



วาระกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์ของกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ซึ่งยังไม่มีการศึกษามาก่อน ในการทบทวนวาระกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตกรุงเทพมหานคร
2. วัฒนาการการจัดหาชาติจำเป็นในงานสาธารณสุขมูลฐาน
3. แนวทางการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน
4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหาร
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตกรุงเทพมหานคร

ตามที่องค์การอนามัยโลกได้มีเป้าหมายให้ประชากรทั่วโลกมีสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 โดยใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน ประเทศไทยรวมทั้งกรุงเทพมหานคร ก็ได้ตอบสนองเป้าหมายนี้ด้วยเช่นกัน สำหรับกรุงเทพมหานคร ได้กำหนดให้มีการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขมูลฐานในตั้งแต่แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2525-2529) โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในบทที่ 1 และได้กำหนดบริการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนสามารถทำเองได้ 10 ประการ ได้แก่

1. การสุขศึกษาเรื่องปัญหาสาธารณสุขที่มีอยู่ รวมทั้งวิธีการป้องกัน แก้ไขและควบคุม
2. การส่งเสริมการจัดหาอาหารและโภชนาการ
3. การจัดให้มีน้ำสะอาด และการสุขาภิบาลเบื้องต้น
4. การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว
5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

6. การป้องกันและควบคุมโรค
7. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น
8. การจัดหาให้มียาที่จำเป็นไว้ใช้สำหรับชุมชน
9. สุขภาพจิต และการป้องกันและบำบัดสารเสพติด
10. ทัศนสุขภาพ

งานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง เป็นงานซึ่งยังไม่มี การดำเนินงานมาก่อน จึงยังไม่มีรูปแบบและกระบวนการดำเนินงานที่สามารถจะนำมาประยุกต์ใช้ได้ ในเรื่องเนื่องด้วยการทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติได้ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย และทดลองดำเนินการในชุมชนเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ ชุมชนชานเมือง และชุมชนแออัด ซึ่งปรากฏว่าสามารถนำมาใช้เป็นแบบอย่างในการดำเนินงานในชุมชนอื่น ๆ ได้ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จึงได้ขยายการดำเนินงานไปสู่พื้นที่อื่นในเขตกรุงเทพมหานครต่อไป โดยมีการดำเนินงานดังนี้

รูปแบบการดำเนินการ

หลังจากที่ได้จัดให้มีการศึกษาวิจัย และทดลองดำเนินการในชุมชนแล้ว กรุงเทพมหานครก็ได้จัดให้มีรูปแบบในการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานโดยจัดเป็น 2 รูปแบบ* ดังมีรายละเอียดกล่าวไว้ในความสำคัญและที่มาของปัญหาในการวิจัย

* แต่ในปัจจุบัน (พ.ศ.2536) ทางกองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้เริ่มมีการเปลี่ยนรูปแบบของ ผสส. และ อสม. ใหม่ โดยปรับมาเป็น อสส. ทั้งหมด โดยในปัจจุบันกำลังดำเนินการอบรม เพื่อเปลี่ยนบทบาทของ ผสส. และ อสม. อยู่ แต่สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ยังยึดรูปแบบเดิมอยู่ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดของเขตหนองจอก

กระบวนการดำเนินงาน

มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การจัดองค์กร
2. การเตรียมเจ้าหน้าที่ และการพัฒนา
3. งบประมาณ
4. การจัดตั้งองค์กรชุมชน และการเตรียมชุมชน
5. การคัดเลือกอาสาสมัคร
6. การฝึกอบรมอาสาสมัคร และการพัฒนาหลักสูตร
7. การดำเนินงานโดยชุมชน
8. การควบคุมกำกับงาน และการประเมินผล

การจัดองค์กร

ด้านนโยบาย การประสานงานกิจกรรม และการติดตามผล

1. คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน แต่งตั้งโดยสำนักอนามัย มีผู้อำนวยการสำนักอนามัยเป็นประธานกรรมการ

2. กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน จัดตั้งโดยกรุงเทพมหานคร ซึ่งกำหนดอัตรากำลังข้าราชการจำนวน 5 อัตรา โดยการตัดโอนอัตรากำลังภายในสำนักอนามัยเอง ให้กลุ่มงานนี้เป็นหน่วยงานในงานวางแผนครอบครัว กองส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานนี้ทำหน้าที่บริหารกิจการสาธารณสุขมูลฐาน กำหนดหลักการ วิธีการ แนวทางดำเนินงาน วิธีการคัดเลือก ฝึกอบรมอาสาสมัคร การจัดการเรียนการสอน การควบคุมและติดตามผล ตลอดจนการพัฒนางานและเจ้าหน้าที่

ด้านการปฏิบัติ

ได้แก่ศูนย์บริการสาธารณสุขและศูนย์บริการสาธาณสุขสาขา โดยกำหนดให้ศูนย์บริการสาธารณสุขและศูนย์บริการสาธาณสุขสาขารับผิดชอบการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนใช้อัตรากำลังที่มีอยู่เดิมโดยให้พิจารณากำหนดชุมชนเป้าหมาย เตรียมชุมชน คัดเลือกอาสาสมัคร ให้การสนับสนุนในการดำเนินงานแก้ไข้ปัญหาและจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ติดตามผล ตลอดจนประสานงานกับสำนักงานเขตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การเตรียมเจ้าหน้าที่และการพัฒนา

การเตรียมเจ้าหน้าที่

- การเตรียมเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในระดับส่วนกลาง ได้จัดประชุมสัมมนาผู้อำนวยการสำนักงาน ผู้อำนวยการกองที่เกี่ยวข้องและหัวหน้างานต่าง ๆ เพื่อรับทราบนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน จัดอบรมวิทยากรส่วนกลาง เพื่อทำหน้าที่วิทยากรกลางของโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

- การเตรียมผู้รับผิดชอบในระดับพื้นที่

- เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและให้การสนับสนุน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ประจำเขตและศูนย์บริการสาธารณสุข โดยการจัดประชุม สัมมนา หัวหน้าเขตทุกเขต แพทย์หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่ง หัวหน้าด้านส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขตลอดจนเจ้าหน้าที่เขตที่เกี่ยวข้อง

- เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและศูนย์บริการสาธารณสุขสาขาผู้รับผิดชอบพื้นที่เป้าหมายโดยตรง โดยการจัดประชุม สัมมนา และอบรมเพื่อทำหน้าที่เป็นวิทยากร ให้เข้าใจแนวคิด วิธีการดำเนินงานอย่างชัดเจน สามารถอธิบายชักจูงประชาชนให้ร่วมมือได้

การพัฒนาเจ้าหน้าที่

หลังจากที่เจ้าหน้าที่ทั้งสองระดับของสำนักอนามัย ได้รับการอบรมและชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแล้ว สำนักอนามัยจะดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานไปพร้อมกับการพัฒนาเจ้าหน้าที่ในด้านต่าง ๆ อยู่ตลอดเวลา

