

ชื่อวิทยานิพนธ์ สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ
ในเขต 6

ผู้วิจัย นางสาวนาคยา มีสุข ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหาร โรงพยาบาล)
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์ เกตุรานนท์ 2. อาจารย์ ดร. วรางคณา ผลประเสริฐ
ปีการศึกษา 2549

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพการดำเนินงานของ
คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 (2) เปรียบเทียบสภาพการดำเนินงาน
ของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในแต่ละจังหวัดในเขต 6 (3) ศึกษาปัญหา
อุปสรรค และข้อเสนอแนะของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนกรรมการ กรรมการที่เป็นตัวแทนมาจากโรงพยาบาล สำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย และเลขานุการคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับ
อำเภอในเขต 6 โดยกลุ่มประธานและเลขานุการ ใช้ประชากรทั้งหมดจาก 42 เครือข่าย ส่วนกลุ่มกรรมการที่เป็น
ตัวแทนใช้ตัวอย่างจำนวน 126 คน ที่เลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายประเภทละ 1 คน ต่อเครือข่าย จำนวน 42
เครือข่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยง 0.95 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่
ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัยพบว่า (1) สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วน
หน้าระดับอำเภอในเขต 6 โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สภาพการดำเนินงานของ
คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ในเขต 6 แต่ละด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้น ด้าน
การบริหารจัดการ ด้านบรรยากาศในการทำงาน และด้านการประชุม ที่อยู่ในระดับพอใช้ (2) สภาพการดำเนินงาน
ของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในแต่ละจังหวัด ในเขต 6 ทั้งในภาพรวม
และรายด้าน ไม่แตกต่างกัน (3) ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานที่พบ ได้แก่ ปัญหาด้านการบริหารงบประมาณ
ด้านการบริหารงานบุคคล ด้านการพัฒนากุศลกร ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการและด้านเครื่องมือและ
อุปกรณ์ โดยให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีนโยบายด้านงบประมาณที่ชัดเจนและจัดสรรงบประมาณให้มากขึ้น ควร
สนับสนุนบุคลากรให้แก่พื้นที่ขาดแคลนและมีผู้รับผิดชอบในการบริหารบุคคลอย่างชัดเจน ควรมีการกำหนด
สมรรถนะและการพัฒนากุศลกรอย่างชัดเจน ควรกำหนดทิศทางและแผนพัฒนาคุณภาพการบริการให้ชัดเจน
ควรมีการจัดหาและกระจายเครื่องมือและอุปกรณ์ให้แก่เครือข่ายอย่างเพียงพอในการให้บริการ

จากการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับ
อำเภอ ควรมีการสนับสนุนในด้านงบประมาณ บุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ให้กับเครือข่ายอย่างเพียงพอในการ
ดำเนินงาน และควรมีการบริหารจัดการเครือข่ายที่ดี มีการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานและการประชุมของ
คณะกรรมการเครือข่ายให้มากขึ้น

คำสำคัญ สภาพการดำเนินงาน คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ

Thesis title: The Implementation of the District Contracting Unit of Primary Care Boards in Public Health Regional Area Sixth

Researcher: Miss Nattaya Meesukh **Degree:** Master of Public Health (Hospital Administration);

Thesis Advisors: (1) Dr.Porntip Keyuranon, Associate Professor; (2) Warangkana Ponprasert;

Academic year: 2006

ABSTRACT

The objectives of this descriptive research were: (1) to study the implementation of the district Contracting Unit of Primary Care (CUP) boards in Public Health (PH) Regional Area 6th; (2) to compare the implementation of the district CUP boards in each province in the PH Regional Area 6th; (3) to study the problems, obstacles, and suggestions of the district CUP boards in the PH Regional Area 6th.

The study population was the chairpersons, the committee members who have been the representatives of the hospitals, district public health offices and the health centers, and the secretaries of the committees in the PH Regional Area 6th. All chairpersons and the secretaries were included from 42 boards. The committees group consisted of 126 samples which were selected by simple random sampling from the committees, where 1 person of each work setting was selected within 42 boards. The research instrument was a questionnaire with the reliability coefficient value of 0.95. Percentage, mean, standard division and One-Way ANOVA were used to analyze the data.

Results of the study show that: (1) The overall of the implementation of the district CUP boards in PH Regional Area 6th was at the good level as well as in certain aspects with an exception in the aspects as management, climate of works and meetings that were at the fair level. (2) The implementation of the district CUP boards in each province in the PH Regional Area 6th revealed no differences in overall and in each aspect. (3) The problems and obstacles of the implementation were the budget management, human resource management, personnel development, service quality improvement, and the equipments and materials. There were suggestions that the district CUP boards should have the clear budget policy, allocate more budget and personnel in lacked area, designate the position for human resource management, establish clear personnel competency description and implementation of personnel development, lay out definite directions and plans for service quality improvement, provide and distribute sufficient equipments and materials for service to the district CUP boards.

This research suggests that the district CUP boards should support sufficient budget, personnel, equipments and materials for the district CUP boards, have good CUP management, and foster good climate in works and at meetings.

Keywords: Implementation, The district CUP Boards

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ เกตุรานนท์ และอาจารย์ วราภรณ์ ผลประเสริฐ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์นี้อย่างใกล้ชิดเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณวนิดา โอภากุล กมลฉำ นักวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี คุณพิสุทธิ์ คงขำ นักวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี และคุณกิริยา ลากเจริญวงศ์ นักวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ที่ได้กรุณาตรวจสอบแบบสอบถามที่ใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ และกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรภาพร เกิดมงคล ที่ให้ความกรุณาในการปรับปรุงแก้ไข และขอเสนอแนะในการทำวิทยานิพนธ์ และกราบขอบพระคุณ ท่านนายสาธารณสุขจังหวัดในเขต 6 และประธานคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ที่ให้ความกรุณาในการอนุญาตให้เก็บข้อมูลในการวิจัยนี้

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนผึ้ง นายธนิศร ธัญเกียรติ และพี่ๆ น้องๆ ชาวโรงพยาบาลสวนผึ้ง ที่เป็นกำลังใจให้มาตลอด

คุณประโยชน์ของการศึกษาครั้งนี้ ขอมอบแด่ผู้ที่สนใจในการศึกษาต่อไป

นางสาวนัตยา มีสุข

9 พฤศจิกายน 2549

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการ.....	28
แนวคิดเกี่ยวกับการประชุม.....	30
แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	33
แนวคิดเกี่ยวกับบรรยากาศในการทำงาน.....	35
แนวคิดเกี่ยวกับการประสานงาน.....	38
แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ.....	42
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	55

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	86
บรรณานุกรม.....	104
ภาคผนวก	
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือ.....	110
ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	112
ประวัติผู้วิจัย.....	126

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคณะกรรมการบริหาร เครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	57
ตารางที่ 4.2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6	61
ตารางที่ 4.3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านบทบาท และอำนาจหน้าที่ จำแนกรายข้อ.....	63
ตารางที่ 4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านนโยบายหลัก ประกันสุขภาพ จำแนกรายข้อ	65
ตารางที่ 4.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านบริหารจัดการ จำแนกรายข้อ	67
ตารางที่ 4.6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านการประชุม จำแนกรายข้อ	70
ตารางที่ 4.7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านการมีส่วนร่วม จำแนกรายข้อ	71
ตารางที่ 4.8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านบรรยากาศในการ ทำงาน จำแนกรายข้อ	73
ตารางที่ 4.9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านการประสานงาน จำแนกรายข้อ	74

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านทัศนคติ จำแนกรายชื่อ	75
ตารางที่ 4.11	การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสภาพการดำเนินงานของ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ในแต่ละจังหวัด ในเขต 6	77
ตารางที่ 4.12	ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านการบริหารงบประมาณของคณะกรรมการ บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6	79
ตารางที่ 4.13	ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านการบริหารงานบุคคล ของคณะกรรมการ บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6	80
ตารางที่ 4.14	ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการของคณะกรรมการ บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6	82
ตารางที่ 4.15	ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากรของคณะกรรมการ บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6	84
ตารางที่ 4.16	ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ ของคณะกรรมการ บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6	85

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ได้บัญญัติไว้ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติไว้ว่า ให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2547: 19)

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 ที่มาของพระราชบัญญัตินี้ได้มีกระบวนการเคลื่อนไหวจากภาคประชาชน โดยมีการเข้าชื่อ จำนวนกว่า 50,000 รายชื่อ ตามจำนวนที่ประชาชนมีสิทธิตามรัฐธรรมนูญ พุทธศักราช 2540 ในการเสนอกฎหมาย การเคลื่อนไหวนี้ทำให้เกิดการตื่นตัวไปทั่วประเทศ เครือข่ายองค์กรภาคประชาชนได้ขยับบทบาทเป็นผู้นำความคิดเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้เกิดเป็นกระแสสังคมขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2547: 18) ซึ่งตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดไว้ว่า บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่พระราชบัญญัติกำหนดไว้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545: 3) ดังนั้น จึงส่งผลให้ภาครัฐและกระทรวงสาธารณสุขมีความจำเป็นเร่งด่วนในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนไทย

ประเทศไทยได้ดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน มาเป็นระยะเวลานาน (สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนากิจการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2546: 1) รัฐบาลที่ผ่านมามากมายได้มีนโยบายและความพยายามที่จะผลักดันให้เกิดการสร้างหลักการประกันสุขภาพอนามัยเมื่อยามเจ็บป่วยขึ้น การมีหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ของประชาชนไทยมีแนวโน้มดีขึ้นเป็นลำดับ โดยเฉพาะในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 7 เป็นต้นมา ได้มีการสร้างหลักประกันสุขภาพของประชาชน กลุ่มที่มีรายได้น้อย และบุคคลที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังคงมีประชาชนอีกเกือบ

ประมาณ ร้อยละ 30 จากระบบรายงานยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ 2545: 5) ซึ่งปัจจุบันกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลง "ปฏิรูป" ที่เกิดจากนโยบาย สำคัญต่างๆ เช่น การปฏิรูประบบสุขภาพ การกระจายอำนาจ นโยบายสร้างนำซ่อม การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น การสร้างหลักประกันสุขภาพที่ผ่านมา พบว่า การดำเนินงานยังไม่ทั่วถึง ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และในแต่ละรูปแบบของการประกันสุขภาพต่างคนต่างพัฒนา โดยไม่มีการกำหนดนโยบายมหภาคที่ชัดเจนในระบบการคลังสาธารณสุขและระบบประกันสุขภาพ มีความเหลื่อมล้ำในเรื่องค่าใช้จ่ายต่อหัวที่รัฐให้การสนับสนุน แผนพัฒนาเศรษฐกิจ ฉบับที่ 9 ในยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและการคุ้มครองทางสังคม จึงได้กำหนดให้มีการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควบคู่กับการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพรูปแบบใดๆ เลย รัฐบาลจึงได้ประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนทุกคนได้มีโอกาสเข้าถึงและได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ (สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2546: 1) อย่างไรก็ตาม หลังจากการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปได้ 2 ปี พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานในหลายประเด็น เช่น งบประมาณค่าใช้จ่ายสุขภาพที่รัฐต้องให้การสนับสนุน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน การออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพ และการบริหารจัดการความชัดเจนในการปฏิบัติ และการเตรียมความพร้อมไม่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพ (สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2546: 14)

ดังนั้น สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จึงได้ทำการศึกษาและประเมินรูปแบบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใน 12 เขต พื้นที่ของประเทศไทย และจังหวัดราชบุรี ได้เป็นตัวแทนของเขต 6 ให้เป็นจังหวัดที่ทำการศึกษาและประเมินรูปแบบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการศึกษาในจังหวัดราชบุรี ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า นโยบายควรมีความชัดเจนและแน่นอน โดยเฉพาะในเรื่องการจัดสรรงบประมาณว่าจะใช้การเหมาจ่ายรายหัวรวม (Inclusive Capitation) หรือแยกเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ออกจากผู้ป่วยใน (Exclusive Capitation) และควรเร่งสร้างระบบการบริหารจัดการในด้าน โครงสร้าง บทบาทหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน ให้มีความชัดเจนและเป็นระบบ โดยให้ศูนย์สุขภาพชุมชนที่บริหารจัดการ โดยโรงพยาบาลและสถานอนามัยมีการจัดทำแผนระบบงบประมาณและเวชภัณฑ์ร่วมกัน (สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2546: 10) ซึ่งสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้กล่าวไว้

ว่าผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการดำเนินงานตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ประสบความสำเร็จได้คือ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ (Contracting Unit for Primary care, CUP Board) หรือในบางจังหวัด คือ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (District Health Coordinating Committee, DHCC) มีบทบาทและอำนาจหน้าที่ในการตอบสนองนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวข้างต้น มีหน้าที่เกี่ยวกับการบริหารงานงบประมาณประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเครือข่ายบริหารบุคลากรของเครือข่าย ประสานและสนับสนุนแผนงาน/โครงการ รวมทั้งกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขต่างๆ ในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่าย และงานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย และจากการศึกษาของ จันทรทิพย์ จุนทการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2547) เรื่อง การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ กรณีศึกษา โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติจะประสบความสำเร็จได้จะต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านการคุมข้มนโยบายในเรื่องความชัดเจนและการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติมีระดับค่อนข้างน้อย 2) สมรรถนะองค์กร พบว่า องค์กรมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานให้สำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ของโครงการ หากแต่ต้องทำในเรื่องการแบ่งภาระงานในหน้าที่ให้มีความเหมาะสมตามความรู้ความสามารถ 3) ด้านการยอมรับและปรับนโยบายเข้าเป็นส่วนหนึ่งของเจ้าหน้าที่ประจำวัน เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่า เป็นกระแสทางการเมืองคาดว่าจะไม่มีความยั่งยืน และเห็นว่าภายใต้ระบบบริการสุขภาพของรัฐไม่สามารถปฏิเสธให้การรักษาได้ 4) ความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับดี แต่มีความสับสนในบางเรื่อง 5) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ อยู่ในระดับค่อนข้างมาก เนื่องจากแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ว่ามีสภาพการดำเนินงานอย่างไรและมีอะไรที่เป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 และเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบและกำหนดแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ให้เกิดความสอดคล้องกับสภาพที่เป็นอยู่ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ และส่งผลให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนคนไทยทั่วประเทศ

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

2.2 เพื่อเปรียบเทียบสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกัน
สุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในแต่ละจังหวัด ในเขต 6

2.3 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของคณะกรรมการบริหารเครือข่าย
ประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

3. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่าย
ประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ซึ่งประกอบไปด้วย จังหวัดราชบุรี จังหวัดนครปฐม
จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดกาญจนบุรี รวม 42 เครือข่าย ทำการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1- 28
กุมภาพันธ์ 2548

4. นิยามศัพท์เฉพาะ

4.1 คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ หมายถึง
คณะกรรมการที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีบทบาทและอำนาจ
หน้าที่ ดังนี้ 1) การบริหารงบประมาณประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเครือข่าย 2) บริหารบุคลากร
ของเครือข่าย 3) ประสานและสนับสนุนแผนงาน /โครงการ รวมทั้งกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุข
ต่างๆ ในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่าย 4) งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

4.2 เขต 6 หมายถึง เขตตรวจราชการที่ 6 ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบไปด้วย
จังหวัดราชบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดกาญจนบุรี

4.3 สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ระดับอำเภอในเขต 6 หมายถึง สภาพในการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกัน
สุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ทั้ง 8 ด้านดังนี้ 1) ด้านบทบาทและอำนาจหน้าที่ 2) ด้าน
นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3) ด้านการบริหารจัดการ 4) ด้านการประชุม 5) ด้านการมี

ส่วนร่วม 6) ด้านบรรยากาศในการทำงาน 7) ด้านการประสานงาน 8) ด้านทัศนคติ ซึ่ง คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอต้องทำงานร่วมกันทั้ง 8 ด้าน

1) **ด้านบทบาทและอำนาจหน้าที่** หมายถึง คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอต้องมีความรู้ ความพร้อมและความสามารถในการตัดสินใจในการดำเนินงานตามบทบาทและอำนาจหน้าที่ ความตั้งใจ ความมั่นใจ มีการกำหนดบทบาทและอำนาจหน้าที่ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และมีการทบทวนทุกปี เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้ตามที่ได้รับมอบหมาย

2) **ด้านนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** หมายถึง คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพ มีการนำนโยบายมาใช้ในการกำหนดทิศทางและนโยบาย การบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริการและบุคลากร การจัดอัตรากำลัง การจัดหาเครื่องมือสนับสนุนให้แก่เครือข่าย และมีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3) **ด้านการบริหารจัดการ** หมายถึง คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ มีการกำหนดนโยบายและทิศทางการบริหารจัดการในเครือข่าย การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน การบริหารจัดการงบประมาณ การบริหารงานบุคคล การกระจายทรัพยากร และการจัดระบบบริการในเครือข่าย

4) **ด้านการประชุม** หมายถึง คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ให้ความสำคัญในการเข้าร่วมประชุม มีการเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนการประชุม มีการจัดทำแผนการประชุมและแจ้งแผนการประชุมล่วงหน้า แจกวาระการประชุมล่วงหน้าก่อนการประชุม ให้ทุกคนมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นในที่ประชุมอย่างอิสระ มีการนำเสนอข้อสงสัยต่างๆ ในการประชุม มีการใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และภายหลังการประชุมจัดทำรายงานการประชุม

5) **ด้านการมีส่วนร่วม** หมายถึง คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและทิศทางการบริหารจัดการ จัดทำแผนงาน/โครงการ กำหนดรูปแบบการดำเนินงานและการพัฒนาคุณภาพ การบริหารของเครือข่าย ตลอดจนจนถึงการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในเครือข่าย

6) **ด้านบรรยากาศในการทำงาน** หมายถึง บรรยากาศในการทำงานของ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ มีความพร้อม ให้ความร่วมมือกันดี แสดงความคิดเห็นในการทำงานร่วมกัน ไม่มีความขัดแย้งกัน เห็นด้วยกับวิธีการทำงาน

ของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ มีขวัญและกำลังใจในการทำงาน ตลอดจนประธานมีภาวะผู้นำในการทำงาน

7) ด้านการประสานงาน หมายถึง คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ มีการกำหนดแนวทางการประสานงานภายในและภายนอกอย่างชัดเจน ประสานงานกันอย่างเป็นระบบและคล่องตัว

8) ด้านทัศนคติ หมายถึง คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ เห็นความสำคัญ มีความพึงพอใจ ภาคภูมิใจ และสมัครใจในการทำงานและการดำเนินงานตามบทบาทและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ

5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำผลไปใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ เพื่อที่จะได้มีการพัฒนา แก้ไขและปรับปรุงรูปแบบและสภาพการดำเนินงานให้สอดคล้องสภาพการณ์ในปัจจุบัน และในอนาคต เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอให้สามารถตอบสนองนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี 2540

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารจัดการ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการประชุม
5. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
6. แนวคิดเกี่ยวกับบรรยากาศในการทำงาน
7. แนวคิดเกี่ยวกับการประสานงาน
8. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.1 ความหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการบริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2547: 8)

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยการบริการนั้นเป็นการบริการที่ได้มาตรฐานและประชาชนพึงพอใจ เป็นบริการที่จัดให้โดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของประชาชนทุกคน อย่างเท่าเทียมกัน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็น " สิทธิ " ชั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์ หรือช่วยเหลือประชาชนการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นี้เป็นการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการด้านสาธารณสุข ที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” (ประยงค์ เต็มชวลา 2537: 95)

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ประชาชนทุกคน สามารถเข้าถึงบริการ ทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว คงไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาพ” ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมี “สุขภาพดี” ได้นั้น ประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและ บริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า “สุขภาพ” เป็นเรื่องของประชาชนทุกคนและเพื่อ ประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ทั้งหมด จะทำให้ระบบเน้นที่การ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ (ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพ 2545: 9-10)

1.2 วัตถุประสงค์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สมชาติ โตรักษา (2544: 82) ได้กล่าวถึงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้าว่ามีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1.2.1 ความเสมอภาค (Equity) นอกเหนือจากความเสมอภาคเป็นสิทธิตาม กฎหมายแล้ว ความเสมอภาคควรรวมถึง 1) การกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะก้าวหน้าและเป็นธรรม 2) การเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานสูง เพียงพออย่างเสมอหน้า

1.2.2 ประสิทธิภาพ (Efficiency) ในระบบสุขภาพ คือ ระบบที่ใช้ทรัพยากร อย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุด โดยใช้การบริหารจัดการที่เคร่งครัดและเน้นบริการผ่านเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Networks) ซึ่งสามารถมีต้นทุนผลลัพธ์สุขภาพต่อหน่วยต่ำ

1.2.3 ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) ประชาชนควรมีสิทธิเลือกบริการที่ หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่าง ๆ (รวมถึงสถานบริการของภาคเอกชน) สามารถเข้าถึงง่าย และเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.4 การ “สร้าง” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ระบบหลักประกันสุขภาพมุ่งสู่การ สร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า ไม่ใช่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น

1.3 หลักการพื้นฐานสำคัญในการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2545: 10-13) ได้กล่าวถึงหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1.3.1 การจัดระบบบริการสุขภาพ เน้นการ “เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” โดยคนที่มี สุขภาพดีช่วยเหลือคนที่เจ็บป่วย คนที่มีฐานะดีช่วยเหลือคนที่ยากจนกว่าด้วยการกระจายความเสี่ยง

ของภาระทางการเงิน (Risk Sharing) ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ทั้งนี้เป็นการส่งเสริมให้คนในสังคมมีภราดรภาพ (Solidarity) และมีการเกื้อกูลมากขึ้น

1.3.2 ระบบที่มีความยั่งยืน

- 1) ความยั่งยืนทางด้านนโยบาย (Policy Sustainability)
- 2) ความยั่งยืนทางการเงิน (Financial Sustainability)
- 3) ความยั่งยืนทางสถาบัน/องค์กร (Institutional Sustainability)

1.3.3 กระบวนการที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วม ของทุกฝ่ายรวมถึงภาคประชาชน โดยเป็นเจ้าของร่วมกันและรับผิดชอบร่วมกัน โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ สภาวะสุขภาพคนไทยทุกคนตามหลักการสุขภาพเพียงพอ

1.3.4 ระบบที่ให้ความสำคัญและสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการจากหน่วยบริการสุขภาพระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ใกล้เคียงบ้านเป็นบริการด่านแรก โดยบริการระดับปฐมภูมิต้องสามารถให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟู ทั้งนี้ บริการทางการแพทย์ที่เกินขีดความสามารถของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จะถูกส่งต่อไปรับบริการที่สถานพยาบาลระดับสูงขึ้น

1.3.5 ระบบที่มีการบริหารในลักษณะเน้นการกระจายอำนาจ (Decentralization) ในพื้นที่คือ เขตและจังหวัด มีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจ ดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์ แนวทางและมาตรฐานที่กำหนดโดยส่วนกลาง มีการแยกบทบาทผู้ซื้อและผู้ให้บริการออกจากกัน (Purchaser Provider Split) ทำให้ระบบการตรวจสอบ ควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผล มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.3.6 ระบบการเงินการคลังที่สามารถควบคุมรายจ่ายได้ในระยะยาว (Cost Containment System) โดยที่ไม่กระทบต่อคุณภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน และไม่ทำให้เกิดสถานะที่ประชาชนมาพึ่งพาบริการสุขภาพมากเกินไป รูปแบบการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายเปิด (Close End) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินการ (Performance Related Payment)

1.3.7 ระบบที่สนับสนุนให้ประชาชนรับทราบสิทธิ และทำหน้าที่ปกป้องคุ้มครองสิทธิของประชาชน ทั้งนี้ สิทธิดังกล่าวจะต้องครอบคลุมสิทธิที่จะได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด รวมถึงสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายของหน่วยบริการระดับต้น (ระดับปฐมภูมิ) ที่อยู่ใกล้บ้านหรือที่ทำงานที่ตนเองพึงพอใจ

1.4 กลยุทธ์ที่สำคัญของการนำนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งประยงค์ เต็มชวลา (2537: 99) ได้กล่าวไว้ ดังนี้

1.4.1 การพัฒนาโครงสร้างองค์กรและการประสานเครือข่าย ในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนที่จะมีการจัดตั้ง "คณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" และ "สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" ขึ้น เพื่อดูแลการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการเฉพาะนั้น กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้รับผิดชอบฝ่ายปฏิบัติการ รับผิดชอบการบริหารและสนับสนุนการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่จังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ

1) องค์กรการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานประกันสุขภาพ จะมีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการกำหนดรูปแบบวิธีการในการขึ้นทะเบียนและออกบัตร การจัดสรรงบประมาณ และการบริหารจัดการโครงการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพและคณะกรรมการบริหารเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ

ส่วนจังหวัด กำหนดให้มีคณะกรรมการเพื่อดำเนินการในพื้นที่ ประกอบด้วย ผู้แทนหน่วยงานรัฐ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนฝ่ายวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนประชาชนและภาคประชาสังคม โดยให้มีหน้าที่กำหนดนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ โดยสอดคล้องกับนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพของประเทศ จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในการพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ กำหนดหลักเกณฑ์และการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพให้แก่หน่วยบริการตามกรอบนโยบายที่กำหนด

2) รูปแบบเครือข่าย ภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

(1) หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting for Primary Care; CUP) ต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจนและจัดให้มีหน่วยบริการที่ประชาชนมีสิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลประจำตัว ซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานบริการเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้ และจัดแบ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก (Main Contractor) ซึ่งสามารถจัดบริการได้ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดและหน่วยบริการปฐมภูมิรอง (Sub-Contractor) ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการไม่ได้ครบทุกประเภท

(2) หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting for Secondary Care; CUS) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก

สถานพยาบาลที่ให้บริการระดับนี้จะได้รับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

(3) หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting for Tertiary Care; CUT) หมายถึง หน่วยงานบริการที่ให้บริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่าง ๆ

1.4.2 การจัดหน่วยบริการ

1) *ด้านบุคลากร* ต้องมีบุคลากรทั้งส่วนที่เป็นแพทย์และพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (ในกรณีจัดเป็นเครือข่ายบริการหากจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิรอง หน่วยคู่สัญญาจะต้องจัดให้มีบุคลากรไปเสริมการให้บริการให้ครบได้ตามมาตรฐาน)

2) *ด้านการบริหารจัดการ* ต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ (เช่น ระบบนัดหมาย การติดตาม การจัดระบบข้อมูล) และเกิดความสะดวกรวดเร็ว มีข้อมูลเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพ มีระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพการบริการ และมีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐาน

3) *ด้านอุปกรณ์ อาคาร และสถานที่* ต้องมีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานและมีระบบที่ป้องกันการติดเชื้อ (Sterile System) มีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว มีอาคารให้บริการที่สะอาด ปลอดภัย และมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียงตามเกณฑ์

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายที่ช่วยให้ประชาชนชาวไทยได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีการจัดบริการที่มีคุณภาพ มีการกระจายทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขได้อย่างเพียงพอและเหมาะสม ถ้าทุกองค์กรนำนโยบายหลักประกันสุขภาพมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานของเครือข่าย และจะช่วยให้คุณภาพชีวิตที่ดีต่อประชาชนคนไทย

2. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1 ความหมายของบทบาท

ได้มีผู้ให้ความสนใจเกี่ยวกับแนวคิดของบทบาทมากมายและมีผู้กล่าวถึงความหมายของบทบาท ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2531: 453) ได้ให้ความหมายไว้ว่า บทบาท หมายถึง การทำหน้าที่ที่กำหนดไว้ เช่น บทบาทพ่อแม่ บทบาทครู หรือพนักงานซึ่งหมายถึง การปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย

สุพัตรา สุภาพ (2535: 30) ได้กล่าวไว้ว่าบทบาท หมายถึง การปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่ของสถานภาพ ตำแหน่ง และงานหรือหน้าที่แต่ละคนตามบทบาท ซึ่งกำหนดขึ้นตามตำแหน่งหรือฐานะของคนในสังคมแต่ละแห่ง และไม่อาจปฏิบัติเพียงลำพังโดยไม่เกี่ยวข้องกับผู้อื่นได้

สุชา จันทรเอม (2539: 241) ได้กล่าวไว้ว่าบทบาท คือ หน้าที่หรือความรับผิดชอบที่ถูกกำหนดขึ้นไว้ให้บุคคลในสถานภาพต่าง ๆ ยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ ซึ่งบทบาทของบุคคลจะแตกต่างกันไปตามตำแหน่งที่บุคคลดำรงอยู่

รัศมี พันธูลาก (2545: 12) ได้กล่าวไว้ว่าบทบาท หมายถึง การปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ทางสถานภาพ เมื่อคนเข้าดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ตามการรับรู้ของตนเองและความคาดหวังจากบุคคลในสังคม ในบุคคลเดียวกันอาจมีได้หลายบทบาท เช่น บทบาทของผู้บังคับบัญชาหรือบทบาทของผู้ใต้บังคับบัญชา

จากความหมายของบทบาทดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า บทบาท หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ ตามตำแหน่งและความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งต้องเป็นไปตามความคาดหวังและข้อกำหนดขององค์กร ซึ่งในแต่ละคนจะมีบทบาทที่แตกต่างกันตามสถานภาพที่เป็นอยู่

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่

การที่บุคคลจะปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้ดีเพียงใด ย่อมมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะตามบทบาทที่เกิดขึ้น ซึ่ง อัลพอร์ด (Altpord, 1937: 186-188 อ้างถึงใน รัศมี พันธูลาก 2545: 13) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการแสดงบทบาทของบุคคลว่าขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการ ดังนี้

2.2.1 ความคาดหวังในบทบาท (Role Expectation) เป็นบทบาทตามความคาดหวังของผู้อื่น หรือเป็นบทบาทที่สถาบัน องค์กร หรือกลุ่มสังคมคาดหวัง

2.2.2 การรับรู้บทบาท (Role Conception) เป็นการรับรู้ในบทบาทของตนเองว่า ควรจะมองเห็นบทบาทของตนเองได้ตามการรับรู้นั้น (Perceived Role) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการของบุคคลนั่นเอง ทั้งนี้ การรับรู้ในบทบาทและความต้องการของบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ตลอดจนเป้าหมายในชีวิตและค่านิยมของบุคคลที่สวมบทบาทนั้น

