

โครงการวิจัยประเมินผลแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ
(Evaluation of Health Decentralization Plan to Local Government
Organization)

รายงานฉบับสมบูรณ์
ผลการประเมินกระบวนการจัดทำแผนการกระจายอำนาจ กระบวนการผลักดันเพื่อขับเคลื่อน
การดำเนินงานตามแผนกระจายอำนาจฉบับที่ 1 และ 2
ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดทำและขับเคลื่อนแผนกระจายอำนาจฉบับที่ 3

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

คณะผู้วิจัย

ผศ.ดร.ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์ (ที่ปรึกษาโครงการวิจัย)

อาจารย์ ดร.ศุภชัย ศรีสุชาติ (หัวหน้าโครงการวิจัย)

อาจารย์ ดร.แก้วขวัญ ตั้งติพวงศ์กุล

อาจารย์ ดร.อนิณ อรุณเรืองสวัสดิ์

นาย นรา เป้นประหยัด

บทสรุปผู้บริหาร

โครงการวิจัยประเมินผลแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ (Evaluation of Health Decentralization Plan to Local Government Organization)

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยฉบับนี้คือประเมินผลแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1 และ 2) ตลอดจนแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1 และ 2) โดยเป็นการประเมินในส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ ด้วยการประเมินจากเอกสาร ข้อมูลทุติยภูมิ และการสัมภาษณ์ด้วยการลงพื้นที่ การประชุมกลุ่มย่อย พบว่า กระบวนการถ่ายโอนฯ ที่ผ่านมามีอุปสรรคในหลายด้าน เช่น กระบวนการถ่ายโอนอันเนื่องมาจากกระบวนการจัดทำแผนอาจมีประเด็นที่บกพร่องในด้านการสื่อสารเพื่อการสร้างความรู้ความเข้าใจ วัฒนธรรมการทำงานของแต่ละฝ่าย ปัญหาการบริหารทรัพยากรบุคคล และข้อจำกัดด้านงบประมาณ เป็นต้น รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผลการประเมินการถ่ายโอนภารกิจ

คณะผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากทั้งสองแผนโดยพิจารณาจากภารกิจที่สำคัญการกระจายอำนาจฯ ที่ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร คือ การถ่ายโอนสถานอนามัย ในขณะที่ภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม การป้องกัน พื้นฟูนั้น อปท. สามารถปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย ในแง่ของความครอบคลุม ในภารกิจที่มีความหลากหลาย แต่อาจยังไม่ได้คุณภาพตามระดับมาตรฐานที่สูงของกระทรวงสาธารณสุข ขณะที่ ภารกิจด้านการรักษาพยาบาลหรือ การถ่ายโอนสถานอนามัยไปยัง อปท. ยังมีข้อจำกัดและมีความก้าวหน้าในการถ่ายโอนสถานอนามัยที่ถ่ายโอนไปยัง อปท. เพียง 39 แห่ง จากจำนวนสถานอนามัยทั้งสิ้น 9,762 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 0.40 ของสถานอนามัยทั้งหมด และหากเปรียบเทียบกับ อปท. ที่มีการเสนอขอรับถ่ายโอนในปี 2553 ทั้งสิ้น 173 แห่ง คิดเป็น อปท. ที่ผ่านการประเมินเพื่อรับถ่ายโอนสถานอนามัยเพียงร้อยละ 22.54 ของ อปท. ที่เสนอขอรับการถ่ายโอน

คณะผู้วิจัยพิจารณาพบว่าอุปสรรคสำคัญในการถ่ายโอนภารกิจโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการรักษาพยาบาลมาจาก ปัญหาความต่อเนื่องเชิงนโยบายจากระดับชาติไปยังระดับกระทรวง และการสื่อสารและบูรณาการความร่วมมือระหว่างส่วนภูมิภาคและ อปท. กล่าวคือ

การดำเนินงานที่ผ่านมาในช่วงแผนกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ 1 มีการถ่ายโอนสาธารณสุขและบริหารจัดการระดับพื้นที่จากการบริหารงานของ กสพ. เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการบริหารราชการระหว่างนั้นเกิดขึ้นพร้อมกับการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินใหม่ อีกทั้งยังมีการปฏิรูปโครงสร้างการให้บริการสาธารณสุขแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งทำให้การถ่ายโอนสถานอนามัยเป็นไปอย่างล่าช้าเพราะรัฐบาลให้ความสำคัญต่อการปฏิรูปดังกล่าวมากกว่าการกระจายอำนาจภารกิจด้านสุขภาพไปยัง อปท. ต่อมา

เมื่อมีการกระจายอำนาจในช่วงแผนการกระจายอำนาจ ฉบับที่ 2 มีหลักการกำหนดวิธีการถ่ายโอนภารกิจ ด้านสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับภารกิจที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริม ป้องกันโรค และได้กำหนดเงื่อนไขการ ถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้ขึ้นอยู่กับความพร้อมในการรับถ่ายโอนของ อปท. โดยมีมาตรการประเมินความพร้อม จากกระทรวงสาธารณสุขโดยคณะกรรมการพิเศษในระดับพื้นที่เพื่อรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัย ซึ่งมีข้อสังเกต จากวิธีการประเมินผลของคณะกรรมการเพื่อประเมินความพร้อมในการถ่ายโอนสถานีนอนามัยในแต่ละจังหวัด ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข 3 คน ตัวแทนจากท้องถิ่น 3 คน และตัวแทนผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยแต่ละจังหวัดจะมีการเลือกคณะกรรมการลักษณะดังกล่าวเองทำให้มาตรฐานในการประเมินความ พร้อมของ อปท. ที่จะรับถ่ายโอนสถานีนอนามัยในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกัน จะเห็นได้ว่ามีคณะกรรมการ ประเมินความพร้อมมาจากตัวแทนท้องถิ่นเพียง 3 คนซึ่งสร้างความคลงแคลงใจให้แก่ อปท. ในระดับพื้นที่ถึง ความชอบธรรม และมาตรฐานในการประเมินความพร้อมเพื่อรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัยในแต่ละจังหวัด

จากตัวอย่างข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการสื่อสารกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่ เกี่ยวข้องทั้งจากนโยบายระดับชาติ และในระดับพื้นที่ทำให้ขาดความชัดเจนในการขับเคลื่อนการกระจาย อำนาจด้านสุขภาพ

2. การประเมินระดับการกำหนดนโยบายและการดำเนินการ

เมื่อย้อนกลับไปพิจารณาถึงการจัดทำแผนหนึ่งและแผนสอง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าในการ กระจายอำนาจด้านสุขภาพ แนวทาง และการปฏิบัติงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ได้ ประกอบไปด้วยปัจจัย หลัก 3 ประการ คือ 1) ปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดนโยบายกระจายอำนาจในภาพรวม 2) ปัจจัยภายในของ ท้องถิ่นต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และ 3) ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าในการกระจาย อำนาจด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดนโยบายกระจายอำนาจในภาพรวม จากโครงสร้างและการ ดำเนินการของคณะกรรมการกระจายอำนาจที่ผ่านมา อาจพิจารณาได้ 3 องค์ประกอบที่สำคัญด้วยมุมมอง ทางรัฐศาสตร์ (ศุภสวัสดิ์ ชีวาลัย, 2555) คือ

ก. บทบาทและข้อจำกัดของกลุ่มนักวิชาการต่อการกำหนดนโยบายกระจายอำนาจ กล่าวคือ การที่ บทบาทของนักวิชาการที่มีต่อกระบวนการกระจายอำนาจยังมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ ได้แก่ (1) ลักษณะ ความเป็นปัจเจกของนักวิชาการ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจในการเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งในทางปฏิบัติมีนักวิชาการที่ ให้ความสนใจอย่างแท้จริงค่อนข้างน้อยซึ่งเป็นความเสี่ยงที่อาจส่งผลการวางรากฐานองค์ความรู้ทางวิชาการ ว่าด้วย "ท้องถิ่น" ในอนาคต (2) นักวิชาการไม่มีเครื่องมือหรือกลไกที่ช่วยขับเคลื่อนความคิดเห็นไปสู่การ ปฏิบัติ เนื่องจากไม่ใช่กลุ่มที่มีอำนาจในการบริหารงานภาครัฐและขับเคลื่อนทิศทางการปฏิบัติงานจากระดับ นโยบายโดยตรง (3) สัดส่วนของนักวิชาการในคณะกรรมการฯ ที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจที่ถูกลดทอน ไปในทางปฏิบัติ ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง มีการเปิดโอกาสให้ฝ่ายวิชาการ

เข้ามามีบทบาทในส่วนของการเป็นคณะกรรมการการกระจายอำนาจในส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งไม่ได้มีการกำหนดอย่างชัดเจนว่าจะต้องเป็นตัวแทนจากฝ่ายวิชาการ เช่น คณาจารย์จากมหาวิทยาลัย หรือนักวิจัย ทำให้ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านมาจากข้าราชการบำนาญจากส่วนราชการต่างๆ ดังนั้น โดยโครงสร้างคณะกรรมการกระจายอำนาจโดยส่วนใหญ่จึงมักเป็นสัดส่วนกรรมการที่มาจากฝ่ายราชการเป็นสำคัญซึ่งแสดงให้เห็นถึงการลดทอนอำนาจจากฝ่ายวิชาการในทางปฏิบัติ

ข. อำนาจของระบบราชการต่อกระบวนการกำหนดนโยบายกระจายอำนาจ กล่าวคือ จากการกล่าวถึงคณะกรรมการฯ ในฐานะของนักวิชาการในส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ช่องทางที่เหลือ นอกเหนือจากตัวแทนรัฐบาล ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐต่างๆ และตัวแทนของ อปท. แล้ว ยังเปิดโอกาสให้มีข้าราชการหรืออดีตข้าราชการเข้ามาเป็นตัวแทนในส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิด้วย โดยนับตั้งแต่ที่ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการการกระจายอำนาจ ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2542 จนถึงปัจจุบัน พบว่า มีสัดส่วนของคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีสถานภาพเป็นข้าราชการหรือมีภูมิหลังเป็นข้าราชการมากที่สุด และเป็นข้าราชการที่สังกัดอยู่เพียงไม่กี่หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ด้วยเหตุนี้ หากวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของท่าทีตัวแทนที่มาจากระบบราชการ (ซึ่งมักมีจำนวนตัวแทนที่มากกว่าภาคส่วนอื่นๆ อยู่เสมอ) ต่อการกำหนดแนวนโยบายที่อาจส่งผลกระทบต่อลดทอนอำนาจในการให้บริการสาธารณะ งบประมาณ และอัตรากำลังของระบบราชการโดยตรง จากข้อสังเกตดังกล่าวเพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการบริหารงานมากยิ่งขึ้นในอนาคต โครงสร้างคณะกรรมการกระจายอำนาจจึงควรมีการปรับปรุงเพื่อให้เกิดโครงสร้างการกระจายอำนาจที่สามารถทำงานภายใต้ระบบการตรวจสอบถ่วงดุลแนวคิดและข้อเสนอแนะนโยบายภายในคณะกรรมการอย่างโปร่งใส และเสริมสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ (Trust) ซึ่งกันและกันของทุกภาคส่วนมากยิ่งขึ้น

ค. ความสัมพันธ์ระหว่างของนักการเมืองระดับชาติและนักการเมืองท้องถิ่นต่อกระบวนการกระจายอำนาจ กล่าวคือ นักการเมืองระดับชาติยังพยายามในการรักษาสถานอำนาจของตนเองภายใต้กระบวนการกระจายอำนาจโดยการเข้ามามีส่วนในการกำหนดจังหวะการก้าวของการดำเนินนโยบายการกระจายอำนาจให้ช้าลง นอกจากนี้ จากอำนาจทางการเมืองในการบริหารงบประมาณยังเปิดช่องให้มีการใช้กลไกการจัดสรรเงินอุดหนุนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสรรเงินอุดหนุนเฉพาะกิจในการจัดสรรงบประมาณไปยังพื้นที่ และ/หรือ เป็นพื้นที่ฐานเสียงซึ่งนักการเมืองท้องถิ่นเป็นเครือข่ายทางการเมือง (นรา เป้นประหยัด, 2554)

2.2 ปัจจัยภายในของท้องถิ่นต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เกิดขึ้นในหลายมิติซึ่งมิติจากปัจจัยภายในของ อปท. ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อสถานการณ์และความก้าวหน้าในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และปัจจัยภายในดังกล่าวมีผลต่อความรู้และความมั่นใจในการทำหน้าที่ของ อปท. ในมุมมองของสังคมและหน่วยงานภายนอกอย่างมาก ดังนั้น การทำความเข้าใจบริบททางการเมือง สังคมของท้องถิ่นจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะสะท้อนถึงความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต สำหรับปัจจัยภายในท้องถิ่นอาจสรุป

ได้เป็น 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางการเมืองและแรงขับเคลื่อนการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ปัจจัยทุนทางสังคม/ชุมชน ปัจจัยด้านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และ ปัจจัยความพร้อมของข้อมูลเพื่อการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน

ก. **ปัจจัยทางการเมืองและแรงขับเคลื่อนการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ** เนื่องจาก การทำงานของท้องถิ่นนั้นมีความแตกต่างจากการบริหารงานโดยกระทรวง ทบวง กรม เพราะ อบต. ถือเป็น “องค์กรทางการเมือง” ที่มีความรับผิดชอบต่อความคาดหวังของประชาชนในระดับพื้นที่เป็นสำคัญ ดังนั้น การรักษาระดับความพึงพอใจของประชาชนจากการให้บริการสาธารณะจึงเป็นประเด็นที่ผู้บริหาร อบต. ให้ความสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนี้ ทัศนคติของผู้บริหาร อบต. ก็เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาความต่อเนื่องของการให้บริการสาธารณะในพื้นที่ ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองโดยมีการเปลี่ยนผู้บริหาร อบต. ย่อมส่งผลต่อการให้ความสำคัญในภารกิจหลักของ อบต. ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งความมีเสถียรภาพทางการเมืองย่อมส่งผลต่อการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ของ อบต. รวมถึงแรงจูงใจของผู้บริหารท้องถิ่นในการสมัครใจรับถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการถ่ายโอนสถานีนอนมัย เพราะถือเป็นบริการที่ต้องใช้เทคนิค และงบประมาณสูง

ข. **ปัจจัยทุนทางสังคม/ชุมชน** เป็นปัจจัยที่ถ่วงดุลปัจจัยทางการเมืองคือทุนทางสังคม (Social Capital) ในระดับพื้นที่ที่มีความสอดคล้องกับความต้องการ ให้ผู้บริหาร อบต. บริหารในทิศทางใด ดังนั้น ปัจจัยที่จะส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าในการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพจึงถูกกำหนดจากระดับเจตจำนงสาธารณะ (Public Will) ของภาคประชาชนด้วยเช่นเดียวกัน ดังนั้น หากประชาชนให้ความสำคัญกับบริการด้านสุขภาพ และ/หรือ มีความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนแล้ว ย่อมเป็นการกระตุ้นให้ สสจ. หรือ อบต. ที่เป็นผู้รับผิดชอบในแต่ละสถานพยาบาลให้ต้องเร่งดำเนินการมากขึ้นและมีแนวโน้มให้ สสจ. และ อบต. มีบูรณาการความร่วมมือกันมากกว่าดำเนินงานในลักษณะแยกส่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณพื้นที่ซึ่งมีข้อจำกัดทั้งทางกายภาพ ทรัพยากร และบุคลากร

ค. **ปัจจัยด้านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน** โดยเฉพาะความยั่งยืนของการให้บริการด้านสุขภาพมีเงื่อนไขที่สำคัญ คือ การสร้างความต่อเนื่องและความรู้สึกในการเป็นเจ้าของ (Ownership) เพราะฉะนั้นปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพการให้บริการที่ดีจึงต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน อาทิ สิทธิในการแสดงออก การเรียกร้อง หรือร่วมรับฟังแนวทางการบริหารงานของ อบต. ที่จะทำ ให้มีความเหมาะสมกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างไร ด้วยเหตุนี้ การเพิ่มบทบาทการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนมากยิ่งขึ้นแทนที่จะเป็นการดำเนินงานภายใต้ระเบียบการบริหารงานแบบทางราชการ หรือดำเนินงานภายใต้กรอบการจัดสรรงบประมาณเพียงอย่างเดียว (สกนธ์ วรัญญูวัฒนา และคณะ, 2554)

ง. **ปัจจัยความพร้อมของข้อมูลเพื่อการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน** พบว่า จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในทั้ง 3 ปัจจัยข้างต้นถือเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้เนื่องจากเป็นกระบวนการทางสังคม และบริบททางการเมืองของท้องถิ่นนั้นๆ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่จะช่วยให้ปัจจัยข้างต้นมีแนวโน้มที่ดีและยังส่งเสริมให้การกระจายอำนาจมีความก้าวหน้ามากขึ้นนั้นคือ ปัจจัยด้านข้อมูล เนื่องจากความสมบูรณ์และการสื่อสารข้อมูลที่ดี

ในพื้นที่นั้นย่อมเสริมสร้างให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน อีกทั้งเกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ อันนำไปสู่การกำหนดแนวทางการบริหารจัดการที่มีความสอดคล้องกันในการให้บริการสาธารณะระดับพื้นที่ ดังนั้น การมีข้อมูลที่สมบูรณ์ ครบถ้วน และทันสมัย โดยทุกภาคส่วนมีการรับรู้แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน จะทำให้สามารถสร้างความตระหนักในประเด็นสาธารณะ การระดมทรัพยากร หรือร่วมกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ที่มีความชัดเจนและบูรณาการบทบาทหน้าที่ของภาคส่วนต่างๆ อย่างสมดุล จากการสำรวจภาคสนามในพื้นที่ อปท. แสดงให้เห็นว่ากระบวนการเปิดเผย แลกเปลี่ยน และรวบรวมข้อมูลกันในระดับพื้นที่นั้นถือเป็นองค์ประกอบหลักของการพัฒนาการมีส่วนร่วมในพื้นที่ กล่าวคือ ระบบข้อมูลถือเป็นเหตุที่ทำให้การสื่อสารระหว่างทุกภาคส่วนเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่นและมีทัศนคติในการทำงานร่วมกัน เนื่องจากจะทำให้ทุกภาคส่วนมีความตระหนักร่วม (Collective Concern) และแสวงหาทางออกของปัญหาต่างๆ ในระดับพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

2.2 ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อการทำหน้าที่ด้านสุขภาพของ อปท. นั้นมาจากประเด็นด้านศักยภาพในการทำงานได้แก่ ความพร้อมของบุคลากร งบประมาณ ที่ใช้ในการให้บริการ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อศักยภาพในการให้บริการ คือ ความมั่นใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการขอย้ายสังกัดมายัง อปท. โครงสร้างทางการคลังต่อการบริการด้านสุขภาพของ อปท. ดังนี้

ก. ความมั่นใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการขอย้ายสังกัดมายัง อปท. มีประเด็นของแรงจูงใจที่เกี่ยวข้อง การถ่ายโอนบุคลากรมีการกำหนดโครงสร้างค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆ ก่อนข้างชัดเจนแม้ว่าจะมีความแตกต่างในรายละเอียดก็ตาม แต่ได้สะท้อนให้เห็นว่าค่าตอบแทน และสวัสดิการรายการสำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ที่สังกัดกระทรวง หรือสังกัด อปท. มีเงื่อนไขผลตอบแทนทั้งที่อยู่ในรูปตัวเงิน และไม่ใช้ตัวเงินที่ไม่แตกต่างกันมากนัก และมีเงื่อนไขในการจ่ายค่าตอบแทนในรูปแบบโบนัสซึ่งข้าราชการพลเรือนไม่มีอย่างใดก็ได้ ข้อได้เปรียบดังกล่าวก็ยังไม่ก่อให้เกิดความมั่นใจในการย้ายสังกัดแต่อย่างใด เพราะยังขาดความเชื่อมั่นในระบบการทำงานของ อปท. นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์พบว่ามีประเด็นที่เป็นข้อกังวลของบุคลากรด้านสาธารณสุข คือ 1) บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความไม่มั่นใจในการโอนย้าย ได้แก่ อัตราค่าตอบแทนในกรณีแพทย์ของ อปท. ยังน้อยกว่าค่าตอบแทนเดิมที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข 2) ความไม่มั่นใจว่าการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์จะถูกแทรกแซงจากฝ่ายการเมืองทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานนอกเหนือจากการปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว 3) กรณี อปท. ขนาดเล็กปัญหาสำคัญในด้านบุคลากรสาธารณสุข คือ การที่ อปท. ขนาดเล็กไม่สามารถขยายอัตรากำลังได้เนื่องจากความขาดแคลนงบประมาณ (รวมถึง เงินไขเพดานเงินเดือนร้อยละ 40 ของงบประมาณ อปท.) ด้วยข้อจำกัดของอัตรากำลัง การปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรจึงมีหน้าที่หลากหลายทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งประเด็นเรื่องข้อจำกัดงบประมาณเป็นตัวแปรสำคัญและมีผลลบมากขึ้นในอนาคตส่งผลโดยตรงต่อการรักษาคุณภาพการให้บริการในระยะยาวของ อปท. 4) ในกรณีที่โอนย้ายไปทำงานในท้องถิ่นที่อยู่ห่างไกล และมีความจำเป็นต้องนำครอบครัวย้ายไปด้วย อาจเกิดความไม่มั่นใจในชีวิตความเป็นอยู่ และระบบสาธารณูปโภคต่างๆ ที่ครอบครัวจะได้รับ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจโอนย้ายในท้ายที่สุด

กล่าวโดยสรุป ปัญหาสำคัญที่กระทบต่อแรงจูงใจในการถ่ายโอนบุคลากรมาสังกัด อบท. ที่เกิดขึ้นนั้น คือ ความรู้สึกไม่มั่นใจในการย้ายสังกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความกังวลที่การทำงานจะถูกแทรกแซง และความก้าวหน้าในอาชีพ ซึ่งเป็นการใช้ดุลยพินิจจากผู้บริหาร อบท.ค่อนข้างมาก ดังนั้น แนวทางในการแก้ไขที่สำคัญคือ การสร้างระบบธรรมาภิบาลและมีการควบคุมการใช้อำนาจของผู้บริหาร อบท. เพื่อรักษาขวัญกำลังใจของบุคลากรที่จะย้ายสังกัดมาด้วย

ข. โครงสร้างทางการคลังต่อการบริการด้านสุขภาพของ อบท. พบว่า จากการวิเคราะห์ศึกษา โครงสร้างทางการคลังและข้อมูลรายจ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมของ อบท. ประจำปีงบประมาณ 2552 โดยพิจารณารายจ่ายจริงด้านสุขภาพเปรียบเทียบกับทุกกรณี พบว่า เทศบาลมีสัดส่วนการใช้จ่ายงบประมาณในแผนงานด้านสุขภาพมากที่สุด รองลงมาได้แก่ อบต. และ อบจ. ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกจาก อบท. ระดับต่างๆ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา กล่าวคือ ความแตกต่างของขนาดรายจ่ายด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับประเภทภารกิจถ่ายโอนซึ่งอาจมีต้นทุนในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน อาทิ การบริหารงานศูนย์ดูแลสุขภาพประจำชุมชนของเทศบาลซึ่งมีต้นทุนในการให้บริการสูงเนื่องจากมีประเภทบริการที่ครอบคลุมถึงการรักษารวมอยู่ด้วย สำหรับ อบต. นั้นยังเป็นการดำเนินงานที่เน้นภารกิจด้านส่งเสริมสนับสนุนเป็นสำคัญ ขณะที่ อบจ. ด้วยการรับภารกิจในการเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนการบริหารงานของเทศบาล และ อบต. ในระดับพื้นที่ จังหวัดดังนั้นการใช้จ่ายในการบริหารงานด้านสุขภาพจึงเป็นไปในลักษณะการสนับสนุนช่วยเหลือการทำงานของเทศบาลและ อบต. เป็นสำคัญ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางการคลังของ อบท. ตัวอย่างในรายการค่าใช้จ่ายงบประมาณด้านสุขภาพแล้วข้อสังเกตสำคัญในการศึกษาพิจารณาข้อมูลงบประมาณด้านสุขภาพของ อบท. ที่จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์และปรับปรุงโครงสร้างการวิเคราะห์ข้อมูลรายจ่ายทางการคลังที่มีความละเอียดมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการใช้จ่ายงบประมาณในภารกิจด้านสุขภาพเพียงแค่วางรายจ่ายภายใต้โครงการในงบประมาณอาจไม่เพียงพอที่จะประเมินได้ว่าความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงช่องทางการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้บริการด้านสุขภาพได้ส่งผลกระทบต่อความกินดีอยู่ดีของประชาชนหรือไม่และมากน้อยเพียงใด

3. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากการประเมินผล และการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายในการจัดทำแผนการกระจายอำนาจ (คณะกรรมการกระจายอำนาจ) ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ปฏิบัติงานในท้องถิ่น มีข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการจัดทำแผนและขับเคลื่อนในอนาคต แบ่งเป็น 3 ประเด็นสำคัญ คือ ขั้วแนวคิดการจัดทำแผน ขั้วการดำเนินการ การสร้างองค์ความรู้และระบบฐานข้อมูล ดังนี้

3.1 ข้อเสนอขึ้นแนวคิดของการจัดทำแผน

1. การเริ่มต้นของแผนกระจายอำนาจฉบับที่ 1 และ 2 อยู่บนพื้นฐานของการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่น้อย ขาดการศึกษาเรียนรู้ศึกษาเพื่อความเข้าใจระหว่างหน่วยงาน ทำให้เกิดความเข้าใจที่คาด

เคลื่อนไหวในแนวคิดของการกระจายอำนาจ ว่าเป็น การถ่ายโอนอำนาจของหน่วยงานหนึ่งไปยังอีกหน่วยงานหนึ่ง ซึ่งจะทำให้มีผู้ได้รับอำนาจและผู้เสียอำนาจ ความเข้าใจส่วนนี้ทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้านและนำมาซึ่งการหาเหตุผลเพื่อหักล้างข้อดีของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ และเป็นการสร้างให้เกิดความไม่เชื่อใจในการทำงานร่วมกัน ดังนั้นกระบวนการสร้างช่องทางในการสื่อสารร่วมกันโดยมีการให้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีตัวแทนของทุกฝ่ายในการสื่อสารย่อมเป็นหลักประกันประการหนึ่งในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบให้เกิดขึ้นในกระบวนการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ดังนั้น การสื่อสารที่ถูกต้องนำมาซึ่งความเข้าใจที่ถูกต้อง: การเรียนรู้ธรรมชาติของการดำเนินงานของแต่ละฝ่ายจะช่วยทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น กล่าวคือ การบริหารราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั้งในด้านของ กลไก ช่องทางการใช้อำนาจ การจัดสรรทรัพยากร อาจมีความแตกต่างจากการบริหารงานของ อปท. ดังนั้น การเรียนรู้และการทำความเข้าใจความแตกต่างนี้จะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้ร่วมถ่ายโอนอำนาจ (กระทรวงสาธารณสุข) สามารถพิจารณาศักยภาพของท้องถิ่นในการมาร่วมรับภารกิจด้านสาธารณสุขตาม ความเหมาะสม หรือตามธรรมชาติของภารกิจที่ อปท. ต้องดูแล

2. การที่จุดประสงค์หลักของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจะบรรลุเป้าหมายได้นั้น ตัวขับเคลื่อนที่สำคัญได้แก่ สังคมที่เข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของประชากรในชุมชน การเปิดโอกาสให้คนในชุมชน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกิจกรรมต่างๆ เช่นการเผยแพร่ของข้อมูลความรู้ที่สำคัญด้านสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องกับภูมิกษณนั้นๆ และส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ แนวคิดการกระจายอำนาจที่แท้จริงคือการ สร้างระบบการร่วมรับผิดชอบ (Accountability) ระหว่างส่วนกลาง อปท. และประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้ประชาชนรู้ถึงหน้าที่และความรับผิดชอบตนเองในด้านการสาธารณสุข มีกระบวนการจัดการที่ โปร่งใส ตรวจสอบได้ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และมีกลไกในการเผยแพร่ข้อมูลของกระบวนการสร้างความรับผิดชอบที่เหมาะสม ทั้งนี้ มุมมองทางเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความรับผิดชอบคือการร่วม รับต้นทุนและการกระจายประโยชน์อย่างมีหลักการ มีกลไกที่สามารถตรวจสอบได้และเป็นธรรม ส่งผลให้เกิด การใช้ทรัพยากรในภาพรวมอย่างคุ้มค่า ดังนั้น แนวคิดของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่แท้จริงไม่ได้ เน้นการเปลี่ยนแปลงอำนาจของการสั่งการ หรือการจัดสรรทรัพยากร แต่เป็นรูปแบบของการจัดสรรทรัพยากร ให้มีประสิทธิภาพในรูปแบบหนึ่งเท่านั้น

การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบและมีการตรวจสอบดูแลจากภาคสังคม จัดเป็นการใช้ระบบการสร้างควมรับผิดชอบแบบสายสั้น คือ ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการร่วมดูแล จัดการภารกิจที่ใกล้ชิด หากผู้บริหารมีการดำเนินการที่ไม่ถูกต้อง ประชาชนก็จะเป็นผู้ที่ตรวจสอบและใช้ กระบวนการทางสังคมแก้ปัญหาต่อไป ซึ่งจะต่างจากการสร้างความรับผิดชอบในสายยาว คือ การใช้อำนาจ ประชาชนผ่านทางระบบรัฐสภาเพื่อควบคุม ตรวจสอบ ออกกฎระเบียบ โดยเป็นการดำเนินการที่ต้องใช้เวลา มีวัฏจักรที่นานกว่าการตรวจสอบโดยภาคสังคม ดังนั้นกระบวนการกระจายอำนาจนี้จึงเป็นพัฒนาการหนึ่งของ สังคมที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบต่อตนเองและชุมชนได้ง่ายขึ้น

การสร้างแนวคิดของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพว่าเป็นการทำงานร่วมกันตามศักยภาพของ ท้องถิ่น โดยมีบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ร่วมดูแลและช่วยเหลือในเชิงเทคนิค มีการประสานงาน

กันเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการขับเคลื่อนในอนาคต ทั้งนี้ประเด็นที่การดำเนินการมีความผิดพลาดในอดีต คือ แนวคิดของการตัดขาดของภารกิจระหว่างผู้โอนภารกิจและผู้รับการถ่ายโอนภายหลังการถ่ายโอน แต่หากนิยามการถ่ายโอนภารกิจให้อยู่ในกรอบของการแบ่งภาระหน้าที่โดยมีจุดที่ใช้ในการเชื่อมโยง คือไม่ตัดขาดกัน สามารถประสานงานหรือยังคงมีการถ่ายทอดความรู้ระหว่างกลุ่ม กระบวนการถ่ายโอนภารกิจอาจมีความสำเร็จมากกว่าในปัจจุบัน แนวทางที่ได้มีการดำเนินการมาก่อนหน้า เช่น กองทุนสุขภาพตำบล เป็นกลไกหนึ่งของการสร้างความร่วมมือและร่วมกันทำภารกิจโดยมีการร่วมรับต้นทุนระหว่างสองฝ่ายอย่างเหมาะสม

ระบบของการเชื่อมโยงตามข้อเสนอก่อนหน้าอาจยังอยู่ในขอบเขตหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทางการจัดการของสาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทนของกระทรวงสาธารณสุข อาจมีการจัดทำเป็นคณะกรรมการในระดับพื้นที่ ที่มีอำนาจหน้าที่ในการให้การสนับสนุน ให้การศึกษา และการตัดสินใจในประเด็นที่เกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรที่สำคัญในพื้นที่ ทั้งนี้รูปแบบของคณะกรรมการควรประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม และบทบาทของส่วนกลางคือการจัดสรรงบประมาณหรือหน่วยสนับสนุนที่เหมาะสม

ระบบการจัดสรรทรัพยากรของกลุ่มประเทศยุโรปเป็นตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่ยังสามารถดูแลระบบการจัดการด้านสาธารณสุขได้แม้จะมีการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่นอย่างเต็มที่ คือ การประเมินและกำหนดค่า DRG ของสถานรักษาพยาบาล และการเป็นผู้ให้การสนับสนุนในเชิงเทคนิค การพัฒนาองค์ความรู้ และการเผยแพร่องค์ความรู้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขทำบทบาทนี้ได้ดีอยู่แล้ว นอกจากนี้กลไกการเงินผ่านระบบประกันสุขภาพ (สปสช.) เป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผลของการให้บริการด้านสาธารณสุขทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ และยังเป็นกลไกที่สามารถทำให้กระทรวงสาธารณสุขยังคงมีบทบาทในการดูแลระบบการให้บริการด้านสุขภาพของประเทศ

3. การถ่ายโอนภารกิจตามกลุ่มภารกิจและรูปแบบของการถ่ายโอนภารกิจ ไม่ควรมีการจำกัดอยู่เพียงไม่กี่รูปแบบ อปท. อาจนำเสนอรูปแบบที่เหมาะสม เพราะประเภทของการถ่ายโอนอำนาจไม่จำเป็นที่จะต้องเหมือนกันในแต่ละพื้นที่ และไม่จำเป็นต้องทำทุกที่ ควรเลือกใช้ตามความเหมาะสมและความพร้อมของพื้นที่นั้นๆ แม้ในต่างประเทศยังเปิดให้มีการถ่ายโอนในหลากหลายรูปแบบและไม่ได้มีสูตรที่ตายตัวว่ารูปแบบใดให้ผลสัมฤทธิ์ที่ดีกว่า ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ในหลายปัจจัย เช่น ด้านความพร้อม วัฒนธรรม และงบประมาณ เป็นต้น โดยให้มีการทดลองและแก้ปัญหาจากสถานการณ์จริง อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการฯ ควรมีการกำหนดให้ระบบที่มีปัญหาในทางปฏิบัติสามารถกลับมาสู่รูปแบบเดิมได้ (ภายในระยะเวลาที่กำหนด เช่น ไม่เกิน 2 สมัยของวาระผู้บริหาร อปท. เป็นต้น) เพราะหากเป็นการทดลองก็จะต้องไม่ทราบปัญหาที่จะเกิดขึ้น ต้องเป็นการดำเนินการจริงแต่มีระบบบรรเทาความเสียหายรองรับ และการถ่ายโอนในด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตของประชาชน ดังนั้นจึงไม่ควรมีการบังคับหรือจูงใจด้วยข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง การจูงใจด้วยระบบเงิน แต่ควรปล่อยให้ไปตามธรรมชาติ ไม่ควรเร่งรัด ควรให้เป็นตามความต้องการของภาคประชาชน และตามศักยภาพของท้องถิ่น

ศักยภาพของ อปท. อาจไม่ได้พิจารณาจากธรรมาภิบาลหรือฐานะทางการเงินการคลังของ อปท. ในช่วงเวลาหนึ่งๆเท่านั้น เพราะธรรมชาติของการปกครองท้องถิ่นคือการปรับเปลี่ยนผู้บริหารโดยมาจากการ

เลือกตั้งซึ่งอาจทำให้ระดับศักยภาพของ อบท. มีการเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่องานด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม หากมีความเชื่อพื้นฐานว่า ระบบสาธารณสุขเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อประชาชน และประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในสิทธิและหน้าที่ของตนเอง ก็สามารถสร้างแรงผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ได้ เป็นไปตามธรรมชาติของการปกครอง ดังนั้น การพิจารณาถึงศักยภาพของท้องถิ่นที่นอกจากการใช้ตัวแปรทางเศรษฐกิจเป็นเกณฑ์เพื่อพิจารณาแล้ว ควรมีการเพิ่มเกณฑ์ทางด้านสังคมและการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ เพราะการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ ที่จะแสดงถึงความพร้อมของท้องถิ่นในการรับโอนภารกิจในระยะยาว

3.2 ข้อเสนอแนะการดำเนินการ

1. ที่ผ่านมาการดำเนินการตามแผนการกระจายอำนาจ ยังขาดความพร้อมในด้านการปรับระเบียบข้อบังคับทางราชการที่เคยมีอยู่ ให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ขาดความคล่องตัวในการทำงานละอาจมีการใช้ทรัพยากรที่ทับซ้อน ดังนั้น การระบุภารกิจหน้าที่ที่ชัดเจน รูปแบบของการร่วมรับผิดชอบที่เหมาะสม เป็นธรรม มีความยืดหยุ่น อาจเป็นเครื่องมือช่วยให้การกระจายอำนาจมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

การถ่ายโอนภารกิจ ส่งผลให้ อบท. มีค่าใช้จ่ายในด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอกับภารกิจที่เพิ่มขึ้น งบประมาณส่วนใหญ่จะถูกวัตถุประสงค์ของการใช้งบประมาณไว้แล้ว เช่น เงินเบี้ยคนชรา ทำให้ขาดความคล่องตัวในการใช้เงินงบประมาณในการพัฒนาสาธารณสุขในด้านอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านการรักษาโรค ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อัตราค่าตอบแทนที่แพทย์ได้รับจากท้องถิ่นมักจะต่ำกว่า อัตราค่าตอบแทนของแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ ทำให้โรงพยาบาลของท้องถิ่นขาดแคลนแพทย์เฉพาะด้าน แม้ว่าจะมีความพร้อมด้านกายภาพของโรงพยาบาล ก็ตาม

การลดข้อจำกัดด้านงบประมาณ เช่น การกำหนดค่าใช้จ่ายในด้านบุคลากรที่ไม่เกินร้อยละ 40 อาจทำให้ อบท. อาจขาดความคล่องตัวในการจัดหาบุคลากรทางด้านสาธารณสุข การแก้ไขด้วยการใช้ระบบงบประมาณที่มีช่องทางของเงินอุดหนุน และเงินอุดหนุนเฉพาะกิจหรือที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะที่ อบท. ให้มากกว่าเดิมอาจช่วยทำให้การบริการด้านสาธารณสุขดีขึ้น อย่างไรก็ตาม อบท. ควรมีช่องทางในการเพิ่มรายได้ของระดับท้องถิ่นให้มากขึ้น มีการสร้างฐานรายได้ที่เหมาะสม และมีหลักคิดที่ถูกต้องในการจัดเก็บค่าธรรมเนียม ค่าปรับ จากการใช้ประโยชน์ของทรัพยากรและการสูญเสียสุขภาพที่ดี การคิดค่าธรรมเนียมหรือภาษี ภาษีจากเหล้า บุหรี่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ

2. การจัดทำคู่มือเพื่อการบริหารจัดการ เป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทำความเข้าใจและพร้อมรองรับกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยลักษณะของการจัดทำคู่มือในลักษณะเป็นกรณีศึกษารายประเด็น อาจช่วยให้ผู้ใช้งานเข้าถึงและทำความเข้าใจได้ดีกว่าคู่มือในลักษณะของการอธิบายระเบียบราชการต่างๆ

3. การติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ คือ การจัดให้มีการติดตามประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจในทุกภารกิจอย่างเป็นระบบ มีการสร้างตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลที่เป็นที่ยอมรับ ใช้ต้นทุนในการจัดเก็บ

ข้อมูลที่ดี แต่มีความยืดหยุ่นและสามารถใช้ได้กับทุกพื้นที่ ซึ่งตัวชี้วัดควรมีการสร้างอัตราอ้างอิง (Benchmark) ที่เหมาะสม มีการแบ่งประเภทของ อปท. ตามระดับของงบประมาณและทรัพยากรของ อปท. เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเปรียบเทียบ เมื่อได้ค่าตัวชี้วัดที่มีความเสถียรแล้ว (ซึ่งอาจใช้เวลาระยะปานกลาง) ในขั้นต่อไป คือ การใช้ตัวชี้วัดในการประเมินผลและเพื่อการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมในลักษณะของรางวัล

3.3 ข้อเสนอเพื่อการสร้างองค์ความรู้และระบบฐานข้อมูล

1. ความพร้อมด้านองค์ความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติ บทบาท หน้าที่ และทรัพยากรมนุษย์ เกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้นเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนอำนาจ ซึ่งองค์ความรู้ที่สร้างนี้ไม่เพียงแต่การสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องรูปแบบการกระจายอำนาจ ระเบียบราชการต่างๆที่เกี่ยวข้อง แต่เป็นการสร้างความเข้าใจการจัดการงบประมาณ การจัดการสถานอนามัยที่ได้รับการถ่ายโอน และการบริหารงานท้องถิ่น และในการสร้างความรู้ควรเป็นการสร้างในทุกระดับผู้เกี่ยวข้องซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละองค์ความรู้ที่จำเป็นในแต่ละระดับ โดยแต่ละพื้นที่อาจจะใช้เวลาที่ไม่เท่ากันในการเตรียมความพร้อมและความเข้าใจ เพราะฉะนั้นควรปล่อยเป็นตามธรรมชาติและไม่ควรเร่งรัด ซึ่งตรงกับแนวความคิดในการพัฒนาภาคสังคม การเมือง และความรู้ในการขับเคลื่อน โดยส่วนของความรู้เป็นส่วนที่ใช้เวลาในการสร้างนานกว่าการเคลื่อนไหวของภาคการเมืองและภาคสังคม (ประชาชน) ดังนั้นเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนได้อย่างต่อเนื่องในอนาคต การสร้างความรู้ตั้งแต่ปัจจุบันจึงควรมีการดำเนินการก่อน

2. ปัญหาที่จะเป็นระเบิดเวลาในอนาคต คือ ปัญหาในด้านการบริการงานบุคลากรและอัตราเจ้าหน้าที่ในการถ่ายโอนในครั้งแรกนั้น ระบบของเงินเดือนและสวัสดิการยังมีลักษณะคงเดิมในเรื่องของเส้นทางของเงินคือ ท้องถิ่นยังไม่ต้องรับภาระของเงินเดือนเจ้าหน้าที่ที่รับโอนมา แต่ในกรณีที่ท้องถิ่นต้องมีการเพิ่มเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขในอนาคตเพื่อรองรับกับการขยายตัวของความต้องการของประชาชน จำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพิ่มนั้นจะต้องมาจากอัตราของ อปท. และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต้องเป็นต้นทุนของ อปท. ดังนั้น อปท. จึงต้องมีความรู้ในการวางแผนกำลังคนให้มีความเหมาะสม มีการพัฒนาศักยภาพให้กับผู้บริหารและบุคลากรของ อปท. ในการสร้างความรู้ในการวางแผนกำลังคน งบประมาณและการหารายได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3. ในการที่กระทรวงสาธารณสุข และ อปท. สามารถวางแผนการดำเนินการด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการติดตามประเมินผลอย่างเหมาะสมนั้น การมีฐานข้อมูลที่มีความเชื่อมต่อกันระหว่างระบบงานสาธารณสุขและระบบของ อปท. เพื่อใช้ในการกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญอย่างมาก ตัวชี้วัดที่จัดทำขึ้นจะช่วยให้มีการประเมินศักยภาพของท้องถิ่นในการให้บริการด้านสุขภาพ มีการใช้ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือในการกำกับและประเมินถึงผลลัพธ์ของการให้บริการด้านสาธารณสุข ซึ่งการจัดทำระบบควรมีการจัดทำจากส่วนกลาง มีความความยืดหยุ่นในการใช้งาน อปท. สามารถเข้าถึงได้ และมีการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาระบบ เกิดการตรวจสอบและสร้างความโปร่งใส

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัยประเมินผลแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ

สารบัญ

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล	1-1
1.2 วัตถุประสงค์	1-4
1.3 ประโยชน์ที่จะได้รับ	1-5

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ และการกระจายอำนาจของประเทศไทย	2-5
2.2 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ	2-15
2.3 การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ ในประเทศไทย	2-28
2.4 ความก้าวหน้าการถ่ายโอนภารกิจและงบประมาณด้านสุขภาพ	2-45
2.5 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	2-50

บทที่ 3 กรอบแนวคิดการประเมินแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1 และ 2) ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ

3.1 กรอบการศึกษาของโครงการ	3-1
3.2 วิธีการประเมิน	3-4
3.3. สรุปวิธีการดำเนินการและผลการประเมินตามกรอบการศึกษา	3-7

บทที่ 4 ผลการประเมินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

4.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ	4-1
4.2 การถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้แก่ อปท.	4-3
4.3 ภาพรวมของกระบวนการถ่ายโอนสถานีนอนมัย	4-14

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 5 ผลการประเมินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

5.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดนโยบายกระจายอำนาจฯ ในภาพรวม	5-1
5.2 ปัจจัยภายในของท้องถิ่นต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	5-9
5.3 ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	5-12

บทที่ 6 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการขับเคลื่อน

6.1 แนวคิดของการจัดทำแผน	6-1
6.2 ขั้นตอนการดำเนินการ	6-4
6.3 การสร้างองค์ความรู้และระบบฐานข้อมูล	6-5

เอกสารอ้างอิง

ภาคผนวกที่ 1	พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ภาคผนวกที่ 2	การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข
ภาคผนวกที่ 3	พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 26
ภาคผนวกที่ 4	รายละเอียดโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน
ภาคผนวกที่ 5	ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) นครราชสีมา
ภาคผนวกที่ 6	อัตรากำลังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
ภาคผนวกที่ 7	ข้อมูลพื้นฐานองค์การบริหารส่วนตำบลด้านขุนทด อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา
ภาคผนวกที่ 8	ข้อมูลพื้นฐานของเทศบาลนครเชียงใหม่
ภาคผนวกที่ 9	สรุปผลการสัมภาษณ์
ภาคผนวกที่ 10	เปรียบเทียบสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ อปท.
ภาคผนวกที่ 11	รายละเอียดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย
ภาคผนวกที่ 12	สรุปแผนรายจ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับท้องถิ่น ตัวอย่าง องค์การบริหารส่วนตำบลด้านขุนทด ปีงบประมาณ 2555
ภาคผนวกที่ 13	การเปรียบเทียบระบบ กบข. กับ กบท.
ภาคผนวกที่ 14	การสรุปการสัมมนา

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัยประเมินผลแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ

สารบัญตาราง

ตารางที่ 2.1	จุดประสงค์ หลักการ และ ข้อได้เปรียบ ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	2-2
ตารางที่ 2.2	ประเด็นปัญหาของระบบสาธารณสุขในปัจจุบันและตัวอย่างของยุทธศาสตร์ของการกระจายอำนาจ	2-3
ตารางที่ 2.3	ข้อดีและข้อเสียของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	2-4
ตารางที่ 2.4	รายละเอียดข้อบัญญัติกฎหมายรัฐธรรมนูญ 2540 ที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2-7
ตารางที่ 2.5	ระดับและความรับผิดชอบด้านสุขภาพในกลุ่มประเทศยุโรปและแคนาดา (2004)	2-16
ตารางที่ 2.6	การตัดสินใจด้านงบประมาณในด้านเงินสนับสนุนด้านสาธารณสุข	2-20
ตารางที่ 2.7	การจัดตั้งงบประมาณด้านสาธารณสุขในระดับประเทศของประเทศในยุโรป	2-22
ตารางที่ 2.8	การตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขของประเทศในยุโรปและนิวซีแลนด์	2-24
ตารางที่ 2.9	การตัดสินใจในการตั้งราคาสำหรับโรงพยาบาลรัฐที่ได้รับเงินสนับสนุนในกลุ่มประเทศยุโรป	2-26
ตารางที่ 2.10	แนวทางการดำเนินการการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขตามที่กำหนดในแผนการกระจายอำนาจ	2-33
ตารางที่ 2.11	กลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2-36
ตารางที่ 2.12	ภารกิจที่มีการถ่ายโอนจำแนกตามกลุ่มภารกิจ	2-45
ตารางที่ 2.13	ข้อมูลด้านงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพของ อปท. ระหว่างปี 2550 -2552	2-47
ตารางที่ 2.14	ขนาดงบประมาณรายจ่ายของ อปท. จำแนกรายภาค ปี 2552	2-48
ตารางที่ 2.15	รายชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ถูกถ่ายโอน และเป็นเป้าหมายทดลองการถ่ายโอนสถานีนอนมัย ตามมติคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2-51
ตารางที่ 3.1	กลุ่มภารกิจที่เป็นกรอบการประเมินภารกิจถ่ายโอนด้านสุขภาพ	3-1
ตารางที่ 4.1	ภารกิจและขั้นตอนการส่งเสริมและการป้องกันโรคจำแนกรายหน่วยงาน	4-1
ตารางที่ 4.2	บทบาทหน่วยงานระดับชาติต่อการถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้แก่ อปท.	4-5
ตารางที่ 4.3	บทบาทหน่วยงานระดับกระทรวงต่อการถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้แก่ อปท.	4-6
ตารางที่ 4.4	บทบาทหน่วยงานระดับภูมิภาคต่อการถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้แก่ อปท.	4-9

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ 4.5	ประเด็นประกอบการถ่ายโอนสถานีนอนามัยที่สำคัญ	4-13
ตารางที่ 5.1	จำนวนคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกลุ่มของ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกตามสังกัดหน่วยงาน	5-5
ตารางที่ 5.2	จำนวนคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำแนกตามอาชีพหรือภูมิหลังทางอาชีพ	5-8
ตารางที่ 5.3	เปรียบเทียบสวัสดิการและสิทธิประโยชน์รายการสำคัญระหว่างบุคลากรสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและ อปท.	5-15
ตารางที่ 5.4	การเบิกค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายตามข้อ (6) กลุ่มแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ	5-17
ตารางที่ 5.5	การเบิกค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนามัยตามข้อ (9)	5-18
ตารางที่ 5.6	เงินประจำตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ	5-18
ตารางที่ 5.7	โครงสร้างทางการคลังและขนาดรายจ่ายด้านสุขภาพของ อปท.	5-24
ตารางที่ 5.8	โครงสร้างรายจ่ายจำแนกตามแผนงานระหว่างปี 2551 -2554 จาก อปท. ตัวอย่างการศึกษา	5-27

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัยประเมินผลแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ

สารบัญแนภาพ

แผนภาพที่ 2.1 การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข	2-14
แผนภาพที่ 2.2 แนวทางกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	2-29
แผนภาพที่ 2.3 แนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพของ อปท. ระหว่างปี 2550 – 2552	2-48
แผนภาพที่ 2.4 สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพของ อปท. จำแนกรายภูมิภาค ปี 2552	2-49
แผนภาพที่ 3.1 กรอบการประเมินผลของโครงการฯ	3-4
แผนภาพที่ 4.1 โครงสร้างการบริหารงานระดับจังหวัด	4-3
แผนภาพที่ 4.2 ความเชื่อมโยงในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ	4-4
แผนภาพที่ 5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการมีส่วนร่วมและการบริหารงบประมาณตามภารกิจหน้าที่	5-11
แผนภาพที่ 5.2 เปรียบเทียบหลักเกณฑ์การรับบำเหน็จบำนาญของข้าราชการส่วนท้องถิ่นกับข้าราชการพลเรือน	5-21
แผนภาพที่ 5.3 โครงสร้างงบประมาณด้านสุขภาพจำแนกรายภาค ประจำปีงบประมาณ 2552	5-25
แผนภาพที่ 5.4 ทรัพยากรที่ใช้ดำเนินงานของสถานีนามัยและ รพ.สต. ในแต่ละ CUP ในกรณีไม่ถูกถ่ายโอนให้แก่ อปท.	5-31
แผนภาพที่ 5.5 งบประมาณงานด้านการส่งเสริมป้องกันที่ใช้ในสถานีนามัยและ รพ.สต. ในแต่ละ CUP	5-32

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ก่อนที่จะมีรัฐธรรมนูญ ปี 2540 กระทรวงสาธารณสุขมีความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการกระจายอำนาจมาโดยลำดับโดยมีการเคลื่อนไหวทางวิชาการผ่านทางเวทีสัมมนาหรือการถกอภิปราย ในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งประเด็นเรื่องการกระจายอำนาจ เป็นประเด็นหนึ่งที่มีการอภิปรายอย่างกว้างขวาง ภายหลังรัฐธรรมนูญ 2540 ประกอบกับการมี พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 อันเป็นแม่บทสำคัญและส่งผลกระทบต่อการขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจ ให้แก่ อบท. และการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะบางส่วนจากส่วนกลางไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบท.) ได้มีอำนาจในการตัดสินใจและบริหารจัดการภารกิจเพื่อให้บริการสาธารณะตอบสนองความต้องการและเหมาะสมในระดับพื้นที่ ขณะเดียวกันภารกิจบางส่วนยังจำเป็นต้องให้หน่วยงานราชการทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาครับผิดชอบด้วยเช่นกัน ภายใต้หลักการกระจายอำนาจ โดยมีการถ่ายโอนต่าง ๆ ไปยังระดับท้องถิ่นนั้น การขับเคลื่อนกระบวนการถ่ายโอนภารกิจให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้นจึงจำเป็นต้องมีการถ่ายโอนทรัพยากรเพื่อใช้ในการดำเนินการต่างๆ ตามไปด้วยทั้งในแง่ งบประมาณ บุคลากร และอื่น ๆ ซึ่งรายละเอียดของขั้นตอนการถ่ายโอนถูกกำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ให้แก่ อบท. ฉบับที่ 1 (ปี 2543) และ ฉบับที่ 2 (ปี 2551) ตามลำดับ

อย่างไรก็ดี แม้จะมีการกำหนดให้ภารกิจด้านต่างๆ ถูกถ่ายโอนไปยัง อบท. ตามแผนปฏิบัติการดังกล่าวแล้ว บทบาทที่ยังคงอยู่ของส่วนราชการต่าง ๆ ก็ยังมีอยู่ด้วยเช่นเดียวกันแต่ปรับทิศทางการดำเนินงานในเชิงสนับสนุน (Supporter) ร่วมดำเนินการ (Operator) รวมถึงการกำกับดูแล (Regulator) ตามแต่กรณี

กระทรวงสาธารณสุขเองก็ได้มีการเคลื่อนไหวเพื่อเตรียมการรองรับในเรื่องนี้ทั้งในรูปการเตรียมการด้านวิชาการและการทดลองการกระจายอำนาจในรูปแบบต่าง ๆ พอสมควร เช่น การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข การให้อำนาจส่วนปลายได้อำนาจในการใช้ทรัพยากรเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น แต่ยังเป็นรูปแบบการกระจายอำนาจที่ยังคงอำนาจไว้ที่ส่วนกลางเสียมากกว่า ต่อมาเมื่อมี พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 กำหนดให้มีคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ กกถ. ซึ่งมีหน้าที่สำคัญประการหนึ่งคือ จัดทำแผนการกระจายอำนาจ และแผนปฏิบัติการเพื่อเสนอให้คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ คณะกรรมการ กกถ. มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น 1 ใน 36 คน ของคณะกรรมการดังกล่าว ด้วยเหตุนี้ กระทรวง

สาธารณสุขจึงได้เข้าไปมีส่วนร่วมในแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ต้น โดยงานสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งในเป้าหมายการถ่ายโอนภารกิจ และกำหนดไว้ใน ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต

จากข้อเท็จจริง กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทีมเจ้าหน้าที่ จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์และสำนักวิชาการ กรมอนามัย เป็นแกนในการประสานกับกรมต่าง ๆ ร่วมกันจัดทำแผนการกระจายอำนาจฯ ทั้งแผนแม่บทและแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ แผนฯ ดังกล่าวได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาถือเป็นกฎเกณฑ์ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในแผน หากมีปัญหาอุปสรรคไม่สามารถดำเนินการให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการฯ ได้สามารถทบทวนและปรับแผนในระยะเวลา 5 ปี นับแต่ใช้แผนปฏิบัติการฯ

พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ กำหนดให้จัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายในกำหนดระยะเวลา 1 ปีนับตั้งแต่มีการตรากฎหมายดังกล่าว และให้มีแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นรายละเอียดที่สำคัญกำหนดให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจจะต้องดำเนินการตามที่กำหนดไว้ ทั้งด้านการทำหน้าที่สนับสนุนและการเตรียมความพร้อม การพัฒนาศักยภาพและการกำกับดูแลให้การถ่ายโอนเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในแผนฯ จากข้อเท็จจริงพบว่าการประกาศแผนการกระจายอำนาจฯ วันที่ 2 ธันวาคม 2543 และมีการประกาศแผนปฏิบัติการฯ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2545 โดยตั้งเป้าว่าจะต้องมีการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวง ทบวง กรม ต่าง ๆ ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม โดยมีการระบุกิจกรรมเป็นสองประเภทคือ **เลือกทำโดยอิสระ** ซึ่งไม่บังคับให้ อบต.ต้องดำเนินการเพียงแต่ให้อิสระในการเลือกทำตามความจำเป็น และประเภท **หน้าที่ที่ต้องทำ** ซึ่งเป็นงานที่เกี่ยวกับชีวิตประจำวันและเป็นความจำเป็นของประชาชน ซึ่งในแผนปฏิบัติการฯ ดังกล่าวทางคณะกรรมการ กกค. กำหนดให้โอนภารกิจ 6 ด้าน ซึ่งมีการกิจที่จะต้องถ่ายโอน 245 เรื่อง เกี่ยวข้องกับส่วนราชการ 50 กรม ใน 11 กระทรวง โดยสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งในด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต เกี่ยวข้องกับ 7 กรม และทั้งหมดเป็นงานที่เป็น หน้าที่ที่ต้องทำ แทบทั้งสิ้น อย่างไรก็ตาม ภายใต้นั้นรายละเอียดต่าง ๆ ยังไม่ชัดเจนมากนักกว่าจะมีรูปแบบและวิธีการอย่างไร ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของระบบสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่าง ๆ ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องเชื่อมโยงประสานเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลและได้รับบริการในเรื่องสุขภาพได้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมากกว่าเพียงการเปลี่ยนผ่านอำนาจความรับผิดชอบจากราชการส่วนกลางมายังส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ ยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านงบประมาณ และรายได้ของท้องถิ่น โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นในส่วนของการศึกษา หรือการสาธารณสุข ซึ่งคาดว่าจะมีการให้งบอุดหนุนจากส่วนกลาง รวมทั้งส่วนที่ท้องถิ่นจะต้องจัดสรรเข้ามาจากรายได้ ยกตัวอย่าง จากการที่กำหนดไว้ในกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ที่กำหนดให้ รัฐจัดสรรงบประมาณให้กับ อบต. ให้มีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วน

ต่อรายได้ของรัฐบาลในอัตราไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 ตั้งแต่ปี 2549 เป็นต้นไป แต่สัดส่วนที่ควรจะเป็นและบทบาทของรัฐบาลกลางในการดูแลเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนไม่ควรปล่อยให้ไปตามศักยภาพที่ต่างกันของแต่ละท้องถิ่นเสียทั้งหมดควรต้องได้รับการพัฒนาและมีความชัดเจนยิ่งขึ้นกว่าที่เป็นอยู่นอกจากนี้ ประเด็นที่สำคัญที่สุดในกระบวนการกระจายอำนาจคือ การพัฒนาบทบาทและศักยภาพใหม่ ๆ ขององค์กรและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาคของกระทรวงต่าง ๆ รวมทั้งบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระบบบริการและประชาชนในชุมชนท้องถิ่นต่าง ๆ เพื่อให้ร่วมกันแสดงบทบาทที่เหมาะสมและพัฒนาให้เกิดความสัมพันธ์ใหม่ ๆ ภายใต้สิ่งแวดล้อมและกรอบกติกาที่จะเอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้การกระจายอำนาจเป็นการสร้างความเข้มแข็งของสังคมโดยรวม ไม่ใช่เป็นเพียงการย้ายความรับผิดชอบในการดำเนินงานโดยองค์กรในส่วนกลางไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่านั้น

ทั้งนี้ กระบวนการขับเคลื่อนแผนที่ผ่านมามีอุปสรรคที่เกิดจากโครงสร้างของการจัดทำแผนหรือปัญหาที่เกิดจากตัวแผน เช่น ความไม่ชัดเจนด้านนโยบายและการตีความความหมายของการกระจายอำนาจที่แตกต่างกัน ส่วนกลางอาจยังไม่ให้ความสำคัญจึงยังไม่เกิดการผลักดันอย่างเป็นรูปธรรม กฎระเบียบราชการที่ยังไม่เอื้ออำนวย ภารกิจที่มีอยู่ในปัจจุบันของกระทรวงมีอยู่จำนวนมาก และอาจขาดความพร้อมของการพัฒนาศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงขาดการสื่อสารและการเรียนรู้ร่วมกัน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553)

ในช่วงของการใช้แผนทั้ง 2 ฉบับ กระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ มีประเด็นปัญหาเชิงนโยบายและการปฏิบัติตามนโยบาย อย่างน้อย 3 ประการ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553) ได้แก่ การถ่ายโอนสถานีนามายไปยัง อปท. ไม่เป็นไปตามแผนกระจายอำนาจ รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพขาดความหลากหลาย เกิดผลกระทบที่ไม่คาดคิดซึ่งอาจทำให้ระบบในภาพรวมมีปัญหา เช่น เมื่อเกิดความล่าช้าในการถ่ายโอน ทำให้ อปท. ที่มีความพร้อมจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขด้วยตนเอง ซึ่งส่งผลต่อภาพรวมของการจัดการสาธารณสุข ประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุข สำหรับสถานการณ์ในด้านการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในภาพรวมนั้น นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2553) ชี้ประเด็นว่า การกระจายอำนาจในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมายังไม่มีความสำเร็จเท่าที่ควร มีประเด็นที่ต้องพึงคำนึง คือการกระจายอำนาจต้องมีการบรรลุเป้าหมายอย่างสมดุล คือ ต้องเกิดความรับผิดชอบและอำนาจการตัดสินใจตามเจตนารมณ์ของกฎหมายแบบมีส่วนร่วม และยังต้องรักษาคุณภาพ ประสิทธิภาพ ของงานสาธารณสุขไว้ได้ และต้องตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ดีกว่าเดิม อย่างไรก็ตาม มีตัวอย่างของความไม่สำเร็จของแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ชัดเจนในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา เช่น การบังคับใช้กฎหมาย การถ่ายโอนแบบแยกส่วน การถ่ายโอนไม่ครบตามเป้าหมายนำร่อง บุคลากรด้านสาธารณสุขมีความรู้สึกไม่มั่นคงกับหน้าที่การงาน เป็นต้น (ปริดา

แต่อาร์ักษ์, 2553) ซึ่งประเด็นปัญหาเหล่านี้แม้ว่าในทางหนึ่งอาจเป็นการพิจารณาว่าเป็นปัญหาในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตามในการประเมินแบบรอบด้านนั้นยังคงต้องพิจารณาว่าแผนกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งหรือไม่ที่ก่อให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติและปัญหาในการขับเคลื่อนแผนในลักษณะนี้ ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และคณะผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่จะเกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต จึงสนใจที่จะประเมินผลแผนการกระจายอำนาจ กระบวนการ รูปแบบการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้กฎหมายการกระจายอำนาจ และศึกษาปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการกระจายอำนาจทั้งฉบับหนึ่งและฉบับสองได้ ดังนั้น ในโครงการวิจัยประเมินผลแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ โดยเป็นการติดตามและประเมินผลแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเท่าที่ได้มีการดำเนินงานมานับตั้งแต่มีแผนการกระจายอำนาจฉบับแรกจนถึงปัจจุบันกำลังจะมีแผนการกระจายอำนาจฉบับสามนั้น ได้มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนทั้งสองฉบับอย่างไร และเป็นไปตามเจตนารมณ์ของการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากน้อยเพียงใด กลไกการขับเคลื่อนจากแผนไปสู่การปฏิบัติมีข้อจำกัดหรืออุปสรรคประการใด โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณ เพื่อระบุและนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์และให้ข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดทำและขับเคลื่อนแผนการกระจายอำนาจฉบับที่ 3

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1 และ 2) ตลอดจนแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1 และ 2) โดยเป็นการประเมินในส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ
2. เพื่อประเมินผลกระบวนการจัดทำแผนทั้ง 2 ฉบับ รูปแบบการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้กฎหมายการกระจายอำนาจ และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อประเมินกระบวนการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพของแผน
4. เพื่อประเมินปัญหา อุปสรรค ของนโยบายกระจายอำนาจของแผนและแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
5. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดทำและขับเคลื่อนแผนกระจายอำนาจฉบับที่ 3

1.3 ประโยชน์ที่จะได้รับ

งานวิจัยประเมินผลแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ต่อคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) ได้รับทราบว่ากระบวนการขับเคลื่อนแผนที่ผ่านมา มีปัญหาอุปสรรคเกิดจากโครงสร้างของการมีส่วนร่วมของส่วนราชการในการจัดทำแผนฯ หรือเป็นปัญหาที่เกิดจากตัวแผน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 3)

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ในบทนี้จะนำเสนอเกี่ยวกับแนวคิด หลักการ ความก้าวหน้า ประสพการณ์ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังนั้น โครงสร้างเนื้อหาในบทที่ 2 จึงแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ และการกระจายอำนาจของประเทศไทย การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทย และความก้าวหน้าการถ่ายโอนภารกิจและงบประมาณด้านสุขภาพของไทย นอกจากนี้ยังมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลงานด้านสุขภาพที่มีการศึกษามาในอดีตซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจภาพรวมของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพต่อไป

สำหรับแนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้นมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญหลายประการ เช่น การเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินการด้านการสาธารณสุขทั้งในด้านเทคนิค การจัดสรรทรัพยากร การสร้างนวัตกรรมในการให้บริการ การเพิ่มคุณภาพในการให้บริการ และเป็นการสร้างความเสมอภาคและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าสู่ระบบการบริการด้านสุขภาพ (Saltman, Bankauskaite, and Vrangbaek, 2007) ซึ่งจากการให้เหตุผลเพื่อสนับสนุนในมุมมองของการสร้างความรับผิดชอบให้เกิดกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในฐานะที่เป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่และสามารถทราบความต้องการของประชาชนในพื้นที่ดีกว่าส่วนกลาง รวมถึงเป็นการแบ่งภาระหน้าที่ของความรับผิดชอบซึ่งจะทำให้ภาพรวมของงานบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพมีประสิทธิภาพและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามแนวคิดที่เป็นแนวคิดโต้แย้งกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพคือ ความสามารถและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการร่วมจัดการ การเกิดความขัดแย้งระหว่างส่วนกลางและท้องถิ่น ตลอดจนกรอบความร่วมมือหรือการแบ่งอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบระหว่างส่วนกลางและท้องถิ่นที่ไม่ชัดเจนอาจนำมาซึ่งความไร้ประสิทธิภาพในการจัดการ ซึ่งการสรุปวัตถุประสงค์ หลักการและข้อโต้แย้งรายประเด็นตามแนวทางของ Saltman, Bankauskaite, and Vrangbaek (2007) นำเสนอในตารางที่ 2.1 ทั้งนี้ การศึกษาของ Saltman, Bankauskaite, and Vrangbaek (2007) ได้มีการเสนอถึงประเด็นปัญหาและความต้องการของระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน และตัวอย่างของยุทธศาสตร์ของการกระจายอำนาจในการแก้ปัญหาเหล่านี้ เช่น ประเด็นความต้องการการเพิ่มประสิทธิภาพด้านสุขภาพจากรัฐบาลนั้น การกระจายอำนาจด้านสุขภาพจะมีส่วนช่วยในเชิงยุทธศาสตร์ คือ การสร้างความรับผิดชอบในการแก้ปัญหาสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ยากที่จะเข้าถึงโดยให้ส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดการ และ การสร้างแรงกระตุ้นให้ชุมชนในพื้นที่เสี่ยงตื่นตัวในเรื่องสุขภาพ เป็นต้น (แสดงตัวอย่างในตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.1 จุดประสงค์ หลักการ และ ข้อโต้เถียง ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

จุดประสงค์	หลักการ/ เหตุผล	ข้อโต้เถียง/ปัญหา
การเพิ่มประสิทธิภาพทางเทคนิค	การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นจากการแยกระหว่างผู้ซื้อ และ ผู้จัดหา	ความจำเป็นในการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้จัดการ
การเพิ่มประสิทธิภาพด้านการจัดสรร	การเลือกการบริการจากรัฐบาลที่ส่วนท้องถิ่นต้องการ และการปรับปรุงการตอบสนองต่อผู้ป่วย	ความขัดแย้งระหว่างส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น
การมอบอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น และความสามารถของการบริหารส่วนท้องถิ่น	กรอบความคิดเกี่ยวกับความร่วมมือส่วนท้องถิ่นไม่ชัดเจน
การเพิ่มนวัตกรรมทางด้านการบริการ	จากการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับท้องถิ่นนั้นๆ และ/หรือ จากการเพิ่มความเป็นอิสระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ความไม่เท่าเทียมกันอาจมีเพิ่มขึ้น
การเพิ่มความรับผิดชอบ และ สามัญสำนึกในหน้าที่	จากความร่วมมือของรัฐบาล รวมถึงบทบาทของรัฐบาลกลาง	กรอบความคิดเกี่ยวกับความร่วมมือของรัฐบาลยังไม่ชัดเจน หน้าที่ความรับผิดชอบจะต้องมีการกำหนดอย่างชัดเจน
การเพิ่มคุณภาพในการบริการสุขภาพ	ผ่านทางการผสมผสานระหว่างการบริการสุขภาพ และการปรับปรุงการเข้าถึงบริการทางสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาส	
การเพิ่มความเสมอภาค	การจัดสรรทรัพยากรที่ท้องถิ่นต้องการ	ลดความสามารถในการปกครองของส่วนท้องถิ่น การกระจายอำนาจอาจปรับปรุงในเรื่องความเสมอภาคในบางพื้นที่แต่อาจทำให้แย่ลงสำหรับพื้นที่อื่นๆ

ที่มา Saltman, Bankauskaite, และ Vrangbaek (2007)

ตารางที่ 2.2 ประเด็นปัญหาของระบบสาธารณสุขในปัจจุบันและตัวอย่างของยุทธศาสตร์ของการกระจายอำนาจ

ความต้องการด้านสาธารณสุข	ตัวอย่างของยุทธศาสตร์ของการกระจายอำนาจ
เพิ่มการบริการด้านสุขภาพระยะยาว	ความรับผิดชอบสำหรับการวางแผน การเงิน การบริหารจัดการบริการด้านสุขภาพระยะยาวแบบกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น
การบริการด้านสุขภาพแบบผสมผสาน	ความรับผิดชอบสำหรับการบริการต่างๆภายใต้การตัดสินใจของผู้รับผิดชอบเพียงคนเดียว
การเพิ่มประสิทธิภาพด้านสุขภาพจากรัฐบาล	ความรับผิดชอบในการแก้ปัญหาสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ยากที่จะเข้าถึงโดยให้ส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดการ สร้างแรงกระตุ้นให้ชุมชนในพื้นที่เสี่ยงตื่นตัวในเรื่องสุขภาพ
การสร้างความรับผิดชอบ	ความรับผิดชอบในการบริหารจัดการสำหรับเงินจากส่วนกลางที่ให้อย่างท้องถิ่น
การเพิ่มประสิทธิภาพ	รูปแบบใหม่ในการจัดการองค์กร หรือหน่วยงานด้านสุขภาพ เพิ่มบทบาทของเอกชน
การปรับปรุงการบริการการรักษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต	สร้างโปรแกรมที่เหมาะสมในท้องถิ่นสำหรับพื้นที่เสี่ยง

ที่มา Saltman, Bankauskaite, and Vrangbaek (2007)

การเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามแนวทางของ Saltman, Bankauskaite, and Vrangbaek (2007) มีการแบ่งเป็นประเด็นที่สำคัญ คือ การบริหารจัดการและข้อมูล ปริมาณงาน และ ผลผลิต โดยประเด็นสำคัญของการพิจารณาว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมีข้อดี เช่น ในด้านการบริหารจัดการและข้อมูล คือ สามารถจ้างบุคลากรในพื้นที่ที่มีความเข้าใจในบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ มีความใกล้ชิดกับประชาชนและผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ซึ่งมีสายของความรับผิดชอบที่สั้นกว่าการดำเนินการจากส่วนกลาง ในด้านของปริมาณงาน คือ การกระจายอำนาจสร้างโอกาสการเรียนรู้สำหรับการแก้ปัญหาในท้องถิ่น และลดความแออัดในการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมจากส่วนกลาง และในส่วนของด้านผลผลิตมีข้อดี คือ การกระจายอำนาจสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการด้าน บริหารทรัพยากร การเงิน และคุณภาพ การบริการ สำหรับแนวคิดโต้แย้งที่เป็นข้อเสียของการกระจายอำนาจ คือ ในด้านการบริหารจัดการและข้อมูล การกระจายอำนาจอาจทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันทางการเงินของระบบสาธารณสุขระหว่างท้องถิ่นต่างๆ และอาจมีความเสี่ยงทางการเมืองจากบุคคลบางกลุ่ม ความเป็นไปได้สำหรับพื้นที่ห่างไกลในการจ้างบุคลากรที่คุณภาพจะยากขึ้น รวมถึงการกำหนดมาตรฐานกลางสำหรับการให้บริการหากเป็นการทำจากส่วนกลางอาจมีประสิทธิภาพที่สูงกว่า สำหรับข้อเสียในด้านของปริมาณงานนั้น คือ การกระจายอำนาจลดความเท่าเทียมกันด้านการบริการ และคุณภาพ จากท้องถิ่นต่างๆ ขึ้นอยู่กับความสามารถของท้องถิ่นนั้นๆ และการร่วมมือและการส่งต่อคนไข้ระหว่างหน่วยงานต้องใช้ความสามารถที่มาจากส่วนกลาง การเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานยากที่จะเกิดขึ้น หากไม่มีส่วนกลางเป็นผู้ดูแล และสำหรับข้อเสียของประเด็นด้านผลผลิตคือ การกระจายอำนาจทำให้การประสานงานไม่มีประสิทธิภาพและอาจสร้างการบริการที่ซับซ้อน การทำงานในลักษณะที่เป็นหน่วยงานเล็กอาจลด

ประสิทธิภาพและคุณภาพสำหรับบางพื้นที่ และผลกระทบข้างเคียงจากการตัดสินใจจากหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง อาจมีผลเสียที่มีผลกระทบถึงการทำงานของหน่วยงานอื่น เช่น การแย่งกันในด้านทรัพยากร และคนใช้ โดยประเด็นดังกล่าวนี้สรุปไว้ในตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 ข้อดีและข้อเสียของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ประเด็น	ข้อดีของการกระจายอำนาจ	ข้อเสียของการกระจายอำนาจ
การบริหารจัดการและข้อมูล	1. ความใกล้ชิดระหว่างผู้ตัดสินใจ และประชากรทำให้การบริหารจัดการดีขึ้น มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความพอใจให้กับผู้ใช้บริการ 2. การกระจายอำนาจสร้างความแตกต่าง และความเป็นไปได้ในการสร้างบริการและการจ่ายเงินที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่ในท้องถิ่น 3. การจ้างบุคลากรมีประสิทธิภาพมากขึ้น ท้องถิ่นนั้นๆสามารถจ้างคนที่มีความรู้ที่เหมาะสมในการทำงานในพื้นที่นั้นๆ 4. แรงจูงใจที่เจ้าหน้าที่มีจากการทำงานในท้องถิ่นทำให้ทราบและรู้สึกถึงปัญหาในพื้นที่	1. การกระจายอำนาจอาจทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันทางด้านการเงินของระบบสาธารณสุขระหว่างท้องถิ่นต่างๆ 2. ความเสี่ยงทางการเมืองจากบุคคลบางกลุ่ม 3. โอกาสที่กลุ่มคนด้อยจะหาตัวแทนในท้องถิ่นเพื่อเป็นปากเป็นเสียงให้อาจน้อยลง 4. ความเป็นไปได้สำหรับพื้นที่ห่างไกลในการจ้างบุคลากรที่คุณภาพจะยากขึ้น 5. การรวมอำนาจสร้างมาตรฐานกลางสำหรับทั้งประเทศ
ปริมาณงาน	1. การกระจายอำนาจ สร้างความรับผิดชอบ แรงจูงใจในการทำงาน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการใช้ทรัพยากร 2. การกระจายอำนาจสร้างโอกาสการเรียนรู้สำหรับการแก้ปัญหาในท้องถิ่น และชัดเจนอำนาจในการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมจากส่วนกลาง	1. การกระจายอำนาจลดความเท่าเทียมกันด้านการรับบริการ และคุณภาพ จากท้องถิ่นต่างๆ ขึ้นอยู่กับความสามารถของท้องถิ่นนั้นๆ - การร่วมมือและการส่งต่อคนไข้ระหว่างหน่วยงานต้องใช้ความสามารถที่มาจากส่วนกลาง 2. การเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานยากที่จะเกิดขึ้นหากไม่มีส่วนกลางเป็นผู้ดูแล 3. ส่วนกลางจะมีอำนาจที่สามารถบังคับให้ส่วนท้องถิ่นใช้นโยบายหรือแผนงานที่ออกมาจากส่วนกลาง
ผลผลิต	1. การกระจายอำนาจสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการด้าน บริหารทรัพยากร การเงิน และคุณภาพการบริการ	1. การกระจายอำนาจทำให้การประสานงานไม่มีประสิทธิภาพ และสร้างการบริการที่ซับซ้อน 2. การทำงานในลักษณะที่เป็นหน่วยงานเล็กอาจลดประสิทธิภาพ และคุณภาพสำหรับบางพื้นที่ 3. ผลกระทบข้างเคียงจากการตัดสินใจจากหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง อาจมีผลเสียที่มีผลกระทบถึงการทำงานของหน่วยงานอื่น เช่น การแย่งกันในด้านทรัพยากร และคนไข้

ที่มา Saltman, Bankauskaite, and Vrangbaek (2007)

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ และการกระจายอำนาจของประเทศไทย

การทำความเข้าใจแนวทางการบริหารงานภาครัฐนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องคำนึงถึงขอบเขตอำนาจ และตัวแสดงที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการภาครัฐ ประกอบไปด้วยมิติทางการปกครองหลายระดับ ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ ประกอบไปด้วย รัฐ (State) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ส่วน คือ ประชากร ดินแดน รัฐบาล และอำนาจอธิปไตย (Sovereign Power) โดยภายใต้การบริหารงานในรูปแบบของรัฐสามารถแบ่งได้เป็น 2 สถาบันหลัก ได้แก่

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

ข้อสังเกตสำคัญของหน่วยการปกครอง คือ รัฐบาล ถือเป็นหน่วยทางการเมืองการปกครองซึ่งมีความรับผิดชอบ (Accountability) ต่อประชาชนโดยตรง ผ่านระบบการเลือกตั้ง โดยมีระบบราชการ ได้แก่ กระทรวง ทบวง กรม และข้าราชการเป็นผู้ปฏิบัติการตามแนวทางการบริหารงานของรัฐบาล แม้วาระบบราชการจะอยู่ใต้บังคับบัญชาของรัฐบาลแต่การเปลี่ยนแปลงรัฐบาลสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ขณะเดียวกันการทำงานของราชการกลับไม่ได้ยุติบทบาทการดำเนินงานของตนเองตามไปด้วย ดังนั้น บทบาทการให้บริการสาธารณะของระบบราชการจึงถือเป็นแกนหลักในการระดมทรัพยากรและกระจายทรัพยากรต่างๆ ให้แก่ประชาชนอย่างเป็นกลไก

สำหรับการบริหารงานภาครัฐของประเทศไทย พบว่า สามารถแยกโครงสร้างการบริหารออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ การบริหารงานส่วนกลาง การบริหารงานส่วนภูมิภาค และการบริหารงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- 1) ส่วนกลาง ได้แก่ สำนักนายกรัฐมนตรี หน่วยงานระดับกระทรวง ทบวง กรม ปฏิบัติหน้าที่ในระดับนโยบายตามแนวทางของรัฐบาล ถือได้ว่าเป็นการบริหารงานภาครัฐแบบรวมอำนาจ (Centralization)
- 2) ส่วนภูมิภาค ทำหน้าที่รับคำสั่งจากส่วนกลาง และนำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ ตามหลักการแบ่งอำนาจหน้าที่ (Deconcentration) ถือเป็นหลักการแบ่งอำนาจทางการบริหารที่มีความเข้มข้นน้อยที่สุดโดยเป็นเพียงการถ่ายโอนความรับผิดชอบจากรัฐบาลไปยังหน่วยงานราชการส่วนภูมิภาค ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐบาลทั้งหมด สำหรับประเทศไทย การบริหารงานส่วนภูมิภาคนั้นเป็นไปตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2545 โดยอำนาจในการบริหารงานระดับพื้นที่ หรือภูมิภาคนั้นมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้ใช้อำนาจสูงสุดภายใต้หน่วยการปกครองระดับจังหวัด และมีหน่วยการปกครองระดับรองลงมา ได้แก่ อำเภอ นอกจากนี้ ยังมีการบริหารงานระดับย่อย ได้แก่ ตำบลและหมู่บ้าน
- 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจบริหารจัดการอย่างอิสระตามขอบเขตที่รัฐบาลกระจายอำนาจให้เพื่อทำหน้าที่ให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบการบริหารงานของ อปท. เป็นไปตามหลักการกระจายอำนาจ (Decentralization) คือ การปกครองที่เกิดจากการที่รัฐบาลกระจายอำนาจและหน้าที่ความรับผิดชอบไปให้องค์กรในระดับท้องถิ่น ซึ่งมีความเป็นอิสระพอสมควรภายใต้การกำกับของรัฐบาล และเป็นการปกครองที่เกิดขึ้นเพื่อสนองตอบความต้องการและแก้ปัญหาของประชาชนในพื้นที่

โครงสร้างการบริหารงานภาครัฐข้างต้นทำให้วิธีการดำเนินงานในแต่ละภาคส่วนมีความสัมพันธ์กันทั้งในเชิงงบประมาณ นโยบาย และการให้บริการสาธารณะ โดยความเชื่อมโยงระหว่างรัฐบาลและส่วนราชการระดับภูมิภาคจะมีความสัมพันธ์โดยตรงตามสายบังคับบัญชาเพื่อบริหารงานในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐยังมีความเชื่อมโยงไปยัง อปท. ผ่านภารกิจต่างๆ และงบประมาณที่ อปท. ได้รับจัดสรรจากรัฐบาลในส่วนหนึ่งด้วยเช่นกัน

สำหรับกรอบกฎหมายสำคัญที่เป็นเงื่อนไขในการกำหนดโครงสร้างการกระจายอำนาจในปัจจุบันประกอบด้วย 2 ระดับ คือ 1) กรอบกฎหมายในระดับรัฐธรรมนูญ และ 2) กรอบกฎหมายเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจ มีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 กรอบกฎหมายในระดับรัฐธรรมนูญ

กฎหมายรัฐธรรมนูญนั้นถือเป็นกฎหมายหลักของประเทศซึ่งแนวทางการกระจายอำนาจ นั้นปรากฏอย่างชัดเจนนับตั้งแต่รัฐธรรมนูญปี 2540 เป็นต้นมา สาระสำคัญที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจ มีดังต่อไปนี้

1) การปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้รัฐธรรมนูญ 2540

ภายใต้บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ 2540 ถือได้ว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่สำคัญกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างแท้จริง เนื่องจากได้กำหนดกฎเกณฑ์อำนาจหน้าที่และความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรการปกครองแต่ละระดับไว้ ตลอดจนออกแบบกลไกการตรวจสอบควบคุม การใช้ อำนาจรัฐ ขณะเดียวกัน ถือเป็นกฎหมายที่มีการกำหนดโครงสร้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างชัดเจน เพื่อสร้างหลักประกันให้แก่กระบวนการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่าจะสามารถ ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยมีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งสิ้น 15 มาตรา ใน 3 หมวด ได้แก่

ตารางที่ 2.4 รายละเอียดข้อบัญญัติกฎหมายรัฐธรรมนูญ 2540 ที่เกี่ยวข้องกับ การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หมวด	มาตรา
หมวดสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย	มาตรา 43 53 58 และ 59
หมวดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ	มาตรา 78 และ 79
หมวดการปกครองส่วนท้องถิ่น	มาตรา 282 – 290

ที่มา: กฎหมายรัฐธรรมนูญ 2540

สาระสำคัญของรัฐธรรมนูญ 2540 สามารถจำแนกเนื้อหาที่เป็นแม่บทของกระบวนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกเป็น 5 ประเด็น ได้แก่

- **การกำหนดแนวทางการกระจายอำนาจของท้องถิ่น** ตามมาตราที่ 78 หมวดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ได้กำหนดแนวทางการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นมีสิทธิในการพึ่งตนเองในการให้บริการสาธารณะในพื้นที่ อาทิ กิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจ และให้บริการสาธารณสุขโรค

ตลอดจนโครงสร้างพื้นฐานได้ และให้ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการของท้องถิ่น

- **การกำหนดหลักประกันความเป็นอิสระของท้องถิ่น** ตามมาตราที่ 282 หมวดการปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐธรรมนูญได้รับรองอำนาจของ อบท. ให้สามารถกำหนดนโยบายปกครอง การคลัง และบุคลากรภายในพื้นที่ได้
- **การกำหนดสิทธิในการจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** ตามมาตรา 283 วรรค 1 หมวดการปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งให้สิทธิท้องถิ่นในการปกครองตนเอง และมีสิทธิในการจัดตั้งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- **การกำหนดหลักการกำกับดูแลท้องถิ่น** ตามมาตรา 283 วรรค 2 หมวดการปกครองส่วนท้องถิ่น มีการบัญญัติในส่วนของกลไกการกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นความว่า “การกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องทำเท่าที่จำเป็นตามที่กฎหมายบัญญัติ แต่ต้องเป็นไปเพื่อคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือประโยชน์ของประเทศเป็นส่วนรวม ทั้งนี้ จะกระทบถึงสาระสำคัญแห่งหลักการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น หรือนอกเหนือจากที่กฎหมายบัญญัติไว้ไม่ได้” ดังนั้นแล้ว การกำกับดูแลในพื้นที่นั้นเมื่อมีเงื่อนไขที่การกำกับดูแลต้องมีกฎหมายบัญญัติรองรับอย่างชัดเจนเท่านั้น และมีเป้าหมายเพื่อคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น
- **การกำหนดหลักการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชนในท้องถิ่น** รัฐธรรมนูญ 2540 ได้เปิดช่องทางในการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ในหลายกรณี อาทิ
 - ตามมาตรา 285 หมวดการปกครองส่วนท้องถิ่น การกำหนดให้สมาชิกสภาท้องถิ่นทั้งหมดโดยตรง และคณะผู้บริหารมาจากการเลือกตั้งโดยตรงของประชาชน หรือมาจากความเห็นชอบของสภา
 - ตามมาตรา 286 หมวดการปกครองส่วนท้องถิ่น เปิดโอกาสให้ประชาชนในท้องถิ่นมีสิทธิที่จะถอดถอนสมาชิกสภาท้องถิ่น หรือคณะผู้บริหารท้องถิ่นออกจากตำแหน่งได้
 - ตามมาตรา 287 เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าชื่อร้องขอต่อประธานสภาท้องถิ่นเพื่อให้พิจารณาขอบัญญัติท้องถิ่นได้
 - ตามมาตรา 53 หมวดสิทธิเสรีภาพของชนชาวไทย ได้ให้สิทธิแก่ประชาชนในการรับทราบข้อมูลข่าวสารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและให้มีส่วนร่วมในการทำประชาพิจารณ์ตามกฎหมาย

2) กฎระเบียบข้อบังคับที่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโครงสร้างการบริหารจัดการของปกครองส่วนท้องถิ่นระหว่างการใช้รัฐธรรมนูญ 2540

ในช่วงระหว่างปี 2540 - 2549 ภายใต้การบังคับใช้รัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าว ได้มีการตรากฎหมาย การปรับปรุง และการยกเลิกกฎหมาย เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกิดขึ้นภายหลังประกาศใช้รัฐธรรมนูญ 2540 อันประกอบด้วย การตราพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2542 การตราพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติเปลี่ยนแปลงฐานะสุขาภิบาลเป็นเทศบาลตำบล ซึ่งกฎหมายดังกล่าวส่งผลให้โครงสร้างภายในขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมาก เพื่อให้การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นการปกครองโดยประชาชนในท้องถิ่นอย่างแท้จริง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- **การยกเลิกการบริหารงานท้องถิ่นแบบสุขาภิบาล** มีการตราพระราชบัญญัติเปลี่ยนแปลงฐานะสุขาภิบาลเป็นเทศบาล พ.ศ. 2542 ทำให้สุขาภิบาลทั้งหมดถูกยกฐานะเป็น “เทศบาลตำบล” นับเป็นการสิ้นสุดการปกครองท้องถิ่นรูปแบบสุขาภิบาลนับตั้งแต่มีการก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2495 และทำให้รูปแบบการปกครองท้องถิ่นของไทยลดลงเหลือ 5 รูปแบบ คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา
- **การเปลี่ยนแปลงการได้มาซึ่งสมาชิกสภา และผู้บริหารเมืองพัทยา** กล่าวคือ มีการตราพระราชบัญญัติระเบียบบริหารเมืองพัทยา พ.ศ.2542 กำหนดให้เมืองพัทยาประกอบด้วย สภาเมืองพัทยา มาจากการเลือกตั้งของประชาชนในเขตเมืองพัทยา และให้นายกเมืองพัทยามาจากการเลือกตั้งโดยตรงของประชาชนในเขตเมืองพัทยา
- **การเปลี่ยนแปลงการได้มาซึ่งสมาชิกสภา และผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล** มีการตราพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่3) พ.ศ. 2542 ที่กำหนดให้สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลมาจากการเลือกตั้ง หมู่บ้านละ 2 คน และให้มีคณะกรรมการบริหารที่ประกอบด้วย ประธานกรรมการ 1 คน และกรรมการบริหารอีก 2 คน ต่อมาได้มีการบัญญัติพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่4) พ.ศ. 2546 ได้กำหนดให้มีการเปลี่ยนชื่อตำแหน่งประธานกรรมการบริหารเป็น “นายกองค์การบริหารตำบล” และเปลี่ยนชื่อกรรมการบริหารเป็น “รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล” โดยฝ่ายบริหารเหล่านี้มาจากมติของสภาองค์การบริหารส่วนตำบล

3) บทบัญญัติรัฐธรรมนูญ 2550

แม้ว่าปัจจุบันกฎหมายสูงสุดของไทยนั้น คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 แต่ในแง่ของการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น มีรากฐานทางกฎหมายที่สำคัญมาตั้งแต่การใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 โดยมีการออกกฎหมายระดับรองอีกหลายฉบับเพื่อรองรับกระบวนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ

แม้ว่าจะมีการรัฐประหารในปี 2549 อันนำไปสู่การยกเลิกการใช้กฎหมายรัฐธรรมนูญ 2540 และมีการตรากฎหมายรัฐธรรมนูญ 2550 ขึ้นใช้แทน แต่ในแง่ของการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว ก็ยังพบว่า รัฐธรรมนูญ 2550 ยังคงมีเจตนารมณ์มุ่งส่งเสริมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง โดยมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่เป็นลายลักษณ์อักษร ดังต่อไปนี้

- **การกำหนดหลักการให้ความเป็นอิสระแก่ท้องถิ่น** ภายใต้รัฐธรรมนูญ 2550 ตามมาตรา 281 ได้บทบัญญัติเกี่ยวกับการให้ความเป็นอิสระแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น อีกทั้งจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณะและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา ประกอบกับมาตรา 283 บัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบาย การบริหาร การจัดบริการสาธารณะ การบริหารงานบุคคล การเงินและการคลัง และมีอำนาจหน้าที่ของตนเองโดยเฉพาะ
- **การกำหนดหลักการกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** ตามมาตรา 282 ให้อำนาจในการกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น ทั้งนี้ต้องมีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ชัดเจน สอดคล้องตามความเหมาะสมของแต่ละท้องถิ่น
- **การกำหนดหลักการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชนในท้องถิ่น** ตามมาตรา 284 ให้สิทธิแก่ประชาชนในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการปกครองตนเองโดยได้เปิดโอกาสให้ประชาชนเป็นผู้เลือกตั้งสมาชิกสภาท้องถิ่น คณะผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่น ประกอบกับมาตรา 285 ประชาชนในท้องถิ่นสามารถลงคะแนนเสียงถอดถอนสมาชิกสภาท้องถิ่น คณะผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่นพ้นจากตำแหน่งได้หากเห็นว่าสมาชิกสภาท้องถิ่น คณะผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่นไม่ปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น

กล่าวโดยสรุป ผลจากการบังคับใช้กฎหมายรัฐธรรมนูญ ทั้งฉบับ 2540 และ 2550 เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกติกา (Rule of the Game) ของระบบราชการอย่างมาก ทั้งในเรื่องของการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเชิงสถาบันในการบริหารจัดการภาครัฐเกิดความคล่องตัวในการให้บริการสาธารณะที่สูงขึ้น และ การทำให้สามารถนำทรัพยากรมาใช้ผลิตบริการสาธารณะอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งสามารถกำหนดประเภทบริการสาธารณะที่ตอบสนองและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

2.1.2 กรอบกฎหมายเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจ

กฎหมายหลักที่ใช้ในการขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจ ของไทย ประกอบไปด้วย กฎหมายสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2542 แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2543 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2542

ภายใต้รัฐธรรมนูญ 2540 ตามมาตรา 284 ได้กำหนดให้ต้องมีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่โครงสร้างและกระบวนการจัดสรรงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจให้แก่โครงสร้างและกระบวนการจัดสรรงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง กล่าวได้ว่าเป็นการสร้างแผนแม่บทและกำหนดวาระของการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นแนวนโยบายแห่งรัฐที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามมาตรา 16 มาตรา 17 และมาตรา 18 โดยกำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตน โดยถือว่าการจัดการด้านสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของบริการสาธารณะด้วย ผลที่เกิดขึ้นในเบื้องต้นจากการบัญญัติ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนฯ 2542 จึงถือเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอำนาจในการทำหน้าที่ของระบบราชการระหว่างรัฐบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมทั้ง กำหนดอำนาจหน้าที่ของโครงสร้างและกระบวนการจัดสรรงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างชัดเจน ซึ่งต้องรับการถ่ายโอนภารกิจมาจากหน่วยงานราชการต่างๆ ที่เป็นเจ้าของภารกิจเดิม

ขณะเดียวกัน พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนฯ 2542 ที่เกิดขึ้นนั้นมีผลให้เกิดการตั้งองค์กรเพื่อทำหน้าที่ขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรมและมีความต่อเนื่อง โดยกำหนดให้เมืององค์กรที่รับผิดชอบโดยเฉพาะในเรื่องการกำหนดทิศทางการกระจายอำนาจฯ คือ สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สกล.) ภายใต้สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระบวนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ (กกถ.) ขึ้นเพื่อบริหารงานจัดการและขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจฯ ซึ่งมาจากหลายภาคส่วน

อย่างไรก็ดี อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ หรือ กกถ. นั้นมีอยู่อย่างจำกัด¹ เนื่องจาก เมื่อพิจารณาจากการคัดเลือกคณะกรรมการ กกถ. พบว่า กรรมการที่ได้รับแต่งตั้งนั้นมาจากหลายภาคส่วน เรียกว่า “ไตรภาคี” โดยมีทั้งผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบไปด้วย

- นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรี ซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมาย ดำรงตำแหน่งในฐานะประธาน
- กรรมการโดยตำแหน่งจากหน่วยงานภาครัฐ จำนวน 11 คน ประกอบด้วย ฝ่ายการเมืองและฝ่ายข้าราชการประจำ ได้แก่
 - ฝ่ายการเมือง ซึ่งดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงในตำแหน่งผู้บริหารสูงสุดของกระทรวง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง และกระทรวงศึกษาธิการ
 - ฝ่ายข้าราชการประจำ ซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูงจากหน่วยงานราชการต่างๆ ได้แก่ ปลัดและอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นของกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เลขาธิการ ก.พ. และผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ
- กรรมการผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 12 คน
 - องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 2 คน
 - เทศบาล 3 คน

¹ Suwanmala, Charas and Weist, Dana. Thailand's Decentralization: Progress and Prospects. In Ichimura. Shinichi and Bahl, Roy. Decentralization Policies in Asian Development. California: World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd, 2009.

- องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 5 คน
- กรุงเทพมหานคร 2 คน
- เมืองพัทยา 2 คน
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านการบริหารราชการแผ่นดิน ด้านการพัฒนาท้องถิ่น ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านการปกครองส่วนท้องถิ่นในสาขารัฐศาสตร์หรือรัฐประศาสนศาสตร์ และด้านกฎหมาย จำนวน 12 คน

จากโครงสร้างของ กกถ. เมื่อจำแนกภาคส่วนต่างที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายการกระจายอำนาจฯ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มนักการเมืองระดับชาติ กลุ่มข้าราชการประจำ และกลุ่มนักการเมืองท้องถิ่น ซึ่งส่งผลดีในแง่การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการกำหนดนโยบายได้รอบด้านและตอบสนองความต้องการของแต่ละภาคส่วน อย่างไรก็ตาม ข้อสังเกตสำคัญเมื่อพิจารณากรรมการที่มาจากกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐซึ่งเป็นตัวแทนจากแต่ละกระทรวง ซึ่งโดยสภาพการทำงานตามสายบังคับบัญชาแล้วย่อมมีแนวโน้มข้อเสนอแนะนโยบายไปในทิศทางเดียวกันกับข้าราชการฝ่ายการเมือง เนื่องจาก ตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการทั้ง 4 กระทรวงในฐานะผู้บริหารสูงสุดย่อมมีอำนาจในการกำหนดทิศทางการทำหน้าที่ของข้าราชการภายใต้สังกัด ซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มผลประโยชน์ภายในโครงสร้าง กกถ. นั้นเอง ส่งผลให้ในทางปฏิบัติจึงเป็นเรื่องของฝ่ายนักการเมืองระดับชาติ ฝ่ายนักการเมืองท้องถิ่น และฝ่ายผู้ทรงคุณวุฒิหรือกลุ่มนักวิชาการ ที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายการกระจายอำนาจฯ

อย่างไรก็ดี บทบาทของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒินั้นไม่อาจทำได้โดยง่าย เนื่องจากไม่ใช่กลุ่มที่มีอำนาจในการบริหารงานภาครัฐและกำหนดทางปฏิบัติงานจากระดับนโยบายโดยตรง ดังนั้น ในกรณีที่อาจมีความเห็นในคณะกรรมการการกระจายอำนาจแตกต่างจากคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากนักการเมืองทั้งระดับชาติ และระดับท้องถิ่น รวมถึงข้าราชการจากหน่วยงานภาครัฐก็อาจจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแนวทางหรือนโยบายของ กกถ. ได้มากนัก

2) แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2543

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กระบวนการกระจายอำนาจตามแนวทางของ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ 2542 อย่างมีประสิทธิภาพจึงมีการกำหนดแผนกระบวนการกระจายอำนาจ 2543 ขึ้นเพื่อกำหนดกลยุทธ์ (Tactics) ของการกระจายอำนาจฯ รองรับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ และเพื่อให้การแปลงแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติสามารถดำเนินการอย่างมีแบบแผนทิศทางเดียวกัน อีกทั้ง เมื่อ

เกิดเหตุการณ์ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ตามแต่ละสถานการณ์ก็จะสามารถทำการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการดำเนินการในแต่ละภาคส่วนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละช่วงเวลาได้ดียิ่งขึ้น

3) แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แผนปฏิบัติการมีเป้าหมายเพื่อดำเนินการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น พบว่า การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขนั้นอยู่ภายในภารกิจ "ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต และด้านการสาธารณสุข" ได้แก่ การสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เป็นภารกิจที่ต้องถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา

แผนภาพที่ 2.1 การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 มาตรา 17 และมาตรา 18

- กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะ

แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543

- กำหนดวิสัยทัศน์ กรอบแนวคิด วัตถุประสงค์ เป้าหมายและแนวทาง การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- กำหนด ให้ภารกิจด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ด้านการสาธารณสุข ได้แก่ การสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เป็นภารกิจที่ต้องถ่ายโอน

2.2 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ

แนวความคิดให้บริการด้านสาธารณสุข โดยตัวแบบที่มีการนำเสนอส่วนใหญ่เป็นสามกลุ่มหลัก (ศูนย์บริการวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2550) คือ รูปแบบที่ 1 คือ การให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (National Health Service Model) เป็นการให้บริการและสนับสนุนทางการเงินจากภาครัฐ แหล่งเงินทุนที่สำคัญมาจากภาษี ซึ่งตัวอย่างของประเทศที่ใช้ระบบนี้ คือ สหราชอาณาจักร สเปน และญี่ปุ่น รูปแบบที่ 2 คือ การให้บริการจากภาคเอกชนเป็นหลัก (Entrepreneurial Model) เป็นรูปแบบที่ประชาชนสมัครใจที่จะซื้อหลักประกันสุขภาพโดยการสนับสนุนทางการเงินอาจมาได้จากทั้งภาคเอกชนและภาครัฐ ประเทศที่เป็นตัวอย่างของระบบนี้คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา และ รูปแบบที่ 3 คือรูปแบบที่ผสมระหว่างแบบแรกและแบบที่สอง (Mandated Insurance Model) คือการที่หลักประกันสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากภาครัฐหรือเอกชน แต่ให้เอกชนเป็นผู้ให้บริการ ซึ่งแบ่งได้อีก 2 กลุ่มคือ รูปแบบของ ผู้จ่ายรายเดียว (National Health Insurance/Single Payer Model) เช่น ประเทศแคนาดาและสวีเดน และรูปแบบของผู้จ่ายหลายราย (National Health Insurance/Multi-Payer Model) เช่นประเทศเยอรมันและฝรั่งเศส

ตารางที่ 2.5 เป็นการสรุปรูปแบบของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศในยุโรปและแคนาดาในด้านของความรับผิดชอบ (Accountability) ในภารกิจด้านต่างๆ ได้แก่ การหาเงินสนับสนุนภาครัฐ การมีโรงพยาบาลในเครือหรือระบบสัญญา (Contract) การมีโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ สถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะยาว การมีสถานีนานามัย และจำแนกระดับของการปกครองได้แก่ รัฐบาลกลาง (Central Government) ระดับเขตหรือจังหวัด (Region or Province) รัฐบาลท้องถิ่น (Local Government) หน่วยรับผิดชอบระบบสาธารณสุข (Regional Health Authorities) ในระบบของประเทศไทยน่าจะเทียบเคียงได้จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กองทุนสำหรับผู้ป่วย (Sickness Fund) และภาคเอกชน (Private) (Saltman, Bankauskaite, and Vrangbaek, 2007) จากตารางที่ 2.5 นี้บ่งชี้ว่าในแต่ละประเทศมีรูปแบบของภารกิจที่ให้องค์กรในแต่ละระดับรับผิดชอบที่ต่างกัน โดยแต่ละประเทศที่ยกมาแสดงให้เห็นว่าภารกิจในการมีสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในระยะยาว การมีสถานีนานามัยในลักษณะ Primary และการจัดระบบสาธารณสุขในลักษณะระบบสัญญาเป็นภารกิจของรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งภารกิจเหล่านี้เมื่อเทียบกับประเทศไทยก็มีลักษณะที่ไม่แตกต่างกันมาก

ตารางที่ 2.5 ระดับและความรับผิดชอบด้านสุขภาพในกลุ่มประเทศยุโรปและแคนาดา (2004)

ประเทศ	ระดับ ¹	ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ (Accountability)					
		การหา เงิน สนับสนุน (ภาครัฐ)	โรงพยาบาล ในเครือ (Contracts hospitals)	โรงพยาบาล ระดับ ทุติยภูมิ (Owns secondary hospitals)	สถานพยาบาล ดูแลผู้ป่วย ระยะยาว (Owns long- term care institutions)	สถานี อนามัย (Owns primary care centres)	ค่าใช้จ่าย General Practice s
Canada	Central government						
	Regions(<i>Provinces and Territories</i>)	X	X				
	Regional Health Authorities			X	X	X	
	Local government				X		X
Denmark	Central government						
	Regions(<i>Amter</i>)	X	X	X		X	X
	Local government (<i>Kommune</i>)				X		
	Private				X		
Germany	Central government						
	Regions(<i>Länder</i>)			X			
	Districts(<i>Regierungsbezirke</i>)						
	<i>Kreisfreie Städte/</i>			X			
	<i>Landkreise</i>						
	<i>Ämter/</i>						
	<i>Gemeindeverbände</i>			X	X		
	Local government (<i>Gemeinden/Städte</i>)	X	X				
	Sickness funds			X	X	X	X
	Private						
Hungary	Central government	X		X	X		
	Regions(Regional Health Cuncils)	X	X				
	Districts(<i>Megye and Megyei</i>			X	X		

ประเทศ	ระดับ ¹	ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ (Accountability)					
		การหา เงิน สนับสนุน (ภาครัฐ)	โรงพยาบาล ในเครือ (Contracts hospitals)	โรงพยาบาล ระดับ ทุติยภูมิ (Owns secondary hospitals)	สถานพยาบาล ดูแลผู้ป่วย ระยะยาว (Owns long- term care institutions)	สถาน อนามัย (Owns primary care centres)	ค่าใช้จ่าย General Practice s
	Jogú Város) Local governments Sickness funds Private			X	X	X	X
The Netherlands	Central government Regions(Provincies) Local governments (Gemeenten) Sickness funds Private	X	X	X	X	X	X
Norway	Central government Health Regions(Helse) Regions (Fylker) Local government (Kommuner) Private	X	X	X	X	X	X
Poland	Central government Regions(Wojewodztwa) Districts(Powiaty) Local government (Gminy) Private Sickness funds	X	X	X	X	X	X
Russian Federation	Central government Regions(Oblasts,, Republics) Local government (Municipalities) Sickness funds	X	X	X	X	X	X

ประเทศ	ระดับ ¹	ความรับผิดชอบด้านสุขภาพ (Accountability)					
		การหา เงิน สนับสนุน (ภาครัฐ)	โรงพยาบาล ในเครือ (Contracts hospitals)	โรงพยาบาล ระดับ ทุติยภูมิ (Owns secondary hospitals)	สถานพยาบาล ดูแลผู้ป่วย ระยะยาว (Owns long- term care institutions)	สถานี อนามัย (Owns primary care centres)	ค่าใช้จ่าย General Practice s
	Private						
Sweden	Central government						
	Regions (<i>Landstring</i>)	X	X	X		X	X
	Local government (<i>Kommuner</i>)				X		
	Private						
Switzerland	Central government						
	Regions (<i>Kantone</i>)			X			
	District (<i>Bezirke</i>)						
	Local government (<i>Gemeinden</i>)				X	X	
	Sickness funds	X	X				
	Private			X	X	X	X
United Kingdom	Central government	X					
	Regions (<i>Countries</i>)						
	Health Boards		X	X		X	
	Local governments				X		
	Private				X	X	X

ที่มา Saltman, Bankauskaite, and Vrangbaek (2007)

Note: ¹Sickness funds are included because they are sometimes important fundraisers, contractors and health care institution owners. While some predominantly tax-based countries (such as Portugal) also have sickness funds, we excluded these as they are perceived to play a less important role in these countries.

ตารางที่ 2.6 แสดงรูปแบบการตัดสินใจด้านงบประมาณในด้านเงินสนับสนุนด้านสาธารณสุขของประเทศกลุ่มยุโรป โดยมีประเด็นที่พิจารณา คือ กลไกหลักด้านการเงิน (สัดส่วนต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ) การตัดสินใจบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข บทบาทของสถานิติบัญญัติ ขั้นตอนการตัดสินใจ และผู้มีอำนาจตัดสินใจ (Ettelt, Nolte, Nikolentzos, and Mays, 2008) โดยบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขคือ การรวบรวม

งบประมาณจากรัฐบาลกลางหรือการเป็นที่ปรึกษาโดยบทบาททางตรงที่มีต่อโครงการในการดำเนินการของรัฐบาลท้องถิ่นมีอยู่จำกัด และความสำคัญของการพิจารณาในด้านอัตราภาษีและการเจรจากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านของงบประมาณจะเป็นบทบาทของรัฐสภา และอำนาจในการตัดสินใจนั้นขึ้นกับรัฐสภา สำหรับตารางที่ 2.7 เป็นการนำเสนอถึงการจัดตั้งงบประมาณด้านสาธารณสุขในระดับประเทศของประเทศในยุโรป โดยรัฐสภายังเป็นสถาบันที่มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจ โดยมีกระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดสรรและเจรจางบประมาณกับท้องถิ่น โดยในการตั้งงบประมาณส่วนใหญ่เป็นการตั้งแบบปีต่อปี

รูปแบบการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขในประเทศกลุ่มยุโรปใช้การจัดสรรทรัพยากรจากส่วนกลางไปยังท้องถิ่น ยกเว้นกรณีของประเทศเยอรมันที่มีการจัดตาม Capitation ของจำนวนผู้ป่วย การตัดสินใจในวงเงินจะมีการกำหนด DRG ที่เป็นบทบาทสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในด้านการจัดสรรทรัพยากรคือกระทรวงสาธารณสุขและการกระจายหรือตกลงประโยชน์จะทำระหว่างคู่สัญญาคือผู้ได้รับประโยชน์ในกระบวนการจัดสรรทรัพยากร การสรุปในประเด็นการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขของประเทศในยุโรป นำเสนอในตารางที่ 2.8

สำหรับการกำหนดราคาค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลในประเทศกลุ่มยุโรปอาจมีความแตกต่างกันไม่มาก เนื่องจากมีการใช้ระบบ DRG เป็นฐานในการประเมิน โดยบทบาทที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขคือการประเมินและปรับให้มีความเป็นปัจจุบัน โดยรัฐสภาจะมีบทบาทที่น้อยในการเรื่องการกำหนดราคาค่ารักษาของสถานพยาบาลที่รัฐบาลท้องถิ่นดูแล การสรุปในประเด็นการตัดสินใจในการตั้งราคาสำหรับโรงพยาบาลรัฐที่ได้รับเงินสนับสนุนในกลุ่มประเทศยุโรปเสนอในตารางที่ 2.9

ตารางที่ 2.6 การตัดสินใจด้านงบประมาณในด้านเงินสนับสนุนด้านสาธารณสุข

ประเด็น	เดนมาร์ก	ฟินแลนด์	ฝรั่งเศส	เยอรมนี	อิตาลี	นิวซีแลนด์	สเปน
กลไกหลักด้านการเงิน (สัดส่วนต่อค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพ)	ภาษีจากส่วนกลาง และ ท้องถิ่น (เทศบาล) (84.1%)	ภาษีจากส่วนกลาง และ ท้องถิ่น (เทศบาล) รวมถึง เงินสนับสนุนจาก ประกันสุขภาพ ระดับประเทศ * (78%)	เงินสนับสนุนภาค บังคับที่มาจาก รายได้ (74.9%)	เงินสนับสนุนภาค บังคับที่มาจาก ประกันสังคมขึ้นอยู่กับ ระดับของ รายได้* (67.4%)	ภาษีจากส่วนกลาง และ เขตปกครอง (76.4%)	ภาษีจากส่วนกลาง* (78.1%) และ โครงการ Accident Compensation Scheme (ACC)	ภาษีจากส่วนกลาง และ เขตปกครอง (66.5%)
การตัดสินใจ	ภาษีส่วนกลาง: กระทรวงต่างๆนำโดย กระทรวงการคลัง ภาษีท้องถิ่น (เทศบาล): กระทรวงการคลัง และ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ ในแต่ละท้องถิ่น	รัฐบาล เทศบาล และองค์กรที่ดูแล ประกันสังคม ภายใต้อำนาจของ รัฐสภา	กระทรวงต่างๆได้แก่ กระทรวงการคลัง กระทรวง สาธารณสุข	เงินสนับสนุนใช้ใน Individual sickness funds โครงการ Risk equalization scheme ดำเนินการโดย Federal Insurance Office	กระทรวง สาธารณสุข และ กระทรวงการคลัง เขตปกครอง	กระทรวงต่างๆนำ โดย กระทรวงการคลัง	สำนักสภาที่ดูแลด้าน การเงินและนโยบาย การเงินของชาติ และเขตปกครอง
บทบาทของกระทรวง สาธารณสุข	รวบรวมงบประมาณ สาธารณสุขจากรัฐบาล กลาง	รวบรวม งบประมาณ สาธารณสุขจาก รัฐบาลกลาง	บทบาทที่ปรึกษา	เงินสนับสนุน: ไม่มี บทบาท โครงการ Risk equalization	รวบรวมงบประมาณ สาธารณสุขจาก รัฐบาลกลาง	รวบรวมงบประมาณ สาธารณสุขจาก รัฐบาลกลาง ตั้งสัดส่วน สนับสนุนกับ	รวบรวมงบประมาณ สาธารณสุขจาก รัฐบาลกลาง

ประเด็น	เดนมาร์ก	ฟินแลนด์	ฝรั่งเศส	เยอรมนี	อิตาลี	นิวซีแลนด์	สเปน
				scheme: ไม่สามารถมีบทบาททางตรงกับโครงการ		กระทรวงที่เกี่ยวข้องต่างๆ	
บทบาทของสถานิติบัญญัติ	อนุมัติ อดตราภาษีจากส่วนกลางและท้องถิ่น (Annual Finance Act)	รัฐสภาอนุมัติงบประมาณประจำปีในแต่ละมลรัฐ	รัฐสภาอนุมัติ อัตราภาษี (rates for payroll and general taxes) จัดสรรไว้สำหรับเงินสนับสนุนประกันสุขภาพ (Statutory health insurance funding)	Social code Book V บทบาท ของผู้ได้รับประโยชน์ (stakeholders) และกรอบแนวคิดในส่วนของอัตราเงินสนับสนุน	รัฐสภาอนุมัติงบประมาณประจำปี อัตราภาษีที่มีการตั้งโดยส่วนกลางและ เขตปกครอง	รัฐสภาอนุมัติงบประมาณประจำปีที่มีการเจรจาต่อรองโดยกระทรวงที่เกี่ยวข้อง	Act 21/2001 กำหนดความรับผิดชอบด้านภาษีระหว่างส่วนกลางและเขตปกครอง
ขั้นตอนการตัดสินใจ	ทุกปี ขึ้นอยู่กับการตกลงระหว่างผู้ได้รับผลประโยชน์	การตกลงระหว่างกระทรวงต่างๆ การเห็นชอบโดยรัฐสภา ส่วนภาษีจากท้องถิ่นจะมีการตัดสินใจโดยสภาเทศบาล	การตกลงระหว่างกระทรวงต่างๆ การเห็นชอบโดยรัฐสภา	การตัดสินใจจากระดับเงินสนับสนุนรายคน (individual fund level)	ทุกปี การตกลงระหว่างกระทรวง สาธารณสุข และภาคเขตปกครองด้านสาธารณสุข	การตกลงระหว่างกระทรวงต่างๆ การเห็นชอบโดยรัฐสภา	การเห็นชอบโดยรัฐสภา
ผู้มีอำนาจตัดสินใจ	รัฐสภา	รัฐสภา สภาเทศบาล	รัฐสภา	Social courts	รัฐสภา	รัฐสภา	รัฐสภา

Note: *Employers and employees contributions; source for national expenditure data: OECD health Data, 2007

ที่มา: Ettelt, Nolte, Nikolentzos, and Mays (2008)

ตารางที่ 2.7 การจัดตั้งงบประมาณด้านสาธารณสุขในระดับประเทศของประเทศในยุโรป

ประเทศ	เดนมาร์ก	ฟินแลนด์	ฝรั่งเศส	เยอรมนี	อิตาลี	นิวซีแลนด์	สเปน
ลักษณะของงบประมาณ	งบประมาณระดับชาติด้านสาธารณสุขมีทุกปี	งบประมาณระดับชาติด้านสาธารณสุขมีทุกปี	งบประมาณระดับชาติด้านค่าใช้จ่ายสูงสุดที่กำหนดผ่านประกันสุขภาพของรัฐมีทุกปี	งบประมาณสำหรับผู้ให้บริการสาธารณสุข (ambulatory & hospital care) มีการกำหนดทางกฎหมาย	งบประมาณระดับชาติด้านสาธารณสุขมีทุกปี	งบประมาณระดับชาติด้านสาธารณสุขมีทุกปี	งบประมาณระดับชาติด้านสาธารณสุขมีทุกปี
การตัดสินใจ	กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข และเขตปกครอง (Danish Regions, National Association of Local Authorities)	รัฐสภา , เขตเทศบาล และ	รัฐสภากระทรวง ที่, รับผิดชอบด้านเศรษฐกิจ การคลัง และนโยบายสาธารณะ, 'Alert' Committee, National Health Conference (ที่ปรึกษา)	Associations of sickness funds, association of SHI physicians, German Hospital Association	กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข และ เขตปกครอง	กระทรวงการคลัง และ กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข และ เขตปกครอง
บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข	บทบาททางตรงในการตกลงด้านงบประมาณ	บทบาททางตรงในการตกลงด้านงบประมาณ	บทบาทที่ปรึกษา	ไม่มีบทบาท	ตั้งงบประมาณร่วมกับกระทรวงการคลังเพื่อใช้ในการตกลงกับเขตปกครองต่างๆ	ตกลงกับกระทรวงการคลัง	ออกแบบงบประมาณประจำปีสำหรับบริการด้านสาธารณสุข

ประเด็น	เดนมาร์ก	ฟินแลนด์	ฝรั่งเศส	เยอรมนี	อิตาลี	นิวซีแลนด์	สเปน
บทบาทของสถานิติ บัญญัติ	รัฐสภาอนุมัติ งบประมาณประจำปี	รัฐสภาอนุมัติ งบประมาณ ประจำปี	รัฐสภาอนุมัติ งบประมาณสูงสุด	Social Code Book V กำหนด บทบาทของ shareholders	รัฐสภาอนุมัติ งบประมาณด้าน สาธารณสุขประจำปี	รัฐสภาอนุมัติ งบประมาณ ประจำปี	Act 21/2001 กำหนดเงื่อนไข ค่าใช้จ่ายขั้นต่ำใน แต่ละเขตการ ปกครอง
ขั้นตอนการตัดสินใจ	ขึ้นอยู่กับตกลง ระหว่างผู้ได้รับ ผลประโยชน์	ขึ้นอยู่กับตกลง ระหว่างผู้ได้รับ ผลประโยชน์ การ vote ใน รัฐสภา	ขึ้นอยู่กับตกลง ระหว่างกระทรวง การ vote ใน รัฐสภา	ขึ้นอยู่กับตกลง ระหว่างผู้ได้รับ ผลประโยชน์	ขึ้นอยู่กับตกลง ระหว่างผู้ได้รับ ผลประโยชน์ การ vote ในรัฐสภา	ขึ้นอยู่กับตกลง กัน	ขึ้นอยู่กับตกลง ระหว่างผู้ได้รับ ผลประโยชน์ การ vote ในรัฐสภา
ผู้มีอำนาจตัดสินใจ	รัฐสภา	รัฐสภา	รัฐสภา	ไม่มี	รัฐสภา	รัฐสภา	รัฐสภา

ที่มา: Ettelt, Nolte, Nikolentzos, and Mays (2008)

ตารางที่ 2.8 การตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขของประเทศในยุโรปและนิวซีแลนด์

ประเด็น	เดนมาร์ก	ฟินแลนด์	ฝรั่งเศส	เยอรมนี	อิตาลี	นิวซีแลนด์	สเปน
วิธีการจัดสรรทรัพยากร	ส่วนกลางไปยังส่วนท้องถิ่น /เขตปกครอง ใช้สำหรับการบริการของรัฐในเขตปกครองนั้นๆ มีการจัดสรรภาษีที่เก็บในเขตปกครอง	ภาษีที่เก็บในเขตปกครองใช้เป็นส่วนเพิ่มในการช่วยเหลือด้านการเงิน	ไม่มีการจัดสรรแต่มีการประมาณงบประมาณที่ใช้ในแต่ละแผนสำหรับแผนประกันสุขภาพ ส่วนกลางสู่ท้องถิ่นมีการจัดสรรเงินสนับสนุนสำหรับการรักษาที่โรงพยาบาล	สำหรับผู้ป่วยนอกงบประมาณในเขตปกครองจะขึ้นอยู่กับ capitation ที่กำหนดไว้	ส่วนกลางไปยังส่วนท้องถิ่น /เขตปกครอง โดยมีการกำหนดค่าน้ำหนัก capitation ขึ้นอยู่กับอัตราการตายและความคุ้มครองจากเขตปกครองไปสู่พื้นที่ต่างๆ กำหนดโดย capitation	กระทรวงสาธารณสุขไปยัง District Health Boards (DHBs) และส่งต่อไปที่ Pharmaceutical Agency (Pharmac)	ส่วนกลางไปยังส่วนท้องถิ่น /เขตปกครอง การจัดสรรในแผนกขึ้นอยู่กับเขตปกครองนั้นๆ
การตัดสินใจ	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง และองค์กรในเขตปกครอง	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง องค์กรและโรงพยาบาล ในเขตปกครอง	กระทรวงสาธารณสุข	เขตปกครองที่รับผิดชอบ sickness fundsองค์กรแพทย์ และโรงพยาบาล ในเขตปกครอง	กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรในเขตปกครอง	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง และองค์กรในเขตปกครอง
บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข	จัดสรรงบประมาณ สาธารณสุขจากส่วนกลาง	จัดสรรไปตามเขตปกครอง	กำหนดงบประมาณที่ใช้ในแผนกต่างๆ	ไม่มี	จัดสรรงบประมาณ สาธารณสุขไปตามพื้นที่ต่างๆโดยใช้ Capitation rate เป็นเกณฑ์	จัดสรรไปยังคณะกรรมการเขตปกครอง	จัดสรรงบประมาณ สาธารณสุขจากส่วนกลางไปยังเขตปกครอง แต่ไม่มีบทบาทในการตัดสินใจการจัดสรรไปยังแผนกต่างๆ

