

สังเคราะห์ทางเลือกรูปแบบกระจายอำนาจ ด้านบริการสุขภาพ

ปรีดา เต๋อรักษ์

สรุปย่อสำหรับผู้บริหาร

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ วิธีการศึกษาใช้การประยุกต์วิธีการคุณภาพเป็นหลัก โดยการวิเคราะห์และทบทวนเอกสาร (Documentary review) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ผลการศึกษาพบว่า

หากไม่ถ่ายโอนสถานพยาบาล อปท.อาจฟ้องร้องหรือเร่งรัดให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการถ่ายโอนสถานอนามัย หรือจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขขึ้นเองโดยไม่รอการถ่ายโอน หรือ อปท.อาจร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารสถานอนามัยก็ได้

เมื่อพิจารณาหลักการและวัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจ ที่คาดหวังว่าจะสามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร มีความทั่วถึงและเป็นธรรมในการบริการ มีการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ แต่ก็อาจเกิดปัญหาไม่ประหยัดในขนาด (Economy of scales) เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างเขตพื้นที่ต่างๆ มีการแทรกแซงทางการเมือง และอาจขาดความเชื่อมโยงของระบบบริการแต่ละระดับ รวมทั้งข้อจำกัดด้านบุคลากร เช่น การสนับสนุนทางวิชาการ ความก้าวหน้า การโยกย้าย ฯลฯ ซึ่งในการเน้นถึงวัตถุประสงค์ด้านใดๆ ก็จะมีข้อจำกัดและข้อโต้แย้งเสมอตัวอย่างเช่น เรื่องการสร้างความเท่าเทียมในพื้นที่นั้น การกระจายอำนาจจะเป็นคำตอบที่ดีแต่อาจเกิดปัญหาความเท่าเทียมระหว่างพื้นที่ได้เป็นต้น และไม่ว่าจะดำเนินการรูปแบบใดจะมีทั้งข้อดีและข้อจำกัดควบคู่กันเสมอ การกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นอย่างเต็มรูปแบบมีข้อดีด้านความใกล้ชิดปัญหา ความคล่องตัวในพื้นที่รับผิดชอบ แต่อาจต้องแลกเรื่องประสิทธิภาพการดำเนินการ บางด้านที่ต้องการการจัดการร่วมกันเช่น การควบคุมป้องกันโรคระบาด ความเป็นธรรมระหว่างพื้นที่ การลงทุนที่ไม่คุ้มค่า หรือปัญหาด้านการบริหารบุคลากร เป็นต้น

จากประสบการณ์การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของหลายประเทศ จะเห็นว่า การให้อปท.ขนาดเล็กดำเนินการเรื่องบริการสุขภาพ โดยเฉพาะด้านรักษาพยาบาลโดยลำพังมีผลกระทบด้านลบมากทั้งเรื่องความคุ้มค่าในการดำเนินงาน ภาระค่าใช้จ่าย การพัฒนาศักยภาพ การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ บุคลากรมีแนวโน้มจะไม่ได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการเท่าที่ควร บางประเทศจึงกำหนดในกฎหมายให้บุคลากรต้องได้รับอบรมอย่างน้อยตามเกณฑ์ที่กำหนด อปท.ส่วนใหญ่ดูแลด้านสุขอนามัยทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น หลายประเทศจัดระบบให้มีการจัดการในพื้นที่ที่ใหญ่ขึ้น เช่น ระดับภาคหรืออนุภาค โดยมีการจัดตั้งองค์กรขึ้นมารับผิดชอบโดยเฉพาะ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของประเทศ บางประเทศเริ่ม “รวมศูนย์” (recentralization) การจัดการในบางเรื่อง เช่น การเฝ้าระวังและควบคุมโรค การบริหารโรงพยาบาล เป็นต้น

การกระจายอำนาจของประเทศไทยที่ได้ดำเนินการมาแล้วพบว่า การสนับสนุนจากระดับท้องถิ่นพบว่า ส่วนใหญ่ “เหมือนเดิมหรือดีขึ้น” คุณภาพการบริการประชาชนยังไม่พบว่าแตกต่างจากเดิมเนื่องจากเพิ่งเริ่มโอน ไปอปท. ปัญหาหลักคือ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ชัดเจน ฝ่ายการเมืองไม่มีการยืนยันหรือมี มาตรการที่เข้มข้นเพียงพอในการกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อน ขณะที่ข้าราชการประจำไม่ได้แสดงความ กระตือรือร้นเชิงรุกเพื่อนำไปสู่การกระจายอำนาจในรูปแบบใดรูปหนึ่ง ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

ในด้านศักยภาพของอปท. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพนั้น อปท. ที่รับการถ่ายโอนสถานอนามัย รวมทั้งเทศบาลที่มีการดำเนินการศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่ก่อนแล้ว สามารถดำเนินการได้ และตอบสนอง ความต้องการของประชาชนได้ระดับหนึ่ง แต่จะมีข้อจำกัดเรื่องการแข่งขันระหว่างพื้นที่ การสนับสนุน วิชาการและการโยกย้ายของบุคลากร และมีปัญหาด้านความคุ้มค่า (economy of scales) อปท. มีความพร้อม ด้านงบประมาณสนับสนุนแต่ขาดองค์ความรู้ด้านการบริหารการแพทย์และสาธารณสุข และมีศักยภาพในการ ดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การสุขภาพลสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอจากการศึกษา มีดังนี้

ในระดับแนวคิด ต้องให้ ความหมาย และนิยามปฏิบัติการ “กระจายอำนาจ” ให้ชัดเจนว่ามีใช่เป็นเพียง การถ่ายโอนภารกิจ การถ่ายโอนสถานบริการ หรือ การกำหนดให้อปท.ต้อง “จัดบริการเอง” เท่านั้น แต่เป็นการ “กระจายความรับผิดชอบ” ไปยังอปท. ในทางปฏิบัติสามารถแก้ไขเพิ่มเติมที่แผนปฏิบัติการกระจายอำนาจได้ เป็นอำนาจของคณะกรรมการกระจายอำนาจ ประเด็นที่ต้องแก้ไขหรือเน้นคือ อปท.มีความรับผิดชอบต่อ คุณภาพชีวิตของประชาชนให้ได้รับ “บริการสาธารณะ” ที่จำเป็น ทั้งนี้ อปท.อาจจัดบริการเองหรือจัดซื้อจัดหา บริการสาธารณะให้แก่ประชาชน ตามความเหมาะสมแก่บริบทของพื้นที่ ซึ่งการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอาจ เกิดขึ้นในระดับที่สูงกว่าจังหวัดเช่นกลุ่มจังหวัด หรืออนุภาค และราชการส่วนกลาง/ภูมิภาค มีหน้าที่ให้การ สนับสนุนอปท.ในการดำเนินกิจการต่างๆ และไม่ควรถัดบริการเอง ยกเว้นเป็นระยะเปลี่ยนผ่าน หรือดำเนินการ แล้วเกิดประสิทธิภาพโดยรวมต่อประเทศ

ด้านรูปแบบการถ่ายโอน เสนอทางเลือก ๓ ทางเลือกคือ

๑) ทางเลือกที่ ๑ กระจายอำนาจแบบก้าวหน้า โดยการโอนสถานอนามัยทั้งหมดพร้อมกันเป็นพื้นที่ทั้ง จังหวัด เป็นอย่างน้อย หรืออาจกว้างกว่านั้น เช่นระดับอนุภาค โดย ร่วมกันจัดตั้งสหการระหว่างอปท. จัดตั้ง หน่วยงานที่ทำหน้าที่บริหารหน่วยงานอิสระหรือในกำกับ ภายใต้กรรมการบริหารระดับจังหวัดที่มีฝ่ายอปท. หรือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธาน และนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขมืออาชีพ(CEO)

๒) ทางเลือกที่ ๒. กระจายอำนาจแบบกึ่งก้าวหน้า ทางเลือกนี้อาจเลือกเป็นระยะเปลี่ยนผ่านได้ โดย ถ่ายโอนสถานอนามัยให้อปท.หรือเทศบาลที่พร้อม โดยกำหนดระยะเวลาในระยะนี้ให้แน่นอน เช่น ถ่ายโอนให้

หมดภายใน ๕-๑๐ ปีเป็นต้น ในระยะยาวให้ถ่ายโอนให้ท้องถิ่นระดับจังหวัด(อบจ.ขึ้นไป)ให้หมด หรือภายใต้
คณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ หรือจัดตั้งสหการ

๓) ทางเลือกที่๓. แบบกึ่งอนุรักษ์ ไม่มีการถ่ายโอนสถานบริการ โดยสถานบริการยังสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข ทั้งนี้ต้องมีกลไกในการเจรจาระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้บริบทการกระจายอำนาจให้
ชัดเจนเช่น อปท.มอบให้กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่จัดบริการ หรือเป็นการจัดบริการร่วมกัน โดยมีรูปแบบ
ที่สามารถเลือกใช้หรือปรับได้เช่น รูปแบบรพ.สต. รูปแบบกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ หรืออาจ
ใช้รูปแบบผสมผสานคือ ในระดับตำบลใช้ทั้งกลไกกรรมการบริหารรพ.สต.และกรรมการกองทุนฯ ซึ่งหาก
สถานบริการยังคงสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ก็ควรให้กรรมการฯมีอำนาจในการวางนโยบาย การกำกับดูแล
หรือบริหารสถานบริการฯได้ และอาจใช้กรรมการชุดเดียวกันทำหน้าที่ทั้งการบริหารรพ.สต.และบริหารกองทุน
หลักประกันฯก็ได้

อาจมีทางเลือกเพิ่มเติมที่เลือกทำได้คือ รูปแบบองค์การมหาชน: จัดการในลักษณะเครือข่ายทั้งระบบ
ตั้งแต่ระดับสถานีอนามัยจนถึงโรงพยาบาลระดับสูง โดยการจัดตั้งองค์การมหาชนที่กำกับโดยอปท. ขึ้นมา
บริหารเครือข่าย

ด้านนโยบาย เสนอให้ กำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการในระยะ๑๐ปีให้ ชัดเจน จัดกระบวนการให้
เกิดความเห็นชอบร่วมกันต้องให้ความสำคัญกับการดำเนินเกี่ยวกับการกระจายอำนาจมากกว่าที่เป็นอยู่ เลือก
จังหวัดจำนวนหนึ่งเป็นพื้นที่ปฏิบัติการระดับจังหวัดปฏิบัติการร่วมกัน ๑-๒ปีเป็นอย่างน้อย จากนั้นสรุปผลเพื่อ
ปรับสู่ระยะต่อไป

ด้านโครงสร้างในการดำเนินงาน ให้จัดตั้งสำนักงานเพื่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ
อยู่ภายใต้สภ. และให้มีอำนาจจริงในการสั่งการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติตาม ทั้งในส่วนกลางและ
ส่วนภูมิภาค จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจทุกระดับ ทั้งระดับประเทศ/จังหวัด

ด้านการดำเนินงาน ให้จัดกระบวนการสื่อสารแบบสองทางหรือหลายช่องทางหรือการเปิดเวทีเสวนา
เพื่อสร้างความเข้าใจและการรับรู้ร่วมกันในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้ง อปท. หน่วย
บริการ บุคลากรสาธารณสุข และ ประชาชน ทำแผนและกลไกการถ่ายโอนที่ชัดเจนและมีความเป็นไปได้ และมี
กลไกการสนับสนุนและการอภิบาลระบบที่ดี รวมทั้งการเตรียมความพร้อม การตรวจสอบ/กำกับ/ติดตามให้
เป็นไปตามแผน โดยคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่มีอำนาจจริงในการดำเนินงานและจะต้องไม่ถูกครอบงำ
จากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ถ่ายโอนตามความพร้อม แต่ควรกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการถ่ายโอนทั้งระบบให้
เหมาะสม มีการประเมินและเตรียมความพร้อมให้ อปท. ก่อนการรับโอนให้จริงจัง เร่งปรับปรุงระเบียบ
กฎเกณฑ์ต่างๆเพื่อให้เกิดความมั่นใจแก่บุคลากรที่จะถ่ายโอน กำหนดบทบาทของหน่วยงานกระทรวง
สาธารณสุขในบริบทการกระจายอำนาจที่ชัดเจน ทั้งสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.) และ สาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) มี

การเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพให้สามารถดำรงบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข
ในการกำกับ ตรวจสอบ ประเมินและรับรองมาตรฐาน จัดการให้มีพื้นที่ปฏิบัติการ (Operational Area) ใน
ขอบเขตระดับจังหวัดเป็นอย่างน้อย เพื่อทดลองรูปแบบและแนวทางที่หลากหลายที่อาจจะเกิดขึ้น

สารบัญ

หน้า

๑.	ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	๑
๑.๑	เหตุผลของการกระจายอำนาจ	๑
๑.๒	วัตถุประสงค์.....	๒
๒.	ทบทวนวรรณกรรม.....	๓
๓.	กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	๗
๔.	ระเบียบวิธีการศึกษาวิจัย.....	๗
๕.	ผลการศึกษา.....	๗
๕.๑	ประสบการณ์จากต่างประเทศ.....	๗
๕.๒	การดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา.....	๑๓
๕.๓	สถานการณ์การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศไทย	๑๕
๕.๔	การรับรู้ความเห็นของผู้เกี่ยวข้อง.....	๒๓
๕.๕	ประเด็นคำถาม สำคัญต่อการถ่ายโอนสถานีนอนมัยไปสู่อปท.....	๒๘
๕.๖	ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน	๒๕
๕.๗	การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านสุขภาพ.....	๓๑
๕.๘	รูปแบบการถ่ายโอนสถานบริการจากกระทรวงสาธารณสุข.....	๓๖
๕.๙	ผลกระทบกรณีไม่ถ่ายโอนสถานพยาบาล.....	๓๗
๖.	วิเคราะห์รูปแบบ.....	๓๘
๖.๑	กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์.....	๓๘
๖.๒	ข้อคิดเห็นโดยสรุป.....	๔๒
๗.	ข้อเสนอจากการศึกษา.....	๔๓
๗.๑	ระดับแนวคิด.....	๔๓
๗.๒	ด้านรูปแบบการถ่ายโอน.....	๔๔
๗.๓	ด้านนโยบาย.....	๔๖
๗.๔	ด้านโครงสร้างในการดำเนินงาน.....	๔๗
๗.๕	การดำเนินงาน.....	๔๘
๘.	เอกสารอ้างอิง.....	๕๐

๑. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

๑.๑ เหตุผลของการกระจายอำนาจ

เป็นที่ทราบกันว่าการรวมศูนย์งบประมาณอยู่ที่ส่วนกลาง ทำให้ปัญหาในท้องถิ่นไม่ได้รับการตอบสนองอย่างทันทั่วถึงและแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ปัญหาการแย่งชิงทรัพยากรในท้องถิ่น ปัญหามลภาวะจากขยะ ปัญหาอาชญากรรม ฯลฯ ในขณะที่เดียวกันส่วนกลางไม่สามารถแก้ปัญหาสำคัญ ๆ ที่เป็นปัญหาของชาติได้ เช่น ปัญหาทรัพยากรธรรมชาติถูกทำลาย ปัญหาความเท่าเทียมกันในสังคม ปัญหาการกระจายรายได้ เป็นต้น สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นล้วนสะท้อนถึงการเติบโตจนเกินการ (Over-development) ของกรม และการด้อยพัฒนาเกินไปของเมือง (under-development of towns) ซึ่งเมืองในที่นี้หมายถึง จังหวัดต่างๆ ที่อยู่ห่างไกลจากมหานคร^(๑,๒,๓)

มีการหยิบยกเหตุผลหลายประการของการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างอำนาจจากที่กำหนดและรับผิดชอบโดยรัฐบาลส่วนกลางเท่านั้น ไปสู่ส่วนปลายคือท้องถิ่นและชุมชนนั้นด้วยเหตุผลหลายประการเช่น

การเพิ่มประสิทธิภาพของการบริการโดยปรับการบริการให้เหมาะสมกับความต้องการของคนในท้องถิ่นได้ง่าย เพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร เพิ่มแรงกระตุ้นในการทำงานของบุคลากรผ่านการแข่งขันได้ดีขึ้น เพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นต้น และการกระจายความรับผิดชอบจากองค์กรขนาดใหญ่ (ส่วนกลาง) มาสู่องค์กรขนาดเล็กและมีความรับผิดชอบเฉพาะส่วนที่ใกล้ชิดปัญหาจะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงขึ้น^(๔,๕,๖)

การกระจายอำนาจเป็นประเด็นทางการเมืองที่สำคัญและมีผลกระทบกับบริบททางสังคมในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ในกรณีของประเทศไทยเนื่องจากการกระจายอำนาจเป็นหลักการที่สำคัญที่กำหนดให้เป็นแนวนโยบายแห่งรัฐในรัฐธรรมนูญ และประกอบกับรัฐได้มีการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจและแผนการกระจายอำนาจเพื่อผลักดันให้เกิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้เกิดผลตามที่กำหนดเป้าหมายไว้ เท่าที่ผ่านมารูปแบบการกระจายอำนาจที่ดำเนินการในสังคมไทยมีหลากหลายรูปแบบทั้งที่เกิดจากการผลักดันโดยตรงตามกฎหมายและการพัฒนาระบบและกลไกการกระจายอำนาจขึ้นมาเองในระบบสังคมที่มีการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญๆหลายประการ ในส่วนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้นแม้ว่ามีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนในกฎหมายว่าด้วยการกำหนดและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้ใช้รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจเป็นสำคัญ แต่ยังมีข้อถกเถียงและผลการดำเนินงานที่หลากหลายเกิดขึ้น ส่งผลให้มีรูปแบบการกระจายอำนาจเกิดขึ้นในหลายรูปแบบ แต่ในขณะเดียวกันเนื่องจากเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎหมาย เป็นประเด็นสำคัญประการหนึ่งที่ฝ่ายที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องหันมาวิเคราะห์

และทบทวนรูปแบบและแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอย่างจริงจังและมีสารสนเทศที่ถูกต้องแม่นยำเพื่อการตัดสินใจเชิงบริหารที่ถูกต้องและเกิดการเปลี่ยนผ่านอย่างเหมาะสมและราบรื่น โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานการคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของประชาชนเป็นสำคัญ

การประชุมคณะกรรมการพัฒนาข้อเสนอการปรับแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเมื่อวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๒ ได้เสนอให้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ดำเนินการศึกษาเพื่อสังเคราะห์ทางเลือกในดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) ทั้งกลไกระดับประเทศและระดับพื้นที่ ในประเด็นการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขและสถานบริการสาธารณสุขให้แก่อปท. ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการกระจายอำนาจรวมถึงวิเคราะห์รูปแบบต่างๆ เพื่อหาหาจุดแข็งและจุดอ่อนของแต่ละรูปแบบ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ต้องบอกได้ถึงทิศทางการกระจายอำนาจในอนาคต

๑.๒ วัตถุประสงค์

เพื่อเสนอทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยมีการศึกษา 3 ประเด็นหลักดังนี้

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเพื่อค้นหารูปแบบการกระจายอำนาจในรูปแบบต่างๆที่เกิดขึ้นจริง (update situation) โดยประเมินบริบท (context) สาระ (content) กระบวนการ (process) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (actors) ตลอดจนศึกษาความเปลี่ยนแปลงอื่นๆ และผลกระทบที่เกิดขึ้นก่อนระหว่าง และหลังการกระจายอำนาจในรูปแบบที่มีอยู่ ซึ่งการได้รับทราบสถานการณ์การกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างองค์กร หน้าที่ความรับผิดชอบ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรค จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ทางเลือกต่อไป

๒. การวิเคราะห์เปรียบเทียบทางเลือกหรือรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขกับรูปแบบอื่นๆที่เหมาะสม เพื่อจัดจัดทำเป็นข้อเสนอเพื่อกำหนดกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนทางเลือกหรือรูปแบบที่เหมาะสมในการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข (possible model) โดยเน้นประเด็นการกระจายอำนาจในส่วนระบบบริการสุขภาพ

๓. เสนอแนะแนวทาง หลักเกณฑ์และวิธีการในแต่ละรูปแบบทางเลือกในการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขให้ อปท. และคาดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นของแต่ละทางเลือก รวมถึงเสนอแนะแนวทางภายใน ๓-๕ ปีข้างหน้า หากเกิดกรณีไม่มีการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขให้ อปท. เพิ่มเติม

