

# บทวิจัย

## ประสิทธิผลของการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

### EFFECTIVENESS OF THE LOCAL HEALTH INSURANCE FUND'S MANAGEMENT BY USING STRATEGIC ROOT MAP

ภูดิท เตชาติวัฒน์\* พัทรินทร์ สิริสุนทร\*\*

ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร\*\*\* นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์\*\*\*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงประเมินผล ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่นำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Root Map: SRM) มาใช้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบจำลองชิป (CIPP Model) ประเมิน 10 กองทุน ในจังหวัดพิจิตร นครสวรรค์ กำแพงเพชร อุทัยธานี ชัยนาท วิธีการศึกษาเป็นทั้งเชิงคุณภาพ และ การศึกษาเชิงปริมาณ โดยการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์กลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก และใช้แบบสอบถาม ในกลุ่มคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กองทุนสุขภาพชุมชน) ผู้รับผิดชอบโครงการ และประชาชนผู้รับผลประโยชน์จากโครงการรวม จำนวน 172 คน วิเคราะห์ข้อมูลแบบวิเคราะห์แก่นสาระและค่าร้อยละ ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี 6 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า วัตถุประสงค์ของกองทุน และการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มีความสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่าคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ขาดความพร้อมในการดำเนินการ ได้รับการอบรม SRM ร้อยละ 60 มีความเข้าใจเกี่ยวกับ SRM เป็นส่วนน้อย และพบว่าข้อมูลข่าวสารและงบประมาณมีความพอเพียงต่อการจัดการปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้านกระบวนการบริหารกองทุนสุขภาพชุมชน สรุปได้ 2 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบนำกระบวนการของ SRM มาใช้เต็มรูปแบบ 2) รูปแบบการนำกระบวนการของ SRM มาใช้บางส่วน สิ่งที่แตกต่างกันคือ การเตรียมความพร้อมผู้เข้าร่วมวางแผน การวางแผน บทบาทของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม และการอนุมัติโครงการ ส่วนสิ่งที่เหมือนกันคือ ลักษณะโครงการ เป็นแบบประชาชนมีส่วนร่วม และโครงการแบบมอบบริการหรือการส่งเคราะห์ นอกจากนี้ พบว่า การแบ่งหน้าที่ในคณะกรรมการ และการติดตามประเมินผลโครงการยังไม่มีความชัดเจน ด้านผลผลิตพบว่า บรรลุตามวัตถุประสงค์ 3 ข้อของกองทุน คือ 1) ด้านการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ 2) ด้านการสนับสนุนงบประมาณเน้นในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนมากขึ้น

**คำสำคัญ:** แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ กองทุนสุขภาพชุมชน การมีส่วนร่วม

\* อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

\*\* รองศาสตราจารย์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

\*\*\* อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

### ABSTRACT

This research objective was to evaluate the effectiveness of the local Health Insurance Fund's management by using Strategic Root Map (SRM). The researchers adopted CIPP model for systematic evaluation. Ten of the Local Health Insurance Fund from 5 provinces including Chainat, Phichit, Nakhonsawan, kumpangpet and Utaitanee were investigated. Qualitative and Quantitative methods were applied. Research tools included guidelines for group and in-depth interview and questionnaires. Key informants were committees of the local Health Insurance Fund, project directors and project participants, in total 172 persons. Thematic analysis and percentile were adopted for data analysis. The project spent 1 year and six months.

The study found that the objective of SRM and the local Health Insurance Fund were related to health problems. In term of input factors, the study found that most of the local Health Insurance Fund's committees were lack of readiness. Although there were 60% of them were trained, but only few understood about SRM. The data and budget were also sufficient for health community management. There were two management models found in this study. First, full application of SRM was applied. Second, partly applied SRM projects affected the operation process. The difference of both types of management models were in terms of participant preparing for planning, planning, role of participant and project approval. Meanwhile, there was no different in activity of projects. However, both types of management models confronted problems in terms of unclear division of work and evaluation and following up of Projects. In term of output, the community funds were able to achieve their goals. These were 1) people were able to assess health promotion services 2) the use of budget of all community funds was mostly focused on health promotion activities; and 3) after applying SRM all local Health Insurance Funds increased participation level.

**Keywords:** Strategic Root Map, Local Health Insurance Fund, Participation

## ความสำคัญของปัญหา

การมีส่วนร่วมของบุคคลในพื้นที่ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนและสุขภาพ เป็นอย่างยิ่ง เพราะนอกจากมีผู้เกี่ยวข้องมาร่วมในการพัฒนาแล้ว ในกระบวนการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดความสำเร็จที่ยั่งยืน กว่าที่การพัฒนาโดยภาครัฐเพียงด้านเดียว พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 47 กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดำเนินงานและกำกับติดตาม ระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ หรือ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือเรียกว่ากองทุนสุขภาพชุมชน (กองทุน) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนในพื้นที่โดยการส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น โดยเน้นเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพการดำรงชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550).

ดังนั้นการดำเนินการกองทุนสุขภาพชุมชนจึงมุ่งเน้นที่การมีส่วนร่วมของประชาชน องค์การภาครัฐ ภาคเอกชนในท้องถิ่น หนึ่งเครื่องมือหนึ่งที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ว่าสามารถนำมาใช้กับการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน คือ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategy Root

Map):SRM เพราะนอกจากจะบอกทางเดินของยุทธศาสตร์ ตัวเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ กระบวนการกิจกรรม ไปสู่ความสำเร็จที่ต้องการ (ศูนย์อำนวยการบริหารยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง) ยังช่วยในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติได้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยกระบวนการนั้นเน้นการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ในที่สุดหวังผลต่อการบรรลุตามเป้าหมายของกองทุนฯ คือ การเข้าถึงบริการของประชาชน การสนับสนุนงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพชุมชน โดยมีคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพชุมชน (คณะกรรมการ) เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการกองทุนให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ทำหน้าที่จัดการกองทุนสุขภาพชุมชน เพื่อให้การนำนโยบาย แผนการใช้จ่ายเงินกองทุนไปสู่การปฏิบัติบรรลุวัตถุประสงค์ (Kamuzora & Gilson, 2007) ทั้งนี้หากคณะกรรมการ มีความเข้าใจต่อบทบาทและประโยชน์ที่แท้จริงที่จะเกิดขึ้น ทั้งด้านการยอมรับ ความเต็มใจในการดำเนินการ รวมถึงความพึงพอใจต่อโครงการ (ปิยนุช เนื่ออ่อน & คณะ, 2552) ก็จะช่วยทำให้การบรรลุตามเป้าหมายของโครงการได้ดีขึ้น

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 3 นครสวรรค์ ได้สมัครเข้าร่วมในกองทุนสุขภาพชุมชน โดยมีอบต./เทศบาลเริ่มเข้าร่วมกองทุนสุขภาพชุมชนตั้งแต่ปี 2549 จนถึงปี 2552 รวมทั้งหมด 267 จากทั้งหมด 459 อปท. คิดเป็นร้อยละ 58.17 โดยเฉพาะกองทุนที่เข้าร่วมในปี 2552 มีทั้งหมด 25 กองทุน(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552). และได้นำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มาเป็นเครื่องมือบริหาร

