



รูปแบบการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลโดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

Model of Medical Welfare Fund by Village Health Volunteer Network According to
Sufficiency Economy Philosophy

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุวิทย์ เปียผ่อง
บัณฑิตพงษ์ ศรีอำนาจ
ศิริินทร์ กรุงศรีเมือง
ชนานุช เงินทอง

รายงานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินงบประมาณแผ่นดิน

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ประจำปีงบประมาณ 2557

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย	1
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	2
1.3 ขอบเขตของโครงการวิจัย	2
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	4
1.6 หลักการ	4
1.7 แหล่งเงินทุนของกองทุน	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
2.1. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	5
2.1.1 แนวความคิดเชิงปรัชญา	5
2.1.2 สวัสดิการการรักษาพยาบาล	8
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง	9
2.2.1 ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง	9
2.3. การนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ปฏิบัติตนด้านสุขภาพ	11
2.3.1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	11
2.3.2. การแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ ความรู้เป็นพลวัตร	13
2.3.3. การสร้างชุมชนให้น่าอยู่	13
2.3.4. ร่วมใจกันสร้างเครือข่ายองค์กรสุขภาพดี	13
2.3.5. ทำระบบพอเพียงของครอบครัว	14
2.3.6 การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สามารถทำได้ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว	14
2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	15
2.4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม	15
2.4.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	15
2.4.3 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม	17
2.4.4 ระดับของการมีส่วนร่วม	18
2.4.5 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน	19

2.5. ประชาคมกับการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง	20
2.5.1 แนวคิดประชาคม	20
2.5.2 ประชาคมตำบล	21
2.5.3 หลักการสำคัญในกระบวนการพัฒนาประชาคมตำบล	22
2.5.4 ระดับการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน	23

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
2.6. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ชุมชนเข้มแข็ง พึ่งพิงตนเองได้	24
2.7. การทบทวนวรรณกรรม/สารสนเทศ (information) ที่เกี่ยวข้อง	25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	27
3.1 การดำเนินการวิจัย	27
3.2 การสำรวจพื้นที่ และการเลือกพื้นที่ในการศึกษาวิจัย	27
3.3 การสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	28
3.4 ประชากรและการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง	28
3.5 ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย	29
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล และจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล	29
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	33
3.8 สรุปรูปแบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ชุมชนยอมรับและเขียนรายงานการวิจัย	33
3.9 การนิเทศติดตามประเมินผลกองทุน	33
บทที่ 4 ผลการทดลองและวิเคราะห์ข้อมูล	34
4.1 กลยุทธ์ที่ 1 การเสริมสร้างความสัมพันธ์ของประชาชน/ อสม. /ผู้นำชุมชน	42
4.2 กลยุทธ์ที่ 2 การมีส่วนร่วมของประชาชนกับการดูแลสุขภาพ	44
4.3 กลยุทธ์ที่ 3 การบริหารจัดการกองทุน ด้านการเงิน คณะกรรมการ การบริหารทั่วไปและระเบียบข้อบังคับ ข้อตกลง	45
4.4 กลยุทธ์ที่ 4 การรณรงค์ให้มีจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม(300 th)	46
4.5 กลยุทธ์ที่ 5 การนิเทศติดตาม ประเมินผล เสริมแรงให้กำลังใจ	47

บทที่ 5 สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	51
5.1 สรุปอภิปรายผล	53
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	55
5.3 ข้อเสนอแนะ	58
เอกสารอ้างอิง	61

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual Frame work)	4
ภาพที่ 2 รูปแบบของหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง	9
ภาพที่ 3 วงจรการจัดเวทีประชาคม	30
ภาพที่ 4 อธิการบดี(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิวัต กลิ่นงาม) มาเป็นประธานในการอบรมให้ความรู้เรื่อง กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล (ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท)	48
ภาพที่ 5 คณะผู้วิจัยได้ให้ความรู้การจัดตั้งกองทุนรักษายาบาลแก่สมาชิกสหกรณ์เครดิตยูเนียนวัดใหม่ประเสริฐ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี	48
ภาพที่ 6 แบ่งกลุ่มอภิปราย เรื่อง กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล แยกเป็นรายตำบล	49
ภาพที่ 7 จัดเวทีประชาคม กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล(ใครป่วยช่วย 20 บาท)	49
ภาพที่ 8 จัดเวทีประชาคม กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล(ใครป่วยช่วย 20 บาท)	50
ภาพที่ 9. การเลือกตั้งคณะกรรมการการบริหารกองทุน(ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท)	50

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง รูปแบบการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้เป็นกำลังที่สำคัญในการรวมคนเพื่อจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ขึ้นในแต่ละตำบล นี่สำเร็จได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ 1) ผอ.รพ.สต.บ้านหนองขานาง และหนองกระบุ 2) อสม.และสมาชิกสหกรณ์ 3) ผู้นำชุมชน ผู้นำสหกรณ์และคณะกรรมการกลุ่มย่อย 4) คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ 5) พระครูวัชรสารธรรม เจ้าอาวาสวัดสารหิตาวาส ที่เข้าร่วมโครงการทุกท่านในฐานะผู้นำในการรวมคน ร่วมในการให้ข้อมูลโดยตอบแบบสอบถาม ร่วมเวทีประชาคม โดยร่วมอภิปราย ชักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมเป็นสมาชิกและร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนทุกท่านและขอขอบคุณอาจารย์ทั้ง 3 ท่าน 1) อ.ธนศ ต่วนชะเอม 2) ผศ.ดร.ปัญญา ธีระวิทย์เลิศ 3) ผศ.ดร.วลัยทิพย์ สายชลวิจารณ์ ที่ได้ให้ความรู้ด้านการวิจัยอย่างละเอียดลึกซึ้ง ท้ายสุดนี้ขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรีและสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ที่ได้พิจารณาจัดสรรเงินทุนเพื่อการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดคุณูปการแก่ประชาชนที่เป็นรูปธรรม ซึ่งสามารถจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วมใคร่ปวยช่วยทำบุญ 20 บาท ได้มากกว่า 20 กองทุน ซึ่งเป็นกองทุนต้นแบบซึ่งสามารถขยายการจัดตั้งไปในหมู่บ้านและตำบลอื่นๆ ในจังหวัดเพชรบุรีและจังหวัดอื่นทั่วประเทศ ซึ่งจะช่วยสร้างสังคมที่พึ่งพาช่วยเหลือเกื้อกูล เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่มีน้ำใจต่อกัน มีความรักความสามัคคีเกิดขึ้นในชุมชน

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

นโยบายด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศไทยนั้นว่ามีความเปลี่ยนแปลงอย่างมากในรอบทศวรรษที่ผ่านมา โดยเริ่มด้วยโครงการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข บัตรสุขภาพ 500 บาท โดยได้มีการออกบัตรสุขภาพแก่ประชาชน โดยเน้นไปที่ระดับชุมชน ซึ่งประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งในการมีส่วนร่วมของประชาชน ภายหลังผู้ซื้อบัตรสุขภาพลดลง ประชาชนจะซื้อบัตรเฉพาะมีโรคหรือเจ็บป่วยที่ต้องไปรับบริการจากแพทย์และโรงพยาบาลเท่านั้น ในสมัย พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 ได้พัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” จนถึงปี 2549 ภายใต้การนำของรัฐบาล พล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์ สนับสนุนแนวความคิด “การประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น ในปี 2551 รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เสนอนโยบายบัตรประชาชนบัตรเดียว รักษาฟรีทั่วประเทศ 48 ล้านคน ทุกนโยบายต่างได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องการเพิ่มภาระทางการเงินการคลังของรัฐบาล ทำให้เกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการ ด้านต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล แต่่นโยบายนี้ถือเป็นนโยบายโดดเด่นของรัฐบาล ทำให้ประชาชนซึ่งเป็นแรงงานนอกระบบประมาณ 50 ล้านคน เข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งนโยบายดังกล่าวรัฐบาลจ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยปีละ 2,895.60 บาทต่อคนต่อปี

ในความเป็นจริง นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะทำให้คนส่วนใหญ่ซึ่งเป็นแรงงานนอกระบบประมาณ 50 ล้านคน สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ค่อนข้างทั่วถึง เท่าเทียม และไม่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล แต่ปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาลถึงแม้ว่าจะไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล แต่จะมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นหลายอย่าง เช่น ค่าพาหนะ ค่าใช้จ่ายระหว่างเผ่าไข้ ค่าอาหาร เป็นต้น ขณะที่ตนเองไม่ได้ประกอบอาชีพ ขาดรายได้ แต่มีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีองค์กรทางการเงินในระดับหมู่บ้านที่เขาเก็บออมเงินไว้ เช่น กองทุนหมู่บ้าน สหกรณ์เครดิตยูเนียน กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ ฯลฯ ซึ่งสามารถกู้เงินฉุกเฉินได้ สมาชิกประเภทนี้ส่วนใหญ่ได้ใช้สิทธิกู้เงินเต็มสิทธิไปแล้วทุกองค์กร ถึงแม้ว่าองค์กรการเงินเหล่านี้จะมีสวัสดิการรักษายาบาล ปีละ 500 ถึง 1,000 บาท แต่จะเบิกสวัสดิการเหล่านี้ได้หลังจากการหายเจ็บป่วยแล้ว เมื่อเข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และเป็นจำนวนเงินไม่มากนัก ดังนั้น เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้เงินในยามเจ็บป่วยเพื่อการรักษายาบาลตนเองในโรงพยาบาลบางรายจำเป็นต้องพึ่งพาจาก

การเงินนอกระบบ เงินด่วนทันใจและสถาบันการเงินทั้งหลาย ซึ่งเป็นภาระที่ต้องจ่ายค่าดอกเบี้ยสูงมาก และต้องคืนเงินเป็นรายวัน ซึ่งสร้างความเดือดร้อนให้กับคนกลุ่มนี้มาก บางรายบางครอบครัวต้องหนีหนี้นอกระบบออกจากหมู่บ้านกันไปเลย เป็นความทุกข์ยากที่น่าสงสาร นักวิจัยซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งที่ทำงานคลุกคลีอยู่กับชาวบ้านมาตลอดในฐานะผู้นำในการจัดตั้งเครดิตยูเนียน เห็นความทุกข์ร้อนของชาวบ้านในยามที่คนในครอบครัวเจ็บป่วยและไม่มีเงิน

หากมีการส่งเสริมให้ชาวบ้านรวมกลุ่มกัน รู้จักช่วยตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกันในยามคับขัน กรณีเจ็บป่วย เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นคนไข้ใน โดยช่วยกันครอบครัวละ/คนละ 10 หรือ 20 บาท แต่จะต้องรวมตัวกันเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 200 - 300 คน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือจากกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลเมื่อเป็นคนไข้ในครั้งละประมาณ 4,000 - 6,000 บาท สามารถบรรเทาความเดือนร้อนได้มาก ซึ่งจะเป็นการสร้างความรัก ความสามัคคี ความเอื้อเฟื้อเอื้ออาทรต่อกัน สร้างความผูกพัน สร้างสรรค์สังคมที่ยึดเหนี่ยวกันภายใต้คำขวัญที่ว่า “เงิน 20 บาทช่วยเหลือเพื่อนบ้านยามเจ็บป่วยได้ทั้งหมู่บ้าน” เป็นการสร้างมูลค่าเพิ่มของเงินทางสังคมอีกทางหนึ่ง เพื่อเหนี่ยวรั้งสังคมมิให้เป็นสังคมที่ต่างคนต่างอยู่ตัวใครตัวมัน ไม่ใส่ใจในความทุกข์ร้อนของเพื่อนบ้าน การดำเนินกิจกรรมเพื่อสุขภาพจะเกิดความยั่งยืนได้ต้องมาจากการมีส่วนร่วมของประชาชน ร่วมกำหนดรูปแบบหรือแนวทางนโยบายที่เหมาะสมกับพื้นที่และความต้องการของประชาชน การที่จะจัดการให้มีระบบสุขภาพ/รักษายาบาลที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ ควรที่ประชาชนในพื้นที่นั้นได้ร่วมกันวางแผนทางและการจัดการให้มีขึ้น และบริหารจัดการในเรื่องของงบประมาณ บริหารจัดการบุคคล (คณะกรรมการ) และบริหารจัดการทั่วไป (ระเบียบข้อบังคับ) ซึ่งเป็นไปตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไร ดำเนินงาน และบริหารจัดการเงินทุนในระดับพื้นที่หรือท้องถิ่นที่ได้ ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น นักวิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการทำการศึกษาวิจัยรูปแบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่จัดตั้งขึ้นในชุมชน เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของชนระดับล่าง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้สำรองเงินไว้รักษายาบาลหรือเพื่อสุขภาพ และการช่วยเหลือในขณะเจ็บป่วย ซึ่งในยามทุกข์ร้อนจะมีคุณค่าทางด้านจิตใจอย่างมหาศาล เพราะไม่รู้สึกลำบากแต่กลับมีความอบอุ่นและมีความสุขและเป็นการสร้างสรรค์เป็นสังคมที่พึ่งพาเอื้ออาทรต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1.2.1 เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้เป็นกำลังหลักที่สำคัญในการรวมคนเพื่อจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขึ้นในแต่ละตำบล

1.2.2 จัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม

1.3 ขอบเขตของโครงการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยเป็นการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเพชรบุรี อำเภอละ 2 แห่งโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purpose Sampling) คือเลือกเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีประชากรในเขตบริการมากกว่า 2,000 คนโดยประมาณและมีความพร้อมด้านบุคลากรที่จะเข้าร่วมโครงการ

1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

1) ศึกษากระบวนการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในระบบสาธารณสุข ทั้งในด้านการอภิบาลและการเงินการคลัง

2) เพื่อศึกษารูปแบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ชุมชนยอมรับได้และสามารถดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม

3) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานของกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ประสบความสำเร็จ

1.3.2 ขอบเขตด้านประชากร

โดยการรวบรวมข้อมูลแบบสุ่มเฉพาะเจาะจง (Purpose Sampling) ประชากรที่ใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชากรที่ใช้ในการวิจัยมี 3 กลุ่ม

- 1) ข้าราชการและบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)ในจังหวัดเพชรบุรี
- 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 3) ประชาชนในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.3.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

ศึกษาวิจัยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในจังหวัดเพชรบุรี อำเภอละ 2 แห่ง รวม 16 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูล เขียนรายงานการวิจัยที่สถาบันวิจัยและส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

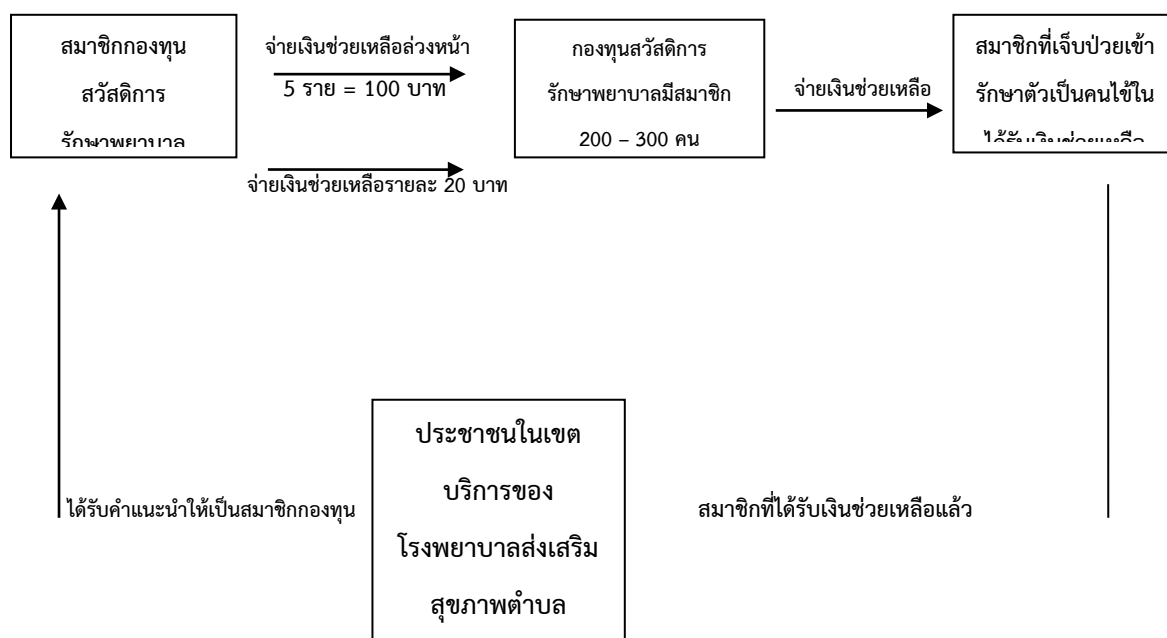
1.4.1 ทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล และปัจจัยที่ทำให้การบริหารจัดการกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลประสบความสำเร็จ

1.4.2 สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลในเครือข่ายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆและในจังหวัดอื่นๆได้

1.4.3 จะได้กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วมเป็นต้นแบบในการขับเคลื่อนขยายไปจัดตั้งในท้องที่หมู่บ้าน ตำบลอื่นๆทั้งจังหวัดหรือในจังหวัดอื่นๆ

1.4.4 สามารถนำผลการวิจัยไปเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ต่อกลุ่มเป้าหมายรวมทั้งลงตีพิมพ์ในวารสารของมหาวิทยาลัย

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual Frame work)

1.6 หลักการ

- 1) สมาชิกกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลจะจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกล่วงหน้า 5 ราย = 100 บาท
- 2) สมาชิกกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลจะจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกเมื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน(IPD) รายละ 20 บาท
- 3) กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลจะจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกที่เข้ารับรักษาตัวเป็นคนผู้ป่วยใน(IPD) รายละ 90 ของเงินที่เก็บได้
- 4) กองทุนจะหักเงินไว้รายละ 10 ของเงินที่สมาชิกเก็บได้ไว้เป็นทุนสำรองและใช้เพื่อการบริหารจัดการกองทุนสมาชิกแต่ละรายจะได้รับเงินสงเคราะห์ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี

1.7 แหล่งเงินทุนของกองทุน

- 1) เงินช่วยเหลือจากสมาชิกรายละ 20ต่อคนใช้ใน 1 ราย
- 2) ทุนสำรอง
- 3) เงินบริจาค

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินการวิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลโดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

1. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
3. การนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ปฏิบัติตนด้านสุขภาพ
4. การมีส่วนร่วม
5. ประชาคมกับการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง
6. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ชุมชนเข้มแข็ง พึ่งพิงตนเองได้
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1.1 แนวความคิดเชิงปรัชญา

"สิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ชาติทุกคนพึงมีก็คือ การมีภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี สามารถดำรงชีวิตและประกอบกิจการได้โดยร่างกายแข็งแรงและจิตใจเป็นสุข มีโอกาสในการแสวงหาการรักษาพยาบาลหรือสามารถรับบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างสมัครใจและเกิดความพึงพอใจ โดยที่ทั้งคนยากจนหรือคนร่ำรวยมีโอกาสนำเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน ไม่มีข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจหรือชนชั้นทางสังคมมาขวางกั้น"

(โครงการวารสารธรรมศาสตร์, 2534 หน้า 138-149)

นั่นคือ ปณิญาสากล่าวด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชน เป็นแนวความคิดที่สอดคล้องต้องกันทั้งขององค์การสหประชาชาติและขององค์การอนามัยโลก ในประเทศไทยเองก็ได้กำหนดอย่างชัดเจนในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ดังมาตรา 52 ซึ่งบัญญัติเอาไว้ว่า

"บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยไร้มีสิทธิได้รับการรักษายาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ"

" การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่กระทำได้"

การจะไปสู่สิทธิขั้นพื้นฐานดังกล่าวข้างต้นให้ได้นั้น วิธีที่เหมาะสมก็น่าจะเป็นวิธีที่ว่าด้วยการให้ประชาชนทุกๆ คนมี **"หลักประกันสุขภาพ"** นั่นเอง เพราะหากประชาชนทุกๆ คนมีหลักประกันสุขภาพแล้ว โอกาสที่จะได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์หรือกรณีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการทางด้านสุขภาพให้ได้อย่างเสมอภาคและมีความเท่าเทียมกันก็ย่อมมีความเป็นไปได้สูง

นโยบายด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศไทยนับว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในรอบทศวรรษที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายนี้ทำให้โดยภาพรวมคนไทยมีสุขภาพดีขึ้นกว่าในอดีต คนไทยสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างกว้างขวางและทั่วถึงมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในเรื่องคุณภาพของการให้บริการยังคงเป็นปัญหา ทรัพยากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขยังคงขาดแคลน และยังมีคนไทยอีกจำนวนไม่น้อยที่ยังคงเผชิญกับความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจากโรคภัยร้ายแรงต่าง ๆ

ที่ผ่านมาประเทศไทยมีการพัฒนานโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในระยะแรกของระบบประกันสุขภาพ ได้มีการออกบัตรสุขภาพแก่ประชาชน โดยเน้นไปที่ระดับชุมชน ซึ่งผลการดำเนินงานในตอนแรกได้รับความสำเร็จในระดับหนึ่งในแง่การมีส่วนร่วมของประชาชน แต่ต่อมาการดำเนินโครงการได้ลดลงอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดลงในช่วงปี พ.ศ. 2530-2531 สาเหตุที่สำคัญที่ส่งผลให้โครงการการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ ไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องนั้น ทางสำนักประกันสุขภาพได้มีการศึกษา พบว่า โครงการประกันสุขภาพในยุคแรกเป็นโครงการของชุมชน โดยให้ชุมชนที่มีความสามารถในการจัดตั้งกองทุน และบริหารจัดการด้านการเงินได้จัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพภายในชุมชน แต่ผลการศึกษพบว่ากองทุนไม่สามารถบริหารจัดการการเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการนำเงินกองทุนไปใช้ในการพัฒนาชุมชนในด้านอื่นเป็นจำนวนมาก นอกจากนั้น กฎเกณฑ์ ระเบียบต่างๆ ของโครงการมีความซับซ้อนทำให้ยากแก่ความเข้าใจของประชาชนในชุมชน รวมทั้งประชาชนไม่เข้าใจในเรื่องประโยชน์ของการเก็บเงินเข้ากองทุนประกันสุขภาพหรือการเก็บเงินล่วงหน้าจึงส่งผลให้จำนวนประชาชนที่เข้าร่วมโครงการลดลงอย่างต่อเนื่อง

การประกันสุขภาพได้มีการพัฒนาต่อเนื่อง เช่น โครงการบัตรประกันสุขภาพสมัครใจราคา 500 บาท โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับปรุงกฎเกณฑ์ รูปแบบ วิธีการ เงื่อนไข และสิทธิประโยชน์ของบัตรและได้เริ่มดำเนินการในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 นั้น แต่ก็เกิดปัญหาเช่นเดียวกัน คือ ประชาชนจะซื้อบัตรเฉพาะเวลามีโรคหรือเจ็บป่วยที่ต้องไปรับบริการ

จากแพทย์และโรงพยาบาลเท่านั้น แต่คนปกติแข็งแรงก็ไม่นิยมซื้อบัตรประกันสุขภาพ เพราะมองไม่เห็นความจำเป็นดังกล่าว นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่โครงการไม่ได้รับความนิยม คือเรื่องความเชื่อของการได้รับการบริการด้านการแพทย์ และคุณภาพของยา ระหว่างผู้ถือบัตรประกันสุขภาพราคา 500 บาทกับผู้ชำระเงินเต็มจำนวนมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด อุปสรรคที่สำคัญของการประกันสุขภาพ คือ การดำเนินการต่างๆ ที่ผ่านมาในระยะแรก เป็นการดำเนินงานภายใต้นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่โครงการหรือนโยบายหลักของรัฐบาล ดังนั้น ความสำเร็จในเชิงรูปธรรมในช่วงแรกจึงไม่สามารถเห็นภาพชัดเจน

อย่างไรก็ตาม การประกันสุขภาพเริ่มมีทิศทางที่สดใสชัดเจนขึ้น ในยุครัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร กล่าวคือ ในปี 2544 ได้นำแนวคิดเรื่องการประกันสุขภาพมาเป็นนโยบายหลักและเร่งด่วน จนได้รับความนิยมจากประชาชน และถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของประวัติศาสตร์ไทยที่ทุกพรรคการเมือง เริ่มใช้นโยบายด้านการประกันสุขภาพมาเป็นนโยบายหลักในการหาเสียง รัฐบาลพรรคไทยรักไทยได้จัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขึ้นเพื่อเป็นหน่วยงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้นำเสนอนโยบายด้านการประกันสุขภาพซึ่งประชาชนรู้จักกันดีในชื่อ “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” โดยเริ่มมีการกำหนดใช้ในวันที่ 1 เมษายน 2544 นำร่องใน 6 จังหวัด และขยายตัวอย่างต่อเนื่องจนครบทุกจังหวัดในประเทศไทย ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการเปลี่ยนรัฐบาลในหลายช่วงเวลา แต่ก็ไม่ได้ทำให้การพัฒนาประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องสะดุดหรือติดขัดแต่อย่างใด

จนกระทั่งปี 2549 การประกันสุขภาพของประเทศไทย เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้งภายใต้การนำของรัฐบาล พล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์ ซึ่งสนับสนุนแนวความคิด “การประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น” รวมทั้งปี 2551 รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ โดย นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้นำเสนอนโยบายบัตรประชาชนบัตรเดียว รักษาฟรีทั่วประเทศ 48 ล้านคน

จากที่กล่าวมา ไม่ว่านโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ นโยบายบัตรประชาชนบัตรเดียวรักษาฟรีทั่วประเทศ 48 ล้านคน ต่างได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องการเพิ่มภาระด้านการเงินการคลังของรัฐบาล รวมทั้งอาจจะเป็นปัญหาด้านการบริหารจัดการต้นทุน ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในเขตเมืองและชุมชน แต่นโยบายเหล่านี้ก็ได้ถูกนำไปใช้ และถือว่าเป็นผลงานที่โดดเด่นของรัฐบาล

ปี 2554 นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้ รับการแต่งตั้งเป็นนายกรัฐมนตรี และจัดตั้งรัฐบาล โดยมีนายวิทยา บุรณศิริ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีแนวความคิดที่จะนำนโยบายการเก็บเงิน 30 บาทต่อการรักษากลับมาใช้ใหม่ ในเดือนพฤศจิกายน 2554 โดยมีเหตุผลว่าเป็นเรื่องการค้า ศักดิ์ศรีให้ผู้รับบริการให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพดีเพิ่มมากขึ้น และเป็นสิ่งที่ประชาชนต้องการ ถือเป็นหลักประกันด้านสุขภาพที่รัฐบาลมีให้กับประชาชน ส่วนเรื่องเงินค่าธรรมเนียมที่เก็บจากผู้รับบริการ อาจนำไปดูแลผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ของรัฐ เพื่อเพิ่มขวัญกำลังใจบุคลากร นอกจากนี้ รัฐบาลยังมีแนวคิดบูรณาการระบบไอทีและอินเทอร์เน็ตมาเชื่อมโยงการบริการการรักษาภายใต้โครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ มีการเพิ่มคลินิก และสถานพยาบาลในเขตชุมชนหนาแน่น โดยมีเป้าหมายเพิ่มความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการ ไม่ต้องเดินทางไกล และได้รับการรักษามาตรฐานเดียวกัน โดยมีความเชื่อมั่นว่านโยบายเหล่านี้จะสามารถแก้ปัญหาการให้บริการโดยจะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลได้ โดยคาดว่าจะภายใน 6 เดือน จะทำให้ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลลดลงได้ถึงร้อยละ 50 และภายใน 2 เดือน จะเห็นผลที่ชัดเจน

2.1.2 สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

ประชากรทั่วประเทศได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจากรัฐ โดยส่วนใหญ่ได้รับบัตรประกันสุขภาพ(บัตรทอง)มากที่สุดของผู้ได้รับสวัสดิการจากรัฐ เป็นบัตรทองประเภทเสีย 30 บาท และบัตรทองไม่เสีย 30 บาท แต่ว่าสวัสดิการดังกล่าวอาจจะไม่สามารถคุ้มครองทุกโรคหรือต้องมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ซึ่งเป็นจำนวนที่มากพอสมควรทำให้เกิดปัญหาสำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อยยากจน ไม่สามารถที่จะชำระค่าใช้จ่ายต่างๆและอาจจะไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากไม่มีเงิน โดยเฉพาะประชาชนที่เป็นโรคที่ร้ายแรง เช่น มะเร็ง ปอด หัวใจ ไตวาย เป็นต้น ประชาชนอาจที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจำนวนมากเพราะเนื่องจากที่สิทธิสวัสดิการคุ้มครองทำให้เกิดช่องว่างในการรักษาพยาบาลระหว่างคนจนกับคนรวย คนจนอาจไม่มีเงินที่จะรักษาตัวเอง สวัสดิการรองด้านการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ประชากรทั้งประเทศได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นๆโดยส่วนใหญ่ได้รับสวัสดิการจากการประกันสุขภาพกับบริษัทประกันภัย

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นการรักษาพยาบาลพร้อมสวัสดิการในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ เอกชน ตลอดจนให้นำระบบการเบิกจ่ายตรงมาให้

สถานพยาบาลรัฐ เอกชน เป็นการลดขั้นตอนการดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมค่าใช้จ่ายของรัฐและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลจะรวมถึงการตรวจสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุข จะไม่รวมถึงการส่งเสริมความงาม ส่วนผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการสำหรับตัวเองหรือบุคคลในครอบครัว ในการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของเอกชนต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดประเภทผู้ป่วยใน การเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของเอกชนที่มีใช้สถานพยาบาลเพราะกรณีที่มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัย หรือมีความจำเป็นรับจ่าย ซึ่งหากมิได้รับการรักษาพยาบาลอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือกรณีรักษาเป็นครั้งคราว เพราะเหตุที่สถานพยาบาลของทางราชการมีความจำเป็นต้องส่งตัวให้แก่สถานพยาบาลของเอกชน สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจัดเป็นการคุ้มครองสุขภาพ ประชาชนจำแนกเป็นสวัสดิการหลักด้านค่ารักษาพยาบาลของประชากรไทย ที่จัดทำให้โดยหน่วยงานของรัฐ และสวัสดิการรองค่ารักษาพยาบาลของประชากรไทยที่ได้จากหน่วยงานอื่น สวัสดิการหลักด้านค่ารักษาพยาบาล ที่ประชากรไทยทุกคนพึงได้รับจากรัฐ

2.2. แนวคิดเกี่ยวกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

การพัฒนาตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง คือ การพัฒนาที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของทางสายกลางและความไม่ประมาท โดยคำนึงถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว ตลอดจนใช้ความรู้ความรอบคอบ และคุณธรรม ประกอบการวางแผน การตัดสินใจและการกระทำ

ทางสายกลาง



ภาพที่ 2 รูปแบบของหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

2.2.1 ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีหลักพิจารณาอยู่ 5 ส่วน ดังนี้

- **กรอบแนวคิด** เป็นปรัชญาที่ชี้แนะแนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติตนในทางที่ ควรจะเป็น โดยมีพื้นฐานมาจากวิถีชีวิตดั้งเดิมของสังคมไทย สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ตลอดเวลา และเป็น การมองโลกเชิงระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มุ่งเน้นการรอดพ้นจากภัย และวิกฤต เพื่อ ความมั่นคง และ ความยั่งยืน ของการพัฒนา
- **คุณลักษณะ** เศรษฐกิจพอเพียงสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติตนได้ในทุกระดับ โดยเน้นการปฏิบัติบนทางสายกลาง และการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน
- **คำนิยาม** ความพอเพียงจะต้องประกอบด้วย 3 คุณลักษณะ พร้อม ๆ กัน ดังนี้
 - **ความพอประมาณ** หมายถึง ความพอดีที่ไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไปโดยไม่ เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น เช่นการผลิตและการบริโภคที่อยู่ในระดับพอประมาณ
 - **ความมีเหตุผล** หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความพอเพียงนั้น จะต้อง เป็นไปอย่างมีเหตุผลโดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจาก การกระทำนั้น ๆ อย่างรอบคอบ

- **การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว** หมายถึง การเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นโดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกล

- **เจื่อนใจ** การตัดสินใจและการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้อยู่ในระดับพอเพียงนั้น ต้องอาศัยทั้งความรู้ และคุณธรรมเป็นพื้นฐาน กล่าวคือ

- **เจื่อนใจความรู้** ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ความรอบคอบที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาพิจารณาให้เชื่อมโยงกัน เพื่อประกอบการวางแผน และความระมัดระวังในขั้นปฏิบัติ

- **เจื่อนใจคุณธรรม** ที่จะต้องเสริมสร้างประกอบด้วย มีความตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริตและมีความอดทน มีความเพียร ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต

- **แนวทางปฏิบัติ/ผลที่คาดว่าจะได้รับ** จากการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ คือ การพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืน พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความรู้และเทคโนโลยี

จากการสังเคราะห์แนวพระราชดำริเกี่ยวกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงแล้ว พบว่าองค์ประกอบของแนวคิดเกี่ยวกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. พอประมาณ

หลักแรกของพอประมาณ คือ คุณธรรม เป็นสิ่งค้ำจุนชีวิตให้อยู่ได้ด้วยความดีงาม ความซื่อสัตย์ ความเมตตากรุณา รวมทั้งความกล้าหาญในการเผชิญปัญหาต่างๆ และมีความพอเพียง แสวงหาทางออกด้วยสติและปัญญา

