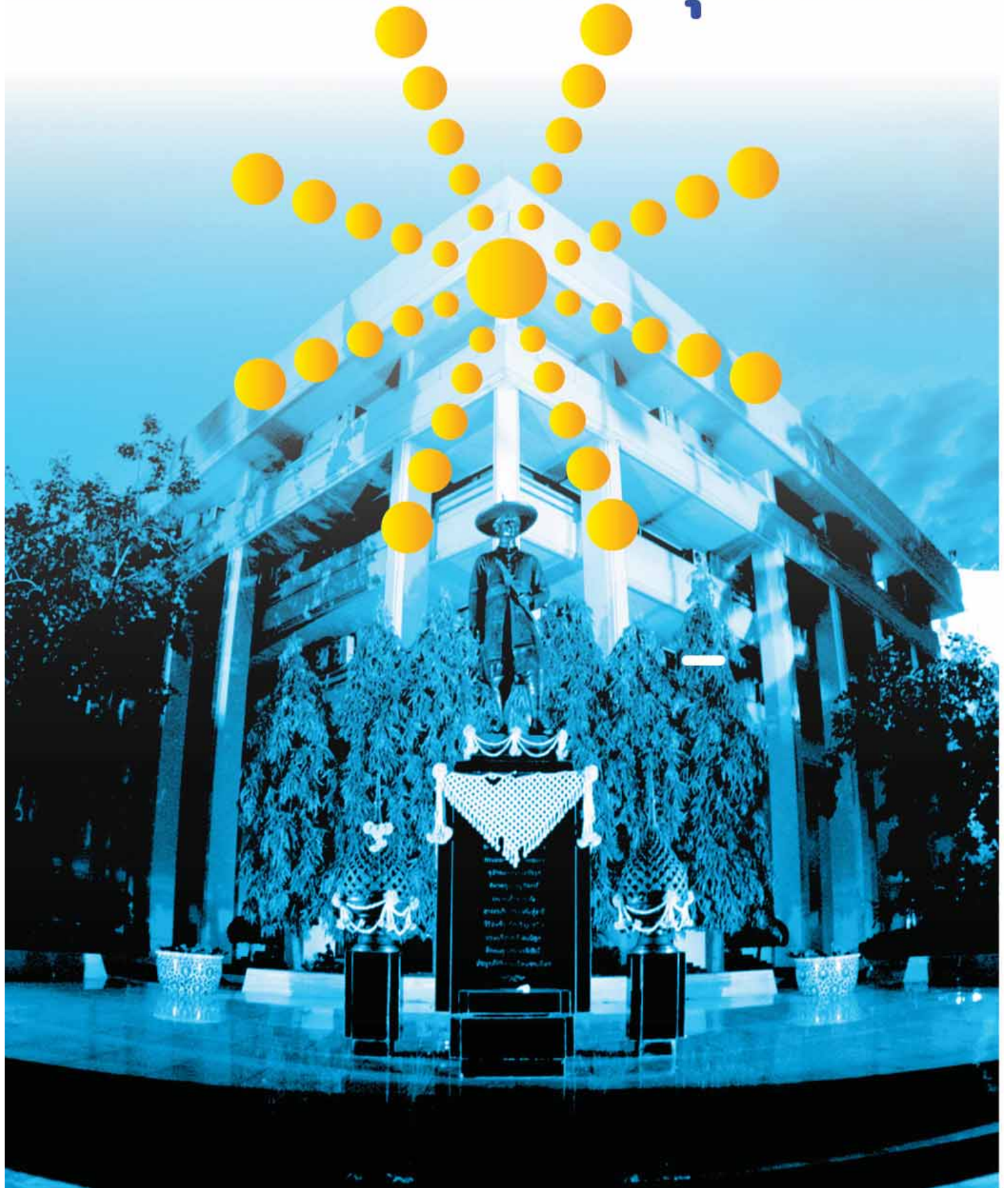


การปฏิรูประบบ
สุขภาพ
และการกระจาย

อำนาจ ด้านสุขภาพ



การปฏิรูประบบสุขภาพ
และ
การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ



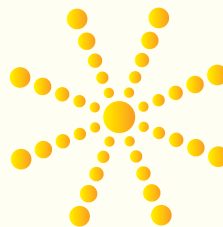
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

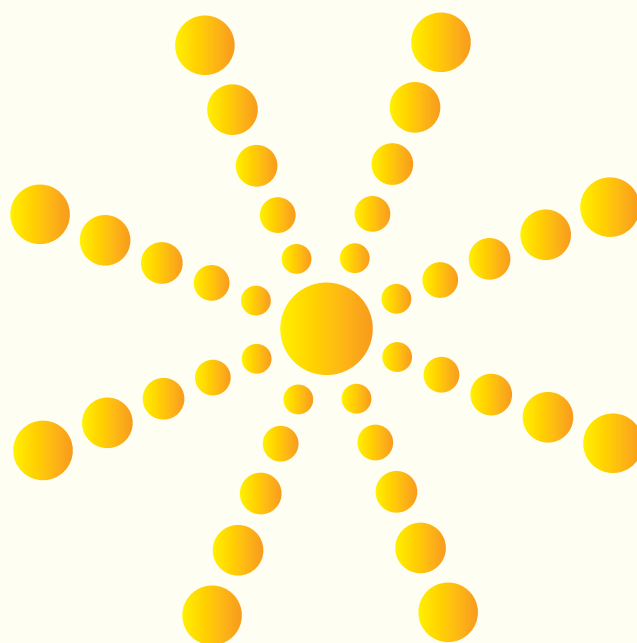
สังเคราะห์ข้อค้นพบและเรียบเรียงข้อเสนอแนะจากผลงานวิจัย
ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
ที่สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

การปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

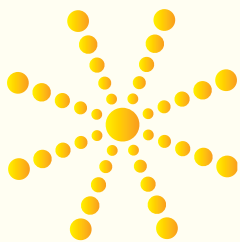
เลขมาตรฐานสากล
พิมพ์ครั้งที่ 1
ที่ปรึกษา
บรรณาธิการ
ประสานงาน
ศิลปกรรม
จัดพิมพ์และเผยแพร่

978-974-299-224-8
กันยายน 2558 จำนวน 500 เล่ม
นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์
ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์ สายสิริ อิศรชาญวานิชย์
ฉัตรทิพย์ วงษ์ปิ่นแก้ว สุภาวดี นุชรินทร์
บริษัท บี เอส อาร์ มีเดีย แอนด์ มาร์เก็ตติ้ง จำกัด
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซ.สาธารณสุข 6 ถ.ติวานนท์ 14 อ.เมือง
จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2832 9200 โทรสาร 0 2832 9201-2





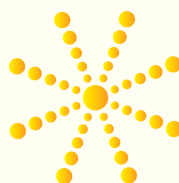




“

เพื่อให้เกิดการเดินหน้ากระจายอำนาจด้านสุขภาพ
จำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่ายต้องย้อนมองกลับไป
ว่าชุมชนและประชาชนได้ประโยชน์อย่างไร
จากการกระจายอำนาจในพื้นที่ต่างๆ ที่ริเริ่มก้าวเดินก่อน
ขณะเดียวกัน ชุมชนและประชาชนเสียโอกาสอย่างไร
ในการที่จะพัฒนาไปสู่ความเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้
หากว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
ยังคงอยู่ในภาวะล่าช้า
ไม่เป็นไปตามแผน...เช่นที่เป็นอยู่

”

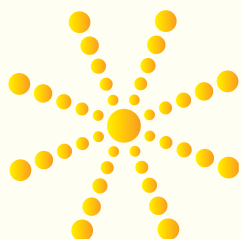


คำนำ

เป็นเวลาเกือบสองทศวรรษแล้วที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้ระบุถึงแนวนโยบายในการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่น โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้สนับสนุนการทำงานวิชาการเพื่อส่งเสริมการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ รวมทั้งการจัดกระบวนการขับเคลื่อนข้อเสนอแนะจากงานวิจัยไปสู่นโยบาย และการสื่อสารกับสังคมมาเป็นลำดับ โดยหวังว่าทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะได้มองเห็นโอกาสของการพัฒนาประเทศ ผ่านความร่วมมือในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับท้องถิ่นและชุมชน ฐานรากของสังคม

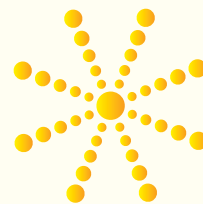
ปัจจุบันการกระจายอำนาจด้านสุขภาพยังมีความก้าวหน้าไม่มากพอ ประกอบกับเป็นช่วงเวลาที่มีการจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับใหม่และการปฏิรูปประเทศ สวรส. จึงได้ทบทวน วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อค้นพบและเรียบเรียงข้อเสนอแนะจากผลงานวิจัยต่างๆ ที่ผ่านมา และจัดทำหนังสือ “การปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” เล่มนี้ขึ้น โดยอ้างอิงงานวิจัยชิ้นสำคัญที่สนับสนุนโดย สวรส. เช่น บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข การพัฒนาข้อเสนอ รูปแบบ และโครงสร้างการบริหารเขตสุขภาพ (วินัย ลิสมิทธิ และคณะ) การวิเคราะห์ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ (ศุภวัฒนากร วงศ์ธนวสุ และคณะ) การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (โกวิท พวงงาม และคณะ) การวิจัยประเมินผลแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ (สุภชัย ศรีสุชาติ และคณะ) ภาพอนาคตระบบสุขภาพ (สุชาติ อุดมโสภกิจ และคณะ) เป็นต้น

สวรส. ขอขอบคุณคณะผู้วิจัยทุกท่าน รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นเครื่องมือทางวิชาการที่ทุกฝ่ายจะพิจารณาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพต่อไป

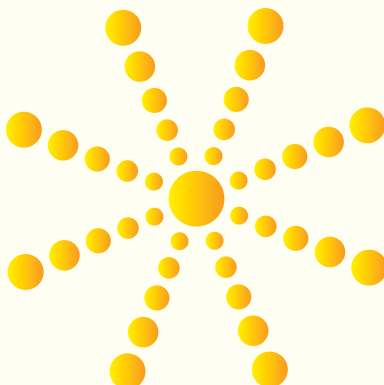


สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
กันยายน 2558

สารบัญ



บทที่ 1 ความเชื่อมโยงระหว่างการบริหารงานภาครัฐ ระบบการปกครองของไทย และการกระจายอำนาจ	9
บทที่ 2 กลไกและกระบวนการการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	23
บทที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	35
บทที่ 4 บทเรียนจากการจัดบริการด้านสุขภาพ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรุ่นผู้กล้า	47
บทที่ 5 ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ	57
บทที่ 6 วิเคราะห์ทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจ	65
บทที่ 7 ภาพอนาคตของบทบาทกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรที่เกี่ยวข้อง	81
บทที่ 8 คิดเพื่อก้าวไปข้างหน้า	101
ประมวลภาพการทำงานของ สวรส. เพื่อสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	108
เอกสารอ้างอิง	112

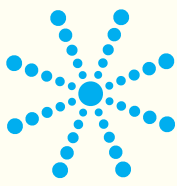




1

ความเชื่อมโยงระหว่างการบริหารงานภาครัฐ
ระบบการปกครองของไทย และการกระจายอำนาจ





ความเชื่อมโยงระหว่างการบริหารงานภาครัฐ ระบบการปกครองของไทย และการกระจายอำนาจ

เนื้อหาในบทแรกนี้ เป็นการปูพื้นความเข้าใจเรื่ององค์ประกอบหลักของการบริหารบ้านเมืองในยุคปัจจุบัน นั่นคือ การบริหารงานภาครัฐ ระบบการปกครอง และ การกระจายอำนาจ

การบริหารงานภาครัฐ

แนวทางการบริหารงานภาครัฐ จำเป็นต้องคำนึงถึงขอบเขตอำนาจและตัวแสดงที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการภาครัฐ ประกอบไปด้วยมิติทางการปกครองหลายระดับ ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ ประกอบไปด้วย **“รัฐ” (State)** ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ส่วน คือ

- 1) **ประชากร** ทุกรัฐต้องมีประชาชนที่ถือสัญชาติร่วมกัน
- 2) **ดินแดน** มีอาณาเขตหรือขอบเขตพื้นที่ที่รัฐอื่นจะรุกร้าไม่ได้
- 3) **รัฐบาล** มีรัฐบาลที่ปกครองประเทศของตนเอง
- 4) **อำนาจอธิปไตย** มีอำนาจในการปกครองตนเอง

โดยภายใต้การบริหารงานในรูปแบบของ “รัฐ” สามารถแบ่งได้เป็น 2 สถาบันหลัก ได้แก่

- 1) **สถาบันการเมือง** ซึ่งรัฐได้มอบหมายให้สามารถใช้อำนาจบังคับสมาชิกภายในรัฐโดยทำการออกกฎหมาย หรือระเบียบประเพณีตามเจตนารมณ์สาธารณะ (Public Will) ในระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทน สถาบันการเมืองจึงเปรียบได้กับ “รัฐสภา” ซึ่งสถาบันการเมืองนี้เองเป็นช่องทางการส่งผ่านอำนาจทางการเมืองของรัฐไปสู่รัฐบาล
- 2) **สถาบันฝ่ายบริหาร** ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ ประกอบด้วยรัฐบาล (Government) ซึ่งได้รับมอบอำนาจทางการเมืองจากสถาบันการเมืองโดยตรง และเพื่อให้รัฐบาลสามารถทำหน้าที่บริหารจัดการทรัพยากรแทนรัฐได้ กลไกสำคัญที่ใช้ขับเคลื่อนการบริหารงานภาครัฐ คือ ระบบราชการซึ่งประกอบด้วย ข้าราชการ และหน่วยงานราชการ

ทั้งนี้ รัฐบาลถือเป็นหน่วยทางการเมืองการปกครองซึ่งมีความรับผิดชอบ (Accountability) ต่อประชาชนโดยตรงผ่านระบบการเลือกตั้ง โดยมีระบบราชการ ได้แก่ กระทรวง ทบวง กรม และ ข้าราชการ เป็นผู้ปฏิบัติการตามแนวทางการบริหารงานของรัฐบาล แม้ว่าระบบราชการจะอยู่ใต้บังคับบัญชาของรัฐบาล แต่การเปลี่ยนแปลงรัฐบาลสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ขณะเดียวกัน

การทำงานของราชการกลับไม่ได้ยุติบทบาทการดำเนินงานของตนเองตามไปด้วย ดังนั้น บทบาทการให้บริการสาธารณะของระบบราชการ จึงถือเป็นแกนหลักในการระดมทรัพยากร และกระจายทรัพยากรต่างๆ ให้แก่ประชาชน

ระบบการปกครอง

สำหรับการบริหารงานภาครัฐของประเทศไทย แยกโครงสร้างการปกครองออกเป็น 3 ระดับ / รูปแบบ ได้แก่ การบริหารงานส่วนกลาง การบริหารงานส่วนภูมิภาค และการบริหารงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1) การบริหารงานส่วนกลาง ได้แก่ สำนักนายกรัฐมนตรี หน่วยงานระดับกระทรวง ทบวง กรม ปฏิบัติหน้าที่ในระดับนโยบายตามแนวทางของรัฐบาล ถือได้ว่าเป็นการบริหารงานภาครัฐแบบรวมอำนาจ (Centralization)

2) การบริหารงานส่วนภูมิภาค ทำหน้าที่รับคำสั่งจากส่วนกลาง และนำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ ตามหลักการแบ่งอำนาจหน้าที่ (Deconcentration) ถือเป็นหลักการแบ่งอำนาจทางการบริหารที่มีความเข้มข้นน้อยที่สุด โดยเป็นเพียงการถ่ายโอนความรับผิดชอบจากรัฐบาลไปยังหน่วยงานราชการส่วนภูมิภาค ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐบาลทั้งหมด สำหรับในประเทศไทย การบริหารงานส่วนภูมิภาคนั้นเป็นไปตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2545 โดยอำนาจในการบริหารงานระดับพื้นที่หรือภูมิภาคนั้น มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ใช้อำนาจสูงสุดภายใต้หน่วยการปกครองระดับจังหวัด และมีหน่วยการปกครองระดับรองลงมา ได้แก่ อำเภอ นอกจากนี้ ยังมีการบริหารงานระดับย่อย ได้แก่ ตำบล และหมู่บ้าน

3) การบริหารงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีอำนาจบริหารจัดการอย่างอิสระตามขอบเขตที่รัฐบาลกระจายอำนาจให้ เพื่อทำหน้าที่ให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบ การบริหารงานของ อปท. เป็นไปตามหลักการกระจายอำนาจ (Decentralization) คือ การปกครองที่เกิดจากการที่รัฐบาลกระจายอำนาจและหน้าที่ความรับผิดชอบไปให้องค์กรในระดับท้องถิ่น ซึ่งมีความเป็นอิสระพอสมควรภายใต้การกำกับของรัฐบาล และเป็นการปกครองที่เกิดขึ้นเพื่อสนองตอบความต้องการและแก้ปัญหาของประชาชนในพื้นที่

การกระจายอำนาจ

โครงสร้างการบริหารงานภาครัฐข้างต้น ทำให้วิธีการดำเนินงานในแต่ละภาคส่วนมีความสัมพันธ์กันทั้งในเชิงงบประมาณ นโยบาย และการให้บริการสาธารณะ โดยความเชื่อมโยงระหว่างรัฐบาลและส่วนราชการระดับภูมิภาค จะมีความสัมพันธ์โดยตรงตามสายบังคับบัญชาเพื่อบริหาร

งานในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐยังมีความเชื่อมโยงไปยัง อปท. ผ่านกิจกรรมต่างๆ และงบประมาณที่ อปท. ได้รับจัดสรรจากรัฐบาลในส่วนหนึ่งด้วยเช่นกัน

สำหรับแนวคิดการกระจายอำนาจนั้น ปรากฏความชัดเจนและได้รับการยกระดับความสำคัญมากขึ้นนับตั้งแต่มีการจัดทำรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 หรือที่เรียกว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับภาคประชาชน โดยมีทั้งกรอบกฎหมายสำคัญที่เป็นเงื่อนไขในการกำหนดโครงสร้างการกระจายอำนาจทั้ง 2 ระดับ ได้แก่ กรอบกฎหมายในระดับรัฐธรรมนูญ และกรอบกฎหมายเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจ

1. กรอบกฎหมายในระดับรัฐธรรมนูญ

รัฐธรรมนูญถือเป็นกฎหมายหลักของประเทศ โดยพบแนวทางการกระจายอำนาจปรากฏตั้งแต่รัฐธรรมนูญปี 2540 เป็นต้นมา มีสาระสำคัญที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจ ดังนี้

1) บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ที่เกี่ยวกับการปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ถือได้ว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่ทำให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างแท้จริง เนื่องจากได้กำหนดกฎเกณฑ์ อำนาจหน้าที่ และความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรการปกครองแต่ละระดับไว้ ตลอดจนออกแบบกลไก การตรวจสอบควบคุม การใช้อำนาจรัฐ พร้อมทั้งกำหนดโครงสร้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างชัดเจน เพื่อสร้างหลักประกันให้แก่กระบวนการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่าจะสามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการปกครองส่วนท้องถิ่นปรากฏในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ทั้งสิ้น 15 มาตรา ใน 3 หมวด ได้แก่ หมวดสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย (มาตรา 43 53 58 และ 59) หมวดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ (มาตรา 78 และ 79) หมวดการปกครองส่วนท้องถิ่น (มาตรา 282 – 290)

สาระสำคัญของเนื้อหาที่เป็นแม่บทของกระบวนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 สามารถจำแนกออกเป็น 5 ประเด็น ได้แก่

(1) การกำหนดแนวทางการกระจายอำนาจของท้องถิ่น ตามมาตราที่ 78 หมวดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ได้กำหนดแนวทางการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นมีสิทธิในการพึ่งตนเองในการให้บริการสาธารณะในพื้นที่ อาทิ กิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจ และให้บริการสาธารณูปโภค ตลอดจนโครงสร้างพื้นฐานได้ และให้ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการของท้องถิ่น

(2) การกำหนดหลักประกันความเป็นอิสระของท้องถิ่น ตามมาตราที่ 282 หมวดการปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐธรรมนูญได้รับรองอำนาจของ อบต. ให้สามารถกำหนดนโยบายปกครอง การคลัง และบุคลากรภายในพื้นที่ได้

(3) การกำหนดสิทธิในการจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามมาตรา 283 วรรค 1 หมวดการปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งให้สิทธิท้องถิ่นในการปกครองตนเอง และมีสิทธิในการจัดตั้ง เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(4) การกำหนดหลักการกำกับดูแลท้องถิ่น ตามมาตรา 283 วรรค 2 หมวดการปกครอง ส่วนท้องถิ่น มีการบัญญัติในส่วนของการกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความเป็นว่า “การกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องทำเท่าที่จำเป็นตามที่กฎหมายบัญญัติ แต่ต้อง เป็นไปเพื่อคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือประโยชน์ของประเทศเป็นส่วนรวม ทั้งนี้ จะกระทบถึงสาระสำคัญแห่งหลักการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนใน ท้องถิ่น หรือนอกเหนือจากที่กฎหมายบัญญัติไว้ไม่ได้” ดังนั้น การกำกับดูแลในพื้นที่นั้นมีเงื่อนไข ที่การกำกับดูแลต้องมีกฎหมายบัญญัติรองรับอย่างชัดเจนเท่านั้น และมีเป้าหมายเพื่อคุ้มครอง ประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น

(5) การกำหนดหลักการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชนในท้องถิ่น รัฐธรรมนูญ 2540 ได้เปิดช่องทางในการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการบริหารขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นได้ในหลายกรณี เช่น

- มาตรา 53 หมวดสิทธิเสรีภาพของชนชาวไทย ได้ให้สิทธิแก่ประชาชนในการ รับทราบข้อมูลข่าวสารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและให้มีส่วนร่วมในการทำ ประชาพิจารณ์ตามกฎหมาย
- มาตรา 285 หมวดการปกครองส่วนท้องถิ่น การกำหนดให้สมาชิกสภาท้องถิ่น ทั้งหมดและคณะผู้บริหาร มาจากการเลือกตั้งโดยตรงของประชาชน หรือมาจาก ความเห็นชอบของสภา
- มาตรา 286 หมวดการปกครองส่วนท้องถิ่น เปิดโอกาสให้ประชาชนในท้องถิ่นมีสิทธิ ที่จะถอดถอนสมาชิกสภาท้องถิ่น หรือคณะผู้บริหารท้องถิ่นออกจากตำแหน่งได้
- มาตรา 287 เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าชื่อร้องขอต่อประธานสภาท้องถิ่น เพื่อให้พิจารณาข้อบัญญัติท้องถิ่นได้

2) กฎระเบียบข้อบังคับที่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโครงสร้างการบริหารจัดการ ของการปกครองส่วนท้องถิ่นระหว่างการใช้รัฐธรรมนูญ 2540

ในช่วงระหว่างปี 2540 – 2549 ภายใต้การบังคับใช้รัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าว ได้มี การตรากฎหมายลูก การปรับปรุง และการยกเลิกกฎหมายบางฉบับบางมาตรา เพื่อ

ให้สอดคล้องกับแนวทางการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 อันประกอบด้วย

(1) การตราพระราชบัญญัติสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542

(2) การตราพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา พ.ศ. 2542

(3) พระราชบัญญัติเปลี่ยนแปลงฐานะสุขาภิบาล เป็นเทศบาลตำบล กฎหมายเหล่านี้ส่งผลให้โครงสร้างภายในขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทย ต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมาก เพื่อให้การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการปกครองโดยประชาชนในท้องถิ่นอย่างแท้จริง

รายละเอียดการเปลี่ยนแปลงการบริหารราชการในระดับท้องถิ่นที่เป็นผลตามมาจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มีดังนี้

- **การยกเลิกการบริหารงานท้องถิ่นแบบสุขาภิบาล**

มีการตราพระราชบัญญัติเปลี่ยนแปลงฐานะสุขาภิบาลเป็นเทศบาล พ.ศ. 2542 ทำให้สุขาภิบาลทั้งหมดถูกยกฐานะเป็น “เทศบาลตำบล” นับเป็นการสิ้นสุดการปกครองท้องถิ่นรูปแบบสุขาภิบาลนับตั้งแต่มีการก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2495 และทำให้รูปแบบการปกครองท้องถิ่นของไทยลดลงเหลือ 5 รูปแบบ คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา

- **การเปลี่ยนแปลงการได้มาซึ่งสมาชิกสภาและผู้บริหารเมืองพัทยา** กล่าวคือ มีการตราพระราชบัญญัติระเบียบบริหารเมืองพัทยา พ.ศ. 2542 กำหนดให้เมืองพัทยาประกอบด้วยสภาเมืองพัทยา มาจากการเลือกตั้งของประชาชนในเขตเมืองพัทยา และให้นายกเมืองพัทยามาจากการเลือกตั้งโดยตรงของประชาชนในเขตเมืองพัทยา

- **การเปลี่ยนแปลงการได้มาซึ่งสมาชิกสภา และผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล** มีการตราพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ที่กำหนดให้สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลมาจากการเลือกตั้งหมู่บ้านละ 2 คน และให้มีคณะกรรมการบริหารที่ประกอบด้วยประธานกรรมการ 1 คนและกรรมการบริหารอีก 2 คน ต่อมาได้มีการบัญญัติพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2546 ได้กำหนดให้มีการเปลี่ยนชื่อตำแหน่งประธานกรรมการบริหารเป็น “นายกองค์การบริหารส่วนตำบล” และเปลี่ยนชื่อกรรมการบริหารเป็น “รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล” โดยฝ่ายบริหารเหล่านี้มาจากมติของสภาองค์การบริหารส่วนตำบล

3) บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ซึ่งสานต่อรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540

ต่อมาแม้ว่าจะมีการรัฐประหารใน พ.ศ. 2549 อันนำไปสู่การยกเลิกการใช้กฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และมีการตรากฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ขึ้นใช้แทน แต่ในแง่ของการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ยังคงมีเจตนารมณ์มุ่งส่งเสริมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง โดยมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่เป็นลายลักษณ์อักษร และมีการออกกฎหมายระดับรองอีกหลายฉบับเพื่อรองรับกระบวนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ เช่น

- **การกำหนดหลักการให้ความเป็นอิสระแก่ท้องถิ่น** ภายใต้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ตามมาตรา 281 ได้บัญญัติเกี่ยวกับการให้ความเป็นอิสระแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น อีกทั้งจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณะ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา ประกอบกับมาตรา 283 บัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบาย การบริหาร การจัดบริการสาธารณะ การบริหารงานบุคคล การเงินและการคลัง และมีอำนาจหน้าที่ของตนเองโดยเฉพาะ
- **การกำหนดหลักการกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** ตามมาตรา 282 ให้อำนาจในการกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น ทั้งนี้ต้องมีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ชัดเจน สอดคล้องตามความเหมาะสมของแต่ละท้องถิ่น
- **การกำหนดหลักการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชนในท้องถิ่น** ตามมาตรา 284 ให้สิทธิแก่ประชาชนในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการปกครองตนเอง โดยได้เปิดโอกาสให้ประชาชนเป็นผู้เลือกตั้งสมาชิกสภาท้องถิ่น คณะผู้บริหารท้องถิ่น หรือผู้บริหารท้องถิ่น ประกอบกับมาตรา 285 ประชาชนในท้องถิ่นสามารถลงคะแนนเสียงถอดถอนสมาชิกสภาท้องถิ่น คณะผู้บริหารท้องถิ่น หรือ ผู้บริหารท้องถิ่น พ้นจากตำแหน่งได้หากเห็นว่าสมาชิกสภาท้องถิ่น คณะผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่นไม่ปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น

ผลจากการบังคับใช้กฎหมายรัฐธรรมนูญ ทั้งฉบับ พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2550 เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกติกา (Rule of the Game) ของระบบราชการอย่างมาก ทั้งในเรื่องของการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเชิงสถาบันในการบริหารจัดการภาครัฐ เกิดความคล่องตัวในการให้

บริการสาธารณะที่สูงขึ้น และการทำให้สามารถนำทรัพยากรมาใช้ผลิตบริการสาธารณะอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งสามารถกำหนดประเภทบริการสาธารณะที่ตอบสนองและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

2. กรอบกฎหมายและแผนงานเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจในทางปฏิบัติ

จากกรอบกฎหมายในระดับรัฐธรรมนูญฯ ข้างต้น ได้นำมาซึ่งกฎหมายและแผนงานที่เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนการกระจายอำนาจในทางปฏิบัติ ประกอบด้วย พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2542 แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2543 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2542

รัฐธรรมนูญ 2540 ตามมาตรา 284 ได้กำหนดให้ต้องมีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่โครงสร้างและกระบวนการจัดสรรงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจให้แก่โครงสร้างและกระบวนการจัดสรรงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง กล่าวได้ว่าเป็นการสร้างแผนแม่บทและกำหนดวาระของการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นแนวนโยบายแห่งรัฐที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามมาตรา 16 มาตรา 17 และมาตรา 18 โดยกำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตน โดยถือว่าการจัดการด้านสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของบริการสาธารณะด้วย ผลที่เกิดขึ้นในเบื้องต้นจากการบัญญัติ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนฯ 2542 จึงถือเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอำนาจในการทำหน้าที่ของระบบราชการ ระหว่างรัฐบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมทั้ง กำหนดอำนาจหน้าที่ของโครงสร้างและกระบวนการจัดสรรงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างชัดเจน ซึ่งต้องรับการถ่ายโอนภารกิจมาจากหน่วยงานราชการต่างๆ ที่เป็นเจ้าของภารกิจเดิม

พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนฯ 2542 มีผลให้เกิดการตั้งองค์กรเพื่อทำหน้าที่ขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดให้มีองค์กรที่รับผิดชอบโดยเฉพาะในเรื่องการกำหนดทิศทางการกระจายอำนาจฯ คือ สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สกถ.)