จัดการยุทธศาสตร์ที่ท้องถิ่นชุมชน ในปี 2553 มีจำนวน 10 กองทุน นำไปสู่การปฏิบัติ โดยการนำของคณะกรรมการบริหารกองทุนและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

เพื่อให้การดำเนินงานกองทุนสุขภาพชุมชน ทั้งหมดเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสำเร็จยิ่งขึ้น การประเมินผลการดำเนินการจึงมีความสำคัญ ดังนั้นคณะทำงานจึงเห็นควรให้มีการดำเนินการติดตามประเมินผล เพื่อศึกษาการดำเนินงานกองทุนสุขภาพชุมชน ว่าเป็นไปตามเจตนารมณ์ของกองทุนฯ หรือไม่ และเป็นผลมาจาก SRM หรือไม่ มีจุดเด่น จุดด้อยประการใด ตลอดจนการศึกษาค้นคว้าที่มีต่อประชากรในพื้นที่ โดยประยุกต์ รูปแบบการประเมิน CIPP MODEL ซึ่งเป็นการประเมินทั้งระบบมาประเมินการบริหารกองทุน ทั้งนี้ เพื่อนำผลการประเมินผลไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานกองทุนสุขภาพชุมชน ให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ที่ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

### วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการประเมินการนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ด้วยสัมภาษณ์กลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์เอกสาร และใช้แบบสอบถาม โดยประยุกต์รูปแบบชิปปี้ (CIPP) ของ Daniel L. Stufflebeam (Stufflebeam et al., 1971; ศิริชัย กาญจนวาสี, 2547). ประเมินผล ทั้งหมด 4 ด้าน

ประกอบด้วย ด้านบริบท (Context) โดยศึกษาความสอดคล้องระหว่างนโยบายกองทุน และ SRM กับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ประเมินทรัพยากรได้แก่ คณะกรรมการงบประมาณ ข้อมูล และวิธีการที่นำมาบริหารกองทุนฯ ในประเด็น ความสามารถ ความพอเพียงและความเหมาะสม ด้านกระบวนการ (Process) ศึกษาการบริหารกองทุน โดยการนำ SRM มาใช้ตั้งแต่การวางแผน การอนุมัติงบประมาณ การใช้งบประมาณ ดำเนินโครงการ การควบคุมและการติดตามผล และด้านผลผลิต (Product) ประเมินกิจกรรมของกองทุน การได้รับงบประมาณจัดกิจกรรม การมีส่วนร่วมของชุมชน ความพึงพอใจประชาชนต่อโครงการ ศึกษาใน 10 กองทุนเป้าหมายของ สปสช.เขต 3 ปี 2553 ได้แก่ กองทุนเทศบาลตำบลหาดอาษา จังหวัดชัยนาท กองทุนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หนองสรวงจังหวัดอุทัยธานี กองทุนอบต.วังกรด กองทุนอบต.ท้ายทุ่ง กองทุนอบต.แหลมรัง กองทุนเทศบาลตำบลปามะคาบ กองทุนอบต.วังจั่วใต้ กองทุนอบต.วังหลุม จังหวัดพิจิตร กองทุนเทศบาลตำบลบางปรวมุง จังหวัดนครสวรรค์ และกองทุนอบต.หัวยั้ง จังหวัดกำแพงเพชร

**ประชากร กลุ่มตัวอย่าง** ในการวิจัยครั้งนี้ จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ คณะกรรมการบริหารกองทุน จำนวน 92 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกคือ เป็นประธานหรือเลขาธิการ คณะกรรมการในฝ่ายสาธารณสุข และคณะกรรมการใน ส่วนภาคประชาชน 1-2 คน กลุ่มที่ 2 คือ หัวหน้า/แกนนำสำคัญโครงการที่ทำสำเร็จแล้วในปีนั้น 1 โครงการ จำนวน 13 คน และกลุ่มที่ 3 คือ ประชาชน / กลุ่มที่รับผลประโยชน์โครงการจำนวน 5-6 คนต่อโครงการ จำนวน 67 คน รวมทั้งสิ้น 172 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** ทีมผู้วิจัยสร้างแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ ซึ่งแยกเป็น

1.1 แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) แนวทางการสัมภาษณ์กลุ่ม (นิศา ชูโต, 2540) ประกอบด้วยประเด็น ดังนี้ 1) ปัญหาด้านสุขภาพ 2) เป้าหมายของการจัดการกองทุน 3) กระบวนการ บริหารจัดการกองทุน และการอนุมัติโครงการ 4) การนำแผนที่ใช้มาใช้ในการบริหารจัดการในกองทุนฯ 5) การควบคุมการปฏิบัติ การประเมินผล 6) วิธีการ จูงใจ ให้ประชาชนกลุ่มคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม 7) การ สนับสนุนจากระดับอำเภอ/จังหวัด 8) ความสำเร็จ 9) ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นหัวข้อที่จะทำการศึกษาไว้อย่างกว้างๆ และมีลักษณะเป็นคำถามแบบเปิด เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ แสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ ดังนี้ 1.2.1) แนวทางการสัมภาษณ์กลุ่มคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพชุมชน ประกอบด้วยประเด็น ดังนี้ (1) การรับรู้ ความเข้าใจ ความคิดเห็นต่อกองทุนฯและแผนที่ทางเดินฯ (2) บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการในการนำแผนที่มาใช้ (3) ความสำเร็จ (4) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ 1.2.2) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบโครงการ ประกอบด้วยประเด็น (1) การรับรู้ ความเข้าใจ ความคิดเห็นต่อกองทุนฯและแผนที่ฯ (2) ปัญหาด้านสุขภาพ (3) เป้าหมายของการจัดการกองทุน (4) กระบวนการ กิจกรรม ดำเนินโครงการ (5) งบประมาณ (6) การสนับสนุนจากคณะกรรมการกองทุนฯ (7) การประเมินผลโครงการ (8) ความสำเร็จ (9) ปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และ 1.2.3) ประชาชนหรือผู้รับผลประโยชน์จากโครงการ ประกอบด้วยประเด็นหลัก (1) การรับรู้ ความเข้าใจ

ความคิดเห็นต่อกองทุนฯและแผนที่ฯ (2) การเข้าร่วมกิจกรรม (3) การรับรู้ข้อมูลสุขภาพ (4) การปฏิบัติ/พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง (5) ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

2. แบบสอบถามความคิดเห็น ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและความคิดเห็นของผู้รับผลประโยชน์จากโครงการ

**การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และเนื้อหาโดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษา ค้นคว้าตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปคำถามกว้างๆ เพื่อนำไปสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้าน SRM 2) สร้างแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม และปรับปรุงตามผู้ทรงคุณวุฒิ แนะนำ 3) ทดสอบเครื่องมือโดยนำแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายกัน ณ อบต.บ้านกร่าง จ.พิษณุโลก จากนั้นนำผลการทดลองปรึกษาในทีมวิจัยและปรับแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้

**การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล**

จัดประชุมสร้างความเข้าใจการเก็บข้อมูล ในทีมวิจัย จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปที่พื้นที่เป้าหมาย ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ถอดเทป ตรวจสอบข้อมูลแบบบุคคล (Person triangulation) และ แบบวิธีการ (Method Triangulation) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) และใช้สอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) วิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี 6 เดือน

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1 บริบทของกองทุน (Context)

พบว่าวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ และSRM มีความสอดคล้องกับการปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ จากหลักการและวัตถุประสงค์ ของนโยบายกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 และ 3 ของกองทุน และวัตถุประสงค์หลักการของนโยบายการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ทั้งสองนโยบายต่างมีเจตนารมณ์ ให้ตัวแทนชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่การร่วมทรัพยากร ร่วมตัดสินใจวางแผนจนถึงร่วมดำเนินการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นนโยบาย ที่สนับสนุนส่งเสริมให้เกิดการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยชุมชน จึงนับได้ว่ามีความสอดคล้อง กับวิธีการแก้ไขปัญหากลุ่มโรคเรื้อรัง และโรคไม่ติดต่อโรค ในพื้นที่ ที่ต้องการผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholders) ร่วมแก้ปัญหาสุขภาพ จึงสรุปได้ว่า นโยบายทั้งสองมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่

### ส่วนที่ 2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

1. คณะกรรมการส่วนใหญ่ขาดความพร้อมในการดำเนินการ จากการสัมภาษณ์ คณะกรรมการส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนสุขภาพชุมชน ในเรื่อง วิธีการใช้งบประมาณ เป็นส่วนใหญ่ มีเพียงส่วนน้อยที่เข้าใจถึงบทบาทของตนเองในการบริหารกองทุน นอกจากนี้เข้าใจถึงวิธีการใช้งบประมาณระเบียบแล้ว ยังรับรู้ในแง่มุมมองเป้าหมาย วัตถุประสงค์การใช้งบประมาณของกองทุน เพื่อส่งเสริมสุขภาพของชุมชน ซึ่งพบได้ในผู้ที่ได้รับการอบรม SRM และในกลุ่มคณะกรรมการบริหารกองทุน ได้เข้ารับการอบรมการสร้างและใช้ SRM ร้อยละ 60 จากการประเมินพบว่า ส่วนใหญ่มีความเข้าใจด้านหลักการ

เป้าหมาย ของการสร้างและใช้ SRM ส่วนความเข้าใจด้านกระบวนการของ SRM นั้นมีจำนวน 1-2 คน ต่อกองทุนและมักเป็นผู้นำกระบวนการวางแผนของกองทุน ทั้งนี้คณะกรรมการมีความคิดเห็นว่าการอบรม

2. วิธีการหรือกระบวนการของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพชุมชน เพราะกำหนดผลลัพธ์สุดท้ายที่มีความคล้ายกัน ส่วนกระบวนการมีหลักการเดียวกันคือการมีส่วนร่วม แต่มีความแตกต่างกัน ที่กระบวนการของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ได้มีการระบุกิจกรรมขั้นตอนที่ละเอียด ส่วนกระบวนการของกองทุนเปิดโอกาสให้แต่ละพื้นที่กำหนดกิจกรรมเอง ดังนั้น กระบวนการของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จึงมีความเหมาะสมที่คณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพตำบล จะนำไปเป็นวิธีการในการจัดการกองทุนฯ เพื่อให้เกิดประโยชน์ด้านสุขภาพแก่ประชาชน

3. ความพอเพียงของข้อมูลที่นำมาใช้ในการบริหารจัดการกองทุน พบว่า ข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพ ที่นำมาการบริหารจัดการ มีจำนวนประเภทข้อมูลและแหล่งที่มาของข้อมูล มากกว่าก่อนนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้เนื่องจากกองทุนฯ ได้นำกระบวนการแผนที่ยุทธศาสตร์มาใช้ โดยเฉพาะ ในขั้นตอนแรกๆ กำหนดชัดเจนให้ชุมชนมองวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกันของกลุ่ม บุคคลตัวแทนในชุมชน จึงได้รับข้อมูลข่าวสารมากขึ้น นำมาตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณได้ แต่ข้อมูลที่นำมาเขียนโครงการ ส่วนใหญ่ไม่กลุ่มประชาชนที่เป็นเจ้าของปัญหาโดยตรงพบว่าส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นผู้เขียนโครงการ

4. ความพอเพียงของงบประมาณที่นำมาใช้ในการบริหารจัดการกองทุน มีความพอเพียงต่อโครงการที่เสนอมาจากชุมชน เมื่อพิจารณาจากรายงานการเงินของกองทุนฯ ที่ไม่ติดลบ ในขณะที่ความคิดเห็นของคณะกรรมการคิดว่า งบประมาณในกองทุนฯ ไม่มีความพอเพียงต่อสภาพปัญหาในชุมชนหรือโครงการที่เสนอมาจากชุมชน แต่คณะกรรมการมีกระบวนการจัดการของตนเองที่จะทำให้เงินในกองทุนสามารถใช้ได้อย่างพอเพียง โดยการปรับลดงบประมาณของแต่ละโครงการและการดึงงบประมาณจากแหล่งอื่นภายนอกชุมชนมาดำเนินการ

### ส่วนที่ 3 ด้านกระบวนการบริหารกองทุนสุขภาพชุมชน (Process)

เดิมกระบวนการบริหารกองทุนเน้นกิจกรรมการอนุมัติงบประมาณเป็นหลัก หลังนำกระบวนการ SRM มาใช้พบว่า กองทุนให้ความสำคัญกระบวนการบริหารกองทุนเพิ่มขึ้น ตั้งแต่การวางแผน การอนุมัติงบประมาณ การดำเนินโครงการ และการประเมินผล สามารถสรุปได้ 2 รูปแบบ ดังนี้ 1) รูปแบบนำกระบวนการของ SRM มาใช้เต็มรูปแบบ หมายถึง คณะกรรมการฯ ได้ดำเนินการวางแผนส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อนำมาใช้ในการบริหารจัดการกองทุน โดยการนำกระบวนการของ SRM มาใช้ทุกขั้นตอน มี 3 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 30 ของกองทุนที่ศึกษา 2) รูปแบบการนำกระบวนการของ SRM มาใช้บางส่วน หมายถึง คณะกรรมการฯ ได้นำกระบวนการของ SRM มาใช้ในบางขั้นตอนหรือ นำหลักการมีส่วนร่วมมาใช้ เช่น นำมาใช้เฉพาะขั้นตอนแรกจนถึงแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และเข้าไปคิดโครงการ หรือกองทุนฯ นำเฉพาะหลักการมีส่วนร่วมมาใช้ในการวางแผนการใช้งบประมาณหรือกองทุนที่นำเฉพาะหลักการมีส่วนร่วมมาใช้โดย