หลักที่สอง คือ ภูมิปัญญา เป็นการค้นหาคุณค่าดีงามของบรรพบุรุษ ความรู้ภูมิปัญญาในการทำมาหากิน การอยู่ร่วมกันกับธรรมชาติ กับคนอื่น

หลักที่สาม คือ ความเรียบง่าย รากฐานและพื้นฐานของชีวิต หมายความว่า มีสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตอย่างพอเพียง และมีความสุข สบายพอสมควร แต่ก็ไม่ใช่ถึงขั้นฟุ่มเฟือย เกินความจำเป็นและสุข สบายเกินพอดี

2. มีเหตุผล

องค์ประกอบประการที่สองของหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง คือ การมีเหตุผล หมายถึง การทำอะไรควรใช้ข้อมูล ความรู้ วิชาการ ควรทำงานอย่างมีแบบมีแผน ไม่คิดจะทำอะไรก็ทำ ใช้ความรู้มากกว่าความรู้ ใช้ความเห็นมากกว่าการพิจารณา

3. มีภูมิคุ้มกันที่ดี

องค์ประกอบที่สามของหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง คือ การมีภูมิคุ้มกันที่ดีปัญหาสำคัญของชาวบ้านในปัจจุบัน คือการขาดความมั่นคงในชีวิตไม่มีระบบสวัสดิการครอบคลุม เกิด แก่ เจ็บ ตาย และมีบ้านนา บางคนมีลูกมีหลานอาจจะพอพึ่งพาอาศัยได้ แต่หลายคนต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ดังนั้นสังคมต้องมีการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้กับทุกคนในสังคม ทุกเพศ ทุกวัย โดยเฉพาะทุกคนที่เป็นแรงงานนอกระบบที่ไม่มีสวัสดิการจากรัฐบาลจะต้องรวมตัวกันให้เกิดพลังและมีภูมิคุ้มกันที่ดี โดยรวมตัวกันจัดตั้งเป็นกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล

การนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาบูรณาการเชื่อมโยงโดยให้สมาชิกกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล นำเงินก้อนเล็กๆ ในจำนวนที่ไม่มาก ในจำนวนที่พอประมาณพอที่จะช่วยเพื่อนบ้านได้ในยามเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและไม่ได้เกิดขึ้นบ่อยครั้งนัก ครั้งละจำนวน 20 บาท มาช่วยเพื่อสมาชิกในยามเจ็บป่วยซึ่งเป็นความทุกข์ร้อนที่ทุกคนจะต้องประสบแน่นอนซึ่งเป็นเหตุเป็นผลที่จะเหนี่ยวนำสังคมไทยไว้ให้เป็นสังคมที่พึ่งพาอาศัยกันช่วยเหลือเกื้อกูลเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่มีความเมตตา ความรัก ความสามัคคีและเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดี เมื่อถึงคราวที่เราเจ็บป่วยต้องเข้ารับรักษาตัวเป็นคนไข้ใน ก็จะได้รับการช่วยเหลือเป็นการตอบแทน ซึ่งเป็นการสร้างสายใยแห่งการผูกพันของคนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับคำขวัญว่า “ให้อย่างมีคุณค่า รับอย่างมีศักดิ์ศรี”

2.3. การนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

เศรษฐกิจพอเพียงเป็นหลักปรัชญาที่ชี้ให้เห็นการดำรงชีวิตในความเป็นจริงของคนทุกระดับชั้น ให้ความสำคัญของการดูแลตนเองโดยเฉพาะในเรื่องที่ใกล้ตัวมากที่สุด พยายามใช้สิ่งที่เห็นสิ่งที่มีคุณค่าในท้องถิ่นนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถทำได้ โดยการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ป้องกันและสร้างภูมิคุ้มกันก่อนที่จะเจ็บป่วย สร้างสุขภาพตนเองให้แข็งแรงก่อนซ่อม ปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดังนี้

2.3.1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self Health Care) เป็นกระบวนการขั้นพื้นฐานที่บุคคลนั้นสามารถกระทำได้คือ การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง พึ่งพาตนเองด้านสุขภาพโดยมีองค์ประกอบของการดูแลตนเองแบบ 5 อ. คือ

1) อาหาร ควรเลือกรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการโดยเฉพาะอาหารในท้องถิ่นอุดมไปด้วยคุณค่าของสารอาหาร ปริมาณการรับประทานอาหารของคนจะแตกต่างกัน บางคนมีความต้องการมากจะบริโภคมาก บางคนมีความต้องการน้อยบริโภคน้อย ในความเป็นจริงแต่ละคนต้องการการบริโภคอาหารให้พอดีกับความต้องการของร่างกาย เพราะถ้ามีการบริโภคเกินพอประมาณมีผลต่อสภาพร่างกายหลายประการ คือ มีผลทำให้เกิดโรคอ้วนและส่งผลต่อโรคความดันโลหิตสูง เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีไขมันในกระแสเลือด ซึ่งโรคทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นเป็นโรคของคนที่มีเงินทองมีฐานะ มีความร่ำรวย มีการบริโภคอาหารเกินความต้องการของร่างกายจะเป็นการทำลายตนเอง อภิสิทธิ์ วิริยานนท์ (2542, หน้า124) ได้ให้ความสัมพันธ์ของรสชาติอาหารกับการเจ็บไข้ได้ป่วยว่า ผู้ชอบรับประทานอาหารรสเปรี้ยวมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเส้นเอ็น ผู้ชอบรับประทานอาหารรสเค็มทำให้ปริมาณของเส้นเลือดเข้มข้นขึ้น ทำให้โลหิตมีการหมุนเวียนไม่สะดวกได้ ผู้ที่ชอบรับประทานอาหารรสเผ็ดจะมีความตึงของกล้ามเนื้อและเอ็น ผู้ที่ชอบในการรับประทานอาหารรสขมมีอาการอาเจียนง่ายและมีปัญหาเกี่ยวกับกระดุก ผู้ชอบรับประทานอาหารรสหวานมีปัญหาเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ ดังนั้นการรับประทานอาหารควรรับประทานแบบพอดีไม่มากและไม่น้อยเกินไปเรียกว่ามีความพอประมาณในการบริโภค

2) การออกกำลังกาย จะเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายทุกระบบเพื่อให้เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายทุกส่วนได้ใช้พลังงานและสังเคราะห์พลังงานหมุนเวียน ทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง การออกกำลังกายที่ดีและให้ผลดีต่อสุขภาพที่สำคัญตรงตามหลักการของเศรษฐกิจพอเพียง คือ การทำให้งานในชีวิตประจำวันมีการออกกำลังกายไปด้วย เช่น การรดน้ำต้นไม้ การทำงานบ้าน การเดินไปทำงาน การเดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟต์ หรือการนั่งทำงานมีการผ่อนคลายอิริยาบถโดยการแกว่งแขน เพื่อเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อหัวใจและกล้ามเนื้อทรวงอก สิ่งเหล่านี้สามารถทำได้โดยไม่ต้องสิ้นเปลืองหรือเสียเวลาที่มีก็จะเป็นข้ออ้างในการที่ไม่ออกกำลังกาย สุขภาพดีไม่มีขายอยากได้ต้องออกกำลังกาย นั่นคือ เหตุผลที่ทุกคนจะออกกำลังกายตามโอกาส เวลา สถานการณ์และวัยของแต่ละคน

3) อากาศ การอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมที่ดี ไร้มลพิษ และสร้างพื้นที่สีเขียวในชุมชน ใน บ้าน สถานที่ทำงาน เพื่อให้เป็นตัวช่วยพอกอากาศบริสุทธิ์ให้กับสภาพร่างกาย การรักษาสมาคมชาติจะช่วยให้สิ่งแวดล้อมคงอยู่แบบธรรมชาติมากที่สุด การใช้การดำเนินชีวิตแบบอยู่ใกล้ชิดธรรมชาติและปรับให้เข้ากับธรรมชาติจะทำให้สุขภาพดีเพราะมีอากาศบริสุทธิ์ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันที่ดี อสม.จะต้องปลูกจิตสำนึกกระตุ้น

ให้ทุกคนร่วมปลูกต้นไม้ในพื้นที่ของตนเองหรือบริเวณที่เป็นที่สาธารณะเพื่อที่จะได้มีพื้นที่สีเขียวเพิ่มขึ้น อากาศจะได้บริสุทธิ์

4) อัจฉริยะ ระบบการขับถ่ายที่มีประสิทธิภาพ เป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งของการมีสุขภาพดี คนที่มีสุขภาพร่างกายที่ดี มีการขับถ่ายกากของเสียที่หมักหมมในร่างกายเป็นประจำทุกวัน และสม่ำเสมอ ความสม่ำเสมอในการขับถ่ายอุจจาระขึ้นอยู่กับบุคคล เด็กทารกอาจถ่ายอุจจาระ 3 – 5 ครั้งต่อวัน ผู้ใหญ่ที่ปกติควรถ่ายอุจจาระไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร น้ำ การออกกำลังกาย รวมทั้งการพักผ่อนมีผลทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระได้ ถ้าคนเรามีการฝึกหัดในการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาจะเป็นปัจจัยสำคัญในการมีสุขภาพดีด้วย การขับถ่ายอุจจาระควรใช้เวลาในการขับถ่ายไม่ควรรีบร้อนในการขับถ่ายควรใช้เวลานั่งประมาณ 10 – 15 นาที หรือเมื่อรู้สึกอยากถ่ายให้รีบไปถ่าย คนส่วนใหญ่จะมีการถ่ายอุจจาระหลังรับประทานอาหารเข้า สิ่งเล็ก ๆ น้อยเหล่านี้ถ้าฝึกหัดเป็นประจำทำให้เกิดความเคยชิน จะช่วยให้มีสุขภาพดีได้โดยไม่ต้องเสียเงินในการรักษาสุขภาพ

5) อารมณ์ ร่างกายกับอารมณ์มีความสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ได้ หากส่วนใดส่วนหนึ่งไม่สมบูรณ์ จะไม่ถือว่าเป็นคนมีสุขภาพดี คนที่มีสุขภาพดีจะต้องมีความสมบูรณ์ทั้งกาย ใจ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข ตามปกติคนจะมีการปรับอารมณ์ โดยการพบปะสังสรรค์ การพูดคุย และมีกิจกรรมนันทนาการ บางคนอาจใช้การปฏิบัติธรรมะ ตามธรรมชาติโดยทั่วไปของมนุษย์มีอารมณ์แตกต่างกันในแต่ละเวลาและโอกาส คนมีอารมณ์ดีและมีความสุขย่อมทำให้บุคคลที่อยู่ใกล้มีความสุขได้เช่นกัน คนที่มีความวิตกกังวล หรือมีปัญหาไม่สามารถแก้ปัญหาได้ สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อระบบการทำงานภายในร่างกาย เมื่อมีการยั้งหรือหัวเราะร่างกายจะผลิตฮอร์โมนความสุข ซึ่งช่วยปรับสมดุลของฮอร์โมนภายในร่างกาย มีการผ่อนคลายความตึงเครียด มีระบบการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น และยังพบอีกว่าการยั้งหรือหัวเราะช่วยลดความตึงเครียดได้ดีกว่าการออกกำลังกายทุกชนิด และที่สำคัญยังเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด ถ้ามีการหัวเราะ 1 นาที เท่ากับได้พักผ่อนนาน 45 นาที การหัวเราะจึงเป็นการออกกำลังกายชนิดหนึ่ง การหัวเราะเป็นยากลุ่มประสาทที่ไม่มีผลข้างเคียง ดังนั้นทุกคนควรจะสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีต้องพยายามคิดเชิงบวก (Positives Thinking) และต้องมีมุขตลก (Sense of humor) จะมีสุขภาพจิตดีและไม่มีโรค

2.3.2. การแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ ความรู้เป็นพลวัต เป็นสิ่งที่ไม่มีการหยุดนิ่งมีการเปลี่ยนแปลงและเคลื่อนไหวตลอดเวลา คนที่ไม่ใฝ่ในการเรียนรู้ทำให้บุคคลเหล่านั้นเป็นคนไม่

ทันสมัย ความรู้ทางสุขภาพที่มีการแสวงหา สามารถนำความรู้นั้นมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ของตนเอง บุคคลในครอบครัว ชุมชน และเป็นการนำองค์ความรู้ที่ได้เรียนรู้ไปสู่การมีสุขภาพดี

2.3.3. การสร้างชุมชนให้น่าอยู่ จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบอื่น ๆ คือ ชุมชนปลอดภัยชุมชน แข็งแรง โดยเฉพาะคนที่อยู่ในชุมชนจะเป็นส่วนที่มีความสำคัญมาก ถ้าคนในชุมชนมีความเข้มแข็ง ร่วมมือ ในการพัฒนาชุมชน ร่วมกันสร้าง ร่วมกันทำ และร่วมใจพัฒนาจะมีผลทำให้ชุมชนนั้นน่าอยู่ และในที่สุดส่งผลถึง ประเทศชาติที่มีความแข็งแกร่งและแข็งแรงในอนาคตได้

2.3.4. ร่วมใจกันสร้างเครือข่ายองค์กรสุขภาพดี การสร้างเครือข่ายทางด้านสุขภาพจะเป็นการรวมตัวกัน เพื่อการสร้างเครือข่ายให้เมืององค์กรสุขภาพกระจายอยู่ทั่วประเทศ ทุกชุมชน การรวมกันของเครือข่ายทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งเกิดพลัง สามารถสร้างภาคีทางด้านสุขภาพให้เป็น เครือข่ายที่เข้มแข็ง มีการสร้างสรรค์สิ่งที่ดีกับสังคมบนพื้นฐานของ “ สุขภาพพอเพียง” การรวมตัวกัน จัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลโดยใช้เครือข่าย อสม. เป็นตัวเชื่อมของคนในชุมชนให้มาร่วมกัน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันยามเจ็บป่วยจะทำให้คนในชุมชนมีความรักความสามัคคีสร้างสายใยแห่ง ความผูกพัน

2.3.5. ทำระบบพอเพียงของครอบครัว ในการสร้างพื้นฐานให้กับชุมชน และประเทศชาติ โดย ใช้พื้นฐานของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการเดินสายกลาง มีความสมดุลพอดี รู้จักพอประมาณ การมีเหตุผล มีภูมิคุ้มกัน และรู้เท่าทันโลก ซึ่งมีการดำเนินงานตามแบบดังนี้ (สุรพจน์ วงศ์ใหญ่ , 2551)

- 1) มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน
- 2) มีความรอบคอบและรู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินเพื่อสุขภาพทุกระดับ
- 3) มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยและการพึ่งตนเอง
- 4) มีบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค
- 5) มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพ
- 6) มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ซื่อตรง ไม่โลภมาก และรู้จักพอเพียง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการพึ่งพาตนเองตามพื้นฐานของปรัชญาประกอบด้วยการยึดสายกลาง มีความสมดุลพอดี รู้จัก พอประมาณ การมีเหตุผล มีภูมิคุ้มกัน และรู้เท่าทันโลก สุขภาพดีตามหลักการของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จะรวมความถึงการมีสุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางสังคมครอบคลุมสุขภาพของปัจเจกบุคคล และสุขภาพทางสังคมในการอยู่ร่วมกัน เน้นในเรื่องการมีสุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุข พอเพียงอย่างยั่งยืน

2.3.6 การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี สามารถทำได้ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

- ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี มีความรักตนเอง รักสังคม อยากรมีสุขภาพ สุขภาวะที่ดี
- ส่งเสริม สนับสนุน สร้างจิตสำนึกด้านสุขภาพตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงให้เกิดกับประชาชนและองค์กร
- ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาระบบสุขภาพไปสู่การพึ่งตนเองตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยผลักดันให้เป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ รวมถึงในองค์กรต่างๆ ทุกระดับและภาคประชาชน

การพัฒนาสุขภาพตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง หมายถึง การพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะที่สมบูรณ์ในทุกมิติของสุขภาพทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในระดับบุคคลหรือองค์กร บนพื้นฐานการพึ่งตนเองเป็นหลัก อย่างทางสายกลางพอประมาณ มีเหตุผล ด้วยหลักความรู้ รอบรู้ รอบคอบ ระมัดระวัง และมีคุณธรรม เป็นพื้นฐานของระบบ มีความซื่อสัตย์ เมตตา จิตอาสา เสียสละ และแบ่งปัน ตามความเหมาะสมของชีวิต เศรษฐกิจ และสังคมที่เป็นอยู่ เพื่อความสมดุล มั่นคง และยั่งยืน

2.4. ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

2.4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การจัดทำงบประมาณนั้นมีหลายขั้นตอน ฉะนั้นจึงต้องมีการมีส่วนร่วมในการ ทำงานของเจ้าหน้าที่วิเคราะห์งบประมาณของสำนักงานงบประมาณ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อ การปรับเปลี่ยนงบประมาณวิธีการทำงานและบทบาทของเจ้าหน้าที่วิเคราะห์งบประมาณ อันจะส่งผลให้สิ่ง

ประสิทธิผลและความสำเร็จในการปฏิบัติงานของสำนักงบประมาณการมีส่วนร่วม (participation) คือ เป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของความ ต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกัน จะต้องมีความจนเกิด ความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้นของการที่มิคนมารวมกันใดควร จะต้องมีการตระหนักว่าปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมด ที่ทำโดยกลุ่มหรือใน นามกลุ่มนั้น กระทำผ่านองค์การ (organization) ดังนั้นองค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้ (ยุพาพร รูปงาม, 2545 หน้า 5)

Erwin (อ้างถึงใน ยุพาพร รูปงาม 2545, หน้า 6) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการมี ส่วนร่วมไว้ว่า คือ กระบวนการให้บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ตัดสินใจ แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของ บุคคล แก้ไขปัญหาร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุน ติดตามการ ปฏิบัติงานขององค์การและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

2.4.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมมี 5 ทฤษฎี ซึ่ง อคิน รพีพัฒน์ (อ้างถึงใน ยุพาพร รูปงาม, 2545, หน้า 7-9) ได้สรุปไว้ดังนี้

2.4.2.1 ทฤษฎีการเกลี้ยกล่อมมวลชน (Mass Precaution)

Maslow (อ้างถึงใน อคิน รพีพัฒน์, 2527, หน้า 7-8) กล่าวว่า การเกลี้ยกล่อม หมายถึง การใช้คำพูดหรือการเขียน เพื่อมุ่งให้เกิดความเชื่อถือและการกระทำ ซึ่งการ เกลี้ยกล่อมมีประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในการปฏิบัติงานและถ้าจะให้ เกิดผลดีผู้เกลี้ยกล่อมจะต้องมีศิลปะในการสร้างความสนใจในเรื่องที่จะเกลี้ยกล่อมโดยเฉพาะในเรื่อง ความต้องการของคนตามหลักทฤษฎีของ Maslow ที่เรียกว่าลำดับขั้น ความต้องการ (hierarchy of needs) คือ ความต้องการของคนจะเป็นไปตามลำดับจาก น้อยไปมาก มีทั้งหมด 5 ระดับ ดังนี้

1) ความต้องการทางด้านสรีระวิทยา (physiological needs) เป็นความต้องการ ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (survival needs) ได้แก่ ความต้องการทางด้านอาหาร ยา เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยา รักษาโรค และความต้องการทางเพศ

2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต (safety and security needs) ได้แก่ ความต้องการที่อยู่อาศัยอย่างมีความปลอดภัยจากการถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูก ขโมยทรัพย์สิน หรือความมั่นคงในการทำงานและการมีชีวิตอยู่อย่างมั่นคงในสังคม

3) ความต้องการทางด้านสังคม (social needs) ได้แก่ ความต้องการความรัก ความต้องการที่จะให้สังคมยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

4) ความต้องการที่จะมีเกียรติยศชื่อเสียง (self-esteem needs) ได้แก่ ความภาคภูมิใจ ความต้องการดีเด่นในเรื่องหนึ่งที่จะให้ได้รับการยกย่องจากบุคคลอื่น ความต้องการ ด้านนี้เป็นความต้องการระดับสูงที่เกี่ยวกับความมั่นใจในตัวเองในเรื่องความสามารถ และความสำคัญของบุคคล

5) ความต้องการความสำเร็จแห่งตน (self-actualization needs) เป็นความต้องการในระบบสูงสุด ที่อยากจะให้เกิดความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่างตามความนึกคิด ของตนเองเพื่อจะพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ความต้องการนี้จึงเป็นความต้องการ พิเศษของบุคคลที่จะพยายามผลักดันชีวิตของตนเองให้เป็นแนวทางที่ดีที่สุด

2.4.2.2. ทฤษฎีการระดมสร้างขวัญของคนในชาติ (National Morale)

คนเรามีความต้องการทางกายและใจถ้าคนมีขวัญดีพอ ผลของการทำงานจะสูง ตามไปด้วย แต่ถ้าขวัญไม่ดีผลงานก็ตกต่ำไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจากว่าขวัญเป็นสถานการณ์ทาง จิตใจที่แสดงออกในรูปพฤติกรรมต่าง ๆ นั้นเอง การจะสร้างขวัญให้ดีขึ้นต้องพยายามสร้าง ทศณคติที่ดีต่อผู้ร่วมงาน เช่น การไม่เอาัดเอาเปรียบ การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับงาน การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น เป็นต้น และเมื่อใดก็ตามถ้าคนทำงานมีขวัญดีจะ เกิดสำนึกในความรับผิดชอบ อันจะเกิดผลดีแก่หน่วยงานทั้งในส่วนที่เป็นขวัญส่วนบุคคล และขวัญของกลุ่ม ดังนั้น จะเป็นไปได้ว่าขวัญของคนเราโดยเฉพาะคนมีขวัญที่ดีย่อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้เช่นกัน (ยุพาพร รูปงาม, 2545, หน้า 8)

2.4.2.3. ทฤษฎีสร้างความรู้รักชาตินิยม (Nationalism)

ปัจจัยประการหนึ่งที่น่าสู่การมีส่วนร่วมคือ การสร้างความรู้รักชาตินิยมให้ เกิดขึ้น หมายถึง ความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองที่จะอุทิศหรือ เน้นค่านิยมเรื่องผลประโยชน์ ส่วนรวมของชาติ มีความพอใจในชาติของตัวเอง พอใจเกียรติภูมิ จงรักภักดี ผูกพันต่อ ท้องถิ่น (ยุพาพร รูปงาม, 2545, หน้า 8)

2.4.2.4. ทฤษฎีการสร้างผู้นำ (Leadership)

การสร้างผู้นำจะช่วยจูงใจให้ประชาชนทำงานควยความเต็มใจเพื่อบรรลุ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ร่วมกัน ทั้งนี้เพราะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญของการร่วมกลุ่มคน จูงใจไปยังเป้าประสงค์ โดยทั่วไปแล้วผู้นำอาจจะมีทั้งผู้นำที่ดีเรียกว่า ผู้นำปฏิฐาน (positive leader) ผู้นำพลวัต คือ เคลื่อนไหวทำงานอยู่เสมอ (dynamic leader) และผู้นำไม่มีกิจ ไม่มีผลงานสร้างสรรค์ ที่เรียกว่า ผู้นำนิเสธ (negative leader) ผลของการให้ทฤษฎีการสร้างผู้นำ จึงทำให้เกิดการระดมความร่วมมือ

ปฏิบัติงานอย่างมีขวัญกำลังใจ งานมีคุณภาพ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และร่วมรับผิดชอบ ดังนั้น การสร้างผู้นำที่ดี ย่อมจะนำไปสู่ การมีส่วนร่วมใน กิจกรรมต่าง ๆ ด้วยดีนั่นเอง (ยุพาพร รูปงาม, 2545, หน้า 8)

2.4.2.5. ทฤษฎีการใช้วิธีและระบบทางการบริหาร (Administration and Method)

การใช้ระบบบริหารในการระดมความร่วมมือเป็นวิธีหนึ่งที่ยั่งยืนเพราะใช้กฎหมาย ระเบียบแบบแผน เป็นเครื่องมือในการดำเนินการ แต่อย่างไรก็ตามผลของ ความร่วมมือยังไม่มีระบบใดที่ดีที่สุดในเรื่องการใช้บริหาร เพราะธรรมชาติของคน ถ้าทำงานตามความสมัครใจอย่างตั้งใจไม่มีใครบังคับก็จะทำงานด้วยความรัก แต่ถ้าไม่ ควบคุมเลยก็ไม่เป็นไปตามนโยบายและความจำเป็นของรัฐ เพราะการใช้ระบบบริหาร เป็นการให้ปฏิบัติตามนโยบายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเพิ่มความคาดหวังผลประโยชน์ (ยุพาพร รูปงาม, 2545, หน้า 8-9)

2.4.3 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

โกวิท พวงงาม (2545, หน้า 8) ได้สรุปถึงการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของประชาชน ในการพัฒนา ควรจะมี 4 ขั้นตอน คือ

2.4.3.1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาของแต่ละท้องถิ่น กล่าวคือ ถ้าหากชาวบ้านยังไม่สามารถทราบถึงปัญหาและเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา ในท้องถิ่นของตนเป็นอย่างดีแล้ว การดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาของท้องถิ่นย่อม ไร้ประโยชน์ เพราะชาวบ้านจะไม่เข้าใจและมองไม่เห็นถึงความสำคัญของการ ดำเนินงานเหล่านั้น

2.4.3.2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เพราะการวางแผนดำเนินงาน เป็นขั้นตอนที่จะช่วยให้ชาวบ้านรู้จักวิธีการคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล รู้จักการ นำเอาปัจจัยข่าวสาร ข้อมูลต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผน

2.4.3.3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน แม้ชาวบ้านส่วนใหญ่จะมี ฐานะยากจน แต่ก็มีแรงงานของตนเองที่สามารถใช้เข้าร่วมได้ การร่วมลงทุนและปฏิบัติงาน จะทำให้ชาวบ้านสามารถคิดต้นทุนดำเนินงานได้ด้วยตนเอง ทำให้ได้เรียนรู้การดำเนิน กิจกรรมอย่างใกล้ชิด

2.4.3.4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ถ้าหากการติดตามงานและประเมินผลงานขาดการมีส่วนร่วมแล้วชาวบ้านย่อมจะไม่ทราบด้วยตนเองว่างานที่ทำ ไปนั้นได้รับผลดี ได้รับประโยชน์หรือไม่อย่างไร การดำเนินกิจกรรมอย่างเดียวกันใน โอกาสต่อไป จึงอาจจะประสบความยากลำบาก

นอกจากนี้สำนักมาตรฐานการศึกษา, สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ, กระทรวง ศึกษาธิการ, สำนักมาตรฐานอุดมศึกษา และทบวงมหาวิทยาลัย(2545,หน้า 116)ยังได้ กล่าวถึง การมีส่วนร่วมใน ขั้นตอนของการพัฒนา 5 ขั้น ดังนี้

- 1) ขั้นมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาในชุมชนตลอดจน กำหนดความต้องการของชุมชน และมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการ
- 2) ขั้นมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนา โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนด นโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่ใช้
- 3) ขั้นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วม ในการสร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์และแรงงาน หรือเข้าร่วม บริหารงาน ประสานงาน และดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก
- 4) ขั้นการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ ประชาชนมีส่วนร่วม ในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการพัฒนาหรือยอมรับ ผลประโยชน์อันเกิดจากการพัฒนาทั้งด้านวัตถุและจิตใจ
- 5) ขั้นการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนา เป็นขั้นที่ประชาชนเข้าร่วม ประเมินว่าการพัฒนาที่ได้กระทำไปนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด

2.4.4 ระดับของการมีส่วนร่วม

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2546, หน้า 17) ได้กล่าวถึงระดับของการมีส่วนร่วมตาม หลักการทั่วไปว่าแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

1. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ของตน/ครอบครัว/ชุมชนของตน
2. การมีส่วนร่วมรับข้อมูลข่าวสาร
3. การมีส่วนร่วมตัดสินใจ โดยเฉพาะในโครงการที่ตนมีส่วนได้เสีย โดย แบ่งเป็น 3 กรณีแล้วแต่กิจกรรมในตนอยู่ในขั้นตอนใดต่อไปนี้
 - 3.1 ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจน้อยกว่าเจ้าของโครงการ
 - 3.2 ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจเท่ากับเจ้าของโครงการ
 - 3.3 ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจมากกว่าเจ้าของโครงการ
4. การมีส่วนร่วมทำ คือร่วมในขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด

5. การมีส่วนร่วมสนับสนุน คืออาจไม่มีโอกาสร่วมทำ แต่มีส่วนร่วมช่วยเหลือ ในด้านอื่น ๆ นอกจากนี้ยังได้มีการแบ่งระดับของการมีส่วนร่วมเป็นระดับของการมีส่วนร่วม ตามแนวทางพัฒนาชุมชน เป็นการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยได้ แบ่งไว้ดังนี้

5.1. ร่วมค้นหาปัญหาของตนให้เห็นว่าสิ่งใดที่เป็นปัญหารากเหง้าของปัญหา

5.2. ร่วมค้นหาสิ่งที่จำเป็นของตนในปัจจุบันคืออะไร

5.2.1 ร่วมคิดช่วยตนเองในการจัดลำดับปัญหา เพื่อจะแก้ไขสิ่งใดก่อนหลัง

5.2.2 วางแผนแก้ไขปัญหาเป็นเรื่อง ๆ

5.2.3 ร่วมระดมความคิด ถึงทางเลือกต่าง ๆ และเลือกทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหาวางแผนนั้น

5.2.4 ร่วมพัฒนาเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้

5.2.5 ร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น ๆ

5.2.6 ร่วมติดตามการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงาน

5.2.7 ร่วมรับผลประโยชน์/หรือร่วมเสียผลประโยชน์จากการดำเนินงาน

2.4.6 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน

หลักการสำคัญของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนมี ดังนี้ (ชิต นิลพานิช และกุลธนา พงศธร, 2532, หน้า 362)

2.4.6.1. หลักการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างทางราชการกับประชาชน โดย ยึดถือความศรัทธาของประชาชนที่มีต่อหน่วยงานหรือต่อบุคคล

2.4.6.2. หลักการจัดความขัดแย้ง ความขัดแย้งในเรื่องผลประโยชน์และความคิด จะมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานพัฒนาเป็นอย่างมากเพราะจะทำให้งานหยุดชะงักและล้มเหลว

2.4.6.3. หลักการสร้างอุดมการณ์และค่านิยมในด้านความขยัน ความอดทน การร่วมมือ การซื่อสัตย์ และการพึ่งตนเอง เพราะอุดมการณ์เป็นเรื่องที่จะจูงใจประชาชนให้ร่วมสนับสนุนนโยบาย และเป้าหมายการดำเนินงาน และอาจก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจ ในการปฏิบัติงาน

2.4.6.4. การให้การศึกษาอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นการส่งเสริมให้คนมีความรู้ความคิด ของตนเอง ช่วยให้ประชาชนมั่นใจในตนเองมากขึ้น การให้การศึกษาอบรมโดยให้ ประชาชนมีโอกาสทดลองคิด ปฏิบัติ จะช่วยให้ประชาชนสามารถคุ้มครองตนเองได้ รู้จักวิเคราะห์เห็นคุณค่าของงาน และนำไปสู่การเข้าร่วมในการพัฒนา

2.4.6.5. หลักการทำงานเป็นทีม สามารถนำมาใช้ในการแสวงหาความร่วมมือในการพัฒนาได้

2.4.6.6. หลักการสร้างพลังชุมชน การรวมกลุ่มกันทำงานจะทำให้เกิดพลังในการ ทำงานและ ทำให้งานเกิดประสิทธิภาพ

อนึ่ง สำนักมาตรฐานการศึกษา, สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ, กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักมาตรฐานอุดมศึกษา และทบวงมหาวิทยาลัย (2545, หน้า 118) ได้ กล่าวถึงยุทธศาสตร์ในการส่งเสริม การมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 2 ประการคือ

1) การจัดกระบวนการเรียนรู้ สามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1.1 การจัดเวทีวิเคราะห์สถานการณ์ของหมู่บ้านเพื่อทำความเข้าใจและเรียนรู้ ร่วมกันในระดับต่าง ๆ

1.2 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือจัดทัศนศึกษาระหว่างกลุ่มองค์กร ต่าง ๆ ภายในชุมชนและระหว่างชุมชน

1.3 การอบรมเพื่อพัฒนาทักษะเฉพาะด้านต่าง ๆ

1.4 การลงมือปฏิบัติจริง

1.5 การถ่ายทอดประสบการณ์และสรุปบทเรียนที่จะนำไปสู่การปรับปรุง กระบวนการทำงานที่เหมาะสม

2) การพัฒนาผู้นำเครือข่าย เพื่อให้ผู้นำเกิดความมั่นใจในตนเองและ ความสามารถที่มี จะ ช่วยให้สามารถริเริ่มกิจกรรมการแก้ไขปัญหา หรือกิจกรรมการ พัฒนาได้ ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

2.1 แลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างผู้นำทั้งภายในและภายนอกชุมชน

2.2 สนับสนุนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุน ข้อมูล ข่าวสารที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง

2.3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้และดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายอย่างต่อเนื่องจะทำให้ เกิดกระบวนการจัดการและจัดองค์กรร่วมกัน

