

บทที่ 2

แนวความคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นหน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับท้องถิ่นที่จัดตั้งขึ้นตามหลักการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนในพื้นที่ สำหรับการศึกษารื่อง บทบาทของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ใช้แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาดังนี้

2.1 การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

2.2 บทบาท อำนาจหน้าที่

2.3 ความรู้ความเข้าใจ

2.4 ประสิทธิภาพ

2.5 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์หรือแผนสุขภาพชุมชน

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนในพื้นที่ ด้วยการ จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเพื่อเป็น โดยส่งเสริมกระบวนการการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ เชิงรุกในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึงและที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

ในการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สมาคม

องค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และ
สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย

สำหรับ วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น คือ
เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น
รวมทั้งสถานบริการทางเลือกในพื้นที่โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู
สมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต อีกทั้ง
เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ ประกอบอาชีพที่มีความ
เสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและ
มีประสิทธิภาพ ตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่คณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติกำหนด และเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชน หรือองค์กรประชาชนใน
พื้นที่จัดทำกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่
ประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้แล้ว ก็ เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุน
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของ
ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในรอบปีงบประมาณนั้น และในกรณีที่
จำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อซื้อครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ครุภัณฑ์นั้น จะต้องมียาไม่เกิน 20,000
บาทต่อหน่วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553 : 7)

สำหรับกองทุนฯ ที่จัดตั้งมาแล้วจะต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ในการ
ดำเนินงานกองทุน หาก องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลไม่ได้บอกเลิกข้อตกลงให้ขยาย
ระยะเวลาการดำเนินงานกองทุนออกไปทุกๆ หนึ่งปีงบประมาณ สำหรับกองทุนที่จัดตั้งและ
ดำเนินงานต่อเนื่อง ทุกปี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะมีการประเมิน เพื่อ
สนับสนุนการดำเนินงานต่อเนื่อง ซึ่งจะต้อง มีการบันทึกข้อมูลพื้นฐาน รายงานกิจกรรม รายงาน
ด้านการเงินผ่านโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนระบบออนไลน์ <http://tobt.nhso.go.th/> ครบทุก
รายการและเป็นปัจจุบัน ภายในปีงบประมาณที่ผ่านมา ต้องมีการสมทบงบประมาณได้ตามเกณฑ์ มี
แผนงาน/โครงการรองรับกิจกรรมครบทั้ง 4 ประเภท มีผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมินที่
สปสช.กำหนดในแต่ละปี

แต่ถ้าหาก กองทุนใดที่ไม่มีเงินสมทบจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล
หรือไม่มีการดำเนินกิจกรรมใดๆ ต่อเนื่องตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป หรือในกรณีที่กองทุนไม่สามารถ
ดำเนินการ บันทึกข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ อาจประกาศยุบเลิกการดำเนินงานกองทุนนั้น ทั้งนี้
หากยุบเลิกกองทุน ทรัพย์สินที่เหลือของกองทุนให้ตกเป็นของหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐที่อยู่ใน

พื้นที่นั้นและให้โอนเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน ให้แก่หน่วยบริการดังกล่าว ตามวิธีการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

งบประมาณในการบริหารจัดการกองทุนมีที่มาจากสองส่วนหลักด้วยกัน ส่วนแรกคือเงินอุดหนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อุดหนุนตามจำนวนประชากรในพื้นที่โดยอุดหนุนเป็นรายหัวๆละ 40 บาท สำหรับส่วนที่สองคือ เงินอุดหนุนหรืองบประมาณที่ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ตามสัดส่วนดังนี้ เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่หรือเทศบาล ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ เงินสมทบขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้แล้วกองทุนอาจมี เงินสมทบจากประชาชน ชุมชนหรือกองทุนอื่นๆ ในชุมชน อาทิเช่น การทอดผ้าป่า การระดมทุนจากประชาชน หรือ รายได้อื่นๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553: 9)

องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่เข้าร่วมดำเนินงานจะต้องจัดให้มี คณะกรรมการบริหารกองทุนโดยองค์ประกอบของคณะกรรมการ ต้องสรรหาตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนดและส่งรายชื่อให้ สปสช. เขต เพื่อออกคำสั่งแต่งตั้ง โดยคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ เป็นที่ปรึกษา มีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี เป็นประธานกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ ซึ่งมีความรู้ความสามารถเป็นที่เคารพนับถือและเป็นที่ยอมรับ โดยให้กรรมการประชุมคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ จำนวน 2 คนเป็นรองประธานกรรมการ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือสภาเทศบาลที่สภามอบหมาย จำนวน 2 คนเป็นกรรมการ

นอกจากนี้ยังประกอบด้วย หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ทุกแห่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่คัดเลือกกันเอง จำนวน 2 คน ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนคัดเลือกกันเอง จำนวนไม่เกิน 5 คน เป็นกรรมการ ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน หรือศูนย์รับเรื่องร้องเรียนอิสระ ในพื้นที่หน่วยละ 1 คน (ถ้ามี) เป็นกรรมการ และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหรือปลัดเทศบาล หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรีมอบหมายเป็นกรรมการ และเลขานุการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553: 10)

คณะกรรมการบริหารกองทุนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการกองทุน ซึ่ง มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้ บริหารจัดการกองทุนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน

รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สินในกองทุน ให้เป็นไปตามที่ สปสช. กำหนด ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในความรับผิดชอบ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งจัดทำข้อมูลและแผนดำเนินงานที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข กลุ่มเป้าหมาย และหน่วยบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่ายและเงินคงเหลือของกองทุน เมื่อสิ้นปีงบประมาณ เพื่อเสนอ สปสช. และองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี และสามารถ แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องได้ตามความจำเป็น คณะกรรมการมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละ 2 ปี (นับจากวันที่ สปสช.ออกคำสั่งแต่งตั้ง) หากครบ 2 ปีแล้วยังมิได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นใหม่ ให้คณะกรรมการที่ครบวาระนั้นอยู่ในตำแหน่ง เพื่อดำเนินการต่อไปจนกว่าคณะกรรมการซึ่งได้รับการแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553: 11)

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีการ ดำเนินงานในรูปแบบกองทุน โดยมีคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ที่ สปสช.แต่งตั้งทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ มีองค์ประกอบในการดำเนินงานดังต่อไปนี้ มีคณะกรรมการบริหารกองทุน ซึ่ง สปสช.เป็นผู้ออกคำสั่งแต่งตั้ง เงินของกองทุนอย่างน้อยต้องประกอบด้วย เงินอุดหนุนจาก สปสช. และเงินสมทบจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ส่วนเงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชนหรือรายได้อื่นให้เป็นไปตามความพร้อมของกองทุน มีแผนงานหรือโครงการที่ครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 4 ประเภทโดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน มีระบบรายงานของกองทุนผ่านโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนในระบบออนไลน์ บนเว็บไซต์ <http://tobt.nhso.go.th/> ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุน กรณีกองทุนใหม่ หรือกองทุนที่เข้าร่วมดำเนินการในปีแรก ให้จัดการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง แต่สำหรับกองทุนเก่าหรือกองทุนที่ดำเนินการต่อเนื่อง ควรมีการประชุมอย่างน้อยทุก 1-3 เดือน ที่สำคัญในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม ควรมีการประชุมเพื่อสรุปผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา กำหนดกรอบแผนงานโครงการของปีงบประมาณใหม่ พิจารณารายละเอียดของแต่ละโครงการ โดยครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 4 ประเภท โดยการ อนุมัติการใช้งบประมาณ ต้องสอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ หรือแผนสุขภาพชุมชน หรือปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ทั้งนี้ทุกโครงการต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการบริหารกองทุน และในช่วงเดือนมกราคม-กันยายน ควรมีการประชุมเพื่อพิจารณาโครงการที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนระหว่างปี กำกับติดตามผลการดำเนินงานโครงการที่กองทุนให้การสนับสนุน รายงานสถานะการเงินทุกไตรมาส

ทบทวนปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ติดตามการบันทึกรายงานผ่านโปรแกรมระบบออนไลน์ ฯ ให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

สำหรับกิจกรรมที่จะขอรับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุน มี 4 ประเภทด้วยกัน คือ ประเภทแรก การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดบริการแก่กลุ่มเป้าหมายหลัก 5 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ ซึ่งการจัดกิจกรรมประเภทนี้ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพจะต้องมีข้อมูล ประชากรกลุ่มเป้าหมายหลักดังกล่าวว่ามีจำนวนเท่าใด และมีการจัดทำแผนงาน/โครงการ ในแต่ละปีว่าจะตั้งเป้าหมายในการจัดบริการแก่กลุ่มใดบ้างและเป็นจำนวนเท่าใด

กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ เป็นบริการที่ภาครัฐจัดให้กับประชาชนคนไทยทุกคน ซึ่งโดยปกติการให้บริการดังกล่าว หน่วยบริการจะเป็นผู้ให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อยู่แล้ว ที่ผ่านมามีพบว่าไม่สามารถสร้างการเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมโดยเฉพาะกลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ ดังนั้นกองทุนจึงต้องดำเนินการให้ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งบริการเหล่านี้ควรเป็นไปตามกรอบแนวคิดการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพของชุมชน

การจัดกิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ได้แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มเป้าหมายเนื่องจากการจัดกิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์กลุ่มผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป) ได้รวมกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไว้แล้ว ดังนั้นจึงจำแนกกิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์สามารถแบ่งได้ดังนี้ การจัดกิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มแม่และเด็ก (เด็กแรกเกิด ถึงต่ำกว่า 6 ปี), การจัดกิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์สำหรับเด็กโต (อายุ 6 ปี ถึงอายุต่ำกว่า 25 ปี), การจัดกิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์กลุ่มผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป) กลุ่มที่มีอาชีพเสี่ยงและผู้ป่วยเรื้อรัง กิจกรรมสุดท้ายคือการจัดกิจกรรมชุดสิทธิประโยชน์กลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ เพื่อจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้แก่คนพิการในพื้นที่

ประเภทที่สอง คือ การ สนับสนุนงบประมาณแกหน่วยบริการสาธารณสุข โดยสนับสนุนงบประมาณเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต หรือใช้ป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาด เช่น การป้องกันโรคติดต่อตามฤดูกาล ให้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชนอบอุ่น เป็นต้น

ประเภทที่สาม คือ สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น โดยสนับสนุนงบประมาณเพื่อส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้าน ที่เกิดจากความคิดริเริ่มของประชาชนและองค์กรในชุมชนท้องถิ่น ครอบคลุม 5 กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่

ประเภทสุดท้ายได้แก่ การบริหารกองทุน การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ และการพัฒนาระบบบริหารจัดการ โดยสนับสนุนงบประมาณเพื่อ เป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการหรือการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานอื่น ๆ ที่กรรมการกองทุนแต่งตั้งให้มีประสิทธิภาพรวมถึงการจัดซื้อครุภัณฑ์ที่สนับสนุนการดำเนินงานโดยตรง ครุภัณฑ์นั้นจะต้องมีราคาไม่เกิน 20,000 บาทต่อหน่วย สำหรับค่าตอบแทนคณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานอื่น ที่เข้าร่วมประชุมจ่ายได้ไม่เกินคนละ 200 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้งบประมาณประเภทที่ 4 สปสช.ได้กำหนดเกณฑ์การใช้จ่ายในประเภทนี้ต้องไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกองทุนในรอบปีงบประมาณนั้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553 : 16)

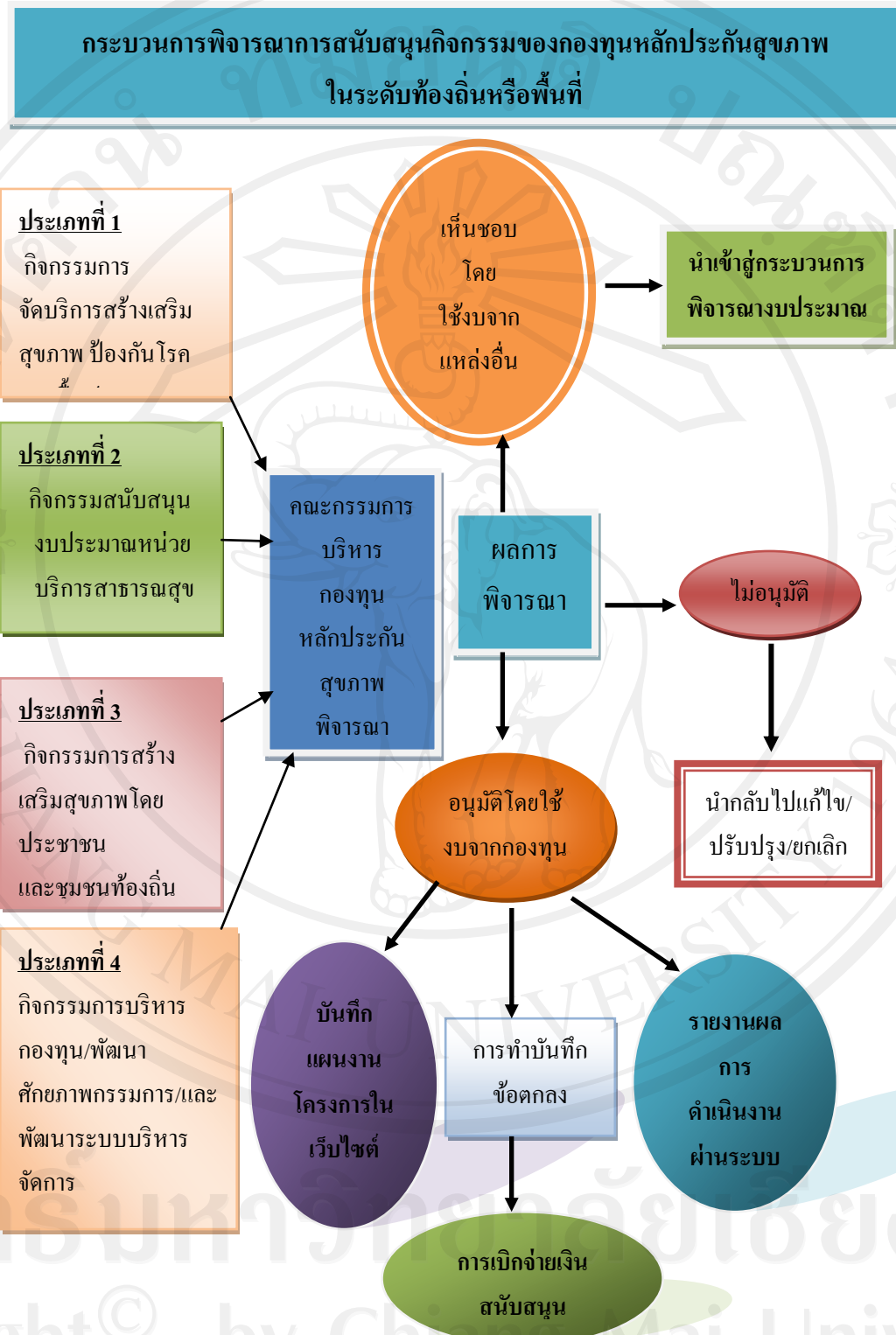
การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นกลไก ที่สำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพราะคณะกรรมการเป็นบุคคลสำคัญในการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ที่จะทำให้เกิดการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกองทุนและเรียนรู้ร่วมกัน พัฒนาการดำเนินงานของกองทุนให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งกายและจิต ดังนั้นคณะกรรมการจึงจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ สร้างจิตสำนึกร่วมกัน ร่วมเป็นเจ้าของและร่วมกันบริหารจัดการกองทุน

คณะกรรมการควรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการบริหารจัดการกองทุน ให้มีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ มีวิสัยทัศน์ มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดำเนินงานกองทุนเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน ให้โอกาสในการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเสมอภาค เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นร่วมตัดสินใจ มีการตรวจสอบและให้เข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดโครงสร้างของคณะกรรมการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมบริหารจัดการอยู่แล้ว

คณะกรรมการทุกคน จึงควรมีเจตคติความเข้าใจที่มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน คือทำให้ประชาชนทุกคนในพื้นที่มีคุณภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจอย่างยั่งยืน อีกทั้ง ควรมีการอบรมสร้างความรู้ความเข้าใจและการประชุมสัมมนาและการศึกษาแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างพื้นที่ในจังหวัดที่มีกองทุนต้นแบบในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การสร้างกระบวนการ การมีส่วนร่วมในการทำงาน

การสร้างจิตสำนึก การทำงานเป็นทีม และการสร้างผู้นำ การสร้างเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มอายุ การป้องกันโรคติดต่อและไม่ติดต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ระบบการบริหารจัดการที่ดี มีธรรมาภิบาลยึกระบบคุณธรรม อบรมการบันทึกโปรแกรมข้อมูลกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ แผนสุขภาพชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูล การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การเขียนโครงการ และการติดตามประเมินผลโครงการ เป็นต้น

นอกจากการอบรมการสร้างความรู้ความเข้าใจของคณะกรรมการบริหารกองทุน ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น คณะกรรมการบริหารกองทุนยังมีการกิจที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการพิจารณางบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมของกองทุนทั้ง 4 ประเภทด้วยกัน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวนี้คณะกรรมการต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุขพอสมควร เนื่องจากจะต้องพิจารณาโครงการต่างๆ ที่เสนอขอรับงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรม ถ้าหากคณะกรรมการไม่ใส่ใจในรายละเอียดของโครงการแล้ว กิจกรรมหรือโครงการที่ได้รับการอนุมัติจัดสรรงบประมาณ คงไม่มีคุณค่าต่อชุมชนเท่าใดนัก สำหรับกระบวนการพิจารณาสนับสนุนกิจกรรมของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สามารถแสดงได้ตามภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 แสดงกระบวนการพิจารณาการสนับสนุนกิจกรรมของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553 : 15)

2.2 บทบาท อำนาจ หน้าที่

บทบาท

เมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ ดำเนินการ จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเรียบร้อยแล้ว รวมทั้งคณะกรรมการผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งได้ทราบถึงบทบาท และอำนาจหน้าที่ของตนเองในการบริหารจัดการกองทุน เพื่อให้การบริหารจัดการกองทุนเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนมากที่สุด ที่สำคัญนั้นคือปัญหาด้านสาธารณสุขได้รับการแก้ไขอย่างยั่งยืน สำหรับการบริหารกองทุนให้มีประสิทธิผลนั้น คณะกรรมการบริหารกองทุนผู้ซึ่งมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนให้กองทุนเป็นไปตามทิศทางที่ต้องการจะต้องเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของตนเองอย่างละเอียดถี่ถ้วน ซึ่งบทบาทเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงกระทำ เพียงแต่บทบาทที่ได้รับนั้นจะแตกต่างกันไปตามกรรม ตามวาระ หลายคนอาจจะกระทำตามบทบาทได้ดี ในขณะที่บางคนทำตามบทบาทได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ถ้าหากทุกคนสามารถทำตามบทบาทของตนเองได้ดี ก็จะ สามารถบรรลุสิ่งที่คาดหวังไว้

ผลที่ปรากฏก็สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับตนเองและผู้อื่น

ถ้าจะกล่าวถึง บทบาท มีหลากหลายแนวคิดด้วยกัน อาทิเช่น ณรงค์ เส็งประชา (2541, หน้า 136-137) ได้กล่าวว่า บทบาท คือพฤติกรรมที่ปฏิบัติตามสถานภาพ บทบาทเป็นพฤติกรรมที่สังคมกำหนดและ คาดหมายให้บุคคลต้องกระทำตามหน้าที่ เช่น เป็นครูต้องสอน นักเรียน เป็นตำรวจต้อง พินิจสันติราษฎร์ ทหารต้องเป็นรั้วของชาติ บุตรต้องเชื่อฟังบิดามารดา เป็นต้น

การแสดงบทบาทของบุคคล จะแสดงได้ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่สำคัญ 4 ประการด้วยกัน ประการแรก คือ บทบาทที่สังคมคาดหวัง (role expectation) หมายถึง บทบาทที่สังคมคาดหวัง ให้บุคคลปฏิบัติตามความคาดหวังที่กำหนดโดยสังคมและสถานภาพที่บุคคลนั้นครองอยู่ ประการที่สอง การรับรู้บทบาท (role conception) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ใน บทบาทของ ตนเองว่าควรจะมีบทบาทอย่างไร และสามารถจะมองเห็นบทบาทของตนเองได้ตาม การแต่งตั้งซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพความต้องการของบุคคลนั่นเอง โดยที่การรับรู้ในบทบาทและ ความต้องการของบุคคลก็ขึ้นอยู่กับลักษณะฐานส่วนบุคคล ตลอดจนเป้าหมายในชีวิตและค่านิยม ของบุคคลที่สวมบทบาทนั้น ประการที่สาม การยอมรับบทบาทของบุคคล (role accept ion) จะ เกิดขึ้นเมื่อความสอดคล้อง ของบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและบทบาทที่ตนรับอยู่

การได้ยอมรับบทบาท เป็นเรื่องเกี่ยวกับความเข้าใจในบทบาทและการสื่อสาร ระหว่างสังคมและบุคคลนั้น ทั้งนี้ เพราะบุคคลจะไม่ได้ยินดียอมรับบทบาทเสมอไป แม้ว่าจะได้รับ

การคัดเลือกหรือถูกแรงผลักดันจากสังคมให้รับตำแหน่งและมีบทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติตาม เพราะถ้าหากบทบาทที่ได้รับนั้นทำให้ได้รับผลเสียหรือเสียประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าขัดแย้งกับความ ต้องการ หรือค่านิยมของบุคคลนั้น ผู้ครองตำแหน่งอยู่กลับพยายามหลีกเลี่ยงบทบาทนั้น ไม่ยอมรับบทบาทนั้น ๆ และประการสุดท้าย คือ การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล (role performance) เป็นบทบาทของ เจ้าของสถานภาพที่แสดงออกจริง (actual role) ซึ่งอาจเป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคม คาดหวัง หรือเป็นการแสดงบทบาทตามการรับรู้และตามความคาดหวังของตนเอง การที่ บุคคลใดจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ใดเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับระดับการยอมรับบทบาท นั้น ๆ ของบุคคลที่ได้ครองตำแหน่งนั้นอยู่เนื่องจากความสอดคล้องกับบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและการรับรู้บทบาทของตนเอง (Allport อ้างถึงใน สุภา สกลเงิน : 2545, หน้า 15-16)

นอกจากนี้แล้ว บทบาทยังเป็นการแสดงถึงพฤติกรรมของ บุคคลตามสิทธิและหน้าที่ความรับผิดชอบของสถานภาพ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้ ลักษณะแรกคือ บทบาทตามความคาดหวัง (expected role) เป็นบทบาทที่ต้องแสดงตามความ คาดหวังของผู้อื่น เช่น บทบาทของนักเรียนตามความคาดหวังของครู ลักษณะที่สอง คือ บทบาทตามลักษณะการรับรู้ (perceived role) เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพ รับรู้ว่าตนควรมีบทบาทอย่างไร และลักษณะที่สาม คือ บทบาทที่แสดงออกจริง (actual role) เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพได้แสดง ออกจริง ซึ่งอาจเป็นบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง หรือเป็นบทบาทที่ตนเองคาดหวัง หรือ อาจจะไม่เป็นบทบาทตามที่สังคมคาดหวังและตนเองคาดหวัง (สงวน สุทธิเลิศอรุณ, จำรัส ค้างสุวรรณ และจิตติพงษ์ ธรรมานุสรณ์ : 2522, หน้า 36-40)

บทบาท นอกจากเป็นการแสดงถึงพฤติกรรม ตามความคิดของ พวงเพชร สุรัตน์กวีกล (2542, หน้า 65-66) ยังเห็นว่า บทบาทเป็นรูปธรรม ซึ่งเห็นได้จากการกระทำที่แสดงออกมา โดยบทบาท มี 3 ด้าน คือ ด้านที่หนึ่ง บทบาทในอุดมคติ (ideal role) ได้แก่ บทบาทอันกำหนดไว้ตามความคาดหวัง ของบุคคลทั่วไปในสังคมเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เป็นแบบฉบับที่สมบูรณ์ ซึ่งผู้ที่มีสถานภาพนั้น ๆ ควรกระทำ แต่อาจมีใครที่ทำหรือไม่มีใครทำตามนั้นก็ไม่ได้ ด้านที่สอง คือ บทบาทที่บุคคลเข้าใจหรือรับรู้ (perceived role) เป็นบทบาทอันบุคคล คิดด้วยตนเองว่าควรเป็นอย่างไร ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับทัศนคติ ค่านิยม บุคลิกภาพและ

ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลด้วย และ ด้านที่สาม คือ บทบาทที่แสดงออกจริง (actual role) เป็นการกระทำที่บุคคลปฏิบัติจริง ขึ้นอยู่ กับเหตุการณ์เฉพาะหน้าในขณะนั้นด้วย ทำให้การแสดงบทบาทแตกต่างกันไป (พวงเพชร สุรัตน์กวีกล : 2542, หน้า 65-66)

เมื่อคนเราติดต่อกับผู้อื่นมากขึ้น ย่อมจะต้องแสดงบทบาทหลายบทบาทมากขึ้นตามกลุ่มบท หรือตามสถานการณ์อันเกิดจากความสัมพันธ์อื่น ๆ และบางครั้งบทบาท ที่เกิดขึ้น อาจเกิดการขัดแย้งกันได้ เช่น ขณะที่เขาจะแสดงบทบาทเป็นผู้บังคับบัญชา แต่ผู้ อยู่ได้บังคับบัญชา ในหน่วยราชการที่เขารับผิดชอบเป็นบิดาของเขา ในสถานการณ์ที่เป็น บุตรเขาจะต้องเชื่อฟังบิดา ต้องเคารพบิดา ดังนั้นในกรณีเช่นนี้ย่อมทำให้เกิดความอึดอัด ใจและจำเป็นต้องหาทางเลือกในการ ปฏิบัติ ลักษณะเช่นนี้จะเกิดเป็นปัญหาที่เกิดจากบทบาท ขัดแย้งกัน

การที่ บุคคลได้ดำรงตำแหน่งในสังคม ย่อมจะต้องแสดงบทบาทตามตำแหน่งนั้น ๆ ตำแหน่งเดียวกัน แต่ผู้ ดำรงตำแหน่งคนละคนอาจมีบทบาทต่างกันไป เพราะต่างคนต่างมี นิสัย ความคิด ความสามารถ การอบรม กำลังใจ มุลเหตุจูงใจ ความพอใจในสิทธิหน้าที่ สภาพของจิตใจ และร่างกายที่ไม่เหมือนกัน ฉะนั้นบทบาทจึงเป็นเพียงรูปการณ์ (aspect) ทางพฤติกรรมของ ตำแหน่ง

แนวคิดที่เกี่ยวกับบทบาทที่กล่าวมาข้างต้น แล้วนั้น สามารถสรุปได้ดังนี้ บทบาท เป็น แบบแผนพฤติกรรม หรือการได้กระทำต่าง ๆ ของบุคคลที่สังคมคาดหวัง หรือกำหนดให้ กระทำโดยจะมีความเกี่ยวข้องกับอำนาจหน้าที่และสิทธิซึ่งขึ้นอยู่กับฐานะ หรือตำแหน่ง ทางสังคม ของบุคคลนั้นซึ่งจะเป็นตัวกำหนดให้ผู้ดำรงตำแหน่งนั้น ๆ ยึดถือเป็นแนวทาง ปฏิบัติ หากบุคคลที่ สังคมคาดหวังนั้น ไม่ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ตามที่ได้ดำรงตำแหน่ง ก็จะไม่ได้รับการยอมรับจาก สังคม นอกจากนี้แล้ว บทบาทเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีการปฏิบัติ หรือมีการทำงานให้ตรงกับสิ่งที่ตนเองได้รับมอบหมายมา โดยผู้ที่มอบหมายนั้น อาจจะมาจก สังคม วัฒนธรรม หรือ กฎหมายที่ได้บัญญัติไว้ตาม ผู้ที่ได้รับบทบาทนั้นย่อมจะต้องทำตามในสิ่งที่ ตนเองได้รับมอบหมาย หากไม่กระนั้นแล้ว ย่อมทำให้เกิดความสูญเสีย นำมาซึ่งผลกระทบต่างๆ อีกมากมาย

คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการบริหาร กองทุน หากคณะกรรมการ บริหาร กองทุน ฯ เข้าใจในบทบาทของตนเอง อีกทั้งมีความรู้ ความสามารถในการด้านที่ตนเองได้รับมอบหมายแล้วก็ย่อมจะทำให้การจัดตั้งกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นเกิดประโยชน์สูงสุด ในทางตรงกันข้ามหากว่าคณะกรรมการของกองทุน ไม่ เข้าใจในบทบาทของตนเองต่อการบริหารกองทุน ก็คงสามารถทำนายอนาคตของกองทุนนั้นได้เลย ว่าจะมีผลอย่างไร ไม่ใช่เพียงเพราะกองทุนเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบที่สำคัญ รัฐบาลซึ่งนำภาษี ประชาชนมาอุดหนุนกองทุนนั้นๆ ก็ย่อมสูญเสียไป สูญเสียทั้งเวลา และงบประมาณจำนวนมาก และ พายัพที่สุดประชาชนซึ่งมีความหวังต่อการจัดตั้งกองทุนก็จะมีอคติ ต่อคณะกรรมการบริหารกองทุน และ รัฐบาล และที่เลวร้ายที่สุดก็คือ ประชาชนไม่ได้รับการดูแลสุขภาพ ไม่สามารถเข้าถึงบริการ

ของรัฐได้อย่างทั่วถึง ในที่สุดปัญหาด้านสาธารณสุข และความเหลื่อมล้ำก็จะยังอยู่ คู่สังคมไทยต่อไป

อำนาจหน้าที่

การเข้าใจถึงบทบาทของคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ได้กล่าวแล้วว่ามีส่วนสำคัญอย่างไร นอกจากบทบาทของคณะกรรมการแล้ว อีกสิ่งหนึ่งที่คณะกรรมการได้รับมาจากการจัดตั้งกองทุน ก็คือ อำนาจซึ่งมาพร้อมกับหน้าที่ โดยสองสิ่งนี้มักจะคู่กันเสมอ และเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเลี่ยงได้ ในการปฏิบัติงานทุกอย่างนั้นจะบรรลุเป้าหมายได้มากน้อยเพียงใด ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานย่อมมีส่วนสำคัญ ซึ่งก็คล้ายกับคณะกรรมการบริหารกองทุน มีหน้าที่ในการบริหารจัดการกองทุนให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ อีกทั้งได้รับอำนาจ หน้าที่ในการบริหารรวมมาด้วย แต่การที่คณะกรรมการบริหารกองทุนใช้อำนาจหน้าที่ที่ได้รับมาและมีอยู่ให้เกิดประโยชน์ต่อกองทุนนั้น คณะกรรมการต้องใช้อย่างเที่ยงตรง ไม่ลำเอียง หรือใช้ไปในทางที่ผิด เพราะถ้าหากว่าบุคคลใดใช้อำนาจหน้าที่ไปในทางที่มีขอบแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อกองทุน การดำเนินงานก็ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์และสูญเสียงบประมาณไปโดยใช่เหตุ

ถ้าจะกล่าวถึง อำนาจหน้าที่ (Authority) นั้น Webber (Webber : 1947 อ้างใน วีระวัฒน์ อุทัยรัตน์, 2554 : ออนไลน์) กล่าวว่า อำนาจหน้าที่เป็นความน่าจะเป็นไปได้ที่ มาจากคำสั่งบังคับบัญชาเฉพาะ (หรือคำสั่งทุกคำสั่ง) จากแหล่งที่กำหนด และจะได้รับการเชื่อฟัง ปฏิบัติตามโดยกลุ่มบุคคลที่ระบุไว้ อำนาจหน้าที่แตกต่างจากอำนาจตรงที่ว่าอำนาจหน้าที่ หมายถึง ความถูกต้องตามกฎหมาย (ความชอบธรรม) นั่นคือ อำนาจหน้าที่เป็นอำนาจที่ถูกต้องตามกฎหมายประเภทหนึ่ง

อำนาจหน้าที่ตามแบบที่ถูกต้องตามกฎหมาย โดย Webber (Webber : 1947 อ้างใน วีระวัฒน์ อุทัยรัตน์, 2554 : ออนไลน์) ได้เสนอไว้มี 3 ประเภทด้วยกัน คือ

1. อำนาจและบารมี (Charismatic Authority) เป็นการนับถือยกย่องบูชาในตัวบุคคลเป็นพิเศษ เป็นผู้นำด้วยการได้รับความเชื่อถือไว้วางใจเป็นส่วนตัว และได้รับการนับถือบูชาในองค์คุณลักษณะต่าง ๆ ของเขาว่าเป็นลักษณะที่ควรยึดถือเป็นแบบอย่าง

2. อำนาจประเพณี (Traditional Authority) เป็นความเชื่อถือในความศักดิ์สิทธิ์ของสถานะของบุคคล ซึ่งได้ใช้อำนาจหน้าที่มาแล้วในอดีต ตำแหน่งของอำนาจประเพณีอันศักดิ์สิทธิ์ เป็นตำแหน่งที่ได้รับการเชื่อฟังปฏิบัติตามและบุคคลที่ได้รับตำแหน่งนี้ได้รับอำนาจหน้าที่ซึ่งเป็นมรดกตกทอดมาจากประเพณีในอดีต

3. อำนาจกฎหมาย (Legal Authority) เป็นความเชื่อที่จะต้องปฏิบัติตามกฎหมาย / กฎระเบียบหรือแบบแผน โดยขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามกฎหมาย ตำแหน่งและอำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติภารกิจ

โดยทั่วไปฐานอำนาจหน้าที่มี 2 ลักษณะ คือ อำนาจหน้าที่ตามแบบแผน (Formal Authority) ได้ฝึกแน่นอยู่ในองค์กรได้ถูกสร้างขึ้นอย่างถูกต้องตามกฎหมายเกี่ยวกับตำแหน่ง ระเบียบข้อบังคับ และกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ในการเข้าร่วมอยู่ในองค์กรนั้น พนักงานเจ้าหน้าที่จะยอมรับความสัมพันธ์ด้านอำนาจหน้าที่เพราะว่าเขาตกลงเห็นชอบด้วยที่จะออกคำสั่งบังคับบัญชา และเขามีหน้าที่ที่จะต้องเชื่อฟังปฏิบัติตามพื้นฐานอำนาจหน้าที่ตามแบบแผนอยู่บนข้อตกลงสัญญาที่ได้สร้างขึ้นอย่างถูกต้องตามกฎหมายระหว่างองค์กรและพนักงานเจ้าหน้าที่ และ อำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติภารกิจ (Functional Authority) มีแหล่งที่มาหลาย ซึ่งรวมถึงอำนาจหน้าที่ด้านความสามารถ อำนาจหน้าที่ด้านบุคคล และความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชา -ผู้ใต้บังคับบัญชา (Webber : 1947 อ้างใน วิระวัฒน์ อุทัยรัตน์, 2554 : ออนไลน์)

อำนาจหน้าที่ (Authority) จึงเป็นผลที่เกิดจากความรับผิดชอบและอำนาจหน้าที่นั้นมีลักษณะเป็นสิทธิ (Right) เช่น สิทธิในการวินิจฉัยสั่งการ สิทธิในการบังคับบัญชา และสิทธิในการบริหารงาน เป็นต้น อำนาจหน้าที่เป็นอำนาจที่มีอยู่ในสถาบันทางการบริหาร โดยอาจมีรัฐธรรมนูญ กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และธรรมเนียมประเพณีนิยมระบุไว้แก่ผู้บังคับบัญชาทุกตำแหน่งที่มีการบังคับบัญชาตามลำดับขั้นของสายการบังคับบัญชาซึ่งตรงกับคำอธิบายภาษาอังกฤษว่า “Right to command” อำนาจหน้าที่ที่มีลักษณะเป็นสิทธินี้หมายถึงอำนาจหน้าที่ที่บุคคลใดก็ตามที่ดำรงตำแหน่งหน้าที่ที่มีอำนาจหน้าที่ระบุไว้แล้ว ย่อมจะทรงสิทธินั้นและทัดเทียมกันทุกคน (การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ งานฝ่ายบุคคล HR HRM, 2554 : ออนไลน์)

แหล่งแห่งอำนาจหน้าที่ (Source of authority) แหล่งแห่งอำนาจลักษณะนี้เป็นแหล่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการบริหารงาน อาจกล่าวโดยทั่วไปได้ว่ามีอยู่ 3 ประการ คือ ประการแรก คือ แหล่งกำเนิดจากกฎหมาย (Legal authority) ซึ่งแสดงให้เห็นลักษณะอันสำคัญของอำนาจนี้ในการปกครองบังคับบัญชา ได้แก่อำนาจบริหาร อันเป็นส่วนหนึ่งแห่งอำนาจอธิปไตยที่ต้องการใช้อำนาจให้เป็นไปโดยเที่ยงธรรมและมีเหตุผล ประการต่อมา คือ แหล่งกำเนิดจากแบบธรรมเนียมของทางราชการ (Bureaucratic authority) อำนาจในลักษณะนี้เป็นที่มาของอำนาจควบคุมบังคับบัญชา เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคม เช่น ผู้น้อยต้องให้ความเคารพบนอบต่อผู้ใหญ่ หรือผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และประการสุดท้าย คือ แหล่งกำเนิดจากใจ (Charismatic of authority) หมายถึงอำนาจที่เกิดจากความศรัทธาความเชื่อถือในตัวผู้บังคับบัญชา เช่น ความรักใคร่เคารพนับถือในตัวหัวหน้างาน หรืออย่างเช่นราษฎรเคารพรักใคร่นับถือผู้ว่าราชการจังหวัด แล้ว

พร้อมใจกันเรียกรู้ว่าราชการจังหวัดว่า “พ่อเมือง” ดังนี้ เป็นต้น (การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ งานฝ่ายบุคคล HR HRM, 2554 : ออนไลน์)

2.3 ความรู้ความเข้าใจ

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จะประสบผลสำเร็จเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้มากน้อยเพียงใดนั้น คณะกรรมการฯ ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนฯ เป็นอย่างดี เพราะความรู้ความเข้าใจจะทำให้คณะกรรมการฯ ทราบว่ากองทุนฯ เป็นอย่างไร มีบทบาทหน้าที่ ภารกิจในการดำเนินงานแบบไหน นอกจากนี้แล้วยังทำให้คณะกรรมการฯ สามารถกำหนดทิศทางการบริหารกองทุนฯ ให้เป็นไปตามสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

ความรู้จึงเป็นพื้นฐานของคนทุกคนที่ต้องการจะทำอะไรก็ตาม ถ้าหากมีความรู้ในเรื่องนั้นๆ แล้ว ก็จะส่งผลให้การกระทำนั้นส่งผลได้ตามที่บุคคลนั้นต้องการ ดังเช่นคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่ได้ทราบถึงบทบาท อำนาจ หน้าที่ของตนเองแล้ว ก็ต้องจำเป็นที่จะมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารกองทุนฯ ด้วย จึงจะส่งผลให้กองทุนฯ สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึง ความรู้ความเข้าใจไว้อาทิ เช่น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520:10) กล่าวว่า ความรู้คือพฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการฝึกหรือโดยการมองเห็น ความรู้ขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ทฤษฎี ข้อเท็จจริง กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับ รัตติกรณ์ จงวิศาล (2535 :49) ที่ได้กล่าวว่า ความรู้ นั้น หมายถึง กฎเกณฑ์ ข้อเท็จจริงและข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับและสะสมไว้ในรูปของการจำ

สำหรับความเข้าใจนั้น ไพศาล หวังพานิช (2526:105) ได้กล่าวว่า ความเข้าใจเป็นความสามารถในการนำความรู้ความเข้าใจไปดัดแปลงปรับปรุงเพื่อให้สามารถจับใจความ อธิบาย หรือเปรียบเทียบย่อ เรื่องราวความคิดเห็นข้อเท็จจริงต่างๆ ทั้งยังสามารถอธิบายและเปรียบเทียบสิ่งที่มีลักษณะและสภาพคล้ายคลึงเป็นทำนองเดียวกับของเดิมได้ บุคคลที่มีความเข้าใจในสิ่งใดจะสามารถแปลความหมาย ตีความ หรือขยายความเกี่ยวกับสิ่งนั้นได้

Bloom และคณะ (Bloom; others. 1956: 271 อ้างใน ชนาทิป อ่อนหวาน, 2553) กล่าวว่า ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการที่ค้นขยายความรู้ความจำให้ไกลออกไปจากเดิมอย่างสมเหตุสมผล แยกเป็น 3 ขั้นที่สำคัญ คือการแปลความหมายของคำ ข้อความ สัญลักษณ์ใน

แง่มุมใหม่ตามเนื้อเรื่องและหลักวิชาการนั้นๆ การตีความหมายจากการแปลทั้งหมดมารวมกันแล้วสรุปหรือขยายความนั้นตามแนวใหม่ และทัศนะใหม่ มุมมองใหม่ เพื่อให้กว้างออกไปจากข้อเท็จจริง โดยจะต้องให้ข้อมูลหรือแนวโน้มอย่างเพียงพอ นอกจากนี้แล้ว Bloom และคณะ (Bloom; others. 1956: 271 อ้างใน ชนาทิป 2553) ยังได้ทำการศึกษาและจำแนกพฤติกรรมด้านความรู้ออกเป็น 6 ระดับ โดยเรียงตามลำดับชั้นความสามารถจากต่ำไปสูง ดังนี้

1. ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการจำหรือรู้สึกได้ แต่ไม่ใช่การใช้ความเข้าใจไปตีความหมายในเรื่องนั้น ๆ แบ่งออกเป็น ความรู้เกี่ยวกับเนื้อเรื่องซึ่งเป็นข้อเท็จจริง วิธีดำเนินงาน แนวคิด ทฤษฎี โครงสร้าง และหลักการ
2. ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถจับใจความสำคัญของเรื่องราวต่าง ๆ ได้ทั้งในด้านภาษา รหัส สัญลักษณ์ ทั้งรูปธรรมและนามธรรม แบ่งเป็นการแปลความ การตีความ การขยายความ
3. การนำไปใช้ หมายถึง ความสามารถนำเอาสิ่งที่ได้ประสบมา เช่น แนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ ไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือ นำไปใช้แก้ปัญหาตามสถานการณ์ต่าง ๆ ได้
4. การวิเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราว ออกเป็นส่วนประกอบย่อย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบส่วนย่อย และหลักการ หรือ ทฤษฎี เพื่อให้เข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ
5. การสังเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการนำเอาเรื่องราว หรือ ส่วนประกอบย่อยมาเป็นเรื่องราวเดียวกัน โดยมีการคัดแปลง ริเริ่ม สร้างสรรค์ ปรับปรุงของเก่าให้มีคุณค่าขึ้น
6. การประเมินค่า หมายถึง ความสามารถในการพิจารณา ตัดสินคุณค่าของความคิดอย่างมีหลักเกณฑ์ เป็นการตัดสินใจว่าอะไรดีไม่ดียังไรใช้หลักเกณฑ์เชื่อถือได้โดยอาศัยข้อเท็จจริงภายในและภายนอก

จากความหมายของความรู้และความเข้าใจที่กล่าวมาข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า ความรู้ความเข้าใจ หมายถึง การสะสมประสบการณ์ ความทรงจำ ข้อมูลต่างๆ ที่บุคคลได้เก็บไว้ในสมอง โดยสามารถนำออกมาใช้ได้ในการให้ข้อมูล อธิบายหรือความสามารถในการแปลความหมายซึ่งสามารถวัดความรู้ความเข้าใจได้จากการระลึก

สำหรับการวัดความรู้ นั้น เป็นกระบวนการอย่างหนึ่งที่จะบ่งบอกได้ว่าบุคคลนั้นมีความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอยู่ในระดับใด ซึ่งกิตติมา ปรีดีติลล (2520) ได้กล่าวว่า เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความรู้มีหลายชนิด แต่ละชนิดมีความเหมาะสมกับการวัดความรู้ตามคุณลักษณะซึ่งแตกต่างกันออกไป เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ที่นิยมใช้วัดกันมากคือ แบบทดสอบ แบบทดสอบถือว่าเป็นสิ่ง

เรา เมื่อนำไปให้ผู้ถูกสอบ โดยแสดงอาการตอบสนองออกมาด้วยพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การพูด การเขียน การทำท่าทาง ฯลฯ เพื่อให้สามารถสังเกตเห็นหรือสามารถนับจำนวนปริมาณได้ เพื่อนำไปแทนอันดับหรือคุณลักษณะของบุคคลนั้น รูปแบบของข้อสอบหรือแบบทดสอบมี 3 ลักษณะ

1. ข้อสอบปากเปล่า เป็นการทดสอบด้วยวาจา หรือคำพูดระหว่างผู้ทำการสอบกับผู้ถูกสอบโดยตรงหรือบางครั้งเรียกว่า “การสอบสัมภาษณ์”

