

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สิทธิในการมีสุขภาพดี เป็นส่วนหนึ่งของสิทธิในชีวิต และร่างกาย ในทางกฎหมายเป็นสิทธิที่ในระบบรัฐธรรมนูญและกฎหมายให้การรับรองและคุ้มครองมากกว่าสิทธิอื่นหลายเท่า เพราะเสรีภาพอื่น แม้จะจำเป็นหรือสมควรจะมี แต่สิ่งเหล่านั้นไม่ใช่หัวใจของความเป็นมนุษย์เท่าสิทธิในชีวิตในร่างกาย และในสุขภาวะที่มนุษย์แต่ละคนพึงมี ตามที่ปรากฏในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ในข้อ 25 เป็นกฎหมายจารีตประเพณีระหว่างประเทศของโลกในการรับรองสิทธิในสุขภาวะ ข้อ 22 สิทธิในความมั่นคงทางสังคม อันหมายถึง การประกันสังคมยามเจ็บป่วย และข้อ 24 การพักผ่อน และการมีเวลาว่าง ของมนุษย์เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี นั่นคือ หลักสากลที่แสดงถึงสุขภาวะอันเป็นสิทธิส่วนหนึ่งในชีวิตมนุษย์ (สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.), 2547) ซึ่งสิทธิในสุขภาพของบุคคลที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 รองรับเอาไว้ มีอย่างน้อยที่สุด 6 สิทธิ ได้แก่ สิทธิรับรู้เรื่องที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย สิทธิแสดงความคิดเห็นของประชาชนในเรื่องที่จะกระทบต่อสุขภาพอนามัยสิทธิร่วมคิดร่วมตัดสินใจในเรื่องคุณภาพสิ่งแวดล้อม สิทธิร่วมเข้าข้อเสนอกฎหมาย ที่คุ้มครองสุขภาพพะวะของคนไทย สิทธิในการร่วมรับบริการด้านสุขภาพ (สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.), 2548) ในมาตรา 52 และมาตรา 86 กำหนดเรื่องการป้องกันโรค และการบำบัดรักษา หลักสำคัญ 7 ประการ ได้แก่ ความเป็นธรรม และเท่าเทียม, การสาธารณสุขต้องได้มาตรฐานบุคคลมีสิทธิที่ได้รับจากรัฐอย่างทั่วถึง, บริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ที่ไม่ใช่ซ่อมสุขภาพ ต้องสร้างสุขภาพ และมีประสิทธิภาพในเชิงบริหารจัดการด้วยหลักการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชนภายใต้การกำกับของรัฐ, หลักการประกันสังคมที่จะยกเลิกระบบประกันสังคมไม่ได้แต่จะต้องขยายไป และจัดการให้มีประสิทธิภาพและประการสุดท้าย สิทธิของบุคคลพิเศษบางจำพวก เช่น เด็ก เยาวชน บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ บุคคลซึ่งพิการ หรือทุพพลภาพ เป็นต้นจะต้องได้รับการบริการด้านสุขภาพ ที่มีลักษณะพิเศษ ตามจำเป็นแห่งสภาวะ

ของตน และสิทธิตรวจสอบกระบวนการ ในการบริการด้านสุขภาพ ทั้งของรัฐและเอกชน โดยผ่าน องค์การคุ้มครองผู้บริโภค (สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากิจการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ(สพกส.), 2547) ซึ่งตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 52 ได้บัญญัติไว้ว่าบุคคลย่อมมี สิทธิได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้ได้มีสิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่เสีย ค่าใช้จ่ายการให้บริการสาธารณสุขของรัฐเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้อง ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตร 82 ของ รัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติไว้ว่า ให้รัฐบาลต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ในพระราชบัญญัติ การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น พ.ศ.2542 ยังได้กำหนดไว้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะได้รับการ จัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดระบบบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น ของตนเองซึ่งรวมทั้งด้านสุขภาพด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

การสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนไทย ได้ริเริ่มการสร้างหลักประกันสุขภาพตั้งแต่ ปี พ.ศ.2526 มีการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 พ.ศ.2535 - 2539 และต่อเนื่องมาจนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 - 2544 (สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากิจการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ(สพกส.), 2547) รัฐบาลที่ผ่านมามากมายได้มีนโยบายและความพยายามที่จะผลักดันให้เกิดการสร้างหลักประกัน สุขภาพอนามัยยามเมื่อเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งการมีหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ (สำนักพัฒนา สังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2546) ก่อนปี พ.ศ. 2544 ของประเทศไทย มีระบบหลักประกันสุขภาพ 5 แบบ คือ ระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพโดยสมัคร ใจ ระบบโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล และระบบประกันสุขภาพเอกชน แต่ ทั้ง 5 ระบบนี้ ยังมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพอยู่หลาย ประเด็น (สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2548) เช่น ประชาชนได้รับความไม่เสมอภาคระหว่างระบบหลัก ประเภทต่างๆ คุณภาพบริการยังไม่ได้มาตรฐาน และที่สำคัญที่สุด คือ ยังมีประชาชนอีกเป็นจำนวน มากที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2549) จากนั้นต้นปี พ.ศ. 2544 รัฐบาล จึงได้ประกาศนโยบายเร่งด่วนด้านสาธารณสุข เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับ ประชาชน ภายใต้ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” หรือโครงการบัตรทอง ส่วนโครงการ สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลเปลี่ยนรูปมาเป็นบัตรทอง ที่ยกเว้นค่าธรรมเนียม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2548)