2.5. ประชาคมกับการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง

2.5.1 แนวคิดประชาคม

ในอดีตและปัจจุบัน ระบบสุขภาพที่ดำรงอยู่ในสังคมไทยมีปัญหาพื้นฐานอยู่ที่การมองสุขภาพผ่านกรอบวิธีคิดทางการแพทย์ จึงจำกัดบทบาทการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนไว้ที่สถาบันและบุคลากรทางการแพทย์เป็นสำคัญ กระบวนทัศน์ดังกล่าวจึงมองสุขภาพในลักษณะที่แยกจากมิติอื่นๆทางสังคม และลดทอนการมีสุขภาพดีให้เป็นเพียงการรักษาโรคกับการจัดบริการทางการแพทย์เท่านั้น แม้ในช่วง 2 – 3 ทศวรรษที่ผ่านมาได้มีความพยายามที่จะเน้นงานสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเฉพาะงานสาธารณสุขมูลฐานมีฐานะเป็นนโยบายสำคัญ แต่รูปแบบและเนื้อหาการสร้างการมีส่วนร่วมในงานพัฒนาสาธารณสุขล้วนถูกกำหนดโดยกรอบความคิดของผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และใช้กลไกรัฐเป็นตัวตั้ง ชุมชนและภาคประชาชนมีบทบาทเพียงให้ความร่วมมือกับแผนงานโครงการที่รัฐกำหนดขึ้น การดำเนินงานที่ผ่านมาก็ประสบความสำเร็จบ้างในระยะแรกแต่ก็ขาดความยั่งยืน

ในราว 1 ทศวรรษที่ผ่านมา การเคลื่อนไหวของภาคประชาชนในสังคมไทยอย่างเป็นตัวของตัวเองเด่นชัดขึ้นมาก มีการเกิดขึ้นขององค์กรทางสังคมที่มีเป้าหมายของการพัฒนาชุมชนและสังคมในรูปแบบต่างๆ มากมายเช่น องค์กรชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรวิชาชีพ และองค์กรสาธารณะประโยชน์ต่างๆ โดยองค์กรเหล่านี้ให้ความสนใจกับประเด็นสาธารณะและพยายามริเริ่มกิจกรรมต่างๆ เพื่อพัฒนาสังคมทั้งในภาคเมือง และภาคชนบท โดยให้ความสนใจกับปัญหาสังคมที่สำคัญเช่น ปัญหาสิ่งแวดล้อม แรงงาน ชุมชนแออัด เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ สิทธิมนุษยชน และปัญหาของคนจน ปัจจุบันเนื่องจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจเมื่อปี 2540 จึงได้เกิดปัญหาของคนรวยขึ้นมามากเป็นต้น ความเคลื่อนไหวขององค์กรอิสระนอกภาครัฐที่มุ่งสาธารณะประโยชน์ถูกเรียกรวมๆว่าเป็นขบวนการ “ ประชาสังคมไทย ”

สำหรับในภาคสาธารณสุข กรณีที่มีความเด่นชัดที่องค์กรภาคประชาสังคมมีบทบาทอย่างชัดเจนจนเป็นที่ยอมรับกันได้ได้แก่ การเคลื่อนไหวที่องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรศาสนา องค์กรวิชาชีพต่างๆ ตลอดจนองค์กรชุมชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ได้ก่อตัวขึ้นเป็นเครือข่ายอิสระ ที่ร่วมกันทำงานเพื่อแก้ปัญหาโรคเอดส์จนทำให้สถานการณ์คลี่คลายไปอย่างมาก นอกจากนั้นยังมีโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งภาคเอกชนร่วมกับภาครัฐบาลร่วมกันรณรงค์อย่างใกล้ชิดจนเห็นผลอย่างชัดเจน กล่าวได้ว่าในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา มีองค์กรอิสระนอกภาครัฐที่เข้ามามีบทบาทต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขมากขึ้นอย่างเด่นชัด องค์กรที่มีบทบาทชัดเจนได้แก่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน ชมรมแพทย์ชนบท คณะกรรมการประสานงานภาครัฐและเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน โครงการสมุนไพรรักษาตัวเอง มูลนิธิสุขภาพไทย โครงการฟื้นฟูการนวดไทย โครงการเข้าถึงเอดส์ สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ตลอดจนองค์กรชุมชนต่างๆ ที่มีบทบาท

ในการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพผ่านกองทุนชุมชน และกลุ่มองค์กรหมอยาพื้นบ้านที่ร่วมกันฟื้นฟู อนุรักษ์การแพทย์แผนไทย ฯลฯ องค์กรเหล่านี้มีบทบาทสำคัญทั้งในการถ่วงดุล ตรวจสอบ เสนอแนะ ในการส่งเสริมให้การพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยมีทิศทางที่ถูกต้อง และบรรลุความสำเร็จเกินกว่าที่จะ เป็นไปได้หากปล่อยให้รัฐดำเนินการไปโดยลำพัง กระทรวงสาธารณสุขเองก็เห็นคุณค่าขององค์กร เอกชนเหล่านี้และได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมา

2.5.2 ประชาคมตำบล

การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ประชาชนทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันเสริมสร้างความเจริญให้กับท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ ก่อให้เกิดความกินดี อยู่ดี และอยู่ในสังคมอย่าง มีคุณค่าและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สร้างความเจริญให้กับท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ในกระบวนการ ดังกล่าวจะต้องใช้ความร่วมมือหลายๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกส่วน ใน ระดับตำบล เรียกว่า “ **ประชาคมตำบล** ”

ประชาคมตำบล เป็นกระบวนการที่จะต้องริเริ่มและอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่ เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง ซึ่งกระบวนการประชาคมตำบล เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

ธีระพงษ์ แก้วหาญ และคณะ (2542 หน้า 1) ได้ทำการศึกษาโครงการส่งเสริมและพัฒนา ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าก่อให้เกิด บทเรียนที่สำคัญคือ

2.5.2.1. เกิดกระบวนการพัฒนาศักยภาพคน โดยมีการประสานผู้นำต่างๆ ที่มีอยู่ใน ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมมือกันทำงานเพื่อสุขภาพดีของคนในชุมชนเป็นพหุภาคี ช่วยให้ ชุมชน ท้องถิ่น ที่เข้มแข็ง และผู้แทน ของหมู่บ้าน ตำบลเป็นกลไกประสานงาน

2.5.2.2. เรียนรู้ร่วมกันและผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวางแผน การเรียนรู้ร่วมกัน เกิดจากการได้สนทนาปัญหาสุขภาพที่ตนสนใจ จากเวทีการประชุมกลุ่มย่อยนำมาสู่การส่งเสริมการ วางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยทุกคนเข้ามาร่วมกันออกความคิดเห็น คัดเลือกกิจกรรมที่จะดำเนิน ก่อนหลัง ดูทรัพยากรที่มีอยู่ จนเกิดการแบ่งงานกันทำและประสานความร่วมมือกับผู้อื่น รวมทั้ง พิจารณาความสำเร็จเพื่อปรับปรุง

2.5.2.3. ไม่เพียงแต่ผู้นำที่มีบทบาท แต่ผู้รู้ ผู้ประสบปัญหา คนด้อยโอกาสต่างมีส่วน ร่วมในการนำเสนอปัญหาความต้องการ และร่วมในการพัฒนา ก่อเกิดการกระจายผลประโยชน์และ การพัฒนาสุขภาพอย่างเป็นธรรมพร้อมกับการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพที่ดีและครอบคลุมทุกคน

2.5.2.4. ผู้เข้าร่วมรู้สึกถึงมีศักดิ์ศรีที่ได้แสดงความสามารถเพื่อส่วนรวม ได้มีบทบาทที่ สำคัญในกิจกรรมของหมู่บ้าน ตำบล ได้ร่วมทำงานกับผู้อื่น เรียนรู้บรรทัดฐานของสังคมที่ตนเองอยู่ เกิดการถ่ายทอดแก่บุตรหลาน เยาวชน เกิดบทบาทที่เท่าเทียมกันของชายและหญิง การทำงาน

ร่วมกันอย่างเสียสละเช่นนี้ทำให้ทุกฝ่ายหันหน้าเข้าหากันและมีการจัดการเรื่องต่างๆ ด้วยความสมานฉันท์

2.5.2.5. องค์กรปกครองท้องถิ่น ผู้แทนหมู่บ้านหรือผู้แทนประชาคม เข้าใจบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุน การประสานความร่วมมือเพื่อพัฒนาตำบล หมู่บ้าน และชุมชนของตนเอง

2.5.3 หลักการสำคัญในกระบวนการพัฒนาประชาคมตำบล

หลักสำคัญในกระบวนการพัฒนาประชาคมตำบลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน โดยกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วม มีดังนี้

2.5.3.1 ยึดหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยมีวิธีการดังนี้

- สร้างพลังให้ชุมชนท้องถิ่น
- มีฐานอยู่บนภูมิปัญญาท้องถิ่นและธรรมเนียมการปฏิบัติดั้งเดิมผสมผสาน กับเทคโนโลยีสมัยใหม่
- ตอบสนองความต้องการและเรื่องที่สำคัญของชุมชนและท้องถิ่น
- ยอมรับศักยภาพของคนทุกคน
- ใช้ทรัพยากรอย่างชาญฉลาดเหลือเผื่อไว้ให้ลูกหลาน
- ลดการพึ่งพาผู้อื่น โดยพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด

2.5.3.2 ยกเครื่องการบริหารงานของ อบต . โดยองค์การบริหารส่วนตำบล จะต้องสามารถแสดงคุณลักษณะพื้นฐานที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาประชาคม

- ลดความเป็นทางการ
- ส่งเสริมให้บุคลากรประเภทอาสาสมัครจากหมู่บ้าน ชุมชน เข้าร่วมในการให้บริการท้องถิ่นมากขึ้น
- ความสามารถในการประสานความร่วมมือกับกลุ่มต่างๆ เพื่อให้เข้าร่วมในกิจกรรมพัฒนาของตำบล รวมทั้งมีการส่งเสริมให้ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน เข้าร่วมดำเนินกิจกรรม
- ยึดหลักความรับผิดชอบต่อสาธารณะชนและเปิดเผยต่อชุมชน
- ความสามารถของท้องถิ่นในการเชื่อมต่อกับโลกภายนอกอย่างเหมาะสม
- มีความเป็นนักบริหารมืออาชีพ

2.5.3.3. สร้างองค์กรประชาคมความสำเร็จของการพัฒนาประชาคมจากประสบการณ์ชี้ชัดให้เห็นว่า องค์กรประสานงานโดยเฉพาะองค์กรอาสาสมัครที่มีความสนใจในปัญหาและกิจกรรมต่างๆ มีความสามารถชักชวนให้ประชาชนและกลุ่มต่างๆ ในชุมชนเข้าร่วมในกิจกรรม

องค์กรเหล่านี้ถือเป็นองค์กรที่สำคัญในการประสานความร่วมมือในลักษณะประชาคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสร้างองค์กรประชาคม โดยอาจจะมีการตั้งคณะทำงานของ อบต. ด้านต่างๆ หรือองค์กรที่มีความสนใจประเด็นปัญหาและพัฒนาการทำหน้าที่เป็นองค์กรประสานงานก็ได้

2.5.3.4. พึ่งพาประสานประชาคมจะบรรลุความสำเร็จไม่ได้หากปราศจากความร่วมมือทั้งใน รูปเครือข่ายแนวราบคือ ความร่วมมือระหว่างองค์กรประชาชน หน่วยงานต่างๆในระดับหมู่บ้าน ตำบล และความร่วมมือในรูปแบบเครือข่ายแนวตั้งคือ การประสานงานกับรัฐบาลในระดับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และระดับชาติ

2.5.3.5. ส่งเสริมการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งจะเป็นเครื่องมือยืนยันว่า ความร่วมมือได้นำไปสู่การตัดสินใจร่วมกัน การวางแผนปฏิบัติ ระดมทรัพยากรร่วมกัน และสรุปบทเรียนร่วมกัน ซึ่งถือว่าเป็นรูปธรรมในทางปฏิบัติของกระบวนการประชาคม

2.5.4 ระดับการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

ความสำเร็จของการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 7 ระดับดังนี้

2.5.4.1. ระดับการมีส่วนร่วมโดยมีผู้กำกับอยู่เบื้องหลัง (Manipulation) หมายถึง การมีส่วนร่วมที่ประชาชนไม่มีอิสรภาพเพราะไม่ได้ใช้ความคิดพิจารณาของตนเองอย่างแท้จริง แต่มีผู้กำหนดบทบาท จุดมุ่งหมาย ตลอดจนวิธีการดำเนินการ คนในท้องถิ่นเพียงดำเนินการตามที่มอบหมายกำหนดไว้

2.5.4.2. ระดับการมีส่วนร่วมแบบปรึกษาหารือ (Consultation) หมายถึง การที่คนในท้องถิ่นถูกเชิญเข้าร่วมประชุมเพื่อขอความคิดเห็นโดยการกำหนดจุดมุ่งหมายและประเด็นตลอดจนมีการกำหนดข้อสรุปไว้ล่วงหน้า ประชาชนเพียงแต่ทำหน้าที่ให้การรับรองตามความประสงค์ของผู้ดำเนินการเท่านั้น

2.5.4.3. ระดับการมีส่วนร่วมเพื่อรับรอง (Consensus Building) หมายถึง การที่ประชาชนถูกเชิญให้เข้าร่วมประชุมเพื่อแสดงความคิดเห็นพ้องกับสิ่งที่ผู้จัดประชุมได้มีข้อสรุปไว้แล้ว ซึ่งอาจจะเป็นข้อสรุปที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนอย่างแท้จริงก็ได้ หรือเป็นข้อสรุปที่แฝงผลประโยชน์ของผู้จัดการประชุมก็ได้

2.5.4.4. ระดับการมีส่วนร่วมเพื่อการตัดสินใจ หมายถึง การมีส่วนร่วมที่ประชาชนมีสิทธิมีเสียงในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยคำนึงถึงความคิดเห็นและความต้องการของ

ประชาชนเป็นสำคัญ จึงเป็นการมีส่วนร่วมที่ให้ความสำคัญต่อความเห็นและความต้องการของประชาชน

2.5.4.5. ระดับการมีส่วนร่วมที่ประชาชนมีความรับผิดชอบในผลของการตัดสินใจเป็นการมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง รวมถึงมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อผลที่เกิดจากการตัดสินใจนั้นด้วย การมีส่วนร่วมในระดับนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการให้เกียรติและเชื่อมั่นในความคิดเห็นของประชาชนเป็นอย่างมาก

2.5.4.6. ระดับการมีส่วนร่วมแบบคนที่เท่าเทียมกัน (Partnerships) หมายถึงการมีส่วนร่วมที่ประชาชนมีสิทธิในการตัดสินใจอย่างเต็มที่ เป็นการเคารพในภูมิปัญญาตลอดจนวัฒนธรรม ของประชาชน โดยถือความคิดและวิถีชีวิตของประชาชนมิได้มีคุณค่าน้อยไปกว่าความคิดและวิถีชีวิตของใคร

2.5.4.7. ระดับการมีส่วนร่วมที่ประชาชนพึ่งพาตนเอง (Self Reliance) หมายถึง การมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเป็นผู้กำหนดทิศทางและแนวทางในการแก้ปัญหาและพัฒนาด้วยตนเองของประชาชนอย่างเต็มที่ ความหวังอันสูงสุดก็คือ การช่วยให้คนในท้องถิ่นสามารถมีส่วนร่วมในระดับสุดท้ายคือ ระดับการมีส่วนร่วมที่ประชาชนพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเป็นหลักประกันว่าคนในท้องถิ่นจะสามารถพึ่งตนเองในการแก้ปัญหาและพัฒนาท้องถิ่นได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน

2.6. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ชุมชนเข้มแข็ง พึ่งพึ่งตนเองได้

ในอดีตที่ผ่านมา หลายท้องถิ่นเกิดปัญหารอบด้าน แต่ปัญหาที่สำคัญที่สุดคงหนีไม่พ้นปัญหาสุขภาพ ที่หลายพื้นที่ ประชากรต้องพบกับความเสี่ยงในการเกิดโรคร้าย ด้วยสาเหตุหลายหลายปัจจัย ทั้งขยะล้นเมือง อาหารไม่ปลอดภัย ผู้สูงอายุและคนพิการขาดคนดูแล เยาวชนมีปัญหา ไม่มีหลักประกันในความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สิน จึงทำให้หน่วยงานรัฐด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ได้ร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหา โดยกำหนดแผนงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนขึ้นมาเพื่อสร้างเครือข่ายและเป้าหมายในการทำงานของชุมชนให้มีความเข้มแข็ง และช่วยเหลือตัวเองในประเด็นปัญหาสุขภาพ

"ระบบสุขภาพชุมชน" หมายถึง ระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ที่สัมพันธ์กันและทำให้เกิดสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยความร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) เป็นหน่วยงานหลักที่เข้ามาขับเคลื่อนเรื่องนี้

โดยตรงโดยพยายามจัดวางเครื่องมือซึ่งมีโครงสร้างหลักเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน มุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระบบการจัดการ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ระบบการดูแลตนเองและช่วยเหลือกัน เพื่อทำให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน โดยกลุ่มคนต่างๆ ในชุมชนจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องเช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เด็กและสตรี ที่จะต้องมีระบบการดูแลฉุกเฉิน ระบบสวัสดิการ เพื่อการดูแลในด้านต่างๆ มีกลุ่มอาชีพที่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้

ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานของแผนงานประกอบด้วย

- 1) การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ โดยมีเป้าหมายในการสร้างตำบลต้นแบบ และตำบลเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) เป็นแหล่งเรียนรู้ สำหรับพื้นที่อื่นๆ รวมถึงวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้และชุดประสบการณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติจริงในแต่ละพื้นที่
- 3) การสังเคราะห์ทางวิชาการเพื่อการเรียนรู้ในระดับต่างๆ และขยายผลในระดับนโยบาย พัฒนานโยบายเพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ อันเกิดจากการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ขับเคลื่อนสังคมและ
- 4) ขยายเครือข่ายเพื่อให้เกิดการรวมตัวของพื้นที่ตำบลต้นแบบในลักษณะเครือข่ายการเรียนรู้ และสร้างกระบวนการในการเกิดการขยายเครือข่าย เพื่อให้เกิดค่านิยมสุขภาวะชุมชนคือเป้าหมายและคุณค่าของการพัฒนา

วิธีปฏิบัติงาน ด้วยความคิดพื้นฐานที่ว่าทุกที่มีต้นทุนอยู่แล้ว การทำงานจึงเน้นสร้างและเสริมให้แข็งแกร่งยิ่งขึ้น โดยจะทำงานจากชุดข้อมูลสุขภาพของชุมชน จากพื้นที่จริง โดยใช้คนทำงานจริงเป็นคนต้นแบบ อาทิ ผู้นำองค์กร กลุ่มแกนนำ กลุ่มชมรมต่างๆ กลุ่มอาสาสมัคร(อสม.) หน่วยราชการ ที่ดูแลรับผิดชอบด้านสุขภาพของตำบล โดยใช้วิธีการพูดคุย จัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน ซึ่งผลลัพธ์ที่เราต้องการในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน คือชุมชนจะต้องเข้มแข็ง เกิดระบบในการดูแลผู้สูงอายุ ระบบในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ระบบของการดูแลฉุกเฉิน และอุบัติเหตุ พร้อมทั้งเกิดระบบเฝ้าระวังโรคและภาวะทางสังคม รวมถึงการสร้างระบบในการดูแลผู้ด้อยโอกาส ระบบสวัสดิการชุมชน การจัดการทรัพยากรชุมชนและสถาบันการเงินชุมชน

2.7. การทบทวนวรรณกรรม/สารสนเทศ (information) ที่เกี่ยวข้อง

สมเดช สายสุต (2549) ได้ทำการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่มีต่อนโยบายด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา อาชีพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการดำเนินงานภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านระดับการศึกษาอาชีพ รายได้และชนิดของบัตร, ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อการบริหารงานภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจต่อการบริหารงานภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเพื่อให้การดำเนินงานของสถานบริการทางการแพทย์ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการรัฐบาลควรให้ความสำคัญ และให้การสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านบุคลากรที่รัฐบาลควรมีนโยบายในการสรรหาบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทาง และมีคุณภาพและมาตรฐานบริการให้เพียงพอ เพื่อรองรับการบริการแก่ประชาชนได้ในอนาคตรวมทั้งการพัฒนาบุคลากรที่มีอยู่ให้มีความรู้ความสามารถให้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญและมีการติดตามนิเทศงานอย่างจริงจังต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อการค้นหาและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพด้วยวิธีการที่เหมาะสม

ณรงค์ เอี่ยมรอด (2550) ได้ทำการศึกษาพบว่า ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และ ความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุข เกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ในจังหวัดชัยนาท อีกทั้งยังพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดชัยนาท ดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2549 โดยดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารฯ ทำหน้าที่จัดทำข้อมูลและแผน ดำเนินการที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขการบริหารจัดการงบประมาณ การสนับสนุนแผนงานโครงการ และการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ กิจกรรมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ คือ การระดมเงินทุนจากชุมชนเพื่อสมทบกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ การสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานกิจกรรม พัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุนฯ และการจัดบริการสำหรับเด็กโต (6 ปี ถึง 25 ปี)

รุ่งทิพา มาบัว (2547) ศึกษาพบว่าผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อผู้ให้บริการทั้งในมิติเชิงระบบและมิติกลไก การจัดการ ในมิติเชิงระบบประกอบด้วย การไม่ชัดเจนของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความไม่สมานฉันท์ของการดำเนินงานในรูปเครือข่าย ความ

ไม่แน่นอนของการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน ตลอดจนความไม่นิ่งของการจัดสรรงบประมาณ ผลกระทบที่เกิดกับผู้ให้บริการในมิติกลไกการจัดการ ประกอบ ความเร่งรัดการเตรียมความพร้อม และการประสานงาน การเพิ่มขึ้นของงานเอกสาร การบีบคั้นของความจำเป็นที่ต้องประหยัด ทรัพยากร การขาดแคลนการจัดสรรบุคลากร ภาระงานที่เพิ่มขึ้นในการให้บริการส่งผลกับ ความเครียดและการลาออกของผู้ให้บริการ

จิราพร ชีตดี (2545) ได้ทำการศึกษา พบว่า ความคิดเห็นต่อโครงการหลักประกันสุขภาพ ที่ได้จากสัมภาษณ์พบว่าประชาชนส่วนมากเห็นด้วยกับโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น การ ออกบัตรทองให้กับประชาชนทุกคน , การเสียค่าใช้จ่าย 30 บาท , ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับชัดเจนและ เพียงพอ , ขั้นตอนการรับบัตรทองไม่ยุ่งยาก , มีการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม , บริการที่ได้รับ มีคุณภาพและเท่าเทียม และไม่เห็นด้วยในการกำหนดให้ใช้บริการได้เฉพาะสถานบริการที่ระบุไว้ใน บัตรและคิดว่าโรงพยาบาลมีการปรับปรุงการให้บริการที่ดีขึ้น แต่กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งคิดว่า ขั้นตอนการมารับบริการที่โรงพยาบาลยุ่งยากและประสบปัญหาความล่าช้าในการรอบรับบริการ และ เครื่องมือ , อุปกรณ์ยังไม่เพียงพอ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ เป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed Methodology) ซึ่งมีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่เป็นความคิด เห็นจากผู้เข้าร่วมเวที ซึ่งได้แก่ อสม. กรรมการกลุ่มย่อย และสมาชิกสหกรณ์ชั้นนำซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะให้ข้อมูลได้ตรงกับความเป็นจริงได้มากที่สุด ทันสมัย และทันต่อเหตุการณ์ และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการจัดเวทีประชุมกลุ่มย่อยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อสม. กรรมการกลุ่มย่อย สมาชิกสหกรณ์ชั้นนำ และประชาชนทั่วไป

3.1 การดำเนินการวิจัย

1. การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานวิจัยใช้วิธีการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นโยบายด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศไทย เริ่มด้วยโครงการประกันคุณภาพถ้วนหน้า นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค การประกันคุณภาพถ้วนหน้า นโยบายบัตรประชาชนบัตรเดียวรักษาฟรีทั่วประเทศ จากบทความ ตำรา รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากระเบียบข้อบังคับ การจัดสวัสดิการรักษายาบาลของกองทุน สหกรณ์ และองค์กรธุรกิจต่างๆ นำมาสร้างแบบสอบถามและสร้าง Model กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลทางเลือกหรือ ตัวอย่าง เพื่อเป็นแนวทางในการอภิปรายพูดคุย ชักถามในเวทีประชาคม

3.2 การสำรวจพื้นที่ และการเลือกพื้นที่ในการศึกษาวิจัย

1. การสำรวจพื้นที่

การลงพื้นที่ เพื่อการศึกษาปัญหาเชิงลึก และเก็บข้อมูลเบื้องต้น เช่น ลักษณะทางกายภาพของหมู่บ้าน ตำบล ภาวะเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ การมีงานทำ วัฒนธรรมประเพณี ภาวะทางสังคมการมีปฏิสัมพันธ์ของคนในชุมชน การช่วยเหลือเกื้อกูล เอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ ในปัญหาทุกข์ร้อนของประชาชนในยามเจ็บป่วย ความเดือดร้อนที่เกิดจากอุปนิสัยต่างๆ รวมทั้งศึกษาองค์กรต่างๆ ที่ได้จัดตั้งขึ้นแล้วในชุมชนว่าได้จัดสวัสดิการต่างๆ อะไรบ้างที่สมาชิกขององค์กรนั้นได้รับ

2. การเลือกพื้นที่ในการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนแรกผู้วิจัยเลือกพื้นที่เฉพาะเจาะจง (Purpose Sampling) คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งแต่ละแห่งจะมี อสม. ซึ่งจะทำหน้าที่ประสานงานกับประชาชนในหมู่บ้าน

ด้านการป้องกันรักษาโรค ช่วยเหลือด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งบางตำบลมี อสม. ระหว่าง 100-200 คน โดยได้ขอให้มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ทำหนังสือขอความร่วมมือไปยัง

2.1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

2.2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งจังหวัดเพื่อขอความร่วมมือในการรวมคน (อสม.) เพื่อจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล(โครงการ 20 บาท) ขึ้นในเขตบริการของโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการตอบรับเข้าร่วมโครงการเพียง 3 โรงพยาบาล อันเนื่องจากภาระงานที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีงานที่จะต้องดำเนินงานร่วมกับชาวบ้านบางส่วนมีหลายอย่าง เกรงว่าจะมีภาระงานเพิ่มขึ้น ในระหว่างดำเนินการวิจัย นักวิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขึ้นได้จริง คือ

2.2.1. เครือข่ายคณะสงฆ์ ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 248 วัด ซึ่งนักวิจัยได้แจกแบบสอบถามให้พระสังฆาธิการได้กรอกแสดงความจำนงที่จะเข้าร่วมโครงการในโอกาสที่เจ้าคณะจังหวัดเพชรบุรีได้จัดประชุมพระสังฆาธิการทั้งจังหวัดที่วัดหนองจอก อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี ซึ่งมีพระสังฆาธิการ แสดงความสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการ จำนวน 10 วัด

2.2.2. เครือข่ายสหกรณ์เครดิตยูเนียนในจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีมากกว่า 60 แห่ง ซึ่งเป็นกลุ่มจัดตั้งที่มีประชาชนเป็นสมาชิกสหกรณ์มากกว่า 230,000 คน ซึ่งเครือข่ายนี้นักวิจัยคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาอยู่ด้วยจะทำให้ได้รับความร่วมมือในการจัดเวทีประชาคมได้ง่าย

3.3 การสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ในการจัดเวทีประชาคมและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อหารูปแบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วมและชุมชนยอมรับให้จัดตั้งขึ้น และยินดีร่วมมือเป็นสมาชิก โดยการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือแบบสัมภาษณ์และสัมภาษณ์เชิงลึกมีดังนี้

- ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์
- วิเคราะห์แนวคิด แนวนโยบายหลักสุขภาพถ้วนหน้า และแนวทางการจัดสวัสดิการของกองทุนชุมชน (วันละบาท) นำมาร่างโครงสร้างแบบสัมภาษณ์
- สร้างแบบสัมภาษณ์ฉบับร่าง เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบแก้ไข เนื้อหา และสำนวนที่ใช้ ตลอดจนความถูกต้อง เหมาะสมและนำมาปรับปรุงแก้ไข
- นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะแล้วมาทำการปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์แล้ว ไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างโดยจัดเวทีประชาคมขึ้น 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขานาง แล้วนำผลการตอบแบบสอบถามไปวิเคราะห์หาค่าความ

เชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha)

- การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือหรือแบบสอบถาม
- การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อ

หาค่า Reliability Coefficients แล้วนำผลทดสอบมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ให้ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 เพื่อแสดงค่าเชื่อมั่นในระดับที่สูงเชื่อถือได้

3.4 ประชากรและการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยประชาชนทุกคนที่อยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เป็นพื้นที่เป้าหมายของโครงการวิจัยซึ่งเป็นตำบลที่มีประชากรที่ประมาณ 2,000 คน ซึ่งประชากรมีศักยภาพ มีความพร้อมและมีความต้องการให้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล และได้รับความร่วมมือผู้นำชุมชน อสม. และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งแต่ละคนรับผิดชอบดูแลครอบครัวในหมู่บ้านคนละ 10 - 15 ครอบครัว
2. ข้าราชการและบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญ (Key person) ที่จะช่วยจุดประกายในการรวมตัวของ อสม. ชาวบ้าน ในการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ขึ้นในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. เจ้าอาวาสที่สนใจ เข้าร่วมโครงการ
4. ภาศึเครือข่าย ได้แก่ ประชาชนที่อยู่ในครอบครัวในความรับผิดชอบของอสม.แต่ละคน รวมทั้งผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นอาสาสมัครของหน่วยงานต่างๆ เช่น อาสาสมัครพัฒนาชุมชนยุวเกษตรหมอดิน ผู้นำสหกรณ์ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยกันรวมคนให้เข้ามาร่วมเวทีประชาคม (Focus group) ให้ได้ครั้งละอย่างน้อย 8-10 คน จำนวน 4 ครั้ง ในแต่ละตำบล และจัดประชุมเสวนาประชาชน เรื่องกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลจำนวน 2 ครั้งๆละ 100 คน

3.5 ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) ได้แก่ข้อมูลที่เก็บได้จากภาคสนามในขอบเขตพื้นที่จาก อสม. สมาชิกสหกรณ์และประชาชนทั่วไปจากแบบสอบถามต่างๆ และจากการจัดเวทีประชาคมแต่ละแห่ง ในเขตบริการของพื้นที่เป้าหมาย

2. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ข้อมูลที่บทความวารสาร ตำรา เอกสาร แผนพัฒนาของสำนักงานเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เอกสารกองทุนสวัสดิการต่างๆ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และรวมทั้งจากอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ต่างๆ นำมาใช้ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ด้วย

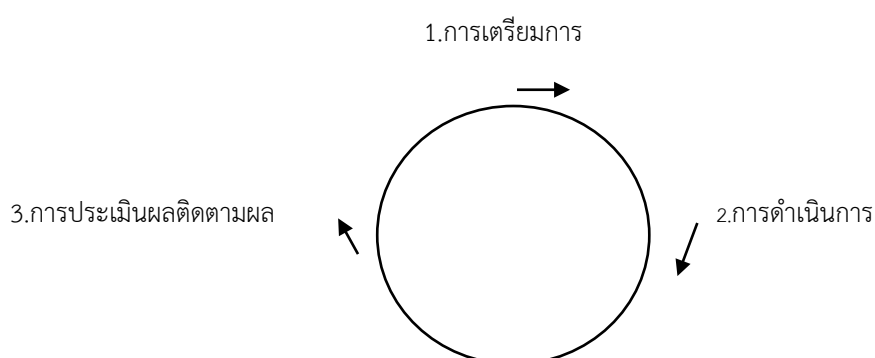
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล และจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการจัดเวทีประชาคม (Focus group) ของกลุ่มประชากร ซึ่งได้แก่ อสม. สมาชิกสหกรณ์ชั้นนำ และประชาชนในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และดำเนินการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขึ้นตามตำบล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผู้เข้าร่วมเวทีประชาคมส่วนใหญ่เห็นชอบ

การจัดเวทีประชาคม ประชาคม คือ การรวมตัวของสมาชิกในชุมชนเพื่อร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนด้วยตนเอง โดยการเปิดเวทีพูดคุย เรื่องปัญหาความทุกข์ของชาวบ้าน และเรื่องการจัดสวัสดิการต่างๆ ของกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้าน ตำบล จังหวัดและระดับชาติ ในลักษณะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อภิปรายซักถามโดยเน้นเรื่องการช่วยเหลือเกื้อกูลในกรณีเจ็บป่วยด้วยการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลว่าจะมีวิธีการอย่างไร เมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วยจะได้รับกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกโดยมีเงินเยี่ยมไข้ เมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 5,000 บาท (ครึ่งหมื่น) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ จะทำให้ผู้เจ็บป่วยมีขวัญและกำลังใจ สร้างสังคมที่พึ่งพา ช่วยเหลือซึ่งเกื้อกูลกัน

วิธีการและเทคนิคการจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน/ตำบล

วงจรขั้นตอนการดำเนินการ



รูปที่ 3 วงจรการจัดเวทีประชาคม

1. ขั้นตอนเตรียมการ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้จัดและทีมงานดำเนินงานเวทีประชาคมเข้าใจถึงสภาพปัญหาของหมู่บ้าน ตำบล ชุมชน ในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง และความสัมพันธ์ของผู้คนในชุมชน เพื่อนำไปสู่การจัดเวทีประชาคม ระดับหมู่บ้าน ตำบล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1.1 ศึกษาข้อมูลชุมชน โดยการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องในชุมชน จากหน่วยงานต่างๆ หรือ ศึกษาข้อมูลด้านลึกเพิ่มเติมจากชาวบ้าน กลุ่มผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยการพูดคุยเรื่อง การจัดสวัสดิการต่างๆที่มีอยู่แล้วในชุมชน และข้อมูลอื่นๆ ที่จะประโยชน์ในการจัดเวทีประชาคม

1.2 การกำหนดทีมดำเนินงาน

1.2.1 ทีมดำเนินงาน ควรมีผู้นำชุมชนเข้าร่วมด้วย เรียนรู้เรื่องประชาคมตั้งแต่เริ่มแรกและในอนาคตผู้นำเหล่านี้อาจจะเป็นผู้จัดเวทีประชาคมได้เอง จำนวนของทีมดำเนินงาน จะมีจำนวนมากขึ้นอยู่กับ(จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมเวที) อาจจะเริ่มตั้งแต่ 30 คน หรือมากกว่านี้แล้วแต่ความเหมาะสม

1.2.2 ผู้ดำเนินการในการจัดเวที ควรประกอบด้วย

- (1) ผู้กระตุ้นนำ ทำหน้าที่หลักในการดำเนินการตามประเด็นที่ได้เตรียมมา และปรับตามสถานการณ์
- (2) ผู้สร้างบรรยากาศทำหน้าที่ช่วยและเก็บตกจากผู้กระตุ้นหลักของทีม หลงลืมหรือพลาด รวมทั้งเป็นผู้สร้างบรรยากาศให้ตื่นตัวไม่น่าเบื่อ
- (3) ผู้สังเกตการณ์ ทำหน้าที่สังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมเวที ให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขสถานการณ์ และสร้างบรรยากาศ
- (4) ผู้อำนวยการความสะดวก ทำหน้าที่ในด้านการบริหารอุปกรณ์ ที่ผู้เข้าร่วมเวทีต้องการตามขั้นตอนของเทคนิคที่ใช้

1.3 การกำหนดวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์จะถูกกำหนดจากผลการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลชุมชน มาเป็นแนวทางในการกำหนด

1.4 การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย

โดยใช้ข้อมูลและผลวิเคราะห์ ซึ่งจำนวนกลุ่มเป้าหมายควรอยู่ระหว่าง 30-50 คน ผู้ที่เข้าร่วมเวทีควรประกอบด้วย กรรมการหมู่บ้าน ผู้แทนกลุ่มต่างๆ ผู้อาวุโส ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำธรรมชาติ ผู้นำสหกรณ์ กรรมการสหกรณ์ สมาชิกสหกรณ์ อาสาสมัคร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สมาชิก อบต.

