

การถ่ายโอนสถานีนอนาัมยู่ท้องถิ่น:
การสังเคราะห์บทเรียนจากกรณีศึกษาพื้นที่ถ่ายโอน และข้อเสนอเชิงนโยบาย
(Health Center Devolution: Lesson Learned and Policy Implications)

โดย

รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง

ประเชิญ ศิริวรรณ

สายสุตา วงศ์จินดา

สถักจิต ชื่นชม

ภาควิชาสังคมและสุขภาพ

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

สนับสนุนโดย

แผนงานวิจัยและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของงานวิจัยนี้ เกิดขึ้นได้เพราะทีมวิจัย ได้รับการให้โอกาสอันมีค่าของบุคคลากรของสถานีนามายถ่ายโอนทั้ง 28 แห่ง รวมทั้งผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้กำหนดนโยบายในส่วนกลางทั้งหมด ในการเข้าไปร่วมรับรู้ความจริงในหลายๆ ด้านผ่านทักษะ ประสบการณ์ และเรื่องราวชีวิต ของคนทำงานด้านหน้า และเป็นหัวหอกการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัย ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งกับความไว้วางใจ ความเป็นมิตร และความช่วยเหลืออันนับประการเหล่านั้น

ทีมวิจัย ขอขอบคุณบุคคลผู้ที่อยู่เบื้องหลังคอยชี้แนะและให้การสนับสนุน ผลักดันจนทำให้งานวิจัยชิ้นนี้ประสบความสำเร็จเป็นรูปธรรม ที่ต้องกล่าวถึงเป็นการเฉพาะก็คือ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการ สวรส ผศ.ดร. จรวยพร ศรีศศลักษณ์ ผู้จัดการแผนงานวิจัยและพัฒนาระบบอภิบาลสุขภาพ คุณสุภาวดี นุชรินทร์ ตลอดจนทีมงาน ในแผนงานวิจัยของ สวรส ที่อยู่เบื้องหลังทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	1
สารบัญ	2
บทคัดย่อ	3
บทสรุปผู้บริหาร	7
บทนำ	17
วัตถุประสงค์	19
ระเบียบวิธีวิจัย	20
ว่าด้วยความจำเป็น : บทบทพจนวรรณกรรม	21
ผลการศึกษา	37
สรุป วิเคราะห์ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	79
บรรณานุกรม	87

บทคัดย่อ

การถ่ายโอนสถานีนามายสู่ท้องถิ่น:
การสังเคราะห์บทเรียนจากกรณีศึกษาพื้นที่ถ่ายโอน และข้อเสนอเชิงนโยบาย
(Health Center Devolution: Lesson Learned and Policy Recommendations)

ลือชัย ศรีเงินยวง ประเชิญ ศิริวรรณ สายสุตา วงษ์จินดา สลักจิต ชื่นชม

ภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินและติดตามผลกระทบของการถ่ายโอนสถานีนามายสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเชิงการบริหารจัดการ การตอบสนองต่อสุขภาพในท้องถิ่น และวิเคราะห์เงื่อนไขและปัจจัยเชิงบริบท ที่มีผลต่อ ความแตกต่างของผลกระทบ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนสถานีนามาย ในพื้นที่ถ่ายโอนจำนวน 28 แห่ง และผู้กำหนดนโยบายในส่วนกลาง การสังเกต และการทบทวนจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่ พฤศจิกายน 2554 – พฤษภาคม 2555

ผลการวิจัยพบว่า ผลที่เกิดจากการถ่ายโอนแตกต่างกัน เป็นไปตามบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ในภาพรวมๆ บทบาทการทำงานของสถานีนามายในพื้นที่ถ่ายโอนประมาณ สองในสาม ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการถ่ายโอน เพียงหนึ่งในสี่ ที่สามารถทำงานได้ตามอุดมคติคือ ทั้งการบริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อันเป็นหน้าที่พื้นฐาน การตอบโจทยนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการคิดค้นพัฒนางานที่ตอบโจทยความต้องการสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ในด้านการบริหารจัดการ พบปัญหาการเตรียมความพร้อมให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก่อนการถ่ายโอน ที่ทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวในการทำงานร่วมกันของทั้งสองฝ่าย ผลการวิจัยยังพบว่า การบริหารจัดการเรื่องตำแหน่ง การเลื่อนขั้น โอกาสในการพัฒนาทางวิชาการ การสนับสนุนทรัพยากรจาก CUP ยังคงเป็นไปอย่างไม่ราบรื่น ยังไม่มีการสร้างระบบหรือโครงสร้างการบริหารที่รองรับการถ่ายโอนอย่างชัดเจน ต่างฝ่ายต่างเรียนรู้และตีความระเบียบกฎเกณฑ์ ไปตามบริบทของตนเอง เกือบทั้งหมด ยังไม่มีการบรรจุเจ้าหน้าที่ครบกรอบอัตราที่ตั้งที่กำหนดไว้ มองในเชิงผลกระทบของการถ่ายโอนสถานีนามายสู่ท้องถิ่น ต่อสุขภาพของประชาชน การเข้าถึงบริการ ความเป็นธรรม อนุมานจากรูปธรรมของการถ่ายโอนที่เกิดขึ้นจริงได้ว่า ผลกระทบแตกต่างกันไปตามพื้นที่ ในพื้นที่ๆ การถ่ายโอนเป็นไปอย่างราบรื่น ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำท้องถิ่น สามารถจับมือกันได้อย่างดี มักก่อให้เกิดบริการสุขภาพที่

หลากหลาย เข้าถึงได้ง่าย ตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง และงานสร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มอื่นๆ มีแพทย์ให้บริการ ฯลฯ แต่พื้นที่ถ่ายโอนส่วนใหญ่ รูปแบบบริการไม่แตกต่าง ไปจากเดิม

การวิจัยนี้ มีบทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำคัญคือ 1) บทเรียนของสถานีนามัยถ่ายโอนทั้ง 28 แห่ง แสดงให้เห็นแนวโน้มและการปรับตัวที่ดีขึ้นสู่เป้าหมายในอุดมคติ คือ การทำให้ระบบบริการสุขภาพตอบโจทย์ท้องถิ่นได้ตรงจุด รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 2) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทรวงสาธารณสุข จะต้องสร้างนโยบายและกลไกพิเศษในการผลักดันการถ่ายโอนให้เกิดเป็นจริงโดยเฉพาะ การเร่งบรรจุอัตรากำลังที่ว่างอยู่ 3) หน่วยงานระดับนโยบายคือ กรมส่งเสริมฯ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ-สปสช. ควรมีนโยบายสนับสนุนการถ่ายโอนที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในการพัฒนาแนวปฏิบัติการถ่ายโอนที่เป็นรูปธรรม และการกำหนดให้ CUP ถือเป็นหน้าที่สนับสนุนพื้นที่ถ่ายโอน ฯลฯ 4) รัฐบาล โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข จำเป็นต้องส่งสัญญาณเชิงนโยบายที่ชัดเจนและการระดมสรรพกำลัง เพื่อช่วยให้สถานีนามัยถ่ายโอน สามารถก้าวผ่านอุปสรรค สู่ความสำเร็จได้ตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญและ พรบ. กระจายอำนาจ

Abstract

Health Center Devolution: Lesson Learned and Policy Reccomendations

Luechai Sringernyuang, Prachern Siriwan, Saisuda Vongjinda, and Salakjit Chuenchom

Department of Society and Health

Faculty of Social Sciences and Humanities Mahidol University

The primary objective of this study is to assess and compile lessons learned in respect to impacts of health center devolution policy. Focus of the assessment is on administration and management, response to local health needs and increase access to health care of the devolved health centers. This study also aims to analyze contextual factors that explain the impact differences. Qualitative approach relying on data collection methods like in-depth interview, observation and documentary review was employed where study sites included 28 health-center-devolved areas. Data collection was carried out during the months of November 2011 and May 2012.

The study reveals that situation of the devolved health centers varied from area to area. Overall, about two-third of the health centers (16), their roles were not different from those during the period prior to the devolution. Only one-fourth (7) could fulfill the ideal roles (i.e. the provision of primary curative services, doing health promotion and prevention campaigns and inventing innovations to specifically respond to the local people's health needs). In respect to transfer preparation, time and efforts for making both health center staff and local government's officials and leaders prepared were found too short and less systematic. Problems of career development, capacity building and budget support from Contracting Unit for Primary Care-CUP abounded yet improving. No specific structure and system had been set up to curve the problems; most of the devolved health centers their vacant positions were mostly unfilled.

From the evidences gathered, it could be inferred that impacts of the devolution on health conditions, more equitable and easy access to health services were uneven. In the area where the transfer was smooth and health workers and local leaders could work harmoniously, a variety of innovative projects were created making services more accessible to the needy especially the chronically ill and the elderly. In some area doctors was employed as part-time staff. Yet, for the rest, insignificant difference of the service before and after the devolution was common.

This study concludes and recommends that 1) lessons learned from the 28 devolved health center shows successful tendency of health decentralization 2) Department of Local

Administration-DLA and Ministry of Health-MOH have to seriously develop special policy and mechanisms to help make the devolution realistic especially the filling of vacant positions in the transferred health centers, 3) it is necessary for the policy bodies- DLA, MoH and the National Health Security Office-NHSO to have a clear and more committed policy direction to push forward the devolution of health centers; standard of practice guidelines and clear signal requiring CUP to support the devolved areas should be made explicitly.

บทสรุปผู้บริหาร

ความเป็นมา

โครงการวิจัยนี้ ประเมินและติดตามผลกระทบ ของการถ่ายโอนสถานีนามัยสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเชิงการบริหารจัดการองค์กร การเงิน การแก้ปัญหาและการตอบสนองต่อสุขภาพในท้องถิ่น การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน และความเป็นธรรมทางสุขภาพ วิเคราะห์เงื่อนไขและปัจจัยเชิงบริบท ที่มีผลต่อ ความแตกต่างของผลกระทบ และ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับ สถานีนามัยถ่ายโอน และการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการถ่ายโอนสถานีนามัย สู่ท้องถิ่น โดยวิธีการวิจัย ใช้เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลกับสถานีนามัยที่ถ่ายโอนไป ณ ปี 2554 ทั้ง 28 แห่ง ทั่วประเทศ ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่ พฤศจิกายน 2554 – พฤษภาคม 2555

ข้อค้นพบการวิจัยสำคัญ

- 1.1. ในภาพรวม การเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอน ค่อนข้างเป็นปัญหา การชี้แจงทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้เวลายาวนาน ให้เฉพาะภาพเชิงบวก (ความคล่องตัวในการทำงาน การเลื่อนไหลของตำแหน่ง โบนัส) แต่ขาดการเตรียมความคิด เตรียมจิตใจ ที่จะต้องปรับตัวกับวัฒนธรรมการทำงานที่แตกต่าง โดยเฉพาะการวางตัว ในบริบทการเมืองท้องถิ่น มีเพียงเจ้าหน้าที่ส่วนน้อย ที่เลือกตัดสินใจด้วยตนเองและมีความชัดเจนในเป้าหมาย ในการถ่ายโอนไปท้องถิ่น (เช่น เพราะต้องการความท้าทาย เห็นว่าเป็นทิศทางที่ต้องไป เพราะไม่พึงพอใจกับระบบการทำงานเดิม) แต่ส่วนมากไม่ชัด หรือไม่พร้อม การเลือกพื้นที่ถ่ายโอน ที่เริ่มจาก การเลือกท้องถิ่นที่เข้าเกณฑ์ (เช่น ที่มีธรรมาภิบาลดีเด่น) ทำให้เกิดผลเชิงบังคับ ให้เจ้าหน้าที่ของหลายพื้นที่ ตัดสินใจถ่ายโอน เพราะไม่ต้องการถูกย้ายออกนอกพื้นที่
- 1.2. ไม่พบการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ ของเจ้าหน้าที่/ผู้บริหาร ของท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอน โดยเฉพาะปลัด อบต/เทศบาล และท้องถิ่นจังหวัด เพื่อให้เกิดความเข้าใจในลักษณะเฉพาะของหน้าที่ของสถานีนามัย การเตรียมความพร้อมเรื่องระเบียบการเงิน และ การบริหารบุคคล รวมถึงการเตรียมการเพื่อรองรับการมีส่วนงานใหม่ ของบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอยู่เดิม ฯลฯ
- 1.3. การทำงานของสถานีนามัยในพื้นที่ถ่ายโอนส่วนใหญ่ ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงหรือแตกต่าง ไปจากการสภาพทำงานก่อนการถ่ายโอน

1.3.1. ในเชิงกายภาพ การโอนไปอยู่กับท้องถิ่น ภาพลักษณ์ มีทั้งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์ และ อาคารสำนักงานใหม่ อย่างไรก็ดี เกินครึ่งยังอยู่ในสภาพเดิม ในจำนวนนี้ ส่วนหนึ่งกำลังรอกงบประมาณสนับสนุน จากกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น ในส่วนที่มีการเปลี่ยนแปลงชัดเจน

1.3.2. ในแง่บทบาทการทำงาน ซึ่ง แบ่งเป็น 3 บทบาทหลัก คือ หนึ่ง งานด้านการรักษาพยาบาล และ ส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรค ในชุมชน ที่เป็นบทบาทหน้าที่หลักทั่วไปของสถานีอนามัย สอง งาน ตามนโยบายหรือโครงการที่ต้องทำร่วมกับส่วนงานอื่นๆ ในท้องถิ่น (เช่น งานรณรงค์ งานบริการ เคลื่อนที่ งานช่วยเหลือ เช่น น้ำท่วม) และ สาม งานที่เป็นการคิดค้น ริเริ่มของเจ้าหน้าที่ ที่เป็นไปตามความสนใจ หรือเพื่อตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพของท้องถิ่น พบว่า

- 7 แห่ง ที่สามารถดำเนินบทบาททั้งสามได้อย่างเต็มที่ อย่างน้อยสองแห่ง สามารถมีแพทย์ ให้บริการประจำ เปิดคลินิกนอกเวลา ขยายบริการด้านทันตสุขภาพ ประมาณ 12 แห่ง (รวม 7 แห่งแรก) มีบริการนวดแผนไทย และ กายภาพบำบัด บางแห่ง มีโครงการเชิงรุก เพื่อตอบ โจทย์ในพื้นที่ และมุ่งไปยังกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในชุมชนหลายโครงการ โดยทั้งหมดได้รับการ สนับสนุนจากท้องถิ่นอย่างเต็มที่ หนึ่งแห่ง ก้าวเข้าสู่การเป็นโรงพยาบาลชุมชน
- อย่างไรก็ดี ประมาณ 16 แห่ง ลักษณะงาน ไม่ต่างจากบทบาทสถานีอนามัยทั่วไป และไม่ แตกต่างอย่างชัดเจน จากก่อนและหลังถ่ายโอน คือ งานรักษาในสถานีอนามัย งานเชิงรุกกับ กลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่เพิ่มเติมเข้ามา คือ การทำงานตามนโยบายของท้องถิ่นที่ต้องร่วมกับ ส่วนงานอื่นๆ ของเทศบาล/อบต. เกือบทั้งหมดยังยึดงานและเป้าหมายตามกระทรวง สาธารณสุข (โดยสมัครใจ) ส่งรายงาน ข้อมูล ให้กับอำเภอ โดยมีเหตุผลทั้งในทางสังคม (ไม่ ต้องการถูกกดดัน เพราะพื้นที่ไม่ถึงเป้า) เหตุผลทางวิชาการ (เพื่อให้ทัดเทียม รพสต. ในพื้นที่ ข้างเคียง จะได้ไม่ตกกระแส) และเหตุผลด้านทรัพยากร (เงิน สบสข)

1.4. อัตรากำลัง ในภาพรวม สถานีอนามัย 25 แห่ง จาก 28 แห่ง ได้รับการสนับสนุนด้านอัตรากำลัง จาก ท้องถิ่น โดยส่วนใหญ่ เป็นตำแหน่งฝ่ายสนับสนุน (ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ฯ ด้านการเงิน การบันทึกข้อมูล เจ้าหน้าที่ธุรการ คนสวน แม่บ้าน) มีจำนวนไม่น้อย ที่ท้องถิ่นมีการเปิดกรอบอัตรา หรือรับโอน จาก ท้องถิ่นอื่นๆ หรือเข้ามาจากกระทรวงสาธารณสุข หรือเปิดตำแหน่งให้กับนักเรียนทุนที่ท้องถิ่นส่งเรียน มี สถานีอนามัยถ่ายโอน 4 แห่ง ที่มีจำนวนเจ้าหน้าที่รวมกันทั้งหมด (ทั้งที่ถ่ายโอนและท้องถิ่นจ้าง) มากกว่า 10 คน

- 1.5. อย่างไรก็ดี หากมองจากเต็มกรอบอัตรากำลัง ที่กำหนดไว้แต่แรกถ่ายโอน 5 ตำแหน่ง(นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงาน 2 ตำแหน่ง และ ทันตภิบาล) ในภาพรวม ยังคงเป็นปัญหาเนื่องจากยังกรอบอัตราที่ว่าง หาคณบรรจุไม่ได้ หรือท้องถิ่น ยังไม่สามารถจัดการหาคนมาลงได้ ซึ่งนับจากปีแรกที่ถ่ายโอนจนถึงปัจจุบัน มีเพียง 3 แห่ง จากทั้งหมด 28 แห่ง ที่มีการบรรจุเจ้าหน้าที่ลงครบทุกตำแหน่ง ขณะที่แต่ยังมีอีกประมาณ 59 ตำแหน่ง ที่ยังว่างอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่คือ ตำแหน่งทันตภิบาล และ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน
- 1.6. มีสถานีนามัย 4 แห่ง ที่ยังคงมีเจ้าหน้าที่ทำงานคนเดียว นับตั้งแต่การถ่ายโอน แห่งที่หนึ่ง เจ้าหน้าที่ ที่ถ่ายโอนมาพร้อมสถานีนามัย ย้ายไปท้องถิ่นอื่น เหลือพยาบาลจากโรงพยาบาลมาช่วยดูแลสถานีนามัย ชวชนอกเวลาราชการ แห่งที่สอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่โอนย้ายมาคนเดียวตั้งแต่ต้น ขอย้ายกลับกระทรวงสาธารณสุข สถานีนามัยจึงเหลือเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข ที่ท้องถิ่นส่งไปเรียนแต่ยังรอการบรรจุ ดูแล แห่งที่สามและสี่ มี เจ้าหน้าที่คนเดียว ทำงานมาตั้งแต่ถ่ายโอน สถานีนามัยอีก 5 แห่ง มีเจ้าหน้าที่ 2 คน เนื่องจากไม่มีการบรรจุเพิ่ม และเพราะข้าราชการที่โอนย้ายมาเกษียณ หรือ ย้ายออกไปยังท้องถิ่นอื่น
- 1.7. งบประมาณ และการบริหารบุคคล
- 1.7.1. ในภาพรวม สถานีนามัยถ่ายโอน ไม่มีที่ใด ที่มีปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร โดยเฉพาะ งบประมาณ แหล่งงบประมาณสำคัญมาจาก 5 แหล่ง คือ กองทุน สปสช เงินจัดสรรจาก CUP (Fixed cost) เงิน On Top จาก สปสช เงินจากท้องถิ่น (ผ่านการตั้งงบประมาณประจำปีตามเทศบัญญัติ) เงินบำรุงที่สะสมไว้ และงบฯ สนับสนุนจากกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งหมดนี้ มีใช้ว่าทุกสถานีนามัยถ่ายโอน จะได้เงินจากทุกแหล่ง หลายแห่งถูกตัดเงิน Fixed cost จาก CUP หลายแห่ง มีอัตรากำลังไม่ครบ ทำให้ไม่เข้าเกณฑ์การสนับสนุน ขณะที่อีกหลายพื้นที่ ท้องถิ่น ไม่มีการจัดสรรเงินงบประมาณให้
- 1.7.2. ปัญหาการบริหารงานบุคคล การเทียบตำแหน่ง การพิจารณาชั้น ความดีความชอบ และการได้รับ โบนัส ในภาพรวม ยังคงมีปัญหาไม่ต่างจากเดิมมากนัก นั่นคือ ความไม่ชัดเจนอันเนื่องมาจากการตีความระเบียบที่แตกต่างกัน ทั้งในพื้นที่เดียวกันแต่ต่างระดับการบริหาร (ระดับปดศเทศบาล ท้องถิ่น จังหวัด จนถึงส่วนกลาง) ทำให้เกิดความสับสน และนำไปสู่การเสียสิทธิประโยชน์ ที่ควรได้ นอกจากนี้ ยังพบการตีความระเบียบทั้งเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล และระเบียบการเงินที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ อย่างไรก็ดี หลายปัญหาแม้จะยังคงอยู่ แต่ก็มีมีการปรับตัว ปรับใจ ปรับความคาดหวัง ของ

เจ้าหน้าที่ ทำให้ยอมรับกับปัญหา และหาทางออกผ่านการปรึกษาหารือกันในเรื่องถ่ายโอนสถานีนามัย
ถ่ายโอนด้วยกันมากขึ้น

- 1.8. ข้อขัดข้องในเชิงระบบ และ การตีความ เพื่อแก้ปัญหา การถ่ายและเทียบโอนตำแหน่ง ยังคงเป็นปัญหาไม่
ต่างจากเดิม ความล่าช้าในการตีความ การดำเนินเรื่องไป-มา ปัญหาการไม่เปิดกรอบอัตราของรับ ฯลฯ
ทำให้การเลื่อนตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ ยังคงชะงักงัน ไม่มีความคืบหน้า และถูกมองว่าเสียเปรียบ
เมื่อเทียบกับเจ้าหน้าที่ระดับเดียวกัน ที่ยังคงอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข หลายคนต้องการปรับไปเป็น
ตำแหน่งบริหารในองค์กรท้องถิ่น แต่ก็ยังต้องทำหน้าที่บริการในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติ ให้บริการ
รักษาพยาบาล พร้อมๆ กับเสียสิทธิการได้รับเงินค่าตำแหน่ง ระยะเวลาๆ เกิดความสับสนในการตีความ
ในกรณีของการเปลี่ยนตำแหน่งสู่สายงานบริหาร ใน อบท (เช่น ถูกแต่งตั้งเป็นรองปลัดฯ หรือหัวหน้าส่วน
ฯ) จะรับเงินเดือนจากที่ใด และ ตำแหน่งยังคงอยู่หรือไม่
- 1.9. การเลื่อนขั้นเงินเดือน การเลื่อนชื่อ การเปลี่ยนตำแหน่ง ยังคงพบมีปัญหาในหลายพื้นที่ การตีความที่
แตกต่างกันของผู้รับผิดชอบ ทำให้เจ้าหน้าที่ฯ ยังคงต้องวิ่งเรื่องเอง ฐานเงินเดือนของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขที่สูงกว่าข้าราชการอื่นๆ ของท้องถิ่นมาก ทำให้กินเงินเดือนมากกว่าข้าราชการส่วนอื่น
หรือต้องเกลี้ยชั้น ทำให้ได้เลื่อนขั้นน้อยกว่าที่เคยอยู่หน่วยงานเดิม แต่เวลาที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ทำให้
เจ้าหน้าที่ถ่ายโอนส่วนมาก เรียนรู้ที่จะวางท่าทีและความคาดหวังดีขึ้น ยอมรับได้มากขึ้น
- 1.10. สถานะของสถานีนามัยถ่ายโอน และ การรับรู้ต่ออัตลักษณ์ของตนเอง ของเจ้าหน้าที่ในภาพรวม สถานะ
ของสถานีนามัยถ่ายโอน และเจ้าหน้าที่ ที่ถ่ายโอน ดูเหมือนจะตกอยู่ตรงชายขอบของสองพื้นที่ คือ พื้นที่
ของสาธารณสุข และ พื้นที่ของท้องถิ่น เมื่อต้องสัมพันธ์กับระบบสาธารณสุขเดิม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ของสถานีนามัยถ่ายโอน จะมีภาพที่หลากหลาย ตั้งแต่ “พี่น้องสาธารณสุขเหมือนเดิม” จนถึง “คนของ
ท้องถิ่น” หรืออาจเลวร้ายถึง “พวกกบฏ พวกมีปัญหา” ขณะที่ ในสายตาข้าราชการของท้องถิ่น
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ “ข้าราชการถ่ายโอน” ที่ไม่ใช่ลูกหม้อ
- 1.11. การสนับสนุนจาก CUP และความสัมพันธ์กับระบบสาธารณสุข ที่ย้ายจากมา พบว่ามีหลายแบบ แต่
ส่วนมาก สถานีนามัยและเจ้าหน้าที่ถ่ายโอน ยังคงมีความสัมพันธ์ที่ดี กับ ระบบสาธารณสุขเดิม ทั้งในแง่
การรับเอาเป้าหมายและตัวชี้วัดการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข การรวบรวมข้อมูลและส่งรายงานให้
หรือการร่วมในกิจกรรมการให้บริการอื่นๆ มีส่วนหนึ่ง ที่ยังคงสัมพันธ์ที่ดี แต่ด้วยท่าทีที่เป็นตัวของตัวเอง
(เช่น ไม่ยอมรับทุกตัวชี้วัด หรือโครงการ หรือส่งข้อมูลให้เฉพาะที่เห็นด้วยว่าเป็นประโยชน์) มีส่วนหนึ่ง
เช่นเดียวกัน ที่ความสัมพันธ์เล็กๆ เป็นไปอย่างเฉยชา เนื่องจากการมีอดีตที่เป็นภาพลบ จากการถูกใช้ท่าที

ถูก หรือเหยียดหยาม ของเจ้านาย หรือเพื่อนร่วมงาน บางส่วน ในระยะการตัดสินใจถ่ายโอนมาอยู่กับท้องถิ่น

1.12. การยังคงความสัมพันธ์ที่ดีกับระบบเดิม มีที่มาจากหลายเหตุปัจจัย ส่วนมากเป็นเพราะ การมีความสัมพันธ์ส่วนตัวที่ดีอยู่เดิม หลายคนเป็นคนเก่งที่เป็นคนในระบบเดิม ที่ยังต้องพึ่งพา ช่วยเหลือกัน (ตรงนี้หลายคนบอกว่า หากมีการเกษียณหรือย้ายกันไป ความสัมพันธ์ใกล้ชิดเช่นนี้ จะไม่มีเช่นเดิม) อีกส่วนหนึ่งเพราะ สถานื่อนามัยที่โอนย้าย ต้องพึ่งพาระบบการทำงาน และตัวชี้วัด เพื่อสร้างกรอบและระบบการทำงานให้กับตนเอง (เพราะท้องถิ่นยังไม่มีระบบเหล่านี้)

1.13. ในบางพื้นที่ การคัดการสนับสนุนสถานื่อนามัยถ่ายโอน ของ CUP สะท้อนวิธีคิดที่คับแคบ ของผู้บริหาร CUP และก่อให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมกับประชาชน และอาจเกิดผลกระทบในระบบสุขภาพ

1.14. การพัฒนาทางด้านวิชาการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร ผ่านการฝึกอบรม การประชุมวิชาการ หรือ การศึกษาต่อ แตกต่างกันไปแต่ละพื้นที่ แต่ภาพรวมๆ ยังเป็นปัญหา

- ในภาพรวม โอกาสในการเข้าร่วมประชุมอบรม ทางวิชาการ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานื่อนามัยถ่ายโอน ลดลง และจำกัดมากขึ้น ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์กับระบบสาธารณสุขเดิม และ ระบบการบริหารของท้องถิ่น
- โอกาส ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร โศดา หรือ การสนับสนุน ในการอบรมทางวิชาการ ผ่านทางระบบเดิม คือ กระทรวงสาธารณสุข เกือบทั้งหมดขึ้นกับความสัมพันธ์ส่วนตัว หรือ การชวนขายเองของเจ้าหน้าที่ หากระบบสาธารณสุขในพื้นที่ เห็นว่า เป็นสถานบริการหรือคนของท้องถิ่น ก็จะไม่ให้โศดาให้ ขณะเดียวกัน หากท้องถิ่นใด ไม่มีการจัดสรรงบประมาณ เพื่อการประชุม ฝึกอบรม หรือ เรียนต่อได้เฉพาะหรือชัดเจน โอกาสในการพัฒนาทางวิชาการ ก็แทบเป็นศูนย์ (หลายพื้นที่ ต้องใช้ช่องทางส่วนตัว เอาชื่อตัวเองแทรกคนอื่นของ สร ที่ไม่ว่าง หรือใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้บริหารในจังหวัด เพื่อให้มีโอกาสเข้ารับการอบรม)

1.14.2. ความสัมพันธ์ ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับ ผู้บริหารและการเมืองท้องถิ่น แตกต่างกันไปมาก มีตั้งแต่ สัมพันธ์ที่ดี เป็นทีมงานที่เข้มแข็ง จนถึงอยู่ร่วมกันได้ดี และ การเป็นฝ่ายตรงข้ามทางการเมือง ตัวแปรที่กำหนดความสัมพันธ์ดังกล่าว มาจากทั้งบรรยากาศและบริบททางการเมืองในท้องถิ่น บุคลิกภาพ การปรับตัว และ ความคาดหวังต่อชีวิตและการทำงานของเจ้าหน้าที่

- มีพื้นที่ถ่ายโอนมากกว่า 4 แห่ง ที่ผู้บริหารท้องถิ่น เป็นผู้นำที่เก่ง เข้มแข็ง มีวิสัยทัศน์ทางการบริหาร เป็นนักการเมืองรุ่นใหม่ ขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะหัวหน้าสถานีอนามัย มีความสามารถทั้งทางวิชาการและการบริหาร ปรับตัวกับบริบทการเมืองท้องถิ่นได้ดี มีจุดยืนของตนเอง ฯลฯ สองพื้นที่นี้ ทำให้ภาพการถ่ายโอนสถานีอนามัย เพื่อการตอบโจทย์ปัญหาของท้องถิ่น ในอุดมคติ เป็นรูปธรรมได้จริง
- อีกสองพื้นที่ เป็นภาพของการไม่เข้ากันของเจ้าหน้าที่ กับ การเมืองท้องถิ่น แห่งแรก เป็นวัฒนธรรมการบริหารคน บริหารงาน แบบท้องถิ่น ทำให้เกิดปัญหาความคล่องตัว ในการบริหาร คนที่ถูกส่งมาบรรจุทำงานที่สถานีอนามัยโดยผู้บริหารท้องถิ่น เกิดความไม่คล่องตัว เรื่องการใช้งบประมาณ การบริหารกองทุน สปสช ปัญหาการเลื่อนขั้นและเทียบตำแหน่ง ฯลฯ ขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัยนี้ คือ คนหนึ่ง อยากย้ายออก ขณะที่หัวหน้าสถานีอนามัย ที่รักษาการหัวหน้ากองสาธารณสุขฯ ต้องการลาออกจากรักษาราชการ ๖ แล้วกลับมาทำงานบริการที่สถานีอนามัย รวมถึง คิดว่าจะลงการเมืองเองบ้างในอนาคต หลังครบอายุการทำงานและได้รับบำนาญ แห่งที่สอง เป็นความขัดแย้งทางการเมืองที่ชัดเจน โดยคนใกล้ชิดของหัวหน้าสถานีอนามัยกำลังลงแข่งขันทางการเมืองกับ ผู้นำท้องถิ่นคนปัจจุบัน ด้วยเหตุผลเพื่อต้องการ การเปลี่ยนแปลง ซึ่ง หากผลการแข่งขัน ไม่เปลี่ยนแปลง (ผู้นำคนปัจจุบันยังคงได้รับเลือก) ปัญหาการทำงานของพื้นที่ จะยังมีอีกมาก และ ย่อมมีผลกระทบต่อบริการที่จะให้กับประชาชน สภาพขวัญกำลังใจ ของเจ้าหน้าที่ฯ มีทั้งที่ถดถอย ทำใจ และ เตรียมหนี ทั้งสองพื้นที่นี้ เป็นภาพตรงข้ามของอุดมคติ การกระจายอำนาจสุขภาพสู่ท้องถิ่น
- ในพื้นที่ๆ เหลือ ความสัมพันธ์เป็นแบบกลางๆ ไม่ถึงกับดีมาก แต่ก็ไม่เป็นปัญหา การทำงานสาธารณสุขในพื้นที่ เป็นไปได้ดี ตามที่ควรจะเป็น ทั้งการรักษา การควบคุมป้องกันโรค ในชุมชน ปัจจัยหลักๆ มีทั้งที่การเมืองท้องถิ่นไว้ใจ ไม่เข้ามายุ่งกับงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการระมัดระวังและวางตัว ในตำแหน่งที่เหมาะสม ทั้งทางวิชาการ และการบริหาร เหตุผลอีกส่วนหนึ่ง มาจากการกำหนดท่าทีและความคาดหวังของเจ้าหน้าที่ ที่ต้องการจะลงเอยชีวิตการทำงานที่ท้องถิ่น เพราะใกล้บ้าน และเหตุผลทางครอบครัวอื่นๆ เมื่อคาดหวังเช่นนั้น การปรับตัวต่องานและวัฒนธรรมการบริหาร/การเมืองท้องถิ่น ก็เป็นอุปสรรคน้อยลง
- บริบทของท้องถิ่น โดยเฉพาะวัฒนธรรมองค์กร และพฤติกรรมของการเมืองท้องถิ่น แม้จะมีเจ้าหน้าที่บางพื้นที่ เห็นว่า เป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ ในพื้นที่ถ่ายโอน หรือต้องการจะถ่ายโอน ต้อง

ถูกเตรียม ให้เรียนรู้ที่จะปรับตัว (และควรจะเตรียมสำหรับพื้นที่ถ่ายโอนรุ่นแรก แต่ไม่ได้เตรียม) และแสดงให้เห็นในบางพื้นที่ว่า หากทำได้ จะประสบความสำเร็จ แต่หลายทักษะ ก็จำนนต่อความเห็นว่า บริบทการเมืองท้องถิ่น โดยเฉพาะในระดับตำบล เป็นสถานะ ที่เลือนไหล และ มีความไม่แน่นอนสูง (หลายครั้ง เป็นการสวนทางระหว่างการทำงานตามหลักวิชาการทาง การแพทย์ กับ การทำงานเพื่อสร้างคะแนนเสียง) และการหวังให้เจ้าหน้าที่ต้องอาศัยศักยภาพส่วนตัว ในการปรับตัว โดยไม่มีกลไกเชิงระบบ ที่สร้างความมั่นคง แน่ใจ ให้กับการทำงาน หรือการบริหารจัดการ ซึ่งเคยมีระบบสาธารณสุขหลัก (เช่น การบริหารบุคคล วิชาการ วิชาชีพ ฯลฯ) ความหวังที่จะเห็นความสำเร็จที่ยั่งยืน ของการถ่ายโอนภารกิจสุขภาพ สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในระดับล่างสุดเช่นนี้ ดูจะเป็นจริงได้ยาก

- 1.15. การรับรู้อัตลักษณ์ของตนเอง ของเจ้าหน้าที่ฯ ถ่ายโอน เป็นอีกปรากฏการณ์หนึ่งที่น่าสนใจ การอยู่ในพื้นที่ชายขอบ ทำให้คำตอบของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่นับว่า ไม่แน่ใจว่าเป็นคนของสาธารณสุข หรือของท้องถิ่น หลายคนตอบว่ารู้สึก แปลกแยก เมื่อยามเข้าประชุมร่วมกับ เจ้าหน้าที่ รพสต หรือ โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะความรู้สึกเป็นคนอื่น เมื่อยามที่มีการมอบหมายงานตามนโยบาย แต่พื้นที่ถ่ายโอนถูกตัดออกจากการเป็นพื้นที่เป้าหมาย หลายคน เปรียบเทียบตนเอง ว่า เป็นลูกสาวที่แต่งงานออกเรือน แล้วถูกพ่อแม่ตัดหางทิ้ง ทำให้ขาดความมั่นคง ไม่มีความสุข หลายคนสับสน ฯลฯ
- 1.16. การรับรู้เกี่ยวกับตัวตนและสถานะปัจจุบัน ของหลายคน เกี่ยวพันกับ ความเป็นมาและกระบวนการก่อนการตัดสินใจ ถ่ายโอน
 - 1.16.1. ในกลุ่มคนที่ชัดเจน มุ่งมั่นที่จะถ่ายโอน เพราะไม่มีความสุขกับระบบสาธารณสุขเดิม หรือมีเป้าหมายอื่น เช่น การเปลี่ยนชีวิตสู่การเมืองท้องถิ่น กลุ่มนี้ ค่อนข้างชัดเจน ปรับตัวได้ดี หรือเห็นหน้าต่อ
 - 1.16.2. กลุ่มใหญ่คือ กลุ่มที่การตัดสินใจ เป็นไปเพราะข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ด้วยการโน้มน้าว ชักจูงของผู้บริหาร ด้วยเห็นแต่ด้านบวก เช่น โบนัส และโอกาสในการทำงานที่ดีและเป็นประโยชน์มากกว่า และที่สำคัญคือ ด้วยความเข้าใจว่า การถ่ายโอนครั้งนี้ เป็นการนำร่อง สามารถโอนกลับได้หากไม่พึงพอใจ เมื่อครบ 2 ปี กลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่ดูจะอยู่ในภาวะเคืองกว้างกว่ากลุ่มแรก
 - 1.16.3. กลุ่มที่ตัดสินใจโอนย้าย ด้วยเหตุผลอื่นๆ เช่น “อยากอยู่ใกล้ครอบครัว” “ลองดู” “ไม่คิดมาก ไปตายตาบหน้า” ฯลฯ กลุ่มนี้ ไม่มีปัญหามากนัก กับ การตั้งคำถามเรื่องตัวตน

1.16.4. อย่างไรก็ตามก็ดี ภาพที่มีต่อตนเองของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ถ่ายโอนเหล่านี้ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลง ไปในทิศทางที่ดีขึ้น ยอมรับความจริงได้มากขึ้น ในบางพื้นที่ การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ทำให้บริบทการทำงานดีขึ้น ทำให้เกิดความเข้าใจธรรมชาติของการทำงานในระดับท้องถิ่นมากขึ้น ส่วนใหญ่ของไปข้างหน้า มากกว่าจะหันหลังกลับ

1.17. มองในเชิงผลกระทบของการถ่ายโอนสถานีนอนาัยสู่ท้องถิ่น ต่อสุขภาพของประชาชน การเข้าถึงบริการความเป็นธรรม งานวิจัยนี้ ไม่สามารถให้คำตอบได้อย่างเป็นระบบ แต่หากอนุมานจากรูปธรรมของการถ่ายโอนที่เกิดขึ้นจริง คงกล่าวได้ว่าผลกระทบจะแตกต่างกันไปตามพื้นที่ ในพื้นที่ๆ การถ่ายโอนเป็นไปอย่างราบรื่น ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำท้องถิ่น สามารถจับมือกันได้อย่างดี มักก่อให้เกิดบริการสุขภาพที่หลากหลาย เข้าถึงได้ง่าย ตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง และงานส่งเสริมสุขภาพกับกลุ่มอื่นๆ มีแพทย์ให้บริการ ฯลฯ แต่พื้นที่ถ่ายโอนส่วนใหญ่ รูปแบบบริการไม่แตกต่าง ไปจากเดิม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ภาพรวมสถานการณ์และความสำเร็จ ของสถานีนอนาัยถ่ายโอนทั้ง 28 แห่ง หลากหลาย แตกต่าง แขนงจะไม่เหมือนกันเลย แม้ว่าหลายแห่งจะยังคงมีปัญหการบริหารเดิมๆ แต่ส่วนใหญ่ก้าวรุดไปข้างหน้า การปรับตัวได้ทั้งฝ่ายเจ้าหน้าที่และผู้บริหารท้องถิ่น เริ่มชัดเจนขึ้น ภาพความสำเร็จตามอุดมคติ คือ การตอบโจทย์สุขภาพของท้องถิ่นที่ตรงจุด มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ทรัพยากรพร้อม และ มีความสนุก ทำทายใหม่ๆ สำหรับคนทำงาน มองเห็นได้ชัดเจน ในหลายพื้นที่ กระนั้นก็ตาม การก้าวไปข้างหน้าอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพขึ้น มีหลายก้าวที่ต้องเดิน

1.2 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และ กระทรวงสาธารณสุข ควรถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบสำคัญ ในการร่วมกันสร้างนโยบายหรือกลไกพิเศษ ที่จะให้มีการบรรจุคนลงในตำแหน่งที่ว่างของสถานีนอนาัยถ่ายโอน โดยเร็วที่สุด และอย่างจริงจัง เพื่อให้สถานีนอนาัยถ่ายโอนส่วนใหญ่ มีกำลังคนมากเพียงพอ ที่จะก้าวข้ามระยะเปลี่ยนผ่านไปได้ อย่างประสบผลสำเร็จ โดยอาจจะให้มีการสำรวจจำนวนอัตราที่ว่าง และ ความต้องการของท้องถิ่น พร้อมทั้งประกาศรับสมัครในส่วนกลาง โดยให้ความสำคัญกับการเลือกบรรจุนักเรียนทุนกระทรวงสาธารณสุข ที่ยังไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ หรือ ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตรงตามตำแหน่งว่าง และมีความประสงค์จะกลับภูมิลำเนา หรือ ทำงานกับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ก่อน เป็นต้น

