่ต้องเรียกร้องขอสวัสดิการดังกล่าว หากเงินกองทุนถูกใช้ไปหมดก่อนหน้านั้น เนื่องจากมีสมาชิกมาขอสวัสดิการมาก เช่น การเกิดโรคระบาด ประกอบกับบางส่วนยังไม่เห็นความสำคัญและยังติดวัณธรรมรอให้ประสบความสำเร็จก่อนจึงจะเข้าร่วม แต่หากเป็นในแนวทางที่สามารถดึงประชาชนให้เป็นสมาชิกได้เป็นส่วนใหญ่ พื้นที่ก็เห็นว่า ต่อไปอาจจะสามารถรวมหรือบูรณาการกองทุนทั้งสองกองทุนเข้าด้วยกัน

แต่อย่างไรก็ตาม ณ ปัจจุบันที่ยังไม่สามารถดำเนินการบูรณาการกองทุนรวมกันได้ แต่ในแต่ละสองกองทุนก็จะทำงานส่งเสริมซึ่งกันและกัน ซึ่งอยู่ในรูปของการมีส่วนร่วมในการดำเนินการของกลุ่มผู้ทำงานสองกลุ่มดังกล่าวที่จะต้องมีกลไกในการทำงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหนุนเสริมระหว่างกัน โดยจะกล่าวต่อไปถึงรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

3) ระบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

แต่ละตำบลมีพลังและจุดแข็งในการขับเคลื่อนการสร้างการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพฯ ที่แตกต่างกัน ตำบลบ้านป็นถูกขับเคลื่อนโดย อบต.บ้านป็น ตำบลบ้านด้าถูกขับเคลื่อนระหว่างสมาชิกศูนย์รวมน้ำใจและเทศบาลตำบลบ้านด้าร่วมกัน ตำบลหนองหล่มถูกขับเคลื่อนโดย อบต.หนองหล่ม และตำบลคือเวียงถูกขับเคลื่อนโดยกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลคือเวียง ในการผลักดันการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพเป็นหลัก

อย่างไรก็ตาม สามตำบล คือ ตำบลบ้านป็น ตำบลบ้านด้า และตำบลหนองหล่มได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารในระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลแล้ว โดยยึดถือตามคู่มือในการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพฯ ก่อนหน้าที่จะมีการจัดเวทีของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ในขณะที่ตำบลคือเวียงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารในระบบหลักประกันสุขภาพจากการจัดเวทีอย่างมีส่วนร่วม แต่อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการบริหารที่เกิดขึ้นจากการจัดเวทีดังกล่าว ที่ประชุมในเวทีก็ยังคงมอบความสำคัญให้กับตำแหน่งคณะกรรมการที่ยึดถือตามคู่มือการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพฯ เช่นกัน

เงื่อนไขดังกล่าว เป็นผลให้เวทีในการจัดทำรูปแบบการมีส่วนร่วมอาจแตกต่างกันไปในรายละเอียดบ้าง เช่น จะเห็นได้ว่า

(1) ตำบลบ้านป็นมีความเห็นร่วมกันในเบื้องต้นที่จะมีการจัดตั้งคณะกรรมการสองชุดเท่านั้น คือ คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพฯ ซึ่งก็จะดูแลบริหารและดำเนินการงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช.และ อบต. ในขณะที่สวัสดิการชุมชนก็จะมีคณะกรรมการดำเนินงานกองทุนสวัสดิการชุมชนอีกชุดหนึ่ง ซึ่งทำหน้าที่ต่างหากตามเป้าหมายของกองทุน

แต่อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการสองชุดมีความเห็นร่วมกันว่าจะทำงานหนุนเสริมและเอื้อซึ่งกันและกัน แต่ปัญหาคือ ยังไม่พบกลไกที่เป็นรูปธรรมสำหรับการเชื่อมประสานหรือหนุนเสริมการทำงานของคณะกรรมการทั้งสองชุดนี้ได้ นอกจากการมีคณะทำงานในระดับหมู่บ้านของตำบลบ้านป็น ที่จะเป็นแกนนำและรับมอบนโยบายและการดำเนินการต่างๆ จากคณะกรรมการทั้งสองชุดไปปฏิบัติในพื้นที่

อนึ่ง ในทางจัดการกับปัญหาดังกล่าว ปลัด อบต.บ้านป็นปรารภในการแสวงหากลไกเชื่อมประสานในเบื้องต้นว่า อาจยกให้ อบต.เป็นคณะกรรมการบูรณาการบริหารงานระบบหลักประกันสุขภาพฯ และกองทุนสวัสดิการชุมชนเป็นกลไกในการเชื่อมประสาน

(2) ตำบลบ้านด้าและตำบลหนองหล่มมีลักษณะโครงสร้างการทำงานอย่างมีส่วนร่วมที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ชุดของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพฯ ทำหน้าที่บริหารจัดการและดูแลนโยบายในการส่งเสริมและป้องกันโรค ในขณะที่คณะกรรมการอีกชุดหนึ่งถูกตั้งขึ้นเพื่อดำเนินงานทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพและกองทุนสวัสดิการชุมชนแบบบูรณาการ แต่อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการดำเนินการทั้งสองกองทุนนี้ จะต้องเสนอแผนงานและโครงการส่วนของการส่งเสริมและป้องกันโรคต่อคณะกรรมการบริหารฯ ในขณะที่การดำเนินการสวัสดิการชุมชน คณะกรรมการดำเนินการสามารถดำเนินการไปได้โดยอิสระ แต่ทั้งนี้เป็นที่ตกลงรับรู้ร่วมกันว่า จะทำงานประสานและหนุนเสริมการทำงานของระบบหลักประกันสุขภาพ โดยใช้เป็นเวทีรวมในการจัดทำแผนทั้งส่งเสริมป้องกันโรคกับสวัสดิการชุมชน

(3) ตำบลคือเวียง มีลักษณะโครงสร้างที่คณะกรรมการชุดใหญ่ คือ คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพเกิดมาจากการเลือกสรรจากที่ประชุมที่มีส่วนร่วมระหว่างตัวแทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและตัวแทนของคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชนเดิม จึงทำให้คณะกรรมการชุดที่ถูกเลือกสรรขึ้น ถูกยกระดับจากความเห็นร่วมกันให้เป็นคณะกรรมการบริหารที่ดูแลและบริหารจัดการด้านส่งเสริมป้องกันโรคกับสวัสดิการชุมชน ในขณะที่ในระดับรองลงมา ได้แตกเป็นคณะกรรมการสองชุด ซึ่งเป็นชุดเล็ก คือ คณะกรรมการดำเนินงานในระบบหลักประกันสุขภาพฯ กับคณะกรรมการดำเนินงานกองทุนสวัสดิการชุมชน จะทำหน้าที่ในการกำหนดแผนงาน โครงการ กิจกรรมในแต่ละด้านที่รับผิดชอบและเสนอขอความเห็นชอบและขออนุมัติจากคณะกรรมการชุดใหญ่

กรณีศึกษาที่ 3 กองทุนสุขภาพตำบลบุงคล้า ตำบลบุงคล้า อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

3.1 ทูทางสังคมของพื้นที่ : กองทุนสุขภาพชุมชนตำบลบุงคล้า

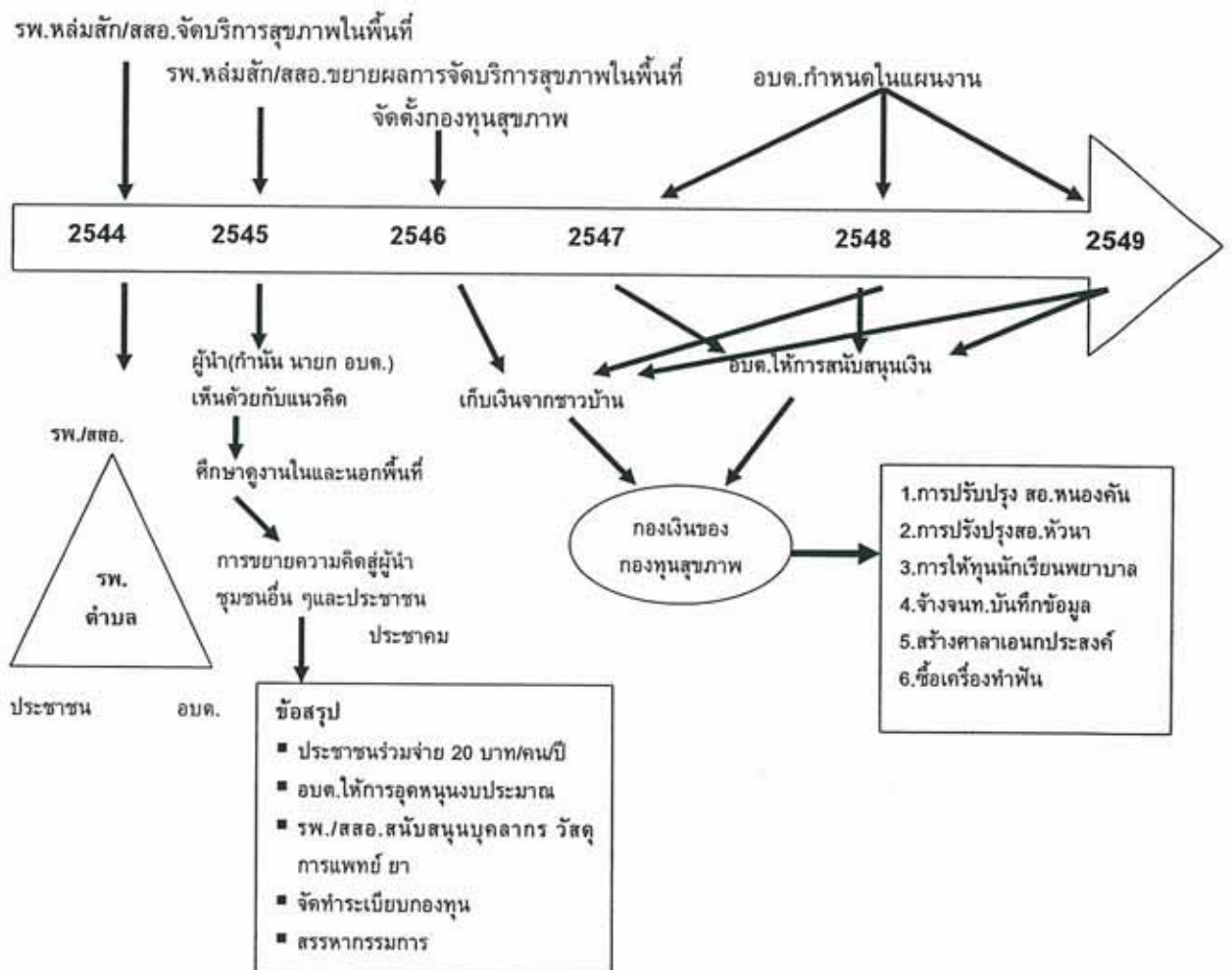
กองทุนสุขภาพตำบลบุงคล้า อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ หรือที่เรียกกันว่า "โรงพยาบาล 2 บาท" เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นในปี 2546 กองทุนฯแห่งนี้มีกระบวนการพัฒนาที่สะท้อนถึง วิวัฒนาการของกองทุนฯ ปรัชญาความเชื่อของกองทุนฯ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ คนที่เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการ และวิธีการพัฒนาตลอดกระบวนการ ดังต่อไปนี้

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ
องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

3.1.1 วิวัฒนาการของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลนับตั้งแต่เริ่มต้นคิดที่จะมีกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้าจนกระทั่งสามารถดำเนินการก่อตั้งได้สำเร็จ ชี้ให้เห็นว่า กองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้านั้นเป็นกองทุนที่เกิดขึ้นจากกระบวนการขยายผลในการให้บริการสุขภาพ ของสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ที่มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการให้บริการ ได้แก่ โรงพยาบาลหล่มสักในฐานะเป็นหน่วยคู่สัญญา(CUP) และสถานอนามัยในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสักในฐานะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ที่มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการจัดการด้านสุขภาพในพื้นที่ร่วมกัน กองทุนฯ ดังกล่าวนี้นี้ ถือได้ว่าเป็นเงื่อนไขพิเศษของการให้บริการสุขภาพ สามารถแสดงให้เห็นภาพเชิงวิวัฒนาการได้ทั้งภาพและรายละเอียด ดังนี้

แผนภูมิที่ 3.11 แสดงกระบวนการพัฒนาของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า



โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ
องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

1) ระยะเริ่มต้นแนวคิด

ในปี 2544-45 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นแนวคิดและเปลี่ยนผ่านของการมีระบบหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน ในฐานะที่โรงพยาบาลหล่มสักเป็นหน่วยคู่สัญญา (CUP) ในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ จึงได้ร่วมทำงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก ซึ่งได้มีการยกฐานะให้สถานื่อนามัยเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) ทั้งนี้โดยอาศัยแนวคิด สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา³ มาเป็นฐานในการสร้างการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ร่วมกันของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อำเภอหล่มสัก ได้แก่ สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ (โรงพยาบาลหล่มสักและสถานื่อนามัยที่อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) และภาคประชาชน โดยในปี 2544 ได้ทำการนำร่องในพื้นที่นำร่อง 4 ตำบล ได้แก่ บ้านตัว ทำอัญญ บ้านกลาง และลานป่า และในปี 2545 อีก 1 ตำบล คือ ปากช่อง ทั้งนี้สามารถดำเนินการตั้งเป็นกองทุนสุขภาพตำบล ให้ชาวบ้านในพื้นที่เข้าร่วมจ่ายเงินในฐานะเป็นสมาชิกของกองทุนฯ อบต.ร่วมให้เงินอุดหนุนจำนวนหนึ่ง และในส่วนของโรงพยาบาลหล่มสัก ก็จะส่งพยาบาลมาประจำในพื้นที่และให้การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ รวมถึงเครื่องมือทางการแพทย์และอื่นๆ โดยใช้สถานื่อนามัยที่มีในพื้นที่เป็นสถานที่ให้บริการ และได้เรียกชื่อสถานื่อนามัยใหม่ว่าเป็น “โรงพยาบาลตำบล” ซึ่งในขณะนั้นในพื้นที่ตำบลบึงคล้าที่มีสถานื่อนามัย 2 แห่ง ยังไม่ได้รับการยกฐานะเหมือนเช่นพื้นที่อื่น

จากการดำเนินการในพื้นที่นำร่อง พบว่าได้มีการถ่ายโอนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในรายที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยซับซ้อนและไม่มีโรคอื่นแทรก ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลตำบลแทน ทำให้จำนวนผู้ป่วยของโรงพยาบาลหล่มสักลดลงอย่างเห็นชัดเจน ภาพรวมของอำเภอหล่มสักปี 2545 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมากถึง 691 ราย สามารถลดลงเหลือ 106 ราย ในปี 2546 (64.42 ต่อแสนประชากร) และในปี 2547 พบผู้ป่วยยังไม่เกินค่ามาตรฐาน (50: แสนประชากร) และในการประเมินผลในเบื้องต้นนั้น ประชาชนโดยส่วนมากรู้สึกพอใจกับการได้รับบริการในพื้นที่ตำบลของตนเอง จึงได้มีแนวคิดที่จะขยายผลให้เต็มพื้นที่⁴

ในระหว่างปี 2544-45 ที่กำลังดำเนินการนำร่องนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสักและหัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสักได้เข้ามาพูดคุยและปรารภกับผู้นำชุมชน (กำนัน) ถึงปัญหาของโรงพยาบาลและแนวทางในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ตำบลบึงคล้าร่วมกันระหว่างองค์กรชุมชนและสถานบริการสุขภาพในฐานะเป็นองค์กรที่

³ เป็นกลไกขับเคลื่อนภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ดังเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพ

⁴ พงศ์พิชญ์ วงศ์มณี เกสร วงศ์มณี และคณะ. โครงการโรงพยาบาลตำบล 2 บาทร่วมลงขัน สร้างสรรค์โรงพยาบาลตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์(เอกสารอัดสำเนา).

รับผิดชอบพื้นที่และต่างก็มีประชาชนเป็นกลุ่มเป้าหมายของการดูแลที่เป็นคนๆ เดียวกัน ซึ่งได้มีการยกตัวอย่างพื้นที่ที่ดำเนินการอยู่ในขณะนั้นให้ทราบด้วย ซึ่งผู้นำชุมชน (กำนัน) ได้คิดเห็นสอดคล้องกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสักและหัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก และได้มีแนวคิดที่จะขยายผลความคิดนี้สู่ประชาชนในพื้นที่ แต่ยังไม่ได้มีการดำเนินการแต่อย่างใด

2) เริ่มขยายผล

ในกลางปี 2545 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสักได้เรียกประชุมเพื่อปรึกษาหารือกับพื้นที่ตำบลบึงน้ำเต้าเพื่อขยายผลในเรื่องกองทุนสุขภาพตำบล เมื่อทางตำบลบึงคล้าทราบเรื่องจึงได้ขอเข้าร่วมประชุมด้วย ในครั้งนั้นได้มีผู้นำชุมชนในตำบลบึงคล้าเข้าร่วมประชุมด้วยหลายคน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. และ นายก อบต.

ผลจากการเข้าร่วมประชุมครั้งนั้นทำให้ผู้นำชุมชนของตำบลบึงคล้าต่างมองเห็นร่วมกันว่า พื้นที่ตำบลบึงคล้าน่าจะดำเนินการได้ ซึ่งได้นำมาสู่การประชุมในพื้นที่ของตนเองในเวลาต่อมา โดยมีการเรียกผู้นำครอบครัว ผู้นำกลุ่ม ผู้นำหมู่บ้าน อสม. เข้ามารับฟังแนวคิดกองทุนสุขภาพตำบล ทั้งนี้โดยมีการคาดหวังว่าเมื่อกลุ่มผู้นำเหล่านี้เข้าใจแนวคิดแล้ว น่าจะเป็นบุคคลที่มีส่วนช่วยให้เกิดการขยายผลในเชิงความคิดต่อประชาชนในหมู่บ้านของตนเองได้

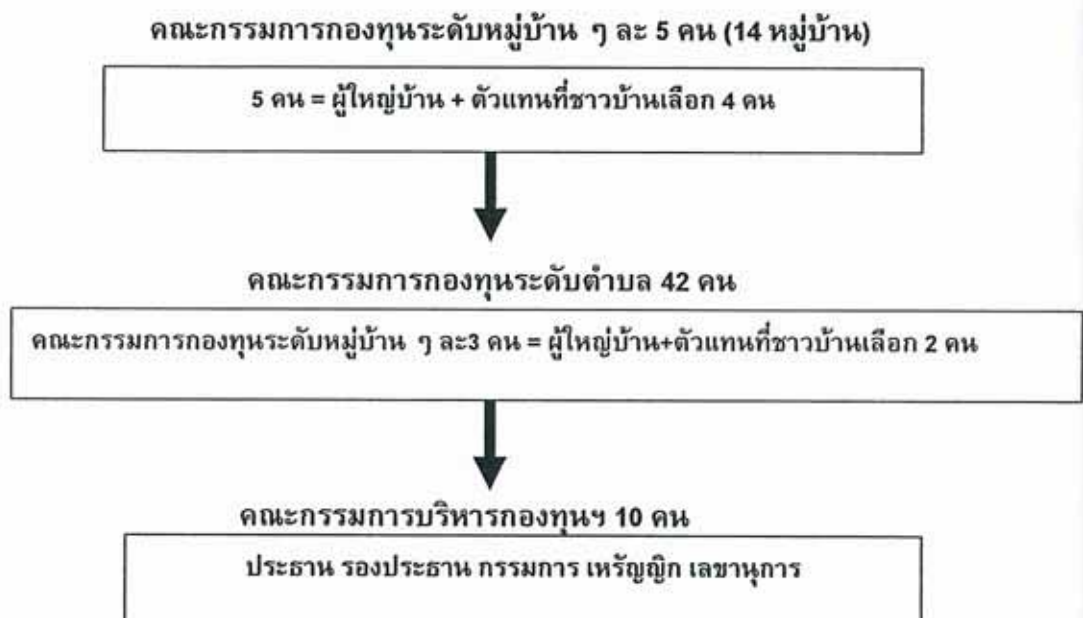
อย่างไรก็ตาม ในปี 2544 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก ได้มีการพากลุ่มผู้นำจากตำบลต่างๆ ไปศึกษาดูงานที่ตำบลน้ำพองและโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นการกระตุ้นความคิดและเห็นรูปธรรมของการดูแลสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้นจริงมาแล้ว ทำให้นำไปสู่การทำประชาคมชาวบ้าน 2 ครั้ง ครอบคลุมพื้นที่ 12 หมู่บ้าน อีก 2 หมู่บ้านไม่ได้มาร่วมประชาคมเพราะเป็นพื้นที่ที่อยู่ไกล แต่ได้มีการมอบหมายให้ผู้ใหญ่บ้านไปประชุมร่วมกับชาวบ้านทั้ง 2 หมู่บ้านเพื่อรับฟังความคิดเห็นและหาข้อสรุป ซึ่งผลจากการดำเนินการก็เป็นที่น่าพอใจ ชาวบ้านโดยส่วนมากเห็นด้วย แต่ก็มีบางส่วนที่ไม่เห็นด้วย เช่น กลุ่มข้าราชการ คนที่มีฐานะดี กลุ่มที่มีประกันสังคม แต่คนเหล่านั้นก็ไม่คัดค้านที่จะให้มีการดำเนินการ เพราะต่างมองเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

3) จัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า ในนาม “โรงพยาบาล 2 บาท”

เมื่อได้ข้อสรุปว่าในพื้นที่ตำบลบึงคล้าต้องแยกตั้งเป็นกองทุนสุขภาพของตนเอง จึงได้มีจัดทำร่างระเบียบกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้าขึ้นมาในเดือนเมษายน 2546 โดยมีคณะบุคคลร่วมจัดทำร่าง ๙ คือ กรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และ อบต.

เมื่อจัดทำระเบียบกองทุนสุขภาพเรียบร้อยแล้ว ได้มีการดำเนินการประกาศจัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพ โดยมีคณะกรรมการกองทุนที่เป็นตัวแทนของแต่ละหมู่บ้านที่ชาวบ้านเลือกมาหมู่บ้านละ 4 คน รวมผู้ใหญ่บ้านเป็น 5 คน เป็นคณะกรรมการกองทุนหมู่บ้าน นอกจากนี้ได้มีการเลือกตัวแทนจากคณะกรรมการกองทุนหมู่บ้านละ 3 คน เข้ามาเป็นคณะกรรมการกองทุนระดับตำบล โดยให้ผู้ใหญ่บ้านเป็นตัวแทนจากแต่ละหมู่บ้านด้วย รวมมีคณะกรรมการกองทุนระดับตำบลทั้งสิ้น 42 คน และให้มีการเลือกคณะกรรมการบริหารกองทุนจำนวน 10 คนจากคณะกรรมการกองทุนระดับตำบล ดังแสดงเป็นภาพ ดังนี้

แผนภูมิที่ 3.12 โครงสร้างการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า



3.1.2 ปรัชญาความเชื่อของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า

จากวิวัฒนาการของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า จำแนกเป็น 3 ยุคของกระบวนการพัฒนา ได้แก่ การเริ่มคิด การเริ่มดำเนินการ และเรื่อยมาถึงการจัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพ ได้ชี้ให้เห็นว่า ฐานคิดของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า เป็นฐานคิดที่เกิดจากกระบวนการทำให้ผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ในฐานะเป็นหุ้นส่วนการดูแลร่วมกัน ซึ่งเป็นภาพของการเห็นของจริงและการเห็นประโยชน์ และการเห็นศักยภาพตนเอง รายละเอียดดังนี้

1) การเห็นของจริงและการเห็นประโยชน์

• เห็นของจริง

ในปี 2544-45 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นและเปลี่ยนผ่านของการมีระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสักและหัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบพื้นที่ในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่อำเภอหล่มสัก ได้นำแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา⁵ มาเป็นฐานในการสร้างการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ร่วมกันของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อำเภอหล่มสัก ได้แก่ สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ (โรงพยาบาลหล่มสักและสถานอนามัยที่อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน โดยทำการนาร่องในการจัดบริการสุขภาพดังกล่าวใน 4 ตำบลคือ จี๊วงาม วังมน บ้านดัว และบ้านกลาง ซึ่งมีได้ปรับเปลี่ยนการทำงานของสถานอนามัย 6 แห่งให้มีฐานะเทียบเคียงกับโรงพยาบาล และเรียกชื่อเป็นการภายในว่าเป็น “โรงพยาบาลตำบล” โดยเชื่อว่า หากมีการยกฐานะเป็นดังที่กล่าวแล้วจะทำให้ขีดความสามารถในการรักษาประชาชนที่เจ็บป่วยมีมากขึ้น

จากการวิเคราะห์แนวคิดของโรงพยาบาลตำบลที่เกิดขึ้นนั้นมีเป้าหมายหลักเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลรักษาการเจ็บป่วย โดยคาดหวังว่าประชาชนจะได้รับการดูแลรักษาในพื้นที่ มีบ้านเป็นเตียงในการรักษา ไม่ต้องเข้ามาที่โรงพยาบาลหล่มสัก เพราะมีเตียงที่จะรับการรักษาจำกัด ซึ่งแนวคิดดังกล่าวนี้เป็นการจัดการเพื่อตอบสนองต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีโรงพยาบาลหล่มสักในฐานะเป็นหน่วยคู่สัญญา (CUP) และมีสถานอนามัยเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ซึ่งนำไปเชื่อมโยงกับแนวคิดการมีส่วนร่วมตามหลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ดังนั้น จึงได้นำภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบลและภาคประชาชน เข้ามาร่วมเป็นหุ้นส่วนการดูแลสุขภาพด้วย ซึ่งได้มีการวิเคราะห์ถึงผลการดำเนินการที่เกิดขึ้นใน 4 ตำบลนั้นว่า เป็นแนวทางที่ดีและเหมาะสม และนำไปสู่แนวคิดการขยายผลให้เต็มพื้นที่ในปี 2546⁶

มีการกำหนดพื้นที่ขยายผลในปี 2546 โดยโรงพยาบาลหล่มสักและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก ซึ่งได้รวมเอาพื้นที่ตำบลบึงคล้าเป็นพื้นที่เป้าหมายด้วย แต่ให้รวมกับพื้นที่ตำบลบึงน้ำเต้า ด้วยมองเห็นว่า อบต.บึงคล้า ในฐานะเป็นองค์กรท้องถิ่นที่รับผิดชอบดูแลพื้นที่นั้นยังเป็น อบต.ขนาดเล็ก ซึ่งเกรงว่าจะมีปัญหาด้านเงินงบประมาณที่จะให้การอุดหนุนกองทุนสุขภาพ เมื่อกำหนดพื้นที่ขยายผลแล้วได้เชิญผู้นำชุมชน กำหนด

⁵ เป็นกลไกขับเคลื่อนภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ดังเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพ

⁶ พงศ์พิชญ์ วงศ์มณี เกสร วงศ์มณี และคณะ. โครงการโรงพยาบาลตำบล 2 บาทร่วมลงขัน สร้างสรรค์โรงพยาบาลตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์(เอกสารอัดสำเนา).

ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือเพื่อทำความเข้าใจแนวคิดกองทุนสุขภาพตำบล โดยสะท้อนให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ การลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล การไม่เสียเวลาและการที่จะทำให้เกิดการดูแลถึงบ้าน ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมเห็นด้วยกับแนวคิดดังกล่าว และเพื่อต่อยอดให้เห็นภาพแนวคิดมากขึ้น จึงได้มีการกำหนดให้มีการศึกษาดูงานในพื้นที่ที่มีการนำร่องแล้ว และรวมถึงการดำเนินการในการร่วมจัดบริการสุขภาพนอกพื้นที่อำเภอหล่มสักด้วย ซึ่งได้มีการมาศึกษาดูงานของ อบต.น้ำพอง อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น

จากการวิเคราะห์การสรุปบทเรียนของนายก อบต.บึงคล้า ที่ได้เข้าร่วมประชุมและศึกษาดูงาน ชี้ให้เห็นว่า ในกลุ่มผู้นำชุมชนของตำบลบึงคล้าที่เข้าร่วมประชุมและศึกษาดูงานนั้น เห็นว่าเป็นแนวคิดที่ดี และน่าจะเป็นประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่ของตนเอง จึงได้มีแนวคิดที่จะทำประชาคมหมู่บ้านเพื่อให้ประชาชนได้เข้าใจแนวคิดและหาข้อสรุปว่าจะดำเนินการหรือไม่อย่างไรในการมีกองทุนสุขภาพตำบล

• เห็นประโยชน์

เมื่อผู้นำชุมชนมีแนวคิดว่างกองทุนสุขภาพตำบลน่าจะเกิดผลดีต่อประชาชน จึงได้มีการนำแนวคิดนี้ไปทำความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่ โดยมีการจัด “ประชาคม” หมู่บ้านทั้งนี้มีเป้าหมายคือ การทำความเข้าใจแนวคิดและการหาข้อสรุปที่จะดำเนินการหรือไม่อย่างไรในพื้นที่

การทำประชาคมหมู่บ้านค่อย ๆ ทำไปที่ละหมู่บ้าน โดยมีกำนันและนายก อบต.เป็นแกนนำหลักและร่วมกับสมาชิก อบต. ผู้ใหญ่บ้านแต่ละหมู่บ้าน โดยในกระบวนการที่ดำเนินการนั้น ได้เล้าถึงแนวคิดของกองทุนสุขภาพว่ามีที่มาอย่างไร จะเกิดประโยชน์อย่างไรต่อประชาชนบ้าง ซึ่งประชาชนในพื้นที่ให้ความสนใจอย่างมาก

การทำความเข้าใจแนวคิดกองทุนสุขภาพตำบลโดยใช้การทำประชามชนั้น ทำให้ประชาชนมีความเข้าใจจากการบอกเล่าและซักถาม รวมถึงการให้ข้อคิดเห็น เช่น ในแง่ของประโยชน์แล้ว ประชาชนในพื้นที่เห็นด้วยกับแนวคิด แต่ในแง่ของการรวม 2 พื้นที่โดยให้มีโรงพยาบาลตำบลอยู่ที่ตำบลบึงน้ำเต้านั้น ประชาชนในพื้นที่ไม่เห็นด้วย เพราะก็ต้องเสียเวลาเดินทางไปตำบลบึงน้ำเต้า ซึ่งไม่แตกต่างจากการเดินทางไปโรงพยาบาลหล่มสักมากนัก ซึ่งได้มีการอภิปรายกันเพิ่มเติม และมีข้อเสนอว่า หากจะต้องทำก็ควรจะทำในพื้นที่ของตัวเอง แต่ถ้าหากจะไปทำในพื้นที่อื่นแต่เราพื้นที่ของตนเองไปร่วมนั้น ไม่น่าจะเกิดประโยชน์อย่างที่คาดไว้ได้ ห้ายที่สุดได้มีการโหวตลงคะแนนว่าจะเอาหรือไม่ อย่างไร และข้อสรุปที่ได้คือให้ตั้งเป็นกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้าแยกออกมาจากตำบลบึงน้ำเต้า ซึ่งทำให้ผู้เกี่ยวข้องต้องไปปรึกษาหารือกับโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยยกประเด็นจากประชาคม

ให้ทราบ และก็ได้อธิบายว่า บนฐานของการเกิดประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่แล้ว ให้มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้าได้ ซึ่งนำไปสู่การยกร่างกองทุนสุขภาพตำบลตามมา โดยศึกษาจากเอกสารการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลของตำบลอื่นๆ

อย่างไรก็ตามมีผู้ไม่เห็นด้วยในแง่ของประโยชน์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีสวัสดิการในการรักษาพยาบาลอยู่แล้ว เช่น ข้าราชการ ผู้ที่มีการประกันสังคม คนที่มีฐานะดี เป็นต้น แต่ก็ไม่ได้คัดค้านว่าจะไม่สนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบล เพราะต่างมองเห็นประโยชน์ของส่วนรวมร่วมกัน

3.1.3 คนที่เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการ

ทั้งนี้พบว่า ตลอดทั้งกระบวนการของการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า นั้น ได้มีคนที่เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการ ประกอบด้วย