ส่งเสริมให้ระดับหมู่บ้านนำกระบวนการ SRM มาใช้ เป็นต้น มี 7 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 70 ของกองทุนที่ศึกษา

ความแตกต่างของ 2 รูปแบบคือ 1) การเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมวางแผน ในรูปแบบที่ 1 มีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มที่เข้าร่วมวางแผน และการเดินสำรวจปัญหาชุมชน ส่วนรูปแบบที่ 2 ไม่มีการดำเนินการ 2) การวางแผนรูปแบบที่ 1 ดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การค้นหาปัญหาสุขภาพ/สาธารณสุขในเขตพื้นที่ การกำหนดเป้าหมายในพื้นที่ การหาทางเลือกในการดำเนินการแก้ปัญหา ตลอดจนถึงแผนปฏิบัติการ และออกมาเป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เกือบทุกขั้นตอน กลุ่มคนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนมากขึ้นทั้งภาครัฐและชุมชนในด้านสาธารณสุข อปท. อสม. ตัวแทนกลุ่มประชากร ส่วนรูปแบบที่ 2 การหาปัญหาเป็นแบบหลากหลายตามความสนใจ เช่น การพูดคุยกับประชาชน การทำประชาคม และการวางแผนของกองทุนโดยใช้กระบวนการ SRM บางส่วน หรือใช้หลักการการมีส่วนร่วมเท่านั้น 3) บทบาทของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน รูปแบบที่ 1 พบว่า ภาระปัญหาสุขภาพในชุมชนร่วมกัน และร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพ เนื้อหาในแผนมีครบตามที่ SRM ระบุไว้ แต่บางกิจกรรมยังไม่ตรงกับเจตนารมณ์ของ SRM เช่น การกำหนดมาตรการ ยังเป็นเจ้าหน้าที่รัฐเป็นผู้คิด ส่วนรูปแบบที่ 2 มีการระบุปัญหา โดยมาจากผู้เข้าร่วมประชุมที่เผชิญและรับรู้มา หรือจากการประชาคม และเสนอชื่อโครงการแก้ปัญหา 4) การอนุมัติโครงการรูปแบบที่ 1 เป็นลักษณะร่วมกันพิจารณา และปรับแก้งบประมาณ ระหว่างคณะกรรมการ และผู้เสนอโครงการ ส่วนรูปแบบที่ 2 การพิจารณางบประมาณ

ดำเนินการ 2 ครั้ง คือ อนุมัติแผนหรือชื่อโครงการในวันที่เสนอชื่อโครงการ และพิจารณาอนุมัติอีกครั้งเมื่อเสนอตัวโครงการ

สิ่งที่เหมือนกันของ 2 รูปแบบคือ ตัวโครงการส่งเสริมสุขภาพที่ใช้งบประมาณจากกองทุนนั้น มี 2 ลักษณะ คือ ลักษณะโครงการแบบประชาชนมีส่วนร่วม และโครงการแบบมอบบริการหรือการส่งเคราะห์ โดยให้บริการหรือสิ่งของครั้งเดียวไม่มีกิจกรรมต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าประชาชนมีความพึงพอใจต่อโครงการที่ได้รับร้อยละ 100 นอกจากนี้พบว่าการแบ่งหน้าที่ในคณะกรรมการและการติดตามประเมินผลยังไม่มีความชัดเจน ส่วนใหญ่เน้นเป็นการติดตามการใช้งบประมาณในโครงการ

#### ส่วนที่ 4 ด้านผลผลิต ด้านการบริหารจัดการกองทุน (Product)

พบว่า กองทุนทั้งที่นำกระบวนการของ SRM มาใช้เต็มรูปแบบและนำมาใช้บางส่วน ล้วนบรรลุผลตามวัตถุประสงค์กองทุน โดยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

1. การเข้าถึงบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ พบว่ากลุ่มประชาชนที่ได้รับผลประโยชน์จากโครงการการสร้างเสริมสุขภาพฯ มากขึ้น สังเกตจากการใช้งบประมาณของกองทุนฯ พบว่า ภาพรวมทั้งหมด 10 กองทุน พบว่า ประชาชนเข้าถึงบริการปี 2553 มากกว่าปี 2552 จาก 39 กลุ่ม เป็น 52 กลุ่ม เช่น กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ประกอบการที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ เป็นต้น และจากการสัมภาษณ์พบว่า กิจกรรมในโครงการเกิดผลลัพธ์ ต่อประชาชน คือ 1) ประชาชนได้รับบริการสุขภาพ ตามที่กิจกรรมแต่ละโครงการกำหนดไว้ 2) ประชาชนรับรู้ข้อมูล

ด้านสุขภาพ แต่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ศักยภาพ การรับรู้ของผู้รับข้อมูล และความสามารถการอธิบายอย่างเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ให้ข้อมูล และ ตัวเนื้อหาข้อมูลที่มีมอบให้ประชาชนตรงกับประสบการณ์การเจ็บป่วย 3) ประชาชนได้รับการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน แต่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การเกิดปัญหาสุขภาพต่อประชาชน และการติดตามต่อเนื่องของบุคลากรด้านสาธารณสุข 4) ประชาชนมีความพอใจต่อโครงการ ที่เน้นการส่งเคราะห์

2. การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนเพื่อในการดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น พบว่าส่วนใหญ่สนับสนุนงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพ มากกว่ากิจกรรมอื่น ที่กำหนดไว้ในนโยบายกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ร้อยละ 70 ของกองทุน (7 กองทุน) และมีกองทุนที่สนับสนุนด้านส่งเสริมสุขภาพ ปี 2553 เพิ่มมากขึ้น จากปี 2552 ร้อยละ 60 (6 กองทุน) โดยพิจารณาจากรายงานการสรุปการใช้จ่ายเงินกองทุนฯจาก สปสช.ปี 2553

3. กลุ่มคนและกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการการพัฒนาสุขภาพชุมชน มีดังนี้

3.1 มีกลุ่มคนเข้ามามีส่วนร่วมเสนอโครงการของงบประมาณจากกองทุนฯมากขึ้น พบทั้งกองทุนที่ใช้ SRM เต็มรูปแบบและใช้บางส่วน เดิมพบว่าผู้เสนอโครงการ ส่วนใหญ่ คือ บุคลากรด้านสาธารณสุข หลังการนำ SRM มาใช้ในการจัดการกองทุน ผู้เสนอโครงการกระจายกลุ่มคนหลากหลายมากขึ้น นอกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังมี อสม. ตัวแทนในชุมชนเช่น ผู้นำชุมชน นักเรียน ในการร่วมเสนอโครงการ



