



ก้าวที่ผ่านไป.....

บนเส้นทางกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

บททวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระหว่างปี

2 5 4 2 - 2 5 5 0

2542

2543

2544

2545

2546

2547

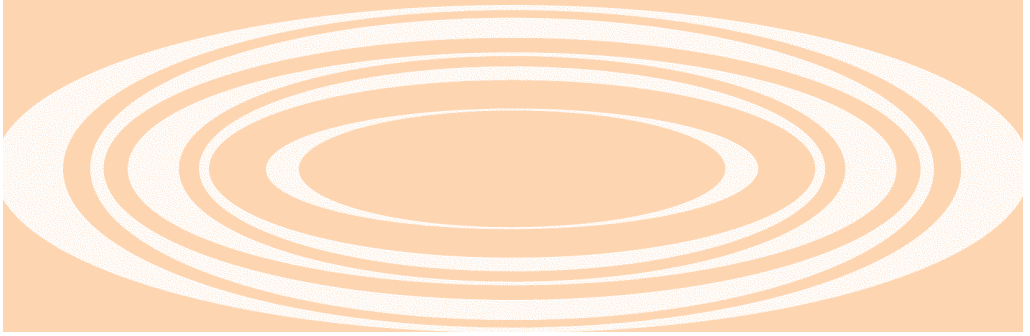
2548

2549

2550

ก้าวที่ผ่านไป.....

บนเส้นทางกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพ



: ทบทวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ระหว่างปี 2542-2550

ก้าวที่ผ่านไป.....บนเส้นทางกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ISBN 978-974-299-122-7

พิมพ์ครั้งที่ 1	: ธันวาคม 2551
ที่ปรึกษา	: นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข ผศ.ดร.จรวัยพร ศรีศัลักษณ์
บรรณาธิการ	: นิภาพรรณ สุขศิริ
ผู้เขียน	: นพ.ปรีดา แต่อารักษ์ นิภาพรรณ สุขศิริ จำเริญ แก้ววิเชียร
ออกแบบปกและรูปเล่ม	: อาภาพรณ สายยศ
ประสานงาน	: สุภาวดี นุชรินทร์
จำนวนพิมพ์	: 1,000 เล่ม
พิมพ์ที่	: บริษัท สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
จัดพิมพ์โดย	: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โทร. 02-951-1286-93 โทรสาร 02-951-1295
ราคา	: 200 บาท

คำนำ

ในยุคที่กระแส “การปฏิรูประบบสุขภาพ” ยังมาแรง หลายคนมองว่า “การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” จะเป็นนโยบายหนึ่งที่จะส่งผลต่อการปฏิรูประบบสุขภาพมากที่สุด และด้วยปัจจัยสนับสนุนจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 หลายคนก็คาดเดาว่าการเปลี่ยนแปลงภายใต้นโยบาย “การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพก่อนหน้าวัตรกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพอื่นใด

จนถึงปัจจุบันเราได้เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมากของระบบบริการสุขภาพ ผ่านการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 การจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปี พ.ศ.2544 ได้ดึงการมีส่วนร่วมของภาคีภาคส่วนต่างๆ เข้ามาทำงานส่งเสริมสุขภาพกันอย่างขยันขันแข็งอย่างที่ไม่เคยมีมาก่อน ขณะเดียวกันก็มีการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ขึ้นในปี 2550 หลังจากทำงานขับเคลื่อนนโยบายร่วมกับหน่วยงานและภาคประชาสังคมต่างๆ อย่างต่อเนื่องมานาน ก่อให้เกิดกลไกและกระบวนการนโยบายใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมมากขึ้น แต่หากหันหลังขวามองนโยบายกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมเท่าที่เห็นคือการถ่ายโอนสถานีนอนมัยจำนวน

20 กว่าแห่งจากทั้งหมดเกือบ 1 หมื่นแห่งให้กับองค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาลเมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ไม่ได้คิดว่าความหมายของ “การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” จำกัดอยู่เพียงแค่การถ่ายโอนสถานพยาบาลของรัฐให้ไปอยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่านั้น แต่การเดินทางอย่างต่อเนื่องยาวนานของนโยบาย “การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” โดยรวมที่กล่าวได้ว่ามีความคืบหน้าไม่มากนัก นับเป็นประวัติศาสตร์หน้าหนึ่งของการพัฒนาระบบสุขภาพไทย ที่ควรได้มีการทบทวน สรุปบทเรียน และบันทึกไว้ให้ผู้คนได้ใช้เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำไปสู่การผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป

สวรส. จึงได้มอบหมายให้นักวิชาการจำนวนหนึ่งที่ได้เกี่ยวข้องกับ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพและการถ่ายโอนสถานพยาบาลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาตั้งแต่ต้น ได้ทบทวน วิเคราะห์ และสรุปบทเรียนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพขึ้น โดยครอบคลุมตั้งแต่แนวคิด พัฒนาการของนโยบายและการดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ ตลอดจนทัศนคติของผู้นที่เกี่ยวข้อง และในท้ายที่สุด ข้อเสนอสำหรับการดำเนินการระยะต่อไป

เอกสารฉบับนี้กล่าวได้ว่า เป็นเอกสารที่รวบรวมรายละเอียดทั้งหลาย ทั้งปวงเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไว้มากที่สุดฉบับหนึ่ง สามารถทำให้ผู้อ่านเห็นภาพและได้เรียนรู้อย่างรอบด้านจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หวังว่าเอกสารฉบับนี้จะช่วยสนับสนุนให้การเคลื่อนไหวเพื่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพระยะต่อไป มีความคืบหน้าและนำไปสู่การมีระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นและชุมชนมากขึ้น

นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1	ความสัมพันธ์ของ “อำนาจ” กับการปกครอง	7
บทที่ 2	อปท. : ความคาดหวังเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	15
บทที่ 3	บริการสาธารณะกับบริการสาธารณสุข	29
บทที่ 4	เหลียวมองการกระจายอำนาจด้านการศึกษา	45
บทที่ 5	คิดใหม่ทำใหม่ : จุดเปลี่ยนโครงสร้างด้านสุขภาพ	59
บทที่ 6	พัฒนาการด้านสุขภาพของ อปท.	69
บทที่ 7	ก้าวแรกของการถ่ายโอนสถานีนอนมัย	95
บทที่ 8	ทักษะของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	109
บทที่ 9	ทิศทางการกระจายอำนาจภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับปี 2550	137
บทที่ 10	ก้าวต่อไป	139

ความสัมพันธ์ของ “อำนาจ” กับการปกครอง

อำนาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับการปกครองกันมาจากอดีต ปัจจุบัน และอนาคต จะเห็นได้จากการกำหนดความสัมพันธ์ทางอำนาจใน รัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดในการปกครองประเทศ ภายใต้การปกครอง ในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นพระประมุข

ภายหลังจากการเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบ สมบูรณาญาสิทธิราชย์มาเป็นระบอบประชาธิปไตย ในปี พ.ศ.2475 เป็นต้น มา รัฐธรรมนูญถือเป็นกฎหมายของประชาชน โดยประชาชน และเพื่อ ประชาชน ได้กำหนดกรอบความสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่างอำนาจรัฐซึ่ง ปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน โดยแบ่งการ บริหารราชการแผ่นดินออกเป็นสามส่วนคือ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และ ส่วนท้องถิ่นสำหรับความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจรัฐกับประชาชนถูกกำหนดโดย พระราชบัญญัติปกครองท้องถิ่น จึงทำให้มีกำนัน ผู้ใหญ่บ้านซึ่งเป็นเครื่องมือ ของรัฐมากกว่าตัวแทนของประชาชน



การปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทยมีขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ.2476 (แม้ว่าได้เคยมีการทดลองกระจายอำนาจ โดยจัดตั้งสุขาภิบาลท่าฉลอม ในปี พ.ศ.2448) โดยการตรา**พระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พุทธศักราช 2476** ขึ้น (แก้ไขเรื่อยมาจนถึง พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ.2496) กำหนดให้จัดตั้งเทศบาลขึ้นเป็นหน่วยปกครองตนเองของประชาชน โดยกำหนดเทศบาลออกเป็น 3 ประเภท คือ เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง และเทศบาลนคร ต่อมาในปี พ.ศ.2495 รัฐบาลได้นำเอารูปแบบการปกครองท้องถิ่นแบบสุขาภิบาลที่ตั้งขึ้นในสมัยรัชกาลที่ 5 ออกมาประกาศใช้อีกครั้งตาม**พระราชบัญญัติสุขาภิบาล พ.ศ.2495** เพื่อให้สามารถจัดตั้งการปกครองท้องถิ่นได้ง่าย และกว้างขวางขึ้นอีก แม้จะมีลักษณะเป็นการปกครองท้องถิ่นไม่เต็มรูปแบบเท่ากับเทศบาลก็ตาม

ในปี พ.ศ.2498 ได้มีการตรา**พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการส่วนจังหวัด พ.ศ.2498** จัดตั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) ขึ้นเป็นนิติบุคคลและเป็นราชการบริหารส่วนภูมิภาค แต่มีผู้ว่าราชการจังหวัดทำหน้าที่ฝ่ายบริหาร และสภาจังหวัดเป็นฝ่ายนิติบัญญัติซึ่งเป็นสภาเลือกตั้งจากประชาชน ในปีเดียวกันนี้ จอมพล ป.พิบูลสงคราม ซึ่งดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ได้เดินทางไปต่างประเทศและได้เห็นราษฎรในท้องถิ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาและในยุโรปมีส่วนร่วมในการดูแลท้องถิ่น จึงเกิดความคิดในการจัดตั้งสภาตำบลขึ้นในประเทศไทย ตามคำสั่งกระทรวงมหาดไทยที่ 222/2499 ลงวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ.2499 เกี่ยวกับการจัดตั้งสภาตำบลทั่วประเทศ จำนวนกว่า 4,800 แห่ง



ในขณะเดียวกันรัฐบาลได้ตรา**พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการส่วนตำบล พ.ศ.2499** ขึ้นด้วย เพื่อจัดตั้งตำบลที่เป็นชุมชนขนาดใหญ่ขึ้นเป็น “องค์การบริหารส่วนตำบล” เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นนิติบุคคลอีก รูปแบบหนึ่ง นับว่าเป็นการจัดตั้งองค์กรระดับตำบลเพื่อให้ประชาชนได้เรียนรู้ และฝึกปฏิบัติประชาธิปไตยทั่วประเทศขึ้นเป็นครั้งแรก แต่ต่อมาองค์การบริหารส่วนตำบลที่เป็นนิติบุคคลนี้ถูกยกเลิกหมดเพราะความไม่พร้อมต่างๆ ทั้งด้านรายได้และบุคลากร จึงคงเหลือแต่สภาตำบลเท่านั้น

ต่อมาในปี พ.ศ.2537 มีการจัดตั้งสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นนิติบุคคลทั่วประเทศ ตาม**พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537** ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2537 มีผลให้ยกเลิกสภาตำบลที่มีอยู่เดิมทั้งหมด และเกิดมีสภาตำบลขึ้นใหม่ที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม พ.ศ.2538 เป็นต้นมา และมีสภาตำบล (ที่มีรายได้ถึงเกณฑ์กำหนดเฉลี่ย 3 ปี ย้อนหลัง ไม่ต่ำกว่าปีละ 150,000 บาท) จัดตั้งขึ้นเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเป็นราชการส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ.2538 เป็นต้นมา นอกจากนี้ยังมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษคือ **กรุงเทพมหานคร** ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2518 และ **เมืองพัทยา** ตามพระราชบัญญัติบริหารราชการเมืองพัทยา พ.ศ.2521



ปัจจุบันมี อบจ.ในทุกจังหวัดๆ ละ 1 แห่ง รวม 75 แห่ง ตามพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.2540 มีฐานะนิติบุคคลและมีพื้นที่รับผิดชอบทั่วจังหวัดทับซ้อนกับพื้นที่ของหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นอื่น (เทศบาล สุขาภิบาล และองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนั้น) ทำหน้าที่ในการประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐบาล และตัวแทนหน่วยงานของรัฐ โครงสร้างของการปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย จึงเป็นระบบการปกครองส่วนท้องถิ่น 2 ระดับ คือ

1. **ระดับจังหวัด** ซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับบน (Upper Level) คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

2. **ระดับชุมชนเมืองและชนบท** ซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับล่าง (Lower Level) ได้แก่ เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

นอกจากนี้ ยังมีการปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ คือ กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา

ในอดีตก่อนการปฏิรูปทางการเมืองพัฒนาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดความชัดเจนและต่อเนื่อง มีรูปแบบอันหลากหลายก่อความสับสนต่อสาธารณชน เนื่องจากมีพื้นฐานการปกครองจากบนสู่ล่างที่ยึดการรวมอำนาจเข้าสู่ส่วนกลางอย่างเป็นระบบตลอดมา มิได้เกิดจากการรวมกลุ่มของประชาชนอย่างในประเทศตะวันตก เป็นการดำเนินการโดยรัฐบาลกลาง อำนาจอธิปไตยจึงยังรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค สำหรับส่วนท้องถิ่นได้รับการพัฒนาน้อยมาก จากรูปแบบที่เกิดขึ้นส่งผลดีในด้าน



ความเป็นเอกภาพและความสะดวกในการจัดการ แต่ก็ทำให้เกิดข้อจำกัดในการบริหารจัดการด้านอื่น เช่น การบริหารแบบรวมศูนย์ทั้งประเทศทำให้ต้องดูแลปัญหาของประเทศในภาพรวม ปัญหาของท้องถิ่นจึงมีความสำคัญน้อยกว่า ตลอดระยะเวลากว่า 70 ปีที่ผ่านมา การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับการจัดระเบียบบริหารราชการแผ่นดินเน้นอยู่ที่การปรับปรุงอำนาจของทางราชการให้กระชับขึ้นเท่านั้น หรือไม่ก็เป็นการแบ่งอำนาจในระหว่างหน่วยงานราชการด้วยกันเอง โดยกระทรวงมหาดไทยเป็นกลไกหลักและกลไกนำในการบริหารราชการทั่วประเทศ โดยเฉพาะในระดับจังหวัด เมื่อกิจกรรมของรัฐในการดำเนินการพัฒนาประเทศได้มีกระจายบทบาทมากขึ้น กระทรวงต่าง ๆ ก็เริ่มขยายงานของตนจากส่วนกลางไปยังส่วนภูมิภาค ทำให้กระทรวงมหาดไทยมิใช่กลไกของรัฐเพียงหน่วยงานเดียวที่สัมพันธ์กับประชาชนในจังหวัด อำเภอ และตำบล ดังเช่นที่ผ่านมา ในแผนพัฒนาชนบทปี พ.ศ.2524 ได้กำหนดให้มี 4 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาได้ขยายเป็น 6 กระทรวงหลัก โดยเพิ่มกระทรวงพาณิชย์ และกระทรวงอุตสาหกรรม สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างกลไกของรัฐกับประชาชนว่ามีการกระจายวงกว้างขึ้น

อย่างไรก็ตาม การถ่ายโอนอำนาจแทนที่จะกระจายไปยังจังหวัด แต่กลับกระจายไปยังกรม และหน่วยงานส่วนกลางก็ขยายตัวไปตั้งหน่วยย่อยในส่วนภูมิภาค ทำให้มีการขยายตัวของกรมออกไปอย่างมาก งบประมาณของรัฐจึงเอื้ออำนวยต่อการขยายตัวของราชการส่วนกลาง อันได้แก่ กระทรวง ทบวง กรม และกองต่าง ๆ มากกว่าการขยายตัวทางเศรษฐกิจสังคมของจังหวัด



ผลที่ตามมาของการรวมศูนย์งบประมาณอยู่ที่ส่วนกลาง ก็คือ สถานภาพที่อ่อนแอของจังหวัดหรือเมือง ปัญหาในท้องถิ่นไม่ได้รับการตอบสนองอย่างทันทั่วถึงและแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ปัญหาการแย่งชิงทรัพยากรในท้องถิ่น ปัญหามลภาวะจากขยะ ปัญหาอาชญากรรม ฯลฯ ในขณะเดียวกันส่วนกลางไม่สามารถแก้ปัญหาสำคัญๆ ที่เป็นปัญหาของชาติได้ เช่น ปัญหาทรัพยากรธรรมชาติถูกทำลาย ปัญหาความเท่าเทียมกันในสังคม ปัญหาการกระจายรายได้ เป็นต้น สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นล้วนสะท้อนถึงการเติบโตจนเกินการ (Over-development) ของกรม และการด้อยพัฒนาเกินไปของเมือง (under-development of towns) ซึ่งเมืองในที่นี้หมายถึงจังหวัดต่างๆ ที่อยู่ห่างไกลจากมหานคร

กระทั่งปี 2540 สังคมไทยได้ขับเคลื่อนรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน เพื่อเป็นเครื่องมือในการปฏิรูปการเมืองและรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้ให้ความสำคัญกับ การกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ท้องถิ่น โดยได้กำหนดไว้ในหมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 78 กำหนดให้รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเอง และตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น และระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ตลอดจนทั้งโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น



สิ่งที่เป็นข้อสังเกตคือ “การกระจายอำนาจ” เริ่มจากแนวคิดทางวิชาการและเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการแก้ไขปัญหาของประเทศมาหลายยุคสมัย ตลอดจนได้รับการกำหนดเป็นนโยบายของรัฐบาลต่างๆ มาโดยตลอด แต่ความเข้าใจแท้จริงเกี่ยวกับเรื่องการกระจายอำนาจและความจริงจังที่จะดำเนินการตามนโยบายกระจายอำนาจกลับมีไม่มากนัก โดยที่การกระจายอำนาจอาจจำแนกเป็น 2 ด้าน คือ การกระจายอำนาจทางบริหาร และการกระจายอำนาจทางการเมือง

- **การกระจายอำนาจทางบริหาร** หมายถึง การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบและอำนาจดำเนินการให้แก่หน่วยงานระดับรองๆ ลงไป โดยมีเป้าหมายสำคัญที่จะให้หน่วยงานแต่ละระดับมีขีดความสามารถในการตัดสินใจ และสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด
- **สำหรับการกระจายอำนาจทางการเมือง** หมายถึง การเคลื่อนย้ายอำนาจการตัดสินใจและการดำเนินการไปให้ท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการแทนเป้าหมายของการกระจายอำนาจทางการเมือง จึงไม่ได้จำกัดอยู่ที่การเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ (Efficiency) แต่เพียงอย่างเดียว แต่เน้นให้กระบวนการตัดสินใจและการดำเนินงานสามารถตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นมากขึ้น (Responsiveness) เป็นการส่งเสริมการปกครองตนเองของท้องถิ่น (Self government) ซึ่งจะทำให้ท้องถิ่นมีความเข้มแข็งมากขึ้น (Community empowerment)



การกระจายอำนาจจึงเป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาใช้ “เป้าหมาย” ในตัวเอง ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของการพัฒนาและบริบทของสังคมที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น เมื่อเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาโดยรวม คือ คุณภาพชีวิตของประชาชน การสร้างความเข้มแข็งของปัจเจกและชุมชนโดยให้ประชาชนและชุมชนมีอำนาจตัดสินใจในประเด็นที่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่สามารถพึ่งตนเองและปกครองตนเองของชุมชนได้ นั่นคือสาระที่สำคัญที่สุดของการกระจายอำนาจ

อปท. : ความคาดหวัง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

“รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเอง และตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น และระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ตลอดจนทั้งโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึง และเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น” บทบัญญัติที่ระบุในมาตรา 78 หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานของรัฐ ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 รวมทั้ง ในหมวด 9 การปกครองส่วนท้องถิ่นได้บัญญัติไว้มาตรา 282 ถึงมาตรา 290 โดยสรุปสาระได้ว่า รัฐจะต้องให้ความสำคัญแก่ท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหลายย่อมมีอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหารงานบุคคล การเงิน และการคลัง มีอำนาจหน้าที่ของตนเองโดยเฉพาะ โดยรัฐบาลเป็นผู้กำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่าที่จำเป็นภายในกรอบของกฎหมายและเพื่อกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ถือเป็นกลไกสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ



ชีวิตของประชาชนในท้องถิ่นให้ดีขึ้นและได้มีการออกกฎหมายกำหนดแนวทาง
ขั้นตอน วิธีการเพื่อให้ อบท.ได้พัฒนางานและปรับปรุงเพิ่มประสิทธิภาพใน
การจัดบริการสาธารณะ

2.1 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้ แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542

เพื่ออนุวัติตามมาตรา 284 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
พุทธศักราช 2540 จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอน
การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ขึ้น มีสาระ
สำคัญในการกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะ
ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นด้วยกันเอง การจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรระหว่างรัฐกับองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นโดยคำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐกับองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองเป็นสำคัญ และ
กำหนดให้มีการมอบอำนาจหรือถ่ายโอนภารกิจบริการสาธารณะให้แก่
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใน 4 ปี (พ.ศ.2544-2547) หากองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นใดที่ยังไม่พร้อมรับการถ่ายโอนภารกิจภายใน 4 ปี ให้
ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 10 ปี (พ.ศ.2544-2553) โดยองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นต้องเตรียมความพร้อม และราชการส่วนกลางให้การสนับสนุน
แนะนำ ด้านการบริหาร และเทคนิควิชาการ



นอกจากนี้ เพื่อการขับเคลื่อนบทบาทของ อบท.ซึ่งต้องอาศัยงบประมาณในการดำเนินการ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจได้กำหนดการจัดสรรภาษีและอากร เงินอุดหนุนและรายได้อื่นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยในปี พ.ศ.2544 จะต้องมียาได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรายได้ของรัฐบาล และสัดส่วนต้องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยภายในปี พ.ศ.2549 จะต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 ทั้งนี้ กำหนดให้คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งประกอบด้วยผู้แทนฝ่ายการเมืองและข้าราชการประจำ 12 คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 12 และผู้ทรงคุณวุฒิ 12 คน ทำหน้าที่จัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สกก.) สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทำหน้าที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการกระจายอำนาจ

ในช่วงเวลาหลังจากที่ พ.ร.บ.กระจายอำนาจ ประกาศและมีผลบังคับใช้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบท.) หลายแห่งทั่วประเทศมีความตื่นตัวในการจัดบริการสาธารณะโดยอาศัยอำนาจหน้าที่ของ อบท. ที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย กล่าวคือ ตามมาตรา 16 สำหรับเทศบาล เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มาตรา 17 สำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และมาตรา 18 สำหรับกรุงเทพมหานคร ขณะเดียวกันคณะกรรมการกระจายอำนาจ ได้ร่วมกันจัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2543 เพื่อให้มีทิศทางและแนวทางการกระจายอำนาจให้แก่ อบท. ที่ชัดเจน เป็นไปอย่างรอบคอบ และสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย เนื่องจากการกระจายอำนาจเป็นเรื่องละเอียดอ่อน



มีความเกี่ยวเนื่องกับสถานการณ์แวดล้อมทุก ๆ ด้าน และทุกฝ่ายต้องคำนึงเสมอว่า **“การกระจายให้แก่ อปท. เป็นเพียงเครื่องมือสำคัญ มิใช่เป้าหมาย เพราะเป้าหมายสำคัญคือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในท้องถิ่น”**

2.2 แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.

2543

วิสัยทัศน์การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นของแผนการกระจายอำนาจกำหนดเป็น 3 ระยะ คือในช่วง 4 ปีแรก (พ.ศ.2544-2547) ให้เป็นช่วงของการปรับปรุงระบบการบริหารงานภายในขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ราชการบริหารส่วนกลาง และราชการบริหารส่วนภูมิภาค การพัฒนา ยุทธศาสตร์และการสร้างความพร้อมในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจบุคลากรงบประมาณ และทรัพย์สิน รวมทั้งการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของภารกิจที่ถ่ายโอนจะมีทั้งการถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างสมบูรณ์ และการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเอง และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยงานของรัฐ และจะมีบุคลากรจำนวนหนึ่งถ่ายโอนไปปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หลังจากการถ่ายโอนในช่วง 4 ปีแรกสิ้นสุดลงจนถึงระยะเวลาการถ่ายโอนในปีที่ 10 (พ.ศ.2548-2553) เป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน มีการปรับบทบาทของราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนที่จะเรียนรู้ร่วมกันในการถ่ายโอนภารกิจ มีการปรับกลไกความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับราชการบริหารส่วนภูมิภาคอย่างกลมกลืน รวมทั้งปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อันจะทำให้ **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการสาธารณะที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นดีขึ้น**



และจะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสามารถพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความโปร่งใส

ในช่วงเวลาหลังจากปีที่ 10 (พ.ศ.2554 เป็นต้นไป) ประชาชนในท้องถิ่นจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจ การกำกับดูแลและการตรวจสอบ ตลอดจนการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเต็มที่ ในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีการพัฒนาศักยภาพทางด้านการบริหารจัดการและการคลังท้องถิ่นที่พึ่งตนเองและเป็นอิสระมากขึ้น ผู้บริหารและสภาท้องถิ่นจะเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีวิสัยทัศน์ในการบริหาร ราชการบริหารส่วนภูมิภาคจะเปลี่ยนบทบาทจากฐานะผู้จัดทำบริการสาธารณะมาเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ และกำกับดูแลการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่าที่จำเป็นภายใต้ขอบเขตที่ชัดเจน และการปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นการปกครองตนเองของประชาชนในท้องถิ่นอย่างแท้จริง

การจัดทำแผนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยึดหลักการและสาระสำคัญ 3 ด้าน คือ

ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีอิสระในการกำหนดนโยบาย การปกครอง การบริหารจัดการ การบริหารงานบุคคลและการเงินการคลังของตนเอง โดยยังรักษาความเป็นรัฐเดี่ยวและความมีเอกภาพของประเทศ



การมีสถาบันพระมหากษัตริย์เป็นประมุขและความมั่นคงของชาติเอาไว้ได้ตลอดจนการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเมืองการปกครองท้องถิ่นภายใต้ระบอบประชาธิปไตย

ด้านการบริหารราชการแผ่นดินและการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

รัฐต้องกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของตนเองได้มากขึ้น โดยปรับบทบาทและภารกิจของราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาค และเพิ่มบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าดำเนินการแทน เพื่อให้ราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาครับผิดชอบในภารกิจมหภาค และภารกิจที่เกินขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการได้โดยกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านนโยบาย และด้านกฎหมายเท่าที่จำเป็น ให้การสนับสนุน ส่งเสริมด้านเทคนิควิชาการ และตรวจสอบติดตามประเมินผล

ด้านประสิทธิภาพการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รัฐต้องกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณะที่ดีขึ้นหรือไม่ต่ำกว่าเดิม มีคุณภาพมาตรฐานการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพและ (ไม่มีฝ่ายสาธารณสุขในองค์กร) รับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการให้มากขึ้น รวมทั้งส่งเสริม ให้ประชาชน ภาคประชาสังคมและชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมดำเนิน งานและติดตามตรวจสอบ



เป้าหมายของแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. ให้มีการถ่ายโอนภารกิจในการจัดบริการสาธารณะของรัฐให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามมาตรา 30 แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 โดยกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการสาธารณะของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองให้ชัดเจน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทใดหรือแห่งใดที่มีความพร้อมในการรับถ่ายโอนอำนาจหน้าที่และภารกิจ ให้ดำเนินการถ่ายโอนภายใน 4 ปี สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทใดหรือแห่งใดที่ไม่สามารถที่จะรับการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่และภารกิจภายใน 4 ปีให้ดำเนินการถ่ายโอนภายใน 10 ปี

2. กำหนดการจัดสรรภาษีและอากร เงินอุดหนุนและรายได้อื่นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทอย่างเหมาะสม โดนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้รัฐบาลภายในปี พ.ศ.2542 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มขึ้น คิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้ของรัฐบาลภายในไม่เกิน พ.ศ.2549 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 โดยการเพิ่มสัดส่วนอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับภารกิจที่ถ่ายโอน เพื่อให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดบริการสาธารณะได้ด้วยตนเอง และจัดสรรในสัดส่วนที่เป็นธรรมแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดจนคำนึงถึงรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นด้วย



3. การจัดตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปีในส่วนที่เกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณะในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้รัฐจัดสรรเงินอุดหนุนให้เป็นไปตามความจำเป็น และความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น

4. จัดระบบการถ่ายโอนบุคลากรจากหน่วยงานของรัฐ เพื่อให้สอดคล้องกับการถ่ายโอนภารกิจ

5. ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับการถ่ายโอนอำนาจและหน้าที่

นอกจากนี้ แผนการกระจายอำนาจได้กำหนดแนวทางการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทั้งการถ่ายโอนภารกิจ การกระจายการเงินการคลังงบประมาณ การถ่ายโอนบุคลากร การพัฒนาระบบตรวจสอบและการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคประชาสังคม การปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การปรับปรุงกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง กลไกการกำกับดูแลการถ่ายโอนภารกิจและการดำเนินการให้เป็นไปตามแผน และการสร้างระบบประกันคุณภาพบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนปฏิบัติการกำหนดรายละเอียดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. โดยสาระสำคัญของแผนได้กำหนดรูปแบบระยะเวลา และภารกิจที่เป็นบริการสาธารณะที่ต้องถ่ายโอนให้แก่ อปท. ซึ่งไม่จำเป็นต้องถ่ายโอนไปพร้อมกันขึ้นอยู่กับความพร้อมของ อปท. ในแต่ละประเภทที่จะรับการถ่ายโอน



รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจ

การถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีทั้งการถ่ายโอนอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะตามที่ระบุไว้ในกฎหมาย และการปรับปรุงอำนาจหน้าที่ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สอดคล้องกับการถ่ายโอนภารกิจทำให้มีรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจ 3 ลักษณะคือ

รูปแบบที่ 1 ภารกิจที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเอง ซึ่งสามารถแบ่งออกได้ 3 ประเภท คือ

1.1 ภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการหรือผลิต

บริการสาธารณะเอง เป็นภารกิจที่แต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการหรือผลิตบริการสาธารณะนั้นๆ ได้เอง โดยมีกฎหมายให้อำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไว้แล้ว และ/หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเคยดำเนินการอยู่แล้ว โดยสามารถรับโอนได้ทันทีและขอบเขตการทำงานอยู่ในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.2 ภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ เป็นภารกิจที่กำหนดอำนาจหน้าที่ทั้งรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ โดยมีผลกระทบต่อประชาชนไม่เฉพาะในเขตพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งโดยเฉพาะ แต่มีผลกระทบต่อประชาชนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นด้วย หรือมีความจำเป็นต้องลงทุนจำนวนมากและไม่คุ้มค่า หากต่างคนต่างดำเนินการ



- 1.3 การกิจที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการแต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจซื้อบริการจากภาคเอกชน ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นเป็นการกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถซื้อบริการจากภาคเอกชนหรือจากหน่วยงานอื่นที่มีประสิทธิผลหรือเคยดำเนินการ

รูปแบบที่ 2 การกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับรัฐ เป็นการกิจที่รัฐโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ และบางส่วนรัฐยังคงดำเนินการอยู่ การดำเนินการจึงเป็นการดำเนินการร่วมกัน

รูปแบบที่ 3 การกิจที่รัฐยังคงดำเนินการอยู่แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจะดำเนินการได้ เป็นการกิจที่ซับซ้อนแต่ยังคงกำหนดให้รัฐดำเนินการอยู่ต่อไป ในกรณีนี้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็สามารถดำเนินการได้เช่นเดียวกัน

ระยะเวลาการถ่ายโอน แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเวลา 1-4 ปี (พ.ศ.2544-2547) โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมสามารถดำเนินการได้และแล้วเสร็จภายใน 4 ปี โดยเป็นการถ่ายโอนตามมาตรา 30 (1) ของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542



ระยะที่ 2 ระยะเวลา 1-10 ปี (พ.ศ.2544-2553) เป็นการถ่ายโอน เนื่องจากการกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่แตกต่างกันในระยะ 10 ปีแรก ตามมาตรา 30 (2) ของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 แบ่งเป็น

ระยะเวลาการถ่ายโอน 1-5 ปี (พ.ศ.2544-2548) เนื่องจากต้องพิจารณาความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเตรียมความพร้อมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือการใช้ระยะเวลาในการถ่ายโอนต่อเนื่องเกินกว่า 4 ปี และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่มีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามอำนาจและหน้าที่บางอย่างตามมาตรา 30 (2)

ระยะเวลาการถ่ายโอน 4-10 ปี (พ.ศ.2544-2553) เนื่องจากต้องพิจารณาความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเตรียมความพร้อมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การใช้ระยะเวลาในการถ่ายโอนต่อเนื่องเกินกว่า 5 ปี หรือเป็นเรื่องไม่เร่งด่วน และจำเป็นต้องสร้างกลไกและระบบควบคุมมาตรฐานมารองรับ และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่มีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามอำนาจและหน้าที่บางอย่างตามมาตรา 30 (2)



ภารกิจที่ต้องถ่ายโอนให้แก่ อปท.