1.5 ระยะเวลาในการจัดเวทีประชาคม

พิจารณาตามความเหมาะสม อาจจะเป็นเพียง 1 วัน 2 วัน หรือ 3 วันแล้วแต่ ประเด็นในการพูดคุย เวลาในการประกอบอาชีพ

1.6 ประเด็นเนื้อหาในการจัดเวทีประชาคมที่สำคัญๆคือ

1) การค้นหาความคาดหวังของชุมชน กล่าวคือเมื่อเราทุกคนเจ็บป่วยจะมีความทุกข์ร้อนถ้าไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หากมีการรวมตัวชาวบ้านจำนวน 100, 200, 300 คน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันจัดตั้งเป็นกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล โดยใครป่วยช่วยเหลือซึ่งกันและกันจัดตั้งเป็นกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลเป็นคนไข้ ซึ่งจะได้รับเงินเยี่ยมไข้ประมาณ 5,000 บาท ซึ่งจะช่วยให้เพื่อนสมาชิกมีขวัญกำลังใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีความอบอุ่น พร้อมกับมีเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆตามสมควร

2) การเรียนรู้ชุมชนร่วมกัน วัฒนธรรมการดำรงชีวิตของคนไทยทั่วไปจะมีน้ำใจต่อกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูล เอื้ออาทรต่อกัน เรียกว่า มีจิตตารมณ์ คือ สนใจ ห่วงใย แบ่งปัน และรับใช้กัน

3) การค้นหาปัญหาของชุมชน และแนวโน้มในอนาคต ซึ่งปัจจุบันคนไทยจะมีโอกาสเจ็บป่วยมากขึ้นอันเนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น การบริโภคอาหารที่ปนเปื้อน ได้รับมลพิษทางอากาศที่หายใจเข้าไป ความเครียดจากการทำงานที่เร่งรีบ ขาดการออกกำลังกายและพักผ่อนที่เพียงพอและเหมาะสม เป็นต้น ซึ่งเป็นบ่อเกิดของการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ ปัจจุบันนี้ในแต่ละวันจะมีผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐเป็นจำนวนมากบางวันเกินกำลังของนายแพทย์พยาบาล ที่จะให้บริการรักษายาบาลได้อย่างมีคุณภาพ และคนไข้ส่วนใหญ่จะเป็นคนชั้นกลางจนถึงระดับล่าง บางรายอาการเจ็บป่วยหนักจำเป็นต้องเข้ารับรักษาตัวเป็นคนไข้ในจะมีภาระค่าใช้จ่ายต่างๆเพิ่มขึ้น ซึ่งคนไข้ส่วนใหญ่ไม่ได้เตรียมเก็บเงินไว้เพื่อการรักษาพยาบาล จำเป็นต้องหยิบยืมจากญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน หากหยิบยืมไม่ได้ก็จำเป็นต้องกู้เงินกู้ยืมในระบบซึ่งมีการคิดดอกเบี้ยแพง มหาโหด และต้องชำระหนี้เป็นรายวัน ซึ่งจะสร้างปัญหาหรือความทุกข์ยากให้เขามากขึ้น เป็นความเดือดร้อนที่แสนสาหัสขณะที่ไม่มีรายได้ แต่กลับมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น

4) การค้นหาโอกาสที่เอื้อต่อการรักษายาบาล คนไทยมีอัตลักษณ์ ชอบช่วยเหลือเกื้อกูล เอื้ออาทรต่อกัน และมีน้ำใจต่อกัน ชอบทำบุญ ดังนั้นโครงการจัดตั้งกองทุน

สวัสดิการรักษายาบาลที่นักวิจัยคิดขึ้น มีการปรับเปลี่ยนใหม่ให้เข้ากับลักษณะนิสัยของคนไทยโดยใช้คำว่า โครงการใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นคนไข้ใน เป็นการพัฒนาจิตใจให้ทุกคนทำบุญช่วยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วย และเป็นการทำบุญ 20 บาทนี้ได้บุญที่สัมผัสได้จริง เมื่อเราเจ็บป่วยเพื่อนสมาชิกจะมาช่วยเราโดยมอบเงินให้ส่วนหนึ่งจำนวน 3,000 -6,000 บาท แล้วแต่จำนวนสมาชิกของกองทุนนั้น ซึ่งจะทำให้คนเจ็บป่วยจะมีขวัญกำลังใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เป็นการสร้างสรรค์สังคมที่พึ่งพา เอื้ออาทรต่อกัน จะทำให้คนในสังคมจะมีความรัก ความผูกพันต่อกัน

5) การค้นหาเพื่อนร่วมอุดมการณ์ การดำเนินงานกิจกรรมใดก็ตามจะทำให้มีพลังจะต้องพัฒนาคนให้มีอุดมการณ์สหกรณ์ คือทุกคนต้องช่วยตนเอง ช่วยเหลือซึ่งกันและกันและร่วมมือกันในการดำเนินงานกิจกรรมนั้น นักวิจัยจะต้องไปพบปะผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำตามธรรมชาติ ครูอาจารย์ คณะกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน อสม. ฯลฯ เพื่อชี้ให้เห็นปัญหาของการเจ็บป่วยของคนในชุมชน และชี้ให้เห็นโอกาสหรือหนทางการแก้ปัญหาของชุมชนนั้นได้ หากได้ร่วมมือกันในลักษณะการ ให้อย่างมีคุณค่าและรับอย่างมีศักดิ์ศรี โดยไม่มองการช่วยเหลือผู้อื่นในลักษณะ กำไรหรือขาดทุน ให้มองว่าเป็นการทำบุญ

6) การกำหนดเป้าหมายของการช่วยเหลือ นักวิจัยคนหนึ่งของโครงการวิจัยนี้เป็นนักพัฒนามาอย่างยาวนานมากกว่า30 ปี และดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน เห็นปัญหาทุกข์ร้อนของชาวบ้านในยามเจ็บป่วยเขาไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลเมื่อเป็นคนไข้ใน และมีความเดือดร้อนอย่างมาก รู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ ขาดขวัญและกำลังใจจึงกำหนดเป้าหมายไว้ว่าเมื่อเพื่อนสมาชิกเจ็บป่วย จำเป็นต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นคนไข้ใน ควรจะมีเงินเป็นค่าใช้จ่าย ครั้งละประมาณ 5,000 บาท (ครึ่งหมื่น) ซึ่งจะช่วยบรรเทาความเดือนร้อน และสร้างขวัญกำลังใจให้เพื่อนสมาชิกได้มาก เขาจะไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและมีความอบอุ่น

7) การวางแผน วางโครงการ และกิจกรรม นักวิจัยจะทำการวางแผนเขียนโครงการวิจัย ขอบเงินทุนสนับสนุนการวิจัยพร้อมกับหาทีมงานวิจัยที่จะทำงานวิจัยภาคสนาม โดยเลือกนักวิจัยที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีที่จะสามารถประสานงานกับผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น / ผู้นำสหกรณ์ ผู้นำตามธรรมชาติ กำนันผู้ใหญ่บ้าน คณะสงฆ์และ อสม. เป็นต้น เพื่อที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายที่มีต่อกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล และเพื่อที่จะจัดเวทีประชาคมเกี่ยวกับกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เพื่อให้สามารถจัดตั้งกองทุนฯ ขึ้นให้ได้ เมื่อเวทีประชาคมให้การยอมรับ และสามารถขับเคลื่อนกองทุนให้เจริญเติบโต มีความมั่นคงเพื่อผลประโยชน์ของมวลสมาชิก

การแบ่งงานเพื่อการปฏิบัติให้เป็นไปตามเป้าหมายการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการ
รักษาพยาบาล

นักวิจัยคนแรกซึ่งเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัย จัดทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยไป
ยังสาธารณสุขของจังหวัดเพชรบุรีและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งจังหวัดเพื่อ
ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลในเขตบริหารของ
โรงพยาบาล

นักวิจัยร่วม 2 คนหลังที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ
เป็นผู้นำเครือข่ายนิเวศเพชรบุรี ทำหน้าที่ประสานงานกับผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้นำตามธรรมชาติ
กำนันผู้ใหญ่บ้าน คณะสงฆ์ และ อสม. เป็นต้น เพื่อขอความร่วมมือในการจัดประชุมเพื่อเก็บ
รวบรวมข้อมูล ความคิดเห็นที่มีต่อการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาล และการจัดเวที
ประชาคมเกี่ยวกับกองทุนฯ ซึ่งดำเนินการตามข้อ 1.2.2 สำหรับเทคนิคที่ใช้ในการจัดเวที
ประชาคม ทีมงานต้องเลือกเทคนิคตามความเหมาะสมของชุมชนนั้น

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการจัดเวทีประชาคมที่จัดตั้งขึ้นตามกลุ่มย่อยตามหมู่บ้าน/
ระดับตำบล และจากการสัมภาษณ์เจาะลึก และจากแบบสอบถามซึ่งจะทำการวิเคราะห์โดย
โปรแกรมทางสถิติส่วนที่เป็นข้อมูลรายบุคคล และจะนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ในเชิงคุณภาพ
(Descriptive Analysis) ตามวัตถุประสงค์

3.8 สรุปรูปแบบกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลที่ชุมชนยอมรับและเขียนรายงานการ วิจัย

การสรุปรูปแบบกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลที่ชุมชนยอมรับซึ่งอาจมีหลายรูปแบบ
ซึ่งเหมาะกับบริบทของชุมชน / องค์กรนั้นๆ และดำเนินการจัดตั้งขึ้นได้ตามหมู่บ้าน / ตำบลต่างๆ
และองค์กรต่างๆ และเขียนรายงานการวิจัย

3.9 การนิเทศติดตามประเมินผลกองทุน

เมื่อดำเนินการจัดตั้งกองทุนแล้วกองทุนจะดำเนินการและบริหารจัดการภายใต้
ข้อตกลงระเบียบ ข้อบังคับของกองทุนฯ ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการนิเทศติดตามประเมินผล เสริมแรง

ให้กำลังใจรับฟังปัญหา ให้ข้อเสนอแนะและนำแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น (แต่ผู้วิจัยจะใช้นิเทศติดตามประเมินผลโดยใช้โทรศัพท์เป็นส่วนประกอบ / หรือส่วนเสริม)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methodology) ซึ่งมีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก อสม. กรรมการกลุ่มย่อย และสมาชิกสหกรณ์ชั้นนำ ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วัตถุประสงค์ของการวิจัยมีดังนี้

1. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้เป็นกำลังหลักที่สำคัญในการรวมคน เพื่อจัดตั้งกองทุนสวัสดิการศึกษายาบาล ขึ้นในแต่ละตำบล
2. จัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม

เมื่อได้เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามจากแบบสอบถามและได้นำมาวิเคราะห์เพื่อคำนวณหาค่าสถิติร้อยละเพื่อตอบวัตถุประสงค์ ส่วนข้อมูลที่ได้จากการจัดเวทีประชาคมกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งได้แก่กลุ่มประชาชนทั่วไป สมาชิกสหกรณ์ กรรมการกลุ่มย่อย กลุ่ม อสม. และคณะสงฆ์ (เจ้าอาวาส) ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และทำการสังเคราะห์ (Synthesis) จากประเด็นที่สำคัญและนำมาสรุปนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อโครงการวิจัย/กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม

ตอนที่ 2 ยุทธศาสตร์การออกแบบและจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ ได้แก่

1. ประชาชนทั่วไป
2. สมาชิกสหกรณ์และหัวหน้ากลุ่มย่อยสมาชิก คณะกรรมการดำเนินการ
3. อสม.
4. คณะสงฆ์ (เจ้าอาวาส)

ในหมู่บ้าน ตำบล อบต. รพ.สต. วัด และสหกรณ์เครดิตยูเนียนในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีศักยภาพ และมีความพร้อมที่จะเข้าร่วมโครงการซึ่งเขาได้ตอบแบบสอบถามในโอกาสที่กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมดังนี้

1. ประชุมใหญ่สามัญประจำปีของสหกรณ์

2. การประชุมประจำเดือนของ อสม.
3. การประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์
4. การประชุมประจำเดือนของชมรมเครดิตยูเนียนเพชรบุรี
5. การประชุมพระสังฆาธิการของเจ้าคณะจังหวัดเพชรบุรี
6. การประชุมของ อบต. /เทศบาล
7. และในโอกาสที่ชาวบ้านไปทำบุญในวัด ศาลากลางบ้าน ฯลฯ

เหตุที่นักวิจัยต้องเพิ่มกลุ่มเป้าหมายนอกจาก อสม. อันเนื่องจากได้ทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังผู้อำนวยการ รพ.สต. ทั้งจังหวัด ได้รับการตอบรับเข้าร่วมโครงการเพียง 3 แห่ง เท่านั้น นักวิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มเป้าหมายให้กว้างขวางแบบ Open ก็เพื่อให้ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติจริงให้ได้กล่าวคือ จะให้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษารักษาขึ้นให้ได้อย่างน้อย 16 กองทุน แต่ละกองทุนจะต้องมีสมาชิกขั้นต่ำจำนวน 100 คน ขึ้นสูงไม่เกิน 300 คน ทั้งจังหวัดจะมีสมาชิกกองทุนสวัสดิการรักษารักษาพยาบาล ประมาณ 4,500 คน ในปี 2557 และเพื่อให้มีกองทุนต้นแบบที่ขยายครอบคลุมทั้งจังหวัด กรณีที่ได้รับทุนวิจัยต่อเนื่องในปีถัดไป

ตอนที่ 1 ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อโครงการวิจัย / กองทุนสวัสดิการรักษารักษาพยาบาล ที่ประชาชนมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยได้ออกแบบสอบถามแบบปลายปิด (Close Ended Question) เพื่อสอบถามความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อโครงการวิจัย กองทุนสวัสดิการรักษารักษาพยาบาล ซึ่งจากการประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลตามตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ที่มีความคิดเห็นต่อกองทุนสวัสดิการรักษารักษาพยาบาล

ข้อที่	ความคิดเห็นที่มีต่อกองทุนสวัสดิการรักษารักษาพยาบาล	ใช่/เห็นด้วย ดี/ดีใจ คิดเป็นร้อยละ	ไม่ใช่/ ไม่เห็นด้วย คิดเป็นร้อยละ	รวม
1	การช่วยเหลือเกื้อกูล เอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ และมีน้ำใจ ต่อกันของคนในหมู่บ้านตำบลเดียวกัน ลดน้อยลง ไปมากใช้หรือไม่	1,180 คน 95.85%	51 คน 4.14 %	1,231 คน
2	คนในหมู่บ้านเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวใน	714 คน	517 คน	1,231 คน

	โรงพยาบาลแต่ไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ มีความเดือดร้อนจำเป็นต้องหยิบยืม จากผู้อื่นมีบ้างไหม	58.00 %	42.00 %	
3	ท่านมีความดีใจ สุขใจใช้ไหม ถ้าเงินของท่านจำนวนเพียง 20 บาท ช่วยให้เพื่อนมีความสุข มีกำลังใจ ทำให้เขามีความอบอุ่น และไม่รู้สึกละอาย	1,194 คน 94.99 %	37 คน 3.01 %	
4	จะเป็นดีไหม หากมีการรวมชาวบ้านเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วยและเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยช่วยกันครั้งละ 20 บาท ท่านเห็นด้วยหรือไม่	1,231 คน 100 %	- 0%	1,231 คน

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ที่มีความคิดเห็นต่อกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล(ต่อ)

ลำดับ	ความคิดเห็นที่มีต่อกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล	ใช่/เห็นด้วยดี/ดีใจคิดเป็นร้อยละ	ไม่ใช่/ไม่เห็นด้วยคิดเป็นร้อยละ	รวม
5	*ถ้าจะต้องช่วยทำบุญช่วยเหลือเพื่อนบ้านครั้งละ 20 บาท /คน เมื่อเขาเข้ารับรักษาตัวเป็นคนไข้ในท่านเห็นด้วยหรือไม่	1,231 คน 100 %	- 0%	1,231 คน
6	ท่านจะมีความสุขดีใจ มีกำลังใจไหม ถ้าท่านเจ็บป่วย มีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมพร้อมกับเงินมามอบให้เป็นกำลังใจจำนวน 3,000-6,000 บาท	1,196 คน 97.16 %	35 คน 2.84 %	1,231 คน
๗	หากท่านเองไม่เจ็บป่วย แต่จะต้องทำบุญช่วยเหลือเพื่อนบ้านซึ่งเจ็บป่วยบ่อยครั้ง ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร	โชคดีที่เราไม่เจ็บป่วย 1,204 คน 98.80 %	รู้สึกเป็นภาระเสียเปรียบ 27 คน 2.19 %	1,231 คน
8	เมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วย ท่านจะช่วยเขาเป็นการ	กล้าช่วย	ไม่กล้าช่วย	1,231 คน

	ส่วนตัวครึ่งละ 20 บาท ท่านกล้าช่วยเขาใช้ไหม	301 คน 24.45 %	930 คน 75.54 %	
9	หากจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขึ้นในหมู่บ้านโดยรวมชาวบ้านเป็นกลุ่มละ 200- 300 คน โดยช่วยเพื่อนบ้านสมาชิกที่เจ็บป่วยที่เข้ารักษาตัวใน โรงพยาบาลครึ่งละ 20 บาท โดยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยจะได้รับเงินเสริมกำลังใจจำนวน 3,000-6,000 บาทหากเชิญท่านเข้าร่วมเป็นสมาชิกด้วย ท่านเห็นด้วยหรือไม่	เห็นด้วย 1,121 คน 91.06 %	ไม่เห็นด้วย 110 คน 8.93 %	1,231 คน
10	ผู้ที่เป็นสมาชิกกองทุน จะต้องจ่ายเงินทำบุญล่วงหน้าจำนวน 100 บาท (5 ราย) เพื่อเตรียมพร้อมไว้จ่ายช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกจำนวน 5 รายท่านเห็นด้วยไหมจ่ายได้ไหม	จ่ายได้สบาย 1,121 คน 91.66 %	จ่ายได้แต่ ขอเวลา หน่อย 110 คน 8.93 %	1,231 คน
ลำดับ	ความคิดเห็นที่มีต่อ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล	ใช่/เห็นด้วย ดี/ดีใจ คิดเป็นร้อยละ	ไม่ใช่/ ไม่เห็นด้วย คิดเป็นร้อยละ	รวม
11	การช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างที่มีชีวิตกับช่วยกันตอนตายแล้วอย่างไหนมีค่ามากกว่ากัน	ตอนมีชีวิตมี คุณค่า มากกว่า 1,231 คน 100 %	การช่วยกัน ตอนตาย มีคุณค่า มากกว่า 0	1,231 คน

จากตารางที่ 1 ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นว่า

การช่วยเหลือ เกื้อกูล เอื้อเฟื้อ และมีน้ำใจต่อกันของคนในหมู่บ้านตำบลมีน้อยลงมาก
ผู้ตอบเห็นด้วยร้อยละ 95 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 5 คนในหมู่บ้านเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

แต่ไม่เงินเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ มีความจำเป็นเดือดร้อน ต้องหยิบยืมผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 58 ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 42 ท่านจะดีใจ สุขใจ ที่เงินของท่านเพียง 20 บาท ช่วยให้เพื่อนมีความสุข มีกำลังใจ และไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีผู้เห็นด้วยร้อยละ 96 รู้สึกเฉยๆร้อยละ 4 หากมีการรวมตัวชาวบ้านเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยช่วยกันครั้งละ 20 บาท เห็นด้วยร้อยละ 100 ถ้าท่านต้องทำบุญช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกครั้งละ 20 บาท/คน เมื่อเพื่อนบ้านต้องการรักษาตัวในโรงพยาบาลเห็นด้วยร้อยละ 100 จะมีความสุข ดีใจ กำลังใจ เมื่อเจ็บป่วยมีเพื่อนมาเยี่ยมพร้อมกับมอบเงินให้เป็นกำลังใจ จำนวน 3,000-6,000 บาท เห็นด้วยร้อยละ 97 รู้สึกเฉยๆร้อยละ 3 หากท่านเองไม่เจ็บป่วย แต่ต้องทำบุญช่วยเพื่อนที่เจ็บป่วยบ่อยครั้ง ถือว่าเราโชคดีที่ไม่เจ็บป่วย เห็นด้วยร้อยละ 98 คิดว่าเสียเปรียบและเป็นภาระร้อยละ 2 การช่วยเหลือเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยเป็นการส่วนตัวครั้งละ 20 บาท มีผู้ตอบว่ากล้าช่วยร้อยละ 24 ไม่กล้าช่วยเพราะเป็นจำนวนเงินที่น้อยนิดร้อยละ 76 หากมีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลในหมู่บ้านโดยรวมชาวบ้านเป็นกลุ่มๆละ 200-300 คน เพื่อช่วยเหลือเพื่อนบ้านเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ครั้งละ 20 บาท โดยเพื่อนบ้านจะได้รับเงินเสริมแรงให้กำลังใจ จำนวน 3,000-6,000 บาท ยินดีเข้าร่วมเป็นสมาชิกร้อยละ 91 ไม่พร้อมเป็นสมาชิกร้อยละ 9 เพราะเป็นสมาชิกกลุ่มองค์กรอื่นๆมากแล้วไม่สามารถส่งเงินได้ไหว หากเป็นสมาชิกแล้วต้องจ่ายเงินทำบุญล่วงหน้าจำนวน 100 บาท (5 ราย) ตอบว่าจ่ายได้สบายร้อยละ 91.06 จ่ายได้ขอเวลาหน่อยร้อยละ 8.93 การช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างที่มีชีวิตอยู่กับการช่วยกันตอนตายร้อยละ 100 ตอบว่าช่วยกันตอนที่มีชีวิตมีคุณค่ามากกว่า

ในภาพรวมทั้ง 11 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 1,231 คน ผู้ตอบแบบสอบถามที่เห็นด้วยยอมรับว่าดี มีคุณค่า ช่วยได้สบาย ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมกองทุนทั้ง 11 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 100 แต่มีเพียงข้อเดียวร้อยละที่เห็นด้วยไม่สูงมากนัก ที่กล่าวว่า เมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วย ท่านจะช่วยเขาเป็นการส่วนตัวครั้งละ 20 บาท มีผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบว่า กล้าช่วยจำนวน 301 คน ร้อยละ 24 ที่ตอบไม่กล้าช่วย เพราะเป็นเงินจำนวนน้อยนิด จำนวน 930 คน ร้อยละ 76 ซึ่งเป็นร้อยละที่สอดคล้องกับโครงการน้อย จากการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ทราบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมากกว่าร้อยละ 91 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง และความเห็นอื่นๆที่สอดคล้องกับโครงการวิจัยนี้ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล จึงได้ดำเนินการในขั้นต่อไป ดังนี้

ตอนที่ 2 ยุทธศาสตร์การออกแบบและจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลให้มีขึ้นและมีระบบ การบริหารจัดการกองทุนให้เป็นที่ยอมรับของสมาชิกกองทุนและชุมชน

กลยุทธ์ 1 เสริมสร้างความสัมพันธ์ของประชาชน/อสม./ผู้นำในระดับหมู่บ้าน ตำบล

กลยุทธ์ 2 การมีส่วนร่วมของประชาชนกับการดูแลสุขภาพ

กลยุทธ์ 3 การบริหารจัดการกองทุนในเรื่องของเงิน การบริหารจัดการบุคลากร
(คณะกรรมการการบริหารจัดการทั่วไป ระเบียบข้อบังคับ)

กลยุทธ์ 4 การรณรงค์ให้มีจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม (200-300 คน)

กลยุทธ์ 5 การนิเทศติดตาม ประเมินผล เสริมแรงให้กำลังใจ รับฟังปัญหา และให้
ข้อเสนอแนะ

**ยุทธศาสตร์การออกแบบและการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมี
ส่วนร่วม และมีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ**

1. การออกแบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล

โดยใช้วิธีการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พ.ร.บ. หลักประกันคุณภาพแห่งชาติ พ.ศ.
2545 นโยบายด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศไทย เริ่มด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า
นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค การประกันคุณภาพถ้วนหน้า นโยบายบัตรประชาชนบัตรเดียวรักษา
ทั่วประเทศ จากบทความ ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากระเบียบข้อบังคับการจัดสวัสดิการ
รักษายาบาลของกองทุนสวัสดิการชุมชน(วันละบาท) ของสหกรณ์เครดิตยูเนียน กองทุนหมู่บ้านและ
องค์กรธุรกิจต่างๆ นำมาสร้างรูปแบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลตัวอย่าง ที่เน้นใช้คำว่าใครป่วย
ช่วยทำบุญ 20 บาท เมื่อเพื่อนสมาชิกป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งจะได้เงินเยี่ยมไข้ประมาณ
5,000 บาท (ครึ่งหมื่น) โดยรวมชาวบ้านจัดตั้งเป็นกองทุนฯละ 200 - 300 คน และให้ทุกคนมองว่า
เป็นการทำบุญ ไม่มองว่ากำไรหรือขาดทุน โดยยึดปรัชญาว่า ให้อย่างมีคุณค่าและรับอย่างมีศักดิ์ศรี

**2. การจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอน
การดำเนินงานดังต่อไปนี้**

1. อบรมให้ความรู้เรื่องกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลให้กับประชาชน
กลุ่มเป้าหมายโดยแจกเอกสาร คู่มือ แบบสอบถาม ในช่วงเวลาสั้นๆ ประมาณ 30-40 นาที เพื่อให้มี
ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เพื่อสร้างความตระหนักรู้ (Awareness)

ในเวทีการประชุมต่างๆ เช่น การประชุมใหญ่สามัญประจำปีของสหกรณ์แต่ละแห่ง การประชุมอบรมต่างๆ การประชุม อสม. การประชุมชาวบ้านตามหมู่บ้าน ตามวัด เป็นต้น

2. นำแบบสอบถามที่รวบรวมได้ในแต่ละเวทีการประชุมการทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพิจารณาว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นด้วยกับโครงการวิจัยนี้หรือไม่ หากได้ข้อมูลว่าเวทีใดเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งจะดำเนินการในข้อ 3. ต่อไป

3. ประสานงานกับผู้นำชุมชน ผู้นำตามธรรมชาติ ผู้นำท้องถิ่น ผู้บริหาร อบต. อสม. เป็นต้น เพื่อประชุมปรึกษาหารือถึงความเป็นไปได้ในการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขึ้นในแต่ละองค์กร/กลุ่ม หมู่บ้าน ตำบลต่างๆ

4. ดำเนินการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล โดยจัดเวทีประชาคมในองค์กรและสถานที่ต่างๆ โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมเวทีประชาคมดังนี้

1. ประชาชนทั่วไป
2. อสม.
3. สมาชิกสหกรณ์ชั้นนำ กรรมการกลุ่มย่อย

โดยมีประเด็น พูดคุย อภิปราย เรื่องความสำคัญของปัญหา หลักการของกองทุน คุณค่าประโยชน์ทางตรง และทางอ้อมของกองทุน รูปแบบกองทุนที่ทุกคนเห็นชอบ แนวทางการบริหารจัดการกองทุน การบัญชีและอื่นๆ แล้วแต่มีผู้เสนอ

ผลการจัดเวทีประชาคมจำนวน 26 เวที สามารถจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลได้ 26 กองทุนและมี 3 รูปแบบดังนี้

1. 24 กองทุนใน 26 กองทุน มีการทำบุญช่วยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยเข้ารักษายาบาลในโรงพยาบาลเป็นคนไข้ในอย่างน้อย 1-2 คับ คนละ 20 บาท โดยมีเป้าหมายจะรวมสมาชิกให้ได้กองทุนละไม่เกิน 300 คน โดยสมาชิกที่เจ็บป่วย จะได้รับเงินเยี่ยมไข้ ประมาณ 5,000 บาท (ครึ่งหมื่น) โดยเก็บค่าธรรมเนียมแรกเข้า 30-50 บาท และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 100 บาท (5 ราย)

2. 1 กองทุนใน 26 กองทุน มีการทำบุญช่วยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยเข้ารักษายาบาลรักษาตัวเป็นคนไข้ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 คับ คนละ 1 บาท โดยมีเป้าหมายที่จะรวมสมาชิกสหกรณ์เครดิตยูเนียน จำนวน 5,000 คน จากสมาชิกที่มีอยู่จำนวน 12,000 คน โดยสมาชิกที่เจ็บป่วยจะได้เงินเยี่ยมไข้ ประมาณ 5,000 บาท

โดยเก็บเงินค่าธรรมเนียมแรกเข้าจำนวน 100 บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 200 บาท

โดยดำเนินงานในลักษณะสวัสดิการเสริมของสหกรณ์

3. 1 กองทุนใน 26 กองทุนมีการทำบุญช่วยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัว เป็นคนไข้ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 คับ คนละ 50 บาท โดยมีเป้าหมายจะรวมสมาชิกสหกรณ์ที่เป็นกรรมการกลุ่มย่อย เข้าเป็นสมาชิก กองทุนๆละประมาณ 100 คน โดยสมาชิกที่เจ็บป่วยจะได้รับเงินช่วยเหลือครั้งละจำนวน 5,000 บาท

โดยเก็บเงินค่าธรรมเนียมแรกเข้า จำนวน 50 บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 200 บาท

สหกรณ์มีเป้าหมายจะรณรงค์ให้มีสมาชิกเพิ่มขึ้น เป็นจำนวน 200-300 คน หากมีสมาชิกเพิ่มมากขึ้นการทำบุญจากรายละ 50 บาท จะลดลงเหลือรายละ 20 บาท (ถ้ามีสมาชิกครบ 300 คน)

ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้สามารถจัดตั้งกองทุนฯ ขึ้นได้

1. มีสหกรณ์ต้นสังกัด/ วัด รพ.สต.ให้การสนับสนุน
2. มีผู้นำสหกรณ์ ผู้นำตามธรรมชาติ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยเป็นแกนนำ (Key Persons)

3. คณะกรรมการชุดก่อตั้งมีผู้นำที่มุ่งมั่น ตั้งใจ พุ่มเท เอาจริง โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากผู้นำในหมู่บ้าน ชุมชน ซอย กลุ่มต่างๆ โดยการบอกต่อกับคนใกล้ตัว (Face to Face)

4. มีการประชุมสัญจรไปตามหมู่บ้าน เพื่อประชาสัมพันธ์ในโอกาสต่างๆ เช่น การประชุมชมหมู่บ้านของอบต. /เทศบาล การทำบุญที่วัด ศาลากลางหมู่บ้าน ในเทศกาลสำคัญต่างๆ พร้อมด้วยแจกเอกสารประชาสัมพันธ์

5. จุดดี/ จุดแข็ง /คุณค่าของโครงการวิจัยนี้เน้นการจัดตั้งกองทุนฯ ที่ช่วยตอนเจ็บป่วย ช่วยขณะมีชีวิต มีคุณค่า หรือประโยชน์มากกว่าช่วยตอนเสียชีวิต

6. นักวิจัย/ผู้นำในการจัดตั้งกองทุนฯ ใช้คำพูดว่า “ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท” ทำให้ได้รับการยอมรับ เพราะคนไทยชอบทำบุญ และเน้นคำว่า “ทำบุญที่ได้บุญที่สัมผัสได้จริง ตอนเจ็บป่วยมีเงินช่วย 5,000บาท”(ครึ่งหมื่น)