ภายใต้สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระบวนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) ขึ้น เพื่อบริหารงานจัดการ และขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจฯ ซึ่งมาจากหลายภาคส่วน แต่อำนาจหน้าที่ของ กกถ. นั้นมีอยู่อย่างจำกัด เนื่องจากเมื่อพิจารณาจากการคัดเลือก กกถ. พบว่า กรรมการที่ได้รับแต่งตั้งนั้นมาจากหลายภาคส่วน เรียกว่า “ไตรภาคี” โดยมีทั้งผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิ

คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) ประกอบด้วย

- (1) นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรี ซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมาย ดำรงตำแหน่งในฐานะประธาน
- (2) กรรมการโดยตำแหน่งจากหน่วยงานภาครัฐ จำนวน 11 คน ประกอบด้วย ฝ่ายการเมืองและฝ่ายข้าราชการประจำ ได้แก่
 - ฝ่ายการเมือง ซึ่งดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงในตำแหน่งผู้บริหารสูงสุดของกระทรวง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง และกระทรวงศึกษาธิการ
 - ฝ่ายข้าราชการประจำ ซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูงจากหน่วยงานราชการต่างๆ ได้แก่ ปลัดและอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นของกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เลขาธิการ ก.พ. และผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ
- (3) กรรมการผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 14 คน
 - องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 2 คน
 - เทศบาล 3 คน
 - องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 5 คน
 - กรุงเทพมหานคร 2 คน
 - เมืองพัทยา 2 คน
- (4) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านการบริหารราชการแผ่นดิน ด้านการพัฒนาท้องถิ่น ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านการปกครองส่วนท้องถิ่น ในสาขารัฐศาสตร์หรือรัฐประศาสนศาสตร์ และด้านกฎหมาย จำนวน 12 คน

จากโครงสร้างของ กกถ. เมื่อจำแนกภาคส่วนต่างๆ ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายการกระจายอำนาจ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มนักการเมืองระดับชาติ กลุ่มข้าราชการประจำ และกลุ่มนักการเมืองท้องถิ่น ซึ่งส่งผลดีในแง่การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการกำหนดนโยบายได้รอบด้าน และตอบสนองความต้องการของแต่ละภาคส่วน อย่างไรก็ตาม ข้อสังเกตสำคัญเมื่อพิจารณากรรมการที่มาจากกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐซึ่งเป็นตัวแทนจากแต่ละกระทรวง ซึ่งโดยสภาพการทำงานตามสายบังคับบัญชาแล้ว ย่อมมีแนวโน้มข้อเสนอแนะนโยบายไปในทิศทางเดียวกันกับข้าราชการฝ่ายการเมือง เนื่องจากตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวง ในฐานะผู้บริหารสูงสุดย่อมมีอำนาจในการกำหนดทิศทางการทำหน้าที่ของข้าราชการภายใต้สังกัด ซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มผลประโยชน์ภายในโครงสร้าง กกถ. นั้นเอง ส่งผลให้ในทางปฏิบัติ จึงเป็นเรื่องของฝ่ายนักการเมืองระดับชาติ ฝ่ายนักการเมืองท้องถิ่น และฝ่ายผู้ทรงคุณวุฒิหรือกลุ่มนักวิชาการ ที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายการกระจายอำนาจ ซึ่งบทบาทของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒินั้นไม่อาจทำได้โดยง่าย เนื่องจากไม่ใช่กลุ่มที่มีอำนาจในการบริหารงานภาครัฐ และกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานจากระดับนโยบายโดยตรง ดังนั้น ในกรณีที่มีอาจมีความเห็นในคณะกรรมการกระจายอำนาจแตกต่างจากคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากนักการเมืองทั้งระดับชาติ และระดับท้องถิ่น รวมถึงข้าราชการจากหน่วยงานภาครัฐ ก็อาจจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแนวทางหรือนโยบายของ กกถ. ได้มากนัก

2) แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2543

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กระบวนการกระจายอำนาจตามแนวทางของ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ 2542 อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีการกำหนดแผนกระบวนการกระจายอำนาจ 2543 ขึ้นเพื่อกำหนดกลยุทธ์ของการกระจายอำนาจฯ รองรับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ และเพื่อให้การแปลงแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติสามารถดำเนินการอย่างมีแบบแผนทิศทางเดียวกัน เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ตามแต่ละสถานการณ์ก็จะสามารถทำการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการดำเนินการในแต่ละภาคส่วนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละช่วงเวลาได้ดียิ่งขึ้น

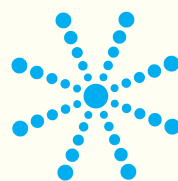
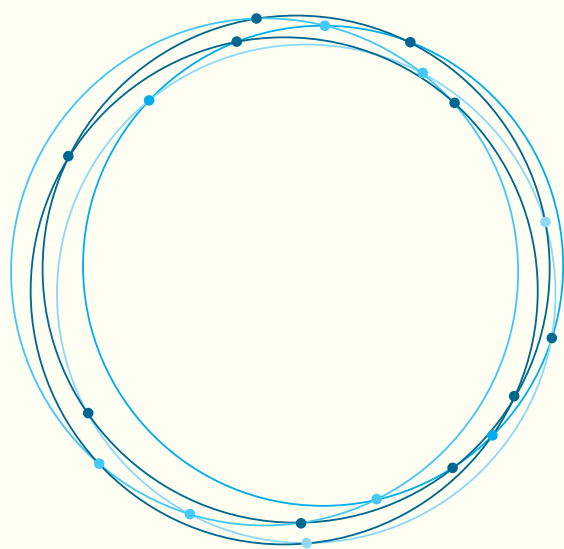
3) แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แผนปฏิบัติการมีเป้าหมายเพื่อดำเนินการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น พบว่า การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขนั้นอยู่ภายในภารกิจ “ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต และด้านการสาธารณสุข” ได้แก่ การสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เป็นภารกิจที่ต้องถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา

สรุป

กล่าวโดยสรุป การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นไปตามระบบการบริหารภาครัฐและระบบการปกครองของประเทศ ที่มีรัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ การจัดทำรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญที่มีการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภายใต้แนวคิดการปฏิรูปการเมือง ได้วางรากฐานการกระจายอำนาจของรัฐบาลกลางไปสู่ท้องถิ่นไว้อย่างเข้มแข็ง โดยมีการออกพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2542 แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2543 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนการกระจายอำนาจอย่างเป็นรูปธรรม แม้ว่าจะมีการรัฐประหารในปี พ.ศ. 2549 และมีการจัดทำรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 แต่ยังคงมีการสานต่อเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540

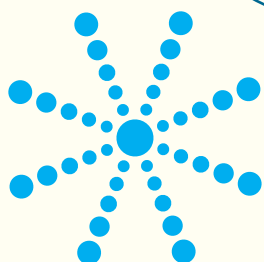
สำหรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้น ถูกกำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้ภารกิจ “ดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต และด้านการสาธารณสุข” ได้แก่ การสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เป็นภารกิจที่ต้องถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา

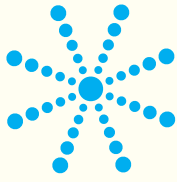




2

กลไกและกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ





กลไกและกระบวนการการกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพ

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพมีกลไกในระดับชาติที่สำคัญ ได้แก่

- 1) คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ซึ่งมีตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขร่วมเป็นคณะกรรมการโดยตำแหน่ง เพื่อกำหนดแนวทางการถ่ายโอนภารกิจ แนวทางการปฏิบัติหน้าที่
- 2) คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับการสาธารณสุข ซึ่งถูกแต่งตั้งให้ดูแลภาพรวมในการขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจฯ ในส่วนของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และกำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานรับผิดชอบในการจัดการถ่ายโอนภารกิจต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพ

กระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระยะแรก

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นในลักษณะทำไปเรียนรู้ไป ท่ามกลางความไม่มั่นใจและการตั้งคำถามต่างๆ ในเรื่องความเหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยในระยะแรกกระบวนการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพยึดตามแผนปฏิบัติการการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ให้แก่ อปท. ฉบับที่ 1 (ปี 2543) เพื่อให้ อปท. ในการทำหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะ เพื่อที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์ของกระบวนการกระจายอำนาจฯ ซึ่งได้กำหนดไว้ตามกฎหมาย

การถ่ายโอนภารกิจในช่วงแรก เป็นการถ่ายโอนภารกิจใน 2 กลุ่ม คือ

- 1) ภารกิจที่ อปท. ต้องดำเนินการ ให้มีขึ้นภายในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง
- 2) ภารกิจที่ให้อปท. เลือกทำ โดยกฎหมายเปิดโอกาสให้ท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้หากท้องถิ่นมีความพร้อมและมีศักยภาพเพียงพอ

อย่างไรก็ตาม ภารกิจด้านสุขภาพที่ถูกบรรจุไว้ในแผนการถ่ายโอนภารกิจด้านที่ 2 งานส่งเสริมคุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โดยเป็นภารกิจที่ อปท. มีหน้าที่ต้องทำ และมอบหมายให้หน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 7 หน่วยงาน (กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย) ประกอบไปด้วยภารกิจทั้งสิ้น 34 ภารกิจ ส่วนแผนการถ่ายโอนระยะที่ 2 แบ่งเป็นภารกิจของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1 ภารกิจ ได้แก่ การสนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และกรมอนามัย 6 ภารกิจ ได้แก่ การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก การส่งเสริมสุขภาพเด็กกลุ่มวัยเรียนและเยาวชน การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน การส่งเสริมสุขภาพเด็กและกลุ่มผู้สูงอายุ และการจัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด

โดยแผนปฏิบัติการฯ ฉบับที่ 2 ภารกิจที่ต้องดำเนินการถ่ายโอนเพิ่มเติม คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย (สอ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ให้แก่ อบต.

กลไกและกระบวนการถ่ายโอนสถานีอนามัย

เพื่อให้เกิดแนวทางที่ชัดเจนต่อการถ่ายโอนสถานีอนามัย ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ และอนุกรรมการเพื่อกำหนดแผนการถ่ายโอน และออกแบบระบบประเมินความพร้อมรองรับการถ่ายโอนสถานีอนามัย ได้แก่

- 1) คณะกรรมการกำหนดกลไกหลักเกณฑ์วิธีประเมินความพร้อม อบต. เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีอนามัย
- 2) คณะอนุกรรมการพัฒนากลไก และกระบวนการในการสนับสนุนการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ อบต.
- 3) คณะอนุกรรมการพัฒนาหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และระบบ/กลไกการประเมินความพร้อมในการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ อบต.
- 4) คณะอนุกรรมการศึกษาและพัฒนาระบบการประเมินผล และถอดบทเรียน

ซึ่งการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ อบต. นั้นเป็นขั้นตอนที่อยู่ในความรับผิดชอบของ กระทรวงสาธารณสุขโดยตรง

สถานการณ์ปัจจุบัน (มกราคม 2558) พบว่า มีการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด ได้แก่ สถานีอนามัย (สอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) และสุขศาลา ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านเกณฑ์การประเมินจำนวนทั้งสิ้น 50 แห่ง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายชื่อสถานบริการสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จังหวัดที่รับโอน	อบต.ที่รับโอน	สอ./รพ.สต.ที่โอน	ปีที่ถ่ายโอน
ปทุมธานี	ทม.บึงยี่โถ อ.ธัญบุรี	สอ.บึงยี่โถ	2551
พระนครศรีอยุธยา	ทต.บางนมโค อ.เสนา	สอ.บางนมโค	2551
ลพบุรี	ทม.เขาสามยอต อ.เมือง อบต.เขาสมอคอน อ.ท่าม่วง	สอ.เขาสามยอต รพ.สต.บ้านเขาสมอคอน	2551 2555

ตารางที่ 1 รายชื่อสถานบริการสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ต่อ)

จังหวัดที่รับโอน	อปท.ที่รับโอน	สอ./รพ.สต.ที่โอน	ปีที่ถ่ายโอน
สระแก้ว	อบต.พระเพลิง อ.เขาฉกรรจ์ อบต.คลองหินปูน อ.วังน้ำเย็น	สอ.นาคันหัก	2551
		สอ.คลองตาสูตร	2551
		สอ.คลองหินปูน	2551
กาญจนบุรี	ทต.วังศาลา อ.ท่าม่วง	สอ. วังศาลา	2551
ราชบุรี	อบต.ด่านทับตะโก อ.จอมบึง ทต.บ้านฆ้อง อ.โพธาราม	สอ.ด่านทับตะโก	2551
		สอ.ต.บ้านฆ้อง	2551
	ทต.หลุมดิน อ.โพธาราม	รพ.สต.บ้านเก่า	2555
		รพ.สต.หลุมดิน	2555
สมุทรสงคราม	อบต.บ้านปรก อ.เมือง	สอ.บ้านปรก	2551
เพชรบุรี	อบต.บ้านหม้อ อ.เมือง	สอ.บ้านหม้อ	2551
นครศรีธรรมราช	ทต.ปากพูน อ.เมือง	สอ.บ้านศาลาบางปู	2551
		สอ.บ้านปากพูน	2551
สุราษฎร์ธานี	อบต.เกาะพะงัน อ.เกาะพะงัน	สอ.บ้านโกลกหล้า	2551
จันทบุรี	อบต.เกาะขวาง อ.เมือง	สอ.เกาะขวาง	2551
อุดรธานี	อบต.นาฟู่ อ.เพ็ญ	สอ.นาฟู่	2551
กาฬสินธุ์	อบต.ทุ่งคลอง อ.คำม่วง	สอ.บ้านเก่าเตื่อ	2551
บุรีรัมย์	ทต.หนองแวง อ.ละหานทราย	สอ.หนองตาเยา	2551
		สอ.หนองหว้า	2551
ลำปาง	ทต.ลำปางหลวง อ.เกาะคา	สอ.ลำปางหลวง	2551
เชียงใหม่	ทต.สุเทพ อ.เมือง	สอ.สุเทพ	2551
	อบต.ท่าผา อ.แม่แจ่ม	สอ.บ้านป่าแดด	2551
	อบต.สันนาเม็ง อ.สันทราย	สอ.บ้านสันนาเม็ง	2551
	อบต.ดอนแก้ว อ.แม่ริม	สอ.ดอนแก้ว	2551
อุทัยธานี	ทต.หาดตะนง อ.เมือง	สอ.ต.หาดตะนง	2551
กำแพงเพชร	อบต.วังแฉม อ.คลองขลุง	สอ.วังแฉม	2551
		สอ.บ่อทอง	2551
ชลบุรี	ทม.หนองปรือ อ.บางละมุง เมืองพัทยา	รพ.สต.มาบประชัน	2555
		รพ.สต.บ้านเกาะล้าน	2557

ตารางที่ 1 รายชื่อสถานบริการสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ต่อ)

จังหวัดที่รับโอน	อปท.ที่รับโอน	สอ./รพ.สต.ที่โอน	ปีที่ถ่ายโอน
น่าน	อบต.ฝายแก้ว อ.ภูเพียง	รพ.สต.ฝายแก้ว	2555
		รพ.สต.บ้านบุปผาราม	2555
		สสช.บ้านดงป่าสัก	2555
พิษณุโลก	อบต.สมอแข อ.เมือง	รพ.สต.สมอแข	2555
ตาก	อบต.วังหมัน อ.สามเงา ทต.ท่าสายลวด อ.แม่สอด อบต.แม่ต๋น อ.แม่ระมาด	สอ.วังห้วย	2551
		รพ.สต.ท่าสายลวด	2555
		รพ.สต.บ้านคำหวัน	2555
		สสช.บ้านห้วยหมาบ้า	2555
		สสช.บ้านห้วยมะพร้าว	2555
		สสช.บ้านห้วยสนา	2555
		สสช.บ้านห้วยโป่ง	2555
		สุขศาลาบ้านเกร็ดมอคี	2555
		สุขศาลาบ้านห้วยน้ำเย็น	2555
		รพ.สต.แม่กุ	2557
	ทต.แม่กุ	รพ.สต.แม่กุเหนือ	2557
กำแพงเพชร	อบต.ปางตาไว อ.ปางศิลาทอง	รพ.สต.คลองปลาสร้อย	2555
		รพ.สต.เพชรเจริญ	2555
เชียงราย	เทศบาลตำบลท่าข้าวเปลือก อ.แม่จัน	รพ.สต.ท่าข้าวเปลือก	2557
24 แห่ง	35 แห่ง	50 แห่ง	

หมายเหตุ สถานบริการสาธารณสุขที่ถ่ายโอน 1) สอ. 28 แห่ง
 2) รพ.สต. 15 แห่ง
 2) สสช. 5 แห่ง
 3) สุขศาลา 2 แห่ง



จากการติดตามกระบวนการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้ อปท. พบว่า มีปัญหาอุปสรรคพอสมควร ปัจจัยสำคัญซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการขับเคลื่อนกระบวนการถ่ายโอนสถานีนอนามัย อาจมาจากปัญหาของการส่งต่อนโยบายจากระดับชาติไปยังระดับกระทรวง และขาดการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทร่วมในกระบวนการกระจายอำนาจ ตั้งแต่ในระดับชาติจากการมีตัวแทนเป็นกรรมการ และอนุกรรมการด้านการกระจายอำนาจ โดยถือเป็นหน่วยงานต้นสังกัดในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งมีอำนาจในการสั่งการ มอบนโยบาย ควบคุมอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ไปยังระดับภูมิภาค ดังนั้น เงื่อนไขในการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจึงอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นสำคัญ แต่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ในการประชุมของคณะกรรมการกระจายอำนาจระดับชาติ มีบางครั้งที่ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้เข้าร่วมและแสดงความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบถ่ายโอน และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขของ อปท. มากนัก ส่งผลสำคัญต่อทิศทางการกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขที่ไม่ชัดเจน และเป็นการส่งสัญญาณที่ไม่เป็นทางการไปยังหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า การส่งต่อเจตนารมณ์การกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญ และนโยบายในดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนามัยจึงหยุดชะงัก เนื่องจากกระทรวงไม่ได้ส่งสัญญาณไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ว่าให้เร่งรัดดำเนินการสนับสนุนการถ่ายโอนสถานีนอนามัย ทำให้แรงขับเคลื่อนการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไม่เกิดขึ้น ส่วนประเด็นการขาดการสื่อสารที่ดีในการขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เห็นได้จากเหตุการณ์การถ่ายโอนสถานีนอนามัยที่ไม่มีผู้แทนที่ชัดเจนในการมอบอำนาจอนุมัติสถานีนอนามัย 22 แห่ง ทำให้เกิดคำถามถึงความถูกต้อง และการมีผลบังคับตามกฎหมายหรือไม่ หลังการถ่ายโอนสถานีนอนามัยทั้ง 22 แห่งไปแล้ว ซึ่งแสดงให้เห็นความกังวลใจของทั้งผู้ปฏิบัติงาน อปท. ตลอดจน กกถ. เองเช่นกัน อีกทั้งยังกระทบต่อการรับรู้และเชื่อมั่นในการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของหน่วยงานและบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ ว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจะกระทบต่อการทำงานของตนเองในอนาคตหรือไม่ และมีแนวทางที่ชัดเจนมากน้อยเพียงใด

นอกเหนือไปจากนั้น ยังมีข้อคำถามถึงกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นความชัดเจนของระเบียบ ขั้นตอนการถ่ายโอนสถานีนอนามัยจาก กกถ. อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระบวนการกำหนดนโยบายกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่มีโครงสร้างการทำงานผ่านคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการในหลายขั้นตอน ไม่ได้มีกลไกและมีนโยบายใดๆ ไว้รองรับสถานการณ์ถ่ายโอนจริง ถึงแม้จะมีการจัดทำ “คู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ก็ไม่สามารถแก้ไขความกังวลใจของบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนไป อปท. ได้มากนัก

เหตุผลที่ทำให้ไม่เกิดการกระจายอำนาจ

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในช่วงแผนกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ 1 มีการถ่ายโอนงานสาธารณสุข และบริหารจัดการระดับพื้นที่จากการบริหารงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการบริหารราชการระหว่างนั้นเกิดขึ้นพร้อมกับการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดิน อีกทั้งยังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีผลกระทบต่อการถ่ายโอนภารกิจสุขภาพตามแผนการกระจายอำนาจ เพราะรัฐบาลให้ความสำคัญต่อยุทธศาสตร์ดังกล่าวมากกว่าการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพไปยัง อปท. ต่อมาเมื่อมีการกระจายอำนาจในช่วงแผนการกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ 2 มีหลักการกำหนดวิธีการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับภารกิจที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริม ป้องกันโรค และได้กำหนดเงื่อนไขการถ่ายโอนสถานีนามัยให้ขึ้นอยู่กับความพร้อมในการรับถ่ายโอนของ อปท. โดยมีมาตรการในการประเมินความพร้อมจากกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบคณะกรรมการพิเศษในระดับพื้นที่เพื่อประเมินความพร้อม

จากการประเมินผลของคณะกรรมการเพื่อประเมินความพร้อมในการถ่ายโอนสถานีนามัยในแต่ละจังหวัด ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข 3 คน ตัวแทนจากท้องถิ่น 3 คน และตัวแทนผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยแต่ละจังหวัดจะมีการเลือกคณะกรรมการลักษณะดังกล่าวเอง ทำให้มาตรฐานในการประเมินความพร้อมของ อปท. ที่จะรับถ่ายโอนสถานีนามัยในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกัน จะเห็นได้ว่ามีคณะกรรมการประเมินความพร้อมมาจากตัวแทนท้องถิ่นเพียง 3 คน ซึ่งสร้างความคลางแคลงใจให้แก่ อปท. ในระดับพื้นที่ถึงความชอบธรรม และมาตรฐานในการประเมินความพร้อมเพื่อรับการถ่ายโอนสถานีนามัยในแต่ละจังหวัด

นอกจากนั้น การที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดขึ้น ทำให้นโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพได้รับความสำคัญน้อยลง เพราะด้วยน้ำหนักความสำคัญที่เน้นการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพนั้น ทำให้แนวนโยบายและทรัพยากรโดยส่วนใหญ่ถูกถ่ายเทไปในทิศทางดังกล่าวเกือบทั้งหมด ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จึงเน้นการทำงานรองรับเป้าหมายของกระทรวงตามไปด้วย ประกอบกับกระบวนการถ่ายโอนภารกิจด้านการรักษาพยาบาลจากวิธีการประเมินความพร้อมที่ไม่เอื้อให้เกิดการกระจายอำนาจ ทำให้เกิดความสงสัยในมุมมองของ อปท. ได้ส่งผลกระทบต่อภาพรวมของความต่อเนื่องของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม อาจกล่าวได้ว่า การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มิใช่เครื่องหมายรับประกันว่า เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจไปแล้วจะทำให้เกิดความมีประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ และก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่ หากแต่แนวทางการถ่ายโอน

ภารกิจต่างๆ ให้แก่ อบท. นั้น ได้ยึดหลักจากความสามารถเปรียบเทียบพื้นที่และต้นทุนในการเข้าถึงปัญหาที่ต่ำในการให้บริการสาธารณะเป็นสำคัญ และเป็นจุดแข็งที่หาข้ออ้างในการถกเถียงทั้งในเชิงวิชาการและทางปฏิบัติต่อหลักการดังกล่าวได้อย่างมีข้อจำกัด

กล่าวโดยสรุป ระยะเริ่มต้นของการถ่ายโอนอำนาจในการบริหารจัดการงานด้านสุขภาพทั้งในเชิงอำนาจ และทรัพยากร รองรับการทำงานของ อบท. ภายใต้เงื่อนไขการจัดสรรทรัพยากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินการ เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพผ่านการดำเนินงานของ อบท. อย่างทั่วถึงและรวดเร็วมากยิ่งขึ้นนั้น กลไกที่จะช่วยส่งเสริมให้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นไปด้วยความราบรื่น และสอดคล้องกับเป้าหมายที่กล่าวมาในข้างต้นมากที่สุด คือ การสร้างระบบการถ่ายโอนที่เอื้อให้การถ่ายโอนบริการสาธารณะเป็นไปอย่างคล่องตัว ทั้งภารกิจด้านการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู ซึ่งเป็นไปดีพอสมควร แต่ภารกิจที่มีข้อจำกัดมากที่สุด คือ การถ่ายโอนภารกิจด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ อบท. ที่มีความพร้อม ซึ่งจะต้องดำเนินการต่อไป โดยปัจจัยสู่ความสำเร็จและเป็นรอยต่อไปยังทศวรรษต่อไปของการกระจายอำนาจ คือ การสร้างบรรยากาศความรับรู้ความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มปริมาณและคุณภาพของบริการด้านสุขภาพให้มากยิ่งขึ้นในอนาคต

สรุป

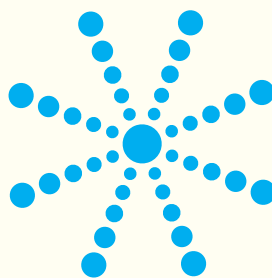
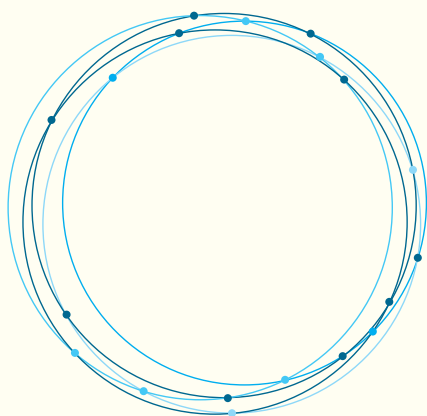
กลไกและกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศไทย มีตัวแสดงที่มีส่วนเกี่ยวข้อง บทบาทของแต่ละตัวแสดง กระบวนการกำหนดนโยบาย ขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ กรณีสึกษาการถ่ายโอนสถานอนามัยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีข้อสังเกตจากกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนับตั้งแต่ที่มีการเริ่มต้นของแผนการกระจายอำนาจจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งผลที่เกิดขึ้นในเชิงโครงสร้างและกระบวนการดังกล่าว ย่อมมีผลต่อรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจและข้อจำกัดต่างๆ ในระดับพื้นที่ ดังนั้น การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพจะดำเนินการได้มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมในระดับนโยบายกระจายอำนาจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งท่าทีของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในทางสนับสนุนและคัดค้าน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแนวทาง และผลักดันให้เกิดการให้บริการสาธารณะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นการส่งสัญญาณที่ชัดเจนให้หน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกันทำงานในระดับพื้นที่ โดยในภาพรวมผลการกระจายอำนาจด้านสุขภาพพบว่า มีการถ่ายโอนอำนาจ ทรัพยากร และการบริหารจัดการงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรค และฟื้นฟูสุขภาพไปได้มากพอสมควร แต่ที่ยังมีข้อจำกัดและขาดกลไกที่เอื้อก็คือ การถ่ายโอนภารกิจด้านการรักษาพยาบาล ที่ยังต้องหาทางดำเนินการต่อไป

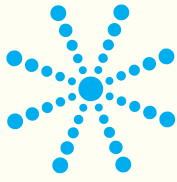




3

ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ





ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ผลกระทบต่อความก้าวหน้าในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เกิดจากปัจจัยภายในที่เกิดจากความพร้อมของหน่วยงานที่รับมอบภารกิจด้านสุขภาพและปัจจัยภายนอก โดยเฉพาะประเด็นโครงสร้างทางการคลังต่อการบริการด้านสุขภาพของ อปท.

จากงานวิจัยประเมินผลแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ ได้จำแนกปัจจัยที่ส่งผลต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยภายในอปท. และปัจจัยภายนอก อปท.

ปัจจัยภายใน อปท. ที่ส่งผลต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ปัจจัยภายในของ อปท. ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อสถานการณ์และความก้าวหน้าในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และปัจจัยภายในดังกล่าวมีผลต่อความรับรู้และความมั่นใจในการทำหน้าที่ของ อปท. ในมุมมองของสังคมและหน่วยงานภายนอกอย่างมาก ดังนั้น การทำความเข้าใจบริบททางการเมือง สังคมของท้องถิ่นจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะสะท้อนถึงความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต สำหรับปัจจัยภายในท้องถิ่นอาจสรุปได้เป็น 4 ปัจจัย ได้แก่

1) การเมืองท้องถิ่น แรงผลักดันสำคัญที่ส่งผลต่อความก้าวหน้า และความต่อเนื่องในการทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพ รวมถึงการรับถ่ายโอนสถานีนอนมัยมีปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งจากปัจจัยทางการเมือง เนื่องจากการทำงานของท้องถิ่นนั้นมีความแตกต่างจากการบริหารงานโดยกระทรวง ทบวง กรม เพราะ อปท. ถือเป็น “องค์กรทางการเมือง” ที่มีความรับผิดชอบต่อความคาดหวังของประชาชนในระดับพื้นที่เป็นสำคัญ ดังนั้น การรักษาระดับความพึงพอใจของประชาชนจากการให้บริการสาธารณะจึงเป็นประเด็นที่ผู้บริหาร อปท. ให้ความสำคัญ ส่วนวิสัยทัศน์ของผู้บริหาร อปท. ก็เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาความต่อเนื่องของการให้บริการสาธารณะในพื้นที่ การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองโดยมีการเปลี่ยนผู้บริหาร อปท. ย่อมส่งผลต่อการให้ความสำคัญในการกิจหลักของ อปท. ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งความมีเสถียรภาพทางการเมืองย่อมส่งผลต่อการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ของ อปท. รวมถึงแรงชักจูงของผู้บริหารท้องถิ่นในการสมัครใจรับถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถ่ายโอนสถานีนอนมัย เพราะถือเป็นบริการที่ต้องใช้เทคนิคและงบประมาณสูง

2) ทุนทางสังคมและชุมชน ปัจจัยที่ถ่วงดุลปัจจัยทางการเมืองคือทุนทางสังคมในระดับพื้นที่ ว่ามีความสอดคล้องกับความต้องการให้ผู้บริหาร อปท. บริหารในทิศทางใด ดังนั้น ปัจจัยที่จะส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าในการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพ จึงถูกกำหนดจากระดับความต้องการของภาคประชาชนด้วยเช่นเดียวกัน ดังนั้น หากประชาชนให้ความสำคัญกับบริการ

ด้านสุขภาพ และ/หรือ มีความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนแล้ว ย่อมเป็นการกระตุ้นให้ สสจ. หรือ อปท. ที่เป็นผู้รับผิดชอบในแต่ละสถานพยาบาลให้ต้องเร่งดำเนินการมากขึ้น และมีแนวโน้มให้ สสจ. และ อปท. บูรณาการความร่วมมือกันมากกว่าดำเนินงานในลักษณะแยกส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริเวณพื้นที่ซึ่งมีข้อจำกัดทั้งทางกายภาพ ทรัพยากร และบุคลากร

3) การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน หนึ่งในวัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจ คือต้องการการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนั้นจึงมีความพยายามในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพของ อปท. ภายใต้บริบททางการเมือง การบริหารงาน และการจัดสรรทรัพยากรในระดับพื้นที่ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในรูปความพึงพอใจจากประชาชนในพื้นที่ ความยั่งยืนของการให้บริการด้านสุขภาพจึงมีเงื่อนไขของการสร้างความต่อเนื่อง และความรู้สึกในการเป็นเจ้าของ (Ownership) ปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพการให้บริการที่ดีคือต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน เช่น สิทธิในการแสดงออก การเรียกร้อง หรือร่วมรับฟังแนวทางการบริหารงานของ อปท. ที่จะทำให้มีความเหมาะสมกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างไร ด้วยเหตุนี้จึงควรเพิ่มบทบาทการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนมากยิ่งขึ้น แทนที่จะเป็นการดำเนินงานภายใต้ระเบียบการบริหารงานแบบทางราชการ หรือดำเนินงานภายใต้กรอบการจัดสรรงบประมาณเพียงอย่างเดียว

4) ความพร้อมของข้อมูล การมีข้อมูลข่าวสารที่ดีนั้น ย่อมเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการสาธารณะและการตอบสนองการให้บริการที่ดีขึ้น เนื่องจากการจัดบริการสาธารณะในระดับพื้นที่ท้องถิ่นเป็นระดับชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลเกี่ยวกับภารกิจด้านคุณภาพชีวิต เช่น การดูแลผู้สูงอายุ หรือการบริการสาธารณสุขมูลฐานแก่ประชาชน เป็นภารกิจที่ต้องมีความใกล้ชิดและเป็นไปตามความต้องการของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และเฉพาะเจาะจงเป็นรายพื้นที่ นอกจากนี้ การมีข้อมูลที่สมบูรณ์ ครบถ้วน และทันสมัย โดยทุกภาคส่วนมีการรับรู้แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน จะทำให้สามารถสร้างความตระหนักในประเด็นสาธารณะ การระดมทรัพยากร หรือร่วมกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ที่มีความชัดเจน และบูรณาการบทบาทหน้าที่ของภาคส่วนต่างๆ อย่างสมดุล จากการสำรวจภาคสนามในพื้นที่ อปท. แสดงให้เห็นว่ากระบวนการเปิดเผยแลกเปลี่ยน และรวบรวมข้อมูลกันในระดับพื้นที่นั้น ถือเป็นองค์ประกอบหลักของการพัฒนาการมีส่วนร่วมในพื้นที่ อาจกล่าวได้ว่า ระบบข้อมูลเป็นปัจจัยที่ทำให้การสื่อสารระหว่างทุกภาคส่วนเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่นและมีทัศนคติในการทำงานร่วมกัน เนื่องจากจะทำให้ทุกภาคส่วนมีความตระหนักร่วม และแสวงหาทางออกของปัญหาต่างๆ ในระดับพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

ปัจจัยภายนอก อปท. ที่ส่งผลต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

นอกเหนือจากปัจจัยภายใน อปท. เอง ที่มีผลต่อความก้าวหน้าในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพแล้ว ยังมีปัจจัยภายนอกที่ส่งผลโดยตรงต่อการทำหน้าที่ด้านสุขภาพของ อปท. เช่น

1) **ความมั่นใจของฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง** โดยเฉพาะประเด็นด้านศักยภาพในการทำงาน เช่น งบประมาณที่ใช้ในการให้บริการ ความพร้อมของบุคลากร งานวิจัยหลายเรื่องแสดงให้เห็นถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อศักยภาพในการให้บริการ คือ ความมั่นใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการขอย้ายสังกัดมายัง อปท. และ โครงสร้างทางการคลังต่อการบริการด้านสุขภาพของ อปท.

2) **ความสนใจของบุคลากรในการโอนย้ายสังกัด** บุคลากรถือเป็นหัวใจสำคัญในการทำหน้าที่ยด้านสุขภาพของ อปท. การถ่ายโอนบุคลากรจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญในการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพ ดังนั้น จึงมีการกำหนดแนวทางและแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจให้การถ่ายโอนภารกิจจะต้องคำนึงถึงการถ่ายโอนบุคลากรและงบประมาณตามไปด้วย เพื่อให้สามารถรับประกันได้ว่าการทำหน้าที่ของ อปท. จะสามารถปฏิบัติงานได้จริง

3) **การกำหนดแผน กระบวนการ และอกระเบียบที่ชัดเจน** กระบวนการที่กำหนดไว้เป็นหลักในการถ่ายโอนบุคลากรทางการแพทย์ไปยัง อปท. จะมีการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับผลประโยชน์ต่างๆ ตลอดจนความก้าวหน้าในอาชีพแก่ผู้สมัครใจถ่ายโอน โดยหลักการพบว่า บุคลากรสาธารณสุขในสังกัด อปท. มีความก้าวหน้าตามศักยภาพความชำนาญการหรือความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพ ไม่ได้ขึ้นกับขนาดของพื้นที่/ประชากรที่รับผิดชอบ หรือระดับของผู้บริหารของ อปท. ที่ตนเองสังกัด ทั้งนี้ ได้มีการออกระเบียบเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงานประกอบด้วย

1) ระเบียบว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัด อปท. โดยให้นำหลักการของระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงหน่วยของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2544 มาบังคับใช้

2) ข้อบังคับว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัด อปท. โดยนำหลักการของข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่า ด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 มาบังคับใช้

3) หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินค่าตอบแทนให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัด อปท. โดยนำหลักการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินค่าตอบแทนให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2544 มาบังคับใช้

4) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนไป อปท. เพื่อให้สามารถบริการแก่ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพ โดยการเสนอกฎหมายองค์การวิชาชีพรองรับ

สำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยที่ถ่ายโอนให้แก่ อบท. จะมีสถานภาพตามความสมัครใจ 2 กรณี ดังนี้ กรณีที่ 1 กรณีประสงค์ขอโอนไปสังกัด อบท. จะเปลี่ยนสถานภาพเป็นข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น กรณีที่ 2 กรณีไม่ประสงค์ขอโอนไปสังกัด อบท. และขอย้ายไปยังสถานบริการด้านสุขภาพ หรือหน่วยงานอื่นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ตัดโอนตำแหน่งและเงินเดือน และยังคงสภาพเป็นข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กล่าวโดยสรุป สถานภาพ สิทธิประโยชน์ และความก้าวหน้าของบุคลากรของสถานีนามัยที่ถ่ายโอนไปยัง อบท. ประกอบไปด้วย

- **สิทธิประโยชน์และความก้าวหน้า** พนักงานท้องถิ่นของ อบท. มีสถานะเป็นข้าราชการประเภทหนึ่ง มีสิทธิได้รับเงินเดือนตลอดจนเงินเพิ่มอื่นๆ ที่จ่ายควบกับเงินเดือนจากงบประมาณเงินอุดหนุนของรัฐ ประกอบกับคณะกรรมการมาตรฐานการบริหารงานบุคคลท้องถิ่น จะต้องกำหนดให้นำกฎหมายว่าด้วยข้าราชการพลเรือนมาใช้โดยอนุโลมและต้องกำหนดเป็นหลักการให้สิทธิประโยชน์แก่บุคลากรที่ถ่ายโอนไปสังกัด อบท. ต้องไม่ต่ำกว่าที่เคยได้รับอยู่เดิม ตลอดจนสิทธิประโยชน์อื่นที่ข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับ บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นพนักงานท้องถิ่นก็จะได้รับเช่นเดียวกันกับข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- **สิทธิการเป็นสมาชิก กบข.** ตามพระราชบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญ ข้าราชการ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2549 ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2549 ได้กำหนดให้สมาชิก กบข. ที่โอนไปสังกัด อบท. เนื่องจากการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบท. ยังคงมีสถานภาพการเป็นสมาชิก กบข. ต่อไป ได้จึงมีผลให้บุคลากรสาธารณสุขที่โอนไปสังกัด อบท. ยังคงมีสถานภาพเป็นสมาชิก กบข. เหมือนเดิมทุกประการ

ทั้งนี้ พนักงานส่วนท้องถิ่นมีสถานะเป็นข้าราชการประเภทหนึ่ง และได้รับเงินเดือนตลอดจนเงินเพิ่มอื่นๆ ที่จ่ายควบกับเงินเดือนจากงบประมาณเงินอุดหนุนของรัฐ ถ้าบุคลากรในสังกัดเดิมของกระทรวงสาธารณสุขย้ายโอนไปสังกัด อบท. ก็จะมีสถานะเป็นพนักงานส่วนท้องถิ่น จึงมีสิทธิประโยชน์พึงได้รับเช่นเดียวกับข้าราชการของกระทรวงสาธารณสุข การมีสถานะเป็นพนักงานส่วนท้องถิ่น ทำให้จะต้องได้รับสวัสดิการประโยชน์เช่นเดียวกับพนักงานส่วนท้องถิ่นตำแหน่งอื่นด้วย

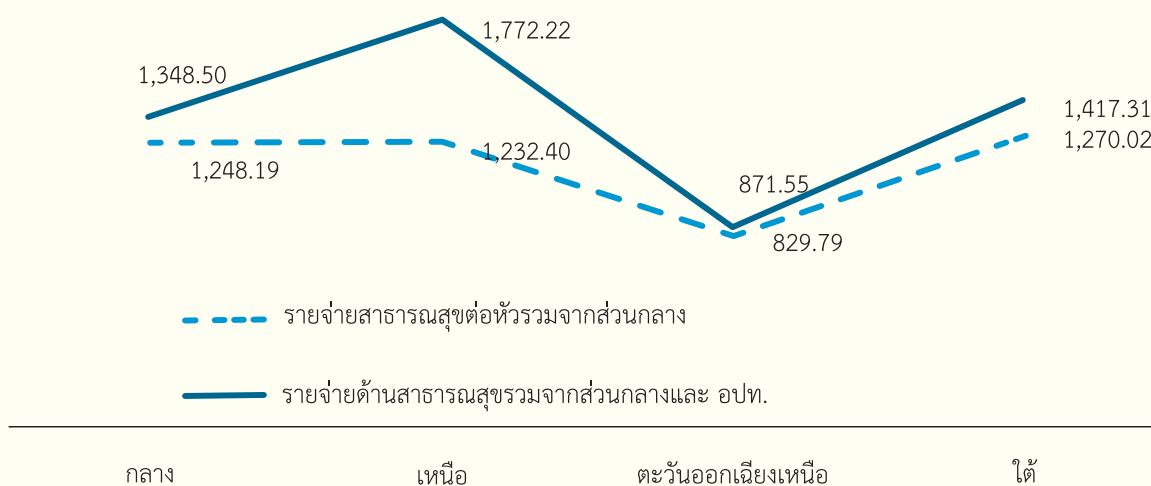
นอกจากสวัสดิการในสายวิชาชีพของแต่ละตำแหน่งแล้ว บุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิใน อบท. จะต้องสามารถโอนย้ายตามความจำเป็นไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นทั่วประเทศได้ ไม่ว่าจะเป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล หรือ อบท. ซึ่งจะต้องสะดวกและเป็นธรรม ขณะเดียวกัน บุคลากรทางด้านสุขภาพทุกตำแหน่ง สามารถโอนย้าย สับเปลี่ยนสายงานอื่นที่ตรงกับที่ตนเองมีคุณสมบัติ และยังสามารถเปลี่ยนสายงานไปยังตำแหน่งรองปลัด อบท. และผู้อำนวยการกองอื่นๆ หากมีคุณสมบัติตรงตามตำแหน่งนั้น

4) การสร้างแรงจูงใจอื่นต่อบุคลากร ขณะเดียวกันยังมีการอกระเปียบเพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ต่างๆ ให้กับบุคลากรในระดับลูกจ้าง พนักงานอีกด้วย กล่าวคือ ในช่วงแรกที่ถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้แก่ อบต. หากมีบุคลากรที่เป็นลูกจ้างทั้งที่จ้างจากเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณ ซึ่งต้องถ่ายโอนไปพร้อมกับสถานีนอนมัย อบต. ต้องจ้างลูกจ้างเหล่านี้ต่อไปจนครบสัญญาจ้าง โดยรัฐจัดสรรเงินอุดหนุนแก่ อบต. เมื่อครบสัญญาจ้างแล้ว หากมีความจำเป็นต้องจ้างลูกจ้างประเภทดังกล่าวเพื่อความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน ให้ อบต. พิจารณาจ้างลูกจ้างที่เคยปฏิบัติงานอยู่เดิมก่อนโดยพิจารณาจากผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างดังกล่าวตามหลักเกณฑ์พนักงานจ้างของ อบต. โดยรัฐบาลจะพิจารณาจัดสรรเงินอุดหนุนให้แก่ อบต. เฉพาะที่เป็นตำแหน่งหลักตามความสามารถทางการคลังของ อบต. แต่ละแห่ง

5) โครงสร้างทางการคลังสาธารณสุข ที่มีผลต่อการบริการด้านสุขภาพของ อบต. ส่วนประเด็นโครงสร้างทางการคลังต่อการบริการด้านสุขภาพของ อบต. หากพิจารณารายจ่ายจริงด้านสุขภาพเปรียบเทียบระหว่าง อบจ. เทศบาล อบต. พบว่า เทศบาลมีสัดส่วนการใช้จ่ายงบประมาณในแผนงานด้านสุขภาพมากที่สุด รองลงมาได้แก่ อบต. และ อบจ. ตามลำดับ ความแตกต่างของขนาดรายจ่ายด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับประเภทภารกิจถ่ายโอน ซึ่งอาจมีต้นทุนในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน เช่น การบริหารงานศูนย์ดูแลสุขภาพประจำชุมชนของเทศบาลซึ่งมีต้นทุนในการให้บริการสูง เนื่องจากมีประเภทบริการที่ครอบคลุมถึงการรักษารวมอยู่ด้วย สำหรับ อบต. นั้นยังเป็นการดำเนินงานที่เน้นภารกิจด้านส่งเสริมสนับสนุนเป็นสำคัญ ขณะที่ อบจ. ด้วยการรับภารกิจในการเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนการบริหารงานของเทศบาล และ อบต. ในระดับพื้นที่จังหวัด ดังนั้น การใช้จ่ายในการบริหารงานด้านสุขภาพจึงเป็นไปในลักษณะการสนับสนุนช่วยเหลือการทำงานของเทศบาลและ อบต. เป็นสำคัญ

จากการศึกษาข้อมูลรายจ่ายจริงด้านสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2552 พบว่า อบต. ในภาคเหนือมีการใช้จ่ายด้านสุขภาพมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของ อบต. ในภูมิภาคอื่นๆ ขณะเดียวกัน เมื่อรวมกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากส่วนกลาง จึงทำให้ภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่มีการใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรมากที่สุดในประเทศ ประมาณ 1,772.22 บาท/หัว ขณะที่ขนาดรายจ่ายสาธารณสุขต่อหัวประชากรของ อบต. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีขนาดรายจ่ายน้อยที่สุด และทำให้ขนาดรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพในภาพรวมน้อยที่สุดในประเทศ ประมาณ 871.55 บาท/หัว ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 โครงสร้างงบประมาณด้านสุขภาพจำแนกรายภาค ประจำปีงบประมาณ 2552
(หน่วย : บาท)



ทั้งนี้ งบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพของ อปท. ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขการถ่ายโอนภารกิจ ปัจจุบันภารกิจส่วนใหญ่ของ อปท. จะเน้นไปทำงานด้านการส่งเสริม สนับสนุน และป้องกัน โดยมี การดำเนินงานร่วมกันกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ขณะที่งบประมาณด้าน สุขภาพจากส่วนราชการกระจายลงไปยังพื้นที่ เช่น งานพัฒนาระบบบริหารวิชาการ งานสนับสนุน การผลิตและพัฒนาบุคลากร โครงการความร่วมมือในการผลิตบริการด้านสุขภาพศาสตร์บัณฑิต โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท งานบริการรักษาพยาบาล งานสร้างหลักประกันสุขภาพ งานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

6) ความหลากหลายและซับซ้อนของระบบการจัดการและกิจกรรมด้านสุขภาพ
กิจกรรมด้านสุขภาพมีการกระจายไปเป็นแผนงานสังคมสงเคราะห์ และรายจ่ายงบกลางนอกเหนือ จากแผนงานสาธารณสุขด้วย ซึ่งไม่ใช่รายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด สัดส่วนและขนาดรายจ่ายด้าน สุขภาพมากนักน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับภารกิจที่ อปท. บรรลุไว้ตามข้อบัญญัติในแต่ละปีงบประมาณ ตัวอย่างเช่น ด้านบริการชุมชนและสังคมในแผนงานสาธารณสุข ได้แก่ ภารกิจเกี่ยวกับการอุดหนุน อุปกรณ์สารเคมีภัณฑ์ การสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การ จัดทำโครงการให้ความรู้ด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งหากพิจารณารายละเอียด โครงการในข้อบัญญัติงบประมาณของ อปท. พบว่า สามารถตั้งเบิกจ่ายจากเงินอุดหนุนทั่วไป หรือ จากรายได้ของ อปท. ตามแต่กรณี ด้านบริการชุมชนและสังคมในแผนงานสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ ภารกิจเพื่อใช้ในการดำเนินการสังคมสงเคราะห์แก่คนชรา ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อให้บริการสังคมสงเคราะห์แก่ประชาชนผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น ซึ่งหากพิจารณารายละเอียด

โครงการในข้อบัญญัติงบประมาณของ อบท. พบว่า สามารถตั้งเบิกจ่ายจากเงินอุดหนุนทั่วไป หรือจากรายได้ของ อบท. ตามแต่กรณี ด้านรายจ่ายงบกลาง ในกรณีที่ อบท. ได้เข้าร่วมโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นกับ สปสช. นั้น อบท. แต่ละแห่งจะต้องจัดสรรเงินเพื่อสมทบกองทุนดังกล่าว โดยการจัดสรรเพื่อภารกิจดังกล่าวจะถูกตั้งจ่ายจากงบกลางของ อบท.

7) โครงสร้างและนโยบายหน่วยงานด้านสุขภาพส่วนกลางที่เกี่ยวข้อง เมื่อมองในภาพใหญ่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพครอบคลุมภารกิจด้านการส่งเสริม และการป้องกันโรคในปัจจุบันพบว่า ประกอบด้วยหน่วยงาน 4 หน่วย ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) มีบทบาทพัฒนาสุขภาพระดับนโยบาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีบทบาทบริการสุขภาพรายบุคคล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) มีบทบาทเคลื่อนสังคมและภาคประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทบริการสาธารณะด้านสุขภาพ และมีบทบาทในการบริหารงานด้านสุขภาพตั้งแต่ในระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติการในพื้นที่

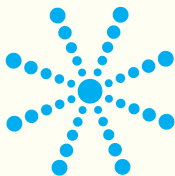
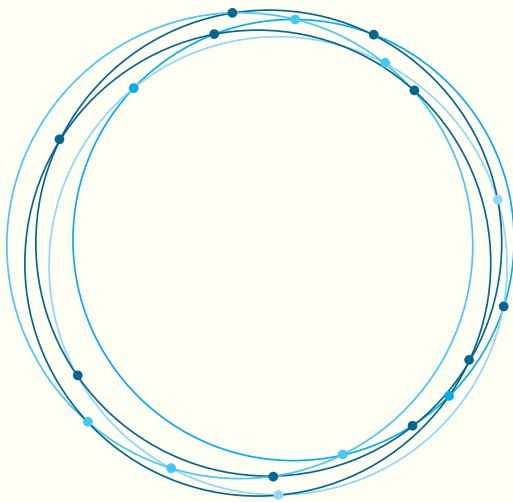
วิธีการดำเนินงานในภารกิจด้านสุขภาพประกอบไปด้วยการทำงานใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับนโยบายจากส่วนกลาง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. องค์การวิชาชีพ เป็นต้น สำหรับระดับพื้นที่ภาคและจังหวัด มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช.เขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และระดับชุมชน เช่น ศูนย์แพทย์ชุมชน รพ.สต. เป็นต้น ขณะที่ สสส. ไม่มีหน่วยงานในระดับภูมิภาค แต่ดำเนินงานจากส่วนกลางไปยังพื้นที่โดยตรงจากเงินกองทุนของ สสส. เอง ในส่วนการกำหนดยุทธศาสตร์ สถานพยาบาล และอัตราค่าบริการด้านสุขภาพนั้นกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) ทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ถือกำเนิดขึ้น และส่งผลให้อำนาจในการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงจากกระทรวงสาธารณสุขไปยัง สปสช. ทำที่และแนวนโยบายของ สปสช.จึงมีความสำคัญยิ่งต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนให้เทศบาล และอบต. ดำเนินการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล โดยเป็นการดำเนินการตามบทบัญญัติของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาศัยอำนาจตามมาตรา 18 (8) และ (9) ประกอบมาตรา 47¹ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินการและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ รวมทั้ง หน่วยงานต่างๆ และองค์กรชุมชนและภาคเอกชน

¹มาตรา 47 เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความ ต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน

ดังนั้น ปัจจุบันการให้บริการด้านสุขภาพจึงมีบทบาทการทำงานร่วมกันระหว่างบทบาทของ สปสช. ที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยจัดสรรงบประมาณสำหรับการรักษาไปยังสถานพยาบาลระดับต่างๆ ทั้งที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและที่ไม่อยู่ในสังกัดกระทรวง ขณะเดียวกัน สปสช. ก็มีเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นสำหรับภารกิจด้านการส่งเสริมป้องกันฯ โดย อปท. เข้าเป็นเครือข่ายและเป็นสมาชิกของกองทุน บทบาทของหน่วยงานทางวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขก็จะทำงานโดยมอบหมายให้ สสจ. เป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่แทน

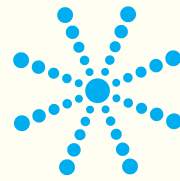
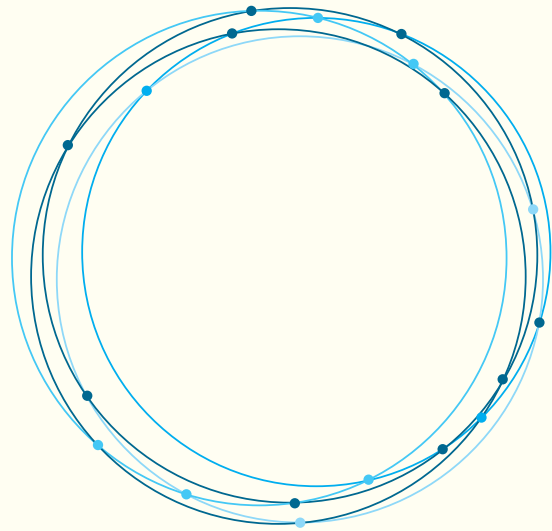
สำหรับหน่วยงานอื่นๆ นั้น มีความร่วมมือในเชิงโครงการ เช่น โครงการตำบลสุขภาพะของ สสส. เป็นต้น ทั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงคือกระทรวงสาธารณสุขนั้น พบว่ายังมีท่าทีกำกวมไม่ชัดเจน และบางกรณีไม่เอื้อต่อการกระจายอำนาจ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 2 โดยพบปะสำคัญในการโอนภารกิจด้านการรักษาพยาบาลไปยัง อปท. ซึ่งในบทต่อไป จะได้กล่าวถึงบทเรียนจากการจัดบริการสุขภาพโดย อปท. ว่าจะมีข้อดี ข้อด้อย และปัญหาดังที่มีความกังวลใจหรือไม่อย่างไร

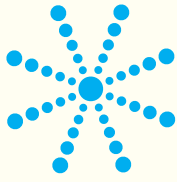




4

บทเรียนจากการจัดบริการด้านสุขภาพ
โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรุ่นผู้กล้า





บทเรียนจากการจัดบริการด้านสุขภาพ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรณรงค์

แผนการกระจายอำนาจด้านการสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดขึ้นในปี 2542 พร้อมทั้งจากกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพที่เริ่มต้นขึ้นในห้วงเวลาเดียวกันกับการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 ซึ่งมีเป้าหมายที่จะสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพและเปลี่ยนค่านิยมและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย ให้เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีแทนการรอซ่อมสุขภาพ

ทั้งนี้ เพราะปัญหาสุขภาพของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากวิถีชีวิตที่ขาดการดูแล ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอ ประกอบกับมีการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง ในขณะที่ภาคประชาชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อแนวโน้มให้รัฐส่วนกลางและท้องถิ่น ต้องตัดสินใจเลือกรูปแบบหรือวิธีการในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เพื่อจะสามารถช่วยให้มีการปรับปรุงและพัฒนา ระบบบริการสุขภาพที่เป็นไปตามความต้องการของประชาชนจนเกิดความเชื่อถือศรัทธา และสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพให้เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จากการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนท้องถิ่น และเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการสุขภาพภายใต้งบประมาณที่มีจำกัด

แม้ว่าในทางปฏิบัติแล้ว การกระจายอำนาจด้านสุขภาพมิได้เป็นไปตามแผนและขั้นตอนที่วางไว้ โดยเฉพาะการโอนถ่ายอำนาจด้านการบริการรักษาพยาบาลที่ยังไม่สมบูรณ์ ดังที่กล่าวมาแล้วในบทที่ 3 อย่างไรก็ตาม ก็มีบางพื้นที่ที่ได้มีความสนใจและกล้าหาญ เดินหน้ากระจายอำนาจด้านสุขภาพแบบก้าวหน้า ซึ่งพบว่ามีรูปแบบที่หลากหลายน่าสนใจ และทำให้ได้บทเรียน เพื่อการพัฒนาในอนาคต

จากงานวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการด้านสุขภาพในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” โดยพิจารณาว่า ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา อบต. ได้มีการจัดบริการด้านสุขภาพทั้งในส่วน ของ อบจ. เทศบาล และอบต. อย่างไรบ้าง พบว่ามีผลการจัดบริการ สรุปได้ดังนี้

การจัดบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่ระดับองค์การบริหารส่วนจังหวัด

พบว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) แห่งหนึ่ง คือ อบจ.ภูเก็ต ริเริ่มดำเนินการจัดบริการในรูปแบบของโรงพยาบาล โดยการว่าจ้างบริษัทโรงพยาบาลธนบุรี จำกัด (มหาชน) เป็นผู้ดำเนินการให้บริการรักษาพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 190 เตียง ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป และคลินิกเฉพาะโรคตลอด 24 ชั่วโมง

ทั้งนี้ ในด้านการบริหารนั้น อบจ.ภูเก็ต เป็นเพียงผู้กำหนดนโยบายในภาพกว้าง ส่วนการจัดบริการเป็นบทบาทของบริษัทโรงพยาบาลธนบุรีโดยให้กองสาธารณสุขของ อบจ. ร่วมกำกับดูแลการดำเนินงานร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาลที่ได้รับการว่าจ้าง

จากการประเมินข้อดีข้อด้อยของรูปแบบ อบจ.ภูเก็ตแล้ว คณะนักวิจัยมีข้อเสนอแนะต่อการจัดรูปแบบการบริการสาธารณสุขในระดับ อบจ. ว่า หากจะจัดบริการในรูปของโรงพยาบาล อบจ. สามารถที่จะร่วมมือกับเอกชนหรือรัฐ ในการว่าจ้างโรงพยาบาลของเอกชน หรือรัฐร่วมดำเนินการ โดยเงื่อนไขสำคัญ คือ อบจ. จะต้องมีความศักยภาพด้านงบประมาณที่เพียงพอ ทั้งนี้ คำว่า “งบประมาณที่เพียงพอ” เพื่อจัดบริการสาธารณสุขในรูปของโรงพยาบาล หมายถึง อบจ. ต้องมีงบประมาณทั้งหมดไม่ต่ำกว่า 600 ล้านบาทต่อปีขึ้นไป และเห็นว่า อบจ. ที่สนใจมีความศักยภาพอาจสามารถที่จะดำเนินงานจัดบริการสาธารณสุขของ อบจ. ในรูปแบบของโรงพยาบาลได้ แต่สถานการณ์ปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่าอยู่ในจุดไม่คุ้มทุน ซึ่งอาจมีทางเลือก ดังนี้

1) รูปแบบที่ อบจ. จัดตั้งโรงพยาบาลเอง ซึ่งต้องมีการเตรียมความพร้อมไม่ว่าจะเป็นการเตรียมบุคลากรด้านการแพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทางและพยาบาลวิชาชีพ การเตรียมอาคารสถานที่ และเครื่องมือแพทย์ เป็นต้น

2) รูปแบบความร่วมมือกับ อบต. อื่นๆ ที่มีศักยภาพทางด้านงบประมาณเพื่อดำเนินการร่วมกันจัดตั้งโรงพยาบาลให้บริการในระดับทุติยภูมิ

3) รูปแบบว่าจ้างโรงพยาบาลเอกชน หรือของรัฐ เข้ามาบริหารจัดการ

ทั้งนี้ แนวทางที่ควรเลือก คือ การว่าจ้างหรือการร่วมมือกับ อบต. อื่นๆ รวมทั้งโรงพยาบาลทั้งของรัฐ และเอกชน ส่วนองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่มีงบประมาณทั้งหมดต่อปีต่ำกว่า 600 ล้านบาท อาจไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะดำเนินงานให้บริการในรูปแบบโรงพยาบาลได้ เพราะมีต้นทุนที่สูง ซึ่งอย่างน้อยต้องใช้งบประมาณร้อยละ 20-30 ในการบริหารจัดการเกี่ยวกับโรงพยาบาล ซึ่งยังไม่รวมการลงทุนด้านก่อสร้าง โดยรวม อบจ. ไม่ควรจัดบริการด้านสาธารณสุขในรูปของโรงพยาบาล ยกเว้น อบจ. บางแห่ง ที่มีศักยภาพเพียงพอ และมีงบประมาณทั้งหมดเกินกว่า 600 ล้านบาทต่อปีขึ้นไป

การจัดบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่ระดับเทศบาลนคร

ส่วน อบต. ระดับเทศบาลนคร ส่วนใหญ่จัดบริการในรูปแบบของศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งหลายพื้นที่มีการจัดให้บริการแล้ว เช่น เทศบาลนครนครราชสีมา เทศบาลนครภูเก็ต มีการจัดให้บริการการรักษาพยาบาลและรักษาโรคทั่วไป รวมทั้งให้บริการคลินิกเฉพาะทาง เช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกนวดแผนไทย คลินิกรับฝากครรภ์ คลินิกโรคเรื้อรัง เป็นต้น ส่วนโครงสร้างการบริหารงานศูนย์บริการสาธารณสุข พบว่า แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1) รูปแบบที่จัดให้มีหน่วยงาน “กองการแพทย์” ใน อบท. และศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกองการแพทย์นี้

2) รูปแบบที่ให้ศูนย์บริการสาธารณสุขขึ้นอยู่กับ “สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม” ซึ่งมีส่วนย่อยที่เรียกว่า “ส่วนบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข” แยกจาก “ส่วนบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม” โดยโครงสร้างการบริหารทั้ง 2 รูปแบบก็จะมีอัตรากำลังที่จะต้องมีแพทย์ มีพยาบาลวิชาชีพของ อบท. เอง และอาจจะมีแพทย์เฉพาะทาง หรือดำเนินการโดยการจ้างดูแลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เป็นการเฉพาะ

เทศบาลนครโดยส่วนใหญ่มีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดให้บริการในรูปแบบของโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิได้ เพราะศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลนครที่ดำเนินการอยู่ไม่แตกต่างไปจากรูปแบบโรงพยาบาล และเทศบาลนครมีงบประมาณมากพอที่สามารถจ้างแพทย์เฉพาะทางเข้ามาเสริม มีแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเป็นของตนเอง

จากการศึกษาประสบการณ์ของ อบท. หลายแห่ง จึงสรุปทางเลือกและข้อเสนอต่อการจัดบริการสาธารณสุขของเทศบาลนคร ดังนี้

1) เทศบาลนครที่มีงบประมาณทั้งหมดอยู่ในช่วงระหว่าง 800 - 1,200 ล้านบาทต่อปี หรือโดยเฉลี่ยประมาณ 1,000 ล้านบาทต่อปี ถือว่ามียังงบประมาณเพียงพอในการจัดบริการด้านสาธารณสุข ในลักษณะของศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีรูปแบบการให้บริการเทียบเท่าโรงพยาบาล

2) เทศบาลนครที่ให้บริการนอกเหนือจากการรักษาพยาบาลโรคทั่วไปแล้ว แต่เห็นว่าประชาชนยังต้องการรับบริการเพิ่มขึ้น ควรให้มีการให้บริการในส่วนของคลินิกเฉพาะทางให้มากขึ้น และมีหลายสาขามากขึ้น เพื่อตอบสนองการเข้าถึงง่ายของประชาชน โดยในทางบริหารเทศบาลนครอาจพิจารณาว่าจ้างแพทย์เฉพาะทางเข้ามาดำเนินการ รวมทั้งจ้างบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอ นอกจากนี้ หากเทศบาลนครในบางแห่งจะพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขให้มีลักษณะเหมือนโรงพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบ ทั้งการให้บริการในการรักษาโรคทั่วไป และคลินิกเฉพาะทางให้มีการบริการหลายสาขามากขึ้น อาจจะพิจารณาร่วมมือกับโรงพยาบาลรัฐ และเอกชนเข้าร่วมดำเนินการ หรือว่าจ้างบริษัทโรงพยาบาลเอกชนเข้ามาดำเนินการก็ได้

3) ในด้านโครงสร้างการบริหารงานเสนอว่า เทศบาลนครที่มีศูนย์บริการสาธารณสุข โดยลักษณะการให้บริการเหมือนกับโรงพยาบาล และมีอัตรากำลังของตนเองทั้งแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เสนอให้เทศบาลนครจัดตั้งกองการแพทย์ที่เทียบเท่ากับสำนัก โดยให้แยกออกจากสำนักหรือกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อให้โครงสร้างการบริหารงานมีความคล่องตัว และเป็นโอกาสเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์มีความก้าวหน้าในสายวิชาชีพของตนเอง

การจัดบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่ระดับเทศบาลเมืองและเทศบาลตำบล

โดยทั่วไปการจัดบริการด้านสาธารณสุขของเทศบาลเมืองและเทศบาลตำบล แม้ว่าจะมีศูนย์บริการสาธารณสุขก็ตาม แต่ควรจัดบริการในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งจะทำให้ดีกว่าการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ยกเว้น “เทศบาลเมือง” ที่มีงบประมาณทั้งหมดของเทศบาลมากพอ ซึ่งทำให้ “ศูนย์บริการสาธารณสุข” ของเทศบาลเมืองมีความพร้อมที่จะจัดให้บริการในด้านการรักษาพยาบาล เปิดบริการตรวจรักษาพยาบาลโรคทั่วไป และให้บริการคลินิกเฉพาะทางในบางด้าน เทศบาลเมืองบางแห่งก็มีอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ของตนเอง เช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ส่วนเทศบาลเมืองที่ไม่มีอัตรากำลังที่เป็นแพทย์ อาจจ้างแพทย์มาประจำศูนย์บริการสาธารณสุข ส่วนเทศบาลตำบล มีเฉพาะบางแห่งเท่านั้นที่มีงบประมาณเพียงพอ และมีความสามารถจัดให้บริการในด้านการรักษาพยาบาล เปิดให้บริการรักษาโรคทั่วไป ซึ่งพบว่ามีข้อจำกัดในหลายด้าน เช่น อัตรากำลังทางด้าน แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ตลอดจนความสามารถในการจ้างแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ จึงมีลักษณะการให้บริการสาธารณสุข และอาจจะบริการตรวจรักษาโรคทั่วไปด้วย คล้ายๆ กับลักษณะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.)

ทางเลือกสำหรับเทศบาลเมือง และเทศบาลตำบลในการจัดบริการสาธารณสุข มีดังนี้

1) ควรมุ่งเน้นเน้นภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพ หรือจัดให้มีการบริการสาธารณสุขในชั้นบริการปฐมภูมิ

2) ด้านการรักษาพยาบาล ในการให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป หรือคลินิกเฉพาะทาง ให้เป็นไปตามศักยภาพที่เหมาะสม หรือขีดความสามารถของแต่ละเทศบาล ในการจัดหาบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือพยาบาลวิชาชีพ ได้มากน้อยเพียงพอกับความต้องการหรือภาระงานหรือไม่ ซึ่งในกรณีของเทศบาลเมืองนั้น อาจเลือกใช้วิธีการว่าจ้างบุคลากร เช่น แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือพยาบาลวิชาชีพ มาเพื่อให้บริการผู้ป่วยหรือประชาชนที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขเป็นการชั่วคราว หรือเฉพาะนอกเวลาราชการ หรือเป็นการประจำ

การจัดบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่ระดับ อบต.

จากการศึกษาพบว่า มี อบต. ระดับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวนไม่มากที่จัดบริการสาธารณสุขในรูปของศูนย์บริการสาธารณสุข และพบว่า อบต. บางแห่งที่มีขีดความสามารถจัดให้บริการในรูปแบบของศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ก็ไม่สามารถดำเนินการได้ดีเท่ากับเทศบาลเมือง หรือเทศบาลตำบล โดยพบว่า อบต. ที่มีศูนย์บริการสาธารณสุข จะให้บริการเพียงบางวันและในช่วงเวลาที่กำหนดไว้ เช่น อาจจะเป็นคลินิกยามเย็น โดยประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลชุมชน ให้แพทย์และพยาบาลมาให้บริการ ส่วน อบต. บางแห่งที่มีบุคลากร

ทางการแพทย์ประจำ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพ ก็จะทำให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

สรุปข้อเสนอแนะต่อฝ่าย อปท.

เพื่อให้ อปท. สามารถรับถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ หรือจัดบริการสุขภาพได้เหมาะสม ในแต่ละระดับ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

1) ปรับโครงสร้างและรูปแบบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เกิดความสอดคล้องกับขนาดพื้นที่และภารกิจ โดยมุ่งเน้นการเพิ่มพูนศักยภาพในการดำเนินภารกิจ และเกื้อหนุนต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยให้ อปท.ขนาดใหญ่แบบ อบจ. ที่มีความพร้อมด้านงบประมาณและบุคลากร ดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำหรับเทศบาลขนาดใหญ่อย่างเทศบาลนครที่ดำเนินการจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขให้จัดตั้งกองการแพทย์ หรือสำนักการแพทย์ ทำหน้าที่กำกับดูแลการบริหารงานของศูนย์บริการสาธารณสุข สำหรับเทศบาลเมืองและเทศบาลตำบล ควรปรับโครงสร้างของเทศบาล ให้งานด้านสาธารณสุขแยกออกจากงานสิ่งแวดล้อมให้ชัดเจน เพื่อความสะดวกในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนพื้นที่

2) กำหนดหรือสร้างแนวทางปฏิบัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกรูปแบบ ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้เกิดความชัดเจนโดยการทำข้อตกลงร่วมกันว่า อำนาจหน้าที่ และภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละประเภท ควรจะมีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินงานในด้านใดบ้าง เพื่อป้องกันปัญหาความซ้ำซ้อนของการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้กับประชาชนผู้รับบริการเกินความจำเป็น ควรสนับสนุนให้มีการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารด้านการแพทย์และสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจะได้รับโอกาสในการพัฒนาความก้าวหน้าในหน้าที่ ให้เทียบเท่ากับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์เข้ามาทำงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3) จัดทำระบบฐานข้อมูลและเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงถึงกัน ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ เพื่อเป็นกลไกการประสานที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะระบบการส่งต่อผู้ป่วย

สรุปข้อเสนอแนะต่อฝ่ายสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะที่เป็นเจ้าของและดูแลระบบบริการสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศ จำเป็นต้องกำหนดนโยบายที่ชัดเจน และปรับบทบาทมาทำหน้าที่ในการกำกับดูแลมาตรฐาน ของสถานบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่จัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมาตรฐานบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น โครงสร้าง จำนวนอัตรากำลัง ลักษณะศักยภาพ และการพัฒนาศักยภาพของระบบบริการสาธารณสุข จึงมีข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในชุมชนท้องถิ่น ดังต่อไปนี้

1) ควรจัดตั้งหน่วยงานส่วนกลางเพื่อกำกับดูแลการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับ ที่มีการจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลไว้เป็นการเฉพาะ โดยใช้กลไกการประสานงานรูปแบบเครือข่ายความสัมพันธ์และความร่วมมือกับองค์กรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ อาทิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ตลอดจนองค์กรสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ

2) ควรสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพพระบบบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับที่มีการจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านระบบบริการ กำลังคน ระบบการเงินการคลัง ระบบข้อมูล เทคโนโลยีที่เหมาะสม โครงสร้างการบริหารจัดการระบบ และระบบส่งต่อ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยเป็นการจัดบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน มีคุณภาพ และปลอดภัย

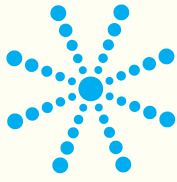
3) ควรกำหนดหลักเกณฑ์และขนาดของสถานบริการสาธารณสุขที่คำนึงถึงมาตรฐาน และให้เกิดการกระจายศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยเฉพาะบริการทางการแพทย์ที่ต้องใช้เทคโนโลยีระดับสูง หรือความรู้เฉพาะทางขั้นสูง (Excellence center) และควรจะสนับสนุนให้มีการดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุข





5

ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ



ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ

การกระจายอำนาจเป็นกลยุทธ์สำคัญของรัฐบาลในการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการสาธารณะ (Public Services) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ประสิทธิภาพดังกล่าวจะเกิดขึ้นไม่ได้หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนยังไม่เข้มแข็ง ยังไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ในบทนี้จะเป็นการวิเคราะห์ความพร้อมของ อปท. ที่จะรับถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ โดยพิจารณา 2 ประเด็น คือ

ประเด็นที่ 1 ความพร้อมเชิงองค์กร (Institutional Capacity)

ความพร้อมเชิงองค์กร ประกอบด้วย 3 มิติ คือ

- 1) ภาวะผู้นำและเจตคติของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2) โครงสร้างของระบบสนับสนุนภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเพียงพอของบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อจำนวนประชากร
- 3) ศักยภาพทางการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเด็นที่ 2 ความพร้อมของชุมชน (Community Capacity)

ประกอบด้วย 2 มิติ คือ

- 1) เจตคติของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นต่อการรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง
- 2) รูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน

ความพร้อมเชิงองค์กร

1) ภาวะผู้นำและเจตคติของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ความพร้อมเชิงองค์กรเป็นตัวบ่งชี้ความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะภาวะผู้นำและเจตคติของผู้บริหารท้องถิ่นต้องงานด้านสาธารณสุข ตลอดจนโครงสร้างของระบบสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และความเพียงพอของบุคลากรด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ตัวแปรศักยภาพด้านการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถสะท้อนให้เห็นความพร้อมเชิงองค์กรของท้องถิ่นได้อย่างชัดเจน เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทย โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กยังต้องพึ่งพาเงินอุดหนุนจากรัฐเป็นส่วนใหญ่ ความพร้อมของชุมชนและภาคประชาชนก็เป็นอีกตัวบ่งชี้ความพร้อมของท้องถิ่นที่สำคัญ โดยพบว่าภาคประชาชนก็จำเป็นต้องมีทั้งเจตคติที่ดีต่อการรักษา

สุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงในทุกด้าน และความตื่นตัวในการมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะและกิจกรรมสังคมทางด้านสุขภาพ

จากงานวิจัยถอดบทเรียนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบ 3 แห่ง ในภาคตะวันออก เชียงเหนือตอนบน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู เทศบาลนครอุดรธานี และองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ จ.อุดรธานี ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของภาวะผู้นำที่เข้าใจในหลักการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคส่วนอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ ดังนั้น การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระยะที่ 3 ของแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องคำนึงถึง “การประหยัดเชิงขนาด (Economies of Scale)” โดยให้ความสำคัญกับการถ่ายโอนภารกิจด้านการควบคุมและป้องกันโรค การคุ้มครองผู้บริโภค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นหลัก โดยมีเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่จังหวัดเข้าร่วมเป็นกรรมการ ส่วนการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ควรให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นตัวขับเคลื่อนหลัก

หลังจากการถ่ายโอนภารกิจแล้วหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจาก “ผู้ปฏิบัติงาน” มาเป็น “ผู้อภิบาล” ระบบสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมและสนับสนุนด้านวิชาการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และต้องให้ความสำคัญแก่การกำหนดและรักษามาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขด้วย ส่วนรัฐบาลควรพัฒนาศักยภาพผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยจัดหลักสูตรฝึกอบรมที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพ และให้ความสำคัญของหลักการทำงานแบบเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในภาคส่วนอื่น รวมถึงพัฒนาให้ อบท. มีทักษะในการวิเคราะห์ต้นทุนผลิตต่อหน่วย การบริหารกองทุน และการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของโครงการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดเดียวกันจัดตั้งกองทุนสำหรับภารกิจด้านต่างๆ ในระดับจังหวัด เช่น กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย กองทุนควบคุมและป้องกันโรค เป็นต้น เพื่อให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในงานด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น และท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอนภารกิจใดไป เมื่อเกิดปัญหาสภาพคล่อง อาจจะขอกู้ยืมเงินจากกองทุนดังกล่าวได้ โดยไม่เป็นภาระของรัฐ

2) โครงสร้างของระบบสนับสนุนภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเพียงพอของบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อจำนวนประชากร

การพิจารณาสัดส่วนเงินรายจ่ายด้านสุขภาพต่อประมาณรายจ่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจเป็นตัวชี้วัดความทุ่มเทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการสุขภาพ

แก่ประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้ เป็นที่ทราบโดยทั่วไป ว่าการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น เป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อน เนื่องจากแหล่ง รายได้ของท้องถิ่นที่จำกัด ภารกิจหน้าที่ที่หลากหลาย และพลวัตทางสังคมและการเมืองที่ เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ด้วยความที่เป็นองค์กรภาครัฐที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ดังนั้น หาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีการจัดสรรเงินงบประมาณให้แก่ภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพใน อัตราส่วนที่สูงแล้ว ย่อมชี้ให้เห็นถึงระดับความรู้ความเข้าใจของผู้บริหารท้องถิ่นต่อภารกิจหน้าที่ ด้านสาธารณสุข ตลอดจนการอุทิศทุ่มเทขององค์กรต่อการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีและครบวงจร ให้แก่ประชาชนในชุมชนของตน การให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนจะมีประสิทธิภาพและ คุณภาพได้ก็ต่อเมื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีทรัพยากรที่เพียงพอในการบริหารจัดการ ระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการด้านสุขภาพ ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความเข้าใจงาน ด้านสุขภาพ ได้พยายามจัดให้บุคลากรด้านสุขภาพ มีจำนวนที่เพียงพอต่อความต้องการของ ประชาชนในพื้นที่ นอกเหนือจากทรัพยากรบุคคลแล้ว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังจำเป็นต้อง มีศักยภาพทางด้านการเงินการคลังที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะความสามารถในการจัดเก็บรายได้ของ ตนเองที่ไม่นับรวมเงินอุดหนุนจากรัฐ เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดศักยภาพในการบริหารจัดการองค์กร และชุมชนของตนเองที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง อีกทั้งยังเป็นตัวชี้วัดภูมิคุ้มกันของท้องถิ่น ต่อการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและเศรษฐกิจในระดับประเทศอีกด้วย

3) ศักยภาพทางด้านการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อย่างไรก็ตาม การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีสัดส่วนเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ (Specific Grant) ต่อรายได้ทั้งหมดที่สูง อาจแปลความได้ว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นขาด ความเป็นอิสระในการบริหารจัดการดูแลกิจการภายในพื้นที่ของตนเอง เนื่องจากการใช้สอยเงิน อุดหนุนเฉพาะกิจนั้นต้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการใช้จ่ายตามระเบียบและกฎ เกณฑ์ที่สำนักงบประมาณกำหนด เช่น เงินอุดหนุนเฉพาะกิจสำหรับศูนย์เด็กเล็ก และเงินอุดหนุน เฉพาะกิจสำหรับสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุข ที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า ใช้สำหรับค่าก่อสร้าง ค่าครุภัณฑ์ และเงินเดือน ค่าตอบแทนของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ ถ่ายโอนมาจากกระทรวงสาธารณสุข ส่วนเงินอุดหนุนทั่วไป (Block Grant) ให้อิสระแก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่า เพราะกำหนดแต่เพียงวัตถุประสงค์ในการใช้จ่ายเงินอุดหนุนเท่านั้น เช่น เงินอุดหนุนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด เงินอุดหนุนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น กรณีเงินอุดหนุน เฉพาะกิจ ตลอดจนสัมพันธ์ภาพระหว่างท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพและหน่วย งานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่า คำถามสำคัญสำหรับกระบวนการกระจายอำนาจ ไม่ใช่จะมีแต่ประเด็นความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงด้านเดียว แต่จะต้องคำนึงถึงการออกแบบระบบสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอน

ภารกิจด้วย โดยหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองจากเดิมที่เป็น “ผู้ให้บริการ (Service Provider)” ไปเป็น “พี่เลี้ยง” ทางด้านวิชาการแก่ท้องถิ่น นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการกระจายอำนาจจะต้องทบทวนระบบการจัดสรรเงินอุดหนุนเฉพาะกิจและเงื่อนไขในการใช้เงินอุดหนุนเฉพาะกิจให้เป็นการมอบภารกิจหน้าที่และอำนาจในการตัดสินใจให้แก่ท้องถิ่นอย่างแท้จริง ไม่ใช่เป็นการมอบเงินพร้อมวิธีการใช้เงินที่ลงรายละเอียดกิจกรรมเหมือนดังเช่นในปัจจุบัน

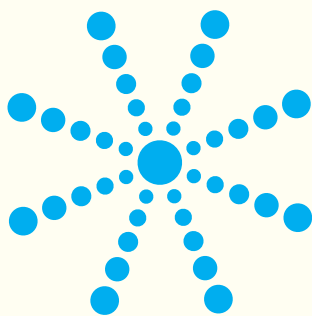
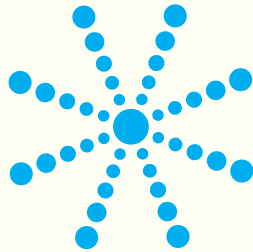
ความพร้อมของชุมชนและภาคประชาชน

ส่วนประเด็นความพร้อมของภาคประชาชนด้านการจัดการสุขภาพ ซึ่งภาคประชาชนเป็นภาคีหุ้นส่วนสำคัญในการบริหารกิจการสาธารณะในชุมชนท้องถิ่น ตัวชี้วัดความพร้อมของภาคประชาชนด้วยการจัดการสุขภาพสะท้อนออกมาผ่าน 2 ตัวแปรสำคัญ ได้แก่

- 1) ภาคประชาชนจำเป็นต้องมีเจตคติที่ดีต่อการการรักษาสุขภาพ
- 2) รูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองท้องถิ่นของประชาชน ซึ่งบทบาทของภาคประชาชนจะมีอิทธิพลที่สำคัญต่อกลไกการให้บริการสาธารณะในท้องถิ่นได้ก็ต่อเมื่อ ประชาชนทุกภาคส่วนมีความกระตือรือร้นและความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่พลเมือง และสิทธิความเป็นเจ้าของทรัพยากรในชุมชนท้องถิ่น

จากงานวิจัยเรื่องการวิเคราะห์ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ ซึ่งได้ศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6 แห่ง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี เทศบาลนครอุดรธานี เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ (จ.อุดรธานี) และองค์การบริหารส่วนตำบลนาสี (จ.หนองบัวลำภู) ผลการศึกษาพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู เทศบาลนครอุดรธานี และองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ มีความพร้อมเชิงองค์การที่สูงกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีเปรียบเทียบ ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบมีเจตคติที่เป็นบวกต่องานด้านสาธารณสุข และการทำงานแบบเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรภาคประชาชน มากกว่าผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีเปรียบเทียบ นอกจากนี้ยังพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบมีผลงานภายในด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ และมีจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขในสัดส่วนที่เหมาะสมต่อจำนวนประชากรในพื้นที่ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยมีข้อจำกัดทางด้านการจัดเก็บรายได้ของตนเอง โดยต้องพึ่งพาเงินอุดหนุนจากรัฐเป็นส่วนใหญ่

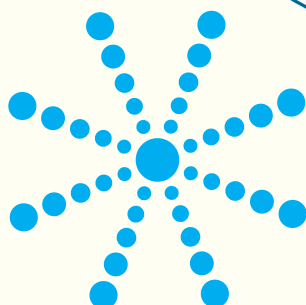
เมื่อพิจารณาทางด้านความพร้อมและศักยภาพของภาคประชาชนในด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบมีความพร้อมมากกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเปรียบเทียบกับ โดยเห็นได้จากองค์กรภาคประชาชนที่หลากหลายและมีความกระตือรือร้นในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะที่ดี ทั้งนี้ ความหลากหลายขององค์กรภาคประชาชนและ กิจกรรมด้านสุขภาพล้วนเป็นผลสืบเนื่องมาจากช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลายของ ประชาชน อันก่อให้เกิดความตระหนักรู้ในความสำคัญของการรักษาสุขภาพ และยังเกี่ยวโยงไปถึง การทำงานเชิงรุกของบุคลากรด้านสาธารณสุขของท้องถิ่น

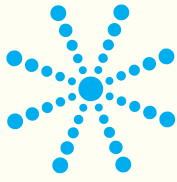




6

วิเคราะห์ทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจ





วิเคราะห์ทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจ

จากการทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศพบว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งส่งผลทั้งด้านดีและเสียต่อระบบสุขภาพ สร้างการเปลี่ยนแปลงต่อการจัดการในระบบสุขภาพทั้งด้านทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ สำหรับประเทศไทย คำว่า “ถ่ายโอน” กับ คำว่า “การกระจายอำนาจ” นั้น ไม่ได้มีความหมายเหมือนกัน “การกระจายอำนาจ” มีความหมายที่กว้างกว่าคำว่า “ถ่ายโอน” โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่ได้หมายความว่าถ่ายโอนสถานบริการไปให้แก่ อปท. เท่านั้น ขณะเดียวกันคำว่า “การถ่ายโอน” ก็มีความหมายที่ลึกซึ้ง และมีความหมายกว้างกว่าเพียงแค่การโอนกิจกรรมบางอย่างให้ อปท.