ประเด็น	เดนมาร์ก	ฟินแลนด์	ฝรั่งเศส	เยอรมนี	อิตาลี	นิวซีแลนด์	สเปน
บทบาทของ สถานิติบัญญัติ	ไม่มี	ส่วนกลางไปยังเขต ปกครอง 1993 Act on subsidies	การออกเสียง โดย รัฐสภา	บทบาท วิธีการ และ กฎที่ตั้งใน Social Code Book	ส่วนกลางไปยังเขต ปกครองโดย Capitation rate อนุมัติโดยรัฐสภา (ล่าสุดปี ค.ศ.2005) เขตปกครองไปยัง ท้องถิ่นต่างๆ ตาม กฎหมายเขตปกครอง	การตัดสินใจโดย คณะกรรมการใน รัฐสภา (สำหรับสาธารณสุข และค่าใช้จ่าย)	ตามกฎหมายของเขต ปกครองที่กำหนดใน national legislation (Act 21/2001)
ขั้นตอนการ ตัดสินใจ	ส่วนกลางไปยังส่วน ท้องถิ่น /เขตปกครอง เป็นการตกลงระหว่าง กระทรวงต่างๆ กับ สมาคมของเขต ปกครอง	ส่วนกลางไปยังส่วน ท้องถิ่น /เขตปกครอง เป็นการตกลงระหว่าง รัฐบาล กับสภาเขต ปกครองเพื่ออนุมัติการ จัดสรรทรัพยากรสำหรับ ด้านสาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุข ตัดสินใจเรื่องการ จัดสรรขึ้นอยู่กับการตั้ง เพดานการจัดสรรจาก รัฐสภา	การตกลงระหว่าง เขตปกครองที่ รับผิดชอบ sickness funds และ คณะแพทย์ สำหรับ ผู้ป่วยนอก การตกลงระหว่าง เขตปกครองที่ รับผิดชอบ sickness funds และคณะ โรงพยาบาล สำหรับ ผู้ป่วยใน	การตกลงระหว่าง กระทรวง สาธารณสุข และเขต ปกครอง	กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ตัดสินใจ	ส่วนกลางไปยังส่วน ท้องถิ่น /เขตปกครอง เป็นการตกลงระหว่าง กระทรวงต่างๆ กับ เขตปกครองโดย กระทรวงการคลังเป็น ผู้อนุมัติคำขอที่ กระทรวงสาธารณสุข เขียนขอเกี่ยวกับการ จัดสรรสำหรับแผนก ต่างๆ
ผู้มีอำนาจ ตัดสินใจ	กระทรวงการคลัง และกระทรวง สาธารณสุข	รัฐสภา สภาเขตปกครอง	รัฐสภา	ไม่มี	กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงการคลัง

ที่มา: Ettelt, Nolte, Nikolentzos, and Mays (2008)

ตารางที่ 2.9 การตัดสินใจในการตั้งราคาสำหรับโรงพยาบาลรัฐที่ได้รับเงินสนับสนุนในกลุ่มประเทศยุโรป

ประเด็น	เดนมาร์ก	ฟินแลนด์	ฝรั่งเศส	เยอรมนี	อิตาลี	นิวซีแลนด์	สเปน
การตั้งราคา	Diagnosis related groups (DRGs); งบประมาณ	แผนงบประมาณ DRGs จาก โรงพยาบาลในเขต การปกครอง 20 โรง	DRGs; เงินช่วยเหลือ	DRGs; เงินช่วยเหลือ	DRGs; งบประมาณ	Global budgets; DRGs for inter-district compensation	Global budgets
การตัดสินใจ	โรงพยาบาลรัฐ: National Board of Health, Medical Specialties Association โรงพยาบาล เอกชน: ขึ้นอยู่กับพื้นที่นั้นๆ และ/หรือ ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลนั้นๆ	โรงพยาบาลรัฐ: สภาเขตปกครอง สภาโรงพยาบาล ในเขตปกครอง และโรงพยาบาล รัฐ โรงพยาบาล เอกชน: ขึ้นอยู่กับ โรงพยาบาลนั้นๆ	DRGs: กระทรวง สาธารณสุข งบประมาณ: กระทรวง สาธารณสุข, สำนักงาน โรงพยาบาลในเขต ปกครอง (ARHs), National Union of Health Insurance Funds	DRGs: คณะกรรมการใน เขตปกครองที่ รับผิดชอบในส่วน ของ sickness funds, ผู้มีประกัน เอกชน, คณะกรรมการ โรงพยาบาลในเขต ปกครอง เงินช่วยเหลือ: ผู้ จ่ายในเขตปกครอง และ โรงพยาบาล	DRGs: กระทรวง สาธารณสุข ,คณะสาธารณสุข ในเขตการ ปกครอง และ แพทย์ งบประมาณ: Hospital trusts และ คณะ สาธารณสุขในเขต การปกครอง	DRGs: คณะกรรมการด้าน สาธารณสุขในเขต ปกครอง ร่วมกับ กระทรวง สาธารณสุข งบประมาณ: DHBs โรงพยาบาล	กระทรวง สาธารณสุขในเขต ปกครอง, regional Health Services Management Organizations (HSMOs), โรงพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน: HSMO, private provider associations
บทบาทของกระทรวง สาธารณสุข	กำหนดผ่านโดย คณะกรรมการ สาธารณสุข แห่งชาติ ราคา	ไม่มี	DRGs: ปรับข้อมูล ให้เป็นปัจจุบัน ใน ส่วนของ algorithm และ	ไม่มี- การรักษาที่ โรงพยาบาล รับผิดชอบโดย the federal states	กำหนด DRG และ ปรับข้อมูลให้เป็น ปัจจุบันในส่วน ของ tariffs	กำหนดเกณฑ์ มาตรฐานของราคา	ไม่มี ยกเว้นรัฐบาล กลางจะครอบคลุม ในส่วนที่ขาดดุลของ โรงพยาบาลรัฐ และ

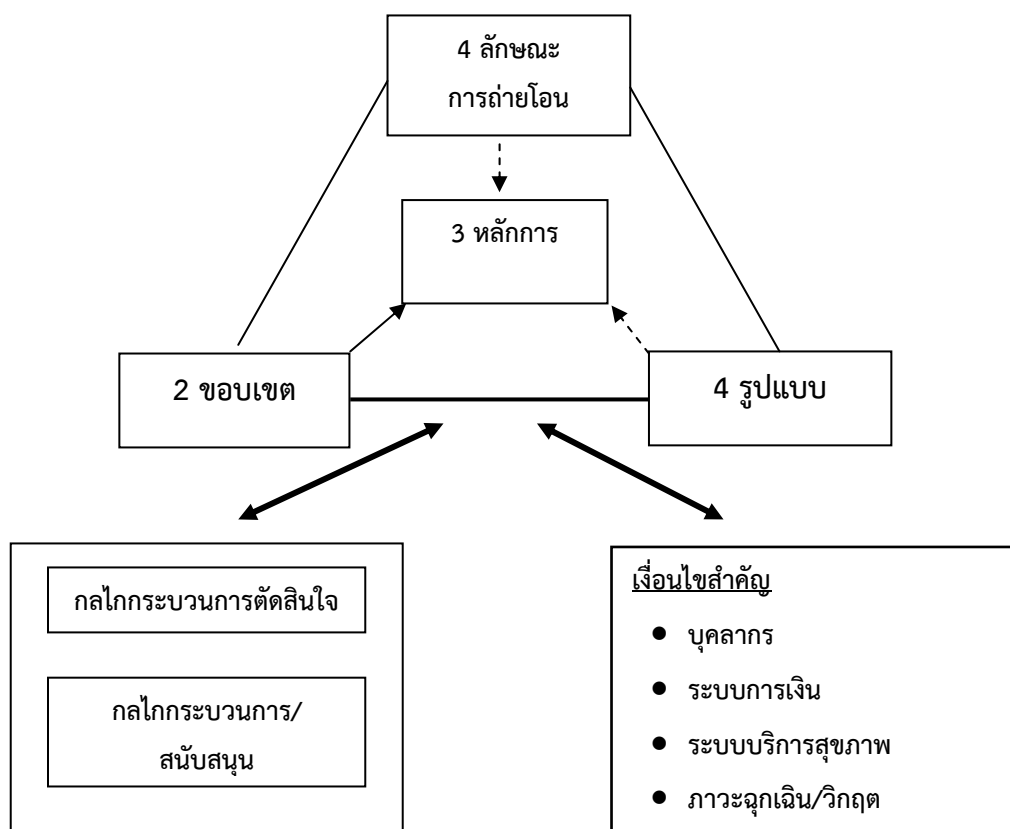
ประเทศ	เดนมาร์ก	ฟินแลนด์	ฝรั่งเศส	เยอรมนี	อิตาลี	นิวซีแลนด์	สเปน
	สำหรับ DRGs (20% ของงบประมาณโรงพยาบาล)		tariffs ประจำปี				โรงพยาบาลในเขตการปกครอง
บทบาทของสถานิติบัญญัติ	DRGs: legislation at the national level	ไม่มี	Social Security Code defines กำหนดบทบาทของ ผู้ได้รับผลประโยชน์	Social Code Book V กำหนดบทบาทของ ผู้ได้รับผลประโยชน์	กำหนดหรือการทำงาน	NZ Public health and Disability Act 2000 กำหนดบทบาทของ ผู้ได้รับผลประโยชน์	วิธีการกำหนดโดยสถานิติบัญญัติในเขตการปกครอง
ขั้นตอนการตัดสินใจ	การตกลงระหว่างผู้ถือผลประโยชน์ร่วม	การตกลงระหว่างผู้ถือผลประโยชน์ร่วม	การตกลงระหว่างผู้ถือผลประโยชน์ร่วม	การตกลงระหว่างผู้ถือผลประโยชน์ร่วม	ส่วนกลางกำหนด national DRG catalogue เขตปกครองกำหนด specifies DRG catalogue และ tariffs	การตกลงระหว่างผู้ถือผลประโยชน์ร่วม	การตกลงระหว่างผู้ถือผลประโยชน์ร่วม
ใครคือผู้มีอำนาจตัดสินใจ	กระทรวงสาธารณสุข (อนุมัติ DRGs)	สภาโรงพยาบาลในเขตปกครอง	กระทรวงสาธารณสุข	Social courts	กระทรวงสาธารณสุข และเขตการปกครอง	กระทรวงสาธารณสุข	เขตการปกครอง

Source: Ettelt, Nolte, Nikolettos, and Mays (2008)

2.3 การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพในประเทศไทย²

หลักการในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทยนั้นยึดหลักการและวัตถุประสงค์ตาม “รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543” โดยเฉพาะประเด็นต่อไปนี้

แผนภาพที่ 2.2 แนวทางกระจายอำนาจด้านสุขภาพ



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

² เนื้อหาในหัวข้อนี้สรุปจากเอกสารสำคัญ 2 รายการ ได้แก่ 1) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2550 2) ศุภกิจ ศิริลักษณ์ และเยาวมาลย์ เสือแสงทอง. บทที่ 11 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. ใน การสาธารณสุขไทย 2551-2553. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

- 1) **มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน** โดยมุ่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีศักยภาพระยะยาว ในการตัดสินใจ และดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพให้เกิดผลดียิ่งขึ้นกว่าก่อนการกระจายอำนาจ และเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เสมอภาค มีประสิทธิภาพและคุณภาพดี
- 2) **มุ่งระบบที่ยืดหยุ่นมีพลวัต** โดยให้ความยืดหยุ่นตามศักยภาพ ความเป็นไปได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น เพื่อนำไปสู่กระบวนการกระจายอำนาจอย่างต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืนในการพัฒนาสุขภาพ
- 3) **มุ่งระบบที่มีส่วนร่วม** โดยการสร้างกลไกและกระบวนการที่มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง ทั้งจาก ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนในท้องถิ่น โดยตัดสินใจร่วมกันด้วย กระบวนการปรึกษาหารือบนพื้นฐานของความปรารถนาดี ความรัก ความเมตตาและขันติ หลีกเลี่ยงอัตตาและความยึดมั่นในความคิดของตนเอง ทั้งนี้ เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจเป็นไป อย่างราบรื่น และสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะทางระบบบริการสุขภาพ

สำหรับลักษณะการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมีได้ออย่างน้อย 4 ลักษณะ (ซึ่งผสมผสานกันได้) ดังนี้

- 1) **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ซื้อบริการ** โดยเป็นเจ้าของเงิน (เช่น เงินรายได้ท้องถิ่นเองหรือ งบประมาณตามนโยบายหลักประกันสุขภาพที่มีการโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) และเป็นผู้ซื้อบริการจากสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในและนอกพื้นที่
- 2) **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับส่วนกลาง/ภูมิภาค** เช่น ร่วมดำเนินโครงการ 30 บาทยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หรือร่วมกับสถานีนานามัย/โรงพยาบาล ต่างๆ พัฒนาโครงสร้างระบบสุขภาพ
- 3) **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเองบางส่วน** เช่น รับผิดชอบดำเนินการในด้านการ พัฒนาสภาพแวดล้อมและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
- 4) **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเองทั้งหมด** โดยเป็นเจ้าของสถานบริการสุขภาพและเป็นผู้ดำเนินการด้านสุขภาพทั้งหมด

ขอบเขตของภารกิจที่จะถ่ายโอน ภารกิจที่จะถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบไปด้วย ภารกิจด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ความครอบคลุมของ ภารกิจทั้งบริการเฉพาะบุคคล ครอบครัวหรือภารกิจที่ดำเนินการในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถรับการถ่ายโอนภารกิจในเรื่องการพัฒนาสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรค และภารกิจการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ทั้งหมดโดยเร็ว เป็นต้น

2.3.1 รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รูปแบบการถ่ายโอนอาจมีได้หลายแบบ ซึ่งสามารถปรับตามความพร้อมของทุกฝ่าย ตามความเหมาะสมของพื้นที่ และตามสถานการณ์ เช่น

- 1) ถ่ายโอนแบบแยกส่วน โดยถ่ายโอนสถานบริการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่าง ๆ เช่น โอนสถานอนามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โอนโรงพยาบาลให้เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นต้น
- 2) ถ่ายโอนเป็นเครือข่ายบริการ (เป็นพวงบริการหลายระดับ) โดยรวมสถานอนามัยและโรงพยาบาลในพื้นที่เป็นเครือข่าย แล้วถ่ายโอนทั้งเครือข่ายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหาร
- 3) จัดตั้งเป็นองค์การมหาชน (Autonomous Public Organization) โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมในการบริหาร และอาจเป็นองค์การมหาชนเฉพาะสถานบริการหรือเฉพาะเครือข่ายบริการ หรือให้ กสพ.เป็นองค์การมหาชน
- 4) จัดตั้งหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ (Service Delivery Unit – SDU) โดยให้แต่ละโรงพยาบาลเป็น SDU ภายใต้การดูแลขององค์กร Health Facility Authority (หรือ Hospital Authority) ซึ่งเป็นองค์การมหาชนภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหาร

ทั้งนี้ การดำเนินการในรูปแบบที่ 3 และ 4 อาจมิใช่การถ่ายโอนภารกิจโดยตรง เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีส่วนร่วมในการบริหาร แต่มิได้เป็นเจ้าของโดยตรง

ทั้งนี้ แนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้นมีแนวทางตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 บัญญัติขึ้นตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ ได้นำไปสู่แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2545 ในส่วนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ แผนปฏิบัติการฯ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดรายละเอียดที่สำคัญไว้ 2 กลุ่ม คือ

- 1) การให้มีกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)³ ขึ้นมารองรับการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพในลักษณะเครือข่าย (เป็นพวง) และให้มีการถ่ายโอนงานหลักประกันสุขภาพ (30 บาท) ให้แก่ กสพ. ภายในปี พ.ศ. 2546
- 2) การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวม 34 ภารกิจ จาก 7 กรม ซึ่งได้ดำเนินการมาระดับหนึ่ง แต่ยังต่ำกว่าเป้าหมายตามแผนปฏิบัติการฯ พ.ศ. 2545

อย่างไรก็ดี ผลจากการดำเนินการถ่ายโอนสถานอนามัยดังกล่าวไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย เนื่องจาก ระหว่างการดำเนินนโยบายดังกล่าวมีการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นในปี 2550 โดยรัฐบาลให้ความสำคัญกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก ดังนั้น การถ่ายโอนสถานอนามัยจึงดำเนินการได้เพียง 28 แห่ง นับจากเดือนธันวาคม 2550 ถึงสิงหาคม 2551

2.3.2 กลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการกระจายอำนาจ

เพื่อให้เป็นไปตามหลักการ ขอบเขต ลักษณะและรูปแบบการกระจายอำนาจ ให้มีการกำหนดกลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ดังนี้

- 1) กลไกและกระบวนการในการตัดสินใจ ให้มีการกำหนดและพัฒนากลไกและกระบวนการที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ในระดับต่าง ๆ เพื่อพิจารณาตัดสินใจเลือกแนวทาง รูปแบบ กระบวนการ และขั้นตอนการถ่ายโอน ในทุกพื้นที่ ทุกระดับ ซึ่งสามารถเกิดรูปแบบและแนวทาง/ขั้นตอน การถ่ายโอนภารกิจที่หลากหลาย ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทุกพื้นที่ เช่น
 - ระดับประเทศ ให้มีคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับการสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้คณะกรรมการการกระจายอำนาจฯ
 - ระดับจังหวัด อาจใช้ กสพ. ซึ่งมีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด (นายก อบจ.) เป็นประธาน และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทุกประเภทร่วมเป็นกรรมการ
 - ระดับอำเภอ อาจใช้กรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (กสอ.) ที่มีนายกเทศมนตรี เป็นประธาน

³ พ.ศ. 2545 มีการแต่งตั้ง กสพ. ขึ้น โดยคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการที่ปรึกษา (Advisory Board) ใน 52 จังหวัด และเน้นหนักใน 10 จังหวัด แต่การดำเนินการหยุดชะงัก เพราะมีนโยบายเร่งด่วนเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการปฏิรูประบบราชการตาม พ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545

- ระดับตำบล อาจใช้กรรมการสุขภาพระดับตำบล (กสต.) ที่มีนายก อบต.เป็นประธาน เป็นต้น
- 2) กลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการดำเนินการถ่ายโอน ให้มีการพัฒนากลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการดำเนินการของกลไก และการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินการ ดังนี้
- การสนับสนุนทั่วไป ดำเนินการในการถ่ายโอนทุกลักษณะและรูปแบบ เช่น กระบวนการพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบความเชื่อมโยงของสถานบริการสุขภาพ การพัฒนาความเชื่อมโยงของระบบงบประมาณ โดยเฉพาะภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบ เป็นต้น
 - การสนับสนุนเฉพาะลักษณะ/รูปแบบ ดำเนินการเฉพาะการถ่ายโอนบางลักษณะ/รูปแบบ ตามความจำเป็น เช่น การออก พ.ร.ฎ. การจัดตั้งองค์การมหาชน การออกกฎหมาย ให้ กสพ. เป็นนิติบุคคล การจัดทำหลักเกณฑ์ เงื่อนไข มาตรฐานและแนวทางการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3) โครงสร้างกลไก
- ส่วนกลาง ให้กลุ่มสนับสนุนและพัฒนากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรประสานหลัก โดยมีคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจฯ และกรมวิชาการต่าง ๆ ให้การสนับสนุน ทั้งนี้ ให้พัฒนา สพกส. ให้เป็นสำนักแยกต่างหากในระยะต่อไป
 - ส่วนภูมิภาค ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย เป็นองค์กรสนับสนุนกลไกในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ตามลำดับ

2.3.3 เงื่อนไขสำคัญในการดำเนินการถ่ายโอน

ในการดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ มีเงื่อนไขสำคัญ ที่จะต้องทำความเข้าใจในเรื่องสิทธิประโยชน์ ก่อนการถ่ายโอน มีการวางระบบการถ่ายโอน เพื่อดำเนินการประคับประคอง ดังนี้

- 1) **บุคลากรสาธารณสุข** การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจ ต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ และเมื่อถ่ายโอนแล้ว สิทธิและศักดิ์ศรีจะไม่ลดลง บุคลากรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การย้ายโอนจะต้องสะดวกและเป็นไปได้เช่นเดิม และที่สำคัญ จะต้องมีการทำความเข้าใจกับบุคลากรทุกระดับอย่างถ่องแท้ และมีระบบ/กลไก ที่จะระคับประคองการดำเนินการให้เกิดความราบรื่น
- 2) **ระบบการจัดการทางการเงิน** แหล่งที่มาของงบประมาณต่าง ๆ ทั้งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ส่วนกลาง หรือจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องมีความชัดเจน และสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของระบบ ทั้งนี้ อาจมีความแตกต่างกันในองค์ประกอบของแหล่งเงินทุนในการกระจายอำนาจของแต่ละพื้นที่
- 3) **การจัดระบบสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน วิกฤต และความมั่นคงที่เกี่ยวข้อง** ซึ่งต้องการระดมทรัพยากรสุขภาพในสังกัดต่าง ๆ มาช่วยแก้ไขภาวะฉุกเฉิน วิกฤติ เช่น การระบาดของโรคอย่างรุนแรง และภัยพิบัติอื่น ๆ จะต้องมีการสร้างระบบที่สร้างความมั่นใจว่า จะสามารถระดมทรัพยากรมาได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ
- 4) **การจัดระบบบริการสุขภาพ** ต้องสามารถเชื่อมโยงงานด้านสุขภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งระบบบริการสุขภาพในพื้นที่เฉพาะ เช่น พื้นที่ชายแดน พื้นที่สูงและพื้นที่ทุรกันดาร ที่มีประชากรไม่มากนัก รวมถึงพื้นที่ที่มีแรงงานอพยพจำนวนมาก

2.3.3 แนวทางการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สำหรับแนวทางการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2.10 แนวทางการดำเนินการการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข
ตามที่กำหนดในแผนการกระจายอำนาจ

หัวข้อ	สาระสำคัญ
แนวทางการดำเนินการถ่ายโอน	- คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจ เพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับการสาธารณสุข - กระทรวงสาธารณสุขโดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดกลไกกระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัย

หัวข้อ	สาระสำคัญ
	3. คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด ให้มีอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย และมาตรฐานการจัดบริการสาธารณสุขในเขตจังหวัด 4. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด แต่งตั้งคณะทำงานประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนอนมัย 5. เมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านเกณฑ์การประเมินความพร้อมฯ ให้กระทรวงสาธารณสุข มอบอำนาจให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6. มีการประเมินผลสำเร็จของการถ่ายโอน และประเมินผลสำเร็จของการปฏิบัติงานหลังการถ่ายโอน และจัดให้มีการประเมินผลงาน รายงานผลความก้าวหน้าให้ส่วนกลาง และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทราบอย่างต่อเนื่อง
กลไกการกำกับดูแลการถ่ายโอนภารกิจและการดำเนินการ	1. มีกลไกทำหน้าที่ในการกำกับดูแลและรับผิดชอบ เกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามความจำเป็น ประกอบด้วย ผู้แทนส่วนราชการ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิ 2. มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และประชาชนโดยทั่วไปเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ 3. มีกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการที่รวดเร็ว เพื่อแก้ไขปัญหาอันเกิดจากการถ่ายโอน 4. มีการศึกษา พัฒนา และปรับปรุงกระบวนการ วิธีการ รูปแบบ และแนวทางในการถ่ายโอนภารกิจอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และทันต่อเหตุการณ์
การปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการของอปท.	1. การเตรียมความพร้อมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้กระทรวงสาธารณสุขให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้คำแนะนำและคำปรึกษา ทางเทคนิควิชาการ และการดำเนินงาน 2. การเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรและผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข จะต้องจัดการฝึกอบรมบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถปฏิบัติงานได้ ทั้งนี้ ควรดำเนินการให้เสร็จสิ้นก่อนการถ่ายโอน
การสร้างระบบประกันคุณภาพบริการสาธารณสุขของ อปท.	1. การถ่ายโอนการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานของการจัดบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปพร้อมกันด้วย 2. ให้กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดมาตรฐานทั่วไปของการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติหรือเป็นคู่มือปฏิบัติงานให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกำกับดูแลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.3.4 กลไกและกระบวนการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุข (สถานีนอนมัย) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กลไกและกระบวนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข (สถานีนอนมัย) มีกระบวนการดำเนินการด้วยกัน 3 ระดับ คือ ระดับนโยบาย ระดับกระทรวง และระดับภูมิภาค (พื้นที่) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2.11 กลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ระดับ	ผู้ทำหน้าที่	อำนาจหน้าที่	ภารกิจดำเนินการ	ระเบียบ / กฎหมาย
ระดับชาติ	1. คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจ หน้าที่ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและ ขั้นตอนฯ มาตรา 12	1. กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีประเมิน ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น 2. กำหนดแนวทางขั้นตอน และ วิธีดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการ ส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจ สาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด 3. กำหนดแนวทางการส่งเสริมความ พร้อมให้แก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจ ทรัพย์สินและบุคลากรไปสู่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมี ประสิทธิภาพ 4. รายงานความก้าวหน้าของการ ดำเนินงาน ให้คณะกรรมการการ กระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นทราบอย่างต่อเนื่อง	1. แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจ เพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจ เกี่ยวกับสาธารณสุขแก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น	1. พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอน การกระจายอำนาจฯ ม.13
	2. คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหาร การถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับการ สาธารณสุขแก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (รัฐมนตรีว่าการกระทรวง	1. กำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีประเมินความ พร้อม อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอน สอ.	1. ให้ความเห็นชอบ - กลไก กระบวนการหลักเกณฑ์ และ วิธีประเมินความพร้อม อปท. เพื่อ รองรับการถ่ายโอนสอ.	1. คำสั่งคณะกรรมการกระจาย อำนาจฯ ที่ 8 /2545 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2545

ระดับ	ผู้ทำหน้าที่	อำนาจหน้าที่	ภารกิจดำเนินการ	ระเบียบ / กฎหมาย
	สาธารณสุข เป็นประธาน)	2. กำหนดแผนและแนวทางส่งเสริมความพร้อม อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอน สอ. 3. กำหนดแผนและเป้าหมายการถ่ายโอน สอ. ให้แก่ อปท.	- แผนและ แนวทางส่งเสริมความพร้อม อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอน สอ. - แผนและเป้าหมายการถ่ายโอน สอ. ให้แก่ อปท.	
ระดับกระทรวง สาธารณสุข (ส่วนกลาง)	1. คณะกรรมการกำหนดกลไกกระบวนการ หลักเกณฑ์วิธีประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนามัย	พัฒนากลไก กระบวนการและวิธีการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนามัย และดำเนินการทดลองปฏิบัติในบางพื้นที่ที่มีความพร้อม	1. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ 3 คณะ เพื่อดำเนินการ 1.1 คณะอนุกรรมการพัฒนากลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการถ่ายโอน สอ. ให้แก่ อปท. 1.2 คณะอนุกรรมการพัฒนาหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และระบบ/กลไกการประเมินความพร้อมในการถ่ายโอน สอ. ให้แก่ อปท. 1.3 คณะอนุกรรมการศึกษาและพัฒนากระบวนการประเมินผล และถอดบทเรียนจากการทดลองการถ่ายโอน สอ. ให้แก่ อปท.	1. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 715 / 2549 ลงวันที่ 17 สิงหาคม 2549
	2. คณะอนุกรรมการพัฒนากลไก และกระบวนการในการสนับสนุนการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	พิจารณาแนวทาง กลไกกระบวนการในการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1. กลไกและกระบวนการในการตัดสินใจถ่ายโอนฯ 2. กลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการดำเนินการถ่ายโอนฯ - การสนับสนุนทั่วไป - การสนับสนุนเฉพาะการถ่ายโอน	1. คำสั่งคณะกรรมการกำหนดกลไกกระบวนการ หลักเกณฑ์ และวิธีประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนามัยที่ 1/2549 ลงวันที่ 4 ก.ย. 49

ระดับ	ผู้ทำหน้าที่	อำนาจหน้าที่	ภารกิจดำเนินการ	ระเบียบ / กฎหมาย
			สอ.ให้แก่ อปท. - การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของกลไกปัจจุบันไป สู่กลไกใหม่ 3. แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม 4.หน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย	
	3. คณะอนุกรรมการพัฒนาหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และระบบ / กลไกการประเมินความพร้อมในการถ่ายโอน สถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข ระบบ / กลไกการประเมินความพร้อมในการถ่ายโอน สถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเสนอปรับปรุง กฎเกณฑ์ กฎหมาย ระเบียบต่าง ๆ	1.กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขสำคัญ ในการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ อปท. 2.กำหนดระบบ/กลไกการประเมินความพร้อมของอปท. ที่จะรับการถ่ายโอนสถานีอนามัย 3.เสนอปรับปรุง กฎเกณฑ์ กฎหมาย และระเบียบต่างๆ รวมทั้งแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและกลไกในข้อ 1. และ 2. 4.หน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย 5. แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม	1. คำสั่งคณะกรรมการกำหนด กลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์ และวิธีประเมินความพร้อมอปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอน สถานีอนามัยที่ 1/2549 ลงวันที่ 4 กันยายน 2549
	4. คณะอนุกรรมการศึกษาและพัฒนา ระบบการประเมินผลและถอดบทเรียน	ศึกษาและพัฒนากระบวนการประเมินผล และถอดบทเรียนจากการทดลองเรื่อง	1.ศึกษา และพัฒนา ระบบการประเมินผล และถอดบทเรียนจาก	1. คำสั่งคณะกรรมการกำหนด กลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์

ระดับ	ผู้ทำหน้าที่	อำนาจหน้าที่	ภารกิจดำเนินการ	ระเบียบ / กฎหมาย
	จากการทดลองการถ่ายโอน สถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การทดลองเรื่องการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่อปท. 2. หน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย 3. แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม	และวิธีประเมินความพร้อมอปท. เพื่อรองรับการ ถ่ายโอนสถานีอนามัยที่ 1 / 2549 ลงวันที่ 4 กันยายน 2549
	หมายเหตุ: คณะอนุกรรมการในข้อ 2 / 3 / 4 มีอำนาจหน้าที่ ตามคำสั่งคณะกรรมการกำหนดกลไกกระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีอนามัย โดยกำหนดให้กลุ่มสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพทส.) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เป็นหน่วยงานหลักในการประสานงาน			
ระดับส่วนภูมิภาค	1. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด 18 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือรองผู้ว่าราชการจังหวัดที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธาน 2) ปลัดจังหวัด อนุกรรมการ 3) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน อนุกรรมการ 4) ผู้แทนองค์กรด้านสาธารณสุข 3 คน (รพศ./ รพท., รพช., สสอ.) อนุกรรมการ 5) ผู้แทนสถานีอนามัย 3 คน อนุกรรมการ	1. กำหนดนโยบายและแนวทางการบริหารงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนสอ.ให้แก่อปท.ให้สอดคล้องกับส่วนกลาง 2. ประเมินความพร้อมของ อปท. และประเมินผลการดำเนินงานหลังการถ่ายโอน 3. เห็นชอบให้ถ่ายโอน สอ. ให้ อปท. แต่ละแห่งที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 4. กำกับ ติดตาม ประเมินผลและรายงานผล ให้ส่วนกลางและระดับชาติ 5. ให้ความเห็นในการบริหารงานบุคลากรสาธารณสุขในท้องถิ่น 6. กำหนดมาตรฐานการดำเนินงานสาธารณสุข และมาตรฐานการบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับส่วนกลาง 7. กำหนดภารกิจงานสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 8. ให้ความเห็นชอบแผนงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในส่วนของงบประมาณอุดหนุนจากกระทรวงสาธารณสุข 9. ช่วยเหลือ สนับสนุนและเสริมสร้างสมรรถนะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ	แต่งตั้งโดยคณะกรรมการกระจายอำนาจตาม ม. 13 และตามความในแผนการกระจายอำนาจข้อ 6.5.3) และแผนกระจายอำนาจ ข้อ 6.5.1	

ระดับ	ผู้ทำหน้าที่	อำนาจหน้าที่	ภารกิจดำเนินการ	ระเบียบ / กฎหมาย
	6) ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข อนุกรรมการ 7)ผู้แทนผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย อนุกรรมการ 8) ผู้แทนภาคประชาชน อนุกรรมการ 9) ท้องถิ่นจังหวัด อนุกรรมการ 10) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด อนุกรรมการเลขานุการ 11) ผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด มอบหมาย อนุกรรมการผู้ช่วยเลขานุการ 12) ผู้ที่ท้องถิ่นจังหวัดมอบหมาย อนุกรรมการผู้ช่วยเลขานุการ	10.ภารกิจอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมอบหมาย 11.แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อปฏิบัติการกิจที่มอบหมาย - คณะอนุกรรมการตาม ข้อ 3 ให้ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดเสนอ ชื่อ 1 คน สมาคมเทศบาลเสนอชื่อ 1 คนและชมรมองค์การบริหารส่วน ตำบลเสนอชื่อ 1 คน - คณะอนุกรรมการตาม ข้อ 4 ประกอบด้วย ผอ.รพศ หรือ รพท. 1 คน ผอ.รพช. คัดเลือกกันเองและเสนอชื่อ 1 คน สสอ. / สสก. คัดเลือก กันเองและเสนอชื่อ 1 คน - คณะอนุกรรมการตาม ข้อ 5 ให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานประจำสถานี อนามัย คัดเลือกกันเองและ เสนอชื่อ (อาจแบ่งสัดส่วน หัวหน้าสอ. 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน)		
	2. คณะทำงานประเมินความพร้อมของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ประเมินผลการดำเนินงานหลังการถ่าย โอน จำนวน 9 คน ประกอบด้วย 3 ฝ่าย 1) ผู้แทนจากหน่วยงานสาธารณสุข (จาก สสจ. 1 คน สสอ. 1 คน สอ. 1 คน) 2) ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วน ตำบล 3 คน 3) ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ทั้งนี้ ให้คณะทำงาน 9 คน เลือก	1. ประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยตาม หลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนด 2. ประเมินผลสำเร็จตามแผนการกระจายอำนาจฯ และแผนปฏิบัติการกระจาย อำนาจฯ 3. ประเมินผลสำเร็จการดำเนินงานสาธารณสุขหลังการดำเนินการถ่ายโอน - คณะทำงานตาม ข้อ 2 ให้นายกองการบริหารส่วนตำบล คัดเลือก กันเอง และเสนอชื่อ 3 คน - คณะทำงานตาม ข้อ 3 ให้คณะกรรมการตามข้อ 1.1 สรรหาและ คัดเลือกให้เหลือ 3 คน	แต่งตั้งโดยคณะอนุกรรมการ กระจายอำนาจฯ ตาม ม. 13	

ระดับ	ผู้ทำหน้าที่	อำนาจหน้าที่	ภารกิจดำเนินการ	ระเบียบ / กฎหมาย
	กันเองทำหน้าที่ประธาน 1 คน เลขานุการ 1 คน			
	3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	อำนาจตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุข คือ (1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด (2) ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด (3) กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (4) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย		กฎกระทรวงสาธารณสุข ปี 2545
		อำนาจหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข คือ (1) จัดให้มีกลุ่มงานหรือผู้รับผิดชอบหลักทำหน้าที่ประสานงาน รวบรวมข้อมูล และทำหน้าที่หน่วยงานเลขานุการคณะกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด (2) ช่วยเหลือ สนับสนุนและเสริมสร้างสมรรถนะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (3) เสนอข้อมูลด้านการบริหารงานสาธารณสุข ด้านการบริการสาธารณสุขแก่คณะกรรมการฯ เช่น ข้อมูลและแนวทางการกำหนดระบบที่สามารถระดมทรัพยากรเพื่อจัดการด้านสุขภาพ ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และข้อมูลและแนวทางการกำหนดระบบที่สามารถเชื่อมโยงทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ และต้องครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม ทุกพื้นที่ รวมทั้งระบบส่งต่อปกติและฉุกเฉิน (4) กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขที่ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ		แผนกระจายอำนาจข้อ 6.5.1

ระดับ	ผู้ทำหน้าที่	อำนาจหน้าที่	ภารกิจดำเนินการ	ระเบียบ / กฎหมาย
	4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	อำนาจหน้าที่ ตามกฎกระทรวงสาธารณสุข คือ (1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ (2) ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ (3) กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (4) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย		กฎกระทรวง สาธารณสุข ปี 2545
		อำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข คือ (1) ช่วยเหลือ สนับสนุนและเสริมสร้างสมรรถนะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ (2) เป็นที่ปรึกษาในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่รับโอนสถานีนอนามัย (3) ประสานความร่วมมือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ระดมทรัพยากรเพื่อจัดการด้านสุขภาพในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (4) ประสานความร่วมมือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้เกิดระบบที่สามารถเชื่อมโยงทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ และต้องครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มทุกพื้นที่ รวมทั้งระบบส่งต่อ (5) กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขที่ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ		แผนกระจายอำนาจ ข้อ 6.5.1
	5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขอรับโอนสถานีนอนามัย	ต้อง ดำเนินการไป ตาม ขั้นตอนหลักเกณฑ์ และวิธีการถ่ายโอนซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการ		

ระดับ	ผู้ทำหน้าที่	อำนาจหน้าที่	ภารกิจดำเนินการ	ระเบียบ / กฎหมาย
		กระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขที่จะได้มีการตราขึ้นภายหลังจากที่หลักเกณฑ์ต่าง ๆ ได้รับความเห็นชอบแล้ว โดยมีขั้นตอนที่สำคัญคือ (1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยื่นคำขอรับการประเมินความพร้อมตามแบบฟอร์มที่กำหนดก่อนสิ้นปีงบประมาณไม่น้อยกว่า 180 วัน (ก่อนวันที่ 3 เมษายน ของทุกปี) (2) คณะทำงานประเมินความพร้อมฯ พิจารณาคำร้องและทำการประเมินตามหลักเกณฑ์/ตัวชี้วัด ที่กำหนด (3) คณะทำงานประเมินความพร้อมฯ รายงานผลการประเมินต่อกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาอนุมัติให้มีการถ่ายโอน (เมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยื่นคำขอผ่านเกณฑ์ประเมินความพร้อม) (4) กระทรวงสาธารณสุขแจ้งผลการอนุมัติให้จังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เพื่อแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขอรับการประเมิน		

ระดับ	ผู้ทำหน้าที่	อำนาจหน้าที่	ภารกิจดำเนินการ	ระเบียบ / กฎหมาย
		(5) ดำเนินการถ่ายโอนโดยส่งมอบภารกิจ ทรัพย์สิน และบุคลากรตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด		

2.4 ความก้าวหน้าการถ่ายโอนภารกิจและงบประมาณด้านสุขภาพ

การศึกษาในแง่ความก้าวหน้าในการถ่ายโอนภารกิจต่างๆ ไปยัง อปท. แล้ว การประเมินผลความก้าวหน้าในการถ่ายโอนภารกิจในภาพรวมแล้วจึงจำเป็นต้องพิจารณาจากจำนวนภารกิจที่ อปท. ได้ดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนดไว้ซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่จะสะท้อนถึงระดับของความก้าวหน้าในการกระจายอำนาจฯ ตลอดช่วงระยะเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา สำหรับภารกิจพื้นฐานสำคัญที่ถูกกำหนดให้มีการถ่ายโอนโดยยึดตามแผนปฏิบัติการการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ให้แก่ อปท. ฉบับที่ 1 (ปี 2543) เป็นหลักแล้ว ความก้าวหน้าในการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นั้นถือเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนบทบาทหน้าที่ของ อปท. ในการทำหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะและส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ของกระบวนการกระจายอำนาจฯ ซึ่งได้กำหนดไว้ตามกฎหมาย โดยสามารถจำแนกภารกิจได้ออกเป็นการถ่ายโอนภารกิจใน 2 กลุ่ม คือ 1) ภารกิจที่ อปท. ต้องดำเนินการ ให้มีขึ้นภายในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง และ 2) ภารกิจที่ให้ อปท. เลือกทำ โดยกฎหมายเปิดโอกาสให้กับท้องถิ่นสามารถดำเนินการจัดทำได้หากท้องถิ่นมีความพร้อมและมีศักยภาพเพียงพอ ทั้งนี้ภารกิจหน้าที่ที่ต้องดำเนินการนั้นยังมีเงื่อนไขของภารกิจที่แตกต่างกันไปตามประเภท อปท. อีกด้วย

สำหรับภารกิจในภาพรวมที่มีเป้าหมายถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อปท. ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542⁴ นั้น แบ่งเป็นประเภทภารกิจ 6 ด้าน 245 ภารกิจ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2.12 ภารกิจที่มีการถ่ายโอนจำแนกตามกลุ่มภารกิจ

ด้าน	ภารกิจที่ระบุ ต้องถ่ายโอน	ถ่ายโอนแล้ว/ ทยอยถ่ายโอน	ยังไม่มี การถ่ายโอน	หมายเหตุ
1. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน	87	71	16	
2. ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต	103	69	34	
3. ด้านการจัดระเบียบชุมชน/สังคม และการรักษาความสงบเรียบร้อย	17	9	8	

⁴ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 นำเสนอในภาคผนวกที่ 1

ด้าน	ภารกิจที่ระบุ ต้องถ่ายโอน	ถ่ายโอนแล้ว/ ทยอยถ่ายโอน	ยังไม่มี การถ่ายโอน	หมายเหตุ
4. ด้านการวางแผน การส่งเสริมการ ลงทุน พาณิชยกรรมและการท่องเที่ยว	19	14	5	
5. ด้านการบริหารจัดการและการ อนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม	17	15	1	ถอน 1 เรื่อง เนื่องจากไม่มี ภารกิจถ่ายโอน
6. ด้านศิลปะ วัฒนธรรมจารีต ประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น	2	2	--	
รวม	245	180	64	1

ที่มา: พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

ทั้งนี้ ภารกิจด้านการให้บริการสาธารณสุขนั้นจะอยู่ภายในด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ แม้ว่าในภาพรวมงานด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิตจะมีการถ่ายโอนไป 69 ภารกิจ จากจำนวนทั้งสิ้น 103 ภารกิจ แต่หากนับภารกิจที่เป็นเรื่องบริการสาธารณสุขพบว่าการถ่ายโอนแล้วทั้งหมด

2.4.1 ความก้าวหน้าในการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ

การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพนั้น หากพิจารณาจากภารกิจถ่ายโอนตาม พ.ร.บ. แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ 2542 (ระยะที่ 1) พบว่า ภารกิจด้านสุขภาพนั้นถูกบรรจุไว้ในแผนการถ่ายโอนภารกิจด้านที่ 2 งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อโดยเป็นภารกิจที่ อปท. มีหน้าที่ต้องทำ และมอบหมายให้หน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 7 หน่วยงาน ประกอบไปด้วยภารกิจทั้งสิ้น 34 ภารกิจ ได้แก่

- 1) กรมสุขภาพจิต
- 2) กรมควบคุมโรคติดต่อ
- 3) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากรมการแพทย์
- 4) กรมการแพทย์
- 5) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- 6) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 7) กรมอนามัย

ทั้งนี้ ภายหลังจากสิ้นสุดแผนการถ่ายโอนระยะที่ 1 แล้วพบว่า มีภารกิจที่ยังต้องมีการถ่ายโอนเพิ่มเติมมีอีกจำนวนทั้งสิ้น 7 ภารกิจ ในแผนการถ่ายโอนระยะที่ 2⁵ แบ่งเป็นภารกิจของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1 ภารกิจ ได้แก่ การสนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และกรมอนามัย 6 ภารกิจ ได้แก่ การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก การส่งเสริมสุขภาพเด็กกลุ่มวัยเรียนและเยาวชน การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน การส่งเสริมสุขภาพเด็กและกลุ่มผู้สูงอายุ และการจัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด (สนับสนุนวัสดุ)

ขณะที่ เมื่อคณะที่ปรึกษาทำการทบทวนผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพภายหลังช่วงเวลาการถ่ายโอนตามแผนระยะที่ 2 พบว่า ภารกิจที่ต้องดำเนินการถ่ายโอนเพิ่มเติม คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยครอบคลุมการถ่ายโอนระบบวงจรสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยระบบ “การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และระบบการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ” และสถานีนอyman (สอ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ให้แก่ อบท.

2.4.2 งบประมาณด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

จากการศึกษา พบว่า รายจ่ายสาธารณสุขของ อบท. ในภาพรวมทั้งประเทศระหว่างปีงบประมาณ 2550 - 2552 มีแนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพของ อบท. เพิ่มขึ้นเป็นลำดับทั้งในแง่ขนาดงบประมาณ (3,320.2 3,341.1 และ 10,456.3 ล้านบาท ตามลำดับ) และสัดส่วนรายจ่ายสาธารณสุขต่อรายจ่ายรวมของ อบท. (ร้อยละ 2.51 3.32 และ 6.93 ตามลำดับ) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี 2552 ที่มีอัตราการเติบโตของรายจ่ายสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจากปี 2551 ถึง ร้อยละ 212.96

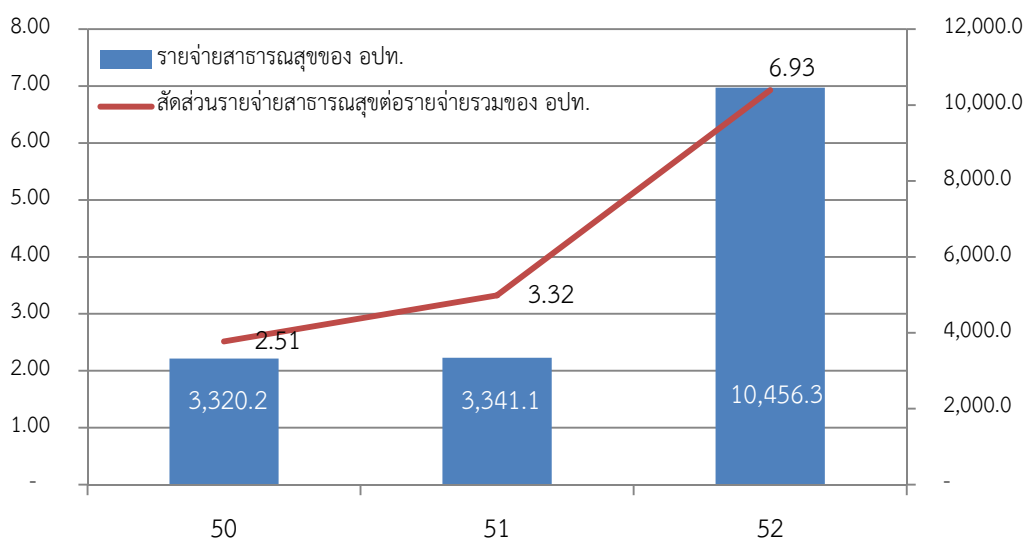
ตารางที่ 2.13 ข้อมูลด้านงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพของ อบท. ระหว่างปี 2550 -2552

ปี	ขนาดงบรายจ่าย (ล้านบาท)	สัดส่วนต่อรายจ่ายรวมของ อบท. (ร้อยละ)	อัตราการเติบโต (ร้อยละ)
50	3,320.2	2.51	
51	3,341.1	3.32	0.63
52	10,456.3	6.93	212.96

ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลงบประมาณทางการคลังของ อบท. โดยความร่วมมือระหว่าง
ธนาคารโลก และ สกถ. คำนวณโดยคณะที่ปรึกษา

⁵ รายละเอียดในภาคผนวกที่ 2

แผนภาพที่ 2.3 แนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพของ อปท. ระหว่างปี 2550 – 2552



ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลงบประมาณทางการคลังของ อปท. โดยความร่วมมือระหว่างธนาคารโลก และ สกส. คำนวณโดยคณะที่ปรึกษา

ลำดับต่อมา คณะที่ปรึกษาจึงได้วิเคราะห์ในรายละเอียดของงบประมาณปี 2552 จำแนกรายจ่ายเป็นรายการเพื่อแสดงถึงแนวโน้มการให้ความสำคัญของ อปท. ในการจัดสรรงบประมาณแก่ภารกิจถ่ายโอนด้านสุขภาพมากขึ้นเพียงใดเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างภูมิภาค พบว่า ภูมิภาคที่ให้ความสำคัญกับภารกิจถ่ายโอนด้านสุขภาพมากที่สุด คือ ภาคเหนือโดยใช้งบประมาณทั้งสิ้น 6,549.19 ล้านบาท ซึ่งสูงที่สุดทั้งในแง่ขนาดและสัดส่วนงบประมาณต่อรายจ่ายรวมของ อปท.