2.2.3 การยอมรับบทบาทของบุคคล (Role Acceptance) ที่เกิดขึ้นได้เมื่อมีความสอดคล้องกันของบทบาทตามความคาดหวังทางสังคม และบทบาทหน้าที่ที่ตนเองรับรู้อยู่ การยอมรับบทบาทนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับความเข้าใจในบทบาท และการสื่อสารระหว่างสังคมและบุคคลนั้น ทั้งนี้เพราะว่าบุคคลไม่ได้ยินยอมรับบทบาททุกบทบาทเสมอไป แม้ว่าจะได้รับการคัดเลือกหรือถูกแรงผลักดันจากสังคมให้รับตำแหน่งและมีบทบาทหน้าที่ปฏิบัติก็ตาม เพราะถ้าหากว่าบทบาทที่ได้รับนั้นทำให้ได้รับผลเสียหายหรือเสียประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าขัดแย้งกับความต้องการหรือค่านิยมของบุคคลนั้น ผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ก็พยายามหลีกเลี่ยงบทบาทนั้นไม่ยอมรับบทบาทนั้น ๆ

2.2.4 การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล (Role Performance) เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพแสดงจริง (Actual Role) ซึ่งอาจจะเป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง หรือเป็นการแสดงบทบาทตามการรับรู้และตามความคาดหวังของตนเอง การที่บุคคลจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้ดีเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับระดับการยอมรับบทบาทนั้น ๆ ของบุคคลที่ครองตำแหน่งอยู่ ซึ่งเนื่องมาจากความสอดคล้องกันของบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและการรับรู้บทบาทของตนเอง

ฮาร์ด และคอนเวย์ (Hardy and Conway, 1988 อ้างถึงใน พรเจริญ พัวพุ่ม 2543: 13) ได้กล่าวว่า การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำที่สอดคล้องกับตำแหน่งที่ได้รับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทจะไม่อาจดำเนินไปด้วยดี เมื่อบุคคลผู้ดำรงบทบาทประสบกับภาวะของความเครียดในบทบาท มีความรู้สึกถูกกดดัน คับข้องใจ มีความยากลำบาก ในการดำรงบทบาทใดบทบาทหนึ่ง อันเกิดจากความคาดหวังในบทบาทกับความสามารถในการแสดงออกตามบทบาทไม่สอดคล้องกัน และความรู้สึกยากลำบากในการดำรงบทบาทจะถูกขจัดให้หมดไปด้วย การพิจารณาเกี่ยวกับการกำหนดบทบาทหน้าที่ ดังที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทและความเข้าใจบทบาทร่วมกันของผู้ดำรงบทบาทและผู้เกี่ยวข้อง เขาได้นับถึงความสำคัญของการรับรู้บทบาทกับความสามารถในบทบาทว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท และจะดำเนินไปได้ดีเพียงใดสมรรถนะหรือความสามารถนี้ เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถกระทำบทบาทตามที่ได้รับคาดหวังได้ ความสามารถในบทบาทมีแนวคิดที่สำคัญ ดังนี้

1. ความสามารถที่จะเรียนรู้โดยผ่านกระบวนการทางสังคม
2. ความสามารถเป็นสิ่งที่จำเป็นในการกระทำบทบาท
3. ความสามารถทำให้เกิดความก้าวหน้าของบุคคลและสังคม

ซึ่งทักษะพื้นฐานในการแสดงความสามารถในการทำงาน ส่วนหนึ่งมาจากความรู้ ประสบการณ์ ค่านิยมและแรงจูงใจของบุคคล นั่นคือ การที่บุคคลจะสามารถผสมผสานการปฏิบัติ

ตามบทบาทได้ดีเพียงใด สิ่งสำคัญ คือ การรับรู้บทบาทและความสามารถของบุคคลในการผสมผสานการปฏิบัติบทบาทตามบทบาทที่รับรู้

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การปฏิบัติงานตามบทบาท หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่สอดคล้องกับตำแหน่งที่ได้รับในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย สำหรับการศึกษานี้เกี่ยวกับด้านบทบาทและอำนาจหน้าที่ หมายถึง การปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้

2.3 บทบาทหน้าที่ขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2547 :50-60) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วยกรมการระดับชาติและกรมการในระดับจังหวัด เพื่อสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ และเป็นการปูทางในเรื่องการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ดังนี้

2.3.1 ระดับชาติ

1) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีบทบาทและหน้าที่ ดังนี้

(1) กำหนดมาตรการเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ก. กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการและกำหนดมาตรฐานในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ

ข. กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตและอัตราค่าบริการตามมาตรา 5

(2) สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรตามมาตรา 47

ก. สนับสนุนและประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกาดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามมาตรา 47

ข. สนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการแสวงหากำไร ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามมาตรา 47

(3) การรับฟังความคิดเห็น

ก. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ข. จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็น โดยทั่วไป จากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี

(4) กำหนดเงื่อนไขการรับเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา 41

(5) บริหารและจัดการด้านนโยบาย สำนักงานการเงินและกองทุน

ก. ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวงและประกาศเพื่อปฏิบัติตาม พ.ร.บ.นี้

ข. กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน

ค. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการถอดถอนเลขานุการ ตามมาตรา 31 และกำหนดคุณสมบัติ หรือลักษณะต้องห้ามของเลขานุการตามมาตรา 32

ง. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการลงโทษ ปรับทางปกครองและการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน

จ. จัดทำรายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งบัญชีและการเงินทุกประเภทของคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง

ฉ. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ พ.ร.บ.นี้ หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มี บทบาทและหน้าที่ ดังนี้

(1) ควบคุมกำกับดูแลหน่วยบริการและการให้บริการ

ก. ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วย บริการตามมาตรา 45

ข. กำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ให้มี คุณภาพและมาตรฐาน ในกรณีที่หน่วยบริการนั้น ๆ มีการให้บริการในส่วนที่สูงกว่าบริการ สาธารณสุขตามมาตรา 5 (หน่วยบริการทุติยภูมิ หน่วยบริการตติยภูมิ)

ค. กำหนดมาตรการควบคุมและส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐาน หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

ง. รายงานผลการตรวจตราและควบคุมคุณภาพ และมาตรฐาน หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการต่อคณะกรรมการ พร้อมทั้งแจ้งหน่วยบริการและหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อปรับปรุงแก้ไขและติดตามประเมินผลในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน

(2) ให้ข้อเสนอแนะการกำหนดราคากลาง เสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการเพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการตามมาตรา 46

(3) ส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของประชาชน

ก. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการร้องเรียนของผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการและวิธีพิจารณาเรื่องร้องเรียนดังกล่าว รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิจากการใช้บริการและกำหนดหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้

ข. สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสาธารณสุข

(4) การจ่ายเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ได้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(5) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ

(6) ตั้งคณะกรรมการสอบสวนตามมาตรา 57 ปัจจุบันแต่งตั้งไว้ 5 คณะ อยู่ในส่วนกลาง เพื่อทำหน้าที่ ดังนี้

ก. สอบสวนหน่วยบริการที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข

ข. สอบสวนหน่วยบริการที่ถูกร้องเรียนตามมาตรา 59

(7) อื่น ๆ ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ พ.ร.บ. นี้ หรือกฎหมายอื่นกำหนด

3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการทั้งสองคณะคือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข มีฐานะเป็นนิติบุคคลตามกฎหมายอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐ มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

(1) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการทั้งสองคณะ ตลอดจน

คณะกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว รวมทั้งคณะกรรมการสอบสวน

- (2) เก็บรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการบริการ
สาธารณสุข
- (3) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วย
บริการ
- (4) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติกำหนด
- (5) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้แก่หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ตามมาตรา 46
- (6) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ
สาธารณสุขของหน่วยบริการ
- (7) ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำและขอเปลี่ยน
หน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ
- (8) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการ
สาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนดและอำนวยความสะดวกในการเสนอ
เรื่องร้องเรียน
- (9) ถูกรวมสิทธิ์ มีสิทธิครอบครองและมีทรัพย์สินต่าง ๆ
- (10) ก่อตั้งสิทธิและทำนิติกรรมสัญญาหรือข้อตกลงใด ๆ เกี่ยวกับ
ทรัพย์สิน
- (11) เรียกเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการดำเนินกิจการของ
สำนักงาน
- (12) มอบให้องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจ
หน้าที่ของสำนักงาน
- (13) จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการ
ดำเนินงานของคณะกรรมการทั้งสองคณะ พร้อมทั้งเผยแพร่ต่อสาธารณะ
- (14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ พ.ร.บ. นี้หรือกฎหมายอื่นกำหนด

2.3.2 ระดับจังหวัด

1) สำนักงานสาขาประจำจังหวัด ทำหน้าที่ดูแลเฉพาะในขอบเขตพื้นที่
รับผิดชอบ (จังหวัด) มีบทบาทและหน้าที่ ดังนี้

- (1) เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง

ขึ้นในระดับจังหวัด

(2) ทำสัญญาจัดซื้อบริการสำหรับหน่วยบริการและการบริหารหน่วยบริการคู่สัญญา

2) คณะอนุกรรมการในระดับจังหวัด ประกอบด้วย

(1) คณะอนุกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด มีบทบาทและหน้าที่บริหารระบบหลักประกันสุขภาพในระดับจังหวัด (กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และนโยบายด้านสุขภาพในจังหวัด) มีอำนาจตัดสินใจประเด็นนโยบายที่สำคัญที่ไม่ขัดแย้งมติของกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยให้สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย ผู้แทนของผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งปราชญ์ชาวบ้าน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนภาคประชาชน และผู้แทนสถานพยาบาล

(2) คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานระดับจังหวัด มีบทบาทและหน้าที่ ควบคุมและกำกับ คุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 50 (1) และ (2) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พิจารณาเรื่องร้องเรียนหน่วยบริการ ส่งเสริมความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและควบคุมกำกับหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 50 (7) และ (9) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วย

ก. ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพ จำนวน 8 คน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เกษษกร เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยอย่างละ 1 คน ผู้ประกอบโรคศิลปะ จำนวน 3 คน คัดเลือกจากผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเทคนิคการแพทย์ ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาแพทย์แผนไทยทั่วไป และผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาแพทย์ประยุกต์

ข. ผู้แทนกลุ่มผู้ที่ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพจำนวน 9 คน ได้แก่ ตัวแทนภาคประชาชน 4 คน ตัวแทนภาคท้องถิ่น 3 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน

(3) คณะอนุกรรมการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 (ระดับจังหวัด) มีบทบาทและหน้าที่ คือ พิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและอนุมัติจ่ายเงินช่วยเหลือได้ตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่จำนวนไม่เกิน 3 คน ตัวแทนหน่วยบริการและตัวแทนประชาชน ผู้ใช้บริการอย่างละเท่ากัน ทั้งหมดรวมไม่เกิน 5-7 คน

3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในฐานะที่ทำหน้าที่เป็นเลขานุการ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดในระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งต้องมีบทบาทในการ

ประสานการจัดเครือข่ายบริการทั้งหมดในพื้นที่จังหวัดที่รับผิดชอบ รวมทั้งการกำกับ ติดตามผล การบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานกลางและมาตรฐานเฉพาะของพื้นที่ ซึ่งพอสรุปเป็นแนวทางการ ดำเนินงานเบื้องต้น โดยมีบทบาทและหน้าที่ ดังนี้

- (1) ประสานให้มีการสำรวจประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของ หลักประกันสุขภาพ
- (2) ประสานการจัดแบ่งพื้นที่และประชากรที่ขึ้นทะเบียน โดยการ Mapping พื้นที่ประชากรและสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนที่คาดว่าจะป็นหน่วยให้บริการได้ โดยที่แต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิรับผิดชอบประชากรประมาณ 10,000 คน หรือสามารถประสาน บริการรวมกันเป็นเครือข่ายสูงสุดไม่ควรเกิน 30,000 คน และจะต้องมีการจัดบริการ มีบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และการจัดการตามเกณฑ์มาตรฐาน
- (3) จัดให้มีหน่วยย่อยหรือคณะทำงานกลางที่ทำหน้าที่ตรวจ สถานพยาบาลเอกชนที่จะขึ้นทะเบียนว่า มีคุณสมบัติได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำหรือไม่ ถ้ามีคุณสมบัติ บางส่วนไม่ครบ จะต้องมีแผนกำกับว่าจะพัฒนาให้ครบสมบูรณ์ตามเกณฑ์ภายในเวลาเท่าใด และ พิจารณาว่าจะสามารถรับดูแลประชากรได้สูงสุดไม่เกินเท่าไร
- (4) จัดให้มีคณะทำงานที่ทำหน้าที่ประสานงานเพื่อให้มีการกำหนดทิศทาง หลักในการดำเนินงานด้านเครือข่ายบริการระดับจังหวัด และให้มีการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง รัฐและเอกชน รวมทั้งสร้างความเข้าใจแก่ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานให้เข้าใจหลักการ เป้าหมายการ ดำเนินงานบริการปฐมภูมิร่วมกันทั้งส่วน โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย และหน่วยงาน เอกชนที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนช่วยจัดให้มีกระบวนการการพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคลากร ระดับต่าง ๆ ให้สามารถร่วมมือในการบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากขึ้น
- (5) จัดเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับโรงพยาบาลที่เป็นหน่วย คู่สัญญา
- (6) ประเมินสภาพของสถานพยาบาลในเครือข่ายเทียบกับมาตรฐานขั้นต่ำ ของหน่วยบริการปฐมภูมิว่ามีส่วนใดที่ขาดเกณฑ์ ให้มีการพัฒนาให้ได้ตามเกณฑ์ภายในระยะเวลาที่ กำหนดตามเกณฑ์มาตรฐาน
- (7) ตกลงแนวทางการส่งต่อเพื่อรับบริการด้านต่าง ๆ ภายในเครือข่าย เดียวกันและระหว่างเครือข่ายให้เป็นไปตามมาตรฐานกลาง
- (8) ตกลงกันระหว่างสถานพยาบาลภายในเครือข่ายเดียวกันว่าจะมีการ จ่ายเงิน หรือค่าตอบแทนกันอย่างไร ให้เป็นไปตามมาตรฐานกลาง ภายใต้การสร้างความเข้าใจเรื่อง

หลักการบริหารการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ ที่มุ่งให้เกิดประโยชน์กับประชาชนสูงสุด และสนับสนุนให้ระบบบริการสุขภาพมีการพัฒนาประสิทธิภาพได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว

(9) ตกลงกันเรื่องแนวทางในการจัดสรรงบประมาณในกรณีให้บริการข้ามเขต ซึ่งควรเอื้อและกำกับให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพบริการ และไม่ผลักระให้ประชาชนเพียงส่วนเดียว

(10) รวบรวมข้อมูลและกำกับ ติดตาม ประเมินผลคุณภาพของเครือข่ายบริการเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง พร้อมกับวางมาตรการ การดำเนินงานในกรณีที่หน่วยบริการไม่ดำเนินการตามมาตรฐาน และแผนงานที่ร่วมกันกำหนด

4) โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ในฐานะที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยให้บริการทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิบางส่วน ซึ่งแต่เดิมทำงานคละกันไป มิได้จัดระบบการทำงานที่แยกจัดคนตามลักษณะงานอย่างชัดเจน แต่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพมีการจัดระบบงบประมาณที่จัดสรรให้หน่วยบริการแตกต่างกันตามประเภทงาน รวมทั้งมีการกำกับประเมินคุณภาพงานที่ต่างกัน จึงจำเป็นที่บุคลากรในองค์กรต้องเข้าใจพื้นฐานถึงการปรับเปลี่ยนระบบใหม่และช่วยพัฒนาจัดระบบงาน การจัดการให้สอดคล้องกับลักษณะที่แตกต่างกันในส่วนที่เขียนแนวทางการดำเนินงานในเอกสารนี้ เน้นไปที่เฉพาะส่วนการพัฒนาที่เป็นบริการปฐมภูมิที่ดูเหมือนว่าจะเป็นระบบที่มีการปรับเปลี่ยนมากที่สุด สำหรับบริการระดับอื่น ๆ ยังคงอิงตามระบบเดิมไปก่อน จนกว่าจะมีการพัฒนาปรับปรุงมาตรฐานคุณภาพอื่น ๆ ต่อไป แนวทางการดำเนินงานเบื้องต้น สรุปดังนี้

(1) เตรียมความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงและการดำเนินการในรูปแบบใหม่ เนื่องจากการดำเนินการประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ได้มีการผนวกการปฏิรูประบบบริการด้วย ซึ่งทำให้วิธีการปฏิบัติงานต้องมีการปรับเปลี่ยนไปด้วย ขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่จึงถูกระทบอย่างมาก รวมทั้งบางส่วนมีการปรับบทบาทหน้าที่ใหม่ เช่น บุคลากรในโรงพยาบาลบางส่วนต้องออกไปให้บริการในหน่วยบริการนอกโรงพยาบาล บางส่วนไปทำงานที่สถานีนามัยและเจ้าหน้าที่สถานีนามัยก็ถูกระทบจากการที่มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลออกไปให้บริการด้วย ซึ่งไม่คุ้นเคยกันมาก่อน สาธารณสุขอำเภอก็รู้สึกสับสนในบทบาทหน้าที่เดิมกับภาระงานใหม่ ฉะนั้น ในระยะแรกของการดำเนินงาน ผู้บริหารในแต่ละระดับจะต้องทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ในความรับผิดชอบ รวมทั้งมีการพูดคุยกันระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติที่ต้องทำงานด้วยกัน เช่น โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอและสถานีนามัย เพื่อให้ทุกส่วนมีส่วนร่วมวางแผนกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานในระดับอำเภอร่วมกัน สร้างให้เกิดความรู้สึกที่อยากจะทำางานร่วมกันก่อนเบื้องต้น อีกส่วนที่ต้องมีการเตรียม คือ เตรียมความเข้าใจ ความคาดหวัง

ของประชาชนต่อบริการที่จะมีการปรับเปลี่ยนใหม่ ขั้นตอนการลงทะเบียน การใช้บริการ รวมทั้งเตรียมให้เข้าใจว่าจะใช้บริการอย่างไรจึงจะเหมาะสม เพื่อไม่ให้มาใช้บริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น

(2) จัดให้เกิดเครือข่ายบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานครอบคลุมพื้นที่ในความรับผิดชอบทั้งหมด โดยในพื้นที่อำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปนั้นได้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นพื้นที่เทศบาลที่ไม่มีสถานีนามัยตั้งอยู่ ซึ่งโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบลงไปจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิโดยตรง หรือร่วมกับหน่วยบริการของเทศบาล หรือคลินิกเอกชน และส่วนพื้นที่นอกเขตเทศบาลที่มีสถานีนามัยอยู่แล้วอยู่ แต่เนื่องจากขีดความสามารถการให้บริการของสถานีนามัยและบุคลากรที่ให้บริการยังไม่เพียงพอตามมาตรฐาน โรงพยาบาลจึงต้องมิบทบาทส่งบุคลากรเข้าไปสนับสนุนการให้บริการที่สถานีนามัย รวมทั้งพัฒนาวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่สถานีนามัย เพื่อยกระดับคุณภาพบริการของสถานีนามัยให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมากขึ้นตามมาตรฐาน ซึ่งงานทั้งสองส่วนนี้ควรจะต้องพัฒนาควบคู่กัน ไปอย่างทั่วถึง มิฉะนั้นประชาชนในชนบทที่อยู่นอกเขตเทศบาลจะไม่ได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งแนวทางการพัฒนางานในพื้นที่ทั้งสองส่วนพอสรุปได้ ดังนี้

ก. พัฒนาหน่วยปฐมภูมิในพื้นที่เทศบาลเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล ให้พิจารณาว่าพื้นที่ในอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลมีประชากรเท่าใด สถานพยาบาลของเทศบาลและสถานีนามัยสามารถดูแลประชากรได้เท่าไร หรือมีส่วนของเอกชนที่สามารถเข้ามาร่วมดูแลได้หรือไม่ จำนวนเท่าไร ส่วนที่เหลือจะเป็นประชากรในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่ต้องจัดหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการแก่ประชาชนโดยตรง ในระยะแรกให้จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิทำหน้าที่ดูแลบริการสุขภาพพื้นฐานที่ผสมผสานทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูพื้นฐานแก่ประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลนี้ โดยจัดให้มีผู้ดูแลรับผิดชอบหน่วยนี้โดยตรงตามเกณฑ์ ซึ่งควรจัดให้มีหลายหน่วยบริการ ในกรณีที่ประชากรรับผิดชอบมากกว่า 30,000 คน จัดเป็นหนึ่งหน่วยในโรงพยาบาล และที่เหลืออยู่นอกโรงพยาบาลในจุดที่ประชาชนสามารถรับบริการได้สะดวก จากนั้นจึงขยาย โดยที่ควรมีหน่วยนอกโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 แห่งในปีแรก และขยายจนครอบคลุม ร้อยละ 50 ของประชากรที่ขึ้นทะเบียนในปีที่ 2 และครอบคลุมร้อยละ 100 ในปีที่ 5 (ทั้งนี้ให้กรรมการระดับจังหวัดพิจารณาช่วงเวลาที่เหมาะสมตามขนาดของประชากร เช่น หากประชากรที่รับผิดชอบน้อย ควรครอบคลุมให้หมดภายในปีที่ 2 เป็นต้น) และพร้อมกันนี้จะต้องจัดให้มีทีมสุขภาพลงไปร่วมพัฒนาสถานีนามัยทั้งหมดในเครือข่ายให้มีคุณภาพควบคู่ไปด้วย จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่อื่นร่วมรับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 1: 1,250 คน ทำหน้าที่ให้บริการทั้งในส่วนที่เป็นคลินิกบริการในสถานพยาบาล และบริการในชุมชน ได้แก่ บริการเยี่ยมบ้าน บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ จัดให้มีแพทย์ร่วมรับผิดชอบกับ

พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอัตราส่วน 1: 10,000 (หรือไม่เกิน 1: 30,000) บทบาทของแพทย์ในระดับขั้นต่ำ คือ มีบทบาทเป็นทีมงานสุขภาพที่ร่วมรับผิดชอบการดูแลสุขภาพของประชาชนในภาพรวมและมีบทบาทช่วยกำกับ พัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบ ส่วนแพทย์มีบทบาทในการตรวจโรคให้บริการ โดยตรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับจำนวนแพทย์ที่มีทั้งหมด หากแพทย์มีเพียงพอควรมีบทบาทให้บริการเต็มที่ หากแพทย์ไม่พอก็อาจให้แพทย์ร่วมให้บริการเป็นบางวันและสนับสนุน ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานแทนได้อย่างมีประสิทธิภาพแต่ควรเป็นแพทย์คนเดิมหรือกลุ่มเดิม ไม่ควรหมุนเวียนกันไปมาจนทำให้ขาดความรู้สึกเป็นผู้รับผิดชอบ ต่อหน่วยบริการที่ชัดเจนและกลายเป็นบริการที่ไม่ต่อเนื่อง

ข. ประสานและพัฒนาเครือข่ายบริการกับสถานีนามัยและคลินิกเอกชนให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน ในส่วนที่เป็นพื้นที่รับผิดชอบของสถานีนามัยในเขตอำเภอนั้น ให้ความร่วมมือกับสาธารณสุขอำเภอและสถานีนามัย โดยการจัดสถานีนามัยให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิรองที่เป็นเครือข่ายบริการกับ โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยคู่สัญญา ซึ่งโรงพยาบาลจะทำหน้าที่ให้บริการในส่วนที่สถานีนามัยดำเนินการไม่ได้ และโรงพยาบาลจะต้องทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยง ในการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานีนามัยให้ได้มาตรฐานขั้นต่ำของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีบทบาทในการสนับสนุนเวชภัณฑ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์ต่าง ๆ ตามรายละเอียดในหัวข้อสถานีนามัย รวมทั้งจัดให้มีแพทย์และพยาบาลเป็นทีมดูแลสุขภาพของประชาชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีนามัยอย่างเป็นประจำต่อเนื่อง และร่วมให้บริการที่สถานีนามัยตามความเหมาะสมกับบทบาท แพทย์ พยาบาล ส่วนของพยาบาลที่เดิมปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลที่จะไปร่วมปฏิบัติงานที่สถานีนามัยต้องมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ วิธีการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีนามัยก่อน โรงพยาบาลควรสร้างทีมงานที่ชัดเจนที่ประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รับผิดชอบในการพัฒนาสถานีนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขในเครือข่ายอย่างเป็นประจำต่อเนื่อง และควรร่วมประชุมร่วมคิดกับเจ้าหน้าที่ในสาธารณสุขอำเภอ และสถานีนามัย เพื่อร่วมกันวางแผนการพัฒนาตามศักยภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับคุณภาพ บริการของสถานีนามัยให้สามารถให้บริการได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ในระยะต่อไปได้

ค. จัดระบบและตกลงเรื่องการส่งต่อและการจ่ายเงินระหว่างหน่วยบริการภายในเครือข่ายและระหว่างเครือข่าย รวมทั้งตกลงเรื่องการดูแลกรณีประชาชนใช้บริการข้ามเขต

2.3.3 ระดับอำเภอ

1) โรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยบริการที่ทำหน้าที่ให้บริการทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งเดิมก็ทำงานคละกันไปไม่มีการจัดระบบ เพื่อรองรับการให้บริการที่ต่างกัน อย่างชัดเจนภายใต้ระบบประกันสุขภาพนี้ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ที่ต้องจัดระบบงาน จัดบุคลากรที่แยกเป็นสัดส่วนตามลักษณะงานให้ชัดเจนมากขึ้น ส่วนที่เป็นบริการทุติยภูมิยังไม่ได้กล่าวในที่นี้ ส่วนแนวทางการดำเนินงานในส่วนที่เป็นบริการปฐมภูมิ มีดังนี้

(1) เตรียมความพร้อมของระบบ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเรื่องการปรับเปลี่ยนระบบ โดยในระยะแรกของการปรับเปลี่ยนระบบ ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบการดำเนินงานนี้จะต้องเตรียมความพร้อมความเข้าใจให้แก่เจ้าหน้าที่ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยในเรื่องหลักการ เป้าหมายและแนวทางการดำเนินงาน เพื่อลดความสับสน และปรับวงเป้าหมายการทำงานร่วมกัน เช่นเดียวกับที่กล่าวในส่วนของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ขณะเดียวกันต้องทำความเข้าใจกับประชาชนเพื่อปรับความคาดหวังต่อระบบบริการที่จะมีการปรับเปลี่ยนใหม่ ขั้นตอนการลงทะเบียน การใช้บริการรวมทั้งเตรียมให้เข้าใจว่าจะใช้บริการอย่างไรจึงจะเหมาะสม เพื่อไม่ให้มาใช้บริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น

(2) จัดให้เกิดเครือข่ายบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานครอบคลุมพื้นที่ในความรับผิดชอบทั้งหมด โดยในพื้นที่อำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนนั้น จะแบ่งได้เป็น 2 ส่วน เช่นเดียวกัน คือ ส่วนที่เป็นหมู่บ้านหรือตำบลในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนโดยตรงที่ไม่มีสถานีอนามัยรับผิดชอบงานบริการพื้นฐาน ส่วนนี้โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบลงไปจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิโดยตรง หรือร่วมกับหน่วยบริการของเทศบาลหรือเอกชน และส่วนพื้นที่ที่มีสถานีอนามัยดูแลอยู่ แต่เนื่องจากขีดความสามารถให้บริการของสถานีอนามัย และบุคลากรที่ให้บริการยังไม่เพียงพอตามมาตรฐาน โรงพยาบาลจึงต้องมีบทบาทส่งบุคลากรเข้าไปสนับสนุนการให้บริการที่สถานีอนามัย รวมทั้งพัฒนาวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เพื่อยกระดับคุณภาพบริการของสถานีอนามัยให้เป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งงานทั้งสองส่วนนี้ควรจะต้องพัฒนาควบคู่กันไปอย่างกระจายทั่วถึง มิฉะนั้น ประชาชนในชนบทที่อยู่ห่างไกลจะไม่ได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน แนวทางการพัฒนาในพื้นที่ทั้งสองส่วน พอสรุปได้ดังนี้

ก. พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้นตามเกณฑ์มาตรฐาน ให้พิจารณาว่าพื้นที่อำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีสถานีอนามัยดูแลมีประชากรเท่าใด สถานพยาบาลของเทศบาลสามารถดูแลประชากรได้เท่าไร หรือมีภาคเอกชนที่สามารถเข้าร่วมดูแลได้หรือไม่ ส่วนที่เหลือจะเป็นประชากรในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่ต้องจัดหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยจัดให้มีหน่วยที่มีบุคลากรรับผิดชอบการบริการนี้โดยตรง โดย

จัดให้มีบริการผสมผสานซึ่งอาจตั้งอยู่ในพื้นที่ของ โรงพยาบาล หรือนอกโรงพยาบาล ทั้งนี้ให้ดู ความสะดวก ความเป็นเอกเทศที่ชัดเจน หากหน่วยนี้จัดตั้งนอกโรงพยาบาลจะเป็นเงื่อนไขที่ดีใน การทำให้ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการมีความใกล้ชิดกันและรู้จักกันง่ายขึ้น รวมทั้งสะดวก ไม่ ซับซ้อน ดูแลได้ง่าย แต่ถ้าประชากรที่รับผิดชอบมีจำนวนไม่เกิน 10,000 คน และโรงพยาบาลตั้งอยู่ ในชุมชนอยู่แล้ว อาจจัดหน่วยอยู่ในบริเวณของ โรงพยาบาล แต่ควรแยกออกจากบริการผู้ป่วยนอก ทั่วไปอย่างชัดเจน และมีผู้รับผิดชอบตามเกณฑ์ จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่อื่นร่วม รับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 1 : 1,250 คน ทำหน้าที่ให้บริการทั้งในส่วนที่เป็นคลินิกในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ และบริการในชุมชน ได้แก่ บริการเยี่ยมบ้าน บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน โรคตามชุด สิทธิประโยชน์ และมีแพทย์ร่วมรับผิดชอบด้วย (เช่นเดียวกับกรณี โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาล ทั่วไป)

ข. ประสานเครือข่ายการจัดบริการปฐมภูมิกับสถานีนอนามัย และ ร่วมพัฒนาสถานีนอนามัยในเครือข่ายให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน ในส่วนพื้นที่รับผิดชอบของสถานีนอนามัยในเขตอำเภอนั้นให้จัดทีมบุคลากรประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เกษษกร และพยาบาล รับผิดชอบดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องประจำร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยและร่วมเป็นทีมพัฒนาสถานีนอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุข (เช่นเดียวกับ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป)