2. แบบสอบข้อเขียน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ แบบความเรียง เป็นแบบที่ต้องการให้ผู้อธิบาย บรรยาย ประพันธ์หรือวิจารณ์เรื่องราวที่เกี่ยวกับความรู้นั้น และแบบจำกัดคำตอบเป็นข้อสอบที่ผู้ให้สอบพิจารณาเปรียบเทียบ ตัดสินข้อความ หรือรายละเอียดต่างๆ ซึ่งมี 4 แบบ คือ แบบถูก ผิด แบบจำกัด และ แบบเลือกตอบ

3. ข้อสอบภาคปฏิบัติ เป็นข้อสอบที่ไม่ต้องการให้ผู้ถูกสอบตอบสนองออกมาด้วยคำพูดหรือเขียนเครื่องหมายใดๆ แต่มุ่งให้แสดงพฤติกรรมด้วยการกระทำจริง

นอกจากนี้แล้ว รัตติกรณ์ จงวิศาล (2535 :51) ยังได้กล่าวถึงว่าการวัดความรู้ความสามารถในการระลึก (Recall) เรื่องราวข้อเท็จจริงหรือประสบการณ์ต่างๆ หรือเป็นการวัดการระลึก ประสบการณ์เดิมที่บุคคลได้รับจากคำสอนการบอกกล่าว การฝึกฝนของผู้สอนรวมทั้งจากตำราจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ ด้วยคำถามวัดความรู้แบ่งออกเป็น 3 ชนิดคือ **ถามความรู้ในเนื้อเรื่อง** เป็นการถามรายละเอียดของเนื้อหา ข้อเท็จจริงต่างๆ ของเรื่องราวทั้งหลาย ประกอบด้วยคำถามประเภทต่างๆ เช่น ศัพท์และนิยาม กฎและความจริงหรือรายละเอียดเนื้อหาต่างๆ, **ถามความรู้ในวิธีการ** เป็นการถามวิธีปฏิบัติต่างๆ แบบแผน ประเพณี ขั้นตอนการปฏิบัติทั้งหลาย เช่น ถามระเบียบแบบแผน ลำดับขั้นและแนวโน้ม การจัดประเภทและหลักเกณฑ์ต่างๆ และสุดท้ายเป็นการถามความรู้รวบยอดเป็นการถามความสามารถในการจดจำข้อสรุปหรือหลักการของเรื่องที่เกิดจากการผสมผสานหาลักษณะ เพื่อรวบรวมและย้อนลงมาเป็นหลักหรือหัวใจของเนื้อหานั้นๆ

การสร้างแบบทดสอบเพื่อเป็นเครื่องมือวัดพฤติกรรม ด้านความรู้ ความจำ ที่เป็นที่ยอมรับกัน ตามแนวคิดของ รวีวรรณ ชินะตระกูล (2533: 38-41) ได้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. **แบบอัตนัย** เป็นแบบทดสอบที่ผู้ตอบต้องเขียนตอบ เป็นการยากที่จะควบคุมการตอบของผู้สอบได้ แบบทดสอบชนิดนี้ยังแบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ 1) **แบบทดสอบที่ไม่จำกัดคำตอบ (Easy – extended response)** หมายถึง แบบทดสอบที่ผู้ตอบมีสิทธิในการตอบอย่างเสรี 2) **แบบทดสอบที่จำกัดคำตอบ (Easy – restricted response)** หมายถึงแบบทดสอบที่ผู้ตอบมีสิทธิในการตอบจำกัด 3) **แบบทดสอบแบบตอบสั้นๆ (Short-answer)** หมายถึงแบบทดสอบที่ต้องการคำตอบที่เป็นวลีเท่านั้น และ 4) **แบบทดสอบแบบให้เติมคำให้สมบูรณ์** หมายถึงแบบทดสอบที่ต้องการให้เติมคำตอบ

2. แบบปรนัย เป็นการทดสอบที่มีรูปแบบ (Structure) มากที่สุด สามารถใช้วัดผลได้ โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ **1) แบบถูกผิด (True – False)** คำถามชนิดนี้ถามถึงความจริงหลักการ กฎต่างๆ และการตีความ **2) แบบจับคู่ (Matching)** ลักษณะของข้อสอบจะมี 2 คอลัมน์ คอลัมน์หนึ่งเป็นชุดของคำถาม อีกคอลัมน์หนึ่งเป็นชุดของคำตอบ ซึ่งผู้ตอบจะเลือกคำตอบที่ถูกต้องเพื่อให้สอดคล้องกับคำถาม และ **3) แบบเลือกตอบ (Multiple Choice)** ข้อสอบแบบนี้จะประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นส่วนของโจทย์ (Stem) อีกส่วนหนึ่งเป็นตัวเลือก (Alternative) มีตั้งแต่ 3-5 ตัวเลือก แบบทดสอบประเภทนี้จะวัดความสามารถของสมองได้ตั้งแต่ต่ำจนถึงขั้นสูงๆ โดยคำตอบในตัวเลือกนั้นจะมีข้อถูกอยู่เพียงข้อเดียว ส่วนข้ออื่นๆ เป็นตัวลวง (Distracters) เป็นแบบทดสอบที่นิยมใช้กันมาก เพราะมีข้อดีที่ว่าไม่ว่าใครตรวจ การให้คะแนนจะเท่ากันเสมอ

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นอาจสรุปได้ว่า ในการสร้างเครื่องมือวัดความรู้ความเข้าใจ จะต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับนิยาม ซึ่งในที่นี้คือนิยามความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งรูปแบบที่ใช้วัดเป็นแบบปรนัย โดยผู้วิจัยสนใจที่จะใช้แบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบปรนัยแบบเลือกตอบ (Multiple Choice) และแบบ ถูกผิด (True – False) มาเป็นเครื่องมือในการวัดความรู้ความเข้าใจ

ดังนั้น กล่าวโดยสรุป ความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ความทรงจำในเรื่องราวข้อเท็จจริงรายละเอียดต่างๆ และความสามารถในการนำความรู้ที่เก็บรวบรวมมาใช้ดัดแปลงอธิบาย เปรียบเทียบในเรื่องนั้นๆ ได้อย่างมีเหตุผล และความรู้ความเข้าใจเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับโดยตรงและรวมถึงการนำความรู้ ความเข้าใจไปใช้สถานการณ์ วิชาใด ความขั้นตอน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ

2.4 ประสิทธิภาพ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นกองทุนที่มีความสำคัญสำหรับประชาชนอีกกองทุนหนึ่ง เน้นการสร้างเสริมสุขภาพโดยภาคประชาชน และเข้าถึงบริการของภาครัฐ การดำเนินงานของกองทุนฯ จะบรรลุผลได้มากน้อยแค่ไหนนั้น การบริหารงานของคณะกรรมการเป็นปัจจัยสำคัญมาก ถ้าหากคณะกรรมการบริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือจำนวนงบประมาณที่ได้รับนั้นสามารถจัดสรรให้เกิดการบริการครบถ้วนทั้ง 4 ด้าน ตามที่ สปสช.กำหนด ดังนั้นประสิทธิภาพจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะบ่งชี้ได้ว่ากองทุนฯ นั้นสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

โดยทั่วไปแล้ว ประสิทธิภาพ (Efficiency) ในการปฏิบัติงานมักจะแยกไม่ออกกับ ประสิทธิภาพ (effectiveness) ในการปฏิบัติงานเพราะการปฏิบัติงานนั้นจะมีประสิทธิภาพไม่ได้ ถ้าหากว่าการปฏิบัติงานนั้นไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งหมายความว่า การปฏิบัติงานจะไม่บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้แต่ในขณะเดียวกัน การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพก็ไม่จำเป็นว่าการปฏิบัติงานนั้นจะต้องมีประสิทธิภาพเสมอไป เพราะว่า ความหมายโดยตรงของประสิทธิภาพนั้น มีผู้กล่าวไว้หลายท่านด้วยกัน ดังนี้

มิลเลท (Millet อ้างถึงใน สถิต คำลาเลียง , 2544 หน้า 13) ได้ให้ทฤษฎีเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพ (efficiency) หมายถึง ผลการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่มวลมนุษย์ และ ได้รับผลกำไรจากการปฏิบัติงานนั้น (human satisfaction and benefit produced) ซึ่งความพึงพอใจ หมายถึง ความพึงพอใจในการบริการให้กับประชาชน โดยพิจารณาจาก

1. การให้บริการอย่างเท่าเทียม (equitable service)
2. การให้บริการอย่างรวดเร็วและทันเวลา (timely service)
3. การให้บริการอย่างเพียงพอ (ample service)
4. การให้บริการอย่างก้าวหน้า (progression service)

ไซมอน (Simon อ้างถึงใน สถิต คำลาเลียง : 2544) ได้ให้ทฤษฎีเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพไว้ว่า กล่าวคือ ถ้าจะพิจารณาว่างานใดจะมีประสิทธิภาพสูงสุคนั้น ให้ดูความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า (input) กับผลผลิต (output) ที่ได้รับ เพราะฉะนั้นตามทฤษฎีนี้จึงหมายถึง ผลผลิตลบด้วยปัจจัยนำเข้าและถ้าเป็นการบริหารราชการ องค์การของรัฐก็วัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ (satisfaction) เข้าไปด้วยซึ่งอาจเขียนเป็น สูตรได้ดังนี้

$$E = (O - I) + S$$

E = Efficiency คือ ประสิทธิภาพของงาน

O = Output คือ ผลผลิตหรืองานที่ได้รับออกมา

I = Input คือ ปัจจัยนำเข้า หรือ ระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงาน

S = Satisfaction คือ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

รพี แก้วเจริญ และ ทิตยา สุวรรณะชญ (2510: 5) ได้อธิบายความหมายของ คำว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ความคล่องแคล่วในการปฏิบัติงานให้สำเร็จซึ่งไม่ได้กล่าว ถึงปัจจัยนำเข้า หรือความพึงพอใจ

ทิพา ดี เมฆสวรรค์ (2538: 2) ชี้ให้เห็นว่าประสิทธิภาพในระบบราชการมีความหมายรวมถึงผลผลิต และ ประสิทธิภาพ โดยประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่วัดได้หลายมิติ ตามแต่วัตถุประสงค์ที่ต้องการพิจารณา คือ

1. ประสิทธิภาพในมิติของค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนของการผลิต (input) ได้แก่ การใช้ทรัพยากรการบริหาร คือ คน เงิน วัสดุ เทคโนโลยี ที่มีอย่างประหยัด คุ่มค่า และ เกิดการสูญเสียน้อยที่สุด

2. ประสิทธิภาพในมิติของกระบวนการการบริหาร (process) ได้แก่ การทำงาน ที่ถูกต้องได้มาตรฐาน รวดเร็ว และใช้เทคโนโลยีที่สะดวกกว่าเดิม

3. ประสิทธิภาพในมิติของผลผลิตและผลลัพธ์ ได้แก่ การทำงานที่มีคุณภาพเกิดประโยชน์ต่อสังคม เกิดผลกำไร ทนเวลา ผู้ปฏิบัติงานมีจิตสำนึกที่ดีต่อการทำงานและ บริการเป็นที่พอใจของลูกค้า หรือผู้มารับบริการ