ในทางอุดมคติแล้ว การกระจายอำนาจต้องมองเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน ว่าประชาชนได้ผลประโยชน์ และได้รับบริการที่มีคุณภาพดีกว่าเดิมหรือไม่น้อยกว่าเดิม เข้าถึงบริการดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น และต้องไม่กระทบความเป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ หากเป็นเช่นนี้ ประเทศไทยควรมีทางเลือกรูปแบบสำหรับการกระจายอำนาจอย่างไร

ทางเลือกสำหรับการกระจายอำนาจ

โดยหลักการแล้ว ทางเลือกสำหรับการกระจายอำนาจ ต้องคำนึงถึงข้อกฎหมายในลักษณะของนิติธรรม ซึ่งได้กำหนดในรัฐธรรมนูญ และ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ขณะเดียวกัน การกระจายอำนาจยังสามารถคำนึงถึงความสมดุลของส่วนกลางและท้องถิ่นซึ่งอาจเป็น อปท. หรือโครงสร้างองค์กรอื่นๆ ที่สามารถขยายและต่อยอดออกไปให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การกระจายอำนาจสามารถดำเนินการได้ทั้งเชิงกายภาพของพื้นที่ (area approach) และเชิงบทบาทของกิจกรรม (functional approach) การกระจายอำนาจในลักษณะใช้พื้นที่เป็นตัวนำอาจประสบปัญหาอุปสรรคมากกว่าการใช้บทบาทหน้าที่เป็นตัวนำ ซึ่ง อปท. เป็นกุญแจสำคัญของการมีบทบาทจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ เพราะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงและใกล้ชิดประชาชนที่สุด เมื่อมองในมิตินี้ การถ่ายโอนสถานอนามัยซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุดไปสู่ อปท. และเทศบาลตำบลจึงมีความเหมาะสม เห็นได้ว่าการถ่ายโอนยังสามารถสร้างแรงจูงใจ ดึงดูดให้บุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโอนย้ายไปสู่อปท.ได้ แต่สำหรับบุคลากรที่เป็นกลุ่มวิชาชีพ เช่น แพทย์ คงไม่สามารถสร้างแรงจูงใจได้เพียงพอในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการใช้บทบาทหน้าที่เป็นจุดนำสำหรับกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข แต่ก็จำเป็นต้องมีโครงสร้างองค์กร ที่สามารถเป็นจุดหลักของการกระจายอำนาจ ซึ่งพบว่า โครงสร้างระดับจังหวัดนั้นมีความเหมาะสมที่จะทำการถ่ายโอนภารกิจและการกระจายอำนาจ เพราะเดิมจังหวัดเป็นแกนกลางในการบริหารจัดการเช่นเดียวกัน ระบบสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขเองต้องอาศัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นโครงสร้างหลักในการบริหารหน่วยบริการแทนกระทรวง หากใช้โครงสร้างระดับจังหวัดเป็นแกนในการอภิบาลระบบสุขภาพ ส่วนภูมิภาค ก็จะทำให้การเชื่อมต่อจากพื้นที่ผ่านระดับจังหวัดไปสู่ระดับเขต มีความเหมาะสมในการประสานงานกับองค์กรอิสระอื่นๆ โดยเฉพาะกับ สปสช. เขต ดังนั้น ทางเลือกหลักของการกระจายอำนาจ มีความเป็นไปได้ 2 ทางเลือกหลัก แต่สามารถผสมผสานเป็นหลายรูปแบบทางเลือกย่อยๆ ได้แก่

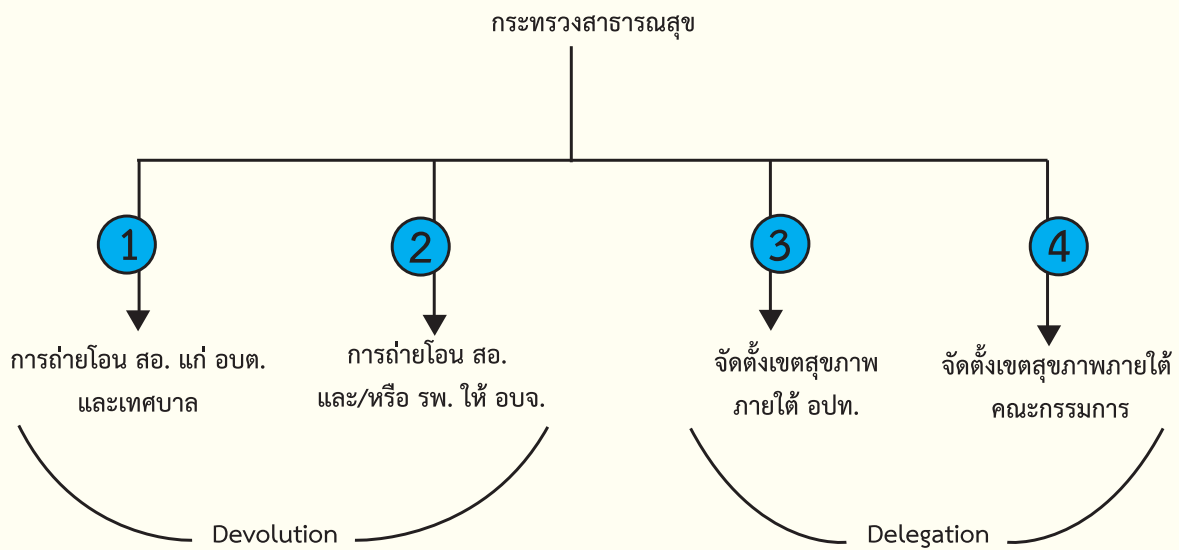
1) **กระจายอำนาจแบบพื้นที่เขตสุขภาพ** ที่อาจเรียกรวมๆ ว่า Regionalization โดยอาจมีโครงสร้างองค์กรแบบ Health Board หรือ คณะอนุกรรมการประสานความร่วมมือการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับเขต ที่มี อบท. กับตัวแทนรัฐบาลและภาคส่วนอื่นๆ เช่น องค์กรอิสระ ตามที่มีการประกาศเป็นคำสั่งของรัฐบาล หรือ กระจายอำนาจสู่เขตสุขภาพที่มีคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นใหม่ที่เป็นอิสระ และมีผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) เข้ามามีส่วนร่วมบริหารจัดการและอภิบาลระบบ

2) **กระจายโดยถ่ายโอนหน่วยบริการและกิจกรรมแก่ อบท. ที่มีความพร้อม** ดังที่ พ.ร.บ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจกำหนดไว้ โดยสถานีอนามัยถูกพิจารณาว่าเป็นหน่วยบริการที่เหมาะสมสำหรับถ่ายโอนแก่ อบท. ไม่ว่าจะเป็น อบต. เทศบาล หรือ อบจ. ที่มีความพร้อม ส่วนโรงพยาบาลขนาดและระดับต่างๆ ไม่ว่าโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) หรือ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) นั้นอบท.ยังไม่มีความพร้อมที่จะรับถ่ายโอน ดังนั้น จึงมีข้อเสนอว่าอาจทดลองให้โรงพยาบาลที่พร้อมออกนอกระบบเป็นองค์กรมหาชนแบบโรงพยาบาลบ้านแพ้ว แต่ต้องให้ อบท. ได้รับการประเมินว่ามีความพร้อม และประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลบ้านแพ้วอย่างชัดเจน เพื่อให้สามารถนำมาเป็นบทเรียนสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ ได้

แต่ทั้ง 2 ทางเลือกนี้ ต้องดำเนินการแบบค่อยๆ เป็นค่อยๆ ไปอย่างมีระบบ และเผื่อระวังอย่างต่อเนื่อง โดยมีคณะทำงานที่ชัดเจนและดำเนินการอย่างระมัดระวัง ซึ่งยังมีความกังวลเกี่ยวกับอิทธิพลของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่มีต่อโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขเดิม ทั้งรูปแบบและบทบาท โดยเฉพาะกับตัวกระทรวงสาธารณสุขเอง และองค์กรระดับจังหวัดคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

จากงานวิจัยเรื่องการพัฒนาข้อเสนอรูปแบบและโครงสร้างการบริหารเขตสุขภาพ ได้มีการเสนอทางเลือกของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ มีได้ 4 ทางเลือกตามแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 ทางเลือกสำหรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย



ทางเลือกแบ่งตามรูปแบบการกระจายอำนาจออกเป็น 2 รูปแบบ คือ Devolution และ Delegation ซึ่ง 4 ทางเลือกประกอบด้วย

- 1) ถ่ายโอนสถานีนานามัยที่เหลืต่อไปแก่อ.อบต. และเทศบาลที่มีศักยภาพตามแผนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขกำหนดดั่งที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน
- 2) ถ่ายโอนสถานีนานามัย และ/หรือ โรงพยาบาลแก่อ.อบจ. ตามข้อเสนอของกลุ่ม อบจ.
- 3) จัดตั้งเขตสุขภาพที่อยู่ภายใต้กำกับของ อบต. โดยการอาศัยกฎหมายการปกครองส่วนท้องถิ่นรองรับ
- 4) จัดตั้งเขตสุขภาพภายใต้คณะกรรมการอิสระที่ประกอบด้วยมีผู้มีส่วนได้เสียเป็นตัวแทนภาคส่วนต่างๆ ของผู้ให้บริการ ผู้จัดบริการ อบต. ภาคเอกชน องค์กรอิสระ และประชาชนผู้ทรงคุณวุฒิ

ทั้ง 4 ทางเลือก สามารถนำมาเปรียบเทียบข้อดีและด้อย ดังมีรายละเอียดตามตารางที่ 1

ทางเลือกที่ 1 การถ่ายโอนสถานีนานามัยไปให้ อบต. และเทศบาล

เป็นแนวทางเดิมของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการวางแผนไว้ ข้อเด่นของทางเลือกนี้คือ มีกฎหมายแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจรองรับมองในด้านดีของการกระจายอำนาจตามหลักการ จะทำให้เกิดการบริการตอบสนองต่อประชาชนในพื้นที่ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบ 10 ปีของการถ่ายโอนสถานีนานามัย/รพ.สต. ไปสู่ อบต.

พบว่า การบริหารจัดการคลองตัวขึ้น ผู้นำท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการนำพาการพัฒนา ระบบสุขภาพโดยอาศัยภาษีท้องถิ่นอุดหนุน การเข้าถึงบริการง่ายขึ้นและกระตุ้นให้เกิดการซื้อขาย และจัดบริการระดับพื้นที่ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขและระบบสุขภาพเชิงรุกดีขึ้น เพราะเป็นการสร้างฐานเสียงแก่นักการเมืองท้องถิ่น การเยี่ยมบ้านจะทำให้การเมืองท้องถิ่นสร้างฐานเสียงและมีข้อมูลเชิงลึกในการดำเนินงานด้านการเมือง นอกเหนือจากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม รูปแบบนี้มีจุดอ่อนหลายประการ โดยเริ่มจากการแยกเจ้าของสถานบริการ ทำให้เกิดการแยกระบบบริการออกไป ขาดความเชื่อมโยง การเมืองท้องถิ่นมีอิทธิพลสูงต่ออาชีพราชการของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อาจทำให้เกิดระบบการรวมศูนย์อำนาจในระดับพื้นที่ในพื้นที่ที่การเมืองขาดธรรมาภิบาล จะสร้างความเสียหายแก่ระบบสุขภาพ เพราะการดำเนินงานสนองตอบนักการเมืองท้องถิ่นแทนความต้องการของประชาชนที่แท้จริง ในพื้นที่ที่ยากจนจะเป็นการซ้ำเติมสถานีอนามัยที่ขาดแคลนงบประมาณและทรัพยากร ยิ่งทำให้การบริการไม่ได้มาตรฐาน และขาดคุณภาพ การดูแลควบคุมโรคระบาดขาดการเชื่อมโยงทั้งนโยบายและการดำเนินงาน จนทำให้โรคระบาดที่รุนแรง เกิดการระบาดแบบหยุดยั้งได้ยาก

ตารางที่ 1 ข้อดีและข้อด้อยของแต่ละทางเลือกการกระจายอำนาจ

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อด้อย
1. สถานีอนามัยถ่ายโอนไป อบต. หรือเทศบาล	- กรอบกฎหมายรองรับ - ตอบสนองประชาชนพื้นที่ - บริหารคล่องตัวกว่าราชการเดิม - ผู้นำเข้มแข็ง พัฒนาได้เร็ว - ประชาชนมีส่วนร่วม - ภาษีพื้นที่ช่วยพัฒนา - เข้าถึงบริการได้ดีขึ้น - การซื้อบริการในพื้นที่ดีขึ้น - บริการสังคมและสุขภาพบูรณาการกันได้ดี - การเยี่ยมบ้านดีขึ้น - การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ มีผู้ดูแลกำกับดีขึ้น	- ระบบสุขภาพแยกส่วน - เจ้าหน้าที่ไม่มีเส้นทางอาชีพที่มั่นคง - สร้างความไม่เท่าเทียมระหว่างพื้นที่ - รวมศูนย์อำนาจในพื้นที่ - การเมืองท้องถิ่นกระทบความต่อเนื่องการทำงาน - การพัฒนาด้านสุขภาพอยู่ลำดับท้ายๆ - การสั่งการและประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุขมีกำแพงกัน - กระทบต่อการควบคุมโรคที่รุนแรงและระบาดรวดเร็ว - งบประมาณลงทุนไม่เพียงพอ

ตารางที่ 1 ข้อดีและข้อด้อยของแต่ละทางเลือกการกระจายอำนาจ (ต่อ)

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อด้อย
2. ถ่ายโอนสถานีนอนาัมัยและ/หรือโรงพยาบาลให้แก่ อบจ.	- การเงินเข้มแข็งกว่า - บริการแบบสหการได้ทั้งจังหวัด - ระบบสุขภาพจังหวัดต่อเนื่อง - ประสบการณ์บริหารมากกว่า - ประสานงานกับส่วนกลางง่าย - บริการเท่าเทียมกันทั้งจังหวัด	- ห่างประชาชนในพื้นที่ - การกำกับดูแลยาก - บุคลากรที่สนับสนุนไม่เพียงพอ - กีดกันบริการข้ามจังหวัด
3. เขตสุขภาพภายใต้ อปท.	- กฎหมายท้องถิ่นรองรับ - ระบบสุขภาพไม่แยกส่วน - การประสานงานต่อเนื่อง - ขยายเขตได้ใหญ่ขึ้น - จัดการแบบสหการได้ง่าย - เข้าถึงบริการดีขึ้น - เกิดความเท่าเทียม - เพิ่มประสิทธิภาพ - การควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น - ระบบส่งต่อดีขึ้น	- อาจเกิดเขตสุขภาพขนาดเล็กหรือใหญ่เกินไป - การจัดการลำบากหากเกิดความขัดแย้ง - การเมืองมีอิทธิพลสูง - ใช้ภาวะผู้นำที่สูงกว่าปกติ - นโยบายสุขภาพขัดแย้งง่าย - ความคล่องตัวลดลง - การติดตามประเมินผลซับซ้อน - ปัญหาการถ่ายโอนสถานบริการระบบข้อมูลซับซ้อน
4.เขตสุขภาพภายใต้คณะกรรมการอิสระ	- ระบบสุขภาพต่อเนื่องบูรณาการ - ระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพดีขึ้น - มีธรรมาภิบาลสูง - อิทธิพลการเมืองท้องถิ่นน้อย - ตอบสนองความต้องการพื้นที่ - ความขัดแย้งเชิงนโยบายลดลง - เกิดประสิทธิภาพ - เข้าถึงบริการได้ทั่วถึงเท่าเทียม - สร้างการมีส่วนร่วม - การประสานงานชัดเจน - บริหารจัดการคล่องตัว - มีการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขสูง - ทำให้มีความเป็นไปได้น่า	- การสั่งการโดยตรงยากขึ้น - นโยบายอาจไม่ได้รับตอบสนอง - การประสานงานแนวตั้งตดขาด - การควบคุมโรคระบาดที่รุนแรงยากขึ้น - คณะกรรมการบางพื้นที่ทำได้ยาก - อาจสร้างความขัดแย้งระหว่างส่วนกลางและพื้นที่มากขึ้น - ความแตกต่างระหว่างพื้นที่รวยและจนอาจเพิ่มขึ้น - การประสานงานต้องการภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง

ทางเลือกที่ 2 เป็นการโอนสถานีนอมาัย และ/หรือ โรงพยาบาลแก่ อบจ. แทนการโอนแก่ อบต. และเทศบาล

การเลือกทางนี้เป็นการแก้ปัญหาที่ อบต. และเทศบาลขาดศักยภาพทางการเงินและการจัดการ เพราะ อบจ. มีภาระการเงินน้อยกว่า และมีสถานะทางการเงินดีกว่า อบต. ระดับอื่นในภาพรวมโดยเฉลี่ย อย่างไรก็ตามรูปแบบนี้ไม่ได้ห้ามหรือกีดกันการถ่ายโอนสถานีนอมาัยแก่ อบต. และเทศบาลที่มีศักยภาพเพียงพอไม่มีปัญหาทางการเงิน ทางเลือกนี้จึงเป็นเสมือนทางเลือกเสริมทางเลือกเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ถ่ายโอนแก่ อบต. และเทศบาล ดังนั้นการดำเนินงานจึงสามารถดำเนินการได้เลยเพราะกฎหมายรองรับและมีแผนดำเนินการเรียบร้อยแล้ว

ข้อเด่นของทางเลือกนี้จึงคล้ายกับทางเลือกเดิม แต่ดีกว่าในภาระการเงินที่เข้มแข็งกว่า มีศักยภาพการบริหารจัดการที่มากกว่า การเชื่อมต่อของระบบบริการสามารถเชื่อมต่อในรูปแบบจังหวัดที่ต่อเนื่อง และประสานงานกับส่วนกลางได้ง่าย แต่ข้อด้อยที่พบนอกจากจะคล้ายรูปแบบเดิม คือ เนื่องจากการบริหารอยู่ระดับที่สูงกว่า อบต. และเทศบาล การใกล้ชิดประชาชนในพื้นที่จะน้อยลง การกำกับดูแลสถานีนอมาัยระดับตำบลและโรงพยาบาลระดับอำเภอทำได้ไม่ครอบคลุม บุคลากรที่มีไม่เพียงพอที่จะดำเนินการติดตามกำกับ และอาจสร้างกำแพงบริการที่ไม่เชื่อมต่อระหว่างจังหวัดกีดกันการส่งต่อข้ามจังหวัด

ทางเลือกที่ 3 รูปแบบที่ออกนอกระบบและมีคณะกรรมการในระดับพื้นที่มาดูแลกำกับในแบบ Delegation

ทางเลือกที่ 3 นั้นจะพบว่า เป็นรูปแบบการกระจายอำนาจที่แตกต่างกับการถ่ายโอนไปสู่อปท. ใน 2 ทางเลือกแรกที่เป็นรูปแบบของ Devolution แต่เปลี่ยนแปลงมาเป็นรูปแบบที่ออกนอกระบบไปเป็นคณะกรรมการในพื้นที่มาดูแลกำกับแบบ Delegation ในทางเลือกที่ 3 คณะกรรมการที่ดูแลยังคงดำเนินการภายในอำนาจการจัดการและรับผิดชอบของ อบต.

ข้อเด่นของแนวทางนี้ คือ สามารถดำเนินการได้เลย เพราะกฎหมายการปกครองส่วนท้องถิ่นให้อำนาจแก่ อบต. ในการจัดตั้งคณะกรรมการระดับพื้นที่เข้ามาดำเนินงานบริการสาธารณะ ข้อดีของทางเลือกเขตสุขภาพระดับพื้นที่นี้คือ ระบบบริการเชื่อมโยงในเขตพื้นที่ไม่แยกส่วน สามารถขยายเขตได้โดยรวมสหการของ อบต. เข้าด้วยกัน ระบบการส่งต่อจะดี มีคุณภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ดี การบริหารทรัพยากรจะเกิดประสิทธิภาพ สร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ การดูแลควบคุมโรคระบาด และการสาธารณสุขของเขตในภาพรวมจะดำเนินการต่อเนื่องมีคุณภาพ ข้อเสียคือ ด้านการประหยัดต่อขนาดอาจไม่ดี เพราะขนาดเขตสุขภาพอาจย่อยลงเล็กเกินไป การจัดการข้ามเขต อบต. อาจมีปัจจัยการเมืองมาเกี่ยวข้อง ทำให้การจัดการลำบาก การเมืองท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทสูงจนเกิดปัญหาแทรกแซงระบบสุขภาพ และความขัดแย้งระหว่างพื้นที่อาจทำให้การประสานงานในเขตล้มเหลวจนนำไปสู่ความขัดแย้ง

เชิงนโยบายและการปฏิบัติ ทำให้ความคล่องตัวหายไป ระบบข้อมูลในเขตต้องมีการจัดทำให้เป็นปัจจุบัน ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาด้านสารสนเทศ

ทางเลือกที่ 4 จัดตั้งเขตสุขภาพที่อยู่ในการดูแลของกระทรวงสาธารณสุข

ทางเลือกที่ 4 เป็นการเสนอจัดตั้งเขตสุขภาพที่อยู่ในการดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแตกต่างกับทางเลือกที่ 3 เพราะเขตสุขภาพในทางเลือกที่ 3 อยู่ในเขตรับผิดชอบของ อปท. บทบาทกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นฝ่ายสนับสนุน แต่ในทางเลือกที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขจะยังคงเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจรับผิดชอบการดำเนินงานระบบสุขภาพ

ข้อดีของทางเลือกนี้คือ เขตสุขภาพที่คณะกรรมการมาจากทุกภาคส่วนที่มีส่วนได้เสียนี้จะเกิดธรรมาภิบาลสูง ระบบบริการที่ดำเนินงานระบบเขตจะมีความเชื่อมโยง และการส่งต่อดี มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการแบบเท่าเทียมกันและง่ายขึ้น เพราะไม่มีปัจจัยทางเขตพื้นที่มากีดกัน อิทธิพลการเมืองท้องถิ่นมารบกวนน้อยลง การประสานของทุกภาคส่วนสร้างการมีส่วนร่วม การร่วมมือดำเนินงานย่อมประสบผลสำเร็จสูง การขัดแย้งเชิงความคิดเห็นนโยบายและการปฏิบัติลดลง

ส่วนข้อเสียของระบบเขตสุขภาพแบบนี้ พบว่า การสั่งการเชิงนโยบายทำได้ยากและล่าช้า เพราะต้องอาศัยกระบวนการเจรจาต่อรองและทำความเข้าใจ จนนโยบายอาจล่าช้าไม่ได้รับการตอบสนอง ทำให้การควบคุมโรคระบาดฉับพลันไม่ทันการณ์ จุดอ่อนของระบบเขตสุขภาพแบบภาพรวมภายใต้กระทรวงสาธารณสุขนี้ต้องการภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง และการร่วมมือระหว่างพื้นที่เขตต่างๆ หากมีความขัดแย้งกันในการกำหนดนโยบายโดยทั่วไป การดำเนินงานและการกำกับดูแลทำได้ยากกว่า นอกจากนี้คณะกรรมการที่เข้าบริหารจัดการต้องการความร่วมมือ และผู้มีความรู้ประสบการณ์ซึ่งระดับพื้นที่บางแห่งหาได้ไม่ง่ายและไม่เพียงพอ

จะเห็นได้ว่าทางเลือกทั้ง 4 แบบมีข้อดีและด้อยแตกต่างกันไม่น้อย การที่จะเลือกทางเลือกใดย่อมต้องคำนึงถึงผลดีและผลเสีย นอกจากนี้ความเป็นไปได้และผลกระทบที่ตามมายังเป็นปัจจัยสำคัญของการเลือกทางเลือคนั้น หากนำเอาทางเลือกทั้ง 4 ทางเลือกมาเทียบเคียงข้อดีและด้อยจะสามารถพบข้อแตกต่างที่ชัดเจนกว่าเดิม ดังตารางที่ 2 คือ อปท. เป็นต้นสังกัดของหน่วยบริการทั้ง 4 ทางเลือก ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นต้นสังกัดของหน่วยบริการเพียงทางเลือกเดียว คือทางเลือกที่เขตสุขภาพอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาเรื่องกฎหมายรองรับสภาพของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้น ทางเลือก 1-3 เป็นกฎหมายของการปกครองส่วนท้องถิ่นจึงไม่มีปัญหาการรับรองสภาพทางการ แต่ทางเลือกที่ 4 นั้นจำเป็นต้องพิจารณาแนวทางกฎหมายที่จะนำมารองรับสภาพ อำนาจ หน้าที่ และบทบาททางกฎหมายของคณะกรรมการที่จะมาดูแล

การดำเนินงานของทางเลือกที่ 1-3 จะเป็นรูปแบบร่วมทำระหว่าง อปท. ที่เรียกว่า “สหการ” ซึ่งกฎหมายเปิดโอกาส แต่เขตสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบจะเป็นระบบบูรณาการที่ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ซึ่งท้าทายภาวะผู้นำอย่างยิ่ง ทางเลือกที่ 1 นั้น ชีววงจำกัดในพื้นที่ตนเอง จึงไม่สามารถสร้างความเป็นธรรมและเท่าเทียมของการเข้าถึงบริการระหว่างพื้นที่ได้ แต่ทางเลือกที่ 2-4 นั้น เป็นการสร้างความเข้าถึงบริการที่เป็นธรรมและเท่าเทียมข้ามขอบเขตพื้นที่ตนเอง (across areas) จนเกิดความเท่าเทียมระหว่างเขตพื้นที่รับผิดชอบด้วย

ตารางที่ 2 การจัดการและผลลัพธ์ของแต่ละทางเลือกการกระจายอำนาจ

การจัดการและผลลัพธ์	ทางเลือก 1 ถ่ายโอน สอ.แก่ อบต./เทศบาล	ทางเลือก 2 ถ่ายโอน สอ./รพ.แก่ อบจ.	ทางเลือก 3 เขตสุขภาพ ภายใต้ อปท.	ทางเลือก 4 เขตสุขภาพภายใต้ กระทรวงสาธารณสุข
ต้นสังกัด	อปท.	อปท.	อปท.	อปท./กสร.
กฎหมายรองรับ	กม.ท้องถิ่น	กม.ท้องถิ่น	กม.ท้องถิ่น	ไม่มี
ตอบสนองพื้นที่	มากที่สุด	มาก	มาก	มาก
ความคล่องตัว	มาก	มาก	มาก	มากที่สุด
อิทธิพลจากผู้นำ	มากที่สุด	มาก	มาก	น้อย
ประชาชนมีส่วนร่วม	มากที่สุด	มาก	มาก	มาก
ระบบบริการแตกแยก	มากที่สุด	มาก	มาก	น้อย
การเข้าถึงบริการ	ดีมาก	ดี	ดี	ดี
บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค	ดีมาก	ดี	ดี	ดี
ประสานงาน	สหการ	สหการ	สหการ	บูรณาการ
ความเป็นธรรม	ในพื้นที่ อปท.	ระหว่าง อปท.	ระหว่างพื้นที่	ระหว่างพื้นที่
ระบบส่งต่อ	ไม่ดี	ดี	ดี	ดี
ธรรมาภิบาล	ไม่แน่นอน	ดี	ดี	ดีมาก
ประสิทธิภาพ	ปานกลาง	ดี	ดี	ดี

สรุปผลการวิเคราะห์พบว่า

- **ทางเลือกที่ 1** การถ่ายโอนสถานื่อนามัยแก่ อบต. และเทศบาลนั้น จะสามารถตอบสนองความต้องการประชาชนในพื้นที่มากที่สุด เพราะอยู่ใกล้ชิดประชาชน ทำให้เข้ามามีส่วนร่วมได้มากที่สุด การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจะทำได้ดีมากเพราะข้อมูลได้รับแบบข้อมูลพื้นที่ที่แท้จริง แต่มีข้อเสียกว่าทางเลือกอื่นๆ ในด้านการได้รับอิทธิพลทางการเมืองท้องถิ่นซึ่งหากได้รับในทางบวกจะส่งเสริมการพัฒนาระบบสุขภาพ ไม่เช่นนั้นจะสร้างความเสียหายแก่ระบบสุขภาพระดับรากหญ้าได้อย่างรุนแรง ปัญหาสุขภาพที่แตกแยกเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องคำนึงที่สุด
- **ทางเลือกที่ 2-3** นั้นไม่มีจุดเด่นพิเศษอะไรในระดับสูงเกินทางเลือกที่ 1 และ 4
- **ทางเลือกที่ 4** นั้นมีจุดเด่นที่ระดับสูงมากด้านความคล่องตัวของการดำเนินงาน ทั้งการบริหารและการจัดบริการ เพราะคณะกรรมการมีอิสระ ได้รับการสร้างความมีส่วนร่วมและประสานงาน ดังนั้นการกำหนดนโยบายสามารถพิจารณาตามสภาพ สาเหตุพื้นที่ และจัดบริการตามปัญหาที่เกิดขึ้น การที่มีผู้มีส่วนได้เสียร่วมบริหารจัดการและสร้างความประสานงานแบบมีส่วนร่วม ส่งเสริมให้เกิดธรรมาภิบาลระดับสูงกว่าทุกทางเลือก แต่ภายใต้ข้อจำกัดว่ามีทรัพยากรและผู้มีความรู้ความสามารถเพียงพอ