3.2 กิจกรรมและประเภทกลุ่มคนเข้ามา มีส่วนร่วมพัฒนาสุขภาพชุมชน มีความหลากหลายมากขึ้น ดังนี้ 3.2.1) ด้านกิจกรรมการมีส่วนร่วม ก่อนการนำ SRM มาใช้ กิจกรรมที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมกองทุนส่วนใหญ่ คือ การอนุมัติโครงการเป็นหลัก หลังการนำ SRM มาใช้ พบว่ามีความหลากหลายมากขึ้น กิจกรรมที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ กิจกรรมการวางแผน รongลงมา คือการอนุมัติโครงการ 3.2.2) ประเภทกลุ่มคนในชุมชน ก่อนนำ SRM มาใช้ ประเภทกลุ่มคนเข้ามามีส่วนร่วมบริหารกองทุน คือคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ร่วมพิจารณาโครงการ และประชาชนร่วมเป็นผู้รับผลจากโครงการ หลังจากนำ SRM มาใช้ กลุ่มคนที่เข้ามามีส่วนร่วมบริหารกองทุน มีทั้งคณะกรรมการบริหารกองทุน หัวหน้าโครงการ บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรใน อบต. อสม. ผู้นำชุมชน และระดับประชาชน ร่วมดำเนินการโดยเฉพาะพื้นที่ที่ใช้ SRM เต็มรูปแบบและมีการกำหนดมาตรการสังคม

## การอภิปรายผล

### ส่วนที่ 1 บริบทของกองทุน (context)

พบว่าวัตถุประสงค์ของกองทุนฯและSRM มีความสอดคล้องกับการปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ นั้นหมายถึง ปัญหาสุขภาพในพื้นที่จะมีโอกาสได้รับการแก้ไข ประชาชนได้รับการพัฒนาสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ด้วยกระบวนการของ SRM และด้วยลักษณะการเกิดโรคเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อ ผู้ที่แก้ปัญหาโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อที่ดีที่สุด คือ คนในชุมชนเอง เรียกว่า การจัดการสุขภาพโดยชุมชนเพื่อชุมชนนั่นเอง

### ส่วนที่ 2 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

พบว่า คณะกรรมการส่วนใหญ่ขาดความพร้อมในการดำเนินการ จากการสัมภาษณ์คณะกรรมการส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนสุขภาพชุมชน ในเรื่องวิธีการใช้งบประมาณ อาจเป็นเพราะประสบการณ์ของคณะกรรมการ ใน 2-3 ปีที่ผ่านมา มีบทบาทหลัก คือ การอนุมัติโครงการ และ สปสข. ให้ความสำคัญกับการติดตามตรวจสอบเกี่ยวกับการใช้งบประมาณเป็นหลัก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,2550) มีคณะกรรมการเพียงส่วนน้อยที่เข้าใจบทบาทของตนเองในการบริหารกองทุน วิธีการใช้งบประมาณตามระเบียบและรับรู้เป้าหมาย วัตถุประสงค์การใช้งบประมาณของกองทุน เพื่อส่งเสริมสุขภาพของชุมชน ซึ่งพบได้ในผู้ที่ได้รับการอบรม SRM ทั้งนี้เพราะกระบวนการอบรมของ SRM เน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมคิดวิเคราะห์ถึงปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และได้ร่วมคิดและร่วมลงมือทำแผนยุทธศาสตร์ จนถึงแผนปฏิบัติการ (อมรนนทสุด,2551) การรับรู้เป้าหมายวัตถุประสงค์ การดำเนินการใดๆ นับว่ารู้เข็มทิศในการดำเนินการว่าดำเนินการไปเพื่ออะไร ผลที่จะเกิดขึ้นควรเป็นอย่างไร หากไม่รับรู้ หรือรับรู้ไม่พอ การดำเนินการเปรียบเสมือนไม่รู้จุดสำเร็จว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ทิศทางเดินอาจผิดพลาดได้ อาจไม่บรรลุผล เพราะการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเป็นปัจจัยสำคัญและเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด (ร้อยละ 47) ของการตอบสนองกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ (ปิยะนุช เนื้ออ่อน, 2551) ผลการศึกษามีความแตกต่างจากผลการศึกษา ของ ดิเรก ปัทมศิริวัฒน์และคณะ (2550) ได้ประเมินนโยบายสาธารณะกองทุนหลักประกัน

สุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่ พบว่าคณะกรรมการกองทุนส่วนใหญ่ไม่เข้าใจในเรื่องบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งเป็นผลการศึกษาในกองทุนที่ไม่ได้ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ นั้นแสดงว่าการนำ SRM มาใช้กับการบริหารกองทุนฯ สามารถช่วยให้คณะกรรมการเข้าใจบทบาทตนเองมากขึ้น อาจกล่าวอีกอย่างหนึ่งว่า แผนที่ทางเดินฯ มีส่วนส่งเสริมให้คณะกรรมการดำเนินการสามารถเข้าใจดำเนินการได้ และเกิดประโยชน์ต่อประชาชนในเขตพื้นที่ จึงมีผลต่อการพิจารณาอนุมัติงบประมาณในกองทุนให้บรรลุผล และในกลุ่มคณะกรรมการบริหารกองทุน ได้เข้ารับการอบรมการสร้างและใช้ SRM ร้อยละ 60 แต่พบว่า มีความเข้าใจด้านกระบวนการของ SRM จำนวน 1-2 คน ต่อกองทุน และมักเป็นผู้นำกระบวนการวางแผนของกองทุน ทั้งนี้คณะกรรมการมีความคิดเห็นว่าเป็นการอบรมมีมากและไม่เข้าใจภาษาที่ใช้ในการอบรม ซึ่งอาจเพราะส่วนใหญ่ยังไม่คุ้นเคยกับวิธีการอบรม และ เนื้อหา

ข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพ ที่นำมาบริหารจัดการ มีจำนวนประเภทข้อมูลและแหล่งที่มาของข้อมูล มากกว่าก่อนนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้ เนื่องจากกองทุนฯได้นำกระบวนการแผนที่ยุทธศาสตร์มาใช้ โดยเฉพาะ ในขั้นตอนแรกๆกำหนดชัดเจนให้ชุมชนมองวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันของกลุ่ม บุคคล ตัวแทนในชุมชน จึงได้รับข้อมูลข่าวสารมากขึ้น นำมาตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณได้ แต่ข้อมูลที่น่ามาเขียนโครงการ ส่วนใหญ่ไม่กลุ่มประชาชนที่เป็นเจ้าของปัญหาโดยตรงพบว่าส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นที่เล็งในการเขียนโครงการ ซึ่งลักษณะดังกล่าว เป็นข้อดีเนื่องจากกลุ่มประชาชนเจ้าของปัญหาบางกลุ่ม อาจขาดความชำนาญในการเขียนโครงการเจ้าหน้าที่สามารถช่วยได้ และขณะเดียวกันอาจเสี่ยงต่อการ