7. มีพระภิกษุเข้ามามีส่วนร่วมช่วยทำให้มีการยอมรับจากประชาชนได้ง่าย
 8. เปิดกว้างสำหรับคนทุกวัย สำหรับสมาชิกชุดก่อตั้ง ไม่จำกัดอายุแต่ต้องมีสุขภาพดีในวันสมัคร คือ สามารถประกอบสัมมาชีพได้
 9. มีการยกเว้นค่าธรรมเนียมแรกเข้า สำหรับสมาชิก 100 คนแรก (บางกองทุน)
 10. นักวิจัยให้รางวัลเสริมแรงโดยให้เงินประเดิมเข้ากองทุน 3,000 , 5,000 บาท ถ้ามีสมาชิกรับ 100-200 คนภายในระยะเวลาที่กำหนด
 11. หมู่บ้านตำบลที่ชาวบ้านยากจน ท้องที่ห่างไกลนักวิจัยออกเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 100 บาท (5 ราย) ให้คนละ 50 บาท สำหรับสมาชิก 100 คนแรก
 12. นักวิจัยคนหนึ่งเป็นผู้นำสหกรณ์เครดิตยูเนียนจัดตั้งและพัฒนาเครดิตยูเนียนมานานกว่า 35 ปี เป็นผู้เสียสละเป็นที่ยอมรับของสังคม
- สำหรับพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายที่ได้อบรมให้ความรู้เรื่องกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลเพื่อเสริมสร้างความตระหนัก (Awareness) แล้วแต่ยังไม่สามารถจัดตั้งกองทุนได้ อันเนื่องจากสาเหตุหลายประการ
1. ผู้นำชุมชน / ผู้นำสหกรณ์/ ผู้นำตามธรรมชาติ/ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/พิจารณาแล้วสวัสดิการรักษายาบาลได้มีการจัดให้แล้วในสหกรณ์เครดิตยูเนียน กองทุนสวัสดิการชุมชน (วันละบาท) กองทุนหมู่บ้าน รายละ 500 บาท/ครั้ง
 2. ผู้นำชุมชน ผู้นำสหกรณ์ ผู้นำตามธรรมชาติ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ เกรงว่าจะมีภาระงานเพิ่มขึ้น
 3. ชาวบ้านส่วนหนึ่งอ้างว่าได้เป็นสมาชิกกลุ่ม/องค์กรอื่นๆ เช่น กลุ่มฌาปนกิจ กลุ่มสตรี ฯลฯ หลายองค์กรแล้ว อาจไม่มีกำลังพอที่จะเป็นสมาชิกกองทุนใหม่ได้อีก
 4. ในช่วงระหว่างการดำเนินการวิจัยเรื่องนี้ชาวบ้านส่วนใหญ่ ยังไม่ได้รับเงินค่าจ่าน้ำข้าว จึงไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆในการดำเนินชีวิตจึงไม่สะดวกที่จะเข้าร่วมโครงการนี้
 5. โครงการวิจัยนี้ต้องการที่จะจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วมขึ้นเป็นรูปธรรมให้ได้จึงได้เลือกหมู่บ้าน ตำบล กลุ่ม/องค์กร ฯลฯ ที่มีความพร้อมด้านผู้นำและประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพและมีความพร้อมที่จะเป็นสมาชิกกองทุน โดยยึดหลักการทำงานจากง่ายไปหายากสำหรับหมู่บ้าน ตำบลที่ยังไม่พร้อมเอาไว้จัดตั้งภายหลัง

5. การเลือกตั้งคณะกรรมการการบริหารกองทุน จำนวน 7-15 คน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของตำแหน่งต่างๆ ได้แก่

1. ประธานกรรมการ
2. รองประธานคนที่ 1
3. รองประธานคนที่ 2
4. เสร้งญิก
5. ผู้ช่วยเสร้งญิก
6. เลขานุการ
7. ผู้ช่วยเลขานุการ
8. กรรมการ
9. กรรมการ

6. คณะกรรมการบริหารประชุมปรึกษาหารือเรื่องการปรับปรุงระเบียบข้อปฏิบัติในการรับสมาชิก-สงเคราะห์สมาชิกให้มีความเหมาะสม กองทุนมีความมั่นคงยั่งยืน

7. ดำเนินการบริหารจัดการกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบ ข้อตกลงของกองทุน

4.1 กลยุทธ์ที่ 1 การเสริมสร้างความสัมพันธ์ของประชาชน/ อสม. /ผู้นำชุมชน

ปกติของคนในชุมชน จะมีกิจกรรมช่วยเหลือเกื้อกูล มีน้ำใจต่อกันร่วมมือกันในกิจกรรมงานประเพณี การทำบุญ การบวชนาค งานฌาปนกิจศพ งานวันสำคัญของชาติ เช่น วันขึ้นปีใหม่ งานวันเด็ก วันแม่ วันพ่อ งานการประชุมของกลุ่ม/องค์กรต่างๆ ของสหกรณ์ กองทุนหมู่บ้าน ของวัดของเทศบาล ฯลฯ การค้าประกันเงินกู้ของกลุ่มการเงินที่เข้าร่วมสมาชิก สำหรับการช่วยเหลือ กันในด้านการประกอบอาชีพ มีแนวโน้มลดลง อันเนื่องจากประชาชนเลือกใช้วิธีการจ้าง หรือใช้เครื่องจักรแทนแรงงานคนแต่กรณีเพื่อนบ้านเจ็บป่วยก็มีเยี่ยมไข้กันบ้าง ถ้าเป็นญาติที่เกี่ยวข้องกันหรือบ้านที่สนิทใกล้ชิดกัน แต่ถ้าเพื่อนบ้านที่มีฐานะดี ตำแหน่งที่มีบารมี จะมีเพื่อนฝูง ญาติพี่น้องมาเยี่ยมไข้เป็นจำนวนมาก ส่วนเพื่อนบ้านที่มีฐานะยากจน ขัดสนเงินทอง อาจจะมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมบ้างแต่อาจจะน้อยและมีเงินค่าใช้จ่ายน้อย บางคนไม่มีอาจหิบบ้างและต้องเสียดอกเบี้ยยแพงจะมีความเดือดร้อนเป็นความทุกข์ทั้งกายและใจ มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ หดห้วงกับชีวิต หากมีกองทุนอะไรสักกองมาเยี่ยม พร้อมกับมอบเงินช่วย เยี่ยมไข้สัก 5,000 บาท น่าจะปลื้มปิติ ดีใจ สุขใจ มี

กำลังใจ มีความอบอุ่น จะทำให้โรคภัยไข้เจ็บที่ตนเองเป็นอยู่ จะหายเร็ว พ้นฟูเร็วขึ้น สามารถกลับมาดำรงชีวิตปกติ และสามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้

การช่วยเหลือกันในระบบสุขภาพ หาก อสม.หรือผู้นำชุมชนได้รวมกลุ่มกันเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้ชาวบ้านได้รับสวัสดิการเกี่ยวกับการช่วยเหลือกันและกัน ในกรณีเจ็บป่วยให้มีจำนวนเงินเพิ่มขึ้นจาก 500 ,1,000 บาท จากกลุ่ม/องค์กรที่เข้าเป็นสมาชิกอยู่แล้ว เป็นระดับครึ่งหมื่น (5,000บาท) น่าจะเป็นการดีมากเพราะได้เป็นการช่วยเหลือกันตอนมีชีวิตอยู่น่าจะมีคุณค่ามากกว่า

ผลการจัดเวทีประชาคมจำนวน 26 เวที สามารถจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษาได้ 3 รูปแบบ

24 กองทุนใน 26 กองทุน มีการช่วยทำบุญช่วยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 คืน ครั้งละ 20 บาท/คน โดยมีเป้าหมายจะรวมสมาชิกกองทุนละไม่เกิน 300 คน โดยผู้เจ็บป่วยจะได้รับเงินเยี่ยมไข้ประมาณ 5,000 บาท (ครึ่งหมื่น) แต่จะช่วยปีละไม่เกิน 2 ครั้ง โดยเก็บค่าธรรมเนียม 30-50 บาท แต่เก็บเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 100 บาท

1. กองทุนใน 26 กองทุน มีการทำบุญช่วยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 คืน คนละ 1 บาท /คน โดยมีเป้าหมายที่จะรวมสมาชิกสหกรณ์เครดิตยูเนียนจำนวน 5,000 คน จากสมาชิกจำนวน 12,000 คน โดยสมาชิกที่เจ็บป่วยจะได้เงินช่วยเยี่ยมไข้ประมาณ 5,000 บาท

โดยเก็บเงินค่าสมัครคนละ 100 บาท และเงินสงเคราะห์สมาชิกล่วงหน้า 200 บาท โดยดำเนินงานเป็นสวัสดิการของสหกรณ์

กองทุนใน 16 กองทุน มีการทำบุญช่วยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 คืน คนละ 50 บาท/คน โดยมีเป้าหมายที่จะรวบรวมสมาชิกสหกรณ์กองทุนละไม่เกิน 100 คน โดยเก็บเงินค่าธรรมเนียมแรกเข้า 50 บาทกรรมการกลุ่มย่อยเข้าเป็นสมาชิกและมีเป้าหมายให้กรรมการกลุ่มย่อยไปจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลในหมู่บ้านของของคนอีกชั้นหนึ่ง

ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้สามารถจัดตั้งกองทุนขึ้นได้

1. มีสหกรณ์ต้นสังกัดให้ความร่วมมือ

2. มีผู้นำสหกรณ์ ผู้นำธรรมชาติ
3. คณะกรรมการชุดก่อตั้ง มีผู้นำที่ช่วยดำเนินการต่อมุงมั่นตั้งใจทุ่มเทเอาจริงโดยมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากผู้นำในหมู่บ้านซอย คุ่ม ชุมชนต่างๆโดยใช้การบอกต่อ (Face to Face)
4. มีการจัดการประชุมสัญจรไปตามหมู่บ้านเพื่อประชาสัมพันธ์ในโอกาสต่างๆ เช่น ประชาคมหมู่บ้านของ อบต. /เทศบาล การทำบุญที่วัด ศาลากลางหมู่บ้าน ในเทศกาลวันสำคัญ การประชาสัมพันธ์ในงานสวดอภิรกรรมสวด พร้อมด้วยแจกเอกสารประชาสัมพันธ์
5. มวลมหาสมาคมเห็นคุณค่าของกองทุนนี้เน้นช่วยตอนเจ็บป่วยสมาชิก

4.2 กลยุทธ์ที่ 2 การมีส่วนร่วมของประชาชนกับการดูแลสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ ประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลตนเองและพึ่งตนเองด้านสุขภาพ การตัดสินใจร่วมกับแพทย์เมื่อเจ็บป่วยฯ การมีส่วนร่วมในการบริหารหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการในชุมชนของตนเอง พัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน สนับสนุนให้เกิดความหลากหลายในเครือข่ายหน่วยบริการ อสม. หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเครือข่ายสุขภาพที่สำคัญของงานสาธารณสุข มีบทบาทที่สำคัญด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ โดยการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การป้องกันโรค เฉพาะโรคไข้เลือดออก อสม.มีหน้าที่การให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การพ่นหมอกควันเพื่อกำจัดยุงตัวแก่ เพื่อป้องกันไม่ให้โรคระบาด การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการติดตามดูแลผู้ป่วยผู้พิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการจัดการบริการสุขภาพโดยชุมชน รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านต่างๆ เช่น

1. การจัดระบบหรือบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่น

2. การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน
3. การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
4. การแพทย์ทางเลือก หรือแพทย์พื้นบ้านแผนไทย

การมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการตรวจสอบคุณภาพบริการ

1. จัดให้มีศูนย์สุขภาพในชุมชนให้ชุมชนได้เรียนรู้ทราบถึงสิทธิประโยชน์เข้าใจในภาพรวมของหลักประกันสุขภาพ
2. มีศูนย์รับฟังเรื่องราวร้องทุกข์ของชุมชนเกี่ยวกับการได้รับบริการ
3. พัฒนาหลักเกณฑ์เพื่อรับรองศูนย์สนับสนุนและให้การช่วยเหลือภาคประชาชน
4. สนับสนุนกลุ่มต่างๆในชุมชน เช่น เยาวชน ผู้พิการ ผู้บริโภค ชุมชนแออัดมีกิจกรรมในด้านการตรวจสอบ ติดตาม และสร้างระบบสุขภาพที่ดี

4.3 กลยุทธ์ที่ 3 การบริหารจัดการกองทุน ด้านการเงิน คณะกรรมการ การบริหารทั่วไปและระเบียบข้อบังคับ ข้อตกลง

ด้านการเงิน กองทุนได้กำหนดระเบียบให้สมาชิกต้องจ่ายค่าธรรมเนียมแรกเข้าจำนวน 30-50 บาท และสมาชิกต้องจ่ายเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 5 ราย เพื่อให้กองทุนมีเงินพร้อมที่จะจ่ายสงเคราะห์เพื่อนสมาชิกได้ทันทีและเมื่อจ่ายเงินสงเคราะห์จะหักเงินสงเคราะห์ที่เก็บได้เป็นค่าบริหารจัดการร้อยละ 10 จ่ายให้กับสมาชิกที่ได้รับการสงเคราะห์คิดเป็นร้อยละ 90

กองทุนจะต้องมีความมั่นคง และมีความเจริญเติบโตมากขึ้น โดยจะต้องจัดหาทุนเพิ่มขึ้น โดยวิธีการที่หลากหลาย เช่น จากการขอบริจาคจากผู้มีจิตสาธารณะ เช่น ในวันเกิด หรือในงานฌาปนกิจ หรือจัดงานทำบุญกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลหรือจัดหาเงินทุนโดยวิธีอื่นๆ

ด้านคณะกรรมการ

คณะกรรมการบริหารกองทุน จะต้องมีการประชุมกัน 2-3 เดือนต่อครั้ง จะต้องรวมกันเป็นเครือข่ายกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ระดับอำเภอ จังหวัด มีการประชุมร่วมกัน 6 เดือน /ครั้ง หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการบริหารจัดการกองทุนร่วมกัน

ด้านการบริหารทั่วไป

คณะกรรมการบริหารกองทุน ควรจะมีความประชุมปรึกษาหารือ เพื่อปรับปรุงระเบียบ ข้อตกลงให้มีความเหมาะสม ทันสมัย โดยนำระเบียบข้อตกลงของกองทุนอื่นๆ มาศึกษาเปรียบเทียบ เพื่อเป็นแนวคิดในการพัฒนากองทุนให้มีความมั่นคงยั่งยืน โดยลักษณะของการจัดสวัสดิการรักษายาบาล มีความเหมือนกับกองทุนฌาปนกิจ ที่ชาวบ้านมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการอยู่แล้ว จึงไม่ยากที่จะบริหารจัดการให้มีการมั่นคง ยั่งยืน

ระบบบัญชี จะต้องทำการบันทึกบัญชีการรับเงินจากสมาชิกและการจ่ายเงินสงเคราะห์ให้กับสมาชิก ให้เป็นปัจจุบัน และควรมีคณะกรรมการตรวจสอบบัญชีทำหน้าที่ตรวจสอบบัญชีปีละ 1 ครั้ง

4.4 กลยุทธ์ที่ 4 การรณรงค์ให้มีจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม (200 – 300 คน)

เป้าหมายของกองทุนนี้ต้องการช่วยเพื่อนสมาชิก เมื่อเจ็บป่วยเข้ารับรักษาเป็นคนไข้ในโรงพยาบาล ให้มีเงินเยี่ยมไข้ประมาณ 5,000 บาท (ครึ่งหมื่น) กองทุนส่วนใหญ่จะเป็นระบบ 20 บาท ตามรูปแบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่นักวิจัยนำเสนอเป็นทางเลือก จำเป็นต้องมีสมาชิก จำนวน 300 คน อาจเกินได้บ้างจำนวน 4-5 คน กองทุนจะต้องบริหารจัดการกองทุนให้มี

หัวหน้ากลุ่มย่อยๆ แต่ละคน ควรมีสมาชิกประมาณ 20, 30, 50 คน แล้วแต่ความสะดวกในการเก็บเงิน และหัวหน้ากลุ่มฝ่ายย่อยจะต้องทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างสมาชิก และกองทุน ทำหน้าที่แนะนำสมาชิกเพิ่มเติมให้ครบจำนวน และพร้อมที่จะแนะนำสมาชิกเพิ่มเติมทดแทนสมาชิกที่หมดสมาชิกภาพหรือเสียชีวิต

การที่จะให้มีสมาชิกเพิ่มขึ้นตามเป้าหมายคือ จำนวน 300 คน เพื่อให้กองทุนฯสามารถช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยให้ได้รับการสงเคราะห์ จำนวน 5,000 บาท(ครึ่งหมื่น) ขึ้นไป คณะกรรมการบริหารกองทุนฯควรดำเนินการดังนี้

1. จัดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์ตามหมู่บ้านต่างๆตามเขตบริการของกองทุนฯ
2. ประชาสัมพันธ์ให้สาธารณชนรับทราบในโอกาสต่างๆ เช่น การประชุมใหญ่ของสหกรณ์ , การทำบุญวัด , การทำบุญที่ศาลากลางบ้าน , การประชุมของ อบต. , งานฌาปนกิจ
3. ให้คณะกรรมการที่ทำหน้าที่เก็บเงินช่วยแนะนำสมาชิกเพิ่มเติม
4. ให้เงินค่าตอบแทนคณะกรรมการที่ทำหน้าที่เก็บเงิน คิดเป็นเปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 7-10 ซึ่งกรรมการซึ่งทำหน้าที่นี้จะได้นำสมาชิกเพิ่มขึ้น เพื่อเขาจะได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น
5. ประชาสัมพันธ์โดยการฝากเอกสารประชาสัมพันธ์ไว้กับร้านค้าของชุมชน เช่น ร้านเสริมสวย ร้านกาแฟ ร้านก๋วยเตี๋ยว เป็นต้น
6. ติดต่อประสานงานเก็บผู้ที่ชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน อสม. อบต. ผู้นำโดยธรรมชาติให้ทราบวัตถุประสงค์ของกองทุน พร้อมกับขอความร่วมมือให้เขาเข้าเป็นสมาชิก และแนะนำคนใกล้เคียงเข้ามาเป็นสมาชิก
7. ประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนอย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง เพื่อรับทราบความเคลื่อนไหวของกองทุน และรับทราบปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข
8. คณะกรรมการจัดทำแผน Road Show ไปตามหมู่บ้านต่างๆ พร้อมกับแบ่งคณะกรรมการออกเป็นชุดๆ ละ 2-3 คน ไปแนะนำสมาชิกถึงบ้าน (door to door)

4.5 กลยุทธ์ที่ 5 การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล เสริมแรงให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและให้

ประชาชนทั่วไปจะมีประสบการณ์ในการเป็นสมาชิกกองทุนฌาปนกิจในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และระดับประเทศมาแล้ว และบางคนก็มีประสบการณ์ในการเป็นกรรมการบริหารกองทุนฯ มาแล้ว ดังนั้นต้นทุนในการบริหารจัดการกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลจึงมีเพียงพอในระดับหนึ่ง ยกเว้นบางคนที่ไม่เคยบริหารกองทุนมาก่อน แต่จะมีน้อยมาก เพราะในการเลือกตั้งคณะกรรมการบริหาร สมาชิกจะมีความฉลาดในการเสนอบุคคลที่มีประสบการณ์ เข้ามาเป็นกรรมการบริหาร เพราะเชื่อในความสามารถ ซึ่งเขามีความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของ อยากให้กองทุนมีความยั่งยืนมั่นคง เพื่อผลประโยชน์ของมวลสมาชิก

แต่การนิเทศติดตามประเมินผล เสริมแรงให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและให้ข้อเสนอแนะแก่คณะกรรมการบริหาร จึงเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่งการได้พบปะพูดคุยปรึกษาหารือ เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนากองทุนให้มีความเจริญ มั่นคง ยั่งยืน จะทำให้คณะกรรมการบริหารมีขวัญและกำลังใจ และมีแนวทางในการบริหารจัดการกองทุนที่มีประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับของสมาชิก และประชาชนทั่วไป

เพื่อให้การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล เสริมแรงให้กำลังใจแก่คณะกรรมการผู้ปฏิบัติงานในการบริหารจัดการกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบข้อตกลง คณะผู้วิจัยจึงได้จัดประชุมสัมมนาตัวแทนคณะกรรมการบริหารกองทุน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางในการบริหารกองทุนให้มีความเจริญเติบโต มีความมั่นคงยั่งยืน และมีการเลือกตั้งคณะกรรมการเครือข่ายกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อให้คณะกรรมการเครือข่ายได้มีส่วนร่วมในการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลกองทุนอื่นๆ
2. เพื่อให้คณะกรรมการเครือข่ายได้มีแนวทางในการบริหารจัดการกองทุนที่ดีสามารถบริหารจัดการกองทุนของตนเองสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย เพื่อเป็นกองทุนต้นแบบ
3. เพื่อช่วยให้การเผยแพร่จัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขึ้นในหมู่บ้าน ตำบลที่มีความพร้อม



ภาพที่ 1. อธิการบดี(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิวัต กลิ่นงาม) มาเป็นประธานในการอบรมให้ความรู้เรื่อง กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล (ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท)



ภาพที่ 2. คณะผู้วิจัยได้ให้ความรู้การจัดตั้งกองทุนรักษายาบาลแก่สมาชิก

สหกรณ์เครดิตยูเนียนวัดใหม่ประเสริฐ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี



ภาพที่ 3. แบ่งกลุ่มอภิปราย เรื่อง กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล แยกเป็นรายตำบล



ภาพที่ 4. จัดเวทีประชาคม กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล(ใครป่วยช่วย 20 บาท)



ภาพที่ 5. จัดเวทีประชาคม กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล(ใครป่วยช่วย 20 บาท)



ภาพที่ 6. การเลือกตั้งคณะกรรมการการบริหารกองทุน(ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methodology) ซึ่งมีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก อสม. กรรมการกลุ่มย่อย และสมาชิกสหกรณ์ชั้นนำ ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วัตถุประสงค์ของการวิจัยมีดังนี้

1. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้เป็นกำลังหลักที่สำคัญในการรวมคน เพื่อจัดตั้งกองทุนสวัสดิการศึกษายาบาล ขึ้นในแต่ละตำบล
2. จัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม

เมื่อได้เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามจากแบบสอบถามและได้นำมาวิเคราะห์เพื่อคำนวณหาค่าสถิติร้อยละเพื่อตอบวัตถุประสงค์ ส่วนข้อมูลที่ได้จากการจัดเวทีประชาคมกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งได้แก่กลุ่มประชาชนทั่วไป สมาชิกสหกรณ์ กรรมการกลุ่มย่อย กลุ่ม อสม. และคณะสงฆ์ (เจ้าอาวาส) ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และทำการสังเคราะห์ (Synthesis) จากประเด็นที่สำคัญและนำมาสรุปนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อโครงการวิจัย/กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม

ตอนที่ 2 ยุทธศาสตร์การออกแบบและจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ ได้แก่

1. ประชาชนทั่วไป
2. สมาชิกสหกรณ์และหัวหน้ากลุ่มย่อยสมาชิก คณะกรรมการดำเนินการ
3. อสม.
4. คณะสงฆ์ (เจ้าอาวาส)

ในหมู่บ้าน ตำบล อบต. รพ.สต. วัด และสหกรณ์เครดิตยูเนียนในจังหวัดเพชรบุรี ที่มีศักยภาพ และมีความพร้อมที่จะเข้าร่วมโครงการซึ่งเขาได้ตอบแบบสอบถามในโอกาสที่กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมดังนี้

1. ประชุมใหญ่สามัญประจำปีของสหกรณ์

2. การประชุมประจำเดือนของ อสม.
3. การประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์
4. การประชุมประจำเดือนของชมรมเครดิตยูเนียนเพชรบุรี
5. การประชุมพระสังฆาธิการของเจ้าคณะจังหวัดเพชรบุรี
6. การประชุมของ อบต. /เทศบาล
7. และในโอกาสที่ชาวบ้านไปทำบุญในวัด ศาลากลางบ้าน ฯลฯ

เหตุที่นักวิจัยต้องเพิ่มกลุ่มเป้าหมายนอกจาก อสม. อันเนื่องจากได้ทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังผู้อำนวยการ รพ.สต. ทั้งจังหวัด ได้รับการตอบรับเข้าร่วมโครงการเพียง 3 แห่ง เท่านั้น นักวิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มเป้าหมายให้กว้างขวางแบบ Open ก็เพื่อให้ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติจริงให้ได้กล่าวคือ จะให้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษารัฐขึ้นให้ได้อย่างน้อย 16 กองทุน แต่ละกองทุนจะต้องมีสมาชิกขั้นต่ำจำนวน 100 คน ขึ้นสูงไม่เกิน 300 คน ทั้งจังหวัดจะมีสมาชิกกองทุนสวัสดิการรักษารัฐประมาณ 4,500 คน ในปี 2557 และเพื่อให้มีกองทุนต้นแบบที่ขยายครอบคลุมทั้งจังหวัด กรณีที่ได้รับทุนวิจัยต่อเนื่องในปีถัดไป

ตอนที่ 1 ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อโครงการวิจัย / กองทุนสวัสดิการรักษารัฐ ที่ประชาชนมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยได้ออกแบบสอบถามแบบปลายปิด (Close Ended Question) เพื่อสอบถามความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อโครงการวิจัย กองทุนสวัสดิการรักษารัฐ ซึ่งจากการประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลตามตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ที่มีความคิดเห็นต่อกองทุนสวัสดิการรักษารัฐ

ข้อที่	ความคิดเห็นที่มีต่อกองทุนสวัสดิการรักษารัฐ	ใช่/เห็นด้วย ดี/ดีใจ คิดเป็นร้อยละ	ไม่ใช่/ ไม่เห็นด้วย คิดเป็นร้อยละ	รวม
1	การช่วยเหลือเกื้อกูล เอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ และมีน้ำใจ ต่อกันของคนในหมู่บ้านตำบลเดียวกัน ลดน้อยลง ไปมากใช้หรือไม่	1,180 คน 95.85%	51 คน 4.14 %	1,231 คน
2	คนในหมู่บ้านเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวใน	714 คน	517 คน	1,231 คน

	โรงพยาบาลแต่ไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ มีความเดือดร้อนจำเป็นต้องหยิบยืม จากผู้อื่นมีบ้างไหม	58.00 %	42.00 %	
3	ท่านมีความดีใจ สุขใจใช้ไหม ถ้าเงินของท่านจำนวนเพียง 20 บาท ช่วยให้เพื่อนมีความสุข มีกำลังใจ ทำให้เขามีความอบอุ่น และไม่รู้สึกละอาย	1,194 คน 94.99 %	37 คน 3.01 %	
4	จะเป็นดีไหม หากมีการรวมชาวบ้านเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วยและเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยช่วยกันครั้งละ 20 บาท ท่านเห็นด้วยหรือไม่	1,231 คน 100 %	- 0%	1,231 คน

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ที่มีความคิดเห็นต่อกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล(ต่อ)

ลำดับ	ความคิดเห็นที่มีต่อกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล	ใช่/เห็นด้วยดี/ดีใจคิดเป็นร้อยละ	ไม่ใช่/ไม่เห็นด้วยคิดเป็นร้อยละ	รวม
5	*ถ้าจะต้องช่วยทำบุญช่วยเหลือเพื่อนบ้านครั้งละ 20 บาท /คน เมื่อเขาเข้ารับรักษาตัวเป็นคนไข้ในท่านเห็นด้วยหรือไม่	1,231 คน 100 %	- 0%	1,231 คน
6	ท่านจะมีความสุขดีใจ มีกำลังใจไหม ถ้าท่านเจ็บป่วย มีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมพร้อมกับเงินมามอบให้เป็นกำลังใจจำนวน 3,000-6,000 บาท	1,196 คน 97.16 %	35 คน 2.84 %	1,231 คน
7	หากท่านเองไม่เจ็บป่วย แต่จะต้องทำบุญช่วยเหลือเพื่อนบ้านซึ่งเจ็บป่วยบ่อยครั้ง ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร	โชคดีที่เราไม่เจ็บป่วย 1,204 คน 97.80 %	รู้สึกเป็นภาระเสียเปรียบ 27 คน 2.19 %	1,231 คน
8	เมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วย ท่านจะช่วยเขาเป็นการ	กล้าช่วย	ไม่กล้าช่วย	1,231 คน

	ส่วนตัวครึ่งละ 20 บาท ท่านกล้าช่วยเขาใช้ไหม	301 คน 24.45 %	930 คน 75.54 %	
9	หากจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขึ้นในหมู่บ้านโดยรวมชาวบ้านเป็นกลุ่มละ 200- 300 คน โดยช่วยเพื่อนบ้านสมาชิกที่เจ็บป่วยที่เข้ารักษาตัวใน โรงพยาบาลครึ่งละ 20 บาท โดยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยจะได้รับเงินเสริมกำลังใจจำนวน 3,000-6,000 บาทหากเชิญท่านเข้าร่วมเป็นสมาชิกด้วย ท่านเห็นด้วยหรือไม่	เห็นด้วย 1,121 คน 91.06 %	ไม่เห็นด้วย 110 คน 8.93 %	1,231 คน
10	ผู้ที่เป็นสมาชิกกองทุน จะต้องจ่ายเงินทำบุญล่วงหน้าจำนวน 100 บาท (5 ราย) เพื่อเตรียมพร้อมไว้จ่ายช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกจำนวน 5 รายท่านเห็นด้วยไหมจ่ายได้ไหม	จ่ายได้สบาย 1,121 คน 91.06 %	จ่ายได้แต่ ขอเวลา หน่อย 110 คน 8.93 %	1,231 คน
ลำดับ	ความคิดเห็นที่มีต่อ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล	ใช่/เห็นด้วย ดี/ดีใจ คิดเป็นร้อยละ	ไม่ใช่/ ไม่เห็นด้วย คิดเป็นร้อยละ	รวม
11	การช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างที่มีชีวิตกับช่วยกันตอนตายแล้วอย่างไหนมีคุณค่ามากกว่ากัน	ตอนมีชีวิตมี คุณค่า มากกว่า 1,231 คน 100 %	การช่วยกัน ตอนตาย มีคุณค่า มากกว่า 0	1,231 คน

จากตารางที่ 1 ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นว่า

การช่วยเหลือ เกื้อกูล เอื้อเฟื้อ และมีน้ำใจต่อกันของคนในหมู่บ้านตำบลมีน้อยลงมาก
ผู้ตอบเห็นด้วยร้อยละ 95.85 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 4.14 คนในหมู่บ้านเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวใน

โรงพยาบาล แต่ไม่เงินเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ มีความจำเป็นเดือดร้อน ต้องหยิบยืมผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 58.00 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 42.00 ท่านจะดีใจ สุขใจ ที่เงินของท่านเพียง 20 บาท ช่วยให้เพื่อนมีความสุข มีกำลังใจ และไม่รู้สึกละอายใจ มีผู้เห็นด้วยร้อยละ 96.99 รู้สึกเฉยๆร้อยละ 3.00 หากมีการรวมตัวชาวบ้านเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยช่วยกันครั้งละ 20 บาท เห็นด้วยร้อยละ 100 ถ้าท่านต้องทำบุญช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกครั้งละ 20 บาท/คน เมื่อเพื่อนบ้านต้องการรักษาตัวในโรงพยาบาลเห็นด้วยร้อยละ 100 จะมีความสุข ดีใจ กำลังใจ เมื่อเจ็บป่วยมีเพื่อนมาเยี่ยมพร้อมกับมอบเงินให้เป็นกำลังใจ จำนวน 3,000-6,000 บาท เห็นด้วยร้อยละ 97.16 รู้สึกเฉยๆร้อยละ 2.84 หากท่านเองไม่เจ็บป่วย แต่ต้องทำบุญช่วยเหลือเพื่อนที่เจ็บป่วยบ่อยครั้ง ถือว่าเราโชคดีที่ไม่เจ็บป่วย เห็นด้วยร้อยละ 97.80 คิดว่าเสียเปรียบและเป็นภาระร้อยละ 2.19 การช่วยเหลือเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยเป็นการส่วนตัวครั้งละ 20 บาท มีผู้ตอบว่ากล้าช่วยร้อยละ 24.45 ไม่กล้าช่วยเพราะเป็นจำนวนเงินที่น้อยนิดร้อยละ 75.54 หากมีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลในหมู่บ้านโดยรวมชาวบ้านเป็นกลุ่มๆละ 200-300 คน เพื่อช่วยเหลือเพื่อนบ้านเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ครั้งละ 20 บาท โดยเพื่อนบ้านจะได้รับเงินเสริมแรงให้กำลังใจ จำนวน 3,000-6,000 บาท ยินดีเข้าร่วมเป็นสมาชิกร้อยละ 91.06 ไม่พร้อมเป็นสมาชิกร้อยละ 8.93 เพราะเป็นสมาชิกกลุ่มองค์กรอื่นๆมาแล้วไม่สามารถส่งเงินได้ไหว หากเป็นสมาชิกแล้วต้องจ่ายเงินทำบุญล่วงหน้าจำนวน 100 บาท (5 ราย) ตอบว่าจ่ายได้สบายร้อยละ 91.06 จ่ายได้ขอเวลาหน่อยร้อยละ 8.93 การช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างที่มีชีวิตอยู่กับการช่วยกันตอนตายร้อยละ 100 ตอบว่าช่วยกันตอนที่มีชีวิตมีคุณค่ามากกว่า