งบประมาณ

โครงการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นโครงการที่สำนักอนามัยมิได้จัดให้เป็นโครงการเฉพาะกิจซึ่งต้องมีหน่วยปฏิบัติดำเนินงานเป็นพิเศษ แต่ได้จัดดำเนินงานแบบผสมผสานไปกับงานประจำที่ให้บริการอยู่แล้ว จึงถือว่างานนี้เป็นงานเสริมงานเดิมที่มีอยู่แล้ว จึงไม่สามารถแยกแยะงบประมาณออกมาเป็นรายการเฉพาะได้ เว้นแต่งบประมาณที่ขอตั้งไว้ในกลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานเท่านั้น นอกจากงบประมาณของกรุงเทพมหานครแล้วโครงการนี้ยังได้รับงบประมาณช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน อาทิ องค์กรทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ องค์กรอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ

การจัดตั้งองค์กรชุมชนและการเตรียมองค์กรชุมชน

การจัดตั้งองค์กรชุมชน

- ชุมชนชานเมือง รูปแบบการบริหารการปกครองเหมือนการบริหารราชการส่วนภูมิภาค คือ มีการแบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็นแขวงและหมู่บ้าน มีการเลือกตั้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จึงไม่จำเป็นต้องตั้งองค์กรชุมชนขึ้นมาใหม่คงใช้องค์กรชุมชนเดิม
- ชุมชนแออัด ไม่มีการแบ่งการบริหารราชการเป็นตำบลหรือหมู่บ้านกรุงเทพมหานครจึงได้กำหนดระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยกรรมการชุมชน พ.ศ. 2528 ขึ้น ชุมชนในที่นี้หมายถึง ชุมชนแออัด ชุมชนชานเมืองและชุมชนบ้านจัดสรร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีองค์กรที่เป็นตัวแทนของชุมชนทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยราชการ ซึ่งคณะกรรมการชุมชนประกอบด้วยผู้แทนซึ่งได้รับการเลือกตั้งทุก 2 ปีจากผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประกอบด้วยตำแหน่งต่าง ๆ คือ ประธานกรรมการ รองประธานกรรมการ เลขานุการ เหรัญญิก นายทะเบียน ปฏิคม และหัวหน้าฝ่ายต่าง ๆ ตามที่คณะกรรมการชุมชนเห็นสมควรแต่งตั้ง

การเตรียมชุมชน

เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและศูนย์บริการสาธารณสุขสาขาจะไปเยี่ยมทำความเข้าใจกับผู้นำชุมชน ทั้งผู้นำโดยการแต่งตั้ง และผู้นำทางศาสนา และชี้แจงให้เข้าใจถึงแนวความคิดสาธารณสุขมูลฐาน หลังจากนั้นจะร่วมกลุ่มกับกลุ่มผู้นำประชุมชี้แจงให้ประชาชนในชุมชนนั้น ๆ ได้รับทราบและกระตุ้นให้เกิดความต้องการที่จะดำเนินงาน ในขณะที่เดียวกันก็จะสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของชุมชน เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานและประเมินผลงาน รวมทั้งจัดทำแผนที่ชุมชน เพื่อความสะดวกในการแบ่งเขตความรับผิดชอบให้อาสาสมัคร

การคัดเลือกอาสาสมัคร

อาสาสมัครสาธารณสุขควรเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความเสียสละที่จะทำงานเพื่อส่วนรวม มีความรู้พออ่านออกเขียนได้ อายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี เพศใดก็ได้ มีเวลาพอที่จะเข้ารับการฝึกอบรม ร่วมประชุมและร่วมกิจกรรม

- ชุมชนชานเมืองมีอาสาสมัคร 2 ประเภท

ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (พสส.) มีการคัดเลือก 4 วิธี ได้แก่ การคัดเลือกแบบสังคัมมิตติ ให้ประชาชนในหมู่บ้านเป็นผู้เสนอชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเลือกเอง และให้ผู้นำหมู่บ้านเป็นผู้คัดเลือก พสส. 1 คนต่อ ประชากร 8-15 หลังคาเรือน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คัดเลือกจาก พสส. หลังจากปฏิบัติหน้าที่ พสส. แล้วประมาณ 1 ปี โดยการพิจารณาของ พสส. กลุ่มนั้น ๆ กับผู้นำหมู่บ้าน ในเกณฑ์ อสม. 1 คน ต่อ พสส. 10 คน หรือ อสม. 1 คน ต่อ 1 หมู่บ้าน

- ชุมชนแออัด มีอาสาสมัครประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน (อสม.) คัดเลือกโดยคณะกรรมการชุมชน โดยได้รับความเห็นชอบจากเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ใช้เกณฑ์ อสม. 1 คนต่อ ประชากร 20-30 ครอบครัว

การฝึกอบรมอาสาสมัคร

มีการฝึกอบรม 3 ระยะ คือ การอบรมปฐมฤกษ์ การอบรมต่อเนื่องและการอบรมฟื้นฟู โดยมีเนื้อหาสาระคล้ายกับการฝึกอบรมอาสาสมัครของกระทรวงสาธารณสุข แต่มีการเพิ่มเติมบทเรียนเกี่ยวกับเรื่องที่เป็นปัญหาเฉพาะของกรุงเทพมหานคร

การดำเนินงานโดยชุมชน

- เขตชานเมือง ได้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตรอบนอก 11 เขต 519 หมู่บ้าน

- ชุมชนแออัดที่พัฒนาทางกายภาพแล้ว มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน 49 แห่ง

- ชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้พัฒนาทางกายภาพ

- ชุมชนที่มีอาสาสมัคร ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน 2 ชุมชน คือ ชุมชนซอยสวนทราย เขตบางกอกน้อย และชุมชนสุขสวัสดิ์ 60 เขตราชบุรีบูรณะ

- ชุมชนที่ไม่มีอาสาสมัคร มีกรรมการชุมชนซึ่งทำหน้าที่ อสม. สืบหาความจำเป็นพื้นฐานโดยใช้แบบสำรวจ จปฐ. ของกรุงเทพมหานคร

การควบคุมกำกับงานและการประเมินผล

กรุงเทพมหานครได้จัดให้มีการควบคุม กำกับงาน การติดตามผล ตลอดจนการประเมินผลเป็นระยะ โดยเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธาณสุขสาขา เป็นผู้ติดตามดูแลให้คำแนะนำการปฏิบัติงานแก่อาสาสมัคร ชี้แจงการบันทึกผลการปฏิบัติงานเป็นรายเดือนลงในแผ่นรายงาน เพื่อบันทึกกิจกรรมตามบทบาทของอาสาสมัครตามที่อาสา

สมัครปฏิบัติจริงในเดือนนั้น ๆ แล้วรวบรวมข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทุกเดือน เจ้าหน้าที่จะได้นำไปประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อทราบข้อบกพร่องและปัญหา และนำมาพิจารณาแก้ไขข้อบกพร่องต่อไป

วิวัฒนาการการจัดหาษาที่จำเป็นในงานสาธารณสุขมูลฐาน

การจัดหาษาที่จำเป็น เริ่มขึ้นครั้งแรกเนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายสำคัญที่จะทำให้อะไรประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศซึ่งมีฐานะยากจนต้องการศึกษาและมีสุขภาพไม่ดี ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นรัฐบาลเล็งเห็นว่า สุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ จึงจำเป็นต้องได้รับการบริการให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น ดังนั้นรัฐบาลจึงได้เร่งระดมทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดมาดำเนินการในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยพยายามจัดให้มีระบบการบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง แต่ก็ยังมีปัญหาเกิดขึ้นเสมอและนับวันจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากทรัพยากรของรัฐมีจำนวนจำกัดและประชาชนก็มีปริมาณมากเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้ลักษณะปัญหาสาธารณสุขที่พบโดยเฉพาะในชนบทนั้นมากกว่าร้อยละ 70 เกิดจากความไม่รู้ไม่เข้าใจในโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ รัฐบาลจึงต้องหากวิธีใหม่ ที่จะมาแก้ปัญหาเหล่านี้ ซึ่ง "การสาธารณสุขมูลฐาน" เป็นกลวิธีที่สำคัญที่ทางกระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้ในการแก้ปัญหา และได้เริ่มดำเนินการเป็นงานระดับชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2520 โดยได้รับการบรรจุเข้าเป็นนโยบายหนึ่งในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) และได้ดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงทุกวันนี้

นโยบายในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 ได้เน้นให้ประชาชนมีความรู้และรับผิดชอบสุขภาพอนามัยของชุมชนของตนเพื่อลดปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง และป้องกันการบริโภคยามากเกินไปเกินความจำเป็นในหมู่ประชาชน โดยดำเนินการสนับสนุน "การจัดหาษาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน" ได้มีการจัดสรรงบประมาณค่ายาและเวชภัณฑ์ สนับสนุนการปฏิบัติงานเบื้องต้นแก่ อสม. ของโครงการสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านการอบรมแล้ว เพื่อนำยาไปหมุนเวียนให้บริการแก่ประชาชนในชุมชนของตน โดยจัดขามูลค่าในวงเงิน 200 บาท และ 500 บาท เป็นทุนหมุนเวียนแก่ อสม. ก่อนในปี 2520 และ 2521 ตามลำดับ ต่อมาเมื่อปี 2524 เมื่อกลุ่ม พสส./อสม. ได้ร่วมกับหัวหน้าครอบครัวในหมู่บ้านดำเนินการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ ได้ตามที่กระทรวงกำหนดก็จะได้รับยาสนับสนุนกองทุนยาเพิ่มเติมอีกเป็นมูลค่า 1,000 บาท ซึ่งการดำเนินงานใน

แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 ยังมีปัญหาและอุปสรรคอยู่อีกมาก ทั้งในส่วนตัวพร้อมของเจ้าหน้าที่ทุกระดับและประชาชนเอง กล่าวคือประชาชนยังขาดผู้นำและองค์กรที่เข้มแข็งในการบริหารจัดการ

ต่อมาในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 (2525-2529) ได้เน้นการพัฒนาบริการสาธารณสุข เพื่อยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนให้ครอบคลุมทั่วถึงและได้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า ก่อนสิ้นปี 2543" ตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก ดังนั้นจึงมีการเร่งปรับปรุงและขยายโครงสร้างพื้นฐานเกี่ยวกับบริการสาธารณสุข โดยให้มีโรงพยาบาลชุมชนครบทุกอำเภอ มีสถานีอนามัยครบทุกตำบล และมีการอบรม พสส./อสม. ในอัตราที่ครอบคลุมประชากรได้ทั่วถึงทุกหมู่บ้าน เร่งพัฒนาองค์กรชุมชนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ปัญหาสาธารณสุข ตลอดจนการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่นที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยใช้กลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน และในส่วนของกิจกรรมการจัดหาฯ ว่าเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งในงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้จัดตั้ง "กองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน" ขึ้นทดแทนการสนับสนุนยาแผนโบราณแก่ อสม. ในรูปแบบต่าง ๆ ตั้งแต่ปี 2525 เป็นต้นมา โดยกองทุนยานี้จะต้องเกิดจากร่วมมือของประชาชนและองค์กรชุมชนร่วมกับ พสส./อสม. และมี อสม. ที่ผ่านการอบรมด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน โดยกระทรวงสาธารณสุขจะได้สนับสนุนยามูลค่า 700 บาท แก่กองทุนยาเป็นทุนเริ่มต้นและส่งเสริมให้มีการจัดตั้งองค์กรชุมชนขึ้นรับผิดชอบในการดำเนินงาน ในรูปของคณะกรรมการกองทุนยา ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะคอยให้คำแนะนำในการจัดตั้งและการดำเนินงานดังกล่าว นอกจากการสนับสนุนจากภาครัฐแล้ว ทางภาคเอกชน (กลุ่มบริษัทแหลมทองสหการ จำกัด) ได้ให้การสนับสนุนยาเพิ่มเติมแก่กองทุนยาที่ได้จัดตั้งขึ้นแล้ว โดยได้ประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุขซึ่งจะต้องเป็นกองทุนยาที่มีผลการดำเนินงานที่สามารถแสวงหาความร่วมมือจากชุมชนในลักษณะของการร่วมถือหุ้น ตั้งแต่ร้อยละ 70 ของหลังคาเรือนในหมู่บ้านนั้นขึ้นไป จะได้รับการสนับสนุนยามูลค่า 700 บาท และถ้ามีผู้ร่วมถือหุ้นตั้งแต่ร้อยละ 80 ของหลังคาเรือนในหมู่บ้านนั้นขึ้นไป จะได้รับการสนับสนุนยามูลค่า 1,000 บาท

ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเสริมและขยายโอกาสการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เน้นความสำคัญของความจำเป็นพื้นฐาน และเน้นการพัฒนา "การสาธารณสุขมูลฐาน" ทั้งในเชิงปริมาณ

และคุณภาพ โดยพยายามปรับปรุงให้มี การดำเนินงานทุกองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน เพิ่มขึ้นและขยายการครอบคลุมทั้งชุมชนในเขตชนบทและชุมชนในเขตเมือง นอกจากนี้ยังได้ พสมพสานการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเข้ากับกระบวนการพัฒนาสังคมที่มี จปฐ. เป็นข้อ กำหนดในการวางแผนและเป็นเครื่องชี้วัดในการประเมินผล ในด้านกิจกรรมการจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชนนั้นได้ เน้นการปรับปรุงระบบบริหารจัดการ โดยการพัฒนาคูณภาพของกรรมการกองทุนฯ โดยการอบรมให้ความรู้ด้านบริหารจัดการ และเพิ่มพูนความรู้เรื่องการใช้ยาที่ ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ขายยาในกองทุนอีกด้วย นอกจากนี้ยังมีการเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนใน เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา เพื่อให้ประชาชนเกิดความเข้าใจและสามารถดูแลสุขภาพตนเองยามเจ็บป่วยได้ถูกต้อง เป็นการได้รับการพัฒนาพร้อมกันไปด้วย

ทางด้านของกรุงเทพมหานครนั้น ก็ได้เห็นประโยชน์และความสำคัญของกิจกรรมการจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน โดยได้จัดให้เป็นกิจกรรมหนึ่งในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งได้บรรจุไว้ในแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2525-2529) และได้ยึดรูปแบบของทางกระทรวงสาธารณสุขเพียงแต่มีการปรับปรุงเล็กน้อยเพื่อให้เหมาะสมกับสภาวะแวดล้อมของกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้เริ่มดำเนินการจัดตั้งกองทุนยาขึ้นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2528 และดำเนินการสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

แนวทางการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน

1. หลักการของกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน

1.1 ความหมาย กองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน หมายถึงการจัดการอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับการให้ได้มาซึ่งเวชภัณฑ์ รวมทั้งยา เพื่อให้เพียงพอในการให้บริการชาวบ้านในชุมชน โดยให้ชาวบ้านทุกคน หรือทุกครัวเรือน มีส่วนในการจัดหาและมีส่วนในการ ความคุมการใช้จ่ายโดยทั่วถึง และเท่าเทียมกัน

1.2 วัตถุประสงค์

ดังที่กล่าวไว้ในบทที่ 1 หัวข้อความสำคัญและที่มาของปัญหาในการวิจัย

1.3 ที่มาของเงินทุน เงินทุนอาจหาได้หลายวิธี เช่น

วิธีที่ 1 เรียกเก็บเงินจากชาวบ้าน ในอัตราและระยะเวลาการเรียก

เก็บตามที่ตกลงกัน เช่น ให้ชาวบ้านซื้อหุ้นในราคาหุ้นละ 10-20 บาท เมื่อได้ดำเนินการครบ 1 ปีแล้ว อาจไม่ต้องเรียกเก็บหุ้นในปีที่ 2 ก็ได้ (ไม่ควรให้ครอบครัวหนึ่งครอบครัวได้ซื้อหุ้นมากเกินไป)

วิธีที่ 2 การจัดงานรื่นเริง เช่น งานประจำปี เพื่อนำผลกำไรจากการจัดงานมาเป็นกองกลางในการซื้อยาและเวชภัณฑ์ให้บริการในชุมชน

วิธีที่ 3 ได้จากเงินสนับสนุนของกรุงเทพมหานคร องค์การต่างประเทศหน่วยงานเอกชน

วิธีที่ 4 การจัดหาโดยวิธีที่ 1 และ 2, 3 รวมกัน คือ เรียกเก็บหุ้นจากชาวบ้านอัตราที่เท่าเทียมกัน และชาวบ้านร่วมกันจัดงานรื่นเริงในงานประจำปี เพื่อนำกำไรและรายได้มาสมทบกันหุ้นที่เรียกเก็บจากชาวบ้านรวมกับเงินที่ได้รับการสนับสนุน จากหน่วยงานของรัฐและเอกชน

2. วิธีการจัดตั้ง

กองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านหรือชุมชน (อาจเรียกชื่ออื่นก็ได้ เช่น สหกรณ์ยา, กองทุนเพื่อสุขภาพ, ธนาคารยา หรืออื่น ๆ) จะดำเนินการได้ก็จะต้องให้ประชาชนได้สังเกตเห็นว่าการไม่มียาไว้ใช้ของเขาเป็นปัญหาของหมู่บ้านหรือชุมชน หรือถ้าชุมชนยังมองไม่เห็นปัญหา ก็จะต้องหากลวิธีให้เป็นปัญหา โดยเน้นการคมนาคม การใช้จ่ายที่ผิด ๆ และแพง

3. การดำเนินงาน

3.1 กลุ่ม พสส. อสม. อสส. คณะกรรมการแขวง คณะกรรมการชุมชน ผู้นำหมู่บ้าน ผู้นำศาสนา กลุ่มผู้นำอื่น ประชุมหาแนวทางการดำเนินงานจัดตั้งกองทุน โดยกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้จะต้องเข้าใจและยอมรับหลักการแล้วจึงไปอธิบายให้เพื่อนบ้านเข้าใจ โดยเน้นถึงประโยชน์ที่ชาวบ้านและชุมชนจะได้รับ

3.2 กลุ่ม พสส. อสม. อสส. คณะกรรมการแขวง คณะกรรมการชุมชน ผู้นำหมู่บ้าน ผู้นำศาสนาจัดตั้ง "คณะกรรมการดำเนินงาน" และ "คณะกรรมการควบคุมกำกับงาน" ซึ่งมีหน้าที่

3.2.1 คณะกรรมการดำเนินงาน ทำหน้าที่จัดหาและรวบรวมเงินทุนจัดซื้อยา และเวชภัณฑ์ การเก็บรักษา ยาและเวชภัณฑ์ การจ่ายและการจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์ การจัดทำบัญชี การเก็บรักษาเงิน การจัดการจ่ายเงินปันผล (ถ้ามี)

คณะกรรมการชุดนี้ใช้กลุ่ม พสส./อสม./อสส. ซึ่งมีอยู่ในชุมชน เป็นผู้ดำเนินการ โดยให้กลุ่มเลือก พสส. อสม. หรือ อสส. คนใดคนหนึ่งเป็นเหรัญญิก และให้เหรัญญิกเลือก พสส. หรือ อสส. คนใดคนหนึ่งเป็นผู้ช่วย และทำหน้าที่ขายยาและเวชภัณฑ์ด้วย

3.2.2 คณะกรรมการควบคุมกำกับงาน กรรมการชุดนี้ มีหน้าที่ควบคุมการดำเนินงานของกรรมการดำเนินงาน โดยควบคุมการใช้จ่ายเงินและบัญชีให้เป็นไปตามหลักการ หรือข้อตกลง ตลอดจนช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษา ในกรณีที่กรรมการดำเนินงานประสบปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ

คณะกรรมการควบคุมกำกับงานนี้ควรรู้ คณะกรรมการแขวงหรือคณะกรรมการชุมชน ที่มีอยู่แล้ว แต่ถ้าจะตั้งใหม่ องค์ประกอบจะต้องมี

- | | | |
|-----------------------|-------|----|
| - ประธาน | 1 | คน |
| - รองประธาน | 1 - 2 | คน |
| - กรรมการ | 3 - 4 | คน |
| - กรรมการและเลขานุการ | 1 | คน |



3.3 กำหนดราคาหุ้นและจำนวนหุ้น กำหนดราคาหุ้นไม่แพงซึ่งประชาชนในชุมชนจะสามารถซื้อได้ประมาณหุ้นละ 5 บาท จนถึง 20 บาท ทั้งนี้แล้วแต่ความเหมาะสมและเศรษฐกิจของหมู่บ้าน ส่วนเรื่องจำนวนหุ้นนั้นควรเน้นให้ประชาชนเป็นเจ้าของหุ้นทุกคนอย่างน้อย 1 หุ้น แต่ไม่ควรสนับสนุนให้คนเดียวซื้อหลาย ๆ หุ้น เช่น 50 หรือ 100 หุ้น หรือถ้าเอาราคาหุ้นคูณจำนวนหุ้นไม่ควรเกิน 200 บาท ทั้งนี้ขอมขึ้นอยู่กับคณะกรรมการจัดการขายหุ้นกำหนดและเห็นชอบ

3.4 กำหนดหลักเกณฑ์การขายหุ้นและชำระหุ้น เมื่อกำหนดหุ้นและจำนวนหุ้นแล้ว ก็เริ่มทำการขายหุ้น และออกใบเสร็จรับเงินหรือหลักฐานการรับเงิน ใบเสร็จรับเงินถือเป็นหลักฐานในการเป็นเจ้าของหุ้น ซึ่งจะต้องนำรายชื่อผู้ถือหุ้นเหล่านี้ไปลงสมุดบัญชีผู้ถือหุ้นต่อไป การชำระหุ้นอาจกำหนดใช้ชำระเป็นคร่าว ๆ หรือชำระทีเดียวทั้งหมดก็ได้

3.5 การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ เมื่อได้รวบรวมทุนเป็นกองกลางแล้วคณะกรรมการดำเนินงานควรมีการประชุมพิจารณาการขายยาและเวชภัณฑ์เหล่านั้น ปรึกษาเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขพิจารณาาร่วมกันอีก และจะสั่งซื้อยาด้วยเงินสดจากองค์การเภสัชกรรม

3.6 การจ่ายและจำหน่ายยาบริการชาวบ้าน อสม., พสส. หรือ อสส. ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมแล้วและได้รับการพิจารณาได้เป็นผู้จำหน่ายยา จะจำหน่ายยาให้ชาวบ้านตามราคาที่กรรมการทั้ง 2 ชุด กำหนดและสมาชิกตกลงกันได้ อาจช่วยให้ครอบครัวที่ยากจนจริง ๆ โดยไม่คิดมูลค่า

3.7 การจัดทำและตรวจสอบบัญชี การจำหน่ายแต่ละครั้งผู้จำหน่ายจะต้องทำบัญชีไว้เป็นประจำวัน ส่วนบัญชีประจำเดือนนั้นเป็นหน้าที่ของเหรัญญิกหรือผู้ช่วย จัดทำและสรุปรายรับรายจ่าย และงบดุลประจำเดือน

คณะกรรมการควบคุมกำกับงาน เป็นผู้ตรวจสอบบัญชีเป็นระยะอาจเดือนละ 1 ครั้ง คณะกรรมการชุดนี้มีสิทธิเรียกตรวจบัญชี และทรัพย์สินของกองทุนเวชภัณฑ์ได้ตลอดเวลา

3.8 การปันผลกำไร เมื่อกองทุนดำเนินงานมาได้ระยะหนึ่ง อาจเป็น 1-2 ปี ประธานอาจเรียกคณะกรรมการต่าง ๆ เพื่อพิจารณาว่าสมควรจะดำเนินการปันผลหรือไม่

ในการปันผลนี้จะต้องตรวจสอบบัญชีเพื่อคิดผลกำไร ทำการสำรวจสต็อกยา ตลอดจนงานทางบัญชี เพื่อเปิดเผยให้สมาชิกกองทุนทราบโดยทั่วกัน การปันผลกำไรเป็นไปตามมติของคณะกรรมการทั้ง 2 ชุด ซึ่งมีแนวทางดังนี้

ส่วนที่ 1 แบ่งไว้ใช้ในกองทุน เป็นเงินหมุนเวียนซื้อเวชภัณฑ์

ส่วนที่ 2 นำมาแบ่งปันผลให้สมาชิกของกองทุน จะเป็นเงินเท่าใดขึ้นอยู่กับคณะกรรมการแบ่งเงินปันผล แบ่งตามจำนวนหุ้น โดยนำจำนวนหุ้นทั้งหมดไปหารกำไร ใครมีหุ้นเท่าใดก็นำไปคูณ

ส่วนที่ 3 อาจนำไปใช้ในการพัฒนาท้องถิ่น ใช้ในการประชุมกรรมการ ใช้บำรุงสถานที่ตามที่กรรมการจะเห็นชอบ

ส่วนที่ 4 เป็นส่วนที่คณะกรรมการ จะพิจารณาแบ่งไว้เพื่อช่วยเหลือด้านสังคม เช่น การนำผู้ป่วยที่ยากจนส่งโรงพยาบาล ฯลฯ

3.9 สถานที่ตั้ง สถานที่ทำการของกองทุนนั้นควรเป็นเอกเทศ อาจใช้บ้านของ พสส. อสม., อสส. ก็ได้ แต่สมควรแยกออกต่างหากโดยใช้สถานที่ชุมชน แล้วจัดหาเงินของกองทุน เงินบริจาคเพื่อทำการสร้างอาคาร เพราะกองทุนนี้อาจขยายเป็นกองทุนอเนกประสงค์ ซึ่งอาจจะนำเครื่องอุปโภค, บริโภคที่จำเป็นต่อชีวิตประจำวันไปขายด้วย

การขายยาของกองทุนนี้ ไม่จำเป็นต้องขายตลอดเวลา อาจเปิดขายช่วง 06.00 -8.00 น. และ 17.00-21.00 น. ซึ่งเป็นช่วงที่สถานบริการสาธารณสุขของทางราชการ

ปิด ทั้งนี้ผู้ให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการ

4. การประเมินผล

การประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน อาจประเมินได้จาก

- 4.1 จำนวนสมาชิกที่ร่วมถือหุ้น ถือหลักว่าควรรักษาสมาชิกทุกหลังคาเรือนได้มีส่วนร่วม
- 4.2 จำนวนหุ้น กองทุนใดมีผู้ถือหุ้นสูง น่าจะประสบความสำเร็จ
- 4.3 ผลกำไรจากการดำเนินงานของกองทุน
- 4.4 ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาเมื่อกองทุนมีปัญหาและอุปสรรค

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารงาน

ความหมายของการบริหารงาน

สมพงษ์ เกษมสิน (2519) ได้ให้ความหมายว่า การบริหารคือ การใช้ศาสตร์และศิลปะนำเอาทรัพยากรการบริหาร (Administrative resources) มาประกอบการตามกระบวนการบริหาร ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประทวน คงฤทธิศึกษาการ (2529) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริหารงานคือ การทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ โดยมีหลักการดังนี้

1. ต้องมีองค์กร (organization) และองค์กรนั้นต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์อันแน่ชัด
2. ต้องมีคนทำงาน คนซึ่งทำงานนี้ต้องมีการทำงานร่วมกัน คนเป็นส่วนสำคัญในการบริหารหรือการทำงาน
3. ต้องมีทรัพยากรในการบริหาร ซึ่งนอกจากคนแล้วยังได้แก่ เงิน (Money) วัสดุในการทำงาน (Material)
4. ต้องมีการจัดการในการบริหารหรือการทำงาน เพื่อให้การทำงานเป็นไปโดย

ราบรื่นและบรรลุวัตถุประสงค์

Harold Koontz (1975) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การบริหารคือ การดำเนินงานในบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยอาศัยปัจจัยทั้งหลายได้แก่ คน เงิน วัสดุสิ่งของ เป็นอุปกรณ์สำคัญในการปฏิบัติงานนั้น

ลักษณะเด่นของการบริหาร

การบริหารมีลักษณะเด่นที่เป็นสากลดังนี้

1. การบริหารอาศัยปัจจัยบุคคลเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุด
2. การบริหารต้องใช้ทรัพยากรการบริหารเป็นองค์ประกอบพื้นฐาน ซึ่งทรัพยากรการบริหารที่สำคัญคือ คน (Man) เงิน (Money) วัสดุสิ่งของ (Material) และการจัดการ (Management)
3. การบริหารมีลักษณะการดำเนินการเป็นกระบวนการ
4. การบริหารเป็นการดำเนินงานร่วมกันของกลุ่ม จึงต้องอาศัยความร่วมมือของกลุ่ม เพื่อให้เกิดพลังรวมกลุ่ม ในอันที่จะทำให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์

