



รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของ
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12



สัญญา ยีอราน

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชา-
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของ
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชา-
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12"

ของ สัญญา ยีอราน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์)

อนุมัติ

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มุณีสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12
ผู้วิจัย	สัญญา ยีอราน
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาจันต์ สงทับ
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด. สาขาวิชา-, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2562
คำสำคัญ	การอภิบาลผ่านความร่วมมือ, การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, กองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงผสมผสาน ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา รวมทั้งเพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน โดยการศึกษาเชิงปริมาณพร้อมกับการศึกษาเชิงคุณภาพ สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน สถิติอ้างอิงใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 19 คน และการสนทนากลุ่ม 14 คน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนระยะที่ 2 การพัฒนาและยืนยันรูปแบบ และระยะสุดท้ายเป็นการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การผสมผสานผลการวิจัยจากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ปัจจัยหลักที่สอดคล้องกัน ได้แก่ 1) การติดตามและประเมินผล 2) การจัดการทรัพยากร 3) กลไกด้านความรู้ 4) การจัดการความเป็นผู้นำ 5) กลไกด้านทรัพยากร และ 6) การประชาสัมพันธ์ และปัจจัยเสริมที่ผลการวิจัยไม่ได้สอดคล้องกัน โดยที่เป็นปัจจัยส่งผลกระทบเฉพาะในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณอย่างเดียว ได้แก่ การค้นหาปัญหา และส่งผลกระทบเฉพาะในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างเดียว ได้แก่ 1) กลไกด้านผู้นำ 2) กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร 3) การจัดการเครือข่าย และ 4) การ

จัดทำโครงการ ผลที่ได้นำไปสู่การพัฒนาและยืนยันรูปแบบที่สร้างขึ้นภายใต้ระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือที่ประกอบด้วย 1. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ กลไกด้านความรู้ กลไกด้านทรัพยากร และ กลไกด้านวัฒนธรรม 2. กระบวนการ ได้แก่ การค้นหาปัญหา การจัดการทรัพยากร การจัดการความเป็นผู้นำ การประชาสัมพันธ์ การจัดการเครือข่าย และการติดตามและประเมินผล และ 3. ผลลัพธ์สำคัญ ได้แก่ ประสิทธิภาพ คุณภาพความสัมพันธ์ การรับรู้มุมมองความคิดเห็น และความเหนียวแน่นของเครือข่าย สุดท้ายเป็นการทดลองใช้รูปแบบโดยอาศัยกรอบวงจรคุณภาพ และการประเมินผล ทั้งในด้านประสิทธิภาพ ที่แสดงให้เห็นถึงผลการดำเนินงานการสนับสนุนงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น มีคุณภาพความสัมพันธ์ที่ดี การรับรู้ความคิดเห็นของกันและกัน และมีความไว้วางใจต่อกัน รวมทั้งเกิดความเหนียวแน่นของความร่วมมือที่เกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตามควรมีการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกส่วนของระบบ โดยเฉพาะการติดตามและประเมินผล การจัดการทรัพยากร กลไกด้านความรู้ ความเป็นผู้นำ กลไกด้านทรัพยากร และการประชาสัมพันธ์

รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้พัฒนาการจัดการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมถึงกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ และสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบดังกล่าวในการจัดการความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามบริบทของแต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสมต่อไป

Title COLLABORATIVE GOVERNANCE MODEL ON AGING URBAN
AREAS HEALTH PROMOTION OF LOCAL HEALTH FUNDS
INSURANCE AT REGION 12

Author SANYA YUERAN

Advisor Assistant Professor Archin Songthap, Ph.D.

Academic Paper Thesis Dr.P.H. in Public Health Program, Naresuan
University, 2019

Keywords Collaborative, Governance, Ageing Health Promotion, Local
Health Security Fund

ABSTRACT

The objectives of this mixed-method design were to study collaborative governance and to identify factors affecting collaborative governance for ageing health promotion in the urban areas of Local Health Security Funds, Region 12. The study also aimed to develop a model and evaluate the effectiveness of the pastoral care model through collaborative governance for ageing health promotion in urban areas of Local Health Security Funds, Region 12. The study was divided into 3 phases. Phase 1 was conducted using a convergent parallel mixed-method design. A quantitative research was a cross-sectional study proposed to determine collaborative governance and to identify factors affecting collaborative governance for ageing health promotion in the urban areas of local health security funds, Region 12. A total of 270 study subjects. The subjects were selected using stratified cluster sampling and data were collected using a questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation, and inferential statistic was stepwise-multiple regression analysis. Nineteen Participants in qualitative method were recruited by purposive sampling technique and data were obtained using in-depth interviews and focus group interviews from 19 and 14 key informants, respectively. Content analysis was used for data analysis. Phase 2 was a development and confirmatory process of the model. The last phase was the implementation and

evaluation of the model using qualitative techniques. Data were analyzed by content analysis.

The study showed that the consisting results from quantitative and qualitative methods in phase 1 involved 1) knowledge strategies, 2) resource strategies, 3) leadership management, 4) resource management, 5) public relation, and monitoring and evaluation. The inconsistent reinforcing factors which affecting only in the quantitative study was problem searching and factors affecting only in the qualitative approach included 1) leadership strategies, 2) organizational culture strategies, 3) network management, and 4) project management. The results leading to the development and confirm the model included 1) input factors such as knowledge strategies, resource strategies and cultural strategies, 2) the process such as problem searching, resource management, leadership management, public relation, network management, and monitoring and evaluation, and 3) the main outcomes were effectiveness, relationship quality, network management, perspective perception, and network tight. The last process was the effectiveness evaluation of the model by using Deming Cycle. The results showed higher financial supported for the elderly health promotion, better relationship quality, perceived ideas to each other, trustworthiness to each other, and the increasing of collaborative bonds. However, all systems should be improved and developed continuously especially in public relation and monitoring and evaluation.

The collaborative governance model in this study can be utilized for developing the management of Local Health Security Funds to promote health among the elderly more effectively including other age groups. Further, the model can be applied for managing collaboration in health problem solving based on the area context appropriately

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริวิไลช์ วรรณรัตน์จิตร ที่ได้เป็นจุดเริ่มต้น ชี้แนะแนวทางและเห็นความสำคัญของการวิจัยในเรื่องนี้ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาจินต์ สงทับ ที่ได้ถ่ายทอดความรู้ ข้อคิดเห็น ชี้แนะแนวทาง ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ ให้กำลังใจและดูแลเป็นอย่างดี ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ ผู้เป็นคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ ความรู้ ความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา รวมถึงคณะกรรมการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอบคุณท่านนายกเทศมนตรีนครยะลา คณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ คณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ และผู้เกี่ยวข้อง ทุกแห่ง ในเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือ สนับสนุน อำนวยความสะดวก ตลอดจนการลงพื้นที่เก็บข้อมูลการวิจัยที่ให้การต้อนรับและให้ข้อมูลด้วยความเป็นกันเอง

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่สาวและญาติพี่น้องทุกท่านที่ได้มอบความรัก ความห่วงใย กำลังใจและความเชื่อมั่นในความสำเร็จของข้าพเจ้าเสมอมา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานในสำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครยะลา ที่ให้ความช่วยเหลือ กัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยกระตุ้น ให้กำลังใจ และช่วยเหลือ ประโยชน์แห่งวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบแด่ครอบครัว คณาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนร่วมทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

สัญญา ยีอราน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....จ	
ประกาศคุณูปการ.....ช	
สารบัญ.....ช	
สารบัญตาราง.....ฉ	
สารบัญภาพ.....ช	
บทที่ 1 บทนำ.....1	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1	
คำถามการวิจัย.....8	
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....8	
ขอบเขตของงานวิจัย.....8	
สมมติฐานของการวิจัย.....9	
นิยามศัพท์เฉพาะ.....10	
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....14	
แนวคิดกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น.....14	
แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ.....27	
แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....37	
แนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (Collaborative Governance).....47	
แนวคิดของรูปแบบ.....66	

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	68
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	82
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....	86
ระยะที่ 1 การศึกษาอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่าน ความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12	89
ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12	114
ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12	121
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	129
ระยะที่ 1 การศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่าน ความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา	130
ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12	180
ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12	192
การปรับปรุงการดำเนินการอย่างเหมาะสม.....	214
บทที่ 5 บทสรุป.....	219
สรุปผลการวิจัย.....	220
อภิปรายผล	227
ข้อเสนอแนะ	235

บรรณานุกรม.....	240
ภาคผนวก.....	252
ประวัติผู้วิจัย	279



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 รูปแบบและโครงสร้าง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย	18
ตาราง 2 แนวทางรูปแบบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	57
ตาราง 3 ตัวแปรบ่งชี้และแหล่งข้อมูลของกระบวนการความร่วมมือ ประเด็นกระบวนการมีส่วนร่วมตามหลักความร่วมมือ	59
ตาราง 4 ตัวแปรบ่งชี้และแหล่งข้อมูลของการขับเคลื่อนความร่วมมือสำหรับประเด็นแรงจูงใจร่วมกัน	61
ตาราง 5 ตัวแปรบ่งชี้และแหล่งข้อมูลของการขับเคลื่อนความร่วมมือสำหรับประเด็นการสร้างศักยภาพของการปฏิบัติร่วมกัน	63
ตาราง 6 ปัจจัยและตัวแปรของการศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ ของกองทุน	83
ตาราง 7 สรุปรวิธีการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลและผลที่ได้จากการศึกษา	88
ตาราง 8 รายละเอียดกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเทศบาลนครและเทศบาลเมืองภายในเขต 12	96
ตาราง 9 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเขตเมือง พื้นที่ เขต 12	100
ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 270)	131
ตาราง 11 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพ (n = 270)	133
ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้คำถามรายข้อที่ตอบถูกเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (n = 270)	134
ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้คำถามรายข้อที่ตอบถูกเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (n = 270)	135
ตาราง 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยภาพรวมของการอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12	136

ตาราง 15 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามตัวแปรปัจจัยนำเข้าหรือกลไกต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 รายข้อ (n = 270).....	139
ตาราง 16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามตัวแปรปัจจัยด้านกระบวนการต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 รายข้อ (n = 270).....	141
ตาราง 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการอภิบาลความร่วมมือในภาพรวม แต่ละด้านของการอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12	147
ตาราง 18 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามตัวแปรปัจจัยผลลัพธ์การอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 รายข้อ (n = 270)	148
ตาราง 19 ตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร	153
ตาราง 20 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับ การอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา (n = 270)	157
ตาราง 21 การเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา.....	172
ตาราง 22 จำนวน และร้อยละการระดมสมองแสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12	187
ตาราง 23 ผลการทดลองใช้รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ด้านการวางแผน (Plan).....	194
ตาราง 24 สรุปเงินคงเหลือและสัดส่วนการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลาแยกรายปี (พ.ศ. 2558-2561).....	205

ตาราง 25 การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ในพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา	211
ตาราง 26 การประเมินผลรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ในพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา	213



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 ภาพรวมของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น.....	18
ภาพ 2 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น.....	23
ภาพ 3 แผนภูมิแสดงผลการประเมินกองทุนฯ ภาพรวมระดับประเทศ ในปี พ.ศ. 2558.....	25
ภาพ 4 แผนภูมิแสดงผลการประเมินกองทุนฯ ภาพรวมรายเขต ในปี พ.ศ. 2558	26
ภาพ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	85
ภาพ 6 ขั้นตอนระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12.....	87
ภาพ 7 วิธีการวิจัยระยะที่ 1 และการใช้ข้อมูลของการวิจัยแบบผสม (Mixed Methods Research) แบบพร้อมกัน (Convergent Parallel Design)	91
ภาพ 8 แผนที่พื้นที่ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 12	92
ภาพ 9 การสุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน (Stratified cluster random sampling)	99
ภาพ 10 กรอบแนวคิดการศึกษาเชิงปริมาณและตัวแปรการศึกษา.....	101
ภาพ 11 การผสานผลการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น เขต 12 จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	179
ภาพ 12 รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 กรณีตัวอย่างกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา.....	192
ภาพ 13 รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12	218

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติขึ้นเพื่อการมีหลักประกันในสิทธิการรักษาและความเสมอภาคของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขสำหรับประชาชนชาวไทย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) มาตรา 47 ได้มุ่งเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ภายใต้ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนหลักที่สำคัญ คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และกรมส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ได้ดำเนินงานให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2549 ขึ้น เพื่อมุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคม สนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้แสดงบทบาทสนับสนุนประชาชนในการดูแลตนเอง และส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เป็นการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (Public policy) ที่ตระหนักถึงการจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชน ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นมิติทางสังคมเพื่อสุขภาพ (Social determinant of health) โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการ ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการกองทุนฯ ที่มาจากความร่วมมือของหลายภาคส่วน ตามสัดส่วนที่กำหนด ทั้งในการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการ วางแผน การดำเนินกิจกรรม รวมถึงการติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพของประชาชน ด้วยงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ รวมถึงการสมทบเงินจากภาคประชาชนตามความสมัครใจ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

สำหรับงบประมาณของกองทุนฯ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 มีวัตถุประสงค์ในการจัดสรรเงินให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตในกลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มคนพิการ กลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่ม ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการ สาธารณสุขของ 1) หน่วยงานด้านสาธารณสุข 2) กลุ่มหรือองค์กรประชาชนหรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่ 3) ศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ 4) การบริหารหรือพัฒนา กองทุนฯ และ 5) กรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

องค์ประกอบหลักที่สำคัญของระบบการบริหารจัดการกองทุนฯ ประกอบด้วยส่วนแรก ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ คณะกรรมการกองทุนฯ เงินงบประมาณ แผนงานหรือโครงการที่ครอบคลุม กิจกรรมทั้ง 5 ประเภท กระบวนการหรืออำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนฯ ได้แก่ 1) การพิจารณาอนุมัติแผนงาน/โครงการ 2) การออกระเบียบ 3) การควบคุมและการกำกับดูแล งบประมาณ 4) การกำกับดูแล 5) การสนับสนุนการเข้าถึงบริการสาธารณสุข 6) การให้คำแนะนำ การจัดทำข้อมูลและแผนการดำเนินงาน 7) การพิจารณาให้ความเห็นชอบการจัดทำสรุปผลการ ดำเนินงานและงบประมาณ และ 8) การแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน และ ส่วนสุดท้ายคือ ผลลัพธ์การบริหารจัดการกองทุนฯ เป็นการประเมินถึงกระบวนการบริหารจัดการของ คณะกรรมการ โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินไว้ 3 หมวด คือ 1) การบริหารจัดการกองทุนฯ 2) การมี ส่วนร่วม 3) ผลลัพธ์การดำเนินงาน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

จากการติดตามการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ด้วยการประเมินตนเองผ่านระบบรายงานโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนในระบบออนไลน์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและ บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 พบว่า การบริหาร จัดการของกองทุนฯ ภาพรวมระดับประเทศ ในปี พ.ศ. 2558 มีกองทุนฯ เพียงร้อยละ 10.50 อยู่ใน ระดับที่เป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูง (A+) ร้อยละ 40.20 เป็นกองทุนที่มีศักยภาพดี (A) ร้อยละ 20.27 เป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง (B) และร้อยละ 3.26 เป็นกองทุนที่ขาดความพร้อมต้องเร่งพัฒนา (C) (กองทุนที่ยังไม่ได้ประเมิน ร้อยละ 25.77) และผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ พบว่า การสนับสนุนศูนย์ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุคนพิการ และศูนย์เด็กเล็ก มีการใช้จ่ายเพียงร้อยละ 12.31 (เกณฑ์ร้อยละ 15) สำหรับกลุ่มหรือองค์กรประชาชน ใช้จ่ายไปเพียงร้อยละ 34.39 (เกณฑ์ร้อยละ 40) และ ภาพรวมการใช้จ่ายงบประมาณทั้งหมดเพียงร้อยละ 48.53 (เกณฑ์ร้อยละ 80 ของงบประมาณในปีงบประมาณนั้น ๆ) จะเห็นว่าอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ทำให้มีเงินคงเหลือสูงถึง ร้อยละ 51.47 และ มากกว่าที่ใช้ไป

เมื่อพิจารณาผลการประเมินการบริหารจัดการกองทุนฯ รายเขต พบว่า ผลการประเมินกองทุนฯ ในภาพรวมสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ กองทุนฯ ในเขตพื้นที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์ เขต 7 ขอนแก่น และเขต 1 เชียงใหม่ (ร้อยละ 79.60, 78.39 และ 78.21) ตามลำดับ ถือว่าเป็นกองทุนที่มีศักยภาพอยู่ในระดับสูง ส่วนพื้นที่เขต 11 สุราษฎร์ธานี เขต 12 สงขลา และเขต 2 พิษณุโลก (ร้อยละ 67.02, 68.05 และ 68.74) มีผลการประเมินกองทุนฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำกว่าเขตอื่น ๆ และเป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง นอกจากนี้เมื่อพิจารณาผลการประเมินการบริหารจัดการกองทุนฯ ที่มีศักยภาพสูง (A+) มากที่สุด ได้แก่ เขต 3 นครสวรรค์ (ร้อยละ 26.27) รองลงมา คือ เขต 7 ขอนแก่น และเขต 1 เชียงใหม่ (ร้อยละ 18.94 และ 17.81) ตามลำดับ โดยที่เขต 12 สงขลา การประเมินอยู่ในระดับกองทุนที่มีศักยภาพสูง (A+) น้อยที่สุด เพียงร้อยละ 2.43 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

ผลการดำเนินงานการบริหารจัดการกองทุนฯ ตามที่กล่าวมา ไม่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ หรือไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ นั้นเอง ที่สำคัญสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของการบริหารจัดการกองทุนฯ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งตามทฤษฎีเชิงระบบ (ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และข้อมูลป้อนกลับ) (Kinicki, A., & Williams, B. K., 2008) หรืออาจเกิดจากกระบวนการหลักของการบริหารจัดการ (การวางแผน การจัดองค์การ การนำ และการควบคุม) (Kinicki, A., & Williams, B. K., 2008, p. 4) และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการกองทุนฯ มากที่สุดคือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ (รุ่งเรือง แสนโกษา และคณะ, 2557) และปัจจัยด้านความร่วมมือ (สุทธิพงษ์ โคตรวันทา และคณะ, 2557) สำหรับปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญส่งผลให้การบริหารจัดการขาดประสิทธิภาพ คือ กระบวนการ โดยเฉพาะการขาดความร่วมมือจากภาคประชาชน (ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552) จึงเป็นประเด็นที่ควรทำการศึกษาเพื่อพัฒนาการบริหารจัดการ โดยเฉพาะประเด็นความร่วมมือ เพื่อให้ผลการดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ

นอกจากนี้ ประเด็นที่น่าสนใจจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา คือ การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พิษณุและการรักษาของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ และศูนย์เด็กเล็ก ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ซึ่งมีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยเฉพาะในประเด็นกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งประเทศ 66,534,000 คน (เพศชาย 32,128,000 คน และเพศหญิง 34,406,000) ทั้งนี้มีจำนวนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 12,040,000 คน (เพศชาย 5,081,000 คน และเพศหญิง 6,959,000 คน) คิดเป็นร้อยละ 18.10 สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสูงอายุที่มีอายุยืนนานขึ้นทั่วโลก โดยในปี ค.ศ. 2018 มีจำนวนคนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าเด็กที่มีอายุน้อยกว่าอายุ 5 ปี และคาดการณ์ไว้ว่าในระหว่างปี ค.ศ. 2019 และ 2593 จำนวนคนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลกจะมีจำนวน

มากเป็นสองเท่า ในขณะที่จำนวนของเด็กอายุต่ำกว่าอายุ 5 ปี ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ ในปี ค.ศ. 2019 คนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีจำนวนสัดส่วนประชากรประมาณร้อยละ 9 และคาดการณ์ไว้ว่าในปี ค.ศ. 2030 และ ค.ศ. 2050 จะมีประมาณร้อยละ 12 และ 16 ตามลำดับ และสามารถเข้าถึงร้อยละ 23 ได้ในปี ค.ศ. 2100 จากการที่มีประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ทั้งใน ส่วน ตลาดแรงงานและผลการดำเนินงานทางเศรษฐกิจ รวมถึงแรงกดดันทางการคลังที่หลายประเทศกำลัง เผชิญอยู่ในทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบสาธารณสุขของการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (United Nations, 2019) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุจากการฉายภาพประชากรของ สหประชาชาติ ประเทศในประชาคมอาเซียนและประเทศไทย จะเข้าสู่สังคมสูงวัยทั้งหมดภายในปี พ.ศ. 2573 (สุชาดา ทวีสิทธิ์ และคณะ, 2556)

สถานการณ์แนวโน้มประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัญหาที่ตามมา คือ ปริมาณและ คุณภาพของที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเขตเมือง มีจำนวนเพียงพอ มีคุณภาพเหมาะสม ผู้สูงอายุอยู่อาศัยได้อย่างปลอดภัย และมีความมั่นคงหรือไม่ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ ไทย, 2559) ในส่วนความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในเขตเมืองหรือเขตเทศบาลมีการอยู่ตามลำพังคนเดียว หรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสมีสัดส่วนที่สูงขึ้น ย่อมจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว (มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) สำหรับด้านความเสี่ยงของครอบครัวเขตเมืองต่อการดูแล ผู้สูงอายุ พบว่า ครอบครัวมีความกังวลว่าผู้สูงอายุจะเหงาเพราะไม่มีเวลาดูแล (ร้อยละ 50) ไม่มีเวลา ดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 24) มีความกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 27) (สุภาวดี หาญ เมธี, 2557) มีการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุโขทัยที่แสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงเขต ชนบท มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เสนห์ แสงเงิน และ คณะ, 2560) ที่สำคัญภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าสูง (พัชรา ภัณฑ์ ไชยสังข์ และคณะ, 2556) ในส่วนนี้จะเห็นว่า ผู้สูงอายุเขตเมืองหรือเขตเทศบาลควรได้รับการ ดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ในทุก ๆ มิติ โดยเฉพาะที่กล่าวมา จึงเป็นอีกหนึ่งประเด็นที่ควร ทำการศึกษา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นอีกหนึ่งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จากข้อมูลอัตราป่วยของผู้ป่วย ในต่อประชากร 100,000 คน กลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) พ.ศ. 2561 พบว่า สาเหตุการป่วยที่สำคัญ ได้แก่ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิกอื่น ๆ (12,082.93) โรคความดันโลหิตสูง (10,044.66) โรคเบาหวาน (5,859.99) และโรคไตวาย (5,343.25) อัตราป่วยดังกล่าวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 – 2560 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2562). โรคเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้มี แนวโน้มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557) สิ่งที่จะ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ ต้องอาศัยแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งหมายถึง

กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเองให้เหมาะสม เพื่อให้บรรลุสถานะของสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (World Health Organization, 1986)

การสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญ เป็นสิ่งที่สามารถช่วยให้ผู้คนสามารถควบคุมสุขภาพตนเอง ปกป้องการแทรกแซงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่หลากหลายได้ เป็นประโยชน์และปกป้องสุขภาพและคุณภาพชีวิตของแต่ละคน โดยการจัดการปัญหาและป้องกันสาเหตุหลัก ๆ ของความเจ็บป่วยที่มีต่อสุขภาพ ไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การรักษาและการทำให้หายจากโรค (World Health Organization, 2016b) ที่สำคัญองค์การอนามัยโลก (2016) ได้ประกาศกลยุทธ์ระดับโลกและแผนการปฏิบัติสำหรับการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ (ปี 2016-2020) โดยเน้นให้ประชาชนทุกคนสามารถมีชีวิตอยู่อย่างยาวนานและการมีสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ (Healthy Ageing) อาศัยกลยุทธ์ที่สำคัญ 5 ประการ คือ 1) ความมุ่งมั่นต่อปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ 2) การจัดระบบสุขภาพเพื่อสอดคล้องกับความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 4) สร้างความเข้มแข็งในการดูแลระยะยาว และ 5) ปรับปรุงการประเมินผล การติดตามและการวิจัย โดยดำเนินการผ่านความร่วมมือการทำงาน (Collaboration) ของหลากหลายภาคส่วน ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านความร่วมมือของหลากหลายภาคส่วน ตามกลยุทธ์ขององค์การอนามัยโลก จึงเป็นแนวทางที่ควรนำไปประยุกต์ใช้ในวิจัยครั้งนี้

ลักษณะปัญหาของการบริหารจัดการกองทุนฯ รวมถึงการบริหารจัดการระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ภายในระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมาของประเทศไทย เป็นไปในลักษณะแยกส่วนเกิด “ช่องว่าง” ทั้งในด้านการจัดการทรัพยากรและการให้บริการต่อประชาชน รวมทั้งทีมผู้ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนยังเป็นเฉพาะกลุ่ม ขาดความหลากหลาย ประชาชนจึงเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างไม่ทั่วถึง การปฏิรูปโดยการปรับระบบและบทบาทการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็น (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2558) จากปัญหานำไปสู่ข้อเสนอการศึกษาในประเด็นการบริหารจัดการกองทุนฯ ผ่านความร่วมมือ การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุโดยเฉพาะเขตเมือง ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านความร่วมมือของหลากหลายภาคส่วน สอดคล้องกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2557) เสนอการพัฒนาให้กองทุนให้มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และสร้างความเป็นเจ้าของ (Ownership) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข และประชาชนทุกกลุ่มในชุมชน อาศัยภูมิปัญญาและพลังความร่วมมือของทุกภาคส่วน เป็นเครื่องมือสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในชุมชน

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้นำ แนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (Collaborative Governance) (Emerson, K., & Nabatchi, T., 2015) ซึ่งหมายถึง องค์ประกอบของความร่วมมือในการบริหารจัดการระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ต่อการตัดสินใจและการจัดการตามข้อตกลงของกลุ่ม และเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการอภิปรายร่วมกัน เพื่อกำหนดนโยบาย นำนโยบายสู่การปฏิบัติ และบริหารจัดการโครงการ หรือทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกัน เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ Emerson, K., & Nabatchi, T. (2015) มาเป็นกรอบการสร้างรูปแบบการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะในประเด็นผู้สูงอายุเขตเมือง โดยที่องค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือนั้น หมายถึง กลไกการอภิบาลความร่วมมือ (กลไกด้านลักษณะองค์กร ได้แก่ ตัวแปรด้านโครงสร้าง วัฒนธรรมองค์กร ทรัพยากร และภาวะผู้นำ กลไกด้านลักษณะบุคคล ได้แก่ ตัวแปรด้านประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ ความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ และการพึ่งพาอาศัยกัน และกลไกปัจจัยด้านเครื่องมือ ได้แก่ แผนงาน/โครงการและกฎระเบียบกองทุน) และกระบวนการอภิบาลความร่วมมือ (การมีส่วนร่วมตามหลักธรรมาภิบาล การพัฒนาแรงจูงใจร่วมกัน และการสร้างศักยภาพในการปฏิบัติการร่วมกัน) นำไปสู่ผลการดำเนินงานที่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ และผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

ผลการดำเนินงานของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ เป็นคำถามที่สำคัญมากในทางปฏิบัติ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ประสิทธิภาพ คุณภาพสัมพันธ์ของการทำงาน มุมมองความคิดเห็น ความเหนียวแน่นขององค์กร และความสัมพันธ์ในอำนาจ ดังนั้น การนำเอาแนวความคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือ มาใช้เป็นกรอบแนวทางในการสร้างความร่วมมือทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน น่าจะเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ดีแนวทางหนึ่ง ในการปรับปรุง เพิ่มผลการดำเนินงานให้กับกองทุนฯ รวมถึงทุกภาคส่วน ที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี และข้อดีที่สำคัญของความร่วมมือกันทำงานคือ การลดเวลาในการปฏิบัติงาน การปรับปรุงความสามารถในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน การเพิ่มความสามารถในการสร้างทางเลือกอย่างสร้างสรรค์ การอภิปรายข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือก เพื่อเลือกใช้ประโยชน์ได้และช่วยในการตัดสินใจ ทั้งการปรับปรุงการสื่อสาร การเรียนรู้ ความพึงพอใจส่วนบุคคล และส่งเสริมนวัตกรรม (Alonso, J. et al., 2010)

สำหรับพื้นที่การศึกษาจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า การใช้จ่ายงบประมาณทั้งหมดในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ของทุกเขตในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยเฉพาะเขต 12 มีการใช้จ่ายในปี 2558 และปี 2559 เพียงร้อยละ 44.31 และ 44.91 ตามลำดับ (เกณฑ์ร้อยละ 80 ของงบประมาณในปีนั้น ๆ) ผลการประเมินอยู่ในระดับกองทุนที่มีศักยภาพสูง (A+) น้อยที่สุด และผลการประเมินภาพรวมน้อยกว่าเขตอื่น ๆ (กองทุนอยู่ในระดับศักยภาพปานกลาง) รวมถึงผลการใช้จ่ายงบให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชนดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในปี 2558 และ 2559 มีเพียงร้อยละ 32.15 และร้อยละ 35.00 ตามลำดับ (เกณฑ์ร้อยละ 40) ที่

สำคัญคือ การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พิ้นฟูและการรักษาของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ และศูนย์เด็กเล็ก มีการใช้จ่ายงบ อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และต่ำกว่าเขตอื่น ๆ โดยมีการใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 เพียงร้อยละ 9.82 และ 9.58 ตามลำดับ (เกณฑ์ร้อยละ 15) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) นอกจากนี้ การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสำคัญลำดับแรกของพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 12 เช่นกัน ดังนั้น พื้นที่กองทุนฯ เขต 12 เป็นพื้นที่ที่มีความเหมาะสมต่อการพัฒนา และทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ประกอบไปด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เมื่อพิจารณารายงานสรุปจำนวนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมของกองทุนฯ เปรียบเทียบกับกลุ่มเป้าหมายของเขตนี้ ในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 จะเห็นว่า ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีความเสี่ยง (ร้อยละ 29 และ 28.91) รองลงมา คือ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน (ร้อยละ 13.89 และ 15.75) และกลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน (ร้อยละ 11.93 และ 13.38) ตามลำดับ โดยที่การดำเนินงานในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 ของกลุ่มผู้สูงอายุ เพียงร้อยละ 11.52 และ 11.12 และกลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ เพียงร้อยละ 3.33 และ 2.97 ตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) กอปรกับรายงานความก้าวหน้ากองทุนฯ ประจำเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ของเขต 12 ปัญหาที่สำคัญ ยังเป็นเงินคงเหลือที่มีมูลค่าสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกองทุนฯ ในระดับเทศบาลนคร และเทศบาลเมือง โดยเฉพาะเทศบาลนครหาดใหญ่ และเทศบาลนครยะลา มีเงินคงเหลือ 41.1 และ 22.04 ล้านบาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12, 2560) ดังนั้น กองทุนฯ ในเขตเมือง นั่นคือเทศบาลนคร และเทศบาลเมืองควรได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน

จากการทบทวนวรรณกรรม และข้อเสนอเพื่อการวิจัยดังกล่าวมา ร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้ความสำคัญของการสนับสนุนและส่งเสริมศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พิ้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) จึงเป็นความท้าทาย และความสนใจของผู้วิจัย ในการศึกษาแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 โดยผู้วิจัยจะศึกษาองค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 และทำการประเมินผลลัพธ์ของการนำแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ผลการศึกษาที่ได้ของ

งานวิจัยฉบับนี้ คาดว่าจะเป็นประโยชน์ทั้งในเชิงปฏิบัติการ เชิงวิชาการ และเชิงนโยบายของการพัฒนากองทุนฯ ให้มีประสิทธิภาพในทุกระดับพื้นที่

คำถามการวิจัย

1. การอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เป็นอย่างไร และปัจจัยใดที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12
2. รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เป็นอย่างไร
3. ผลของการนำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เป็นอย่างไร

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12
3. เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ขอบเขตด้านเนื้อหาของการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวคิดกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
2. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ
3. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4. แนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือ

5. แนวคิดของรูปแบบ

2. ขอบเขตด้านพื้นที่การศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดพื้นที่การศึกษา คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองและเทศบาลนครของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ 12 ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ ตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส จำนวนทั้งหมด 25 กองทุนฯ และพื้นที่การทดลองนำรูปแบบลงสู่การปฏิบัติ คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา อำเภอเมือง จังหวัดยะลา เลือกลักษณะเฉพาะเจาะจงในพื้นที่นี้เพราะผลการดำเนินงานของกองทุนฯ ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

3. ขอบเขตด้านประชากร

คณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือกลุ่มผู้สูงอายุ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองและเทศบาลนคร ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ 12

4. ขอบเขตด้านระยะเวลา

เริ่มทำการศึกษาดังตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านลักษณะองค์กร ได้แก่ ตัวแปรด้านโครงสร้าง วัฒนธรรมองค์กร ทรัพยากร และภาวะผู้นำ มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

2. ปัจจัยด้านลักษณะบุคคล ได้แก่ ตัวแปรด้านประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ ความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ และการพึ่งพาอาศัยกัน มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

3. ปัจจัยด้านเครื่องมือของความร่วมมือระหว่างองค์กร ได้แก่ แผนงาน/โครงการ และกฎระเบียบกองทุน มีผลต่อมีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

4. ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารจัดการความร่วมมือ ได้แก่ การมีส่วนร่วมตามหลักธรรมาภิบาล การพัฒนาแรงจูงใจร่วมกัน การสร้างศักยภาพในการปฏิบัติการณ์ร่วมกัน มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

นิยามศัพท์เฉพาะ

การอภิบาลผ่านความร่วมมือ หมายถึง องค์ประกอบของความร่วมมือ ในการบริหารจัดการระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ต่อการตัดสินใจและการจัดการตามข้อตกลงของกลุ่ม และเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการอภิปรายร่วมกัน เพื่อกำหนดนโยบาย นำนโยบายสู่การปฏิบัติ และบริหารจัดการโครงการ หรือทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกัน เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ผู้สูงอายุเขตเมือง หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเขตเทศบาลเมือง และเทศบาลนคร เขต 12

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อให้ประชาชนทุกคนเพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น โดยผ่านโครงการของกองทุนฯ

กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หมายถึง กองทุนที่เกิดจากความร่วมมือ ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุขและภาคประชาชนในพื้นที่ มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนหรือส่งเสริมงบประมาณตามแผนงานหรือโครงการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ภายใต้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนฯ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรภาคีต่าง ๆ ให้เข้ามาบริหารจัดการระบบสุขภาพชุมชนขึ้นในพื้นที่ โดยการศึกษาขึ้นนี้ หมายถึง พื้นที่ของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมือง และเทศบาลนคร ของเขต 12

รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ หมายถึง กรอบความคิดที่แสดงถึงโครงสร้างและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ที่ประกอบด้วย กลไกและกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ นำไปสู่การกำหนดนโยบาย นำนโยบายสู่การปฏิบัติ และบริหารจัดการโครงการ หรือทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกัน เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 หมายถึง กรอบความคิดที่แสดงถึงโครงสร้างและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ที่ประกอบด้วย กลไกและกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ นำไปสู่การกำหนดนโยบายสำหรับผู้สูงอายุ มีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และการบริหารจัดการโครงการ หรือทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกัน เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 12

องค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ หมายถึง กลไกการอภิบาลความร่วมมือ (กลไกด้านลักษณะองค์กร ได้แก่ ตัวแปรด้านโครงสร้าง วัฒนธรรมองค์กร ทรัพยากร และภาวะผู้นำ กลไกด้านลักษณะบุคคล ได้แก่ ตัวแปรด้านประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ ความรู้

และความเข้าใจ การรับรู้ และการพึ่งพาอาศัยกัน และกลไกปัจจัยด้านเครื่องมือ ได้แก่ แผนงาน/โครงการ และกฎระเบียบกองทุน) และกระบวนการอภิบาลความร่วมมือ (การมีส่วนร่วมตามหลักหลักธรรมาภิบาล ได้แก่ ตัวแปรกระบวนการค้นหาปัญหา การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ การพิจารณา และการตัดสินใจ การพัฒนาแรงจูงใจร่วมกัน ได้แก่ ความไว้วางใจ และการสร้างศักยภาพในการปฏิบัติการร่วมกัน ได้แก่ ระบบการทำงานร่วมกัน การจัดการความเป็นผู้นำหรือภาวะผู้นำ การจัดการความรู้ การจัดการทรัพยากร)

ผลการประเมินการนำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ผลการประเมินในด้านประสิทธิผล คุณภาพความสัมพันธ์ของการทำงาน มุมมองความคิดเห็น และความเหนียวแน่นขององค์กร ของความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ความรู้ เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ หรือรายละเอียดต่าง ๆ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ หรือรายละเอียดต่าง ๆ ของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วัฒนธรรมองค์กร หมายถึง พฤติกรรมที่สร้างขึ้นจากบุคคลที่เข้าร่วมความร่วมมือภายในกองทุน โดยมีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และยึดถือปฏิบัติกันจนเป็นธรรมเนียมปฏิบัติในกองทุนนั้น

ทรัพยากร หมายถึง ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำเนินกิจกรรมของกองทุนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อบรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ผู้นำ หมายถึง บุคคลที่มีบารมีและมีบทบาท รวมทั้งมีอิทธิพลเหนือผู้อื่น สามารถสั่งการ หรือชักนำบุคคลอื่นให้ปฏิบัติงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ของกองทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ

การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางความคิดและจิตใจของบุคคลที่แสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ที่มีผลมาจากกระบวนการเรียนรู้จากการทำงานของกองทุน ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาโดยแตกต่างกันตามลักษณะบุคคล และประสบการณ์ที่ผ่านมา

กฎระเบียบ ข้อบังคับ หมายถึง แบบแผนที่วางไว้เป็นแนวปฏิบัติ หรือดำเนินการของกองทุนเป็นลายลักษณ์อักษรโดยเฉพาะและมีความสอดคล้องกับกฎระเบียบ ข้อบังคับของ อปท. และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กระบวนการค้นพบ หมายถึง การสืบค้น สำรวจ ทำความเข้าใจ และวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกองทุนร่วมกัน

กระบวนการให้ความหมาย หมายถึง การพยายามที่จะสร้างความหมายร่วมกันในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กระบวนการพิจารณา หมายถึง การอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยตรงไปตรงมา และมีเหตุผล เพื่อความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กระบวนการตัดสินใจ หมายถึง การบรรลุผลสำเร็จโดยการตัดสินใจเชิงกระบวนการและการตัดสินใจที่สำคัญของการอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การพัฒนาความไว้วางใจ หมายถึง การสร้างความเชื่อมั่นต่อความน่าเชื่อถือ ความซื่อสัตย์ และความสามารถของบุคคลอื่นที่เข้ามาร่วมกันทำงานของกองทุน

การพัฒนาความมุ่งมั่นทุ่มเทให้แก่องค์กร หมายถึง การอุทิศตนและความรับผิดชอบต่อการอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อบรรลุเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ที่มีร่วมกัน

ระบบของความร่วมมือ หมายถึง แนวทางสำหรับการจัดการของระบบการอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกองทุน

การจัดการความเป็นผู้นำหรือภาวะผู้นำ หมายถึง การปฏิบัติงานของผู้นำหรือคณะกรรมการกองทุนในการชักจูง โน้มน้าวหรือสนับสนุนภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันทำงาน เพื่อให้กองทุนประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่วางไว้

การจัดการความรู้ หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในกองทุน ซึ่งมีการกระจายอยู่ทั้งในตัวบุคคล กระบวนการทำงานหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในกองทุนสามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้มีความรู้ และมีความสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการทรัพยากร หมายถึง กระบวนการกระจายทรัพยากรที่สำคัญของกองทุน เพื่อนำทรัพยากรเหล่านั้นไปใช้อย่างเหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุด

การประชาสัมพันธ์ หมายถึง การติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน หรือองค์กรและกลุ่มประชาชนเป้าหมาย เพื่อสร้างความเข้าใจ และความร่วมมือตลอดจนความสัมพันธ์ที่ดี เพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การติดตามและประเมินผล หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลของการดำเนินงาน เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับ และทำการตรวจสอบการดำเนินงานและผลการดำเนินงานเพื่อตัดสินใจ

ประสิทธิผลของความร่วมมือ หมายถึง การบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของกองทุนที่คาดหวังไว้ โดยอาศัยความร่วมมือในการทำงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ เงินคงเหลือในปีงบประมาณลดลง สัดส่วนการใช้จ่ายเทียบรายรับที่ได้รับในปีงบประมาณ และสัดส่วนการใช้จ่ายเทียบรายรับทั้งหมดเพิ่มขึ้น จำนวนโครงการสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และโครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

คุณภาพความสัมพันธ์ของการทำงาน หมายถึง การคำนึงถึงผลประโยชน์ร่วมกันระหว่างหน่วยงาน กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกองทุน และเป็นปัจจัยสำคัญสู่ผลลัพธ์ของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกองทุน

การรับรู้มุมมอง หมายถึง การรับรู้ถึงความคิดเห็น หรือทัศนคติของแต่ละบุคคลที่มีต่อความร่วมมือกันทำงานระหว่างหน่วยงาน กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกองทุน

ความเหนียวแน่นของเครือข่ายความร่วมมือ หมายถึง การคำนึงถึงความสนใจและยอมรับซึ่งกันและกัน ระหว่างองค์กร กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มของกองทุนฯ และส่งผลต่อแรงจูงใจกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ หรือช่วยเหลือกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกองทุนที่ตั้งไว้



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมืองของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมทางด้านแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประโยชน์และสอดคล้องกับการวิจัยดังต่อไปนี้

1. แนวคิดกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
2. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ
3. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
4. แนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือ
5. แนวคิดของรูปแบบ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

1. ความเป็นมาของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

ตามที่ประเทศไทยได้มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำให้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น ซึ่งเป็นองค์กรที่มีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญเพื่อจัดระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตอย่างมีคุณธรรมของประชาชน นอกจากนั้นแล้วยังได้กำหนดให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุน ประสาน และกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน รวมถึงสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรดำเนินงาน โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ ผ่านการขับเคลื่อนในเชิงบริหารจัดการนั้น คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ นับเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือเรียกชื่อย่อว่า สปสช. อปท. เริ่มดำเนินการนับตั้งแต่ได้มีประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2549 โดยที่เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2550 ณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้จัดให้มีพิธีลงนาม บันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่อง การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันติบาลเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ (public policy) ซึ่งเป็นหลักและวิถีปฏิบัติเพื่อประชาชนทั่วไป (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) โดยที่ อปท. สร้างความร่วมมือให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล และเกิดการยอมรับจากคนในชุมชนทุกกลุ่มนำไปสู่การปฏิบัติได้ด้วยความเต็มใจ ไม่รู้สึกต่อต้านและรู้สึกเป็นเจ้าของ (รัชนิ มิตกิตติ, 2559)

เจตนารมณ์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคม ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ โดยมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ เป็นมิติทางสังคมเพื่อสุขภาพ (social determinant of health) ท้องถิ่นและชุมชนก็จะเป็นศูนย์รวมของการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ต่าง ๆ ในการเพิ่มประสิทธิภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนได้มากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ร่วมวางแผน และส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ สามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชน สนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่ได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้แสดงบทบาทในการสนับสนุนประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้ยังส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและการสร้างกลไกในสังคมที่จะต้องเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพให้ลุล่วง

การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อาศัยองค์กรภาคส่วนต่าง ๆ ร่วมมือกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต ตลอดจนส่งเสริม

ให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ มีสวัสดิการชุมชนรองรับและสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง จากจุดเริ่มต้นการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนกองทุนสุขภาพตำบลจากยุคก่อเกิดกองทุนในช่วงปี พ.ศ. 2549 – 2550 แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือกันจากภาคส่วนท้องถิ่นที่ยินดีเข้าร่วมและปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด จนถึงยุคปัจจุบัน ถือได้ว่าเป็นยุคแห่งการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงที่จะมีผลต่อกระบวนการทัศน์ในการทำงาน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนของพื้นที่ ทั้งในและนอกภาคส่วนสาธารณสุข เป็นที่น่าสนใจว่า นับจากนี้ต่อไปกองทุนสุขภาพตำบลซึ่งได้รับการยอมรับจากหลายภาคส่วนว่า เป็นกลไกที่มีศักยภาพในการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพชุมชน ควรจะพัฒนาต่อไปในทิศทางใด และควรมีมาตรการรองรับอย่างไร ขณะเดียวกันประเด็นคำถามเกี่ยวกับการมีกองทุนสุขภาพตำบลมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์การทำงานและบทบาทของ อปท. องค์กรชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างไร (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2554)

โดยสรุป กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หมายถึง กองทุนที่เกิดจากความร่วมมือ (Collaboration) ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุขและภาคประชาชนในพื้นที่ มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนหรือส่งเสริมงบประมาณตามแผนงานหรือโครงการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ภายใต้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนฯ โดยเน้นการมีส่วนร่วม (Participation) ของประชาชนและองค์กรภาคีต่าง ๆ ให้เข้ามาบริหารจัดการระบบสุขภาพชุมชนขึ้นในพื้นที่

2. วัตถุประสงค์ในการสนับสนุนหรือส่งเสริมงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

การดำเนินงานเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่าย ตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) ดังนี้

1. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชนหรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่ได้ดำเนินงานตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่สมาชิกหรือประชาชนในพื้นที่

3. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกของศูนย์เด็กเล็กหรือศูนย์ชื่ออื่นที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน หรือศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ หรือศูนย์ชื่ออื่นที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการในชุมชนตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานฯ กำหนดเป็นเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพในแต่ละปีงบประมาณนั้น

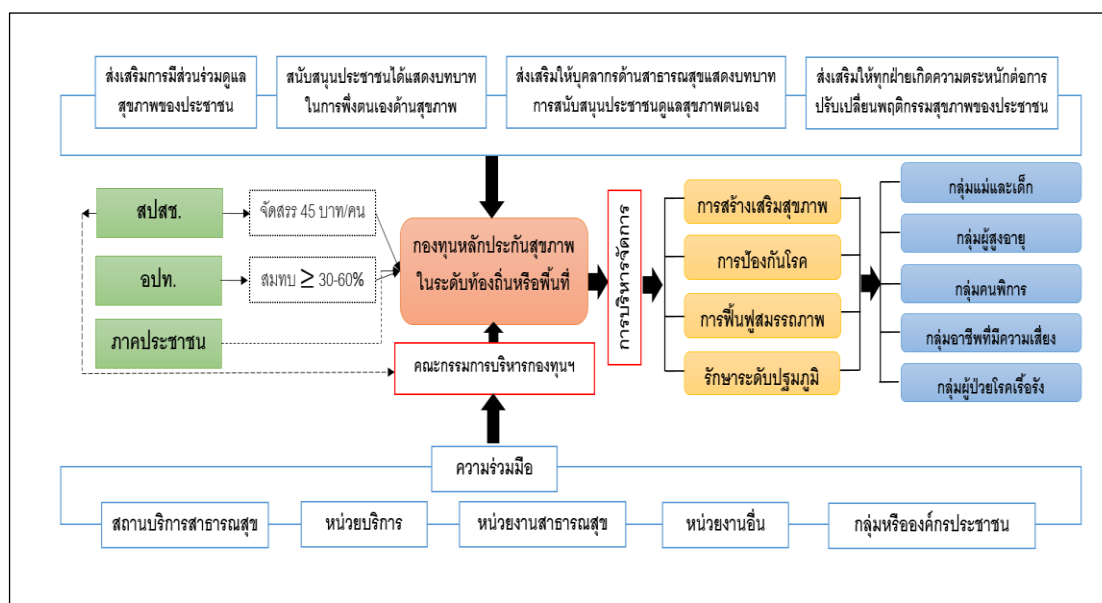
4. เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ต้องไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพในแต่ละปีงบประมาณนั้น

5. กรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ ให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินกองทุนเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น เหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ได้

โดยสรุป วัตถุประสงค์ของกองทุนฯ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และศูนย์เด็กเล็กในชุมชน หรือศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการในชุมชน เน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก กลุ่มหรือองค์กรประชาชนหรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่ เน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ รวมถึงเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้น การจัดบริการสาธารณสุขตามแผนงาน/โครงการจะต้องมีความสอดคล้องและครอบคลุมประเด็นตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว

3. การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการกองทุนฯ และหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ , 2557) สามารถสรุปเป็นภาพรวมของการบริหารจัดการกองทุนฯ ได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 ภาพรวมของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

3.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเต็มรูปแบบ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา โดยมีทั้งองค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ได้แก่ กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา (ตาราง 1)

ตาราง 1 รูปแบบและโครงสร้าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	จำนวน (แห่ง)
องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)	76
เทศบาล	2,441
• เทศบาลนคร (ประชากร 50,000 คนขึ้นไป)	30
• เทศบาลเมือง (ประชากร 10,000 - 50,000 คน)	178
• เทศบาลตำบล (ประชากรน้อยกว่า 10,000 คน)	2,233
องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)	5,334
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (กทม. และพัทยา)	2
รวมทั้งสิ้น	7,853

ที่มา: กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2558

อำนาจหน้าที่ขององค์การปกครองท้องถิ่นในบริบทของงานส่งเสริมสุขภาพ และงานสุขภาพสิ่งแวดล้อม หรือการบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ปรากฏว่า หน่วยงานรัฐส่วนกลางได้กระจายอำนาจ การกึ่งเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ การสุขภาพสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน เพื่อการป้องกันโรคติดต่อ และส่งเสริมการอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนในท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทย ฉบับปัจจุบัน มาตรา 52 วรรค 2 บัญญัติว่า "การบริการทางสาธารณสุขของรัฐ ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองท้องถิ่น และเอกชนมีส่วนร่วมด้วย เท่าที่จะกระทำได้" มาตรา 290 บัญญัติว่า "เพื่อส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ย่อมมีอำนาจหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนด โดยที่องค์กรปกครองท้องถิ่น ถือเป็นองค์กรหรือกลไกของประชาชนที่สำคัญ ที่มีบทบาทในการพัฒนาการสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐาน ของประชาชนในท้องถิ่นนั้น ๆ (สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย, 2560)

การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบขององค์การปกครองท้องถิ่น มีความเข้าถึงและเข้าใจบริบทของพื้นที่ จึงได้รับการกระจายอำนาจจากส่วนกลาง ร่วมมือกับสำนักงานงานหลักประกันสุขภาพ จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ผ่านกระบวนการบริหารจัดการตั้งแต่ การตั้งงบประมาณ การสมทบ การคัดเลือกคณะกรรมการ การส่งจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน จนกระทั่งถึงการจัดทำบัญชีกองทุนฯ โดยที่บทบาทหน้าที่ของ อปท. ในการตั้งงบประมาณและการสมทบงบประมาณเข้าสู่กองทุน ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดคือ ไม่น้อยกว่าอัตราร้อยละของเงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ โดยที่องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่หรือเทศบาลตำบล สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 เทศบาลเมืองหรือเทศบาลนครหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 เพื่อเป็นงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนฯ ต่อไป (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

3.2 คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

คณะกรรมการกองทุนฯ ที่ได้รับการแต่งตั้งนั้น มีผู้บริหารสูงสุดขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประธานกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ เป็นรองประธานกรรมการ สมาชิกสภาองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่สภามอบหมายจำนวน ห้าหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่คัดเลือกกันเอง ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนคัดเลือกกันเอง ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชนหรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระในพื้นที่ (ถ้ามี) เป็นกรรมการ ปลัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่

ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมายเป็นกรรมการและเลขานุการ และผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมหรือส่วนสาธารณสุขหรือที่เรียกชื่ออื่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ให้สาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลในพื้นที่ เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการกองทุนฯ กรรมการในคณะกรรมการกองทุนที่มาจากการคัดเลือกมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละ 4 ปี โดยให้คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) ดังนี้

3.2.1 พิจารณออนุมัติแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน กรณีกรรมการผู้ใดในคณะกรรมการกองทุนเป็นผู้เสนอและดำเนินการแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ให้กรรมการผู้นั้นมีสิทธิชี้แจงต่อที่ประชุม แต่ไม่มีสิทธิออกเสียงอนุมัติแผนงาน หรือ โครงการ หรือกิจกรรมนั้น

3.2.2 ออกระเบียบที่จำเป็นเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุน และระเบียบว่าด้วยค่าตอบแทน ของอนุกรรมการหรือคณะทำงานหรือผู้ดำเนินงาน ทั้งนี้ ต้องไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ และไม่เกินกว่าอัตราหรือหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3.2.3 ควบคุมและกำกับดูแลการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีเงิน หรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

3.2.4 กำกับดูแลให้หน่วยงาน หรือกลุ่มหรือองค์กรผู้ที่ได้รับอนุมัติตามที่กล่าวมาให้เป็นไปตามแผนงาน โครงการที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติและตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพกำหนด

3.2.5 สนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

3.2.6 ให้คำแนะนำในการจัดทำข้อมูลและแผนดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมาย หน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.2.7 พิจารณาให้ความเห็นชอบการจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่ายและเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เมื่อสิ้นปีงบประมาณให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

3.2.8 แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องได้ตามความจำเป็น และให้อนุกรรมการหรือคณะทำงานที่ได้รับแต่งตั้งได้รับค่าตอบแทนการประชุมหรือค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็น ในการดำเนินงานตามระเบียบของคณะกรรมการกองทุน

การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนฯ โดยปกตินั้น ประกอบไปด้วย การประชุมของคณะกรรมการกองทุนฯ อย่างน้อยควรมีการประชุมทุก 2 เดือนต่อครั้ง เพื่อพิจารณา โครงการที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ รวมทั้งติดตามผลการดำเนินงานโครงการที่กองทุน ให้การสนับสนุนไปแล้ว กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ จัดทำระเบียบวาระการประชุม และบันทึก รายงานการประชุมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

3.3 กระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

กระบวนการของการบริหารจัดการกองทุนฯ เริ่มตั้งแต่ 1) การพิจารณาอนุมัติ แผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน 2) ออกระเบียบที่จำเป็น เพื่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุน และระเบียบว่าด้วยค่าตอบแทน ของอนุกรรมการหรือ คณะทำงานหรือผู้ดำเนินงาน 3) ควบคุมและกำกับดูแลการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและ การจัดทำบัญชีเงิน หรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด 4) กำกับดูแลให้ หน่วยงาน หรือกลุ่มหรือองค์กรผู้ที่ได้รับอนุมัติตามที่กล่าวมา ให้เป็นไปตามแผนงาน 5) การสนับสนุน ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ 6) ให้คำแนะนำในการจัดทำข้อมูลและแผนดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง กับยุทธศาสตร์สุขของกลุ่มเป้าหมาย หน่วยบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 7) พิจารณาให้ความเห็นชอบการจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่ายและเงินคงเหลือของ กองทุนหลักประกันสุขภาพ 8) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องได้ ตามความจำเป็น และที่สำคัญคือ หน่วยงานภาครัฐ/เอกชน หรือประชาชนในพื้นที่ ดำเนินการในส่วน กระบวนการของการบริหารจัดการ ด้วยการจัดทำแผนงาน/โครงการ ให้ครอบคลุมประชาชนทุก กลุ่มเป้าหมาย ตามนโยบายที่กองทุนฯ ได้กำหนดไว้

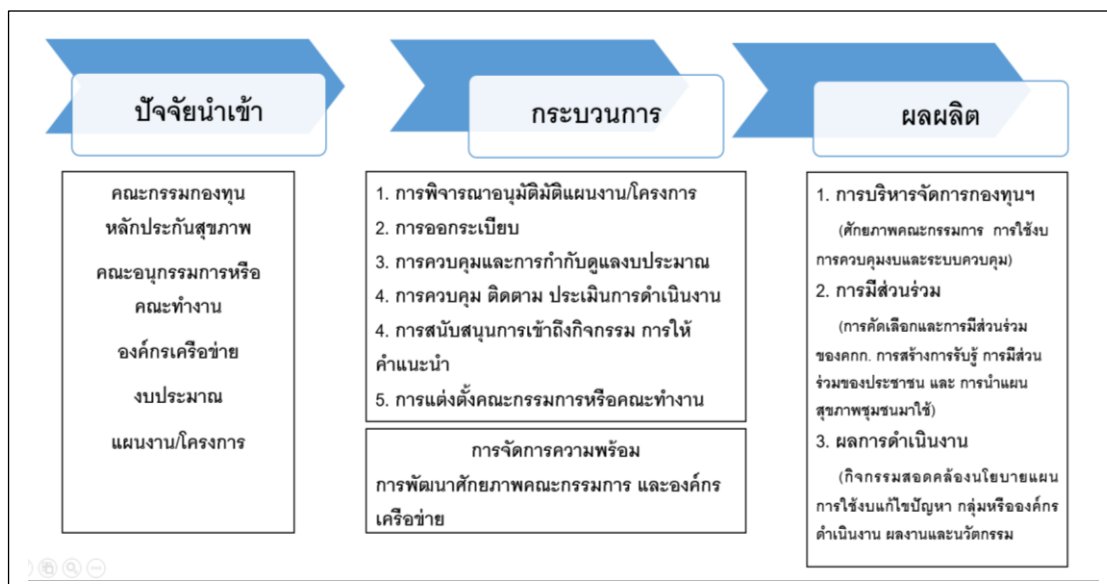
เมื่อพิจารณาตามหลักการบริหารจัดการ ซึ่งหมายถึง การแสวงหาเป้าหมายของ องค์กรอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลโดยการบูรณาการการทำงานของบุคคลผ่านการวางแผน (planning) การจัดองค์การ (organizing) การนำ (leading) และการควบคุม (controlling) ด้วย ทรัพยากรขององค์กร (Kinicki, A., & Williams, B. K., 2008, p. 4) จะเห็นว่า กองทุนฯ จะต้องมีการ วางแผน นั่นคือ การกำหนดวัตถุประสงค์ นโยบาย วิสัยทัศน์ และกลยุทธ์ โครงการและวิธีดำเนินงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ รวมถึงการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับการจัดองค์การ จะต้องมีการ จัดโครงสร้าง การออกแบบองค์กร การกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบการกำหนด ทรัพยากรขององค์กร ในส่วนของการนำนั้น เป็นการกระตุ้น และจูงใจให้คนทำงานมากขึ้น เพื่อให้ บรรลุเป้าหมายขององค์กร และสุดท้าย การควบคุม เป็นการวัดผลการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตาม เป้าหมาย หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ (ฐาปนา ฉินไพศาล, 2559)

กระบวนการหลักของการบริหารดังกล่าว กองทุนฯจะต้องดำเนินการให้ได้และมีความชัดเจนในทางปฏิบัติ หากขาดส่วนหนึ่งส่วนใดไป การดำเนินงานของกองทุนฯ ย่อมไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งจะเห็นว่าจากกระบวนการของการบริหารจัดการกองทุนฯ ตามรายละเอียดของประกาศฉบับปัจจุบันนี้ กระบวนการของการบริหารจัดการอาจยังไม่ชัดเจน หรือครอบคลุมตามแนวคิดการบริหารจัดการที่กล่าวมาเท่าที่ควร ซึ่งอาจทำให้การดำเนินงานของกองทุนฯ ไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของกองทุนที่ตั้งไว้ได้

นอกจากนี้ การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เป็นการดำเนินกิจกรรมทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน ทั้งหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรภาคประชาชน ที่ดำเนินงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีวิธีการดำเนินงานกิจกรรมที่หลากหลาย ในแต่ละกิจกรรมมีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันเป็นระบบ ในมุมมองของการบริหารจัดการตามทฤษฎีเชิงระบบ หมายถึง กลุ่มของส่วนความสัมพันธ์ที่ดำเนินการร่วมกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน มุมมองระบบนี้ถือว่า องค์กรเป็นระบบที่มีความสัมพันธ์ของกลุ่มหรือส่วนต่าง ๆ โดยที่องค์กรเป็นการรวบรวมของระบบย่อย ก่อให้เกิดภาพรวมทั้งระบบและเป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมที่มีขนาดใหญ่ ทั้งนี้ องค์ประกอบพื้นฐานของระบบได้แก่ สิ่งที่ป้อนเข้าไปหรือปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลงาน (Output) หรือผลิตผล (Product) และข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) (Kinicki, A., & Williams, B. K., 2008)

ดังนั้น กองทุนฯ เป็นระบบที่มีความสัมพันธ์ของกลุ่มหรือส่วนต่าง ๆ โดยที่กองทุนฯ เป็นการรวบรวมของระบบย่อย ๆ ก่อให้เกิดภาพรวมทั้งระบบ การบริหารจัดการกองทุนฯ จึงต้องอาศัยการบริหารจัดการตามทฤษฎีเชิงระบบ มุมมองภาพรวมกิจกรรมที่สำคัญของการบริหารจัดการกองทุนฯ ตามทฤษฎีเชิงระบบ เริ่มต้นจากขั้นตอนแรก สิ่งนำเข้า (Input) ได้แก่ คณะกรรมการกองทุน แผนงาน/โครงการ สู่กิจกรรมกระบวนการ (Process) ของการบริหารจัดการกองทุนฯ ที่สำคัญ คือ การวางแผนและการพิจารณาอนุมัติโครงการ และได้ผลผลิต (Output) ได้แก่ โครงการที่ผ่านการอนุมัติและการประเมินผลโครงการ อาจรวมถึงผลลัพธ์หรือผลกระทบทางบวกที่อาจจะเกิดขึ้น คือ ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ในแต่ละช่วงของกิจกรรมดังกล่าวยังต้องการผลลัพธ์ระหว่างทาง (intermediate outcomes) ที่สำคัญ คือ ในส่วนแรก ได้แก่ คุณภาพของโครงการ ทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ และเน้นถึงการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนกระบวนการ ได้แก่ แผนงาน/โครงการมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกองทุน รวมถึงมูลค่าการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและคุ้มค่า ส่วนผลลัพธ์ ได้แก่ การดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชนและการเข้าถึงบริการ และสุดท้าย ได้แก่ สุขภาพของประชาชน พฤติกรรมการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลและครอบครัว ชุมชนสามารถดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งต้องอาศัยการขับเคลื่อนและการติดตาม

ประเมินผลเพื่อประสิทธิผลของการบริหารจัดการกองทุนฯ สามารถสรุปการบริหารจัดการของกองทุนฯ ตามทฤษฎีเชิงระบบได้ ดังภาพ 2



ภาพ 2 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

3.4 การติดตามประเมินผลกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

สำหรับการติดตามประเมินผลกองทุนฯ นั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตระหนักถึงความสำคัญของติดตามประเมินกองทุนฯ จึงพัฒนาระบบการรายงานผลการดำเนินงานและด้านการเงินของแต่ละกองทุนผ่านเว็บไซต์ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้กองทุนฯ เป็นผู้บันทึกข้อมูลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถติดตามการดำเนินงานได้ครอบคลุมทุกกองทุนฯ ซึ่งจะช่วยให้ตรวจสอบการดำเนินงานว่ามีความครบถ้วน ถูกต้อง และควรจะพัฒนางานด้านใดบ้าง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดเกณฑ์การประเมินไว้ 3 หมวด คือ 1) การบริหารจัดการกองทุน (30 คะแนน) ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ 1.1) ศักยภาพของคณะกรรมการกองทุน 1.2) กระบวนการใช้จ่ายงบประมาณ 1.3) ระบบควบคุม ตรวจสอบ ติดตาม และประเมินผลด้านการเงิน 1.4) ระบบควบคุม ตรวจสอบ ติดตามและประเมินผล 2) การมีส่วนร่วม (30 คะแนน) ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ 2.1) การคัดเลือกคณะกรรมการกองทุนและการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนฯ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน 2.2) การสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ และความสนใจของชุมชนต่อบทบาทภารกิจ และผลงานของกองทุนฯ 2.3) การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน 2.4) การนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) หรือแผนสุขภาพชุมชนมาใช้ในการบริหาร

จัดการกองทุนฯ 3) ผลลัพธ์การดำเนินงาน (40 คะแนน) ประกอบด้วย 6 ประเด็น คือ 3.1) มีกิจกรรมที่สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ 3.2) การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ 3.3.) การให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชนเป็นผู้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค 3.4) ความสอดคล้องของแผนงานประจำปีกับโครงการในปีงบประมาณ 3.5) การนำเสนอผลของโครงการต่อกรรมการกองทุนและองค์กรอื่น ๆ 3.6) การสร้างนวัตกรรมสุขภาพชุมชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

ทั้งนี้ การรายงานผลการดำเนินงานและด้านการเงิน รวมทั้งสิ้น 14 ประเด็น คะแนนรวม 100 คะแนน คือ ได้แบ่งระดับการประเมินเป็น 4 ระดับ

ระดับ A+ ผลคะแนน 90-100 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูงและสามารถเป็นศูนย์เรียนรู้

ระดับ A ผลคะแนน 70-89 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพดี

ระดับ B ผลคะแนน 50-69 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง

ระดับ C ผลคะแนนน้อยกว่า 50 คะแนน เป็นกองทุนที่ยังขาดความพร้อมต้องเร่งพัฒนา

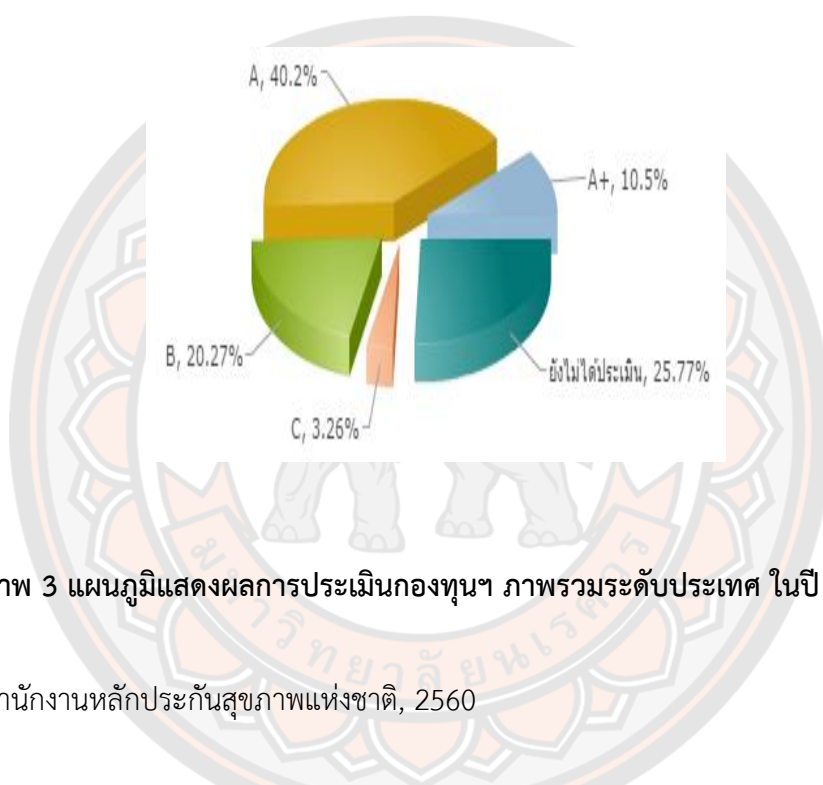
นอกจากนี้ ยังมีการประเมินความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชน โดยมี จุดประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจและการรับรู้ของประชาชนต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ ซึ่งคณะกรรมการกองทุนควรดำเนินการสำรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมาพัฒนากองทุนฯ และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสุขภาพโดยชุมชนให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

โดยสรุป การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการกองทุนฯ อาศัยกระบวนการบริหารจัดการตั้งแต่ การตั้งงบประมาณ การสมทบ การคัดเลือกคณะกรรมการ การสั่งจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน จนกระทั่งถึงการจัดทำบัญชีกองทุนฯ รวมถึงการประเมินผลการดำเนินงาน และการประเมินผลความพึงพอใจของประชาชนต่อการดำเนินงานกองทุนฯ โดยภาพรวมของการบริหารจัดการควรนำหลักการตามทฤษฎีเชิงระบบมาประยุกต์ใช้ และที่สำคัญกระบวนการหลักของการบริหาร ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร การนำ และการควบคุม จะต้องดำเนินการให้ได้ มีครอบคลุมและความชัดเจนในทางปฏิบัติ

4. ผลการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนฯ

การสนับสนุนงบประมาณกองทุนฯ ภาพรวมระดับประเทศจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2560 เป็นจำนวนเงิน 1,909,971,267.28 บาท เงินอุดหนุนจากองค์กร

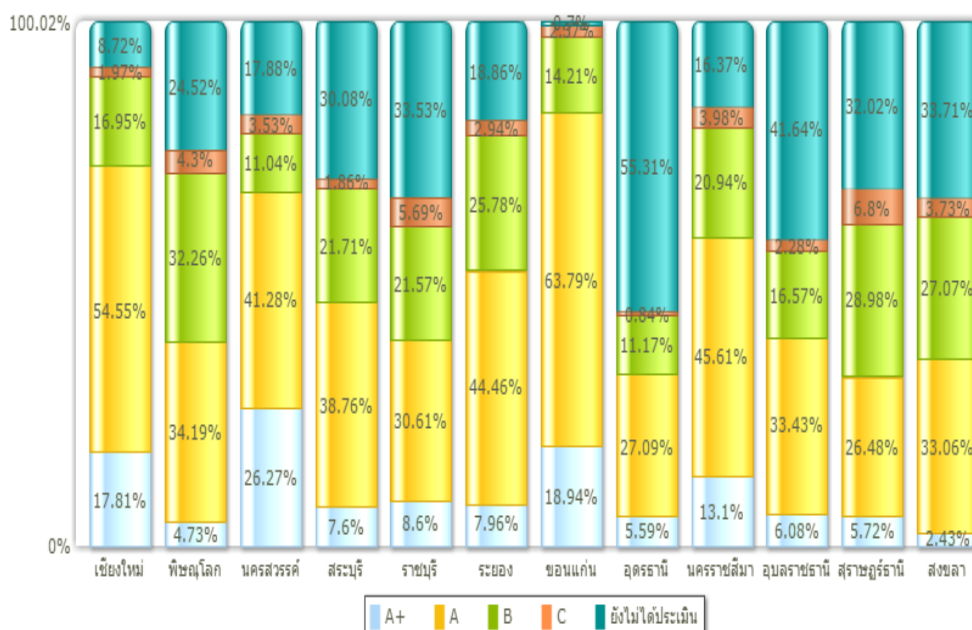
ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นจำนวนเงิน 901,897,055.55 บาท ดอกเบี้ย 6,056,938.98 บาท และรายได้อื่น ๆ 11,589,219.02 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 2,829,514,480.83 บาท จากผลลัพธ์การดำเนินงาน ในระบบการรายงานผลการดำเนินงานและด้านการเงินของแต่ละกองทุนผ่านเว็บไซต์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้เจ้าหน้าที่กองทุนฯ เป็นผู้บันทึกข้อมูล ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ผลการประเมินกองทุนฯ ดังภาพที่ 3 อยู่ใน ระดับ A+, A, B และระดับ C คะแนนเฉลี่ย เท่ากับร้อยละ 10.50, 40.20, 20.27 และ 3.26 ตามลำดับ (ยังไม่ได้ประเมิน ร้อยละ 25.77) โดย ภาพรวมเป็นกองทุนที่มีศักยภาพดี (A)



ภาพ 3 แผนภูมิแสดงผลการประเมินกองทุนฯ ภาพรวมระดับประเทศ ในปี พ.ศ. 2558

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560

เมื่อพิจารณาข้อมูลรายเขต ผลการประเมินกองทุนฯ ในปี พ.ศ. 2558 โดยให้เจ้าหน้าที่กองทุนฯ ดังภาพ 4 จะเห็นว่า เขตที่มีกองทุนที่มีศักยภาพสูงและสามารถเป็นศูนย์เรียนรู้ (A+) มากที่สุด คือ เขต 3 นครสวรรค์ (ร้อยละ 26.27) รองลงมา คือ เขต 7 ขอนแก่น และเขต 1 เชียงใหม่ ตามลำดับ (ร้อยละ 18.94 และ 17.81) ที่น่าสนใจ คือ เขตที่ 12 เป็นเขตที่มีกองทุนที่มีศักยภาพสูง และสามารถเป็นศูนย์เรียนรู้ (A+) น้อยที่สุด เพียงร้อยละ 2.43 และผลการประเมินกองทุนฯ ในภาพรวม อยู่ในระดับ B (ร้อยละ 68.05) ถือว่าเป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง โดยที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตที่ 1 เชียงใหม่ มีผลการประเมินกองทุนฯ ในภาพรวมสูงสุด อยู่ในระดับ A (ร้อยละ 78.25) ถือว่าเป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูง



ภาพ 4 แผนภูมิแสดงผลการประเมินกองทุนฯ ภาพรวมรายเขต ในปี พ.ศ. 2558

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560

เมื่อพิจารณาข้อมูลเฉพาะที่มีในรายงานผลการประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์ พบปัญหาในการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนฯ ในภาพรวมระดับประเทศ ประจำปี 2558 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) ดังนี้

1. การมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ ในประเด็นกองทุนฯ มีการใช้จ่ายงบประมาณอย่างน้อยร้อยละ 15 ในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ของศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ โดยดูหลักฐานจากข้อมูลแผนงาน/โครงการ ประจำปีงบประมาณ พบว่า การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ ในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ของศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เพียงร้อยละ 12.31

2. การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ในประเด็นกองทุนฯ มีการใช้จ่ายงบประมาณอย่างน้อยร้อยละ 80 ของเงินในบัญชีทั้งหมดในปีงบประมาณนั้น ๆ ซึ่งสามารถดูข้อมูลเงินในสมุดบัญชี และในโปรแกรมกองทุนฯ ในรอบปีงบประมาณ พบว่า การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ เพียงร้อยละ 48.53 และมีเงินคงเหลือถึงร้อยละ 51.47

3. การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ในประเด็นกองทุนฯ มีการใช้จ่ายงบประมาณอย่างน้อยร้อยละ 40 ให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชนเป็นผู้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สามารถดูหลักฐานแผนงานประจำปีหรือโครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในปีงบประมาณนั้น พบว่า การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ ให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชนเป็นผู้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เพียงร้อยละ 34.39

โดยสรุป ผลการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนฯ ภาพรวมในระดับประเทศเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีศักยภาพดี (A) โดยที่ เขตที่ 1 เชียงใหม่ มีผลการประเมินกองทุนฯ ในภาพรวมสูงสุด อยู่ในระดับ A (ร้อยละ 78.25) ถือว่าเป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูง ที่น่าสนใจ คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตที่ 12 มีกองทุนฯ อยู่ในระดับ A+ หรือกองทุนที่มีศักยภาพสูงและสามารถเป็นศูนย์เรียนรู้ เพียงร้อยละ 2.43 น้อยกว่าเขตพื้นที่อื่น ๆ และผลการประเมินกองทุนฯ ในภาพรวม อยู่ในระดับ B (ร้อยละ 68.05) ถือว่าเป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง ที่สำคัญคือการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนฯ ในภาพรวมระดับประเทศ ประจำปี 2558 ในประเด็นหลัก คือ การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ ทั้งหมดเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ การดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ของศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ และ การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่โดยกลุ่มหรือองค์กรประชาชนเป็นผู้ดำเนินงาน ไม่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการบริหารจัดการกองทุนฯ ยังไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ที่สำคัญสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของการบริหารจัดการกองทุนฯ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งตามทฤษฎีเชิงระบบ หรืออาจเกิดจากกระบวนการหลักของการบริหารจัดการ จึงเป็นประเด็นที่ควรทำการศึกษา และพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนฯ ต่อไป

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในระดับโลกและกระจายสู่ทุกภูมิภาค เริ่มต้นจากกฎบัตรออกอตตาวาเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) จากการประชุมที่กรุงออกอตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อวันที่ 17-21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 โดยนิยามคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพ

ตนเองให้เหมาะสม เพื่อให้บรรลุสภาวะของสภาวะที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม แต่ละบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถระบุและตระหนักถึงแรงบันดาลใจเพื่อตอบสนองความต้องการ และเพื่อเปลี่ยนแปลงหรือเผชิญกับสิ่งแวดล้อม สุขภาพจึงถูกมองว่าเป็นทรัพยากรสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน สุขภาพเป็นแนวคิดเชิงบวกที่เน้นทรัพยากรทางสังคมและส่วนบุคคล ตลอดจนความสามารถทางกายภาพ ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงแค่ความรับผิดชอบของภาคส่วนด้านสุขภาพเท่านั้น แต่เป็นการก้าวไปข้างหน้าของการมีวิถีชีวิตสุขภาพสู่สภาวะที่ดี (World Health Organization , 1986) โดยที่สภาพขั้นพื้นฐานและทรัพยากรที่ต้องมีก่อนที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี ได้แก่ สันติภาพ ที่พักอาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศที่มั่นคง แหล่งทรัพยากรที่เพียงพอ ความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคม การปรับปรุงสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ร่วมด้วย

สำหรับในประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ได้ให้ความหมาย “การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การใด ๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสภาวะทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี” (กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2544) และ Kreuter, & Devore (1994 อ้างถึงใน สำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา, 2552) ได้ให้ความหมาย “การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสนับสนุนด้านสุขภาพ โดยให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน ภาคเอกชน และภาครัฐ ร่วมมือกันปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี”

โดยสรุป การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการความร่วมมือของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ภาคเอกชน และภาครัฐ ในการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตนเอง สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี

1. กลยุทธ์และกลวิธีปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ

ขอบเขตปฏิบัติการในการสร้างเสริมสุขภาพ ต้องอาศัยเครื่องมือเพื่อเป็นแนวทางของกระบวนการให้ประชาชน และกลุ่มบุคคลสามารถบรรลุสู่การมีสภาวะที่ดี นั่นคือ กลยุทธ์ (Strategy) ซึ่งหมายถึง แผนปฏิบัติการในการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า ในประเด็นต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ และกลวิธี (Method) หมายถึง วิธีการที่นำมาใช้เป็นส่วนประกอบการดำเนินงานของกลยุทธ์ โดยที่กลยุทธ์เป็นแผนปฏิบัติการที่ได้นำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการนั้น (อาภาพร เภาวัฒนา และคณะ, 2556) สำหรับกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก

ประกอบด้วย การสนับสนุนชี้แนะ (Advocate) การเสริมสร้างความสามารถ (Enable) และการเป็นสื่อกลาง (Mediate) (World Health Organization, 1986) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การชี้แนะสนับสนุน (Advocate) การมีสุขภาพดีเป็นทรัพยากรที่สำคัญสำหรับการพัฒนาทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และระดับส่วนบุคคล นอกจากนี้สุขภาพเป็นมิติที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ปัจจัยทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และปัจจัยทางชีวภาพ ล้วนสามารถส่งเสริมสุขภาพหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลดีต่อสุขภาพผ่านการชี้แนะสนับสนุนเพื่อสุขภาพ (World Health Organization, 1986)

2. การเสริมสร้างความสามารถ (Enable) การสร้างเสริมสุขภาพได้เน้นไปที่การเข้าถึงความเสมอภาคทางสุขภาพ การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความแตกต่างของสถานะทางสุขภาพที่เป็นอยู่ โดยการสร้างความเท่าเทียมกันของโอกาสและทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ประชาชนทุกคนไปสู่ความสำเร็จในศักยภาพด้านสุขภาพอย่างเต็มที่ ปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วย พื้นฐานความปลอดภัยในการจัดสิ่งแวดล้อมสนับสนุนสุขภาพ เพิ่มโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลสารสนเทศ เพิ่มทักษะชีวิต และโอกาสในการเลือกทำให้สุขภาพดี ประชาชนจะไม่สามารถไปสู่ความสำเร็จในศักยภาพด้านสุขภาพอย่างเต็มที่ หากประชาชนไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพเหล่านี้ได้ ปัจจัยเหล่านี้ควรมีความเท่าเทียมกันทั้งในผู้หญิงและชาย (World Health Organization, 1986)

3. การเป็นสื่อกลาง (Mediate) ปัจจัยพื้นฐานและโอกาสของการมีสุขภาพดี ไม่ได้ขึ้นอยู่กับภาคส่วนที่ให้บริการสุขภาพเพียงแห่งเดียว ที่สำคัญกว่านั้น การสร้างเสริมสุขภาพต้องเกิดจากการดำเนินการร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นโดยภาครัฐ โดยภาคส่วนที่ทำงานดูแลสุขภาพ ภาคสังคมต่าง ๆ ภาคเศรษฐกิจ ภาคเอกชน องค์กรอาสาสมัคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคอุตสาหกรรมและสื่อมวลชน ประชาชนในทุกเพศทุกวัยทุกช่วงชีวิตมีบทบาทต่อสุขภาพในฐานะบุคคล สมาชิกครอบครัว และสมาชิกชุมชน กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มทางสังคม และบุคลากรทางสุขภาพมีความรับผิดชอบสำคัญในการเป็นสื่อกลางระหว่างภาคส่วนที่มีความสนใจในสุขภาพที่แตกต่างกันในสังคม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพ (World Health Organization, 1986)

กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพและโปรแกรมควรมีการปรับใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของท้องถิ่นและความเป็นไปได้ของแต่ละพื้นที่และภูมิภาค ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของระบบทางสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจ สำหรับกลวิธี (Method) หรือโปรแกรมการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อทำให้สามารถปรับปรุงสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยยึดจากกลยุทธ์ทั้ง 3 ประการที่กล่าวมา นำไปสู่กลวิธี (Method) หรือโปรแกรมปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งหมด 5 วิธีการ (World Health Organization, 1986) ดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นมากกว่าการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายในทุกภาคส่วนและทุกระดับต้องตระหนักถึงผลที่จะตามมาทางด้านสุขภาพของการตัดสินใจและยอมรับความรับผิดชอบต่อผลทางสุขภาพที่เกิดขึ้น นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วยหลากหลายแนวทาง แต่เป็นวิธีการที่เสริมกัน ได้แก่ การออกกฎหมาย มาตรการทางการคลัง การเสียภาษีและการเปลี่ยนแปลงองค์การ เป็นการประสานการทำงานที่นำไปสู่สุขภาพ รายได้และนโยบายทางสังคมที่ส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียมกันมากขึ้น การดำเนินการร่วมกันมีส่วนช่วยสร้างความมั่นใจในสินค้าและบริการที่มีความปลอดภัยและมีสุขภาพดี บริการสาธารณะเพื่อการมีสุขภาพดีและสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและพึงประสงค์มากขึ้น การกำหนดนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นต้องระบุอุปสรรคต่อการยอมรับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในภาคส่วนอื่นที่มีใช้ภาคส่วนด้านสุขภาพ และวิธีการกำจัดอุปสรรคเหล่านั้น จุดมุ่งหมายคือ ต้องทำให้เป็นทางเลือกที่ทำให้มีสุขภาพดี เป็นตัวเลือกที่ง่ายขึ้นสำหรับผู้กำหนดนโยบาย

2. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environments)

สังคมของเรามีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน สุขภาพไม่สามารถแยกออกจากเป้าหมายอื่น ๆ ได้ การเชื่อมโยงที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมของพวกเขาถือเป็นพื้นฐานสำหรับแนวทางทางสังคมและเศรษฐกิจเพื่อสุขภาพ เป็นภาพรวมหลักการของแนวทางสำหรับทั้งโลก ประเทศชาติ ภูมิภาคและชุมชน เป็นความจำเป็นในการสนับสนุนการรักษาสุขภาพซึ่งกันและกัน เพื่อดูแลซึ่งกันและกัน ดูแลชุมชนและสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติของเรา ที่สำคัญทั่วโลกควรอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติให้ถือเป็นความรับผิดชอบระดับโลก การเปลี่ยนแปลงแบบแผนของชีวิต การทำงานและการพักผ่อนหย่อนใจมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพ การทำงานและการพักผ่อนหย่อนใจควรเป็นแหล่งสุขภาพสำหรับบุคคล วิธีการที่สังคมจัดการทำงานควรช่วยสร้างสรรค์เป็นสังคมที่มีสุขภาพดี การสร้างเสริมสุขภาพสร้างสภาพความเป็นอยู่และสภาวะการทำงานที่ปลอดภัย ดึงตัว มีความพึงพอใจและสนุกสนาน ในส่วนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพอย่างเป็นระบบในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านเทคโนโลยีการทำงาน การผลิตพลังงานและความเป็นเมือง เป็นสิ่งจำเป็นและต้องปฏิบัติตามเพื่อให้เกิดความมั่นใจในผลประโยชน์เชิงบวกต่อสุขภาพของประชาชน การปกป้องสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้นและการอนุรักษ์แหล่งทรัพยากรธรรมชาติต้องกำหนดให้อยู่ในยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพร่วมด้วย

3. การเสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็ง (Strengthen Community Actions)

การทำงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านการปฏิบัติงานของชุมชนที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ในการกำหนดลำดับความสำคัญ การตัดสินใจ การวางแผนกลยุทธ์และลงมือปฏิบัติ เหล่านี้เพื่อความสำเร็จให้เกิดสุขภาพที่ดีกว่า หัวใจของกระบวนการนี้คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน ให้ชุมชนรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและควบคุมความพยายามของชุมชนเอง รวมถึงการควบคุมสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ในชุมชน สำหรับการพัฒนาชุมชนอาศัยทรัพยากรมนุษย์และวัสดุที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อเพิ่มการช่วยเหลือตนเองและการสนับสนุนทางสังคมและเพื่อพัฒนาระบบที่ยืดหยุ่นสำหรับการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและกำหนดทิศทางการประเดิมสุขภาพ ต้องมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง การเรียนรู้โอกาสด้านสุขภาพ ตลอดจนการสนับสนุนเงินทุน

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills)

การสร้างเสริมสุขภาพโดยการสนับสนุนการพัฒนาส่วนบุคคลและสังคม ผ่านการให้ข้อมูลสารสนเทศ การศึกษาสำหรับสุขภาพและการเสริมทักษะชีวิต การกระทำเช่นนี้ ช่วยเพิ่มทางเลือกให้กับประชาชนเพื่อการควบคุมสุขภาพของตนเองและสภาพแวดล้อมของพวกเขา และเพื่อให้เกิดทางเลือกที่เอื้อต่อสุขภาพ นอกจากนี้ การช่วยให้ผู้คนเรียนรู้ตลอดชีวิต เตรียมตัวสำหรับทุกขั้นตอนและพร้อมรับมือกับความเจ็บป่วยเรื้อรังและการบาดเจ็บนั้นเป็นสิ่งสำคัญ สิ่งเหล่านี้ต้องได้รับการอำนวยความสะดวกทั้งในโรงเรียน บ้านที่ทำงานและชุมชน ต้องมีการปฏิบัติการผ่านองค์กรทางการศึกษา องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ องค์กรเชิงพาณิชย์และอาสาสมัคร และรวมทั้งภายในหน่วยงานของตนเอง

5. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient Health Services)

ความรับผิดชอบสำหรับการส่งเสริมสุขภาพในบริการด้านสาธารณสุขเป็นการแบ่งปันกันระหว่างบุคคล กลุ่มของชุมชน ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ และรัฐบาล ต้องทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นส่วนช่วยในการแสวงหาสุขภาพ บทบาทของภาคส่วนสุขภาพต้องกำหนดทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น นอกเหนือจาก ความรับผิดชอบในการให้บริการทางคลินิกและการรักษา บริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีการขยายขอบเขตงานที่ละเอียดอ่อนและเคารพความต้องการทางวัฒนธรรม ขอบเขตงานสร้างเสริมสุขภาพนี้ ควรสนับสนุนความต้องการของแต่ละบุคคลและชุมชนในการมีสุขภาพชีวิตที่ดีและเปิดช่องทางระหว่างภาคส่วนสุขภาพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นโยบาย เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่กว้างขึ้น รวมถึงการปรับเปลี่ยนทิศทางการบริการด้านสุขภาพ ยังต้องให้ความสนใจอย่างจริงจังเพื่อการวิจัยด้านสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงการจัดการศึกษาและการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขด้วย

สิ่งเหล่านี้ต้องนำไปสู่การเปลี่ยนทัศนคติและการจัดบริการด้านสุขภาพซึ่งให้ความสำคัญต่อความต้องการโดยรวมของแต่ละบุคคลในฐานะบุคคลทั้งหมด

นอกจากนี้ การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพไปสู่อนาคต (Moving into the Future) เป็นอีกหนึ่งกลวิธีการปฏิบัติที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญ ซึ่งมองว่าสุขภาพถูกสร้างขึ้นและอาศัยอยู่โดยบุคคลมีจัดการภายในชีวิตประจำวันของพวกเขา ซึ่งพวกเขามีการเรียนรู้ มีการทำงาน การแสดงและความรัก สุขภาพถูกสร้างขึ้นโดยการดูแลตนเองและคนอื่น ๆ โดยสามารถทำการตัดสินใจและมีการควบคุมสภาพชีวิตของตนเองได้ และโดยการสร้างความมั่นใจว่าสังคมหนึ่ง ๆ ที่มีชีวิตอยู่มีการสร้างสภาวะที่ช่วยให้สมาชิกทุกคนสามารถบรรลุสุขภาพที่ดีได้ รวมถึงการดูแลองค์รวมและนิเวศวิทยาเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนายุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องควรใช้เป็นแนวทางในการวางแผน การดำเนินการ และประเมินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในผู้หญิงและผู้ชายควรได้เข้ามาเป็นหุ้นส่วนมีความเท่าเทียมกัน

โดยสรุป กระบวนการความร่วมมือเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี อาศัยกลยุทธ์พื้นฐานที่สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการการชี้แนะสนับสนุนปัจจัยกำหนดสุขภาพ การเสริมสร้างความสามารถในการเข้าถึงความเสมอภาคทางสุขภาพ และการเป็นสื่อกลางของความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ร่วมกับกลวิธีการนำไปปฏิบัติด้วยการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ รวมถึงการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีไปสู่อนาคต

2. ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้คนสามารถควบคุมสุขภาพตนเองได้ ปกป้องการแทรกแซงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่หลากหลาย ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพได้รับการออกแบบมาเพื่อเป็นประโยชน์และปกป้องสุขภาพและคุณภาพชีวิตของแต่ละคน โดยการจัดการปัญหาและป้องกันสาเหตุหลัก ๆ ของความเจ็บป่วยที่มีต่อสุขภาพ ไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การรักษาและการทำให้หายจากโรค (World Health Organization, 2016)

จากผลการศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนชาวอเมริกา โดยความร่วมมือของ Trust for America's Health (TFAH), The Urban Institute, The New York Academy of Medicine (NYAM), the Robert Wood Johnson Foundation (RWJF), The California Endowment (TCE), and Prevention Institute พบว่า ประเทศจะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ถ้ามีการลงทุนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมมากขึ้น โดยเฉพาะการสนับสนุนเงินกองทุนชุมชน ที่ได้รับการพิสูจน์ด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีผลในระดับที่เพิ่มขึ้น ภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น (ทั้งคุณภาพและปริมาณของอาหาร) การลดลงของการสูบบุหรี่และ

อัตราการใช้จ่ายยาสูบอื่น ๆ สามารถทำให้ลดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงลงได้ อัตรา ร้อยละ 5 ของประเทศ รวมถึงจะสามารถประหยัดเงินค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ มากกว่า 5 พันล้านดอลลาร์ การเกิดโรคหัวใจ โรคไตและโรคหลอดเลือดสมองด้วย มีการลดลง ร้อยละ 5 ของ ความชุกที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เงินฝากออมทรัพย์ให้เพิ่มมากขึ้นกว่า 19 พันล้านดอลลาร์ และเช่นเดียวกัน ร้อยละ 2.5 ของความชุกที่ลดลงในโรคมะเร็งบางชนิด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคข้อ อักเสบ เงินฝากออมทรัพย์สามารถเพิ่มขึ้นมากกว่า 21 พันล้านดอลลาร์

การศึกษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แสดงให้เห็นว่า การพิสูจน์ด้วยโปรแกรมการสร้าง เสริมสุขภาพและป้องกันโรคของชุมชน สามารถนำไปสู่การปรับปรุงที่ดีในการออกกำลังกาย โภชนาการและการป้องกันการสูบบุหรี่และการใช้จ่ายยาสูบอื่น ๆ ที่สำคัญคือ สามารถลดการเกิด โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ลงเป็นร้อยละ 5 ใน 1 ถึง 2 ปี ลดการเกิดโรคหัวใจ โรคไตและโรคหลอดเลือดสมอง ลงร้อยละ 5 ใน 5 ปี และลดการเกิดโรคมะเร็งบางชนิด โรคปอดอุด กั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคข้ออักเสบ ลงร้อยละ 2.5 ใน 10 ถึง 20 ปี โดยที่ ค่าใช้จ่ายต่อหัวของ โปรแกรมสุขภาพชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพอยู่ภายใต้จำนวนเงิน 10 ดอลลาร์ต่อคนต่อปี โดยสรุป จากการลงทุนดังกล่าว ส่งผลให้สามารถออมเงินค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประเทศสุทธิกว่า 2.8 พันล้านดอลลาร์ต่อปี ใน 1 ถึง 2 ปี เป็นจำนวนเงินสุทธิกว่า 16 พันล้านดอลลาร์ ภายใน 5 ปี และจำนวน เงินสุทธิเกือบ 18 พันล้านดอลลาร์ ภายใน 10 ถึง 20 ปี (เทียบเงินดอลลาร์ในปี 2004) แต่ผลตอบแทน จากการลงทุนในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงการประหยัดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เท่านั้นและที่สำคัญคือ ไม่ได้รวมถึงกำไรที่อาจจะเกิดขึ้นจากการประสบความสำเร็จของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การขาดการทำงาน และไปโรงเรียนที่ลดลง รวมถึงคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น (Trust for America's Health, 2008)

โดยสรุป ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพสามารถช่วยให้ประชาชนสามารถ ควบคุมสุขภาพตนเองได้ อาศัยการออกแบบของการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเป็นประโยชน์และปกป้อง สุขภาพและคุณภาพชีวิต ผู้กำหนดนโยบายสร้างนโยบายหลักด้านสุขภาพ หรือธรรมาภิบาลที่ดี สำหรับสุขภาพ และนโยบายต้องได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชนที่มีเป้าหมายด้านสาธารณสุข รวมถึงภาวะผู้นำที่เข้มแข็งและความมุ่งมั่นในระดับเทศบาลเป็นสิ่งสำคัญต่อการวางแผนเมืองที่มี สุขภาพดี (Healthy cities) นำพาสู่ระดับที่สูงขึ้นต่อไป

3. แนวคิดพื้นฐานของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่ม สมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเองให้เหมาะสม เพื่อให้บรรลุสถานะของสุขภาพที่ดีทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม สำหรับการป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นการแทรกแซง โดยอาศัยประชากรและแต่ละบุคคลเป็นฐานสำหรับการป้องกันปฐมภูมิและทุติยภูมิ (Primary and

Secondary prevention) (การตรวจหาเริ่มแรก) มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดภาระของโรคและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง (World Health Organization, 2017)

การป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) หมายถึง การกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค (ประกอบด้วย การดำเนินการเพื่อปรับปรุงสุขภาพผ่านการเปลี่ยนแปลงผลกระทบของปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านพฤติกรรมและสุขภาพทางการแพทย์ ควบคู่ไปกับการให้คำปรึกษา และมาตรการเพื่อลดระดับความรุนแรงในระดับบุคคลและชุมชน ได้แก่ ภาวะโภชนาการและอาหารเสริม การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และการป้องกันทางคลินิกต่าง ๆ เช่น การกระตุ้นภูมิคุ้มกันและการฉีดวัคซีนสำหรับเด็ก ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตลอดจนการฉีดวัคซีนหรือการป้องกันภายหลังการสัมผัสสำหรับคนที่สัมผัสกับโรคติดต่อ)

การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) เกี่ยวข้องกับการตรวจหาระยะเริ่มต้นเพื่อเพิ่มโอกาสให้มีผลลัพธ์สุขภาพดีขึ้น (ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ เช่น โครงการตรวจคัดกรองตามหลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับการตรวจหาโรคหรือเพื่อป้องกันการเกิดความพิการแต่กำเนิด และป้องกันการเสียชีวิตในการรักษาด้วยการป้องกันที่มีประสิทธิภาพเมื่อได้รับการพิสูจน์ตั้งแต่เริ่มแรกของการเกิดโรค) (World Health Organization, 2017)

อาจกล่าวได้ว่าจุดเน้นหลักของการป้องกันโรคคือ การป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) การป้องกันโรคยังครอบคลุมถึงการค้นหาโรคตั้งแต่แรกเริ่มและการรักษาเพื่อหยุดการพัฒนาของปัญหาสุขภาพ หรือการป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) อย่างไรก็ตามยังมีการจัดการเพื่อลดผลจากปัญหาสุขภาพที่มีอยู่หรือการป้องกันตติยภูมิ (Tertiary prevention) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความพิการหรือความตายและในกรณีที่เกิดความพิการขึ้นแล้วจะต้องทำการฟื้นฟูสภาวะต่าง ๆ เพื่อให้สามารถประกอบพฤติกรรมที่จำเป็นต่อการมีชีวิตรอยู่อย่างมีคุณภาพ (มยุรี ผิวสุวรรณ, 2556)

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีความแตกต่างในประเด็นของแนวคิดพื้นฐาน โดยที่การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแนวคิดการปรับปรุงตนเองหรือชุมชนให้เหมาะสม เพื่อให้บรรลุสภาวะของสุขภาพที่ดี อาศัยกลยุทธ์การสนับสนุนชี้แนะ (Advocate) การเสริมสร้างความสามารถ (Enable) และการเป็นสื่อกลาง (Mediate) ส่วนการป้องกันโรคเป็นการหลีกเลี่ยงจากปัจจัยสาเหตุของการเกิดโรค อาศัยกลยุทธ์ของการเข้าถึง (approach) หรือการหลีกเลี่ยง (avoidance) (อาภาพร เภาวัฒนา และคณะ, 2556)

นอกจากนี้การสร้างเสริมสุขภาพยังเน้นที่ภาวะสุขภาพที่ยังไม่ได้เกิดการเจ็บป่วย มีการโยนโยนความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และสุขภาพเกิดจากการสร้างความร่วมมือของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมาย คือ การปรับเปลี่ยนภาวะสุขภาพส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่ศึกษาอาจเกี่ยวกับทัศนคติ ความตระหนัก โดยมีประชาชนโดยรวมเป็น

กลุ่มเป้าหมาย อาศัยการสร้างความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงกลวิธีที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ วิธีการจัดการเป็นการตัดโยงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีความหลากหลายของการดำเนินงานร่วมกับการบูรณาการเพื่อความยั่งยืน สร้างระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ ผลลัพธ์ที่ต้องการคือ ภาวะสุขภาพของบุคคล โดยเน้นที่การประเมินกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนการป้องกันโรค จุดเน้นสำคัญอยู่ที่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้ว หรือสัมผัสกับปัจจัยที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และให้ความสำคัญกับพยาธิสภาพ ความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างสาเหตุและผลที่เกิดขึ้น มุมมองสุขภาพเป็นแนวคิดทางด้านคลินิก มีจุดมุ่งหมาย คือ การปรับเปลี่ยนภาวะสุขภาพส่วนบุคคล และปัจจัยที่ศึกษาเป็นสิ่งที่ประเมินได้ชัดเจน เช่น ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด มีประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มเป้าหมาย การดำเนินงานอาศัยบุคลากรสาธารณสุขเป็นหลัก อาศัยกลวิธีในการป้องกันโรค ได้แก่ วิธีการจัดการเฉพาะปัจจัยที่เป็นสาเหตุหลัก หรือเฉพาะกับสาเหตุของปัญหา วิธีการสอนให้ทำตามและการชักชวนให้เกิดพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลลัพธ์ที่ต้องการประเมินได้จากอัตราป่วย อัตราตาย โดยเน้นที่การประเมินผลลัพธ์ (อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ, 2556)

โดยสรุป แนวคิดคิดพื้นฐานของการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเองเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี โดยที่การป้องกันโรค เป็นกระบวนการแทรกแซงเพื่อลดภาระของโรคและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแนวคิดทั้งสองส่วนผสมผสานกันเพื่อเพิ่มโอกาสให้ประชาชนมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี เป็นไปตามจุดมุ่งหมายของกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้งสองแนวคิด และในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทั้งสองร่วมกัน

4. การสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

จากการประชุมเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานที่อัลมาอาตาและการประชุมเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่ออตตาวามีผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมาก และได้มีการพัฒนาสู่นโยบายเมืองไทยแข็งแรงที่มุ่งหวังให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีสุขภาพที่ดีในปี 2558 (พลิชฐ์พล วัชรวงศ์วาน, 2550) ที่ผ่านมา การส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย มีลักษณะเป็นการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุข ให้ประชาชนทั่วไปที่ไม่เป็นโรคมีสุขภาพแข็งแรง เช่น การให้สุขศึกษาให้คนทั่วไปมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ภายหลังการสร้างเสริมสุขภาพที่มาจากคำว่า Health Promotion ซึ่งมีความหมาย 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแรก การจัดบริการโดยบุคลากรสาธารณสุขดังที่กล่าวข้างต้น และลักษณะที่ 2 คือ กระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อทำให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้นทั้งในคนปกติทั่วไปและผู้เจ็บป่วย จึงมีการใช้คำว่า การสร้างเสริมสุขภาพขึ้น (กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร และคณะ, 2562)

สำหรับในปัจจุบัน แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ไว้ 4 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุกที่มีความมุ่งเน้นต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ 1. เพื่อสร้างความเข้มแข็งของบุคคล ชุมชน ประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาวศิเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ ให้มีศักยภาพ มีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีการเรียนรู้ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพลดลง สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเองและชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพ 2. เพื่อสร้างระบบสุขภาพเชิงรุก ที่มุ่งสร้างเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพดี มีระบบการป้องกัน ควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และ 3. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล ให้มีความพอเพียง และเหมาะสมต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีความสุข (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12, 2559)

ภายใน 10 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ได้มีการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงบริหารจัดการ โดยกำหนดให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือเรียกชื่อย่อว่า กองหลักประกันสุขภาพ อบท. มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะชุมชนและท้องถิ่นจะเป็นศูนย์รวมของการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ต่าง ๆ ในการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน เพื่อให้เกิดการจัดการระบบสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยในท้องถิ่น โดยเฉพาะประเด็นสำคัญนั้นคือ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว อาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะความร่วมมือจากภาคประชาชนในพื้นที่ ให้ได้มาซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างยั่งยืน และความสำเร็จของระบบสุขภาพในอนาคต เช่นเดียวกันกับนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยให้คนไทยมีโอกาสได้ร่วมคิด ร่วมนำ ร่วมทำและร่วมรับผิดชอบ ด้วยการอภิบาลแบบเครือข่าย เอื้ออำนวยระบบสุขภาพแห่งชาติ เชื่อมประสานทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน (ปิยะสกล สกลสัตยาทร, 2558)

โดยสรุป การสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยมีการริเริ่มมานาน จากการส่งเสริมสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุข สู่การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการเพิ่มความสามารถของประชาชนในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น โดยการนำนโยบายระดับชาติลงสู่การปฏิบัติ ด้วยการสนับสนุนเชิงบริหารจัดการ สนับสนุนงบประมาณ ในรูปแบบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตลอดกลุ่มประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคด้วยการอภิบาลแบบภาคีเครือข่ายและพันธมิตร เชื่อมประสานทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำนิยามของ “ผู้สูงอายุ” ในปัจจุบัน องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอนว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (Older/Elderly person) แต่องค์การสหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติข้อมูลและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ในการเรียก “ผู้สูงอายุ” (World Health Organization, 2001) สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546)

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุ

แนวโน้มสังคมผู้สูงอายุ เป็นสถานการณ์หนึ่งของทั่วโลกที่สำคัญที่สุด โดยที่สังคมผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการทางสังคมและประชากรที่มีผลต่อประชากรผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงไปสู่โครงสร้างตัวเลขอายุที่เพิ่มขึ้นและสัดส่วนที่สูงขึ้นของผู้สูงอายุ และตัวเลขอายุที่น้อยลดลงในทุกเพศทุกวัย การที่ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเกิดมาจากทั้งอัตราการเกิดและอัตราการตายต่ำ เมื่อผู้คนในวัยชราจำนวนมากอายุยืนขึ้นและเด็กเกิดค่อนข้างน้อย สังคมจะมีประชากรอายุชัยสูงและสัดส่วนของประชากรอายุ 65 ปีและมากกว่าอยู่ในระดับสูงเช่นกัน (Kunkel, S. R., & Morgan, L. A., 2015)

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2515 มีจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าในโลกเกือบ 700 ล้านคน เกือบหนึ่งในสี่ของประชากรที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าอาศัยอยู่ในประเทศจีน และจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าในประเทศจีน อินเดีย สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น และสหพันธรัฐรัสเซีย รวมกันเพียงห้าประเทศ คิดเป็นครึ่งหนึ่งของประชากรทั่วโลกที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่า นอกจากนี้ จำนวนประชากรอายุ 80 ปี หรือมากกว่าในโลกมีจำนวน

ประชากรเกือบ 100 ล้านคน และประเทศที่มีจำนวนประชากรอายุ 80 ปี หรือมากกว่า ได้แก่ ประเทศจีน สหรัฐอเมริกา อินเดีย ญี่ปุ่น และเยอรมนี รวมกันคิดเป็นร้อยละ 48 ของประชากรอายุ 80 ปี หรือมากกว่า โดยที่ในจำนวน 19 ประเทศรวมถึงประเทศไทย มีจำนวนสามในสี่ของประชากรประชากรอายุ 80 ปี หรือมากกว่า (United Nations, 2015)

สำหรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุจากการฉายภาพประชากรของสหประชาชาติ ประเทศในประชาคมอาเซียนและประเทศไทย จะเข้าสู่สังคมสูงวัยทั้งหมดภายในปี พ.ศ. 2573 (สุชาติ ทวีสิทธิ์ และคณะ, 2556) ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงวัย” (Aged society) มาตั้งแต่ปี 2548 จากนั้นประเทศไทยจะใช้เวลา 16 ปี ก่อนจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) ในราวปี 2564 และจะใช้เวลาอีกเพียง 10 ปี ก็จะกลายเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) ประมาณปี 2574 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) จากที่กล่าวมา สังคมสูงวัย (Aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7) สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14) และสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558)

ในปี 2556 จากข้อมูลประชากร ของสำนักบริหารงานทะเบียน กรมการปกครอง พบว่า ประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีจำนวนถึง 8,734,101 คน และดัชนีการสูงวัยอยู่ที่ร้อยละ 68.77 โดยจังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัยมากที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่ ลำปาง (121.79%) ลำพูน (116.48%) และแพร่ (116.47%) ส่วนจังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัยน้อยที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ นราธิวาส (36.17%) กระบี่ (37.62%) และยะลา (37.67%) โดยที่ประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่เขต 12 ซึ่งเป็นพื้นที่การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 579,447 คน แยกเป็นชาย จำนวน 254,820 คน และเพศหญิง จำนวน 324,987 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2557)

จากสถานการณ์แนวโน้มประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ที่น่าเป็นห่วงคือ ระบบการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุของทุกภาคส่วน รวมถึงครอบครัว โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ จากข้อมูล จำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคเบาหวาน จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2550 – 2556 ทั้งประเทศ พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) และที่สำคัญจากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่า ร้อยละ 41 ของผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 18 เป็น

โรคเบาหวาน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2557) สืบเนื่องด้วยปัจจัยสภาวะทางสังคมเศรษฐกิจ ประเพณี การเมือง สิ่งแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งโลกาภิวัตน์ สภาพสังคมสู่ความเป็นชุมชนเมือง รวมถึงประชากรชุมชนวัยสูงอายุ มีผลกระทบทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญ 4 ปัจจัยด้วยกันของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม และกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ รวมไปถึงปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลง 4 ปัจจัย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และไขมันในเลือดสูง ส่งผลให้มีแนวโน้มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557)

เมื่อคนไทยอายุยืนยาวขึ้นค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญ รัฐบาลจึงต้องริบเร่งวางนโยบายและมาตรการต่าง ๆ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงและมีศักดิ์ศรี สร้างภูมิคุ้มกันให้ผู้สูงอายุในการปกป้องตนเองจากภัยรอบด้านด้วยการให้ข่าวสารความรู้ รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือ/กลไก/เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยและมีศักดิ์ศรี ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และชุมชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัว ด้านการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ จัดระบบสาธารณสุขให้เอื้อต่อการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ประชาชนเริ่มสร้างและดูแลสุขภาพของตนตั้งแต่วัยเยาว์เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี สร้างระบบอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อทำหน้าที่เฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

โดยสรุป สถานการณ์ผู้สูงอายุในทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย มีแนวโน้มชัดเจนว่ากำลังสูงวัยขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในเวลาอีกไม่เกิน 10 ปีข้างหน้า ที่สำคัญพบปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิต และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคล ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รัฐบาลและทุกภาคส่วนจำเป็นต้องให้ความสำคัญ ทั้งการวางนโยบายและมาตรการต่าง ๆ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงและมีศักดิ์ศรี สร้างภูมิคุ้มกันให้ผู้สูงอายุ ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2. การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ

จากแนวโน้มสังคมในปัจจุบัน กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสถานการณ์หนึ่งของทั่วโลกที่สำคัญที่สุด คนส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะสามารถมีชีวิตของตัวเองเข้าสู่อายุ 60 ปี และอาจจะเกินกว่านั้น ในปี 2050 พบว่าประชาชน 1 ใน 5 คน จะมีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า การชีวิตที่ยืนยาวจะนำพาโอกาสที่ดีสู่ชีวิต แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ นั่นคือ การมีสุขภาพที่ดีมีหลักฐานแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในปัจจุบัน ส่วนใหญ่สุขภาพไม่แข็งแรงและพบว่า ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงต่อการ

มีสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ การใช้กลยุทธ์ในการดำเนินงานจะช่วยให้ผู้สูงอายุทุกคน สามารถมีอายุมากขึ้น และยังคงทำงานหรือมีคุณค่าในสังคมอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization, 2016)

ในปัจจุบัน World Health Organization (2016a) ได้เสนอกลยุทธ์ระดับโลกและแผนการปฏิบัติสำหรับการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ (ปี 2016-2020) โดยมีมุมมองวิสัยทัศน์ของกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุนี้ คือ ประชาชนทุกคนสามารถมีชีวิตอยู่อย่างยาวนานและมีสุขภาพชีวิตที่ดี แนวคิดสำคัญของกลยุทธ์นี้คือ การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ (Healthy Ageing) มีความเกี่ยวข้องกับทุกคน ความหมายว่า กระบวนการของการพัฒนาและรักษาสุขภาพความสามารถในการทำงานในการช่วยให้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย ความสามารถในการทำงาน (Functional ability) ซึ่งเป็นการกำหนดความสามารถที่อยู่ภายใน (Intrinsic capacity) ของบุคคล (การผสมผสานความสามารถทางร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคลทั้งหมด) มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทั้งสอง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมเหล่านั้น ได้แก่ นโยบาย ระบบและบริการที่เกี่ยวข้องกับการขนส่ง ที่อยู่อาศัย การคุ้มครองทางสังคม ถนนและสวนสาธารณะ การอำนวยความสะดวกทางสังคมและการดูแลสุขภาพระยะยาว การเมือง ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยี ความสัมพันธ์กับเพื่อน ครอบครัวและผู้ดูแล ทัศนคติทางสังคม วัฒนธรรมและค่านิยม

เป้าหมายของการปฏิบัติตามกลยุทธ์ คือ เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงาน เต็มเต็มช่องว่างของหลักฐานเชิงประจักษ์และการสร้างความร่วมมือ และเพื่อให้มั่นใจว่าในปี 2020 – 2030 เป็นทศวรรษแห่งการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ สำหรับวัตถุประสงค์ของการดำเนินกลยุทธ์ควรได้รับการสนับสนุนตามหลักการด้านสิทธิมนุษยชน (Human rights) ความเป็นธรรม (Equity) ความเสมอภาคและไม่เลือกปฏิบัติ (Equality and non-discrimination) (โดยเฉพาะอย่างยิ่งบนพื้นฐานของอายุ) ความเสมอภาคทางเพศ (Gender equality) และความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันระหว่างแต่ละกลุ่มวัย (Intergenerational solidarity) กลยุทธ์ที่มุ่งสู่การประสบความสำเร็จต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ กลยุทธ์ที่สำคัญ 5 ประการ คือ

1. ความมุ่งมั่นต่อปฏิบัติการ (Commit to action) การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ต้องมีภาวะผู้นำและความมุ่งมั่น เพื่อให้แน่ใจว่าการแถลงการณ์ทางการเมืองและการดำเนินงานที่มีอยู่เกิดประสิทธิภาพขึ้นจากความร่วมมือของการปฏิบัติการจากหลากหลายภาคส่วน โดยที่ ความร่วมมือการทำงาน (Collaboration) เป็นสิ่งจำเป็นระหว่างผู้แสดงบทบาทองค์กรภาครัฐและเอกชนรวมถึงผู้ให้บริการ นักออกแบบและนักวิชาการ เป็นต้น อาศัยปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ 1) การสร้างกรอบระดับชาติเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ 2) การสร้างความสามารถระดับชาติเพื่อกำหนดนโยบายตามหลักฐานประจักษ์ และ 3) การต่อสู้ในทัศนคติเชิงลบที่มีต่อผู้สูงอายุ

2. การจัดระบบสุขภาพเพื่อสอดคล้องกับความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ (Align health systems to the needs of older populations) ลักษณะที่ออกแบบมาของระบบสาธารณสุขควรได้รับการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถเข้าถึงบริการที่ครบวงจร และมุ่งเน้นไปที่ความต้องการและสิทธิของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่แล้วบริบทการดูแลสุขภาพจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงการดูแลขั้นพื้นฐาน โดยมุ่งเน้นทางคลินิกสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดการวิธีการดูแล การจัดกองทุนและนำส่งบริการร่วมกันทั่วทุกภาคส่วนทางสุขภาพและสังคม อาศัยปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ 1) การกำหนดระบบสาธารณสุขให้มีขีดความสามารถภายในและความสามารถในการทำงาน 2) พัฒนาและสร้างความมั่นใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และการบูรณาการการดูแลสุขภาพที่เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง 3) มีการฝึกอบรม การปรับใช้ และการจัดการบุคลากรด้านสุขภาพอย่างมั่นคง เหมาะสม และมีความยั่งยืน

3. การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Develop age-friendly environments) ต้องอาศัยความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหลายภาคส่วน และกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ รวมทั้งผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ทำให้มีการส่งเสริมสุขภาพ ขจัดอุปสรรคและสนับสนุนสำหรับบุคคลที่กำลังสูญเสียขีดความสามารถ ทำให้สามารถสร้างความมั่นใจถึงความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุในสถานที่ที่เหมาะสม ปราศจากความยากจน สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถมีส่วนร่วมในชุมชนของตนเองของช่วงเวลารักษาสุขภาพอย่างมีอิสระ อาศัยปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ 1) การส่งเสริมความเป็นอิสระของผู้สูงอายุ 2) การสนับสนุนความสามารถในการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ 3) การส่งเสริมปฏิบัติการของหลายภาคส่วน

4. สร้างความเข้มแข็งในการดูแลระยะยาว (Strengthen long-term care) ในปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลก ที่ต้องการความดูแลและการสนับสนุนมีเพิ่มขึ้น ทุกประเทศจำเป็นต้องมีระบบบูรณาการในการดูแลระยะยาว แต่ระบบควรช่วยเหลือผู้สูงอายุ เพื่อรักษาระดับความสามารถในการทำงานให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีและเพลิดเพลินกับสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน อาศัยปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ 1) การสร้างและปรับปรุงระบบการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน 2) สร้างบุคลากรที่ทำหน้าที่การดูแลระยะยาวและสนับสนุนผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ 3) สร้างความมั่นใจในคุณภาพของการดูแลสุขภาพและการบูรณาการการดูแลระยะยาวที่เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง

5. ปรับปรุงการประเมินผล การติดตามและการวิจัย (Improve measurement, monitoring, and research) ในปัจจุบันการวัดและวิธีการที่ใช้ประเมินผู้สูงอายุมีข้อจำกัด ทำให้ไม่สามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่กำลังประสบอยู่และการใช้ประโยชน์จากการแทรกแซงเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างครบถ้วน การวิจัยที่มุ่งเน้นและการวัดผลที่ดีขึ้นเป็น

สิ่งจำเป็น เพื่อทำความเข้าใจที่ดีขึ้นและการปฏิบัติต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ อาศัยปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ 1) การยอมรับวิธีการวัด การวิเคราะห์ การบรรยาย และการติดตามสำหรับการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ 2) เสริมสร้างความสามารถในการวิจัยและสร้างแรงจูงใจในการสร้างสรรค์นวัตกรรม 3) สร้างและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

สำหรับในประเทศไทย คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน คือ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) โดยให้ความสำคัญต่อวงจรชีวิต และความสำคัญของทุกคนในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง และจะต้องเข้าสู่ระยะวัยสูงอายุตามวงจรชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ยกเว้นจะเกิดการเสียชีวิตไปก่อนในวัยอันควร โดยมุมมองผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด แต่ในกรณีที่เกิดอยู่ในสถานะต้องพึ่งพิงผู้อื่น ครอบครัวและชุมชน จะต้องเป็นด่านแรกในการเกื้อกูลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลได้นานที่สุด โดยมีสวัสดิการจากรัฐเป็นระบบเสริม เพื่อให้เกิดหลักประกันในวัยสูงอายุและความมั่นคงของสังคม (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

โดยสรุป การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ โดยอาศัยกลยุทธ์และกลวิธีการดำเนินงานที่หลากหลายแต่มีความสัมพันธ์กัน และอาศัยการปฏิบัติของความร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วนเพื่อการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในการวิจัยครั้งนี้ อาศัยกลยุทธ์ที่ภาวะผู้นำมีความมุ่งมั่นต่อปฏิบัติการ มีการจัดระบบสุขภาพเพื่อสอดคล้องกับความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การสร้างความเข้มแข็งในการดูแลระยะยาว และการปรับปรุงการประเมินผล การติดตามและการวิจัย ซึ่งกลยุทธ์ ดังกล่าวนำไปสู่กลวิธีหรือกิจกรรมที่สามารถนำไปเป็นกรอบในการพิจารณาถึงโครงการและการดำเนินการเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เสนอต่อคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่อพิจารณาอนุมัติงบประมาณการดำเนินงานให้กับประชาชนในท้องถิ่น

3. ทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุในปี 2559 รัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง อาศัยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันดำเนินการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รัฐบาลจึงได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติ จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นพิเศษ สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตามชุดสิทธิประโยชน์

รัฐบาลคาดหวังว่าผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 100,000 ราย ในพื้นที่ประมาณ 1,000 ตำบล ในทุกจังหวัด รวมกรุงเทพมหานครจะได้รับดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร อีกทั้งยังเป็นการสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน เพื่อ “สังคมไทยสังคมผู้สูงวัย เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้” ผู้สูงอายุมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เป็นหลักชัยของสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

การบริหารจัดการระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ภายในระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมาของประเทศไทย เป็นไปในลักษณะแยกส่วน เกิด “ช่องว่าง” ทั้งในด้านการจัดการทรัพยากรและการให้บริการต่อประชาชน รวมทั้งทีมผู้ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนยังเป็นเฉพาะกลุ่ม ขาดความหลากหลาย ประชาชนจึงเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างไม่ทั่วถึง การปฏิรูปโดยการปรับระบบและบทบาทการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ของส่วนราชการในแต่ละระดับ ทั้งนี้ หน่วยงานของรัฐทุกหน่วยงานต้องยึดหลักการ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies Approach: HiAP) โดยส่วนกลางมีบทบาทสำคัญในการวางนโยบาย กฎหมายและกำกับระดับชาติในภาพรวม และให้ส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการปฏิบัติการ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน บุคคล และครอบครัว ประกอบด้วย 1) การปรับวิธีการดำเนินงานในทุกขั้นตอนของหน่วยงานทุกระดับต้องใช้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process: PHPPP) เป็นกระบวนการสำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะการพัฒนาเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพให้กับประชาชน 2) การพัฒนากลไก “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด” และ “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับชุมชนหรือท้องถิ่น” เพื่อให้เกิดการบูรณาการทุกภาคส่วนและเครือข่ายพันธมิตร (Collective Leadership) ประกอบด้วย หน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น ภาคพลเมือง ภาคประชาสังคม และภาควิชาการหรือวิชาชีพ 3) เสริมสร้างและพัฒนาขีดความสามารถ (Capacity Building) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทที่พึงประสงค์ในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ รวมทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพที่ดี (Healthy Environment) ภายใต้เงื่อนไขความพร้อมและศักยภาพที่

แตกต่างกัน และการถ่ายโอนภารกิจของส่วนกลาง 4) การพัฒนากฎหมายเพื่อการปฏิรูประบบงาน การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ทั้งในระดับกฎหมาย รัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะ พ.ร.บ. การสาธารณสุข (สำนักงาน เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2558)

โดยสรุป ทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน ได้ มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยอาศัยความร่วมมือจาก หลายภาคส่วนในการดูแลสุขภาพ โดยส่วนกลางมีบทบาทสำคัญในการวางนโยบาย กฎหมายและ กำกับระดับชาติในภาพรวม และให้ส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการปฏิบัติการ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมใน ทุกขั้นตอนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน บุคคลและครอบครัว

4. ผู้สูงอายุเขตเมือง

จากสถานการณ์สังคมไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และ ลักษณะของประชากรที่มีความหลากหลาย การอยู่อาศัยที่มีความหนาแน่นสูงโดยเฉพาะในเขตเมือง ซึ่งหมายถึง พื้นที่ ที่มีประชากรอยู่กันอย่างหนาแน่น หรือมีจำนวนคนมากเมื่อเทียบกับพื้นที่ และ ประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่นั้นประกอบอาชีพที่มีใช้เกษตรกรรม ประเทศไทยถือว่าพื้นที่ในเขต เทศบาลทั้งหมดเป็นเขตเมือง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558) พระราช กฤษฎีกา ออกตามความในพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 แบ่งเป็นเทศบาลตำบล เทศบาลเมือง และเทศบาลนคร (ทัศนา พฤติการณ์กิจ, 2558) และที่สำคัญ ในปัจจุบันและอนาคต เมื่อประชากร ไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็ว จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลกระทบที่สำคัญที่ ตามมาอย่างหนึ่งคือ เรื่องปริมาณและคุณภาพของที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยมีจำนวนเพียงพอ หรือไม่ และที่อยู่อาศัยเหล่านั้น มีคุณภาพเหมาะสมที่ทำให้ผู้สูงอายุ อยู่ได้อย่างปลอดภัย มีความ มั่นคง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย , 2559) รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุใน ลักษณะการอยู่ตามลำพังคนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสมีสัดส่วนที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมือง หรือเขตเทศบาลจะมีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง คิดเป็นร้อยละมากกว่านอกเขตเทศบาล หากสัดส่วนและ จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง คนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นไปอีกใน อนาคต ก็ย่อมจะมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558)

สำหรับการจัดบริการสุขภาพในเขตเมืองมีบริบทที่ซับซ้อน มีผู้ร่วมจัดบริการหลากหลาย ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคส่วนอื่น ๆ และเมืองปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเข้ามามีบทบาท ในการดูแลสุขภาพประชาชนและร่วมจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนในเขตเมืองมากขึ้น การบริหาร จัดการเพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพเขตเมือง และกรุงเทพมหานครอย่างมีส่วนร่วมมี ข้อจำกัด จากเหตุผลหลายประการ เช่น ความแตกต่างของนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของแต่ละ

หน่วยงาน โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพ อันหมายรวมถึงกำลังคนด้านสุขภาพทั้งเรื่อง ปริมาณ คุณภาพ และมาตรฐานวิชาชีพ ความพร้อมเชิงทรัพยากรต่าง ๆ เช่น ระบบข้อมูลสารสนเทศ เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพ ระบบการส่งต่อ และ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การบริหารจัดการและการเบิกจ่ายงบประมาณด้านสุขภาพ ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งในและต่างภาคส่วนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ไม่มีเจ้าภาพหลักของระบบบริการสุขภาพเขตเมืองโดยรวม แม้จะมีการแบ่งแยกพื้นที่ปกครองเชิงอำนาจตามกฎหมายก็ตาม ฯลฯ ทั้งหมดนี้ทำให้ระบบบริการสุขภาพเขตเมืองได้รับการพัฒนาแบบแยกส่วน และไร้ทิศทางที่ชัดเจนในภาพรวม ส่งผลให้ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่เขตเมืองนั้น มีความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนเขตเมืองควรพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านภาวะผู้นำ และการทำงานเป็นทีม ภาครัฐและภาคเอกชน ควรประสานความร่วมมือกับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ (นาริรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ, 2554) สถานการณ์โรคที่สำคัญ นอกจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมืองส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าสูง (พัชรภักดิ์ ไชยสังข์ และคณะ, 2556) ที่สำคัญคือ พฤติกรรมตามวิถีชีวิตของผู้สูงอายุเขตเมือง มีการดำเนินพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปตามสมัยนิยม กลุ่มผู้สูงอายุให้ข้อเสนอแนะถึงปัจจัยการดำรงอยู่ของอาหารพื้นบ้านเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมือง โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญ กับนโยบายการพึ่งตนเองด้านอาหารของผู้สูงอายุ และเสริมสร้างองค์ความรู้ท้องถิ่นเกี่ยวกับอาหารพื้นบ้านที่เหมาะสมให้กับสมาชิกกลุ่มแม่บ้าน (สามารถ ใจเตี้ย, 2558) ดังนั้น การนำภูมิปัญญาท้องถิ่น มาบูรณาการในการให้บริการสุขภาพ และสามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่ทำนายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีเจ้าภาพหลัก และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องความต้องการของผู้สูงอายุ

โดยสรุป ผู้สูงอายุในเขตเมืองหรือเขตเทศบาลมีการอยู่ตามลำพังคนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสมีสัดส่วนที่สูงขึ้น จะมีส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ร่วมกับการระบบบริการสุขภาพเขตเมืองได้รับการพัฒนาแบบแยกส่วน และไร้ทิศทางที่ชัดเจนในภาพรวม ส่งผลให้ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่เขตเมืองนั้น มีความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก จึงควรบูรณาการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนเขตเมือง ด้วยการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม ภาครัฐและภาคเอกชน ควรประสานความร่วมมือกับชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5. ความร่วมมือการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

องค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพสู่ความสำเร็จ จะเห็นว่า ในภาพรวมกลุ่ทุรระดับโลกและแผนการปฏิบัติสำหรับการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ (ปี 2016-2020) (World Health Organization, 2016) มุ่งไปที่ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เช่นเดียวกันกับการสัมมนาความร่วมมือองค์กรระหว่างภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกสำหรับผู้สูงอายุ (Regional Seminar on Government NGO Cooperation for Older Persons) ณ ประเทศมาเก๊า ทั้งหมด 15 ประเทศ รวมถึงประเทศไทย ได้กำหนดมาตรการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างองค์การภาครัฐ และเอกชน ในการทำงานเพื่อผู้สูงอายุ (เมืองทอง แคมมณี, 2560) มีข้อสรุปในประเด็นหลัก คือ การพัฒนานโยบาย การจัดการเกี่ยวกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ การพัฒนาแผนงาน การนำแผนงานไปปฏิบัติ และการประเมินแผนงาน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนานโยบาย กลไก และการจัดการในพื้นที่ โดยการเสริมกลไกประสานในระดับพื้นที่ (จังหวัด อำเภอหรือตำบล) และสร้างมาตรฐานงาน ตัวชี้วัดการทำงาน ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มุ่งเน้นให้เกิดแนวทางสำคัญในการดำเนินงาน ระบบดูแลผู้สูงอายุประเทศไทย โดยใช้โรงพยาบาลตำบล ส่งเสริมสุขภาพ และแกนนำ อสม. เป็นหลักในการจัดการและให้บริการ โดยมีหน่วยงานองค์กรในชุมชนให้การสนับสนุน นอกจากนี้ การเสริมสร้างศักยภาพบริการปฐมภูมิโดยเน้นครอบครัวและชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้สูงอายุ เน้นระบบการดูแลดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการคัดกรองด้านสุขภาพ การดูแลรักษาโรคและความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการดูแลระยะสุดท้าย (วิทยา แก้วภราดัย, 2552)

โดยสรุป องค์ความรู้ที่สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสู่ความสำเร็จ นั้นคือ ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะในประเด็นของความร่วมมือในการพัฒนานโยบายการจัดการเกี่ยวกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ การพัฒนาแผนงาน การนำแผนงานไปปฏิบัติการประเมินแผนงาน และการจัดการทรัพยากรเพื่อผู้สูงอายุ

จากที่กล่าวมาตั้งแต่ต้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ จากรัฐบาลส่วนกลางสู่ท้องถิ่น ด้วยการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ขับเคลื่อน ผ่านคณะกรรมการกองทุนฯ ที่มาจากหลายภาคส่วน โดยอาศัยความร่วมมือในการบริหารจัดการกองทุนฯ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย มีสุขภาพที่ดี จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา จะเห็นว่า การบริหารจัดการในภาพรวมยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่ง

จะเห็นว่า มีแนวโน้มของการเจ็บป่วยที่สูงขึ้น ร่วมกับประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน รูปแบบการบริหารจัดการของกองทุนฯ ที่อาศัยกระบวนการบริหารจัดการแบบดั้งเดิม (การวางแผน การจัดองค์การ การนำ และการควบคุม) อย่างเดียวนั้น ยังไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควร และจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า แนวทางการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะประเด็นผู้สูงอายุทั้งในระดับประเทศ และระดับโลก ได้นำเสนอกลยุทธ์ที่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนด้วยการอภิบาลแบบภาคีเครือข่ายและพันธมิตร เชื่อมประสานทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน เพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา แนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (Collaborative Governance) เพื่อเป็นรูปแบบการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นที่มีประสิทธิผล ซึ่งหมายถึง กองทุนฯ สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ และผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดที่จะกล่าวถึงต่อไป

แนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (Collaborative Governance)

1. ความหมาย

ในศตวรรษที่ 20 การอภิบาลผ่านความร่วมมือ (Collaborative Governance) ได้กลายเป็นคำศัพท์ที่รู้จักกันทั่วโลก และได้รับความสนใจสำหรับการบริหารจัดการสาธารณะ มีการนำไปใช้ทั้งที่เป็นรูปธรรมชัดเจนและไม่ชัดเจนเท่าที่ควร เพื่อทำให้เกิดการบริหารจัดการที่ดีของการทำงาน ในประเด็นเกี่ยวกับสาธารณะขององค์การและภาคส่วนที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Emerson, K., & Nabatchi, T., 2015)

จากคำในภาษาอังกฤษ “Collaborative Governance” ได้มีการนำมาใช้ในภาษาไทยที่หลากหลาย ดังเช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2017) ได้ให้ความหมายเป็นสหอภิบาล หรือการบริหารจัดการร่วมกัน (คำว่า สห - [สะหะ-] เป็นคำกริยา หมายถึง ด้วยกัน, พร้อม, ร่วม, ร่วมกัน /ใช้ประกอบหน้าคำอื่น) สมาสกับคำว่า อภิบาล คำนาม หมายถึง บำรุงรักษา, ปกครอง โดยที่ สถาพร เริงธรรม, และอภิชัย พันธเสน (2553) ใช้คำว่า “การอภิบาลผ่านความร่วมมือ” ในการวิจัยเรื่อง “การประยุกต์ใช้แนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการป้องกันและปราบปราม การคอร์รัปชัน ศึกษากรณี: แนวทางการปฏิบัติงานที่ดีเลิศ ของต่างประเทศ” ภคพร กุลจิรันธร (2559) ได้ใช้คำว่า การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ในการนำเสนอบทความทางสื่อออนไลน์ นอกจากนี้ ปิยะสกล สกลสัตยาทร (2558) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอคำว่า การอภิบาลแบบเครือข่าย ในนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของ การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นอกจากนี้ ประเด็นการขับเคลื่อนระบบราชการสู่ Government 4.0

ได้เสนอคำว่า การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันทุกภาคส่วน ในการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (กิตติยา คัมภีร์, 2559) ดังนั้น ผู้วิจัยใช้คำว่า “การอภิบาลผ่านความร่วมมือ” สำหรับการวิจัยนี้ โดยที่ความหมายของคำนี้มีหลากหลาย ดังเช่น

การอภิบาลผ่านความร่วมมือ หมายถึง กระบวนการและโครงสร้างของการตัดสินใจ นโยบายสาธารณะ และการจัดการนโยบายสาธารณะ ที่ประชาชนมีส่วนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ โดยมีลักษณะข้ามขอบเขต ในระดับของรัฐบาล และ/หรือภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์สาธารณะที่ต้องการและหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งไม่สามารถทำได้เพียงหน่วยงานเดียว (Emerson, K., & Nabatchi, T., 2015)

การอภิบาลผ่านความร่วมมือ หมายถึง การจัดการที่หนึ่งหรือหลายหน่วยงานของรัฐมีส่วนร่วมโดยตรงกับผู้มีส่วนได้เสียที่ไม่ใช่ภาครัฐ ในกระบวนการตัดสินใจร่วมกันอย่างเป็นทางการที่มุ่งเน้นฉันทามติ และการอภิปรายร่วมกัน และมีจุดมุ่งหมายเพื่อก่อให้เกิดการกำหนดนโยบายสาธารณะ หรือการนำนโยบายสาธารณะไปใช้ หรือการจัดการโครงการสาธารณะ หรือทรัพยากรสาธารณะ (Ansell, C., & Gash, A., 2008)

การอภิบาลผ่านความร่วมมือ หมายถึง แนวทางของการทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลาย เพื่อร่วมสร้างวิธีการที่ยั่งยืน สำหรับประเด็นที่ซับซ้อนส่วนใหญ่ ปัญหาและความขัดแย้งที่เกิดขึ้น (Twyford, V. et al., 2556)

การอภิบาลผ่านความร่วมมือ หมายถึง รูปแบบการทำงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งจะต้องเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการ (formal) มุ่งเน้นข้อสรุปของกลุ่ม (consensus-oriented) และเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการอภิปราย (deliberative) โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะร่วมกันกำหนดนโยบาย นำนโยบายสู่การปฏิบัติจริง และบริหารจัดการโครงการ หรือทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกัน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2556)

โดยสรุป การอภิบาลผ่านความร่วมมือ หมายถึง กระบวนการและโครงสร้างของการตัดสินใจนโยบายสาธารณะ และการจัดการนโยบายสาธารณะ ที่มีการบริหารจัดการระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่ได้ตัดสินใจร่วมกันและการจัดการนโยบายตามข้อตกลงของกลุ่ม (consensus-oriented) และเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการอภิปรายร่วมกัน (deliberative) โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะร่วมกันกำหนดนโยบาย นำนโยบายสู่การปฏิบัติและบริหารจัดการโครงการ หรือทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกัน ร่วมสร้างวิธีการที่ยั่งยืน เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ การอภิบาลผ่านความร่วมมือ หมายถึง องค์ประกอบของความร่วมมือ ในการบริหารจัดการระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนต่อการตัดสินใจ และการจัดการตามข้อตกลงของกลุ่ม และเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการอภิปรายร่วมกัน เพื่อกำหนด

นโยบาย นำนโยบายสู่การปฏิบัติ และบริหารจัดการโครงการ หรือทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกัน เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

นอกจากนี้ การบริหารจัดการความร่วมมือ (Collaborative Management) มักจะใช้สลับกันได้กับคำว่า การอภิบาลผ่านความร่วมมือ (Collaborative Governance) และการบริหารกิจการบ้านเมืองของผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder Governance) และมักชอบใช้คำว่า การบริหารกิจการบ้านเมืองหรือการบริหารปกครอง (Governance) มากกว่าการบริหารจัดการ (Management) เพราะมันมีความหมายที่กว้างกว่า และครอบคลุมด้านต่าง ๆ ของกระบวนการปกครอง รวมถึง การวางแผน การกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ ส่วนคำว่า ความร่วมมือกัน (Collaborative) เป็นตัวบ่งชี้ของแนวทางที่มุ่งเน้นแบบการปรึกษาหารือและฉันทามติ ซึ่งมักใช้คำตรงข้ามกับคำว่า ความขัดแย้งนิยม (Adversarialism) หรือการจัดการนิยม (Managerialism) มากกว่าที่จะใช้คำว่า การมีส่วนร่วม (Participatory) หรือการโต้ตอบ (Interactive) (Ansell, C., & Gash, A., 2008) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนการบริหารจัดการความร่วมมือ (Collaborative Management) สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ด้วยเช่นกัน เพื่อความครอบคลุมของงานวิจัยต่อไป

2. การบริหารจัดการความร่วมมือ (Collaborative Management)

2.1 ความหมายการบริหารจัดการ

ความหมายการบริหารจัดการได้มีนักวิชาการให้ความหมายกันไว้มากมายตามแนวทางที่แต่ละท่านได้ศึกษามา ดังเช่น

Drucker, P. F. (2008, p. 4) การบริหารจัดการ หมายถึง การทำงานหรือการปฏิบัติตามระเบียบเพื่อความสำเร็จขององค์กรโดยผ่านผู้บริหารหรือผู้จัดการ

Cassidy, C., & Kreitner, B. (2009, p. 5) การบริหารจัดการ หมายถึง กระบวนการของการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น ๆ และการทำงานผ่านบุคคลอื่น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ที่สำคัญในกระบวนการนี้คือ การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

Kinicki, A. , & Williams, B. K. (2008, p. 4) การบริหารจัดการ หมายถึง การแสวงหาเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลโดยการบูรณาการการทำงานของบุคคลผ่านการวางแผน (planning) การจัดองค์กร (organizing) การนำ (leading) และการควบคุม (controlling) ด้วยทรัพยากรขององค์กร

ศาสตราจารย์รังสรรค์ (2550, น. 26) การบริหารจัดการ หมายถึง การทำงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ทางการบริหารจัดการ ซึ่งรวมถึงกิจกรรมหลัก 4 ประการ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร การชี้นำ และการควบคุมองค์กร

สุทิน อ่อนอุบล และคณะ (2557, น. 17) การบริหารจัดการ หมายถึง กระบวนการขับเคลื่อนองค์กรให้ไปสู่ความสำเร็จโดยการผสมผสานใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และเทคโนโลยีต่าง ๆ ผ่านระเบียบและขั้นตอนที่รัดกุม ประกอบด้วย คุณภาพการจัดองค์กร กลยุทธ์การบริหาร และความเหมาะสมของกฎระเบียบเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร

โดยสรุป การบริหารจัดการ หมายถึง กระบวนการดำเนินงานขององค์กรโดยการบูรณาการการทำงานร่วมกันของบุคคลในการขับเคลื่อนให้ไปสู่ความสำเร็จด้วยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล อาศัยกิจกรรมหลักทางการบริหารจัดการ (การวางแผน การจัดองค์กร การนำ และการควบคุม) ผ่านขั้นตอนและระเบียบที่ถูกต้อง เหมาะสม

2.2 ความหมายของความร่วมมือ (Collaboration)

ความร่วมมือ (Collaboration) หมายถึง การทำงานร่วมกับผู้อื่น การร่วมมือกัน การร่วมรู้ ร่วมคิด การทำงานร่วมกับผู้อื่นเพื่อสร้างบางสิ่งบางอย่างร่วมกัน เป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่ทำให้การทำงานร่วมกันหรือการทำงานเป็นทีมประสบความสำเร็จ ความร่วมมือจึงเป็นคุณลักษณะที่กลุ่ม ทีม หรือองค์กรพึงปรารถนา (Crowther, R. A., Henderson, R., & Smith, J. M., 1996)

ความร่วมมือ (Collaboration) หมายถึง กระบวนการที่กระตุ้นให้องค์กรต่าง ๆ เข้ามาปฏิบัติงานร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาศักยภาพขององค์กรหนึ่งองค์กรใดเพียงองค์กรเดียวจะสามารถทำให้สำเร็จลุล่วงไปไม่ได้ หรือถ้าสามารถที่จะทำได้ก็อาจจะประสบความสำเร็จได้ยาก นอกจากนี้ การสร้างความร่วมมือยังหมายถึง การค้นหาหรือคิดค้นทางเลือกสำหรับการแก้ไขปัญหาภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ ที่มีอยู่ เช่น องค์กรความรู้ เวลา งบประมาณและการแข่งขัน เป็นต้น (McGuire, M., 2006, p. 4)

ความร่วมมือ หมายถึง การร่วมมือของพนักงานเพื่อให้เกิดความสำเร็จของเป้าหมายส่วนใหญ่ อาจจะเป็นทำงานข้ามขอบเขตและในความหลากหลายของภาคส่วนและมีความสัมพันธ์ของผู้แสดงที่หลากหลาย (O’Leary, R., & Vij, N, 2012)

ความร่วมมือ (Collaboration) หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างผู้มีบทบาทขององค์กรอาศัยการพึ่งพาซึ่งกันและกัน มีการเจรจาต่อรองการแบ่งปันความสนใจร่วมกัน (Gray, C. M., & Singer, W., 1989)

ความร่วมมือ (Collaboration) หมายถึง กิจกรรมที่เชื่อมโยงโดยหน่วยงานราชการสองหน่วยงานหรือมากกว่ามาทำงานร่วมกันที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณค่าสาธารณะโดยมีการทำงานร่วมกันมากกว่าการแยกกันทำงาน (Bardach, E., 1998)

ความร่วมมือ (Collaboration) เป็นกระบวนการซึ่งนักแสดงอิสระหรือกึ่งอิสระมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ผ่านการเจรจาต่อรองอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ร่วมกันสร้างกฎและโครงสร้างการปกครองความสัมพันธ์ของพวกเขา และช่องทางเพื่อนำไปสู่ประเด็นการปฏิบัติหรือการ

ตัดสินใจร่วมกันของพวกเขา; มันเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานของการแบ่งปันและมีปฏิสัมพันธ์ในผลประโยชน์ร่วมกัน (Thomson, K., 2007)

โดยสรุป ความร่วมมือ (Collaboration) หมายถึง ลักษณะหรือกระบวนการเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานของการแบ่งปันและมีปฏิสัมพันธ์ในผลประโยชน์ร่วมกัน ภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ ที่มีอยู่ของการเข้ามาทำงานร่วมกันของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กรสององค์กรหรือมากกว่า โดยมีผู้แสดงบทบาทองค์กรภาครัฐและเอกชนรวมถึงผู้ให้บริการ นักออกแบบและนักวิชาการ ผ่านการเจรจาต่อรองอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ร่วมกันสร้างกฎและโครงสร้างการปกครองความสัมพันธ์ ร่วมรู้ ร่วมคิด การค้นหาหรือคิดค้นวิธีทางปฏิบัติหรือการตัดสินใจในประเด็นหรือแก้ไขปัญหา เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์และเพิ่มคุณค่าสาธารณะประโยชน์

2.3 ความหมายของการบริหารจัดการความร่วมมือ (Collaboration management)

จากความหมายการบริหารจัดการที่ผ่านมา เป็นกระบวนการ ที่อาศัยการบูรณาการความร่วมมือในการทำงานของบุคคลในการขับเคลื่อนให้ไปสู่ความสำเร็จโดยอาศัยกิจกรรมหลักทางการบริหารจัดการ (การวางแผน การจัดองค์การ การนำ และการควบคุม) ด้วยขั้นตอนและระเบียบที่ถูกต้อง เหมาะสม ร่วมกับคำว่า ความร่วมมือ (Collaboration) ซึ่งหมายถึง ลักษณะหรือกระบวนการเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานของการแบ่งปันและมีปฏิสัมพันธ์ในผลประโยชน์ร่วมกัน ภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ ที่มีอยู่ ของการเข้ามาทำงานร่วมกันของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กรสององค์กรหรือมากกว่า โดยมีผู้แสดงบทบาทองค์กรภาครัฐและเอกชนรวมถึงผู้ให้บริการ นักออกแบบและนักวิชาการ ผ่านการเจรจาต่อรองอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ร่วมกันสร้างกฎ และโครงสร้างการปกครองความสัมพันธ์ ร่วมรู้ ร่วมคิด การค้นหาหรือคิดค้นวิธีทางปฏิบัติหรือการตัดสินใจในประเด็นหรือแก้ไขปัญหา เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์และเพิ่มคุณค่าสาธารณะประโยชน์

ดังนั้น การบริหารจัดการความร่วมมือ หมายถึง กระบวนการดำเนินงาน ที่อาศัยการบูรณาการความร่วมมือในการเข้ามาทำงานร่วมกันของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กรสององค์กรหรือมากกว่า อยู่บนบรรทัดฐานของการแบ่งปันและมีปฏิสัมพันธ์ในผลประโยชน์ร่วมกัน ภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ ที่มีอยู่ ร่วมกันสร้างกฎและโครงสร้างการปกครองความสัมพันธ์ ร่วมรู้ ร่วมคิด การค้นหาหรือคิดค้นวิธีทางปฏิบัติหรือการตัดสินใจในประเด็นหรือแก้ไขปัญหา โดยอาศัยกิจกรรมหลักทางการบริหารจัดการ (การวางแผน การจัดองค์การ การนำ และการควบคุม) ในการขับเคลื่อนให้ไปสู่ความสำเร็จ ด้วยขั้นตอนและระเบียบที่ถูกต้อง เหมาะสม นอกจากนี้การบริหารจัดการความร่วมมือ ยังมีความหมายที่นักวิชาการหลายท่านได้เสนอไว้ ดังต่อไปนี้

การบริหารจัดการความร่วมมือ (Collaboration management) หมายถึง พฤติกรรมการทำงานร่วมกันของบุคคล กลุ่มบุคคล และอาจมีความหมายครอบคลุมไปถึงความร่วมมือขององค์กร ประกอบด้วย การออกแบบและการจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมาย

เพื่อนำมาทำแผนปฏิบัติการตามเป้าหมายที่กำหนดไว้รวมทั้งมีการประเมินศักยภาพ ผลการปฏิบัติงานเพื่อนำผลมาใช้ในการปรับปรุงงาน สมาชิกทุกคนต้องมีจิตสำนึกด้าน ความรับผิดชอบที่จะแสวงหาวิธีการ เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานของตน และแสวงหาวิธีการที่จะ พัฒนาความสัมพันธ์ในการทำงานของตน (Cramer, J. A. et al., 1998)

การบริหารจัดการความร่วมมือ (Collaboration management) หมายถึง การที่ กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาปฏิบัติการทำงานร่วมกัน อาจร่วมมือกันอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็น ทางการเพื่อให้ได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน โดยอาจไม่ต้องทำวาระการประชุมร่วมกัน การทำงาน ร่วมกันดังกล่าวนี้ จะประกอบด้วย การวางแผนกำหนดเป้าหมาย ทำแผนปฏิบัติการ ดำเนินการตามที่ กำหนด โดยสมาชิกทุกคนต้องมีจิตสำนึกด้านความรับผิดชอบที่จะแสวงหาวิธีการ เพื่อปรับปรุงการ ปฏิบัติงานของตน ร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น สร้างพลัง และการช่วยเหลือกัน (พิสิฐ เทพไกรวัล, 2554)

การบริหารจัดการความร่วมมือ (Collaboration management) หมายถึง ความ มุ่งหมายหรือการรวบรวมวิธีการเพื่อแก้ไขประเด็นหรือปัญหาของประชาชนที่มีอยู่ผ่านการสร้าง ความรู้ร่วมกัน การออกแบบวิธีการที่เป็นนวัตกรรมใหม่ การสร้างความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง ด้วยการนำกลยุทธ์ความร่วมมือมาใช้ในการผลิตเพื่อให้เกิดผลกระทบในทางบวก และผู้มีส่วนได้เสียมี การยอมรับการเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือโปรแกรม อาศัยความสามารถของบุคคลและองค์กรอย่าง เข้มแข็งนำไปสู่ประสิทธิภาพของการทำงานร่วมกัน Norris- Tirrell, D., & Clay, J. A. (2010)

โดยสรุป การบริหารจัดการความร่วมมือ (Collaboration management) หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมการทำงานร่วมกันของบุคคล กลุ่มบุคคล และอาจมีความหมายครอบคลุม ไปถึงความร่วมมือขององค์กร 2 องค์กรหรือมากกว่ามาปฏิบัติการทำงานร่วมกัน ผ่านกระบวนการ บริหารจัดการ (การวางแผน การจัดองค์การ การนำ และการควบคุม) ในการสร้างความรู้ร่วมกันและ การจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมาย การออกแบบวิธีการที่เป็นนวัตกรรมใหม่ การปฏิบัติการแผน หรือวิธีการสอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งมีการประเมินศักยภาพผลการปฏิบัติงานและ การสร้างความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง เพื่อมุ่งหมายแก้ไขประเด็นหรือปัญหาของประชาชนที่มีอยู่ โดยที่สมาชิกทุกคนต้องมีจิตสำนึกด้านความรับผิดชอบผลการปฏิบัติงานของร่วมกัน รวมถึงแสวงหา วิธีการเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนและแสวงหาวิธีการที่จะพัฒนาความสัมพันธ์ในการทำงาน ร่วมกัน

3. รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ

ด้วยความรับผิดชอบต่อภารกิจหน้าที่ขององค์กร การเปลี่ยนแปลงในเทคโนโลยีที่เกิดขึ้น อย่างรวดเร็วมากขึ้น ทรัพยากรที่ขาดแคลนและการเพิ่มขึ้นของการพึ่งพาอาศัยกันและกันขององค์กร เป็นปัจจัยที่อธิบายถึงการเกิดขึ้นของรูปแบบใหม่ในการบริหารจัดการ โดยที่การอภิบาลผ่านความ

ร่วมมือระหว่างองค์กร เป็นคำที่ใช้โดยนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงาน เพื่ออธิบายกระบวนการที่สามารถเกิดขึ้นออกมาได้เป็นลักษณะขององค์กรที่มีปฏิสัมพันธ์กับองค์กรอื่น ๆ เพื่อสร้างโครงสร้างองค์กรและสังคมใหม่ รูปแบบของการจัดระเบียบที่ค่อนข้างมีความแตกต่างจากระบบราชการหรือบริษัทที่ผ่านมา ซึ่งยังขาดการเชื่อมโยงข้ามภาคส่วนที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน

สำหรับข้อดีที่สำคัญของความร่วมมือกันทำงาน คือ การลดเวลาในการปฏิบัติงาน การปรับปรุงความสามารถในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน การเพิ่มความสามารถในการสร้างทางเลือกอย่างสร้างสรรค์ การอภิปรายข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือกเพื่อเลือกใช้ประโยชน์ได้และช่วยในการตัดสินใจ ทั้งการปรับปรุงการสื่อสาร การเรียนรู้ ความพึงพอใจส่วนบุคคล และส่งเสริมนวัตกรรม (J. Alonso, 2010) องค์การอนามัยโลกได้มองเห็นถึงความสำคัญของความร่วมมือการทำงาน (Collaboration) เป็นสิ่งจำเป็นระหว่างผู้แสดงบทบาทองค์กรภาครัฐ และเอกชน รวมถึงผู้ให้บริการนอกแบบ และนักวิชาการ (World Health Organization, 2016)

Ansell, C., & Gash, A. (2008) ได้เสนอรูปแบบเชิงสถานการณ์ของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (contingency model of collaborative governance) สามารถบ่งชี้ตัวแปรที่สำคัญซึ่งจะมีผลกระทบต่อวิธีการของการอภิบาลและทำให้เกิดความร่วมมือที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) ตัวแปรสภาพเงื่อนไขของการเริ่มต้น (starting conditions) ได้แก่ ประวัติความขัดแย้งหรือการทำงานร่วมกัน (cooperation) ในอดีต แรงจูงใจของผู้มีส่วนได้เสียที่เข้ามีส่วนร่วม และความไม่สมดุลของพลังอำนาจและทรัพยากร 2) ภาวะผู้นำ (leadership) และ 3) การออกแบบสถาบัน (institutional design) นอกจากนี้ยังสามารถระบุถึงลำดับของปัจจัยซึ่งมีความสำคัญภายในกระบวนการความร่วมมือด้วย ได้แก่ 1) การสนทนาแบบเผชิญหน้าต่อหน้า 2) การสร้างความไว้วางใจ 3) การพัฒนาความมุ่งมั่น 4) การมีความเข้าใจร่วมกัน และ 5) ผลลัพธ์ขั้นกลางพบว่าวัฏจักรของความร่วมมือที่ดีมีแนวโน้มไปสู่การพัฒนา ขึ้นอยู่กับความเชื่อใจกัน (trust) ความมุ่งมั่น (commitment) และความเข้าใจร่วมกัน (shared understanding) กระบวนการความร่วมมือถือว่าเป็นแกนหลักของรูปแบบนี้ ร่วมกับปัจจัยและตัวแปรต่าง ๆ เป็นส่วนประกอบที่สำคัญหรือบริบทสำหรับกระบวนการความร่วมมือ

Twyfords, V. et al. (2011) ได้เสนอรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ เป็นแนวทางใหม่เพื่อการจัดการกับภาวะวิกฤตที่ขัดแย้งกันและซับซ้อน โดยอาศัยองค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ คือ ความคิดที่เป็นประโยชน์ (Appreciative mindsets) การเรียนรู้ที่ใช้ร่วมกัน (Shared learning) การสนทนาอย่างพิถีพิถัน (Sophisticated conversations) การพิจารณาด้วยความรอบคอบ (Thoughtful deliberation) โดยที่ขั้นตอนของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ เกิดขึ้นจากภาวะวิกฤตของความขัดแย้งกันและมีความซับซ้อน ที่ประกอบด้วย ความมุ่งมั่นในความร่วมมือ (Commit to collaboration) การร่วมกันค้นหาปัญหาที่สำคัญ (Co-define dilemma) การร่วมกัน

ออกแบบกระบวนการ (Co-design process) การร่วมกันสร้างวิธีการแก้ไข (Co-create solutions) และการร่วมกันปฏิบัติ (Co-deliver actions) ขั้นตอนเหล่านี้อาศัยการเพิ่มความไว้วางใจและการเพิ่มความสามารถร่วมด้วย ไปสู่การแก้ไขประเด็นปัญหาเหล่านั้น ที่ประกอบด้วย การสร้างความพร้อมของความร่วมมือ สร้างความสัมพันธ์ และสร้างความสามารถของความร่วมมือนั่นเอง โดยที่ประโยชน์ระยะยาวของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ มาจากความไว้วางใจ ความสัมพันธ์ในเชิงบวกและความรู้ใหม่ที่สร้างขึ้นภายในองค์กรและระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย และชุมชนที่สนใจ ความสัมพันธ์ของความไว้วางใจ เกิดขึ้นเมื่อได้รับการจัดตั้งโครงสร้างของอภิบาลการทำงาน การปฏิบัติตามแผน และการลงมือปฏิบัติอย่างรวดเร็วและการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Emerson, K. et al. (2012) ได้เสนอกรอบบูรณาการสำหรับการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ประกอบด้วย องค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือหลายมิติข้อมูลที่ซ้อนกันเป็นระบบภายในระบบประกอบด้วยส่วนประกอบและองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ถูกจัดวางให้ทำงานร่วมกันเป็นแบบพลวัตร ได้แก่ บริบทของระบบ (system context) ที่มีผลต่อการกระตุ้นตัวขับเคลื่อนหรือกลไก (Driver) หลักจากนั้นจะมีการพยายามผลักดันช่วยให้เกิดการริเริ่มของระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (Collaboration Governance regime: CGR) ที่ภายในประกอบด้วยกระบวนการของความร่วมมือ (Collaboration dynamics) และการปฏิบัติ (actions) สู่เป้าหมายของความร่วมมือ (outcomes)

องค์ประกอบหลักของบริบทของระบบ (System Context) ได้แก่ ทรัพยากรหรือสภาพของการบริการ นโยบายและกรอบกฎหมาย ลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม ลักษณะของเครือข่าย พลวัตทางการเมืองและความสัมพันธ์เชิงอำนาจและประวัติความขัดแย้ง สำหรับตัวขับเคลื่อนหรือกลไก (Driver) เป็นแรงผลักดันให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ประกอบด้วย 4 ประการ คือ 1) ความไม่แน่นอน (Uncertainty) เป็นลักษณะเริ่มต้นของปัญหา สามารถผลักดันให้กลุ่มมีความร่วมมือกันเพื่อลดความเสี่ยง กระจายความเสี่ยง และแบ่งปันความเสี่ยง 2) ความพึ่งพซึ่งกันและกัน (Interdependence) หมายถึง การรับรู้ความจำเป็นในการพึ่งพซึ่งกันและกัน ในสถานการณ์ที่บุคคลและองค์กรไม่สามารถบรรลุเป้าหมายด้วยตัวเองได้ 3) แรงจูงใจที่สำคัญ (Consequential incentives) หมายถึง แรงกดดันภายใน (ในประเด็นความต้องการทรัพยากรผลประโยชน์ หรือโอกาส) หรือความกดดันภายนอก (สถานการณ์หรือภาวะวิกฤตของสถาบัน ภัยคุกคาม หรือโอกาส) ซึ่งต้องจัดการเพื่อลดความเสี่ยงสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักและประชาชนทั่วไป สุดท้าย 4) การริเริ่มของผู้นำ (initiating leadership) เป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมเบื้องต้นในกลุ่มผู้มีส่วนร่วมที่มีศักยภาพและเพื่อสร้างเงื่อนไขในการเริ่มต้นการขับเคลื่อนความร่วมมือ (Emerson, K., & Nabatchi, T., 2015)

ระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ หมายถึง ระบบความร่วมมือระหว่างภาคส่วน มีการดำเนินการในลักษณะที่โดดเด่น มีการตัดสินใจและการมาร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมของกลุ่ม ผู้มีส่วนร่วมอย่างเป็นอิสระ เพื่อความสำเร็จของวัตถุประสงค์ร่วมบางอย่าง ที่ได้กำหนดเป้าประสงค์ ร่วมกันไว้ กรอบความคิดของระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือทั้งหมด จะถูกสร้างขึ้นโดย กระบวนการหรือการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือ (Collaborative dynamics) และปฏิบัติการที่ เฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการเหล่านั้น สำหรับกระบวนการความร่วมมือ ประกอบด้วย องค์ประกอบที่มีปฏิสัมพันธ์กัน 3 องค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบจะประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ 1) กระบวนการมีส่วนร่วมตามหลักความร่วมมือ (principled engagement) ประกอบด้วย กระบวนการค้นพบ (discovery) กระบวนการให้ความหมาย หรือนิยาม (definition) กระบวนการ พิจารณาหารือ (deliberation) และกระบวนการตัดสินใจร่วมกัน (determination) 2) การพัฒนา แรงจูงใจร่วม (shared motivation) ซึ่งประกอบด้วย การพัฒนาการไว้วางใจ (trust) การพัฒนา ความเข้าใจร่วมกัน (mutual understanding) การพัฒนาความชอบธรรมภายใน (internal legitimacy) และการพัฒนาความมุ่งมั่น (commitment) และสุดท้าย 3) การสร้างศักยภาพของการ ปฏิบัติร่วมกัน (capacity for joint) ซึ่งประกอบด้วย การจัดขั้นตอนการดำเนินงานและการออกแบบ โครงสร้างสถาบัน (procedural and institutional arrangements) การจัดการความเป็นผู้นำ (leadership) การจัดการความรู้ (knowledge) และการจัดการทรัพยากร (resources)

ส่วนประกอบเหล่านี้ขับเคลื่อนการทำงานร่วมกัน เพื่อเสริมสร้างองค์ประกอบแต่ละส่วน และทั้งสามองค์ประกอบทำงานร่วมกันโดยมีปฏิสัมพันธ์กันและทำซ้ำ ๆ เพื่อเสริมสร้างซึ่งกันและกัน ผ่านการหมุนเวียนของกระบวนการความร่วมมือแบบความก้าวหน้าของการมีส่วนร่วมพัฒนาวัตถุประสงค์ ร่วมกัน การตั้งเป้าหมายและทฤษฎีของการเปลี่ยนแปลงร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายหรือผลลัพธ์ ซึ่ง อาจนำไปสู่การปรับตัวภายในบริบทของระบบหรือระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (Emerson, K., & Nabatchi, T., 2015) สามารถแสดงแนวทางรูปแบบของธรรมาภิบาลความร่วมมือ ของ Emerson, K. et al. (2012) ดังตาราง 2 และตัวแปรบ่งชี้และแหล่งข้อมูลของกระบวนการความร่วมมือทั้ง 3 ประเด็น ดังตาราง 3-5

จากการทบทวนการอภิบาลผ่านความร่วมมือ จะเห็นว่าแต่ละรูปแบบมีจุดเน้นหรือ กระบวนการหลักที่มีลักษณะคล้ายกัน แต่อาจแตกต่างกันไปตามองค์ประกอบของแต่ละรูปแบบ และ เมื่อมองในภาพรวมทั้งระบบ สังเกตถึงความชัดเจน ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และน่าสนใจที่จะ นำรูปแบบธรรมาภิบาลความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ของ Emerson, K., & Nabatchi, T. (2015) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้ โดยเฉพาะองค์ประกอบในส่วนของกระบวนการของการ อภิบาลผ่านความร่วมมือ

โดยสรุป จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของการบริหารจัดการความร่วมมือดังกล่าว สามารถนำรูปแบบมาเป็นแนวทางการบริหารจัดการองค์กรหรือหน่วยงานที่มีหลายภาคส่วนมาร่วมกันทำงาน ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกันกับการบริหารจัดการกองทุนฯ ที่มีหลายภาคส่วนมาร่วมดำเนินการเช่นเดียวกัน ดังนั้น การนำแนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือ โดยเฉพาะการมองถึงภาพรวมทั้งระบบของการบริหารจัดการ จะมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และน่าสนใจในการนำมาใช้ในการศึกษาการบริหารจัดการกองทุนฯ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือของ Emerson, K., & Nabatchi, T. (2015) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยเฉพาะกระบวนการความร่วมมือ ที่อาจต้องคำนึงถึงกระบวนการมีส่วนร่วมตามหลักความร่วมมือ การพัฒนาแรงจูงใจ และการสร้างศักยภาพของการปฏิบัติงานร่วมกัน เป็นต้น



ตาราง 2 แนวทางรูปแบบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ

มิติและองค์ประกอบ	บริบทของระบบ	กลไก	ระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ				ผลลัพธ์ความร่วมมือและผลกระทบ	การปรับปรุง
			กระบวนการความร่วมมือ (Collaborative dynamics)					
			กระบวนการมีส่วนร่วมตามหลักความร่วมมือนะ (principled engagement)	การพัฒนาแรงจูงใจร่วมกัน (shared motivation)	การสร้างความสัมพันธ์ร่วมกัน (capacity for joint)	การสร้างคัยภาพของการปฏิบัติร่วมกัน		
ส่วนประกอบภายในองค์ประกอบ	- สภาพของทรัพยากร - กรอบนโยบายและกฎหมาย - ความสัมพันธ์ในการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา - การขับเคลื่อนนโยบาย/ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ - ความเชื่อมโยงเครือข่าย	- ภาวะผู้นำขององค์กร - สิ่งจูงใจที่เข้ามา - การพึ่งพาอาศัยกันและกัน - ความไม่แน่นอน	- กระบวนการค้นพบ - กระบวนการให้ความหมาย - กระบวนการพิจารณาหรือตัดสินใจ	- การพัฒนาความไว้วางใจร่วมกัน - การพัฒนาความเข้าใจร่วมกัน - การพัฒนาความชอบธรรมภายใน - การพัฒนาความมุ่งมั่นร่วมกัน	- การจัดการขั้นตอนการดำเนินงานและการออกแบบโครงสร้างสถาบัน - การจัดการความรับผิดชอบร่วมกัน - การจัดการความรู้ - การจัดการทรัพยากร	จะขึ้นอยู่กับบริบทและค่าใช้จ่าย แต่มีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับเปลี่ยนสภาพที่มีอยู่ก่อนหรือสภาพโครงการในบริบทของระบบร่วมมือ	- การเปลี่ยนแปลงบริบทของระบบ - การเปลี่ยนแปลงระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ - การเปลี่ยนแปลงกระบวนการร่วมมือ	
	- ระดับความขัดแย้ง / ความไว้วางใจ					- การปฏิบัติในการจัดการออกกฎหมายใหม่		

ตาราง 3 ตัวแปรบ่งชี้และแหล่งข้อมูลของกระบวนการมีส่วนร่วมมือ ประเด็นกระบวนการมีส่วนร่วมตามหลักความร่วมมือ

องค์ประกอบ	ส่วนประกอบ	ความหมาย	ตัวอย่างของตัวบ่งชี้	แหล่งข้อมูลที่ดี
1. กระบวนการมีส่วนร่วมตามหลักความร่วมมือ (ประเด็นปฏิสัมพันธ์ของพฤติกรรมระหว่างผู้เข้าร่วม)	1. กระบวนการค้นพบ (discovery)	การสืบค้น สํารวจ ทำความเข้าใจและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องร่วมกัน	การประเมินการแสดงความคิดเห็น ความสัมพันธ์และคุณค่าของผู้เข้าร่วม การตระหนักถึงเป้าหมาย วิธีการร่วมกัน ผู้เข้าร่วมมีความสนใจในการเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่ม การค้นหา แบ่งปันและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้อย่างไร	ข้อมูลหลักฐาน (เช่น รายงานการประชุม รายงานเอกสารรายกรณี)
	2. กระบวนการให้ความหมายหรือนิยามร่วมกัน (definition)	การพยายามที่จะสร้างความหมายร่วมกันในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบบรรรมกฏีกา	การประเมินความชัดเจนของวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ใช้ร่วมกันของผู้เข้าร่วม รวมถึงการกำหนดปัญหาและทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน การกำหนดแนวคิดและคำศัพท์ การชี้แจงรายละเอียดและความคาดหวัง การพัฒนาเกณฑ์การประเมินผล	การสำรวจหรือการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วม หรือ การสังเกตการณ์
	3. กระบวนการพิจารณาหารือร่วมกัน (deliberation)	การอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาและมีเหตุผล เพื่อการจัดการปัญหา	การประเมินการมีส่วนร่วมในการสนทนา แต่ละคนสามารถนำเสนออย่างเท่าเทียมและมีข้อมูลสุภาพ เปิดกว้างและทุกคนมีส่วนร่วมในระหว่างการสื่อสาร มีการอภิปรายอย่างตรงไปตรงมาและอภิปรายอย่างมีเหตุผล สนับสนุนความคิดเห็นของแต่ละบุคคล ตั้งใจฟังและตรวจสอบมุมมองของแต่ละคน การจัดการความขัดแย้งและความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน การปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้เข้าร่วมหลังจากการอภิปราย	โดยตรงในที่ประชุม
1. กระบวนการมีส่วนร่วมตามหลักความร่วมมือ (ประเด็นความร่วมมือ)	4. กระบวนการตัดสินใจร่วมกัน (determination)	การบรรลุผลสำเร็จ โดยการตัดสินใจเชิงกระบวนการและกระบวนการ	การประเมินข้อตกลงที่ชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และเป้าหมาย และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่ใช้ร่วมกัน จำนวนและประเภทของการตัดสินใจ ขั้นตอนและวิธีการดำเนินงาน (เช่น การกำหนดวาระการประชุม รายงาน	ข้อมูลหลักฐาน (เช่น รายงานการประชุม รายงาน

องค์ประกอบ	ส่วนประกอบ	ความหมาย	ตัวอย่างของตัวบ่งชี้	แหล่งข้อมูลที่ดี
ปฏิสัมพันธ์ของ พฤติกรรมระหว่าง ผู้เข้าร่วม)		การตัดสินใจที่สำคัญ ของธรรมชาติ ความร่วมมือ	ประชุม ตารางการอภิปราย การมอบหมายการทำงานกลุ่ม) จำนวน และประเภทของการพิจารณาที่กำหนดที่สำคัญ (เช่น การตัดสินใจทาง เทคนิค หรือการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย การตัดสินใจปฏิบัติการ ในอนาคต) การบรรลุผลสำเร็จของข้อตกลงที่มีการยอมรับและมี ความเป็นธรรม/ความเท่าเทียม การบรรลุผลสำเร็จข้อตกลงที่มีความ มั่นคง ยั่งยืน และมีประสิทธิภาพ	เอกสารรายกรณี) การสำรวจหรือ การสัมภาษณ์ ผู้เข้าร่วม หรือ การสังเกตการณ์ โดยตรงในที่ ประชุม

ที่มา: Emerson, K., & Nabatchi, T., 2015

ตาราง 4 ตัวแปรบ่งชี้และแหล่งข้อมูลของการขับเคลื่อนความร่วมมือสำหรับประเด็นแรงจูงใจร่วมกัน

องค์ประกอบ	ส่วนประกอบ	ความหมาย	ตัวอย่างตัวบ่งชี้	แหล่งข้อมูลที่ดี
2. การพัฒนาแรงจูงใจร่วมกัน (shared motivation) ประเด็นความสนใจระหว่างบุคคล	1. การพัฒนาความไว้วางใจ (trust)	การสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ในความน่าเชื่อถือ ความซื่อสัตย์และ ความสามารถของ บุคคลอื่น	การประเมินระดับของการรับรู้ความไว้วางใจของกลุ่มผู้มีส่วนร่วม ในความเชื่อมั่น ความน่าเชื่อถือ ความซื่อสัตย์และความสามารถของแต่ละบุคคลอย่างมีเหตุผล	ข้อมูลหลักฐาน (เช่น กฎบัตรและการอ้างอิงถึงการพัฒนาความมุ่งมั่นขององค์กรที่มีส่วนร่วมกัน); การสำรวจหรือการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ การสนทนากลุ่มและการสนทนาอย่าง
	2. การพัฒนาความเข้าใจซึ่งกันและกัน (mutual understanding)	ความสามารถในการยอมรับ และเข้าใจ ความคิดเห็นของผู้อื่นที่ มีความเห็นต่าง	การประเมินระดับการของผู้เข้าร่วมที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการเข้าใจ ยกย่องและการยอมรับความคิดเห็นของผู้ที่มีความเห็นต่าง	ผู้เข้าร่วม การสนทนากลุ่มและการสนทนาอย่าง
	3. การพัฒนาความชอบธรรมภายใน (internal legitimacy)	ความเชื่อเกี่ยวกับความคุ้มค่าและความน่าเชื่อถือของระบบ คุณค่าและความ น่าเชื่อถือของ ระบบ ธรรมาภิบาลความ ร่วมมือและความ เชื่อมั่นในผู้เข้าร่วม	การประเมินระดับความเชื่อเกี่ยวกับความคุ้มค่าและความน่าเชื่อถือของระบบ ธรรมาภิบาลความร่วมมือและความเชื่อมั่นในผู้เข้าร่วม	เป็นทางการและไม่เป็นทางการอื่น ๆ กับผู้เข้าร่วม
2. การพัฒนาแรงจูงใจร่วมกัน (shared motivation) ประเด็นมุ่งมั่น (commitment)	4. การพัฒนาความมุ่งมั่น (commitment)	การยึดมั่นและความรับผิดชอบต่อ ระบบ ธรรมาภิบาลความ	การประเมินระดับความมุ่งมั่นของผู้มีส่วนร่วมต่อระบบธรรมาภิบาลความ ร่วมมือ รวมถึงวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ร่วมกัน และการแบ่งปันทรัพยากร	ข้อมูลหลักฐาน (เช่น กฎบัตรและการอ้างอิงถึงการ

องค์ประกอบ	ส่วนประกอบ	ความหมาย	ตัวอย่างตัวบ่งชี้	แหล่งข้อมูลที่ดี
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล		ร่วมมือ รวมถึงวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่มีร่วมกัน	การเปลี่ยนแปลง การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายร่วมกัน	พัฒนาความมุ่งมั่นขององค์กรที่มีส่วนร่วมกัน); การสำรวจหรือการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วม การสนทนากลุ่มและการสนทนาอย่างเป็นทางการและการและไม่เป็นทางการอื่น ๆ กับผู้เข้าร่วม

ที่มา: Emerson, K., & Nabatchi, T., 2015

ตาราง 5 ตัวแปรบ่งชี้และแหล่งข้อมูลของการขับเคลื่อนความร่วมมือสำหรับการสร้างศักยภาพของการปฏิบัติร่วมกัน

องค์ประกอบ	ส่วนประกอบ	ความหมาย	ตัวอย่างตัวบ่งชี้	แหล่งข้อมูลที่ดี
3. การสร้างศักยภาพของการปฏิบัติร่วมกัน (Capacity for joint action) เน้นประเด็นความสามารถของการทำงานต่อระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	1. การจัดการขั้นตอนการดำเนินงานและการออกแบบโครงการสถาบัน (procedural and institutional arrangements)	แนวทางสำหรับการจัดการของระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ที่นำไปใช้ตลอดเวลการทำงาน	ลักษณะและคุณภาพของกฎพื้นฐาน เกณฑ์วิธีการดำเนินงาน กฎการตัดสินใจ กฎบัตร ข้อบังคับ เป็นอย่างไร การประเมินการบริหารและการจัดการที่สามารถช่วยมีส่วนร่วมของระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ประสิทธิภาพ ประเมินถึงแนวทางการมีส่วนร่วมในการจัดการสถาบันของแต่ละองค์กรภายใต้ระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	ข้อมูลหลักฐาน (เช่น รายงานการประชุม รายงานข้อมูลรายกรณี การสำรวจหรือการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการสังเกตโดยตรง
	2. การจัดการความเป็นผู้นำ (leadership)	ความหลากหลายของการแสดงบทบาทเพื่อทำหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้เข้าร่วมในระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	จำนวนและประเภทของการเป็นผู้นำ และบทบาทการเป็นผู้นำที่สมบูรณ์และไม่สมบูรณ์ (เช่น ผู้ปกป้อง ผู้สนับสนุน ผู้นำประชุม วิทยากร / ผู้ไกล่เกลี่ยผู้เชี่ยวชาญ)	
รวมมือ				
3. การจัดการความรู้ (knowledge)	การสร้าง การแบ่งปัน และการวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลทั่วไปและความเชี่ยวชาญ	การประเมินความรู้ที่เกี่ยวข้องจากการสร้างและพัฒนา (และวิธีการพัฒนาได้ อย่างไร) การจัดการความรู้โดยนักปราชญ์เป็นต้นที่ปรึกษา การนำเสนอข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพสูงและเชื่อถือได้ ผู้เข้าร่วมสามารถเข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย เทคโนโลยีถูกนำมาใช้เพื่อช่วยในการสร้างความรู้และการจัดการ		

องค์ประกอบ	ส่วนประกอบ	ความหมาย	ตัวอย่างตัวบ่งชี้	แหล่งข้อมูลที่ดี
3. การสร้างศักยภาพของการปฏิบัติงานร่วมกัน (Capacity for joint action) เน้นประเด็นความสามารถของการปฏิบัติงานต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือ)	4. การจัดการทรัพยากร (resources)	การได้มาซึ่งทรัพยากรมนุษย์ เทคโนโลยี เงินทุนและทรัพยากรอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการเป็นต่อกรบรรลุเป้าหมายร่วมกันของ การอภิบาลผ่านความร่วมมือ	การประเมินเงินทุน การสนับสนุนในการบริหาร ความเชี่ยวชาญ เครื่องมือและทรัพยากรอื่น ๆ ที่จะได้มา เช่น การรับบริจาค หรือระดมทุนมาเพื่อดำเนินการ ให้เกิดผลประโยชน์ ทุก ๆ ฝ่ายพยายามจัดการความหลากหลายของทรัพยากร ทั้งด้านเทคนิค เทคโนโลยี ความช่วยเหลือด้านบริหารและการจัดการองค์กร ทักษะที่จำเป็น และความสามารถของบุคคลที่เข้าร่วม	ข้อมูลหลักฐาน (เช่น รายงานการประชุม รายงาน ข้อมูลรายกรณี การสำรวจหรือการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วม การสังเกตโดยตรง

ที่มา: Emerson, K., & Nabatchi, T., 2015

4. ผลลัพธ์ของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ

ความหลากหลายของผลลัพธ์ที่มีศักยภาพเป็นเรื่องใหญ่ ผลลัพธ์อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายใต้เงื่อนไขของบริบทของระบบ หรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงในสภาพที่เฉพาะเจาะจงอาจจะเป็นก่อนหน้าหรือคาดการณ์ที่ไว้ทำให้เกิดการก่อตัวของระบบอภิบาลผ่านความร่วมมือ ผลลัพธ์อาจรวมถึงคุณภาพ หรือปริมาณที่ดีขึ้นของสาธารณประโยชน์ การส่งมอบบริการสาธารณะที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น หรือการตอบสนองนวัตกรรมต่อโอกาสใหม่ ๆ ผลลัพธ์อาจเป็นทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจและ/ หรือทางการเมือง อาจมีระยะเวลาสั้นหรือระยะยาว และเฉพาะเจาะจงหรือค่อนข้างกว้างในการเข้าถึง ผลลัพธ์ของความร่วมมือโดยประมาณอาจน้อยลงหรือเพิ่มมากขึ้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สำหรับการประเมินประสิทธิภาพระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ประกอบด้วยประสิทธิภาพ 3 ระดับ คือ ระดับเชิงปฏิบัติ ระดับเชิงผลลัพธ์ และการปรับตัว) โดยหน่วยการวิเคราะห์อยู่ที่ 3 ส่วน คือ องค์กรของผู้มีส่วนร่วม ตัวระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือเอง และเป้าหมาย (Emerson, K., & Nabatchi, T., 2015)

Thomson, A. M., & Miller, T. (2002) ได้เสนอผลลัพธ์สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการความร่วมมือและผลลัพธ์ ซึ่งเป็นคำถามที่สำคัญมากในทางปฏิบัติสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย การรับรู้ประสิทธิผล การรับรู้คุณภาพสัมพันธของการทำงาน การรับรู้มุมมองความคิดเห็น การรับรู้ความเหนียวแน่นขององค์กร การรับรู้ความสัมพันธ์ในอำนาจ โดยได้ความหมายไว้ดังนี้

การรับรู้ประสิทธิผล หมายถึง ภาพรวมระดับความร่วมมือในการบรรลุตามเป้าหมายที่คาดหวังและมีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด

การรับรู้คุณภาพความสัมพันธ์ของการทำงาน หมายถึง ภาพรวมระดับคุณภาพของความสัมพันธ์ในการทำงานจากความร่วมมือระหว่างองค์กรและองค์กรพันธมิตร

การรับรู้มุมมองความคิดเห็น หมายถึง ภาพรวมระดับมุมมองขององค์กรเกี่ยวกับประเด็นหรือ ปัญหา / ปัญหา ที่เป็นผลจากการรับฟังมุมมองขององค์กรพันธมิตรที่มาร่วมมือกัน

การรับรู้ความเหนียวแน่นขององค์กร หมายถึง ภาพรวมระดับปฏิสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้นขององค์กรองค์กรพันธมิตรที่มาร่วมมือกัน(เช่น การแนะนำผลิตภัณฑ์ และ / หรือการสัญญาการให้บริการ พัฒนาโปรแกรมที่เพิ่มขึ้น)

การรับรู้ความสัมพันธ์ในอำนาจ หมายถึง ภาพรวมระดับการสร้างพันธมิตรหรือความเสมอภาคจากความร่วมมือ

Chien, N. C., & Mistry, R. S. (2013) ได้แสดงผลลัพธ์ของความร่วมมือ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงเพื่อทำความเข้าใจปัญหาของนโยบาย (การเรียนรู้นโยบาย การให้ความหมายของปัญหาร่วมกัน ค้นหาองค์ประกอบข้อมูลที่สำคัญ) การลดการแบ่งแยก ความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นและ

ความไว้วางใจระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การเพิ่มขึ้นของกิจกรรมความร่วมมือ (สำหรับผู้มีส่วนได้เสีย และพื้นที่ของนโยบาย) การเพิ่มความสามารถในการปรับตัวสำหรับผู้มีส่วนได้เสีย การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรใหม่ (สำหรับผู้มีส่วนได้เสียและพื้นที่ของนโยบาย) ความมุ่งมั่นทางการเมืองที่เพิ่มขึ้น เป้าหมายของความร่วมมือที่ชัดเจน การเปลี่ยนแปลงภายในองค์กรของผู้มีส่วนได้เสีย เป็นต้น

แนวคิดของรูปแบบ

รูปแบบเป็นวิธีการหนึ่งหรือเครื่องมืออุปกรณ์ที่นักวิจัยหรือนักวิทยาศาสตร์มักใช้ โดยการสร้างรูปแบบ ข้อความ สูตรทางคณิตศาสตร์หรือทางกราฟิกเป็นตัวแทนปรากฏการณ์ (Busha, C. H., & Harter, S. P., 1980) โดยที่การพัฒนาแบบถือเป็นการวิจัยที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ให้นักวิจัยและนักวิทยาศาสตร์แสวงหาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเป็นจริงเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้สามารถอธิบาย ทำนาย ทดสอบหรือทำความเข้าใจระบบหรือเหตุการณ์ที่ซับซ้อน ดังนั้นรูปแบบมักเป็นกรอบในการดำเนินการวิจัยและอาจจะประกอบด้วยสิ่งที่ปรากฏหรือเป็นรูปแบบนามธรรม เช่น ร่าง สูตรทางคณิตศาสตร์ หรือแผนภาพ เป็นต้น

สำหรับความหมายของรูปแบบได้มีนักวิชาการได้ให้ไว้ ดังเช่น พิสฐู เทพไกรวัล (2554) รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่แสดงโครงสร้างและความสัมพันธ์ของปัจจัยหรือตัวแปรหรือองค์ประกอบของสิ่งที่ศึกษา หรืออธิบายคุณลักษณะสำคัญของปรากฏการณ์ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เพื่อให้เข้าใจง่ายมองเห็นเป็นรูปธรรม ไม่มีองค์ประกอบตายตัวหรือให้รายละเอียดทุกแง่มุม โดยผ่านกระบวนการทดสอบอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความแม่นยำและเชื่อถือได้ แล้วนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง สำหรับ วาโร เฟ็งสวัสดี (2552) นั้น รูปแบบหมายถึง กรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่าง ๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ (วาโร เฟ็งสวัสดี, 2553) รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่เป็นนามธรรมของกรอบความคิดสำหรับการวิเคราะห์ระบบ เกี่ยวข้องกับเรื่องของการเป็นตัวแทนของปรากฏการณ์ในโลกแห่งความเป็นจริง (Busha, C. H., & Harter, S. P., 1980; Powell, R. R., & Connaway, L. S., 2004) รูปแบบคือ การเป็นตัวแทนหรือนามธรรมของวัตถุหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ที่แสดงให้เห็นถึงระหว่างความสัมพันธ์ทั้งโดยทางตรงหรือทางอ้อม และความสัมพันธ์ระหว่างการทำและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายในขอบเขตของสาเหตุและผลกระทบ (Adeyemi, N. M., 1975)

โดยสรุปแล้ว รูปแบบ หมายถึง กรอบความคิดที่แสดงถึงโครงสร้างและความสัมพันธ์ของปัจจัย หรือตัวแปร หรือองค์ประกอบของสิ่งที่ศึกษา หรืออธิบายคุณลักษณะสำคัญของปรากฏการณ์ ภายใต้หลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่าง ๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้

ลักษณะของรูปแบบมีหลายประเภท Sowden, S., & Keeves, J. P. (1988) ได้จำแนกรูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์ ออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue Model) 2) รูปแบบเชิงข้อความ (Semantic Model) 3) รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) 4) รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal Model) โดยที่ Cassileth, B. R. et al. (1980) จำแนกรูปแบบออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical Model) ซึ่งมีลักษณะของรูปแบบที่คล้ายจริง (Iconic Model) และรูปแบบเสมือนจริง (Analog Model) และ 2) รูปแบบเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Model) ได้แก่ รูปแบบข้อความ (Verbal model) หรือรูปแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative Model) โดยที่การศึกษาวิจัยนี้ต้องการแสดงลักษณะของรูปแบบเชิงข้อความ (Semantic Model) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยาย หรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์ในการบริหารจัดการกองทุนฯ

สำหรับกระบวนการพัฒนารูปแบบ Willer, J. C., & Ernst, M. (1986) ได้แบ่งขั้นตอนในการพัฒนา ออกเป็น 2 ส่วน ในส่วนแรกเป็นการสร้างรูปแบบ (Construct) และส่วนที่สอง เป็นการหาความตรง (Validity) Tahir, M., Mahmood, K., & Shafique, F. (2010) ได้พัฒนารูปแบบเป็นเครื่องมือวิจัยสำหรับการพัฒนารูปแบบระบบสารสนเทศทางการศึกษาในประเทศปากีสถานที่ประกอบด้วยระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษาพัฒนารูปแบบ ที่ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 กระบวนการพัฒนารูปแบบ ซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นคว้าวรรณกรรม การพัฒนาเครื่องมือ การรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ผล ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 การตรวจสอบรูปแบบ และสุดท้ายระยะที่ 4 เป็นการนำเสนอรูปแบบระบบสารสนเทศทางการศึกษาแก่ผู้บริหารการศึกษา โดยที่การตรวจสอบความถูกต้องของโมเดล อาศัยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา ระบบสารสนเทศและสารสนเทศศาสตร์ทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติเพื่อทำการตรวจสอบ นอกจากนี้ วาโร เฟิงส์วีสต์ (2552) ได้เสนอการทดสอบรูปแบบที่สามารถกระทำได้ใน 4 ลักษณะ คือ 1) การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินตามมาตรฐานที่กำหนด 2) การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3) การทดสอบรูปแบบโดยการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และสุดท้าย 4) เป็นการทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบ

โดยสรุปของการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้การพัฒนารูปแบบของ Tahir, M., Mahmood, K., & Shafique, F. (2010) ที่ประกอบด้วยระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษาพัฒนารูปแบบที่ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 กระบวนการพัฒนารูปแบบ ซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 4 ขั้นตอน 1) การค้นคว้าวรรณกรรม 2) การพัฒนาเครื่องมือ 3) การรวบรวมข้อมูล และ 4) การวิเคราะห์ผล ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ และสุดท้ายระยะที่ 3 การตรวจสอบรูปแบบ ผู้วิจัยเลือกใช้การตรวจสอบรูปแบบ โดยการทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่ตัวอย่าง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนฯ ให้มีประสิทธิภาพหรือมีความสำเร็จได้นั้น อาจมีปัจจัยหลายส่วนด้วยกันที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนี้

ด้านการบริหารจัดการ

จากการศึกษาวิจัยในด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนฯ นั้น ปัจจัยด้านการบริหารจัดการเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด (รุ่งเรือง แสนโกษา และคณะ, 2557) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมกองทุนฯ (วรรณ ทอแก้ว, 2554) สอดคล้องกับ พจนารถ ดวงคำน้อย และขจรศักดิ์ วงษ์จันทร์ (2554) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนฯ ได้แก่ การวางแผน การบริหารงบประมาณ การประสานงาน และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและประชาชน และการติดตามประเมินผล โดยที่การบริหารจัดการกองทุนฯ ต้องเป็นไปตามขั้นตอน (เริ่มจากเสนอแผน/พิจารณา/อนุมัติ/ติดตาม/ประเมินผล) อย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพ (ศิริพร พันธุ์ลี, 2555) ต้องมีกระบวนการบริหารจัดการที่ประชาชนยอมรับได้กองทุนฯ (ปัทมดา ชื่นชื่น, 2556) ในทางตรงกันข้ามการบริหารจัดการบางแห่งยังไม่เป็นรูปธรรม (นงลักษณ์ พวงมาลัย และคณะ, 2559) ควรมีการพัฒนาการบริหารจัดการฯ กองทุน (สุทิน อ่อนอุบล และคณะ, 2557) ไม่เข้าใจการบริหารแบบธรรมาภิบาล การแต่งตั้งคณะกรรมการประชาชนไม่มีส่วนร่วม (ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552)

ด้านการประชาสัมพันธ์กองทุนฯ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนฯ รองลงมาจากปัจจัยด้านการบริหารจัดการคือ ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์กองทุนฯ (รุ่งเรือง แสนโกษา และคณะ, 2557) (สุภาภรณ์ เอียนรัมย์ และคณะ, 2558) เป็นการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ (รัชนิ สรรเสริญ และคณะ, 2533) (นงลักษณ์ พวงมาลัย และคณะ, 2559) มีรูปแบบการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ (ศิริพร พันธุ์ลี, 2555) สอดคล้องกับ สัญญา เหมือนโพธิ์ทอง และคณะ (2559) การได้รับข้อมูล/ข่าวสารเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเป็นปัจจัยกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองกองทุนฯ ปัญหาที่สำคัญของกองทุนที่ต้องเร่งพัฒนา ขาดการประชาสัมพันธ์ประโยชน์และกิจกรรมกองทุนฯ อย่างทั่วถึง (ธีระศักดิ์ กิตติคุณ, 2556; สุทธิพงษ์ โคตรวันทา และคณะ, 2557; ปัญญา รัตนนุรักษ์ และคณะ, 2558; ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552) และควรมีการพัฒนา (สุทธิพงษ์ โคตรวันทา และคณะ, 2557)

ด้านความรู้ ความเข้าใจของคณะกรรมการเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนฯ

ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนฯ (รุ่งเรือง แสนโกษา และคณะ, 2557) และเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ (ไพโรจน์ อุทรส และคณะ, 2554) (สุภาภรณ์ เอียนรัมย์ และคณะ, 2558; ชัยยา วีระกุล, 2556) โดยเฉพาะองค์ประกอบส่วนท้องถิ่นและทีมงานมีความเข้าใจระบบหลักประกันสุขภาพ (รัชนี สรรเสริญ และคณะ, 2533) รวมถึงบุคลากรมีความรู้ ความสามารถ เข้าใจในกระบวนการกองทุนฯ (รัตพร กาละปัทม์ และคณะ, 2558) สอดคล้องกับ สัญญา เหมือนโพธิ์ทอง และคณะ (2559) ปัจจัยด้านความรู้ เป็นปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองกองทุนฯ และปัญหาที่สำคัญของกองทุนที่ต้องเร่งพัฒนา คือ ขาดความรู้และทักษะ (ธีระศักดิ์ กิตติคุณ, 2556; สุทธิพงษ์ โคตรวันทา และคณะ, 2557) ขาดการชี้แจงทำความเข้าใจการดำเนินงานของกองทุน (นงลักษณ์ พวงมาลัย และคณะ, 2559)

ด้านความรู้ ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับกองทุนฯ

ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการกองทุนฯ ปัญหาหนึ่งคือ ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับกองทุนน้อย (สุทิน อ่อนอุบล และคณะ, 2557) หรือขาดความรู้เกี่ยวกับกองทุนฯ (สุทธิพงษ์ โคตรวันทา และคณะ, 2557)

ด้านเวลาการเข้าร่วมกิจกรรมกองทุนฯของประชาชน

ในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการกองทุนฯ ปัญหาหนึ่งคือ ประชาชนไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมของกองทุนฯ (สุทิน อ่อนอุบล และคณะ, 2557)

ด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

การรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนฯ (รุ่งเรือง แสนโกษา และคณะ, 2557) คณะกรรมการกองทุนฯ ทุกคนรับรู้บทบาทหน้าที่ด้านการบริหารจัดการกองทุนฯ มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนฯ (ศิริพร พันธุ์ลี, 2555) มีเป้าหมายในการดำเนินงาน (ปัทมดา ชื่นชื่น, 2556) สอดคล้องกับ สัญญา เหมือนโพธิ์ทอง และคณะ (2559) ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่เป็นปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองกองทุนฯ และต้องมีการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทความรับผิดชอบ (ไพโรจน์ อุทรส และคณะ, 2554; ปิยนุช เนื่ออ่อน และคณะ, 2552) คณะกรรมการกองทุนฯ ขาดความชัดเจนต่อนโยบาย (นงลักษณ์ พวงมาลัย และคณะ, 2559; ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552)

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนฯ ของคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนฯ ของคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองกองทุนฯ (ปิยนุช เนื่ออ่อน และคณะ, 2552)

ด้านการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับกองทุนฯ

การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับกองทุนฯ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมกองทุนฯ (วรรณา ทองกาวแก้ว, 2554) ประชาชนบางคนไม่ทราบสิทธิประโยชน์ของตนเอง (นงลักษณ์ พวงมาลัย และคณะ, 2559)

ด้านผู้นำ

บทบาทในการดำเนินงานของกองทุนฯ ขึ้นอยู่กับผู้กำหนดนโยบายคือ ผู้บริหารท้องถิ่น (วรพจน์ พรหมสัถยพรต, 2554) ผู้นำที่มีความรู้ ความสามารถความเข้าใจการดำเนินงานกองทุนฯ เป็นปัจจัยสำเร็จของการบริหารจัดการกองทุนฯ (รัตขพร กาละปัตย์ และคณะ, 2558) และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนฯ (รุ่งเรือง แสนโกษา และคณะ, 2557) โดยเฉพาะภาวะผู้นำของนายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (รัชณี สรรเสริญ และคณะ, 2533; ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง และคณะ, 2558) รวมถึงผู้นำหรือผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพและให้ความสนใจงานกองทุนฯ (ศิริพร พันธูลี, 2557)

ด้านการจัดทำกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์

การจัดทำกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนฯ (รุ่งเรือง แสนโกษา และคณะ, 2557) มีการจัดบริการสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม (พงษ์สันต์ ฮามวงศ์ และ สถาพร มงคลศรีสวัสดิ์, 2558) ต้องมีกิจกรรมที่กลุ่มประชากรเป้าหมายเข้าถึงได้ (ปัทิตตา ชื่นชื่น, 2556) อย่างไรก็ตาม ขาดเจ้าภาพหรือผู้รับผิดชอบแผนงานโครงการที่ชัดเจน (นงลักษณ์ พวงมาลัย และคณะ, 2559) คิดเห็น เจ้าหน้าที่สถานีนอมนัยกับเจ้าหน้าที่ อบต. เป็นผู้จัดทำแผนงาน โครงการ (ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552) ประชาชนไม่ทราบรายละเอียดการจัดบริการตามขอบข่าย (ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552)

ด้านการติดตามประเมินผล

การติดตามประเมินผลเป็นปัจจัยหนึ่งแห่งความสำเร็จ (สุภาภรณ์ เอียนรัมย์ และคณะ, 2558) การบริหารกองทุนฯ เป็นไปอย่างโปร่งใส บริสุทธิ์ ยุติธรรม และตรวจสอบได้ กองทุนฯควรได้รับการติดตาม และการตรวจสอบจากองค์กร หรือบุคคลภายนอกอย่าง สม่าเสมอ (พจนารถ ดวงคำน้อย, 2557) ปัญหาอุปสรรคของการพัฒนากองทุนฯ ด้านกระบวนการติดตามประเมินผล คือ การขาดการประเมินที่มีประสิทธิภาพ (รุ่งวิทย์ วิวรรณพงษ์ และคณะ, 2555) ความชัดเจนของการประเมิน (สุทธิพงษ์ โคตรวันทา และคณะ, 2557) ควรมีการติดตามประเมินผล การดำเนินงานของทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง (ศิริพร พันธูลี, 2557) (นงลักษณ์ พวงมาลัย และคณะ, 2559) ระบบรายงานไม่ชัดเจน การส่งข้อมูลและการรายงานล่าช้า (ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552) ไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานกองทุนฯ (ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552)

ด้านการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนฯ (รุ่งเรือง แสนโกษา และคณะ, 2557) คณะกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (ไพโรจน์ อุทรส และคณะ, 2554) (พจนารถ ดวงคำน้อย, 2557) มีส่วนร่วมในการคิดการวางแผน ร่วมรับผิดชอบ (ชัยยา วีระกุล, 2556) คณะกรรมการกองทุนเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความไว้วางใจได้เข้ามาบริหารจัดการกองทุนฯ และกองทุนฯต้องสร้างความน่าเชื่อถือ และมีความโปร่งใสในทุกขั้นตอนของการทำงาน (ปัทมดา ชื่นชื่น, 2556) ไม่เปิดโอกาสให้คณะกรรมการกองทุนฯ แสดงความคิดเห็น (ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552)

ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนฯ (รุ่งเรือง แสนโกษา และคณะ, 2557) (สุทธิพงษ์ โคตรวันทา และคณะ, 2557) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน/ชุมชนที่เข้มแข็ง (ศิริพร พันธูลี, 2555) (พจนารถ ดวงคำน้อย, 2557) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของกองทุนฯ คือ ประชาชนมีส่วนร่วมน้อย (สุทธิพงษ์ โคตรวันทา และคณะ, 2557) (นงลักษณ์ พวงมาลัย และคณะ, 2559) (ปัญญารัตน์ นุรักษ์ และคณะ, 2558) สอดคล้องกับ พจนารถ ดวงคำน้อย (2557) ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนฯ เนื่องจาก คิดว่าไม่ใช่หน้าที่ของตนและควรส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการกองทุนฯ (สุทธิพงษ์ โคตรวันทา และคณะ, 2557)

ด้านการมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา

การมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานกองทุนฯ (ไพโรจน์ อุทรส และคณะ, 2554; ชัยยา วีระกุล, 2556) โดยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการพัฒนาศักยภาพ บูรณาการงานร่วมกับกองทุนฯ และเครือข่ายสุขภาพในชุมชนได้อย่างเหมาะสม (พงษ์สันต์ ฮามวงศ์ และสถาพร มงคลศรีสวัสดิ์, 2558) มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในพื้นที่ (รัชนิ สรรเสริญ และคณะ, 2533) ปัญหาการบริหารกองทุนฯ คือ การขาดบุคลากรสาธารณสุข (ธีระศักดิ์ กิตติคุณ, 2556) บุคลากรสาธารณสุขของฝ่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีความรู้ความเข้าใจ (นงลักษณ์ พวงมาลัย และคณะ, 2559)

ด้านการทำงานเป็นทีม

การทำงานเป็นทีมเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานกองทุนฯ (ไพโรจน์ อุทรส และคณะ, 2554; ชัยยา วีระกุล, 2556) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีคณะทำงานที่รับผิดชอบโดยตรง และประชาชนมีความสมัครใจและทำงานเป็นทีม (พงษ์สันต์ ฮามวงศ์, และสถาพร มงคลศรีสวัสดิ์, 2558; ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง และคณะ, 2558; สุทธิพงษ์ โคตรวันทา และคณะ, 2557)

ด้านระบบสารสนเทศ

การพัฒนาสารสนเทศให้ทันสมัย เป็นอีกปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานกองทุนฯ (พงษ์สันต์ ฮามวงศ์, และสถาพร มงคลศรีสวัสดิ์, 2558)

ด้านงบประมาณ

ประสิทธิภาพการบริหารกองทุนขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ในด้านงบประมาณ (พจนารถ ดวงคำน้อย, 2557) การจัดสรรงบประมาณเป็นไปอย่างเหมาะสมครอบคลุมทุกภาคส่วนและได้รับงบประมาณเพียงพอ รวมถึงได้รับการสมทบเงินเข้าสู่กองทุนฯ เพิ่มจากแหล่งอื่น (ศิริพร พันธูลี, 2555) ในทางตรงกันข้ามการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการกองทุนควรมีการพัฒนางบประมาณ (สุทิน อ่อนอุบล และคณะ, 2557) ปัญหาอุปสรรคของการพัฒนากองทุนฯ ด้านงบประมาณ คือ ขาดการระดมทุนจากภาคประชาชนเพื่อสมทบเงินกองทุนฯ (รุ่งวิทย์ วิวรรณพงษ์ และคณะ, 2555) งบประมาณไม่เพียงพอ (ธีระศักดิ์ กิตติคุณ, 2556; ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552) จำนวนวงเงินงบประมาณกองทุนในหมวดค่าใช้จ่ายการบริหารจัดการหรือพัฒนากองทุนให้มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน (ปัญญารัตน์ นุรักษ์ และคณะ, 2558) มีการเบิกจ่ายงบประมาณล่าช้า ไม่มีการชี้แจงรายละเอียดงบประมาณ (ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552) และมีปัญหาเกี่ยวกับการบริหารงบประมาณตามระเบียบกฎหมาย (นงลักษณ์ พวงมาลัย และคณะ, 2559) การได้รับจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติล่าช้า (ชัยยา วีระกุล, 2556)

ด้านโครงสร้างองค์กร

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการกองทุนควรมีการพัฒนาโครงสร้างองค์กร (สุทิน อ่อนอุบล และคณะ, 2557)

ด้านความเข้มแข็งขององค์กรในพื้นที่

ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนในพื้นที่เป็นบริบทที่มีผลต่อการบริหารกองทุนฯ (ธีระศักดิ์ กิตติคุณ, 2556) ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน พบว่า การมีทรัพยากรบุคคลที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาหมู่บ้าน (สุทธิพงษ์ โคตรวันทา และคณะ, 2557)

ด้านวิสัยทัศน์และนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วิสัยทัศน์และนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นบริบทที่มีผลต่อการบริหารกองทุนฯ (ธีระศักดิ์ กิตติคุณ, 2556) ปัญหาที่สำคัญของกองทุนที่ต้องเร่งพัฒนา ขาดนโยบายสุขภาพร่วมกับพื้นที่ (ธีระศักดิ์ กิตติคุณ, 2556; ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552) การออกกฎระเบียบข้อบังคับกองทุนฯ ไม่ชัดเจน (ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552) ระเบียบการเงินไม่ชัดเจน (ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552)

ด้านความร่วมมือ

ปัจจัยหนึ่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน คือ ความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ (สุทธิพงษ์ โคตรวันทา และคณะ, 2557) สอดคล้องกับ พจนารถ ดวงคำน้อย (2557) ความร่วมมือในการทำงานอย่างเต็มความสามารถ มีการสร้างภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (สุภาพรณ์ เอียนรัมย์ และคณะ, 2558) กรรมการบริหารได้เข้าร่วมดำเนินงานของกองทุนฯ ตามขั้นตอน ต้องสร้างความน่าเชื่อถือ และมีความโปร่งใสในทุกขั้นตอนของการทำงาน (ปัทมิตา ชื่นชื่น, 2556) ขาดการประสานความร่วมมือที่ีระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานพยาบาลในพื้นที่ (นงลักษณ์ พวงมาลัย และคณะ, 2559) ไม่มีความร่วมมือจากภาคประชาชนผู้เข้าร่วมควรประชุมร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาและอุปสรรค วางแผนกำหนดกรอบแนวทาง แผนการปฏิบัติการพัฒนา การทำพันธะสัญญา มอบหมายภารกิจ แบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานพัฒนากองทุนฯ (ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552)

ด้านการใช้แผนชุมชน

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการวางแผน (การมีส่วนร่วมในการจัดทำ /วางแผนงาน/โครงการฯ ของกองทุนฯ การสร้าง และใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การบริหารกองทุนฯ ทำให้การดำเนินงานมีทิศทาง เป็นไปตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ แผนงาน/โครงการ ของกองทุนฯ มีลักษณะบูรณาการ และยืดหยุ่น) (พจนารถ ดวงคำน้อย, 2557) การมีแผนชุมชนที่เกิดจากการชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพื่อนำสู่กระบวนการจัดทำแผนชุมชน (สุทธิพงษ์ โคตรวันทา และคณะ, 2557) ประชาชนมีการประชาคมสุขภาพเพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพ และการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาเป็นเครื่องมือจัดทำแผนงานโครงการ มีความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น ค้นหาปัญหา และร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา (พงษ์สันต์ ฮามวงศ์ และ สถาพร มงคลศรีสวัสดิ์, 2558; ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง และคณะ, 2558) และมีการแสดงออกถึงความสามารถและความต้องการอย่างแท้จริง (ไพโรจน์ อุทรส และคณะ, 2554) ในทางตรงกันข้ามโครงการไม่มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552)

ด้านองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น

ปัจจัยหนึ่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน คือ มีการนำองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น และปราชญ์ชุมชน มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน (สุทธิพงษ์ โคตรวันทา และคณะ, 2557)

ด้านทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่า

การใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุดเป็นประสิทธิภาพของการบริหารกองทุนฯ (พจนารถ ดวงคำน้อย, 2557)

ด้านประสานงาน

ประสิทธิภาพการบริหารกองทุนขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการประสานงาน (พจนานารถ คำน้อย, 2557) ขาดการประสานงานระหว่างคณะกรรมการ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยกับเจ้าหน้าที่ อบต. (ชาญชัย ชัยสว่าง และคณะ, 2552)

โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนฯ ประกอบด้วยหลากหลายปัจจัย ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการประชาสัมพันธ์ ด้านความรู้ ความเข้าใจของคณะกรรมการเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนฯ ด้านความรู้ ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับกองทุนฯ ด้านเวลาการเข้าร่วมกิจกรรมกองทุนฯของประชาชน ด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของกองทุนฯ ของคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ด้านการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับกองทุนฯ ด้านผู้นำ ด้านการจัดทำกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ด้านการติดตามประเมินผล ด้านการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน ด้านการมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านระบบสารสนเทศ ด้านงบประมาณ ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านความเข้มแข็งขององค์กรในพื้นที่ ด้านวิสัยทัศน์และนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านความร่วมมือ ด้านการใช้แผนชุมชน ด้านองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่า ด้านประสานงาน โดยที่ผู้วิจัยมีความสนใจในปัจจัยของการบริหารจัดการ และความร่วมมือเป็นหลัก จึงทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ในเรื่องของการบริหารจัดการความร่วมมือ รวมถึงปัจจัยที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องและสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในส่วนอื่น ๆ จากการทบทวนวรรณกรรม นั้นคือ ด้านโครงสร้างองค์กร การสร้างทีมงานภาวะผู้นำ ความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้

2. รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนฯ

สุทิน อ่อนอุบล และคณะ (2557) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นของจังหวัดชัยภูมิ พบว่า การมีส่วนร่วมในการคิด การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการกองทุนเหล่านี้อยู่ในระดับปานกลาง แนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นนี้ มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาโครงสร้างองค์กร การพัฒนาการบริหารงบประมาณ และการพัฒนาการบริหารจัดการ

สุทธิพงษ์ โคตรวันทา (2557) ได้ทำการศึกษาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเชิงกลยุทธ์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลแก่งเตี๊ยะ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเชิงกลยุทธ์ของกองทุนหลักประกัน

สุขภาพ ในครั้งนี้ ประกอบด้วย 9 กิจกรรม คือ 1) ศึกษาข้อมูลบริบทของพื้นที่ 2) การประชุมเตรียมคณะทำงาน 3) การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) การทำประชาคมหมู่บ้าน 5) การจัดทำแผน 6) การประชุมอนุมัติแผน 7) การปฏิบัติตามโครงการทั้ง 5 โครงการ 8) การประเมินผล 9) การถอดบทเรียน ทำให้ได้รูปแบบของการพัฒนารูปแบบที่ประกอบด้วย 6 ป 1 ศ ได้แก่ ป 1. คือ ประชุม ป 2 คือ ประชาคม ป 3 คือ ประสานงาน ป 4 คือ ประกวด ป 5 คือ ประเมิน ป 6 คือ ประชาสัมพันธ์ และ ศ คือ ศึกษาดูงาน และจากการประเมินผลทำให้การดำเนินงานผ่านเกณฑ์การประเมินของกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ อยู่ในระดับ A

นางลักษณ์ พวงมาลัย และคณะ (2559) การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ที่ประกอบด้วย ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 2) กระบวนการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ประกอบด้วย ระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการและการเข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการ และ 3) ปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของประชาชนผู้รับผิดชอบและกิจกรรมเชิงรุก จากการดำเนินงานผลการประเมินรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ความถูกต้อง ความเป็นไปได้ และการมีประโยชน์ อยู่ในระดับมาก

รัตขพร กาละปัติย์ (2558) การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลหนองผือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี มีกระบวนการ พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมคณะทำงานวิจัย 2) การประสานหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง 3) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน 4) การประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ 5) การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ 6) การติดตามตรวจสอบประเมินการดำเนินงาน และ 7) การสรุปผลการดำเนินงาน เกิดรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนที่เรียกว่า หนองผือโมเดล (NONGPHUE Model) ประกอบด้วย N คือ Network (เครือข่ายในพื้นที่) O คือ Organization (บุคลากรทุกภาคส่วนและประชาชน) N คือ Need (ความต้องการ) G คือ Geographic of Expectation (ความคาดหวังทางภูมิศาสตร์) P คือ Participation (การมีส่วนร่วม) H คือ Holistic (การบริหารจัดการแบบองค์รวม) U คือ Unity (ความเป็นเอกภาพ) และ E คือ Empowerment (ความสามารถ) ส่งผลให้กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลหนองผือ มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ผ่านเกณฑ์ A+ ภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย องค์กรในชุมชน และชุมชน ผู้นำมีความรู้ ความเข้าใจและให้ความสำคัญกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหา เป็นขั้นตอนทั้งระบบ โดยเน้นหลักการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์ ร่วมตรวจสอบประเมินผล โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ความสามารถของผู้นำที่มีความเข้าใจสภาพ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย องค์กร

ใน ชุมชนและชุมชน ในทุกขั้นตอน รวมทั้งมีการแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม ของผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ร่วมกัน

ไพโรจน์ อุทรส และคณะ (2554) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกัน สุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ได้รูปแบบการดำเนินงานที่ ประกอบด้วย การประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนงานโครงการกองทุนโดยประยุกต์เทคนิค กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การอบรมพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารและ อนุกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น การจัดเวทีประชุมประชาคมหมู่บ้าน การ นิเทศติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานพัฒนากองทุน และการจัดประชุมเวทีเสวนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้คณะกรรมการบริหารและอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นได้รับการพัฒนาศักยภาพและมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนตามแผนปฏิบัติ การ ทำให้ระดับการพัฒนาดีขึ้นทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านกระบวนการ และด้านการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นโดยรวมอยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ความรู้และความเข้าใจ การมีส่วนร่วม การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทความรับผิดชอบ การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมของชุมชน ประชาชนแสดงออกถึงความสามารถและความต้องการอย่างแท้จริง และการมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา ปัญหาอุปสรรคที่พบ คือ คณะกรรมการบริหารและอนุกรรมการกองทุนบาง คนไม่ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ การประชาสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย ประชาชน บางส่วนยังขาดการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของกองทุนฯ และงบประมาณในการ ดำเนินงานน้อย

รุ่งวิทย์ วิวรรณพงษ์ และคณะ (2555) ได้ทำการศึกษารูปแบบการจัดการเชิงระบบ เพื่อพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ประกอบด้วยขั้นตอนการวิจัยเป็นวงจร P-A-O-R ประกอบด้วย การวางแผน (P) การปฏิบัติ (A) การสังเกต (O) และการสะท้อนผล (R) ร่วมกับการจัดการของ Henri Fayol ผลการศึกษาได้รูปแบบที่ประกอบด้วย การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผน โดยใช้เทคนิค AIC การปฏิบัติตามแผนตามหลักการจัดการของ Henri Fayol ประกอบด้วย การศึกษาดูงาน การนิเทศติดตาม และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งผลให้คณะกรรมการกองทุน ฯ มีความรู้ และมี ส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการประเมินกองทุน ฯ ผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูง หรือระดับดี มาก (A+) แต่ยังมีกิจกรรมที่ยังเป็นปัญหา คือ ขาดการระดมทุนจากภาคประชาชนเพื่อสมทบกองทุน ฯ และขาดการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

รุ่งเรือง แสนโกษา และคณะ (2557) ได้ทำการศึกษาและนำเสนอรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการ สุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) ที่ได้ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์กองทุน ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุน ปัจจัยด้านผู้นำปัจจัยด้านการจัดทำกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของ คณะกรรมการบริหารกองทุน และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน 2) ส่วนกระบวนการ ได้แก่ ความสำเร็จด้านการร่วมรับประโยชน์ ด้านการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม และด้านการสร้างนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม 3) ส่วนผลลัพธ์ ได้แก่ ประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์สุดท้ายคือ การมีสุขภาพที่ดี ของประชาชนต่อไป

โดยสรุป รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนฯ มีหลากหลายรูปแบบ และองค์ประกอบในแต่ละรูปแบบมีทั้งที่คล้ายคลึงกัน และแตกต่างกัน อาศัยมุมมองทั้งเชิงระบบและเฉพาะด้าน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่และผู้วิจัย แต่จะเห็นว่าในประเด็นของรูปแบบการบริหารจัดการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนหรือ ธรรมชาติความร่วมมือ ยังไม่มีการกล่าวถึง จึงเป็นความท้าทายและความน่าสนใจของการวิจัยในครั้งนี้

3. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องต่อการบริหารจัดการความร่วมมือ

ภายใต้ความร่วมมือในการทำงานสำหรับผู้บริหารงานภาครัฐที่มีลักษณะซับซ้อน ไม่มีใดรูปแบบรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมกับการบริหารจัดการทั้งหมด เพื่อความร่วมมือที่ประสบความสำเร็จ ผู้บริหารหรือผู้จัดการ จำเป็นต้องมีความสมดุลของความหลากหลายในปัจจัยที่สำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือ จากกรณีศึกษาใน 14 ราย จาก 9 ประเทศ (เม็กซิโก, เอกวาดอร์, มาลี, มาดากัสการ์, ฝรั่งเศส, เนปาล, เบลีซ, เอกวาดอร์ และสหรัฐอเมริกา) ปัจจัยที่ต้องพิจารณาก่อนทำความร่วมมือกันประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้ (O’Leary, R., & Vij, N, 2012) คือ 1) บริบท (Context) 2) วัตถุประสงค์หรือภารกิจของความร่วมมือ (Purpose or the mission of the collaboration) 3) การเลือกสมาชิกและการสร้างขีดความสามารถ (Member selection and capacity building) 4) การจูงใจและพันธะสัญญาของผู้เข้าร่วม (Motivation and commitment of the collaborators) 5) โครงสร้างและธรรมาภิบาลของความร่วมมือ (Structure and governance of the collaboration) 6) พลังอำนาจในความร่วมมือ (Power in collaborations) 7) ความรับผิดชอบ (Accountability) 8) การสื่อสาร (Communication) 9) การรับรู้ความชอบธรรม (Perceived legitimacy) 10) ความไว้วางใจ (Trust) 11) เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information technology)

Center for Technology in Government (2003) ได้นำเสนอปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญของความร่วมมือเพื่อบริการประชาชน สามารถจัดกลุ่มปัจจัยได้เป็น 5 มิติ คือ มิติแรก สิ่งแวดล้อมทางการเมือง สังคม เศรษฐกิจและทางวัฒนธรรม (Political, Social, Economic and Cultural Environment) มิติที่สอง สิ่งแวดล้อมทางสถาบัน ธุรกิจและเทคโนโลยี (Institutional, Business and Technological environment) มิติที่สาม วัตถุประสงค์ของพันธมิตรและคุณลักษณะ (Partners' Objectives and Characteristics) มิติที่สี่ กระบวนการความร่วมมือ (The Collaboration Process) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเริ่มต้น (Start-up) ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาพันธมิตร (Search for partners) ขั้นตอนที่ 3 การสร้างโครงการและการเริ่มต้นขึ้น (Project creation and start up) ขั้นตอนที่ 4 การลงมือปฏิบัติ (Implementation) ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินงาน / การจัดการ (Operation / management) และขั้นตอนที่ 6 การสิ้นสุดของโครงการ (Termination of the project) และมิติสุดท้ายเป็นรูปแบบของความร่วมมือกัน (Models of Collaboration) (Government, 2003)

การศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการการจัดการในบริบททางธุรกิจระหว่างองค์กรพิเศษ อธิบายถึงปัจจัยความสำเร็จที่สามารถพัฒนากระบวนการความร่วมมือระหว่างองค์กร ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการ (Management) 2) ความสมบูรณ์ของงาน (Maturity) 3) ความรู้ของพันธมิตร (Partner knowledge) 4) ความสามารถวัดได้ (Scalability) 5) ความเรียบง่าย (Simplicity) 6) ธรรมาภิบาลระหว่างองค์กร (Inter-organization Governance) ระดับความร่วมมือภายในองค์กร (Intra-Organizational Collaboration level) 7) Benefits (ประโยชน์ที่ได้รับ) 8) การแข่งขันร่วมกัน (Co-Competition) 9) ประชาธิปไตย (Democratization) 10) การแพร่กระจายของนวัตกรรม (Diffusion of innovation) 11) ประสบการณ์ (Experiences) 12) การเงิน (Finance) 13) ธรรมาภิบาลองค์กร (Organization Governance) 14) การแบ่งปันข้อมูล (Information sharing) 15) การมีส่วนร่วม (Involvement) 16) เครื่องมือมีคุณภาพ (IS tool quality) 17) ทรัพยากร (Resources) 18) การสนับสนุน (Support) 19) ความโปร่งใส (Transparency) 20) การเข้าถึง (ผู้ใช้) (Accessibility: users) 21) ความเชื่อมโยงกัน (Coherency) 22) ความสอดคล้อง (Consistency) 23) ความต่อเนื่อง (Continuity) 24) ความชัดเจนของสัญญา (Contract clarity) 25) วัฒนธรรม (Culture) 26) ความรวดเร็วในการตัดสินใจ (Decision promptness) 27) ความเท่าเทียมกัน (Equality) 28) ความชอบธรรม (Legitimacy) 29) ขนาดองค์กร (Organizational size) 30) ผลงานความสัมพันธ์ (Relationship portfolio) 31) คุณภาพความสัมพันธ์ (Relationship quality) 32) ความรับผิดชอบ (Responsibility) 33) มาตรฐานที่สามารถปรับได้ (Adaptive standards) 34) การดำเนินการแบบขั้นตอน (Stepwise implementation) 35) กลยุทธ์และวิสัยทัศน์ (Strategy and vision) 36) คำศัพท์เฉพาะ

(Terminology) เหล่านี้อาจมีความสำคัญเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับการวิจัยในอนาคตของการให้บริการด้านสุขภาพด้วยเทคโนโลยีทางอินเทอร์เน็ต (Garmann- Johnsen, N. F., & Eikebrokk, T. R., 2014)

ศูนย์ความต่อเนื่องทางการศึกษาทางการแพทย์ (CME's) ได้เน้นถึงการเผยแพร่ข้อมูลไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติทางคลินิก โดยอาศัยความร่วมมือการทำงาน ในการศึกษาวิจัยได้การอธิบายความร่วมมือการทำงานระหว่าง CME ที่ประสบความสำเร็จในการรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ (CS2day) และได้สรุปสิ่งที่ได้จากประสบการณ์การเรียนรู้ พบว่า ปัจจัยความสำเร็จของความร่วมมือการทำงาน ได้แก่ 1) ความไว้วางใจ (Trust) 2) ความเคารพ (Respect) 3) ความคล้ายคลึงกัน (Inclusiveness) 4) ผลประโยชน์ (Benefit) 5) เวลา (Time) 6) ความมุ่งมั่น (Commitment) 7) การตัดสินใจที่ทันเวลา (Timely Decision Making) 8) ความยืดหยุ่น (Flexibility) 9) บทบาท (Role) 10) กระบวนการตัดสินใจ (Decision-Making Process) 11) การปรับตัว (Adaptability) 12) ภาระงาน (Work Load) 13) ก้าวของการทำงาน (Pace of Work) 14) การสื่อสาร (Communication) 15) ผู้นำการสื่อสาร (Leader Communication) 16) ความรู้เกี่ยวกับเป้าหมาย (Knowledge of Goals) 17) ความสมเหตุสมผลของเป้าหมาย (Reasonableness of Goals) 18) การอุทิศตนเพื่อความสำเร็จ (Dedication to Success) 19) การเปรียบเทียบความร่วมมือกับที่อื่น (Comparison to Other Collaborations) 20) ทรัพยากร /พลังประชาชน (Resources/ People Power) 21) ทักษะของผู้นำ (Skills of Leaders) (Olson, C. A. et al., 2011)

การกำหนดขอบเขตการทบทวนการวัดและการประเมินปัจจัยสนับสนุนเพื่อประสิทธิผลของการทำหน้าที่ความร่วมมือการส่งเสริมสุขภาพ โดยที่จุดประสงค์ของการทบทวนขอบเขตนี้คือ การหาปัจจัยที่มีแนวโน้มที่จะช่วยเสริมสร้างความร่วมมือด้านการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ วิธีการวัดผลและการประเมินผล พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำ 2) เพศ 3) ความไว้วางใจ (Trust) 4) ระยะเวลาของความร่วมมือ (length of the collaboration) 5) งบประมาณ (budget) และ 6) การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบองค์กร (changes in organizational model) (Stolp, S. et. al., 2017)

การศึกษาปัจจัยที่มีประสิทธิภาพของความร่วมมือระหว่างองค์กร ในประเด็นกรอบการจัดการสาธารณะ พบว่า ปัจจัยผลลัพธ์สำหรับการประเมินความร่วมมือระหว่างองค์กรที่มีประสิทธิภาพในภาคสาธารณะ (Kożuch, B., & Sienkiewicz-Matyjurek, K., 2016) ประกอบด้วย 5 ปัจจัยหลักที่สำคัญ และตัวแปรที่มีอิทธิพลของปัจจัยหลักเหล่านั้น ดังตาราง 9

โดยสรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือมีหลากหลายปัจจัยและตัวแปร แต่เมื่อสรุปเป็นภาพใหญ่ จะเห็นว่า ประกอบด้วยปัจจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านลักษณะองค์กร ด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านความสัมพันธ์ของความร่วมมือ ด้านเครื่องมือของความร่วมมือระหว่างองค์กร และ

ด้านสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยที่ผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรที่มีความน่าสนใจและสอดคล้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนฯ เพื่อกำหนดเป็นตัวแปรในการการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยแยกประเภทตามองค์ประกอบของทฤษฎีเชิงระบบ ได้เป็นปัจจัยนำเข้า โดยนำปัจจัยในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านลักษณะองค์กร ด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านเครื่องมือของความร่วมมือระหว่างองค์กร มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ การนำองค์ประกอบของรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (Collaboration Governance) ที่สรุปไว้ข้างต้น โดยเฉพาะปัจจัยด้านกระบวนการความร่วมมือที่ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมตามหลักหลักการธรรมาภิบาล 2) การพัฒนาแรงจูงใจร่วมกัน และ 3) การสร้างศักยภาพในการปฏิบัติการร่วมกัน ดังนั้น ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยและตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ประกอบด้วย 4 ปัจจัย และ 12 ตัวแปร ดังนี้ ในส่วนของปัจจัยนำเข้า คือ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะองค์กร ได้แก่ ตัวแปรด้านโครงสร้าง วัฒนธรรมองค์กร ทรัพยากร และภาวะผู้นำ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะบุคคล ได้แก่ ตัวแปรด้านประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ ความรู้และความเข้าใจ และการรับรู้ และ 3) ปัจจัยด้านเครื่องมือของความร่วมมือระหว่างองค์กร ได้แก่ ตัวแปรด้านแผนงาน/โครงการ และกฎระเบียบกองทุนฯ และในส่วนของปัจจัยของกระบวนการบริหารจัดการความร่วมมือ คือ 4) ปัจจัยกระบวนการความร่วมมือ ได้แก่ 1) ตัวแปรการมีส่วนร่วมตามหลักหลักการธรรมาภิบาล 2) การพัฒนาแรงจูงใจร่วมกัน และ 3) การสร้างศักยภาพในการปฏิบัติการร่วมกัน

4. งานวิจัยเกี่ยวกับการอภิบาลผ่านความร่วมมือ

พันธมิตรของการปฏิบัติการบริหารจัดการความร่วมมือของมหานครโตรอนโต แสดงให้เห็นถึงพันธมิตรที่มีความยั่งยืน มีสมรรถนะสูง ทั้งทางสังคม เศรษฐกิจและนักการเมืองที่ทุ่มเทให้กับกลยุทธ์ในการพัฒนาภูมิภาค รวมถึงเป้าหมายเพื่อการเติบโตและความเสมอภาค โดยการพัฒนาแบบการขับเคลื่อนการบริหารจัดการความร่วมมือของชุมชน ที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อแก้ไขช่องว่างการบริหารจัดการที่ซับซ้อน การเปลี่ยนแปลงในภาวะผู้นำที่มีการปรับเปลี่ยนวาระการประชุมเป็นประจำ และได้รับการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงโครงสร้างและกระบวนการในการกำหนดเป้าหมายของนโยบายทางการเมือง สามารถติดตามการดำเนินงาน การปรับตัว และประเมินความสามารถในการเจริญเติบโตหรือการพัฒนาของสถาบันให้มีประสิทธิภาพและสมรรถนะสูงขึ้น (Allison Bramwell, 2016)

กระบวนการความร่วมมือเป็นหัวใจสำคัญของรูปแบบการปกครองท้องถิ่นที่เกิดขึ้นใหม่ และได้รับการพิจารณาในทางปฏิบัติและทางทฤษฎีเกี่ยวกับนโยบายของท้องถิ่น โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการสร้างความร่วมมือแบบเป็นหุ้นส่วนในท้องถิ่นเพื่อประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ความร่วมมือดังกล่าวต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้มีบทบาทจากภาคส่วนต่าง ๆ ทำงานร่วมกันในความร่วมมือแบบเป็นหุ้นส่วน และเครือข่ายเพื่อบรรลุเป้าหมายเชิงนโยบาย จาก

รายงานการวิจัยในความร่วมมือของหน่วยงาน 2 แห่ง ในเขตเทศบาลเมืองทางตะวันออกเฉียงใต้ของ รัฐควีนส์แลนด์ แสดงให้เห็นถึงความพยายามร่วมมือกันระหว่างรัฐบาลท้องถิ่นและองค์กรชุมชนที่ ก่อให้เกิดความท้าทาย เกี่ยวกับบริบททางการเมืองโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นระหว่างความ ยึดหยุ่นของความตึงเครียดและการประสานงาน และระหว่างความตึงเครียดในการควบคุมทรัพยากร ของชุมชนและการลงทุนในทรัพยากร ผลที่ได้เน้นถึงคุณค่าบทบาทของรัฐบาลท้องถิ่นในการจัดกรอบ และสร้างความมั่นใจได้ว่า รูปแบบการการบริหารจัดการที่ดีหรือธรรมาภิบาลสำหรับการดำเนินการ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่นดังกล่าว ก่อให้เกิดประโยชน์ร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลการวิจัย ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นสำหรับรัฐบาลท้องถิ่นที่จะต้องลงทุนในกระบวนการความร่วมมือและสร้าง โครงสร้างพื้นฐานทางสังคมและสินทรัพย์เพื่อที่จะพัฒนาวิธีการที่ดีขึ้นในการอำนวยความสะดวกใน การบริหารจัดการความร่วมมือระหว่างภาคส่วน (Cheshire, L et al., 2011)

การศึกษาตรวจสอบบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขระดับท้องถิ่น (Local health department: LHD) ในส่วนของลักษณะขององค์กร งบประมาณและโครงสร้าง ปัจจัยเหล่านี้ส่งผล อย่างไรต่อการให้บริการด้านสาธารณสุขในชุมชน โดยประเมินสมรรถนะของหน่วยงานสาธารณสุข ระดับท้องถิ่น (LPH) ในช่วงสองปีเริ่มแรกของการนำโปรแกรมการปรับปรุงสุขภาพของมลรัฐ มินนิโซตา (SHIP) ปัจจัยอะไรที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการลงมือปฏิบัติการแทรกแซงโดยอาศัย ชุมชนเป็นฐานเหล่านี้ พบว่า จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมเกี่ยวข้อง กับปัจจัยที่มีส่วนต่อการใช้งานระบบ SHIP ประเด็นสำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของ ชุมชน ภาวะผู้นำ การจัดคนเข้าทำงานและการดำเนินงานของพื้นที่โดยผู้รับทุนบางราย (MacDonald, G. Z., 2013)

คุณภาพของการดูแลสุขภาพ คือ ผลผลิตของการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและ ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่สนับสนุน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ ให้บริการและผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ ระบบการดูแลสุขภาพและ สภาพแวดล้อมทั้งหมดส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ การทำให้การดูแล สุขภาพมีคุณภาพดีขึ้นได้โดยผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ การสนับสนุนการวางแผนที่เหมาะสม การศึกษาและ การฝึกอบรม ความพร้อมของทรัพยากร การจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ พนักงานและ กระบวนการ การทำงานร่วมกัน (cooperation) และความร่วมมือ (collaboration) (Mosadeghrad, A. M., 2014)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 โดยศึกษาองค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมืองของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 และทำการประเมินผลลัพธ์ของการนำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 จากการทบทวนวรรณกรรมด้วยการค้นคว้าเอกสาร บทความและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีเชิงระบบ (System Theory) (Von Bertalanffy, L., 1973) ประกอบด้วยกระบวนการหลักที่สำคัญ คือ 1) สิ่งที่ป้อนเข้าไปหรือป้อนเข้า (Input) ภายใต้การอาศัยซึ่งกันและกันของแต่ละส่วนประกอบในระบบ 2) ผ่านการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการ (Process) หรือผ่านหน้าที่ของการบริหารจัดการ เพื่อไปสู่ 3) ผลลัพธ์ (Output) หรือผลิตผล (Product) และสิ่งแวดล้อมภายนอกที่มีผลต่อการบริหารจัดการกองทุนฯ มาเป็นกรอบในการศึกษาระบบกองทุนฯ ที่มีความสัมพันธ์กับส่วนต่าง ๆ ตั้งแต่ก่อนพิจารณางบประมาณ กระบวนการอนุมัติงบประมาณ และหลังการอนุมัติงบประมาณ และบริบทของกองทุนฯ ตามประกาศการบริหารจัดการกองทุนฯ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

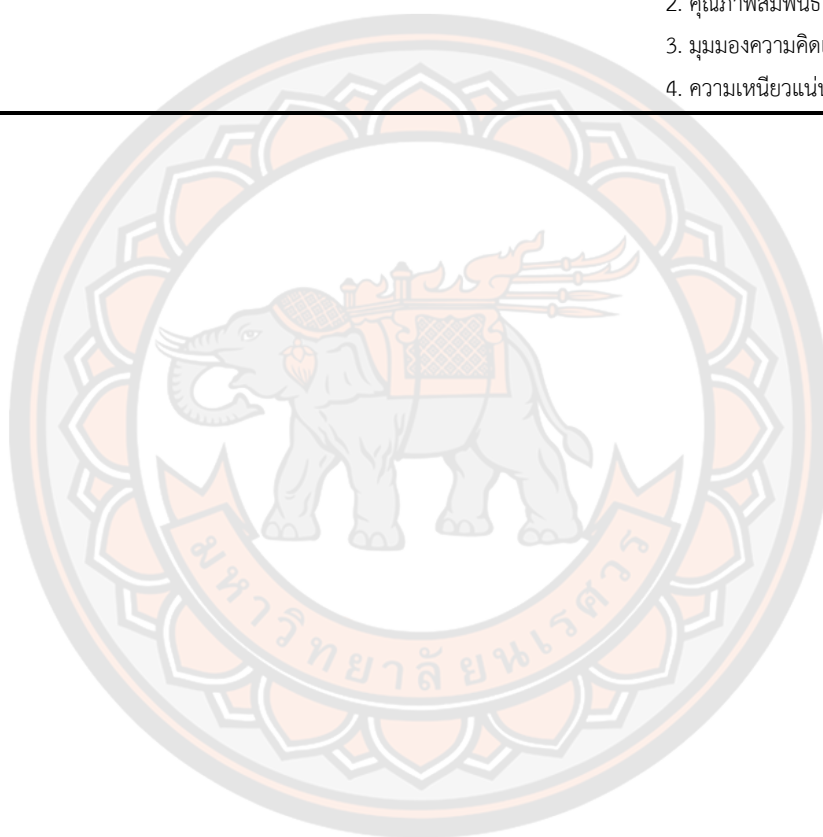
ประยุกต์ใช้แนวคิดองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2016) ได้ประกาศกลยุทธ์ระดับโลกและแผนการปฏิบัติสำหรับการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ (ปี 2016-2020) โดยเน้นให้ประชาชนทุกคนสามารถมีชีวิตอยู่อย่างยาวนานและการมีสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ (Healthy Ageing) อาศัยกลยุทธ์ที่สำคัญ 5 ประการ คือ 1) ความมุ่งมั่นต่อปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ 2) การจัดระบบสุขภาพเพื่อสอดคล้องกับความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 4) สร้างความเข้มแข็งในการดูแลระยะยาว และ 5) ปรับปรุงการประเมินผล การติดตามและการวิจัย โดยดำเนินการผ่านความร่วมมือการทำงาน (Collaboration) ของหลากหลายภาคส่วน ซึ่งเป็นบริบทของระบบที่มีความเกี่ยวข้องกับกองทุนฯ และนำมาเป็นกรอบในการวิเคราะห์สถานการณ์ของการบริหารจัดการกองทุนฯ ประเด็นการพิจารณาโครงการและการดำเนินการเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เสนอต่อคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่อพิจารณาอนุมัติงบประมาณการดำเนินงานให้กับผู้สูงอายุ

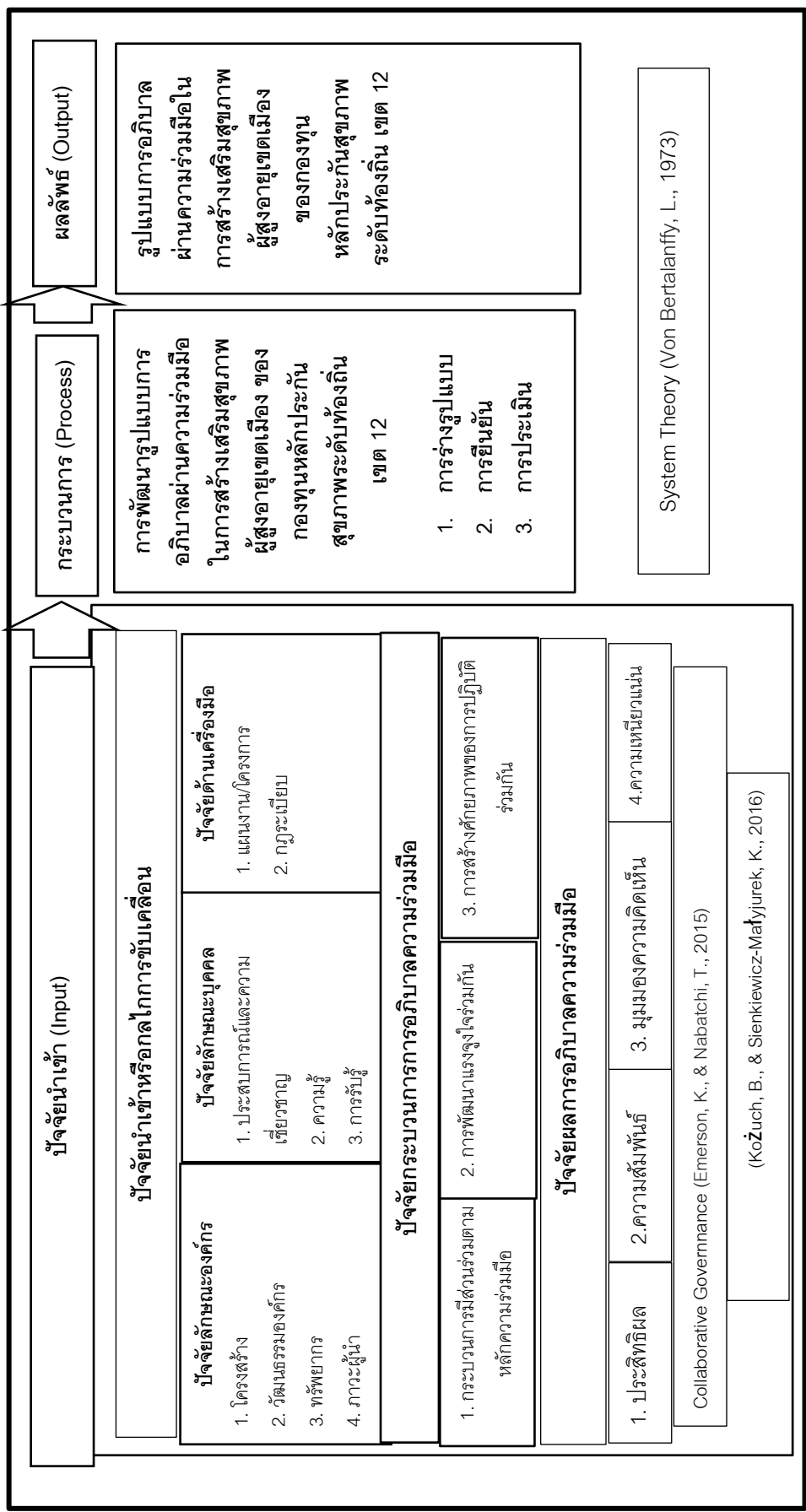
ประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการและโครงสร้างของการตัดสินใจการบริหารจัดการกองทุนฯ ที่ประชาชนมีส่วนร่วม กับกองทุนฯ โดยเฉพาะในส่วนกระบวนการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (Emerson, K., & Nabatchi, T., 2015) ประกอบประกอบด้วย 3 ตัวแปร ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมตามหลักความร่วมมือ 2) การพัฒนาแรงจูงใจร่วมกัน 3) การสร้างศักยภาพในการปฏิบัติการร่วมกัน มาใช้ในการขับเคลื่อนกระบวนการ (Process) ของการบริหารจัดการกองทุนฯ และการมีปฏิสัมพันธ์กันของคณะกรรมการกองทุนฯ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ได้ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจำนวน 9 ตัวแปร ประกอบด้วย ตัวแปรจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะองค์กร ได้แก่ 1) ตัวแปรด้านโครงสร้าง 2) วัฒนธรรมองค์กร 3) ททรัพยากร และ 4) ภาวะผู้นำ ตัวแปรจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะบุคคล ได้แก่ 5) ตัวแปรด้านประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ 6) ความรู้ ความเข้าใจ และ 7) การรับรู้ และตัวแปรจากปัจจัยด้านเครื่องมือของความร่วมมือระหว่างองค์กร ได้แก่ 8) แผนงาน/โครงการ และ 9) กฎระเบียบกองทุน ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นปัจจัยและตัวแปรในส่วนของสิ่งป้อนเข้าไปหรือปัจจัยนำเข้า (Input) ดังตาราง 6 ของกรอบแนวคิดในการศึกษารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเขต 12 ภาพ 5

ตาราง 6 ปัจจัยและตัวแปรของการศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ ของกองทุน

ปัจจัยเชิงระบบ	ปัจจัย	ตัวแปร
1. ปัจจัยนำเข้า	1. ด้านลักษณะองค์กร	1. ด้านโครงสร้าง
		2. วัฒนธรรมองค์กร
		3. ททรัพยากร และ
		4. ภาวะผู้นำ
	2. ด้านลักษณะบุคคล	5. ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ
		6. ความรู้ ความเข้าใจ
		7. การรับรู้ประโยชน์
	3. ด้านเครื่องมือของความร่วมมือระหว่างองค์กร	8. แผนงาน/โครงการ
		9. กฎระเบียบกองทุน
2. ปัจจัยกระบวนการ	4. การมีส่วนร่วมในความร่วมมือ	10. การค้นหา
		11. การกำหนดเป้าหมาย
		12. การพิจารณา
		13. การตัดสินใจ
	5. การพัฒนาแรงจูงใจร่วมกัน	14. ความมุ่งมั่นการทำงาน

ปัจจัยเชิงระบบ	ปัจจัย	ตัวแปร
		15. การสร้างความไว้วางใจ
	6. การสร้างศักยภาพการปฏิบัติงานร่วมกัน	16. ระบบความร่วมมือ 17. การจัดการความเป็นผู้นำ 18. การจัดการความรู้ 19. การจัดการทรัพยากร 20. การประชาสัมพันธ์ 21. การติดตามและประเมินผล
3. ปัจจัยผลลัพธ์	ผลลัพธ์ของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	1. ประสิทธิภาพ 2. คุณภาพสัมพันธ์ 3. มุมมองความคิดเห็น 4. ความเหนียวแน่นขององค์กร





ภาพ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ผลที่ได้เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 และสุดท้ายเพื่อประเมินผลการนำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ภายหลังการนำรูปแบบไปทดลองใช้ในพื้นที่ตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methodology Research) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการประยุกต์ใช้การพัฒนารูปแบบของ Tahir, M., Mahmood, K., & Shafique, F. (2010) ประกอบด้วยระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษาพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เริ่มต้นจากการทบทวนวรรณกรรม และดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methodology Research) แบบการวิจัยแบบพร้อมกัน (Convergent Parallel Design) ประกอบด้วย 2 วิธีการวิจัย คือ

การวิจัยที่ 1 เป็นการดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire)

การวิจัยที่ 2 เป็นการดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group Interview)

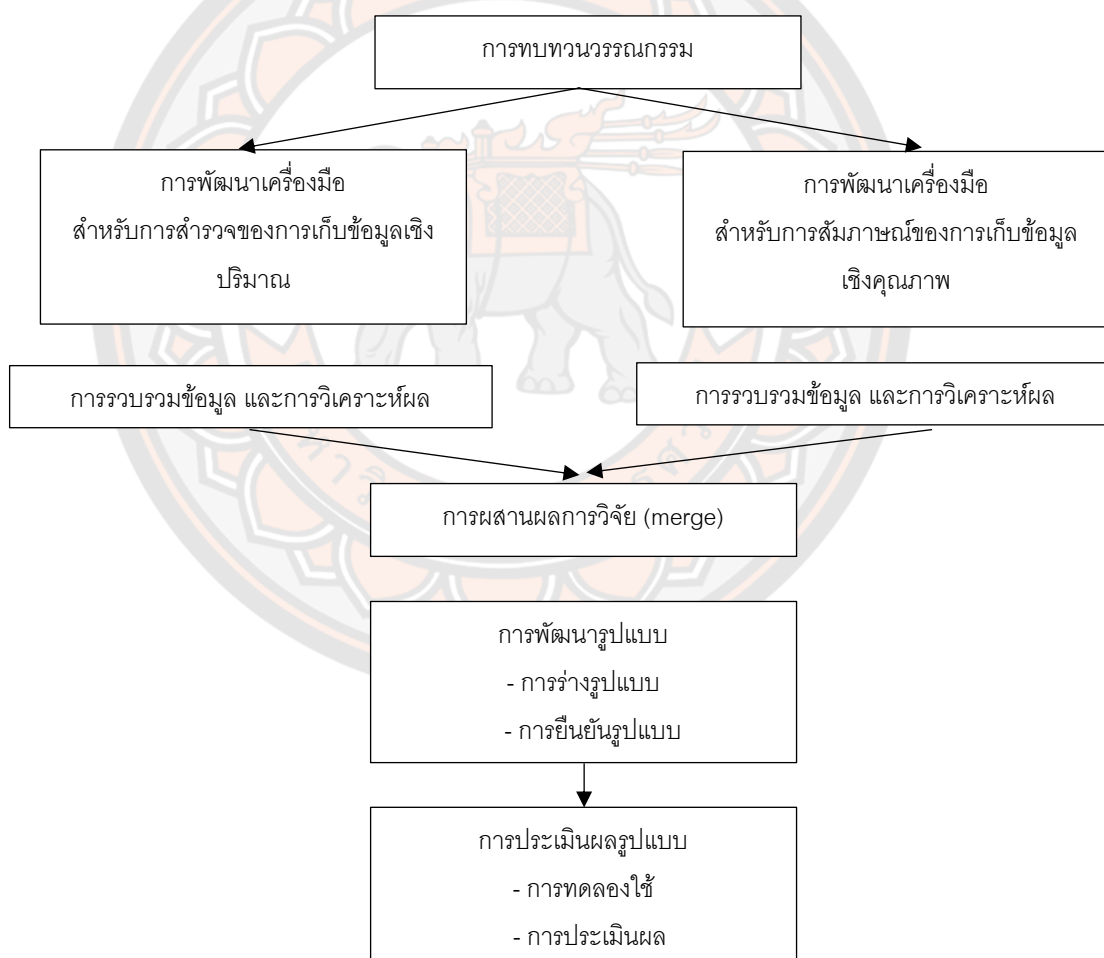
การวิจัยเชิงปริมาณดำเนินการไปพร้อมกันกับวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีการให้ความสำคัญของการวิจัยทั้งสองแบบเท่า ๆ กัน ทั้งนี้ การพัฒนาเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ผลแยกจากกันเป็นอิสระ และสุดท้ายนำผลการวิจัยทั้งสองส่วน มาสรุปรวมกันหรือการรวมผล (Merge) ในส่วนของการแปลผล เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหรือทำให้ผลการวิจัยสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และนำผลการวิจัยที่ได้จากระยะที่ 1 นี้ ไปใช้เพื่อพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

การดำเนินการในระยะที่ 2 เป็นการนำผลการการวิจัยจากระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบ และทำการยืนยันรูปแบบอาศัยการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการระดมสมอง โดยนำรูปแบบที่ได้ไป ทดลองใช้ในระยะที่ 3 ของการวิจัย

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

ระยะสุดท้ายนี้ เป็นการนำรูปแบบที่ได้พัฒนาจากระยะที่ 2 มาทดลองใช้ในพื้นที่ตัวอย่าง หลังจากนั้นทำการประเมินผลรูปแบบที่ได้ และสรุปผลการวิจัย ภาพ 6



ภาพ 6 ขั้นตอนระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

จากภาพรวมขั้นตอนระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ดังกล่าวสามารถสรุปวิธีการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และผลที่ได้จากการศึกษาของแต่ละระยะ ตาราง 7

ตาราง 7 สรุปวิธีการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลและผลที่ได้จากการศึกษา

กระบวนการวิจัย	วิธีการ	การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลที่ได้
ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ	การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method): การสำรวจ	- สถิติเชิงพรรณนา - การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple regression analysis)	ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลความร่วมมือฯ
	การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) : การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม)	- การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)	ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการอภิบาลความร่วมมือฯ
	การผสมผสาน	การผสมผสานแบบฐานข้อมูลคู่ขนาน (The parallel database variant)	ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลความร่วมมือฯ
ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ	การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) : การระดมสมอง	- การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)	รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ
ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ	การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) : การระดมสมอง	- การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)	ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ

ระยะที่ 1 การศึกษาอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

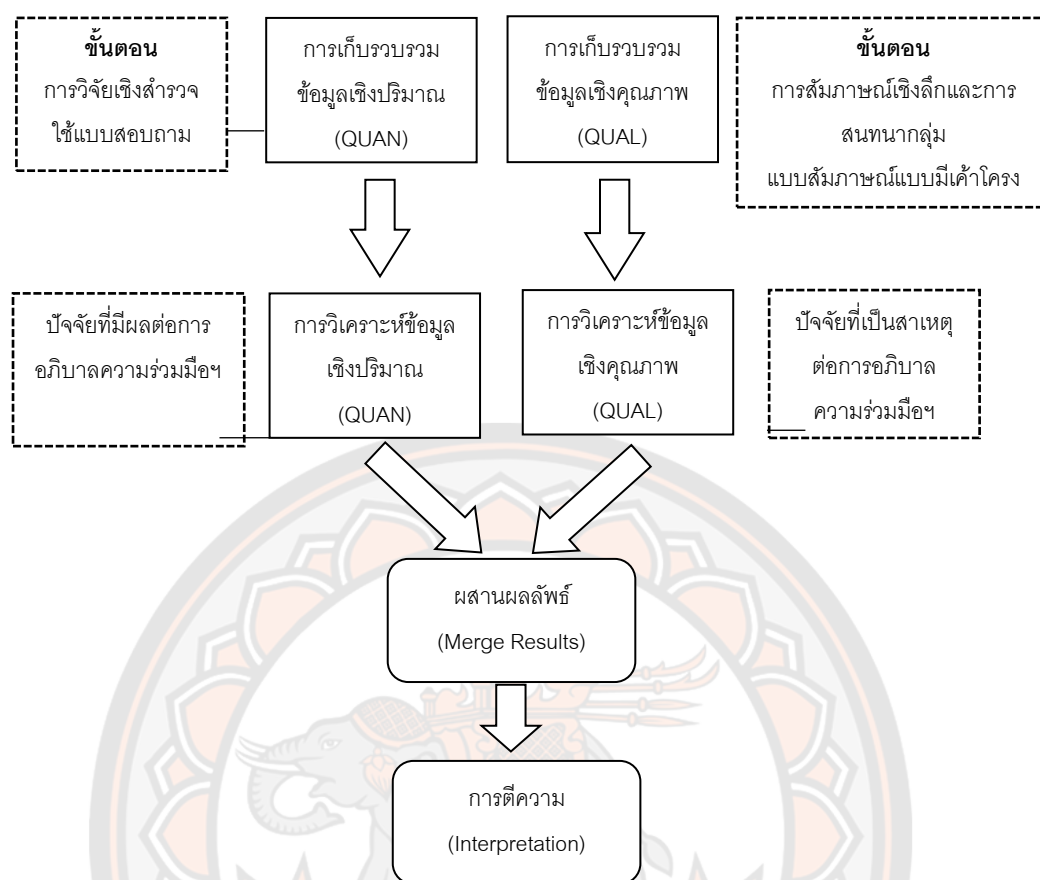
การศึกษาวิจัยรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ในระยะที่ 1 รูปแบบวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methodology Research) แบบการวิจัยแบบพร้อมกัน (Convergent Parallel Design) โดยใช้การศึกษาเชิงปริมาณหาคำตอบไปพร้อมกับการศึกษาเชิงคุณภาพ และให้น้ำหนักความสำคัญของวิธีการวิจัยทั้งสองอย่างเท่าเทียมกัน ใช้ช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัยในระยะเดียวกัน คำถามการวิจัย จะมีลักษณะเอื้อให้ใช้เทคนิควิธีการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นเดียวกัน (Creswell, J. W., 2014) สำหรับกระบวนการศึกษาวิจัยนี้ เริ่มต้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อมูลพื้นฐาน จากเอกสาร ตำรา บทความ วารสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้องทั้งภายในและต่างประเทศ เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและพัฒนากรอบแนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เป็นข้อมูลการพัฒนารูปแบบ ตลอดจนการพัฒนาเครื่องมือทั้งแบบสอบถาม เพื่อการสำรวจในการวิจัยเชิงปริมาณ และแบบสัมภาษณ์ เพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก รวมถึงแนวคำถาม เพื่อการสนทนากลุ่ม ของการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการไปพร้อมกัน และการวิเคราะห์ผลการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับมาเปรียบเทียบความเหมือนหรือสอดคล้องข้อมูลและความแตกต่าง แล้วสรุปตีความ ตอบปัญหาการวิจัยร่วมกัน ในลักษณะส่งเสริมเติมเต็มข้อมูลให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สาระสำคัญของการดำเนินงานในระยะที่ 1 เพื่อศึกษาอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 โดยสามารถพิจารณาในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ

1. การศึกษาเอกสาร และการทบทวนวรรณกรรม สภาพการบริหารจัดการของกองทุนฯ และองค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. การสำรวจองค์ประกอบใดที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12
3. องค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เป็นอย่างไร

สำหรับเทคนิควิธีการ การวิจัยเพื่อศึกษาองค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 การวิจัยแบบพร้อมกัน (Convergent Parallel Design) โดยที่การสำรวจปัจจัยใดที่มีผลต่อการอภิบาล

ผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เป็นการดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) โดยการพัฒนาแบบสอบถาม เพื่อเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) และการค้นหาคำตอบของปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เป็นอย่างไร ใช้แบบสัมภาษณ์ในการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus Group Interview) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลแยกจากกัน แต่การแปลผลหรือการสรุปผลการวิจัยจะเป็นการรวมผล (Merge) การวิจัยทั้งสองวิธีวิจัยเข้าด้วยกัน ด้วยวิธีการวิจัยแบบฐานข้อมูลคู่ขนาน (The Parallel Databases Variant) เป็นการคัดเลือกเอาผลการวิจัยที่เหมือนกันมาวิเคราะห์ เพื่อแสดงถึงความสอดคล้องกันของผลการวิจัยและนำข้อมูลที่ต่างกันไปเปรียบเทียบเพื่อสังเคราะห์เป็นผลการวิจัยและอภิปรายผล (กนกพร กระจำแสง, และประสพชัย พสุนนท์, 2561) จากการดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณพร้อมกันกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Convergent Parallel Design) ตามระยะที่ 1 สามารถแสดงวิธีการวิจัยระยะที่ 1 และการใช้ข้อมูลของการวิจัยแบบผสม (Mixed Methods Research) ภาพ 7



ภาพ 7 วิธีการวิจัยระยะที่ 1 และการใช้ข้อมูลของการวิจัยแบบผสม (Mixed Methods Research) แบบพร้อมกัน (Convergent Parallel Design)

ที่มา: ปรับปรุงจาก Creswell, J. W., 2014

การวิจัยที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ทำการสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

คำถามของการวิจัย ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

พื้นที่การศึกษา

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะในเขต 12 สงขลา ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ดังภาพที่ 8



ภาพ 8 แผนที่พื้นที่ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 12

ที่มา: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12 , 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเขตเมือง เขต 12 ซึ่งมีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับต่ำ และเงินคงเหลือสูง รวมถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ร่วมด้วย ดังนั้น จึงทำการศึกษาในพื้นที่เขตเมือง (ตามการแบ่งทางอำนาจการปกครอง ยกเว้นเทศบาลตำบล) ซึ่งหมายถึง เทศบาลนครและเทศบาลเมือง จำนวน 25 กองทุน ประกอบด้วย เทศบาลนคร 4 กองทุน และเทศบาลเมือง 21 กองทุน ดังข้อมูลในตาราง 7 ประกอบด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตเมือง ของจังหวัดสงขลา 13 กองทุน (เทศบาลนคร 2 กองทุน และเทศบาลเมือง 11 กองทุน) สตูล 1 กองทุน (เทศบาลเมือง 1 กองทุน) ตรัง 2 กองทุน (เทศบาลนคร 1 กองทุน และเทศบาลเมือง 1 กองทุน) พัทลุง 1 กองทุน (เทศบาลเมือง 1 กองทุน) ปัตตานี 2 กองทุน (เทศบาลเมือง 2 กองทุน) ยะลา 3 กองทุน (เทศบาลนคร 1 กองทุน และเทศบาลเมือง 2 กองทุน) และนราธิวาส 3 กองทุน (เทศบาลเมือง 3 กองทุน)

2. กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น 2) กลุ่มคณะกรรมการด้านผู้สูงอายุ โดยแต่ละกองทุนฯ ที่ได้รับการสุ่มเลือก ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 15 คน

กลุ่มคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หมายถึง คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จากการสุ่มเลือก จำนวน 12 กองทุนฯ และเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย กองทุนละ 15 คน โดยคณะกรรมการในกองทุนฯ ประกอบด้วย ประธานและรองประธานกองทุนฯ ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้าน ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน (ถ้ามี) ปลัดหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการ/กองการสาธารณสุข

กลุ่มคณะกรรมการด้านผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ประสานงานหลักของกองทุนฯ และ คณะทำงานหรือคณะอนุกรรมการ ที่ไม่ใช่คณะกรรมการบริหาร และมีความรับผิดชอบด้านการดำเนินงานผู้สูงอายุ เลือกผู้ให้ข้อมูลโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย กองทุนละ 15 คน

3. การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณ กลุ่มตัวอย่างที่จำนวนประชากรไม่แน่นอนของ Danial, W. W., & Cross, C. L. (2013) สำหรับ ประเมินการค่าเฉลี่ยของประชากร จากคณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ และ/หรือ คณะทำงานด้านผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับเทศบาลนครและเทศบาลเมือง จำนวนทั้งสิ้น 25 กองทุน ในพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ ตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ซึ่งในแต่ละกองทุนมีจำนวนคณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ และ/หรือคณะทำงานด้านผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน สามารถแสดงวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 (\sigma)^2}{(d)^2}$$

เมื่อ $Z_{\alpha/2}$ = ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% หรือ α เท่ากับ $0.05 = 1.96$

n = จำนวนตัวอย่าง

σ = ค่าความแปรปรวน ผู้วิจัยอ้างอิงจากการศึกษาของ สัณญา เหมือนโพธิ์ทอง และคณะ (2559) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี มีค่า $SD = 0.39$

d = ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า กำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ยที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากค่าเฉลี่ยของประชากร มีค่าเท่ากับ 0.05

แทนค่าจากสูตร

$$n = \frac{(1.96)^2(0.39)^2}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.1521)}{(0.0025)}$$

$$n = 233.72$$

$$n = 234 \text{ ตัวอย่าง}$$

จากการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 234 คน ผู้วิจัยปรับเพิ่มเป็นจำนวนเต็มได้เท่ากับ 240 คน

จากนั้นผู้วิจัยกำหนดให้ค่าอัตราการสูญเสียเท่ากับร้อยละ 10 ($R = 10$) เพื่อลดปัญหาของการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือข้อมูลมีการสูญหาย (Missing data) (บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, 2556) ดังนี้

$$nr = n/(1-R)$$

เมื่อ nr = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

R = อัตราการตอบกลับ (Response rate) เท่ากับ 0.1

แทนค่า

$$nr = 240/(1-0.1)$$

$$= 270 \text{ คน}$$

ดังนั้น ในการศึกษาค้างนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน

4. การสุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 12 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ หลายชั้นตอน (Stratified cluster random sampling) (วรณิ แกมเกตุ, 2555) ที่ประกอบไปด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) การสุ่มตัวอย่างแบบยกลุ่ม (Cluster random sampling) และการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 270 คน โดยมีขั้นตอนการสุ่มดังต่อไปนี้ (รายละเอียด ภาพ 9)

4.1 หน่วยการสุ่มหน่วยแรก เป็นการสุ่มตัวอย่างประชากรแบบแบ่งประชากรออกเป็น กลุ่มย่อยหรือชั้น (Stratum) หรือเรียกว่า การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ด้วย มีลักษณะภายในกลุ่มเดียวกันมีความคล้ายคลึงกัน แต่จะแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม นั่นคือ การสุ่มจาก ประชากรกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น พื้นที่เขต 12 เขตเมือง จึงแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย หรือชั้น ได้แก่ กลุ่มกองทุนฯ ระดับเทศบาลนคร จำนวน 4 กองทุน และกลุ่มกองทุนฯ ระดับเทศบาล เมือง จำนวน 21 กองทุน โดยการสุ่มในครั้งนี้ ใช้การกำหนดสัดส่วนที่ไม่เท่ากัน เนื่องจากทั้งสอง กลุ่มมีประชากรแตกต่างกันมาก กลุ่มกองทุนฯ ระดับเทศบาลนครน้อยกว่าระดับเทศบาลเมือง หากใช้ สัดส่วนที่เท่ากัน อาจเกิดความแปรปรวนของข้อมูลขึ้นได้ จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างข้างต้น ต้องการจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 270 คน ดังนั้น ผู้วิจัยเลือกใช้เกณฑ์ หรือการประมาณจากจำนวน ประชากรที่แน่นอนแล้ว ในจำนวนประชากรทั้งหมดเป็นหลักร้อยละ และขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ควร เป็นร้อยละ 15 - 30 (บุญชม ศรีสะอาด, 2535 อ้างถึงใน กัญญ์สิริ จันทรเจริญ, 2552) ในการศึกษา วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเป็นร้อยละ 30 ได้ผลการคำนวณ ดังนี้

เทศบาลนคร 4 กองทุน เลือกตัวอย่าง $(4 \times 30) / 100 = 1.2$ หรือเท่ากับ 2 กองทุน

เทศบาลเมือง 21 กองทุน เลือกตัวอย่าง $(21 \times 30) / 100 = 6.3$ หรือเท่ากับ 7 กองทุน

จากการคำนวณ พบว่า กองทุนฯ ระดับเทศบาลนคร ได้ จำนวน 2 กองทุน และ กองทุนฯ ระดับเทศบาลเมือง ได้จำนวน 7 กองทุน จากการกำหนดผู้ให้ข้อมูลด้วยการสุ่มอย่าง ง่าย กองทุนละ 30 คน จึงได้จำนวนผู้ให้ข้อมูลเป็นจำนวนกองทุนฯ ระดับเทศบาลนคร 60 คน และ ระดับเทศบาลเมือง ได้จำนวนผู้ให้ข้อมูลเป็นจำนวน 210 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 270 คน

นอกจากนี้ จะเห็นว่า พื้นที่ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเขต เมือง พื้นที่เขต 12 มีการกระจายตัวของกองทุนฯ ในพื้นที่แต่ละจังหวัดแตกต่างกัน เช่น จังหวัดสงขลา

มีจำนวนกองทุนฯ ระดับเทศบาลเมืองอยู่จำนวนมาก โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 11 แห่ง ซึ่งมากกว่าในจังหวัดอื่น ๆ ดังนั้น เพื่อป้องกันการสุมที่กระจุกตัวของการสุมและลดความคลาดเคลื่อน ผู้วิจัยจึงแบ่งพื้นที่ของกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตเมือง เขตพื้นที่ 12 เป็น 3 โซน คือ กองทุนฯ โซนเหนือโซนกลาง และโซนใต้ ตาราง 8 สามารถแบ่งกองทุนฯ ระดับเทศบาลนคร ออกเป็นโซนเหนือ จำนวน 1 แห่ง โซนกลาง จำนวน 2 แห่ง และโซนใต้ จำนวน 1 แห่ง และกองทุนฯ ระดับเทศบาลเมือง ออกเป็นโซนเหนือ จำนวน 4 แห่ง โซนกลาง จำนวน 8 แห่ง และโซนใต้ จำนวน 9 แห่ง ซึ่งนำไปทำการสุมในหน่วยการสุมที่ 2 ต่อไป

ตาราง 8 รายละเอียดกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเทศบาลนครและเทศบาลเมืองภายในเขต 12

ลำดับที่	โซน	จังหวัด	อำเภอ	รายชื่อเทศบาล
เทศบาลนคร				
1.	เหนือ	ตรัง	เมืองตรัง	เทศบาลนครตรัง
2.	ใต้	ยะลา	เมืองยะลา	เทศบาลนครยะลา
3.	กลาง	สงขลา	เมืองสงขลา	เทศบาลนครสงขลา
4.	กลาง	สงขลา	หาดใหญ่	เทศบาลนครหาดใหญ่
เทศบาลเมือง				
1.	กลาง	สงขลา	หาดใหญ่	เทศบาลเมืองบ้านพรุ
2.	กลาง	สงขลา	สิงหนคร	เทศบาลเมืองสิงหนคร
3.	กลาง	สงขลา	สิงหนคร	เทศบาลเมืองม่วงงาม
4.	กลาง	สงขลา	หาดใหญ่	เทศบาลเมืองคลองแห
5.	กลาง	สงขลา	หาดใหญ่	เทศบาลเมืองควนลัง
6.	กลาง	สงขลา	หาดใหญ่	เทศบาลเมืองคอหงส์
7.	กลาง	สงขลา	หาดใหญ่	เทศบาลเมืองทุ่งตำเสา
8.	กลาง	สงขลา	เมืองสงขลา	เทศบาลเมืองเขารูปช้าง
9.	ใต้	นราธิวาส	สุไหงโก-ลก	เทศบาลเมืองสุไหงโก-ลก
10.	ใต้	นราธิวาส	เมืองนราธิวาส	เทศบาลเมืองนราธิวาส
11.	ใต้	นราธิวาส	ตากใบ	เทศบาลเมืองตากใบ

ลำดับ ที่	โซน	จังหวัด	อำเภอ	รายชื่อเทศบาล
12.	ใต้	ปัตตานี	เมืองปัตตานี	เทศบาลเมืองปัตตานี
13.	ใต้	ปัตตานี	สายบุรี	เทศบาลเมืองตะลุบัน
เทศบาลเมือง				
14.	ใต้	ยะลา	เบตง	เทศบาลเมืองเบตง
15.	ใต้	ยะลา	เมืองยะลา	เทศบาลเมืองสะเตงนอก
16.	ใต้	สงขลา	สะเดา	เทศบาลเมืองสะเดา
17.	ใต้	สงขลา	สะเดา	เทศบาลเมืองปาดังเบซาร์
18.	เหนือ	สตูล	เมืองสตูล	เทศบาลเมืองสตูล
19.	เหนือ	ตรัง	กันตัง	เทศบาลเมืองกันตัง
20.	เหนือ	พัทลุง	เมืองพัทลุง	เทศบาลเมืองพัทลุง
21.	เหนือ	สงขลา	รัตภูมิ	เทศบาลเมืองกำแพงเพชร

4.2 หน่วยการสุ่มที่ 2 เป็นการสุ่มตัวอย่างที่มีการแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่ม (Cluster) หรือเรียกว่า การสุ่มตัวอย่างแบบยกกกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ด้วยมีลักษณะภายในของแต่ละกลุ่มจะมีความแตกต่างกัน แต่ระหว่างกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกัน นั่นคือ จากการแบ่งกองทุนฯ ระดับเทศบาลนคร ออกเป็นโซนเหนือ จำนวน 1 แห่ง โซนกลาง จำนวน 2 แห่ง และโซนใต้ จำนวน 1 แห่ง แต่จำนวนเทศบาลนครที่ต้องการ คือ จำนวน 2 กองทุนฯ ดังนั้น จึงรวมโซนเหนือและใต้รวมกัน แล้วเลือก 1 กองทุนฯ รวมถึงโซนกลางทำการเลือก 1 กองทุนฯเช่นกัน (ทำการสุ่มอย่างง่ายต่อไป) และกองทุนฯ ระดับเทศบาลเมือง แบ่งออกเป็นโซนเหนือ จำนวน 4 แห่ง โซนกลาง จำนวน 8 แห่ง และโซนใต้ จำนวน 9 แห่ง โดยการสุ่มในครั้งที่ 2 นี้ ใช้การกำหนดสัดส่วนที่ไม่เท่ากัน เนื่องจากทั้ง 3 กลุ่มมีประชากรแตกต่างกัน โดยเฉพาะกลุ่มกองทุนฯ ระดับเทศบาลเมืองโซนเหนือ มีจำนวนต่างจากกลุ่มอื่นมาก หากใช้สัดส่วนที่เท่ากัน อาจเกิดความแปรปรวนของข้อมูลขึ้นได้ จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างข้างต้น ต้องการจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 270 คน ประกอบกับการคำนวณในหน่วยการสุ่มที่ 1 (กองทุนฯ เทศบาลนคร จำนวน 2 แห่ง และกองทุนฯ เทศบาลเมือง 7 แห่ง) ได้ผลการคำนวณดังนี้

เทศบาลเมืองโซนเหนือ 4 กองทุนฯ เลือกตัวอย่าง $(4 \times 7) / 21 = 1.33$ หรือเท่ากับ

1 กองทุนฯ

เทศบาลเมืองโซนกลาง 8 กองทุน เลือกตัวอย่าง $(8 \times 7) / 21 = 2.66$ หรือเท่ากับ

3 กองทุน

เทศบาลเมืองโซนใต้ 9 กองทุน เลือกตัวอย่าง $(9 \times 7) / 21 = 3.00$ หรือเท่ากับ

3 กองทุน

จากการคำนวณ พบว่า กองทุนฯ ระดับเทศบาลนคร ได้ จำนวน 2 กองทุน และ กองทุนฯ ระดับเทศบาลเมือง จำนวน 7 กองทุน แบ่งเป็นโซนเหนือ 1 กองทุน โซนกลาง 3 กองทุน และโซนใต้ 3 กองทุน และจากการกำหนดผู้ให้ข้อมูลด้วยการสุ่มอย่างง่าย กองทุนละ 30 คน จึงได้จำนวนผู้ให้ข้อมูลของกองทุนฯ ระดับเทศบาลนคร เป็นจำนวน 60 คน และกองทุนฯ ระดับเทศบาลเมืองได้จำนวนผู้ให้ข้อมูลเป็นจำนวน 210 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 270 คน หลังจากนั้นในแต่ละกลุ่มที่ได้จากการสุ่มครั้งที่ 2 ไปทำการสุ่มอย่างง่ายต่อไป

4.3 หน่วยการสุ่มที่ 3 ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้การสุ่มตัวอย่างเปิดโอกาสให้ประชากรทุกหน่วยมีสิทธิ์ได้รับการเลือกเท่า ๆ กัน จากการสุ่มในหน่วยที่สองที่ผ่านมา โดยใช้วิธีการจับสลาก เนื่องจากประชากรในแต่ละหน่วยไม่มากนัก โดยเขียนชื่อแต่ละหน่วยลงในสลาก แล้วนำสลากใส่ในกล่องแยกตามประเภทตามการสุ่มในหน่วยที่สอง เขย่าให้ปะปนกัน แล้วหยิบสลากออกมาให้ได้เท่าจำนวนตัวอย่างประชากรที่ต้องการและไม่ใส่กลับคืน ชื่อที่ได้หยิบออกมาได้ก็จะเป็นตัวอย่างของประชากรที่ต้องการ แสดงข้อมูลที่ได้จากการสุ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเขตเมือง พื้นที่ เขต 12 ดังตาราง 9

5. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

5.1 กลุ่มคณะกรรมการกองทุนฯ

5.1.1 ปฏิบัติงานในตำแหน่งคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

5.1.2 ดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการกองทุนมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี

5.1.3 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

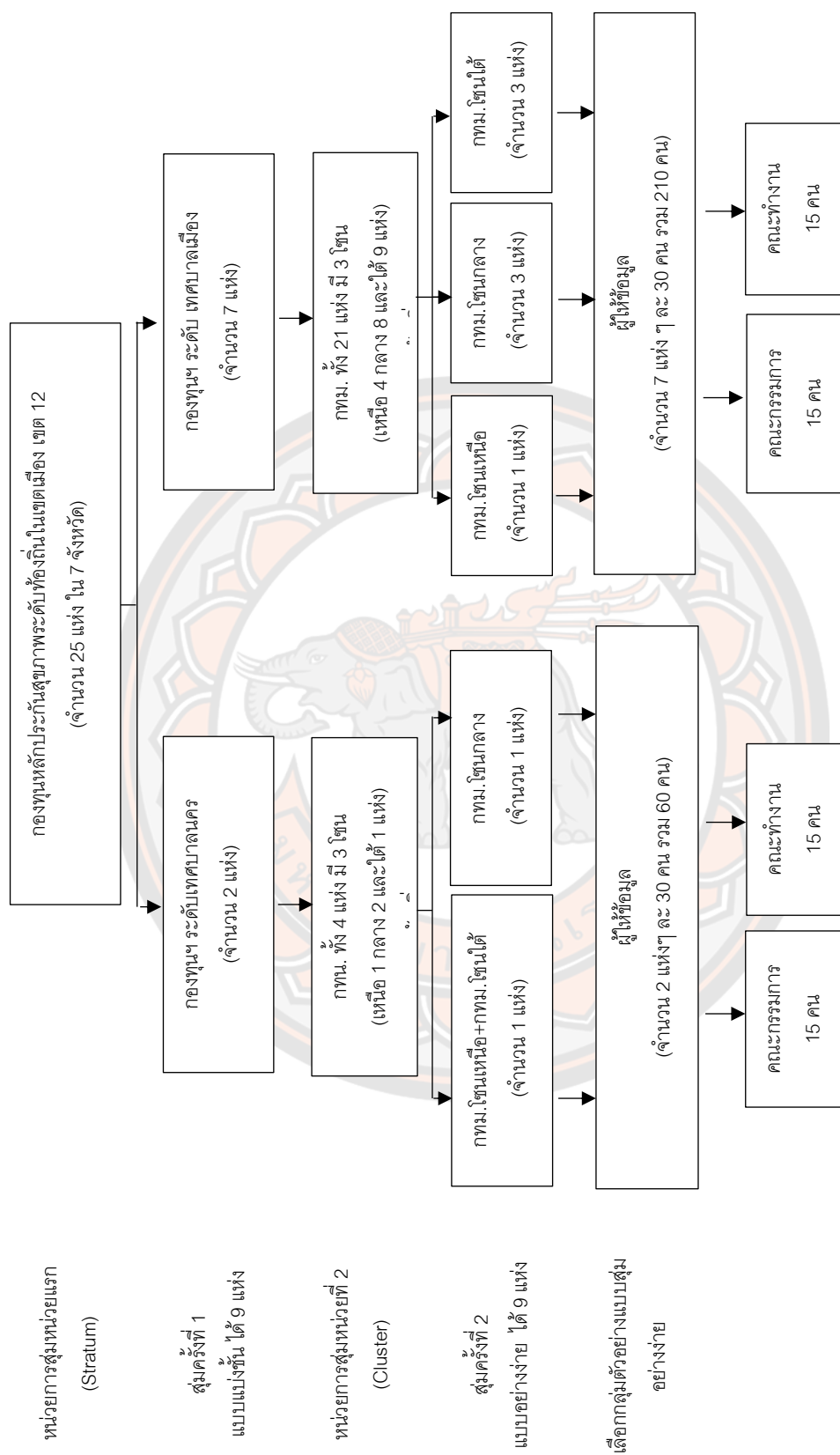
5.2 กลุ่มคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ

5.2.1 ปฏิบัติงานเป็นผู้ประสานงานกองทุนฯ และคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานกองทุนฯ ด้านผู้สูงอายุ

5.2.2 ต้องมีประสบการณ์และมีส่วนร่วมกิจกรรมของกองทุน มาแล้วไม่ต่ำกว่า

1 ปี

5.2.3 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ภาพ 9 การสุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน (Stratified cluster random sampling)

ตาราง 9 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเขตเมือง พื้นที่
เขต 12

ลำดับ ที่	โซน	จังหวัด	อำเภอ	รายชื่อเทศบาล	กลุ่มตัวอย่าง	
					คกก.	คทน.
เทศบาลนคร						
1.	เหนือ	ตรัง	เมืองตรัง	เทศบาลนครตรัง	15	15
2.	กลาง	สงขลา	เมืองสงขลา	เทศบาลนครสงขลา	15	15
เทศบาลเมือง						
3.	กลาง	สงขลา	บ้านพรุ	เทศบาลเมืองบ้านพรุ	15	15
4.	กลาง	สงขลา	หาดใหญ่	เทศบาลเมืองควนลัง	15	15
5.	ใต้	นราธิวาส	เมือง	เทศบาลเมืองนราธิวาส	15	15
6.	ใต้	ปัตตานี	เมืองปัตตานี	เทศบาลเมืองปัตตานี	15	15
7.	ใต้	ยะลา	เมืองยะลา	เทศบาลเมืองสะเตงนอก	15	15
8.	เหนือ	พัทลุง	เมืองพัทลุง	เทศบาลเมืองเมือง	15	15
9.	เหนือ	สตูล	เมืองสตูล	เทศบาลเมืองสตูล	15	15
					135	135
					รวมทั้งสิ้น 270 คน	

ตัวแปรของการศึกษา

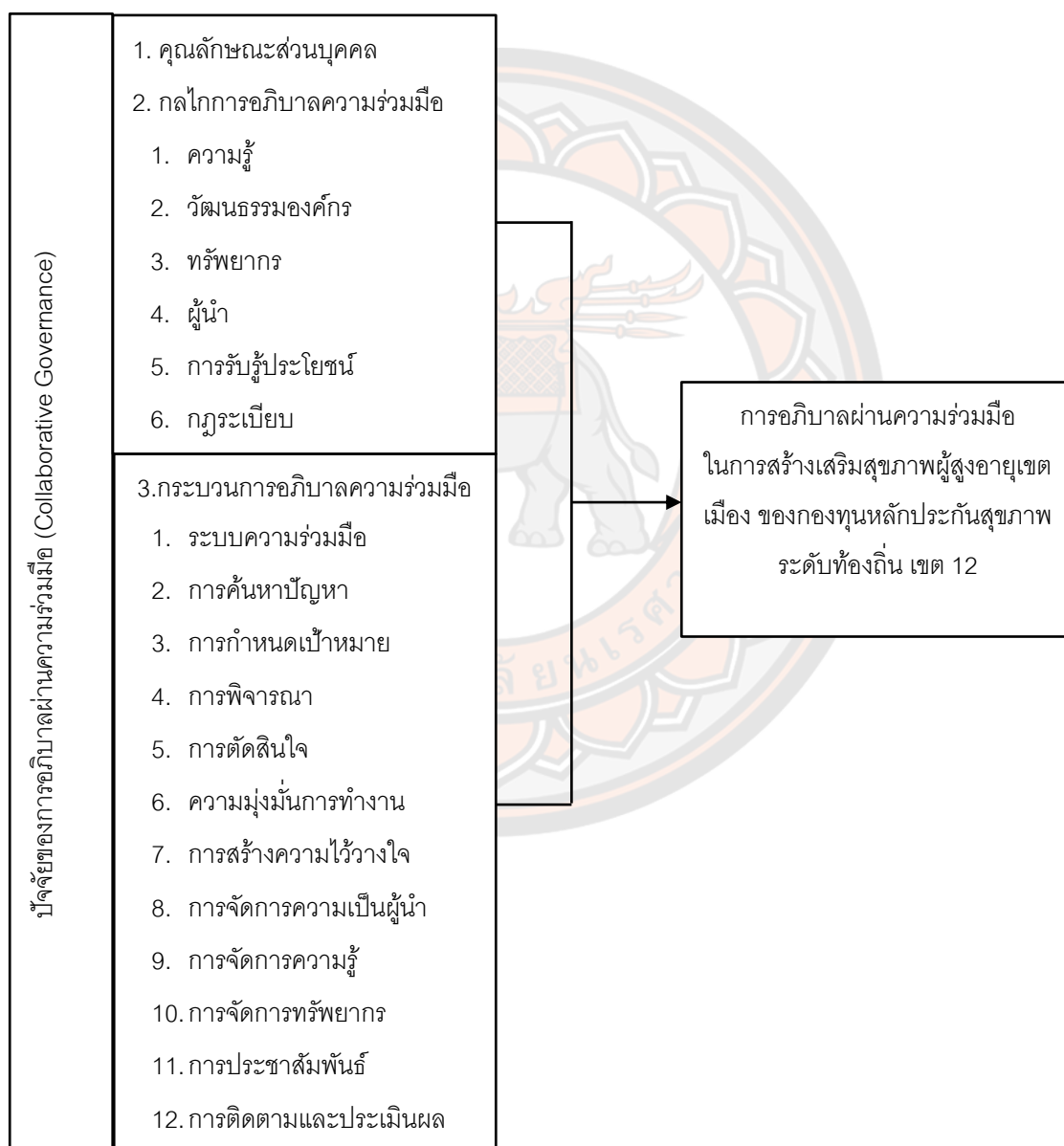
1. ตัวแปรอิสระ หมายถึง องค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ประกอบด้วย

1.1 ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การดำรงตำแหน่งในองค์กร การดำรงตำแหน่งในกองทุน ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง จำนวนครั้งของการดำรงตำแหน่งในกองทุน การเข้ารับฝึกอบรม และจำนวนครั้งของการเข้ารับฝึกอบรม) และกลไกการอภิบาลความร่วมมือ ได้แก่ วัฒนธรรมองค์กร ทรัพยากรผู้นำ การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน กฎระเบียบ และความรู้

1.2 ปัจจัยกระบวนการ หรือ กระบวนการอภิบาลความร่วมมือ ประกอบด้วย ระบบความร่วมมือ การค้นหาปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การพิจารณา การตัดสินใจ ความมุ่งมั่นการ

ทำงาน การสร้างความไว้วางใจ การจัดการความเป็นผู้นำ การจัดการความรู้ การจัดการทรัพยากร การประชาสัมพันธ์ และการติดตามและประเมินผล

2. ตัวแปรตาม หรือผลการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ประกอบด้วยการประเมินระดับการรับรู้ ประสิทธิภาพความร่วมมือ คุณภาพความสัมพันธ์ของการทำงาน มุมมองความคิดเห็น และความเหนียวแน่นขององค์กร



ภาพ 10 กรอบแนวคิดการศึกษาเชิงปริมาณและตัวแปรการศึกษา

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยได้ปรับใช้และพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทที่ศึกษา จาก การทวนวรรณกรรม ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เขตเมือง ที่ได้จากการสุ่มทั้ง 2 ระดับ จำนวน 9 แห่ง ๆ ละ 30 คน แบ่งออกเป็น 6 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะ แบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และแบบปลายเปิด เนื้อหาครอบคลุมลักษณะ ส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ตอนที่ 2 เป็นแบบวัดความรู้ โดยการวัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้แบบวัดความรู้ ความเข้าใจ และการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบด้วยคำตอบ ถูก- ผิด (Truth-Fault) ถ้า ตอบถูกให้ค่าเป็น 1 คะแนน แต่ถ้าตอบผิดจะให้เป็น 0 คะแนน แปลค่าคะแนนโดยใช้การแปลผลแบบ อิงเกณณ์ คือ ค่าคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 แปลผลได้ว่ามีความรู้ต่ำ ค่าคะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60 – 70 แปลผลได้ว่ามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และค่าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป แปลผลได้ว่า มีความรู้ในระดับสูง (เชิดศักดิ์ ไอรณรัตน์, 2551)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามกลไกการอภิบาลความร่วมมือ ฯ โดยข้อคำถามเกี่ยวกับ ตัวแปรด้านวัฒนธรรมองค์กร ทรัพยากร ผู้นำ การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน และกฎระเบียบกองทุน มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งค่าน้ำหนักออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตราส่วนของลิเคิร์ต (Likert Scale) Likert (1932) ใน Boone, H. N., & Boone, D. A. (2012) แต่ละระดับมีความหมาย คือ

- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
- 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามกระบวนการอภิบาลความร่วมมือ ฯ ได้แก่ ระบบความร่วมมือ การค้นหาปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การพิจารณา การตัดสินใจ ความมุ่งมั่นการทำงาน การสร้างความไว้วางใจ การจัดการความเป็นผู้นำ การจัดการความรู้ การจัดการทรัพยากร การประชาสัมพันธ์ การติดตามและประเมินผล มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

แบ่งค่าน้ำหนักออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตราส่วนของลิเคิร์ต (Likert Scale) Likert (1932) ใน Boone, H. N., & Boone, D. A. (2012) แต่ละระดับมีความหมาย คือ

- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
- 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

ตอนที่ 5 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการอภิบาลความร่วมมือฯ ประกอบด้วยการประเมินระดับการรับรู้ประสิทธิผลความร่วมมือ คุณภาพความสัมพันธ์ของการทำงาน มุมมองความคิดเห็น และความเหนียวแน่นขององค์กร มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) Likert (1932) ใน Boone, H. N., & Boone, D. A. (2012) แต่ละระดับมีความหมาย คือ

- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
- 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด

ตอนที่ 6 เป็นแบบสอบถามข้อมูลข้อเสนอแนะ ปัญหาและอุปสรรค การปรับปรุงและพัฒนา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบแบบปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับคณะกรรมการ/คณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเขตเมือง ที่ได้จากการสุ่มทั้ง 2 ระดับ จำนวน 9 แห่ง ๆ ละ 30 คน ลักษณะคำถามเช่นเดียวกับแบบสอบถามชุดที่ 1

2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 ศึกษาค้นคว้า ทฤษฎี วรรณกรรม เอกสาร ปะผลงานวิจัย เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการกองทุนฯ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

2.2 ดำเนินการสร้างแบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 ทำการปรับปรุงภายหลังการได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ

3. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเสนอแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วเสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน

ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาว่าแบบสอบถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการหาค่า IOC (IOC: Index of Item Objective Congruence) ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุน และการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ 2) แบบสอบถามตอนที่ 3-5 ที่ประกอบด้วยกลไกกระบวนการ และการอภิบาลผ่านความร่วมมือ แบบสอบถามทั้ง 2 แบบได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยการตรวจสอบผู้วิจัยให้เกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC ตามเกณฑ์ ดังนี้

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

ผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามตอนที่ 2 และตอนที่ 3 – 5 ได้เท่ากับ 0.89 และ 0.87 ตามลำดับ

หลังจากได้ผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามที่คุณวุฒิเสนอแนะ และได้้นำแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงและสมบูรณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, L. J., 1970) สำหรับการหาค่าความเชื่อมั่น ทั้งแบบทดสอบที่เป็นลักษณะ ถูก ผิด (ตอนที่ 2) และการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่อยู่ในรูปของเสกมาตราวัด (ตอนที่ 3-5) ผลการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบทดสอบที่เป็นลักษณะ ถูก ผิด (ตอนที่ 2) และเครื่องมือแบบสอบถามที่อยู่ในรูปของเสกมาตราวัด (ตอนที่ 3-5) ได้เท่ากับ 0.72 และ 0.98 ตามลำดับ

การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาคของเครื่องมือแบบสอบถามที่อยู่ในรูปของเสกมาตราวัด ในตอนที่ 3 ด้านกลไกการอภิบาลความร่วมมือ มีค่าเท่ากับ 0.93 โดยค่าความเชื่อมั่นตัวแปรด้านวัฒนธรรม

องค์กร ทรัพยากร ผู้นำ การรับรู้ประโยชน์ของกองทุน และกฎระเบียบกองทุน เท่ากับ 0.88, 0.74, 0.92, 0.85 และ 0.89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาคของเครื่องมือแบบสอบถามที่อยู่ในรูปของสเกลมาตรวัด ในตอนที่ 4 ด้านกระบวนการอภิบาลความร่วมมือ ๆ เท่ากับ 0.97 โดยค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรระบบความร่วมมือ การค้นหาปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การพิจารณา การตัดสินใจ ความมุ่งมั่นการทำงาน การสร้างความไว้วางใจ การจัดการความเป็นผู้นำ การจัดการความรู้ การจัดการทรัพยากร การประชาสัมพันธ์ และการติดตามและประเมินผล เท่ากับ 0.89, 0.90, 0.90, 0.84, 0.88, 0.85, 0.83, 0.87, 0.81, 0.89 และ 0.85 ตามลำดับ

การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาคของเครื่องมือแบบสอบถามที่อยู่ในรูปของสเกลมาตรวัด ในตอนที่ 5 การอภิบาลความร่วมมือ ๆ เท่ากับ 0.93 ที่ประกอบด้วยการประเมินระดับการรับรู้ประสิทธิผลความร่วมมือ และคุณภาพความสัมพันธ์ของการทำงาน มุมมองความคิดเห็น และความเหนียวแน่นขององค์กร

สุดท้าย เมื่อแบบสอบถามมีความสมบูรณ์ทั้งความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ตามเกณฑ์ จึงได้นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปใช้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยต่อไป

3.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบเครื่องมือ

3.1.1 กลุ่มคณะกรรมการกองทุนฯ

- 1) ปฏิบัติงานในตำแหน่งคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ
- 2) ดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการกองทุนมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี
- 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.1.2 กลุ่มคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ

- 1) ปฏิบัติงานเป็นผู้ประสานงานกองทุนฯ และคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานกองทุนฯ ด้านผู้สูงอายุ
- 2) ต้องมีประสบการณ์และมีส่วนร่วมกิจกรรมของกองทุน มาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี
- 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบเครื่องมือ

- 3.2.1 เกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือเจ็บป่วยกะทันหันจนไม่สามารถให้ข้อมูลการวิจัยได้

3.2.2 ปฏิเสธหรือไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด

3.2.3 เสียชีวิต หรือทุพพลภาพ

3.2.4 เดินทางออกจากพื้นที่วิจัยอย่างถาวร

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ขอนหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ถึงนายกเทศมนตรีที่ดูแลรับผิดชอบกองทุนฯ ในพื้นที่ 12 เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูลในพื้นที่

4.2 ประสานงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและคณะกรรมการที่เป็นผู้ให้ข้อมูลของกองทุน เพื่อบันทึกหมายเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ แล้วเชิญมาที่สถานที่ตั้งกองทุน คือ เทศบาล/อบต.พร้อมทั้งแนบประเด็นในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้ทำความเข้าใจกับประเด็นในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

4.3 ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ข้อตกลง และทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการ/ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล แจกแบบสอบถามให้ตอบข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่ถ้าคำถามใดมีปัญหาที่สามารถซักถามและผู้วิจัยอธิบาย เพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล มาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นให้ค่าคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด จำแนกตามประเภทของข้อมูล ก่อนนำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล และอธิบายผลการวิจัย ดังนี้

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage)

5.2 การทดสอบข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 โดยการหาค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ซึ่งได้กำหนดค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ของ สุกมาส อังคุโชต (2558) หน้า 21 ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง เห็นด้วย อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง เห็นด้วย อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง เห็นด้วย อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง เห็นด้วย อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50-1.49 หมายถึง เห็นด้วย อยู่ในระดับน้อยที่สุด

5.3 สถิติวิเคราะห์ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลไกและกระบวนการของการอภิบาลความร่วมมือ ต่อผลลัพธ์ของการอภิบาลความร่วมมือฯ ตามสมมติฐานที่วางไว้ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

การวิจัยที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายปัจจัยสาเหตุที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

คำถามการวิจัย ปัจจัยสาเหตุที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่ออธิบายปัจจัยสาเหตุที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาข้อมูลองค์ประกอบที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

พื้นที่การศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดพื้นที่การศึกษา กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองและเทศบาลนคร ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ 12

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

1. ประชากร ประกอบด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เทศบาลเมือง กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเทศบาลนคร ในเขต 12 ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 12 ผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 12 ประธานชมรมผู้สูงอายุจังหวัดและผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ เขต 12

2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อป้องกันความคลื่อนของข้อมูลโดยการเลือกผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนฯ ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของการดำเนินงานผู้สูงอายุ จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมือง และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเทศบาลนคร ในเขต 12 ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีหรือรองนายกเทศมนตรี ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้าน ผู้แทน

ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน (ถ้ามี) ปลัดหรือรองปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการสำนัก/กองสาธารณสุข ผู้ประสานงานกองทุนฯ ตัวแทนคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพ ประธานชมรมผู้สูงอายุ จังหวัด และผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่

2.1 คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลในกองทุนฯ

2.1.1 เป็นคณะกรรมการกองทุนฯ ในตำแหน่ง นายกเทศมนตรีหรือรองนายกเทศมนตรี ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้าน ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน (ถ้ามี) ปลัดหรือรองปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการสำนัก/กองสาธารณสุข

2.1.2 ผู้ประสานงานกองทุนฯ ตัวแทนคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ ประธานชมรมผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

2.2 คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลในสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 12 คือ เป็นผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

2.3 คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลในส่วนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับเขต คือ เป็นประธานชมรมผู้สูงอายุจังหวัด และผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ มีส่วนเกี่ยวข้องและมีประสบการณ์เกี่ยวกับกองทุนฯ มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

2.4 ผู้ให้ข้อมูลทุกคนยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.5 ผู้ให้ข้อมูลสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้วิจัย เตรียมความพร้อมและเพิ่มประสบการณ์การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการศึกษาวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพจากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งเอกสารวิชาการ คู่มือและหนังสือระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงการลงพื้นที่ภาคสนาม เพื่อฝึกปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลและเข้าร่วมเก็บข้อมูลภาคสนามในโครงการวิจัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และเข้าร่วมหลักสูตรการวิจัยเชิงคุณภาพ มิติสังคมและวัฒนธรรมความเสี่ยงสุขภาพ ของสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

2. แนวทางการสัมภาษณ์ จากการทบทวนวรรณกรรม ในการศึกษาแบบองค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการสำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา นายกเทศมนตรีหรือรองนายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุข และประธานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน โดยมีคำถามแนวทางการสัมภาษณ์ในประเด็นต่อไปนี้

- 2.1 ภูมิหลังของการบริหารจัดการกองทุนฯ ในพื้นที่
- 2.2 แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนฯ
- 2.3 แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนฯ โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ

- 2.4 แนวทางความร่วมมือในพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนฯ
- 2.5 องค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ทั้งในส่วนของกลไก กระบวนการความร่วมมือ และผลลัพธ์ในพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนฯ

- 2.6 ปัญหา หรืออุปสรรคในการทำงานของการบริหารจัดการกองทุนฯ

3. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม จากการทบทวนวรรณกรรม ในการศึกษารูปแบบองค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงของการสนทนากลุ่ม ที่ประกอบด้วย คณะกรรมการกองทุนฯ ที่มาจากหน่วยบริการสาธารณสุข 1 คน จาก อปท. 2 คน จากผู้นำชุมชน 2 คน อสม. 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 คน คณะทำงานด้านผู้สูงอายุ 2 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา 1 คน และผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 อีก 1 คน รวมจำนวน 12 คน โดยมีคำถามแนวทางการสัมภาษณ์ในประเด็นต่อไปนี้

- 3.1 ภูมิหลังของการบริหารจัดการกองทุนฯ ในพื้นที่
- 3.2 แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนฯ
- 3.3 แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนฯ โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ

- 3.4 แนวทางความร่วมมือในพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนฯ
- 3.5 องค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ทั้งในส่วนของกลไก กระบวนการความร่วมมือ และผลลัพธ์ในพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนฯ

- 3.6 ปัญหา หรืออุปสรรคในการทำงานของการบริหารจัดการกองทุนฯ

อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการเก็บข้อมูล ได้แก่ สมุดบันทึก กล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียง เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องพิมพ์เอกสาร กระดาษวาดเขียน ดินสอ ปากกา เป็นต้น

4. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแนวคำถามด้วยตนเอง สำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guide) โดยทำการศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร

และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในประเด็นการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เพื่อกำหนดกรอบแนวคิด กำหนดขอบข่ายของเนื้อหาให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิด กระบวนการบริหารจัดการความร่วมมือ กำหนดประเด็นเนื้อหาและตัวบ่งชี้ที่ต้องการทราบ เขียนข้อคำถามและแบบสัมภาษณ์ โดยการร่างข้อคำถามและแบบสัมภาษณ์ แต่ละข้อตามประเด็นและตัวบ่งชี้ที่กำหนด เรียงข้อคำถามและแบบสัมภาษณ์ จัดรูปแบบ นำข้อคำถามและแบบสัมภาษณ์ แต่ละข้อมาจัดเรียงรวมกันเป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งมีการชี้แจงการตอบไว้อย่างครบถ้วน นำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ที่สร้างขึ้นนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตามที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ให้ข้อเสนอแนะ นำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงและผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะไว้มาปรับปรุงแก้ไข โดยพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้ จากนั้นนำไปทดสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเข้าใจ และปฏิกิริยาที่ผู้ให้ข้อมูลมีต่อประเด็นคำถาม หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เพื่อปรับแนวคำถาม และพัฒนาทักษะการสัมภาษณ์ที่เหมาะสมให้กับผู้วิจัยก่อนจะนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ดังรายละเอียดดังนี้

4.1 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

การสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์หลัก คือ การสัมภาษณ์เพื่อช่วยระบุตัวแปรและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการตั้งสมมติฐานการวิจัย ใช้การสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือหลักสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือวัดตัวแปรต่าง ๆ ในการวิจัย และใช้การสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือประกอบหรือเสริมจากวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีอื่น ๆ (Kerlinger, & Lee, 2000 อ้างถึงใน วรณี แกมเกตุ, 2555) ในการศึกษาวิจัยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเน้นการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อรวบรวมข้อมูลที่ได้ประกอบกับข้อมูลที่ได้มาจากการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured interview) (วรณี แกมเกตุ, 2555) การสัมภาษณ์นี้ดำเนินการโดยตัวนักวิจัยเอง เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลที่ต้องการ มีการตั้งคำถามที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมในขณะที่ยังสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยมีการจัดเตรียมประเด็นการสัมภาษณ์หรือแนวคำถามกว้าง ๆ เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนฯ ไว้ล่วงหน้า

4.2 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

การสนทนากลุ่มเป็นเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้ลักษณะของการสัมภาษณ์กลุ่มแบบเจาะลึก เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มุ่งหาความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนา ในประเด็นการบริหารจัดการกองทุนฯ ผู้วิจัยมีการเตรียมการในประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม การคัดเลือกผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาตามความเหมาะสม จำนวน

6- 12 คน (ศิริพร จิวัฒน์กุล, 2552) และคัดเลือกมารวมกันอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่นักวิจัยได้กำหนดไว้ กำหนดผู้ดำเนินการสนทนา (modulator) ผู้จัดบันทึกคำสนทนา ต่าง ๆ รวมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นในการสนทนากลุ่ม เช่น แบบบันทึกข้อมูลการสนทนา เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป เป็นต้น (วรรณิ แกมเกตุ, 2555)

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนที่ 2 วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

5.1 ขออนุญาตเขียนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เพื่อส่งให้ผู้ให้ข้อมูลหลักในการเข้าร่วมสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

5.2 ประสานงานเพื่อนัดหมาย ผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ที่จะทำการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งแนบประเด็นในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ทำความเข้าใจกับประเด็นในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

6. การเก็บข้อมูลภาคสนาม

การเข้าถึงสนามวิจัย (Field) และผู้ประสานงานกองทุนฯ แต่ละแห่งในพื้นที่ โดยการแนะนำตนเองและวัตถุประสงค์ของการเข้าทำการวิจัย ดำเนินการตั้งแต่การส่งจดหมายการโทรศัพท์และการพบปะด้วยตนเองและขอให้ผู้ประสานงานในพื้นที่เป็นผู้นำผู้วิจัยเข้าแนะนำตัว

การสังเกตการณ์ (Observation) การเก็บข้อมูลภาคสนาม อาศัยการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตการณ์ร่วมด้วย เพื่อมองเห็นเหตุการณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง เป็นการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non – participant observation) หรือการสังเกตโดยตรง (direct observation) เป็นการสังเกต บันทึกลักษณะทางกายภาพ โครงสร้างและความสัมพันธ์ของสมาชิกในกองทุนฯ โดยนักวิจัยทำตัวเป็นคนนอกที่ไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับกิจกรรมที่สังเกต และผู้ที่อยู่ในกิจกรรมนั้น ๆ ไม่รู้ตัวว่าตนเองถูกสังเกต (ศิริพร จิวัฒน์กุล, 2552)

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยการสัมภาษณ์ต้องมีจุดหมายและที่สำคัญ คือ นักวิจัยและผู้ถูกสัมภาษณ์ต้องมีสัมพันธภาพที่ดี โดยเริ่มตั้งแต่การเตรียมตัวของผู้วิจัย ซึ่งนอกจากเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ต่าง ๆ แล้ว นักวิจัยต้องเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์เน้นประเด็นสำคัญ ๆ เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนฯ และเป็นคำถามปลายเปิดที่มุ่งให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายความคิดเห็น และเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการ ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ สร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง ในการดำเนินการสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องทำตัวตามสบายและเป็นธรรมชาติ ใช้ภาษาสื่อสารที่เข้าใจกันทั้ง

สองฝ่าย และเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ควรแสดงความขอบคุณและการขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมในภายหลังหากข้อมูลยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ

การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้วิจัยเตรียมการแนวทางการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นรายการประเด็นหรือคำถามที่ผู้วิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนา รวมถึงการเตรียมตัวและอุปกรณ์ การเตรียมตัวให้พร้อมพร้อมโดยการทำความเข้าใจประเด็นที่ศึกษาให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลผู้ร่วมวงสนทนา และการเตรียมสถานที่สำหรับการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม ในการดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ดำเนินการวิจัย และผู้ร่วมการสนทนาทำความรู้จักกัน ชี้แจงเป้าหมายของการสนทนา การขออนุญาตการบันทึกเสียง และเริ่มจุดประเด็นการสนทนากลุ่ม

7. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยต้องทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) (Elo, S. et al., 2014) สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น การเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูลมักจะดำเนินการไปพร้อม ๆ กัน ดังนั้น ขณะที่ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยมีการตรวจสอบข้อมูลและตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กันเสมอ ตลอดช่วงเวลาของการเก็บข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลที่นิยมใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) (ศิริพร จิวัฒน์กุล, 2552) เป็นตรวจสอบข้อมูลและการวิจัยโดยการตรวจสอบการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปรากฏการณ์เดียวกัน เมื่อมีการใช้ทฤษฎี เครื่องมือหรือวิธีการต่าง ๆ หลายวิธี (Nancy Carter, 2014) ซึ่งในขั้นตอนนี้ใช้ทั้งวิธีการการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และมีการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมด้วย การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้านี้ช่วยเสริมสร้างงานวิจัยเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของข้อมูล (Thurmond, 2001) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบในการศึกษาครั้งนี้ เน้นการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าจากวิธีการวิจัย (Methodological Triangulation) จากการศึกษาด้วยการผสมผสานวิธีการเชิงคุณภาพและวิธีการเชิงปริมาณในการศึกษาไปพร้อมกัน รวมถึงอาจใช้วิธีการอื่นร่วมด้วยตามความจำเป็น หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และการตรวจสอบสามเส้าจากแหล่งที่มาของข้อมูล (Data source Triangulation) การใช้หลักฐานจากแหล่งข้อมูลประเภทต่าง ๆ เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลาย เช่น จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการทวนสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล หากพบว่าทุกแหล่งข้อมูลได้ข้อค้นพบเหมือนกัน แสดงว่า ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รวบรวมมามีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

8. การวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาวิจัยในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยข้อมูลจากการลงศึกษาภาคสนาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มโดยใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ลดทอนข้อมูลตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่ออธิบายถึงองค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ตามมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและมีประสบการณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการจัดกระทำกับข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลและข้อสรุปจากข้อมูลชุดต่าง ๆ (ศิริพร จิวัฒน์กุล, 2552) โดยสามารถสกัดแก่นสาระ (Theme) อย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อสรุปภาพรวมของแก่นสาระ (Global Themes) ประเภทของหัวข้อพื้นฐานที่จัดกลุ่มร่วมกันเพื่อสรุปหลักการที่เป็นนามธรรมมากขึ้น (Organizing Themes) และแก่นสาระข้อค้นพบเหตุการณ์ที่เห็นได้ชัดเจนในข้อความนั้น (Basic Themes) ตามลำดับ (Attride-Stirling, 2001; ศิริพร จิวัฒน์กุล, 2552) โดยมีกระบวนการของการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์ระยะที่ 1: การจัดระบบข้อมูลและการแยกประเภทข้อมูลเป็นหมวดหมู่

การกำหนดประเภทของข้อมูล โดยใช้ทฤษฎีหรือผลจากงานวิจัยอื่น ๆ เป็นตัวตั้งต้น หรือการใช้สามัญสำนึกและประสบการณ์ของผู้วิจัย ร่วมกับข้อมูลที่อยู่ในมือ โดยที่ คำที่ใช้หรือคำจำกัดความทั้งหมดต้องได้จากข้อมูลที่มาจากการสนทนาวินิจฉัยเท่านั้น จัดจำแนกจากดัชนีเชิงบรรยาย ดัชนีเชิงตีความ หรือดัชนีเชิงอธิบาย

การวิเคราะห์ระยะที่ 2: การลดหรือการตัดทอนของข้อความ

เริ่มต้นจากการให้รหัสเนื้อหาสำหรับการอ้างอิงและการค้นหาข้อมูล โดยมีจัดทำโครงร่างรหัส และจัดแยกข้อความออกเป็นส่วน ๆ โดยใช้กรอบการให้รหัสตามโครงร่างนั้น หลังจากนั้นเป็นการระบุแก่นสาระจากส่วนของข้อความที่ให้รหัสและการปรับแก่นสาระให้เหมาะสมเพื่อการสร้างเนื้อหาแก่นสาระ โดยทำการการจัดรูปแบบแก่นสาระ การเลือกแก่นสาระพื้นฐาน การจัดเรียงแก่นสาระเข้าสู่ข้อสรุปแก่นสาระภาพรวม (Global Themes) ประเภทของหัวข้อพื้นฐานที่จัดกลุ่มร่วมกัน (Organizing Themes) และแก่นสาระข้อค้นพบ (Basic Themes) ตามลำดับ ได้ข้อสรุปแก่นสาระภาพรวม แสดงตัวอย่างแก่นสาระ สุดท้ายให้มีการตรวจสอบและปรับแต่งแก่นสาระ

การวิเคราะห์ระยะที่ 3: การตีความข้อความ

การตีความข้อความ เพื่อพยายามดึงความหมายออกมาจากข้อมูล เป็นการอธิบายโดยการบรรยายถึงองค์ประกอบหรือตัวแปรที่เกี่ยวข้องและการสำรวจภาพรวมของข้อมูลแก่นสาระที่ได้มา และสรุปข้อมูลแก่นสาระ

การวิเคราะห์ระยะที่ 4: การบูรณาการผลข้อมูล

การบูรณาการผลข้อมูลจากการตีความและข้อสรุปย่อยจากข้อมูลชุดต่าง ๆ เพื่อตอบคำถามงานวิจัย การบูรณาการเป็นการสร้างข้อสรุปเชิงอุปนัย ที่ได้จากการตีความข้อมูล จากรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่ได้ในระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำมาสรุปผลการตีความภาพรวมของแก่นสาระ (Global Themes)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

การวิจัยในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ โดยอาศัยข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และข้อมูลจากการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประสิทธิผลในการปฏิบัติ

1. จุดมุ่งหมายการดำเนินงาน

การพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

2. แนวทางการวิจัย

2.1 ด้านเนื้อหา

2.1.1 การวางแผนและออกแบบพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เป็นการดำเนินการโดยผู้วิจัยนำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยที่ได้จากระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ

2.1.2 การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนฯ ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 อาศัยวิธีการเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการระดมสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ คณะทำงานผู้สูงอายุ และคณะกรรมการกองทุนฯ ร่วมกันพัฒนาจนได้ต้นแบบของรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนฯ

2.2 ด้านพื้นที่การศึกษา

พื้นที่ตัวอย่างของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเขตเมือง ในเขต 12 ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา ผู้วิจัยเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง จากการศึกษาข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงาน ในระบบบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ผ่านเว็บไซต์ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้กองทุนเป็นผู้บันทึกข้อมูล ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ผลการประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์ภาพรวมของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา เท่ากับร้อยละ 63.00 อยู่ในระดับ B นั่นคือ เป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง แสดงถึงการบริหารจัดการ การมีส่วนร่วม และผลการดำเนินงานยังไม่ได้ดีเท่าที่ควร เมื่อพิจารณาเฉพาะข้อมูลที่มีในรายงานผลการประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์ พบปัญหาในการดำเนินงานบริหารจัดการกองทุนฯ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) ดังนี้

2.2.1 การมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ ในประเด็นกองทุนฯ มีการใช้จ่ายงบประมาณอย่างน้อยร้อยละ 15 ในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ของศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ โดยดูหลักฐานจากข้อมูลแผนงาน/โครงการ ประจำปีงบประมาณ พบว่า การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ ในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริม

สุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ของศูนย์ เด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา เพียงร้อยละ 1.92

2.2.2 การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ในประเด็น กองทุนฯ มีการใช้จ่ายงบประมาณอย่างน้อยร้อยละ 40 ให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชนเป็นผู้ดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สามารถดูหลักฐานแผนงานประจำปีหรือโครงการที่ได้รับการสนับสนุน งบประมาณในปีงบประมาณนั้น พบว่า การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ ให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชน เป็นผู้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา เพียงร้อยละ 6.91

2.2.3 การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ในประเด็น กองทุนฯ มีการใช้จ่ายงบประมาณอย่างน้อยร้อยละ 80 ของเงินในบัญชีทั้งหมดในปีงบประมาณ นั้น ๆ ซึ่งสามารถดูข้อมูลเงินในสมุดบัญชี และในโปรแกรมกองทุนฯ ในรอบปีงบประมาณ พบว่า การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนฯ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา เพียงร้อยละ 9.75 และมีเงินคงเหลือถึงร้อยละ 90.25 ณ ปัจจุบัน มีเงินคงเหลือในระบบรายงานสูงถึง 20,309,407.17 บาท (ข้อมูล ณ วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2560) ซึ่งสูงกว่าพื้นที่อื่น ๆ เป็นจำนวนมาก

จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึง ระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ น้อย และที่สำคัญคือ ยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกในทุก กลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะประเด็นการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู สมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุและคนพิการ และศูนย์เด็กเล็ก ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในกองทุนแห่งนี้ เป็นกองทุนฯ ตัวอย่าง ในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

3. เทคนิควิธีการ

ผู้วิจัยเป็นผู้วางแผนและออกแบบ จากการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์ ผลการวิจัยจากการศึกษาระยะที่ 1 โดยดำเนินการตามประเด็นหลักต่อไปนี้ (องอาจ นัยวัฒน์, 2554) คือ

3.1 การศึกษาทบทวนและวิเคราะห์แนวคิดทฤษฎี หลักการ หรือผลการศึกษาวิจัยที่ เกี่ยวข้อง ของการบริหารจัดการความร่วมมือ โดยเฉพาะจากการศึกษาวิจัยจากระยะที่ 1 อาศัย

วิธีการเชิงปริมาณ ด้วยการวิเคราะห์ทางสถิติ และวิธีการเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis)

3.2 กำหนดร่างรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือแบบต่าง ๆ ที่มีแนวโน้มให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายของการวิจัยที่ตั้งไว้

3.3 จัดลำดับความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือแบบต่าง ๆ ที่ใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานของกองทุนฯ โดยเฉพาะต้นแบบที่สามารถดำเนินการได้

3.4 การเลือกร่างรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ ที่สามารถพัฒนากองทุนฯ ได้

3.5 การวางแผนด้านวัสดุอุปกรณ์ กำลังคน งบประมาณใช้จ่าย และระยะเวลาที่จำเป็นต้องใช้เพื่อการพัฒนา รวมถึงการจำทำปฏิทินเวลาการดำเนินกิจกรรมของการวิจัยและพัฒนา

สำหรับขั้นตอนการพัฒนาร่างของรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ โดยพื้นที่สามารถดำเนินการโดยใช้ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยผู้วิจัยจัดการระดมสมองการระดมความคิด (Brainstorming) ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและรวดเร็วในการสร้างแนวคิดใหม่สำหรับการพัฒนาร่างรูปแบบ โดยการกระตุ้นความคิดเกี่ยวกับการพัฒนาหรือประเด็นในรูปแบบใหม่ ผู้เข้าร่วมในการระดมความคิดแสดงข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นได้อย่างรวดเร็วและเป็นธรรมชาติ โดยไม่ต้องใช้การประมวลผลความคิดที่มากหรือผ่านการสะท้อน การสนับสนุนความอิสระทางความคิดและการสร้างความคิดที่ได้รับจากผู้อื่น การวิจารณ์และการปิดกั้นความคิดเป็นสิ่งไม่ควรกระทำ คุณภาพเป้าหมายคือ การสร้างไอเดียที่เป็นไปได้มากที่สุดภายในระยะเวลาสั้น ๆ สมมติฐานคือ จำนวนความคิดที่สร้างมากขึ้น มีโอกาสของการผลิตวิธีการแก้ไขใหม่และมีประสิทธิภาพ (UNICEF, 2015)

เทคนิควิธีการในขั้นนี้ ผู้วิจัยจัดการระดมสมองความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารกองทุน คณะทำงานด้านผู้สูงอายุ ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนากองทุนฯ หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เขต 12 โดยจัดการระดมสมองเป็น จำนวน 3 กลุ่ม ในกลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

1. การจัดการระดมสมองความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการพัฒนากองทุนฯ ผู้สูงอายุ ในพื้นที่เทศบาลนครยะลา โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 6-12 คน

2. การจัดการระดมสมองความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจาก คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ เทศบาลนครยะลา โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 6-12 คน

3. การจัดการระดมสมองความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 6-12 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

4. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

4.1 ประชากร ประกอบด้วย คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เทศบาลนครเขต 12 จำนวน 1 กองทุนฯ คณะอนุกรรมการด้านผู้สูงอายุ ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการพัฒนากองทุนฯ ผู้สูงอายุ

4.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อป้องกันความคลื่อนของข้อมูลโดยการเลือกผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนฯ ได้แก่

4.2.1 ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการพัฒนากองทุนฯ ผู้สูงอายุ ในพื้นที่เทศบาลนครยะลา จำนวน 6-12 คน

4.2.2 คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ เทศบาลนครยะลา จำนวน 6-12 คน

4.2.3 คณะอนุกรรมการด้านผู้สูงอายุ จำนวน 6-12 คน

คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลในกองทุนฯ

1. คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลในส่วนประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับพื้นที่ คือ เป็นประธานชมรมผู้สูงอายุ และผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ และประชาชน มีส่วนเกี่ยวข้องและมีประสบการณ์เกี่ยวกับกองทุนฯ มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. เป็นคณะกรรมการกองทุนฯ ในตำแหน่ง นายกเทศมนตรีหรือรองนายกเทศมนตรี ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้าน ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน (ถ้ามี) ปลัดหรือรองปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการสำนัก/กองสาธารณสุข มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

3. คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลในส่วนคณะทำงานหรือคณะอนุกรรมการ ผู้ประสานงาน ด้านผู้สูงอายุ มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

5.1 ผู้วิจัย เตรียมความพร้อมและเพิ่มประสบการณ์การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการศึกษาวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพจากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งเอกสารวิชาการ คู่มือและหนังสือระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงการลงพื้นที่ภาคสนาม เพื่อฝึกปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลและเข้าร่วมเก็บข้อมูลภาคสนามในโครงการวิจัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และเข้าร่วมหลักสูตรการวิจัยเชิงคุณภาพ มิติสังคมและวัฒนธรรมความเสี่ยงสุขภาพ ของสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

5.2 กำหนดคำถามหรือปัญหาสำหรับการระดมสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการศึกษาจากระยะที่ 1 ในประเด็นรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ ดังนี้

5.2.1 องค์ประกอบสำคัญของการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ

5.2.2 ผลลัพธ์สำคัญของการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ

5.2.3 การประเมินการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ

5.3 อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการเก็บข้อมูล ได้แก่ สมุดบันทึก กล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียง เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องพิมพ์เอกสาร กระดาษวาดเขียน ดินสอ ปากกา เป็นต้น

6. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างคำถามหรือปัญหาสำหรับการระดมสมองด้วยตนเอง มีความเหมาะสม ทำง่าย เข้าใจและมีความเกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วม การระดมสมองเป็นเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้ลักษณะของการให้สมาชิกกลุ่มได้มีการเสนอความคิดเห็นในประเด็นการบริหารจัดการกองทุนฯ ผู้วิจัยมีการเตรียมการในประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม การคัดเลือกผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาตามความเหมาะสมเข้าร่วมประชุม 5 - 15 คน 10 ใช้เวลาอย่างต่ำประมาณ 20 - 30 นาที (UNICEF, 2015) และคัดเลือกมารวมกันอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่นักวิจัยได้กำหนดไว้ กำหนดผู้ดำเนินการสนทนา (modulator) ผู้จดบันทึกคำสนทนา ต่าง ๆ รวมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นในการสนทนากลุ่ม เช่น แบบบันทึกข้อมูลการสนทนา เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป เป็นต้น (วรรณิ แกมเกตุ, 2555) โดยทำการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและผลการศึกษาจากระยะที่ 1 ในประเด็นรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เพื่อกำหนดกรอบแนวคิด วิเคราะห์ความสำคัญ จุดมุ่งหมาย และ/หรือ คำถามการวิจัย วิธีการดำเนินการ และการประเมินผล แนวคำถามที่สร้างขึ้นนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตามที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ให้ข้อเสนอแนะ นำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงและผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) นำแนวคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะไว้มารับปรับปรุงแก้ไข โดยพิจารณาพร้อมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้ จากนั้นนำไปทดสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเข้าใจ และปฏิกิริยาที่ผู้ให้ข้อมูลมีต่อประเด็นคำถาม หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เพื่อปรับแนวคำถาม ที่เหมาะสมให้กับผู้วิจัยก่อนจะนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

7. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

7.1 ขอนหนังสือเชิญจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลกเพื่อส่งให้ผู้ให้ข้อมูลหลักในการเข้าร่วมสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

7.2 ประสานงานเพื่อนัดหมาย ผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ที่จะทำการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งแนบประเด็นในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ทำความเข้าใจกับประเด็นในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

7.3 การเก็บข้อมูลภาคสนาม

การเข้าถึงสนามวิจัย (Field) นักวิจัยต้องเปลี่ยนผ่านเข้าสู่เป็นคนใน ด้วยวิธีการที่สำคัญ คือ การสร้างสัมพันธภาพ (rapport) จนเกิดความเชื่อถือว่าไว้วางใจ อาศัยกระบวนการทักษะทางสังคม ร่วมกับการแสดงความจริงใจของนักวิจัย (ศิริพร จิวัฒน์กุล, 2552) เริ่มต้นของการเข้าถึงสนามวิจัย ผู้วิจัยทำการติดต่อกับบุคคลในสนาม นั่นคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 12 และผู้ประสานงานกองทุนฯ แต่ละแห่งในพื้นที่ โดยการแนะนำตนเองและวัตถุประสงค์ของการเข้าทำการวิจัย ดำเนินการตั้งแต่การส่งจดหมาย การโทรศัพท์และการพบปะด้วยตนเอง และขอให้ผู้ประสานงานในพื้นที่เป็นผู้นำผู้วิจัยเข้าแนะนำตัว

การสังเกตการณ์ (Observation) การเก็บข้อมูลภาคสนาม อาศัยการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตการณ์ร่วมด้วย เพื่อมองเห็นเหตุการณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง เป็นการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non – participant observation) หรือการสังเกตโดยตรง (direct observation) เป็นการสังเกต บันทึกลักษณะทางกายภาพ โครงสร้างและความสัมพันธ์ของสมาชิกในกองทุนฯ โดยนักวิจัยทำตัวเป็นคนนอกที่ไม่มีคามสัมพันธ์เกี่ยวกับกิจกรรมที่สังเกต และผู้ที่อยู่ในกิจกรรมนั้น ๆ ไม่รู้ตัวว่าตนเองถูกสังเกต (ศิริพร จิวัฒน์กุล, 2552)

8. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยต้องทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น การเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูลมักจะดำเนินการไปพร้อม ๆ กัน ดังนั้นขณะที่ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยมีการตรวจสอบข้อมูลและตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กันเสมอ ตลอดช่วงเวลาของการเก็บข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลที่นิยมใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) (ศิริพร จิวัฒน์กุล, 2552) เป็นตรวจสอบข้อมูลและการวิจัยโดยการตรวจสอบการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปรากฏการณ์เดียวกัน เมื่อมีการใช้ทฤษฎี เครื่องมือหรือวิธีการต่าง ๆ หลายวิธี (Nancy Carter, 2014) ซึ่งในขั้นตอนนี้ใช้วิธีการระดมสมอง และมีการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม ด้วย การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้านี้ช่วยเสริมสร้างงานวิจัยเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้ การตรวจสอบสามเส้าจากแหล่งที่มาของข้อมูล (Data source Triangulation) เป็นการใช้หลักฐานจากแหล่งข้อมูลประเภทต่าง ๆ เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลาย เช่น จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การ

บันทึกสนทนากลุ่ม ภาพถ่ายและการสังเกต เป็นต้น หากพบว่าทุกแหล่งข้อมูลได้ข้อค้นพบเหมือนกัน แสดงว่า ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รวบรวมมามีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

9. การวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาวิจัยในขั้นตอนนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เพื่ออธิบายเหตุการณ์ในการศึกษาในประเด็นการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ตามมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการกองทุนฯ หรือมุมมองคนใน ดังนั้น การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพจึงเน้นกระบวนการจัดกระทำกับข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลและข้อสรุปจากข้อมูลชุดต่าง ๆ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) (ศิริพร จิวัฒน์กุล, 2552) โดยสามารถสกัดแก่นสาระ (Theme) อย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อสรุปภาพรวมของแก่นสาระ (Global Themes) ประเภทของหัวข้อพื้นฐานที่จัดกลุ่มร่วมกันเพื่อสรุปหลักการที่เป็นนามธรรมมากขึ้น (Organizing Themes) และแก่นสาระข้อค้นพบเหตุการณ์ที่เห็นได้ชัดเจนในข้อความนั้น (Basic Themes) ตามลำดับ (Attride-Stirling, J., 2001; ศิริพร จิวัฒน์กุล, 2552) โดยมีกระบวนการของการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์ระยะที่ 1: การจัดระบบข้อมูลและการแยกประเภทข้อมูลเป็นหมวดหมู่

การกำหนดประเภทของข้อมูล โดยใช้ทฤษฎีหรือผลจากงานวิจัยอื่น ๆ เป็นตัวตั้งต้น หรือการใช้สามัญสำนึกและประสบการณ์ของผู้วิจัย ร่วมกับข้อมูลที่อยู่ในมือ โดยที่ คำที่ใช้หรือคำจำกัดความทั้งหมดต้องได้จากข้อมูลที่มาจากสนทนาวิจัยเท่านั้น จัดจำแนกจากดัชนีเชิงบรรยาย ดัชนีเชิงตีความ หรือดัชนีเชิงอธิบาย

การวิเคราะห์ระยะที่ 2: การลดหรือการตัดทอนของข้อความ

เริ่มต้นจากการให้รหัสเนื้อหาสำหรับการอ้างอิงและการค้นหาข้อมูล โดยมีจัดทำโครงร่างรหัส และจัดแยกข้อความออกเป็นส่วน ๆ โดยใช้กรอบการให้รหัสตามโครงร่างนั้น หลังจากนั้นเป็นการระบุแก่นสาระจากส่วนของข้อความที่ให้รหัสและการปรับแก่นสาระให้เหมาะสมเพื่อการสร้างเนื้อหาแก่นสาระ โดยทำการการจัดรูปแบบแก่นสาระ การเลือกแก่นสาระพื้นฐาน การจัดเรียงแก่นสาระเข้าสู่ข้อสรุปแก่นสาระภาพรวม (Global Themes) ได้ข้อสรุปแก่นสาระภาพรวม แสดงตัวอย่างแก่นสาระ สุดท้ายให้มีการตรวจสอบและปรับแต่งแก่นสาระ

การวิเคราะห์ระยะที่ 3: การตีความข้อความ

การตีความข้อความ เพื่อพยายามตีความหมายออกมาจากข้อมูล เป็นการอธิบายโดยการบรรยายถึงองค์ประกอบหรือตัวแปรที่เกี่ยวข้องและการสำรวจภาพรวมของข้อมูลแก่นสาระที่ได้มา และสรุปข้อมูลแก่นสาระ

การวิเคราะห์ระยะที่ 4: การบูรณาการผลข้อมูล

การบูรณาการผลข้อมูลจากการตีความและข้อสรุปย่อยจากข้อมูลชุดต่าง ๆ เพื่อตอบคำถามงานวิจัย การบูรณาการเป็นการสร้างข้อสรุปเชิงอุปนัย ที่ได้จากการตีความข้อมูล จากรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่ได้ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำมาสรุปผลการตีความภาพรวม ภาพรวมของแก่นสาระ (Global Themes)

10. การนำผลการดำเนินงานไปใช้

ในขั้นตอนที่ 1 และ 2 เป็นการออกแบบและพัฒนารูปแบบซึ่งมีขอบเขตเนื้อหาของการดำเนินงานประกอบด้วย การออกแบบและพัฒนา รูปแบบ การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ผลที่ได้รับจากการศึกษาขั้นตอนที่ 1 และ 2 คือ ต้นแบบของรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพชุมชน ที่เกิดจากความร่วมมือจากการประชุมสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย มีการดำเนินการตามกิจกรรมอย่างครบถ้วน ผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้จากการประเมินไปปรับปรุงรูปแบบต่อไป โดยมีข้อควรพิจารณา ได้แก่

1. จุดมุ่งหมายการดำเนินงาน เป็นการทดลองใช้รูปแบบการบริหารจัดการภายใต้สภาพการณ์ที่เป็นจริง เพื่อตรวจสอบและยืนยันความเหมาะสม รวมถึงประสิทธิผลของรูปแบบว่าเป็นไปตามผลการออกแบบรูปแบบ และการศึกษาถึงปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการนำไปใช้ โดยการดำเนินงานในขั้นตอนนี้สามารถให้คำตอบในประเด็นเหล่านี้ได้ คือ

- 1.1 รูปแบบสามารถใช้ได้จริงตรงตามการออกแบบที่วางไว้
- 1.2 ปัญหาและอุปสรรคมีอะไรบ้าง
- 1.3 การปฏิบัติตามรูปแบบ ผู้ปฏิบัติสามารถลงมือปฏิบัติได้อย่างเข้าใจ
- 1.4 ผู้ปฏิบัติสามารถดำเนินงานกองทุนฯ บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้
- 1.5 ทราบถึงผลของเปลี่ยนแปลงไปหลังการนำรูปแบบไปใช้พัฒนากองทุนฯ

2. ขอบเขตเนื้อหา

การดำเนินงานในขั้นตอนนี้ ในพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในเขตเมืองตัวอย่างในการนำรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพชุมชนไปทดลองใช้ คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ซึ่งเป็นกองทุนฯ ที่มีผลการประเมินกระบวนการบริหารจัดการกองทุนฯ การใช้จ่ายงบประมาณในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ของ

ศูนย์เด็กเล็ก ผู้สูงอายุและคนพิการ และการใช้จ่ายงบประมาณให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชนในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ต่ำกว่าตามเกณฑ์ที่กำหนด และกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ยินดีให้ทำการศึกษาและพร้อมที่จะพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่ ทั้งนี้โดยทั่วไปขอขอบเขตเนื้อหาที่ต้องการเปรียบเทียบผลก่อนทดลองกับหลังการทดลองใช้รูปแบบ

3. เทคนิควิธีการ

การทดลองใช้ และประเมินผลการวิจัยระยะนี้ เป็นการทดลองใช้ รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือและการประเมินโดยวิธีการเชิงคุณภาพด้วยการระดมสมองถอดบทเรียน

ในระยะ 3 นี้มีการตั้งคำถามในการวิจัย วางแผนเก็บข้อมูล รวมทั้งการลงมือปฏิบัติตามแผนเป็นขั้นตอนของการนำรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพชุมชนไปทดลองใช้ในพื้นที่เทศบาลนครยะลา

3.1 ระยะเตรียมการ

ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพชุมชน และทำความเข้าใจกับคณะผู้บริหารของเทศบาล คณะกรรมการบริหารกองทุน คณะทำงาน/คณะอนุกรรมการ ประชาชนผู้สูงอายุและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่

3.2 ระยะทดลองใช้รูปแบบ

ผู้วิจัยนำรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพชุมชน ไปทดลองใช้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา **เริ่มทำการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561 – 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2562** ประกอบด้วย 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดกลยุทธ์และกลวิธีการปฏิบัติ และประสิทธิผลการปฏิบัติงานตามรูปแบบที่วางไว้ 2) การปฏิบัติตามแผนงานที่วางไว้ 3) การประชุมพิจารณาโครงการ และ 4) การระดมสมองถอดบทเรียน เป็นต้น

3.3 ประเมินผล

ผู้วิจัยจัดการระดมสมอง เพื่อถอดบทเรียนจากการลงมือปฏิบัติตามรูปแบบ เป็นจำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ 1) กลุ่มคณะกรรมการบริหาร 2) คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ และ 3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือกลุ่มผู้สูงอายุ โดยพิจารณาถึง 1. ด้านความร่วมมือของการบริหารจัดการกองทุนฯ 2. ด้านการสนับสนุนงบประมาณ (การใช้งบประมาณมุ่งไปกิจกรรมที่ 3 คือ การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ) 3. ด้านการเข้าถึงบริการ (จำนวนและคุณภาพโครงการการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ)

3.3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารกองทุน คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการ สำหรับผู้สูงอายุ หรือกลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อป้องกันความคลื่อนของข้อมูลโดยการเลือกผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนฯ ได้แก่

- 1) คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ เทศบาลนครยะลา จำนวน 6-12 คน
- 2) คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 6-12 คน
- 3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการ สำหรับผู้สูงอายุ หรือกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 6-12 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

กลุ่มที่ 1 เป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา ในตำแหน่ง นายกเทศมนตรีหรือรองนายกเทศมนตรี ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้าน ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ปลัดหรือรองปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม ดำรงตำแหน่งมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

กลุ่มที่ 2 เป็นคณะอนุกรรมการ คณะทำงานหรือผู้ประสานงานด้านผู้สูงอายุ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา ดำรงตำแหน่งมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

กลุ่มที่ 3 เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการสำหรับผู้สูงอายุ หรือกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลนครยะลา เช่น ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ เป็นต้น มีส่วนเกี่ยวข้องและมีประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดทำโครงการสำหรับผู้สูงอายุมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือเจ็บป่วยกะทันหันจนไม่สามารถให้ข้อมูลการวิจัยได้
2. ปฏิเสธหรือไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด
3. เสียชีวิต หรือทุพพลภาพ

4. เดินทางออกจากพื้นที่วิจัยอย่างถาวร

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.1 ผู้วิจัย เตรียมความพร้อมและเพิ่มประสิทธิภาพการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการศึกษาวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งเอกสารวิชาการ คู่มือและหนังสือระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงการลงพื้นที่ภาคสนาม เพื่อฝึกปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลและเข้าร่วมเก็บข้อมูลภาคสนามในโครงการวิจัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และเข้าร่วมหลักสูตรการวิจัยเชิงคุณภาพ มิติสังคมและวัฒนธรรมความเสี่ยงสุขภาพ ของสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

4.2 กำหนดคำถามหรือปัญหาสำหรับการระดมสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการศึกษาจากระยะที่ 1 ในประเด็นประสิทธิผลของรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

4.3 อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการเก็บข้อมูล ได้แก่ สมุดบันทึก กล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียง เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องพิมพ์เอกสาร กระดาษวาดเขียน ดินสอ ปากกา เป็นต้น

5. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างคำถามหรือปัญหาสำหรับการระดมสมองด้วยตนเอง มีความเหมาะสม ทำท่าย ง่ายและมีความเกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วม การระดมสมองเป็นเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้ลักษณะของการให้สมาชิกกลุ่มได้มีการเสนอความคิดเห็นในประเด็นการบริหารจัดการกองทุนฯ ผู้วิจัยมีการเตรียมการในประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม การคัดเลือกผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาตามความเหมาะสมเข้าร่วมประชุม 5 - 15 คน 10 ใช้เวลาอย่างต่ำประมาณ 20 - 30 นาที (UNICEF, 2015) และคัดเลือกมารวมกันอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่นักวิจัยได้กำหนดไว้ กำหนดผู้ดำเนินการสนทนา (modulator) ผู้จดบันทึกคำสนทนา ต่าง ๆ รวมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นในการสนทนากลุ่ม เช่น แบบบันทึกข้อมูลการสนทนา เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป เป็นต้น (วรรณิ แกมเกตุ, 2555) โดยทำการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและผลการศึกษาจากระยะที่ 1 ในประเด็นรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เพื่อกำหนดกรอบแนวคิด วิเคราะห์ความสำคัญ จุดมุ่งหมาย และ/หรือ คำถามการวิจัย วิธีการดำเนินการ และการประเมินผล แนวคำถามที่สร้างขึ้นนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตามที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ให้ข้อเสนอแนะ นำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงและผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) นำแนวคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะไว้มาปรับปรุงแก้ไข โดยพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้ จากนั้นนำไปทดสอบความคล

อบคลุม ความชัดเจน ความเข้าใจ และปฏิกิริยาที่ผู้ให้ข้อมูลมีต่อประเด็นคำถาม หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เพื่อปรับแนวคำถาม ที่เหมาะสมให้กับผู้วิจัยก่อนจะนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

6.1 ขอนหนังสือเชิญจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลกเพื่อส่งให้ผู้ให้ข้อมูลหลักในการเข้าร่วมสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

6.2 ประสานงานเพื่อนัดหมาย ผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ ที่จะทำการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งแนบประเด็นในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ทำความเข้าใจกับประเด็นในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

7. การเก็บข้อมูลภาคสนาม

การเข้าถึงสนามวิจัย (Field) นักวิจัยต้องเปลี่ยนผ่านเข้าสู่เป็นคนใน ด้วยวิธีการที่สำคัญ คือ การสร้างสัมพันธภาพ (rapport) จนเกิดความเชื่อถือไว้วางใจ อาศัยกระบวนการทักษะทางสังคม ร่วมกับการแสดงความจริงใจของนักวิจัย (ศิริพร จิวัฒน์กุล, 2552) เริ่มต้นของการเข้าถึงสนามวิจัย ผู้วิจัยทำการติดต่อกับบุคคลในสนาม นั่นคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 12 และผู้ประสานงานกองทุนฯ แต่ละแห่งในพื้นที่ โดยการแนะนำตนเองและวัตถุประสงค์ของการเข้าทำการวิจัย ดำเนินการตั้งแต่การส่งจดหมาย การโทรศัพท์และการพบปะด้วยตนเอง และขอให้ผู้ประสานงานในพื้นที่เป็นผู้นำผู้วิจัยเข้าแนะนำตัว

การสังเกตการณ์ (Observation) การเก็บข้อมูลภาคสนาม อาศัยการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตการณ์ร่วมด้วย เพื่อมองเห็นเหตุการณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง เป็นการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non – participant observation) หรือการสังเกตโดยตรง (direct observation) เป็นการสังเกต บันทึกลักษณะทางกายภาพ โครงสร้างและความสัมพันธ์ของสมาชิกในกองทุนฯ โดยนักวิจัยทำตัวเป็นคนนอกที่ไม่มีคามสัมพันธ์เกี่ยวกับกิจกรรมที่สังเกต และผู้ที่อยู่ในกิจกรรมนั้น ๆ ไม่รู้ตัวว่าตนเองถูกสังเกต (ศิริพร จิวัฒน์กุล, 2552)

8. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยต้องทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น การเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูลมักจะดำเนินการไปพร้อม ๆ กัน ดังนั้นขณะที่ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยมีการตรวจสอบข้อมูลและตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กันเสมอ ตลอดช่วงเวลาของการเก็บข้อมูล การตรวจสอบ

ข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลที่นิยมใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) (ศิริพร จิวัฒน์กุล, 2552) เป็นตรวจสอบข้อมูลและการวิจัยโดยการตรวจสอบการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปรากฏการณ์เดียวกัน เมื่อมีการใช้ทฤษฎี เครื่องมือหรือวิธีการต่าง ๆ หลายวิธี (Nancy Carter, 2014) ซึ่งในขั้นตอนนี้ใช้วิธีการระดมสมอง ถอดบทเรียนจากการนำรูปแบบไปใช้ และมีการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมด้วย การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้านี้ช่วยเสริมสร้างงานวิจัยเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้ การตรวจสอบสามเส้าจากแหล่งที่มาของข้อมูล (Data source Triangulation) เป็นการนำหลักฐานจากแหล่งข้อมูลประเภทต่าง ๆ เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลาย เช่น จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การบันทึกสนทนากลุ่ม ภาพถ่ายและการสังเกต เป็นต้น หากพบว่าทุกแหล่งข้อมูลได้ข้อค้นพบเหมือนกัน แสดงว่า ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รวบรวมมา มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ และการตรวจสอบสามเส้าจากผู้วิจัย (Investigator Triangulation) เป็นวิธีการตรวจสอบจากการใช้ผู้สังเกตการณ์ ผู้ให้สัมภาษณ์ ผู้จัดทำข้อมูลหรือนักวิเคราะห์ข้อมูล มากกว่าหนึ่งคนขึ้นไปในการศึกษามีการยืนยันข้อมูลระหว่างผู้ตรวจสอบ หากพบว่าได้ข้อค้นพบเหมือนกัน แสดงว่า ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รวบรวมมา มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

9. การวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาวิจัยในขั้นตอนนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เพื่ออธิบายเหตุการณ์ในการศึกษาในประเด็นการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ตามมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการกองทุนฯ หรือมุมมองคนใน ดังนั้น การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพจึงเน้นกระบวนการจัดกระทำกับข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลและข้อสรุปจากข้อมูลชุดต่าง ๆ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) (ศิริพร จิวัฒน์กุล, 2552) โดยสามารถสกัดแก่นสาระ (Theme) อย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อสรุปภาพรวมของแก่นสาระ (Global Themes) ประเภทของหัวข้อพื้นฐานที่จัดกลุ่มร่วมกัน เพื่อสรุปหลักการที่เป็นนามธรรมมากขึ้น (Organizing Themes) และแก่นสาระข้อค้นพบเหตุการณ์ที่เห็นได้ชัดเจนในข้อความนั้น (Basic Themes) ตามลำดับ (Attride-Stirling, J., 2001; ศิริพร จิวัฒน์กุล, 2552) โดยมีกระบวนการของการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์ระยะที่ 1: การจัดระบบข้อมูลและการแยกประเภทข้อมูลเป็นหมวดหมู่

การกำหนดประเภทของข้อมูล โดยใช้ทฤษฎีหรือผลจากงานวิจัยอื่น ๆ เป็นตัวตั้งต้น หรือการใช้สามัญสำนึกและประสบการณ์ของผู้วิจัย ร่วมกับข้อมูลที่อยู่ในมือ โดยที่ คำที่ใช้หรือคำจำกัดความทั้งหมดต้องได้จากข้อมูลที่มาจากสนามวิจัยเท่านั้น จัดจำแนกจากดัชนีเชิงบรรยาย ดัชนีเชิงตีความ หรือดัชนีเชิงอธิบาย

การวิเคราะห์ระยะที่ 2: การลดหรือการตัดทอนของข้อความ

เริ่มต้นจากการให้รหัสเนื้อหาสำหรับการอ้างอิงและการค้นหาข้อมูล โดยมีจัดทำโครงร่างรหัส และจัดแยกข้อความออกเป็นส่วน ๆ โดยใช้กรอบการให้รหัสตามโครงร่างนั้น หลังจากนั้นเป็นการระบุแก่นสาระจากส่วนของข้อความที่ให้รหัสและการปรับแก่นสาระให้เหมาะสมเพื่อการสร้างเนื้อหาแก่นสาระ โดยทำการการจัดรูปแบบแก่นสาระ การเลือกแก่นสาระพื้นฐาน การจัดเรียงแก่นสาระเข้าสู่ข้อสรุปแก่นสาระภาพรวม (Global Themes) ได้ข้อสรุปแก่นสาระภาพรวม แสดงตัวอย่างแก่นสาระ สุดท้ายให้มีการตรวจสอบและปรับแต่งแก่นสาระ

การวิเคราะห์ระยะที่ 3: การตีความข้อความ

การตีความข้อความ เพื่อพยายามดึงความหมายออกมาจากข้อมูล เป็นการอธิบายโดยการบรรยายถึงองค์ประกอบหรือตัวแปรที่เกี่ยวข้องและการสำรวจภาพรวมของข้อมูลแก่นสาระที่ได้มา และสรุปข้อมูลแก่นสาระ

การวิเคราะห์ระยะที่ 4: การบูรณาการผลข้อมูล

การบูรณาการผลข้อมูลจากการตีความและข้อสรุปย่อยจากข้อมูลชุดต่าง ๆ เพื่อตอบคำถามงานวิจัย การบูรณาการเป็นการสร้างข้อสรุปเชิงอุปนัย ที่ได้จากการตีความข้อมูล จากรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่ได้ในระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำมาสรุปผลการตีความภาพรวม ภาพรวมของแก่นสาระ (Global Themes)

10. การนำผลการดำเนินงานไปใช้

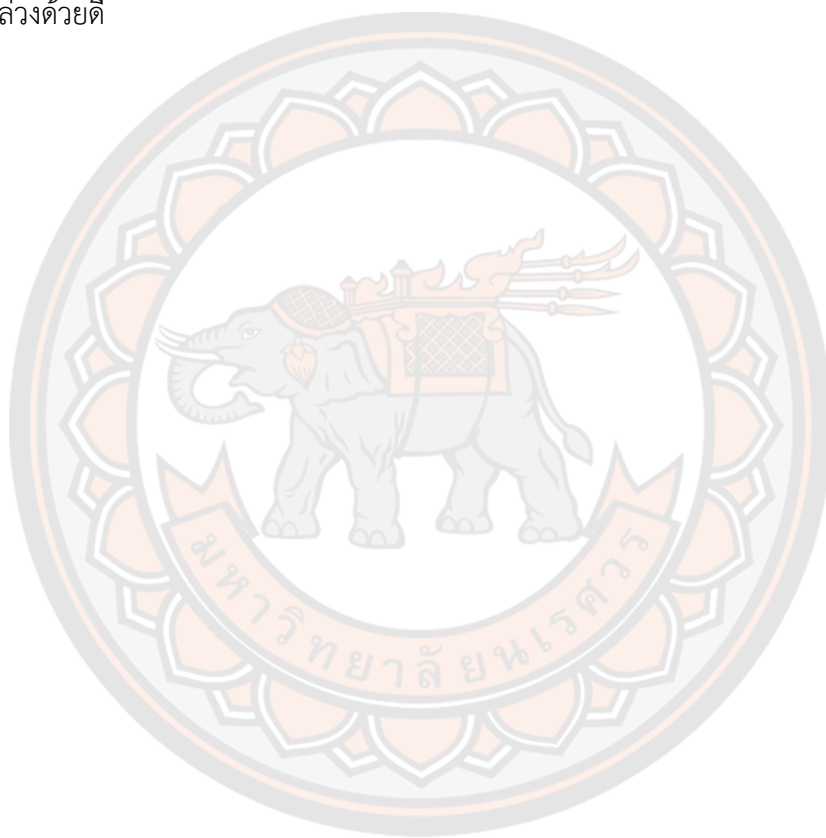
ผลจากการดำเนินงานที่ได้จากการทดลองจะเป็นการยืนยันได้ว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นนั้นมีความเหมาะสมและมีประสิทธิผลหรือไม่ อย่างไร เมื่อนำรูปแบบไปใช้ในวงกว้าง ตามสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นจริงแล้วเป็นอย่างไร ปัญหาและอุปสรรคมีอะไรบ้าง ตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพียงใด ผลที่ได้จากการนำรูปแบบไปใช้นี้จะสามารถนำไปใช้ปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาแบบในครั้งต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัย เรื่อง รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ของผู้วิจัย ตามหมายเลขที่ 0131/61 วันที่รับรอง 20 พฤษภาคม 2561 วันหมดอายุ 20 พฤษภาคม 2562 และรับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 วันที่ 24 มิถุนายน 2562 หมดอายุการรับรองครั้งที่ 1 วันที่ 20 พฤษภาคม 2563 ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองสังเกตการณ์ และเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่วิจัย โดยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พร้อมทั้ง กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจง

ความเป็นมาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของกลุ่มตัวอย่างจากการเข้าร่วมวิจัย รวมถึงการชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ไม่ว่ากรณีใด ๆ โดยการบอกกล่าวหรือแสดงเป็นลายลักษณ์อักษร โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ใด ๆ ทั้งสิ้น และข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่นำมาเปิดเผยชื่อ และจะนำผลประเมินที่ได้สรุปออกมาเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และทำให้การดำเนินงานวิจัยได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยมีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา และ 3) เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลาไปทดลองใช้ ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับขั้นตอนของวิธีดำเนินการวิจัยซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา รูปแบบวิจัยอาศัยวิธีการวิจัยแบบสามเส้า (Triangulation design) เป็นรูปแบบวิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน โดยใช้การศึกษาเชิงปริมาณคู่ขนานไปพร้อมกับการศึกษาเชิงคุณภาพ แบ่งผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) เก็บข้อมูลการวิจัยด้วยแบบสอบถาม
2. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group Interview)
3. การผสมผสานผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

ระยะที่ 1 การศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

1. ผลการดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) เก็บข้อมูลการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

วัตถุประสงค์คือ เพื่อศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) ด้วยการพัฒนาแบบสอบถาม เพื่อเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

- 1.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- 1.2 ความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพ
- 1.3 ปัจจัยการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมืองของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12
- 1.4 การอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12
- 1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เขต 12 เข้าร่วมตอบแบบสอบถามเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.50 เพศชาย ร้อยละ 38.50 อยู่ในช่วงอายุ 50 – 59 ปี ร้อยละ 37.80 อายุเฉลี่ย 51.56 ปี อายุสูงสุด 82 ปี และอายุต่ำสุด 23 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.80 การศึกษาจบระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 61.10 การประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 40.00 รายได้ต่อเดือนมากกว่า 30,001 บาท ร้อยละ 33.70 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ $27,881.56 \pm 21,031.79$ บาท รายได้สูงสุด 200,000 บาท รายได้ต่ำสุด 3,000 บาท เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 27.41 สำหรับตำแหน่งในกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล เป็นกรรมการที่มาจากหน่วยบริการสาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 38.90 การดำรงตำแหน่งกรรมการในกองทุนเป็นระยะเวลา 4 ปี ร้อยละ 98.50 ระยะเวลา

การดำรงตำแหน่งเฉลี่ย เท่ากับ 3.97 ± 0.26 ระยะเวลามากที่สุด 4 ปี น้อยที่สุด 1 ปี จำนวนครั้งของการดำรงตำแหน่ง มากที่สุด จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 55.9 การเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ เคยเข้าร่วมฝึกอบรม ร้อยละ 63.3 และไม่เคยเข้าร่วมฝึกอบรม ร้อยละ 36.7 จากผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรม จำนวน 171 คน มีการเข้าร่วมฝึกอบรมมากที่สุด 1 ครั้ง/ปี ร้อยละ 88.30 ตาราง 10

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล
(n = 270)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	104	38.5
หญิง	166	61.5
อายุ		
21 – 29 ปี	11	4.1
30 – 39 ปี	30	11.1
50 – 59 ปี	102	37.8
60 – 69 ปี	36	13.3
70 – 79 ปี	23	8.5
(Mean = 51.56 ± 11.99 , Median = 52, Min = 23, Max = 82)		
สถานภาพ		
โสด	39	14.4
สมรส	210	77.8
หย่าร้าง หม้าย	21	7.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	18	6.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	3.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	27	10.0
อนุปริญญา/ปวส.	50	18.5
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	167	61.8
อาชีพ		
เกษตรกร	15	5.6
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	67	24.8
พนักงานบริษัท	2	0.7

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
พ่อบ้าน แม่บ้าน	24	8.9
รับจ้างทั่วไป	12	4.4
รับราชการ	108	40.0
อื่น ๆ	42	15.6
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	8	3.0
5,001-10,000 บาท	56	20.7
10,001-15,000 บาท	30	11.1
15,001-20,000 บาท	33	12.2
20,001-25,000 บาท	17	6.3
25,001-30,000 บาท	35	13.0
มากกว่า 30,001 บาท	91	33.7
(Mean = 27,881.56 $\pm$ 21,031.79, Median = 25,000, S.D. = 21,031.79, Min = 3,000, Max = 200,000)		
ตำแหน่งการปฏิบัติงานในองค์กร/พื้นที่		
นายกเทศมนตรี/รองนายกเทศมนตรี	4	1.5
ปลัดเทศบาล/รองปลัดเทศบาล	6	2.2
นักบริหารงานสาธารณสุข	16	5.9
พยาบาลวิชาชีพ	74	27.4
นักวิชาการสาธารณสุข	19	7.0
ลูกจ้างประจำ	8	3.0
คณะกรรมการชุมชน/หมู่บ้าน	55	20.4
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	38	14.1
อื่น ๆ	50	18.5
ตำแหน่งในกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล		
ประธานกรรมการบริหาร	4	1.5
กรรมการที่ปรึกษา	4	1.5
กรรมการที่มาจากสมาชิกสภาเทศบาล	19	7.0
กรรมการที่มาจากหน่วยบริการสาธารณสุข	105	38.9
กรรมการที่มาจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน	38	14.1
กรรมการที่มาจากตัวแทนชุมชนหรือหมู่บ้าน	55	20.4
กรรมการที่มาจากเทศบาล (ยกเว้นกอง/สำนักสาธารณสุข)	39	14.4
กรรมการที่มาจากศูนย์ประสานงาน สปสช.	6	2.2
ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งกรรมการในกองทุน		

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1 ปี	1	0.40
2 ปี	2	0.70
3 ปี	1	0.40
4 ปี	266	98.50
(Mean = 3.97 ± 0.26, Median = 4.00, S.D. = 0.26, Min = 1, Max = 4)		
จำนวนครั้งของการดำรงตำแหน่งกรรมการในกองทุน		
1 ครั้ง	151	55.90
2 ครั้ง	85	31.50
3 ครั้ง	34	12.60
การเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับกองทุน		
ไม่เคยเข้าร่วมการฝึกอบรม	99	36.70
เคยเข้าร่วมการฝึกอบรม	171	63.30
จำนวนครั้งของการเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับกองทุน		
(n = 171 คน)		
1 ครั้ง/ปี	151	88.30
2 ครั้ง/ปี	12	7.00
3 ครั้ง/ปี	8	4.70

1.2 ความรู้เรื่องการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และการสร้างเสริมสุขภาพ

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และการสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง (M=14.36, SD=2.37) และเมื่อพิจารณาสัดส่วนระดับค่าคะแนน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง (คะแนนมากกว่า 14 - 17) ร้อยละ 60.7 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 13) ร้อยละ 36.7 และมีความรู้ในระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่า 9) ร้อยละ 2.6 ตามลำดับ (ตาราง 11)

ตาราง 11 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพ (n = 270)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 9)	7	2.60

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่าง 10 – 13)	99	36.70
ความรู้สูง (คะแนนมากกว่า 14 - 17)	164	60.70
รวม	270	100.00

พบว่า จากการตอบคำถามความรู้ด้านการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เห็นว่า ข้อคำถามที่ตอบถูกต้องมากที่สุดคือ ข้อที่ 1 กองทุนสุขภาพตำบล มุ่งเน้นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู และรักษาพยาบาลปฐมภูมิเชิงรุก ร้อยละ 97 รองลงมาคือ ข้อที่ 2 กองทุนสนับสนุนเงินให้กลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ คนทำงานที่มีความเสี่ยง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ ร้อยละ 94.51 และข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ ข้อ 6 คณะกรรมการกองทุนฯ มีอำนาจหน้าที่เฉพาะการพิจารณาอนุมัติโครงการ จะแต่งตั้งคณะทำงานไม่ได้ ร้อยละ 37.4 (ตาราง 12)

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้คำถามรายข้อที่ตอบถูกเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (n = 270)

ข้อที่	คำถามเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น	ตอบถูกต้อง	
		จำนวน	ร้อยละ
1.	กองทุนสุขภาพตำบล มุ่งเน้นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู และรักษาพยาบาลปฐมภูมิเชิงรุก	262	97.00
2.	กองทุนฯ สนับสนุนเงินให้กลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ คนทำงานที่มีความเสี่ยง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่	254	94.51
3.	เทศบาลเมืองและเทศบาลนคร มีการสมทบเงินเข้ากองทุนฯ เท่ากับเงินที่ได้รับจาก สปสช.	115	42.60
4.	ค่าใช้จ่ายสำหรับการบริหารจัดการกองทุนหรือพัฒนากองทุน ต้องไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินรายรับในปีงบประมาณนั้น	222	82.20
5.	โครงการที่เสนอของบประมาณจากกองทุน ไม่สามารถตั้งงบประมาณในการซื้อครุภัณฑ์ได้	104	38.50
6.	คณะกรรมการกองทุนฯ มีอำนาจหน้าที่เฉพาะการพิจารณาอนุมัติโครงการ จะแต่งตั้งคณะทำงานไม่ได้	101	37.40
7.	คณะกรรมการกองทุนฯ สามารถอนุมัติงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหากรณีฉุกเฉินได้ เช่น เกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ	252	93.30
8.	กองทุนสามารถสนับสนุนเงินเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้	247	91.50

ข้อที่	คำถามเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น	ตอบถูกต้อง	
		จำนวน	ร้อยละ
9.	กองทุนฯ สนับสนุนเงินให้แก่ โรงเรียน เพื่อจัดกิจกรรมการฟื้นฟู และรักษาพยาบาลปฐมภูมิเชิงรุกได้	134	49.60

จากการตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อ 2 การเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เป็นกระบวนการของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 98.1 รองลงมาคือ ข้อ 1 การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกระบวนการใดก็ตามที่เพิ่มความสามารถผู้สูงอายุ ในการพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น ร้อยละ 97 และข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ ข้อ 6 กลุ่มที่มีบทบาทต่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน คือ กลุ่ม อสม. และบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น ร้อยละ 23.3 รายละเอียดดังตาราง 13

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้คำถามรายข้อที่ตอบถูกเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (n = 270)

ข้อที่	คำถามเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ตอบถูกต้อง	
		จำนวน	ร้อยละ
1.	การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกระบวนการใดก็ตามที่เพิ่มความสามารถผู้สูงอายุ ในการพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น	262	97.00
2.	การเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เป็นกระบวนการของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	265	98.10
3.	การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถทำได้ ทั้งกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง และติดสังคม	257	95.20
4.	การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย จัดเป็นการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	258	95.60
5.	การอบรมให้ความรู้ การจัดนิทรรศการเกี่ยวกับสุขภาพ คือ วิธีการของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	254	94.10
6.	กลุ่มที่มีบทบาทต่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน คือ กลุ่มอสม. และบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น	63	23.30
7.	กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนสามารถของบสนับสนุนโครงการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ได้	255	94.40
8.	การพัฒนาทักษะทางร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันโรคใดโรคหนึ่ง ถือเป็นกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	257	95.20

1.3 ปัจจัยของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

ในภาพรวม ปัจจัยของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 อยู่ในระดับมาก โดยที่ค่าเฉลี่ยปัจจัยด้านกลไกของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ และปัจจัยด้านกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือเท่ากับ 4.19 (SD=0.49) และ 4.17 (SD=0.48) ตามลำดับ (ตาราง 14)

เมื่อพิจารณาภาพรวมรายด้านของปัจจัยด้านกลไกของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ พบว่า ทุกปัจจัยอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร (M=4.31, SD=0.57) รองลงมาคือ กลไกด้านการรับรู้ประโยชน์ของกองทุน (M=4.24, SD=0.59) และปัจจัยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ กลไกด้านกฎระเบียบของกองทุน (M=4.06, SD=0.68) สำหรับปัจจัยด้านกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ พบว่าทุกปัจจัยอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยปัจจัยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ กระบวนการสร้างความไว้วางใจ (M=4.31, SD=0.55) รองลงมาคือ กระบวนการพิจารณาและกระบวนการตัดสินใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน (M=4.29, SD=0.51) และปัจจัยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ กระบวนการค้นหาปัญหา (M=4.05, SD=0.67)

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัจจัยภาพรวมของการอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

ปัจจัยของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	M	SD	ระดับ
1. ด้านกลไกของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ			
1.1 กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร	4.31	0.57	มาก
1.2 กลไกด้านทรัพยากร	4.09	0.63	มาก
1.3 กลไกด้านผู้นำ	4.21	0.61	มาก
1.4 กลไกด้านการรับรู้ประโยชน์ของกองทุน	4.24	0.59	มาก
1.5 กลไกด้านกฎระเบียบของกองทุน	4.06	0.68	มาก
รวม	4.19	0.49	มาก
2. ด้านกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ			
2.1 ระบบของความร่วมมือ	4.19	0.60	มาก
2.2 กระบวนการค้นหาปัญหา	4.05	0.67	มาก
2.3 กระบวนการกำหนดเป้าหมาย	4.06	0.67	มาก

ปัจจัยของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	M	SD	ระดับ
2.4 กระบวนการพิจารณา	4.29	0.51	มาก
2.5 กระบวนการตัดสินใจ	4.29	0.51	มาก
2.6 กระบวนการมุ่งมั่นทุ่มเทการทำงาน	4.14	0.60	มาก
2.7 กระบวนการสร้างความไว้วางใจ	4.31	0.55	มาก
2.8 กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ	4.23	0.56	มาก
2.9 กระบวนการจัดการความรู้	4.09	0.63	มาก
2.10 กระบวนการจัดการทรัพยากร	4.14	0.56	มาก
2.11 กระบวนการประชาสัมพันธ์	4.10	0.68	มาก
2.12 กระบวนการติดตามและประเมินผล	4.15	0.61	มาก
รวม	4.17	0.48	มาก
รวมทั้งหมด	4.18	0.46	มาก

เมื่อพิจารณาตัวแปรปัจจัยนำเข้าหรือกลไกต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากในแต่ละตัวแปรของปัจจัยนำเข้าหรือกลไก ($M=4.19$, $SD=0.49$) เหล่านั้น โดยที่ ตัวแปรกลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร ข้อปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ ภายในกองทุนมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม อาศัยความร่วมมือจากหลากหลายภาคส่วน ($M=4.38$, $SD=0.67$) กลไกด้านทรัพยากร ข้อปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ กองทุนมีงบประมาณเพียงพอต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ($M=4.29$, $SD=0.71$) กลไกด้านผู้นำการขับเคลื่อน ข้อปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ ประธานกองทุนมีวิสัยทัศน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ($M=4.22$, $SD=0.68$) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของกองทุน ข้อปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ กองทุนมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ($M=4.26$, $SD=0.63$) ด้านกฎระเบียบกองทุน ข้อปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ กฎระเบียบกองทุนสามารถใช้เป็นแนวทางในการพิจารณางบประมาณได้อย่างชัดเจน ($M=4.13$, $SD=0.71$) (ตาราง 15)

เมื่อพิจารณาตัวแปรปัจจัยกระบวนการต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากในแต่ละตัวแปรของปัจจัยกระบวนการ ($M=4.17$, $SD=0.48$) เหล่านั้น โดยที่ตัวแปรระบบของความร่วมมือ ข้อปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ คณะกรรมการกองทุนร่วมกันกำหนดแนวทางหรือข้อตกลงการทำงานอย่างชัดเจน ($M=4.20$, $SD=0.67$) กระบวนการค้นหาปัญหา ข้อปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ คณะกรรมการกองทุนร่วมกันเสนอความคิดเห็นและค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ($M=4.09$, $SD=0.73$) กระบวนการกำหนดเป้าหมาย ข้อ

ปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ คณะกรรมการร่วมกันกำหนดเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ($M=4.09$, $SD=0.74$) กระบวนการพิจารณา ข้อปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ คณะกรรมการกองทุน รับฟังข้อมูลของผู้เสนอโครงการเพื่อการพิจารณางบประมาณอย่างรอบคอบ ($M=4.29$, $SD=0.67$) กระบวนการตัดสินใจข้อปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ คณะกรรมการกองทุนตัดสินใจอนุมัติงบประมาณอยู่บนพื้นฐานการพิจารณาข้อมูลอย่างรอบด้าน ($M=4.35$, $SD=0.64$) ความมุ่งมั่นทุ่มเท การทำงาน ข้อปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ คณะกรรมการกองทุนมีความรับผิดชอบต่อการ ดำเนินงาน ($M=4.18$, $SD=0.66$) การสร้างความไว้วางใจระหว่างกัน ข้อปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ คณะกรรมการกองทุนทำงานร่วมกันโดยยึดหลักผลประโยชน์ของประชากรผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ($M=4.36$, $SD=0.61$) การจัดการความเป็นผู้นำ ข้อปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ คณะกรรมการ สนับสนุนภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ($M=4.28$, $SD=0.64$) การจัดการความรู้ ข้อปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ คณะกรรมการมีแลกเปลี่ยนข้อมูลและนำข้อสรุปที่ ได้ไปพัฒนาการทำงานให้ดีขึ้น และคณะกรรมการมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ ในการจัดการ ข้อมูล เพื่อให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายในครั้งต่อไป ($M=4.10$, $SD=0.70$) การจัดการทรัพยากร ข้อปฏิบัติ ที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ คณะกรรมการมีการจัดสรรงบประมาณครอบคลุมทุกภาคส่วน ($M=4.27$, $SD=0.64$) การประชาสัมพันธ์ ข้อปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ กองทุนมีการประชาสัมพันธ์ผลการ ดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ($M=4.13$, $SD=0.73$) การติดตามและ ประเมินผล ข้อปฏิบัติที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ คณะกรรมการมีการตรวจสอบการดำเนินงาน และ ประเมินผลการดำเนินงานโครงการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ($M=4.19$, $SD=0.69$) (ตาราง 16)

ตาราง 15 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามตัวแปรปัจจัยนำเข้าหรือกลไกต่อการอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 รายชื่อ (n = 270)

ข้อที่	ปัจจัยนำเข้า	ระดับความคิดเห็น				M	SD	ระดับ
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อยที่สุด			
กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร								
1.	ความสัมพันธ์ของการทำงานภายในกองทุนเป็นแบบพี่น้องช่วยเหลือกัน	94 (34.8)	148 (54.8)	25 (9.3)	3 (1.1)	0 (0.0)	4.23	0.66 มาก
2.	การทำงานร่วมกันภายในกองทุนให้ความสำคัญต่อการรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ	112 (41.5)	142 (52.6)	12 (4.4)	4 (1.5)	0 (0.0)	4.34	0.64 มาก
3.	การประชุมคณะกรรมการอาศัยข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเป็นสำคัญ	109 (40.4)	133 (49.3)	23 (8.5)	5 (1.8)	0 (0.0)	4.28	0.70 มาก
4.	ภายในกองทุนมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม อาศัยความร่วมมือจากหลากหลายภาคส่วน	128 (47.4)	120 (44.4)	19 (7.1)	3 (1.1)	0 (0.0)	4.38	0.67 มาก
รวม						4.31	0.57	มาก
กลไกด้านทรัพยากร								
5.	ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความสามารถ และทักษะเพียงพอต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	71 (26.3)	125 (46.3)	71 (26.3)	2 (0.7)	1 (0.4)	3.97	0.77 ปานกลาง
6.	กองทุนมีงบประมาณเพียงพอต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	112 (41.5)	129 (47.7)	25 (9.3)	3 (1.1)	1 (0.4)	4.29	0.71 มาก
7.	กองทุนมีวัสดุ อุปกรณ์ เพียงพอต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	77 (28.6)	130 (48.1)	50 (18.5)	10 (3.7)	3 (1.1)	3.99	0.85 ปานกลาง
รวม						4.09	0.63	มาก
กลไกด้านผู้นำการขับเคลื่อน								

ข้อที่	ปัจจัยนำเข้า	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
8.	ประธานกองทุนเป็นผู้ดำเนินการดำเนินงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์	91 (33.7)	148 (54.8)	28 (10.4)	3 (1.1)	0 (0.0)	4.21	0.67	มาก
9.	ประธานกองทุนมีทักษะการกระตุ้น โน้มน้าวให้เกิดความร่วมมือการทำงาน	83 (30.7)	150 (55.6)	33 (12.2)	4 (1.5)	0 (0.0)	4.16	0.68	มาก
	ของคณะกรรมการกองทุน								
10.	ประธานกองทุนมีวิสัยทัศน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	98 (36.3)	135 (50.0)	36 (13.3)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.22	0.68	มาก
11.	ประธานกองทุนเป็นผู้ดำเนินการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	105 (38.9)	129 (47.8)	33 (12.2)	3 (1.1)	0 (0.0)	4.21	0.71	มาก
	รวม						4.21	0.61	มาก
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของกองทุน									
12.	งบประมาณกองทุนช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	99 (36.7)	129 (47.8)	39 (14.4)	3 (1.1)	0 (0.0)	4.20	0.72	มาก
13.	กองทุนช่วยสนับสนุนให้แต่ละภาคส่วนได้คิด และเสนอโครงการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	99 (36.7)	141 (52.2)	28 (10.4)	2 (0.7)	0 (0.0)	4.25	0.66	มาก
14.	กองทุนมีการสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	95 (35.2)	152 (56.3)	21 (7.8)	2 (0.7)	0 (0.0)	4.26	0.63	มาก
	รวม						4.24	0.59	มาก
ด้านภาวะเฝ้าระวังของกองทุน									
15.	กฎระเบียบ ข้อบังคับของกองทุน มีความชัดเจน เข้าใจง่าย	68 (25.2)	146 (54.0)	54 (20.0)	1 (0.4)	1 (0.4)	4.03	0.71	มาก
16.	กฎระเบียบ ข้อบังคับของกองทุน สามารถนำไปปฏิบัติงานได้ง่าย	78 (28.9)	130 (48.2)	53 (19.6)	7 (2.6)	2 (0.7)	4.02	0.81	มาก
17.	กฎระเบียบของกองทุนสามารถใช้เป็นแนวทางในการพิจารณางบประมาณได้อย่างชัดเจน	83 (30.7)	141 (52.2)	44 (16.3)	1 (0.4)	1 (0.4)	4.13	0.71	มาก
	รวม						4.06	0.68	มาก
	รวมทุกองค์ประกอบ						4.19	0.49	มาก

ตาราง 16 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามตัวแปรปัจจัยด้านการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 รายชื่อ (n = 270)

ข้อที่	กระบวนการ	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
ระบบของความร่วมมือ									
1.	คณะกรรมการกองทุนร่วมกันกำหนดแผนดำเนินงานของกองทุน	89 (33.0)	147 (54.4)	31 (11.5)	3 (1.1)	0 (0.0)	4.19	0.67	มาก
2.	คณะกรรมการกองทุนร่วมกันกำหนดโครงสร้าง และบทบาทหน้าที่การทำงานอย่างชัดเจน	85 (31.5)	151 (55.9)	33 (12.2)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.19	0.65	มาก
3.	คณะกรรมการกองทุนร่วมกันกำหนดแนวทางการทำงานอย่างชัดเจน	92 (34.1)	141 (52.2)	36 (13.3)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.20	0.67	มาก
รวม							4.19	0.60	มาก
กระบวนการค้นหาปัญหาต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ									
4.	คณะกรรมการกองทุน มีการรวบรวมข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ	71 (26.3)	143 (53.1)	52 (19.1)	4 (1.5)	0 (0.0)	4.04	0.72	มาก
5.	คณะกรรมการกองทุน มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาปัญหาสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ	76 (28.1)	133 (49.3)	55 (20.4)	6 (2.2)	0 (0.0)	4.03	0.776	มาก
6.	คณะกรรมการกองทุนร่วมกันเสนอความคิดเห็นและค้นหาแนวทางแก้ไขสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	80 (29.6)	138 (51.1)	47 (17.4)	5 (1.9)	0 (0.0)	4.09	0.73	มาก
รวม							4.05	0.67	มาก
กระบวนการกำหนดเป้าหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ									
7.	คณะกรรมการร่วมกันกำหนดเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	81 (30.0)	139 (51.5)	44 (16.3)	6 (2.2)	0 (0.0)	4.09	0.74	มาก

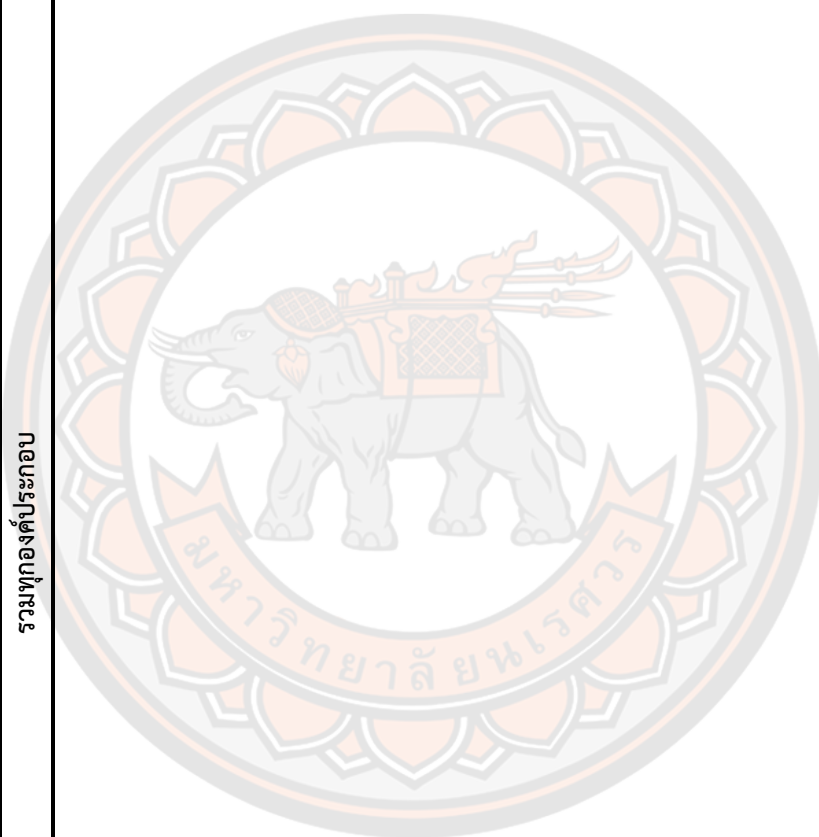
ข้อที่	กระบวนการ	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
8.	คณะกรรมการกองทุนร่วมกันกำหนดกรอบระยะเวลาการทำงานเพื่อ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	67 (24.8)	148 (54.8)	50 (18.5)	5 (1.9)	0 (0.0)	4.03	0.71	มาก
9.	คณะกรรมการกองทุนมีการสื่อสารเป้าหมายของกองทุนอย่างทั่วถึง และชัดเจนต่อคณะกรรมการ/คณะทำงาน	77 (28.5)	134 (49.6)	55 (20.4)	4 (1.5)	0 (0.0)	4.05	0.74	มาก
รวม							4.06	0.67	มาก
10.	กระบวนการพิจารณาต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ								
	คณะกรรมการกองทุนมีการประชุมพิจารณาโครงการตามแผนงานและ เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ที่กำหนด	83 (30.7)	158 (58.6)	26 (9.6)	3 (1.1)	0 (0.0)	4.19	0.64	มาก
11.	คณะกรรมการกองทุนมีเกณฑ์การพิจารณาโครงการสร้างเสริม สุขภาพผู้สูงอายุอย่างชัดเจน	95 (35.2)	149 (55.2)	26 (9.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.26	0.62	มาก
12.	คณะกรรมการกองทุนรับฟังข้อมูลของผู้เสนอโครงการเพื่อการ พิจารณางบประมาณอย่างรอบคอบ	107 (39.6)	137 (50.8)	23 (8.5)	3 (1.1)	0 (0.0)	4.29	0.67	มาก
รวม							4.29	0.51	มาก
13.	กระบวนการตัดสินใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ								
	คณะกรรมการกองทุนตัดสินใจอนุมัติงบประมาณอยู่บนพื้นฐานการ พิจารณาข้อมูลอย่างรอบด้าน	119 (44.1)	128 (47.4)	22 (8.1)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.35	0.64	มาก
14.	คณะกรรมการกองทุน พิจารณาโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่ระบุไว้	97 (35.9)	153 (56.7)	19 (7.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.28	0.61	มาก
15.	คณะกรรมการกองทุนอนุมัติงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุตามเป้าหมายที่วางไว้	104 (38.5)	147 (54.4)	19 (7.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.31	0.60	มาก

ข้อที่	กระบวนการ	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
16.	คณะกรรมการกองทุนตัดสินใจอนุมัติงบประมาณภายหลังการวิเคราะห์และประเมินทางเลือกอย่างเหมาะสม	93 (34.4)	148 (54.8)	28 (10.4)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.23	0.64	มาก
17.	คณะกรรมการกองทุนใช้วิธีการแบบเสี่ยงสูงมากเมื่อเกิดข้อขัดแย้งในการตัดสินใจอนุมัติงบประมาณ	98 (36.3)	149 (55.1)	21 (7.8)	1 (0.4)	1 (0.4)	4.27	0.65	มาก
รวม							4.29	0.51	มาก
18.	ความมุ่งมั่นทุ่มเทการทำงาน คณะกรรมการกองทุนที่ศตนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	75 (27.8)	160 (59.3)	33 (12.2)	2 (0.7)	0 (0.0)	4.14	0.64	มาก
19.	คณะกรรมการกองทุนมีความรับผิดชอบต่อการดำเนินงาน	87 (32.3)	144 (53.3)	39 (14.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.18	0.66	มาก
20.	คณะกรรมการกองทุนร่วมกันแก้เมื่อพบปัญหาการทำงาน	82 (30.4)	139 (51.5)	43 (15.9)	6 (2.2)	0 (0.0)	4.10	0.74	มาก
รวม							4.14	0.60	มาก
21.	การสร้างควมไว้วางใจระหว่างกัน คณะกรรมการกองทุนมีความเชื่อมั่นในความคิดเห็นของกันและกัน	88 (32.6)	148 (54.8)	32 (11.9)	2 (0.7)	0 (0.0)	4.19	0.66	มาก
22.	คณะกรรมการกองทุนทำงานร่วมกันโดยยึดหลักผลประโยชน์ของประชาชนผู้สูงอายุเป็นสำคัญ	116 (43.0)	137 (50.7)	16 (5.9)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.36	0.61	มาก
23.	คณะกรรมการกองทุนทำงานร่วมกันด้วยความซื่อสัตย์สุจริตเพื่อความสำเร็ของงาน	120 (44.4)	129 (47.8)	20 (7.4)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.36	0.64	มาก
รวม							4.31	0.55	มาก
24.	การจัดการความเป็นผู้นำของคณะกรรมการ คณะกรรมการสนับสนุนภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	102 (37.7)	142 (52.6)	25 (9.3)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.28	0.64	มาก

ข้อที่	กระบวนการ	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
25.	คณะกรรมการมีการประสานงานกับภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้จัดทำโครงการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	98 (36.3)	136 (50.4)	34 (12.6)	2 (0.7)	0 (0.0)	4.22	0.69	มาก
26.	คณะกรรมการมีการนิมนต์ภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพ	92 (34.1)	147 (54.4)	30 (11.1)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.22	0.65	มาก
27.	คณะกรรมการร่วมกันแสวงหาวิธีการจัดทำโครงการที่เหมาะสม	87 (32.2)	150 (55.6)	31 (11.5)	2 (0.7)	0 (0.0)	4.19	0.66	มาก
รวม							4.23	0.56	มาก
การจัดการความรู้									
28.	คณะกรรมการมีการนำเสนอข้อมูลสารสนเทศจากผลงานร่วมกัน	73 (27.1)	144 (53.3)	49 (18.1)	4 (1.5)	0 (0.0)	4.06	0.71	มาก
29.	คณะกรรมการมีแลกเปลี่ยนข้อมูลและนำข้อสรุปที่ได้ไปพัฒนาการทำงานให้ดีขึ้น	77 (28.5)	148 (54.8)	41 (15.2)	4 (1.5)	0 (0.0)	4.10	0.70	มาก
30.	คณะกรรมการมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดการข้อมูล เพื่อให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายในครั้งต่อไป	80 (29.7)	144 (53.3)	44 (16.3)	2 (0.7)	0 (0.0)	4.10	0.70	มาก
รวม							4.09	0.63	มาก
การจัดการทรัพยากร									
31.	คณะกรรมการร่วมกันวางแผนจัดการทรัพยากรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	85 (31.5)	147 (54.4)	38 (14.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.17	0.65	มาก
32.	คณะกรรมการมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ	91 (33.7)	144 (53.3)	34 (12.6)	1 (0.4)	0 (0.0)	4.20	0.66	มาก
33.	คณะกรรมการมีการจัดสรรงบประมาณครอบคลุมทุกภาคส่วน	101 (37.4)	141 (52.2)	28 (10.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.27	0.64	มาก

ข้อที่	กระบวนการ	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
34.	คณะกรรมการได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง	77 (28.5)	131 (48.5)	41 (15.2)	15 (5.6)	6 (2.2)	3.96	0.93	ปานกลาง
35	คณะกรรมการบริหารมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/ทำงาน	91 (33.7)	133 (49.3)	35 (13.0)	9 (3.3)	2 (0.7)	4.12	0.81	มาก
	รวม						4.14	0.56	มาก
	การประชาสัมพันธ์								
36.	กองทุนมีการประชาสัมพันธ์งบประมาณ ไปยังองค์กร หรือภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	82 (30.4)	141 (52.2)	44 (16.3)	2 (0.7)	1 (0.4)	4.11	0.72	มาก
37.	กองทุนมีการประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	86 (31.9)	136 (50.3)	44 (16.3)	4 (1.5)	0 (0.0)	4.13	0.73	มาก
38.	กองทุนมีสื่อประชาสัมพันธ์งบประมาณกองทุน สำหรับการสร้างเสริมผู้สูงอายุหลากหลายช่องทาง	84 (31.1)	123 (45.6)	56 (20.7)	6 (2.2)	1 (0.4)	4.05	0.80	มาก
	รวม						4.10	0.68	มาก
	การติดตาม และประเมินผล								
39.	คณะกรรมการมีแผนการติดตามโครงการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านอนุมัติจากกองทุน	94 (34.7)	139 (51.5)	32 (11.9)	5 (1.9)	0(0.0)	4.19	0.71	มาก
40.	คณะกรรมการมีการตรวจสอบการดำเนินงาน และประเมินผลการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	91 (33.7)	144 (53.3)	31 (11.5)	4 (1.5)	0(0.0)	4.19	0.69	มาก
41.	กองทุนมีระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับ	69 (25.5)	154 (57.0)	42 (15.6)	5 (1.9)	0 (0.0)	4.06	0.70	มาก
	รวม						4.15	0.61	มาก

ข้อที่	กระบวนการ	ระดับความคิดเห็น					M	SD	ระดับ
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
รวมทุกองค์ประกอบ									
							4.17	0.48	มาก



1.4 การอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

การอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ทั้ง 4 ด้านนั้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.22$, $SD=0.54$) และทุกด้านอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ความเหนียวแน่นของเครือข่ายความร่วมมือ ($M=4.24$, $SD=0.66$) รองลงมาคือ ประสิทธิภาพของความร่วมมือ ($M=4.23$, $SD=0.58$) คุณภาพความสัมพันธ์ของความร่วมมือ ($M=4.21$, $SD=0.58$) และด้านที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุด คือ การรับรู้มุมมองความคิดเห็นของความร่วมมือ ($M=4.19$, $SD=0.67$) ตามลำดับ (ตาราง 17 และ 18)

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการอภิบาลความร่วมมือในภาพรวม แต่ละด้านของการอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

การอภิบาลการความร่วมมือ	M	SD	ระดับ
1. ประสิทธิภาพของความร่วมมือ	4.23	0.59	มาก
2. คุณภาพความสัมพันธ์ของความร่วมมือ	4.21	0.58	มาก
3. การรับรู้มุมมองความคิดเห็นของความร่วมมือ	4.19	0.67	มาก
4. ความเหนียวแน่นของเครือข่ายความร่วมมือ	4.24	0.66	มาก
รวม	4.22	0.54	มาก

ตาราง 18 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามตัวแปรปัจจัยผลลัพธ์การอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 รายชื่อ (n = 270)

ข้อ ที่	ผลลัพธ์	ระดับความคิดเห็น					SD	ระดับ	
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
ประสิทธิภาพของความร่วมมือ									
1.	กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของ กองทุน	99 (36.6)	145 (53.7)	25 (9.3)	1 (0.4)	0 (0.0)	0.64	มาก	
2.	การสนับสนุนงบประมาณกองทุนต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมี จำนวนมากขึ้นกว่าที่ผ่านมา	92 (34.1)	140 (51.8)	35 (13.0)	3 (1.1)	0 (0.0)	0.70	มาก	
3.	เกิดความร่วมมือของการทำงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อการสร้าง เสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่	95 (35.2)	146 (54.1)	26 (9.6)	3 (1.1)	0 (0.0)	0.66	มาก	
รวม							4.23	0.59	มาก
คุณภาพความสัมพันธ์ของความร่วมมือ									
4.	เกิดความพึงพอใจ ต่อการทำงานร่วมกันเพื่อการสร้างเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ	99 (36.7)	147 (54.5)	22 (8.1)	2 (0.7)	0 (0.0)	0.64	มาก	
5.	เกิดเครือข่ายการทำงานเพื่อผู้สูงอายุ และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและ กัน	84 (31.1)	154 (57.1)	29 (10.7)	2 (0.7)	1 (0.4)	0.67	มาก	
6.	การทำงานที่นี้ถึงผลประโยชน์ของความร่วมมือกันเป็นสำคัญ ใน กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกองทุน	88 (32.6)	150 (55.6)	28 (10.4)	2 (0.7)	2 (0.7)	0.70	มาก	

1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

1.5.1 สมการในการวิเคราะห์

$$Y = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + \dots b_n x_n$$

เมื่อ Y = การอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
เขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของเพศชาย

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอายุ

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพสมรส

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพหม้าย

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษาประถมศึกษา

b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษามัธยมศึกษา/ ปวช

b_7 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษานุปริญญา/ ปวส.

b_8 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพเกษตรกร

b_9 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพธุรกิจส่วนตัว

b_{10} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพพนักงานบริษัท

b_{11} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพรับจ้างทั่วไป

b_{12} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

b_{13} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของดำรงตำแหน่งทางด้าน

สาธารณสุข

b_{14} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของดำรงตำแหน่งทางด้านภาค

ประชาชน

b_{15} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของดำรงตำแหน่งลูกจ้างใน

หน่วยงาน

b_{16} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของดำรงตำแหน่งคณะกรรมการ

กองทุนจากหน่วยงานภาครัฐ

b_{17} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของดำรงตำแหน่งคณะกรรมการ

กองทุนจากภาคประชาชน

b_{18} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง
คณะกรรมการกองทุน/ คณะอนุกรรมการ/ คณะทำงาน

b_{19} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของจำนวนครั้งของการดำรง
ตำแหน่งคณะกรรมการกองทุน/ คณะอนุกรรมการ/ คณะทำงาน

b_{20} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของไม่เคยได้รับการฝึกอบรม

b_{21} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของจำนวนครั้งของการฝึกอบรม

b_{22} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกลไกด้านความรู้

b_{23} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร

b_{24} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกลไกด้านทรัพยากร

b_{25} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกลไกด้านผู้นำกองทุน

b_{26} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกลไกด้านการรับรู้ประโยชน์
ของกองทุน

b_{27} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกลไกด้านกฎระเบียบกองทุน

b_{28} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกระบวนการของระบบความ
ร่วมมือ

b_{29} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกระบวนการค้นหาปัญหา

b_{30} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกระบวนการกำหนดเป้าหมาย

b_{31} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกระบวนการตัดสินใจ

b_{32} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกระบวนการในความมุ่งมั่น
ทุ่มเทการทำงาน

b_{33} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกระบวนการสร้างความ
ไว้วางใจระหว่างกัน

b_{34} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกระบวนการจัดการความเป็น
ผู้นำ

b_{35} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกระบวนการจัดการความรู้

b_{36} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกระบวนการจัดการทรัพยากร

b_{37} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกระบวนการประชาสัมพันธ์

b_{38} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกระบวนการติดตามและ
ประเมินผล

x_1 = เพศชาย

x_2 = อายุ

- x_3 = สถานภาพสมรส
 x_4 = สถานภาพหม้าย
 x_5 = การศึกษาประถมศึกษา
 x_6 = การศึกษามัธยมศึกษา/ ปวช.
 x_7 = การศึกษาอนุปริญญา/ ปวส.
 x_8 = อาชีพเกษตรกร
 x_9 = อาชีพธุรกิจส่วนตัว
 x_{10} = อาชีพพนักงานบริษัท
 x_{11} = อาชีพรับจ้างทั่วไป
 x_{12} = รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 x_{13} = ดำรงตำแหน่งทางด้านสาธารณสุข
 x_{14} = ดำรงตำแหน่งทางด้านภาคประชาชน
 x_{15} = ดำรงตำแหน่งลูกจ้างในหน่วยงาน
 x_{16} = ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการกองทุนจากหน่วยงานภาครัฐ
 x_{17} = ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการกองทุนจากภาคประชาชน
 x_{18} = ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งคณะกรรมการกองทุน /
 คณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน
 x_{19} = จำนวนครั้งของการดำรงตำแหน่งคณะกรรมการกองทุน/
 คณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน
 x_{20} = ไม่เคยได้รับการฝึกอบรม
 x_{21} = จำนวนครั้งของการฝึกอบรม
 x_{22} = กลไกด้านความรู้
 x_{23} = กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร
 x_{24} = กลไกด้านทรัพยากร
 x_{25} = กลไกด้านผู้นำกองทุน
 x_{26} = กลไกด้านการรับรู้ประโยชน์ของกองทุน
 x_{27} = กลไกด้านกฎระเบียบกองทุน
 x_{28} = กระบวนการของระบบความร่วมมือ
 x_{29} = กระบวนการค้นหาปัญหา
 x_{30} = กระบวนการกำหนดเป้าหมาย
 x_{31} = กระบวนการตัดสินใจ

x_{32} = กระบวนการในความมุ่งมั่นทุ่มเทการทำงาน

x_{33} = กระบวนการสร้างความไว้วางใจระหว่างกัน

x_{34} = กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ

x_{35} = กระบวนการจัดการความรู้

x_{36} = กระบวนการจัดการทรัพยากร

x_{37} = กระบวนการประชาสัมพันธ์

x_{38} = กระบวนการติดตามและประเมินผล

1.5.2 ตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตาราง 19 ตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
เพศ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) เพศชาย (ชาย = 1, หญิง = 0)
อายุ	อัตราส่วน
สถานภาพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) สถานภาพโสด (อ้างอิง) สถานภาพสมรส (สมรส = 1, อื่น ๆ = 0) สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ = 1, อื่น ๆ = 0)
ระดับการศึกษา	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) การศึกษาปริญญาตรี/เทียบเท่าหรือสูงกว่า (อ้างอิง) การศึกษาประถมศึกษา (ประถมศึกษา = 1, อื่น ๆ = 0) ศึกษามัธยมศึกษา(มัธยมศึกษา = 1, อื่น ๆ = 0) ศึกษาอนุปริญญา/ปวส.(อนุปริญญา/ปวส.= , อื่น ๆ = 0)
อาชีพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) อาชีพรับราชการ (อ้างอิง) อาชีพเกษตรกรรม (เกษตรกรรม = 1, อื่น ๆ = 0) อาชีพค้าขาย/ธุรกิจ/กิจการส่วนตัว (ค้าขาย/ธุรกิจ/กิจการส่วนตัว = 1, อื่น ๆ = 0) อาชีพพนักงานบริษัท/โรงงาน (พนักงานบริษัท/โรงงาน = 1, อื่น ๆ = 0)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
	อาชีพพ่อบ้าน, แม่บ้าน, รับจ้างทั่วไป (พ่อบ้าน, แม่บ้าน = 1, อื่น ๆ = 0)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	อัตราส่วน
การดำรงตำแหน่งในองค์กร/พื้นที่	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	ตำแหน่งปลัดเทศบาล (อ้างอิง)
	ดำรงตำแหน่งทางด้านสาธารณสุข (ด้านสาธารณสุข = 1, อื่น ๆ = 0)
	ดำรงตำแหน่งทางด้านภาคประชาชน (ทางด้านภาคประชาชน = 1, อื่น ๆ = 0)
	ดำรงตำแหน่งลูกจ้างในหน่วยงาน (ลูกจ้างในหน่วยงาน = 1, อื่น ๆ = 0)
การดำรงตำแหน่งในกองทุน	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	ตำแหน่งประธานกรรมการ (อ้างอิง)
	ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการกองทุนจากหน่วยงานภาครัฐ (คณะกรรมการกองทุนจากหน่วยงานภาครัฐ = 1, อื่น ๆ = 0)
	ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการกองทุนจากภาคประชาชน (คณะกรรมการกองทุนจากภาคประชาชน = 1, อื่น ๆ = 0)
ระยะเวลาของการดำรงตำแหน่ง	อัตราส่วน
จำนวนครั้งของการดำรงตำแหน่ง	อัตราส่วน
ประสบการณ์การเข้าร่วมอบรม	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)
	ไม่เคยเข้าร่วม (ไม่เคยเข้าร่วม = 1, เคยเข้าร่วม = 0)
จำนวนครั้งของการฝึกอบรม	อัตราส่วน
ความรู้	อัตราส่วน
กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร	อัตราส่วน
กลไกด้านทรัพยากร	อัตราส่วน
กลไกด้านผู้นำกองทุน	อัตราส่วน
กลไกด้านการรับรู้ประโยชน์ของกองทุน	อัตราส่วน
กลไกด้านกฎระเบียบกองทุน	อัตราส่วน
กระบวนการระบบความร่วมมือ	อัตราส่วน
กระบวนการค้นหาปัญหา	อัตราส่วน
กระบวนการกำหนดเป้าหมาย	อัตราส่วน
กระบวนการพิจารณา	อัตราส่วน
กระบวนการตัดสินใจ	อัตราส่วน
กระบวนการในความมุ่งมั่นทุ่มเท	อัตราส่วน

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
กระบวนการสร้างความไว้วางใจ	อัตราส่วน
กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ	อัตราส่วน
กระบวนการจัดการความรู้	อัตราส่วน
กระบวนการจัดการทรัพยากร	อัตราส่วน
กระบวนการประชาสัมพันธ์	อัตราส่วน
การอภิบาลผ่านความร่วมมือ	อัตราส่วน

1.5.3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมด 38 ตัวแปร พบว่ามีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระอยู่ระหว่าง 0.002 ถึง 0.772 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป ไม่เกิน 0.80 (ชวลิต ทับสีรัก, 2555)

1.5.4 ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

การวิจัยครั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (กัลยา วานิชย์บัญชา, และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2560, 302-332) พบว่า

- 1) ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามในระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
- 2) ตรวจสอบความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อนโดยพิจารณา ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.872 (เกณฑ์คือ 1.50 - 2.50)
- 3) ตรวจสอบการแจกแจงปกติของค่าความคลาดเคลื่อน โดยพิจารณาจากตาราง Residuals statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ Mean = 0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.26657 (เกณฑ์คือ S.D. เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal probability plot
- 4) ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่
- 5) ตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระต้องไม่สูงเกินไป (Multicollinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าตั้งแต่ 0.002 ถึง 0.772 (เกณฑ์คือ น้อยกว่า 0.80) ร่วมกับการพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าตั้งแต่ 1.016 ถึง 3.016 (เกณฑ์คือ ทุกค่าต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าตั้งแต่ 0.332 ถึง 0.985 (เกณฑ์คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1)

ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพ
 ผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา เรียงตามลำดับตาม
 ความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของการอภิบาลผ่านความร่วมมือจากมากไปหาน้อยได้
 ดังนี้ ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ กระบวนการติดตามและประเมินผล
 โดยมีผลทางบวกต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 59.6
 (R Square = 0.596) โดยเมื่อคะแนนการติดตามและประเมินผล เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการ
 อภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.315 คะแนน ($\beta = 0.315$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการ
 วิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ กระบวนการจัดการทรัพยากร โดยมีผลทางบวกต่อการอภิบาลผ่านความ
 ร่วมมือซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.9 เป็นร้อยละ 69.6 (R Square Change
 = 0.099, R Square = 0.696) โดยเมื่อการจัดการทรัพยากร เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาล
 ผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.247 คะแนน ($\beta = 0.247$) และตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการ
 วิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ กลไกด้านความรู้ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.5
 เป็นร้อยละ 72.0 (R Square Change = 0.025, R Square = 0.720) โดยเมื่อกลไกด้านความรู้
 เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.132 คะแนน
 ($\beta = 0.132$) และตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 4 คือ กระบวนการจัดการ
 ความเป็นผู้นำ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.015 เป็นร้อยละ 73.6 (R
 Square Change = 0.015, R Square = 0.736) โดยเมื่อกระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ เพิ่มขึ้น
 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.146 คะแนน ($\beta = 0.146$) และตัวแปรที่
 ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 5 คือ กลไกด้านทรัพยากร ซึ่งสามารถอธิบายความ
 แปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.2 เป็นร้อยละ 74.8 (R Square Change = 0.012, R Square =
 0.748) โดยเมื่อกลไกด้านทรัพยากร เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะ
 เพิ่มขึ้น 0.093 คะแนน ($\beta = 0.093$) และตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 6 คือ
 กระบวนการประชาสัมพันธ์ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.6 เป็นร้อยละ
 75.4 (R Square Change = 0.006, R Square = 0.754) โดยเมื่อกระบวนการประชาสัมพันธ์
 เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.113 คะแนน ($\beta = 0.113$) และ
 ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 7 คือ กระบวนการค้นหาปัญหา ซึ่งสามารถ
 อธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.5 เป็นร้อยละ 75.9 (R Square Change = 0.005, R
 Square = 0.759) โดยเมื่อกระบวนการค้นหาปัญหา เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความ
 ร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.100 คะแนน ($\beta = 0.100$) ซึ่งตัวแปรทั้ง 7 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การ
 อภิบาลผ่านความร่วมมือ ได้ร้อยละ 75.9 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือ

ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา รายละเอียดดังตาราง 20

**ตาราง 20 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับ
การอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา (n = 270)**

ตัวแปรพยากรณ์	R Square	R Square Change	Beta	b	s.e. of b	t	p-value
การติดตามและประเมินผล	0.596	0.596	0.315	0.280	0.044	5.777	<0.001
การจัดการทรัพยากร	0.696	0.099	0.247	0.239	0.051	3.820	<0.001
กลไกด้านความรู้	0.720	0.25	0.132	0.030	0.007	3.903	<0.001
การจัดการความเป็นผู้นำ	0.736	0.15	0.146	0.143	0.041	3.292	<0.001
กลไกด้านทรัพยากร	0.748	0.12	0.093	0.080	0.032	2.475	<0.05
การประชาสัมพันธ์	0.754	0.006	0.113	0.090	0.038	2.404	<0.05
การค้นหาปัญหา	0.759	0.005	0.100	0.081	0.034		<0.05

Constant (a) = 0.006, R Square = 0.759, Adjusted R Square = 0.752, F = 117.802, P<0.001

1.5.5 สมการในการพยากรณ์ตัวแปรตาม

จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการอธิบายผลลัพธ์ของการอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ในรูปของคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$\text{สมการทำนาย } Y = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + b_3 x_3 + b_4 x_4 + b_5 x_5 + b_6 x_6 + b_7$$

x_7

เมื่อ Y = การอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกระบวนการติดตามและประเมินผล

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกระบวนการจัดการทรัพยากร

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกลไกด้านความรู้

ผู้นำ

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกระบวนการจัดการความเป็น

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกลไกด้านทรัพยากร

b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกระบวนการประชาสัมพันธ์

b_7 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของกระบวนการค้นหาปัญหา

x_1 = กระบวนการติดตามและประเมินผล

x_2 = กระบวนการจัดการทรัพยากร

x_3 = กลไกด้านความรู้

x_4 = กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ

x_5 = กลไกด้านทรัพยากร

x_6 = กระบวนการประชาสัมพันธ์

x_7 = กระบวนการค้นหาปัญหา

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์การอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา ในรูปของคะแนนดิบได้ดังนี้

การอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา ในรูปของคะแนนดิบได้ = $0.006 + 0.280$ (กระบวนการติดตามและประเมินผล) + 0.239 (กระบวนการจัดการทรัพยากร) + 0.030 (กลไกด้านความรู้) + 0.143 (กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ) + 0.080 (กลไกด้านทรัพยากร) + 0.090 (การประชาสัมพันธ์) + 0.081 (กระบวนการค้นหาปัญหา)

2. ผลการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group Interview)

วัตถุประสงค์คือ เพื่อศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา การวิจัยในส่วนนี้ดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group Interview) โดยผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาลำดับ ดังนี้

2.1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 สงขลา จำนวน

19 คน ประกอบด้วย รองนายกเทศมนตรี จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ จำนวน 2 คน สมาชิกสภาเทศบาล จำนวน 2 คน หัวหน้าหน่วยบริการสุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ประธานชุมชน 2 คน ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน จำนวน 1 คน รองปลัดเทศบาล จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการสำนัก/กองสาธารณสุข จำนวน 6 คน ผู้ประสานงานกองทุนฯ 1 คน ตัวแทนคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ 2 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ 2 คน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 12 สงขลา จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 12 สงขลา จำนวน 1 คน

2.1.2 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 สงขลา จำนวน 14 คน ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี จำนวน 1 คน รองนายกเทศมนตรี จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ จำนวน 2 คน สมาชิกสภาเทศบาล จำนวน 2 คน หัวหน้าหน่วยบริการสุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ประธานชุมชน 2 คน รองปลัดเทศบาล จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 1 คน ผู้ประสานงานกองทุน 1 คน

3. ผลการศึกษาความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากมุมมองความคิดเห็นและการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูล จะเห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลยังขาดความรู้การบริหารจัดการกองทุน และการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการบริหารจัดการกองทุน ขาดความรู้ด้านระเบียบ วิธีการหรือกระบวนการของการดำเนินงาน ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ รวมถึงการประสานงาน และคิดว่าการพัฒนาศักยภาพเป็นวิธีการปฏิบัติที่เป็นการสร้างความรู้ให้เกิดขึ้นแก่คณะกรรมการกองทุนที่สามารถนำไปพัฒนาและแก้ไขปัญหาของการบริหารจัดการกองทุนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยสามารถนำเสนอข้อมูลที่ได้มาสร้างข้อสรุปแนวคิด ดังนี้