จากฐานข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า การมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ร้อยละของประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจากปี 2534, 2539, และ 2544 เป็น 33.5, 45.6 และ 71.0 ตามลำดับ และอัตราป่วย ลดลงจากปี 2534, 2539, และ 2544 เป็น 5.9, 4.0 และ 3.9 ครั้ง/คน/ปี ในขณะที่ร้อยละการใช้บริการในสถานพยาบาล เพิ่มขึ้นจากปี 2534, 2539 และ 2544 เป็น 49, 65 และ 70 ตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2548)

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงที่ผ่านมา ได้ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้นมีหลักประกันสุขภาพมากกว่า 46 ล้านคน ทำให้ประชาชนไม่ต้องกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่าย ในขณะที่คุณภาพการรักษาพยาบาลได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้น ระบบบริหารจัดการมีความชัดเจนมากขึ้น จากความร่วมมือของทุกฝ่ายโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับจากนโยบายดังกล่าว ทำให้ปัญหาต่างๆ ทอยได้รับการแก้ไข และทำให้สร้างหลักประกันสุขภาพประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2548) และหลังจากที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลบังคับใช้ทำให้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นเป็นองค์กรกลางประสานความร่วมมือของทุกฝ่าย เพื่อดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะยาว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

ในมาตรา 47 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ระบุไว้ว่า เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ซึ่งมาตราดังกล่าวถือเป็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว การเข้ามามีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพเป็นกลวิธีที่สำคัญในการนำมาใช้เพื่อปฏิรูปการบริการสุขภาพทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เพราะการกระจายอำนาจถูกมองว่าสามารถทำให้มีการสร้างโอกาสให้เกิดหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงขึ้นมาได้ (สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ(สพทส.), 2548) และยังสามารถทำให้หลักประกันสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ดีกว่ารัฐบาลกลาง ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่างๆ ตั้งแต่องค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์กรบริหารส่วนจังหวัดและ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นลักษณะพิเศษอย่างกรุงเทพมหานคร ล้วนมีการเจริญเติบโตและมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนมากขึ้น (สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพ(สพทส.), 2547)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ ส่งเสริมกระบวนการการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550) และกำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาลได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 47 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ในการดำเนินงานให้ปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการประชุมระดมความคิดเห็นจากหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกร่างหลักเกณฑ์การสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และดำเนินการโดยมีองค์กรการบริหารส่วนตำบลและเทศบาลนำร่อง จาก 75 จังหวัด ทุกอำเภอ เข้าร่วมดำเนินงานในปี พ.ศ. 2549 จำนวน 888 แห่ง ทั้งนี้ได้มีการเตรียมความพร้อมในการบริการจัดการคณะกรรมการบริหารของทุกพื้นที่ก่อนดำเนินงาน และในปี พ.ศ. 2550 มีเป้าหมายการดำเนินงาน จำนวน 2,000 แห่ง โดยยังคงความร่วมมือในการดำเนินงานระหว่างสมาคมองค์กรการบริหารส่วนตำบล ที่จะนำร่องในการสร้างกองทุนสุขภาพชุมชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551)

กองทุนสุขภาพชุมชน หรือ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์กรการบริหารส่วนตำบล/ เทศบาล หรือที่ทั่วไปเรียกว่า “กองทุนสุขภาพตำบล” เป็นจุดเริ่มในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งเสริมให้ประชาชน มีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพ ร่วมดูแลและร่วมบริหารจัดการระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและยั่งยืนได้ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544) นอกจากนี้ได้มีการดำเนินการร่วมมือกันระหว่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สมาคมองค์กรการบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์กรบริหาร

ส่วนตำบล สามารถจัดตั้งและกำกับกรดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นเรื่องการบริหารการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ตลอดจนส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง กลุ่มคนพิการ กลุ่มคนด้อยโอกาส และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ มีสวัสดิการชุมชนรองรับ และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในพื้นที่ (สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากองกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.), 2548)