เกิดความคลาดเคลื่อน ในส่วนของการตอบสนองตามความต้องการ (Need) ด้านสุขภาพของกลุ่มประชาชนได้ หากเจ้าหน้าที่ ใสความคิดเห็น วิธีการของโครงการในมุมมองของผู้ให้บริการเข้าไปในโครงการ มากกว่ามุมมองประชาชนเจ้าของปัญหา ส่วนด้านงบประมาณที่นำมาใช้ในการบริหารจัดการกองทุน งบประมาณในกองทุนฯมีความพอเพียงต่อโครงการที่เสนอมาจากชุมชน เพราะคณะกรรมการฯ มีกระบวนการจัดการของตนเองที่จะทำให้เงินในกองทุนสามารถใช้ได้อย่างพอเพียง ตอบสนองได้ครอบคลุมโครงการ

### ส่วนที่ 3 ด้านกระบวนการบริหารกองทุนสุขภาพชุมชน (Process)

กองทุนให้ความสำคัญกระบวนการบริหารกองทุนเพิ่มขึ้น ตั้งแต่การวางแผน การอนุมัติงบประมาณ การดำเนินโครงการ และการประเมินผลสรุปได้ 2 รูปแบบ ดังนี้ 1) รูปแบบนำกระบวนการของ SRM มาใช้เต็มรูปแบบ 2) รูปแบบการนำกระบวนการของ SRM มาใช้บางส่วน

ความแตกต่างของ 2 รูปแบบคือ 1) การเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมวางแผน ในรูปแบบที่ 1 มีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มที่เข้าร่วมวางแผน และการเดินสำรวจปัญหาชุมชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ตัวแทนที่เข้าร่วมวางแผนมีความเข้าใจปัญหาชุมชนและสามารถแสดงความคิดเห็นสภาพปัญหาต่างๆในชุมชนได้ดียิ่งขึ้น ส่วนรูปแบบที่ 2 ไม่มีการดำเนินการ 2) การวางแผน พบว่า รูปแบบที่ 1 ดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เนื่องจากหลักการของแผนที่ฯได้เน้นถึงการมีส่วนร่วมในชุมชน และกระบวนการสร้างและใช้ SRM ได้กำหนดขั้นตอนวิธีการไว้ชัดเจน กองทุนที่ดำเนินการตามขั้นตอน SRM ส่งผลให้กลุ่มคนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนมากขึ้น ส่วนรูปแบบที่ 2

การหาปัญหาเป็นแบบหลากหลายตามความสนใจ เช่น การพูดคุยกับประชาชน การทำประชาคม และการวางแผนของกองทุนโดยใช้กระบวนการ SRM บางส่วน หรือใช้หลักการการมีส่วนร่วมเท่านั้น 3) บทบาทของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน ในรูปแบบที่ 1 พบว่าการระบุปัญหาสุขภาพในชุมชนร่วมกัน และร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพ เนื้อหาในแผนมีครบตามที่ SRM ระบุไว้ แต่บางกิจกรรมยังไม่ตรงกับเจตนารมณ์ของ SRM เช่น การกำหนดมาตรการ ยังเป็นเจ้าหน้าที่รัฐเป็นผู้คิด ซึ่งการกำหนดมาตรการทางสังคมเป็นบทบาทหน้าที่ของประชาชนในการรับผิดชอบด้านสุขภาพชุมชนเอง เป็นการสร้างนวัตกรรมที่เหมาะสมกับชุมชน เป็นการสร้างสุขภาพโดยชุมชนอย่างแท้จริงซึ่งเป็นบทบาทใหม่ของประชาชนในการสร้างสุขภาพที่ควรส่งเสริมให้เกิดขึ้น (อมร นนทสุด, 2552) มาตรการทางสังคม เปรียบเสมือนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ของหมู่บ้าน ตำบล ที่สภาพสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งเอื้อต่อประชาชนสามารถเข้าถึงการสร้างสุขภาพ (WHO, 1988) และมีความสำคัญต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ส่วนรูปแบบที่ 2 มีการระบุปัญหา มาจากการรับรู้การเผชิญปัญหาของผู้เข้าร่วมประชุม หรือจากการประชาคม และเสนอชื่อโครงการแก้ปัญหา 4) การอนุมัติโครงการ รูปแบบที่ 1 เป็นลักษณะร่วมกันพิจารณา และปรับแก้ไขงบประมาณ ระหว่างคณะกรรมการ และผู้เสนอโครงการ อาจกล่าวได้ว่า งบประมาณกองทุนฯช่วยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมจัดการสุขภาพของชุมชนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดิเรก ปัทมศิริวัฒน์และคณะ (2550) ได้ประเมินนโยบายสาธารณะกองทุนหลักประกันสุขภาพพบว่า งบประมาณกองทุนหลักประกัน

สุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่ช่วยให้สถานีนอนามัย ประชาคม และอปท. มีการทำงานร่วมกันมากขึ้น และมีการทำงานเชิงรุกด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนรูปแบบที่ 2 การพิจารณางบประมาณ ดำเนินการ 2 ครั้ง คือ อนุมัติแผนหรือชื่อโครงการในวันที่เสนอชื่อโครงการ และพิจารณาอนุมัติอีกครั้งเมื่อเสนอตัวโครงการ

สิ่งที่เหมือนกันของ 2 รูปแบบคือ ตัวโครงการ ในการส่งเสริมสุขภาพนั้นมีทั้ง 2 ลักษณะคือลักษณะโครงการแบบประชาชนมีส่วนร่วม และโครงการแบบมอบบริการ หรือการส่งเคราะห์ ทั้งนี้เป็นเพราะบางกองทุนแม้มีการดำเนินการตามกระบวนการ SRM ครบถ้วน แต่โครงการส่งเสริมสุขภาพ ยังยึดตามแนวคิดเดิมก่อนนำ SRM มาใช้ โดยเฉพาะเรื่องการให้บริการมอบบริการรายบุคคล ผลที่เกิดกับประชาชน จึงไม่ใช่การปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง นอกจากนี้พบว่า การแบ่งหน้าที่ในคณะกรรมการยังไม่มีความชัดเจน และการติดตามประเมินผลส่วนใหญ่เป็นการติดตามการใช้งบประมาณ เมื่อพิจารณาในมิติของการจัดการกับภาวะสุขภาพจะเห็นว่ากระบวนการบางอย่างขาดหายไปในทุกกองทุน ซึ่งไม่เป็นไปตามกระบวนการบริหารจัดการ การวางแผน (Planning) การจัดหน่วยงาน (Organizing) การบังคับบัญชา (Commanding) การประสานงาน (Co-Ordination) และการควบคุม (Controlling) (Fayol, 1949) กระบวนการที่ขาดหายชัดเจนคือการแบ่งบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการในการจัดการ การติดตามประเมินผลในมิติสุขภาพ ซึ่ง 2 กระบวนการนี้มีความเชื่อมโยงกัน การแบ่งบทบาทที่ไม่ชัดเจน โยงไปถึงความชัดเจนของผู้ติดตามประเมินผลโครงการ ดังนั้นจึงส่งผลต่อผลการประเมินด้านสุขภาพกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในโครงการจึงไม่ชัดเจนไปด้วย