1) สถานบริการสุขภาพในพื้นที่

ประกอบด้วยในส่วนของโรงพยาบาลหล่มสัก สถานีอนามัย 2 แห่งในพื้นที่ (บ้านหนองคัน บ้านห้วยนา) ที่อยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก ในทั้งสองส่วนนี้ได้เข้ามาเป็นผู้ผลักดันในเชิงนโยบายด้านสุขภาพของพื้นที่ โดยต้องการให้เกิดการขยายผลการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ของตนเอง ตามหลักการสามประสาน อันประกอบด้วย รพ. อบต.และประชาชน ที่ต้องมีความรับผิดชอบร่วมกันในการจัดการด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงพบว่า ทางโรงพยาบาล และ สสอ. ได้เข้ามากระตุ้นความคิดผู้นำชุมชน โดยเริ่มจากกำนัน ที่ทาง รพ.และ สสอ.เห็นว่าเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลทางความคิดต่อประชาชน และเป็นบุคคลที่มีแนวคิดก้าวหน้าในการพัฒนา รวมถึงในส่วนของนายก อบต.ด้วย

ผลของการเข้ามากระตุ้นความคิดดังกล่าวทำให้เกิดการมองเห็นประโยชน์ เพราะต่างก็ทราบและเป็นที่ประจักษ์มาโดยตลอดเลยว่า ประชาชนในพื้นที่มีความยากลำบากในการไปใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาล ทั้งเสียเงินทองและเสียเวลา และมีความยุ่งยากในการเดินทาง ต้องตื่นนอนตั้งแต่ตีสี่ และกว่าเสร็จสิ้นการตรวจรักษาและได้กลับบ้านก็เข้าช่วงบ่ายและค่ำ ด้วยเหตุผลนี้ทำให้เกิดการเห็นคล้อยตาม ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตต่อมา โดย สสอ.ได้เป็นเจ้าภาพในการจัดการให้มีการศึกษาดูงานในพื้นที่อื่นตามมาอีก ซึ่งยิ่งช่วยตอกย้ำให้เกิดวิถีคิดในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพดังที่ปรากฏในทุกวันนี้

2) องค์การบริหารส่วนตำบลบึงคล้า

ภารกิจหลักประการหนึ่งของ อบต. คือการจัดให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้เมื่อเกิดการกระตุ้นความคิดและถูกชี้ให้เห็นภารกิจดังที่กล่าวถึงแล้ว

อบต.จึงหาช่องทางของการใช้กลไกการเงินการคลังของตนเองในการสร้างบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่ขยายวงกว้างกว่าแต่ก่อนที่เคยทำมา ไม่ว่าจะเป็นการให้การสนับสนุนการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก เป็นต้น

โดยที่ผ่านมา อบต.มองเห็นว่า เมื่อประชาชนในพื้นที่เกิดการเจ็บป่วยก็จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหล่มสัก หากเป็นเล็กน้อยก็ขอรับการรักษาที่สถานีนอมาลัยที่อยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สิ่งที่เกิดขึ้นคือ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมีจำนวนมาก คุณภาพการดูแลค่อนข้างน้อย ในขณะที่ที่สถานีนอมาลัยก็ให้การรักษาเบื้องต้นเท่านั้น ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ที่มีความต้องการการดูแลเฉพาะ สามารถทำได้เล็กน้อยเท่านั้น เพราะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานีนอมาลัยซึ่งเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข มีความรู้ความสามารถในงานด้านการควบคุมโรคและป้องกันการแพร่กระจายเป็นหลัก จำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อย ไม่เพียงพอต่อปริมาณงานที่มีอยู่ซึ่งนับวันมีแต่จะเพิ่มมากขึ้น และในส่วนของ อบต.เองก็ไม่สามารถที่จะให้การสนับสนุนงบประมาณแก่สถานีนอมาลัยได้โดยตรง เพราะมีกฎข้อบังคับหรือกฎหมายบางข้อที่ไม่สามารถที่จะให้การสนับสนุนได้ เว้นแต่เป็นการทำประโยชน์เพื่อประชาชนโดยส่วนรวมที่ไม่ใช่หน่วยงานหรือองค์กรภาครัฐ ทำให้ที่ผ่านมา อบต.สามารถให้การสนับสนุนการทำงานของสถานีนอมาลัยได้แค่เพียงการจัดหาอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการควบคุมและป้องกันโรค เช่น การจัดหาทรายอะเบท การจัดหาเครื่องพ่นยาฆ่ายุง เป็นต้น เหล่านี้เป็นเงื่อนไขที่ทำให้ประชาชนขาดโอกาสที่จะได้รับการดูแลที่เหมาะสม

เมื่อ อบต.บุ่งคล้า เห็นช่องทางที่สามารถดำเนินการได้จากตัวอย่างของพื้นที่อื่นที่เห็นมา ทำให้มองเห็นความเป็นไปได้ในการทำในลักษณะของการบริการสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง อย่างไรก็ตามในฐานะที่ อบต.บุ่งคล้า ยังเป็นองค์กรท้องถิ่นขนาดเล็ก การกำหนดหน่วยงานขึ้นมารับผิดชอบโดยตรงนั้นยังไม่มีกำหนดไว้ในแผนงานของ อบต. แต่ในแง่ของการใช้กลไกการเงินการคลังที่มีอยู่ กลับทำให้ อบต.เห็นช่องทางในการให้การสนับสนุนแก่ภาคประชาชนในการนำไปสู่การจัดบริการสุขภาพได้ ดังนั้น อบต.จึงพบว่า อบต.ได้ให้การสนับสนุนให้เกิดกองทุนสุขภาพขึ้น

3) ประชาชนในพื้นที่

พบว่า ประชาชนในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในเชิงกระบวนการพัฒนามาโดยตลอด ตั้งร่วมตัดสินใจว่าจะให้มีการดำเนินการในพื้นที่หรือไม่ เมื่อมีการตัดสินใจดำเนินการตามแนวคิดแล้ว ประชาชนในพื้นที่ก็เลือกตัวแทนของตนเองเข้ามาเป็นผู้บริหารจัดการ โดยมีคณะกรรมการในระดับหมู่บ้าน คณะกรรมการระดับตำบล และรวมถึงในส่วนของคณะกรรมการบริหารกองทุนด้วย

3.1.4 การบริหารจัดการของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า

จากกระบวนการพัฒนาของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้าดังที่กล่าวถึงแล้ว ซึ่งให้เห็นวิสัยทัศน์หลักของกองทุนสุขภาพที่เกิดขึ้นในแต่ช่วง ผลที่เกิดขึ้น คนที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนกิจกรรมของกองทุนสุขภาพ ภายใต้การพัฒนาดังกล่าวได้แสดงให้เห็นการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพของกองทุนสุขภาพแห่งนี้ทั้งในส่วนของ การบริหารการเงิน โครงสร้างของกองทุน กระบวนการจัดการ ตลอดจนการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของกองทุน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การบริหารการเงินของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า

1.1) ที่มาของเงินของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ที่มาของเงินของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้ามาจาก 2 ส่วนคือ

(1) การร่วมสมทบของชาวบ้านหรือ “การลงขัน” เพื่อก่อตั้งเป็นกองทุนสุขภาพ ทั้งนี้มีการกำหนดการร่วมลงขันของประชาชนในการร่วมก่อตั้งกองทุนฯ โดยคิด 2 บาทต่อคนต่อเดือน แต่เนื่องจากในการเก็บเงิน มีปัญหาในการทอนเงิน จึงคิดเป็น 20 บาทต่อคนต่อปี

(2) การกิจที่ต้องทำและรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลและสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ ทั้งนี้พบว่า จากการเปลี่ยนแปลงการปกครองส่วนท้องถิ่นและการจัดการให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ ทำให้หน่วยงาน 2 ส่วนมีการกิจที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ได้แก่

- องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดยมีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนในพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นว่า อบต.ในฐานะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีการกิจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ อบต.บึงคล้ามองเห็นและกำหนดเป็นแนวนโยบายในการจัดการด้านสุขภาพมาโดยตลอด อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดของ อบต.ในแง่ของหน่วยงานและบุคลากรของ อบต.เอง ทำให้สามารถจัดการด้านสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง ที่ผ่านมา อบต.บึงคล้า มีการทำงานที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพคือ ดำเนินการด้วยศักยภาพของ อบต. เช่น การก่อสร้างสนามกีฬา การอุดหนุนให้ประชาชนป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ (จัดหาทรายอะเบทให้แก่ อสม. การจัดทำป้ายรณรงค์ต่างๆ) การส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกาย (อุดหนุนเครื่องเสียงในกิจกรรมเต้นแอโรบิก การจัดการแข่งขันกีฬาประจำปี) การจัดสวัสดิการต่างๆ ให้แก่ประชาชน (เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ-ผู้พิการ-โรคเอดส์) เป็นต้น และในอีกส่วนหนึ่งนั้น ได้อาศัยศักยภาพของสถานอนามัยในพื้นที่ เป็นกลไกหรือเครื่องมือในการจัดการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ โดยการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ต่างๆ เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชน

ผู้ที่เกิดการเจ็บป่วย การป้องกันและควบคุมโรค การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น ซึ่งที่ผ่านมานั้น อบต.ได้มองเห็นว่ามีการทำงานที่ทับซ้อนกันในส่วน และมีย่อจำกัดค่อนข้างมากในการอุดหนุนเงินในการจัดการด้านสุขภาพตามภารกิจของสถานีนามัย ทำให้คิดหาทางออกกว่าจะมีช่องทางให้เงินอุดหนุนการทำงานตามภารกิจของสถานีนามัยได้อย่างไร ซึ่งอาศัยช่องทางของกฎหมายทำให้มองเห็นว่า หากเป็นองค์กรชุมชนที่เป็นภาคประชาชน อบต.สามารถให้เงินอุดหนุนได้ ทำให้เกิดการคิดถึงกองทุนสุขภาพในฐานะเป็นทางออกของการจัดการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ นับตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา ที่ได้มีการก่อตั้งกองทุนสุขภาพขึ้น ในปีนั้น อบต.ยังไม่ได้กำหนดไว้ในแผนงาน จึงยังไม่สามารถให้เงินกับกองทุนได้ และได้เริ่มให้เงินแก่กองทุนในปี 2547 เป็นต้นมา

- สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ โดยมีโรงพยาบาลหล่มสัก และสถานีนามัยที่อยู่ในการดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก เป็นสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ที่มีบทบาทหน้าที่และต้องรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของประชาชน ในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในปี 2545 โรงพยาบาลหล่มสักในฐานะเป็นหน่วยคู่สัญญา(CUP) ได้เข้ามาร่วมทำงานกับสถานีนามัยในฐานะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU) ทำให้สถานีนามัยมีขีดความสามารถในการรักษาเบื้องต้นมากขึ้น เช่น การมีพยาบาลวิชาชีพเข้ามาประจำ เป็นต้น ทำให้ถ่ายโอนประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีการควบคุมน้ำตาลได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มารับการรักษาที่สถานีนามัย การเจ็บป่วยด้วยโรคเล็กน้อยๆก็สามารถทำได้ ในส่วนนี้สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ได้มีการเพิ่มงบประมาณเข้ามาในการจัดการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นการวางเม็ดเงินจำนวนหนึ่งเพื่อเข้าสู่การดูแลสุขภาพประชาชน

จากที่กล่าวมา ชี้ให้เห็นว่า ที่มาของเงินของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้านั้น มาจากส่วนของเงินสนับสนุนจากประชาชน และเงินอุดหนุนของ อบต.

1.2) รายจ่ายของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลชี้ให้เห็นว่า ภารกิจหลักของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้านั้น เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่โดยมีสถานีนามัยที่ต่อมาได้เรียกชื่อใหม่ว่าโรงพยาบาลตำบลบึงคล้าเป็นกลไกและเครื่องมือในการทำงาน

นับตั้งแต่ปี 2546 ที่มีการก่อตั้งกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า มีการใช้เงินของกองทุนฯในการอุดหนุนโรงพยาบาลตำบลบึงคล้า เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ ดังนี้

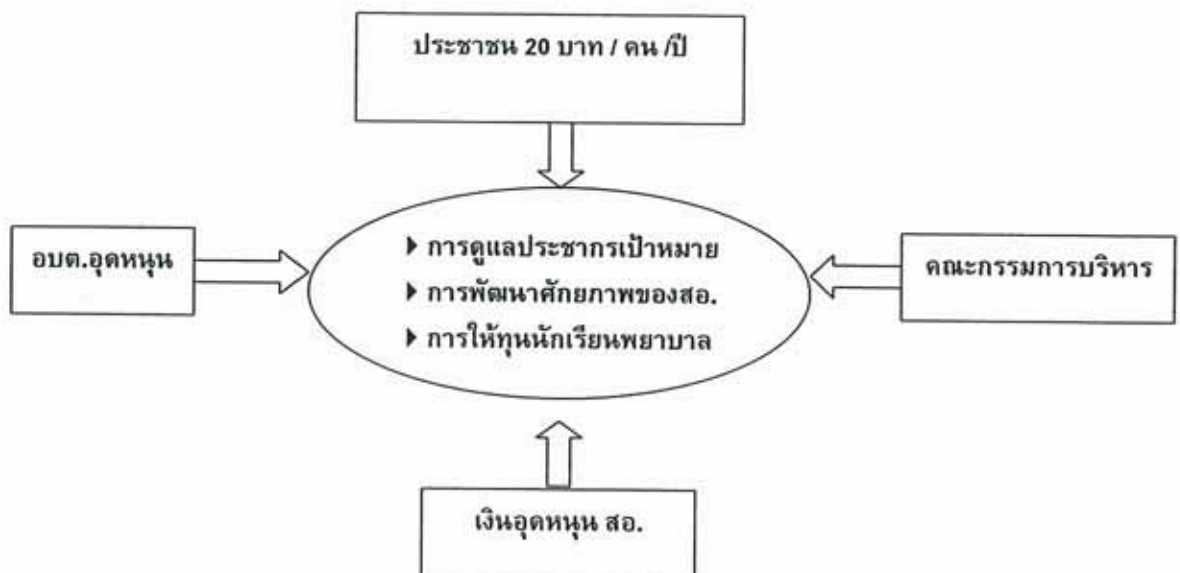
- การจ้างบุคลากร ทั้งนี้กองทุนได้อุดหนุนเงินให้แก่โรงพยาบาลตำบลบึงคล้าจ้างงานบุคลากรเพื่อมาปฏิบัติงานในการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพจำนวน 1 คน

- การก่อสร้างและต่อเติมอาคารของสถานอนามัย โดยที่ผ่านมามีได้อุดหนุนการก่อสร้างและต่อเติมชั้นล่างอาคารสถานี 2 แห่งคือ สถานีอนามัยหนองคันและสถานีอนามัยหัวนาในปี 2547 และ 2548 ตามลำดับ

1.3) การเงินและบัญชีของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า

จากการศึกษาและวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับบัญชีรายรับรายจ่ายของกองทุน พบว่า กองทุนมีบัญชีรายรับที่เป็นกองเงินของกองทุน โดยรวมเงินจากส่วนที่เก็บมาจากประชาชน 20 บาทต่อคนต่อปี และส่วนที่ได้รับการอุดหนุนจาก อบต. ดังแผนภูมิ 3.13

แผนภูมิที่ 3.13 โครงสร้างการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมในกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า



แผนภูมิที่ 3.14 แสดงระบบการเงินและบัญชีกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า



ทั้งนี้โดยมีฝ่ายเหรัญญิกของกองทุนฯ เป็นผู้รับผิดชอบในการฝาก-ถอน ตลอดจนทำบัญชีรายรับรายจ่าย ซึ่งจะมีการออกไปเสร็จรับเงินให้กับแต่ละหมู่บ้านที่เก็บรวบรวมเงินสนับสนุนมาให้และรายงานต่อคณะกรรมการกองทุนฯ เป็นประจำทุกเดือนถึงสถานะด้านการเงินของกองทุนฯ

2) โครงสร้างของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า

กองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า มีโครงสร้างการบริหารงานที่ปรากฏในระเบียบของกองทุนฯ ดังต่อไปนี้

2.1) ที่มาของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า

จากการศึกษา พบว่า คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า ประกอบด้วยคณะบุคคลต่างๆ ได้แก่ คณะกรรมการที่ปรึกษา คณะกรรมการกองทุนฯ ระดับหมู่บ้าน คณะกรรมการกองทุนฯ ระดับตำบล และคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ในแต่ละชุดของคณะกรรมการมีรายละเอียดดังนี้ (โปรดพิจารณา แผนภูมิที่ 3.12 ประกอบ หน้า 58)

- คณะกรรมการที่ปรึกษา เป็นบุคคลที่คณะกรรมการกองทุนฯ เชิญมาเป็นที่ปรึกษา ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ กำนัน นายก อบต. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก หัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขหล่มสัก เป็นต้น

- คณะกรรมการกองทุนฯ ระดับหมู่บ้าน โดยในแต่ละหมู่บ้านจะมีคณะกรรมการกองทุนฯ 1 ชุด ประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้านในฐานะเป็นคณะกรรมการโดยตำแหน่ง และบุคคลที่ชาวบ้านเลือกอีก 4 คน รวมเป็น 5 คน

- คณะกรรมการกองทุนระดับตำบล โดยได้มาจากหมู่บ้านละ 3 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้านและให้ชาวบ้านเลือกคณะกรรมการกองทุน ระดับหมู่บ้านที่มีอยู่อีก 2 คน รวมจาก 14 หมู่บ้านเป็น 42 คน

- คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ โดยให้คณะกรรมการกองทุนระดับตำบลเลือกตัวแทนจำนวน 10 คน ขึ้นมาเป็นคณะกรรมการบริหาร โดยกำหนดให้ดำรงตำแหน่งประธานกรรมการ 1 คน รองประธานกรรมการ 2 คน เภรัญญิก 1 คน ผู้ช่วยเธรัญญิก 1 คน ประชาสัมพันธ์ 1 คน และให้ปลัด อบต.บึงคล้าเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง ให้หัวหน้าสถานีอนามัยเป็นเลขานุการ และให้นักวิชาการสถานีอนามัยอีกท่านหนึ่งเป็นผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการบริหารกองทุนฯมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี ถ้ามีตำแหน่งหนึ่งตำแหน่งใดว่างลงไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ให้มีการเลือกบุคคลเพื่อดำรงตำแหน่งนั้นแทนภายใน 15 วัน และให้ดำรงตำแหน่งนั้นตามระยะเวลาที่เหลือ

2.2) บทบาทและความรับผิดชอบของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า

ทั้งนี้ ตามที่ปรากฏในระเบียบกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า นั้น ให้คณะกรรมการแต่ละชุด มีบทบาทและความรับผิดชอบ ดังตารางที่ 3.13

ตารางที่ 3.13 แสดงบทบาทและความรับผิดชอบของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า

คณะกรรมการ	บทบาทและความรับผิดชอบ
คณะกรรมการที่ปรึกษา	ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่คณะกรรมการกองทุนฯ
คณะกรรมการกองทุนระดับหมู่บ้าน	มีหน้าที่ในการเสนอปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ของตนเอง เก็บรวบรวมเงินสนับสนุนจากชาวบ้านนำส่งเธรัญญิกกองทุนฯ และประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านทราบความเป็นไปในด้านต่างๆของกองทุนฯ
คณะกรรมการกองทุนระดับตำบล	มีหน้าที่ในการพิจารณารูปแบบหรือกิจกรรมชุมชนที่กองทุนฯเห็นควรให้การอุดหนุน และติดตามและกำกับการทำงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ	มีหน้าที่ในการบริหารกองทุนฯให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ

3) กระบวนการจัดการของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า

จากการศึกษา พบว่า ในการบริหารจัดการของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้านั้น มีกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของกองทุนฯ ในประเด็นการประชุม คณะกรรมการและการใช้จ่ายเงินของกองทุนฯ ดังนี้

3.1) การประชุมของคณะกรรมการ

โดยคณะกรรมการแต่ละชุดที่กล่าวมาข้างต้น จะมีการประชุมของตนเอง ดังนี้

● คณะกรรมการกองทุน ระดับตำบล ให้มีการประชุมใหญ่ ปีละครั้ง

● คณะกรรมการบริหารกองทุน ฯ กำหนดให้มีการประชุมทุกเดือนหรือมากกว่าตามความจำเป็น ในการประชุมแต่ละครั้งจะมีการพิจารณาผลการดำเนินงานของกองทุนฯ ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ มีอุปสรรคหรือปัญหาในการดำเนินงานอย่างไรบ้าง มีการดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด ประชาชนมีความต้องการในเรื่องใดบ้างและจะมีแนวทางช่วยเหลืออย่างไร อะไรที่กองทุน ฯ ต้องทำ-ควรทำ และอะไรที่ต้องทำก่อน-หลัง การรับฟังข้อร้องเรียนจากประชาชน เป็นต้น

3.2) การใช้จ่ายเงินของกองทุนสุขภาพ

ทั้งนี้ได้มีการกำหนดไว้ว่า ให้ใช้จ่ายเงินของกองทุนฯ ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้

● ก่อสร้างหรือปรับปรุงต่อเติมโครงสร้างเดิมของสถานีนอนามัย ทั้ง 2 แห่ง

- ทุนการศึกษานักเรียนพยาบาล
- การจัดซื้อเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ ทางกายภาพที่จำเป็น
- ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับหรือเกี่ยวเนื่องกับการบริหารกองทุนฯ
- อื่นๆ

ในปี 2549-50 นี้ ได้มีการอนุมัติให้ก่อสร้างอาคารเอนกประสงค์ จัดซื้อชุดอุปกรณ์การรักษาโรคช่องปากและฟัน นอกจากนี้ อบต.บึงคล้า ยังมีแผนที่จะจัดหารถรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต โดย อบต.รับผิดชอบในการบริหารจัดการเองเพราะมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่แล้ว และไม่ต้องใช้งบประมาณส่วนนี้เป็นภาระกับกองทุนฯ เพราะเป็นงบประมาณที่ค่อนข้างมาก

4) การเข้าถึงกิจกรรมของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้าของกลุ่มเป้าหมาย

จากวัตถุประสงค์ของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า ที่ประกอบด้วย 1) เพื่อยกระดับสถานบริการสุขภาพสาธารณสุขจากศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นโรงพยาบาลตำบล 2) เพื่อให้บริการสาธารณสุขเทียบเท่ากับโรงพยาบาลอำเภอโดยอยู่ในกรอบของโรงพยาบาลตำบล 3) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่สะดวกและรวดเร็ว 4) เพื่อให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น และ 5) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในตำบลบึงคล้า สามารถวิเคราะห์และชี้ให้เห็นภารกิจของกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้าได้ว่า ประชาชนในพื้นที่ในฐานะเป็นกลุ่มเป้าหมายของกองทุนฯ สามารถเข้าถึงกิจกรรมการดูแลในภาวะต่างๆ ดังนี้

4.1) ได้รับการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย

พบว่า ในการเพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลตำบลบึงคล้า โดยการเพิ่มผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น การมียาที่ใช้ในการรักษาโรคมากขึ้น การมีอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น เหล่านี้ล้วนทำให้เพิ่มขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลได้มากกว่าที่เคยทำมา ไม่ว่าจะเป็น การวินิจฉัยและรักษาโรคเบื้องต้น การตรวจและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ไม่มีความซับซ้อน ซึ่งที่ผ่านมาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหล่มสักทั้งหมด เมื่อมีการยกฐานะเป็นโรงพยาบาลตำบลบึงคล้าแล้ว ทางโรงพยาบาลหล่มสักได้ถ่ายโอนผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่มีภูมิลำเนาในตำบลบึงคล้ามารับการรักษาที่นั่นแทน เป็นต้น ทั้งนี้จากการสังเกตพบว่า ได้มีผู้ป่วยหลายคนมาขอใช้บริการที่โรงพยาบาล ทั้งในการทำแผล ฉีดยา การมาขอคำปรึกษาในการปฏิบัติตัว

4.2) ได้รับการส่งต่อการรักษา

พบว่า ถึงแม้โรงพยาบาลตำบลบึงคล้าจะมีขีดความสามารถในการดูแลรักษามากขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังมีขีดจำกัดอยู่ เพราะบุคลากรที่ให้การรักษาผู้ป่วยนั้นมีความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพในระดับที่ให้การดูแลรักษาเบื้องต้นได้เท่านั้น ดังนั้นจึงพบว่ามีผู้ป่วยรายกรณีที่ได้รับการส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่สถานบริการสุขภาพที่มีศักยภาพมากกว่า เช่น ที่โรงพยาบาลหล่มสัก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เป็นต้น ดังเช่น ในกรณีของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชรายหนึ่ง ที่ได้รับการส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช จังหวัดขอนแก่น หรือผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงและไตวายรายหนึ่งจะได้รับการส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า ถึงแม้จะมีการยกฐานะสถานื่อนามัยเป็นโรงพยาบาลตำบลแล้วก็ตาม แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านกำลังคนดังที่กล่าว รวมถึงตัวผู้ป่วยเองที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อน ก็ได้รับการรักษาโดยการส่งต่อการรักษาเพื่อการรักษาที่เหมาะสม

4.3) ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ

พบว่า ในการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลตำบลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพนั้น เริ่มต้นเป็นไปตามนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่กระตุ้นให้ประชาชนออกกำลังกาย ทั้งนี้ได้มีการสนับสนุนให้กลุ่มแกนนำชุมชน เช่น อสม.ไปรับการอบรมการเดินแอโรบิก แล้วกลับมาเป็นแกนนำประชาชนในพื้นที่ของตนเองในการออกกำลังกาย ดังตัวอย่างของกลุ่มแอโรบิกหมู่ที่ 6 ที่พบว่าได้มีการรวมกลุ่มกันอย่างเหนียวแน่น ซึ่งส่งผลให้กลุ่มได้เข้าร่วมประกวดการเดินแอโรบิกและได้รับรางวัล ทั้งนี้โดยได้รับการสนับสนุนบางส่วนจาก อบต.และกองทุนฯ

นอกจากกลุ่มประชาชนทั่วไปดังที่กล่าวแล้ว ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง ยังได้มีการรวมกลุ่มกันที่โรงพยาบาล โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นแกนนำในการประยุกต์ใช้ไม้พองในการส่งเสริมการออกกำลังกายด้วย

4.4) ได้รับการป้องกันและควบคุมโรค

ปัญหาโรคติดต่อเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่โรงพยาบาลตำบลมุ่งคลำให้ความสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลปุงคล้านได้มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกเมื่อปีที่ผ่านมา แต่จากการรณรงค์ด้วยการหยอดทรายอะเบท การคว่ำภาชนะที่มีน้ำขัง การใช้ฝาปิดภาชนะกักเก็บน้ำ เป็นต้น ทำให้ในปีนี้ไม่มีการระบาดของโรค นอกจากนี้ยังพบว่าได้มีการอบรมอสม.ให้มีความรู้ในการสังเกตความผิดปกติต่างๆ เช่น การแพร่ระบาดของไข้หวัดนก โรคฉี่หนู การมีกองทุนเกลือไอโอดีน โดยให้อสม.จำหน่ายเกลือไอโอดีนให้แก่ครอบครัวในหมู่บ้านของตนเองในราคาทุน เป็นต้น เหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงกิจกรรมที่ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ได้อย่างชัดเจน

4.5) ได้รับการส่งเสริมอาชีพและรายได้

ทั้งนี้จากการที่มีกลุ่มอาชีพ กลุ่มแม่บ้าน ได้เรียนรู้และผลิตสินค้าที่ทำจากสมุนไพรในพื้นที่เพื่อการใช้เองในครอบครัว ซึ่งในระยะต่อมาได้มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์เหล่านั้นจนเป็นที่น่าพึงพอใจ และทางโรงพยาบาลได้ให้กลุ่มแม่บ้านเหล่านั้นนำผลิตภัณฑ์ของตนเองมาวางจำหน่าย รวมถึงการจัดให้มีการบำบัดด้วยวิธีพื้นบ้านในโรงพยาบาลโดยใช้

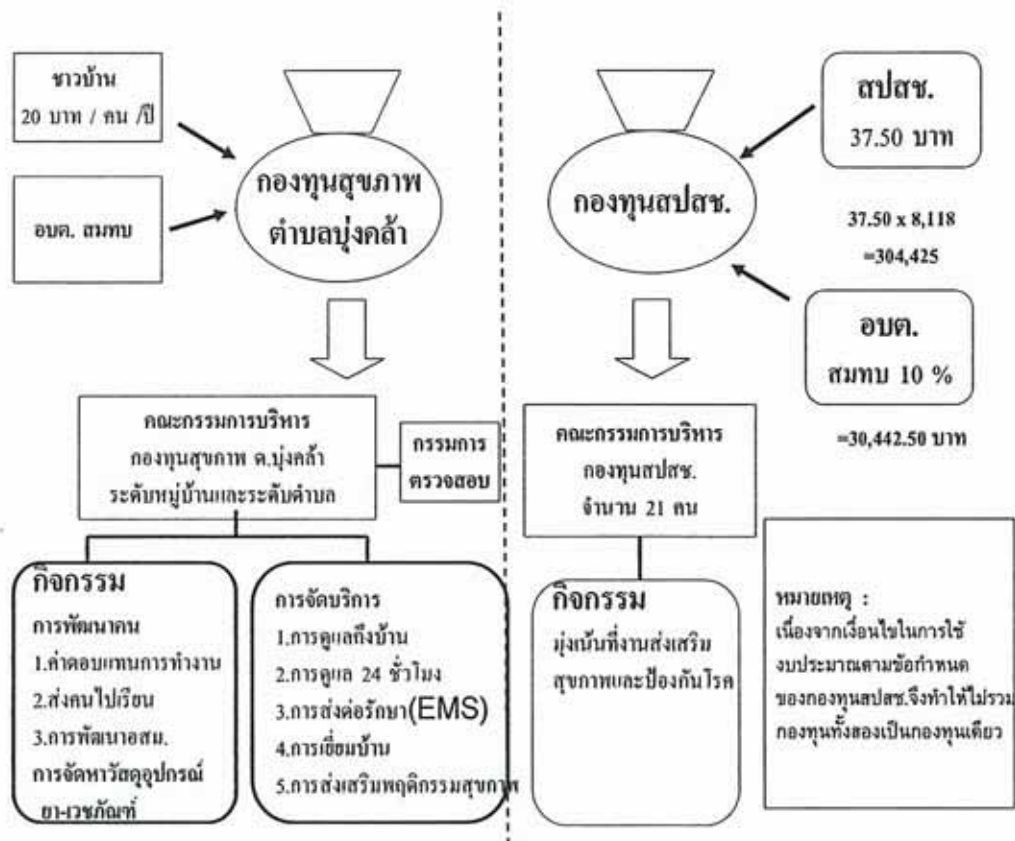
บุคลากรจากกลุ่มอาชีพ กลุ่มแม่บ้านที่ผ่านการอบรมมาแล้วเข้ามาให้การบำบัดและแบ่งรายได้กัน เช่น การนวด การประคบด้วยความร้อน เป็นต้น

3.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับตำบล การบริหารจัดการกองทุน และกระบวนการมีส่วนร่วมตำบลบึงคล้า จังหวัดเพชรบูรณ์

กองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า ได้พัฒนากองทุนและดำเนินการให้บริการด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค ด้านการบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องมาระยะเวลาหนึ่ง ประชาชนชาวตำบลบึงคล้าได้ร่วมแรงร่วมใจพัฒนาและเพิ่มศักยภาพให้แก่กองทุนดังกล่าว โดยร่วมลงขันบริจาค สมทบเข้ากองทุนคนละ 20 บาทต่อคนต่อปี นอกจากนี้ยังมีงบประมาณเพิ่มเติมจากองค์การบริหารส่วนตำบล เงินบริจาค และเงินอุดหนุนจากหน่วยงานอื่นๆ ทำให้กองทุนมีงบประมาณเพียงพอในการบริหารจัดการและดำเนินกิจกรรมการให้บริการชาวตำบลบึงคล้าได้อย่างทั่วถึง