กองทุนสุขภาพตำบลสะเมิงเหนือ และกองทุนสุขภาพตำบลบ่อแก้ว อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ ได้เข้าร่วมเป็นกองทุนนำร่องของจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2549 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลอีก ร้อยละ 10 ให้เป็นงบประมาณของกองทุนมีคณะกรรมการบริหารกองทุนตำบล โดยมีนายองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นประธานและได้ดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 จนถึงปัจจุบัน แต่ผลจากการสรุปรายงานประจำปีของสถานบริการและขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ที่มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลในอำเภอสะเมิง ยังมีแผนงาน โครงการและผลดำเนินงานของกองทุนที่สนับสนุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพ และการสนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่ยังไม่ชัดเจน และประชาชนยังมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมกองทุนสุขภาพตำบลค่อนข้างน้อย (รายงานการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตำบลสะเมิงเหนือ ประจำปี 2550, สรุปผลการดำเนินงานสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯบ้านปางมะโอ ประจำปี 2550) จากเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของกองทุนสุขภาพในชุมชนที่จะต้องมีความพร้อมในการจัดระบบสุขภาพที่ดีให้เกิดขึ้น จึงสนใจที่จะศึกษาการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบลในชุมชน เพื่อนำผลการศึกษามาปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลบ่อแก้ว ตำบลสะเมิงเหนือ และตำบลแม่สาบ ให้เป็นแบบอย่างแก่กองทุนสุขภาพตำบลอื่นๆที่กำลังจะเกิดขึ้นตามมา พร้อมกับเตรียมความพร้อมให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลอื่นๆของอำเภอสะเมิง ในการเข้าร่วมโครงการกองทุนสุขภาพตำบลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในอนาคต

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลในอำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่

## คำถามของการศึกษา

กระบวนการในการดำเนินงานกองทุนสุขภาพตำบล ในอำเภอสะเมิงเป็นอย่างไร

## ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษากระบวนการกองทุนสุขภาพตำบล ในตำบลบ่อแก้ว ตำบลแม่สาบ และตำบลสะเมิงเหนือ อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2553

## คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

**กระบวนการ** หมายถึง การดำเนินการแผนงาน โครงการที่สนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ สนับสนุนภูมิปัญญาท้องถิ่น การบริหารจัดการงบประมาณของกองทุนสุขภาพตำบล และการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ที่มีกองทุนสุขภาพตำบลดำเนินการอยู่

**กองทุนสุขภาพตำบล** หมายถึง กองทุนที่มีแหล่งเงินงบประมาณสำหรับบริหารจัดการเรื่องสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นกลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลหรือเทศบาล ที่ก่อตั้งขึ้นในตำบลหรือเทศบาล โดยมีการบริหารจัดการเรื่องหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่หรือหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ที่มีการดำเนินงานตามระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อให้เป็นไปตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยได้รับงบประมาณของกองทุนมาจาก ค่าบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หมวดบริการ ส่งเสริมป้องกัน ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด หรือเงินอุดหนุนหรืองบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่สมทบเข้ากองทุนสุขภาพตำบลตามสัดส่วนที่ได้กำหนดไว้ หรือเงินสมทบจากกองทุนชุมชนตามมติของกลุ่มชุมชน หรือมาจากรายได้อื่นที่ได้จากกิจการของตำบลหรือเทศบาล

**ชุมชน** หมายถึง บุคคลในพื้นที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการกองทุนสุขภาพตำบล โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกให้ทำหน้าที่ในคณะกรรมการบริหารกองทุนประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาสาธารณสุข คุณแลสุขภาพของบุคคลในพื้นที่ โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการ ส่วน

หนึ่งจะมาโดยตำแหน่ง อีกส่วนหนึ่งมาจากการคัดเลือกกันเอง เพื่อบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลนั้น ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในท้องถิ่นหรือพื้นที่รับผิดชอบ และกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มประชาชนในพื้นที่ที่มีการดำเนินการกองทุนสุขภาพตำบล อาศัยอยู่ในพื้นที่ของ ตำบลบ่อแก้ว ตำบลสะเมิงเหนือ และตำบลแม่สาว อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่

**คณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล** หมายถึง กลุ่มบุคคลที่บริหารระบบหลักประกันสุขภาพหรือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งส่วนหนึ่งได้รับการแต่งตั้งโดยตำแหน่ง และอีกส่วนหนึ่งมาจากการคัดเลือกตัวแทนในชุมชน โดยมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี และคณะกรรมการชุดนี้มีอำนาจในการจัดทำข้อมูลแผนดำเนินงานที่เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในท้องถิ่นหรือพื้นที่รับผิดชอบ ภายใต้การกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลในท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น

#### **ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา**

1. เป็นข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง "ได้นำไปพัฒนาปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลให้เป็นไปตามกระบวนการอย่างมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนชุมชนให้มากที่สุด
2. เป็นข้อมูลในการนำไปเตรียมความพร้อมให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล หน่วยบริการสุขภาพ และชุมชนที่จะเข้าร่วม โครงการกองทุนสุขภาพตำบลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในอนาคต