

รายงานฉบับสมบูรณ์
การประเมินความก้าวหน้าและวิเคราะห์ผลกระทบในการ
ดำเนินงานตามแผนกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
**(Implementation of Health decentralization :
Progress Evaluation and Impact Analysis)**

สงครามชัย ลีทองดี

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองเป็นแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ และได้มีบทบัญญัติตามรัฐธรรมนูญ ได้แก่ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งมีหลักการสำคัญ ในการกำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการถ่ายโอนอำนาจจากรัฐส่วนกลาง ไปสู่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อย่างเป็นระบบ โดยมีแผนการกระจายอำนาจ เป็นเครื่องมือสำคัญ แม้ว่าในภายหลังจะได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ หลักการการกระจายอำนาจ ให้แก่ท้องถิ่นยังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลง และเป็นเหตุผลสำคัญที่ได้มีการกำหนดให้มีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเกิดขึ้น

แนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามที่ปรากฏในแผนการกระจายอำนาจ พ.ศ. ๒๕๔๓ ซึ่งถือเป็นแผนฯ ฉบับแรก ระบุว่า การสาธารณสุขเป็นภารกิจสำคัญประการหนึ่งที่ปรากฏในแผนฯ ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยระบุภารกิจด้านสาธารณสุขหลายประการที่จะต้องมีการถ่ายโอนไปยัง อปท. ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมที่มีความสำคัญและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย ข้อมูลจากการศึกษาและติดตามผลการดำเนินงาน ภายหลังการประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจฯ (ฉบับแรก) ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ พบว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ยังไม่มีความก้าวหน้าที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากนัก แม้ว่าจะมีการกำหนดภารกิจด้านสาธารณสุขให้มีการถ่ายโอนให้กับ อปท. แต่จากการติดตามประเมินผล พบว่าไม่มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับขั้นตอนและวิธีการที่กำหนดไว้ในแผนฯ เท่าที่ควร คณะกรรมการ กกถ. ในฐานะองค์กรนโยบายระดับชาติ ที่ทำหน้าที่กำกับและติดตามการกระจายอำนาจได้ติดตามและทวงถามการดำเนินงานในประเด็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมาโดยตลอด และส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญเกิดขึ้น คือ การเสนอรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหลายรูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับความพร้อมและสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ สี่รูปแบบ คือ ๑) ถ่ายโอนแบบแยกส่วน ๒) ถ่ายโอนเป็นเครือข่ายบริการ ๓) จัดตั้งเป็นองค์กรมหาชน และ ๔) จัดตั้งหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ สำหรับกรณีรูปแบบการถ่ายโอนแบบแยกส่วน ได้มีการเสนอให้ถ่ายโอนสถานบริการในพื้นที่ไปสังกัด อปท. ในระดับต่างๆ ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่ได้มีแนวคิดที่เสนอให้มีถ่ายโอนสถานอนามัยไปสู่ อปท. ในระดับต่างๆ ต่อมาในแผนการกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ ๒ ที่ประกาศใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ประเด็นการถ่ายโอนสถานอนามัยไป อปท. ได้มีการระบุอย่างชัดเจนไว้ในแผนฯ และมีการกำหนดเงื่อนไขเวลาดำเนินการให้แล้วเสร็จในระยะเวลาสุดท้ายของแผนฯ คือ พ.ศ. ๒๕๕๓ ซึ่งหากไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จก็ให้ถ่ายโอนให้ อบจ. ประเด็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจึงมุ่งไปประเด็นการถ่ายโอนสถานอนามัยไป อปท. เป็นสำคัญ ช่วงเวลาดังกล่าวได้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

กล่าวคือ คณะกรรมการ กกถ. ได้มีมติอนุมัติให้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัย ไป อบท. และในช่วงปลายปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้มีการขับเคลื่อนอย่างเข้มข้นและจริงจังที่อาศัยแรงผลักดันทางการเมืองและภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้มีการถ่ายโอนสถานีอนามัยไป อบท. อย่างสมบูรณ์โดยกำหนดเป้าหมายการถ่ายโอนไว้ทั้งสิ้นจำนวน ๓๕ แห่ง และได้มีการถ่ายโอนสถานีอนามัย ๒๒ แห่ง ได้สำเร็จเป็นครั้งแรก และตามมาอีก ๖ แห่งในภายหลัง รวมเป็น ๒๘ แห่ง ประเด็นการถ่ายโอนสถานีอนามัยไป อบท. เป็นเรื่องที่น่าสนใจและได้รับการเฝ้ามองจากผู้เกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก เมื่อวิเคราะห์แล้ว พบว่าในระยะแรกของการถ่ายโอนมีปัญหาอุปสรรคในลักษณะของการเชื่อมต่อระบบที่ยังไม่เรียบร้อยหลายประการ แต่ก็สามารถแก้ไขและจัดการได้ดีในระดับหนึ่ง แต่ปัญหาที่พบคือยังขาดการวางแผนและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบคือการพัฒนาความเข้มแข็งและศักยภาพของ อบท. ทั้งระดับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติการ รวมทั้งความไม่ชัดเจนและการสนับสนุนนโยบายที่ยังไม่ดีเพียงพอ ส่งผลให้สถานีอนามัยจำนวน ๗ แห่งที่เป็นเป้าหมายการโอนในระยะแรก ได้มีการยกเลิกการถ่ายโอน ซึ่งมีสาเหตุทั้งด้วยเหตุผลจากทางผู้โอนและผู้รับโอนประกอบกัน และการถ่ายโอนสถานีอนามัยไป อบท. ในระยะต่อมาก็ไม่ได้มีการขับเคลื่อนอย่างจริงจังและชัดเจนอย่างเพียงพอจากผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และในด้านของ อบท. ที่รับโอนก็เกิดความไม่มั่นใจและไม่แน่ใจต่อความยั่งยืนของนโยบาย มี อบท. หลายพื้นที่ได้ปรับเปลี่ยนท่าทีจากการยินยอรับโอนไปสู่การปรับโครงสร้างกรอบอัตรากำลังและจัดสร้างสถานบริการ รวมถึงหาทางในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้วยตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาพรวมต่อประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของการจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของประเทศในที่สุด

โดยภาพรวมในประเด็นความก้าวหน้าของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ พบว่าช่วงเริ่มต้นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ และมีการเร่งรัดในช่วงปลายแผนฯ แม้ว่าการกระจายอำนาจที่เกิดขึ้นในระบบสาธารณสุขไทยจะมีความพยายามจัดรูปแบบมาแล้วหลากหลายรูปแบบ อาทิ รูปแบบที่มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) หรือ รูปแบบโรงพยาบาลมหาชน เช่น ในกรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว หรือ การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น เป็นต้น แต่ที่ผ่านมามีการโอนสถานีอนามัยไปสังกัด อบท. ซึ่งเป็นรูปแบบการกระจายอำนาจโดยการโอนสถานบริการแบบแยกส่วน กลับเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจและจับตามองมากกว่า ทั้งที่อาจจะมีทางเลือกในการจัดระบบเพื่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทและสภาพความเป็นจริง กับบริการด้านสุขภาพที่มีความเฉพาะและเป็นสินค้าสาธารณะที่มีผลกระทบต่อสังคมมากกว่า ข้อเสนอเชิงนโยบาย ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเสนอแนะให้มีการทบทวนการเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจที่รอบคอบและมีการวิเคราะห์อย่างรอบด้าน ไม่ควรกำหนดเป็นรูปแบบพิมพ์เขียวเดียวทั้งประเทศ และควรศึกษาผลวิเคราะห์ในเชิงการปฏิบัติจริงในแต่ละรูปแบบอย่างรอบคอบ แนวคิดการจัดระบบสุขภาพแบบเขตพื้นที่ น่าจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจที่จะสามารถบูรณาการแนวทางและรูปแบบการกระจายอำนาจที่หลากหลายไว้ในพื้นที่ที่มีสภาพปัญหาและข้อจำกัดด้านทรัพยากรใกล้เคียงกัน ซึ่งแต่ละรูปแบบของการกระจายอำนาจได้เคยมีองค์ความรู้และการพัฒนามาในระดับหนึ่งในสังคมไทย ในช่วงเริ่มต้นในกระบวนการกระจาย

อำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นที่อาจจะเป็นทางออกที่สมควรนำมาวิเคราะห์และทดลองดำเนินการเพื่อเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่มากกว่า เพื่อให้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพตั้งอยู่บนฐานความรู้ ความจริงและสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกกระดับอย่างแท้จริง

Executive Summary

Decentralisation is a fundamental of the state policy; it is a one of main scheme that dedicated in the Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2540. The plan and the process of Decentralisation to local government Act B.E. 2542, was enacted as a sub-constitution law under the Constitution Act. The important principles is a determining the procedures and timing period to transfer power from the central government to the local government organisation (LGOs). The Decentralisation plan is an important and systematic mechanism of successfully the Decentralisation policy. Although later it was announced the new Constitution in the year of 2550 the principle of decentralization is to remain unchanged additionally it is a major reason has been given the decentralised in health care reform occurs.

The concept of decentralisation in health, as shown in the decentralisation plan B.E 2543, it is the first issue states that a public health is a priority, one of which appears in the promotion of quality of life function. The mission identified several public health activities need to be transferred to the LGOs. This is part of the decentralisation of health is an important and concrete result in a major transformation of the Thai health care reform. Data from the study and follow-up operations shows that after promulgation of the decentralisation plan (first edition) in the year 2543 was the decentralisation of health, there is yet no clear and concrete progress as much. Despite there were some public health activities to be transferred to local governments. However, the evaluation was not operating in accordance with the procedures and methods set forth in the Plan. The National Board of Decentralisation-NBD as a national policy organization who's acted as supervising and monitoring body of the policy are often and call for an operations on the issue of decentralisation in health. As a result, the Ministry of Health-MoPH has a fine way for the decentralisation of health in the year 2549, which important issues arise. The proposed models of transferring the mission to the local government on a variety of forms to suit the availability and circumstances of each area of four types: 1) transfer Split 2) transfer to Network 3.) establish a public organisation, and 4) establishment of the Service Delivery Unit. In case of split transfer model as a separate unit has offered to transfer facilities in areas under the LGOs at different levels. This is an important turning point was an idea that is proposed to transfer the health centre to the LGOs at the different levels. The decentralization plan in Volume 2, published in the Year 2551 issue of the health centre has to transfer to the LGOs has been clearly defined in the Plan. The Health centre-HC determining the complete the final phase of the plan is that if the end of year 2553 can not proceed to completion, and then transferred to the Provincial Administration Organisation- PAO. The direction of health decentralisation is to focus on health centre transferred to local governments is critical to that time have undergone significant changes. The NBD has approved the transfer of the health center to local

governments then in the late of year 2550 has been seriously driven and living an intensely driven political leadership of the senior administrators of the MoPH were successfully completed on issue of the Health Centre transfer to the LGOs. Perfectly targeted transfers by the total number of 35 and has transferred 22 of the Health Centre has completed at the first time and followed for 6 of the later included as a transfer 28 of the Health Center to the LGOs. It is an interesting and has been watching a lot of people involved. Regarding on evaluation found that in the first phase of the transfer of the obstacles in the nature of the connection that many unsettled, however, it was solved by approach manage well on a certain level. Yet the problem is a lack of planning and problem solving in a systematic way is to develop the strength and capabilities of the LGOs staff both the executive and operative level. Including uncertainty and policy advocacy that is not good enough that result of the Health Center from 7 to target the transfer of the first stage had to cancel the transfer with caused both by reason of the transferor and the transferee of the same. In later stage of the Health Centre transfers to local governments scheme has not been driven very strongly and clearly enough, especially in the central policy of the MoPH. Additionally in the local governments administrators that they are no clear in the uncertainty and ensure the sustainability of policies, there are many areas has changed the attitude of willing to transfer to the staff recruit plan by themselves. As well as find a way to produce and develop their own staff which wide affect the overall efficiency and fairness of the health resources allocation and distribution in the countries.

Overall progress on the issue of health decentralisation was beginning to change slowly and has accelerated in the late plan. Although the health decentralisation that occurred in the Thai health system will have been trying to format a variety of models, such as the Local Area Health Broad-LAHB, public organisation hospitals-POH, the Local Health Fund-LHF, etc. With regard to the Health Center under the local governments, this is a form of decentralisation by transferring a separate facility that have received attention and watch over both may have the option of decentralised system for health care appropriate to the context and reality. Due to health services that are specific, and public goods that much affect society. In this study, It is therefore proposed to review and select a form of decentralisation and careful analysis is very comprehensive. It should not be the single blueprint as a model nationwide. This is important topic that should be studied and analysed in terms of actual practice in each model carefully. Alternatively of the area health administration is one of health decentralisation it would be the alternative of interest can be integrated guidelines and form of decentralization in a variety of areas with problems and resource constraints similar. Each form of decentralization has been a body of knowledge and developed a certain level in Thai society. In the beginning, in the process of decentralisation of health, this is an issue that might be a solution that should be analysed and were taken to a form appropriate to the context of each area. The health decentralisation is based on knowledge, evidences and a participation of stakeholders at all levels.

สารบัญ

หน้า บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

i

สารบัญ

vi

บทที่ ๑ บทนำ

๑

๑.๑ หลักการและเหตุผล

๑

๑.๒ วัตถุประสงค์

๔

๑.๓ วิธีดำเนินการวิจัย

๔

๑.๔ กรอบแนวคิดการวิจัย

๕

๑.๕ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๖

บทที่ ๒ นโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

๗

๒.๑ ความสำคัญและความเป็นมาของการกระจายอำนาจ

๗

๒.๒ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐

๑๐

๒.๓ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐

๑๓

๒.๔ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๐

๑๔

๒.๕ แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๓

๑๕

๒.๖ แนวคิดและการดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

๒๑

๒.๗ แนวคิดและการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุข (สถานีนอนมัย) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒๙

บทที่ ๓ วิเคราะห์การถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔๒

๓.๑ แนวคิดและจุดเริ่มต้นการถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔๒

๓.๒ เริ่มต้นการถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔๕

๓.๓ การขับเคลื่อนโดยสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย

๔๙

๓.๔ รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพหลังการขับเคลื่อนโดย อบจ.

๕๑

บทที่ ๔ ผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการถ่ายโอนสถานีนอนมัย

๕๔

๔.๑ สมพันธ์ เตชะอธิกและคณะ (๒๕๕๑)

๕๔

๔.๒ ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ (๒๕๕๑)

๕๕

๔.๓ สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (๒๕๕๑)

๕๖

๔.๔ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๑)

๕๘

๔.๕ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๑)

๕๙

๔.๖ จรวยพร ศรีศัลลักษณ์ และคณะ (๒๕๕๒)

๖๐

สารบัญ (ต่อ)

๔.๗ Loraine Hawkin, Jaruayporn Srisasaluk and Sutayut Osornprasop (2009)	๖๐
๔.๘ สงครามชัย ลีทองดี (๒๕๕๒)	๖๐
๔.๙ สงครามชัย ลีทองดีและกษิตศ ชันธรัตน์ (๒๕๕๓)	๖๑
๔.๑๐ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (๒๕๕๓)	๖๓
บทที่ ๕ วิเคราะห์ผลเกี่ยวเนื่องกรณีหากไม่ถ่ายโอนสถานื่อนามัย	๗๐
๕.๑ ลำดับเหตุการณ์ ทำไมเป็นสถานื่อนามัยที่ต้องถ่ายโอน	๗๐
๕.๒ สถานื่อนามัยต้องโอนไปที่ อปท. เท่านั้นหรือไม่	๗๒
๕.๓ หากไม่ถ่ายโอนสถานื่อนามัยไปสังกัด อปท. จะมีผลกระทบที่เกี่ยวข้อง ตามมาอย่างไร	๗๓
๕.๔ ความเป็นไปได้หรือไม่ที่จะไม่ถ่ายโอนสถานื่อนามัยไป อปท.	๗๔
บทที่ ๖ วิเคราะห์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	๗๖
๖.๑ หลักการและทฤษฎีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ	๗๖
๖.๒ ตัวแบบในการวิเคราะห์การนำนโยบายสู่การปฏิบัติของการกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพ	๗๙
๖.๓ ปัญหาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	๘๐
บทที่ ๗ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	๘๗
๗.๑ การออกแบบระบบและทบทวนนโยบาย	๘๗
๗.๒ บทบาทและความรับผิดชอบ	๘๘
๗.๓ การสนับสนุนทรัพยากรและองค์ความรู้	๘๘
๗.๔ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ	๘๙
๗.๕ การขับเคลื่อนกระบวนการถ่ายโอน	๘๙

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ หลักการและเหตุผล

กระแสการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโลกในปัจจุบันได้แก่ ๑) การกระจายอำนาจ ๒) การเพิ่มอำนาจให้แก่องค์กรในระดับท้องถิ่น และ ๓) การเพิ่มสิทธิและอำนาจของสตรี การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประการที่กล่าวนี้ นับเป็นทิศทางการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโลกในยุคปัจจุบัน (International Development Research Centre: 2008) สอดคล้องกับแนวคิดของการพัฒนาองค์กรปกครองในระดับท้องถิ่นที่จำเป็นต้องเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยการกระจายอำนาจเพื่อเพิ่มความรับผิดชอบของรัฐส่วนกลางและส่วนภูมิภาคต่อรัฐบาลในระดับท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและสร้างความเป็นประชาธิปไตยในการปกครองประเทศ (Litvack, J. et al.: 1998) จึงเป็นที่มาสำคัญของการกระจายอำนาจ ในกรณีของประเทศไทยได้มีหลักการในการให้อิสระและเพิ่มบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา หลักการดังกล่าวได้มีการกำหนดไว้ใน รัฐธรรมนูญการปกครองแห่งราชอาณาจักรไทยเป็นครั้งแรกในฉบับปี พุทธศักราช ๒๕๔๐ หรือแม้แต่ในรัฐธรรมนูญการปกครองแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญฉบับที่บังคับใช้ในปัจจุบันก็ได้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเอาไว้อย่างชัดเจน สำหรับแนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากกระแสหลักของการกระจายอำนาจ ได้มีการพัฒนาและก่อรูปขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมภายหลังจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ มีผลบังคับใช้ ซึ่งสาระสำคัญที่ปรากฏในบทบัญญัติในหมวด ๕ แผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ได้กำหนดให้รัฐต้องกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ท้องถิ่น เพื่อให้องค์กรในระดับท้องถิ่นสามารถพึ่งตนเองและมีอำนาจตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นของตนเอง เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่นและระบบสาธารณสุขปโภคและสาธารณสุขการตลอดจนโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นได้อย่างทั่วถึง จากหลักการและแนวทางตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญดังกล่าว ทำให้มีการตรากฎหมายที่เกี่ยวข้องเนื่องตามมา ได้แก่ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ขึ้นมา โดยมีสาระหลักเพื่อกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะระหว่างรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และระหว่าง อปท. ด้วยกันเอง รวมทั้งให้มีการกำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการถ่ายโอนอำนาจจากรัฐส่วนกลางไปสู่ อปท. อย่างเป็นระบบ ตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รัฐต้องจัดทำขึ้นตามบทบัญญัติของกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังกล่าว หลักการการกระจายอำนาจที่กล่าวแล้ว แม้ว่าจะได้มีการประกาศบังคับใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ สาระและหลักการตามแนวคิดการกระจายอำนาจ

ดังกล่าวยังคงเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลง คงมีเพียงแต่การเพิ่มเติมรายละเอียดให้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ และเน้นให้มีการดำเนินการโดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนเป็นสำคัญ^๑ จากกรณีดังกล่าวเมื่อวิเคราะห์หลักการของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามที่ปรากฏในแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๓ ซึ่งถือเป็นแผนกระจายอำนาจที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฉบับแรก พบว่าการสาธารณสุขเป็นภารกิจสำคัญประการหนึ่งที่ปรากฏในแผนปฏิบัติการด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นหนึ่งในหกด้านของภารกิจที่จะต้องมีการถ่ายโอนไปยัง อปท.^๒ ดังนั้นจึงถือได้ว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัตในประเด็นนี้เป็นอย่างมากของบริบทของสังคมไทย จากการติดตามผลการดำเนินงานที่ผ่านมา แม้ว่าได้มีการประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับแรก) ในปี ๒๕๔๓ แล้วก็ตาม กระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพหรือการสาธารณสุข ยังไม่มีความก้าวหน้าที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับขั้นตอนที่กำหนดไว้ในแผนฯ อย่างเท่าที่ควรจะเป็น แม้ว่าจะได้มีการดำเนินการตามแผนการกระจายอำนาจอยู่ในระดับหนึ่งแต่ภารกิจสำคัญที่ควรจะถูกถ่ายโอนยัง ไม่มีความก้าวหน้าเพียงพอที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ (ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์:๒๕๔๙) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปรีดา แต่อารักษ์และคณะ (๒๕๕๑) พบว่าการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขยังมีความคืบหน้าไม่มากนัก ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาปรับปรุงระบบราชการและการออกกฎหมายใหม่ด้านสุขภาพในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสำคัญ^๓ ประกอบกับภารกิจบางอย่างจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอนจึงเป็นผลให้มีการทบทวนและปรับแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเกิดขึ้นในช่วงปลายปี พ.ศ. ๒๕๔๘ เมื่อติดตามผลการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ก็เป็นผลมาจากการทำงานเชิงรุกของ

^๑ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ “มาตรา ๗๘ (๓) กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึงตนเองและตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ พัฒนาเศรษฐกิจของท้องถิ่นและระบบสาธารณสุขปโภคและสาธารณูปการ ตลอดจนทั้งโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่น ให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น...”

^๒ ภารกิจทั้ง ๖ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ๒) ด้านงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ๓) ด้านการจัดระเบียบชุมชน/สังคม และการรักษาความสงบเรียบร้อย ๔) ด้านการวางแผน การส่งเสริมการลงทุนและการท่องเที่ยว ๕) ด้านการบริหารจัดการและอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และ ๖) ด้านศิลปะ วัฒนธรรม จารีตประเพณีและภูมิปัญญาท้องถิ่น

^๓ ในช่วงดังกล่าวมีการปรับปรุงและปฏิรูประบบราชการครั้งใหญ่และการประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลขณะนั้น

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์มงคล ณ สงขลา) ที่เข้ารับตำแหน่งในช่วง กันยายน ๒๕๔๙- ๒๕๕๑^๔ หนึ่งในผลงานที่สำคัญของการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพ คือการผลักดันให้เกิดการถ่ายโอนสถานื่อนามัยไปสังกัด อปท. ซึ่งส่งผลให้เกิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมโดยการถ่ายโอนสถานื่อนามัยไปสังกัด อปท.ขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยมีสถานื่อนามัยกลุ่มแรกจำนวน ๒๒ แห่งได้มีการถ่ายโอนไปสังกัด อปท.^๕ นับเป็นก้าวที่น่าสนใจและมีนัยสำคัญต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นเรื่องที่ได้รับการสนใจและเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้จากหลายฝ่ายเป็นอย่างมาก การกระจายอำนาจโดยวิธีการถ่ายโอนสถานื่อนามัย จากผลการประเมินในเบื้องต้นพบว่ากลไกและกระบวนการถ่ายโอนสถานื่อนามัยยังมีความล่าช้าและมีข้อขัดข้องในรายละเอียดหลายประการ (สมพันธ์ เตชะอธิกและคณะ: ๒๕๕๑) และผลการศึกษาในโครงการติดตามการดำเนินงานถ่ายโอนภารกิจสถานื่อนามัยของสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สพทส.) ยังมีปัญหาอุปสรรคอยู่หลายประการ ทั้งปัญหาระดับพื้นที่ ระดับผู้ปฏิบัติ และปัญหาเชิงนโยบาย (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: มพท) และประกอบกับการที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) ได้กำหนดให้มีการปรับปรุงแผนการกระจายอำนาจ โดยประกาศบังคับใช้แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๑ และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) ซึ่งมีผลบังคับใช้ในวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑^๖ ยิ่งเป็นการยืนยันและแสดงให้เห็นถึงความชัดเจนในทิศทางการกระจายอำนาจของ กกถ. ว่าในเชิงหลักการของการถ่ายโอนภารกิจยังไม่เปลี่ยนแปลง แต่ในขณะเดียวกันข้อประจักษ์ในเบื้องต้นจากผลการดำเนินการถ่ายโอนเท่าที่พบจากการศึกษาในหลายกรณีศึกษาพบว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพยังมีปัญหาทั้งในด้านความก้าวหน้าและมีอุปสรรคในการขับเคลื่อนต่อเนื่องอยู่หลายประการ ดังที่ได้กล่าวมาบ้างแล้ว และโดยเฉพาะกรณีสำหรับการถ่ายโอนภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล ซึ่งเมื่อพิจารณารายละเอียดที่ปรากฏในแผนฯ ทั้งสองแผนคือแผนการกระจายอำนาจฯ และแผนปฏิบัติการฯ ที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ดังกล่าวกำหนดว่าจะต้องโอนไปสู่ อปท. ตามขอบเขตขั้นตอนและวิธีปฏิบัติที่กำหนดไว้ในแผนฯ ทั้งกรณีการถ่ายโอนสถานื่อนามัยและโรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาในรายละเอียดของแผนฯดังกล่าวสามารถสรุปภาพรวมทั้งในกรณีทั้งการถ่ายโอนทั้งสองหน่วยงานเท่าที่ปรากฏในแผนฯ กล่าวคือกระทรวงสาธารณสุขจะต้องจัดทำหลักเกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อม เสนอต่อ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.)

^๔ เป็นรัฐบาลเฉพาะกิจที่จัดตั้งขึ้นภายหลังจากการยึดอำนาจการปกครองแผ่นดิน เมื่อวันที่ ๑๙ กันยายน

๒๕๔๙

^๕ จากเป้าหมายในการถ่ายโอนสถานื่อนามัยนำร่องที่กำหนดไว้ในครั้งแรกจำนวน ๓๕ แห่ง

^๖ ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเล่ม ๑๒๕ ตอนพิเศษ ๔๐ ง วันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑

ด้วยเหตุนี้ทั้งสองฝ่ายคือผู้โอนและผู้รับโอนจะต้องพัฒนากลไกรองรับการถ่ายโอนให้มีความชัดเจนและเป็นระบบ และประเด็นสำคัญคือเรื่องงบประมาณที่จะต้องจัดการตามแนวทางที่กำหนดไว้ในแผน รวมถึงการจัดทำคู่มือรายละเอียดต่างๆ ในการถ่ายโอน เป็นต้น ประเด็นเหล่านี้เป็นประเด็นที่น่าสนใจที่จำเป็นต้องติดตามวิเคราะห์ทบทวนให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญว่า ในเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเท่าที่ได้มีการดำเนินงานมานับตั้งแต่ มีแผนการกระจายอำนาจฉบับแรก ได้มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนทั้งสองฉบับอย่างไร และจะถือว่ามีความก้าวหน้ามากน้อยเพียงใด รวมทั้งจะต้องวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบวกรวมถ่ายโอนที่เกิดขึ้นแล้ว และอาจจะเกิดขึ้นในภายภาคหน้าว่ามีผลกระทบในทางตรงและทางอ้อมต่อระบบสุขภาพอย่างไร และเป็นไปตามเจตนารมณ์ของการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากน้อยเพียงใด เพื่อเป็นหลักฐานทางวิชาการในการพัฒนาโยบายนี้ต่อไปอย่างถูกต้องและรอบคอบ

ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาอย่างรอบด้านในเชิงวิชาการเกี่ยวกับความก้าวหน้าและผลกระทบของการดำเนินนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและทบทวนนโยบายให้มีความเหมาะสม และเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง เพื่อให้กระบวนการกระจายอำนาจไปสู่ อปท. เป็นไปโดยเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ตามแนวนโยบายของรัฐและเป็นกระบวนการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและเป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้เกี่ยวข้องในทุกกระดับ อันจะยังประโยชน์สูงสุดให้แก่ประชาชนได้รับบริการสาธารณะด้านสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพ ตามแนวนโยบายแห่งรัฐที่ได้บัญญัติไว้ในกฎหมายรัฐธรรมนูญแล้ว

๑.๒ วัตถุประสงค์

๑.๒.๑ เพื่อวิเคราะห์ทบทวนความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามนโยบายกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้นในบริบทของระบบสุขภาพไทยนับตั้งแต่ ภายหลังการเกิดกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จนถึงปัจจุบัน

๑.๒.๒ เพื่อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดำเนินแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพบนพื้นฐานข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

๑.๓ วิธีดำเนินการวิจัย

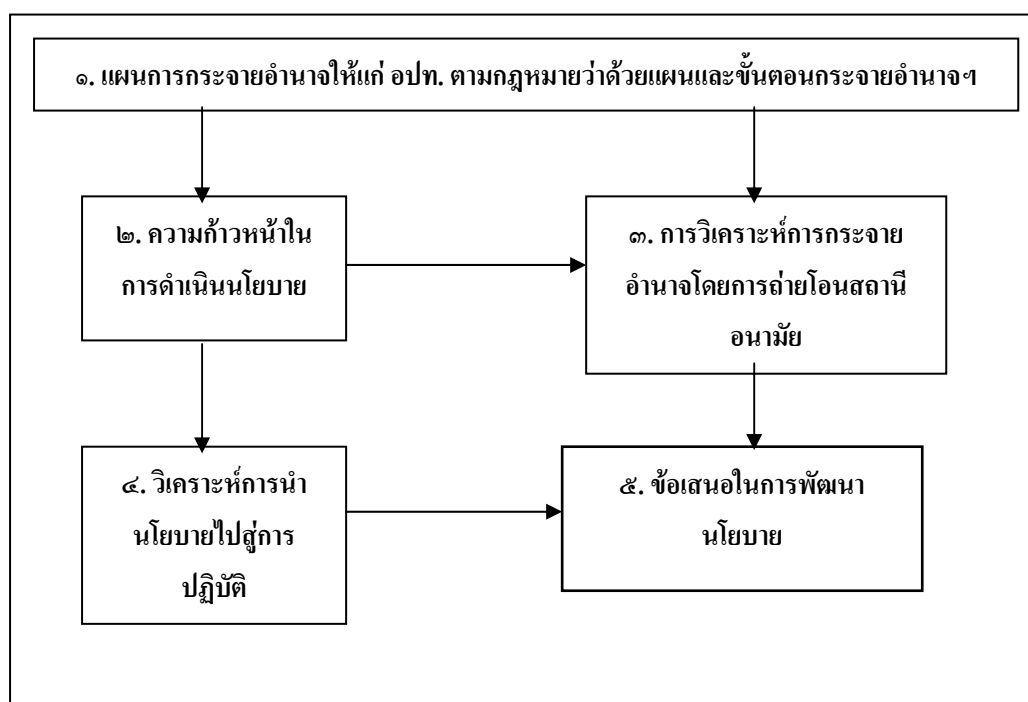
การศึกษารั้ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อสังเคราะห์เป็นผลการศึกษาและพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยได้มีการประยุกต์วิธีการเชิงคุณภาพโดยนำเทคนิค ‘Policy Ethnography Technique’ (Strong and Robinson: 1990) ซึ่งเป็นเทคนิคในการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการศึกษาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยการศึกษาวิจัยทบทวนเอกสาร และการสัมภาษณ์ผู้แสดง (Actors) ที่มีบทบาทจริงอยู่ใน

ช่วงเวลาของการดำเนินนโยบาย ประกอบกับการค้นหาข้อมูลเชิงประจักษ์เพิ่มเติมด้วยเทคนิคที่เหมาะสม เพื่อทราบปฏิสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องกันนโยบาย (Interactive Policy Actors) เพื่อนำเสนอปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงดำเนินนโยบายในประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ How and Why ของการดำเนินนโยบายนั้นๆ เทคนิควิธีแบบนี้จะเหมาะสมกับการศึกษาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในแง่การเกิดขึ้นจริงของนโยบายในโลกแห่งความเป็นจริงของพื้นที่ตามสถานการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละระดับขององค์การ (focused on policy in action in real world situation at different levels within organization) ซึ่งจะช่วยให้เราเข้าใจบทบาทและการปรับตัวของผู้เกี่ยวข้องกันนโยบายในพื้นที่ระดับต่างๆกัน

กรอบการวิจัยอยู่ภายใต้คำถามวิจัยที่สำคัญคือ ๑) นโยบายกระจายอำนาจด้านสุขภาพ มีความก้าวหน้าอย่างไรนับตั้งแต่การเกิดขึ้นของกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Progressive and Implementing of policy) ๒) อะไรคือผลกระทบของนโยบายที่เกิดขึ้นและผลกระทบต่อเนื่องคืออะไรและมีผลอย่างไร (Expectation and Expected consequence of policy) ๓) อะไรคือปัญหาของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Problem of policy mechanism and system) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาข้อเสนอการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยเป็นกระบวนการทำงานวิชาการเพื่อการพัฒนา นโยบายร่วมกับคณะกรรมการและผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องในบริบทจริงของกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ที่ได้ดำเนินกระบวนการศึกษา และติดตามผลและความก้าวหน้าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.)

๑.๔ กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในเชิงคุณภาพเป็นหลักภายใต้กรอบแนวคิดของกระบวนการวิจัยดังต่อไปนี้



๑.๕ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอทางวิชาการในประเด็นการพัฒนานโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

๒. ได้เอกสารวิชาการที่เป็นหลักฐานทางวิชาการ (Evidence-based Sugestion) ที่เป็นการติดตามและวิเคราะห์ความก้าวหน้าและการประเมินผลกระทบของการดำเนินงานตามแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เพื่อเป็นการเสนอแนะเชิงนโยบายที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทและสภาพความเป็นจริงเพื่อการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการการกระจายอำนาจที่เหมาะสมกับทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพ

บทที่ ๒

นโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

๒.๑ ความสำคัญและความเป็นมาของการกระจายอำนาจ

รัฐธรรมนูญถือเป็นกฎหมายสูงสุดในการปกครองของประเทศไทย ภายหลังจากการเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาเป็นระบอบประชาธิปไตย ในปี พ.ศ. ๒๔๗๕ กฎหมายรัฐธรรมนูญถือเป็นกฎหมายที่กำหนดกรอบความสัมพันธ์ของอำนาจ อธิปไตย ซึ่งได้แก่ อำนาจอธิปไตย อำนาจบริหารและอำนาจอตุลาการ ถือเป็นอำนาจสูงสุดในการปกครองประเทศ อำนาจการบริหารซึ่งเป็นหนึ่งในสามอำนาจที่สำคัญดังกล่าว ก็มีการตรา กฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน เพื่อจัดระเบียบการจัดแบ่งระบบการบริหาร ประเทศ การจัดแบ่งระดับอำนาจการบริหารแบ่งออกเป็นสามส่วนตามระดับของอำนาจ ได้แก่ ราชการบริหารส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจรัฐ กับประชาชนก็ถูกกำหนดโดย กฎหมายว่าด้วยลักษณะการปกครองท้องถิ่น ซึ่งดูเหมือนว่าเป็น การกระจายอำนาจการปกครองให้มี กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ในระดับท้องถิ่น แต่ก็พบว่าการจัด ความสัมพันธ์อย่างนี้กลับกลายเป็นว่า กำนัน ผู้ใหญ่บ้านเป็นกลไกของรัฐมากกว่าตัวแทนของ ประชาชน

การกระจายอำนาจรัฐให้ท้องถิ่น หรือ การปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทยได้เริ่ม ขึ้นอย่างจริงจังนับตั้งแต่การตรา พระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พุทธศักราช ๒๔๗๖^๗ ขึ้นและมีการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายเรื่อยมาจนถึง พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. ๒๔๙๖ ซึ่ง กำหนดให้จัดตั้งเทศบาลขึ้นเป็นหน่วยปกครองตนเองของประชาชน มีการแบ่งระดับของ เทศบาลออกเป็น ๓ ประเภท คือ เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง และเทศบาลนคร ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๔๙๕ รัฐบาลได้นำเอารูปแบบการปกครองท้องถิ่นแบบสุขาภิบาลที่เคยตั้งขึ้นแล้วใน สมัยรัชกาลที่ ๕ ออกมาประกาศใช้อีกครั้ง ตามพระราชบัญญัติสุขาภิบาล พ.ศ. ๒๔๙๕ เพื่อ ให้สามารถจัดตั้งการปกครองท้องถิ่นได้ง่าย และกว้างขวางขึ้นอีก แม้จะมีลักษณะเป็นการปก ครองท้องถิ่นไม่เต็มรูปแบบเท่ากับเทศบาลก็ตาม ในปีพ.ศ. ๒๔๙๘ ได้มีการตรา พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๔๙๘ ให้มีการจัดตั้งองค์การ บริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ขึ้นเป็นนิติบุคคลและเป็นราชการบริหารส่วนภูมิภาค แต่มีผู้ว่า

^๗ แม้ว่าได้เคยมีการทดลองกระจายอำนาจ โดยจัดตั้งสุขาภิบาลท่าฉลอม ขึ้นเป็นครั้งแรกในสมัยรัชกาลที่ ๕ เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๔๘ แต่ก็ไม่มีความชัดเจนในทางปฏิบัติมากนัก

ราชการจังหวัดทำหน้าที่ฝ่ายบริหาร และ สภาจังหวัดเป็นฝ่ายนิติบัญญัติซึ่งเป็นสภาเลือกตั้งจากประชาชน ในปีเดียวกันนี้ จอมพล ป. พิบูลสงคราม ซึ่งดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ได้เดินทางไปต่างประเทศและได้เห็นราษฎรในท้องถิ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาและในยุโรปมีส่วนร่วมในการดูแลท้องถิ่น จึงเกิดความคิดในการจัดตั้งสภาตำบลขึ้นในประเทศไทย และได้มีคำสั่งกระทรวงมหาดไทยที่ ๒๒๒/๒๔๙๙ ลงวันที่ ๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๙๙ เกี่ยวกับการจัดตั้งสภาตำบลทั่วประเทศ จำนวนกว่า ๔,๘๐๐ แห่ง ในขณะเดียวกันรัฐบาลได้ตราพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการส่วนตำบล พ.ศ. ๒๔๙๙ ขึ้นด้วย เพื่อจัดตั้งตำบลที่เป็นชุมชนขนาดใหญ่ขึ้นเป็น “องค์การบริหารส่วนตำบล” จึงถือเป็นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีฐานะเป็นนิติบุคคลอีกรูปแบบหนึ่ง นับว่าเป็นการจัดตั้งองค์การปกครองในระดับตำบลเพื่อให้ประชาชนได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติประชาธิปไตยทั่วประเทศขึ้นเป็นครั้งแรก แต่ต่อมาองค์การบริหารส่วนตำบลที่เป็นนิติบุคคลนี้ถูกยกเลิกหมดเพราะความไม่พร้อมต่างๆ ทั้งด้านรายได้และบุคลากร จึงคงเหลือแต่สภาตำบลเท่านั้น ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ มีการจัดตั้งสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นนิติบุคคลทั่วประเทศ ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๓๗ มีผลให้ยกเลิกสภาตำบลที่มีอยู่เดิมทั้งหมดและเกิดมีสภาตำบลขึ้นใหม่ที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล ตั้งแต่วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๓๘ เป็นต้นมา จำนวน ๖,๒๑๖ แห่ง และมีสภาตำบล (ที่มีรายได้ถึงเกณฑ์กำหนดเฉลี่ย ๓ ปี ย้อนหลัง ไม่ต่ำกว่าปีละ ๑๕๐,๐๐๐ บาท) จัดตั้งขึ้นเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเป็นราชการส่วนท้องถิ่นจำนวน ๖๑๘ แห่ง ตั้งแต่วันที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๓๘ เป็นต้นมา สำหรับกรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา ได้ถูกจัดตั้งเป็นการปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๑๘ และพระราชบัญญัติบริหารราชการเมืองพัทยา พ.ศ. ๒๕๒๑ ตามลำดับ (ชยาวัชร จันทระและคณะ: ๒๕๔๓)

ปัจจุบันมี อบจ.ในทุกจังหวัดๆ ละหนึ่งแห่ง รวมทั้งสิ้น ๗๕ แห่ง ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ โดยมีฐานะเป็นนิติบุคคลและมีพื้นที่รับผิดชอบทั้งจังหวัดทับซ้อนกับพื้นที่ของการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นอื่น คือ เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนั้น ทำหน้าที่ในการประสานกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐบาล และตัวแทนหน่วยงานของรัฐ โครงสร้างของการปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย จึงเป็นระบบการปกครองส่วนท้องถิ่น ๒ ระดับ คือ

๑. ระดับจังหวัดซึ่งเป็นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นระดับบน (Upper Level) คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

๒. ระดับชุมชนเมืองและชนบทซึ่งเป็นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นระดับล่าง (Lower Level) ได้แก่ เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล

นอกจากนี้ ยังมีการปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ คือ กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา จะเห็นได้ว่าพัฒนาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านมา ขาดความชัดเจนและไม่มีความต่อเนื่อง อีกทั้งมีรูปแบบอันหลากหลายก่อให้เกิด ความสับสนต่อสาธารณชน เนื่องจากมีพื้นฐานการปกครองจากบนสู่ล่างที่ยึดการรวมอำนาจเข้าสู่ส่วนกลางอย่างเป็นระบบตลอดมา มิได้เกิดจากการรวมกลุ่มของประชาชนอย่างในประเทศตะวันตก เป็นการดำเนินการโดยรัฐบาลกลาง อำนาจอธิปไตยส่วนใหญ่มิได้รวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค สำหรับหน่วยการปกครองในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการพัฒนาน้อยมาก แม้ว่ารูปแบบที่เกิดขึ้นส่งผลดีในด้านความเป็นเอกภาพและความสะดวกในการบริหารจัดการจากส่วนกลาง แต่ก็ทำให้เกิดข้อจำกัดในการบริหารจัดการด้านอื่น เช่น การบริหารแบบรวมศูนย์ทั้งประเทศ ทำให้ต้องดูแลปัญหาของประเทศในภาพรวม ปัญหาของท้องถิ่นจึงมีความสำคัญน้อยกว่าตลอดระยะเวลา ๗๐ ปีที่ผ่านมา การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับการจัดระเบียบบริหารราชการแผ่นดินเน้นอยู่ที่การปรับปรุงอำนาจของทางราชการให้กระชับขึ้นเท่านั้นหรือไม่ก็เป็นการแบ่งอำนาจในระหว่างหน่วยงานราชการด้วยกันเองโดยกระทรวงมหาดไทยเป็นกลไกหลักและกลไกในการบริหารราชการทั่วประเทศ โดยเฉพาะในระดับจังหวัด เมื่อกิจกรรมของรัฐในการดำเนินการพัฒนาประเทศได้มีการขยายบทบาทมากขึ้น กระทรวงต่างๆก็เริ่มขยายงานของตนจากส่วนกลางไปยังส่วนภูมิภาค ทำให้กระทรวงมหาดไทยมิใช่กลไกของรัฐเพียงหน่วยงานเดียวที่สัมพันธ์กับประชาชนในจังหวัด อำเภอและตำบล ดังตัวอย่างที่ผ่านมาในแผนพัฒนาชนบท พ.ศ. ๒๕๒๔ ได้กำหนดให้ มี ๔ กระทรวงหลัก คือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาได้ขยายเป็น ๖ กระทรวงหลัก โดยเพิ่มกระทรวงพาณิชย์ และกระทรวงอุตสาหกรรม ซึ่งเป็นการเน้นการขยายงานที่เป็นการสั่งการจากส่วนกลางเช่นเดิม

อย่างไรก็ตาม การถ่ายโอนอำนาจหน้าที่แทนที่จะกระจายไปยังจังหวัด แต่กลับกระจายไปยังกรม และหน่วยงานของส่วนกลางก็ขยายตัวไปตั้งหน่วยย่อยในส่วนภูมิภาค ทำให้มีการขยายตัวของกรมออกไปอย่างมาก งบประมาณของรัฐจึงเอื้ออำนวยต่อการขยายตัวของราชการส่วนกลาง อันได้แก่ กระทรวง ทบวง กรมและกองต่างๆ มากกว่าการขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคมของจังหวัด ผลที่ตามมาของการรวมศูนย์งบประมาณอยู่ที่ส่วนกลาง ก็คือสภาพที่อ่อนแอของจังหวัดหรือเมือง ปัญหาในท้องถิ่นไม่ได้รับการตอบสนองอย่างทันที่วงที่และได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ เช่นปัญหาการแย่งชิงทรัพยากรในท้องถิ่น ปัญหามลภาวะจากขยะ ปัญหาอาชญากรรม ฯลฯ ในขณะที่ส่วนกลางไม่สามารถแก้ปัญหาสำคัญ ๆ ที่เป็นปัญหาของชาติได้ เช่น ปัญหาทรัพยากรธรรมชาติถูกทำลาย ปัญหาความเท่าเทียมกันในสังคม ปัญหาการกระจายรายได้ เป็นต้น สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นล้วนสะท้อนถึงการเติบโตจนเกินการ (Over-development) ของกรม และการด้อยพัฒนาเกินไปของเมือง

(Under-development of Towns) ซึ่งเมืองในที่นี้หมายถึง จังหวัดต่างๆ อยู่ห่างไกลจากมหานคร(ซูชัย ศุภวงศ์ และคณะ: ๒๕๔๔)

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ สังคมไทยประสบความสำเร็จในการขับเคลื่อนเพื่อจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน โดยกำหนดเป้าหมายเพื่อเป็นเครื่องมือในการปฏิรูปการเมือง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ ได้ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ท้องถิ่น โดยได้กำหนดไว้ในหมวด ๕ แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐมาตรา ๗๘ กำหนดให้รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเอง และตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น และระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ตลอดจนโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น จึงนับเป็นก้าวที่สำคัญของการกระจายอำนาจไปสู่ส่วนปลายที่สำคัญของสังคมไทย

๒.๒ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐

กฎหมายรัฐธรรมนูญฉบับนี้มีเจตนารมณ์ที่จะกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นดังจะเห็นได้จากมิบบัญญัติที่เกี่ยวกับการปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างชัดเจน นับว่าเป็นการให้ความสำคัญเป็นอย่างมากในรูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้คือ

มาตรา ๒๘๒ ภายใต้บังคับมาตรา ๑ รัฐจะต้องให้ความเป็นอิสระแก่ท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น

มาตรา ๒๘๓ ท้องถิ่นใดมีลักษณะที่จะปกครองตนเองได้ ย่อมมีสิทธิได้รับจัดตั้งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ การกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องทำเท่าที่จำเป็นตามที่กฎหมายบัญญัติ แต่ต้องเป็นไปเพื่อการคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือประโยชน์ของประเทศเป็นส่วนรวมทั้งนี้จะกระทบถึงสาระสำคัญแห่งหลักการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือนอกเหนือจากที่กฎหมายบัญญัติไว้ มิได้

มาตรา ๒๘๔ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหลายย่อมมีความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครองการบริหาร การบริหารงานบุคคล การเงินและการคลัง และมีอำนาจหน้าที่ ของตนเองโดยเฉพาะการกำหนดอำนาจและหน้าที่ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติโดยคำนึงถึงการกระจายอำนาจเพิ่มขึ้นให้แก่ท้องถิ่นเป็นสำคัญ เพื่อพัฒนาการกระจาย

อำนาจเพิ่มขึ้นให้แก่ท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ซึ่งอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

(๑) การกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง

(๒) การจัดสรรสัดส่วนภาษี และอากรระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองเป็นสำคัญ

(๓) การจัดให้มีคณะกรรมการขึ้นคณะหนึ่งทำหน้าที่ตาม (๑) และ (๒) ประกอบด้วยผู้แทนของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กฎหมายบัญญัติโดยมีจำนวนเท่ากัน ในกรณีที่มีการกำหนดอำนาจและหน้าที่และการจัดสรรภาษีและอากรตาม (๑) และ (๒) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดแล้ว คณะกรรมการตาม (๓) จะต้องนำเรื่องดังกล่าวมาพิจารณาทบทวนใหม่ทุกระยะเวลาไม่เกินห้าปีนับแต่วันที่มีการกำหนดอำนาจและหน้าที่หรือวันที่มีการจัดสรรภาษี และอากรแล้วแต่กรณี เพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมของการกำหนดอำนาจหน้าที่ และการจัดสรรภาษีและอากรที่ได้กระทำ ไปแล้วทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงการกระจายอำนาจเพิ่มขึ้นให้แก่ท้องถิ่นเป็นสำคัญ การดำเนินการตามวรรคสี่ เมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีและรายงานรัฐสภาแล้วให้มีผลใช้บังคับได้

มาตรา ๒๘๕ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีสภาท้องถิ่นและคณะผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่นสมาชิกสภาท้องถิ่นต้องมาจากการเลือกตั้ง คณะผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่นให้มาจากการเลือกตั้งโดยตรงของประชาชน หรือมาจากความเห็นชอบของสภาท้องถิ่น การเลือกตั้งสมาชิกสภาท้องถิ่นและคณะผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่นที่มาจากการเลือกตั้งโดยตรงของประชาชน ให้ใช้วิธีออกเสียงลงคะแนนโดยตรงและลับ สมาชิกสภาท้องถิ่น คณะผู้บริหารท้องถิ่น หรือผู้บริหารท้องถิ่น มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี คณะผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่นจะเป็นข้าราชการซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำ พนักงานหรือลูกจ้างของ หน่วยงานของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจหรือของราชการส่วนท้องถิ่น มิได้คุณสมบัติของผู้มีสิทธิเลือกตั้งและผู้มีสิทธิสมัครรับเลือกตั้ง หลักเกณฑ์และวิธีการเลือกตั้งสมาชิกสภาท้องถิ่น คณะผู้บริหารท้องถิ่นและผู้บริหารท้องถิ่น ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติในกรณีที่มีการยุบสภาท้องถิ่น หรือในกรณีที่สมาชิกสภาท้องถิ่นพ้นจากตำแหน่งทั้งคณะตามมาตรา ๒๘๖ และต้องมีการแต่งตั้งคณะผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่นเป็นการชั่วคราว มิให้นำบทบัญญัติวรรคสอง วรรคสามและวรรคหก มาใช้บังคับ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา ๒๘๖ ราษฎรผู้มีสิทธิเลือกตั้งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีจำนวนไม่น้อยกว่า สามในสี่ของจำนวนผู้มีสิทธิเลือกตั้งที่มาลงคะแนนเสียง เห็นว่าสมาชิกสภาท้องถิ่นหรือผู้บริหาร ท้องถิ่นผู้ใดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นไม่สมควรดำรงตำแหน่งต่อไป ให้สมาชิกสภาท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่นผู้นั้นพ้นจากตำแหน่ง ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ การลงคะแนนเสียง ตามวรรคหนึ่งต้องมีผู้มีสิทธิเลือกตั้งมาลงคะแนนไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนผู้มีสิทธิเลือกตั้งทั้งหมด

มาตรา ๒๘๗ ราษฎรผู้มีสิทธิเลือกตั้งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีจำนวนไม่น้อยกว่า กึ่งหนึ่งของจำนวนผู้มีสิทธิเลือกตั้งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น มีสิทธิเข้าชื่อร้องขอต่อประธานสภาท้องถิ่นเพื่อให้สภาท้องถิ่นพิจารณาออกข้อบัญญัติท้องถิ่นได้คำร้องขอตามวรรคหนึ่งต้องจัดทำร่างข้อบัญญัติท้องถิ่นเสนอมาด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการเข้าชื่อรวมทั้งการตรวจสอบให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา ๒๘๘ การแต่งตั้งและการให้พนักงานและลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ้นจากตำแหน่งต้องเป็นไปตามความต้องการและความเหมาะสมของแต่ละท้องถิ่นและต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพนักงานส่วนท้องถิ่นก่อน ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ คณะกรรมการพนักงานส่วนท้องถิ่นตามวรรคหนึ่งจะต้องประกอบด้วยผู้แทนของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กฎหมาย บัญญัติโดยมีจำนวนเท่ากัน การโยกย้าย การเลื่อนตำแหน่ง การเลื่อนเงินเดือน และการลงโทษพนักงานและลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา ๒๘๙ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีหน้าที่บำรุงรักษาศิลปะ จารีต ประเพณีภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีสิทธิที่จะจัดการศึกษาอบรมและการฝึกอาชีพตามความเหมาะสมและความต้องการภายในท้องถิ่นนั้น และเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาอบรมของรัฐแต่ต้องไม่ขัดต่อมาตรา ๔๓ และ มาตรา ๘๑ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ การจัดการศึกษาอบรมภายในท้องถิ่นตามวรรคสอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องคำนึงถึงการบำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณีภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่นด้วย

มาตรา ๒๙๐ เพื่อส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีอำนาจหน้าที่ตามที่กฎหมายบัญญัติ กฎหมายตามวรรคหนึ่งอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

(๑) การจัดการ การบำรุงรักษาและการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในเขตพื้นที่

(๒) การเข้าไปมีส่วนในการบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่อยู่นอกเขตพื้นที่เฉพาะในกรณีที่มีผลกระทบต่อดำรงชีวิตของประชาชนในพื้นที่ของตน

(๓) การมีส่วนร่วมในการพิจารณาเพื่อริเริ่มโครงการหรือกิจกรรมใด นอกเขตพื้นที่ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมหรือสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่

กล่าวโดยสรุปว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ ได้ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ท้องถิ่น นับเป็นครั้งแรกที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไว้อย่างชัดเจน โดยได้กำหนดให้รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งพาตนเอง และตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น และระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ตลอดจนโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึง และเท่าเทียมกันทั่วประเทศ ประเด็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้นตามกฎหมายรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. ๒๕๕๐ คือการตรากฎหมายตามความในมาตรา ๒๘๔ ที่กำหนดให้มีกฎหมายว่ากับการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ คือ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๓ ซึ่งถือเป็นจังหวะก้าวที่สำคัญของกระบวนการกระจายอำนาจของประเทศไทย

๒.๓ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐

การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกฎหมายรัฐธรรมนูญ ฉบับปี ๒๕๕๐ ซึ่งเป็นฉบับที่ประกาศบังคับใช้แทนรัฐธรรมนูญ ฉบับปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ในส่วนบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจนั้นเนื้อหาส่วนใหญ่่นำมาจากรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

มาตรา ๘๐ (๒) กำหนดให้รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและจัดบริการสาธารณสุข

มาตรา ๒๘๑ - ๒๘๐ ในส่วนที่เกี่ยวกับการปกครองส่วนท้องถิ่น ยังคงเจตนารมณ์และแนวทางการกระจายอำนาจตาม รัฐธรรมนูญ ฉบับ พ.ศ. ๒๕๕๐ และได้กำหนดให้รัฐต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณะ (ซึ่งหมายถึงบริการด้านสาธารณสุขด้วย) และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ให้มีมาตรฐานกลางในการดำเนินงานเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปฏิบัติได้เอง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความแตกต่างในระดับการพัฒนาและประสิทธิภาพในการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดให้มีกลไกตรวจสอบการดำเนินงานโดยประชาชนเป็นหลัก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องรายงานการดำเนินงานต่อประชาชนในเรื่องการจัดทำงบประมาณ การ

ใช้จ่ายและผลการดำเนินงานในรอบปี เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและกำกับ การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ทั้งนี้ มาตรา ๓๐๓ ได้บัญญัติไว้ว่าในวาระเริ่มแรก ให้คณะรัฐมนตรีที่เข้าบริหาร ราชการแผ่นดินภายหลังจากการ เลือกตั้งทั่วไปเป็นครั้งแรกตามรัฐธรรมนูญนี้ ดำเนินการจัดทำ หรือปรับปรุงกฎหมาย ให้แล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนด ซึ่ง ใน (๕) กฎหมายว่าด้วยการ กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กฎหมายรายได้ ทั้ ท้องถิ่น กฎหมายจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กฎหมายเกี่ยวกับข้าราชการส่วนท้องถิ่น และกฎหมายอื่นตามหมวด ๑๔ การปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จ ภายในสองปีนับแต่วันที่แถลงนโยบายต่อรัฐสภา

นอกจากนี้ใน มาตรา ๑๗๖ ยังได้ระบุไว้ว่า หากปรากฏว่ากฎหมายใดที่ตราขึ้นก่อน วันประกาศใช้รัฐธรรมนูญนี้ มีเนื้อหาสาระเป็นไปตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้แล้ว ให้ถือ เป็นการยกเว้นที่จะไม่ต้องดำเนินการตามมาตรานี้อีก นั้นก็หมายความว่า กฎหมายต่างๆ ที่ว่า ด้วยการกระจายกระจายอำนาจ ที่มีอยู่แล้วก็จะเป็นไปตามที่รัฐธรรมนูญปี ๒๕๕๐ บัญญัติไว้จึง ใช้บังคับต่อไปได้โดยไม่ต้องตราขึ้นใหม่อีก จึงถือได้ว่าแนวคิดการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นยังคงเป็นสาระสำคัญที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญและเป็นทิศทางของการ พัฒนาระบบการปกครองและการบริหารราชการที่สำคัญต่อไป

๒.๔ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๐

เพื่ออนุวัติตามมาตรา ๒๘๔ แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ ต่อมา จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ขึ้น สาระสำคัญเป็นการกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง การจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดย คำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองเป็นสำคัญ โดยกำหนดให้มีการมอบอำนาจหรือถ่ายโอนภารกิจบริการสาธารณะให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใน ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๗) หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใด ที่ยังไม่พร้อมรับการถ่ายโอนภารกิจภายใน ๔ ปี ก็ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๔- ๒๕๕๓) โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเตรียมความพร้อม และราชการบริหารส่วนกลางให้การสนับสนุนแนะนำ ด้านการบริหารและเทคนิควิชาการ นอกจากนี้ กฎหมายได้กำหนดการจัดสรรภาษีและอากร เงิน

อุดหนุน และรายได้อื่นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ อปท. จะต้อง มีรายได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของรายได้ของรัฐบาล และสัดส่วนต้องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดย ภายในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ จะต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕^๕ นอกจากนี้ในมาตรา ๑๒ ของ กฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ฉบับนี้ กำหนดให้คณะกรรมการการ กระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ กกถ. ทำหน้าที่จัดทำแผนการกระจาย อำนาจและแผนปฏิบัติการเพื่อขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีและรายงานรัฐสภา ซึ่งเป็น ความพยายามในการขับเคลื่อนให้เกิดการกระจายอำนาจโดยใช้มาตรการทางกฎหมายซึ่งแม้ว่า จะมีผลดีในแง่ความเป็นเอกภาพของทิศทางในการดำเนินการและเกี่ยวข้องมีผลผูกพันกับทุก ฝ่าย แต่ในส่วนการปฏิบัติยังคงมีปัญหามากมายทั้งที่เกิดจากระบบที่ยังไม่เต็มที่และการนำ นโยบายไปสู่การปฏิบัติในส่วนปลายที่ยังไม่ชัดเจนจากฝ่ายที่จะโอนอำนาจ นอกจากนี้ยังพบว่า มีความสับสนกับบทบาทอันแท้จริงและความเป็นธรรมชาติในการงานและระบบการจูงใจในระบบ เพื่อสร้างและกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นเป็นอย่างมากให้สามารถเป็น หลักประกัน

๒.๕ แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๓

แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นแผนที่คณะกรรมการ การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) ได้จัดทำขึ้นตามบทบาทหน้าที่ ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ โดยฉบับแรก ได้ประกาศใช้เมื่อวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๔๓ เป็นแผนที่กำหนดกรอบแนวคิด เป้าหมายและ แนวทางการกระจายอำนาจให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการกระจายอำนาจและรัฐธรรมนูญ โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมและความยืดหยุ่นสามารถปรับได้กับสถานการณ์ที่เกิดจากการ เรียนรู้และประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น มีสาระที่สำคัญดังนี้

๑. วิสัยทัศน์การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

วิสัยทัศน์ของแผนการกระจายอำนาจ กำหนดว่าช่วง ๔ ปีแรก คือ ๒๕๔๔- ๒๕๔๗ จะเป็นช่วงของการปรับปรุงระบบการบริหารงานภายในขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ราชการบริหารส่วนกลาง และราชการบริหารส่วนภูมิภาค การพัฒนายุทธศาสตร์การสร้า งความพร้อมในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจ บุคลากร งบประมาณและทรัพย์สิน รวมทั้ง การแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องในส่วนของการภารกิจที่ถ่ายโอนจะมีทั้งการถ่ายโอนให้องค์กร

^๕ จากข้อเท็จจริงพบว่ารัฐไม่สามารถจัดสรรสัดส่วนรายได้ของ อปท. ถึงร้อยละ ๓๕ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ต่อมาได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายดังกล่าวเพื่อให้สัดส่วนรายได้ของ อปท. ต้อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕ ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๐

ปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างสมบูรณ์ และการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยงานของรัฐ และจะมีบุคลากรจำนวนหนึ่งถ่ายโอนไปปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หลังจากการถ่ายโอนในช่วง ๔ ปีแรกสิ้นสุดลงจนถึงระยะเวลาการถ่ายโอนในปีที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๔๗- ๒๕๕๓) เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านมีการปรับบทบาทของราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนที่จะเรียนรู้ร่วมกันในการถ่ายโอนภารกิจ มีการปรับกลไกความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับ ราชการบริหารส่วนภูมิภาคอย่างกลมกลืน รวมทั้งปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อันจะทำให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถดำเนินกิจการสาธารณะที่ตอบสนองความต้องการของ ประชาชนในท้องถิ่นดีขึ้นและจะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสามารถพัฒนาขีดความสามารถใน การดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความโปร่งใส

ในช่วงเวลาหลังจากปีที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นต้นไป) ประชาชนในท้องถิ่นจะมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ประชาชนจะมี บทบาทในการตัดสินใจ การกำกับดูแลและการตรวจสอบ ตลอดจนการสนับสนุนการดำเนิน กิจกรรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเต็มที่ในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีการ พัฒนาศักยภาพทางด้านการบริหารจัดการและการคลังท้องถิ่นที่พึ่งตนเองและเป็นอิสระมากขึ้น ผู้บริหารและสภาท้องถิ่นจะเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีวิสัยทัศน์ในการบริหารราชการ บริหารส่วนภูมิภาคจะเปลี่ยนบทบาทจากฐานะผู้จัดทำบริการสาธารณะมาเป็นผู้ให้ความช่วย เหลือทางวิชาการ และกำกับดูแลการดำเนินงานขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นเท่าที่จำเป็น ภายใต้ขอบเขตที่ชัดเจน และการปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นการปกครองตนเองของ ประชาชนในท้องถิ่นอย่างแท้จริง

๒. กรอบแนวคิดการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ยึดหลักการและสาระสำคัญ ๓ ด้าน คือ

๒.๑ ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหารจัดการ การ บริหารงานบุคคลและการเงินการคลังของตนเอง โดยยังรักษาความเป็นรัฐเดี่ยวและควมมี เอกภาพของประเทศ การมีสถาบันพระมหากษัตริย์เป็นประมุข และความมั่นคงของชาติเอาไว้ ได้ ตลอดจนการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเมือง การปกครองท้องถิ่นภายใต้ระบอบ ประชาธิปไตย

๒.๒ ด้านการบริหารราชการแผ่นดินและการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น รัฐต้อง กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของตนเองได้มาก

ขึ้น โดย ปรับบทบาทและภารกิจของราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาค และเพิ่มบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าดำเนินการแทน เพื่อให้ราชการส่วนกลาง และส่วนภูมิภาครับผิดชอบในภารกิจมหภาค และภารกิจที่เกินขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการได้ โดยกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านนโยบาย และด้านกฎหมายเท่าที่จำเป็นให้การสนับสนุน ส่งเสริมด้านเทคนิควิชาการและตรวจสอบ ติดตามประเมินผล

๒.๓ ด้านประสิทธิภาพการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรัฐต้องกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณะที่ดีขึ้นหรือไม่ต่ำกว่าเดิม มีคุณภาพมาตรฐาน การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพและ ไม่มีฝ่ายสาธารณสุขในองค์กรรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการให้มากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนภาคประชาสังคมและชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมดำเนินงาน และติดตามตรวจสอบ

๓. วัตถุประสงค์การกระจายอำนาจ ตามแผนการกระจายอำนาจ

แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๓ มีวัตถุประสงค์สำคัญ ๓ ประการ คือ

๓.๑ เพื่อให้มีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

๓.๒ กำหนดกรอบทิศทางและแนวทางการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ชัดเจน โดยมีกระบวนการที่ยืดหยุ่น สามารถปรับวิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปและมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น

๓.๓ กำหนดแนวทางการดำเนินงานของแผนปฏิบัติการ ซึ่งจะกำหนดหลักการทั่วไปในการพิจารณาถ่ายโอนภารกิจ รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจที่ราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาคจะถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระยะเวลาการถ่ายโอน แนวทางการจัดแบ่งอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบ แนวทางการจัดสรรทรัพยากรด้าน การเงิน การคลังและบุคลากรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สอดคล้องกับอำนาจหน้าที่และภารกิจ ปรับบทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค และราชการบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้ง แก้ไขกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๔. การถ่ายโอนภารกิจ

รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะมีทั้งการถ่ายโอน

อำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะตามที่ระบุไว้ในกฎหมาย และการปรับปรุงอำนาจหน้าที่ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ สอดคล้องกับการถ่ายโอนภารกิจ ดังนั้นจึงได้กำหนดลักษณะการถ่ายโอนไว้ ๓ ลักษณะ คือ

๔.๑ ภารกิจที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเอง ซึ่งสามารถแบ่งออกได้ ๓ ประเภท คือ

๔.๑.๑ ภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการหรือผลิตบริการสาธารณะเองเป็นภารกิจที่แต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการหรือผลิตบริการสาธารณะนั้นๆได้เอง โดยมีกฎหมายให้อำนาจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไว้แล้ว และ/หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเคยดำเนินการอยู่แล้ว โดยสามารถรับโอนได้ทันทีและขอบเขตการทำงานอยู่ในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔.๑.๒ ภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆเป็นภารกิจที่กำหนดอำนาจหน้าที่ทั้งรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ โดยมีผลกระทบต่อประชาชน ไม่เฉพาะในเขตพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งโดยเฉพาะ แต่มีผลกระทบต่อประชาชนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นด้วย หรือมีความจำเป็นต้องลงทุนจำนวนมากและไม่คุ้มค่า หากต่างคนต่างดำเนินการ

๔.๑.๓ ภารกิจที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการแต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจซื้อบริการจากภาคเอกชน ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นเป็นภารกิจที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถซื้อบริการจากภาคเอกชน หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีประสิทธิภาพหรือเคยดำเนินการ

๔.๒ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับรัฐ เป็นภารกิจที่รัฐโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ และบางส่วนรัฐยังคงดำเนินการอยู่ การดำเนินการจึงเป็นการดำเนินการร่วมกัน

๔.๓ ภารกิจที่รัฐยังคงดำเนินการอยู่แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจะดำเนินการได้เป็นภารกิจที่ซ้ำซ้อน แต่ยังคงกำหนดให้รัฐดำเนินการอยู่ต่อไป ในกรณีนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็สามารถดำเนินการได้เช่นเดียวกัน

โดยภารกิจที่รัฐต้องถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดไว้ ๖ ด้าน คือ

๑. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน
๒. ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต
๓. ด้านการจัดระเบียบชุมชน/สังคม และการรักษาความสงบเรียบร้อย
๔. ด้านการวางแผน การส่งเสริมการลงทุน พาณิชยกรรมและการท่องเที่ยว
๕. ด้านการบริหารจัดการและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม
๖. ด้านศิลปะ วัฒนธรรม จารีตประเพณีและภูมิปัญญาท้องถิ่น

๕. หลักการทั่วไปในการพิจารณาถ่ายโอนภารกิจ

๕.๑ การถ่ายโอนภารกิจตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะไม่ครอบคลุมงานหรือ กิจกรรมที่เกี่ยวกับความมั่นคง การพิจารณาพิพากษาคดี การต่างประเทศและการเงินการคลังของประเทศโดยรวม

๕.๒ ภารกิจที่กำหนดให้ถ่ายโอน พิจารณาภารกิจของส่วนราชการเป็นหลัก สำหรับภารกิจของรัฐวิสาหกิจและองค์การมหาชน ให้ถ่ายโอนในกรณีเป็นนโยบายของรัฐบาล หรือเมื่อพิจารณาความเหมาะสมและประสิทธิภาพของบริการ สาธารณะที่ประชาชนจะได้รับแล้วสมควรถ่ายโอน

๕.๓ การถ่ายโอนภารกิจคำนึงถึงผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประชาชนในพื้นที่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นเป็นหลัก ในระยะแรกหากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่พร้อมที่จะดำเนินการตามมาตรา ๓๐ (๒) แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ หรือด้วยเหตุใดก็ตามอาจให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการไปก่อนจนกว่าจะครบระยะเวลาตามที่กำหนดในแผนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแผนปฏิบัติการ

๕.๔ งานหรือกิจกรรมที่มีเป้าหมายดำเนินการครอบคลุมหลายจังหวัดหรือมีผลกระทบเกิดขึ้นนอกเขตพื้นที่จังหวัดด้วย ให้หน่วยงานของรัฐเป็นผู้ดำเนินการ เว้นแต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัดสามารถทำความเข้าใจดำเนินการร่วมกันได้ และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นชอบด้วย

๕.๕ ในการพิจารณาความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภท และแต่ละแห่งพิจารณาจากรายได้ บุคลากร จำนวนประชากร ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน คุณภาพในการให้บริการและประสบการณ์ทางการบริหาร และโอกาสในการพัฒนาศักยภาพเหล่านั้น ซึ่งจะช่วยให้กำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมในการถ่ายโอนภารกิจ

๕.๖ การถ่ายโอนภารกิจต้องคำนึงถึงความคุ้มค่าและการประหยัดจากขนาดการลงทุนที่เหมาะสม ดังนั้น หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดไม่สามารถดำเนินการได้โดยลำพัง ก็สามารถร่วมกันจัดตั้งสหการ หรืออาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมมากกว่าดำเนินการไปก่อนได้

๕.๗ การถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น มุ่งให้ประชาชนพึงได้ รับบริการที่รวดเร็ว มีคุณภาพและตรงตามความต้องการ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๕.๘ ในภาพรวมการถ่ายโอนภารกิจของรัฐให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ พิจารณาถ่ายโอนทั้งภารกิจ งบประมาณและบุคลากร ภายในช่วงเวลาที่กำหนดโดยไม่จำเป็นต้องดำเนินการถ่ายโอนไปพร้อมกัน

๕.๙ การกำหนดอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะ และกำหนดภารกิจที่จะถ่ายโอน มิได้จำกัดเฉพาะในกรอบของบทบัญญัติของกฎหมายในปัจจุบัน หากแต่พิจารณาถึงอำนาจหน้าที่ของการจัดบริการสาธารณะตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งพิจารณาถึงความเหมาะสมและประสิทธิภาพของบริการสาธารณะที่ประชาชนได้รับเป็นสำคัญ

๕.๑๐ อำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามมาตรา ๑๖ มาตรา ๑๗ มาตรา ๑๘ และมาตรา ๑๙ ของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ เป็นภารกิจที่หน่วยงานของรัฐจะถ่ายโอนให้ท้องถิ่นตามมาตรา ๓๐ (๑) ของพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ถ้าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่พร้อมรับถ่ายโอนเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านขีดความสามารถและสาเหตุอื่นใด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นอาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือร้องขอให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการแทนไปพลางก่อน หรือดำเนินการร่วมกับหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรืออาจจัดซื้อจัดจ้างจากหน่วยงานของรัฐหรือภาคเอกชนดำเนินการแทนได้ ทั้งนี้ให้รัฐดำเนินการเพิ่มขีดความสามารถและความรู้ด้านเทคโนโลยีด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากรและความพร้อมด้านการคลังให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ จนกว่าจะสามารถรับการถ่ายโอนงานหรือภารกิจได้โดยให้มีความยืดหยุ่นในช่วงเปลี่ยนผ่านภารกิจหนึ่ง ๆ อาจจัดแบ่งขอบเขตของอำนาจและหน้าที่ความรับผิดชอบระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันได้ โดยมีการกระจายการจัดบริการสาธารณะตามขนาดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละประเภทตามขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเป็นไปได้ ภายในกรอบระยะเวลาที่เหมาะสม

๕.๑๑ การถ่ายโอนภารกิจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทและแต่ละแห่งควรให้ถ่ายโอนไปพร้อมๆกัน เพื่อให้สามารถวางแผนกำลังคนและงบประมาณล่วงหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพการจัดรูปแบบ โครงสร้างและวิธีการ เพื่อรองรับการถ่ายโอนของแต่ละภารกิจคำนึงถึงความสอดคล้องของรูปแบบ โครงสร้างและวิธีการ ให้เป็นไปในลักษณะเดียวกันให้มากที่สุด โดยไม่เลือกปฏิบัติ เพื่อไม่ให้เกิดความแตกต่างในรูปแบบ โครงสร้างและวิธีการถ่ายโอนระหว่างภารกิจที่มีลักษณะเหมือนกัน

๕.๑๒ การถ่ายโอนภารกิจในแต่ละภารกิจอาจมีโครงสร้างการบริหารและการกำกับดูแลที่แตกต่างกันได้ รวมทั้งยังคงต้องมีระบบกำกับดูแลจากรัฐ เพื่อเป็นหลักประกันในด้านคุณภาพการให้บริการ ความยุติธรรมและความเสมอภาคระหว่างประชาชนในแต่ละเขตพื้นที่

๕.๑๓ การถ่ายโอนภารกิจ จำเป็นต้องปรับโครงสร้างภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สอดคล้องกับภารกิจที่ ถ่ายโอน เพื่อเตรียมความพร้อมในด้านการบริหารจัดการ การเพิ่มขีดความสามารถด้านการเงิน การคลังและบุคลากร ก่อนการถ่ายโอนภารกิจนั้น ๆ รวมทั้งการกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทต่าง ๆ

๕.๑๔ การถ่ายโอนในช่วงแรก โดยหลักการภารกิจส่วนใหญ่จะเป็นภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการยกระดับและส่งเสริม คุณภาพชีวิตของประชาชนและชุมชน งานโครงสร้างพื้นฐานของท้องถิ่นเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนก่อนเป็นลำดับแรก หากมีภารกิจอื่นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความพร้อมก็สามารถถ่ายโอนไปในช่วงแรกได้ หลังจากนั้นเป็นภารกิจตามความจำเป็นในด้านอื่นๆ เป็นลำดับต่อไป โดยส่งเสริมให้ประชาชนและภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอแนะข้อคิดเห็น เพื่อการตัดสินใจร่วมดำเนินกิจกรรมและติดตามตรวจสอบให้มากที่สุด

๕.๑๕ การถ่ายโอนภารกิจโดยทั่วไป ให้โอนทรัพย์สินที่เกี่ยวข้องให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย ยกเว้นเฉพาะทรัพย์สินที่เป็นที่ดินให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้ประโยชน์ได้โดยไม่โอนกรรมสิทธิ์ให้ เว้นแต่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะพิจารณาตามความเหมาะสมเป็นการเฉพาะราย

๕.๑๖ การจัดการกองทุนต่างๆ ของหน่วยงานของรัฐที่ดำเนินการอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการไปตามเจตนารมณ์ของการจัดตั้งกองทุนนั้น เว้นแต่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาให้ถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือพิจารณาเป็นประการอื่นตามที่เห็นสมควร

๖. ระยะเวลาการถ่ายโอน

แผนการกระจายอำนาจ ได้กำหนดระยะเวลาการถ่ายโอน แบ่งเป็น ๒ ระยะ คือ

ระยะที่ ๑ ระยะเวลา ๑-๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๔- ๒๕๔๗) โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมสามารถดำเนินการได้ให้แล้วเสร็จภายใน ๔ ปี โดยเป็นการถ่ายโอนตามมาตรา ๓๐(๑) ของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