และเมื่อองค์การบริหารส่วนตำบลบึงคล้าได้รับการพิจารณาเลือกเป็น อบต.นำร่อง ให้ได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลให้ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค ทาง อบต.บึงคล้าและคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า พิจารณาและเห็นชอบร่วมกันให้จัดตั้งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ แยกต่างหากจาก กองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในการจัดทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เฉพาะด้านการส่งเสริม และป้องกันโรคโดยตรง ซึ่งมีที่มาของงบประมาณกองทุนและการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเป็นไปตามคู่มือจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ดังรายละเอียดซึ่งจะกล่าวในส่วนถัดไป

แผนภูมิที่ 3.15 ตัวแบบการมีส่วนร่วมในกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพตำบลบึงคล้า จังหวัดเพชรบูรณ์



3.2.1 รูปแบบการบริหารจัดการ

อบต.บึงคล้าได้ ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นตามคู่มือระเบียบการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลประกอบด้วย

- | | | |
|--------------------------|--------------------|------------------|
| 1) นายชัยฤทธิ์ สิงห์ทอง | นายกอบต.บึงคล้า | ประธานคณะกรรมการ |
| 2) นายประสิทธิ์ รักษา | สมาชิกสภาอบต. | กรรมการ |
| 3) นางดวงรัตน์ แก้วบุตตา | สมาชิกสภาอบต. | กรรมการ |
| 4) นางวนิดา ไตรรักษ์ | สาธารณสุขตำบล | กรรมการ |
| 5) นางศศิวิมล แสงสุข | อาสาสมัครสาธารณสุข | กรรมการ |
| 6) นางอรชา กันล่อม | อาสาสมัครสาธารณสุข | กรรมการ |

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ
องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

7) นายรุจน์ เพชรประทุม	ผู้แทนหมู่บ้านที่ 1	กรรมการ
8) นายสมควร อยู่เพชร	ผู้แทนหมู่บ้านที่ 2	กรรมการ
9) นายสุข มีสุข	ผู้แทนหมู่บ้านที่ 3	กรรมการ
10) นายเกษม อุทรินทร์	ผู้แทนหมู่บ้านที่ 4	กรรมการ
11) นายกรกช แสงเดือน	ผู้แทนหมู่บ้านที่ 5	กรรมการ
12) นายท่า ปานศรี	ผู้แทนหมู่บ้านที่ 6	กรรมการ
13) นายทองสำน อินสอน	ผู้แทนหมู่บ้านที่ 7	กรรมการ
14) นายวินัย เกยเมือง	ผู้แทนหมู่บ้านที่ 8	กรรมการ
15) นายประสิทธิ์ ทาพา	ผู้แทนหมู่บ้านที่ 9	กรรมการ
16) นายบุญเพียง จันทรแสง	ผู้แทนหมู่บ้านที่ 10	กรรมการ
17) นายวิชัย แสนแก้ว	ผู้แทนหมู่บ้านที่ 11	กรรมการ
18) นายทองม้วน แก้วดู	ผู้แทนหมู่บ้านที่ 12	กรรมการ
19) นายประสิทธิ์ ตระการฤทธิ์	ผู้แทนหมู่บ้านที่ 13	กรรมการ
20) นายรวม กองสงค์	ผู้แทนหมู่บ้านที่ 14	กรรมการ
21) นางสาวพรชนก พลเดช	ปลัด อบต.	กรรมการและเลขานุการ

3.2.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมในกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ

กองทุนสุขภาพตำบลปungคล้า เป็นกองทุนสุขภาพตำบลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของ 2 ภาคส่วนหลักตามข้อกำหนดการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ได้แก่

1) ส่วนที่ 1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 37.50 บาท ต่อประชากรในพื้นที่ 1 คน อบต.ปungคล้า มีประชากรในพื้นที่ 8,118 คน เป็นเงินทั้งสิ้นประมาณ 304,425.- บาท

2) ส่วนที่ 2 องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ปungคล้า ร่วมสมทบเข้ากองทุนหลักประกัน สุขภาพตำบลปungคล้า ร้อยละ 10 ของงบประมาณทั้งหมด เป็นเงินประมาณ 30,442.50 บาท

เนื่องจากประชาชนในพื้นที่ อบต.ปungคล้า ได้สมทบทุนเข้าร่วมกองทุนสุขภาพตำบลปungคล้า เป็นเงิน คนละ 20 บาท ต่อคนต่อปี ปัจจุบันกองทุนดังกล่าวสามารถให้บริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงให้แก่ประชาชนแล้ว ดังนั้นในระยะเริ่มแรกของการจัดตั้งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพจึงยังไม่เห็นความร่วมมือของประชาชนในด้านการสมทบงบประมาณเข้ากองทุนนี้เท่าใดนัก อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่า ประชาชนตำบลปungคล้ายังคงให้ความร่วมมือ และให้ความสนใจเข้าร่วมบริหารจัดการกองทุน โดยมีผู้แทนจากหมู่บ้านต่างๆ เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถึง 16 คน

3.2.3 รูปแบบการดำเนินกิจกรรม

สำหรับรูปแบบกิจกรรมที่คณะกรรมการดำเนินการ จะมุ่งเน้นดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับงานด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคแก่คนกลุ่มวัยต่าง ๆ และบุคคลกลุ่มเสี่ยง กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นกิจกรรมที่ไม่ทับซ้อนกับกิจกรรมการให้บริการของโรงพยาบาลตำบล นอกจากนี้ คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ อยู่ในขั้นตอนดำเนินการจัดทำแผนกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการประชาชนในเขตพื้นที่ และสอดคล้องกับการให้บริการของสถานเอนามัย โดยสอบถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พร้อมทั้งเชิญมาร่วมเป็นคณะทำงาน ร่วมปรึกษาหารือ และเสนอแนวทางการดำเนินกิจกรรมที่เหมาะสมต่อไป

กรณีศึกษาที่ 4 กองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน ตำบลศรีฐาน อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร

4.1 ทูทางสังคมของพื้นที่ : กองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน

อาจกล่าวได้ว่าเส้นทางการเกิดกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐานนั้น เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของประชาชนทุกคนในตำบลศรีฐาน ที่ร่วมกันคิดสร้างและสานฝันจนสามารถเกิดกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐานได้อย่างเช่นทุกวันนี้ ซึ่งจากการวิเคราะห์เอกสารและข้อมูลสามารถแบ่งระยะวิวัฒนาการของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน ได้ออกเป็น 3 ระยะ ซึ่งในแต่ละระยะสะท้อนให้เห็นถึงปรัชญาความเชื่อ ผลลัพธ์ที่เกิด บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และวิธีการพัฒนากองทุน ดังนี้

4.1.1. วิวัฒนาการของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน

จากการศึกษาและวิเคราะห์เส้นทางนับตั้งแต่เริ่มมีคนคิดเรื่องโรงพยาบาลตำบล จนถึงในปัจจุบันนั้น สามารถจำแนกให้เห็นวิวัฒนาการของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน ได้ดังนี้

1) ยุคของการ “คิด และ สร้างและสานฝัน”

ในยุคนี้เกิดขึ้นระหว่าง พ.ศ.2522-2539 โดยอาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่เป็นคนต้นคิดเรื่องกองทุนสุขภาพของตำบลศรีฐานนั้นคือ พ่อตาสัมฤทธิ์ จันทร์เหลือง⁷ บุคคลที่ชาวบ้านในตำบลศรีฐานให้ความเคารพนับถือและยกย่องว่าเป็นปราชญ์ชาวบ้าน พ่อตาสัมฤทธิ์มีความคิดที่อยากจะเห็นตำบลศรีฐานมีโรงเรียนมัธยมและโรงพยาบาลเทียบเคียงกับอำเภอมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2522 เนื่องจากได้เห็นถึงความลำบากของเด็กๆ ที่ต้องเดินทางไปศึกษาในระดับมัธยมในตำบลอื่นหรือต้องเข้าไปศึกษาในตัวอำเภอ หรือเมื่อประชาชนในตำบลศรีฐานเกิดการเจ็บป่วยต้องตื่นตั้งแต่เช้าเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลป่าติ้วหรือโรงพยาบาลยโสธรนั้น การเดินทางก็ลำบากถนนในตำบลยังเป็นทางลูกรัง รถประจำทางที่ออกจากหมู่บ้านไปถึงอำเภอก็ยังไม่มี ต้องเหมารถเพื่อนบ้านให้ไปส่งที่โรงพยาบาล ทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูงและยังเสียเวลาในการทำมาหากิน เมื่อมาถึงโรงพยาบาลต้องมาเจอกับความแออัดของผู้คนที่มารอคิวตรวจรักษาตลอดจนเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินก็ไม่สามารถที่จะดูแลเยียวยากันได้อย่างทันทั่วทั้งที่ เพราะในพื้นที่ไม่มีสถานบริการสุขภาพเลย

พ่อตาสัมฤทธิ์จึงได้เสนอแนวคิดที่อยากให้มีโรงเรียนมัธยม และโรงพยาบาลแก่ประชาชนในตำบลศรีฐาน โดยชี้ให้เห็นถึงปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ทำให้ประชาชนในพื้นที่เห็นความสำคัญ จึงได้ร่วมกันผลักดันจนสามารถทำให้เกิดโรงเรียนมัธยมและมีสถานเอนามัยขึ้นในตำบลศรีฐาน ถึงแม้จะมีสถานเอนามัยเกิดขึ้นเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ แต่การบริการที่เกิดขึ้นก็ยังไม่เป็นอย่างที่คิด การรักษาพยาบาลยังมีขีดความสามารถต่ำขาดบุคลากรในการรักษา นอกจากนี้สถานที่ยังไม่เอื้อต่อการไปรับบริการ เนื่องจากเป็นอาคารสูง เดินขึ้นลงลำบาก พ่อตาสัมฤทธิ์จึงมีแนวคิดที่จะเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลรักษาของสถานเอนามัยแห่งนี้ โดยกระตุ้นให้ประชาชนมองเห็นสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น มีการยกตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุรายหนึ่ง (ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว) ที่ประชาชนในพื้นที่เห็นและรู้อยู่แล้วว่า เวลาผู้ป่วยรายนี้จะไปรับบริการที่สถานเอนามัยจะต้องอุ้มผู้ป่วยขึ้นไปชั้นบน (เพราะในช่วงนั้นพื้นที่บริการของสถานเอนามัยอยู่ชั้นบนของอาคาร) ซึ่งสร้างความลำบากให้กับตัวผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างมาก หรือกรณีผู้ป่วยรายหนึ่ง (ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว) ที่เกิดอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซด์ชน ทำให้ขาหัก แต่สถานเอนามัยไม่สามารถที่จะให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ชาวบ้านต้องช่วยกันนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลในจังหวัด สุดท้ายผู้ป่วยรายนี้ก็เสียชีวิต ซึ่งเป็นภาพที่ไม่น่าจะเกิดขึ้นเลย

⁷ พ่อตาสัมฤทธิ์ จันทร์เหลือง ปัจจุบันอายุ 84 ปี ร่างกายยังแข็งแรงดี เป็นคนบ้านศรีฐานโดยกำเนิด บวชเรียนตั้งแต่อายุ 16 ปี จนอายุได้ 27 ปีก็ลาสิกขาบท เข้าไปทำงานเป็นสารวัตรกำนัน และต่อมาได้เป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในสภาตำบลกระจาย ซึ่งเดิมบ้านศรีฐานเป็นเขตการปกครองในตำบลนี้

ในตำบลศรีฐานเพราะถ้าหากได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่เบื้องต้น มีการขนย้ายที่ถูกวิธีและรวดเร็วแล้ว อาจจะไม่ทำให้ผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิตก็ได้ จากเหตุการณ์ดังกล่าว ทำให้พ่อตาสัมฤทธิ์และประชาชนในตำบลศรีฐานคิดที่จะปรับปรุงสถานที่บริการให้มาอยู่ที่ชั้นล่างของสถานีอนามัย และมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลป่าต้วได้อย่างรวดเร็ว

ดังนั้นในช่วงปี พ.ศ.2538-2539 จึงเกิดภาพการร่วมมือร่วมใจของประชาชนในตำบลศรีฐานร่วมบริจาคเงินเพื่อต่อเติมสถานีอนามัย เนื่องจากการต่อเติมสถานีอนามัยต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ครั้นจะรอนงบประมาณจากทางราชการลงมาคงต้องใช้เวลานานกว่าจะได้สถานีอนามัยที่ต้องการ ดังนั้นประชาชนทุกคนในตำบลศรีฐานจึงได้ระดมทุนร่วมบริจาคเงินในรูปของ ผ้าป่า โดยมีหลวงปู่เพียร⁸ ร่วมบริจาคเงินจำนวน 100,000.- บาท เพื่อตั้งเป็นกองทุนก่อนและประชาชนสมทบเข้ามาอีกรวมเป็นเงินเกือบ 150,000.- บาท

จากนั้นหลวงปู่สรวงได้บริจาคเงินเป็นต้นทุนให้จำนวน 200,000.- บาท และจากการรวบรวมเงินบริจาคในครั้งที่ 2 นี้ ทำให้ได้เงินเกือบ 700,000.-บาท เมื่อรวมการระดมเงินบริจาคทั้งสองครั้งแล้วได้เงินเกือบหนึ่งล้านบาท ซึ่งจากผลของการร่วมมือร่วมใจของประชาชนในตำบลศรีฐานในครั้งนั้น ทำให้ตำบลศรีฐานมีสถานีอนามัยที่ใหญ่และเพียงพอในการให้บริการแก่ประชาชนดังเช่นปัจจุบันนี้

2) ยุคของการเปลี่ยนแปลงภารกิจด้านสุขภาพ “ประชาชนเป็นเป้าหมายของการดูแลร่วมกันของ อบต.และสถานบริการสุขภาพในพื้นที่”

ในยุคของการเปลี่ยนแปลงภารกิจด้านสุขภาพ “ประชาชนเป็นเป้าหมายของการดูแลร่วมกันของ อบต.และสถานบริการสุขภาพในพื้นที่” นับได้ว่าเกิดขึ้นมาตั้งแต่ พ.ศ.2537 เป็นต้นมา ดังนี้

- ในปี 2537 ระบบบริหารราชการแผ่นดินของประเทศได้เปลี่ยนแปลง โดยมีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ซึ่งองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นรูปแบบหนึ่งของการปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกิดขึ้นและมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบดูแลความทุกข์สุขด้านต่างๆ ให้กับประชาชนในพื้นที่ของตน และรวมถึงด้านสาธารณสุขด้วย

- ในปี 2545 มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้โรงพยาบาลป่าต้ว ต้องเข้ามาเป็นหน่วยคู่สัญญา (CUP) และสถานีอนามัยบ้านศรีฐานถูกยกระดับเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน มีหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

⁸ หลวงปู่เพียร และหลวงปู่สรวง เป็นคนตำบลศรีฐาน เกจิอาจารย์ที่ประชาชนในตำบลและต่างจังหวัดให้ความศรัทธาและนับถือ

จะเห็นได้ว่า จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้นบนภารกิจของ อบต.และสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ต่างมีความคาบเกี่ยวกันในเรื่องของภารกิจและกลุ่มเป้าหมายคือประชาชนในพื้นที่ จึงพบว่า ในช่วงแรกของการดำเนินการนั้นจะเป็นลักษณะของต่างคนต่างทำ อบต.จะเน้นที่การพัฒนาโครงสร้างขั้นพื้นฐาน การสร้างอาชีพและรายได้ให้แก่ประชาชน ในขณะที่ยังไม่ได้เน้นด้านสาธารณสุข ในขณะที่โรงพยาบาลและสถานอนามัยให้ความสำคัญกับการรักษา การจัดการสุขภาพสิ่งแวดล้อม การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เป็นสำคัญ

อบต.ศรีฐาน เป็นหน่วยงานขนาดเล็ก ยังไม่มีหน่วยงานด้านสาธารณสุขและบุคลากร ได้ใช้กลไกทางการเงินการคลังของตนเองที่มีอยู่มาเป็นเครื่องมือในการอุดหนุนให้สถานอนามัยให้การดูแลด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ เช่น ในการให้การอุดหนุนเวชภัณฑ์และครุภัณฑ์แก่สถานอนามัยในการป้องกันไข้เลือดออก การให้เงินอุดหนุนกิจกรรมของสถานอนามัยในการคัดกรองผู้มีภาวะเสี่ยง การอุดหนุนเครื่องเสียงให้แก่ประชาชนในการออกกำลังกายแบบแอโรบิกตามโครงการของสถานอนามัย การร่วมพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังมีภารกิจด้านสุขภาพบางอย่างที่แต่ละหน่วยงานต้องทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเองอยู่ โดยเฉพาะในด้านสาธารณสุข โภค สวัสดิการ ชุมชน ที่ อบต.ยังต้องดูแล ในขณะที่ในด้านการรักษาเมื่อเจ็บป่วยสถานอนามัยต้องรับผิดชอบ แต่ก็พบว่ามีการประสานการทำงานมากขึ้นกว่าเดิม โดยต่างฝ่ายต่างเอื้อให้เกิดผลประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่ทั้งสิ้น

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า นับตั้งแต่มีการเปลี่ยนแปลงการบริหารราชการแผ่นดินโดยมีรูปแบบของ อบต.เกิดขึ้น มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพประชาชนในแบบ CUP/PCU เกิดการสอดประสานการทำงานของหน่วยงานที่ต่างต้องรับผิดชอบพื้นที่เดียวกันและมีประชาชนในพื้นที่ที่เป็นคนๆ เดียวกันเป็นเป้าหมายการดูแล ทำให้มองเห็นการร่วมกันทำงานในภารกิจด้านสุขภาพอย่างปรากฏ

3) ยุคของรูปธรรม“หุ้นส่วนการดูแล”ของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน

ในยุคนี้นับได้ว่าเริ่มจากปี 2548 ที่มีการก่อตั้งกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐานขึ้นและเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน โดยมีลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แสดงได้ดังภาพและรายละเอียดดังนี้

แผนภูมิที่ 3.16 แสดงกระบวนการพัฒนากองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน



- ในเดือนมีนาคม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้จัดประชุมเพื่อปรึกษาหารือร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งจังหวัด รวมถึงชี้แจงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ โดยคาดหวังจะให้เกิดความร่วมมือในการทำงานให้เป็นรูปธรรม ทั้งนี้ได้เชิญพื้นที่ที่มีประสบการณ์ในการให้บริการสุขภาพที่เป็นความร่วมมือกันของสามฝ่ายคือ ประชาชน-อบต.-สถานบริการสุขภาพ มาให้แนวคิดการดำเนินการ

- และในเดือนมีนาคมนี้เช่นกัน หลังจากการประชุมปรึกษาหารือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว ได้มีการไปศึกษาดูงานในพื้นที่จริง คือ ที่อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ในครั้งนี้ นายก อบต.ศรีฐานและผู้นำชุมชนบางคนได้ไปร่วมศึกษาดูงานด้วย ซึ่งนายก อบต.ได้มีการเสนอแนวคิดนี้เข้าไปในแผนดำเนินงานของ อบต.

- เดือนเมษายน 2548 จากการศึกษาดูงานในครั้งนั้น ทำให้ นายก อบต.ศรีฐานเห็นช่องทางที่จะทำให้ตำบลศรีฐานมีโรงพยาบาลตำบลได้ดังที่ผู้นำชุมชนได้คิดและพยายามทำมาโดยตลอด จึงได้นำสิ่งที่ได้จากการศึกษาดูงานที่อำเภอหล่มสัก มาปรึกษาหารือกับผู้เกี่ยวข้องในตำบลทั้ง ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน พระ ครู ปราชญ์ชาวบ้าน อสม. และผู้อาวุโสใน

ชุมชน และมีแนวคิดร่วมกันว่า ตำบลศรีฐานน่าจะทำในลักษณะเช่นเดียวกับที่อำเภอหล่มสักได้ เนื่องจากตำบลศรีฐานเป็นพื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง โดยเฉพาะในแง่ของการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การร่วมแรงร่วมใจกันในการสร้างสาธารณะประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาถนน การพัฒนาวัด เป็นต้น เหล่านี้เป็นศักยภาพของชุมชนที่เป็นทุนเดิมที่มีอยู่ และอีกอย่างหนึ่งคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ก็มีแนวนโยบายอย่างชัดเจนที่จะให้การสนับสนุน โดยได้ประกาศไว้ว่าหากพื้นที่ใดสามารถดำเนินการก่อตั้งกองทุนได้สำเร็จ ทาง สสจ.ก็จะให้เงินอุดหนุนกองทุน ปีละ 200,000 บาท

- ในต้นเดือน เมษายน 2548 อบต.ศรีฐานจึงได้เป็นแกนนำพากลุ่มผู้นำชุมชนไปศึกษาดูงานที่อำเภอหล่มสัก เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวคิดและแนวทางปฏิบัติ จากการศึกษาดูงานครั้งนี้ได้มีการพูดคุยปรึกษาหารือกันได้ข้อสรุปว่ามีความเป็นไปได้ และหากประชาชนในพื้นที่มาเห็นรูปธรรมของโรงพยาบาลตำบลที่เกิดขึ้นในพื้นที่น่าจะทำให้ประชาชนเห็นภาพและเข้าใจแนวคิดด้วย

- ปลายเดือน เมษายน 2548 อบต.ได้เป็นแกนนำในการให้ประชาชนในพื้นที่ประมาณ 160 คนไปศึกษาดูงานที่อำเภอหล่มสักอีกครั้งหนึ่ง

- ต้นเดือนพฤษภาคม 2548 หลังจากกลับมาจากการศึกษาดูงาน พ่อตาสัมฤทธิ์และผู้นำชุมชนอื่นๆ ซึ่งประกอบไปด้วย สสอ.นายก อบต.สมาชิก อบต.กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หัวหน้าสถานีอนามัย ครู พระ ได้ออกไปทำประชาคมกับประชาชนตามหมู่บ้านต่างๆ เพื่อหาข้อสรุป ได้มีการพูดคุยและอภิปรายถึงความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการในพื้นที่ของตนเอง ตลอดจนการกำหนดแนวทางดำเนินการ เช่น จำนวนเงินที่จะเก็บจากชาวบ้าน วิธีการเก็บเงิน คณะกรรมการกองทุน ซึ่งได้ข้อสรุปและดำเนินการคือ ชาวบ้านร่วมจ่าย 24 บาท/คน/ปี พร้อมกันนี้ได้ให้ประชาชนแต่ละหมู่บ้าน เลือกตัวแทนจากของตนเองหมู่บ้านละ 2 คน เข้ามาเป็นคณะกรรมการกองทุน โดยมีผู้ใหญ่บ้านแต่ละหมู่บ้านเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง

นอกจากกองทุนสุขภาพจะเป็นการระดมเงินจากประชาชนในตำบลศรีฐานแล้ว ในส่วนของกลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ นายก อบต. สมาชิก อบต. ประธานสภา อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ต่างเห็นพ้องต้องกันว่ากลุ่มผู้นำชุมชนต้องแสดงให้เห็นแบบอย่างของการเสียสละที่อยู่บนฐานของการทำเพื่อประชาชนโดยรวม ดังนั้นจึงตกลงร่วมกันที่จะลงขันในกลุ่มผู้นำคนละ 1,000 บาท ซึ่งทำให้ชาวบ้านมีความน่าเชื่อถือและเป็นการรับรู้ถึงความจริงใจของผู้นำชุมชนต่อกองทุนสุขภาพที่จะเกิดขึ้น

- ในวันที่ 7 พฤษภาคม 2548 สามารถเก็บรวบรวมเงินจากชาวบ้านได้ก่อนหนึ่ง และ อบต.ให้การอุดหนุนมาอีกจำนวนหนึ่ง รวมถึงการบริจาคจากประชาชนและกลุ่มผู้นำชุมชน อาทิเช่น นายก อบต. สมาชิก อบต.กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ได้บริจาคเพิ่มเติม สามารถเปิดบัญชีเงินฝากได้ในนามของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน

- ในช่วงกลางเดือนพฤษภาคม 2548 ได้มีการเรียกประชุม คณะกรรมการกองทุนสุขภาพเป็นครั้งแรก และได้ยกร่างระเบียบกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐานขึ้น (ตั้งในภาคผนวก) และเลือกผู้รับผิดชอบตำแหน่งต่างๆ ในการประชุมครั้งที่ 2 ในวันที่ 15 พฤษภาคม 2548

- และในเดือนพฤษภาคม 2548 นี้เอง ได้มีการเปลี่ยนชื่อสถานีนอมาลัย เป็น“โรงพยาบาลตำบลศรีฐาน”

จะเห็นได้ว่า ข้อสรุปที่ได้จากกระบวนการที่ดำเนินการนั้น ได้ทำให้เห็นภาพของการลงขันของภาคประชาชนส่วนหนึ่ง อบต. ศรีฐานส่วนหนึ่ง และสสจ.(สถานบริการสุขภาพ) ส่วนหนึ่ง ซึ่งทุกส่วนต่างมองเห็นว่าเรื่องสุขภาพล้วนเป็นบทบาทหน้าที่ของตนเองที่ต้องรับผิดชอบร่วมกัน ไม่ว่าจะอยู่ในฐานะของประชาชนที่เป็นเจ้าของสุขภาพและ อบต.และสสจ.ในฐานะที่เป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านสุขภาพให้ประชาชนก็ตาม

4.1.2 การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน

จากกระบวนการพัฒนาของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐานดังที่กล่าวถึงแล้ว ชี้ให้เห็นวิสัยทัศน์หลักของกองทุนสุขภาพที่เกิดขึ้นในแต่ช่วง ผลที่เกิดขึ้น คนที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนกิจกรรมของกองทุนสุขภาพ ภายใต้การพัฒนาดังกล่าวได้แสดงให้เห็นการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพของกองทุนสุขภาพแห่งนี้ทั้งในส่วนของ การบริหารการเงิน โครงสร้างของกองทุน กระบวนการจัดการ ตลอดจนการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของกองทุน รายละเอียด ดังนี้

1) การบริหารการเงินของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน

1.1) ที่มาของเงินของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ที่มาของเงินของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน ดังนี้

(1) การร่วมบริจาคเงินของชาวบ้านหรือการเผ่เงิน เพื่อก่อตั้งเป็นกองทุนสุขภาพโดยนัยยะดังกล่าวนี้ได้ถูกนำมาเป็นยุทธวิธีสำคัญเพื่อสร้างให้เกิดความคิดว่า กองทุนสุขภาพแห่งนี้นั้นเป็นการทำบุญ ตามวัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชนคือการทำ“ผ้าป่า” ทำให้สามารถระดมทุนได้โดยลืมนความเป็นสมาชิก แต่เป็น“การทำบุญ” อันเป็นรูปธรรมที่เกิดขึ้นและเห็นมาโดยตลอดในชุมชนแห่งนี้ จึงพบว่ามีภาพของการร่วมบริจาคเงิน ดังนี้

● 24 บาทต่อคนต่อปี ในเบื้องต้นนั้นได้มีการกำหนดเป็นข้อตกลงร่วมกันว่าประชาชนทุกคนในตำบลแห่งนี้จำเป็นต้องอยู่ในฐานะสมาชิกของกองทุน จึงได้มี

การกำหนดจำนวนเงินที่ทุกคนต้องร่วมจ่าย 24 บาทต่อคนต่อปี โดยอาศัยแบบอย่างที่ได้จากการไปศึกษาดูงานในพื้นที่อื่นมาเป็นฐาน

● ตามศรัทธา นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่เพียงแต่จะมีการกำหนดจำนวนเงินเบื้องต้นดังที่กล่าวแล้ว ยังเปิดรับสำหรับการบริจาคจากบุคคล องค์กรชุมชน หรืออื่นๆ ด้วย ซึ่งมาทั้งในรูปของเงินและสิ่งของ ดังเช่น

- ในยุคที่เริ่มคิดว่าในพื้นที่ตำบลศรีฐานจะต้องมีโรงพยาบาล ตำบลเพื่อให้การรักษาพยาบาล และมองเห็นว่าจะต้องเพิ่มขีดความสามารถของสถานีนานามัยที่มีอยู่ให้มีความพร้อมด้านสถานที่ ดังนั้น ได้มีการแผ่เงินเพื่อนำมาปรับปรุง/ต่อเติมสถานที่ถึง 2 ครั้ง นำโดยพระและผู้นำชุมชน ร่วมกับชาวบ้าน ทำให้ได้เงินมาเกือบ 1 ล้านบาท นำมาปรับปรุง/ต่อเติมสถานีนานามัยได้อย่างที่เห็นในปัจจุบัน

- ในยุคที่มีการก่อตั้งเป็นกองทุนแล้ว พบว่า ได้มีการประชาสัมพันธ์และรวมถึงกระตุ้นให้มีการบริจาคเงินเพื่อใช้ในกิจการของกองทุนฯ ดังตัวอย่างที่ดำเนินการ เช่น ในคราวใดที่มีการฌาปนกิจศพก็จะมีเงินบริจาคแก่กองทุนฯ การทำผ้าป่าสามัคคีมาทอดที่หมู่บ้านของตนเองก็จะมีเงินทอดเงินให้แก่กองทุนฯ ด้วย การบริจาคจากประชาชนในชุมชนโดยตรง เป็นต้น

(2) การกิจที่ต้องทำและรับผิดชอบ ทั้งนี้ พบว่าจากการเปลี่ยนแปลงการปกครองส่วนท้องถิ่นและการจัดการให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ ทำให้หน่วยงาน 2 ส่วนมีการกิจที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่

● องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดยมีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนในพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นว่า อบต.ในฐานะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีการกิจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ อบต.ศรีฐานมองเห็นและกำหนดเป็นแนวนโยบายในการจัดการด้านสุขภาพมาโดยตลอด อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดของ อบต.ในแง่ของหน่วยงานและบุคลากรของ อบต.เอง ทำให้สามารถจัดการด้านสุขภาพได้ในระดับหนึ่งที่ผ่านมา อบต.ศรีฐาน มีการทำงานที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพคือ ดำเนินการด้วยศักยภาพของ อบต. เช่น การก่อสร้างสนามกีฬา การอุดหนุนให้ประชาชนป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ (จัดหาทรายอะเบทให้แก่ อสม. การจัดทำป้ายรณรงค์ต่างๆ) การส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกาย (อุดหนุนเครื่องเสียงในกิจกรรมเต้นแอโรบิก การจัดการแข่งขันกีฬาประจำปี) การจัดสวัสดิการต่างๆ ให้แก่ประชาชน (เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ-ผู้พิการ การจัดการรับส่งผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน) เป็นต้น นับตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา ได้มีการกำหนดไว้ในแผนงานและออกข้อบัญญัติในการให้เงินอุดหนุนกองทุนสุขภาพปีละ 300,000 บาทมาโดยต่อเนื่อง

● **สถานบริการสุขภาพในพื้นที่** โดยมีโรงพยาบาลปาดัวและสถานอนามัยที่อยู่ในการดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปาดัว เป็นสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ที่มีบทบาทหน้าที่และต้องรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของประชาชน

จากที่กล่าวมา ชี้ให้เห็นว่า ที่มาของเงินของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐานนั้น มาจากส่วนของเงินบริจาคจากประชาชน และเงินอุดหนุนของ อบต.และสจ. ซึ่งรวมแล้วในปีหนึ่งๆนั้นกองทุนสุขภาพแห่งนี้จะมีเงินดำเนินการไม่น้อยกว่าปีละ 6-7 แสนบาท

1.2) รายจ่ายของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลชี้ให้เห็นว่า ภารกิจหลักของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐานนั้น เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่โดยมีสถานอนามัยที่ต่อมาได้เรียกชื่อใหม่ว่าโรงพยาบาลตำบลศรีฐานเป็นกลไกและเครื่องมือในการทำงาน

นับตั้งแต่ปี 2548 ที่มีการก่อตั้งกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน มีการใช้เงินของกองทุนฯ ในการอุดหนุนโรงพยาบาลตำบลศรีฐาน จากข้อมูลที่ปรากฏในบัญชีค่าใช้จ่ายของกองทุนฯ พบว่า มีการให้เงินอุดหนุนเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ ดังนี้

- การจ้างบุคลากร ทั้งนี้กองทุนฯ ได้อุดหนุนเงินให้แก่โรงพยาบาลตำบลศรีฐานจ้างงานบุคลากรเพื่อมาปฏิบัติงาน จำนวน 4 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน และทันตภิบาล 1 คน