ในภาพรวมทั้ง 11 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 1,231 คน ผู้ตอบแบบสอบถามที่เห็นด้วยยอมรับว่าดี มีคุณค่า ช่วยได้สบาย ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมกองทุนทั้ง 11 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 100 แต่มีเพียงข้อเดียวร้อยละที่เห็นด้วยไม่สูงมากนัก ที่กล่าวว่า เมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วย ท่านจะช่วยเขาเป็นการส่วนตัวครั้งละ 20 บาท มีผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบว่า กล้าช่วยจำนวน 301 คน ร้อยละ 24.45 ที่ตอบไม่กล้าช่วย เพราะเป็นเงินจำนวนน้อยนิด จำนวน 930 คน ร้อยละ 75.54 ซึ่งเป็นร้อยละที่สอดคล้องกับโครงการน้อย จากการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ทราบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมากกว่าร้อยละ 91.00 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง และความเห็นอื่นๆที่สอดคล้องกับโครงการวิจัยนี้ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล จึงได้ดำเนินการในขั้นต่อไป ดังนี้

ตอนที่ 2 ยุทธศาสตร์การออกแบบและจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลให้มีขึ้นและมีระบบ การบริหารจัดการกองทุนให้เป็นที่ยอมรับของสมาชิกกองทุนและชุมชน

กลยุทธ์ 1 เสริมสร้างความสัมพันธ์ของประชาชน/อสม./ผู้นำในระดับหมู่บ้าน ตำบล

กลยุทธ์ 2 การมีส่วนร่วมของประชาชนกับการดูแลสุขภาพ

กลยุทธ์ 3 การบริหารจัดการกองทุนในเรื่องของเงิน การบริหารจัดการบุคลากร
(คณะกรรมการการบริหารจัดการทั่วไป ระเบียบข้อบังคับ)

กลยุทธ์ 4 การรณรงค์ให้มีจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม (200-300 คน)

กลยุทธ์ 5 การนิเทศติดตาม ประเมินผล เสริมแรงให้กำลังใจ รับฟังปัญหา และให้
ข้อเสนอแนะ

**ยุทธศาสตร์การออกแบบและการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมี
ส่วนร่วม และมีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ**

1. การออกแบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล

โดยใช้วิธีการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พ.ร.บ. หลักประกันคุณภาพแห่งชาติ พ.ศ.
2545 นโยบายด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศไทย เริ่มด้วยการประกันสุขภาพถ้วนหน้า
นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค การประกันสุขภาพถ้วนหน้า นโยบายบัตรประชาชนบัตรเดียวรักษา
ทั่วประเทศ จากบทความ ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากระเบียบข้อบังคับการจัดสวัสดิการ
รักษายาบาลของกองทุนสวัสดิการชุมชน(วันละบาท) ของสหกรณ์เครดิตยูเนียน กองทุนหมู่บ้านและ
องค์กรธุรกิจต่างๆ นำมาสร้างรูปแบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลตัวอย่าง ที่เน้นใช้คำว่าใครป่วย
ช่วยทำบุญ 20 บาท เมื่อเพื่อนสมาชิกป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งจะได้เงินเยี่ยมไข้ประมาณ
5,000 บาท (ครึ่งหมื่น) โดยรวมชาวบ้านจัดตั้งเป็นกองทุนๆละ 200 - 300 คน และให้ทุกคนมองว่า
เป็นการทำบุญ ไม่มองว่ากำไรหรือขาดทุน โดยยึดปรัชญาว่า ให้อย่างมีคุณค่าและรับอย่างมีศักดิ์ศรี

**2. การจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอน
การดำเนินงานดังต่อไปนี้**

1. อบรมให้ความรู้เรื่องกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลให้กับประชาชน
กลุ่มเป้าหมายโดยแจกเอกสาร คู่มือ แบบสอบถาม ในช่วงเวลาสั้นๆ ประมาณ 30-40 นาที เพื่อให้มี

ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เพื่อสร้างความตระหนักรู้ (Awareness) ในเวทีการประชุมต่างๆ เช่น การประชุมใหญ่สามัญประจำปีของสหกรณ์แต่ละแห่ง การประชุมอบรมต่างๆ การประชุม อสม. การประชุมชาวบ้านตามหมู่บ้าน ตามวัด เป็นต้น

2. นำแบบสอบถามที่รวบรวมได้ในแต่ละเวทีการประชุมการทำการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อพิจารณาว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นด้วยกับโครงการวิจัยนี้หรือไม่ หากได้ข้อมูลว่าเวทีใดเห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งจะดำเนินการในข้อ 3. ต่อไป

3. ประสานงานกับผู้นำชุมชน ผู้นำตามธรรมชาติ ผู้นำท้องถิ่น ผู้บริหาร อบต. อสม. เป็นต้น เพื่อประชุมปรึกษาหารือถึงความเป็นไปได้ในการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขึ้นในแต่ละองค์กร/กลุ่ม หมู่บ้าน ตำบลต่างๆ

4. ดำเนินการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล โดยจัดเวทีประชาคมในองค์กร และสถานที่ต่างๆ โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมเวทีประชาคมดังนี้

1. ประชาชนทั่วไป
2. อสม.
3. สมาชิกสหกรณ์ชั้นนำ กรรมการกลุ่มย่อย

โดยมีประเด็น พุดคุย อภิปราย เรื่องความสำคัญของปัญหา หลักการของกองทุน คุณค่าประโยชน์ทางตรง และทางอ้อมของกองทุน รูปแบบกองทุนที่ทุกคนเห็นชอบ แนวทางการบริหารจัดการกองทุน การบัญชีและอื่นๆ แล้วแต่มีผู้เสนอ

ผลการจัดเวทีประชาคมจำนวน 26 เวที สามารถจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลได้ 26 กองทุนและมี 3 รูปแบบดังนี้

1. 24 กองทุนใน 26 กองทุน มีการทำบุญช่วยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยเข้ารักษายาบาลในโรงพยาบาลเป็นคนไข้ในอย่างน้อย 1-2 คับ คนละ 20 บาท โดยมีเป้าหมายจะรวมสมาชิกให้ได้กองทุนละไม่เกิน 300 คน โดยสมาชิกที่เจ็บป่วย จะได้รับเงินเยี่ยมไข้ ประมาณ 5,000 บาท (ครึ่งหมื่น) โดยเก็บค่าธรรมเนียมแรกเข้า 30-50 บาท และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 100 บาท (5 ราย)

2. 1 กองทุนใน 26 กองทุน มีการทำบุญช่วยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยเข้ารักษายาบาลรักษาตัวเป็นคนไข้ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 คับ คนละ 1 บาท โดยมีเป้าหมายที่จะ

รวมสมาชิกสหกรณ์เครดิตยูเนียน จำนวน 5,000 คน จากสมาชิกที่มีอยู่จำนวน 12,000 คน โดยสมาชิกที่เจ็บป่วยจะได้เงินเยี่ยมไข้ ประมาณ 5,000 บาท

โดยเก็บเงินค่าธรรมเนียมแรกเข้าจำนวน 100 บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 200 บาท

โดยดำเนินงานในลักษณะสวัสดิการเสริมของสหกรณ์

3. 1 กองทุนใน 26 กองทุนมีการทำบุญช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวเป็นคนไข้ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 คืน คนละ 50 บาท โดยมีเป้าหมายจะรวมสมาชิกสหกรณ์ที่เป็นกรรมการกลุ่มย่อย เข้าเป็นสมาชิก กองทุนๆละประมาณ 100 คน โดยสมาชิกที่เจ็บป่วยจะได้รับเงินช่วยเหลือครั้งละจำนวน 5,000 บาท

โดยเก็บเงินค่าธรรมเนียมแรกเข้า จำนวน 50 บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 200 บาท

สหกรณ์มีเป้าหมายจะรณรงค์ให้มีสมาชิกเพิ่มขึ้น เป็นจำนวน 200-300 คน หากมีสมาชิกเพิ่มมากขึ้นการทำบุญจากรายละ 50 บาท จะลดลงเหลือรายละ 20 บาท (ถ้ามีสมาชิกครบ 300 คน)

ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้สามารถจัดตั้งกองทุนฯ ขึ้นได้

1. มีสหกรณ์ต้นสังกัด/ วัด รพ.สต.ให้การสนับสนุน
2. มีผู้นำสหกรณ์ ผู้นำตามธรรมชาติ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยเป็นแกนนำ (Key Persons)

3. คณะกรรมการชุดก่อตั้งมีผู้นำที่มุ่งมั่น ตั้งใจ ทุ่มเท เอาจริง โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากผู้นำในหมู่บ้าน ชุมชน ซอย คุ่มต่างๆ โดยการบอกต่อกับคนใกล้ชิด (Face to Face)

4. มีการประชุมสัญจรไปตามหมู่บ้าน เพื่อประชาสัมพันธ์ในโอกาสต่างๆ เช่น การประชุมชมหมู่บ้านของอบต. /เทศบาล การทำบุญที่วัด ศาลากลางหมู่บ้าน ในเทศกาลสำคัญต่างๆ พร้อมด้วยแจกเอกสารประชาสัมพันธ์

5. จุดดี/ จุดแข็ง /คุณค่าของโครงการวิจัยนี้เน้นการจัดตั้งกองทุนฯ ที่ช่วยตอนเจ็บป่วย ช่วยขณะมีชีวิต มีคุณค่า หรือประโยชน์มากกว่าช่วยตอนเสียชีวิต

6. นักวิจัย/ผู้นำในการจัดตั้งกองทุนใช้คำพูดว่า “ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท” ทำให้ได้รับการยอมรับ เพราะคนไทยชอบทำบุญ และเน้นคำว่า “ทำบุญที่ได้บุญที่สัมผัสได้จริง ตอนเจ็บป่วยมีเงินช่วย 5,000 บาท” (ครึ่งหมื่น)

7. มีพระภิกษุเข้ามามีส่วนร่วมช่วยทำให้มีการยอมรับจากประชาชนได้ง่าย

8. เปิดกว้างสำหรับคนทุกวัย สำหรับสมาชิกชุดก่อตั้ง ไม่จำกัดอายุแต่ต้องมีสุขภาพดีในวันสมัคร คือ สามารถประกอบสัมมาชีพได้

9. มีการยกเว้นค่าธรรมเนียมแรกเข้า สำหรับสมาชิก 100 คนแรก (บางกองทุน)

10. นักวิจัยให้รางวัลเสริมแรงโดยให้เงินประเดิมเข้ากองทุน 3,000 , 5,000 บาท ถ้ามีสมาชิกรับ 100-200 คนภายในระยะเวลาที่กำหนด

11. หมู่บ้านตำบลที่ชาวบ้านยากจน ท้องที่ห่างไกลนักวิจัยออกเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 100 บาท (5 ราย) ให้คนละ 50 บาท สำหรับสมาชิก 100 คนแรก

12. นักวิจัยคนหนึ่งเป็นผู้นำสหกรณ์เครดิตยูเนียนจัดตั้งและพัฒนาเครดิตยูเนียนมานานกว่า 35 ปี เป็นผู้เสียสละเป็นที่ยอมรับของสังคม

สำหรับพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายที่ได้อบรมให้ความรู้เรื่องกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลเพื่อเสริมสร้างความตระหนัก (Awareness) แล้วแต่ยังไม่สามารถจัดตั้งกองทุนได้ อันเนื่องจากสาเหตุหลายประการ

1. ผู้นำชุมชน / ผู้นำสหกรณ์/ ผู้นำตามธรรมชาติ/ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/พิจารณาแล้วสวัสดิการรักษายาบาลได้มีการจัดให้แล้วในสหกรณ์เครดิตยูเนียน กองทุนสวัสดิการชุมชน (วันละบาท) กองทุนหมู่บ้าน รายละ 500 บาท/ครั้ง

2. ผู้นำชุมชน ผู้นำสหกรณ์ ผู้นำตามธรรมชาติ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ เกรงว่าจะมีภาระงานเพิ่มขึ้น

3. ชาวบ้านส่วนหนึ่งอ้างว่าได้เป็นสมาชิกกลุ่ม/องค์กรอื่นๆ เช่น กลุ่มฌาปนกิจ กลุ่มสตรี ฯลฯ หลายองค์กรแล้ว อาจไม่มีกำลังพอที่จะเป็นสมาชิกกองทุนใหม่ได้อีก

4. ในช่วงระหว่างการดำเนินการวิจัยเรื่องนี้ชาวบ้านส่วนใหญ่ ยังไม่ได้รับเงินค่าจ้างนำข้าว จึงไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆในการดำเนินชีวิตจึงไม่สะดวกที่จะเข้าร่วมโครงการนี้

5. โครงการวิจัยนี้ต้องการที่จะจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วมขึ้นเป็นรูปธรรมให้ได้จึงได้เลือกหมู่บ้าน ตำบล กลุ่ม/องค์กร ฯลฯ ที่มีความพร้อมด้านผู้นำ

และประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพและมีความพร้อมที่จะเป็นสมาชิกกองทุน โดยยึดหลักการ
ทำงานจากง่ายไปหายากสำหรับหมู่บ้าน ตำบลที่ยังไม่พร้อมเอาไว้จัดตั้งภายหลัง

5. การเลือกตั้งคณะกรรมการการบริหารกองทุน จำนวน 7-15 คน โดยกำหนดบทบาท
หน้าที่ของตำแหน่งต่างๆ ได้แก่

1. ประธานกรรมการ
2. รองประธานคนที่ 1
3. รองประธานคนที่ 2
4. เสรฐัญญิก
5. ผู้ช่วยเสรฐัญญิก
6. เลขานุการ
7. ผู้ช่วยเลขานุการ
8. กรรมการ
9. กรรมการ

6. คณะกรรมการบริหารประชุมปรึกษาหารือเรื่องการปรับปรุงระเบียบข้อปฏิบัติในการ
รับสมาชิก-สงเคราะห์สมาชิกให้มีความเหมาะสม กองทุนมีความมั่นคงยั่งยืน

7. ดำเนินการบริหารจัดการกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบ ข้อตกลงของกองทุน

4.1 กลยุทธ์ที่ 1 การเสริมสร้างความสัมพันธ์ของประชาชน/ อสม. /ผู้นำชุมชน

ปกติของคนในชุมชน จะมีกิจกรรมช่วยเหลือเกื้อกูล มีน้ำใจต่อกันร่วมมือกันในกิจกรรม
งานประเพณี การทำบุญ การบวชนาค งานฌาปนกิจศพ งานวันสำคัญของชาติ เช่น วันขึ้นปีใหม่ งาน
วันเด็ก วันแม่ วันพ่อ งานการประชุมของกลุ่ม/องค์กรต่างๆ ของสหกรณ์ กองทุนหมู่บ้าน ของวัด
ของเทศบาล ฯลฯ การค้าประกันเงินกู้ของกลุ่มการเงินที่เข้าร่วมสมาชิก สำหรับการช่วยเหลือ กันใน
ด้านการประกอบอาชีพ มีแนวโน้มลดลง อันเนื่องจากประชาชนเลือกใช้วิธีการจ้าง หรือใช้เครื่องจักร
แทนแรงงานคนแต่กรณีเพื่อนบ้านเจ็บป่วยก็มีเยี่ยมไข้กันบ้าง ถ้าเป็นญาติที่เกี่ยวข้องกันหรือบ้านที่
สนิทใกล้ชิดกัน แต่ถ้าเพื่อนบ้านที่มีฐานะดี ตำแหน่งที่มีบารมี จะมีเพื่อนฝูง ญาติพี่น้องมาเยี่ยมไข้เป็น
จำนวนมาก ส่วนเพื่อนบ้านที่มีฐานะยากจน ขาดเงินทอง อาจจะมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมบ้างแต่อาจจะ
น้อยและมีเงินค่าใช้จ่ายน้อย บางคนไม่มีอาจหยิบยืมบ้างและต้องเสียดอกเบี้ยแพงจะมีความ

เดือดร้อนเป็นความทุกข์ทั้งกายและใจ มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ หมดหวังกับชีวิต หากมีกองทุนอะไรสักกองมาเยี่ยม พร้อมกับมอบเงินช่วย เยี่ยมไข้สัก 5,000 บาท น่าจะปลื้มปิติ ดีใจ สุขใจ มีกำลังใจ มีความอบอุ่น จะทำให้โรคภัยไข้เจ็บที่ตนเองเป็นอยู่ จะหายเร็ว ฟันฟูเร็วขึ้น สามารถกลับมาดำรงชีวิตปกติ และสามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้

การช่วยเหลือกันในระบบสุขภาพ หาก อสม.หรือผู้นำชุมชนได้รวมกลุ่มกันเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้ชาวบ้านได้รับสวัสดิการเกี่ยวกับการช่วยเหลือกันและกัน ในกรณีเจ็บป่วยให้มีจำนวนเงินเพิ่มขึ้นจาก 500 ,1,000 บาท จากกลุ่ม/องค์กรที่เข้าเป็นสมาชิกอยู่แล้ว เป็นระดับครึ่งหมื่น (5,000บาท) น่าจะเป็นการดีมากเพราะได้เป็นการช่วยเหลือกันตอนมีชีวิตอยู่น่าจะมีคุณค่ามากกว่า

รูปแบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล

ผลการจัดเวทีประชาคมจำนวน 26 เวที สามารถจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษาได้ 3

รูปแบบ

รูปแบบที่ 1 24 ใน 26 กองทุน มีการช่วยทำบุญช่วยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 คืน ครั้งละ 20 บาท/คน โดยมีเป้าหมายจะรวมสมาชิกกองทุนละไม่เกิน 300 คน โดยผู้เจ็บป่วยจะได้รับเงินเยี่ยมไข้ประมาณ 5,000 บาท (ครึ่งหมื่น) แต่จะช่วยปีละไม่เกิน 2 ครั้ง โดยเก็บค่าธรรมเนียม 30-50 บาท แต่เก็บเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 100 บาท

รูปแบบที่ 2 1 ใน 26 กองทุน มีการทำบุญช่วยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยถ้าเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 คืน คนละ 1 บาท /คน โดยมีเป้าหมายที่จะรวมสมาชิกสหกรณ์เครดิตยูเนียนจำนวน 5,000 คน จากสมาชิกจำนวน 12,000 คน โดยสมาชิกที่เจ็บป่วยจะได้เงินช่วยเยี่ยมไข้ประมาณ 5,000 บาท

โดยเก็บเงินค่าสมัครคนละ 100 บาท และเงินสงเคราะห์สมาชิกล่วงหน้า 200 บาท โดยดำเนินงานเป็นสวัสดิการของสหกรณ์

รูปแบบที่ 3 1 ใน 26 กองทุน มีการทำบุญช่วยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 คืน คนละ 50 บาท/คน โดยมีเป้าหมายที่จะรวบรวมสมาชิกสหกรณ์กองทุน

ละไม่เกิน 100 คน โดยเก็บเงินค่าธรรมเนียมแรกเข้า 50 บาทกรรมการกลุ่มย่อยเข้าเป็นสมาชิกและมีเป้าหมายให้กรรมการกลุ่มย่อยไปจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลในหมู่บ้านของของคนอีกชั้นหนึ่ง

ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้สามารถจัดตั้งกองทุนขึ้นได้

1. มีสหกรณ์ต้นสังกัดให้ความร่วมมือ
2. มีผู้นำสหกรณ์ ผู้นำธรรมชาติ ให้ความร่วมมือ
3. คณะกรรมการชุดก่อตั้ง มีผู้นำที่ช่วยดำเนินการต่อมุงมั่นตั้งใจทุ่มเทเอาจริงโดยมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากผู้นำในหมู่บ้านซอย คุ่ม ชุมชนต่างๆโดยใช้การบอกต่อ (Face to Face)
4. มีการจัดการประชุมสัญจรไปตามหมู่บ้านเพื่อประชาสัมพันธ์ในโอกาสต่างๆ เช่น ประชาคมหมู่บ้านของ อบต. /เทศบาล การทำบุญที่วัด ศาลากลางหมู่บ้าน ในเทศกาลวันสำคัญ การประชาสัมพันธ์ในงานสวดอิทธิกรรมสวด พร้อมด้วยแจกเอกสารประชาสัมพันธ์
5. มวลมหาสมาชิกเห็นคุณค่าของกองทุนนี้เน้นช่วยตอนเจ็บป่วยสมาชิก

4.2 กลยุทธ์ที่ 2 การมีส่วนร่วมของประชาชนกับการดูแลสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ ประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลตนเองและพึ่งตนเองด้านสุขภาพ การตัดสินใจร่วมกับแพทย์เมื่อเจ็บป่วยฯ การมีส่วนร่วมในการบริหารหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการในชุมชนของตนเอง พัฒนาศักยภาพชุมชนในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน สนับสนุนให้เกิดความหลากหลายในเครือข่ายหน่วยบริการ อสม. หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเครือข่ายสุขภาพที่สำคัญของงานสาธารณสุข มีบทบาทที่สำคัญด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ โดยการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การป้องกันโรค เฉพาะโรคไข้เลือดออก อสม.มีหน้าที่การให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การพ่นหมอกควันเพื่อกำจัดยุงตัวแก่ เพื่อป้องกัน

ไม่ให้โรคระบาด การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการติดตามดูแลผู้ป่วย ผู้พิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการจัดการบริการสุขภาพโดยชุมชน รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านต่างๆ เช่น

1. การจัดระบบหรือบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่น
2. การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน
3. การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
4. การแพทย์ทางเลือก หรือแพทย์พื้นบ้านแผนไทย

การมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการตรวจสอบคุณภาพบริการ

1. จัดให้มีศูนย์สุขภาพในชุมชนให้ชุมชนได้เรียนรู้ทราบถึงสิทธิประโยชน์เข้าใจใน

ภาพรวมของหลักประกันสุขภาพ

2. มีศูนย์รับฟังเรื่องราวร้องทุกข์ของชุมชนเกี่ยวกับการได้รับบริการ
3. พัฒนาหลักเกณฑ์เพื่อรับรองศูนย์สนับสนุนและให้การช่วยเหลือภาคประชาชน
4. สนับสนุนกลุ่มต่างๆในชุมชน เช่น เยาวชน ผู้พิการ ผู้บริโภค ชุมชนแออัดมีกิจกรรม

ในด้านการตรวจสอบ ติดตาม และสร้างระบบสุขภาพที่ดี

4.3 กลยุทธ์ที่ 3 การบริหารจัดการกองทุน ด้านการเงิน คณะกรรมการ การบริหารทั่วไปและระเบียบข้อบังคับ ข้อตกลง

ด้านการเงิน กองทุนได้กำหนดระเบียบให้สมาชิกต้องจ่ายค่าธรรมเนียมแรกเข้าจำนวน 30-50 บาท และสมาชิกต้องจ่ายเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 5 ราย เพื่อให้กองทุนมีเงินพร้อมที่จะจ่าย

สงเคราะห์เพื่อนสมาชิกได้ทันทีและเมื่อจ่ายเงินสงเคราะห์จะหักเงินสงเคราะห์ที่เก็บได้เป็นค่าบริหารจัดการร้อยละ 10 จ่ายให้กับสมาชิกที่ได้รับการสงเคราะห์คิดเป็นร้อยละ 90

กองทุนจะต้องมีความมั่นคง และมีความเจริญเติบโตมากขึ้น โดยจะต้องจัดหาทุนเพิ่มขึ้น โดยวิธีการที่หลากหลาย เช่น จากการขอบริจาคจากผู้มีจิตสาธารณะ เช่นในวันเกิด หรือในงานฌาปนกิจ หรือจัดงานทำบุญกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลหรือจัดหาเงินทุนโดยวิธีอื่นๆ

ด้านคณะกรรมการ

คณะกรรมการบริหารกองทุน จะต้องมีการประชุมกัน 2-3 เดือนต่อครั้ง จะต้องรวมกันเป็นเครือข่ายกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ระดับอำเภอ จังหวัด มีการประชุมร่วมกัน 6 เดือน /ครั้ง หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการบริหารจัดการกองทุนร่วมกัน

ด้านการบริหารทั่วไป

คณะกรรมการบริหารกองทุน ควรจะมีความประชุมปรึกษาหารือ เพื่อปรับปรุงระเบียบ ข้อตกลงให้มีความเหมาะสม ทันสมัย โดยนำระเบียบข้อตกลงของกองทุนอื่นๆ มาศึกษาเปรียบเทียบ เพื่อเป็นแนวคิดในการพัฒนากองทุนให้มีความมั่นคงยั่งยืน โดยลักษณะของการจัดสวัสดิการรักษายาบาล มีความเหมือนกับกองทุนฌาปนกิจ ที่ชาวบ้านมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการอยู่แล้ว จึงไม่ยากที่จะบริหารจัดการให้มีการมั่นคง ยั่งยืน

ระบบบัญชี จะต้องทำการบันทึกบัญชีการรับเงินจากสมาชิกและการจ่ายเงินสงเคราะห์ให้กับสมาชิก ให้เป็นปัจจุบัน และควรมีคณะกรรมการตรวจสอบบัญชีทำหน้าที่ตรวจบัญชีปีละ 1 ครั้ง

4.4 กลยุทธ์ที่ 4 การรณรงค์ให้มีจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม (200 – 300 คน)

เป้าหมายของกองทุนนี้ต้องการช่วยเพื่อนสมาชิก เมื่อเจ็บป่วยเข้ารับรักษาเป็นค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ให้มีเงินเยี่ยมไข้ประมาณ 5,000 บาท (ครึ่งหมื่น) กองทุนส่วนใหญ่จะเป็นระบบ 20 บาท ตามรูปแบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่นักวิจัยนำเสนอเป็นทางเลือก จำเป็นต้องมีสมาชิก จำนวน 300 คน อาจเกินได้บ้างจำนวน 40-50 คน กองทุนจะต้องบริหารจัดการกองทุนให้มีหัวหน้ากลุ่มย่อยๆ แต่ละคน ควรมีสมาชิกประมาณ 20, 30, 50 คน แล้วแต่ความสะดวกในการเก็บเงิน และหัวหน้ากลุ่มฝ่ายย่อยจะต้องทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างสมาชิก และกองทุน ทำหน้าที่แนะนำหาสมาชิกเพิ่มเติมให้ครบจำนวน และพร้อมที่จะแนะนำสมาชิกเพิ่มเติมทดแทนสมาชิกที่หมดสมาชิกภาพหรือเสียชีวิต

การที่จะทำให้มีสมาชิกเพิ่มขึ้นตามเป้าหมายคือ จำนวน 300 คน เพื่อให้กองทุนฯสามารถช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยให้ได้รับการสงเคราะห์ จำนวน 5,000 บาท(ครึ่งหมื่น) ขึ้นไป คณะกรรมการบริหารกองทุนฯควรดำเนินการดังนี้

1. จัดติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์ตามหมู่บ้านต่างๆในเขตบริการของกองทุนฯ
2. ประชาสัมพันธ์ให้สาธารณชนรับทราบในโอกาสต่างๆ เช่น การประชุมใหญ่ของสหกรณ์ , การทำบุญที่วัด , การทำบุญที่ศาลากลางบ้าน , การประชุมชมของ อบต.เทศบาลตามหมู่บ้านต่างๆ และในงานฌาปนกิจศพ
3. ให้คณะกรรมการที่ทำหน้าที่เก็บเงินช่วยแนะนำสมาชิกเพิ่มเติม
4. ให้เงินค่าตอบแทนคณะกรรมการที่ทำหน้าที่เก็บเงิน คิดเป็นเปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 7-10 ซึ่งกรรมการซึ่งทำหน้าที่นี้จะได้นำสมาชิกเพิ่มขึ้น เพื่อเขาจะได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น
5. ประชาสัมพันธ์โดยการฝากเอกสารประชาสัมพันธ์ไว้กับร้านค้าของชุมชน เช่น ร้านเสริมสวย ร้านกาแฟ ร้านก๋วยเตี๋ยว เป็นต้น
6. ติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน อสม. อบต. ผู้นำโดยธรรมชาติให้ทราบวัตถุประสงค์ของกองทุน พร้อมกับขอความร่วมมือให้เขาเข้าเป็นสมาชิก และแนะนำคนใกล้เคียงเข้ามาเป็นสมาชิก
7. ประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนอย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง เพื่อรับทราบความเคลื่อนไหวของกองทุน และรับทราบปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

8. คณะกรรมการจัดทำแผน Road Show ไปตามหมู่บ้านต่างๆ พร้อมกับแบ่งคณะกรรมการออกเป็นชุดๆ ละ 2-3 คน ไปแนะนำสมาชิกถึงบ้าน (door to door)

4.5 กลยุทธ์ที่ 5 การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล เสริมแรงให้กำลังใจ และข้อเสนอแนะ

ประชาชนทั่วไปจะมีประสบการณ์ในการเป็นสมาชิกกองทุนฌาปนกิจในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และระดับประเทศมาแล้ว และบางคนก็มีประสบการณ์ในการเป็นกรรมการบริหารกองทุนฯ มาแล้ว ดังนั้นต้นทุนในการบริหารจัดการกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลจึงมีเพียงพอในระดับหนึ่ง ยกเว้นบางคนที่ไม่เคยบริหารกองทุนมาก่อน แต่จะมีน้อยมาก เพราะในการเลือกตั้งคณะกรรมการบริหาร สมาชิกจะมีความฉลาดในการเสนอบุคคลที่มีประสบการณ์ เข้ามาเป็นกรรมการบริหาร เพราะเชื่อในความสามารถ ซึ่งเขามีความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของ อยากให้กองทุนมีความยั่งยืนมั่นคง เพื่อผลประโยชน์ของมวลสมาชิก

แต่การนิเทศติดตามประเมินผล เสริมแรงให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและให้ข้อเสนอแนะแก่คณะกรรมการบริหาร จึงเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่งการได้พบปะพูดคุยปรึกษาหารือ เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนากองทุนให้มีความเจริญ มั่นคง ยั่งยืน จะทำให้คณะกรรมการบริหารมีขวัญและกำลังใจ และมีแนวทางในการบริหารจัดการกองทุนที่มีประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับของสมาชิก และประชาชนทั่วไป

เพื่อให้การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล เสริมแรงให้กำลังใจแก่คณะกรรมการผู้ปฏิบัติงานในการบริหารจัดการกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบข้อตกลง คณะผู้วิจัยจึงได้จัดประชุมสัมมนาตัวแทนคณะกรรมการบริหารกองทุน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางในการบริหารกองทุนให้มีความเจริญเติบโต มีความมั่นคงยั่งยืน และมีการเลือกตั้งคณะกรรมการเครือข่ายกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อให้คณะกรรมการเครือข่ายได้มีส่วนร่วมในการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลกองทุนอื่นๆ
2. เพื่อให้คณะกรรมการเครือข่ายได้มีแนวทางในการบริหารจัดการกองทุนที่ดีสามารถบริหารจัดการกองทุนของตนเองสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย เพื่อให้เป็นกองทุนต้นแบบ

3. เพื่อช่วยให้การเผยแพร่จัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขึ้นในหมู่บ้าน ตำบลที่มีความพร้อม



ภาพที่ 4. อธิการบดี(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิวัต กลิ่นงาม) มาเป็นประธานในการอบรมให้ความรู้เรื่อง กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล (ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท)



ภาพที่ 5. คณะผู้วิจัยได้ให้ความรู้การจัดตั้งกองทุนรักษาพยาบาลแก่สมาชิก
สหกรณ์เครดิตยูเนียนวัดใหม่ประเสริฐ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี



ภาพที่ 6. แบ่งกลุ่มอภิปราย เรื่อง กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล แยกเป็นรายตำบล



ภาพที่ 7. จัดเวทีประชาคม กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล(ใครป่วยช่วย 20 บาท)



ภาพที่ 8. จัดเวทีประชาคม กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล(ใครป่วยช่วย 20 บาท)



ภาพที่ 9. การเลือกตั้งคณะกรรมการการบริหารกองทุน(ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท)