รูปแบบจำลองของการจัดตั้งเขตสุขภาพภายใต้คณะกรรมการ (บอร์ด)

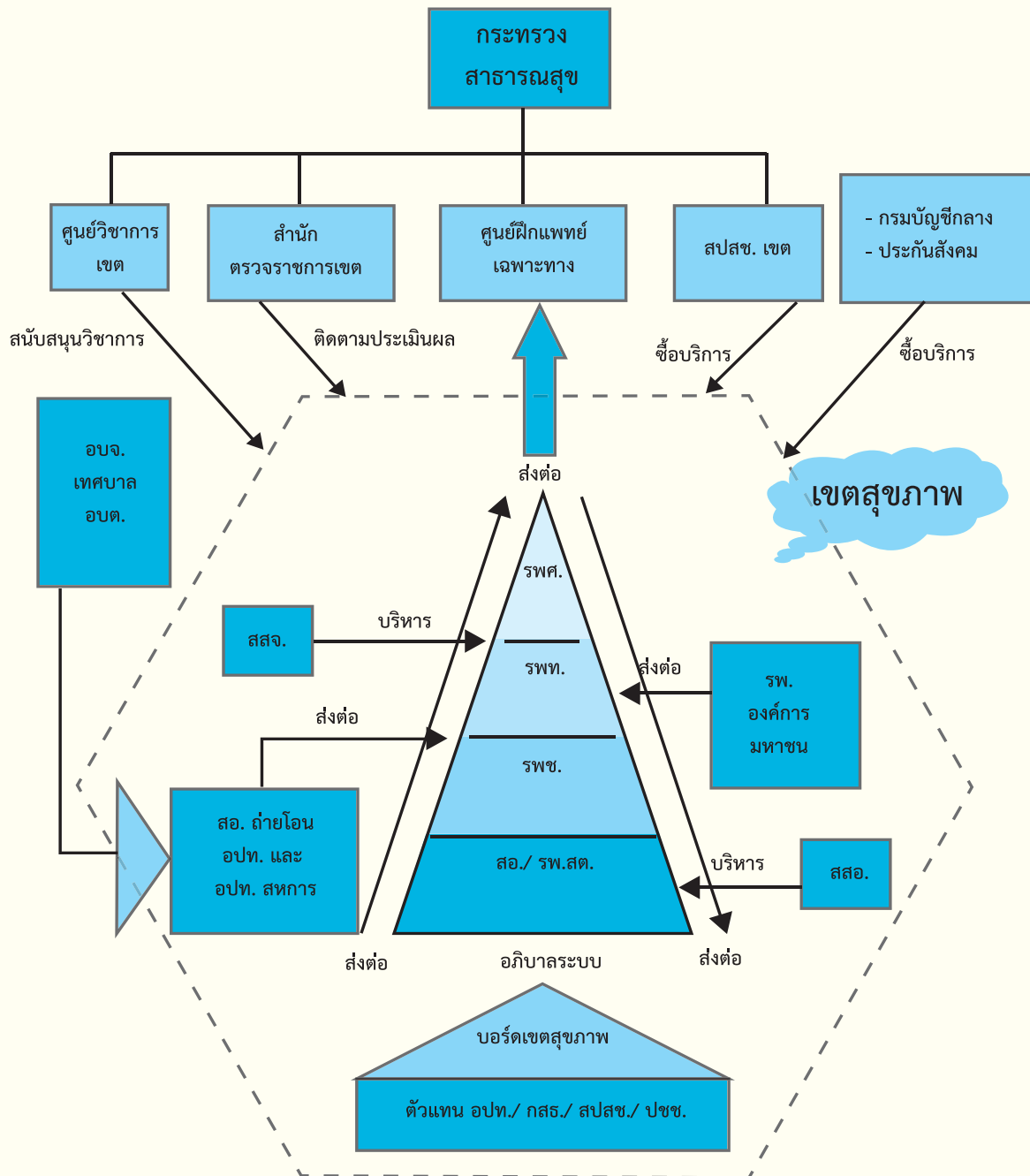
โมเดล หรือ รูปแบบเขตสุขภาพ ที่จัดตั้งภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขนั้น เป็นประเด็นที่น่าสนใจในการสร้างทางเลือกของการกระจายอำนาจ เพราะเป็นระบบสุขภาพที่เมื่อกระจายอำนาจแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังคงเชื่อมั่นว่านโยบายสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและรับผิดชอบนั้นจะได้รับการสนองตอบและดำเนินการ เพราะหน่วยบริการยังคงสภาพอยู่ในการดูแล กำกับ หรืออยู่ในคณะกรรมการที่กระทรวงสาธารณสุขเองมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางระบบสุขภาพที่เกิดภายใต้การจัดการของคณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการแบบบูรณาการ เพื่อลดปัญหาความขัดแย้งทางความคิด นโยบาย และการดำเนินงานของหน่วยงานนโยบาย ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. โดยเฉพาะหน่วยงานบริหารและหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ไม่มีปัญหาเรื่องข้อขัดแย้งเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ระบบสุขภาพในเขตสุขภาพจะมีความเชื่อมโยงกัน โดยเฉพาะระบบบริการที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่บริการระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และระดับบริการการแพทย์เฉพาะทางขั้นสูง ระบบบริการและระบบการส่งต่อเดิมในระบบสุขภาพประเทศไทยไม่ได้ถูกแยกส่วนออกจากกัน การที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน นอกจากสร้างการมีส่วนร่วมของภาครัฐ เอกชน องค์กรอิสระ อบต. และชุมชน ยังจะสร้างการอภิบาลระบบโดยรวมอย่างแท้จริง สามารถพัฒนาต่อไปสู่ธรรมาภิบาลที่พึงประสงค์ ดังนั้น เขตสุขภาพที่จัดตั้งภายใต้การรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขนั้น จึงถูกนำไปกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

รูปแบบเขตสุขภาพจำลองได้ตั้งแผนภาพที่ 3 ภายใต้การกำกับดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข เขตพื้นที่ที่จะมีหน่วยงานสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมต่อกับส่วนกลางสู่พื้นที่ โดยสำนักตรวจราชการสาธารณสุขเขตและ สปสช. เขต สำหรับ สปสช. นั้นแม้จะเป็นองค์กรอิสระ แต่ก็ยังอยู่ในขอบเขตของกระทรวง โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีอำนาจสูงสุด

ขณะเดียวกันศูนย์แพทย์เฉพาะทางที่เป็นหน่วยบริการตติยภูมิยังคงบริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพในพื้นที่ที่มีคณะกรรมการที่เป็นองค์กรอิสระดูแลสนับสนุนให้การช่วยเหลือ และบริหารจัดการหน่วยบริการตั้งแต่ระดับ รพ.สต. รพช. รพท. และ/หรือ รพศ. ความสำคัญของเขตสุขภาพคือได้มีการจัดบริการตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีระบบส่งต่อที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยง และมีบริการผสมผสานทั้งสุขภาพส่วนบุคคล บริการ รพ. บริการสังคม และการสาธารณสุข ความยืดหยุ่นของเขตสุขภาพคือ หน่วยบริการยังสามารถอยู่ในความดูแลรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดิม ไม่ว่า รพ.สต. รพช. รพท. หรือรพศ. ขณะเดียวกัน รพ.สต. และรพ. บางส่วนหรือทั้งหมด สามารถถ่ายโอนไปสู่ อปท. หรือออกนอกระบบเป็นองค์กรอิสระได้ สิ่งเหล่านี้สามารถจัดความขัดแย้งเชิงนโยบายและปฏิบัติ และปลดทางตันของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข เพราะไม่จำกัดเพียงการถ่ายโอนหน่วยบริการเท่านั้นแต่สามารถให้อปท. และหน่วยงานอื่นๆ มาร่วมการดำเนินงานประสานการทำงานได้

องค์กรที่ต้องปฏิสัมพันธ์กับเขตสุขภาพประกอบด้วย **สปสช.** ซึ่งเป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในเขตสุขภาพรายใหญ่ที่สุด เพราะงบประมาณมากที่สุด ดูแลผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนใหญ่ในเขตสุขภาพ นอกจากนี้ยังมี **กรมบัญชีกลาง** ที่ทำหน้าที่จ่ายค่าบริการแก่ข้าราชการ พนักงานรัฐและลูกจ้างประจำในระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการและลูกจ้างประจำของรัฐ **สำนักงานประกันสังคม** ทำหน้าที่จ่ายค่าบริการแก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม **อปท.** จ่ายค่าบริการสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่ของระบบปกครองส่วนท้องถิ่น และหาก อปท. ที่มีศักยภาพก็ยังสามารถซื้อบริการแก่ประชาชนในพื้นที่เพิ่มเติม สำหรับหน่วยงานที่สนับสนุนด้านวิชาการนั้น เป็นบทบาทสำคัญของ **กระทรวงสาธารณสุข** ผ่านทาง **กรมวิชาการ** ต่างๆ เช่น กรมอนามัย กรมควบคุมโรค เป็นต้น โดยการมอบหมายให้ **ศูนย์วิชาการเขต** ต่างๆ เป็นผู้ดำเนินการและติดตามประเมินผล **สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต** เป็นองค์กรตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขที่จะติดตามนโยบายต่างๆ ที่กำหนด ว่าได้รับการดำเนินการตอบสนองตามนโยบายที่กำหนดไว้เพียงไร ในรูปแบบของการนิเทศติดตามงาน

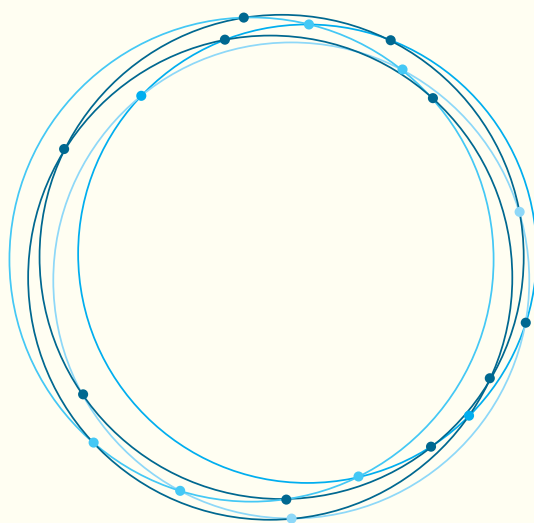
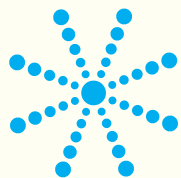
แผนภาพที่ 3 ระบบสุขภาพของเขตสุขภาพ



จะเห็นได้ว่า เขตสุขภาพมีความสมดุลขององค์ประกอบที่บูรณาการและยืดหยุ่นมากกว่าทางเลือกแบบการถ่ายโอนไปสู่ อปท. หรือการจัดตั้งเขตสุขภาพในการกำกับดูแลของ อปท. ที่มีขอบเขตไม่ยืดหยุ่นและมีอิทธิพลทางการเมืองท้องถิ่นสูง นอกจากนี้เขตสุขภาพที่เสนอแนวคิดนี้ยังมีความเด่นที่ขนาดต่อพื้นที่ไม่เล็กและใหญ่เกินไป เป็นการประหยัดต่อขนาดจึงมีประสิทธิภาพ เขตสุขภาพยังสามารถเชื่อมโยงประสานงานในโครงสร้างการบริหารและการปกครองเดิมได้อย่างดี

ทั้งนี้ เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำนโยบายเขตสุขภาพขึ้น เป็นนโยบายเร่งด่วน เพื่อกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาค ในรูปแบบเขตบริการสุขภาพ แบ่งออกได้เป็น 12 เขต แต่ละเขตครอบคลุม 4-8 จังหวัด (ประชากรเขตละ 3-6 ล้านคน) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ สร้างความเท่าเทียมในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ และสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

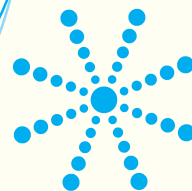
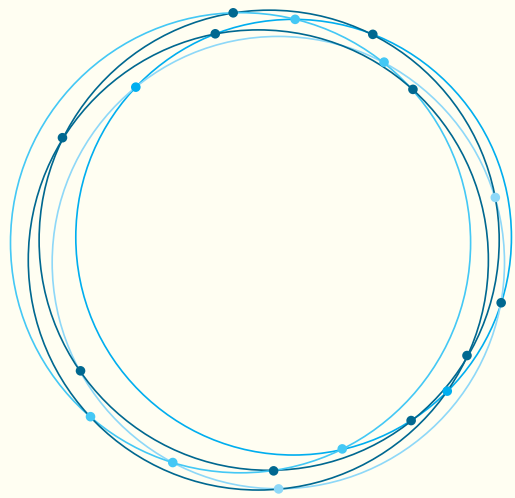
ต่อมา เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2557 พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ได้ลงนามอนุมัติการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ซึ่งเป็นข้อเสนอของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ดังนั้น คำว่า “เขตสุขภาพ” ไม่ว่าจะมองในบริบทของกระทรวงสาธารณสุขหรือคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ต่างก็มีเป้าหมายของการปฏิรูปการจัดการสุขภาพระดับเขตพื้นที่ คือ ประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้นโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพ คำนึงถึงความเสมอภาค ตลอดจนให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับประเทศ ระดับเขต ท้องถิ่น และประชาชน

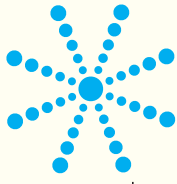




7

ภาพอนาคตของบทบาทกระทรวงสาธารณสุข
และองค์กรที่เกี่ยวข้อง





ภาพอนาคตของบทบาทกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรที่เกี่ยวข้อง

เมื่อเกิดการกระจายอำนาจ ไม่ว่าจะไปสู่ อปท. หรือเขตสุขภาพ โครงสร้างและความสัมพันธ์เชิงบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขย่อมเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบทบาททั้งกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดทุกระดับ จึงสมควรที่จะต้องนำมาเป็นประเด็นสำคัญพิจารณา ร่วมกับการสร้างทางเลือกการกระจายอำนาจ

การเปลี่ยนแปลงที่จะตามมาจากการกระจายอำนาจ

หลังการกระจายอำนาจ ระบบสุขภาพจะเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจนดังจะเห็นได้ว่า เมื่อจัดตั้งเขตสุขภาพและมีโครงสร้าง **คณะกรรมการ** ที่มาดูแลการกระจายอำนาจ โดยเฉพาะ ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข จะทำให้หน่วยงานสาธารณสุขมีระบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจการบริหาร 3 สายงาน ได้แก่ **สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** ทำหน้าที่ด้านการบริหาร บริการ และกำหนดนโยบายสาธารณสุขเช่นเดิม **สปสช.** ยังคงเป็นองค์กรอิสระที่เป็นผู้มีอำนาจด้านซื้อบริการแทนประชาชนเช่นระบบปัจจุบัน แต่มี **คณะกรรมการระดับชาติ** ที่ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลและดำเนินงานนโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ โดยทั้ง 3 สายงานจะต้องประสานการทำงานภายใต้การบริหารจัดการของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อเกิดเขตสุขภาพ การถ่ายทอดอำนาจบริหารตามโครงสร้างดังกล่าว จากระดับชาติมาสู่เขตจะผ่าน 3 ช่องทาง คือ สปสช.เขต สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต และคณะกรรมการเขตสุขภาพ เพียงแต่การได้มาซึ่งคณะกรรมการและองค์กรบริหารแตกต่างกัน **สปสช.เขต** มาจากการคัดเลือก แต่งตั้งโดย สปสช. **สำนักตรวจราชการเขต** ของกระทรวงสาธารณสุขมาจากการคัดเลือก แต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข แต่ **คณะกรรมการเขตสุขภาพ** ควรมาจากหลายภาคส่วน ควรมาจากการคัดเลือกแต่งตั้งโดยตำแหน่งของกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. และหน่วยราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง บางส่วนมาจากการคัดเลือกและเลือกตั้งโดยกลุ่มตัวแทนที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาคเอกชน อปท. ภาคองค์กรอิสระ และผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นต้น ภายในเขตสุขภาพจะประกอบด้วยหน่วยบริหารและหน่วยบริการทั้งของ **กระทรวงสาธารณสุข** ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศูนย์วิชาการเขต หน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป รพ.สต. หรือ **ศูนย์การแพทย์อื่นๆ** บางสาขา เช่น สถาบันจิตเวช สถาบันมะเร็ง เป็นต้น ยังประกอบด้วยหน่วยงาน อปท. ทั้ง อบจ. เทศบาลขนาดต่างๆ และ อบต. และหน่วยบริการที่ อปท. เป็นผู้ดูแลและเป็นเจ้าของ เช่น

ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นต้น รวมทั้ง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนแก่ อบต. โรงพยาบาลที่แยกออกมาเป็นองค์การมหาชน หน่วยบริการของส่วนราชการอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม และสถานบริการเอกชนต่างๆ จะเห็นได้ว่า เขตสุขภาพมีความซับซ้อนมากกว่าเพียงแค่การถ่ายโอนสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขไปสู่ อบต. และกำหนดว่าเป็นการกระจายอำนาจ แต่เขตสุขภาพเป็นระบบสุขภาพในพื้นที่ที่ต้องการการจัดการแบบเฉพาะ และเป็นองค์รวมแบบบูรณาการ

ปัญหาสำคัญของการกระจายอำนาจในปัจจุบัน

หลักคิดสำคัญ คือ ในระดับชาตินั้น การกระจายอำนาจมีจุดต้องพัฒนาและแก้ไขปัญหา 2 ประการที่สำคัญ คือ

1) ปัญหาขาดองค์กรที่ดูแลการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอย่างจริงจัง

ควรมีโครงสร้างคณะกรรมการอิสระระดับประเทศที่กำกับ ดูแล ติดตาม ในลักษณะของบอร์ดกระจายอำนาจด้านสุขภาพแห่งชาติ (National Health Decentralization Board) ซึ่งบทบาทการดูแลเรื่องกระจายอำนาจควรเป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข หรือเป็นบทบาทขององค์กรอิสระที่จัดตั้งใหม่ แต่บทบาทหน้าที่ของบอร์ดนี้จะมีประเด็นอะไรขัดแย้งกับบทบาทสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) หรือไม่ มีนักวิชาการบางคนให้ความเห็นว่าสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) นั้น ควรมีบทบาทกลั่นกรองนโยบายสุขภาพโดยรวมเสนอต่อรัฐบาล เหมือนการดำเนินงานพัฒนานโยบาย ส่วนกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการตามนโยบายที่รัฐบาลกำหนดในกระบวนการนโยบายภาคปฏิบัติ กระทรวงสาธารณสุขเองคงต้องมีส่วนรับผิดชอบเพราะเป็นผู้ดำเนินการตามนโยบายและกฎหมายกำหนด แต่ก็ยังคงมีความไม่ชัดเจนว่าควรจะเป็นหน่วยงานใดของกระทรวงสาธารณสุข อาจจะเป็นสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข หรือคณะทำงานในกระทรวงสาธารณสุขที่อาจจัดตั้งใหม่

2) ปัญหาเกี่ยวกับบทบาทกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขควรแสดงบทบาทระดับชาติในการกำหนดนโยบายการจัดบริการ ดูแลการจัดสรรทรัพยากร ควบคุมกำกับให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ และสร้างแนวทางการกระจายทรัพยากรให้เหมาะสมที่สุด ในการกระจายอำนาจนั้น กระทรวงสาธารณสุขต้องแสดงบทบาทผู้นำการดำเนินงาน และเสนอรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขเห็นว่าเหมาะสมที่สุด แนวทางที่นักวิชาการเสนอสำหรับบทบาทของคณะกรรมการประสานความร่วมมือดำเนินการด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดนั้น กระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลควรให้อำนาจแก่คณะกรรมการนี้สำหรับบทบาทหน้าที่การจัดทำแผนและใช้งบประมาณส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่ สปสข. โอนมาให้จังหวัดในการดำเนินงาน เป็นเรื่องที่ต้องถ่วงถ่วงและท้าทายให้จังหวัดที่สนใจและ

จังหวัดอื่นๆ ตื่นตัวจนสามารถดำเนินการได้ทั้งประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ควรยืดหยุ่นการใช้งบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนี้ตามสภาพปัญหาของพื้นที่ เพราะคนพื้นที่สามารถมองเห็นความจำเป็นและความเป็นไปได้มากกว่าเจ้าหน้าที่ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุขมอบอำนาจให้พื้นที่ได้มีบทบาทแก้ไขปัญห สุขภาพที่เกิดและประสบในพื้นที่ท้องถิ่น ให้พื้นที่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยบริบทของตนเองมากกว่าที่จะเป็นลักษณะสั่งการจากส่วนกลาง และแก้ปัญหาแบบเหมือนกันรูปแบบเดียว โดยไม่ปรับเปลี่ยนตามบริบทที่แท้จริง

เห็นได้ชัดเจนว่ากระทรวงสาธารณสุขจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทตามลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ กฎหมาย งบประมาณ และการวางแผน ซึ่งระดับความเข้มของตัวแปรทั้ง 3 จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดต่างๆ พอสรุปได้ดังนี้

การปรับเปลี่ยนบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

บทบาทกระทรวงสาธารณสุข

- 1) กำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติและต่างประเทศ
- 2) กำหนดกฎหมายที่เกี่ยวข้องและการบังคับใช้ทั้งกฎระเบียบ และการขึ้นทะเบียนใบอนุญาต
- 3) บริหารและพัฒนาบริการตติยภูมิ
- 4) จัดบริการระดับสูงทั้งทุติยภูมิและตติยภูมิ
- 5) จัดสรรงบประมาณลงทุนที่ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก
- 6) กระจายทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพเป็นธรรม
- 7) วางแผนผลิตและพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุขร่วมกับแหล่งผลิตและแหล่งฝึกอบรม
- 8) ร่วมมือกับองค์กรสุขภาพต่างประเทศ
- 9) เป็นศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศทางสุขภาพ
- 10) ควบคุมกำกับภาคเอกชน
- 11) ประสานงานกับ NGO ทั้งในและต่างประเทศ
- 12) ควบคุมป้องกันโรคระบาดที่รุนแรงและเกิดระหว่างประเทศ
- 13) ป้องกันอุบัติภัยระดับชาติร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน
- 14) ศูนย์กลางสำรองเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์ทางสาธารณสุขอื่นๆ สำหรับการป้องกันโรคระบาดและอุบัติภัยที่รุนแรง
- 15) ติดตามประเมินผลระดับประเทศร่วมกับกระทรวงอื่นๆ สำหรับการติดตามนโยบายที่รัฐบาลกำหนด
- 16) ร่วมมือกับ สปสช. สำหรับการดำเนินงาน Commissioning ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ

- 17) กำหนดมาตรฐานการจัดบริการ พร้อมกับการพัฒนาและการติดตามประเมินผลให้ได้ตามมาตรฐาน
- 18) ศึกษาวิจัยทางสุขภาพรวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ในระดับชาติ
- 19) ควบคุมกำกับมาตรฐานของเทคโนโลยีที่สิ้นเปลืองเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพ
- 20) กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนควรได้รับตามความจำเป็นพื้นฐาน ด้วยราคาบริการที่เป็นธรรม

บทบาทสำนักตรวจราชการสาธารณสุขเขต

- 1) กำหนดนโยบายระดับเขตเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและถ่ายทอดไปสู่พื้นที่
- 2) ติดตามประเมินผลนโยบายตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- 3) ประสานงานกับ สปสช. เขตเพื่อจัดระบบบริการในเขตพื้นที่ (Commissioning)
- 4) จัดทำแผนการกระจายอำนาจระดับเขตให้ดำเนินการต่อเนื่อง ทั้งการถ่ายโอน รพ.สต. รพ. องค์การมหาชน หรือการจัดแผนประสานงานในลักษณะเขตสุขภาพ
- 5) เผื่อระวางโรคระบาดที่รุนแรงในพื้นที่เขตและการเตรียมความพร้อมในการป้องกันควบคุมโรค
- 6) อภิบาลระบบสุขภาพในเขตในฐานะผู้จัดบริการ รวมทั้งการสร้างพันธมิตรทางสุขภาพกับ NGO และเอกชน
- 7) ประสานงานการดำเนินงานด้านสุขภาพระหว่างจังหวัดในเขต เช่น การจัดระบบส่งต่อในเขตให้เกิดประสิทธิภาพ โดยให้ อปท. มีส่วนร่วม
- 8) กระจายทรัพยากรและงบประมาณให้เกิดประสิทธิภาพเชิงการจัดสรรและเป็นธรรม
- 9) สนับสนุนการฝึกอบรมและเรียนรู้แก่สถานบริการและบุคลากรในเขต รวมทั้งบุคลากรทางสาธารณสุขของ อปท.
- 10) ศูนย์กลางข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการเข้าใจ และนำข้อมูลที่มีไปวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ

บทบาท สปสช.เขต

- 1) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและ อปท. ในการจัดบริการแบบบูรณาการ (Commissioning)
- 2) จัดสรรงบประมาณให้เกิดประสิทธิภาพ คุณภาพ และเป็นธรรม
- 3) จัดสรรงบประมาณแก่สถานบริการที่ถ่ายโอนตามที่กำหนดไว้โดยกำกับวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน (earmarked budget)
- 4) พัฒนาคุณภาพและกำกับมาตรฐานบริการให้ได้ตามที่กำหนดให้ได้มาตรฐานเดียวกัน

- 5) ติดตาม กำกับ และประเมินผลการนำงบประมาณไปดำเนินการให้แก่ประชาชนในพื้นที่
- 6) สร้างความเป็นธรรมของการคลังสุขภาพ (Equalization of Funds) ระหว่างพื้นที่ ร่ำรวยและยากจน
- 7) อภิบาลระบบโดยใช้อำนาจการซื้อบริการให้เกิดธรรมาภิบาล โดยร่วมกับกระทรวง สาธารณสุขและ อปท. ในการอภิบาลระบบโดยรวม
- 8) สร้างแรงจูงใจการจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการในพื้นที่ โดยมาตรการทางการเงินและการใช้ข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่
- 9) ดูแลกำกับระบบบริการที่มีส่วนผสมทั้งภาครัฐและเอกชนแบบ Public/Private Mix
- 10) สนับสนุนและประสานการดำเนินงานของ อปท. ในลักษณะเขตสุขภาพและสหการ
- 11) ขยายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ครอบคลุมทั้งบริการส่วนบุคคล โรงพยาบาล การป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการสาธารณสุข เพื่อสามารถประสานกับพื้นที่ได้ดี
- 12) จัดตั้งศูนย์ข้อมูลและติดตามด้านการคลังสุขภาพเพื่อสามารถนำไปวางแผนและ ประเมินผลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพ

บทบาทศูนย์วิชาการเขตกระทรวงสาธารณสุข

- 1) สนับสนุนวิชาการสุขภาพแก่หน่วยบริการ โดยเฉพาะที่ถ่ายโอนแก่ อปท.
- 2) ลดช่องว่างความรู้ระหว่างหน่วยบริการ อปท. กับกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดเวที การให้ความรู้ สัมมนาวิชาการ และเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ๆ
- 3) สนับสนุนการศึกษาวิจัยค้นคว้าแก่หน่วยบริการ
- 4) ติดตามประเมินผลและเผยแพร่องค์ความรู้แก่หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 5) ผูกอบรมบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขเพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ ทั้งภาครัฐ เอกชน และ อปท.
- 6) คิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อการพัฒน่องค์ความรู้ การบริการ และวิชาการที่เกี่ยวข้อง
- 7) ร่วมมือกับ อปท. ในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจแก่ อปท. เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและสังคมสุขภาพ
- 8) พัฒนาทักษะของ อปท. ในการวางแผนดำเนินการและประเมินผลด้านสุขภาพ

บทบาทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- 1) กำหนดนโยบายสุขภาพจังหวัดให้สอดคล้องกับส่วนกลางและความต้องการของพื้นที่
- 2) ประสานงานกับ อปท. ต่างๆ ให้เกิดบริการสุขภาพที่เชื่อมโยง ต่อเนื่องทั้งระบบ ส่งต่อและการดูแลกลุ่มประชาชนเป้าหมาย
- 3) ป้องกันควบคุมโรคระบาดที่รุนแรงในพื้นที่จังหวัด