- การจ่ายค่าตอบแทนการทำงานนอกเวลาทำการของบุคลากร โรงพยาบาลตำบลศรีฐานมีการเปิดให้บริการนอกเวลาทำการตั้งแต่เวลา 16.00-08.00 น. ทุกวันเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลสุขภาพในภาวะที่มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต เช่น การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ การดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เป็นต้น แต่เนื่องด้วยงบประมาณของโรงพยาบาลตำบลในส่วนนี้ไม่มี ทำให้กองทุนต้องเข้ามาช่วยเหลือโดยให้การอุดหนุนเงินใช้จ่ายดังกล่าว

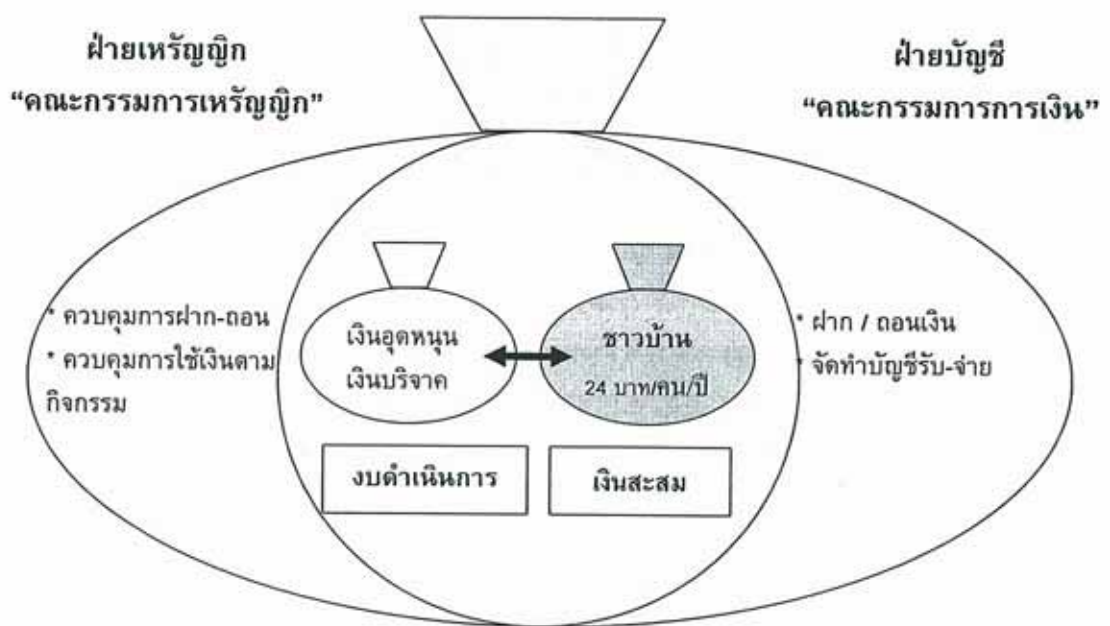
1.3) การเงินและบัญชีของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน

จากการศึกษาและวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับบัญชีรายรับรายจ่ายของกองทุนฯ พบว่า กองทุนฯ มีบัญชีที่แสดงถึงรายรับรายจ่ายแบ่งกันอย่างชัดเจน 2 บัญชีคือ

(1) ส่วนที่เก็บมาจากประชาชน 24 บาทต่อคนต่อปี โดยเก็บไว้เป็นเงินสะสม

(2) ส่วนที่ได้รับการอุดหนุนจาก อบต.และสจ.และการบริจาค ที่ในบัญชีของกองทุนเรียกว่าเงินบำรุง โดยส่วนนี้ใช้เป็นเงินดำเนินการของกองทุนฯ ดังภาพ

แผนภูมิที่ 3.17 แสดงระบบการเงินและบัญชีกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน



ในช่วง 3 เดือนแรกได้มีการใช้เงินจากส่วนที่ 1 ก่อน แต่เมื่อมีการรายงานแก่ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนฯแล้วพบว่า เงินจำนวนดังกล่าวได้ลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการตั้งข้อสังเกตว่า หากเงินในส่วนนี้หมดลงจะทำให้ประชาชนไม่สบายใจได้ว่ากองทุนจะไม่มี ความมั่นคงได้ ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนเห็นและมีความมั่นใจในกองทุนฯ จึงมีการปรับเปลี่ยนการบริหารการใช้เงินใหม่ โดยให้มีการนำเงินในส่วนที่ 2 มาใช้ก่อน และให้สามารถถ่ายโอนไปมาหากันได้ตามความจำเป็น

จากการศึกษา พบว่า ในระบบการเงินและบัญชีของกองทุนนั้นมีผู้เกี่ยวข้อง 2 ส่วน คือ 1) คณะกรรมการเหรียญก มีหน้าที่ในการควบคุมการเบิกจ่ายเงินจากบัญชีของกองทุนฯ ควบคุมการใช้เงินตามที่คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ได้อนุมัติให้การอุดหนุนกิจกรรมของโรงพยาบาล และ 2) คณะกรรมการการเงิน จะเกี่ยวข้องกับการนำเงินเข้า

ฝากและถอน และการจัดทำบัญชีของกองทุนฯ ทั้งนี้คณะกรรมการทั้ง 2 ฝ่ายนั้น เป็นคณะกรรมการกองทุนฯ ที่ได้มีการมอบหมายให้ทำหน้าที่ดังกล่าว โดยมีคณะละ 5 คน มีเหรียญฎีกาของกองทุนฯ เป็นประธานคณะกรรมการแต่ละฝ่าย

ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับและจ่ายเงินของกองทุนฯ นั้น เมื่อมีเงินเข้ามาในกองทุนฯ ไม่ว่าจะเป็นเงินที่เก็บจากประชาชน 24 บาทต่อคนต่อปี เงินอุดหนุนจาก อบต. และ สสจ. และเงินที่ได้จากการบริจาคก็ตาม คณะกรรมการฝ่ายเหรียญฎีกาจะทำการออกไปเสิร์ฟรับเงินและหรือใบอนุโมทนาบัตร และนำเงินไปให้คณะกรรมการฝ่ายบัญชีตรวจสอบและลงบัญชี และคณะกรรมการฝ่ายบัญชีก็จะนำเงินดังกล่าวเข้าไปจัดเก็บไว้ในบัญชีตามที่ได้มีการจัดแบ่งระบบไว้ข้างต้น ในขณะเดียวกันเมื่อกองทุนฯ ต้องจ่ายเงินในภารกิจใดๆ ก็ตาม คณะกรรมการฝ่ายเหรียญฎีกาก็จะดำเนินการทำหลักฐานการเบิกเงินจากคณะกรรมการฝ่ายบัญชี ซึ่งคณะกรรมการฝ่ายบัญชีก็จะดำเนินการเบิกถอนและลงบันทึกการเบิกถอนเงินจากบัญชี และนำไปให้ฝ่ายเหรียญฎีกาเพื่อนำไปใช้ตามภารกิจของกองทุนฯ ซึ่งคณะกรรมการฝ่ายเหรียญฎีกาได้มีการจัดการสำรองเงินไว้เป็นเงินสดสำหรับสำรองหมุนเวียนและเงินฝาก

2) โครงสร้างของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน

กองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน มีโครงสร้างการบริหารงานที่ปรากฏในระเบียบของกองทุนฯ ในหมวดที่ 3 ว่าด้วยคณะกรรมการกองทุนสุขภาพ หมวดที่ 4 ว่าด้วยคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพ และหมวดที่ 5 ว่าด้วยคณะกรรมการตรวจสอบ โดยมีที่มาและบทบาทและความรับผิดชอบ ดังต่อไปนี้

2.1) ที่มาของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน

จากการศึกษา พบว่า คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน ประกอบด้วยคณะบุคคลต่างๆ 4 คณะคือ คณะกรรมการที่ปรึกษา คณะกรรมการกองทุนฯ คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ และคณะกรรมการตรวจสอบ โดยมีการกำหนดบุคคลและที่มาดังต่อไปนี้

(1) คณะกรรมการที่ปรึกษา เป็นบุคคลที่คณะกรรมการกองทุนฯ เชิญมาเป็นที่ปรึกษาโดยไม่มีค่าตอบแทน ประกอบด้วย ผู้มีบารมีคุณและหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ปราชญ์ชาวบ้าน ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความเป็นอยู่ของชาวบ้านตำบลศรีฐาน โดยกำหนดให้มีไม่น้อยกว่า 5 คน

(2) คณะกรรมการกองทุนสุขภาพ มีทั้งสิ้น 32 คน โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

- **ประธานคณะกรรมการ** โดยเลือกจากคณะกรรมการกองทุนที่เป็นผู้แทนหมู่บ้าน จากการลงมติเอกฉันท์ของคณะกรรมการกองทุนให้เป็นประธานกรรมการ 1 คน

- **คณะกรรมการ** ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ **คณะกรรมการโดยตำแหน่ง** ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล กำนันผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน และ**คณะกรรมการที่เป็นผู้แทนหมู่บ้าน**ที่ประชาคมหมู่บ้านคัดเลือกมาอีกหมู่บ้านละ 2 คน รวม 30 คน

- **คณะกรรมการและเลขานุการ** กำหนดให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำบลศรีฐาน (หัวหน้าสถานีนอนามัย) เป็นกรรมการและเลขานุการ และให้นักวิชาการโรงพยาบาลตำบลศรีฐานอีกท่านหนึ่งเป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

(3) **คณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพ** มี 9 คน ประกอบด้วย ประธานกรรมการ 1 คน รองประธานกรรมการ 2 คน เภรณญิก 1 คน ผู้ช่วยเธรณญิก 1 คน ประชาสัมพันธ์ 1 คน และให้ปลัด อบต.ศรีฐานเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำบลศรีฐาน (หัวหน้าสถานีนอนามัย) เป็นเลขานุการ และให้นักวิชาการโรงพยาบาลตำบลศรีฐานอีกท่านหนึ่งเป็นผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี ถ้ามีตำแหน่งหนึ่งตำแหน่งใดว่างลงไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ให้มีการเลือกบุคคลเพื่อดำรงตำแหน่งนั้นแทนภายใน 15 วัน และให้ดำรงตำแหน่งนั้นตามระยะเวลาที่เหลือ

(4) **คณะกรรมการตรวจสอบ** ประกอบด้วย หัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นประธาน ผู้แทนภาคประชาชน 2 คน ฝ่ายปกครอง 1 คน เป็นกรรมการและผู้แทน อบต.เป็นกรรมการและเลขานุการ

2.2) บทบาทและความรับผิดชอบของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน

ทั้งนี้ ตามที่ปรากฏในระเบียบกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐานนั้น ให้คณะกรรมการแต่ละชุด มีบทบาทและความรับผิดชอบ ดังตาราง ต่อไปนี้

ตารางที่ 3.14 แสดงบทบาทและความรับผิดชอบของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพ
ตำบลศรีฐาน

คณะกรรมการ	บทบาทและความรับผิดชอบ
คณะกรรมการที่ปรึกษา	ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่คณะกรรมการกองทุนฯ
คณะกรรมการกองทุนฯ	- พิจารณาเชิญที่ปรึกษา - พิจารณาคัดเลือกคณะกรรมการบริหาร - ตรวจสอบการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหาร
คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ	คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ มีบทบาทและความรับผิดชอบ ดังนี้ - ให้มีการประชุมเดือนละครั้ง แต่หากมีความจำเป็นสามารถเรียกประชุมได้มากกว่านั้น - ให้คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ทหารายได้เพื่อสมทบกองทุนฯ - ออกประกาศ ระเบียบข้อบังคับหรือคำสั่งเกี่ยวกับการบริหารกองทุนฯ - บริหารจัดการกองทุนฯให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ให้บุคคลที่ดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ มีบทบาทและความรับผิดชอบดังนี้ - ประธานกรรมการ ให้เรียกประชุมและเป็นประธานในที่ประชุม และควบคุมการบริหารจัดการกิจการของกองทุนฯ - รองประธานกรรมการ ให้ปฏิบัติหน้าที่แทนประธานกรรมการ เมื่อประธานไม่อยู่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้หรือได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่แทน - เภรัญญิก จัดทำบัญชีรายรับรายจ่าย และชี้แจงฐานะการเงินของกองทุนฯต่อคณะกรรมการบริหาร - ประชาสัมพันธ์ มีหน้าที่ในการประชาสัมพันธ์การดำเนินงานของกองทุนฯ - เลขานุการ มีหน้าที่ในการนัดหมายประชุม จัดทำระเบียบวาระการประชุม จัดทำรายงานการประชุม แจ่มติของคณะกรรมการบริหารกองทุนฯไปยังผู้เกี่ยวข้อง
คณะกรรมการตรวจสอบ	ดำเนินการตรวจสอบงานของกองทุนฯแล้วเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนฯ

3) กระบวนการจัดการของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน

จากการศึกษาพบว่า ในการบริหารจัดการของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐานนั้น มีกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของกองทุนฯ ในประเด็นการประชุม คณะกรรมการและการใช้จ่ายเงินของกองทุนฯ ดังนี้

3.1) การประชุมของคณะกรรมการ

โดยคณะกรรมการแต่ละชุดที่กล่าวมาข้างต้น จะมีการประชุมของตนเอง ดังนี้

(1) คณะกรรมการกองทุนฯ ให้มีการประชุมใหญ่ปีละครั้ง

(2) คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ กำหนดให้มีการประชุมทุกเดือนหรือมากกว่าตามความจำเป็น ในการประชุมแต่ละครั้งจะมีการพิจารณาผลการดำเนินงานของกองทุนฯว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ เช่น การทำงานของโรงพยาบาลตำบลในฐานะที่เป็นหน่วยงานที่กองทุนฯให้การอุดหนุนอยู่ ว่าสามารถให้บริการสุขภาพแก่ประชากรเป้าหมายของกองทุนฯได้หรือไม่อย่างไร มีอุปสรรคหรือปัญหาในการดำเนินงานอย่างไรบ้างที่กองทุนสามารถที่จะให้การช่วยเหลือได้ การดำเนินกิจกรรมของกองทุนเป็นไปตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด ประชาชนมีความต้องการในเรื่องใดบ้างและจะมีแนวทางช่วยเหลืออย่างไร อะไรที่กองทุนฯต้องทำ-ควรทำ และอะไรที่ต้องทำก่อน-หลัง การรับฟังข้อร้องเรียนจากประชาชน เป็นต้น

(3) คณะกรรมการตรวจสอบ ไม่มีการกำหนดชัดเจนว่าให้มีการประชุมอย่างไร แต่จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องพบว่า ที่ผ่านมามีการประชุม 1 ครั้งเพื่อตรวจสอบการดำเนินงานของกองทุน โดยพิจารณาถึงกิจกรรมของกองทุนที่ดำเนินการว่าตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของกองทุนฯหรือไม่อย่างไร ทั้งในแง่ของการลงทุน การเกิดขึ้นของกิจกรรมการบริการสุขภาพที่อยู่ภายใต้การอุดหนุนของกองทุนฯ เป็นต้น แล้วจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนฯ

3.2) การใช้จ่ายเงินของกองทุนสุขภาพ

ทั้งนี้ได้มีการกำหนดไว้ว่า ให้ใช้จ่ายเงินของกองทุนฯได้ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ก่อสร้างหรือปรับปรุงต่อเติมโครงสร้างเดิมของโรงพยาบาลตำบลศรีฐาน
- ค่าตอบแทนแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ในการให้บริการประชาชนตามความจำเป็น

- ส่งเสริมสุขภาพและความคุ้มครองโรคติดต่อในท้องถิ่น
- ทุนการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข
- การป้องกันและระงับโรคติดต่อในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล

ตำบลศรีฐาน

- จัดหารถประจำโรงพยาบาลตำบลศรีฐาน
- การจัดซื้อเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ ทางกายภาพที่จำเป็น
- ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับหรือเกี่ยวเนื่องกับการบริหารกองทุนฯ

จากการศึกษาเอกสารบัญชีรายรับรายจ่ายนับตั้งแต่มีการตั้งกองทุนฯ ขึ้นมาจนถึงเดือนมกราคม 2549 ได้มีการใช้เงินของกองทุนฯ พบว่า มีดุลบัญชี ดังนี้

รายการ	เงินเก็บจากประชาชน+ บริจาค	เงินอุดหนุนจาก อบต.และ สสจ.
รายรับ	349,676.45	533,000.00
รายจ่าย	104,600.00	121,680.00
คงเหลือ	245,176.45	411,320.00*

* ถึงเดือนกรกฎาคม 2549 คงเหลือ 121,940 บาท

ทั้งนี้พบว่า เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ

- ค่าจ้างบุคลากรจำนวน 4 คนคือ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน และทันตภิบาล 1 คน
- ค่าตอบแทนการทำงานนอกเวลาทำการของเจ้าหน้าที่(ระหว่างเวลา 16.00-08.00 น.)
- ค่าน้ำมันรถรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต
- จัดซื้อโปรเจคเตอร์
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มการประชุม
- การจัดซื้อทรายอะเบทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- ค่าวัสดุสำนักงาน เช่น แฟ้มเอกสาร
- อื่นๆ

4) การเข้าถึงกิจกรรมของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐานของกลุ่มเป้าหมาย

จากวัตถุประสงค์ของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน ที่ประกอบด้วย 1) เพื่อยกระดับสถานบริการสุขภาพสาธารณสุขจากศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นโรงพยาบาลตำบล 2) เพื่อให้บริการสาธารณสุขเทียบเท่ากับโรงพยาบาลอำเภอโดยอยู่ในกรอบของโรงพยาบาลตำบล 3) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่สะดวกและรวดเร็ว 4) เพื่อให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น และ 5) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในตำบลศรีฐาน สามารถวิเคราะห์และชี้ให้เห็นภารกิจของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐานได้ คือ (1) การยกระดับและพัฒนาขีดความสามารถของโรงพยาบาลตำบลศรีฐาน ที่จะนำไปสู่การดูแลรักษาที่เทียบเคียงกับโรงพยาบาลอำเภอ บนฐานของการได้รับความสะดวกและรวดเร็ว อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้ และ (2) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในตำบลศรีฐาน

จากภารกิจดังกล่าวนี้ ทำให้กองทุนฯต้องให้การอุดหนุนการทำงานของโรงพยาบาลตำบล ศรีฐาน ให้ทำงานได้มากกว่าที่เป็นอยู่ หากพิจารณาจากกิจกรรมการดูแลรักษาของโรงพยาบาลศรีฐานแล้วจะพบว่า ได้มีการขยายงานออกไปมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างกิจกรรมการบริการที่เกิดขึ้นทั้ง การส่งต่อการรักษาในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตโดยรถ EMS การส่งเสริมการออกกำลังกาย การบริการ 24 ชั่วโมง การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

4.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลศรีฐาน การบริหารจัดการ และกระบวนการมีส่วนร่วม

กองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน ได้พัฒนากองทุนและดำเนินการให้บริการด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค ด้านการบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องมาระยะเวลาหนึ่ง ประชาชนชาวตำบลศรีฐานได้ร่วมแรงร่วมใจพัฒนาและเพิ่มศักยภาพให้แก่กองทุนดังกล่าวร่วมกัน โดยร่วมลงขันบริจาค สมทบเข้ากองทุนคนละ 24 บาทต่อคนต่อปี นอกเหนือจากงบประมาณที่องค์การบริหารส่วนตำบลสมทบ และเงินบริจาค/ เงินอุดหนุน ทำให้กองทุนมีงบประมาณเพียงพอในการบริหารจัดการและดำเนินกิจกรรมการให้บริการชาวตำบลศรีฐานได้อย่างทั่วถึง

และเมื่อองค์การบริหารส่วนตำบลศรีฐานได้รับการพิจารณาเลือกเป็น อบต.นาร่อง ได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค ทาง อบต.ศรีฐาน และคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน มีแนวทางการบริหารจัดการกองทุนทั้งสองกองทุนแยกจากกัน และมีคณะกรรมการบริหารกองทุนทั้งสองกองทุนคนละชุดกัน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารงาน และดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดรับกับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุน

โดยมีที่มาของงบประมาณกองทุนและคณะกรรมการบริหารกองทุนเป็นไปตามคู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นดังรายละเอียดซึ่งจะกล่าวในส่วนถัดไป

4.2.1 รูปแบบการมีส่วนร่วมในกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

กองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน เป็นกองทุนสุขภาพตำบลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของ 3 ภาคส่วน ตามข้อกำหนดคู่มือการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล (ดังแผนภาพที่) ได้แก่

1) ส่วนที่ 1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 37.50 บาท ต่อประชากรในพื้นที่ 1 คน อบต.ศรีฐานมีประชากรในพื้นที่ 6,330 คน เป็นเงินทั้งสิ้นประมาณ 237,375.- บาท

2) ส่วนที่ 2 องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ศรีฐาน ร่วมสมทบเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลศรีฐาน ร้อยละ 10 ของงบประมาณทั้งหมด เป็นเงินประมาณ 23,737.- บาท

3) ส่วนที่ 3 ชุมชน/ภาคประชาชน นอกจากงบประมาณส่วนหลักทั้ง 2 ส่วนแล้ว คณะกรรมการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเปิดโอกาส และส่งเสริมให้ชุมชนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการสมทบ โดยร่วมลงขันในกองทุน ได้แก่

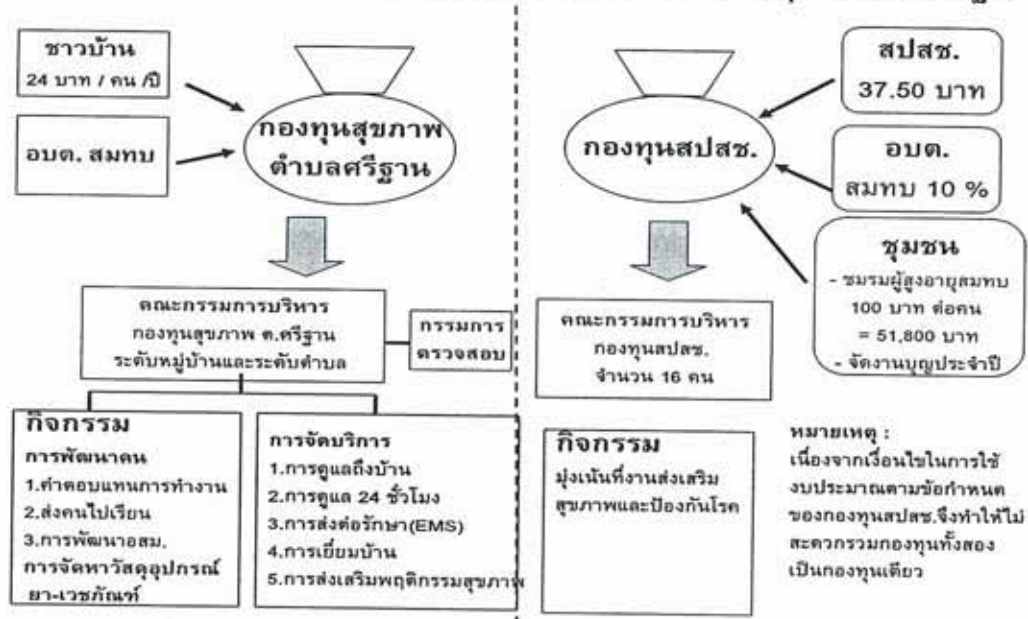
- ชมรมผู้สูงอายุตำบลศรีฐาน ร่วมสมทบเข้ากองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ ตามจำนวนสมาชิก คนละ 100 บาท มีสมาชิกทั้งสิ้น 518 คน เป็นเงินประมาณ 51,800.-บาท

- เงินอุดหนุน / บริจาค จากผู้บริหาร และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล

- คณะกรรมการบริหารกองทุนมีแผนที่จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมสมทบงบประมาณของชุมชนเพิ่มเติม โดยรับบริจาค

- งบประมาณส่วนหนึ่งจากการจัดงานบุญประจำปี หรืองานแข่งขันกีฬา เพื่อหารายได้สมทบเข้ากองทุนระบบหลักประกันสุขภาพด้วย

แผนภูมิที่ 3.18 แสดงตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพตำบลศรีฐาน



4.2.2 รูปแบบการบริหารจัดการ

คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพตำบลศรีฐาน ได้จัดตั้งตามพระราชบัญญัติการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ประกอบด้วย

1) นายสุพิศ ป้องกัน	นายกอบต.ศรีฐาน	ประธานคณะกรรมการ
2) นายจำปา ราชอาษา	สมาชิกสภาอบต.	กรรมการ
3) นายเพทาย เสาะแสวง	สมาชิกสภาอบต.	กรรมการ
4) นางอนงคราญ เข้มเพชร	ผู้แทนหน่วยบริการ รพ.ต.ศรีฐาน	กรรมการ
5) นายสมจิตร์ ไชยงาม	อาสาสมัครสาธารณสุข	กรรมการ
6) นายกันยา เกษมราช	อาสาสมัครสาธารณสุข	กรรมการ
7) นายสมศักดิ์ คุดเกี้ยว	ผู้แทนหมู่บ้านหมู่ที่ 1	กรรมการ
8) นายบุญส่ง ป้องกัน	ผู้แทนหมู่บ้านหมู่ที่ 2	กรรมการ
9) นายชัชวาลย์ โชติกลาง	ผู้แทนหมู่บ้านหมู่ที่ 3	กรรมการ
10) นายสมชัย เข้มเพชร	ผู้แทนหมู่บ้านหมู่ที่ 4	กรรมการ
11) นายสุนทร สาลี	ผู้แทนหมู่บ้านหมู่ที่ 5	กรรมการ
12) นายสมพงษ์ ชาติทอง	ผู้แทนหมู่บ้านหมู่ที่ 6	กรรมการ
13) นายเวช ชาติทอง	ผู้แทนหมู่บ้านหมู่ที่ 7	กรรมการ

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ
องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

14) นายสุริยา วรพันธ์	ผู้แทนหมู่บ้านหมู่ที่ 8	กรรมการ
15) นายนคร ไชยงาม	ผู้แทนหมู่บ้านหมู่ที่ 9	กรรมการ
16) นางวนิฐา ธงไชย	นักวิชาการสาธารณสุข 7	เลขานุการ

คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ ดำรงตำแหน่ง 2 ปี และจะมีวาระการประชุมเพื่อพิจารณากิจกรรมต่างๆ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง รวมทั้งมีการทำประชาคมในการรับฟังความคิดเห็นต่างๆ ในการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอ

4.2.3 รูปแบบการดำเนินงาน

สำหรับรูปแบบกิจกรรมที่คณะกรรมการดำเนินการ ให้ความสำคัญกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยส่งเสริมกิจกรรมที่กระตุ้นให้ชาวชุมชนศรีฐานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของตนเองและครอบครัว โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้พิการทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ และเด็ก อาทิ กิจกรรม การส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารเคมีไว้รับประทานภายในครัวเรือน การส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับกลุ่มต่างๆ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (เช่น รำไม้พลอง) การประกวดแข่งขันกีฬา การออกกำลังกาย การประกวดบุคคลและหมู่บ้านตัวอย่างด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ถึงแนวทางการป้องกัน และใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งให้ความรู้ ความเข้าใจแก่กลุ่มเสี่ยงด้วย

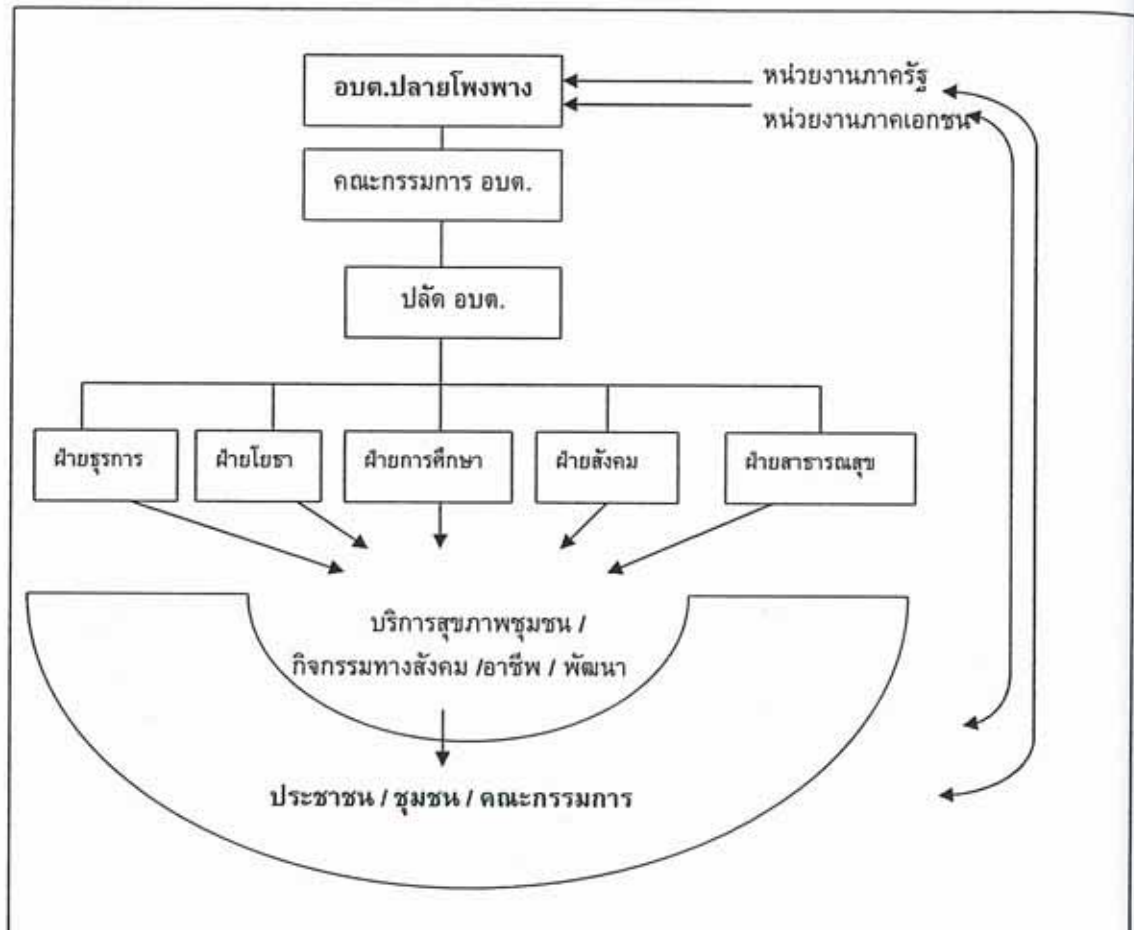
นอกจากนี้งบประมาณส่วนหนึ่งจะเตรียมไว้เป็นงบประมาณสำหรับคณะกรรมการบริหารกองทุน สมาชิก และประชาชนไว้ศึกษาดูงาน กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพตำบลอื่นๆ ที่มีผลการดำเนินงานที่ดี เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และนำมาประยุกต์ปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลศรีฐานและประชาชนตำบลศรีฐาน

กรณีศึกษาที่ 5 กองทุนสุขภาพชุมชน ตำบลปลายโพพาง อำเภอมะปาว จังหวัดสมุทรสงคราม

5.1 ทูทางสังคมในพื้นที่ : กองทุนชุมชน

ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลปลายโพพาง อ.มะปาว จ.สมุทรสงคราม มีกองทุนสุขภาพชุมชน ในรูปแบบที่หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนดนโยบายแล้วส่งต่อมายังหน่วยราชการในพื้นที่ที่มอบหมายตามหน้าที่ความรับผิดชอบในการบริหารจัดการและจัดนำส่งกิจกรรมหรือบริการให้ถึงมือประชาชน (Social services delivery) โดยใช้แนวคิดการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม เช่น กองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งละล้านบาทของรัฐบาล (ที่เรียกว่า “กองทุนล้านบาท”) กองทุนแก้ไขปัญหาคาความยากจน ของกระทรวงมหาดไทย (กขคจ.หรือที่เรียกว่า “กองทุนแสนบาท”) กองทุนส่งเสริมงานสุขภาพชุมชน ของกระทรวงสาธารณสุข (ที่เรียกว่า “กองทุนหมื่นบาท”) กองทุนแม่ของแผ่นดิน ของสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถพระราชทานให้เป็นรางวัลแก่หมู่บ้านเข้มแข็งในการป้องกันปัญหายาเสพติดในชุมชน ผ่านทางกรมการปกครองท้องถิ่น (กองทุนละ 8,000 บาท) และกองทุนฌาปนกิจในหมู่บ้านซึ่งชาวบ้านจัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือกัน เช่นเดียวกับที่มีอยู่ใน อบต.ปลายโพพาง กองทุนเหล่านี้ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการหมู่บ้าน ที่มีกำนัน ผู้ใหญ่บ้านเป็นประธานคณะกรรมการเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด และส่วนใหญ่กำนัน ผู้ใหญ่บ้านก็ได้รับเลือกตั้งให้ดำรงตำแหน่งกรรมการ อบต.ด้วย จึงเท่ากับมีระบบการดูแลความเป็นอยู่ของประชาชนอยู่สองระดับ ส่วนการจัดกิจกรรมหรือบริการของชุมชนนั้น เท่าที่ปรากฏมีความหลากหลาย อาทิ บริการสุขภาพชุมชน เช่น แอโรบิค บริการทุนการศึกษา บริการฝึกอบรมพัฒนาการประกอบอาชีพ บริการให้กู้ยืมเงินฉุกเฉิน เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของคณะกรรมการผู้รับผิดชอบกองทุนในพื้นที่ และนำเสนอรายงานต่อคณะกรรมการ อบต.เพื่อทราบหรือขออนุมัติงบประมาณเพิ่มเติมถ้าจำเป็น ตามที่มีการจัดสรรงบประมาณไว้ในแผนงาน โครงการของ อบต.แต่ถ้าไม่มี อบต.ก็อาจจะล่อเรื่องไว้ก่อนหรือเปิดเวทีให้ชาวบ้านได้ทราบและแสดงการมีส่วนร่วมสนับสนุนกันเอง

แผนภูมิที่ 3.19 ตัวแบบแสดงการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดบริการสุขภาพชุมชนในพื้นที่ของ อบต.ปลายโพรงพาง อ.อัมพวา จ.สมุทรสงคราม



จากแผนภูมิ 3.19 นี้ แสดงถึง ตัวแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดบริการสุขภาพชุมชน ในพื้นที่ของ อบต.ปลายโพรงพาง อ.อัมพวา จ.สมุทรสงคราม กล่าวคือ อบต.ปลายโพรงพางเป็นเจ้าของพื้นที่ที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบทุกข์สุขของประชาชนที่อาศัยอยู่บนพื้นที่นั้น มีการแบ่งส่วนราชการออกเป็นฝ่ายต่างๆ ตาม พรบ.สภาตำบลและ อบต.พ.ศ.2537 และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2543 กล่าวคือ หน่วยงานราชการและหน่วยงานเอกชนที่ประสงค์จะเข้ามาทำงานในพื้นที่ ต้องประสานงานผ่าน อบต.ที่ต้องจัดทำแผนพัฒนาตำบลไว้และพิจารณาว่างานนั้นสอดคล้องกับแผนพัฒนาตำบลหรือไม่ แต่ในทางปฏิบัติ อบต.อาจทำแผนพัฒนาตำบลไม่ครอบคลุมงานต่างๆ หรือบางกรณีหน่วยงานภายนอกทั้งภาคราชการหรือเอกชนประสานงานกับองค์กรประชาชนในพื้นที่โดยตรง แล้วแต่จะแจ้งให้ อบต.ทราบหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างกันหรือ ขึ้นอยู่กับ การวางระบบการติดต่อประสานงาน

5.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

ณ ปัจจุบัน (ธันวาคม 2549) อบต.ปลายโพรงยางยังไม่มี การขับเคลื่อนเรื่องการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลแต่อย่างใด ทั้งนี้เนื่องจากผู้นำ (นายก อบต.) ไม่ทราบเรื่องราวเกี่ยวกับการจัดตั้งกองทุนดังกล่าว ถึงแม้ว่าจะมีชื่อปรากฏในรายชื่อของ อบต. นำร่องในการดำเนินการจัดตั้งจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล รุ่นแรก 800 แห่ง ซึ่งทางราชการที่เกี่ยวข้องเป็นผู้พิจารณาจัดส่งชื่อไปก็ตาม ทั้งนี้อาจสืบเนื่องจากความบกพร่องทางในสื่อสารกันระหว่างหน่วยงานราชการที่รับผิดชอบในการคัดเลือกพื้นที่นำร่องจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลกับ อบต.ปลายโพรงยาง ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนากระบวนการทัศน์ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในระดับ อบต.ลงมาถึงประชาชนให้ทราบหลักการแนวคิดและวิธีปฏิบัติของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล หรือกองทุนสุขภาพตำบล ให้เป็นที่เข้าใจเสียก่อน ก่อนที่จะส่งงบประมาณสนับสนุนลงไป มิฉะนั้นการบริหารงานและงบประมาณก็จะเข้าระบบเดิม คือ การบริหารงานแบบส่วนบนลงล่าง (Top-down Policy) โดยที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ร่วมวางแผน ร่วมการดำเนินงาน ร่วมตรวจสอบและร่วมรับประโยชน์ ตามเจตนารมณ์ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ต้องจัดทีมที่ปรึกษาเข้าไปเป็นพี่เลี้ยงให้กับ อบต. ปลายโพรงยางและประชาชน

5.3 แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ณ ปัจจุบัน ยังไม่ปรากฏแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

กรณีศึกษาที่ 6 กองทุนสุขภาพชุมชน ตำบลท่าไม้รวก อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

6.1 ทูทางสังคมในพื้นที่ : กองทุนชุมชน

ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลท่าไม้รวก อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี มีกองทุนชุมชนที่เป็นนโยบายของทางราชการ มอบหมายผ่านกระทรวง ทบวง กรม เช่นเดียวกัน กองทุนชุมชนที่มีอยู่ใน อบต.ปลายโพรงยาง จ.สมุทรสงคราม นั่นคือ การมี "กองทุนล้าน" "กองทุนแสน"

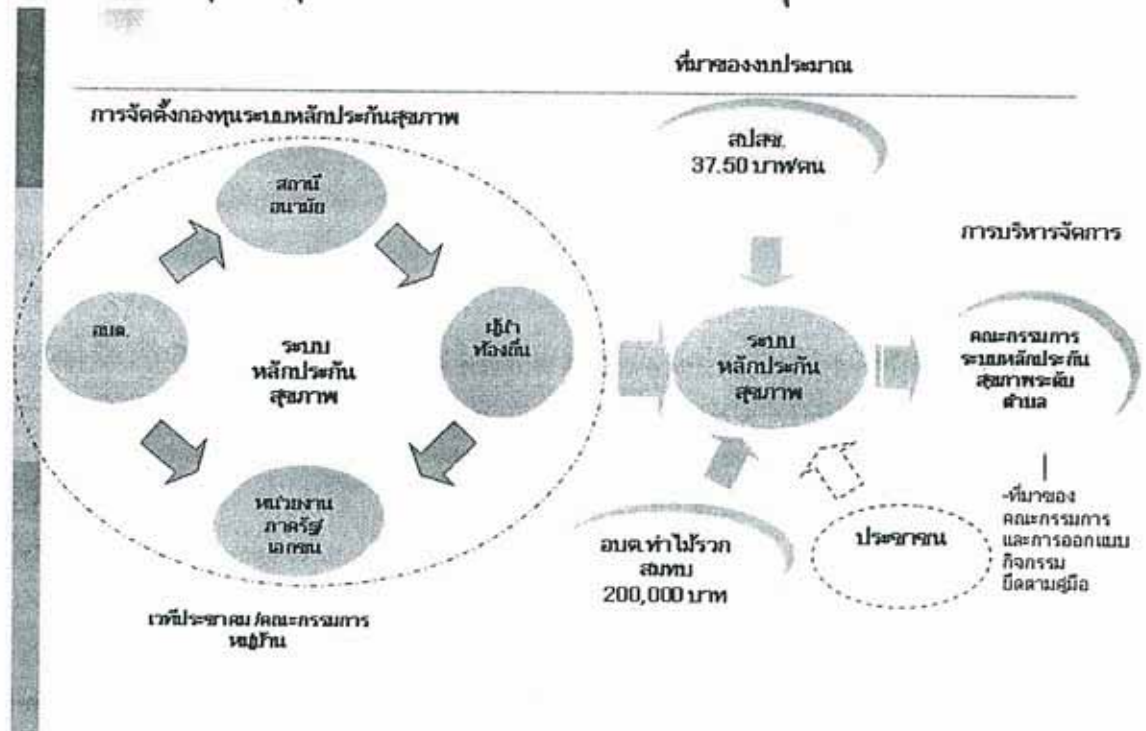
"กองทุนหมิ่น" "กองทุนแม่ของแผ่นดิน" และกองทุนฌาปนกิจที่ชาวบ้านจัดตั้งเพื่อช่วยเหลือกัน และเป็นเครื่องมือในการแสดงความเกื้อกูลกัน วิธีการบริหารจัดการกองทุนเหล่านั้น โดยหลักการเหมือนกัน คือ คณะกรรมการหมู่บ้านดูแลและรายงานต่อนายก อบต.หรือที่ประชุม คณะกรรมการ อบต.เพื่อทราบหรือพิจารณาสนับสนุนเพิ่มเติมแล้วแต่กรณี

6.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

แนวทางการดำเนินงานด้านบริการสุขภาพของกองทุนสุขภาพชุมชน อบต.ท่าไม้รวก แสดงให้เห็นถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้วยตนเอง ให้สามารถพึ่งตนเองได้ และทางหน่วยงานและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง จะสนับสนุนในส่วนที่เกินกำลังความสามารถของประชาชน อย่างไรก็ตาม อบต.ท่าไม้รวก ได้ให้ความสำคัญแก่การพัฒนาผู้นำท้องถิ่น ในชุมชนมาโดยตลอดอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติ การประชุมประชาคม การจัดเวทีสนทนากลุ่มเป็นการเฉพาะเรื่องๆ ทำให้เกิดบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ ร่วมมือกันทำงาน เพื่อประโยชน์ของส่วนรวมมากขึ้น มองเห็นโอกาสแห่งความสำเร็จในการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพของชุมชนได้มากขึ้น เมื่อดำเนินการต่อไป เพราะขณะนี้ยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นงานหลังจากได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. ประเด็นอยู่ที่ว่า อบต.ท่าไม้รวก จะทำอย่างไรให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน ได้มากขึ้น เพราะขณะนี้การทำงานบริการสุขภาพ ยังเป็นการทำงานเชิงรุกของเจ้าหน้าที่จากสถานบริการมากกว่าจากประชาชนในชุมชนเอง อย่างเป็นอิสระ และสามารถบริหารจัดการกันเองได้

ดังนั้น จากผลการปฏิบัติจริงในพื้นที่ของ อบต.ท่าไม้รวก อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี สามารถนำมาเขียนเป็นแผนภาพให้เห็นตัวแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน ได้ดังนี้

แผนภูมิที่ 3.20 ตัวแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน อบต. ท่าไม้รวก อ. ท่ายาง จ.เพชรบุรี



จากแผนภูมินี้ แสดงให้เห็นถึงวิธีการปฏิบัติงานของ อบต.ท่าไม้รวก ที่ให้ความสำคัญแก่ประชาชนในระดับเดียวกัน โคนตระหนักถึงหน้าที่ของนายก อบต.ที่ประชาชนเลือกตั้งเป็นตัวแทนให้ช่วยเหลือประสานงานต่างๆ เพื่อสร้างคามอยู่ดีมีสุขให้กับประชาชน อีกทั้งมองเห็นได้ว่า นายกอบต.ท่าไม้รวกใช้วิธีการทำงานเป็นทีม และสร้างเครือข่ายในการทำงาน ใช้การบริหารเชิงกลยุทธ์ มุ่งพัฒนาทีมงานให้มีความรู้ ความสามารถ รับรู้และเข้าใจวิสัยทัศน์ที่สร้างขึ้นร่วมกันทำให้เส้นทางการทำงานในอนาคตง่ายต่อการประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย

6.3 การบริหารจัดการกองทุน

สำหรับแนวทางการบริหารจัดการกองทุนจะอยู่ในรูปของคณะกรรมการตามหลักเกณฑ์ของ สปสช. โดยมีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้ คณะกรรมการระบบหลักประกันสุขภาพชุมชนตำบลท่าไม้รวก ดูแลด้านนโยบาย หลักเกณฑ์ ส่วนในการบริหารงานควรมีคณะกรรมการหมู่บ้านร่วมรับผิดชอบ สำหรับหลักเกณฑ์การเข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชนนั้น คณะกรรมการระบบหลักประกันสุขภาพชุมชนที่ อบต.ท่าไม้รวก จัดทำร่างและนำเข้าหารือในเวทีประชาคมก่อนที่จะนำมารวมกันและประมวลผลออกเป็นหลักเกณฑ์ใช้จ่ายเหมือนกันทุกหมู่บ้าน

โครงการศึกษาดัชนีแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ
องค์การบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

6.4 แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

จากผลการศึกษา พบว่า แผนงานการบริการสุขภาพของตำบลท่าไม้รวก ที่เรียกชื่อว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น” (กองทุนสุขภาพตำบลท่าไม้รวก) โดยสรุปมีดังนี้

บริการสุขภาพที่ได้รับจากกองทุนสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

- 1) บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์
- 2) บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค
- 3) กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน

1) ผู้ที่ได้รับบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

- หญิงมีครรภ์: จะได้รับบริการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง, การตรวจคัดกรองโรค
- เด็กเล็ก (แรกเกิด- 6 ปี): การตรวจสุขภาพและพัฒนาการ, การรับการฉีดวัคซีน, การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันการเจ็บป่วย, การให้การปรึกษาและให้ความรู้
- เด็กโต (อายุ 6 ปี – 25 ปี): การประเมินพฤติกรรมสุขภาพและการตรวจร่างกาย, การฉีดวัคซีนป้องกันโรค, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การให้ความรู้
- ผู้ใหญ่ (อายุ 25 ปีขึ้นไป): การประเมินสุขภาพและการตรวจร่างกาย, การตรวจห้องปฏิบัติการ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา
- ผู้พิการและทุพพลภาพ: บริการเยี่ยมบ้าน

2) การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

- การตรวจคัดกรองสุขภาพ
- การสร้างภูมิคุ้มกันโรค
- การให้ความรู้เพื่อสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย

3) สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

- กิจกรรมการสร้างสุขภาพ
- กิจกรรมป้องกันโรค

สำหรับการบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 1) การบริการที่ดำเนินการโดยสถานบริการ (สถานีนามัย) ได้แก่ บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ (การรักษาพยาบาล) และบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2) การบริการในชุมชน (โดยชุมชน) ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (กลุ่มแอโรบิค ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มเกษตรปลอดสารพิษ เป็นต้น) และการป้องกันโรค

เป้าหมายสำหรับประชาชนด.ทำไม้รวก คือ “ประชาชนสุขภาพดี ชุมชนเข้มแข็ง สังคมอยู่ดีมีสุข” โดยกำหนดแนวทางดำเนินการแก้ไขปัญหาแบ่งเป็น 3 ประการคือ

- 1) ชุมชน หมู่บ้าน สามารถแก้ไขได้เอง
- 2) ชุมชน หมู่บ้านขอความช่วยเหลือจากหมู่บ้านอื่น
- 3) ชุมชน หมู่บ้านประสานหน่วยงาน

6.5 กระบวนการมีส่วนร่วม

ในการเตรียมแผนดำเนินงานจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนในตำบลและหมู่บ้านแบบมีส่วนร่วม พบว่า ทีมงานสถานีอนามัย อาสาสมัคร ผู้นำท้องถิ่น คณะกรรมการ อบต.และคณะกรรมการระบบหลักประกันสุขภาพชุมชน จัดเวทีประชาคมในพื้นที่ตำบลและหมู่บ้านเพื่อสร้างความเข้าใจในหลักการและเหตุผลเบื้องต้นไว้ชั้นหนึ่ง ณ ขณะนี้ ยังไม่ได้ดำเนินการระบบการให้ประชาชนมีส่วนร่วมสมทบในการให้บริการสุขภาพชุมชน ยังเป็นการจัดบริการแบบให้เปล่าจากทีมงานที่ อบต.จัดตั้งขึ้นและดำเนินงานตามที่เคยปฏิบัติสืบมา ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานและรับประโยชน์จากการจัดบริการสุขภาพชุมชนจากทีมปฏิบัติงานที่ อบต.ทำไม้รวกแต่งตั้งขึ้น อนึ่ง เนื่องจากยังไม่ได้รับเงินอุดหนุนจาก สปสช.จึงยังไม่ได้วางแผนการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน

6.6 ปัญหาอุปสรรคที่พบ / จะเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการศึกษาพบว่าเรื่องประกันสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญแต่ประชาชนยังไม่รู้อย่างทั่วถึง คำถามคือถ้าประชาชนที่อยู่ในเขตเทศบาลในอำเภอท่ายางสนใจระบบหลักประกันสุขภาพชุมชน หรือสหกรณ์สนใจจะมีโอกาสเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพชุมชนนี้ได้อย่างไร อยากให้ทางสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ/ สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึง อย่างเท่าเทียมกัน เพราะก็เป็นประชาชนเหมือนกัน ควรได้รับโอกาสนี้เหมือนกัน อนึ่งเรื่องหลักประกันสุขภาพชุมชน ควรเน้นในเรื่องการพัฒนาจิตสำนึกของชุมชนในการดูแลตนเองมากกว่าการใช้คำว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน” ที่เห็นเรื่องเงินเป็นใหญ่ ซึ่งต้องเน้นเรื่องสุขภาพดีเป็นใหญ่ เงินเป็นเพียงเครื่องมือเท่านั้น ทำอย่างไร จึงจะทำให้ประชาชนเข้าใจและหันมาร่วมมือดูแลสุขภาพร่วมกันทั้งหมด ทั้งครอบครัวและชุมชน ซึ่งน่าจะเป็นเจตนารมณ์ที่สำคัญของสำนักหลักประกันสุขภาพชุมชน

6.7 ข้อเสนอแนะ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพชุมชน ควรประเมินศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลก่อนส่งมอบเงินอุดหนุนในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพชุมชน และต้องสร้างแบบประเมินมาตรฐานของ อบต.ไว้ล่วงหน้า

1) ควรจัดการฝึกอบรมและพัฒนาผู้นำในองค์การบริหารส่วนตำบล ชุมชน และเจ้าหน้าที่ อบต. เรื่อง การสร้างวิสัยทัศน์ร่วม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง กลยุทธ์การใช้ทรัพยากรในงานสวัสดิการสังคม แนวทางการจัดสวัสดิการสังคมและบริการสุขภาพชุมชน

2) ควรส่งเสริมการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่าง อบต.ในระหว่างตำบล หรือ อำเภอ หรือ จังหวัด ซึ่งจะก่อให้เกิดสังคมคุณภาพและสมานฉันท์มากขึ้นในภาพรวม ซึ่งเป็นผลพลอยได้จากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) ควรส่งเสริมกระบวนการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและปรับทัศนคติของประชาชนในการดูแลและพึ่งพิงตนเองให้มีมากขึ้น ให้สามารถเรียนรู้และรู้เท่าทันกับสังคมโลกที่เปลี่ยนแปลง

4) ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้ เข้าใจและสามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพชุมชนได้ในระดับท้องถิ่น เช่น สหกรณ์ต่างๆ กลุ่ม/องค์กรประชาชนต่างๆ

กรณีศึกษาที่ 7 ตำบลอ่าวลึกเหนือ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

7.1 ทูทางสังคมในพื้นที่ : กองทุนชุมชน

หากกล่าวถึงกองทุนชุมชนของตำบลอ่าวลึกเหนือ มีกองทุนหรือมีกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของสมาชิกในหมู่บ้าน/ ในชุมชนจัดตั้งขึ้นมีทั้งหมด 5 กองทุน หรือ 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเกษตรกรทำสวน จำนวน 6 กลุ่ม 2) กลุ่มสหกรณ์การเกษตร จำนวน 1 กลุ่ม 3) กลุ่มยุวเกษตร จำนวน 6 กลุ่ม (กองทุนที่ 1-3 เป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นเกิดจากการสนับสนุนของภาครัฐ ประชาชนในพื้นที่เข้ามาร่วมเป็นสมาชิก การรับสมาชิกเป็นการเปิดขายหุ้น รูปแบบการตลาดเป็นการซื้อสินค้าทางเกษตรของสมาชิก อันได้แก่ ปาล์มน้ำมัน นํ้ายางพารา เป็นต้นนอกจากนี้ มีการจำหน่ายปุ๋ย หรือผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร ผลกำไรที่ได้มาปันผลให้กับสมาชิก) 5) กลุ่มแม่บ้าน จำนวน 6 กลุ่ม เกิดจากการสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนตำบล จัดสนับสนุนงบประมาณจัดตั้งกลุ่มแม่บ้านเพื่อผลิตสินค้าพื้นบ้านในการจำหน่ายของที่ระลึก มีการเปิดขายหุ้นสำหรับสมาชิกเพื่อสมทบต้นทุนการผลิต สินค้าที่ผลิตนำไปวางจำหน่ายในร้านค้ากลุ่ม

แม่บ้านในชุมชน มีการปันผลให้กับสมาชิกปีละครั้ง และ 6)กลุ่มสัจจะออมทรัพย์หรือกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต จำนวน 6 กลุ่ม

กองทุนที่น่าสนใจ และได้รับมติจากที่ประชุมในการทำประชาคมเพื่อเข้าร่วมในการจัดตั้งกองทุน ที่เป็นบันไดก้าวไปสู่ "กองทุนสุขภาพชุมชน" คือ *กลุ่มสัจจะออมทรัพย์* หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า *กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต* ซึ่งเป็นกองทุนที่เกิดจากคนในชุมชนโดยแท้จริง

การจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิตในหมู่บ้านของตำบลอ่าวลึกเหนือเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองของคนในชุมชน เกิดจากความคิดริเริ่มที่จะให้สมาชิกในชุมชนได้มีโอกาสออมเพื่อเก็บ/ ออมเพื่อกู้สำหรับการลงทุนเพื่อประกอบอาชีพ หรือในยามฉุกเฉิน สร้างโอกาสให้คนในชุมชนเข้าถึงแหล่งทุนซึ่งเป็นของตนเอง เป็นการลดการเป็นหนี้ในระบบสามารถแก้ปัญหาของสมาชิกในชุมชนได้ระดับหนึ่ง สำหรับการบริหารจัดการเป็นการบริหารจัดการภายใต้ข้อตกลง และเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดจากมติของสมาชิกในหมู่บ้าน สมาชิกทุกคนจึงเป็นหนึ่งเดียว ในความคิดและรู้สึกถึง "ความเป็นเจ้าของ ของกองทุน" เนื่องจากจำนวนเงินกองทุนที่เพิ่มขึ้น และสามารถหมุนเวียนให้สมาชิกได้กู้ยืมเป็นเงินของทุกคนที่รวมกัน สมาชิกซึ่งเป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์ และเป็นผู้ปฏิบัติทุกคนจึงตระหนักที่จะรักษากองทุนให้ยั่งยืน

7.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลอ่าวลึกเหนือ ในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล เป็นรูปแบบของการจัดตั้งกองทุนสุขภาพในชุมชน โดยยึดหลัก 3 ก. คือ กองทุน กรรมการ และกิจกรรม

1) ก: กองทุน ได้รับงบประมาณสนับสนุน จาก (1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยสนับสนุนงบประมาณตามจำนวนประชากรในพื้นที่ อัตรา 37.50 บาท/คน ซึ่งในระบบหลักประกันสุขภาพถือว่าเป็นสวัสดิการสังคมประเภทหนึ่งที่รัฐบาลให้กับประชาชนชาวไทยทุกคนเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) การเข้ามามีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อปฏิรูปการบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลยิ่งขึ้น (2) องค์การบริหารส่วนตำบลอ่าวลึกเหนือ (อบต.อ่าวลึกเหนือ) เป็น อบต.ที่มีขนาดเล็กสมทบการจัดตั้งกองทุนจำนวนร้อยละ 10 ของงบประมาณทั้งหมดที่ สปสช.สนับสนุนในครั้งนี ซึ่งในปัจจุบันองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญ เนื่องจากเป็นหน่วยงานในระดับท้องถิ่นที่มี

ทั้งงบประมาณ บุคลากร สถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ที่ได้รับการถ่ายโอนจากภาครัฐสู่ท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาตำบลทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การจัดระบบบริการ สาธารณประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในทุกวัยหรือทุกช่วงอายุ รวมถึงการสังคมสงเคราะห์พัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ และผู้พิการ เป็นภารกิจประการหนึ่งที่ อบต. จะต้องปฏิบัติ (โกวิทย์ และคณะ, 2548) และ (3) ภาคประชาชน ความยั่งยืนของกองทุนจะเกิดขึ้นได้ เมื่อประชาชนมีส่วนร่วม สำนึกถึงความเป็นเจ้าของ ดังนั้น ในการจัดตั้งกองทุนครั้งนี้ สำหรับภาคประชาชนของตำบลอ่าวลึกเหนือ ในปีนี้ ได้งบประมาณมาจาก 2 ส่วน คือ งบสนับสนุนจากกองทุนสัจจะออมทรัพย์เพื่อการผลิต จำนวน 6 หมู่บ้าน ทุละ 1,000 บาท และได้มาจากการขายสลากเพื่อการกุศล ครอบครัวละอย่างน้อย 1 ใบ ทุละ 100 บาท รวมถึงเงินบริจาคตามศรัทธาของชุมชน

2) ก: กรรมการ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ (1) คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพของตำบล โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการ ส่วนหนึ่งมาโดยตำแหน่ง อีกส่วนหนึ่งมาจากการคัดเลือกโดยมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี ภายใต้การกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบล ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (2) คณะอนุกรรมการกองทุนของหมู่บ้าน ทั้ง 6 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 7-9 คน โดย 1 ใน 7-9 ของคณะอนุกรรมการกองทุน ต้องเป็นคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพของตำบล บทบาทหน้าที่ของอนุกรรมการเป็นผู้ที่เป็นสื่อกลางระหว่างประชาชนในหมู่บ้านและคณะกรรมการระบบหลักประกันสุขภาพของตำบล

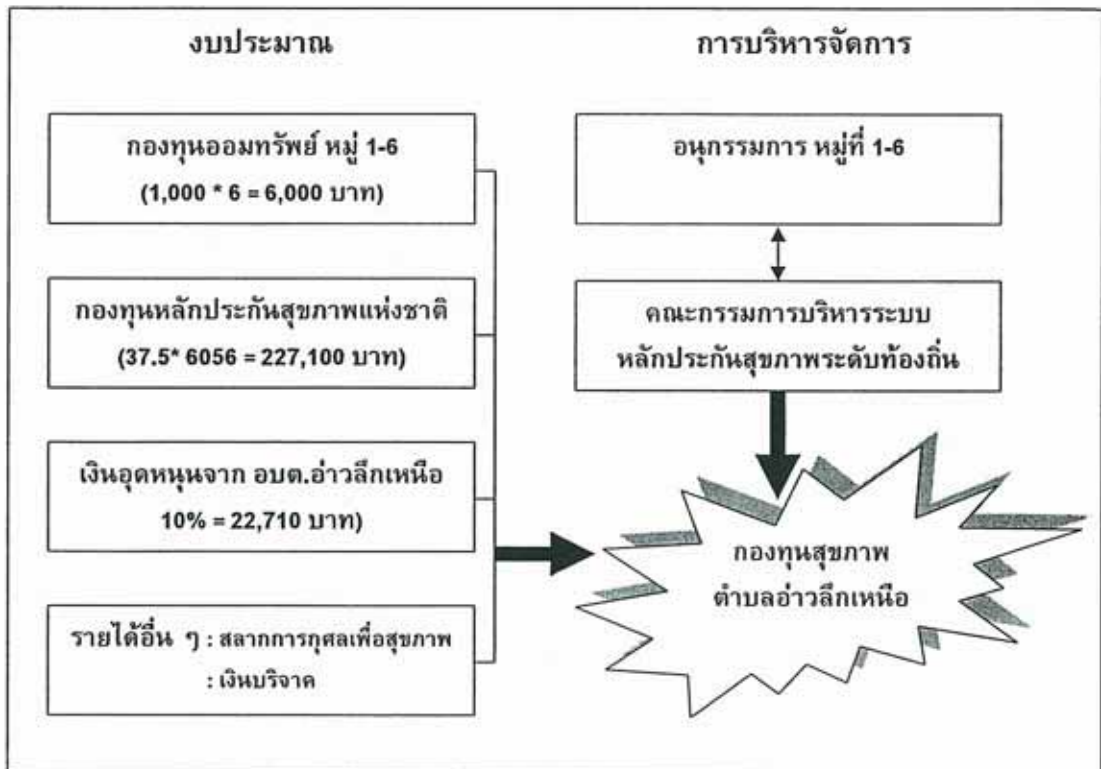
3) ก : กิจกรรม เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ในแต่ละหมู่บ้าน ในการร่วมทำประชาคม รูปแบบของกิจกรรมที่จะให้เกิดในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นชุดการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนให้ครอบคลุมในทุกช่วงวัย จัดลำดับความสำคัญในการดำเนินการก่อน-หลัง ตามมติที่ประชุมภายหลังทำประชาคมกลุ่มของชาวบ้านและตัวแทนชุมชนได้มีผลสรุป และแผนการดำเนินกิจกรรม สำหรับในช่วงปีงบประมาณปีนี้นับกับจำนวนเงินเท่าที่มีอยู่ จึงเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นวัยผู้ใหญ่เพื่อทำการค้นหาปัญหาสุขภาพของประชาชนในตำบล ที่ประชุมจึงมีมติเห็นพ้องต้องกันว่า จะใช้เงินในกองทุนสุขภาพให้บริการตรวจสุขภาพกับประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปทุกคน โดยจะทำการตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อค้นหาเบาหวาน ตรวจความดันโลหิตเพื่อค้นหาความดันโลหิตสูง และตรวจไขมันในเลือดเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

7.3 กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน

ชุมชนได้เรียนรู้กลไก การบริหารจัดการกองทุนที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนตำบลอ่าวลึกเหนือกล่าวได้ว่าในระยะแรกของฐานคิดและการก่อตั้งเป็นแนวคิดจากส่วนกลางที่เป็นการสั่งการลงสู่ชุมชน