#### ส่วนที่ 4 ด้านผลผลิต ผลลัพธ์ ด้าน การบริหารจัดการกองทุน (Product)

ผลทางด้านการบริหารจัดการกองทุนพบว่า กองทุนทั้งที่นำกระบวนการของ SRM มาใช้เต็มรูปแบบและมาใช้บางส่วน ล้วนบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของกองทุน โดยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. การเข้าถึงบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ พบว่ากลุ่มประชาชนที่ได้รับผลประโยชน์จากโครงการการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น สังเกตจากการใช้งบประมาณของกองทุนฯ พบว่า ภาพรวมทั้งหมด 10 กองทุน พบว่า ประชาชนเข้าถึงบริการปี 2553 มากกว่าปี 2552 จาก 39 กลุ่ม เป็น 52 กลุ่ม เช่น กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ประกอบการที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ เป็นต้น ซึ่งทำให้การใช้งบประมาณกระจายสู่กลุ่มประชาชนในชุมชนมากขึ้น ไม่กระจุกอยู่ส่วนใดส่วนหนึ่ง เป็นเพราะว่าหลักการมีส่วนร่วม และกระบวนการ SRM ในการวางแผนได้กำหนดให้ภาคในชุมชนเข้าร่วม ช่วยให้ชุมชนคณะกรรมการรับรู้ปัญหาสุขภาพของประชาชนมากขึ้น การส่งเสริมสุขภาพแก่กลุ่มประชาชนจึงขยายเป็นวงกว้าง ซึ่งพบทั้งกองทุนฯ ที่นำ SRM ไปใช้เต็มรูปแบบหรือนำมาใช้บางส่วน หรือเพียงหลักการมีส่วนร่วม นั่นหมายความว่า หากกองทุนใดนำหลักการ และการวิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชนไปใช้ ก็สามารถช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพได้มากขึ้น ไม่จำเป็นต้องดำเนินการครบทุกกระบวนการของแผนที่ฯ และจากการสัมภาษณ์พบว่า กิจกรรมในโครงการเกิดผลลัพธ์ ต่อประชาชน คือ 1) ประชาชนได้รับบริการ

สุขภาพ ตามที่กิจกรรมแต่ละโครงการกำหนดไว้ 2) ประชาชนรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ แต่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ศักยภาพการรับรู้ของผู้รับข้อมูล และความสามารถการอธิบายอย่างเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ให้ข้อมูล และ ตัวเนื้อหาข้อมูลที่มอบให้ประชาชนตรงกับประสบการณ์การเจ็บป่วย ซึ่งความสามารถของผู้ถ่ายทอดข้อมูล ความสามารถของผู้การรับรู้ข้อมูลมีความสำคัญต่อการรับรู้และปรับพฤติกรรม เพราะการที่ผู้ให้รู้ศักยภาพผู้รับ และหาวิธีการถ่ายทอดที่เหมาะสม (Health literacy) จะช่วยให้เกิดการเข้าใจ การปฏิบัติที่ถูกต้องได้ 3) ประชาชนได้รับการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน แต่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การเกิดปัญหาสุขภาพต่อประชาชน และการติดตามต่อเนื่องของบุคลากรด้านสาธารณสุข 4) ประชาชนมีความพอใจต่อโครงการที่เน้นการสงเคราะห์

2. การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนเพื่อในการดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพโดยประชาชน และชุมชนท้องถิ่น พบว่าส่วนใหญ่สนับสนุนงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพ มากกว่ากิจกรรมอื่น ที่กำหนดไว้ในนโยบายกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น คือ การจัดซื้อบริการ สนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสาธารณสุข และการบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการ ร้อยละ 70 ของกองทุน (7 กองทุน) และมีกองทุนที่สนับสนุนด้านส่งเสริมสุขภาพ ปี 2553 เพิ่มมากขึ้น จากปี 2552 ร้อยละ 60 (6 กองทุน) โดยพิจารณาจากรายงานการสรุปการใช้จ่ายเงินกองทุนฯ จาก สปสช.ปี 2553 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดิเรก บัณฑิตศิริวัฒน์ และคณะ (2550) ได้ประเมินนโยบายสาธารณะกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่

พบว่างบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3. กลุ่มคนและกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการการพัฒนาสุขภาพชุมชนมีกลุ่มคนเข้ามามีส่วนร่วมเสนอโครงการของบประมาณจากกองทุนฯ มากขึ้น พบทั้งกองทุนที่ใช้ SRM เต็มรูปแบบและใช้บางส่วน หลังการนำ SRM มาใช้ในการจัดการกองทุน ผู้เสนอโครงการกระจายกลุ่มคน หลากหลายมากขึ้น นอกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังมี อสม. ตัวแทนในชุมชนเช่น ผู้นำชุมชน นักเรียน ในการร่วมคิดและร่วมรับผิดชอบ ทั้งนี้เนื่องมาจากกระบวนการ SRM ที่กำหนดให้คนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ด้านกิจกรรมการมีส่วนร่วม หลังการนำ SRM มาใช้ พบว่ามีความหลากหลาย กิจกรรมที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ กิจกรรมการวางแผน รองลงมา คือการอนุมัติโครงการ จากกิจกรรมการมีส่วนร่วมสามารถบ่งบอกถึงระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนได้คือระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงสุดคือ สนับสนุนชุมชนจัดการสุขภาพ (Supporting independent community interests) ซึ่งพบเฉพาะในกลุ่มคณะกรรมการฯ แต่ในกลุ่มประชาชนนั้นระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับ 3 ถึง 4 คือ ร่วมตัดสินใจ (Deciding together) และปฏิบัติกร (Acting together) (Wilcox, 1996) เมื่อพิจารณาประเภทกลุ่มคนในชุมชน หลังการนำ SRM มาใช้ กลุ่มคนที่เข้ามามีส่วนร่วมบริหารกองทุน มีทั้งคณะกรรมการบริหารกองทุน หัวหน้าโครงการ บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรใน อบต. อสม. ผู้นำชุมชน และ ระดับประชาชนเข้ามาช่วยบริหาร สังเกตได้ว่า ลักษณะของผู้เข้าร่วม คือ ตัวแทนประชาชน ส่วนใหญ่เป็นผู้นำ อสม. อบต. สถานีอนามัย (รพ.สต.) เป็นหลัก ซึ่งไม่ใช่ประชาชน

ตัวจริงลักษณะดังกล่าวเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ความเป็นประชาธิปไตยแบบมีตัวแทน (Catt ,1999) ซึ่งมีข้อดีคือประชาชนมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมทางการเมืองและการบริหารจัดการงานน้อย ดังนั้นการมีส่วนร่วมแบบตัวแทน คนที่เป็นตัวแทนต้องเป็นแทนที่แท้จริง สามารถเสนอปัญหาสุขภาพที่ตรงกับปัญหาจริงของกลุ่มหรือชุมชนและร่วมแสดงความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนาสุขภาพตรงความต้องการ จากการประเมินพบว่าส่วนใหญ่เป็นลักษณะตัวแทน จึงเป็นไปได้ว่าโครงการที่เกิดขึ้นหลังจากการวางแผน เป็นลักษณะแบบมอบบริการและแบบสงเคราะห์ เพราะผู้ที่มีส่วนคิดส่วนใหญ่เป็นมุมมองของผู้ให้บริการ หรือภาครัฐ