ระยะที่ ๒ ระยะเวลา ๑-๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๔- ๒๕๕๓) เป็นการถ่ายโอนเนื่องจากการกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่แตกต่างกันในระยะ ๑๐ ปีแรก ตามมาตรา ๓๐(๒) ของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งในระยะเวลาที่แบ่งการดำเนินการออกเป็นสองช่วง คือระยะเวลาการถ่ายโอน ๑-๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๔- ๒๕๔๘) เนื่องจากต้องพิจารณาความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นการเตรียมความพร้อมให้องค์

การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือการใช้ระยะเวลาในการถ่ายโอนต่อเนื่องเกินกว่า ๕ ปี และ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดให้ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่มีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามอำนาจและหน้าที่ บางอย่างตามมาตรา ๓๐ (๒) และระยะเวลาการถ่ายโอน ๔-๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๗- ๒๕๕๓) เนื่องจากต้องพิจารณาความ พร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเตรียมความพร้อมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การใช้ระยะเวลาในการถ่ายโอนต่อเนื่องเกินกว่า ๕ ปี หรือเป็นเรื่องไม่เร่งด่วน และจำเป็นต้อง สร้างกลไกและ ระบบควบคุมมาตรฐานมารองรับ และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่มีความพร้อมที่จะ ปฏิบัติตามอำนาจและหน้าที่บางอย่างตามมาตรา ๓๐ (๒)

๗. กลไกการกำกับดูแลและติดตามประเมินผล

เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจและการดำเนินการเป็นไปตามแผน จึงกำหนดกลไก การกำกับดูแลและติดตามประเมินผลดังนี้

๗.๑ ให้มีกลไกทำหน้าที่ในการกำกับดูแลและรับผิดชอบเกี่ยวกับการถ่ายโอน ภารกิจตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแผนปฏิบัติการตาม ความจำเป็น ประกอบด้วย ผู้แทนส่วนราชการ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ ทรงคุณวุฒิ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงความรวดเร็วคล่องตัวในการดำเนินงาน และมีอำนาจการ ตัดสินใจในระดับหนึ่ง รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทรัพยากรการบริหารงานอย่างเพียงพอเป็น สำคัญ

๗.๒ ให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และประชาชน โดยทั่วไปเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ

๗.๓ ให้มีกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการที่รวดเร็วเพื่อแก้ไขปัญหาอัน เกิดจากการถ่ายโอน

๗.๔ ให้มีการศึกษา พัฒนา และปรับปรุงกระบวนการ วิธีการ รูปแบบ และ แนวทางในการถ่ายโอนภารกิจอย่าง สม่าเสมอ ต่อเนื่อง และทันต่อเหตุการณ์

๒.๖ แนวคิดและการดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

๑. ความเป็นมาและภาพรวมในการดำเนินการ

ก่อนที่รัฐธรรมนูญฯ ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ จะมีผลบังคับใช้ กระทรวงสาธารณสุขมีความ เคลื่อนไหวเกี่ยวกับการกระจายอำนาจอย่างต่อเนื่องมาโดยลำดับ โดยมีการเคลื่อนไหวที่สำคัญ ผ่านทางวิชาการหรือเวทีสัมมนาหรือการถกอภิปรายเป็นประเด็นในกลุ่มผู้สนใจอย่าง หลากหลายเนื่องจากเป็นประเด็นสำคัญประการหนึ่งในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ ประเด็น การกระจายอำนาจ เป็นประเด็นหนึ่งที่ได้มีการหยิบยกขึ้นมาศึกษาและอภิปรายอย่างกว้างขวาง

ต่อมา เมื่อรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ประกาศใช้ ส่งผลให้แนวโน้มและทิศทางการกระจายอำนาจเริ่มมีความชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากถูกกำหนดไว้ในกฎหมายสูงสุดของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขเองก็ได้มีการเคลื่อนไหวเพื่อเตรียมการรองรับในเรื่องนี้ทั้งในรูปการเตรียมการด้านวิชาการและการทดลองการกระจายอำนาจในรูปแบบต่างๆพอสมควร อาทิ เช่น การกระจายอำนาจในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ในเรื่องการคัดเลือกนักเรียนทุนของจังหวัดหรือการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพคนในระดับจังหวัด หรือการให้อำนาจหน่วยงานส่วนภูมิภาคให้อำนาจในการใช้ทรัพยากรเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น แต่ยังเป็นรูปแบบการกระจายอำนาจที่ยังคงอำนาจสำคัญไว้ที่ส่วนกลางเสียมากกว่า ต่อมาเมื่อมี พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. ๒๕๔๒ กำหนดให้มีคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ กกถ. ซึ่งมีหน้าที่สำคัญประการหนึ่งคือจัดทำแผนการกระจายอำนาจ และแผนปฏิบัติการเพื่อเสนอให้คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ องค์ประกอบคณะกรรมการ กกถ. ซึ่งมีปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็น ๑ ใน ๓๖ คน ของคณะกรรมการดังกล่าว ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เข้าไปมีส่วนร่วมในแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ต้น โดยงานสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งในเป้าหมายการถ่ายโอนภารกิจตามกฎหมาย และกำหนดไว้เป็นส่วนหนึ่งของภารกิจการถ่ายโอนด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต จากการวิเคราะห์ข้อเท็จจริงในการมีส่วนร่วมในประเด็นนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยบุคลากร จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์และสำนักวิชาการ กรมอนามัย เป็นแกนในการประสานกับกรมต่างๆ เพื่อร่วมกันจัดทำแผนการกระจายอำนาจ ทั้งแผนการกระจายอำนาจและแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ แผนฯ ที่กล่าวถึงดังกล่าว ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้ซึ่งถือเป็นกฎเกณฑ์ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในแผน หากมีปัญหาลุप्तรรคไม่สามารถดำเนินการให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการฯได้ สามารถทบทวนและปรับแผน ในระยะเวลาทุก ๕ ปี นับแต่วันประกาศใช้แผนปฏิบัติการฯ^๕

การดำเนินการในระยะแรกๆ ภายใต้รัฐบาลที่เป็นแกนนำโดยพรรคประชาธิปัตย์และพรรคความหวังใหม่ ซึ่งได้มีนโยบายให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ ผู้เกี่ยวข้องทั้งในส่วนราชการที่ต้องถ่ายโอนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องรับการถ่ายโอน ได้มีการดำเนินการตามนโยบายรัฐบาล แม้ว่าส่วนราชการบางส่วน เช่น กระทรวงศึกษาธิการจะแสดงท่าทีว่าไม่เห็นด้วยกับการถ่ายโอนภารกิจตามแผนการกระจายอำนาจ โดยอ้างว่ามีการกระจายอำนาจในส่วนของการศึกษาตาม พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ อยู่แล้ว ซึ่งเป็นการกระ

^๕ กรม.มิตติเห็นชอบต่อแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งถือเป็นฉบับแรก เมื่อวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๔๔ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ ๑๑๙ ตอนพิเศษ ๒๓ ง วันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๔๕

จ่ายอำนาจจากส่วนกลางไปยังเขตการศึกษา^{๑๐} ในภาพรวมของการกระจายอำนาจในส่วนอื่นๆ โดยทั่วไปก็ถือว่าสามารถบรรลุตามเป้าหมายได้ระดับหนึ่ง

กฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ กำหนดให้จัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายในกำหนดระยะเวลา ๑ ปี นับตั้งแต่มีการตรากฎหมายดังกล่าว และให้มีแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นรายละเอียดที่สำคัญ เพื่อกำหนดให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจจะต้องดำเนินการตามที่กำหนดไว้ ทั้งด้านการทำหน้าที่สนับสนุนและการเตรียมความพร้อม การพัฒนาศักยภาพและการกำกับดูแลให้การถ่ายโอนเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในแผนฯ จากข้อเท็จจริงพบว่าการประกาศแผนการกระจายอำนาจ วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๔๓ และมีการประกาศแผนปฏิบัติการฯ วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๕ โดยตั้งเป้าหมายว่าจะต้องมีการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวง ทบวง กรม ต่างๆ ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม โดยมีการระบุกิจกรรมเป็นสองประเภทคือ **เลือกทำโดยอิสระ** ซึ่งไม่บังคับให้ อปท.ต้องดำเนินการเพียงแต่ให้อิสระในการเลือกทำตามความจำเป็น และประเภท **หน้าที่ที่ต้องทำ** ซึ่งเป็นงานที่เกี่ยวกับชีวิตประจำวันและเป็นความจำเป็นของประชาชน ซึ่งในแผนปฏิบัติการฯ ดังกล่าวทางคณะกรรมการ กกถ. กำหนดให้โอนภารกิจ ๖ ด้าน ซึ่งมีการกิจที่จะต้องถ่ายโอน ๒๔๕ เรื่อง เกี่ยวข้องกับส่วนราชการ ๕๐ กรม ใน ๑๑ กระทรวง โดยการสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งในด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต เกี่ยวข้องกับ ๗ กรม และทั้งหมดเป็นงานที่เป็น หน้าที่ที่ต้องทำ แทบทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามก็ตีชื่อนั้นรายละเอียดต่างๆ ยังไม่ชัดเจนมากนักว่าจะมีรูปแบบและวิธีการอย่างไร ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของระบบสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องเชื่อมโยงประสานเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลและได้รับบริการในเรื่องสุขภาพได้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมากกว่าเพียงการเปลี่ยนผ่านอำนาจความรับผิดชอบจากราชการส่วนกลางมายังส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ยังมีความชัดเจนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านงบประมาณ และรายได้ของท้องถิ่น โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นในส่วนของการศึกษา หรือการสาธารณสุข ซึ่งคาดว่าจะมีการให้งบอุดหนุนจากส่วนกลาง รวมทั้งส่วนที่ท้องถิ่นจะต้องจัดสรรเข้ามาจากรายได้ ยกตัวอย่างจากการที่กำหนดไว้ในกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ที่กำหนดให้ รัฐจัดสรรงบประมาณให้กับ อปท. ให้มีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้ของรัฐบาลในอัตรา

^{๑๐} แต่หากวิเคราะห์ในความหมายของการกระจายอำนาจแล้ว ยังไม่ใช่ว่าการกระจายอำนาจอย่างแท้จริงเพราะไม่ได้โอนไปอยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่เป็นเพียงลักษณะการดำเนินงานที่ให้ “ท้องถิ่นมีส่วนร่วม” เท่านั้น

ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๕ ตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ เป็นต้นไป^{๑๑} แต่สัดส่วนที่ควรจะเป็นและบทบาทของรัฐบาลกลางในการดูแลเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนไม่ควรปล่อยให้เป็นไปตามศักยภาพที่ต่างกันของแต่ละท้องถิ่นเสียทั้งหมด ควรต้องได้รับการพัฒนาและมีความชัดเจนยิ่งขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ นอกจากนี้ประเด็นที่สำคัญที่สุดในกระบวนการกระจายอำนาจคือการพัฒนารูปแบบและศักยภาพใหม่ๆ ขององค์กรและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาคของกระทรวงต่างๆ รวมทั้งบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการและประชาชนในชุมชนท้องถิ่นต่างๆ เพื่อให้ร่วมกันแสดงบทบาทที่เหมาะสมและพัฒนาให้เกิดความสัมพันธ์ใหม่ๆ ภายใต้สิ่งแวดล้อมและกรอบกติกาที่จะเอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้การกระจายอำนาจเป็นการสร้างความเข้มแข็งของสังคมโดยรวม ไม่ใช่เป็นเพียงการโอนย้ายความรับผิดชอบในการดำเนินงานโดยองค์กรในส่วนกลางไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่านั้น

เพื่อให้มีการจัดตั้งกลไกที่จะมาทำหน้าที่ดูแลและสนับสนุนกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพอย่างแท้จริง ตลอดจนสามารถดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ได้กำหนดไว้แล้ว กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดตั้งกลไกการทำงานเพื่อสนับสนุนแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) ขึ้นอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงออกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๙๔๗/๒๕๔๓ เรื่องจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยให้มีหน้าที่รับผิดชอบ ประสานงานเพื่อจัดทำรายละเอียดรูปแบบในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อการกระจายอำนาจประสานงานกับหน่วยงานและกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการให้มีการศึกษาพัฒนาและวิจัยรูปแบบของระบบสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ ตลอดจนการติดตามประเมินผลการดำเนินงานกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานของส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง บริหารจัดการเพื่อให้เกิดการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพกำลังคน เพื่อบริการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ กระจายข้อมูลข่าวสารองค์ความรู้ ตลอดจนการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขได้รับทราบเข้าใจและมีส่วนร่วมในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

๒. หลักการในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

^{๑๑} ซึ่งในความเป็นจริงรัฐไม่สามารถปฏิบัติตามกฎหมายได้ ซึ่งพบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ รัฐจัดสรรได้เพียงร้อยละ ๒๔.๐๕ และเป็นผลให้รัฐต้องแก้ไขกฎหมายในสาระสำคัญส่วนนี้ในที่สุด

ยึดหลักการและวัตถุประสงค์ตามรัฐธรรมนูญ ฉบับปี พ.ศ. ๒๕๕๐ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ และแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๓ ” โดยเฉพาะประเด็นดังต่อไปนี้ (กระทรวงสาธารณสุข: ๒๕๕๐)

๒.๑ มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน โดยมุ่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีศักยภาพระยะยาว ในการตัดสินใจ และดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพให้เกิดผลดียิ่งขึ้นกว่าก่อนการกระจายอำนาจ และเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เสมอภาค มีประสิทธิภาพและคุณภาพดี

๒.๒ มุ่งระบบที่ยืดหยุ่นมีพลวัต โดยให้มีความยืดหยุ่นตามศักยภาพ ความเป็นไปได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น เพื่อนำไปสู่กระบวนการกระจายอำนาจอย่างต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืนในการพัฒนาสุขภาพ

๒.๓ มุ่งระบบที่มีส่วนร่วม โดยการสร้างกลไกและกระบวนการที่มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง ทั้งจากส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในท้องถิ่น โดยตัดสินใจร่วมกันด้วยกระบวนการปรึกษาหารือบนพื้นฐานของความปรารถนาดี ความรัก ความเมตตาและขันติ หลีกเลี่ยงอัตตาและความยึดมั่นในความคิดของตนเอง ทั้งนี้เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจเป็นไปอย่างราบรื่นและสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะทางระบบบริการสุขภาพ

๓. ขอบเขตของภารกิจที่จะถ่ายโอน

ภารกิจที่จะถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจแบ่งเป็น ๒ แบบ

๓.๑ ลักษณะของภารกิจ ได้แก่ ภารกิจด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ

๓.๒ ความกว้างขวางครอบคลุมของภารกิจ อาจเป็นกิจกรรมที่บริการเฉพาะบุคคล ครอบครัว หรือภารกิจที่ดำเนินการในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถรับการถ่ายโอนภารกิจในเรื่อง การพัฒนาสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคและภารกิจการสร้างเสริมสุขภาพได้ทั้งหมดโดยเร็ว เป็นต้น

๔. ลักษณะการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

อาจมีได้อย่างน้อย ๔ ลักษณะ (ซึ่งผสมผสานกันได้) ดังนี้

๔.๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ซื้อบริการ โดยเป็นเจ้าของเงิน (เช่น เงินรายได้ท้องถิ่นเอง หรืองบประมาณตามนโยบายหลักประกันสุขภาพที่มีการโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) และเป็นผู้ซื้อบริการจากสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในและนอกพื้นที่ ในส่วนนี้ ต้องมีการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถจัดการด้านการเงินและสามารถดูแลคุณภาพมาตรฐานบริการที่ได้รับเป็นอย่างดี

๔.๒ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับส่วนกลาง/ภูมิภาค เช่น ร่วมดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓๐ บาทรักษาทุกโรค) ลงทุนในการดำเนินงาน

ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หรือร่วมกับสถานีนอนามัย/โรงพยาบาลต่าง ๆ พัฒนาโครงสร้างระบบสุขภาพ

๔.๓ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเองบางส่วน เช่น รับผิดชอบดำเนินการในด้านการพัฒนาสภาพแวดล้อมและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

๔.๔ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเองทั้งหมด โดยเป็นเจ้าของสถานบริการสุขภาพและเป็นผู้ดำเนินการด้านสุขภาพทั้งหมด

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นใดจะดำเนินการในลักษณะใด ในด้านใด และเมื่อไรให้เป็นไปตามหลักการ ๓ ประการ ในข้อ ๒

๕. รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

อาจมีได้หลายแบบ ซึ่งสามารถปรับตามความพร้อมของทุกฝ่าย ตามความเหมาะสมของพื้นที่ และตามสถานการณ์ เช่น

๕.๑ ถ่ายโอนแบบแยกส่วน โดยถ่ายโอนสถานบริการให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่าง ๆ เช่น โอนสถานีนอนามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โอนโรงพยาบาลให้เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นต้น

๕.๒ ถ่ายโอนเป็นเครือข่ายบริการ (เป็นพวงบริการ หลายระดับ) โดยรวมสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลในพื้นที่เป็นเครือข่าย แล้วถ่ายโอนทั้งเครือข่ายให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหาร

๕.๓ จัดตั้งเป็นองค์การมหาชน (Autonomous Public Organization) โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมในการบริหาร และอาจเป็นองค์การมหาชนเฉพาะสถานบริการหรือเฉพาะเครือข่ายบริการ หรือให้ กสพ. เป็นองค์การมหาชน

๕.๔ จัดตั้งหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ (Service Delivery Unit- SDU) โดยให้แต่ละโรงพยาบาลเป็น SDU ภายใต้การดูแลขององค์กร Health Facility Authority (หรือ Hospital Authority) ซึ่งเป็นองค์การมหาชนภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหาร

การดำเนินการในรูปแบบที่ ๕.๓ และ ๕.๔ อาจมิใช่การถ่ายโอนภารกิจโดยตรง เพราะองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีส่วนร่วมในการบริหาร แต่มิได้เป็นเจ้าของโดยตรง

๖. กลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการกระจายอำนาจ

เพื่อให้เป็นไปตามหลักการ ขอบเขต ลักษณะและรูปแบบการกระจายอำนาจในข้อ ๒, ๓, ๔ และ ๕ ให้มีการกำหนดกลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ดังนี้

๖.๑ กลไกและกระบวนการในการตัดสินใจ ให้มีการกำหนดและพัฒนากลไกและกระบวนการที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในระดับต่าง ๆ เพื่อพิจารณาตัดสินใจเลือกแนวทาง

รูปแบบ กระบวนการและขั้นตอนการถ่ายโอนในทุกพื้นที่ ทุกระดับ ซึ่งสามารถเกิดรูปแบบและแนวทาง/ขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจที่หลากหลาย ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทุกพื้นที่ เช่น

ในระดับประเทศ ให้มีคณะกรรมการเฉพาะการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ภายใต้คณะกรรมการการกระจายอำนาจฯ

ในระดับจังหวัด อาจใช้ กสพ. ซึ่งมีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด (นายก อบจ.) เป็นประธาน และมี องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทุกประเภทร่วมเป็นกรรมการ

ในระดับอำเภอ อาจใช้กรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (กสอ.) ที่มีนายกเทศมนตรี (เป็นประธานในระดับตำบล อาจใช้กรรมการสุขภาพระดับตำบล (กสต.) ที่มีนายก อบต. เป็นประธาน เป็นต้น

๖.๒ กลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการดำเนินการถ่ายโอน ให้มีการพัฒนากลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการดำเนินการของกลไก ในข้อ ๖.๑ และการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินการดังนี้

๖.๒.๑ การสนับสนุนทั่วไป ดำเนินการในการถ่ายโอนทุกลักษณะและรูปแบบ เช่น กระบวนการพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบความเชื่อมโยงของสถานบริการสุขภาพ การพัฒนาความเชื่อมโยงของระบบงบประมาณ โดยเฉพาะภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบ เป็นต้น

๖.๒.๒ การสนับสนุนเฉพาะลักษณะ/รูปแบบ ดำเนินการเฉพาะการถ่ายโอนบางลักษณะ/รูปแบบตามความจำเป็น เช่น การออก พ.ร.ฎ การจัดตั้งองค์การมหาชน การออกกฎหมาย ให้ กสพ. เป็นนิติบุคคล การจัดทำหลักเกณฑ์ เงื่อนไข มาตรฐานและแนวทางการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๖.๓ โครงสร้างกลไก

๖.๓.๑ ส่วนกลาง ให้กลุ่มสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข (สพกส.) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรประสานหลัก โดยมีคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจ และกรมวิชาการต่าง ๆ ให้การสนับสนุน ทั้งนี้ ให้พัฒนา สพกส. ให้เป็นสำนักแยกต่างหากในระยะต่อไป

๖.๓.๒ ส่วนภูมิภาค ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย เป็นองค์กรสนับสนุนกลไกในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ตามลำดับ

๗. เงื่อนไขสำคัญในการดำเนินการถ่ายโอน

ในการดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ มีเงื่อนไขสำคัญที่จะต้องทำความเข้าใจในเรื่องสิทธิประโยชน์ ก่อนการถ่ายโอน มีการวางระบบการถ่ายโอน เพื่อดำเนินการประคับประคอง ดังนี้

๗.๑ บุคลากรสาธารณสุข การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจจะกระทบต่อวิถีชีวิต และอนาคตของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมาก จึงต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ ในเรื่องนี้ และมีความชัดเจนว่า เมื่อถ่ายโอนแล้ว สิทธิประโยชน์และศักดิ์ศรีจะไม่ลดลง บุคลากรจะได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การย้ายโอนจะต้องสะดวกและเป็นไปได้เช่นเดิม ที่สำคัญที่สุด คือ จะต้องมีการทำความเข้าใจกับบุคลากรทุกระดับอย่างถ่องแท้ และมีระบบ/กลไกที่จะประคับประคองการดำเนินการให้เกิดความราบรื่น

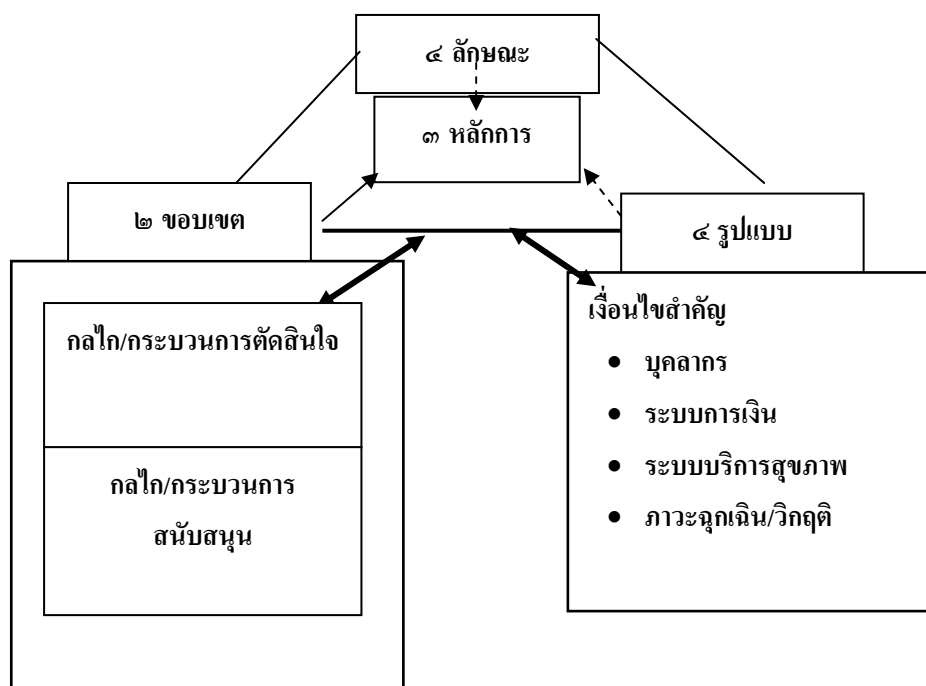
๗.๒ ระบบการจัดการทางการเงิน แหล่งที่มาของงบประมาณต่าง ๆ ทั้งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ส่วนกลางหรือจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องมีความชัดเจนและสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของระบบ ทั้งนี้ อาจมีความแตกต่างกันในองค์ประกอบของแหล่งเงินทุนในการกระจายอำนาจของแต่ละพื้นที่

๗.๓ การจัดระบบสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน วิกฤต และความมั่นคงที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต้องการระดมทรัพยากรสุขภาพในสังกัดต่าง ๆ มาช่วยแก้ไขภาวะฉุกเฉิน วิกฤติ เช่น ระบาดวิทยาของโรคอย่างรุนแรงและภัยพิบัติอื่น ๆ จะต้องมีระบบที่สร้างความมั่นใจว่า จะสามารถระดมทรัพยากรมาได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

๗.๔ การจัดระบบบริการสุขภาพ ต้องสามารถเชื่อมโยงงานด้านสุขภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งระบบบริการสุขภาพในพื้นที่เฉพาะ เช่น พื้นที่ชายแดน พื้นที่สูงและพื้นที่ทุรกันดาร ที่มีประชากรไม่มากนัก รวมถึงพื้นที่ที่มีแรงงานอพยพจำนวนมาก

ทั้งนี้ สามารถสรุปเป็นแนวทางกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ได้ดัง ภาพที่ ๑

ภาพที่ ๑ แนวทางกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข



๒.๗ แนวคิดและการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุข (สถานีนามัย) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑. ที่มาของการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑.๑ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๑๖ มาตรา ๑๗ และมาตรา ๑๘ กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตน โดยถือว่าการจัดการด้านสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของบริการสาธารณะด้วย

นอกจากนี้ ยังกำหนดให้คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดทำแผนตามมาตรา ๓๐ และแผนปฏิบัติการตามมาตรา ๓๒ ให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่คณะกรรมการฯ เริ่มปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๓ คณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบและนำเสนอรัฐสภาทราบ พร้อมทั้งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม ๑๑๘ ตอนพิเศษ ๔ ง วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๔๔

๑.๒ แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๓ ได้กำหนดวิสัยทัศน์ กรอบแนวคิด วัตถุประสงค์ เป้าหมายและแนวทางการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑.๓ แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้กำหนดให้ภารกิจด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ด้านการสาธารณสุข ได้แก่ การสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เป็นภารกิจที่ต้องถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา ซึ่งให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจการปกครองไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามข้อ ๓ ของแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๓ ด้านกรอบแนวคิดการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ให้ความสำคัญอิสระแก่ท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเอง ตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหลาย ย่อมมีอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหาร การบริหารงานบุคคล การเงินและการคลัง และมีอำนาจหน้าที่ของตนเองโดยเฉพาะ ทั้งนี้รัฐบาลเป็นผู้กำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เท่าที่จำเป็นภายในกรอบของกฎหมาย รวมทั้งกำหนดวิสัยทัศน์การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

๒. แนวทางการดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ตามที่กำหนดในแผนการกระจายอำนาจ

๒.๑ แนวทางการดำเนินการถ่ายโอน

๒.๑.๑ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับการสาธารณสุขให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีประเมินความพร้อม ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถรับการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุข ได้อย่าง ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ กำหนดแนวทาง ขั้นตอนและวิธีดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการ ส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด กำหนด แนวทางการส่งเสริมความพร้อมให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดแนวทางและขั้นตอน ในการบริหารแผน ปฏิบัติการฯ ในเรื่องสาธารณสุข เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจ ทรัพย์สิน และ บุคลากร ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ และให้มีการรายงาน ความก้าวหน้าให้ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ อย่างต่อเนื่อง

๒.๑.๒ กระทรวงสาธารณสุขโดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง คณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อมขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานอนามัย มีอำนาจหน้าที่ พัฒนากลไก กระบวนการและวิธีการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่าย โอนสถานอนามัย และดำเนินการทดลองปฏิบัติในบางพื้นที่ที่มีความพร้อมเพื่อให้สามารถนำไป ขยายผล ตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป และให้มีการ รายงานความก้าวหน้าให้คณะกรรมการเฉพาะกิจฯ ทราบอย่างต่อเนื่อง

๒.๑.๓ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ระดับจังหวัด โดยให้มีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย และ มาตรฐานการจัดบริการสาธารณสุขในเขตจังหวัด การจัดสรรทรัพยากร การกำกับดูแลและ ตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งประสานความร่วมมือระหว่าง รัฐบาลกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง

๒.๑.๔ คณะกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด แต่งตั้งคณะทำงานประเมินความพร้อมขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานอนามัย ประเมินผลการถ่ายโอนตามแผนปฏิบัติการฯ และประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขหลังการถ่ายโอน โดยดำเนินการ ประเมินตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ส่วนกลางกำหนด

๒.๑.๕ เมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านเกณฑ์การประเมินความพร้อมฯ ให้กระทรวงสาธารณสุขมอบอำนาจให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น

๒.๑.๖ การประเมินผลสำเร็จของการถ่ายโอน และประเมินผลสำเร็จของการปฏิบัติงานหลังการถ่ายโอน ให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการประเมินและจัดให้มีการประเมินผลงาน รายงานผลความก้าวหน้าให้ส่วนกลาง และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทราบอย่างต่อเนื่อง

ให้ดำเนินการโดยคณะกรรมการศึกษาและพัฒนาระบบการประเมินผลและถอดบทเรียนจากการทดลองการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามคำสั่งคณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์วิธีประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อบริการถ่ายโอนสถานีนามัยที่ ๑/๒๕๔๙ ลงวันที่ ๔ กันยายน ๒๕๔๙

๒.๒ กลไกการกำกับดูแลการถ่ายโอนภารกิจและการดำเนินการ

เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจและการดำเนินการเป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๓ และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๕ จึงกำหนดกลไกการกำกับดูแลและติดตามประเมินผลดังนี้

๒.๒.๑ ให้มีกลไกทำหน้าที่ในการกำกับดูแลและรับผิดชอบเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามความจำเป็นประกอบด้วยผู้แทนส่วนราชการ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงความรวดเร็ว คล่องตัวในการดำเนินงาน และมีอำนาจการตัดสินใจในระดับหนึ่ง รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทรัพยากรการบริหารงานอย่างเพียงพอเป็นสำคัญ

๒.๒.๒ ให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องและประชาชน โดยทั่วไปเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ

๒.๒.๓ ให้มีกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการที่รวดเร็ว เพื่อแก้ไขปัญหาอันเกิดจากการถ่ายโอน

๒.๓.๔ ให้มีการศึกษา พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการ วิธีการ รูปแบบ และแนวทางในการถ่ายโอนภารกิจอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและทันต่อเหตุการณ์

๒.๓ การปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒.๓.๑ การเตรียมความพร้อมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้กระทรวงสาธารณสุขให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้คำแนะนำและคำปรึกษา ทางเทคนิควิชาการ และการดำเนินงานให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในภารกิจที่ถ่ายโอนตามความเหมาะสม

ดำเนินการฝึกอบรมและจัดทำแผนงานฝึกอบรมด้านต่าง ๆ รวมทั้งกฎหมาย กฎและระเบียบที่เกี่ยวข้องในลักษณะบูรณาการที่ประสานหน่วยงานอื่น จนกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีความพร้อมที่จะรับการถ่ายโอน รวมทั้งสนับสนุนและเสริมสร้างสมรรถนะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจอย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๓.๒ การเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรและผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกระทรวงสาธารณสุข จะต้องจัดการฝึกอบรมบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถปฏิบัติงานได้ ทั้งนี้ควรดำเนินการให้เสร็จสิ้นก่อนการถ่ายโอน เมื่อถ่ายโอนไปแล้วจะต้องมีการนิเทศให้คำปรึกษาแนะนำและฝึกอบรม เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถเป็นระยะ และบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะต้องได้รับการสนับสนุนส่งเสริมในการศึกษาฝึกอบรมเพื่อประโยชน์ ในการปฏิบัติหน้าที่และความก้าวหน้าในการทำงาน

๒.๔ การสร้างระบบประกันคุณภาพบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒.๔.๑ การถ่ายโอนการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานของการจัดบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปพร้อมกันด้วย ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวคิดของการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหลักการส่งเสริมการบริหารจัดการที่ดี

๒.๔.๒ ให้กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดมาตรฐานทั่วไปของการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติหรือเป็นคู่มือปฏิบัติงานให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกำกับดูแลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบ รวมทั้งมาตรฐานต่าง ๆ ที่รัฐเห็นว่าจำเป็นต้องควบคุมดูแลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปฏิบัติตาม

๓. กลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.๑ ระดับชาติ

๓.๑.๑ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่ ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ มาตรา ๑๒

๓.๑.๒ คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับการสาธารณสุขแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน)

มีอำนาจและหน้าที่

๑. กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถรับการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุข ได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

๒. กำหนดแนวทางขั้นตอนและวิธีดำเนินการจัดตั้งคณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด

๓. กำหนดแนวทางการส่งเสริมความพร้อมให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดแนวทางและขั้นตอนในการบริหารแผนปฏิบัติการฯ ในเรื่องสาธารณสุข เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจ ทรัพย์สินและบุคลากรไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

๔. รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ให้คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบอย่างต่อเนื่อง

๓.๒ ระดับกระทรวงสาธารณสุข

๓.๒.๑ คณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนามัย ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๗๑๕/๒๕๔๙^{๑๒} โดยมีอำนาจหน้าที่ พัฒนากลไก กระบวนการและวิธีการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนามัย และดำเนินการทดลองปฏิบัติในบางพื้นที่ที่มีความพร้อม เพื่อให้สามารถนำไปขยายผลตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

๓.๒.๒ คณะอนุกรรมการพัฒนากลไก และกระบวนการในการสนับสนุนการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น^{๑๓} โดยมีอำนาจหน้าที่ พิจารณา กำหนดแนวทาง กลไก กระบวนการในการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะในประเด็น กลไกและกระบวนการในการตัดสินใจถ่ายโอน กลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการถ่ายโอน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของกลไกปัจจุบันไปสู่กลไกใหม่

๓.๒.๓ คณะอนุกรรมการพัฒนาหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และระบบ/กลไกการประเมินความพร้อมในการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น^{๑๔} โดยมีอำนาจหน้าที่ กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขสำคัญ ระบบ/กลไกการประเมินความพร้อมในการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเสนอปรับปรุงกฎเกณฑ์ กฎหมายระเบียบต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามหลักเกณฑ์

^{๑๒} นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ปรึกษาระดับกระทรวงด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ มีกรรมการรวม ๒๙ คน แต่งตั้งโดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์) เมื่อ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๔๙ และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพิ่มเติมอีกสองครั้ง ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๘๑๑/๒๕๔๙ และ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๙๘๘/๒๕๔๙

^{๑๓} คำสั่งคณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนามัย ที่ ๑/๒๕๔๙ ลงวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๔๙ โดยมี นายแพทย์ประวิ อัมพพันธ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เป็นประธาน

^{๑๔} คำสั่งเดียวกันกับคณะอนุกรรมการชุดที่เพิ่งกล่าวถึง โดยมี ดร.นายแพทย์ ศุภสิทธิ์ พรหมารุโนทัย คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นประธาน

๓.๒.๔ คณะอนุกรรมการศึกษาและพัฒนากระบวนการประเมินผลและถอดบทเรียนจากการทดลองการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น^{๑๕} โดยมีอำนาจหน้าที่ ศึกษาและพัฒนากระบวนการประเมินผล และถอดบทเรียนจากการทดลองเรื่องการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คณะอนุกรรมการ ๓.๒.๒ / ๓.๒.๓ / ๓.๒.๔ มีอำนาจหน้าที่ตามคำสั่งคณะกรรมการกำหนดกลไกกระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัย โดยกำหนดให้กลุ่มสนับสนุนและพัฒนาระบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เป็นหน่วยงานหลักในการประสานงาน

๓.๓ ระดับส่วนภูมิภาค

๓.๓.๑. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด^{๑๖} ประกอบด้วย

๑) ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือรองผู้ว่าราชการจังหวัดที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธาน

- | | |
|--|----------------------------|
| ๒) ปลัดจังหวัด | อนุกรรมการ |
| ๓) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๓ คน | อนุกรรมการ |
| ๔) ผู้แทนองค์กรด้านสาธารณสุข ๓ คน (รพศ./ รพท., รพช., สสอ.) | อนุกรรมการ |
| ๕) ผู้แทนสถานีนอนามัย ๓ คน | อนุกรรมการ |
| ๖) ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข | อนุกรรมการ |
| ๗) ผู้แทนผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย | อนุกรรมการ |
| ๘) ผู้แทนภาคประชาชน | อนุกรรมการ |
| ๙) ท้องถิ่นจังหวัด | อนุกรรมการ |
| ๑๐) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด | อนุกรรมการเลขานุการ |
| ๑๑) ผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย | อนุกรรมการผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑๒) ผู้ที่ท้องถิ่นจังหวัดมอบหมาย | อนุกรรมการผู้ช่วยเลขานุการ |

มีอำนาจหน้าที่

๑. กำหนดนโยบายและแนวทางการบริหารงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สอดคล้องกับส่วนกลาง

๒. ประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประเมินผลการดำเนินงานหลังการถ่ายโอน

^{๑๕} คำสั่งเดียวกันกับคณะอนุกรรมการชุดที่เพิ่งกล่าวถึง โดยมี นายกิตติพันธ์ อนรรฆมณี รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นประธาน

^{๑๖} คำสั่ง คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ ๗/๒๕๕๐ ลงวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๐

๓. เห็นชอบให้ถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ละแห่งที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

๔. กำกับ ติดตาม ประเมินผลและรายงานผล ให้ส่วนกลางและระดับชาติ

๕. ให้ความเห็นในการบริหารงานบุคลากรสาธารณสุขในท้องถิ่น

๖. กำหนดมาตรฐานการดำเนินงานสาธารณสุข และมาตรฐานการบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สอดคล้องกับส่วนกลาง

๗. กำหนดภารกิจงานสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๘. ให้ความเห็นชอบแผนงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในส่วนของงบประมาณอุดหนุนจากกระทรวงสาธารณสุข

๙. ช่วยเหลือ สนับสนุนและเสริมสร้างสมรรถนะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

๑๐. ภารกิจอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย

๑๑. แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อปฏิบัติการกิจที่มอบหมาย

คณะอนุกรรมการตาม ข้อ ๓) ให้นายกองการบริหารส่วนจังหวัดเสนอชื่อ ๑ คน สมาคมเทศบาล (ระดับจังหวัด) เสนอชื่อ ๑ คน และชมรมนายกองการบริหารส่วนตำบล (ระดับจังหวัด) เสนอชื่อ ๑ คน

คณะกรรมการตาม ข้อ ๔) ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป ๑ คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนคัดเลือกกันเองและเสนอชื่อ ๑ คน สาธารณสุขอำเภอ/สาธารณสุขกิ่งอำเภอคัดเลือกกันเองและเสนอชื่อ ๑ คน

คณะอนุกรรมการตาม ข้อ ๕) ให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานประจำสถานื่อนามัย คัดเลือกกันเองและเสนอชื่อ แบ่งสัดส่วนเป็นหัวหน้าสถานื่อนามัย ๑ คน นักวิชาการสาธารณสุข ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ ๑ คน

ชุดที่ ๒ คณะทำงานประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประเมินผลการดำเนินงานหลังการถ่ายโอน จำนวน ๙ คน ประกอบด้วย ๓ ฝ่าย

- 1) ผู้แทนจากหน่วยงานสาธารณสุข (จาก สสจ. ๑ คน สสอ. ๑ คน สอ. ๑ คน)
- 2) ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล ๓ คน
- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ คน

ให้คณะทำงาน ๙ คน เลือกกันเองทำหน้าที่ประธาน ๑ คน เลขานุการ ๑ คน คณะทำงานชุดนี้ มีอำนาจหน้าที่

๑. ประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานื่อนามัย ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนด ตามคู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒. ประเมินผลสำเร็จตามแผนการกระจายอำนาจฯ และแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจฯ

๓. ประเมินผลสำเร็จการดำเนินงานสาธารณสุขหลังการดำเนินการถ่ายโอน (คณะทำงานตาม ข้อ ๒ ให้นายกองคํารับการสํารวจสํานักบํารุงสํานักบํารุง คัดเลือกกันเองและเสนอชื่อ ๓ คน คณะทำงานตาม ข้อ ๓) ให้คณะอนุกรรมการชุดที่ ๑ สรรหาและคัดเลือกให้เหลือ ๓ คน

๓.๓.๒. สํานักงานสาธารณสุขจังหวัด มีอํานาจหน้าที่ ตามกฎกระทรวงสาธารณสุข คือ

- (๑) จัดทําแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด
- (๒) ดําเนินการและประสานงานเกี่ยวกับการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด
- (๓) กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- (๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

อํานาจหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข คือ

- (๑) จัดให้มีกลุ่มงานหรือผู้รับผิดชอบหลักทําหน้าที่ประสานงาน รวบรวมข้อมูลและทําหน้าที่หน่วยงานเลขานุการคณะกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด
- (๒) ช่วยเหลือ สนับสนุนและเสริมสร้างสมรรถนะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ
- (๓) เสนอข้อมูลด้านการบริหารงานสาธารณสุข ด้านการบริการสาธารณสุขแก่คณะอนุกรรมการฯ เช่น ข้อมูลและแนวทางการกำหนดระบบที่สามารถระดมทรัพยากรเพื่อจัดการด้านสุขภาพในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และข้อมูลและแนวทางการกำหนดระบบที่สามารถเชื่อมโยงทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ และต้องครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม ทุกพื้นที่ รวมทั้งระบบส่งต่อปกติและฉุกเฉิน

(๔) กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขที่ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

๓.๓.๓. สํานักงานสาธารณสุขอำเภอ มีอํานาจหน้าที่ ตามกฎกระทรวงสาธารณสุข คือ

- (๑) จัดทําแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ
- (๒) ดําเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ

(๓) กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยงาน สาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

(๔) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

อำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข คือ

(๑) ช่วยเหลือ สนับสนุนและเสริมสร้างสมรรถนะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

(๒) เป็นที่ปรึกษาในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับโอนสถานีนามัย

(๓) ประสานความร่วมมือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ระดมทรัพยากรเพื่อจัดการด้านสุขภาพในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(๔) ประสานความร่วมมือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้เกิดระบบที่สามารถเชื่อมโยงทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ และต้องครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มทุกพื้นที่ รวมทั้งระบบส่งต่อ

(๕) กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยงาน สาธารณสุขที่ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

๔. ขั้นตอนการดำเนินการถ่ายโอนสถานีนามัยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔.๑ คณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนามัย ดำเนินการพัฒนา กำหนดกลไก กระบวนการหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนามัย เสนอต่คณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหาร การถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอความเห็นชอบ

๔.๒ คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจด้าน สาธารณสุขแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความเห็นชอบแนวทางการถ่ายโอนภารกิจด้าน สาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเสนอต่อคณะกรรมการการกระจายอำนาจ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอความเห็นชอบ

๔.๓ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พิจารณาให้ความเห็นชอบและประกาศเป็นหลักเกณฑ์แนวทางการถ่ายโอนภารกิจด้าน สาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแจ้งกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

๔.๔ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น แจ้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมส่งประกาศหลักเกณฑ์แนวทางการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบและแจ้งให้สมัครขอรับการประเมิน เพื่อขอรับการถ่ายโอนสถานื่อนามัย

๔.๕ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งใบสมัครยื่นความประสงค์ขอรับการประเมินความพร้อมฯ ตามแบบฟอร์มและสถานที่ที่กำหนด

๔.๖ คณะทำงานประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประเมินผลการดำเนินงานหลังการถ่ายโอน ดำเนินการประเมินความพร้อม ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดและรายงานผลการประเมิน

๔.๗ คณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด รายงานผลการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมิน เพื่อขออนุมัติดำเนินการถ่ายโอนต่อส่วนกลาง พร้อมบัญชีรายละเอียดรายการของสถานื่อนามัยที่จะถ่ายโอน ประกอบด้วย บัญชีภารกิจสถานื่อนามัย บัญชีบุคลากรที่จะถ่ายโอน บัญชีทรัพย์สิน บัญชีที่ดินและสิ่งก่อสร้าง ฯลฯ

๔.๘ กระทรวงสาธารณสุข แจ้างผลการพิจารณาและมอบอำนาจให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

๔.๙ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการถ่ายโอนและรับโอนตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนด โดยอาศัยผลของกฎหมาย พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

๕. กระบวนการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เมื่อส่วนกลาง เห็นชอบให้ดำเนินการถ่ายโอนสถานื่อนามัยแล้ว มีกระบวนการและขั้นตอน เป็นไปตามขั้นตอนดังนี้

๕.๑ ด้านทรัพย์สินและภารกิจ

๕.๑.๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานื่อนามัยเป้าหมาย ดำเนินการสำรวจและจัดทำบัญชีทรัพย์สินและบัญชีภารกิจ เพื่อเตรียมส่งมอบ

๕.๑.๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดวันส่งมอบ

๕.๑.๓ ดำเนินการส่งมอบ โดยการจัดทำบันทึกการส่งมอบ และบัญชีแสดงทรัพย์สิน บัญชีแสดงภารกิจที่ส่งมอบ ตามแนวทางปฏิบัติในการถ่ายโอนภารกิจ

๕.๑.๔ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ลงนามส่งมอบ นายกองัดการบริหารส่วนตำบลเป็นผู้ลงนามรับมอบ ประธานหรือคณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด ๑ คน สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ หัวหน้าสถานื่อนามัยที่ถ่ายโอนลงนามเป็นพยาน

๕.๑.๕ การส่งมอบที่ดินและสิ่งก่อสร้าง ส่งมอบโดยอาศัยผลของกฎหมาย พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนฯ และแผนการกระจายอำนาจฯ ข้อ ๖.๑.๒ (๑๗) ระเบียบกรมธนารักษ์ว่าด้วยการรับคืนที่ราชพัสดุและการผ่อนผันการส่งคืนที่ราชพัสดุ พ.ศ. ๒๕๒๖ ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดหาประโยชน์ในที่ราชพัสดุ พ.ศ. ๒๕๔๗ และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. ๒๕๓๕ ข้อ ๑๕๗ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

๑. กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจกกรมธนารักษ์ จะส่งมอบคืนที่ราชพัสดุ ซึ่งประกอบด้วยที่ดินและสิ่งก่อสร้าง เพื่อให้เป็นไปตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

๒. กรมธนารักษ์ แจ้งให้จังหวัดตรวจสอบข้อมูลการขึ้นทะเบียนเป็นที่ราชพัสดุ

๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่งมอบคืนที่ราชพัสดุและสิ่งก่อสร้าง ตามระเบียบกรมธนารักษ์ว่าด้วยการรับคืนที่ราชพัสดุและการผ่อนผันการส่งคืนที่ราชพัสดุ พ.ศ. ๒๕๒๖ ตามแบบส่งคืนที่ราชพัสดุ ทบ. ๖ และแบบส่งมอบ-รับมอบที่ราชพัสดุ ทบ. ๑๐

๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขอให้ใช้ประโยชน์ที่ราชพัสดุจากกรมธนารักษ์ ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดหาประโยชน์ในที่ราชพัสดุ พ.ศ. ๒๕๔๗ ต่อไป

๕.๑.๖ การส่งมอบทรัพย์สิน (วัสดุ ครุภัณฑ์) ส่งมอบโดยอาศัยผลของกฎหมาย พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ และแผนการกระจายอำนาจฯ พ.ศ. ๒๕๔๔ ข้อ ๖.๑.๒ (๑๗) และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. ๒๕๓๕ ข้อ ๑๕๗

๕.๑.๗ การส่งมอบภารกิจ ส่งมอบโดยอาศัยผลของกฎหมาย พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนฯ มาตรา ๑๒ (๒) (๔) มาตรา ๑๖ (๑๙) มาตรา ๓๐ และแผนการกระจายอำนาจฯ ข้อ ๖.๑.๒ ข้อ ๕, ๖, ๗, ๘

๕.๒ ด้านบุคลากร

ถ่ายโอนโดยอาศัยผลของกฎหมาย พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนฯ และแผนการกระจายอำนาจฯ ข้อ ๖.๕.๒ ดังนี้

๕.๒.๑ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดทำบัญชีรายชื่อบุคลากรสาธารณสุขที่สมัครใจถ่ายโอนตามรายชื่อที่ได้รับอนุมัติจากส่วนกลางแล้ว แยกย้ายบันทึกการส่งมอบ

๕.๒.๒ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการรับโอนบุคลากรตามบัญชี แยกย้ายบันทึกการส่งมอบ และกำหนดกรอบอัตราจ้างรองรับบุคลากร ในบัญชีรายชื่อ บุคลากรแยกย้ายบันทึก

๕.๒.๓ ลูกจ้างชั่วคราวที่มีตำแหน่งในสายงานกระทรวงสาธารณสุข ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บรรจุแต่งตั้งเป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่น ตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และโครงสร้างกรอบอัตรากำลัง

ในการถ่ายโอนข้าราชการ ถ่ายโอนโดยอาศัยผลของกฎหมาย พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ มาตรา ๑๒ (๕) และแผนการกระจายอำนาจ ข้อ ๖.๑.๒ (๘) (๑๕) ข้อ ๖.๓ ข้อ ๖.๕.๒ และแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ ข้อ ๕.๓ (๖) กรณีการถ่ายโอนในภายหลังให้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการเกี่ยวกับการย้าย การโอน การให้ปฏิบัตินายการและการยืมตัวข้าราชการของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๑ มีหลักเกณฑ์ และวิธีดำเนินการดังนี้

การโอนไปรับราชการทางกระทรวง ทบวง กรมอื่น

คุณสมบัติของผู้ขอโอนต้องปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี และในกรณีมีข้อผูกพันชดใช้ทุนให้ปฏิบัติตามระเบียบหรือข้อผูกพันที่กำหนดไว้ในขณะนั้น วิธีดำเนินการให้โอน มีขั้นตอนดังนี้

๑. ผู้ขอโอน ไปยื่นเรื่องขอโอนยังกระทรวง ทบวง กรม ที่จะขอโอนไป
๒. กระทรวง ทบวง กรม ที่จะรับโอนนั้น ส่งเรื่องให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พิจารณา
๓. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสอบถามความเห็นและข้อมูลการโอนไปยังจังหวัดหรือหน่วยงานของผู้ขอโอน
๔. จังหวัดหรือหน่วยงานของผู้ขอโอน แจ้งความเห็นและข้อมูลการโอนไปให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ
๕. กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เสนอ ปลัดกระทรวงเพื่อพิจารณาอนุมัติและลงนามหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ส่วนราชการที่รับโอนทราบ เพื่อออกคำสั่งรับโอน
๖. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสั่งให้โอนแล้วแจ้งจังหวัด หรือหน่วยงานต้นสังกัดส่วนราชการที่รับโอน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ
๗. จังหวัดหรือหน่วยงานต้นสังกัดแจ้งผู้รับโอนทราบ และให้ปฏิบัติงานทางสังกัดใหม่ ภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่รับทราบคำสั่ง
๖. กลไกการติดตามประเมินผลหลังการถ่ายโอน
 - ๖.๑ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด จัดให้มีการประเมินผลและรายงานผล ให้ส่วนกลางและคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบอย่างต่อเนื่อง ในประเด็น
 - ๖.๑.๑ การประเมินผลสำเร็จของการถ่ายโอน

- ๖.๑.๒ การประเมินการปฏิบัติงานขององค์กร
- ๖.๑.๓ การประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร
- ๖.๑.๔ การประเมินผลสำเร็จต่อการให้บริการแก่ประชาชนตามกลุ่มเป้าหมาย
- ๖.๑.๕ การประเมินผลความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการ และประชาชน

ผู้รับบริการ

อาจจะกล่าวโดยสรุปได้ว่านโยบายกระจายอำนาจในประเทศไทยได้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ เริ่มต้นจากแนวนโยบายพื้นฐานของรัฐในกฎหมายรัฐธรรมนูญที่เน้นให้เกิดการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของตนเอง ตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น โดยรัฐส่วนกลางมีบทบาทในการเป็นผู้กำกับดูแลเท่าที่จำเป็นภายใต้กรอบกฎหมาย และได้มีการตรากฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขึ้น เพื่อให้มีการดำเนินการกระจายอำนาจอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอน โดยมีการกำหนดให้มีแผนการกระจายอำนาจฯ และแผนปฏิบัติการที่เป็นรายละเอียด ซึ่งนับเป็นการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ

ในส่วนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้นในช่วงเริ่มแรกเป็นการถ่ายโอนภารกิจบางประการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต่อมาได้มีการพัฒนารูปแบบในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขภายใต้แนวคิดที่มุ่งประโยชน์สูงสุด จึงได้เกิดการเสนอรูปแบบการกระจายอำนาจหลากหลายรูปแบบขึ้น ซึ่งแต่ละรูปแบบต่างก็มีจุดเด่นและข้อจำกัดแตกต่างกันในระหว่างที่ยังไม่ชัดเจนว่ารูปแบบใดมีความเหมาะสมกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขอย่างแท้จริง ด้วยข้อจำกัดของสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในระดับนโยบายและการดำเนินการจริงในพื้นที่ แนวคิดการถ่ายโอนสถานีนอนามัยซึ่งเป็นแนวทางหรือรูปแบบประการหนึ่งของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขได้ถูกผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างรวดเร็ว ประเด็นการถ่ายโอนสถานีนอนามัยได้รับความสนใจและประเด็นท้าทายที่สำคัญในกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งจะได้ลำดับเหตุการณ์และวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้นในลำดับต่อไป

บทที่ ๓

วิเคราะห์การถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.๑ แนวคิดและจุดเริ่มต้นการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แนวคิดการถ่ายโอนภารกิจสถานื่อนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีจุดเริ่มต้นที่สำคัญจากการที่ได้มีการทดลองและนำร่องดำเนินการในโครงการส่งเสริมการบริหารจัดการที่ดี โดยกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น (Promoting Sound Governance through Decentralisation)^{๑๗} ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) และกระทรวงมหาดไทย ร่วมกันดำเนินโครงการ โดยได้ทดลองถ่ายโอนภารกิจ ๒๗ ภารกิจ ของกรม ๑๐ กรมจาก กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๓๓ แห่ง ในพื้นที่จังหวัดราชบุรี จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งภารกิจเดียวของกระทรวงสาธารณสุขที่ทดลองถ่ายโอนในโครงการนี้คือ งานสถานื่อนามัย ผลจากการประเมินภาพรวมทั้งสามพื้นที่ การนำร่องถ่ายโอนในโครงการฯ ดังกล่าวพบว่า รูปแบบการถ่ายโอนยังไม่ชัดเจนเนื่องจากสถานื่อนามัยที่นำร่องตามโครงการยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามเดิม เพียงแต่เป็นการทำงานร่วมกันมากขึ้นระหว่างสถานื่อนามัยกับ อปท. แม้พบว่าการเริ่มต้นในการทำงานร่วมกันที่ดีในหลายกิจกรรม แต่ยังมีปัญหาอุปสรรคในเชิงเทคนิคหลายประการทั้งในส่วน of สถานื่อนามัยเอง และทาง อปท. ที่จะรับช่วงภารกิจนี้ไป แนวทางการดำเนินงานตามการทดลองในโครงการฯ นี้ จึงออกมาในรูปของการตั้งคณะกรรมการขึ้นมาเพื่อบริหารงานร่วมกันในกิจกรรมทางสาธารณสุขที่เป็นผลกระทบต่อชุมชนเฉพาะเรื่อง และยังพบว่าไม่มีความชัดเจนในแนวนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขในการถ่ายโอนสถานื่อนามัย และส่งผลต่อระบบบริหารที่ไม่ชัดเจนในภารกิจย่อยต่างๆ ทั้งในด้านเทคนิค การขาดโครงสร้างรองรับใน อปท. และขาดบุคลากรที่เข้าใจงานสาธารณสุขใน อปท. ส่งผลให้การประสานระหว่างผู้โอนและผู้รับโอนไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (โครงการส่งเสริมการบริหารจัดการที่ดีโดยกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น: ๒๕๔๓) อาจจะกล่าวได้ว่าโครงการนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการทำงานร่วมกันระหว่างส่วนท้องถิ่นกับสถานื่อนามัย แต่ยังไม่ชัดเจนว่าการถ่ายโอนสถานื่อนามัยจะได้รับผลสำเร็จตามเป้าหมายอย่างไร ประเด็นการถ่ายโอนสถานื่อนามัยที่เกิดขึ้นตามโครงการฯ นี้ จึงไม่ได้ถูกขยายผลมากไปกว่าพื้นที่สามจังหวัดที่ทดลองนำร่องไปมากนัก และเมื่อสิ้นสุดโครงการก็ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงในประเด็นดังกล่าวเพิ่มเติมและมีการขยายผลต่อเนื่องแต่อย่างใด

ต่อมาเมื่อรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. ๒๕๔๐ มีผลใช้บังคับและมีการประกาศใช้ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งมีผลให้มีการประกาศแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแผนปฏิบัติการกำหนด

^{๑๗} สำนักงาน ก.พ. และกระทรวงมหาดไทย ได้ร่วมกันดำเนินงานโครงการ โดยได้รับการสนับสนุนจาก UNDP มีระยะเวลาดำเนินงานโครงการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๔๑ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๔๔

ขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ กระทรวงสาธารณสุขได้ตอบสนองแนวทางการกระจายอำนาจโดยได้มีคำสั่งจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนและพัฒนากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) ขึ้น ในปีเดียวกัน (๒๕๔๓)^{๑๘} เพื่อทำหน้าที่ประสานงานในการดำเนินงานกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขและการจัดทำแผนปฏิบัติการการกระจายอำนาจในส่วนสาธารณสุข ผลการดำเนินงานของ สพกส. ได้มีความร่วมมือกับองค์กรและเครือข่ายต่างๆในการพัฒนาทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ดังจะเห็นได้จากได้มีข้อเสนอทางวิชาการเกี่ยวกับทิศทางการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในช่วงปี ๒๕๔๓ – ๒๕๔๖ ที่มีแนวโน้มจะใช้รูปแบบคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่หรือ กสพ. เป็นกลไกที่สำคัญในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และให้มีข้อเสนอให้จัดทำแผนปฏิบัติการการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข เพื่อเสนอต่อ กกถ. ต่อไป แม้ว่าในช่วงเวลาดังกล่าวคือในปี ๒๕๔๕ จะมีการประกาศใช้แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อพิจารณารายละเอียดในแผนฯ จะพบว่าในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจะเป็นการกล่าวถึงการถ่ายโอนภารกิจเป็นเรื่องๆหรือเป็นงานๆไป แต่ไม่ได้มีการกล่าวถึงการถ่ายโอนสถานบริการให้กับ อปท. อย่างชัดเจนแต่อย่างใด การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่ได้รับความสนใจและมีการขับเคลื่อนอย่างเข้มข้นเป็นอย่างมากในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นต้นมา ต่อมาความสนใจและการขับเคลื่อนได้ลดลงอย่างมากในช่วงกลางปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เนื่องจากรัฐบาลในขณะนั้นได้มุ่งเน้นการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ทำให้ผู้นำรัฐบาลและผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นได้ทุ่มเทสรรพกำลังส่วนใหญ่ในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบกับช่วงเวลาเดียวกันนั้นได้มีการปรับปรุงโครงสร้างส่วนราชการทั้งระบบครั้งสำคัญ ทำให้ความสนใจเกี่ยวกับประเด็นการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไม่มีความก้าวหน้ามากนัก การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้นกลับกลายเป็นการจัดโครงสร้างระบบราชการ โดยเฉพาะในระดับส่วนกลางเป็นส่วนใหญ่ แต่อย่างไรก็ตามได้มีการเร่งรัดจากคณะกรรมการ กกถ. ให้ดำเนินการกระจายอำนาจอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ดังจะเห็นได้จากคณะกรรมการ กกถ. ในฐานะกลไกระดับชาติในการกระจายอำนาจ ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับการสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น^{๑๙} โดยกำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน โดยมีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อมของ อปท. ในการรองรับภารกิจการถ่ายโอน รวมถึงภารกิจอื่นที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข แม้ว่าจะมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการที่มีองค์ประกอบมาจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน แต่เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองบ่อยครั้ง จึงไม่มีการเคลื่อนไหวที่สำคัญเกิดขึ้นจากผลการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการดังกล่าว มากนัก

^{๑๘} คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๙๔๗/๒๕๔๓ ลงวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๔๓

^{๑๙} คำสั่ง กกถ. ที่ ๘/๒๕๔๕ ลงวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๔๕

จนกระทั่งต้นปี ๒๕๔๙ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการนำเสนอแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ต่อคณะกรรมการ กกถ.^{๒๐} เพื่อกำหนดแนวทางและวิธีการของกระทรวงสาธารณสุขต่อการกระจายอำนาจ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และเกิดผลดีที่สุดต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยข้อเสนอดังกล่าวเป็นผลมาจากกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยการประชุมและระดมสมองอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย ๔ ครั้ง^{๒๑} จากสาระสำคัญดังกล่าวได้มีการเสนอรูปแบบในการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบท. ๔ รูปแบบได้แก่ ๑) ถ่ายโอนแบบแยกส่วน ๒) ถ่ายโอนเป็นเครือข่ายบริการ(พวงบริการ) ๓. จัดตั้งเป็นองค์กรมหาชน และ ๔) จัดตั้งหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ โดยเหตุนี้ การถ่ายโอนสถานอนามัยจึงได้กลับมาเป็นประเด็นที่ได้รับการกล่าวถึงอีกครั้ง หากจะวิเคราะห์แล้วจะเห็นว่าการถ่ายโอนสถานอนามัยเป็นส่วนหนึ่งในข้อเสนอรูปแบบการกระจายอำนาจโดยการถ่ายโอนแบบแยกส่วนกล่าวคือ โอนสถานอนามัยให้ อบต., โอนโรงพยาบาลให้เทศบาลหรือ อบจ. ด้วยเหตุนี้ การผลักดันให้มีการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขให้กับ อบท. จึงมีจุดเริ่มต้นที่การถ่ายโอนสถานอนามัย เป็นจุดสำคัญ ในช่วงปลายปีงบประมาณ ๒๕๔๙ กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดกลไกกระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานอนามัย^{๒๒} ซึ่งมีนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐเป็นประธาน โดยมีอำนาจหน้าที่พัฒนาระบบ กลไก กระบวนการและวิธีประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานอนามัย และคณะกรรมการชุดดังกล่าวได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการอีก ๓ ชุดได้แก่ ๑) คณะกรรมการพัฒนากลไกและกระบวนการเพื่อสนับสนุนการถ่ายโอนสถานอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๒) คณะอนุกรรมการพัฒนาหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และระบบกลไกการประเมินความพร้อมในการถ่ายโอนสถานอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ๓) คณะอนุกรรมการศึกษาและพัฒนาระบบการประเมินผลและการถอดบทเรียนจากการทดลองการถ่ายโอนสถานอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลจากการดำเนินงานของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการส่งผลให้เกิดการนำเสนอต่อคณะกรรมการ กกถ. เพื่อถ่ายโอนสถานอนามัยให้แก่ อบท. โดยที่ประชุม คณะกรรมการ กกถ.^{๒๓} ได้พิจารณาอนุมัติให้ถ่ายโอนสถานอนามัยให้แก่ อบท. จำนวน ๓๕ แห่ง โดยมีเงื่อนไขว่าพื้นที่ที่ อบท. ที่รับโอนจะต้องได้รับรางวัลการบริหารจัดการที่ดีเด่น ปี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๔๙ และได้เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและบุคลากรต้องสมัครใจถ่ายโอน ตามหลักเกณฑ์ กระบวนการถ่ายโอนที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแล้ว มติของ

^{๒๐} เสนอต่อ คณะกรรมการ กกถ. เมื่อ ๑๕ มีนาคม ๒๕๔๙

^{๒๑} ครั้งแรก ๖ ธันวาคม ๒๕๔๘ ครั้งที่ ๒ วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๔๘ ครั้งที่ ๓ วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๔๙ และครั้งที่ ๔ วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๙

^{๒๒} คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๗๑๕/๒๕๔๙ ลงวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๔๙

^{๒๓} ครั้งที่ ๒/๒๕๕๐ วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๕๐

คณะกรรมการ กกถ. จึงเป็นแรงผลักดันเชิงนโยบายที่สำคัญในการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่ อบท.

๓.๒ เริ่มต้นการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อาจจะกล่าวได้ว่า จุดเปลี่ยนที่สำคัญในนโยบายระดับชาติของการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่มติของคณะกรรมการ กกถ. ในคราวประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๕๐ วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๕๐ ที่เห็นชอบให้ถ่ายโอนสถานื่อนามัยจำนวน ๓๕ แห่ง ให้แก่ ๓๐ อบท ใน ๒๒ จังหวัดไปสังกัด อบท. ต่อมามติของคณะกรรมการ กกถ. ดังกล่าวได้ถูกแจ้งต่อที่ประชุมกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๕๐ และคณะกรรมการ กกถ. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัดขึ้น^{๒๔} และได้มีการแจ้งให้จังหวัดที่เกี่ยวข้องดำเนินการประเมินความพร้อมของ อบท. และได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานื่อนามัยตามขั้นตอนในคู่มือดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากการติดตามผลการดำเนินการครั้งนี้พบว่า ในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๐ ได้มีพิธีลงนามมอบภารกิจด้านสาธารณสุขโดยการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้กับ อบท. ซึ่งมีสถานื่อนามัยทั้งสิ้น ๒๒ แห่ง ใน ๑๘ อบท. จากพื้นที่ ๑๖ จังหวัด ได้ถ่ายโอนไป อบท. ในครั้งนี้ ได้เป็นผลสำเร็จนับเป็นการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญยิ่งของการปรับเปลี่ยนในระดับฐานรากที่สำคัญของระบบสุขภาพไทย และเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนของการกระจายอำนาจในรูปแบบการแบ่งส่วนซึ่งคำนึงความเหมาะสมพอสมควร แต่อย่างไรก็ดีตรงจุดนี้มีข้อสังเกตที่สำคัญคือยังไม่สามารถถ่ายโอนสถานื่อนามัยอีก ๑๓ แห่ง จากเป้าหมายเดิมตามที่ได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการ กกถ. ที่กำหนดไว้คือสถานื่อนามัย ๓๕ แห่ง ใน ๓๐ อบท. จากพื้นที่ ๒๒ จังหวัด ด้วยเหตุผลทั้งจาก อบท. เองที่บางพื้นที่ยังไม่มีความพร้อมในช่วงการส่งมอบ เนื่องจากเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านผู้บริหารท้องถิ่นชุดเดิมกับชุดใหม่ที่ยังไม่ได้รับรองผลการเลือกตั้งจาก คณะกรรมการการเลือกตั้งหรือ กกต. หรือแม้กระทั่งจากเหตุผลของสถานื่อนามัยที่จะถ่ายโอนเองที่ยังไม่พร้อมจริงๆ ในวันที่มีการกำหนดการส่งมอบ จึงอาจจะกล่าวได้ว่ามีสถานื่อนามัยจำนวน ๒๒ แห่งที่ได้ถ่ายโอนไปสู่ อบท. ในครั้งนี้ นับเป็นประวัติศาสตร์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงสถานื่อนามัย และเป็นอีกก้าวหนึ่งของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศไทยก็ได้ ซึ่งรายชื่อสถานื่อนามัยทั้ง ๒๒ แห่งที่ถ่ายโอนไปในรอบที่ ๑ มีรายชื่อตามรายละเอียดในตารางที่ ๒ ดังนี้

^{๒๔} คำสั่ง กกถ. ที่ ๗/๒๕๕๐ ลงวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๕๐ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดหรือรองผู้ว่าราชการจังหวัดที่ได้รับมอบหมายเป็นประธานอนุกรรมการ

ตาราง ๒ รายชื่อสถานื่อนามัยที่ถ่ายโอน รอบที่ ๑ จำนวน ๒๒ แห่ง

ลำดับ ที่	พื้นที่		
	จังหวัด	เทศบาล/อบต.	สถานื่อนามัย
๑	พระนครศรีอยุธยา	ทต.บางนมโค	บางนมโค อ.เสนา
๒	ลพบุรี	ทต.เขาสามยอก	เขาสามยอก อ.เมือง
๓	ปทุมธานี	ทต.บึงยี่โก	บึงยี่โก อ.ธัญบุรี
๔	กาญจนบุรี	อบต.วังศาลา	เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา
๕	เพชรบุรี	อบต.บ้านหม้อ	บ้านหม้อ อ.เมือง
๖	สมุทรสงคราม	อบต.บ้านปรก	บ้านปรก อ.เมือง
๗	ราชบุรี	ทต.บ้านฆ้อง อบต.ด่านทับตะโก	บ้านฆ้อง อ.โพธาราม บ้านโกรกสิงขร อ.จอมบึง
๘	จันทบุรี	อบต.เกาะขวาง	เกาะขวาง อ.เมือง
๙	กำแพงเพชร	อบต.วังแฉม	วังแฉม, บ้านบ่อทอง อ.คลองขลุง
๑๐	ตาก	อบต.วังหมัน	บ้านวังหาว อ.สามเงา
๑๑	อุทัยธานี	อบต.หาดตะนง	บ้านหาดตะนง อ.เมือง
๑๒	ลำปาง	อบต.ลำปางหลวง	บ้านลำปางหลวง อ.เกาะคา
๑๓	สระแก้ว	อบต.พระเพลิง อบต.คลองหินปูน	บ้านนาคันหัก อ.เขาฉกรรจ์ บ้านคลองหินปูน, บ้านคลองตาสุตร อ.วังน้ำเย็น
๑๔	บุรีรัมย์	ทต.หนองแวง	บ้านหนองตาขาว บ้านหนองหัว ,อ.ละหาน ทราย
๑๕	อุดรธานี	อบต.นาพุ	บ้านนาพุ อ.เพ็ญ
๑๖	นครศรีธรรมราช	อบต.ปากพูน	บ้านปากพูน อ.เมือง บ้านศาลาบางปู อ.เมือง
รวม	๑๖ จังหวัด	๑๘ อบต.	๒๒ สถานื่อนามัย

การถ่ายโอนสถานื่อนามัยทั้ง ๒๒ แห่ง ในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของสถานื่อนามัยนับตั้งแต่ที่เริ่มต้นจาก “โอสถศาลา” หรือ “โอสถสภา” หรือ “โอสถสถาน” ในปี พ.ศ. ๒๔๕๖ แล้วมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงมาเป็น สุขศาลา และสถานื่อนามัยในที่สุด (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ: ๒๕๓๙) จะเห็นได้ว่าไม่จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรในโครงสร้างระบบสาธารณสุขในช่วงตลอดเกือบศตวรรษที่ผ่านมา สถานื่อนามัยยังคงสังกัดหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอด แต่การเปลี่ยนแปลงภายใต้นโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในครั้งนี้ นับเป็นการพลิกประวัติศาสตร์ที่สถานื่อนามัยถูกโอนไป

สังกัดในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเบ็ดเสร็จเป็นครั้งแรก อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปในรอบที่ ๑ ไปแล้ว ก็พบว่าจากแผนฯ ที่กำหนดไว้เดิมที่กำหนดว่าจะมีการถ่ายโอนไปทั้งสิ้น ๓๕ แห่ง ก็ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แม้ว่าต่อมาได้มีการถ่ายโอนในรอบที่ ๒ ในช่วงต้นปี พ.ศ. ๒๕๕๓ อีก ๖ แห่ง รวมเป็นได้มีการถ่ายโอนทั้งสิ้นนับถึงปัจจุบัน (พฤษภาคม ๒๕๕๓) รวม ๒๘ แห่ง ก็ยังคงมีสถานีอนามัยที่ไม่ได้ถ่ายโอนตามแผนเดิมอีก ๗ แห่ง (พฤศจิกายน ๒๕๕๓)^{๒๕} ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจและเป็นประเด็นคำถามที่เกิดขึ้นในผู้เกี่ยวข้องว่าจะมีการขับเคลื่อนต่อไปอย่างไร เกี่ยวกับประเด็นการถ่ายโอนสถานีอนามัย เพื่อให้เห็นถึงสถานการณ์ทั้งหมดในภาพรวมของสถานีอนามัยนาร่องทั้ง ๓๕ แห่งที่อยู่ในแผนฯ การถ่ายโอน สามารถแสดงให้เห็นรายละเอียดได้ในตารางที่ ๒

จากข้อมูลตามสถานการณ์จริงของการถ่ายโอนสถานีอนามัยที่เกิดขึ้นแม้ว่าอาจจะยังไม่สามารถดำเนินการได้ครบตามแผนฯ ที่ได้มีการเสนอต่อคณะกรรมการ กกถ. คือ ๓๕ แห่ง แต่ก็ได้มีการขับเคลื่อนที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่เกิดขึ้นจากฝ่ายทาง อบท. นั่นคือการขับเคลื่อนของสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย หรือ สมาคม อบจ. ที่ได้มีการศึกษาวิจัยและสัมมนาวิชาการเพื่อจัดทำข้อเสนอต่อ คณะกรรมการ กกถ. ซึ่งเป็นประเด็นการเคลื่อนไหวต่อเนื่องที่น่าสนใจที่ควรวิเคราะห์และกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป

^{๒๕} จากการติดตามข้อมูลพบว่าที่ประชุม กกถ. ครั้งที่ ๖/๒๕๕๒ วันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๒ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานได้มีมติให้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัยอีก ๗ แห่งที่ยังไม่ครบตามเป้าหมายในตอนแรกให้เรียบร้อยภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ แต่จากข้อเท็จจริงจนปัจจุบันก็ยังไม่สามารถดำเนินการต่อไปได้ เนื่องจากมีหลายแห่งที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเปลี่ยนใจไม่ขอโอน หรือ ทาง อบท. เปลี่ยนใจยกเลิกการรับโอน

ตารางที่ ๓: ภาพรวมการถ่ายโอนสถานีนอมนัยทั้ง ๓๕ แห่งที่ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการ กกถ.

ภาค	จังหวัด	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./ทต.)	สถานีอนามัย (สอ.)
ภาคเหนือ ๔ จังหวัด/๘ อบต./๑๐ สอ.	๑. กำแพงเพชร	๑.๑ วังแคม อ. คลองขลุง ๑.๒ เทพนิมิต กิ่งอ.บึงสามัคคี	๑.วังแคม ๒.ปอทอง ๓.โพธิ์เอน** ๔.โนนพลวง**
	๒. ตาก	๒.๑ วังหมั่น อ.สามเงา	๕.วังหวย
	๓. เชียงใหม่*	๓.๑ สุกเทพ* อ.เมือง ๓.๒ ท่าผา* อ.แม่แจ่ม ๓.๓ สันนาเม้ง* อ.สันทราย ๓.๔ ดอนแก้ว* อ.แมริม	๖. สุกเทพ ๗. บ้านป่าแดด ๘.สันนาเม้ง ๙.ดอนแก้ว
	๔. ลำปาง	๔.๑ ลำปางหลวง อ.เกาะคา	๑๐.ลำปางหลวง
ภาค ตะวันออก/เจียงเหนือ ๔ จังหวัด/๔ อบต./๕ สอ.	๑. กาฬสินธุ์*	๑.๑ ทุ่งคลอง อ.คำม่วง	๑๑.บ้านเดื่อเก่า
	๒. บุรีรัมย์	๒.๑ หนองแวง อ.ละหานทราย	๑๒.หนองตาเยา ๑๓.หนองหว้า
	๓. อุตรธานี	๓.๑ นาพุ อ.เพ็ญ	๑๔.นาพุ
	๔. นครราชสีมา**	๔.๑ นากลาง อ.สูงเนิน**	๑๕.นาใหญ่**
ภาคกลาง ๑๑ จังหวัด/๑๔ อบต./ ๑๕ สอ.	๑. พระนครศรีอยุธยา	๑.๑ บางนมโค อ.เสนา	๑๖. บางนมโค
	๒. ปทุมธานี	๒.๑ บึงยี่โก อ.ธัญบุรี	๑๗. บึงยี่โก
	๓. ลพบุรี	๓.๑ เขาสายยอด อ.เมือง	๑๘.เขาสายยอด
	๔. กาญจนบุรี	๔.๑ วังศาลา อ.ท่าม่วง	๑๙.วังศาลา
	๕. สมุทรสงคราม	๕.๑ บ้านปรก อ.เมือง	๒๐.บ้านปรก
	๖. จันทบุรี	๖.๑ เกาะขวาง อ.เมือง	๒๑.เกาะขวาง
	๗. ราชบุรี	๗.๑ ด่านทับตะโก อ.จอมบึง ๗.๒ บ้านฆ้อง อ.โพธาราม	๒๒.ด่านทับตะโก ๒๓.บ้านฆ้อง
	๘. เพชรบุรี	๘.๑ บ้านหม้อ อ.เมือง	๒๔.บ้านหม้อ
	๙. สระแก้ว	๙.๑ พระเพลิง อ.เขาฉกรรจ์	๒๕.นาคันหัก
		๙.๒ คลองหินปูน อ.วังน้ำเย็น	๒๖. คลองตาสูตร ๒๗. คลองหินปูน
	๑๐. สุพรรณบุรี**	๑๐.๑ เดิมบางนางบวช อ.เดิมบางนางบวช** ๑๐.๒ ทำระหัน อ.เมือง**	๒๘.บ้านแหลมหัว** ๒๙.ท่าระหัน**
	๑๑. อุทัยธานี	๑๑.๑ หาดทอง อ.เมือง	๓๐.หาดทะนง

ภาค	จังหวัด	องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)	สถานีอนามัย (สอ.)
ภาคใต้ ๔ จังหวัด/๔ อบต./๕ สอ.	๑. นครศรีธรรมราช	๑.๑ ปากพูน อ.เมือง	๓๑. บ้านศาลาบางปู ๓๒. บ้านปากพูน
	๒. สุราษฎร์ธานี*	๒.๑ เกาะพัง อ.เกาะพัง*	๓๓. บ้านโกลกหล้า*
	๓. ชุมพร**	๓.๑ บางหมาก อ.เมือง**	๓๔. บางหมาก**
	๔. กระบี่**	๔.๑ อำนาง อ.เมือง**	๓๕. บ้านช่องพลี**

หมายเหตุ: * ถ่ายโอนในรอบที่ ๒ จำนวน ๖ แห่ง

** ยังไม่ถ่ายโอนจำนวน ๗ แห่ง

๓.๓ การขับเคลื่อนโดยสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย

การเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในส่วนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เริ่มต้นในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้มีหนังสือสอบถามจากสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงาน กกถ.) ไปยังอปท. ในระดับต่างๆทั่วประเทศ เกี่ยวกับความพร้อมในการรับการถ่ายโอนสถานีอนามัย ซึ่งมีการตอบรับจาก อปท. จำนวนหนึ่ง^{๒๖} ที่ยินดีรับถ่ายโอนสถานีอนามัยไปสังกัด และในวันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ ในการประชุมนายก อบจ. ทั่วประเทศ นายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) ได้เป็นผู้บรรยายเกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. และมีนายก อบจ. ที่เข้าประชุมได้แสดงเจตจำนงที่จะรับถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ต่อมาสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทยได้มีการประชุมเมื่อวันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ ในประเด็นดังกล่าวและมีนายก อบจ. จำนวน ๒๗ แห่งได้แสดงความต้องการที่จะเข้าร่วมโครงการนำร่องการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้กับ อบจ. (สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย: ๒๕๕๒) เป็นผลทำให้ทางสมาคม อบจ. แห่งประเทศไทย ได้แต่งตั้งนายก อบจ. นครราชสีมา (นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก) เป็นประธานคณะทำงาน^{๒๗} เพื่อศึกษาและทบทวนรูปแบบการดำเนินงานเพื่อถ่ายโอนสถานีอนามัยให้ อบจ. ซึ่งคณะทำงานชุดนี้ประกอบด้วยที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและตัวแทนจาก อบจ. ๒๔ แห่ง เป็นคณะทำงาน สอดรับกับคณะกรรมการ กกถ. ในคราวประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๕๒ เมื่อวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๒ ได้มีการพิจารณาเกี่ยวกับความก้าวหน้าเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีข้อเสนอที่เป็นประเด็นสำคัญในการพิจารณากล่าวคือ จากการที่แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) กำหนดให้ถ่ายโอนสถานีอนามัยให้ อปท. โดย

^{๒๖} มี อบต. ประมาณ ๔๐๐ แห่งที่ตอบรับ

^{๒๗} ประกาศสมาคม อบจ. แห่งประเทศไทย ลงวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๒

ระบุว่าในระยะแรก^{๒๘} ให้ถ่ายโอนตามความพร้อมของ อบท. ในพื้นที่ และระยะสุดท้าย^{๒๙} ในแผนฯ ดังกล่าวระบุว่าหาก อบท. ใดไม่พร้อมการถ่ายโอนก็ให้ถ่ายโอนให้ อบจ. ดำเนินการ ซึ่งจากรายงานความก้าวหน้าเกี่ยวกับการถ่ายโอนสถานื่อนามัยไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าจนถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ได้มีการถ่ายโอนสถานื่อนามัยไปสู่ อบท. แล้ว รวมทั้งสิ้น ๒๘ แห่ง แม้ว่าจะมีเป้าหมายจะถ่ายโอนให้ครบ ๓๕ แห่ง จากการติดตามประเมินผลสถานื่อนามัยที่ถ่ายโอนไปแล้วทั้ง ๒๘ แห่ง มีทั้งพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จกล่าวคือมีการประสานและร่วมมือกันเป็นอย่างดีในพื้นที่ตามระบบโครงสร้างใหม่ และผู้ที่โอนไปมีความพึงพอใจในสถานภาพใหม่และสภาพแวดล้อมใหม่ ในขณะที่เดียวกันก็พบว่ามีปัญหาอุปสรรคในหลายพื้นที่เช่นกัน อาทิ แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับระเบียบเงินบำรุงที่ยังไม่ชัดเจน ระเบียบการบริหารงานบุคคลที่ยังไม่ชัดเจนในการเข้าสู่ตำแหน่ง สิทธิประโยชน์ของข้าราชการที่ถ่ายโอน เป็นต้น ประกอบกับในที่ประชุมได้มีการเสนอข้อมูลว่าทาง อบจ. จังหวัดนครราชสีมาได้มีหนังสือขอแสดงความจำนงในการเป็นจังหวัดนำร่องในการถ่ายโอนสถานื่อนามัย จากประเด็นดังกล่าวที่ประชุมได้พิจารณาและได้มีการอภิปรายอย่างกว้างขวางและในที่สุดได้มีมติให้ที่ปรึกษานายกรัฐมนตรี (นายอภิรักษ์ โกษะโยธิน) เป็นประธานอนุกรรมการพิจารณาการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้กับ อบจ. เพื่อไปศึกษารายละเอียดในประเด็นที่ได้มีการเสนอโดยยึดหลัก ถ้า อบจ. มีความพร้อมที่จะรับและสมัครใจ และไม่มีปัญหาอุปสรรคใดให้ดำเนินการต่อไป และในกรณีที่กระทรวงสาธารณสุขจะไม่ถ่ายโอนในอีก ๗ แห่งที่เหลือให้ประมวลปัญหาเข้าการพิจารณาของ กกถ. อีกครั้ง

จากมติที่ประชุมคณะกรรมการ กกถ. ส่งผลให้เกิดการดำเนินการที่สำคัญตามมาที่พอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้

๑. มีคำสั่ง กกถ. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจด้านการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด^{๓๐} โดยมีนายอภิรักษ์ โกษะโยธิน (ที่ปรึกษานายกรัฐมนตรี) เป็นประธานอนุกรรมการ มีองค์ประกอบทั้งหมด ๑๔ คนโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิและตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งจาก กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สมาคม อบจ. สันนิบาตเทศบาล สมาคม อบต. โดยให้มีหน้าที่หลักในการพิจารณาการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่ อบจ. ตามสาระที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการฯ ฉบับที่ ๒
๒. มีการประชุมสัมมนานายก อบจ. ทั่วประเทศ และผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจเพื่อหาข้อสรุปทางวิชาการในการนำเสนอรูปแบบและแนวทางการ

^{๒๘} เมื่อพิจารณาในแผนปฏิบัติการกำหนดวาระแรกเป็นระยะเวลาถ่ายโอน ๑-๕ ปี เป็นช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๘

^{๒๙} ในแผนฯ กำหนดวาระสุดท้าย เป็นระยะเวลา ๔-๑๐ ปี เป็นช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๓

^{๓๐} คำสั่งคณะกรรมการ กกถ. ที่ ๑๒/๒๕๕๒ ลงวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๕๒

ถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่ อบท. ในวันที่ ๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๒ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร

๓. ได้มีการจัดทำข้อเสนอที่ได้จากผลการสัมมนาเมื่อวันที่ ๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๒ ต่อประธานอนุกรรมการเฉพาะกิจด้านการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่ อบจ. (นายอภิรักษ์ โกษะโยธิน) คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจฯ ได้มีการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๒ ในวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๒ เพื่อพิจารณาข้อเสนอของสมาคม อบจ. แห่งประเทศไทยและข้อเสนอของชมรมเครือข่ายองค์กรสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยจัดทำเป็นข้อเสนอของคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจฯ เพื่อเสนอต่อ คณะกรรมการ กกถ.
๔. คณะกรรมการ กกถ. ในคราวประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๕๒ เมื่อวันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๒ ได้มีมติเห็นชอบแนวทางการกระจายอำนาจตามที่คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจฯ นำเสนอ และให้มีกระบวนการดำเนินงานเพื่อการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยไม่พยายามใช้จำนวนการถ่ายโอนสถานื่อนามัยเป็นเป้าหมายสำคัญ หากแต่อยู่การถ่ายโอนภารกิจที่มีเป้าหมายในการให้บริการประชาชนเป็นสำคัญ และให้มีคณะอนุกรรมการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและระดับจังหวัด สำหรับในระดับจังหวัดประธานอนุกรรมการฯ ให้มีการคัดเลือกกันเองในจังหวัด ส่วนกรณีสถานื่อนามัยที่เป็นเป้าหมายนำร่องในการถ่ายโอนทั้ง ๓๕ แห่ง ให้กระทรวงสาธารณสุขเร่งรัดให้ดำเนินการถ่ายโอนให้แล้วเสร็จในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ รวมทั้งการประเมินความพร้อม อบท. ๓๒๕ แห่งที่ประสงค์จะรับถ่ายโอนสถานื่อนามัย ๔๙๒ แห่งเพื่อให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการฯ ฉบับที่ ๒

๓.๔ รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพหลังการขับเคลื่อนโดย อบจ.

จากมติของคณะกรรมการ กกถ. ในคราวประชุมครั้งที่ ๖/๒๕๕๒ เมื่อวันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๒ ทำให้เกิดรูปแบบในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ที่ได้จากข้อเสนอทางวิชาการและการพิจารณาของคณะอนุกรรมการฯ ที่ทาง คณะกรรมการ กกถ. แต่งตั้งขึ้น จากมติของ คณะกรรมการ กกถ. ซึ่งถือเป็นคณะกรรมการในระดับนโยบายระดับชาติที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจ จึงส่งผลทำให้ทิศทางของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปประเด็นที่น่าสนใจในการการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ที่ประชุมคณะกรรมการ กกถ. เห็นชอบตามหลักการที่ทางประธานคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจด้านการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้ อบจ. (นายอภิรักษ์ โกษะโยธิน) ที่ได้เสนอว่าหลักการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ไม่ได้เน้นที่จำนวนการถ่ายโอนภารกิจสถานื่อนามัยเป็นหลัก แต่เป็นการมุ่งเน้นที่เป้าหมายการสร้างสุขภาวะ และคุณภาพการบริการเป็นหลัก ซึ่งทำให้เกิดทางเลือกในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขมากขึ้นอย่างน้อย ๕ ด้านตามที่ได้มีการเห็นชอบในที่ประชุม โดยเน้นที่การสร้าง

รูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่าง อปท. และกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก โดยได้มีการสร้างกลไกใหม่ขึ้นมาคือคณะกรรมการประสานความร่วมมือการดำเนินงานด้านสาธารณสุขทั้งระดับจังหวัดและส่วนกลาง ภายใต้การทำงานที่หลากหลายรูปแบบ ซึ่งเป็นแนวคิดที่เป็นทางเลือกที่สำคัญในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ จากที่แต่เดิมเน้นในเรื่องการส่งมอบหรือโอนภารกิจไปให้ อปท. โดยตรง เป็นการประสานความร่วมมือกันที่หลากหลายรูปแบบตามบริบทและความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ที่ประชุมได้เห็นชอบให้มีการดำเนินการในพื้นที่ ๒๗ จังหวัดที่เสนอเป็นพื้นที่นำร่องในการดำเนินการ แต่ขณะเดียวกันก็ได้มีข้อเสนอให้ดำเนินการไปพร้อมๆกันทั้ง ๗๕ จังหวัด เพียงแต่ในประเด็นการประเมินอย่างเข้มข้นให้เน้นในพื้นที่นำร่อง ๒๗ จังหวัดมากกว่า ประเด็นสำคัญอีกประการคือเรื่องเงื่อนไขเวลาที่วางกรอบการทำงานไว้อย่างน่าสนใจคือ ๖ เดือน และหากดำเนินการไม่แล้วเสร็จให้ขยายระยะเวลาดำเนินการได้รวมไม่เกิน ๑๒ เดือน^{๓๑} ประเด็นการปรับเปลี่ยนท่าทีในส่วนนี้นับเป็นจุดเปลี่ยนที่น่าสนใจในระดับนโยบายเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ โดยเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องสาธารณสุขที่มีความสำคัญตามแนวนโยบายแห่งรัฐที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญ ที่ให้เกิดการกระจายอำนาจเกิดขึ้นจริงในประเทศไทย สำหรับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่เป็นมติของคณะกรรมการ กกถ. ได้เสนอไว้มีทางเลือก ๕ รูปแบบดังนี้^{๓๒}

๑. ถ่ายโอนให้ อบต. หรือเทศบาลตามรูปแบบเดิมที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการ ฉบับที่ ๑ และฉบับที่ ๒ โดยทั้ง อบต. หรือเทศบาล และสถานีอนามัย รวมทั้งคณะกรรมการ กกถ. เห็นพ้องร่วมกันที่จะสามารถดำเนินการได้ตามแบบเดิม
๒. ถ่ายโอน สอ. โดยรวมกลุ่มทั้งจังหวัด หรือสถานีอนามัยบางอำเภอ หรือบางกลุ่ม และถ่ายโอนไปให้ อบจ. โดยมีคณะกรรมการบริหารสถานีอนามัยในระดับจังหวัด มีนายก อบจ. เป็นประธานกรรมการ และมีนักบริหารมืออาชีพด้านสาธารณสุขมาเป็นผู้บริหารจัดการภายใต้นโยบายของคณะกรรมการ และคณะกรรมการมาจากหลายภาคส่วนร่วมดำเนินการ
๓. สอ. และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) รวมกลุ่มกันเป็นเครือข่ายบริการ หรือพวงบริการไปขึ้นต่อคณะกรรมการในระดับจังหวัด โดยมีนายก อบจ. เป็นประธานกรรมการ โดยมีกรรมการมาจากหลายภาคส่วน
๔. สอ. หลายแห่งรวมกันเป็นกลุ่ม หรือ สอ. รวมกันกับ รพช. เป็นเครือข่ายหลายเครือข่าย แล้วกลุ่มหรือเครือข่ายดังกล่าว ไปขึ้นต่อคณะกรรมการบริหาร แต่คณะกรรมการบริหารนี้พัฒนาต่อไปเป็นองค์กรมหาชน หรือหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ
๕. รูปแบบอื่นๆที่สอดคล้องกับปรัชญาการกระจายอำนาจตามกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจตามความเหมาะสมของสถานการณ์

^{๓๑} นายกรัฐมนตรีลงนามในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๒

^{๓๒} เป็นสาระในรายละเอียดแนบท้ายคำสั่ง กกถ. ที่ ๑๓/๒๕๕๒ ลงวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๒

จากรูปแบบตามข้อเสนอที่ได้รับการพัฒนาตามมติคณะกรรมการ กกถ. ดังกล่าวนับเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญของกระบวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่าจะมีการพัฒนาต่อไปอย่างไร และภายใต้บริบททางการเมืองและนโยบายที่เกิดขึ้นจะมีผลและทำให้ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขก้าวต่อไปอย่างไร แต่อย่างไรก็ดีจึงหวั่นไหวที่เกิดขึ้นโดยการขับเคลื่อนที่สำคัญจากฝ่าย อปท. โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาคม อบจ. แห่งประเทศไทยทำให้เห็นได้ว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีส่วนร่วมในประเด็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้น มีเพิ่มขึ้นไม่เพียงแต่เป็น อบต. หรือเทศบาล เช่นแต่ก่อนเท่านั้น การขับเคลื่อนโดย ฝ่าย อบจ. ในคราวนี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของการกระจายอำนาจในประเทศไทยได้อย่างน่าสนใจ

บทที่ ๔

ผลกระทบและการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นภายหลังการถ่ายโอนสถานื่อนามัย

การที่สถานื่อนามัยในโครงการนำร่องการถ่ายโอนสถานื่อนามัยได้ถูกถ่ายโอนอย่างเต็มรูปแบบไปสู่ อปท. จำนวน ๒๒ แห่งในกลุ่มแรก (วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๐) และเพิ่มเติมอีก ๖ แห่งในกลุ่มที่ ๒ (ตุลาคม ๒๕๕๑) รวมเป็น ๒๘ แห่งในปัจจุบัน (พฤศจิกายน ๒๕๕๓) ถือเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของสถานื่อนามัยในระบบสาธารณสุขไทย แม้ว่าจะไม่สามารถถ่ายโอนได้ครบ ๓๕ แห่งตามแผนการที่วางไว้ในตอนแรกก็ตาม การเปลี่ยนแปลงในครั้งนี้ เป็นแรงผลักดันที่สำคัญที่เกิดขึ้นจากการใช้ภาวะผู้นำที่สำคัญของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขทั้งในด้านการเมืองและข้าราชการประจำ การศึกษาผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการถ่ายโอนสถานื่อนามัยดังกล่าวได้มีความพยายามของหน่วยงานวิชาการหลายองค์กรได้พยายามติดตามและประเมินผล การสรุปให้เห็นภาพผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลงานวิชาการที่สำคัญ ซึ่งจะได้นำเสนอตามลำดับ ดังต่อไปนี้

๔.๑ สมพันธ์ เตชะอธิกและคณะ (๒๕๕๑)

การติดตามผลของสมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ (สมพันธ์ เตชะอธิกและคณะ: ๒๕๕๑) เป็นการศึกษาในโครงการติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานื่อนามัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยทำการติดตามประเมินผลสถานื่อนามัยที่ถ่ายโอนในกลุ่มแรก ๒๒ แห่ง รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยผสมผสานวิธีทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อติดตามประเมินผลผลการถ่ายโอนสถานื่อนามัยในช่วง กันยายน ๒๕๕๐ (ก่อนการถ่ายโอนจริงเล็กน้อย) ถึง ธันวาคม ๒๕๕๑ ผลงานการศึกษาพบว่า การถ่ายโอนสถานื่อนามัยทั้ง ๒๒ แห่งได้ผ่านกระบวนการตามกลไกและเงื่อนไขที่กำหนด แต่ยังมีปัญหาการสื่อสารกับพื้นที่เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่กระชั้นและเร่งด่วน ส่งผลให้เกิดปัญหาเชิงเทคนิคในการบริหาร จะเห็นได้ว่าในช่วงแรกการสื่อสารภายในหน่วยงานยังไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดูแลพื้นที่ในระดับอำเภอไม่ได้รับการประสานงานเท่าที่ควร ในระดับจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่ได้แสดงบทบาทสำคัญที่ช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนในกระบวนการถ่ายโอนที่ดีนัก เช่นในกรณีของ อบต. ด่านทับตะโก จ. ราชบุรี ที่ต้องติดตามรายละเอียดและศึกษาเอกสารเอง ในขั้นตอนการปฏิบัติจริงเกี่ยวกับกระบวนการถ่ายโอนมีปัญหาอุปสรรคมาก โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับบุคลากร ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจและส่งผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของบุคลากรที่ถ่ายโอนไปพอสมควร ในด้านกลไกและกระบวนการถ่ายโอนแม้พบว่ามีกลไกทั้งในระดับชาติจนถึงภูมิภาค แต่เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่และมีความละเอียดอ่อนสูงจึงทำให้กลไกแต่ละระดับยังไม่สามารถขับเคลื่อนไปได้ดีเท่าที่ควร แต่อย่างไรก็ดีก็ได้มีความพยายามจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งกลไกที่ตั้งขึ้น

โดยเฉพาะและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงในส่วนกลางทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากิจการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส) ซึ่งสังกัดสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานในส่วนภูมิภาค เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นต้น เข้ามาช่วยผลักดันและสนับสนุนในกระบวนการถ่ายโอนดังกล่าว

รูปแบบการถ่ายโอนสถานีนอนามัยในพื้นที่จริงจากการติดตามพบว่า มีรูปแบบในการถ่ายโอน ๔ รูปแบบคือ รูปแบบที่ ๑ สถานีนอนามัยในพื้นที่โอนมาทั้งหมดทั้งจำนวนสถานีนอนามัยและบุคลากร จำนวน ๕ แห่ง รูปแบบที่ ๒ สถานีนอนามัยโอนมาทั้งหมดในพื้นที่แต่บุคลากรเดิมไม่ได้ถ่ายโอนมาทั้งหมด ซึ่งพบมากที่สุด ๙ แห่ง รูปแบบที่ ๓ สถานีนอนามัยในพื้นที่มาไม่ทั้งหมด แต่บุคลากรมาทั้งหมด จำนวน ๓ แห่ง และรูปแบบที่ ๔ ทั้งสถานีนอนามัยและบุคลากรในพื้นที่ไม่ได้โอนมาทั้งหมด จำนวน ๔ แห่ง การถ่ายโอนที่ต่างกันส่งผลให้การบริหารจัดการที่ต่างกันทั้ง การจัดบริการ การจัดการคน เงิน และวัสดุ ซึ่งการจัดการต้องอาศัยผู้นำที่มีวิสัยทัศน์อย่างมากจึงจะเกิดความราบรื่นได้

ข้อเสนอที่สำคัญของงานวิจัยชิ้นนี้คือการพัฒนาความพร้อมในการเตรียมการถ่ายโอนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงผลกระทบด้านกฎเกณฑ์และความสมัครใจของทั้งฝ่ายผู้โอนและผู้รับโอน และควรจัดการถ่ายโอนในช่วงเวลาที่สอดคล้องกับระบบงานของ อปท. ที่เหมาะสมเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนและไม่สอดคล้องกันในการบริหารจัดการในพื้นที่ ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้การถ่ายโอนเป็นไปอย่างราบรื่นได้แก่ การสื่อสาร การสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วม ผู้นำและศักยภาพผู้นำ และความเข้าใจในภารกิจของหน่วยงานที่หนุนเสริม

๔.๒ ปรีดา ตั้อาร์ักษ์ และคณะ (๒๕๕๑)

งานของปรีดา ตั้อาร์ักษ์และคณะ (ปรีดา ตั้อาร์ักษ์ และคณะ: ๒๕๕๑) เป็นการทบทวน วิเคราะห์และสรุปบทเรียนของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งมีประเด็นที่ได้วิเคราะห์การประเมินผลการทดลองการถ่ายโอนสถานีนอนามัย ใน ๔ ด้าน กล่าวคือ ด้านกระบวนการทัศน์ ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ ด้านการบริหารจัดการ และด้านประสิทธิภาพ พบว่า

ในด้านกระบวนการทัศน์ มีการเห็นคุณค่าและความสำคัญของการถ่ายโอนและการถ่ายโอนโดยรวมมีผลราบรื่น ส่งผลให้เกิดมุมมองสุขภาพทั้งสี่มิติมากขึ้น การมีส่วนร่วมทั้งจาก อปท. อสม และประชาชนดีขึ้น มีการประสานกันในเครือข่ายสุขภาพมากขึ้นและต่อเนื่อง

ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ มีการปรับปรุง กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนกิจกรรมด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่เป็นแบบอย่างที่ดี มีการพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพสูงขึ้น

ด้านการบริหารจัดการพบว่า สถานีนอนามัยที่ถ่ายโอนไปมีอิสระในการบริหารจัดการเหมือนเดิม มีการตรวจสอบและทำบัญชีทรัพย์สิน พัสดุ ครุภัณฑ์ และการส่งมอบเรียบร้อยดี

ด้านประสิทธิภาพ การให้บริการแก่ประชาชนทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอนไม่แตกต่างกัน แม้ว่าจะมีความพึงพอใจต่อการให้บริการดีขึ้นแต่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ในภาพรวมด้านอุปสรรคพบว่า ความชัดเจนในระดับนโยบายของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการถ่ายโอนสถานื่อนามัยมีความชงกันและขาดความเป็นเอกภาพ การตัดสินใจและการสั่งการจากส่วนกลางยังไม่ชัดเจนและไม่เป็นระบบและบางครั้งไม่สามารถอ้างอิงได้ ปัญหาในเรื่องการบริหารบุคคลยังคงมีอยู่และส่งผลให้ผู้โอนไปบางส่วนไม่มั่นใจและขอย้ายกลับมาที่ กสธ. ในระดับปฏิบัติพบว่า การปรับเปลี่ยนระบบงานใหม่เพื่อความยุ่งยากในตอนแรกที่ต้องปรับตัวอย่างมากกับระบบใหม่ทั้ง หนังสือสั่งการ ใบเสร็จ เอกสารทางราชการต่างๆ ภารกิจก็เพิ่มขึ้นแต่บุคลากรเท่าเดิมหรือลดลงเนื่องจากโอนมาไม่ทั้งหมดและบางส่วนขอโอนกลับ ความไม่มั่นคงในระบบการจ้าง การได้สิทธิประโยชน์ยังไม่ชัดเจนและส่งผลกระทบต่อขวัญกำลังใจ เช่น การเลื่อนขั้น การปรับเปลี่ยนตำแหน่ง การควบคุมการประกอบวิชาชีพ และการมอบอำนาจ และมีบางพื้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างสถานื่อนามัยด้วยกันแต่ต่างสังกัดเริ่มมีปัญหาในการประสานงาน

จึงได้มีการเสนอแนะทั้งในระดับนโยบายที่ กสธ. และกระทรวงมหาดไทยต้องชัดเจนในการกำหนดทิศทางเรื่องการถ่ายโอนสถานื่อนามัย โดยจำเป็นต้องมีพันธะสัญญาที่ชัดเจนทั้งในรูปแบบแผนและข้อตกลงความร่วมมือ อาจจะมีกลไกการประสานงานในรูปของศูนย์ประสานงานการถ่ายโอนเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ ฝ่าย อปท. เองควรชัดเจนในการพัฒนาคน การจัดทำแผน การสร้างการมีส่วนร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง การถ่ายโอนสถานื่อนามัยในคราวต่อไปต้องมีการศึกษาวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและความเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันพร้อมกับการเสริมสร้างปัญญา ในบริบทที่เหมาะสมและมีรูปแบบที่หลากหลายที่สอดคล้องกับแต่ละพื้นที่

๔.๓ สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (๒๕๕๑)

ส่วนนโยบายและแผนการกระจายอำนาจ สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ๒๕๕๑) ได้ทำรายงานสรุปผลโครงการติดตามการดำเนินงานถ่ายโอนสถานื่อนามัย ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการดำเนินการถ่ายโอนสถานื่อนามัย รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น รูปแบบการศึกษาเป็นการเยี่ยมติดตามในพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ถ่ายโอนโดยตรง และการใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความคิดเห็นจากประชาชนผู้ใช้บริการ จากรายงานพบว่ามีปัญหาในการถ่ายโอนในระดับพื้นที่ อาทิ ปัญหาการถ่ายโอนบุคลากรที่มีความกังวลในการปฏิบัติงานทั้งในเรื่องแนวทางปฏิบัติในเรื่องต่างๆ ความกังวลในสิทธิประโยชน์ต่างทั้งการเลื่อนระดับ การพัฒนาตนเองและความก้าวหน้าต่างๆ เป็นต้น ปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อวิเคราะห์เป็นปัญหาทั้งเชิงเทคนิคที่เกิดจากความแตกต่างระหว่าง

หน่วยงาน และปัญหาเชิงหลักการจริงๆว่าส่วนกลางมีทิศทางอย่างไรกับการบริหารกำลังคนที่เข้าสู่ อปท. ใหม่เป็นต้น ที่ยังไม่มีคำตอบชัดเจนมากนัก

ในส่วน อปท. เอง พบว่าส่วนใหญ่สนใจและพร้อมที่จะรับการถ่ายโอนสถานีนามัยเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร แต่ด้วยข้อจำกัดขององค์กรเองที่ยังไม่มีความพร้อมมากนักในเชิงโครงสร้างและการบริหารจัดการ ส่งผลให้มีข้อขัดข้องหลายประการทั้งการจัดองค์การในเชิงโครงสร้างที่ยังไม่มีส่วนงานหรือกองที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข และขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขใน อปท. สำหรับบทบาทของสาธารณสุขอำเภอและสาธารณสุขจังหวัดพบว่าบางพื้นที่ไม่เห็นด้วยในการถ่ายโอนส่งผลให้การแสดงออกและการมีส่วนร่วมในกระบวนการถ่ายโอนไม่เป็นผลด้านส่งเสริม มีเพียงบางพื้นที่ซึ่งมีเป็นจำนวนน้อยที่มีความร่วมมือกันเป็นอย่างดีในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่^{๓๓} ปัญหาที่เกิดในหน่วยงานระดับผู้ปฏิบัติได้แก่ บทบาทของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่แสดงบทบาทสนับสนุนกระบวนการถ่ายโอนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการแก้ปัญหาในระยะแรกพอสมควร ทั้งประเด็นระเบียบเงินบำรุง ใบเสร็จรับเงิน และขั้นตอนต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระบบการเงิน เป็นต้น

ในส่วนกระทรวงสาธารณสุขเองก็พบว่ามีความล่าช้าในการถ่ายโอนบุคลากร ไม่มีการซักซ้อมความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติว่าเมื่อถ่ายโอนแล้วจะมีแนวทางปฏิบัติอย่างไร ความร่วมมือและความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่โอนไปแล้วและยังไม่โอนควรเป็นอย่างไร และที่สำคัญนโยบายในระดับสูงของ กสธ. ไม่แสดงออกอย่างชัดเจนว่าสนับสนุนหรือไม่อย่างไรในการถ่ายโอน จึงเป็นประเด็นปัญหาในระดับนโยบายว่าจะก้าวต่อไปอย่างไรในกระบวนการถ่ายโอนสถานีนามัย ประกอบกับความไม่ชัดเจนในองค์ประกอบอื่นหลายประการ อาทิ เรื่องงบประมาณ การจัดการทรัพยากรที่ดิน ระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน รวมทั้งบทบาทของผู้บริหารและบุคลากรใน อปท. เองที่ยังไม่เข้าใจและชัดเจนเพียงพอในกระบวนการถ่ายโอน การทำงาน และการพัฒนางาน ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้มีปัญหาอุปสรรคในการถ่ายโอนสถานีนามัยไปสู่ อปท. อยู่พอสมควรและโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรกๆที่มีการถ่ายโอน ประกอบกับระบบและกลไกที่ตั้งขึ้นยังไม่สามารถขับเคลื่อนต่อไปได้ดีเท่าที่ควรมากนัก จึงอาจกล่าวได้ว่าการถ่ายโอนสถานีนามัยจากรายงานของ สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แม้พบว่ามีความสำเร็จในการถ่ายโอนสถานีนามัยไปยัง อปท. จริง แต่ข้อเท็จจริงประจักษ์ชัดว่ามีปัญหาที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วนเกิดขึ้นหลายประเด็นโดยเฉพาะในช่วงต้น

^{๓๓} จากรายงานระบุว่า มีจังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดเดียวที่ ผู้ว่าราชการจังหวัด และ นพ.สสจ ร่วมมือกันในการถ่ายโอนที่ดีส่งผลให้การเกลี้ยอัตรและเปิดโอกาสให้ผู้สนใจสมัครเข้ามาในสถานีนามัยที่ถ่ายโอนทำให้อัตรากำลังครบตามกรอบ

๔.๔ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๑)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข: ๒๕๕๑) ได้จัดทำรายงานการติดตามประเมินผลการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคในการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่ อปท. โดยมีรูปแบบการติดตามในพื้นที่และการใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความคิดเห็นผู้เกี่ยวข้องทั้งในส่วน อปท. บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน ผลการศึกษาในรายงานนี้มุ่งเน้นการเปรียบเทียบผลกระทบในสถานีนามัยกลุ่มที่ ๑ ที่ถ่ายโอนครั้งแรก ๒๒ แห่ง กับ กลุ่มที่ ๒ ที่ถ่ายโอนต่อเนื่องจำนวน ๖ แห่ง พบว่าในระดับพื้นที่การถ่ายโอนทั้งสองกลุ่ม ทั้งกลุ่มที่หนึ่งที่ถ่ายโอนตอนแรก และกลุ่มที่สองที่ถ่ายโอนตอนหลัง ได้มีการดำเนินงานที่ไม่แตกต่างกันมากนัก ในประเด็นสำคัญต่างๆ รวม ๑๕ ประเด็น ของการทำงานในพื้นที่ ทั้งในประเด็นนโยบายและทิศทางการดำเนินงานสาธารณสุข การวางแผนเพื่อพัฒนางานด้านสาธารณสุข การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ การจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินกิจกรรมสาธารณสุข การประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานต่างๆ แนวทางการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข การบริหารจัดการงบประมาณ แหล่งงบประมาณที่สนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุข จำนวนบุคลากร การส่งเสริมการผลิตบุคลากร การประเมินผลการปฏิบัติงาน การสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจ การดำเนินงานด้านการประชาสัมพันธ์ พบว่าทั้ง ๑๕ ประเด็นได้มีการดำเนินการในพื้นที่ไม่แตกต่างกันในสถานีนามัยที่ถ่ายโอนทั้งสองกลุ่ม

ประเด็นที่น่าสนใจจากรายงานฉบับนี้คือประเด็นเรื่องการจัดการบุคลากร ที่พบว่าฝ่าย อปท. ได้มีการเตรียมความพร้อมโครงสร้างอัตรากำลังโดยมีแผนขยายกรอบอัตรากำลังเพื่อรองรับบุคลากรที่ถ่ายโอน แต่ยังไม่มั่นใจในความเพียงพอของจำนวนผู้มาถ่ายโอนมาปฏิบัติงาน ประเด็นเรื่องสิทธิประโยชน์เป็นปัญหามากซึ่งควรจะต้องให้ความชัดเจนและหลักการที่ถูกต้อง เพราะเป็นประเด็นสำคัญมาก อีกประเด็นที่น่าสนใจจากการศึกษาพบว่านโยบายกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขไม่ชัดเจน ส่งผลให้การทำงานเชิงรุกเรื่องการถ่ายโอนเป็นไปอย่างไม่เต็มที่เท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จากผู้บริหารระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขไม่จริงจังในการแก้ปัญหาให้กับ สอ. ที่ถ่ายโอนไปอย่างจริงจัง ซึ่งเป็นปัญหาในทำนองเดียวกันที่พบว่าในบางพื้นที่ผู้บริหาร อปท. เองก็ไม่ชัดเจนและไม่เข้าใจงานสาธารณสุขดีพอ จึงส่งผลกระทบต่อกระบวนการถ่ายโอนในระดับพื้นที่พอสมควร

๔.๕ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๑)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข: ๒๕๕๑) โดยกลุ่มสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจ ได้ทำการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานและการสนับสนุนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแบบเร่งด่วนโดยใช้แบบสอบถามแบบเร่งด่วน (Quick survey questionnaire) ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่มาร่วมประชุมสัมมนา จำนวน ๑๔๐ คน และมีผู้ตอบแบบสอบถาม ๑๐๖ คน ในการประชุมสัมมนาสายสัมพันธ์สาธารณสุขท้องถิ่น วันที่ ๒๗-๒๙ สิงหาคม ๒๕๕๑ ที่โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานด้านสาธารณสุขภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ในด้านการสนับสนุนงบประมาณด้านสาธารณสุข พบว่ามีทั้งรูปแบบที่มีการกำหนดสัดส่วนงบประมาณตามแผนงานโครงการที่ชัดเจน ประมาณ ร้อยละ ๕๓ กับรูปแบบที่ไม่มีการกำหนดสัดส่วนงบประมาณแต่ขึ้นกับโครงการที่มีการเสนอ และการอนุมัติ ประมาณ ร้อยละ ๔๗ ซึ่งขึ้นกับระบบการจัดการของแต่ละ อบต. แต่ส่วนใหญ่จะเป็นระบบการกำหนดสัดส่วนงบประมาณตามแผนงานโครงการมากกว่าเล็กน้อย

การจัดการระบบบุคลากรใน อบต. (อาทิ การจ้าง การประกาศ/ คัดเลือก การประเมินผลงาน ระบบค่าตอบแทน) พบว่า ร้อยละ ๔๒ มีระบบที่ชัดเจนและมีความคล่องตัว ร้อยละ ๓๐ มีลักษณะเป็นไปตามระบบที่ส่วนกลางกำหนด และมีความคล่องตัวน้อย และร้อยละ ๒๘ ไม่มีระบบชัดเจนแต่มีความคล่องตัวในการจัดการ

การสนับสนุนด้านวิชาการ นั้น พบว่าบุคลากรสาธารณสุขภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเห็นว่า ระบบสนับสนุนทางด้านวิชาการ/การพัฒนาศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่นั้น ลดลงและไม่ได้รับการสนับสนุนที่ดีเท่าที่ควร กว่า ร้อยละ ๕๐ มีความเห็นว่าการรับได้รับสนับสนุนจากเครือข่ายเดิมลดลง

การใช้ระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุข นั้น บุคลากรสาธารณสุขภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความเห็นว่า มีการใช้ระบบข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ เพื่อการวางแผน เพื่อการดำเนินงาน เพื่อการรายงานต้นสังกัด และเพื่อการกำกับติดตาม ร้อยละ 50 มีการใช้ข้อมูลอยู่ในระดับมาก

ในด้านการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในชุมชน พบว่ามีเพียง ร้อยละ ๖ ของจำนวนพื้นที่ทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถาม ที่ได้มีการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๔.๖ จรวยพร ศรีศศลักษณ์ และคณะ (๒๕๕๒)

งานวิจัยเพื่อถอดประสบการณ์ของการถ่ายโอนสถานีนอนามัยทั้ง ๒๒ แห่ง ของจรวยพร ศรีศศลักษณ์ และคณะ (จรวยพร ศรีศศลักษณ์ และคณะ: ๒๕๕๒) เป็นการติดตามเพื่อเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงในสถานีนอนามัยที่ถ่ายโอนทั้งหมดทุกแห่ง ผลจากการศึกษาพบว่ากระบวนการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไป อปท. เป็นรูปแบบหนึ่งของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพถือเป็นจุดเปลี่ยนในการพัฒนาระบบสุขภาพ ที่จะต้องใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน และยังพบว่า การสื่อสารมีความสำคัญต่อการสร้างความเข้าใจร่วมกันในเป้าหมายประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในการดำเนินการ และพบว่ามีข้อควรพึงระวังและแนวทางแก้ไขปัญหาการถ่ายโอนหลายประเด็น ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญของการถ่ายโอนให้ลุล่วง ประการแรก คือ แรงจูงใจ โดยเฉพาะด้านงบประมาณในการทำงานที่เพิ่มมากขึ้น การมีตำแหน่งและอัตราค่าจ้างเพิ่มขึ้นและมีก้าวหน้ากว่าเดิม หรือสายการบังคับบัญชาที่สั้นลงทำให้มีความสะดวกในการปฏิบัติงาน ประการที่สอง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพความจริงของแต่ละพื้นที่ เช่น สัมพันธภาพเดิมที่ดีระหว่างสองหน่วยงาน การมีภาวะผู้นำที่สูงของหน่วยงานทั้งสองฝ่าย การประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจที่ดี การระดมความร่วมมือเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมอย่างได้ผล ปัจจัยเหล่านี้จะสนับสนุนให้กระบวนการถ่ายโอนเป็นไปอย่างราบรื่นมากขึ้น

๔.๗ Loraine Hawkin, Jaruyaporn Srisasaluk and Sutayut Osornprasop (2009)

งานวิจัยของ Loraine Hawkin และคณะ (Loraine Hawkin, Jaruyaporn Srisasaluk and Sutayut Osornprasop: 2009) เป็นการศึกษาแบบเร่งด่วนเพื่อประเมินผลการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไป อปท. และโรงพยาบาลนอกระบบ รูปแบบการศึกษาใช้การสัมภาษณ์และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า สถานีนอนามัยที่ถ่ายโอนได้จัดบริการตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในส่วนการให้บริการ ความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการมีมากขึ้น สามารถตัดสินใจได้รวดเร็วและคิดริเริ่มได้มากขึ้น แต่ก็มีบางแห่งที่ยังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านระบบ ทำให้มีประเด็นเกี่ยวกับกฎหมายและ กฎ ระเบียบ ที่ยังติดขัด และการจัดงบประมาณมีความล่าช้า ภาพรวมของผู้บริหารในพื้นที่มีความสนใจและกระตือรือร้นในกระบวนการถ่ายโอนสถานีนอนามัย โดยภาพรวมในระยะแรกมีแนวโน้มที่เป็นบวกในรูปแบบการกระจายอำนาจโดยการถ่ายโอนสถานีนอนามัยที่เกิดขึ้น

๔.๘ สงครามชัย ลีทองดี (๒๕๕๒)

ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจแบบเร่งด่วนเพื่อทราบความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฏิบัติการในพื้นที่ จำนวน ๒๔๑ คน ในพื้นที่ ๕ จังหวัด (สงครามชัย ลีทองดี: ๒๕๕๒) เพื่อทราบความคิดเห็นต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพโดยเฉพาะประเด็นของการถ่ายโอนสถานีนอนามัย โดยใช้แบบสอบถามแบบเร่งด่วน เกี่ยวกับประเด็นของสถานีนอนามัย สามารถ

สรุปผลการศึกษาได้อย่างน่าสนใจ กล่าวคือมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่ต้องการให้ถ่ายโอนสถานอนามัยไปสังกัด เทศบาลหรือ อบต. ร้อยละ ๓๓.๑ ในขณะที่ต้องให้ถ่ายโอนสถานอนามัยไปสังกัด อบจ. เพียงร้อยละ ๗.๙ และเป็นที่น่าสนใจว่ามีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแสดงความคิดเห็นว่าไม่อยากจะถ่ายโอนไปสังกัด อบท. คือต้องการให้สถานอนามัยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามเดิมถึง ร้อยละ ๕๙.๐ ซึ่งเป็นจำนวนมากที่สุดจากการสอบถามที่ได้รับคืนมา ดังรายละเอียดในตารางที่ ๓ ในหน้าถัดไป ข้อมูลดังกล่าวแม้ว่าเป็นการสำรวจแบบเร่งด่วนที่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ทุกคน แต่จากการคัดเลือกตัวแทนที่ค่อนข้างเป็นอิสระและส่วนใหญ่ทราบความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการถ่ายโอนสถานอนามัยอยู่ระดับหนึ่งไม่ถึงกับไม่มีความรู้เกี่ยวกับการถ่ายโอนสถานอนามัย แต่พบว่าส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ไม่ประสงค์จะโอนไปสังกัด อบท. เป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่ากลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีความคิดเห็นอย่างไรต่อกระบวนการถ่ายโอนสถานอนามัย แม้ว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพได้เดินทางมาถึงการถ่ายโอนตามแผน ที่กำหนดไว้แล้ว แต่ยังมีคนส่วนหนึ่งซึ่งเป็นจำนวนไม่น้อยที่ไม่ต้องการที่จะถ่ายโอน จึงเป็นประเด็นที่จะต้องวิเคราะห์กันอย่างละเอียดต่อไป

ตารางที่ ๔ ผลการสำรวจความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับประเด็นการถ่ายโอนสถานอนามัย

พื้นที่	โอนไปสังกัด เทศบาลหรือ อบต. จำนวน (ร้อยละ)	โอนไปสังกัด อบจ. จำนวน (ร้อยละ)	ไม่โอนต้องการ สังกัด กสธ. ตามเดิม จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
ศรีสะเกษ	๑๖(๒๘.๑)	๕(๘.๘)	๓๖(๖๓.๑)	๕๗
อุดรธานี	๒๕(๖๔.๑)	๐(๐)	๑๔(๓๕.๙)	๓๙
มหาสารคาม	๑๗(๕๑.๕)	๒(๖.๑)	๑๔(๔๒.๔)	๓๓
นครราชสีมา	๑๑(๑๑.๘)	๑๒(๑๓.๐)	๗๐(๗๕.๒)	๙๓
สุพรรณบุรี	๑๑(๕๗.๙)	๐(๐)	๘(๔๒.๑)	๑๙
รวม	๘๐(๓๓.๑)	๑๙(๗.๙)	๑๔๒(๕๙.๐)	๒๔๑

๔.๙ สงครามชัย ลีทองดีและกษิตศ ขันธรัตน์ (๒๕๕๓)

ผู้วิจัยได้ร่วมมือกับสมาคมหมออนามัยแห่งประเทศไทยในการสำรวจความคิดเห็นของผู้ร่วมเวทีสาธารณะที่สมาคมหมออนามัยได้จัดขึ้น ในพื้นที่สี่ภาคของประเทศ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประเด็นการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนสถานอนามัยซึ่งมีผู้เข้าร่วมกว่า ๑,๗๐๐ คนทั่วประเทศ (สงครามชัย ลีทองดี และกษิตศ ขันธรัตน์: ๒๕๕๓) โดยการสำรวจความคิดเห็นตามประเด็นที่กำหนดไว้และประเด็นอื่นๆเกี่ยวกับการถ่ายโอนสถานอนามัยภายใต้

กระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ผลการสำรวจเป็นที่น่าสนใจว่ามีความคิดเห็นอย่างหลากหลายเกี่ยวกับประเด็นของการถ่ายโอนสถานื่อนามัย แนวโน้มความ8bfเห็นของกลุ่มหมออนามัยในแต่ละภาคจะแตกต่างกันพอสมควร กลุ่มหมออนามัยในพื้นที่ภาคกลางส่วนน้อยที่ต้องการโอนไปสังกัด อบต.หรือเทศบาล แต่จะสนใจการถ่ายโอนไป อบจ. หรือการพัฒนาเป็นองค์กรมหาชนหรือรูปแบบอื่นๆมากกว่า ในขณะที่หมออนามัยในภาคอีสานสนใจประเด็นการรวมตัวกันเพื่อพัฒนาเป็นเครือข่ายบริการทั้ง สอ. และ โรงพยาบาลมากที่สุดและไม่อยากไป อบจ. ในขณะที่หมออนามัยในภาคเหนือสนใจการโอนไป อบจ. และรวมตัวกันเป็นเครือข่ายบริการทั้งจังหวัดเป็นส่วนใหญ่ ต่างกับภาคใต้ที่สนใจจะรวมกลุ่มโอนไปสังกัด อบจ. เป็นส่วนใหญ่ ข้อมูลที่ได้จากเวทีสาธารณะดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความคิดเห็นที่หลากหลายและยังไม่มีเอกภาพเกี่ยวกับอนาคตของสถานื่อนามัย ดังนั้นจึงไม่แปลกแต่อย่างใดที่มีข้อมูลเกี่ยวกับการไม่ถ่ายโอนหรือต้องการหารูปแบบมากกว่านี้ในการถ่ายโอนสถานื่อนามัย ดังมีรายละเอียดผลการศึกษาดังตารางที่ ๔ ต่อไปนี้

ตารางที่ ๕ ผลการสำรวจความคิดเห็นของหมอนามัยในเวทีสาธารณะการถ่ายโอนสถานอนามัยไป อปท.

พื้นที่	สอ. โอนไปเทศบาลหรือ อบต. (ร้อยละ)	สอ. รวมกลุ่มกันในจังหวัดโอนไป อบจ. (ร้อยละ)	สอ. รวมกับรพ. ในจังหวัดเป็นเครือข่ายบริการ (ร้อยละ)	พัฒนาเป็นองค์กรมหาชน (ร้อยละ)	รูปแบบอื่นไม่โอน ไม่ออกความเห็น (ร้อยละ)
เหนือ	๑๑.๓๕	๒๔.๘๖	๒๔.๓๓	๒๓.๗๘	๑๕.๖๘
อีสาน	๒๒.๐๐	๑๐.๐๐	๒๖.๐๐	๒๐.๐๐	๑๗.๐๐
กลาง	๙.๐๐	๓๐.๐๐	๑๗.๐๐	๒๐.๐๐	๒๔.๐๐
ใต้	๑๘.๐๐	๒๘.๐๐	๒๒.๐๐	๑๔.๐๐	๑๘.๐๐

๔.๑๐ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (๒๕๕๓)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้จัดระดมสมองผู้เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยคัดเลือกแกนนำสำคัญในระดับพื้นที่ (Local Key Actors) มาร่วมกันวิเคราะห์และให้ข้อมูลที่เกิดขึ้นในกระบวนการกระจายอำนาจ เพื่อเป็นการวิเคราะห์และติดตามความก้าวหน้าของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข^{๓๔} และเป็นการทวนสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหลายด้าน (Data and Method Triangulation) ที่นอกเหนือจากการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สังเคราะห์เอกสาร จากผลการประชุมระดมความคิดเห็นการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

๑. ความก้าวหน้าของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

สถานการณ์การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขโดยภาพรวมถือว่ายังไม่มีก้าวหน้าเท่าที่ควรทั้งด้านภารกิจที่ต้องถ่ายโอนและการถ่ายโอนสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปยัง อปท. (ซึ่งหมายรวมทั้ง สถานอนามัย รพช.และรพท.) ทั้งนี้เนื่องจากระบบวิธีการงบประมาณยังไม่เอื้อต่อการกระจายอำนาจ นอกจากนั้นทิศทางของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะฝ่ายประจำ ยังส่งสัญญาณที่ไม่ชัดเจนว่าจะสนับสนุนหรือขัดขวางกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข แม้ว่าทิศทางของผู้บริหารระดับสูงทางฝ่ายการเมืองดูเหมือนว่าจะไม่ขัดขวางกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข และพยายามผลักดันให้การกระจายอำนาจเกิดได้จริง แต่นโยบายที่แถลงออกมาอย่างเป็นรูปธรรมกลับส่งผลทางอ้อมที่จะทำให้กระบวนการกระจายอำนาจมีความล่าช้า ดังเช่นการประกาศนโยบายส่งเสริมให้มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสท.) ในเชิงการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Policy

^{๓๔} จัดระดมสมองโดย สวรส. และคณะผู้วิจัย เมื่อวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๒ ณ ห้องประชุม สวรส. ตึกกรมสุขภาพจิต อาคาร ๓ ชั้น ๕ กระทรวงสาธารณสุข

Implementation) มีความจำเป็นต้องใช้การรวมอำนาจค่อนข้างมากในการผลักดันให้ความสำเร็จของนโยบายเกิดขึ้นจริง ในความเป็นจริงปัญหาของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเท่าที่ปรากฏในปัจจุบัน คือ ๑) การกิจบางประการที่ยังไม่พร้อมที่จะถ่ายโอนกลับไปกำหนดให้ต้องถ่ายโอน ส่งผลให้เกิดภาวะสับสนในการดำเนินงานต่อไป อาทิ โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งหากมีการแยกส่วนออกไปต่างสังกัดในแต่ละพื้นที่ที่มีความสับสนและยากลำบากในการพัฒนาและอภิบาลระบบส่งต่อและเครือข่ายบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก กลับมีการกำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการฯ ให้มีการถ่ายโอนทั้งที่ยังไม่มีการศึกษาอย่างรอบด้านอย่างเพียงพอ ๒) การกิจที่ควรจะต้องถ่ายโอนแต่ไม่ได้กำหนดให้ถ่ายโอน ซึ่งทำให้เกิดการรวมศูนย์การทำงานในส่วนกลางมากยิ่งขึ้น อาทิ เรื่องการจัดระบบบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การบริหารกฎหมายสาธารณสุขในพื้นที่เป็นต้น และ ๓) การกิจที่จำเป็นต้องถ่ายโอนแต่ยังไม่ถ่ายโอนอย่างจริงจัง อาทิ การกิจเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ ซึ่งเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของพื้นที่กลับไม่มีการผลักดันอย่างจริงจัง เป็นต้น

๒. รูปแบบและทางเลือกในการกระจายอำนาจ

ประเด็นที่ต้องสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขก็คือการกระจายอำนาจไม่เพียงแต่เป็นการถ่ายโอนอำนาจเท่านั้น มีความจำเป็นที่จะต้องแสวงหารูปแบบการกระจายอำนาจในรูปแบบใหม่หรือหลากหลายที่เป็นการลดความสำคัญในการดำเนินการเองของส่วนกลาง แล้วเสริมสร้างศักยภาพและบทบาทของส่วนท้องถิ่นให้มากขึ้น รูปแบบการทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะงานด้านการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ

ซึ่งมีทางเลือกในการกระจายอำนาจที่หลากหลายจึงควรดำเนินการในลักษณะ ดังต่อไปนี้

๒.๑ กระจายอำนาจในส่วนที่ทำได้จริง กล่าวคือการกิจที่ประชาชนทั่วไปทำอยู่แล้ว และเป็นภารกิจซึ่งปกติ อปท. ก็เป็นผู้ปฏิบัติและมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง ยกตัวอย่างเช่น การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในพื้นที่ เป็นต้น

๒.๒ กระจายอำนาจในการกิจหรือกิจการที่ส่วนท้องถิ่นจะสามารถดำเนินการได้ดีกว่า เนื่องจากมีความเข้าใจและประสบปัญหาในเรื่องนั้นๆในพื้นที่โดยตรง สมควรที่จะมาเป็นผู้จัดการปัญหาเหล่านั้นด้วยส่วนท้องถิ่นเอง

๒.๓ การกระจายอำนาจมีความจำเป็นต้องกระจายอำนาจทั้งด้านภารกิจและงบประมาณควบคู่กันไป ด้วยเหตุผลที่สำคัญคือการดำเนินการใดๆจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรการเงินเป็นเครื่องสำคัญเพื่อสร้างให้เกิดความสำเร็จ งานและเงินเป็นปัจจัยที่สำคัญควบคู่กัน

๒.๔ การกระจายข่าวสารและการเรียนรู้เรื่องการกระจายอำนาจเป็นกลไกที่สำคัญที่จะส่งผลสำเร็จต่อกระบวนการกระจายอำนาจ ทั้งนี้ส่วนกลางต้องทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการสื่อสารข้อเท็จจริง และหนุนเสริมให้เกิดการขับเคลื่อน ก่อนการประเมินความพร้อมของพื้นที่ในด้าน การกระจายอำนาจ เพื่อไม่ให้เกิดความไม่เข้าใจและหวาดระแวงซึ่งกันและกัน

๒.๕ สร้างบรรยากาศการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ก่อนการกระจายอำนาจ เพื่อสร้างวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน

๒.๕ ยอมรับว่าการถ่ายโอนเป็นเพียงรูปแบบหนึ่งของการกระจายอำนาจ หากจำเป็นจะต้องถ่ายโอนภารกิจหรือหน่วยงานควรดำเนินการภายหลังการเรียนรู้ร่วมกันและเปิดโอกาสให้ดำเนินไปควบคู่กับการพัฒนาหลักเกณฑ์ที่กำหนดร่วมกันของทั้งสองฝ่ายเสียก่อน

๓. องค์การที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเมื่อวิเคราะห์ดูจะเห็นว่าประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะเจ้าภาพของระบบงานสาธารณสุขในระบบเดิม กับหน่วยงานที่จะต้องรับภารกิจในระบบใหม่ที่จัดขึ้น ซึ่งได้แก่ อปท. ทั้งหลายในระดับที่แตกต่างกัน และหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับนโยบายและงบประมาณ ซึ่งอาจจะได้แก่สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงบประมาณ หน่วยงานที่กล่าวมาส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดเป็นภาคราชการข้อเสนอแนะ สำหรับการกระจายอำนาจในอนาคตควรจะมีองค์กรภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อที่จะเป็นการสร้างความเข้าใจของประชาชนและการพัฒนาให้เกิดธรรมาภิบาลในระบบได้เป็นอย่างดี

๔. กระบวนการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

จากสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เป็นที่ยอมรับว่ากระบวนการสื่อสารเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ยังไม่เป็นระบบและไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ยังไม่มีการจัดทำฐานข้อมูลการเรียนรู้ และขาดการสื่อสารให้ข้อเท็จจริงแก่ผู้เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล เกรงกลัวต่อการกระจายอำนาจ ไม่กล้าเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลง นอกจากนั้นยังมีการตั้งข้อสังเกตว่ามีการสร้างโจทย์ให้การกระจายอำนาจเป็นเรื่องที่น่ากลัว มีการสร้างสถานการณ์ให้เกิดความผิดพลาดและล้มเหลวในการกระจายอำนาจเกิดขึ้น เพื่อจะนำไปใช้เป็นเหตุผลคัดค้านการกระจายอำนาจทั้งระบบ ประเด็นเหล่านี้สามารถแก้ไขหรือบรรเทาโดยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นเรื่องที่จะต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน

๕. ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (Change Agents) น่าจะเป็นกลุ่มบุคคลที่มองเห็นประโยชน์สาธารณะเป็นที่ตั้งมากกว่าผู้มีตำแหน่งสำคัญในองค์กรหรือหน่วยงาน ซึ่งการจะสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง บนฐานคิดที่ว่า เราจะร่วมมือกันทำงานอย่างไรให้เกิดความสุขแก่ประชาชน มากกว่าการตั้งคำถามว่าถ่ายโอนหรือกระจายอำนาจไปแล้วใครได้อะไร โดยการนำการเปลี่ยนแปลงในเบื้องต้นควรเป็นบทบาทของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้เอื้ออำนวยให้เกิดบรรยากาศแห่งการเรียนรู้และการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง

๖. การถ่ายโอนสถานื่อนามัยและโรงพยาบาล

รูปแบบการกระจายอำนาจโดยการถ่ายโอนในระยะแรกของการเปลี่ยนผ่าน ควรพิจารณาในกลุ่มสถานื่อนามัยเป็นหลัก เนื่องจากขนาดและบทบาทของสถานื่อนามัยมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบทบาทของ อปท. มากที่สุด แต่ในขณะเดียวกันประเด็นปัญหาเดิมของสถานื่อนามัยทั้งในเชิงโครงสร้าง ที่เป็นหน่วยงานรวมศูนย์การทำงานในระดับพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข และการขาดแคลนบุคลากร ควรเป็นเรื่องเร่งด่วนที่จะต้องแก้ไขเป็นอันดับแรก หากเพียงแต่การถ่ายโอนสถานื่อนามัยไปสังกัด อปท. แล้วให้สถานื่อนามัยทำหน้าที่และบทบาทเช่นเดิม ภายใต้ข้อจำกัดเดิมที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือสนับสนุนเพิ่มขึ้น จะเป็นผลเสียมากกว่าผลดีต่อกระบวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข เนื่องจากระบบการทำงานเดิมที่สถานื่อนามัยได้แสดงบทบาทมาตลอดเวลาเกือบศตวรรษ (เริ่มก่อตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๔๕๖) เป็นที่ยอมรับว่าบทบาทของสถานื่อนามัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาระบบงานจนเกือบจะเข้าที่และอยู่ตัวพอสมควรในการทำงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ หากตัดโอนเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของ อปท. ไม่ว่าระดับใดก็ตาม และไม่มีระบบการรองรับการทำงานที่ดีเพียงพอ จะส่งผลต่อการทำงานของสถานื่อนามัยเป็นอย่างมาก และจะเป็นผลเสียมากกว่า เพราะวาระบบและรูปแบบการบริหารมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ สมควรที่จะต้องพัฒนาระบบรองรับการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้ดีพอ เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นได้ สำหรับ กรณีของ รพช. และ รพท. นั้น เนื่องจากระบบและศักยภาพการทำงานของทั้งสองหน่วยงาน ต่างได้รับมอบหมายบทบาทเกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้ทำงานและเรียนรู้การบริหารจัดการตนเองทั้งด้านทรัพยากรและบทบาทมาระยะเวลาหนึ่งแล้ว การกระจายอำนาจในส่วนนี้ ประกอบกับระบบสุขภาพใหม่ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีทิศทางการกระจายอำนาจให้หน่วยบริการได้มีอิสระและสามารถบริหารจัดการตนเองได้เป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นไปตามแนวทางและเป้าหมายของการกระจายอำนาจอยู่แล้ว กระบวนการกระจายอำนาจในส่วนของโรงพยาบาลนี้ จึงสมควรให้เป็นไปตามความสมัครใจ ในการออกแบบระบบของตนเองมากกว่า การที่จะปรับเปลี่ยนให้ อปท. เข้าไปบังคับบัญชาเพื่อสร้างรูปแบบให้ตามแนวทางการบริหารราชการท้องถิ่นในระบบเดิม

๗. รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

ข้อเสนอจากเวทีเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข มีประเด็นที่เห็นร่วมกันว่า การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ควรมีรูปแบบที่หลากหลาย และเป็นไปตามศักยภาพและความพร้อมของแต่ละพื้นที่ ไม่จำเป็นต้องให้มีรูปแบบสำเร็จรูปแบบเดียวกันทั้งหมด ประเด็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจที่สำคัญ มีข้อเสนอที่น่าสนใจดังนี้

๗.๑ รูปแบบที่หนึ่ง หน่วยบริการสาธารณสุขถ่ายโอนไปสังกัด อปท. (Devolution Model) โดยให้มีการถ่ายโอนหน่วยบริการต่างตามขั้นตอนและแผนปฏิบัติการฯ ที่กำหนดไว้ โดยระยะเริ่มต้นให้เริ่มที่สถานื่อนามัย เป็นขั้นตอนแรก ซึ่งแม้ว่าจะมีจำนวนสถานื่อนามัยเป็นจำนวนกว่า 10,000 แห่ง ทั่วประเทศ จะต้องถ่ายโอนไป อปท. ทั้งหมด ซึ่งในทางปฏิบัติเป็น

เรื่องที่ยากมาก มีความจำเป็นต้องกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและสร้างวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้และการทำงานร่วมกันอย่างเข้มข้นมาเป็นเครื่องมือและกลไกในการผลักดันให้เกิดการกระจายอำนาจเกิดขึ้น รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่สามารถกระจายอำนาจไปสู่ อปท. ได้อย่างเต็มที่และเป็นไปตามเจตนารมณ์ของแผนการกระจายอำนาจแต่มีจุดอ่อนที่เป็นการดำเนินการแบบเหมารวมในรูปแบบเดียวกันทั้งหมดโดยไม่คำนึงถึงบริบทของแต่ละพื้นที่ และจะเกิดปัญหาตามมาค่อนข้างมากในระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งอาจจะได้รับการต่อต้านมากและอาจจะทำให้หลักการที่ดีของการกระจายอำนาจถูกบิดเบือนไปในทางที่สร้างความสับสนและมีผลกระทบต่อประชาชนในภาพรวมของการบริการได้

๗.๒ รูปแบบที่สอง ร่วมกันทำหน้าที่ (Co-operative Model) ซึ่งเป็นการให้ อปท. และหน่วยงานสาธารณสุขทำงานร่วมกันไปก่อนในระยะแรกโดยยังไม่เป็นการถ่ายโอนหน่วยบริการ หากเป็นเพียงการทำการกิจร่วมกันในเบื้องต้นเสียก่อน อาจจะจัดรูปองค์กรเป็นคณะกรรมการหรือองค์กรความร่วมมือพิเศษ เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการ แล้วค่อยๆ ประเมินผลและปรับเปลี่ยนไปพร้อมๆ กับการสร้างวัฒนธรรมองค์กรในการทำงานร่วมกัน เพื่อรองรับการถ่ายโอนหน่วยบริการทั้งหมดในระยะต่อไป รูปแบบนี้แม้ว่าไม่ใช้การกระจายอำนาจที่สมบูรณ์แต่เป็นขั้นตอนและจังหวะก้าวที่ดีของกระบวนการกระจายอำนาจที่เปิดโอกาสให้ได้เรียนรู้ร่วมกันและนำไปสู่การกระจายอำนาจที่สมบูรณ์ได้ในขั้นต่อไป แต่อย่างไรก็ดีอาจจะเหมาะสมในการนำมาปรับใช้ในช่วงเริ่มต้นเท่านั้น เนื่องจากไม่ใช้รูปแบบการกระจายอำนาจที่แท้จริง

๗.๓ รูปแบบที่สาม รื้อปรับระบบใหม่ในพื้นที่ (Re-organisational Model) อาจจะเริ่มโดยโดยใช้กลไกด้านงบประมาณเป็นตัวขับเคลื่อนการกระจายอำนาจ เช่นเดียวกับการปรับระบบบริการภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เคยใช้แนวทางนี้มาแล้ว โดยปรับระบบและวิธีงบประมาณใหม่โดยกำหนดให้งบประมาณตั้งอยู่ในพื้นที่ แล้วพัฒนากระบวนการทำงานไปพร้อมๆ กัน ไม่ยึดกับรูปแบบการทำงานเดิมที่เป็นระบบราชการ แต่เน้นหลักธรรมาภิบาลในการทำงาน โดยยึดพื้นที่เป็นตัวตั้งเพื่อแก้ปัญหาการกระจุกตัวของบุคลากร วิธีนี้เป็นการจัดองค์กรใหม่โดยการปรับเปลี่ยนองค์กรทั้งในส่วน อปท. และสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่ร่วมกันจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกันทั้งฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข ฝ่ายที่รับผิดชอบดูแล อปท. และมีทิศทางนโยบายระดับสูงที่ชัดเจน ด้วยเพราะจำเป็นต้องขับเคลื่อนในภาพใหญ่ทั้งหมด ที่ต้องมารื้อปรับระบบบริการสาธารณะด้านสุขภาพในท้องถิ่นใหม่หมด วิธีการนี้แม้ว่ามีหลักการที่ดีแต่ผลในทางปฏิบัติอาจจะเกิดได้ยาก ต้องใช้แรงผลักดันเชิงนโยบายทางการเมืองระดับสูงมาช่วยในการขับเคลื่อนอย่างมาก

๗.๔ รูปแบบที่สี่ ให้ อปท. รับภารกิจด้านสุขภาพไปทำ (Delegation Model) วิธีการนี้เป็นรูปแบบที่เคยใช้ในช่วงแรกของแผนปฏิบัติการฯ มีข้อดีคือมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบและการส่งมอบบทบาทหน้าที่ต่อไปที่ชัดเจน และมีผลกระทบต่อบุคลากรน้อยกว่า เนื่องจากการถ่ายโอนบุคลากรเป็นไปตามความสมัครใจ โดยที่ยังไม่ถ่ายโอนบุคลากร

สาธารณสุขทั้งหมดตามไปด้วย เป็นเพียงแต่การถ่ายโอนภารกิจที่เหมาะสมกับศักยภาพและความสามารถของ อปท. ก่อนในระยะแรกเท่านั้น อาจจะมีบุคลากรสาธารณสุขบางกลุ่มที่สมัครใจโอนไปที่ อปท. โดยที่บุคลากรสาธารณสุขยังอยู่สังกัดหน่วยบริการในกระทรวงสาธารณสุขเดิมเป็นส่วนใหญ่ ผลกระทบเชิงการต่อต้านจะยังไม่มาก แต่ก็มีจุดอ่อนคืออาจจะทำให้กระบวนการกระจายอำนาจล่าช้าและไม่เป็นไปตามเงื่อนไขเวลาที่อยากให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างที่ยากเห็นอย่างทันทั่วทั้ง

๘. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจะบรรลุผลสำเร็จได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจกันหลายฝ่าย เพราะเป้าหมายสูงสุดของการกระจายอำนาจคือการสร้างสุขภาวะให้กับประชาชน ภายใต้ความร่วมมือในระดับพื้นที่ จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการกระจายอำนาจ มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success Factors) ที่สำคัญกล่าวคือ

- ๘.๑ ทิศทางเชิงนโยบายของผู้บริหารระดับสูงและความจริงจังของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ
- ๘.๒ วัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงกล่าวคือ วัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้
- ๘.๓ ระบบการสื่อสารข้อมูลหรือการสื่อสารข้อเท็จจริง
- ๘.๔ ระบบวิธีงบประมาณ ที่ยืดหยุ่นที่เป็นฐาน ลดความซ้ำซ้อน เน้นประสิทธิภาพ
- ๘.๕ เทคนิคและกระบวนการทำงานร่วมกัน
- ๘.๖ ความรู้ ความเข้าใจและความเชื่อของผู้เกี่ยวข้อง
- ๘.๗ ความสนใจและความใส่ใจของประชาชนต่อการดูแลสุขภาพ
- ๘.๘ ระบบกฎหมายและกฎกติการ่วม
- ๘.๙ องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

ภาพรวมโดยสรุปจากการการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก การกระจายอำนาจด้านสุขภาพยังไม่มีมีความก้าวหน้าเท่าที่ควร อย่างน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ พบว่าการถ่ายโอนหน่วยบริการเป็นเพียงการเริ่มต้นโดยเริ่มต้นที่การถ่ายโอนสถานีนามัยเท่านั้น และยิ่งกว่านั้นจำนวนสถานีนามัยที่จะถ่ายโอนที่ตั้งเป้าหมายไว้ตามแผนฯ ที่กำหนดไว้ในตอนแรกจำนวน ๓๕ แห่ง ก็ยังถ่ายโอนไปไม่ครบถ้วน ด้วยเหตุผลข้อจำกัดด้านความพร้อมของพื้นที่ที่จะรองรับการถ่ายโอน หรือแม้กระทั่งสถานีนามัยที่จะถ่ายโอนไป ดังนั้นการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมีปัญหาทั้งด้านโอนภารกิจด้านสาธารณสุข และการถ่ายโอนสถานบริการ โดยมีสาเหตุหลักมาจากผู้เกี่ยวข้องทั้งสองฝ่ายขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและข้อเท็จจริง เนื่องจากไม่มีระบบการจัดการกระบวนการเรียนรู้ จึงไม่สามารถเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงได้ สภาพเช่นนี้ ย่อมส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในอนาคต ซึ่งนอกจากจะทำให้เกิดปัญหาความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติการกิจในพื้นที่ และการสิ้นเปลืองงบประมาณก็จะเป็นปัญหาตามมาอย่างแน่นอน หากปัญหาดังกล่าวไม่ได้รับการแก้ไข

สภาวะการณ์อย่างนี้ย่อมเป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อระบบสาธารณสุขของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงควรเร่งหามาตรการเพื่อสร้างทางเลือกที่เหมาะสมในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์สุขร่วมกันของทุกคนในสังคม

บทที่ ๕

วิเคราะห์ผลเกี่ยวเนื่องกรณีหากไม่ถ่ายโอนสถานื่อนามัย

มีประเด็นคำถามที่สำคัญเกี่ยวกับการถ่ายโอนสถานื่อนามัยกล่าวคือ การโอนสถานื่อนามัยจะต้องโอนไปที่ อปท. เท่านั้นหรือไม่ หรือ หากไม่ถ่ายโอนสถานื่อนามัยไปสังกัด อปท. จะมีผลกระทบที่เกี่ยวเนื่องตามมาอย่างไร และมีความเป็นไปได้หรือไม่ที่จะไม่ถ่ายโอนสถานื่อนามัยไป อปท. เนื้อหาในบทนี้จะมุ่งเน้นการวิเคราะห์ เพื่อตอบคำถามดังที่กล่าวแล้ว เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการอธิบายข้อสังเกตที่น่าสนใจอีกประเด็นหนึ่งของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

๕.๑ ลำดับเหตุการณ์ ทำไมเป็นสถานื่อนามัยที่ต้องถ่ายโอน

(๑) การกล่าวถึงการถ่ายโอนสถานื่อนามัยไปสังกัด อปท. เป็นประเด็นที่มีการกล่าวถึงในช่วงแรกๆของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ มีจุดเริ่มต้นที่สำคัญจากการที่ได้มีการทดลองและนำร่องดำเนินการในโครงการส่งเสริมการบริหารจัดการที่ดีโดยกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น (Promoting Sound Governance through Decentralisation) ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) และกระทรวงมหาดไทย ในพื้นที่จังหวัดราชบุรี จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นภารกิจเดียวของกระทรวงสาธารณสุขที่ทดลองถ่ายโอนในโครงการนั้นคือ งานสถานื่อนามัย แต่การถ่ายโอนในช่วงนั้นก็ถือว่ายังเป็นการถ่ายโอนที่ไม่สมบูรณ์ กล่าวคือ เป็นเพียงการทำงานร่วมกันระหว่าง อปท. กับสถานื่อนามัย เท่านั้น และประเด็นบุคลากร ก็ดำเนินการโดยให้ อปท. ยืมตัวข้าราชการสังกัดสถานื่อนามัยไปปฏิบัติราชการภายใต้สังกัด อปท. ซึ่งสมัยนั้นเป็น อบต. ทั้งหมด แต่การรับเงินเดือน สวัสดิการ สิทธิประโยชน์ก็ยังบริหารจัดการเหมือนหนึ่งว่า สังกัดใน กสธ. เหมือนเดิม ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าการถ่ายโอน สอ. ในช่วงนั้นเป็นการนำร่องหรือทดลองในการถ่ายโอนเท่านั้นยังไม่ใช่การถ่ายโอนโดยสมบูรณ์อย่างแท้จริง

(๒) ต่อมามีการตรา พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ และมีการประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจ และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ซึ่งถือเป็นแผนปฏิบัติการ ฉบับแรก ซึ่งก็ไม่ได้มีการระบุให้มีการโอนสถานื่อนามัยให้แก่ อปท. ไว้แต่อย่างใด คงมีเพียงแต่การกล่าวถึงภารกิจด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ด้านการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ไว้ในแผนฯ เพื่อให้ กสพ. มีอำนาจหน้าที่ในการถ่ายโอนภารกิจและสร้างความพร้อมให้กับ อปท. เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจไปสู่ อปท. แต่เนื่องจากไม่ได้มีการจัดตั้ง กสพ. ตามที่กำหนดไว้ในแผนฯ จึงไม่มีความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุขมากนัก ประกอบกับมีนโยบายเร่งด่วนคือ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการปรับปรุงโครงสร้างกระทรวง

สาธารณสุข จึงไม่มีการเคลื่อนไหวในประเด็นการกระจายอำนาจต่อเนื่องแต่อย่างใดนับตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๔๔- ๒๕๔๘ มีเพียงการกำหนดให้โอนภารกิจด้านสาธารณสุข ๓๔ ภารกิจ จาก ๗ กรม ไปให้กับ อปท. แต่ในความจริงก็ไม่มี ความก้าวหน้าในการส่งมอบภารกิจอย่างเป็นที่น่าพอใจมากนัก