๒. ทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดเรื่องการกระจายอำนาจในประเทศไทยตั้งแต่เริ่มต้นอย่างจริงจังหลังมีพ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒^(๓) ซึ่งแม้ว่าจะได้รับการยอมรับจากส่วนราชการทุกส่วนที่ต้องถือปฏิบัติในฐานะที่เป็นกฎหมายที่เกิดขึ้นตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ แต่ในข้อเท็จจริงมีอุปสรรคมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของ การถ่ายโอนภารกิจด้านบริการสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งแต่ปี ๒๕๔๒-๒๕๕๓ สามารถถ่ายโอนภารกิจได้จำนวนหนึ่งและถ่ายโอนสถานีนามัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ได้เพียง ๓๕^๖ แห่งเท่านั้น^(๘, ๙) ซึ่งนับว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนสถานีนามัยทั้งประเทศที่เหลืออีกกว่า ๙,๐๐๐ แห่ง

สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ (๒๕๕๒) ระบุว่ากระทรวงสาธารณสุขแจ้งต่อสำนักนายกรัฐมนตรีว่ายังไม่พร้อมในการถ่ายโอนส่วนที่เหลือเพราะยังมีปัญหาอุปสรรคหลายประการที่ต้องแก้ไขให้เสร็จสิ้นก่อน^๗ ขณะที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีมติครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ ในส่วนที่เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องสุขภาพซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่โดยตรงในการดูแลด้านสุขภาพแก่ประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง และนายกรัฐมนตรีได้แจ้งมติดังกล่าวไปยังกระทรวงมหาดไทยให้เน้นอปท. ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนากำลังคน จัดตั้งกองทุนการศึกษาเฉพาะด้านเพื่อสนับสนุนให้คนในท้องถิ่นได้ศึกษาต่อด้านสุขภาพ และกลับมาทำงานในท้องถิ่นตนเองตลอดจนสนับสนุนการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข นี่เป็นส่วนหนึ่งของการกระจายอำนาจรูปแบบหนึ่งที่ทำคู่ขนานไปกับการดำเนินการด้านการถ่ายโอนสถานบริการจากกระทรวงสาธารณสุขที่มีความล่าช้าและมีอุปสรรคอย่างมาก

พริษฐ์ ดันติเสธณี (๒๕๔๔)^(๑๐) เสนอรูปแบบที่เป็นทางเลือกมาตั้งแต่เริ่มกระบวนการในการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขไปให้อปท. ใหม่ ๆ เป็น ๓ รูปแบบคือ

โครงสร้างแบบเดิม (centralized national structure) สถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดรัฐบาลกลางโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจัดเป็นตัวอย่างของโครงสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีลักษณะรวมศูนย์มาก มีข้อดีคือมีลักษณะบูรณาการสูงมาก (highly Integrated healthcare system) แต่ไม่สอดคล้องกับบริบทการกระจายอำนาจ

^๖ เป้าหมาย ๓๕ แห่ง แต่ถ่ายโอนจริงได้ ๒๘ แห่ง

^๗ มติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑. สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ. หนังสือราชการที่นร. ๐๑๐๓/๔๕๓๑.

โครงสร้างแบบหลวม (loose national structure) มีความหลากหลายเจ้าของ (diversity of ownership) และการจัดการแบบแยกส่วน (fragmented management) ในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศเหล่านั้น จึงมักมีข้อเสนอให้บูรณาการระบบบริการสุขภาพที่กระจุกกระจายอยู่ ในกรณีประเทศไทย หากมีการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างสุดโต่งตามพ.ร.บ.กำหนดขึ้นตอนและแผนการกระจายอำนาจ โดยไม่มีกลไกหรือระบบหรือหลักเกณฑ์ใดเพื่อบูรณาการมารองรับ ก็จะมีโครงสร้างแบบหลวม ตรงนี้จึงเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ ประเด็นนี้ในวงการวิชาการตะวันตกมีวิวาทะกันมาก ระหว่างนักวิชาการสายท้องถิ่นนิยมหรือกระจายอำนาจนิยม (Localism/Decentralism) กับสายรวมศูนย์นิยม (Centralism)

โครงสร้างบูรณาการระดับภาค (Regionalized structure) เป็นระบบบริการที่ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive) แก่ประชาชนในระดับภาคหรือกลุ่มชุมชนหลายชุมชน ข้อเสนอที่ถือเป็น “การบูรณาการระดับภาค (Regionalization)” มีประเด็นในทางปฏิบัติ กล่าวคือ ในบริบทของระบบบริการสาธารณสุขไทย คำว่า “regionalization” ควรจะเป็นบูรณาการ บริการสุขภาพระดับ “เขต” หรือ ระดับ “จังหวัด” โดยพิจารณาเห็นว่าควรบูรณาการระดับเขต ซึ่งเป็นการบูรณาการเครือข่ายหน่วยงานและสถานบริการสุขภาพภายในเขต เช่น ศูนย์เขตต่าง ๆ เครือข่าย โรงพยาบาลศูนย์(รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป(รพท.) โรงพยาบาลชุมชน(รพช.) และสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) และสถานีอนามัย ในโครงสร้างเดียวกัน โดยในระยะผ่านนี้เสนอให้ยังคงสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะยาวอาจไปสังกัดเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสังกัดองค์กรประกันสุขภาพแห่งชาติที่อาจจัดตั้งขึ้นในอนาคต (คล้าย NHS ของอังกฤษ) หรือปรับสถานภาพเป็นสถานบริการสุขภาพอิสระในกำกับรัฐ (autonomous hospital) ทั้งเครือข่าย

แนวคิดของพระ สอดคล้องกับข้อเสนอของสำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่เสนอรูปแบบการถ่ายโอนสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขไปยังท้องถิ่นในลักษณะพ่วงบริการและไปอยู่ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ซึ่งประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆมาบริการร่วมกัน^(๖) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแนวคิดจะได้รับการยอมรับจากทั้งกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการกระจายอำนาจจนถึงขั้นมีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่หรือกสพ.และมีแผนการถ่ายโอนเป็นขั้นตอนแต่ด้วยอุปสรรคหลายประการทำให้กระบวนการถ่ายโอนหยุดชะงักไปนานจนถึงปีพ.ศ.๒๕๕๐ จึงได้เริ่มสานต่ออีกครั้ง

Laraine Hawkins, จรรยาพร ศรีศัลักษณ์, สุพยุต โอสรประสพ (๒๕๕๒)^(๗) ทำการศึกษาเรื่องการถ่ายโอนสถานีอนามัยที่โอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าบรรลุดัตุประสงค์ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยสามารถตอบสนองและบริการได้ตามความต้องการของประชาชน ได้รับงบประมาณเพิ่มเติมจากองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) สถานีอนามัยสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้เร็วขึ้น คิดริเริ่มได้มากขึ้น แต่ก็ยังมีข้อติดขัดเช่นเรื่องกฎหมายกฎระเบียบ การโอนงบประมาณที่ล่าช้า ที่ต้องปรับปรุงแก้ไข

บรรศักดิ์ อวรรณโณ(๒๕๔๓)^(๑๒) เสนอแนวคิดไว้ว่า ในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โครงสร้างระดับท้องถิ่นที่จะกระจายไปนั้นควรยึดหลัก 5 หลัก คือ 1) จะต้องประหยัดในขนาด หรือที่เรียกว่า มี Economy of scales ในระดับที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่สมควรแก่การบริการประชาชน 2) จะต้องมีการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพอย่างดี 3) ระบบกระจายอำนาจในโครงสร้างท้องถิ่นนั้นต้องมีระบบการแข่งขัน ซึ่งจะก่อให้เกิดการแข่งขันในเรื่องคุณภาพ ราคา และประสิทธิภาพ 4) ต้องยึดแนวคิดความเป็นเจ้าของที่รู้ว่าใครรับผิดชอบในเรื่องใดที่ชัดเจน และ 5) ต้องมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์(๒๕๔๓)^(๑๓) กล่าวถึงการกระจายอำนาจใน 2 ทิศทาง คือ 1) สร้างการมีส่วนร่วม เสริมพลังให้แก่ชุมชนปรับปรุงการประสานงานระหว่างส่วนต่างๆ ในระดับพื้นที่ กระตุ้นให้มีการวางแผนแบบมีส่วนร่วมที่ตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่น และ 2) เป็นกลไกการเพิ่มประสิทธิภาพ ปรับปรุงการบริหารจัดการ และการตอบสนองต่อความต้องการของบริการทางสุขภาพของรัฐ นอกจากนั้นผู้เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญต่อการสร้างสิ่งจูงใจที่ส่งเสริมการทำงานที่มีประสิทธิภาพ วางระบบการตรวจสอบ การบริหารจัดการตลอดจนหากลไกที่จะชดเชยหรือรักษาประสิทธิภาพของขนาดหรือความประหยัดในขนาด (Economy of Scales) อันเนื่องมาจากการกระจายกิจกรรมต่างๆ ออกไปเช่น การจัดซื้อจัดหา การวิจัยและพัฒนา การพัฒนาบุคลากร เป็นต้น ทั้งนี้ข้อดีและข้อเสียสรุปเป็นตารางดัง ตารางที่ ๑

ตาราง 1 แสดงผลได้ (Benefits) และข้อเสีย (Drawbacks) ที่อาจเกิดขึ้นจากการกระจายอำนาจ

กิจกรรม	ผลได้	ข้อเสีย
การวางแผนยุทธศาสตร์ Strategic planning	การให้ความสำคัญแก่การวางแผนยุทธศาสตร์และผลของแผนงานเพิ่มขึ้น	การควบคุมโดยท้องถิ่นอาจขัดแย้งกับแนวทางของส่วนกลาง
การตัดสินใจ Decision making	การตัดสินใจของท้องถิ่นทำได้รวดเร็ว มีข้อจำกัดของระบบราชการน้อย และมักสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่มากกว่า	การตัดสินใจของท้องถิ่นอาจไม่สนับสนุนเป้าหมายของแผนงานระดับประเทศ การตัดสินใจภายใต้อิทธิพลของการเมืองท้องถิ่น
การประสานงาน Coordination	ส่วนกลางให้ความสนใจในการปรับปรุงการประสานงานและความร่วมมือระหว่างส่วนต่างๆ ในทุกระดับ	องค์กรที่ทำงานในพื้นที่ที่มีจำนวนมากเกินไป ทำให้จัดการการประสานงานได้ยาก
การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น Local participation	ผู้ให้บริการในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในงานต่างๆ และประสานงานกัน	ผู้มีส่วนร่วมจากท้องถิ่นบิดเบือนกิจกรรมตามแผนงานไปจากเป้าหมายของชาติ
การวางแผนผลการปฏิบัติงาน Performance planning	บุคลากรท้องถิ่นกำหนดวัตถุประสงค์ของผลงาน และรับผิดชอบที่จะทำได้ตามนั้น	วัตถุประสงค์ของท้องถิ่นอาจไม่สอดคล้องกับเป้าหมายของประเทศ
ความยั่งยืนทางการเงิน Financial sustainability	การจัดการส่วนกลางมุ่งให้เกิดความยั่งยืนทางการเงินของงานด้านสุขภาพแต่ละเรื่อง ในขณะที่ลดการอุดหนุนลง	การนำแผนงานสู่การปฏิบัติมักมีเงินน้อยลง ซึ่งอาจเพิ่มความไม่เสมอภาคระหว่างพื้นที่ต่างๆ มีผลต่อคุณภาพและบริการ
การจัดการทางการเงิน Financial management	ความครอบคลุมของแผนงานเพิ่มขึ้น การหารายได้ระดับท้องถิ่นเพิ่มขึ้นได้	บุคลากรระดับท้องถิ่นอาจไม่มีทักษะเพียงพอในการจัดการทางการเงิน มีการใช้เงินไปในทางที่ไม่ถูกต้อง
การใช้ทรัพยากร Resource use	การกำหนดทรัพยากร การทำงาน การกำกับดูแล สารสนเทศ การศึกษาและการสื่อสาร มีความเหมาะสมมากขึ้น	ส่วนกลางอาจไม่เห็นพ้องกับการจัดลำดับความสำคัญของท้องถิ่น และอาจไม่ยินดีที่จะให้การอุดหนุน
การจัดการบุคลากร Staffing	การสรรหาบุคลากรสามารถทำได้ในท้องถิ่น และภายในชุมชนที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินงาน	ความเกี่ยวเนื่องกับท้องถิ่นมีอิทธิพลในทางที่ไม่เหมาะสมต่อการคัดเลือกและเลื่อนขั้นของบุคลากร
การกำกับดูแล Supervision	การกำกับดูแลสามารถเชื่อมต่อโดยตรงและมีอิทธิพลต่อการวางแผนในระดับท้องถิ่น	ความอ่อนแอของทักษะในการกำกับดูแล อาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการประยุกต์ใช้มาตรฐานของการดูแลระดับประเทศ
มาตรฐานบริการ Service standards	ส่วนกลางสามารถมุ่งเน้นประเด็นระดับชาติ เช่น มาตรฐานการบริการ บรรทัดฐานและเกณฑ์การประเมินผล	มาตรฐานการบริการและบรรทัดฐานระดับชาติอาจไม่เหมาะสมและไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ในระดับท้องถิ่น
ความพึงพอใจของผู้รับบริการ Client satisfaction	การผสมผสาน การประสานงานและการจัดบริการเพื่อตอบสนองความจำเป็นและความสะดวกของผู้รับบริการสามารถทำได้ง่าย	ระบบการส่งต่ออาจล่มสลาย และกิจกรรมเชิงรุกอาจถูกตัดทอน ถ้ารัฐบาลท้องถิ่นไม่สามารถหาทุนที่เพียงพอมาเพื่อจุนเจือระบบ
บริการใหม่ New services	โอกาสเปิดกว้างมากขึ้นสำหรับการพัฒนาบริการหรือกลไกในการบริการใหม่ๆ	ความสามารถที่ไม่เพียงพอหรือการขาดวิสัยทัศน์ของท้องถิ่นในการวางแผน อาจนำไปสู่การตั้งวัตถุประสงค์และกลยุทธ์ของการบริการที่ไม่สมจริง

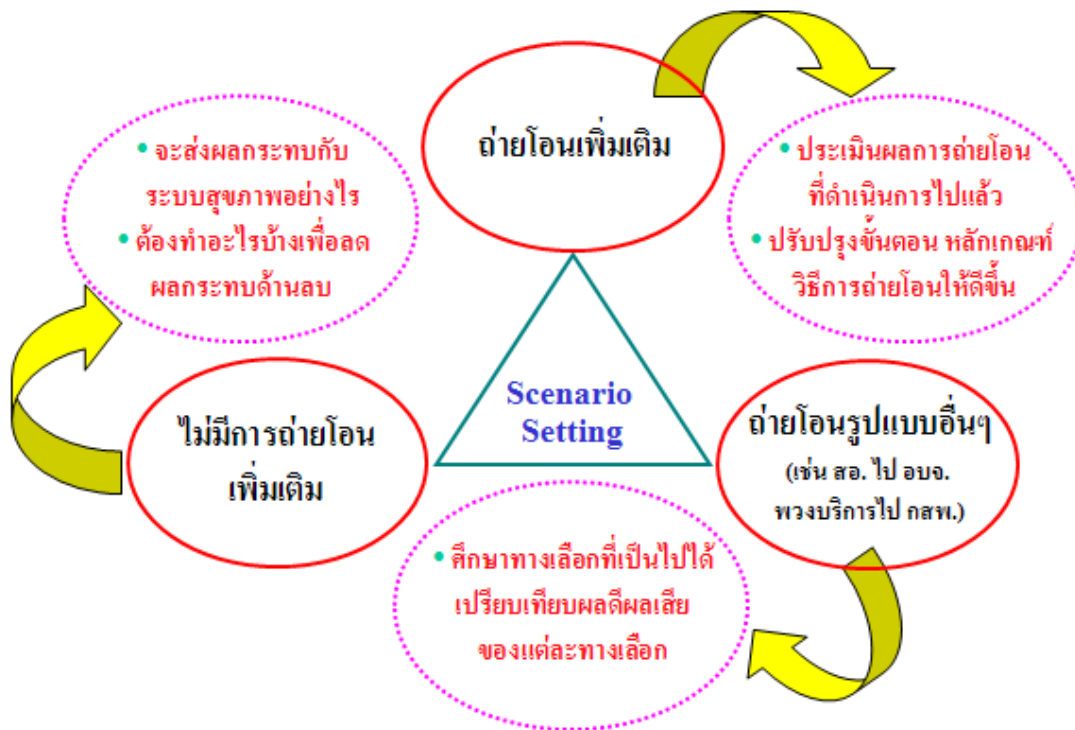
ที่มา: R.-L. Kolehmainen-Aitken (ed), 1999.⁶²

ที่มา: อังใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๓.

จิรบุรณ โดสงวน (๒๕๕๓)^(๑๔) ทบทวนบทเรียนจากประเทศโปรตุเกส, สเปน, อิตาลี, เม็กซิโก และ สหราชอาณาจักร ในการกระจายอำนาจด้านระบบสุขภาพพบว่า การให้บริการสุขภาพและระบบสุขภาพ โดยรวมภายหลังการปฏิรูปดีขึ้น อย่างเช่นในประเทศโปรตุเกส การกระจายอำนาจจากส่วนกลางทำให้สถานะ ด้านสุขภาพของประชาชนดีขึ้นเป็นอย่างมาก ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ง่ายยิ่งขึ้น ขณะที่ในอีกหลายประเทศพบว่า ทำให้เกิดความคล่องตัวและมีอิสระในการทำงานของหน่วยงานท้องถิ่นมากขึ้นอันเนื่องมาจากการที่สายงานบังคับบัญชานั้นสั้นลง เช่น อิสระทางการเงินการคลัง(สเปน, อิตาลี, เม็กซิโก และ สหราชอาณาจักร), อิสระในการตัดสินใจเรื่องบุคคล (สเปน, สหราชอาณาจักร),อิสระในการซื้อบริการจากผู้ให้บริการอื่นๆที่มีประสิทธิภาพมากกว่า (สหราชอาณาจักร, อิตาลี) อย่างไรก็ตาม การกระจายอำนาจในแต่ละประเทศต่างก็ประสบกับปัญหาในเรื่องต่างๆ เช่น ปัญหาความขัดแย้งทางการเมือง,ปัญหาความเป็นธรรมในลักษณะต่างๆ, ปัญหาการตอบสนองในระบบการกระจายอำนาจออกจากส่วนกลางและในระบบตลาดภายในก็มีปัญหาเรื่องภาวะตลาดที่ยังไม่เอื้อให้เกิดการแข่งขัน และปัญหาเรื่องความชัดเจนของคุณภาพในตัวสัญญา ระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ

จิรบุรณ ได้ให้ความเห็นปิดท้ายว่า ปัญหาสำคัญและพบมากคือเรื่องคนที่อาจนำไปสู่การต่อต้านการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากความรู้สึกไม่มั่นคงในหน้าที่การงาน หรือเนื่องจากความขัดแย้งทางการเมือง บางประเทศยังมีการรวมศูนย์อำนาจในเรื่องนโยบายและแผนและการเงินการคลังทำให้การตอบสนองต่อประชาชนไม่ดีทั้งในเรื่องปริมาณและขอบเขต แสดงให้เห็นว่าการให้อำนาจในการตัดสินใจและอิสระในเรื่องการเงินการคลังเป็นเรื่องสำคัญหากต้องการให้มีการตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. กรอบแนวคิดในการศึกษา



๔. ระเบียบวิธีการศึกษาวิจัย

ใช้การประยุกต์วิธีการคุณภาพเป็นหลัก โดยการใช้การวิเคราะห์และทบทวนเอกสาร (Documentary review) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

๕. ผลการศึกษา

๕.๑ ประสบการณ์จากต่างประเทศ

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าการกระจายอำนาจไม่ใช่เป้าหมายสุดท้าย แต่เป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่เป้าหมายการมีประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม เกิดขึ้นแก่ประชาชนในพื้นที่ต่างๆ รูปแบบ วิธีการในการแบ่งอำนาจระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ไม่มีสูตรสำเร็จตายตัว รูปแบบการกระจายอำนาจที่มีในประเทศต่างๆ ก็ไม่เหมือนกันเลยและไม่สามารถลอกแบบความสำเร็จจากที่หนึ่งแล้วหวังว่าเมื่อนำมาใช้อีกที่หนึ่งจะสำเร็จเหมือนกัน ขึ้นกับบริบทของแต่ละประเทศแต่ละถิ่นแต่ละพื้นที่

ระบบบริการสุขภาพนั้น แม้แต่ในประเทศที่เจริญแล้วหลายประเทศในยุโรปก็ไม่เหมือนกัน บางประเทศ ท้องถิ่นจะรับผิดชอบทุกเรื่องแม้กระทั่งมีโรงพยาบาลชั้นสูงเป็นของตนเอง เช่น สวีเดน ในขณะที่อังกฤษมิได้กระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น รัฐบาลดูแลเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพทั้งหมดโดยตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดูแลทั้งสถานพยาบาลของรัฐและระบบการเงินการคลัง ในประเทศออสเตรเลียเทศบาลก็มิได้รับผิดชอบเรื่องการรักษาพยาบาล แต่จะรับผิดชอบด้านสาธารณสุขทั่วไป เช่น การจัดเคหะชุมชน จัดระเบียบเมือง สุขาภิบาลและสุขอนามัยทั่วไป ความปลอดภัยของอาหาร สิ่งแวดล้อม เป็นต้น^(๑๕)

การกระจายอำนาจในหลายประเทศมิได้กระทำเสร็จสิ้นในระยะเวลาอันสั้น^(๑๖) เช่นประเทศอิตาลีที่ใช้เวลากว่า ๑๐ ปี ตั้งแต่ปีค.ศ. ๑๙๕๐ จนกระทั่ง ค.ศ. ๒๐๐๒ ทายอดถ่ายโอนงานบริการสุขภาพไปสู่รัฐบาลท้องถิ่นระดับ Region ขณะที่สเปนนั้นใช้เวลามากกว่า ๒๐ ปี ทั้งสองประเทศมีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับพื้นที่ที่มีความพร้อมก่อนแล้วค่อยขยายสู่พื้นที่ที่มีความพร้อมน้อยกว่าในภายหลัง อย่างไรก็ตามทั้งสองประเทศไม่ได้กระจายอำนาจในการจัดการด้านบริการสุขภาพลงไปถึงระดับเทศบาล(Municipality)ซึ่งเป็นระดับล่างสุดสำหรับอิตาลีนั้นแม้ว่ารัฐบาลท้องถิ่นที่มีประชากรมากตั้งแต่แสนกว่าคนจนถึง ๑๐ ล้านคน^(๑๗) ก็ยังประสบปัญหาเรื่องความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ที่ยากจนและร่ำรวย เช่นเดียวกับกลุ่มประเทศแถบสแกนดิเนเวีย ซึ่งมีนอร์เวย์, สวีเดน เดนมาร์กและฟินแลนด์ ที่ถือได้ว่าเป็นประเทศที่มีการกระจายอำนาจอย่างมากมาก่อนและพบว่าช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพและประสิทธิภาพระหว่าง County เพิ่มขึ้นจนนำมาสู่การปฏิรูประบบสุขภาพในที่สุด

ความเป็นพลวัตของการกระจายอำนาจขึ้นกับสภาพปัจจัยภายในของแต่ละประเทศ ตัวอย่างเช่น ประเทศนอร์เวย์ ซึ่งได้รับการยอมรับว่ามีการกระจายอำนาจที่ก้าวหน้ามากประเทศหนึ่งของโลกและมีการกระจายอำนาจให้แก่รัฐบาลท้องถิ่นมาตั้งแต่ปีค.ศ. ๑๙๗๐ รัฐบาลท้องถิ่นที่เรียกว่า “County” เทียบประมาณ “จังหวัด” ของไทย^๑ และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือ Municipality หรือเทศบาล ซึ่งเป็นระดับล่างสุดในแต่ละ County หลังจากกระจายอำนาจให้ County ต่างๆรับผิดชอบระบบบริการทั้งหมดมาเป็นเวลานานพบว่ามีปัญหาเรื่องประสิทธิภาพ จึงได้จัดตั้งเขตสุขภาพ ๕ เขตในปีค.ศ. ๒๐๐๒ ขึ้นมาดูแลโรงพยาบาลแทน County ทั้งหมด ทำให้มีประสิทธิภาพในการจัดการดีขึ้น และคิวในการรับบริการสั้นลง

^๑ เป็นความเห็นของผู้วิจัยเอง โดยเห็นว่าทั้งระดับcounty และจังหวัด เป็นการปกครองที่ถ้าระดับมาจากระดับประเทศหรือรัฐบาลส่วนกลาง เช่นเดียวกัน และระดับที่ถัดลงไปคือระดับ อปท. เช่น Municipality เทียบเคียงกับเทศบาล หรือ อบต.ของไทย

ประเทศสวีเดนนั้นในปี ค.ศ. ๑๙๕๐ ลดจำนวน County จาก ๒๖ แห่งเหลือ ๒๑ แห่ง (Saltman, R. b., V. Bankauskaite, et al., Eds. :2007)^(๑๘) แม้ว่าโรงพยาบาลและการบริการสุขภาพยังอยู่ในความรับผิดชอบของ County แต่มีแนวโน้ม รวมศูนย์การจัดการในบริการบางด้านเช่นบริการขั้นสูงและบริการฉุกเฉินเป็นต้น^(๑๙) มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในปีค.ศ.๒๐๐๒ มีการจัดตั้งเขตสุขภาพ(Health Region) ๕ เขตบริหารงานในรูปแบบ Board หรือ คณะกรรมการ บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพแทน County ๑๕ County และโอนโรงพยาบาลของ County ทั้งหมดไปขึ้นกับรัฐบาลกลางแต่มีความเป็นอิสระในการบริหารงาน (Autonomous) ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพในขนาดหรือมี economy of scale มากขึ้น และประชาชนได้รับการบริการที่รวดเร็วขึ้น คิวสั้นลง และเทศบาลต่างๆมีหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ แพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นเอกชนแต่ก็ได้รับค่าใช้จ่ายจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและจากเทศบาล^(๒๐, ๒๑)

ประเทศเดนมาร์ก มีการจัดตั้งเขตสุขภาพขึ้น ๕ เขต เช่นกันในปีค.ศ. ๒๐๐๖ ทำหน้าที่ดูแลโรงพยาบาลแทน County ๑๔ แห่ง และได้ลดจำนวนเทศบาลจาก ๒๗๕ แห่งเหลือ ๑๐๐ แห่ง เขตสุขภาพมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารระบบบริการสุขภาพแทน County ทั้ง ๑๔ แห่ง และให้เทศบาลมีอำนาจหน้าที่ที่มากขึ้นในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การดูแลคนพิการ รักษาผู้ติดสุรา ยาเสพติด จะเห็นว่าที่ทั้งการรวมอำนาจมากขึ้นในเรื่องการจัดบริการสุขภาพขั้นสูง ในขณะที่ให้ท้องถิ่นรับผิดชอบมากขึ้นในการดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไปของประชาชนด้วย^(๒๒)

ที่สำคัญคือมีการกำหนดขอบเขตอำนาจหน้าที่ของแต่ละองค์กรที่ชัดเจน ไม่ซ้อนทับกัน ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ แสดงอำนาจหน้าที่ด้านสุขภาพ แต่ละระดับของประเทศเดนมาร์ก

รัฐบาลกลาง	เขตพื้นที่	เทศบาล
กำหนดระเบียบ กฎหมาย เฝ้าระวังเรื่องสุขภาพ การจัดสรรงบประมาณ	โรงพยาบาล บริการพิเศษสำหรับคนพิการ จิตเวช	การพยาบาลที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน ทันตสุขภาพในเด็ก งานอนามัยโรงเรียน

ที่มา: Vallgård & Krasnik, 2007.

ประเทศฟินแลนด์ การเมืองท้องถิ่นระดับล่างสุดคือเทศบาล (ลดลงจาก ๔๔๘ แห่งเหลือ ๔๑๕ แห่งในปี ๒๐๐๘ เนื่องจากเทศบาลขนาดเล็กๆ ไม่สามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง) มีหน้าที่ตามกฎหมายในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (มีกฎหมาย Primary Health Care Act ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๗๒) ซึ่งเทศบาลมีเป็นของตนเอง มีแพทย์ประจำ สำหรับโรงพยาบาลขั้นสูงขึ้นไปนั้นเดิมเคยเป็นของเทศบาลแต่ต่อมาได้มีการออกกฎหมาย

กำหนดเขตบริการโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับทุติยภูมิขึ้น(Hospital district) จำนวน ๒๐ เขต ในปีค.ศ. ๑๙๕๑ และเทศบาลหนึ่งๆต้องเข้าเป็นสมาชิกของเขตบริการตามสภาพภูมิศาสตร์ บริหารงานในลักษณะสันนิบาตหรือสหการโดยมีคณะกรรมการที่เลือกตั้งทุก ๔ ปีจากเทศบาลในสังกัด โดยมีประชากรในเขตประมาณ ๖๕,๐๐๐ คน ถึง ๑.๔ ล้านคน ทั้งนี้ เทศบาลจะจัดบริการต่างๆเองในสถานบริการในเทศบาลหรือซื้อบริการจากสถานบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลในเทศบาลอื่นหรือเขตอื่นก็ได้ อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิในเขตบริการเดียวกัน แต่ก็ยังประสบปัญหาเรื่องการประสานงานและการส่งต่อผู้ป่วยเนื่องจากอยู่คนละสังกัด จึงมีแนวคิดในการปฏิรูประบบบริการอีกโดยจะออกกฎหมายใหม่ที่รวมบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลไว้ในกฎหมายฉบับเดียวกันและอยู่ภายใต้การบริหารงานแบบเขตสุขภาพ แต่ขณะนี้ได้มีบางเขตเริ่มปฏิรูปไปแล้ว นอกจากนี้ยังมีปัญหาสำคัญที่พบเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆก็คือเรื่องความไม่เท่าเทียมกันในบริการสุขภาพระหว่างเขตต่างๆซึ่งรัฐบาลกลางได้ให้ความสำคัญที่จะต้องมีการปฏิรูป ในด้านการฝึกอบรมนั้นมีการกำหนดในกฎหมายว่าสถานบริการสุขภาพต้องมีหน้าที่จัดให้บุคลากรได้มีการฝึกอบรมอย่างน้อย ๓-๑๑ วันต่อปี ขึ้นกับประเภทของบุคลากร^(๒๓)

แม้ว่าโดยทฤษฎีแล้ว การกระจายอำนาจจะทำให้ระบบตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ดีขึ้น แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าผลลัพธ์มีทั้งดีและไม่ดีต่อสุขภาพของประชาชน ตัวอย่างเช่น Montero-Granados (๒๐๐๗)^(๒๔) ระบุว่ามีผลการศึกษามากมายการศึกษาที่ส่วนใหญ่ทำในประเทศกำลังพัฒนาผลการศึกษาพบว่าการกระจายอำนาจทำให้สถานะทางสุขภาพบางอย่างดีขึ้น เช่นอัตราการตายของทารก (infant mortality rate) ลดลง มีบางการศึกษาเช่น Khaleghian: ๒๐๐๓ (อ้างใน Montero-Granados: ๒๐๐๗) พบว่าการกระจายอำนาจทำให้บริการทั่วถึงมากขึ้นเกิดขึ้นเฉพาะในประเทศยากจน Jime'nez and Smith: ๒๐๐๕ (อ้างใน Montero-Granados: ๒๐๐๗) ศึกษาในประเทศแคนาดาพบว่าอัตราการตายของทารกลดลงเช่นกัน Montero-Granados ได้ใช้ Convergence Model วิเคราะห์ผลการกระจายอำนาจการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในประเทศสเปนตั้งแต่ปีค.ศ. ๑๙๘๐-๒๐๐๑ ไม่พบผลกระทบทั้งด้านบวกและลบที่ชัดเจนแต่ก็พบว่าความแตกต่างระหว่างพื้นที่มีมากขึ้นกว่าช่วงเริ่มการกระจายอำนาจ

ตัวอย่างผลกระทบที่สำคัญต้องพึงระวังคือประเด็นความเท่าเทียมระหว่างพื้นที่ เช่นในประเทศญี่ปุ่นหลังจากมีระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (long-term care) ที่แม้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์โดยรัฐบาลกลาง แต่การบริหารจัดการเช่นการเก็บเบี้ยประกันและการชดเชยค่าบริการอยู่ในความรับผิดชอบโดยเทศบาลต่างๆ ซึ่งพบว่าการเก็บเบี้ยประกันสุขภาพที่แตกต่างกันมากถึง ๒.๘ เท่า ระหว่างเทศบาลที่เก็บสูงสุดและที่เก็บต่ำสุด ทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้มีรายได้น้อย^(๒๕)

บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศต่างๆสรุปได้ดังตารางที่ ๒^(๕)

ตารางที่ ๒ แสดงความรับผิดชอบเกี่ยวกับการบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในต่างประเทศ

ประเทศ	Long-term care	โรงพยาบาล	หน่วยบริการปฐมภูมิ
แคนาดา	✓	X	X
นอร์เวย์	✓	X	X
เดนมาร์ก	✓	X	X
สวีเดน	✓	X	X
อังกฤษ	✓	X	X
เยอรมัน	✓	✓	X
เนเธอร์แลนด์	X	X	X
สวิสเซอร์แลนด์	✓	X	✓
อิตาลี	✓	✓	✓
โปแลนด์	X	X	X
รัสเซีย	✓	✓	✓

ดัดแปลงจาก Saltman Rb (2007),

ประสบการณ์ประเทศนิวซีแลนด์ หลังจากที่กระจายอำนาจออกไปในรูปแบบเขตสุขภาพย่อยที่เรียกว่า Area Health Board ๑๔ เขต พบว่าเกิดปัญหาในการบริหารจัดการเพราะเป็นเขตเล็กหลายเขตเกินไป จึงหันกลับมารวมศูนย์มากขึ้นเหลือเพียง ๔ ภาค (Regional Health Authorities: RHA) ซึ่งต่อมาได้รวมกันเป็นองค์กรเดียว คือ Health Funding Authority (HFA) ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพ (purchaser) ให้ประชาชน โดยเซ็นสัญญาซื้อบริการจากผู้ให้บริการ เท่านั้น สถานบริการสุขภาพก็ยังคงอยู่ในความรับผิดชอบของรัฐโดยได้มีการจัดตั้ง Crown's Health Enterprises รับผิดชอบสถานบริการต่างๆ โดยแยกออกมาจากกระทรวงสาธารณสุข^(๒๖)

ประสบการณ์ของประเทศฟิลิปปินส์นั้น จรวยพร (๒๕๕๑) ระบุว่า ภายหลังจากกระจายอำนาจ ๑๗ ปี พบว่าในองค์กรท้องถิ่นที่มีรายได้สูงสามารถบริหารจัดการในด้านต่างๆ ได้ดี ทำให้มีการพัฒนาสุขภาพและการเข้าถึงบริการดีขึ้น ผลกระทบด้านบวกคือการมีส่วนร่วมของประชาชน การตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในท้องถิ่น ส่วนผลกระทบด้านลบเช่นการแยกส่วนของบริการสุขภาพ บุคลากรขาดกำลังใจ เสียสิทธิประโยชน์ขาดโอกาสการฝึกอบรม หรือถูกการเมืองท้องถิ่นแทรกแซง ทั้งนี้การกระจายอำนาจของประเทศฟิลิปปินส์

ประสบกับปัญหาทั้งด้านการบริหารจัดการและการเงินการคลัง เนื่องจากการเตรียมความพร้อมไม่ดีพอ และหลังจากผ่านไประยะหนึ่งท้องถิ่นบางแห่งที่รับภาระค่าใช้จ่ายไม่ไหวซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร จึงขอโอนโรงพยาบาลคืนให้กับกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๓๐ แห่ง และ Lakshminarayanan R (๒๐๐๓)^(๒๓) พบว่าจากการกระจายอำนาจทำให้ผลกระทบด้านลบต่อการดำเนินงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โดยระบุว่าไม่ใช่ความไม่ดีของ“การกระจายอำนาจ” แต่เกิดจากการเตรียมการที่ไม่ดีพอของฝ่ายนโยบายและฝ่ายปฏิบัติ การไม่ประสานกันระหว่างรัฐบาลกลางกับท้องถิ่น รอบระยะเวลาการพิจารณางบประมาณก็ไม่สอดคล้องกัน นอกจากนี้การกระจายงบประมาณสนับสนุนท้องถิ่นจากรัฐบาลกลางก็ยังทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่ท้องถิ่นเล็กที่ความสามารถในการหารายได้ต่ำ การถ่ายโอนสถานบริการแบบแยกส่วนที่ทำให้ท้องถิ่นระดับล่างดูแลสถานอนามัย ระดับจังหวัดดูแลโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอ ส่วนกระทรวงสาธารณสุขระดับเขตยังคงรับผิดชอบโรงพยาบาลระดับสูงรับการส่งต่อ ซึ่งได้เกิดปัญหาในการประสานงานและการส่งต่ออย่างมาก

ในการประชุมประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เรื่อง Regional Seminar on Decentralization of Health Care Services ที่เมือง Bandung, Indonesia ระหว่างวันที่ ๖-๘ กรกฎาคม ๒๕๕๓ ที่ผ่านมา ผู้แทนของประเทศสมาชิกได้มีข้อเสนอร่วมกันว่า ภารกิจบางภารกิจเช่นการควบคุมป้องกันโรค ที่มีการกระจายอำนาจให้แก่อปท.ต่างๆพบอุปสรรคในการดำเนินการอย่างมากเนื่องจากการระบาดของโรคที่เกิดขึ้นในเขตรับผิดชอบของอปท.หลายแห่งทำให้เกิดปัญหาในการประสานงานระหว่างอปท. ซึ่งทำให้การควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพ จึงมีการเสนอให้มีการรวมศูนย์ หรือ Recentralized ในภารกิจที่มีลักษณะดังกล่าว

หลายประเทศใช้วิธีถ่ายโอนความรับผิดชอบในการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ท้องถิ่นระดับล่าง แต่การตัดสินใจทางนโยบายยังอยู่ที่ระดับประเทศหรือที่ระดับเขต ประเทศทางสแกนดิเนเวีย ดึงอำนาจกลับคืนมาในระดับที่สูงขึ้น ภายหลังพบว่ากระจายอำนาจย่อเกินไปก่อนให้เกิดผลกระทบด้านลบหลายประการ จึงออกแบบใหม่ให้สมดุลกันมากขึ้นระหว่างการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นและการรวบรวมอำนาจไว้ที่ส่วนกลาง

(๑๖,๑๘,๒๐,๒๑,๒๒,๒๓)

๕.๒ การดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา

๕.๒.๑ กรอบแนวคิดในแผนการกระจายอำนาจให้แก่อปท.ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๑

๑) วิสัยทัศน์การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

วิสัยทัศน์ของแผนการกระจายอำนาจ กำหนดว่าช่วง ๔ ปีแรก คือ ๒๕๔๔-๒๕๔๗ จะเป็นช่วงของการปรับปรุงระบบการบริหารงานภายในขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ราชการบริหารส่วนกลาง และราชการบริหารส่วนภูมิภาค การพัฒนาบุคลากร การสร้างความพร้อมในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจ บุคลากร

งบประมาณ และทรัพย์สิน รวมทั้งการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของภารกิจที่ถ่ายโอนจะมีทั้งการถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างสมบูรณ์ และการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยงานของรัฐ และจะมีบุคลากรจำนวนหนึ่งถ่ายโอนไปปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หลังจากการถ่ายโอนในช่วง ๔ ปีแรกสิ้นสุดลงจนถึงระยะเวลาการถ่ายโอนในปีที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗) เป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน มีการปรับบทบาทของราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ภาคประชาชนที่จะเรียนรู้ร่วมกันในการถ่ายโอนภารกิจ มีการปรับกลไกความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับราชการบริหารส่วนภูมิภาคอย่างกลมกลืน รวมทั้งปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อันจะทำให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินกิจการสาธารณะที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นดีขึ้น และจะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสามารถพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความโปร่งใส

ในช่วงเวลาหลังจากปีที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นต้นไป) ประชาชนในท้องถิ่นจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจ การกำกับดูแลและการตรวจสอบ ตลอดจนการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเต็มที่ ในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีการพัฒนาศักยภาพทางด้านการบริหารจัดการและการคลังท้องถิ่นที่พึ่งตนเองและเป็นอิสระมากขึ้น ผู้บริหารและสภาท้องถิ่นจะเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีวิสัยทัศน์ในการบริหาร ราชการบริหารส่วนภูมิภาคจะเปลี่ยนบทบาทจากฐานะผู้จัดทำบริการสาธารณะมาเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ และกำกับดูแลการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่าที่จำเป็นภายใต้ขอบเขตที่ชัดเจน และการปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นการปกครองตนเองของประชาชนในท้องถิ่นอย่างแท้จริง

๒) กรอบแนวคิดการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ยึดหลักการและสาระสำคัญ ๓ ด้านคือ

๒.๑) ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหารจัดการ การบริหารงานบุคคล และการเงินการคลังของตนเอง โดยยังรักษาความเป็นรัฐเดี่ยวและควมมีเอกภาพของประเทศ การมีสถาบันพระมหากษัตริย์เป็นประมุข และความมั่นคงของชาติเอาไว้ได้ ตลอดจนการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเมืองการปกครองท้องถิ่น ภายใต้ระบอบประชาธิปไตย

๒.๒) ด้านการบริหารราชการแผ่นดินและการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

รัฐต้องกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของตนเองได้มากขึ้น โดยปรับบทบาทและภารกิจของราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาคและเพิ่มบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าดำเนินการแทน เพื่อให้ราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาครับผิดชอบในการกิจมหภาค และภารกิจที่เกินขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการได้ โดยกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านนโยบาย และด้านกฎหมายเท่าที่จำเป็น ให้การสนับสนุน ส่งเสริมด้านเทคนิควิชาการ และตรวจสอบติดตามประเมินผล

๒.๓) ด้านประสิทธิภาพการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รัฐต้องกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณะที่ดีขึ้นหรือไม่ต่ำกว่าเดิม มีคุณภาพมาตรฐาน การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพ และ(ไม่มีฝ่ายสาธารณะสุขในองค์กร)รับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการให้มากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชน ภาคประชาสังคมและชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมดำเนินงานและติดตามตรวจสอบ

๓) วัตถุประสงค์การกระจายอำนาจ ตามแผนการกระจายอำนาจ

แผนการกระจายอำนาจ มีวัตถุประสงค์สำคัญ ๔ ประการ คือ

๑. เพื่อให้มีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ และ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐

๒. กำหนดกรอบทิศทางและแนวทางการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ชัดเจน โดยมีกระบวนการที่ยืดหยุ่น สามารถปรับวิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปและมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น

๓. เพื่อให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ระหว่างราชการส่วนท้องถิ่นกับราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบราชการ และภาครัฐบาลกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการทำงานร่วมกัน

๔. กำหนดแนวทางการดำเนินงานของแผนปฏิบัติการ ซึ่งจะกำหนดหลักการทั่วไปในการพิจารณาถ่ายโอนภารกิจ รูปแบบการถ่ายโอน ภารกิจที่ราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาคจะถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระยะเวลาการถ่ายโอน แนวทางการจัดแบ่งอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะ ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และดำเนินการร่วมกันในรูปของสหการ แนวทางการจัดสรรทรัพยากรด้านการเงิน การคลัง และบุคลากรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับอำนาจหน้าที่และภารกิจ ปรับบทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค

และราชการบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้งแก้ไขกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องในเชิงรุกเพื่อสร้างความพร้อมในการปฏิบัติ โดยมุ่งในเชิงส่งเสริมเรื่องความเป็นอิสระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๕.๒.๒ หลักการทั่วไปในการพิจารณาถ่ายโอนภารกิจ

๑. การถ่ายโอนภารกิจตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะไม่ครอบคลุมงานหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับความมั่นคง การพิจารณาพิพากษาคดี การต่างประเทศและการเงินการคลังของประเทศโดยรวม

๒. ภารกิจที่กำหนดให้ถ่ายโอน พิจารณาภารกิจของส่วนราชการเป็นหลัก สำหรับภารกิจของรัฐวิสาหกิจและองค์การมหาชน ให้ถ่ายโอนในกรณีเป็นนโยบายของรัฐบาล หรือเมื่อพิจารณาความเหมาะสมและประสิทธิภาพของบริการสาธารณะที่ประชาชนจะได้รับแล้วสมควรถ่ายโอน

๓. การถ่ายโอนภารกิจคำนึงถึงผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประชาชนในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหลัก หากผลลัพธ์และผลกระทบเกิดขึ้นกับประชาชนในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่ง ให้ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น แต่หากผลลัพธ์และผลกระทบเกิดขึ้นกับประชาชนในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่าหนึ่งแห่ง หรือภารกิจที่ถ่ายโอนมีต้นทุนสูง และเกินศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็ก ก็อาจถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ดำเนินการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกันดำเนินการ

ในระยะแรก หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่พร้อมที่จะดำเนินการตามมาตรา ๓๐(๒) แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ หรือด้วยเหตุใดก็ตาม อาจให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการไปก่อนจนกว่าจะครบระยะเวลาตามที่กำหนดในแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแผนปฏิบัติการ

๔. งานหรือกิจกรรมที่มีเป้าหมายดำเนินการครอบคลุมหลายจังหวัดหรือมีผลกระทบเกิดขึ้นนอกเขตพื้นที่จังหวัดด้วย ให้หน่วยงานของรัฐเป็นผู้ดำเนินการ เว้นแต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัดสามารถทำความเข้าใจดำเนินการร่วมกันได้ และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นชอบด้วย

๕. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดเมื่อรับถ่ายโอนภารกิจของรัฐและบริการสาธารณะดังกล่าวจะต้องดำเนินการทั้งในและนอกเขตพื้นที่จังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับโอนจะต้องดำเนินการตามภาระหน้าที่ที่ได้รับและต้องไม่น้อยไปกว่าเดิม

๖. ในการพิจารณาความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทและแต่ละแห่งพิจารณาจากรายได้ บุคลากร จำนวนประชากร ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน คุณภาพในการให้บริการและประสิทธิภาพ

ทางการบริหาร และโอกาสในการพัฒนาศักยภาพเหล่านั้น ซึ่งจะช่วยให้กำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมในการถ่ายโอนภารกิจได้

๙. การถ่ายโอนภารกิจต้องคำนึงถึงความคุ้มค่าและการประหยัดจากขนาดการลงทุนที่เหมาะสม ดังนั้น หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดไม่สามารถดำเนินการได้โดยลำพัง ก็สามารถร่วมกันจัดตั้งสหการ^๑ หรืออาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมมากกว่าดำเนินการไปก่อนได้

๑๐. เรื่องที่เป็นนโยบายของรัฐบาล ในหลักการรัฐควรเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน หรือกรณีที่โครงการดังกล่าวเป็นประโยชน์แก่ประชาชนในท้องถิ่น อาจให้มีระบบสมทบระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในอัตราที่เหมาะสม

๑๑. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องยึดหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขของประชาชน ลดขั้นตอนการปฏิบัติที่เกินความจำเป็น และประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

๑๒. ในภาพรวมการถ่ายโอนภารกิจของรัฐให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้พิจารณาถ่ายโอนทั้งภารกิจงบประมาณ และบุคลากร **ภายในช่วงเวลาที่กำหนดโดยไม่จำเป็นต้องดำเนินการถ่ายโอนไปพร้อมกัน**

๑๓. การกำหนดอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะ และกำหนดภารกิจที่จะถ่ายโอน มิได้จำกัดเฉพาะในกรอบของบทบัญญัติของกฎหมายในปัจจุบัน หากแต่พิจารณาถึงอำนาจหน้าที่ของการจัดบริการสาธารณะตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งพิจารณาถึงความเหมาะสมและประสิทธิภาพของบริการสาธารณะที่ประชาชนได้รับเป็นสำคัญ

๑๔. อำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามมาตรา ๑๖ มาตรา ๑๗ มาตรา ๑๘ และมาตรา ๑๙ ของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ เป็นภารกิจที่หน่วยงานของรัฐจะต้องถ่ายโอนให้ท้องถิ่นตามมาตรา ๓๐ (๑) ของพระราชบัญญัติดังกล่าว ถ้าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่พร้อมรับถ่ายโอนเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านขีดความสามารถและสาเหตุอื่นใด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น อาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือร้องขอให้หน่วยงาน

^๑แนวคิดสหการนี้ ฌรงค์ เชื้อบุญช่วย สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เสนอไว้ใน slides ประกอบการบรรยาย เรื่อง หลักการ/แนวคิดการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและข้อเสนอการพัฒนางานในแผนกระจายอำนาจ ระยะที่ ๒ ว่า ภารกิจบางประเภทที่ประชาชนท้องถิ่นอื่นมาใช้ประโยชน์ด้วยควรดำเนินการในรูปแบบสหการ อ้างอิงจาก

<http://atsc.doae.go.th/report%20information/transfer49/>

ของรัฐดำเนินการแทนไปพลางก่อน หรือดำเนินการร่วมกับหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรืออาจจัดซื้อจัดจ้างจากหน่วยงานของรัฐหรือภาคเอกชนดำเนินการแทนได้

ทั้งนี้ ให้รัฐดำเนินการเพิ่มขีดความสามารถและความรู้ด้านเทคโนโลยีด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร และความพร้อมด้านการคลังให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ จนกว่าจะสามารถรับการถ่ายโอนงานหรือภารกิจได้โดยให้ความยืดหยุ่นในช่วงเปลี่ยนผ่าน

๑๓. ภารกิจหนึ่ง ๆ อาจจัดแบ่งขอบเขตของอำนาจและหน้าที่ความรับผิดชอบระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันได้ โดยมีการกระจายการจัดบริการสาธารณะตามขนาดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละประเภท ตามขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเป็นไปได้ภายในกรอบระยะเวลาที่เหมาะสม

๑๔. การถ่ายโอนภารกิจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทและแต่ละแห่ง ควรคำนึงถึงความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหลัก และหน่วยงานของรัฐที่มีภารกิจถ่ายโอนต้องมีแผนการถ่ายโอนที่ชัดเจนเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถวางแผนกำลังคนและงบประมาณล่วงหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๑๕. การถ่ายโอนภารกิจในแต่ละภารกิจอาจมีโครงสร้างการบริหารและการกำกับดูแลที่แตกต่างกันได้ รวมทั้งยังคงต้องมีระบบกำกับดูแลจากรัฐ เพื่อเป็นหลักประกันในด้านคุณภาพการให้บริการ ความยุติธรรม และความเสมอภาคระหว่างประชาชนในแต่ละเขตพื้นที่

๑๖. การถ่ายโอนภารกิจโดยทั่วไป ให้โอนทรัพย์สินที่เกี่ยวข้องให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย ยกเว้นเฉพาะทรัพย์สิน ที่เป็นที่ดินให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถใช้ประโยชน์ได้ โดยที่ดินนั้น จะโอนกรรมสิทธิ์ให้เป็นกรรมสิทธิ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือไม่ ให้อยู่ในดุลพินิจของกระทรวงการคลัง

๕.๒.๓ รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจ

รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะมีทั้งการถ่ายโอนอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะตามที่ระบุไว้ในกฎหมาย และการปรับปรุงอำนาจหน้าที่ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สอดคล้องกับการถ่ายโอนภารกิจ ดังนั้นจึงได้กำหนดลักษณะการถ่ายโอนไว้ ๖ ลักษณะ คือ

๑. **ภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการหรือผลิตบริการสาธารณะเอง** เป็นภารกิจที่แต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการหรือผลิตบริการสาธารณะนั้นๆ ได้เอง โดยมีกฎหมายให้อำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไว้แล้ว และ/หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเคยดำเนินการอยู่แล้ว โดยสามารถรับโอนได้ทันทีและขอบเขตการทำงานอยู่ในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒. **ภารกิจที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการแต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจซื้อบริการจากภาคเอกชน ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น** เป็นภารกิจที่ต้องใช้เทคนิคทักษะวิชาการ ได้รับความชำนาญและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินการเอง หรือดำเนินการเองแล้วไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่คุ้มทุน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถซื้อบริการจากภาคเอกชน หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีประสิทธิภาพ หรือเคยดำเนินการ

๓. **ภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ** ในลักษณะความร่วมมือหรือรูปแบบสหการ^๖ เป็นภารกิจ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากองค์กรอื่นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และเกิดประโยชน์สูงสุด โดยมีผลกระทบต่อประชาชนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นด้วย หรือมีความจำเป็นต้องลงทุนจำนวนมาก และไม่คุ้มค่าหากต่างฝ่ายต่างดำเนินการเอง

๔. **ภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับรัฐ (Share Function)** เป็นภารกิจที่รัฐโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ และบางส่วนรัฐยังคงดำเนินการ จึงเป็นการดำเนินการร่วมกัน

๕. **ภารกิจที่รัฐยังคงดำเนินการอยู่แต่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจะดำเนินการได้** เป็นภารกิจ ให้บริการสาธารณะที่กฎหมายกำหนดให้รัฐดำเนินการอยู่ต่อไป ในกรณีนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้เช่นเดียวกัน

๖. **ภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมายให้เอกชนดำเนินการแทน** เป็นภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่และเป็นเจ้าของภารกิจ แต่มอบหมายให้เอกชนดำเนินการแทนในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้สัมปทาน เป็นต้น

๕.๓ สถานการณ์การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศไทย

๕.๓.๑ ข้อเสนอเพื่อการดำเนินการในส่วนหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จัดประชุมระดมความเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวม ๕ ครั้ง เพื่อพัฒนาแนวทางดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นหลักการที่กระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการตามแนวทางที่มีฉันทามติจากทุกฝ่าย ดังกล่าว และได้เสนอคณะกรรมการ

^๖ คำว่า “สหการ” มีบางท่านระบุคำอังกฤษกำกับไว้ว่า “syndicate” ซึ่งในdictionary ของ Longman ให้ความหมายว่า a group of people, companies etc that have joined together to achieve the same aim ขณะที่รายงานสุขภาพของยุโรปบางฉบับกล่าวถึงความร่วมมือระหว่างอปท.ไว้เช่นกัน แต่ใช้คำว่า “federations” หรือ “cooperation” บ้าง อย่างไรก็ตามความหมายก็เป็นไปในทิศทางเดียวกันคือการร่วมมือกันในการดำเนินการเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั่นเอง

การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๕ โดยมีหลักการสำคัญคือ ๑) มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ๒) ต้องมีความยืดหยุ่นมีพลวัต ดังรายละเอียดต่อไปนี้^(๒๘)

๕.๓.๒ หลักการในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข(กรอบแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข)

ยึดหลักการและวัตถุประสงค์ตาม “รัฐธรรมนูญ พ.ศ.๒๕๔๐ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ และ แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๑” โดยเฉพาะประเด็นต่อไปนี้

๑) มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

โดยมุ่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีศักยภาพระยะยาว ในการตัดสินใจ และดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพให้เกิดผลดียิ่งขึ้นกว่าก่อนการกระจายอำนาจ และเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เสมอภาค มีประสิทธิภาพและคุณภาพดี

๒) มุ่งระบบที่ยืดหยุ่นมีพลวัต

โดยให้มีความยืดหยุ่นตามศักยภาพ ความเป็นไปได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น เพื่อนำไปสู่กระบวนการกระจายอำนาจอย่างต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืนในการพัฒนาสุขภาพ

๓) มุ่งระบบที่มีส่วนร่วม

โดยการสร้างกลไกและกระบวนการที่มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง ทั้งจากส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนในท้องถิ่น โดยตัดสินใจร่วมกันด้วยกระบวนการปรึกษาหารือบนพื้นฐานของความปรารถนาดี ความรัก ความเมตตาและขันติ หลีกเลี่ยงอัตตา และความยึดมั่นในความคิดของตนเอง ทั้งนี้ เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจเป็นไปอย่างราบรื่น และสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะทางระบบบริการสุขภาพ

๕.๓.๓ ขอบเขตของภารกิจที่จะถ่ายโอน

ภารกิจที่จะถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจแบ่งเป็น 2 แบบ

๑) ลักษณะของภารกิจ

ได้แก่ ภารกิจด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ

๒) ความกว้างขวางครอบคลุมของภารกิจ

อาจเป็นกิจกรรมที่บริการเฉพาะบุคคล ครอบครัว หรือภารกิจที่ดำเนินการในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถรับการถ่ายโอนภารกิจในเรื่อง การพัฒนาสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรค และภารกิจการสร้างเสริมสุขภาพได้ทั้งหมดโดยเร็ว เป็นต้น

๕.๓.๔ ลักษณะการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

อาจมีได้อย่างน้อย 4 ลักษณะ (ซึ่งผสมผสานกันได้) ดังนี้

๑) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ซื้อบริการ

โดยเป็นเจ้าของเงิน (เช่น เงินรายได้ท้องถิ่นเอง หรืองบประมาณตามนโยบายหลักประกันสุขภาพที่มีการโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) และเป็นผู้ซื้อบริการจากสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในและนอกพื้นที่

ในส่วนนี้ ต้องมีการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถจัดการด้านการเงินและสามารถดูแลคุณภาพมาตรฐานบริการที่ได้รับเป็นอย่างดี

๒) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับส่วนกลาง/ภูมิภาค

เช่น ร่วมดำเนินโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่(กองทุนตำบล/เทศบาล) ลงทุนในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หรือร่วมกับสถานีนอามัย/โรงพยาบาลต่างๆ พัฒนาโครงสร้างระบบสุขภาพ

๓) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเองบางส่วน

เช่น รับผิดชอบดำเนินการในด้านการพัฒนาสภาพแวดล้อมและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

๔) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเองทั้งหมด

โดยเป็นเจ้าของสถานบริการสาธารณสุขและเป็นผู้ดำเนินการด้านสาธารณสุขทั้งหมด

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดจะดำเนินการในลักษณะใด ในด้านใด และเมื่อไร ให้เป็นไปตามหลักการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่ให้ไว้

๕.๓.๕ รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อาจมีได้หลายแบบ ซึ่งสามารถปรับตามความพร้อมของทุกฝ่าย ตามความเหมาะสมของพื้นที่ และตามสถานการณ์ เช่น

๑) ถ่ายโอนแบบแยกส่วน

โดยถ่ายโอนสถานบริการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆ เช่น โอนสถานีนอามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โอนโรงพยาบาลให้เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นต้น

๒) ถ่ายโอนเป็นเครือข่ายบริการ (เป็นพวงบริการ หลายระดับ)

โดยรวมสถานีนอนามัย และโรงพยาบาลในพื้นที่เป็นเครือข่าย แล้วถ่ายโอนทั้งเครือข่ายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหาร

๓) จัดตั้งเป็นองค์การมหาชน (*Autonomous Public Organization*)

โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมในการบริหาร และอาจเป็นองค์การมหาชนเฉพาะสถานบริการหรือเฉพาะเครือข่ายบริการ หรือให้ กสพ.เป็นองค์การมหาชน

๔) จัดตั้งหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ (*Service Delivery Unit – SDU*)

โดยให้แต่ละโรงพยาบาลเป็น SDU ภายใต้การดูแลขององค์กร Health Facility Authority (หรือ Hospital Authority) ซึ่งเป็นองค์การมหาชนภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหาร

๕.๓.๖ การถ่ายโอนสถานีนอนามัยไปอปท.^๖

๑๕ มีนาคม ๒๕๔๕ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(กกถ.) ได้เห็นชอบแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอและเร่งรัดการดำเนินงานถ่ายโอนสถานบริการ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการจัดทำแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อปท. โดยเร็ว

ปลายปีงบประมาณ ๒๕๔๕ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๗๑๕/๒๕๔๕ แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัย โดยคณะกรรมการได้มีการตั้งคณะอนุกรรมการฯ ๓ ชุด คณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการประกอบด้วยบุคลากรทุกส่วนและทุกระดับที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ได้แก่ ผู้แทนชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สมาคมหมอนอนามัย กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมอนามัย ตลอดจนผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ และผู้แทนจากคณะกรรมการการกระจายอำนาจ และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น มาร่วมกันจัดทำหลักเกณฑ์ เพื่อให้เกิดกระบวนการการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้ อปท.

เพื่อให้การดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อปท. ในระยะแรกเป็นไปอย่างราบรื่น จึงได้กำหนดให้ในปีแรกทำการทดลองถ่ายโอนเฉพาะสถานีนอนามัย ให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่ได้รับ

^๖ เขาวมาลย์ เสือแสงทอง เอกสารอัดสำเนา ไม่ได้ตีพิมพ์

รางวัลชมเชยดีเด่นและมีส่วนร่วมในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนโดยต้องมีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแห่งนั้นตั้งแต่ร้อยละห้าสิบขึ้นไปยินยอมพร้อมใจไปอยู่ในสังกัด อบต. ซึ่งจากการดำเนินการ พบว่า มีสถานีอนามัยที่เข้าข่ายเงื่อนไขดังกล่าว จำนวน ๓๕ สถานีอนามัย ใน อบต. และเทศบาล ๓๐ แห่ง ในพื้นที่ ๒๒ จังหวัด

กระทรวงสาธารณสุข เสนอต่อคณะกรรมการ กกถ. ซึ่งได้มีมติในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๔๕ วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๔๐ ให้ถ่ายโอนสถานีอนามัย ๓๕ แห่ง แก่ อบต. ๓๐ แห่ง ซึ่งจังหวัดต่าง ๆ ก็ได้ดำเนินการไปตามหลักเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ คงมีบางแห่งที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ดำเนินการถ่ายโอนเฉพาะสถานีอนามัย ๒๒ แห่ง ที่มีการเตรียมการทุกอย่างเรียบร้อยแล้ว ในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๔๐ และได้มีการถ่ายโอนสถานีอนามัย ในปี ๒๕๔๑ และ ๒๕๔๒ อีก ๖ แห่ง รวมทั้งสิ้นที่ถ่ายโอนไปขณะนี้ ๒๘ แห่ง

คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีมติเรื่อง การดำเนินงานด้านการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้^{*}

การถ่ายโอนสถานีอนามัย.นำร่อง มีเป้าหมาย จำนวน ๓๕ แห่ง ถ่ายโอนแล้ว จำนวน ๒๘ แห่ง คงเหลืออีก ๗ แห่ง ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้ครบตามเป้าหมายในปี ๒๕๔๓^{*}

การประเมินความพร้อมของ อบต. ที่ประสงค์จะรับโอน สอ. จากผลของการสำรวจความประสงค์ของ อบต. จำนวน ๓๖๔ แห่ง ประสงค์จะรับโอน สถานีอนามัย จำนวน ๕๐๑ แห่ง ให้มีการดำเนินการประเมินความพร้อมของ อบต. ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข การประเมินความพร้อมของ อบต. ในการจัดการสาธารณสุขตามที่กระทรวงสาธารณสุขและ กกถ. กำหนด โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยื่นขอรับการประเมินความพร้อมก่อนสิ้นปีงบประมาณไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วัน(ก่อนวันที่ ๓ เมษายนของทุกปี)

การถ่ายโอนสถานีอนามัย (สอ.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ๒๗ แห่ง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ อบจ. ร่วมมือกันในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายในการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้แก่ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ ไม่ใช่เป้าหมายในการถ่ายโอน

^{*} การประชุมคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) ครั้งที่ ๖/๒๕๔๒ เมื่อวันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๔๒ โดย ฯพณฯ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี เป็นประธานการประชุม

^{*} ข้อมูลล่าสุด ณ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๔๓ ทราบว่า ทั้ง ๗ แห่ง จะไม่มีการโอนไปยังอบต. เนื่องจากปัญหาความไม่พร้อมบางส่วนจากด้านเจ้าหน้าที่และบางส่วนจากด้านอบต.

สถานีนามัย แต่เพียงประการเดียว โดยมีข้อเสนอรูปแบบของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ๕ รูปแบบ ตามที่สมาคม อบจ. ได้เสนอไว้ แต่ละจังหวัดสามารถทดลองเลือกรูปแบบการดำเนินงานรูปแบบใดก็ได้ที่เหมาะสมกับสภาพของจังหวัด นั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน รูปแบบดังกล่าว ประกอบด้วย

๑. ถ่ายโอน สถานีนามัย ให้ อบต. หรือเทศบาล ตามรูปแบบเดิมที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการ กำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่อปท. ฉบับที่ ๑ และ ฉบับที่ ๒

๒. ถ่ายโอน สถานีนามัย โดยรวมกลุ่มทั้งจังหวัด หรือบางอำเภอ หรือบางกลุ่ม ให้ อบจ. โดยมีคณะกรรมการบริหาร สถานีนามัย ในระดับจังหวัด มีนายก อบจ. เป็นประธานกรรมการ และมีคณะกรรมการมาจากหลายภาคส่วน เช่น อบต. เทศบาล ผู้แทนสถานบริการ องค์การเอกชน ภาคประชาชน และ ผู้ทรงคุณวุฒิ ฯลฯ และมีนักบริหารมืออาชีพด้านสาธารณสุขเป็นผู้บริหารภายใต้นโยบายของคณะกรรมการฯ

๓. สถานีนามัย และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) รวมเป็นเครือข่ายบริการ ขึ้นต่อคณะกรรมการบริหารในระดับจังหวัด มีนายก อบจ. เป็นประธานกรรมการ และมีคณะกรรมการมาจากหลายภาคส่วน

๔. สถานีนามัย หลายแห่งรวมกันเป็นกลุ่ม หรือ สถานีนามัย และ รพช. ร่วมกันเป็นเครือข่ายไปขึ้นต่อคณะกรรมการบริหารที่พัฒนาไปเป็นองค์กรมหาชน (Autonomous) หรือหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ (SDU)

๕. รูปแบบอื่น ๆ ที่สอดคล้องและเป็นไปตามปรัชญาการกระจายอำนาจตาม พรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. พ.ศ.๒๕๔๒

ให้มีคณะกรรมการขึ้น ๒ คณะ โดยให้ดำเนินการครอบคลุมทั้ง ๗๕ จังหวัด คณะกรรมการประกอบด้วย

คณะกรรมการประสานความร่วมมือการดำเนินงานสาธารณสุขระดับจังหวัด โดยมีองค์ประกอบจาก ไตรภาคี ๓ ฝ่ายๆ ละเท่าๆ กัน ได้แก่ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และ อปท. มีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ รองประธานกรรมการ มาจาก สสจ. และ อบจ. ฝ่ายเลขานุการเป็นเลขานุการร่วมทั้ง ๒ หน่วยงาน คือ เจ้าหน้าที่จาก สสจ. และผู้อำนวยการกองสาธารณสุขของ อบจ.

ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการดังกล่าวได้ดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ตาม ๕ รูปแบบ ที่กำหนดขึ้นตามข้อ ๓.๑ โดยให้มีรูปแบบที่มีความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่หลังจากดำเนินการแล้ว ๖ เดือน ให้ทำการประเมินความพร้อม หากมีความพร้อมก็ให้ดำเนินการกระจายอำนาจไปตามรูปแบบนั้น ๆ ได้เลย หากไม่พร้อมให้ขยายระยะเวลาต่อไปอีกได้ไม่เกิน ๑๒ เดือน

คณะกรรมการประสานความร่วมมือการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขส่วนกลาง โดยมีองค์ประกอบดังนี้ ผู้แทนระดับผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข, สปสช. และเครือข่ายของ อปท. โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธานกรรมการ เพื่อเป็นองค์กรในการขับเคลื่อนและเชื่อมโยงกับ กกค. ทำงานร่วมกับคณะกรรมการใน

ระดับจังหวัด ตลอดจนติดตามประเมินผลในแต่ละพื้นที่ โดยจัดลำดับความสำคัญให้แก่ อบจ. นาร่อง ๒๗ จังหวัด

ขณะนี้ กกค. ดำเนินการเพื่อการประกาศใช้ ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง การสนับสนุนการให้บริการสาธารณะขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดยสาระที่สำคัญคือ การกำหนดให้ อบท. ทั้ง ๓ ประเภท สนับสนุนงบประมาณและการดำเนินการอื่น ๆ ให้แก่ อบท. ทั้ง ๓ ประเภท ส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่นๆ ของรัฐ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำบริการสาธารณะ ได้ตามความสามารถของตนเอง ได้ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ของรายได้ ของปีงบประมาณที่ผ่านมา โดยไม่รวมเงินอุดหนุนจากรัฐ

หลังการดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้แก่ อบท. กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะทำงาน ส่งเสริมการสาธารณสุขส่วนท้องถิ่นขึ้นมา โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.จักรธรรม ธรรมศักดิ์) เป็นประธาน เพื่อให้มีการติดตามการดำเนินงานการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่ท้องถิ่น และได้มอบหมายให้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของสถานีนอนมัย พบว่า ยังมีปัญหาอุปสรรคที่ควรดำเนินการแก้ไข ได้แก่

แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวกับระเบียบเงินบำรุง ของสถานบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ดำเนินการจัดทำยังไม่แล้วเสร็จ ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความสับสนในทางปฏิบัติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่ง ดำเนินการไม่เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน บางแห่งอำนาจการเบิกจ่ายยังอยู่กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เนื่องจากระเบียบเงินบำรุงท้องถิ่น

ระเบียนงานบุคลากรของข้าราชการส่วนท้องถิ่นยังไม่มีมาตรฐานชัดเจน แนวทางปฏิบัติแต่ละท้องถิ่นมีความแตกต่างกัน ในการเข้าสู่ตำแหน่ง เช่น ตำแหน่งนักบริหารสาธารณสุข ฯลฯ การบรรจุนักเรียนทุนตามเงื่อนไขนักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการที่ถ่ายโอนจะได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่น แต่เมื่อถ่ายโอนไป ต้องใช้เวลาถึง ๑ ปี จึงได้รับการบรรจุ ทำให้เสียสิทธิ์ในการเป็นข้าราชการไป ๑ ปี ซึ่งอาจมีสาเหตุจากขั้นตอนการบรรจุนักเรียนทุกยุ่งยาก และยังไม่มีการเปรียบเทียบที่ชัดเจน ทั้งนี้ ทำให้เจ้าหน้าที่ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน

สิทธิประโยชน์ของข้าราชการที่ถ่ายโอนไป ประกอบด้วย เงินเดือน เงินค่าตอบแทนและสวัสดิการต่าง ๆ ประมาณ ๖ เดือน กรมบัญชีกลางจึงตัดโอนเงินเดือนไป อบท. แต่เงินสวัสดิการต่าง ๆ ได้แก่ เงินพดส. เงินค่ารักษาพยาบาล เงินช่วยเหลือค่าบำรุงการศึกษา ฯลฯ ยังไม่โอนตามไป ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ข้าราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บางแห่งมีเงินสะสมให้ยืม แต่บางแห่งไม่มี บางแห่งต้องยืมเงินบำรุงของสถานบริการ ซึ่งมีไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการระดับ ๓-๖ ซึ่งทำให้เกิดความเดือดร้อน

แนวโน้มการจัดสรรเงินหลักประกันสุขภาพให้แก่หน่วยบริการ ยังไม่เข้าไปในแนวทางเดียวกัน บางแห่งตัดเงินค่าบริหารจัดการและงบบุคลากรที่มาช่วยงาน ทั้ง ๆ ที่สถานีนอนมัย ยังให้บริการประชาชนที่ขึ้นทะเบียนบัตรทองกับสถานบริการคู่สัญญาหลักอยู่

การส่งมอบทรัพย์สิน โดยอาศัยผลของกฎหมาย พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. ๒๕๓๕ ข้อ ๑๕๗ ยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ

เพื่อให้ท้องถิ่นได้เตรียมตัวในการรับถ่ายโอนภารกิจและดำเนินงานสาธารณสุขได้อย่างต่อเนื่อง จึงเห็นสมควรให้ อปท. กำหนดให้มีโครงสร้างของฝ่าย / กองสาธารณสุข ฯ ใน อปท. ทุกแห่งก่อน^๓

กระทรวงสาธารณสุข โดยคณะทำงานส่งเสริมการสาธารณสุขส่วนท้องถิ่น ได้จัดทำแผนการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขเสนอคณะกรรมการกระจายอำนาจ โดยมีสาระสำคัญ ได้แก่

๑. จะดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้ครบ ๓๕ แห่ง ภายในปี ๒๕๕๒^๔
๒. จัดทำคู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่ อปท.
๓. เร่งรัดการออกระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของสถานีนอนมัยที่ถ่ายโอนไปอปท.
๔. จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานด้านสุขภาพใน อปท. (อยู่ระหว่างดำเนินการ)
๕. ศึกษาภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากการศึกษาภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบข้อสังเกตเพื่อประกอบการพิจารณาการถ่ายโอนสถานีนอนมัยในระยะต่อไป ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถให้การรักษาที่พบแพทย์ได้ โดยใช้ Telemedicine ทำให้มีการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดกับโรงพยาบาลชุมชน แม้ย้าย การให้บริการ Home ward เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลชุมชน เช่น ฝ่ายโภชนาการ ฝ่ายกายภาพบำบัด จะเป็นผู้สอนทักษะให้แก่ญาติพี่น้องของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัยจะเป็นผู้ลงไปดูแล ซึ่งการให้บริการในลักษณะนี้ หากมีการถ่ายโอนสถานีนอนมัยที่มีการยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาจเกิดปัญหาในการดำเนินงานได้ เนื่องจากแม่ข่ายและลูกข่ายเป็นคนละสังกัดกัน

สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้สรุปผลโครงการติดตามการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนมัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในสถานีนอนมัย ๒๒ แห่งแรก

^๓ ไม่ทราบว่าจะผลการดำเนินการเป็นอย่างไร และไม่ปรากฏหลักฐานว่ามีฝ่ายใดรับไปผลักดันให้เป็นรูปธรรม

^๔ ทำได้ ๒๘ แห่ง

ผลการประเมินสอดคล้องกับของกระทรวงสาธารณสุขเรื่องข้อกังวลของบุคลากรด้านสิทธิประโยชน์ ความก้าวหน้าต่างๆ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคด้านกฎระเบียบที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน ในส่วนของ ผู้บริหารอปท.นั้นมีความพร้อมในการรับการถ่ายโอน และประชาชนในพื้นที่มีความพึงพอใจต่อบริการของ สถานีอนามัย(ที่ถ่ายโอนไปแล้ว)ในระดับมาก^(๒๕)

๕.๔ การรับฟังความเห็นของผู้เกี่ยวข้อง

ในการจัดประชุมรับฟังความเห็นบุคลากรสถานีอนามัยและผู้เกี่ยวข้อง เห็นว่าการถ่ายโอนสถานีอนามัย ให้ไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรดำเนินการเมื่อมีความพร้อมและสมัครใจทั้งสองฝ่าย ระหว่างฝ่าย ที่ถ่ายโอนคือกระทรวงสาธารณสุข กับฝ่ายรับการถ่ายโอน คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และควรพิจารณา ทบทวนเกณฑ์การประเมินความพร้อมใหม่ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง โดยไม่ควรถือเกณฑ์รายได้เป็นหลัก มากเกินไป แต่ควรถือเอาประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนและหน่วยงานของรัฐเป็นหลัก กล่าวคือ ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ภาครัฐมีการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ การถ่าย โอนควรผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนสักกระยะหนึ่งก่อน เมื่อทดลองทำงานร่วมกันและสามารถ ปรับตัวเข้าหากันได้แล้วค่อยดำเนินการถ่ายโอนอย่างสมบูรณ์แบบ ที่ประชุมส่วนใหญ่มีความเห็นร่วมกันว่า การถ่ายโอนสถานีอนามัยไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหลักการที่ดีและประชาชนน่าจะ ได้รับ ประโยชน์มากที่สุด แต่ควรมีการปรับปรุงกระบวนการในการดำเนินการคือ ควรมีการเตรียมความพร้อม ปรับปรุงเกณฑ์ และวิธีการประเมินความพร้อมให้เหมาะสมกับท้องถิ่นแต่ละระดับ ควรดำเนินการถ่ายโอนใน ส่วนที่มีความพร้อมและสมัครใจก่อน ขณะเดียวกันควรมีแผนเตรียมความพร้อมในพื้นที่ที่ยังไม่พร้อม เพื่อให้ สามารถเดินหน้านโยบายได้อย่างเป็นระบบ

ที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดความไม่มั่นใจ วิตกกังวลโดยเฉพาะ อย่างยิ่งเรื่องความก้าวหน้า การ โยกย้าย เป็นต้น จึงกลัวที่จะต้องถูกถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นและเสนอว่าไม่ควรยกประเด็นเรื่องการถ่ายโอนขึ้นมาเป็นประเด็นหลัก แต่ควรมุ่งแสวงหาทางเลือก และรูปแบบที่จะจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีมีมาตรฐานมากกว่า และให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า การถ่ายโอนควรมีความยืดหยุ่นและมีหลายรูปแบบ^๖

^๖ การประชุมระดมความคิดเห็นต่อรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2552 ณ ห้องประชุม สวรส. ศีกกรมสุขภาพจิต อาคาร 3 ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข

๕.๕ ประเด็นคำถาม สำคัญต่อการถ่ายโอนสถานีนามัยไปสู่อปท.

๕.๕.๑ การบริการประชาชนเป็นอย่างไร?

การรับรู้ของประชาชนต่อการบริการของสถานีนามัยที่โอนไป ส่วนใหญ่เห็นว่าดีขึ้นหรือไม่แตกต่างกันอย่างน้อยไม่แย่ไปกว่าเดิม เช่นคอนแก้ว เชียงใหม่ ประชาชนมาใช้ สถานบริการที่สังกัดอปท. มากกว่า มีสัญญาณบางประการที่บอกว่า อปท. ทำได้ดีกว่า

คุณภาพการบริการ: เชิงบุคคล ความสามารถคงเดิมเพราะเป็นคนเดิมที่ถ่ายโอนมาอปท. แต่บางส่วนมีการะงานมากขึ้นเพราะคนโอนมาน้อยกว่าที่เคยมีอยู่เดิมทำให้คุณภาพเชิงเปรียบเทียบในภาพรวมแล้วลดลง บางแห่งภาระงานต่อคนมากขึ้นเนื่องจากคนมีน้อยกว่าเดิม

การแบ่งบทบาทและภาระงานในพื้นที่ ความสัมพันธ์กันระหว่างหน่วยงานต่างสังกัด ไม่ชัดเจน เช่นการดำเนินงานควบคุมโรคในพื้นที่รอยต่อ กรณีการเกิดโรคระบาด

๕.๕.๒ การสนับสนุนลดลงหรือไม่??

การสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยส่วนใหญ่ที่พบไม่แตกต่างจากเดิม

อปท. ส่วนใหญ่สนับสนุนเท่ากับหรือมากกว่าที่เคยอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขเช่น โบนัส และมีการเลื่อนระดับสูงขึ้น

สสจ.ส่วนใหญ่ไม่ได้สนับสนุนต่ออย่างเป็นระบบ เพราะเห็นว่าเป็นหน้าที่อปท. โดยเฉพาะ วิชาการ และข้อมูลข่าวสาร

๕.๕.๓ ระเบียบติดขัดหรือไม่?

จากการประเมินเบื้องต้นพบว่ามีข้อติดขัดอยู่หลายประการ แต่ได้รับการชี้แจงจากผู้แทนของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ว่าแก้แล้วเป็นส่วนใหญ่เช่น สวัสดิการค่าตอบแทน สิทธิประโยชน์อื่น /การบริหารบุคคล ความก้าวหน้ายังไม่เกิดผลกระทบทางลบ ระเบียบเงินบำรุง มีการแก้ไขแล้วและความคล่องตัวกว่าเดิม

๕.๕.๔ ผู้บริหาร/นโยบายเป็นอย่างไร?

๑. สำนักงานกระจายอำนาจมีการเร่งรัดในการดำเนินงานมาโดยตลอด

๒. ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับไม่ให้ความสำคัญกับการถ่ายโอนสถานบริการ

๓. สสจ.สสอ.ส่วนใหญ่เห็นว่าการโอนสถานีนามัยไปอปท. จะเกิดผลเสียต่อระบบบริการสุขภาพและบุคลากรมากกว่า

๔. นายก อปท. ยังขาดความเข้าใจเรื่องการบริหารงานสาธารณสุข มีการเปลี่ยนแปลงตามวาระการเมืองส่งผลต่อนโยบายที่ต้องการความต่อเนื่องในการทำงาน

๕.๕.๕ การกำกับติดตามประเมินผล

มีการติดตามประเมินผล แต่ยังไม่เป็นระบบ กระจายกระจาย (ซ้ำซ้อน กันระหว่างหน่วยงาน สำนักงาน กระจายอำนาจ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ขาดการประสานกัน)

๕.๕.๖ ข้อเสนอใหม่ในปี ๒๕๕๓

อปท.เสนอแนวทางการถ่ายโอนสถานีนามัยไป อบจ. ก่อน เมื่อ อบต./เทศบาล พร้อมค่อยถ่ายโอนให้ ภายหลังซึ่งรัฐบาลและคณะกรรมการกระจายอำนาจได้เห็นชอบในแนวทางดังกล่าว

แนวทางในการถ่ายโอนหน่วยบริการ (สถานีนามัย) มีทางเลือกที่คล้ายกับระบบ กสพ. เดิม โดยมีคณะกรรมการบริหารสถานีนามัยในระดับจังหวัด มีนายก อบจ. หรือผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นประธาน แต่ยังไม่ได้นำกล่าวถึง บทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน

กพร.เสนอให้ออนรพศ. ไปสังกัดมหาวิทยาลัย /รพท.ออกเป็นองค์การมหาชน รพช.ยังอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข และ สอ ไป อปท.

สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ(สกอ.)กำลังร่างพ.ร.บ.กระจายอำนาจฉบับที่๓ ซึ่งคาดว่าจะเนื้อหาจะเน้นการกระจายอำนาจมากขึ้น (ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุข ควรแต่งตั้งให้มีผู้ติดตามเพื่อเข้าไปมีส่วนร่วมในการร่างกฎหมายดังกล่าว)

คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีคำสั่งแต่งตั้งอนุกรรมการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด เมื่อวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๒ โดยกรรมการมีอำนาจหน้าที่ประสานความร่วมมือกับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ, การกำหนดเป้าหมาย กรอบแนวทางในการจัดบริการ ทั้งนี้ให้หารูปแบบการถ่ายโอนสถานีนามัยให้อบจ.ที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ภายใน ๖ เดือน^(๓๐)

๕.๖ ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน

๕.๖.๑ การบริการกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปัจจุบันระบบบริการสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงไปจากช่วงเริ่มต้นการกระจายอำนาจในปีพ.ศ.๒๕๔๒ เป็นอย่างมาก ปีพ.ศ.๒๕๔๔ ที่เริ่มแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๔๕ และมีพ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้น เป็นจุดเปลี่ยนการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยไปอย่างสิ้นเชิง การจัดงบประมาณเปลี่ยนแปลงจากการจัดตามคำขอของหน่วยราชการมาเป็นการจัดสรรตามรายหัวประชากรและมีการจัดเครือข่ายหน่วยบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุขภูมิ ดศยภูมิ ผู้ให้บริการก็มีหลากหลายทั้งภาครัฐและเอกชน ในภาครัฐเองก็มีหลายสังกัด ซึ่งมีหน่วยบริการต่างสังกัดที่อยู่ในเครือข่ายบริการเดียวกันและสามารถจัดบริการ

ร่วมกันได้ ภายใต้ความสัมพันธ์แบบใหม่นี้ รวมทั้งการจัดระบบการชดเชยค่าบริการต่างๆในระบบใหม่ทำให้ข้อกังวลเรื่องระบบการส่งต่อที่อาจเป็นอุปสรรคเมื่อถ่ายโอนสถานีนามัยไปให้อปท.น่าจะไม่เป็นอุปสรรคที่สำคัญเพราะในปัจจุบันก็มีหน่วยบริการทุกภาคส่วนที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่แล้ว ระบบในการจัดสรรค่าใช้จ่ายต่างๆก็สามารถใช้ระบบที่มีอยู่ไม่ว่าเครือข่ายบริการจะเป็นสังกัดเดียวกันหรือต่างสังกัดก็ไม่เป็นปัญหาแต่อย่างใด

๕.๖.๒ การกระจายอำนาจผ่านเขตบริการสุขภาพ

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เห็นว่าในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยว่า ควรใกล้ชิดประชาชนพอสมควรจึงเสนอให้กระจายการบริหารไปตามพื้นที่ต่างขนาดของพื้นที่ที่เหมาะสม (มีประสิทธิภาพการบริหารสูงสุด) ควรมีขอบเขตการดูแลประชากรราว ๓-๖ ล้านคน ซึ่งจะมีหน่วยบริหารราว ๑๐-๒๐แห่ง^(๓๑) ซึ่งการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในประเทศต่างๆหลายประเทศก็มีการดำเนินการดังที่ได้อธิบายในเบื้องต้นของการศึกษานี้เช่นกัน^(๓๒-๓๓)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการกระจายอำนาจในลักษณะเขตสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๓^(๓๔) มีการจัดตั้งสำนักงานสาขาภูมิภาคแห่งแรกที่จังหวัดขอนแก่นรับผิดชอบพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมด ต่อมา มีการจัดตั้งขึ้นอีก รวมทั้งสิ้น ๑๑ สาขาเขตพื้นที่ และมีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ จำนวน ๑๑ เขต องค์ประกอบของอนุกรรมการมาจากภาคส่วนต่างๆทั้งส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และผู้ทรงคุณวุฒิ มีอำนาจหน้าที่กำหนดกรอบและแนวทางการบริหารงานหลักประกันสุขภาพในเขตพื้นที่ ให้สอดคล้องกับนโยบายคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ^(๓๕,๓๖) สปสช.ดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารเงินกองทุน โดยการสนับสนุนการบริหารแบบเขตบริการสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการปรับปรุงการจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในเขตพื้นที่ ด้วยการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบางรายการให้ระดับสาขาเขต โดยปีงบประมาณ ๒๕๕๓ มีการดำเนินการนำร่องในเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต ๕ นครราชสีมา และสาขาเขต ๑๑ กรุงเทพมหานคร (สาขาเขตนำร่อง ๒ เขต) ทั้งนี้มีการให้อำนาจสำหรับสาขาเขตนำร่อง ๒ เขตสามารถกำหนดแนวทางการจ่ายชดเชยค่าบริการฯ เองได้ แต่อย่างน้อยต้องเป็นไปตามเงื่อนไขและได้ข้อมูลตามที่กำหนด โดยแนวทางต้องผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต (อปสช.) สำหรับเขตอื่นๆแม้ว่าอิสระในการกำหนดอัตราการจัดจ่ายชดเชยค่าบริการยังต้องดำเนินการตามแนวทางของส่วนกลางแต่การบริหารงบฯกองทุนย่อยต่างๆก็ได้รับการผ่อนคลายให้มีการตัดสินใจในการบริหารจัดการในระดับเขตได้มากขึ้นและส่วนกลางทำหน้าที่สนับสนุนกำกับเท่านั้น

การจัดเขตบริการสุขภาพดังกล่าวมีการกำหนดเครือข่ายบริการทางการแพทย์ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิ และพบว่าอย่างน้อยในแต่ละเขตจะมีหน่วยบริการรับส่งต่อที่สามารถให้บริการทางการแพทย์ระดับสูงที่เบ็ดเสร็จในเขตได้และมีการใช้กลไกทางการเงินเพื่อสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายบริการดังกล่าวเช่นการจัดสรรงบประมาณส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้านเป็นต้น^(๓๕)

แนวคิดเขตบริการสุขภาพที่สปสช.ดำเนินการนี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการกระจายอำนาจจากส่วนกลางให้มาตัดสินใจที่ระดับพื้นที่โดยมีคณะกรรมการที่มาจากหลายภาคส่วนตัดสินใจร่วมกันบนพื้นฐานสถานการณ์ของพื้นที่และหลายประเทศก็มีการดำเนินการในลักษณะดังกล่าวเช่นกัน

๕.๖.๓ รูปแบบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายยกระดับสถานีนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งรพ.สต. มีขอบเขตการทำงานบริการแบบผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ (Catchment area) ที่ชัดเจน โดยใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย บุคลากรเป็นทีมสหวิชาชีพ เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ราชการส่วนภูมิภาค องค์กรเอกชน โดยมีเป้าหมายร่วมให้เกิดระบบที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว มีความยั่งยืน ความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่ชุมชนสนับสนุน กำกับดูแล และรู้สึกเป็นเจ้าของ

การบริหารจัดการรพ.สต. นั้นมีคณะกรรมการบริหารฯ ที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้แทนอปท. ผู้นำชุมชนท้องถิ่น และอื่นๆ ในด้านบริการนั้นรพ.สต. ยังคงเป็นลูกข่ายของโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายอยู่เดิม งบประมาณในการจัดบริการต่างๆของรพ.สต. ก็จะได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด^(๓๖)

รูปแบบรพ.สต. นี้แม้จะมีใช้การกระจายอำนาจ แต่ก็ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการเห็นศักยภาพของอปท. และประชาชนในพื้นที่ว่าสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพที่อดีตเคยอยู่ในมือของบุคลากรฝ่ายวิชาชีพเท่านั้น

๕.๗ การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านสุขภาพ

๕.๗.๑ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (อปท./เทศบาล)

ตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๑๓(๓) มาตรา ๑๘(๘) มาตรา ๔๓ และมาตรา ๔๘(๔) ได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชนองค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไร ดำเนินงาน และบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ โดย

ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

และเมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๕๐ ณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้จัดให้มีพิธีลงนามบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สมาคมองค์กรบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันติบาลเทศบาลแห่งประเทศไทยและสมาคมองค์กรบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ซึ่งทั้งเจ็ดฝ่ายจะร่วมมือกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ การดำรงชีวิต ตลอดจนส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในเขตพื้นที่ มีสวัสดิการชุมชนรองรับและสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในพื้นที่^(๓๑)

กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นฯ มีกรรมการประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆจากอปท. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชน มาร่วมกัน กองทุนนี้ได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการต่างๆตามที่หน่วยงานราชการและประชาคมเสนอ และยังทำให้สถานีนามัย ประชาคม อปท.ทำงานร่วมกันมากขึ้น มีกิจกรรมเชิงรุกด้านสร้างเสริมสุขภาพใหม่ๆเกิดขึ้นโดยงบประมาณได้มาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการสมทบจากอปท.ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

อปท.หลายแห่งต้องการขยายการทำงานต่อไปอีก เช่น สวัสดิการเมื่อประชาชนเจ็บป่วย งานป้องกันอุบัติภัย การปรับปรุงบริการของสถานีนามัยให้มีแพทย์เป็นต้น ผู้บริหารอปท.หลายคนแสดงความเห็นว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพฯเป็นความริเริ่มที่ดี ควรให้การสนับสนุน การที่ผู้บริหารอปท.ได้มาทำงานด้านสุขภาพ ช่วยให้เกิด “มุมมองใหม่” เห็นโอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าในอดีตทั้งนี้ฝ่ายท้องถิ่นเองมีความต้องการพัฒนาการทำงานแนวใหม่ โดยเน้น “คุณภาพชีวิต” และ “สุขภาวะ” ของประชาชน

น่าสนใจว่าผลการศึกษาพบว่าประชาชนในพื้นที่ที่มีความเชื่อถือนกองทุนฯ เห็นว่ากรรมการกองทุนฯส่วนใหญ่มีความตั้งใจและเสียสละในการทำงานเพื่อส่วนรวม เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมหรือแสดงความคิดเห็น^(๓๒) และจากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าอปท.สนใจเข้าร่วมการจัดตั้ง

กองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยปีงบประมาณ๒๕๕๔ จะมีอปท.เข้าร่วมกว่าร้อยละ ๕๐ รายละเอียดดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ ร้อยละอปท.ที่ร่วมจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ปีพ.ศ. ๒๕๕๔

เขต	สาขาเขตพื้นที่	จำนวน อบต./เทศบาล	อปท.ที่จัดตั้งกองทุนฯ	
			จำนวน	ร้อยละ
๑	เชียงใหม่	๘๑๕	๘๐๒	๙๘.๔%
๒	พิษณุโลก	๔๖๖	๔๕๔	๙๗.๔๒%
๓	นครสวรรค์	๔๕๔	๔๕๓	๙๙.๗๘%
๔	สระบุรี	๖๔๕	๖๓๔	๙๘.๑๔%
๕	ราชบุรี	๖๕๐	๔๑๔	๖๓.๖๙%
๖	ระยอง	๕๘๐	๕๐๕	๘๗.๒๖%
๗	ขอนแก่น	๓๑๘	๓๑๗	๙๙.๖๘%
๘	อุดรธานี	๓๑๖	๓๑๐	๙๘.๑๐%
๙	นครราชสีมา	๘๕๕	๘๓๓	๙๗.๔๓%
๑๐	อุบลราชธานี	๖๕๘	๔๘๓	๗๓.๓๙%
๑๑	สุราษฎร์ธานี	๕๕๕	๕๑๓	๙๒.๔๕%
๑๒	สงขลา	๖๑๗	๕๕๓	๘๙.๖๓%
	รวม	๗,๓๓๓	๗,๐๘๓	๙๕.๓๘%

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๕.๓.๒ อปท.กับการสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)^(๓๕) พบว่าในปีพ.ศ.๒๕๕๒ มีอปท. ร่วมมือกับสสส.จำนวนมาก โดยให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนของตนเอง เช่น อปท. ร่วมโครงการส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ จำนวน ๑๐๐ แห่ง เทศบาลเมือง ๓๐ ในจังหวัดนำร่อง นำความรู้ต้นแบบของการพัฒนาเครื่องออกกำลังกายภาคสนามที่ถูกหลักวิชาการและมีราคาถูก ติดตั้งในสวนสาธารณะของเขตเทศบาล โดยงบประมาณของเทศบาลเองเช่นสวนสาธารณะของจังหวัดนครสวรรค์, อุดรดิตต์ และระยอง เป็นต้น อบต. จำนวน ๒๐๔ แห่ง ร่วมมือกับสสส.สนับสนุนงานอาสาสมัครดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องมีแกนนำอาสาสมัครในพื้นที่กว่า ๖,๐๐๐ คน มีตำบลสุขภาพะต้นแบบ จำนวน ๓๓๖ ตำบล พัฒนาสุขภาพอย่างบูรณาการ

๕.๗.๓ อปท.กับการจัดบริการสาธารณสุข

๑) โครงสร้างองค์กรสำหรับภารกิจด้านสาธารณสุขของอปท.

ปัจจุบันมีการปรับปรุงโครงสร้างองค์กรเพื่อรองรับภารกิจด้านการสาธารณสุขของอปท. โดยชื่อกองอาจแตกต่างกันไป เช่น กองส่งเสริมคุณภาพชีวิต (เช่น อบจ.อุบลราชธานี, อบจ.พระนครศรีอยุธยา เป็นต้น) หรือ กองสาธารณสุข (เช่น อบจ.หนองบัวลำภู, อบจ.ภูเก็ต เป็นต้น)^(๔๐๔๑,๔๒)

ในส่วนของเทศบาล มีการจัดตั้งกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมรองรับงานด้านการสาธารณสุขมานานแล้ว และมีศูนย์บริการสาธารณสุขของตนเองมีสถานะเป็นสถานบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ และมีหลายแห่งที่สามารถดำเนินการได้เป็นอย่างดี เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขเตาหลวง เทศบาลนครสงขลา 10^(๔๓) มีโครงการนวัตกรรมลานนวดเท้า สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีจำนวนถึง 322 คน เพื่อให้ผู้มารับบริการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ในระหว่างรอรับบริการ ซึ่งการนวดเท้าเป็นการช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วย และยังเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่งด้วย



ตัวอย่างหนึ่งของการจัดบริการของ ศูนย์บริการสาธารณสุข เช่นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลตำบลบางวัว อ.บางปะกง จ.ฉะเชิงเทรา เป็นดังนี้^(๔๔)

๑. บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นในสถานบริการ ให้การพยาบาล การทำหัตถกรรมเบื้องต้น ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยกับสถานพยาบาลในเครือข่ายในรายเจ็บป่วยฉุกเฉิน
๒. ให้ความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเองแก่ผู้มารับบริการด้านสุขภาพ
๓. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพและบริการสาธารณสุขแก่ผู้มาขอคำปรึกษา
๔. บริการด้านการเตรียมความพร้อมก่อนแต่งงาน ฝากครรภ์ วางแผนครอบครัว แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์
๕. ตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

๖. ให้บริการตรวจรักษาต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ
๗. ติดตามเยี่ยมบ้านและให้การพยาบาลที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรายที่มีหัตถการหรือยังควบคุมอาการไม่ได้ และมีใบส่งต่อจากสถานพยาบาลในเครือข่าย

ทุกวันอังคารที่ 2 และ 4 ของเดือน เทศบาลตำบลบางวัวร่วมกับ โรงพยาบาลโสธรวาเข เปิดให้บริการรักษาโรคทั่วไปและทันตกรรม ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลตำบลบางวัว เวลา 13.00 – 16.00 น. สำหรับประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบางวัวโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

นอกจากนี้ยังมีการจัดบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลโดยทั่วไปและบางแห่งสามารถจัดหาแพทย์มาให้บริการตรวจรักษาประชาชนทุกวันเช่นที่เทศบาลนครหาดใหญ่ เทศบาลเมืองบ้านพรุ จังหวัดสงขลา^(๔๕) เป็นต้น

๕.๘ รูปแบบการถ่ายโอนสถานบริการจากกระทรวงสาธารณสุข

๑. ถ่ายโอนสถานอนามัย ให้ อบต. หรือเทศบาล เป็นแห่งๆ ไป ตามความพร้อม
๒. ถ่ายโอนสถานอนามัย. โดยรวมกลุ่มทั้งจังหวัด หรือบางอำเภอ หรือบางกลุ่ม ให้ อบจ. โดยมีคณะกรรมการบริหาร สถานอนามัย. ในระดับจังหวัด มีนายก อบจ. เป็นประธานกรรมการ และมีคณะกรรมการมาจากหลายภาคส่วน เช่น อบต. เทศบาล ผู้แทนสถานบริการ องค์กรเอกชน ภาคประชาชน และผู้ทรงคุณวุฒิ ฯลฯ และมีนักบริหารมืออาชีพด้านสาธารณสุขเป็นผู้บริหารภายใต้นโยบายของคณะกรรมการฯ
๓. สถานอนามัย. และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) รวมเป็นเครือข่ายบริการ ขึ้นต่อคณะกรรมการบริหารในระดับจังหวัด มีนายก อบจ. เป็นประธานกรรมการ และมีคณะกรรมการมาจากหลายภาคส่วน
๔. สถานอนามัย. หลายแห่งรวมกันเป็นกลุ่ม หรือ สถานอนามัย. และ รพช. ร่วมกันเป็นเครือข่ายไปขึ้นต่อคณะกรรมการบริหารที่พัฒนาไปเป็นองค์กรมหาชน (Autonomous) หรือหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ (SDU)
๕. รูปแบบอื่น ๆ ที่สอดคล้องและเป็นไปตามปรัชญาการกระจายอำนาจตาม พรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อบต. พ.ศ.๒๕๔๒

รูปแบบที่ ๑ มีการดำเนินการถ่ายโอนให้อปท.ไปแล้ว ๒๘ แห่ง ทั้งนี้ ในส่วนของอปท.เอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเทศบาลเมืองขึ้นไป มีสถานบริการสาธารณสุขเป็นของตนเองให้บริการประชาชนในเขตรับผิดชอบอยู่แล้ว

สำหรับรูปแบบอื่นเป็นเพียงข้อเสนอ แต่ยังไม่มีการดำเนินการแต่อย่างใด

๕.๕ ผลกระทบกรณีไม่ถ่ายโอนสถานพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนงานบริการสาธารณะที่กรมต่างๆเคยทำไปให้อปท. หลายกิจกรรมแล้ว แต่ที่ยังเป็นปัญหาคือการถ่ายโอนสถานอนามัยให้อปท. ซึ่งเป็นไปอย่างล่าช้า

จากการศึกษาและสอบถามข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องบางส่วนพบว่าอาจเกิดกรณีดังต่อไปนี้ เช่น

๕.๕.๑ อปท. ฟ้องร้องหรือเร่งรัดให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการถ่ายโอนสถานอนามัยโดยมิชักช้า