ค. จัดระบบและข้อตกลงเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานีนอนามัย กับโรงพยาบาลชุมชน และการส่งต่อไปยัง รพท./ รพศ. และการจ่ายงบประมาณในกรณีการส่งต่อ และการข้ามเขต

2) *สถานีนอนามัย* ในฐานะที่สถานีนอนามัยเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการ ปฐมภูมิโดยตรงและถือว่าเป็นหน่วยบริการที่เป็นด่านแรกที่สุดของบริการสาธารณสุขตั้งอยู่ใกล้ ชุมชน มีโครงสร้างการดำเนินงานใกล้เคียงกับมาตรฐานบริการปฐมภูมิที่กำหนดขึ้นภายใต้ หลักประกันสุขภาพ เพียงแต่มาตรฐานบางส่วนยังไม่ได้ตามเกณฑ์ เช่น ชีตความสามารถ จำนวน และประเภทบุคลากร และการทำงานสร้างสุขภาพในเชิงรุก ซึ่งหากมีการปรับปรุงพัฒนาส่วน คุณภาพให้ดีขึ้น ก็จะสมบูรณ์แต่ต้องถือว่าสถานีนอนามัยเป็นส่วนหนึ่งของศูนย์สุขภาพชุมชน มิใช่ ล้มสถานีนอนามัยแล้วสร้างศูนย์สุขภาพชุมชนใหม่ แนวทางการดำเนินงานของสถานีนอนามัย คือ โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่ของสถานีนอนามัยเองต้องร่วมมือกันช่วยพัฒนาให้ สถานีนอนามัยกลายเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน ทั้งในด้านสถานที่ภายนอก และกระบวนการบริการที่เป็นหัวใจสำคัญ สถานีนอนามัยทุกแห่งควรได้รับการพัฒนาโดยทั่วหน้า แต่ไม่จำเป็นต้องไปตั้งจุดบริการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นที่สถานีนอนามัยทุกแห่ง โดยพิจารณาตาม

ความเหมาะสมของจำนวนประชากร และจำนวนบุคลากรที่มีในพื้นที่จริง แล้วพิจารณาเลือกภาค
ยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ระบุเป็นแนวทางเบื้องต้น ได้ดังนี้

(1) พัฒนาการบริการและการจัดการที่สถานีอนามัยให้ได้มาตรฐาน
ตาม เกณฑ์ขั้นต่ำ ซึ่งได้แก่ การดำเนินการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้

ก. ขนาดประชากรและที่ตั้งของสถานีอนามัย เมื่อเทียบกับเกณฑ์
มาตรฐานนั้นไม่มีปัญหามากนัก ยกเว้น สถานีอนามัยบางแห่งที่ตั้งอยู่ในที่ที่ประชาชนไปใช้บริการ
ไม่สะดวก ควรมีการจัดหน่วยย่อยในการให้บริการที่จุดใดจุดหนึ่งในชุมชนเป็นการทดแทนหรือใช้
วิธีการปรับพื้นที่ประชากรในความรับผิดชอบของแต่ละสถานีอนามัยใหม่ ในระยะปีแรกอาจใช้
ประชากรตามเดิมไปก่อนและเริ่มดำเนินการวางแผนปรับเปลี่ยน เพื่อให้พร้อมที่จะดำเนินการใหม่
ได้ในปีที่ 2

ข. จัดระบบการรับผิดชอบต่อประชากรและพื้นที่ในความรับผิดชอบ
ให้มีการบริการแบบผสมผสาน ควรจัดให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งหมด
เป็นรายหมู่บ้าน ที่ดูแลการบริการทุกอย่าง มิใช่ดูแลเฉพาะข้อมูลแต่ต้องสร้างให้เกิดความรับผิดชอบต่อ
ในสุขภาพโดยรวมของประชาชน

ค. จัดสถานที่ บรรยากาศ ความสะดวก ที่เอื้อต่อการสื่อสารระหว่าง
เจ้าหน้าที่กับผู้ใช้บริการ เช่น การจัดจุดตรวจรักษาได้คล่องตัวและใกล้ชิดเป็นกันเองระหว่างผู้ตรวจ
กับผู้ใช้บริการ

ง. จัดระบบข้อมูล ควรบันทึกประวัติการดูแลประชาชนต่อเนื่อง
เช่น จัดให้มีบัตรบันทึกประวัติการเจ็บป่วย บันทึกข้อมูลครอบครัว บัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยโรค
เรื้อรัง

จ. จัดยา เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ เครื่องมือ ที่มีอยู่อย่างจำกัดตาม
ความจำเป็น

ฉ. พัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและการให้บริการด้านต่าง ๆ
เพิ่มขึ้น ควรมีการตกลงเรื่องแนวทางการรักษา การส่งต่อที่เหมาะสม และจัดทำแนวทางการรักษา
โรคที่พบบ่อยให้ได้มาตรฐาน ฝึกเจ้าหน้าที่ให้มีทักษะการตรวจร่างกายที่ถูกต้องมากขึ้น และใช้ยา
ได้อย่างเหมาะสม

ช. มีการดำเนินงานในชุมชนอย่างเป็นระบบต่อเนื่องมากขึ้น ได้แก่
การประเมินสภาพจริงของชุมชนในด้านสุขภาพว่ามีจุดเด่น จุดอ่อนอย่างไร และต้องมีการวางแผน
ว่าจะช่วยแก้ปัญหาส่วนที่เป็นจุดอ่อนด้านสุขภาพอย่างไร

(2) ตกลงแนวทางการส่งต่อและการจ่ายเงินในเครือข่ายกับโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยคู่สัญญา ซึ่งแจ้งทำความเข้าใจกับประชาชนเรื่องหลักประกันสุขภาพ การบริการและการดูแลสุขภาพตนเอง

3) บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Contracting Unit of Primary Care Board) ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- (1) การบริหารงบประมาณประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเครือข่าย
- (2) บริหารบุคลากรของเครือข่าย
- (3) ประสานและสนับสนุนแผนงาน/โครงการ รวมทั้งกิจกรรมการพัฒนางานสาธารณสุขต่างๆ ในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่าย
- (4) งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

4) บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายที่จะพัฒนาสาธารณสุขส่วนภูมิภาค ในระดับอำเภอให้มีประสิทธิภาพ เพื่อรองรับแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จึงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอขึ้น เพื่อให้องค์กรดังกล่าว ดำเนินงานเกี่ยวกับการประสานการปฏิบัติงานสาธารณสุขระดับอำเภอ รวมทั้งติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน แต่ในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงในด้านการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามนโยบายรัฐบาล โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีเป้าหมายคือการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามความจำเป็น และประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องจัดระบบบริการที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยง ผสมผสาน ทั้งในชุมชนและสถานบริการทุกระดับ โดยให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ มีบทบาทภารกิจครอบคลุมในการบริหารจัดการเครือข่ายทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้กำหนดให้มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- (1) กำหนดแนวทาง เป้าหมาย และการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ โดยต้องเป็นไปตามสภาพพื้นที่ กรอบ แผน นโยบายด้านสาธารณสุขของอำเภอ จังหวัด เขตและประเทศ
- (2) กำหนดให้จัดทำแผนปฏิบัติการในการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ตามแนวทางการบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์

- (3) กำหนดหลักเกณฑ์และการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ ให้แก่สถานบริการสาธารณสุขตามกรอบนโยบายที่กำหนด
- (4) กำหนดกระบวนการทำงานของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ ตติยภูมิ ให้มีรูปแบบชัดเจน
- (5) สนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (ศูนย์สุขภาพชุมชน) ทูติยภูมิ ตติยภูมิ ให้ได้มาตรฐาน เพื่อเตรียมการรับรองการประเมินมาตรฐานของหน่วยบริการ
- (6) กำกับ ดูแล ติดตาม ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข การดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่
- (7) กำหนดข้อตกลงร่วมในเครือข่าย ควบคุม ดูแล รวมถึงการให้อำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลให้การปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ ตติยภูมิ ดำเนินการหรือปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ตกลง
- (8) กำหนดแนวทางการทำงานร่วมกันของหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน
- (9) ประสานงานระหว่างเครือข่ายกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงพื้นที่รับผิดชอบในสัญญา
- (10) กำหนดแนวทางการพัฒนาบุคลากรในเครือข่ายทุกระดับ ให้มีความรู้ความสามารถทักษะในการบริหารและการบริการ
- (11) แต่งตั้งคณะกรรมการดูแลระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิ ตามเหมาะสม และแต่งตั้งคณะทำงานอื่น ๆ ตามความจำเป็น

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานสาธารณสุขในทุกระดับ ทุกองค์กรต้องเป็นเครือข่ายกัน จึงสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในการสร้างหลักประกันสุขภาพได้ ซึ่งตามบทบาทและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอหรือคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ล้วนแต่เป็นคณะกรรมการที่มีความสำคัญยิ่ง ในการบริหารจัดการเครือข่าย ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะช่วยให้เกิดการสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อให้ประชาชนได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

3. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการ

3.1 ความหมายของการบริหารจัดการ

อดิศักดิ์ สัตยธรรม (2544: 6) ได้กล่าวไว้ว่า การบริหารจัดการเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ดังนี้

3.1.1 *ในเชิงศาสตร์* การบริหารจัดการเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งมีขั้นตอนที่แน่นอนเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งอธิบายได้และสามารถใช้ทำนายเหตุการณ์ที่เชื่อถือได้

3.1.2 *ในเชิงศิลป์* การบริหารจัดการเกี่ยวข้องกับคนในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน การบริหารงานต้องการความละเอียดอ่อน เพื่อให้งานประสบความสำเร็จ ทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์อาจแปรปรวนได้ตามสถานการณ์และภาวะแวดล้อม และศักยภาพของมนุษย์ อาจถูกนำมาใช้ได้มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ มากมาย ซึ่งอาจไม่แน่นอนภายใต้เงื่อนไขหรือสภาวะการณ์ในแต่ละกรณีไป

3.2 *ความสำคัญของการบริหารจัดการ* (Brass , 1981: 331– 348 ; Mc. Nurse – Smith , 1991: 1986 – A อ้างใน อดิศักดิ์ สัตยธรรม 2544: 6) การบริหารจัดการมีความสำคัญต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพขององค์กรหรือของระบบงาน ความสำคัญที่มีต่อองค์ประกอบหลักขององค์กรหรือระบบงาน 2 ประการ ได้แก่ งาน และคนที่เกี่ยวข้องกับงาน

3.2.1 *ในด้านงาน* การบริหารจัดการช่วยทำให้งานบรรลุจุดมุ่งหมายและประสบความสำเร็จตามต้องการ เนื่องจากการบริหารจัดการช่วยอำนวยความสะดวกให้การดำเนินงานเป็นไปตามขั้นตอนอย่างมีระบบ มีความราบรื่นและมีอุปสรรคน้อยที่สุด มีทรัพยากรที่จำเป็นและมีการใช้ประโยชน์ในทรัพยากรที่มีอยู่อย่างประหยัด เพื่อผลลัพธ์ขั้นปลายคือ ผลผลิต และผลกำไร คือ ผลตอบแทนในรูปของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในภาพรวมของระดับองค์กรหรือระบบงาน

3.2.2 *ในด้านคน* คือ ผู้ปฏิบัติงานที่มีประเด็นหลักอยู่ที่การประกันความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะส่งผลต่อการสร้างทัศนคติที่ดีต่องานทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีแนวโน้มที่จะให้คุณค่าต่อการปฏิบัติงานและมีความผูกพันต่อองค์กรในที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ซึ่งเป็นไปตามความต้องการของข่าวสารข้อมูลที่ได้มา

3.3 *กระบวนการบริหารจัดการ (Management Process)* บุญเลิศ เดียวสุวรรณ (2543: 81-83) ได้กล่าวไว้ว่า การบริหารจัดการ (Management) คือ กระบวนการของการบูรณาการและการประสานร่วมกันของทรัพยากรต่างๆ เช่น คน เงิน วัสดุและอื่น ๆ เพื่อให้บรรลุ

วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ต้องมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งนักบริหารสาธารณสุข จำเป็นจะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการวางแผน การจัดองค์การ การอำนวยการและการควบคุมกำกับ ซึ่งขั้นตอนเหล่านี้รวมเรียกว่า กระบวนการบริหารงาน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 การวางแผน (Planning) หมายถึง กระบวนการของการตัดสินใจในการทำงาน โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ขององค์กร และเป็นกระบวนการหลักที่สำคัญประการหนึ่งของการบริหารงาน การวางแผนเป็นกระบวนการในการตัดสินใจในการเลือกแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย การวางแผนงาน มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ความต้องการ การวิเคราะห์ปัญหาและการจัดลำดับความสำคัญ การกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย การวางแผนงาน มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ความต้องการ การวิเคราะห์ปัญหา และการจัดลำดับความสำคัญ การกำหนดวัตถุประสงค์ ซึ่งนำไปสู่การเขียนแผนปฏิบัติการ องค์กรประกอบที่สำคัญเกี่ยวกับการวางแผน

3.3.2 การจัดองค์การ (Organizing) หมายถึง การรวมตัวกันของกลุ่มบุคคลอย่างมีระบบ มีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เดียวกัน มีการติดต่อสื่อสาร การมอบหมายงานและการประสานงาน เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ต้องการ สำหรับการนำไปสู่การปฏิบัติ คนและวัสดุต่าง ๆ ต้องนำเข้ามาใช้ในการจัดองค์การ แต่ละคนต้องมีส่วนเกี่ยวข้องกันในการทำงาน

3.3.3 การจัดคนเข้าทำงาน (Staffing) หมายถึง การจัดหาบุคลากรที่เหมาะสมในการทำหน้าที่ในองค์กร ซึ่งเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบอีกประการหนึ่งของนักบริหารงาน ที่จะต้องดำเนินการจัดคนเข้าทำงาน โดยมีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) การวิเคราะห์ความต้องการบุคลากรขององค์กรสำหรับการทำงานแต่ละประเภท
- 2) การจัดทำรายละเอียดลักษณะงาน คุณสมบัติเฉพาะ และการจัดทำแผนการรับสมัคร
- 3) การรับสมัคร การฝึกอบรม และการพัฒนาบุคลากรในการทำงานแต่ละประเภท

3.3.4 การมอบหมายงาน/การสั่งการ (Delegation and Direction) หมายถึง ผู้บริหารมีการใช้อำนาจในการสั่งการภายในองค์กร ซึ่งผู้บริหารขององค์กรไม่สามารถทำงานทุกอย่างได้ทั้งหมด จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมอบหมายงานให้กับบุคคลอื่นสำหรับการทำกิจกรรมในองค์กร แต่ผู้บริหารไม่สามารถมอบความรับผิดชอบทั้งหมดให้กับผู้ร่วมงานได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อ

บุคคลได้รับหน้าที่รับผิดชอบให้ทำกิจกรรมก็จะเป็นการกระตุ้นความรับผิดชอบไปในเวลาเดียวกัน เพื่อใช้ในการทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีทักษะสื่อสารที่ดีในการ สังกงานกับผู้ได้บังคับบัญชา

3.3.5 การประสานงาน (Co-ordinating) หมายถึง สมาชิกในองค์กรแต่ละคนมีความแตกต่างและทำกิจกรรมที่แตกต่างกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร ดังนั้นผู้บริหารควรต้องทำให้เกิดการประสานงานกันอย่างสอดคล้องเหมาะสม เพื่อมุ่งไปสู่จุดหมายขององค์กรที่เหมือนกัน การประสานงานที่ดีนั้น ต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

3.3.6 การรายงานงาน (Reporting) หมายถึง ผู้บริหารมีการรายงานความเคลื่อนไหวให้ทุกฝ่ายในองค์กรรับทราบ รายงานผลการดำเนินงาน เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์องค์กรและเปิดโอกาสให้สังคมได้ตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กร

3.3.7 การงบประมาณ (Budgeting) หมายถึง ผู้บริหารระดับสูงทำหน้าที่ ในการจัดหา อนุมัติและควบคุมการใช้งบประมาณให้เกิดประโยชน์สูงสุด ไม่ให้ขาดสภาพคล่อง และในบางครั้งต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนขององค์กรในการไปเจรจากับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การบริหารจัดการ หมายถึง การนำทรัพยากรที่มีอยู่ไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการทำงานให้ได้ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร และเป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิดการดำเนินงานที่คล่องตัวเนื่องจากการต้องมีการบูรณาการงานต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างเหมาะสม ตั้งแต่ การวางแผน การจัดองค์กร การจัดคนเข้าทำงาน การอำนาจการ/การสั่งการ การประสานงาน การรายงานงานและการงบประมาณและการเงิน ซึ่งผู้บริหารสูงสุดในองค์กรนั้น ๆ ต้องมีความรู้และความสามารถในการบริหารจัดการ จึงจะช่วยให้งานสำเร็จได้

4. แนวคิดเกี่ยวกับการประชุม

ฝ่ายวิชาการเอ็กซ์เปอร์เน็ท (2005) ได้กล่าวถึง ประเภท ขั้นตอน และเทคนิค ในการประชุมไว้ ดังนี้

4.1 ประเภทของการประชุม แบ่งออกเป็น 5 ประเภท มีดังนี้

4.1.1 การประชุมเพื่อแจ้งข้อมูลข่าวสาร เป็นการประชุมเพื่อทำความเข้าใจในความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ขององค์กร นโยบายเป้าหมายและกลยุทธ์ต่าง ๆ รวมถึงวิธีปฏิบัติและระเบียบต่าง ๆ ดังนั้น จึงต้องมีการจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมให้สอดคล้องเหมาะสมกับเรื่องที่จะแจ้งให้ทราบ

4.1.2 การประชุมเพื่อเร่งเร้าจิตใจและประเภทเกียรติคุณ เป็นการประชุมเพื่อเร่งเร้าจิตใจและประกาศผลสำเร็จของงานเป็นสิ่งสำคัญในยามที่องค์กรต้องการรวบรวมพลัง ความมุ่งมั่นทุ่มเทของพนักงาน การประชุมใหญ่ที่มีผู้เข้าร่วมประชุมหลายร้อยคนควรดำเนินการ ดังนี้

- 1) ตั้งชื่อการประชุมนี้ให้น่าสนใจ
- 2) ถ้ามีงบประมาณเพียงพอควรไปจัดที่ต่างจังหวัด
- 3) ควรมีวิชยากรที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักไปร่วมบรรยายด้วย

4.1.3 การประชุมเพื่อร่วมกันคิดสร้างสรรค์ เป็นการประชุมประเภทนี้เป็นการประชุมที่องค์กรต่าง ๆ ปฏิบัติกันอยู่อย่างสม่ำเสมอ มีการประยุกต์ใช้ได้กับทุกๆ ระดับของการทำงาน การร่วมกันคิดสร้างสรรค์โดยการประชุมนี้อาจมีวัตถุประสงค์ได้หลากหลาย เช่น

- 1) เพื่อร่วมกันวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหา
- 2) เพื่อระดมความคิด (Brain Storming) ในการพัฒนา
- 3) เพื่อระดมความคิด ค้นหาวิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

4.1.4 การประชุมเพื่อร่วมกันตัดสินใจ เป็นการประชุมในลักษณะนี้ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อองค์กร ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจแก้ปัญหา กำหนดกลยุทธ์หรือกำหนดเป้าหมาย ซึ่งองค์ประชุมจะต้องประกอบด้วยผู้นำการประชุมที่เป็นผู้บริหารระดับสูงหรือผู้นำองค์กรและสมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมก็จะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีอำนาจการตัดสินใจสั่งการในระดับหน่วยงานผู้ปฏิบัติ (User Department)

4.1.5 การประชุมเพื่อสอนงานและฝึกอบรม ในการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานหรือติดตั้งระบบงานใหม่ เช่น การนำระบบคอมพิวเตอร์เข้าไปใช้นั้น จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมให้เข้าใจขั้นตอน และวิธีการใช้เครื่องอุปกรณ์ต่าง ๆ อย่างถ่องแท้ จึงจะช่วยให้การส่งมอบระบบเป็นไปโดยราบรื่น การประชุมประเภทนี้จะเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในอัตราที่สูง ซึ่งผู้บริหารจะต้องเข้าใจในความจำเป็นอย่างแท้จริง

4.2 ขั้นตอนของการประชุม แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน มีดังนี้

4.2.1 ขั้นตอนการเตรียมการประชุม มีดังนี้

- 1) การวางแผนล่วงหน้า
- 2) การกำหนดวัตถุประสงค์
- 3) การกำหนดผู้ที่ควรเข้าร่วมประชุม
- 4) การจัดทำวาระการประชุม
- 5) กำหนดการประชุมและทำหนังสือเชิญประชุม
- 6) การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์

4.2.2 ขั้นตอน การดำเนินการประชุม มีดังนี้

- 1) การประชุมต้องเกิดจากความต้องการที่แท้จริง
- 2) ค่าเป้าหมายสำหรับการประชุม
- 3) ให้กลุ่มเป็นผู้กำหนดการตัดสินใจ
- 4) ดำเนินการตามตารางเวลาที่กำหนดไว้
- 5) ให้ความสนใจกับสิ่งสำคัญในการประชุม
- 6) ดำเนินการประชุมตามที่วางไว้
- 7) ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการประชุม
- 8) มีผู้ดำเนินการประชุมที่ดี
- 9) จัดบันทึกผลของการประชุม
- 10) เขียนสรุปประเด็นต่าง ๆ
- 11) ประสานงานกับหน่วยงานด้านอาคารสถานที่ (ถ้ามี) เพื่อให้การประชุมดำเนินไปโดยราบรื่น ทั้งในเรื่องของการควบคุมเครื่องปรับอากาศ (อุณหภูมิที่เหมาะสมในแต่ละช่วงเวลา) ระบบไฟฟ้า แสงสว่าง ตลอดจนการสำรองเครื่องอุปกรณ์ต่าง ๆ

4.2.3 ขั้นตอนกิจกรรมหลังการประชุม มีดังนี้

- 1) จัดทำรายงานการประชุม เพื่อนำเสนอให้ประธานที่ประชุมลงนามคู่กับผู้บันทึกผลการประชุม แล้วแจกจ่ายไปยังผู้เข้าประชุมทุกคนภายใน 48 ชั่วโมงหลังสิ้นสุดการประชุม
- 2) รายงานการประชุมนั้นต้องมีความสำคัญครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง สั้นและกระชับ
- 3) ทำการประเมินผลเพื่อสรุปบรรยากาศและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

4.3 คุณลักษณะสำคัญของประธานการประชุม มีดังนี้

- 4.3.1 มีความยุติธรรมในการให้โอกาสแก่สมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนได้แสดงความคิดเห็นโดยเสรี
- 4.3.2 มีความมั่นใจในตนเอง โดยศึกษารายละเอียดของหนังสือเชิญประชุมและกำหนดการประชุม รวมถึงวาระการประชุมเป็นอย่างดี และมั่นใจว่าจะสามารถบริหารการประชุมให้แก่สมาชิกที่เข้าร่วมประชุมเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการประชุมครั้งนี้
- 4.3.3 มีความชัดเจนในขั้นตอนการคิดและการตัดสินใจด้วยเหตุด้วยผล รวมถึงทักษะในการวิเคราะห์ ตลอดจนสามารถสรุปประเด็นและสรุปกิจกรรมในแต่ละวาระการประชุม

4.4 เทคนิคและวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการประชุม

- 4.4.1 เปิดการประชุมให้ตรงเวลา
- 4.4.2 กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อสร้างบรรยากาศ
- 4.4.3 กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการประชุมและกำหนดพร้อมวาระต่าง ๆ
- 4.4.4 กล่าวแนะนำผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน
- 4.4.5 กล่าวขอความร่วมมือในการออกความคิดเห็น การวิเคราะห์ การอภิปราย
อย่างตรงไปตรงมา

4.4.6 ทบทวนการประชุมครั้งก่อนและติดตามความคืบหน้า

นอกจากนี้ สมชาติ โดรักษา (2543: 17) ได้กล่าวถึง เทคนิคการประชุมว่า ต้องจัดทำวาระให้ชัดเจน ระวังใจ จูงใจให้มาประชุม เอื้ออำนวยให้มีการเตรียมตัวอย่างพร้อมมูล เพื่อการประชุมและการได้ออกความคิดเห็นจะทำให้เกิดความรู้สึกว่า ตนเองมีความสำคัญต่อการประชุม ประสานการประชุมต้องพูดน้อยที่สุด มีหน้าที่หลัก คือ การบริหารการประชุมให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การประชุมเป็นหัวใจสำคัญในการทำงานร่วมกันของกลุ่มคนที่ จะช่วยให้งานต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ซึ่งก่อนการเข้าร่วมประชุมทุกครั้ง สมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมจะต้องเตรียมตัว โดยการศึกษาถึงวัตถุประสงค์และวาระการประชุมที่ได้แนบไปกับหนังสือเชิญประชุม และกำหนดการประชุม พร้อมทั้งต้องจัดเตรียมรายละเอียดข้อมูลเพิ่มเติมหรือคิดวิเคราะห์ตามวาระต่าง ๆ เป็นการล่วงหน้า

5. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

5.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์ (2527: 183) ได้กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเกี่ยวข้องกับด้านจิตใจและอารมณ์ (Mental and Emotional Involvement) ของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม (Group Situation) ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าว เป็นเหตุเร้าใจให้เกิดการกระทำ (Contribution) เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น อีกทั้งทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2547: 37) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ไม่ว่าจะผ่านทางตรงหรือทางอ้อมเพื่อตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหาร ซึ่งการดำเนินกิจกรรมนั้นมีผลกระทบต่อส่วนรวม

นรินทร์ พัฒนพงศา (2547 : 2) การมีส่วนร่วมในองค์กร คือ การที่ถูกจ้างหรือบุคลากรในหน่วยงานหนึ่งเข้าไปเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในระดับต่าง ๆ ในหน่วยงานนั้น แต่การตัดสินใจจะเป็นระดับแตกต่างกันตามตำแหน่งในองค์กร ดังนั้นระดับการมีส่วนร่วมจึงต้องแตกต่างกันตามอำนาจหน้าที่ ที่แต่ละบุคคลในองค์กรมีความรับผิดชอบ

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง กลุ่มของบุคคลต่างๆ ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานร่วมกัน ได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นเหตุสำคัญที่ให้กลุ่มคนมีความตระหนัก ร่วมรับผิดชอบ มีความมุ่งมั่นในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ เนื่องจากตนเองมีส่วนร่วมในการดำเนินการตั้งแต่ต้น

5.2 ภาวะผู้นำกับการมีส่วนร่วม

5.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับการมีส่วนร่วม

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2547 : 79-91) ได้กล่าวไว้ว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วม นั้น ภาวะผู้นำของหัวหน้าองค์กรมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของเพื่อนร่วมงานเป็นอย่างดี เพราะภาวะผู้นำเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วม หากภาวะผู้นำมีลักษณะเป็นแบบประชาธิปไตย มีความเชื่อในพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ ว่าทุกคนมีความเท่าเทียมกัน ก็จะเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมงานแสดงความคิดเห็นยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ในขณะเดียวกัน ถ้าผู้นำมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนและมีบุคลิกก่อนไปทางด้านอัตนิยม ก็จะไม่ปรึกษาหารือกับทีมงาน การสั่งการหรือตัดสินใจก็มักเกิดจากเบื้องบน เพราะผู้นำขององค์กรไม่ปรารถนาที่จะให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมขององค์กร ดังนั้น บรรยากาศและประสิทธิภาพของงาน จึงล้วนแต่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และจะปรากฏอยู่ในทุกองค์กรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากที่กล่าวข้างต้น พฤติกรรมของผู้นำจึงมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ เปรียบเสมือนเหรียญ 2 ด้าน ที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ ทั้งนี้เพราะภาวะผู้นำมีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวขององค์กร ในขณะเดียวกันการมีส่วนร่วมของผู้ตามก็เป็นบทบาทสำคัญในการนำไปสู่ความสำเร็จหรือความล้มเหลวขององค์กรเช่นกัน ดังเห็นได้จากทฤษฎี X และทฤษฎี Y เป็นต้น

นอกจากนี้ การศึกษาภาวะผู้นำกับการมีส่วนร่วมจะทำให้ทราบถึงรูปแบบต่างๆ ของผู้นำว่ารูปแบบใดมีความเหมาะสมกับการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ผู้นำและผู้ตามในการสร้างความเข้าใจถึงธรรมชาติของพฤติกรรมในองค์กร และก่อให้เกิดการพัฒนาความรู้ในด้านการบริหารที่จำเป็นจะต้องปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการทำงานให้เป็นไปได้ในแนวทางเดียวกัน อันจะบังเกิดผลดีต่อองค์กรของผู้นำที่มีความมุ่งหวังถึงผลงานสำคัญ

ซึ่งการจะไปสู่ความสำเร็จได้นั้น ผู้นำจะต้องสร้างความเข้าใจกับผู้ใต้บังคับบัญชาถึงวิธีการ
ดำเนินงาน นโยบาย เป้าหมาย การประสานงาน ฯลฯ

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลต่างๆ ได้มีโอกาส
มาร่วมคิด ในการดำเนินการกิจกรรมใดๆ และร่วมทำในสิ่งที่ร่วมคิด ซึ่งก่อให้เกิดพลังอำนาจ ใน
การดำเนินการอย่างเต็มประสิทธิภาพของบุคคลนั้นๆ ส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่กลุ่มบุคคลที่
มีส่วนร่วมและผู้นำให้โอกาสในการเข้ามามีส่วนร่วม จึงจะทำให้องค์กรนั้นประสบความสำเร็จได้
ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. แนวคิดเกี่ยวกับบรรยากาศในการทำงาน

แนวคิดเกี่ยวกับบรรยากาศในการทำงาน เป็นความพยายามที่จะศึกษา และทำ
ความเข้าใจ ถึงการรับรู้ของคนในองค์กรเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมขององค์กร บรรยากาศขององค์กรจึง
เป็นภาพสะท้อนในลักษณะรวมยอดขององค์กรส่วนที่เป็นทั้งรูปธรรม และนามธรรม ซึ่งสิ่งสำคัญ
เหล่านี้ นักวิชาการทางด้านองค์กรต่างเห็นพ้องกันว่า มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนใน
องค์กร

Steers (1977: 365) ได้กล่าวไว้ว่า บรรยากาศขององค์กรจะเป็นตัวแปรสำคัญใน
การศึกษาขององค์กรของมนุษย์ ทั้งนี้ เพราะบรรยากาศขององค์กรจะมีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมของ
บุคคลในองค์กรด้วย

Halpin and Croft (1966: 150-151) ได้ศึกษาวิเคราะห์เกี่ยวกับบรรยากาศ
องค์กร โดยศึกษาจากองค์ประกอบ ดังนี้

1. พฤติกรรมของผู้ร่วมงาน (Subordinates' behavior) ประกอบด้วย 4 มิติ
ได้แก่ มิติขาดความสามัคคี (Disengagement) มิติอุปสรรค (Hindrance) มิติขวัญ (Esprit) มิติ
สัมพันธ (Intimacy)
2. พฤติกรรมของผู้นำ (Leader' behavior) ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติห่าง
เหิน (Aloofness) มิติมุ่งผลงาน (Production Emphasis) มิติผลักดัน (Thrust) มิติกรุณาปราณี
(Consideration)

Likert (1976: 73) ได้กล่าวถึง บรรยากาศขององค์กร ไว้ดังนี้

1. การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานรู้ถึงความ
เป็นไปภายในองค์กร และผู้นำแสดงความใจกว้างที่จะติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผย เพื่อให้
ผู้ปฏิบัติงานได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างถูกต้อง และเพื่อเป็นการปฏิบัติงานที่ได้ผลดี

2. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดเป้าหมายขององค์กรทุกระดับ
3. การคำนึงถึงผู้ปฏิบัติงาน หมายถึง การที่องค์กรเอาใจใส่จัดสวัสดิการปรับปรุงสภาพการทำงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกพึงพอใจในการทำงาน
4. อำนาจและอิทธิพลในองค์กร หมายถึง อำนาจและอิทธิพลทั้งของผู้นำ และผู้ปฏิบัติ
5. เทคนิคและวิทยาการที่ใช้ในองค์กร หมายถึง เทคนิคที่ใช้ในองค์กร มีการปรับปรุงอย่างรวดเร็วไปตามสภาพแวดล้อม
6. บรรยากาศที่ถือว่าดี จะต้องมีลักษณะการยอมรับความแตกต่างและความขัดแย้งในองค์กร พร้อมทั้งจะสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานขยันขันแข็ง ทำงานหนักเพื่อเลื่อนตำแหน่งเพื่ออัตราค่าจ้าง และเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในงาน

Litwin and Stringer (1968: 13) ได้เสนอทฤษฎีบรรยากาศองค์กรโดยพัฒนาจากรูปแบบแรงจูงใจของ Mc Clelland – Atkinson หรือเรียกว่าทฤษฎีแสวงหาเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ หรือทฤษฎีความต้องการประสพผลสำเร็จทฤษฎีเชื่อว่าความต้องการของมนุษย์ที่มีอยู่ในตัวบุคคลมี 2 ประการ คือ ความต้องการมีความสบาย และความต้องการปราศจากความเจ็บปวด และต่อมาใช้ชีวิตเรียนรู้ถึงความต้องการด้านอื่นอีก 3 ประการ ซึ่งเป็นความต้องการที่เหมือนกันแต่เล็กน้อยแตกต่างกันไป รูปแบบแรงจูงใจทั้ง 3 ประการ นั้นประกอบด้วย

1. ความต้องการเพื่อความสำเเร็จ เป็นความปรารถนาที่จะบรรลุในงาน บุคคลที่ต้องการความสำเเร็จสูงและกลัวต่อความล้มเหลว ต้องการแข่งขันและกำหนดเป้าหมายที่ยากลำบากสำหรับตนเอง และชอบเสี่ยง พอใจที่จะวิเคราะห์และประเมินปัญหา มีความรับผิดชอบ เพื่อให้งานสำเร็จลุล่วงและต้องการข้อมูลย้อนกลับในการทำงานมีความปรารถนาที่จะทำงานให้ดีกว่าผู้อื่น และสนใจถึงความสำเร็จมากกว่าที่จะคำนึงถึงรางวัลหรือผลประโยชน์
2. ความต้องการความสัมพันธ์ เป็นความปรารถนาที่จะกำหนดความผูกพันส่วนตัวกับบุคคลที่ต้องการในด้านนี้สูงมักจะพอใจในการเป็นที่รักและหวังจะได้รับการมีน้ำใจตอบแทนจากบุคคลอื่นๆ จะหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการต่อต้านจากสมาชิกกลุ่ม จะรักษาสัมพันธ์อันดีในสังคม พอใจในการให้ความร่วมมือมากกว่าการแย่งชิงพยายามสร้างและรักษาสัมพันธ์กับผู้อื่น และต้องการสร้างความเข้าใจอันดีจากสังคมที่เป็นสมาชิกอยู่
3. ความต้องการมีอำนาจ เป็นความปรารถนาที่จะมีอิทธิพลหรือควบคุมบุคคลอื่น บุคคลที่มีความต้องการด้านนี้สูง จะมีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมและอิทธิพลเหนือทรัพย์สิน สิ่งของ และในสังคมพยายามใช้วิธีสร้างอิทธิพลให้เกิดการยอมรับนับถือจากผู้อื่น

ต้องการเป็นผู้นำและอยู่เหนือผู้อื่น เป็นผู้แสวงหาหรือค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้ดีที่สุดมักจะกังวลเรื่องอำนาจมากกว่าการทำงานให้ได้ประสิทธิภาพ มักจะนิยมและเชื่อในระบบอำนาจที่มีอยู่ในองค์กร เชื่อในคุณค่างาน พร้อมทั้งจะสละประโยชน์ส่วนตนและเชื่อในความเป็นธรรม

Litwin and Burmeister (1992) ได้พัฒนาบรรยากาศองค์กรของ Litwin and Stringer (1968) โดยแบ่งมิติของบรรยากาศองค์กรออกเป็น 12 มิติดังนี้

1. ความชัดเจนของเป้าหมายและนโยบาย หมายถึง องค์กรมีเป้าหมายและนโยบายที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานขององค์กร มีความกระชับง่ายต่อความเข้าใจ สามารถนำมาเป็นแนวทางการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม มีความสอดคล้องกับพันธกิจ
2. ข้อตกลงเพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จ หมายถึง องค์กรมีการสนับสนุนให้บุคลากรเกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร โดยการอุทิศตนเพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จขององค์กร
3. มาตรฐานของการปฏิบัติงาน หมายถึง องค์กรได้กำหนดขั้นตอนและแนวทางในการปฏิบัติสำหรับให้บุคลากรใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน มีการตรวจสอบและประเมินคุณภาพ และนำผลจากการตรวจสอบประเมินคุณภาพมาปรับปรุงพัฒนางานเพื่อให้ได้คุณภาพมาตรฐานเพิ่มสูงขึ้น
4. โครงสร้างองค์กร หมายถึง องค์กรได้จัดระบบโครงสร้างขององค์กรที่เอื้อต่อการดำเนินงาน มีการกระจายอำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงานและมีการติดต่อสื่อสารและประสานงานที่คล่องตัว เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร
5. การปฏิบัติงานตามกฎระเบียบ หมายถึง องค์กรมีการกำหนดกฎระเบียบและข้อปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรให้บุคลากรในองค์กรได้รับทราบอย่างทั่วถึง สามารถปฏิบัติตามได้และเป็นกฎระเบียบที่ใช้กับบุคลากรอย่างเท่าเทียมกัน
6. การยกย่องชมเชยและให้รางวัล หมายถึง องค์กรให้แรงกระตุ้นใจโดยการกล่าวคำยกย่องชมเชยเมื่อบุคลากรปฏิบัติหน้าที่เป็นที่พึงพอใจ ตามความเหมาะสมมีการประเมินผลการปฏิบัติงานและแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับทราบ
7. ความรับผิดชอบในงาน หมายถึง องค์กรได้มอบหมายภาระความรับผิดชอบให้กับบุคลากรได้อย่างเหมาะสมกับหน้าที่ในแต่ละตำแหน่งงาน
8. การเปิดโอกาสให้เรียนรู้โดยการทดลอง หมายถึง องค์กรได้เปิดโอกาสให้บุคลากรทดลองเรียนรู้สิ่งใหม่ หรือแสดงออกในด้านความคิดสร้างสรรค์เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงาน แม้ว่าการทดลองริเริ่มสิ่งใหม่นั้นจะไม่ประสบความสำเร็จ บุคลากรจะไม่ถูกลงโทษ ถูกตำหนิ หรือมีผลกระทบต่ตำแหน่งหน้าที่

9. ความจงรักภักดีในองค์กร หมายถึง องค์กรได้มีกลยุทธ์ให้บุคลากรมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีคุณค่าในตนเอง โดยการคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ปฏิบัติงาน

10. การสนับสนุนในการปฏิบัติงาน หมายถึง องค์กรได้ให้สนับสนุน ส่งเสริมและช่วยเหลือบุคลากรในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ งบประมาณ และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานให้เหมาะสม

11. ความอบอุ่นในการปฏิบัติงาน หมายถึง ผู้บังคับบัญชาขององค์กรให้ความเป็นกันเองกับผู้ใต้บังคับบัญชาสามารถขอคำปรึกษาหารือกับผู้บังคับบัญชาเมื่อมีปัญหาหรือต้องการคำแนะนำปรึกษา รวมถึงการได้รับความไว้วางใจแก่ผู้บังคับบัญชา

12. การทำงานเป็นทีม หมายถึง องค์กรสนับสนุนให้บุคลากรมีการทำงานเป็นทีม มีความเอื้อเฟื้อ แบ่งปันในทีมงาน พร้อมทั้งจะเผยแพร่และให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์แก่กันมีความรู้สึกเป็นเจ้าของทีม

อุทัย เลหาวิเชียร (2530) ได้กล่าวไว้ว่า บรรยากาศที่ดีหรือเอื้ออำนวยแก่บุคคลในการปฏิบัติงาน จะกระตุ้นให้บุคลากรในองค์กร เกิดความสบายใจ มีความสุขในการทำงาน และเกิดความไว้วางใจในองค์กร มีความเสียสละและเต็มใจทำงานและมีทัศนคติที่ดีต่อองค์กร ทำให้ปฏิบัติงานได้อย่างเต็ม ศักยภาพ มีประสิทธิภาพและคุณภาพ

กล่าวโดยสรุป บรรยากาศในการทำงาน หมายถึง การที่กลุ่มคนได้มีโอกาสมารวมกลุ่มกัน เพื่อทำกิจกรรมใดๆ ก็ตาม ถ้าจะทำให้กลุ่มดังกล่าวประสบความสำเร็จในการทำงานนั้นๆ จะต้องมียบรรยากาศในการทำงานที่ดี เป็นส่วนสนับสนุนในการดำเนินงานจึงจะทำให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. แนวคิดเกี่ยวกับการประสานงาน

7.1 ความหมายของการประสานงาน

การประสานงานนั้น มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย แนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่

ประพันธ์ สุริหาร (2533: 15) ได้กล่าวไว้ว่า การประสานงาน หมายถึง การจัดระเบียบการทำงานเพื่อให้งานส่วนต่าง ๆ เข้ามารวมกัน และหมายถึงการใช้ภาวะผู้นำให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่าง ๆ ร่วมมือปฏิบัติงาน ไม่ทำงานซ้ำซ้อนกัน ขัดแย้งกัน เพื่อให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่น และบังเกิดผลงานสูงสุดทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และนโยบายขององค์กรนั้น

จุมพล หนิมพานิช (2532: 286) ได้กล่าวว่า การประสานงาน คือ การที่บุคคล หรือกลุ่มหรือหน่วยงานทำงานร่วมกัน โดยมีความสามัคคี เพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมายหรือ วัตถุประสงค์ตามเวลาที่กำหนดไว้

วิจิตร อวาทกุล (2528: 269) ได้กล่าวว่า การประสานงาน หมายถึง การจัดความ เกี่ยวเนื่องของปัจจัยในการบริหาร อันได้แก่ คน (Men) เงิน (Money) วัสดุ (Materials) วิธีการ (Methods) จิตใจ (Spirit) เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายปฏิบัติการเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ป้องกันการ ทำงานซ้ำซ้อนขัดแย้งหรือเหลื่อมล้ำกัน เพื่อให้งานได้ดำเนินไปอย่างราบรื่น โดยการจัดให้กลุ่ม บุคคลได้ใช้ความสามารถอย่างมีประสิทธิภาพในลักษณะที่เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน สมานฉันท์เพื่อให้ บรรลุวัตถุประสงค์ของงานที่ตั้งไว้

สมนึก นนธิจันทร์ (2538: 93) ได้กล่าวไว้ว่า การประสานงาน หมายถึง การจัด ระเบียบวิธีการทำงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้รู้ถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของงาน จนสามารถ ปฏิบัติหน้าที่ในลักษณะงานที่ได้รับมอบหมาย และงานร้อยรัดต่อเนื่องกันจนเสร็จสิ้นภารกิจ ของ หน่วยงานที่ได้ร่วมกันวางไว้

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การประสานงาน หมายถึง พลังความสามารถของบุคคล ใน การทำงาน ซึ่งรวมไปถึงจิตใจความรู้ความสามารถและแรงงานทั้งหมดเข้าด้วยกันอย่างเป็นกลุ่ม ก้อน สามารถให้มุ่งไปสู่วัตถุประสงค์เดียวกัน รวมถึงการบริหารทรัพยากรต่าง ๆ การประสานงาน มีตั้งแต่ระดับต่ำไปหาระดับสูงหรือจากสูงมาต่ำ การประสานระดับเดียวกันภายในองค์กรและ ระหว่างองค์กร การประสานอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

7.2 ความสำคัญและประโยชน์ของการประสานงาน

ปรีชา คัมภีร์ปกรณ์ (2539: 66) ได้กล่าวถึงความสำคัญและประโยชน์ของการ ประสานงานไว้ ดังนี้

1. การประสานงาน ทำให้ผู้บริหารได้มีโอกาสระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในหน่วยงาน หรือองค์กรมาปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่
2. การประสานงาน เป็นการเปิดโอกาสให้บุคลากรในหน่วยงานมีโอกาสได้แสดง ความสามารถของตน
3. การประสานงานทำให้ทุกคนมีความรู้สึกว่าตนเองได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ของหน่วยงาน อันจะเป็นความรู้สึกที่ดีต่อหน่วยงาน
4. การประสานงานจะเป็นการทำให้รู้สึกการเป็นทีมหรือเป็นพวกเดียวกัน ทำให้เกิด อำนาจในการต่อรอง

5. การประสานงานที่ดีจะทำให้ผู้บริหารได้มีโอกาสใช้ทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทรัพยากรมนุษย์ได้อย่างคุ้มค่า

กิติมา ปรีดีติลล (2529: 221-222) ได้กล่าวไว้ว่า การประสานงานเป็นกระบวนการที่ต้องจัดให้มีทุกขั้นตอนของการบริหาร และทั้งยังเป็นตัวช่วยผสมผสานปัจจัยในการบริหาร อันได้แก่ คน เงิน วัสดุ การจัดการและเวลาให้ผสมกลมกลืนกัน จึงถือว่าการประสานงานเป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างหนึ่ง เพราะจะทำให้เกิดประโยชน์มากมายในการบริหาร ดังนี้

1. ช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายได้อย่างราบรื่น และรวดเร็ว
2. ช่วยขจัดความสูญเปล่าและประหยัดในเรื่องที่เกี่ยวกับเวลา เงิน วัสดุในการทำงาน และเป็นการช่วยเพิ่มผลผลิตให้กับองค์กร
3. ช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
4. ช่วยสร้างความเข้าใจอันดี สร้างความสามัคคีธรรมในหมู่คณะและช่วยลดข้อขัดแย้งภายในองค์กร
5. ช่วยสร้างขวัญในการทำงานของข้าราชการ บุคคลและเจ้าหน้าที่ในองค์กร
6. ช่วยลดอันตรายอันเกิดจากข้อบกพร่องในการทำงานให้น้อยลง
7. ช่วยป้องกันการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อนกัน เพราะทุกฝ่ายเข้าใจในหน้าที่ตนเองและเข้าใจหลักการและวิธีการปฏิบัติงานได้อย่างดี
8. ช่วยให้องค์กรเข้าใจปัญหาของหน่วยงานอื่นๆ และนำไปเป็นบทเรียนในการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับหน่วยงานหรือองค์กรของตน อันจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารงานได้

หลุย จำปาเทศ (2526: 82) กล่าวไว้ว่า ไม่ว่าจะงานรัฐบาล รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรเอกชน การประสานงานย่อมมีความจำเป็นอย่างมากด้วยกันทั้งสิ้น ทั้งนี้ก็เพราะงานแต่ละอย่างแต่ละชิ้นจะประกอบไปด้วยคนเป็นจำนวนมากและการที่คนจำนวนมากนี้เอง ความแตกต่างกันทั้งด้านความรู้และความสามารถ แม้กระทั่งความรู้สึกนึกคิดย่อมจะเกิดขึ้นได้เสมอ การประสานงานจึงเป็นอาวุธสำคัญของนักบริหาร เพื่อให้คนที่ต่างกันดังกล่าวได้รวมกันผนึกกำลังกัน ทำงานร่วมกัน ให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งเอาไว้ การประสานงานคงมิใช่มุ่งแต่ระดับองค์กรเท่านั้น แต่การทำงานทุกๆ ไป ก็ใช้การประสานงานด้วยเสมอ เช่น การก่อสร้างบ้านสักหลังหนึ่งสถาปนิกคงมิใช่ผู้ที่มีความชำนาญทุก ๆ อย่าง แต่แท้ที่จริงจริงสถาปนิกก็คือคนที่ออกแบบบ้าน ควบคุมการก่อสร้างหรือเป็นผู้ประสานงานให้ผู้ชำนาญฝ่ายต่าง ๆ เช่น ช่างปูน ช่างไม้ ช่างสี ช่างตอกแต่ง ได้ทำงานร่วมกันต่อเนื่องจนงานบรรลุออกมาเป็นบ้านตามความประสงค์นั่นเอง ด้วยเหตุนี้เราก็พอจะมองเห็นความสำคัญของการประสานงาน

สุภรณ์ ศรีพหล (2523 : 142) กล่าวว่า การประสานงานเป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งของการจัดการและการบริหารองค์การ เมื่องานต่าง ๆ ถูกจัดเป็นกลุ่มหรือเป็นฝ่าย หน้าที่ของผู้บริหารจะต้องพยายามจัดงานต่าง ๆ ให้ประสานสัมพันธ์กัน ทั้งในด้านบุคคล วัตถุประสงค์และทรัพยากรต่าง ๆ ตามที่ได้วางแผนไว้ เพื่อให้งานได้บรรลุตามประสงค์ หากพิจารณาองค์การในเชิงระบบแล้ว จะพบว่าหน่วยงานต่าง ๆ ที่เป็นส่วนย่อยของระบบ ไม่ว่าจะเป็นตัวที่ป้อนก็ดีหรือผลผลิตก็ดี จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์และประสานกัน

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การประสานงานเป็นสิ่งจำเป็นและสิ่งสำคัญของการจัดและบริหารองค์การ การประสานงานที่ไม่มีประสิทธิภาพดีพอจะก่อให้เกิดปัญหาหลายประการ เช่น ทำให้เกิดการดำเนินงานซ้ำซ้อนกัน ซึ่งเกิดจากการแย่งงานกันทำ ทำให้สูญเสียและสิ้นเปลืองทรัพยากรโดยไม่จำเป็น จึงนับได้ว่า การติดต่อประสานงานเป็นหัวใจที่สำคัญยิ่งในการจัดการ และการบริหารองค์การหรือหน่วยงาน ดังนั้น การประสานงานจึงต้องมีอยู่ในทุกกิจกรรมและทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน

7.3 หลักการและเทคนิควิธีการประสานงาน

สมพงษ์ เกษมสิน (2517 : 146-147) ได้กล่าวถึงหลักการประสานงานไว้ ดังนี้

1. จะต้องพยายามให้เกิดพลังร่วมของกลุ่ม
2. ในการทำงานให้มีลักษณะสมานฉันท์
3. ให้งานแต่ละส่วนสอดคล้องกัน
4. เสร็จในเวลาที่กำหนดไว้

ปรีชา คัมภีร์ปกรณ์ (2531: 354-355) ได้กล่าวถึง การประสานงานไม่ว่าจะเป็นประสานงานในระดับหน่วยงานกับหน่วยงานอื่น หรือหน่วยงานกับกลุ่มบุคคลอื่นหรือหน่วยงานบุคคลหรือระดับอื่น ๆ ควรยึดหลักตามองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

1. ความแน่นชัดและความเข้าใจตรงกันของวัตถุประสงค์ในการประสานงานนั้น ทุกคนควรจะเข้าใจตรงกันเสียก่อนว่า เราต้องการจะทำอะไร เป็นการกำหนดจุดหมายปลายทางให้ตรงกันก่อนดำเนินงาน

2. ระบบการสื่อสาร ทุกคนที่เกี่ยวข้องในการประสานงานจะต้องมีระบบการสื่อสารที่สามารถติดต่อถึงกันได้เมื่อมีความสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม การสื่อสารเป็นหัวใจของการประสานงาน

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า เทคนิคในการประสานงานมีความสำคัญยิ่งต่อการบริหารงานในปัจจุบัน สภาพองค์กรและหน่วยงานต่างๆ มีขนาดใหญ่ มีความซับซ้อนแตกต่างกัน ตลอดจนความจำกัดของทรัพยากรในการบริหารงานในองค์กรปัจจุบัน มักจะก่อให้เกิดความยุ่งยากและ

ความขัดแย้งในการบริหารงานมากขึ้นเป็นลำดับและทำให้เกิดความจำเป็นที่จะต้องแสวงหารรควิธีในการประสานที่จะทำให้การบริหารองค์กรในสภาวะที่มีทรัพยากรอันจำกัด เกิดประสิทธิภาพและบรรลุผลตามเป้าหมายขององค์กร

8. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

8.1 ความหมายของทัศนคติ

ราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525: 389 ได้กล่าวไว้ว่า ทัศนคติ หมายถึง แนวความคิด เห็น คำว่า "ทัศนคติ" ตรงกับภาษาอังกฤษว่า "Attitude" มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า "Aptus" แปลว่า โน้มเอียง เหมาะสม มีผู้ใช้คำอื่นในความหมายเดียวกัน เช่น "เจตคติ" หรือ "เจตณคติ" ซึ่งมีนักศึกษาและนักวิจัยให้นิยามหรือคำจำกัดความ พอสรุปได้ดังนี้

เฟสติงเจอร์ (Festinger อ้างในปราณี รามสูตร 2528: 185) ได้กล่าวไว้ว่า ทัศนคติ หรือความรู้ (Knowledge) ความเห็น (Opinion) และความเชื่อถือ (Belief) ของบุคคลที่มีสิ่งต่าง ๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกระทำของคน ๆ นั้นต่อสิ่งนั้น ๆ

เซอร์ริฟ และ เซอร์ริฟ (Carolyn W Sherif and Muzaffer Sherif) อ้างในปราณี รามสูตร 2528: 185) ได้กล่าวไว้ว่า ทัศนคติ หมายถึง กระบวนการของความพร้อมที่จะทำใ้บุคคลมีปฏิกิริยาได้ตอบในทางบวกหรือลบต่อสิ่งแวดล้อมที่มากระตุ้น

เทอร์สโตน (Thurstone 1976 อ้างใน สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ 2542: 25) ได้กล่าวไว้ว่า ทัศนคติ หมายถึง ผลรวมทั้งหมดของมนุษย์เกี่ยวกับความรู้สึก อคติ ความคิด ความกลัวบางสิ่งบางอย่าง การแสดงออกทางด้านคำพูดเป็นความคิด และความคิดนี้เป็นลักษณะของทัศนคติ ดังนั้นถ้าเราจะวัดทัศนคติเราก็สามารถที่จะวัดได้โดยวัดความคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ ทัศนคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกและลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นอะไรก็ได้ในหลายอย่าง เป็นต้นว่า บุคคล สิ่งของ บทความ องค์กร ความคิด ฯลฯ ความรู้สึกเหล่านี้บอกถึงความแตกต่างว่าจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธ์ (2534: 112) ได้กล่าวไว้ว่า ทัศนคติ หมายถึง กริยาท่าทีรวม ๆ ของบุคคลที่เกิดจากความโน้มเอียงของจิตใจ และแสดงออกต่อสิ่งเร้าหนึ่ง ๆ โดยแสดงออกไปทางสนับสนุน มีความรู้สึกเห็นชอบต่อสิ่งเร้า นั้น หรือแสดงออกในทางต่อต้าน ซึ่งมีความรู้สึกที่ไม่เห็นชอบต่อสิ่งเร้า นั้น ๆ

ปราณี รามสูต (2528: 186) ได้กล่าวไว้ว่า ทศนคติ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ ความเห็น ความรู้สึก และความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งของ บุคคลหรือสถานการณ์เป็นอย่างไร ไป อันมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้น ๆ บุคคลนั้น ๆ หรือเหตุการณ์นั้น ๆ

สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ (2542: 27) ได้กล่าวไว้ว่า ทศนคติ หมายถึง การแสดงออก ความรู้สึกหรือความนึกคิดออกมาในเชิงบวกหรือเชิงลบ ซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานความเชื่อหรือประสบการณ์ที่เคยได้รับของแต่ละบุคคล

พรพรรณ เขียรปัญญา (2535: 33) ได้กล่าวไว้ว่า ทศนคติ หมายถึง สภาวะของจิตใจ ซึ่งรวมทั้งความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มที่จะสนองตอบของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ และสถานการณ์ต่าง ๆ อาจจะเป็นไปไปในทางบวกหรือทางลบก็ได้ โดยเริ่มจากบุคคลต้องมีการเรียนรู้ที่ผ่านมา โดยเก็บเอาไว้เป็นอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด สะสมไว้เป็นความตั้งใจ แล้วจึงสะท้อนความรู้สึกนั้นออกมาเป็นพฤติกรรม

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ทศนคติ หมายถึง ความรู้สึก นึกคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าต่างๆ เช่น คนหรือสิ่งของในเชิงบวกและลบ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมตามมาที่สอดคล้องกับทศนคติที่เกิดขึ้นของบุคคลนั้นๆ

8.2 องค์ประกอบของทศนคติ ซึ่งบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ (2535: 235-236) ได้กล่าวไว้ว่า ทศนคติ มี 3 แบบ ดังนี้

8.2.1 ทศนคติ มี 3 องค์ประกอบ นักจิตวิทยากลุ่มนี้เสนอว่า ทศนคติประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) องค์ประกอบด้านความรู้ (Cognitive Component) ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อความคิดและความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อที่หมายของทศนคติ (Attitude Object) เช่น ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ การที่จะแสดงความรู้สึกต่อการสูบบุหรี่ไปในทางชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยนั้น จะต้องมีความเข้าใจก่อนว่า "บุหรี่" คืออะไร การสูบบุหรี่มีคุณและมีโทษอย่างไร

2) องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก (Affective component) ได้แก่ ความรู้สึก ชอบ - ไม่ชอบ หรือทำที่ที่ดีหรือไม่ดีต่อที่หมายของทศนคติเป็นภาวะความรู้สึกที่สนองตอบต่อสิ่งเร้าหรือต่อที่หมายไปในทางดีหรือไม่ดี หรือในทางบวก (Positive) หรือในทางลบ (Negative) ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากองค์ประกอบด้านความรู้

3) องค์ประกอบด้านการปฏิบัติ (Behavioral component) ได้แก่ แนวโน้มหรือความพร้อมของบุคคลที่จะปฏิบัติต่อที่หมายของทัศนคติ หากมีสิ่งเร้าหรือที่หมายของทัศนคติที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติ หรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง

นักจิตวิทยาที่สนับสนุนว่า ทัศนคติมี 3 องค์ประกอบ ที่สำคัญ ได้แก่ Kretch , Crutchfield , Pallachey และ Triandis (อ้างใน ชีรพร อุวรรณโน 2527 อ้างในบุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ์ 2535: 235) นักจิตวิทยาเหล่านี้จะให้ความหมายของทัศนคติโดยครอบคลุมองค์ประกอบทั้งสามอย่างครบถ้วน และเห็นว่าองค์ประกอบทั้งสามมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน

8.2.2 ทัศนคติ 2 องค์ประกอบ แนวความคิดนี้ระบุว่า ทัศนคติมีเพียง 2 องค์ประกอบเท่านั้น ได้แก่ องค์ประกอบด้านความรู้กับองค์ประกอบ ด้านท่าทีความรู้สึก นักจิตวิทยาที่สนับสนุนแนวความคิดนี้ ได้แก่ Katz , Rosenberg จึงให้ความหมายทัศนคติรวมเฉพาะสององค์ประกอบนี้ อย่างเช่น Rosenberg ให้ความหมายของทัศนคติ ว่าเป็น โครงสร้างรวมระหว่างความรู้กับท่าทีความรู้สึก

8.2.3 ทัศนคติองค์ประกอบเดียว แนวความคิดนี้ระบุว่า ทัศนคติมีองค์ประกอบเดียว คือ องค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึก ซึ่งแสดงออกหรือตอบสนองต่อที่หมายของทัศนคติไปในทางชอบหรือไม่ชอบหรือดีหรือไม่ดี นักจิตวิทยาที่สนับสนุนแนวความคิดนี้ ได้แก่ Bern , Fishbein & Ajzen Insko และ Thurstone

ในบรรดาแนวความคิดทั้ง 3 ดังกล่าว แนวความคิดที่ถือว่า ทัศนคติมีองค์ประกอบด้านท่าทีความรู้สึกเพียงอย่างเดียวได้รับความนิยมและยอมรับมากที่สุดในปัจจุบัน

8.3 ลักษณะทั่วไปของทัศนคติ (รวิวรรณ อังคนุรักษ์พันธุ์ 2533: 14-15)

ทัศนคติเป็นความรู้สึกที่ซึ่งถึงลักษณะของจิตใจ อารมณ์ของบุคคล ซึ่งอาจเป็นลักษณะที่ไม่แสดงออกมาให้บุคคลอื่นเห็นหรือเข้าใจก็ได้ ซึ่งมีลักษณะทั่วไปที่สำคัญ 5 ประการดังนี้

8.3.1 ทัศนคติเป็นเรื่องของอารมณ์ (Feeling) อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามเงื่อนไขหรือสถานการณ์ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลจะมีการกระทำที่เสแสร้ง โดยแสดงออกไม่ให้ตรงกับความรู้สึกของตน เมื่อเขาารู้ตัวหรือรู้ว่ามีคนสังเกต

8.3.2 ทัศนคติเป็นเรื่องเฉพาะตัว (Typical) ความรู้สึกของบุคคลอาจเหมือนกันแต่รูปแบบการแสดงออกแตกต่างกันออกไป หรืออาจมีการแสดงออกที่เหมือนกันแต่ความรู้สึกต่างกัน

8.3.3 ทักษะทิศทาง (Direction) การแสดงออกของความรู้สึกสามารถแสดงออกได้สองทิศทาง เช่น ทิศทางบวก เป็นทิศทางที่สังคมปรารถนา และทิศทางลบเป็นทิศทางที่สังคมไม่ปรารถนา ได้แก่ ซื่อสัตย์ – คดโกง ชอบ – ไม่ชอบ ขยัน – ขี้เกียจ เป็นต้น

8.3.4 ทักษะความเข้ม (Intensity) ความรู้สึกของบุคคลอาจเหมือนกันในสถานการณ์เดียวกัน แต่อาจแตกต่างกันในเรื่องความเข้มที่บุคคลรู้สึกมากน้อยต่างกันเช่น รักมาก – รักน้อย ขยันมาก – ขยันน้อย เป็นต้น

8.3.5 ทักษะต้องมีเป้า (Target) ความรู้สึกจะเกิดขึ้นลอย ๆ ไม่ได้ เช่น รักพ่อแม่ ขยันเข้าชั้นเรียน ขี้เกียจทำการบ้าน เป็นต้น

8.4 การเกิดทัศนคติ (ปราณี รามสูต 2528: 187-188)

ทัศนคติไม่ใช่สิ่งที่ได้ติดตัวมาแต่กำเนิด ทัศนคติเกิดมาเนื่องจากการที่บุคคลได้ปะทะสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม นั่นก็คือ ทัศนคติเกิดเนื่องมาจากประสบการณ์หรือการเรียนรู้ ซึ่ง เซคคอร์ดและเบคแมน กล่าวไว้ว่า สิ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการเกิดทัศนคติของบุคคลนั้นอาจเป็นรูปธรรมหรือนามธรรมก็ได้ อาจเป็นสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวบุคคลนั้น ลักษณะประจำตัวของคน ๆ นั้น หรืออาจเป็นสิ่งที่อยู่ห่างไกลตัวออกไปก็ได้ อาจกล่าวสรุปเป็นข้อ ๆ ได้ว่า ทัศนคติของบุคคลเกิดขึ้นได้จากสิ่งต่อไปนี้ คือ

8.4.1 การอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก

8.4.2 การศึกษาเล่าเรียน

8.4.3 ประสบการณ์ครั้งแรก ๆ ในสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคล

8.4.5 วัฒนธรรมภายในสังคม เช่น ความเชื่อทางศาสนา แนวคิดหรือหลักในการดำรงชีวิตของสังคมนั้น ๆ การให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ ฯลฯ

8.4.6 รับการถ่ายทอดมาจากบุคคลอื่น หรือจากสังคมที่บุคคลนั้น ๆ เข้าไปเป็นสมาชิกอยู่

8.4.7 สื่อมวลชนต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ เป็นต้น

8.4.8 ทัศนคติของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อมจะออกมาในรูปใด จะขึ้นกับอิทธิพลต่าง ๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว ยังขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนตัวหรือบุคลิกภาพของผู้นั้นเองด้วย คือ ถ้าเป็นคนที่คล้อยตามผู้อื่นโดยง่าย ไม่เป็นตัวของตัวเอง สิ่งแวดล้อมก็ย่อมมีอิทธิพลต่อทัศนคติของเขามาก แต่ถ้าไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นของใคร เอาแต่ใจตัวเอง เป็นตัวของตัวเองมาก สิ่งแวดล้อมก็มีอิทธิพลต่อทัศนคติของเขาน้อย คือ ทัศนคติของเขามักโน้มเอียงไปตามความคิดเห็นดั้งเดิมของตัวเอง เช่น ถ้าเป็นคนมองโลกในแง่ดีชอบผูกไมตรีกับคน ทั่วไปก็มักจะมีทัศนคติในทางที่ดีกับเพื่อนหรือกับบุคคลที่อยู่รอบข้าง เป็นต้น

8.5 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

การเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติ (ชม ภูมิภาค 2523: 90 อ้างใน สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ 2542: 28-29) กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้ทัศนคติเปลี่ยนแปลง ได้แก่

8.5.1 แหล่งที่มาของสิ่งสื่อสาร ได้แก่ ศักดิ์ศรีของผู้สื่อสาร ความสนใจ ความชอบพอกัน ลักษณะความคล้ายกันของกลุ่มอ้างอิงบุคคลที่มีชื่อเสียง

8.5.2 ตัวเนื้อหาที่สื่อสาร เช่น ความใหม่ของเนื้อหา ความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจของเนื้อหา

8.5.3 สถานการณ์ เช่น การใช้บางสิ่งหมุนสิ่งที่ต้องการกระตุ้นให้เกิดการตกใจกลัว การหันเหความสนใจไปทางอื่น ตลอดจนความกดดันของกลุ่ม และสรุปว่าการเปลี่ยนแปลงทัศนคติประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอนคือ

1) การใส่ใจ (Attention) เป็นการสนใจหรือใส่ใจในการรับฟังถ้าบุคคลไม่ใส่ใจที่จะฟังแล้ว กระบวนการต่อไปก็จะไม่เกิดขึ้น และไม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ สิ่งที่ทำให้คนสนใจฟัง ได้แก่ ผู้สื่อความและเนื้อหาสาระนั้น

2) ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความเข้าใจในความหมายของสารนั้น ความยากหรือง่ายเกินไป จะทำให้ผู้ฟังไม่สนใจฟัง ไม่เข้าใจ

3) การยอมรับ (Acceptance) เป็นผลมาจากการใส่ใจและความเข้าใจ

4) การคงอยู่ (Retention) เป็นความคงทนซึ่งเวลาผ่านไปก็อาจจะคงอยู่หรือเปลี่ยนไปก็ได้

5) การกระทำ (Action) เมื่อบุคคลเปลี่ยนเจตคติดีก็จะเปลี่ยนด้านการกระทำด้วย

9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

9.1 จันทรทิพย์ จุนทการ (อ้างใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2547) ได้ศึกษาเรื่องการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปปฏิบัติ กรณีศึกษา โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ใช้การศึกษาแบบมีส่วนร่วมได้จากการสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับงานหลักประกันสุขภาพทุกแผนก จำนวน 20 คน และสำรวจความพึงพอใจกลุ่มบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 33 คน ผลการศึกษาพบว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติจะประสบความสำเร็จได้จะต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านการคูนโยบายในเรื่องความชัดเจนและการกำหนด

มาตรฐานการปฏิบัติมีระดับค่อนข้างน้อย 2) สมรรถนะองค์กร พบว่า องค์กรมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานให้สำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ของโครงการ หากแต่ต้องในเรื่องการแบ่งภาระงานหน้าที่ให้มีความเหมาะสมตามความรู้ความสามารถ 3) ด้านการยอมรับและปรับนโยบาย เข้าเป็นส่วนหนึ่งของเจ้าหน้าที่ประจำวัน เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นกระแสทางการเมืองคาดว่า จะไม่มีความยั่งยืน และเห็นว่าภายใต้ระบบบริการสุขภาพของรัฐไม่สามารถปฏิเสธให้การรักษาได้ 4) ความรู้เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับดี แต่มีความสับสนในบางเรื่อง 5) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ อยู่ในระดับค่อนข้างมาก เนื่องจากแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย

9.2 สุพล นามแก้ว (2544) ได้ศึกษาเรื่องกระบวนการบริหารงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถานีอนามัยในเขตอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสถิติบัตรของแต่ละสถานีอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร จำนวน 21 คน ในสถานีอนามัย 21 แห่ง ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการบริหารงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถานีอนามัยในเขตอำเภอเมืองยโสธร มีข้อเสนอแนะในการบริหารงานแต่ละด้านดังนี้ 1) ด้านการวางแผน ควรมีความชัดเจนของเป้าหมายในการดำเนินงาน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผน 2) ด้านการจัดองค์กร ควรมีการเพิ่มบุคลากรในสถานีอนามัย 3) ด้านการอำนวยความสะดวก ควรมีการออกนิเทศงานอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนงานให้ทันเวลาปฏิบัติงาน 4) ด้านการประสานงาน ควรมีการประสานงานต่างองค์กร และการประสานงานต่างระดับที่เกี่ยวข้องในการทำงาน 5) ด้านการติดตามประเมินผล ควรได้ประเมินผลตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

9.4 สุนีย์ สุขสว่าง (2539) ได้ศึกษาเรื่องบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อม กรณีศึกษาจังหวัดพิจิตร ผลการศึกษาพบว่า บทบาทหน้าที่คาดหวังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ , อายุ) และปัจจัยทางสังคม คือ ความรู้ในเรื่องนั้น ๆ และพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สาขาวิชาชีพ รายได้ การรับรู้ประสบการณ์ในการทำงาน และความรู้ เป็นตัวแปรภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรภายใน คือ การรับรู้บทบาท แรงจูงใจ แต่มีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาทหน้าที่ปฏิบัติงานจริงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในการปฏิบัติงานด้านสิ่งแวดล้อมในจังหวัดพิจิตรอย่างมีนัยสำคัญ

9.5 อัมพล จินดาวัฒน์, ชัย กฤตยาภิชาติกุล และฉายศรี สุพรศิลป์ชัย (2541) (อ้างใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2547) ได้ศึกษาเรื่องระบบบริการสุขภาพอันพึงประสงค์ที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีวิธีการศึกษา ดังนี้ 1) การทบทวนเอกสารและสังเคราะห์

กรณีศึกษา 20 เรื่อง 2) การประชุมกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องจำนวน 24 คน 3) การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องจำนวน 17 คน 4) การประชุมปรึกษาหารือผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 12 ครั้ง ผลการศึกษา พบว่า การปรับเปลี่ยนระบบบริการ สถานบริการ หรือการจัดบริการด้านสุขภาพให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพเป็นความจำเป็นที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในระดับแนวคิด (Conceptual Feasibility) และระดับวิชาการ (Technical Feasibility) แต่ความเป็นไปได้ในระดับปฏิบัติการ (Operational Feasibility) เป็นเรื่องยากมากเพราะระบบบริการด้านสุขภาพแบบดั้งเดิม ที่สืบทอดมายาวนานให้ความสำคัญกับการบำบัดรักษาที่ความเจ็บป่วย จนทำให้นุเคราะห์ด้านสุขภาพ และประชาชนคุ้นเคยอย่างยั้งมีผลทำให้ผู้คนส่วนใหญ่ละเลยต่อการให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและ การป้องกันโรคเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การที่มีการประกาศ Ottawa Charter เพื่อผลักดันกระแสการส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่ถูกต้องและดีมาก และการที่ประเทศไทยเริ่มขานรับคำประกาศข้างต้น เพื่อผลักดันให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างเป็นจริงจึงถือว่าเป็นการเริ่มต้นที่ดีเช่นกัน

9.6 กระทรวงสาธารณสุข กองสาธารณสุขภูมิภาค (2535) ได้ศึกษาเรื่องแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ กระทรวงสาธารณสุขศึกษาเปรียบเทียบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอดีเด่น และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เสนอแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ดังนี้

1) โรงพยาบาลชุมชน

(1) ควรมีการจัดทำคู่มือ/แนวทางการดำเนินงาน ให้กับผู้บริหารระดับอำเภอ โดยเฉพาะผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่มีการโยกย้ายบ่อยทำให้ขาดความต่อเนื่องในการบริหารงาน

(2) โรงพยาบาลชุมชนเป็นคลังสนับสนุนสถานอนามัยในด้านครุภัณฑ์/

เวชภัณฑ์/ยานพาหนะ

(3) ควรให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากมีความพร้อมในด้านวัสดุ อุปกรณ์และเจ้าหน้าที่

2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

(1) ควรมีความรู้ ความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ แก่เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติ

(2) ควรประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อขอรับการสนับสนุนในส่วนตัวให้แก่สถานบริการในเครือข่าย

(3) ควรให้ความสำคัญต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่ในเครือข่าย

9.7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (2535) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแนวใหม่ ผลการศึกษา พบว่า การบริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อการพัฒนาสาธารณสุขและแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชน ไม่ได้ขึ้นกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเท่านั้น หากมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยงานสาธารณสุข ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลด้านบริหาร วิชาการและบริการด้วยเช่นกัน คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอจะเป็นผู้ชี้แนะและร่วมปฏิบัติงานอย่างผสมผสานทรัพยากรเชิงบริหารทุกด้าน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า "คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ คือ จุดแตกหักของการบริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอเพื่อการประสานงานอย่างแท้จริง" และได้กล่าวถึงอุดมการณ์พื้นฐานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ไว้ดังนี้

- 1) มีความเป็นเอกภาพ (Unity of Command) ในการกำหนดรูปแบบหรือขั้นตอนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างแม่นยำ และมีพลังร่วมอย่างเพียงพอในการปฏิบัติงาน
- 2) ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลและหน่วยงาน (Individual Difference) ทั้งข้อดีและข้อด้อยเพื่อจะได้เกื้อกูลต่อกัน
- 3) ยกเลิกหรือลี้มเลือนความในใจในส่วนของมิจฉาทิจู (Hidden Agenda)
- 4) ไม่ยึดมั่นในหน่วยงาน ปรีญาและประสบการณ์ ต้องยึดมั่นความเดือดร้อนของประชาชนเป็นตัวตั้ง (People Oriented)

9.8 ดวงพร เสงบุญพันธ์ (2539) ได้ศึกษาวิจัยประเด็นกลยุทธ์ที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอในจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า บทบาทและภารกิจของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ได้รับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญถือเป็นจุดแข็งของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และมีจุดอ่อนที่ไม่มีเอกสารยืนยันได้ว่า คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอได้รับมอบอำนาจในการตัดสินใจอย่างเป็นทางการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และประเด็นที่อาจมีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ 3 ประการ คือ

- 1) การสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่าง โรงพยาบาลชุมชนกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยการบริหารงบประมาณบางส่วนร่วมกัน
- 2) การประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อสรุปปัญหาและแนวทางแก้ไขปรับปรุงร่วมกัน

3) การให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ มีส่วนร่วม จัดสรรทรัพยากรระดับอำเภอ เนื่องจากคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอทราบถึง สภาพของปัญหาสาธารณสุขและข้อจำกัดของหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภออย่างดี

9.9 สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2546) ได้ทำการศึกษาและประเมินรูปแบบการรื้อหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ใน 12 เขตพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข โดยเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนของเขต พื้นที่ จำนวน 12 จังหวัด ผลการศึกษา มีดังนี้

- 1) การออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพและการบริหารจัดการความ ชัดเจนในการปฏิบัติและการเตรียมความพร้อมยังไม่เพียงพอ การรื้อหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้าของประเทศไทยไม่ได้มีการศึกษาและจัดทำเป็นแผนแม่บทที่มองภาพรวมของการรื้อ หลักประกันสุขภาพ
- 2) นโยบายในการดำเนินงานของโครงการหลักประกันสุขภาพยังขาดความ ชัดเจน โดยเฉพาะระเบียบหรือหลักเกณฑ์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้หน่วยปฏิบัติในพื้นที่ ไม่สามารถวางแผนหรือกำหนดแนวทางการดำเนินงานบริการสุขภาพในระยะยาวได้
- 3) นโยบายของกระทรวงไม่ชัดเจนเปลี่ยนแปลงบ่อยทำให้มีปัญหาในการ ปฏิบัติ
- 4) หน่วยบริการส่วนใหญ่ในปัจจุบันอัตรากำลังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ และมีข้อเสนอแนะในด้านการจัดอัตรากำลังไม่เพียงพอและไม่เป็นไปตามมาตรฐานของศูนย์ สุขภาพชุมชนตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 5) บุคลากรในพื้นที่ไม่เพียงพอ ต้องมีการกระจายบุคลากรให้เหมาะสมกับ สภาพปัญหาของพื้นที่
- 6) การบริหารและสายบังคับบัญชา ในระหว่างเรื่องการบริหารงานและการ บริหารคน มีความเหลื่อมล้ำกันอยู่ระหว่าง Contracting Unit of Primary Care, Board กับ สถานี ออนามัย ที่ต่างสายบังคับบัญชากัน
- 7) ความไม่เป็นเอกภาพของระบบการบริหารงาน เมื่อโรงพยาบาลดูแลเงิน งบประมาณและต้องประสานงานกับเครือข่ายหรือสถานีนามัย ในขณะที่สาธารณสุขอำเภอดูแล บริหารงานบุคลากรของสถานพยาบาล สถานีนามัย แต่ระบบใหม่โรงพยาบาลและสถานีนามัย ต้องปฏิบัติงานร่วมกันทำให้เกิดความไม่ราบรื่นเท่าที่ควร

8) งบประมาณไม่เพียงพอในการดำเนินงาน ดังนั้น คณะกรรมการบริหาร
เครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอของแต่ละจังหวัดในเขต 6 จึงควรปรับบทบาทในการ
ให้ความช่วยเหลือแก่พื้นที่ในเครือข่าย

9) ต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานของบุคลากร
สาธารณสุข ด้านวิชาการ บริหารและบริการ

10) ควรกำหนดคุณภาพการรักษาและการให้บริการที่มีมาตรฐาน สามารถ
ตรวจสอบได้ ดังนั้น คณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต 6 ควรปรับ
รูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการในแต่ละพื้นที่

11) ต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานของบุคลากร
สาธารณสุข ด้านวิชาการ บริหารและบริการ

12) ต้องมีการกระจายอุปกรณ์การแพทย์ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นประชากรกรรมการ กรรมการที่เป็นตัวแทนมาจาก โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย และเลขานุการคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ซึ่งประกอบไปด้วย จังหวัดราชบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 42 เครือข่าย และต้องมีประสบการณ์ในการทำงานเป็นคณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ อย่างน้อย 1 ปี มีจำนวนทั้งสิ้น 759 คน โดยแบ่งเป็นประธานกรรมการ จำนวน 42 คน กรรมการที่เป็นตัวแทนมาจาก โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย จำนวน 675 คน และเลขานุการ จำนวน 42 คน ทั้งนี้ในกลุ่มประธานกรรมการและกลุ่มเลขานุการคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ใช้ประชากรทั้งหมดในแต่ละกลุ่มในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนกลุ่มกรรมการที่เป็นตัวแทนมาจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย ใช้ตัวอย่างในการศึกษา

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ที่เป็นตัวแทนกรรมการมาจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากหน่วยงานต้นสังกัดทั้ง 3 ประเภท ประเภทละ 1 คน ต่อเครือข่าย จำนวน 42 เครือข่าย เพื่อเป็นตัวแทนในการสะท้อนสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ได้ตัวแทนกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอจากโรงพยาบาล 42 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 42 คน และสถานีอนามัย 42 คน รวมจำนวน 126 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษา เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเนื้อหา ออกเป็น 3 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ตำแหน่งทางราชการ ตำแหน่งใน คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ระดับการศึกษา สถานที่ ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการทำงานสาธารณสุข ประสบการณ์ในการทำงานเป็นคณะกรรมการ บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 2 สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วน หน้าระดับอำเภอในเขต 6 มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 8 ด้าน ดังต่อไปนี้ 1) ด้าน บทบาทและอำนาจหน้าที่ จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านนโยบายหลักประกันสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ 3) ด้าน การบริหารจัดการ จำนวน 22 ข้อ 4) ด้านการประชุม จำนวน 10 ข้อ 5) ด้านการมีส่วนร่วม จำนวน 6 ข้อ 6) ด้านบรรยากาศในการทำงาน จำนวน 12 ข้อ 7) ด้านการประสานงาน จำนวน 5 ข้อ และ 8) ด้านทัศนคติ จำนวน 7 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้ค่าคะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนของระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่าย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 แบ่ง ออกเป็น 3 ระดับ คือ สภาพการดำเนินงาน ในระดับดี สภาพการดำเนินงานในระดับพอใช้ และสภาพการดำเนินงานในระดับที่ควรปรับปรุง โดยใช้สูตรการแบ่งระดับของเบสท์ (Best 1977: 174 อ้างใน จรัส แดงเล็ก 2542 : 44) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

สภาพการดำเนินงานในระดับดี	ช่วงคะแนน	3.67 – 5.00
สภาพการดำเนินงานในระดับพอใช้	ช่วงคะแนน	2.34 – 3.66
สภาพการดำเนินงานในระดับที่ควรปรับปรุง	ช่วงคะแนน	1.00 – 2.33

ตอนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานของคณะกรรมการเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดที่ถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำนวน 5 ข้อ และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำนวน 5 ข้อ

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ก่อนที่จะนำไปใช้จริง ดังนี้

4.1 ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ หลังจากนั้นจึงนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบตรงของเนื้อหาและความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นนำมาแก้ไขและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

4.2 การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ในจังหวัดเพชรบุรี ที่เป็นประธานกรรมการ เลขานุการและกรรมการที่เป็นตัวแทนมาจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย จำนวน 60 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างที่ศึกษา และนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient of Alfa) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.95

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้มีการเก็บข้อมูลการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

5.1 การประสานงาน จัดทำหนังสือขออนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและประธานคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ทุกแห่ง ซึ่งประกอบไปด้วย จังหวัดราชบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดกาญจนบุรี รวมทั้งสิ้น 42 เครือข่าย

5.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้ผู้ประสานงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขต 6 ทุกแห่ง เพื่อแจกแบบสอบถามให้กับประธานกรรมการและเลขานุการใน 42 เครือข่าย รวม 84 คน และกรรมการที่เป็นตัวแทนจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย โดยคัดเลือกประเภทละ 1 คน ต่อเครือข่าย จำนวน 42 เครือข่าย รวม 126 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 210 คน ซึ่งผู้ประสานงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดังกล่าวเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถามกลับคืนมาให้กับผู้วิจัย โดยได้รับแบบสอบถามคืนกลับมา จำนวน 190 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.4 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-28 กุมภาพันธ์ 2549

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตามลำดับดังนี้

6.1 ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน :

6.3 เปรียบเทียบสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ในแต่ละจังหวัด โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

6.4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ทำการวิเคราะห์เนื้อหา และจัดกลุ่มเพื่อนำเสนอ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 โดยใช้แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ จำนวน 210 คน ได้รับแบบสอบถามคืนกลับมา จำนวน 190 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.4 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-28 กุมภาพันธ์ 2549 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในแต่ละจังหวัด ในเขต 6

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ที่ศึกษามีตำแหน่งเป็นประธานกรรมการ ร้อยละ 16.3 กรรมการ ร้อยละ 65.3 และเลขานุการ ร้อยละ 18.4 โดยปฏิบัติงานในจังหวัดราชบุรี ร้อยละ 23.68 จังหวัดนครปฐม ร้อยละ 9.47 จังหวัดสุพรรณบุรี ร้อยละ 31.05 และจังหวัดกาญจนบุรี ร้อยละ 35.79 ซึ่งส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล ร้อยละ 50 มีประสบการณ์ในการทำงานสาธารณสุขอยู่ระหว่าง 21-25 ปี ร้อยละ 30 ประสบการณ์ในการทำงานสาธารณสุขเฉลี่ย 19.43 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 51.5 อายุเฉลี่ย 41.74 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.7 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 73.7 มีตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 30 มีประสบการณ์ในการทำงานเป็นคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ 5 ปี ร้อยละ 41.6 มีประสบการณ์ในการทำงานเป็นคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอเฉลี่ย 3.87 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคณะกรรมการบริหาร
เครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. ตำแหน่งใน CUP Board		
- ประธานกรรมการ	31	16.3
- เลขานุการและกรรมการ	35	18.4
- กรรมการ	124	65.3
รวม	190	100
2. จังหวัดที่ปฏิบัติงาน		
- ราชบุรี	45	23.6
- นครปฐม	18	9.5
- สุพรรณบุรี	59	31.1
- กาญจนบุรี	68	35.8
รวม	190	100
3. สถานที่ปฏิบัติงาน		
- โรงพยาบาล	95	50.0
- สาธารณสุขอำเภอ	51	26.8
- สถานีอนามัย	44	23.2
รวม	190	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	
4. ประสบการณ์การทำงาน			
- อายุราชการ 1-5 ปี	8	4.3	
- อายุราชการ 6-10 ปี	15	7.8	
- อายุราชการ 11-15 ปี	28	14.8	
- อายุราชการ 16-20 ปี	49	25.8	
- อายุราชการ 21-25 ปี	57	30.0	
- อายุราชการ 26-30 ปี	26	13.7	
- อายุราชการตั้งแต่ 30 ปี ขึ้นไป	7	3.6	
รวม	190	100	
ค่าต่ำสุด = 1	ค่าสูงสุด = 38	$\bar{x} = 19.43$	S.D. = 6.99
5. เพศ			
- ชาย	104	54.7	
- หญิง	86	45.3	
รวม	190	100	
6. อายุ			
- อายุน้อยกว่า 30 ปี	9	4.7	
- อายุ 30-39 ปี	61	32.2	
- อายุ 40-49 ปี	98	51.5	
- อายุ 50-59 ปี	22	11.6	
รวม	190	100	
ค่าต่ำสุด = 24	ค่าสูงสุด = 59	$\bar{x} = 41.74$	S.D. = 7.13

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
7. สถานภาพ		
- โสด	43	22.7
- สมรส	142	74.7
- หม้าย หย่า แยก	5	2.6
รวม	190	100
8. ระดับการศึกษา		
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	12	6.3
- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	140	73.7
- ปริญญาโท	35	18.4
- ปริญญาเอก	3	1.6
รวม	190	100
9. ตำแหน่ง		
- แพทย์	24	12.6
- ทันตแพทย์	4	2.1
- เกษัตริกร	4	2.1
- พยาบาลวิชาชีพ	50	26.3
- สาธารณสุขอำเภอ	10	5.3
- นักวิชาการสาธารณสุข	57	30.0
- เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	4	2.1
- เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	8	4.2
- เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	26	13.7
- อื่นๆ	3	1.6
รวม	190	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
10. ประสิทธิภาพในการทำงานเป็น คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกัน สุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ		
- 1 ปี	25	13.2
- 2 ปี	15	7.9
- 3 ปี	12	6.3
- 4 ปี	52	27.4
- 5 ปี	79	41.6
- 6 ปี	7	3.7
รวม	190	100
ค่าต่ำสุด = 1 ค่าสูงสุด = 6	$\bar{x} = 3.87$	S.D. = 1.45

ส่วนที่ 2 สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

2.1 สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ในภาพรวมและรายด้าน

จากการศึกษาสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 พบว่า สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.71$, SD = 0.45) และเมื่อพิจารณารายด้านจากทั้งหมด 8 ด้าน พบว่า สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในแต่ละด้านอยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.69 ถึง 3.90) ยกเว้น ด้านการบริหารจัดการ ด้านการประชุม และด้านบรรยากาศในการทำงาน ที่อยู่ในระดับพอใช้ (\bar{x} ระหว่าง 3.62 ถึง 3.64) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ
บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ในภาพรวมและราย
ด้าน

สภาพการดำเนินงาน	\bar{x}	SD	ระดับสภาพ การ ดำเนินงาน
1. ด้านบทบาทและอำนาจหน้าที่	3.90	0.42	ดี
2. ด้านนโยบายหลักประกันสุขภาพ	3.75	0.51	ดี
3. ด้านการบริหารจัดการ	3.62	0.53	พอใช้
4. ด้านการประชุม	3.63	0.57	พอใช้
5. ด้านการมีส่วนร่วม	3.71	0.70	ดี
6. ด้านบรรยากาศในการทำงาน	3.64	0.47	พอใช้
7. ด้านการประสานงาน	3.69	0.59	ดี
8. ด้านทัศนคติ	3.72	0.47	ดี
ภาพรวมทุกด้าน	3.71	0.45	ดี

2.2 สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระดับอำเภอในเขต 6 จำแนกรายข้อในแต่ละด้าน

2.2.1 *ด้านบทบาทและอำนาจหน้าที่* จากการศึกษา พบว่า สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ในด้านบทบาทและอำนาจหน้าที่โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.90$, $SD = 0.42$) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 อยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.74 ถึง 4.13) ยกเว้นในข้อ "คณะกรรมการมีการดำเนินงานตามบทบาทและอำนาจหน้าที่ ตามที่ได้รับมอบหมายอย่างครบถ้วน" ที่อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.54$, $SD = 0.76$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านการบทบาทและอำนาจหน้าที่ จำแนกรายข้อ

สภาพการดำเนินงานด้านบทบาทและอำนาจหน้าที่	\bar{x}	S.D	ระดับสภาพการดำเนินงาน
1. ประธานกรรมการมีความรู้เกี่ยวกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายเป็นอย่างดี	4.13	0.66	ดี
2. เลขานุการและกรรมการมีความรู้เกี่ยวกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายเป็นอย่างดี	3.96	0.66	ดี
3. กรรมการทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายเป็นอย่างดี	3.74	0.67	ดี
4. คณะกรรมการมีการดำเนินงานตามบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายอย่างครบถ้วน	3.54	0.76	พอใช้
5. ควรมีการทบทวนบทบาทและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการทุก 1 ปี	4.07	0.77	ดี
6. ท่านมีความมั่นใจในการดำเนินงานตามบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย	3.84	0.68	ดี
7. ท่านมีความพร้อมในการแสดงบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย	3.95	0.59	ดี
8. บทบาทและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการตามที่ได้รับมอบหมายมีความชัดเจนดี และมีการกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร	3.84	0.77	ดี
9. ท่านมีความตั้งใจในการดำเนินงานตามบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย	4.13	0.57	ดี
รวม	3.90	0.42	ดี

2.2.2 **ด้านนโยบายหลักประกันสุขภาพ** พบว่า สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ในด้านนโยบายหลักประกันสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.75$, $SD = 0.51$) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 อยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.67 ถึง 4.15) ยกเว้น ในข้อ " มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้เป็นแนวทางในการจัดอัตรากำลังบุคลากรสำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่" ข้อ "นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความชัดเจนเข้าใจง่ายต่อการที่คณะกรรมการจะนำไปปฏิบัติ" และข้อ "มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ในการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบาย" อยู่ในระดับพอใช้ (\bar{x} ระหว่าง 3.45 ถึง 3.55) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ
บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านนโยบาย
หลักประกันสุขภาพ จำแนกรายข้อ

สภาพการดำเนินงานด้านนโยบายหลักประกันสุขภาพ	\bar{x}	S.D	ระดับ สภาพ การดำ เนินงาน
1. ประธานกรรมการมีความรู้เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าเป็นอย่างดี	4.15	0.68	ดี
2. เลขานุการและกรรมการมีความรู้เกี่ยวกับนโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างดี	4.00	0.65	ดี
3. กรรมการทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้าเป็นอย่างดี	3.71	0.64	ดี
4. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความชัดเจนเข้าใจง่ายต่อ การที่คณะกรรมการจะนำไปปฏิบัติ	3.49	0.75	พอใช้
5. มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้เป็นแนวทาง ในการบริหารจัดการเครือข่าย	3.77	0.70	ดี
6. มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ในการพัฒนา คุณภาพการบริการของเครือข่าย	3.84	0.65	ดี
7. มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ในการ กำหนดทิศทางและนโยบายของเครือข่าย	3.83	0.72	ดี
8. มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้เป็นแนวทาง ในการจัดอัตรากำลังบุคลากรสำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่	3.45	0.92	พอใช้
9. มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ในการพัฒนา บุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบาย	3.55	0.88	พอใช้
10. มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้เป็นแนวทาง ในการจัดหาเครื่องมือ เพื่อเพิ่มศักยภาพการบริการให้แก่สถาน บริการในเครือข่าย	3.67	0.83	ดี

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ
บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านนโยบาย
หลักประกันสุขภาพ จำแนกรายข้อ

สภาพการดำเนินงานด้านนโยบายหลักประกันสุขภาพ	\bar{x}	S.D	ระดับ สภาพ การดำ เนินงาน
1. ประธานกรรมการมีความรู้เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าเป็นอย่างดี	4.15	0.68	ดี
2. เลขานุการและกรรมการมีความรู้เกี่ยวกับนโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างดี	4.00	0.65	ดี
3. กรรมการทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้าเป็นอย่างดี	3.71	0.64	ดี
4. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความชัดเจนเข้าใจง่ายต่อ การที่คณะกรรมการจะนำไปปฏิบัติ	3.49	0.75	พอใช้
5. มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้เป็นแนวทาง ในการบริหารจัดการเครือข่าย	3.77	0.70	ดี
6. มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ในการพัฒนา คุณภาพการบริการของเครือข่าย	3.84	0.65	ดี
7. มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ในการ กำหนดทิศทางและนโยบายของเครือข่าย	3.83	0.72	ดี
8. มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้เป็นแนวทาง ในการจัดอัตรากำลังบุคลากรสำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่	3.45	0.92	พอใช้
9. มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ในการพัฒนา บุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบาย	3.55	0.88	พอใช้
10. มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้เป็นแนวทาง ในการจัดหาเครื่องมือ เพื่อเพิ่มศักยภาพการบริการให้แก่สถาน บริการในเครือข่าย	3.67	0.83	ดี

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

สภาพการดำเนินงานด้านนโยบายหลักประกันสุขภาพ	\bar{x}	S.D	ระดับ สภาพ การดำ เนินงาน
11. การดำเนินงานในเครือข่ายของท่าน มีความสอดคล้องกับ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3.80	0.74	ดี
รวม	3.75	0.51	ดี

2.2.3 ด้านการบริหารจัดการ พบว่า สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหาร
เครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ในด้านการบริหารจัดการ โดยภาพรวมอยู่ใน
ระดับพอใช้ (\bar{x} = 3.62, SD = 0.53) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีจำนวน 11 ข้อ ที่อยู่ในระดับดี
(\bar{x} ระหว่าง 3.68 ถึง 4.04) และมีจำนวน 11 ข้อ ที่อยู่ในระดับพอใช้ (\bar{x} ระหว่าง 2.97 ถึง 3.64) ซึ่งมี
จำนวนเท่ากัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านการบริหารจัดการ จำแนกรายข้อ

สภาพการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการ	\bar{x}	S.D	ระดับสภาพการดำเนินงาน
1. มีการกำหนดนโยบายและทิศทางในการบริหารจัดการของเครือข่ายไว้อย่างชัดเจน	3.77	0.77	ดี
2. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ไว้เป็นแนวทางในการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน	3.77	0.76	ดี
3. มีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานแต่ละปีไว้อย่างชัดเจน	3.83	0.69	ดี
4. กรรมการทุกคนมีส่วนร่วมกันในการจัดทำแผนงาน /โครงการของเครือข่าย	3.64	0.71	พอใช้
5. เครือข่ายของท่านมีการบริหารจัดการด้านงบประมาณอย่างโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้	3.72	0.80	ดี
6. มีการจัดสรรงบประมาณไว้สำหรับพัฒนาบุคลากรได้อย่างเหมาะสม	3.36	0.86	พอใช้
7. มีการบริหารจัดการสอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3.71	0.79	ดี
8. มีการจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือไว้ใช้ในการบริการได้อย่างเพียงพอ	3.44	0.89	พอใช้
9. มีการจัดอัตรากำลังของบุคลากรได้อย่างเหมาะสมกับพื้นที่	2.97	0.96	พอใช้
10. มีการจัดระบบตรวจติดตามและประเมินผลไว้อย่างชัดเจน	3.49	0.82	พอใช้
11. มีการจัดระบบการรายงานการดำเนินการในเครือข่ายได้อย่างชัดเจน	3.63	0.76	พอใช้
12. มีการกำหนดวิธีการใช้งบประมาณไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน	3.57	0.88	พอใช้

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

สภาพการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการ	\bar{x}	S.D	ระดับ สภาพ การ ดำเนิน งาน
13. มีการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจสำหรับการบริหารงานบุคคลใน เครือข่าย	3.68	0.72	ดี
14. จัดให้มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร ก่อนการปฏิบัติงาน ในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม	3.47	0.75	พอใช้
15. เครือข่ายของท่านอีกผู้ช่วยเป็นศูนย์กลาง ในการจัดสถานบริการ ใกล้บ้านใกล้ใจ	3.78	0.78	ดี
16. มีการจัดสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจได้ตามมาตรฐานที่กำหนด	3.56	0.85	พอใช้
17. การบริหารจัดการในเครือข่ายของท่านเป็นที่พึงพอใจของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่	3.52	0.83	พอใช้
18. มีการกระจายทรัพยากรได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน	3.41	0.87	พอใช้
19. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายของท่านควรได้รับการพัฒนา ความรู้ด้านการบริหารจัดการ	3.93	0.80	ดี
20. กรรมการทุกคนมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทาง การบริหารจัดการของเครือข่าย	3.76	0.67	ดี
21. คณะกรรมการสามารถบริหารจัดการงานในเครือข่ายได้ เหมาะสมกับความต้องการของพื้นที่	3.73	0.68	ดี
22. กรรมการได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารจัดการ เครือข่ายอย่างอิสระ	4.04	0.62	ดี
รวม	3.62	0.53	พอใช้

2.2.4 ด้านการประชุม พบว่า สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ในด้านการประชุมโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.63$, $SD = 0.57$) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 อยู่ในระดับพอใช้ (\bar{x} ระหว่าง 3.26 ถึง 3.66) ยกเว้นในข้อ "กรรมการมีการนำข้อสงสัยต่าง ๆ มาเสนอในที่ประชุมตามสถานการณ์ที่พบ" ข้อ "มีการใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจในที่ประชุมของคณะกรรมการ" และข้อ "กรรมการทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นในที่ประชุมได้อย่างอิสระ" อยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.93 ถึง 3.96) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านการประชุม จำแนกรายข้อ

สภาพการดำเนินงานด้านการประชุม	\bar{x}	S.D	ระดับสภาพการดำเนินงาน
1. มีการจัดทำแผนการประชุมของคณะกรรมการไว้ล่วงหน้าในแต่ละปีงบประมาณ	3.64	0.94	พอใช้
2. กรรมการทุกคนได้รับแจ้งแผนการประชุมล่วงหน้า	3.58	0.95	พอใช้
3. กรรมการทุกคนได้รับแจกวาระการประชุมล่วงหน้าก่อนการประชุม	3.26	0.94	พอใช้
4. กรรมการมีการเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนเข้าประชุม	3.39	0.86	พอใช้
5. กรรมการทุกคนให้ความสำคัญในการเข้าร่วมประชุม	3.61	0.82	พอใช้
6. มีการจัดทำรายงานการประชุมของคณะกรรมการได้ภายใน 1 สัปดาห์หลังจากการประชุม	3.37	0.92	พอใช้
7. กรรมการทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นในที่ประชุมได้อย่างอิสระ	3.96	0.79	ดี
8. กรรมการมีการนำข้อสงสัยต่าง ๆ มาเสนอในที่ประชุมตามสถานการณ์ที่พบ	3.93	0.67	ดี
9. กรรมการในเครือข่ายของท่านไม่มีปัญหากันในระหว่างการประชุม	3.66	0.85	พอใช้
10. มีการใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจในที่ประชุมของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ	3.94	0.72	ดี
รวม	3.63	0.57	พอใช้

2.2.5 ด้านการมีส่วนร่วม พบว่า สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ในด้านการมีส่วนร่วมโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.71$, $SD = 0.61$) และเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 อยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.71 ถึง 3.78) ยกเว้นในข้อ "กรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการบริหารงบประมาณของเครือข่าย" อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.56$, $SD = 0.88$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านการมีส่วนร่วม
จำแนกรายชื่อ

สภาพการดำเนินงานด้านการมีส่วนร่วม	\bar{x}	S.D	ระดับ สภาพ การ ดำเนิน งาน
1. กรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและทิศทางการบริหารจัดการของเครือข่าย	3.71	0.83	ดี
2. กรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน/โครงการของเครือข่าย	3.78	0.81	ดี
3. กรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการบริหารงบประมาณของเครือข่าย	3.56	0.88	พอใช้
4. คณะกรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดรูปแบบการดำเนินงานใหม่ ๆ ของเครือข่าย	3.71	0.82	ดี
5. คณะกรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการของเครือข่าย	3.75	0.76	ดี
6. คณะกรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาต่างๆของเครือข่าย	3.77	0.73	ดี
รวม	3.71	0.70	ดี

2.2.6 ด้านบรรยากาศในการทำงาน พบว่า สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ในด้านบรรยากาศในการทำงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.64$, $SD = 0.47$) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 อยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.71 ถึง 3.98) ยกเว้นในข้อ "คณะกรรมการในเครือข่ายท่านไม่มีความขัดแย้งกัน" ข้อ "กรรมการในเครือข่ายของท่านได้รับแรงจูงใจในการทำงานมากกว่าคนที่ทำงานปกติ" ข้อ "กรรมการส่วนใหญ่ชอบแสดงความคิดเห็นในที่ประชุมของคณะกรรมการ" ข้อ "กรรมการได้รับขวัญและกำลังใจในการทำงานดี" และข้อ "กรรมการมีความพร้อมในการทำงานร่วมกันอย่างมาก" อยู่ในระดับพอใช้ (\bar{x} ระหว่าง 2.80 ถึง 3.64) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านบรรยากาศในการทำงาน จำแนกรายข้อ

สภาพการดำเนินงานด้านบรรยากาศในการทำงาน	\bar{x}	S.D	ระดับสภาพการดำเนินงาน
1. เครือข่ายของท่าน มีบรรยากาศในการทำงานดี	3.78	0.70	ดี
2. กรรมการทุกคนให้ความร่วมมือในการดำเนินงานเป็นอย่างดี	3.84	0.69	ดี
3. กรรมการส่วนใหญ่ชอบแสดงความคิดเห็นในที่ประชุมของคณะกรรมการ	3.61	0.77	พอใช้
4. คณะกรรมการในเครือข่ายท่านไม่มีความขัดแย้งกัน	2.80	0.95	พอใช้
5. กรรมการมีความพร้อมในการทำงานร่วมกันอย่างมาก	3.64	0.64	พอใช้
6. กรรมการในเครือข่ายของท่านยอมรับรูปแบบการทำงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.71	0.64	ดี
7. กรรมการทุกคนที่เข้าร่วมทีมงานมีความเหมาะสม	3.84	0.60	ดี
8. กรรมการทุกคนเห็นด้วยกับวิธีการทำงานของประธานกรรมการ	3.74	0.65	ดี
9. ประธานกรรมการมีภาวะผู้นำเหมาะสมกับตำแหน่ง	3.93	0.73	ดี
10. กรรมการได้รับขวัญและกำลังใจในการทำงานดี	3.63	0.76	พอใช้
11. กรรมการในเครือข่ายของท่านได้รับแรงจูงใจในการทำงานมากกว่าคนที่ทำงานปกติ	3.21	0.92	พอใช้
12. กรรมการทุกคนให้เกียรติซึ่งกันและกันดี	3.98	0.63	ดี
รวม	3.64	0.47	พอใช้

2.2.7 ด้านการประสานงาน พบว่า สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ในด้านการประสานงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.69$, $SD = 0.59$) และเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 อยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.67 ถึง 3.74) ยกเว้นในข้อ "มีการกำหนดแนวทางการประสานงานภายนอกและแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบเป็นอย่างดี" อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.64$, $SD = 0.68$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านการประสานงานจำแนกรายชื่อ

สภาพการดำเนินงานด้านการประสานงาน	\bar{x}	S.D	ระดับสภาพการดำเนินงาน
1. มีการกำหนดแนวทางการประสานงานภายในระหว่างกรรมการอย่างชัดเจน	3.69	0.71	ดี
2. มีการกำหนดแนวทางการประสานงานภายนอกและแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบเป็นอย่างดี	3.64	0.68	พอใช้
3. มีการประสานงานอย่างเป็นระบบตามที่กำหนดไว้	3.67	0.66	ดี
4. เครือข่ายของท่านมีระบบการประสานงานทำให้เกิดความคล่องตัวในการประสานงาน	3.74	0.68	ดี
5. บุคลากรในเครือข่ายของท่านมีความพึงพอใจในระบบการประสานงานที่เป็นอยู่	3.72	0.72	ดี
รวม	3.72	0.54	ดี

2.2.8 ด้านทัศนคติ พบว่า สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ในด้านทัศนคติโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.72$, $SD = 0.45$) และเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 อยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.78 ถึง 4.02) ยกเว้นในข้อ "การเข้ามาเป็นกรรมการทำให้มีโอกาสก้าวหน้ากว่าคนอื่นที่ทำงานปกติ" อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 2.95$, $SD = 0.95$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ด้านทัศนคติ จำแนกรายชื่อ

สภาพการดำเนินงานด้านทัศนคติ	\bar{x}	S.D	ระดับ สภาพการ ดำ เนินงาน
1. คณะกรรมการชุดนี้มีความสำคัญมาก ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบผลสำเร็จตามนโยบายที่วางไว้	3.88	0.71	ดี
2. การดำเนินงานตามบทบาทและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น	3.78	0.66	ดี
3. ท่านมีความภูมิใจที่ได้เข้าร่วมบริหารเครือข่ายนี้	3.87	0.73	ดี
4. ท่านมีความพึงพอใจการทำงานของเครือข่ายนี้	3.80	0.69	ดี
5. กรรมการทุกคนมีความตั้งใจในการทำงานในเครือข่ายร่วมกัน เพราะเห็นแก่ประโยชน์ของประชาชน	3.78	0.63	ดี
6. การเข้ามาเป็นกรรมการทำให้มีโอกาสก้าวหน้ากว่าคนอื่นที่ทำงานปกติ	2.95	0.95	พอใช้
7. กรรมการต้องเข้ามาทำงานด้วยความสมัครใจ จึงจะทำให้เกิดผล ลัพธ์ที่ดีต่อประชาชน	4.02	0.73	ดี
รวม	3.72	0.45	ดี

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าระดับอำเภอ ในแต่ละจังหวัด ในเขต 6

เมื่อเปรียบเทียบสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในแต่ละจังหวัดในเขต 6 พบว่า สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ในแต่ละจังหวัด ไม่แตกต่างกัน และเมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ
บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในแต่ละจังหวัด ในเขต 6

สภาพการดำเนินงาน	จังหวัด								t-test	p - value
	ราชบุรี		นครปฐม		สุพรรณบุรี		กาญจนบุรี			
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
1. ด้านบทบาทและ อำนาจหน้าที่	3.85	0.31	4.07	0.46	3.80	0.40	3.88	0.41	2.32	0.07
2. ด้านนโยบาย หลักประกันสุขภาพ	3.78	0.43	3.68	0.74	3.65	0.56	3.82	0.44	1.34	0.26
3. ด้านการบริหาร จัดการ	3.74	0.43	3.74	0.66	3.43	0.64	3.47	0.60	1.68	0.17
4. ด้านการประชุม	3.74	0.51	3.63	0.64	3.43	0.62	3.73	0.52	2.61	0.06
5. ด้านการมีส่วนร่วม	3.78	0.61	3.72	0.90	3.49	0.76	3.85	0.61	2.43	0.67
6. ด้านบรรยากาศใน การทำงาน	3.58	0.41	3.57	0.60	3.61	0.48	3.71	0.46	0.87	0.45
7. ด้านการ ประสานงาน	3.66	0.58	3.77	0.67	3.62	0.61	3.75	0.55	0.66	0.57
8. ด้านทัศนคติ	3.73	0.45	3.69	0.61	3.66	0.47	3.78	0.43	0.75	0.52
ภาพรวม	3.74	0.38	3.74	0.59	3.59	0.48	3.77	0.40	1.87	0.13

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

4.1. ด้านการบริหารงบประมาณ กรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำนวน 26 คน ได้เสนอปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานด้านบริหารงบประมาณไว้ 7 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ นโยบายเรื่องการใช้งบประมาณไม่ชัดเจน (22 คน) งบประมาณไม่เพียงพอ (16 คน) และการบริหารงบประมาณยังไม่เหมาะสม (6 คน) ตามลำดับ ทั้งนี้ กรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำนวน 10 ราย ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาไว้ 6 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ ควรมีนโยบายด้านงบประมาณที่ชัดเจน (4 คน) ควรมีการจัดสรรงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงาน (2 คน) ควรจัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่มากขึ้น (2 คน) และควรใช้ภาระงานในการจัดสรรงบประมาณ (1 คน) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านการบริหารงบประมาณของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ด้านการบริหารงบประมาณ	จำนวน
ปัญหาและอุปสรรค (n=26)	
1. นโยบายเรื่องการใช้งบประมาณ ไม่ชัดเจน	22
2. งบประมาณไม่เพียงพอ	16
3. การบริหารงบประมาณยังไม่เหมาะสม	6
4. การจัดสรรงบประมาณไม่โปร่งใส	4
5. กรรมการไม่มีส่วนร่วมในการบริหารงบประมาณ	3
6. งบประมาณล่าช้า	3
7. การกระจายงบประมาณไม่ทั่วถึง	1
ข้อเสนอแนะ (n=10)	
1. ควรมีนโยบายด้านงบประมาณที่ชัดเจน	4
2. ควรมีการจัดสรรงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงาน	2
3. ควรจัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่มากขึ้น	2
4. ควรใช้ภาระงานในการจัดสรรงบประมาณ	1
5. ควรมีระบบในการตรวจติดตามการใช้งบประมาณที่ชัดเจน	1
6. ควรมีการจัดทำแผนการใช้งบประมาณ	1

4.2 ด้านการบริหารงานบุคคล กรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำนวน 22 ราย ได้เสนอปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานด้านบริหารงานบุคคลไว้ 8 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ บุคลากรไม่เพียงพอ (16 คน) สายบังคับบัญชาไม่สอดคล้องกัน (8 คน) และการจัดอัตรากำลังไม่เหมาะสม (5 คน) ทั้งนี้ กรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำนวน 9 ราย ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาไว้ 6 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ CUP Board ต้องสนับสนุนบุคลากรให้แก่พื้นที่ขาดแคลน (4 คน) ควรมีผู้รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการบุคลากรอย่างชัดเจน (3 คน) บุคลากรควรมีสายบังคับบัญชาเดียวกัน (2 คน) และควรมีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจ (2 คน) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านการบริหารงานบุคคลของคณะกรรมการบริหาร
เครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ด้านการบริหารงานบุคคล	จำนวน
ปัญหาและอุปสรรค (n=22)	
1. บุคลากรไม่เพียงพอ	16
2. สายบังคับบัญชาไม่สอดคล้องกัน	8
3. การจัดอัตรากำลังไม่เหมาะสม	5
4. นโยบายด้านการบริหารงานบุคคลไม่ชัดเจน	4
5. ขาดแพทย์/ทันตแพทย์ ใน PCU	3
7. CUP Board ไม่มีการสนับสนุนบุคลากรให้แก่พื้นที่	2
8. ไม่มีการประสานงาน	1
ข้อเสนอแนะ (n=9)	
1. CUP Board ต้องสนับสนุนบุคลากรให้แก่พื้นที่ขาดแคลน	4
2. ควรมีผู้รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการบุคลากรอย่างชัดเจน	3
3. บุคลากรควรมีสายบังคับบัญชาเดียวกัน	2
4. ควรมีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจ	2
5. ควรมีแนวทางด้านการบริหารงานบุคคลที่ชัดเจน	1
6. ควรให้กรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและมีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน	1
7. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญแก่ชุมชน	1
8. ควรทำให้สถานีอนามัยและโรงพยาบาลมีการทำงานเป็นทีมเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน	1
9. ผู้บริหารระดับสูงต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาบุคลากร	1

4.3 ด้านการพัฒนาบุคลากร กรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำนวน 8 ราย ได้เสนอปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานด้านบุคลากรไว้ 6 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ มีการพัฒนาบุคลากรที่ไม่เหมาะสม (6 คน) ไม่มีแผนการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจน (4 คน) มีการพัฒนาบุคลากรไม่ต่อเนื่อง (4 คน) และไม่มีการพัฒนาต้องใช้เงินบำรุงของสถานบริการทำให้การพัฒนาบุคลากรไม่ได้รับความสนใจ (3 คน) ทั้งนี้ กรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำนวน 7 ราย ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาไว้ 9 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ ควรมีการกำหนดสมรรถนะของบุคลากรให้ชัดเจน (4 คน) ควรมีนโยบายด้านการพัฒนาบุคลากรอย่างชัดเจน (3 คน) ควรจัดให้มีการทำแผนพัฒนาบุคลากร (2 คน) และควรมีงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรอย่างเพียงพอ (2 คน) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากรของคณะกรรมการ
บริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ด้านการพัฒนาบุคลากร	จำนวน
ปัญหาและอุปสรรค (n=8)	
1. มีการพัฒนาบุคลากรที่ไม่เหมาะสม	6
2. ไม่มีแผนการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจน	4
3. มีการพัฒนาบุคลากรไม่ต่อเนื่อง	4
4. ไม่มีงบประมาณต้องใช้เงินบำรุงของสถานบริการ ทำให้การพัฒนาบุคลากร ไม่ได้รับความสนใจ	3
5. ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน	3
6. มีปริมาณงานมากทำให้บุคลากรขาดโอกาสในการพัฒนา	3
7. ขาดการประสานงานในระหว่างกรรมการฯ	2
8. กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่มี เป้าหมายการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจน	1
ข้อเสนอแนะ (n=8)	
1. ควรมีการกำหนดสมรรถนะของบุคลากรให้ชัดเจน	4
2. ควรมีนโยบายด้านการพัฒนาบุคลากรอย่างชัดเจน	3
3. ควรจัดให้มีการทำแผนพัฒนาบุคลากร	2
4. ควรมีงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรอย่างเพียงพอ	2
5. จัดให้มีการคัดเลือกบุคลากรตัวอย่าง เพื่อสร้างแรงจูงใจ	2
6. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญการพัฒนาบุคลากร	1
7. ควรมีการประเมินส่วนขาดของบุคลากร	1
8. ควรมีการจัดอบรมเพิ่มพูนทักษะให้แก่บุคลากร	1
9. ควรมีการพัฒนาความรู้ด้านการบริหารจัดการ	1

4.4 ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการ กรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำนวน 18 ราย ได้เสนอปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการไว้ 7 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ นโยบายและรูปแบบการพัฒนาคุณภาพสถานบริการไม่ชัดเจน (12 คน) มีงานมากแต่คนน้อย ทำให้การบริการไม่ดี (4 คน) ไม่มีการประเมินคุณภาพการบริการ (4 คน) การพัฒนาคุณภาพเป็นแบบต่างคนต่างทำ (3 คน) และมีบุคลากรที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพล่าช้า (3 คน) ทั้งนี้ กรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำนวน 16 ราย ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาไว้ 9 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ ควรกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพการบริการให้ชัดเจน (8 คน) ควรมีการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างชัดเจน (2 คน) ควรจัดให้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง (2 คน) ควรสร้างความตระหนักในการพัฒนาคุณภาพให้แก่เจ้าหน้าที่ (2 คน) ควรให้กรรมการ CUP Board มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการ (1 คน) ควรมีการศึกษา ดูงานในสถานบริการที่มีผลงานดี (1 คน) ควรมีการจัดตั้งทีมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการ (1 คน) ควรมีการจัดบริการเชิงรุก (1 คน) และควรมีการกำหนดแนวทางการประเมินผลอย่างชัดเจน (1 คน) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการ	จำนวน
ปัญหาและอุปสรรค (n=18)	
1. นโยบายและรูปแบบการพัฒนาคุณภาพสถานบริการไม่ชัดเจน	12
2. มีงานมากแต่คนน้อยทำให้การบริการไม่ดี	4
3. ไม่มีการประเมินคุณภาพการบริการ	4
4. การพัฒนาคุณภาพเป็นแบบต่างคนต่างทำ	3
5. มีบุคลากรที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพล่าช้า	3
6. มีการพัฒนาคุณภาพการบริการไม่ต่อเนื่อง	2
7. บุคลากรไม่มีความพร้อมในการพัฒนาคุณภาพการบริการ	1
ข้อเสนอแนะ (n=16)	
1. ควรกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพการบริการให้ชัดเจน	8
2. ควรมีการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างชัดเจน	2
3. ควรจัดให้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง	2
4. ควรสร้างความตระหนักในการพัฒนาคุณภาพให้แก่เจ้าหน้าที่	2
5. ควรให้กรรมการ CUP Board มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการ	1
6. ควรมีการศึกษา ดูงาน ในสถานบริการที่มีผลงานดี	1
7. ควรมีการจัดตั้งทีมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการ	1
8. ควรมีการจัดบริการเชิงรุก	1
9. ควรมีการกำหนดแนวทางการประเมินผลอย่างชัดเจน	1

4.5 ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ กรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำนวน 11 ราย ได้เสนอปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ไว้ 4 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ เครื่องมือและอุปกรณ์ ไม่เพียงพอในการบริการ (5 คน) ไม่มีงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ (5 คน) ไม่มีการจัดทำแผนการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ ในการสนับสนุนเครือข่าย (4 คน) และ ไม่มีการสอบเทียบเครื่องมือ ให้แก่สถานบริการในพื้นที่ (3 คน) ทั้งนี้ กรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำนวน 9 ราย ได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาไว้ใน 5 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ CUP Board ควรสนับสนุนเทคโนโลยีใหม่ๆ ให้แก่เครือข่าย (4 คน) ควรให้กรรมการ CUP Board มีส่วนร่วมในการนำเสนอและตัดสินใจ (3 คน) CUP Board ควรจัดหาเครื่องมือสนับสนุนเครือข่ายให้เพียงพอ (3 คน) ควรมีการสำรวจความต้องการเครื่องมือของสถานบริการในเครือข่าย (3 คน) และควรมีการกระจายเครื่องมือในการบริการอย่างเหมาะสม (2 คน) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์	จำนวน
ปัญหาและอุปสรรค (n=11)	
1. เครื่องมือและอุปกรณ์ ไม่เพียงพอในการบริการ	5
2. ไม่มีงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์	5
3. ไม่มีการจัดทำแผนการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ในการสนับสนุน เครือข่าย	4
4. ไม่มีการสอบเทียบเครื่องมือ ให้แก่สถานบริการในพื้นที่	3
ข้อเสนอแนะ (n=9)	
1. CUP Board ควรสนับสนุนเทคโนโลยีใหม่ๆ ให้แก่เครือข่าย	4
2. ควรให้กรรมการ CUP Board มีส่วนร่วมในการนำเสนอและตัดสินใจ	3
3. CUP Board ควรจัดหาเครื่องมือสนับสนุนเครือข่ายให้เพียงพอ	3
4. ควรมีการสำรวจความต้องการเครื่องมือของสถานบริการในเครือข่าย	3
5. ควรมีการกระจายเครื่องมือในการบริการอย่างเหมาะสม	2

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เรื่อง สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 สรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

1.1.1 เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

1.1.2 เพื่อเปรียบเทียบสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพ ทั่วหน้าระดับอำเภอในแต่ละจังหวัด ในเขต 6

1.1.3 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากรที่ศึกษา

1) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นประธานกรรมการ กรรมการที่เป็นตัวแทนมาจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย และเลขานุการคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำนวน 42 เครือข่าย ทั้งนี้ในกลุ่มประธานกรรมการและกลุ่มเลขานุการคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ใช้ประชากรทั้งหมดในแต่ละกลุ่ม ๆ ละ 42 คน ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนกลุ่มกรรมการที่เป็นตัวแทนมาจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัยใช้ตัวอย่างในการศึกษา

2) ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ที่เป็นตัวแทนกรรมการมาจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random

Sampling) จากหน่วยงานต้นสังกัดทั้ง 3 ประเภท ประเภทละ 1 คน ต่อเครือข่าย จำนวน 42 เครือข่าย เพื่อเป็นตัวแทนในการสะท้อนสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่าย ประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ได้ตัวแทนกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอจากโรงพยาบาล 42 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 42 คน และสถานีอนามัย 42 คน รวมจำนวน 126 คน

1.2.2 เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีทั้งหมด 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ทั้งหมด 8 ด้าน จำนวน 82 ข้อ

ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำนวน 10 ข้อ

1.2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดสอบกับกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 60 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงของ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient of Alfa) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ทั้งฉบับเท่ากับ 0.95

1.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 4 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 1 - 28 กุมภาพันธ์ 2549 โดยขอความร่วมมือจากผู้ประสานงานในแต่ละจังหวัด เป็นผู้แจกแบบสอบถาม และเก็บแบบสอบถามคืนให้ผู้วิจัย ได้แบบสอบถามกลับคืน 190 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.4