จากการศึกษาถึงแนวคิดเกี่ยวกับการบริหาร อาจสรุปได้ว่า การบริหารเป็นการดำเนินงานอย่างหนึ่งซึ่งอาศัยทั้งศาสตร์ ศิลปะ และทรัพยากร ในการบริหารที่ครบถ้วนทั้ง คน (Man) เงิน (Money) วัสดุสิ่งของ (Material) และการจัดการ (Management) อีกทั้งจะต้องมีการดำเนินการเป็นกระบวนการ และอาศัยความร่วมมือของกลุ่มหรือผู้ร่วมงานเป็นพลังสำคัญ ในอันที่จะทำให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการค้นคว้า พบว่า การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกองทุนฯและเวชท์ประจำชุมชนหมู่บ้าน ในกรุงเทพมหานคร ยังไม่เคยมีใครศึกษามาก่อน จะมีเพียงแต่การศึกษาเกี่ยวกับกองทุนฯและเวชท์ประจำหมู่บ้าน ของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประกอบการศึกษาคั้งนี้ ดังเช่น

โกวิน วิวัฒน์พงศ์พันธ์ (2527) ศึกษาทัศนคติและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อกองทุนฯและเวชท์ประจำหมู่บ้าน โดยศึกษาในสาธารณสุขอำเภอทั่วประเทศ จำนวน 322 คน พบว่า สาธารณสุขอำเภอ มีทัศนคติ ที่ดีต่อหลักการและนโยบายของกองทุนฯ และมีความคิดเห็นว่ารูปแบบการบริหารกองทุนฯอยู่ในสภาพที่เหมาะสม ส่วนในด้านปัญหาในการดำเนินงาน กองทุนฯนั้นมีความคิดเห็นว่าการสนับสนุนล่าช้า ผู้เจ้าหน้าที่ฯมีความรู้ไม่เพียงพอ และได้เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์งานกองทุนฯให้มากขึ้น ควรเพิ่มความรู้ให้เจ้าหน้าที่ฯ และเพิ่มชนิดของยาที่ขาย

กัญญา ศุภจรรยา (2527) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมกองทุนฯและเวชท์ประจำหมู่บ้าน ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านหนึ่งในแถบภาคเหนือตอนบน พบว่า การดำเนินงานกองทุนฯเป็นการระดมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพียงคนเดียว การควบคุมและการตรวจสอบบัญชีเป็นหน้าที่ของกรรมการเพียง 2-3 คน และมีได้มีการปฏิบัติเป็นประจำ ขยายไปได้น้อย ชาวบ้านไม่นิยมซื้อยาจากกองทุนฯ ทั้งยังรับรู้การดำเนินงานกองทุนฯน้อยมาก ชาวบ้านไม่มีส่วนร่วมในการควบคุมและประเมินผลกองทุนฯเลย

นิมพัทธ์ ปริธาสวัสดิ์ และคณะ (2527) ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานกองทุนฯ พบว่าโดยเนื้อหาและวิธีการเป็นการมีส่วนร่วมที่ถูกพยายามสร้างให้เกิดขึ้น โดยผ่านรูปแบบกิจกรรมหรือการกระตุ้นจากภายนอก ชุมชนจะถูกดึงเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกือบทุกขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นการริเริ่ม การวางแผน และการดำเนินงาน ยกเว้นขั้นตอนการควบคุมประเมินผลที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าวให้เห็นอย่างเด่นชัด ซึ่งเป็นจุดที่ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ และการที่กองทุนฯประสบความสำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับพลังการพัฒนา

และหลังการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งมีรากฐานจากลักษณะของชุมชน ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และวิถีการดำเนินชีวิตของชาวบ้าน คณะกรรมการกองทุนฯ ต้องซื้อสัตย์ ไม่คดโกง ผู้นำมีคุณสมบัติเป็นผู้ประสานผลประโยชน์ และลดความขัดแย้งทางความคิดของประชาชนในหมู่บ้าน ปัจจัยที่ทำให้กองทุนฯ ล้มเหลวขึ้นอยู่กับหลายอย่างด้วยกัน ได้แก่ ผู้นำเผด็จการ ไม่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน และไม่ตั้งอยู่ในความยุติธรรม ชาวบ้านไม่ยอมเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับกองทุนฯ ไม่ไปซื้อยาจากกองทุนฯ และไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรม เนื่องจากต้องทำงานหนักตลอดปี

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคคลที่สำคัญบุคคลหนึ่งที่สามารถกำหนดความสำเร็จหรือล้มเหลวของกองทุน พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ตำบล ให้ความสำคัญหมู่บ้านน้อย เจ้าหน้าที่มักจะมุ่งเน้นที่จะพัฒนาหมู่บ้านที่มีศักยภาพในการพัฒนาสูง จึงเกิดนโยบายเลือกปฏิบัติ ถ้าหมู่บ้านไม่มีแววที่จะพัฒนา เจ้าหน้าที่ก็จะไม่สนใจในการเตรียมชุมชนให้ดี ไม่มีการนิเทศเพื่อช่วยยาคำแนะนำแก้ไขปัญหาต่าง ๆ อย่างเพียงพอ หรือเมื่อตั้งกองทุนฯ ขึ้นมาแล้วเจ้าหน้าที่ถือว่าเสร็จสิ้นงานของตน จึงไม่สนใจที่จะนิเทศงานกองทุนฯ อีกต่อไป

ร่มไทร กล้าสุนทร และคณะ (2527) ได้ศึกษาสถานการณ์ของงานจัดหายาจำเป็นประจำหมู่บ้าน ในงานสาธารณสุขแห่งประเทศไทย โดยศึกษาในกองทุนฯ 100 กองทุน ทั่วประเทศ และแบ่งสถานภาพกองทุนฯ เป็น 3 กลุ่ม ดี ปานกลาง และต้องแก้ไข โดยใช้เกณฑ์การแบ่ง 5 ประการ คือ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คณะกรรมการและผู้ขายยาควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องหลักสหกรณ์ การทำบัญชี และดำเนินการตามหลักการดังกล่าวด้วยดี
2. ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการเป็นสมาชิก และร่วมดำเนินการกิจกรรมอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 70 หลังคาเรือน ของหมู่บ้านนั้น ๆ
3. ผู้ขายยามีความรู้และสามารถหีบยาได้ถูกต้อง อย่างน้อยร้อยละ 80 ของการหีบยา
4. กองทุนฯ ได้ดำเนินการมาครบ 1 ปี และได้มีการปันผลหรือนำผลกำไรไปใช้ในด้านสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว
5. ขณะที่สำรวจยังคงมีการดำเนินการขายยาอยู่เป็นปกติติดต่อกันตั้งแต่เปิดกิจการกองทุนฯ ได้ดำเนินการได้ครบ 5 ประการถือว่าดี ถ้าดำเนินการได้ 4 ใน 5

ประการ ถือว่าปานกลาง และกองทุนขาดดำเนินการได้ 3 ประการลงมาถือว่าต้องแก้ไข

จากการศึกษานี้พบว่า กองทุนร้อยละ 23 ดำเนินการไม่ได้ด้วยดี ร้อยละ 49 ดำเนินการได้ปานกลาง และร้อยละ 28 มีปัญหาต้องแก้ไข

ในด้านปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำเนินการ พบว่า การฝึกอบรมผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในเรื่องวิธีการกองทุนฯ ยังไม่กว้างขวางพอ เพียงร้อยละ 50 ของผู้เกี่ยวข้องได้รับการอบรม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ขายขาดรับเงินตอบแทนต่ำ ผู้ขายขาดเปลี่ยนตัวบ่อย มีการขู่ขากของบัญชี เจ้าหน้าที่มีการติดตามผลไม่มากเท่าที่ควร และมีการขาดยาบางขนานอยู่เป็นประจำ ซึ่งเป็นอุปสรรคใหญ่ต่อกองทุนฯ