- 4) สนับสนุนวิชาการและเทคนิคการบริการแก่สถานบริการที่อยู่ในสังกัด และถ่ายโอนหรือออกนอกระบบ
- 5) อภิบาลระบบสุขภาพจังหวัดโดยผ่านช่องทางบังคับบัญชาและการสร้างเครือข่าย
- 6) เป็นศูนย์รวมสำรองเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการป้องกันควบคุมโรคที่ระบาดรุนแรงและรวดเร็ว
- 7) ติดตามบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
- 8) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและประสานงานกับอปท. โดยเฉพาะ อบจ. เทศบาลเมือง เทศบาลนคร ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ด้านสังคมและคุณภาพชีวิต
- 9) ชักชวนสนับสนุน อปท. ให้เกิดความรู้ความเข้าใจในงานสาธารณสุขและมองเห็นความจำเป็นและสำคัญในการลงทุนทางสุขภาพ

บทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

- 1) เป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขในการประสานงานกับ อปท. ให้กำหนดนโยบาย และสามารถดำเนินการสอดคล้องตามนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- 2) เป็นหน่วยงานเชื่อมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อปท. และประชาชนในการกำหนดกลยุทธ์การแก้ปัญหาสุขภาพ การวางแผน และติดตามประเมินผล
- 3) เป็นผู้สนับสนุนวิชาการและเทคนิคการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อม และการสาธารณสุขชุมชนแก่ อปท.
- 4) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อให้จังหวัด เขต กระทรวงสาธารณสุข และ อปท. สามารถเข้าใจตรงกัน
- 5) ร่วมเป็นคณะกรรมการในระดับอำเภอ เพื่อร่วมในการดำเนินงานภารกิจที่ถ่ายโอนสัมฤทธิ์ผลตามเจตนารมณ์การกระจายอำนาจ
- 6) ร่วมกำกับดูแลและพัฒนา รพ.สต. ในพื้นที่และการสนับสนุนการดำเนินงานของ รพ.สต.
- 7) พัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพซึ่ง อปท. ยังขาดผู้เชี่ยวชาญและประสบการณ์การดำเนินงานสุขภาพ
- 8) สะท้อนปัญหาการบริการแก่จังหวัด เขต และ อปท. เพื่อให้เกิดการพัฒนา
- 9) อภิบาลระบบสุขภาพและระบบการกระจายอำนาจให้เกิดธรรมาภิบาลที่ดีในอำเภอพื้นที่
- 10) ค้นคว้าเรียนรู้วิจัยด้านสาธารณสุขในพื้นที่ แบบ area based research and study
- 11) สนับสนุนและชักชวนให้ อปท. จัดหาหรือซื้อบริการที่จำเป็นแก่ประชาชนในพื้นที่

ตารางที่ 3 บทบาทกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดหลังการกระจายอำนาจ

บทบาท	กระทรวงสาธารณสุข	สำนักตรวจเขต	สสจ.	ศูนย์วิชาการเขต	สปสช.เขต
นโยบายสุขภาพ	ระดับชาติ	ระดับเขต	ระดับจังหวัด	วิชาการสนับสนุน	การคลัง
บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ โรคเรื้อรัง และ กลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้พิการ	กำหนดนโยบาย	นิเทศติดตาม	กำกับดูแล	วิชาการ	แหล่งเงิน
บริการสังคม	กำหนดนโยบาย	นิเทศติดตาม	ประสาน อปท.	สนับสนุนวิชาการ	จัดงบประมาณ
รพ.สต. โรงพยาบาล ศูนย์การแพทย์	กำหนดนโยบาย	นิเทศติดตาม	กำกับดูแล จัดสรร	วิชาการ	กำกับคุณภาพ
ทรัพยากรสาธารณสุข	กำหนดนโยบาย	จัดสรร กำกับดูแล	กำกับดูแล	ประสาน	กำกับคุณภาพ
กฎหมาย	กำหนดบังคับใช้	กำกับการใช้	กำกับการใช้	ประสานวิชาการ	กำกับดูแลการคลัง สุขภาพ
ภาคเอกชน	กำกับควบคุม	ประสาน	ประสาน	ประสานวิชาการ	กำกับคุณภาพ

เมื่อนำเอาบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานในสังกัดมาเปรียบเทียบ จะทำให้มองภาพเด่นชัด 2 ประการ คือ ลำดับชั้นของบทบาทที่มี และขอบเขตความรับผิดชอบ ในระบบสุขภาพ ซึ่งจะทำให้สามารถมองภาพการกำหนดนโยบาย และแผนงานในการจัดบริการ สุขภาพพื้นที่หลังกระจายอำนาจได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังตารางที่ 3

กล่าวได้ว่า กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดนโยบายบริการสุขภาพและถ่ายทอด นโยบายไปสู่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ ทางด้านวิชาการ ศูนย์วิชาการเขตเป็นผู้สนับสนุนวิชาการ ให้หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขและ อปท. ส่วน สปสช. เป็นผู้กำหนดนโยบายด้านการคลังใน ฐานะผู้ซื้อบริการแทนประชาชน ขณะเดียวกัน สปสช. เป็นผู้กำกับดูแลคุณภาพและประสิทธิภาพ

ของบริการที่จ่ายแก่หน่วยบริการ การจัดบริการเป็นบทบาทหลักกระทรวงสาธารณสุขในทุกระดับ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายการจัดบริการ สำนักงานตรวจราชการเขตเป็นผู้รับผิดชอบติดตามงานตามนโยบายกำหนด สสจ. และ สสอ. เป็นผู้กำกับดูแลให้หน่วยบริการดำเนินการตามนโยบาย ศูนย์วิชาการสนับสนุนด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องและติดตามประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ส่วน สปสช. เป็นแหล่งเงินที่มีอำนาจการซื้อบริการและติดตามคุณภาพตามที่ต้องการ ความสัมพันธ์กับเอกชน นั้นกระทรวงสาธารณสุขจะกำกับดูแลภาคเอกชนให้จัดบริการที่มีคุณภาพและคุ้มครองความปลอดภัยแก่ประชาชน แม้จะไม่สามารถกำกับดูแลได้มากนัก แต่ก็สามารถควบคุมพฤติกรรมบริการโดยผ่านระเบียบและกฎหมายที่ได้รับอำนาจในฐานะเจ้าของส่วนราชการ สปสช. จะกำกับคุณภาพบริการหน่วยบริการเอกชนที่เป็นคู่สัญญา ในฐานะเจ้าของเงินที่จ่ายแก่สถานบริการเอกชน

บทบาทกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่

บทบาทส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น เป็นความรับผิดชอบที่สอดคล้องกันของทั้ง กระทรวงสาธารณสุขและ อปท. ตามกฎหมายบัญญัติ ที่น่าสนใจมากคือ อปท. ได้เกิดดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อม การป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพแบบสหการ แม้ไม่มีกฎหมายสหการรองรับ

มีข้อมูลที่แสดงว่า อปท. ได้ดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ผลดีหลายกรณีศึกษา เช่น การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก และสตรี เป็นต้น การควบคุมป้องกันโรคระบาด เช่น ไข้เลือดออก หรือโรคอุบัติใหม่อย่างเช่นไข้หวัดนก หรือไข้หวัดใหญ่ 2009 เป็นต้น มีหลักฐานที่แสดงถึงการความร่วมมือของ อปท. กับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และปศุสัตว์อำเภอ ในการแก้ไขและป้องกันการระบาดของไข้หวัดนกในท้องถิ่น อปท. ให้การสนับสนุนงบประมาณและการดำเนินการเชิงรุกด้านสุขภาพแก่ รพ.สต. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การป้องกันโรคเอดส์และยาเสพติด เป็นต้น มีโครงการของกรมควบคุมโรคที่กระตุ้นให้ อปท. เข้ามารับรู้ข้อมูลและเข้าใจการป้องกันควบคุมโรค และร่วมมือนำเสนอประกวดการใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาสำหรับป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดต่อในพื้นที่ เป็นต้น เหล่านี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในท้องถิ่นนั้น สามารถประสบความสำเร็จอย่างดีโดยความร่วมมือกับ อปท. ดังนั้น การปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุขสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เหมาะสมกับบทบาท อปท. จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ

จากประสบการณ์ที่ประเทศไทยสามารถสกัดกั้นการระบาดโรคไข้หวัดนก และไข้หวัดใหญ่ 2009 ได้ผลดีนั้น เป็นผลของการมีโครงสร้างการบริการและการจัดการด้านสาธารณสุขที่ดีของกระทรวงสาธารณสุข สิ่งสำคัญคือ การรวมศูนย์การป้องกันโรคแบบเป็นระบบสอดคล้อง

รับกันทั้งประเทศ ที่กระทรวงสาธารณสุขสามารถสั่งการและดำเนินการได้ทันที ดังนั้น การสาธารณสุขและการป้องกันโรคที่มีการระบาดรวดเร็ว รุนแรง และเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ไม่มียังมีความรู้มาก่อน ต้องเป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในระดับชาติ แต่ อปท. สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการในระดับพื้นที่ได้

การที่จะสามารถเข้าใจและเชื่อมโยงบทบาทกระทรวงสาธารณสุข ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้เข้าได้กับบทบาทด้านสาธารณสุขของ อปท. นั้น สมควรพิจารณาบทบาท อปท. ควบคู่ไปกับบทบาทกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีแนวคิด 3 แนวทางคือ

1) บทบาทที่ อปท. รับผิดชอบพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก และสตรี เป็นต้น จะเป็นเรื่องการพัฒนาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น สิ่งแวดล้อมที่ดี ชุมชนน่าอยู่ การกำจัดน้ำเสีย เป็นต้น บทบาทเหล่านี้กระทรวงสาธารณสุขควรให้การสนับสนุน ไม่ต้องดำเนินการเอง

2) บทบาทที่ อปท. สามารถดำเนินการได้ แต่กระทรวงสาธารณสุขต้องช่วยพัฒนาและผลักดัน บทบาทนี้เป็นเรื่องของการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในประชาชนเป็นชุมชนใหญ่ เป็นเรื่องของบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น อาหารและน้ำสะอาด เป็นต้น เหล่านี้กระทรวงสาธารณสุขต้องให้ความรู้และกระตุ้นโดยใช้มาตรฐานการบังคับกฎหมายที่จำเป็น

3) บทบาทระดับชาติที่กระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการเองและไม่สมควรเสี่ยงต่อความเสียหาย ได้แก่ การควบคุมโรคระบาดระดับชาติหรือระหว่างประเทศ โรคระบาดที่อุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำที่รุนแรงรวดเร็ว กระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นหลักดำเนินการโดยอาศัย อปท. เป็นองค์การที่จะเร่งการดำเนินงานให้ลุล่วงโดยรวดเร็ว อย่างกรณีโรคไข้หวัดนกและไข้หวัด 2009 ที่เกิดขึ้น

จาก 3 แนวทางที่กล่าวข้างต้นทำให้สามารถแจกแจงบทบาทสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่จะเชื่อมโยงไปสู่ อปท. สำหรับป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพได้ดังนี้

1) กำหนดนโยบายการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของชาติและระหว่างประเทศ สร้างกลวิธีให้นำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ อปท.

2) รับผิดชอบควบคุมป้องกันโรคที่ระบาดรุนแรงรวดเร็วและอุบัติใหม่ เช่น ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ 2009 และสร้างเครือข่ายการประสานงานในพื้นที่ทั้งภาครัฐ อปท. และเอกชน

3) ประสานการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ โดยเฉพาะระหว่าง อปท. ทั้งหลายให้เกิดการทำงานแบบสหการที่มีประสิทธิภาพ

4) จัดสรรงบประมาณร่วมกับ อปท. ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ หรือ ชนกลุ่มน้อยเผ่าพื้นเมือง เป็นต้น ในโครงการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก และป้องกันภาวะตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

5) สนับสนุนวิชาการและติดตามผลการดำเนินงานแบบพันธมิตรทางสุขภาพ เช่น แผนกสาธารณสุขที่จัดตั้งในเขตพื้นที่ Health Authority ของประเทศอังกฤษ

6) อภิบาลเชิงระบบโดยผ่านการวางแผนและการกำกับงบประมาณที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามนโยบายที่ต้องการ โดยเฉพาะงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายไว้ชัดเจน

7) เป็นศูนย์ข้อมูลทางสุขภาพให้เกิดการเรียนรู้ การวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอให้ อปท. มองเห็นประเด็นความต้องการของประชาชนในพื้นที่ เพื่อการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

8) ฝึกอบรมแก่ อปท. ให้เกิดความรู้ ทักษะ และการนำไปใช้เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเกิดประสิทธิผล เช่น ระบาดวิทยา การวางแผน และการประเมินผล

9) การบังคับใช้กฎหมายที่จำเป็นเพื่อให้เกิดผลทางปฏิบัติ โดยไม่ให้กระทบฐานเสียงทางการเมือง เช่น เขตปลอดบุหรี่ สารพิษ และการกำจัดสารพิษน้ำเสีย เป็นต้น

เหล่านี้แสดงให้เห็นชัดเจนว่า กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทอย่างมากเพื่อเชื่อมโยงกับ อปท. สำหรับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ อปท. ประเด็นที่น่าสนใจและท้าทายคือ การกำหนดโครงสร้างในการร่วมมือแบบพันธมิตรจะเป็นเช่นไร

ทั้งนี้ เมื่อนำเอาบทบาทกระทรวงสาธารณสุขและบทบาท อปท. มาเปรียบเทียบจะเห็นความเหมือนและแตกต่างอย่างชัดเจน ซึ่งผลการเปรียบเทียบจะนำไปสู่แนวทางการกำหนดทิศทางการเชื่อมโยงบทบาท และการถ่ายโอนภารกิจบริการสุขภาพไปสู่ อปท. ได้ชัดเจนมากขึ้น การเปรียบเทียบบทบาทด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ อปท. จะเห็นได้ว่าบทบาทกระทรวงสาธารณสุขด้านนโยบายและการบริการ จะเป็นภาพรวมของประเทศและประสานงานกับต่างประเทศ แต่ อปท. จะเป็นการนำนโยบายสู่การปฏิบัติและตอบสนองพื้นที่ งบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จะกำหนดเป็นงบประมาณเฉพาะ ส่วน อปท. สามารถนำงบประมาณส่วนท้องถิ่นมาจัดบริการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม กระทรวงสาธารณสุขจะมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนวิชาการ ฝึกอบรม เพิ่มพูนทักษะและความรู้ ในขณะที่ อปท. จะเป็นการฝึกปฏิบัติการภาคสนามและเตรียมรับมือในการควบคุมโรคระบาด กระทรวงสาธารณสุขเป็นศูนย์ข้อมูลที่จะนำข้อมูลทั้งประเทศมาวิเคราะห์สังเคราะห์และส่งต่อไปสู่พื้นที่ แต่ อปท. นั้นเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการและนำข้อมูลมาสู่ระบบที่จัดตั้งในพื้นที่และระบบทั้งประเทศ ส่วนเรื่องการอภิบาลระบบบริการ กระทรวง

สาธารณสุขจะดูแลระบบใหญ่ที่ต้องใช้ข้อมูลงบประมาณและวิชาการที่เข้มแข็ง ในลักษณะที่พันธะความรับผิดชอบเป็นระดับชั้น (Hierarchical accountability) ขณะที่ อปท. นั้น อภิบาลการจัดบริการให้เกิดคุณภาพประสิทธิภาพและเป็นธรรม เป็นการอภิบาลระบบพื้นที่แนวระนาบต่อประชาชน (Horizontal accountability) กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดและออกระเบียบกฎหมายในภาพรวมประเทศ แต่ อปท. มีอำนาจออกกฎหมายระเบียบระดับพื้นที่ในท้องถิ่นตามที่มีอำนาจและสอดคล้อง ไม่ขัดแย้งกับกฎหมายของประเทศและที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาขอบเขตบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและ อปท. ดังกล่าวนี้อันแล้ว ก็สามารถกำหนดทิศทางและแนวทางการปฏิบัติงานของทั้งส่วนกลางและท้องถิ่นในพื้นที่ได้ชัดเจนขึ้น อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่า อปท. จะไม่สามารถดำเนินการได้มากกว่าที่เปรียบเทียบเพราะ อปท. หลายแห่งมีทั้งศักยภาพด้านงบประมาณ บุคลากร และวิชาการ ดังนั้น อปท. เองสามารถพัฒนาการดำเนินงานที่ก้าวหน้ากว่าที่กำหนดนี้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องจัดทำแผนและทิศทางไว้ให้ชัดเจน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบลักษณะสำคัญของบทบาทด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทบาท	กระทรวงสาธารณสุข	อปท.
กำหนดนโยบาย	ระดับชาติและระหว่างประเทศ	ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและตอบสนองพื้นที่
การป้องกันโรค	โรคระบาดรุนแรงทั้งอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ	โรคระบาดในพื้นที่ตามฤดูกาล
การส่งเสริมสุขภาพ	ครอบคลุมทั่วประเทศ เช่น ธาราสีเขียว บุหรี่	คุณภาพชีวิต บริการสังคมด้านสุขภาพ การดูแลที่บ้าน
งบประมาณ	สนับสนุนแบบงบประมาณเฉพาะเจาะจง	พัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม
วิชาการ	ฝึกอบรมและสนับสนุนวิชาการ	ซ่อมรับมือโรคระบาดและการประสานงาน
ศูนย์ข้อมูล	ศูนย์กลางข่าวสารและเผยแพร่และนำไปวางนโยบาย	การรวบรวมและวิเคราะห์เสนอส่วนกลางและนำมาพัฒนา
การอภิบาล	ระดับนโยบายและระบบ	ระดับปฏิบัติและดำเนินการ
กฎหมาย	ออกกฎหมายและบังคับใช้	แปลงสู่ปฏิบัติและออกกฎหมายในพื้นที่

การอภิบาลระบบสุขภาพหลังกระจายอำนาจ

การอภิบาลระบบต้องเน้นถึงผลประโยชน์ของประชาชนที่ได้รับจากการกระจายอำนาจ และต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและติดตามประเมินผล การปรับบทบาทของ กระทรวงสาธารณสุข ควรเริ่มจากการที่หน่วยงานที่ทำหน้าที่วางแผนและกำหนดนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขต้องเริ่มต้นตัวในการวางแผนทั้งระยะสั้น กลาง และยาว ให้สอดคล้องกับ บริบทการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพ รูปแบบที่สามารถมองเห็น คือการปรับปรุงรูปแบบกลไกการทำงานที่มีแนวคิดเชิงการเมืองที่เหมาะสม การอภิบาลระบบที่ระดับเขตและจังหวัด ทั้งนี้ นักวิชาการเสนอให้ใช้โครงสร้างเดิมแต่ให้เกิดการต่อยอด และสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือสำหรับ ดูแลจัดการระบบสุขภาพ จังหวัดสามารถอภิบาลระบบได้โดยไม่ต้องสนับสนุนการทำงาน อปท. อย่างชัดเจน ส่วนในระดับพื้นที่ต้องเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการและเป็นผู้อภิบาลระบบโดยเฉพาะการดูแลตรวจสอบการทำงานของ อปท.

สิ่งสำคัญที่สุดก็คือการอภิบาลต้องยึดผลประโยชน์ที่ประชาชนได้รับเป็นจุดศูนย์กลาง สร้างความโปร่งใสในการดำเนินการ เน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยเฉพาะผลกระทบของการเกิดความไม่เป็นธรรมระหว่างพื้นที่หลังการกระจายอำนาจ การมีพันธะความรับผิดชอบ (accountability) และประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ซึ่งสามารถใช้เป็นกรอบการพิจารณา แนวทางกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะการพิจารณาทางเลือกที่ควรเป็นและเหมาะสม

การอภิบาลระบบโดยรวมจำเป็นต้องสร้างความเหมาะสมของทั้งระบบ ที่ต้องประกอบด้วย

- 1) อภิบาลโดยระบบราชการในกระทรวงสาธารณสุขตามสายบังคับบัญชาจากกระทรวงสู่เขต จังหวัด และอำเภอ มีข้อด้อยที่ขาดการสร้างการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคประชาชน
- 2) อภิบาลโดยผ่านกลไกตลาด โดยอาศัยอำนาจซื้อบริการของ สปสช. สร้างแรงจูงใจ แต่สร้างปัญหาการไม่คำนึงถึงประชาชน เพราะมุ่งแสวงหาผลตอบแทนด้านงบประมาณตามที่ สปสช.กำหนด ทำให้หน่วยบริการอาจละทิ้งการสาธารณสุขและการส่งเสริมป้องกันโรคที่รุนแรง และขาดการประสานงานกับ อปท. ในบทบาททางสังคมอื่นๆ
- 3) อภิบาลผ่านการสร้างเครือข่ายพันธมิตรทางสุขภาพ ซึ่งสร้างความร่วมมือของฝ่ายต่างๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข แต่อ่อนแอในการนำกฎหมายมารองรับการดำเนินงานและการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะการมีอิทธิพลของการเมือง

จะเห็นว่าการอภิบาลระบบโดยรวมจะแยกออกไปตามระบบการจัดการสุขภาพ ที่อิงกับการปกครอง เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และการจัดการภาครัฐแนวใหม่ การอภิบาลระบบให้ครอบคลุมประกอบจำเป็นต้องกำหนดกลไกที่มีตัวแทนของผู้มีส่วนได้เสีย และมีบทบาทสำคัญในช่องทางการอภิบาลทั้ง 3 เห็นสมควรให้เกิดกลไกคณะกรรมการที่มีความรับผิดชอบแต่ละช่องทาง ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วก็ดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน คือ คณะกรรมการประสานงานและร่วมมือในระยะแรก โดยการแต่งตั้งในจำนวนกรรมการที่พอเหมาะตามสัดส่วน และขั้นตอนต่อไปพัฒนาให้เกิดคณะกรรมการที่มีอิสระ มาจากการเลือกตั้งและมีความรับผิดชอบที่รองรับด้วยกฎหมายชัดเจน

หากพิจารณามิติธรรมาภิบาลที่มีคุณลักษณะ 10 ประการ โดยนำมาเป็นตัวแปรสำคัญสำหรับเปรียบเทียบช่องทางการอภิบาลทั้ง 3 ช่องดังกล่าวแล้ว คือ ผ่านระบบราชการ กลไกตลาด และเครือข่ายระหว่างภาครัฐเอกชนและชุมชน จะพบได้ว่า ช่องทางการอภิบาลโดยระบบราชการ ซึ่งหลังการกระจายอำนาจคงต้องอาศัยระบบการปกครองส่วนภูมิภาคเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ และระบบการปกครองส่วนท้องถิ่นของ อบต. เห็นได้ว่าช่องทางระบบราชการเข้มงวดในคำสั่งการของผู้บังคับบัญชา จึงเป็นช่องทางที่ให้หน่วยบริการต่างๆ ปฏิบัติตามคำสั่งนโยบายและกฎระเบียบ มุ่งผลตามเป้าหมายกำหนดและสั่งการ จึงดูเหมือนมีประสิทธิภาพมาก ขณะเดียวกันก็ไม่สร้างหรือเปิดโอกาสให้ชุมชน เอกชน และองค์กรอิสระมีส่วนร่วม ตรวจสอบด้วยระบบราชการ การสั่งการโดยอำนาจทางการบังคับบัญชาทำให้ไม่ต้องการความเห็นแบบประชาธิปไตย และมีพันธะความรับผิดชอบต่อผู้บังคับบัญชามากกว่าประชาชนที่รับบริการหรือต้องการความช่วยเหลือ

ส่วนกลไกตลาดดังกล่าวมาแล้ว จะผ่านกลไกตลาดเทียม (Pseudo-market) ที่แยกผู้ซื้อและผู้จัดบริการออกจากกัน การอภิบาลระบบผ่านกลไกอำนาจการซื้อบริการ มุ่งเน้นสร้างประสิทธิภาพทางการคลังสุขภาพ การอภิบาลระบบจึงสร้างประสิทธิภาพการบริการสูงสุดโดยมองความคุ้มค่าของเงินงบประมาณที่ใช้จ่าย หน่วยบริการเน้นสร้างบริการที่ก่อรายได้ จึงไม่ก่อให้เกิดการตอบสนองความต้องการของชุมชน ไม่สร้างการมีส่วนร่วม แม้ตรวจสอบโปร่งใสกว่ากลไกทางราชการ แต่การเข้าถึงข้อมูลบริการโดยเฉพาะการจัดการทำได้ยาก บริการเน้นกลุ่มเป้าหมายที่ก่อรายได้ อาจทำให้เกิดความไม่เท่าเทียม ไม่เป็นธรรม และไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรต่างๆ โดยเฉพาะบริการสาธารณสุขที่เป็นบริการสาธารณะ ที่ต้องให้บริการแบบไม่คิดมูลค่า จะถูกละเลย เพราะหน่วยบริการต้องการการอยู่รอดทางการเงินมากกว่าการตอบสนองต่อประชาชน พันธะความรับผิดชอบต่อหน่วยบริการจึงตอบสนองต่อนโยบายของผู้มีอำนาจการซื้อ เป็นผู้จ่ายค่าตอบแทน เป็นผู้จ่ายเงินค่าบริการแทนที่จะมีพันธะความรับผิดชอบต่อชุมชนและประชาชนในพื้นที่

ส่วนการอภิบาลระบบโดยใช้เครือข่ายพันธมิตรระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชน จะต้องใช้กลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อาศัยระบอบประชาธิปไตยที่ใช้มติของเสียงส่วนใหญ่ในการตัดสินใจ จึงพยายามตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของพื้นที่ที่แท้จริง เพราะมีตัวแทนของประชาชนเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง บริการที่เกิดขึ้นจึงมีความเท่าเทียม ครอบคลุมทุกความต้องการ และทุกกลุ่มประชาชนที่แท้จริง เพราะนโยบาย แผนงาน และการดำเนินงานมาจากปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ดังนั้นการอภิบาลด้วยการสร้างเครือข่ายจึงมีคุณลักษณะที่ดีของการสร้างการมีส่วนร่วม โปร่งใส ตรวจสอบได้ ตอบสนองความต้องการของประชาชนที่แท้จริง อาศัยระบอบประชาธิปไตยที่มีความคิดเห็นมาจากส่วนใหญ่ที่ถูกต้อง สร้างความเท่าเทียมเป็นธรรมทางสุขภาพ และจัดบริการให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส พันธะความรับผิดชอบมุ่งเน้นความต้องการและปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ มากกว่าการตอบสนองแก่รัฐบาล อปท. และผู้จ่ายค่าบริการ จึงนับว่าเป็นการอภิบาลระบบที่เกิดจากบทบาทหน้าที่โดยตรง (Functional governance) มากกว่าอภิบาลระบบแบบโครงสร้าง (Structural governance) ซึ่งเป็นการอภิบาลที่จะพัฒนาไปสู่ธรรมาภิบาลที่ต้องการ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคุณลักษณะตามมิติธรรมาภิบาลระหว่างช่องทางการอภิบาลระบบ

ช่องทางการอภิบาลระบบ มิติธรรมาภิบาล	ระบบราชการ	กลไกตลาด	เครือข่ายพันธมิตร
การมีส่วนร่วมของชุมชน	+	++	+++
การปฏิบัติตามกฎระเบียบ	+++	++	+
ความโปร่งใสตรวจสอบได้	+	++	+++
การตอบสนองความต้องการชุมชน	++	+	+++
ประชาภคิตที่ถูกต้อง	+	++	+++
ความเป็นธรรมและครอบคลุม	++	+	+++
การสร้างประสิทธิผลตามเป้าหมาย	+++	++	+
ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร	++	+++	+
พันธะรับผิดชอบต่อประชาชน	+	++	+++

หมายเหตุ +++ มาก

++ ปานกลาง

+ น้อย

ข้อควรระวังและปัญหาอุปสรรคการกระจายอำนาจ

ประเด็นข้อควรระวังและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ที่ต้องประเมินคู่ขนานไปกับการดำเนินงานการกระจายอำนาจ ประกอบด้วย

- 1) ประเด็นความไม่พร้อมของ อปท.
- 2) สถานะที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังหลังเจ้าหน้าที่โอนย้ายไปสังกัด อปท.
- 3) การเมืองท้องถิ่นที่ผู้นำไม่มีความแน่นอนแต่มีอำนาจเต็ม
- 4) ความไม่เต็มใจของกระทรวงสาธารณสุขในการกระจายอำนาจ
- 5) ผลกระทบต่อความไม่เป็นธรรมของการกระจายอำนาจ

แนวทางการแก้ไขคือ การเตรียมความพร้อมทั้งส่วนของ อปท. และกระทรวงสาธารณสุข สร้างความเข้าใจในการดำเนินงานซึ่งแม้จะมีคณะกรรมการประสานความร่วมมือดำเนินการด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดตามที่นายกรัฐมนตรีมีคำสั่งแต่งตั้ง แต่บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่กำหนดก็ยังไม่มีความชัดเจนและนำไปปฏิบัติได้ยาก จำเป็นต้องระมัดระวังและดำเนินการอย่างรอบคอบ

สรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ ได้ดังนี้

1) ความหมายของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในบริบทของประเทศไทยนั้น มีความหมายที่มุ่งผลประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่ ไม่ได้มุ่งว่าจะต้องถ่ายโอนหน่วยบริการแก่อปท.เท่านั้น ดังนั้นสมควรที่รัฐบาล อปท. และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจและสร้างความรู้ความเข้าใจแก่หน่วยบริการ เจ้าหน้าที่ และประชาชน ให้สื่อความหมายได้ตรงกันด้วยวิธีการสื่อสารต่างๆ

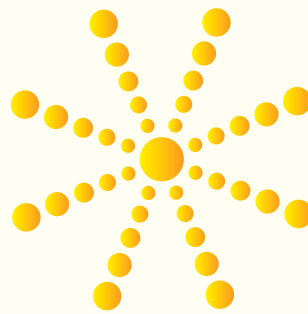
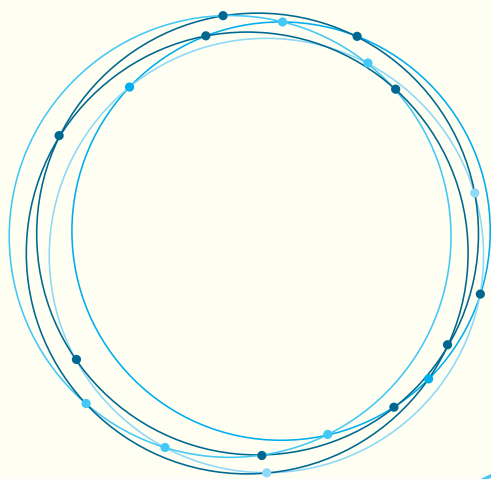
2) ทางเลือกของการกระจายอำนาจและการจัดการหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข นั้น เขตสุขภาพภายใต้การกำกับดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นทางเลือกที่เหมาะสม และสมควรเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่สุด แต่ก็ไม่ได้หมายความว่ากีดกันการถ่ายโอนหน่วยบริการ เช่น รพ.สต. ไปสู่ อปท. รวมทั้งยังเปิดโอกาสให้สถานบริการโดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีความพร้อมสามารถออกนอกกรอบเป็นองค์การมหาชนในกำกับรัฐ

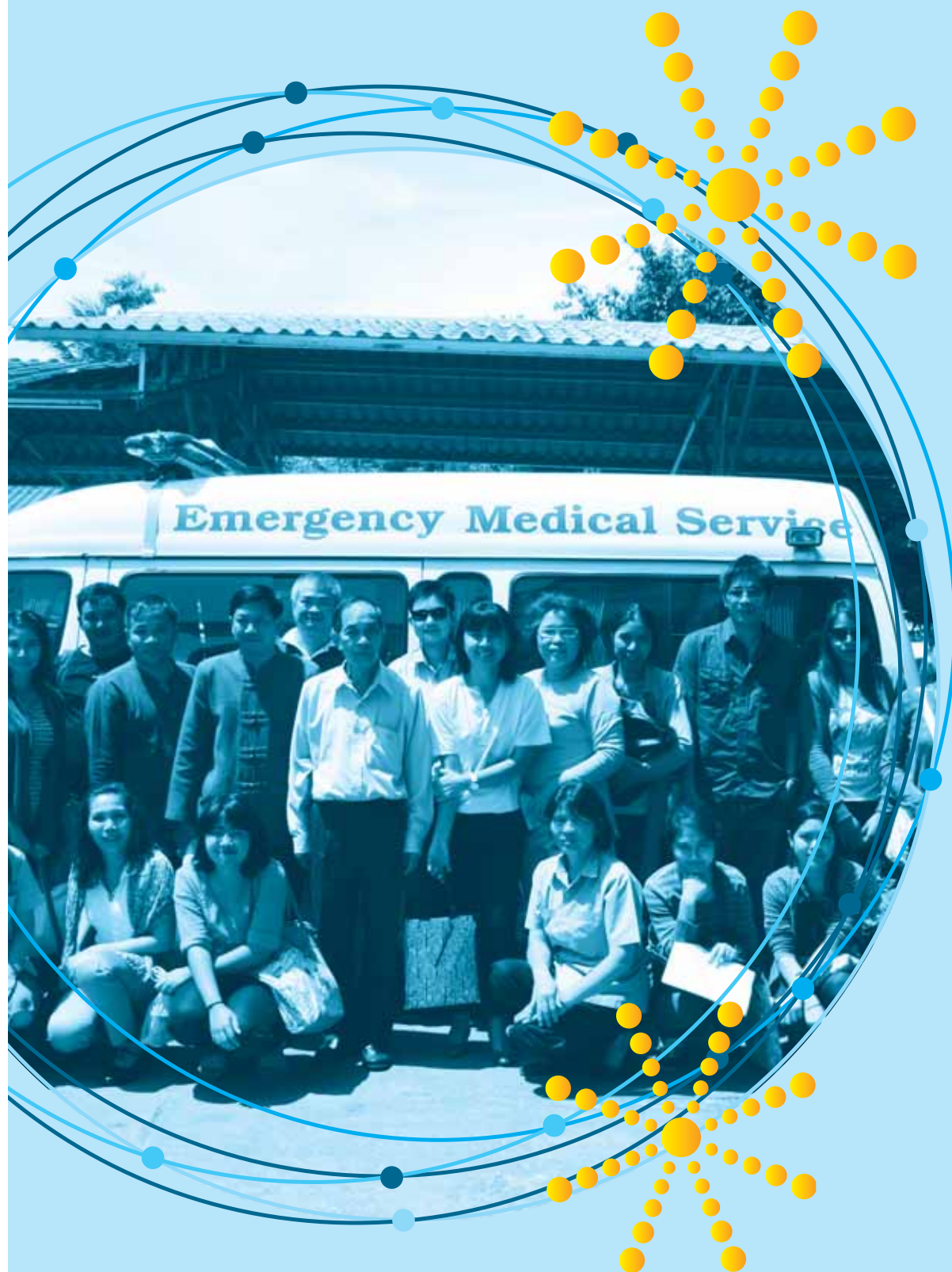
3) ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงกับการกระจายอำนาจอย่างเป็นทางการและอิสระ เป็นงานรับผิดชอบโดยตรง ไม่ใช่เป็นความรับผิดชอบที่ไม่ชัดเจน เพื่อจัดทำแผนและทิศทางที่ชัดเจนทั้งระยะสั้นและยาว ควรมีกฎหมายรองรับโครงสร้างที่เป็นทางการและมีอำนาจกำหนดไว้อย่างเป็นทางการ เพื่อให้สามารถดำเนินการและรับผิดชอบได้เต็มที่ หน่วยงานดังกล่าวสมควรอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขมากกว่าส่วนราชการอื่นๆ เพื่อให้เกิดการประสานงานและรับผิดชอบตามกฎหมายกำหนดว่าเป็นบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

4) บทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานที่รับผิดชอบตั้งแต่เขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศูนย์วิชาการเขต หน่วยบริการ สปสช. อปท. และคณะกรรมการต่างๆ หลังกระจายอำนาจต้องมีกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบที่ชัดเจน ทั้งเชิงโครงสร้างและอำนาจ ทั้งแนวดิ่งและแนวนอน และมีการรับรองด้วยระเบียบปฏิบัติหรือกฎหมายที่จำเป็น ไม่เป็นการอาศัยเพียงกฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือกฎหมายที่มีอยู่เดิมที่ไม่ทันสมัยและมีข้อจำกัด ควรมีการทบทวน ศึกษากฎหมาย ระเบียบ และแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่เดิม และวิเคราะห์หาช่องว่างและจุดอ่อน รวมทั้งความต้องการด้านกฎระเบียบที่จำเป็น โดยเฉพาะกฎหมายที่รับรองสถานภาพของคณะกรรมการเขตสุขภาพและเขตสุขภาพเอง

5) การอภิบาลระบบโดยการสร้างเครือข่ายนั้นเป็นการอภิบาลที่มีข้อดีมากกว่าช่องทางอื่นๆ อย่างไรก็ตาม การอภิบาลโดยระบบราชการเดิมและกลไกตลาดของการซื้อและจัดบริการยังมีข้อดี การผสมผสานอภิบาลระบบเข้าด้วยกัน โดยให้ระบบราชการยังคงมีบทบาทแต่ให้เกิดการกระจายอำนาจการตัดสินใจสู่พื้นที่ และสนับสนุนให้เกิดระบบกลไกตลาดที่เน้นคุณภาพบริการมากกว่าการมุ่งหาผลตอบแทนทางการเงิน โดยการบูรณาการบริการสุขภาพให้ดำเนินการโดยรวม แทนบริการที่สร้างรายได้ และสร้างเครือข่ายพันธมิตรของการอภิบาลระบบโดยใช้แนวทางของธรรมาภิบาลที่ต้องการ จะก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีและประสานการดำเนินงานได้ผลลัพธ์ที่ดี

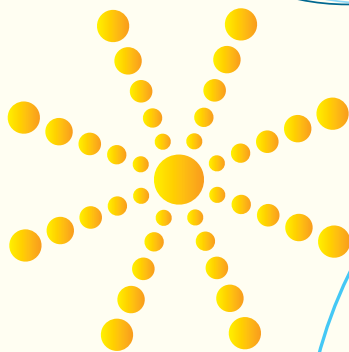
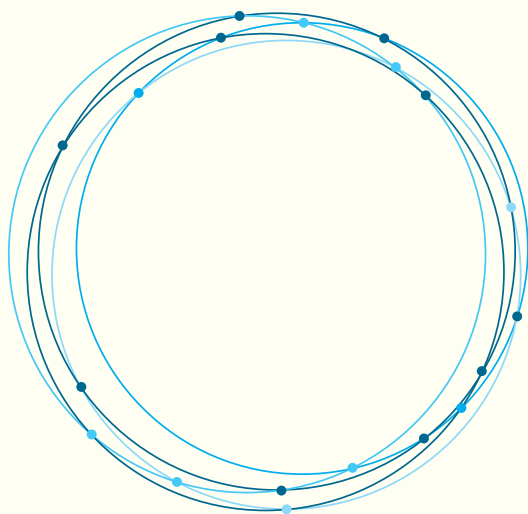
6) ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนาในพื้นที่การกระจายอำนาจที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กันกับการกระจายอำนาจที่ดำเนินการอยู่ เพราะการกระจายอำนาจเป็นเพียงเครื่องมือมากกว่าจะเป็นเป้าหมายเพียงการถ่ายโอนสถานบริการ โดยเฉพาะการจัดตั้งเขตสุขภาพ จำเป็นต้องศึกษา วิจัย และพัฒนาร่วมไปกับการดำเนินงานกระจายอำนาจ เพราะการเลือกทางเลือกเขตสุขภาพนั้นต้องการรายละเอียดทั้งทางโครงสร้างและความสัมพันธ์ทางอำนาจ ซึ่งในบริบทการดำเนินงานก็มีปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลอย่างมาก การดำเนินงานในพื้นที่หนึ่งๆ อาจต้องปรับแก้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

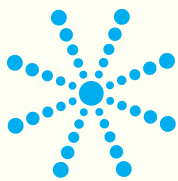




8

คิดเพื่อก้าวไปข้างหน้า





คิดเพื่อก้าวไปข้างหน้า

ที่มาของการกระจายอำนาจ

เริ่มจากแนวคิดทางวิชาการและกลายเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการแก้ไขปัญหาของประเทศไทยมาหลายยุคหลายสมัย ตลอดจนได้รับการกำหนดเป็นนโยบายของรัฐบาลต่างๆ มาโดยตลอด ในส่วนของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้น ถือเป็นภารกิจส่วนย่อยส่วนหนึ่งที่รัฐบาลกลางจะต้องโอนถ่ายกระจายอำนาจภารกิจบริการสาธารณะด้านสุขภาพไปให้กับ อปท.

ผลพวงจากกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากของระบบบริการสุขภาพ ประการแรก คือ การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้ดูแลระบบนี้ ประการที่สอง การมีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ตั้งการมีส่วนร่วมของภาคีภาคส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมกันทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพคนไทย และประการที่สาม การมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มาทำงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพร่วมกับหน่วยงานและภาคประชาสังคมต่างๆ อย่างมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy) มาโดยตลอดในการปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงที่ผ่านมา

จากงานวิจัยเรื่องการวิเคราะห์และจัดทำภาพอนาคตระบบสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า มีข้อมูลบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีการปฏิรูปใหญ่ของโครงสร้างทางการเมืองและกฎหมาย เหตุการณ์ทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองจะนำไปสู่การปฏิรูป ซึ่งจะส่งผลให้ฝ่ายการเมืองมีอิทธิพลสูงต่อการกำหนดนโยบายของประเทศ รวมถึงทิศทางระบบสุขภาพ นอกจากนั้นรัฐบาลจะมีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มากขึ้น ซึ่งคาดว่าจะการกระจายอำนาจจะส่งผลและเชื่อมโยงกับการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างใกล้ชิด

การก้าวไปข้างหน้าอย่างเต็มใจและไปได้ดีนั้นจะเกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องมีการดำเนินการ ดังนี้

1) เตรียมความพร้อม ของ อปท.

การก้าวต่อเพื่อรองรับภารกิจด้านสุขภาพ อปท. จำเป็นต้องพัฒนาให้มีความพร้อมในการรองรับการกระจายอำนาจที่จะเกิดขึ้นตามที่กฎหมายกำหนด โดยคำนึงถึงกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งได้เปิดพื้นที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชนมาโดยลำดับ เพื่อให้ อปท. สามารถทำหน้าที่เป็น

กลไกในการบริหารจัดการตามความต้องการของประชาชนอย่างเหมาะสม เนื่องจากชุมชนจะเรียกร้องการมีส่วนร่วมในการบริหาร การตัดสินใจ การตรวจสอบโครงการและนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อพื้นที่มากขึ้น อาจกล่าวได้ว่า ประชาชนเป็นเจ้าของระบบสุขภาพ โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดทิศทาง และตรวจสอบการทำงานที่ รวมทั้งสามารถปกป้ององค์กรจากการคุกคามของการเมืองได้อย่างเข้มแข็ง

2) เดินหน้าโอนถ่ายภารกิจตามที่กฎหมายกำหนด

การเร่งรัดให้เกิดความก้าวหน้าในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ยังคงเป็นภารกิจร่วมกันของทุกฝ่าย ภายหลังการประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจ ฉบับแรก พบว่า กระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ยังไม่มีความก้าวหน้าที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากนัก แม้ว่าจะมีการกำหนดภารกิจด้านสาธารณสุขให้มีการถ่ายโอนให้กับ อบต. แต่จากการติดตามประเมินผลพบว่าไม่มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับขั้นตอนและวิธีการที่กำหนดไว้ในแผนฯ เท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม การถ่ายโอนสถานพยาบาลรัฐให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีความคืบหน้าค่อนข้างน้อย แต่ก็มีคืบหน้าในส่วนอื่น เช่น การจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นการร่วมลงทุนระหว่าง สปสช. กับ อบต. โดยสามารถดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ได้เกือบร้อยละ 100 หรือการสนับสนุนบทบาท อบต. ในการส่งเสริมสุขภาพที่มีมิติกว้างกว่าการเจ็บป่วยในรูปแบบของตำบลสุขภาพ โดยได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. โดยภาพรวมจะเห็นบทบาทของ อบต. ในด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ทั้งโดยการลงทุนด้วยงบประมาณของตนเองและงบที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่น

3) ทำให้ถูกต้อง ยึดประโยชน์ของประชาชน

เมื่อหันกลับมามองว่าสังคมไทยได้อะไรจากการกระจายอำนาจในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะประเด็นสุขภาพของประชาชน จะเห็นได้ว่า ท้องถิ่นที่รับภารกิจด้านสุขภาพที่ถ่ายโอนมา สามารถจัดบริการสาธารณะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้หลากหลายประเภท เช่น การให้บริการรักษาพยาบาลขั้นต้นซึ่งมักเป็นบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัยที่ถ่ายโอน หรือการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองประเภทต่างๆ การสาธารณสุขเชิงป้องกัน การควบคุมโรค การให้ความรู้ในด้านต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชาชน เช่น ทนตสุขภาพวัยเด็ก จัดอบรมให้ความรู้กับผู้ประกอบการ แม่บ้าน ดำเนินโครงการตรวจเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การให้การสนับสนุนแก่งานอื่นในระบบสุขภาพที่มีในพื้นที่ โดย อบจ. เทศบาล และ อบต. มีบทบาทส่งเสริมสนับสนุนมากกว่าที่จะเป็นผู้ดำเนินการให้บริการเอง เช่น จัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (รถกู้ชีพ) สนับสนุนการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ สนับสนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้น โดยภาพรวมพบว่า การบริการด้านสุขภาพที่ดำเนินการโดย อบต. ยังเกิดขึ้นในขอบเขต

ที่จำกัด เมื่อเทียบกับบริบทสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ความเป็นเมืองมีมากขึ้น และเมื่อเทียบกับปัญหาทางสังคมที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ท้องถิ่นอาจยังคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ยังไม่รอบด้านเท่าที่ควร เช่น ปัญหาเรื่องตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ภาวะอ้วน บุหรี่ แอลกอฮอล์ มลพิษ เป็นต้น จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคมากกว่าการรักษาพยาบาล นอกจากนั้น หน่วยบริการสาธารณสุขของ อปท. ที่มีขนาดเล็กหลายหน่วยกระจายกระจาย มีแนวโน้มที่จะมีต้นทุนค่าใช้จ่ายสูงในการให้บริการกับประชาชน จำเป็นต้องมีการปรับปรุงเชิงประสิทธิภาพต่อไป

ดังนั้น หากพิจารณารูปแบบการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เหมาะสม อาจต้องกลับมาทบทวนระบบอีกครั้ง ระบบที่งบประมาณอยู่กับองค์กรหนึ่ง บุคลากรอยู่กับอีกองค์กรหนึ่ง และอำนาจที่ดูเหมือนว่าจะกระจายก็ไม่ได้กระจายจริง ทำให้ต้องมาคิดว่าการบังคับด้วยกฎหมายอาจไม่สำเร็จ แต่ต้องมาตั้งโจทย์ว่า กระจายอำนาจไปแล้วเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนหรือไม่ และผู้คนที่เกี่ยวข้องมีการปรับวิธีคิด (mind set) ว่า การกระจายอำนาจ คือการแบ่งเบาความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ และสร้างความเป็นธรรมให้กับประชาชน ดังนั้น เมื่อตั้งคำถามว่า “กระจายอำนาจแล้ว ใครรับผิดชอบสุขภาพของประชาชน” คำตอบก็คือทั้งหน่วยงานที่ส่งมอบอำนาจ หน่วยงานที่รับมอบอำนาจ และประชาชนเองก็ต้องร่วมกันรับผิดชอบหากประชาชนมีสุขภาพไม่ดี และร่วมกันรับชอบเมื่อประชาชนมีสุขภาพดี

4) มุ่งสู่ความเข้มแข็งของชุมชนฐานรากของประเทศ

จริงๆ แล้วขอบเขตการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เริ่มตั้งแต่การให้พลังขององค์กรชุมชนท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่ ความพยายามที่จะสร้างกองทุนสุขภาพตำบลที่มีระบบการสมทบ ความพยายามที่จะให้หมู่บ้านดูแลกันเอง ความพยายามที่จะให้องค์กรอาสาสมัครทั้งหลายจัดการเรื่องส่งเสริมสุขภาพกันเอง สิ่งเหล่านี้เป็นความพยายามในการกระจายอำนาจ หรือแม้แต่การให้เอกชนมีบทบาทมากขึ้น ในการจัดการเรื่องการกระจายอำนาจในการแข่งขันในตลาดเสรี เพราะเป็นเรื่องที่ดีและเป็นเรื่องที่สำคัญเพราะทำให้ลดการผูกขาดด้านสุขภาพลง และเชื่อว่าประโยชน์ที่จะเกิดก็เกิดกับประชาชน แต่ประชาชนในกลุ่มที่ไม่สามารถจะเข้าถึงการแข่งขันในตลาดแบบนั้นได้ก็เป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องดูแลต่อไป ดังนั้น การออกแบบเชิงระบบของการกระจายอำนาจอาจต้องคำนึง สถานะภูมิสังคม และความพร้อมด้านการเงินการคลังของ อปท. ที่มีอยู่ในปัจจุบันด้วย เพื่อให้สามารถตอบวัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพได้ คือ 1) การตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพ (Responsiveness) 2) การบริหารจัดการที่ยืดหยุ่นคล่องตัว (Flexible Management) 3) การมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation)

5) เปิดใจรับ ก้าวไปรวม ไม่ยึดติดอำนาจเก่า

จากการที่พบว่า อุปสรรคของการกระจายอำนาจ คือ การกำหนดนโยบายการกระจายอำนาจของรัฐบาลที่ขาดความต่อเนื่อง และกลไกการขับเคลื่อนนโยบายก็ขาดความเข้มแข็ง แสดงถึง “ผู้ที่อยู่ในอำนาจ” ขาดการเข้าถึงสัจธรรมที่ว่า สรรพสิ่งย่อมเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้องและผู้มีอำนาจตัดสินใจกับการปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในอนาคต จำเป็นต้องคำนึงถึงหลักการ 3 ประเด็น คือ

1) การใช้อำนาจอย่างเป็นธรรมและสร้างสรรค์ โดยกระจายอำนาจในการบริหารจัดการไปยัง อปท. ซึ่งเป็นผู้เล่นที่สำคัญในระบบสุขภาพ ต้องให้ความสำคัญกับผู้ปกครองที่ต้องมีความซื่อสัตย์ กล้าหาญ กล้าตัดสินใจ และเข้าใจหลักการของระบบสุขภาพ ตลอดจนมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาสังคมโดยรวม

2) การทำงานกันอย่างมีเอกภาพ แม้จะอยู่ในหน่วยงานที่ต่างกัน แต่ต้องมีความเข้าใจและยอมรับหลักการในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพร่วมกัน มีนโยบายที่สอดคล้องและสนับสนุนซึ่งกันและกัน พยายามขจัดเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพ

3) การขยายหลักการและวัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพไปยังทุกภาคส่วน การส่งเสริมการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการระบบสุขภาพไปยังชุมชนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม ให้มีบทบาทดูแลสอดส่อง ติดตามประเมินผลการพัฒนา และขับเคลื่อนระบบสุขภาพ บนพื้นฐานความต้องการที่แท้จริงในแต่ละพื้นที่ หากใช้หลักการทั้ง 3 ประเด็นนี้แล้วอาจจะช่วยให้ระบบสุขภาพเกิดการปฏิรูปที่คำนึงถึงการกระจายอำนาจอย่างแท้จริงได้

บทสรุป

“การกระจายอำนาจ” คือ เครื่องมือสำคัญที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและประชาชน อันจะเป็นฐานรากที่สำคัญของการปฏิรูปประเทศในทุกมิติ

ในขณะที่ “การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ก็เป็นเครื่องมือสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่ระบบใหม่ที่ประชาชนพึ่งตนเองได้ มีความเข้มแข็ง มีระบบที่เน้นการป้องกันโรค และปัจจัยกระทบสุขภาพอย่างรอบด้าน มีนโยบายสาธารณะที่ประชาชนมีส่วนร่วม มีระบบหลักประกันสุขภาพที่คุ้มครองประชาชนอย่างทั่วถึง เกิดความเป็นธรรมในการได้ใช้ประโยชน์จากบริการสาธารณะ โดยที่ระบบบริหารจัดการมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

หากผู้มีส่วนได้เสียเห็นด้วยว่าที่กล่าวมานั้น “ใช่” ก็คงจะไม่ยากสำหรับการ “คิดเพื่อก้าวไปข้างหน้า” ด้วยกัน เพราะหากหลักการสำคัญถูกตอกหมุดไว้ ประเด็นย่อยในเชิงปฏิบัติก็ย่อมตามมา

แต่ทว่าในความเป็นจริง แม้ว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจะมีกฎหมายและแผนกำหนดขั้นตอนรองรับอย่างเป็นกิจจะลักษณะมานานกว่าหนึ่งทศวรรษ แต่ยังมีความก้าวหน้า

ไม่มากพอ ด้วยมีอุปสรรคที่สำคัญทั้งในส่วนภายใน อปท. ที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้ง ศักยภาพและการเงิน และอุปสรรคจากปัจจัยภายนอก อปท. ที่นโยบายและกลไกขับเคลื่อน การกระจายอำนาจด้านสุขภาพยังไม่เข้มแข็ง ขาดความต่อเนื่อง และเกิดการถ่วงรั้งด้วยเหตุผล และข้ออ้างต่างๆ เพราะมีผู้เกี่ยวข้องบางส่วนลังเลไม่แน่ใจและ “คิดที่จะหยุดยั้ง”

ณ วันนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่ายต้องย้อนมองกลับไปในอดีตกว่าหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ว่าชุมชนและประชาชน “ได้ประโยชน์” อย่างไรจากการกระจายอำนาจในพื้นที่ต่างๆ ที่กล่าวหาญ ริเริ่มก้าวเดินก่อน และ ชุมชนและประชาชนอื่นๆ “เสียโอกาส” อย่างไรในการที่จะพัฒนาไปสู่ “ความเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้” และถามต่อไปอีกว่า แล้วเราจะก้าวเดินต่อไปอย่างไร ในเรื่อง การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

1

สนับสนุนงานวิจัย
เพื่อพัฒนาข้อเสนอ
เชิงนโยบาย

ประมวลภาพการทำงานของ สวรส.
เพื่อสนับสนุน
การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ



ประมวลภาพการทำงานของ สวรส.
เพื่อสนับสนุน
การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

2

จัดเวทีวิชาการ
เพื่อรับฟังความเห็น
และขับเคลื่อน
เชิงนโยบาย



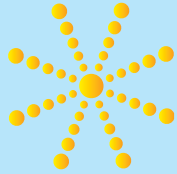
3

เรียนรู้ดูงาน
และถอดบทเรียน
กรณีศึกษา อปท.
จัดบริการสุขภาพ

ประมวลภาพการทำงานของ สวรส.
เพื่อสนับสนุน
การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ



ประมวลภาพการทำงานของ สวรส.
เพื่อสนับสนุน
การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

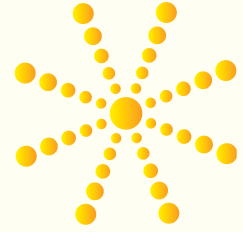


4

ประสานการทำงานของ
สื่อมวลชน
เพื่อการสื่อสารสาธารณะ



เอกสารอ้างอิง



วินัย สีสmith และคณะ. 2553. บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สกนธ์ วรรณวัฒนา และคณะ. 2554. โครงการพัฒนาขีดความสามารถการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมในการกระจายอำนาจของส่วนราชการและภาคประชาชน. สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์. 2555. การเมืองในกระบวนการกระจายอำนาจ : ศึกษาผ่านบทบาทของนักวิชาการ ข้าราชการ นักการเมือง และประชาชน. กรุงเทพฯ.

ศุภวัฒนากร วงศ์ธนวสุ และคณะ. 2556. การวิเคราะห์ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

โกวิท พวงงาม และคณะ. 2556. การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วินัย สีสmith และคณะ. 2556. การพัฒนาข้อเสนอรูปแบบและโครงสร้างการบริหารเขตสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศุภชัย ศรีสุชาติ และคณะ. 2556. การวิจัยประเมินผลแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์ และคณะ. 2556. สังเคราะห์สถานการณ์ระบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุชาติ อุดมโสภกิจ และคณะ. 2556. ภาพอนาคตระบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วีระศักดิ์ เครือเทพ และคณะ. 2557. ประเมินผลการกระจายอำนาจของไทยระยะ 15 ปี. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.

“การกระจายอำนาจ”

คือ เครื่องมือสำคัญที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและประชาชน อันจะเป็นฐานรากที่สำคัญของการปฏิรูปประเทศในทุกมิติ ในขณะที่ “การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ก็เป็นเครื่องมือสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่ระบบใหม่ที่ประชาชนพึ่งตนเองได้ แต่ทว่าในความเป็นจริงแม้ว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจะมีกฎหมาย และแผนกำหนดขั้นตอนรองรับอย่างเป็นกิจจะลักษณะมานานกว่าหนึ่งทศวรรษ แต่ยังคงมีความก้าวหน้าไม่มากพอ...เพราะอะไร ?

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ชั้น ๔ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซ.สาธารณสุข ๖ ก.ติวานนท์ ๑๔

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๔๒๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๓๒ ๔๒๐๑ - ๒

www.hsri.or.th

ดาวน์โหลดหนังสือเล่มนี้และงานวิจัยอื่นๆ ของ สวรส. และเครือข่ายได้ที่
คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส. และองค์กรเครือข่าย <http://kb.hsri.or.th>