(๓) ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้มีการนำเสนอต่อ คณะกรรมการ กกถ. เพื่อทบทวน แนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพใหม่ เพื่อให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับสภาพการณ์ ที่เปลี่ยนแปลงไป ที่ประชุม กกถ. ได้เห็นชอบแนวทางที่ กสธ. เสนอเมื่อ ๑๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๙^{๓๕} ในสาระของแนวทางดังกล่าวกำหนดรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อปท. ในหลาย รูปแบบ และกำหนดการถ่ายโอนแบบแยกส่วนไว้ในรูปแบบที่หนึ่ง และยกตัวอย่าง โอนสถาน บริการให้แก่ อปท.ระดับต่างๆ เช่น สถานีอนามัย โอนให้ อบต. จึงถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นกล่าวถึง การถ่ายโอนสถานีอนามัย ให้แก่ อปท.ขึ้นอย่างชัดเจนเป็นครั้งแรก

(๔) ต่อมาที่ประชุม คณะกรรมการ กกถ. ในคราวประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๕๐ ได้มีมติให้โอน สถานีอนามัยให้ อปท. จำนวน ๓๐ แห่ง เพื่อเป็นการนำร่องการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ อปท.โดยใช้เกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อมตามที่ที่ประชุมเห็นชอบ โดยเกณฑ์การประเมิน ความพร้อมของสถานีอนามัยตามที่ได้รับอนุมัติ จาก กกถ. อนุมัติ อาทิ ได้รับรางวัลการบริหาร จัดการที่ดีเด่น การเข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพ และบุคลากรมีความสมัครใจ ซึ่งเป็น เกณฑ์การประเมินความพร้อมของ อปท. ที่จะรับโอนสถานีอนามัยในกลุ่มที่หนึ่ง

(๕) ได้มีการถ่ายโอนสถานีอนามัยจากสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มแรก จำนวน ๒๒ แห่ง ไปสู่ อปท. ต่างๆ ในพื้นที่ ๑๖ จังหวัด ๑๘ อปท. เมื่อวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๐ นับเป็นการถ่ายโอนเข้าสู่ อปท. อย่างเป็นทางการครั้งแรก นับเป็นจุดเริ่มต้นการถ่ายโอนสถานี อนามัยไป อปท. อย่างเป็นรูปธรรมครั้งแรก

(๖) ต่อมา มีการประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจ และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอน การกระจายอำนาจ (ฉบับที่ ๒) ตามกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อวันที่ ๓๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๑ มีการระบุเกี่ยวกับการ ถ่ายโอนสถานีอนามัยไว้ในแผนปฏิบัติการฯ ดังนี้

“...๕. สถานีอนามัยถ่ายโอนให้ อปท. เพื่อเป็นศูนย์สุขภาพ ดำเนินภารกิจด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาพยาบาลเบื้องต้น และอาจพัฒนาการให้บริการ รักษาพยาบาลที่สูงขึ้นได้

ทั้งนี้ในระยะแรกให้ถ่ายโอนตามความพร้อมของ อปท.ในพื้นที่ และระยะสุดท้ายหาก อปท. ไม่พร้อมรับการถ่ายโอน ก็ให้ถ่ายโอนให้ อบจ. ดำเนินการ...”^{๓๖}

^{๓๕} รายงานการประชุมคณะกรรมการ กกถ. วันที่ ๑๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๙

^{๓๖} แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) ด้านการ ถ่ายโอนภารกิจ

จากการลำดับเหตุการณ์ข้างต้นจะเห็นว่าประเด็นการถ่ายโอนสถานีนอนามัย เริ่มต้นจากการศึกษานำร่อง เพื่อหาแนวทางในการถ่ายโอนที่เหมาะสม หลังจากนั้น กสธ. ได้เสนอต่อ กกต. ให้มีการปรับแนวทางในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดรูปแบบการถ่ายโอนแบบแยกส่วน ซึ่ง กำหนดให้ ถ่ายโอนสถานีนอนามัยไปสังกัด อบต. หรือเทศบาลในพื้นที่ ต่อมาได้มีมติ กกต. ในการให้ดำเนินการนำร่องการถ่ายโอนสถานีนอนามัยที่มีความพร้อมและประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ส่งผลให้มีการดำเนินการให้สถานีนอนามัยจำนวน ๒๒ แห่ง ได้ถ่ายโอนไปสังกัด อบต. และต่อมาเพิ่มอีก ๖ แห่งรวมเป็น ๒๘ แห่ง จากเป้าหมายที่กำหนดไว้ ๓๕ แห่ง

ต่อมาในแผนปฏิบัติการฯ (ฉบับที่ ๒) ได้กำหนดให้มีการโอนสถานีนอนามัยให้ อบต. ในพื้นที่ และหากระยะสุดท้ายของแผนฯ คือ พ.ศ. ๒๕๕๓ หาก อบต. ไม่พร้อมก็ให้โอนสถานีนอนามัยให้ อบจ. ซึ่งเป็นเหตุทำให้มีการเคลื่อนไหวในฝั่ง อบจ. เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัย ดังนั้นจะเห็นว่าการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไป อบต. นั้นมีการดำเนินการมาแล้วเป็นระยะเวลาหนึ่งหากนับตั้งแต่ช่วงการศึกษานำร่อง ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ จนถึงปัจจุบัน ก็เป็นเวลา ๑๐ ปีพอดี แต่อย่างไรก็ดีการโอนสถานีนอนามัยไปสู่ อบต. อย่างจริงจังก็เริ่มเมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งรวมเวลากว่า ๗ ปีในการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องนี้

๕.๒ สถานีนอนามัยต้องโอนไปที่ อบต. เท่านั้นหรือไม่

ประเด็นคำถามเกี่ยวกับการโอนสถานีนอนามัยต้องโอนไปที่ อบต. เท่านั้นหรือไม่ กรอบคำถามนี้เกิดขึ้นจากแนวคิด หากจะต้องมีการโอนหน่วยบริการ ทั้งที่ในความจริงแล้วการกระจายอำนาจอาจจะไม่ได้หมายความว่าคือการถ่ายโอนหน่วยบริการเท่านั้น หากแต่เมื่อพิจารณาเมื่อจะต้องโอนหน่วยบริการ ในกรณีของสถานีนอนามัย เมื่อพิจารณาหลักเกณฑ์ตามขั้นตอนและวิธีปฏิบัติที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการฯ (ฉบับที่ ๒) กำหนดว่า

“๑. ให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำหลักเกณฑ์ความพร้อมของ อบต. ที่จะรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัย โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดที่ชัดเจนและไม่ซับซ้อน เสนอ กกต. ให้ความเห็นชอบ...”

.....

“๔. กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีนอนามัย ทรัพยากรสิน งบประมาณและบุคลากร พร้อมภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นให้กับ อบต. ที่มีความพร้อมให้เสร็จตามระยะเวลาที่กำหนด”

ข้อพิจารณาจากประเด็นดังกล่าวจะเห็นว่า กสธ. มีหน้าที่ที่จะต้องจัดทำหลักเกณฑ์เพื่อประเมินความพร้อมของ อบต. และให้ กสธ. โอนสถานีนอนามัย ทรัพยากรสิน งบประมาณ บุคลากร พร้อมทั้งหน้าที่ไปที่ อบต. ที่มีความพร้อม ซึ่งหมายถึง อบต. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินความ

พร้อมตามเกณฑ์ชีวิตที่กำหนดไว้ ประเด็นการโอนสถานื่อนามัยจึงชัดเจนว่าต้องโอนไปที่ อปท. ในพื้นที่เสียก่อนและต้องเป็น อปท. ที่มีความพร้อมเท่านั้น รวมทั้งต้องดำเนินการภายใน กำหนดเวลาอีกด้วย หากจะไม่โอนไปที่ อปท. ในพื้นที่จะต้องเป็นกรณีที่ ประเมินแล้ว อปท. ไม่มีความพร้อม แต่อย่างไรก็ตามมีหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการ เช่นกันว่า หาก อปท.ใดในพื้นที่ไม่พร้อมให้โอนให้ อบจ. ดำเนินการ

ข้อสรุปเบื้องต้นเกี่ยวกับการถ่ายโอนสถานื่อนามัย หากจะต้องเลือกแนวทางการโอน หน่วยบริการ จะต้องโอนไปที่ อปท. เป็นหลัก

๕.๓ หากไม่ถ่ายโอนสถานื่อนามัยไปสังกัด อปท. จะมีผลกระทบที่เกี่ยวข้องตามมาอย่างไร

มีประเด็นคำถามเกี่ยวกับว่าหากไม่ถ่ายโอนสถานื่อนามัยไป อปท. จะมีผลกระทบที่เกี่ยวข้องตามมาอย่างไร หรือไม่

ข้อพิจารณาเมื่อวิเคราะห์หลักเกณฑ์ตามแผนปฏิบัติการฯ แล้วโดยปกติการถ่ายโอนสถานื่อนามัยจะต้องโอนไปที่ อปท. ซึ่งต้องเป็น อปท. ที่มีความพร้อมและผ่านเกณฑ์การประเมินตามเกณฑ์ที่ กสธ. กำหนด กรณีที่จะไม่โอนไป อปท. จะต้องเป็นกรณีที่ อปท. ไม่มีความพร้อมหรือประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดนั่นเอง หาก อปท. ไม่พร้อมทาง กสธ. ก็ย่อมมีสิทธิปฏิเสธที่จะไม่ถ่ายโอนสถานื่อนามัยไปให้ได้ แต่ในทางกลับกัน หาก อปท. มีความพร้อมและประเมินผ่านก็จะต้องถ่ายโอนไปที่ อปท. นั้น ซึ่งเป็นไปตามขั้นตอนและวิธีการที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการฯ โดยชัดเจนแล้ว เว้นแต่จะเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจในรูปแบบใหม่ที่ไม่ใช่การถ่ายโอนสถานบริการ อาจจะมีทางเลือกอื่นที่จะต้องวิเคราะห์กันทั้งระบบว่าจะมีการเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจในแนวทางใด

สรุป หากเป็นรูปแบบการถ่ายโอนสถานบริการ หากจะไม่โอนสถานื่อนามัยไป อปท. จะต้องเป็นกรณีที่ อปท. ไม่พร้อม โดยไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน หาก อปท. ใดพร้อมและผ่านเกณฑ์การประเมินแล้วก็ย่อมไม่มีเหตุผลที่จะไม่โอนสถานื่อนามัยไป อปท. แต่อย่างใด หากไม่ถ่ายโอนไปตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ก็จะฝ่าฝืนหลักเกณฑ์ที่กำหนดในแผนปฏิบัติการ เนื่องจากของกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ และแผนปฏิบัติการฯ จะกำหนดหลักเกณฑ์ไว้ประการสำคัญคือ

“ มาตรา ๓๓ แผนปฏิบัติการที่ประกาศใช้บังคับตามวรรคหนึ่งแล้ว ให้มีผลผูกพันหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการตามแผนนั้น...”^{๓๗}

.....

“ให้มีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐที่จะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจฯ และแผนปฏิบัติการ ดังกล่าวต่อไปนี้...”^{๓๘}

^{๓๗} พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

๕.๔ มีความเป็นไปได้หรือไม่ที่จะไม่ถ่ายโอนสถานื่อนามัยไป อปท.

การที่จะไม่ถ่ายโอนสถานื่อนามัย เป็นเรื่องที่มีประเด็นพิจารณาสามทาง ดังนี้

(๑) อปท. ไม่มีความพร้อม ประเมินแล้วไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งเป็นเรื่องที่กำหนดไว้ใน ขั้นตอนและแนวปฏิบัติอย่างชัดเจนไม่ให้อถ่ายโอนสถานื่อนามัย จึงไม่จำเป็นต้องถ่ายโอนสถานื่อนามัยไปโดยเหตุเนื่องจากคุณสมบัติของ อปท. ผู้รับโอนบกพร่องคือประเมินไม่ผ่าน

(๒) หากตั้งใจไม่ยอมถ่ายโอนสถานื่อนามัย ทั้งที่ อปท. ก็ประเมินผ่าน ประเด็นนี้เป็น ประเด็นที่สนใจว่าผลทางสภาพบังคับเป็นอย่างไร และจะได้ผลร้ายอะไร เมื่อพิจารณาแล้วเห็นว่าเนื่องจากกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนฯ ไม่ได้ระบุบทลงโทษ ในกรณีหากมีการฝ่าฝืน กฎหมายฉบับนี้ไว้ เป็นเพียงกฎหมายที่กำหนดแนวทางและการปฏิบัติไว้เท่านั้นและให้มีผลผูกพันกับหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องให้ปฏิบัติตาม การที่หน่วยงานของรัฐจะต้องผูกพันและปฏิบัติตามก็เป็นไปตามนิยามของคำว่า “กฎ” ตามกฎหมายว่าด้วยการจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. ๒๕๕๒ ที่บัญญัติว่า

“กฎ” หมายความว่า พระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง ประกาศกระทรวง ข้อบัญญัติท้องถิ่น ระเบียบ ข้อบังคับ หรือบทบัญญัติอื่นที่ผลบังคับเป็นการทั่วไปโดยไม่มุ่งหมายให้ใช้บังคับแก่กรณีใดหรือบุคคลใดเป็นการเฉพาะ”^{๓๘}

ดังนั้น ผลผูกพันตามแผนปฏิบัติการฯ จึงเป็นกรณีที่หน่วยงานของรัฐต้องยึดถือและปฏิบัติตาม แม้ว่าจะไม่มีบทบังคับโดยเจาะจงให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งต้องปฏิบัติ แต่เป็นผลที่หน่วยงานในฐานะหน่วยงานของรัฐต้องยึดถือปฏิบัติ

(๓) ทางเลือกที่จะไม่ถ่ายโอนสถานื่อนามัยเป็นประเด็นที่หมายถึงว่าได้มีการเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจในรูปแบบอื่นที่ไม่ใช่การถ่ายโอนสถานบริการแบบแยกส่วน อาจจะมีทางออกที่จะอ้างว่าไม่จำเป็นต้องโอนสถานื่อนามัยไปสู่ อปท. เนื่องจากว่าได้มีรูปแบบการกระจายอำนาจในรูปแบบใหม่และคณะกรรมการ กกถ. เห็นชอบที่จะให้จัดโครงสร้างระบบสุขภาพของประเทศในแนวทางอื่นที่ไม่ใช่การถ่ายโอนสถานบริการแบบแยกส่วน ก็อาจจะเป็นไปได้ที่ไม่ต้องโอนสถานื่อนามัยไป อปท.

ประเด็นที่จะต้องกล่าวถึงการถ่ายโอนสถานื่อนามัยจะต้องโอนไปที่ อปท. เท่านั้นหรือไม่ หากไม่โอนไป จะมีผลกระทบอย่างไร และมีความจำเป็นอย่างไรที่จะต้องโอนสถานื่อนามัยไป อปท. เป็นประเด็นสำคัญประการหนึ่งของการวิเคราะห์ความก้าวหน้าและผลกระทบเกี่ยวกับการถ่ายโอนสถานื่อนามัย หรือการกระจายอำนาจในรูปแบบอื่นๆ เนื่องจากเป็นที่ยอมรับในการปฏิบัติหรือดำเนินการตามแผนปฏิบัติการฯ พบว่ามีความล่าช้าและไม่เป็นไปตามแผนฯ มาโดย

^{๓๘} ประกาศ กกถ. เรื่องบังคับใช้แผนฯ (ฉบับที่ ๒)

^{๓๙} มาตรา ๓ พ.ร.บ.จัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. ๒๕๕๒

ตลอด ด้วยเหตุผลและความจำเป็นต่างๆ รูปแบบการกระจายอำนาจที่เกิดขึ้นในปัจจุบันก็ได้มีความพยายามที่จะทดลองใช้หลายรูปแบบและมีการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบระบบและร่วมดำเนินการ ดังเช่นกรณีการตั้งอนุคณะกรรมการประสานความร่วมมือการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัด เป็นต้น ซึ่งหากประเมินแล้วมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนปฏิบัติการฯ ที่กำหนดไว้ทันเวลาอย่างแน่นอน

ทางออกในการแก้ไขเรื่องนี้ หากมีกรณีจำเป็นที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการฯ ดังกล่าว เช่น ต้องการปรับเปลี่ยนรูปแบบการกระจายอำนาจ หรือการปรับเปลี่ยนรูปแบบการถ่ายโอนสถานีนอามัย หรือแม้กระทั่งไม่ต้องการถ่ายโอนสถานีนอามัย เป็นต้น เป็นอำนาจหน้าที่ของ คณะกรรมการ กกถ. จะสามารถพิจารณาเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขหรือยกเว้นได้ แต่หากยังไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงยกเลิก หรือแก้ไข เป็นความผูกพันที่ทุกหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องต้องยึดถือปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ดังกล่าว

โดยสรุป หากพิจารณาตามหลักเกณฑ์ ในแผนปฏิบัติการฯ ซึ่งกำหนดวิธีการและขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไว้อย่างชัดเจนและแน่ชัด การปฏิบัติตามกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพก็ต้องเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในแผนฯ ซึ่งมีผลผูกพันองค์กรของรัฐที่เกี่ยวข้องให้ทำตามอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ในขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาจากประสบการณ์และบทเรียนที่ผ่านมาทั้งภายในและภายนอกประเทศ การกระจายอำนาจเป็นกระบวนการที่จำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้และความร่วมมือกันของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการให้ลุล่วงไปด้วยดี และมีปัญหาอุปสรรคให้น้อยที่สุด หากพิสูจน์และแสดงข้อมูลให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่ารูปแบบการถ่ายโอนสถานบริการแบบแยกส่วนจะเป็นผลเสียต่อระบบการดูแลสุขภาพประชาชนมากกว่า อาจจะมีความเป็นไปได้ที่จะไม่ต้องโอนสถานีนอามัยไปสังกัด อปท.

บทที่ ๖

วิเคราะห์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นนโยบายสาธารณะที่สำคัญประการหนึ่งที่ได้เริ่มต้นขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องพร้อมๆกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ อาจจะกล่าวได้ว่าผลพวงของการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญอย่างหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงหลายประการในสังคมไทย กระจายอำนาจหรือ (Dentralisation) เพื่อลดอำนาจส่วนกลางและเพิ่มอำนาจในส่วนปลายหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นแนวคิดที่ได้มีการก่อรูปมานานแล้วในนักวิชาการกลุ่มก้าวหน้าหรือ (Reformist Group) โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักวิชาการกลุ่มหัวก้าวหน้าในกระทรวงสาธารณสุข หากวิเคราะห์ในประวัติศาสตร์สุขภาพของไทยจะเห็นว่า การปฏิรูปและการกระจายอำนาจในระบบสาธารณสุขได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด อาทิ การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขครั้งสำคัญในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๔-๒๕๑๗ ที่ได้มีการพยายามรวมงานรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคเข้าหากันเป็นผลสำเร็จจนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนในส่วนกลางที่เกิดกรมวิชาการขึ้นหลายกรม และที่สำคัญได้สร้างเอกภาพให้กับหน่วยงานระดับจังหวัด ขึ้นตรงต่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การเปลี่ยนครั้งนั้นแม้ว่าจะไม่ใช่การกระจายอำนาจอย่างที่เข้าใจกันในปัจจุบัน และมีการต่อต้านเป็นอย่างมาก แต่ก็สามารถลุล่วงมาได้ด้วยดี ด้วยปัจจัยสำคัญที่ผู้นำการเปลี่ยนแปลงได้มุ่งเน้นประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ มิใช่ดำเนินการไปเพื่อประโยชน์ส่วนตนแต่อย่างใด (วิชัย โชควิวัฒน์: ๒๕๔๕) หลังจากนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตามมาอีกหลายระลอกของระบบสุขภาพภายหลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ อาทิ การกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจบางประการของกระทรวงสาธารณสุข ไปให้กับ อปท. ในกรอบการถ่ายโอนภารกิจด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ อปท. ตามกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ และ พ.ศ. ๒๕๔๔ หรือการเกิดขึ้นของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นต้น ซึ่งแต่ละการเปลี่ยนแปลงต่างก็มีกระบวนการและรายละเอียดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในแต่ละเรื่อง อย่างน่าสนใจ จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาวิเคราะห์ปัญหาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในฐานะที่เป็นนโยบายสาธารณะที่สำคัญไว้ในที่นี้ด้วย เพื่อเป็นการสังเคราะห์บทเรียนที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบาย และจะเป็นผลดีต่อการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนนโยบายได้อย่างเหมาะสมต่อไป

๖.๑ หลักการและทฤษฎีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

นอกเหนือจากการติดตามความก้าวหน้าและผลในการดำเนินงานตามนโยบายแล้ว การวิเคราะห์เกี่ยวกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเป็นการแสวงหาคำตอบหรือคำอธิบายเกี่ยวกับ

ปรากฏการณ์หรือสภาพความจริงที่เกิดขึ้นในกระบวนการดำเนินนโยบายต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการเพื่อนำนโยบายไปสู่ความสำเร็จตามที่กำหนดไว้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อทำความเข้าใจในเบื้องต้นเสียก่อน นักวิชาการชาวอเมริกัน เจฟฟรีย์ เพรสแมน (Jeffrey L. Pressman) และอา론 วิลดอฟฟ์กี (Aaron Wildavsky) ได้เริ่มต้นทำการศึกษาการนำนโยบายการสร้างงานให้ชนกลุ่มน้อยไปปฏิบัติในปี ค.ศ. ๑๙๗๓ และสรุปนิยามการนำนโยบายไปปฏิบัติว่า หมายถึง ระดับการเกิดขึ้นของผลนโยบายที่คาดคะเนไว้ และเป็นกระบวนการของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมายที่กำหนดไว้ กับการปฏิบัติทั้งหลายที่มุ่งไปสู่การกระทำให้บรรลุผล ความสามารถที่จะจัดการ และประสานสิ่งที่เกิดขึ้นมาภายหลังในลักษณะที่เป็นลูกโซ่เชิงสาเหตุและผลเพื่อให้ได้รับผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา (Jeffrey L. Pressman and Aaron Wildavsky: 1973) นอกจากนี้นักวิชาการทั้งสองยังได้กล่าวว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือการผลิตผลลัพธ์ออกมา และได้ขยายความต่อไปด้วยว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติโดยตัวเอชนั้นไม่มีความหมายที่สมบูรณ์ คำถามที่ต้องตอบ คือ นำอะไรไปปฏิบัติ คำตอบ คือ นโยบาย นั่นคือต้องมีนโยบายเกิดขึ้นก่อนที่จะมีการนำนโยบายไปปฏิบัติ นโยบายทั่วไปจะต้องประกอบด้วย สองส่วน คือ เงื่อนไขแรกเริ่มและผลที่มุ่งหวัง ต่อมาในปี ค.ศ. ๑๙๗๕ โดแนลด์ แวน มิเตอร์ (Donald S. Van Meter) และ คาร์ล แวน ฮอร์น (Carl E. Van Horn) ได้ให้คำนิยามว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติหมายความว่า การดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทั้งในภาครัฐ และภาคเอกชน โดยมุ่งที่จะก่อให้เกิดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์จากการตัดสินใจดำเนินนโยบายที่ได้กำหนดไว้ก่อนหน้านี้แล้ว (Donald S. Van Meter and Carl E. Van Horn: 1975)

นักวิชาการที่มีความเห็นต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติแตกต่างจากที่ได้กล่าวมาแล้ว คือใน ค.ศ. ๑๙๘๐ ยูจีน บาร์แดช (Eugene Bardach) ได้อธิบายว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็น กระบวนการทางการเมือง และเป็นเกมส์คล้ายกับการต่อสู้ โดยให้คำนิยามว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ คือกระบวนการของกลยุทธ์ เกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งการบรรลุเป้าหมายของกลุ่ม ซึ่งเป้าหมายนี้อาจสอดคล้องหรือไปกันได้หรือไปกันไม่ได้กับเป้าหมายตามอาณัติ (mandate) ของนโยบาย (Eugene Bardach: 1980) ในปีเดียวกัน พอล ซาบาเตียร์ (Pual A. Sabatier) และแดเนียล แมสมาเนียน (Daniel A. Mazmanian) ให้คำนิยามว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ การนำนโยบายพื้นฐานทั่วไป กฎหมาย คำสั่งของรัฐบาล มติคณะรัฐมนตรี หรือคำพิพากษาของศาลไปดำเนินการให้บรรลุผล (Pual A. Sabatier and Daniel A. Mazmanian: 1980) ปี ค.ศ. ๑๙๘๑ ซูซาน แบเรตต์ (Susan Barrett) และ โคลิน ฟัดจ์ (Colin Fudge) นิยามความหมายการนำนโยบายไปปฏิบัติ แตกต่างจากนักวิชาการที่กล่าวมาโดยเห็นว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติจะพิจารณาเฉพาะการผลักดันให้นโยบายบังเกิดผลด้านเดียวคงไม่ได้ การพิจารณาความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติควรรวมถึง การสังเกตปรากฏการณ์เป็นจริงที่เกิดขึ้นในกระบวนการนำ

นโยบายไปปฏิบัติ เพื่อแสวงหาคำอธิบายว่าปรากฏการณ์หรือการกระทำนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร มีอะไรเกิดขึ้นบ้าง เพราะเหตุใด ศูนย์กลาง ความสนใจ การนำนโยบายไปปฏิบัติในทฤษฎีนี้จะอยู่ที่ว่าอะไรคือสิ่งที่ถูกกระทำ จุดสนใจของการมองในแนวทางนี้จึงอยู่ที่การกระทำของกลุ่มของบุคคล และผู้มีหน้าที่กำหนดพฤติกรรมของการกระทำนั้น นอกจากนั้นยังสนใจที่จะตรวจสอบระดับของการกระทำว่ามีความสัมพันธ์กับตัวนโยบายอย่างไร มากกว่าการตรวจสอบเพียงการคาดคะเน มุมมองการนำนโยบายไปปฏิบัติในลักษณะนี้จะเป็นการพิจารณาขั้นตอนของการตอบสนองต่อข้อผูกพันตามอุดมการณ์ของนโยบายต่อการกดดันจากสภาพแวดล้อม และต่อแรงกดดันจากหน่วยงานหรือกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่พยายามจะเข้ามามีอิทธิพล หรือควบคุมการกระทำนั้น (Susan Barrett and Colin Fudge: 1981) สำหรับ อี เอส ควอด (E.S. Quade) มองการนำนโยบายไปปฏิบัติแตกต่างจากนักวิชาการคนอื่นเล็กน้อยคือ มองการนำนโยบายไปปฏิบัติในลักษณะของกระบวนการ เปลี่ยนไปตามแผน โดยให้คำนิยามว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง กระบวนการจัดการกับแบบแผนการนำ เพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยตรงตามอาณัติของนโยบายเพื่อเคารพต่อข้อกำหนดที่เกิดขึ้นจากการที่ได้ตัดสินใจไปก่อนแล้วการนำนโยบายไปปฏิบัติจะเริ่มขึ้นภายหลังที่ตัดสินใจยอมรับวิธีปฏิบัติเฉพาะเรื่องนั้น ๆ ไปแล้ว (Quade E.S.: 1982) ปี ค.ศ. ๑๙๘๕ เออร์เนสต์ อเล็กซานเดอร์ (Ernest R. Alexander) เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ การนำชุดการปฏิบัติซึ่งเป็นแผนการทำงานที่มุ่งส่งผลไปยังผู้ที่ตั้งใจจะได้รับประโยชน์จากนโยบายเป็นการเฉพาะ และเป็นการปฏิบัติในภาคสนาม (Ernest R.Alexander: 1985) การให้ความหมายนี้สาระไม่ต่างจากไปจากความเห็นของนักวิชาการข้างต้น

จากการทบทวนผลงานของนักวิชาการที่กล่าวข้างต้น พอสรุปคำนิยามได้ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง กระบวนการจัดการและประสานกิจกรรมโดยบุคคล หรือกลุ่มบุคคล เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ในการดำเนินนโยบายขององค์การที่ได้กำหนดไว้ (อาคม ใจแก้ว: ๒๕๒๓) จะเห็นได้ว่าผลงานของเออร์วิน ซี ฮาร์โกรฟ (Erwin C. Hargrove) ชื่อ “The missing link: The study of the implementation of social policy” ได้ชี้ให้เห็นว่า ในปี ค.ศ. ๑๙๗๐ เป็นต้นมา ความสนใจในการนำนโยบายไปปฏิบัติได้เริ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แม้ว่ารูปแบบวิธีศึกษาจะยังไม่มีแนวทางใหม่ ๆ นอกจากศึกษาจากกรณีศึกษาเป็นหลัก (Erwin C. Hargrove: 1975)

การศึกษาของ เจฟฟรีย์ เพรสแมน (Jeffrey L. Pressman) และอาרון วิลดอฟสกี (Aaron Wildavsky) (Jeffrey L. Pressman and Aaron Wildavsky: 1973) เกี่ยวกับการแก้ปัญหาการว่างงานของชนกลุ่มน้อยที่เมือง Oakland สหรัฐอเมริกา ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการศึกษาเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติในช่วงแรกๆ ได้วิเคราะห์และสรุปผลได้ ดังนี้

๑. แนวทางการนำนโยบายไปปฏิบัติ ควรจะทำให้ง่ายไม่ซับซ้อน (Simplicity) เพราะยิ่งมีขั้นตอนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติน้อยเท่าใด โอกาสที่จะเกิดความล้มเหลวก็น้อยเท่านั้น

๒. ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ เขาต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจจำนวนมากเท่าใด ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความเห็นไม่ตรงกัน และมีล่าช้ามากยิ่งขึ้น
๓. นโยบายควรตั้งอยู่บนพื้นฐานทางทฤษฎีที่ถูกต้อง ทฤษฎีที่ผิดจะทำให้ข้อกำหนดของนโยบายผิดพลาด
๔. เงื่อนไขสำคัญที่นำความล้มเหลวมาสู่การนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ การขาดความเชื่อมโยงระหว่างข้อกำหนดนโยบายกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ หากนโยบายกำหนดจากส่วนกลาง แต่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ในท้องถิ่น ความรับผิดชอบต่อนโยบายย่อมต่างกัน การนำนโยบายไปปฏิบัติจึงควรต้องมีความเชื่อมโยงกับการกำหนดนโยบาย

ด้วยเหตุนี้ การวิเคราะห์นโยบายกระจายอำนาจด้านสุขภาพนอกเหนือจากการติดตามความก้าวหน้าและผลกระทบของนโยบายแล้ว มีความจำเป็นจะต้องศึกษาวิเคราะห์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เห็นถึงข้อเท็จจริงที่ว่า อะไรคือปัญหาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นระหว่างการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเป็นอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการเสนอแนะเพื่อพัฒนานโยบายต่อไป

๖.๒ ตัวแบบในการวิเคราะห์การนำนโยบายสู่การปฏิบัติของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมีตัวแบบการวิเคราะห์อยู่หลายตัวแบบที่นักวิชาการได้มีการนำเสนอและเป็นที่น่าสนใจ แต่ตัวแบบที่มีการกล่าวถึงกันมากและได้ถูกนำไปยกตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์ปัญหาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับกันมานาน ได้แก่ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (A Model of the Policy Implementation Process) ของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น (Donald S. Van Meter and Carl E. Van Horn: 1975) ซึ่งมีองค์ประกอบ ๖ ประการดังต่อไปนี้

๑. วัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบาย (Policy standards and objectives) เป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญในการปฏิบัติตามนโยบาย เพราะว่าวัตถุประสงค์และมาตรฐานของนโยบาย คือ ปัจจัยกำหนดรายละเอียดของเป้าหมายนโยบาย

๒. ทรัพยากรนโยบาย (Policy resources) ทรัพยากรนโยบาย คือ สิ่งอำนวยความสะดวกต่อการบริหารนโยบาย ซึ่งทรัพยากรนโยบายอาจหมายถึงความรวมถึง เงินและปัจจัยเสริมทั้งปวง

๓. การสื่อสารระหว่างองค์กร และ กิจกรรมการเสริมแรง (Inter-organizational communication and enforcement activities) การสื่อสารระหว่างองค์กร คือ การสื่อสารเกี่ยวกับมาตรฐานงานและวัตถุประสงค์นโยบาย เพื่อให้ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติแต่ละหน่วยงานที่รับผิดชอบแผนงาน โครงการมีความรู้ความเข้าใจสอดคล้องกัน

๔. ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ (The characteristics of lamenting agencies) ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ จะเป็นองค์ประกอบหลักที่มีองค์ประกอบย่อย ๆ หลายประการที่เป็นตัวกำหนดการปฏิบัติตามนโยบาย ได้แก่ สมรรถนะและขนาดของทีมงานในหน่วยงาน ระดับความเข้มข้นของการควบคุมบังคับบัญชาของหน่วยงานย่อยในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทรัพยากรทางการเงินของหน่วยงาน การสนับสนุนจากนักกฎหมายและฝ่ายบริหารความมีชีวิตชีวาขององค์กร ระดับการสื่อสารระบบเปิดในองค์กร และความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ระหว่างองค์กรที่นำนโยบายไปปฏิบัติกับผู้กำหนดนโยบายหรือองค์กรที่ประกาศใช้นโยบาย คุณลักษณะขององค์กรที่กล่าวมา แสดงถึงศักยภาพและความสามารถที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติ

๕. เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง (Economic, social and political conditions) องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง เคยได้รับการมองว่าเป็นปัจจัยสำคัญในฐานะที่เป็นตัวแปรสภาพแวดล้อมของผลิตผลนโยบาย แม้ว่าองค์ประกอบด้านนี้จะมีผลกระทบอย่างมากต่อกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติโดยเฉพาะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ การพิจารณาองค์ประกอบด้านนี้จะคำนึงถึงว่า การจัดสรรทรัพยากรทางเศรษฐกิจให้หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติมีความเพียงพอ ต่อการส่งเสริมให้แผนงานโครงการประสบความสำเร็จหรือไม่ ธรรมชาติของความเห็นสาธารณะเป็นอย่างไร จุดเด่นของนโยบายสัมพันธ์กับ ประเด็นนโยบายอย่างไรชนชั้นนำชอบหรือไม่ชอบนโยบายที่นำไปปฏิบัติ นั้น กลุ่มหลากหลายในสังคม รวมทั้งกลุ่มผลประโยชน์ภาคเอกชนคัดค้านหรือสนับสนุนการนำนโยบายนั้นไปปฏิบัติ

๖. ความตั้งใจของผู้ปฏิบัติ (The disposition of implementers) องค์ประกอบห้ำประการ ที่กล่าวมาแล้ว จะถูกกลั่นกรองโดยความรู้สึกนึกคิดของผู้ปฏิบัติและจะมีการตอบสนองสามระดับซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการแสดงความสามารถและความตั้งใจจริงของผู้ปฏิบัติ คือ (๑) ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย (๒) ทศนคติต่อนโยบาย และ (๓) ความเข้มข้นของทัศนคติ

๖.๓ ปัญหาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ปัญหาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจะใช้กรอบการวิเคราะห์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติทั้ง ๖ ด้าน ดังที่ได้กล่าวแล้วเป็นกรอบการวิเคราะห์เพื่อเห็นถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ผ่านมา เพื่อที่จะให้เห็นภาพรวมของการดำเนินนโยบายและสามารถเสนอแนะการพัฒนานโยบายได้ตามหลักวิชาการได้อย่างชัดเจนและเป็นระบบต่อไป

๑. วัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบาย

ประเด็นการกำหนดนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในด้านวัตถุประสงค์และมาตรฐานของนโยบายถือได้ว่าเป็นจุดเด่นที่สำคัญของนโยบายนี้ เนื่องจากการกระจายอำนาจ

เป็นกระแสที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลกและเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการบริหารเพื่อเกิดการบรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ (ปรีดา แต่อารักษ์และคณะ:๒๕๔๕) เป้าหมายที่สำคัญคือการสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพให้กับประชาชน เพื่อให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับประเด็นทางสุขภาพได้และการพึ่งพาตนเองทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับการปกครองท้องถิ่น ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการเพิ่มอำนาจให้กับประชาชนมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือเป็นเป้าหมายสูงสุดในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจะมีความชัดเจนในวัตถุประสงค์และสอดคล้องกับหลักการและมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่ามีความจำเป็นและสมควรจะต้องกำหนดให้มีการกระจายอำนาจในกระบวนการปฏิรูปสุขภาพอย่างขาดเสียมิได้ แต่ปัญหาที่พบคือนิยามของการกระจายอำนาจที่มีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างหลากหลาย (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์และคณะ: ๒๕๔๑) อาทิ อาจจะหมายถึงการปฏิรูปทางการเมืองเพื่อกระจายอำนาจสู่ผู้ปกครองในส่วนภูมิภาค หรือการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ระหว่างรัฐกับเอกชน หรือรัฐส่วนกลางกับส่วนท้องถิ่น หรือการแสวงหาการผสมผสานระหว่างบทบาทรัฐกับกลไกตลาด ที่เหมาะสม เป็นต้น ประเด็นความไม่ชัดเจนตรงนี้ส่งผลกระทบต่อทิศทางการกระจายอำนาจที่จะเกิดขึ้นตามมาว่าในเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจะอยู่ภายใต้กรอบการพัฒนาไปในทิศทางใดจึงจะเหมาะสมกับสภาพและบริบทด้านสุขภาพของประเทศไทย ประเด็นนี้เป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญว่ารูปแบบและทิศทางการกระจายอำนาจที่เหมาะสมควรเป็นเช่นไร ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการขับเคลื่อนเรื่องการกระจายอำนาจในภาพรวม ที่มีแผนการกระจายอำนาจฯ ซึ่งกำหนดตามกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกรอบทิศทางที่สำคัญ แต่ในกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพก็ยังมีความเห็นที่และรูปแบบที่หลากหลายของการกระจายอำนาจเกิดขึ้นไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้เสียทั้งหมด ดังนั้นในส่วนวัตถุประสงค์แม้ว่าเป็นไปตามหลักการที่เหมาะสม แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นคือหลักการใดที่จะเหมาะสมที่สุดในกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่ยังไม่ลงตัวและมีการดำเนินการในรูปแบบที่หลากหลายไม่เพียงแต่เป็นไปตามแผนฯ การกระจายอำนาจที่กำหนดไว้แล้วเท่านั้น