โดยการก่อตั้งเป็นการผสมผสานระหว่างภาครัฐ และภาคประชาชนโดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นตัวเชื่อม ลักษณะของการจัดตั้งกองทุนจะเน้นการก่อตั้งในช่วงแรกจึงค่อนข้างล่าช้า เนื่องจากองค์กรที่เป็นตัวเชื่อมไม่ค่อยเข้าใจถึงหลักการในการก่อตั้ง ภายหลังได้มีการศึกษาและมีพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลชุมชน เข้ามาดูแลช่วยเหลือ ลักษณะของการจัดตั้งกองทุนชุมชนมีการดำเนินการต่อซึ่งเป็นเฉพาะภายใต้ความพร้อมของชุมชน โดยดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยมีการเลือกตั้งคณะกรรมการของแต่ละหมู่บ้านเพื่อเป็นกระบอกข่าวเป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างคณะกรรมการชุดกองทุนสุขภาพ และประชาชน การดำเนินงานจึงเป็นไปอย่างคล่องตัว การบริหารจัดการยึดหยุ่นตามบริบทและวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกรีดยางพารา ดังนั้นการจัดประชุม การแจ้งข่าว การรับเรื่องราวต่างๆ จึงดำเนินการในช่วงเวลาหลัง 10.00-12.00 น. ซึ่งเป็นเวลาที่ทุกคนเสร็จสิ้นภารกิจ สำหรับในช่วงบ่ายชาวบ้านส่วนใหญ่จะนอนหลับพักผ่อน อย่างไรก็ตามในประเด็นเกี่ยวกับความเข้าใจของชุมชนในเรื่องการบริหารกองทุนชุมชนพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความเข้าใจในเรื่องของกองทุนค่อนข้างดี เนื่องจากส่วนใหญ่สมาชิกของครอบครัวมีพันธะผูกพันกับกองทุน ได้แก่ กองทุนเงินล้าน กลุ่มสัจจะออมทรัพย์เพื่อการผลิต กลุ่มแม่บ้าน เป็นต้น สำหรับการบริหารกองทุน ชุมชนเกิดการเรียนรู้ในเรื่องของกองทุน 2 ประเภท คือ (1) กองทุนที่เกิดจากภาครัฐ เสียงสะท้อนจากชาวบ้านพบว่ากฎเกณฑ์ที่ถูกกำหนดมาพร้อมกับงบประมาณนั้น มีหลักการค่อนข้างมาก มีความยุ่งยากในการดำเนินการ ขาดความยืดหยุ่น และกิจกรรมกองทุนภาครัฐส่วนใหญ่มักเป็นการกุยืมเพื่อการประกอบอาชีพ ซึ่งหากไม่ส่งดอกเบี้ยหรือเงินต้นตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ จำเป็นต้องใช้มาตรการทางกฎหมายเข้ามาแก้ไขปัญหาดังนั้นกองทุนดังกล่าวจึงมักไม่ยั่งยืน เนื่องจากมีการผ่อนผันไปเรื่อยๆ เงินต้นก็จะให้กูยืมลดลง (2) กองทุนที่เกิดจากการก่อตั้งของชุมชนเอง ระบบการบริหารจัดการ ระเบียบกฎเกณฑ์ถูกกำหนดโดยชุมชนเอง มีความยืดหยุ่นไปตามสภาพพื้นที่ ปัญหาความต้องการของชุมชน ความรู้สึกเป็นเจ้าของในการดูแล การรักษาวินัยของสมาชิกจึงเป็นสิ่งสำคัญ กิจกรรมในกองทุนเป็นการออมการกูยืมดอกเบี้ยที่เหมาะสม การกูยืมการชำระที่ไม่ยุ่งยาก สะดวกโดยเฉพาะครอบครัวที่มีลูกกำลังศึกษา นอกจากนี้หากมีกำไรสวัสดิการที่ให้กับจะเกิดกับสมาชิก และชาวบ้านในชุมชนภายใต้การบริหารจัดการของชุมชนเองหากสมาชิกปฏิบัติผิดระเบียบการลงโทษภายใต้กฎเกณฑ์ที่ชุมชนร่วมกันกำหนด ทุกคนต้องยอมรับ ดังนั้นกองทุนประเภทนี้จึงค่อนข้างยั่งยืน

แผนภูมิที่ 3.21 แสดงตัวแบบการมีส่วนร่วมกองทุนสุขภาพตำบลอ่าวลึกเหนือ



จากประสบการณ์การดำเนินกองทุนของชุมชนอ่าวลึกเหนือที่มีประสบการณ์ในการก่อตั้งกองทุนทั้ง 2 แบบ สำหรับการก่อตั้งกองทุนสุขภาพในครั้งนี้ จึงเป็นลักษณะที่ผสมผสานระหว่างกองทุนภาครัฐ และภาคประชาชน เนื่องจากงบประมาณในการจัดตั้งเป็นของภาครัฐ และของประชาชนในพื้นที่ กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยขับเคลื่อนกองทุน ในการก่อตั้ง จัดหางบประมาณ ดำเนินกิจกรรมพัฒนาเพื่อให้ถึงชาวบ้านในชุมชน โดยแท้จริง สำหรับกระบวนการมีส่วนร่วมการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพชุมชนอ่าวลึกเหนือ ได้เกิดการเรียนรู้การมีส่วนร่วมการบริหารจัดการกองทุนโดยใช้แนวคิด “ร่วมคิด ร่วมร่าง สรรค์สร้างกองทุน มุ่งสู่การมีสุขภาพดี”

7.4 แนวทางการบริหารจัดการกองทุนที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม

ชุมชนได้เรียนรู้การมีส่วนร่วมการบริหารจัดการกองทุนโดยใช้แนวคิด “ร่วมคิด ร่วมร่าง สรรค์สร้างกองทุน มุ่งสู่การมีสุขภาพดี”

1) ร่วมคิด เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมในขั้นริเริ่มการก่อตั้ง เป็นขั้นตอนการค้นหาปัญหาในชุมชน รวบรวมข้อมูลพื้นฐานชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมให้ความเห็นชอบร่วมตัดสินใจในการก่อตั้งกองทุนสุขภาพในชุมชน รวมถึงจัดหาแหล่งสนับสนุนงบประมาณที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

2) ร่วมร่าง เป็นการมีส่วนร่วมในการวางแผนแนวทางการดำเนินงาน การบริหารที่คำนึงถึงการลงถึงชุมชนโดยแท้จริง กำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการ วิธีการดำเนินงาน การประสานงาน แหล่งทรัพยากรที่นำมาใช้

3) สรรค์สร้างกองทุน การมีส่วนร่วมในขั้นการปฏิบัติในกิจกรรมที่ชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมในการทำประชาคมเพื่อให้เกิดกิจกรรมที่เหมาะสมกับชุมชน เพื่อผลประโยชน์ที่จะได้รับร่วมกันร่วมกัน

4) มุ่งสู่การมีสุขภาพดี เป็นการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินผลการพัฒนา เป็นการประเมินผลความก้าวหน้าเป็นระยะๆ ซึ่งในผลการประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลอ่าวลึกเหนือในขั้นตอนการปฏิบัติจริงมีการดำเนินการจัดการด้านงบประมาณ การบริหารจัดการบุคคล การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ แผนกิจกรรมการดำเนินโครงการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่

7.5 แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

โครงการให้บริการตรวจสุขภาพกับประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปทุกคน โดยจะทำการตรวจน้ำตาลในเลือดเพื่อค้นหาเบาหวาน ตรวจความดันโลหิตเพื่อค้นหาความดันโลหิตสูง และตรวจไขมันในเลือดเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

7.6 ปัญหาอุปสรรคที่พบ / จะเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1) ผู้ปรับโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นยังไม่เข้าใจถึงวิธีการในการดำเนินงานกองทุนสุขภาพ ในการดำเนินการระยะแรกจึงค่อนข้างล่าช้า ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องเป็นที่ปรึกษาในโครงการฯ โดยปริยาย

2) ภายหลังการดำเนินโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เริ่มขับเคลื่อนจะพบปัญหาในการนัดหมายในเรื่องของเวลาที่พบกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เนื่องจากการประกอบอาชีพในแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่กรีดยางพารา แต่ไม่สามารถที่จะทำภารกิจในการประกอบอาชีพ และภารกิจในครอบครัวเสร็จพร้อมกัน จึงไม่สามารถพบกลุ่มตัวอย่างในครั้งเดียวได้ บางช่วงจึงขาดความต่อเนื่อง

3) การประชาสัมพันธ์ในการดำเนินโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในหมู่บ้านยังไม่ทั่วถึง เนื่องจากการประชุมหมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้านมีการประชุมเดือนละครั้ง หากใคร

ไม่ได้เข้าร่วม ก็ไม่ทราบข่าวสาร ในบางหมู่บ้านที่การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง จึงเกิดปัญหาในด้านการสมทบงบประมาณเข้ากองทุนในภาคของประชาชน

4) ความเชื่อมั่นของประชาชน ต่อกองทุนสุขภาพในระยะแรก ยังมีน้อย เนื่องจากมีความกังวลในด้านความมั่นคง ความเท่าเทียม ในการบริหารจัดการ

7.7 ข้อเสนอแนะ

1) การรับโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบล ควรมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ในการร่วมขับเคลื่อนกองทุนในระยะแรก ทั้งนี้ก่อนควรให้พี่เลี้ยงในพื้นที่เข้าร่วมการอบรมแนวทางการดำเนินงานตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพจัดอบรม

2) กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน การมีส่วนร่วมที่ดี ต้องร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมบริหารจัดการ ร่วมกันทำ ร่วมประเมินอย่างต่อเนื่อง

3) การทำงานให้ยั่งยืน ในด้านของงบประมาณกองทุนต้องมีระบบการบริหารการเงินที่มีคุณภาพ โดยให้ตระหนักถึงการบริหารด้านการเงินและการคลัง โดย ด้านการเงินควรมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการทำบัญชีรายงาณด้านรายรับ-รายจ่ายที่ตรวจสอบได้ และการคลัง ควรมีเงินสำรอง แหล่งที่มาของงบประมาณที่สนับสนุน การได้มาเพื่อการสมทบกองทุน ควรมีแผนที่ชัดเจนเช่นกัน เพื่อความยั่งยืนของกองทุน

2. สรุปภาพรวมการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ

จากกรณีศึกษาทั้ง 7 พื้นที่ ได้แก่ พื้นที่อบต.บ้านเป้า จ.ลำปาง อบต.คือเวียง จ.พะเยา อบต.ศรีฐาน จ.ยโสธร อบต.บุงคล้า จ.เพชรบูรณ์ อบต.ปลายโพรงพาง จ.สมุทรสงคราม อบต.ท่าไม้รวก จ.เพชรบุรี อบต.อ่าวลึกเหนือ จ.กระบี่ พบว่า พื้นที่ต่างๆ มีลักษณะรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนในพื้นที่ที่เหมือนกันในหลักการ แต่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงในรายละเอียดของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งสามารถศึกษาเพิ่มเติมโดยละเอียด จากภาคผนวก 2

พื้นที่ที่ทำการศึกษาล้วนใหญ่ มี ลักษณะรูปแบบการมีส่วนร่วมในกองทุนหลักประกันสุขภาพ แบบ 3 ภาคส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนแรก สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ส่วนที่สอง องค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนที่สาม ชุมชน รูปแบบดังกล่าวนี้จะปรากฏให้เห็นที่ได้ชัดเจนในพื้นที่ อบต.บ้านเป้า อบต.คือเวียง อบต.อ่าวลึกเหนือ และอบต.ศรีฐาน แต่อย่างไรก็ตาม รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเหล่านี้ จะแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ และกิจกรรมที่สามารถสร้างการรวมกลุ่มหรือรวมตัวของคนในชุมชน และขึ้นกับคณะกรรมการบริหารกองทุนเห็นว่ามีเหมาะสมด้วย เช่น พื้นที่ อบต.บ้านเป้าเห็นว่า วิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านเป้า คือ การจัดผ้าป่าเพื่อสุขภาพชุมชน เป็นแนวทางสมทบทุน

โดยความสมัครใจ ตามกำลังและจิตศรัทธา เช่นเดียวกับพื้นที่ อบต.ศรีฐาน ซึ่งใช้วิธีการนี้ (เป็นวิธีการหนึ่ง) เช่นเดียวกันในการลงขันเพื่อนำเงินเข้ากองทุน หรือ พื้นที่ อบต.คือเวียง ซึ่งมีกองทุนสวัสดิการชุมชน จัดการดูแลสมาชิกด้านการเจ็บป่วย และการตาย เป็นทุนทางสังคม ในพื้นที่ก่อนแล้ว จึงใช้โอกาสการจัดตั้งกองทุน สปสช.ผสานการจัดการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของชุมชนเข้าไป

จากข้อมูลข้างต้นทำให้เห็นบทบาทหน้าที่ของภาคส่วนในการร่วมดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว ถึงแม้ว่าการจัดสรรเงินจากกองทุนที่ได้จากกองทุนออมทรัพย์ของหมู่บ้านหรือกองทุนสวัสดิการชุมชนจะมีเพียงสมาชิกเท่านั้นที่ เป็นผู้สมทบกองทุน แต่ผลจากการนำเงินเข้าสมทบกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพจะทำให้ ประชาชนทุกคนในพื้นที่ อบต.ได้รับประโยชน์กันอย่างถ้วนหน้า จึงอาจกล่าวได้ว่า สมาชิกกองทุน มีน้ำใจ เสียสละเงินเพื่อประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งเป็นการกระทำที่น่ายกย่องอย่างยิ่ง

กระบวนการบริหารจัดการกองทุน พื้นที่ส่วนใหญ่ จัดตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุนตามแนวทางการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด คือ ให้ประธานกรรมการ และเลขานุการมาโดยตำแหน่ง และให้กรรมการอื่นๆ คัดเลือกจากตัวแทนของหมู่บ้าน ทั้งนี้จำนวนคณะกรรมการขึ้นอยู่กับจำนวนหมู่บ้าน ซึ่งแต่ละ อบต.จะประกอบไปด้วยหมู่บ้าน ตั้งแต่ 3-30 หมู่บ้าน

การออกแบบกิจกรรมและการจัดการดูแลด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค พื้นที่ที่ศึกษา ได้นำข้อมูลด้านสุขภาพ ลักษณะโครงสร้างประชากร ปัญหาโรคที่พบบ่อยและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ มาเป็นแนวทางพื้นฐานในการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค จากความเข้าใจในบริบทความหมายของคำว่า การจัดการสุขภาพของคนในพื้นที่ต่างๆ อาจแตกต่างไปจากความหมายของนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งตีความความหมายของคำว่า การดูแลสุขภาพ หมายถึง การดูแล ป้องกันไม่เพียงแต่เฉพาะสุขภาพกาย และสุขภาพจิตให้ไม่เกิดโรคเท่านั้น แต่ยังมีความหมายกว้างไป ถึงการยกระดับคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น และการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพดีขึ้นอีกด้วย

ดังพบได้จาก ความพยายามของพื้นที่ตำบลศรีฐาน และตำบลบึงคล้าในการจัดบริการรักษาโรคในโรงพยาบาลตำบลให้คนในพื้นที่ การบริการตรวจรักษาที่บ้าน การเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ และ อสม. กระบวนการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้มารับบริการและประชาชนเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงบริการของโรงพยาบาลต่อไป

หรือการจัดสรรงบประมาณของกองทุนเพื่อนำไปสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ หรือผู้ทุพพลภาพ ในพื้นที่ที่ยังไม่ได้รับเบี้ยยังชีพรายเดือนจากการอุดหนุนของ อบต. เนื่องจากมีงบประมาณจำกัด การส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย สติปัญญา และจิตใจของเด็ก โดยจัดหาของเล่นที่มีส่วนเสริมสร้างพัฒนาการเด็ก เป็นต้น

บทที่ 4

บทสังเคราะห์ตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน ระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบล และกองทุนสุขภาพชุมชน

เพื่อให้เข้าใจถึงที่มาของตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน ฯ ของกรณีศึกษาทั้ง 7 กรณีได้อย่างชัดเจน ในเบื้องต้นจึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงทุนเดิมที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่ก่อน เนื่องจากเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเลือกพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งจะพบว่าทั้ง 7 พื้นที่มีจุดเหมือนและจุดที่แตกต่างกันในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ทุนทางสังคมของพื้นที่

ฐานคิด/เงื่อนไขการเกิดขึ้นของกองทุนชาวบ้าน

พื้นที่ที่กรณีศึกษาส่วนใหญ่จะมีทุนทางสังคมเดิมที่มีความเข้มแข็ง และเกิดการรวมกลุ่มเป็นระยะเวลานานในการสร้างสมความเข้มแข็งของกลุ่ม/ชุมชน แสดงออกถึงการรวมกลุ่มอย่างเข้มแข็งเหนียวแน่น มุ่งเน้นเป้าหมายและผลลัพธ์อันหนึ่งอันเดียวกันร่วมกัน เกิดการร่วมมือกันดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ความสัมพันธ์นี้เป็นความสัมพันธ์ที่ยั่งยืน ยาวนาน และเมื่อต้องการดำเนินกิจกรรมใดเพื่อประโยชน์ส่วนรวม จึงมักจะได้รับความร่วมมือ ร่วมแรงร่วมใจในการทำกิจกรรมนั้น ๆ สามารถจำแนกประเภทของทุนทางสังคมที่มีในพื้นที่ตามรูปแบบการรวมตัวของชุมชน/ชาวบ้านได้ 2 ประเภท คือ 1) มีการรวมกลุ่มกันจัดตั้งเป็นกองทุนชาวบ้านหรือกองทุนชุมชน และดำเนินการโดยชุมชน เช่น กองทุนสวัสดิการวันละบาท(ต.บ้านเป้า จ.ลำปาง), กองทุนสวัสดิการชุมชนและเครือข่ายศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน (ต.บ้านถ้ำ, ต.หนองหล่ม, ตำบลบ้านปิ่นและ ต.ค้อเวียง จ.พะเยา), กองทุนสุขภาพชุมชน (ต.ศรีฐาน จ. ยโสธร และ ต.บึงคล้า จ.เพชรบูรณ์) และกองทุน/กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต(ต.อ่าวลึกเหนือ จ.กระบี่) และ 2) ไม่มีกลุ่มหรือกองทุนที่จัดตั้งและดำเนินการโดยภาคประชาชน แต่มีกลุ่ม/กองทุนที่มีการจัดตั้งโดยภาครัฐ เช่น กองทุนหมู่บ้าน กองทุนแม่ของแผ่นดิน กองทุนเงินสแตมป์ เป็นต้น (ต.ปลายโพธิ์พาง จ.สมุทรสงครามและ ต.ท่าไม้รวก จ.เพชรบุรี)

หากพิจารณาถึงที่มาของกองทุนชาวบ้านต่าง ๆ ที่มีในพื้นที่ พบว่า จุดเริ่มต้นในการจัดตั้งกองทุนต่าง ๆ ส่วนใหญ่เกิดจากความต้องการแก้ปัญหาความเดือดร้อนของคนในชุมชน ซึ่งความเดือดร้อนดังกล่าวอาจเริ่มต้นด้วยปัญหาด้านเศรษฐกิจของคนในชุมชน (เช่น ต.บ้านเป้า จ.ลำปาง, ต.บ้านถ้ำ, ต.หนองหล่ม, ต.บ้านปิ่นและ ต.ค้อเวียง จ.พะเยา และ ต.อ่าวลึกเหนือ

จ.กระบี่) หรือปัญหาด้านสุขภาพหรือการได้รับการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน (เช่น ต.ศรีฐาน จ. ยโสธรและ ต.บึงคล้า จ.เพชรบูรณ์) มาเป็นประเด็นในการชักชวนให้ผู้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เหล่านั้นร่วมกัน อันนำมาสู่การรวมกลุ่มกันจัดตั้งเป็นองค์กรชาวบ้านที่มีวัตถุประสงค์การรวมตัวแตกต่างกันตามบริบทและความต้องการของคนในชุมชนนั้น ๆ

ฐานคิดหลักที่ค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้คือ การระดมทุนจากทุกคนในพื้นที่เพื่อประโยชน์ของทุกคนในพื้นที่ (ถึงแม้ในทางปฏิบัติอาจไม่สามารถทำได้ครอบคลุมทั้งหมดก็ตาม) ซึ่งฐานคิดนี้จะส่งผลต่อการบริหารจัดการของกองทุนที่เอื้อประโยชน์ให้ทุกคนในชุมชนได้รับประโยชน์ร่วมกัน ดังจะเห็นได้จากการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพชุมชนในพื้นที่ตำบลบึงคล้าและตำบลศรีฐาน ที่การดำเนินงานของกองทุนเอื้อประโยชน์กับทุกคนในชุมชน ในขณะที่อีกฐานคิดหนึ่งคือการระดมทุนจากสมาชิกและมีการบริหารจัดการที่เอื้อประโยชน์ต่อสมาชิกเท่านั้น ตัวอย่างเช่น กองทุนสวัสดิการชุมชนในพื้นที่ตำบลคือเวียง ตำบลหนองหล่ม ตำบลบ้านปิน ตำบลบ้านด้า จ.พะเยา และตำบลบ้านเป้า จังหวัดลำปาง เป็นต้น

อย่างไรก็ตามจะพบว่า การมีทุนทางสังคมเดิมของพื้นที่ จะทำให้การรวมกลุ่มความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจและสามารถผลักดันการเกิดกิจกรรมสาธารณะประโยชน์แบบใหม่ เพื่อประโยชน์สูงสุดของคนในชุมชนได้โดยง่าย เนื่องจากผู้นำชุมชนมีศักยภาพและเข้าใจในเรื่องสุขภาพอนามัยดี มีรูปแบบการบริหารจัดการที่เป็นระบบ มีช่องทางการสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างคนในชุมชน

กระบวนการดำเนินงานและการบริหารจัดการของกองทุนชาวบ้านทั้ง 7 พื้นที่นั้นมีกระบวนการหลักๆที่คล้ายคลึงกันแต่อาจแตกต่างกันรายละเอียดปลีกย่อย กล่าวคือ ในทุกพื้นที่มีวิธีการดำเนินงานที่ยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง จะมีกระบวนการในการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนซึ่งส่วนใหญ่เริ่มต้นด้วยการนำประเด็นปัญหาเป็นตัวตั้ง มีแกนนำชุมชนที่ประชาชนให้ความศรัทธาชักชวนชาวบ้านหาแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกันผ่านเวทีประชาคมต่างๆ ทำความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการดำเนินการร่วมกัน ร่วมวางแผนการดำเนินงาน ออกแบบกิจกรรมและโครงสร้างการบริหารจัดการที่ประกอบไปด้วยคณะทำงานฝ่ายต่าง ๆ ที่เป็นรูปธรรม นำเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับของประชาชนในพื้นที่และสอดคล้องกับภารกิจและบทบาทหน้าที่ขององค์กร เพื่อดำเนินงานและปฏิบัติตามแผนงานที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ยังมีกระบวนการในการติดตามผลการดำเนินงานผ่านเวทีประชาคมอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งมีการบริหารจัดการที่โปร่งใส มีผลการดำเนินงานที่ปรากฏเป็นรูปธรรม ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างแท้จริง

เป็นที่น่าสังเกตว่าเงื่อนไขประการหนึ่งซึ่งส่งผลถึงความคงอยู่และความยั่งยืนของกองทุนชาวบ้าน คือ ความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม ของประชาชนในพื้นที่ที่มีต่อกองทุนนั้น ๆ จะเห็นได้ว่าในทุกกองทุนเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมประเมินผล

2. บทสังเคราะห์ภาพรวมของตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน ระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบล และกองทุนสุขภาพชุมชน

1. กระบวนการในการจัดตั้งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน

ในระยะเริ่มต้นเกือบทุกพื้นที่ที่มีการจัดตั้งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนตามหลักเกณฑ์ (คู่มือ) ที่ สปสช. กำหนดไว้ คือ มีการจัดตั้งคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน ที่มีองค์ประกอบของคณะกรรมการตามข้อกำหนดของ สปสช. และอาจมีการปรับเปลี่ยนบ้างเล็กน้อยตามบริบทของแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ไม่มีส่วนร่วมในการรับทราบข้อมูลดังกล่าวมาก่อน

ภายหลังจากการจัดตั้งกองทุน (กล่าวคือมีคณะกรรมการกองทุน ฯ เรียบร้อย แต่ยังไม่มีการดำเนินการใด ๆ) ในทุกพื้นที่จะมีเวทีประชาคมในการทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล ตัวแทนชาวบ้าน ตัวแทนกลุ่มหรือองค์กรชาวบ้าน ตัวแทนสถานีนามัย เป็นต้น ถึงแนวคิดและหลักการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนดังกล่าว ผลประโยชน์ที่ประชาชนในพื้นที่จะได้รับจากกองทุน ฯ และหารือถึงแนวทางในการดำเนินงานของกองทุนร่วมกัน ตั้งแต่แนวทางการบริหารจัดการ ทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินการ และร่วมออกแบบกิจกรรม โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพพื้นที่ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและออกแบบกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา

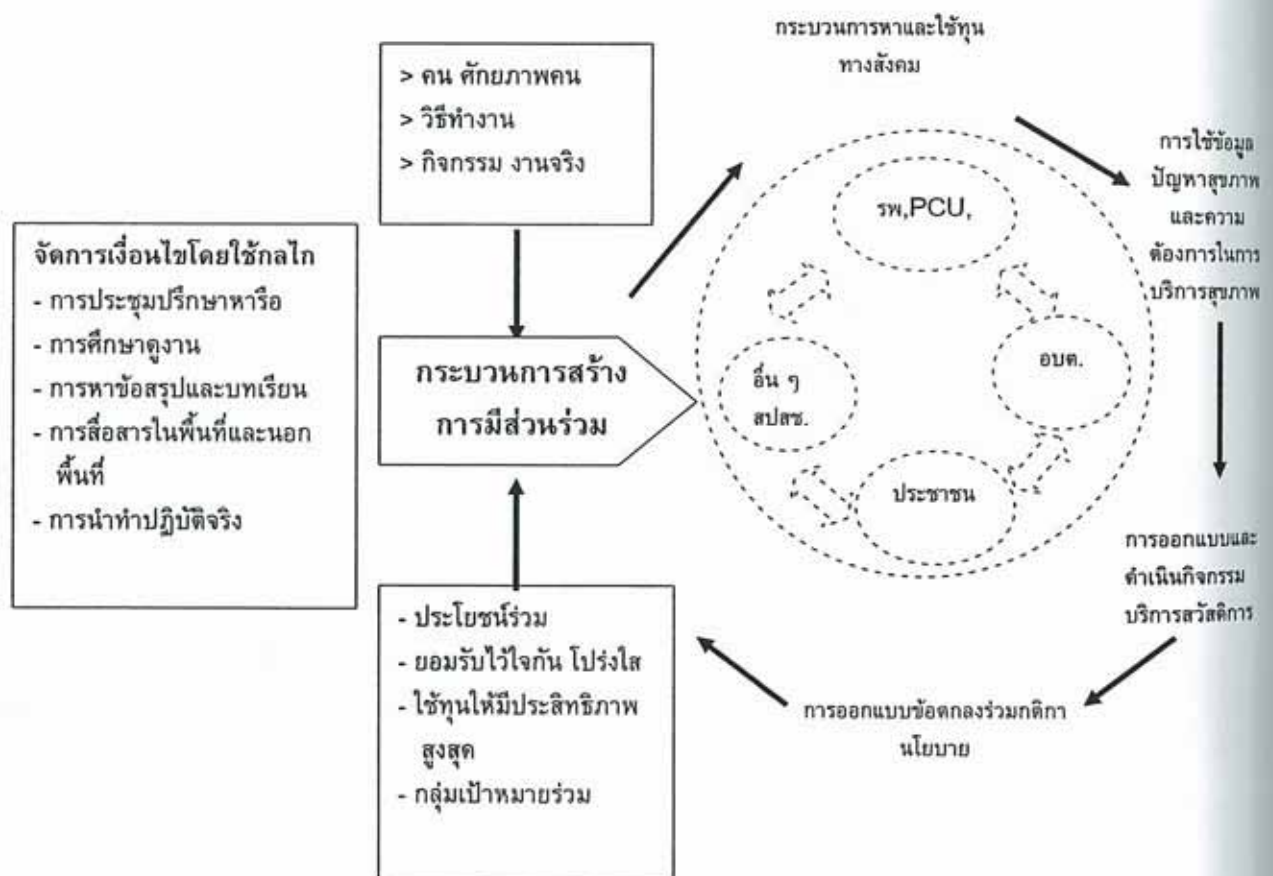
จะเห็นว่าในทุกพื้นที่มีกระบวนการจัดตั้งกองทุนที่เหมือนกัน คือ มีรูปแบบของกองทุนที่ถูกกำหนดจากหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง และประสานงานให้มีการดำเนินการจัดตั้งต่อในพื้นที่ภายใต้กรอบระยะเวลาและเงื่อนไขที่ส่วนกลางกำหนด ดังนั้นสิ่งที่พบได้ชัดเจนประการหนึ่งก็คือ ความเข้าใจในแนวคิดและหลักการกองทุนของแกนนำในพื้นที่ที่จะต้องไปดำเนินการต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์การบริหารส่วนตำบล หากความเข้าใจในแนวคิดและหลักการดังกล่าวไม่ชัดเจนแล้วอาจส่งผลถึงการดำเนินงานในระยะต่อไปของกองทุนอีกด้วย

2. กระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีต่าง ๆ หากพิจารณาถึงการเข้ามามีส่วนร่วมขององค์กรภาคีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน จะพบว่ามีองค์กรภาคีทั้งจากส่วนกลางและระดับพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในระดับที่แตกต่างกัน ดังนี้

- กองทุนภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ (อัตรา 37.50 บาทต่อหัวประชากร) และแนวทางในการดำเนินงาน
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล ซึ่งถือว่าเป็นองค์กรหลักที่มีส่วนร่วมในกองทุนหลักประกันระดับชุมชน กล่าวคือ องค์กรจะเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการของการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมดำเนินการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนหรือไม่ จากนั้นจึงเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ โดยการสนับสนุนทรัพยากร ในรูปของงบประมาณซึ่งมีทั้งที่สนับสนุนตามเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด (เช่น อบต.ปลายโพธิ์พาง, อบต.เคือเวียง, อบต.อ่าวลึกเหนือ, อบต.ป่าต้วและอบต.ศรีฐาน เป็นต้น) และมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เช่น อบต.ท่าไม้รวก, อบต.บ้านเป้า, เทศบาลบ้านด้า เป็นต้น) นอกจากการสนับสนุนด้านงบประมาณดังกล่าวแล้วองค์กรยังมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนตามตำแหน่งอีกด้วย
- สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ พบว่า สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ส่วนใหญ่เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุน โดยเข้ามาเป็นหนึ่งในคณะกรรมการ (ตามตำแหน่ง) และให้ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่กับคณะกรรมการอื่นๆ
- ผู้รับบริการหรือประชาชนในพื้นที่ โดยส่วนใหญ่พบว่าจะเข้ามามีส่วนร่วมในการรับทราบข้อมูลและแสดงความคิดเห็นในการออกแบบกิจกรรม เป็นต้น อย่างไรก็ตามมีบางส่วนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม โดยเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการหรือคณะกรรมการกองทุนระดับหมู่บ้าน สำหรับการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณนั้นจากการศึกษายังไม่พบรูปธรรมของการสนับสนุนดังกล่าว มีเพียงแนวทางที่จะดำเนินการในอนาคต เช่น การร่วมบริจาคในรูปแบบของสลากการกุศล หรือการจัดกิจกรรมทอดผ้าป่า เป็นต้น
- กองทุนชาวบ้าน องค์กรชุมชนในพื้นที่ จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม แต่ยังไม่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณ ยกเว้นในบางพื้นที่ที่กองทุนชาวบ้านให้การสนับสนุนด้านงบประมาณกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนโดยตรง คือ พื้นที่ตำบลอ่าวลึกเหนือ จังหวัดกระบี่ กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิตสนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งในการดำเนินการของกองทุน ฯ

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของภาคีต่าง ๆ ในชุมชนในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน สามารถอธิบายและวิเคราะห์ให้เห็นว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน นั้น นอกจากองค์ประกอบในด้านงบประมาณในการบริหารจัดการ รูปแบบการบริหารจัดการ คณะกรรมการบริหารกองทุนแล้วยังขึ้นกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารกองทุน กระบวนการรวมกลุ่ม และสื่อสารภายในชุมชนที่สร้างสมมาอย่างยาวนานของแต่ละพื้นที่ กระทั่งเกิดความเข้มแข็งภายในชุมชนดังกระบวนการที่พบเห็นในรายงานการศึกษา ดังนี้

แผนภูมิที่ 4.1 ตัวแบบของกระบวนการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน



การจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนนั้น ควรคำนึงถึงกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และอาศัยความร่วมมือจากองค์กรภาคีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยให้บริการด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ (สสจ., โรงพยาบาล, PCU, CUP) องค์การบริหารส่วน

ตำบล หรือเทศบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนกลางและสำนักงานสาขาเขตพื้นที่ และภาคประชาชน ร่วมสนับสนุน ร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมดำเนินการขับเคลื่อน เกื้อหนุน ให้โอกาสการทำงานซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดบรรลุเป้าหมายการดูแลสุขภาพคนในพื้นที่ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์หลักเดียวกัน โดยนำกระบวนการแสวงหาและใช้ทุนทางสังคม การใช้ข้อมูลปัญหาสุขภาพและความต้องการในการบริการสุขภาพ การออกแบบและดำเนินกิจกรรม บริการสวัสดิการ และการออกแบบข้อตกลงร่วมกันในกติกา นโยบาย บริหารจัดการ บัณฑิต สำคัญที่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนขึ้นกับคนในชุมชน วิธีการดำเนินงานของคณะกรรมการดำเนินการ การเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ กิจกรรมที่เกิดขึ้นจริง ผลงานดำเนินงานที่เห็นผลจริง สามารถสนองความต้องการของคนในชุมชน และมีกระบวนการติดตาม ตรวจสอบความโปร่งใสที่ชุมชนเข้าถึงได้ สิ่งเหล่านี้จะสร้างความสนใจและความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมของคนในชุมชน การสร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจในการบริหารจัดการกองทุนของคณะกรรมการ และส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในกระบวนการมีส่วนร่วม