ทิพาวดี เมฆสวรรค์ (อ้างถึงใน ชานินทร์ สุทธิบุญชร : 2543) ได้เสนอ แนวคิดในการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารงานภาครัฐ โดยศึกษาการปรับปรุงระบบ ราชการของต่างประเทศที่ได้รับการยอมรับว่าประสบความสำเร็จได้ดังนี้

1. ต้องกำหนดแนวทางและเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน หมายถึง การทำงานที่มีประสิทธิผลยึดถือผลสำเร็จ หรือผลสัมฤทธิ์ของงาน (results) เป็นหลักในการดำเนินงาน โดยมีมุ่งที่ผลลัพธ์ (outcome) โดยมีการประเมินผล และวัดผลสำเร็จของ งานอย่างเป็นรูปธรรม สามารถตอบสนองและสร้างความพึงพอใจแก่ลูกค้าผู้มารับบริการ ปรับปรุงโครงสร้าง และระบบงานเพื่อยกเลิกงานที่ซ้ำซ้อน โดยสร้างสรรค์กระบวนการ ทำงานใหม่ ลดขนาดกำลังคน เพื่อลดค่าใช้จ่ายขององค์กรด้านบุคลากร มีการกระจาย อำนาจการตัดสินใจจากระดับบนสู่ระดับเจ้าหน้าที่

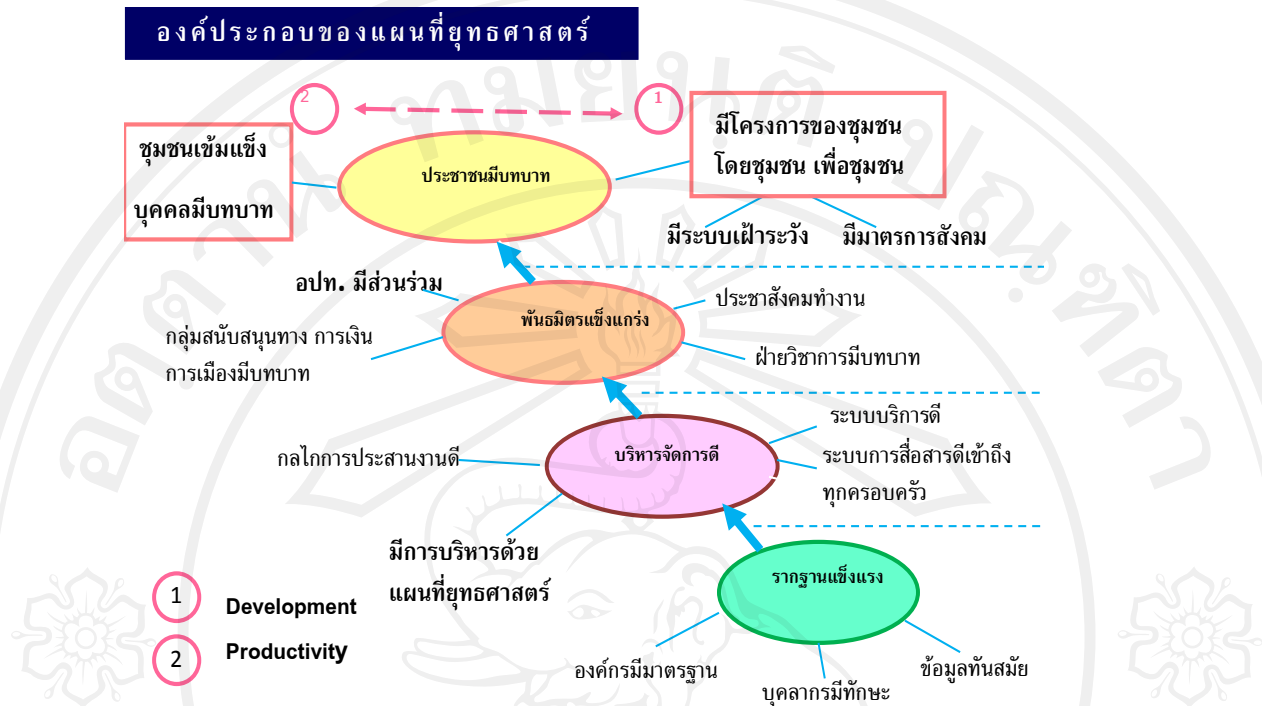
2. ระบบการบริหารงานที่จะยึดผลสำเร็จของงาน และผลลัพธ์ขององค์กรเป็นหลักสำคัญในการดำเนินการรวมทั้งใช้มาตรการจูงใจและให้รางวัลตอบแทนแก่องค์กรที่ ประสบความสำเร็จ

2.5 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ หรือ แผนสุขภาพชุมชน (Strategy Route Map)

ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น คณะกรรมการซึ่งเป็นฟันเฟืองสำคัญในการขับเคลื่อนกองทุนให้เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลมากที่สุดนั้น แต่สำหรับการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในท้องถิ่น ซึ่งมีลักษณะเฉพาะของแต่ละท้องถิ่น ต้องมีคู่มือในการแก้ไขปัญหา คู่มือที่ว่านั่นก็คือ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ หรือแผนสุขภาพชุมชน โดยแผนดังกล่าวนี้จะรวบรวมข้อมูลชุมชนด้านต่างๆไว้อย่างละเอียด รวมทั้งปัญหาต่างๆที่พบโดยเฉพาะด้านสุขภาพ และคณะกรรมการจะต้องนำแผนสุขภาพชุมชนนี้มาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ หรือแผนสุขภาพชุมชน เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ที่แสดงให้เห็นรูปธรรมของการใช้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาอย่างแท้จริง เป็นการเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้ใช้สมรรถนะที่มีอยู่อย่างเต็มที่ ช่วยทำให้ทุกภาคส่วนมองเห็นจุดหมายปลายทางหรือสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในระยะเวลาที่กำหนดและวิธีการที่จะร่วมกันทำให้บรรลุผลเหล่านั้นได้โดยง่ายและเป็นระบบ กล่าวคือ เราต้องการเห็นอะไรเกิดขึ้น เราจะต้องเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างและในการเปลี่ยนแปลงนั้นเราจะทำอย่างไร และทำอะไร มีงานอะไรบ้างที่จะต้องทำ อะไรเป็นเครื่องบอกหรือชี้วัดความก้าวหน้าและความสำเร็จของงาน ใครจะรับผิดชอบทำอะไร ตรงส่วนไหน เมื่อไหร่ จำนวนเท่าใด จะใช้งบประมาณที่ไหนจำนวนเท่าใด ในระยะเวลาเท่าไร นั่นเอง

องค์ประกอบของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ที่ชุมชนจะร่วมกันคิดเอง ทำเอง ไม่ต้องรอรับคำสั่งหรือบริการที่รัฐหรือองค์กรใดจะนำมาให้ จะมี 4 ระดับ 4 มุมมอง คือ ระดับประชาชน ที่อยู่บนสุดในภาพ ในระดับนี้ คือ ประชาชน จะแสดงบทบาทอะไร ส่วนชุมชนเองจะต้องทำอะไร เพื่อสนับสนุนประชาชนให้มีบทบาทเหล่านั้น ระดับภาคี ในระดับที่รองลงมาในภาพ คือเพื่อนหรือพันธมิตร ที่จะร่วมกันสนับสนุนให้ประชาชนแสดงบทบาท ระดับถัดมาคือระดับกระบวนการ หรือการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ที่จะส่งผลให้ภาคี หรือประชาชนที่อยู่ในระดับบนสามารถแสดงบทบาทได้และ ระดับล่างสุดคือ พื้นฐาน หรือรากฐาน เป็นมุมมองด้านการพัฒนา หรือ การเรียนรู้ ของ 3 องค์ประกอบหลัก คือ บุคลากร องค์กร และข้อมูล(แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ : เครื่องมือในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ , 2553 : ออนไลน์)

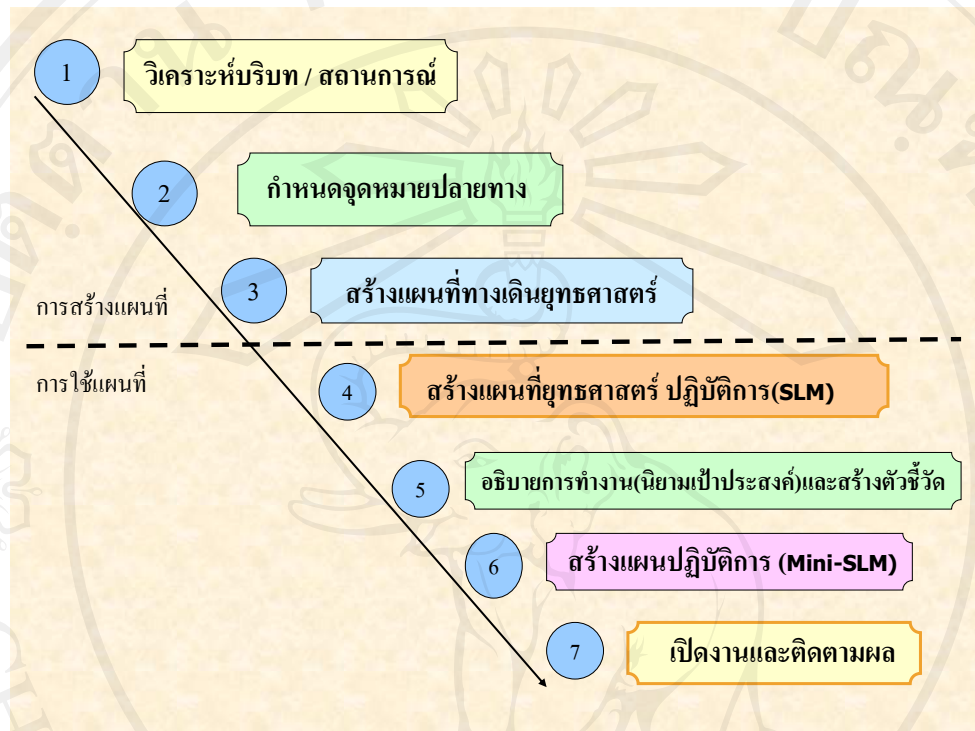


ภาพที่ 2.2 ภาพแสดงองค์ประกอบของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ : เครื่องมือในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2553 : ออนไลน์)

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สามารถ เสริมสร้างพลังชุมชนในการตัดสินใจกำหนด เป้าประสงค์ จุดหมายปลายทางและกำหนดวิถีทางที่จะให้บรรลุผลได้ด้วยตนเอง ปรับบทบาท ประชาชนให้ลุกขึ้นยืนได้ด้วยตนเอง หรือพึ่งตนเองได้ด้านสุขภาพและการพัฒนาสังคม ปรับ กระบวนการทัศน์ของภาครัฐและประชาชนในทางบวกและเชิงรุก อีกทั้งสามารถ เชื่อมประสาน กิจกรรมการดำเนินงานของทุกภาพส่วนในพื้นที่เดียวกันได้เสริมพลังกัน ให้เหตุผลของ ความสำเร็จและความล้มเหลวของโครงการที่ดำเนินการได้อย่างมีเหตุผล

กระบวนการ ขั้นตอนที่สำคัญของการสร้างและการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) คือ “สร้าง 3 ขั้นตอน” และ “ใช้” 4 ขั้นตอน รวมทั้งสิ้น 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์บริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) 2) การ กำหนดจุดหมายปลายทาง (Destination Statement) 3).การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการ ตรวจสอบยุทธศาสตร์กับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map Construction : SRM) 4) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model Construction: SLM) 5) การอธิบายการทำงานหรือการนิยามเป้าหมายและตัวชี้วัด รวมถึงการสร้างนวัตกรรมและ