แผนการกระจายอำนาจได้ระบุให้มีการจัดแผนปฏิบัติการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างน้อย 6 ด้าน คือ

1. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่

- การคมนาคมและการขนส่ง (ทางบก,ทางน้ำ)
- สาธารณูปโภค (แหล่งน้ำ/ระบบประปาชนบท)
- สาธารณูปการ (การจัดให้มีตลาด, การจัดตั้งและดูแลตลาดกลาง)
- การผังเมือง
- การควบคุมอาคาร

2. ด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ได้แก่

- การส่งเสริมอาชีพ
- งานสวัสดิการสังคม (การสังคมสงเคราะห์พัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา ผู้ด้อยโอกาส)
- นันทนาการ (การส่งเสริมการกีฬา, การจัดให้สถานพักผ่อนหย่อนใจ)
- การศึกษา (การจัดการศึกษาในระบบ/นอกระบบ)
- การสาธารณสุข (การสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล, การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ)
- การปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัดและที่อยู่อาศัย

3. ด้านการจัดระเบียบชุมชน/สังคม การรักษาความสงบเรียบร้อย ได้แก่

- การส่งเสริมประชาธิปไตย ความเสมอภาค สิทธิเสรีภาพของประชาชน
- การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาท้องถิ่น



- การป้องกันและบรรเทา สาธารณภัย
- การรักษาความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยให้ชีวิตและทรัพย์สิน

4. ด้านการวางแผน การส่งเสริมการลงทุน พาณิชยกรรม และการท่องเที่ยว ได้แก่

- การวางแผนพัฒนาท้องถิ่น
- การพัฒนาเทคโนโลยี
- การส่งเสริมการลงทุน
- การพาณิชยกรรม
- การพัฒนาอุตสาหกรรม
- การท่องเที่ยว

5. ด้านการบริหารจัดการและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้แก่

- การคุ้มครอง บำรุงรักษา ใช้นประโยชน์จากป่าไม้ ที่ดิน ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม
- การจัดการสิ่งแวดล้อมและมลพิษต่างๆ
- การดูแลรักษาที่สาธารณะ

6. ด้านศิลปวัฒนธรรม จารีตประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้แก่

- การจัดการดูแลโบราณสถาน โบราณวัตถุ
- การจัดการดูแลพิพิธภัณฑสถานและหอจดหมายเหตุ



เมื่อคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ได้ประกาศแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเดือนมกราคม 2543 ส่งผลให้ราชการส่วนกลางได้เริ่มทบทวนภารกิจที่ต้องถ่ายโอนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและจัดทำแผนปฏิบัติการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆ ได้มีการดำเนินการจัดบริการสาธารณะตามอำนาจหน้าที่ภายในเขตพื้นที่หลายด้าน เช่น การรักษาความสะอาดจัดระเบียบสิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล การขุดลอกแม่น้ำคูคลอง การจัดตั้งศูนย์ดูแลเด็กเล็ก เป็นต้น โดยไม่รื้อรอกการถ่ายโอนจากราชการส่วนกลาง โดยปรากฏบทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาลเมืองพัทยา และอบต.ที่คล้ายคลึงกันมาก ในขณะที่ อบจ. มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประสานงานด้านสิ่งแวดล้อม การกำจัดมูลฝอยสิ่งปฏิกูลของเสีย โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครมีบทบาทด้านการสาธารณสุขอย่างครบวงจรเนื่องจากมีทรัพยากร และศักยภาพสูง สามารถที่จะดูแลปกครองตนเองได้

ในช่วงปลายปี 2543 ท้องถิ่นหลายพื้นที่ที่มีการเตรียมการเลือกตั้งผู้แทนในระดับท้องถิ่น ทั้งสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด (สจ.) เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) พร้อมกับการรณรงค์เพื่อการไปใช้สิทธิเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรทั่วประเทศในช่วงต้นเดือนมกราคม 2544 การเมืองการปกครองของประเทศไทยในช่วงนี้จึงมีความคึกคักเป็นพิเศษ การชูนโยบายของผู้สมัครเลือกตั้งและพรรคการเมืองต่างๆ เพื่อให้ได้รับคะแนนนิยมจากประชาชนให้ได้มากที่สุดทำให้เห็นภาพความหวังของคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนในท้องถิ่น

บริการสาธารณะ กับบริการสาธารณสุข

แผนการกระจายอำนาจได้กำหนดภารกิจที่ถือเป็นประโยชน์ส่วนรวมของประเทศ ได้แก่ งานด้านความมั่นคง การต่างประเทศ การพิพาทภาคี งานด้านการเงินการคลังของประเทศ เป็นภาระหน้าที่ของรัฐบาลกลาง ส่วนภารกิจที่เกี่ยวข้องกับ **งานด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิต การยกระดับคุณภาพชีวิต การใช้อำนาจและการจัดบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของประชาชนในท้องถิ่นเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** ตามมาตรา 16 ถึง 22 ในพ.ร.บ.กระจายอำนาจ โดยในส่วนของงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องได้ โดยมีต้องรอรับการถ่ายโอนจากราชการส่วนกลาง ดังนี้



ตารางที่ 1 แสดงอำนาจหน้าที่ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของ อปท.
ในพ.ร.บ. การกระจายอำนาจ ฯ จำแนกตามประเภท

อำนาจหน้าที่ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ของ อปท.	กทม.	อบจ.	เทศบาล/ เมืองพัทยา/อบต.
การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว	✓	–	✓
การรักษาพยาบาล	✓	✓	✓
การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ	✓	✓	–
พัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส	✓	✓	✓
ส่งเสริมการกีฬา จัดให้มี/บำรุงรักษาสถานที่ พักผ่อนหย่อนใจ (สวนสาธารณะ)	✓	–	✓
ระบบกำจัดมูลฝอย สิ่งปฏิกูลและน้ำเสีย	✓	✓ (ระบบรวม)	✓ (แต่ละท้องถิ่น)
ควบคุมการเลี้ยงสัตว์ การฆ่าสัตว์	✓	–	✓
รักษาความปลอดภัยและการอนามัยโรงมหรสพ และสาธารณสุขสถานอื่น ๆ	✓	–	✓
ปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัดและการจัดการเกี่ยวกับ ที่อยู่อาศัย	✓	–	✓
จัดให้มีและควบคุมตลาด	✓	✓ (ตลาดกลาง)	✓ (แต่ละท้องถิ่น)
รักษาความสะอาดของบ้านเมือง	✓	–	✓
จัดการสิ่งแวดล้อมและมลพิษต่าง ๆ	✓	✓	–
การควบคุมสุสานฌาปนสถาน	✓	–	✓
การสาธารณสุขโรค (การจัดหาน้ำอุปโภค/บริโภค)	✓	–	✓
ควบคุมดูแลกิจการที่กฎหมายอื่นกำหนดให้เป็น หน้าที่ของราชการส่วนท้องถิ่น	✓	✓	✓



นอกจากนี้ แผนการกระจายอำนาจได้ระบุให้ “การสาธารณสุข” เป็นหนึ่งในภารกิจด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ราชการส่วนกลางโดยกระทรวงสาธารณสุขต้องถ่ายโอนให้กับ อบต. ซึ่งการสาธารณสุขมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้ง **การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Health Prevention) การรักษาพยาบาล (Health Care) และการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation)** ประกอบกับสาระสำคัญประการหนึ่งของแผนการกระจาย อำนาจที่ระบุไว้ว่า “การดำเนินการกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางด้านต้องการความชำนาญในวิชาชีพเฉพาะ และความเป็นเอกภาพในการจัดบริการสาธารณะ เช่น การจัดการศึกษา การสาธารณสุข การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น จำเป็นต้องจัดให้มีคณะกรรมการเฉพาะด้านระดับจังหวัด โดยให้มีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย และมาตรฐานการจัดบริการสาธารณะเรื่องนั้นๆ ในเขตจังหวัด การจัดสรรทรัพยากร การกำกับดูแลและตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งประสานความร่วมมือระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง” กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องดำเนินการเตรียมการถ่ายโอนภารกิจอย่างรอบคอบ

หลังจากแผนการกระจายอำนาจให้แก่ อบต. พ.ศ.2543 ประกาศและมีผลบังคับใช้ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานของรัฐส่วนกลางที่ทำหน้าที่จัดบริการด้านสาธารณสุขครอบคลุมทั่วประเทศได้แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางถ่ายโอนภารกิจกระทรวงสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 338/2543 ลงวันที่ 21 เมษายน พ.ศ.2543 โดยให้มีบทบาทหน้าที่หลักในการจัดทำแนวทางการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขให้แก่ อบต. ตามแนวทางของ



คณะกรรมการกระจายอำนาจฯ และจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนเตรียมความพร้อมของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สอดคล้องกับภารกิจและบทบาทใหม่

ในเดือนตุลาคม 2543 กระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งจัดตั้ง **สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.)** เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมีคณะกรรมการสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพติดตามกำกับดูแลเพื่อให้ สพกส.ทำหน้าที่สนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพอย่างแท้จริง ดังนี้

1) ดูแลให้เกิดการทดลองดำเนินงานในพื้นที่จำนวนหนึ่ง โดยมีการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้เห็นจุดอ่อนและนำมาแก้ไขพัฒนาให้ดีขึ้น พร้อมกับเรียนรู้จุดแข็งและประเด็นสำคัญที่ช่วยให้เกิดความสำเร็จ เพื่อไปจัดทำเป็นแผนและแนวทางพัฒนาระบบการกระจายอำนาจสำหรับพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

2) ดำเนินการฝึกอบรมและพัฒนาระบบงานต่างๆ ทั้งในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของราชการส่วนภูมิภาค ผู้ให้บริการและประชาชนเพื่อให้สามารถแสดงบทบาทของตนได้อย่างเต็มศักยภาพ

3) จัดระบบประเมินและติดตามผลการดำเนินงานในท้องถิ่นต่างๆ เพื่อให้มั่นใจว่าการกระจายอำนาจจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพที่อยู่บนฐานของความเท่าเทียม มีประสิทธิภาพและคุณภาพ รวมทั้งการมีระบบที่ตรวจสอบได้

ต่อมา หลังจากจัดทำประชาพิจารณ์บุคลากรกลุ่มวิชาชีพต่างๆ เช่น ชุมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ชุมรมแพทย์ชนบท ชุมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย เป็นต้น คณะกรรมการสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจาย



อำนาจด้านสุขภาพได้มีมติกำหนดแนวทางการถ่ายโอนภารกิจงานด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (9 พฤศจิกายน 2543) ดังนี้

1) การถ่ายโอนงานด้านสาธารณสุขจะถ่ายโอนไปยัง**คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)** โดยกรอบหลักให้เป็นการถ่ายโอนไปให้เขตพื้นที่จังหวัด อย่างไรก็ตามสามารถจัดให้มีเขตพื้นที่ที่มีขนาดย่อยลงมากกว่าจังหวัดได้หากมีความจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับแผนการกระจายอำนาจ แต่โครงสร้างจะต้องมีองค์ประกอบระหว่างผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนภาคประชาสังคม เพื่อเข้ามาร่วมในการบริหารจัดการ

2) อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ให้มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ จัดสรรทรัพยากร ทั้งในด้านงบประมาณ บุคลากร การบริหารงาน รวมทั้งการกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการบริการภายใต้เกณฑ์มาตรฐานกลางของประเทศที่กำหนด กำกับดูแล ตรวจสอบประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับจังหวัดนั้น ๆ ด้วย

3) รูปแบบโครงสร้างของสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ให้ถ่ายโอนไปเป็นเครือข่าย 3 ระดับ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ) หรือเรียกง่าย ๆ กันว่า “เป็นพวง” ส่วนภารกิจ/กิจกรรมใดที่สามารถถ่ายโอนให้ท้องถิ่น ปฏิบัติเองได้ให้โอนไป โดยอยู่ภายใต้การกำกับของ กสพ. เช่น งานส่งเสริม สุขภาพหรืองานป้องกันโรคบางเรื่อง และงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ถ่ายโอนให้ อบต.หรือเทศบาล ทั้งนี้ เป็นไปตามความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ส่วนด้านการรักษาพยาบาลที่ต้องการระบบส่งต่อให้ดำเนินการอยู่ในพวงเดียวกันและให้มีการบริหารภายใต้ **คณะกรรมการเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ**

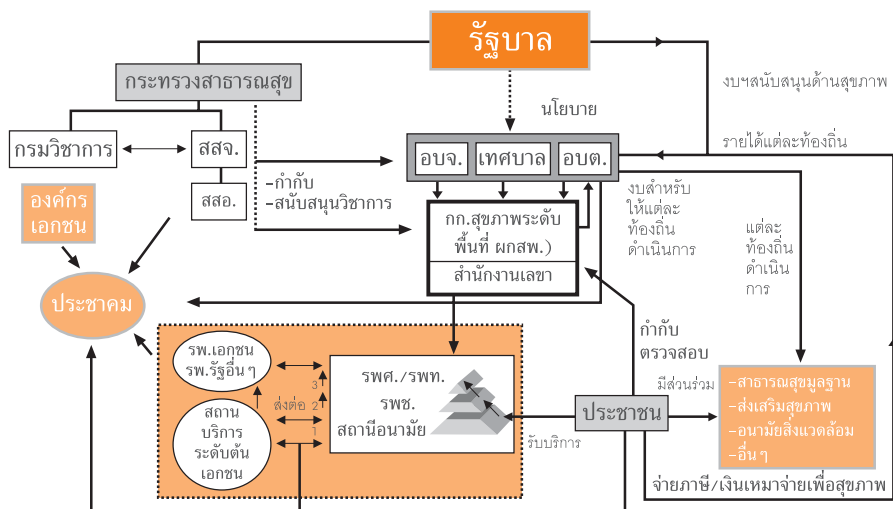


4) สำหรับการพัฒนาไปสู่การดำเนินงานด้านสาธารณสุขด้วยตนเองของท้องถิ่น (Local Autonomous Body) ให้เป็นเรื่องในระยะยาว หรืออาจจะผลักดันให้องค์กร กสพ. เป็นรูปแบบองค์กรของท้องถิ่นที่เป็น **นิติบุคคลอีกรูปแบบหนึ่ง** นั้น เป็นเรื่องที่ต้องพิจารณา ในเชิงนโยบายที่ไม่ขัดแย้งกับหลักการกระจายอำนาจและเพื่อประสิทธิภาพของการบริการสาธารณสุขที่จะเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนเป็นสำคัญ

ในช่วงต้นปี 2544 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดเวทีวิชาการระบบสุขภาพไทยครั้งที่ 2 เรื่อง การกระจายอำนาจกับอนาคตสุขภาพคนไทย มีผู้ร่วมการประชุมกว่า 2,000 คน เป็นการพบปะแลกเปลี่ยนทางวิชาการเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และการแสดงบทบาทด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ และต่อมา สพทส. ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติร่วมกันจากผู้แทน 3 ฝ่าย (อปท. บุคลากรสาธารณสุข และภาคประชาสังคม) อย่างต่อเนื่องจาก 17 จังหวัดที่ร่วมโครงการ ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ พะเยา นครสวรรค์ นครราชสีมา มหาสารคาม ขอนแก่น อำนาจเจริญ ยโสธร สระบุรี อยุธยา นนทบุรี ชลบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ภูเก็ต สงขลา และปัตตานี สาระหลักของการประชุมมี 4 เรื่อง คือ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เครือข่ายสถานบริการ 3 ระดับ บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอในบริบทการกระจายอำนาจ และบทบาทของอปท./ประชาคมท้องถิ่นในการพัฒนาสุขภาพ ผลของการประชุมแต่ละครั้งนำไปสู่ความรู้สึกร่วมกันในการมุ่งสร้างระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนในพื้นที่



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิด ระบบบริหารและบริการสุขภาพภายใต้ การกระจายอำนาจในระยะเริ่มแรก



ที่มา : ดัดแปลงจาก ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่น

เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2544 กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอแนวทางดังกล่าวในแผนปฏิบัติการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนมีรายละเอียดครบถ้วนโดยมีรายละเอียดบางส่วนให้ระบุไว้เป็นข้อสังเกต และแผนปฏิบัติการฯได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 119 ตอนพิเศษ 23 ง วันที่ 13 มีนาคม 2545 ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

1) ให้กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการกำกับดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในแง่สถานสุขภาพ ระหว่างประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพของท้องถิ่น กำหนดมาตรฐานกลาง มาตรฐานบริการควบคุมคุณภาพ และตรวจสอบ



2) กำหนดกลไกการกระจายอำนาจไปไว้ที่ **คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่** (กสพ.) โดยให้มืองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอในข้อ 1) - 3) ส่วนประเด็นข้อ 4) เรื่องการพัฒนาให้เป็น **LOCAL AUTONOMOUS BODY** ได้มีความชัดเจนสำหรับระบบบริการเครือข่าย 3 ระดับ อาจจะเป็นองค์กรที่มีการบริหารงานเป็นอิสระอย่างเต็มรูปแบบภายใต้การกำกับของท้องถิ่น ทั้งนี้ กสพ.จะโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมตามเกณฑ์ (ที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ)

3) สำหรับหลักการที่จะกำหนดให้มีการตรากฎหมายเพื่อรองรับ ให้ กสพ.และเครือข่ายบริการสุขภาพเป็นนิติบุคคล มีลักษณะเป็นองค์กรมหาชนท้องถิ่นเพื่อจัดทำบริการสาธารณะโดยไม่มุ่งแสวงหากำไร และให้ **ข้าราชการถ่ายโอนเป็นพนักงานของรัฐภายใต้กำกับของ กสพ. ยังไม่เป็นที่ยุติ** ซึ่งจะต้องให้มีคณะกรรมการร่วมของกระทรวงสาธารณสุขกับคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ (คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับการสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามคำสั่งคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ที่ 8/2545 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2545) เป็นผู้พิจารณาในรายละเอียด ในการทำให้เกิดคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และกำหนดหลักเกณฑ์/วิธีประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับการถ่ายโอนสถานบริการให้เป็นไปตามหลักการและเป้าหมาย



4) ส่วนแผนงานโครงการของกรมทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดวิธีการคล้ายกัน คือ (ก) ให้จัดสรรงบประมาณไปยัง กสพ.โดยตรง ภายใต้ข้อมูลความต้องการของพื้นที่นั้นๆ โดยใช้แผนหลักเป็นกลไก (ข) ให้ กสพ.จัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่ที่รับผิดชอบภายใต้หลักเกณฑ์ทางวิชาการ และข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ตามกลไกของแผนระดับพื้นที่ (ค) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการจัดซื้อวัสดุ โดยใช้แผนระดับล่างเป็นกลไกในการพิจารณาความต้องการ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมกับภาครัฐและภาคประชาสังคมเพื่อร่วมต่อรองราคากับบริษัทผู้ขาย

ภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขที่ปรากฏอยู่ในแผนปฏิบัติการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2545 มี 2 ส่วน คือ ด้านโครงสร้างพื้นฐาน และด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิต

- ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่
 - งานสาธารณูปโภค (แหล่งน้ำและระบบประปาชนบท)
 - งานสาธารณูปการ (การจัดให้มีที่ควบคุมตลาด)
- ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ได้แก่ การสาธารณสุข

สำหรับภารกิจของสาธารณสุขที่ต้องถ่ายโอนครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 43 ภารกิจ/กิจกรรมที่ต้องถ่ายโอนให้แก่ อปท.โดยเป็นภารกิจของหน่วยงานทั้ง 7 กรมของกระทรวงสาธารณสุข คือ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรคติดต่อ กรมการแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งระบุช่วงเวลาการถ่ายโอน หน่วยงานที่รับการถ่ายโอน รวมทั้งประเภทของงานที่ต้องทำหรือเลือกโดยอิสระ

ตารางที่ 2 ภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขที่ถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ตามแผนปฏิบัติการฯ พ.ศ. 2545

กลุ่มภารกิจ	ส่วนราชการ	ภารกิจที่ถ่ายโอน	ปีที่ถ่ายโอน	การถ่ายโอน	ประเภทของกลุ่มงาน
ด้านโครงสร้างพื้นฐาน (งานสาธารณสุข ปโภค)	กรมอนามัย	1.ถึงเก็บน้ำแบบ ฝ.99	2545	อบต. อบจ.	เลือกทำ โดยอิสระ
		2.ประปาหมู่บ้านแบบ บาดาลขนาดกลาง	2545	อบต. อบจ.	เลือกทำ โดยอิสระ
		3.ประปาหมู่บ้านแบบ บาดาลขนาดใหญ่	2546 2547	อบจ. อบต.ชั้น 1-2 อบต.ชั้น 3-5	เลือกทำ โดยอิสระ
		4.ประปาหมู่บ้าน แบบผิวดิน	2546 2547	อบจ. อบต.ชั้น 1-2 อบต.ชั้น 3-5	เลือกทำ โดยอิสระ
		5.ประปาหมู่บ้าน แบบผิวดินขนาดใหญ่	2546 2547	อบจ. อบต.ชั้น 1-2 อบต.ชั้น 3-5	เลือกทำ โดยอิสระ
		6.ทดสอบปริมาณน้ำ	2546 2547	อบจ. อบต.ชั้น 1-2 อบต.ชั้น 3-5	เลือกทำ โดยอิสระ

กลุ่มภารกิจ	ส่วนราชการ	ภารกิจที่ถ่ายโอน	ปีที่ถ่ายโอน	การถ่ายโอน	ประเภทของ กลุ่มงาน
		7.ปรับปรุงประปาหมู่บ้านเดิม	2546 2547	อบจ. อบต.ชั้น 1-2 อบต.ชั้น 3-5	เลือกทำ โดยอิสระ
		8.พัฒนาป่าลี้ยงบ่อน้ำบาดาล	2546 2547	อบจ. อบต.ชั้น 1-2 อบต.ชั้น 3-5	เลือกทำ โดยอิสระ
		9.สำรวจแผนที่	2546 2547	อบจ. อบต.ชั้น 1-2 อบต.ชั้น 3-5	เลือกทำ โดยอิสระ
ด้านโครงสร้างพื้นฐาน (งานสาธารณูปการ)	กรมอนามัย	1.การจัดให้มีและควบคุมตลาด	2545	เทศบาล เมืองพัทยา อบต. อบจ กทม.	หน้าที่ ที่ต้องทำ
ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต (สาธารณสุข)	กรมสุขภาพจิต	1.ส่งเสริมสุขภาพจิตป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย	2546	เมืองพัทยา กทม. กสพ.	หน้าที่ ที่ต้องทำ

กลุ่มภารกิจ	ส่วนราชการ	ภารกิจที่ถ่ายโอน	ปีที่ถ่ายโอน	การถ่ายโอน	ประเภทของ กลุ่มงาน
	กรมควบคุมโรคติดต่อ	1.การพัฒนาบุคลากรและชุมชนเพื่อเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ	2546	กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
		2.การปฏิบัติการเฝ้าระวังและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น	2546	กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
		3.การวินิจฉัยและรักษาพยาบาลเบื้องต้น	2546	กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
		4.สนับสนุนเงินอุดหนุนในการสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อน ค่าสังคมสงเคราะห์ และค่าฌาปนกิจ	2546	กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
		5.สนับสนุนเงินอุดหนุนค่าอาหารผู้ป่วยโรคเรื้อน	2546	กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	1.การผลิตสื่อและหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา	2546	เมืองพัทยา กทม. กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
		2.การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม	2546	เมืองพัทยา กทม. กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ

กลุ่มภารกิจ	ส่วนราชการ	ภารกิจที่ถ่ายโอน	ปีที่ถ่ายโอน	การถ่ายโอน	ประเภทของกลุ่มงาน
		3.การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของผู้บริโภคในท้องถิ่น	2546	เมืองพัทยา กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
		4.ตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอางและวัตถุอันตรายในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุในพ.ร.บ.แต่ละประเภท	2546	เมืองพัทยา กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
	กรมการแพทย์	1.งานบริการสาธารณสุขเขตกรุงเทพฯ/ปริมณฑล/เขตเมือง	2546	อบจ. กทม. กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	1.การบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ	2548	กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	1.การก่อสร้างสถานบริการใหม่เพิ่มเติมซ่อมแซมจัดหาครุภัณฑ์	2546	กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
		2.โครงการประกันสุขภาพ (30 บาท รักษาทุกโรค)	2546	กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ

กลุ่มภารกิจ	ส่วนราชการ	ภารกิจที่ถ่ายโอน	ปีที่ถ่ายโอน	การถ่ายโอน	ประเภทของ กลุ่มงาน
		3.สนับสนุนเงินอุดหนุน เพื่อการพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพ	2546	กสพ.	หน้าที่ ที่ต้องทำ
	กรมอนามัย	1.การแก้ไขปัญหาเด็ก น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	2546	กสพ.	หน้าที่ ที่ต้องทำ
		2.ส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มแม่และเด็ก พฤติกรรมสุขภาพ	2546	กสพ. เทศบาล อบต.อบจ.	หน้าที่ ที่ต้องทำ
		3.ส่งเสริมสุขภาพเด็ก กลุ่มวัยเรียนและเยาวชน	2546	กสพ.	หน้าที่ ที่ต้องทำ
		4.ส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มวัยทำงาน	2546	กสพ.	หน้าที่ ที่ต้องทำ
		5.การส่งเสริมสุขภาพเด็ก และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	2546	กสพ.	หน้าที่ ที่ต้องทำ
		6.ทันตสาธารณสุข	2546	กสพ.	หน้าที่ ที่ต้องทำ
		7.งานโภชนาการ	2546	กสพ.	หน้าที่ ที่ต้องทำ
		8.งานวางแผนครอบครัว และพัฒนาประชากร	2546	กสพ.	หน้าที่ ที่ต้องทำ
		9.งานส่งเสริม การออกกำลังกาย	2546	กสพ.	หน้าที่ ที่ต้องทำ

กลุ่มภารกิจ	ส่วนราชการ	ภารกิจที่ถ่ายโอน	ปีที่ถ่ายโอน	การถ่ายโอน	ประเภทของกลุ่มงาน
		10.การพัฒนาอนามัยชุมชนในพื้นที่สูง	2546	เทศบาล อบต. อบจ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
		11.สนับสนุนเงินอุดหนุนพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์สวัสดิการเพื่อการพัฒนาเด็กเล็ก	2546	เทศบาล อบต. อบจ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
		12.สนับสนุนเงินอุดหนุนภาคเอกชนที่ให้บริการทำหมัน	2546	กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
		13.งานเฝ้าระวังและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม	2546	กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
		14.จัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด	2546	กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
		15.งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม	2546	กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
		16.งานสุขาภิบาลอาหาร	2546	กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
		17.งานพัฒนาอาชีพอนามัยและอาชีพเวชกรรม	2546	กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ
		18.งานคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษ	2546	กสพ.	หน้าที่ที่ต้องทำ



จะเห็นได้ว่า ในแผนปฏิบัติการการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2545 อิงแนวคิดและหลักการที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ หรือ กสพ. ให้เป็นกลไกที่รองรับการกระจายอำนาจ สำหรับภารกิจ/กิจกรรมที่ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทโดยตรงนั้นเป็นกิจกรรมที่มีลักษณะไม่ต้องใช้วิชาการความรู้ระดับวิชาชีพขั้นสูงหรือวิชาชีพเฉพาะ ได้แก่ การดูแลปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตประจำวันและภาวะสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ตัว ประชาชนและชุมชนได้รับผลลัพธ์โดยตรงและเสร็จสิ้นได้ภายในพื้นที่ไม่มีผลกระทบต่อนพื้นที่ข้างเคียง เช่น การก่อสร้าง การอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน/อาสาสมัคร/ผู้นำชุมชน/บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคลากรภาครัฐอื่นๆ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การเฝ้าระวัง การจัดซื้อวัสดุ เวชภัณฑ์พื้นฐานสำหรับแจกจ่ายแก่กลุ่มเป้าหมาย การอุดหนุนเฉพาะกิจแก่ภาคประชาชน เป็นต้น

ส่วนภารกิจสาธารณสุขที่ต้องการความชำนาญเฉพาะด้านและวิชาชีพระดับสูง การถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบต. จำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างรอบคอบโดยให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ทำหน้าที่รับการถ่ายโอนในระยะแรกและดำเนินการพัฒนาการถ่ายโอนให้แก่ อบต.อย่าง เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอน เหมาะสมกับ อบต.แต่ละพื้นที่ เพราะไม่มีการกระจายอำนาจที่เป็นสูตรสำเร็จ หากแต่จะมีความหลากหลายทั้งดงามจากการกระจายอำนาจในท้องถิ่นทั่วไทย

เหลียวมองการกระจายอำนาจ ด้านการศึกษา

การศึกษาเป็นหนึ่งภารกิจในด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการสาธารณสุขที่กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจให้ไปอยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากการกระจายด้านการศึกษาดำเนินไปอย่างก้าวหน้ากว่าด้านสุขภาพ ถึงแม้จะมีปรากฏการณ์เจ้าหน้าที่กระทรวงศึกษาธิการและครูจำนวนมากพร้อมใจกันแต่งชุดดำประท้วงการกระจายอำนาจให้แก่ อบต. ในช่วงเวลาหนึ่ง หากแต่ได้มีการออกกฎหมายสำคัญเพื่อการพัฒนาการศึกษาไทยทั่วทุกพื้นที่ ซึ่งมีเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ใกล้เคียงกับ พ.ร.บ.กระจายอำนาจฯ กล่าวคือ พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 ซึ่งได้ระบุถึงคุณภาพและมาตรฐานการศึกษา ทั้งมิติของผลผลิตสุดท้ายของระบบการศึกษาและกระบวนการจัดการศึกษา ประสิทธิภาพ ความเสมอภาคและความเป็นธรรม ตลอดจนสิทธิ และเสรีภาพทางการศึกษา ถือเป็นแนวทางหลักในการปฏิรูปการศึกษา การศึกษาการกระจายอำนาจด้านการศึกษาถือเป็นบทเรียนสำคัญในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ



แม้ว่าแนวคิดในการกระจายอำนาจด้านการศึกษิตาม พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติที่มุ่งกระจายอำนาจไปให้เขตพื้นที่การศึกษาในรูปคณะกรรมการเขตพื้นที่แตกต่างจากแนวคิด รูปแบบและวิธีการตามแผนการกระจายอำนาจฯ แต่กระทรวงศึกษาและคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ได้มีความเห็นร่วมกันให้ดำเนินการตามแนวทางของ พ.ร.บ.การศึกษาฯ ไประยะหนึ่ง แล้วให้ดำเนินการตามแผนการกระจายอำนาจฯ ในระยะต่อไป

ในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2545 คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ระบุถึงขอบเขตการถ่ายโอนภารกิจด้านการศึกษาก่อนวัยเรียนหรือปฐมวัย การศึกษาขั้นพื้นฐาน และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาไว้ดังนี้

1. ให้กระทรวงศึกษาธิการกำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีประเมินความพร้อมในด้านการศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้ผู้แทนมีส่วนร่วมด้วย
2. ประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดการศึกษาตามหลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินที่กำหนด
3. ให้กระทรวงศึกษาฯ และเขตพื้นที่การศึกษาตาม พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 ถ่ายโอนสถานศึกษาตามประเภทที่กำหนดให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านเกณฑ์ประเมินความพร้อมแล้ว
4. ให้กระทรวงศึกษาฯ และเขตพื้นที่การศึกษา ติดตามตรวจสอบ และประเมินผลการจัดการศึกษา
5. ให้คณะกรรมการกระจายอำนาจกำหนดให้มีคณะกรรมการด้านการศึกษาระดับเขตพื้นที่ในระดับจังหวัด ตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยทำหน้าที่กำหนดนโยบาย แผน และ



มาตรฐานการศึกษา กำกับดูแล จัดการศึกษาของสถานศึกษา รวมทั้งพิจารณาจัดสรรทรัพยากรในเขตพื้นที่

6. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาจร่วมกันจัดการศึกษา โดยดำเนินการในรูปแบบของสหการก็ได้

เพื่อให้บรรลุผลในทางปฏิบัติ ภายหลังจากระยะเวลา 2 ปีที่คณะกรรมการกระจายอำนาจได้กำหนดขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงศึกษาธิการไว้ ดังนี้

4.1 หลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินความพร้อมในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

กระทรวงศึกษาธิการได้ออกกฎกระทรวงเรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินความพร้อมในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. ประสิทธิภาพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัด หรือมีส่วนร่วมจัดการศึกษา

2. แผนเตรียมความพร้อมจัดการศึกษา หรือแผนพัฒนาจัดการศึกษา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมด้านต่างๆ ที่เหมาะสมกับระดับ ประเภท และรูปแบบการศึกษา

3. วิธีบริหารและจัดการศึกษา

4. จัดสรรรายได้เพื่อการศึกษา

5. ระดับและประเภทการศึกษาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของชุมชน

6. ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อความพร้อมในการจัดการศึกษาขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น



นอกจากนี้ ยังได้กำหนดเงื่อนไขประกอบเกณฑ์การประเมิน ซึ่งประกอบด้วย

1. การมีรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงพอ
2. การกระจายอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สถานศึกษา
3. การจัดโครงสร้างองค์กรภายในรองรับการบริหารจัดการศึกษา
4. การมีคณะกรรมการที่ปรึกษาในการจัดการศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
5. การจัดระบบบริหารงานบุคคลเพื่อการศึกษา

ต่อมา กระทรวงศึกษาฯ ได้มีการพัฒนาเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข ตัวชี้วัด และระดับคุณภาพในการประเมินความพร้อมในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยสร้างตัวชี้วัดเพื่อให้คะแนนว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดสมควรจะจัดการศึกษาด้วยตนเอง อาทิเช่น ระยะเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดหรือการมีส่วนร่วมหรือส่งเสริมสนับสนุนการจัดการศึกษา ผลของการจัดการศึกษา และความร่วมมือของชุมชน เกณฑ์และเงื่อนไขการประเมินข้างต้น จะถูกนำมาใช้โดยคณะกรรมการเพื่อการประเมินคณะหนึ่ง ซึ่งมีทั้งหมด 9 คน ประกอบด้วย ผู้แทนส่วนราชการ ผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งส่วนราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฝ่ายละ 3 คน

ในเรื่องนี้ นายอุดร ตันติสุนทร ประธานมูลนิธิส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความเห็นว่าสิ่งที่น่าจับตามองก็คือ การให้คะแนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งของคณะกรรมการประเมินนั้น จะเป็นอย่างไร เพราะต้องยอมรับว่าเกณฑ์การประเมินนั้นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างละเอียด ซับซ้อน ที่จะพิจารณาว่าจะถ่ายโอนภารกิจการศึกษาให้กับองค์กรส่วนท้องถิ่นหรือไม่



อีกทั้งการที่กระทรวงศึกษาธิการได้ให้ความสำคัญกับรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดเป็นเงื่อนไขบังคับ จึงเป็นเรื่องที่น่าจะพิจารณาว่า จะสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญหรือไม่ หากถือว่าการศึกษาเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการถ่ายโอนภารกิจเป็นเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ ซึ่งต้องการให้ราชการบริหารส่วนกลางและภูมิภาคลดหรือยุติบทบาทจากผู้ปฏิบัติ เปลี่ยนไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ปฏิบัติแทน และจะต้องมีการถ่ายโอนงาน เงิน และจัดสรรบุคลากรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเหมาะสมแล้ว การกำหนดเงื่อนไขหลักเกณฑ์ที่ยากต่อการปฏิบัติ ก็อาจจะทำให้กระบวนการเรียนรู้ในการปกครองตนเองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดขึ้นได้ยาก

4.2 ขั้นตอนและกระบวนการโอนภารกิจการจัดการศึกษาให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การโอนการจัดการศึกษาให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เขตพื้นที่การศึกษาหรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังนี้

1. กรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน สถานศึกษาที่ขอรับโอนให้เขตพื้นที่การศึกษาหรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้องแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขอรับโอนให้เขตพื้นที่ทราบโดยเร็ว
2. กรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านเกณฑ์การประเมินสถานศึกษาที่ขอรับโอนให้เขตพื้นที่การศึกษาหรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังนี้

2.1 แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขอรับการประเมินทราบ



2.2 แจ้งสถานศึกษาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขอรับโอนทราบ

2.3 เขตพื้นที่การศึกษาหรือส่วนราชการประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขอรับการประเมิน เพื่อกำหนดสถานศึกษาจำนวนตามมติคณะรัฐมนตรีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทที่จะรับโอนเป็นบัญชี 1 และสถานศึกษาที่นอกเหนือจากที่กำหนดเป็นบัญชี 2

2.4 เขตพื้นที่การศึกษาหรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้องรายงานข้อมูลสถานศึกษาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขอรับการถ่ายโอน ตามบัญชี 1 และบัญชี 2 ตามแบบที่สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานกำหนดให้เลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน หรือหัวหน้าส่วนราชการพิจารณาให้ความเห็นขอบสสถานศึกษาที่จะถ่ายโอนให้แก่ท้องถิ่นแต่ละแห่ง โดยให้เขตพื้นที่การศึกษาหรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้องได้ให้เหตุผลประกอบการพิจารณาดังนี้

2.4.1 เป็นสถานศึกษาพิเศษประเภทใด หรือเป็นสถานศึกษาประเภท

2.4.2 ควรถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือควรส่งวนเข้าไว้พร้อมเหตุผลและรายละเอียดประกอบ

2.4.3 ความเห็นของผู้เกี่ยวข้อง เช่น กรรมการสถานศึกษา คณะครู และผู้ปกครองของนักเรียนส่วนใหญ่

2.4.4 ความเห็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีเป็นสถานศึกษาพิเศษที่จะต้องตกลงกันเป็นกรณีไป

2.5 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน หรือส่วนราชการต้นสังกัดแจ้งเขตพื้นที่การศึกษา หรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการพิจารณาของผู้มีอำนาจในการอนุมัติให้มีการถ่ายโอนสถานศึกษาที่ผ่านเกณฑ์การประเมินให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขอรับการประเมิน



2.5.1 เขตพื้นที่การศึกษา หรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้องแจ้งผลการพิจารณาให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขอถ่ายโอน และสถานศึกษาที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการตามกระบวนการถ่ายโอนการจัดการศึกษาไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

4.3 กระบวนการถ่ายโอนงาน เงิน คน เพื่อการจัดการศึกษาให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.3.1 การถ่ายโอนภารกิจการจัดการศึกษา

1. การถ่ายโอนภารกิจการจัดการศึกษา ได้แก่ การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับโอนสถานศึกษาที่จัดการศึกษาในระดับหรือประเภทใด หรือหลายระดับหรือหลายประเภทจากสถานศึกษาในสังกัดดำเนินการโดยแจ้งให้สถานศึกษาที่เกี่ยวข้องทราบ
2. สถานศึกษาจัดทำบัญชีโอนภารกิจ พร้อมเอกสารหลักฐาน บัญชีการโอนภารกิจควรครอบคลุมถึงจำนวนนักเรียน หลักฐานทางทะเบียนที่เกี่ยวข้องผลการเรียนของนักเรียน กิจกรรมนักเรียน
3. การจัดทำบัญชีโอนภารกิจ ควรจัดทำเป็น 3 ฉบับ เพื่อเก็บไว้ที่เขตพื้นที่การศึกษาหรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขอรับโอน และสถานศึกษาแห่งละ 1 ฉบับ
4. รายงานการโอนภารกิจให้กรมเจ้าสังกัดกระทรวงศึกษาธิการและสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ



4.3.2 การถ่ายโอนทรัพย์สิน

การถ่ายโอนทรัพย์สิน คือ การถ่ายโอนทรัพย์สินของสถานศึกษาที่จะถ่ายโอนไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการดังนี้

1. สรุปรายการทรัพย์สิน
2. การถ่ายโอนทรัพย์สิน ดำเนินการโดย
 - 2.1 สรุปรายการทรัพย์สินในบัญชีและทะเบียนของสถานศึกษาตามภารกิจที่จะถ่ายโอน ว่ามีจำนวนเท่าใด และจะถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใด
 - 2.2 จัดทำบัญชีรายการทรัพย์สินที่จะถ่ายโอน
 - 2.3 แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบเพื่อการลงชื่อโอนทรัพย์สินโดยผู้มีอำนาจลงนามในการโอนทรัพย์สินแยกเป็น ฝ่ายของส่วนราชการพิจารณาตามกฎหมายกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินความพร้อม ได้แก่ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน หรือหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้องแล้วแต่กรณี
 - 2.4 การโอนทรัพย์สินดำเนินการตามระเบียบว่าด้วยการพัสดุ ส่วนทรัพย์สินบางรายการที่ต้องจดทะเบียนตามกฎหมาย ก็ดำเนินการจดทะเบียนโอนกรรมสิทธิ์ ณ ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เช่น จดทะเบียนรถยนต์ ณ สำนักงานขนส่งจังหวัด ส่วนที่ราชพัสดุนั้น ต้องประสานสำนักงาน



ธนารักษ์พื้นที่เพื่อการโอนที่ราชการพัสดุไปเป็น
ทรัพย์สินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.5 สำหรับงบประมาณที่ยังไม่ได้เบิกจ่าย ควรแจ้ง
ประสานสำนักงานคลังที่เกี่ยวข้องเพื่อทราบและ
ดำเนินการโอนไปเป็นงบประมาณขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น

2.6 เมื่อโอนทรัพย์สินแล้วต้องรายงานส่วนราชการ
ที่เกี่ยวข้องทราบเช่นสำนักงานการตรวจเงิน
แผ่นดิน กรมเจ้าสังกัด กระทรวงศึกษาธิการ และ
สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.3.3 การถ่ายโอนบุคลากร

การถ่ายโอนบุคลากร คือ การถ่ายโอนบุคลากรในสถานศึกษาที่
มีการถ่ายโอนไปให้แก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น โดยมีความสมัครใจที่จะ
โอนไปเป็นพนักงานครูส่วนท้องถิ่น มีแนวทางการดำเนินการดังนี้

1. สอบถามความสมัครใจของบุคลากรในสถานศึกษาที่
จะถ่ายโอนและสถานศึกษาอื่นที่ไม่ได้มีการถ่ายโอน

2. จัดทำบัญชีรายชื่อบุคลากรในสถานศึกษาที่จะถ่าย
โอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน โดยแยกเป็นกลุ่มดังนี้

2.1 บุคลากรที่ประสงค์จะถ่ายโอนไปสังกัด องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น

2.2 บุคลากรที่ไม่ประสงค์จะถ่ายโอน ไปสังกัดองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นจำแนกเป็น



2.2.1 ขอย้ายไปสถานศึกษาอื่นของกระทรวง
ศึกษาธิการ

2.2.2 ขอช่วยราชการเพื่อหาข้อมูลก่อนตัดสินใจ

2.3 ทั้งนี้ให้ส่งมอบบัญชีดังกล่าวให้องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอนสถานศึกษานั้น
ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น ผ่านการประเมิน

2.4 เขตพื้นที่การศึกษา/ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องส่ง
มอบบัญชีรายชื่อบุคลากรในสถานศึกษาอื่น ที่
ประสงค์จะโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นเพื่อปฏิบัติงานในสถานศึกษาที่ถ่ายโอน
โดยการย้ายสับเปลี่ยนกับบุคลากรที่ไม่สมัครใจ

3. เมื่อมีการถ่ายโอนบุคลากรแล้ว ให้รายงานสำนักงาน
คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการครู
และบุคลากรทางการศึกษากระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานคณะ
กรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. อนึ่ง การถ่ายโอนบุคลากร ยึดหลักการ “สถานศึกษา
ไปบุคลากรสมัครใจ อัตราตามตัวไป” มีความสอดคล้องกับภารกิจที่ถ่ายโอน
การถ่ายโอนต้องมีความยืดหยุ่น คล่องตัว ราบรื่นและสนใจสิทธิประโยชน์
และความก้าวหน้าต้องไม่ต่ำกว่าเดิม

5. สำหรับบุคลากรที่ยังไม่สมัครใจที่จะถ่ายโอนให้ช่วย
ราชการในโรงเรียนเดิมได้ไม่เกิน 5 ปีการศึกษา หากมีความจำเป็นอาจ
ขยายระยะเวลาช่วยราชการการต่อไปได้ ครั้งละ 1 ปีการศึกษา



การดำเนินการถ่ายโอนสถานศึกษาดำเนินไปท่ามกลางความวิตกกังวลในหมู่ข้าราชการครูจนเป็นเหตุให้มีการชุมนุมประท้วงปะทะกับการชุมนุมสนับสนุนการกระจายอำนาจอย่างกว้างขวาง ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ได้แสดงเจตจำนงเรื่องการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณะ และดำเนินงานด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิตมากขึ้น ดังตัวอย่าง ในปี 2545 อบต. ห้วยดง จังหวัดพิจิตร ยื่นฟ้องเลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และสำนักงานเขตการศึกษาพื้นที่พิจิตร เขต 1 ต่อศาลปกครอง กรณีขอรับโอนโรงเรียนวัดน้ำโจน (ประถมศึกษา) โดยขอรับการประเมินความพร้อมให้ศาลมีคำสั่งเพิกถอนหนังสือของเลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานที่ให้ชะลอการถ่ายโอน และให้สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาพิจิตร เขต 1 ประเมินความพร้อม อบต.ห้วยดง โดยอ้างอิงบทกฎหมาย พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ต่อมาเมื่อ 6 มิถุนายน 2550 ศาลปกครองสูงสุดได้พิพากษายืนตามศาลชั้นต้น และมีคำสั่งให้ทำการประเมินความพร้อม อบต.ห้วยดง ภายใน 10 วัน หลังมีคำพิพากษา (คำพิพากษาศาลปกครองสูงสุด คดีหมายเลข 2523/2545)

สำหรับภารกิจด้านการศึกษาที่ถ่ายโอนแล้วตามแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ คือ กิจกรรมการจัดการศึกษาก่อนประถมศึกษา (วัสดุการศึกษา) กิจกรรมอาหารเสริม (นม) ในงานการศึกษาพิเศษ โครงการพัฒนาการศึกษาพิเศษโครงการจัดการศึกษาเพื่อคนพิการ การศึกษาสงเคราะห์ การศึกษาพิเศษในโรงเรียนมัธยม กิจกรรมอาหารเสริม (นม) สำหรับนักเรียนบนภูเขา โครงการพัฒนาเพื่อความหวังใหม่ของชาวไทย 5 จังหวัดชายแดนใต้ โครงการพัฒนาการศึกษาชุมชนบนพื้นที่สูง ศูนย์อบรมเด็กก่อนระดับประถมศึกษา การให้การศึกษาแก่ชาวเขาและประชาชนห่างไกลคมนาคม



โครงการอาหารกลางวันการดำเนินงานที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน/เทียบเท่า
การดำเนินงานห้องสมุดประชาชนตำบล/เทียบเท่า

4.4 คุณภาพบริการ : ข้อกังวลจากฝ่ายวิชาชีพ

ความสนใจในคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับหลังการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว จะไม่ด้อยลงจริงหรือ? โดยเฉพาะบริการที่ต้องอาศัยความชำนาญทางวิชาชีพ เช่น การศึกษา การสาธารณสุขด้วยข้อกังวลนี้แนวทางการกระจายอำนาจของแผนการกระจายอำนาจฯ พ.ศ.2543 จึงกำหนดการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไว้ และในข้อ 6.5.3 กำหนดให้มีคณะกรรมการเฉพาะด้านระดับจังหวัด เป็นกลไกสำคัญที่เอื้อให้การกระจายอำนาจให้แก่อปท. เป็นไปด้วยความรอบคอบ อย่างเป็นขั้นเป็นตอนให้เหมาะสมกับปัจจัยของแต่ละพื้นที่

ภารกิจที่ต้องการความชำนาญในวิชาชีพเฉพาะและความเป็นเอกภาพในการจัดบริการ เช่น การศึกษา การสาธารณสุข และการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จำเป็นต้องมีคณะกรรมการเฉพาะด้านระดับจังหวัดทำหน้าที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและมาตรฐานการจัดบริการสาธารณะเรื่องนั้นๆ ในเขตจังหวัด การจัดสรรทรัพยากร การกำกับดูแลและตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งประสานความร่วมมือระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง กระบวนการถ่ายโอนภารกิจด้านการศึกษาและสาธารณสุขจึงมีความเฉพาะที่ต้องการความรอบคอบ รัดกุม และต่อมาคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้



มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจเฉพาะด้าน 2 ชุด (ด้านการศึกษา และด้านสาธารณสุข) เพื่อพิจารณาแก้ปัญหาการถ่ายโอนภารกิจทั้งสองด้านนี้เหมือนกัน หากแต่กระทรวงศึกษาธิการมี พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 ซึ่งเป็นกฎหมายใหม่ที่สำคัญของการพัฒนางานด้านการศึกษา ทิศทางการกระจายอำนาจจึงเป็นไปตาม พ.ร.บ.การศึกษาฯ โดยมีคณะกรรมการการศึกษาเขตพื้นที่เป็นกลไกหลัก

ในส่วนของสุขภาพนั้นจะมีความซับซ้อนมากกว่าการศึกษา โดยเฉพาะการถ่ายโอนกำลังคน ซึ่งมีหลากหลายทางวิชาชีพ รวมทั้งความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงของระบบบริการต่างระดับ ความสัมพันธ์ของบริการในการส่งผู้ป่วยทั้งระดับเดียวกันและต่างระดับ ในลักษณะสองทางทั้งส่งรักษาต่อในสถานบริการระดับสูงกรณีผู้ป่วยหนัก หรือการส่งตัวกลับรักษาตัวที่สถานบริการระดับปฐมภูมิใกล้บ้าน ซึ่งต่างจากหน่วยงานการศึกษาที่จะส่งต่อนักเรียนจากระดับต้นไปสู่ระดับสูงกว่าเท่านั้น และไม่มีกรณีฉุกเฉินที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตจากการขบคิดในประเด็นเหล่านี้จึงได้มีความพยายามเสนอให้มีกลไกรองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในช่วงเวลาระยะเปลี่ยนผ่าน คือ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ หรือ กสพ.

เพื่อให้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่ปรากฏในแผนปฏิบัติการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ พ.ศ.2545 จึงได้มีการคัดเลือกจังหวัดที่มีความพร้อม 10 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ พะเยา นครราชสีมา มหาสารคาม อุดรธานี ชลบุรี สงขลา ภูเก็ต และปัตตานี ทดลองนำร่อง ศึกษาและพัฒนาบทบาทหน้าที่และโครงสร้างของ กสพ. จัดกระบวนการปรับกระบวนการทัศน์และพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในพื้นที่



อย่างไรก็ตาม เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า การกระจายอำนาจมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับบริบทสังคม การเมืองและทิศทางการบริหารประเทศ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่ อบต. ตามแนวทางการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ไม่คืบหน้าเท่าที่ควร เนื่องจากเป็นช่วงเวลาของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขครั้งสำคัญตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค (นโยบายประชานิยมของรัฐบาล) อีกทั้งยังได้รับผลกระทบจากการปฏิรูประบบราชการ ทั้งการปรับโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข การบริหารงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของรัฐบาล การกระจายอำนาจให้กับผู้ว่า (ราชการจังหวัด) CEO ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในแนวทางของ กสพ. ที่ยังไม่มีการพัฒนากฎหมายมารองรับ ถึงแม้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะมีคำสั่งแต่งตั้ง กสพ. ใน 52 จังหวัด แต่ภายใต้อำนาจหน้าที่ตามคำสั่งของ กสพ. ยังไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการฯ ทั้งที่ สพกส. ได้ศึกษาและจัดทำ (ร่าง) พ.ร.บ. คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ แล้วก็ตาม

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่ อบต. ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 จึงเป็นไปตามบริบทของสังคมและความสนใจของผู้เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่เป็นสำคัญ เช่น การจัดบริการสาธารณสุข (เฉพาะบางกิจกรรม) ของ อบต. ที่มีความพร้อม การเพิ่มบทบาทของ อบต. ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค การให้ทุนการศึกษาพยาบาลชุมชน/ทันตภิบาลแก่เด็กนักเรียนของ อบต. ในบางพื้นที่ การขยายไอทีของบุคลากรสาธารณสุขสู่ อบต. เป็นต้น และในที่สุด แนวทางการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่ อบต. ต้องมีการปรับตัวอีกครั้ง ในปี พ.ศ. 2550

คิดใหม่ทำใหม่ : จุดเปลี่ยน โครงสร้างด้านสุขภาพ

ในช่วงต้นปี พ.ศ.2544 ประเทศไทยมีการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรทั่วประเทศและได้รัฐบาลชุดใหม่ ต่อมา มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ 4 ปี ของรัฐบาลเป็นครั้งแรกภายใต้รัฐธรรมนูญปี พ.ศ.2540 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานของส่วนราชการต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามแผนปฏิบัติการปี 2545 พร้อมๆ กับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างด้านสุขภาพของสังคมไทย ดังนี้

5.1 พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจัดตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมให้มีการสร้างเสริมสุขภาพกายและใจให้แข็งแรง อยู่ในภาวะสมดุล และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายจากบริโภคสุราและยาสูบ หรือสารอื่นที่ทำลายสุขภาพ หรือจากพฤติกรรม การดำรงชีวิตที่ไม่ถูกต้อง โดยเก็บเงินบำรุงจากผู้มีหน้าที่



เสียภาษีตามกฎหมายว่าด้วยสุราและกฎหมายว่าด้วยยาสูบ เพื่อใช้ในการสนับสนุน วรรณคดีและชี้ชวนให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี มีรายได้จากภาษีสรรพสามิตยาสูบและสุราในอัตราร้อยละ 2 ต่อปี สสส.ทำหน้าที่จุดประกาย กระตุ้น สนับสนุน ประสานความร่วมมือเพื่อให้คนไทยเริ่มกิจกรรมหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพโดยไม่จำกัดกรอบวิธีการ เพื่อนำไปสู่การขยายค่านิยมและการสร้างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและกว้างขวาง ทำให้คนไทยมีการตื่นตัวด้านสุขภาพพร้อมกับการเกิดเครือข่ายทำงานด้านสุขภาพโยงใยอยู่ในชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งได้มีความใกล้ชิดกับการสร้างเสริมสุขภาพและมีบทบาทด้านสาธารณสุขมากขึ้นจากเดิม

ตลอดช่วง 6 ปีที่ผ่านมา กระบวนการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้รับความร่วมมือจากภาคีต่างๆ และได้รับการสนับสนุนจากสังคมอย่างกว้างขวาง ขณะเดียวกันก็มีแผนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับตำบลโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายพื้นที่ ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพในท้องถิ่นอย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต



5.2 พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545

ด้วยบริการสาธารณะตามภารกิจของรัฐที่พึงจัดให้แก่ประชาชน มิได้ดำเนินการโดยส่วนราชการฝ่ายเดียว แต่มีองค์กรจากหลายภาคส่วนที่มีบทบาทแตกต่างกันร่วมดำเนินการ คือ ภาคราชการทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและประชาสังคม ส่วนราชการจะแสดงบทบาทเฉพาะส่วนที่ภาคอื่นทำไม่ได้ และจะต้องส่งเสริมให้ภาคส่วนอื่นมีบทบาทมากขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายที่การลดความซ้ำซ้อนของหน่วยงาน หรือยุบเลิกงานที่ไม่จำเป็น และเพื่อให้มีเจ้าภาพรับผิดชอบที่ชัดเจน เน้นเฉพาะบทบาทของภาครัฐในราชการบริหารส่วนกลาง ส่วนราชการบริหารส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นนั้นจะดำเนินการต่อไปโดยส่วนราชการเป็นฝ่ายกำหนดแนวทางจัดสรรทรัพยากร ควบคุม กำกับและประเมินผลให้งานบริการมีคุณภาพและได้มาตรฐาน รวมทั้งในส่วนของระบบการเงินและงบประมาณได้พัฒนาให้มีการจัดสรรงบประมาณตามยุทธศาสตร์และคงอัตรากำลังข้าราชการไม่ให้เพิ่มขึ้นคู่ขนานไปกับการลดบทบาทของภาครัฐลงตามความเหมาะสม และปรับปรุงแก้ไขหรือยกเลิกกฎหมายที่ไม่มีความจำเป็นหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศด้วย

5.2.1 การปฏิรูปโครงสร้างระบบราชการ

พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545 ประกาศ ณ วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ.2545 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน โดยแบ่งภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขออกเป็น 3 กลุ่มภารกิจ (Cluster) ดังนี้



- **กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์** มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการจัดระบบความรู้และสร้างมาตรฐานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

หน่วยงานในกลุ่มภารกิจนี้ประกอบด้วย 3 กรม คือ กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสุขภาพจิต

- **กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข** มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค โดยการศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ หน่วยงานในกลุ่มภารกิจนี้ประกอบด้วย 2 กรม คือ กรมควบคุมโรค และกรมอนามัย

- **กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ** มีภารกิจเกี่ยวกับการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ โดยพัฒนาระบบและกลไกที่เอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพ ระบบสุขภาพของประชาชน และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพและด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองและได้รับบริการจากหน่วยบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน หน่วยงานในกลุ่มภารกิจนี้ประกอบด้วย 3 กรม ได้แก่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



สำหรับ **สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและแผนด้านสุขภาพ บริหารจัดการด้านแผนงาน คน และงบประมาณของกระทรวง การกำกับดูแลและประสานงานสาธารณสุขในพื้นที่ การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพและการพัฒนางานสาธารณสุขระหว่างประเทศ บริหารส่วนกลาง หน่วยงานในกลุ่มภารกิจนี้ประกอบด้วย 5 กอง/สำนัก คือ สำนักบริหารกลาง ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สถาบันพระบรมราชชนก สำนักตรวจและประเมินผล และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

การปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขครั้งนี้จึงส่งผลกระทบต่อการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2545 ซึ่งได้ประกาศใช้ไปเมื่อ 14 มีนาคม 2545 ขณะเดียวกันกระทรวงมหาดไทยซึ่งกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรงก็มีการจัดตั้งหน่วยงานระดับกรมเพิ่มขึ้น คือ **กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น** ให้มีบทบาทภารกิจในการส่งเสริมสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการพัฒนาและให้คำปรึกษาแนะนำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น การบริหารงานบุคคล การเงิน การคลัง และการบริหารจัดการเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้มแข็ง และมีศักยภาพในการให้บริการสาธารณะ

5.2.2 การบริหารงานแบบบูรณาการ

การลดความซ้ำซ้อนของหน่วยงาน หรือยุบเลิกงานที่ไม่จำเป็น และเพื่อให้มีเจ้าภาพรับผิดชอบที่ชัดเจนเป็นจุดมุ่งหมายของการปรับบทบาทภารกิจ และโครงสร้างส่วนราชการที่มีผลตั้งแต่ 3 ตุลาคม 2545 นั้น เน้นมิติ



ของหน้าที่องค์การ (Function) และเพื่อการรองรับระดับปฏิบัติการจำเป็นต้องเน้นมิติพื้นที่ (Area) โดยต้องมีการจัดระเบียบความสัมพันธ์ของการบริหารราชการในพื้นที่ให้เป็นไปอย่างเหมาะสม มีเอกภาพ และสามารถบูรณาการเพื่อเชื่อมโยงการทำงานในระหว่างมิติและภาคส่วนต่างๆ เข้าด้วยกัน รัฐบาลจึงเสนอการกระจายอำนาจในระดับจังหวัดภายใต้แนวคิดการบริหารงานแบบบูรณาการ โดยปรับให้ จังหวัดมีฐานะเสมือนหน่วยธุรกิจเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Business Unit : SBU) หรือเรียกว่า ผู้ว่าราชการจังหวัด CEO (Chief Executive Office) และเพื่อให้การบริหารราชการจังหวัดแบบบูรณาการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คณะรัฐมนตรีจึงมีมติเห็นชอบ ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด ยกเว้น กรุงเทพมหานคร ใช้การบริหารงานแบบบูรณาการ โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2546 เป็นต้นไป

การบริหารงานแบบบูรณาการระดับจังหวัด หรือ ผู้ว่าราชการจังหวัด CEO ซึ่งเป็นแนวคิดการกระจายอำนาจในระดับจังหวัด จึงส่งผลกระทบต่อการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีกทางหนึ่ง

5.3. พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับคนไทยทุกคน เป็นการปฏิรูประบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขของไทยครั้งสำคัญ จากการนำนโยบายประชานิยมของพรรคการเมืองที่รู้จักกันในนาม “30 บาทรักษาทุกโรค” ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมตั้งแต่ช่วงกลางปี 2544 และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 18 พฤศจิกายน 2545 ทำให้มีสำนักงาน



หลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือ สปสช.เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างชัดเจน ซึ่งถือเป็นการสร้างความมั่นใจในระดับหนึ่งว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนคนไทยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง เป็นธรรม

การใช้กลไกทางการเงินการคลังเพื่อจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทั่วถึง เป็นธรรม ด้วยระบบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว โดยมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วนทำหน้าที่กำกับดูแลกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้มีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง ทบวงมหาวิทยาลัย และสถานพยาบาลเอกชนทั้งระดับโรงพยาบาล และคลินิก ร่วมกันสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อจัดบริการด้านสุขภาพให้กับคนไทยอย่างทั่วถึง เช่น คลินิกชุมชนอบอุ่น คลินิกทันตกรรมเอกชน โครงการผ่าตัดหัวใจ โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้สูงอายุ โครงการคุ้มครองสุขภาพหน่วยบริการตติยภูมิเอกชน การให้ประชาชนมีสิทธิเลือกหน่วยบริการใกล้บ้าน พัฒนาศูนย์บริการใกล้บ้านใกล้ใจ (บริการปฐมภูมิ) การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการให้ได้มาตรฐาน HA และตามระบบ ISO สนับสนุนส่งเสริมความเป็นเลิศเฉพาะด้านของหน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Excellent Center) รวมทั้งการพัฒนาสิทธิประโยชน์ให้กับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อคุ้มครองคนไทยที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพจากระบบสวัสดิการของข้าราชการ พนักงานและลูกจ้างของรัฐ และกองทุนประกันสังคม



นอกเหนือจากการมีผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมเป็น คณะกรรมการด้านต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ คณะ กรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ทั้งในระดับชาติ ระดับเขตพื้นที่และระดับจังหวัด แล้ว พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ความสำคัญในบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยมีบทบัญญัติใน มาตรา 47 ระบุว่า “เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่ โดย ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความ ต้องการของประชาชนในท้องถิ่นให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็น ผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ โดยได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน” ส่งผลให้มีการสร้างระบบหลัก ประกันสุขภาพในระดับพื้นที่หรือรู้จักกันในนาม “กองทุนสุขภาพชุมชน” เป็น รูปธรรมด้านสุขภาพของ อปท. ที่ชัดเจน. คือ การสนับสนุนงบประมาณ ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนในหลายท้องถิ่น โดยมี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนร่วมกันเป็น กรรมการบริหารกองทุน สร้างสรรค์โครงการดี ๆ เกิดขึ้นในหลายพื้นที่ เชื้อต่อการ พัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ นับตั้งแต่ปี 2549 เป็นต้นมา ทำให้ปัจจุบันมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกว่า 2,680 แห่ง ร่วมสร้าง หลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนอย่างทั่วถึง เป็นธรรม



5.4 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นกระบวนการขับเคลื่อนทางสังคมของสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) เพื่อปรับทิวทัศน์หรือวิธีคิดเกี่ยวกับ “สุขภาพ” จนกระทั่งทำให้มี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2550 และให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ไม่ใช่เฉพาะงานการแพทย์และสาธารณสุข และกำหนดให้มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นหน่วยงานของรัฐในกำกับนายกรัฐมนตรีทำหน้าที่เป็นองค์กรเลขานุการให้กับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน มีกรรมการจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิและตัวแทนประชาคมทั่วประเทศ เพื่อจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ จัดให้มีหรือสนับสนุนให้มีกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการในการติดตามและประเมินผลระบบสุขภาพแห่งชาติ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ สนับสนุนให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และเสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ



การจัดสมัชชาสุขภาพของ สช. นั้นเป็นการสนับสนุนและจัดกระบวนการสาธารณะที่เปิดช่องทางให้ทุกภาคส่วนในสังคมร่วมทำงาน พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่วมกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถเข้าไปมีบทบาทได้ทุกระดับ

ถึงแม้ว่า การกระจายอำนาจโดยการถ่ายโอนภารกิจราชการส่วนกลางให้แก่ อบต. ได้รับผลกระทบจากการพัฒนาระบบราชการซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและบทบาทของส่วนราชการทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการเกิดขึ้นขององค์กรด้านสุขภาพภายใต้กฎหมายใหม่ เช่น สสส. (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) พรพ. (สถาบันพัฒนาและรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล) หรือที่รู้จักกันนาม สถาบันที่ให้การรับรองตามมาตรฐาน HA สปสช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) สช. (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

อย่างไรก็ตาม องค์กรใหม่ด้านสุขภาพโดยส่วนใหญ่ได้เปิดโอกาสให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แสดงบทบาทด้านสาธารณสุขและทำงานร่วมกับองค์กรด้านสุขภาพต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การร่วมกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขในระดับชาติโดยการมีผู้แทนของ อบต.ร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารองค์กร เช่น สปสช. สช. สพฉ. เป็นต้น การจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในระดับพื้นที่ การจัดทุนการศึกษาให้แก่เด็กนักเรียนในพื้นที่เข้ารับการศึกษายาบาลชุมชน/ทันตภิบาล เพื่อกลับมาให้บริการในเขตพื้นที่ของ อบต.

พัฒนาการ ด้านสุขภาพของ อบท.

ภาพรวมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบท.) มีพัฒนาการด้านสาธารณสุขมาโดยลำดับ แม้ว่าจะไม่เป็นไปอย่างรวดเร็วก็ตาม โดยในช่วงก่อนปี พ.ศ.2542 หรือก่อนมี พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อบท. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบล หรือ อบต. ซึ่งเป็น อบท.ที่มีจำนวนมากกว่าเจ็ดพันแห่งทั่วทุกท้องถิ่นนั้น มีข้อจำกัดในการจัดบริการด้านสุขภาพ เช่น ปัญหาบุคลากร โครงสร้างขององค์กร งบประมาณ ทักษะการวางแผนและการบริหารจัดการโครงการ เป็นต้น แต่หลังจากปี พ.ศ.2542 เป็นต้นมา ผลการศึกษาวิจัยหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพและความพร้อมของ อบต. ในการจัดบริการด้านสุขภาพ โดยพบว่า อบต. มีความพร้อมรับถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม ความพร้อมด้านสาธารณสุขที่มีก็เป็นความพร้อมเฉพาะบางภารกิจ/กิจกรรมเท่านั้น ทั้งนี้เพราะ อบต. หลายแห่งยังไม่มีความพร้อมด้านโครงสร้างองค์กร งบประมาณ เทคโนโลยี และความรู้/วิสัยทัศน์



ของผู้บริหารในการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม แต่มีปัจจัยเสริมที่ทำให้
อบต. มีความพร้อมในการพัฒนาด้านสุขภาพมากขึ้นได้แก่ การมี
ประสบการณ์ร่วมพัฒนาด้านสุขภาพในชุมชน เช่น ผ่านการอบรมพัฒนา
ความรู้ด้านสุขภาพเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือเป็นกรรมการ
หมู่บ้านด้านสาธารณสุขมาก่อน นอกจากนี้ผลการศึกษายังได้แสดงให้เห็นถึง
ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่แตกต่างกัน โดยพบว่า เทศบาล
จะมีความพร้อมมากกว่าอบจ./อบต. และความพร้อมของการรับการถ่ายโอน
ภารกิจด้านสาธารณสุขมีความแตกต่างกันตามขนาด/ระดับขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทด้วย เนื่องจากความแตกต่างด้าน
ศักยภาพในการบริหารจัดการ และการเงินการคลังขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นเป็นสำคัญ

องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และองค์การบริหารส่วนตำบล
(อบต.) หลายแห่งจัดทำแผนงานด้านสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ แต่ไม่มีหน่วยบริการสาธารณสุข
เป็นของตนเอง เทศบาลส่วนใหญ่โดยเฉพาะเทศบาลนคร/เมืองจะมีศูนย์
บริการสาธารณสุขซึ่งเป็นสถานบริการที่ดำเนินการโดยเทศบาลเอง เทศบาล
ที่มีโรงพยาบาลเป็นของตนเอง ได้แก่ เทศบาลนครเชียงใหม่และเทศบาล
นครศรีธรรมราช กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยาเป็นองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นพิเศษที่มีการจัดบริการสาธารณสุขอย่างครบวงจร ตั้งแต่การจัดบริการ
สาธารณะด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิใน
ศูนย์บริการสาธารณสุข จัดให้มีโรงพยาบาลให้บริการสาธารณสุขทั้งระดับ
ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมทั้งพัฒนาให้เป็นสถาบันผลิตแพทย์และพยาบาล
เพื่อให้บริการประชาชนในพื้นที่ด้วย เช่น โรงพยาบาลวชิระ โรงพยาบาลกลาง
 เป็นต้น



สำหรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพให้แก่ อปท.กระทรวงสาธารณสุขได้มีการถ่ายโอนงานด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขมาตั้งแต่ปี 2543 ซึ่งได้แก่ การจัดหาน้ำเพื่อบริโภค และการจัดการดูแลควบคุมการตลาด ประกอบกับ อปท.สามารถดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ในมาตรา 16 – 22 ในพ.ร.บ.กระจายอำนาจแล้ว แต่ได้มีการถ่ายโอนภารกิจงานด้านการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการถ่ายโอนหน่วยบริการ และการถ่ายโอนบุคลากร ด้วยความซับซ้อนของระบบบริการสาธารณสุขที่ต้องอาศัยความชำนาญในเทคนิควิชาชีพ และมีความเป็นเอกภาพในการจัดบริการ ซึ่งอาจเกิดผลกระทบที่สำคัญ ดังนี้

1. ด้านคุณภาพบริการ (Quality of Service)

- ความเชื่อมโยงระหว่างระดับของสถานพยาบาล รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในปัจจุบันแยกจัดเป็นระดับตามความยากง่ายและปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน คือ บริการปฐมภูมิ (เช่นบริการที่จัดโดยสถานีอนามัย) ทติยภูมิ (โรงพยาบาลอำเภอ) และตติยภูมิ (โรงพยาบาลจังหวัด) แต่เชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral system) เป็นสิ่งที่เรียกกันว่า “ระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ” ผู้ป่วยควรได้รับบริการขั้นแรกที่สถานีอนามัยหรือหน่วยบริการที่ใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข/คลินิก หากความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินขีดความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้ป่วย ก็จะได้รับส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน (อำเภอ) และโรงพยาบาลจังหวัดตามลำดับ การเจ็บป่วยและความจำเป็นที่จะต้องได้รับบริการในแต่ละครั้ง จึงยากที่จะคาดเดาได้ว่าจะสิ้นสุดการให้บริการที่ระดับใด



ความเชื่อมโยงของสถานพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อการบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามความจำเป็นและเหมาะสม ไม่ต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายการเดินทางไปรอรับบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่เสมอไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อปริมาณผู้ป่วยที่แออัดในบริการหัตถิยภูมิและตติยภูมิโดยไม่จำเป็น

- **ความผสมผสานในการให้บริการ บริการสาธารณสุขผสมผสาน บริการด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ** มีลักษณะเบ็ดเสร็จโดยดูแลทั้งทุกคนในครอบครัว ตั้งแต่ทารกแรกเกิด เด็กก่อนวัยเรียน วัยเรียน วัยเจริญพันธุ์ วัยทำงาน และวัยชรา บริการแบบองค์รวมที่ดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นบริการสำคัญของการบริการปฐมภูมิตั้งก่อนการเจ็บป่วย การดูแลให้การบำบัดพยาบาลอย่างต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการและที่บ้าน
- **คุณภาพเชิงเทคนิค** บริการสาธารณสุขต้องอาศัยความสามารถเชิงวิชาชีพสูงที่ประกอบด้วยบุคลากรหลายวิชาชีพที่ต้องทำงานร่วมกันภายใต้มาตรฐานที่เหมาะสม เช่น แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ นักสาธารณสุข นักสุขศึกษา โภชนากร เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักกายภาพ รังสีเทคนิค ฯลฯ ประชาชนทั่วไปอาจจะเข้าใจมาตรฐานดังกล่าวได้ไม่ถนัดนัก ดังนั้น การดูแลควบคุมกำกับและการพัฒนาคุณภาพโดยบุคลากรหรือองค์กรวิชาชีพ จึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญเพื่อให้เกิดผลลัพธ์สูงสุดต่อประชาชน



2. ด้านประสิทธิภาพของระบบ (System Efficiency)

- **ประสิทธิภาพเชิงขนาด** ในทางเศรษฐศาสตร์ ขนาดที่เหมาะสมมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน เนื่องจากหน่วยบริการที่มีขนาดใหญ่เพียงพอจะช่วยลดต้นทุนต่อหน่วยบริการ โดยสามารถเฉลี่ยต้นทุนไปสู่ผู้ใช้บริการจำนวนมากเป็นการเพิ่มความคุ้มค่า หากจัดให้มีโรงพยาบาลเพื่อให้บริการแก่ชุมชนขนาดเล็ก (เช่นระดับตำบล) จึงควรพิจารณาให้รอบคอบ เพราะเป็นการลงทุนที่สูงแต่จำนวนผู้ใช้บริการที่จำเป็นต้องรับบริการเกินกว่าระดับปฐมภูมิอาจมีไม่มากนัก ซึ่งจะเกิดปัญหาประสิทธิภาพในการลงทุน
- **ผลกระทบภายนอก** บริการสาธารณสุขที่จัดในพื้นที่หนึ่งอาจส่งผลกระทบทางด้านบวก/ด้านลบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ข้างเคียง การกระจายอำนาจการจัดบริการสาธารณสุขอาจกระทบต่อประสิทธิผลของการจัดบริการ เช่น การควบคุมโรคติดต่อ/โรคระบาดอาจล้มเหลว หากพื้นที่หนึ่งดำเนินการขณะที่พื้นที่ข้างเคียงไม่ดำเนินการ

3. ด้านการตอบสนองความต้องการและการตรวจสอบจากชุมชน (Responsiveness and Accountability)

- **การตอบสนองความต้องการของชุมชน** ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอาจจะไม่ใช่ความจำเป็นด้านสุขภาพที่แท้จริงก็ได้ ประชาชนอาจต้องการยาหรือการตรวจวินิจฉัยบางอย่างเมื่อเจ็บป่วย เช่น การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์



เป็นต้น ทั้งๆ ที่อาจจะเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องการการพักผ่อนที่เพียงพอเท่านั้น

- **การมีส่วนร่วมของชุมชน** ขึ้นอยู่กับระบบบริหารงานของการจัดการด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และตรวจสอบการจัดบริการได้มากน้อยเพียงใด รวมทั้งความตื่นตัวในสิทธิหน้าที่ และศักยภาพในการทำหน้าที่ของประชาชนในชุมชนนั้นมีเพียงใด

4. ด้านความเสมอภาค (Equity) ประกอบด้วย ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการใช้บริการตามความจำเป็นด้านสุขภาพ หรือการที่ประชาชนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายตามความสามารถที่จะจ่าย รัฐบาลกลางจึงจำเป็นต้องกำหนดมาตรฐานและควบคุมกำกับระบบสุขภาพโดยรวมไม่ให้ประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ มีความแตกต่างด้านความเสมอภาคจนเกินไป

5. ด้านความยั่งยืนและการยอมรับ (Sustainability and Acceptability)

- **การบริหารจัดการ** องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะทำหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขต้องเกิดจากระบบการเมืองท้องถิ่นที่พัฒนาระดับหนึ่ง มีความมั่นคง มีความสามารถในการบริหารจัดการ ความอยู่รอดทางการเงิน และการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากรัฐ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพจึงจะนำไปสู่ระบบสุขภาพของท้องถิ่นที่มีความยั่งยืนได้



- **การเตรียมการ เป็นระบบเป็นขั้นเป็นตอน (Phasing)** โดยการเตรียมการที่เหมาะสม เตรียมระบบย่อยทุกระบบ ไปจนถึง การเตรียมคนในระบบและชุมชน โดยพิจารณา **“สุขภาพของประชาชนเป็นตัวตั้ง”** จะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะเกิดการยอมรับจากประชาชนผู้รับบริการและบุคลากรสุขภาพผู้ให้บริการ เพื่อลดอุปสรรคที่จะนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้ กระบวนการกระจายอำนาจ

กระจายอำนาจด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับทุกฝ่ายที่เห็นตรงกันว่า การกระจายอำนาจมิใช่เป้าหมายหากแต่เป็นเครื่องมือที่มีเป้าหมายสำคัญ คือ สุขภาพอนามัยที่ดีขึ้นของประชาชนทั่วทุกพื้นที่ ทุกท้องถิ่น และยอมรับว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญ ทั้งนี้จะมีการกระจายอำนาจได้มากเพียงใด ก็ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม สถานการณ์ และเงื่อนไขของแต่ละประเทศ โดยความรับผิดชอบของรัฐบาลไม่ลดลงและประชาชนต้องมีส่วนร่วม

ศ.ดร.บวรศักดิ์ อุวรรณโณ ได้เสนอแนวความคิดการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไว้ว่า โครงสร้างระดับท้องถิ่นที่จะกระจายนั้นควรยึดหลัก 5 ประการ คือ 1) จะต้องประหยัดในขนาด หรือที่เรียกว่า มี Economy of Scale ในระดับที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่สมควรแก่การบริการประชาชน 2) จะต้องมีการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพอย่างดี 3) ระบบกระจายอำนาจในโครงสร้างท้องถิ่นนั้นต้องมีการแข่งขัน ซึ่งจะก่อให้เกิดการแข่งขันในเรื่องคุณภาพ ราคา และประสิทธิภาพ 4) ต้องยึดแนวคิดความเป็นเจ้าของที่รู้ว่าใครรับผิดชอบในเรื่องใดที่ชัดเจน และ 5) ต้องมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ



จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ กล่าวถึงการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขใน 2 ทิศทาง คือ 1) สร้างการมีส่วนร่วม เสริมพลังให้แก่ชุมชนปรับปรุงการประสานงานระหว่างส่วนต่างๆ ในระดับพื้นที่ กระตุ้นให้มีการวางแผนแบบมีส่วนร่วมที่ตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่น และ 2) เป็นกลไกการเพิ่มประสิทธิภาพ ปรับปรุงการบริหารจัดการ และการตอบสนองต่อความต้องการของบริการทางสุขภาพของรัฐ แต่ก็ต้องระวังว่า ท้องถิ่นอาจให้ความสำคัญกับบริการเชิงรักษามากกว่าเชิงป้องกัน นอกจากนั้นผู้เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญต่อการสร้างสิ่งจูงใจที่ส่งเสริมการทำงานที่มีประสิทธิภาพ วางระบบการตรวจสอบ การบริหารจัดการตลอดจนหากลไกที่จะชดเชยหรือรักษาประสิทธิภาพของขนาด (Economy of Scales) อันเนื่องมาจากการกระจายกิจกรรมต่างๆ ออกไปเช่น การจัดซื้อจัดหา การวิจัยและพัฒนา การพัฒนาบุคลากร เป็นต้น ทั้งนี้ข้อดีและข้อเสียสรุปเป็นตารางได้ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงผลได้ (Benefits) และข้อเสีย (Drewbacks) ที่อาจเกิดขึ้นจากการกระจายอำนาจ

กิจกรรม	ผลได้	ข้อเสีย
การวางแผนยุทธศาสตร์ Strategic planning	การให้ความสำคัญแก่การวางแผนยุทธศาสตร์และผลของแผนงานเพิ่มขึ้น	การควบคุมโดยท้องถิ่นอาจขัดแย้งกับแนวทางของส่วนกลาง
การตัดสินใจ Decision Making	การตัดสินใจของท้องถิ่นทำได้รวดเร็ว มีข้อจำกัดของระบบราชการน้อย และมักสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่มากกว่า	การตัดสินใจของท้องถิ่นอาจไม่สนับสนุนเป้าหมายของแผนงานระดับประเทศ การตัดสินใจอยู่ภายใต้อิทธิพลของการเมืองท้องถิ่น
การประสานงาน Coordination	ส่วนกลางให้ความสนใจในการปรับปรุงการประสานงานและความร่วมมือระหว่างส่วนต่างๆ ในทุกระดับ	องค์กรที่ทำงานในพื้นที่ที่มีจำนวนมากเกินไปทำให้เกิดการประสานงานได้ยาก
การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น Local participation	ผู้ให้บริการในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในงานต่างๆ และประสานงานกัน	ผู้มีส่วนร่วมจากท้องถิ่นบิดเบือนกิจกรรมตามแผนงานไปจากเป้าหมายของชาติ

กิจกรรม	ผลได้	ข้อเสีย
การวางแผนผล การปฏิบัติงาน Performance planning	บุคลากรท้องถิ่นกำหนดวัตถุประสงค์ ของผลงาน และรับผิดชอบ ที่จะทำได้ตามนั้น	ผู้มีส่วนร่วมจากท้องถิ่นอาจไม่ สอดคล้องกับเป้าหมายของประเทศ
ความยั่งยืนทางการเงิน Financial sustainability	การจัดการส่วนกลางมุ่งให้เกิด ความยั่งยืน ทางการเงินของงาน ด้านสุขภาพแต่ละเรื่องในขณะที่ ลดการอุดหนุนลง	การนำแผนงานสู่การปฏิบัติมักมี เงินน้อยลง ซึ่งอาจเพิ่มความ ไม่เสมอภาคระหว่างพื้นที่ต่าง ๆ มีผลต่อคุณภาพและบริการ
การจัดการทางการเงิน Financial management	ความครอบคลุมของแผนงานเพิ่มขึ้น การหารายได้ระดับท้องถิ่นเพิ่มขึ้นได้	บุคลากรระดับท้องถิ่นอาจไม่มีทักษะ เพียงพอในการจัดการทางการเงิน มีการใช้เงินไปในทางที่ไม่ถูกต้อง
การใช้ทรัพยากร Resource use	การกำหนดทรัพยากร การทำงาน การกำกับดูแล สารสนเทศ การศึกษาและการสื่อสาร มีความเหมาะสมมากขึ้น	ส่วนกลางอาจไม่เห็นพ้องกับการจัด ลำดับความสำคัญของท้องถิ่น และอาจไม่ยินดีที่จะให้การอุดหนุน
การจัดการบุคลากร Staffing	การสรรหาบุคลากรสามารถทำได้ ในท้องถิ่นและภายในชุมชนที่ เป็นเป้าหมายของการดำเนินงาน	ความเกี่ยวเนื่องกับท้องถิ่นมีอิทธิพล ในทางที่ไม่เหมาะสมต่อการคัดเลือก และเลื่อนขั้นของบุคลากร
การกำกับดูแล Supervision	การกำกับดูแลสามารถเชื่อมต่อ โดยตรงและมีอิทธิพลต่อ การวางแผนในระดับท้องถิ่น	ความอ่อนแอของทักษะในการกำกับ ดูแลอาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการ ประยุกต์ใช้มาตรฐานของการดูแล ระดับประเทศ
มาตรฐานบริการ Service standards	ส่วนกลางสามารถมุ่งเน้นประเด็น ระดับชาติ เช่น มาตรการการบริการ บรรทัดฐานและเกณฑ์การประเมินผล	มาตรฐานการบริการและบรรทัดฐาน ระดับชาติอาจไม่เหมาะสมและไม่สามารถ นำไปปฏิบัติได้ในระดับท้องถิ่น
ความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ Client satisfaction	การผสมผสานการประสานงาน และการจัดบริการเพื่อให้ตอบสนอง ความจำเป็นและความสะดวก ของผู้รับบริการสามารถทำได้ง่าย	ระบบการส่งต่ออาจล้มเหลว และกิจกรรมเชิงรุกอาจถูกตัดทอน ถ้ารัฐบาลท้องถิ่นไม่สามารถหา ทุนที่เพียงพอมาเพื่อจุนเจือระบบ
บริการใหม่ New Service	โอกาสเปิดกว้างมากขึ้นสำหรับ การพัฒนาบริการหรือกลไก ในการบริการใหม่ๆ	ความสามารถที่ไม่เพียงพอหรือ การขาดวิสัยทัศน์ของท้องถิ่น ในการวางแผน อาจนำไปสู่การ ตั้งวัตถุประสงค์และกลยุทธ์ของ การบริการที่ไม่สมจริง

ที่มา : R.-L. Kolehmainen-Altken (ed), 1999

ที่มา : อ่างใน จิรุตม์ ศิริรัตนบัลล์. ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยสาธารณสุข. นนทบุรี 2543



กล่าวโดยสรุปแล้วการดำเนินการใด ๆ เกี่ยวกับระบบสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพจึงควรเป็นไปเพื่อเกิดผลที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนดังนี้

1. การบริการต้องมีคุณภาพมาตรฐาน
2. ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนอย่างเท่าเทียม
3. ประชาชนมีความพึงพอใจ
4. การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้
5. ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การจัดการ การสะท้อนข้อคิดเห็นต่าง ๆ
6. บุคลากรด้านสาธารณสุขมีความสุขในการปฏิบัติงาน

6.1 อปท.ยุคใหม่ใส่ใจสุขภาพ

ถึงแม้จะมีความพยายามจากหลายฝ่าย เพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามแนวทางของแผนการกระจายอำนาจ พ.ศ.2543 แต่ตั้งแต่ปี 2544 นโยบายของรัฐบาลมุ่งสู่การกระจายอำนาจแบบบูรณาการงานระดับจังหวัดและรู้จักกันในนาม “ผู้ว่า CEO” จึงส่งผลกระทบต่อแนวทางการปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบที่สะท้อนให้เห็นได้ชัดเจน คือ สัดส่วนงบประมาณที่จัดสรรให้แก่ อปท. ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายของแผนการกระจายอำนาจที่กำหนดสัดส่วนรายได้ของท้องถิ่นต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 ของรายได้รัฐบาลภายในปี 2549 และในที่สุดได้มีการแก้กฎหมายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้สุทธิของรัฐบาลไม่น้อยกว่าร้อยละยี่สิบห้า ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2550 เป็นต้นไป



อย่างไรก็ตาม การจัดสรรงบประมาณให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในช่วงปี 2544 มีสัดส่วนของงบประมาณที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13 ของรายได้รัฐบาลเป็นร้อยละ 20 ซึ่งนับว่าเป็นปีแรกและปีเดียวที่ อปท. ได้รับงบประมาณในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 7 สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนการกระจายอำนาจ ที่กำหนดให้สัดส่วนงบประมาณของรายได้รัฐบาลที่จัดสรรให้ อปท. ในปี 2544 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20 หลังจากนั้นเป็นต้นมา อปท. มีงบประมาณเพิ่มขึ้นจากเดิมน้อยมาก และในปีงบประมาณ 2549 อปท. ได้รับการจัดสรรเพียงเพียงร้อยละ 24 ของรายได้รัฐบาลเท่านั้น

ตารางที่ 4 แสดงสัดส่วนรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทียบกับรายได้ของรัฐบาล ปี 2544-2550

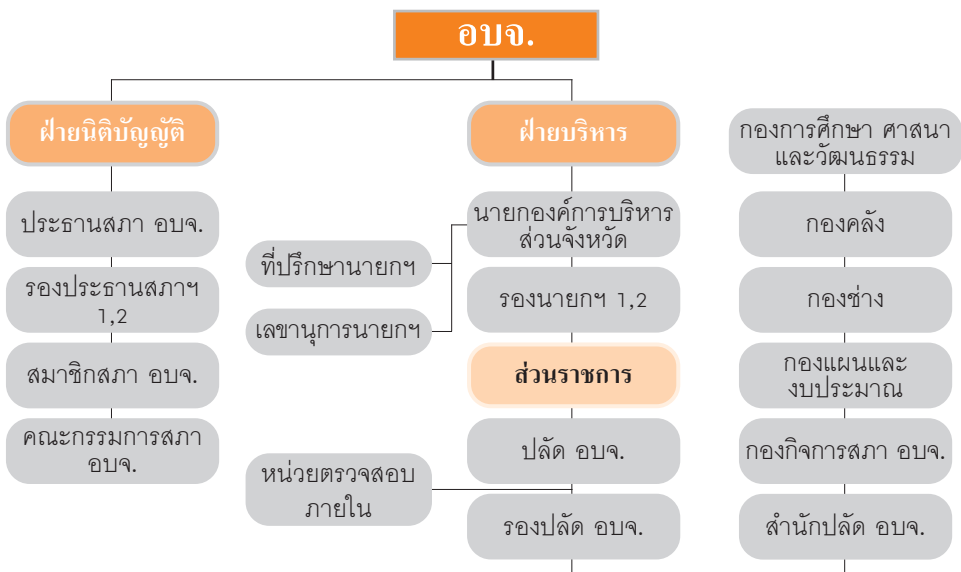
ปีงบประมาณ	การจัดสรรงบประมาณให้กับ อปท. (ล้านบาท)	สัดส่วนต่อรายได้ประเทศ (%)
2544	73,729.80	20.68
2545	77,273.30	21.88
2546	66,085.60	22.19
2547	91,438.00	22.75
2548	115,210.70	23.50
2549	126,013.00	24.05
2550	139,374.00	25.17
2551	149,840.00	25.22

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
สำนักนายกรัฐมนตรี



องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีพัฒนาการด้านต่างๆ หลายด้าน ทั้งการปรับปรุงโครงสร้างการทำงานของ อบต. ให้มีความพร้อมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตพื้นที่เพิ่มขึ้น หากแต่ อบต. มีหลายประเภทและหลายระดับโครงสร้างการบริหารงานของ อบต. จึงยังไม่สมบูรณ์ โดยโครงสร้างการบริหารงานด้านสาธารณสุขยังไม่มี ความชัดเจนในองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทั้งที่บทบาทของ อบจ. ถือเป็น อบต. ระดับบน ที่มีในแต่ละจังหวัดเพียงองค์กรเดียวซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการประสานงานและจัดการดำเนินงานระหว่างพื้นที่ของ อบต. อื่นๆ ภายในเขตจังหวัด หากแต่อาศัยความยืดหยุ่นของการกำหนดอัตรากำลังบุคลากรและการจัดตั้งส่วนงานขึ้นใหม่ภายในของ อบต. นั้นสามารถดำเนินการได้โดยเสนอให้คณะกรรมการระดับจังหวัดเป็นผู้พิจารณาอนุมัติ ดังนั้น วิสัยทัศน์ของผู้บริหาร อบจ. จึงมีบทบาทความสำคัญต่อการมีหรือไม่มีโครงสร้างการบริหารงานด้านสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 2 แสดงโครงสร้างองค์กรขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

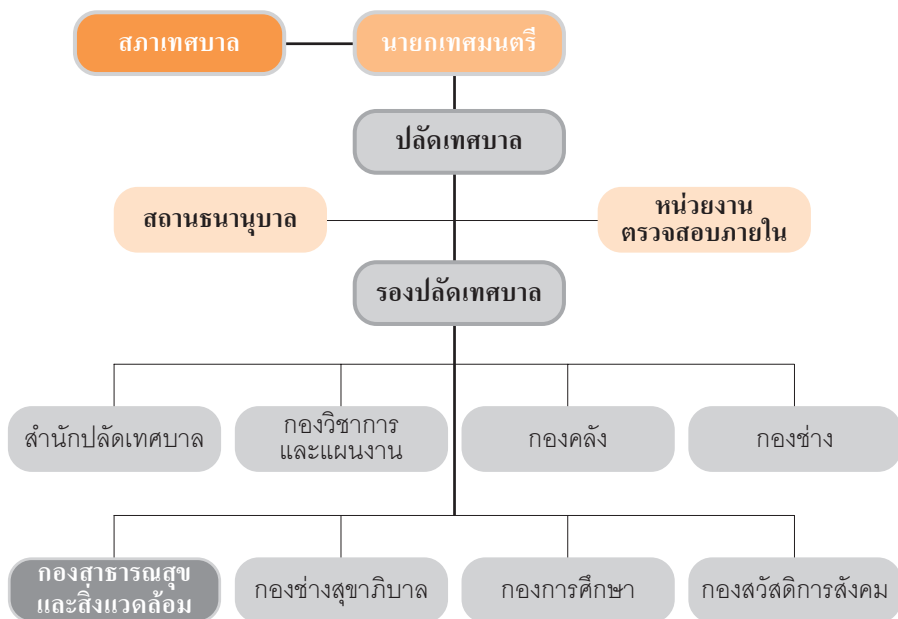


ที่มา : <http://www.yalapao.go.th/main/images/stories/chart.jpg>



สำหรับโครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขที่ปรากฏชัดคือ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในโครงสร้างการบริหารงานของเทศบาล และส่วนสาธารณสุขในโครงสร้างการบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ชั้นที่ 1 เท่านั้น และถึงแม้ว่าการปรับปรุงโครงสร้างองค์กรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะยืดหยุ่นมากขึ้น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดเมื่อพิจารณาความจำเป็นแล้ว ต้องการบุคลากรด้านสุขภาพประเภทใด สามารถเสนอขอกรอบอัตรากำลังบุคลากร/จัดตั้งโครงสร้างงานใหม่และขออนุมัติกรรมการระดับจังหวัดได้ อย่างไรก็ตาม อบต.ขนาดเล็ก แม้จะมีความต้องการปรับโครงสร้างให้มีส่วนงานสาธารณสุข ก็ยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการดำเนินการอยู่ดี

แผนภูมิที่ 3 แสดงโครงสร้างองค์กรของเทศบาล



ที่มา : http://www.tambol.com/municipal/images/city_structure.jpg

```

graph TD
    A[ปดิ อด. (เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 4-7)] --- B[สำนักปดิ อด. หัวหน้าสำนักปดิ อด. (เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 3-5)]
    A --- C[วองปดิ อด. (เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 3-6)]
    C --- D[ส่วนกลางคลัง หัวหน้าส่วนการคลัง (เจ้าหน้าที่ที่บริหารงานการเงินและบัญชี 3-6)]
    C --- E[ส่วนโยธา หัวหน้าส่วนโยธา (เจ้าหน้าที่บริหารงานช่าง 3-6)]
    C --- F[ส่วนสาธารณสุข หัวหน้าส่วนสาธารณสุข (นักบริหารงานสาธารณสุข 3-6)]
    
    B --- B1[งานธุรการ หัวหน้างานธุรการ (จพง.ธุรการ 2-5)]
    B --- B2[งานนิติการ หัวหน้างานนิติการ (นิติกร 3-5)]
    B --- B3[งานฝึกอบรม หัวหน้างานฝึกอบรม (จพง.การฝึกอบรม 2-5)]
    
    D --- D1[งานการเงินและบัญชี หัวหน้างานการเงินและบัญชี (จพง.การเงินและบัญชี 2-5)]
    D --- D2[งานจัดเก็บรายได้ หัวหน้างานจัดเก็บรายได้ (จพง.จัดเก็บรายได้ 2-5)]
    D --- D3[งานงบประมาณ หัวหน้างานงบประมาณ (จพง.การงบประมาณ 2-5)]
    
    E --- E1[งานโยธา หัวหน้างานโยธา (วิศวกรโยธา 3-5)]
    E --- E2[งานช่างโยธา 2-5]
    E --- E3[ช่างโยธา 1-4]
    
    F --- F1[งานสุขภิบาล หัวหน้างานสุขภิบาล (นักวิชาการสุขภิบาล 3-5)]
    F --- F2[งานป้องกันและควบคุม หัวหน้างานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (พยาบาลวิชาชีพ 3-5)]
    F --- F3[เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2-4]
  
```

ឯកសារ : <http://www.failuang.go.th/picture/OBT1.gif>



หลังจาก อปท.มีโครงสร้างการบริหารงานด้านสาธารณสุขและมีอัตรากำลังบุคลากรด้านสาธารณสุขแล้ว ทำให้บทบาทด้านสาธารณสุขของ อปท.มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้นและบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ของ อปท. ได้ขอโอนย้ายจากสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนหนึ่ง โดยไม่ได้รับผลประโยชน์หรือสิทธิพิเศษใดๆ ที่อาจมีการกำหนดหลักเกณฑ์ไว้ในแผนการถ่ายโอนกำลังคนสู่ท้องถิ่นตามแผนปฏิบัติการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีปัจจัยใดเป็นแรงจูงใจเป็นสิ่งที่น่าสนใจ

กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กลุ่มงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพได้รวบรวมข้อมูลการขอโอนย้ายของบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขสู่ อปท. ในช่วงตั้งแต่ปี 2544 ถึงมีนาคม 2550 แล้วสรุปได้ว่าบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขขอโอนย้ายสู่ อปท. จำนวนทั้งสิ้น 693 ราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2547 กล่าวคือ บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขอโอนย้ายสู่ อปท.จำนวน 105 คนในปี 2547 จำนวน 170 คนในปี 2548 และ 277 คนในปี 2549 (ตารางที่ 5) โดยส่วนใหญ่เป็นบุคลากรปฏิบัติงานที่สถานีนามัยร้อยละ 46 รองลงมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 33 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยละ 12 และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้อยละ 9 ซึ่งปรากฏว่าไม่มีบุคลากรของโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ขอโอนย้ายเลย (แผนภูมิที่ 5) สำหรับ อปท. ที่บุคลากรขอย้ายไปสังกัดมากที่สุด คือ เทศบาล ร้อยละ 65.4 รองลงมาคือ อบต.ร้อยละ 30.2 (ตารางที่ 6) สำหรับตำแหน่งที่ขอโอนย้ายไปสู่ อปท.มากที่สุด คือ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนร้อยละ 27.5 รองลงมาคือ นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 24.7 เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ร้อยละ 16.1 พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 13.8 (ตารางที่ 7) ตำแหน่งในระดับ 6



ขอโอนย้ายมากที่สุด ร้อยละ 41.9 รองลงมา คือ ระดับ 5 ร้อยละ 31.6 ลำดับต่อมา คือ ระดับ 4 ร้อยละ 10.4 (ตารางที่ 8) ข้อมูลนี้อาจมีความคลาดเคลื่อนอยู่บ้างเนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลที่มีลักษณะหุ้ตติยภูมิ อาจสะท้อนได้ไม่ตรงนัก อย่างไรก็ตามก็สามารถประเมินสถานการณ์ในระดับหนึ่ง

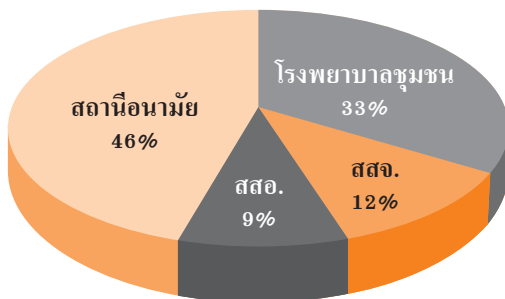
ตารางที่ 5 แสดงการโอนย้ายของบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัด อปท. ปี 2544-2550

ปีงบประมาณ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2544	4	0.6
2545	61	8.8
2546	62	8.9
2547	105	15.2
2548	170	24.5
2549	277	40.0
2550	14	2.0
รวม	693	100.0

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, มีนาคม 2550



**แผนภูมิที่ 5 แสดงสัดส่วนหน่วยงานต้นสังกัด (เดิม) ของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข
ที่โอนย้ายไป อปท. ในช่วงปี 2544-2550**



ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, มีนาคม 2550

**ตารางที่ 6 แสดงประเภทของ อปท. ที่บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ขอโอนย้ายไปสังกัดในช่วงปี 2544-2550**

ประเภทของ อปท.	จำนวนบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ขอโอนย้ายไปสังกัด อปท. (คน)	ร้อยละ
อบจ.	22	3.2
เทศบาล	453	65.4
อบต.	209	30.2
กทม.	6	0.9
พัทยา	3	0.4
รวม	693	100.0

ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, มีนาคม 2550



ตารางที่ 7 แสดงจำนวนบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ขอโอนย้ายไป อปท. ในช่วงปี 2544-2550 จำแนกตามประเภทตำแหน่ง

ตำแหน่ง	จำนวนบุคลากรที่ขอโอนย้าย สู่ อปท. (คน)	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข	13	1.9
จพง.สาธารณสุขชุมชน	187	27.5
เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม	9	1.3
เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์	1	0.1
ทันตแพทย์	5	0.7
เจ้าพนักงานเผยแพร่	1	0.1
เจ้าพนักงานธุรการ	22	3.2
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	19	2.8
เจ้าพนักงานพัสดุ	2	0.3
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์	1	0.1
การแพทย์		
นิติกร	1	0.1
นายแพทย์	2	0.3
นักวิชาการสาธารณสุข	168	24.7
เภสัชกร	4	0.6



ตำแหน่ง	จำนวนบุคลากรที่ขอโอนย้าย สู่ อปท. (คน)	ร้อยละ
นายช่างเทคนิค	2	0.3
นายช่างโยธา	2	0.3
โภชนากร	1	0.1
เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์	1	0.1
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์ การแพทย์	1	0.1
เจ้าพนักงานเวชสถิติ	1	0.1
พยาบาลวิชาชีพ	94	13.8
บุคลากร	4	0.6
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	9	1.3
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	109	16.1
พยาบาลเทคนิค	20	2.9
รวม	679	100.0
ไม่ระบุ	14	
ทั้งหมด	693	

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, มีนาคม 2550



**ตารางที่ 8 แสดงจำนวนบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ขอโอนย้ายไป
อปท. ในช่วงปี 2544-2550 จำแนกตามระดับตำแหน่ง (ชี)**

ระดับตำแหน่ง (ชี)	จำนวนบุคลากรที่ขอโอนย้ายสู่ อปท. (คน)	ร้อยละ
2	3	0.4
3	17	2.5
4	71	10.4
5	216	31.6
6	286	41.9
7	89	13.0
8	1	0.1
รวม	683	100.0
ไม่ระบุ	10	
ทั้งหมด	693	

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, มีนาคม 2550

ในช่วงปลายปี 2549 สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่
อปท. สำนักนายกรัฐมนตรี ได้รายงานข้อมูลความคืบหน้าของการถ่ายโอน
ภารกิจ (การสาธารณสุข) ของกระทรวงสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น พบว่า การถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขมีความ
คืบหน้าไม่มากเท่าที่ควรเนื่องจากการปรับบทบาทภารกิจของหน่วยงาน



ซึ่งเป็น ผลกระทบจากการพัฒนาระบบราชการ และการออกกฎหมายใหม่ ด้านสุขภาพ (ดังรายละเอียดในบทที่ 5) และภารกิจบางกิจกรรมมี รายละเอียดที่ต้องจัดให้มีการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นขั้นเป็นตอน และ ต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การรายงานผลการติดตามความคืบหน้าของคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักนายกรัฐมนตรีทำให้มีการทบทวนและปรับปรุงแผนปฏิบัติการกำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

6.2 บทวิเคราะห์ความพร้อมของ อปท.

การเร่งรัดกระทรวงสาธารณสุขของคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในปี 2549 มีความแตกต่างไปจากเดิม ในขณะที่ยังคงการปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีพัฒนาการมาตามลำดับ และมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนมากขึ้น มีประสบการณ์ในการจัดบริการและร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพมากขึ้นเป็นลำดับ ถึงแม้ว่าจะไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ทุกมิติของระบบสุขภาพ หรือทุกพื้นที่ของ อปท.ทุกแห่ง แต่นับว่าเป็นสัญญาณที่ดีในการต่อยอดสู่การพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในท้องถิ่นอย่างเต็มรูปแบบต่อไปในอนาคต การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขคงต้องดำเนินการในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปตามสภาพความพร้อมของท้องถิ่นแต่ละแห่ง โดยควรคำนึงถึงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้



วิเคราะห์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการรองรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

จุดแข็ง

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความรู้ความสามารถมากขึ้นกว่าในอดีต งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีมากขึ้น มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการทำให้การดำเนินโครงการต่าง ๆ รวดเร็ว เพราะสามารถตัดสินใจเบ็ดเสร็จได้เอง รัฐบาลของประชาชนอย่างดี หน่วยงานสาธารณสุขหากขึ้นกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหน่วยบริการก็ต้องทำงานตอบสนองต่อประชาชนให้ดีที่สุด ทั้งนี้ประชาชนสามารถสะท้อนปัญหาการบริการกับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้โดยตรง บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถโอนย้ายไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้น ขนาดขององค์กรไม่ใหญ่ การจัดองค์กรและระบบไม่ซับซ้อนทำให้สามารถจัดระบบการตรวจสอบได้ง่าย

จุดอ่อน

ข้อสงสัยเรื่องการทุจริตเป็นจุดอ่อนที่ยังเป็นข้อโต้แย้งสำคัญสำหรับฝ่ายที่เห็นว่าการกระจายอำนาจไม่เกิดผลดีแต่จะเป็นการกระจายการฉ้อราษฎร์บังหลวงมากกว่า ศักยภาพของบุคลากรที่มีอยู่เดิมยังมีข้อจำกัดยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ผู้บริหารท้องถิ่นอาจมีการใช้อำนาจไปในทางมิชอบ เอื้อประโยชน์ให้กับตนเองและพวกพ้อง อาจใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ทางการเมืองโดยที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อประชาชนจริงๆ เช่น การมุ่งออกหน่วยเคลื่อนที่รักษาพยาบาลเป็นหลัก โดยไม่สนใจการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเท่าที่ควร เป็นต้น องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ยังไม่มีส่วนงานสาธารณสุขซึ่งจะเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงาน เมื่อต้องรับถ่ายโอนงานด้านสุขภาพ



โอกาส

รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ.2550 ยังคงให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ในการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชนตื่นตัวและรู้จักบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้น มีโอกาสที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วม ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงต้องทำงานตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนเพื่อให้ได้รับเลือกตั้ง ระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หรือการจัดการ “กองทุนสุขภาพชุมชน” เป็นการขยายโอกาสการทำงานด้านสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพโดย สสส. การเกิดขึ้นของการปฏิรูประบบสุขภาพโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ล้วนเกื้อหนุนต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับพื้นที่ทั้งสิ้นและงบประมาณของ อปท.ยังคงได้รับจัดสรรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นโอกาสสำคัญในการใช้ทรัพยากรหรืองบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันหันมาสนใจการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนมากขึ้น อาจเนื่องมาจากการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ถนน ไฟฟ้า ฯลฯ เริ่มพอเพียงแล้ว รวมทั้งการตรวจสอบการทำงานของท้องถิ่นโดยองค์กรอื่นหรือภาคประชาชนจะทำได้ง่ายกว่าการบริหารโดยส่วนกลางที่ตรวจสอบได้ยาก

อุปสรรค

รัฐบาลไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องกระจายอำนาจอย่างจริงจัง ไม่มีการส่งสัญญาณที่ชัดเจนในการเร่งรัดให้เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ทำให้หน่วยงานราชการส่วนกลางและภูมิภาคต่างๆ ไม่ใส่ใจเช่นกัน ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเท่าที่ควร ผู้ว่าราชการบูรณาการหรือผู้ว่า CEO จะเป็นโครงสร้างการปกครองที่ขัดแย้งกับการปกครองท้องถิ่นในระดับจังหวัดได้หากจัดการเรื่องอำนาจหน้าที่และ



ความสัมพันธ์ไม่ดี ขาดความร่วมมือจากข้าราชการประจำในระดับต่าง ๆ เพราะเกรงว่าจะกระทบต่อสถานะที่ดำรงอยู่ บุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจความก้าวหน้า และเกรงว่าอาจไม่ได้รับความเป็นธรรม เพราะ อปท.เป็นระบบการเมืองที่ใกล้ชิดเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย

6.3 ทางเลือกในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ภารกิจด้านสาธารณสุขหรือลักษณะกิจกรรมที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเกี่ยวข้อง แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1) **ภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการบริการส่วนบุคคล** เป็นการให้บริการแก่บุคคลโดยตรง ทั้งในสถานบริการหรือในชุมชน เช่น การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคล การให้วัคซีนป้องกันโรค หรือจัดให้มีพยาบาลไปให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน เป็นต้น ต้องมอบให้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุข

2) **ภารกิจที่ดำเนินการในบริบทของชุมชน** ภารกิจนี้เป็นการทำกิจกรรมด้านสุขภาพทั่วไปที่มีได้ให้แก่บุคคลโดยตรง ยกตัวอย่างเช่น การสาธารณสุขมูลฐาน การควบคุมป้องกันโรคในชุมชนต่างๆ การอนามัยสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมสุขภาพในประชาชนทั่วไป กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ยังคงต้องอาศัยเทคนิควิชาการเช่นกัน แต่ความสลับซับซ้อนจะน้อยกว่าภารกิจในข้อที่ 1. ส่วนใหญ่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้เองโดยไม่ต้องมีสถานบริการ



หากพิจารณาตามระดับความรับผิดชอบในการจัดบริการของ อบท.แล้ว อบท.สามารถดำเนินการได้ในหลายระดับ เช่น 1) **การสนับสนุนการจัดบริการ** โดยการสมทบงบประมาณในการดำเนินการ การสนับสนุนอาคารสถานที่ การพัฒนากำลังคน 2) **การจัดระบบบริการเอง** โดยมีหน่วยบริการเป็นของตนเอง เช่น กรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่และศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครเชียงใหม่ เทศบาลนครศรีธรรมราชมีโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง เทศบาลหลายแห่งมีศูนย์บริการสาธารณสุข ให้บริการแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบมายาวนาน กองทุนชุมชนและอบต.บางแห่งเริ่มมีแนวคิดในการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชนและจ้างแพทย์หรือพยาบาลไปให้บริการรักษาพยาบาลแก่สมาชิกชุมชน โดยรับค่าตอบแทนจากกองทุนหรืออบต. หรือ 3) **การซื้อบริการจากหน่วยบริการ** กองทุนชุมชนบางแห่งจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่สมาชิกโดยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากกองทุนได้ เช่น กลุ่มออมทรัพย์ที่อำเภอจะนะ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งแสดงความจำนงในการใช้งบประมาณของตนเองสมทบกับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเพื่อให้มีการจัดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

ความเป็นไปได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

มิติที่ 1 ด้านองค์กร ขึ้นกับ 1) ระดับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ อบจ. เทศบาล อบต. จะมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และความพร้อมที่แตกต่างกัน และขึ้นกับความสนใจในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่ง และ 2) ความเข้มแข็งของภาคประชาชน องค์กรภาค



ประชาชนที่มีบทบาทในพื้นที่ มีมากน้อยเพียงใด เน้นกิจกรรมลักษณะใด และความพร้อมหรือความสมัครใจในการดำเนินงานหรือการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือการตรวจสอบการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการ

มิติที่ 2 ด้านรูปแบบในการดำเนินงาน มีทางเลือกเช่น เช่น การสนับสนุนทรัพยากร การจัดบริการ การวางแผนการบริหารจัดการ ทางเลือกในการจัดการในภาพรวมของประเทศ อาจเป็น รูปแบบเดียว หรือหลายรูปแบบ อาจทำพร้อมกันทั้งประเทศ หรือ ตามความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแห่งๆ ไป

ในภาพรวม อบจ.อาจรับผิดชอบการคลังด้านสุขภาพในระดับจังหวัด เทศบาลและอบต.รับผิดชอบการคลังสุขภาพบางส่วนเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ แม้ว่าอบจ.ถูกมองว่ายังขาดความพร้อมในการรองรับภารกิจด้านสุขภาพก็ น่าจะมีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพได้ ภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน ควบคุมโรคนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการดำเนินการอยู่แล้ว แต่ประเภทและขอบข่ายภารกิจอาจยังไม่ครอบคลุม การถ่ายโอนภารกิจจะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการดำเนินการที่ กว้างขวาง ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ในส่วนของงานรักษายาบาลนั้น เทศบาล ส่วนใหญ่มีการดำเนินการอยู่แล้ว

ก้าวแรกของการถ่ายโอน สถานีนามัย

การดำเนินการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขให้แก่ อปท. ในระยะแรกๆ (พ.ศ.2543-2544) สามารถบรรลุตามเป้าหมายได้ระดับหนึ่ง บนหลักการของการสร้างระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ของพื้นที่ ภายใต้แนวคิดที่เพิ่มบทบาทและการมีส่วนร่วมของระดับพื้นที่ โดย คำนึงถึงข้อเท็จจริงที่ให้รัฐบาลท้องถิ่น (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) มีบทบาท และอำนาจในการตัดสินใจเพิ่มขึ้น โดยไม่ละเลยภาคประชาชน และที่สำคัญ ต้องเชื่อมโยงกับนโยบายและทิศทางหลักๆ ที่กำหนดโดยส่วนกลาง ซึ่งต้อง อาศัยกระบวนการทดลองจริงในพื้นที่จำนวนหนึ่งในช่วงระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้มีการปรับบทบาทของราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วน ภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และภาคประชาชนที่จะเรียนรู้ ร่วมกันในการถ่ายโอนภารกิจ มีการปรับกลไกความสัมพันธ์ระหว่าง อปท. กับ ราชการส่วนภูมิภาคอย่างกลมกลืน รวมทั้งปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อันจะทำให้ อปท.สามารถดำเนินการกิจการสาธารณะที่ตอบสนองความต้องการ ของประชาชนในท้องถิ่นดีขึ้น และจะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมใน



การบริหารงานของ อบท. และ อบท.จะสามารถพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความโปร่งใส

กระทรวงสาธารณสุขได้คัดเลือกจังหวัดที่มีความพร้อมจำนวน 10 จังหวัด คือ เชียงใหม่ แพร่ พะเยา นครราชสีมา มหาสารคาม อุดรธานี ชลบุรี สงขลา ภูเก็ต และปัตตานี ร่วมโครงการนำร่องกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดการพัฒนาสุขภาพอนามัยแบบมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในพื้นที่ ทดลองศึกษารูปแบบ บทบาทหน้าที่และโครงสร้างคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) แนวทางการพัฒนาบุคลากร การปรับกระบวนการทัศน์เพื่อการทำงานอย่างมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขทุกระดับ อบท.และภาคประชาสังคมผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ ต่อมาเกิดข้อจำกัดที่สำคัญ คือ ความไม่ชัดเจนในนโยบายการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข (หลังจาก นพ.มงคล ณ สงขลา ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเกษียณอายุราชการ) อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลใหม่ที่ให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขโดยปรับระบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข ที่รู้จักกันในนาม “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” และการกระจายอำนาจของประเทศมุ่งสู่ทิศทางของการบูรณาการระดับจังหวัดหรือผู้ว่า CEO (Chief Executive Officer) เป็นการซ้ำเติมสถานการณ์ลงไปอีกและเหตุการณ์ดังกล่าวได้ดำเนินการอย่างจริงจังเรื่อยมา ทำให้ขาดการเตรียมความพร้อมให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการรองรับการถ่ายโอนภารกิจตามแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ ฯ หน่วยงานในพื้นที่เกิดความลังเลขาดความชัดเจนในทิศทางที่จะก้าวเดินต่อไป ทำให้เกิดคำถามอย่างมากเรื่องบทบาทขององค์กรบริหารส่วนจังหวัดหรือ อบจ.ที่มีหน้าที่ในการดูแลประชาชนในขอบเขตจังหวัดเช่นกัน โดยมิได้ปรากฏถึงการส่งเสริมหรือสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามาจัดบริการสาธารณะ



เท่าใดนัก การกระจายอำนาจให้แก่ อบท. ไม่มีในนโยบาย และมีรูปธรรมหลายอย่างที่จะสะท้อนถึงการไม่ให้ความสำคัญในเรื่องนี้ ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นห่างเป้าหมายมากโดย ปี 2549 เป้าหมายสัดส่วนรายได้ของท้องถิ่นต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 ของรายได้รัฐบาล แต่ได้รับการจัดสรรเพียงร้อยละ 24 เท่านั้น

7.1 ทวนสอบและปรับเปลี่ยนเข็มทิศ

ในช่วงปลายปี พ.ศ.2548 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการประชุมระดมสมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อปรับปรุงแนวทางดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป (ตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา) โดยการระดมสมองจากผู้แทนหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง/ภูมิภาค และท้องถิ่น ได้แก่ ผู้แทนจากชมรมนายแพทย์สาธารณสุข ชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ชมรมแพทย์ชนบท ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย และสมาคมหมออนามัย รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้ข้อสรุปแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (ใหม่) ในเดือนธันวาคม 2548 หลังจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่ อบท. ได้ร่วมกันปรับปรุงแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2549 และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2549 โดยหลักการสำคัญของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ คือ 1) มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน 2) ต้องมีความยืดหยุ่นมีพลวัต และ 3) มุ่งระบบที่มีส่วนร่วม ดังนี้



1) มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

โดยมุ่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีศักยภาพระยะยาว ในการตัดสินใจ และดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพให้เกิดผลดียิ่งขึ้นกว่าก่อนการกระจายอำนาจ และเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เสมอภาค มีประสิทธิภาพ และคุณภาพดี

2) มุ่งระบบที่ยืดหยุ่นมีพลวัต

โดยให้มีความยืดหยุ่นตามศักยภาพ ความเป็นไปได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น เพื่อนำไปสู่กระบวนการกระจายอำนาจอย่างต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืนในการพัฒนาสุขภาพ

3) มุ่งระบบที่มีส่วนร่วม

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



รวมทั้ง กำหนดขอบเขตของภารกิจที่จะถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกเป็น 2 แบบ ได้แก่

- **ลักษณะของภารกิจ** ได้แก่ ภารกิจด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ

- **ความกว้างขวางครอบคลุมของภารกิจ** อาจเป็นกิจกรรมที่บริการเฉพาะบุคคล ครอบครัว หรือภารกิจที่ดำเนินการในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถรับการถ่ายโอนภารกิจในเรื่อง การพัฒนาสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรค และภารกิจการสร้างเสริมสุขภาพได้ทั้งหมดโดยเร็ว เป็นต้น

สำหรับลักษณะการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่ อบต. อาจมีได้อย่างน้อย 4 ลักษณะ (ซึ่งผสมผสานกันได้) ดังนี้

1) **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ซื้อบริการ** โดยเป็นเจ้าของเงิน (เช่น เงินรายได้ท้องถิ่นเอง หรืองบประมาณตามนโยบายหลักประกันสุขภาพที่มีการโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) และเป็นผู้ซื้อบริการจากสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในและนอกพื้นที่ ซึ่งต้องมีการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถจัดการด้านการเงิน และสามารถดูแลคุณภาพมาตรฐานบริการที่ได้รับเป็นอย่างดี

2) **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับส่วนกลาง/ภูมิภาค** เช่น ร่วมดำเนินโครงการ 30 บาทย (กองทุนสุขภาพชุมชน) ลงทุนในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หรือร่วมกับสถานีนานามัย/โรงพยาบาลต่าง ๆ พัฒนาโครงสร้างระบบสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่



3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเองบางส่วน เช่น รับผิดชอบดำเนินการในด้านการพัฒนาสภาพแวดล้อมและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

4) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเองทั้งหมด โดยเป็นเจ้าของสถานบริการสาธารณสุขและเป็นผู้ดำเนินการด้านสาธารณสุขทั้งหมด

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นใดจะดำเนินการในลักษณะใด ในด้านใด และเมื่อไรให้เป็นไปตามหลักการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่ไว้ไว้ ทั้งนี้รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้แก่้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาจมีได้หลายแบบ ซึ่งสามารถปรับตามความพร้อมของทุกฝ่าย ตามความเหมาะสมของพื้นที่ และตามสถานการณ์ เช่น

1) ถ่ายโอนแบบแยกส่วน โดยถ่ายโอนสถานบริการให้แก่้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆ เช่น โอนสถานอนามัยให้้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โอนโรงพยาบาลให้เทศบาล หรือ ้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นต้น

2) ถ่ายโอนเป็นเครือข่ายบริการ (เป็นพวงบริการ หลายระดับ) โดยรวมสถานอนามัย และโรงพยาบาลในพื้นที่เป็นเครือข่าย แล้วถ่ายโอนทั้งเครือข่ายให้้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่ง้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหาร

3) จัดตั้งเป็นองค์การมหาชน (Autonomous Public Organization) โดย้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมในการบริหาร และอาจเป็นองค์การมหาชนเฉพาะสถานบริการหรือเฉพาะเครือข่ายบริการ หรือให้มี กสพ.เป็นองค์การมหาชน



4) จัดตั้งหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ (Service Delivery Unit –SDU)

โดยให้แต่ละโรงพยาบาลเป็น SDU ภายใต้การดูแลขององค์กร Health Facility Authority (หรือ Hospital Authority) ซึ่งเป็นองค์กรมหาชน ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหาร

ซึ่งการดำเนินการในรูปแบบที่ 1) และ 4) อาจมีใช้การถ่ายโอนภารกิจโดยตรง เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีส่วนร่วมในการบริหาร แต่ไม่ได้เป็นเจ้าของโดยตรง

ภายใต้หลักการดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์ และวิธีประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนามัย โดยมีหน้าที่ดำเนินการศึกษา พัฒนารูปแบบการถ่ายโอนแบบแยกส่วน

ต่อมา คณะกรรมการชุดนี้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นมา 3 ชุด ชุดที่ 1) พัฒนากลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่ อบต. ชุดที่ 2) พัฒนาหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและวิธีประเมินความพร้อมในการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่ อบต. และชุดที่ 3) ศึกษาและพัฒนาระบบประเมินผลการทดลองถ่ายโอนและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย



7.2 เกณฑ์การเลือกผู้การถ่ายโอนสถานื่อนามัย

หลังจากการระดมสมองจัดทำคู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ สาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วเสร็จเมื่อเดือนมกราคม 2550 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดหลักเกณฑ์คัดเลือก อบต. เข้าร่วมโครงการ ทดลองถ่ายโอนสถานื่อนามัย ต้องมีคุณสมบัติเบื้องต้นครบทั้ง 3 ประการ ดังนี้

- อบต. ที่ร่วมดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ หรือ “กองทุนสุขภาพชุมชน”
- อบต. ที่มีการสนับสนุนทุนการศึกษาเพื่อพัฒนาบุคลากรด้าน สาธารณสุข
- อบต. ที่ได้รับรางวัลการบริหารจัดการที่ดี (ธรรมาภิบาลดีเด่น) ปี 2548 หรือ ปี 2549

จากเงื่อนไข ดังกล่าว มี อบต.ประมาณ 110 แห่งจากทั่วประเทศที่มี คุณสมบัติครบถ้วน อย่างไรก็ตาม อบต.ที่จะเข้าร่วมโครงการต้องผ่านหลัก เกณฑ์และวิธีการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการ จัดการด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก (8 ตัวชี้วัด) ดังนี้

1. ประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการหรือมี ส่วนร่วมจัดการด้านสาธารณสุข มี 4 ตัวชี้วัด คือ

- ระยะเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดหรือมีส่วนร่วมหรือ ส่งเสริมสนับสนุนการจัดการด้านสาธารณสุขจนถึงปัจจุบัน
- ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข



- ความร่วมมือของชุมชนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการด้านสาธารณสุข เช่น ด้านทรัพยากร ด้านวิชาการ ด้านบริการและกิจกรรม เป็นต้น
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การส่งเสริมสนับสนุน สถานีอนามัยก่อนขอรับโอน เช่น ด้านทรัพยากร ด้านวิชาการ ด้านบริการและกิจกรรม เป็นต้น

2. มีแผนการเตรียมความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุขหรือแผนพัฒนาการสาธารณสุขซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมด้านต่างๆ ที่เหมาะสมในการจัดการด้านสาธารณสุข มี 1 ตัวชี้วัด คือ

- การมีแผนลักษณะแผนกลยุทธ์หรือแผนงานโครงการ/กิจกรรมในการจัดการด้านสาธารณสุข และ/หรือการมีแผนพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย และมีแผนรองรับในภาวะวิกฤตและการติดต่อของโรคระบาดรุนแรง และ/หรือการมีแผนในการวางระบบ ควบคุม กำกับ ตรวจสอบนำไปสู่การสร้างเชื่อมั่นว่าจะจัดการด้านสาธารณสุขได้อย่างมีมาตรฐาน

3. วิธีการบริหารและการจัดการด้านสาธารณสุข มี 1 ตัวชี้วัด คือ

- มีรูปแบบวิธีการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข

4. การจัดสรรรายได้เพื่อการสาธารณสุข มี 1 ตัวชี้วัด คือ

- สัดส่วนการใช้รายได้ (รวมเงินอุดหนุนทั่วไปและเงินกู้แต่ไม่รวมเงินอุดหนุนเฉพาะกิจจากรัฐ) เพื่อการสาธารณสุขเฉลี่ย 3 ปีงบประมาณย้อนหลัง (ไม่รวมปีงบประมาณที่ประเมิน)



5. ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อความพร้อมในการจัดบริการด้านสาธารณสุขของอบต. มี 1 ตัวชี้วัด คือ

- ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเขตบริการของ อบต. ต่อความพร้อมในการจัดบริการด้านสาธารณสุขของ อบต.

ทั้งนี้ หลังจาก อบต. ผ่านเกณฑ์การประเมินความพร้อมแล้ว เจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัยต้องมีความสมัครใจย้ายโอนไปในสังกัด อบต. ไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง และก่อนการถ่ายโอนสถานีอนามัย/ภารกิจด้านสาธารณสุข อบต. จะต้องดำเนินการต่อไปนี้

1. การกระจายอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สถานีอนามัยในด้านต่อไปนี้

- 1.1 กำหนดระเบียบเงินบำรุงของหน่วยบริการสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 1.2 กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 1.3 กำหนดหลักเกณฑ์ แนวทางมอบอำนาจในการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยบริการสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 1.4 กำหนดแนวทางการใช้เงินงบประมาณตามโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



2. การจัดโครงสร้างองค์กรภายในรองรับการบริหารจัดการสาธารณสุขในด้านต่อไปนี้

- 2.1 กำหนดโครงสร้างรองรับภารกิจด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งในด้านบริหารและหน่วยบริการสาธารณสุข
- 2.2 การกำหนดกรอบอัตรากำลังในหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. การจัดระบบบริหารงานบุคคลเพื่อสาธารณสุขในด้านต่อไปนี้
 - 3.1 กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการบรรจุ แต่งตั้ง โยกย้าย เลื่อนระดับและการประเมินเข้าสู่ตำแหน่งเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งทั่วไป วิชาชีพและวิชาชีพเฉพาะ

ปรากฏว่ามีสถานีนอนามัยจำนวน 35 แห่ง ในอบต./เทศบาลที่มีความพร้อม 30 แห่ง ในพื้นที่ 22 จังหวัด ที่เข้าร่วมโครงการโดยมอบหมายให้คณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่ อบต. ระดับจังหวัดประเมินความพร้อมตามคู่มือการถ่ายโอนฯ พบว่า อบต.บางแห่งไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากต้องรอการประกาศผลการเลือกตั้งสมาชิก อบต. ใหม่ อย่างเป็นทางการจาก กกต. ในที่สุด กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนามัย 22 แห่ง ให้กับ 17 อบต.และ 2 เทศบาล ใน 16 จังหวัด ทั่วทุกภาค ดังนี้



ตารางที่ 9 แสดงรายชื่อสถานีอนามัยที่ถ่ายโอนไปสังกัด อบต. จำแนกรายภาค และจังหวัด ในปีงบประมาณ 2551

ภาค	จังหวัด	ชื่อสถานีอนามัย	อบต.ที่รับโอน
กลาง	กาญจนบุรี	สอ.เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา	อบต.วังศาลา
	สมุทรสงคราม	สอ.ตำบลบ้านปรก	อบต.บ้านปรก
	เพชรบุรี	สอ.ตำบลบ้านหม้อ	อบต.บ้านหม้อ
	ราชบุรี	สอ.บ้านฆ้อง	อบต.บ้านฆ้อง
	ราชบุรี	สอ.บ้านโกรกสิงขร	อบต.ด่านทับตะโก
	ลพบุรี	สอ.ตำบลเขาสามยอด	เทศบาลตำบลเขาสามยอด
	พระนครศรีอยุธยา	สอ.ตำบลบางโคนม	อบต.บางโคนม
	ปทุมธานี	สอ.ตำบลบางยี่โก	เทศบาลตำบลบางยี่โก
	สระแก้ว	สอ.คลองหินปูน	อบต.คลองหินปูน
	สระแก้ว	สอ.คลองตาสูตร	อบต.คลองหินปูน
	สระแก้ว	สอ.นาคันหัก	อบต.พระเพลิง
	จันทบุรี	สอ.ตำบลเกาะขวาง	อบต.เกาะขวาง
	อุทัยธานี	สอ.ตำบลหาดทอง	อบต.หาดทอง



ภาค	จังหวัด	ชื่อสถานีนามัย	อปท.ที่รับโอน
เหนือ	ตาก	สอ.บ้านวังหวาย สอ.บ้านบ่อทอง	อบต.วังหมัน อบต.วังแคม
	กำแพงเพชร	สอ.ตำบลวังแคม	อบต.วังแคม
	ลำปาง	สอ.บ้านลำปางหลวง	อบต.ลำปางหลวง
ตะวันออกเฉียงเหนือ	บุรีรัมย์	สอ.บ้านหนองตาเยาว์	อบต.หนองแวง
	บุรีรัมย์	สอ.บ้านหนองหว่า	อบต.หนองหว่า
	อุดรธานี	สอ.นาพุ	อบต.นาพุ
ใต้	นครศรีธรรมราช	สอ.ปากพูน	อบต.ปากพูน
	นครศรีธรรมราช	สอ.บ้านศาลาบางปู	อบต.ปากพูน

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดพิธีลงนามมอบภารกิจด้านสาธารณสุขโดยการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่ อปท.ในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2550 ณ ห้องประชุมไพจิตร ปะบุตร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ชั้น 9 (ตามมติการประชุมที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ในวันที่ 27 พฤศจิกายน 2550 ณ ห้องประชุมชั้น 4) ท่ามกลางความสับสนของผู้เดินทางมาร่วมพิธี อาทิเช่น อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (ได้รับมอบหมายแทนปลัดกระทรวงมหาดไทย) นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งเจ้าหน้าที่สถานีนามัยที่จะ



ถ่ายโอน เนื่องจากปลัดกระทรวงสาธารณสุขติตราชการด่วน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นพ.มงคล ณ สงขลา) อาศัยอำนาจตาม พ.ร.บ.ระเบียบบริหารราชการแผ่นดินฯ ออกคำสั่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านควบคุมป้องกันโรค (นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ) รักษาการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการลงนามส่งมอบภารกิจสถานีนามัยให้แก่ อปท. และลงนามให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการส่งมอบทรัพย์สิน และงบประมาณให้แก่ อปท. และในเดือนธันวาคม 2550 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำสรุปข่าว “ข้อมูลความจริง 10 ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และแนวทางการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข”

ทักษะของพุทธรณรงค์ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ช่วงปลายปี พ.ศ.2549 ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ. กำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 มาตรา 30(4) แก้ไขข้อบัญญัติที่กำหนดให้มีการจัดสรรงบประมาณให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มขึ้น จนถึงร้อยละ 35 ในปี 2549 เป็น “.....ตั้งแต่ ปีงบประมาณ พ.ศ.2550 เป็นต้นไป ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีรายได้ คิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้สุทธิของรัฐบาลไม่น้อยกว่าร้อยละ 25.....” ระบุในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2549 เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ.2549 และกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (ฉบับที่ 2) โดยกำหนดการถ่ายโอนสถานีนอนมายให้แก่อปท. ระยะที่ 1 ในปีงบประมาณ 2551 สร้างความกังวลใจให้กับฝ่ายที่ไม่เห็นด้วยกับแนวทางดังกล่าว ช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2550 จึงได้ทำการสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ภายใต้ประเด็นคำถามสำคัญ 5 ประการ ดังนี้



- 1) เป้าหมายของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
- 2) การกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ผ่านมา
- 3) การถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อบต.
- 4) การประเมินผลความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
- 5) ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

1. เป้าหมายของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

“การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” หลายฝ่ายมีความเข้าใจในความหมายที่แตกต่างกันและส่งผลกระทบต่อความเข้าใจในเป้าหมายของการดำเนินการด้วยการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นการทวนสอบความเข้าใจเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งเปรียบเทียบ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพคล้ายกับปรัชญาประชาธิปไตย คือ ความเท่าเทียม มีความใกล้ชิดและเชื่อมโยงกับสุขภาพและการศึกษาเป็นอย่างมาก ด้วยเหตุที่ทุกคนมีสิทธิเจ็บป่วยได้เหมือนกันทุกคน หากแต่การเข้าถึงบริการไม่ว่าจะเป็นการมีสุขภาพดีด้วยการดูแลสุขภาพอนามัย การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเจ็บป่วยได้ไม่เท่ากัน นั่นคือ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งบ่งบอกพื้นฐานของความเท่าเทียมกันของมนุษย์ นักวิชาการหลายคนในวงการแพทย์สาธารณสุขตระหนักในสิ่งเหล่านี้และมีความพยายามผลักดันให้ “สุขภาพ” มีความสำคัญในระดับ Public Policy เพราะสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน



เป้าหมายของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในมุมมองของผู้ทรง
คุณวุฒิ/นักวิชาการด้านสาธารณสุขและด้านการปกครอง อาจสรุปได้เป็น
๒ มิติ คือ

มิติที่ 1 คือ ประชาชนรับรู้ถึงอำนาจหน้าที่ของตนเองต่อการจัดการ
ด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น เพื่อการ
มีสุขภาพที่ดีของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น

มิติที่ 2 คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สามารถจัดบริการ
สาธารณสุขขั้นพื้นฐานต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลควบคุม
สิ่งแวดล้อม บริการรักษาพยาบาลพื้นฐาน หรือ บริการปฐมภูมิโดยรวมให้
สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ ได้ อย่างทั่วถึง
และเท่าเทียมกัน

มิติที่หนึ่ง นักวิชาการเสนอว่าเป็นเป้าหมายสุดท้ายที่ควรจะเป็น ซึ่ง
อาจเรียกว่าเป็นความสมบูรณ์ของสังคมพลเมือง (Citizen) มิใช่ราษฎร เป็น
ความพร้อมของ 3 องค์ประกอบหลัก คือ รัฐ สังคม และปัญญา

“รัฐ” หมายถึง ส่วนราชการมีกลไกเชื่อมโยงสัมพันธ์เชิงอำนาจอย่าง
มีคุณภาพ ออกกฎหมายและระเบียบให้เอื้ออำนวยต่อการทำงานแบบมี
ส่วนร่วมของทุกฝ่าย

“สังคม” หมายถึง ประชาชนมีความเข้มแข็งสามารถมีส่วนร่วมในการ
จัดการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนซึ่งปัจจุบันมี พ.ร.บ. สุขภาพ
แห่งชาติรองรับให้ทุกฝ่ายสามารถแสดงศักยภาพด้านสุขภาพได้อย่างเต็มที่



สุดท้าย “ปัญญา” คือ ข้อมูลความรู้ที่ทันสถานการณ์ ความสามารถในการคิดวิเคราะห์อย่างเท่าทัน โดยเฉพาะการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อเป็นบทเรียนภายใต้สถานการณ์ความท่วมท้นของสังคมข้อมูลข่าวสาร และสังคมบริโภค

มิติที่สองเป็นมุมมองที่เป็นไปภายใต้กรอบของกฎหมายกระจายอำนาจที่กำหนดให้มีการถ่ายโอนอำนาจรัฐบาลกลางให้แก่อปท. ซึ่งอนุดิตาม พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจให้แก่ อปท. พ.ศ.2542 ซึ่งใช้หลักคิดของการกระจายอำนาจจากภาษาอังกฤษ “Decentralization” เป็นการกระจายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบหรือ “ภารกิจ” จากรัฐบาลกลางซึ่งมีทั้งบุคลากร ทรัพยากร และกฎหมายที่เื้อต่อการบังคับบัญชาตามสายงานจากส่วนกลาง ภูมิภาค จังหวัดจนถึงระดับพื้นที่ หลังจากมีรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 กำหนดให้มีรัฐบาลท้องถิ่น หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อทำหน้าที่จัดบริการสาธารณะให้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่

การถ่ายโอนภารกิจของรัฐบาลกลางให้แก่ อปท. ดำเนินการจึงกลายเป็นสิ่งที่หลายฝ่ายให้ความสำคัญแล้วเชื่อมโยงถึงความหมายที่ต้องมี “ฝ่ายผู้ให้” และ “ฝ่ายผู้รับ” โดยอาจจะเลย Healthy ที่เป็นเป้าหมายสุดท้าย สิ่งนี้ทั้งวิชาการทั้งสองฝ่ายมีความเห็นตรงกันคือ ต้องกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจเพราะเชื่อมั่นว่าไม่มีการกระจายอำนาจในรูปแบบใดจะเป็นสูตรสำเร็จ การกระจายอำนาจนอกจากการศึกษาประสบการณ์จากต่างประเทศแล้วจำเป็นต้องดำเนินการอย่างมีขั้นตอนโดยอาศัยการทดลองจริงในพื้นที่ต่างๆ เพื่อหาข้อสรุปเป็นบทเรียนและพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ต่อไป



สำหรับเป้าหมายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นั้น จึงเป็นเพียงมุมมองในการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข หรือการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุข (โรงพยาบาล สถานีอนามัย) และมักกล่าวถึง “ความพร้อม” ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกันเป็นส่วนใหญ่ และเห็นพ้องต้องกันว่าต้องส่งเสริมสนับสนุนความพร้อมของ อปท. อย่างเป็นทางการ เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของไทยมีหลายระดับ หลายขนาด หลากหลายวัฒนธรรม และศักยภาพที่แตกต่างกัน เช่น รายได้ของ อปท. วุฒิภาวะและการศึกษาของผู้นำ อปท. ระบบอุปถัมภ์ที่ยังดำรงอยู่ในท้องถิ่น ชนบท เป็นต้น ซึ่งถ้าเป็น อปท.ขนาดใหญ่และพร้อมเช่น กรุงเทพมหานคร สามารถดำเนินการกิจได้อย่างครบวงจร หาก อปท. พร้อมก็สามารถดำเนินการได้เอง ตัวอย่างเช่น กทม.ที่มีทั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลวชิระ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง ศูนย์บริการสาธารณสุขและหน่วยงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ

สำหรับเป้าหมายของการโอนงบประมาณให้ อปท. 35 % ภายใน 10 ปี (พ.ศ.2553) ในส่วนงานสาธารณสุขนั้น อปท.ต้องดำเนินการบริการปฐมภูมิ (Primary care) ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สำหรับการจัดบริการทางการแพทย์ในระดับสูงกว่านั้นต้องคำนึงถึงขนาดของบริการที่มีความคุ้มค่า (Economy Scale) เป็นสำคัญเพราะการจัดบริการทางการแพทย์สาธารณสุขมีต้นทุนที่สูง การจัดสรรงบประมาณนอกเหนือจาก Basic Operation แล้วต้องคำนึงถึง ความแตกต่างของพื้นที่ เช่น พื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อโรคระบาด เป็นต้น

นอกจากนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขเสนอให้มีการดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้เป็นรูปธรรม เพราะเป็นเรื่องที่รัฐธรรมนูญ



กำหนด มีกฎหมายเป็นหลักการ และแผนปฏิบัติการที่เป็นขั้นตอน ศักยภาพ และบริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีทิศทางการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น มีการจัดการองค์กรในรูปแบบธรรมาภิบาล ขณะที่อุปบัติการณ์ของการเกิดโรค ร้ายแรงและโรคที่ป้องกันได้ เช่น เอ็ดส์ อหิวาตกโรค ยังไม่ได้มีแนวโน้มที่จะ ลดลง เพราะการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต สังคมวัฒนธรรมและความรวดเร็วของ เทคโนโลยีสารสนเทศในปัจจุบันทำให้รูปแบบของการจัดการด้านสาธารณสุข ต้องมีการปรับตัว และเป็นสิ่งที่ดี หากมีองค์กรใดองค์กรหนึ่งที่แสดงบทบาท ด้านสาธารณสุขอย่างจริงจังเพิ่มเติมจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นการร่วม สร้างบริการสาธารณสุขที่ดีให้กับประชาชน หากคงยังไม่มีรูปแบบการ กระจายอำนาจด้านสุขภาพที่สำเร็จรูป เป็นสิ่งที่ต้องทำไปปรับไปด้วย เจตนารมณ์ดีร่วมกันจากทุกฝ่าย การไม่เริ่มต้นก็ไม่ได้มีการพัฒนา เพราะทุก อย่างย่อมมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับการอยู่ กับธรรมชาติของสิ่งมีชีวิตที่พร้อมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

2. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ผ่านมา

ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ให้ความเห็นต่อ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ คณะ กรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ และความพร้อมของ อปท.