3. แนวทางการบริหารจัดการ :

- ทรัพยากรที่ใช้ในการบริหารจัดการ หากพิจารณาตามที่มาของทรัพยากร (งบประมาณ) สามารถจำแนกได้เป็น 4 รูปแบบ ได้แก่

รูปแบบที่ 1 : สปสช.+อบต./เทศบาล ตามระเบียบที่กำหนด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสมทบในกองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน 37.50 บาทต่อหัวประชากร และอบต.หรือเทศบาลเข้าร่วมสมทบอย่างน้อย 10% (อบต.ขนาดเล็ก) 20%(ขนาดกลาง) และ 50% (เทศบาลตำบลหรือ อบต.ขนาดใหญ่) ของงบประมาณที่สปสช.สมทบตามเกณฑ์ที่กำหนด

รูปแบบที่ 2 : สปสช.+อบต./เทศบาล มากกว่าที่ระเบียบกำหนด

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสมทบในกองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน 37.50 บาทต่อหัวประชากร และอบต.หรือเทศบาลเข้าร่วมสมทบมากกว่า 10% 20% หรือ 50% ของงบประมาณที่ สปสช.สมทบตามเกณฑ์ที่กำหนด

รูปแบบที่ 3 : สปสช.+อบต./เทศบาล (เท่ากับหรือมากกว่าที่ระเบียบกำหนด) + ชุมชน(กองทุนชาวบ้าน, กลุ่มออมทรัพย์, กองทุนสวัสดิการชุมชน ฯลฯ)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสมทบในกองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน 37.50 บาทต่อหัวประชากร และอบต.หรือเทศบาลเข้าร่วมสมทบเท่ากับหรือมากกว่า 10% 20% หรือ 50% ของงบประมาณที่สปสช.สมทบตามเกณฑ์ที่กำหนด และส่วนของชุมชนกองทุน

ชาวบ้านร่วมสมทบเพิ่มเติมจากการจัดสรรเงินส่วนหนึ่งหรือดอกผลกองทุนออมทรัพย์เข้าร่วมสมทบ

รูปแบบที่ 4 : สปสช.+อบต./เทศบาล (เท่ากับหรือมากกว่าที่กำหนด) + ชุมชน (กองทุนชาวบ้าน, กลุ่มออมทรัพย์, กองทุนสวัสดิการชุมชน ฯลฯ) +อื่น ๆ

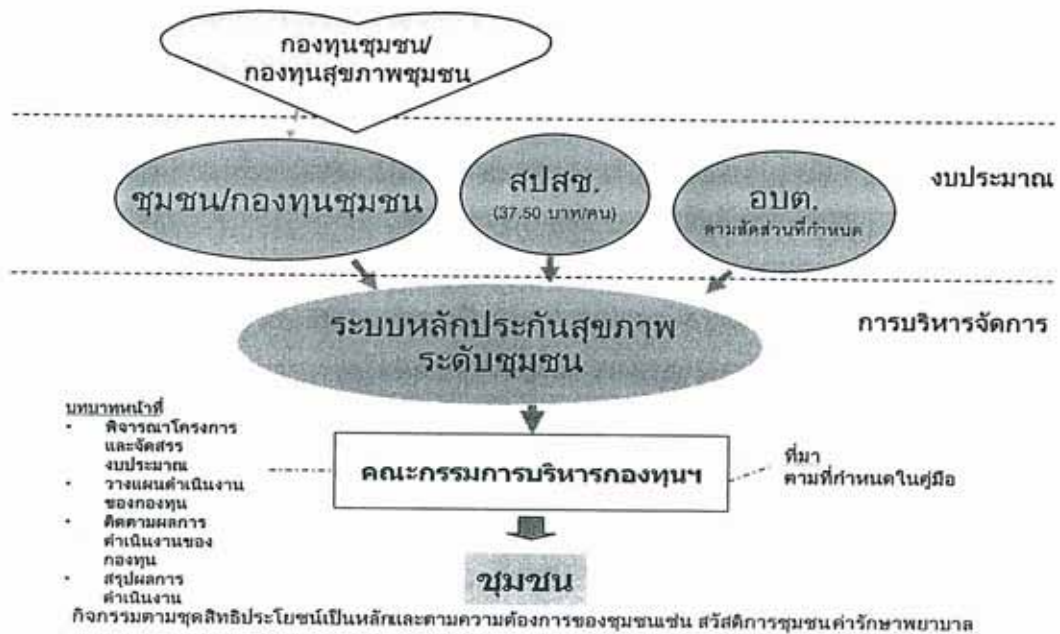
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสมทบในกองทุนหลักประกันสุขภาพชุมชน 37.50 บาทต่อหัวประชากร และอบต.หรือเทศบาลเข้าร่วมสมทบเท่ากับหรือมากกว่า 10% 20% หรือ 50% ของงบประมาณที่สปสช.สมทบตามเกณฑ์ที่กำหนด และส่วนของชุมชนกองทุนชาวบ้านร่วมสมทบจากการจัดสรรเงินส่วนหนึ่งหรือดอกผลกองทุนออมทรัพย์เข้าร่วมสมทบ และส่วนของประชาชนในชุมชนเข้าร่วมสมทบเงิน โดยการจัดกิจกรรมรูปแบบต่าง ๆ เช่น การจัดทำป่ากองทุน การทำสลากการกุศลเพื่อสมทบเงินเข้ากองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ หรือการบริจาคเงินสมทบเข้ากองทุน

- โครงสร้างการบริหารจัดการ จากการศึกษาพบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนมีโครงสร้างในการบริหารจัดการ 3 รูปแบบ คือ

1. รูปแบบที่ 1 แยกการบริหารจัดการชัดเจนระหว่างกองทุนชุมชนกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน เช่น ตำบลบึงคล้า และตำบลศรีฐาน (ในแผนภูมิที่ 4.2)

รูปแบบนี้ประกอบด้วยกองทุน 2 กองทุน ได้แก่ กองทุนที่เกิดจากชาวบ้านหรือองค์กรชาวบ้านเดิมในพื้นที่ อยู่ในรูปของกองทุนสุขภาพหรือกองทุนสวัสดิการชุมชน และกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ซึ่งเป็นกองทุนใหม่ มีระบบการบริหารจัดการที่แยกกันอย่างชัดเจน กล่าวคือ มีคณะกรรมการบริหารกองทุนแต่ละชุด และมีแนวทางและที่มาของคณะกรรมการบริหารกองทุนแตกต่างกัน เช่น คณะกรรมการบริหารสวัสดิการชุมชนหรือกองทุนสุขภาพชุมชน ซึ่งมีวัตถุประสงค์การดำเนินงานด้านการจัดสวัสดิการ หรือการจัดบริการสุขภาพด้านต่าง ๆ เช่น การรักษาโรค การส่งต่อผู้ป่วย การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนกลุ่มต่าง ๆ และคณะกรรมการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ซึ่งทั้งสองกองทุนจะดำเนินการคู่ขนานกันไป ทั้งนี้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพจะไม่ทับซ้อนกัน กล่าวคือ กองทุนสุขภาพจะดำเนินการด้านการรักษาโรค และการส่งเสริมให้มีบุคลากรด้านการสาธารณสุขในพื้นที่ ส่วนกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพจะดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

แผนภูมิที่ 4.2 แสดงการแยกการบริหารจัดการชัดเจนระหว่างกองทุนชุมชนเดิมกับกองทุนสปสข. (รูปแบบที่ 1)



2. รูปแบบที่ 2 มีคณะกรรมการบริหารร่วมในระดับตำบลและมีคณะกรรมการย่อยบริหารจัดการแยกแหว่งกองทุนชุมชนเดิมกับกองทุน สปสข. ในระดับพื้นที่/หมู่บ้าน เช่น โครงสร้างการบริหารจัดการของตำบลคือเวียง (โปรดพิจารณาแผนภูมิที่ 4.3 ประกอบ)

ประกอบด้วย 2 กองทุน คือ 1.กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ งบประมาณมีที่มาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพสมทบ 37.50 บาทต่อหัวประชากร และองค์การบริหารส่วนตำบล สมทบตามสัดส่วน (อบต.ขนาดเล็กสมทบอย่างน้อย 10 %) และ 2. กองทุนสวัสดิการชุมชน งบประมาณจากประชาชน องค์กรภาคี และเงินบริจาคอื่น ๆ ทั้งนี้สองกองทุนจะมี คณะกรรมการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพตำบลเป็นผู้บริหารและกำหนดแนวทาง การดำเนินการของกองทุนร่วมกัน และตั้งคณะกรรมการระบบหลักประกันสุขภาพ และ อนุกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชน เพื่อทำหน้าที่จัดการและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตาม แนวทางการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารกองทุน ฯ

คณะกรรมการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพทำหน้าที่วางแผนการดำเนินงาน พิจารณานุมัติโครงการ ติดตามและประเมินผลโครงการระบบหลักประกันสุขภาพและ สวัสดิการชุมชน คณะกรรมการมีที่มาโดยยึดถือตามคู่มือจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่าง กองทุนของภาครัฐ องค์กรบริหารส่วนตำบล และกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

ตำบล กิจกรรมที่ดำเนินการจะดำเนินการตามชุดสิทธิประโยชน์ และตามความต้องการของชุมชน เช่น สวัสดิการชุมชน ค่ารักษาพยาบาล

ส่วนอนุกรรมการระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล มีหน้าที่เสนอโครงการ ดำเนินโครงการและสรุปผลการดำเนินโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อคณะกรรมการบริหารกองทุน มีที่มาจากตัวแทนของชุมชนแต่ละหมู่บ้านและกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อสม. และอนุกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชนมีหน้าที่คล้ายกับอนุกรรมการระบบหลักประกันสุขภาพแต่จะดำเนินการด้านสวัสดิการชุมชน มีที่มาจากตัวแทนชาวบ้าน

แผนภูมิที่ 4.3 แสดงรูปแบบคณะกรรมการบริหารร่วมในระดับตำบลและมีคณะอนุกรรมการย่อยบริหารจัดการแยกระหว่างกองทุนชุมชนเดิมกับกองทุน สปสช. ในระดับพื้นที่/หมู่บ้าน (รูปแบบที่ 2)



กิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์เป็นหลักและตามความต้องการของชุมชนเช่น สวัสดิการชุมชน ค่ารักษาพยาบาล

3. รูปแบบที่ 3 แยกการบริหารจัดการชัดเจนระหว่างกองทุนชุมชนกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน แต่มีคณะกรรมการย่อยในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนตัวอย่างเช่น ตำบลอ่าวลึกเหนือ (ดังแผนภูมิที่ 4.4)

รูปแบบนี้มีเพียงกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว งบประมาณกองทุนมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 37.50 บาทต่อหัวประชากร องค์การบริหารส่วนตำบลสมทบอย่างน้อย 10 % ตามเกณฑ์ และกองทุนของชุมชน โดยมีคณะกรรมการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเป็นผู้พิจารณาโครงการและจัดสรรงบประมาณ วางแผนการดำเนินงานของกองทุน ติดตามและสรุปผลการดำเนินงานของกองทุน ซึ่งคณะกรรมการชุดนี้แต่งตั้งและกำหนดตำแหน่งและที่มาตามคู่มือแนวทางการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

แผนภูมิที่ 4.4 แสดงการจัดตั้งและบริหารโดยยึดตามหลักเกณฑ์ของ สปสช. และมีคณะกรรมการย่อย(รูปแบบที่ 3)



กิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์เป็นหลักและตามความต้องการของชุมชนเช่น สวัสดิการชุมชน
คำปรึกษาพยาบาล

อย่างไรก็ตามอาจไม่สามารถกล่าวได้ว่ารูปแบบการบริหารจัดการรูปแบบใดที่จะส่งผลให้กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนประสบความสำเร็จและมีความยั่งยืนในอนาคต แต่หากพิจารณาพร้อมกับประสบการณ์หรือบทเรียนการบริหารจัดการกองทุนของชาวบ้านที่ประสบความสำเร็จ ณ ปัจจุบัน อาจกล่าวได้ว่ารูปแบบที่น่าจะนำไปสู่ความยั่งยืนของ

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่าง กองทุนของภาครัฐ
องค์การบริหารส่วนตำบล และกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

กองทุนได้ในอนาคตคือ รูปแบบที่ 2 และ 3 ทั้งนี้เนื่องจากทั้งสองรูปแบบแสดงให้เห็นถึงการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในกองทุน ฯ ของประชาชนในพื้นที่ นั่นคือ การเข้าไปมีส่วนร่วมในรูปของคณะกรรมการไม่ว่าจะเป็นคณะกรรมการในระดับใดก็ตาม

- ระบบการจัดการการเงินกองทุน พบว่า ส่วนใหญ่จะมีการบริหารจัดการด้านการเงินกองทุนแยกกันระหว่างกองทุนชาวบ้านเดิมที่มีในพื้นที่กับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนที่ตั้งขึ้นใหม่ ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการ อีกทั้งที่มาของงบประมาณของทั้งสองกองทุนและกลุ่มเป้าหมายในการบริการก็แตกต่างกัน กล่าวคือ กองทุนชาวบ้านเดิมที่มีในพื้นที่นั้นที่มาของงบประมาณส่วนใหญ่ได้จากชาวบ้านที่เป็นสมาชิกของกองทุนนั้น ๆ และการบริการที่ให้กับก็จะให้บริการเฉพาะสมาชิกเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนนั้นมีที่มาของงบประมาณจากหลากหลายแหล่ง ทั้งจากองค์กรภาครัฐส่วนกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบางส่วนจากประชาชนในพื้นที่ และให้บริการกับประชาชนทุกคนในชุมชน

ระบบการจัดการการเงินกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ โดยการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุน นอกจากเป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคแล้ว ยังมีหน้าที่ที่สำคัญในการบริหารจัดการงบประมาณของกองทุนให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนส่วนรวมสูงสุด ดำเนินการพิจารณารายรับและรายจ่าย การอนุมัติงบประมาณในกิจกรรมต่าง ๆ และคณะกรรมการชุดนี้ยังมีหน้าที่ในการหาแนวทางการจัดหางบประมาณเพื่อการสร้างการมีส่วนร่วมสมทบกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพจากประชาชน และองค์กรภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งกองทุนในปัจจุบันและอนาคตเพื่อความยั่งยืนของกองทุนต่อไป

ที่มาของคณะกรรมการกองทุน พื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่จะถือปฏิบัติตาม คู่มือการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยมีที่มาของคณะกรรมการ 2 ประเภท 1.โดยตำแหน่ง เช่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นประธานคณะกรรมการ และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เป็น เลขานุการและกรรมการ และ 2.กรรมการที่มาจากการเลือกตั้งตัวแทนชาวบ้าน แม้ว่าสัดส่วนของคณะกรรมการที่มาโดยตำแหน่งมีสัดส่วนที่น้อยกว่ากรรมการโดยการเลือกตั้งตัวแทนของชุมชน แต่การจัดตั้งคณะกรรมการกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่บางแห่ง (เช่น ศรีฐาน) เห็นว่า การเลือกผู้ที่เหมาะสมมาทำหน้าที่เป็นผู้บริหารงานกองทุน ควรเลือกผู้มีใจ เข้าใจในเรื่องสุขภาพและกองทุนเพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพ จึงมีความเห็นให้ เจ้าหน้าที่บริการสาธารณสุขเป็นเลขานุการและกรรมการ ส่วนปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษากองทุนด้านกฎหมายและระเบียบปฏิบัติ

จากการประสพการณ์การดำเนินการของกองทุนสุขภาพชุมชนหรือกองทุนสวัสดิการต่าง ๆ ชุมชนที่มีความเข้มแข็งและมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง สามารถบริหารจัดการกองทุนได้ด้วย

ตนเอง โดยจัดตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพตำบลระดับหมู่บ้าน และระดับตำบล มาจากการเลือกตั้งของประชาชนในพื้นที่ทั้งสิ้น องค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่เพียงพี่เลี้ยง ประสานงานและคอยติดตามตรวจสอบการดำเนินงาน แนวทางดังกล่าวนี้สามารถสะท้อนความมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งในขั้นตอนการร่วมวางแผน ร่วมบริหาร ร่วมตรวจสอบ ร่วมรับผิดชอบ และเสนอแนะความคิดเห็นในกิจกรรมต่าง ๆ สร้างความรู้สึกรักและเป็นเจ้าของกองทุน นำมาซึ่งความใส่ใจและห่วงแหน พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่าง ๆ

ดังนั้นในการกำหนดที่มาและสัดส่วนของคณะกรรมการ นอกจากให้สามารถเลือก ประธานกรรมการ และเลขานุการและกรรมการ โดยตำแหน่งแล้ว ควรเปิดกว้างโดยระบุที่มาให้มีความยืดหยุ่น ให้แก่ผู้ที่มีความสามารถและพร้อมในการทำงาน

แนวทางการดำเนินงาน ส่วนใหญ่จะยึดตามข้อกำหนดของ สปสช.เป็นหลัก คือ การจัดการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพใน 5 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การจัดการบริการสำหรับหญิงมีครรภ์, การจัดการบริการสำหรับเด็กเล็ก, การจัดการบริการสำหรับเด็กโต, การจัดการบริการผู้ใหญ่และการจัดการบริการสำหรับกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ

4. กระบวนการออกแบบบริการสุขภาพ

ตามอำนาจหน้าที่มาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล แต่เป็นการให้ความร่วมมือในเชิงรับมากกว่า เมื่อทางส่วนราชการ โดยกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถานีนามัยขอความร่วมมือไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันโรคระบาด หรือโรคติดต่อ เช่น ไข้เลือดออก ไข้หวัดนก มักได้รับความร่วมมือและสามารถป้องกันโรค และเผยแพร่ความรู้ แนวทางการป้องกันและรักษาไปสู่ชุมชนได้เป็นอย่างดี

ลักษณะของการออกแบบกิจกรรมที่องค์การบริหารส่วนตำบลและผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นดำเนินการจะแนวทางการออกแบบกิจกรรมที่สำคัญดังนี้

1. ที่มาจากนโยบายของภาครัฐ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง(สปสช.) เช่น การป้องกันโรคไข้เลือดออก การเฝ้าระวังการระบาดของไข้หวัดนก การป้องกันโรคฉี่หนู การให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. ที่มาจากปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาของชุมชน เช่น คนในชุมชนมีผู้ติดยาเสพติด มีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงจำนวนมาก จึงต้องการจัดกิจกรรมเพื่อลดปัญหาดังกล่าว

โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่าง กองทุนของภาครัฐ
องค์การบริหารส่วนตำบล และกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่

3. ที่มาจากความต้องการของคนในชุมชน เช่น ต้องการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก การซื้อเครื่องมือเสริมสร้างพัฒนาการเด็ก ต้องการให้เงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ต้องการสร้างศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายแก่ผู้สูงอายุ
4. ที่มาจากปัญหา / โรคที่พบของเจ้าหน้าที่สถานีนามัย

ในการออกแบบบริการสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนนั้น ส่วนใหญ่จะยึดตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ฯ ประกอบกับความต้องการของชุมชน กล่าวคือ เน้นการให้บริการด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค และออกแบบกิจกรรมตามกลุ่มเป้าหมายโดยใช้ข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชนประกอบการพิจารณาออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ หากจัดลำดับขั้นตอนการออกแบบบริการสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนสามารถจัดลำดับได้ดังนี้

- 1) จัดเวทีประชาคมระดมความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชนร่วมกัน โดยใช้ข้อมูลด้านสุขภาพจากสถานบริการด้านสุขภาพในพื้นที่และจาก อสม. ประกอบการออกแบบกิจกรรม
- 2) วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย
- 3) จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
- 4) ร่วมออกแบบกิจกรรมที่จะดำเนินการ
- 5) วิเคราะห์ความซ้ำซ้อนระหว่างกิจกรรมที่ดำเนินการในกองทุนเดิมกับกิจกรรมที่จะดำเนินการในกองทุนใหม่

จากกระบวนการในการออกแบบบริการสุขภาพดังกล่าว พบว่า กิจกรรมหรือโครงการส่วนใหญ่จะเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การรณรงค์ให้ความรู้ในการป้องกันโรคต่าง ๆ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมาย เช่น โครงการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพเด็กแบบองค์รวม โครงการโรงเรียนพ่อแม่ โครงการให้ความรู้ญาติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โครงการรณรงค์ลดเหล้าในงานวัด งานศพ สถานที่ราชการ โครงการออกกำลังกาย เป็นต้น ในขณะที่กิจกรรมด้านการป้องกันโรคจะมีเพียงบางส่วน เช่น โครงการตรวจสุขภาพประจำปี โครงการตรวจหามะเร็ง โครงการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต สารเคมีในกระแสเลือด เป็นต้น

สำหรับกระบวนการนำข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชนเพื่อเป็นแนวทางการจัดบริการด้านสาธารณสุขนั้น พบว่า พื้นที่ที่ศึกษา 4 แห่ง ได้แก่ ศรีฐาน ปุณคล้า คือเวียงและบ้านเป่า ได้นำข้อมูลดังกล่าวไปออกแบบการจัดบริการด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาโรคที่พบ และมุ่งเน้นไปที่กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขการใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ได้รับไว้ หรือหากเป็นพื้นที่ที่มีการ

ดำเนินงานด้านสาธารณสุขอยู่ก่อนหน้า มีปัญหาโรคที่พบบ่อย หรือมีแนวโน้มจะเป็นปัญหาของคนในชุมชน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จะออกแบบกิจกรรมด้านสุขภาพตามปัญหาและความเหมาะสมต่อบริบทของพื้นที่ได้เป็นอย่างดี บางพื้นที่ใช้หลักการ "พิจารณาโครงสร้างประชากรในพื้นที่เป็นแนวทางการจัดหาบริการให้เหมาะสม" ประกอบร่วมกับกับข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น อบต.ศรีฐานประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จะจัดบริการการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย และการจัดเบาะยังชีพเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น หรือประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยเด็กมาก จะส่งเสริมเรื่องพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นต้น หรือ ต.เคือเวียงได้นำข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ มาออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัญหา เช่น มีผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด เหล้า บุหรี่ ยาบ้าเป็นจำนวนมาก ปัญหาปวดข้อ ปวดกระดูกมาก นำปัญหาดังกล่าวมาออกแบบกิจกรรม ชมรมคนปลดอยาเสพติด การรณรงค์ลดเหล้าในงานศพและสถานที่ราชการ โครงการสร้างเสริมสุขภาพแก่คน 3 กลุ่ม(วัยทำงาน วัยสูงอายุ และวัยเด็ก) เพื่อป้องกันและลดการปวดกล้ามเนื้อ ปวดเอว เป็นต้น

ส่วนพื้นที่อื่น มักจะดำเนินการตามแนวทางการจัดกิจกรรมตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด โดยแบ่งการดูแลประชาชนออกเป็นกลุ่มวัยต่าง ๆ และเน้นไปที่การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพใน 5 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การจัดบริการสำหรับหญิงมีครรภ์, การจัดบริการสำหรับเด็กเล็ก, การจัดบริการสำหรับเด็กโต, การจัดบริการผู้ใหญ่และการจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ

ศักยภาพของชุมชน ผู้นำชุมชน ทูตทางสังคมในพื้นที่ และระยะเวลาในการดำเนินงานด้านสุขภาพ เป็นพื้นฐานที่สำคัญของชุมชนในการกำหนดหรือออกแบบกิจกรรมทางด้านการให้บริการ พบได้จาก กองทุนสุขภาพตำบล (กองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้าและกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน) มีแนวทางออกแบบกิจกรรมตามความต้องการและปัญหาของคนในพื้นที่ ซึ่งประสบปัญหาประชาชนไม่สามารถเข้าถึงการรับบริการสุขภาพจากสถานบริการของรัฐได้อย่างทั่วถึง เกิดความเหลื่อมล้ำในการรับบริการ และจากปัญหาดังกล่าวนี้นึงนำไปสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลและประชาชนในพื้นที่ โดยนำปัญหาดังกล่าวเสนอต่อเวทีประชาคมหมู่บ้านให้จัดสร้างและเพิ่มศักยภาพของสถานอนามัยภายในพื้นที่ ให้เป็น "โรงพยาบาลตำบล" โดยเริ่มจากการปรับปรุงสถานที่ จัดหาบุคลากรให้บริการเวลาทำการและนอกเวลาทำการ จัดหาเวชภัณฑ์ ยารักษาโรค และการพัฒนาและเตรียมกำลังคนด้านสาธารณสุข โดยการสนับสนุนทุนการศึกษาแก่เด็กที่บิดา มารดาเป็นสมาชิกกองทุนสุขภาพตำบล ส่งไปศึกษาต่อด้านพยาบาลเพื่อให้กลับมาทำหน้าที่เป็นพยาบาลของชุมชนต่อไป

กระบวนการดำเนินการกองทุนสุขภาพตำบล ทุกขั้นตอนเปิดช่องทางให้ประชาชน และองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง รวมถึงประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลจากการรับบริการ การทำงาน ประสานการเฝ้าระวังการเจ็บป่วย และตายของคนที่พักในชุมชน เสนอแนะแนวทาง

การแก้ไขปัญหาพร้อมกัน โดยใช้เวทีประชาคมเพื่อนำมติเข้าสู่คณะกรรมการบริหารกองทุน นอกจากนี้ประชาชนผู้รับบริการยังเป็นกลไกติดตามประเมินผลความพึงพอใจในการรับบริการของคณะทำงานของกองทุน ทำให้ต้องปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

การออกแบบบริการและจัดหาบริการด้านสุขภาพภายใต้งบประมาณกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นนี้ จึงอาจกล่าวได้ว่า พื้นที่ที่มีการดำเนินการด้านกองทุนสุขภาพตำบลแล้ว เกิดความได้เปรียบในแง่ของแนวทางการบริหารจัดการ ความคิดริเริ่มในการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องและเหมาะสมต่อความต้องการของคนในชุมชนมากกว่าพื้นที่ที่ไม่มีการดำเนินการด้านการให้บริการสุขภาพ การสร้างภาคีที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการในพื้นที่จึงเป็นแนวทางที่ควรดำเนินการอย่างยิ่ง หน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีบทบาทที่สำคัญยิ่งในการเป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษา ให้ความรู้ ความเข้าใจ และคำแนะนำในเชิงวิชาการ เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมด้านสุขภาพแก่คณะกรรมการกองทุน ให้สามารถดำเนินการดังกล่าวได้ เช่น การสำรวจข้อมูลสุขภาพร่างกายทุกคนในพื้นที่ ข้อมูลผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็ก และนำข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัญหาไปปรึกษาหารือ และแก้ปัญหาต่อไป

5. กระบวนการพัฒนานโยบาย(สุขภาพ) ระดับพื้นที่

นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านความร่วมมือ และพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ด้านการป้องกัน และเฝ้าระวังโรค รู้เท่าทันโรค ทั้งตนเองและครอบครัวแล้ว ผลพลอยได้ประการหนึ่งซึ่งสำคัญในความต่อเนื่องและยั่งยืนของงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น ภาคส่วนขององค์กรภาคีที่เกิดกระบวนการทำงานร่วมกันจะมีความสัมพันธ์ และเกิดพันธะสัญญาต่อตนเองและภาคีในลักษณะต่าง ๆ เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในด้านสุขภาพในพื้นที่

ดังเช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เกิดกฎ ระเบียบปฏิบัติ ต้องจัดการทำแผนงานด้านสาธารณสุขระยะยาว (3 หรือ 5 ปี) และแผนประจำปี โดยมีกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค รวมทั้งประมาณการจัดสรรงบประมาณเพื่อสมทบงบประมาณใช้จ่าย ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นประจำทุกปี

หน่วยบริการด้านสุขภาพ สถานีอนามัย ต้องจัดเตรียมบุคลากรทางสาธารณสุข ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่อการดูแลด้านสุขภาพ

ภาคชุมชน กองทุนออมทรัพย์ กองทุนสวัสดิการต่าง ๆ ที่เข้าร่วมสมทบในกองทุนหลักประกันสุขภาพ จะเกิด ข้อผูกพันทางสัญญา ต้องจัดสรรดอกผลส่วนหนึ่งของกองทุนหรืองบประมาณส่วนอื่นร่วมสมทบทุกปี

ส่วนประชาชนในชุมชน เกิด สัญญาทางใจ ที่ร่วมบริจาคเงินหรือสมทบเงินเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว

การสร้างกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ นอกจากการสร้างความเข้าใจให้แก่กลุ่มคนทุกคนที่ร่วมกระบวนการแล้ว การดำเนินการเปิดเวทีประชาคมอย่างสม่ำเสมอเพื่อ เปิดโอกาสให้ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การระดมทุน การให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การร่วมให้ข้อมูล รวมทั้งการเร่งสร้างผลงานให้เห็นเป็นรูปธรรมอย่างจริงจัง จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือ ร่วมสามัคคีในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของกองทุนต่อไป

6. ผลการดำเนินงาน ภายใต้กรอบระยะเวลาในการศึกษาค้นคว้าพบว่าในทุกพื้นที่ยังไม่มี การดำเนินการใดๆ ที่เป็นรูปธรรมนอกจากการจัดตั้งคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับชุมชนเท่านั้น ในเบื้องต้นเป็นเพียงการทำความเข้าใจร่วมกันถึงแนวคิดและหลักการของ กองทุน ร่วมกันออกแบบการบริหารจัดการกองทุนฯและออกแบบกิจกรรมเท่านั้น

7. ปัจจัยเงื่อนไขในการจัดตั้งกองทุน

- ความเข้าใจในแนวคิดและหลักการของระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

○ การชี้แจงให้เข้าใจในแนวคิดและหลักการ ของระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะการทำความเข้าใจให้แก่แกนนำ หรือผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และผู้ที่เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจในแนวคิด แนวทางการจัดตั้งกองทุน และประโยชน์ของการจัดตั้งกองทุน เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปเผยแพร่ และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ทราบ รวมทั้งเป็นผู้ร่วมสนับสนุนการดำเนินการ และเชิญชวนให้ประชาชนในพื้นที่เห็นประโยชน์และเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุน และส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดำเนินการของกองทุนในที่สุด

- ความเข้าใจในแนวคิดและหลักการของระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

○ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้นจำเป็นต้องมีกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่ก่อนเริ่มมีการจัดตั้งกองทุนฯ อีกทั้งการรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ ฯ ของประชาชน สิทธิประโยชน์ของประชาชนอันพึงจะได้รับถือเป็นปัจจัยเงื่อนไขประการหนึ่งที่จะส่งผลโดยตรงต่อการเข้ามามีส่วนร่วมใน

กองทุนของประชาชนนอกเหนือจากการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์เพียงอย่างเดียว ซึ่งหากประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นจะเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นเจ้าของกองทุนของประชาชนในชุมชนอีกด้วย

○ การมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีพันธมิตรต่าง ๆ ข้อจำกัดที่สำคัญของพื้นที่และชุมชนในการดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คือ การขาดองค์ความรู้ด้านสุขภาพและการบริหารจัดการกองทุน ซึ่งเป็นองค์ความรู้พื้นฐานที่สำคัญในการออกแบบ กิจกรรมการให้บริการ และการดำเนินการของกองทุน การสร้างพันธมิตรภาคีที่มีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลาง และสาขาเขตพื้นที่เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ทั้งระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ (สสจ. โรงพยาบาล CUP PCU) ในการดำเนินการจะเข้ามาช่วยเสริมองค์ความรู้ในส่วนที่ขาดเสนอแนะแนวทางการทำงาน และร่วมกำหนดทิศทางการทำงานให้มีความสมบูรณ์ เป็นที่ปรึกษาและติดตาม กำกับตรวจสอบการทำงานของพื้นที่ให้ไปสู่เป้าหมายการจัดตั้งกองทุนได้