ดังที่ทราบว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนงานด้านต่างๆให้อปท. มาตั้งแต่ปี ๒๕๔๒ แต่เป็นการถ่ายโอนงาน ไม่ได้ถ่ายโอนคนไปด้วยซึ่งก็ไม่ใช่การลดคนแต่ประการใด เพราะอปท. ใช้งานไปก็ต้องไปจัดหาบุคลากรเพิ่ม และการถ่ายโอนสถานบริการก็ไม่ได้มีการดำเนินการจนกระทั่งปี ๒๕๕๐ แต่ก็ยังเป็นไปอย่างเชื่องช้า ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ได้แสดงเจตจำนงเรื่องการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณะ และดำเนินงานด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิต มากขึ้น ดังตัวอย่าง ในปี ๒๕๔๕ อบต. หัวดง จังหวัดพิจิตร ยื่นฟ้องเลขานุการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานและสำนักงานเขตการศึกษาพิจิตร เขต ๑ ต่อศาลปกครอง กรณีขอรับโอนโรงเรียนวัดน้ำโจน (ประถมศึกษา) โดยขอรับการประเมินความพร้อม ให้ศาลมีคำสั่งเพิกถอนหนังสือของเลขานุการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานที่ให้ชะลอการถ่ายโอน และให้สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาพิจิตร เขต ๑ ประเมินความพร้อม อบต. หัวดง โดยอ้างอิงบทกฎหมาย พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ต่อมาเมื่อ ๖ มิถุนายน ๒๕๕๐ ศาลปกครองสูงสุดได้พิพากษายืนตามศาลชั้นต้น และมีคำสั่งให้ทำการประเมินความพร้อม อบต. หัวดง ภายใน ๑๐ วัน หลังมีคำพิพากษา (คำพิพากษาศาลปกครองสูงสุด คดีหมายเลข ๒๕๒๓/๒๕๔๕)^(๖) กรณีของบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นบริการสาธารณะที่จัดอยู่ในกลุ่มส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตและเป็นหน้าที่โดยตรงของอปท. เช่นเดียวกันกับการจัดบริการการศึกษา ดังนั้นหากอปท. มีความประสงค์จะขอรับการประเมินความพร้อมตามเกณฑ์ความพร้อมที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข และได้มีการดำเนินการให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ ก็อาจเกิดการฟ้องร้องกระทรวงสาธารณสุขต่อศาลปกครองเพื่อมีคำสั่งให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตามกฎหมายต่อไป

๕.๕.๒ อปท. สามารถจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขขึ้นเอง

ปัจจุบันอปท. มีสถานพยาบาลของตนเอง เช่น โรงพยาบาลวชิรพยาบาล (ปัจจุบันเป็นวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร) โรงพยาบาลกลาง ศูนย์บริการสาธารณสุข ของกทม. เทศบาลนครนครศรีธรรมราช และเทศบาลนครเชียงใหม่ก็มีโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน สำหรับเทศบาลส่วนใหญ่ได้มีการจัดตั้งและดำเนินการศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งให้บริการขั้นปฐมภูมิมากระยะหนึ่งแล้ว

ในส่วนของอบต. นั้นยังไม่เคยมีการจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขเป็นของตนเองเลย แต่หลายอบต. ก็มีสวนสนบุนงบประมาณในการดำเนินโครงการต่างๆแก่สถานอนามัยในพื้นที่

๕.๕.๓ อปท.และกระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกันในการบริหารสถานีนามัย

กรณีนี้อาจเป็นไปได้ โดยใช้รูปแบบรพ.สต.ที่มีการดำเนินการอยู่แล้ว แต่ให้อปท.มีอำนาจหรือมีส่วนร่วมในการบริหารสถานีนามัย ซึ่งอาจมีข้อโต้แย้งว่าไม่ได้ปฏิบัติตามแผนการกระจายอำนาจที่กำหนดให้ถ่ายโอนสถานีนามัยไปให้อปท. อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจตามแผนการกระจายอำนาจแล้ว มีตั้งแต่อปท.จัดบริการเองหรือให้หน่วยงานอื่นทำก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทและความพร้อมของอปท. นั้นๆด้วย

การดำเนินการในรูปแบบนี้ อาจเป็นเพียงระยะเปลี่ยนผ่าน หรือระยะยาวก็ได้หากเห็นว่าจะเกิดประสิทธิภาพในการดำเนินการและเกิดผลดีต่อประชาชน

๖. วิเคราะห์รูปแบบ

๖.๑ กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์

ยึดหลักการและวัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจ ที่คาดหวังว่าจะสามารถทำให้เกิด ๑)ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร ๒)ความทั่วถึงและ ๓)เป็นธรรมในการบริการ ๔)การตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่^(๓,๑๒,๑๓,๔๖) ๕)ความประหยัดในขนาด (Economy of scales) ๖)ความเหลื่อมล้ำระหว่างเขตพื้นที่ต่างๆ (เนื่องจากศักยภาพและข้อจำกัดของพื้นที่ต่างๆที่ไม่เท่ากัน) ๖)การแทรกแซงทางการเมือง ๗)ความเชื่อมโยงของระบบบริการแต่ละระดับ ๘)ปัจจัยด้านบุคลากร เช่นการสนับสนุนทางวิชาการ ความก้าวหน้า การโยกย้าย ฯลฯ

วัตถุประสงค์ ข้อเสนอแนะ ข้อโต้แย้ง ที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจที่ใช้เป็นฐานในการวิเคราะห์ ปรากฏในตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ แสดงวัตถุประสงค์ ข้อเสนอแนะ ข้อโต้แย้ง ที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ

วัตถุประสงค์	แนวคิด/หลักการ	ประเด็น/ข้อโต้แย้ง
เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ	● ขั้นตอนสั้นและลำดับขั้นน้อยลง ● ระมัดระวังเรื่องต้นทุนของตนเองมากขึ้นหากมีการแยกผู้ซื้อและผู้จัดบริการออกจากกัน	● อาจต้องมีเงื่อนไขหรือบริบทเฉพาะจึงจะสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ● ต้องมีสิ่งตอบแทนแก่ผู้จัดการ ● ความสัมพันธ์แบบผู้ซื้อ-ผู้ขายอาจเกิดผลด้านลบ

วัตถุประสงค์	แนวคิด/หลักการ	ประเด็น/ข้อโต้แย้ง
เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสม	● ท้องถิ่นสามารถจัดบริการสาธารณะที่ตรงความต้องการของคนในพื้นที่ ● เพิ่มการสนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วย	● เกิดความไม่เท่าเทียมระหว่างท้องถิ่น ● เกิดข้อขัดแย้งระหว่างส่วนกลางและท้องถิ่นและระหว่างท้องถิ่นได้
เพิ่มอำนาจให้รัฐบาลท้องถิ่น	● เพิ่มการมีส่วนร่วมในพื้นที่ ● พัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการ	● แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมใน “พื้นที่” ไม่ชัดเจน ดังนั้นอาจมีการยึดถือเอาความต้องการของอปท.เอง เป็นความต้องการของ “พื้นที่” (ซึ่งไม่น่าจะใช้)
เพิ่มนวัตกรรมบริการสุขภาพ	● ปรับปรุงพัฒนาตามสภาพของพื้นที่ ● ให้ความอิสระแก่ท้องถิ่นมากขึ้น	● เกิดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างพื้นที่
เพิ่มความรับผิดชอบของอปท.	● ผ่านการมีส่วนร่วมของประชาชน ● ส่วนกลางปรับเปลี่ยนและลดบทบาทลง	● แนวคิดเรื่อง “การมีส่วนร่วมของประชาชน” ไม่ชัดเจน ดังนั้นประเด็น “ความรับผิดชอบ” เป็นของใคร รับผิดชอบต่อผู้ใดในเรื่องใด
เพิ่มคุณภาพของบริการ	● บูรณาการการบริการและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ● เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ	
สร้างความเท่าเทียมให้ประชาชนในพื้นที่	● การจัดสรรทรัพยากรตามความจำเป็นของท้องถิ่น ● ส่งเสริมให้องค์กรท้องถิ่นตอบสนองความต้องการของประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้ดีขึ้น	● การกระจายอำนาจอาจทำให้ความเป็นธรรมในบางเรื่องดีขึ้น แต่ก็อาจทำให้บางเรื่องแย่ลง

ดัดแปลงจาก Saltman (๒๐๐๓)

จากตารางที่ ๔ จะเห็นว่าในการเน้นถึงวัตถุประสงค์ด้านใดๆก็จะมีข้อจำกัดและข้อโต้แย้งเสมอ ตัวอย่างเช่นเรื่องการสร้างความเท่าเทียมในพื้นที่นั้น การกระจายอำนาจจะเป็นคำตอบที่ดีแต่อาจเกิดปัญหาความเท่าเทียมระหว่างพื้นที่ได้เป็นต้น

ตารางที่ ๕ เปรียบเทียบข้อดี/ข้อด้อยของการถ่ายโอนสถานบริการรูปแบบต่างๆ

รูปแบบ	ข้อดี	ข้อด้อย
ไม่มีการถ่ายโอนสถานอนามัย อปท.รับผิดชอบเฉพาะด้านส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค	● อปท.มุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลักซึ่งไม่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะ สามารถบริหารจัดการได้ง่าย	● ไม่เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจ ต้องมีการปรับแก้แผนการกระจายอำนาจ ● ขาดการมีส่วนร่วมจากชุมชนและอปท. อาจแก้โดยการกำหนดให้มีคณะกรรมการบริหารสถานบริการที่มีอปท.และชุมชนเข้าร่วม
ถ่ายโอนสถานอนามัย ให้ อบต. หรือเทศบาล เป็นแห่งๆ	● การถ่ายโอนทำได้ง่าย ● อปท.แต่ละแห่งสามารถบูรณาการงานต่างๆได้สะดวกและเป็นรูปธรรม ● อปท.ที่รับสถานบริการไปสามารถรับผิดชอบและดูแลสามารถตั้งงบประมาณดำเนินการได้ตามอำนาจหน้าที่ ● มีความใกล้ชิดชุมชน ● การตอบสนองต่อปัญหาของคนที่พื้นที่ ● ความรวดเร็วในการบริหารจัดการ	● อบต. มีศักยภาพไม่เพียงพอในการบริหารงานด้านรักษาพยาบาลที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะ ● มีปัญหาในระบบการส่งต่อ และการควบคุมป้องกันโรคที่ต้องอาศัยการจัดการระหว่างท้องถิ่นซึ่งเกินขอบเขตของสถานอนามัยหรืออบต. ● การแทรกแซงทางการเมือง ● ขาดการสนับสนุนจากโรงพยาบาลหรือสสอ.สสจ. ● มีข้อจำกัดในการโยกย้าย
ถ่ายโอนสถานอนามัย โดยรวมกลุ่มทั้งจังหวัด หรือบางอำเภอ หรือบางกลุ่มให้ออบจ.โดยมีคณะกรรมการบริหาร สถานีอนามัย ในระดับจังหวัด มีนายก อบจ. เป็นประธานกรรมการ และมีคณะกรรมการมาจากหลายภาคส่วน	● การประสานงานและการช่วยเหลือกันระหว่างหน่วยบริการระดับสถานอนามัยด้วยกันทำได้ง่าย ● การปรับเปลี่ยนโยกย้ายทำได้ง่าย ● การกระจายทรัพยากรไปช่วยที่ขาดแคลนให้เกิดความเป็นธรรมในระดับพื้นที่ได้ ● การแทรกแซงทางการเมืองทำได้ยากขึ้น	● การถ่ายโอนทำได้ยากกว่าการโอนเป็นแห่งๆ ● อาจมีปัญหาในระบบการส่งต่อไปโรงพยาบาล การควบคุมป้องกันโรคที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากโรงพยาบาล(คนละสังกัด) ● การสนับสนุนด้านวิชาการจากสถานบริการระดับสูงอาจมีข้อจำกัดเพราะอยู่ต่างสังกัด
สถานอนามัย และ โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป รวมเป็นเครือข่ายบริการ ขึ้นต่อคณะกรรมการบริหารในระดับจังหวัด มีนายก อบจ. เป็นประธานกรรมการ และมีคณะกรรมการจากหลายภาคส่วน	● การประสานงานและการช่วยเหลือกันระหว่างหน่วยบริการทุกระดับทำได้ง่าย ● การปรับเปลี่ยนโยกย้ายทำได้ง่าย ● การกระจายทรัพยากรไปช่วยที่ขาดแคลนให้เกิดความเป็นธรรมภายในพื้นที่ได้ ● การแทรกแซงทางการเมืองทำได้ยากขึ้น	● การถ่ายโอนเกิดขึ้นได้ยากต้องเตรียมการมาก ● ความพร้อมของอปท.ในการบริหาร โรงพยาบาลซึ่งมีความซับซ้อน
สถานอนามัย หลายแห่งรวมกันเป็นกลุ่มหรือ สถานอนามัย และ โรงพยาบาลชุมชน รวมกันเป็นเครือข่ายไปขึ้นต่อคณะกรรมการบริหารที่พัฒนาไปเป็นองค์กรมหาชน (Autonomous) หรือหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ (SDU)	● การประสานงานและการช่วยเหลือกันระหว่างหน่วยบริการทุกระดับทำได้ง่าย ● การปรับเปลี่ยนโยกย้ายทำได้ง่าย ● การกระจายทรัพยากรช่วยเหลือที่ขาดแคลนได้ ● เกิดความเป็นธรรมในระดับพื้นที่ได้ ● การแทรกแซงทางการเมืองทำได้ยาก ● ไม่ติดระเบียบแบบแผนราชการ เกิดประสิทธิภาพ คล่องตัว	● อาจถูกคัดค้านว่าไม่เป็นไปตามพร.บ.การกระจายอำนาจ (อาจแก้ไขได้หากให้อยู่ในกำกับของอปท.) ● อาจเกิดการแสวงหากำไร ● สังคมไทยยังไม่คุ้นเคยกับการบริหารงานในรูปคณะกรรมการที่ต้องทำหน้าที่บริหารจริงไม่ใช่แค่คณะกรรมการ “ปรึกษา” หรือ “พัฒนา” เท่านั้น

จากตารางที่ ๕ ไม่ว่าจะดำเนินการรูปแบบใดจะมีทั้งข้อดีและข้อจำกัดควบคู่กันเสมอ การกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นอย่างเต็มรูปแบบมีข้อดีด้านความใกล้ชิดปัญหา ความคล่องตัวในพื้นที่รับผิดชอบ แต่อาจต้องแลกเรื่องประสิทธิภาพการดำเนินการบางด้านที่ต้องการการจัดการร่วมกันเช่นการควบคุมป้องกันโรคระบาด ความเป็นธรรมระหว่างพื้นที่ การลงทุนที่ไม่คุ้มค่า หรือปัญหาด้านการบริหารบุคลากร เป็นต้น

๖.๒ ข้อคิดเห็นโดยสรุป

๑. จากประสบการณ์การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของหลายประเทศ จะเห็นว่า

๑.๑. การให้อปท.ขนาดเล็กดำเนินการเรื่องบริการสุขภาพโดยเฉพาะด้านรักษาพยาบาลโดยลำพังมีผลกระทบด้านลบมากทั้งเรื่องความคุ้มค่าในการดำเนินงาน ภาระค่าใช้จ่าย การพัฒนาศักยภาพ การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ

๑.๒. บุคลากรมีแนวโน้มจะไม่ได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการเท่าที่ควร บางประเทศจึงกำหนดในกฎหมายให้บุคลากรต้องได้รับอบรมอย่างน้อยตามเกณฑ์ที่กำหนด

๑.๓. อปท.ส่วนใหญ่ดูแลด้านสุขอนามัยทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

๑.๔. หลายประเทศจัดระบบให้มีการจัดการในพื้นที่ที่ใหญ่ขึ้น เช่น ระดับภาคหรืออนุภาค โดยมีการจัดตั้งองค์กรขึ้นมารับผิดชอบโดยเฉพาะ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของประเทศ

๑.๕. บางประเทศเริ่ม “รวมศูนย์” (recentralization) การจัดการในบางเรื่อง เช่น การเฝ้าระวังและควบคุมโรค การบริหารโรงพยาบาล เป็นต้น

๒. สถานการณ์การกระจายอำนาจในส่วนของประเทศไทยที่ได้ดำเนินการมาแล้วพบว่า

๒.๑. การสนับสนุนจากระดับท้องถิ่นพบว่าส่วนใหญ่ “เหมือนเดิมหรือดีขึ้น”

๒.๒. คุณภาพการบริการประชาชนยังไม่พบว่าแตกต่างจากเดิมเนื่องจากเพิ่งเริ่มโอนไปอปท.

๒.๓. ปัญหาหลักคือ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ชัดเจน

๒.๔. ฝ่ายการเมืองไม่มีการยืนยันหรือมีมาตรการที่เข้มข้นเพียงพอในการกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อน

๒.๕. ข้าราชการประจำไม่ได้แสดงความกระตือรือร้นเชิงรุกเพื่อนำไปสู่การกระจายอำนาจในรูปแบบใดรูปหนึ่ง ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

๓. ศักยภาพของอปท.ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ

๓.๑. แม้ว่าอปท. ที่รับการถ่ายโอนสถานียอนามัย รวมทั้งเทศบาลที่มีการดำเนินการศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่ก่อนแล้ว สามารถดำเนินการได้ และตอบสนองความต้องการของประชาชนได้

ระดับหนึ่ง แต่จะมีข้อจำกัดเรื่องการประสานงานระหว่างพื้นที่ การสนับสนุนวิชาการและการโยกย้ายของบุคลากร และมีปัญหาด้านความคุ้มค่า (economy of scales)

๓.๒. อปท. มีความพร้อมด้านงบประมาณสนับสนุนแต่ขาดองค์ความรู้ด้านการบริหารการแพทย์และสาธารณสุข

๓.๓. อปท. มีศักยภาพในการดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การสุขภาพาลสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดีซึ่งมีข้อมูลเชิงประจักษ์ในหลายๆพื้นที่

๗. ข้อเสนอจากการศึกษา

๗.๑ ระดับแนวคิด

๑. ต้องให้ ความหมาย และนิยามปฏิบัติการ “กระจายอำนาจ” ให้ชัดเจนว่ามีใช่เป็นเพียงการถ่ายโอนภารกิจ การถ่ายโอนสถานบริการ หรือ การกำหนดให้อปท.ต้อง “จัดบริการเอง” เท่านั้น แต่เป็นการ “กระจายความรับผิดชอบ” ไปยังอปท. **ในทางปฏิบัติสามารถแก้ไขเพิ่มเติมที่แผนปฏิบัติการกระจายอำนาจได้เป็นอำนาจของคณะกรรมการกระจายอำนาจ**
๒. ประเด็นที่ต้องแก้ไขหรือเน้นคือ
 - ๒.๑. อปท.มีความรับผิดชอบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อปท.
 - ๒.๒. อปท.มีหน้าที่ทำให้ ประชาชนในพื้นที่ ได้รับ “บริการสาธารณะ” ที่จำเป็น
 - ๒.๓. อปท.อาจจัดบริการเองหรือจัดซื้อจัดหาบริการสาธารณะให้แก่ประชาชน ตามความเหมาะสมแก่บริบทของพื้นที่ เช่นการซ่อมสร้างถนน ซ่อมสร้างสะพาน อปท.หลายแห่งจะใช้วิธี “ซื้อบริการ” หรือ “มอบหมาย” ให้หน่วยงานอื่นทำแทนเป็นต้น ซึ่งอปท.ไม่จำเป็นต้องทำเองเสมอไป เพราะอาจไม่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ โดยตรงและบางภารกิจอาจเป็นไม่คุ้มค่าแก่การลงทุนดำเนินการเอง
๓. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพอาจเกิดขึ้นในระดับที่สูงกว่าจังหวัดเช่นกลุ่มจังหวัด หรืออนุภาค ได้ ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพในพื้นที่ที่แตกต่างกันได้
๔. ราชการส่วนกลาง/ภูมิภาค มีหน้าที่ให้การสนับสนุนอปท.ในการดำเนินกิจการต่างๆ และไม่ควรถับบริการเอง ยกเว้นเป็นระยะเปลี่ยนผ่าน หรือดำเนินการแล้วเกิดประสิทธิภาพโดยรวมต่อประเทศ

๓.๒ ด้านรูปแบบการถ่ายโอน

๓.๒.๑ ทางเลือกที่ ๑. กระจายอำนาจแบบก้าวหน้า (เป็นทางเลือกที่ควรทำมากที่สุด)

ให้นำหนักไปที่การโอนสถานีนามัยทั้งหมดพร้อมกันเป็นพื้นที่ทั้งจังหวัด เป็นอย่างน้อย หรืออาจกว้างกว่านั้น เช่นระดับอนุภาค ไม่เน้นการถ่ายโอนสถานีนามัยเป็นแห่งๆอีกต่อไปเพราะอาจเกิดผลเสียในระยะยาวมากกว่าผลดี ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เช่น เรื่องการประหยัดในขนาด ข้อจำกัดในการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างพื้นที่ ความก้าวหน้าของบุคลากร เป็นต้น) โดย

๑. ร่วมกันจัดตั้งสหการระหว่างอปท. (ซึ่งหลายประเทศดำเนินการในลักษณะดังกล่าว)
๒. จัดตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่บริหารหน่วยงานอิสระหรือในกำกับ ภายใต้กรรมการบริหารระดับจังหวัดที่มีฝ่ายอปท. หรือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธาน และนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขมืออาชีพ (CEO) บริหารจัดการ
๓. มีการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบทั้งด้านกระทรวงสาธารณสุข และอปท.
๔. สร้างระบบให้มั่นใจให้บุคลากรทั้งด้านความก้าวหน้า ธรรมชาติ สร้างกลไกในระดับตำบลที่ให้ท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมในการกำกับประเมินการปฏิบัติงานของสถานบริการในพื้นที่ (อปท./เทศบาล)
๕. อปท. ที่จัดบริการอยู่แล้วก็ให้ดำเนินการต่อไป หรือ ให้ร่วมมือกับอบจ. ในลักษณะสหการบริหารร่วมกันในรูปคณะกรรมการบริหารสองระดับคือ ๑) ตัวแทนระดับจังหวัด และ ๒) คณะกรรมการในระดับสถานบริการ
๖. ติดตามประเมินผลกระทบรูปแบบการดำเนินการที่มีอยู่อย่างจริงจังเพื่อปรับปรุงระบบต่อไปในอนาคต
๗. อปท. แต่ละแห่งร่วมบริหารสถานบริการ (สถานีนามัยหรือรพ.สต.) ในพื้นที่ความรับผิดชอบในรูปคณะกรรมการ
๘. ใช้กองทุนสุขภาพพื้นที่ (อปท./เทศบาล) เป็นกลไกการทำงานร่วมกันในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในชุมชน
๙. สถานีนามัยในพื้นที่ทั้งหมดรวมอยู่ในเครือข่ายหรืออยู่สังกัดเดียวกันในระดับจังหวัดหรือสูงกว่าจังหวัดได้ เพื่อประสิทธิภาพการจัดการทรัพยากรหรือความประหยัดในขนาด (economy of scales) รวมทั้งการเฝ้าระวังและควบคุมโรคซึ่งการระบาดข้ามพื้นที่เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาแตกต่างจากบริการสาธารณะอื่นที่ให้บริการเสร็จสิ้นในตัวเองได้ ซึ่งหลายประเทศบริหารในระดับที่สูงกว่าจังหวัดเป็นกลุ่มจังหวัดหรืออนุภาคซึ่งมีประสิทธิภาพโดยรวมสูงกว่าให้อปท. แต่ละแห่งหรืออปท. ในแต่ละจังหวัดทำเอง

๑๐. โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) อาจจะไม่จำเป็นต้องอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็จำเป็นต้องโอนไปสังกัดอปท. ในจังหวัดโดยตรง เพราะแม้แต่พื้นที่ระดับจังหวัดก็อาจมีอุปสรรคในการจัดบริการเพราะเป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะและขอบเขตการบริการต้องมีการรับส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยบริการข้างเคียงตลอดเวลาทั้งนี้อาจมีทางเลือก เช่น รวมกันเป็นเครือข่ายสังกัดคณะกรรมการระดับจังหวัดหรือระดับอนุภาค (แนวคิดเขตบริการสุขภาพ) ทั้งนี้อาจรวมกับสถานีนอนมัยในพื้นที่เดียวกันก็ได้

ระบบสุขภาพภายใต้ทางเลือกนี้ หากมีการจัดการในระดับจังหวัด คณะกรรมการระดับจังหวัดมีหน้าที่บริหารจัดการในขอบเขตจังหวัด แต่หากมีการจัดเขตบริการสุขภาพที่ระดับสูงกว่าจังหวัดหรือระดับอนุภาค คณะกรรมการจะมีอำนาจหน้าที่ครอบคลุมมากกว่าจังหวัด ตามเขตพื้นที่ที่มีการกำหนดซึ่งปัจจุบันมีโครงสร้างระดับอนุภาคที่สปสข. ดำเนินการบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพอยู่แล้ว หากจะมีองค์กรอีกองค์กรทำหน้าที่จัดบริการในระดับอนุภาคก็อาจเป็นได้ดังแสดงในภาพที่ 1 ซึ่งอาจรวมสององค์กรเป็นองค์กรเดียวที่ทำหน้าที่บริหารทรัพยากรทั้งหมดภายในเขตก็ได้ แต่จะมีจุดอ่อนด้านประสิทธิภาพในการจัดการดังที่คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เสนอไว้ว่า จำเป็นต้องแยกกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกจากกระทรวงหรือส่วนราชการที่เป็นเจ้าของสถานพยาบาล เพื่อตัดความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์ และต้องมีระบบและกลไกการบริหารจัดการในบทบาทผู้จ่ายเงินอันเป็นบุคคลที่ ๓ แทรกเข้าไปในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ (เช่น แพทย์) และผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วย)^(๓๑)

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดระบบบริหารและบริการสุขภาพ ภายใต้การกระจายอำนาจ

๑. รูปแบบรพ.สต. สถานีบริการ(สถานีอนามัย)ยังเป็นของกระทรวงสาธารณสุขแต่มีคณะกรรมการบริหารสถานีอนามัยที่อปท.มีส่วนร่วมหรือเป็นประธาน และต้องให้อำนาจหรือความเป็นอิสระแก่คณะกรรมการในการกำหนดนโยบายการบริหารและบริการในพื้นที่
๒. รูปแบบกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ ที่อปท.เป็นประธานกองทุน บริหารจัดการงบประมาณกองทุนเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ (อปท.ซื้อบริการ)
๓. รูปแบบผสมผสานคือ ในระดับตำบลใช้ทั้งกลไกกรรมการบริหารรพ.สต.และกรรมการกองทุนฯ ซึ่งหากสถานบริการยังคงสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ก็ควรให้กรรมการฯมีอำนาจในการวางนโยบาย การกำกับดูแลหรือบริหารสถานบริการฯได้ และอาจใช้กรรมการชุดเดียวกันทำหน้าที่ทั้งการบริหารรพ.สต. และบริหารกองทุนหลักประกันฯก็ได้

ทางเลือกเพิ่มเติมที่เลือกทำได้คือ รูปแบบองค์การมหาชน: จัดการในลักษณะเครือข่ายทั้งระบบตั้งแต่ระดับสถานีอนามัยจนถึงโรงพยาบาลระดับสูง โดยการจัดตั้งองค์การมหาชนที่กำกับโดยอปท. ขึ้นมาบริหารเครือข่าย

๓.๓ ด้านนโยบาย

๑. กำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการในระยะ๑๐ปีให้ ชัดเจน การกระจายอำนาจทุกรูปแบบมีองค์ความรู้ และมีบทเรียนแห่งความสำเร็จเพียงพอแล้วในสังคมไทย ซึ่งสามารถดำเนินการได้ทันที เพียงแต่ต้องมีนโยบายอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมและแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนจากฝ่ายนโยบายและผู้มีอำนาจ
๒. ต้องจัดกระบวนการให้เกิดความเห็นชอบร่วมกันในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้หลักการกระจายอำนาจโดยมีเป้าหมายสำคัญให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนอย่างแท้จริง
๓. ต้องให้ความสำคัญกับการดำเนินเกี่ยวกับการกระจายอำนาจมากกว่าที่เป็นอยู่
๔. เลือกจังหวัดจำนวนหนึ่งเป็นพื้นที่ปฏิบัติการระดับจังหวัด(ตามทางเลือกที่๑) แล้วร่วมมือกันอย่างจริงจังในการดำเนินการในลักษณะนำร่อง ยึดประโยชน์ประชาชนเป็นศูนย์กลาง แล้วปฏิบัติการร่วมกัน ๑-๒ปีเป็นอย่างน้อย จากนั้นสรุปผลเพื่อปรับสู่ระยะต่อไป

๓.๔ ด้านโครงสร้างในการดำเนินงาน

๑. จัดตั้งสำนักงานเพื่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะอยู่ภายใต้สภท. (การอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านมาไม่สามารถผลักดันให้เกิดการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมเนื่องจากมีข้อจำกัดต่าง ๆ มาก) โดยทำงานสนับสนุนกลไกคณะกรรมการเพื่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข

ระดับประเทศ และให้มีอำนาจจริงในการสั่งการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติตาม ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เนื่องจากหน่วยงานที่รับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเป็นเพียงแค่ระดับกลุ่มงาน ไม่มีอำนาจที่แท้จริง

๒. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจทุกระดับ ทั้งระดับประเทศ/จังหวัด(มีแล้ว แต่ควรทบทวนองค์ประกอบและภารกิจ)

๗.๕ การดำเนินงาน

๑. จัดกระบวนการสื่อสารแบบสองทางหรือหลายช่องทางหรือการเปิดเวทีเสวนา เพื่อสร้างความเข้าใจและการรับรู้ร่วมกันในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้ง อปท. หน่วยบริการบุคลากรสาธารณสุข และ ประชาชน
๒. ทำแผนและกลไกการถ่ายโอนที่ชัดเจนและมีความเป็นไปได้ เพื่อแสดงและรายงานให้เห็นความก้าวหน้าของการกระจายอำนาจที่เป็นลำดับอย่างชัดเจน และมีกลไกการสนับสนุนและการอภิบาลระบบที่ดี รวมทั้งการเตรียมความพร้อม การตรวจสอบ/กำกับ/ติดตามให้เป็นไปตามแผน โดยคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่มีอำนาจจริงในการดำเนินงานและจะต้องไม่ถูกรอบงำจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง
๓. ถ่ายโอนตามความพร้อม แต่ควรกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการถ่ายโอนทั้งระบบให้เหมาะสม ไม่สั้นจนปฏิบัติไม่ได้หรือยาวนานจนเกินไป และต้องให้มีความก้าวหน้าอย่างเด่นชัด ควรมีกลไกการศึกษาวิจัยและการเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง ผู้เกี่ยวข้องแบบพหุภาคี
๔. ประเมินและเตรียมความพร้อมให้ อปท. ก่อนการรับโอนให้จริงจัง โดยการพัฒนาศักยภาพ อปท. ด้านการบริหารงานสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ควรใช้กลไกคณะทำงาน มีการพัฒนาหลักสูตรด้านการจัดการระบบสุขภาพ และมีการพัฒนามาตรฐานและเกณฑ์การประเมินรับรองคุณภาพ ใน อปท. รวมถึงการวิจัยและพัฒนาด้านการบริหารและการจัดการระบบสุขภาพอย่างแท้จริง
๕. เร่งปรับปรุงระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆเพื่อให้เกิดความมั่นใจแก่บุคลากรที่จะถ่ายโอน
๖. กำหนดบทบาทของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขในบริบทการกระจายอำนาจที่ชัดเจน ทั้งสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.) และ สาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) มีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพให้สามารถดำรงบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขในการกำกับ อปท. ให้ดำเนินงานตามนโยบายที่สำคัญของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำหน้าที่กำกับ ตรวจสอบ ประเมินและรับรองมาตรฐาน โดยให้มีอำนาจอย่างแท้จริง ซึ่งต้องสร้างความเข้าใจว่าเป็นบทบาทและอำนาจใหม่ที่สำคัญและจำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดขึ้น ซึ่งเป็นประเด็นที่ กระทรวงสาธารณสุข ต้องสร้างความเข้าใจกับ สสจ/สสอ. ให้ชัดเจน

๗. จัดการให้มีพื้นที่ปฏิบัติการ (Operational Area) ในขอบเขตระดับจังหวัดเป็นอย่างน้อย เพื่อทดลองรูปแบบและแนวทางที่หลากหลายที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นไปตามข้อเสนอในเวทีผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้กระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นไปบนฐานการทำงานด้านวิชาการและมีข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์ โดยการศึกษารูปแบบที่หลากหลายอย่างรอบคอบและครบถ้วนตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยอาจจัดในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจที่ร่วมมือกันทำงานตามรูปแบบต่างๆเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน

๘. เอกสารอ้างอิง

^๑ มุลินธิส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. รวมกฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: มุลินธิส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น; ๒๕๔๕

^๒ นันทวัฒน์ บรมานันท์. การปกครองส่วนท้องถิ่น ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ. ๒๕๔๐. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสำนักพิมพ์วิญญูชนจำกัด; ๒๕๔๕

^๓ ชูชัย สุภวงศ์. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. พินิจ ฟ้าอำนวยผล. ปรีดา เต๋ออารักษ์. นิภาพรรณ สุขศิริ. ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า (๒๕๔๔-๒๕๕๓). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ; ๒๕๔๔

^๔ Brinkerhoff D, Leighton C. Decentralization and Health System Reform. Insights for Implementers. 2002 Sep. 01;1:12.

^๕ Saltman Rb, Bankauskaite V, Vrangbaek K. Introduction: the question of decentralization. Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes. Berkshire: Open University Press; 2007. p. 1-8.

^๖ ปรีดา เต๋ออารักษ์, นิภาพรรณ สุขศิริ, รำไพ แก้ววิเชียร, ภิรมา เต๋ออารักษ์. ทบทวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระหว่างปี ๒๕๔๒-๒๕๕๐. สถาบันวิจัยสาธารณสุข. นนทบุรี, ๒๕๕๑

^๗ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. ๒๕๔๒

^๘ ปรีดา เต๋ออารักษ์, นิภาพรรณ สุขศิริ, รำไพ แก้ววิเชียร, ภิรมา เต๋ออารักษ์. ทบทวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๕๐. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๑; ๒: ๑๗๕-๑๘๔

^๙ การดำเนินงานกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๒-๒๕๕๓. [ออนไลน์] ๒๕๕๓ [อ้างเมื่อ ๕ มิย. ๒๕๕๓] จาก

<http://www.moph.go.th/ngo/oddh/content/5%20concept.html>

^{๑๐} พิระ ดันติเศรณี. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ข้อเสนอสำหรับประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๔.

^{๑๑} Hawkins L, จรวยพร ศรีศศลักษณ์, สุทนต์ โอสรประสพ. การศึกษาแบบเร่งด่วนในการถ่ายโอนสถานีนามัย และโรงพยาบาลนอกระบบ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

๒๕๕๒ (๒) ๒๑๔- ๒๘

^{๑๒} บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. การกระจายอำนาจกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. ปาฐกถา พิธี คำทอน การประชุมวิชาการ โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ ๒๐ กันยายน ๒๕๕๓. โรงแรมรามาร์คเดนท์ กรุงเทพฯ; ๒๕๕๓. หน้า ๑๘-๒๑.

^{๑๓} จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๓.

^{๑๔} จิรบุรณ โดสงวน, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษดิ์, หทัยชนก สุมาลี. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๓;๔(๑):๘๕-๑๐๐.

^{๑๕} ปรีดา เต๋ออารักษ์, ราไฟ แก้ววิเชียร, บรรณานิการ. ไปดูการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ออสเตรเลีย. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๖.

^{๑๖} Mosca I. Is decentralisation the real solution?: A three country study. Health Policy. 2006;77(1):113-20.

^{๑๗} Wikipedia. (4 July 2010). "Regions of Italy." Retrieved 8 August, 2010, from http://en.wikipedia.org/wiki/Regions_of_Italy#List_of_regions.

^{๑๘} Saltman Rb, Vrangbaek K. Drawing lesson for policy-making. Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes. Berkshire: Open University Press; 2007. p. 77-84.

^{๑๙} Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health Systems in Transition: Sweden. Bankauskaite V, editor.: WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2005.

^{๒๐} Johnsen JR. Health Systems in Transition: Norways. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2006.

^{๒๑} Mosca I. Is decentralisation the real solution?: A three country study. Health Policy. 2006;77(1):113-20.

^{๒๒} Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K. Denmark: Health system review. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2007.

^{๒๓} Vuorenkoski L, Mladovsky P, Mossialos E. Finland: Health system review. Health Systems in Transition. 2008;10(4):1-168.

^{๒๔} Montero-Granados R, de Dios Jimnez J, Martı́n J. Decentralisation and convergence in health among the provinces of Spain (1980-2001). Social Science & Medicine. 2007;64(6):1253-64.

^{๒๕} Simizutani S, Inakura N. Japan's Public Long-term Care Insurance and the Financial Condition of Insurers: Evidence from Municipality-Level Data. Government Auditing Review. 2007;14:27-40.

^{๒๖} สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. ระบบสุขภาพในท้องถิ่น : อนาคตระบบสุขภาพไทย. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๔๕.

^{๒๗} Lakshminarayanan R. Decentralisation and its Implications for Reproductive Health: The Philippines Experience. Reproductive Health Matters. 2003;11(21):96-107.

^{๒๘} คณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการกระจายอำนาจ. คู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๐.

^{๒๙} สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สรุปผลโครงการติดตามการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนมัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. เอกสารอัดสำเนา.

^{๓๐} สำเร็จ แห้งกระโทก. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดโดยสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. ๑๕ มกราคม ๒๕๕๓. ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร

^{๓๑} คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๔.

^{๓๒} สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง จัดตั้งสำนักงานสาขา ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม ๑๒๑ ตอนพิเศษ ๕๖ ง ๒๕๔๗.

^{๓๓} สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง จัดตั้งสำนักงานสาขา ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ๒๕๔๘. จาก <http://law.nhso.go.th/new/cgi-bin/DataCenterLaw/DataLaw/4/4.1/4.1.4/การจัดตั้งสำนักงานสาขาภูมิภาค%20จ.ขอนแก่น.pdf>

^{๓๔} สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง จัดตั้งสำนักงานสาขา ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ๒๕๕๕. จาก <http://law.nhso.go.th/new/cgi-bin/DataCenterLaw/DataLaw/4/4.1/4.1.4/ประกาศจัดตั้งสำนักงานสาขา.pdf>

^{๓๕} สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๓. ๒๕๕๒.

^{๓๖} ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุนห์รัมย์, ลัดดา คำการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, เกษม เวชสุทรานนท์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กันยายน 2552. ที่ คิว พี จำกัด. ๒๕๕๒.

^{๓๗} ...ระบบบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [ออนไลน์] ๒๕๕๓ อ้างเมื่อ ๖ มิถุนายน ๒๕๕๓. จาก: <http://tobt.nhso.go.th/admin/gabout.php>

^{๓๘} ดิเรก ปัทมศิริวัฒน์ บรรณาธิการ. การวิจัยนโยบายสาธารณะ: ประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: พี เอ. ลิฟวิ่ง; ๒๕๕๐

^{๓๙} กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.). รายงานประจำปี ๒๕๕๒.

^{๔๐} องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี. [ออนไลน์] อ้างเมื่อ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๓. จาก <http://www.ubon.go.th/indexgl0.php>

^{๔๑} โครงสร้างองค์กร องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู. [ออนไลน์] อ้างเมื่อ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๓. จาก <http://www.nppao.com/images/stories/Structure/08.pdf>

^{๔๒} คำแถลงนโยบาย องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต. [ออนไลน์] อ้างเมื่อ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๓. จาก <http://www.phuketcity.org/policy.php>

^{๔๓} โครงการตัวอย่างที่ดีของภาคใต้. ศูนย์ประสานงานเครือข่ายการเรียนรู้ด้านการจัดการเมืองและสิ่งแวดล้อมภาคใต้ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย. [ออนไลน์] อ้างเมื่อ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๓. จาก http://www.sumc.in.th/sumcsouth/project/index.php?mode=detail&id=1035&part_id=2

^{๔๔} ศูนย์บริการสาธารณสุข. สำนักงานเทศบาลตำบลบางวัว. [ออนไลน์] อ้างเมื่อ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๓. จาก <http://www.bangwua.go.th/location-11.html>

^{๔๕} การให้บริการตรวจรักษาพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านพรุ. [ออนไลน์] อ้างเมื่อ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๓. จาก http://www.banprucity.go.th/newbanpru/index.php?option=com_content&view=article&id=158:2010-05-20-04-35-37&catid=34:2009-03-08-06-04-56&Itemid=18

^{၁၆} Pokharel B. Decentralization of Health Services. New Delhi: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2001. p. 1-15.