สรุปได้ว่ากองทุนที่นำกระบวนการการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มาใช้เต็มรูปแบบและนำมาใช้บางส่วน พบว่า ทั้งสองแบบสามารถส่งผลต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ ของการดำเนินการกองทุนสุขภาพชุมชน คือ 1) เรื่องการเข้าถึงบริการ ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น 2) ในเรื่องการมีส่วนร่วมของกลุ่มคนในชุมชน ร่วมในการจัดการสุขภาพมากขึ้น ทั้งการแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาต่อการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทิศทางการพัฒนาสุขภาพ มีส่วนร่วมด้านงบประมาณและบุคลากร และร่วมดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะกองทุนที่นำแผนที่มาใช้อย่างเต็มรูปแบบ 3) การสนับสนุนงบประมาณหรือเงินกองทุนได้ถูกกระจายไปยังหน่วยงาน องค์กร ชุมชนมากขึ้นกว่าก่อนนำ SRM มาใช้ ซึ่งหมายถึงหน่วยงานในชุมชนมีการกระจายความรับผิดชอบร่วมต่อปัญหาและการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่าจัดการกองทุนสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ 3 ข้อ จากการนำการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มาใช้

ในการจัดการ ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า หลักการและกระบวนการของการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มีความเหมาะสมและสามารถนำไปเป็นเครื่องมือ ของคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพชุมชน ในการบริหารจัดการกองทุนฯ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในชุมชนต่อไป แต่ในด้านผลลัพธ์ที่เกิดต่อประชาชนเกี่ยวกับการปฏิบัติหรือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจากการดำเนินโครงการนั้น ไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าเกิดจากกระบวนการการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ปัจจัยสำคัญของการบรรลุผลการจัดการกองทุน ประกอบด้วย ความเข้าใจ ทักษะ ในหลักการ กระบวนการของการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ของผู้มีส่วนร่วม ทั้งการจัดการกองทุนและการวางแผนพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น ควรมีนโยบาย มาตรการให้คณะกรรมการบริหารกองทุนและผู้เกี่ยวข้องได้ รับการฝึกให้เกิดทักษะและเข้าใจ โดยรูปแบบวิธีการอบรมให้คำนึงสภาพบริบทของพื้นที่และลักษณะประชาชน ให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง

2. มาตรการสังคม ที่มาจากการเสนอความคิดเห็นจากภาพชุมชนอย่างแท้จริง ควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดขึ้น เพราะจะเป็นประโยชน์ต่อการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน และการส่งเสริมความเข้มแข็งชุมชน

3. ควรกำหนดให้มีกรอบการพัฒนา ระบบการคิดแก้ไขปัญหาและวิธีการพัฒนาสุขภาพ ในประชากรที่รวมกลุ่มกัน หรือประชากรกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อ ให้เกิดศักยภาพในการเสนอปัญหา

กลุ่ม เสนอวิธีการพัฒนาสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่ม ต่อกองทุนสุขภาพชุมชน พิจารณาสนับสนุนความเข้มแข็งของกลุ่มต่อไป

#### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรส่งเสริมให้ชุมชนจัดตั้งกลุ่มประชากร เช่น กลุ่มอายุ กลุ่มการเจ็บป่วย หรือกลุ่มชมรมสุขภาพดี เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และที่สำคัญสามารถเป็นจุดรวมพลัง เสี่ยงสะท้อนความต้องการของกลุ่มประชากรดังกล่าว เพื่อการเข้าถึงบริการตามความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มประชาชน

2. กองทุนสุขภาพชุมชน ควรนำกระบวนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มาใช้บริหารจัดการกองทุน โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของแต่ละขั้นตอนเป็นสำคัญ

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลต่อสุขภาพประชาชนและชุมชน ที่เกิดจากโครงการของกองทุนสุขภาพชุมชน ที่นำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการอบรมการบริหารกองทุนที่ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ที่เหมาะสมในพื้นที่

#### เอกสารอ้างอิง

ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์.(2550). รายงานสรุปสำหรัผู้บริหาร. การวิจัยนโยบายสาธารณะ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น. กรุงเทพฯ:บริษัท พี เอ.ลิวิ่ง จำกัด.

ปิยนุช เนื้ออ่อน และคณะ (2552) .ปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพใน จังหวัดกระบี่ .

- วารสารวิชาการสาธารณสุข.18(5). 756-763
- ศิริชัย กาญจนวาสี.(2547).*ทฤษฎีการประเมิน. พิมพ์ครั้งที่ 4. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- ศูนย์อำนวยการบริหารยุทธศาสตร์เมืองไทย  
แข็งแรง. *การสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์สำหรับองค์กร ระดับปฏิบัติการ.*กรุงเทพฯ. มปป.
- สมจิตร์ นครพานิช รัตนา พึ่งเสมา และกนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์.(2555).ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น.*วารสารพยาบาลสาธารณสุข.* 26(1),32-33
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ . พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด.*
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2549. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.*
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2552). *ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนในองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2552 .วันที่ 20 ตุลาคม 2552 Available at. <http://www.nhso.go.th/>*
- NHSOFront/SelectViewItemAction.do?foIder\_id=00000000002512&item\_id=0000000029671
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2552). *รายงานสรุปองค์ประกอบส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมกองทุน เปรียบเทียบรายจังหวัด ตามปีงบประมาณ. วันที่ 20 ตุลาคม 2552 [http://tobt.nhso.go.th/report/admin\\_report/admin\\_report2.php](http://tobt.nhso.go.th/report/admin_report/admin_report2.php)*
- อมร นนทสุต. (2551). *เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง “ การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาสุขภาพประชาชน” ในการประชุมติดตามผลการดำเนินงานรอบ12 เดือน กรมอนามัย ประจำปี 2551 เมื่อวันที่ 16 กันยายน 2551 ณ โรงแรมโลดส์ปางสวนแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.*
- Helena, C.(1999). *Democracy in Practice.* London and New York:Routledge.
- Fayol, H. (1949). *General and Industrial Management.* London: Sir Isaac Pitman & Sons.
- Kamuzoral, P., & Gilson, L.(2007). Factors influencing implementation of the Community Health Fund in Tanzania. *Health Policy and Planning*; 22:95–102
- Stufflebeam, D.L., et al.(1971).*Educational Evaluation and Decision – Making, Illinois ; Peacock Publishers., Inc.*
- WHO (1978). "Alma Ata 1978: Primary Health Care". HFA Sr. (1).