บทที่ 5

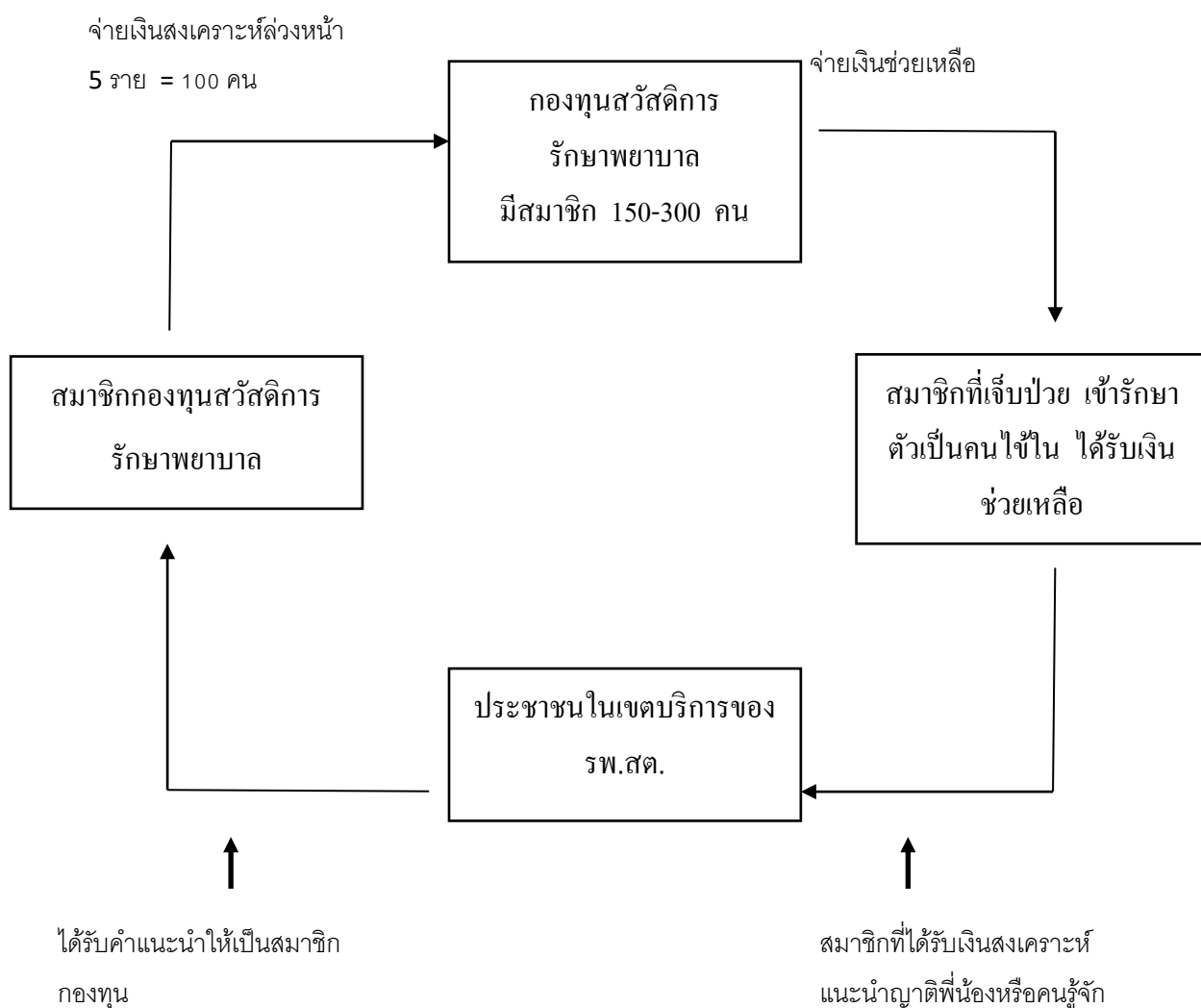
สรุป อธิบายผล และข้อเสนอแนะ

ประชากรทั่วประเทศได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจากรัฐ โดยส่วนใหญ่ ได้รับบัตรประกันสุขภาพ(บัตรทอง) มากที่สุด ของผู้ได้รับสวัสดิการจากรัฐเป็นบัตรทองประเภทเสีย 30 บาท และบัตรทองไม่เสีย 30 บาท แต่ว่าสวัสดิการดังกล่าวอาจจะไม่สามารถคุ้มครองได้ทุกโรค หรือต้องมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมซึ่งเป็นจำนวนเงินที่มากพอสมควร ทำให้เกิดปัญหาสำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อย ยากจน ไม่สามารถที่จะชำระค่าใช้จ่ายต่างๆ และอาจจะไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากไม่มีเงินโดยเฉพาะประชาชนที่เป็นโรคที่ร้ายแรง เช่น มะเร็ง ปอด หัวใจ ไตวาย เป็นต้น ประชาชนอาจที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจำนวนมาก เพราะเนื่องจากที่สวัสดิการคุ้มครองทำให้เกิดช่องว่างในการรักษาพยาบาลระหว่างคนจนกับคนรวย คนจนอาจไม่มีเงินที่จะรักษาตัวเอง จำเป็นต้องหยิบยืมจากญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หากหยิบยืมไม่ได้ อาจต้องกู้ยืมจากเงินกู้ยืมระบบซึ่งมีการเรียกเก็บดอกเบี้ยสูงมากและต้องชำระคืนเงินต้นเป็นรายวัน เป็นความทุกข์ร้อนที่น่าสงสารยิ่ง

แต่ถ้ามีการรวบรวมประชาชนที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน จำนวน 200-300 คน จัดตั้งเป็นกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยมีหลักว่า ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท/คน เมื่อเพื่อนสมาชิกเจ็บป่วย เข้ารักษาตัวเป็นคนไข้ในจะได้รับเงินเยี่ยมไข้เสริมแรงให้กำลังใจ จำนวนมากกว่า 5,000 บาท (ครึ่งหมื่น) จะทำให้เพื่อนสมาชิกมีเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ เพิ่มขึ้น ช่วยผ่อนหนักผ่อนเบาสำหรับคนยากจน และเป็นการสร้างสรรค์สังคม ที่พึ่งพาอาศัย ช่วยเหลือเกื้อกูลกันเอื้ออาทรต่อกัน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methodology) ซึ่งมีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งการวิจัยเชิงปริมาณมีการเก็บรวบรวมข้อมูล ความคิดเห็นของประชาชนในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพซึ่งได้แก่ อสม สมาชิกสหกรณ์เครดิตยูเนียน ประชาชนทั่วไป และพระสงฆ์ฆาติการทั้งจังหวัด ที่มีต่อกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ มีการจัดเวทีประชาคม ในเวทีต่างๆ จำนวน 26 เวที ตั้งแต่ 20-50 คน โดยมีการอภิปราย ซักถาม ในหลักการประโยชน์คุณค่าระเบียบข้อตกลงและการบริหารจัดการกองทุน สวัสดิการรักษายาบาล พร้อมกับรับฟัง

ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ปัญหาอุปสรรค ที่อาจเกิดขึ้นและมีผลกระทบ (Impact) มากน้อยเพียงใดทั้งด้านบวกและด้านลบกับกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ที่ประชาชนมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้เป็นกำลังหลักที่สำคัญในการรวมคน เพื่อจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ขึ้นในแต่ละตำบล 2) จัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วมซึ่งมีรูปแบบ (Model) การวิจัย ดังนี้



ขอบเขตของการวิจัย เป็นการสอบถามความคิดเห็นของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ที่มีต่อกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ที่ประชาชนมีส่วนร่วม ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามชนิดปลายปิด(Close ended question) ซึ่งเป็นคำถามที่ต้องการให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบในลักษณะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย (Yes/No Question) เพื่อต้องการทราบแนวโน้มของความคิดเห็น ไปดำเนินการจัดเวทีประชาคม ซึ่งขณะที่ตอบแบบสอบถาม นักวิจัยจะอ่านคำถามให้ฟังและอธิบายเหตุผลประกอบไปที่ละข้อ ซึ่งคำถามที่สอบถามความคิดเห็นของประชากรกลุ่มเป้าหมาย มีจำนวน ๑๑ ข้อ

จากการที่นักวิจัยได้แจกแบบสอบถามประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในเวทีต่างๆ จำนวน 1231 คน ได้ข้อมูลที่เด่นชัดว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นด้วยมากกว่า ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไปทุกข้อ และมีเพียงข้อเดียวที่คำตอบเห็นด้วยค่อนข้างต่ำ แต่คำตอบไปในทิศทางเดียวกัน คือเห็นด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องกันจึงนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในข้อความที่สำคัญ ๆ ตามประเด็นปัญหาที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัย และนำผลมาอภิปราย รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะตามลำดับดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าการช่วยเหลือ เกื้อกูล เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และมีน้ำใจต่อกันของคนในหมู่บ้านตำบลมีน้อยลงมาก ผู้ตอบเห็นด้วยร้อยละ 95.00 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 5.00 คนในหมู่บ้านเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่ไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ มีความจำเป็นเดือดร้อน ต้องหยิบยืมผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 58.00 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 42.00 ท่านจะดีใจ สุขใจ ที่เงินของท่านเพียง 20 บาท ช่วยให้เพื่อนมีความสุข มีกำลังใจ และไม่รู้สึกลำบากใจ มีผู้เห็นด้วยร้อยละ 96.00 รู้สึกเฉย ๆ ร้อยละ 4.00 หากมีการรวมตัวชาวบ้านเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยช่วยกันครั้งละ 20 บาท เห็นด้วยร้อยละ 100 ถ้าท่านต้องทำบุญช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกครั้งละ 20 บาท/คน เมื่อเพื่อนบ้านต้องการรักษาตัวในโรงพยาบาลเห็นด้วยร้อยละ 100 จะมีความสุข ดีใจ กำลังใจ เมื่อเจ็บป่วยมีเพื่อนมาเยี่ยมพร้อมกับมอบเงินให้เป็นกำลังใจ จำนวน 3,000-6,000 บาท เห็นด้วยร้อยละ 97.00 รู้สึกเฉย ๆ ร้อยละ 3.00 หากท่านเองไม่เจ็บป่วย แต่ต้องทำบุญช่วยเพื่อนที่เจ็บป่วยบ่อยครั้ง ถือว่าเราโชคดีที่ไม่เจ็บป่วย เห็นด้วยร้อยละ 98.00 คิดว่าเสียเปรียบและเป็นภาระร้อยละ 2.00 การช่วยเหลือเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยเป็นการส่วนตัวครั้งละ 20 บาทมีผู้ตอบว่ากล้าช่วยร้อยละ 24.00 ไม่กล้าช่วยเพราะเป็นจำนวนเงินน้อยนิดร้อยละ 76.00 หากมีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลในหมู่บ้านโดยรวมชาวบ้านเป็นกลุ่มๆละ 200-300 คน เพื่อช่วยเหลือเพื่อนบ้านเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ครั้งละ 20 บาท โดยเพื่อนบ้านจะได้รับเงินเสริมแรงให้กำลังใจจำนวน 3,000-6,000 บาท ยินดีเข้าร่วมเป็นสมาชิกร้อยละ 91.00 ไม่พร้อมเป็นสมาชิก

ร้อยละ 9.00 เพราะเป็นสมาชิกองค์กรอื่นมากแล้วไม่สามารถส่งเงินได้ไหว หากเป็นสมาชิกแล้วต้องจ่ายเงินทำบุญล่วงหน้าจำนวน 100 บาท (5 ราย) ตอบว่าจ่ายได้สบายร้อยละ 91.06 จ่ายได้ขอเวลาน้อยร้อยละ 8.93 การช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างที่มีชีวิตอยู่กับการช่วยกันตอนตายร้อยละ 100 ตอบว่าช่วยกันตอนที่มีชีวิตมีคุณค่ามากกว่า

ผลการจัดเวทีประชาคมในเวทีต่างๆ เรื่องการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม พบว่านักวิจัยได้ทำการชี้แจง หลักการเหตุผล ความจำเป็น ประโยชน์คุณค่า ระเบียบข้อตกลง และแนวทางในการบริหารจัดการกองทุน พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมเวทีได้ร่วมอภิปรายซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ข้อเสนอแนะ แนวทางการบริหารจัดการกองทุนได้ข้อสรุปว่า ผู้ที่เป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ประกอบด้วยคน 3 วัย คือวัยเด็ก วัยกลางคน วัยสูงอายุที่มีสุขภาพดี ในวันสมัครสามารถประกอบสมาชิมาอาชีพได้ แต่ละกองทุนควรมีสมาชิกประมาณ 300 คน โดยสมาชิกจะทำบุญช่วย 20 บาท/คน เมื่อเพื่อนสมาชิกที่จะได้รับเงินสงเคราะห์ประมาณ 5,000 บาทเศษ (ครึ่งหมื่น) และ จะได้รับการสงเคราะห์ปีละ 2 ครั้ง โดยมีการเรียกเก็บเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าจำนวน 100 คน (5 ราย) สมาชิกจะได้รับการสงเคราะห์จะต้องเป็นสมาชิมาแล้วครบ 3 เดือน จากหลักการดังกล่าวที่ประชุมได้ซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กรณีคำถามจากเวที นักวิจัย จะยกคำถามนี้ไปถามผู้เข้าร่วมเวทีให้ช่วยกันตอบ และนักวิจัยจะตอบเสริมหรือขยายความให้ครอบคลุม เมื่อผู้เข้าร่วมเวทีประชาคม ได้อภิปราย ซักถามจนเป็นที่เข้าใจดีแล้ว จึงขอความเห็นชอบจากเวที พบว่าผู้เข้าร่วมเวทีเห็นด้วยกับการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล มากกว่าร้อยละ 90 เห็นด้วยกับหลักการของกองทุนที่ใช้คำว่าทำบุญช่วยเพื่อน 20 บาท เมื่อเพื่อนสมาชิกเจ็บป่วย คือช่วยกันตอนมีชีวิตอยู่มีคุณค่ามากกว่าช่วยกันตอนตาย ผู้ที่เป็นสมาชิกไม่ได้มีโอกาสได้ใช้ นี่คือเสน่ห์ของกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล

เพื่อให้กองทุนนี้สามารถเริ่มต้นได้จึงได้เสนอให้เวที ได้เลือกตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุน ชุดก่อตั้ง 7-15 คน จากผู้ที่เห็นด้วยที่จะเป็นสมาชิกและดำเนินการรับสมัคร และนักวิจัยได้เสนอแนะให้ใช้นโยบายเชิงรุกในการรับสมัครให้ได้ 300 คน เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายของกองทุน เพื่อที่จะช่วยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วย เป็นคนไข้ในโรงพยาบาล ให้ได้มากกว่า 5,000 บาท (ครึ่งหมื่น)/ครั้ง

ผลการจัดเวทีประชาคม ทำให้สามารถจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ขึ้นได้ในทุกท้องอำเภอในจังหวัดเพชรบุรี

กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วมใคร่ปวยช่วยทำบุญ 20 บาท ที่สามารถจัดตั้งขึ้นได้มีดังนี้

1. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตำบลบ้านลาด อ.บ้านลาด
2. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตำบลท่าเสน-ถ้ำรงค์ อ.บ้านลาด
3. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตำบลท่าช้าง อ.บ้านลาด
4. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตำบลหนองหานาง อ.ท่ายาง
5. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล อสม.รพ.สต.หนองหานาง อ.ท่ายาง
6. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล วัดสารหิตาวาส อ.ท่ายาง
7. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตำบลกลัดหลวง อ.ท่ายาง
8. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เทศบาลตำบลหนองจอก อ.ท่ายาง
9. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตำบลหนองจอก อ.ท่ายาง
10. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนทุ่งเพ็ญ อ.บ้านแหลม
11. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ชมรม เครดิตยูเนียนเพชรบุรี อ.เมือง
12. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนหนองหานาง อ.ท่ายาง
13. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนบ้านช่อง อ.บ้านลาด
14. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนนายาง อ.ชะอำ
15. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตำบลมาบปลาเค้า อ.ท่ายาง
16. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล บ้านดอนนาหลุม อ.เมือง
17. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตำบลไร่ส้ม อ.เมือง
18. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนสามพระยา อ.ชะอำ
19. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนหนองหญ้าปล้อง อ.หนองหญ้าปล้อง
20. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนบ้านพี่เลี้ยง อ.เมือง
21. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนเขาปากช่อง อ.ท่ายาง
22. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนวัดป่าแป้น อ.บ้านลาด
23. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ห้วยทรายเหนือ อ.ชะอำ
24. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนโพธิ์ลอย อ.บ้านลาด
25. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล บ้านแคใหญ่ อ.ท่ายาง

26. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี อ.เมือง

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากข้อค้นพบ (Fact Finding) ของการวิจัยเรื่องนี้ พบว่ามีคุณค่าทางวิชาการ และคุณค่าต่อสังคม มาก ซึ่งรวมถึงนำไปสู่การจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วมและดำเนินการได้จริงในชีวิตประจำวันเป็นการให้ที่มีคุณค่าและรับอย่างมีศักดิ์ศรี

ผลการวิจัยความคิดเห็นที่มีต่อกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลและช่วยเหลือ เกื้อกูล เอื้อเฟื้อ และ น้ำใจต่อกันของคนในหมู่บ้าน ตำบล มีน้อยลงมาก ผู้ตอบเห็นด้วยร้อยละ 95.00 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 5.00 คนในหมู่บ้านเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลแต่ไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ มีความเดือดร้อน จำเป็นต้องหยิบยืมจากผู้อื่นคิดเป็นร้อยละ 58.00 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 42.00 ท่านจะมีความสุขใจใช้ไหม ถ้าเงินของท่านเพียง 20 บาท ช่วยทำให้เพื่อนมีความสุข มีกำลังใจ ทำให้เขามีความอบอุ่นและไม่รู้สึกลำบาก เดี่ยว เห็นด้วยร้อยละ 96.00 รู้สึกเฉยๆร้อยละ 4.00 ท่านจะมีความสุขใจ ดีใจ มีกำลังใจ ถ้าท่านเจ็บป่วย มีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมพร้อมกันมีเงินมามอบให้เป็นกำลังใจ จำนวน 3,000-6,000 บาท เห็นด้วยร้อยละ 97.00 รู้สึกเฉยๆร้อยละ 3.00 หากท่านเองไม่เจ็บป่วยแต่จะต้องช่วยทำบุญช่วยเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยบ่อยครั้ง คิดว่าโชคดีที่เราไม่เจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 98.00 คิดว่าเป็นภาระและเสียเปรียบร้อยละ 2.00

ผลการวิจัยรูปแบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม หากมีการรวมชาวบ้าน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยช่วยกันครั้งละ 20 บาท/คน เห็นด้วยร้อยละ 100 ถ้าท่านจะต้องทำบุญช่วยเหลือเพื่อนบ้านครั้งละ 20 บาท/คน เมื่อเขาเข้ารับรักษาตัวเป็นคนไข้ใน มีผู้เห็นด้วยร้อยละ 100 เมื่อบ้านเจ็บป่วยท่านจะช่วยเขาเป็นการส่วนตัวครั้งละ 20 บาท มีผู้กล้าช่วยร้อยละ 24 และไม่กล้าช่วยเพราะเป็นเงินจำนวนน้อยนิดร้อยละ 76.00 หากจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขึ้นในหมู่บ้านโดยรวมชาวบ้านเป็นกลุ่มละ 200 – 300 คน โดยช่วยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยที่เข้ารับรักษา ในโรงพยาบาล ครั้งละ 20 บาท โดยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยจะได้รับเงินเสริมกำลังใจ จำนวน 3,000 – 6,000 บาท หากเชิญท่านเข้าร่วมเป็นสมาชิกด้วย เห็นด้วย ยินดีเข้าร่วมเป็นสมาชิกด้วย ร้อยละ 91.00 ไม่พร้อมที่จะเป็นสมาชิกร้อยละ 9.00 เพราะเป็นสมาชิกกลุ่ม/องค์กรอื่นๆ ในลักษณะใกล้เคียงกัน หลายองค์กรแล้วไม่สามารถส่งเงินได้ไหว ผู้ที่เป็นสมาชิกจะต้องจ่ายเงินทำบุญล่วงหน้า จำนวน 100 บาท(5 ราย) เพื่อเตรียมพร้อมไว้จ่ายช่วยเหลือเพื่อนสมาชิก จำนวน 5 ราย ตอบว่าจ่ายได้สบายร้อยละ

ละ 91.06 จ่ายได้แต่ขอเวลาหน่อยร้อยละ 8.93 การช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างที่มีชีวิตกับช่วยกันตอนตายแล้ว ร้อยละ 100 ตอบว่าช่วยกันตอนมีชีวิตอยู่มีคุณค่ามากกว่า

ผลการจัดเวทีประชาคมในเวทีต่าง ๆ จำนวน 26 เวที ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้เรื่องความเป็นมา ความสำคัญ หลักการ ประโยชน์ คุณค่าของกองทุนและการบริหารจัดการกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขึ้นได้ตาม หมู่บ้าน ตำบล วัด และสหกรณ์ต่าง ๆ ได้จำนวน 26 กองทุน โดยมีปัจจัยสนับสนุนที่หลากหลายดังนี้

1. มีสหกรณ์ต้นสังกัด วัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การสนับสนุน
2. มีผู้นำสหกรณ์ ผู้นำตามธรรมชาติ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ช่วยเป็นแกนนำ (Key Persons)
3. คณะกรรมการชุดก่อตั้ง มีผู้นำที่มุ่งมั่น ตั้งใจ ทุ่มเทเอาจริง โดยสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากผู้นำในหมู่บ้าน ชุมชน ซอย คุ่มต่าง ๆ โดยการบอกต่อจากคนใกล้ตัว (Face to Face)
4. มีการประชุมสัญจร ไปตามหมู่บ้านต่าง ๆ หรือประชาสัมพันธ์ในโอกาสต่าง ๆ เช่น การประชาคม หมู่บ้านของ อบต. เทศบาล การทำบุญที่วัด ศาลากลางบ้านในเทศกาลต่าง ๆ พร้อมกับแจกเอกสารประชาสัมพันธ์
5. จุดดี จุดแข็ง (เสน่ห์ของกองทุน) ของโครงการวิจัยนี้ที่เน้นการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ช่วยตอนเจ็บป่วย ช่วยขณะที่มีชีวิต มีคุณค่ามากกว่าช่วยตอนเสียชีวิต
6. นักวิจัย / ผู้นำในการจัดตั้งกองทุนฯ ใช้คำพูดว่า **“ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท”** ทำให้ได้รับการตอบรับ เพราะคนไทยชอบทำบุญ และเน้นคำว่า **“ทำบุญที่ได้บุญที่สัมผัสได้จริง ตอนเจ็บป่วยมีเงินช่วย 5,000 บาท (ครึ่งหมื่น)”**
7. มีพระภิกษุเข้ามามีส่วนร่วมช่วยทำให้เกิดการยอมรับจากประชาชนได้ง่าย
8. เปิดกว้างสำหรับคนทุพวิสัย สมาชิกชุดก่อตั้งไม่จำกัดอายุ แต่ต้องมีสุขภาพดีในวันสมัคร คือสามารถประกอบสัมมาอาชีพได้ ฯลฯ

กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม จะต้องพยายามรณรงค์ เพิ่มให้ได้ประมาณ 300 คน ผู้ที่เป็นสมาชิกมาแล้ว 3 เดือน หากเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวเป็นคนไข้ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 คืน สมาชิกจะช่วยทำบุญคนละ 20 บาท สมาชิกที่เจ็บป่วยจะได้รับเงินสงเคราะห์จำนวน 3,000 – 6,000 บาท ขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิกของกองทุนในขณะนั้น จะเห็นได้ว่ากองทุนนี้เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกทุกคน คนจน

รู้จักช่วยตนเอง คนรวยหันมาช่วยคนจนบ้าง สมาชิกทุกคนจะได้บุญที่สัมผัสได้จริง เมื่อตนเองเจ็บป่วย จะได้เงินสงเคราะห์เป็นก้อน ประมาณ 5,000 บาท

ด้านการบริหารจัดการกองทุนฯ ทุกกองทุนจะต้องมีเลือกตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุน จำนวน 7 – 15 คน

1. ประธานกรรมการ
2. รองประธานกรรมการ คนที่ 1
3. รองประธานกรรมการ คนที่ 2
4. เลขานุการ
5. ผู้ช่วยเลขานุการ
6. เภรัญญิก
7. ผู้ช่วยเภรัญญิก
8. กรรมการ
9. กรรมการ

ทุกตำแหน่งต้องระบุบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานให้ชัดเจน และควรมีการประชุมคณะกรรมการบริหารทุก 2 – 3 เดือน

คณะกรรมการบริหารทุกคน จะต้องพยายามบริหารจัดการกองทุนให้มีความเจริญเติบโต มั่นคง ยั่งยืน และต้องช่วยกันหาแหล่งเงินทุนเข้ามาเสริมเพิ่มขึ้น โดยการขอบริจาคจากผู้มีจิตสาธารณะ ในโอกาสทำบุญวันเกิด งานฉาปนกิจ ของบบริจาคจากสหกรณ์เครดิตยูเนียน กองทุนหมู่บ้าน และจากพระสังฆาธิการ ที่มีจิตสาธารณะ เป็นต้น

สรุปได้ว่า คณะกรรมการบริหารจะต้องทำให้กองทุนมีความมั่นคง ยั่งยืน และจะต้องมีการอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกให้เข้าใจวัตถุประสงค์ ประโยชน์ คุณค่าของกองทุน และต้องสร้างความตระหนักให้สมาชิกทุกคน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) กองทุนใด มีสมาชิกไม่ถึง 300 คน จะต้องมีการกิจกรรมรณรงค์ให้มีสมาชิกเพิ่มขึ้นให้ได้ โดยสมาชิกเก่าแนะนำสมาชิกใหม่คนละ 1 คน สำหรับกองทุนที่มีสมาชิกครบ 300 คน แล้วอาจหาสมาชิกสำรองไว้ 5 – 10 คน เพื่อทดแทนสมาชิกที่เสียชีวิต และสมาชิกที่หมดสมาชิกภาพ

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่ได้สรุปไว้แล้ว และรวมทั้งการอภิปรายผลที่ได้กล่าวมาแล้วได้ข้อค้นพบทางวิชาการที่มีคุณค่า คือองค์ความรู้ ที่ทำให้สามารถจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม ด้านสังคมคือสามารถจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วมได้ครั้งแรกจำนวน 26 กองทุน เกิดสังคมที่พึ่งพา ช่วยเหลือ เกื้อกูล เอื้ออาทรต่อกัน เกิดความรักความสามัคคีระหว่างคนในหมู่บ้าน ตำบล และในองค์กรเดียวกัน และจะเป็นประโยชน์ต่อขบวนการสหกรณ์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรธุรกิจ สถานประกอบการ สถานศึกษา และเครือข่ายสถานศึกษา เป็นต้น สามารถนำไปกำหนดเป็นข้อเสนอแนะได้ 3 ระดับ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.3.2. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติ

5.3.3. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัย

5.3.1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการวิจัยพบว่า การช่วยเหลือ เกื้อกูล เอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ และมีน้ำใจต่อกันของคนในสังคมลดน้อยลง ซึ่งประชาชนจำนวน 1180 คน ตอบว่าเห็นด้วย คิดเป็นร้อยละ 95.00 คนในหมู่บ้านเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ มีความเดือดร้อนจำเป็นต้องหยิบยืมจากผู้อื่น ซึ่งประชาชนจำนวน 714 คน ตอบว่าเห็นด้วยร้อยละ 58.00 แสดงว่าคนในสังคม มีน้ำใจ ช่วยเหลือ เกื้อกูลกันน้อยลง คนส่วนใหญ่ เมื่อจำเป็นต้องเข้ารับรักษาตัว ในโรงพยาบาลจะมีความยากลำบากเดือดร้อนจริง

ดังนั้นหน่วยงานด้านสหกรณ์ ควรนำหลักและวิธีการสหกรณ์มาส่งเสริมให้ประชาชนรวมกลุ่มจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม (ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท)

ผลการวิจัยพบว่า เงินของแต่ละคนจำนวนเพียง 20 บาท ช่วยทำให้เพื่อนบ้านดีใจ สุขใจ มีกำลังใจ มีผู้ตอบเห็นด้วยจำนวน 1194 คน คิดเป็นร้อยละ 96.00 หากมีรวมตัวชาวบ้าน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ครั้งละ 20 บาท/คน มีผู้ตอบเห็นด้วยจำนวน 1231 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ถ้าจะให้ช่วยทำบุญช่วยเหลือเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลครั้งละ 20 บาท/คน มีผู้ตอบเห็นด้วยจำนวน 1231 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ทุกคนจะมีความสุข ดีใจ มีกำลังใจ เมื่อเจ็บป่วยมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมพร้อมกับมอบเงินให้เป็นกำลังใจ จำนวน 3,000 - 6,000 บาท มีผู้ตอบเห็นด้วยจำนวน 1196 คน คิดเป็นร้อยละ 97.00 รู้สึกเฉย ๆ ร้อยละ 3.00

แสดงว่าคนในชุมชนมีความพร้อมและยินดีร่วมกันในการจัดตั้งกลุ่ม/กองทุนเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อแก้ปัญหาความทุกข์ร้อนของเพื่อนบ้านและพร้อมที่จะให้กำลังใจกับเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยเดือดร้อน

ดังนั้นหน่วยเหนือของพัฒนาการจังหวัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สหกรณ์จังหวัด สาธารณสุขจังหวัดและสถาบันวิจัยและพัฒนาของมหาวิทยาลัยต่างๆพร้อมด้วยคณะกรรมการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติด้านสหกรณ์ ควรจัดกิจกรรมนำหลักและวิธีการสหกรณ์ มาใช้ในชีวิตประจำวัน โดยการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม (ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท) ซึ่งเป็นการรวมคน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งเป้าหมายของการจัดตั้งกองทุนตรงกับความต้องการของประชาชนซึ่งประชาชนมีความพร้อม หากได้รับความรู้เรื่องกองทุนอย่างละเอียดลึกซึ้ง และได้รับการกระตุ้นเสริมแรงจูงใจ จะทำให้เกิดการยอมรับและรวมตัวได้ง่าย จากประสบการณ์ของนักวิจัยที่ไปจัดเวทีประชาคมจำนวน 26 เวทีในทุกท้องที่อำเภอในจังหวัดเพชรบุรี สามารถจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม ได้ทุกเวที

5.3.2. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เป็นสมาชิกจะต้องจ่ายเงินทำบุญล่วงหน้า จำนวน 100 บาท (5 ราย) ผู้ตอบว่าจ่ายได้สบาย จำนวน 1121 คน คิดเป็นร้อยละ 91.06 จ่ายได้แต่ขอเวลาหน่อย จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 8.93 การช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างที่มีชีวิตอยู่มีคุณค่ามากกว่าช่วยตอนตายผู้ตอบเห็นด้วย

จำนวน 1231 คน คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงว่าประชากรกลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพทางด้านเศรษฐกิจในระดับหนึ่ง มีความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมของกองทุนเพราะเห็นคุณค่าและประโยชน์ของกองทุน

(เสน่ห์ของกองทุน) ที่ได้รับสวัสดิการที่เป็นเงินก้อน เมื่อเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

ดังนั้น เพื่อให้ขบวนการสหกรณ์ ในประเทศไทย มีการจัดสวัสดิการที่สมาชิกมีส่วนร่วมจ่ายบ้าง จะทำให้สมาชิกที่พอมีกำลังจ่าย ได้รับสวัสดิการเพิ่มขึ้น ควรนำเสนอรูปแบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล (ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท) ในการประชุมสัมมนาคณะกรรมการบริหารในเวทีการประชุมในระดับจังหวัด ในระดับประเทศ หรือเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้นำสวัสดิการนี้ไปจัดให้กับประชาชนในเขตบริการ ควรนำเสนอรูปแบบสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม (ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท) ให้กับเวทีประชุมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประจำเดือน ได้รับทราบและเพื่อให้ผู้บริหาร อบต. ที่หัวหน้าได้นำไปสู่การปฏิบัติจริง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนเพื่อให้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม (ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท) มีการจัดตั้งขึ้นตามหมู่บ้าน ตำบล ต่างๆเพิ่มขึ้น ควรนำเสนอรูปแบบกองทุนฯ เสนอต่อเวทีการประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านประจำเดือนให้เขา รับทราบอย่างแพร่หลายมากขึ้น ซึ่งจะทำให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ที่มีหัวก้าวหน้าและมีจิตสาธารณะ ได้ไปทำการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม ในหมู่บ้าน ตำบลต่างๆ เพื่อผลประโยชน์ของประชาชนในเขตบริการต่อไป

5.3.3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.ศึกษาวิจัยเรื่อง กลยุทธ์การจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ที่ประชาชนมีส่วนร่วม (ใครป่วยช่วย 20 บาท) ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ครอบคลุมทั้งจังหวัด

2. ศึกษาวิจัยเรื่อง กลยุทธ์การพัฒนากองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ที่ประชาชนมีส่วนร่วม (ใครป่วยช่วย 20 บาท) ให้มีความเข้มแข็งและครอบคลุมทุกท้องที่อำเภอในจังหวัดเพชรบุรี