1.3 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ควรเป็นเจ้าภาพ ในการสร้างระบบหรือกลไกเพิ่มเติม ที่จะช่วยให้การใช้ระเบียบการบริหารงานบุคคล และการเงิน ต่างๆ มีความชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร สามารถเข้าถึงได้

เพื่อลดปัญหาการตีความที่แตกต่างกันของผู้ปฏิบัติระดับต่างๆ อันเป็นที่มาของความล่าช้า การเสียโอกาส และความไม่เป็นธรรม ทั้งนี้ โดยให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยถ่ายโอน ปลัด อบต/เทศบาล ท้องถิ่นจังหวัด ช่วยกันรวบรวมปัญหาการบริหารงานบุคคล และการเงิน ต่างๆ ที่เคยประสบมา และแนวทางการตีความ หรือหาทางออก (ซึ่งมีการแลกเปลี่ยน รวบรวมอยู่แล้วในการประชุมประจำปีของสถานีอนามัยถ่ายโอน ที่ จัดโดยสำนักยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) จากนั้นพิมพ์เป็นคู่มืออ้างอิง สำหรับแจก หรือใส่ในเว็บไซต์ ของกรมฯ และของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงได้

1.4 ก่อนการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุข ครั้งใหม่ ควรให้ความสำคัญมากๆ กับการเตรียมการเพื่อสร้างความพร้อมทั้งกับท้องถิ่น และ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยควรจะมี หนึ่ง มีการสร้าง คู่มือหรือแนวปฏิบัติกลาง (Standard of Practice- SOP) ที่ระบุบทบาทหน้าที่ และสิ่งที่ควรทำ อย่าง ชัดเจน ของ อบต ในการรับโอนสถานบริการ โดยเฉพาะ การบริหารงานบุคคล และงบประมาณ สอง การ ทำคู่มือ หรือ/และการจัดประชุม/อบรม ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะถ่ายโอน ให้เข้าใจ และเตรียมพร้อม เพื่อการทำงานกับองค์กรที่มีระบบและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน สาม การสร้างคู่มือ/การฝึกอบรม สำหรับ บุคลากร/ผู้บริหารของ อบต โดยเฉพาะ ปลัดฯ รองนายก หัวหน้าส่วนงานต่างๆ เพื่อเรียนรู้การอยู่ร่วมกับ องค์กรใหม่ที่จะเข้ามา สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การถ่ายโอนควรเป็นกระบวนการ ที่ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ และทำความเข้าใจ ของทั้งผู้ที่จะถ่ายโอน และ ท้องถิ่นที่รับโอน ไม่ควรเป็นกระบวนการที่เร่งรัด

1.5 สปสช และกระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจน ที่ระบุให้ CUP มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ใน การสนับสนุนทรัพยากร ความรู้ทางวิชาการ และการติดตามดูแล ด้านมาตรฐานบริการ/ทางวิชาการ แก่ สถานีอนามัยถ่ายโอน ทั้งด้วยเหตุผลทางวิชาการ และเหตุผลด้านความเป็นธรรมทางสังคมในการจัดสรร และกระจายทรัพยากร

1.6 ความไม่ต่อเนื่อง และความผันผวน คาดการณ์ยาก ของการเมืองในท้องถิ่น ยังคงเป็นปัจจัยลบ ที่ทำให้ สถานีอนามัย ที่สนใจแต่ถ่ายโอนไปทำงานกับท้องถิ่น ลังเลหรือเปลี่ยนใจ ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยเวลาระยะ ยาว ในการก้าวผ่าน อย่างไรก็ดี ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ควรให้ความสำคัญกับ การสร้างความเข้าใจให้กับทุกฝ่ายในสังคม เช่น กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ในการเรียนรู้การทำงาน การ วางตัว ในบริบทวัฒนธรรมการเมืองท้องถิ่น ที่ควรวางตัวเป็นกลาง ใช้วิชาการนำ และ ยึดประชาชนเป็น หลัก) กับ นักการเมืองท้องถิ่น (ในการมองเห็นสุขภาพของประชาชน เป็นเป้าหมายสุดท้ายของการทำงาน การเมือง) และ สาธารณะโดยเฉพาะสื่อ (ในการมองเห็นแนวโน้มด้านบวกของการพัฒนาทางการเมือง ท้องถิ่น อันเนื่องมาจากคุณสมบัติของนักการเมืองที่มีคุณภาพมากขึ้น ประชาชนในท้องถิ่น ที่มีการเรียนรู้ และเติบโตทางเมืองมากขึ้น)

- 1.7 เกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ ที่จะมีการถ่ายโอนในระยะต่อไป ควรพิจารณาเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่ๆ มากกว่า การได้รับรางวัลธรรมชาติเด่นเป็นหลัก แต่ควรให้ความสำคัญกับความเห็นของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการ ที่จะถ่ายโอน ขนาดพื้นที่/จำนวนหมู่บ้านหรือประชากรรับผิดชอบ ความพร้อมในเชิงงบประมาณของท้องถิ่น ความรู้ ความเข้าใจ และความสนใจของผู้บริหารท้องถิ่นต่อการพัฒนางานด้านสุขภาพ ฯลฯ เป็นต้น พื้นที่ ถ่ายโอน ไม่ควรเลือกที่มีประชากรรับผิดชอบน้อย อยู่ห่างไกลเกินไป (เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ หน่วยงานการ ถ่ายโอนหรือโอนย้ายยาก) หรือมีศักยภาพในการพึ่งตัวเองในด้านทรัพยากรได้น้อย ประการสำคัญคือ สถานบริการที่จะถ่ายโอน ควรมีการจัดการให้มีเจ้าหน้าที่บรรจุเต็มกรอบก่อนหรือทันทีที่ถ่ายโอน เพื่อให้ สามารถขับเคลื่อนงานได้ทันที
- 1.8 ปัญหาและอุปสรรค ที่สถานอนามัยถ่ายโอนทั้งหมดเผชิญอยู่ แม้หลายส่วนยังคงอยู่ แต่ภาพรวมมีแนวโน้ม ค่ขึ้น เจ้าหน้าที่ถ่ายโอน และ ผู้บริหารท้องถิ่น มีการปรับความคิด ปรับตัว ในการอยู่ร่วมกันมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเชิงบริบทที่สำคัญที่ยังคงอยู่ ที่ทำให้การถ่ายโอนในรอบ 4-5 ปีที่ผ่านมา ไม่ราบรื่น คือ การส่งสัญญาณเชิงนโยบายที่ไม่ชัดเจนจากกระตบบน ทำให้เกิดผล ผ่านทางพฤติกรรมเชิงคักค้าน ของ ผู้บริหารระดับจังหวัดและอำเภอ ที่ชัดที่สุดคือด้วยการตัดขาดหรือลดการสนับสนุนทางวิชาการ และ งบประมาณ ของ CUP ในหลายพื้นที่ งานวิจัยนี้พบว่า ความกระต่อนกระต่นของสถานอนามัยถ่ายโอน ในหลายพื้นที่ มีใช่เป็นปัญหาเฉพาะคน เฉพาะพื้นที่ แต่เกี่ยวกับบริบทเชิงโครงสร้างทั้งสิ้น ทางออกในเรื่อง นั้นนอกเหนือจากการเรียกร้อง ความชัดเจนเชิงนโยบายแล้ว การระดมสรรพกำลัง เพื่อช่วยให้สถานอนามัย ถ่ายโอน ในภาพรวม สามารถก้าวผ่านอุปสรรค สู่ความสำเร็จได้ (เช่น การเร่งบรรจุอัตราที่ว่างให้เต็ม โดยเร็ว การสร้างระบบและกลไกแก้ปัญหาการบริหารที่ค้ำคา) นับเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ที่จะทำให้ทุก ฝ่าย โดยเฉพาะสถานบริการอื่นๆ ที่พร้อมจะถ่ายโอน เกิดความมั่นใจ และกล้าที่จะตัดสินใจถ่ายโอนมากขึ้น

บทนำ

การกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุข เป็นกลไกหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพของหลายประเทศ ด้วยฐานความเชื่อว่าจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ ที่ดีขึ้นทั้งด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพและเป็นธรรม โดยมีการยอมรับว่าแม้ผลกระทบจากการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจะพิสูจน์ได้ไม่ชัดเจน แต่ก็เห็นพ้องกันว่า เกิดผลดีต่อระบบสุขภาพมากกว่าผลเสีย (วินัย ลิ้มมิตธี และ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553)

การกระจายอำนาจ ไม่ว่าจะเป็นในความหมายของการกระจายอำนาจทางการบริหาร หรือทางการเมือง และด้วยรูปแบบอันหลากหลาย ที่พบเห็นได้จากประสบการณ์ของหลายประเทศ แต่บทสรุปว่าด้วยผลดี ผลเสียที่เกิดขึ้น ล้วนเกิดความแตกต่างและมีข้อโต้แย้งได้ทั้งสิ้น (ปริศา แด่อารักษ์ นิภาพรณ สุขศิริ และ ราไพ แก้ววิเชียร 2551) เป้าหมายของการกระจายอำนาจที่คาดหวังคือ ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร ที่ทั่วถึงและเป็นธรรมในการตอบสนองความต้องการของพื้นที่ ก็อาจติดตามด้วยปัญหาอื่นที่ตามมา เช่น ปัญหาการไม่ประหยัดในขนาด (Economy of scales) ความเหลื่อมล้ำระหว่างเขตพื้นที่ อาจมีการแทรกแซงทางการเมือง ไม่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพใหญ่ ฯลฯ (ปริศา แด่อารักษ์, 2553)

ปี 2554 นับเป็นปีที่ 10 ของการกระจายอำนาจสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นของประเทศไทย มีการสรุปบทเรียนสำคัญๆ บนเส้นทางของการกระจายอำนาจในภาพรวมไว้อย่างน่าสนใจ

- การดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาจัดว่ายังไม่คืบหน้าและมีอุปสรรคด้าน “ความพร้อม” ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
- บุคลากร สธ. อยู่ในภาวะที่หวั่นไหวเรื่องความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงานและการสนับสนุนทางวิชาการ
- มีการถ่ายโอนสถานีนอนมายไปแล้ว 28 แห่ง ส่วนใหญ่สามารถดำเนินงานได้เช่นเดิมแต่พบปัญหาด้านระเบียบต่างๆและการประสานงานกับหน่วยบริการอื่นๆในระยะแรกพบว่าอปท.สามารถบริหารจัดการต่อจากสธ.ได้การสนับสนุนจากระดับท้องถิ่นพบว่าส่วนใหญ่ “เหมือนเดิมหรือดีขึ้น” คุณภาพการบริการประชาชนยังไม่พบว่าแตกต่างจากเดิมเนื่องจากเพิ่งเริ่มโอนไป อปท.
- ในส่วนที่ดำเนินการถ่ายโอน สอ. ไป อปท.แล้วพบว่าด้านศักยภาพของ อปท. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพนั้น อปท. ที่รับการถ่ายโอนสถานีนอนมายรวมทั้งเทศบาลที่มีการดำเนินการศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่ของประชาชนได้ระดับหนึ่ง แต่จะมีข้อจำกัดเรื่องการประสานงานระหว่างพื้นที่ การส่งต่อ ส่งกลับ การสนับสนุนวิชาการและการโยกย้ายของบุคลากร
- ความสำเร็จในการถ่ายโอนที่ผ่านมาของแต่ละแห่งขึ้นอยู่กับบริบท สถานการณ์ เงื่อนไข ปัจจัยต่างๆของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งความสัมพันธ์ที่ต่อกันของสถานีนอนมายและอปท./เทศบาลทั้งก่อนถ่ายโอนและการอยู่ร่วมกันเนื่องจากงานบริการสาธารณสุขต้องอาศัยความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาวิชาชีพ ในขณะที่ อปท. ส่วนใหญ่ มีความพร้อมด้านงบประมาณสนับสนุนแต่ขาดองค์ความรู้ด้านการบริหาร การแพทย์และสาธารณสุข

- สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วคือ อบท. หลายแห่งที่พร้อมจะดำเนินการแต่เมื่อการถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุขไม่ราบรื่น หรือล่าช้า อบท.หลายแห่งจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขของตนเองขึ้นเพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน
- ปัจจุบันแนวนโยบายการกระจายอำนาจยังเน้นไปที่การถ่ายโอนสถานบริการเป็นหลักแต่ในความเป็นจริงภายใต้บริบทการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมีประสบการณ์จริงในประเทศไทยอยู่แล้วและ อบท.ได้เข้ามาดำเนินการหรือมีส่วนร่วมในการดำเนินการในหลายรูปแบบเช่น 1) การจัดบริการสุขภาพโดยสถานบริการของเทศบาลและ กทม. 2) โรงพยาบาลองค์การมหาชน (บ้านแพ้ว) 3) การจัดการด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม 4) การส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ 5) อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต 6) กองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่เป็นต้นซึ่งมีรูปแบบหลากหลายที่สามารถต่อยอดหรือเลือกดำเนินการต่อไปได้
- หนึ่งในข้อขัดแย้งและข้อกังวลของผู้มีส่วนได้เสีย ก็คือทัศนคติหรือความเข้าใจต่อแนวคิดหลักการและรูปแบบการกระจายอำนาจที่แตกต่างกันระหว่างส่วนราชการ อบท. และภาคประชาชน (ฝ่ายคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเน้นการถ่ายโอนสถานบริการและความเป็นเจ้าของสถานบริการฝ่ายสธ. เห็นว่ายังมีรูปแบบอื่นๆที่สอดคล้องกับการกระจายอำนาจโดยไม่จำเป็นต้องโอนสถานบริการขณะที่ประชาชนเน้นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม) (สวรศ 2554 Mind the Gap- ลดช่องว่างสร้างความเป็นธรรม)

บทสรุปข้างต้น ทำให้เห็นว่า 10 ปี ของการกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไปได้ไม่มาก เหตุผลสำคัญคือ ความไม่ชัดเจนทางนโยบาย ที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายเป็นไปอย่างล่าช้า ไร้พลัง ในสถานการณ์เช่นนี้ หากจะมีคำถามว่า การวิจัยจะมีบทบาทได้มากน้อยเพียงใด ในการช่วยผลักดัน สร้างความชัดเจน และหนุนเสริมการดำเนินนโยบายฯ ของผู้ที่เกี่ยวข้อง คำตอบน่าจะอยู่ที่ สามประการต่อไปนี้

หนึ่ง องค์ความรู้ในเชิงปรัชญาแนวคิดของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่น - ประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นช่องว่างทางความรู้ เกี่ยวกับปรัชญา แนวคิด และรูปแบบ การกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพฯ ความรู้ในเรื่องนี้มีการสะสมเรื่อยมา ในตลอด 10 ปีหลังการประกาศนโยบาย ปัญหาของภาวะหยุดยั้งในเชิงนโยบายปัจจุบัน มิได้อยู่ที่การขาดข้อมูล/ความรู้ แต่เป็นเหตุผลเชิงการเมือง เรื่องนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมากกว่าจะเป็นอย่างอื่น (ปริธา แต่อารักษ์, นิภาพรณ สุขสิริ, ราไฟ แก้ววิเชียร, กิรณา แต่อารักษ์ 2551; จิรบุรณ โตสงวน, ศิริวรรณ พิชยรังษณภู, หทัยชนก สุมาลี 2553; บวรศักดิ์ อุวรรณโณ 2553 ปริธา แต่อารักษ์ 2553)

สอง องค์ความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นรูปแบบต่างๆ - ประเทศไทยยังมีช่องว่างของความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินนโยบายการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เกิดจากการเรียนรู้ประสบการณ์จริง ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับการถ่ายโอนสถานอนามัย 28 แห่ง และรูปแบบขององค์กรมหาชน (ที่มีแห่งเดียวคือ รพ บ้านแพ้ว) เป็นเพียงประสบการณ์อันจำกัด และไม่เพียง

พอที่จะขับเคลื่อนนโยบายที่หลากหลายขึ้นกว่านั้น เหตุผลสำคัญเกิดจาก การยังไม่มี การดำเนินนโยบาย อย่างเป็นรูปธรรม ที่จะให้มีประสิทธิภาพ/บทเรียนการกระจายอำนาจรูปแบบต่างถูกนำมาศึกษา หรือ ถอดบทเรียนอย่างเป็นระบบ

สาม แม้ว่าในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา การขับเคลื่อนนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจากส่วนกลาง คือ กระทรวงสาธารณสุข จะยังไม่ความก้าวหน้าชัดเจน แต่ในพื้นที่หลายแห่ง กลับมีการเคลื่อนไหวเพื่อการ บริหารจัดการชีวิตและสุขภาพตนเอง ที่เป็นจุดเล็กๆ เกิดขึ้นมากมาย โดยเฉพาะที่เป็นการลุกขึ้นมาของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต เทศบาล เครือข่ายสุขภาพและกลุ่มต่างๆในชุมชน โดยมีพลัง ขับเคลื่อนสำคัญคือ สปสช และ สสส ผ่านรูปแบบ เช่น กองทุนสุขภาพตำบล การขับเคลื่อนแผนสุขภาพ ตำบล ประเทศไทยโมเดล ฯลฯ ความเคลื่อนไหวเหล่านี้ แม้จะจำกัดในระดับพื้นที่เล็กๆและกระจาย แต่ก็เข้มข้นด้วยเนื้อหา และ พลัง รวมทั้งกำลังเกาะเกี่ยว เป็นเครือข่าย ที่กว้างขวาง มากขึ้น นอกจากนี้ ทิศทางของนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพสต) ของรัฐบาลปัจจุบัน ที่มีแนวโน้มจะเป็น นโยบายหลักของรัฐบาลต่อไป อันจะมีผลให้สถานีอนามัยทั่วทั้งประเทศ ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน เกือบจะโดยสิ้นเชิง นอกจากนี้ยังมีผลการประเมินเบื้องต้น ที่พบว่า รูปแบบของ รพสต หลายแห่งก่อให้เกิด การทำงานร่วมกันระหว่างสถานบริการของรัฐ กับท้องถิ่น และ มีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ไข ปัญหา สุขภาพให้กับประชาชนในท้องถิ่น ก่อนช่วงชัดเจน (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ 2553)

โครงการวิจัยนี้ เป็นส่วนหนึ่ง ของความพยายามของแผนงานวิจัยและพัฒนาการกระจายอำนาจด้าน สุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในอันที่จะใช้องค์ความรู้ทางวิชาการ ในการช่วยขับเคลื่อนนโยบายฯ ในท่ามกลางความไม่ชัดเจนในนโยบายการกระจายอำนาจสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของ หน่วยงานส่วนกลาง ขณะที่ในระดับพื้นที่ของหลายจังหวัด โครงการวิจัยนี้ ในระยะเริ่มต้น พยายามใช้ กรอบการมองที่กว้าง คือ ต้องการศึกษาวิเคราะห์บทบาทของท้องถิ่นกับการพัฒนาสุขภาพ โดยหมายรวม การศึกษารูปแบบต่างๆ ที่ท้องถิ่นกำลังดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ (เช่น แผนงานตำบลสุขภาพของ สสส กองทุน สปสช และ ความริเริ่มของท้องถิ่นอื่นๆ) อย่างไรก็ตาม ภายหลังก การศึกษาเริ่มต้น และด้วยการให้คำแนะนำปรึกษาของคณะกรรมการกำกับทิศทางของแผนงานฯ โครงการวิจัยนี้ จึงปรับขอบเขตและจุดเน้นการวิจัยให้จำกัดเฉพาะที่การติดตามประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการ ถ่ายโอนสถานีอนามัยทั้ง 28 แห่ง โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ

วัตถุประสงค์

1. ประเมินและติดตามผลกระทบ ของการถ่ายโอนสถานีอนามัยสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเชิงการบริหาร จัดการองค์กร การเงิน การแก้ปัญหาและการตอบสนองต่อสุขภาพในท้องถิ่น การเข้าถึงบริการสุขภาพของ ประชาชน และความเป็นธรรมทางสุขภาพ

2. วิเคราะห์เงื่อนไขและปัจจัยเชิงบริบท ที่มีผลต่อ ความแตกต่างของผลกระทบ และ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับ สถานีอนามัยถ่ายโอน
3. สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายการถ่ายโอนสถานีอนามัย สู่อำเภอ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ จะใช้ Design แบบ กรณีศึกษากับสถานีอนามัยถ่ายโอนทั้งหมด 28 พื้นที่ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย วิธีการเชิงคุณภาพ คือ

1. สัมภาษณ์เชิงลึก กับ ผู้นำองค์กรท้องถิ่น (นายกเทศมนตรี นายก อบต ปลัดเทศบาล ปลัด อบต หัวหน้ากองสาธารณสุข) หัวหน้า/ผู้บริหารสถานบริการ ผู้บริหาร/กำหนดนโยบายและเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ ของกระทรวงสาธารณสุข และ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในส่วนกลาง และ จังหวัด
2. การสนทนากลุ่ม/หรือสัมภาษณ์แบบลึก กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยถ่ายโอน
3. การสังเกตแบบมีและไม่มีส่วนร่วม กับการทำงานของสถานบริการทั้งในและนอกสถานที่ รวมทั้ง การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ กับ ผู้ที่เกี่ยวข้อง

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น ประมาณ 6 เดือน (พฤศจิกายน 2554 – พฤษภาคม 2555) การเก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่ จะใช้เวลาเฉลี่ยพื้นที่ละ 2-4 วัน

ว่าด้วยความเป็นมา: บทบาททวนวรรณกรรม

แนวคิดการกระจายอำนาจ ที่นำมาใช้ในประเทศไทย ในการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งมีหลายรูปแบบ รูปแบบแรก คือการแบ่งอำนาจของส่วนกลางหรือรัฐบาลกลาง (Decentralization) เป็นการลดอำนาจการตัดสินใจของส่วนกลาง การปฏิรูปการกระจายเพื่อดำเนินการตามระเบียบแต่ไม่ใช่เป็นการสร้างกฎระเบียบขึ้นใหม่ เป็นการกระจายอำนาจแบบบนลงล่าง (Vertical decentralization) รูปแบบที่สอง การให้เป็นตัวแทน (delegation) การมอบหมายให้หน่วยงานที่ต่ำกว่า อาจเป็นหน่วยงานอิสระหรือหน่วยงานกึ่งกำกับของรัฐ (semi-autonomous) การควบคุมกำกับโดยใช้คณะกรรมการ (Broad committees) สามารถจัดทำแผนและการปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง หน่วยงานอิสระ (Autonomous agency) ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาล (public fund) รับผิดชอบต่อนโยบายของรัฐบาลกลาง รัฐบาลกลางสามารถที่จะยกเลิกหรือยึดอำนาจคืนได้ (withdraw) รูปแบบที่สาม การมอบหมายหน้าที่ให้กระทำแทน (devolution) รัฐบาลกลางมอบอำนาจให้ส่วนท้องถิ่น ในด้านการบริหาร การเมือง การเงิน แต่ยังคงอยู่ภายใต้โครงสร้างของรัฐบาลกลาง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล (municipality) รูปแบบสุดท้าย การแปรรูปให้เอกชน (privatizations) การเปลี่ยนแปลงหน่วยงานของรัฐ (public) เป็นเอกชน อาจเป็นการจัดบริการหรือการสนับสนุนการเงิน หรือทั้งสองอย่าง (provision or finance) (ตระกูล มีชัย, 2538) (สงครามชัย ลีทองดี, 2553) (ปริตตา แต่อาวรักษ์, 2555)

2.1.1 การกระจายอำนาจเป็นกระบวนการ (decentralization as process)

ที่ว่าการกระจายอำนาจเป็นกระบวนการ ซึ่งจุดหมาย การปฏิรูปทางการเมือง คือ การถ่ายโอนความรับผิดชอบ ทรัพยากร และอำนาจ (authority) จากระดับที่สูงกว่าไปสู่ระดับต่ำของรัฐบาล อาทิ การกระจายอำนาจด้านการบริหาร ด้านการเงิน ด้านการเมือง รายละเอียดดังนี้

การกระจายอำนาจด้านการบริหาร (Administrative decentralization) ประกอบไปด้วยการมอบอำนาจการบริหารและบริการสาธารณะ เช่น การศึกษา การสาธารณสุข สวัสดิการสังคม (social welfare) หรือการเคหะให้รัฐบาลท้องถิ่นหรือระดับรองลงมา การกระจายอำนาจด้านการบริหาร อาจรวมถึงการมอบอำนาจกำหนดนโยบายแทน (Devolution of decision-making authority over these policies) แต่ประเด็นนี้ไม่จำเป็น หากรายได้ที่สนับสนุนจากส่วนกลาง เพียงพอกับการจัดบริการสาธารณะ

การกระจายอำนาจด้านการเงิน (Fiscal decentralization) เป็นการกำหนดให้ท้องถิ่นสามารถเพิ่มรายได้ให้ตัวเองได้ โดยการขึ้นภาษี การกระจายอำนาจด้านการเงิน มีหลายแบบแล้วแต่สถานการณ์ อาจเป็นการเพิ่มอำนาจจากส่วนกลางเป็นผู้กำหนด หรือท้องถิ่นสามารถออกกฎหมายการขึ้นภาษีตัวเองได้

การกระจายอำนาจด้านการเมือง (Political decentralization) เป็นการกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญหรือผ่านการแก้ไขรัฐธรรมนูญ (constitutional amendments and electoral reforms) โดยการสร้างองค์กรใหม่ หรือองค์กรเดิมที่ไม่ขยับหรือทำงานไม่มีประสิทธิภาพ (activate existing but dormant or ineffective)

การมอบอำนาจทางการเมือง มีผลด้านบวกต่อการยกระดับอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐบาลกลางหรือประธานาธิบดี จะขึ้นชอบการกระจายอำนาจแบบบริหาร เนื่องจากต้องการลดรายจ่ายของประเทศ โดยการโอนความรับผิดชอบให้รัฐบาลระดับต่ำกว่า รัฐบาลกลางจะเลือกศึกษาอำนาจทางการเงิน อำนาจการบริหารที่สามารถแต่งตั้ง ถอดถอน ย้าย ตำแหน่งนายกเทศมนตรี (mayors) (Mills,1994) (Hughes,2003)

2.1.2 คำนิยาม การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

การกระจายอำนาจ หมายถึง การถ่ายโอนอำนาจการตัดสินใจ ทรัพยากร และภารกิจ จากภาครัฐส่วนกลาง ให้แก่องค์กรอื่นใด ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐส่วนภูมิภาค องค์กรอิสระ องค์กรท้องถิ่น องค์กรเอกชน โดยเฉพาะภาคประชาชน ไปดำเนินการแทน ซึ่งการถ่ายโอนดังกล่าว อาจจะมีลักษณะเป็นการถ่ายโอนเฉพาะภารกิจ ซึ่งเป็นการแบ่งภารกิจ ให้แก่องค์กรที่ได้รับการกระจายอำนาจไปดำเนินการ หรือ เป็นการถ่ายโอนโดยยึดพื้นที่ (Territory) เป็นหลัก ซึ่งเป็นการแบ่งพื้นที่เป็นหน่วยงานย่อยในการดำเนินการ ในการกระจายอำนาจในด้านสาธารณสุข คำว่า “กระจายอำนาจ” มีหลากหลายความหมาย

การกระจายอำนาจบ่อยครั้งมักจะถูกนิยามว่าเป็นการโยกย้ายอำนาจในการตัดสินใจมี 4 ระดับ คือ การแบ่งอำนาจหรือลดอำนาจของส่วนกลาง (de-concentration) การให้เป็นตัวแทน (delegation) การมอบอำนาจหน้าที่ให้กระทำแทน (devolution) และการแปรรูปให้เป็นเอกชน (privatization) โดยมีวิธีการกระจายอำนาจ ดังนี้ (Rondinelli,Nelli,Cheema ,1983)

1. รูปแบบการแบ่งอำนาจ (de-concentration) เป็นการแผ่อำนาจของส่วนกลาง (Central level) โดยจะไม่มีการโยกย้ายอำนาจไปสู่ฝ่ายอื่น เป็นการลดอำนาจการตัดสินใจ จากส่วนกลาง การปฏิรูปการกระจายอำนาจเพื่อการดำเนินงานตามกฎระเบียบแต่ไม่ใช่เป็นการสร้างกฎระเบียบขึ้นใหม่ การโอนถ่ายอำนาจประเภทนี้เป็นเพียงการโอนถ่ายหน้าที่ด้านบริหารเท่านั้น ไม่ได้รวมถึงอำนาจด้านการเมืองและถือเป็นการกระจายอำนาจในระดับที่ต่ำที่สุด การกระจายประเภทนี้พบในประเทศที่กำลังพัฒนา อาทิ การกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขไปให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นต้น

2. การให้เป็นตัวแทน (delegation) การมอบหมายงานให้หน่วยงานที่ต่ำกว่า อาจจะเป็นหน่วยงานอิสระ หรือหน่วยงานกึ่งกำกับของรัฐบาล (semi-autonomous) การควบคุมกำกับ โดยใช้คณะกรรมการ (broad committees) สามารถจัดทำแผนงานและการปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง หน่วยงานอิสระ (Autonomous agency) ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาล (public fund) รับผิดชอบต่อรัฐบาลกลาง รัฐบาลกลางสามารถที่จะยกเลิกหรือยึดคืนอำนาจได้ (withdraw)

3. การถ่ายโอน (devolution) รัฐบาลกลางมอบอำนาจให้ส่วนท้องถิ่น เป็นการเพิ่มความแข็งแกร่งให้กับส่วนท้องถิ่น เพิ่มอิสระในการทำงานค่อนข้างมาก โดยองค์กรเหล่านี้มักมีสถานะทางกฎหมาย อาณาเขตและขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน เป็นอิสระจากส่วนกลาง ในด้านการบริหาร การเมือง การเงิน แต่ยังคงอยู่ภายใต้โครงสร้างของรัฐบาลกลาง เช่น การปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล (municipality) องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นต้น การกระจายอำนาจประเภทนี้พบทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว จุดที่แตกต่าง คือ ประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนใหญ่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจะยังไม่มีความสามารถเพียงพอหรืออำนาจในการบริหารจัดการทางด้านสุขภาพจำกัด ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น นอร์เวย์และฟินแลนด์ การถ่ายโอนด้านสุขภาพเป็นทางเลือกที่ทำให้องค์กรส่วนท้องถิ่นมีภาระการเงินสูงมาก จึงต้องการความช่วยเหลือจากรัฐบาลกลางเป็นอย่างมากและการประสานงานระหว่างส่วนท้องถิ่นและส่วนกลางก็ต้องมีประสิทธิภาพสูง

4. การแปรรูปให้เป็นเอกชน (privatization) การเปลี่ยนหน่วยงานของรัฐ (public) เป็นเอกชน อาจเป็นการจัดบริการหรือสนับสนุนทางการเงิน หรือทั้งสองอย่าง (provision or finance)

การกระจายอำนาจการปกครอง คือ การที่รัฐบาลมอบอำนาจ การปกครองบางส่วนให้แก่องค์กรอื่นที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยการบริหารราชการส่วนกลางให้ไปทำบริการสาธารณะ(public service) บางอย่างโดยอิสระตามสมควร เป็นการมอบอำนาจให้ทั้งในด้านการเมือง ด้านการบริหาร เป็นเรื่องที่ท้องถิ่นมีอำนาจที่จะกำหนดนโยบายและควบคุมการปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบายท้องถิ่นของตนได้

การโอนอำนาจหรือการมอบอำนาจ (devolution) แนวคิดแตกต่างจากการกระจายอำนาจหรือการแบ่งอำนาจ ที่หน่วยงานส่วนกลาง โอนภารกิจ (function) ให้หน่วยงานท้องถิ่นหรือหน่วยงานระดับต่ำกว่า ดำเนินการเอง โดยหน่วยงานส่วนกลางไม่ได้ควบคุม เขาโต้แย้งว่า การโอนอำนาจเป็นการแยก เขาและคนอื่นถกเถียงว่า การแบ่งอำนาจ และการโอนอำนาจเป็นปรากฏการณ์ที่แตกต่างกัน (Sherwood ,1999)

การกระจายอำนาจ (de-concentration) เกี่ยวข้องกับการโอนอำนาจหรือการมอบอำนาจ (transfer of authority) ภารกิจและหรือทรัพยากรส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาค ขณะที่การโอนอำนาจให้เอกชน (privatization) เกี่ยวข้องกับการโอนภารกิจของรัฐไปเป็นของเอกชน (transfer from public sector to the private sector) ซึ่งทั้งสองแนวคิดแตกต่างกัน ลักษณะของมุมมองที่แตกต่างกัน คือ ความเป็นรัฐ และเอกชนที่มีแรงจูงใจด้านการเงิน (financial incentive) (Collins and Green ,1994)

การกระจายอำนาจ หมายถึงการโอนอำนาจ (power) จากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาค ซึ่งเป็นองค์กรที่อยู่ในระดับต่ำกว่า (Smith,1985) มี 4 รูปแบบ การแบ่งอำนาจหรือการกระจายอำนาจ (de-concentration) ปกติอยู่ในขอบเขตของการเมือง การเงิน การตลาดและการบริหาร (Administration) (Cohen and Petersoul, 1999) การกระจายอำนาจทางการเมือง ปกติหมายถึงการโอนอำนาจการตัดสินใจ (decision power) ให้องค์กรส่วนท้องถิ่น ที่ตัวแทนมาจากการเลือกตั้ง (spatial decentralization) เป็นรูปแบบการใช้แผนงานของส่วนกลางที่จะให้เห็นการลดอำนาจส่วนกลาง การกระจายอำนาจ ทางการตลาดหมายถึง ความรับผิดชอบ (Responsibility) จากส่วนกลางไปสู่เอกชน (non-public entities) สุดท้าย การกระจายอำนาจบริหาร หมายถึงการโอนความรับผิดชอบอำนาจการตัดสินใจและการควบคุมทรัพยากร จากส่วนกลางสู่หน่วยงานของรัฐที่ระดับรองลงมา (Sub nation government units)

Furniss ได้ให้คำจำกัดความของการกระจายอำนาจ “การกระจายอำนาจหมายถึง การถ่ายโอนอำนาจของหน่วยราชการจากผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง (political official) ไปยังคณะกรรมการอิสระ (Autonomous board) การถ่ายโอนหน้าที่ความรับผิดชอบขององค์ส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดจากระดับการบริหารจัดการที่สูงกว่าสู่ระดับที่ต่ำกว่า การจัดตั้งองค์กรนิติบัญญัติขนาดย่อยและการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบไปสู่องค์กรระดับท้องถิ่นเหล่านั้น” (Furniss, 1974)

2.1.3 มิติการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

วิธีการในการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุข อาจกระทำ ได้ดังนี้

1. การแบ่งอำนาจ (de-concentration)

การแบ่งอำนาจเป็นการจัดสรร หรือถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจจากส่วนกลางหรือศูนย์รวมอำนาจไปสู่หน่วยงานระดับล่างในสายการบังคับบัญชาของรัฐบาลกลางเพื่อสะดวกในการดำเนินการ เช่น ถ่ายโอนอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาค จังหวัดหรือหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ผู้ได้รับการแบ่งอำนาจเป็นผู้รับผิดชอบในผลของการตัดสินใจในเรื่องที่ได้รับการแบ่งอำนาจ เป็นการกระจายอำนาจแบบบนลงล่าง (Vertical de-concentration)

2. การมอบอำนาจ (delegation)

เป็นการมอบหมายหน้าที่เฉพาะให้แก่องค์กรบริหารที่มีความเป็นอิสระภายใต้การกำกับจากภาครัฐ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดำเนินการการมอบอำนาจเป็นการที่ผู้บริหารที่มีอำนาจสูงสุดในหน่วยงาน หรือในส่วนกลางจัดสรรหรือถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจไปยังผู้บริหารระดับล่างขององค์กร เพื่อตัดสินใจได้เร็วมากขึ้นโดยไม่ต้องผ่านขั้นตอนตามลำดับขั้นขึ้นไปเป็นการถ่ายโอนอำนาจไปยังหน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานในการควบคุมของรัฐ เช่น โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

การกระจายอำนาจภายใต้หลักการมอบอำนาจ (delegation) มีระดับของการกระจายอำนาจที่ให้อิสระสูงกว่าการแบ่งปันอำนาจ การกระจายอำนาจเน้นในเชิง “ภารกิจหน้าที่” โดยกำหนดภารกิจหน้าที่เฉพาะที่ชัดเจนให้แก่องค์กรบริหารที่มีความเป็นอิสระภายใต้การกำกับจากภาครัฐ กล่าวคือองค์กรบริหารเหล่านั้นสามารถตัดสินใจและใช้อำนาจหน้าที่ภายในขอบเขตของตนได้โดยอิสระแต่รัฐส่วนกลางก็ยังคงมีอำนาจอยู่เหนือองค์กรเหล่านี้โดยอาศัยมาตรการทางกฎหมายเป็นกรอบในการควบคุมและกำกับบทบาทขององค์กรบริหารภายใต้หลักการมอบอำนาจรวมถึงอำนาจในการจัดตั้ง และยุบเลิกองค์กรบริหารภายใต้หลักการมอบอำนาจ อย่างไรก็ตาม รูปแบบการกระจายอำนาจแบบนี้ อาจถูกมองว่าไม่เป็นการกระจายอำนาจหากเป็นการถ่ายโอนให้กับองค์กรใดองค์กรหนึ่งในส่วนกลาง โดยมีได้ก่อให้เกิดการบริหารจัดการในระดับท้องถิ่น (ประสิทธิ์ ลิระพันธ์, รุจิณาท วรรณสิทธิ์.2549) (สมพันธ์ เตชะอธิก, พะเยาว์ นาคำ และคณะ, 2551)

3. การโอนอำนาจหรือการให้อำนาจ (devolution)

การโอนอำนาจ หรือการให้อำนาจเป็นการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจจากส่วนกลาง หรือระดับบนไปยังระดับล่างอย่างสมบูรณ์ โดยมีกฎหมาย กฎ ระเบียบเกี่ยวกับการโอนอำนาจอย่างชัดเจน ผู้บริหาร

ระดับล่าง จึงมีอำนาจในการกำหนดนโยบาย และควบคุมการปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบาย เช่น การโอนอำนาจให้เทศบาลจัดการด้านสาธารณสุข ผู้โอนอำนาจได้ตัดตัวเองขาดออกจากอำนาจที่โอนแล้ว ดังนั้นจึงไม่มีอำนาจหรือมีแต่เพียงเล็กน้อยในการควบคุมการดำเนินการในภารกิจที่ได้โอนอำนาจไปแล้ว

การกระจายอำนาจภายใต้หลักการโอนอำนาจ (devolution) ถือได้ว่าเป็นการกระจายอำนาจที่สะท้อนให้เห็นถึงระดับของการกระจายอำนาจที่กว้างขวางมากที่สุด ถูกใช้เพื่ออธิบายถึงสถานะที่รัฐส่วนกลางมีการถ่ายโอนหรือยกอำนาจการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ไปยังองค์กรตัวแทนของพื้นที่ชุมชนหรือท้องถิ่นต่างๆ หรือเรียกว่า “การกระจายอำนาจการปกครองให้แก่รัฐบาลส่วนท้องถิ่น”

4. การให้เอกชนดำเนินการ (Privatization)

การให้เอกชนดำเนินการเป็นการถ่ายโอนอำนาจ ให้เอกชนที่เป็นบุคคลหรือคณะบุคคลดำเนินการแทนรัฐ เป็นการมอบอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างใดอย่างหนึ่งของทางราชการไปให้เอกชนดำเนินการแทน หรือสนับสนุนให้ภาคเอกชนลงทุนในการดำเนินการบางอย่าง โดยภาครัฐเป็นผู้ควบคุมกำกับ และตรวจสอบคุณภาพ เช่น ขยายกิจการของรัฐให้เอกชน สนับสนุนให้เอกชนมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสาธารณสุข

รูปแบบการกระจายอำนาจให้เอกชนหรือการเป็นเอกชนมี 4 ประเภทคือ

4.1. การให้เอกชนดำเนินการเต็มรูปแบบ โดยการขายและการโอนทรัพย์สินของรัฐให้เอกชน (full privatization with sale and transfer of asset) การดำเนินการของเอกชน ในประเทศ โปแลนด์ ฮังการี เป็นต้น ที่ดำเนินการคลินิกทันตกรรม (privatizing dentistry) และร้านขายยา (pharmacy services)

4.2. การใช้ทรัพยากรจากเอกชน (outsourcing of services from the private sector) เป็นการเพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วย ลดการรอคอย ที่จะได้รับการพิจารณาในการผ่าตัด โดยใช้บริการของเอกชน (private providers) ตัวอย่างในประเทศอังกฤษ

4.3. การผสมระหว่างองค์กรรัฐและเอกชน (creation of hybrid organization) องค์กรผสม ไม่ใช่เอกชนเต็มตัว ยังคงเหลือเป็นของรัฐ แต่หลายลักษณะเป็นเอกชน เช่น องค์กรมหาชน (autonomous trusts) รัฐเป็นเจ้าของร่วมหุ้นกับบริษัท (state-owned joint stock companies) ในประเทศอังกฤษ รูปแบบองค์กรรัฐ-เอกชน มี 4 ประเภท คือ 1) เอกชนที่หวังกำไร (private for profit) 2) เอกชนที่ไม่หวังกำไร (private non-for-profit) 3) เป็นสาธารณะแต่ไม่ใช่รัฐ (public but non state) 4) เป็นองค์กรสาธารณะและรัฐ (public and state) (Rifat, 2007)