๒. ทรัพยากรนโยบาย

ทรัพยากรหรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในการกระจายอำนาจไม่เพียงแต่หมายถึงเงินอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังหมายถึงทรัพยากรอื่นๆ อีกด้วย ประเด็นของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในระบบสังคมไทยได้พยายามใช้เงินหรืองบประมาณเป็นเครื่องมือสำคัญในการเปลี่ยนแปลงระบบที่เป็นตัวอย่างที่น่าสนใจ จะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพที่ใช้กลไกด้านงบประมาณในกรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ปรับเปลี่ยนโดยใช้กลไกการเงินการคลังในการปรับเปลี่ยนระบบ ซึ่งในระยะเริ่มแรกถือว่าส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหลายประการดังที่ปรากฏอยู่แล้ว กรณีของนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพยังไม่พบว่ากลไกการงบประมาณเข้ามามีผลมากนัก อาจจะเป็นเพียงการรับรู้ในทางอ้อมว่าหากเข้า

มาสังกัด อบท. ระบบงบประมาณจะมีความคล่องตัวมากกว่าในระบบเดิม เนื่องช่วงการบังคับบัญชาในท้องถิ่นไม่สลับซับซ้อนและมีสายการบังคับบัญชาที่ไม่ยาวเกินไป ส่งผลต่อใช้งบประมาณที่สะดวกขึ้น แต่ก็ยังไม่ชัดเจนและมีหลักประกันประการใดว่าเมื่อสังกัดท้องถิ่นแล้วจะสามารถบริหารงบประมาณได้สะดวกและเพียงพอมากกว่าเดิม เป็นเพียงการคาดการณ์หรือคาดหวังเท่านั้น จะเห็นได้นโยบายการกระจายอำนาจไม่ได้มีการใช้กลไกการงบประมาณเข้ามาผลักดันมากนัก มีความพยายามบ้างในช่วงแรกๆ ดังจะเห็นได้จากในแผนปฏิบัติการฉบับที่ ๑ ที่กำหนดให้ อบท. มีรายได้เพิ่มขึ้นโดยกำหนดสัดส่วนต่อรายได้ของรัฐบาลเพิ่มขึ้น จากเดิมสัดส่วนประมาณ ร้อยละ ๒๐ ของรายได้รัฐบาล ให้เป็นร้อยละ ๓๕ ของรายได้รัฐบาลในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ แต่ในที่สุดก็ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายจนต้องมีการปรับเปลี่ยนกฎหมายในที่สุด ในการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพก็เช่นกัน ก็ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญที่เกี่ยวกับระบบงบประมาณมากนัก จึงอาจจะกล่าวได้ว่าการใช้กลไกงบประมาณเพื่อผลักดันการกระจายอำนาจด้านสุขภาพยังไม่ชัดเจนและไม่ได้มุ่งเน้นที่จะใช้กลไกนี้เป็นหลัก ในส่วนทรัพยากรด้านอื่นเช่นเรื่องบุคคลที่พบว่า อบท. ยังขาดแคลนและไม่มีบุคลากรที่เข้าใจเรื่อง การสาธารณสุขเป็นจำนวนมาก ได้มีความพยายามโดยการเปิดโอกาสให้มีการโอนย้ายบุคลากรเข้าไปทำงานในสังกัด อบท. ดังจะเห็นได้จากช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๕๐ มีบุคลากรสาธารณสุข ๖๙๓ คน ได้โอนย้ายไปทำงานในสังกัด อบท. (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข: ๒๕๕๐) ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่าบุคลากรกลุ่มนี้โอนไปโดยไม่ได้รับผลประโยชน์หรือสิทธิพิเศษแต่อย่างใด ประเด็นทรัพยากรนโยบายในเรื่องกระบวนการกระจายอำนาจนี้อาจจะกล่าวได้ว่าประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรเพื่อสนับสนุนนโยบายยังไม่ชัดเจนและไม่ดีพอ ทั้งที่กลไกเรื่องการเงินการคลัง เป็นเครื่องมือประการสำคัญที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ดียิ่งขึ้น แต่ที่ผ่านมาพบว่ายังไม่ได้ใช้มาตรการนี้อย่างเพียงพอในนโยบายกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

๓. การสื่อสารระหว่างองค์กร และ กิจกรรมการเสริมแรง

ประเด็นการสื่อสารระหว่างองค์กรถือว่าเป็นอีกประเด็นหนึ่งมีปัญหาคอสมควรรในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ จากข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งจากการสอบถามและการสนทนากลุ่มในเวทีต่างๆ การรับรู้และความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการกระจายอำนาจยังสับสนและไม่ตรงตามข้อมูลข่าวสารที่เป็นข้อเท็จจริงอยู่เป็นอันมาก จะเห็นได้ว่ามีความไม่เข้าใจและการได้รับข่าวสารที่ไม่ถูกต้องหลายประเด็นเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ในหมู่เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติ ทั้งที่เกิดจากประเด็นที่เป็นความคลุมเครือของประเด็นที่ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนในการตัดสินใจในระดับนโยบายเอง และการไม่มีกลไกการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ความไม่เข้าใจและความสับสนในข้อมูลข่าวสารต่างๆ ส่งผลให้เกิดความหวาดระแวงและความกลัวในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งย่อมเป็นธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงอยู่แล้วที่ย่อมมีแรงต้านเกิดขึ้นเป็นธรรมดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อสิทธิและผลประโยชน์ที่มีอยู่เดิมและเคยได้รับ หากเกิดการเปลี่ยนแปลงและไม่มีระบบการสื่อสารที่ดีพอย่อมเกิดความ

หว่าดระวางและผลกระทบด้านลบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ตัวอย่างที่สามารถยกมาประกอบได้เช่น ความสับสนในช่วงแรกของระเบียบเงินบำรุงของราชการส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่ลงตัว ระเบียบเกี่ยวกับตำแหน่งและสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ที่ยังไม่นิ่งพอ และกลไกการสื่อสารทำความเข้าใจและร่วมแก้ปัญหา ยังไม่มีประสิทธิภาพ ย่อมเป็นผลที่เกิดจากระบบการสื่อสารระหว่างองค์กรที่ไม่ดีพอ กิจกรรมการเสริมแรงเพื่อสร้างความเข้าใจอันดีพบว่าทางหน่วยงานส่วนกลางที่รับผิดชอบได้พยายามที่จะแก้ไขปัญหาโดยการใช้เวทีพบปะระหว่างผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่กระบวนการแก้ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในกระบวนการกระจายอำนาจ นับเป็นความพยายามที่ดี แต่ภาพรวมของระบบสื่อสารและการเสริมแรงให้กับผู้ที่จะถูกถ่ายโอนยังต้องมีการจัดระบบและกลไกที่ดีพอให้มากกว่าที่เป็นอยู่ เพื่อเสริมสร้างและพัฒนาความเข้าใจอันดีระหว่างกันของผู้เกี่ยวข้อง

๔. ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายกระจายอำนาจด้านสุขภาพได้แก่ หน่วยงานที่จะต้องถ่ายโอนภารกิจหรือถ่ายโอนหน่วยบริการซึ่งได้แก่กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่รับโอนคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆ ในด้านสมรรถนะของกระทรวงสาธารณสุขเป็นที่ยอมรับว่าเป็นองค์กรที่มีระบบงานที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมายาวนานและมีการจัดระบบบริการที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับต้นคือหน่วยบริการปฐมภูมิไปจนถึงสถานบริการระดับทุติยภูมิที่ผ่านมาในการจัดบริการด้านสุขภาพเป็นที่ยอมรับว่ากระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ได้ดีพอสมควรอยู่ในระดับที่น่าพอใจ เมื่อต่อมานโยบายกระจายอำนาจด้านสุขภาพกำหนดให้ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทให้กระทรวงสาธารณสุขต้องกระจายอำนาจในการจัดบริการไปสู่ อปท. จึงจำเป็นที่จะต้องแสดงบทบาทในการนำเพื่อการปรับเปลี่ยนบทบาทที่สำคัญนี้ไปสู่ส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะต้องเชื่อมประสานกันกับหน่วยงานที่จะรับภาระต่อไม่ว่าจะเป็น อบต. หรือ เทศบาล ซึ่งหน่วยงานที่จะรับภารกิจต่อเนื่องต้องยอมรับยังไม่มี ความเข้มแข็งและเข้าใจระบบงานด้านสาธารณสุขและการจัดบริการสุขภาพที่ดีพอ แต่อย่างไรก็ดีเนื่องจากเป็นช่วงระยะเริ่มแรกอาจจำเป็นต้องพัฒนากลไกการทำงานที่สามารถให้เกิดการประสานระหว่างสององค์กรในช่วงเปลี่ยนผ่านให้ดี ปัญหาที่ผ่านมาก็คือความต่อเนื่องของผู้รับผิดชอบและความเข้าใจต่อระบบการกระจายอำนาจ จึงเป็นผลให้กระบวนการกระจายอำนาจมีการสะดุดอยู่กับที่และไม่มีการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องอย่างที่ควรจะเป็น ประเด็นที่ต้องเร่งสร้างให้เกิดความเข้าใจให้ตรงกันก็คือการกระจายอำนาจไม่ใช่การเปลี่ยนผู้บังคับบัญชาหรือการย้ายสังกัดของระบบงานบริการสุขภาพ หากแต่เป็นการเพิ่มพลังอำนาจให้ประชาชนได้มีโอกาสและเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการทางสุขภาพให้มากขึ้น ตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์เพื่อรับรู้ปัญหา การวางแผน การมีส่วนร่วมดำเนินงานและการร่วมประเมินผลการดำเนินการอย่างเป็นระบบและครบขั้นตอน กลไกเดิมที่เป็นหน่วยงานทั้งส่วนกระทรวงสาธารณสุขและ อปท. อาจจะไม่เหมาะสมที่จะมาเป็นผู้รับผิดชอบโดยลำพังอาจจำเป็นที่จะต้องพัฒนากลไกร่วมมือเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกัน

ในช่วงเปลี่ยนผ่าน ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปคณะกรรมการหรือกลไกเฉพาะกิจอื่นที่เหมาะสมก็เป็นได้ ประเด็นสำคัญอยู่ที่การลดอคติและความรู้สึกเป็นเจ้าของงานและการหวงอำนาจให้ลดลงให้ได้ โดยปรับเปลี่ยนแนวคิดการทำงานที่มุ่งประโยชน์สูงสุดเป็นที่ตั้ง ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาระบบการสื่อสารและความร่วมมือแบบไม่เป็นทางการให้มากขึ้น

ประเด็นปัญหาที่ค้นพบจากการศึกษาพบว่า มี อปท. ในบางพื้นที่ เริ่มที่จะเปลี่ยนแปลงท่าทีในการจัดการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โดยการไม่รับการถ่ายโอนสถานีนามัยหรือร่วมมือกับทางกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากข้อจำกัดในหลายประการ เช่น ความไม่ชัดเจนในนโยบาย ความล่าช้าของการดำเนินการถ่ายโอน เป็นต้น ได้มีการจัดสรรทุนให้กับคนในพื้นที่ไปศึกษาในหลักสูตรด้านสุขภาพ ทั้งพยาบาลศาสตร์ เกษตรศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ หรือแม้กระทั่งแพทยศาสตร์ เป็นต้น เพื่อที่จะแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางสุขภาพของตนเอง และเมื่อผู้รับทุนจบการศึกษากลับมาก็สามารถจัดการให้เข้าปฏิบัติงานใน อปท. ซึ่งเป็นแนวทางใหม่ที่เกิดขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทาง อปท. ได้หาทางออกเพื่อแก้ปัญหาที่เป็นเงื่อนไขตายที่เกี่ยของกระทรวงสาธารณสุข ที่ไม่มีความชัดเจนต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ประเด็นการจัดการโดยการบริหารเรื่องการผลิตและพัฒนากำลังคนด้วยตนเองเป็นผลจากข้อจำกัดและความล่าช้า รวมทั้งความเป็นระบบราชการที่เข้มงวดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นกระแสการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ภายใต้วิธีการตอบโต้กับปัญหาของผู้หน้านโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับล่าง (Street-level bureaucrats)

๕. เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง

ประเด็นสำคัญที่เป็นผลกระทบของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพคือบริบททางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง โดยเฉพาะประเด็นด้านเมืองค่อนข้างจะมีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก ในช่วงที่ผ่านมาการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองเกิดขึ้นบ่อยครั้งจนมีผลกระทบต่อนโยบายกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก จุดเน้นที่เป็นความสนใจของฝ่ายการเมืองที่เป็นผู้กำหนดนโยบายมีผลกระทบอย่างมากต่อการกระจายอำนาจ นับตั้งแต่การประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจ และแผนปฏิบัติการการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นต้นมา มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารทางการเมืองที่มีอิทธิพลต่อการขับเคลื่อนนโยบายการกระจายอำนาจทั้งทางด้านสาธารณสุขและ มหาดไทยอยู่บ่อยครั้ง จนอาจจะกล่าวได้ว่าแทบจะต้องเริ่มนับเริ่มต้นใหม่ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง นอกจากนี้ในบางสมัยฝ่ายการเมืองก็ไม่ได้สนใจและเอาใจใส่ในการผลักดันนโยบายกระจายอำนาจอย่างจริงจังด้วยข้อจำกัดหลายประการ หรือบางครั้งผู้บริหารทางการเมืองก็มีนโยบายหลักอื่นที่สำคัญที่จะต้องผลักดันให้ได้ จนเป็นเหตุให้ต้องชลอหรือไม่ได้หยิบยกประเด็นกระจายอำนาจมาเคลื่อนไหวอย่างเพียงพอ ดังเช่นกรณี การผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการปรับโครงสร้างภายในระบบสาธารณสุขก็ส่งผลให้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพไม่มีความก้าวหน้ามากนักอยู่เป็นเวลานานพอสมควร

เป็นต้น เป็นที่ยอมรับว่าการผลักดันนโยบายกระจายอำนาจจำเป็นต้องอาศัยการผลักดันทางการเมืองอย่างจริงจังและต่อเนื่อง กรณีการถ่ายโอนสถานีนอนามัยจำนวน ๒๒ แห่งในกลุ่มแรกของการถ่ายโอนสถานีนอนามัยตามเป้าหมายการโอนสถานีนอนามัยในช่วงปลายปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงในช่วงที่ฝ่ายการเมืองผลักดันให้เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญดังกล่าว อาจจะกล่าวได้ว่าจุดเน้นหรือความใส่ใจของฝ่ายการเมืองเป็นปัจจัยผลักดันที่สำคัญให้เกิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก และที่ผ่านมามุ่งเน้นทางการเมืองก็มีความแตกต่างและไม่ต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีแผนฯ รองรับก็อาจจะไม่ได้รับการใส่ใจอย่างเท่าที่ควรจะเป็นก็ได้ ส่วนบริบทด้านสังคมเศรษฐกิจก็มีผลกระทบเช่นเดียวกัน เพียงแต่ว่าเป็นปัจจัยเสริมไม่ใช่ปัจจัยหลัก สภาพความเป็นประชาธิปไตยที่กระแสนการเปลี่ยนแปลงมาแรงและได้รับการกล่าวถึงอยู่บ่อยๆ ก็เป็นปัจจัยผลักดันที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงในด้านบวก เช่นเดียวกับสภาวะทางเศรษฐกิจหากมีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ดี บรรยากาศการส่งเสริมให้เกิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพก็จะเอื้อมากยิ่งขึ้นในทางตรงกันข้ามหากมีความตึงเครียดและถดถอยทางเศรษฐกิจประเด็นการกระจายอำนาจอาจจะได้รับความใส่ใจลดลง ซึ่งเป็นเรื่องที่เป็นปกติของบริบททางสังคม

๖. ความตั้งใจของผู้ปฏิบัติ

ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการกระจายอำนาจอาจจะมีทั้งกลุ่มที่เป็นผู้กำหนดนโยบายที่อยู่ในส่วนกลาง (Central Actors) และผู้ปฏิบัติในส่วนปลาย (Local Actors) ซึ่งต่างก็มีความสำคัญต่อความสำเร็จของนโยบาย ในช่วงที่ผ่านมาแม้ว่านโยบายกระจายอำนาจมีความชัดเจนอยู่ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีความเห็นที่หลากหลายว่ารูปแบบที่เหมาะสมของการกระจายอำนาจที่กำหนดไว้ในแผนฯ ถูกต้องและถูกทางหรือยัง รูปแบบดังกล่าวควรจะสามารถให้แต่ละพื้นที่มีความยืดหยุ่นในการดำเนินการได้มากน้อยเพียงใด และเอกภาพทางความคิดของผู้ที่เป็นผู้กำหนดนโยบายระดับสูงจะทำให้เกิดขึ้นจริงได้อย่างไร ซึ่งต้องยอมรับข้อเท็จจริงว่ายังไม่มีความเห็นเป็นเอกภาพที่ดีนัก และยิ่งไปกว่านั้นผู้ปฏิบัติในพื้นที่ก็มีความหลากหลาย ทั้งด้านศักยภาพและเจตคติที่ต่างกันไป ประเด็นปัญหาเหล่านี้ยังคงมีอยู่ในระดับผู้ปฏิบัติทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และทั้งในส่วนสาธารณสุขและส่วน อปท. ประเด็นเหล่านี้ส่งผลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ต่อการขับเคลื่อนนโยบายกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลอย่างมากต่อความก้าวหน้าของนโยบาย และบางประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับข้อจำกัดของระบบการเมืองท้องถิ่นในประเทศไทย กล่าวคือ ผู้บริหารท้องถิ่นที่มีอำนาจในปัจจุบันเมื่อได้เข้าร่วมกระบวนการและเรียนรู้ไปพร้อมๆ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการกระจายอำนาจได้ดีในระดับหนึ่งพอการเมืองในระดับท้องถิ่นเปลี่ยนไปเนื่องจากไม่ได้รับเลือกเข้ามาเป็นผู้บริหารท้องถิ่นตามระบบการเมืองที่วางไว้ อาจจะส่งผลที่ต้องเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจ ทั้งเชิงความพยายามที่จะต้องสร้างความเข้าใจใหม่และผลเชิงจิตวิทยาการทำงานที่ต่างกลุ่ม ต่างพวก ต่างนโยบายที่เป็นจุดเน้นสำคัญ เป็นต้น ทำให้นโยบายหรือการนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้รับ

ผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีข้อเท็จจริงที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่าบุคลากรในสถานีนามัยที่ถ่ายโอนสามารถทำงานได้ดีกับผู้บริหารที่มีอำนาจในช่วงที่ถ่ายโอน พอเปลี่ยนแปลงผู้บริหารท้องถิ่นใหม่จากการเลือกตั้ง ก็ประสบปัญหาในการทำงาน ซึ่งเป็นผลจากความไม่เข้าใจหรือเจตคติของผู้บริหารชุดใหม่ที่ต่างออกไป ทำให้หลายพื้นที่ต้องเสียเวลาในการแก้ไขปัญหา ในประเด็นนี้ บางพื้นที่อาจจะพบปัญหาจนเกิดความท้อถอย ซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่พบได้จากการศึกษาในเชิงลึก

โดยสรุปการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในกรณีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ยังมีปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการในหลายประเด็นทั้งความชัดเจนในทิศทางของวัตถุประสงค์ของนโยบายกระจายอำนาจด้านสุขภาพว่าควรจะมีรูปแบบที่เหมาะสมอย่างไร การใช้ทรัพยากรนโยบายก็พบว่ายังไม่มีความพร้อมด้านกำลังคนในระดับ อปท. ที่จะรองรับการถ่ายโอนที่ดีพอ เพื่อให้สามารถเชื่อมต่อในการเปลี่ยนผ่านได้อย่างราบรื่น รวมถึงกลไกด้านงบประมาณยังไม่ได้นำมาใช้เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการสื่อสารและสร้างความเข้าใจระหว่างและภายในองค์กรก็ยังเป็นปัญหาที่ขาดกลไกและระบบการจัดการที่ดีเพียงพอ สอดคล้องกับหน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องก็ยังไม่สามารถแสดงบทบาทสนับสนุนการกระจายอำนาจได้อย่างเต็มที่เท่าที่ควร ประเด็นการเมืองและบริบททางสังคมและเศรษฐกิจยังไม่เอื้อเท่าที่ ซึ่งเป็นผลให้ผู้ปฏิบัติในระดับต่างๆยังไม่สามารถแสดงบทบาทการหนุนเสริมได้อย่างเต็มที่

ประเด็นเหล่านี้ถือว่าเป็นประเด็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อนโยบาย อาจจะกล่าวได้ว่านับแต่การประกาศนโยบายกระจายอำนาจซึ่งได้เริ่มต้นมาครบ ๑๐ ปีเศษแล้ว แต่ความก้าวหน้ายังไม่ถือว่าบรรลุผลสำเร็จทั้งหมด แต่ในขณะเดียวกันก็ไม่ได้หมายความว่ามีความล้มเหลวเสียทั้งหมด กระบวนการที่เกิดขึ้นในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพถือได้ว่าการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก แม้ว่าอาจจะมีความล่าช้าไปบ้างแต่เป็นโอกาสและช่วงเวลาแห่งการเรียนรู้ที่ค่อยๆ บังเกิดขึ้น ในสังคมไทยซึ่งเป็นความจำเป็นที่ต้องอดทนและใช้เวลาสำหรับการเปลี่ยนแปลงในเรื่องสำคัญและมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้คนเป็นจำนวนมากดังเช่นกรณีเรื่องสุขภาพนี้ หากได้มีการศึกษาทบทวนและปรับเปลี่ยนให้เกิดความเหมาะสมตามบริบทความจริง จะส่งผลให้การพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยที่มีเป้าหมายที่จะสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการพึ่งพาตนเองของประชาชนเกิดขึ้นได้จริง

บทที่ ๗

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

จากการทบทวนและวิเคราะห์ผลกระทบสถานการณ์และข้อเท็จจริงของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ได้กล่าวมาแล้ว ประกอบกับการสังเคราะห์ข้อมูลและความคิดเห็นจากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่ผ่านมามีข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาปรับปรุงนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในแต่ละประเด็น ดังต่อไปนี้

๗.๑ การออกแบบระบบและทบทวนนโยบาย

๑. ควรศึกษาผลกระทบเชิงลึกอย่างรอบด้านเกี่ยวกับการออกแบบระบบและกำหนดนโยบายเพื่อให้ทราบว่าการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพตั้งอยู่บนฐานความรู้และความจริงและมีผลกระทบเชิงลบต่อประชาชนและผู้เกี่ยวข้องน้อยที่สุด วิธีการที่เป็นรูปธรรมคือ สร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับอย่างเป็นขั้นเป็นตอน และเรียนรู้ไปพร้อมกัน รูปแบบคณะกรรมการประสานความร่วมมือเพื่อการออกแบบระบบและกำหนดทิศทางในแต่ละพื้นที่เป็นทางออกที่เหมาะสม ทางเลือกในการออกแบบรูปแบบการกระจายอำนาจอาจจะไม่ใช่รูปแบบการโอนสถานบริการแบบแยกส่วน อาจจะเป็นรูปแบบการจัดระบบบริการที่มีพื้นที่รับผิดชอบร่วมกันในพื้นที่ที่กว้างขึ้นกว่าระดับจังหวัด และจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้จัดบริการใหม่ อาจจะเป็นรูปแบบเขตสุขภาพที่มีสภาพและบริบทที่ใกล้เคียงกันเพื่อการจัดการปัญหาสุขภาพร่วมกัน อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในส่วนผู้จัดบริการหรือ Provider อาจจะมีหลากหลายแนวทางมากกว่าการโอนสถานอนามัยแบบแยกส่วนไปสังกัด อปท. อย่างที่เป็นอยู่ก็เป็นได้

๒. สร้างความเข้าใจและการสื่อสารที่ดีเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เนื่องจากประเด็นการกระจายอำนาจยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่าเป็นปกครองการบังคับบัญชากัน เพื่อตอบโจทย์ที่สำคัญว่า อปท. จะมีบทบาทในการสร้างสุขภาวะที่ดีให้กับประชาชนได้อย่างไร ไม่ใช่ อปท. จะรับโอนสถานบริการเมื่อไร แนวทางที่หลาย อปท. ได้แสวงหาทางออกในทางตันของการถ่ายโอนสถานอนามัยที่พยายามจัดระบบบริการหรือสถานบริการของตนเองนั้น แม้ว่าเป็นรูปแบบที่น่าสนใจ แต่อาจจะมีข้อจำกัดบางประการที่อาจจะไม่มีประสิทธิภาพเชิงขนาด (Economy of scale) ในการลงทุนในบางเรื่อง เช่นการสร้างหน่วยหรือสถานบริการทางสุขภาพที่ซ้ำซ้อนกันในบางพื้นที่ หรือการวางแผนการก่อสร้างโรงพยาบาลที่ไม่ได้คำนึงถึงอุปสงค์และอุปทานที่รอบคอบเพียงพอ เป็นประเด็นที่ต้องทบทวนในแผนรวมระดับชาติร่วมกันทุกฝ่าย ไม่ควรปล่อยให้เป็นบทบาทของแต่ละ อปท. ดำเนินการเองโดยลำพัง

๓. เชื่อมโยงแนวทางปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนดไว้แล้วกับนโยบายที่เกิดขึ้นใหม่อย่างเหมาะสมและสอดคล้องมิให้เกิดความสับสนในหมู่ผู้ปฏิบัติและสังคม การประสานการทำงาน

ในช่วงรอยต่อเป็นเรื่องที่ยาก ระบบกระทรวงสาธารณสุขเดิมมีจุดแข็งในการสร้างเครือข่ายและเชื่อมโยงเครือข่ายเพื่อเสริมศักยภาพกัน แต่มีจุดอ่อนที่เป็นระบบราชการที่ใหญ่โต ระบบ อปท. มีความคล่องตัวที่สูงและมุ่งกลุ่มเป้าหมายชัดเจนและไวต่อการตอบสนองประชาชน แต่มีจุดอ่อนเรื่องของความโปร่งใสและการใช้ระบบอุปถัมภ์

๔. การเริ่มต้นไม่ควรมีรูปแบบตายตัวเป็นพิมพ์เขียวกำหนดไว้แล้ว ควรนำเสนอรูปแบบทางเลือกสำหรับการตัดสินใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีทางเลือกมากกว่าการถ่ายโอน เนื่องจากมีรูปแบบที่น่าสนใจที่ดำเนินไปคู่ขนานกันได้ เช่นระบบการมีส่วนร่วมในกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระบบองค์กรมหาชนที่เน้นเป้าหมายประสิทธิภาพมากกว่ากำไรสูงสุด หรือระบบเขตบริการสุขภาพ หรือปรับระบบแยกผู้ซื้อบริการและผู้จัดบริการแบบใหม่ เป็นต้น

๗.๒ บทบาทและความรับผิดชอบ

๕. การกระจายอำนาจไม่ใช่กระบวนการแบ่งแยกอำนาจหรือแย่งอำนาจจะต้องสร้างความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข อปท. และผู้เกี่ยวข้องอื่นเป็นความจำเป็นต้องดำเนินการคู่ขนานไปพร้อมกับกระบวนการถ่ายโอน

๖. ควรเร่งปรับกระบวนการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ โดยการกระจายข่าวสารข้อเท็จจริงอย่างทั่วถึง โดยปรับกระบวนการสื่อสารภายในและระหว่างองค์กรที่มีประสิทธิภาพ

๗. ใช้กระบวนการสื่อสารสาธารณะที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันความสับสนในหมู่ประชาชนหรือผู้ได้รับผลกระทบต่าง ๆ ให้เข้าใจและยอมรับ ตลอดจนเข้าร่วมมือในการกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เหมาะสม

๗.๓ การสนับสนุนทรัพยากรและองค์ความรู้

๘. จัดระบบการสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องเพื่อแก้ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในหลากหลายประเด็นร่วมกัน

๙. รัฐสนับสนุนทรัพยากรและโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรที่เอื้อต่อการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

๑๐. ควรปรับปรุงระบบและวิธีงบประมาณให้เอื้อต่อการทำงานร่วมกันมากขึ้น กลไกงบประมาณเป็นเครื่องมือที่ดีและสามารถนำมาใช้ปรับเปลี่ยนให้เกิดความเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพได้

๑๑. ใช้ระบบการเสริมสร้างขวัญและแรงจูงใจในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของคน ทั้งคนเดิมที่อยู่ในระบบสุขภาพและคนใหม่ที่อยู่ใน อปท ให้มีขวัญกำลังใจที่ดีร่วมกัน

๑๒. ควรเร่งศึกษาและพัฒนากฎเกณฑ์และกฎกติการ่วมกัน ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อกระบวนการถ่ายโอน เพื่อสร้างความมั่นใจแก่บุคลากรที่ถ่ายโอน

๗.๔ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ

๑๓. ใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพร่วมกันในกระบวนการเปลี่ยนแปลง ในแต่ละพื้นที่หน่วยระดับจังหวัดเป็นหน่วยวิจัยที่ดีที่สามารถใช้กระบวนการวิจัยเข้าไปสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

๑๔. พัฒนาบุคลากรในทุกระดับโดยการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างองค์ความรู้และทักษะ ตลอดจนสมรรถนะในการดำเนินงานที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลง

๑๕. สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงเพื่อกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกมากกว่าการถูกบังคับให้ดำเนินการตามกฎหมาย

๑๖. หากจำเป็นให้มีการทบทวนแผนปฏิบัติการฯ เพื่อการเลือกรูปแบบ ขอบเขตและวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมไม่จำเป็นต้องมีรูปแบบและวิธีเดียวกันทั้งประเทศ

๑๗. ควรส่งเสริมบทบาทภาคประชาชนในการสร้างสุขภาพมากขึ้น โดยการเพิ่มมาตรการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเปิดเวทีสาธารณะเรื่องการกระจายอำนาจในระดับภูมิภาคและท้องถิ่น

๑๘. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการกระจายอำนาจที่มีความเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่อย่างหลากหลายและจริงจัง

๗.๕ การขับเคลื่อนกระบวนการถ่ายโอน

๑๙. การสร้างภาวะผู้นำในการเปลี่ยนแปลงเป็นหัวใจสำคัญที่ต้องพัฒนาขึ้นมาในทุกระดับ จึงมีความจำเป็นต้องมีกระบวนการพัฒนาภาวะผู้นำในกระบวนการถ่ายโอนอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยไม่ควรใช้แนวทางการบังคับการตามกฎหมายเป็นหลักในการขับเคลื่อน การพัฒนาภาวะผู้นำที่นับว่าเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของกระบวนการกระจายอำนาจ ดังจะเห็นได้จาก การใช้ภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขในการเลือกรูปแบบการถ่ายโอนสถานบริการแบบแยกส่วนที่ทำให้มีการถ่ายโอนสถานอนามัยไปสู่ อปท. สำเร็จเป็นครั้งแรกนับตั้งแต่ได้มีการดำเนินนโยบายนี้มา ซึ่งต้องยอมรับว่าเป็นผลสำเร็จมาจากการตัดสินใจใช้ภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับสูงในขณะนั้น ดังนั้นหากต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการกระจายอำนาจให้เป็นผลสำเร็จจริง จำเป็นต้องมีการพัฒนาภาวะผู้นำให้เกิดขึ้นในทุกระดับอย่างจริงจัง

๒๐. พัฒนากลไกที่เหมาะสมโดยไม่ยึดติดกับรูปแบบการกระจายอำนาจแบบใดแบบหนึ่งเพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นแนวคิดที่สำคัญที่จะต้องสร้างให้เกิดขึ้น รูปแบบการกระจายอำนาจที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่อาจจะไม่เหมือนกัน แต่ในที่สุดแล้ว ควรส่งเสริมและพัฒนาให้กระบวนการในการกระจายอำนาจ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม และให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ที่สัมผัสปัญหาในการเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่และปัญหาของตนเอง จะเป็นทางเลือกที่ดีในการขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ องค์ที่มีส่วนร่วมอาจจะ

เป็นไปในรูปคณะกรรมการหรือกลุ่มหัวก้าวหน้าเพื่อการปฏิรูป หรือทีมที่มีประสิทธิภาพ หลายๆ
ทีมในหนึ่งหน่วย เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข, (๒๕๕๐). ข้อมูลความจริง 10 ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอมาัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และแนวทางการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข.

โครงการส่งเสริมการบริหารจัดการที่ดีโดยกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น (๒๕๔๓). รายงานสัมมนาสรุปผลการทดลอง ระยะที่ ๓ และการประเมินผลการทดลองตามโครงการฯ วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๔๓

จรรยาพร ศรีศัลักษณ์ และคณะ (๒๕๕๒) ประสพการณ์การกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขในรูปแบบการถ่ายโอนสถานีนอมาัย วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑ มกราคม-มีนาคม ๒๕๕๒

ชยาวิรุจน์ จันทรและคณะ, (๒๕๔๓) วิชาการการปกครองท้องถิ่นไทย.กรุงเทพมหานคร: หจก. น้ำกั้งการพิมพ์

ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, (๒๕๔๔). ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในอีก10ปีข้างหน้า (๒๕๔๔ - ๒๕๕๓). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ.

ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ (๒๕๔๙). “เหลียวหลังแลหน้าการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความสำเร็จ-อุปสรรคและก้าวต่อไป” วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์ ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๓ กันยายน ๒๕๔๙.

ปรีดา แด่อาร์ักษ์และคณะ (๒๕๔๕) กระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่น. สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ปรีดา แด่อาร์ักษ์และคณะ (๒๕๕๑). ก้าวที่ผ่านไปบนเส้นทางกระจายอำนาจด้านสุขภาพ: ทบทวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระหว่างปี ๒๕๔๒-๒๕๕๐. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

วิชัย โชควิวัฒน์ (๒๕๔๕) “การปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งสำคัญในสังคมไทย” ใน
พรมแดนความรู้ประวัติการแพทย์และสาธารณสุขไทย, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์:
บรรณาธิการ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย (๒๕๕๒) รายงานสรุปการประชุมสัมมนา
เพื่อเตรียมการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขและถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์การบริหาร
ส่วนจังหวัด ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๕๒

สมพันธ์ เตชะอธิกและคณะ (๒๕๕๑) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษา สรุปบทเรียน
และติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไปองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (๒๕๕๑) สรุปผล
โครงการติดตามการดำเนินงานถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น:

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๑) การศึกษาการติดตาม
ประเมินผลการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๑
เอกสารประกอบการประชุม

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๐) รายงานข้อมูลการโอนย้าย
บุคลากรไปสังกัด อปท.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๑) รายงานผลการสำรวจ
สถานการณ์การดำเนินงานและการสนับสนุนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขใน
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. รายงานผลการศึกษาเบื้องต้น

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (๒๕๓๙). อนาคตสถานีนอนามัยไทย: การศึกษาวิจัยและ
ประเมินผลโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย. สำนักนโยบายและแผน
สาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สงครามชัย ลีทองดี (๒๕๕๒). การกระจายอำนาจโดยการถ่ายโอนสถานีนอนามัย:
กรณีศึกษาเร่งด่วน ๔ จังหวัด. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะสาธารณสุขศาสตร์

สงครามชัย ลีทองดี และกษิติศ ชันธรัตน์ (๒๕๕๓) ผลสำรวจความคิดเห็นหมออนามัยใน
เวทีสาธารณะ: เสี่ยงจากหมออนามัยในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. สมาคมหมอ
อนามัย

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์และคณะ (๒๕๔๑) ประวัติศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขของไทย:
บทวิเคราะห์การกระจายอำนาจและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข

อาคม ใจแก้ว, (๒๕๒๓) “การนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ : ศึกษา
ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ” (วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาการบริหารการพัฒนา คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์), ๑๐.

ภาษาอังกฤษ

Donald S. Van Meter and Carl E. Van Horn (1975), "The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework," **Administration & Society** 6,4 (February 1975): 447.

Ernest R. Alexander (1985), "From Idea to Action: Note for a Contingency Theory of Policy Implementation Process," **Administration & Society** 16, 4 (February 1985): 413.

Erwin C. Hargrove (1975), The missing link: The study of implementation of social policy (Washington, D. C. : The urban institute, ๑๙๗๕), อ้างถึงใน สมพร เฟื่องจันทร์ (๒๕๓๙), นโยบายสาธารณะ : ทฤษฎีและการปฏิบัติ (กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์).

Eugene Bardach (1980), **The Implementation Game: What happens After a Bill Becomes a law** , 3rd ed. (Cambridge, Massachusetts: The MIT Press).

International Development Research Centre (2008), **Policy Recommendations from the International conference**, Mexico City

Jeffrey L. Pressman and Aaron Wildavsky (1973), **Implementation**, 2nd ed. (California: University of California Press).

Litvack, J.et al. (1998), **Rethinking Decentralization in Developing Countries**, Washington, DC: The World Bank.

Loraine Hawkin, Jaruyaporn Srisasaluk and Sutayut Osornprasop (2009) **Devolution of Health Centre and Hospital Autonomy in Thailand: A Rapid Assessment**. Journal of Health System Research Vol.3 No 2 April-June 2000

Pual A. Sabatier and Daniel A. Mazmanian (1980), "The Implementation of Public Policy: A frame work of Analysis," **Policy studies Journal Contents**, Special Issue (1980): 538-560.

Strong, P. M. and Robinson, J. (1990). ***The NSH: Under New Management***.
Buckingham: Open University Press.

Susan Barrett and Colin Fudge (1981), **Policy and Action: Essays on the Implementation of Public Policy** (New York: Methuen & Co., Ltd., 1981), 12-13.

Quade E.S. (1982), **Analysis of Public Decisions**, 2nd ed. (New York: Elsevier Science Publishing Co., 1982), 305.