1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

1.3 ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1.3.1 ข้อมูลทั่วไป คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นกรรมการ ร้อยละ 65.3 ปฏิบัติงานในจังหวัดกาญจนบุรี ร้อยละ 35.79 ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล ร้อยละ 50 มีประสบการณ์ในการทำงานสาธารณสุขอยู่ระหว่าง 21-25 ปี ร้อยละ 30 เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 51.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.7 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 73.7 มีตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 30 มีประสบการณ์ในการทำงานเป็นคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ 5 ปี ร้อยละ 41.6

1.3.2 สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6

สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 โดยภาพรวม พบว่า รวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.70$, $SD = 0.45$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สภาพการดำเนินงานในแต่ละด้านอยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.69 ถึง 3.87) ยกเว้น ด้านการบริหารจัดการ ด้านบรรยากาศในการทำงาน และด้านการประชุม ที่อยู่ในระดับพอใช้ (\bar{x} ระหว่าง 3.62 ถึง 3.64) และเมื่อจำแนกเป็นรายข้อในแต่ละด้าน พบว่า

1) ด้านบทบาทและอำนาจหน้าที่ มีสภาพการดำเนินงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.90$, $SD = 0.42$) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพการดำเนินงานอยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.74 ถึง 4.13) ยกเว้นในข้อ "คณะกรรมการมีการดำเนินงานตามบทบาทและอำนาจหน้าที่ ตามที่ได้รับมอบหมายอย่างครบถ้วน" ที่อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.54$, $SD = 0.76$)

2) ด้านนโยบายหลักประกันสุขภาพ มีสภาพการดำเนินงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.75$, $SD = 0.51$) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพการดำเนินงานอยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.67 ถึง 4.15) ยกเว้นในข้อ "มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้เป็นแนวทางในการจัดอัตรากำลังบุคลากรสำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่" ข้อ "นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความชัดเจนเข้าใจง่ายต่อการที่คณะกรรมการจะนำไปปฏิบัติ" และข้อ "มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ในการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบาย" อยู่ในระดับพอใช้ (\bar{x} ระหว่าง 3.45 ถึง 3.55)

3) ด้านการบริหารจัดการ มีสภาพการดำเนินงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.62$, $SD = 0.53$) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีจำนวน 11 ข้อ ที่อยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.68 ถึง 4.04) และมีจำนวน 11 ข้อ ที่อยู่ในระดับพอใช้ (\bar{x} ระหว่าง 2.97 ถึง 3.64) ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน

4) ด้านการประชุม มีสภาพการดำเนินงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.63$, $SD = 0.57$) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพการดำเนินงาน อยู่ในระดับพอใช้ (\bar{x} ระหว่าง 3.26 ถึง 3.66) ยกเว้นในข้อ "กรรมการมีการนำข้อสงสัยต่าง ๆ มาเสนอในที่ประชุมตามสถานการณ์ที่พบ" ข้อ "มีการใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจในที่ประชุมของคณะกรรมการ" และข้อ "กรรมการทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นในที่ประชุมได้อย่างอิสระ" อยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.93 ถึง 3.96)

5) ด้านการมีส่วนร่วม มีสภาพการดำเนินงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.71$, $SD = 0.61$) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพการดำเนินงานอยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.71 ถึง 3.78) ยกเว้นในข้อ "กรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการบริหารงบประมาณของเครือข่าย" อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.56$, $SD = 0.88$)

6) ด้านบรรยากาศในการทำงาน มีสภาพการดำเนินงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.64$, $SD = 0.47$) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพการดำเนินงานอยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.71 ถึง 3.98) ยกเว้นในข้อ "คณะกรรมการในเครือข่ายท่านไม่มีความขัดแย้งกัน" ข้อ "กรรมการในเครือข่ายของท่านได้รับแรงจูงใจในการทำงานมากกว่าคนที่ทำงานปกติ" ข้อ "กรรมการส่วนใหญ่ชอบแสดงความคิดเห็นในที่ประชุมของคณะกรรมการ" ข้อ "กรรมการได้รับขวัญและกำลังใจในการทำงานดี" และข้อ "กรรมการมีความพร้อมในการทำงานร่วมกันอย่างมาก" อยู่ในระดับพอใช้ (\bar{x} ระหว่าง 2.80 ถึง 3.64)

7) ด้านการประสานงาน มีสภาพการดำเนินงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.69$, $SD = 0.59$) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพการดำเนินงานอยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.67 ถึง 3.74) ยกเว้นในข้อ "มีการกำหนดแนวทางการประสานงานภายนอกและแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบเป็นอย่างดี" อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.64$, $SD = 0.68$)

8) ด้านทัศนคติ มีสภาพการดำเนินงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.72$, $SD = 0.47$) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพการดำเนินงานอยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.78 ถึง 4.02) ยกเว้นในข้อ "การเข้ามาเป็นกรรมการทำให้มีโอกาสก้าวหน้ากว่าคนอื่นที่ทำงานปกติ" อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 2.95$, $SD = 0.95$)

1.3.3 เปรียบเทียบสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในแต่ละจังหวัด ในเขต 6

เมื่อเปรียบเทียบสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ที่จำแนกตามจังหวัดและรายด้าน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

1.3.4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ในเขต 6

1) ด้านการบริหารงบประมาณ ได้มีผู้เสนอปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานไว้ 7 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ นโยบายเรื่องการใช้งบประมาณไม่ชัดเจน (22 คน) งบประมาณไม่เพียงพอ (16 คน) และการบริหารงบประมาณยังไม่เหมาะสม (6 คน) ทั้งนี้ ได้มีผู้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาไว้ 6 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ ควรมีนโยบายด้านงบประมาณที่ชัดเจน (4 คน) ควรมีการจัดสรรงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงาน (2 คน) ควรจัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่มากขึ้น (2 คน) และควรใช้ภาระงานในการจัดสรรงบประมาณ (1 คน)

2) ด้านการบริหารงานบุคคล ได้มีผู้เสนอปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานไว้ 8 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ บุคลากรไม่เพียงพอ (16 คน) สายบังคับบัญชาไม่สอดคล้องกัน (8 คน) และการจัดอัตราค่าจ้างไม่เหมาะสม (5 คน) ทั้งนี้ ได้มีผู้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาไว้ 6 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ CUP Board ต้องสนับสนุนบุคลากรให้แก่พื้นที่ขาดแคลน (4 คน) ควรมีผู้รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการบุคลากรอย่างชัดเจน (3 คน) บุคลากรควรมีสายบังคับบัญชาเดียวกัน (2 คน) และควรมีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจ (2 คน)

3) ด้านการพัฒนาบุคลากร ได้มีผู้เสนอปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานไว้ 6 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ มีการพัฒนาบุคลากรที่ไม่เหมาะสม (6 คน) ไม่มีแผนการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจน (4 คน) มีการพัฒนาบุคลากรไม่ต่อเนื่อง (4 คน) และไม่มีงบประมาณต้องใช้จ่ายบำรุงของสถานบริการทำให้การพัฒนาบุคลากรไม่ได้รับความสนใจ (3 คน) ทั้งนี้ ได้มีผู้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาไว้ 9 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ ควรมีการกำหนดสมรรถนะของบุคลากรให้ชัดเจน (4 คน) ควรมีนโยบายด้านการพัฒนาบุคลากรอย่างชัดเจน (3 คน) ควรจัดให้มีการทำแผนพัฒนาบุคลากร (2 คน) ควรจัดให้มีการทำแผนพัฒนาบุคลากร (2 คน) และควรมีงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรอย่างเพียงพอ (2 คน)

4) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการ ได้มีผู้เสนอปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานไว้ 7 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ นโยบายและรูปแบบการพัฒนาคุณภาพสถานบริการไม่ชัดเจน (12 คน) มีงานมากแต่คนน้อยทำให้การบริการไม่ดี (4 คน) ไม่มีการประเมินคุณภาพการบริการ(4 คน) การพัฒนาคุณภาพเป็นแบบต่างคนต่างทำ (3 คน) และมีบุคลากรที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพล่าช้า (3 คน) ทั้งนี้ ได้มีผู้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาไว้ 9 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ ควรกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพการบริการให้ชัดเจน (8 คน) ควรมีการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างชัดเจน (2 คน) ควรจัดให้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง (2 คน) ควรสร้างความตระหนักในการพัฒนาคุณภาพให้แก่เจ้าหน้าที่ (2 คน) ควรให้กรรมการ CUP Board มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการ (1 คน) ควรมีการศึกษา ดูงานในสถานบริการที่มีผลงานดี (1 คน) ควรมีการจัดตั้งทีมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการ (1 คน) ควรมีการจัดบริการเชิงรุก (1 คน) และควรมีการกำหนดแนวทางการประเมินผลอย่างชัดเจน (1 คน)

5) ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ ได้มีผู้เสนอปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานไว้ 4 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่เพียงพอในการบริการ (5 คน) ไม่มีงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ (5 คน) ไม่มีการจัดทำแผนการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ในการสนับสนุนเครือข่าย (4 คน) และไม่มีการสอบเทียบเครื่องมือให้แก่สถานบริการ ทั้งนี้ ได้มีผู้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาไว้ใน 5 ประเด็น โดยใน 3 อันดับแรก คือ CUP Board ควรสนับสนุนเทคโนโลยีใหม่ๆ ให้แก่เครือข่าย (4 คน) ควรให้กรรมการ CUP Board มีส่วนร่วมในการนำเสนอและตัดสินใจ (3 คน) CUP Board ควรจัดหาเครื่องมือสนับสนุนเครือข่ายให้เพียงพอ (3 คน) ควรมีการสำรวจความต้องการเครื่องมือของสถานบริการในเครือข่าย (3 คน) และควรมีการกระจายเครื่องมือในการบริการอย่างเหมาะสม (2 คน)

2. อภิปรายผล

จากการศึกษาสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

2.1 สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ในเขต 6

ผลการศึกษา พบว่า มีสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.70$, $SD = 0.45$) ทั้งนี้อาจเกิดจากคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอมีการแสดงบทบาทและอำนาจหน้าที่ โดยการปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ทางสถานภาพ เมื่อเข้าดำรงตำแหน่ง ตามการรับรู้ของตนเองและความคาดหวังจากบุคคลในสังคม (รัศมี พันธุลาก 2545: 12) ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภออยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับผลการวิจัย พบว่า โดยภาพรวมด้านบทบาทและอำนาจหน้าที่อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.90$, $SD = 0.42$) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.71$, $SD = 0.70$) และกรรมการได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารจัดการเครือข่ายอย่างอิสระ ($\bar{x} = 4.04$, $SD = 0.62$) ดังนั้น จึงทำให้สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภออยู่ในระดับดี นอกจากนี้ สภาพการดำเนินงานในด้านอื่นๆ ก็อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านนโยบายหลักประกันสุขภาพ ($\bar{x} = 3.75$, $SD = 0.51$) ด้านการประสานงาน ($\bar{x} = 3.69$, $SD = 0.69$) และด้านทัศนคติ ($\bar{x} = 3.72$, $SD = 0.47$) จึงช่วยส่งเสริมให้สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี และผลการวิจัย พบว่า สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ในด้านการบริหารจัดการ ด้านการประชุม และด้านบรรยากาศในการทำงาน อยู่ในระดับพอใช้ (\bar{x} ระหว่าง 3.62 ถึง 3.64) ทั้งนี้อาจเกิดจากการออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพและการบริหารจัดการขาดความชัดเจนในการปฏิบัติและการเตรียมความพร้อมยังไม่เพียงพอ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยไม่ได้มีการศึกษาและจัดทำเป็นแผนแม่บทที่มองภาพรวมของการสร้างหลักประกันสุขภาพ (สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2546: 14) จึงส่งผลให้สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ในด้านต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น อยู่ในระดับพอใช้

ผลการศึกษาทางด้าน มีดังนี้

1) ด้านบทบาทและอำนาจหน้าที่ พบว่า สภาพการดำเนินงาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.90$, $SD = 0.42$) ทั้งนี้อาจเกิดจากคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 สามารถดำเนินงานได้สอดคล้องกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย เนื่องจากมีการมอบหมายบทบาทและอำนาจหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ซึ่งจากผลการวิจัย พบว่า อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.84$, $SD = 0.77$) และกรรมการส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่า ประธานคณะกรรมการมีความรู้เกี่ยวกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายเป็น

อย่างดี โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.13 แสดงให้เห็นว่า ประชานกรรมการมีการรับรู้บทบาทและอำนาจหน้าที่ และสามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับฮาร์ด และคอนเวย์ (Hardy and Conway, 1988 อ้างถึงใน พรเจริญ พัวพุ่ม 2543: 13) ที่กล่าวไว้ว่า ความสำคัญของการรับรู้บทบาทกับความสามารถในบทบาทที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท และจะดำเนินไปได้ดีเพียงใดสมรรถนะหรือความสามารถนี้ เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถกระทำบทบาทตามที่ได้รับคาดการณ์ได้ ในส่วนข้อที่ว่า คณะกรรมการมีการดำเนินงานตามบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายอย่างครบถ้วนอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.54$, $SD = 0.76$) ทั้งนี้อาจเกิดจากนโยบายในการดำเนินงานของโครงการ หลักประกันสุขภาพ ยังขาดความชัดเจน โดยเฉพาะระเบียบหรือหลักเกณฑ์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้หน่วยปฏิบัติในพื้นที่ไม่สามารถวางแผนหรือกำหนดแนวทางการดำเนินงานบริการสุขภาพในระยะยาวได้ (สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาระบบราชการและสังคมแห่งชาติ 2546: 1) จึงทำให้การดำเนินงานตามบทบาทและอำนาจหน้าที่อยู่ในระดับพอใช้

2) ด้านนโยบายหลักประกันสุขภาพ พบว่า สภาพการดำเนินงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.75$, $SD = 0.51$) ทั้งนี้อาจเกิดจากคณะกรรมการมีความรู้เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพเป็นอย่างดี เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า ประชานคณะกรรมการ เลขานุการและกรรมการ มีความรู้เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.71 ถึง 4.15) จึงทำให้มีสภาพการดำเนินของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 อยู่ในระดับดี ส่วนในข้อที่ว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความชัดเจนเข้าใจง่ายต่อการที่คณะกรรมการจะนำไปปฏิบัติ มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้เป็นแนวทางในการจัดอัตรากำลังบุคลากรสำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่ และมีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ในการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบายอยู่ในระดับพอใช้ (\bar{x} ระหว่าง 3.45 ถึง 3.55) ทั้งนี้อาจเกิดจากนโยบายของกระทรวง ไม่ชัดเจน เปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้มีปัญหาในการปฏิบัติ (สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาระบบราชการและสังคมแห่งชาติ 2546 : 27) จึงทำให้คณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ไม่สามารถนำนโยบายมาใช้ในการดำเนินงานได้อย่างครบถ้วนตามที่นโยบายกำหนดไว้ เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามนโยบาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ทิพย์ จันทการ (2547) จากการศึกษาเรื่อง การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ กรณีศึกษา โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติจะประสบความสำเร็จได้ จะต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านการคุมขนโยบายในเรื่องความชัดเจนและการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติมีระดับค่อนข้างน้อย

2) สมรรถนะองค์กร พบว่า องค์กรมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานให้สำเร็จได้ตาม วัตถุประสงค์ของโครงการ หากแต่ต้องในเรื่องการแบ่งภาระงานหน้าที่ให้มีความเหมาะสมตาม ความรู้ความสามารถ 3) ด้านการยอมรับและปรับนโยบายเข้าเป็นส่วนหนึ่งของเจ้าหน้าที่ประจำวัน เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นกระแสทางการเมืองคาดว่าจะไม่มีความยั่งยืน และเห็นว่าภายใต้ ระบบบริการสุขภาพของรัฐไม่สามารถปฏิเสธให้การรักษาได้ 4) ความรู้เกี่ยวกับหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับดี แต่มีความสับสนในบางเรื่อง 5) ความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ อยู่ในระดับค่อนข้างมาก เนื่องจากแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย และพบว่า การนำ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้เป็นแนวทางในการจัดอัตรากำลังบุคลากรสำหรับการ ปฏิบัติงานในพื้นที่ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 3.45 ทั้งนี้จากหน่วยบริการส่วนใหญ่ปัจจุบันอัตรากำลัง ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ และมีข้อเสนอแนะในด้านการจัดอัตรากำลัง ไม่เพียงพอ และไม่ เป็นไปตามมาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชนตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ 2546: 20) ดังนั้นจึงต้องเร่งพัฒนาในด้านการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

3) ด้านการบริหารจัดการ พบว่า สภาพการดำเนินงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.62$, $SD = 0.53$) ทั้งนี้อาจเกิดจาก การออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพและการบริหารจัดการ ขาดความชัดเจนในการปฏิบัติและการเตรียมความพร้อมยังไม่เพียงพอ (สำนักพัฒนาสังคม และคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2546: 14) จึง ส่งผลให้สภาพการดำเนินงานด้านการบริหารจัดการอยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้น จึงควรปรับปรุง กระบวนการบริหารจัดการในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ด้านการวางแผน ควรมีความชัดเจนของเป้าหมาย ในการดำเนินงาน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผน 2) ด้านการจัดองค์กร ควรมีการเพิ่ม บุคลากรในสถานอนามัย 3) ด้านการอำนวยการ ควรมีการออกนิเทศงานอย่างต่อเนื่องและ สนับสนุนงานให้ทันเวลาปฏิบัติงาน 4) ด้านการประสานงาน ควรมีการประสานงานต่างองค์กร และการประสานงานต่างระดับที่เกี่ยวข้องในการทำงาน 5) ด้านการติดตามประเมินผล ควรได้ ประเมินผลตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (สุพล นามแก้ว 2544) และจากผลการวิจัยพบว่า การจัด อัตรากำลังของบุคลากรได้อย่างเหมาะสมกับพื้นที่ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 2.97 ทั้งนี้อาจเกิดจาก บุคลากรในพื้นที่ไม่เพียงพอ ต้องมีการกระจายบุคลากรให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ (สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ 2546: 8) ดังนั้น คณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ

ควรมีการจัดองค์กรด้านการบริหารจัดการให้เหมาะสม โดยการบูรณาการและการประสานร่วมกันของทรัพยากรต่างๆ เช่น คน เงิน วัสดุและอื่น ๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (บุญเลิศ เตียวสุวรรณ 2543: 81-83) และจากผลการวิจัย คณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีนโยบายด้านงบประมาณที่ชัดเจน จัดสรรงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานและงบประมาณให้แก่พื้นที่มากขึ้น ใช้ภาระงานในการจัดสรรงบประมาณ สนับสนุนบุคลากรให้แก่พื้นที่ขาดแคลน มีผู้รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการบุคลากรอย่างชัดเจน บุคลากรควรมีสายบังคับบัญชาเดียวกัน กระจายอำนาจในการตัดสินใจ ควรมีผู้รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการบุคลากรอย่างชัดเจน บุคลากรควรมีสายบังคับบัญชาเดียวกัน และควรมีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจ สนับสนุนเทคโนโลยีใหม่ๆ ให้แก่เครือข่าย ให้กรรมการมีส่วนร่วมในการนำเสนอและตัดสินใจ จัดหาเครื่องมือสนับสนุนเครือข่ายให้เพียงพอ สำรวจความต้องการเครื่องมือของสถานบริการในเครือข่าย และควรมีการกระจายเครื่องมือในการบริการอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้สภาพการดำเนินงานในด้านการบริหารจัดการดีขึ้น

4) *ด้านการประชุม* พบว่า สภาพการดำเนินงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.63$, $SD = 0.57$) ทั้งนี้อาจเกิดจาก ไม่มีการเตรียมการประชุม เช่น การวางแผนล่วงหน้า กำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดผู้ที่เกี่ยวข้องประชุม การจัดทำวาระการประชุม กำหนดการประชุมและทำหนังสือเชิญประชุม และการเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ ฝ่ายวิชาการเอ็กซ์เปอร์เน็ต (2005) ซึ่งสอดคล้องกับสมชาติ โตรักษา (2543: 17) ที่กล่าวไว้ว่า เทคนิคการประชุม ต้องจัดทำวาระให้ชัดเจน ระวังใจ จูงใจให้มาประชุม เอื้ออำนวยให้มีการเตรียมตัวอย่างพร้อมมูลเพื่อการประชุม และสอดคล้องกับผลการวิจัยซึ่ง พบว่า กรรมการทุกคนได้รับวาระการประชุมล่วงหน้าก่อนการประชุม มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 3.26 จึงส่งผลให้ด้านการประชุมอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนในข้อที่ว่า กรรมการมีการนำข้อสงสัยต่าง ๆ มาเสนอในที่ประชุมตามสถานการณ์ที่พบ มีการใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ในที่ประชุมและกรรมการทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นในที่ประชุมได้อย่างอิสระอยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.93 ถึง 3.96) ทั้งนี้อาจเกิดจากกรรมการทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นในที่ประชุมได้อย่างอิสระ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.96 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านการประชุมของสมชาติ โตรักษา (2543: 17) ได้กล่าวไว้ว่า การได้ออกความคิดเห็น จะทำให้เกิดความรู้สึกว่า ตนเองมีความสำคัญต่อการประชุม ประชานการประชุมต้องพูดน้อยที่สุด มีหน้าที่หลัก คือ การบริหารการประชุมให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด

5) *ด้านการมีส่วนร่วม* พบว่า สภาพการดำเนินโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.71$, $SD = 0.70$) ทั้งนี้อาจเกิดจากการเปิดโอกาสให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม

ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อมเพื่อตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหาร ซึ่งการดำเนินกิจกรรมนั้นมีผลกระทบต่อส่วนรวม (เมตต์ เมตต์การุณจิต 2547: 37) และการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Mental and Emotional Involvement) ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม (Group Situation) ซึ่งผลจากการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นสาเหตุเร้าใจให้กระทำการให้ (Contribution) บรรลุจุดหมายของกลุ่มนั้น และทำให้เกิดความรู้สึกต่อการรับผิดชอบร่วมกับกลุ่มดังกล่าว นิรันดร์ จงวุฒิเสสย์ (2527) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย พบว่า กรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน/โครงการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.78 จึงส่งผลให้สภาพการดำเนินงานในด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดี ส่วนในข้อที่ว่า กรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการบริหารงบประมาณของเครือข่ายอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.56, SD = 0.88$) ทั้งนี้อาจเกิดจากกรรมการยังมิได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า มีปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานเรื่องกรรมการไม่มีส่วนร่วมในการบริหารงบประมาณ

6) ด้านบรรยากาศในการทำงาน พบว่า สภาพการดำเนินงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x} = 3.64, SD = 0.47$) ทั้งนี้อาจเกิดจากการบริหารและสายบังคับบัญชา ในระหว่างเรื่องการบริหารงานและการบริหารคน มีความเหลื่อมล้ำกันอยู่ระหว่าง Contracting Unit of Primary Care, Board กับ สถานีอนามัย ที่ต่างสายบังคับบัญชากัน (สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2546: 25) ส่วนในข้อที่ว่า คณะกรรมการในเครือข่ายท่านไม่มีความขัดแย้งกัน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 2.80 แสดงให้เห็นว่า ควรมีการพัฒนาบรรยากาศในการทำงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ให้เอื้อต่อการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับ อุทัย เลหาวิเชียร (2530) องค์กรใดที่มีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน จะทำให้บุคคลในองค์กรปฏิบัติงานอย่างมีความสุข มีอิสระในการตัดสินใจในงานนำไปสู่การมีความคิดสร้างสรรค์ มีความเสียสละให้กับองค์กร ส่วนในข้อที่ว่า กรรมการในเครือข่ายของท่านได้รับแรงจูงใจในการทำงานมากกว่าคนที่ทำงานปกติ กรรมการส่วนใหญ่ชอบแสดงความคิดเห็นในประชุมของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรรมการได้รับขวัญและกำลังใจในการทำงานดี และกรรมการมีความพร้อมในการทำงานร่วมกันอย่างมาก อยู่ในระดับพอใช้ (\bar{x} ระหว่าง 2.80 ถึง 3.64) ทั้งนี้อาจเกิดจากความไม่เป็นเอกภาพของระบบการบริหารงาน เมื่อโรงพยาบาลดูแลเงินงบประมาณและต้องประสานงานกับเครือข่ายหรือสถานีอนามัย ในขณะที่สาธารณสุขอำเภอดูแลบริหารงานบุคลากรของสถานพยาบาล สถานีอนามัย แต่ระบบใหม่โรงพยาบาลและสถานีอนามัยต้องปฏิบัติงานร่วมกัน ทำให้เกิดความไม่ราบรื่นเท่าที่ควร (สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต

สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2546 : 24) จึงส่งผลให้การแสดงความคิดเห็น การสร้างขวัญและกำลังใจ ตลอดจนแรงจูงใจในการทำงานให้กับคณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ได้ไม่ดีเท่าที่ควรเป็น ส่วนในข้อที่ว่า เครือข่ายของท่าน มีบรรยากาศในการทำงานดี กรรมการทุกคนให้ความร่วมมือในการดำเนินงานเป็นอย่างดี กรรมการในเครือข่ายของท่านยอมรับรูปแบบการทำงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน กรรมการทุกคนที่เข้าร่วมทีมงานมีความเหมาะสม กรรมการทุกคนเห็นด้วยกับวิธีการทำงานของประธานกรรมการ ประธานกรรมการมีภาวะผู้นำเหมาะสมกับตำแหน่ง และกรรมการทุกคนให้เกียรติซึ่งกันและกันดี อยู่ในระดับดี (\bar{x} ระหว่าง 3.71 ถึง 3.98) ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ปฏิบัติงานรู้ถึงความ เป็นไปภายในองค์กรและผู้นำแสดงความใจกว้างที่จะติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างถูกต้อง และผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดเป้าหมายขององค์กร (Likert 1976: 73)

7) *ด้านการประสานงาน* พบว่า สภาพการดำเนินงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.69$, $SD = 0.59$) ทั้งนี้อาจเกิดจากคณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ได้มีการจัดการในด้านคน (men) เงิน (money) วัสดุ (materials) วิธีการ (methods) จิตใจ (spirit) เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายร่วมมือปฏิบัติการเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน (วิจิตร อาวะกุล 2528: 209) จึงทำให้สภาพการดำเนินงานด้านการประสานงานอยู่ในระดับดี ส่วนในข้อที่ว่า มีการกำหนดแนวทางการประสานงานภายนอกและแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบเป็นอย่างดี อยู่ในระดับพอใช้ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 3.64 ทั้งนี้อาจเกิดจากการขาดระบบการสื่อสาร ทุกคนที่เกี่ยวข้อง ในการประสานงานซึ่งจะต้องมีระบบการสื่อสารที่สามารถติดต่อถึงกันได้เมื่อมีความสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม การสื่อสารเป็นหัวใจของการประสานงาน (ปรีชา คัมภีร์ปกรณ์ 2531 : 354-355) จึงทำให้คณะกรรมการคณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต 6 บางส่วนไม่รู้แนวทางการประสานงานที่ถูกต้อง

8) *ด้านทัศนคติ* พบว่า สภาพการดำเนินงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.72$, $SD = 0.45$) ทั้งนี้อาจเกิดจากความคิด ความเข้าใจ ความเห็น ความรู้สึก และความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งของ บุคคลหรือสถานการณ์เป็นอย่างไร ไป อันมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้น ๆ บุคคลนั้น ๆ หรือเหตุการณ์นั้น ๆ (ปราณี รามสูต 2528: 186) และการแสดงออก ความรู้สึกหรือความนึกคิดออกมาในเชิงบวกหรือเชิงลบ ซึ่งขึ้นกับพื้นฐานความเชื่อหรือประสบการณ์ที่เคยได้รับของแต่ละบุคคล (สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ 2542: 27) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยซึ่ง พบว่า กรรมการต้องเข้ามาทำงานด้วยความสมัครใจ จึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อ

ประชาชน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.02 จึงส่งผลทำให้เกิดทัศนคติที่ดีในการดำเนินงานของ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ส่วนในข้อที่ว่า การเข้ามา เป็นกรรมการทำให้มีโอกาสก้าวหน้ากว่าคนอื่นที่ทำงานปกติอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 2.95 ทั้งนี้อาจเกิดจากการเข้ามาเป็นคณะกรรมการเข้ามาโดยมิได้มีสิ่งตอบแทนหรือ ผลประโยชน์ใดๆ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2545) จึงทำให้มิได้คิดถึง โอกาสความก้าวหน้าเป็นสิ่งสำคัญ

2.2 เปรียบเทียบสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกัน สุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ในเขต 6

เมื่อเปรียบเทียบสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกัน สุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอของแต่ละจังหวัดในเขต 6 พบว่า สภาพการดำเนินงานของ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ในแต่ละจังหวัด ภาพรวม ไม่มีความแตกต่างกัน และเมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจาก คณะกรรมการทุกชุดในเขต 6 ดำเนินงานภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 ซึ่งมี เป้าหมายในการดำเนินงานเดียวกัน คือ เป้าหมายของระบบสุขภาพ (มาตรฐานการจัดระบบบริการ ปฐมภูมิ 2545: 6) ดังนั้น จึงทำให้สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกัน สุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ไม่มีความแตกต่างกัน

2.3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 จำแนกรายด้าน

2.3.1 ด้านการบริหารงบประมาณ พบว่า มีปัญหาและอุปสรรค ในเรื่องนโยบาย การใช้งบประมาณไม่ชัดเจนและไม่เพียงพอและการบริหารงบประมาณยังไม่เหมาะสม ได้ให้ ข้อเสนอแนะว่า ควรมีนโยบายด้านงบประมาณที่ชัดเจน ควรมีการจัดสรรงบประมาณแบบมุ่งเน้น ผลงาน จัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่มากขึ้น และควรใช้ภาระงานในการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งสอดคล้องสำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ (2546: 7) ที่พบว่า งบประมาณไม่เพียงพอในการดำเนินงาน ดังนั้น คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอของแต่ละจังหวัดในเขต 6 จึง ควรปรับบทบาทในการให้ความช่วยเหลือแก่พื้นที่ในเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับดวงพร เสงวนุช

พันธ์ (2539) ได้ศึกษาวิจัย ประเด็นกลยุทธ์ที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอในจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า บทบาท และภารกิจของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ได้รับการยอมรับจาก ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นจุดแข็งของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และประเด็นที่ อาจมีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ 3 ประการ คือ 1) การสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่าง โรงพยาบาลชุมชนกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโดยการ บริหารงบประมาณบางส่วนร่วมกัน 2) การประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ ประสานงานสาธารณสุขระดับ อำเภอจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อสรุปปัญหาและ แนวทางแก้ไขปรับปรุงร่วมกัน 3) การให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ มี ส่วนร่วมจัดสรรทรัพยากรระดับอำเภอ เนื่องจากคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับ อำเภอทราบถึงสภาพของปัญหาสาธารณสุขและข้อจำกัดของหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ อย่างดี จึงจะทำให้ลดปัญหาและอุปสรรคด้านการบริหารงบประมาณลง