4.4. การเปลี่ยนแปลงหรือเป็นรัฐรูปแบบใหม่ (transforming or modernizing work practices) เช่น การแยกผู้ซื้อและผู้ขายบริการออกจากกัน สร้างตลาดภายในเพื่อการแข่งขันด้านคุณภาพ

2.1.4. เหตุผลการกระจายอำนาจ ด้านสาธารณสุข (De-concentration)

ประการแรก ในแง่ประสิทธิภาพ (Efficiency) (เหตุผลทางด้านเศรษฐกิจและการบริหารจัดการ) การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ผลิตบริการสาธารณะของท้องถิ่น (local public goods) จะช่วยให้การจัดบริการตรงกับความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น บริการสาธารณะในท้องถิ่นสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างรวดเร็ว เปิดโอกาสความคิดริเริ่มใหม่ๆ โดยผู้บริหารท้องถิ่น โดยมีข้อสันนิษฐานว่าการทำงานแก้ไข

ปัญหาโดยท้องถิ่น มีข้อได้เปรียบในแง่ความคล่องตัว รวดเร็ว เพราะว่าอยู่กับพื้นที่ ความรับผิดชอบต่อประชาชนในท้องถิ่น มีข้อมูลที่ได้เปรียบกว่าส่วนกลาง (information advances) และความเป็นเจ้าภาพที่ชัดเจน

ประการที่สอง ช่วยส่งเสริมกระบวนการประชาธิปไตยในระดับท้องถิ่น และระดับรากหญ้าให้มีความเข้มแข็ง (เหตุผลสนับสนุนทางการเมือง) โดยมีการคานอำนาจระหว่างฝ่ายบริหารและสภาท้องถิ่น ที่ต่างได้รับการเลือกตั้งและความไว้วางใจจากประชาชน

ประการที่สาม การส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารกิจการของบ้านเมือง (เหตุผลทางสังคม) ให้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบการทำงานของฝ่ายการเมืองท้องถิ่น เสริมสร้างประชาสังคม

ประการที่สี่ การควบคุมต้นทุน (Constrain cost) การจัดสรรและการกระจายทรัพยากร

2.1.5 ข้อพึงระวังในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

ในการกระจายอำนาจ อาจเกิดความไม่เป็นธรรมในบางพื้นที่ ผู้ด้อยโอกาสหรือกลุ่มผู้อ่อนแอ เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ เข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพ หากการกำหนดบทบาทที่ไม่เหมาะสมกับความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ย่อมทำให้ประชาชนไม่ได้รับบริการสาธารณสุข ในระดับที่ควรจะเป็น (diseconomy of scale)

การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นแต่ละแห่งปกครองตนเองอาจก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมหรือไม่เสมอภาคของประชาชนที่จะได้รับบริการจากท้องถิ่นที่ด้อยกว่ากัน

กิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลกระทบภายนอก (externalities) ที่ดำเนินการโดยท้องถิ่นแห่งใดแห่งหนึ่งอาจมีผลเสียต่อชุมชนอื่นๆ

2.1.6 การถ่ายโอนสถานีนามัยสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 หมวดที่ 5 ว่าด้วยเรื่อง แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ส่วนที่ 3 แนวนโยบายด้านการบริหารราชการแผ่นดิน มาตรา 78 (3) “การกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึงตนเองและตัดสินใจกิจการของท้องถิ่นเอง ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ พัฒนาเศรษฐกิจของท้องถิ่นและระบบสาธารณูปโภค ตลอดจนโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่น ให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทั่วประเทศ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น” ส่วนที่ 4 แนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม มาตรา 80 “รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้” (2) ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าว ซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และส่วนที่ 10 แนวนโยบายด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน มาตรา 87 (2) ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจทางการเมือง การวางแผน

แผนพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการจัดทำบริการสาธารณะ และหมวด 14 การปกครองส่วนท้องถิ่น มาตรา 281 ถึง มาตรา 283 (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย,2540)

ประกอบกับพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 30,32 และ 35 แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) และแผนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เสร็จภายใน ปี 2553 นับจากปี 2542

สถานีอนามัยทั้งหมดในประเทศไทย 9,770 แห่ง ซึ่งขณะนี้ได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่มีการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อปี 2550 จำนวน 28 แห่ง 19 จังหวัด กระจาย อยู่ทุกภาคของประเทศไทย

สำหรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในแผนปฏิบัติการ (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2545 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม มี รายละเอียดดังนี้

1.ให้มีกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ขึ้นมารองรับการถ่ายโอน สถานบริการสุขภาพโดย มุ่งเน้นการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพในลักษณะเครือข่าย (พวงบริการ) และให้มีการโอนงานหลักประกันสุขภาพ ให้แก่ กสพ. ในปี 2546

เมื่อปี 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการแต่งตั้ง กสพ. ทำหน้าที่คณะกรรมการที่ปรึกษา (Advisory board) ใน 52 จังหวัด โดยเน้นการดำเนินการใน 10 จังหวัด แต่การดำเนินงานหยุดชะงัก เพราะมีเรื่องส่วนการ ปฏิรูประบบสุขภาพ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (อธิบายเพิ่มเติม โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) และการปฏิรูประบบราชการตามพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ซึ่งเดิม มีกระทรวง ทบวง และส่วนราชการฐานะเท่ากระทรวงมีอยู่ 15 กระทรวง เมื่อปรับปรุงแล้วเพิ่มเป็น 20 กระทรวง

คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) มีมติเมื่อวันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2550 ให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากในพระราชบัญญัติ การกระจายอำนาจฯ ได้กำหนดให้เป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนของรายได้ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้ถึง ร้อย ละ 35 จึงเร่งรัดให้มีการดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัยระดับตำบล จำนวน 28 แห่ง ให้แก่ องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น ในเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2550 และสิงหาคม 2551 สำหรับการถ่ายโอนสถานีอนามัย ล่าสุด เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2555 จำนวน 11 แห่ง

2.การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวม 34 ภารกิจ จาก 7 กรม สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจนปัจจุบันดำเนินการถ่ายโอนได้ 7 ภารกิจ ประกอบด้วย

- 1.ภารกิจการสนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
- 3.การจัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด
- 4.การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก
- 5.การส่งเสริมเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- 6.การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน
- 7.การส่งเสริมสุขภาพเด็กและกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ประกาศใช้ แผนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2551 และได้รายงานต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติและให้มีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐจะต้องดำเนินการให้เป็นไปตาม แผนการกระจายอำนาจฯ และแผนปฏิบัติการฯ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้าน สาธารณสุข โดยมีขอบเขตการถ่ายโอน คือ ระบบบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและระบบรักษาพยาบาล

2.1.7 ภารกิจที่จะถ่ายโอน

1.ภารกิจและงบประมาณการบริการสาธารณสุข ด้านการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น พร้อมสถานอนามัยและบุคลากร ถ่ายโอนให้องค์กรส่วนท้องถิ่น ที่มีความพร้อม ดำเนินการ

2.ภารกิจการรักษาพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ให้เป็นทางเลือกขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีความพร้อมก็ให้สามารถรับโอนได้ ตามเกณฑ์ที่ กกถ. และ กระทรวงสาธารณสุขหรืออาจดำเนินการร่วมกับรัฐ

3.โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางหรือระดับสูงกว่า ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยดำเนินการหรืออาจดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีความพร้อมสูงกว่า

4.ภารกิจการควบคุมป้องกันโรคติดต่อร้ายแรง ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมมือดำเนินการภายในเขตจังหวัด ภายใต้การกำหนดนโยบายและกำกับดูแลของคณะกรรมการสุขภาพจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวง ทบวง กรม อื่นที่เกี่ยวข้อง

5.ให้รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้งผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่และแต่งตั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข ตาม พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 โดยให้มีการปฏิบัติงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

6.ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข ตาม พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535

7.ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ แต่งตั้งผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่และแต่งตั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข ตาม พระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ. 2499

ในระยะแรก ให้การถ่ายโอนตามความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และระยะสุดท้ายหากองค์กรปกครองใด ไม่พร้อมรับการถ่ายโอน ก็ให้ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ดำเนินการ

2.1.8 ประสพการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพในต่างประเทศ ในบริบทการกระจายอำนาจ

1.การกระจายอำนาจจากส่วนกลางหรือการมอบอำนาจให้ผู้ได้บังคับบัญชา

บทเรียนจากต่างประเทศ ในทวีปยุโรป ได้แก่ประเทศโปรตุเกส ประเทศโปรตุเกส มีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้เทศบาล เมื่อปี ค.ศ. 1972 บริการปฐมภูมิมีครอบคลุมทุกพื้นที่ ประชาชนร้อยละ 90 ที่ห่างไกล โรงพยาบาล สามารถเข้าถึงบริการภายใน 60 นาที หน้าที่อันประกอบด้วย การวางแผน การเงินการคลัง และการตรวจสอบประเมินผล ยังเป็นหน้าที่ของส่วนกลาง ส่งผลให้ท้องถิ่นมีอิสระน้อยมาก ข้อจำกัดที่พบในการกระจายอำนาจของประเทศโปรตุเกส มีดังนี้ 1.ทรัพยากรจากภาครัฐและเอกชนชุมชนเมือง โดยเฉพาะ 3 เมือง (Lisbon, Porto, coimbra) มีความหนาแน่นมากเกินไป ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ซึ่งเกิดจากการจัดสรรที่ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร 2.การวางแผนและการตัดสินใจที่เป็นแบบรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลาง ทำให้ท้องถิ่นไม่มีความอิสระในการตอบสนองความต้องการด้านสาธารณสุขของพื้นที่ ซึ่งมีแนวโน้มแตกต่างจากการตัดสินใจของส่วนกลางโดยสิ้นเชิง 3.การจัดสรรงบประมาณเป็นการจัดสรรตามที่เคยทำในอดีต ซึ่งไม่ได้เป็นการจัดสรรตามสถานะทางสังคม ประชากรและตามอุบัติการณ์โรค จึงทำให้เกิดการจัดสรรไม่เหมาะสม

2.การถ่ายโอน (Devolution)

ประเทศสหภาพรัสเซีย

ประเทศสหภาพรัสเซีย เป็นประเทศรวมศูนย์อำนาจ และได้ดำเนินการกระจายอำนาจอย่างรวดเร็ว โดยวิธีการถ่ายโอนอำนาจ (Devolution) ให้ระดับภูมิภาคและระดับท้องถิ่น ซึ่งส่วนท้องถิ่นและภูมิภาค ต้องการอำนาจ และการใช้ทรัพยากร ในสมัยของอดีตประธานาธิบดี Yeltsin ด้วยความสมัครใจของรัฐบาลกลางและส่วนท้องถิ่น ที่รับผิดชอบภารกิจใหม่ ภาวะวิกฤตของเศรษฐกิจ ใน ปี 1990 ทำให้เกิดระบบประกันสุขภาพแบบบังคับ (compulsory medical insurance system) เมื่อปี 1991 งบประมาณส่วนใหญ่เป็นของรัฐบาลส่วนภูมิภาค อำนาจการเมืองแยกแหว่งระหว่างรัฐบาลสหภาพและรัฐบาลส่วนภูมิภาค

ประเทศเยอรมนี (Germany)

ระบบการดูแลสุขภาพเบื้องต้นหรือการดูแลสุขภาพของประชาชนในประเทศเยอรมัน ก็จะผูกแนบกับระบบการปกครอง ซึ่งประเทศเยอรมัน ปกครองแบบสหพันธ์รัฐที่มีแนวทางประชาธิปไตย นโยบายและกฎหมายด้านสาธารณสุขจะถูกกำหนดโดยรัฐบาลกลางร่วมกับรัฐบาลของมลรัฐ (สหพันธรัฐ) บทบาทหลักของกระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลกลาง คือการออกกฎหมายต่างๆ เพื่อควบคุมกำกับระบบสาธารณสุข รัฐบาลของมลรัฐมีหน้าที่นำกฎหมายไปใช้ บังคับใช้กฎหมาย และออกกฎหมายลูก ควบคุมกำกับการดำเนินการขององค์กรอิสระที่ได้รับรองตามกฎหมาย ดำเนินกิจการโรงพยาบาลของมลรัฐ จัดทำแผนควบคุมและพัฒนาโรงพยาบาลของรัฐในด้านศักยภาพของรัฐและเอกชน ควบคุมกำกับมาตรฐานด้านการศึกษาทางการแพทย์และรวมถึงการควบคุมการผลิตแพทย์ บริหารจัดการโรงพยาบาลท้องถิ่น รวมทั้งให้สนับสนุนด้านการลงทุนแก่โรงพยาบาล ซึ่งระบบประกันสุขภาพและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจะสอดคล้องและไปด้วยกัน

ระบบการบริหารด้านการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ประเทศเยอรมันระบบกองทุนสุขภาพ เป็นการบังคับให้จ่าย (Compulsory) โดยรัฐบาลออกกฎหมายให้ประชาชนที่มีรายได้ไม่เกินระดับที่กำหนดต้องสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย (Sickness funds) และจ่ายเข้ากองทุนตามสัดส่วนของรายได้ต่อเดือน กองทุนการเจ็บป่วยที่เรียกเก็บเงินจากสมาชิก ร้อยละ 47 ของงบประมาณ ที่ให้บริการและลงทุนด้านสาธารณสุข ส่วนประชาชนที่มีรายได้สูงสามารถที่จะรวมกันจัดตั้งเป็นกองทุนของตนเองได้ เช่น กองทุนท้องถิ่น กองทุนบริษัท กองทุนประมง เป็นต้น ในปี 1993 ประเทศเยอรมัน มีกองทุนทั้งหมด 960 กองทุน

ระบบบริการสุขภาพ ประชาชนที่เป็นสมาชิกกองทุนการเจ็บป่วย มีสิทธิเลือกใช้บริการและการส่งต่อ เมื่อขึ้นทะเบียนกับแพทย์และทันตแพทย์ที่ให้บริการ โดยแต่ละไตรมาสสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับแพทย์หรือทันตแพทย์ใดก็ได้ มีให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2543)

ประเทศสหราชอาณาจักรเวลส์

ประเทศเวลส์ (Wales) มีประชากร 3 ล้านคน ใช้นโยบายและกฎหมายรวมถึงโครงสร้างทางการปกครองร่วมกับประเทศอังกฤษ แต่อย่างไรก็ตาม ในปี 1999 ประเทศเวลส์ได้มีกฎหมายเป็นของตนเอง

ระบบบริการสุขภาพของประเทศเวลส์ก็คล้ายกับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย คือ ระบบสาธารณสุขแบบสวัสดิการเต็มรูปแบบ พลเมืองทุกคนได้รับการรักษาฟรีและเสมอภาคกัน ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Nation health service,NHS) รัฐบาลใช้เงินจากการเก็บภาษีทั่วไปในการสนับสนุนเรื่องของระบบสุขภาพ สิ่งที่ต่างกันของสองประเทศ คือ ประเทศเวลส์มีการปรับระบบสุขภาพเข้าสู่ระบบราชการ (Bureaucratic) ขณะที่ประเทศอังกฤษมีการปรับปรุงเข้าสู่ระบบตลาด (Market)

สำหรับบริการปฐมภูมิและบริการในชุมชนของประเทศเวลส์ ได้มีการปรับให้บูรณาการ เชื่อมต่อบริการแบบไร้รอยต่อ สร้างเครือข่ายการทำงานของท้องถิ่นกับ NHS ซึ่งประเทศไทยก็ใช้ระบบนี้ คือ มีระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District health system) ที่มีการเชื่อมต่อการทำงานโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยโรงพยาบาลชุมชนทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (Contracting unit of primary care; CUP) ที่ทำหน้าที่ดูแลงบประมาณของอำเภอ เป็นพี่เลี้ยงทางด้านวิชาการ การรักษา ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit)

หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน คือ รัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องมีความรับผิดชอบในการดูแลบริการสุขภาพและบริการสังคม และผู้อำนวยการของระบบหลักประกันสุขภาพ มีความรับผิดชอบในการกำหนดนโยบายให้บริการสังคมในท้องถิ่น มีคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (Local health boards;LHBs) ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ในท้องถิ่น ได้แก่ (1) สำนักงานเขตพื้นที่ (Regional offices) รับผิดชอบดูแลด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพพื้นที่รับผิดชอบทางภูมิศาสตร์ พื้นที่ต่างๆ เหล่านี้ดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ตนเอง นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการสร้างหลักประกันนโยบายไปปฏิบัติ สนับสนุนการพัฒนาการทำงานร่วมกันในระดับพื้นที่ (Local level) (2) คณะกรรมการสุขภาพระดับท้องถิ่น (Local health boards;LHBs) เป็นแกนของโครงสร้างทั้งหมด มีหน้าที่ดูแลการประเมินความจำเป็นทางสุขภาพ ต่อรองแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจาก NHS trusts และจัดบริการปฐมภูมิ (3) บริการสาธารณสุขแห่งชาติ (NHS trusts) ของประเทศเวลส์ ก่อตั้งในลักษณะเดียวกับประเทศอังกฤษ ให้บริการทั้งการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันในโรงพยาบาลและบริการในชุมชน รวมถึงบริการทางสุขภาพจิตให้กับประชาชนในท้องถิ่น ต่อมามีการพัฒนากลไกทางการเงินใน NHS ขึ้นมาใหม่เรียกว่า Private Finance Initiative (PFI) โดยรัฐส่งเสริมให้สถาบันการเงินปล่อยกู้เพื่อการลงทุนให้กับบริการที่อยู่ใน NHS โดยให้มีการใช้หนี้คืนให้กับสถาบันการเงินด้วยการผ่อนส่งในระยะยาว (4) สภาสุขภาพท้องถิ่น (community health councils) มีบทบาทในการวางแผนและให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในท้องถิ่น และคงไว้ซึ่งกฎหมาย ขนาดและทรัพยากรของแต่ละสภาสุขภาพท้องถิ่น พิจารณาตามสัดส่วนของประชาชนในประเทศเวลส์ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกัน (คินส์นีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, 2555)

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข มีบทเรียนจากหลากหลายประเทศที่ประเทศไทยจะนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ ซึ่งแต่ละรูปแบบของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข มีจุดแข็งจุดอ่อนต่างกัน อาทิ การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยการมอบอำนาจทางด้านการเมืองที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถที่จะพัฒนาสุขภาพของชุมชนในท้องถิ่นได้ โดยการมีสภาหรือคณะกรรมการด้านสุขภาพของตนเองที่มาจากการเลือกตั้งของประชาชนในพื้นที่ ประชาชนมอบอำนาจให้ผู้บริหารท้องถิ่นผ่านการเลือกตั้ง คณะผู้บริหารเสนอนโยบาย

ที่ประชาชนได้รับผลประโยชน์ ส่งผลดีต่อสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจในการขึ้นภาษี เพื่อมาพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชนได้

ประเทศฟิลิปปินส์

ประเทศฟิลิปปินส์ มีประชากรประมาณ 86 ล้านคน ดำเนินการกระจายอำนาจและถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจากส่วนกลางให้ส่วนภูมิภาคหรือท้องถิ่น เมื่อปี 2535 ในช่วงนั้นรัฐบาลออกกฎหมายให้มีการถ่ายโอนผลการดำเนินงานด้านนี้ กระทรวงสาธารณสุขของประเทศฟิลิปปินส์ สามารถถ่ายโอนบุคลากร ร้อยละ 62 งบประมาณด้านสาธารณสุข ร้อยละ 42 โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 93 ให้ท้องถิ่น 17 เขต 81 จังหวัด 117 เมือง 1,494 เทศบาล และ 41,995 หมู่บ้าน

ปัญหาอุปสรรคที่พบในระยะเริ่มต้น คือ การต่อต้านอย่างรุนแรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรเอกชน รัฐบาลกลางถูกกล่าวหาที่ต้องการกระจายอำนาจ เพราะว่า ต้องการลดงบประมาณ ลดต้นทุนของรัฐบาลกลางลง โดยให้ท้องถิ่นเป็นผู้จัดการรายได้เอง

เมื่อดำเนินโครงการได้ 5 ปี มีการประเมินผลพบว่า การดำเนินนโยบายการกระจายอำนาจได้ก่อปัญหามากมาย เช่น เวชภัณฑ์และยาขาดแคลน เจ้าหน้าที่ขาดขวัญและกำลังใจ ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการไม่ได้รับการปรับปรุง ขาดการอบรมวิชาการที่ต่อเนื่อง เนื่องจากท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินการเองได้ ขาดการบูรณาการของระบบสาธารณสุขหลังการกระจายอำนาจ งานรักษาพยาบาล ซึ่งให้บริการโดยโรงพยาบาลของรัฐระดับจังหวัดถูกแยกจากงานบริการพื้นฐานอื่นๆ ซึ่งให้บริการโดยศูนย์สาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสถานีอนามัยเขตชนบทที่ดูแลโดยท้องถิ่นระดับเทศบาล ท้องถิ่นขาดงบประมาณ เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณใช้ตัวแปรประชากรที่รับผิดชอบ ร้อยละ 50 พื้นที่รับผิดชอบ ร้อยละ 25 และท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณสมทบ ร้อยละ 25 การจัดสรรงบประมาณให้ท้องถิ่นในรูปแบบก้อน (global budgets) ไม่กำหนดเงื่อนไข และต้องรับผิดชอบโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้ท้องถิ่นขอถ่ายโอนโรงพยาบาลคืนให้กระทรวงสาธารณสุข 30 แห่ง

ในปัจจุบัน เมื่อประเมินการกระจายอำนาจและภารกิจ ด้านสาธารณสุขของประเทศฟิลิปปินส์ จะพบปัจจัยเชิงบวกหลายด้าน คือ

ด้านการบริหาร เป็นปัจจัยเชิงบวกที่ทำให้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขของประเทศฟิลิปปินส์ ประสบผลสำเร็จ ได้แก่ ภาวะผู้นำและความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้นำท้องถิ่น ผู้บริหารที่มาจากการเลือกตั้งให้ความสำคัญด้านสุขภาพ

สถานะทางสุขภาพของประชาชนประเทศฟิลิปปินส์ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกคลอด 67 ปี ในผู้ชาย และ 72 ปี สำหรับผู้หญิง อัตราการตายของแม่และทารกลดลง

การมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนในการคิดวางแผนด้านสุขภาพมากขึ้น มีการระดมทรัพยากรในท้องถิ่นมาช่วยในด้านสาธารณสุข

และปัจจัยด้านลบที่ต้องเรียนรู้จากประเทศฟิลิปปินส์ คือ การขาดวิสัยทัศน์ของผู้นำท้องถิ่น หน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายกับความสามารถของบุคคลไม่สอดคล้องกัน การตั้งกติกายของท้องถิ่นโดยขาดการมีส่วนร่วมจากสมาชิก

ของท้องถิ่นแต่เป็นกติกากะทรวงสาธารณสุขตั้งให้ ความอ่อนแอของกฎหมายและที่สำคัญการฉ้อราษฎร์บังหลวงที่เกิดขึ้นมาอย่างยาวนาน

บทเรียนนี้ นำมาปรับปรุงและใช้ในบริบทของประเทศไทย คือ ก่อนการถ่ายโอนควรดำเนินการเตรียมความพร้อม สอบถามความคิดเห็นประชาชน ผู้นำท้องถิ่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เจ้าหน้าที่ขององค์กรส่วนท้องถิ่น เพื่อปรับปรุงแนวทางการสนับสนุนให้สอดคล้องกับการกระจายอำนาจและมีการหนุนเสริมการปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งพัฒนาศักยภาพ ความคิด ความรู้ ไปพร้อมกับการปฏิบัติงานของบุคลากรในพื้นที่ ทั้งในส่วนของบุคลากรท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้การถ่ายโอนมีประสิทธิภาพ

องค์กรท้องถิ่นควรมีการปรับโครงสร้างที่เหมาะสมกับการกิจตามกรอบอัตรากำลังและความรับผิดชอบตามภารกิจการถ่ายโอน โดยให้เกิดปัญหาการบริหารเกี่ยวกับการถ่ายโอนให้น้อยที่สุด ควรมีการสื่อสารถึงผลที่ดีของการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขสู่ท้องถิ่น ให้กลุ่มประชาชนที่รับบริการรับทราบเพื่อสะท้อนกลับข้อมูลที่เป็นจริง รวมทั้งสามารถนำไปปรับปรุงการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ เช่น หลักการถ่ายโอนส่งผลดีในแง่ของสายการบังคับบัญชาที่สั้นลง เชื้อในการปฏิบัติงานที่ฉับไว ทันสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น (จรวยพร ศรีศศลักษณ์,อรสา โมวิทะ, 2551) (Azfar,Gurgur, 2008)

ประเทศแซมเบีย (Zambia)

1) โครงสร้างการบริหารด้านสาธารณสุข

ประเทศแซมเบีย ตั้งอยู่ในทวีปแอฟริกาใต้ มีพื้นที่ 752,600 ตารางกิโลเมตร ประชากร 8.09 ล้านคน สํารวจเมื่อ ปี 1990 ประเทศแซมเบีย แบ่งการปกครองเป็น 9 จังหวัด (provinces) 72 อำเภอ ไม่มีสภาการเมืองระดับจังหวัด (political councils at the provincial level) รองนายกรัฐมนตรีและวุฒิสภา ดูแลแต่ละจังหวัด

มีคณะกรรมการระดับอำเภอ ซึ่งมาจากการเลือกตั้ง สมาชิกสภามาจาก 72 อำเภอ ตัวแทนระดับประเทศ 4 คน 14 เทศบาล มีหน้าที่ในการบริหารการเงิน

การดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศแซมเบีย ส่วนใหญ่ ดำเนินการโดยมิสชันนารี มีโรงพยาบาล ร้อยละ 35 และระดับต่ำกว่าโรงพยาบาล ร้อยละ 4 คุณภาพการให้บริการที่มิสชันนารีดำเนินการจะดีกว่ารัฐบาลงบประมาณ และการจ้างงานได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล

การปฏิรูปด้านสาธารณสุขของประเทศแซมเบีย เกิดจากความต้องการที่จะปฏิรูปขององค์กรด้านสาธารณสุขเอง การเคลื่อนไหวด้านประชาธิปไตยหลากหลายองค์กรที่ต้องการให้มีการปฏิรูประบบสาธารณสุขอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการเลือกตั้ง ปี 1991

ประเทศแซมเบีย โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้แยกหน่วยงานผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการออกจากกัน จุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดตลาดภายใน (internal market) การแข่งขันกันระหว่างผู้ให้บริการ กระทรวงสาธารณสุขยังเป็นผู้ซื้อบริการ โดยหน่วยงานที่เรียกว่า คณะกรรมการกลางด้านสุขภาพ (central board of health) เป็นผู้ร่างสัญญา เพื่อประโยชน์ของประชาชน โดยการทำสัญญากับผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการคือโรงพยาบาลทั่วไปและเครือข่าย

โรงพยาบาลระดับอำเภอ คณะกรรมการกลางระดับภูมิภาค มี 4 แห่ง แต่ละแห่งดูแลหน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด 9 แห่ง

ผลจากการปฏิรูปส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุขลดขนาด ลูกจ้างจาก 220 คน เหลือ 66 คน บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการสุขภาพส่วนกลาง รับผิดชอบนโยบาย การระดมทรัพยากร การบัญญัติกฎหมาย การรับบริจาค (donor coordination) และประเมินสถานะสุขภาพและบริการ

ประเทศแซมเบีย มีคณะกรรมการโรงพยาบาลและคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ บริหารโรงพยาบาลและให้บริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล คณะกรรมการมีความเข้มแข็งและอำนาจมาก

คณะกรรมการโรงพยาบาล แต่งตั้งหรือให้ออกจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อำนาจสูงสุดที่อยู่เหนือคณะกรรมการยังเชื่อมโยงกับกระทรวงสาธารณสุขอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะว่าสมาชิกกรรมการโรงพยาบาลหรือผู้นำชุมชนที่รัฐมนตรีแต่งตั้งไม่ได้มาจากการเลือกตั้ง

2) การเงินด้านสาธารณสุข

ประเทศแซมเบีย ใช้งบสนับสนุนด้านสุขภาพ มาจากภาษีและรายได้อื่นๆ งบประมาณ ร้อยละ 65 มาจากการขึ้นภาษีของหน่วยงานระดับภูมิภาค (sub-country)

3) บทบาทขององค์กรเอกชน

หน่วยงานที่ไม่ใช่ของรัฐหรือหน่วยงานเอกชน โดยเฉพาะ มิสชันนารี มีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสาธารณสุข ในชนบท โรงพยาบาลของประเทศแซมเบียรับเงินจากรัฐบาล 2 ใน 3 ของงบประมาณทั้งหมดของโรงพยาบาล

4) ทรัพยากรบุคคล

ประเทศแซมเบีย มีการลดบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข และถ่ายโอนไปสู่คณะกรรมการระดับภูมิภาค แม้ว่าจะพยายามสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรถ่ายโอน บุคลากรยังไม่ขยับ กับอนาคตที่ยังไม่ชัดเจน

5) การควบคุมและการตรวจสอบ

ประเทศแซมเบีย มีระบบข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ให้งานสำเร็จและบรรลุเป้าหมาย เจ้าหน้าที่ที่สามารถรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และใช้ข้อมูลแตกต่างกัน มีระบบการจัดการข้อมูล สารสนเทศที่ดี (Tordoff, Young, 1994)

3.การมอบอำนาจให้องค์กรภายใต้การกำกับ (Delegation)

ประเทศนอร์เวย์

มีทั้งการกระจายอำนาจหรือลดอำนาจจากส่วนกลางและรวมอำนาจ (recentralization) การรวมอำนาจจากเดิม 19 เมือง (counties) เป็น 5 เขตสุขภาพ (health regions) เพื่อให้เป็นเขตใหญ่ขึ้นและง่ายต่อการดำเนินการเปลี่ยนแปลงนโยบาย โรงพยาบาลเป็นเหมือนบริษัทด้านสุขภาพ เป็นองค์กรอิสระหรือองค์กรมหาชน (autonomous) ไม่อยู่ในการควบคุมของทางเมืองส่วนท้องถิ่น แต่อยู่ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหาร (executive board) การตัดสินใจของคณะกรรมการ มีกฎหมายการเมืองระดับต่ำรับรอง การตัดสินใจจะปิด

โรงพยาบาลหรือดำเนินการให้บริการ การให้บริการฉุกเฉิน (emergency room) ในโรงพยาบาลระดับท้องถิ่น อยู่ในอำนาจของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข รัฐบาลกลางให้การสนับสนุนงบประมาณร้อยละ 50

ประเทศอิตาลี

ประเทศอิตาลีได้ปฏิรูปการเมืองและงบประมาณหรือการเงิน การปฏิบัติดำเนินการเป็นกระบวนการ มีพื้นที่ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ ความสนใจของกลุ่มที่แตกต่างกัน รัฐบาลดำเนินการพัฒนาสารสนเทศ การตรวจสอบและระบบสื่อสาร รัฐแสดงบทบาทสนับสนุนแก่ส่วนภูมิภาค ให้คำแนะนำและสนับสนุนให้เกิดความเป็นธรรม (Enforcing equity) การปฏิรูป (reform) ระบบสุขภาพของอิตาลี จุดมุ่งหมายและการออกแบบ (aim and design) เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของส่วนภูมิภาค อุปสรรคของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศอิตาลี คือ ความยากในการที่จะทำให้สมดุลระหว่างกรอบการควบคุมของรัฐบาลกลางและการเป็นองค์กรมหาชนในภูมิภาค

4.การแปรรูปองค์กรของรัฐ

ประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษ ดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพโดยการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ โดยมีหน่วยงานระดับชาติดูแลด้านนี้ คือ สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (National health service,NHS) เมื่อปี 1946 เป็นองค์กรหลักในการจัดการสุขภาพ

ระบบการเงิน งบประมาณต่างๆ ที่ใช้ในกองทุนสุขภาพแห่งชาติ มาจากภาษีทั่วไปที่รัฐบาลกลางจัดสรรให้เป็นรายปี

ระบบบริการ ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการของรัฐเอกชนเป็นส่วนเสริม หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนต่อสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ เช่น หน่วยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (general practioner,GP) มีรายได้จากการให้บริการ 3 ส่วน คือ 1) การจ่ายค่าหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับ GP นั้น 2) fee for service จากการให้บริการพิเศษบางอย่าง เช่น เยี่ยมไข้ผู้ป่วยนอกนอกเวลา การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น 3) จากการจัดบริการที่จำเป็น (practice allowances) จากการจัดบริการจำเพาะบางอย่าง เช่น บริการสำหรับผู้สูงอายุ

ประเทศอังกฤษได้ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงเขตพื้นที่สุขภาพ เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนการรับบริการและเพื่อประสิทธิภาพ ปี 1974 โดยออกกฎหมายโอนโรงพยาบาลและบริการสุขภาพชุมชนออกมาจากรัฐบาลท้องถิ่น มาสังกัด NHS โดยการรวม District management teams และ family Practitioner committees มาอยู่ภายใต้การดูแลของ Area Health Authority พร้อมทั้งจัดตั้ง Regional Health Authority (RHA) กำกับ Area Health Authority อีกชั้นหนึ่ง เมื่อนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยที่แผนซึ่งกำหนดจาก Are Health authority district ไม่ได้รับความร่วมมือจาก Management Teams และ Family Practitioner Committees ในขณะเดียวกันก็มีความขัดแย้งระหว่าง Area Health Authority กับ Regional Health Authority ต่อมาในปี 1982 จึงยกเลิก Area Health Authority และมีการจัดตั้ง District Health Authority ขึ้นแทน

ปี ค.ศ. 1983 ได้มีการแปรรูป NHS ของประเทศอังกฤษอย่างเป็นระบบ เริ่มจากระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General practice: GP) และการให้บริการโดยเอกชน เช่น บริการทันต

รวม บริการวัดสายตา และบริการสุขภาพนอกเวลาราชการ นอกจากนี้ NHS ของประเทศอังกฤษยังได้จ้างภาคเอกชนเป็นผู้บริการแทน วัตถุประสงค์เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่รอรับการรักษา โดยให้ภาคเอกชนรับทำการผ่าตัดในกรณีที่ไม่เร่งด่วน ลำดับต่อมาได้ขยายการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในด้านอื่นๆ เช่น การวินิจฉัยโรค การบริการผู้ป่วยนอกระดับตติยภูมิ เป็นต้น (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2543) (ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, 2544)

ผลการศึกษา

บทเรียนสถานีอนามัยถ่ายโอน: 28 แห่ง 28 อย่าง

แม้ว่าการถ่ายโอนสถานีอนามัย จะเกิดขึ้นภายใต้นโยบายการกระจายอำนาจของชาติที่เหมือนกัน แต่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับสถานีอนามัยที่ถ่ายโอนแต่ละแห่ง กลับมีความแตกต่าง หลากหลาย มีรายละเอียดความเป็นมา เป็นไป ความสุข ความทุกข์ ความสำเร็จ หรือล้มเหลว แตกต่างกันไป ตามบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นจำนวน บุคลิกลักษณะของเจ้าหน้าที่ ที่มีอยู่เดิมและถ่ายโอน พื้นฐานการทำงานของสถานีอนามัยและความสัมพันธ์กับชุมชน และท้องถิ่น ตลอดจนบรรยากาศทางการเมืองของท้องถิ่น และความสัมพันธ์กับหน่วยงานสาธารณสุขเดิมที่จากมา

กรณีตัวอย่างต่อไปนี้ จะช่วยสะท้อนภาพความซับซ้อน และแตกต่างหลากหลาย ของพื้นที่ถ่ายโอน ในปัจจุบัน

กรณีศึกษาที่ 1

ภาพของชายคนหนึ่งนั่งอยู่ที่โต๊ะมุมห้องของสถานีอนามัย ภายในห้องไม่ได้เปิดประตู และหน้าต่าง ไม่เปิดทั้งพัดลมและแอร์ สายตาจับจ้องอยู่กับคอมพิวเตอร์ มองพวกเรา ผู้มาเยือนด้วยสายตาที่เฉยชา ไม่ทักทายและกลับไปสนใจอยู่ที่คอมพิวเตอร์เช่นเดิม เสมือนว่าไม่ต้องการยุ่งกับใคร ภาพนี้ยังคงจำได้ดี...ในวันที่ไปเยี่ยมเยียนสถานีอนามัยแห่งนี้

1. รอยยิ้ม ความสุข...ที่หายไปไหน

สีหน้าและแววตาที่ปราศจากรอยยิ้มของผู้ชายคนนี้นับบอกถึงคนที่ไม่มีความสุข และเราได้ทราบต่อมาว่าพี่คนนั้นและพี่หัวหน้าสถานีอนามัยกำลังจะย้ายไปอยู่ที่ท้องถิ่นอื่น จะเหลือข้าราชการประจำเพียงพยาบาลวิชาชีพหนึ่งคน และทันตภิบาลอีกหนึ่งคน และเมื่อเราบอกวัตถุประสงค์ว่าต้องการพูดคุยเกี่ยวกับการถ่ายโอนมาอยู่ที่ท้องถิ่น พี่ผู้ชายคนนั้นบอกว่า “เรามาเข้าไป” เพราะว่าการที่ปฏิบัติงานอยู่ ณ ตอนนี้อยู่ในบุคลากรที่ถ่ายโอนมาช่วงแรก บุคคลเหล่านั้นได้ย้ายกลับไปอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขหนึ่งคน และอีกคนหนึ่งได้ย้ายไปอยู่ที่ท้องถิ่นอีกแห่งหนึ่ง ขณะที่ทั้งสองคนก็กำลังจะย้ายไป คำถามคือเกิดอะไรขึ้นกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ณ สถานีอนามัยแห่งนี้ เราจึงพูดคุยกับทั้งพี่ๆ น้องๆ ที่ทำงานอยู่ ณ ปัจจุบัน และตามไปคุยกับบุคคลสำคัญของการถ่ายโอน

2. การถ่ายโอนช่วงว่างเว้น

สถานีอนามัยแห่งนี้ เป็นพื้นที่หนึ่งที่เจ้าหน้าที่สองคนในสี่คนตัดสินใจเข้าร่วมการกระจายอำนาจไปอยู่ในการบริหารของท้องถิ่น ขณะที่อีกสองคนต้องการทำงานกับกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดิม การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญนี้เป็นการตัดสินใจโดยที่ไม่รู้ว่าอนาคตของตนเองและสถานีอนามัยจะเป็นอย่างไร แต่มาด้วยเหตุผลต้องการทำงานที่มีลักษณะแตกต่างไปจากการทำงานรูปแบบเดิม คือ ไม่ซ้ำซ้อน รวดเร็ว ตอบโจทย์ท้องถิ่น ประกอบกับการได้รับคำอธิบายถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆที่จะได้รับภายหลังการถ่ายโอนทั้งโบนัส ตำแหน่ง งบประมาณ สวัสดิการต่างๆ ซึ่งผู้เล่าบอกว่า “ฟังดูแล้วเหมือนมีแรงจูงใจ เหมือนไปฟังประกัน เหมือนจูงใจว่าเราไปแล้วดูว่าสวัสดิการเราน่าจะดีขึ้น” อีกทั้งสถานีอนามัยและท้องถิ่นมีการทำงานร่วมกันอยู่แล้ว การตัดสินใจเรื่องนี้จึงใช้เวลาไม่นาน

“คือตอนที่ตัดสินใจว่าจะไป คือตอนนั้นคือ สอ.เดิม เรากำลัง co กับอบต. ตอนนั้นเป็นอบต.อยู่ ที่ทำงานร่วมกันมาก่อน ซึ่งตอนนั้นทำงานมาผมมองว่างบประมาณบางส่วนเรา join กันมันไม่ค่อย ไม่เป็นขั้นตอนเยอะเหมือนของกระทรวงเดิมที่เราต้องทำ มันจะสั้นไหลเร็วขึ้น งบประมาณได้จ่าย ทำงานได้คล่องตัวขึ้น”

“ตอนที่ตัดสินใจไป โดยหลักเลยคือมันคล่องตัวขึ้น ผมคิดไม่นานนะ ผมมองภาพท้องถิ่นว่า ยังในอนาคตท้องถิ่นมันตรง และผมก็คิดว่า ผมเหมือนลองผิดลองถูกจริงๆนะแต่ผมคิดว่าคิดถูก ตอนแรกคิดว่าคือมันน่า จะคล่องตัวเรื่องของการทำงาน บอกตรงๆว่าระบบงานสาธารณสุขซ้ำซ้อน ซ้ำซ้อนมากในเรื่องระบบงาน ผมมองว่าถ้าเราโอนมาอยู่ที่ท้องถิ่นแล้ว บอกตรงๆ ว่าเรื่องระบบความซ้ำซ้อนมันคงจะน้อยลง

มันคงจะชัดเพราะว่า job ส่วนใหญ่มันจะลงสู่ชุมชน คอบโจทย์ได้ตรงประเด็นมากกว่า”

“ย้ายมาเพราะว่าสาธุมีแต่เก็บข้อมูลแต่ทำอะไรไม่ได้ ต้องถีนน่าจะทำงานง่ายกว่า”

(เจ้าหน้าที่ สอ.ที่ตัดสินใจถ่ายโอน)

การถ่ายโอนพื้นที่นี้ดำเนินไปภายใต้การตัดสินใจของบุคลากรครึ่งหนึ่งที่ยินยอมเข้าร่วม และการที่ท้องถิ่นผ่านการประเมินหลักธรรมาภิบาล บลัด อบต. ณ ขณะนั้นเป็นผู้ที่ดำเนินการถ่ายโอนแทนนายกอบต. เนื่องจากเป็นช่วงที่ท้องถิ่นกำลังว่างเว้นผู้บริหาร ซึ่งปลัดอบต.มีความสนใจและศึกษาหลักการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ได้มองเห็นประโยชน์และผลักดันให้การถ่ายโอนเกิดขึ้น ซึ่งการว่างเว้นผู้บริหารท้องถิ่นในช่วงเวลาของการถ่ายโอนสถานีนามัย เป็นผลให้ผู้บริหารรับนโยบายแต่ขาดการรับฟังและเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ต่างๆของบุคลากร รวมทั้งการทำความเข้าใจกับเนื้อหาสาระของ จึงส่งผลกระทบต่อการสนับสนุนการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทางสาธารณสุขในเวลาต่อมา

“ผมมองว่านโยบาย ของผมเสียอย่างหนึ่งว่า ตอนที่คนทีวางนโยบายตั้งแต่แรก ว่านโยบายmainหลักก่อนที่จะมีการถ่ายโอน ผู้บริหารไม่ได้ฟัง นายกไม่ได้ฟัง มีแต่ปลัดเข้า เพราะนายกเขาไม่เคยเข้าฟัง ทั้งนายกและผู้บริหารท้องถิ่นไม่เคยเข้าฟัง เราไปแล้วสิทธิประโยชน์เราได้อะไรบ้าง ในเรื่องเจ้าหน้าที่ ในเรื่องอะไรต่ออะไร ในเรื่องงานต้องมาจูนมาประกอบกัน ผมไม่รู้ว่าท้องถิ่นอื่นเขาเข้าฟังกันรึเปล่า แต่ผู้บริหารเขาไม่ได้ฟัง เพราะว่าเขาหมดวาระ เขาไม่ได้ฟัง มันเหมือนถ่ายผ่านอีกที.....พอเขาเข้ามาปุ๊บเขาไม่เห็นรายละเอียด ว่ามันจะไปด้วยกันยังงี้ มันเหมือนพูดกันคนละอย่าง ในเรื่องของวิธีการทำงาน ในเรื่องของสิ่งที่เราต้องปรับตัวเข้ากับเขา โอเค เขารู้ แต่สิ่งที่เราต้องคาอยู่ เรื่องงานที่เราต้องทำอยู่ ตอนที่ผมไป เรื่องงาน เรื่องตัวชี้วัดต่างๆของกระทรวงสาธารณสุขมันตามไป กระทรวงสาธารณสุขเดิมก็ทำให้เราทำตามระบบเดิมเหมือนที่เราต้องทำอยู่ แต่ผู้บริหารที่เข้ามา เขาไม่คิดอย่างนั้น เขาคิดว่าตัวชี้วัดบางตัวมันไม่คอบโจทย์เขา คุณไม่ต้องทำก็ได้ คุณเอาเวลาที่ทำตัวชี้วัดของคุณมาทำงานให้ผมดีกว่า มองภาพอย่างนั้นนะ น่าจะเป็นอย่างนี้ที่เขาคิด มันก็เลยว่า เติงงานไปพร้อมกันจริง แต่มันก็ไปสวนทางกันในบางเรื่อง” (เจ้าหน้าที่ สอ.ที่ตัดสินใจถ่ายโอน)

3. ถ้างาทำงาน จากเด็กเรียนดีกลายเป็นสอบตก(เกณฑ์)

เมื่อถ่ายโอนสู่ท้องถิ่นแล้ว เจ้าหน้าที่สถานีนามัยต้องทำงานตามคำสั่งหรือตามนโยบายของผู้บริหารท้องถิ่น ขณะเดียวกันตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขยังคงตามมา เจ้าหน้าที่ทั้งสองคนยังทำงานและส่งรายงานตามตัวชี้วัดเช่นเดิม โดยมีระบบการควบคุมและติดตามผ่านเครือข่าย(CUP) ผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นการทำงานเปรียบเสมือนการถ้างาทำงาน แพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแล CUP เล่าให้ฟังการทำงานของสถานีนามัยนี้ว่า “ก่อนถ่ายโอน ผลงานเป็นระดับ Top หลังถ่ายโอนระดับ mean ยังไม่ได้” จากพื้นที่ที่เปรียบเสมือนเด็กนักเรียนเรียนดีมีผลงานเป็นระดับหนึ่งของจังหวัด กลับกลายมาเป็นเด็กที่สอบตก ที่มีผลตามตัวชี้วัดตกเกณฑ์ และถูกมองว่า

เป็นสอ.ที่มีปัญหา ทำงานไม่มีประสิทธิภาพ สร้างความอับอายและทำให้กับบุคคลากรรู้สึกว่าเป็นตัวถ่วง เป็นปมค้อยของกระทรวงฯ ในขณะที่ผู้บริหารท้องถิ่นไม่เข้าใจในภาระงาน

“ผมว่าถ้าถ่ายโอนแล้วคุณตัดประเด็นเรื่องจุจกออกไปเลย ที่เกี่ยวกับตัวชีวิตที่กระทรวงต้องมาบีบให้ทำโน่นทำนี่ คือไม่ต้องบีบให้เขาทำ เพียงวางแผนให้เขาทำ อะลุ่มอล่วยมีความยืดหยุ่น ตัวชีวิตสาธารณะสุขต้องมีความยืดหยุ่น เพื่อให้เขาอยู่กับท้องถิ่นด้วยความไม่ลำบากใจ ถ้าท้องถิ่นไม่เอาด้วย แล้วคุณไม่ยืดหยุ่นให้เขาทำได้ขนาดไหน ไม่คิดว่าเขาเป็นปมค้อย มันเหมือนเป็นตัวถ่วงอย่างที่ผมบอก แล้วเขาไปประจาน ผมเข้าไปประชุมกับสาธารณสุขเดิม กับสสอ. ผมโดนขึ้นป้ายหลายว่าที่นี้ตกเกณฑ์ ผมอายมากเลย แต่เขาก็ไม่ถามผมว่าทำไมถึงตกเกณฑ์ เขาก็มองว่าเราทำงานไม่มีประสิทธิภาพเท่านั้นเอง สอ.อื่นที่ไม่ถ่ายโอนเขาก็มองว่าคุณไม่มีประสิทธิภาพ คือกลับกลายเป็นว่าเราเหมือนเป็นปมค้อยของกระทรวงสาธารณสุขไปแล้ว”

(เจ้าหน้าที่ สอ.ที่ตัดสินใจถ่ายโอน)

4. หลายสิ่ง เปลี่ยนไป ภายหลังถ่ายโอน

ทำงานตามนโยบายผู้บริหาร : เมื่อการถ่ายโอนเป็นเพียงยกสถานีอนามัยและบุคลากรให้กับท้องถิ่น โดยที่ท้องถิ่นไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่และการดำเนินงานด้านสาธารณสุข การทำงานหลังการถ่ายโอนของสถานีอนามัยนี้จึงไม่เป็นเช่นที่เคยทำ ซึ่งอาจเกิดจากหลายเหตุปัจจัย หนึ่งคือคนทำงานที่เหลือเพียงสองคน รับภาระงานจากสองส่วนทั้งสาธารณสุขและท้องถิ่น สองคือผู้บริหารไม่เข้าใจและไม่สนับสนุนในการดำเนินงาน การทำงานจึงเป็นเพียงทำตามนโยบายผู้บริหาร

“ทางรพ.ก็สะท้อนมาว่าคนไข้ walk in เข้าไปเยอะมาก จึงคิดว่าจะเอาที่นี้เป็นด่านหน้าในการกันคนไข้ไม่ให้เข้ารพ. แต่ผู้บริหารไม่เข้าใจว่าจำเป็นต้องมีคนทำงานเพิ่ม อุปกรณ์เพิ่ม รพ.บอกผู้บริหารว่าจัดสอ.เป็นศูนย์ศสสม. ผู้บริหารก็ไม่เข้าใจหรอกว่าต้องทำอะไรบ้าง”

“เคยรายงานเป็นจริง ทาง CUP ก็บอกกับนายกฯว่าเข้าเราตก จึงคุยกันว่าต้อง make อย่างน้อย 60 % แต่เมื่อเงินไม่เข้า เพราะว่าอย่างคัดกรองเบาหวานเป็นกลุ่มตัวอย่างเดิมที่นายกฯสั่งให้ทำ จริงๆต้องคัดกรองตั้งแต่อายุ 35 ปีไปเรื่อยๆ แต่เขาให้ทำในวันแจกเบี้ยผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายก็เป็นกลุ่มเดิม ไปคัดกรองทุกเดือน เอากลุ่มนั้นคีย์เข้าไปก็เป็นกลุ่มเบาหวานเดิม”

“ที่ทำงานตามตัวชีวิตไม่ได้เพราะ คนทำงานไม่พอ งบประมาณไม่มี มุมมองผู้บริหารไม่เข้าใจงานสาสุข....เขาทำงานเหมือนสร้างภาพ ตรวจจะเรียงปากมดลูกทั้งตำบล เขาบอกว่าสิ้นเปลือง ต้องจ่ายเงินให้อสม. เขาให้ทำวันเดียวบางงานไม่สนับสนุน มีผลต้องงบประมาณ แต่ทำงานบางงานเช่น พ่นยุงใช้เลือดคอก เขาไปเดินด้วย ถ่ายรูปด้วย”

ทำงานเกินจากขอบเขตเดิม : แม้ว่าปัจจุบันการปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยแห่งนี้มีบุคลากรที่เพิ่มขึ้นเป็น 4 คนแต่การดำเนินงานสาธารณสุขยังคงทำลำบาก เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่งเล่าว่า “เราต้องทำงานของอนามัยและงานท้องถิ่นด้วยที่เป็นงานของกองอื่นต้องเกณฑ์ไปกันหมด อย่างศึกษาฐานกองอื่น วันจ่ายเบี้ยผู้สูงอายุเราก็ต้องไป” รวมทั้งการป้อนอนามัยไปร่วมเป็นนักแสดงในงานประจำปีของจังหวัด

ทำไปใครรับผิดชอบ : เพียงหนึ่งในสี่ของบุคลากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่สามารถให้บริการตรวจรักษาได้ ส่วนคนอื่นตำแหน่งนักบริหารงาน นักสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และทันตภิบาล จึงเกิดความกังวลในการปฏิบัติหน้าที่ตรวจรักษา และมีคำถามว่า “ทำไปใครรับผิดชอบ”

“คนที่อยู่ สอ. ก่อนถ่ายโอนสสจ.ดูแลอยู่ ผิดถูกยังไปสสจ.ดูแลอยู่ ฉะนั้นไปพิจารณา
สสจ.รับผิดชอบ แต่ถ้าถ่ายโอนแล้วใครรับผิดชอบ เขาบอกว่าสองปีแล้วหมดภาระ
กระทรวงสาธารณสุข แล้วคนที่ไม่ตรงสายงาน อย่างพยาบาลวิชาชีพ ตอนนี้ทำ
หน้าที่รักษาได้คนเดียวคือพยาบาลวิชาชีพ”

ขาดการพัฒนา : การทำงานที่มีเพียงพยาบาลวิชาชีพเพียงคนเดียว จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง แต่จากการสอบถามพบว่า ไม่ได้ไปประชุม/อบรมทางวิชาการ หรืออบรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้บริหารไม่ให้พยาบาลไป ให้อยู่ดูแลรักษาที่สถานีอนามัย มีการจัดอบรมที่เกี่ยวกับการทำงานสู่ตำบลสุขภาวะ มีการจัดส่งทันตภิบาลไปแทน

ขาดอุปกรณ์เครื่องมือ : สำหรับเจ้าหน้าที่ทันตภิบาลได้ทุนไปเรียนตั้งแต่ก่อนสถานีอนามัยถ่ายโอน ตอนนี้จบและมาทำงานได้สี่ปีแล้ว ผ่านการฝึกงานจากโรงพยาบาลจังหวัด ตั้งแต่กลับมาทำงานไม่มีอุปกรณ์เครื่องมือ ไม่มียูนิตทำฟันทำได้เพียงไปตรวจสุขภาพฟันในชุมชน โดยการติดต่อขอยืมอุปกรณ์จากโรงพยาบาลที่สามารถยืมได้ จากการสอบถามพบว่า มีนโยบายที่บรรจุเรื่องการจัดหา จัดซื้อยูนิตทำฟันแต่ยังไม่เคยได้มา

ขาดแผนการทำงาน เป็นคนการเมือง : เมื่อมีข้อจำกัดด้านบุคลากรสายวิชาชีพ การทำงานเดิมที่เคยมี สสม. มาช่วยในการทำงานเชิงรุก แต่ปัจจุบันไม่เป็นอย่างเช่นเคย เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่งเล่าให้ฟังว่า แต่เดิมการคัดกรองความดันเบาหวาน ให้อสม.เดินไปเจาะน้ำตาล แต่ถ่ายโอนมากับท้องถิ่น ปัญหา คือ ส่งงานไม่ได้ เนื่องจากอสม.เป็นสท.ทำงานเร่งด่วนก็ไม่ทำ แต่พ้องนายก ความมีจิตอาสาไม่มีแล้ว ตอนนี้อสม.ส่วนใหญ่เป็นสท.เกือบหมด เหลือคนทำงานจริงไม่กี่คน ตอนนี้มีอสม.ใหม่ 20 คน เป็นคนที่นายกคัดเลือกฐานเสียงของตัวเองไว้

ความเป็นวิชาชีพที่หายไป : ปัญหาหนึ่งที่พบของคนทำงานคือ จากการทำงานตามหลักวิชาการ ที่ต้องซักประวัติ ตรวจร่างกาย กลายเป็นการจ่ายยาตามสั่ง เช่น กรณีที่เป็นญาติสท.ขอเอายาโดยไม่มาตรวจ นายกฯ สั่งว่า “อย่าให้มีอีกนะหมอ” และอีกสิ่งหนึ่งที่เปลี่ยนไปคือการส่งติดกล่องวงจรปิดที่สถานีอนามัยเพื่อดูพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่

จากหมอกลายเป็นลูกน้อง : ด้านความสัมพันธ์ระหว่างสถานีอนามัยและองค์กรปกครองท้องถิ่น จากคนที่เคยทำงานร่วมกันด้วยดี เจ้าหน้าที่ท่านหนึ่งบอกว่า “ก่อนถ่ายโอนสนับสนุนมากกว่า ให้เกียรติมากกว่า หลังถ่ายโอนเขาสั่งการเราได้”

5. ขวัญกำลังใจหาย สู้ด้อย่างยาก

จากการประสบปัญหาในการทำงาน โดยที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากกระทรวงสาธารณสุข และไม่สามารถหาทางออกด้วยตนเองได้ จึงทำให้เจ้าหน้าที่สองคนที่ตัดสินใจถ่ายโอนมาตอนแรก ต้องแยกย้ายกันไปหาที่อยู่ใหม่ หนึ่งกลับไปพึ่งพิงระบบสาธารณสุขเดิมและอีกหนึ่งคือโยกย้ายไปสู่องค์กรปกครองท้องถิ่นแห่งใหม่

“สสจ.มาประเมินทุกสามเดือน ให้พูดความจริง แต่ใครจะส่งถูกต้องให้ผู้บริหาร จึงเลือกพูดเท่าที่พูดได้ สสจ.บอกว่าสองปีกลับได้ ประมาณ 1 ปีตัดสินใจกลับเพราะว่าสิ่งที่สะท้อนไปตลอดไม่ได้รับการแก้ปัญหา เรื่องงานเรื่องคนไม่พอ ทำให้ไม่ไหว รู้สึกว่าเป็นตัวถ่วงของCUP อยู่แล้วอึดอัด แต่ผมชอบท้องถิ่น ระบบงานไม่ซ้ำซ้อน แตกต่างจากเดิมคือรับงานจากผู้บริหารโดยตรง มีตัวชี้วัดธรรมดาภิบาลมากำกับ”

ในขณะที่บุคลากรที่อยู่ปัจจุบันนี้กำลังแสวงหาพื้นที่สำหรับการทำงานของตนเอง แล้วอนาคตของสถานีนานามัยแห่งนี้จะเป็นอย่างไร

“หาที่ย้ายกันหมด เดือนหน้าผมก็จะไปแล้ว เขาบอกว่าไม่สนใจอยากไปก็ไป แต่เวลาไปก็ไม่ให้ไป ข้าราชการท้องถิ่นย้ายกันหมดแล้ว.....ตอนผมไปกระทรวง (เพื่อขอย้ายมาลงที่นี่) มีคนบอกว่าเขามาสืบคนเขาย้ายไปเจ็ดคนแล้ว พี่จะกลับไปอีกหรือ ผมกลับมาตำแหน่งยุคเฮงชวย นี่ผมจะลาออกเองแล้ว มันออกไปไม่ได้”

กรณีศึกษาที่สอง

1. สถานการณ์

สถานีนอนามัยแห่งนี้ เป็นสถานีนอนามัยขนาดเล็ก ดูแลรับผิดชอบประชากรเพียงสองหมู่บ้าน ที่แบ่งมาจากหมู่บ้านอื่นๆของตำบลที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ เป็นหนึ่งในสถานีนอนามัยที่ถูกเลือกให้ถ่ายโอน ตาม อบต. ที่ผ่านเกณฑ์ธรรมาภิบาลแห่งเดียวในจังหวัด

ในตอนถ่ายโอน สถานีนอนามัยแห่งนี้ มี เจ้าหน้าที่โอนมาด้วยเพียงหนึ่งคน ที่เป็นหัวหน้าสถานีนอนามัย ขณะที่อีกคน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพตำแหน่งอยู่ที่โรงพยาบาล ขณะก่อนโอน ทำหน้าที่ช่วยราชการสถานีนอนามัย ไม่โอนย้ายมาด้วย ขอถูกส่งตัวกลับโรงพยาบาล ที่เหตุผลของเจ้าตัวคือ “เรากลัวทีมบริหารของ อบต. มันไม่เสถียร”

สองปีหลังการถ่ายโอน หัวหน้าสถานีนอนามัย ที่ถ่ายโอนมา ต้องมีเหตุให้ขอย้ายออกไปเป็นหัวหน้ากองสาธารณสุข ให้กับเทศบาลอีกอำเภอหนึ่ง ด้วยเหตุผลที่เจ้าตัวให้กับทีมวิจัยว่า “ไม่สามารถเทียบเป็นนักบริหารงานฯ รอมาสองปีไม่มีอะไรดีขึ้น อยากกลับมาสาธารณสุขแต่กลับไม่ได้” ขณะที่อีกเหตุผลหนึ่งจากผู้บริหารท้องถิ่น คือ การมีปัญหาคความขัดแย้งกับผู้บริหาร อบต.

ในวันที่ทีมวิจัยไปเยี่ยม....สถานีนอนามัยแห่งนี้ เป็นเพียงอาคารไม้เล็กๆ แบบเก่าที่ตั้งอยู่ในชุมชนห่างจากที่ตั้ง อบต. ออกไปไม่กี่กิโลเมตร เราพบชายหนุ่มตำแหน่งเจ้าหน้าที่พิมพ์ข้อมูล เฝ้าดูแลอยู่ พื้นที่ชั้นล่างอาคารมีสำนักงานเล็ก มีชั้นยา โต๊ะคอมพิวเตอร์ ตู้เอกสาร เตียงตรวจผู้ป่วย และตู้อบสมุนไพรและเครื่องอบผม

กลางวันของที่นี่ จะไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาประจำ ยกเว้นช่วงนอกเวลาราชการคือเย็นถึงค่ำที่จะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลจากโรงพยาบาลอำเภอมาให้การรักษาคคนไข้ และบริหารจัดการสถานีนอนามัยหรือช่วยนายงๆ ดูแลงานทางด้านสาธารณสุขอยู่เป็นประจำ

2. ใครดูแลประชาชน

ทีมวิจัยต้องใช้เวลารอเธออยู่จนหลังเลิกงาน กว่า “หมอลดา” ของชาวบ้านจะมาถึงสถานีนอนามัยตามนัด พลันที่คำแนะนำตัวไม่กี่ประโยค ว่าเรามาเยี่ยมเยียนเพื่อรับรู้สารทุกข์สุกดิบของการเป็นพื้นที่ถ่ายโอน เรื่องราวที่ออกจากปากเธอได้ไม่กี่ประโยคก็หยุดถูกแทนที่ด้วยน้ำเสียงอันสั้นเครือ พร้อมน้ำตาที่กลั้นไว้ไม่อยู่ จนมาเป็นความเงียบไปชั่วขณะ

ความรู้สึกน้อยใจ เสียใจ เมื่อย้อนคิดถึงอดีตของการเริ่มถ่ายโอนที่แม้จะผ่านมาเกือบสองปี จากปฏิกิริยาของหน่วยงานสาธารณสุข บ้านใหญ่ของเธอที่เกิดขึ้นกับตัวเธอและชาวบ้านที่ถูกมองว่าเป็นชาวบ้านในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยงานอื่นในยามไปรับบริการที่โรงพยาบาล

“กระทรวงเราเคยอยู่ด้วยกันดีๆ พอถ่ายโอนปุ๊บ คุณก็จะบอกว่าถ่ายโอนแล้วไม่เกี่ยวข้องกัน เราเฮอะกระทรวงเราเธอพูด..ทำไมพูดแบบนี้ หลายนๆ อย่างพูดไปแล้วมันสะเทือนใจ เชิญประชุมก็ไม่เชิญ มันเหมือนคนชั้นสองชาวบ้านไปรับบริการครั้งแรก ตำบลนี้เธอ บ้านนี้เธอ เขาไปอยู่กับ อบต.

แล้ว สงสารเขา เราอยู่ที่นั่นมันผูกพัน (เสียงเครือ) มันไม่ใช่แค่หมอบหรือว่า
ชาวบ้าน มันเหมือนลูกเหมือนหลาน (ร้องไห้) สองปีแล้วมันยัง”

“ตอนแรกนะเขาคิดว่า มันตัดโดยปริยายว่า เขาตัด สอ.ด้วย ตัดประชาชน
ด้วย เขาไม่เข้าใจว่าต้องทำกับประชาชนยังไง”

“หมอบตา” คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนเดียว ที่ถูกรับผิดชอบสถานีอนามัยแห่งนี้ ในแบบนอกเวลาราชการ
ทั้งๆที่เขาไม่ใช่ข้าราชการถ่ายโอน เธอเคยมาช่วยราชการที่นี่ ก่อนจะมีการถ่ายโอน เมื่อหลายปีก่อน แต่ตอนถ่าย
โอน เธอตัดสินใจไม่มาด้วย ขอย้ายกลับ รพ. ที่ตำแหน่งเธออยู่ที่นี่ เพราะความไม่แน่ใจกับสถานการณ์การทำงาน
กับท้องถิ่น แต่ภายหลัง เมื่อเพื่อนร่วมงานที่ถ่ายโอนมาพร้อมสถานีอนามัย เกิดปัญหาและต้องย้ายไปยัง อบต. อื่น
ทำให้เธอตัดสินใจเข้ามาดูแล สถานีอนามัยแห่งนี้ให้กับ ท้องถิ่นอีกครั้ง แม้จะเป็นการทำงานแบบไม่เป็นทางการและ
ด้วยการต้องเผชิญกับปฏิกิริยาเชิงลบ ของที่ทำงานปัจจุบัน

“...มาอยู่ปีแรกที่ช่วยราชการ คุณไปทำงานให้ที่อื่นคุณไม่ต้องเอาขึ้น ได้แค่
ขั้นหนึ่ง ไม่เป็นไร รับได้ เพราะมันสุดๆ มันเจอมาแล้ว แค่ว่า 1 ขั้นไม่
ซีเรียส”

แต่แม้จะต้องทำงานแบบอาสา และเจอกับผลเชิงลบ แต่ด้วยความรักและความผูกพันที่มีต่อชุมชนแห่งนี้
เธอยังคงมาช่วยให้บริการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ให้กับชาวบ้าน และท้องถิ่น ในช่วงหลังเลิกงาน ท่ามกลางเสียงวิพากษ์
วิจารณ์ จากเพื่อนที่ทำงาน

“เขาคิดแต่ว่านี้กระทรวงมหาดไทย ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุข เขาลืม
ประชาชน เขาลืมไปว่าเราทำให้ประชาชน เขาใช้กรอบที่มันครอบอยู่ว่าเป็น
มหาดไทย คำพูดที่ต้องเข้าใจตอนนั้น พี่สะใภ้ทำงานอยู่ที่อบต.คุยกันเรื่องนี้
ทำไมต้องเป็นอย่างนี้ เขาก็บอก ข้าก็ตัวอยู่กระทรวงสาธารณสุขไป
ทำงานมหาดไทยเขาก็ว่านะสิ อ้อ ถึงบางอ้อเลย รู้ว่ามันเรื่อตรงนี้ใจ ที่
จริงถ้าเราคิดว่า goal คือประชาชน ก็เหมือนกัน เขาเริ่มเข้าใจเราที่เราทำ
คุณจะปล่อยให้ชาวบ้านเขาอันนี้เหวอ เขาก็เป็นประชาชน เขาก็มารับยา
เขาไม่รู้หรอกเรื่องโอนเป็นของใคร...”

ด้วยเจตนาที่ดี และความมุ่งมั่นตั้งใจ ท้ายที่สุด หัวหน้าและเพื่อนร่วมงาน ใน รพ. ที่เธอทำงานอยู่ ก็เริ่ม
เข้าใจ เธอสามารถชักชวนเพื่อนพยาบาล ผลัดกันมาร่วมปฏิบัติงานนอกเวลา ตอนนี้การทำงานในสถานีอนามัยแห่ง
นี้ ไม่โดดเดี่ยว เนื่องจากเธอสามารถทำให้ เพื่อนร่วมงาน ที่ รพ. มองเห็นว่า ประชาชนสองหมู่บ้านที่ สอ. แห่งนี้
รับผิดชอบ ก็เป็นส่วนหนึ่งของพื้นที่รับผิดชอบของ รพ. แม้ว่าจะได้ชื่อว่า เป็นหมู่บ้านในพื้นที่ถ่ายโอนมาอยู่กับท้องถิ่น
ก็ตาม

“(สถานการณ์ตอนนี้) ดีขึ้นมาก มันเริ่มเป็นเนื้อเดียวกันแล้ว เพราะว่าเรา
ไม่ได้มองที่นี้ 2 หมู่ เรามองที่ อบต.มองทั้งหมด ทำให้ภาพมันกว้าง วันนั้น
ที่จังหวัดมา พี่ ด้อม ไม่ได้มองที่... 2 หมู่ที่ถ่ายโอนนะ เขาไม่พูดกันแล้ว
พูดกันภาพรวม....”

การดำเนินงานของสถานีนามัยที่ไร้เจ้าหน้าที่ประจำไม่ใช่เพียงแค่การให้บริการประชาชนเท่านั้น แต่พยาบาลท่านนี้ยังต้องทำหน้าที่ทั้งเรื่องทำโครงการ การเงิน งบประมาณ บริหารจัดการทั้งของสถานีนามัย รวมทั้ง อบต. ด้วย

“อยู่ที่โรงพยาบาลแต่ก็เหมือนเป็นผอ.รพสต.ที่นี่โดยพฤตินัยและเป็นทีมบริหารของอบต.โดยพฤตินัย”

3. ประสบการณ์การทำงานร่วมกับอบต.

การทำงานร่วมกับ อบต. อาจไม่ใช่เรื่องง่าย แต่ถึงวันนี้มีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น นายกา คนใหม่ปัจจุบัน อดีต เคยเป็นประธานอสม. จึงทำให้การทำงาน การประสานงานง่ายขึ้น เธอได้รับการยอมรับ ร่วมเป็นทีมดูแลสุขภาพสาธารณสุขให้กับ อบต. อย่างไม่เป็นทางการ ประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาทำให้เธอท่านนี้ได้เรียนรู้หลักในการวางตัว ไม่เลือกข้าง และมีเป้าหมายการทำงานอยู่ที่ประชาชน

“.....เดี๋ยวนี้เออ ถ้าเป็นงานคุณหมอจัดการเลย ถ้าเป็นแบบนี้เรามองเห็นอนาคตชุมชน เรามองเห็นว่าเราจะทำอะไรชุมชนได้ power เรามี โดยใช้ท้องถิ่น support คนเดิมเหมือนว่าเราอยู่ชั่วคราวคนปัจจุบันนี้ จริงๆแล้วไม่ใช่เราสาธารณสุขเราทำได้หมด เราไม่มีขีด เราทำได้หมด...พอถึงจุดหนึ่งต้องรู้ว่าไม่ได้เกี่ยวกับใคร ถ้าเราศรัทธาเราอยู่ตรงไหนก็ได้ เราเอาประชาชนเป็นกำแพงให้เรา ตอนนี้เราเข้าใจแล้วว่าขอให้เราทำหน้าที่ที่เราให้ดีที่สุด คุณจะอยู่ตรงไหนก็ได้ มันไม่ได้เกี่ยวข้องตรงว่าทีมบริหาร”

“เราเป็นเราเราก็อยู่เฉยๆ ไปมีปัญหาตรงเราไปแบ่งข้างชัดเจน มันก็ มันไม่ดีขึ้นไม่ใช่ เราก็อยู่ของเราไป เราชอบก็เชียร์เชียร์ๆ ไป อาจจะชอบแต่ก็คุณธรรมคาไม่ออกไปออกตัวแบบนั้นไง...”

แม้ว่าการทำงานในทุกวันนี้ เธอจะไม่ใช่ข้าราชการถาวร แต่เธอก็ทำงานให้กับท้องถิ่นอย่างเต็มที่ และมีความสุขขึ้น หลักคิดสำคัญที่เธอใช้กับการทำงานวันนี้คือ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีนามัยแห่งนี้ ก็คือประชาชนที่ รพ. ที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรรับผิดชอบ โดยไม่เกี่ยวกับการถูกแยกไปอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานใด ความรัก ความผูกพัน ที่เธอและชาวบ้านในท้องถิ่นมีต่อกัน คือ แรงยึดโยงที่สำคัญ

“อบต.ทำอะไรได้หลายอย่างที่เรายากทำ เขาตอบสนองแนวคิดเราได้ โอ โโอเค เลยงะ เราทำอะไรให้ประชาชนได้มากกว่า ของเรา(กระทรวงสาธารณสุข) ไม่ใช่ว่าไม่ดั้นะ แต่ว่ามันมีเป็นขั้นๆ...”

“ถ้าว่าเป็นอย่าง... (คือตัวอยู่รพ. ทำงานในอบต.ด้วย) ก็ว่าดี คือ หนึ่งในเรื่องของเราก็มีอะไรใหม่ๆ ในกระทรวงที่เราสามารถเอามาใช้ในอบต.ได้ ถ้าเราอยู่ในอบต.เราก็หลุดไปเลย...คือถ้าสถานการณ์ตอนนี้เป็นแบบนี้ก็โอ

(โอเค) เพราะเรายังไม่แข็งแกร่ง อุปท.ก็ยังไม่เก่ง ตัวกระทรวงเราก็คงไม่เต็ม
ร้อยเรื่องนี้”

อีกสิ่งหนึ่งที่ได้เรียนรู้ตามหลักบริหาร คือ รู้เขารู้เรา ซึ่งจากการพูดคุยกับนายกอบตฯ คนใหม่ พบว่าเป็นคน
ที่มีวิสัยทัศน์ดีต่องานสาธารณสุข เป็นอดีตประธานอสม. มีความตั้งใจอยากทำอาชาบำบัด อยากมีโรงพยาบาล
ชุมชนในพื้นที่ และเป็นคนที่ยอมรับฟังความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งพยาบาลท่านนี้ได้เล่าถึงการเรียนรู้ที่
จะทำงานร่วมกับผู้บริหารท้องถิ่นว่า

“ทีมบริหารนี้ค่อนข้างจะโอเคเรื่องการทำงาน แต่ให้เขารู้ว่าสาธารณสุข
จะทำอะไรบ้าง คือเขาไม่ทราบจริงๆ ...เหมือนเวลาเราไปหาเขา ทำไมอุปท.
ไม่ทำไถ่โน่นไถ่นี้ ...เขาไม่รู้จริงๆ ว่าเขาต้องทำอะไร เราต้องคอย support
เรื่องวิชาการให้เขา ต้องทำอย่างนี้นะ ของสาธารณสุขจะเป็นนี้นะ บางที่
เราต้องเข้าใจ”

4. สถานีนามัยในวันนี้

บนพื้นฐานการต่อสู้กับทั้งระบบ และ ความท้อถอยในจิตใจตนเอง วันนี้ “หมอต้า” สามารถทำให้สถานีนามัยแห่งนี้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นมาก เธอสามารถระดมความร่วมมือจากทีมพยาบาลของกลุ่มงานเวชฯ ใน
โรงพยาบาลที่เธอสังกัดมาทำงานร่วมกับ อบต. ทำให้ประชาชนในพื้นที่ถ่ายโอนได้รับการดูแลด้านสุขภาพ จาก
สถานีนามัยที่มองเห็นภายนอกเป็นเพียงสถานีนามัยขนาดเล็ก ดูเก่าไม่ได้ปรับปรุง แต่ภายในมีความสะอาดเป็น
ระเบียบเหมือนได้รับการดูแลอย่างดี บริเวณด้านหลังขยายพื้นที่เป็นที่ทำนม มีห้องอบสมุนไพร มีเจ้าหน้าที่ที่สร้างขึ้น
ใหม่เพื่อรองรับบุคลากรใหม่ที่จะมาประจำอยู่ที่แห่งนี้ นอกจากนี้ด้วยแนวคิดของผู้บริหารท้องถิ่นที่ต้องการให้เกิด
บริการสุขภาพแบบใกล้บ้านใกล้ใจ ได้เกิดหมอนวดประจำศูนย์สาธารณสุขชุมชนเกิดขึ้นในทุกหมู่บ้าน ผลจาก
การศึกษาดูงานในชุมชนอื่น นายกฯ คนปัจจุบัน กำลังคิดที่จะจัดโครงการหาม้ามาเพื่อทำอาชาบำบัดในพื้นที่ ส่วน
ปัญหาเรื่องบุคลากรประจำสถานีนามัยในขณะนี้เริ่มชัดเจนขึ้น จะมีการขอรับการถ่ายโอนและเปิดกรอบตำแหน่ง
ใหม่

วันนี้ของสถานีนามัยถ่ายโอนแห่งนี้ แม้จะขาดแคลนและไร้ความพร้อมมากมายโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ประจำ
แต่ด้วยคนดี ๆ และอุดมคติดี ๆ สถานีนามัยถ่ายโอนแห่งนี้ กำลังมีสิ่งดี ๆ หลายสิ่งเกิดขึ้นตามมา

กรณีศึกษาที่ 3

สถานีนอนามัยแห่งนี้ เป็นพื้นที่ถ่ายโอนมาท้องถิ่นด้วยเหตุผลในเรื่องการที่ท้องถิ่นมีหลักการบริหารจัดการที่ดีเด่น และผู้บริหารท้องถิ่นในสมัยนั้นสมัครเข้าร่วม (ซึ่งเป็นผู้บริหารที่อยากเห็นการเปลี่ยนแปลง อยากมีพยาบาลชุมชน เยี่ยมบ้าน อยากทำงานแบบมีส่วนร่วม) อีกส่วนหนึ่งเป็นการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่คิดอยากทำงานออกนอกกรอบ ประกอบกับการได้รับข้อมูลต่างๆที่เป็นด้านบวกสำหรับการถ่ายโอน

“จริงๆ แล้วมันเป็นดุลยพินิจของเรา ถ้าเราไม่ย้ายก็ได้ เหมือนกับทำงานให้ไปก่อน แต่ผมตัดสินใจออกจากระบบไปเลย”

“ทุกคนก็พูดเรื่องดีหมด ได้อะไร รวมถึงโครงสร้างตำแหน่ง ก่อนถ่ายโอนเขาเรียกไปประชุมตลอด ฟังทั้งท้องถิ่น ท้องถิ่นก็มาให้ข้อมูลด้วย จากกรมด้วยมาให้ข้อมูล”

1. ทำงานอย่างโดดเดี่ยว

จากการทำงานเดิมที่มีเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัย 2 คน และเป็น PCU ของโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งพยาบาลวิชาชีพและเภสัชกรมาช่วย แต่ภายหลังการถ่ายโอนสิ่งต่างๆ ล้วนเปลี่ยนไปเนื่องจากเจ้าหน้าที่ประจำอีกคนหนึ่งคนไม่มาร่วมด้วย ขณะที่ CUP ตั้งเจ้าหน้าที่ ที่เคยส่งมาช่วยกลับ เหลือเพียงข้าราชการประจำเพียงหนึ่งคนและถูกจ้างอีกสองคน ซึ่งในระยะแรกนั้นคนทำงานรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อ และถูกซ้ำเติม

“สถานการณ์ตอนนี้ หลังจากถ่ายโอน ก็เกือบ 3 ปี ขณะนั้นเป็นผู้บริหารท้องถิ่นชุดเดิมที่มองเห็นว่าการถ่ายโอนและรับถ่ายโอนของเรา จนถึงปัจจุบันนี้มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารเรารู้สึกว่าทำงาน เราประมวลผลแล้ว 3 ปีเราเหมือนทำงานโดดเดี่ยว โดดเดี่ยวเลยจริงๆ เพราะทั้งพนักงานเราทั้งด้านฝั่งบริหาร และฝั่งด้านการสาธารณสุข เราไม่มายุ่งอะไรกับเรา”

“ช่วงแรกๆ ไปถามทางนั้นก็ไม่ให้ความร่วมมือ ถามทางนี้ก็ระเบียบไม่ชัดเจน อะไรก็เชื่องช้า”

“เขาก็ว่าผมแหละ ไปอยู่ทำไม ก็บ่นท้อ เราก็ไปคุยให้เขาฟัง ...สมน้ำหน้าเราอีก ก็ไม่เป็นไร เราก็เจ็บมาเยอะแล้ว แต่ตอนนี้ก็คือเฉยๆ กลายเป็นว่าเราทำอะไร อาทิตย์นี้ทำอะไร คึกว่า...”

2. กรอบพร้อม เงินพอ แต่ตำแหน่งยังว่าง

เมื่อขาดแคลนบุคลากร จึงได้มีความพยายามที่จะหาคนทำงานเพิ่มเพื่อมาช่วยงาน โดยอาศัยกรอบอัตรากำลังที่กรมส่งเสริมตั้งไว้ก่อนการถ่ายโอน แต่การจัดสรรคนเพิ่มทั้งที่รับเงินจากกรมบัญชีกลางก็ไม่ใช่ง่าย เนื่องจากท้องถิ่นต้องดำเนินการปิดสอบเอง และใช้งบประมาณของท้องถิ่น จนถึง ณ.วันนี้ 3 ตำแหน่งที่ว่างก็ยังคงว่างต่อไป

“ตอนนี้เราเหลือตำแหน่งอีก 3 ตำแหน่ง ที่ทางกรมส่งเสริมตั้งไว้ เนื่องจากยังไม่มี การจัดสอบ คราวที่แล้วมีการจัดสอบไปก็จริงแต่ว่า ไม่มีใครสอบผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ก็ต้องรอสอบใหม่ ที่นี้การสอบใหม่แต่ละครั้งผู้บริหารท้องถิ่นบอกว่า การสอบใหม่แต่ละครั้งใช้งบประมาณประมาณ แสนสองแสน ก็เลยยังไม่จัดสอบ”

3. ท้อ แต่ไม่ถอย

แม้ว่าเจ้าหน้าที่ท่านนี้จะรับรู้ว่าการท้องถิ่นของตนมีปัญหาเรื่องขาดแคลนงบประมาณ เนื่องจากถูกตัดงบประมาณ และต้องแบ่งงบไปช่วยพื้นที่ที่เกิดปัญหาอุทกภัย แต่ก็ยังมีความรู้สึกน้อยใจที่ไม่มีการจัดสรรงบประมาณมาให้เลย นอกจากนี้ยังถูกตัดงบประมาณที่ควรได้รับ เช่น งบ fix cost ต้องเลี้ยงดูตนเองในค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าล่วงเวลา เป็นต้น เป็นช่วงเวลาสามปีที่สถานีอนามัยแห่งนี้ต้องช่วยเหลือตนเอง จากความรู้สึกท้อแต่ไม่ถอย....การดำเนินงานของสถานีอนามัยยังคงดำเนินต่อไปโดยอาศัยปัญญาและต้นทุนที่มีอยู่ ซึ่งเจ้าหน้าที่ท่านนี้ใช้การทำงานแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนาคนให้กลายเป็นต้นทุนของชุมชนแห่งนี้คือกลุ่มอสม.

“ผมสร้างมาในเรื่องของเครือข่ายสุขภาพอสม.การคัดกรองเบื้องต้น ใช้วิธีการอบรมอสม.เพื่อสังคม ช่วงแรกไม่สำเร็จ หลังจาก 3 ปีปุ๊บ ไม่ว่าจะป็นมะเร็งปากมดลูก เบาหวาน ความดัน คนเริ่มยอมรับอสม.มากขึ้น แล้วก็มีการส่งต่อ หรืออะไรที่เราเจอได้รับการยอมรับมากขึ้น แล้วเมื่อเงินมันก็โอนเข้ามา เราก็ใช้เงินไปตามที่เราได้มา โอ้ที่ ค่าน้ำค่าไฟ ค่าโทรศัพท์อะไรอย่างเงี้ยะ เราใช้ตรงนี้ปุ๊บ....ผมต้องหาเงินเอง ปีที่แล้วผมหาเงินได้ประมาณ 3-4 แสน ก็คือมาจากมะเร็งปากมดลูก เบาหวาน ความดันนี้แหละ ค่ะเนนจาก on top เมื่อเราทำเยอะเราได้เงินเยอะ ผมก็ต้องทำอย่างนี้”

4. ร่วมแรงร่วมใจ ได้กำลังทดแทน

ด้วยความมีจิตอาสาและความเข้มแข็งในการทำงานของทีม อสม. จึงได้เกิดการพัฒนากิจกรรมสร้างสิ่งแวดล้อมในสถานีอนามัย เช่น การต่อเติมอาคาร ปรับปรุงสถานีอนามัยโดยใช้ความสามารถของ อสม. ในการเป็น ช่างทาสี ช่างปูน ช่างสุขภัณฑ์ เป็นต้น อสม.ได้มีการร่วมมือกันในการคัดกรองสุขภาพของคนในชุมชน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น และยังได้มีการผลักดันมาทำงานที่สถานีอนามัย

“พวกนวด พวกอะไรอีก นวดนี้เราก็ไปดูทางแม่แจ่มเขาทำกันยังงี้ นี่เราก็อาศัยอสม. มาทูป มาทาสีให้ ปูห้องน้ำ อสม.ทำ....”

“อสม.ก็เริ่มเป็นทีม มาทำงานวันละ 2 คน จาก 153 คนมาทำงานวันละ 2 คนเฉลี่ย ปีละ 4 ครั้ง 3 เดือนมาครั้งเอง เฉพาะอนามัยก็เหมือนมาฟื้นฟู แต่ในเชิงลงพื้นที่ก็ออกพร้อมกันเพราะว่าเงินมันเท่ากัน 600 บาทค่าป่วยการ ไม่มีใครมากใครน้อย มันสอนให้เราทำงานเป็นทีม”

“ช่วงนี้เขารณรงค์อะไร แปดสเมียร์หรือมะเร็งปากมดลูกเนี่ยเราก็ทำ เดี่ยวไม่ทำให้เกิดการเปรียบเทียบระหว่างชุมชน ก็ทำอยู่ แต่ที่ผ่านมาเราเอาตัวรอดด้วยการทำได้เท่าเขาหรือดีกว่า เนื่องจากเรามีจุดแข็งเรื่องพลังมวลชนคือ อสม. อสม.เราก่อนข้างเยอะ และเป็นทีมงาน เป็นข้อเดียวเลยที่เราอยู่ได้เพราะอสม. ของเราเป็นจุดแข็งทีมงานเราเยอะ”

จากการร่วมมือร่วมใจในการทำงานจึงก่อเกิดรายได้จากงบ on top ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของสถานีนามัย สามารถช่วยค่าใช้จ่ายต่างๆที่ถูกตัดสิทธิไปจากงบ fix cost นอกจากนั้นงบประมาณต่างๆรวมทั้งงบกองทุนสุขภาพ สามารถนำมาเป็นค่าใช้จ่ายจ้างวิชาชีพต่างๆเช่น พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น มาช่วยดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยพิการ ผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน โดยพวกเขาเหล่านี้ทำงานนอกเวลาราชการ และสิ่งที่ได้คือประชาชนที่มีปัญหาด้านสุขภาพได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง

“เราต้องการเนื่องจากว่า พยาบาลวิชาชีพ ห้างฟิ้นน้องทันตภิบาลเราก็ต้องการ เพราะเราเตรียมอุปกรณ์ไว้หมดแล้ว เรื่องอุปกรณ์ผมเตรียมหมดเลย แต่บางอย่างเราต้องการทักษะ วิชาชีพที่มันสูงขึ้น พยาบาลเนี่ย ผมใช้เรื่องของพยาบาลที่ดี นักกิจกรรม นักกายภาพ แพทย์แผนไทยประยุกต์ก็ดี ผมใช้เงินกองทุนสุขภาพในการจัดจ้างของน้องๆ พวกนี้ที่มีความรู้ดีกว่าเรา ออกชุมชนในคอนเียน....พอเราทำตรงนี้ปุ๊บ คนที่ได้ตรงนี้ก็คือชาวบ้าน กายภาพ ฟิ้นฟูตรงนี้ เยอะเลย น้องๆ ทุกคนก็ทำด้วยกัน ไม่รักษาพยาบาลก็เยี่ยมบ้าน ฟิ้นฟูคนพิการ สุขภาพจิต เยอะแยะ พยาบาล กายภาพ กิจกรรม ผม ด้วย 4 คนใช้เงินกองทุนสุขภาพ”

แม้ว่าสถานีนามัยแห่งนี้จะมีบุคลากรที่ขาดแคลน ไม่ได้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณหรือการถูกตัดงบประมาณต่างๆ ต้องพึ่งตนเองและช่วยเหลือตนเองมาตลอดระยะเวลาสามปีที่ผ่านมา แต่ด้วยกำลังใจและความตั้งใจของ เจ้าหน้าที่ที่ประกอบกับจุดแข็งของอสม. ทำให้ ณ วันนี้สถานีนามัยแห่งนี้มีสีสัน มีรอยยิ้มแห่งความสุขของคนทำงาน

กรณีศึกษาที่ 4

ภาพของที่นี่...ยังอยู่ในความทรงจำ เป็นบ้านไม้สองชั้น หลังใหญ่ที่ดูเหมือนอาศัยอยู่กันหลายคน ชั้นบนใช้สำหรับเป็นที่ทำงานโครงการตำบลสุขภาวะ ส่วนชั้นล่างใช้เป็นที่ตรวจรักษา แต่มีความสะอาด โถง บริเวณรอบๆบ้านเป็นต้นไม้ร่มรื่นใหญ่ๆ คุ้มร่มรื่นมีสวนหย่อมสวยงาม เหมือนเราได้เข้าไปเยี่ยมบ้านของเพื่อน และที่หน้าบ้านมีป้ายเขียนไว้ว่า “โรงพยาบาลตำบล...”

บ้านหลังนั้นนอกจากมีโครงสร้างที่เป็นบ้านไม้มาแล้ว เป็นความตั้งใจของผู้ที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้า ที่อยากเปลี่ยนที่ทำงานให้เป็นเสมือน “บ้าน” ของทั้งผู้คนที่ทำงานที่นี่และผู้ที่มาใช้บริการ บ้านที่นำมาซึ่งความสุข จากการพูดคุยกับสถานีนอนามัยหลายพื้นที่แต่ละที่จะพูดถึงว่าที่แห่งนี้ “เขา Happy กัน” เมื่อได้พูดคุยพบว่ามีความพึงพอใจกับการตัดสินใจถ่ายโอนมาท้องถิ่นครั้งนี้ แม้ว่าหลายพื้นที่ที่ผู้คนขอโอนกลับไปกระทรวง ขอย้ายไปท้องถิ่นอื่น หรืออยากเป็นนักการเมืองท้องถิ่น แต่หน.ของโรงพยาบาลตำบลนี้ไม่คิดที่จะเปลี่ยนแปลงด้วยใจ “รักตรงนี้” ซึ่งบ่งบอกถึงความสุข ความพอใจกับปัจจุบันและสิ่งที่เป็นอยู่

“เราคุยกันเรื่องนี้เสมอ ไม่รู้สึกที่เราเสียเปรียบ เพราะทำงานมีความสุข มันดีแล้ว ไม่ติดอกติดใจว่าที่เดิมจะดีกว่ายังไง จะหวนกลับไปรีไทร์ไม่มาเลย ทั้งๆที่รู้ว่าบางคนเงินเดือนเยอะกว่าแต่เราได้โบนัส และทำงานมีความสุข”
“ให้เป็นผอ.กองไม่ไป ชอบตรงนี้รักตรงนี้ก็พัฒนาให้มันเปลี่ยนแปลง ผมลงทุนกำลังสมองมากเลยในการเปลี่ยนให้มันเป็นบ้าน เราคิดแล้วมีคนมาช่วย มันมีความสุข”

1. ความสุข....ความลงตัวของชีวิต

ความสุขของคนทำงานนั้นคงต้องเกี่ยวข้องกับเหตุและปัจจัยมากมาย สำหรับโรงพยาบาลตำบลแห่งนี้มีเหตุปัจจัยที่ถึงพร้อมและเอื้อต่อการทำงาน ทั้งผู้นำท้องถิ่นที่มีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาโดยพลกวิสัยทัศน์ของ อบต. เดิมจากการมองแยกส่วนเรื่องสิ่งแวดล้อมดี คุณชีวิต การศึกษา แต่ตอนนี้วิสัยทัศน์ของที่นี่คือ ตำบลแห่งสุขภาวะ ทั้งนี้เกี่ยวเนื่องกับทีมการทำงานของอบต. เจ้าหน้าที่เล่าให้ฟังว่าที่มีปลัดอบต. ที่เก่ง ทุ่มเทในการทำงาน แม้จะไม่ใช่คนที่นี่ แต่เป็นปลัดทำอยู่ที่ อบต. นี้ตั้งแต่ปี 38 และเป็นคนพัฒนาที่นี่มาตลอด อีกความตั้งใจพัฒนาของทีมทำงานของโรงพยาบาลตำบลที่โอนย้ายจากกระทรวงสาธารณสุข

“ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์และให้คุณค่าของงานด้านนี้สูงและให้โอกาสในการพัฒนาและทำ ไม่มาล้วงลูก เข้าใจและให้โอกาสเราทำ พอให้โอกาสเราทำ ทำเต็มที่แล้วมีผลงาน ทุกอย่างมันก็ flow ผู้นำ นายก ท่านปลัดเห็นความสำคัญแล้วทีมงานเราพร้อม เราเห็นคุณค่าด้านนี้ เมื่อถ่ายโอนปุ๊บเรา

เห็นศักยภาพของท้องถิ่น ศักยภาพของตัวเรา เอาสองอย่างมา match กัน เมื่อก่อนศักยภาพเรื่องทรัพยากรจะน้อยกว่า ทรัพยากรที่ว่าหมายถึง คน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ อยู่กระทรวงเดิมจะไขว่คว้าอะไรสักอย่างเป็นเรื่องยาก จะเอาคน เอางบประมาณไปใช้ในชุมชนมันต้องใช้เวลา ต้องมีหลายด่าน ตรงนี้มันใกล้ตัวใกล้ใจมันเลยคล่อง หลายฝ่ายก็เอื้อต่อเรา งานก็ไปได้ดี ผู้บริหารให้โอกาสเราก็โชว์ศักยภาพ มันก็เลยเป็นภาพที่ต่อจิ๊กซอว์ไปได้สวยมากเลย เราเข้าหา เขาก็มาหาเรา มันก็เลย happy”

สิ่งหนึ่งที่นำมาซึ่งความพึงพอใจของคนทำงาน ได้แก่ บ้านและที่ดินบริเวณที่ตั้งโรงพยาบาลตำบลในทุกวันนี้ เป็นพื้นที่ที่ อบต. จัดซื้อภายหลังการถ่ายโอน เนื่องจากผู้บริหรมองเห็นประโยชน์ของตำแหน่งที่ตั้งและการเข้าถึงบริการของประชาชน จึงย้ายจากที่เดิมมา

พื้นที่ตรงนี้เป็นพื้นที่ใหม่ (ซื้อที่) ที่เขาล้างลงทุน 10 กว่าล้าน เขาคักเงิน 13 ล้านกว่าและปรับปรุงอะไรให้อีก ล้านกว่า ถ้าวัดกักกระเป๋ 10 กว่าล้านแสดงว่าเขาเห็นอะไรที่ใหม่...เจ้าของที่ประกาศขาย เขาก็มาถาม รองนายกก็อยู่ตรงนี้ เขาก็ไปคุยกัน ผมไม่ได้ไปเสนอหรือบอกว่าที่ตรงนี้นะ เขาเห็นเอง จะทำเป็นโรงพยาบาลให้ ทั้งที่ตรงนั้นได้งบจากกรมมา 5 ล้าน เขาทำเสร็จแล้ว แต่ตรงนี้อยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนมาใช้บริการได้ดีกว่า ก็เลยตัดสินใจตรงนี้ เห็นภาพว่าเรา happy ผู้นำให้คุณค่ากับตรงนี้

ที่นี่เป็นอปท.แห่งหนึ่งที่ผ่านเกณฑ์ธรรมมาภิบาลและได้รับรางวัล 7 ปีซ้อน ซึ่งที่นี้โดดเด่นเรื่องความโปร่งใส และการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังจะเห็นได้จากคำบอกเล่าเจ้าหน้าที่ท่านนี้ได้เล่าให้ฟังเรื่องการยกระดับเป็นเทศบาล โดยอบต.ชี้แจงข้อเท็จจริงให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นและยอมรับความคิดเห็นที่จะไม่ปรับเป็นเทศบาล และการปฏิบัติด้วยความเท่าเทียมในการจัดสรรโบนัสประจำปี ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่ก่อให้เกิดความสุขกับผู้ถ่ายโอน

เป็นระบบรวม ได้แชร์กับทางโน้น (อบต.) ...โบนัสได้ 3 เท่า ทุกปีเป็นอย่างนี้ การพิจารณาเงินเดือนมีความยุติธรรม happy เรื่องแบบนี้ที่นี้เคลียร์ เพิ่งไปรับมา 5 ล้าน 7 ปีซ้อน ที่นี้เคลียร์ มีความเป็นประชาธิปไตย และรับฟัง ปลัดนายกไม่สามารถลือสือได้ว่าคนนี้ทำงานเก่ง คนนี้ทำงานไม่เก่งแล้วจะให้ 2 ชั้น... ความจริงมีอำนาจแต่เกิดจากทุกคนแชร์ใครสมควรได้เพราะอะไร โบนัสใครจะได้ก็หมิ่นก็เท่า เอาเงินมากองแล้วแชร์ เกลี้ยง คนไม่มีสิทธิ์ก็ต้องได้หมด ลูกเด็กเล็กแดงลูกจ้างได้หมด ที่นี้ผม happy เรื่องนี้ ที่อื่นผมไม่รู้

2. เรื่องใหม่ ตัดสินใจ ไม่ใช่ง่าย

กว่าจะมีวันนี้เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ถ่ายโอนต้องผ่านการตัดสินใจ ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่ายกับการนำร่องถ่ายโอนไปอยู่กับท้องถิ่น ซึ่งเป็นเรื่องที่ใหม่และมีความไม่แน่นอนสูง เจ้าหน้าที่ท่านนี้เล่าว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเดิมตัดสินใจไม่เข้าร่วมการถ่ายโอน ขอย้ายไปอยู่ที่อื่น เมื่อทราบข่าวเรื่องการถ่ายโอนของพื้นที่นี้ ตนเองได้ชักชวนพี่น้องที่อยู่สถานีอนามัยเดียวกันย้ายมาอยู่ด้วยกันที่นี้เพื่อโอนไปอยู่กับท้องถิ่น ด้วยเหตุผลส่วนตัวคือ “ต้องการเปลี่ยนแปลง”

ส่วนหนึ่งเป็นการตัดสินใจมากพอสมควร ที่ศักยภาพของตรงนี้ แต่เราก็พึงระวังเสมอว่าการเมืองเป็นเรื่องการเมือง ถ้าเปลี่ยนคนนี้ก็จะเป็นยังไงต่อ แต่ตรงนี้เราคุยกับพี่ที่ย้ายมาด้วยกัน 5 ชีวิตนะ มัน change เลยนะ เปลี่ยน เปลี่ยนบ้าน เปลี่ยนชีวิต เอาใหม่ และก็ข้างหน้าจะเป็นยังไงก็ยังไม่เห็น คลุมๆอยู่ แต่เรา change เปลี่ยนเลย มาดูโครงสร้างคู่มือทิศทาง มันไม่เลวร้ายไปได้ โอกาสพัฒนามี ไปดีกว่า เปลี่ยนเลย

3. หันกลับ....ยาก

การถ่ายโอนของสถานีอนามัยนำร่อง เป็นที่ทราบกันทั่วไปว่าในระยะเวลาสองปีหลังการถ่ายโอนสามารถโอนกลับได้ แต่ในทางปฏิบัติของคนที่ต้องการกลับนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย ต้องดำเนินการเรื่องด้วยตนเอง และไม่มีตำแหน่งรองรับ นอกจากนี้เมื่อมีความประสงค์โอนกลับมักต้องเผชิญกับปฏิกิริยา คำพูดต่างๆ เช่น สมน้ำหน้าไปเอง สุดท้ายตายรัง เป็นต้น

น้องผมไปโอนกลับคนนึง ช่วงมา แล้วคนใหม่มาแทน โอนกลับยาก เพราะไม่มีตำแหน่งรองรับทั้งที่ตกลงกันไว้ว่า ภายใน 2 ปี ยาก ถ้าคนนี้ไม่วิ่งนะ ไม่ได้ไป คือไม่มีกรอบให้ ไม่เป็นตามสัญญา จริงๆ ต้องกันไว้ให้ บางคนผมได้ยินคำนี้ ผมไม่ชอบเลย สมน้ำหน้ามันไปเอง ผมเห็นแล้วผมก็พูดไม่ออก ผมก็มองหน้า เป็นผู้ใหญ่แล้วด้วยนะ ไปเอง บอกว่าอย่าไป สุดท้ายตายรัง ทำไมไม่มองในแง่ดี ว่าเรามันหน่วยกล้าตายหรือเปล่า ทำให้เห็นชัด...ถ้าไม่มีเรา ก็ไม่มีชุดความรู้ไปบอกน้องๆ...จำนวนคนที่ไป แคร่ร้อยกว่าคน นิดเดียว จาก 7,000 แห่ง

4. มาตรฐาน CUP มาตรฐานเดียวกัน

ในการทำงานก่อนการถ่ายโอน สถานีอนามัยเหล่านี้อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับดูแลของโรงพยาบาล เครือข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกระทรวงฯ ตามลำดับ แต่เมื่อถ่ายโอนสู่ท้องถิ่นการดูแลต่างๆเปลี่ยนไป เช่นเดียวกันกับที่นี้ ที่ไม่ได้จบ Fix cost การรับรู้ข่าวสารและการอบรมทางวิชาการลดน้อยลง

“ที่นี้ถ้าไม่ใช่ผู้รับผิดชอบที่รู้จักมักจี่กันนะ เราก็หลุด เข้ามาใหม่ๆเราไม่ได้ ค่า fix cost ค่าอะไร เป็นความเข้าใจของรพ.ว่าถ่ายโอนมาแล้ว คนจะสังกัดแล้ว ซึ่งผอ.หรือคัพเขาไม่รู้ ตรงนี้เป็นปัญหา ซึ่งคัพต้อง support เราเหมือนเดิม เพราะช่องทางมันเป็นอย่างนั้น มันผูกติดมา ก็ต้องเหมือนเดิม ก่อนและหลังถ่ายต้องให้เป็นเหมือนเดิม แค่นั้นเองไม่ต้องการอะไรมาก ให้ได้มาตรฐานเดียวกัน”

“(วิชาการ) น้อยลง ที่นี้ก็น้อยลง เมื่อก่อนมีประชุมที่สาธารณสุขจังหวัด เราไปทุกแมช แต่ตอนนี้เราตกข่าว เขาไม่เชิญโดยตรง เชิญก็สกรีนมาว่า จำเป็นมากน้อยแค่ไหน อันที่สองเมื่อเชิญมาที่อบต.แล้ว เขาจะดูว่ามีความจำเป็นไหมว่าให้เราไปได้หรือไม่ มันก็จะเป็นตะแกรงเรื่องการไปอบรมที่ไหน จะน้อยกว่าเดิมเยอะ ในเรื่องการเสริมสร้างวิชาการ”

5. ความสัมพันธ์ข้างเหิน

จากการทำงานร่วมกันในภาพเครือข่าย ที่มีการประสานงานกัน มีการพบปะพูดคุย ประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ แต่เมื่อถ่ายโอนไปท้องถิ่นทำให้การประสานงานกันลดลง ความสัมพันธ์ที่เคยมีเริ่มห่างเหิน และกลายเป็นเหินห่าง

เหมือนเดิม แต่ว่าความห่างมีมากขึ้น ...อยู่คัพ..(ชื่อ) เหมือนเดิมคือรู้จักมักคุ้นรักกันเหมือนเดิม แต่การ co เรื่องงานห่าง ห่าง ประชุมประจำเดือนต้องมีทุกเดือน เมื่อก่อนไปกันเกือบหมด ให้ความสำคัญ เดียวนี้ไปบ้างไม่ไปบ้าง ถ้ามีเรื่องสำคัญตรงกับเราเขาก็จะขงมาเองว่าตรงกับเรา มันก็เลยเปลี่ยนว่า เราไปนั่งฟังร่วม เพราะเรื่องไม่ค่อยเกี่ยวกับเรา

6. การทำงานที่ต่างจากเดิม

งบประมาณ: จากการทำงานเดิมที่เคยรับงบประมาณประจำปีจากกระทรวงฯ เมื่อถ่ายโอนสู่ท้องถิ่นแล้วถูกตัดงบประมาณบางส่วนออก (ที่เคยได้จาก CUP) โรงพยาบาลตำบลแห่งนี้มีการบริหารจัดการเพื่อเลี้ยงตัวเอง โดยการจ่ายค่าน้ำค่าไฟ ค่าวิชาชีพ ค่าล่วงเวลา บริหารจัดการจากรายได้ที่มีอยู่ แม้ว่า อบต. จะออกให้แต่ที่นี้ต้องการจัดการเอง งบจาก อบต. นำมาใช้เฉพาะงานตามโครงการต่างๆ หรือกรณีที่อบต.ต้องการให้ไปร่วม และเมื่อบงบารุงที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายจึงจำเป็นต้องหารายได้เพิ่ม

“งบบำรุงที่ได้ไม่เพียงพอ แต่เรามีการแพทย์แผนไทยมาช่วย support เดือนละ 7,000-10,000 นวด เราก็ใช้ตัวนี้มาบริหารจัดการได้ งบกระทรวงสาธารณสุขมาให้เดือนละ 18,000 แค่นั้น...แพทย์แผนไทยได้ประมาณ 70,000-80,000 ต่อเดือน

“อนาคตเราจะขยายจะทำด้านหลัง ของบมาแล้ว 2 ล้าน ทำเป็นสปา ขยายไปเลย ตอนนี้มีแค่ 3 เตียงเดือนละ 7-80,000 เรากะ 10 เตียง กะ ถึงแสนเลย ซึ่งเป็นไปได้ เพราะตรงนี้อร่อย ถูกค่านี้นะหมดเลย เตียงไม่พอ สถานที่ไม่มี”

KPI: จากการทำงานที่ต้องทำตามตัวชี้วัดของกระทรวงฯ เปลี่ยนมาเป็นการทำที่ตอบโจทย์ของชุมชน เกิดประโยชน์ กับชุมชนผ่านการจัดทำโครงการ กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ และติดตามผลการดำเนินงานของตนเอง การ ดำเนินงานที่ยังคงดำเนินการอยู่ เช่น คัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมทั้งการควบคุมโรคไข้เลือดออก ใช้หวัดนก แต่เน้นการทำงานที่เป็นปัญหาของพื้นที่มากขึ้น เช่น สุขภาพจิต ที่นี้มีคนผูกคอตาย มีผู้พิการจำนวนมาก รวมถึงอนามัยแม่และเด็ก ท้องก่อนแต่งในเด็กนร.

“กระทรวงสาธารณสุขคิดด้านนี้ (KPI) แต่มันลดยไม่ถึงชุมชนไง อยากได้ ใหม่ ได้ มีโปรแกรม คีย์ส่งไปชีวิตส่วนหนึ่งของนักวิชาการ ใน 1 เดือน นะ ส่งรายงานที่เขาขอมา กรมโน้นขอรายงาน พอมานี้มันพลิก ก็คือ นักวิชาการทำอะไรเนีย ไม่ต้องมานั่งส่งรายงานแต่มาทำอะไร คิด โครงการที่จะทำอะไรในชุมชนให้เกิดประโยชน์ ต่างตรงนี้ ก็คิดโครงการเลย เงินรออยู่ หมู่บ้านนี้ทำอะไรอะไร บริหารโครงการ บริหารงบประมาณ เป้าหมายคือชุมชน”

“ปีนี้ทิศทางเราจะทำอะไร plan ใหญ่ก่อน แล้ว action plan ของเรา พยายามคนนี้ทำเชิงรับ เชิงรุกเรื่องอะไร ควบคุมโรคอะไร มีเป็น 10 โครงการ ใครรับผิดชอบก็โครงการ ใช้งบประมาณเท่าไร เราจะรู้ เป็น โครงการต่อเนื่องไหม โครงการปีที่แล้วทำแล้วไม่ดี เราไม่ทำ ทำใหม่ ทำ เรื่องอื่น”

เน้นเชิงรุก: มีรูปแบบการทำงานที่เน้นเชิงรุกในการเข้าถึงชุมชน และพัฒนาศักยภาพของ อสม.ให้สามารถดูแล สุขภาพของคนในพื้นที่รับผิดชอบได้ ให้ชุมชนได้รู้สึกว่ามีหมออยู่ใกล้ตัว อสม. ที่ได้รับการพัฒนาที่รู้สึกมีคุณค่า มีความสามารถ และมีความสุขในการทำงาน

“เบาหวานความดัน เมื่อก่อนนัดมาตรวจที่นี่ เราฝึกอสม.ให้ทำเอง ไม่ต้อง มาหาหมอ อสม.สามารถวัดแล้วเจาะปลายนิ้วได้ เราก็เป็นผู้ร่วมดูแล เมื่อก่อนเขาต้องมาหาเราและไกล ทุกหมู่บ้านต้องทำ เราบังคับ อุปกรณ์ให้ ต้องทำในหมู่บ้านเลย เรื่องเหล่านี้มันทำเองได้ ใกล้ตัวใกล้ใจ คนที่ทำไม่ได้ ผิดปกติ refer มาที่เรา เพราะฉะนั้นคัดกรองหมอก็อยู่ที่หมู่บ้านเลย....เน้น สร้างหมอในชุมชน..ไม่ต้องมาพึ่งเรา ซึ่งเขามีความสุข ฉันทำได้และถูกยก มาในชุมชนและมีความสำคัญ ในระบบปกติ มันไม่เข้มข้น ทำก็ทำๆ ไป อัน นี้เราได้รับงบมาเราก็ต้องทำให้จริง”

เปลี่ยนความคิด: จากการทำงานร่วมกับท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ท่านนี้ได้แลกเปลี่ยนความคิดว่าตนเองมีมุมมองในการทำงานต่างจากเดิม เป็นการทำงานที่มุ่งเน้นเพื่อประชาชนมากขึ้น

“เปลี่ยนมุมมองในการบริหาร ในเชิงความคิด การทำงานพูดเหมือนนักการเมืองเลย เพื่อประชาชน เมื่อก่อนมันเหมือนห่างไกลแต่พอมาอยู่ท้องถิ่นแล้ว ประชาชนที่เราดูแล ส่วนหนึ่งชีวิตของเรา เราต้องทำให้ดี เหมือนกับที่เราเอาเงินเขามาใช้เราต้องทำให้ดี มันซึมเข้าไป คิดแบบนี้เลยนะ 2-3 ปีที่ผ่านมา เมื่อก่อนห่าง มารักษาหายก็ไปเยือนก็กลับบ้านแต่ตอนนี้เหมือนมันมีความผูกพันที่ต้องทำอะไรต่อ”

7. ศาสตร์และศิลป์ในการทำงานกับการเมืองท้องถิ่น

แม้ว่าการทำงานกับองค์กรปกครองท้องถิ่น ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของการบริหารที่มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารทุกสี่ปี แต่เจ้าหน้าที่ท่านนี้ให้ความเห็นว่าในการทำงาน ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหนล้วนมีการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นคนทำงานต้องมีหลักในการปฏิบัติงานที่อาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ แต่ที่สำคัญคือการทำดี

“อยู่ที่สอ.เป็น number 1 ที่จะวางตัวยังไง adapt ยังไง มีวิสัยทัศน์ยังไง แบบไหน มองยังไงต้องปรับแนวคิดของสถานีนามัยหรือโรงพยาบาล ปัจจุบันให้ได้ก่อน แล้วไปดูว่านายกเป็นอย่างไร แล้วปรับล่อให้เท่ากันและมีหลักการยืน เรามีชุดความคิดของเขา ผู้บริหารทุกคน แต่เรากล้าไหมที่จะเสนอความคิดของเราแบบนี้ ถึงแม้จะแย้งก็แย้งนิดหน่อยแล้วก็ล่อไปบ้าง คือมันเป็นศาสตร์และศิลป์ คนที่ถ่ายโอนต้องมีชุดเฉพาะตัว ไม่เหมือนกัน...การเมืองช่างเขา เราเลือกที่เราจะทำอะไร...ทำเส้นทางให้ดี..... พี่ๆ เขาบอกว่าเป็นนายกคนไหนก็ได้ เราทำเรื่องนี้ ทำความดี ทำให้เขาเห็นเขาไม่กล้ามาแตะเรา”

ภาพรวมเส้นทางการถ่ายโอน- จากความหลากหลาย สู่แบบแผนและภาพรวม

จุดเริ่มต้นและการคลี่คลายของสถานการณ์ การถ่ายโอนสถานีนามัยใน 28 พื้นที่ นั้นเต็มไปด้วยความแตกต่างหลากหลาย ความไม่ชัดเจน ความไม่พร้อม ในระดับนโยบาย ทำให้เกิดการตีความ นโยบาย คำสั่ง ระเบียบ ฯลฯ และการถือปฏิบัติ ที่แตกต่างกัน เป็นไปตามต้นทุน ประสบการณ์ วัฒนธรรมการบริหาร และลักษณะเฉพาะของสังคมและเศรษฐกิจการเมืองของพื้นที่ ปัจจัยต่างๆ ทั้งจากตัวเจ้าหน้าที่ถ่ายโอน ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางและพื้นที่ ผู้บริหารของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้บริหารและข้าราชการของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ล้วนเป็นตัวกำหนดที่สำคัญ

ระยะเวลาประมาณ 4 ปี ของการถ่ายโอนของ สถานีนามัยส่วนใหญ่ เป็นระยะเวลาของการปรับตัว เรียนรู้ คืบคลาน หาทางออก กับปัญหา ในท่ามกลางความไม่ชัดเจนของนโยบาย และ ความไม่พร้อมของระบบ ซึ่งในระยะเวลาของการประเมิณนี้ การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ ในแต่ละพื้นที่ก็ยังคงอยู่ แม้ว่าหลายแห่งจะได้บทสรุประหว่างทาง ที่ชัดเจน แต่อีกหลายพื้นที่ก็ยังคงอยู่ในสถานการณ์ของความไม่แน่นอน

ข้อค้นพบ การตีความและบทสรุปต่อไปนี้ จึงเป็นเสมือนการฉายภาพสถานการณ์ ณ ช่วงเวลาหนึ่งของเส้นทางการถ่ายโอนของสถานีนามัย 28 แห่ง ที่เพียงพอ ที่จะให้บทเรียนเชิงนโยบายกับฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการถ่ายโอน-สั้น เร็ว และเฉพาะด้านดี

หากมองว่าการถ่ายโอนสถานีนามัย เป็นการเปลี่ยนผ่านทางสถานะของสถานีนามัย จากการเป็นหน่วยงานของระบบราชการส่วนกลาง ไปเป็นส่วนหนึ่งขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างระบบบริการสุขภาพที่สำคัญ ข้อค้นพบครั้งนี้ ก็ยืนยันได้ว่า การเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนค่อนข้างเป็นปัญหา

โดยทั่วไป การเตรียมการถ่ายโอน มีเวลาสั้นๆ ผ่านกลไกการประชุมชี้แจง ระหว่างผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้บริหารส่วนกลาง และ จังหวัด และ ผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (นายกฯ ปลัดฯ) โดยที่หลายแห่ง ไม่มีเจ้าหน้าที่ ที่ต้องถ่ายโอนร่วมรับรู้และตัดสินใจตั้งแต่ขั้นตอนแรก ประการสำคัญคือ ทั้งหมด ไม่พบข้อมูลของการเตรียมการผ่านการมีส่วนร่วมตัดสินใจของประชาชนในท้องถิ่น

“การถ่ายโอนมันเร่งรีบเกินไป ตอนแรกมาไม่ถึงเดือนเองหลังจากที่ MOU กันแล้ว มันเริ่มประมาณเดือนกรกฎาสองปีเอง ที่เริ่มกระบวนการถ่ายโอน ตั้งคณะกรรมการของจังหวัดอยู่ดีๆ พุศิจากก็ถ่ายโอนกันเลย เอกสารใครพร้อมดูกันเรียบร้อย ซึ่งผมว่าการจะเปลี่ยนแปลงอะไรสักอย่าง ระยะเวลา 4-5 เดือนมันน้อยเกินไป อีกอย่างหนึ่งบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขผู้หลักผู้ใหญ่ยังมีแนวคิดเดิม ...ยังไม่เข้าใจแก่นของการกระจายอำนาจจริงๆ คืออะไร ในมุมมองผม พอไปแล้วเค้ามองแค่ว่า ต้องเสียเงินบุคลากรไปอยู่ที่ท้องถิ่น ซึ่งมันต้องตัดไปเลย มันจะขาดคน ขาดสถานที่ไป อาจารย์พอรู้สึกไหมครับว่า ของที่เราเคยใช้อยู่ถ้าเราไม่ได้มันอยู่ในบ้านมันก็จะไม่เห็นคุณค่า แต่เมื่อไหร่ที่ของนี้ให้คนอื่นไปจะรู้สึกว่ามันได้มันนะ อันนี้ไม่ให้ ทั้งๆที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์อะไร” (เจ้าหน้าที่ สอ ภาคกลาง)

เส้นทางถ่ายโอนของสถานีอนามัยทั้ง 28 แห่ง แม้จะไปในทิศทางเดียวกัน แต่กระบวนการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่แต่ละคน นั้นแตกต่างกัน แม้ในสถานีอนามัยแห่งเดียวกันก็ตาม ในภาพรวม กระบวนการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่อาจแบ่งเป็นสามกลุ่มใหญ่ๆ คือ ไปเพราะต้องการไป (ตัดสินใจถ่ายโอนด้วยความพร้อม ด้วยสมัครใจ เพราะไม่อยากอยู่กับระบบเดิม) ถ่ายโอนแบบไปก็ไป ลองดู ไม่ได้ก็กลับ และกลุ่มที่ไปแบบจำยอมหรือตกกระไดพลอยโจนหรือไม่มีทางเลือก

ไปเพราะต้องการไป

มีเจ้าหน้าที่ สอ ไม่กี่คน จากทั้งหมด ที่ตอบว่า ตัดสินใจถ่ายโอน ด้วยความมุ่งมั่น ชัดเจน เป็นความต้องการ ที่จะค้นหาสิ่งแวดล้อมการทำงานใหม่ ที่จะได้ใช้ศักยภาพ ความรู้ ความสามารถ และดำรงศักดิ์ศรีวิชาชีพ ได้เต็มที่ เป็นความหวังว่า สิ่งแวดล้อมการทำงานกับท้องถิ่นจะมีโอกาสได้ใช้พลังของตน ริเริ่ม สร้างสรรค์ งาน ที่เป็นการตอบโจทย์ประชาชนในท้องถิ่น ได้มากกว่าที่เป็นอยู่ในระบบสาธารณสุข

จำนวนหนึ่งของเจ้าหน้าที่ สอ ที่โอนย้าย เป็นการตัดสินใจ บนพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้นำท้องถิ่น ขณะที่อีกจำนวนหนึ่งเป็นการตัดสินใจโอนย้าย เนื่องจากการไม่มีความสุขกับเงื่อนไขการทำงานภายใต้ระบบงานเดิม ความรู้สึกถูกกีดกันจากการต้องทำงานตามตัวชี้วัด ที่ไม่เพียงไม่ตอบโจทย์ของท้องถิ่น แต่ยังเป็นภาระลดคุณค่าการทำงาน ความรู้สึกแบบนี้ มักเกิดกับเจ้าหน้าที่ ที่จริงจังกับการทำงาน เป็นตัวของตัวเอง และรู้สึกคับข้องใจกับสถานะวิชาชีพของตนเอง คนกลุ่มนี้ มักจะไม่ถึงเลที่จะตัดสินใจถ่ายโอน และมักเป็นหัวหอกในการ ชักชวน เพื่อนร่วมงานคนอื่นๆ เจ้าหน้าที่กลุ่มนี้ คือกลุ่มที่มักถูกมองว่าเป็นพวกหัวแข็ง หรือกบฏ ที่บ้านเดิมก็ไม่ต้อนรับ

“อยู่สาสุข ผมไม่มีทางออก แยกมาก ผมพูดด้วยความน้อยใจ เป็นกระทรวงแพทย์และพยาบาล ไม่เคยเห็นผมเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รู้จัก ไม่มีการพัฒนา ไม่เน้นไปที่พวกผมโดยตรง เขานึกถึงแต่แพทย์ พยาบาล ไปกระทรวงสาธารณสุขเขาไม่รู้จักรักพวกผม รู้จักแต่แพทย์ พยาบาล อสม. แพทย์จะรักษาอย่างเดียว พยาบาลก็การพยาบาลอย่างเดียว อสม.ก็เดินในหมู่บ้านอย่างเดียว” “มีโครงการแล้วผมชี้ชัด ก็บ้านผมไม่มีปัญหา เขาชอบกำหนดรูปแบบให้ทำ ไม่ต้องชี้เดินให้ผมเดิน ผมก็เรียนมาเหมือนกัน ด้วยความเป็นกระทรวงแพทย์ เขาสั่งอย่างเดียว กำหนดเป้าหมาย การใส่เป้าหมายอย่างนั้น เขาจะเห็นเป็นปัญหาได้ อย่างไร ก็ไม่เป็นปัญหา ปัญหาเก่าไม่ได้รับแก้ไข ปัญหาใหม่ก็ต้องทำ งานก็เยอะ การ make ทำให้งานจบ อนามัยทั่วไปขยัน make”

“สถานีอนามัยนี้ พร้อมถ่ายโอนกันทุกคน อบต.พร้อม อนามัยพร้อม ไปตายเอาดาบหน้าไม่อยู่สาสุขแล้ว” (เจ้าหน้าที่ สอ ถ่ายโอน ภาคกลาง แห่งที่ สอง)

เจ้าหน้าที่ฯ จำนวนหนึ่งมองการถ่ายโอนสู่ท้องถิ่น คือโอกาสของการเปลี่ยนแปลง สู่ชีวิตการทำงานที่ดีกว่า เป็นหนทางของการทำอุดมคติการทำงานให้เป็นจริง

“เราคุยกับพี่ที่ย้ายมาด้วยกัน 5 ชีวิตนะ มัน change เลยนะเปลี่ยน เปลี่ยนบ้าน เปลี่ยนชีวิต เอาใหม่ และก็ข้างหน้าจะเป็นยังไงก็ยังไม่เห็น คลุมๆ อยู่ แต่เรา change เปลี่ยนเลย มาดูโครงสร้างคู่มือทาง มันไม่เลวร้ายไปได้ โอกาสพัฒนามี ไปดีกว่า เปลี่ยนเลย”

“กระบวนการคิดที่ถ่ายโอนมีอยู่ 2-3 เรื่องนั่นแหละ คือ ตัวเอง ปฏิเสธไม่ได้ว่าเปลี่ยนผ่านเส้นทางตัวเองก้าวหน้าใหม่ คิดว่าเดิมใหม่ คิดถึงตัวเอง อันที่สองคิดถึงเรื่องงานว่า อย่างที่บอก เราทำกระทรวงมา 10 กว่าปี กับเรื่องสุขภาพ กับชุมชนท้องถิ่นอันไหนจะไปได้ไกล ผมว่าตรงนี้โครงสร้างมาอยู่ชุมชนมันนำไปกว่า อันที่สาม เรายอมเรื่องโอกาสการพัฒนาโดยภาพรวม ของตัวเองเพื่อนร่วมงานและชุมชน ตอนแรกผมก็คิด ไปเนี่ยโดยเฉพาะที่พยาบาลคิดเยอะที่สุด ตำแหน่งเดิมใหม่ ค่าวิชาชีพจะเดิมใหม่.. 3500 จะได้ไหม เขาคิดนะ ปฏิเสธไม่ได้หรอกคิดถึงตัวเอง ผมก็เหมือนกัน จะได้ 7 ได้ 8 ไหม เงินเดือนจะดีกว่าเดิมไหม เรา ก็คิด ดูแล้วเส้นทางนี้นั่นก็ มันไม่ค่อยดีกว่าเดิม เอาใจดีกว่า.... ส่วนตัวผมไม่นาน ไม่นานเลยไม่กี่วัน ไม่เป็นเดือน ไปใหม่ไป คิดเร็วๆ ว่าเป้าหมาย...ต้องถ่ายโอน คิดปุ๊บ วันรุ่งขึ้นก็ไปขวนพี่ๆ เลย ตอนนั้นเราจะถ่ายโอนนะ อยู่ด้วยกันใหม่ ตอนนั้นอยู่ที่อื่น ไม่ได้อยู่ที่นี้ แต่รู้เป้าหมายว่าที่นี่ต้องถ่ายโอน อยู่ระหว่างการประเมิน แล้วเขาว่าใครอยากถ่ายโอนก็มา ผมก็มาเลย” (เจ้าหน้าที่ สอ ถ่ายโอน ภาคเหนือ)

“คือตอนที่ตัดสินใจว่าจะไป คือตอนนั้นคือ สอ.เดิม เรากำลัง co กับ อบต. ตอนนั้นเป็น อบต. อยู่ ที่ทำงานร่วมกันมาก่อน ซึ่งตอนนั้นทำงานมาผมมองว่างบประมาณบางส่วนเรา join กันมันไม่ค่อยไม่เป็นขั้นตอนเยอะเหมือนของกระทรวงเดิมที่เราต้องทำ มันจะลื่นไหลเร็วขึ้น งบประมาณมาได้ง่าย ทำงานได้คล่องตัวขึ้น”

“ตอนที่ตัดสินใจไป โดยหลักเลยคือมันคล่องตัวขึ้น ผมคิดไม่นานนะ ผมมองภาพท้องถิ่นว่า ยังไงอนาคตท้องถิ่นมันตรง และผมก็คิดว่า ผมเหมือนลองผิดลองถูก จริงๆนะแต่ผมคิดว่าคิดถูก ตอนแรกคิดว่าคือมันน่า จะคล่องตัวเรื่องของการทำงาน บอกตรงๆว่าระบบงานสาธารณสุขซ้ำซ้อน ซ้ำซ้อนมากในเรื่องระบบงาน ผมมองว่าถ้าเราโอนมาอยู่ท้องถิ่นแล้ว บอกตรงๆว่าเรื่องระบบความซ้ำซ้อนมันคงจะน้อยลง มันคงจะชัดเพราะว่า job ส่วนใหญ่มันจะลงสู่ชุมชน ตอบโจทย์ได้ตรงประเด็นมากกว่า” (เจ้าหน้าที่ สอ ถ่ายโอน ภาคกลาง)

ไปเพราะต้องไป ไปเพื่อลองดู ไปเพราะเห็นว่าเหมาะกับเงื่อนไขชีวิต

การตัดสินใจถ่ายโอน อีกประเภทหนึ่ง คือ ไปตามกระแส เพราะเห็นว่าทิศทางของการกระจายอำนาจหรือถ่ายโอนสถานีนานมา ไม่ช้าก็เร็ว ก็ต้องมาถึง การถ่ายโอนไปเป็นรุ่นแรก น่าจะเป็นความได้เปรียบ นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลว่า สามารถตัดสินใจโอนกลับได้ภายในสองปี หากมีปัญหา ฯลฯ การตัดสินใจของคนกลุ่มนี้ อาจจะเรียกได้ว่า เป็นการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่กลุ่มใหญ่ที่สุด

“ตอนนั้นที่ตัดสินใจที่ถ่ายโอนคือ พื้นที่นี้ถูกเลือกให้นำร่องถ่ายโอน แต่ก่อนผมไม่ได้อยู่ในพื้นที่ มีพี่อีกคน ที่อยู่ในพื้นที่แกก็สมัครถ่ายโอนไป แล้วมีเจ้าหน้าที่ประจำ ที่นี้เขาไม่สมัครใจ เพราะเขาให้ถ่ายโอนด้วยความสมัครใจ เขาไม่สมัครใจทางพี่เขาเลยติดต่อผมไป ถามผมว่า อยากไปด้วยกันไหม ผมถามแก แกก็เคยไปฟังที่ททท.กับนายกฯแล้ว ผมถามรายละเอียด แกเล่าให้ฟังว่าเป็นอย่างนั้นๆ ตอนนั้นกระแสถ่ายโอนมันมาแรง ประมาณว่ายังงี้ก็ต้องไป เราก็มานั่งคิดถ้าเกิดยังงั้นมันก็ต้องมีการถ่ายโอนในลักษณะนี้อยู่แล้ว เราก็ไปก่อน เราก็ได้รู้เรื่องก่อน ยังงี้ก็ต้องไป ก็เลยตัดสินใจไป มาคิดบวกลบคุณหาเรื่อง ภารกิจก็คิดว่าถ้ามาทางนี้น่าจะคล่องกว่า โอเคกว่า ที่คิดตอนนั้น ก็เลยตัดสินใจมา”

การตัดสินใจอีกแบบหนึ่งคือ การถ่ายโอน เป็นการตอบโจทย์ความลงตัวของ การกำหนดเป้าหมายชีวิต ครอบครัวและงาน โดยเห็นว่า เป็นการกลับไปทำงานให้กับท้องถิ่นตนเอง ไปอยู่กับครอบครัว ไปทำงานกับผู้บริหารที่เป็นคนคุ้นเคย หรือคนบ้านเดียวกัน ไม่หวังไต่เต้าไปไกลกว่านี้

“นายกเขาเต็มใจรับเต็มที่ ถ้าเราไม่มา เราจะมีหน้าเราอย่างไร ถ้าเราไม่มา เราก็ต้องไปที่อื่น เราไปที่อื่น แล้วสักวันเราอยากกลับบ้าน จะกลับได้ไหม คิดถึงครอบครัว และตอนนั้นมีอยู่ข้อหนึ่ง ภายในสองปี ถ้าไม่ดีขึ้น สามารถกลับได้ เอาตำแหน่งกลับ อนามัยกลับ เป็นการทดลอง เป็นอะไรที่น่าลอง ทำไมเราไม่ลอง”

“ได้กลับบ้าน มีลูกอ่อน เป้าหมายอยู่ที่ครอบครัว งานก็เป็นส่วนหนึ่ง ได้เวลาให้ครอบครัว หนูไม่ได้มาเพื่อใหญ่โต มีความสุขกับการทำงานส่วนหนึ่ง ครอบครัวต้องไปด้วยกัน” เจ้าหน้าที่ สอ ภาคกลาง

“จริงๆ ไม่รู้ล่วงหน้า มีหนังสือจากกระทรวงเชิญประชุมเรื่องถ่ายโอน เชิญเราไปด้วย ไปกันเรื่อยๆ จน เขาได้รรมาริบัติติดต่อกัน 3 ปี ถึงถูกคัดเลือกเป็น อบต.ถ่ายโอน....เราเป็นสาธารณสุขในสายเลือด คือเราโตมาจากสาธารณสุขถึงถ่ายโอนมาเราก็ยังคิดว่าเรายังเป็นสาธารณสุขในสายเลือดเรา เราไปอยู่ไหน เราต้องดูแล ปชช.เหมือนเดิม เพียงแต่เราไม่ได้ย้ายอนามัยคือย้ายหัวไปอยู่ที่ท้องถิ่น อันอื่นก็เหมือนเดิม ลักษณะการทำงานที่ท้องถิ่นเขาก็ดูแลเรามาตลอด ก่อนถ่ายโอน ไม่คิดอะไรมาก”

“อยู่ที่นี่มา 20 ปี อยู่มาตลอด ย้ายไปบ้างแต่ก็ไม่นาน ผูกพันกับประชาชนที่นี่ เขาเป็นคนที่มีความรักใคร่ใคร่เมตตา ใครมาอยู่ก็จะผูกพัน ถึงขั้นว่าปลูกบ้าน เหมือนคนพื้นที่ เราเป็นคนที่นี่ ถึงไม่ใช่ที่นี่โดยแท้เกิด คิดว่าน่าจะเกษียณที่นี่ ตอนนั้นเขาบอกว่าถ้าคุณไม่สมัครใจถ่ายโอนคุณต้องย้าย คิดว่าที่นี่ก็มีความสุขดีอยู่แล้วน่าจะอยู่ต่อ อะไรจะเกิดเราก็รับได้” เจ้าหน้าที่ สอ ภาคตะวันออก

ไปทั้งที่ไม่ต้องการไป หรือไม่พร้อมจะไป

การตัดสินใจโอนย้ายของเจ้าหน้าที่อีกกลุ่มหนึ่ง เป็นไปแบบไม่พร้อม ไม่เต็มใจ อันมีเหตุผลสำคัญต่อเนื่องมาจากกระบวนการคัดเลือกพื้นที่ ที่เริ่มจากการเลือก อบต. ที่ผ่านเกณฑ์ก่อน จากนั้นก็ผูกมัดไปถึงสถานี

อนามัยในพื้นที่ ที่จะต้องถ่ายโอนตามไป ผลก็กระทบถึงเจ้าหน้าที่ สอ ที่จะต้องเลือกถ่ายโอน หรือไม่ก็ต้องย้ายออกนอกพื้นที่ไปทำงานยังที่อื่น

สถานการณ์เช่นนี้ กลายเป็นภาวะกดดันให้เจ้าหน้าที่ สอ จำนวนหนึ่ง ที่ไม่ต้องการถ่ายโอน แต่ก็ไม่พร้อมที่จะย้ายออกไปเริ่มต้นชีวิตครอบครัว และการทำงานใหม่ ต้องเผชิญกับการตัดสินใจครั้งสำคัญ การเตรียมการและชี้แจง เป็นไปโดยรวบรัด การตัดสินใจโอนย้ายของเจ้าหน้าที่จึงตกอยู่ในสภาวะจำยอม หรือไม่มีทางเลือก เพราะหากไม่โอนไปพร้อมกับสถานีนอนามัย ก็หมายถึงการต้องย้ายออกไปเริ่มต้นชีวิตการทำงาน และชีวิตครอบครัวใหม่

“เข้าเกณฑ์ธรรมมาภิบาล ท้องถิ่นได้”..... “เราไม่ได้เลือกเข้ามา เป็นระบบผู้บริหาร ไม่ใช่การตัดสินใจของเรา....ตอนนั้นมา 4 คนอีก 1 คนบ้านอยู่ต่างจังหวัด เราไปให้คำแนะนำเขาว่าบ้านไม่ได้อยู่ที่นี้ ความก้าวหน้าของท้องถิ่นอาจไม่ได้ใกล้เคียงเหมือนสาธารณสุข ก็ให้ตัดสินใจ ให้คิดดูใหม่ แต่พี่เนี่ยเหมือนไม้ที่ไถลฝั่ง คือคนในพื้นที่ ไปไหนไม่รอด ถ้าพี่ไม่โอน พี่ต้องหาที่ย้าย แล้วยังไม่รู้จะย้ายไปไหน ต้องไปหาตำแหน่งลง...ก็เหมือนบังคับถ้าไม่เราก็คือเหมือนคนตาบอดนี้ ย้ายเราก็ต้องหาที่ไป เพราะยังยั้งสถานีนอนามัย ต้องถ่ายโอน” (หัวหน้าสถานีนอนามัย ภาคกลาง)

“ตอนที่ถ่ายโอนครั้งแรกเรามีความรู้สึกว่า ไม่ยุติธรรมอยู่ๆ เราไม่รับรู้บทบาทก่อนว่าจริงๆแล้วกระทรวงแต่ละกระทรวงต้องมาประชุมชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทราบก่อน แต่เจ้าหน้าที่คือ รู้บ้างไม่รู้บ้าง รู้แบบงูๆ ปลาๆ แล้วก็เข้า (ชื่อสถานีนอนามัย) เนี่ยนะถ่ายโอน...ต้องเข้าสู่อบต. ความรู้สึกของเราครั้งแรก ทำไมต้องเป็นเรา พอ ก็ถามถามน้องว่าจะไปกันไหม น้องบางคนก็ว่าไป บางคนก็ว่าไม่ไป

“ตอนนั้นตาม จ.มี 3 คน แต่อยู่จริงๆ 5 คน แต่อยู่ที่อื่น อยู่อำเภออื่น เราก็คือไม่รู้จริงๆ แล้วการประชุมสัมพันธหรือบริบทที่เขาต้องแนะนำเราหรือรู้เป็นรูปธรรมที่เด่นชัดว่า จะไปดีหรือไม่ดี เพราะเราไม่รู้เรื่องเลย อยู่ๆ เขาเราขึ้นไปประชุมแล้วพูดเรื่องนี้ขึ้นมาความรู้สึกเราเสียใจ ทำไมเขาต้องเอาเราไปด้วย เป้าหมายของเราคือ เราจะอยู่ของกระทรวงสาธารณสุขตลอดชีวิต อีกไม่กี่ปีก็จะปลดเกษียณแล้ว...รู้สึกไม่ชอบมาก”

“เครียดมาก เครียดมากที่สุด ทำไมถึงเครียด เพราะว่าอยู่ๆ เขาเราไปโดยที่ คนที่ไม่ได้รับความรู้ตรงนั้นมาก่อน มันเหมือนผลักไล่ส่งเราไป เราไม่รู้กระบวนการของเขาว่า มีการบริหารจัดการดีเด่น มีการอะไรของเค้าของทางท้องถิ่น แล้วนายกคนเก่า ทำลับ รับสมัครการถ่ายโอน เขาไปทำตอนไหนเราไม่รู้ แต่ว่ามาเจาะจงเอาเราอย่างเนี่ย มีความรู้สึก ทุกคนไม่มี happy”

“พอไปได้รับความรู้จากกรุงเทพ หลากๆ แห่งมารวมกัน เราก็ยังไม่อยากไป แต่ไ้ใบสมัครเราเขียนไปแล้ว กลับมาคุยกับน้อง ถ้าไม่ไป สอ.ไปตัวเราไม่ไป เราก็อยู่ไม่ได้ เราต้องย้าย แล้วเรื่องอะไรที่เราอยู่ที่นี่ตั้งนานแล้ว เราซื้อบ้านซื้อไร้อยู่แล้ว ถ้าย้ายเราจะย้ายไปไหน เมื่อสอ.ไป ตัวเรา เขาจะสมัครคนอื่นเข้ามาอยู่ ตัวเราไปไหน เราไม่ได้แจ้งรายละเอียดเลย คือถ้าสอ.ไปตัวเรายังไม่ไปก็ไม่สามารถที่จะโอนไปได้ ไม่ได้ได้รับความรู้ตรงนี้เลย เราก็คือไม่รู้” (หัวหน้าสถานีนอนามัย ในภาคตะวันออก)

“เขามาประเมิน จากสสจ.เขามาประเมิน เหมือนว่าท้องถิ่นเขากลับเสียหน้า เขาเลยประเมินว่า
ท้องถิ่นพร้อมที่จะรับเรา แต่จริงๆแล้วท้องถิ่นเขาไม่พร้อมอะไรเลย ไม่ได้เปิดส่วนสาธารณสุขรองรับเราเลย
บอกลोनไปก็ไปอยู่สำนักปลัด คือเราเป็นส่วนเกินของเขา เขาไม่ได้คิดว่าเราเป็นส่วนหนึ่งของเขา ในการ
ทำงานเขายังคิดว่าเราเป็นสาธารณสุขอยู่”

“ตอนตัดสินใจถ่ายโอนไม่ได้ตัดสินใจเองเพราะว่ามันเป็นโครงการนำร่อง ก็ไม่มีการพูดอะไรที่
ชัดเจน ก็บอกว่าถ้าเราไม่โอนไปท้องถิ่นเราก็ต้องย้ายจากอนามัยเดิมที่เราอยู่ ย้ายจาก สอ. เดิม ความที่เรา
บรรจุจากที่แรกเราก็ไม่อยากจะย้าย เราก็เลย ที่แรกก็มีพี่หัวหน้า สอ.อีกคน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนก็
จะไปด้วยกัน มาช่วงหลังพี่หัวหน้า สอ. ลาออก พี่อีกคนที่เกิดอุบัติเหตุชนิดหนึ่งก็เหลือเราที่โอนไปคนเดียว”

“....สำนักนโยบายยุทธศาสตร์และแผน บอกว่าดีทุกอย่าง มีโน่นมีนี่ มีโบนัสสามเท่านะ มี
ความก้าวหน้าของวิชาชีพ มีความก้าวหน้าของชี มีแต่ข้อดี คือยังไม่พูดถึงข้อเสียข้ออย่าง มีโบนัส
ความก้าวหน้า การเลื่อนขั้นจะได้ดีกว่ากระทรวงสาสุข แต่ในตอนนี้เราก็ไม่ได้ตั้งใจจะไปเอาชีหรือคือ
มีความผูกพันกับที่เราทำงานมากกว่า ก็เลยไม่อยากย้ายไปที่อื่น”

(เจ้าหน้าที่ สอ ถ่ายโอน ภาคใต้)

การถ่ายโอนในจังหวัดที่ไม่พร้อม

มีสถานี่ประมาณ 2 แห่ง ที่กระบวนการของการถ่ายโอน เกิดขึ้นในช่วงเปลี่ยนผ่านทางการบริหาร อยู่
ระหว่างการเลือกตั้ง มีเพียงปลัดฯ ซึ่งเป็นข้าราชการประจำ รักษาการในตำแหน่งนายกฯ ทำหน้าที่ดูแลรับผิดชอบ
เมื่อการเลือกตั้งแล้วเสร็จ ได้นายกฯตัวจริง สิ่งที่ได้ดำเนินการกันมา กับไม่ต่อเนื่อง การรับรู้เป็นไปอย่างขาดฉันท
นำมาซึ่งผลกระทบต่อการทำงาน ของสถานี่อนามัย ในระยะต่อมา

ผมมองว่านโยบาย ตั้งแต่วางแผนนโยบาย ของผมเสียอย่างหนึ่งว่าตอนที่คนที่วางแผนนโยบายตั้งแต่แรก
ว่านโยบาย main หลักก่อนที่จะมีการถ่ายโอน ผู้บริหารไม่ได้ฟัง นายกไม่ได้ฟัง มีแต่ปลัดเข้า เพราะนายก
เขาสามารถไม่เคยเขาฟัง ทั้งนายกและผู้บริหารท้องถิ่นไม่เคยเขาฟัง เราไปแล้วสิทธิประโยชน์เราได้
อะไรบ้าง ในเรื่องเจ้าหน้าที่ ในเรื่องอะไรต่ออะไร ในเรื่องงาน ต้องมาจูนมาประกอบกัน ผมไม่รู้ว่าจะท้องถิ่นอื่น
เขาเข้าฟังกันรึปล่าว แต่ผู้บริหารเขาไม่ได้ฟัง เพราะว่าเขาหมดวาระ เขาไม่ได้ฟัง มันเหมือนถ่ายผ่านอีกที

(การถ่ายโอนฯในขณะเปลี่ยนผ่านผู้บริหารของท้องถิ่น) ผมว่าไม่ควรทำอย่างนี้ พอเขาเข้ามาปุ๊บ
เขาไม่เห็นรายละเอียด ว่ามันจะไปด้วยกันยังไง มันเหมือนพูดกันคนละอย่าง ในเรื่องของวิธีการทำงาน ใน
เรื่องของสิ่งที่เราต้องปรับตัวเข้ากับเขา โอเค เขารู้ แต่สิ่งที่เราต้องทำอยู่ เรื่องงานที่เราต้องทำอยู่ ตอนที่ผม
ไป เรื่องงาน เรื่องตัวชี้วัดต่างๆของกระทรวงสาธารณสุขมันตามไป กระทรวงสาธารณสุขเดิมก็ทำให้เราทำ
ตามระบบเดิมเหมือนที่เราต้องทำอยู่ แต่ผู้บริหารที่เข้ามา เขาไม่คิดอย่างนั้น เขาคิดว่าตัวชี้วัดบางตัวมันไม่

ตอบโจทย์เขา คุณไม่ต้องทำก็ได้ คุณเอาเวลาที่ทำตัวชีวิตของคุณมาทำงานให้ผมดีกว่า มองภาพอย่างนี้นะ น่าจะเป็นอย่างนี้ที่เขาคิด มันก็เลยพา เติมนงานไปพร้อมกันจริง แต่มันก็ไปสวนทางกันในบางเรื่อง

ความสัมพันธ์กับระบบสาธารณสุขเดิม- ลูกที่ถูกไล่ส่งและการถูกมองเป็นพวกอื่น

การตัดสินใจถ่ายโอน ไม่ว่าจะด้วยลักษณะเหตุผลใด ส่วนมาก จะลงเอยด้วยความสัมพันธ์อันขมขื่น แตร้าว หรือไม่ก็เสื่อมทรามลงกับระบบสาธารณสุขที่จากมา จากสถานีนามัยถ่ายโอนทั้งหมดที่ศึกษา ไม่มีที่ใดเลย ที่มีระดับความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นกับระบบสาธารณสุขที่จากมา ส่วนมากลดระดับลงเป็นหน่วยงานต่างสังกัด กระทั่งเป็นคนอื่น พวกมีปัญหา หรือพวกที่ต้องถูกตัดหางปล่อยไป

“กระทรวงสาธารณสุขน่าจะเปิดใจกับพวกที่ถ่ายโอนมากกว่านี้ มันไม่ใช่แค่ สสจ.ที่นี่ (ระบุชื่อ) สสจ.อื่นเขามองว่าพวกที่ถ่ายโอนไปเป็นพวกกบฏ “มึงไปแล้วมึงไม่ต้องกลับ” มีคนที่จะขอกลับไม่มีตำแหน่งให้ ซึ่งจริงๆ แล้วมองว่าการลองถ่ายโอนไปเพื่อรู้ว่าระบบตรงนี้เป็นอย่างไร ต้องมีการรองรับเพื่อที่จะกลับมาด้วย มีพี่ผมอยู่คนที่โอนมา เมื่อก่อนโอนมาอยู่ 4-5 คน อีกคนย้ายไปอยู่อีกที่หนึ่ง ท้องถิ่นเหมือนกันไปอยู่อบต. คนนี้จริงๆ จะกลับแต่สสจ.บอกไม่มีตำแหน่งให้ ผมมองว่า การที่มาแล้ว เป็นคนเสียสละเหมือนเป็นการลองผิดลองถูกของกระทรวงสาธารณสุขว่าที่จะไปอยู่ท้องถิ่นมันเป็นอย่างไร ได้ผลอย่างไร แต่พอพวกนี้ยอมไปแล้ว ปรากฏว่าพออยากจะกลับไม่มีทางให้กลับไปแล้วชักสะพานกลับ แต่ใช้คนที่มันดีมันก็มีปัญหา แต่คนที่อยากจะกลับมันยาก กระทรวงสาธารณสุขไม่เปิดทางให้ผมเลย คุณก็แก้ปัญหากันไป ไปขบกับมหาดไทยไปขบกับกรมการปกครองส่วนท้องถิ่นต้องทำยังไง มันเหมือนไปแก้ปัญหากันข้างหน้า”

“โดนทุบโดนตีที่ว่ากันไป จะกลับมาอยู่กับพ่อแม่ก็ไม่ได้จริงๆ แล้วผมมองว่า การที่จะไปแล้วกลับ บางทีกระทรวงสาธารณสุขมองว่า ไปแล้วเป็นโง่สมน้ำหน้า ทำให้คนที่ไปแล้ว...ออกจากบ้านแล้วไม่กลับเข้าบ้าน ไม่อยากให้บรรยากาศแบบนี้เกิดขึ้น ตอนเราอยู่เราว่าเราดี”..... (เจ้าหน้าที่ สอ ภาคกลาง)

ประสบการณ์ในช่วงหลังการถ่ายโอนใหม่ๆ ส่วนใหญ่ เป็นไปแบบแบ่งแยก ชัดแจ้ง หลายพื้นที่ เกิดความบาดหมาง ขื่นขม น้อยใจ และเป็นความหลังฝังใจ ทั้งหมดทำให้บาง สอ ต้องเผชิญภาวะไปข้างหน้าก็ทุกข์ ถอยกลับก็ทุกข์

“ขอช่วยราชการปีนึง เป็นปีที่ขมขื่นในชีวิต วิกฤตที่ใช้ โอกาสที่ใช้ วิกฤตที่เรื่อง..เอาความจริงมาคุยกัน กระทรวงเราเคยอยู่ด้วยกันจริงๆ พอถ่ายโอนปุ๊บ คุณบอกว่า ถ่ายโอนแล้วไม่เกี่ยวข้องกัน เราเฮอะ กระทรวงเราเหอพูด..ทำไมพูดแบบนี้ หลากๆ อย่างมันขุ่นเคืองใจ เชิญประชุมก็ไม่เชิญ มันเหมือนคนขึ้นสอง ขาวบ้านไปรับบริการครั้งแรก ตำบลนี้เหอ บ้านนี้เหอ เขาไปอยู่กับ อบท.แล้ว ส่งสารเขา เราอยู่ที่นี้ มันผูกพัน (เสียงเครือ) มันไม่ใช่แค่หมอหรือว่าชาวบ้าน มันผูกพันหลาน (ร้องไห้) สองปีแล้วมันยัง.... (ร้องไห้)”

เจ้าหน้าที่ สอ ภาคอีสาน

“ปี 50 มันก็จะมีปัญหาช่วง 2 ปีแรก ปัญหาก็คือ ปัญหาระเบียบต่างๆ ขั้นตอนต่างๆ การปฏิบัติต่างๆ ที่มันระหว่างของเก่ากับของใหม่ที่ต้องมาปรับหากัน เช่น เงินเดือน ขึ้นต่างๆ ระเบียบตามรายละเอียดนั้นแหละ ส่วนมากมีปัญหาเรื่องนี้ ตอนที่ถ่ายมาครั้งแรก จังหวัดเขาก็ สหกรณ์ออมทรัพย์สั่งให้เราไปลาออก ก็มีปัญหากับคนค้าเขาก็ไม่ได้ มันเป็นพวงไปเลยเดือดร้อนกันไปถ้วนหน้า มันไม่น่าเป็นเรื่องมันก็เป็นเรื่อง มีหนังสือมาให้เราทำเรื่องลาออกจากกบข. สสจ.ลงนามเลยนะ ไปติดต่อเพื่อขอรับเงินกบข.คืน มั่วไปหมด แรกๆ มีปัญหาพวกนี้ พอเรามาแล้วเขาก็จะให้เรามาแบบ 100% ไปให้พันๆ เก็บของโยนไปเลย ถีบมาเลย ขนาดนั้นแหละช่วงแรกๆ”

เจ้าหน้าที่ สอ ภาคอีสาน

ความสัมพันธ์ วิชาการ และการสนับสนุนจาก CUP

ความหมางเมิน ห่างเหิน และทัศนคติเชิงลบ ของผู้บริหารสาธารณสุขเดิม และ CUP จากเหตุผลนานับประการ โดยเฉพาะการมองว่าเป็นคนอื่นๆ คนละพวก พวกมีปัญหา ฯลฯ และ ความไม่เข้าใจบริบทการทำงานแบบใหม่ กลายเป็นเหตุการณ์ที่พบทั่วไป

“ทางรพ.ก็ตั้งงบประมาณ fix cost คัดัดหมดเลย ตัดเราหมด แต่ค่าหัวประชากรเรายังเอาไปหน้าตาเฉยเหมือนเดิม ตัดไป 2 ปี มาไล่หนังสือใหม่ เราไม่ยอม หรือไปที่สปสข.ทำหนังสือไล่ไป พูดกันใหม่ว่า ผมเนี่ยเข้าไปทำงานประกันของสสจ.เองว่า เนี่ยค่าหัวประชากรเขตของผมพวกคุณก็เอาไป แต่พวกคุณมาตัดงบประมาณ fix cost ผมไปฟ้องสปสข.เขต ทำหนังสือถึงสำนักนายก จนมีหนังสือสั่งการมาให้สั่งจ่ายย้อนหลังให้ผม 2 ปีเพราะว่า เขาไล่ดูแล้วว่า มันยังอยู่ในคัพเดียวกัน ถึงขนาดนั้น...”

“ช่วงแรกมาดี ช่วงหลังๆ เหมือนจะแบ่ง เพราะว่าตอนนี้เขาเริ่มแบ่งกันชัดเจน กันเราออกจากระบบสาธารณสุข ช่วงแรกเขาดูแลเราดี ติดตามเราดี แต่ช่วงหลังมาปล่อยเรา การนิเทศ ติดตามต่างๆ ยกตัวอย่างแม้กระทั่งล่าสุด ที่นี้มี 6 แห่ง ในตำบล (ชื่อตำบล) มีสถานบริการ 6 แห่ง โอน 2 เหลือ 4 ทั้งอำเภอมี 15 แห่ง เขาจัดสรรงบ long term care ให้แต่ละ 60,000 เพื่อดูแลผู้สูงอายุ อบรมผสม.ติดตามนิเทศงาน เขาจัดให้เฉพาะของสาธารณสุข 13 แห่ง แต่ของเรา 2 แห่งเขาไม่ให้”.... “งบพวกนี้ก็มาจากที่เดียวกันทั้งนั้น มันเป็นการดูแลประชาชนทั้งอำเภอ.... ผมถามว่าผู้สูงอายุเราเป็นอะไร งานมาลาเรียติดเขตชายแดน ที่นี้มีติดเขตชายแดนอยู่ 4 แห่ง 4 ออมัย ปีนี้เขาก็มีงบมาทำเฉพาะ 2 ออมัยของเขา ของงานมาลาเรีย เราก็เลยถามว่า เข้าแล้วของมติดเขตชายแดนต้องทำยังไง ประชาชนถึงมีการรับสิทธิบริการเผื่อระวังเรื่องมาลาเรีย เขาพยายามกันออกไป”

เจ้าหน้าที่ สอ ภาคอีสาน

การตัดสินใจถ่ายโอน ทำให้เกิดทัศนคติเชิงลบจากผู้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมวิชาชีพเดิม จำนวนไม่น้อย โอนย้ายไปพร้อมกับทำที่ขับไล่ ประชดประชัน หลายทีเป็นการไล่ส่ง ประเภท “ไปแล้วไม่ต้องกลับมา” หรือ “จะรอสมน้ำหน้า” หากเกิดล้มเหลวในที่ใหม่

“ด้านลบ เป็นอะไรที่แย่มาก สาธารณสุขอำเภอคนเดิม ที่เกษียณไปแล้ว พูดยกับเราว่า “เองไปอยู่ท้องถิ่นแล้วนะ ไม่ใช่คนสาธารณสุข” ทุกอย่างตัดหมด ช่วงที่มีปัญหาใช้เลือดออก... ถูกสมน้ำหน้า บอกว่าไปอยู่กับท้องถิ่นแล้ว เราต้องลุยใช้เลือดออกกับ อสม. 2-3 หมู่ เหนื่อยมาก แม้แต่ไปขอทราย 2 ถึง ที่กรมควบคุมโรค สนับสนุนสถานีอนามัยละ 2 ถึง ก็ไม่ให้ บอกว่าสมน้ำหน้า มันอยากไป เขาใช้คำนี้ในที่ประชุม งบประมาณก็ตัดหมด โทที่ เราไม่สามารถเบิกได้...ก็ไปอยู่ท้องถิ่น ให้ท้องถิ่นรับผิดชอบ รองนายแพทย์ตัดโอที่ สองปีแรก.. มันเป็นสิทธิของเรา เราต้องได้ ส่วนเงินเดือน การเงินตั้งเบิกให้เรา นายแพทย์มีหนังสือ สั่งระงับเบิกเงินเดือนหกเดือน แบ่งเขาแบ่งเรา สมน้ำหน้า”

เจ้าหน้าที่ สอ ภาคกลาง

“สถานการณ์ตอนนี้ หลังจากถ่ายโอนเมื่อ ตุลาคม 2551 ก็เกือบ 3 ปี ชื่อนั้นเป็นผู้บริหารท้องถิ่น ชุดเดิมที่มองเห็นว่าการการถ่ายโอนและรับถ่ายโอนของเรา จนถึงปัจจุบันนี้มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร เรา รู้สึกว่าทำงาน เราประมวลผลแล้ว 3 ปีเราเหมือนทำงานโคตเดียว โคตเดียวเลยจริงๆ เพราะทั้งพนักงาน เราทั้งด้านฝั่งบริหารและฝั่งด้านสาธารณสุข เขาไม่มายุ่งอะไรกับเรา”

“ขาดการสนับสนุนในเรื่องวิชาการ.. คือเขาตัดเราไปเลยอะ สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ทางผู้บริหารท้องถิ่นเขาก็บอกตรงๆ เขาเป็นเรื่องใหม่ เขาก็ยังไม่ค่อยมีความรู้เท่าไร”

เจ้าหน้าที่ สอ ในภาคเหนือ

“น้องผมไปโอนขอกลับคนหนึ่ง ช่วงมา แล้วคนใหม่มาแทน โอนกลับยาก เพราะไม่มีตำแหน่งรองรับทั้งที่ตกลงกันไว้ว่า ภายใน 2 ปี ยาก ถ้าคนนี้ไม่วิ่งนะ ไม่ได้ไป คือไม่มีกรอบให้ ไม่เป็นตามสัญญาจริงๆ ต้องกันไว้ให้ บางคนผมได้ยินคำนี้ ผมไม่ชอบเลย สมน้ำหน้ามันไปเอง ผมเห็นแล้วผมก็พูดไม่ออก ผมก็มองหน้า เป็นผู้ใหญ่แล้วด้วยนะ ไปเอง บอกว่าอย่าไป สุดท้ายตายรัง ทำไมไม่มองในแง่ดี ว่าเรามันหน่วยกล้าตายหรือเปล่า ทำให้เห็นชัด...ถ้าไม่มีเรา ก็ไม่มีชุดความรู้ไปบอกน้องๆ...จำนวนคนที่ไป แคร่ร้อยกว่าคน นิดเดียว จาก 7,000 แห่ง”

เจ้าหน้าที่ สอ ในภาคเหนือ

“มันเหมือนเป็นตัวอย่างที่ผมบอก แล้วเขาไปประจักษ์ ผมเข้าไปประชุมกับสาธารณสุขเดิม กับ สสอ. ผมโดนขึ้นป้ายหลาวว่าที่นี่ตกเกณฑ์ ผมอายมากเลย แต่เขาก็ไม่ถามผมว่าทำไมถึงตกเกณฑ์ เขาก็มองว่าเราทำงานไม่มีประสิทธิภาพเท่านั้นเอง สอ.อื่นที่ไม่ถ่ายโอนเขาก็มองว่าคุณไม่มีประสิทธิภาพ คือกลับกลายเป็นว่าเราเหมือนเป็นปมค้อยของกระทรวงสาธารณสุขไปแล้ว”

บ้านใหม่: บ้างสุข บ้างทุกข์

การถ่ายโอนมาอยู่ภายใต้ท้องถิ่นสำหรับเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เปรียบได้กับการแต่งงานหรือย้ายครอบครัวใหม่ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ ไม่มีภาพในรายละเอียดว่าจะเกิดอะไรขึ้น หรือไม่ก็มีภาพที่ติดจากการเคยทำงานร่วมกันมาก่อนหลายคน มีจินตนาการเชิงบวก จากข้อมูลที่ได้รับแจ้งในช่วงก่อนการถ่ายโอน เช่น ความเป็นอิสระในการทำงาน โบนัส และ โอกาสในความก้าวหน้า หลายคนเห็นว่าเป็นโอกาสในการกลับบ้าน มาอยู่กับครอบครัว กลับมาทำงานให้กับชุมชน/หมู่บ้านของตนเอง จำนวนหนึ่งมองว่า เป็นสิ่งที่ไม่ช้าก็เร็วก็ต้องเกิดการถ่ายโอน การมาก่อนน่าจะได้เปรียบกว่าคนที่มาหลัง หวังว่าในท้ายที่สุดก็จะมีเพื่อนๆ ตามมาอีกเป็นส่วนใหญ่ หรือหากเลวร้ายที่สุด ก็ยังมีเงื่อนไขการขอย้ายกลับในช่วงสองปีแรก

สถานการณ์ของสถานีอนามัยถ่ายโอน เป็นความหลากหลาย แตกต่างกันอย่างสุดขีด ทั้งภาพที่สำเร็จ และภาพที่เผชิญกับวิกฤติของต่างพื้นที่ และ ความแตกต่างระหว่างหลังการถ่ายโอนใหม่ๆ กับ 4 ปี ให้หลัง

สถานีอนามัยถ่ายโอนในภาคกลางแห่งหนึ่ง ภายหลังการถ่ายโอนเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างขนานใหญ่ เจ้าหน้าที่ใช้ศักยภาพเชิงการบริหารและการพัฒนาอย่างเต็มที่ สามารถขยายบริการเพื่อสนองนโยบายท้องถิ่น ออกแบบงานเอง สามารถจ้างแพทย์ นักกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย ให้บริการประชาชนที่สถานีอนามัยได้ การจ้าง Lab สร้างสร้งงานและแก้ปัญหาได้เร็ว เน้นงานเชิงรุก งานในชุมชน สามารถเพิ่มบุคลากรจาก 6 คนตอนโอนย้ายเป็น 13 คน โดยบุคลากรที่เพิ่มรับเงินเดือนจากท้องถิ่น หารรายได้จากงานที่เป็น work load แส่นบาท/เดือน และเป็นเงินบำรุงที่มีใบเสร็จ 7 หมื่นบาท/เดือน ได้เงินโอนจาก สปสช. ปีละ 4-5 ล้าน สามารถใช้เงินบำรุงจ้างแพทย์ มาประจำที่ สอ. เดือนละ 6 หมื่นบาท

ขณะที่ สอ. อีกหนึ่งแห่งในภาคกลาง เช่นกัน เจ้าหน้าที่ชุดแรกที่ถ่ายโอนมากับสถานีอนามัย โอนย้ายออกไปหมดตั้งแต่ปีแรก ปัจจุบันเป็นคนใหม่ที่ย้ายข้ามมาบรรจุ เกิดภาวะเสียขวัญ หดหู่ท้อแท้ หมดกำลังใจ ผลงานตก หัวหน้ากองสาธารณสุข ถูกปลดเป็นนักวิชาการ ไปลอยอยู่ที่ สอ. ไม่มีงานทำ ขณะที่ทันตภิบาล จบมาจากทุนท้องถิ่นส่งเรียน ไม่มีอุปกรณ์ จะทำงานจะต้องไปยืมอุปกรณ์จากที่อื่น พยาบาลคนเดียวที่มีอยู่ ถูกคาดหวังให้เน้นการรักษา ต้องเฝ้าสอ. ผู้บริหารมีการติดตลก้องวงจรวัด แล้วคอยควบคุมเจ้าหน้าที่ให้อยู่ประจำ ขณะที่เจ้าหน้าที่เกิดความห่างเหินกับ สสม. ควบคุมไม่ได้เพราะเป็นสมาชิกสภาเทศบาล เมื่อชาวบ้านไม่พึงพอใจบริการ มีข้อร้องเรียนถึงนายกฯ เจ้าหน้าที่จะถูกเรียกเข้าพบ หรือ “เข้าห้องเย็น” หน.สอ.ย้ายมาใหม่จากท้องถิ่นอื่น แต่ไม่ใช่ผู้ปฏิบัติงาน หรือ พยาบาล ให้การรักษาไม่ได้ กลัวความผิดพลาด ขวัญกำลังใจหดหาย โบนัส การเลื่อนขั้น การเปลี่ยนตำแหน่ง

ปัญหาทั้งหมด เกิดขึ้น และดำรงอยู่ โดยที่ไม่มีใครสามารถเข้าไปช่วยเหลือได้ แม้แต่เจ้านายเดิมๆ

อย่างไรก็ดี ประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่แต่ละคน แต่ละพื้นที่ และ แต่ละช่วงเวลา จากเริ่มถ่ายโอนจนถึงปัจจุบันไม่ได้หยุดนิ่ง หรือคงที่ หากแต่เปลี่ยนแปลง สุข ทุกข์ คละเคล้า หมุนเวียนกันไป

สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงที่ดี การปรับตัวทั้งของทุกฝ่าย (เจ้าหน้าที่ผู้บริหารท้องถิ่น ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ประจำของ อบต) ก็ดี ล้วนทำให้ประสบการณ์ ความสุข-ทุกข์ ของเจ้าหน้าที่ถ่ายโอน ไม่หยุดนิ่ง แต่เปลี่ยนแปลงขึ้นลงไปตามเวลา

เจ้าหน้าที่จำนวนหนึ่งซึ่งมีไม่มาก เลือกที่จะถอนตัว ถอยกลับบ้านเดิม หรือย้ายออกจากพื้นที่หรือสถานีนอนามัยที่เพิ่งถ่ายโอนมา เพื่อไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่อื่น หลังจากทำงานไปได้ระยะหนึ่งการย้ายกลับกระทรวงสาธารณสุขจริงๆ แล้วเป็นเรื่องยาก จะทำได้ในกรณีที่มีหนทางพิเศษ หรือหรือความช่วยเหลือเฉพาะรายเท่านั้น จึงมีเจ้าหน้าที่เพียงไม่กี่คนที่สามารถหาตำแหน่งในกระทรวงสาธารณสุขและโอนย้ายกลับได้ ที่เหลือเป็นการย้ายข้ามไปยัง อบต. อื่นๆ

มีเจ้าหน้าที่อีกจำนวนหนึ่งที่มากกว่ากลุ่มแรก (แต่ก็ไม่มากเท่ากับกลุ่มที่สาม ที่จะกล่าวถึงต่อไป) ที่เส้นทางถ่ายโอนเป็นไปอย่างอุดมคติ ไม่ว่าจะเป็นการได้ทำงานในสิ่งที่คาดหวัง มีสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุน ประสบความสำเร็จทั้งในแง่ตำแหน่ง การเลื่อนขั้น ผลตอบแทน