2.1 คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)

ผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการด้านสาธารณสุขและด้านการปกครองมี ความเห็นที่สอดคล้องกันว่า คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เป็น กลไกใหม่ของ อปท. ที่ทำหน้าที่เตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุขอย่าง เป็นขั้นตอนเพื่อให้การกระจายอำนาจเป็นไปอย่างรอบคอบ ตามแผนการ กระจายอำนาจ ฯ พ.ศ.2543 และแผนปฏิบัติการถ่ายโอนภารกิจ ฯ พ.ศ.2545



กำหนดให้ กสพ. เป็นกลไกที่มีองค์ประกอบจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งฝ่ายผู้ให้และผู้รับการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ รวมทั้งผู้แทนภาคประชาชนและผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลของพื้นที่ได้ทำหน้าที่ร่วมกันเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและร่วมกันกำหนดแนวทางการจัดบริการด้านสุขภาพของอปท. ให้สามารถตอบสนองประชาชนในพื้นที่ เป็นกลไกภายใต้กรอบแนวคิดที่ดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน ค่อยเป็นค่อยไป แลกเปลี่ยนแนวคิด ประสพการณ์ สร้างความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง คลายความคิดหรือความเป็นตัวตนออกเพื่อเป้าหมายร่วมกันคือการจัดบริการสาธารณสุขที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึงเป็นธรรม และร่วมกันสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่น

คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ถึงแม้จะไม่ Full Function ก็ดีกว่าการถ่ายโอนตรงให้กับองค์กรเดียว (อปท.) ซึ่ง กสพ.จะทำหน้าที่พิจารณางบที่ได้รับจัดสรรให้แก่ อปท. เช่น งบส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ดูแลผู้สูงอายุ อุบัติเหตุ ทำฟัน ได้ทันที รวมทั้งการพิจารณา Professional Service ให้เหมาะสมมีประสิทธิภาพ เนื่องจากบริการสาธารณะบางอย่างอาจถ่ายโอนโดยตรงไม่ได้ เพราะต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะด้านวิชาชีพ นักวิชาการเชื่อมั่นว่า กสพ. จะเป็นกลไกที่ทำงานร่วมกันโดยเฉพาะกลไกในเชิงการประสานงานให้เอื้อต่อการทำงานอย่างเป็นระบบของทุกฝ่าย เป็นกลไกนอกกรอบ กลไกลูกผสมที่นักวิชาการเสนอให้เป็นจุดตั้งต้นที่ไม่สุดโต่งร่วมกันระหว่าง อปท.กับสาธารณสุข แต่ปัญหาของ กสพ. คือ การจัดความสัมพันธ์ของกลไกเพราะยังไม่มีบทเรียนของ กสพ. ในประเทศไทย ถ้าได้มีการทดลองให้ กสพ. ทำหน้าที่อาจจะมียุทธวิธีเป็นรูปธรรมและพัฒนาต่อยอดได้ รัฐบาลท้องถิ่นจะมี กสพ. ทำหน้าที่ดูแลจัดบริการเพื่อสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตพื้นที่ที่ไม่เล็กจนเกินไป ให้ อปท. แต่ละแห่ง



สามารถจัดบริการปฐมภูมิอย่างเต็มรูปแบบในระดับพื้นที่และท้องถิ่น โดยมีการบริหารจัดการและพัฒนาทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Hospital) ได้ในราคาที่ไม่สูงและคุ้มค่า (Economy Scale) สำหรับโรคค่าใช้จ่ายสูง (High cost) ให้เป็นหน้าที่ ของรัฐบาลกลาง การทดลองใช้กลไกในรูปแบบคณะกรรมการร่วม (กสพ.) แล้วสรุปบทเรียนการจำแนกบริการสาธารณสุขในระดับต่างๆ ของ อบต. ทั้งระดับตำบล อบต. เทศบาล หรือระดับจังหวัด (องค์การบริหารส่วนจังหวัด) ด้วยเหตุของเงื่อนไขเฉพาะของ อบต. แต่ละประเภท หรือประเภทเดียวกันแต่มีความแตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นงบประมาณ กำลังคน ขอบเขตพื้นที่ จำนวนประชากรและอื่นๆ รวมถึงวัฒนธรรมทางสังคมและวิถีการดำรงชีวิต ซึ่งทำให้บริการสาธารณสุขอาจแตกต่างไปจากรูปแบบเดิมของกระทรวงสาธารณสุขมิใช่มองเพียงการถ่ายโอนภารกิจ หรือถ่ายโอนสถานบริการจากกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่ก็ยังไม่พบพิษณุจนเพราะยังไม่มีมีการทดลองอย่างจริงจัง

2.2 ความพร้อมด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อสังเกตสำคัญจากนักวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขเกี่ยวกับบทบาทด้านสาธารณสุขของ อบต. ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณะตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุขได้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 และผ่านมากกว่า 15 ปี อบต. ก็ยังดำเนินการได้ไม่เข้มแข็งเท่าที่ควรสิ่งสำคัญลำดับแรกจึงควรเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้ อบต.มีศักยภาพในการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. การสาธารณสุข ก่อน บางท่านเสนอให้รอรัฐบาลชุดใหม่เป็นฝ่ายกำหนดเพราะเป็น Policy ที่เป็นนโยบายแห่งรัฐมิใช่หน้าที่ของข้าราชการประจำกำหนดเป้าหมาย และมีข้อเสนอที่น่าสนใจ คือ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพิจารณาความพร้อมของ อบต. เพราะประชาชนเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบตรง และสิ่งที่ต้องคำนึงถึงอีกประการหนึ่ง คือ การทำงานเชื่อมโยงระหว่าง อบต. หรืออาจ



ต้องเป็นองค์กร **Autonomous** ดังเช่น รพ.บ้านแพ้ว อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ได้กำหนดเกณฑ์ประเมินความพร้อมของ อบต. ที่พร้อมรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยประเมินความพร้อมของทั้งสองฝ่ายและให้เป็นไปด้วยความสมัครใจ

ผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการด้านสาธารณสุขและด้านการปกครองได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งพอสรุปได้ว่ามีเงื่อนไขสำคัญ 3 ประการ คือ นักการเมืองท้องถิ่น ข้าราชการประจำท้องถิ่นหรือโครงสร้างงานสาธารณสุข และฝ่ายสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข

- **นักการเมืองท้องถิ่น** ได้รับการเลือกตั้งจากประชาชนในพื้นที่ประกอบด้วยสองส่วน คือ ฝ่ายบริหาร และฝ่ายนิติบัญญัติ (สภา) ดังนั้นนักการเมืองท้องถิ่นที่ได้รับการเลือกตั้งเป็นนายก (ฝ่ายบริหาร) และฝ่ายสภาต้องมีมุมมองหรือทัศนคติที่เข้าใจงานด้านสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนทุกส่วนในเขตพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะฝ่ายบริหารหรือรัฐบาลท้องถิ่นต้องสามารถบริหารจัดการบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมครบวงจร ใ้บุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขสามารถทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพมีขวัญกำลังใจพร้อมให้บริการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ มิใช่เพียงเพื่อการขึ้นชมและการได้รับความนิยมเพื่อคะแนนเสียง

- **โครงสร้างการทำงานด้านสาธารณสุขใน อบต.** ต้องมีบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขภายในองค์กร อย่างน้อยต้องมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านสาธารณสุข เพื่อดำเนินงานสาธารณสุขได้อย่างครบวงจร ตั้งแต่การจัดทำข้อมูล การวางแผน การจัดบริการ



การส่งเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพของท้องถิ่น รวมทั้งการออกแบบพัฒนาสุขภาพของท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม สร้างโอกาสให้ทุกคนในเขตพื้นที่มีส่วนเป็นเจ้าของ นอกเหนือจากการจัดบริการสาธารณสุขที่ประชาชนต้องการ ซึ่งบางครั้งอาจเกินความจำเป็น ขาดความคุ้มค่าในระยะยาว อาจต้องอาศัยการจัดการร่วมกันระหว่าง อปท. หรือองค์กรภายนอกอปท. จำเป็นต้องมีข้าราชการประจำที่มีมุมมองด้านสาธารณสุข

● **ลูกจ้าง หรือ เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ** ที่พร้อมทำงานสนับสนุนตามแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขของ อปท. ได้ ตั้งแต่เจ้าหน้าที่ธุรการ เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ดูแลความสะอาดหรือคนเก็บขยะ และอาจหมายถึง แพทย์ พยาบาล ซึ่งปฏิบัติงานโดยได้รับค่าตอบแทนตามภาระงาน เพื่อการจัดบริการสาธารณสุขตามความต้องการในแต่ละพื้นที่ซึ่งไม่ผูกพันค่าใช้จ่ายในระยะยาว

ปัจจุบัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดบริการสาธารณสุขได้หลายแห่ง แต่สิ่งที่เป็นข้อกั่วงวลของนักวิชาการทั้งสองฝ่าย คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะลอกเลียนแบบราชการ (รัฐบาล) กลางที่ทำให้คลาดเคลื่อนจากหลักการของการกระจายอำนาจที่มีเป้าหมายเพื่อให้มีการจัดบริการสาธารณะที่จำเป็นตอบสนองประชาชนได้ตรงความต้องการเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ มิใช่การลอกเลียนโดยมิได้คำนึงถึงปัญหาและข้อจำกัดของ อปท. ที่ดูแลรับผิดชอบอยู่ ก็จะเป็นเพียงการมีโครงสร้างและสถาปนาอำนาจท้องถิ่นเท่านั้น



ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการปกครองให้ความเห็นเพิ่มเติมว่างานสาธารณสุขมิใช่เป็นงานที่ อปท.ทุกคนอยากรับเพราะเป็นภาระด้านการเงินการคลังเพราะนักการเมืองไม่ชอบอะไรที่ผูกมัดอย่างต่อเนื่อง และเป็นงานปกติ (Routine Engagement) สิ่งสำคัญจึงต้องทำอะไรให้อปท.เห็นปัญหาสาธารณสุขอย่างถ่องแท้ให้ตระหนักว่างานสาธารณสุขสามารถสร้างชื่อเสียงสร้างคะแนนนิยม และได้รับการยอมรับความไว้วางใจจากประชาชน นายก อปท.หลายคนจัดการตั้งแต่การสำรวจคนตั้งท้อง (ครรภ์) ในเขตพื้นที่เพื่อแจกนมหรืออาหารเสริมจนคลอด จัดตั้งศูนย์เด็กเล็กแจกนม เลี้ยงดู ดูแลเด็กก่อนปฐมวัย แจกสมุดแจกหนังสือเด็กนักเรียน แจกเงินสงเคราะห์และบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน หลายโครงการของ อปท.เลียนแบบโครงการเอื้ออาทรของรัฐบาลถึงแม้ในเชิงความยั่งยืนจะไม่ดี แต่ในความจริงก็มีส่วนช่วยชาวบ้านได้ สิ่งสำคัญทำอะไรให้อปท.เห็นความไม่ยากของการบริหารจัดการงานสถานีนอนามัยหรืองานบริการปฐมภูมิ และงานสาธารณสุขสามารถหาเสียงได้ นักการเมืองท้องถิ่นก็จะพอใจ ยกตัวอย่างเช่น เทศบาลนครพิษณุโลกจัดการทุกเรื่องในวิถีชีวิตประจำวันเป็นฐานคะแนนเสียงได้โดยธรรมชาติของนักการเมืองโดยทั่วไปมีสิ่งสำคัญ 2 ประการที่ไม่ต้องการทำคือ การทำลายคะแนนเสียงและการเสียเงินไปโดยเปล่าประโยชน์

เมื่อพิจารณาความพร้อมด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำแนกตามประเภทแล้ว ผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการ มีความเห็นพอจะสรุปได้ดังนี้



1. องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

อบจ. หากพิจารณากฎหมายในนิยามของ Area จะทำให้มีข้อจำกัดเรื่องเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ อาจดำเนินการไม่ได้และไม่มีโครงสร้างอัตรากำลังบุคลากรด้านสาธารณสุขภายในองค์กร แต่ด้วยศักยภาพด้านงบประมาณและความจำเป็นในการจัดการในเชิงระบบ อบจ.ควรมีบทบาททั้งกิจกรรมเชิงส่งเสริมสุขภาพ การจัดหาค่าตอบแทนแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์สาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการจัดบริการให้กับ อบต. ในบางพื้นที่ที่ขาดแคลนหรือการจัดสร้างโรงพยาบาลได้ในบางพื้นที่ เช่น อบจ. เชียงใหม่ ได้โดยไม่ต้องรอรับการถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุข การฟื้นฟูสมรรถภาพดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังคนพิการเป็นบริการที่ต้องอาศัยลงทุนค่อนข้างสูงเกี่ยวข้องกับผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ สถานที่ อุปกรณ์ และผู้ให้บริการเป็นสิ่งที่ อบจ. สามารถจัดการให้กับ อบต. ขนาดเล็ก ส่วนการควบคุมป้องกันโรคจำเป็นต้องเป็นหน้าที่ของสาธารณสุขจังหวัดเพราะต้องอาศัยความรู้เทคนิคเฉพาะทาง

2. เทศบาล

เทศบาลสามารถดำเนินงานสาธารณสุขได้เช่นเดียวกับสถานีอนามัย เพราะมีทั้งโครงสร้างการทำงานงบประมาณ และเขตพื้นที่ที่มีขนาดเหมาะสม ดังเช่นเทศบาลหลายแห่งจัดให้มีศูนย์บริการสาธารณสุข และบางแห่งพัฒนาถึงระดับเป็นโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลของเทศบาลนครนครศรีธรรมราช อย่างไรก็ตามเทศบาลก็มีหลายระดับ โดยเฉพาะเทศบาลตำบลบางแห่งยังขาดแคลนทรัพยากรทั้งงบประมาณและกำลังคน ซึ่งอาจจะด้อยกว่า อบต. บางแห่ง



3.องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

ผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนตำบลหลายแห่งรวมทั้งฝ่ายสภา มีความรู้ด้านสาธารณสุข เนื่องจากเคยแสดงบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข จึงมีประสบการณ์และตระหนักในงานสาธารณสุขชุมชน บทบาทของ อบต. ที่ปรากฏชัดเจน คือ กิจกรรมการออกกำลังกาย การแจกนมอาหารเสริมแก่ เด็กเล็ก การพ่นหมอกควันหรือแจกทรายอะเบทในการควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้นำ อบต. หลายแห่งมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัยในพื้นที่ส่งผลให้การดำเนินงานร่วมกันเป็นไปอย่างราบรื่น แต่ในบางพื้นที่อาจมีความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงเพราะบทบาทที่เพิ่มขึ้นของ อบต. และการเปลี่ยนแปลง งบประมาณในระดับพื้นที่อาจทำให้การจัดการด้านสุขภาพ มีเจ้าภาพหลายคน หากขาดการบูรณาการและเชื่อมโยงที่ดีอาจเกิดปัญหาได้

นอกจากนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการมีความเห็นตรงกันว่า อบต. ไม่ต้องทำทุกเรื่องที่เราขการส่วนกลางทำ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรดำเนินการ ดังนี้

1. สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบังคับใช้ พ.ร.บ.สาธารณสุข พ.ศ.2535 ได้แก่ การดูแลควบคุมตลาดสด การจัดหาน้ำดื่มน้ำใช้ การควบคุมดูแลสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ที่ผ่านมามี อบต. กว่า 7,000 แห่ง มี อบต. ออกกฎระเบียบข้อบังคับด้านการสาธารณสุขเพียง 1,000 กว่าแห่ง

2. จัดบริการสาธารณสุขระดับ Primary care และ Secondary care บางกิจกรรม โดยเฉพาะบริการพื้นฐานของท้องถิ่น ได้แก่ บริการในระดับ สถานีอนามัย



3. จัดบริการพิเศษตามสภาพปัญหาที่พบในแต่ละเขตพื้นที่ ซึ่งบางท่านใช้คำว่า “ปัญหาวิกฤตด้านสุขภาพ” ซึ่งแตกต่างตามสภาพปัญหาการศึกษาสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และโครงสร้างทรัพยากรด้านสาธารณสุขภายในเขตพื้นที่ เช่น พื้นที่ชายแดนภาคใต้ อบท. หรือ อบต.ต้องเป็นพระเอกในการจัดบริการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและระบบการส่งต่อผู้ป่วย ในพื้นที่เขตเมืองต้องเน้นการสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพ เช่น จัดกิจกรรมออกกำลังกายในช่วงเวลาที่แตกต่างๆ กันตามวัย สร้างสนามกีฬาสวนสาธารณะ หรือบางพื้นที่ต้องจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเป็นบริการ **Primary Care** ภายในชุมชน เพราะมีประชากรเป็นผู้สูงอายุเป็นกลุ่มใหญ่ เช่นที่ อบต. ในจังหวัดขอนแก่นร่วมมือกับโรงพยาบาลประจำอำเภอจัดบริการสุขภาพชุมชน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ตรวจสุขภาพติดตามเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพรายครัวเรือน โดยลูกหลานของท้องถิ่นที่ได้รับทุนการศึกษาจาก อบต. ส่งให้เรียนหลักสูตร “พยาบาลชุมชน” หรือ “ทันตสาธารณสุขชุมชน” และเมื่อจบการศึกษากลับมาทำงานในชุมชนโดยมีโรงพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงการให้คำแนะนำปรึกษาทางเทคนิควิชาการอย่างใกล้ชิด

4. ส่งเสริมบริการด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การส่งเสริมอาชีพเพิ่มรายได้ การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลป้องกันปัญหายาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นนวัยทำงาน ปัญหาการเสพติดสุรา บุหรี่

5. จัดบริการ (สุขภาพ) เชิงสังคม ได้แก่ การดูแลความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน ภัยคุกคามต่อสุขภาพในท้องถิ่น ควบคุมสิ่งที่เป็นภัยและส่งเสริมสิ่งที่เป็นคุณต่อสุขภาพ



นอกจากนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า “สิ่งที่ อปท. ควรให้ความสำคัญลำดับต้น คือ การบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล พัฒนาการมีส่วนร่วม และความเป็นประชาธิปไตยเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมในการจัดการให้กับประชาชนในพื้นที่”

3. การถ่ายโอนสถานีนอนามัย (สอ.) ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

ข้อตกลงใหม่ร่วมกัน ตามรูปแบบที่ 1 ในแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (ฉบับที่ 2) คือ การถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีความพร้อม ภายใต้การประเมินผลความร่วมมือและความสนใจของทั้งสองฝ่าย โดยพิจารณาเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ได้รับการคัดเลือกให้ได้รับรางวัลด้านธรรมาภิบาลดีเด่น ผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีข้อสังเกตที่สำคัญ ดังนี้

3.1 ประชาชนจะได้รับบริการสาธารณสุขอย่างไร

งานของสถานีนอนามัยเป็นบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่มีความใกล้เคียงกับลักษณะงานของ อบต. ดังนั้น บริการสาธารณสุขที่ประชาชนจะได้รับย่อมดีขึ้นกว่าเดิม นักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านมีความคิดเห็นว่า สถานีนอนามัยมีความอิสระมากขาดการดูแลเอาใจใส่จากฝ่ายบริหาร บาง สอ. ไม่ได้ออกเยี่ยมบ้านหรือเฝ้าระวังโรคในชุมชน ทำงานตั้งรับอยู่กับที่อย่างเดียวหรือต้องไปประชุมในเมืองหรือจังหวัดแล้วงดการให้บริการ ชาวบ้านพึ่งไม่ได้และไม่มั่นใจว่าไปแล้วจะได้รับบริการ ทำให้ต้องตรงไปโรงพยาบาลประจำอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน) เกิดความแออัดโดยไม่จำเป็น ถ้าอยู่ในการดูแลของ อบต. น่าจะตอบสนองความต้องการของ



ประชาชนได้มากขึ้น โดยเฉพาะการสนับสนุนให้มีการส่งเสริมสุขภาพ การเยี่ยม บ้านการเฝ้าระวังโรคในชุมชน และ อบต. บางแห่งสามารถจัดจ้างแพทย์ให้บริการที่ สอ. ได้ จึงทำให้ลดความแออัดที่ รพช.

อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขบางรายแสดงความเห็นที่แตกต่างไป คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถให้บริการ (การรักษาพยาบาล) ได้แบบเดิมเนื่องจากไม่มีใบประกอบวิชาชีพเพราะมิได้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน (สถานีนามัย) ซึ่งอยู่ในการควบคุมดูแลของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโครงสร้างงานของ อบต. แบ่งแยกงานออกไป เช่น งานอนามัยโรงเรียน (การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยนักเรียน) ฝ่ายศึกษา ทำหน้าที่ดำเนินการ งานผู้สูงอายุฝ่ายสวัสดิการสังคมดำเนินการ โดยฝ่ายสาธารณสุขทำหน้าที่เฉพาะด้านบริการรักษาพยาบาลและควบคุมป้องกันโรค ผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการด้านสาธารณสุขให้ความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับบริการของ สอ. ว่า กิจกรรมที่ส่งตรงมาจากส่วนกลางมิใช่จะไม่ควรดำเนินการเสมอไป เช่น บริการของ สอ. ตาม **Vertical Program** ที่กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำกับดูแล ยังเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนทุกพื้นที่ ถึงแม้สถานีนามัยจะอยู่ภายใต้กำกับของอปท. กิจกรรมนี้ก็ควรที่จะดำเนินต่อไป หากแต่ต้องจัดการออกแบบระบบหรือกำหนดบทบาทขององค์กรในพื้นที่ให้มีการจัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็นไม่น้อยไปกว่าเดิม

นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานในสถานีนามัยให้ความเห็นว่า การจัดบริการสาธารณสุขอาจมีความเหลื่อมล้ำ เนื่องจากอิทธิพลทางการเมืองเพื่อการรักษาฐานคะแนนเสียง และหากผู้บริหารท้องถิ่น (อปท.) ขาดความรู้ความเข้าใจต่อเทคนิคเฉพาะทางวิชาการสาธารณสุข โดยเฉพาะการอนามัย



สิ่งแวดล้อม เช่น การควบคุมมลพิษจากสถานประกอบการ การควบคุม ดูแลความสะอาดเรียบร้อย (การจัดเก็บขยะ) รวมทั้งการควบคุมป้องกันโรค หากมีการเลือกปฏิบัติอาจส่งผลกระทบต่อความศรัทธาเชื่อมั่นในการบริการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (หมออนามัย) ได้

สำหรับงานด้านฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นงานติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่องที่สามารถส่งเสริมสนับสนุนการดูแลด้วยวิธีการเยี่ยมบ้านได้ ส่วนงานดูแลผู้พิการนั้นจำเป็นต้องใช้งบประมาณที่สูง เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายทั้งเจ้าหน้าที่เฉพาะด้าน อุปกรณ์เครื่องมือ กายอุปกรณ์ และสถานที่ รวมทั้งความต่อเนื่องของการจัดบริการ อนาคตจึงต้องมียกประมาณรายได้ที่เพียงพอและต้องคำนึงถึงคุณค่าของขนาดบริการด้วย

3.2 ศักยภาพของ อปท.

เมื่อกระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้กับ อปท. ความใกล้ชิดและการรับรู้ปัญหาของผู้มีอำนาจตัดสินใจ (ผู้บริหาร อปท.) ด้านทรัพยากรและงบประมาณของท้องถิ่น เพื่อประชาชนในพื้นที่ย่อมได้รับการตอบสนองที่รวดเร็วกว่าเดิมที่สถานีนอนามัยเป็นส่วนท้ายสุดของโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข การสะท้อนปัญหาด้านทรัพยากรและงบประมาณของ สอ. มักจะได้รับการตอบสนองจากกระทรวงสาธารณสุขล่าช้า หรืออาจไม่ได้รับการตอบสนองเลย ประกอบกับโครงสร้างอัตรากำลังของบุคลากรมีจำนวน 3-5 คน การถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้กับ อปท. จึงทำได้ง่ายกว่าโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม งบประมาณและรายได้ของ อปท. เป็นข้อจำกัดที่สำคัญต่อการยอมรับโอน สอ. เพราะปัจจุบันต้องยอมรับว่าความต้องการพื้นฐานของประชาชนในท้องถิ่นโดยภาพรวมแล้ว คือ บริการด้านสาธารณสุขโรค เช่น ถนน น้ำประปา ไฟฟ้า ขณะทำงานดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในท้องถิ่นมี



สถานีนอนามัยของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินงานได้ดีอยู่แล้วไม่มีปัญหา จะเห็นได้ว่า อปท. หลายแห่งไม่ได้ต้องการรับถ่ายโอนสถานีนอนามัยเพราะเป็นภาระในการจัดการด้านงบประมาณระยะยาว

3.3 ศูนย์กลางพัฒนามาตรฐานงานบริการปฐมภูมิ (งานสถานีนอนามัย)

งานบริการด้านสาธารณสุขมีลักษณะงานเชื่อมโยงเป็นระบบ จึงต้องมีการถ่ายทอดเทคนิคและการใช้ข้อมูลในการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในแต่ละส่วน เพราะการส่งต่อเพื่อการรักษามีทั้งที่ส่งไปและส่งกลับเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีความเข้าใจในการดูแลร่วมกันระหว่างหน่วยบริการถึงแม้จะอยู่ต่างสังกัดเพื่อรักษาคนมิใช่การรักษาโรค (ตามอาการ) ดังนั้น การพัฒนาบุคลากรด้านเทคนิควิชาการสาธารณสุขจำเป็นต้องมีอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเทคนิคการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ เพราะวิวัฒนาการของเชื้อโรคและการเกิดโรคใหม่หรือโรคติดต่อกลับซ้ำซึ่งมีแนวโน้มเกิดขึ้นได้เสมอ เช่น โรคไข้หวัดนก โรคซาร์ โรคมือเท้าเปื่อย เป็นต้น จึงต้องจัดให้มีองค์กรกลางที่ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่จัดการและให้การคุ้มครองเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยหากประสบปัญหาจากการให้บริการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีที่พึ่งพิงที่ปรึกษาสามารถดำเนินการฟ้องร้องแทนได้ (Abuse) รวมทั้งเป็นศูนย์กลางพัฒนามาตรฐานงานสถานีนอนามัย และจัดให้มีการผ่านการรับรองในการปฏิบัติงานระดับบุคลากร (license) สำหรับระดับหน่วยงานต้องมีระบบปฏิบัติการหรือองค์กรกลางรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงานของ สอ. เช่นเดียวกับ HA ของโรงพยาบาล



3.4 การพัฒนางานสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม

การโอนสถานีนามัยให้แก่อบต.เพื่อจัดบริการปฐมภูมิที่ไม่ซ้ำซ้อน เป็นสิ่งที่ทำได้เพราะเจ้าหน้าที่สถานีนามัยหลายแห่งทำงานอย่างมีส่วนร่วม กับประชาชนในพื้นที่มาเป็นเวลานาน ถ้า อบต. แห่งใดมีข้อจำกัดเรื่องการทำงานแบบมีส่วนร่วมอาจไม่เอื้อต่อการดำเนินการพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่ ดังนั้น การบริหารแบบมีส่วนร่วมของ อบต. จึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการไม่ถ่ายโอนสถานีนามัยให้ อบต. และจำเป็นต้องพัฒนากลไกเสริมกับการปรับกระบวนทัศน์ อบต. โดยฝ่ายที่ต้องโอน (กระทรวงสาธารณสุข) ต้องเตรียมความพร้อมให้ทั้งสถานีนามัยที่จะถ่ายโอนให้เข้าใจกับสภาพบริบทที่เปลี่ยนแปลง และฝ่ายรับ (อบต.) ให้เข้าใจว่าสถานีนามัยที่ได้มาเป็นอำนาจ จำเป็นต้องใช้อำนาจให้เหมาะสม มิฉะนั้นจะก่อให้เกิดความรู้สึก (Attitude) เชิงลบต่อกัน เจ้าหน้าที่ สถานีนามัยจะรู้สึกต่ำต้อย ขาดขวัญกำลังใจและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานได้

ความเห็นที่สำคัญเกี่ยวกับการถ่ายโอนสถานีนามัยให้กับ อบต. คือ **ควรมีการทำประชาพิจารณ์เปิดโอกาสให้ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการประเมินความพร้อมก่อนการถ่ายโอนสถานีนามัยให้กับ อบต. มิใช่ ฝ่ายบริหารของ อบต.เป็นผู้ประเมินฝ่ายเดียว** เพราะอบต.บางแห่งที่แสดงความพร้อมรับการถ่ายโอน สอ. เนื่องจากความสัมพันธ์ส่วนตัวของ อบต. และ สอ. (เป็นสมาชิกครอบครัวเดียวกัน) ซึ่งในระยะยาวถ้าหากมีการเปลี่ยนตัวบุคคล การจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนในพื้นที่จะยังเหมือนเดิมหรือไม่ รวมทั้ง ปัญหาการเทียบตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข (หัวหน้าสถานีนามัย) ไม่สามารถเทียบเท่ากับนักบริหารสาธารณสุขเนื่องจากตำแหน่งหัวหน้างานสาธารณสุขใน อบต.ต้องสอบเปลี่ยนตำแหน่ง



สำหรับกลไกประสานและสนับสนุนการกระจายอำนาจในระดับจังหวัด ซึ่งคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด นั้น ต้องทำหน้าที่แก้ไขปัญหการจัดบริการสาธารณะของท้องถิ่น อย่างเป็นธรรม มีใช้เกรงกลัวอำนาจของผู้บริหารท้องถิ่น

นอกจากนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพท่านหนึ่งกล่าวว่า “เรามักพูดกันแต่การถ่ายโอนองค์กรหรือสถานบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ ทำให้เกิดกระแสการชี้้นำให้ถ่ายโอนสถานบริการก่อให้เกิดการต่อต้านจากบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขบ้าง เพราะที่ผ่านมามีกระทรวงสาธารณสุขสร้างชื่อเสียงให้กับประเทศไทยได้รับการยอมรับให้เป็นที่ 1 ในหลายๆ เรื่องจากองค์การอนามัยโลกแสดงถึงระบบสาธารณสุขไทยมีความเข้มแข็งดีอยู่แล้ว การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจึงไม่ใช่ทิศทางของการถ่ายโอนสถานบริการ ถึงแม้จะเป็นสถานีนอามัย หน้าที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข คือ ค้นหาข้อมูลวิชาการเพื่อให้สังคมรับรู้ทิศทางของระบบสุขภาพแล้วให้สังคมตัดสินใจ เหมือนกับที่ประชาชนร่วมกันขับเคลื่อน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550”

ในทางตรงกันข้าม ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขมีความเห็นว่า “กระทรวงสาธารณสุขพยายามยับยั้งเรื่องการกระจายอำนาจโดยการถ่ายโอน สอ. ให้กับ อบต. ซึ่งเป็นการจัดบริการขั้นพื้นฐานเป็นการทดลองโดยความสมัครใจทั้งสองฝ่าย ต้องทำการศึกษา R&D หลังจากการเมืองเปลี่ยนแปลงแล้ว (เลือกตั้งได้รัฐบาลใหม่) ยังจะมีความพยายาม (ถ่ายโอน สอ.) ต่ออยู่



หรือเปล่า เพราะการเมืองชอบรวมศูนย์ควบคู่กับไม่เบ็ดเสร็จ ความรู้ที่จะได้จากการถ่ายโอน สอ. ในกลุ่มแรก คือ การแสดงบทบาทภารกิจหน้าที่ของ อปท. เป็นก้าวจ้าวหะที่ยังไม่เห็นฝั่ง ต้องมีกลไกที่ดูแลเฉพาะมิใช่เป็นกลไกที่เป็นลักษณะงานฝาก ต้อง Empowerment ควบคู่ R&D เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์สูงสุด”

4. การประเมินผลความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

การประเมินผลความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกรณีการถ่ายโอนสถานีนอนามัย สิ่งสำคัญ คือ การปรับกระบวนการของ อปท. เกี่ยวกับบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ การถ่ายโอน สอ. เป็นเรื่องรอง เพราะพิสูจน์แล้วว่าประชาธิปไตยด้วยการกระจายอำนาจเป็นความล้มเหลว กฎหมายกระจายอำนาจบังคับใช้มาแล้วกว่า 8 ปี แต่ยังไม่สำเร็จทั้งที่ตั้งเป้าหมายการกระจายอำนาจจะแล้วเสร็จหลังออกกฎหมาย 10 ปี และเป็นที่ประจักษ์ยิ่งขึ้น เมื่อมีการปฏิวัติรัฐประหารทำให้ต้องเริ่มต้นใหม่อีก เนื่องจากในช่วงเวลาเปลี่ยนผ่าน ทุกฝ่ายขาดความจริงใจในการดำเนินการไม่ยอมให้มีการเปลี่ยนผ่านและเป็นไปตามรัฐธรรมนูญ (พ.ศ.2540) จึงไม่มีจุดเริ่มต้น การปรับกระบวนการทัศนในระบอบยังไม่มี

การประเมินผลการดำเนินงานและความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพต้องประเมินจากความต้องการของประชาชน และระบบต้องสามารถ Responsibility ได้ ต้องใช้กระบวนการของ Socail Audit ดังเช่นทีมวิจัยของ TDRI โดยความร่วมมือกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำการศึกษาโดยให้ชาวบ้านประเมินในฐานะผู้รับบริการรู้สึกอย่างไร เมื่อสถานีนอนามัย (สอ.) ถ่ายโอนไปอยู่ใต้การกำกับของอปท. แล้ว ซึ่งประชาชน (Consumer) อาจจะไม่เห็นปัญหาของการบริการ



(Provider) ในส่วนของ Provider ต้องประเมินเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับ Security ความมั่นคงในชีวิตการทำงาน ขวัญกำลังใจความสุขในการทำงาน ความคล่องตัวในการทำงาน การพัฒนาองค์ความรู้ ขณะเดียวกันต้องถาม อปท.ในการรับโอน สอ.เป็นภาระหรือไม่ หากต้องรับการถ่ายโอน สอ.มากขึ้นในอนาคต จาก 1 แห่ง เป็น 2 หรือ 3 แห่ง หรือมากกว่านั้น การประเมินต้องติดตามตลอด 2-3 ปี และเว้นระยะ 3-4 ปี ติดตามอีกครั้ง เพราะการเริ่มต้น อปท.ดูแล สอ.เพียง 1-2 แห่ง อาจมี Factor Bias ได้เหมือนกับคู่รักที่เพิ่งแต่งงานใหม่ แต่หากเมื่อต้องรับภาระมากขึ้นอาจมีข้อจำกัดทั้งงบประมาณและความสามารถในการจัดการ ทั้งฝ่าย สอ. และ อปท.อาจไม่ Happy ยกตัวอย่างเช่น โรงเรียนในพื้นที่จังหวัดนนทบุรีเดิมสังกัดกรมสามัญศึกษา เมื่อ อบจ. รับผิดชอบได้ลงทุนไปถึง 400 ล้านบาทพัฒนาโรงเรียนเป็นการใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นถึง 30-50% ประสิทธิภาพดีขึ้นแน่นอน หากแต่ต่อไปทรัพยากรน้อยลงจะเป็นอย่างไร ดังนั้น การกระจายอำนาจสามารถเป็นได้หลายรูปแบบซึ่งไม่มีรูปแบบใดที่สามารถนำไปใช้ได้ทุกท้องถิ่น ความสำเร็จของการกระจายอำนาจจึงขึ้นอยู่กับทั้ง อปท. และสาธารณสุข ข้อเสนอสำหรับการประเมินผล การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมีดัชนีที่สำคัญ คือ ความพึงพอใจผู้รับบริการ ความสำเร็จของการจัดการ เช่น การใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ปัญหา การจัดการแบบมีส่วนร่วม เป็นต้น และดัชนีมาตรฐานด้านสุขภาพ

5. ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ที่ผ่านมากฎหมายกระจายอำนาจกำหนดขึ้นตามรัฐธรรมนูญ แต่กระบวนการของคนไทยยังตามไม่ทัน การกระจายอำนาจจึงต้องมีขั้นตอนและออกแบบให้เหมาะสมกับพื้นที่ที่มีความหลากหลายตามพื้นที่ต่าง ๆ กฎหมายมิใช่เครื่องมือกระจายอำนาจเป็นเพียงกรอบแนวคิด การกระจายอำนาจจึงต้องออกแบบระบบเทคนิคที่จะทำให้การกระจายอำนาจด้าน



สุขภาพตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ เดิมระบบการตัดสินใจอยู่ที่ส่วนกลางแต่ในระดับพื้นที่มีความต่างกันไปสภาพการตัดสินใจแก้ปัญหาจากส่วนกลางจึงไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ทำอย่างไรให้คนในพื้นที่ (ท้องถิ่น) มีส่วนร่วม จึงต้องมีกลไกจัดการความสัมพันธ์ให้ตอบสนองประชาชน หลังการปฏิรูปการเมืองปี 2540 รัฐธรรมนูญทำให้เกิดการปรับปรุงกลไกบริหารราชการส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น การปรับโครงสร้างภาครัฐ และเลยไปผูกระบบสุขภาพกับ อบต. เนื่องจาก อบต.เป็นกลไกที่มีอยู่ระดับท้องถิ่นแล้วเกิดการตีความในมิติที่แคบซึ่งถือเป็นข้อจำกัดของประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา *ปรากฏการณ์ที่พบหลังจากการกระจายอำนาจให้ อบต. แล้ว อบต.หลายแห่งเลียนแบบรัฐบาลกลางกลายเป็นการรวบ อำนาจอีกแบบหนึ่งซึ่งมิใช่กระบวนการกระจายอำนาจที่ควรจะเป็น ทำอย่างไรกลไกภาคประชาชนจะเข้ามามีบทบาทมากขึ้น จะนิยามอย่างไร เลือกอย่างไร เขา (ภาคประชาชน) นั่นคือใคร ภาคประชาคมใช้หรือไม่*

5.1 กลไกและรูปแบบใหม่เพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้าน

สุขภาพ

กลไกใหม่ที่นักวิชาการเสนอและปรากฏอยู่ในแผนปฏิบัติการ ฯ ประกาศให้มีผลตั้งแต่ปี 2545 คือ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) แต่ยังไม่มีการทดลองให้ กสพ. ดำเนินการจริง ซึ่งเป็นการออกแบบกลไกเพื่อการเชื่อมโยงระบบบริการระหว่างเขตพื้นที่ โดยไม่ต้องยึดกับรูปแบบบริการเดิมสามารถยืดหยุ่นได้ตามความต้องการของท้องถิ่นแต่ละพื้นที่เพราะบริการสาธารณสุขของไทยที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นลักษณะของบริการผสม เช่น โรงพยาบาลระดับจังหวัดดำเนินกิจกรรมอย่างครบวงจรตั้งแต่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ บริการในระดับ Excellent Center (ศูนย์ของความเป็นเลิศเฉพาะด้าน) เช่น



ศูนย์หัวใจ ศูนย์อุบัติเหตุ เป็นต้น รวมทั้งจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งกิจกรรมบางส่วนของโรงพยาบาลต้องถ่ายโอนให้ อบจ. บางกิจกรรมต้องมีองค์กรบริหารจัดการบริการพิเศษโดยอาจเป็น กสพ. ทำหน้าที่จัดระบบบริการข้ามจังหวัด และจัดบริการตติยภูมิ (โรงพยาบาลศูนย์) และในระดับประเทศอาจต้องมีองค์กรบริหารจัดการบริการพิเศษแห่งชาติทำหน้าที่ประสานองค์กรที่มีการจัดบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะด้าน เพราะหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทยไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดยังมีโรงพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ และคลินิกเอกชนอีกจำนวนมากไม่น้อย ที่ต้องคำนึงถึงเพื่อการจัดการทรัพยากรให้คุ้มค่ามีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันต้องปรับปรุงกฎหมายให้มีความเชื่อมโยงกับสภาพความเป็นจริง รวมถึงความคุ้มครองปกป้องเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการสาธารณสุขให้สามารถทำหน้าที่บริการสาธารณสุขได้ด้วยความมั่นใจ ปัจจุบันเชื่อว่าคนในระบบ (บุคลากรกระทรวงสาธารณสุข) อึดอัด เพราะการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวประชากรทำให้หน่วยบริการได้งบประมาณเพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถใช้สร้างขวัญกำลังใจได้เพราะระเบียบราชการ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพคงต้องทดลองหลายรูปแบบ เพราะยังไม่ว่าแบบไหนจะดี

ซึ่งหากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในรูปแบบการถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้ อบพ. อาจต้องปรับรูปแบบโครงสร้างงานที่ต่างไปจากเดิมเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น แต่บริการที่ต้องลงทุนขนาดใหญ่ (Pull service) ต้องใช้กลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่หรือ กสพ. ทำหน้าที่บริหารจัดการด้านสุขภาพคล้ายกับกรุงเทพมหานคร อาจเรียกว่า องค์กรบริหารจัดการด้านสุขภาพระดับพื้นที่ทำหน้าที่เชื่อมโยง



บริการข้ามเขต จัดบริการตติยภูมิ หรือบริการพิเศษที่มากกว่า เพราะ อบท.ของ
ไทยบางแห่งมีขนาดเล็กเกินกว่าการจัดบริการที่คุ้มค่าการลงทุน จะเห็นได้
จากความแตกต่างของ อบจ. (องค์การบริหารส่วนจังหวัด) ของแต่ละจังหวัด
ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นปัญหาโครงสร้างเชิงระบบ

บทบาทภารกิจด้านสุขภาพของ อบท.ต้องมีหลากหลายรูปแบบมิใช่
เหมือนกันยกแ่ง (ทั้งประเทศ) การถ่ายโอน สอ.เป็นส่วนหนึ่งของระบบ
บริการสุขภาพและมีความสัมพันธ์กับหน่วยบริการอื่นๆ จึงต้องออกแบบ
และพัฒนาความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นหน้าที่ของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และสำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุขต้องเติมเต็มจัดกระบวนการปรับกระบวนการทั้งสองฝ่าย
การถ่ายโอนต้องดำเนินการอย่างมีขั้นตอนให้มีเวลา เลือกรูปแบบและรูปแบบ
ที่หลากหลายเพราะความพร้อมของ อบต. มีความแตกต่างกัน ทั้งปัญหา
ของพื้นที่ ศักยภาพ และทรัพยากรที่แตกต่าง จึงเป็นตัวกำหนดกิจกรรมและ
เรื่องที่ต้องดำเนินการ รวมทั้งบทบาทของแต่ละฝ่ายในห้องถือนี้ก็ต้องแตกต่าง
กัน และอาจรวมถึงการถ่ายโอนบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลก็เป็นไปได้ แต่
บริการระดับตติยภูมิ และตติยภูมินั้นเป็นบริการที่ต้องลงทุนสูงและบริการ
เฉพาะกลุ่มต้องคำนึงถึงความคุ้มค่าต่อการลงทุน ไม่ควรถ่ายโอนให้ อบท.
เพราะอบท.มีความรับผิดชอบในลักษณะเขตพื้นที่รับผิดชอบ หากจะถ่าย
โอนต้องคำนึงถึงบริการข้ามเขตพื้นที่ จำเป็นต้องมีการออกแบบระบบบริการ
ลักษณะครอบคลุมพื้นที่และจัดกลุ่มโรงพยาบาล



5.2 การรณรงค์สื่อสารเพื่อสร้างพลเมือง

ปัญหาสำคัญของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ คือ ผู้เกี่ยวข้องที่อยู่ในระบบทั้งฝ่ายให้และฝ่ายรับขาดความจริงจังและมีวิาทะ (ความขัดแย้ง) ทางความคิด จากความคิดเห็นของนักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ อาจสรุปข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการกระจายอำนาจที่สำคัญคือ การออกแบบสร้างสรรค์ (Create) และต้องรณรงค์ (Campaign) ผลักดันและทำอย่างเป็นขั้นตอน (Step) จากบทเรียนในต่างประเทศไม่มีประเทศใดที่เจริญโดยไม่เคยกระจายอำนาจตัวอย่างเช่น ประเทศญี่ปุ่น

ส่วนใหญ่ผู้ให้บริการ (บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข) และอปท. มักมองเรื่องระบบเป็นเรื่องไกลตัวทำให้ไม่เข้าใจแก่นของการกระจายอำนาจอย่างแท้จริง ทำอย่างไรให้ทุกฝ่ายเข้าใจ กลไกเชิงระบบซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพ (Capacity) ปัจจุบัน Active Citizen หรือผู้มีความสำนึกเป็นพลเมืองมีอยู่เพียง 3-5% ต้องสร้างราษฎรซึ่งคอยแต่จะรับให้มีความเข้มแข็งเป็นพลเมือง รัฐบาลกลางต้องสร้างความเข้มแข็งเชิงวิคิดอย่างเป็นระบบ (Empowerment Capacity) เป็นเรื่องใหญ่ที่ต้องทำอย่างชัดเจน Political view Commitment ตัวอย่างเช่น ในประเทศบราซิลมีรัฐธรรมนูญเป็นปรัชญาท้องถิ่นดำเนินการบริการสาธารณะได้เอง บริการสาธารณะ 90% อปท.รับผิดชอบ รัฐบาลดูแลกฎหมาย มาตรฐานบริการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ และความเชื่อมโยงในระดับสากล โดยมีกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นองคาพยพที่สำคัญ



ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขท่านหนึ่งกล่าวว่า “บนแนวทางการผลักดันต้องยึดหลักสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ของอาจารย์ นพ.ประเวศ วะสี ซึ่งประกอบด้วย นักวิชาการ ราชการ และภาคประชาชน โดยอาศัย พรรคการเมือง Techno track หรือนักวิชาการต้องออกมาเผยแพร่ให้ความรู้แก่สังคม และภาคประชาชนต้องมีส่วนร่วม ซึ่งสื่อมีความสำคัญต่อการสร้างความเข้มแข็ง ให้กับสังคม ต้องทำหน้าที่ Empowerment ผลักดันให้นักวิชาการทำงานภาคสังคม ร่วมสร้างสังคมเข้มแข็ง” ที่ผ่านมาเป็นทีปีประจักษ์แล้วว่า การปฏิรูประบบราชการส่งผลต่อโครงสร้างอัตรากำลังในระบบราชการ กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับโครงสร้างภายใน ทำให้ระบบบริการสาธารณสุขไม่ถูกกระตุ้นให้มีกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

5.3 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น : เพื่อนคู่คิด มิตรร่วมสร้างระบบสุขภาพ

ในช่วงของการปฏิรูประบบราชการและการออกกฎหมายหลังปี 2544 กระทั่งถึงปี 2550 ทำให้มีองค์กรใหม่ที่มีบทบาทด้านสุขภาพและทำงานแบบมีส่วนร่วมโดยมีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันกำหนดทิศทางแนวนโยบายในการพัฒนางาน

พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เป็นกฎหมายที่ปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข และทำให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่สร้างหลักประกันสุขภาพเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ทั่วถึงและเป็นธรรมของคนไทยโดยผลักดันให้เกิดความร่วมมือของหน่วยบริการของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนผู้ทรงคุณวุฒิเป็นองค์ประกอบของโครงสร้าง



คณะกรรมการที่ทำหน้าที่กำกับการดำเนินงานของ สปสช. และขยายให้มีการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ หรือรู้จักกันในนาม “กองทุนสุขภาพชุมชน” ส่งเสริมสนับสนุนให้ อบต. ระดับตำบลแสดงบทบาทจัดการด้านสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม โดยการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หากแต่จะเอื้อให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมหรือได้รับบริการมากขึ้นเพียงใดจำเป็นต้องมีการติดตามประเมินผล ซึ่งคาดว่าจะตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดี และด้วยความคล่องตัวขององค์กรรูปแบบใหม่ สปสช.ได้ทำความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข Negotiate บริการด้านสุขภาพในบางเรื่องได้อย่างก้าวหน้า

นอกจากนี้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 นับเป็นกฎหมายที่ส่งเสริมการกระจายอำนาจอย่างมากโดยมีสภาสุขภาพแห่งชาติ หรือ สช. เป็นองค์กรสร้างกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ เปิดโอกาสให้เครือข่ายและภาคส่วนต่าง ๆ จัดทำสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ ส่งเสริมงานวิชาการเปิดเวทีสาธารณะ ค้นหาประเด็นที่ชัดเจนและผลักดันให้เกิดการทำงานนำเรื่องเสนอต่อคณะรัฐมนตรีตัดสินใจเชิงนโยบาย สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดีให้กับสังคมทุกฝ่ายต้องตระหนักไม่ละเลยในสิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพทั้งรัฐ เอกชน อบต. และภาคประชาชน ถ้ามีสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่มากขึ้น ระบบโดยรวมจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ นับว่าเป็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพได้เช่นกัน

ทิศทางการกระจายอำนาจ ภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับปี 2550

รัฐธรรมนูญปี 2550 ในส่วนที่เกี่ยวกับการปกครองท้องถิ่นนั้น เนื้อหาส่วนใหญ่ นำมาจากรัฐธรรมนูญปี 2540 โดยมีสาระสำคัญดังนี้

มาตรา 80(2) กำหนดให้รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและจัดบริการสาธารณสุข

มาตรา 281-290 ในส่วนที่เกี่ยวกับการปกครองส่วนท้องถิ่น ยังคงเจตนารมณ์และแนวทางการกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 และได้กำหนดให้รัฐต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณะ(ซึ่งหมายรวมถึงบริการด้านสาธารณสุขด้วย) และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาในพื้นที่



ให้มีมาตรฐานกลางในการดำเนินงานเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปฏิบัติได้เอง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความแตกต่างในระดับการพัฒนาและประสิทธิภาพในการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จัดให้มีกลไกตรวจสอบการดำเนินงานโดยประชาชนเป็นหลัก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องรายงานการดำเนินงานต่อประชาชนในเรื่องการจัดทำงบประมาณ การใช้จ่าย และผลการดำเนินงานในรอบปี เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและกำกับการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ทั้งนี้ มาตรา 303 ได้บัญญัติไว้ว่าในวาระเริ่มแรก ให้คณะรัฐมนตรีที่เข้าบริหารราชการแผ่นดินภายหลังจากการเลือกตั้งทั่วไปเป็นครั้งแรกตามรัฐธรรมนูญนี้ ดำเนินการจัดทำหรือปรับปรุงกฎหมายให้แล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนด ซึ่งใน (5) กฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กฎหมายรายได้ท้องถิ่น กฎหมายจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กฎหมายเกี่ยวกับข้าราชการส่วนท้องถิ่น และกฎหมายอื่นตามหมวด 14 การปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จ ภายในสองปีนับแต่วันที่แถลงนโยบายต่อรัฐสภาตามมาตรา 176 และยังได้ระบุไว้ว่า หากปรากฏว่ากฎหมายใดที่ตราขึ้นก่อนวันประกาศใช้รัฐธรรมนูญนี้ มีเนื้อหาสาระเป็นไปตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้แล้วให้ถือเป็นการยกเว้นที่จะไม่ต้องดำเนินการตามมาตรานี้อีก หมายความว่าพ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ปี 2542 ที่มีอยู่แล้วก็เป็นไปตามที่รัฐธรรมนูญปี 2550 บัญญัติไว้จึงใช้ต่อไปได้ไม่ต้องตราขึ้นใหม่อีก

กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทภารกิจที่สำคัญ 9 ประการ คือ 1) กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุกระดับ 2) พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการด้านสุขภาพ 3) ติดตาม กำกับ ดูแลระบบสุขภาพในภาพรวม และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 4) ออกกฎหมาย บังคับใช้กฎหมาย และกำหนดมาตรฐานที่จำเป็นรวมทั้งกำกับ ดูแล และพัฒนาคุณภาพให้เป็นไปตามมาตรฐาน 5) จัดให้มีบริการด้านสุขภาพโดยกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ขึ้นพื้นฐานและพัฒนาบริการเฉพาะทาง 6) สร้างระบบการป้องกันและควบคุมโรค และภัยทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน 7) ส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคมในการมีส่วนร่วมสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพของประชาชนทางด้านพฤติกรรมและสำนึกทางสุขภาพ 8) ประสานเพื่อกำหนดนโยบายทิศทางการวิจัยและการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข และ 9) ดำเนินงานด้านสุขภาพระหว่างประเทศ ดังนั้นในการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขและสถานือนามัยให้แก่ อปท. จำเป็นต้องมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพ



อนามัยของประชาชนในแต่ละพื้นที่อย่างทั่วถึง ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

10.1 บนเส้นทางการถ่ายโอนสถานอนามัย

หลังจากคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่ อบท.ประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจ ฉบับที่ 2 และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพภายใต้กรอบแนวทางของคณะกรรมการกำหนดกลไกกระบวนการหลักเกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อม อบท. เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานอนามัย ซึ่งยึดหลักสำคัญ 3 ประการ คือ มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน มุ่งระบบที่ยืดหยุ่น และมุ่งระบบที่มีส่วนร่วม และกำหนดขอบเขตภารกิจ 2 ประเภท คือ 1) ลักษณะของภารกิจด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู 2) ความกว้างขวางครอบคลุมของภารกิจ อาจเป็นกิจกรรมที่บริการเฉพาะบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน โดยสามารถถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบท. 4 ลักษณะ ได้แก่ อบท.เป็นผู้ซื้อบริการ อบท.ดำเนินการร่วมกับส่วนกลาง/ภูมิภาค อบท.ดำเนินการเองบางส่วน และอบท.ดำเนินการเองทั้งหมด สำหรับการกระจายอำนาจให้แก่ อบท.กระทำ ได้ 4 รูปแบบ คือ 1) ถ่ายโอนแบบแยกส่วน 2) ถ่ายโอนเป็นเครือข่ายบริการ 3) องค์การมหาชน และ 4) หน่วยบริการรูปแบบพิเศษ บนพื้นฐานสำคัญในการสร้างและพัฒนากลไก/กระบวนการตัดสินใจและกลไก/กระบวนการสนับสนุน โดยคำนึงถึงเงื่อนไขสำคัญ 4 ประการ คือ บุคลากร ระบบการเงิน ระบบบริการสุขภาพ และภาวะฉุกเฉินวิกฤต

ตลอดระยะเวลากว่า 2 ปี ของการดำเนินงานเพื่อการถ่ายโอนสถานอนามัยให้แก่ อบท. กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนด้วยความรอบคอบทั้งในส่วนกลาง ระดับจังหวัด และระดับตำบล





ทิศทางการกระจายอำนาจให้แก่ อบท.ในปี พ.ศ.2550 กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่ อบท. ที่มีความพร้อมและด้วยความสมัครใจที่จะโอนสู่ อบท. ของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยแห่งนั้น จำนวน 22 แห่งครอบคลุมพื้นที่ภาคเหนือ อีสาน ใต้ และภาคกลางควบคู่กับการติดตามประเมินผลโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขให้แก่ อบท. ซึ่งนำแนวคิดในการประเมินแบบ *CIPP MODEL (Context-Input-Process Model)* มาประยุกต์ใช้กับเทคนิค *AAR (After Action Review)* หรือชื่อภาษาไทยว่า เรียนรู้ระหว่างทำงาน เป็นขั้นตอนหนึ่งในวงจรการทำงานเป็นการทบทวนวิธีการทำงานทั้งด้านความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 4 คำถาม 7 ขั้นตอนในการทำ *AAR (After Action Review)* ทั้งนี้ไม่ใช่เพื่อค้นหาคนที่ทำผิดพลาด ไม่ใช่การกล่าวโทษใคร แต่เป็นการทบทวนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ให้เกิดปัญหานี้ขึ้นอีก ในขณะเดียวกันก็คงไว้วิธีการที่ดีอยู่แล้ว

AAR มีใช้ครั้งแรกในกองทัพสหรัฐอเมริกา เมื่อประมาณปี 1970 โดยมีวัตถุประสงค์ในตอนนั้นเพื่อพัฒนาศักยภาพกองทัพ แก้ไขช่องโหว่ที่อาจทำให้เป็นรองฝ่ายตรงข้ามหรือทำให้สูญเสียทหารฝีมือดีในการทำสงคราม และสิ่งที่สำคัญคือ ได้ฝึกการทำงานเป็นทีมไปพร้อมกันด้วยจนกระทั่งปี 1990 ภาครัฐกิจซึ่งเป็นภาคส่วนที่มีการแข่งขันสูงและแข่งขันตลอดเวลาเพื่อความอยู่รอดขององค์กร ได้เริ่มนำเทคนิคนี้มาใช้ในการทำงานเพื่อพัฒนาองค์กร เพื่อส่วนรองการตลาดที่สูงขึ้นหรือเพื่อกำไรที่มากขึ้น ซึ่งจุดนี้เองที่ทำให้เทคนิคนี้ได้รับความสนใจอย่างมากมาและต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน



จุดเด่นของ AAR

1. ทำให้เรียนรู้ว่าในการทำงานต่างๆ ไม่ควรชื่นชมความสำเร็จแต่เพียงด้านเดียว ต้องยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วย และควรให้ความสนใจมากกว่าความสำเร็จด้วยซ้ำ เพราะนั่นคือโอกาสในการพัฒนาคนเพื่อพัฒนางานนั่นเอง
2. ฝึกการรับฟังความคิดเห็นหรือคำแนะนำของเพื่อนร่วมงานที่อาจทำให้คุณได้รู้ว่า “ทุกปัญหามีทางออก” นั้นเป็นอย่างไร
3. ฝึกการทำงานเป็นทีม
4. สามารถใช้เทคนิคนี้กับงานทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นงานประจำ ที่ดูเหมือนว่าไม่สำคัญ เช่น การรับโทรศัพท์ การจัดประชุม ไปจนถึงโครงการระยะยาวที่ได้รับเงินสนับสนุนหลายพันล้านบาท
5. ผู้ที่เข้าร่วมคือเพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมแผนก หรือทีมงาน ซึ่งเป็นจุดที่แตกต่างจาก Peer Assist ที่เป็นการขอคำแนะนำจากผู้รู้ภายนอกกลุ่ม

วิธีการทำ AAR

AAR ใช้วิธีการตอบคำถาม 4 ข้อ และทำ 7 ขั้นตอน คำถาม 4 ข้อ

คือ

1. สิ่งที่เราคาดว่าจะได้รับจากการทำงานคืออะไร
2. สิ่งที่เกิดขึ้นจริงคืออะไร
3. ทำไมจึงแตกต่างกัน
4. สิ่งที่ได้เรียนรู้และวิธีการลด/แก้ความแตกต่างคืออะไร



7 ขั้นตอน ในการทำ AAR มีดังนี้

1. ควรทำ AAR ทันทีทันใดหรืออย่างรวดเร็วที่สุดหลังจากจบงานนั้น
2. ไม่มีการกล่าวโทษ ชำ้เติม ตอกย้ำซึ่งกันและกัน ไม่มีความเป็นเจ้านายหรือลูกน้อง มีแต่บรรยากาศที่เป็นกันเอง
3. มี “คุณอำนวย” คอยอำนวยความสะดวก กระตุ้น ตั้งคำถามให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของตน
4. ถามว่าสิ่งที่ควรได้รับคืออะไร
5. หันกลับมาดูว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจริงคืออะไร
6. ความแตกต่างคืออะไร ทำไมจึงต่างกัน
7. จัดบันทึกเพื่อเตือนความจำ ว่าวิธีการใดบ้างที่ได้เคยนำมาแก้ปัญหาแล้ว

อย่างไรก็ตามต้องเข้าใจว่าคำตอบหรือวิธีแก้ปัญหาที่ได้จากการทำ AAR คงไม่ใช่คำตอบสุดท้ายสำหรับงาน เพราะเมื่อเวลาเปลี่ยนไป บริบทเปลี่ยนไป ย่อมทำให้เกิดปัญหาใหม่ได้ตลอดเวลา ซึ่งวิธีการแก้ปัญหาย่อมเปลี่ยนแปลงได้

แนวคิดการสรุปบทเรียนโดยเทคนิค AAR (After Action Review) เป็นแนวทางในการการทบทวนวิธีการทำงานทั้งด้านความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นการทบทวนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน ความคาดหวัง ศักยภาพ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะเดียวกันก็คงไว้วิธีการที่ดีอยู่แล้ว แนวคิดดังกล่าวจะเป็นแนวทางที่จะให้เจ้าหน้าที่ถ่ายทอดความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังจากการรับการถ่ายทอด



สถานีอนามัยในครั้งนี้นำไปสู่การวิเคราะห์ความเป็นจริง ความแตกต่าง วิธีการแก้ไขปัญหา หรือทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจากการถ่ายโอนสถานีอนามัยในมุมมองของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในส่วนต่างๆ

แผนภูมิที่ 7 แสดงกรอบแนวคิดการศึกษาประเมินผลการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ อปท.





10.2 ความก้าวหน้าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่ อปท. และ ปัญหาอุปสรรค

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่ อปท. ภายใต้กระบวนการดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนมัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น บริบทชุมชนท้องถิ่นแต่ละแห่งมีความสลับซับซ้อนแตกต่างกัน ทุกพื้นที่ที่ถ่ายโอนได้ผ่านกระบวนการ



ภายใต้หลักการ หลักเกณฑ์ เงื่อนไขต่างๆ ตามนโยบายและมติร่วมของกระทรวงสาธารณสุขและกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น มีการเตรียมความพร้อม กระบวนการขั้นตอนการดำเนินงาน มีคณะกรรมการระดับต่างๆ เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการถ่ายโอน ขณะเดียวกันกลไกดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาที่กระชั้นชิด การสื่อสารกับพื้นที่ทุกระดับการศึกษาข้อมูล และวัฒนธรรมในการทำงาน ทักษะคน คิดค้นความเข้าใจในเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่น ซึ่งนักวิจัยของ สวรส. ได้มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ โดยในช่วงเดือนเมษายน 2551 อาจารย์สมพันธ์ เตชะอธิก นักวิจัยได้กล่าวว่า “ข้อมูลโดยภาพรวม สอ.ที่ถ่ายโอนเรียบร้อยแล้วมีจำนวน 20 แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ที่มีแนวโน้มราบรื่นและพบปัญหาในกระบวนการถ่ายโอนน้อย ยกเว้นบางแห่งที่มีปัญหาความไม่เชื่อมั่นในการบริหารงานของอปท.มีจำนวน 2 แห่งที่ถ่ายโอนไปแล้วแต่ขอโอนกลับสังกัดเดิม สำหรับข้อมูลความเห็นจากการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลนั้นมี 2 แนวคิดคือ ไม่เห็นด้วยกับการถ่ายโอน เหตุผลเพราะงานด้านสาธารณสุขเป็นงานที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะสาขาวิชาชีพ โรคระบาด และโรคติดต่อร้ายแรงมีขอบเขตพื้นที่และประชากรมากกว่าพื้นที่การปกครองท้องถิ่นที่จะสามารถใช้งบประมาณและกลไกต่างๆ มาดูแลแค่พื้นที่และ



ประชากรของตนเอง ทั้งนี้ ยังมีความไม่ชัดเจนในประเด็นอื่นๆ อาทิ ปัญหาการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่ในอนาคตต้องอยู่คนละหน่วยงานจะเป็นระบบได้หรือไม่ การพัฒนาศักยภาพสอ.ให้เท่าทันกับความรู้ ทักษะเทคนิคใหม่ๆ ทางด้านสาธารณสุขจะเหมือนเดิมหรือไม่ การซื้อขายและเวชภัณฑ์จะมีคุณภาพมาตรฐานหรือไม่ การเมืองท้องถิ่นมีการเปลี่ยนแปลงสูงและมีอิทธิพลท้องถิ่นที่ผูกพันกับผลประโยชน์มาก ซึ่งอาจส่งผลมากต่อประสิทธิภาพของสอ. ส่วนแนวคิดที่เห็นด้วยนั้นได้ให้เหตุผลสนับสนุนว่าการดูแลสุขภาพประชาชนน่าจะดีขึ้น ทำงานได้เท่าทันกับปัญหาประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา เสนอแผนและจัดสรรงบประมาณแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ตรงจุด สามารถของบประมาณสร้างอาคารใหม่ ซื้อยาเวชภัณฑ์ได้ทันทั่วทั้งที่ไม่ต้องส่งเรื่องไปถึงกระทรวง (สาธารณสุข) การทำงานสะดวกรวดเร็วลดขั้นตอน เจ้าหน้าที่มีโอกาสได้รับตำแหน่งและเงินเดือนที่สูงขึ้น ในระยะนี้อยู่ในช่วงการติดตามประเมินผล และให้ สอ.ที่ยังไม่ได้มีการถ่ายโอนแสดงความสมัครใจไปอยู่กับอปท. ซึ่งมีจำนวนมากขึ้น”





ในช่วงเดือนกันยายน 2551 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้จัดเวทีสรุปบทเรียนการถ่ายโอนสถานีนอนมายไปยัง อปท. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิจัยเพื่อพัฒนากระจายอำนาจด้านสุขภาพ กล่าวเน้นย้ำว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเงื่อนไขที่สำคัญไว้ 3 ประการ สำหรับการยินยอมให้ถ่ายโอน ข้อแรก คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะรับการถ่ายโอนต้องได้รับการรับรองว่าเป็นหน่วยงานที่มีธรรมาภิบาล ซึ่งคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ยอมรับแล้วว่าองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้ามาในรอบแรก มีธรรมาภิบาล ดีเด่น ประการที่สอง เจ้าหน้าที่ สอ.ต้องยินยอมพร้อมใจที่จะถ่ายโอน คือ ต้องมีเจ้าหน้าที่ใน สอ. อย่างน้อยครึ่งหนึ่งยินยอมถ่ายโอน และประการที่สามคือ อปท. ต้องร่วมลงทุนในด้านสุขภาพ จากนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงให้มีการประเมินผลการถ่ายโอนตามหลักเกณฑ์ความพร้อม โดยมอบให้ สวรส.ไปสรุปบทเรียนเพื่อหาทางแก้ไขปัญหา และเป็นข้อมูลสำหรับการถ่ายโอนครั้งต่อไป กระทรวง (สาธารณสุข) ยินดีสนับสนุนแนวความคิดการถ่ายโอนที่มี ถ้าพิจารณาแล้วว่าถ่ายโอนแล้วดี ยินดีให้ดำเนินการต่อไป สำหรับ สอ.ใดที่ต้องการจะกลับสู่ระบบเดิม ก็ยินดีให้ถ่ายโอนกลับมา



นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงาน
วิจัยเพื่อพัฒนากระจายอำนาจด้านสุขภาพ



อาจารย์สมพันธ์ เตชะอธิก
นักวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



อาจารย์สมพันธ์ เตชะอธิก นักวิจัยได้สรุปบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมาว่า “พบปัญหาอุปสรรคจากกระบวนการถ่ายโอน อาทิ ไม่มีผู้ดูแลงานถ่ายโอนโดยตรง เจ้าหน้าที่ สอ. เกิดความไม่สบายใจต่อการทำงาน หลังจากการถ่ายโอนเหมือนถูกตัดขาดจากกระทรวงสาธารณสุข และรู้สึกว่าเหมือนเป็นส่วนเกินของ อบต. ถึงแม้ปัจจุบันยังใช้เงินของสาธารณสุขทำงานอยู่ด้านการเงินยังเหมือนเดิมไม่มีเงินสนับสนุนจากท้องถิ่นดังที่คาดหวังไว้ ซึ่ง อบต.ไม่ทราบข้อมูลของงานสาธารณสุข เช่น เมื่อประชาชนร้องเรียนไปที่อบต. เรื่อง การปนสารเคมีทำลายลูกน้ำยุงลาย อบต. สั่งให้ เจ้าหน้าที่ สอ.ไปพ่นเลยโดยไม่มีการสอบถามเจ้าหน้าที่ สอ. ก่อนว่าได้ดำเนินการไปแล้วหรือยัง ทำให้ความศรัทธาของประชาชนที่มีต่อหมออนามัยลดน้อยลงเกิดความท้อแท้ต่อการทำงานสาธารณสุขในพื้นที่ ส่วนงานด้านเอกสาร เช่น งานการเงินมีความซับซ้อนมากขึ้น เจ้าหน้าที่การเงินของ สอ.ยังต้องทำงานตรงส่วนนี้ ทำให้งานล้นมือไม่สามารถลงไปปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ในพื้นที่ได้ ดังเช่นก่อนการถ่ายโอน เจ้าหน้าที่ สอ.บางท่านเกิดปัญหาในการปฏิบัติงานต้องแบกภาระในการดูแลประชาชน เช่น การส่งต่อเพื่อ Consult ปัญหาการประสานงานระหว่าง CUP กับ PCU รู้สึกมีการตัดขาดจากระบบการรักษาเดิม และจากเวทียังกล่าวมีการแลกเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหา อาทิ บุคลากรในการให้บริการมีไม่เพียงพอ แนวทางในการแก้ปัญหา คือ มีการคัดเลือกนักเรียนในพื้นที่และมอบทุนการศึกษาให้ศึกษาต่อตามสายงานที่เกี่ยวข้องกับงานทางด้านสาธารณสุข เพื่อผลิตบุคลากรมาเสริมในส่วนงานทางด้านสาธารณสุขที่ขาดแคลน ปัญหาความชัดเจนในส่วนของนโยบายการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นและข้อกฎหมาย/ระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกิจการถ่ายโอน รวมถึงหนังสือที่ส่งมาจากส่วนกลางมีความล่าช้ามาก แนวทางในการแก้ปัญหา คือ อบต. ควรมีการประสานงานด้วยการเข้ามาขอคำปรึกษาจากส่วนกลางโดยตรง (จากกระทรวงสาธารณสุข



และกระทรวงมหาดไทย) เพื่อรับคำปรึกษา รวมทั้งระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวกับการถ่ายโอน ส่วนปัญหาด้านงบประมาณมีการโอนมาล่าช้ามาก ซึ่งเป็นงบประมาณการใช้จ่ายในด้านต่างๆ และเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ที่ทำการถ่ายโอนแล้วยังไม่มีการถ่ายโอนมา ยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แนวทางในการแก้ปัญหา คือ ตั้งข้อบัญญัติให้เบิกเงินเดือนตรงกับ อบต. สำรองไปก่อน รวมทั้งการโอนตัดจ่ายกองทุน กบข.ให้กับเจ้าหน้าที่ก่อน

และล่าสุด สวรส. ได้ข้อสรุปจากผลการศึกษาประเมินผลกระทบทดลองถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้แก่ อบท. ในช่วงเดือนกันยายน 2550 ถึงเดือนตุลาคม 2551 โดยมีสาระสำคัญ 3 เรื่อง ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อประชาชน สถานีนอนมัย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. ปัญหาอุปสรรคการถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้แก่ อบท.
3. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อประชาชน สถานีนอนมัย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านกระบวนการ ด้านนโยบาย และยุทธศาสตร์ ด้านการบริหารจัดการ และด้านประสิทธิภาพ

ด้านกระบวนการ

- เห็นคุณค่า ความสำคัญของการถ่ายโอนและมีผลราบรื่น
- เกิดมุมมองด้านสุขภาวะสี่มิติ : กาย ใจ สังคม ปัญญา มากขึ้น
- การมีส่วนร่วมระหว่าง อบท. สอ. อสม. ประชาชน ดีขึ้น
- มีการประสานงานเครือข่ายสุขภาพที่มีอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง



ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์

- มีการปรับปรุง กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนกิจกรรม การพัฒนาด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เป็นแบบอย่างของการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ด้านการบริหารจัดการงาน เงิน บุคลากร ทรัพยากร วัสดุ และเวชภัณฑ์

- ให้อิสระในการบริหารจัดการงานของสถานีนอมนัยเหมือนเดิม
- มีการตรวจสอบ และทำบัญชีทรัพยากร วัสดุ ครุภัณฑ์ มีการส่งมอบเรียบร้อย

ด้านประสิทธิภาพ

- การให้บริการด้านสุขภาพกับประชาชน เปรียบเทียบก่อน และหลังการถ่ายโอน ความพึงพอใจต่อมาตรฐานการให้บริการของ สอ. อยู่ในระดับที่ดีขึ้น แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัญหาอุปสรรคการถ่ายโอนสถานีนอมนัยให้แก่ อปท. มีความเกี่ยวข้องกันทุกระดับทั้งระดับนโยบาย ระดับบริหาร และระดับปฏิบัติ

ระดับนโยบาย

- ความชัดเจนของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขในการถ่ายโอนฯ “การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น” ขาดความเป็นเอกภาพ ทำให้เกิดความชะงักงัน



ระดับบริหาร

- การตัดสินใจและสั่งการโดยผู้บริหารส่วนกลางและท้องถิ่นยังไม่ชัดเจน ไม่เป็นลายลักษณ์อักษรและสื่อสารไม่รวดเร็ว
- อัตรากำลังคน หรือบุคลากรมีความยุ่งยากในการโอนย้าย มีความล่าช้า จนท.บางแห่งขอโอนกลับ

ระดับปฏิบัติ

- การปรับระบบงานเก่าสู่ระบบงานใหม่ทั้งระบบ ด้านงาน เงิน คน ประสบปัญหาในระยะแรก (หนังสือสั่งการ ใบเสร็จ การเบิกจ่าย คู่สัญญา กับ สปสช.)
- ภารกิจของบุคลากรมากขึ้นแต่บุคลากรในการให้บริการไม่เพียงพอ
- ความไม่มั่นคงในตำแหน่งของลูกจ้างและจนท.สอ. การจัดจ้างต่อการเลื่อนชั้น การเสียสิทธิ์ในการปรับเปลี่ยนตำแหน่ง ใบประกอบวิชาชีพ และการมอบอำนาจรักษาพยาบาล
- ระบบความสัมพันธ์ของสอ.ที่ถ่ายโอนไปแล้วกับสอ.ที่ยังไม่ถ่ายโอนฯ เริ่มมีปัญหากการประสานงาน

จากผลการศึกษาประเมินผลการทดลองถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่อปท. ในช่วงที่ผ่านมา พบว่า ต้องมีการปรับปรุงทั้งนโยบาย กลไก และการปฏิบัติการในระยะต่อไป



ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยควรกระจายอำนาจสู่ อปท. /กลุ่ม/องค์กรชุมชน เพื่อทำให้เกิดประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านสุขภาพสำหรับประชาชน
2. กระทรวงสาธารณสุขควรถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับเทศบาล
3. กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมกันพัฒนาปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบต่างๆ ให้เอื้อต่อการพัฒนาด้านสุขภาพของคนในพื้นที่
4. กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมกันพัฒนาปรับปรุงคู่มือการถ่ายโอนฯให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติ
5. หากจะมีการถ่ายโอนครั้งต่อไป กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายที่ชัดเจน มีกระบวนการที่ให้ทุกฝ่ายมีพันธสัญญาโดยใช้เวลาที่เหมาะสม และจัดทำแผนการถ่ายโอน (รายปี) ให้ชัดเจน
6. กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดระบบการเตรียมความพร้อมและการปรับตัวในสถานการณ์ใหม่
7. กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดตั้งศูนย์ประสานงานการถ่ายโอนสอ. เพื่อรองรับการถ่ายโอนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
8. กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์โดยเน้นคุณค่า อุดมการณ์และผลดีของการถ่ายโอนสอ. และมีการเผยแพร่สู่สาธารณะ และพื้นที่



9. อบท. ควรดำเนินการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นระบบ เช่น มีแผนงานในการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ที่มีการส่งบุคลากรในท้องถิ่นไปศึกษาต่อในสาขาที่ท้องถิ่นต้องการ มีการจัดบรรจุบุคลากรด้านสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาและกลับมาปฏิบัติงานในพื้นที่ อย่างมีความมั่นคงในวิชาชีพ
10. อบท. ควรสนับสนุนการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากส่วนวิชาการ ส่วนราชการ ส่วนประชาชน และการเมืองท้องถิ่น บนพื้นฐานข้อมูลความจริงของสถานการณ์สุขภาพของคนในพื้นที่ รวมทั้งจัดให้มีระบบและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในชุมชน เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจร่วมกันอย่างถูกต้อง ในการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพของคนในพื้นที่
11. องค์รปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมมือกับหน่วยงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และภาคประชาชน ในการดำเนินการจัดการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยมีกลไกการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพะในท้องถิ่น เช่น การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น กองทุนสุขภาพชุมชน/ตำบล



ข้อเสนอเชิงกลไก

- 1) จัดตั้งกลไกสนับสนุนและประสานงานวิชาการที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย
- 2) จัดตั้งกลไกในรูปแบบของคณะกรรมการที่มีส่วนร่วมจากประชาชน ติดตามตรวจสอบการดำเนินงานในระดับตำบล โดยมีตัวแทนที่หลากหลายและมีประสบการณ์

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ก่อนถ่ายโอนฯ รุ่งต่อไป ควรมีการดำเนินการ

- ศึกษาวัฒนธรรมการทำงานขององค์กร วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนของการถ่ายโอนฯ
- จัดเวทีคืนข้อมูลการวิเคราะห์การถ่ายโอนฯ รับฟังความคิดเห็น และให้ประชาชนมีส่วนร่วมตัดสินใจ

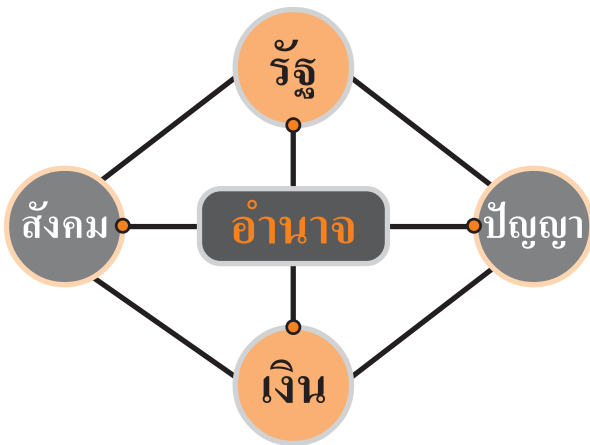
2. ภายหลังการถ่ายโอนสถานีนอนามัย

- อปท. ร่วมกับกลุ่มองค์กรชุมชนศึกษาปัญหาและความต้องการ
- กำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และจัดทำแผนงานโครงการแบบมีส่วนร่วม โดยนำเข้าสู่ข้อบัญญัติงบประมาณ อปท. เป็นประจำปี



ผลลัพธ์ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจากสถานการณ์ที่ปรากฏจริงในหลายพื้นที่สะท้อนและยืนยันได้ว่าการกระจายอำนาจจำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนของสังคมพร้อมกับการเสริมสร้างปัญญา (องค์ความรู้) โดยมีเงินหรือทรัพยากรที่เหมาะสมภายใต้บริบทของสังคมที่ดำรงอยู่ เป็นระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของกลุ่มคนที่อาศัยและใช้ชีวิตประจำวันในพื้นที่ต่างๆ ในสังคมไทย เป็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่มีรูปแบบที่หลากหลาย มีใช้สูตรสำเร็จรูปที่ใช้ได้กับทุกพื้นที่

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ





รายชื่อ อบต.ที่ดำเนินงาน “กองทุนสุขภาพชุมชน” (สร้างหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่) และได้รับรางวัลการบริหารจัดการดีเด่นประจำปี 2548 มีดังนี้

ภาคกลาง

1. อบต.บ้านหมอ	อำเภอบ้านหมอ	จังหวัดสระบุรี
2. อบต.หัวปลวก	อำเภอกะเปอร์	จังหวัดสระบุรี
3. อบต.เขาสามยอก	อำเภอมะนัง	จังหวัดลพบุรี
4. อบต.หนองปลาไหล	อำเภอบางละมุง	จังหวัดชลบุรี
5. อบต.น้ำพุ	อำเภอมะนัง	จังหวัดราชบุรี
6. อบต.ด่านทับโค	อำเภอจอมบึง	จังหวัดราชบุรี
7. อบต.บ้านฆ้อง	อำเภอโพธาราม	จังหวัดราชบุรี
8. อบต.เดิมบางนางบวช	อำเภอเดิมบางนางบวช	จังหวัดสุพรรณบุรี
9. อบต.หนองแซง	อำเภอหันคา	จังหวัดชัยนาท
10. อบต.บางสีทอง	อำเภอบางกรวย	จังหวัดนนทบุรี
11. อบต.ชัยฤทธิ์	อำเภอไชโย	จังหวัดอ่างทอง
12. อบต.ราชสถิตย์	อำเภอไชโย	จังหวัดอ่างทอง
13. บ้านปรก	อำเภอมะนัง	จังหวัดสมุทรสงคราม
14. อบต.บางพระ	อำเภอมะนัง	จังหวัดฉะเชิงเทรา
15. อบต.ดงบัง	อำเภอบ้านสร้าง	จังหวัดปราจีนบุรี
16. อบต.พระเพลิง	อำเภอเขาฉกรรจ์	จังหวัดสระแก้ว
17. อบต.คลองหินปูน	อำเภอวังน้ำเย็น	จังหวัดสระแก้ว
18. อบต.คลองหาด	อำเภอคลองหาด	จังหวัดสระแก้ว
19. อบต.บึงยี่โถ	อำเภอรัษฎา	จังหวัดปทุมธานี
20. อบต.บ้านไร่	อำเภอบ้านไร่	จังหวัดอุทัยธานี



ภาคเหนือ

21. อบต.สุเทพ	อำเภอเมือง	จังหวัดเชียงใหม่
22. อบต.เวียง	อำเภอฝาง	จังหวัดเชียงใหม่
23. อบต.ท่าผา	อำเภอแม่แจ่ม	จังหวัดเชียงใหม่
24. อบต.สันนาเม็ง	อำเภอสันทราย	จังหวัดเชียงใหม่
25. อบต.ลำปางหลวง	อำเภอเกาะคา	จังหวัดลำปาง
26. อบต.บ้านแลง	อำเภอเมือง	จังหวัดลำปาง
27. อบต.ศรีสะเกษ	อำเภอนาน้อย	จังหวัดน่าน
28. อบต.วังหมัน	อำเภอสามเงา	จังหวัดตาก
29. อบต.เชียงดาว	อำเภอเชียงดาว	จังหวัดเชียงใหม่
30. อบต.แม่แฝก	อำเภอสันทราย	จังหวัดเชียงใหม่
31. อบต.เมืองพาน	อำเภอพาน	จังหวัดเชียงราย
32. อบต.ท่าสาย	อำเภอเมือง	จังหวัดเชียงราย
33. อบต.โนเมือง	อำเภอสุวรรณคโลก	จังหวัดสุโขทัย
34. อบต.หาดสองแคว	อำเภอตรอน	จังหวัดอุดรดิษฐ์
35. อบต.เทพนิมิตร	กิ่งอำเภอบึงสามัคคี	จังหวัดกำแพงเพชร
36. อบต.วังแคม	อำเภอคลองขลุง	จังหวัดกำแพงเพชร
37. อบต.ลานกระบือ	อำเภอลานกระบือ	จังหวัดกำแพงเพชร
38. อบต.คิ่งตะเกา	อำเภอเมือง	จังหวัดอุดรดิษฐ์
39. อบต.หัวดง	อำเภอเมือง	จังหวัดพิจิตร



ภาคใต้

40. อบต.อ่าวนาง	อำเภอเมือง	จังหวัดกระบี่
41. อบต.น้ำขาว	อำเภอจะนะ	จังหวัดสงขลา
42. อบต.ท่าข้าม	อำเภอหาดใหญ่	จังหวัดสงขลา
43. อบต.น้ำน้อย	อำเภอหาด	จังหวัดสงขลา
44. อบต.ฉลุง	อำเภอเมือง	จังหวัดสตูล
45. อบต.หนองตาแต้ม	อำเภอปรางบุรี	จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

46. อบต.โคกพระ	อำเภอกันทรวิชัย	จังหวัดศรีสะเกษ
47. อบต.ยาง	อำเภอยาง	จังหวัดมหาสารคาม
48. อบต.หนองแสง	อำเภอวาปีปทุม	จังหวัดมหาสารคาม
49. อบต.สะอาดสมบูรณ์	อำเภอเมือง	จังหวัดร้อยเอ็ด
50. อบต.หนองสูงใต้	อำเภอหนองสูง	จังหวัดมุกดาหาร
51. อบต.โพนงาม	อำเภอกมลาไสย	จังหวัดร้อยเอ็ด
52. อบต.ทุ่งคลอง	อำเภอคำม่วง	จังหวัดกาฬสินธุ์
53. อบต.สามัคคี	อำเภอร่องคำ	จังหวัดกาฬสินธุ์
54. อบต.บ้านด้อ	กิ่งอำเภอรัตนวาปี	จังหวัดหนองคาย
55. อบต.จุมพล	อำเภอโพนพิสัย	จังหวัดหนองคาย
56. อบต.อุทัยสวรรค์	อำเภอนากลาง	จังหวัดหนองบัวลำภู
57. อบต.แก้งไก่อ	อำเภอสังคม	จังหวัดหนองคาย
58. อบต.บึงหวาย	อำเภอวารินชำราบ	จังหวัดอุบลราชธานี
59. อบต.หนองบัว	อำเภอหนองกุงศรี	จังหวัดกาฬสินธุ์
60. อบต.นากลาง	อำเภอสูงเนิน	จังหวัดนครราชสีมา



61. อบต.ธาตุทอง	อำเภอภูเขียว	จังหวัดชัยภูมิ
62. อบต.บ้านเหล่า	อำเภอเมือง	จังหวัดชัยภูมิ
63. อบต.นาตาล	กิ่งอำเภอนาตาล	จังหวัดอุบลราชธานี
64. อบต.หนองทันน้ำ	อำเภอภูด้าว	จังหวัดอุบลราชธานี
65. อบต.บึงหวาย	อำเภอวารินชำราบ	จังหวัดอุบลราชธานี
66. อบต.กล้าแดง	อำเภอดอนมดแดง	จังหวัดอุบลราชธานี
67. อบต.สร้างท่อน้อย	อำเภอห้วยตะพาน	จังหวัดอำนาจเจริญ
68. อบต.โคกพระ	อำเภอกันทรวิชัย	จังหวัดมหาสารคาม

รายชื่อ อบต. ที่ดำเนินงาน “กองทุนสุขภาพชุมชน” (สร้างหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่) และได้รับรางวัลการบริหารจัดการดีเด่นประจำปี 2549 มีดังนี้

ภาคกลาง

69. อบต.น้ำพุ	อำเภอเมือง	จังหวัดราชบุรี
70. อบต.บางแก้ว	อำเภอเมือง	จังหวัดสมุทรสงคราม
71. อบต.พระแท่น	อำเภอดำม่วง	จังหวัดกาญจนบุรี
72. อบต.วังศาลา	อำเภอดำม่วง	จังหวัดกาญจนบุรี
73. อบต.เดิมบางนางบวช	อำเภอดำม่วง	จังหวัดสุพรรณบุรี
74. อบต.ท่าระหัด	อำเภอเมือง	จังหวัดสุพรรณบุรี
75. อบต.บ้านหม้อ	อำเภอเมือง	จังหวัดเพชรบุรี
76. อบต.คลองวาฬ	อำเภอเมือง	จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
77. อบต.นิคมพัฒนา	อำเภอนิคมพัฒนา	จังหวัดระยอง
78. อบต.เกาะขวาง	อำเภอเมือง	จังหวัดจันทบุรี



79. อบต.บึงยี่โถ	อำเภอธัญบุรี	จังหวัดปทุมธานี
80. อบต.หาดทะนง	อำเภอเมือง	จังหวัดอุทัยธานี
81. อบต.เนินขาม	อำเภอเนินขาม	จังหวัดชัยนาท
82. อบต.ทับยา	อำเภออินทร์บุรี	จังหวัดสิงห์บุรี
82. อบต.บางนมโค	อำเภอเสนา	จังหวัดอยุธยา

ภาคเหนือ

83. อบต.ออย	อำเภอปง	จังหวัดพะเยา
84. อบต.เชียงแรง	อำเภอภูซาง	จังหวัดพะเยา
85. อบต.ผาบ่อง	อำเภอเมือง	จังหวัดพะเยา
86. อบต.ในเมืง	อำเภอสุวรรณโลก	จังหวัดสุโขทัย
87. อบต.สุเทพ	อำเภอเมือง	จังหวัดเชียงใหม่
88. อบต.ดอนแก้ว	อำเภอแมริม	จังหวัดเชียงใหม่
89. อบต.มะขามแจ้	อำเภอเมือง	จังหวัดลำพูน
90. อบต.วังหมั่น	อำเภอสามเงา	จังหวัดตาก
91. อบต.หาดสองแคว	อำเภอตรอน	จังหวัดอุดรดิถี
92. อบต.ตากฟ้า	อำเภอตากฟ้า	จังหวัดนครสวรรค์
93. อบต.หัวดง	อำเภอเมือง	จังหวัดพิจิตร



ภาคใต้

94. อบต.บางไทร	อำเภอตะกั่วป่า	จังหวัดพังงา
95. อบต.ท้ายเหมือง	อำเภอท้ายเหมือง	จังหวัดพังงา
96. อบต.บางนาแก	อำเภอเมือง	จังหวัดชุมพร
97. อบต.อำวนาง	อำเภอเมือง	จังหวัดกระบี่
98. อบต.เกาะพัง	อำเภอเกาะพัง	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
99. อบต.บางหิน	อำเภอเกาะเปอร์	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
100. อบต.ศรีสุนทร	อำเภอถลาง	จังหวัดภูเก็ต
101. อบต.วิชิต	อำเภอเมือง	จังหวัดภูเก็ต
102. อบต.ปากหูน	อำเภอเมือง	จังหวัดนครศรีธรรมราช
103. อบต.น่าน้อย	อำเภอหาดใหญ่	จังหวัดสงขลา
104. อบต.นาท่านใต้	อำเภอเมือง	จังหวัดตรัง

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

105. อบต.ชัยพฤกษ์	อำเภอเมือง	จังหวัดเลย
106. อบต.หัววัง	อำเภอยางตลาด	จังหวัดกาฬสินธุ์
107. อบต.หนองระเวียง	อำเภอเมือง	จังหวัดนครราชสีมา
108. อบต.คาเสา	อำเภอห้วยราช	จังหวัดบุรีรัมย์
109. อบต.เขวา	อำเภอเมือง	จังหวัดมหาสารคาม
110. อบต.นาปู่	อำเภอเพ็ญ	จังหวัดอุดรธานี
111. อบต.หนองแวง	อำเภอละหานทราย	จังหวัดบุรีรัมย์



**เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง เทศบาลนคร ที่ได้รับรางวัลการบริหาร
จัดการที่ดี ปี 2548, 2549 และมีสถานีนอมนัยในเขตบริการของเทศบาล
ได้แก่**

ภาคกลาง

1. เทศบาลตำบลหนองขาว	อ.ท่าม่วง	จ.กาญจนบุรี
2. เทศบาลนครนนทบุรี	อ.เมือง	จ.นนทบุรี
3. เทศบาลตำบลปรางค์บุรี	อ.ปรางค์บุรี	จ.ประจวบคีรีขันธ์
4. เทศบาลเมืองราชบุรี	อ.เมือง	จ.ราชบุรี
5. เทศบาลตำบลบางนกแขวก	อ.บางคนที	จ.สมุทรสงคราม
6. เทศบาลเมืองสุพรรณบุรี	อ.เมือง	จ.ราชบุรี
7. เทศบาลเมืองอ่างทอง	อ.เมือง	จ.อ่างทอง
8. เทศบาลตำบลหนองฉาง	อ.หนองฉาง	จ.อุทัยธานี

ภาคเหนือ

1. เทศบาลเมืองกำแพงเพชร	อ.เมือง	จ.กำแพงเพชร
2. เทศบาลตำบลหางดง	อ.หางดง	จ.เชียงใหม่
3. เทศบาลเมืองแม่สอด	อ.แม่สอด	จ.ตาก
4. เทศบาลตำบลพยุหะ	อ.พยุหะ	จ.นครสวรรค์
5. เทศบาลนครพิษณุโลก	อ.เมือง	จ.พิษณุโลก
6. เทศบาลนครร้องกวาง	อ.ร้องกวาง	จ.แพร่
7. เทศบาลตำบลบ่อแฮ้ว	อ.เมือง	จ.ลำปาง
8. เทศบาลตำบลอุโมงค์	อ.เมือง	จ.ลำพูน



ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. เทศบาลตำบลเลิงสาง	อ.เลิงสาง	จ.นครราชสีมา
2. เทศบาลเมืองร้อยเอ็ด	อ.เมือง	จ.ร้อยเอ็ด
3. เทศบาลเมืองศรีสะเกษ	อ.เมือง	จ.ศรีสะเกษ
4. เทศบาลตำบลอากาศอำนวย	อ.อากาศอำนวย	จ.สกลนคร
5. เทศบาลตำบลสำโรงทาบ	อ.สำโรงทาบ	จ.สุรินทร์
6. เทศบาลเมืองหนองคาย	อ.เมือง	จ.หนองคาย
7. เทศบาลนาแก	อ.นาแก	จ.หนองบัวลำภู
8. เทศบาลเมืองวารินชำราบ	อ.วารินชำราบ	จ.อุบลราชธานี

ภาคใต้

1. เทศบาลเมืองกระบี่	อ.เมือง	จ.กระบี่
2. เทศบาลเมืองปัตตานี	อ.เมือง	จ.ปัตตานี
3. เทศบาลเมืองพัทลุง	อ.เมือง	จ.พัทลุง
4. เทศบาลนครยะลา	อ.เมือง	จ.ยะลา
5. เทศบาลตำบลกำแพงเพชร	อ.รัตภูมิ	จ.สงขลา
6. เทศบาลเมืองสุราษฎร์ธานี	อ.เมือง	จ.สุราษฎร์ธานี

ภาคตะวันออก

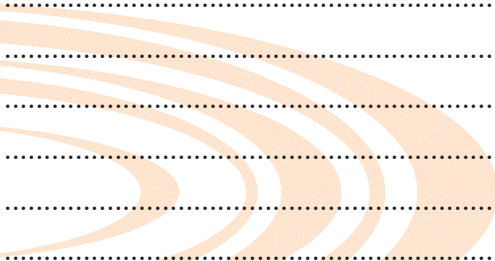
1. เทศบาลเมืองศรีราชา	อ.ศรีราชา	จ.ชลบุรี
2. เทศบาลตำบลบ่อพลอย	อ.บ่อไร่	จ.ตราด
3. เทศบาลตำบลปากน้ำกระแส	อ.แกลง	จ.ระยอง
4. เทศบาลตำบลวังน้ำเย็น	อ.วังน้ำเย็น	จ.สระแก้ว

ที่มา : กลุ่มสนับสนุนพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

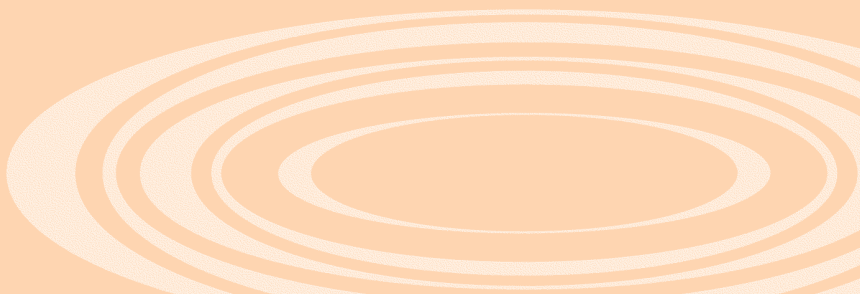


รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
ที่ให้เกิดริตัสภณณ ในช่วงเวลาของการดำเนินงานถ่ายโอนสถานี อนามัย
(กันยายน - พฤศจิกายน 2550)

1. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
2. รศ.ดร.จรัส สุวรรณมาลา
คณบดีคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นพ.สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ
นักวิชาการสาธารณสุข 11 กระทรวงสาธารณสุข
4. นพ.จักรธรรม ธรรมศักดิ์
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
5. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
6. นพ.อมร รอดคล้าย
ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
7. นพ.ทรงยศ ชัยชนะ
ที่ปรึกษาสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
8. นายสมพันธ์ เตชะอธิก
นักวิจัยด้านสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9. นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ชุมชน) ภูกระดึง จังหวัดเลย
10. สาธารณสุขอำเภอตาลสูง จังหวัดอุบลราชธานี
11. นักวิชาการสาธารณสุข สถานีอนามัยท่าสาย จังหวัดเชียงราย
12. นางสาวอัจฉรา แหวนทองคำ
ปลัดเทศบาลตำบลตลุกคู่ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี



“....การกระจายอำนาจด้านสุขภาพคล้ายกับปรัชญาประชาธิปไตย คือ ความเท่าเทียม มีความใกล้เคียงและเชื่อมโยงกับสุขภาพและการศึกษาเป็นอย่างมาก ด้วยเหตุที่ทุกคนมีสิทธิเจ็บป่วยได้เหมือนกันทุกคน หากแต่การเข้าถึงบริการไม่ว่าจะเป็นการมีสุขภาพดีด้วยการดูแลส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเจ็บป่วยได้ไม่เท่ากัน นั่นคือ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งบ่งบอก พื้นฐานของความเท่าเทียมกันของมนุษย์....”



การกระจายอำนาจจึงเป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนา มิใช่ "เป้าหมาย" ในตัวเอง ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของการพัฒนาและบริบทของสังคมที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นเมื่อเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาโดยรวม คือ คุณภาพชีวิตของประชาชน การสร้างความเข้มแข็งของปัจเจกและชุมชนโดยให้ประชาชนและชุมชนมีอำนาจตัดสินใจในประเด็นที่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ สามารถพึ่งตนเอง และปกครองตนเองของชุมชนได้ นั่นคือสาระที่สำคัญที่สุดของการกระจายอำนาจ



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

อาคาร 3 ชั้น 5 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2951-1286-93 โทรสาร 0-2951-1295