2.3.2 ด้านการบริหารงานบุคคล พบว่า มีปัญหาและอุปสรรค ในเรื่องบุคลากรไม่ เพียงพอ สายบังคับบัญชาไม่สอดคล้องกันและการจัดอัตรากำลังไม่เหมาะสม ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ ว่า คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ต้องสนับสนุนบุคลากร ให้แก่พื้นที่ขาดแคลน ควรมีผู้รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการบุคลากรอย่างชัดเจน และบุคลากร ควรมีสายบังคับบัญชาเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องสำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงาน คณะกรรมการการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2546: 24) ที่พบว่า บุคลากรไม่เพียงพอ ต้องมีการกระจายบุคลากร ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ และความไม่เป็นเอกภาพของ ระบบการบริหารงาน เมื่อโรงพยาบาลดูแลเงินงบประมาณและต้องประสานงานกับเครือข่ายหรือ สถานีนอนามัย ในขณะที่สาธารณสุขอำเภอดูแลบริหารงานบุคลากรของสถานพยาบาล สถานีนอนามัย แต่ระบบใหม่ โรงพยาบาลและสถานีนอนามัยต้องปฏิบัติงานร่วมกัน ทำให้เกิดความไม่ราบรื่น เท่าที่ควร และไม่สอดคล้องกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (2535) ได้ศึกษาวิจัยเชิง คุณภาพเกี่ยวกับ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแนวใหม่ ได้กล่าวถึงอุดมการณ์พื้นฐานของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ไว้ว่า 1) มีความเป็นเอกภาพ (Unity of Command) ในการกำหนดรูปแบบหรือขั้นตอนการ แก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างแม่นยำ และมี พลังร่วมอย่างเพียงพอในการปฏิบัติงาน 2)ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลและหน่วยงาน (Individual Difference) ทั้งข้อดีและข้อด้อยเพื่อจะได้เกื้อกูลต่อกัน 3) ยกเลิกหรือลบล้างความ ในใจในส่วนของมิชฌาติฐิ (Hidden Agenda) 4) ไม่ยึดมั่นในหน่วยงาน ปริญญาและประสบการณ์

ต้องยึดมั่นความเดือดร้อนของประชาชนเป็นตัวตั้ง (People Oriented) จึงทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในด้านการบริหารงานบุคคล

2.3.3 ด้านการพัฒนาบุคลากร พบว่า มีปัญหาและอุปสรรค ในเรื่องการพัฒนาบุคลากรที่ไม่เหมาะสม ไม่มีแผนการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจนและมีการพัฒนาบุคลากรไม่ต่อเนื่อง ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า ควรมีการจัดทำสมรรถนะของบุคลากร ควรมีนโยบายด้านการพัฒนาบุคลากรอย่างชัดเจน ควรจัดให้มีการทำแผนพัฒนาบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาและประเมินผลรูปแบบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2546: 14) ที่พบว่า ต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ด้านวิชาการ บริหารและ บริการ

2.3.4 ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการ พบว่า มีปัญหาและอุปสรรค ในเรื่องนโยบายและรูปแบบการพัฒนาคุณภาพสถานบริการไม่ชัดเจน มีงานมากแต่คนน้อยทำให้การบริการไม่ดีและไม่มีการประเมินคุณภาพการบริการ ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า ควรกำหนดทิศทางพัฒนาคุณภาพการบริการให้ชัดเจน ควรมีการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างชัดเจน ควรจัดให้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาและประเมินผลรูปแบบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2546: 21) ที่พบว่า ควรกำหนดคุณภาพการรักษาและการให้บริการที่มีมาตรฐาน สามารถตรวจสอบได้ ดังนั้น คณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต 6 ควรปรับรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการในแต่ละพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (2535) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแนวใหม่ ผลการศึกษา พบว่า การบริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อการพัฒนาสาธารณสุขและแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชน ไม่ได้ขึ้นกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเท่านั้น หากมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยงานสาธารณสุข ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลด้านบริหาร วิชาการ และบริการด้วยเช่นกัน คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอจะเป็นผู้ชี้แนะและร่วมปฏิบัติงานอย่างผสมผสานทรัพยากรเชิงบริหารทุกด้าน ซึ่งจะช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

2.3.5 ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ พบว่า มีปัญหาและอุปสรรค ในเรื่องเครื่องมือและอุปกรณ์ไม่เพียงพอในการบริการ ไม่มีงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์และไม่มีการจัดทำแผนการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ ในการสนับสนุนเครือข่าย ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า

คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ควรสนับสนุนเทคโนโลยีใหม่ๆ ให้แก่เครือข่าย ควรให้คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอมีส่วนร่วมในการนำเสนอและตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับสำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2546:8) ที่พบว่า ต้องมีการกระจายอุปกรณ์การแพทย์ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ ดังนั้น คณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต 6 ควรปรับรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการในแต่ละพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับ กระทรวงสาธารณสุข กองสาธารณสุขภูมิภาค (2535) ศึกษาวิจัยเรื่องแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ได้ศึกษาเปรียบเทียบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอดีเด่น และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เสนอแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ คือ 1) โรงพยาบาลชุมชนเป็นคลังสนับสนุนสถานีอนามัยในด้านครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ และยานพาหนะ 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อขอรับการสนับสนุนในส่วนขาด ซึ่งจะช่วยให้ลดปัญหาและอุปสรรคทางด้านการพัฒนาเครื่องมือและอุปกรณ์

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในเขต 6 ผู้วิจัยได้สรุปข้อเสนอแนะจากการศึกษาสำหรับ ไปใช้ในการพัฒนาหรือปรับปรุงรูปแบบและวิธีการดำเนินงานให้ดีขึ้นและสอดคล้องกับสถานะในการทำงานจริง ดังนี้

3.1.1. ด้านการบริหารจัดการ ควรมีการกระจายทรัพยากรให้แก่เครือข่ายอย่างเพียงพอและเหมาะสม มีการตรวจติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างชัดเจน จัดระบบการรายงาน จัดสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจให้ได้ตามมาตรฐาน

3.1.2. ด้านการบริหารงบประมาณ ควรมีนโยบายที่ชัดเจนและมีการจัดสรรงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงาน เพิ่มงบประมาณให้แก่พื้นที่มากขึ้น กำหนดวิธีการใช้งบประมาณ ใ้ภาระงานในการจัดสรรงบประมาณ จัดให้มีการตรวจติดตามการใช้งบประมาณ มีการจัดทำแผนการใช้งบประมาณ เพื่อความโปร่งใสและเป็นที่ยอมรับในเครือข่าย

3.1.3. ด้านการบริหารงานบุคคล ควรมีแนวทางด้านการบริหารงานบุคคลที่ชัดเจน

บุคลากรควรมีสายบังคับบัญชาเดียวกัน มีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจ ผู้บริหารระดับสูงต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาบุคลากร สนับสนุนบุคลากรให้แก่พื้นที่ขาดแคลน จัดให้มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรก่อนการปฏิบัติงาน

3.1.4. ด้านการพัฒนาบุคลากร ควรมีนโยบายด้านการพัฒนาบุคลากรอย่างชัดเจน มีการทำแผนพัฒนาบุคลากร จัดอัตรากำลังให้เพียงพอและเหมาะสมในพื้นที่ขาดแคลน มีการจัดงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร ผู้บริหารควรให้ความสำคัญการพัฒนาบุคลากร ประเมินส่วนขาดของบุคลากร มีการกำหนดสมรรถนะของบุคลากร จัดอบรมเพิ่มพูนทักษะให้แก่บุคลากร พัฒนาความรู้ด้านการบริหารจัดการ และสร้างแรงจูงใจในการทำงาน

3.1.5. ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการ ควรกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพการบริการให้ชัดเจน มีแผนการพัฒนาคุณภาพการบริการและต่อเนื่อง ให้คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการ จัดให้มีการศึกษา ดูงาน ในสถานบริการที่มีผลงานดี มีการจัดตั้งทีมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการ มีการจัดบริการเชิงรุก และกำหนดแนวทางการประเมินผลงานอย่างชัดเจน

3.1.6. ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ ควรมีการสำรวจความต้องการเครื่องมือของสถานบริการในเครือข่าย มีการกระจายเครื่องมือในการบริการอย่างเพียงพอและเหมาะสม สนับสนุนเทคโนโลยีใหม่ๆ ให้แก่เครือข่าย ให้คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอมีส่วนร่วมในการนำเสนอและตัดสินใจเลือก

3.1.7 ด้านการประชุม ควรมีการจัดทำแผนการประชุมประจำปีและแจ้งแผนการประชุมไว้ล่วงหน้า แจกวาระการประชุมล่วงหน้าก่อนการประชุม เพื่อให้กรรมการได้มีการเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนเข้าประชุม กรรมการทุกคนเห็นความสำคัญในการเข้าร่วมประชุม มีการจัดทำรายงานการประชุมภายหลังจากการประชุม

3.1.8 ด้านบรรยากาศในการทำงาน ควรให้โอกาสกรรมการได้แสดงความคิดเห็นในที่ประชุม มีการเตรียมความพร้อมของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในการทำงานร่วมกัน สร้างขวัญและกำลังใจ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน

4. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

4.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในแต่ละเครือข่ายของแต่ละจังหวัด เพื่อนำมาเป็นตัวอย่างในการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ

4.2 ควรทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหาร
เครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอว่าแบบใดมีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์แก่
ประชาชนมากขึ้น

4.3 ควรศึกษาความพึงพอใจของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วน
หน้าระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดผลการดำเนินการที่ดีและมีคุณภาพ

4.4 ควรศึกษาภาวะผู้นำของประธานกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วน
หน้าระดับอำเภอ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาภาวะผู้นำของประธานกรรมการ

4.5 ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่าย
ประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

เลขที่แบบสอบถาม □□-□□-□□□

แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่อง สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ระดับอำเภอ ในเขต 6

คำชี้แจง

เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันในการตอบแบบสอบถามในฉบับนี้ ผู้วิจัยขอให้ความหมายของ
คณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ (CUP Board)
ที่ให้ความหมายรวมถึงคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ซึ่งทำหน้าที่
ในลักษณะเดียวกับคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ ในอำเภอที่
ไม่ได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอในอำเภอนั้นๆ
ด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ หน้าข้อความตาม
ความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ ปี

2. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

3. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. คู่

3. หม้าย

4. หย่า/แยก

4. ตำแหน่ง

1. แพทย์

2. ทันตแพทย์

3. เกษัชกร

4. พยาบาลวิชาชีพ

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 5. สาธารณสุขอำเภอ | <input type="checkbox"/> 6. นักวิชาการสุขาภิบาล |
| <input type="checkbox"/> 7. นักวิชาการสาธารณสุข | <input type="checkbox"/> 8. เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป |
| <input type="checkbox"/> 9. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน | <input type="checkbox"/> 10. ทันตภิบาล |
| <input type="checkbox"/> 11. เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข | <input type="checkbox"/> 12. อื่น ๆ..... |

5. ตำแหน่งในคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอหรือ
คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

1. ประธานกรรมการ
 2. เลขานุการและกรรมการ
 3. กรรมการ

6. ระดับการศึกษา

1. ต่ำกว่าปริญญาตรี
 2. ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
 3. ปริญญาโท
 4. ปริญญาเอก

7. สถานที่ปฏิบัติงาน

1. โรงพยาบาล
 2. สาธารณสุขอำเภอ
 3. สถานีอนามัย
 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

8. ประสบการณ์ในการทำงานสาธารณสุข ปี

9. ประสบการณ์ในการทำงานในคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ระดับอำเภอ..... ปี

ตอนที่ 2 สภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับ
อำเภอ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริง/ความคิดเห็นของ
ท่านมากที่สุด ในฐานะที่ท่านเป็นคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับ
อำเภอ (CUP Board) หรือคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็นของกรรมการ				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
	ก. ด้านบทบาทและอำนาจหน้าที่					
1.	ประธานกรรมการมีความรู้เกี่ยวกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายเป็นอย่างดี					
2.	เลขานุการและกรรมการมีความรู้เกี่ยวกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายเป็นอย่างดี					
3.	กรรมการทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายเป็นอย่างดี					
4.	คณะกรรมการมีการดำเนินงานตามบทบาทและอำนาจหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างครบถ้วน					
5.	ควรมีการทบทวนบทบาทและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการทุก 1 ปี					
6.	ท่านมีความมั่นใจในการดำเนินงานตามบทบาทและอำนาจหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย					
7.	ท่านมีความพร้อมในการแสดงบทบาทและอำนาจหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย					
8.	บทบาทและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการตามที่ได้รับมอบหมายมีความชัดเจนดีและมีการกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร					

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็นของกรรมการ				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
9.	ท่านมีความตั้งใจในการดำเนินงานตาม บทบาทและอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับ มอบหมาย					
	ข. ด้านนโยบายหลักประกันสุขภาพ					
1.	ประธานกรรมการมีความรู้เกี่ยวกับนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างดี					
2.	เลขานุการและกรรมการมีความรู้เกี่ยวกับ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็น อย่างดี					
3.	กรรมการทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นอย่างดี					
4.	นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามี ความชัดเจนเข้าใจง่ายต่อการที่ คณะกรรมการจะนำไปปฏิบัติ					
5.	มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้ามาใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการ เครือข่าย					
6.	มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้ามาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการ ของเครือข่าย					
7.	มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้ามาใช้ในการกำหนดทิศทางและนโยบาย ของเครือข่าย					

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็นของกรรมการ				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
8.	มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้เป็นแนวทางในการจัดอัตรากำลังบุคลากรสำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่					
9.	มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้ในการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบาย					
10.	มีการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้เป็นแนวทางในการจัดหาเครื่องมือเพื่อเพิ่มศักยภาพการบริการให้แก่สถานบริการในเครือข่าย					
11.	การดำเนินงานในเครือข่ายของท่าน มีความสอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า					
	ค. ด้านการบริหารจัดการ					
1.	มีการกำหนดนโยบายและทิศทางในการบริหารจัดการของเครือข่ายไว้อย่างชัดเจน					
2.	มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ไว้เป็นแนวทางในการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน					
3.	มีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานแต่ละปีไว้อย่างชัดเจน					
4.	กรรมการทุกคนมีส่วนร่วมกันในการจัดทำแผนงาน / โครงการของเครือข่าย					
5.	เครือข่ายของท่านมีการบริหารจัดการด้านงบประมาณอย่างโปร่งใสสามารถตรวจสอบได้					

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็นของกรรมการ				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
6.	มีการจัดสรรงบประมาณไว้สำหรับพัฒนาบุคลากรได้อย่างเหมาะสม					
7.	มีการบริหารจัดการสอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า					
8.	มีการจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือไว้ใช้ในการบริการได้อย่างเพียงพอ					
9.	มีการจัดอัตรากำลังของบุคลากรได้อย่างเหมาะสมกับพื้นที่					
10.	มีการจัดระบบการตรวจติดตามและประเมินผล ใ้ได้อย่างชัดเจน					
11.	มีการจัดระบบการรายงานการดำเนินการในเครือข่ายได้อย่างชัดเจน					
12.	มีการกำหนดวิธีการใช้งบประมาณไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน					
13.	มีการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจสำหรับการบริหารงานบุคคลในเครือข่าย					
14.	จัดให้มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรก่อนการปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม					
15.	เครือข่ายของท่านยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในการจัดสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ					
16.	มีการจัดสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้					

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็นของกรรมการ				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
17	การบริหารจัดการในเครือข่ายของท่านเป็นที่ พึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่					
18	มีการกระจายทรัพยากรได้อย่างทั่วถึงและ เท่าเทียมกัน					
19.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายของท่าน ควรได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการบริหาร จัดการ					
20.	กรรมการทุกคนมีบทบาทสำคัญในการ กำหนดทิศทางการบริหารจัดการของ เครือข่าย					
21.	คณะกรรมการสามารถบริหารจัดการงานใน เครือข่ายได้เหมาะสมกับความต้องการของ พื้นที่					
22.	กรรมการทุกคนได้แสดงความคิดเห็นในการ บริหารเครือข่ายได้อย่างอิสระ					
	ง. ด้านการประชุม					
1.	มีการจัดทำแผนการประชุมของ คณะกรรมการไว้ล่วงหน้าในแต่ละ ปีงบประมาณ					
2.	กรรมการทุกคนได้รับแจ้งแผนการประชุม ล่วงหน้า					
3.	กรรมการทุกคนได้รับแจกวาระการประชุม ล่วงหน้าก่อนการประชุม					
4.	กรรมการมีการเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนเข้า ประชุม					

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็นของกรรมการ				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
5.	กรรมการทุกคนให้ความสำคัญในการเข้าร่วมประชุม					
6.	มีการจัดทำรายงานการประชุมของคณะกรรมการได้ภายใน สัปดาห์หลังจากการประชุม					
7.	กรรมการทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นในที่ประชุมได้อย่างอิสระ					
8.	กรรมการมีการนำข้อสงสัยต่าง ๆ มาเสนอในที่ประชุมตามสถานการณ์ที่พบ					
9.	กรรมการในเครือข่ายของท่านไม่มีปัญหากันในระหว่างการประชุม					
10.	มีการใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจในที่ประชุมของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ					
จ. ด้านการมีส่วนร่วม						
1.	กรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและทิศทางการบริหารจัดการของเครือข่าย					
2.	กรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน/โครงการของเครือข่าย					
3.	กรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการบริหารงบประมาณของเครือข่าย					
4.	คณะกรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดรูปแบบการดำเนินงานใหม่ ๆ ของเครือข่าย					

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็นของกรรมการ				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
5.	คณะกรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนา คุณภาพการบริการของเครือข่าย					
6.	คณะกรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการแก้ ปัญหาต่างๆ ของเครือข่าย					
	ฉ. ด้านบรรยากาศในการทำงาน					
1.	เครือข่ายของท่านมีบรรยากาศในการทำงานดี					
2.	กรรมการทุกคนให้ความร่วมมือในการ ดำเนินงานเป็นอย่างดี					
3.	กรรมการส่วนใหญ่ชอบแสดงความคิดเห็นใน ที่ประชุมของคณะกรรมการ					
4.	คณะกรรมการในเครือข่ายท่านไม่มีความ ขัดแย้งกัน					
5.	กรรมการมีความพร้อมในการทำงานร่วมกัน อย่างมาก					
6.	กรรมการในเครือข่ายของท่านยอมรับรูปแบบ การทำงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน					
7.	กรรมการทุกคนที่เข้าร่วมทีมงานมีความ เหมาะสม					
8.	กรรมการทุกคนเห็นด้วยกับวิธีการทำงานของ ประธานกรรมการ					
9.	ประธานกรรมการมีภาวะผู้นำเหมาะสมกับ ตำแหน่ง					

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็นของกรรมการ				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
10.	กรรมการได้รับขวัญและกำลังใจในการทำงานดี					
11.	กรรมการในเครือข่ายของท่านได้รับแรงจูงใจในการทำงานมากกว่าคนที่ทำงานปกติ					
12.	กรรมการทุกคนให้เกียรติซึ่งกันและกันดี					
	ข. ด้านการประสานงาน					
1.	มีการกำหนดแนวทางการประสานงานภายในระหว่างกรรมการอย่างชัดเจน					
2.	มีการกำหนดแนวทางการประสานงานภายนอกและแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบเป็นอย่างดี					
3.	มีการประสานงานอย่างเป็นระบบตามที่กำหนดไว้					
4.	เครือข่ายของท่านมีระบบการประสานงานที่ทำให้เกิดความคล่องตัวในการประสานงาน					
5.	บุคลากรในเครือข่ายของท่านมีความพึงพอใจในระบบการประสานงานที่เป็นอยู่					
	ข. ด้านทัศนคติ					
1.	คณะกรรมการชุดนี้มีความสำคัญมาก ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบผลสำเร็จตามนโยบายที่วางไว้					

ลำดับ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็นของกรรมการ				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
2.	การดำเนินงานตามบทบาทและอำนาจหน้าที่ ของคณะกรรมการจะช่วยให้คุณภาพชีวิต ของประชาชนดีขึ้น					
3.	ท่านมีความภูมิใจที่ได้เข้ามาบริหารเครือข่าย นี้					
4	ท่านมีความพึงพอใจการทำงานของเครือข่าย นี้					
5	กรรมการทุกคนมีความตั้งใจในการทำงาน ในเครือข่ายร่วมกัน เพราะเห็นแก่ประโยชน์ ของประชาชน					
6	การเข้ามาเป็นกรรมการทำให้เกิด ความก้าวหน้ากว่าคนอื่นที่ทำงานปกติ					
7	กรรมการต้องเข้ามาทำงานด้วยความสมัคร ใจ จึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อประชาชน					

ตอนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานคณะกรรมการบริหารเครือข่าย
ประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ(CUP Board) หรือคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข
ระดับอำเภอ (คปสอ.)

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างต่อไปนี้ตามความเป็นจริง

1. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วน
หน้าระดับอำเภอ(CUP Board) หรือคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ
(คปสอ.)

1) ด้านการบริหารงบประมาณ.....

.....
.....
.....

2) ด้านการบริหารงานบุคคล.....

.....
.....
.....

3) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการ.....

.....
.....
.....

4) ด้านการพัฒนาบุคลากร.....

.....
.....
.....

5) ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

2. ข้อเสนอแนะการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับอำเภอ (CUP Board) หรือคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

1) ด้านการบริหารงบประมาณ.....

.....

2) ด้านการบริหารงานบุคคล.....

.....

3) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการ.....

.....

4) ด้านการพัฒนาบุคลากร.....

.....

5) ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์.....

.....

.....

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กิติมา ปรีดีดิลก (2529) ทฤษฎีการบริหารองค์การ กรุงเทพมหานคร คณะการพิมพ์
 จรรย์ แดงเล็ก (2542). “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ
 หัวหน้าสถานีนอมาบในงานสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดพิจิตร” วิทยานิพนธ์
 ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหาร
 สาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุมพล หนีพพานิช (2532) “หน่วยที่ 13 การประสานงาน” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาความรู้
 เบื้องต้นเกี่ยวกับการบริหาร นนทบุรี สาขาวิชาศึกษาศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ชูศรี วงศ์รัตน์ (2544) เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 พิมพ์ครั้งที่ 8 เทพเนรมิตการพิมพ์
- ดวงพร เสงบุญพันธ์ (2539) “ประเด็นกลยุทธ์ที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานของ
 คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)” วิทยานิพนธ์ปริญญา
 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย
- ธวัชชัย งามสันติวงศ์ (2545) *SPSS for windows*. พิมพ์ครั้งที่ 4 , 21 เซ็นจูรี
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์ (2527) กลวิธีในแนวทางวิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน
 ในงานพัฒนาชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา กรุงเทพมหานคร
 ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547) การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง พิมพ์
 ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2534) เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย
 พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร B&B Publishing
- บุญเลิศ เดียวสุวรรณ (2543) “ศรีลังกา : ประสบการณ์ที่ประทับใจไม่รู้ลืม” *วารสารสาธารณสุข
 มวลฐาน 1* (ตุลาคม - ธันวาคม 2543) : 81-83
- ประพันธ์ สุริหาร (2533). “ศัพท์เทคนิคทางการบริหาร” ปริญญาบัตรศึกษามหาบัณฑิต
 ภาควิชาบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร

- ปรีชา คัมภีรปกรณ์ (2539) *หน่วยที่ 12 การประสานงาน ใน ประมวลสาระชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพมหาบัณฑิต* นนทบุรี สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ประยงค์ เต็มชวลา (2544) “การบริหารการพัฒนางานสาธารณสุขแนวใหม่”
โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปราณี รามสูต (2528) *จิตวิทยาการศึกษา พิมพ์ครั้งที่ 3* กรุงเทพมหานคร เจริญกิจ
ฝ่ายวิชาการเอ็กซ์เพอร์เน็ท *เทคนิคการประชุมแบบมีออซิป : Meeting that works*
Available : [http:// www. Elib.fda.moph.go.th./](http://www.Elib.fda.moph.go.th/)(2005)
- พรพรรณ เขียวปัญญา (2535) “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ ทักษะเกี่ยวกับโรคเอดส์กับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาล
สูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่” *วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช *สถิติและระเบียบวิธีวิจัยในงานสาธารณสุข*
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- เมตต์ เมตต์การุณจิต (2547) *การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม* กรุงเทพมหานคร บุคพอยท์
ราชบัณฑิตสถาน (2525) *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525* กรุงเทพมหานคร
อักษรเจริญทัศน์
- รวีวรรณ อังคนุรักษ์พันธ์ (2533) *การวัดทัศนคติเบื้องต้น* เอกสารคำสอน (อัดสำเนา)
- รัศมี พันธูถาถ (2545) “ความคิดเห็นของนักวิชาการสาธารณสุขระดับตำบลเกี่ยวกับการ
ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ด้านวิชาการ” *วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*
- วิจิตร อวาทกุล (2528) *เทคนิคมนุษยสัมพันธ์* กรุงเทพมหานคร โอ. เอส. พรินดี เฮาส์
- ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2545) *การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน
ระยะเปลี่ยนผ่าน พิมพ์ครั้งที่ 1* โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2545) *หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พิมพ์ครั้งที่ 1* กรุงเทพมหานคร
- สมชาติ โตรักษา (2543) *หลักการบริหารโรงพยาบาล ภาคที่ 1 หลักการบริหารองค์การและ
หน่วยงาน พิมพ์ครั้งที่ 1* กรุงเทพมหานคร พี.เอ็น.การพิมพ์
- สมชาติ โตรักษา (2544) *การบริหารโรงพยาบาลและการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ
ไทย พิมพ์ครั้งที่ 1* กรุงเทพมหานคร พี.เอ็น.การพิมพ์

- สุชา จันทร์เอม และสุรางค์ จันทร์เอม (2539) *จิตวิทยาสังคม* กรุงเทพมหานคร แพร์วิทยา
- สุพัตรา สุภาพ สังคมวิทยา (2535) กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช
- เสถียร เหลืองอร่าม (2519) *หลักมนุษยสัมพันธ์ต่อการบริหารงานในองค์การ* กรุงเทพมหานคร
แพร์พิทยา
- สุภรณ์ ศรีพหล (2523) *หน่วยที่ 5 หลักและกระบวนการบริหาร ใน เอกสารการสอนชุดวิชาหลัก
และระบบบริหารการศึกษา นนทบุรี สาขาวิชาศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช*
- สมนึก นนธิจันทร์ (2538) *รีเอ็นจีเนียริง* ม.ป.ท.
- สมพงศ์ เกษมสิน (2517) *การบริหาร* ไทยวัฒนาพานิช
- สมศักดิ์ สุเมธยาจารย์ (2542) “การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุข
ระดับอำเภอ จังหวัดชุมพร” *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล*
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2547) *คู่มือหลักประกันสุขภาพ สำหรับประชาชน
พิมพ์ครั้งที่ 2* กรุงเทพมหานคร คอมฟอร์ม
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2547) *สร้างหลักประกันสุขภาพบนฐานความรู้
พิมพ์ครั้งที่ 1* กรุงเทพมหานคร คอมฟอร์ม
- สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545)
มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
- สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (2546) *หนังสือราชการ เรื่อง “คณะกรรมการประสานงาน
สาธารณสุขระดับอำเภอ”* (วันที่ 26 พฤษภาคม 2546) ถึง นายแพทย์สาธารณสุขทุก
จังหวัด
- สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต (2546) *การศึกษาและประเมินรูปแบบการสร้าง
หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า* พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร
- สาธารณสุข กระทรวง กองสาธารณสุขภูมิภาค (2535) *การวิจัยเรื่อง แนวทางการ
ดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ
กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาเปรียบเทียบ คปสอ. ดีเด่นและคปสอ. ทั่วไป
กรุงเทพมหานคร องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก*
- สุนีย์ สุขสว่าง (2539) “บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในการปฏิบัติงาน
ด้านสิ่งแวดล้อม ศึกษากรณีจังหวัดพิจิตร” *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร*

- มหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
 สุปต นามแก้ว (2544) “กระบวนการบริหารงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า :
 กรณีศึกษา สถานีอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร” วิทยานิพนธ์ปริญญา
 ศิลปะศาสตรบัณฑิต(พัฒนาสังคม) คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร
 ศาสตร์
- หลุย จำปาเทศ (2526) “หน่วยที่ 7 การบริหารงาน” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาประสบการณ์
 วิชาชีพบริหารการศึกษา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
 อติศักดิ์ สัตยธรรม (2544) “หน่วยที่ 1 หลักการและกระบวนการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข”
 ประมวลสาระชุดวิชาการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานสาธารณสุข หน้า 6 นนทบุรี
 บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
- อุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (2535) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแนวใหม่ จังหวัด
 อุบลราชธานี อุบลราชธานี วิทยาออฟเซตการพิมพ์
- อุทัย เลาหิวีเชียร (2530) *ทฤษฎีองค์การในการบริหาร และการพัฒนาองค์การ*. นนทบุรี:
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
- Alloort, Gordeon W. Pattem and Growth in Personality. *New York: Hot, Rinehart and
 Winton, 1967..*
- Good, V.Carter. *Dictionary of Education*. New York: Hill Book, 1973.
- Halpin, A. W. and Croft, D. B. (1966) *The organizational climate of school*. Chicago:
 University of Chicago.
- Kotter, J. P. 1978. *Organizational dynamic: Diagnosis and intervention*. Massachusetts:
 Addison-Wesley.
- Likert, R. (1976) *New patterns of management*. New York: McGraw-Hill.
- Litwin, G. W. and Stringer, Jr. R. A. (1968) *Motivation and organization climate*.
 Boston: Harward University
- Steers, R. M. (1977) *Organizational effectiveness: A behavioral view*. Santa Monica:
 Goodyear.
- Steers, R. M. and Porter, L. C. 1979. *Motivation and work behavior*. New York:
 McGraw-Hill.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวนาคยา มีสุข
วัน เดือน ปี	17 มกราคม 2508
สถานที่เกิด	อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ (ระดับต้น) วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี 1 พ.ศ. 2528 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2534
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7 (หัวหน้าพยาบาล)