“ที่เชิงบวกเยอะ ค่ะในเรื่องของตั้งแต่ข้างบน ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์และให้คุณค่าของงานด้านนี้สูงและให้โอกาสในการพัฒนาและทำ ไม่มาล้งลึงก์ เข้าใจและให้โอกาสเราทำ พอให้โอกาสเราทำ ทำเต็มที่แล้วมีผลงาน ทุกอย่างมันก็ flow ผู้นำ นายก ท่านปลัดเห็นความสำคัญแล้วทีมงานเราพร้อม เราเห็นคุณค่าด้านนี้ เมื่อถ่ายโอนปุ๊บเราเห็นศักยภาพของท้องถิ่น ศักยภาพของตัวเอง เราสองอย่างมาแมชกัน เมื่อก่อนศักยภาพเรื่องทรัพยากรจะน้อยกว่า ทรัพยากรที่ว่าหมายถึง คน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ อยู่กระทรวงเดิมจะไขว่คว้าอะไรสักอย่างเป็นเรื่องยาก จะเอาคน เอางบประมาณไปใช้ในชุมชนมันต้องใช้เวลา ต้องมีหลายด่าน ตรงนี้มันใกล้ตัวใกล้ใจมันเลยคล่อง หลายฝ่ายก็เอื้อต่อเรา งานก็ไปได้ดี ผู้บริหารให้โอกาสเราก็ใช้ศักยภาพ มันก็เลยเป็นภาพที่ต่อจิ๊กซอไปได้สวยมากเลย เราเข้าหา เขาก็มาหาเรา มันก็เลย happy” (เจ้าหน้าที่ สอ ถ่ายโอน ภาคกลาง)

“นายกบอกทำงานให้หนักถึงชาวบ้านก่อน เขียนอะไรให้หนักถึงชาวบ้าน เมื่อก่อนเราทำงานให้ สสจ. ให้กระทรวงสาธารณสุข ทำงานรายงาน ทำงานเอาตัวเลข ซึ่งไร้สาระที่สุด พวกผมเรียนมาจบปริญญาโท ต้องให้คนมานั่งบอกให้ทำ ผมก็ไม่อยากทำ ผมเขียนโครงการจากปัญหา อบต.ไปประชาคมชาวบ้าน ผมมีข้อมูลสาธารณสุขมาวิเคราะห์ เขียนอะไรไปก็ได้ทำ ร้อยเปอร์เซ็นต์ อยู่กระทรวงสาธารณสุขเหนื่อยใจเพราะรายงาน made อยู่เหนื่อยเพราะได้ทำ อยากทำอะไรได้ทั้งหมด นายกไม่เคยไม่สนับสนุน เราประสานงานได้ดี”

“ความก้าวหน้า ที่นี้ดี ง่าย อยู่ที่กองจังหวัด กระทรวงสาธารณสุขอยู่ที่กระทรวง ออกกฎระเบียบอะไรไม่รู้จึกเรา ตลกๆ ที่นี้ อยู่ตรงนี้เอง เขาตั้งระเบียบให้เรา มันง่ายโบนัส เรื่องนี้ highlight เลย คือ โบนัส อยู่กระทรวงสาธารณสุข ได้โบนัส 580 และ 1,020 มาอยู่ อบต. เขาพูดให้เรา ตาโต สามเท่าของ

เงินเดือน พวกผมเงินเดือนสองหมื่น สามเท่าหกหมื่น พี่หัวหน้า สามหมื่นเป็นแสน คาโตะเลย ที่จริงเรื่อง
ของโบนัสเป็นเรื่องที่ผิดหวัง แต่ก็เข้าใจ ทุกอย่างสมหวังหมด”

(เจ้าหน้าที่ สอ ภาคกลาง)

“ถ่ายโอนไม่ได้หนักใจเรื่องอะไร ที่แรกก็ศึกษาพวกภารกิจงานของตัวเอง ความก้าวหน้าก็ศึกษา
ตามที่ได้ประชุมเรื่องของค่าตอบแทนต่างๆ สิทธิสวัสดิการ คิดว่าจะหายไปบางส่วน ถ้าเลือกมาก็อาจต้อง
ยอมรับในสิ่งที่เลือก เข้ามาที่นี้ดีในเรื่องของทีมงาน ..ผู้บริหาร ทำงานที่นี้ไม่ถูกกดดันมากนัก เป็นวิชาชีพที่
ตรงมีความรู้ความสามารถเวลาเราเอาข้อมูลไปคุยกับผู้บริหารเขาจะให้ความไว้วางใจ ให้อำนาจการ
ตัดสินใจ เรื่องคน เขาโอเคในระดับหนึ่ง สิทธิสวัสดิการ โชคดีในระดับหนึ่งที่มีบุคลากรที่ดูแลสิทธิให้เรา หนึ่ง
ความก้าวหน้าในสายงาน ระดับ เขาช่วยดู อาจแตกต่างจากที่อื่นบ้าง พอเรามีข้อมูลเราก็ไปให้พี่เขาว่าเรา
จะถึงตรงนี้ๆ พี่เขาก็ช่วยหาข้อมูลให้ มันสอดคล้องกันเรื่องความก้าวหน้าในสายงาน ที่นี้จะมีปัญหาน้อย เรื่อง
ผู้บริหาร ปลัดท่านยุคนี้อีกไม่มีปัญหา ในเนื้องานที่มาทำในท้องถิ่นจะอิงกับการเมืองบ้างเป็นเรื่องปกติ”

กลุ่มสุดท้าย เป็นกลุ่มที่เผชิญกับความลุ่มๆ ดอนๆ ของชีวิตการทำงานในที่ใหม่ นับตั้งแต่การไม่ได้รับการ
เข้าสู่ตำแหน่ง ปัญหาการเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง บรรยากาศการทำงานที่ไม่คุ้นเคย การรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์
ตัวตน และความเป็นวิชาชีพ การเผชิญปัญหากับทั้งที่ทำงานใหม่ และ ที่ทำงานที่จากมา โบนัสที่ไม่เป็นอย่างที่
คาดหวังไว้ ความขัดแย้งขัดข้องกับวัฒนธรรมราชการและการเมืองแบบใหม่ และรวมไปถึง เกิดความขัดแย้งกับ
นักการเมืองที่เป็นผู้บริหาร ฯลฯ สถานการณ์เหล่านี้ เกือบทั้งหมด มิได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและดำรงอยู่ตลอด ตั้งแต่
เริ่มต้น จนเวลาที่เก็บข้อมูล หากแต่เป็นเรื่องของแต่ละบุคคล และ เป็นการเปลี่ยนแปลงตามเวลา ตามการปรับตัว
ตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป

รูปแบบการจัดการกับสถานะทั้งหมดข้างต้น ของเจ้าหน้าที่มีหลายแบบ เจ้าหน้าที่จำนวนหนึ่ง เรียนรู้ที่จะ
ปรับวิธีคิด ปรับความคาดหวัง จนมองเห็นว่า เป็นเรื่องธรรมดา เรียนรู้ที่จะใช้วิธีคิดเชิงบวก (หรืออย่างน้อยก็ไม่ใช้
ความคิดเชิงลบ) และเรียนรู้หาความสุข กับการทำงานที่เป็นอยู่ เจ้าหน้าที่อีกจำนวนหนึ่ง แม้จะปรับวิธีคิดเป็นเชิง
บวก หรือ ยังทำใจให้รับกับบริบทหรือวัฒนธรรมการทำงานแบบใหม่ไม่ได้ แต่ก็เลือกที่จะอยู่กับมัน ไม่คิดที่ถอยกลับ
บ้านเดิม เลือกที่จะอดทน และ ไม่ยอมให้เกิดการถูกสมน้ำหน้า เยาะเย้ย จากคนในบ้านเดิมที่จากมา กลุ่มสุดท้าย ที่
มีน้อยกว่ากลุ่มที่กล่าวมา คือ กลุ่มที่ยังปรับใจไม่ได้ และรอวันที่จะโอนกลับกระทรวงสาธารณสุข

อาจจะเป็นด้วยระยะเวลาการถ่ายโอนเพียงแค่ 4 ปี สถานการณ์ในพื้นที่ถ่ายโอน และท่าทีต่างๆเหล่านี้ของ
เจ้าหน้าที่ ยังคงเป็นอะไรที่ไม่หยุดนิ่ง บริบทการทำงานใน อบต หรือเทศบาล ที่มีความอ่อนไหว เปลี่ยนแปลงง่าย
กว่า (โดยเฉพาะโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงผู้บริหารทางการเมืองทุก 4 ปี) ต่างจากการอยู่ในระบบสาธารณสุขเดิม ที่
โครงสร้างของระบบทำให้ตำแหน่ง หน้าที่ การงาน มีความเสถียร ถูกกระทบได้น้อย การปรับตัว ปรับความรู้สึก
ของเจ้าหน้าที่จึงเป็นสิ่งที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ตลอด

บริบทการเมืองท้องถิ่น โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทุกๆ 4 ปี เป็นสิ่งแวดล้อมการทำงานใหม่
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ถ่ายโอน ที่พบว่าอาจเป็นได้ทั้งโอกาสและวิกฤติ ความไม่แน่นอนของนโยบาย

บุคลิกภาพผู้นำ สไตล์การบริหาร และธรรมชาติของทีมบริหาร ที่หมุนเวียนเปลี่ยนกันเข้ามา ทำให้เจ้าหน้าที่ถ่ายโอน ในเกือบทุกพื้นที่เกิดการเรียนรู้ที่จะวางตัว เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกมองว่าเลือกข้าง

ความไม่แน่นอนของระบบการเมืองในระดับ อบต หรือเทศบาล อาจเป็นการพลิกบริบทและบรรยากาศการทำงานอย่างสุดโต่ง จากสวรรค์เป็นนรก หรือนรกเป็นสวรรค์ได้ ภายในชั่วข้ามคืน พลันที่ผลการเลือกตั้งประกาศออกมาอาจจะหมายถึงจากที่เคยมีความสุข สนุกกับงาน พูดภาษาเดียวกับผู้บริหาร กลายเป็นความอึดอัด ขัดแย้ง ความไม่ไว้วางใจ หรือขัดตรงข้ามกัน ทั้งหมด ตัวแปรกำหนดหนึ่ง คือการเรียนรู้ที่จะวางตัวอยู่อย่างไรของเจ้าหน้าที่ถ่ายโอน

ข้อมูลจากพื้นที่ มีปรากฏการณ์ในลักษณะพลิกผันเช่นนี้น้อย 3 แห่ง แห่งหนึ่ง จากความสัมพันธ์แบบ ดริมที่กลับมาเป็นเพื่อนเป็นความเย็นชาหรืออาจต้องย้ายออก แห่งหนึ่ง จากความขัดแย้ง ขมขื่น กลับเป็นฟ้าใสหลังฝน เมื่อคนคุ้นเคยกลับมาเป็นผู้บริหาร ขณะที่อีกพื้นที่หนึ่ง ความขัดแย้งลงเอยด้วยการลงแข่งขันทางการเมือง กับผู้บริหาร แต่ผลกลับเป็นว่า ผู้บริหารชุดเดิมชนะการเลือกตั้งได้กลับเข้ามาซึ่งก็อาจจะพอคาดเดาได้ว่าสถานการณ์อัน อึมครึม ขัดแย้งเล็กๆ จะคงอยู่ต่อไป

การปรับตัว การเรียนรู้วัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศการเมือง และสไตล์การบริหาร เป็นเรื่องใหญ่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ถ่ายโอนบางแห่งพร้อมจะปรับตัวเพื่อให้ทำงานได้ในทุกรูปแบบ ทั้งทำหน้าที่ให้การต้อนรับแขก การร่วมทีมออกหน่วย เพื่อให้บริการกับส่วนงานอื่นๆในองค์กร แม้กระทั่ง ร่วมเป็นนักแสดงกับเจ้าหน้าที่ส่วนอื่นๆ และ อสม ในงานประจำปีของจังหวัดที่เทศบาลเป็นเจ้าภาพ เป็นต้น

การปรับตัวเช่นนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่ถ่ายโอนหลายคน เป็นเรื่องยาก กระทั่งศักดิ์ศรี และหาทางคืนรสนหลัก หัน หรือไม่ก็อยู่แบบ "ทำใจ" และ "รอวัน" แต่สำหรับเจ้าหน้าที่ ที่ปรับตัวได้ ประเด็นเรื่องตัวตน และศักดิ์ศรีของความเป็นหมอ จะถูกแปรเปลี่ยนเป็นนามธรรม ยึดไว้ที่ใจ ขณะที่รูปแบบการทำงานภายนอก การสัมพันธ์กับผู้คน และเพื่อนร่วมงาน ก็เป็นไปตามสภาพความเป็นจริง

เจ้าหน้าที่ๆ ที่พบว่าปรับตัวได้ มีความสุข หรืออย่างน้อยก็มีความสุขกับการทำงานในบ้านใหม่ มักจะ มาจากการมีวิธีคิด ที่ลงตัวหลายๆ อย่าง เช่น เรียนรู้ที่จะยึดหลักทางวิชาการเป็นแนวทางการทำงาน ใช้ผลงานที่ทำ ให้กับชุมชน/ผู้รับบริการ หรือความสัมพันธ์ที่แนบแน่นกับ อสม เป็นเกราะคุ้ม มีเจ้าหน้าที่อย่างน้อยหนึ่งแห่ง เลือกที่จะใช้กลวิธีรักษาระยะห่างจากผู้บริหารฯ เช่นหลีกเลี่ยงการร่วมกิจกรรมที่มีอาจมองได้ว่าเป็นเรื่องส่วนตัวทั้งหมด ไม่มีการเข้าพบโดยไม่จำเป็น ฯลฯ ทั้งหมด คือการเรียนรู้ที่อยู่ในบริบทการทำงานใหม่ ที่เกิดดุลยภาพ ระหว่างการ เป็นวิชาชีพที่มีศักดิ์ศรี พร้อมๆ กับที่เป็นผู้ใต้บังคับบัญชาของผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

“ที่นี่จะบ่ มีเรื่องการเมือง อสม.จะมีการเมืองให้ออกนอกอาณาเขต ปูพื้นฐานมาตั้งนานแล้ว นายก เขาใครก็ได้ เพราะว่าหัวหน้าเขาคือสำนักปลัดเขาก็ทำงานเขาไป เขาก็อยู่แบบมีศักดิ์ศรี ...บ่ได้กิน เงินเดือนเขา กินเงินเดือนของเรา ที่อยู่เราก็มี เราทำงานกับชาวบ้าน ชาวบ้านเป็นเกราะอย่างดี แต่ทั้งนี้ และทั้งนั้นหมายความว่าเราต้อง...ทำงาน ท้องถิ่นที่นี้เขา support เพราะว่าเราเป็นขาหนึ่งของเขา เวลา เขาประเมินท้องถิ่น ในส่วนของงานสาธารณสุขเราจะเด่น โชว์ เขาจะได้ผลงานจากเราตั้งเยอะ เพราะว่า สาธารณสุขเราชำนาญเรื่องเอกสาร จ้างเขียน จ้าง ชูเขาได้ตั้งเยอะ ค่ะเนน ทุกวันนี้เราก็คืออยู่อย่างมีศักดิ์ศรี

เวลาอะไรนิดหน่อยของเราจะลด สิทธิศักดิ์ศรีเขาเริ่มลด แต่เราบ่ยอม เราก็มีจุดยืน ท้องถิ่นไม่ชอบคนโง่ แต่
ท้องถิ่นไม่ชอบคนที่ฉลาดกว่า เวลาพูดเราต้องสวนกลับได้ทันที นิ่งๆ ก็คือนิ่งๆ แต่เขาก็ให้เกียรติเรา
ตลอด”

“ชาวบ้านรู้เละละ เราเป็นสายใคร ชาวบ้านแอบถามเบอร์อะไรยัง คนที่บ่ได้เลือก จบ ถ้าประชุม
สม.ที่นี่ ห้ามเอาเรื่องการเมืองมาพูดในสถานีนามัยไม่งั้นหมดจะเดี๋ยวครั้น ช่วงเลือกตั้งห้ามอยู่ประชุม
เกิน 5 โมง กลับบ้าน งดเยี่ยมบ้าน...” (เจ้าหน้าที่ถ่ายโอน ภาคเหนือ)

บางพื้นที่ การทำงานอย่างมีความสุขเกิดจากการเรียนรู้ที่จะปรับตัวและวางตัวเพื่อรักษาภาพความเป็น
กลางทางการเมือง หรือแม้กระทั่งเรียนรู้อุปนิสัยหรือวัฒนธรรมของผู้บริหารและนักการเมืองท้องถิ่น

อย่างไรก็ดี เจ้าหน้าที่ถ่ายโอนเกือบทั้งหมดล้วนต้องผ่านขั้นตอน หรือกระบวนการเรียนรู้ และปรับตัว ปรับ
ใจทั้งสิ้น การสร้างความคุ้นเคยกับวัฒนธรรมองค์กรและระบบบังคับบัญชาใหม่ เช่น การอยู่ภายใต้ปลัดฯ รองนายก
ฯ หรือ นายกฯ ที่ครั้งหนึ่งอาจจะเคยร่วมงานกัน ในฐานะหมอนามัยจากกระทรวงสาธารณสุข กับ ข้าราชการจาก
ท้องถิ่น การเรียนรู้ การทำงานแบบใหม่ ที่มีคะแนนเสียงหรือผลทางการเมืองเป็นหลัก ตลอดจนวัฒนธรรมการรับ
คำสั่งให้ทำ แม้ในสิ่งที่ไม่ใช่หน้าที่รับผิดชอบโดยตรง

“ความแปรปรวนนี้มันเป็นระบบของเขาเอง ซึ่งเราไม่สามารถควบคุมได้ แต่ที่จะควบคุมได้คือตัว
บุคลากร ตัวเจ้าหน้าที่อย่างพวกผม พวกที่ถ่ายโอนไปแล้วเลข 5 ขึ้นไป พวกนี้จะไม่ชินกับระบบ
นักการเมืองที่เข้ามา จบอะไรมาสั่งได้ไง พวกนี้จ้ะรับไม่ได้ พอรับไม่ได้ปรับตัวไม่ได้ ปัญหาเกิด เออเทศบาลนี้
ไม่ได้ แต่ขณะที่พวกเด็กๆ มันเหมือนจ้ะจกเริ่มปรับตัวกับนักการเมืองคนนี้ การวางตัว การที่ฝึกไต่กับ
นักการเมืองมากเกินไป 4 ปีทุกซ์ 4 ปีสุขเนีย ถ้าการปรับตัวที่เรามีหลักดี ผมมองว่านักการเมืองไม่รู้เรื่อง
สาธารณสุขเท่าไรอันนี้คือข้อได้เปรียบของสาธารณสุขที่ได้สั่งสมมาจากกระทรวงสาธารณสุข”

“เราต้องไปตีโจทย์ว่าเราจะทำยังไงให้เขารู้ว่า ผมไม่ได้ฝึกไต่ฝ่ายไหนะ ผมทำหน้าที่ทำตามนโยบาย
ที่ผู้บริหารกำหนดมา ผมจะไม่มาช่วยใคร แบบนั้น ถ้าสามารถคิดได้ว่าจะต้องทำยังไง อาจเป็นบทเรียน
สำหรับเจ้าหน้าที่ข้าราชการสาธารณสุขว่า หนึ่งต้องเป็นอย่างไร สองต้องเป็นยังไง อะไรต่างๆ พวกนี้
ขณะนี้ยายไม่มาอยู่กับผม ผ่านแค่ผอ.ผม จะทำอะไรยังงี้ อะไรที่ทำได้ผมบอก อะไรที่ทำได้ผมก็บอก แต่
การเมืองมันจะมีบริบทอีกอันนึงว่า “ได้หรือไม่ได้ ต้องบอกว่าได้ไว้ก่อน” บริบทของผู้บริหารตอนนั้น บอกว่า
ได้ไว้ก่อนแล้วค่อยมาบอกอีกที คืออารมณ์มันกำลังร้อน คลื่นมันกำลังแรง แล้วค่อยมาแก้อีกที ถ้าขวางพัง
เป็นการปรับตัวอย่างนึง “ได้ครบนาย” พอสักพักนายมาถาม นายก็ลืม มันไม่ได้แบบนี้ จบไป อันนี้คือ
ศิลปะการอยู่ร่วมกันของคนหมู่มาก ซึ่งในสาธารณสุขผมมองว่าไม่ได้สอนแบบนี้”

(เจ้าหน้าที่ สอ ถ่ายโอน ภาคกลาง)

การถูกเรียกพบ หรือ ที่มีบางที่ใช้คำว่า "เข้าห้องเย็น" จะเป็นวัฒนธรรมการบริหารแบบเจ้านาย-ลูกน้อง ของ
ท้องถิ่นที่นำมาซึ่งปัญหาการทำงานร่วมกันที่รุนแรงที่สุด ในบางพื้นที่ผู้บริหารท้องถิ่นจะให้การเรียกพบส่วนตัว เพื่อ

ซักถามหรืออาจตำหนิ หากเห็นว่าเจ้าหน้าที่ทำงานบกพร่องในสายตาผู้บริหาร ที่พบบ่อยคือกรณีมีการร้องเรียนจาก ผู้ใช้บริการ (ซึ่งคือฐานเสียงหรือผู้สัมพันธ์ใกล้ชิดกับนักการเมืองท้องถิ่น) กรณีเช่นนี้ เกิดขึ้นในสามพื้นที่ หนึ่งใน พื้นที่นั้น เหตุการณ์ดังกล่าว เป็นสาเหตุให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตัดสินใจขอโอนย้ายกลับในที่สุด แม้ว่าภายหลัง ผู้บริหารท้องถิ่นจะพยายามปรับตัวและหาทางโน้มน้าวให้อยู่ต่อก็ตาม

“อยู่ที่นี้เครียด ตอนเช้าห้อยเหิน เพราะว่าโดนร้องเรียนว่าไม่มีหมอยู่ ถ้ามีหนังสือร้องเรียนมาจะเอาเรื่อง ให้ถึงที่สุด เมื่อถามบอกว่าไม่มีใครร้องเรียนแค่ชาวบ้านบ่นว่าหมอไม่อยู่ ไปประชุมบ่อย ผมเสียความรู้สึก มาก” (เจ้าหน้าที่ สอ ถ่ายโอน ภาคใต้)

การถูกมอบหมาย ให้ต้องทำหน้าที่เป็นกรรมการจัดซื้อ จัดจ้าง และตรวจรับพัสดุ จะเป็นบทบาทหน้าที่ๆ เจ้าหน้าที่ ถ่ายโอน จำนวนหนึ่งอึดอัด ไม่คุ้นเคย เกิดทัศนคติเชิงลบ และ จำนวนหนึ่ง ตัดสินใจโอนย้ายกลับ

ถ่ายโอนแล้วตกเกณฑ์

ใช่ๆ เพราะตอนแรกทางสถานีอนามัยเราตัวชีวิตตกเกณฑ์หมดเลย จากเมื่อก่อน ก่อนถ่ายโอน ตัวชีวิตเราเกาะกลุ่ม แต่พอถ่ายโอนปั๊บมันตกเกณฑ์ พอตกเกณฑ์ปั๊บ CUP ก็คือบอร์ดของโรงพยาบาลกับ สาธารณสุขเขาก็มาล้วงดูว่าคุณมีปัญหาอะไร ทำไมคุณถ่ายโอนแล้วการทำงานไม่มีประสิทธิภาพ คุณมี ปัญหาอะไร เราก็ตอบเขาว่าเราต้องยื่นถ่างขา เราต้องทำงานตามนโยบายของผู้บริหารด้วย แล้วเราก็ต้อง ทำงานตามตัวชี้วัดเดิมๆของสาธารณสุขด้วย แล้วตอนนั้นเจ้าหน้าที่มีน้อยลง ตอนนั้นผมทำงานกันแค่สอง คน เพราะว่ามาแค่สองก็ทำงานสอง แล้วคุณจะมาเอาให้มัน complete เหมือนเดิมทุกอย่างเป็นไปได้ เขาก็มองว่าถ่ายโอนแล้วมีปัญหา เขาก็เรียกผู้บริหารท้องถิ่นเข้าไปคุย ผู้บริหารบอกว่ามีอย่างเรื่องนี้ด้วย เหรอ คุณต้องทำงานเยอะขนาดนี้เลยหรอ เขาไม่เข้าใจเรื่องงานสาธารณสุข พอเขาไม่เข้าใจ เขาก็คิดว่า ทำไมเขาต้องแบกงานสาธารณสุขเยอะขนาดนี้ เขาคิดอย่างนั้น...เวลาผ่านไป เขาเข้าใจงานมากขึ้นแต่ไม่ ยอมรับ เขาว่าเป็นภารกิจของสาธารณสุขโดยตรง เขาไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย เขาไม่ mind ว่าตัวชี้วัดคุณผ่าน เกณฑ์หรือคุณได้อะไร เขา mind แค่ว่าคุณทำงาน ตัวชี้วัดที่คุณรับมาตอบโจทย์ทางการเมืองมั๊ย มันได้ ประโยชน์ตรงนั้น คุณลงไปพื้นที่แล้วมันได้ประโยชน์ตรงนั้น มันได้กลับคืนมาหาเขาขนาดไหน”

มีเจ้าหน้าที่เพียงส่วนน้อยมาก ที่มีภาพการทำงานในที่ใหม่ หรือมีความคิดที่ชัดเจนกับอนาคตการทำงานกับ ท้องถิ่น คนกลุ่มนี้ คือ ส่วนหนึ่งคือ คนที่มีความคุ้นเคยกับคนทำงานการเมืองท้องถิ่น เป็นเพื่อน เป็นญาติ หรือมี ความสนใจในการลงทำงานการเมืองในระยะยาว ขณะที่อีกส่วนหนึ่ง คือ คนที่ไม่มีความหวังกับระบบการทำงานที่ อยู่เดิม และมองว่าการไปข้างหน้า จะตอบโจทย์อุดมคติการทำงานมากกว่า ทั้งในแง่ศักดิ์ศรีความเป็นวิชาชีพ อิสภาพและโอกาสในการทำงาน ที่ท้าทายและให้ความหมายกับคุณค่าในชีวิตมากกว่า

“ฟิโตน block เลย พี่ตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข 7 ตั้งแต่ก่อนถ่ายโอน ธรรมดา เปลี่ยนเป็นนักบริหาร เปลี่ยนเป็นนักวิชาการได้ แต่มีคำสั่ง มีหนังสือมาฉบับหนึ่ง เขาก็เก็บหนังสือเงียบเรา ก็ไม่รู้ เพราะเราไม่ได้เป็นธุรการ และเราไม่ได้เป็นคนเก็บหนังสือ...ก็เลย ทุกวันนี้เลขตำแหน่งก็ยังไม่ มีแล้วเงินเดือนกินเงินเดือนกรมบัญชีกลาง เลขตำแหน่งก็ไม่มี...ต้องมาเอาเลขตำแหน่งที่นี้ เพราะตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารของเทศบาลไม่มีในสารบบ พี่ก็เลยเลขตำแหน่งไม่ครบ ตอนแรกก็ไม่มี พอมาวางฎีกา เสร็จเลขตำแหน่งพื้มันตกไป ให้น้องคูให้ บอกว่าพื้มันไม่มี ได้เงินเดือนก็บุญแล้ว เลขตำแหน่งไม่มีในปัจจุบัน ตำแหน่งยังไม่เคลื่อนไหวเลย ถามว่าโบนัสเนี่ย เราก็ไม่ได้เท่าเขาอะ สามปีแรกได้ 0.5 มาปีนี้ขยับขึ้นหน่อย ขยับขึ้นเพราะว่าเสี่ยงมันเริ่มสะท้อนไปทางเทศบาลแล้วละว่าทำไมไม่เท่ากัน คือเขาจะคิดว่าเราเนี่ยเป็น ข้าราชการถ่ายโอน แต่ถามว่าถูกต้องมั๊ย ไม่ถูกต้อง คำพูดนี้ต้องเลิกไปได้แล้ว เราก็เป็นส่วนหนึ่งของ เทศบาล ไม่ใช่ลูกหม้อ ข้าราชการถ่ายโอน คำนี้มันน่าจะยุติไปได้แล้ว”

เจ้าหน้าที่ สอ ภาคกลาง

สถานีอนามัยถ่ายโอน: บทบาทที่เปลี่ยนไป

การทำงานของสถานีอนามัยในพื้นที่ถ่ายโอนส่วนใหญ่ ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงหรือแตกต่าง ไปจากการสภาพทำงาน ก่อนการถ่ายโอน ในเชิงกายภาพ การโอนไปอยู่กับท้องถิ่น ภาพลักษณ์ มีทั้งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์ และ อาคารสำนักงานใหม่ อย่างไรก็ดี เกินครึ่งยังอยู่ในสภาพเดิม ในจำนวนนี้ ส่วนหนึ่งกำลังรองรับประมาณสนับสนุน จากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น

ในแง่บทบาทการทำงาน ซึ่ง แบ่งเป็น 3 บทบาทหลัก คือ หนึ่ง งานด้านการรักษาพยาบาล และส่งเสริมป้องกันและ ควบคุมโรค ในชุมชน ที่เป็นบทบาทหน้าที่หลักทั่วไปของสถานีอนามัย สอง งานตามนโยบายหรือโครงการที่ต้องทำ ร่วมไปกับส่วนงานอื่นๆ ในท้องถิ่น (เช่นงานรณรงค์ งานบริการเคลื่อนที่ งานช่วยเหลือ เช่น น้ำท่วม) และ สาม งานที่เป็นการคิดค้น ริเริ่มของเจ้าหน้าที่ ที่เป็นไปตามความสนใจ หรือเพื่อตอบโจทยปัญหาสุขภาพของท้องถิ่น พบว่า

- 7 แห่ง ที่สามารถดำเนินบทบาททั้งสามได้อย่างเต็มที่ อย่างน้อยสองแห่ง สามารถมีแพทย์ให้บริการ ประจำ เปิดคลินิกนอกเวลา ขยายบริการด้านทันตสุขภาพ ประมาณ 12 แห่ง (รวม 7 แห่งแรก) มี บริการนวดแผนไทย และ กายภาพบำบัด บางแห่ง มีโครงการเชิงรุก เพื่อตอบโจทยในพื้นที่ และมุ่งไป ยังกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในชุมชนหลายโครงการ โดยทั้งหมดได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่นอย่างเต็มที่ หนึ่งแห่ง ก้าวเข้าสู่การเป็นโรงพยาบาลชุมชน
- อย่างไรก็ดี ประมาณ 16 แห่ง ลักษณะงาน ไม่ต่างจากบทบาทสถานีอนามัยทั่วไป และไม่แตกต่าง อย่างชัดเจน จากก่อนและหลังถ่ายโอน คือ งานรักษาในสถานีอนามัย งานเชิงรุกกับกลุ่มเป้าหมาย ต่างๆ ที่เพิ่มเติมเข้ามา คือ การทำงานตามนโยบายของท้องถิ่นที่ต้องร่วมกับส่วนงานอื่นๆ ของ เทศบาล/อบต. เกือบทั้งหมดยังยึดงานและเป้าหมายตามกระทรวงสาธารณสุข (โดยสมัครใจ) ส่ง รายงาน ข้อมูล ให้กับอำเภอ โดยมีเหตุผลทั้งในทางสังคม (ไม่ต้องการถูกกดดัน เพราะพื้นที่ไม่ถึงเป้า)

เหตุผลทางวิชาการ (เพื่อให้ทัดเทียม รพสต ในพื้นที่ข้างเคียง จะได้ไม่ตกกระแส) และเหตุผลด้าน
ทรัพยากร (เงิน สปสช)

อัตรากำลัง ในภาพรวม สถานีนอมาภัย 25 แห่งจาก 28 แห่ง ได้รับการสนับสนุนด้านอัตรากำลัง จากท้องถิ่น โดย
ส่วนใหญ่ เป็นตำแหน่งฝ่ายสนับสนุน (ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ฯ ด้านการเงิน การบันทึกข้อมูล เจ้าหน้าที่ธุรการ คนสวน
แม่บ้าน) มีจำนวนไม่น้อย ที่ท้องถิ่นมีการเปิดกรอบอัตรา หรือรับโอน จากท้องถิ่นอื่นๆ หรือข้ามมาจากกระทรวง
สาธารณสุข หรือเปิดตำแหน่งให้กับนักเรียนทุนที่ท้องถิ่นส่งเรียน มี สถานีนอมาภัยถ่ายโอน 4 แห่ง ที่มีจำนวน
เจ้าหน้าที่รวมกันทั้งหมด (ทั้งที่ถ่ายโอนและท้องถิ่นจ้าง) มากกว่า 10 คน

อย่างไรก็ดี หากมองจากเต็มกรอบอัตรากำลัง ที่กำหนดไว้แต่แรกถ่ายโอน 5 ตำแหน่ง (นักวิชาการสาธารณสุข
พยาบาลวิชาชีพ จพง 2 ตำแหน่ง และ ทันตภิบาล) ในภาพรวมยังคงเป็นปัญหา เนื่องจากยังกรอบอัตราที่ว่างหาคน
บรรจุไม่ได้ หรือท้องถิ่นยังไม่สามารถจัดการหาคนมาลงได้ ซึ่งนับจากปีแรกที่ถ่ายโอนจนถึงปัจจุบัน มีเพียง 3 แห่ง
จากทั้งหมด 28 แห่ง ที่มีการบรรจุเจ้าหน้าที่ลงครบทุกตำแหน่ง ขณะที่แต่ยังมีอีกประมาณ 59 ตำแหน่ง ที่ยังว่างอยู่
ซึ่งส่วนใหญ่คือ ตำแหน่งทันตภิบาล และ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

มีสถานีนอมาภัย 4 แห่ง ที่ยังคงมีเจ้าหน้าที่ทำงานคนเดียวนับตั้งแต่การถ่ายโอน แห่งที่หนึ่งเจ้าหน้าที่ ที่ถ่ายโอนมา
พร้อมสถานีนอมาภัยย้ายไปท้องถิ่นอื่น เหลือพยาบาลจากโรงพยาบาลมาช่วยดูแลสถานีนอมาภัยช่วงนอกเวลาราชการ
แห่งที่สอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โอนย้ายมาคนเดียวตั้งแต่ต้นขอย้ายกลับกระทรวงสาธารณสุข สถานีนอมาภัยจึง
เหลือเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขที่ท้องถิ่นส่งไปเรียนแต่ยังรอการบรรจุ แห่งที่สามและสี่ มีเจ้าหน้าที่คนเดียว ทำงาน
มาตั้งแต่ถ่ายโอนสถานีนอมาภัยอีก 5 แห่ง มีเจ้าหน้าที่ 2 คน เนื่องจากไม่มีการบรรจุเพิ่ม และเพราะข้าราชการที่
โอนย้ายมาเกษียณ หรือ ย้ายออกไปยังท้องถิ่นอื่น

งบประมาณ และการบริหารบุคคล

ในภาพรวม สถานีนอมาภัยถ่ายโอน ไม่มีที่ใด ที่มีปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร โดยเฉพาะงบประมาณ แหล่ง
งบประมาณสำคัญมาจาก 5 แหล่ง คือ กองทุน สปสช เงินจัดสรรจาก CUP (Fixed cost) เงิน On Top จาก
สปสช เงินจากท้องถิ่น (ผ่านการตั้งงบประมาณประจำปีตามเทศบัญญัติ) เงินบำรุงที่เหมาะสมได้ และงบสนับสนุนจาก
กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งหมดนี้ มีใช้ว่าทุกสถานีนอมาภัยถ่ายโอน จะได้เงินจากทุกแหล่ง หลายแห่งถูกตัดเงิน
Fixed cost จาก CUP หลายแห่ง มีอัตรากำลังไม่ครบ ทำให้ไม่เข้าเกณฑ์การสนับสนุน และมีอีกหลายพื้นที่
ท้องถิ่นไม่มีการจัดสรรเงินงบประมาณให้

ปัญหาการบริหารงานบุคคล การเทียบตำแหน่ง การพิจารณาขั้น ความสำเร็จความชอบ และการได้รับโบนัส ในภาพรวม
ยังคงมีปัญหาไม่ต่างจากเดิมมากนัก นั่นคือ ความไม่ชัดเจนอันเนื่องมาจากการตีความระเบียบที่แตกต่างกัน ทั้งใน
พื้นที่เดียวกันแต่ต่างระดับการบริหาร (ระดับปลัดเทศบาล ท้องถิ่นจังหวัด จนถึงส่วนกลาง) ทำให้เกิดความลำเอียง
และนำไปสู่การเสียสิทธิประโยชน์ ที่ควรได้ นอกจากนี้ ยังพบการตีความระเบียบทั้งเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล
และระเบียบการเงินที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี หลายปัญหาแม้จะยังคงอยู่ แต่ก็มีกรปรับตัว ปรับใจ

ปรับความคาดหวัง ของเจ้าหน้าที่ ทำให้ยอมรับกับปัญหา และหาทางออกผ่านการปรึกษาหารือกันในเรื่องช่วย
สถานีอนามัยถ่ายโอนด้วยกันมากขึ้น

ข้อขัดข้องในเชิงระบบและการตีความ เพื่อแก้ปัญหาการถ่ายและเทียบโอนตำแหน่งยังคงเป็นปัญหาไม่ต่างจากเดิม
ความล่าช้าในการตีความ การดำเนินเรื่องไป-มา ปัญหาการไม่เปิดกรอบอัตราของรับ ฯลฯ ทำให้การเลื่อนตำแหน่ง
ของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังคงชะงักงัน ไม่มีความคืบหน้า และถูกมองว่าเสียเปรียบ เมื่อเทียบกับเจ้าหน้าที่ระดับ
เดียวกันที่ยังคงอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขหลายคนต้องการปรับไปกินตำแหน่งบริหารในองค์กรท้องถิ่น แต่ยังคง
ทำหน้าที่บริการในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติ ให้บริการรักษาพยาบาล พร้อมๆ กับเสียสิทธิ์การได้รับเงินค่าตำแหน่ง
ระยะหลังๆ เกิดความสับสนในการตีความ ในกรณีของการเปลี่ยนตำแหน่งสู่สายงานบริหาร ใน อบต (เช่น ถูก
แต่งตั้งเป็นรองปลัดฯ หรือหัวหน้าส่วนฯ) จะรับเงินเดือนจากที่ใด และตำแหน่งยังคงอยู่หรือไม่

การเลื่อนขึ้นเงินเดือน การเลื่อนชื่อ การเปลี่ยนตำแหน่ง ยังคงพบมีปัญหามากในหลายพื้นที่ การตีความที่แตกต่างกันของ
ผู้รับผิดชอบ ทำให้เจ้าหน้าที่ฯ ยังคงต้องวิ่งเรื่องเอง ฐานเงินเดือนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สูงกว่าข้าราชการอื่นๆ
ของท้องถิ่นมาก ทำให้กินเงินเดือนมากกว่าข้าราชการส่วนอื่น หรือต้องเกลี้ยชั้นทำให้ได้เลื่อนขึ้นน้อยกว่าที่เคย
อยู่หน่วยงานเดิม แต่เวลาที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบันทำให้เจ้าหน้าที่ถ่ายโอนส่วนมากเรียนรู้ที่จะวางท่าทีและความ
คาดหวังดีขึ้น ยอมรับได้มากขึ้น

สถานะของสถานีอนามัยถ่ายโอน และ การรับรู้ต่ออัตลักษณ์ของตนเองของเจ้าหน้าที่ในภาพรวม สถานะของสถานี
อนามัยถ่ายโอน และเจ้าหน้าที่ ที่ถ่ายโอน ดูเหมือนจะตกอยู่ตรงชายขอบของสองพื้นที่ คือ พื้นที่ของสาธารณสุข
และ พื้นที่ของท้องถิ่น เมื่อต้องสัมพันธ์กับระบบสาธารณสุขเดิม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีอนามัยถ่ายโอน จะ
มีภาพที่หลากหลาย ตั้งแต่ “พี่น้องสาธารณสุขเหมือนเดิม” จนถึง “คนของท้องถิ่น” หรืออาจเลวร้ายถึง “พวกกบฏ
พวกมีปัญหา” ขณะที่ ในสายตาข้าราชการของท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ “ข้าราชการถ่ายโอน” ที่ไม่ใช่
ลูกหม้อ

การสนับสนุนจาก CUP และความสัมพันธ์กับระบบสาธารณสุข ที่ย้ายจากมา พบว่ามีหลายแบบ แต่ส่วนมากสถานี
อนามัยและเจ้าหน้าที่ถ่ายโอนยังคงมีความสัมพันธ์ที่ดีกับระบบสาธารณสุขเดิม ทั้งในแง่การรับเอาเป้าหมายและตัวชี้
วัดการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข การรวบรวมข้อมูลและส่งรายงานให้หรือการร่วมในกิจกรรมการให้บริการ
อื่นๆ มีส่วนหนึ่งที่ยังคงสัมพันธ์ที่ดี แต่ด้วยท่าทีที่เป็นตัวของตัวเอง (เช่น ไม่ยอมรับทุกตัวชี้วัด หรือโครงการ หรือส่ง
ข้อมูลให้เฉพาะที่เห็นด้วยว่าเป็นประโยชน์) มีส่วนหนึ่งเช่นเดียวกัน ที่ความสัมพันธ์ดีๆ เป็นไปอย่างเฉยชา
เนื่องจากการมีอคติที่เป็นภาพลบจากการถูกใช้ทำที่ถูกต้อง หรือเหยียดหยามของเจ้านาย หรือเพื่อนร่วมงานบางส่วน ใน
ระยะการตัดสินใจถ่ายโอนมาอยู่กับท้องถิ่น