...เอาจริง ๆ แล้วผมเป็นกรรมการก็ไม่ค่อยรู้หรือกว่าจัดการกันยังไง เชิญประชุมก็มา ค่อยแนะนำกัน รู้แต่ว่าเค้ามีเงินให้ชาวบ้านทำโครงการ ส่วนใหญ่ถ้าโครงการในชุมชน ผู้ใหญ่ก็มากัน เด็ก ๆ ไม่ค่อยมี ยกเว้นไปทำในโรงเรียน ส่วนว่าสร้างเสริมหรือไม่ฉันไม่รู้ รู้ว่าให้ได้มีความรู้บ้าง ออกกำลังบ้าง ลดอาหารเค็ม หวาน มันลง จะได้แข็งแรง

(ประธานชุมชน คนที่ 2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 8 กรกฎาคม 2561)

...ที่แล้มา เราไม่ค่อยรู้วิธีการมาก ระเบียบต่าง ๆ ก็ไม่ค่อยชัดเจน เงินกองทุนก็ไม่ค่อยออกกัน ดำเนินการมาแล้วเกือบ 10 ปี เงินค้างมาเรื่อย ๆ ช่วงหลัง ๆ ยิงดี กรรมการเราก็ช่วยกันดูโครงการ ไปสัมมนากลับมาครั้งหนึ่งได้มีความรู้บ้าง จะส่งเสริมอะไร ป้องกันอะไร ผู้สูงอายุก็เยอะเดี๋ยวนี้ ต้องช่วยกันไปดูแล เอาเงินนี้ไปทำโครงการได้

(รองปลัดเทศบาล, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...จากที่ลงไปสัมผัสมา กองทุนแต่ละที่ก็แตกต่างกัน บางกองทุนก็ตีมีคนเก่งช่วยจัดการ บางกองทุนก็อยู่เฉย เพราะไม่อยากทำ ต้องรู้ระเบียบเยอะ ความก้าวหน้าไม่มี ยังคิดว่าเป็นงานฝาก ที่สำคัญเลยคือ เลขาคอยทำงานต้องมีความรู้ เก่งรอบด้านทั้งระเบียบ ประสานงานเป็น หรือเป็นนักจัดการสุขภาพในชุมชน

(ผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต

12 ผู้ให้สัมภาษณ์, 18 มิถุนายน 2561)

...รู้ยู่ทำให้สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟันฟู แต่บางทีมันก็แค่จัดอบรม ๆ ไม่ได้ทำกิจกรรมอย่างอื่นเลย มาติดที่เรื่องเบิกจ่ายอีก อสม.บ่นว่าหลายอย่าง เอกสารก็ไม่ค่อยถูกสักที กว่าผ่านโดนตามหลายที

(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...การทำงานเราต้องร่วมมือกัน เห็นชัด ๆ ว่าเลขาคต้องเหนื่อยจัดการทุกอย่าง เตรียมเอกสาร เชิญประชุม แกไขเอกสารอีก ไปช่วยทำอีก เราก็พอรู้บ้างว่าขั้นตอนเป็นยังไง ก็ช่วยกันลงไปแนะนำ บอกต่อให้ทำโครงการ ผู้สูงอายุอยู่บ้านได้ออกมาทำกิจกรรม ได้เจอกันบ้างอยู่ชุมชนเดียวกัน กินข้าวหม้อ แกงหม้อ สบายใจก็ได้แล้ว

(หัวหน้าหน่วยบริการสุขภาพชุมชนเมือง คนที่ 2, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

ผลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง จากมุมมองความคิดเห็นและการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูล จะเห็นว่า มีปัจจัยที่กล่าวถึงและรวบรวมเนื้อหาสำคัญได้ ดังนี้

3.1 ทรัพยากร การได้มาของทรัพยากรของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ทั้งทั้งคน (Man) เงินงบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และการจัดการ (management) โดยเฉพาะที่สำคัญ คือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายหรือมีคำสั่งแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหรือผู้ประสานงานกองทุน หรือบางแห่งเรียกว่า หัวหน้างานกองทุน ต้องมีความรู้ ความสามารถทั้งการบริหารจัดการ ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ที่สำคัญคือสามารถสื่อสาร ประสานงานทั้งภายในและภายนอกเทศบาลได้เป็นอย่างดี ส่วนใหญ่แต่ละแห่งไม่มีเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเฉพาะกองทุนอย่างเดียว มีงานประจำต้องทำตามบทบาทหน้าที่หลัก แต่งานกองทุนทำเพิ่มเติมที่ได้รับมอบหมายอาจจะไม่เต็มที่เท่าที่ควร และการทำงานกองทุนไม่มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ ไม่สามารถประเมินผลงานได้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่มีไม่เพียงพอ บางแห่งให้ลูกจ้างมาช่วย 1- 2 คน หรือคนเดียว จะจ้างเพิ่มเติมโดยใช้งบบริหารกลัวทำไม่ถูกระเบียบ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

...ได้รับงานมาหลายปีแล้ว ปกติทำงานฝ่ายส่งเสริม ก็ต้องแบ่งเวลา มันก็เหนื่อย เครียด แต่พยายามให้มีการพิจารณาครั้งเดียว ตอนปลาย ๆ ปี เพื่อทำของปีหน้า แต่ก็มีเข้ามาระหว่างปี นวัตกรรมการก็ลำบาก ถ้าประชุมบ่อย ๆ

(ผู้ประสานงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล, ผู้ให้สัมภาษณ์, 20 มิถุนายน 2561)

...กองทุนที่ตัวเอง มีลูกน้องช่วยอีกคน ทำเอกสาร ประชุมไม่บ่อย ประชุมที่ก็เหนื่อยที่ เอกสารอีก ประสานงานอีก ลงไปช่วยอีก ไม่ค่อยทัน เอาที่ได้ แค่นี้ก็ไม่ได้ให้คนเพิ่ม สปสช. เองก็ตามผลงาน น่าจะตั้งฝ่ายไปเลย สปสช. ให้คนมาหรือทำกรอบตำแหน่งงานไปเลย

(ผู้อำนวยการกองการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คนที่ 2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 11 มิถุนายน 2561)

...โชคดีของที่นี่มีคนช่วยดู ขยันทำงาน ประสานงานเก่ง เตรียมข้อมูลเอกสารดี ลงไปช่วยชาวบ้านให้เขียนโครงการ ช่วยชาวบ้านทำ

(ผู้อำนวยการกองการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คนที่ 3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 12 มิถุนายน 2561)

...กองทุนจะขับเคลื่อนได้ดี ต้องมีคนที่ทำงานที่เข้มแข็ง มีความสามารถเข้ากับคน
ได้ บางแห่งมอบหมายแต่ไม่ทำ บอกว่างานฝาก ความก้าวหน้า ก็ไม่มี ซี 7 ทำไม่ได้ ต้องไป
ทำผลงานตามตำแหน่ง จริง ๆ ถ้าให้ดี ท้องถิ่นถ้าจะเอาจริง ตั้งฝ่ายไปเลย ขึ้นกับนายก
(ผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต 12 ผู้ให้สัมภาษณ์, 18 มิถุนายน 2561)

3.2 ผู้นำ ผู้นำหรือประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น รวมทั้งผู้ได้รับ
มอบหมาย มีความรู้ และบทบาทสำคัญในการชักจูง สั่งการ หรือขึ้นนำกรรมการ คณะอนุกรรมการ
หรือคณะทำงานให้สามารถเข้ามาร่วมกันทำงานและผลักดันให้เกิดโครงการทางด้านการสร้างเสริม
สุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้สูงอายุ การสนับสนุนงบประมาณสำหรับผู้
สูงอายุเพิ่มมากขึ้น มีความครอบคลุมเป้าหมายผู้สูงอายุในชุมชนหรือพื้นที่ สอดคล้องตาม
วัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพที่วางไว้และมีความสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพและ
ประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

...ท่านนายกของเราเป็นผู้กว้างขวาง สามารถชักชวนพวกเรา และมีเครือข่ายใน
การดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องดูแลเป็นพิเศษในสมัยนี้
เพราะแก่กันมาก

(รองนายกเทศมนตรี, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...เราต้องขอบคุณท่านนายกที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกล มองเห็นปัญหาของคนในพื้นที่
เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ ให้ประธานชุมชน อสม. ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุ มีงบประมาณ
หลายส่วน ที่สำคัญทางด้านสุขภาพ ก็ให้เขียนโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เห็นว่าขอยากแต่ท่านก็ให้เจ้าหน้าที่มาช่วยสอน

(สมาชิกสภาเทศบาล คนที่ 1 , ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...ที่ผ่านมาผมไม่ค่อยได้มาดูแล แต่ให้รองนายกทำหน้าที่แทนเป็นส่วนใหญ่ ท่านก็เข้าใจในงานสาธารณสุข และเห็นด้วยกับการดำเนินงานทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผ่านการจัดทำโครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพ เห็นทุกคนในชุมชนมาร่วมแรงร่วมใจกัน ตามที่ท่านได้ลงไปเปิดงานเวลาทำโครงการ ผู้สูงอายุในชุมชนก็ชอบใจกันใหญ่ที่อนุมัติเงินให้ทำโครงการ

(นายกเทศมนตรีเทศบาลนคร, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

3.3 วัฒนธรรมองค์กร การดำเนินงานในกองทุนมีแนวทางการปฏิบัติทางพฤติกรรมที่แสดงออกมาจากคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานที่เข้ามาร่วมกันทำงานภายในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และยึดถือปฏิบัติกันจนเป็นธรรมเนียมปฏิบัติในกองทุน การเข้ามาร่วมกันทำงานของคณะกรรมการ อนุกรรมการ หรือคณะทำงานที่มาจากหลากหลายภาคส่วน ได้แสดงบทบาทหน้าที่ตามระเบียบที่กำหนด และบทบาทหน้าที่อื่นเพื่อประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ การร่วมกันพิจารณาแผนงาน โครงการ กิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีจริงใจ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

...การดำเนินงานของกองทุนที่ไปได้ดี เพราะมีคณะกรรมการที่เข้ามาช่วยกัน หรืออนุกรรมการที่ช่วยกันกรองโครงการอย่างดี โครงการจะมีประสิทธิภาพมาก

(ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...กองทุนตำบลที่ดี กรรมการต้องร่วมมือกัน ไม่ใช่มาประชุมอนุมัติเงินอย่างเดียว ต้องร่วมกันวางแผน พูดคุย จะทำอะไรในปีนี้ หรือปีหน้า จะให้เงินใคร ใครจะช่วยส่วนไหน ดูโครงการ ร่วมติดตาม เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จริง ๆ

(สมาชิกสภาเทศบาล คนที่ 2, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...ในปีนี้อาจร่วมกันพัฒนาศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อาจจะเป็นต้นแบบของการดูงาน เป็นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระเบียบอาจจะยังไม่ชัดเจน ก็ช่วยดู ช่วยพัฒนากันไป เห็นตรงไหนดีก็ทำไป ตรงไหนไม่ดีก็ปรับปรุง ก็คงจะดีขึ้น

(รองปลัดเทศบาล, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...กรรมการทุกคนที่เข้ามาร่วมกันด้วยจิตสาธารณะ ร่วมกันตัดสินใจกำหนดทิศทางการสนับสนุนเงิน เหมือนตอนนี้ อาจจะต้องเน้นผู้สูงอายุ พยายามให้มีโครงการผู้สูงอายุในทุกชุมชน

(ประธานชุมชน คนที่ 2, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...กรรมการแต่ละกองทุนมีความหลากหลาย การทำงานหลายแบบ แต่ที่สำคัญ กรรมการต้องมีโอกาสเปิดกว้างการเรียนรู้ พยายามร่วมกันหาวิธีการใช้เงิน เพื่อผลถึงชาวบ้าน บางกองทุนอยู่ที่ผู้บริหารมีมุมมอง หรือเปิดให้กรรมการเข้ามาขับเคลื่อน บางที่มีความร่วมมือ กรรมการเขียนโครงการเอง ช่วยทำระบบสุขภาพในชุมชน

(รองนายกเทศมนตรี, ผู้ให้สัมภาษณ์, 14 มิถุนายน 2561)

3.4 โครงการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาในส่วนนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการเขียนโครงการในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ชุมชนหรือเครือข่ายยังไม่มี ความรู้เข้าใจ ต้องการความช่วยเหลือจากกองทุนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาช่วยเหลือแนวทางการเขียนโครงการ ควรมีคู่มือการเขียนโครงการ มีแบบฟอร์มที่สามารถเขียนได้ มีตัวอย่างโครงการหลาย ๆ แบบ นอกจากการขาดความรู้ในการเขียนโครงการแล้ว ยังไม่มีข้อมูลสถานะสุขภาพของคนในพื้นที่หรือชุมชน และโครงการผู้สูงอายุที่จัดทำควรมีความครอบคลุมในมิติต่าง ๆ เช่น ทางกาย จิต สังคม เป็นต้นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

...การเขียนโครงการ ชุมชนยังไม่เข้าใจ อาจต้องการความช่วยเหลือจากการเขียนควรมีหน่วยงานที่ให้ความรู้การเขียน มีแบบฟอร์ม มีตัวอย่างหลาย ๆ แบบ (ผู้อำนวยการกองการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คนที่ 3, ผู้ให้สัมภาษณ์, 12 มิถุนายน 2561)

...ที่ไม่เขียนโครงการ เพราะความไม่รู้สถานะสุขภาพ ณ ตอนนี้อยู่ที่ไหน จะไปที่ไหน เลยไม่รู้จะเขียนโครงการอย่างไร จริง ๆ คือ เขียนโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาที่แยป้องกันสุขภาพที่ดีอยู่แล้ว หน่วยบริการสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ต้องมีการค้นหาข้อมูลสถานะสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูล

(ตัวแทนคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ คนที่ 2, ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 มิถุนายน 2561)

...เพื่อเพิ่มโครงการให้มากขึ้น และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ทางกองทุนจะต้องมีคู่มือการเขียนโครงการ ตัวอย่างของโครงการ ทั้งในด้านการสร้างเสริม การป้องกัน หรือการทำหลักสูตรการเขียนโครงการเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...โครงการที่จะต้องให้มีความสอดคล้องกับตามวัตถุประสงค์ของแผนงานที่วางไว้ ตัวชี้วัดสอดคล้องกับโครงการ บางเรื่องน่าจะเติมไปได้ ให้สอดคล้องกับ นโยบายของเทศบาล หรือจังหวัด

(ประธานชุมชน คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...ส่วนใหญ่โครงการเป็นการป้องกันโรค เรายังขาดโครงการที่เน้นทางอารมณ์ ตัวกิจกรรมเป็นแบบเดิม ๆ ที่ทำมา อันใหม่ยังไม่ทำ เช่น การให้ผู้สูงอายุฝึกวาดภาพ ซึ่งจะเน้นทางด้านอารมณ์ สมาธิของเค้า การร้องเพลง สร้างอารมณ์สุขภาวะที่ดี ป้องกันความเครียด ลดการเกิดมะเร็ง การซื้อริชแรนดีให้ผู้ป่วยโรคหัวใจ

(นายกเทศมนตรีเทศบาลนคร, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

3.5 การจัดการเครือข่ายการสร้างความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาในส่วนนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง การทำงานเชิงรุกในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยเครือข่ายในพื้นที่ การปฏิบัติงานควรมีการดำเนินงานตลอดปี ไม่เน้นการทำงานแบบต่างคนต่างทำตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ขาดการสื่อสารภายในเครือข่ายในการทำโครงการหรือกิจกรรม หรือบ้างครั้งขาดการช่วยเหลือเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ รูปแบบการสื่อสารหรือประชาสัมพันธ์ควรมีการให้ข้อมูลหลากหลายทาง และขยายไปถึงองค์กรทั้งภาครัฐ เอกชน หน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชน ภาคประชาชน กลุ่มต่าง ๆ ที่อยู่ในพื้นที่ ซึ่งมีปัญหาสุขภาพ ทำให้ผู้รับการสนับสนุนเหล่านั้นเข้าถึงข้อมูลและเงินงบประมาณเพื่อสนับสนุนการจัดทำโครงการสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงเมื่อสนับสนุนแล้วเจ้าหน้าที่มีการติดตามได้อย่างไร การใช้เงินมีคุณภาพไหม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

...การทำงานเชิงรุกที่อาศัยเครือข่ายในพื้นที่ น่าจะมีการทำทั้งปี ไม่ใช่ให้ความรู้ที่
เวลาเมื่อเหตุการณ์ ต่างคนต่างทำ เพื่อทำให้ความเชื่อที่มีมาได้น้อยลง ประชาชนเห็น
ความสำคัญของปัญหา
(ผู้อำนวยการกองการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คนที่ 5, ผู้ให้สัมภาษณ์, 13 มิถุนายน 2561)

...ขาดการสื่อสารภายในเครือข่ายในการทำโครงการหรือกิจกรรม บางครั้งก็ปล่อยให้
แกนนำผู้สูงอายุทำกันเอง ประสิทธิภาพดีบ้าง ไม่ดีบ้าง
(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คนที่ 1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กรกฎาคม 2561)

...คนขอเงินเข้าไม่ถึง ต้องให้ข้อมูลหลากหลายทาง และขยายไปถึงภาคประชา
สังคม ต่าง ๆ ที่อยู่ในพื้นที่ แต่ปัญหาก็อยู่ที่เจ้าหน้าที่ของเราจะติดตามได้ขนาดไหน ดำเนิน
โครงการกันอย่างไร ใช้เงินอาจไม่มีคุณภาพตามที่วางไว้ได้
(ประธานชุมชนคนที่ 2, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...กลุ่มต่าง ๆ เข้ามาน้อย จริง ๆ แล้วกลุ่มต่าง ๆ ในพื้นที่มีเยอะมาก เช่น กลุ่มโรง
กลึง โรงไม้ ล้วนมีปัญหาสุขภาพทั้งนั้น ที่สำคัญผู้สูงอายุในชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมชาวไทย
เชื้อสายจีน กลุ่มร้องเพลง ซึ่งเห็นว่าเข้าไปได้น้อยมาก น่าจะขยายโครงการไปยังกลุ่มต่าง ๆ
ให้มากขึ้น
(นายกเทศมนตรีเทศบาลนคร, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...ความครอบคลุมของกลุ่มประชาชน หรือองค์กร สถานบริการชุมชน ชุมชน ยัง
น้อยอยู่ควรตั้งศักยภาพของกลุ่มเหล่านั้นมาร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ ให้เค้าอยู่ได้ มีคุณค่าใน
สังคม มีความสัมพันธ์แบบร่วมมือกัน
(ประธานชุมชน คนที่ 2, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

3.6 การจัดการทรัพยากร ผลการศึกษาในส่วนนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง ทรัพยากรที่มีอยู่
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ทั้งทั้งคน (Man) เงินงบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material)
และการจัดการ (management) ที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีอยู่มาก ควรมีจัดการให้ดี
ขึ้น เพื่อให้เงินงบประมาณกองทุนได้จัดสรรให้ผู้รับการสนับสนุน เสนอให้มีการนำชาวบ้าน หรือ
แกนนำมาฝึกหัดเขียนโครงการ และได้ทำโครงการตัวอย่าง หากโครงการไหนทำได้ดีก็ควรมีการ
พัฒนาอย่างต่อเนื่อง หากโครงการมีข้อปัญหาหรือไม่ดี เสนอแนะปรับปรุงให้ดีขึ้น โครงการที่จัดทำ

แนะนำให้จัดซื้ออุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ตัวอย่างเช่น การออกกำลังกาย ที่เน้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายในทุกชุมชน ทำให้เงินงบประมาณได้จัดสรรออกไปมากขึ้น รวมถึงการจัดการความร่วมมือของคณะกรรมการชุมชน ผู้ช่วยเหลือชุมชน อสม. และประชาชนที่สามารถทำโครงการในชุมชนต่าง โดยเน้นการสร้างเสริมป้องกันโรค นอกจากนี้ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีอยู่ในพื้นที่ ควรดำเนินโครงการลงไปทำกิจกรรมในชุมชน ไม่ดำเนินการอยู่เฉพาะในศูนย์เอง และอาศัยความร่วมมือจากโรงพยาบาล และวิทยาลัยพยาบาล เป็นต้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

...ทรัพยากรของเราทั้ง 4 M ไม่ว่าจะเป็น คนหรือ Man เงิน หรือ Money ที่มีเส้นเหลือ อุปกรณ์ หรือ Material และ Management หรือการจัดการ ควรสามารถจัดการให้ดีขึ้น เงินที่ค้างท่อสามารถออกได้เร็วขึ้น

(สมาชิกสภาเทศบาล คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...ต้องนำชาวบ้าน หรือแกนนำมาหัดเขียนโครงการ ฝึกเขียนไป ทำโครงการ ตัวอย่าง โครงการไหนดีก็พัฒนาต่อ ประเมินดู อันไหนไม่ดี ไม่เข้าทำก็ปรับปรุง ค่อย ๆ ทำไป ก็ดีขึ้น

(หัวหน้าหน่วยบริการสุขภาพชุมชนเมือง คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...เงินเราเหลือเยอะ อยากให้น้อยลง แนะนำให้ซื้ออุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ในการออกกำลังกาย ของเรามี 40 ชุมชน ชุมชนละ 10,000 บาทต่อโครงการ รวมแล้วก็ 400,000 บาท ใช้ประโยชน์ได้ เน้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังในชุมชน

(ประธานชุมชน คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...แต่ละชุมชนก็มีคณะกรรมการชุมชน มีผู้ช่วยเหลือ มีอสม. และประชาชนที่สามารถทำโครงการ เน้นการสร้างเสริมป้องกันโรค แต่ไม่ค่อยได้ร่วมมือกันเท่าไร ทำอย่างไรให้เข้ามาร่วมกัน เงินก็มีแล้ว วิธีการคือต้องให้ตระหนัก เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ เหมือนเป็นพ่อแม่เค้า

(ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ คนที่ 1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 23 มิถุนายน 2561)

...ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตที่มิ ก็ทำกิจกรรมตามโครงการเฉพาะในศูนย์ น่าจะออกไปทำโครงการ ในหมู่บ้านหรือชุมชน สถานที่ก็มี เงินก็มี เจ้าหน้าที่เทศบาลอาจจะไม่พอ ก็ขอความร่วมมือจากโรงพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลมาช่วย
(ผู้อำนวยการกองการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คนที่ 5, ผู้ให้สัมภาษณ์, 12 มิถุนายน 2561)

3.7 การจัดการความเป็นผู้นำ ผลการศึกษาในส่วนนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงตัวแทนที่เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการกองทุนทั้งในส่วน อสม. คณะกรรมการจากหลายส่วน หลายเครือข่ายมีความสามารถที่จะแสดงบทบาทของการเป็นตัวแทนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เช่น อสม. มีการแสดงบทบาทเป็นตัวแทนกรรมการทำการชี้แจงหรือให้ข้อมูลการสนับสนุนงบประมาณของ กองทุนในวาระการประชุมประจำเดือน ประธานชุมชนแสดงบทบาทการชักชวนให้ประธานชุมชนอื่น ๆ ทำโครงการให้สอดคล้องตามบริบทของแต่ละชุมชน และให้กรรมการชุมชนแสดงบทบาทผู้นำในชุมชนของตัวเอง โดยให้เจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงการจัดทำโครงการ นอกจากนี้ คณะกรรมการกองทุน ควรมีการจัดทำโครงการเป็นตัวอย่าง มี อสม. หรือคณะกรรมการชุมชน และผู้ช่วยเหลือชุมชนเข้ามาช่วยเหลือกัน ต่อไปจะได้ทำโครงการเองได้ มีการสร้างแรงบันดาลใจร่วมกัน นำเสนอผลงานในทุก ๆ ด้านทั้งผลลัพธ์ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค ร่วมกันแก้ไขปัญหา หรือช่วยกันหาทางเลือกเพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำโครงการ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

...ผมเอง เป็นตัวแทน อสม. คณะกรรมการที่มาเป็นนี้ก็มาจากหลายส่วน หลายเครือข่าย ก็สามารถที่จะแสดงบทบาทของการเป็นตัวแทนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เช่น อสม. ก็มีประชุมประจำเดือน ก็ชี้แจง อสม. ให้รู้ว่ามีเงินกองทุนสนับสนุน หรือประธานชุมชน ก็ชักชวนให้ทำโครงการสอดคล้องบริบทของแต่ละชุมชน ให้เจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง กรรมการชุมชนแสดงบทบาทผู้นำในชุมชนตัวเอง
(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คนที่ 2, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...พวกเรากันเองที่เป็นกรรมการ ก็ต้องเสนอโครงการเป็นตัวอย่าง ทำให้เค้าดู อสม. ก็จะช่วยหัวหน้า เค้าก็จะได้ทำโครงการเองตามปัญหาของชุมชนที่ได้เจอมา ประธานชุมชนก็มีหลายคน ในนี้ ให้ผู้ช่วยเหลือเข้ามาช่วยทำโครงการด้วย
(อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คนที่ 2, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...มาสร้างแรงบันดาลใจร่วมกัน ผลงานที่ได้มาอย่าเสนอของตัวอย่างเดียว แต่ที่ยังเป็นปัญหา อุปสรรค ต้องการแก้ไข ให้ช่วยทางออก เพื่อจัดการปัญหาให้คณะกรรมการมีส่วนร่วม ช่วยกันชี้แนะ ชี้นำ ร่วมกันแนวทาง ช่วยตัดสินใจ คนทำอาจตัดสินใจไม่ได้

(ประธานชุมชน คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

3.8 การประชาสัมพันธ์ ผลการศึกษาในส่วนนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง การดำเนินโครงการที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุ ควรมีการแสดงแนวคิด ทศนคติ วิธีการดำเนินงาน วัน เวลา ในจัดทำโครงการเพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์ให้ทั้งคณะกรรมการได้รับทราบ และหากมีปัญหาเกิดขึ้น ได้ช่วยกันแนะนำ หรือแก้ไขปัญหารวมทั้งสามารถกระจายข่าวหรือประชาสัมพันธ์ไปยังผู้สูงอายุในชุมชนได้ สำหรับในส่วนของการคณะกรรมการ หรือคณะทำงาน ควรมีกรรมการที่มาจากภาคส่วน หรือหน่วยงานอื่น ๆ เข้าร่วมด้วย เช่น ตัวแทนจากสำนักงานการศึกษา จะได้เข้ามาดูโครงการเกี่ยวกับโรงเรียน หรือตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุที่มาจากกลุ่มข้าราชการเกษียณที่มีความรู้ความสามารถ เพื่อทำหน้าที่สื่อสารสมาชิกในกลุ่ม เป็นการประชาสัมพันธ์การจัดทำโครงการให้ผู้สูงอายุด้วยได้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการสื่อสารระหว่างองค์กร ภาคส่วน กลุ่มต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วม ผ่านการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลาย ทำให้การสื่อสารได้เร็ว และสื่อสารมีความหมายให้ดีขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

...โครงการใหญ่ ๆ ควรมีการแสดงแนวคิด ทศนคติ วิธีการดำเนินงาน วันจัดทำโครงการเพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์ไปในตัว คณะกรรมการได้รู้ และได้ช่วยกันแนะนำ รวมถึงกระจายข่าวไปยังผู้สูงอายุในชุมชน

(รองนายกเทศมนตรี, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...ในชุดคณะกรรมการ หรือคณะทำงานก็ดึงกรรมการที่มาจากส่วนการงานอื่น ๆ ด้วยเช่น จากสำนักงานการศึกษา จะได้เข้ามาดูโครงการเกี่ยวกับโรงเรียน หรือผู้สูงอายุจากกลุ่มข้าราชการเกษียณที่มีความรู้ สามารถสื่อสารสมาชิกในกลุ่ม ก็จะเป็นการได้ประชาสัมพันธ์การทำโครงการให้ผู้สูงอายุด้วย

(ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ คนที่ 2, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...การสื่อสารระหว่างองค์กร ภาคส่วน กลุ่มต่าง ๆ ให้เข้ามาร่วมมือต้องให้กลับมาเมื่อก่อนนี้มีวี่แวงได้ คำขวัญ ได้รอกหู เช่น ยะลาสะอาด สะอาดคือยะลา ท่านทั้งเรากวาดอีกสิบชาติก็ไม่หมด ทุกคนได้ฟังอยู่บ่อย ๆ ก็จะช่วยกัน เป็นการประชาสัมพันธ์ ได้สื่อสารให้ดีขึ้น บรรลุได้เร็ว สื่อสารมีความหมาย

(ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

3.9 การติดตามและประเมินผล ผลการศึกษาในส่วนนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง การเชื่อมโยงของโครงการที่คณะกรรมการได้สนับสนุนเงินไปให้ผู้รับสนับสนุนการจัดทำโครงการสำหรับผู้สูงอายุ ควรมีกระบวนการติดตามตั้งแต่การอนุมัติโครงการ การดำเนินงาน และผลลัพธ์การดำเนินงาน ควรมีการนำเสนอผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการได้รับทราบ โดยเฉพาะกรณีโครงการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับงบประมาณจัดสรรมาก ผลของการดำเนินงานเป็นอย่างไร ระหว่างการดำเนินงานมีปัญหาอะไรบ้าง ทางคณะกรรมการจะได้มีข้อเสนอแนะ รับทราบผลการติดตามและประเมินผลทั้งในระหว่างการดำเนินงาน และภายหลังโครงการที่แล้วเสร็จ เพื่อให้คณะกรรมการได้พิจารณาตัดสินใจสำหรับการจัดสรรงบประมาณดำเนินการโครงการต่อในอนาคต รวมทั้งปรับปรุงรูปแบบการประเมินให้มีทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ และระยะเวลาของการประเมินให้เร็วขึ้น เป็นการประเมินรอบละ 3-6 เดือน และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

...ความเชื่อมโยงของโครงการที่เราสนับสนุนเงินให้ไป ไม่ได้มีโอกาสลงไปเยี่ยมชมโครงการ ตามคู่มือโครงการ ไปสุดทางตรงไหน สามารถเชื่อมโยงสุดปลายทางได้อย่างไร จะต้องทำให้การเชื่อมโยงจากเริ่มต้น จนสุดทางให้ได้

(สมาชิกสภาเทศบาล คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...บางโครงการไม่รู้จริง ๆ ว่าทำเมื่อไหร่ อยู่ ๆ ทำเสร็จแล้ว ควรมีการนำเสนอหรือพิธีเชิ่งงาน โดยเฉพาะกรณีโครงการใหญ่ ได้เติมเต็มบ้าง ได้ติดตาม ประเมินผลเห็นผลการดำเนินงาน

(หัวหน้าหน่วยบริการสุขภาพชุมชนเมือง คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...โครงการไหนดีจบแล้วมีการทำต่อ คณะติดตามถ้าโครงการไหนเสร็จแล้ว สรุปสั้น ๆ ให้ฟังเร็ว ๆ ปรับการติดตามประเมินรอบ 3-6 เดือน หรือปีละครั้งนานเกิน การติดตามประสิทธิภาพ ดูผลลัพธ์ เรามีเงิน ได้อนุมัติทำต่อเนื่อง

(สมาชิกสภาเทศบาล คนที่ 2, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

...การติดตามประเมินผล คงต้องปรับรูปแบบ ไม่ประเมินเฉพาะวันทำกิจกรรม อย่างเดียว ควรมีการประเมินในเชิงคุณภาพมากขึ้น อาจประเมิน 3 เดือน บางโครงการทำไป อยู่ที่ได้เดิม ขยะยังมีเหมือนเดิม บุหรี่ โฟม ก็ยังมี ควรขยับลงการติดตามให้ชัด ๆ มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

(ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ คนที่ 2, ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม, 19 มิถุนายน 2561)

4.3 การผสมผสานผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การศึกษาวิจัยเพื่อหาสาเหตุปัจจัยของระยะที่ 1 นี้ เป็นการดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณพร้อมกันกับเชิงคุณภาพโดยให้ความสำคัญกับการวิจัยทั้งสองแบบเท่า ๆ กัน การเก็บข้อมูลแบบเป็นอิสระต่อกัน ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่แยกจากกันโดยการวิจัยเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์เชิงสถิติ (Statistical analysis) โดยที่การวิจัยเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และสำหรับการแปลผลหรือการสรุปผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นการรวมผล (Merge) การวิจัยทั้งสองวิธีวิจัยเข้าด้วยกัน โดยใช้วิธีการผสานแบบฐานข้อมูลคู่ขนาน (The Parallel Databases Variant) ด้วยการคัดเลือกเอาผลการวิจัยที่เหมือนกันมาวิเคราะห์ เพื่อแสดงถึงความสอดคล้องกันของผลการวิจัยและนำข้อมูลที่ต่างกันมาเปรียบเทียบแบบประเด็นต่อประเด็นเพื่อสังเคราะห์เป็นผลการวิจัยในลักษณะของตารางสรุปผล รวมทั้งผู้วิจัยใช้วิธีการผสานแบบแปลงรูปข้อมูล (The Data-transformation Variant) ด้วยการนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพมาแปลงเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่ของรหัส (ปัจจัย) จากนั้นจึงนำผลลัพธ์ที่ได้ไปเปรียบเทียบกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหรือทำให้ผลการวิจัยนั้นสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ดังตาราง

ตาราง 21 การเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

ปัจจัย	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล		
	ผลการวิจัยเชิงปริมาณ	ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ	ความถี่ของรหัส
กระบวนการติดตามและประเมินผล	มีผลทางบวกต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 59.6 ($R\ Square = 0.596$) เมื่อคะแนนการติดตามและประเมินผล เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.315 คะแนน ($\beta = 0.315$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001	การเก็บรวบรวมข้อมูลของการดำเนินงาน เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับ และทำการตรวจสอบการดำเนินงานและผลการดำเนินงานเพื่อตัดสินใจ	31
กระบวนการจัดการทรัพยากร	มีผลทางบวกต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.9 เป็นร้อยละ 69.6 ($R\ Square\ Change = 0.099$, $R\ Square = 0.696$) เมื่อการจัดการทรัพยากร เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.247 คะแนน ($\beta = 0.247$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001	กระบวนการจัดการทรัพยากรที่นำทรัพยากรที่มีอยู่ของกองทุนที่สำคัญ ได้แก่ คน เงินงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านความร่วมมือของหลากหลายภาคส่วนอย่างเหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุด โดยการพัฒนาคอนให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น การสนับสนุนเงินให้กลุ่มหลากหลาย เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้มีระบบ เข้าถึง และใช้งานได้	23

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล			
ปัจจัย	ผลการวิจัยเชิงปริมาณ	ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ	
	เนื้อหา	ความถี่ของรหัส	
กลไกด้านความรู้	มีผลทางบวกต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.5 เป็นร้อยละ 72.0 (R Square Change = 0.025, R Square = 0.720) โดยเมื่อความรู้ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.132 คะแนน ($\beta = 0.132$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001	ความรู้ด้านการบริหารจัดการกองทุนและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุยังขาดความรู้ โดยเฉพาะการบริหารจัดการกองทุน ทั้งในเรื่องของระเบียบ วิธีการหรือกระบวนการของการทำงาน ทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ ทำให้เงินงบประมาณไม่ได้มีการสนับสนุนให้องค์กร หรือกลุ่มภาคส่วนต่าง ๆ	21
กระบวนการจัดการความ เป็นผู้นำ	มีผลทางบวกต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.015 เป็นร้อยละ 73.6 (R Square Change = 0.015, R Square = 0.736) โดยเมื่อการจัดการความ เป็นผู้นำ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน การอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.146 คะแนน ($\beta = 0.146$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001	คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน รวมทั้งตัวแทนแกนนำที่เข้ามาปรึกษาหารืออิทธิพลต่อกิจกรรมของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งบุคคลเหล่านั้นมีความสามารถ ทักษะ และกระบวนการของการเป็นผู้ดำเนินการชักจูง โน้มน้าวหรือสนับสนุนภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันทำงาน	18
กลไกด้านทรัพยากร	มีผลทางบวกต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.2 เป็นร้อยละ 74.8 (R Square Change = 0.012, R Square = 0.748) เมื่อกลไกด้าน	การได้มาของทรัพยากร โดยเฉพาะที่สำคัญ คือ ผู้ประสานงานกองทุน ต้องมีความรู้ ความสามารถทั้งการบริหารจัดการ ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ที่สำคัญคือสามารถสื่อสาร ประสานงานทั้งภายในและภายนอก	12

ปัจจัย	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล		
	ผลการวิจัยเชิงปริมาณ	ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ	
	เนื้อหา	ความถี่ของรหัส	
กระบวนการประชาสัมพันธ์	ทรัพยากร เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาล ผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.093 คะแนน ($\beta = 0.093$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05	เทศบาลได้เป็นอย่างดี ส่วนใหญ่แต่ละแห่งไม่มีเจ้าหน้าที่ทำงานเฉพาะกองทุนอย่างเดียว มีงานประจำต้องทำตาม บทบาทหน้าที่หลัก รวมทั้งเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ	27
	มีผลทางบวกต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.6 เป็นร้อยละ 75.4 (R Square Change = 0.006, R Square = 0.754) เมื่อการประชาสัมพันธ์ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะ เพิ่มขึ้น 0.113 คะแนน ($\beta = 0.113$) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05	เป็นกระบวนการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน องค์กรหรือกลุ่มภาคประชาชนที่ขอรับการสนับสนุน เพื่อสร้างความเข้าใจ และความร่วมมือ ตลอดจนความสัมพันธ์ที่ดี เพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุดำเนินการบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	
กระบวนการค้นหาปัญหา	มีผลทางบวกต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.5 เป็นร้อยละ 75.9 (R Square Change = 0.005, R Square = 0.759) เมื่อกระบวนการค้นหาปัญหา เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่าน	ไม่มีข้อมูล	-

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล			
ปัจจัย	ผลการวิจัยเชิงปริมาณ	ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ	ความถี่ของรหัส
		เนื้อหา	
กระบวนการจัดการเครือข่าย	ความร่วมมือนั้นจะเพิ่มขึ้น 0.100 คะแนน ($\beta = 0.100$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05	การสร้างความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อความสำเร็จของกองทุน สร้างความสัมพันธ์ และสร้างแนวร่วมเชิงนโยบายเพื่อการบริหารจัดการเครือข่าย มีลักษณะการทำงานแบบบูรณาการกัน การแลกเปลี่ยนทรัพยากรซึ่งกันและกัน ทุกคนร่วมกันรับผิดชอบ สามารถเข้าถึงเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสื่อสารภายในเครือข่าย	20
	ไม่มีข้อมูล		
กระบวนการจัดทำโครงการ	ไม่มีข้อมูล	โครงการที่ของงบประมาณต้องมีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่สำคัญทั้งการจัดบริการ กระบวนการ หรือกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ และรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ของหน่วยบริการ องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ควรพัฒนาบุคลากรที่มีความรู้ในการเขียนโครงการ การ	29

ปัจจัย	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
	ผลการวิจัยเชิงปริมาณ	ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ
		เนื้อหา
		ความถี่ของรหัส
กลไกด้านผู้นำ	ไม่มีข้อมูล	พัฒนาตัวอย่างโครงการ การพัฒนาข้อมูลที่สามารถใช้จริง เข้าถึงได้
	ไม่มีข้อมูล	ประชาชนกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น รวมกันผู้ได้รับมอบหมาย ต้องมีลักษณะของผู้นำที่สามารถ สร้างความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มี บารมี วิสัยทัศน์ รวมทั้งมีอิทธิพลเหนือผู้อื่น สามารถชักจูง สั่งการ หรือชี้นำบุคคลอื่นให้สามารถเข้าร่วมกันผลักดัน ให้เกิดโครงการทางด้านสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุน งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สู่ความสำเร็จได้ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ
กลไกด้านวัฒนธรรม องค์กร	ไม่มีข้อมูล	แนวทางการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่สร้างขึ้นจาก บุคคลที่เข้าร่วมภายในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่น มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และยึดถือปฏิบัติกันจน เป็นธรรมเนียมปฏิบัติในกองทุนนั้น โดยเฉพาะการเข้า มาร่วมกันทำงานของคณะกรรมการ อนุกรรมการ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล		
ปัจจัย	ผลการวิจัยเชิงปริมาณ	ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ
		เนื้อหาของ ความถี่ของรหัส
		หรือคณะทำงานที่มาจากหลากหลายภาคส่วน แสดงบทบาทหน้าที่ตามระเบียบที่กำหนด และบทบาทหน้าที่อื่นเพื่อประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ การร่วมกันพิจารณาแผนงาน โครงการ กิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีฉันทามติ เรียนรู้และพัฒนาร่วมกันเพื่อผลลัพธ์ขององค์กร สะท้อนถึงกระบวนการคิด การตัดสินใจ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กรหรือกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

จากตาราง 21 การเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมืองของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมืองของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเขต 12 ที่มีความสอดคล้องกันซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เป็นจำนวน 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) กระบวนการติดตามและประเมินผล 2) กระบวนการจัดการทรัพยากร 3) กลไกด้านความรู้ 4) กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ 5) กลไกด้านทรัพยากร และ 6) กระบวนการประชาสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไม่สอดคล้องกันจำนวนทั้งหมด 5 ปัจจัย โดยเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบเฉพาะในผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ในขณะที่ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพกลับไม่พบหรือส่วนเสริมปัจจัยอื่น ๆ จำนวน 1 ปัจจัย ได้แก่ กระบวนการค้นหาปัญหา และปัจจัยที่ส่งผลกระทบเฉพาะในผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในขณะที่ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณกลับไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) กลไกด้านผู้นำ และ 2) กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร ในขณะที่ปัจจัยที่ส่งผลกระทบเฉพาะในผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแต่ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณไม่ได้มีการนำปัจจัยทั้งสองมาทดสอบนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) กระบวนการจัดการเครือข่าย และ 2) กระบวนการจัดทำโครงการ ภาพ 11

ผลการวิจัยในส่วนนี้เป็นส่วนสำคัญตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ทำให้ทราบถึงระดับการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมืองของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ปัจจัยที่สอดคล้องกันนี้ เป็นการผานการวิจัยเชิงปริมาณดำเนินการไปพร้อมกันกับวิจัยเชิงคุณภาพ โดยให้ความสำคัญของการวิจัยทั้งสองแบบเท่า ๆ กัน เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหรือทำให้ผลการวิจัยสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และนำผลการวิจัยที่ได้จากระยะที่ 1 นี้ ไปใช้เพื่อพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 ต่อไป



ภาพ 11 การแสดงผลการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือ
ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ระดับท้องถิ่น เขต 12 จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

หมายเหตุ: → หมายถึง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า ผลการวิจัยมี
ความสอดคล้องกัน และมีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ

→ หมายถึง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า มีผลต่อการอภิบาลผ่าน
ความร่วมมือฯ

----> หมายถึง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า มีผลต่อการอภิบาลผ่าน
ความ ร่วมมือฯ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

การวิจัยในระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 โดยอาศัยข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และข้อมูลจากการการศึกษารายละเอียดในระยะที่ 1 เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้และประสิทธิผลในการปฏิบัติ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เป็นการดำเนินการโดยผู้วิจัยนำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยที่ได้จากระยะที่ 1 มาวางแผนและออกแบบร่างรูปแบบเพื่อนำไปทดลองปฏิบัติในพื้นที่ตัวอย่างของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเขตเมือง ในเขต 12 สงขลา ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

การพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เริ่มต้นด้วยผู้วิจัยได้ร่างกำหนดทิศทางของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในประเด็นผู้สูงอายุให้มีความสอดคล้องตามนโยบายด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ของทางเทศบาลนครยะลา นั่นคือ การพัฒนาด้านสาธารณสุข เน้นการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นหลัก อาศัยการส่งเสริมความร่วมมือด้านการแพทย์กับหน่วยงาน รวมทั้งการประยุกต์ใช้เครื่องมือวงจรคุณภาพเพื่อพัฒนาการบริหารงานคุณภาพอย่างยั่งยืนที่เรียกว่า วงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) หรือ Deming Cycle เป็นกรอบการดำเนินงานลงมือปฏิบัติที่ประกอบด้วย การวางแผนงาน การปฏิบัติงานตามแผน การตรวจสอบ และการปรับปรุงการดำเนินการ โดยเฉพาะการปฏิบัติงานตามแผนที่อาศัยตัวแปรจากการผลการวิจัยที่ได้จากระยะที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ปัจจัยหลักที่สอดคล้องกันระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (ประกอบด้วย 5 ปัจจัย คือ 1.1) กลไกด้านความรู้ 1.2) กระบวนการติดตามและประเมินผล 1.3) กระบวนการจัดการทรัพยากร 1.4) กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ และ 1.5) กระบวนการประชาสัมพันธ์ และ 2) ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่ผลการวิจัยไม่ได้สอดคล้องกัน แต่เป็นผลจากการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพส่วนใดส่วนหนึ่งและมีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา (ประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ 2.1) กลไกด้านทรัพยากร 2.2) กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร 2.3) กระบวนการค้นหาปัญหา และ 2.4) กระบวนการจัดการเครือข่าย) มาเป็นวิธีการดำเนินงาน/การพัฒนา ภายใต้ระบบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกัน

สุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 รวมทั้งหมด 9 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) กลไกด้านความรู้ (ปัจจัยหลัก) 2) กลไกด้านทรัพยากร และ 3) กลไกด้านวัฒนธรรม และปัจจัย กระบวนการ 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) กระบวนการค้นหาปัญหา 2) กระบวนการจัดการทรัพยากร (ปัจจัยหลัก) 3) กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ (ปัจจัยหลัก) 4) กระบวนการประชาสัมพันธ์ (ปัจจัยหลัก) 5) กระบวนการจัดการเครือข่าย และ 6) กระบวนการติดตามและประเมินผล (ปัจจัยหลัก)

กระบวนการร่างรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขต เมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา สามารถดำเนินการตามกรอบวงจรคุณภาพ กลยุทธ์/กลวิธี วิธีการปฏิบัติ รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวางแผน (Plan)

กลยุทธ์ของการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การกำหนดโครงสร้างทีมงาน และ มอบหมายความรับผิดชอบ 2) การสำรวจสถานการณ์ปัจจุบันของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล นครยะลา ทั้งในด้านประสิทธิผลของการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร (ความรู้ความเข้าใจ) ด้านงบประมาณ และ 3) การวางแผนเพื่อการปฏิบัติงาน (DO) อาศัยวิธีการปฏิบัติงานที่ประกอบด้วย 1) การประชุมมอบหมายหน้าที่การรวบรวมข้อมูล และเอกสารต่าง ๆ และ 2) การประชุมนำเสนอ ข้อมูลแก่คณะกรรมการเลขานุการ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา

2. การปฏิบัติตามแผน (DO)

การปฏิบัติตามแผน อาศัยระบบของการบริหารจัดการที่สำคัญ 2 ส่วนหลัก คือ ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการบริหารจัดการ ในส่วนของ**ปัจจัยนำเข้า** ประกอบด้วย 3 กลไกการขับเคลื่อน ดังนี้

2.1 กลไกด้านความรู้ กลยุทธ์ของการดำเนินงาน ประกอบด้วย การรวบรวมองค์ความรู้ทั้งมิติการบริหารจัดการและการสร้างเสริมสุขภาพมาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงความรู้ มีการนำไปใช้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ อาศัยวิธีการปฏิบัติงานที่ประกอบด้วย 1) การจัดทำคู่มือการบริหารจัดการกองทุน 2) การประชุมคณะอนุกรรมการต่าง ๆ และคณะกรรมการบริหารกองทุน 3) การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ และการศึกษาดูงาน 4) การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุน การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภาวะเปราะบาง และการศึกษาดูงาน 5) การจัดทำเอกสารความรู้ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภาวะเปราะบาง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อมูลสุขภาพ 6) การจัดทำโครงการตัวอย่างที่สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 7) การประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถ่ายทอดองค์ความรู้ซึ่งกันและกันของคณะกรรมการ และ 8) การนำเสนอ

โครงการแห่งการเรียนรู้ ผ่านระบบพี่เลี้ยง คลินิกโครงการการจัดอบรมการเขียนโครงการ และการทัวร์ชุมชน เป็นต้น

2.2 กลไกด้านทรัพยากร กลยุทธ์ของการดำเนินงาน ประกอบด้วย การกำหนดและคัดเลือกเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่สำคัญทั้งคน เงินงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการที่มีคุณภาพ เหมาะสม และเพียงพอ อาศัยวิธีการปฏิบัติงานที่ประกอบด้วย 1) การกำหนดโครงสร้างหน่วยงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ 2) การคัดเลือกคณะกรรมการบริหารกองทุนตามระเบียบที่กำหนด และดำเนินการด้วยความถูกต้อง โปร่งใส และได้บุคคลที่มีความรู้ความสามารถ 3) การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานด้วยความถูกต้อง โปร่งใส เหมาะสม เพียงพอ และเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ 4) การสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 5) การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ที่เหมาะสม เพียงพอ ทันสมัย และสามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง และ 6) การจัดการระบบภายในของกองทุนหลักประกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและ

2.3 กลไกด้านวัฒนธรรม) กลยุทธ์ของการดำเนินงาน ประกอบด้วย การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และยึดถือปฏิบัติกันจนเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของกองทุนเพื่อประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ อาศัยวิธีการปฏิบัติงานที่ประกอบด้วย 1) การประชุมคณะกรรมการ อนุกรรมการ หรือคณะทำงาน อาศัยกระบวนการคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล และรับฟังข้อคิดเห็นซึ่งกันและกัน และมีการจัดประชุมอย่างต่อเนื่อง 2) การแสดงบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการของตามระเบียบที่กำหนด และมีการสร้างบทบาทหน้าที่อื่นเพื่อประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ 3) การประชุมเพื่อพิจารณาแผนงาน โครงการ กิจกรรมต่าง ๆ บนฐานของข้อมูลที่ต้องเป็นสำคัญ และพิจารณาอย่างฉันทามติ 4) การพิจารณาอนุมัติโครงการของคณะกรรมการ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะอนุกรรมการถ่วงถ่วง และการติดตามประเมินผลโดยคณะอนุกรรมการติดตามและประเมินผล และ 5) การทำงานร่วมกันในลักษณะของความเป็นทีม พึ่งพาช่วยเหลือกัน และมีความไว้วางใจกัน

สำหรับการปฏิบัติตามแผน ในส่วนของกระบวนการ ประกอบด้วยกระบวนการของการปฏิบัติดังนี้

1. กระบวนการค้นหาปัญหาต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลยุทธ์ของการดำเนินงาน ประกอบด้วย กระบวนการค้นหาปัญหา การสืบค้น สืบค้น ทำความเข้าใจ และวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อาศัยวิธีการปฏิบัติงานที่ประกอบด้วย 1) การสืบค้น สืบค้น รวบรวมทำความเข้าใจ และวิเคราะห์ข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ 2) การประชุมและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานะสุขภาพต่อคณะกรรมการและร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา รวมทั้งร่วมกันเสนอแนะแนวทางแก้ไขที่สามารถนำไปจัดการได้ 3) การประชุมและนำเสนอสถานะสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่แก่ผู้รับการสนับสนุน งบประมาณ นำไปจัดทำโครงการตามความต้องการ และสามารถดำเนินการได้

2. กระบวนการจัดการทรัพยากร กลยุทธ์ของการดำเนินงาน ประกอบด้วย การจัดการ หรือการนำทรัพยากรของกองทุนที่มีอยู่ทั้งคน (Man) เงินงบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และการจัดการ (management) มาใช้ให้ เกิดประโยชน์สูงสุด อาศัยวิธีการปฏิบัติงานที่ ประกอบด้วย 1) มีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน แกนนำ เครือข่ายต่าง ๆ ให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นในการจัดการโครงการ 2) มีการสนับสนุนงบประมาณให้มีความหลากหลายของกลุ่มผู้รับเงินสนับสนุน ทั้งหน่วยบริการ องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 3) มีการปรับปรุงเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้มีระบบ สามารถใช้งานให้เกิดประโยชน์สูงสุด 4) มีการบูรณาการวิธีการและการดำเนินงาน ตามความสมัครใจหรือความสนใจของผู้สูงอายุในทุกระดับและทุกประเภทของกลุ่มผู้รับสนับสนุนงบประมาณ

3. กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ กลยุทธ์ของการดำเนินงาน ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ รวมทั้งตัวแทนแกนนำที่เข้ามามีบทบาทหรืออิทธิพลต่อกิจกรรมของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อาศัยวิธีการปฏิบัติงานที่ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน รวมทั้งตัวแทนแกนนำให้มีความสามารถ ทักษะ และสร้างความเป็นผู้นำในการชักจูง โน้มน้าวหรือสนับสนุนภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันทำงาน 2) การสร้างความเชื่อมั่นให้คนในชุมชนยอมรับจากการเป็นผู้นำโครงการต่าง ๆ ไปดำเนินการ 3) การนำเสนอรายละเอียดของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากงบประมาณของกองทุนในการประชุมเวทีต่าง ๆ

4. กระบวนการประชาสัมพันธ์ กลยุทธ์ของการดำเนินงาน ประกอบด้วย การสื่อสาร และประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของกองทุน ผ่านคณะกรรมการ การประชุมเวทีต่าง ๆ การจัดประชุมชี้แจง และการพัฒนารูปแบบการสื่อสารตามบริบทของพื้นที่ อาศัยวิธีการปฏิบัติงานที่ประกอบด้วย 1) การสื่อสารและประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผ่านคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน แกนนำเครือข่าย 2) การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ในการประชุมเวทีต่าง ๆ ทั้งของคณะผู้บริหารของทางเทศบาล การประชุมของคณะกรรมการชุมชน การประชุมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน รวมทั้งการประชุมขององค์กร ภาคส่วนต่าง ๆ ผู้รับสนับสนุนงบประมาณ 3) การสื่อสารและประชาสัมพันธ์โดยตรงด้วยการจัดประชุมชี้แจงในส่วนกลาง ชุมชน และหน่วยงาน 4) การพัฒนารูปแบบการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายช่องทางอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์ สื่อวิทยุกระจายเสียง และวิทยุชุมชน

5. กระบวนการจัดการเครือข่าย กลยุทธ์ของการดำเนินงาน ประกอบด้วย กระบวนการจัดการเครือข่าย การกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมทรัพยากร และการระดมความคิดเห็น เพื่อสร้างความร่วมมือของเครือข่ายต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อาศัยวิธีการปฏิบัติงานที่ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสารภายในเครือข่ายเพื่อกำหนดเป้าหมายสู่การพัฒนาแผนงาน โครงการ กิจกรรม เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ 2) การแลกเปลี่ยนทรัพยากรขององค์กรในเครือข่าย โดยใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างคุ้มค่า เกิดประโยชน์สูงสุด และประหยัดงบประมาณ 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสารภายในเครือข่ายเพื่อพัฒนากระบวนการของกิจกรรม โครงการที่สอดคล้องต่อความต้องการของผู้สูงอายุ 4) สนับสนุนเครือข่ายในพื้นที่จัดทำโครงการ ขอสนับสนุนงบประมาณ และดำเนินกิจกรรมโครงการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจนบรรลุตามวัตถุประสงค์

6. กระบวนการติดตามและประเมินผล กลยุทธ์ของการดำเนินงาน ประกอบด้วย การวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลของการดำเนินงาน เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับ และทำการตรวจสอบการดำเนินงานและผลการดำเนินงานเพื่อตัดสินใจ อาศัยวิธีการปฏิบัติงานที่ประกอบด้วย 1) การจัดทำแผนการติดตามโครงการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ 2) คณะอนุกรรมการติดตามประเมินผลโครงการ และมีการปฏิบัติงานติดตามโครงการอย่างต่อเนื่อง 3) กระบวนการติดตามผลการดำเนินงานโครงการ ตั้งแต่การรวบรวมผลการดำเนินงาน การประเมินผลโครงการมีความสอดคล้องตามตัวชี้วัด และผลสำเร็จเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน 4) การนำเสนอสรุปผลการดำเนินงานโครงการต่อคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ และมีการแสดงความคิดเห็นผลการดำเนินงาน การเสนอขอปรับปรุงหรือพัฒนา และการเป็นต้นแบบของการดำเนินงานโครงการต่อไป

3. การตรวจสอบ (Check) กลยุทธ์ของการดำเนินงาน ประกอบด้วย การตรวจสอบการปฏิบัติงาน การตรวจสอบผลการเปลี่ยนแปลง การตรวจผลลัพธ์ตามเป้าหมาย อาศัยวิธีการปฏิบัติงานที่ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบการปฏิบัติตามวิธีการดำเนินงานหรือการพัฒนาที่กำหนดไว้หรือไม่อย่างไร 2) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติเป็นอย่างไร (ผลดำเนินการมีข้อดี ปัญหา และส่งผลกระทบอย่างไร ข้อมูลเหล่านี้มีความจำเป็นต้องนำมาวิเคราะห์ และผลลัพธ์ที่ได้มีความสอดคล้องตามการวางแผนในขั้นตอนที่ 1 (เป็นการช่วยให้กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลาสามารถตรวจสอบประสิทธิภาพของวิธีการแก้ปัญหาที่นำมาใช้ และสรุปผลการดำเนินงาน) 3) การตรวจสอบผลลัพธ์ของรูปแบบที่วางไว้ ทั้งประสิทธิผลของการดำเนินงาน คุณภาพความสัมพันธ์ การรับรู้มุมมองความคิดเห็น และความเหนียวแน่นของเครือข่าย และ 4) การประชุมติดตามการดำเนินงาน และการนำเสนอผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการบริหารกองทุน

4. การปรับปรุงการดำเนินงาน (Act) กลยุทธ์ของการดำเนินงาน ประกอบด้วย การจัดทำข้อสรุปที่ได้มาจากการทดลองนำร่างรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ไปปฏิบัติอาศัยวิธีการปฏิบัติงานที่ประกอบด้วยการประชุมจัดทำข้อสรุปของการดำเนินงาน และการนำเสนอผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการบริหารกองทุน

ขั้นตอนที่ 2 การยืนยันรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

อาศัยวิธีการเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการระดมสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ คณะทำงานผู้สูงอายุ และคณะกรรมการกองทุนฯ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อร่างรูปแบบจนได้ต้นแบบของรูปแบบเพื่อนำไปทดลองปฏิบัติตามที่ได้วางกรอบไว้ โดยจัดการระดมสมองเป็นจำนวน 3 กลุ่ม รวมทั้งหมด 45 คน ในกลุ่มเป้าหมาย คือ

1. การจัดการระดมสมองความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ ในพื้นที่เทศบาลนครยะลา โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 12 คน
2. การจัดการระดมสมองความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจาก คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 16 คน
3. การจัดการระดมสมองความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 17 คน

การยืนยันร่างรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ผ่านการระดมสมองจาก 3 กลุ่มดังกล่าวทำการสรุป และข้อเสนอผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลาซึ่งได้วางแผนกำหนดแนวนโยบายด้านการพัฒนาสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม “การสร้างเสริมสุขภาพสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ (Healthy Ageing)” ภายใต้วิสัยทัศน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลาที่ว่า “ผู้สูงอายุทุกคนสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการบริหารจัดการงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลาที่มีประสิทธิภาพ” สำหรับพันธกิจที่กำหนดไว้คือ การพัฒนาให้กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา มีระบบบริหารจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพ ภายใต้ความร่วมมือและสร้างความเป็นเจ้าของของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลพื้นฐานเชิงรุก คลอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่

เป้าประสงค์หลักของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา คือ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลาได้รับบริการหรือกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา โดยมีตัวชี้วัดตามเป้าประสงค์หลัก คือ กองทุน

หลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา สนับสนุนงบประมาณเพื่อการจัดบริการกระบวนการ หรือ กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 25 และการจัดกระบวนการหรือ กิจกรรมตามโครงการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุให้มีความสอดคล้องตามยุทธศาสตร์หลัก 5 ประการ คือ 1) ความมุ่งมั่นต่อปฏิบัติการ (Commit to action) การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมี สุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ 2) การจัดระบบสุขภาพเพื่อสอดคล้องกับความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ (Align health systems to the needs of older populations) 3) การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Develop age-friendly environments) 4) การสร้างความเข้มแข็งในการดูแล ระยะยาว (Strengthen long-term care) และ 5) ปรับปรุงการประเมินผล การติดตามและการวิจัย (Improve measurement, monitoring, and research)

ผลการยืนยันการปฏิบัติตามแนวทางของรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้าง เสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 จะเห็นว่า ผู้เข้าร่วมระดมสมองทั้ง 3 กลุ่ม จำนวน 45 คนเห็นด้วยทั้งหมด ต่อภาพรวมของรูปแบบซึ่งเป็นกรอบ ที่แสดงถึงโครงสร้างและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือกลยุทธ์ ที่นำมาจัดการได้แก่ ปัจจัยนำเข้า หรือกลไกการขับเคลื่อน กระบวนการของความร่วมมือ และผลลัพธ์ของความร่วมมือ รวมถึงบริบทที่ เกี่ยวข้อง ที่สอดคล้องต่อนโยบาย และสามารถนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้ ภาพรวมระบบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือที่ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้าหรือกลไกการขับเคลื่อน กระบวนการของความร่วมมือ และผลลัพธ์ของรูปแบบดังกล่าวมี ความเห็นด้วยทั้งหมดเช่นกัน รวมทั้ง กลยุทธ์ และผลลัพธ์ของรูปแบบมีความเห็นด้วยทั้งหมด เช่นเดียวกัน ซึ่งการปฏิบัติแต่ละกลยุทธ์มีความเชื่อมโยงต่อกัน และส่งผลต่อผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือระยะเวลาที่สามารถปฏิบัติให้เกิดขึ้นได้ (ตาราง 22)

ตาราง 22 จำนวน และร้อยละการระดมสมองแสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

รายละเอียดของรูปแบบ	ผลการยืนยันแสดงความคิดเห็น (n = 45 คน)	
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ภาพรวมของรูปแบบ		
1. รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือฯ เป็นกรอบที่แสดงถึงโครงสร้างและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือกลยุทธ์ ที่นำมาจัดการได้แก่ ปัจจัยนำเข้าหรือกลไกการขับเคลื่อน กระบวนการของความร่วมมือ และผลลัพธ์ของความร่วมมือ รวมถึงบริบทที่เกี่ยวข้อง ที่สอดคล้องต่อนโยบาย และสามารถนํานโยบายสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ	45 (100)	0 (0)
ภาพรวมระบบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ		
1. ปัจจัยนำเข้าหรือกลไกการขับเคลื่อนประกอบ ด้วย กลไกด้านทรัพยากร กลไกความรู้การบริหารจัดการและการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งกลไกวัฒนธรรมองค์กร	45 (100)	0 (0)
2. กระบวนการความร่วมมือ ประกอบด้วย การค้นหาปัญหา การจัดการความเป็นผู้นำ การจัดการทรัพยากร การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ การจัดการเครือข่าย และการติดตามประเมินผล	45 (100)	0 (0)
3. ผลลัพธ์ของความร่วมมือ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพ คุณภาพ ความสัมพันธ์ การรับรู้มุมมองความคิดเห็น และความเหนียวแน่นของเครือข่าย	45 (100)	0 (0)
กลยุทธ์		
กลยุทธ์ที่ 1 กลไกด้านทรัพยากร	45 (100)	0 (0)
กลยุทธ์ที่ 2 กลไกด้านความรู้	45 (100)	0 (0)
กลยุทธ์ที่ 3 กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร	45 (100)	0 (0)

รายละเอียดของรูปแบบ	ผลการยืนยันแสดงความ คิดเห็น (n = 45 คน)	
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
กลยุทธ์ที่ 4 กระบวนการค้นหาปัญหา	45 (100)	0 (0)
กลยุทธ์ที่ 5 การพัฒนาศักยภาพความเป็นผู้นำ	45 (100)	0 (0)
กลยุทธ์ที่ 6 การพัฒนาการจัดการทรัพยากร	45 (100)	0 (0)
กลยุทธ์ที่ 7 การพัฒนาการประชาสัมพันธ์	45 (100)	0 (0)
กลยุทธ์ที่ 8 กระบวนการจัดการเครือข่าย	45 (100)	0 (0)
กลยุทธ์ที่ 9 การพัฒนากระบวนการติดตามและประเมินผล	45 (100)	0 (0)
ผลการอภิบาลผ่านความร่วมมือ		
1. ประสิทธิภาพ	45 (100)	0 (0)
2. คุณภาพความสัมพันธ์	45 (100)	0 (0)
3. การรับรู้มุมมองที่กว้างขึ้น	45 (100)	0 (0)
4. ความเหนียวแน่นของเครือข่าย	45 (100)	0 (0)

นอกจากนี้การยืนยันการปฏิบัติตามแนวทางของรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 มีรายละเอียดข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากผลการระดมสมองที่เห็นว่า รูปแบบที่ได้เห็นความร่วมมือของกรรมการหรือผู้เกี่ยวข้อง มีความช่วยเหลือกัน สร้างความเหนียวแน่นสามัคคี ทำให้มีการทำงานเป็นทีม มีแนวทางการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม และพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ผ่านกลยุทธ์ที่สำคัญทั้ง 9 ด้าน และทำให้เกิดผลลัพธ์ทั้ง 4 ด้าน รูปแบบนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และสามารถแก้ไขปัญหา หรือสามารถอภิบาลผ่านความร่วมมือให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านกลยุทธ์ที่สำคัญทั้ง 9 ด้าน และทำให้เกิดผลลัพธ์ทั้ง 4 ด้าน สร้างความเหนียวแน่นสามัคคี เกิดความสัมพันธ์ที่ดี เห็นมุมมองการบริหารจัดการ การทำงานที่เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...มีความเห็นด้วยกับกลยุทธ์ทั้ง 9 ข้อ และได้เห็นว่าเราต้องทำอะไรที่ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะการสื่อสารประชาสัมพันธ์ รวมถึงวัฒนธรรมในองค์กรที่มีลำดับขั้นตอนตลอดมา และให้อิสระต่อกรรมการแสดงความคิดเห็น ได้แสดงบทบาทหน้าที่ตัวเอง

(รองนายกเทศมนตรีเทศบาลนคร, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

...รูปแบบนี้ดี เห็นความร่วมมือของกรรมการหรือผู้เกี่ยวข้อง เห็นความตั้งใจของผู้วิจัย เราต้องช่วยเหลือกัน สร้างความเหนียวแน่นสามัคคี ทำงานเป็นทีม ขอบคุณที่มีวิจัยดี ดีมาทำจริงให้เห็นเป็นรูปธรรม อยากให้ทำสานต่อให้ดียิ่งขึ้น

(สมาชิกสภาเทศบาล คนที่ 2, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

...นำรูปแบบการอภิบาลความร่วมมือฯ นี้ มาเป็นแบบหลักในการปฏิบัติงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพได้เลย และควรมีการสรุปและถอดบทเรียน จากการศึกษาปฏิบัติตามรูปแบบการอภิบาลฯ เป็นระยะ ๆ เพื่อจะได้มีการปรับปรุงพัฒนา และประเมินผลประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานตามรูปแบบการอภิบาลฯ ว่ามากน้อย เพียงใด

(พยาบาลวิชาชีพ คนที่ 5, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

...มีรูปแบบแนวทางแบบนี้ เราทำงานกันอย่างสามัคคี ช่วยเหลือกันได้ สนับสนุนกัน มาประชุมกัน แก้ไขปัญหาร่วมกัน ความสัมพันธ์ดี ๆ มันก็ช่วยให้มีโครงการถึงผู้สูงอายุ

(พยาบาลวิชาชีพ คนที่ 2, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

...รู้สึกใช้เลยที่เห็นรูปแบบนี้ มีต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ เห็นมุมมองของผู้วิจัย เห็นมุมมองของพวกเรา ที่แน่ ๆ ผมเองได้มุมมองของการบริหารเลยว่ามีไรบ้าง เราควรทำอะไรต่อ จะทำอะไรเพื่อให้เกิดโครงการสำหรับผู้สูงอายุ รู้สึกชื่นใจที่ได้ทำงานร่วมกัน

(กรรมการชมรมผู้สูงอายุ คนที่ 3, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 23 สิงหาคม 2561)

...ควรมีการระดมสมองจากบุคคลต่าง ๆ บ่อย ๆ เพื่อพัฒนาระบบการทำงานในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ได้เห็นมุมมองต่าง ๆ แนวคิดใหม่ ๆ มากขึ้น

(กรรมการชมรมผู้สูงอายุ คนที่ 8, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 23 สิงหาคม 2561)

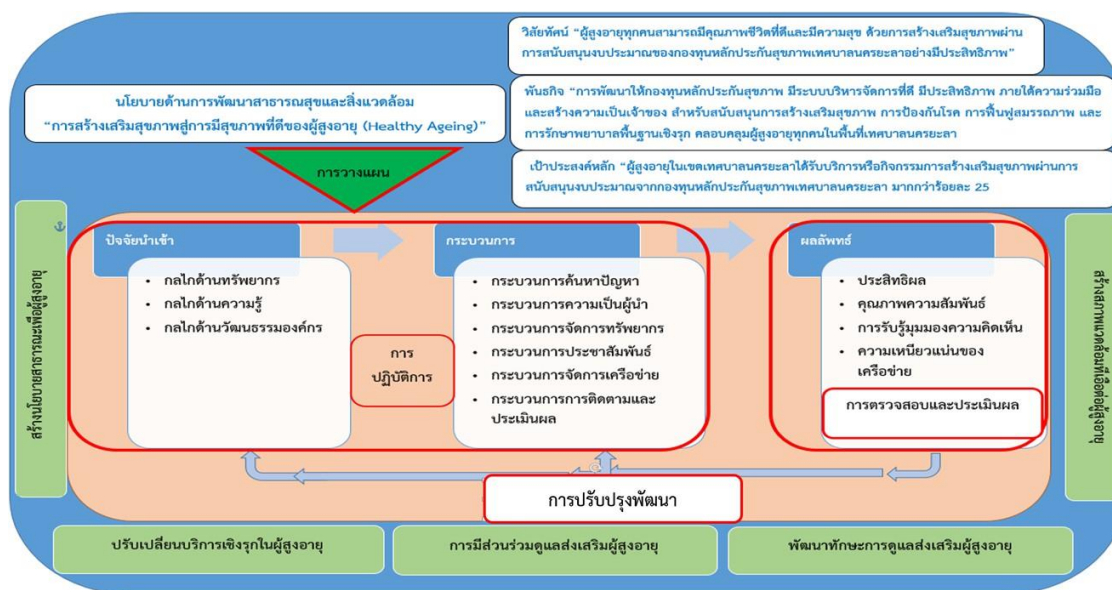
จากการพัฒนาและยืนยันรูปแบบ ได้ข้อสรุปรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เป็นกรอบที่แสดงถึงโครงสร้างและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือกลยุทธ์ ที่นำมาจัดการ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้าหรือกลไกการขับเคลื่อน กระบวนการของความร่วมมือ และผลลัพธ์ของความร่วมมือ รวมถึงบริบทที่เกี่ยวข้อง ที่สอดคล้องต่อนโยบาย และสามารถนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ภายใต้ระบบของความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เข้ามาร่วมดำเนินงานในรูปของ คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน รวมถึงกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของผู้สูงอายุ มีการตัดสินใจร่วมกัน มีความมุ่งมั่นต่อแนวทางปฏิบัติร่วมกัน เพื่อความสำเร็จของการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมตามโครงการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุให้มีความสอดคล้องตามนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุด้วยยุทธศาสตร์หลัก 5 ประการคือ 1) ความมุ่งมั่นต่อปฏิบัติการการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ 2) การจัดระบบสุขภาพเพื่อสอดคล้องกับความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 4) การสร้างความเข้มแข็งในการดูแลระยะยาว และ 5) การปรับปรุงการประเมินผล การติดตามและการวิจัย อาศัยระบบที่มีความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือกลยุทธ์ ที่นำมาจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้กรอบวงจรคุณภาพ PDCA เพื่อพัฒนาการนำนโยบายสู่การปฏิบัติและการประเมินผล ประกอบด้วย 1) การวางแผนงาน 2) การปฏิบัติงานตามแผน ด้วยการนำกลยุทธ์ซึ่งได้แก่ ปัจจัยนำเข้าหรือกลไกการขับเคลื่อน (ประกอบด้วย 1) กลไกด้านทรัพยากร 2) กลไกด้านความรู้ 3) กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร) ผ่านกลยุทธ์ด้านกระบวนการที่สำคัญ (ประกอบด้วย 1) กระบวนการค้นหาปัญหา 2) กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ 3) กระบวนการจัดการทรัพยากร 4) กระบวนการประชาสัมพันธ์ 5) กระบวนการจัดการเครือข่าย และ 6) กระบวนติดตามและประเมินผลนำไปสู่การตรวจสอบ ผลลัพธ์ของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (ประกอบด้วย 1) ประสิทธิภาพ 2) คุณภาพความสัมพันธ์ 3) การรับรู้มุมมองความคิดเห็น และ 4) ความเหนียวแน่นของเครือข่าย) และกลยุทธ์เหล่านั้นสามารถ ย้อนกลับสู่การปรับปรุงการดำเนินการ หรือพัฒนาให้มีความเหมาะสม และประสิทธิภาพต่อไป สามารถแสดงรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 (ภาพ 12)

ข้อสรุปการยืนยันรูปแบบ รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เป็นกรอบที่แสดงถึงโครงสร้างและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือกลยุทธ์ ที่นำมาจัดการ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้าหรือกลไกการขับเคลื่อน กระบวนการของความร่วมมือ และผลการอภิบาลผ่านความร่วมมือที่สอดคล้อง

ต่อนโยบาย และสามารถนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ทั้งนี้การตรวจสอบ ผลประเมินการนำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ผลการประเมินในด้านประสิทธิผล คุณภาพความสัมพันธ์ของการทำงาน มุมมองความคิดเห็น และความเหนียวแน่นขององค์กร ของความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพของความร่วมมือ หมายถึง การบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของกองทุนที่คาดหวังไว้ โดยอาศัยความร่วมมือในการทำงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ เงินคงเหลือในปีงบประมาณลดลง สัดส่วนการใช้จ่ายเทียบรายรับที่ได้รับในปีงบประมาณ และสัดส่วนการใช้จ่ายเทียบรายรับทั้งหมดเพิ่มขึ้น จำนวนโครงการสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และโครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ คุณภาพความสัมพันธ์ของการทำงาน เป็นการคำนึงถึงผลประโยชน์ร่วมกันระหว่างหน่วยงาน กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกองทุน และเป็นปัจจัยสำคัญสู่ผลลัพธ์ของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกองทุน ส่วนการรับรู้มุมมอง เป็นการรับรู้ถึงความคิดเห็น หรือทัศนคติของแต่ละบุคคลที่มีต่อความร่วมมือกันทำงานระหว่างหน่วยงาน กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกองทุน และความเหนียวแน่นของเครือข่ายความร่วมมือ เป็นการคำนึงถึงความสนใจและยอมรับซึ่งกันและกัน ระหว่างองค์กร กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มของกองทุนฯ และส่งผลต่อแรงจูงใจกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ หรือช่วยเหลือกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกองทุนที่ตั้งไว้



ภาพ 12 รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 กรณีตัวอย่างกองทุนหลักประกันสุขภาพ
เทศบาลนครยะลา

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

การศึกษาในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ไปทดลองใช้ในพื้นที่ตัวอย่าง โดยรูปแบบที่นำลงสู่การปฏิบัติหรือทดลองใช้ได้ผ่านการระดมสมองยืนยันรูปแบบจากการศึกษาระยะที่ 2 การดำเนินงานอาศัยกรอบวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ลงสู่การปฏิบัติภายใต้สภาพการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นจริง เพื่อตรวจสอบและประเมินความเหมาะสม ตามผลการอภิบาลผ่านความร่วมมือและได้ทราบถึงปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการนำไปใช้ โดยพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในเขตเมืองตัวอย่าง คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ระยะเวลาการดำเนินงาน ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2561 ถึง พฤษภาคม 2562 (รวมระยะเวลา 12 เดือน)

การนำรูปแบบสู่การปฏิบัติอาศัยกรอบวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ประกอบด้วย 1) การวางแผนการ (Plan) 2) การปฏิบัติตามแผน (Do) ภายใต้ระบบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยมีปัจจัยนำเข้าหรือกลยุทธ์การขับเคลื่อน ได้แก่ 1) กลไกด้านทรัพยากร 2)

กลไกด้านความรู้ 3) กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร ต่อมาคือกระบวนการขับเคลื่อนผ่านกลยุทธ์ที่สำคัญ ได้แก่ 1) กระบวนการค้นหาปัญหา 2) กระบวนการความเป็นผู้นำ 3) กระบวนการจัดการทรัพยากร 4) กระบวนการประชาสัมพันธ์ 5) กระบวนการจัดการเครือข่าย และ 6) การพัฒนากระบวนการติดตามและประเมินผล ภายหลังการปฏิบัติตามแผนนำสู่ 3) การตรวจสอบและการประเมินผล (Check) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของระยะนี้ เพื่อประเมินการปฏิบัติงาน และผลการอภิบาลผ่านความร่วมมือที่กำหนดไว้ ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพ 2) คุณภาพความสัมพันธ์ 3) การรับรู้มุมมองความคิดเห็น และ 4) ความเหนียวแน่นของเครือข่ายการนำเสนอด้วยข้อมูลผลงาน และข้อมูลการระดมสมองและสุดท้าย คือ 4) การปรับปรุงการดำเนินการอย่างเหมาะสม (Act) สามารถนำเสนอกระบวนการสู่การประเมินผลรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมืองของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)

ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรของหน่วยงานสำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครยะลาได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้างานกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา ได้จัดให้มีการประชุมภายในเพื่อมอบหมายหน้าที่การรวบรวมข้อมูล การสำรวจสถานการณ์ปัจจุบันของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา ทั้งในด้านประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร (ความรู้ ความเข้าใจ) ด้านงบประมาณ และเอกสารต่าง ๆ รวมทั้งประสานงานและจัดประชุมนำเสนอข้อมูลแก่คณะกรรมการเลขานุการ ร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขตการดำเนินงาน และการวางแผนปฏิบัติงาน กำหนดโครงสร้างทีมงาน และมอบหมายความรับผิดชอบ ข้อสรุปขั้นต้นที่ได้ นำเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา (ตาราง 23)

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Do)

จากการวางแผนที่ผ่านมาได้รับการเห็นชอบแผนการปฏิบัติงานภายใต้ระบบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยมีปัจจัยนำเข้าหรือกลยุทธ์การขับเคลื่อน ได้แก่ 1) กลไกด้านทรัพยากร 2) กลไกด้านความรู้ 3) กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร ต่อมาคือกระบวนการขับเคลื่อนผ่านกลยุทธ์ที่สำคัญ ได้แก่ 1) กระบวนการค้นหาปัญหา 2) กระบวนการความเป็นผู้นำ 3) กระบวนการจัดการทรัพยากร 4) กระบวนการประชาสัมพันธ์ 5) กระบวนการจัดการเครือข่าย และ 6) การพัฒนากระบวนการติดตามและประเมินผล ซึ่งสามารถดำเนินงานตามกลยุทธ์ กลวิธี และการปฏิบัติของรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ตาราง 23)

ตาราง 23 ผลการทดลองใช้รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
เขต 12 ด้านการวางแผน (Plan)