บทที่ 5

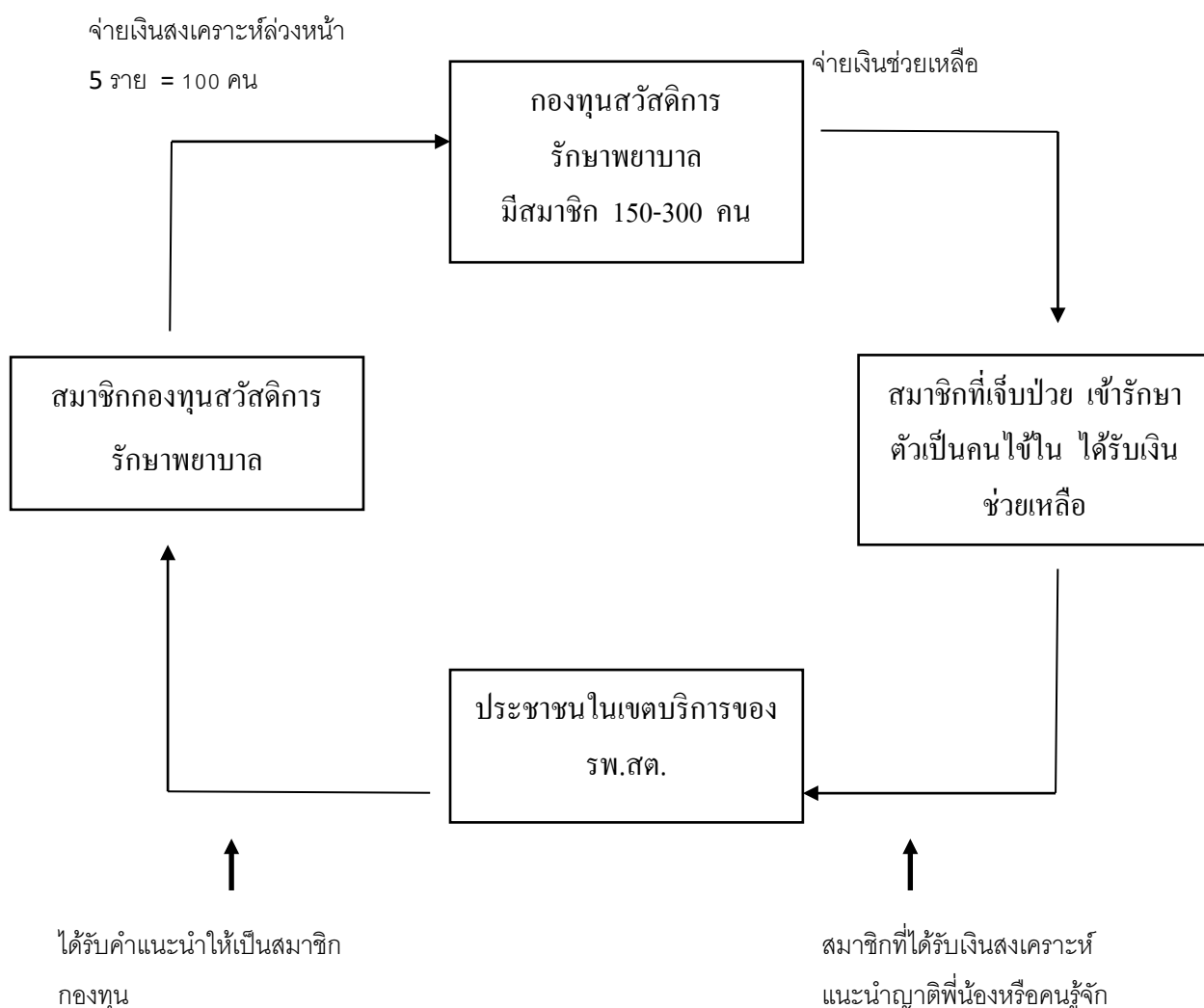
สรุป อธิบายผล และข้อเสนอแนะ

ประชากรทั่วประเทศได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจากรัฐ โดยส่วนใหญ่ ได้รับบัตรประกันสุขภาพ(บัตรทอง) มากที่สุด ของผู้ได้รับสวัสดิการจากรัฐเป็นบัตรทองประเภทเสีย 30 บาท และบัตรทองไม่เสีย 30 บาท แต่ว่าสวัสดิการดังกล่าวอาจจะไม่สามารถคุ้มครองได้ทุกโรค หรือต้องมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมซึ่งเป็นจำนวนเงินที่มากพอสมควร ทำให้เกิดปัญหาสำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อย ยากจน ไม่สามารถที่จะชำระค่าใช้จ่ายต่างๆ และอาจจะไม่ได้รับการรักษา เนื่องจากไม่มีเงินโดยเฉพาะประชาชนที่เป็นโรคที่ร้ายแรง เช่น มะเร็ง ปอด หัวใจ ไตวาย เป็นต้น ประชาชนอาจที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจำนวนมาก เพราะเนื่องจากที่สวัสดิการคุ้มครองทำให้เกิดช่องว่างในการรักษาพยาบาลระหว่างคนจนกับคนรวย คนจนอาจไม่มีเงินที่จะรักษาตัวเอง จำเป็นต้องหยิบยืมจากญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หากหยิบยืมไม่ได้ อาจต้องกู้ยืมจากเงินกู้ยืมระบบซึ่งมีการเรียกเก็บดอกเบี้ยสูงมากและต้องชำระคืนเงินต้นเป็นรายวัน เป็นความทุกข์ร้อนที่น่าสงสารยิ่ง

แต่ถ้ามีการรวบรวมประชาชนที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน จำนวน 200-300 คน จัดตั้งเป็นกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยมีหลักว่า ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท/คน เมื่อเพื่อนสมาชิกเจ็บป่วย เข้ารักษาตัวเป็นคนไข้ในจะได้รับเงินเยี่ยมไข้เสริมแรงให้กำลังใจ จำนวนมากกว่า 5,000 บาท (ครึ่งหมื่น) จะทำให้เพื่อนสมาชิกมีเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ เพิ่มขึ้น ช่วยผ่อนหนักผ่อนเบาสำหรับคนยากจน และเป็นการสร้างสรรค์สังคม ที่พึ่งพาอาศัย ช่วยเหลือเกื้อกูลกันเอื้ออาทรต่อกัน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methodology) ซึ่งมีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งการวิจัยเชิงปริมาณมีการเก็บรวบรวมข้อมูล ความคิดเห็นของประชาชนในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพซึ่งได้แก่ อสม สมาชิกสหกรณ์เครดิตยูเนี่ยน ประชาชนทั่วไป และพระสงฆ์ฆาธิการทั้งจังหวัด ที่มีต่อกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ มีการจัดเวทีประชาคม ในเวทีต่างๆ จำนวน 26 เวที ตั้งแต่ 20-50 คน โดยมีการอภิปราย ชักถาม ในหลักการประโยชน์คุณค่าระเบียบข้อตกลงและการบริหารจัดการกองทุน สวัสดิการรักษายาบาล พร้อมกับรับฟัง

ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ปัญหาอุปสรรค ที่อาจเกิดขึ้นและมีผลกระทบ (Impact) มากน้อยเพียงใดทั้งด้านบวกและด้านลบกับกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ที่ประชาชนมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้เป็นกำลังหลักที่สำคัญในการรวมคน เพื่อจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ขึ้นในแต่ละตำบล 2) จัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วมซึ่งมีรูปแบบ (Model) การวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 10 รูปแบบการดำเนินการกองทุนฯ

ขอบเขตของการวิจัย เป็นการสอบถามความคิดเห็นของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ที่มีต่อกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ที่ประชาชนมีส่วนร่วม ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามชนิดปลายปิด(Close ended question) ซึ่งเป็นคำถามที่ต้องการให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบในลักษณะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย (Yes/No Question) เพื่อต้องการทราบแนวโน้มของความคิดเห็น ไปดำเนินการจัดเวทีประชาคม ซึ่งขณะที่ตอบแบบสอบถาม นักวิจัยจะอ่านคำถามให้ฟังและอธิบายเหตุผลประกอบไปที่ละข้อ ซึ่งคำถามที่สอบถามความคิดเห็นของประชากรกลุ่มเป้าหมาย มีจำนวน ๑๑ ข้อ

จากการที่นักวิจัยได้แจกแบบสอบถามประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในเวทีต่างๆ จำนวน 1231 คน ได้ข้อมูลที่เด่นชัดว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นด้วยมากกว่า ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไปทุกข้อ และมีเพียงข้อเดียวที่คำตอบเห็นด้วยค่อนข้างต่ำ แต่คำตอบไปในทิศทางเดียวกัน คือเห็นด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องกันจึงนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในข้อความที่สำคัญ ๆ ตามประเด็นปัญหาที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัย และนำผลมาอภิปราย รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะตามลำดับดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าการช่วยเหลือ เกื้อกูล เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และมีน้ำใจต่อกันของคนในหมู่บ้านตำบลมีน้อยลงมาก ผู้ตอบเห็นด้วยร้อยละ 95.85 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 4.14 คนในหมู่บ้านเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่ไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ มีความจำเป็นเดือดร้อน ต้องหยิบยืมผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 58.00 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 42.00 ท่านจะดีใจ สุขใจ ที่เงินของท่านเพียง 20 บาท ช่วยให้เพื่อนมีความสุข มีกำลังใจ และไม่รู้สึกลำบากใจ มีผู้เห็นด้วยร้อยละ 96.99 รู้สึกเฉย ๆ ร้อยละ 3.50 หากมีการรวมตัวชาวบ้านเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยช่วยกันครั้งละ 20 บาท เห็นด้วยร้อยละ 100 ถ้าท่านต้องทำบุญช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกครั้งละ 20 บาท/คน เมื่อเพื่อนบ้านต้องการรักษาตัวในโรงพยาบาลเห็นด้วยร้อยละ 100 จะมีความสุข ดีใจ กำลังใจ เมื่อเจ็บป่วยมีเพื่อนมาเยี่ยมพร้อมกับมอบเงินให้เป็นกำลังใจ จำนวน 3,000-6,000 บาท เห็นด้วยร้อยละ 97.16 รู้สึกเฉย ๆ ร้อยละ 2.84 หากท่านเองไม่เจ็บป่วย แต่ต้องทำบุญช่วยเพื่อนที่เจ็บป่วยบ่อยครั้ง ถือว่าเราโชคดีที่ไม่เจ็บป่วย เห็นด้วยร้อยละ 97.80 คิดว่าเสียเปรียบและเป็นภาระร้อยละ 2.19 การช่วยเหลือเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยเป็นการส่วนตัวครั้งละ 20 บาทมีผู้ตอบว่ากล้าช่วยร้อยละ 24.45 ไม่กล้าช่วยเพราะเป็นจำนวนเงินน้อยนิดร้อยละ 75.54 หากมีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลในหมู่บ้านโดยรวมชาวบ้านเป็นกลุ่มๆละ 200-300 คน เพื่อช่วยเหลือเพื่อนบ้านเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ครั้งละ 20 บาท โดยเพื่อนบ้านจะได้รับเงินเสริมแรงให้กำลังใจจำนวน 3,000-6,000 บาท ยินดีเข้าร่วมเป็นสมาชิกร้อยละ 91.06 ไม่พร้อมเป็นสมาชิก

ร้อยละ 8.93 เพราะเป็นสมาชิกองค์กรอื่นมากแล้วไม่สามารถส่งเงินได้ไหว หากเป็นสมาชิกแล้วต้องจ่ายเงินทำบุญล่วงหน้าจำนวน 100 บาท (5 ราย) ตอบว่าจ่ายได้สบายร้อยละ 91.06 จ่ายได้ขอเวลาน้อยร้อยละ 8.93 การช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างที่มีชีวิตอยู่กับการช่วยกันตอนตายร้อยละ 100 ตอบว่าช่วยกันตอนที่มีชีวิตมีคุณค่ามากกว่า

ผลการจัดเวทีประชาคมในเวทีต่างๆ เรื่องการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม พบว่านักวิจัยได้ทำการชี้แจง หลักการเหตุผล ความจำเป็น ประโยชน์คุณค่า ระเบียบข้อตกลง และแนวทางในการบริหารจัดการกองทุน พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมเวทีได้ร่วมอภิปรายซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ข้อเสนอแนะ แนวทางการบริหารจัดการกองทุนได้ข้อสรุปว่า ผู้ที่เป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ประกอบด้วยคน 3 วัย คือวัยเด็ก วัยกลางคน วัยสูงอายุที่มีสุขภาพดี ในวันสมัครสามารถประกอบสมาชิมาอาชีพได้ แต่ละกองทุนควรมีสมาชิกประมาณ 300 คน โดยสมาชิกจะทำบุญช่วย 20 บาท/คน เมื่อเพื่อนสมาชิกที่จะได้รับเงินสงเคราะห์ประมาณ 5,000 บาทเศษ (ครึ่งหมื่น) และ จะได้รับการสงเคราะห์ปีละ 2 ครั้ง โดยมีการเรียกเก็บเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าจำนวน 100 คน (5 ราย) สมาชิกจะได้รับการสงเคราะห์จะต้องเป็นสมาชิมาแล้วครบ 3 เดือน จากหลักการดังกล่าวที่ประชุมได้ซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กรณีคำถามจากเวที นักวิจัย จะยกคำถามนี้ไปถามผู้เข้าร่วมเวทีให้ช่วยกันตอบ และนักวิจัยจะตอบเสริมหรือขยายความให้ครอบคลุม เมื่อผู้เข้าร่วมเวทีประชาคม ได้อภิปราย ซักถามจนเป็นที่เข้าใจดีแล้ว จึงขอความเห็นชอบจากเวที พบว่าผู้เข้าร่วมเวทีเห็นด้วยกับการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล มากกว่าร้อยละ 90 เห็นด้วยกับหลักการของกองทุนที่ใช้คำว่าทำบุญช่วยเพื่อน 20 บาท เมื่อเพื่อนสมาชิกเจ็บป่วย คือช่วยกันตอนมีชีวิตอยู่มีคุณค่ามากกว่าช่วยกันตอนตาย ผู้ที่เป็นสมาชิกไม่ได้มีโอกาสได้ใช้ นี่คือเสน่ห์ของกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล

เพื่อให้กองทุนนี้สามารถเริ่มต้นได้จึงได้เสนอให้เวที ได้เลือกตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุน ชุดก่อตั้ง 7-15 คน จากผู้ที่เห็นด้วยที่จะเป็นสมาชิกและดำเนินการรับสมัคร และนักวิจัยได้เสนอแนะให้ใช้นโยบายเชิงรุกในการรับสมัครให้ได้ 300 คน เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายของกองทุน เพื่อที่จะช่วยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วย เป็นคนไข้ในโรงพยาบาล ให้ได้มากกว่า 5,000 บาท (ครึ่งหมื่น)/ครั้ง

ผลการจัดเวทีประชาคม ทำให้สามารถจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ขึ้นได้ในทุกท้องถื่นอำเภอในจังหวัดเพชรบุรี

กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วมใคร่ปวยช่วยทำบุญ 20 บาท ที่สามารถจัดตั้งขึ้นได้มีดังนี้

1. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตำบลบ้านลาด อ.บ้านลาด
2. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตำบลท่าเสน-ถ้ำรงค์ อ.บ้านลาด
3. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตำบลท่าช้าง อ.บ้านลาด
4. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตำบลหนองหานาง อ.ท่ายาง
5. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล อสม.รพ.สต.หนองหานาง อ.ท่ายาง
6. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล วัดสารหิตาวาส อ.ท่ายาง
7. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตำบลกลัดหลวง อ.ท่ายาง
8. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เทศบาลตำบลหนองจอก อ.ท่ายาง
9. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตำบลหนองจอก อ.ท่ายาง
10. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนทุ่งเพื่อ อ.บ้านแหลม
11. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ชมรม เครดิตยูเนียนเพชรบุรี อ.เมือง
12. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนหนองหานาง อ.ท่ายาง
13. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนบ้านช่อง อ.บ้านลาด
14. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนนายาง อ.ชะอำ
15. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตำบลมาบปลาเค้า อ.ท่ายาง
16. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล บ้านดอนนาหลุ่ม อ.เมือง
17. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ตำบลไร่ส้ม อ.เมือง
18. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนสามพระยา อ.ชะอำ
19. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนหนองหญ้าปล้อง อ.หนองหญ้าปล้อง
20. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนบ้านพี่เลี้ยง อ.เมือง
21. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนเขาปากช่อง อ.ท่ายาง
22. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนวัดป่าแป้น อ.บ้านลาด
23. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ห้วยทรายเหนือ อ.ชะอำ
24. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนโพธิ์ลอย อ.บ้านลาด
25. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล บ้านแคใหญ่ อ.ท่ายาง

26. กองทุนสวัสดิการรักษายาบาล เครดิตยูเนียนมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี อ.เมือง

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากข้อค้นพบ (Fact Finding) ของการวิจัยเรื่องนี้ พบว่ามีคุณค่าทางวิชาการ และคุณค่าต่อสังคม มาก ซึ่งรวมถึงนำไปสู่การจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วมและดำเนินการได้จริงในชีวิตประจำวันเป็นการให้ที่มีคุณค่าและรับอย่างมีศักดิ์ศรี

ผลการวิจัยความคิดเห็นที่มีต่อกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลและช่วยเหลือ เกื้อกูล เอื้อเฟื้อ และ น้ำใจต่อกันของคนในหมู่บ้าน ตำบล มีน้อยลงมาก ผู้ตอบเห็นด้วยร้อยละ 95.85 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 4.14 คนในหมู่บ้านเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลแต่ไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆ มีความเดือดร้อน จำเป็นต้องหยิบยืมจากผู้อื่นคิดเป็นร้อยละ 58.00 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 42.00 ท่านจะมีความสุขใจใช้ไหม ถ้าเงินของท่านเพียง 20 บาท ช่วยทำให้เพื่อนมีความสุข มีกำลังใจ ทำให้เขามีความอบอุ่นและไม่รู้สึกลำบาก เดี่ยว เห็นด้วยร้อยละ 96.99 รู้สึกเฉยๆร้อยละ 3.00 ท่านจะมีความสุขใจ ดีใจ มีกำลังใจ ถ้าท่านเจ็บป่วย มีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมพร้อมกันมีเงินมามอบให้เป็นกำลังใจ จำนวน 3,000-6,000 บาท เห็นด้วยร้อยละ 97.80 รู้สึกเฉยๆร้อยละ 2.19 หากท่านเองไม่เจ็บป่วยแต่จะต้องช่วยทำบุญช่วยเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยบ่อยครั้ง คิดว่าโชคดีที่เราไม่เจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 97.80 คิดว่าเป็นภาระและเสียเปรียบร้อยละ 2.19

ผลการวิจัยรูปแบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม หากมีการรวมชาวบ้าน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยช่วยกันครั้งละ 20 บาท/คน เห็นด้วยร้อยละ 100 ถ้าท่านจะต้องทำบุญช่วยเหลือเพื่อนบ้านครั้งละ 20 บาท/คน เมื่อเขาเข้ารับรักษาตัวเป็นคนไข้ใน มีผู้เห็นด้วยร้อยละ 100 เมื่อบ้านเจ็บป่วยท่านจะช่วยเขาเป็นการส่วนตัวครั้งละ 20 บาท มีผู้กล้าช่วยร้อยละ 24.45 และไม่กล้าช่วยเพราะเป็นเงินจำนวนน้อยนิดร้อยละ 75.54 หากจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขึ้นในหมู่บ้านโดยรวมชาวบ้านเป็นกลุ่มละ 200 – 300 คน โดยช่วยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยที่เข้ารับรักษา ในโรงพยาบาล ครั้งละ 20 บาท โดยเพื่อนสมาชิกที่เจ็บป่วยจะได้รับเงินเสริมกำลังใจ จำนวน 3,000 – 6,000 บาท หากเชิญท่านเข้าร่วมเป็นสมาชิกด้วย เห็นด้วย ยินดีเข้าร่วมเป็นสมาชิกด้วย ร้อยละ 91.06 ไม่พร้อมที่จะเป็นสมาชิกร้อยละ 8.93 เพราะเป็นสมาชิกกลุ่ม/องค์กรอื่นๆ ในลักษณะใกล้เคียงกัน หลายองค์กรแล้วไม่สามารถส่งเงินได้ไหว ผู้ที่เป็นสมาชิกจะต้องจ่ายเงินทำบุญล่วงหน้า จำนวน 100 บาท(5 ราย) เพื่อเตรียมพร้อมไว้จ่ายช่วยเหลือเพื่อนสมาชิก จำนวน 5 ราย ตอบว่าจ่ายได้สบายร้อยละ

ละ 91.06 จ่ายได้แต่ขอเวลาน้อยร้อยละ 8.93 การช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างที่มีชีวิตกับช่วยกันตอนตายแล้ว ร้อยละ 100 ตอบว่าช่วยกันตอนมีชีวิตอยู่มีคุณค่ามากกว่า

ผลการจัดเวทีประชาคมในเวทีต่าง ๆ จำนวน 26 เวที ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้เรื่องความเป็นมา ความสำคัญ หลักการ ประโยชน์ คุณค่าของกองทุนและการบริหารจัดการกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลขึ้นได้ตาม หมู่บ้าน ตำบล วัด และสหกรณ์ต่าง ๆ ได้จำนวน 26 กองทุน โดยมีปัจจัยสนับสนุนที่หลากหลายดังนี้

1. มีสหกรณ์ต้นสังกัด วัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การสนับสนุน
2. มีผู้นำสหกรณ์ ผู้นำตามธรรมชาติ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ช่วยเป็นแกนนำ (Key Persons)
3. คณะกรรมการชุดก่อตั้ง มีผู้นำที่มุ่งมั่น ตั้งใจ ทุ่มเทเอาจริง โดยสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากผู้นำในหมู่บ้าน ชุมชน ซอย คุ่มต่าง ๆ โดยการบอกต่อจากคนใกล้ตัว (Face to Face)
4. มีการประชุมสัญจร ไปตามหมู่บ้านต่าง ๆ หรือประชาสัมพันธ์ในโอกาสต่าง ๆ เช่น การประชาคม หมู่บ้านของ อบต. เทศบาล การทำบุญที่วัด ศาลากลางบ้านในเทศกาลต่าง ๆ พร้อมกับแจกเอกสารประชาสัมพันธ์
5. จุดดี จุดแข็ง (เสน่ห์ของกองทุน) ของโครงการวิจัยนี้ที่เน้นการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ช่วยตอนเจ็บป่วย ช่วยขณะที่มีชีวิต มีคุณค่ามากกว่าช่วยตอนเสียชีวิต
6. นักวิจัย / ผู้นำในการจัดตั้งกองทุนฯ ใช้คำพูดว่า **“ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท”** ทำให้ได้รับการตอบรับ เพราะคนไทยชอบทำบุญ และเน้นคำว่า **“ทำบุญที่ได้บุญที่สัมผัสได้จริง ตอนเจ็บป่วยมีเงินช่วย 5,000 บาท (ครึ่งหมื่น)”**
7. มีพระภิกษุเข้ามามีส่วนร่วมช่วยทำให้เกิดการยอมรับจากประชาชนได้ง่าย
8. เปิดกว้างสำหรับคนทุพวิสัย สมาชิกชุดก่อตั้งไม่จำกัดอายุ แต่ต้องมีสุขภาพดีในวันสมัคร คือสามารถประกอบสัมมาอาชีพได้ ฯลฯ

กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม จะต้องพยายามรณรงค์ เพิ่มให้ได้ประมาณ 300 คน ผู้ที่เป็นสมาชิกมาแล้ว 3 เดือน หากเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวเป็นคนไข้ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 คืน สมาชิกจะช่วยทำบุญคนละ 20 บาท สมาชิกที่เจ็บป่วยจะได้รับเงินสงเคราะห์จำนวน 3,000 – 6,000 บาท ขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิกของกองทุนในขณะนั้น จะเห็นได้ว่ากองทุนนี้เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกทุกคน คนจน

รู้จักช่วยตนเอง คนรวยหันมาช่วยคนจนบ้าง สมาชิกทุกคนจะได้บุญที่สัมผัสได้จริง เมื่อตนเองเจ็บป่วย จะได้เงินสงเคราะห์เป็นก้อน ประมาณ 5,000 บาท

ด้านการบริหารจัดการกองทุนฯ ทุกกองทุนจะต้องมีเลือกตั้งคณะกรรมการบริหารกองทุน จำนวน 7 – 15 คน

1. ประธานกรรมการ
2. รองประธานกรรมการ คนที่ 1
3. รองประธานกรรมการ คนที่ 2
4. เลขานุการ
5. ผู้ช่วยเลขานุการ
6. เภรัญญิก
7. ผู้ช่วยเภรัญญิก
8. กรรมการ
9. กรรมการ

ทุกตำแหน่งต้องระบุบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานให้ชัดเจน และควรมีการประชุมคณะกรรมการบริหารทุก 2 – 3 เดือน

คณะกรรมการบริหารทุกคน จะต้องพยายามบริหารจัดการกองทุนให้มีความเจริญเติบโต มั่นคง ยั่งยืน และต้องช่วยกันหาแหล่งเงินทุนเข้ามาเสริมเพิ่มขึ้น โดยการขอบริจาคจากผู้มีจิตสาธารณะ ในโอกาส ทำบุญวันเกิด งานฉาปนกิจ ของบบริจาคจากสหกรณ์เครดิตยูเนียน กองทุนหมู่บ้าน และจากพระสังฆาธิการ ที่มีจิตสาธารณะ เป็นต้น

สรุปได้ว่า คณะกรรมการบริหารจะต้องทำให้กองทุนมีความมั่นคง ยั่งยืน และจะต้องมีการอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกให้เข้าใจวัตถุประสงค์ ประโยชน์ คุณค่าของกองทุน และต้องสร้างความตระหนักให้สมาชิกทุกคน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) กองทุนใด มีสมาชิกไม่ถึง 300 คน จะต้องมีการกิจกรรมรณรงค์ให้มีสมาชิกเพิ่มขึ้นให้ได้ โดยสมาชิกเก่าแนะนำสมาชิกใหม่คนละ 1 คน สำหรับกองทุนที่มีสมาชิกครบ 300 คน แล้วอาจหาสมาชิกสำรองไว้ 5 – 10 คน เพื่อทดแทนสมาชิกที่เสียชีวิต และสมาชิกที่หมดสมาชิกภาพ

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่ได้สรุปไว้แล้ว และรวมทั้งการอภิปรายผลที่ได้กล่าวมาแล้วได้ข้อค้นพบทางวิชาการที่มีคุณค่า คือองค์ความรู้ ที่ทำให้สามารถจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม ด้านสังคมคือสามารถจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วมได้ครั้งแรกจำนวน 26 กองทุน เกิดสังคมที่พึ่งพา ช่วยเหลือ เกื้อกูล เอื้ออาทรต่อกัน เกิดความรักความสามัคคีระหว่างคนในหมู่บ้าน ตำบล และในองค์กรเดียวกัน และจะเป็นประโยชน์ต่อขบวนการสหกรณ์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรธุรกิจ สถานประกอบการ สถานศึกษา และเครือข่ายสถานศึกษา เป็นต้น สามารถนำไปกำหนดเป็นข้อเสนอแนะได้ 3 ระดับ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.3.2. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติ

5.3.3. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัย

5.3.1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการวิจัยพบว่า การช่วยเหลือ เกื้อกูล เอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ และมีน้ำใจต่อกันของคนในสังคมลดน้อยลง ซึ่งประชาชนจำนวน 1180 คน ตอบว่าเห็นด้วย คิดเป็นร้อยละ 95.85 คนในหมู่บ้านเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ มีความเดือดร้อนจำเป็นต้องหยิบยืมจากผู้อื่น ซึ่งประชาชนจำนวน 714 คน ตอบว่าเห็นด้วยร้อยละ 58.00 แสดงว่าคนในสังคม มีน้ำใจ ช่วยเหลือ เกื้อกูลกันน้อยลง คนส่วนใหญ่ เมื่อจำเป็นต้องเข้ารับรักษาตัว ในโรงพยาบาลจะมีความยากลำบากเดือดร้อนจริง

ดังนั้นหน่วยงานด้านสหกรณ์ ควรนำหลักและวิธีการสหกรณ์มาส่งเสริมให้ประชาชนรวมกลุ่มจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม (ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท)

ผลการวิจัยพบว่า เงินของแต่ละคนจำนวนเพียง 20 บาท ช่วยทำให้เพื่อนบ้านดีใจ สุขใจ มีกำลังใจ มีผู้ตอบเห็นด้วยจำนวน 1194 คน คิดเป็นร้อยละ 96.99 หากมีรวมตัวชาวบ้าน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อเพื่อนบ้านเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ครั้งละ 20 บาท/คน มีผู้ตอบเห็นด้วยจำนวน 1231 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ถ้าจะให้ช่วยทำบุญช่วยเหลือเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลครั้งละ 20 บาท/คน มีผู้ตอบเห็นด้วยจำนวน 1231 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ทุกคนจะมีความสุข ดีใจ มีกำลังใจ เมื่อเจ็บป่วยมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมพร้อมกับมอบเงินให้เป็นกำลังใจ จำนวน 3,000 - 6,000 บาท มีผู้ตอบเห็นด้วยจำนวน 1196 คน คิดเป็นร้อยละ 97.80 รู้สึกเฉย ๆ ร้อยละ 2.19

แสดงว่าคนในชุมชนมีความพร้อมและยินดีร่วมกันในการจัดตั้งกลุ่ม/กองทุนเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อแก้ปัญหาความทุกข์ร้อนของเพื่อนบ้านและพร้อมที่จะให้กำลังใจกับเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วยเดือดร้อน

ดังนั้นหน่วยเหนือของพัฒนาการจังหวัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สหกรณ์จังหวัด สาธารณสุขจังหวัดและสถาบันวิจัยและพัฒนาของมหาวิทยาลัยต่างๆพร้อมด้วยคณะกรรมการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติด้านสหกรณ์ ควรจัดกิจกรรมนำหลักและวิธีการสหกรณ์ มาใช้ในชีวิตประจำวัน โดยการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม (ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท) ซึ่งเป็นการรวมคน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งเป้าหมายของการจัดตั้งกองทุนตรงกับความต้องการของประชาชนซึ่งประชาชนมีความพร้อม หากได้รับความรู้เรื่องกองทุนอย่างละเอียดลึกซึ้ง และได้รับการกระตุ้นเสริมแรงจูงใจ จะทำให้เกิดการยอมรับและรวมตัวได้ง่าย จากประสบการณ์ของนักวิจัยที่ไปจัดเวทีประชาคมจำนวน 26 เวทีในทุกท้องที่อำเภอในจังหวัดเพชรบุรี สามารถจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม ได้ทุกเวที

5.3.2. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เป็นสมาชิกจะต้องจ่ายเงินทำบุญล่วงหน้า จำนวน 100 บาท (5 ราย) ผู้ตอบว่าจ่ายได้สบาย จำนวน 1121 คน คิดเป็นร้อยละ 91.06 จ่ายได้แต่ขอเวลาหน่อย จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 8.93 การช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างที่มีชีวิตอยู่มีคุณค่ามากกว่าช่วยตอนตายผู้ตอบเห็นด้วย

จำนวน 1231 คน คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงว่าประชากรกลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพทางด้านเศรษฐกิจในระดับหนึ่ง มีความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมของกองทุนเพราะเห็นคุณค่าและประโยชน์ของกองทุน

(เสน่ห์ของกองทุน) ที่ได้รับสวัสดิการที่เป็นเงินก้อน เมื่อเจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

ดังนั้น เพื่อให้ขบวนการสหกรณ์ ในประเทศไทย มีการจัดสวัสดิการที่สมาชิกมีส่วนร่วมจ่ายบ้าง จะทำให้สมาชิกที่พอมีกำลังจ่าย ได้รับสวัสดิการเพิ่มขึ้น ควรนำเสนอรูปแบบกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล (ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท) ในการประชุมสัมมนาคณะกรรมการบริหารในเวทีการประชุมในระดับจังหวัด ในระดับประเทศ หรือเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้นำสวัสดิการนี้ไปจัดให้กับประชาชนในเขตบริการ ควรนำเสนอรูปแบบสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม (ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท) ให้กับเวทีประชุมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประจำเดือน ได้รับทราบและเพื่อให้ผู้บริหาร อบต. ที่หัวหน้าได้นำไปสู่การปฏิบัติจริง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนเพื่อให้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม (ใครป่วยช่วยทำบุญ 20 บาท) มีการจัดตั้งขึ้นตามหมู่บ้าน ตำบล ต่างๆเพิ่มขึ้น ควรนำเสนอรูปแบบกองทุนฯ เสนอต่อเวทีการประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านประจำเดือนให้เขา รับทราบอย่างแพร่หลายมากขึ้น ซึ่งจะทำให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ที่มีหัวก้าวหน้าและมีจิตสาธารณะ ได้ไปทำการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วม ในหมู่บ้าน ตำบลต่างๆ เพื่อผลประโยชน์ของประชาชนในเขตบริการต่อไป

5.3.3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.ศึกษาวิจัยเรื่อง กลยุทธ์การจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ที่ประชาชนมีส่วนร่วม (ใครป่วยช่วย 20 บาท) ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ครอบคลุมทั้งจังหวัด

2. ศึกษาวิจัยเรื่อง กลยุทธ์การพัฒนากองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ที่ประชาชนมีส่วนร่วม (ใครป่วยช่วย 20 บาท) ให้มีความเข้มแข็งและครอบคลุมทุกท้องที่อำเภอในจังหวัดเพชรบุรี

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. 2545. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

โกวิทย์ พวงงาม. (2545). การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน. ม.ป.ท.

จิราพร ชีตติ .2545.ความคิดเห็นของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อโครงการหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า และการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัยหัวฝาย อำเภอสูงเม่น
จังหวัดแพร่.การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชฎามาศ ขาวสะอาด.2555.การนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ปฏิบัติตนด้านสุขภาพ.
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.กรุงเทพฯ

ชิต นิลพานิช และกุลธนา ธนาพงศธร. (2532). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ชนบท.
เอกสารการสอนชุดวิชาความรู้ทั่วไปสำหรับการพัฒนาระดับตำบล หมู่บ้าน
(พิมพ์ครั้งที่ 3, หน่วยที่ 8) .นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ณรงค์ เอี่ยมรอด. (2550). ความคิดเห็นของบุคลากรผู้รับผิดชอบต่อการถ่ายโอนภารกิจงานระบบ
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นสู่องค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดชัยนาท .
การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2546). การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณี ตัวอย่าง.
กรุงเทพมหานคร: 598

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2527). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุพาพร รูปงาม. (2545). การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงานประมาณในการปฏิรูป ระบบราชการ.
ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

รุ่งทิวา มาบัว.2547.ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อผู้ให้บริการ และ
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในจังหวัดอุดรธานี.
การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เอกสารอ้างอิง(ต่อ)

วันรักษ์ มิ่งมณีนาคิน. (2531). การพัฒนาชนบทไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิชิตา สาคิตพร นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(2555) เครือข่ายข้อมูลการเมืองไทย.

เครือข่ายข้อมูลการเมืองไทย. THAILAND POLITICAL

สมเดช สายสุด.2549.การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปีงบประมาณ 2547 ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

การค้นคว้าอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สำนักงานประกันสุขภาพ. 2536. ผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2535. กรุงเทพฯ:

กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2545). พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. 2545. นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักมาตรฐานการศึกษา, สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ, กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักมาตรฐานอุดมศึกษา

และทบวงมหาวิทยาลัย. (2545). ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ชุดวิชาการวิจัยชุมชน.

กรุงเทพมหานคร: เอส. อาร์. พรินติ้ง

สุรพจน์ วงศ์ใหญ่. (2551). สุขภาพพอเพียงตามวิถีไทย. ค้นเมื่อ 8 มิถุนายน 2551, จาก

http://www.rsu.ac.th/oriental_med/article9.htm

อคิน รพีพัฒน์. (2527). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคม และวัฒนธรรมไทย.

กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสการพิมพ์.

อภิสิทธิ์ วีรียานนท์ (2542) .หลัก 5 อ. ทฤษฎีพอเพียงแห่งสุขภาพ.กรุงเทพฯ : น้ำฝนจำกัด