การยังคงความสัมพันธ์ที่ดีกับระบบเดิม มีที่มาจากหลายเหตุปัจจัย ส่วนมากเป็นเพราะการมีความสัมพันธ์ส่วนตัวที่ดี
อยู่เดิม หลายคนเป็นคนเก่งที่คนในระบบเดิมที่ยังต้องพึ่งพา ช่วยเหลือกัน (ตรงนี้หลายคนบอกว่า หากมีการเกษียณ
หรือย้ายกันไป ความสัมพันธ์ใกล้ชิดเช่นนี้ จะไม่มีเช่นเดิม) อีกส่วนหนึ่งเพราะ สถานีอนามัยที่โอนย้ายต้องพึ่งพา
ระบบการทำงาน และตัวชี้วัด เพื่อสร้างกรอบและระบบการทำงานให้กับตนเอง (เพราะท้องถิ่นยังไม่มีระบบเหล่านี้)

“คือถ้าพูดกันเรื่องระบบรายงาน เราส่งหมดทุกอย่าง ระบบรายงานยังเหมือนเดิม แล้วถ้าถามบางคนว่าถ่ายโอนแล้วที่ไม่ต้องส่งรายงาน เราก็พูดไม่ได้เต็มปากเพราะทางโน้นก็เหมือนพี่น้อง พี่เคยขอรายงานให้หน่อยนะ อะไรว๊วเวี้ย ขอไฉนหน่อยนะ แต่ถ้าถามว่าเราไม่ให้เลย มันพูดไม่ถูกนะ ซึ่งมัน เราเคยมีอะไรที่ดีๆซึ่งกันและกัน เราก็ให้ อาจจะมีชิ้นหนึ่ง เราก็ให้ ทางโน้นเขาก็ไม่ว่าอะไร”

การพัฒนาทางด้านวิชาการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร ผ่านการฝึกอบรม การประชุมวิชาการ หรือการศึกษาค้นคว้าต่างกันไปแต่ละพื้นที่ แต่ภาพรวมๆ ยังเป็นปัญหา

- ในภาพรวม โอกาสในการเข้าร่วมประชุมอบรมทางวิชาการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ สอ ถ่ายโอนลดลง และจำกัดมากขึ้น ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์กับระบบสาธารณสุขเดิมและระบบการบริหารของท้องถิ่น
- โอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสาร โควตา หรือการสนับสนุนในการอบรมทางวิชาการผ่านทางระบบเดิม คือกระทรวงสาธารณสุข เกือบทั้งหมดขึ้นกับความสัมพันธ์ส่วนตัว หรือ การชวนชวนเองของเจ้าหน้าที่หากระบบสาธารณสุขในพื้นที่เห็นว่าเป็นสถานบริการหรือคนของท้องถิ่นก็จะไม่มีโควตาให้ ขณะเดียวกัน หากท้องถิ่นใดไม่มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการประชุม ฝึกอบรม หรือ เรียนต่อได้เฉพาะหรือชัดเจน โอกาสในการพัฒนาทางวิชาการก็แทบเป็นศูนย์ (หลายพื้นที่ ต้องใช้ช่องทางส่วนตัว เอาชื่อตัวเองแทรกคนอื่นของ สอ ที่ไม่ว่าง หรือใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้บริหารในจังหวัดเพื่อให้มีโอกาสเข้ารับการอบรม)

“วิชาการเราก็แอบดู ผมมีข้อเสียก็คือ ปีเศษมานี้ ปกติด้วยงานข้อมูลมาจากอินเทอร์เน็ต เราทำผลงานก่อนแล้วค่อยมาลงข้อมูล เพื่อการตรวจสอบ เราไม่ใช่เมคข้อมูลนะว่ากันตามจริง หนึ่งปีเศษเราไม่มีอินเทอร์เน็ตลำบากต้องใช้เสาอะไรตั้งข้อมูล สัญญาณมันอ่อน คือ ลำบากบางที่ต้องยกคอมไปนั่นไปนี่ บางทีมันเกินกำลังโปรแกรมบางตัว ต้องยกไปข้างนอกนั่นนี่บ้างสั่นกำแพงบ้าง บอกตรงๆ ต้องอาศัยจากตรงนี้ บางทีเขาส่งเมลมาแต่ก็คั้นะ เมื่อก่อนเราเฉื่อยๆ เคี้ยวนี้เขาไม่สนใจเรา เราก็ต้องแข่งกับเขาด้วย ไม่งั้นอยู่กันไม่ได้”

“หนังสือไม่เคยส่งถึงผมเลย ส่งไปสาธารณสุขอำเภอ ก็ไม่ได้ส่งอะไรให้เราเลย ผมไม่ได้อะไรเลย บางทีจากส่วนกลางเขาเรียกว่า ทางกรมเรื่องกองสาธารณสุขสิ่งแวดล้อมก็จริง คือถ้าอยากไปก็ได้ แต่บางทีเราต้องดูเหตุผล คือจำเป็นต้องไปไหม สำหรับงานวิชาการสำหรับผู้ให้บริการเราไม่ได้เข้าอบรมอะไรเลย คือถามว่าจำเป็นไหม ผมอยากเข้านะ”

เจ้าหน้าที่ สอ ถ่ายโอน ภาคเหนือ

ความสัมพันธ์ ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้บริหารและการเมืองท้องถิ่นแตกต่างกันมาก มีตั้งแต่สัมพันธ์ที่ดีเป็นทีมงานที่เข้มแข็ง จนถึงอยู่ร่วมกันได้ไม่ดี และการเป็นฝ่ายตรงข้ามทางการเมือง ตัวแปรที่กำหนดความสัมพันธ์ดังกล่าว มาจากทั้งบรรยากาศและบริบททางการเมืองในท้องถิ่น บุคลิกภาพ การปรับตัว และความคาดหวังต่อชีวิตและการทำงานของเจ้าหน้าที่

- มีพื้นที่ถ่ายโอนมากกว่า 4 แห่ง ที่ผู้บริหารท้องถิ่นเป็นผู้นำที่เก่ง เข้มแข็ง มีวิสัยทัศน์ทางการบริหาร เป็นการเมืองรุ่นใหม่ ขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะหัวหน้าสถานีอนามัย มีความสามารถทั้งทางวิชาการและการบริหาร ปรับตัวกับบริบทการเมืองท้องถิ่นได้ดี มีจุดยืนของตนเอง ฯลฯ สองพื้นที่นี้ทำให้ภาพการถ่ายโอนสถานีอนามัย เพื่อการตอบโจทย์ปัญหาของท้องถิ่นในอุดมคติเป็นรูปธรรมได้จริง
- อีกสองพื้นที่ เป็นภาพของการไม่เข้ากันของเจ้าหน้าที่กับการเมืองท้องถิ่น แห่งแรก เป็นวัฒนธรรมการบริหารคน บริหารงาน แบบท้องถิ่น ทำให้เกิดปัญหาความคล่องตัวในการบริหารคนที่ถูกส่งมาบรรจุทำงานที่สถานีอนามัยโดยผู้บริหารท้องถิ่น เกิดความไม่คล่องตัวเรื่องการใช้งบประมาณ การบริหารกองทุน สปสข ปัญหาการเลื่อนชั้นและเทียบตำแหน่ง ฯลฯ ขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ใน สอ นี้ คือ คนหนึ่ง ยากย้ายออก ขณะที่หัวหน้าสถานีอนามัยที่รักษาการหัวหน้ากองสาธารณสุขฯ ต้องการลาออกจากรักษาการณี่ ๆ แล้วกลับมาทำงานบริการที่สถานีอนามัย รวมถึง คิดว่าจะลงการเมืองเองบ้างในอนาคต หลังครบอายุการทำงานได้บ้านาญ แห่งที่สอง เป็นความขัดแย้งทางการเมืองที่ชัดเจน โดยคนใกล้ชิดของหัวหน้า สอ กำลังลงแข่งขันทางการเมืองกับผู้นำท้องถิ่นคนปัจจุบัน ด้วยเหตุผลเพื่อต้องการ การเปลี่ยนแปลง ซึ่งหากผลการแข่งขันไม่เปลี่ยนแปลง (ผู้นำคนปัจจุบันยังคงได้รับเลือก) ปัญหาการทำงานของพื้นที่จะยังมีอีกมาก และย่อมมีผลกระทบต่อบริการที่จะให้กับประชาชน สภาพขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ฯ มีทั้งที่ถดถอย ทำใจและ เตรียมหนี ทั้งสองพื้นที่นี้ เป็นภาพตรงข้ามของอุดมคติ การกระจายอำนาจสุขภาพสู่ท้องถิ่น

“ผมตำแหน่งนักวิชาการ ทำ 6 ที่โน่นได้แต่ว่าไม่ทำ มาทำที่นี่ พอมาทำ 6 ที่นี้ ทำว.ไป ว.หาย... ตำแหน่งผมว.6จะไป 7 เนี่ย รุ่นนี้เองผมสาธารณสุขไหลไปได้อัตโนมติ ผมยังไม่รู้ระยะเวลาผมจะไปได้อีกปี คือมันไม่มีอะไรให้เรารับรู้ ให้เราศึกษาเลย ตรงนี้ไม่เป็นไร ก็คือเราปล่อยแล้ว พอมาเรื่องการทำงาน การทำงานเนี่ย เราที่ถูกตีกรอบ ตีกรอบจากการเมือง ผมก็ปฎิญาณในใจ ถ้ามีน้องมีญาติเนี่ย อย่าได้เข้ามายุ่งกับการเมืองโดยเด็ดขาด น้ำท่วมเนี่ยผมนอนอนามัย ลุยน้ำครึ่งเอว สะพานมีก็ไม่มาทำให้ผม เพราะเขาไม่ชอบพวกผม สะพาน เรือจะมาให้ซักถ้าไม่มี ต้องไปขอเอง ไปขอโรงงาน ไปขอพวกผู้นำ กระสอบทรายเนี่ย ปลัดเพิ่งเอามาให้ตอนน้ำจะแห้ง เขามีศูนย์อพยพ จังหวัดสั่งให้ดูแล เราขอห้องน้ำไป เขาก็ไม่มาดูแล กว่าจะได้จนศูนย์จะแห้ง สาธุสขเราก็ทำงานเย็บๆ เขาก็จะดูแลเฉพาะการเมืองในกลุ่มของเขา ผมก็เลยต้องบอกว่า การเมืองต้องเจาะลึกอีกงบประมาณที่ได้มาก่อนถ่ายโอน ล้านแปด เขาไม่เคยถามเราซักคำ เขาคิดกันเองทำกันเอง แล้วจบหลังที่มาเนี่ยสองล้าน พวกเรามีความคิดเห็นว่าจะออกแบบอะไรเนี่ย ไม่มีที่จะทำอะไร โน่นไปปรับปรุงอะไรของเขาก็ไม่รู้ จะทำสวนหย่อม แต่ถามว่าของที่ซื้อมา..เตียงฟาวเลอร์สิบชุดยี่สิบชุด เขาซื้อเพื่ออะไร เพื่อผลประโยชน์ เปอร์เซ็นต์...เขาซื้อรถ ambulance ที่แรกก็ตกลงว่าเขาไว้วีเพอร์ ทำไปทำไมเขาก็เอาไว้ซื้อขับ อพพร.ขับกับรุ่น และตุ้มเป๊ะไปหมด มันทำอะไรไม่ได้...รถออกชุมชนเราก็ไม่มี รถส่งผู้ป่วยเราก็ไม่มี แต่ทางสาธารณสุขก็พยายามดันเราให้เป็นรพสต.”

- ในพื้นที่ๆเหลือ ความสัมพันธ์เป็นแบบกลางๆ ไม่ถึงกับดีมาก แต่ก็ไม่ใช่ปัญหา การทำงานสาธารณสุขในพื้นที่ เป็นไปได้ดี ตามที่ควรจะเป็น ทั้งการรักษา การควบคุมป้องกันโรค ในชุมชน ปัจจัยหลักๆ มีทั้งที่การเมืองท้องถิ่นไว้ใจ ไม่เข้ามายุ่งกับงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการระมัดระวังและวางตัว ในตำแหน่งที่เหมาะสมทั้งทางวิชาการและการบริหาร เหตุผลอีกส่วนหนึ่ง มาจากการกำหนดท่าทีและความคาดหวังของเจ้าหน้าที่ ที่ต้องการจะลงเอยชีวิตการทำงานที่ท้องถิ่น เพราะใกล้บ้าน และเหตุผลทางครอบครัวอื่นๆ เมื่อคาดหวังเช่นนั้น การปรับตัวต่องานและวัฒนธรรมการบริหาร/การเมืองท้องถิ่น ก็เป็นอุปสรรคน้อยลง

บริบทของท้องถิ่น โดยเฉพาะวัฒนธรรมองค์กร และพฤติกรรมของการเมืองท้องถิ่น แม้จะมีเจ้าหน้าที่บางพื้นที่ เห็นว่า เป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ถ่ายโอน หรือต้องการจะถ่ายโอนต้องถูกเตรียมให้เรียนรู้ที่จะปรับตัว (และควรจะเตรียมสำหรับพื้นที่ถ่ายโอนรุ่นแรก แต่ไม่ได้เตรียม) และแสดงให้เห็นในบางพื้นที่ว่า หากทำได้จะประสบความสำเร็จ แต่หลายทศวรรษก็ผ่านมาต่อความเห็นว่า บริบทการเมืองท้องถิ่นโดยเฉพาะในระดับตำบล เป็นสถานะที่เลือนไหล และมีความไม่แน่นอนสูง (หลายครั้ง เป็นการสวนทางระหว่างการทำงานตามหลักวิชาการทางการแพทย์ กับ การทำงานเพื่อสร้างคะแนนเสียง) และการหวังให้เจ้าหน้าที่ต้องอาศัยศักยภาพส่วนตัว ในการปรับตัว โดยไม่มีกลไกเชิงระบบที่สร้างความมั่นคง แน่นหนาให้กับการทำงาน หรือการบริหารจัดการ ซึ่งเคยมีระบบสาธารณสุขหลัก (เช่น การบริหารบุคคล วิชาการ วิชาชีพ ฯลฯ) ความหวังที่จะเห็นความสำเร็จที่ยั่งยืนของการถ่ายโอนภารกิจสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับล่างสุดเช่นนี้ ดูจะเป็นจริงได้ยาก

การรับรู้อัตลักษณ์ของตนเองของเจ้าหน้าที่ๆ ถ่ายโอนเป็นอีกปรากฏการณ์หนึ่งที่น่าสนใจ การอยู่ในพื้นที่ชายขอบ ทำให้คำตอบของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่บอกว่า ไม่แน่ใจว่าเป็นคนของสาธารณสุข หรือของท้องถิ่น หลายคนตอบว่า รู้สึกแปลกแยกเมื่อเข้าประชุมกับเจ้าหน้าที่ สอ หรือ รพ ของ กระทรวงสาธารณสุข ในยามที่มีการมอบหมายความรับผิดชอบ แต่ไม่มีพื้นที่ของตนเองอยู่ในการมอบหมาย หลายคนเปรียบเทียบกับตนเองว่าเป็นลูกสาวที่ถูกพ่อแม่ทอดทิ้ง หลังจากให้ไปแต่งงานกับคนอื่น แล้วไม่มีความสุข หลายคนสับสน ฯลฯ การรับรู้เกี่ยวกับตัวตนและสถานะปัจจุบันของหลายคนเกี่ยวพันกับความเป็นมาและกระบวนการก่อนการตัดสินใจถ่ายโอน

- ในกลุ่มคนที่ชัดเจน มุ่งมั่นที่จะถ่ายโอน เพราะไม่มีความสุขกับระบบสาธารณสุขเดิม หรือมีเป้าหมายอื่น เช่น การเปลี่ยนชีวิตสู่การเมืองท้องถิ่น กลุ่มนี้ ค่อนข้างชัดเจน ปรับตัวได้ดี หรือเดินหน้าต่อ
- กลุ่มใหญ่คือ กลุ่มที่การตัดสินใจเป็นไปเพราะข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ด้วยการโน้มน้าว ชักจูงของผู้บริหาร ด้วยเห็นแต่ด้านบวก เช่น โบนัส และโอกาสในการทำงานที่อิสระและเป็นประโยชน์มากกว่า และที่สำคัญคือ ด้วยความเข้าใจว่าการถ่ายโอนครั้งนี้เป็นการนำร่องสามารถโอนกลับได้หากไม่พึงพอใจ เมื่อครบ 2 ปี กลุ่มนี้ เป็นกลุ่ม ที่จะอยู่ในภาวะเคັงคว้าง กว่ากลุ่มแรก

- กลุ่มที่ตัดสินใจโอนย้าย ด้วยเหตุผลอื่นๆ เช่น ครอบครัว ทดลอง ไม่คิดมาก ไปตายตาบหน้า กลุ่มนี้ไม่มีปัญหามากนักกับการตั้งคำถามเรื่องตัวตน
- อย่างไรก็ดี ภาพที่มีต่อตนเองของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ถ่ายโอนเหล่านี้ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลง ไปในทิศทางที่ดีขึ้น ยอมรับความจริงได้มากขึ้น ในบางพื้นที่การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทำให้บริบทการทำงานดีขึ้น ทำให้เกิดความเข้าใจธรรมชาติของการทำงานในระดับท้องถิ่นมากขึ้น ส่วนใหญ่มองไปข้างหน้ามากกว่าจะหันหลังกลับ

สรุป วิเคราะห์
และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ภาพรวมสถานการณ์และความสำเร็จ ของสถานีอนามัยถ่ายโอนทั้ง 28 แห่ง หลากหลาย แตกต่าง แสบจะไม่เหมือนกันเลย แม้ว่าหลายแห่งจะยังคงมีปัญหาการบริหารเดิมๆ แต่ส่วนใหญ่ก้าวรุดไปข้างหน้า การปรับตัวได้ทั้งฝ่ายเจ้าหน้าที่และผู้บริหารท้องถิ่น เริ่มชัดเจนขึ้น ภาพความสำเร็จตามอุดมคติ คือ การตอบโจทยสุขภาพของท้องถิ่น ที่ตรงจุด มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ทรัพยากรพร้อม และ มีความสนุก ทำทายใหม่ๆ สำหรับคนทำงานมองเห็นได้ชัดเจน ปรากฏให้เห็นอย่างน้อยใน 6 พื้นที่ และอีก 11 พื้นที่ๆ กำลังเปลี่ยนแปลง หรืออย่างน้อยก็แตกต่างในเชิงการพัฒนาขึ้นกว่าเก่า และแน่นอนว่า อีกจำนวนหนึ่งที่เหลือ กำลังอยู่ในภาวการณ์ดิ้นรน เพื่อหาทางออก (ตารางสรุปข้างท้าย)

มองในภาพกว้าง การถ่ายโอนสถานีอนามัย ไปอยู่ภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แท้จริง เป็นทิศทางการกระจายอำนาจ ที่ยากจะหลีกเลี่ยง ไม่ช้าก็เร็ว ก็คงต้องเกิดตามมา ไม่รูปแบบใดก็รูปแบบหนึ่ง ความสลับซับซ้อน แจกจ่ายหลากหลาย ของสังคม ชีวิตผู้คน ทำให้ปัญหา และความต้องการทางด้านสุขภาพ แตกต่างกัน ผลก็คือ กลไกการแก้ปัญหา ที่กำกับและสั่งการจากส่วนกลาง ไม่อาจเป็นคำตอบอีกต่อไป วิถีทางสังคมหลายๆ ครั้งที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็น ภัยธรรมชาติ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน การควบคุมโรคระบาด ฯลฯ ทั้งหมดล้วนตอกย้ำ ความจำเป็นของการลดอำนาจจากส่วนกลาง และเพิ่มการมีส่วนร่วม และอำนาจการตัดสินใจของท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ อย่างชัดเจน

นโยบาย การถ่ายโอนสถานีอนามัย ไปอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของท้องถิ่น คือ องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาล ครั้งนี้ จริงๆ แล้ว อาจมองได้หลายมุม

มุมหนึ่ง ก็คือ ความจำเป็นทางกฎหมายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ของหน่วยงานเช่นกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาล ด้วยเป็นความจำเป็นตามกฎหมาย ที่กำหนดไว้ในกฎหมายสูงสุดของประเทศ คือ รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และ ตามกฎหมายและแผนการกระจายอำนาจของรัฐบาล

อีกมุมหนึ่ง ธรรมชาติของการถ่ายโอนสถานีอนามัย คือ การปรับตัวของกระทรวงสาธารณสุข และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ในอันที่จะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขกฎหมายของประเทศ เป็นทั้งภาพการขับเคลื่อนนโยบาย ที่มุ่งหวังสร้างจุดเปลี่ยนของการพัฒนาระบบสุขภาพ ด้วยการลดการรวมศูนย์อำนาจของระบบราชการและวิชาชีพส่วนกลาง เป็นความพยายามทำความเป็นไปได้ บนบริบททางการเมืองปัจจุบัน ในขณะที่อีกด้านหนึ่ง การถ่ายโอนสถานีอนามัย คือรูปแบบ ของการต่อสู้ของชีวิตพลอำนาจในสังคมไทย ที่ด้านหนึ่งปฏิเสธ หรือยังไม่พร้อมรับกับการเปลี่ยนแปลง กับ อีกชีวิตหนึ่ง คือ การขับเคลื่อนสังคมไทยสู่การพัฒนาบนพื้นฐานการมีส่วนร่วม เพื่อตอบโจทยความแตกต่างหลากหลาย และ ความซับซ้อนของวิกฤติ ที่ทางเดียวที่ควรจะเป็นคำตอบ คือ การพัฒนาบนพื้นฐานการมีส่วนร่วม และความเข้มแข็งจากฐานราก

บทสรุปสำคัญของการวิจัยนี้ ก็คือ ความแตกต่างหลากหลาย ของปัญหา ความสำเร็จ และความล้มเหลว ตลอดจน มาตรการ ของเจ้าหน้าที่ถ่ายโอนในหลายพื้นที่ ส่วนมิใช่เป็นปัญหาเฉพาะคน เฉพาะพื้นที่ หากแต่เป็นผล แต่สืบเนื่องมาจากบริบท และเชิงโครงสร้าง การทำงานระดับนโยบาย จากข้างบน ทั้งสิ้น บนพื้นฐานของข้อมูลที่ค้นพบ งานวิจัยนี้ มีความเห็นว่า ความสำเร็จ และการทำให้นโยบายนี้ การก้าวไปข้างหน้าอย่างรวดเร็ว และ มีประสิทธิภาพขึ้น ต้องการการจัดการในหลายระดับ แน่นอนว่า สิ่งสำคัญที่สุดประการหนึ่ง ก็คือ สัญญาณไฟเขียวที่ ชัดเจน จากรัฐบาลกลาง กระทรวงสาธารณสุข และ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ในบริบทของการวิจัย ขึ้นนี้ ต่อไปนี้คือข้อเสนอเชิงนโยบาย ที่สมควรได้รับการพิจารณา จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

1. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และ กระทรวงสาธารณสุข ควรถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบสำคัญ ในการร่วมกันสร้างนโยบายหรือกลไกพิเศษที่จะให้มีการบรรจุคนลงในตำแหน่งที่ว่างของสถานีนามัยถ่ายโอน โดยเร็วที่สุด และอย่างจริงจัง เพื่อให้สถานีนามัยถ่ายโอนส่วนใหญ่มีกำลังคนมากเพียงพอที่จะก้าวข้ามระยะ เปลี่ยนผ่านไปได้อย่างประสบผลสำเร็จ โดยอาจจะให้มีการสำรวจจำนวนอัตราที่ว่าง และ ความต้องการของ ท้องถิ่น พร้อมทั้งประกาศรับสมัครในส่วนกลาง โดยให้ความสำคัญกับการเลือกบรรจุนักเรียนทุนกระทรวง สาธารณสุขที่ยังไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ หรือ ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข ที่มีคุณสมบัติ เหมาะสมตรงตามตำแหน่งว่าง และมีความประสงค์จะกลับภูมิลำเนา หรือ ทำงานกับองค์การปกครองส่วน ท้องถิ่นก่อน เป็นต้น
2. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ควรเป็นเจ้าภาพในการสร้างระบบหรือกลไกเพิ่มเติมที่จะช่วยให้การใช้ระเบียบ การบริหารงานบุคคล และการเงิน ต่างๆ มีความชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร สามารถเข้าถึงได้ เพื่อลดปัญหา การตีความที่แตกต่างกันของผู้ปฏิบัติระดับต่างๆ อันเป็นต้นมาของความล่าช้า การเสียโอกาส และความไม่เป็น ธรรม ทั้งนี้ โดยให้เจ้าหน้าที่สถานีนามัยถ่ายโอน ปลัด อบต/เทศบาล ท้องถิ่นจังหวัด ช่วยกันรวบรวมปัญหา การบริหารงานบุคคล และการเงิน ต่างๆ ที่เคยประสบมา และแนวทางการตีความหรือหาทางออก (ซึ่งมีการ แลกเปลี่ยน รวบรวมอยู่แล้วในการประชุมประจำปีของสถานีนามัยถ่ายโอน ที่จัดโดยสำนักยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) จากนั้นพิมพ์เป็นคู่มืออ้างอิงสำหรับแจกหรือใส่ในเว็บไซต์ของกรมฯ และของกระทรวง สาธารณสุข เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงได้
3. ก่อนการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขครั้งใหม่ ควรให้ความสำคัญมากๆ กับการเตรียมการเพื่อสร้างความ พร้อมทั้งกับท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สถานีนามัยและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยควรจะมี หนึ่ง มีการสร้างคู่มือหรือแนว ปฏิบัติกลาง (Standard of Practice- SOP) ที่ระบุบทบาทหน้าที่และสิ่งที่ควรทำอย่างชัดเจนของ อบต ในการ รับโอนสถานบริการ โดยเฉพาะการบริหารงานบุคคล และงบประมาณ สอง การทำคู่มือ หรือ/และการจัด ประชุม/อบรม ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะถ่ายโอนให้เข้าใจและเตรียมพร้อมเพื่อการทำงานกับองค์กรที่มี ระบบและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน สาม การสร้างคู่มือ/การฝึกอบรม สำหรับ บุคลากร/ผู้บริหารของ อบต

โดยเฉพาะ ปลัดฯ รองนายก หัวหน้าส่วนงานต่างๆ เพื่อเรียนรู้การอยู่ร่วมกับองค์กรใหม่ที่จะเข้ามา สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การถ่ายโอนควรเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้และทำความเข้าใจ ของทั้งผู้ที่ถ่ายโอน และ ท้องถิ่นที่รับโอน ไม่ควรเป็นกระบวนการที่เร่งรัด

4. สปสข และกระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจน ที่ระบุให้ CUP มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการสนับสนุนทรัพยากร ความรู้ทางวิชาการ และการติดตามดูแลด้านมาตรฐานบริการ/ทางวิชาการ แก่สถานีอนามัยถ่ายโอน ทั้งด้วยเหตุผลทางวิชาการ และเหตุผลด้านความเป็นธรรมทางสังคมในการจัดสรรและกระจายทรัพยากร
5. ความไม่ต่อเนื่องและความผันผวน คาดการณ์ยาก ของการเมืองในท้องถิ่นยังคงเป็นปัจจัยลบที่ทำให้สถานีอนามัยที่สนใจแต่ถ่ายโอนไปทำงานกับท้องถิ่นล้มเหลวหรือเปลี่ยนใจ ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยเวลาระยะยาวในการก้าวผ่าน อย่างไรก็ตาม ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ควรให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจให้กับทุกฝ่ายในสังคม เช่น กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ในการเรียนรู้การทำงาน การวางตัว ในบริบทวัฒนธรรมการเมืองท้องถิ่น ที่ควรวางตัวเป็นกลาง ใช้วิชาการนำ และ ยึดประชาชนเป็นหลัก) กับ นักการเมืองท้องถิ่น (ในการมองเห็นสุขภาพของประชาชนเป็นเป้าหมายสุดท้ายของการทำงานการเมือง) และสาธารณะ โดยเฉพาะสื่อ (ในการมองเห็นแนวโน้มด้านบวกของการพัฒนาทางการเมืองท้องถิ่น อันเนื่องมาจากคุณสมบัติของนักการเมืองที่มีคุณภาพมากขึ้น ประชาชนในท้องถิ่นที่มีการเรียนรู้และเติบโตทางเมืองมากขึ้น)
6. เกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ ที่จะมีการถ่ายโอนในระยะต่อไป ควรพิจารณาเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่ๆ มากกว่าการได้รับรางวัลธรรมภิบาลดีเด่นเป็นหลัก แต่ควรให้ความสำคัญกับความเห็นของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการที่จะถ่ายโอน ขนาดพื้นที่/จำนวนหมู่บ้านหรือประชากรรับผิดชอบ ความพร้อมในเชิงงบประมาณของท้องถิ่น ความรู้ ความเข้าใจ และความสนใจของผู้บริหารท้องถิ่นต่อการพัฒนางานด้านสุขภาพ ฯลฯ เป็นต้น พื้นที่ถ่ายโอนไม่ควรเลือกที่มีประชากรรับผิดชอบน้อย อยู่ห่างไกลเกินไป (เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้หาบุคลากรถ่ายโอนหรือโอนย้ายยาก) หรือมีศักยภาพในการพึ่งตัวเองในด้านทรัพยากรได้น้อย ประการสำคัญคือ สถานบริการที่จะถ่ายโอนควรมีการจัดการให้มีเจ้าหน้าที่บรรจุเต็มกรอบก่อนหรือทันทีที่ถ่ายโอน เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานได้ทันที
7. ปัญหาและอุปสรรคที่สถานีอนามัยถ่ายโอนทั้งหมดเผชิญอยู่ แม้หลายส่วนยังคงอยู่ แต่ภาพรวมมีแนวโน้มดีขึ้น เจ้าหน้าที่ถ่ายโอน และ ผู้บริหารท้องถิ่น มีการปรับความคิด ปรับตัว ในการอยู่ร่วมกันมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเชิงบริบทที่สำคัญที่ยังคงอยู่ ที่ทำให้การถ่ายโอนในรอบ 4-5 ปีที่ผ่านมา ไม่ราบรื่น คือ การส่งสัญญาณเชิงนโยบายที่ไม่ชัดเจนจากระดับบน ทำให้เกิดผลผ่านทางพฤติกรรมเชิงศักดิ์ค้ำของผู้บริหารระดับจังหวัดและอำเภอ ที่ชัดที่สุดคือด้วยการตัดขาดหรือลดการสนับสนุนทางวิชาการ และ งบประมาณ ของ CUP ในหลายพื้นที่ งานวิจัยนี้พบว่า ความกระตือรือร้นของสถานีอนามัยถ่ายโอนในหลายพื้นที่ มิใช่เป็นปัญหาเฉพาะคนเฉพาะพื้นที่ แต่เกี่ยวกับบริบทเชิงโครงสร้างทั้งสิ้น ทางออกในเรื่องนี้นอกจากการเรียกร้องความชัดเจน

เชิงนโยบายแล้ว การระดมสรรพกำลังเพื่อช่วยให้สถานีอนามัยถ่ายโอนในภาพรวม สามารถก้าวผ่านอุปสรรคสู่ความสำเร็จได้ (เช่น การเร่งบรรจุอัตราที่ว่างให้เต็มโดยเร็ว การสร้างระบบและกลไกแก้ปัญหาการบริหารที่ค้างคา) นับเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ที่จะทำให้ทุกฝ่าย โดยเฉพาะสถานบริการอื่นๆ ที่พร้อมจะถ่ายโอน เกิดความมั่นใจ และกล้าที่จะตัดสินใจถ่ายโอนมากขึ้น

สรุปภาพรวม สถานการณ์ของสถานีอนามัยถ่ายโอน (ข้อมูล ณ พฤศจิกายน 2554 - พฤษภาคม 2555)

	กระบวนการถ่ายโอน	การบริหารจัดการ	บทบาทปัจจุบัน	ความสัมพันธ์กับ สอ./CUP	ความสัมพันธ์กับ ผู้บริหารท้องถิ่น	การสนับสนุนจาก ท้องถิ่น	กรอบอัตรากำลัง
	1. ไม่พร้อม 2. ไปตามกระแส 3. ตั้งใจ มุ่งมั่น มี การเตรียมการ	1. ยังคงมีปัญหา 2. มีปัญหาแต่เริ่ม จัดการได้ 3. ราบรื่น	1. ลดลงกว่าก่อน โอน 2. ไม่ต่างจาก เดิม/คล้ายกับ รพสต 3. มากขึ้น ตอบ โจทย์ท้องถิ่น	1. ห่างเห็น / ชัดเจน ตัดการ สนับสนุน 2. สัมพันธ์ เฉพาะงาน หรือเฉพาะ ส่วนตัว 3. ยังคงให้การ สนับสนุน ด้วยดี	1. ชัดแจ้ง 2. ไม่ชัดเจน แต่ ไม่เป็นเนื้อ เดียวกัน 3. ที่ม่งาน เข้มแข็ง	1. น้อย / ไม่ สนับสนุน 2. ปานกลาง 3. เต็มที่	1. ขาดกรอบ/ ย้ายออก 2. พอดีกรอบ/ ไม่ เป็นปัญหา 3. ล้นกรอบ ได้รับการ สนับสนุนเต็มที่
1. คอนแกว	3	3	3	3	3	3	3
2. สันนาเมือง	2/3	3	2/3	2/3	2	3	2
3. สุเทพ	1	1/2	2	2	1/2	1/2	2
4. ป่าแดด	1	2	2/3	2	2/3	1/2	1
5. วังแขม	2/3	2/3	2	2	2/3	2/3	2
6. โพนทอง	2/3	2/3	2	2	2/3	2/3	2
7. หาดทอง	3	3	3	2	3	3	2
8. ลำปางหลวง	2/3	3	3	2	3	3	2/3
9. บ้านวังหวาย	3	3	2/3	2	2/3	2/3	2
10. บึงยี่โถ	3	3	3	3	3	3	3
11. บางนมโค	2	2	1/2	2	1	1/2	1/2
12. บ้านปรก	3	3	3	2	3	3	3
13. บ้านฆ้อง	2	3	3	2	3	3	2

	กระบวนการถ่ายโอน	การบริหารจัดการ	บทบาทปัจจุบัน	ความสัมพันธ์กับ สอ./CUP	ความสัมพันธ์กับ ผู้บริหารท้องถิ่น	การสนับสนุนจาก ท้องถิ่น	กรอบอัตรากำลัง
14. โกรกสิงขร	2	2	2	2	1/2	1/2	2
15. บ้านหม้อ	1/2	1/2	1/2	1	1/2	2	1
16. นาปู่	2	2	2	1/2	2	2/3	2
17. หนองตาเยา	2	2	2	1	2	2	1
18. หนองแวง	2	2	2	1	2	2	1
19. เตือกเก่า	1	1	1	1/2	2	2	1

	กระบวนการถ่ายโอน	การบริหารจัดการ	บทบาทปัจจุบัน	ความสัมพันธ์กับ สอ./CUP	ความสัมพันธ์กับ ผู้บริหารท้องถิ่น	การสนับสนุนจาก ท้องถิ่น	กรอบอัตรากำลัง
	1. ไม่พร้อม 2. ไปตามกระแส 3. ตั้งใจ มุ่งมั่น มี การเตรียมการ	1. ยังคงมีปัญหา 2. มีปัญหาแต่ เริ่มจัดการได้ 3. ราบรื่น	1. ลดลงกว่าก่อน โอน 2. ไม่ต่างจาก เดิม/คล้ายกับ รพสต 3. มากขึ้น ตอบ โจทย์ท้องถิ่น	1. ห่างเหิน / ขัดแย้ง ตัด การสนับสนุน 2. สัมพันธ์ เฉพาะงาน หรือเฉพาะ ส่วนตัว 3. ยังคงให้การ สนับสนุน ด้วยดี	1. ขัดแย้ง 2. ไม่ขัดแย้ง แต่ ไม่เป็นเนื้อ เดียวกัน 3. ที่มงาน เข้มแข็ง	1. น้อย / ไม่ สนับสนุน 2. ปานกลาง 3. เต็มที่	1. ขาดกรอบ/ ย้ายออก 2. พอดีกรอบ/ ไม่เป็นปัญหา 3. ล้นกรอบ ได้รับการ สนับสนุน เต็มที่
20. โฉลกหล้า	1	1	1	1/2	2	2	1
21. บ้านปากพูน	3	3	3	3	3	3	3
22. บ้านศาลาบางปู	3	3	3	3	3	3	3
23. คลองตาสุตร	2	2/3	2	3	3	3	2
24. คลองหินปูน	2	2/3	2	3	3	3	2
25. นาคานหัก	2	2/3	2	3	3	3	3
26. บ้านเกาะขวาง	1	2	3	2	3	2/3	2/3
27. เขาสามยอด	1	1	1	2	1	1	1
28. วัดศาลา	2	2	2	2	2	2	2

บรรณานุกรม

เอกสารภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). คู่มือ การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.
นนทบุรี
- จรวยพร ศรีศศลักษณ์, จเร วิชาติไทย และราไฟ แก้ววิเชียร. (2552). ประสบการณ์การกระจายอำนาจด้านบริการ
สาธารณสุขในรูปแบบการถ่ายโอนสถานีนามัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- จรวยพร ศรีศศลักษณ์, อรสา โมวินทะ. (2551). การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศไทยฟิลิปปินส์. วารสารวิจัย
ระบบสุขภาพ, 2(2), 168-171.
- จิรบุรณ โตสงวน, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, หทัยชนก สุมาลี. (2553). การกระจายอำนาจในต่างประเทศ. วารสาร
วิจัยระบบสาธารณสุข, 4(1), 89-100
- ตระกูล มีชัย. (2538). การกระจายอำนาจ: สถาบันนโยบายศึกษา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (2544). การปฏิรูประบบสุขภาพ การศึกษาประเทศอังกฤษ (ฉบับรวม). สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ประสิทธิ์ สิริพันธ์, รุจิราถ อรรถสิทธิ์. (2549). สถานการณ์และเงื่อนไขการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในท้องถิ่น:
กรณีศึกษาจากการพัฒนานำร่องรูปแบบ กสพ. จังหวัดภูเก็ต. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวง
สาธารณสุข.
- ปรีดา แต้อารักษ์. (2555). สังเคราะห์ทางเลือกรูปแบบกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- วินัย สีสัมพันธ์ และสมศักดิ์ ชุณหะวัณ. (2553). บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจาย
อำนาจด้านสาธารณสุข : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2555). ระบบบริการสุขภาพประเทศสหราชอาณาจักร. [Online]. Available:
<http://www.health.nu.ac.th/journal/68.pdf>. [2012, September 9].
- สงครามชัย ลีทองดี. (2553). การประเมินความก้าวหน้าและวิเคราะห์ผลกระทบในการดำเนินงานตามแผนการ
กระจายอำนาจด้านสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน. (2552). รายงานการติดตามประเมินผลนโยบาย โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล (รพ.สต.) สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพันธ์ เตชะอธิก, พะเยาว์ นาคำ และคณะ. (2551). โครงการศึกษา สรุปบทเรียนและติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบ
การถ่ายโอนสถานีนามัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวง
สาธารณสุข.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2553). ระบบบริการสาธารณสุขประเทศไทย: อดีต ปัจจุบัน อนาคต. วารสารประชากร,
2(3), 69-104.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (2543). การปฏิรูประบบสุขภาพ ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.

เอกสารภาษาต่างประเทศ

Akoma, G.L.U. (1991). *The impact of administrative decentralization on local level health care availability: A study of health care delivery in IMO state of Nigeria*. A dissertation in political science. The graduate faculty of Texas Tech University.

Azfar,O., & Gurgur,T. (2008). Dose corruption affect outcomes in the Philippines? *Economics of government*, 9, 197-244.

Starfield B. (1994).Is primary care essential? *The lancet*, 344(8930), 1129-1133.

Donnithorne, A. & Lardy,N. R. (1976). Centralization and Decentralization in China's Fiscal Management. *The China Quarterly*, 66, 328-354.

Furniss N. (1974). The practical significance of decentralization. *Journal politics*, 36(4), 958-982.

Foley,J.W. (1977).Community Structure and the Determinants of Local Health Care Differentiation: *A Research Report. Social Forces*, 56(2), 654-660.

Hughes, O.E. (2003).*Public management and administration* (3rd ed). New York.

Mills A. (1994).Decentralization and accountability in health sector from an international perspective : What are the choices?.*Public administration and development*, 14(3), 281-292.

Rondinelli DA,Nellis JR,Cheema GS. (1983).Decentralization in developing countries : A review of resent experience. The work bank, Washington.

Tordoff, W., & Young,R. A. (1994). Decentralisation and Public Sector Reform in Zambia. *Journal of Southern African Studies*, 20(2), 285-299.

Tordoff, W. (1994). Decentralization: Comparative Experience in Commonwealth Africa. *The Journal of Modern African Studies*, 32(4), 555-580.