มาตรการทางสังคม (Strategic Objective Definition) 6). การสร้างแผนปฏิบัติการ (Action Plan / Mini - SLM) และ 7). การเปิดงานและติดตามผล (Launching)



ภาพที่ 2.3 ภาพแสดงกระบวนการและขั้นตอนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ : เครื่องมือในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ , 2553 : ออนไลน์)

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์บริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการ ใช้การสนทนาเชิงสร้างสรรค์ ที่เรียกว่า ศูนย์ปริทัศน์ คือ คุยกันในกลุ่ม สิ่งที่เป็นสินทรัพย์ และขุมพลังของชุมชน ไปพร้อมๆกันทั้ง 4 มุมมอง 4 ระดับ ตามองค์ประกอบของแผนที่ๆ เพื่อที่ ให้ทราบถึงศักยภาพของชุมชนในการเสริมสร้างพลังของชุมชนที่จะนำไปสู่จุดหมายปลายทางที่ต้องการได้ อันเป็นวิธีการใช้ปัญญาของชุมชนเป็นตัวตั้งแทนการใช้ปัญญาของชุมชนเป็นตัวตั้งดังที่ผ่านมา ทั้งนี้ โดยใช้เครื่องมือในการจัดระบบความคิดที่มีประสิทธิภาพและเรียบง่าย คือ แผนที่ความคิด/ แผนที่จิตใจ (Mind Map) ทั้งนี้เพราะแผนที่ความคิดช่วยให้เห็นความคิดและความคิดเห็นของทุกคนร่วมกัน พร้อมทั้งเห็นความสัมพันธ์ ความเกี่ยวข้องของสิ่งต่าง ๆ ที่ร่วมกันวิเคราะห์ นอกจากนี้ สามารถเพิ่มเติมความคิดได้ โดยไม่มีข้อจำกัด

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดจุดหมายปลายทาง เป็นความคาดหวังที่ต้องการเห็นความเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในวิสัยที่จัดการได้ในระยะเวลาที่กำหนด จะระบุเวลาที่ชัดเจนว่าภาพฝันหรือภาพอนาคตที่คาดหวังหรือสิ่งที่ต้องการเห็นหรือให้เกิดขึ้นของชุมชน ท้องถิ่น องค์กร ฌ

เวลานั้นเป็นอย่างไร จุดหมายปลายทาง ต้องแสดงความเป็นไปได้ในอำนาจของหน่วยงาน องค์การ สถาบันพื้นที่ของเรา พื้นที่แต่ละระดับสามารถจัดการได้ จะไม่แสดงความเป็นไปได้ภายใต้เงื่อนไขของหน่วยงานอื่น

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการตรวจสอบยุทธศาสตร์กับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นแผนที่หรือภาพที่แสดงให้เห็นเส้นทางเดินสู่จุดหมายปลายทาง โดยผ่านการดำเนินงานการให้บรรลุวัตถุประสงค์ในแต่ละระดับ แต่ละมุมมองที่เชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผล

ซึ่งกันและกัน นั่นก็คือ เมื่อกำหนดจุดหมายปลายทางและนำเสนอผู้บริหารให้อนุมัติและประกาศเป็นพันธสัญญาร่วมกันแล้ว หรือหากเปรียบเทียบกับการเดินทาง เมื่อรู้ว่าจะไปไหนแล้ว ขั้นตอนต่อไปให้นำข้อมูลที่มีอยู่ในผังจุดหมายปลายทางนั้นมาสรุปเอาเฉพาะประเด็น นำมาสร้างกล่องต่าง ๆ ในโครงสร้างของแผนที่ ประเด็นเหล่านี้เราเรียกว่า เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ สรุปในภาพรวมกระบวนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์จะเริ่มจากยุทธศาสตร์ที่มีอยู่แล้วเขียนเป็นแผนที่ความคิด และจากแผนที่ความคิด เรานำมาสร้างผังจุดหมายปลายทางพร้อมคำอธิบาย แล้วจากจุดหมายปลายทางเราจึงมาสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งตรวจสอบว่า แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่สร้างขึ้นนี้สามารถตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ของท้องถิ่นหรือไม่ มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์หรือไม่ หากไม่มีก็จัดการเพิ่มเติมส่วนที่ขาดหายไป

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ การใช้ประโยชน์ของแผนที่ยุทธศาสตร์ให้เกิดการปฏิบัติจริงนั้น ให้เลือกใช้เป็นบางส่วนโดยสร้างแผนที่ฉบับปฏิบัติการเฉพาะส่วนที่ทำจริง ผู้บริหารเลือกทางเดินที่คาดว่าจะทำให้ไปถึงจุดหมายปลายทางที่สะดวกรวดเร็วที่สุด เสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ภายในเวลาสั้นที่สุด มีวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์จำนวนน้อยกว่าแผนที่หลัก ก.เท่าที่จำเป็นต้องใช้ในช่วงเวลาที่กำหนด สามารถปรับแผนที่ฉบับปฏิบัติการได้ ถ้าการดำเนินงานสอดคล้องว่างานจะไม่เป็นไปตามแผน

ขั้นตอนที่ 5 การอธิบายการทำงานหรือนิยามเป้าหมายประสงค์และตัวชี้วัด รวมถึงการสร้างนวัตกรรมและมาตรการทางสังคม เป็นการอธิบายวิธีการทำงานในการสร้างแผนปฏิบัติการที่จะนำไปใช้งานจริง ที่คนในชุมชน ท้องถิ่นหรือองค์กรมาร่วมกันคิด พิจารณา พร้อมทั้งหารือร่วมกันถึงรายละเอียดเกี่ยวกับ กิจกรรมสำคัญ มาตรการหรืองาน(การกระทำ)ทั้งทางด้านวิชาการและด้านสังคม ตัวชี้วัดผลงาน ตัวชี้วัดผลสำเร็จพร้อมหลักเกณฑ์ ปริมาณงานหรือเป้าหมายในการทำงาน ระยะเวลาดำเนินการ งบประมาณ ผู้รับผิดชอบดำเนินการในแต่ละงานแต่ละกิจกรรม การใช้ประโยชน์แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

ขั้นตอนที่ 6 การสร้างแผนปฏิบัติการ คือ แผนกิจกรรมสำคัญหลักที่มีตัวชี้วัดผลสำเร็จในการปฏิบัติงานจริงและกิจกรรมเสริม ของแต่ละเป้าประสงค์ในแต่ละระดับหรือมุมมอง การสร้างแผนปฏิบัติการจะดำเนินการภายหลังที่ทำตารางอธิบายวิธีการทำงานครบทุกช่องเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จที่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 7 การเปิดงานและติดตามผล เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ครบถ้วนแล้ว จึงถึงเวลาเปิดงาน โดยมีข้อพิจารณา ดังนี้

1. หากมีโครงการเก่าอยู่แล้ว อาจต้องปรับโครงการให้สอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ปฏิบัติการเสียก่อน แต่บางครั้งผู้บริหารอาจตัดสินใจเปิดโครงการใหม่ โดยการสร้างโครงการขึ้นจากตารางอธิบายการทำงาน (ตาราง 11 ช่อง) ซึ่งจะมีความสอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์พอดี

2. ถ้าแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ปฏิบัติการใช้สำหรับงานที่มีความร่วมมือระหว่างสาขา (เช่น งานอาหารปลอดภัย) การมอบหมายความรับผิดชอบในระดับกลุ่มงาน อาจมอบให้หน่วยงานในสาขาใดสาขาหนึ่งที่แตกต่างกัน ส่วนการสร้างแผนปฏิบัติการ (Mini-SLM) การกำหนดตัวผู้รับผิดชอบก็ยังเป็นหน้าที่ของผู้บริหารหน่วยงานเหล่านั้นในฐานะผู้จัดการกลุ่มงาน รวมทั้งการดำเนินงานตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ก็ยังคงเป็นหน้าที่ของหน่วยงานประจำที่ดำเนินการภายใต้แผนงานโครงการขององค์กรตามปกติ เพียงแต่แผนงานโครงการเหล่านั้นต้องได้รับการปรับปรุงเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ปฏิบัติการเรื่องอาหารปลอดภัยได้ ส่วนคณะกรรมการจัดการกิจกรรมจะทำหน้าที่เสมือนผู้บริหารการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น

3. ถ้าแผนปฏิบัติการใช้ภายในหน่วยงานเดียว กระบวนการต่างๆ ที่ระบุไว้ในการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในเอกสารนี้ก็จะใช้ได้ทั้งหมด

4. ดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน โครงการที่ได้จากตารางอธิบายการทำงาน (ตาราง 11 ช่อง) ที่ผ่านความเห็นชอบของชุมชน องค์กรและหรือการอนุมัติจากองค์กร ทั้งนี้หากทุกอย่างได้รับความเห็นชอบและอนุมัติร่วมกันแล้ว ไม่จำเป็นต้องรองบประมาณมาก่อนจึงจะเริ่มลงมือทำงาน แต่เราสามารถดำเนินกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ในตารางอธิบายการทำงานในกิจกรรมที่ไม่ใช้งบประมาณไปก่อนได้ หรืออาจใช้วิธีการมีส่วนร่วมลงหุ้นทรัพยากรของคนในชุมชนหรือองค์กรนำสิ่งที่มีอยู่มาลงขันกันดำเนินการ

5 . ในการเปิดงานต้องกำหนดระบบการติดตามความก้าวหน้า (Monitoring System) ของการปฏิบัติงาน และการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นให้ชัดเจน การติดตามงานจะเป็นรายไตรมาส ในไตรมาสแรก ผู้ปฏิบัติงานจะเฝ้าสังเกตจุดอ่อน จุดแข็งของงานที่ตนกำลังดำเนินการอยู่ หากพบข้อบกพร่องก็จะคิดหาวิธีหรือรูปแบบงานใหม่ที่ดีกว่าแล้วทดลองปฏิบัติ (นี่คือที่มาของ

ความคิดริเริ่มที่เป็นหัวใจของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์) เมื่อถึงปลายไตรมาสก็จะมีการประชุมกันในกลุ่มงาน โดยผู้จัดการกลุ่มงานเป็นประธานเพื่อสรุปรายงานพร้อมข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการจัดการกิจกรรม สัดส่วนเวลาของกลุ่มงานจะใช้ไปใน (1) การปฏิบัติและทบทวนผลการปฏิบัติ (2) การประมูมหารือถึงวิธีการใหม่ๆที่ดีกว่า และ(3)การทดลองใช้วิธีการใหม่ ตามลำดับ สำหรับคณะกรรมการจัดการกิจกรรม สัดส่วนเวลาจะตรงกันข้าม ดังนี้ (1)การปรับและติดตามการใช้กระบวนการใหม่ๆที่ดีกว่า (2) การหาหรือเพื่อปรับกระบวนการหรือยุทธศาสตร์และ (3) การทบทวนการปฏิบัติงาน การปรับกระบวนการจะเป็นรายไตรมาสถ้าจำเป็น แต่ถ้าการปรับกิจกรรมทำหลายครั้งแล้วไม่ได้ผลก็ถึงเวลาพิจารณาปรับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ปฏิบัติการใหม่ (แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ : เครื่องมือในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ , 2553 : ออนไลน์)