ลือชัย ศรีเงินขาว (2527) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในกองทุนฯ และเวชภัณฑ์ ประจำหมู่บ้านในจังหวัดพื้นที่ชนบทยากจน ศึกษากองทุนฯ ในหมู่บ้านเป้าหมายตามแผนพัฒนาชนบทพื้นที่ยากจน จำนวน 220 หมู่บ้าน จาก 10 จังหวัด 3 ภาค พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการดำเนินงานค่อนข้างจำกัด และส่วนใหญ่ขาดความกระตือรือร้น กองทุนฯ ประมาณร้อยละ 58 ที่ดำเนินการโดยบุคคลเพียง 1-2 คน โดยไม่ได้มีส่วนร่วมรับผิชอบจากกลุ่มผู้นำคนอื่น ๆ ในขณะที่สัดส่วนการเป็นสมาชิกหุ้นของครัวเรือนกว่าครึ่งมีสัดส่วนการถือหุ้นเกินร้อยละ 70 ของครัวเรือนทั้งหมด ในด้านการมีส่วนร่วมใช้บริการ พบว่า กองทุนฯ ส่วนใหญ่มีฐานะเป็นเพียงแหล่งจำหน่ายยาอีกแหล่งหนึ่งซึ่งมีการใช้บริการจากครัวเรือนค่อนข้างต่ำ

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2529) ศึกษาการวิเคราะห์การดำเนินงานของกรรมการกองทุนฯ และเวชภัณฑ์ ประจำหมู่บ้าน ศึกษาเฉพาะกรรมการขายยา โดยศึกษาเฉพาะกรรมการขายยา จำนวน 108 คน ใน 108 กองทุน โดยถือว่ากรรมการขายยา 108 คน เป็นตัวแทนของกรรมการขายยาทั่วประเทศ พบว่ากรรมการส่วนมากเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 71 และมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีการศึกษาไม่เกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และพบว่าอายุของกรรมการขายยาไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของกรรมการขายยาไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กรรมการขายยาที่ดำเนินงานมานานจะมีการดำเนินงานด้านบริหารจัดการดีกว่ากรรมการขายยาที่ดำเนินงานมานาน

ศักดิ์ดา ลิ้มโสภาธรรม (2530) ได้ศึกษา "การดำเนินงานกองทุนยาและเวชภัณฑ์ ประจำหมู่บ้านในภาคเหนือ" โดยศึกษาใน 5 จังหวัด จาก 15 จังหวัดภาคเหนือ พบว่าในด้านของกรรมการนั้น กรรมการผู้ชายชา มีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นมากที่สุด เท่ากับร้อยละ 80 มีช่วงอายุโดยเฉลี่ยระหว่าง 31-40 ปี กรรมการกองทุนยายังขาดขวัญและกำลังใจที่ดีในการปฏิบัติงาน เนื่องจากสิ่งตอบแทนที่ได้ยังไม่มีความแรงจูงใจพอที่จะทำให้การปฏิบัติงานของคณะกรรมการเป็นไปอย่างต่อเนื่องระยะยาว ในด้านการจัดการ พบว่ามีปัญหาในการลงบัญชีโดยเฉพาะระยะแรกของการดำเนินงาน กรรมการที่รับผิดชอบในการร่วมทำบัญชีละทิ้งงาน และมีความผิดพลาดทางด้านบัญชีเกิดขึ้นเสมอ ส่วนในด้านการจัดการเรื่องยาในกองทุนยานั้น พบว่ามีการขาดแคลนยา ปริมาณของยาไม่เพียงพอกับความต้องการ มีการรับยาภายนอกประเภทมาจากจำหน่าย เพราะมุ่งหวังกำไรและกำไรขมหวาน ส่วนปัญหาในด้านอื่น ๆ นั้นพบว่า คณะกรรมการขาดความร่วมมือที่ดี เนื่องจากขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองและขาดความเข้าใจในวิธีการ ขั้นตอนของการทำงาน คณะกรรมการมีการระงับการปฏิบัติงานประจำวันของตนเอง ทำให้ไม่สนใจที่จะร่วมดำเนินการ ในด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นพบว่า อัตรากำลังใจของเจ้าหน้าที่ในการนิเทศงานสาธารณสุข โดยเฉพาะงานกองทุนยามีจำกัด ไม่อาจปฏิบัติงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอโดยเฉพาะในระดับอำเภอที่เปิดดำเนินการกองทุนยามาก การให้การสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลางเป็นไปด้วยความล่าช้า แม้ในบางหมู่บ้านจะได้รับการจัดตั้งกองทุนยาขึ้นและดำเนินการไปแล้ว ก็ยังไม่ได้รับการสนับสนุน

สมพงษ์ สุตศก และคณะ (2530) ศึกษาการจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้โดยผ่านระบบกองทุนยาและเวชภัณฑ์โดยศึกษาในจังหวัดอ่างทอง ที่เปิดดำเนินการก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2528 จำนวน 55 กองทุนยา พบว่า กองทุนยา ที่เปิดดำเนินการในรูปแบบอเนกประสงค์มีมากที่สุด ร้อยละ 43.64 รองลงมาคือ กองทุนยาเดี่ยว กองทุนยาที่หยุดดำเนินการมีร้อยละ 18.18 ส่วนในด้านประเภทของยาที่จำหน่าย พบว่ายาที่จำหน่ายมากที่สุดคือ Paracetamol และยังพบว่ามียาที่ไม่อนุญาตให้จำหน่ายสูงถึง 49 รายการ ซึ่งมากกว่ายาที่อนุญาตให้จำหน่าย

คณะผู้วิจัยจากโรงพยาบาลราชวิถี (2531) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน กองทุนยาที่ก่อตั้งเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป โดยศึกษาในกองทุนยา 54 แห่ง ใน 9 ตำบล ของ อำเภอราชวิถี จังหวัดศรีสะเกษ ที่เริ่มก่อตั้งในช่วงเวลาตั้งแต่ มิถุนายน 2524 ถึง กุมภาพันธ์ 2525 พบว่า กองทุนยาที่ดำเนินงานตั้งแต่ก่อตั้งมาเป็นเวลา 5 ปี มีความสำเร็จมาก (Grade A) ร้อยละ 24 สำเร็จปานกลาง ร้อยละ 38 ต้องแก้ไข ร้อยละ 26 ล้มเหลว ร้อยละ 12 กองทุนยาที่ อสม. มีผลตอบแทนแน่นอน อสม. มีทัศนคติต่อกองทุนยา ค่อนข้างทางบวก ผู้ใหญ่ บ้านที่มีทัศนคติต่อกองทุนยา ค่อนข้างทางบวก จะมีความสำเร็จในการดำเนินงานมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าว และพบว่ากองทุนยาทุกแห่งที่จะก้าวไปสู่ความสำเร็จจะต้องบรรลุดัชนีชี้วัดอย่างน้อย 3 ประการ คือ การดำรงไว้ซึ่งทรัพย์สิน การบริหารจัดการที่ดี การที่ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อกองทุนยา และการที่กองทุนยาจะบรรลุความสำเร็จมากจนสมบูรณ์แบบเพียงพอ ขึ้นกับว่าจะสามารถบรรลุดัชนีชี้วัดอย่างน้อยเพียงใดใน 3 ประการคือ การมีกำไรมาก การใช้ประโยชน์ ในการพัฒนาท้องถิ่น การหมุนเวียนยาในปริมาณมาก

พนินฐา พานิชานิชะกุล และคณะ (2531) ศึกษาการประเมินผลกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างใน 9 จังหวัด จาก 9 เขตราชการ ส่วนภูมิภาค ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน คณะกรรมการกองทุนยา ประชาชนในหมู่บ้าน ที่มีกองทุนยา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด พบว่ากองทุนยา มีการดำเนินงานเป็น 2 ลักษณะ คือ กองทุนยา ที่ขยายเพียงอย่างเดียว และกองทุนยาที่ดำเนินงานร่วมกับกิจการอื่น ในการดำเนินงานกองทุนยา พบว่า เกือบทุกแห่งมีกรรมการเพียง 3 - 4 คน เท่านั้น ที่ทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง และมักใช้วิธีประสานงานโดยประชุมปรึกษาอย่างไม่เป็นทางการ กรรมการส่วนใหญ่ไม่เข้าใจระบบการทำงานบัญชี และเห็นว่าการทำบัญชีทำให้เสียเวลาและยุ่งยาก มีการขายยานอกรายการในกองทุนยา เป็นสัดส่วนค่อนข้างสูง และส่วนใหญ่มีการปันผลกำไรเมื่อสิ้นปี ในด้านผลการดำเนินงานของกองทุนยา ทั้ง 90 แห่ง ที่ศึกษา พบว่า กองทุนยาส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่พึ่งตนเองได้บ้าง แต่ไม่มีความมั่นใจในการบริหารจัดการเท่าที่ควร ในด้านของกรรมการกองทุนยาพบว่า กรรมการกองทุนยาส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจแนวทางการดำเนินงาน และวัตถุประสงค์ของกองทุนยาชัดเจนเท่าที่ควร สำหรับการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการดำเนินงานของกองทุนยา พบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นการนิเทศโดยการผสมผสานกับกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอื่น ๆ ส่วนปัญหาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การ

ขาดอัตราการกำลัง ภาระงานมากทำให้ไม่สามารถนิเทศงานได้ตามแผน

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2536) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน โดยศึกษาในกองทุนยาที่เปิดดำเนินการในช่วงปี พ.ศ.2525-2535 ในเขตการนิเทศงาน 12 เขต พบว่าในด้านกรรมการผู้ขายยา ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี และมักเป็นผู้สมรสแล้ว จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น มีอาชีพหลักด้านเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 10,000 - 29,999 บาทต่อปี กรรมการขายยาส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาและมีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานกองทุนยา ในด้านของกองทุนยานั้น พบว่าส่วนใหญ่เป็นกองทุนยาที่ดำเนินการเพียงอย่างเดียว ตั้งอยู่บ้าน อสม./พสส. ส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่อยู่ระหว่าง 2-10 ชนิด เรียงจากลำดับการใช้จากมากไปหาน้อยดังนี้ Paracetamol, Chlorpheniramine syrup, Paracetamol syrup, Aspirin Tablet ในด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น พบว่าส่วนใหญ่มีสมาชิกถือหุ้นอยู่ระหว่างร้อยละ 51-100 ของหลังคาเรือน มีสมาชิกผู้ถือหุ้นมากกว่า 100 หุ้น มีเงินทุนหมุนเวียนอยู่ระหว่าง 300-2,500 บาท ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า กองทุนยาที่จัดตั้งขึ้นโดยมีการเตรียมชุมชนก่อนการจัดตั้ง ประชาชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกกรรมการ มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงาน กรรมการมาประชุมสม่ำเสมอ จัดทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายประจำเดือน จัดซื้อยาได้สะดวก เปิดบริการทุกวัน จะยังคงมีการดำเนินงานมากกว่ากองทุนยาที่ไม่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ในด้านของปัญหาที่พบและมีผลต่อการคงสภาพของกองทุนยา คือ กรรมการขายยามีความเบื่อหน่ายที่ต้องขายยาคนเดียวยาวเป็นเวลานาน และเมื่อมีปัญหาเจ้าหน้าที่ไม่ไปติดตามให้กำลังใจหรือช่วยแก้ไข หรือเมื่อยาในกองทุนยาหมด กรรมการขายยาต้องไปซื้อยาด้วยตนเอง เสียเวลารอนาน อีกทั้งยาที่ต้องการซื้อไม่มีจำหน่าย นอกจากนั้นการจัดทำบัญชียังเป็นเรื่องยุ่งยาก กรรมการไม่เข้าใจวิธีทำการ บางกองทุนยาตั้งอยู่ไกลชุมชนชาวบ้านจึงไม่นิยมซื้อ จากสาเหตุดังกล่าว ทำให้กองทุนยาบางส่วนต้องหยุดดำเนินการไป

จากการศึกษาที่ผ่านมา สรุปได้ว่า การดำเนินงานกองทุนยาจะประสบผลสำเร็จได้ นั้นจะต้องอาศัยซึ่ง ความรับผิดชอบ เสียสละ และความร่วมมือในการทำงานของคณะกรรมการกองทุนยา การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมหุ้น การใช้บริการของประชาชนในชุมชน การให้การ

สนับสนุน ประสานผลประโยชน์ของผู้ชุมนุม อีกทั้ง การสนใจติดตามการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา นั้น พบว่ายังมีปัญหาในส่วนต่าง ๆ เหล่านี้อยู่มาก โดยเฉพาะในส่วนของกรรมการกองทุนขาล่าว คือ กรรมการกองทุนขาล่าวขาดความร่วมมือและรับผิดชอบในการดำเนินงาน การดำเนินงานขึ้นกับบุคคลเพียง 2-3 คน โดยเฉพาะกรรมการชายขาล่าวจะต้องรับภาระหน้าที่มาก ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการทำงาน อีกทั้งกรรมการยังมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบทำให้ไม่มีเวลามาดำเนินงานได้อย่างสม่ำเสมอ ทางด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่ามีส่วนที่ยังขาดการนิเทศงานที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ประชาชนในหมู่บ้านบางแห่งมาใช้บริการน้อย เหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาที่สำคัญและมีผลต่อการดำรงอยู่หรือล้มเลิกของกองทุนขาล่าว

ในด้านของ เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร นั้นผู้วิจัยคาดว่า น่าจะมีปัญหาในการดำเนินงานกองทุนขาล่าวเช่นกัน เนื่องจากมีกองทุนขาล่าวที่ล้มเลิกไปถึง 26 กองทุน จาก 61 กองทุน ในช่วงเวลา 9 ปี และปัญหาดังกล่าวจะมีความแตกต่างจากที่ศึกษามาซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในชุมชนชนบทหรือไม่ อีกทั้งสถานการณ์ของกองทุนขาล่าวในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ในปัจจุบันนี้เป็นอย่างไร มีปัจจัยใดที่มีผลต่อการดำรงอยู่และล้มเลิกของกองทุนขาล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในเรื่องนี้ให้ชัดเจน เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานกองทุนขาล่าวในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานครต่อไป