เป็นรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ภาคีที่มีส่วนรับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพ องค์กรบริหารส่วนตำบล สถานบริการสุขภาพ และประชาชน ร่วมมือ ร่วมสร้างความสามัคคี การดูแลด้านสุขภาพของประชาชน นอกจากจะส่งเสริมให้หน่วยบริการสาธารณสุขทำหน้าที่ให้บริการเชิงรุกแล้ว ขณะเดียวกันให้มีบทบาทการทำงานในเชิงรับมากขึ้น นอกจากนี้เกิดการสร้างจิตสำนึกให้ประชาชนตื่นตัวและตระหนักให้ไม่เป็นผู้ที่รอรับบริการเพียงข้างเดียว ต้องดูแลรักษาสุขภาพตนเอง และครอบครัว

- การใช้ข้อมูล ความรู้เป็นฐานในการดำเนินงาน

แนวทางการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ และด้านโครงสร้างประชากรของประชาชน นอกจากจะส่งเสริมการรับทราบสถานการณ์และเป็นการคืนข้อมูลด้านสุขภาพในพื้นที่แก่ชุมชนแล้ว การนำข้อมูลด้านสุขภาพเป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้จัดบริการที่สามารถแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการชุมชนได้อย่างตรงประเด็น กระตุ้นความตระหนักใส่ใจในสุขภาพส่วนบุคคลและครอบครัว ให้เห็นว่าสุขภาพเป็นเรื่องใกล้ตัวและเป็นเรื่องของส่วนบุคคล ต้องร่วมรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหา ดูแลป้องกันสุขภาพตนเอง และครอบครัว เป็นการเฝ้าระวังโรคในระดับพื้นฐานที่น่าจะส่งผลลดความเสี่ยงของการเกิดโรคต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

อีกประการหนึ่ง การใช้ข้อมูลสุขภาพ เป็นเป้าหมายของการทำงานทำให้ปัญหาโรคที่พบ ซึ่งอาจเป็นโรคประจำถิ่นได้มีบันทึกและเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญของแต่ละท้องถิ่น ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรองหรือการเฝ้าระวังโรคเบื้องต้นจากคนในชุมชน เป็นการแบ่งเบาภาระการทำงานของฝ่ายสาธารณสุขประจำพื้นที่ ทำให้กิจกรรมการดูแลสุขภาพในพื้นที่เกิดประโยชน์ในแง่การสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ทำให้การทำงานของส่วนปกครอง

ท้องถิ่น ฝ่ายสาธารณสุข และประชาชนมีความใกล้ชิดกันมากขึ้น อีกทั้งท้องถิ่นสามารถแก้ไข ปัญหา และนำงบประมาณที่มีอย่างจำกัดไปใช้อย่างเกิดประโยชน์สูงสุด

- ศักยภาพของพื้นที่

○ ศักยภาพของผู้นำ/แกนนำ

ผู้นำหรือแกนนำชุมชนที่มีศักยภาพ มีความมุ่งมั่น และแน่วแน่ในการ ดำเนินการ พร้อมให้การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งมีความรู้ในการบริหาร จัดการด้านการให้บริการสุขภาพจะทำให้สามารถแก้ไขปัญหา ชี้แจงปัญหา และพยายามค้นหา แนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมต่อบริบทของพื้นที่ได้ ผู้นำที่มีศักยภาพจะมีผลต่อความ เชื่อมั่น ไว้วางใจ และนำมาซึ่งความร่วมมือของคนในชุมชน

○ ศักยภาพขององค์กรชุมชน, กองทุนชุมชนในพื้นที่

ทุนทางสังคมในพื้นที่ เป็นต้นทุนที่สร้างความมั่นคงให้แก่พื้นที่ ต้นทุนทาง สังคมเป็นไปได้ทั้งต้นทุนด้านงบประมาณ ต้นทุนด้านคน หรือต้นทุนด้านภูมิปัญญา ความรู้ของ คนในพื้นที่ พื้นที่ที่มีต้นทุนทางด้านเงินกองทุน มีกองทุนออมทรัพย์ กองทุนสวัสดิการต่าง ๆ กองทุนเหล่านี้จะเป็นแรงเสริมทางบวกให้เกิดทรัพยากรทุนที่สามารถนำมาใช้เพื่อประโยชน์ และสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ของคนในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

○ ศักยภาพของชุมชน

การรวมตัวกันของชุมชนในพื้นที่ที่มีศักยภาพในการบริหารจัดการ เพื่อ เสริมสร้างความร่วมมือในการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยความ ร่วมมือจากประชาชนและชุมชนในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพของตนเองและครอบครัว เสนอ ความคิดเห็นในการออกแบบกิจกรรม และติดตามผลการดำเนินงานของคณะทำงาน และ เสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแก้ไขการให้บริการ รวมทั้งการเข้าร่วมเป็นหุ้นส่วนในการร่วม สมทบเงินเข้าร่วมกองทุน จะเป็นทรัพยากรที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของกองทุนใน อนาคต กรณีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่สามารถสนับสนุนงบประมาณ ดำเนินการให้แก่กองทุนได้

- การให้การสนับสนุนอย่างจริงจังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตามบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดให้องค์การบริหารส่วน ตำบลมีบทบาทหน้าที่ด้านการป้องกันโรคติดต่อ และการสาธารณสุข จากภารกิจหน้าที่ดังกล่าว ทำให้องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาลมีความต้องการจัดหาบริการเพื่อดูแลสุขภาพคนใน พื้นที่ ดังปรากฏอยู่ในแผนการดำเนินการระยะ 5 ปี และ 3 ปี และแผนการดำเนินงานประจำปี

ของ อบต. มักมีรูปแบบการดำเนินการลักษณะการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมของสถานีนอนามัยหรือ อสม. ที่เสนอโครงการมา

จากกรณีศึกษาในงานวิจัยนี้ พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลหลายแห่ง มีศักยภาพเพียงพอในการบริหารจัดการกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ โดยที่ อบต. เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ สร้างระบบบริหารจัดการที่ดี มีส่วนเข้ามาร่วมบริหารจัดการร่วมวางแผนการดำเนินงาน และ สนับสนุนกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมให้แก่ประชาชนในพื้นที่ให้มีโอกาสรับทราบข้อมูล ข่าวสาร การดำเนินการของกองทุน แสดงความคิดเห็น ความต้องการต่อแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพ เปิดเผยและยอมรับฟังความคิดเห็นของประชาชน และนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงเพื่อจัดบริการสุขภาพที่ดี หลายพื้นที่มีความมุ่งมั่นที่จะจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลของตนเองให้ได้ โดยใช้วิธีการศึกษาดูงานในพื้นที่อื่นที่ดำเนินกิจกรรมด้านการให้บริการสุขภาพ และนำมาประยุกต์ บูรณาการให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ตนเอง จนสามารถจัดตั้งกองทุนดังกล่าวได้

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาโครงการนี้อยู่ระหว่างระยะเวลาที่คาบเกี่ยวของการเริ่มโครงการดำเนินการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่(เดือนมิถุนายน 2549 - มกราคม 2550) ประกอบกับระยะเวลาที่ อบต. คณะกรรมการบริหารกองทุน ได้รับงบประมาณดำเนินการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพอยู่ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 49 - มกราคม 50 เป็นปัญหาหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถเห็นภาพกิจกรรมการดำเนินงานด้านส่งเสริมและป้องกันโรคได้ชัดเจนนัก

อย่างไรก็ตามจากการลงพื้นที่ที่ทำการศึกษาคณะผู้วิจัยได้รวบรวมแนวทางการดำเนินงานและการปฏิบัติงานเบื้องต้น และร่วมสังเกตการณ์ในเวทีประชาคมหลายแห่งทำให้พบปัญหาและเงื่อนไขในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

สภาพปัญหาที่พบในการทำวิจัยนี้

1. กระบวนการคัดเลือก อบต.เข้าร่วมโครงการไม่เหมาะสม เนื่องจากกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับตำบลเป็นเรื่องใหม่ที่ท้องถิ่นไม่เคยปฏิบัติมาก่อน ประกอบกับการคัดเลือกอบต.เข้าร่วมโครงการนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพพร้อมกับสมาคมองค์กรบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย คัดเลือกอบต.เข้าร่วมโครงการเอง โดยขาดการพิจารณาความพร้อมของแต่ละอบต. รวมทั้งขาดการประชาสัมพันธ์ข้อมูลโครงการจัดตั้งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลทราบอย่างทั่วถึง ทำให้ อบต.ส่วนใหญ่ที่ไม่เคยจัดบริการด้านสุขภาพ หรือไม่มีทุนทางสังคมและเข้าใจในรูปแบบระบบหลักประกันสุขภาพเท่าที่ควร ทำให้องค์การบริหารส่วนตำบลและชุมชนบางแห่งที่ได้รับการคัดเลือกได้รับงบประมาณไม่มีองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพในพื้นที่ ไม่เข้าใจรายละเอียดของกองทุน ไม่ทราบแนวทางการปฏิบัติในส่วนของอบต.เอง และในส่วนของประชาชนในพื้นที่ที่ต้องรับบริการเกิดความสับสน
2. หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในระบบหลักประกันสุขภาพมีระเบียบปฏิบัติ และข้อบังคับที่แตกต่างกัน กล่าวคือ งบประมาณ อบต.และงบประมาณจากสปสข.ที่เข้ามาสมทบในกองทุน ในการนำไปใช้ดำเนินกิจกรรมอาจติดขัดที่ระเบียบหรือข้อกำหนดในการใช้งบประมาณ เช่น ตามข้อกำหนดของกิจกรรมกองทุน ไม่สามารถนำเงินไปศึกษาดูงานได้ แต่หากตั้งเป็นงบประมาณของ อบต.เองสามารถดำเนินการได้
3. การสื่อสารและทำความเข้าใจเรื่องกองทุนให้แก่ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นเรื่องสำคัญที่ควรต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน เนื่องจากผู้นำเหล่านี้จะเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้

ข้อมูล และสร้างความรู้เข้าใจให้แก่ประชาชนในชุมชนต่อไป โดยเฉพาะประชาชนในพื้นที่เกิดความสับสน ไม่เข้าใจระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพจะนำมาซึ่งความเข้าใจและเกิดความร่วมมือ สร้างการมีส่วนร่วมในที่สุด

4. การได้รับงบประมาณในการดำเนินการล่าช้า ทำให้องค์การบริหารส่วนตำบลเกิดความไม่แน่ใจและลังเลที่จะดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ด้านการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ โดยมากจะดำเนินการจัดเวทีทำความเข้าใจในเรื่องการจัดตั้งกองทุนให้แก่แกนนำชุมชนรับทราบ
5. การใช้งบประมาณกองทุนมีข้อจำกัด เฉพาะกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ในหลักเกณฑ์ของการจัดตั้งกองทุน ทำให้คณะกรรมการไม่กล้าใช้งบประมาณ ดำเนินกิจกรรมที่นอกเหนือจากข้อกำหนดดังกล่าว

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงระบบบริหารจัดการกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ

1. องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารกองทุน ควรยืดหยุ่นและสนับสนุนให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมในคณะกรรมการ โดยเปิดกว้างให้ ประชาชนหรือผู้นำชุมชนสามารถเป็นผู้นำกองทุน (ประธานกรรมการบริหารกองทุน) และเลขานุการกองทุน แทนการมาโดยตำแหน่งของนายกอบต.และปลัดอบต.ได้ จะสามารถสร้างความรู้สึกรับผิดชอบของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีแผนในการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนที่มีประสิทธิภาพ
3. กิจกรรมของกองทุนควรตั้งอยู่บนพื้นฐานความต้องการของประชาชนในชุมชนอย่างแท้จริง
4. การบริหารจัดการกองทุนต้องเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินการจัดตั้งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระยะต่อไป

การดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในระยะต่อไป ควรพิจารณาประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. สำหรับ อบต.หรือ เทศบาล ที่ได้รับงบประมาณโครงการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแล้วในปี 49 ควรประเมินผลการดำเนินงาน และพิจารณาการให้ทุนสนับสนุนการดำเนินการในปีที่ 2 ตามศักยภาพและความสามารถของชุมชน โดยอบต.ใดที่มีศักยภาพในด้านงบประมาณ สามารถจัดสรรงบประมาณได้เอง หรือสามารถร่วมสมทบมากกว่า 10% 20% หรือ 50% และมีผลการดำเนินกิจกรรมดี และมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพคนในพื้นที่ได้เอง สปสช. อาจร่วมสมทบน้อยลงตามความเหมาะสม

2. พื้นที่ที่ได้ดำเนินการแล้ว ควรมีการประเมินศักยภาพทั้งกระบวนการทำงาน และผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคจากการดำเนินงาน เพื่อนำผลการประเมินมาพิจารณาจัดแนวทางการพัฒนาศักยภาพ ดังแนวทางการจัดการพัฒนาศักยภาพดังนี้

- 2.1 พื้นที่ที่ชุมชนเข้มแข็ง ผู้นำชุมชนมีความมุ่งมั่นและแน่วแน่ในการทำงาน และมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการให้บริการด้านสุขภาพ หรือมีทุนทางสังคมเดิมในพื้นที่ด้านการจัดบริการสุขภาพ (กองทุนสุขภาพตำบล)

แนวทางการพัฒนาศักยภาพ : ควรให้เครื่องมือ กฎระเบียบ ข้อบังคับ หรือการกำหนดเกณฑ์ในการดำเนินงาน การจัดตั้งและที่มาของคณะกรรมการ การใช้งบประมาณที่เปิดกว้าง และมีความยืดหยุ่นเพื่อความคล่องตัวและเปิดโอกาสให้ออกแบบและดำเนินกิจกรรมได้อย่างเต็มศักยภาพ

- 2.2 พื้นที่ที่ชุมชนเข้มแข็ง และต้องการจัดหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น แต่ขาดความรู้ความเข้าใจด้านการให้บริการสุขภาพแก่คนในพื้นที่

แนวทางการพัฒนาศักยภาพ : ควรหาแกนนำ หรือ ผู้นำที่มีศักยภาพ และให้ความรู้และแนวทางด้านการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และให้องค์ความรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพคนในพื้นที่ และควรให้เครื่องมือ กฎระเบียบ ข้อบังคับ หรือการกำหนดเกณฑ์ในการดำเนินงาน การจัดตั้งและที่มาของคณะกรรมการ การใช้งบประมาณที่เปิดกว้างด้วย

- 2.3 พื้นที่ที่ยังขาดการรวมกลุ่มของคนในชุมชน และยังไม่มีความรู้ด้านการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพภายในชุมชน แต่ชุมชนมีความต้องการดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพ
- แนวทางการพัฒนาศักยภาพ : ควรแสวงหาและพัฒนาศักยภาพผู้นำในพื้นที่ การส่งเสริมงบประมาณการดำเนินการ รวมทั้งการให้ความรู้ ความเข้าใจด้านการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ และให้แนวทางการบริหารจัดการกองทุนที่เหมาะสม

- 2.4 พื้นที่ที่ชุมชนยังไม่มีกรรวมกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมใด ๆ และยังไม่มีความรู้ด้านการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ แต่ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลสนใจดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพ

แนวทางการพัฒนาศักยภาพ : ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ควรสื่อสารทำความเข้าใจเรื่องกองทุนกับแกนนำหรือผู้นำชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจ อาจโดยใช้หลายแนวทาง เช่น การเรียกประชุม การทำแผ่นพับ ใบปลิว การใช้วิทยุชุมชน เสียงตามสาย และพยายามสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยการให้ความสำคัญผู้แทนชุมชนเข้ามาร่วมกระบวนการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้น และเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมเสนอความคิดเห็น

เสนอกิจกรรม ร่วมติดตาม ตรวจสอบ จะทำให้ได้รับความไว้วางใจ และรู้สึกว่าคุณเอง เป็นเจ้าของเรื่องนั้นๆและได้รับความร่วมมือยิ่งขึ้น

แผนภูมิที่ 5.1 แสดงการจัดกลุ่มพื้นที่เข้าร่วมโครงการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน



3. การชี้แจงและสร้างความเข้าใจถึงหลักการและแนวคิดความต้องการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน แนวทางการทำงาน ประโยชน์ที่จะได้รับจากการจัดตั้งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ ทำให้ประชาชนเข้าใจและต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง
4. สนับสนุนการสร้างทุนทางสังคมในพื้นที่ การพยายามสร้างต้นทุนทางสังคมในพื้นที่ เป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้เกิดประชาชนในพื้นที่เกิดการรวมตัว รวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน และเกิดการออมเงิน ทุนทางการเงินเหล่านี้ ไว้สำหรับดำเนินกิจกรรมที่กลุ่ม/

ชุมชนมีความต้องการ ถือเป็นการสร้างหลักประกันทางด้านเศรษฐกิจที่สำคัญในชุมชน ทำให้ชุมชนเข้มแข็ง ส่งผลต่อการสร้างความต่อเนื่องและมั่นคงให้แก่ระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละพื้นที่ กรณีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่อาจสนับสนุนงบประมาณในอนาคต

5. การดำเนินการโครงการระยะปีที่ 2 กรณีประกาศรับ อบต.เข้าร่วมโครงการใหม่ ควรให้อบต. หรือเทศบาลตำบลที่มีความพร้อมแสดงความจำนงสมัครเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง (ไม่ต้องผ่านการคัดเลือกจากองค์กรใด ๆ) แนวทางนี้จะสามารถประเมินพื้นที่เบื้องต้นได้ว่า มีความพร้อมในการดำเนินการจัดระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ตนเองหรือไม่ ทั้งนี้ สปสช. ควรมีขั้นตอนการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารในเรื่องดังกล่าวอย่างทั่วถึงทั่วประเทศ โดยผ่านหน่วยงานในระดับต่าง ๆ
6. ควรมีการสำรวจและประเมินศักยภาพแต่ละพื้นที่ในด้านความเข้มแข็งของชุมชน และด้านความรู้ ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพคนในชุมชน ทั้งนี้จะทำให้ทราบและสามารถประเมินศักยภาพและประเมินความสามารถขององค์กรการบริหารส่วนตำบลและชุมชนในการดำเนินการด้านสุขภาพในระยะยาวได้
7. การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ โดยการเปิดโอกาสให้เข้าร่วมสมทบ หรือลงขันในรูปแบบต่าง ๆ นั้น พบว่า แนวทางดังกล่าวสร้างความรู้สึกร่วมเป็นหุ้นส่วนในการบริหารงาน และให้ความสนใจในความเป็นไปของการดำเนินงาน รวมถึงร่วมตรวจสอบติดตามการใช้จ่ายเงินของคณะกรรมการ

บรรณานุกรม

กำธร อ่อนอินทร์. พุทธศาสนากับความสำเร็จในการบริหารกลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์ : กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอเมือง จังหวัดตราด. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ข้อมูลสุขภาพจากโรงพยาบาลดอกคำใต้. เอกสารอัดสำเนา

โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาเครือข่ายสัจจะสะสมทรัพย์พัฒนาคุณธรรมครบวงจรชีวิต

จังหวัดนครศรีธรรมราช. http://km4fc.wu.ac.th/knowledge/research/research_03.doc

จตุรงค์ บุณยรัตนสุนทร. สวัสดิการชุมชน : แนวคิด แนวทางการสร้างองค์ความรู้ และการพัฒนาชุมชนไทย. <http://social.hcu.ac.th/document/Aniversary16/สวัสดิการชุมชน%20-%20แนวคิด%20%20แนวทางการสร้างองค์ความรู้%20%20และการพัฒนาชุมชนไทย.doc>.

จันทนา เจริญวิริยะภาพและคณะ. (2546). หนังสือส่งเสริมความรู้ด้านการพัฒนาชุดที่ 10 เครือข่ายกองทุนหมุนเวียนชาวบ้านสงขลา รูปแบบการใช้เงินเป็นเครื่องมือสร้างสวัสดิการชุมชน. มปท.

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2525). การระดมประชาชนเพื่อการพัฒนาชนบท (อัดสำเนา). กรุงเทพมหานคร: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ชอบ เข้มกลัด และคณะ. (2537). แนวทางการจัดตั้งและพัฒนาขององค์กรประชาชนชนบท . โครงการส่งเสริมและเผยแพร่งานวิชาการพัฒนาชุมชน คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ฉวีวรรณ แจ่มหมวก. (มปป.). ยอดสตรีแห่งเมืองพะเยา “มุกดา อินท๊ะสาร” ครุภูมิปัญญา

ไทยรุ่นที่ 2 ด้านกองทุนและธุรกิจชุมชน. เอกสารอัดสำเนา.

ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. (2547). สวัสดิการสังคมฉบับชาวบ้าน. เอกสารอัดสำเนา.

ทุนทางสังคม บนรากฐานวัฒนธรรมไทย. (2541) จดหมายข่าวประชาสังคม. (5), 5-6.

ธีรพงษ์ แก้วหาญ. (2543). กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.

ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ. (2546). กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา.

กรุงเทพมหานคร: วิชาการพิมพ์.

พระสุบิน ปณีโต. สัจจะสะสมทรัพย์: สะสมทุนสังคม. <http://www.thaitopic.com/mag/econ/Subin.htm>

พรณทิพย์ เพชรมาก. (2546). หนังสือส่งเสริมความรู้ด้านการพัฒนาชุดที่ 12 สวัสดิการ

ชุมชนพึ่งตนเอง. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน(องค์การมหาชน)

พลเดช ปิ่นประทีป. [http://www.rakbankerd.com/01_jam/thaiinfor/country_info/index.html?](http://www.rakbankerd.com/01_jam/thaiinfor/country_info/index.html?topic_id=716)

[topic_id= 716](http://www.rakbankerd.com/01_jam/thaiinfor/country_info/index.html?topic_id=716)

พิสิฐ ศุภริยพงศ์และคณะ. มปป. คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน. เอกสารอัดสำเนา.

ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม. (2541). ใน ชุมชนเข้มแข็ง: ทุนทางสังคมของไทย (หน้า 8) หนังสือ

ชุดชุมชนเข้มแข็งลำดับที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม

กิม ภคเมธาวิ. วิถีและพลังองค์กรการเงินชุมชน กรณีศึกษาองค์กรการเงินชุมชน ๗ กรณีใน

จังหวัดนครศรีธรรมราช. [http://km4fc.wu.ac.th/knowledge/research/](http://km4fc.wu.ac.th/knowledge/research/research_01.doc)

[research_01.doc](http://km4fc.wu.ac.th/knowledge/research/research_01.doc)

มุกดา อินต๊ะสาร. (2545). 20 ปีกับการพัฒนาคนของครูมุกดา อินต๊ะสาร. เอกสารอัด
สำเนา.

มุกดา อินต๊ะสาร. (มปป.). ความภาคภูมิใจกับงานที่ทำ นางมุกดา อินต๊ะสาร. เอกสารอัด
สำเนา.

มุกดา อินต๊ะสาร. (มปป.). รายงานการศึกษาวิจัยการถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาไทย
ด้านกองทุนและวิสาหกิจชุมชน นางมุกดา อินต๊ะสาร ครูภูมิปัญญาไทย รุ่นที่
2. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. เอกสารอัด
สำเนา.

มุกดา อินต๊ะสาร. (2545). ศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน 4 ตำบล อำเภอดอกคำใต้
จังหวัดพะเยา. เอกสารอัดสำเนา.

มุกดา อินต๊ะสารและคณะ. (2546). 10 ปี ศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน ความมุ่งมั่น
ร่วมกันแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชนท้องถิ่น อ.ดอกคำใต้. หนังสือส่งเสริม
ความรู้ด้านงานพัฒนา ชุดที่ 16. กรุงเทพฯ ; สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การ
มหาชน).

มนตรา พงษ์นิล. (2549). รายงานวิจัยเรื่อง การจัดการความรู้อย่างมีส่วนร่วมเพื่อพึ่งพา
ตนเองของเครือข่ายศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน 4 ตำบล อำเภอดอก
คำใต้ จังหวัดพะเยา. สำนักวิจัยและพัฒนา สถาบันพระปกเกล้า.

มหกรรม “สวัสดิการชาวบ้าน” ณ วัดป่าคา ตำบลประดู่ยืน อำเภอลานสัก จังหวัด
อุทัยธานี การศึกษาดูงานระบบสวัสดิการชุมชน ภายใต้แผนแม่บทชุมชน ต.ประดู่
ยืน .www.codi.or.th

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. (2526). การพัฒนาชนบทแบบผสมผสานแนวคิดทฤษฎีในการพัฒนา
ประเทศ. กรุงเทพมหานคร: ไทยอนุเคราะห์ไทย.

วรวิทย์ โรมรัตน์พันธ์. (2548) ทูทางสังคม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา

วิสัยทัศน์ อยู่สำราญและคณะ. (2549). ร่างรายงานฉบับสมบูรณ์การจัดการความรู้เพื่อ
พัฒนาองค์กรการเงินชุมชนจังหวัดลำปาง. เอกสารอัดสำเนา

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน). (2549). หนังสือส่งเสริมความรู้ด้านการพัฒนา
ชุดที่ 38 กองทุนสวัสดิการชาวบ้าน กรณีศึกษาตำบลน้ำขาว สัจจะวันละ 1 บาท
เพื่อสร้างสวัสดิการภาคประชาชน. มปท.

สำนักส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน กรมพัฒนาชุมชน. (2547). กระทรวงมหาดไทย, คู่มือเครือข่าย
องค์กรชุมชนกับการบริหารจัดการทุนแบบมืออาชีพ สี่ภาค. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์การศาสนา.

สมพันธ์ เตชะอธิก. (2540). NGOs อีสานทางเลือกแห่งพลังการเปลี่ยนแปลง.
กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทย์การพิมพ์.

สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา. ม.ป.ป. ทูทางสังคม รากฐานความเข้มแข็งของชุมชน.
กรุงเทพมหานคร: บริษัท แปลน โมทีฟ

สวัสดิการชุมชนและสุขภาพคนจนแะดู "บ้านขาม" 1 ใน 14 พื้นที่ครูเรียนรู้สวัสดิการ
ชาวบ้าน. [http:// www. chumchonhai.or.th/ member/ showcontentdetail.asp?
data_rec=321](http://www.chumchonhai.or.th/member/showcontentdetail.asp?data_rec=321)

สวัสดิการชุมชนและสุขภาพคนจน กลุ่มออมทรัพย์บ้านสวนโหนด จ.พัทลุง จัดสรรที่ดินให้
คนไม่มีที่อยู่อาศัย .[http://www.chumchonhai.or.th/member/showcontentdetail.asp?
data_rec=266](http://www.chumchonhai.or.th/member/showcontentdetail.asp?data_rec=266)

สวัสดีการชุมชนและสุขภาพคนจน เพียงวันละบาท เพื่อเป็นสวัสดิการตั้งแต่เกิดจน

ต า ย .http://www.chumchonhai.or.th/member/showcontentdetail.asp?data_rec=264

สวัสดีการชุมชนและสุขภาพคนจนดอกแก้ว...บานแล้วที่สระแก้ว.

http://www.chumchonhai.or.th/member/showcontentdetail.asp?data_rec=128

สวัสดีการชุมชนและสุขภาพคนจนเมืองหน้าจัดสวัสดิการเพื่อประชาชน.

http://www.chumchonhai.or.th/member/showcontentdetail.asp?data_rec=122

สาคร ศรีสวัสดิ์. องค์การการเงินชุมชน : บทสำรวจสถานะความรู้กรณีศึกษาภาคเหนือ.

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2543 ธนาคารแห่งประเทศไทย

สำนักงานใหญ่. อุดรธานี.

สำนักส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. (2547). คู่มือองค์กร

เครือข่ายกับการบริหารจัดการทุนแบบมีอาชีพ สี่ภาค. กรุงเทพมหานคร:

โรงพิมพ์การศาสนา.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา. (2549). คู่มือระบบ

หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพ

ท้องถิ่น). กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สถานีนามัยบ้านถ้ำ. สรุปผลการดำเนินงานของสถานีนามัยบ้านถ้ำประจำปี 2548.

ตำบลบ้านถ้ำ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. เอกสารอุดรธานี

สถานีนามัยบ้านถ้ำเจริญราษฎร์. สรุปผลการดำเนินงานของสถานีนามัยบ้านถ้ำเจริญ

ราษฎร์ ประจำปี 2548. ตำบลบ้านถ้ำ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. เอกสารอุดร

ธานี

สถานีนามัยบ้านป็น. สรุปผลการดำเนินงานของสถานีนามัยบ้านป็นประจำปี 2548.

ตำบลบ้านป็น อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. เอกสารอัดสำเนา

สถานีนามัยปางจุ่น. สรุปผลการดำเนินงานของสถานีนามัยบ้านปางจุ่นประจำปี 2548.

ตำบลคือเวียง อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. เอกสารอัดสำเนา

สถานีนามัยหนองหล่ม. สรุปผลการดำเนินงานของสถานีนามัยหนองหล่มประจำปี

2548. ตำบลคือหนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. เอกสารอัดสำเนา

สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม .(2545). การจัดการการเงินชุมชน กรณีเครือข่ายธนาคาร

หมู่บ้าน จังหวัดพะเยา. ชุดบทเรียนจากชุมชน ลำดับที่ 12. กรุงเทพฯ ; สำนักงาน

กองทุนเพื่อสังคม.

ศรินยา คำพิลา. กองทุนชุมชน ..เพื่อวิถีชีวิตและทรัพยากรที่ดีขึ้นประสบการณ์จากบ้าน

นาอีสาน จังหวัดฉะเชิงเทรา. [http:// recoftc.ku.ac.th/ thai/website/ public/](http://recoftc.ku.ac.th/thai/website/public/newslet/No20/05NaESarn)

[newslet/ No20/05NaESarn.](http://recoftc.ku.ac.th/thai/website/public/newslet/No20/05NaESarn)

องค์การบริหารส่วนตำบลคือเวียง. แผนพัฒนาตำบลคือเวียงประจำปี 2549. ตำบลคือเวียง

อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. เอกสารอัดสำเนา.

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านถ้ำ. แผนพัฒนาตำบลบ้านถ้ำประจำปี 2549. ตำบลบ้านถ้ำ

อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. เอกสารอัดสำเนา.

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านป็น. แผนพัฒนาตำบลบ้านป็นประจำปี 2549. ตำบลบ้านป็น

อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. เอกสารอัดสำเนา.

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหล่ม. แผนพัฒนาตำบลหนองหล่มประจำปี 2549. ตำบล

หนองหล่ม อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. เอกสารอัดสำเนา.

อัมพร ต้วงปาน. (2546). หนังสือส่งเสริมความรู้ด้านการพัฒนาชุดที่ 8 จากกลุ่มออม
ทรัพย์คลองเปื่อยสู่สถาบันถ่ายทอดภูมิปัญญาไท สงขลา. กรุงเทพมหานคร:
สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน(องค์การมหาชน).

อัมพร เล็กอุทัย (2541) ใน ชุมชนเข้มแข็ง: ทูทางสังคมของไทย (หน้า 18) หนังสือชุด
ชุมชนเข้มแข็งลำดับที่ 1 กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม

อัมมาร สยามวาลา (2541) ใน ชุมชนเข้มแข็ง: ทูทางสังคมของไทย (หน้า 7) หนังสือชุด
ชุมชนเข้มแข็งลำดับที่ 1 กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม

อารี วิบูลย์พงศ์และทรงศักดิ์ ศรีบุญจิตต์.แนวทางการวิเคราะห์วิสาหกิจชุมชน.
http://mccweb.agri.cmu.ac.th/agbus/data/present/Nov25_46.

อเนก นาคะบุตร (2541) ใน ชุมชนเข้มแข็ง: ทูทางสังคมของไทย (หน้า 19) หนังสือชุด
ชุมชนเข้มแข็งลำดับที่ 1 กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม

http://www.rakbankerd.com/01_jam/thaiinfor/country_info/index.html?topic_id=897&db_file=&PHPSESSID=768a0cd285c08bf58dad8547417411a4

<http://th.wikipedia.org/wiki>

http://mccweb.agri.cmu.ac.th/agbus/data/present/Nov25_46.

<http://www.lopburi.go.th/KrungThai.doc>

.....