กลยุทธ์	กลวิธี	ผลการดำเนินงานตามวิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
1. การวางแผน	การกำหนดโครงสร้างทีมงาน และมอบหมายความรับผิดชอบ การสำรวจสถานการณ์ การกำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดวิธีการดำเนินงาน และการวางแผนปฏิบัติงาน	1. มีการจัดประชุมมอบหมายหน้าที่การรวบรวมข้อมูล และเอกสารต่าง ๆ การสำรวจสถานการณ์ปัจจุบันของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา ทั้งในด้านประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร (ความรู้ความเข้าใจ) ด้านงบประมาณ สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาข้อมูลจากเวทีของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนสุขภาพตำบล กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา, คลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ระบบสารสนเทศสาธารณสุข ข้อมูลรายงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา ผลการศึกษาระยะที่ 2 เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2. การประชุมนำเสนอข้อมูลแก่คณะกรรมการเลขานุการ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลาทั้งในส่วนสถานการณ์ การกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขตการดำเนินงาน และการวางแผนปฏิบัติงาน	1. มีรายงานการประชุม 2. มีข้อมูลสถานการณ์ทั้งการบริหารจัดการ กองทุนฯ ข้อมูลสถานะสุขภาพ 3. แผนปฏิบัติงาน ปัญหา/อุปสรรค 1. ขาดแคลนบุคลากรการทำงานงานกองทุน 2. ภาระงานหลักที่บุคลากรแต่ละคนรับผิดชอบ ทำให้ได้ข้อมูลเอกสารล่าช้า 2. การเข้าถึงข้อมูล/สารสนเทศบางรายการ
	การกำหนดและคัดเลือก เพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่	1. มีการกำหนดโครงสร้างหน่วยงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา ประกอบด้วยคณะกรรมการบริหารกองทุน	1. ผังโครงสร้างหน่วยงาน 2. มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ

กลยุทธ์	กลวิธี	ผลการดำเนินงานตามวิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
สำคัญทั้งคน เงินงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการที่มีคุณภาพเหมาะสม และเพียงพอ	สำคัญทั้งคน เงินงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการที่มีคุณภาพเหมาะสม และเพียงพอ	คณะกรรมการเลขานุการ คณะอนุกรรมการกลั่นกรองและพิจารณาโครงการ คณะอนุกรรมการติดตามและประเมินผล คณะอนุกรรมการการเงิน คณะอนุกรรมการตรวจรับ คณะอนุกรรมการจัดซื้อ และ คณะอนุกรรมการดูแลระยะยาว	3. มีแผนงาน/โครงการการสนับสนุนงบประมาณ 4. มีแผนงาน/โครงการการสนับสนุนการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ 5. มีวาระการประชุมพบปะทวนการบริหารจัดการกองทุน/รายงานการประชุม
		2. มีการประชุมคณะกรรมการบริหารที่ได้มาตามตำแหน่ง จำนวน 15 คน การประชุมคณะกรรมการเพื่อคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน การประชุมคัดเลือกตัวแทนภาคประชาชนทั้งตัวแทนชุมชน จำนวน 5 คน และ อสม. จำนวน 2 คน ตามระเบียบที่กำหนด 3. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการคณะอนุกรรมการเลขานุการ คณะอนุกรรมการกลั่นกรองและพิจารณาโครงการ คณะอนุกรรมการติดตามและประเมินผล คณะอนุกรรมการการเงิน คณะอนุกรรมการตรวจรับ คณะอนุกรรมการจัดซื้อ และคณะอนุกรรมการดูแลระยะยาว/ คณะทำงานด้วย	ปัญหา/อุปสรรค 1. บุคลากรงานกองทุนไม่เพียงพอ 2. ช่วงปลายปี พ.ศ. 2561 มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงประกาศ จากฉบับ 2557 เป็น 2561 ดังนั้นจึงต้อง
การกำหนดและคัดเลือก เพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่สำคัญทั้งคน เงินงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการที่มีคุณภาพเหมาะสม และเพียงพอ	การกำหนดและคัดเลือก เพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่สำคัญทั้งคน เงินงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการที่มีคุณภาพเหมาะสม และเพียงพอ	ความถูกต้อง โปร่งใส เหมาะสม เพียงพอ และเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ 4. มีการสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	มีการคัดเลือกคณะกรรมการเพื่อปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ตามประกาศ พ.ศ. 2561 ชุดใหม่
	คุณภาพเหมาะสม และเพียงพอ	5. มีการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ที่เหมาะสม เพียงพอ ทันสมัย และสามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง	2. มีประกาศเป็นเครื่องมือแนวทางแต่ยังคง เครื่องมือการดำเนินงานในรายละเอียดแต่ละ

กลยุทธ์	ผลการดำเนินงานตามวิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
	6. มีระบบการจัดการภายในของกองทุนหลักประกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ	ส่วน หรือรายละเอียดของงาน (job description)
2. กลไกด้านความรู้	การรวบรวมองค์ความรู้ทั้งมิติการบริหารจัดการและการสร้างเสริมสุขภาพมาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงความรู้ และ การนำไปใช้ปฏิบัติงาน อย่างมีประสิทธิภาพ	1. มีคู่มือการปฏิบัติ งานหลักประกันสุขภาพ 2. มีแผนงาน/โครงการการพัฒนา ศักยภาพคณะกรรมการ การดำเนินงาน ประจําปี/สรุปโครงการ 3. มีโครงการตัวอย่าง 4. มีวาระการประชุมการบริหารจัดการ กองทุน/รายงานการประชุม ในการประชุมของภาคส่วนต่าง ๆ /แผนดำเนินงาน 5. มีแผนงานการดำเนินงาน/ภาพถ่ายการดำเนินงานกิจกรรม/ โครงการที่ขอสนับสนุน ปัญหา/อุปสรรค 1. บุคลากรของกองทุนไม่เพียงพอในการดำเนินงาน
	4. มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถ่ายทอดองค์ความรู้ซึ่งกันและกันของคณะกรรมการทั้งในส่วนคณะกรรมการที่มาจากหน่วยบริการสาธารณสุข ในการประชุมของหน่วยงานโรงพยาบาลละ จำนวน 2 ครั้ง และการประชุมบุคลากร สำนักรักษาโรคและ	2. ขาดแกนนำในชุมชนหรือชมรมที่มีศักยภาพ ในการจัดทำโครงการ

กลยุทธ์	กลวิธี	ผลการดำเนินงานตามวิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
		สิ่งแวดล้อม เทศบาลนครยะลา จำนวน 2 ครั้ง การประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการชุมชน จำนวน 2 ครั้ง และการประชุมประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการอาคารสมาคมคริสตศาสนาสุภาพระบ้าน (อส.ม.) จำนวน 3 ครั้ง รวมทั้งชมรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จำนวน 2 ครั้ง 5. มีการนำเสนอโครงการเพื่อการเรียนรู้หรือตัวอย่างโครงการผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ 1. ระบบพี่เลี้ยงในชุมชน โดยพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่เทศบาลนครยะลา ทั้ง 5 แห่ง ๆ ละ 1 ครั้ง 2. คลินิกโครงการรายย่อยให้กับผู้สนใจการจัดทำโครงการ จำนวน 12 ครั้ง 3. การจัดอบรมการเขียนโครงการสำหรับเครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ จำนวน 1 ครั้ง และ 4. การทัวร์กองทุนสุขภาพในชุมชน เขตเทศบาลนครยะลา จำนวน 10 ครั้ง ตลอดกลุ่ม 25 ชุมชน	
3. กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร	การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และยึดถือปฏิบัติกันจนเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของกองทุนเพื่อประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ	1. มีการแสดงบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการของตามระเบียบที่กำหนดโดยเฉพาะการพิจารณาอนุมัติแผนการเงินประจำปีของกองทุนฯ จำนวน 1 ครั้ง และเห็นชอบรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือ รวมทั้งการพิจารณาอนุมัติโครงการ จำนวน 3 ครั้ง ที่สำคัญคือการสร้างบทบาทหน้าที่อื่นเพื่อประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ นั่นคือคณะกรรมการจากแต่ละภาคส่วนได้แสดงบทบาทตัวแทนคณะกรรมการกองทุนในการสร้างการรับรู้ผลประโยชน์จากกองทุนในการประชุมประจำเดือนของภาคส่วนตนเอง และการเป็นผู้นำการจัดทำโครงการ	1. มีวาระการประชุมการบริหารจัดการกองทุน/รายงานการประชุมในการประชุมของภาคส่วนต่าง ๆ /แผนดำเนินงาน ปัญหา/อุปสรรค 1. กรรมการบางท่านเท่านั้นที่สามารถแสดงบทบาทได้

กลยุทธ์	กลวิธี	ผลการดำเนินงานตามวิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
	การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และยึดถือปฏิบัติกันจนเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของกองทุนเพื่อประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ	2. มีการประชุมคณะกรรมการ อนุกรรมการ หรือคณะทำงาน อาศัยกระบวนการคิดจากข้อมูลและข้อคิดเห็นจากแต่ละคน มีการร่วมรับฟัง และร่วมตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและเป็นฉันทามติทุกครั้งของการประชุม และรับฟังข้อคิดเห็นซึ่งกันและกัน และมีการจัดประชุมอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้ง 3. มีการประชุมเพื่อพิจารณาแผนงาน โครงการ กิจกรรมต่าง ๆ บนฐานของข้อมูลที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ และพิจารณาอย่างฉันทามติ 4. การพิจารณาอนุมัติโครงการของคณะกรรมการ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกลั่นกรอง และมีการติดตามประเมินผลโดยคณะกรรมการ 5. มีการทำงานร่วมกันในลักษณะของความเป็นทีม พึ่งพาช่วยเหลือกัน และมีความไว้วางใจกัน โดยเฉพาะการดำเนินงานในการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการชุมชน และคณะกรรมการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำบ้าน (อสม.) ที่ช่วยกันนำเสนอข้อมูลกองทุนฯ ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	
4. กระบวนการค้นหาปัญหา	การสืบค้น สํารวจ ทําคําถามเข้าใจ และวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	1. มีการสืบค้น สํารวจ รวบรวมทําคําถามเข้าใจ และวิเคราะห์ข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยทีมคณะกรรมการเลขานุการ จำนวน 1 ครั้ง 2. มีการประชุมและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานะสุขภาพต่อคณะกรรมการและร่วมกันจัดลำดับความสําคัญของปัญหา รวมทั้งร่วมกันเสนอแนะแนวทางแก้ไขที่สามารถนำไปจัดการได้ จำนวน 1 ครั้ง	1. มีการประชุมการบริหารจัดการกองทุน/ รายงานการประชุมในการประชุมของภาคส่วนต่าง ๆ /เอกสารการดำเนินงาน

กลยุทธ์	กลวิธี	ผลการดำเนินงานตามวิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
		3. มีการประชุมและนำเสนอสถานะสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่แก่ผู้รับสนับสนุน งบประมาณ นำไปจัดทำโครงการตามความต้องการ และสามารถดำเนินงานได้ จำนวน 1 ครั้ง	
5. การพัฒนาศักยภาพความเป็นผู้นำ	การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ / คณะทำงาน คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ ทักขะ และสร้างความเป็นผู้นำในการชักจูง โน้มน้าวหรือสนับสนุนภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันทำงาน 2. มีการสร้างความเชื่อมั่นให้คนในชุมชนยอมรับจากการเป็นผู้นำโครงการต่าง ๆ ไปดำเนินการ 3. มีการนำเสนอรายละเอียดของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากงบประมาณของกองทุนในการประชุมเวทีต่าง ๆ	1. มีการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ / คณะทำงาน คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน รวมทั้งตัวแทนแกนนำให้มีความสามารถ ทักขะ และสร้างความเป็นผู้นำในการชักจูง โน้มน้าวหรือสนับสนุนภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันทำงาน 2. มีการสร้างความเชื่อมั่นให้คนในชุมชนยอมรับจากการเป็นผู้นำโครงการต่าง ๆ ไปดำเนินการ 3. มีการนำเสนอรายละเอียดของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากงบประมาณของกองทุนในการประชุมเวทีต่าง ๆ	1. มีการประชุมการบริหารจัดการกองทุน/ รายงานการประชุมในการประชุมของภาคส่วนต่าง ๆ /เอกสารการดำเนินงาน 2. ภาพถ่าย 3. ทะเบียนควบคุม
6. การพัฒนาการจัดการทรัพยากร	การจัดการหรือการนำทรัพยากรของกองทุนที่มีอยู่ทั้งคน งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และการจัดการ มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด	1. มีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน แกนนำเครือข่ายต่าง ๆ ให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นในการจัดการโครงการ 2. มีการสนับสนุนงบประมาณให้มีความหลากหลายของกลุ่มผู้รับเงินสนับสนุน ทั้งหน่วยบริการ องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 3. มีการปรับปรุงเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้มีระบบ สามารถใช้งานได้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด	1. มีการประชุมการบริหารจัดการกองทุน/ รายงานการประชุมในการประชุมของภาคส่วนต่าง ๆ /เอกสารการดำเนินงาน 2. ภาพถ่าย 3. ทะเบียนควบคุม

กลยุทธ์	กลวิธี	ผลการดำเนินงานตามวิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
		4. มีการบูรณาการวิธีการและการดำเนินงาน ตามความสมัครใจหรือความสนใจของผู้สูงอายุในทุกระดับและทุกประเภทของกลุ่มผู้รับสนับสนุนงบประมาณ	
7.การพัฒนาการประชาสัมพันธ์	พัฒนาการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ระหว่างกองทุนต่อหน่วยงานองค์กรหรือกลุ่มภาคประชาชนที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ	1. มีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผ่านคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือ คณะทำงาน แก่นนำเครือข่าย 2. มีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ในการประชุมเวทีต่าง ๆ ทั้งของคณะผู้บริหารของทางเทศบาล การประชุมของคณะกรรมการชุมชน การประชุมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน รวมทั้งการประชุมขององค์กรภาคส่วนต่าง ๆ ผู้รับสนับสนุนงบประมาณ 3. มีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์โดยตรงด้วยการจัดประชุมชี้แจงใน ส่วนกลาง ชุมชน และหน่วยงาน 4. มีการพัฒนารูปแบบการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายช่องทางอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์ สื่อวิทยุกระจายเสียง และวิทยุชุมชน	1. มีการประชุมการบริหารจัดการกองทุน/ รายงานการประชุมในการประชุมของภาคส่วนต่าง ๆ /เอกสารการดำเนินงาน 2. ภาพกิจกรรม
8. กระบวนการจัดการเครือข่าย	การกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมทรัพยากร และการระดมความคิดความเห็น เพื่อสร้างความร่วมมือของเครือข่ายต่อ	1. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสารภายในเครือข่ายเพื่อกำหนดเป้าหมายสู่การพัฒนาแผนงาน โครงการ กิจกรรม เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ 2. มีการแลกเปลี่ยนทรัพยากรขององค์กรในเครือข่าย โดยใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างคุ้มค่า เกิดประโยชน์สูงสุด และประหยัดงบประมาณ	1. มีการประชุมการบริหารจัดการกองทุน/ รายงานการประชุมในการประชุมของภาคส่วนต่าง ๆ /เอกสารการดำเนินงาน 2. ภาพกิจกรรม

กลยุทธ์	กลวิธี	ผลการดำเนินงานตามวิธีการปฏิบัติ	การประเมินผล
9. กระบวนการติดตามและประเมินผล	การสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ	3. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสารภายในเครือข่ายเพื่อพัฒนาระบบงานของกิจกรรม โครงการที่สอดคล้องต่อความต้องการของผู้สูงอายุ 4. เครือข่ายในพื้นที่ที่มีการจัดทำโครงการ การขอสนับสนุนงบประมาณ และดำเนินกิจกรรมโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจนบรรลุตามวัตถุประสงค์	
	การวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลของการดำเนินงาน เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับ และทำการตรวจสอบการดำเนินงาน และผลการดำเนินงานเพื่อตัดสินใจ	1. มีแผนการติดตามโครงการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ 2. มีคณะกรรมการติดตามประเมินผลโครงการ และมีการปฏิบัติงานติดตามโครงการอย่างต่อเนื่อง 3. มีกระบวนการติดตามผลการดำเนินงานโครงการ ตั้งแต่การรวบรวมผลการดำเนินงาน การประเมินผลโครงการมีความสอดคล้องตามตัวชี้วัดและผลสำเร็จเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน 4. มีการนำเสนอสรุปผลการดำเนินงานโครงการต่อคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ และมีการแสดงความคิดเห็นผลการดำเนินงาน การเสนอข้อปรับปรุงหรือพัฒนา และการเป็นต้นแบบของการดำเนินงานโครงการต่อไป	1. แผนงานการติดตาม 2. มีวาระการประชุมการบริหารจัดการกองทุน/รายงานการประชุมในการดำเนินงานภาคส่วนต่าง ๆ /เอกสารการดำเนินงาน 2. ภาพกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบและการประเมินผล (Check)

การตรวจสอบและการประเมินผลรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ในพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพตัวอย่าง ผู้วิจัยได้จัดการประชุมระดมสมอง เพื่อถอดบทเรียนจากการปฏิบัติตามแผนงาน ในกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 1 ครั้ง ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุ ในพื้นที่เทศบาลนครยะลา จำนวน 8 คน 2) กลุ่มคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ เทศบาลนครยะลา จำนวน 10 คน และ 3) จากคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในการทำงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน เพื่อตรวจสอบและยืนยันความเหมาะสม รวมถึงประสิทธิผลของรูปแบบว่าเป็นไปตามผลการออกแบบรูปแบบ และการศึกษาถึงปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการนำไปใช้

การตรวจสอบผลการดำเนินงานตามแผนการปฏิบัติงานภายใต้ระบบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพที่กล่าวมา จะเห็นว่าการดำเนินงานตามปัจจัยนำเข้าหรือกลยุทธ์การขับเคลื่อนที่ตั้งไว้ ซึ่งได้แก่ กลไกด้านทรัพยากร กลไกด้านความรู้ และกลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร รวมทั้งในส่วนของกระบวนการที่ขับเคลื่อนผ่านกลยุทธ์สำคัญไม่ว่าจะเป็นกระบวนการค้นหาปัญหา กระบวนการความเป็นผู้นำ กระบวนการจัดการทรัพยากร กระบวนการประชาสัมพันธ์ กระบวนการจัดการเครือข่าย และการพัฒนากระบวนการติดตามและประเมิน สามารถทำให้เกิดผลขั้นต้นของการปฏิบัติจากการประเมินผล ซึ่งผลที่ได้นำไปสู่ผลของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกองทุน นำมาสู่การตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา เป็นการตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนงาน และที่สำคัญคือ ผลการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ซึ่งได้แก่ 1) ประสิทธิภาพ 2) คุณภาพความสัมพันธ์ 3) การรับรู้มุมมองความคิดเห็น และ 4) ความเหนียวแน่นของเครือข่าย สามารถนำเสนอผลการตรวจสอบและการประเมินผล ดังนี้

1. ประสิทธิภาพ

ประสิทธิผลของความร่วมมือ เป็นการบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของกองทุนที่คาดหวังไว้ โดยอาศัยความร่วมมือในการทำงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จุดเน้นที่สำคัญได้แก่ 1) การใช้จ่ายเงินในแต่ละปีงบประมาณมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 2) สัดส่วนการใช้จ่ายเทียบรายรับที่ได้รับในปีงบประมาณเพิ่มขึ้น 3) สัดส่วนการใช้จ่ายเทียบรายรับทั้งหมดเพิ่มขึ้น 4) เงินคงเหลือยกไปในปีงบประมาณลดลงจากปีก่อน 5) จำนวนโครงการสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และ 6) โครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

1.1 ผลการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

1.1.1 ผลสรุปเงินคงเหลือและสัดส่วนการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลาแยกรายปี (พ.ศ. 2558-2561)

เงินคงเหลือและสัดส่วนการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลาแยกรายปี (พ.ศ. 2558-2561) (ตาราง 25) พบว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลาในปีงบประมาณ 2558, 2559, 2560 และปี 2561 มีเงินคงเหลือยกมาเพิ่มขึ้นในแต่ละปี จำนวนเงินคงเหลือเป็น 14,563,361.94, 17,238,761.61, 19,380,441.43 และ 20,775,796.92 ตามลำดับ เงินรายรับของการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการสมทบเงินจากเทศบาลนครยะลา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และลดลงในปี 2561 ตามข้อมูลเงินรายรับรวมในปีงบประมาณ 2558, 2559, 2560 และปี 2561 เท่ากับ 4,425,186.48, 4,560,108.77, 4,738,244.08 และ 4,488,907.99 ตามลำดับ ในการดำเนินงานแต่ละปีมีเงินเหลือคืนในปีแตกต่างกันตามข้อมูลเงินเหลือคืนงบประมาณ 2558, 2559, 2560 และปี 2561 เท่ากับ 112,000.00, 17,390.00, 62,502.00 และ 29,862.00 ตามลำดับ รวมเงินทั้งหมดที่กองทุนสามารถนำไปสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามโครงการจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ตามข้อมูลเงินรวมทั้งหมดในปี 2558, 2559, 2560 และปี 2561 เท่ากับ 19,100,548.42, 21,816,260.38, 24,181,187.51 และ 25,294,566.91 ตามลำดับ สำหรับการใช้จ่ายเงินในแต่ละปีงบประมาณมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 2558, 2559, 2560 และปี 2561 เท่ากับ 1,861,786.81, 2,197,146.95, 3,405,390.59 และ 6,370,300.00 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสัดส่วนการใช้จ่ายงบประมาณเทียบรายรับที่ได้รับในปีงบประมาณที่ได้รับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตามข้อมูลสัดส่วนการใช้จ่ายในปี 2558, 2559, 2560 และปี 2561 เท่ากับ 41.03, 48.00, 70.93 และ 140.97 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาสัดส่วนการใช้จ่ายงบประมาณเทียบรายรับทั้งหมดในแต่ละปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ตามข้อมูลสัดส่วนการใช้จ่าย 2558, 2559, 2560 และปี 2561 เท่ากับ 9.75, 10.07, 14.08 และ 25.18 ตามลำดับ

จากข้อมูลจะเห็นว่า ประสิทธิภาพของการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติเป็นไปในทิศทางที่ดี ตามเป้าหมายที่วางไว้ นั่นคือ 1) การใช้จ่ายเงินในแต่ละปีงบประมาณมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในปี 2561 มีการใช้จ่ายเงินออกไปเพื่อสนับสนุนโครงการทั้งหมด เป็นเงิน 6,370,300.00 บาท เป็นจำนวนมากกว่าเกือบ 4 เท่าของปี 2558 จำนวน 3 เท่าของปี 2559 และจำนวน 2 เท่าของปี 2560 ตามลำดับ 2) พิจารณาสัดส่วนการใช้จ่ายงบประมาณเทียบรายรับที่ได้รับในปีงบประมาณที่ได้รับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในปี 2561 มีสัดส่วนการใช้จ่ายเงิน เท่ากับร้อยละ 140.97 เป็นจำนวนมากกว่าเกือบ 4 เท่าของปี 2558 และ 2559 และ จำนวน 2 เท่าของปี 2560 ตามลำดับ 3) พิจารณาสัดส่วนการใช้จ่ายงบประมาณเทียบรายรับทั้งหมดในแต่ละปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะในปี 2561 มีสัดส่วนการใช้จ่ายเงิน เท่ากับร้อยละ 25.18 เป็นจำนวนมากกว่าเกือบ 3 เท่าของปี 2558 และ

2559 และจำนวน 2 เท่าของปี 2560 ตามลำดับ และ 4) เงินคงเหลือยกไปในปี 2561 เท่ากับ 18,924,266.91 บาท ลดลงจากปี 2560 ไปเกือบ 2 ล้านบาท



ตาราง 24 สรุปเงินคงเหลือและสัดส่วนการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลาแยกรายปี (พ.ศ. 2558-2561)

ปีงบประมาณ	ยอดเงินคงเหลือ ยกมา	รายรับ	เงินเหลือคืน	รวม	รวมทั้งปี	รายจ่าย	สัดส่วน เทียบ รายรับ	สัดส่วน เทียบ รายรับ ทั้งหมด	คงเหลือ
2558	14,563,361.94	4,425,186.48	112,000.00	4,537,186.48	19,100,548.42	1,861,786.81	41.03	9.75	17,238,761.61
2559	17,238,761.61	4,560,108.77	17,390.00	4,577,498.77	21,816,260.38	2,197,146.95	48.00	10.07	19,619,113.43
2560	19,380,441.43	4,738,244.08	62,502.00	4,800,746.08	24,181,187.51	3,405,390.59	70.93	14.08	20,775,796.92
2561	20,775,796.92	4,488,907.99	29,862.00	4,518,769.99	25,294,566.91	6,370,300.00	140.97	25.18	18,924,266.91

1.2 ผลของการการสนับสนุนงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา สำหรับการใช้จ่ายงบประมาณในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

การสนับสนุนงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลาสำหรับการใช้จ่ายงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมตามโครงการ ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2561 ถึง พฤษภาคม 2562 (ระยะเวลา 12 เดือน) จะเห็นว่า มีการสนับสนุนการดำเนินงานตามโครงการ มีจำนวนทั้งสิ้น 51 โครงการ รวมเป็นเงินทั้งหมด 5,405,366.00 บาท และเมื่อพิจารณาถึงโครงการการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีจำนวนทั้งสิ้น 18 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 35.29 ของจำนวนโครงการทั้งหมด รวมเป็นเงิน 1,789,431.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.10 ของจำนวนเงินสนับสนุนโครงการทั้งหมด และที่เหลือส่วนใหญ่เป็นโครงการการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มเด็ก และเยาวชน และกลุ่มอื่น ๆ จำนวนทั้งสิ้น 33 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 64.71 รวมเป็นเงิน 3,615,935.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 66.90

ผลการดำเนินงานสำหรับการใช้จ่ายงบประมาณในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ จะเห็นว่า จำนวนโครงการการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีจำนวนทั้งสิ้น 18 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 35.29 ของจำนวนโครงการทั้งหมด มากกว่าร้อยละ 6.34 ในปีที่ผ่านมาของช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งมีเพียง 10 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 28.95 ของจำนวนโครงการทั้งหมด จำนวนเงินโครงการการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีการสนับสนุนเงินเป็นจำนวน 1,789,431.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.10 ของจำนวนเงินสนับสนุนโครงการทั้งหมด เป็นเงินมากกว่า 3 เท่าของปีที่ผ่านมาในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งมีการสนับสนุนเงินเพียง 542,985.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 12.57 ของจำนวนเงินสนับสนุนโครงการทั้งหมด

นอกจากนี้ ผลของการเข้าถึงงบประมาณของภาคส่วนต่าง ๆ สำหรับการจัดทำโครงการการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา ระหว่างเดือนมิถุนายน 2561 ถึง พฤษภาคม 2562 จะเห็นว่า ประเภทที่ 2 การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กร หรือกลุ่มประชาชน หรือหน่วยงานอื่นมีมากที่สุด ได้รับการสนับสนุนเป็น จำนวน 14 โครงการ จำนวนเงินทั้งหมด 913,689.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 51.06 รองลงมาเป็นประเภทที่ 1 การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข ได้รับการสนับสนุนเป็นจำนวน 2 โครงการ จำนวนเงินที่ได้รับ 461,380.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 25.78 และสุดท้ายประเภทที่ 3 การสนับสนุนของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนเป็นจำนวน 2 โครงการ จำนวนเงินที่ได้รับ 414,362.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 23.16

รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือกันในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ที่ได้นำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ตัวอย่างนี้ ได้แสดงให้เห็นความสอดคล้องกับนโยบายการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ตามนโยบายที่วางไว้ 5 ประการ นั้น จากผลการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ ที่ได้เน้นถึงกลุ่มผู้สูงอายุเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนยอมรับ และมีความพึงพอใจ โดยเฉพาะคณะผู้บริหารเทศบาลนครยะลา ที่นำโดยนายกเทศมนตรีเกิดผลโครงการสนับสนุนผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ความความมุ่งมั่นต่อปฏิบัติการการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ด้วยการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยการสนับสนุนงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลาในการดำเนินงานโครงการ จำนวน 2 โครงการ คือ 1) โครงการโรงเรียนสูงวัยนครยะลา และ 2) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตสร้างสุขสูงวัยอย่างมีคุณค่า นอกจากนี้
2. จัดระบบสุขภาพเพื่อสอดคล้องกับความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ จากการลงพื้นที่จัดประชุมทวิภาคีโครงการสุขภาพสู่ชุมชน และการจัดทำโครงการตัวอย่าง ซึ่งสามารถให้เกิดโครงการตามความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการแพทย์แผนไทยและการประยุกต์ใช้ในชุมชนสามัคคี และชุมชนหลังวัดเมือง เป็นต้น
3. การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมของชุมชนต่อการออกกำลังกาย ด้วยกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง ผ่านโครงการตัวอย่าง เช่น โครงการสร้างเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมทางกายในชุมชนมุสลิมสัมพันธ์ และชุมชนวัดยะลาธรรมาราม เป็นต้น
4. การสร้างความเข้มแข็งในการดูแลระยะยาว การดำเนินงานหลักผ่านศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ของชุมชน ร่วมกันดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตสร้างสุขสูงวัยอย่างมีคุณค่าด้วยเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลาด้วยกัน
5. การร่วมกันพัฒนาปรับปรุงการประเมินผล การติดตาม โดยคณะอนุกรรมการติดตามและประเมินผลที่มีแผนงานการเข้าร่วมโครงการและให้คำแนะนำการจัดกิจกรรม และที่สำคัญได้มีการศึกษาวิจัย เรื่อง การประเมินลำดับความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในเมืองไทย (Evaluating health promotion priorities for older, urban residents in Thailand) ได้นำเสนอผลงานแบบปากเปล่าในการประชุม The 51st AAG Conference “Active Players: A Fair Future” to be held in Melbourne from Wednesday 21st to Friday 23rd November 2018” ประเทศออสเตรเลีย รวมทั้งการสนับสนุนวิจัยในพื้นที่ และนำเสนอบทความวิจัย เรื่อง ภาวะ

ชิมเต้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา: กรณีศึกษาชุมชนผังเมือง 4 ในวารสารเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้ ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2562 เป็นต้น

2. คุณภาพความสัมพันธ์

การอภิบาลผ่านความร่วมมือกันในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา ได้สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพความสัมพันธ์ที่ดีจากการทำงานร่วมกัน ผู้วิจัยได้จากการสังเกต และการสอบถามความคิดเห็นจากการประชุมในแต่ละเวทีการประชุมที่เกี่ยวข้องต่อคณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเอง ซึ่งมีความพึงพอใจต่อการเข้ามาทำงานร่วมกันเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดเครือข่ายการทำงานและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งบุคลากรทั้งส่วนของโรงพยาบาล เทศบาลนครยะลา แกนนำภาคประชาชนทั้งคณะกรรมการชุมชน ผู้ช่วยเหลือชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในชุมชน สร้างแรงจูงใจ และแรงบันดาลใจต่อการดำเนินกิจกรรมตามโครงการโดยไม่มีค่าตอบแทน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...ทุกคนร่วมมือกัน มีรูปแบบเป็นกรอบการทำงาน มันก็เกิดผลสำเร็จ พวกเราก็พึงพอใจในผลงาน ที่สำคัญสร้างความสัมพันธ์ดีดี กรรมการกับชุมชน กรรมการกับชมรมผู้สูงอายุต่าง ๆ

(สมาชิกสภาเทศบาล คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

...โครงการผู้สูงอายุ เข้าถึงผู้สูงอายุ ไม่มากก็น้อย เราต้องสร้างเครือข่ายให้มากขึ้น ชมรมครูเกษียณก็หลายกลุ่ม ที่เข้ามาแล้วก็บอกต่อ สร้างความสัมพันธ์ต่อกันมากขึ้น เงินได้ทั่วถึงทุกกลุ่ม ประชาชนหรือผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมสุขภาพที่ดี แข็งแรง ได้อยู่กับลูกหลานนานนาน

(รองปลัดเทศบาล, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

3. การรับรู้มุมมองความคิดเห็น

การอภิบาลผ่านความร่วมมือกันในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา ได้สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้มุมมองความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการทำงาน ผู้วิจัยได้จากการสังเกต และการสอบถามความคิดเห็นจากการประชุมในแต่ละเวทีการประชุมที่เกี่ยวข้องต่อคณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุนั้น ความร่วมมือที่เกิดขึ้นและเป็นผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ เกิดจากแต่

ละบุคคล กลุ่มหรือภาคส่วนความร่วมมือต่าง ๆ ได้รับรู้ถึงความคิดเห็นของกันและกัน มีความไว้วางใจต่อกัน และที่สำคัญรับฟังเหตุผลหรือข้อมูลที่ผ่านนำเสนอข้อมูลเพื่อการตัดสินใจอย่างฉันทามติ โดยเฉพาะในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาและกลั่นกรองโครงการ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลยะลา โครงการสำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านการอนุมัติแสดงถึงความร่วมมือของพิจารณา การตัดสินใจ ด้วยความคิดเห็นของคณะกรรมการที่เป็นหนึ่งเดียวกัน เพื่อประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...การประชุมกรรมการบริหารทุกครั้ง เรายินดีที่ได้รับฟังความคิดเห็นของกรรมการ เพื่อเป็นข้อมูลการตัดสินใจ ในการสนับสนุนงบประมาณ ปีที่ผ่านมาเน้นไปทางโรงเรียนพอสมควร ปีนี้เรานำรูปแบบใช้เพื่อเน้นกลุ่มผู้สูงอายุ ก็คงให้ทุกคนได้พิจารณา

(รองนายกเทศมนตรีเทศบาลนคร, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

...ความคิดเห็นดีดีของกรรมการ ทุกคนยอมรับ ก็ตัดสินใจสนับสนุนเงินงบประมาณง่ายขึ้น ที่สำคัญทุกโครงการผ่านความคิดเห็น การแก้ไข ปรับปรุงมาจากคณะอนุกรรมการกลั่นกรองแล้วด้วย ยิ่งพิจารณาได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์กองทุน

(ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

4. ความเหนียวแน่นของเครือข่าย

การอภิบาลผ่านความร่วมมือกันในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา ได้สะท้อนให้เห็นถึงความเหนียวแน่นของเครือข่ายจากการทำงานร่วมกัน ผู้วิจัยได้จากการสังเกต และการสอบถามความคิดเห็นจากการประชุมในแต่ละเวทีการประชุมที่เกี่ยวข้องต่อคณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเอง การจัดทำโครงการต่าง ๆ ที่เน้นถึงกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ ภายใต้ความร่วมมือ ตั้งแต่การเข้าถึงพื้นที่ การนำเสนอข้อมูล การรับรู้ประโยชน์และความสนใจในโครงการผู้สูงอายุ จนมาสู่การพิจารณากลั่นกรอง และอนุมัติโครงการ ก่อให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือระหว่างองค์กรหรือกลุ่มประชาชน เกิดเครือข่ายการทำงานและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งบุคลากรทั้งส่วนของโรงพยาบาล เทศบาลนครยะลา แกนนำภาคประชาชนทั้งคณะกรรมการชุมชน ผู้ช่วยเหลือชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำผู้สูงอายุ และข้อสังเกตที่สำคัญ ในการประชุมวาระต่าง ๆ ของคณะกรรมการบริหารกองทุน และคณะอนุกรรมการ จะเห็นว่า คณะกรรมการเข้าร่วมประชุมมากกว่าร้อยละ 90 สะท้อนถึงความเหนียว

แน่นของคณะกรรมการที่มาจากหลากหลายภาคส่วนเป็นอย่างดี ซึ่งมีความความเสียสละเวลาเพื่อประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุและประชาชนในพื้นที่ และที่สำคัญในการดำเนินโครงการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นโครงการขององค์กรหรือกลุ่มภาคประชาชนใด ก็จะมีเครือข่ายต่าง ๆ เข้าร่วมด้วยเช่นกัน แสดงให้เห็นถึงความผูกพัน และความเหนียวแน่นของเครือข่าย ส่งผลให้เกิดความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...ผมรู้สึกยินดีที่ได้มานั่งเป็นประธาน กรรมการทุกคนมาพร้อมเพรียงกันเสมอ ขอบคุณที่ทุกท่านได้สละเวลามา ทุกคนก็มีงานประจำกัน มาแล้วก็ได้เห็นโครงการที่ดีที่จะสนับสนุนเงินให้ไปทำ

(รองนายกเทศมนตรีเทศบาลนคร, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

...วันก่อนผมประชุมกรรมการชุมชน กรรมการของเราที่มาจากชุมชนได้ช่วยกัน นำเสนอกองทุน เป็นตัวอย่างให้ประธานชุมชนแต่ละชุมชนอยากเข้ามาร่วมงาน คิดจะขอเงิน สปสช. ไปทำโครงการ

(รองประธานชมรมผู้สูงอายุ, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 23 สิงหาคม 2561)

นอกจากนี้ ผลการระดมสมองทั้ง 3 กลุ่ม มีความเห็นต่อรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเขต 12 ที่นำมาทดลองใช้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา ประเด็นแรก การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามแบบประเมินเรียงคะแนนจากน้อยไปมาก (จาก 1 ถึง 7) พบว่า ภาพรวมการรับรู้ถึงประสิทธิผลของรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 นี้ มีประสิทธิภาพสูงมาก ร้อยละ 100 ($M=7.00$, $SD=0.000$) การรับรู้ถึงคุณภาพความสัมพันธ์ในการทำงาน มีคุณภาพสูง ร้อยละ 70 รองลงมา มีคะแนนสูง ร้อยละ 30 ($M=6.70$, $SD=0.466$) การรับรู้ถึงมุมมองที่กว้างขึ้น อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 76.77 รองลงมา อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 23.33 ($M=6.77$, $SD=0.430$) และการรับรู้ถึงความเหนียวแน่นของเครือข่าย อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 70.00 รองลงมา อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 30 ($M=6.70$, $SD=0.466$) ตาราง 25

ตาราง 25 การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ในพื้นที่กองทัพลี้ภัยประชาชนเทศบาลนครยะลา

ข้อที่	ผลลัพธ์	ระดับความคิดเห็น							M	SD	ระดับ
		1	2	3	4	5	6	7			
1.	การรับรู้ถึงประสิทธิภาพ	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	30 (100)	7	0.000	สูงมาก
2.	การรับรู้ถึงคุณภาพ ความสัมพันธในการ ทำงาน	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	9 (30)	21 (70)	6.70	0.466	สูง
3.	การรับรู้ถึงมุมมองที่ กว้างขึ้น	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (23.33)	23 (73.77)	6.77	0.430	สูง
4.	การรับรู้ถึงความเหนียว แน่นของเครือข่าย	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	9 (30)	21 (70)	6.70	0.466	สูง
รวม									6.79	1.70	สูง

ประเด็นที่สองการประเมินรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ในพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา พบว่า ผู้เข้าร่วมระดมสมองมีความเห็นต่อความสามารถในการปฏิบัติงานได้จริงตามกลยุทธ์ที่ออกแบบไว้ทั้งหมด ยกเว้น กลยุทธ์ด้านวัฒนธรรม ที่มีผู้เข้าร่วมไม่เห็นด้วย 1 คน (ร้อยละ 3.33) ในส่วนความสามารถการลงมือปฏิบัติได้อย่างเข้าใจ ผู้เข้าร่วมระดมสมองเห็นด้วยทั้งหมดเช่นกัน ยกเว้น กลยุทธ์ด้านวัฒนธรรม ที่มีผู้เข้าร่วมไม่เห็นด้วย 2 คน (ร้อยละ 6.67) ต่อมาการปฏิบัติงานตามรูปแบบสามารถดำเนินงานกองทุนบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ ผู้เข้าร่วมระดมสมองทั้งหมดเห็นด้วยในทุกกลยุทธ์ที่วางไว้ และสุดท้ายผู้เข้าร่วมทราบถึงผลของเปลี่ยนแปลงภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ในการพัฒนากองทุน ผู้เข้าร่วมระดมสมองทั้งหมดเห็นด้วยในทุกกลยุทธ์ที่วางไว้เช่นกัน ตาราง 26



ตาราง 26 การประเมินผลรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
เขต 12 ในพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา

กลยุทธ์	ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมระดมสมอง (N=30)									
	การปฏิบัติงานได้จริง			การปฏิบัติมีความเข้าใจ			การปฏิบัติบรรลุผล			การปฏิบัตินำไปสู่การเปลี่ยนแปลง
	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	
1. ด้านทรัพยากร	30 (100)	-	-	30 (100)	-	-	30 (100)	-	30 (100)	-
2. ด้านความรู้	30 (100)	-	-	30 (100)	-	-	30 (100)	-	30 (100)	-
3. ด้านวัฒนธรรมองค์กร	29 (96.67)	1 (3.33)	-	28 (93.33)	2 (6.67)	-	30 (100)	-	30 (100)	-
4. ด้านค้นหาปัญหา	30 (100)	-	-	30 (100)	-	-	30 (100)	-	30 (100)	-
5. ความเป็นผู้นำ	30 (100)	-	-	30 (100)	-	-	30 (100)	-	30 (100)	-
6. การจัดการทรัพยากร	30 (100)	-	-	30 (100)	-	-	30 (100)	-	30 (100)	-
7. การประชาสัมพันธ์	30 (100)	-	-	30 (100)	-	-	30 (100)	-	30 (100)	-
8. การจัดการเครือข่าย	30 (100)	-	-	30 (100)	-	-	30 (100)	-	30 (100)	-
9. การติดตามและประเมินผล	30 (100)	-	-	30 (100)	-	-	30 (100)	-	30 (100)	-

การปรับปรุงการดำเนินการอย่างเหมาะสม

ขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินการตามรูปแบบ คือ การจัดทำข้อสรุปที่ได้มาจากการทดลองใช้รูปแบบดังกล่าว ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ แต่อย่างไรก็ตาม เพื่อการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น คือ การปรับปรุงหรือพัฒนากลยุทธ์ กลวิธี และแนวทางปฏิบัติให้มีความเหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ จากการระดมสมองได้พบบอกข้อเสนอแนะ หรือปัญหาและอุปสรรคที่ได้สะท้อนความคิดเห็นออกมาที่ต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ การติดตามและประเมินผล การสร้างความรู้ ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร โดยเฉพาะการบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีอยู่ การจัดการความเป็นผู้นำของคณะกรรมการทุกคน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้คงได้มีการกำหนดแนวทางผ่านวางแผนงานที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่สามารถเข้าใจได้ มีการตรวจสอบและประเมินผล สามารถปฏิบัติได้จริงเห็นถึงผลการเปลี่ยนแปลง และปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

นอกจากนี้การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 มีรายละเอียดข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากผลการระดมสมองที่เห็นว่า การดำเนินงานที่มีรูปแบบส่งผลให้มีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุ สามารถกระจายเงินมากขึ้น เงินที่เหลืออยู่ลดลง ด้วยความเหนียวแน่นสามัคคี มีการช่วยเหลือกัน มีความสัมพันธ์ที่ดีเกิดขึ้น เกิดมุมมองที่ได้รับจากการทำงานและแนวคิดที่จะพัฒนาต่อไป โดยเฉพาะการประชาสัมพันธ์ บทบาทความเป็นผู้นำของคณะกรรมการ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...รูปแบบความร่วมมือที่ทำและนำมาปฏิบัติใช้เห็นผลดี ทุกคนสามารถช่วยทำให้เกิดขึ้นจริง โครงการผู้สูงอายุก็เกิดขึ้นกระจายไป ต่อไปก็ให้ถึงทุกชุมชน

(ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ คนที่ 2, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

...งานวิจัยนี้เราได้เห็นผลที่เกิดขึ้น เงินลดลง จากที่มีอยู่มาก แต่ก็ควรต้องมีการประชาสัมพันธ์ลงสู่ชุมชน เพื่อสมาชิกได้รับรับรู้ และตระหนักถึงการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีลดภาระด้านสุขภาพของครอบครัว และคิดว่าตัวเองก็จะนำข้อมูลที่ได้รับไปขยายผลประชาสัมพันธ์ แก่คนรอบข้าง

(รองปลัดเทศบาล, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

...เป็นรูปแบบที่ดี เป็นการวางแผนการเตรียมความพร้อมรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม สร้างคุณค่าของผู้สูงอายุ สร้างพลังขับเคลื่อนผู้สูงอายุจากกิจกรรมการและเครือข่ายที่มีความเหนียวแน่นสามัคคี

(ที่ปรึกษากองทุนหลักประกันสุขภาพ, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

...ดูแล้ว คงเป็นรูปแบบความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมที่ดี และเป็นตัวเลือกให้กับหน่วยงาน เกิดมุมมองใหม่ ๆ ว่าจะทำอะไร ทำอย่างไร ที่จะทำให้โครงการครอบคลุมผู้สูงอายุของเรา มีตัวอย่างแล้ว ก็พัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

(พยาบาลวิชาชีพ คนที่ 6, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

...ทำไปทำมางานก็เห็นผล เมื่อก่อนไม่ค่อยมีแนว พอมีแนวทางเราก็ช่วยกันทำได้ ทุกคนต้องช่วยกัน เกิดความสัมพันธ์ที่ดี พี่ช่วยน้อง น้อง ๆ เด็ก ๆ รุ่นใหม่มีแนวคิดใหม่ ๆ ผากเรื่องพัฒนาผู้นำ อยากให้เกิดขึ้นจริง ให้มีผู้นำที่ดี เป็นผู้นำได้ เพื่อจะได้พัฒนามากขึ้น

(รองนายกเทศมนตรีเทศบาลนคร, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

การประเมินรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมืองของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 มีรายละเอียดข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากผลการระดมสมองที่เห็นว่า การนำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ในพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพตัวอย่างสามารถในการปฏิบัติงานได้จริงตามการออกแบบที่วางไว้ การปฏิบัติงานตามรูปแบบที่วางไว้ ผู้ปฏิบัติสามารถลงมือปฏิบัติได้อย่างเข้าใจ ส่งผลให้ดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ ทราบถึงผลของเปลี่ยนแปลงภายหลังการนำรูปแบบมาใช้ในการพัฒนากองทุน และร่วมกันที่จะพัฒนาให้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ ด้วยการปรับปรุงวิธีการที่สำคัญ ตัวอย่างการประชาสัมพันธ์ การสร้างความรู้การจัดทำโครงการ การติดตามและประเมินผล เป็นต้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...แนวทางที่วางไว้ชัดเจนดี ที่สำคัญคือเห็นว่าเราทำอะไรบ้าง จะต้องพัฒนาอะไรต่อ ที่เห็น ๆ คือ การประชาสัมพันธ์ที่ต้องเจาะกลุ่มมากกว่านี้ รู้แนวแล้วว่าต้องทำยังไงต่อ
(สมาชิกสภาเทศบาล คนที่ 2, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

...เวลาประชุม อสม. เราก็พยายามช่วยบอก ช่วยให้ทำโครงการ เอาตัวอย่างโครงการให้ดู
(หัวหน้าหน่วยบริการสุขภาพชุมชนเมือง คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

...เราต้องช่วยกัน เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย ที่ชุมชนทำโครงการกิจกรรมทางกายใช้ตารางเก้าช่อง มุสลิมเดินแอโรบิกไม่ได้ ตารางเก้าช่องเดินได้ ชุมชนอื่นก็มาดู จะเอาไปทำด้วย
(ประธานชุมชน คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

...ต่อไปในส่วนการติดตามและประเมินผลก็ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง ได้ข้อสรุปก็ต้องรับมารายงาน คณะกรรมการจะได้รู้ว่าทำจริง ทำถึงไหน มีปัญหาอะไร ถ้าให้ดีก็น่าจะมีเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งหมดที่ทำมา ใครอยากทำไร เห็นตัวอย่างได้เอาไปทำต่อ
(ประธานชุมชน คนที่ 2, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

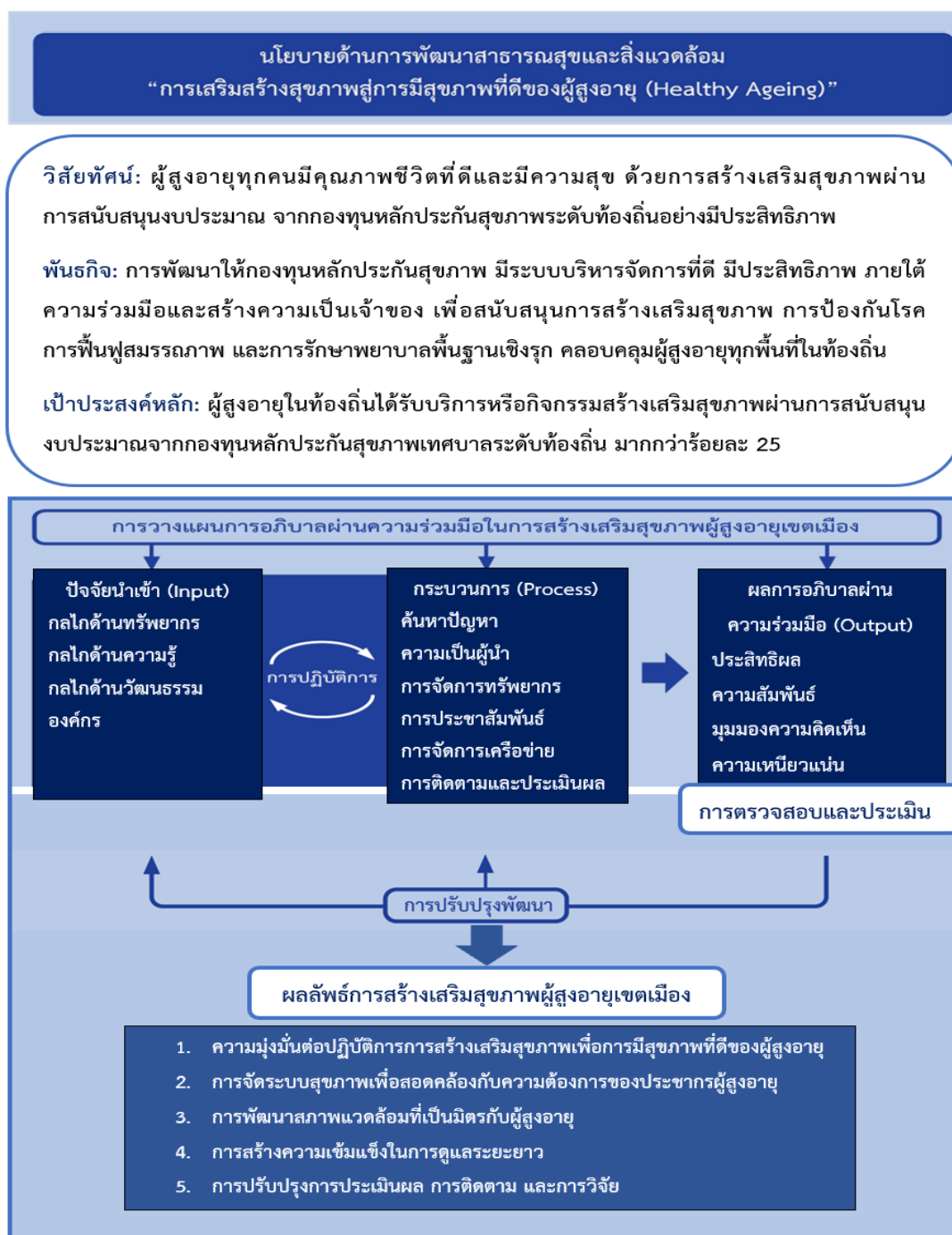
...ขอบคุณกรรมการทุกท่าน ที่เสียสละเวลา มากันครบตลอด ทุกคนก็มีหน้าที่การทำงาน แต่เรามาร่วมช่วยกัน เห็นความสำเร็จ เงินเราค้างท่อ เพราะเราไม่เข้าใจตั้งแต่แรก สมทบมาเรื่อย ๆ ตอนนี้ดีขึ้นรอบที่ผ่านมาใช้เงินเกินที่เค้าให้แล้ว ชุมชนก็ใช้เงินเยอะขึ้น ผู้สูงอายุก็ทำโครงการมากขึ้น ก็พัฒนากันต่อไป
(ประธานชุมชน คนที่ 2, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 22 สิงหาคม 2561)

สำหรับในส่วนของปัญหาและอุปสรรคจากการนำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 มาใช้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา พบว่า ปัญหาหลักที่สำคัญคือทรัพยากร โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคลในสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ต้องดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนด การประสานงานความร่วมมือ รวมทั้งขาดบุคลากรที่มีศักยภาพความเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน เกิดขึ้นบางส่วนเท่านั้น ยังไม่ทั้งหมดส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องของการจัดทำโครงการสำหรับผู้สูงอายุ ในส่วนของการประชาสัมพันธ์แม้ว่าจะมีการพัฒนาการสื่อสารที่หลากหลายมากขึ้น แต่ยังคงขาดการเข้าถึง

หรือความคลอบคลุมของกลุ่มเป้าหมาย ชมรมผู้สูงอายุบางชมรมยังไม่ทราบข้อมูล หรือบางชมรมอยากทำแต่ไม่มีแกนนำทำ ไม่อยากรับผิดชอบ ซึ่งเป็นปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินโครงการ

โดยสรุปภาพรวมจากผลการศึกษา รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เป็นกรอบการปฏิบัติงานที่สามารถนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ด้วยความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือกลยุทธ์ที่นำมาจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้กรอบวงจรคุณภาพ PDCA ที่ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติงานตามแผน (Do) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ด้วยการนำกลยุทธ์ซึ่งได้แก่ ปัจจัยนำเข้าหรือกลไกการขับเคลื่อน ประกอบด้วย 1) กลไกด้านทรัพยากร 2) กลไกด้านความรู้ 3) กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร ผสานกับกลยุทธ์ด้านกระบวนการ ที่ประกอบด้วย 1) กระบวนการค้นหาปัญหา 2) กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ 3) กระบวนการจัดการทรัพยากร 4) กระบวนการประชาสัมพันธ์ 5) กระบวนการจัดการเครือข่าย และ 6) กระบวนติดตามและประเมินผล) นำไปสู่ผลการอภิบาลผ่านความร่วมมือ โดยมีการตรวจสอบและประเมินผล (Check) ประกอบด้วย 1) ประสิทธิภาพ 2) คุณภาพความสัมพันธ์ 3) การรับรู้มุมมองความคิดเห็น และ 4) ความเหนียวแน่นของเครือข่าย ทั้งนี้ ปัจจัยหรือกลยุทธ์เหล่านั้นสามารถย้อนกลับเพื่อการปรับปรุง (Act) และพัฒนาให้มีความเหมาะสม และประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นตามวงจรคุณภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ภายใต้ระบบของความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เข้ามาร่วมดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน รวมถึงกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ที่ได้ร่วมกันตัดสินใจอย่างฉันทามติ และมีความมุ่งมั่นต่อแนวทางปฏิบัติงานร่วมกัน นำไปสู่การจัดกระบวนการหรือกิจกรรมตามโครงการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุให้มีความสอดคล้องตามนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ และวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ด้วยยุทธศาสตร์หลัก 5 ประการคือ 1) ความมุ่งมั่นต่อปฏิบัติการการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ 2) การจัดระบบสุขภาพเพื่อสอดคล้องกับความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 4) การสร้างความเข้มแข็งในการดูแลระยะยาว และ 5) การปรับปรุงการประเมินผล การติดตามและการวิจัย นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่ศึกษาไปทดลองใช้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพตัวอย่าง นั่นคือ กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา ซึ่งเป็นกองทุนที่มีเงินคงเหลือสูงและการสนับสนุนเงินยังไม่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม หรือที่เรียกว่า พหุวัฒนธรรม ของชาวไทยพุทธ มุสลิม เชื้อสายจีน และอื่น ๆ เป็นความท้าทายของกองทุนในการขับเคลื่อนกองทุนโดยอาศัยรูปแบบจากการศึกษา และได้สะท้อนให้เห็นถึงผลสำเร็จของการนำรูปแบบไปทดลองใช้ จึงเป็นได้ว่า รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ที่ทำการศึกษาคั้งสามารถ

นำไปใช้ได้จริง มีความเหมาะสม เห็นถึงผลการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดี และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 ต่อไป ดังภาพ 13



ภาพ 13 รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของ
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 และสุดท้ายเพื่อประเมินผลการนำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ไปทดลองใช้ในพื้นที่ตัวอย่าง ผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นในบทที่ 4 ที่ผ่านมา ซึ่งได้รับทราบถึงข้อมูลผลการศึกษา ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัย สำหรับในบทนี้เป็นส่วนสุดท้ายของการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอใน 3 ประเด็น คือ 1) สรุปผลการวิจัย 2) อภิปรายผล และ 3) ข้อเสนอแนะ ตามวิธีดำเนินการวิจัยที่แบ่งออกเป็น 3 ระยะ เช่นกัน คือ

1. ระยะที่ 1 การศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา ที่ประกอบด้วย 2 วิธีการวิจัย คือ

1.1 การวิจัยที่ 1 การดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) เก็บข้อมูลการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

1.2 การวิจัยที่ 2 เป็นการดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group Interview)

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

3. ระยะที่ 3 การตรวจสอบรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

สรุปผลการวิจัย

1. การศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

1.1 ผลการวิจัยที่ 1 การดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method)

1.1.1 คุณลักษณะทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.5 อยู่ในช่วงอายุ 50 – 59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.8 อายุเฉลี่ย 51.56 ปี อายุสูงสุด 82 ปี และอายุต่ำสุด 23 ปี สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 77.8 การศึกษาจบระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่ามากที่สุด ร้อยละ 61.1 อาชีพรับราชการมากที่สุด ร้อยละ 40 รายได้ต่อเดือนมากที่สุด อยู่ช่วงมากกว่า 30,001 บาท ร้อยละ 33.7 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ $27,881.56 \pm 21,031.79$ บาท รายได้สูงสุด 200,000 บาท และรายได้ต่ำสุด 3,000 บาท การปฏิบัติงานในองค์กร/พื้นที่ ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 27.4 ตำแหน่งในกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล เป็นตัวแทนจากหน่วยบริการสาธารณสุข ร้อยละ 27.4 ดำรงตำแหน่งเป็นระยะเวลา 4 ปี มากที่สุด ร้อยละ 98.5 ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย เท่ากับ 3.97 ± 0.26 จำนวนครั้งของการดำรงตำแหน่งมากที่สุด จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 55.9 ส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมฝึกอบรมเกี่ยวกับกองทุน ร้อยละ 63.3 และจากผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรม จำนวน 171 คน มีการเข้าร่วมฝึกอบรมมากที่สุด 1 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 88.30

1.1.2 ความรู้เรื่องการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และการสร้างเสริมสุขภาพ

1) ภาพรวมความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M=14.36$, $SD=2.37$) สัดส่วนระดับค่าคะแนน ส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง (คะแนนมากกว่า 14 - 17) คิดเป็นร้อยละ 60.7 รองลงมา มีระดับความรู้ปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่าง 10 – 13) คิดเป็นร้อยละ 36.7 และมีระดับความรู้ต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 9) คิดเป็นร้อยละ 2.6 ตามลำดับ

2) ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ข้อคำถามที่ตอบถูกต้องมากที่สุดคือ กองทุนสุขภาพตำบล มุ่งเน้นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู และรักษาพยาบาลปฐมภูมิเชิงรุก ร้อยละ 97 รองลงมาคือ กองทุนสนับสนุนเงินให้กลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ คนทำงานที่มีความเสี่ยง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ ร้อยละ 94.51 และข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่เฉพาะการพิจารณาอนุมัติโครงการ จะแต่งตั้งคณะทำงานไม่ได้ ร้อยละ 37.4

3) ความรู้เกี่ยวกับการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือ การเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เป็นกระบวนการของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 98.1 รองลงมาคือ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกระบวนการใดก็ตามที่เพิ่มความสามารถผู้สูงอายุ ในการพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น ร้อยละ 97 และข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ กลุ่มที่มีบทบาทต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน คือ กลุ่มอสม. และบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น ร้อยละ 23.3

1.1.3 ปัจจัยของผลการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

ปัจจัยทั้งหมดอยู่ในระดับมาก โดยค่าเฉลี่ยปัจจัยด้านกลไกของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ และปัจจัยด้านกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือเท่ากับ 4.19 (SD=0.49) และ 4.17 (SD=0.48) ตามลำดับ ปัจจัยด้านกลไกของการอภิบาลผ่านความร่วมมือที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร (M=4.31, SD=0.57) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ กลไกด้านการรับรู้ประโยชน์ของกองทุน (M=4.24, SD=0.59) อยู่ในระดับมาก และปัจจัยด้านกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ กระบวนการสร้างความไว้วางใจ (M=4.31, SD=0.55) อยู่ในระดับมาก รองลงมาเป็นกระบวนการพิจารณาและกระบวนการตัดสินใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน (M=4.29, SD=0.51) อยู่ในระดับมาก

1.1.4 การอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M=4.22, SD=0.54) โดยที่ ความเหนียวแน่นของเครือข่ายความร่วมมือ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M=4.24, SD=0.66) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ประสิทธิภาพของความร่วมมือ (M=4.23, SD=0.59) อยู่ในระดับมาก คุณภาพความสัมพันธ์ของความร่วมมือ (M=4.21, SD=0.58) อยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้มุมมองความคิดเห็นของความร่วมมือมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (M=4.19, SD=0.67) อยู่ในระดับมาก

1.1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

1.2 ผลการวิจัยที่ 1 การดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method)

ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา เรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของการอภิบาลผ่านความร่วมมือจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้

1) กระบวนการติดตามและประเมินผล ($\beta = 0.315$) 2) กระบวนการจัดการทรัพยากร ($\beta = 0.247$)

3) กลไกด้านความรู้ ($\beta = 0.132$) 4) กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ ($\beta = 0.146$) 5) กลไกด้านทรัพยากร ($\beta = 0.093$) 6) กระบวนการประชาสัมพันธ์ ($\beta = 0.113$) และ 7) กระบวนการค้นหาปัญหา ($\beta = 0.100$) ซึ่งตัวแปรทั้ง 7 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การอภิบาลผ่านความร่วมมือ ได้ร้อยละ 75.9 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

1.3 ผลการวิจัยที่ 2 การดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method)

ผลการศึกษาด้านความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพ จากมุมมองความคิดเห็นและการให้ความหมายจากการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล จะเห็นว่า ทั้งความรู้การบริหารจัดการกองทุนและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลยังขาดความรู้ โดยเฉพาะการบริหารจัดการกองทุน ทั้งในเรื่องของระเบียบ วิธีการหรือกระบวนการของการดำเนินงาน บุคลากรหรือทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ต้องการคือ เงินงบประมาณไม่ได้มีการสนับสนุนให้องค์กร หรือกลุ่มภาคส่วนต่าง ๆ ทำให้กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุไม่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพตามวัตถุประสงค์ของกองทุน สุดท้ายเงินคงเหลือมาก การพัฒนาศักยภาพเป็นวิธีการปฏิบัติหนึ่งที่สำคัญ เป็นการสร้างความรู้ให้เกิดขึ้นแก่คณะกรรมการกองทุนที่สามารถนำไปพัฒนาและแก้ไขปัญหาของการบริหารจัดการกองทุนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) ความรู้ในการบริหารจัดการกองทุนและการสร้างเสริมสุขภาพ 2) ผู้นำความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3) วัฒนธรรมองค์กร 4) กระบวนการจัดทำโครงการ 5) กระบวนการจัดการเครือข่าย 6) กระบวนการจัดการทรัพยากร 7) กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ 8) กระบวนการประชาสัมพันธ์ และ 9) กระบวนการติดตามและประเมินผล

1.4 การผสมผสาน (Merge results) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

1. ปัจจัยที่มีความสอดคล้องกันจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) กระบวนการติดตามและประเมินผล 2) กระบวนการจัดการทรัพยากร

3) กลไกด้านความรู้ 4) กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ 5) กลไกด้านทรัพยากร และ 6) การประชาสัมพันธ์

2. ปัจจัยที่ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไม่สอดคล้องกัน ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบเฉพาะในผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ในขณะที่ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพกลับไม่พบหรือส่วนเสริมปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ กระบวนการค้นหาปัญหา

2.2 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบเฉพาะในผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในขณะที่ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณกลับไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลไกด้านผู้นำ และกลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร

2.3 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบเฉพาะในผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแต่ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณไม่ได้มีการนำปัจจัยทั้งสองมาทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กระบวนการจัดการเครือข่าย และกระบวนการจัดทำโครงการ

2. การพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

การพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ให้ความสอดคล้องตามนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุด้วยยุทธศาสตร์หลัก 5 ประการคือ 1) ความมุ่งมั่นต่อปฏิบัติการการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ 2) การจัดระบบสุขภาพเพื่อสอดคล้องกับความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 4) การสร้างความเข้มแข็งในการดูแลระยะยาว และ 5) การปรับปรุงการประเมินผล การติดตามและการวิจัย อาศัยระบบที่มีความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือกลยุทธ์ ที่นำมาจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้กรอบวงจรคุณภาพ PDCA เพื่อพัฒนาการนำนโยบายสู่การปฏิบัติและการประเมินผล ประกอบด้วย 1. การวางแผนงาน 2. การปฏิบัติงานตามแผน ด้วยการนำกลยุทธ์ซึ่งได้แก่ ปัจจัยนำเข้าหรือกลไกการขับเคลื่อน (ประกอบด้วย 1) กลไกด้านทรัพยากร 2) กลไกด้านความรู้ 3) กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร) ผ่านกลยุทธ์ด้านกระบวนการที่สำคัญ (ประกอบด้วย 1) กระบวนการค้นหาปัญหา 2) กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ 3) กระบวนการจัดการทรัพยากร 4) กระบวนการประชาสัมพันธ์ 5) กระบวนการจัดการเครือข่าย และ 6) กระบวนติดตามและประเมินผล) นำไปสู่ 3. การตรวจสอบ ผลลัพธ์ของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (ประกอบด้วย 1) ประสิทธิภาพ 2) คุณภาพ ความสัมพันธ์ 3) การรับรู้มุมมองความคิดเห็น และ 4) ความเหนียวแน่นของเครือข่าย) และกลยุทธ์เหล่านั้นสามารถ ย้อนกลับสู่ 4. การปรับปรุงการดำเนินการ หรือพัฒนาให้มีความเหมาะสม และประสิทธิภาพต่อไป

3. การประเมินผลการนำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ไปทดลองใช้ในพื้นที่ตัวอย่าง (เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา)

3.1 ประสิทธิภาพ

ประสิทธิผลของความร่วมมือ เป็นการบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของกองทุนที่คาดหวังไว้ โดยอาศัยความร่วมมือในการทำงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จุดเน้นที่สำคัญได้แก่

3.1.1 การใช้จ่ายเงินในแต่ละปีงบประมาณมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในปี 2561 มีการใช้เงินออกไปเพื่อสนับสนุนโครงการทั้งหมด เป็นจำนวนมากกว่าเกือบ 4 เท่าของปี 2558 จำนวน 3 เท่าของปี 2559 และจำนวน 2 เท่าของปี 2560 ตามลำดับ

3.1.2 พิจารณาสัดส่วนการใช้จ่ายงบประมาณเทียบรายรับที่ได้รับในปีงบประมาณที่ได้รับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในปี 2561 มีสัดส่วนการใช้จ่ายเงิน เป็นจำนวนมากกว่าเกือบ 4 เท่าของปี 2558 และ 2559 และจำนวน 2 เท่าของปี 2560 ตามลำดับ

3.1.3 พิจารณาสัดส่วนการใช้จ่ายงบประมาณเทียบรายรับทั้งหมดในแต่ละปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะในปี 2561 มีสัดส่วนการใช้จ่ายเงิน เป็นจำนวนมากกว่าเกือบ 3 เท่าของปี 2558 และ 2559 และจำนวน 2 เท่าของปี 2560 ตามลำดับ

3.1.4 เงินคงเหลือยกไปในปี 2561 ลดลงจากปี 2560 ไปเกือบ 2 ล้านบาท

3.1.5 ผลการดำเนินงานสำหรับการใช้จ่ายงบประมาณในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นเงินมากกว่า 3 เท่าของปีที่ผ่านมา และจำนวนโครงการการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีจำนวน มากกว่าร้อยละ 6.34 ในปีที่ผ่านมาของช่วงเวลาเดียวกัน

3.1.6 ผลลัพธ์สำคัญของการดำเนินงานตามนโยบายการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

1) ความความมุ่งมั่นต่อปฏิบัติการการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุของเทศบาล ทำให้มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้พิการ โดยการสนับสนุนงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลาในการดำเนินงานด้วยโครงการโรงเรียนสูงวัยนครยะลา

2) การสนับสนุนโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชากรผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการแพทย์แผนไทยและการประยุกต์ใช้ในชุมชนสามัคคี และชุมชนหลังวัดเมือง

3) การสนับสนุนโครงการที่สามารถเป็นการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมของชุมชนต่อการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง ผ่าน

โครงการตัวอย่างเช่น โครงการสร้างเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมทางกายในชุมชนมุสลิมสัมพันธ์ และชุมชนวัดยะลาธรรมาราม เป็นต้น

4) การสนับสนุนโครงการการสร้างความเข้มแข็งในการดูแลระยะยาว ได้แก่ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตสร้างสุขสูงวัยอย่างมีคุณค่า

5) การปรับปรุงการประเมินผล การติดตามและการวิจัย ที่สำคัญได้มีการศึกษาวิจัย เรื่อง การประเมินลำดับความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในเมืองไทย (Evaluating health promotion priorities for older, urban residents in Thailand)

3.2 คุณภาพความสัมพันธ์

การอภิบาลผ่านความร่วมมือกันในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพความสัมพันธ์ที่ดีจากการทำงานร่วมกัน มีความพึงพอใจต่อการเข้ามาทำงานร่วมกันเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดเครือข่ายการทำงานและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในชุมชน สร้างแรงจูงใจ และแรงบันดาลใจต่อการดำเนินกิจกรรมตามโครงการ

3.3 การรับรู้มุมมองความคิดเห็น

การอภิบาลผ่านความร่วมมือกันในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา ได้สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้มุมมองความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการทำงาน ความร่วมมือที่เกิดขึ้นและเป็นผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ เกิดจากแต่ละบุคคล กลุ่มหรือภาคส่วนความร่วมมือต่าง ๆ ได้รับรู้ถึงความคิดเห็นของกันและกัน มีความไว้วางใจต่อกัน และที่สำคัญรับฟังเหตุผลหรือข้อมูลที่ผ่านนำเสนอข้อมูลเพื่อการตัดสินใจอย่างฉันทามติ เพื่อประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่

3.4 ความเหนียวแน่นของเครือข่าย

การอภิบาลผ่านความร่วมมือกันในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครยะลา ได้สะท้อนให้เห็นถึงความเหนียวแน่นของเครือข่ายจากการทำงานร่วมกัน เกิดการยอมรับซึ่งกันและกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือระหว่างองค์กรหรือกลุ่มประชาชน เกิดเครือข่ายการทำงานและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความเหนียวแน่นของคณะกรรมการที่มาจากหลากหลายภาคส่วนเป็นอย่างดี ความความเสียสละเวลาเพื่อประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุและประชาชนในพื้นที่ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการอย่างต่อเนื่อง

4. การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ในพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา

ภาพรวมการรับรู้ถึงประสิทธิผลของรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 นี้ มีประสิทธิภาพสูงมาก ร้อยละ 100 ($M=7.00$, $SD\ 0.00$) รวมทั้ง การรับรู้ถึงคุณภาพความสัมพันธ์ในการทำงาน มีคุณภาพสูง ร้อยละ 70 รองลงมา มีคะแนนสูง ร้อยละ 30 ($M=6.70$, $SD=0.466$) การรับรู้ถึงมุมมองที่กว้างขึ้น อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 76.77 รองลงมา อยู่ในระดับสูงร้อยละ 23.33 ($M=6.77$, $SD=0.430$) และการรับรู้ถึงความเหนียวแน่นของเครือข่าย อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 70.00 รองลงมา อยู่ในระดับสูงร้อยละ 30 ($M=6.70$, $SD=0.466$) การดำเนินงานที่มีรูปแบบส่งผลให้มีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุ สามารถกระจายเงินมากขึ้น เงินที่เหลืออยู่ลดลง ด้วยความเหนียวแน่นสามัคคี มีการช่วยเหลือกัน มีความสัมพันธ์ที่ดีเกิดขึ้น เกิดมุมมองที่ได้รับจากการทำงานและแนวคิดที่จะพัฒนาต่อไป

5. การประเมินรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ในพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา

รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ที่นำทดลองใช้สามารถปฏิบัติได้จริงตามกลยุทธ์ที่ออกแบบไว้ และสามารถลงมือปฏิบัติได้อย่างเข้าใจ ผลการดำเนินงานของกองทุนสามารถบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ และสุดท้ายคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทราบถึงผลของเปลี่ยนแปลงภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ในการพัฒนากองทุน และร่วมกันที่จะพัฒนาให้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ ด้วยการปรับปรุงวิธีการที่สำคัญ ตัวอย่าง การประชาสัมพันธ์ การสร้างความรู้ การจัดทำโครงการ การติดตามและประเมินผล เป็นต้น

6. การปรับปรุงการดำเนินการ

การปรับปรุงหรือพัฒนากลยุทธ์ กลวิธี และแนวทางปฏิบัติให้มีความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การได้มาของทรัพยากร และการจัดการทรัพยากร โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคล ต้องมีการสนับสนุนบุคลากรประจำอย่างเหมาะสมและเพียงพอ มีการพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างความรู้อย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการบริหารจัดการกองทุน การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดทำโครงการ รวมทั้ง การจัดการความเป็นผู้นำของคณะกรรมการทุกคน การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ การติดตามและประเมินผล

อภิปรายผล

1. การอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

การอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 เป็นผลของการบริหารจัดการระหว่างองค์ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่ผ่านองค์ประกอบของความร่วมมือด้วยการตัดสินใจในการจัดการตามข้อตกลงของกลุ่ม อาศัยการอภิปรายร่วมกัน เพื่อดำเนินงานตามนโยบายสู่การปฏิบัติสำหรับโครงการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ผลการประเมินด้านประสิทธิภาพ คุณภาพสัมพันธภาพการทำงาน มุมมองความคิดเห็น และความเหนียวแน่นขององค์กร จากการวิจัยเชิงปริมาณจะเห็นว่า การอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.22$, $SD=0.54$) เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละด้าน พบว่า ความเหนียวแน่นของเครือข่ายความร่วมมือ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($M=4.24$, $SD=0.66$) รองลงมาคือ ประสิทธิภาพของความร่วมมือ ($M=4.23$, $SD=0.59$) คุณภาพความสัมพันธ์ของความร่วมมือ ($M=4.21$, $SD=0.58$) การรับรู้มุมมองความคิดเห็นของความร่วมมือ ($M=4.19$, $SD=0.67$) ตามลำดับ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ความเหนียวแน่นของเครือข่ายเป็นปฏิสัมพันธ์ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติผ่านกระบวนการของความร่วมมือ ทำให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อผู้สูงอายุ ที่มาจากหลายภาคส่วน ดังนั้น ความเหนียวแน่นของเครือข่ายส่งผลให้การจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ ภิญญ มนุสิลป์ (2558) ที่เห็นว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของสมาชิกในทีมเป็นไปได้ด้วยดีในเชิงภาพรวมแล้ว ย่อมหมายถึงความสัมพันธ์และความผูกพันของสมาชิกในองค์กรก็เป็นไปในเชิงบวกด้วย อันจะเป็นผลให้เกิดความสามัคคีและผสมผสานความร่วมมือทำให้การดำเนินงานขององค์กรประสบความสำเร็จและก้าวหน้ายิ่งขึ้น นอกจากนี้ ประสิทธิภาพของความร่วมมือ เป็นการบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ นั่นคือ เป้าหมายของกระบวนการอภิบาลความร่วมมือตามรูปแบบที่นำมาปฏิบัติเพื่อให้เกิดโครงการหรือกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณสำหรับโครงการหรือกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ที่สำคัญคือ เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดโครงการขึ้นมา สอดคล้องกับ แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ด้านประสิทธิผลการสนับสนุนโครงการ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2561) ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของการได้มาซึ่งแผนงาน โครงการจัดบริการสาธารณะให้กับกลุ่มเป้าหมาย

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

กระบวนการการติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) เป็นปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) กล่าวคือ เมื่อคะแนนการติดตามและประเมินผล เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.315 คะแนน อธิบายได้ว่า การบรรลุผลของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ให้ได้นั้น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นควรมีแผนการติดตาม การตรวจสอบการดำเนินงาน การประเมินผลโครงการ และการเก็บรวบรวมข้อมูลโครงการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ สำหรับเป็นข้อมูลย้อนกลับสู่การปรับปรุงและพัฒนา เช่นเดียวกับข้อมูลเชิงคุณภาพได้แสดงให้เห็นเพิ่มเติมว่า การรายงานผลการดำเนินงานเป็นส่วนสำคัญสำหรับการตัดสินใจ รวมถึงเสนอแนะแนวทางพัฒนากระบวนการดำเนินงานของการดำเนินโครงการในอนาคต และการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นต่อไป สอดคล้องกับ สุภาภรณ์ เอียนรัมย์ และคณะ (2558) ได้เสนอว่า การติดตามและการรายงานผลการดำเนินงานเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ เช่นเดียวกับ วัฒนา วนิชชานนท์, และศิริพร พันธูลี (2554) กระบวนการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของพื้นที่ต้นแบบ (Best Practice) ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลของจังหวัดแพร่

กลไกด้านทรัพยากร (Resources) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) กล่าวคือ เมื่อกลไกด้านทรัพยากร เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.093 คะแนน อธิบายได้ว่า การบรรลุผลของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ให้ได้นั้น การได้มาของทรัพยากร ทั้งทรัพยากรมนุษย์ (man) เงินงบประมาณ (money) วัสดุอุปกรณ์ (material) การจัดการ (management) และทรัพยากรอื่น ๆ ควรมีความรู้ ศักยภาพและความสามารถ เช่นเดียวกับข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะการมอบหมายให้พนักงานส่วนท้องถิ่นหรือลูกจ้างของ อบต. เพื่อแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน (สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) หรือบางแห่งเรียกว่า ผู้ประสานงานกองทุน หรือหัวหน้างานกองทุน หรือผู้รับผิดชอบกองทุน นั้น ควรเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถทั้งในงานเลขานุการของคณะกรรมการ การบริหารจัดการหรือพัฒนา

กองทุน การจัดทำหรือบริหารแผนงานทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ การสื่อสารถึงผู้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างเข้าใจ และเข้าถึง นอกจากนี้ การได้มาหรือการคัดเลือกกรรมการในคณะกรรมการกองทุนแต่ละแห่ง ควรเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถเช่นเดียวกัน ที่สำคัญควรมีการคัดเลือกอย่างเปิดเผย ให้ได้ตัวแทนที่เหมาะสม ดังนั้น บุคคลที่จะเข้ามาเป็นผู้ประสานงานกองทุน หรือหัวหน้างานกองทุน หรือผู้รับผิดชอบกองทุน รวมทั้งคณะกรรมการต้องมีความสามารถ ทั้งทางด้านความรู้ของกองทุน การบริหารจัดการ ภาวะเปี่ยงต่าง ๆ (ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข และอื่น ๆ) มีความสามารถในการประสานงาน สื่อสารอย่างเข้าใจ ชักจูง โน้มน้าว เครือข่าย เป็นต้น สอดคล้องกับ พบสุข ชำชอง (2561) การขับเคลื่อนนวัตกรรมความร่วมมือในการจัดบริการสาธารณะ ต้องการผู้จัดการนวัตกรรม หรือผู้ประสานความร่วมมือข้ามพรมแดน (boundary-spanners) ที่มีคุณลักษณะเฉพาะที่เอื้อต่อกระบวนการนวัตกรรมความร่วมมือ สามารถทำหน้าที่และแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม (competent innovation manager) นั่นคือการมีวิสัยทัศน์และเห็นประโยชน์ของนวัตกรรมความร่วมมือ เข้าใจบทบาทและมีความรับผิดชอบ การแสดงออกถึงความมุ่งมั่นและกระตือรือร้นในการขับเคลื่อน การแสดงออกถึงความซื่อสัตย์ในใจในความแตกต่างขององค์กรเครือข่าย

กลไกด้านความรู้ (Knowledge) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) กล่าวคือ เมื่อกลไกด้านความรู้ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.132 คะแนน อธิบายได้ว่า การบรรลุผลของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ให้ได้นั้น คณะกรรมการและบุคลากรทุกส่วนที่เกี่ยวข้องต้องมีความรู้ทั้งในส่วน ของกองทุนและการบริหารจัดการ รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้ จะเห็นว่าจากข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในรอบ 1 ปี ได้รับการฝึกอบรมอย่างน้อย จำนวน 1 ครั้ง และได้รับการดำรงตำแหน่งมาแล้วหลายปี แต่ยังไม่มีความรู้หรือเข้าใจคลาดเคลื่อนอยู่ในบางประเด็น รวมทั้งข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลยังขาดความรู้ โดยเฉพาะการบริหารจัดการกองทุน ทั้งในเรื่องของระเบียบ วิธีการหรือกระบวนการของการดำเนินงาน และการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพและเติมเต็มองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินงานของกองทุน สอดคล้องกับ วิมล ชาตะมินา และคณะ (2551) ที่ได้สรุปไว้ว่าการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ให้กันภายในระหว่างบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการและดำเนินโครงการของ อบจ.แพร่ และของ อบจ.พิษณุโลก เช่นเดียวกับ สุภาภรณ์ เอียนรัมย์ และคณะ (2558) ที่เห็นว่า การสร้างความรู้ความ

เข้าใจเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ นอกจากนี้ การจัดการความรู้ยังเป็นระบบ เป็นการรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในกองทุนทั้งในตัวบุคคล กระบวนการทำงานหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้มีความรู้ และมีความสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการจัดการทรัพยากร (Resources management) เป็นปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมืองของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) กล่าวคือ เมื่อกระบวนการจัดการทรัพยากร เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.247 คะแนน อธิบายได้ว่า การอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สามารถทำให้เกิดผลสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์นั้น กระบวนการจัดการทรัพยากร ทั้งทรัพยากรมนุษย์ (man) เงินงบประมาณ (money) วัสดุอุปกรณ์ (material) การจัดการ (management) และทรัพยากรอื่น ๆ สามารถจัดการหรือนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสม มีความคุ้มค่า เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการบรรลุเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นไปตามข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพเช่นเดียวกัน ดังนั้น กระบวนการจัดการทรัพยากร จากความร่วมมือของหลายภาคส่วน ควรมีการพัฒนาและสร้างเสริมสมรรถนะ ทั้งในส่วนของการพัฒนาคน ได้แก่ คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อผู้สูงอายุ รวมถึงภาคประชาชนให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น ผ่านการจัดการกระบวนการเรียนรู้ การสนับสนุนงบประมาณในรูปแบบที่หลากหลายของกลุ่มผู้รับเงินสนับสนุน (หน่วยบริการ องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเอง) การพัฒนาและการปรับปรุงเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้มีระบบ สามารถเข้าถึงและใช้งานให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อกลุ่มผู้สูงอายุ การสนับสนุนและบูรณาการวิธีการและการดำเนินงานตามความสมัครใจหรือความสนใจของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ สถัญญเกียรติ แจ่มสมบูรณ์ (2016) ที่เห็นว่า แนวทางการพัฒนาที่สำคัญของการจัดการอย่างยั่งยืนกับประสิทธิภาพการบริหารรายการเกิดพระเกียรติของสถานีวิทย์โทรทัศนกองทัพบก ควรมียุทธศาสตร์แนวคิดการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับวาทนา เลิศมะเลา และเทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์ (2561) ปัจจัยด้านสมรรถนะ ปัจจัยด้านการพัฒนาสมรรถนะการบริหารทรัพยากรมนุษย์ มีอิทธิพลต่อระดับความสำเร็จในการพัฒนาองค์การสู่ความเป็นเลิศของมหาวิทยาลัยราชภัฏในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ หรือภาวะผู้นำ (Leadership management) เป็นปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(p-value < 0.001) กล่าวคือ กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.146 คะแนน อธิบายได้ว่า คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อผู้สูงอายุ ควรมีความสามารถทางด้านความเป็นผู้นำ ทั้งการสนับสนุน การประสานงาน การโน้มน้าว เชิญชวน ชักจูง ภาควิชาต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อบรรลุผลการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่นเดียวกันกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่แสดงถึงคณะกรรมการ โดยเฉพาะกรรมการที่มาจากผู้แทนของชุมชน และผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถมีบทบาทหรือเป็นต้นแบบต่อการจัดทำโครงการกิจกรรมของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตัวอย่างโครงการเด่น คือ โครงการสร้างเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมทางกายของชุมชนมุสลิมสัมพันธ์ ที่ดำเนินการผ่านประธานชุมชนที่เป็นกรรมการ และสามารถถ่ายทอดสู่ชุมชนใกล้เคียง นอกจากนี้ กรรมการที่มาจากผู้แทนของชุมชน และผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสามารถทักษะ และกระบวนการของความเป็นผู้นำในการชักจูง โน้มน้าว และสื่อสารให้สมาชิกในเวทีการประชุมประจำเดือนของทั้ง 2 ส่วน หรือสนับสนุนภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันทำงานเพื่อให้กองทุนประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่วางไว้ที่สำคัญคือ มีพฤติกรรมต่อการนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สร้างความเคลื่อนไหวให้เกิดความร่วมมือตามทิศทางที่กองทุนได้กำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วสันต์ ศรีสมพงศ์ (2559) ที่แสดงให้เห็นว่าการบริหารจัดการแบบร่วมมือในโครงการคลองหมอนนา ตำบลลำแดง อำเภอสว่างนคร จังหวัดสงขลา กลไกการบริหารจัดการแบบร่วมมือ ดำเนินการโดยการตกลงร่วมกัน และอาศัยแรงจูงใจในการร่วมโครงการ ซึ่งเกิดจากความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การใช้ภาวะผู้นำแบบอำนวยความสะดวกของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลในฐานะผู้นำเครือข่าย และสอดคล้องกับ Sun, M. et al. (2017) ที่เห็นว่า การแสดงบทบาทอย่างเต็มที่ในการทำงานร่วมกัน ด้วยกระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อให้ เพื่อให้เกิดประโยชน์และบรรลุผลสำเร็จของความร่วมมือ ความสามารถในการเป็นผู้นำของคณะกรรมการมีความสำคัญ โดยเฉพาะการกระจายความเป็นผู้นำ และการแลกเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกันในการทำงาน

กระบวนการประชาสัมพันธ์ (Public Relations) เป็นปัจจัยด้านกระบวนการที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.05) กล่าวคือ เมื่อกระบวนการประชาสัมพันธ์ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.113 คะแนน อธิบายได้ว่า การบรรลุผลของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ให้ได้นั้น คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อผู้สูงอายุ ควรมีส่วนร่วมในการ

ประชาสัมพันธ์การสนับสนุนงบประมาณของกองทุนไปยังผู้รับการสนับสนุนทั้งในส่วนของหน่วยงาน องค์กรดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ สอดคล้องกับ สุภาภรณ์ เอียนรัมย์ และคณะ (2558) ที่พบว่า การประชาสัมพันธ์ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลเมืองแฝง อำเภอมะนัง จังหวัดบุรีรัมย์ และ สอดคล้องกับ รุ่งเรือง แสนโกษา และคณะ (2557) ที่เห็นว่า การประชาสัมพันธ์ เป็นหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) รวมทั้งความสามารถใช้สื่อประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายช่องทาง เช่นเดียวกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่แสดงถึงการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน หรือองค์กร และกลุ่มประชาชนเป้าหมาย ผ่านตัวแทน คณะกรรมการในเวทีการประชุมต่าง ๆ และการใช้เครื่องมือสื่อสารที่หลากหลาย เช่น ผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ หรือเฟสบุ๊ก และการจัดรายการวิทยุ เป็นต้น เพื่อสร้างความเข้าใจ และความร่วมมือ ตลอดจนความสัมพันธ์ที่ดี ทำให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาคนันท์ นิมิตรพันธ์, และศิริจันทร์ พลกนิษฐ (2559) ที่พบว่า กลยุทธ์การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์เป็นกลยุทธ์ที่นำมาช่วยเสริมสื่อประชาสัมพันธ์แบบออฟไลน์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะความเคลื่อนไหวขององค์กร เรื่องราวของธุรกิจ วิสัยทัศน์ของผู้บริหาร คุณค่าของสินค้าและบริการ รวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ สามารถให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างการมีส่วนร่วม สร้างความผูกพันระหว่างองค์กรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ไปสู่การมีชื่อเสียง ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนองค์กร

การจัดการเครือข่าย การจัดการกับปัญหาสุขภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องทำงานร่วมกันในรูปแบบเครือข่าย ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นเครื่องมือหรือวิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้กลไกของการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ มีการร่วมมือกันในเรื่องต่าง ๆ และยังทำให้มีพลังต่อรองกับอำนาจต่าง ๆ ได้ดีขึ้น จึงนับได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน (กองสุศึกษา, 2556) การเป็นสื่อกลางปัจจัยพื้นฐานของสุขภาพและโอกาสที่จะเข้าถึงสุขภาพไม่ได้ขึ้นกับภาคส่วนที่ให้บริการสุขภาพเพียงด้านเดียว การสร้างเสริมสุขภาพต้องเกิดจากการดำเนินการร่วมกัน ของทุกภาคส่วนที่เห็นความสำคัญของสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพ ภาคสังคมและเศรษฐกิจ ภาคเอกชน องค์กรอาสาสมัคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคอุตสาหกรรมและสื่อมวลชน ประชาชนทุกเพศทุกวัยมีบทบาทต่อสุขภาพในฐานะบุคคล สมาชิกครอบครัว และสมาชิกชุมชน กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มทางสังคม และบุคลากร ทางสุขภาพมีการกิจสำคัญในการเป็นสื่อกลางระหว่างภาคส่วนที่มีความต้องการแตกต่างกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพ สันศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี (2556)

การพัฒนาและยืนยันรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

ตามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาและทำการยืนยันรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา ซึ่งได้มีการกำหนดทิศทางของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในประเด็นผู้สูงอายุให้มีความสอดคล้องตามนโยบายด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ของทางเทศบาลนครยะลา กระบวนการของการได้มาซึ่งรูปแบบที่เหมาะสม อาศัยคณะกรรมการกองทุนที่เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการในกระบวนการตัดสินใจ ผ่านการปรึกษาหารือร่วมกัน ที่สำคัญลงความเห็นอย่างฉันทามติ สอดคล้องตามแนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือของ Ansell and Gash (2008) และสอดคล้องกับ Stoker, G., & Wilson, S. (2004) ที่ให้ความสำคัญต่อการตัดสินใจร่วมกัน ระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการนโยบายสาธารณะ รวมทั้งสอดคล้องกับ Emerson, K. et al. (2012) ที่เห็นว่าการอภิบาลผ่านความร่วมมือเป็นกระบวนการของการบริหารจัดการและการตัดสินใจจากตัวแสดงทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน เพื่อที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายสาธารณะที่มีร่วมกัน ซึ่งไม่สามารถบรรลุได้จากการทำงานขององค์กรหรือภาคส่วนใดเพียงลำพัง รูปแบบที่ได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) เพื่อพัฒนาการบริหารงานคุณภาพอย่างยั่งยืน เป็นกรอบการดำเนินงานลงมือปฏิบัติ ประกอบด้วย การวางแผนงาน การปฏิบัติงานตามแผน การตรวจสอบ และการปรับปรุงการดำเนินการ สอดคล้องกับ จินตนา อาจสันเทียะ และคณะ (2559) ได้ศึกษาแนวปฏิบัติที่ดีในการพัฒนาสมรรถนะชุมชนในการป้องกันและแก้ปัญหาการเกิดโรคพยาธิในชุมชน พบว่าการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนนั้น การดำเนินงานบริการวิชาการต้องอยู่ในรูปแบบของการมีส่วนร่วมมีระบบ PDCA ร่วมกัน และผลลัพธ์ที่ได้จะสร้างให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ นอกจากนี้ภายใต้กรอบวงจรคุณภาพ PDCA เพื่อพัฒนาการนำนโยบายสู่การปฏิบัติและการประเมินผล ในส่วนของการปฏิบัติงานตามแผน มีวิธีการดำเนินงานกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันเป็นระบบภายใน อาศัยการบริหารจัดการตามทฤษฎีเชิงระบบ ได้แก่ สิ่งป้อนเข้าไปหรือปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลงาน (Output) หรือผลิตผล (Product) และข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) (Kinicki, A., & Williams, B. K., 2008) ด้วยการนำกลยุทธ์มาบูรณาการภายในองค์ประกอบเชิงระบบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้าหรือกลไกการขับเคลื่อน (ประกอบด้วย 1) กลไกด้านทรัพยากร 2) กลไกด้านความรู้ 3) กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร) ผ่านกลยุทธ์ด้านกระบวนการที่สำคัญ (ประกอบด้วย 1) กระบวนการค้นหาปัญหา 2) กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ 3) กระบวนการจัดการทรัพยากร 4) กระบวนการประชาสัมพันธ์ 5) กระบวนการจัดการเครือข่าย และ 6) กระบวนการติดตามและประเมินผล) นำไปสู่การตรวจสอบ ผลลัพธ์ของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (ประกอบด้วย 1) ประสิทธิภาพ 2) คุณภาพความสัมพันธ์ 3) การรับรู้มุมมองความคิดเห็น และ 4) ความเหนียวแน่น

ของเครือข่าย) และกลยุทธ์เหล่านั้นสามารถ ย้อนกลับสู่การปรับปรุงการดำเนินการ หรือพัฒนาให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับ รุ่งเรือง แสนโกสา และคณะ (2557) ที่ได้ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ ผลของรูปแบบที่ได้ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ทั้งนี้มีบางปัจจัยที่มีความสอดคล้องกัน เช่น ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุน และการประชาสัมพันธ์ รวมถึงผลลัพธ์ได้แก่ ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ แต่ในส่วนของการกระบวนการมีความแตกต่างกันอย่างไรก็ตาม รูปแบบของการศึกษานี้เป็นรูปแบบที่แตกต่างจาก นางลักษณ์ พวงมาลัยและคณะ (2559) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จังหวัดฉะเชิงเทรา ประเด็นสำคัญของการผลสำเร็จตามรูปแบบ ได้แก่ 1) ด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการของกองทุน 2) ด้านกระบวนการตามกิจกรรมกองทุน และ 3. ด้านผลที่เกิดจากการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ทั้งนี้ ปัญหาและความต้องการจากงานวิจัยมีความสอดคล้องกับรูปแบบที่ศึกษานี้ คือ ด้านศักยภาพของคณะกรรมการกองทุน ควรมีการพัฒนากรรมการให้ผ่านการอบรมหรือประชุมหรือสัมมนาหรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ และความสนใจของชุมชนต่อบทบาท ภารกิจ และผลงานของกองทุน และด้านการประชาสัมพันธ์การเผยแพร่ข้อมูลตามหลักธรรมาภิบาลข่าวสาร หรือผลการดำเนินงานของกองทุนผ่านสื่อต่าง ๆ

การประเมินผลลัพธ์ของการนำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลาไปทดลองใช้

การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 จะเห็นได้ว่า ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์การดำเนินงานการใช้จ่ายเงินในภาพรวมของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา ปี 2561 มีจำนวนสูงขึ้นกว่าปีที่ 2560 โดยเฉพาะที่สำคัญค่าใช้จ่ายการสนับสนุนให้งบประมาณในการจัดทำโครงการกลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการเข้าถึงการของกลุ่มองค์กรภาคประชาชนมีมากขึ้นเช่นกัน เหล่านี้ เป็นผลจากรูปแบบการพัฒนาตามกรอบ PDCA โดยอาศัยกลยุทธ์การขับเคลื่อนภายในระบบของความร่วมมือ สอดคล้องกับ Fratamico, P. M. et al. (2016) ได้ประยุกต์ใช้วงจร PDCA ในการปรับปรุงการปฏิบัติตามสุขอนามัยของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า สามารถปรับปรุงการปฏิบัติได้ นอกจากนี้ การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามรูปแบบ จะเห็นว่า ภาพรวมการรับรู้ถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 มีประสิทธิภาพสูงมาก การรับรู้ถึงคุณภาพความสัมพันธ์ในการทำงาน มีคุณภาพสูง และการรับรู้ถึงความเหนียวแน่นของเครือข่าย อยู่ในระดับสูงมากเช่นกัน ดังนั้น การดำเนินงานที่มีรูปแบบส่ง

ให้มีผลลัพธ์การดำเนินงานหรือประสิทธิผลที่ดีต่อผู้สูงอายุ สามารถกระจายเงินสู่กลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น เงินที่เหลืออยู่ลดลง และผ่านการดำเนินงานจากภาคีเครือข่ายที่เข้าถึงเพิ่มมากขึ้น ด้วยความเหนียวแน่นของเครือข่าย เกิดความสัมพันธ์ที่ดีจากการทำงานร่วมกันของทุกฝ่าย เกิดมุมมองใหม่ในการทำงาน รวมทั้งมุมมองความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางาน และแนวคิดที่จะพัฒนาต่อไป โดยเฉพาะการประชาสัมพันธ์ บทบาทความเป็นผู้นำของคณะกรรมการ

การประเมินรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ในพื้นที่กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา พบว่า สามารถในการปฏิบัติงานได้จริงตามการออกแบบที่วางไว้ ผู้ปฏิบัติสามารถลงมือปฏิบัติได้อย่างเข้าใจ ส่งผลให้ดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะลา บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ ทราบถึงผลของเปลี่ยนแปลงภายหลังการนำรูปแบบมาใช้ในการพัฒนากองทุน และร่วมกันที่จะพัฒนาให้การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ ด้วยการปรับปรุงวิธีการที่สำคัญ ตัวอย่างเช่น การประชาสัมพันธ์ การสร้างความรู้การจัดทำโครงการ การติดตามและประเมินผล เป็นต้น สอดคล้องกับนงลักษณ์ พวงมาลัยและคณะ (2559) ในการประเมินรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จังหวัด ฉะเชิงเทรา ตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม มีความถูกต้อง มีความเป็นไปได้ และมีประโยชน์ในการนำไปใช้

ดังนั้น รูปแบบที่ได้เป็นกรอบความคิดที่แสดงถึงโครงสร้างและความสัมพันธ์ของปัจจัยหรือตัวแปร ภายใต้หลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่าง ๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 มีจุดเด่นที่สำคัญ นั่นคือ เป็นกระบวนการของการศึกษาที่มีความครอบคลุมจากต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ ด้วยความเข้าใจ เข้าถึง และพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผ่านรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมืองที่ได้มาจากการศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 โดยอาศัยระเบียบวิธีวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methodology Research) แบบการวิจัยแบบพร้อมกัน (Convergent Parallel

Design) ที่ประกอบด้วย 2 วิธีการวิจัย นั่นคือ การวิจัยเชิงปริมาณดำเนินการไปพร้อมกันกับวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีการให้ความสำคัญของการวิจัยทั้งสองแบบเท่า ๆ กัน ทั้งนี้ การพัฒนาเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ผล แยกจากกันเป็นอิสระ การดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative method) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) และการดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group Interview) สุดท้ายนำผลการวิจัยทั้งสองส่วน มาสรุปรวมกันหรือการรวมผล (Merge) ในส่วนของการแปลผล เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหรือทำให้ผลการวิจัยสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และนำผลการวิจัยที่ได้จากระยะที่ 1 นี้ไปใช้เพื่อพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 โดยรูปแบบที่ออกแบบมาสามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเข้าใจ ปฏิบัติได้จริง และสามารถเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ที่สำคัญผ่านการยืนยันด้วยการระดมสมองที่ทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกัน ส่งผลให้ได้รูปแบบที่มีการผสมผสานวิธีการของการวางแผน โดยเฉพาะการปฏิบัติที่นำไปปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลมาเป็นกลยุทธ์การดำเนินงาน รวมทั้งการตรวจสอบและประเมินผลที่มีความสอดคล้องกับกลยุทธ์การปฏิบัติงาน ข้อค้นพบที่ควรปรับปรุงสามารถนำไปพัฒนาต่อไป และสุดท้ายเป็นการประเมินผลการนำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ภายหลังจากนำรูปแบบไปทดลองใช้ในพื้นที่ตัวอย่าง เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบ และประสิทธิภาพที่ดีขึ้นของการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งรูปแบบที่ได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพเขตเมืองทั้งเทศบาลเมือง และเทศบาลนคร ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 รวมทั้งเขตอื่น ๆ ได้ นอกจากนี้ สามารถนำไปพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับตำบล (องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาลตำบล) โดยอาศัยความร่วมมือของคณะกรรมการบริหารกองทุน คณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่พร้อมจะเรียนรู้ และพัฒนาการดำเนินงานกองทุนกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพและนำไปสู่ความยั่งยืนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

2.1 เชิงปฏิบัติการ

2.1.1 กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครยะล่านำกลยุทธ์การติดตามและประเมินผล การบริหารจัดการทรัพยากร การพัฒนาความรู้ การจัดการความเป็นผู้นำ และการประชาสัมพันธ์ตามรูปแบบที่ได้อย่างต่อเนื่อง และนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ

2.1.2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 12 นำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ที่ค้นพบไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

2.1.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถนำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ไปถ่ายทอดสู่กองทุนที่กำลังพัฒนา

2.2 เชิงวิชาการ

2.2.1 เทศบาลนครยะลา สามารถนำองค์ความรู้สู่การพัฒนาบนพื้นฐานของความรู้ และความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง วิจัยและพัฒนาสู่นวัตกรรมการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งประยุกต์ใช้ในเชิงวิชาการต่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขอื่น ๆ ต่อไป

2.2.2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 12 โดยเฉพาะเทศบาลนครและเทศบาลเมืองนำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ที่ได้ไปศึกษาวิจัยในพื้นที่

2.2.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถนำไปเป็นข้อมูลวิชาการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น บนพื้นฐานของความรู้ และความร่วมมือรวมถึงการพัฒนางานกองทุนให้เป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้างและได้รับผิดชอบภายใต้กรอบตำแหน่งงานที่มีความก้าวหน้าของผู้ปฏิบัติ

2.3 เชิงนโยบาย

2.3.1 เทศบาลนครยะลา มีการนำนโยบายการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติอย่างเข้มแข็ง ภายใต้การอภิบาลผ่านความร่วมมือของหลากหลายภาคส่วน และอาศัยการสนับสนุนงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 12 โดยเฉพาะเทศบาลนครและเทศบาลเมืองมีการนำนโยบายการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุภายใต้การอภิบาลผ่านความร่วมมือของหลากหลายภาคส่วน และอาศัยการสนับสนุนงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

2.3.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนางานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นให้เป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้างและมีผู้รับผิดชอบ และมีรูปแบบการดำเนินงานตามมาตรฐานกลางและบริบทของพื้นที่ในอนาคตต่อไป

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การศึกษายุทธศาสตร์การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

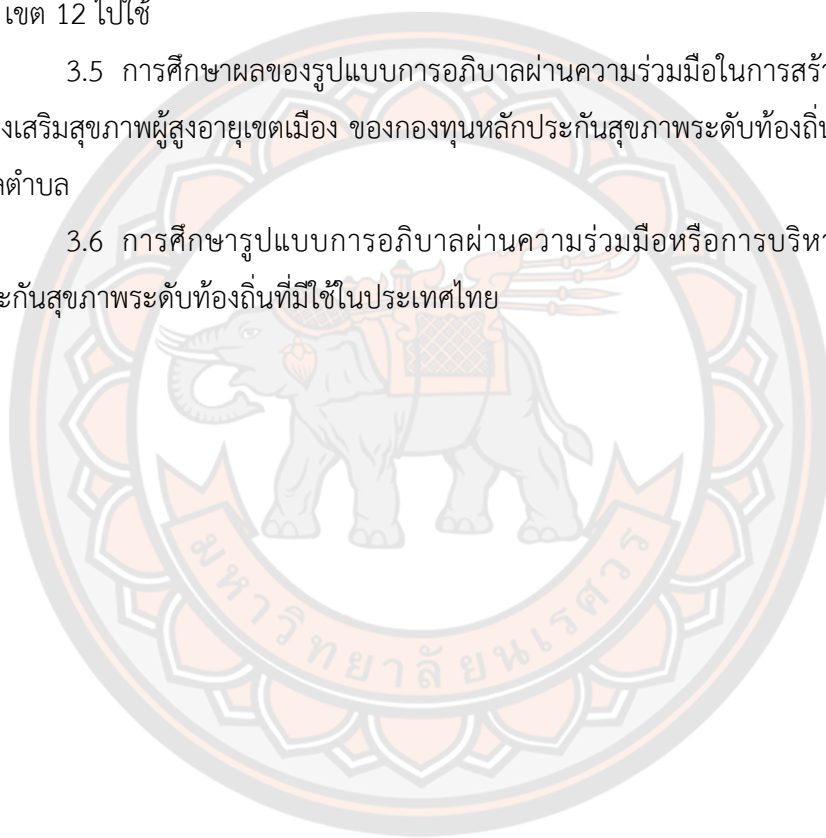
3.2 การประเมินประสิทธิภาพของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

3.3 การศึกษาผลของรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพใน
การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ในพื้นที่
อื่น

3.4 การศึกษาเปรียบเทียบกองทุนที่นำรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการ
สร้างเสริมสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ
ท้องถิ่น เขต 12 ไปใช้

3.5 การศึกษาผลของรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพใน
การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ในพื้นที่
เทศบาลตำบล

3.6 การศึกษารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือหรือการบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่มีใช้ในประเทศไทย





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกพร กระจำแสง และประสพชัย พสุนนท์ (2561). แนวทางการวิจัยเชิงผสมวิธีแบบคู่ขนานในงานวิจัยทางการจัดการ. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี, 13(1), 130-138.
- กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, และสุรินทร์ กลัมพากร. (2562). ข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องมาตรการและแรงจูงใจในการลดการบริโภคยาสูบในกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรมและการเกษตร. วารสารพยาบาล, 28(2), 51-59.
- กลุ่มงาน คณะกรรมการการปกครอง สำนักกรรมการการ. (2557). ชุดความรู้เบื้องต้น เรื่อง รูปแบบการบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทยและต่างประเทศ. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2544). พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สรุปรายงานการป่วย 2561. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุขศึกษา. (2556). การสร้างเครือข่าย และการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน เล่ม 3. กรุงเทพฯ: กองสุขศึกษา.
- กัญญ์สิริ จันท์เจริญ. (2552). การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ใน ปรกาศ จิโรจน์กุล. การวิจัยทางการแพทย์: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ม.ป.พ..
- กัลยา วานิชย์บัญชา, ฐ. ว. (2017). การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล กรุงเทพฯ.
- กิตติยา คัมภีร์. (2559). การขับเคลื่อนภาครัฐเข้าสู่ Government 4.0 ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้น 10 มีนาคม 2560 , จาก http://www.raf.mi.th/th/MilitaryNews/Documents/20170124-04_Road-Map-to-Thailand-4.0.pdf
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2553). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. (2559). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

- จินตนา อาจสันเทียะ, ผ่องศรี อิ่มสอน, และ ปานทิพย์ ผ่องอักษร. (2559). แนวปฏิบัติที่ดีในการพัฒนาสมรรถนะชุมชนในการป้องกันและแก้ปัญหาการเกิดโรคพยาธิในชุมชน: สะท้อนคิดวิชาการรับใช้สังคม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 17(2), 175-183.
- ชัยยา วีระกุล. (2556). การพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น. *วารสารวิชาการการแพทย์* เขต 12, 24(2).
- ชาญชัย ชัยสว่าง, ชัยยง ขามรัตน์, และ พรรณี บัญชรหัตถกิจ. (2552). การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย. *วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2(2), 71-78.
- เชิดศักดิ์ ไอรณรัตน์. (2551). การตัดเกรด. *เวชบันทึกศิริราช*, 1(2).
- ฐาปนา ฉันทไพศาล. (2559). *องค์การและการจัดการ*. นนทบุรี: ธนัชการพิมพ์
- ดิษณกร สิงห์ยะเมือง, รังสรรค์ สิงห์เลิศ, และ อวยชัย วัฒนา. (2558). รูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารช่อพะยอม*, 26(1), 57-65.
- ทัศนาศ พงศ์การณกิจ. (2558). บริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น*, 9(1), 7-15.
- ธีระศักดิ์ กิตติคุณ. (2556). *การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จังหวัดตรัง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นงลักษณ์ พวงมาลัย, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ, ทวีศักดิ์ มณีโชติ, สมใจ นกดี, . (2559). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จังหวัดฉะเชิงเทรา *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์* 11(1), 349-361.
- นายพิสิฐ เทพไกรวัล. (2554). *การพัฒนาารูปแบบเครือข่ายความร่วมมือเพื่อคุณภาพการจัดการศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษาขนาดเล็ก (THE DEGREE OF DOCTOR EDUCATION)*, มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- นารินทร์ จิตรมณตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ, และสาวิตรี ทยานศิลป์,. (2554). ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดของชุมชนเขตเมือง. *Journal of Nursing Science*, 29(2).
- ปัทมดา ชื่นชม. (2556). *การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารกองทุนต่อศักยภาพในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา, สงขลา.
- ประทีป ธนกิจเจริญ. (2557). *บทนำในคู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ 2557*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- ปัญญารัตน์ นุรักษ์, อารี พุ่มประไทย์, และอัญญา โสภณ. (2558). ประสิทธิผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอนาหว้า จังหวัดสกลนคร. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6 กลุ่มด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์* (น. 303-312). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ปิยะนุช เนื้ออ่อน, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และ สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในจังหวัดกระบี่. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 18*(5), 756-763.
- ปิยะสกล สกลสัตยาทร. (2558). นโยบายและแนวทางการดำเนินงาน. สืบค้น 10 มีนาคม 2560 , จาก <http://ddcenter.ddc.moph.go.th/infoc/document.php?id=26238&s=26238&pg=2&uid=40>.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 16*(2).
- พงษ์สันต์ ฮามวงศ์, และ สถาพร มงคลศรีสวัสดิ์. (2558). ความสำเร็จในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น/พื้นที่ กรณีศึกษา: องค์การบริหารส่วนตำบลหนองทัพไทย อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. ใน รายงานสืบเนื่องจากการประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ (Proceedings) เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15 (น. 99-106). นครสวรรค์: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- พจนารถ ดวงคำน้อย และขจรศักดิ์ วงษ์จันทร์. (2557). *ประสิทธิภาพการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลไชยบุรี อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม*. สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ. (2546). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ*. สืบค้น 21 พฤศจิกายน 2559, จาก http://www.dla.go.th/upload/regulation/type1/2554/2/488_1.pdf
- พลีชีพ วัชรวงศ์วาน. (2550). การสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย : คำแถลงการณ์อัลมาดาถึงนโยบายไทยแข็งแรง. *ธรรมศาสตร์เวชสาร, 1*, 76-84.
- พัชรภรณ์ ไชยสังข์, สิริกร สุรวัฒนธูชา, ปริมิขญา อินตะกัน, และสายใจ ลิขนะเชียร,. (2013). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง. *การพยาบาลและการศึกษา, 6*(1), 27-37.
- ไพโรจน์ อุทรส, วีระศักดิ์ สืบเสาะ, และจิราพร วรวงศ์ (2554). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 4*(2), 132-145

- ภาคพร กุลจิรันธร์. (2559). แนวทางการพัฒนาศักยภาพกำลังพลกองทัพบกที่พิการจาการราชการสนาม เพื่อประกอบอาชีพที่เหมาะสม. กรุงเทพฯ: โรงเรียนเสนาธิการทหารบก.
- มยุรี ผิวสุวรรณ, ดารณี สุวพันธ์, วิไลภรณ์ โคตรบึงแก, Karen Heinicke-Motsch, Barney McGlade, และปิยมาส อุมัษฐีเยร. (2556). *CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย*. กรุงเทพฯ: ฟรีเมี่ยม เอ็กซ์เพรส.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *สถานการณ์ ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: ทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- เมืองทอง แคมมณี. (2017). *สรุปสาระข้อแนะนำเกี่ยวกับมาตรการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างองค์การภาครัฐและเอกชนในการทำงานเพื่อผู้สูงอายุ*. สืบค้น 25 พฤศจิกายน 2559, จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/network/topic005.php>
- รัชณี มิตกิตติ. (2559). การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลชุมชน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31 (3), 26-36.
- รัชณี สรรเสริญ, วรรณรัตน์ ลาวัณ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, และ วัฒนา บันเทิงสุข. (2533). คุณภาพการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในชุมชน: บทเรียนรู้จากไทย. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 3(3), 92-105.
- รัตขพร กาละปัติย์, วรพจน์ พรหมสัตยพรด, กฤษณา วุฒิสินธ. (2558). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลหนองผือ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 12(1), 105-113.
- รุ่งเรือง แสนโกษา, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร, สมเจตน์ ภูศรี. (2557). รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์). *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 8(2), 158-168.
- รุ่งวิทย์ วิวรรณพงษ์, สุมัทนา กลางคาร, เสฐียรพงษ์ ศิวิน,. (2555). รูปแบบการจัดการเชิงระบบเพื่อพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 15(3), 64-73.
- วรรณมา ทองกาวแก้ว. (2554). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นในจังหวัดยะลา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(1), 16-32.
- วรรณณี แกมเกตุ. (2555). *วิธีวิทยาการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (Vol. 3)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วสันต์ ศรีสมพงศ์. (2559). การบริหารจัดการแบบร่วมมือในโครงการคลองหมอนนา ตำบลลำแดง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสงขลา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2552). การวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) วารสาร มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร 1(2).
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, 2(4).
- วิทยา แก้วภราดัย. (2552). สธ. เตรียมพร้อมรับมือสังคมผู้สูงอายุไทย. สืบค้น 25 มกราคม 2560, จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/>
- วิภาคนันท์ นิมิตรพันธ์, และ ศิริจันทร์ พลกนิษฐ. (2559). กลยุทธ์การประชาสัมพันธ์ภายใต้สื่อสังคมออนไลน์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 6(1), 21-31.
- ศิริพร จิวัฒน์กุล. (2552). การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: วิจัยพัฒนา.
- ศิริพร พันธสุลี. (2554). การวิจัยและพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพในระดับท้องถิ่นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนชุมชนแม่ทราย จังหวัดแพร่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2558. วารสารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 24, 1-3.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2557). การทบทวนวรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: อาร์ต ควอลิไฟท์.
- สถาพร เจริญธรรม, และ อภิชัย พันธเสน. (2553). การประยุกต์ใช้แนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการป้องกันและปราบปรามคอร์รัปชัน. วารสารสถาบันพระปกเกล้า, 8(2), 48-60.
- สัญญา เหมือนโพธิ์ทอง, ปิยธิดา ตรีเดช, และ วงเดือน ปันดี. (2559). กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 6(2), 109-118.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, พงศ์เทพ สุธีวรุฒิ., ภัทระ แสนไชยสุริยา, สงครามชัย ลีทองดี, มุกดา สำนวนกลาง, ทศนีย์ ญาณะ, รัชนี สรรเสริญ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ, พัฒนา วิไล อินใหม่, อังสุมาลี ผลภาค, อาณัติ วรรณศรี, . (2554). การศึกษาผลของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ต่อการเสริมพลังอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชน สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.
- สาคร สุขศรีวงศ์. (2550). การจัดการ: จากมุมมองนักบริหาร (พิมพ์ครั้งที่ 3 ed.). กรุงเทพฯ: จีพีไอ เบอร์พรินท์.

สามารถ ใจเตี้ย. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารพื้นบ้านของผู้สูงอายุในเขตเมือง.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, 31(2).

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12. (2560). ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่. สืบค้น 1 มีนาคม 2560 , จาก

<http://203.157.229.33/region12/kate12info/issue.html>

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2556). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย

(พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561). กรุงเทพฯ: วิชั่น พรินท์ แอนด์ มีเดีย.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). ระบบสุขภาพเขตเมือง: การพัฒนาระบบบริการ

สุขภาพอย่างมีส่วนร่วม. สืบค้น 25 สิงหาคม 2559, จาก [https://www.samatcha.org](https://www.samatcha.org/nha/cms/files/menu_content_files/29/56/157/294/294_20151119082512.pdf)

/nha/cms/files/menu_content_files/29/56/157/294/294_20151119082512.pdf

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2558). วาระปฏิรูปพิเศษ 13: แนวทางการปฏิรูประบบประกัน

สุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2557). รายงานสำรวจ

ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2545). พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

2545. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). คู่มือปฏิบัติงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ

ท้องถิ่นหรือพื้นที่. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะ

ยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560a). ประกาศหลักเกณฑ์การสนับสนุนและส่งเสริมศูนย์

พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560b). ระบบบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพใน

ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (รายงานสรุปภาพรวม). สืบค้น 25 พฤษภาคม 2560, จาก

<http://obt.nhso.go.th/obtreport/report>.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา. (2560). สถานการณ์กองทุนหลักประกัน

สุขภาพ. สงขลา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12.

สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย. (2560). รายงานประจำปี กรมอนามัย 2560. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิค

แอนด์ดีไซน์.

สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). รายงานประจำปี 2558 กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระ

บรมราชูปถัมภ์.

- สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. (2556). *พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ (รายงานการประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ)*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- สุชาติ ทวีสิทธิ์, มาลี สันถาวรณ, และ ศุทธิดา ชนวนัน. (2556). *ประชากรและสังคม 2556: ประชากรและสังคมในอาเซียน: ความท้าทายและโอกาส*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุสุทธิพงษ์ โคตรวันทา, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, และเกศินี หาญจันสิทธิ์. (2557). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเชิงกลยุทธ์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลแก่งเค็ง อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(2), 284-295.
- สุทิน อ่อนอุบล, มนตรี กรรพุมมาลย์, พัชรินทร์ สิริสุนทร, ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2557). การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในจังหวัดชัยภูมิ. *วารสารอารยธรรมศึกษา โขง-สาละวิน*, 6(1), 223-258
- สุภาภรณ์ เอียนรัมย์, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และกระจำง ตลับนิล. (2558). การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลเมืองแฝง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 17(1), 10-22.
- สุภาวดี หาญเมธี. (2557). *การศึกษาครอบครัวไทยที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ปี 2557*. สืบค้น 25 พฤษภาคม 2560, จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content>
- เสน่ห์ แสงเงิน, ถาวร มาตัน, และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. (2560). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทจังหวัดสุโขทัย. ใน *นเรศวรวิจัย ครั้งที่ 13: วิจัยและนวัตกรรม ขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ* (น. 649-651). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2554). *การออกแบบการวิจัย : วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนาสัตย์เชื้อ. (2556). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: คลังนานาวิทยา.
- Adeyemi, N. M. (1975). *Cooperation among libraries in Nigeria: a pilot study*: University of Pittsburgh.
- Allison Bramwell, J. P. (2016). New Community Spaces: Regional Governance in the Public Interest in the Greater Toronto Area. *Urban Affairs Review*, 1-25.
- Angelo Kinicki, B. K. W. (2008). *Management A Practial Introduction*. New York, America: The McGraw-Hill Companies.

- Attride-Stirling, J. (2001). *Thematic networks: an analytic tool for qualitative research*. London: SAGE Publications.
- Barbara KOŻUCH, K. S.-M. (2016). FACTORS OF EFFECTIVE INTER-ORGANIZATIONAL COLLABORATION: A FRAMEWORK FOR PUBLIC MANAGEMENT. *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, No. 47 47(E), 97-115.
- Bardach, E. (1998). *Getting agencies to work together: The practice and theory of managerial craftsmanship*: Brookings Institution Press.
- Busha, C. H., & Harter, S. P. (1980). *Research methods in librarianship: Techniques and interpretation*: Academic press.
- Cassidy, C., & Kreitner, B. (2009). *Supervision: setting people up for success*: Cengage Learning.
- Cassileth, B. R., Zupkis, R. V., Sutton-Smith, K., & March, V. (1980). Information and participation preferences among cancer patients. *Annals of internal medicine*, 92(6), 832-836.
- Cheshire, L., Everingham, J. A., & Pattenden, C. (2011). Examining corporate-sector involvement in the governance of selected mining-intensive regions in Australia. *Australian Geographer*, 42(2), 123-138.
- Chien, N. C., & Mistry, R. S. (2013). Geographic variations in cost of living: Associations with family and child well-being. *Child Development*, 84(1), 209-225.
- Chris Ansell, A. G. (2008). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571.
- Cramer, J. A., Perrine, K., Devinsky, O., Bryant-Comstock, L., Meador, K., & Hermann, B. (1998). Development and cross-cultural translations of a 31-item quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia*, 39(1), 81-88.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of psychological test*: New York: Harper Collins.
- Crowther, R., Henderson, R., & Smith, J. M. (1996). MRC image processing programs. *Journal of structural biology*, 116(1), 9-16.
- CURTIS A. OLSON, J. T. B., GEORGE C. MEJICANO,. (2011). Factors Contributing to Successful Interorganizational Collaboration: The Case of CS2day. *JOURNAL OF CONTINUING EDUCATION IN THE HEALTH PROFESSIONS*, 31(S1).

- Danial, W. W., & Cross, C. L. (2013). *Biostatistics A Foundation for Analysis in the Health Sciences* (10th ed ed.). U.S.A.: Edwards Brothers Mallo.
- Dorothy Norris-Tirrell, J. A. C. (2010). *The Promise of Strategic Collaboration in STRATEGIC COLLABORATION IN PUBLIC AND NONPROFIT ADMINISTRATION A Practice-Based Approach to Solving Shared Problems*. USA: Taylor and Francis Group.
- Drucker, P. F. (2008). *MANAGEMENT: TASKS, RESPONSIBILITIES, PRACTICES*. New York, USA: HarperCollins Publishers Inc.
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE open*, 4(1), 2158244014522633.
- Fratamico, P. M., DebRoy, C., Liu, Y., Needleman, D. S., Baranzoni, G. M., & Feng, P. (2016). Advances in molecular serotyping and subtyping of *Escherichia coli*. *Frontiers in microbiology*, 7, 644.
- Government, C. f. T. i. (2003). Critical Success Factors of Collaboration for Public Service. *New Models of Collaboration*
- Gray, C. M., & Singer, W. (1989). Stimulus-specific neuronal oscillations in orientation columns of cat visual cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 86(5), 1698-1702.
- Harry N. Boone, D. A. B. (2012). Analyzing Likert Data. *Journal of Extention*, 50(2).
- J. Alonso, I. M. d. S., L. Orue-Echevarria, and M. Vergara, . (2010). *Enterprise Collaboration Maturity Model (ECMM): Preliminary Definition and Future Challenges*. In: Popplewell K., Harding J., Poler R., Chalmers R. (eds) *Enterprise Interoperability IV*. London: Springer.
- John W. Creswell. (2014). *Research Design international Student Edition*. New Delhi, India: SCGE Publication.
- Kirk Emerson, T. N. (2015). *Collaborative governance regimes*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Kirk Emerson, T. N., Stephen Balogh,. (2012). An Integrative Framework for Collaborative Governance *Journal of Public Administration Research and Theory* 22, 1-29.

- MacDonald, G. Z., Penney, M. D., Mullaley, M. E., Cuconato, A. L., Drake, C. D., Behm, D. G., & Button, D. C. (2013). An acute bout of self-myofascial release increases range of motion without a subsequent decrease in muscle activation or force. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 27(3), 812-821.
- McGuire, M. (2006). Collaborative public management: Assessing what we know and how we know it. *Public administration review*, 66, 33-43.
- Morgan, L. A., & Kunkel, S. R. (2007). *Aging, society, and the life course*: Springer Publishing Company.
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International journal of health policy and management*, 3(2), 77.
- Nancy Carter, D. B.-L., Alba DiCenso, Jennifer Blythe, . (2014). The Use of Triangulation in Qualitative Research. *Oncology Nursing Forum* 41(5).
- Niels F. Garmann-Johnsen, T. R. E. (2014). Critical Success Factors for Inter-Organizational Process Collaboration in eHealth. *The Sixth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine*.
- O'leary, R., & Viji, N. (2012). Collaborative public management: Where have we been and where are we going? *The American Review of Public Administration*, 42(5), 507-522.
- Powell, R. R., Connaway, L.S. (2004). *Basic Research Methods for Librarians* (4th ed ed.). London: Libraries Unlimited.
- Sean Stolpa, J. L. B., Cherisse L. Seaton, Margaret Jones-Bricker, John L. Oliffe, Steven T. Johnson, Sally Errey, Kerensa Medhurst, Sonia Lamont,. (2017). Measurement and evaluation practices of factors that contribute to effective health promotion collaboration functioning: A scoping review. *Evaluation and Program Planning* 61 38-44.
- Sowden, S., & Keeves, J. P. (1988). Analysis of evidence in humanistic studies. *Educational research, methodology and measurement: An international handbook*, 1, 513-526.
- Stoker, G., & Wilson, S. (2004). *British local government into the 21st century*: Palgrave Macmillan.

- Sun, M., Wang, Z., Yang, B., & Sun, X. (2017). Experimental investigation of GF/epoxy laminates with different SMAs positions subjected to low-velocity impact. *Composite Structures*, 171, 170-184.
- Tahir, M., Mahmood, K., & Shafique, F. (2010). Use of electronic information resources and facilities by humanities scholars. *The Electronic Library*.
- Thomson, A. M., & Miller, T. (2002). *Knowledge for practice: the meaning and measurement of collaboration*. Paper presented at the ARNOVA Conference, November.
- Thomson, K. (2007). Determining magma flow in sills, dykes and laccoliths and their implications for sill emplacement mechanisms. *Bulletin of Volcanology*, 70(2), 183-201.
- Thurmond, V. A. (2001). The Point of Triangulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(3), 253-258.
- Trust for America's Health. (2008). *Prevention for a Healthier America*. U.S.A.: Trust for America's Health.
- Twyford, V., Dengate, J., Hardy, M., & Waters, S. (2011). *A new approach to addressing complex and controversial dilemmas*. Retrieved December 1, 2019, from https://www.aceaotearoa.org.nz/sites/default/files/TWY_CollabGov_flyer.pdf
- UNICEF. (2015). *BRAINSTORMING Free-flowing creativity for problem-solving*. Retrieved December 1, 2019, from https://www.unicef.org/knowledge-exchange/files/Brainstorming_production.pdf
- United Nations. (2015). *World Population Ageing 2015*. New York: United Nations.
- Von Bertalanffy, L. (1973). General System Theory (Revised Edition). *George Braziller, New York*.
- Waller, J. C., & Ernst, M. (1986). Somatovegetative changes in stress-induced analgesia in man: an electrophysiological and pharmacological study. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 467, 256.
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved December 11, 2019, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: New understanding, new hope*. Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2016a). *Global strategy and action plan on ageing and health (2016 - 2020): A framework for coordinated global action by the World Health Organization, Member States, and Partners across the Sustainable Development Goals*. Retrieved December 12, 2019, from <http://www.who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2016b). *What is health promotion?* Retrieved December 12, 2019, from <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/en/>
- World Health Organization. (2017). *Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity*. Retrieved December 12, 2019, from <http://www.emro.who.int/fr/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>.





แบบคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก
การวิจัยเรื่อง รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

คำชี้แจง

แบบคำถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นต่อไปนี้

1. ภูมิหลังทั่วไปของการบริหารจัดการกองทุนฯ ในพื้นที่
2. องค์ประกอบการอภิบาลผ่านความร่วมมือของกองทุนฯ ในด้านลักษณะองค์กร
3. องค์ประกอบการอภิบาลผ่านความร่วมมือของกองทุนฯ ในด้านลักษณะบุคคล
4. องค์ประกอบการอภิบาลผ่านความร่วมมือของกองทุนฯ ในด้านเครื่องมือของความ
ร่วมมือ
5. องค์ประกอบการอภิบาลความร่วมมือของกองทุนฯ ในด้านกระบวนการความร่วมมือ
6. ผลลัพธ์ของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ
7. ข้อเสนอแนะในการอภิบาลผ่านความร่วมมือ

นายสัญญา ยี่อราน

นิสิตปริญญาเอกหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

แบบคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการอภิบาลความร่วมมือในการสร้างสุขภาพผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเขตเมือง

ประเด็นวิจัยย่อย	ข้อมูลที่ต้องเก็บ	การเก็บข้อมูล	
		แนวคำถาม	คำตอบ
1. ภูมิหลังทั่วไปของการบริหารจัดการกองทุนฯ ในพื้นที่	- การบริหารจัดการ - การสร้างเสริมสุขภาพ	- การบริหารจัดการกองทุนฯ ตามความคิดของท่านคืออะไร มีลักษณะเป็นอย่างไร - ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ตามความคิดของท่านคืออะไร มีลักษณะเป็นอย่างไร - ท่านคิดว่าการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ดีควรเป็นอย่างไร - ที่ผ่านมา มีหน่วยงาน องค์กร เครือข่ายหรือบุคคลใดบ้าง ที่เข้าร่วม บริหารจัดการการสร้างเสริมกลุ่มผู้สูงอายุ และได้เข้าร่วมลักษณะอย่างไร	
	- ความร่วมมือ	- ท่านคิดว่าควรเพิ่มเติมใคร เข้ามาบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบ้าง และควรเข้าร่วมลักษณะอย่างไร	
	- องค์ประกอบสำคัญของการสร้างความร่วมมือเพื่อการบริหารจัดการกองทุนฯ	- ที่ผ่านมา ท่านคิดว่าอะไรที่สำคัญทำให้เกิดความร่วมมือบริหารจัดการสำหรับผู้สูงอายุ ในกองทุนฯ ท่านเพราะอะไร	

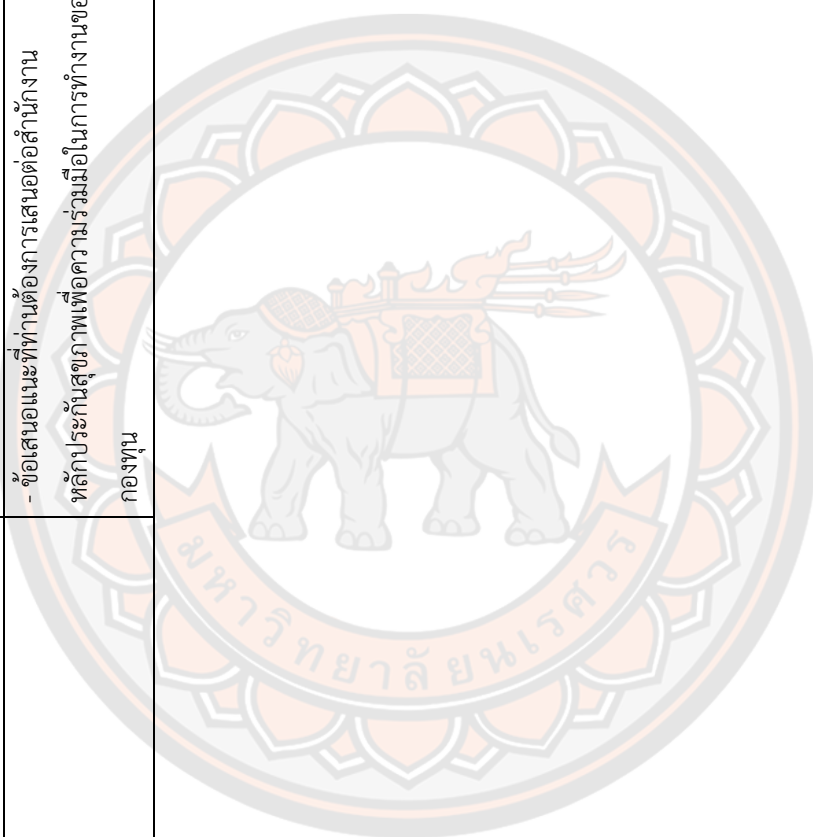
ประเด็นวิจัยย่อย	ข้อมูลที่ต้องเก็บ	การเก็บข้อมูล	
		แนวคำถาม	คำตอบ
2. องค์ประกอบการอภิบาลความ ร่วมมือของกองทุนฯ ในด้านลักษณะ องค์กร		- ท่านคิดว่า ควรเพิ่มเติมสิ่งสำคัญใด เพื่อให้ความร่วมมือการบริหารจัดการกองทุนฯ เกิดผลดีสำหรับผู้สูงอายุ เพราะอะไร	
	- ปัญหา หรืออุปสรรคในการดำเนินงานของการบริหารจัดการกองทุนฯ	- ท่านคิดว่าปัญหา หรืออุปสรรคในการดำเนินงานของการบริหารจัดการกองทุนฯ สำหรับผู้สูงอายุ ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร (ด้านการระดมทุน การพยากรณ์ ภาวะเสี่ยง นโยบาย ผู้สูงอายุ)	
	- ปัญหา หรืออุปสรรคในการดำเนินงานของการบริหารจัดการกองทุนฯ	- ควรแก้ไขปัญหา หรืออุปสรรคเหล่านั้นอย่างไร	
	- องค์ประกอบด้านโครงสร้าง	- ท่านคิดว่าคณะกรรมการกองทุนฯ คณะทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ที่ผ่านมามีเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร	
	- องค์ประกอบด้านวัฒนธรรมองค์กร	- ควรเพิ่มเติม หรือพัฒนาเป็นอย่างไร	
		- ที่ผ่านมามีการทำงานที่ทำเป็นประจำ ของคณะ กรรมการฯ คณะทำงานฯ เป็นอย่างไร	
		- ท่านคิดว่าวิธีการทำงาน เพื่อให้เกิดความร่วมมือสำหรับผู้สูงอายุ กันมากที่สุด ควรเป็นอย่างไร	
	- องค์ประกอบด้านทรัพยากร	- ท่านคิดว่าทรัพยากรของกองทุนฯ เช่น เงินกองทุน คนทำงาน อุปกรณ์ทำงานสำหรับผู้สูงอายุ ที่ผ่านมามีเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร	

ประเด็นวิจัยย่อย	ข้อมูลที่ต้องเก็บ	การเก็บข้อมูล	
		แนวคำถาม	คำตอบ
		- ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร - ท่านคิดว่าลักษณะการบริหารกองทุนของประธานกองทุนฯ หรือ การบริหารของหัวหน้าคณะทำงานผู้สูงอายุ ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร - ควรเพิ่มเติมลักษณะการบริหารจัดการอย่างไร	
3. องค์ประกอบการอภิบาลความร่วมมื่อของกองทุนฯ ในด้านลักษณะบุคคล	- องค์ประกอบด้านผู้นำและความเชี่ยวชาญ	- ท่านคิดว่า กลุ่มคณะกรรมการ คณะทำงาน กองทุนฯ ท่าน มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ พอเพียงหรือไม่ อย่างไร - (ด้านกองทุนฯ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านผู้สูงอายุ) - ท่านคิดว่า ควรเพิ่มเติม ความเชี่ยวชาญอะไร ด้านใด	
	- องค์ประกอบด้านการรับรู้	- ท่านคิดว่า ผลประโยชน์ของการบริหารจัดการกองทุนฯ สำหรับผู้สูงอายุ มีอะไรบ้าง เป็นอย่างไร - ท่านคิดว่าบทบาทของท่าน ในการการบริหารจัดการกองทุนฯ สำหรับผู้สูงอายุ คืออะไร อย่างไร	
4. องค์ประกอบการอภิบาลความร่วมมื่อของกองทุนฯ ในด้านเครื่องมือของความร่วมมือ	- องค์ประกอบด้านแผนงาน/โครงการ	- ที่ผ่านมา ท่านคิดว่าแผนงาน/โครงการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของกองทุนฯ ท่าน เป็นอย่างไรเหมาะสมหรือไม่ - ควรเพิ่มเติมอะไร	
	- องค์ประกอบด้านแผนงาน/โครงการ	- ควรทำอย่างไร ให้เกิด โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มากยิ่งขึ้น	

ประเด็นวิจัยย่อย	ข้อมูลที่ต้องการเก็บ	การเก็บข้อมูล	
		แนวคำถาม	คำตอบ
	- องค์กรประกอบด้านกฎระเบียบของกองทุน	- ท่านคิดว่ากฎระเบียบของกองทุนฯ เอื้อต่อการสร้างเสริมผู้สูงอายุ หรือไม่ อย่างไร - หากต้องการให้กฎระเบียบเอื้อต่อการสร้างเสริมผู้สูงอายุ มากขึ้น ท่านคิดว่าควรเพิ่ม ปรับ กฎระเบียบควรเป็นอย่างไร	
5. องค์กรประกอบการอภิบาลความร่วมมือของกองทุนฯ ในด้านกระบวนการความร่วมมือ	- องค์กรประกอบที่มีส่วนร่วมตามหลักความร่วมมือ	- ช่วยเล่าการดำเนินการที่ผ่านมาของคณะกรรมการคณะทำงาน ที่เข้ามาทำงานร่วมกัน เพื่อสร้างเสริมผู้สูงอายุ มีอะไรบ้าง อย่างไร - หากต้องการให้ความร่วมมือมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรทำอย่างไร	
	- องค์กรประกอบด้านการพัฒนาแรงจูงใจร่วมกัน	- ที่ผ่าน สิ่งใดที่เป็นแรงจูงใจให้ท่าน ทำงานร่วมมือกันในกองทุนฯ เพราะอะไร	
		- ท่านคิดว่าควรเพิ่มเติม สิ่งใด เป็นแรงจูงใจให้ท่าน ทำงานร่วมมือกันอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น	
	- องค์กรประกอบด้านการสร้างศักยภาพในการทำงานร่วมกัน	- ที่ผ่านกองทุนฯท่านได้ การเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานร่วมกันอย่างไรบ้าง - ท่านคิดว่าควรเพิ่มเติม สิ่งใด เป็นการเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น	

ประเด็นวิจัยย่อย	ข้อมูลที่ต้องเก็บ	การเก็บข้อมูล	
		แนวคำถาม	คำตอบ
6. ผลลัพธ์ของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	- ประสิทธิภาพ	- ที่ผ่านมา ท่านคิดว่า การบริหารจัดการกองทุนฯ ของท่าน เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร (ได้รวมกิจกรรมสร้างเสริมฯ จากเงินกองทุนหรือไม่ ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด อย่างไร)	- ข้อเสนอแนะต่อ การบริหารจัดการกองทุนฯ ท่าน ให้เกิดประสิทธิผลต่อผู้สูงอายุ ควรเป็นอย่างไร
6. ผลลัพธ์ของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	- ประสิทธิภาพ	- ข้อเสนอแนะต่อ การบริหารจัดการกองทุนฯ ท่าน ให้เกิดประสิทธิผลต่อผู้สูงอายุ ควรเป็นอย่างไร	
6. ผลลัพธ์ของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	- คุณภาพความสัมพันธ์ของการทำงาน	- ท่านคิดว่า ความสัมพันธ์ของ คณะกรรมการ คณะทำงาน ที่ทำงานร่วมมือกันที่ผ่าน มาเป็นอย่างไร	
	- มุมมองความคิดเห็นต่อความร่วมมือ	- ท่านคิดว่า ความร่วมมือการทำงานของคณะกรรมการ คณะทำงาน ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ยอมรับกัน สร้างสรรค์งานร่วมกันอย่างไรบ้าง	
		- ท่านคิดว่าควรเป็นอย่างไร เพื่อให้เกิดความร่วมมือการทำงานกันมากขึ้น	
	- ความเห็นขององค์กร	- ท่านคิดว่า ความร่วมมือการทำงานของคณะกรรมการ คณะทำงาน ที่ผ่านมา มีความเห็นยาวนาน เป็นอย่างไร ช่วยยกตัวอย่าง	
7. ข้อเสนอแนะในการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	- ข้อเสนอแนะ	- ข้อเสนอแนะที่ท่านต้องการเสนอต่อความร่วมมือในการทำงานของกองทุน	

ประเด็นวิจัยย่อย	ข้อมูลที่ต้องเก็บ	การเก็บข้อมูล	
		แนวคำถาม	คำตอบ
		- ข้อเสนอแนะที่ท่านต้องการเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการทำงานของกองทุน	



แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือ และปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์ในการตอบ แบบสอบถามนี้ ตามความเป็นจริงมากที่สุดและโปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อ ซึ่งข้อมูลที่ท่านตอบจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบ การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และที่สำคัญ การตอบคำถามของท่านถือเป็นความลับที่ไม่ได้นำไปเผยแพร่ต่อบุคคลอื่น และจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น และการนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยจะได้นำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ

- | | |
|--|--------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม | จำนวน 13 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพ | จำนวน 17 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 กลไกการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ฯ | จำนวน 17 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 กระบวนการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ฯ | จำนวน 41 ข้อ |
| ส่วนที่ 5 การอภิบาลผ่านความร่วมมือ | จำนวน 8 ข้อ |

ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และการปรับปรุงพัฒนาด้วยการอภิบาลความผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเขตเมือง

ขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ และเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามทุกข้อ

นายสัญญา ยีอราน

นิสิตปริญญาเอกหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จำนวน 13 ข้อ

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริงลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง

หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดของท่าน

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ ☐ 1 ชาย ☐ 2 หญิง	SEX []
2. อายุ.....ปีเดือน	AGE []
3. สถานภาพสมรส ☐ 1 โสด ☐ 2 สมรส ☐ 3 หม้าย/อย่าร้าง/แยกกันอยู่	STAT[]
4. ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ 1 ประถมศึกษา ☐ 2 มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 3 มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ☐ 4 ปวส./อนุปริญญา ☐ 5ปริญญาตรี/เทียบเท่าหรือสูงกว่า ☐ 6 อื่น ๆ ระบุ.....	EDU []
5. อาชีพปัจจุบัน (อาชีพหลัก) ☐ 1 เกษตรกรรม ☐ 2 ค้าขาย/ธุรกิจ/กิจการส่วนตัว ☐ 3 พนักงานบริษัท/โรงงาน ☐ 4 พ่อบ้าน, แม่บ้าน ☐ 5 ผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป ☐ 6 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 7 อื่น ๆ โปรดระบุ.....	OCU []
6. รายได้ของท่านโดยเฉลี่ยต่อเดือน..... บาท	INC []
7. การดำรงตำแหน่งในท้องถิ่นปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 1 นายก อบต /นายกเทศมนตรี ☐ 2 คณะกรรมการชุมชน/หมู่บ้าน ☐ 3 สด./สท. ☐ 4 อสม. ☐ 5 ประธานชุมชน/หมู่บ้าน ☐ 6 ประธานกลุ่มแม่บ้าน ☐ 7 ประธานชมรมผู้สูงอายุ ☐ 8 ไม่มี	FNT1[]
8. การดำรงตำแหน่งงานในส่วนราชการ เอกชน และภาคประชาสังคม ในปัจจุบัน ☐ 1 ปลัดเทศบาล ☐ 2 นักบริหารสาธารณสุข ☐ 3 พยาบาล ☐ 4 นักวิชาการสาธารณสุข ☐ 5 ลูกจ้างประจำ ☐ 6 อสม. ☐ 7 คณะกรรมการชุมชน /หมู่บ้าน ☐ 7 อื่น ๆ โปรดระบุ.....	FNT2[]

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
9. ตำแหน่งของท่านในคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ☐ 1 ประธานกรรมการ ☐ 2 ที่ปรึกษา ☐ 3 กรรมการจากผู้แทนสมาชิกสภา อบต. หรือสภาเทศบาล ☐ 4 กรรมการจากผู้แทนหน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข ☐ 5 กรรมการจากผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ☐ 6 กรรมการจากผู้แทนผู้นำชุมชนหรือหมู่บ้าน ☐ 7 กรรมการจากผู้แทนศูนย์ประสานงาน สปสช.ภาคประชาชน หรือหน่วย รับร้องเรียนอิสระในพื้นที่ ☐ 8 กรรมการจากผู้ทรงคุณวุฒิ ☐ 9 กรรมการจากหน่วยบริการสาธารณสุข ☐ 10 กรรมการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	FNT2[]
10. ระยะเวลาของการดำรงตำแหน่งคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จำนวน.....ปี	TIM1 []
11. จำนวนครั้งของการดำรงตำแหน่งคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จำนวน.....ครั้ง	TIM2[]
12. ประสบการณ์ในการฝึกอบรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ☐ 1 ไม่เคย ☐ เคยได้รับการฝึกอบรม (ตอบคำถามข้อต่อไป)	TIM3[]
13. จำนวนครั้งของการฝึกอบรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จำนวน.....ครั้งต่อปี	TIM4[]

ส่วนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 17 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง “ใช่” ถ้าท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้อง และลงในช่อง “ไม่ใช่” ถ้าท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง และหากไม่ทราบให้ลงในช่อง “ไม่ทราบ”

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ			สำหรับผู้วิจัย
		ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	
	ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น				
1.	กองทุนสุขภาพตำบล มุ่งเน้นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู และรักษาพยาบาล ปฐมภูมิเชิงรุก				K1 []
2.	กองทุนฯ สนับสนุนเงินให้กลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ คนทำงานที่มีความเสี่ยง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่				K2 []
3.	เทศบาลเมืองและเทศบาลนคร มีการสมทบเงินเข้ากองทุนฯ เท่ากับเงินที่ได้รับจาก สปสช.				K3 []
4.	ค่าใช้จ่ายสำหรับการบริหารจัดการกองทุนหรือพัฒนากองทุน ต้องไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินรายรับในปีงบประมาณนั้น				K4 []
5.	โครงการที่เสนอของบประมาณจากกองทุน ไม่สามารถตั้งงบประมาณในการซื้อครุภัณฑ์ได้				K5 []
6.	คณะกรรมการกองทุนฯ มีอำนาจหน้าที่เฉพาะการพิจารณาอนุมัติโครงการ จะแต่งตั้งคณะทำงานไม่ได้				K6 []
7.	คณะกรรมการกองทุนฯ สามารถอนุมัติงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหากรณีฉุกเฉินได้ เช่น เกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ				K7 []
8.	กองทุนสามารถสนับสนุนเงินเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้				K8 []

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ			สำหรับ ผู้วิจัย
		ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	
9.	กองทุนฯ สนับสนุนเงินให้แก่ โรงเรียน เพื่อจัดกิจกรรมการฟื้นฟู และรักษาพยาบาลปฐมนุญเชิงรุกได้				K9 []
	ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ				
10.	การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ กระบวนการใดก็ตามที่เพิ่มความสามารถผู้สูงอายุ ในการพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น				K10[]
11.	การสร้างเสริมความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เป็นกระบวนการของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ				K11[]
12.	การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถทำได้ ทั้งกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง และติดสังคม				K12[]
13.	การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย จัดเป็นการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ				K13[]
14.	การอบรมให้ความรู้ การจัดนิทรรศการเกี่ยวกับสุขภาพ คือ วิธีการของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ				K14[]
15.	กลุ่มที่มีบทบาทต่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน คือ กลุ่มอสม. และบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น				K15[]
16.	กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนสามารถของบสนับสนุนโครงการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ได้				K16[]
17.	การพัฒนาทักษะทางร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันโรคใดโรคหนึ่ง ถือเป็นกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ				K17[]

ส่วนที่ 3 กลไกการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 17 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย มาก ที่สุด	
	กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร						
1.	ความสัมพันธ์ของการทำงานภายใน กองทุนเป็นแบบพี่น้องช่วยเหลือกัน						DV1 []
2.	การทำงานร่วมกันภายในกองทุนให้ ความสำคัญต่อการรับฟังความ คิดเห็นและข้อเสนอแนะ						DV2 []
3.	การประชุมคณะกรรมการอาศัย ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเป็นสำคัญ						DV3 []
4.	ภายในกองทุนมีการทำงานร่วมกัน เป็นทีม โดยอาศัยความร่วมมือจาก หลากหลายภาคส่วน						DV4 []
	กลไกด้านทรัพยากร						
5.	ผู้ปฏิบัติงานควรมีความรู้ ความสามารถ และทักษะเพียงพอต่อ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						DV5 []
6.	กองทุนของท่านมีงบประมาณ เพียงพอต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ						DV6 []
7.	กองทุนของท่านมีวัสดุ อุปกรณ์ เพียงพอต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ						DV7 []

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย มาก ที่สุด	
	กลไกด้านผู้นำการขับเคลื่อน						
8.	ประธานกองทุนของท่านเป็นผู้นำการดำเนินงาน จนสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของกองทุน						DV8 []
9.	ประธานกองทุนมีทักษะการกระตุ้น โน้มน้าวให้เกิดความร่วมมือการทำงานของคณะกรรมการกองทุน						DV9 []
10.	ประธานกองทุนของท่านมีวิสัยทัศน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						DV10 []
11.	ประธานกองทุนของท่านเป็นผู้นำการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						DV11 []
	ด้านการรับรู้ประโยชน์ของกองทุน						
12.	งบประมาณกองทุนฯ ช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ได้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยกลุ่มผู้สูงอายุเอง						DV12 []
13.	กองทุนฯ ช่วยสนับสนุนให้ชุมชนได้คิด และเสนอโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างสร้างสรรค์						DV13 []
14.	กองทุนฯ ของท่านมีการสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ						DV14 []
	ด้านกฎระเบียบกองทุนฯ						

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย มาก ที่สุด	
15.	กฎระเบียบ ข้อบังคับของกองทุน มี ความชัดเจน เข้าใจง่าย						DV15 []
16.	กฎระเบียบ ข้อบังคับของกองทุน สามารถนำไปปฏิบัติงานได้ง่าย						DV16 []
17.	กฎระเบียบกองทุนฯ สามารถใช้เป็น แนวทางในการพิจารณาประมาณ ได้อย่างชัดเจน						DV17 []

ส่วนที่ 4 กระบวนการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 41 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย มาก ที่สุด	
	ระบบของความร่วมมือ						
1.	คณะกรรมการกองทุนร่วมกัน กำหนดแผนดำเนินงานของกองทุน						CD1 []
2.	คณะกรรมการกองทุนได้กำหนด โครงสร้าง และบทบาทหน้าที่การ ทำงานร่วมกันอย่างชัดเจน						CD2 []
3.	คณะกรรมการกองทุนได้กำหนด แนวทางหรือข้อตกลงการทำงาน ร่วมกันอย่างชัดเจน						CD3 []
	กระบวนการค้นหาปัญหาต่อการ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						
4.	คณะกรรมการกองทุน มีการ รวบรวมข้อมูลสถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุ						CD3 []
5.	คณะกรรมการกองทุน ได้วิเคราะห์ ข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ จน พบปัญหาที่ควรสร้างเสริมสุขภาพ						CD5 []
6.	คณะกรรมการกองทุนได้ร่วมกัน เสนอความคิดเห็นและค้นหาแนว ทางแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ						CD6 []

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย มาก ที่สุด	
	กระบวนการกำหนดเป้าหมายต่อ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						
7.	คณะกรรมการได้ร่วมกันกำหนด เป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุของกองทุน						CD7 []
8.	คณะกรรมการกองทุนร่วมกัน กำหนดกรอบระยะเวลาการทำงาน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						CD8 []
9.	คณะกรรมการกองทุนมีการสื่อสาร เป้าหมายของกองทุนฯ อย่างทั่วถึง และชัดเจนต่อคณะทำงาน						CD8 []
	กระบวนการพิจารณาต่อการสร้าง เสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						
10.	คณะกรรมการกองทุนมีการประชุม พิจารณาโครงการตามแผนงานและ เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ที่กำหนด						CD10 []
11.	คณะกรรมการกองทุนมีเกณฑ์การ พิจารณาโครงการการสร้างเสริม สุขภาพผู้สูงอายุอย่างชัดเจน						CD11 []
12.	คณะกรรมการกองทุนรับฟังข้อมูล ของผู้เสนอโครงการเพื่อการ พิจารณางบประมาณอย่างรอบคอบ						CD12 []
	กระบวนการตัดสินใจต่อการสร้าง เสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย มาก ที่สุด	
13.	คณะกรรมการกองทุนตัดสินใจอนุมัติงบประมาณฯ อยู่บนพื้นฐานการพิจารณาข้อมูลอย่างรอบด้าน						CD13 []
14.	คณะกรรมการกองทุน พิจารณาโครงการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่ระบุไว้						CD14 []
15.	คณะกรรมการกองทุนอนุมัติงบประมาณฯ สอดคล้องตามเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						CD15 []
16.	คณะกรรมการกองทุนตัดสินใจอนุมัติงบประมาณฯ ภายหลังการวิเคราะห์และประเมินทางเลือกอย่างเหมาะสม						CD16 []
17.	คณะกรรมการกองทุนใช้วิธีการแบบเสียงข้างมากเมื่อเกิดข้อขัดแย้งในการตัดสินใจอนุมัติงบประมาณ						CD17 []
	ความมุ่งมั่นทุ่มเทการทำงาน						
18.	คณะกรรมการกองทุนมีการอุทิศตนต่อการทำงานกองทุนฯ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						CD18 []
19.	คณะกรรมการกองทุนมีความรับผิดชอบต่อการดำเนินงานใน						CD19 []

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย มาก ที่สุด	
	บทบาทคณะกรรมการกองทุนอย่าง เต็มที่						
20.	คณะกรรมการกองทุนติดตามผล การดำเนินการของกองทุน และ ร่วมกันแก้ไขเมื่อพบปัญหา						CD20 []
	การสร้างควมไว้วางใจระหว่าง กัน						
21.	คณะกรรมการกองทุนมีความ เชื่อมั่นในความคิดเห็นของกันและ กัน						CD21 []
22.	คณะกรรมการกองทุนทำงาน ร่วมกันโดยยึดหลักผลประโยชน์ของ ประชาชนเป็นสำคัญ						CD22 []
23.	คณะกรรมการกองทุนทำงาน ร่วมกันด้วยความซื่อสัตย์ต่อกัน เพื่อ ความสำเร็จของงาน						CD23 []
	การจัดการความเป็นผู้นำของ คณะกรรมการ						
24.	คณะกรรมการสนับสนุนภาคส่วน ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						CD24 []
25.	คณะกรรมการมีการประสานงาน กับภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้เกิด โครงการการสร้างเสริมสุขภาพ						CD25 []

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย มาก ที่สุด	
26.	คณะกรรมการมีการโน้มน้าวภาค ส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อจัด โครงการการสร้างเสริมสุขภาพ						CD26 []
27.	คณะกรรมการมีการแสวงหาและ ยอมรับความคิดเห็น จากการ ทำงานร่วมกัน						CD27 []
	การจัดการความรู้						
28.	คณะกรรมการมีการนำเสนอข้อมูล สารสนเทศจากผลการทำงาน และ แลกเปลี่ยนข้อมูลกัน						CD28 []
29.	คณะกรรมการมีการนำข้อสรุปจาก การแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน มา พัฒนาการทำงานร่วมกันให้ดีขึ้น						CD29 []
30.	คณะกรรมการมีการนำเทคโนโลยี สารสนเทศมาใช้ในการจัดการ ข้อมูล เพื่อให้คณะกรรมการเข้าถึง ได้ง่าย						CD30 []
	การจัดการทรัพยากร						
31.	คณะกรรมการมีการวางแผนด้าน ทรัพยากรหรืองบประมาณเพื่อการ สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						CD31 []
32.	คณะกรรมการมีการจัดสรร งบประมาณเพื่อการจัดทำโครงการ หรือกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ						CD32 []

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย มาก ที่สุด	
33.	คณะกรรมการมีการจัดสรรงบประมาณมุ่งเน้นให้กลุ่ม หรือองค์กรภาคประชาชน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						CD33 []
34.	คณะกรรมการได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						CD34 []
	การจัดการทรัพยากร						
35.	คณะกรรมการมีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ						CD35 []
	การประชาสัมพันธ์						
36.	คณะกรรมการมีการประชาสัมพันธ์งบประมาณกองทุน ไปยังกลุ่มผู้สูงอายุหรือตัวแทนในชุมชน						CD36 []
37.	คณะกรรมการมีการประชาสัมพันธ์งบประมาณกองทุน ไปยังหน่วยงานหรือองค์กรดูแลผู้สูงอายุ						CD37 []
38.	คณะกรรมการมีสื่อประชาสัมพันธ์งบประมาณกองทุน สำหรับการสร้างเสริมผู้สูงอายุหลากหลายช่องทาง						CD38 []
	การติดตาม และประเมินผล						

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย มาก ที่สุด	
39.	คณะกรรมการมีแผนการติดตาม โครงการเกี่ยวกับการสร้างเสริม สุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับอนุมัติจาก กองทุน						CD39 []
40.	คณะกรรมการมีการตรวจสอบการ ดำเนินงาน และประเมินผลการ ดำเนินงานโครงการเกี่ยวกับการ สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ						CD40 []
	การติดตาม และประเมินผล						
41.	กองทุนของท่านมีระบบการเก็บ รวบรวมข้อมูลของการดำเนินงาน โครงการเกี่ยวกับการสร้างเสริม สุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูล ย้อนกลับ						CD41 []

ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์ของการอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย มาก ที่สุด	
	ประสิทธิผลของความร่วมมือ						
1.	กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ของกองทุน						OP1 []
2.	การสนับสนุนงบประมาณกองทุน ต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมี จำนวนมากขึ้นกว่าที่ผ่านมา						OP2 []
3.	เกิดความร่วมมือของการทำงาน ระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อการ สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่						OP3 []
	คุณภาพความสัมพันธ์ของความ ร่วมมือ						
4.	เกิดความพึงพอใจ ต่อการการ ทำงานร่วมกันเพื่อการสร้างเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ						
5.	เกิดเครือข่ายการทำงานเพื่อ ผู้สูงอายุ และมีการช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน						
6.	เกิดการทำงานที่นึกถึงผลประโยชน์ ของความร่วมมือกันเป็นสำคัญ ใน กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกองทุน						

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ ผู้วิจัย
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย มาก ที่สุด	
	การรับรู้มุมมองที่กว้างขึ้น						
7.	ได้รับรู้ความคิดเห็นของแต่ละบุคคล ที่ทำงานร่วมกันเพื่อสร้างเสริม สุขภาพผู้สูงอายุอย่างหลากหลาย						
	ความเหนียวแน่นของเครือข่าย ความร่วมมือ						
8.	เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ระหว่างองค์กรหรือกลุ่มผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมใน กิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง						

ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และการปรับปรุงพัฒนาผ่านการอภิบาลความร่วมมือใน
การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเขตเมือง

ปัญหาและอุปสรรค

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

การปรับปรุงพัฒนา

.....

.....

.....