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ นั้น ไม่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงเนื่องจากการดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นการกิจด้านสาธารณสุขที่ถ่ายโอนมายังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นภารกิจใหม่ ที่ดำเนินงานมาไม่ถึง 5 ปี จึงยังไม่มีนักวิจัยท่านใดได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น แต่อย่างไรก็ตามยังมีนักวิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการ ดังนี้

หัตยา เพชรบัวศักดิ์ (2549) ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการในการพัฒนาจังหวัด : กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า บทบาทและทัศนคติของคณะกรรมการฯที่มีผลต่อการพัฒนาจังหวัด พิจารณาจาก 4 ด้านดังนี้ 1) การจัดทำยุทธศาสตร์พัฒนาจังหวัด พบว่า อำนาจการกำหนดทิศทางพัฒนา การพิจารณากลับกรอง และการกำหนดทรัพยากรทางการบริหารมีค่อนข้างน้อย 2) การส่งเสริม สนับสนุน การประสานความร่วมมือ พบว่า มีเป้าหมายชัดเจนและมีความสัมพันธ์ค่อนข้างดีแต่กรรมการยังขาดความพยายามในการทำงานร่วมกัน การทำงานส่วนใหญ่จำกัดอยู่ในขอบเขตอำนาจของแต่ละหน่วยงาน กรรมการจึงมีบทบาทการพิจารณาค่อนข้างน้อย กรรมการบางท่านเข้าประชุมด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอ

ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะจึงเกิดผลในเชิงนโยบายได้ยาก 3) การกำกับ แนะนำ ติดตาม ประเมินผล พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของกรรมการยังไม่มีประสิทธิภาพ ยังสับสนเกี่ยวกับบทบาทเนื่องจากแนวทางปฏิบัติขาดความชัดเจน บทบาทจึงจำกัดอยู่เพียงการให้คำปรึกษาและให้ความร่วมมือ 4) ทัศนคติต่อการทำงานร่วมกันเป็นทีม พบว่า กรรมการมีความรับรู้ถึงความสำคัญในการ

ทำงานร่วมกันเป็นทีม แต่ในทางปฏิบัติการทำงานร่วมกันเป็นทีมมีค่อนข้างน้อย เนื่องจาก
บทบาทที่ไม่ชัดเจนและซ้ำซ้อน กรรมการภาครัฐมีอำนาจในการวางแผนและการนำไปปฏิบัติ
มากกว่ากรรมการภาคเอกชน

จำเนียร งามสงวน (2551) ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการสถานศึกษา
ขั้นพื้นฐานต่อการพัฒนาสถานศึกษาในตำบลเมืองแปง อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน สำหรับผล
การศึกษาพบว่า ด้านวิชาการนั้นคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานยังไม่เข้าใจเรื่องการประกัน
คุณภาพการศึกษาที่ดีพอ ด้านงบประมาณ คณะกรรมการยังไม่มีความเข้าใจในเรื่องระเบียบและ
วิธีการจัดงบประมาณ อีกทั้งยังมีความคิดว่าเรื่องดังกล่าวเป็นหน้าที่ของสถานศึกษา ด้าน
บริหารงานบุคคล คณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานยังมีความคิดว่าเป็นหน้าที่ของสถานศึกษา
และไม่เข้าใจระเบียบต่างๆของการบริหารงานบุคคล และด้านบริหารงานทั่วไป คณะกรรมการ
สถานศึกษาขั้นพื้นฐานยังไม่มีความเข้าใจเรื่องนโยบายและการวางแผนต่างๆของสถานศึกษา

รัตนภรณ์ ชันกระโทก (2552) ได้ทำการศึกษาถึงบทบาทของคณะกรรมการ
ชุมชนในการกำหนดนโยบายบริหารของเทศบาลตำบลแม่มริม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า
การแสดงบทบาทของคณะกรรมการชุมชนต่อการกำหนดนโยบายไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล
เพศ อายุ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ อาชีพ แต่ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ดำรงอยู่ คือประธานชุมชนจะมี
บทบาทต่อการกำหนดนโยบายในฐานะผู้แทนชุมชนมากกว่ากรรมการชุมชนในตำแหน่งอื่น

จากการทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่องบทบาทของ
คณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ที่
เกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการต่างๆ นั้น จะเห็นได้ว่า การที่คณะกรรมการมีความสับสน
เกี่ยวกับบทบาทนั้นทำให้ การปฏิบัติหน้าที่ของกรรมการยังไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ในด้าน
ของทัศนคติต่อการทำงานร่วมกันเป็นทีม ก็พบว่า คณะกรรมการมีความรับรู้ถึงความสำคัญในการ
ทำงานร่วมกันเป็นทีม แต่ในทางปฏิบัติการทำงานร่วมกันเป็นทีมมีค่อนข้างน้อย เนื่องจาก
บทบาทที่ไม่ชัดเจนและซ้ำซ้อน กรรมการภาครัฐมีอำนาจในการวางแผนและการนำไปปฏิบัติ
มากกว่ากรรมการภาคเอกชน

คณะกรรมการที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหน้าที่ของตนเอง เช่นเรื่องของ
ระเบียบการบริหารก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การบริหารองค์กรขาดประสิทธิภาพและประสิทธิผล
รวมทั้งการแสดงบทบาทของคณะกรรมการจะมากน้อยนั้นปัจจัยสำคัญขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ดำรงอยู่
ในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งงานวิจัยเหล่านี้ได้แสดงให้เห็นถึงบทบาทของคณะกรรมการ ซึ่งถือว่ามีความ
สำคัญเป็นอย่างมากต่อการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

นอกจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของกองทุนหลักประกันสุขภาพแล้วก็ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งนักวิจัยหลายท่านได้ทำการศึกษาไว้ อาทิเช่น

การศึกษา การพัฒนาการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาจังหวัดเชียงราย โดย รัชณี มิตถิตติ และคณะ (2547) ผลพบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงราย เน้นการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุในการจัดกิจกรรมการสร้างสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรคในท้องถิ่น สงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาสในชุมชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมเป็นคณะกรรมการบริหาร โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในพื้นที่ (CUP Board) และเป็นกรรมการจัดกิจกรรมรณรงค์สาธารณสุขในท้องถิ่น แต่ผู้บริหารและสมาชิกสภาเทศบาล/ อบต. ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพและบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีปัญหาด้านการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพของท้องถิ่นกับศูนย์สุขภาพชุมชนและมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ด้านสาธารณสุขน้อย ทำให้ความร่วมมือและการสนับสนุนงานสาธารณสุขไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (2548) ได้ศึกษาถึงกระบวนการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า แนวคิดความร่วมมือกระบวนการพัฒนาระบบหลักประกันแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ มีองค์ประกอบ 5 ส่วน ได้แก่

- 1) บุคลิกภาพ ผู้นำมีวิสัยทัศน์สนใจและรู้ปัญหาท้องถิ่นและนำมากำหนดยุทธศาสตร์ของท้องถิ่น เห็นประโยชน์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันละสนับสนุนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพ
- 2) ระบบ มีโครงสร้าง กลไก ระบบการบริหารจัดการ คน และงบประมาณแบบไตรภาคี ซึ่งได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคสถานบริการ ที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
- 3) กระบวนการ มีกระบวนการมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาและความต้องการของท้องถิ่น เพื่อจัดทำข้อตกลง แผนสุขภาพของท้องถิ่น โดยมีเวทีในการตัดสินใจที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วน
- 4) รูปแบบ มีการสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่น ชุมชน เพื่อบริหารจัดการตามแผนของท้องถิ่น ซึ่งมีรูปแบบความร่วมมือ 4 แบบ คือ รูปแบบการจัดสวัสดิการ โดยชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ รูปแบบ อบต. ร่วมมือกับสถานบริการ รูปแบบเทศบาล และรูปแบบ อบจ.
- 5) ข้อตกลง มีข้อตกลงอย่างเป็นทางการที่เป็นลายลักษณ์อักษร และข้อตกลงที่ไม่เป็นทางการโดยอาศัยสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างท้องถิ่นกับสถานบริการ

วินัย ลีสmithและประภาพรรณ อุ๋นอบ (2549) ได้ศึกษาเรื่อง โครงการประเมินผล การบริหารงานหลักประกันสุขภาพผ่านกลไกคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบด้านภาคส่วนของอนุกรรมการมีความเหมาะสมต่อการดำเนินงาน หลักประกันสุขภาพ ซึ่งคณะกรรมการฯ มีความรู้และมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับระบบหลักประกัน สุขภาพ รวมถึงตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีทัศนคติที่ดีต่อระบบหลักประกันสุขภาพ เช่นกัน นอกจากนั้น ประธานคณะกรรมการฯ ยังมีภาวะความเป็นผู้นำแบบประชาธิปไตยที่ สามารถช่วยสนับสนุนการทำงานได้ในระดับสูง ประกอบกับการมีบทบาทในการอภิบาลระบบ หลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการฯ ในระดับสูงถึงปานกลางใน 3 มิติ คือ (1) การตอบสนองต่อ ความต้องการ (2) การสร้างบริการที่ครอบคลุมและเป็นธรรม และ (3) การมีพันธะรับผิดชอบ

นอกจากนั้น คณะอนุกรรมการฯ ยังเห็นว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นสิ่งที่ดีแต่มีปัญหาในด้านการขาดความรู้และประสบการณ์ของตัวแทนสาธารณสุข ดังนั้น จึง ควรมี

การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการฯ ทั้งในด้านการเพิ่มความรู้ ประสบการณ์ ปรับบทบาท ของคณะกรรมการฯ ให้มีความชัดเจนและยืดหยุ่น รวมถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นไป ในทางที่ดี นอกจากนั้นยังควรปรับปรุงโครงสร้างสำนักงานในระดับสาขาให้แยกออกจาก หน่วยงานสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและไม่เกิดการทับซ้อนของหน้าที่ ตลอดจนควรสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอทั้งในด้านการดำเนินงานและการศึกษาวิจัยเพื่อ พัฒนาองค์ความรู้ต่อไป

ณรงค์ เอี่ยมมรด (2550) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความคิดเห็นของบุคลากรผู้รับผิดชอบ ต่อการถ่ายโอนภารกิจงานด้านระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล จังหวัดชัยนาท ซึ่งพบว่า ความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารกองทุน หนึ่งในบุคลากร ผู้รับผิดชอบต่อการกิจด้านนี้นั้น ส่วนใหญ่มีความเห็นว่านโยบายการถ่ายโอนภารกิจระบบ หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเป็นนโยบายที่ดี (ร้อยละ 96.3) มีประโยชน์ (ร้อยละ 95.3) อด. ควรรับการถ่ายโอนภารกิจระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (ร้อยละ 94.4) และเห็นด้วยใน ระดับมากที่สุดที่มีความรับผิดชอบต่อการบริหารจัดการจัดการงบประมาณในการรับเงิน จ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชี (ร้อยละ 58.9) การให้การสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ต่างๆ ต้องมีแผนงาน/โครงการที่ชัดเจน (ร้อยละ 60.8) และสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการ สำหรับกลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ (ร้อยละ 58.9)

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วเกี่ยวกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านของบทบาทของ คณะกรรมการและการดำเนินงานของหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นงานวิจัยเหล่านี้ จะสามารถจะสนับสนุนให้ได้ทราบถึงบทบาทของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ที่จะทำให้งบกองทุนประสบผลสำเร็จ และบรรลุตามวัตถุประสงค์ ของการจัดตั้งกองทุน

2.7 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