ตารางที่ 2.14 ขนาดงบประมาณรายจ่ายของ อปท. จำแนกรายภาค ปี 2552

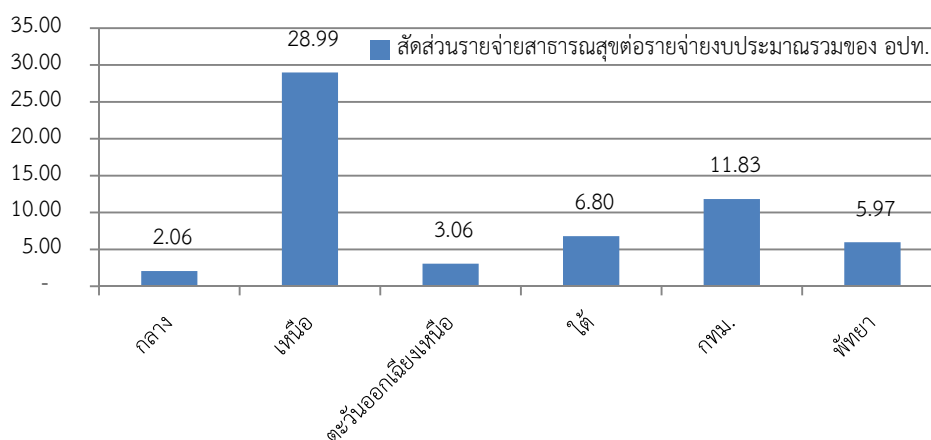
หน่วย: ล้านบาท

	รายจ่ายรวม	การศึกษา	สาธารณสุข	สังคมสงเคราะห์	เคหะและชุมชน
กลาง	77,232.64	4,481.47	1,592.18	1,147.15	50,825.33
เหนือ	22,587.70	2,248.48	6,549.19	1,002.60	2,963.95
ตะวันออกเฉียงเหนือ	31,038.01	4,558.49	950.84	1,990.35	5,181.18
ใต้	20,049.90	1,577.19	1,364.12	514.83	2,453.66
กทม.	45,981.01	4,908.45	5,440.20	4,946.65	NA
พัตยา	2,536.96	396.03	151.37	7.31	943.67

ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลงบประมาณทางการคลังของ อปท. โดยความร่วมมือระหว่างธนาคารโลก และ สกส. คำนวณโดยคณะที่ปรึกษา

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในแง่ของสัดส่วนงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพของ อบท. แสดงให้เห็นว่าภาคเหนือมีสัดส่วนการใช้งบประมาณในด้านสุขภาพอย่างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 28.99 ของรายจ่ายรวมของ อบท. (หรือคิดเป็น) ขณะที่ภาคกลางมีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.06 ใกล้เคียงกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 3.06 ของรายจ่ายรวมของ อบท.

แผนภาพที่ 2.4 สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพของ อบท. จำแนกภูมิภาค ปี 2552



ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลงบประมาณทางการคลังของ อบท. โดยความร่วมมือระหว่าง ธนาคารโลก และ สกถ. คำนวณโดยคณะที่ปรึกษา

จากข้อมูลการจัดสรรงบประมาณในการกิจถ่ายโอนด้านสุขภาพแสดงให้เห็นว่าการดำเนินการตามภารกิจถ่ายโอนในแต่ละพื้นที่นั้นมีขนาดการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการภารกิจด้านสุขภาพที่แตกต่างกันค่อนข้างมากซึ่งสัดส่วนการใช้จ่ายด้านสุขภาพที่แตกต่างกันนั้นอีกนัยหนึ่งจึงเป็นการสะท้อนถึงระดับการให้ความสำคัญต่อการให้บริการด้านสุขภาพในความรับผิดชอบของ อบท. ด้วย ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ อันนำไปสู่การศึกษาถึงปัญหา อุปสรรค ตลอดจนปัจจัยสู่ความสำเร็จในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ด้านการกระจายอำนาจฯ ต่อไปในอนาคต

2.5 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและสถานการณ์ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ การกระจายอำนาจกับบทบาท การกิจที่สำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในด้านสุขภาพ รวมถึงการจำแนกภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอนต้องมีความชัดเจนเนื่องจาก อปท. มีบทบาทและภารกิจที่เกิดจากการถ่ายโอนภารกิจและมี พรบ. หรือ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับภารกิจด้านการสาธารณสุขเป็นจำนวนมาก ซึ่งในการประเมินจึงต้องแยกส่วนของภารกิจที่เกิดจากการถ่ายโอนอำนาจออกจากกฎหมายอื่นให้ชัดเจน ตัวอย่างเช่น งานศึกษาของ หทัยชนก สุมาลี และคณะ (2553) ได้มีการระบุกฎหมายเกี่ยวกับบทบาท อปท. ที่มีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 3 กฎหมาย ได้แก่ ก) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 ข) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ค) แผนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ง) กฎหมายอื่น ๆ เช่น พระราชบัญญัติเทศบาล พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.2540 พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 เป็นต้น ดังนั้นในการประเมินครั้งนี้จึงต้องระบุบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจนว่าตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแผนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นมีภารกิจใดบ้างและส่วนซ้อนทับกับกฎหมายอื่น ๆ เป็นอย่างไร เพื่อให้การประเมินผลได้ข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่มาจากการกระจายอำนาจเท่านั้น

ทั้งนี้ จากการประเมินในเบื้องต้นพบว่า การประเมินผลดำเนินการในรูปของกรณีศึกษาที่เป็นพื้นที่เฉพาะมีความน่าสนใจ ใช้เครื่องมือที่สำคัญ คือ แบบสอบถามเพื่อประเมินปัจจัยนำเข้าและปัจจัยที่เป็นกระบวนการ การมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตพื้นที่ให้บริการ โดยเปรียบเทียบระหว่างกรณีก่อนมีการกระจายอำนาจและภายหลังมีการกระจายอำนาจ โดยมีการสำรวจในสองลักษณะ ได้แก่ การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการให้บริการ และการใช้แบบสอบถามโดยมีการระบุถึงการมีส่วนร่วมในการให้บริการด้านสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งต่อผู้ป่วย ก่อนและหลังการถ่ายโอน และมีการสำรวจระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการถ่ายโอนในเชิงของกระบวนการให้การดูแลสุขภาพ เช่น ขั้นตอนการให้บริการ เวชภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ความเพียงพอและคุณภาพของบุคลากร เป็นต้น (นางพาง มหามิตร, จรวยพร ศรีศศลักษณ์ และ สมพันธ์ เตชะอธิก, 2551) งานศึกษาของ นางพาง มหามิตร, จรวยพร ศรีศศลักษณ์ และ สมพันธ์ เตชะอธิก (2551) โดยการใช้ อบต. ลำปางหลวงเป็นตัวอย่างในการศึกษา ได้ระบุถึงปัจจัยที่มีผลก่อนการถ่ายโอน คือ การมีแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนเป็นฐานของ

การพัฒนาคุณภาพชีวิต และมีการเตรียมความพร้อมก่อนการถ่ายโอน ปัจจัยที่มีผลต่อระบบการถ่ายโอน คือ ความพร้อมที่ผ่านตัวชี้วัดที่กำหนด การเตรียมพื้นที่สำหรับเชื่อมประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเตรียมความพร้อมพิจารณาความเป็นไปได้ สำหรับปัญหาที่พบได้แก่ การติดตามงานระหว่าง 2 ส่วน คือ กระทรวงมหาดไทย กับ กระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่รับผิดชอบงานโดยตรง การบริหารจัดการด้านบุคลากรที่รับผิดชอบการถ่ายโอนยังไม่มี ความชัดเจน มีความล่าช้า และยังขาดการเชื่อมต่อกันของระบบสุขภาพที่จะเชื่อมต่อกับหน่วยงานด้านสุขภาพ

การศึกษาวิจัยของ สงครามชัย ลีทองดี (2554) ว่าการถ่ายโอนมีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ ในช่วงแรกของแผน และมีการเร่งรัดมากขึ้นในช่วงปลายของแผน (ประมาณปี 2550) โดยมีปัจจัยที่สำคัญ คือ แรงผลักดันทางการเมืองและภาวะผู้นำของกระทรวงสาธารณสุข โดยสามารถถ่ายโอนสถานีนามัยไปยัง อปท. ได้จำนวน 28 แห่ง แต่อย่างไรก็ตามมีจำนวนอีก 7 แห่งที่ควรอยู่ในแผนนำร่องได้มีการยกเลิกการถ่ายโอนไป

ปัจจุบัน ข้อมูล พ.ศ.2555 มีการถ่ายโอนสถานีนามัยเพิ่มเติม ทำให้มีจำนวนสถานีนามัยที่ถ่ายโอนทั้งสิ้น 39 แห่ง ซึ่งข้อมูลแสดงในตารางที่ 2.15

ตารางที่ 2.15 รายชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ถูกถ่ายโอน และเป็นเป้าหมายทดลองการถ่ายโอนสถานีนามัย ตามมติคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ภาค	จังหวัด	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./ทต.)	สถานีนามัย (สอ.)
ภาคเหนือ 6 จ. / 16 สอ.	1. กำแพงเพชร	1.1 อบต.วังแคม อ.คลองขลุง	สอ.วังแคม
			สอ.บ่อทอง
		1.2 อบต.ปางตาไว อ.ปางศิลาทอง	สอ.คลองปลาสร้อย
			สอ.บ้านเพชรเจริญ
	2. ตาก	2.1 อบต.วังหมัน อ.สามเงา	สอ.วังหวาย
		2.2 ทต.ท่าสายลวด อ.แม่สอด	สอ.วังหวาย
		2.3 อบต.แม่ตืน อ.แม่ระมาด	รพ.สต.ท่าสายลวด
	3. เชียงใหม่	3.1 ทต.สุเทพ อ.เมือง	สอ.สุเทพ
		3.2 อบต.ท่าผา อ.แม่แจ่ม	สอ.บ้านป่าแดด
		3.3 อบต.สันนาเม้ง อ.สันทราย	สอ.บ้านสันนาเม้ง
		3.4 อบต.ดอนแก้ว อ.แม่ริม	สอ.ดอนแก้ว

	4. ลำปาง	4.1 ทต.ลำปางหลวง อ.เกาะคา	สอ.ลำปางหลวง
	5. น่าน	5.1 อบต.ฝายแก้ว อ.ภูเพียง	รพ.สต.ฝายแก้ว
			รพ.สต.บ้านบุปผาราม
สสช.บ้านดงป่าสัก			
	6. พิษณุโลก	6.1 อบต.สมอแข อ.เมือง	รพ.สต. สมอแข
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 จ. / 4 สอ.	1. กาฬสินธุ์	1.1 อบต.ทุ่งคลอง อ.คำม่วง	สอ.บ้านเตื่อเก่า
	2. บุรีรัมย์	2.1 ทต.หนองแขว อ.ละหานทราย	สอ.หนองตาเยา
			สอ.หนองหว้า
	3. อุตรธานี	3.1 อบต.นาพุ อ.เพ็ญ	สอ.นาพุ
ภาคกลาง 10 จ. /16 สอ.	1. พระนครศรีอยุธยา	1.1 ทต.บางนมโค อ.เสนา	สอ.บางนมโค
	2. ปทุมธานี	2.1 ทม.บึงยี่โถ อ.ธัญบุรี	สอ.บึงยี่โถ
			3.1 ทม.เขาสามยอด อ.เมือง
	3. ลพบุรี	3.2 อบต.เขาสมอคอน อ.ท่าม่วง	รพ.สต.บ้านเขาสมอคอน
		4.1 อบต.บ้านปรก อ.เมือง	สอ.บ้านปรก
	4. สมุทรสงคราม	5.1 อบต.เกาะขวาง อ. เมือง	สอ.เกาะขวาง
	6. ราชบุรี	6.1 อบต.ด่านทับตะโก อ.จอมบึง	สอ.ด่านทับตะโก
		6.2 ทต.บ้านฆ้อง อ.โพธาราม	สอ.ต.บ้านฆ้อง
			รพ.สต.บ้านเก่า
	6.3 ทต.หลุมดิน อ.โพธาราม	รพ.สต.หลุมดิน	
		7. เพชรบุรี	7.1 อบต.บ้านหมอ อ.เมือง
	8. สระแก้ว	8.1 อบต.พระเพลิง อ.เขาฉกรรจ์	สอ.นาคันหัก
		8.2 อบต.คลองหินปูน อ.วังน้ำเย็น	สอ.คลองตาสูตร
			สอ.คลองหินปูน
	9. อุทัยธานี	9.1 ทต.หาดทอง อ.เมือง	สอ.ต. หาดทอง
	10. ชลบุรี	10.1 ทม.หนองปรือ อ.บางละมุง	รพ.สต.มาบประชัน
ภาคใต้ 2 จ. / 3 สอ.	1.นครศรีธรรมราช	1.1 ทต.ปากพูน อ.เมือง	สอ. บ้านศาลาบางปู
			สอ. บ้านปากพูน
	2. สุราษฎร์ธานี	2.1 อบต.เกาะพะงัน อ.เกาะพะงัน	สอ. บ้านโกลกหล้า

การศึกษาของสมพันธ์ เตชะอธิก และ พะเยาว์ นาคำ (2552) ได้ศึกษาวิจัยแบบผสมผสานเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ในช่วงเดือนกันยายน 2550 ถึงธันวาคม 2551 โดยการศึกษาเชิงคุณภาพจากเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เก็บข้อมูลเชิงลึกและสังเกตการณ์การทำงาน จัดเวที

ประชุมสรุปบทเรียนการถ่ายโอนสถานีนอนามัย และเวทีนำเสนอผลกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การศึกษาเชิงปริมาณด้วยเก็บข้อมูลแบบสอบถามกับประชาชนผู้รับบริการสถานีนอนามัยรวม 8,199 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดเพื่อตอบคำถามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ด้วยการจัดตั้งกลวิธาน และการดำเนินงานถ่ายโอนที่เกิดขึ้นจริง เทียบกับหลักการที่มีการกำหนดไว้ ศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการถ่ายโอน สรุปบทเรียนที่ได้รับจากการถ่ายโอน และจัดทำข้อเสนอแนะทั้งเชิงนโยบายและเชิงกลวิธาน โดยให้มีการพิจารณาการถ่ายโอนใน 4 รูปแบบ คือ การถ่ายโอนสถานีนอนามัยและบุคลากรมาทั้งหมด การถ่ายโอนสถานีนอนามัยมาทั้งหมดแต่บุคลากรมาบางส่วน การถ่ายโอนสถานีนอนามัยมาบางส่วนแต่บุคลากรมาทั้งหมด และการถ่ายโอนสถานีนอนามัยและบุคลากรมาบางส่วน โดยแต่ละรูปแบบมีผลให้การตั้งรับการบริหารจัดการ งาน เงิน คน และวัสดุที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า ด้านแนวคิดและกระบวนการที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่น มีคุณค่าความสำคัญ และมีผลให้การถ่ายโอนราบรื่น เกิดการมีส่วนร่วม มีการประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ด้านนโยบาย ยุทธศาสตร์ในพื้นที่ มีการวางกลยุทธ์ที่เน้นการสร้างระบบบริการที่เป็นธรรม เร่งสร้างงานเชิงรุก ปรับปรุงนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนกิจกรรมด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมควบคู่กับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ด้านบริหารจัดการงาน เงิน บุคลากร ทรัพย์สิน วัสดุ ยา และเวชภัณฑ์ไม่ราบรื่นนัก

งานศึกษาของสงครามชัย ลีทองดี (2554) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2553) และงานศึกษาอื่น ๆ อีกหลายฉบับได้มีการชี้ให้เห็นถึงปัญหาและอุปสรรคของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยปัญหาใหญ่สามปัญหา ได้แก่ การถ่ายโอนสถานีนอนามัยยังไม่เป็นตามแผนกระจายอำนาจ รูปแบบของการกระจายอำนาจขาดความหลากหลาย และการดำเนินการอาจสร้างผลกระทบโดยไม่คาดคิดต่อระบบสาธารณสุขโดยรวม และงานศึกษาของเวียงรัฐ เนติโพธิ์ (2553) ได้ชี้ถึงประเด็นถึงต้นตอของปัญหาที่เกิดขึ้น อย่างน้อย 4-5 ประเด็น ได้แก่ ปัญหาระดับวิธีคิดต่อทิศทางของสังคม ปัญหาเกี่ยวกับมิติทางอำนาจและการเมือง ปัญหาในระดับนโยบายของส่วนกลาง ปัญหาความล้มเหลวในการบังคับใช้กฎหมาย เป็นต้น ปัญหาความไม่เป็นอิสระของ อปท. ซึ่งงานศึกษาเพื่อประเมินผลแผนกระจายอำนาจด้านสุขภาพนี้จะต้องนำประเด็นเหล่านี้มาประกอบเพื่อกำหนดเป็นประเด็นที่ใช้ในการสัมภาษณ์

จากงานศึกษาที่ผ่านมาในอดีต (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552; จรวยพร ศรีศศลักษณ์, จเร วิชาไทย และ รำไพ แก้ววิเชียร, 2552; สมพันธ์ เตชะอธิก และ พะเยาว์ นาคำ 2552; นางพะงา มหามิตร, จรวยพร ศรีศศลักษณ์, สมพันธ์ เตชะอธิก, 2550) ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการศึกษาในประเด็นการถ่ายโอนสถานีนอนามัยซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่เห็นเป็นรูปธรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ โดยมีประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะที่อาจมีรายละเอียดที่แตกต่างกันไปบ้างแต่อยู่ในขอบข่ายเดียวกัน เช่น จรวยพร ศรีศศลักษณ์, จเร วิชาไทย และ รำไพ แก้ววิเชียร (2552) ชี้ประเด็นว่า จากประสบการณ์การถ่ายโอนสถานีนอนามัย มีข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอว่า

การทำความเข้าใจในประเด็นการถ่ายโอนสถานีนามัยต้องเกิดขึ้นในทุกระดับตั้งแต่ต้นนโยบายส่วนกลางจนถึงระดับท้องถิ่น การถ่ายโอนไม่ควรดำเนินการแบบเร่งรัดเกินไป ควรสื่อสารกันตลอดเวลาและร่วมกันหาทางออกที่ดีที่สุด ควรคำนึงถึงความสอดคล้องระหว่างอัตรากำลังกับการปฏิบัติงานใหม่ให้มาก และควรมีศูนย์บริหารจัดการการถ่ายโอนระดับจังหวัดทำหน้าที่ประสานงานและให้ความช่วยเหลือในทุกๆด้าน รวมทั้งต้องมีระบบสนับสนุนการดำเนินงานในทุกระดับและทุกระยะตั้งแต่ก่อน ระหว่างและหลังการถ่ายโอนตลอดจนมีระบบติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพราะผลลัพธ์ไม่ได้อยู่ที่ให้เกิดการถ่ายโอนเพียงอย่างเดียว หรือ งานศึกษาของ สมพันธ์ เตชะอธิก (2546) ที่เป็นช่วงเริ่มต้นของการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจ ระบุว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งที่ท่าบอบทได้ดีพอสมควรแล้วมีการจัดทำวิสัยทัศน์ นโยบาย ยุทธศาสตร์และแผน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น มีทั้งการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น การจัดกระบวนการทำแผนการออกแบบสอบถาม การลงพื้นที่พบปะกับชาวบ้าน มีการกำหนดแผนครอบคลุมหน้าที่ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ตามมาตรา 16 มีศูนย์รับเรื่องร้องเรียน เวทีสาธารณะรับฟังความคิดเห็น สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหลายแห่งที่บอบทได้ยังไม่ดี และไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย ปัญหาการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ปัญหางบประมาณกำลังคน ขาดความเป็นอิสระในการปกครอง ความล่าช้าในการประสานงาน เป็นต้น⁶

จากงานศึกษาต่างๆในอดีตเป็นจุดเริ่มต้นในการศึกษาประเมินผลแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพโดยไม่ได้เน้นที่การถ่ายโอนงานของสถานีนามัยเพียงอย่างเดียวแต่ต้องมีการประเมินถึงผลความสำเร็จของทั้งแผนหนึ่งและแผน 2 ในทุกกลุ่มภารกิจ และด้วยวิธีการประเมินต่างๆที่เหมาะสม

⁶ งานศึกษาในช่วงเริ่มต้นการกระจายอำนาจในช่วงปี 2542 ยังมีการศึกษาของ ชูชัย ศุภวงศ์ และ ยุติ คาคาณกุล (2542) ที่ระบุถึงศักยภาพของ อบต. ในการโอนภารกิจด้านสาธารณสุขว่ายังมีปัญหาอุปสรรคมากมาย ทั้งที่เกิดจากปัจจัยภายในองค์กรซึ่งเป็นการบริหารจัดการภายในของสมาชิกและคณะกรรมการบริหาร และปัจจัยภายนอกองค์กรซึ่งเป็นหน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆที่เคยทำงานในพื้นที่ และประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จะต้องส่งเสริมสนับสนุนซึ่งกันและกัน ขณะเดียวกันประชาชนก็สามารถติดตามตรวจสอบและถ่วงดุลได้ หน่วยงานของรัฐจะต้องปรับบทบาทของตนเป็นที่ปรึกษา ผู้ประสานงาน ผู้ให้การสนับสนุน และเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับ อบต. โดยระดมความร่วมมือจากภาคีต่างๆเพื่อร่วมกันพัฒนางานของตำบล นอกจากนี้ จะต้องชี้แจงทำความเข้าใจกับชุมชนในเรื่อง บทบาท อำนาจหน้าที่ของอบต. หรือ งานศึกษาของฉัตรมงคล แนนหนา และคณะ พ.ศ. 2542 ที่ระบุ ปัจจัยสำคัญที่มีต่อความสำเร็จในการกระจายอำนาจ ใน 4 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ 1. ตัวแปรด้านสมรรถนะขององค์กร (ปัจจัยกำลังคน งบประมาณ ความคล่องตัวในการจัดซื้อจัดจ้าง) 2. ตัวแปรด้านความซับซ้อนของงาน 3. ตัวแปรด้านการเมือง “ความนิ่ง” ของการเมืองท้องถิ่น และการมีผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำสูง และ 4. ตัวแปรด้านความชัดเจนของแผนการกระจายอำนาจที่ไม่มีความชัดเจน (เนื่องงาน ระยะเวลาการถ่ายโอนงาน งบประมาณ เงินเดือนของบุคลากรที่โอนมาจากราชการ ส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค อาคร) เป็นต้น

กับภารกิจและวัตถุประสงค์ของงานศึกษาในรายประเด็น ซึ่งจะมีการนำเสนอกรอบแนวคิดในการประเมินในบทต่อไป

บทที่ 3

กรอบแนวคิดการประเมินแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1 และ 2) ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ

3.1 กรอบการศึกษาของโครงการ

จากการศึกษาทบทวนความก้าวหน้าในการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพที่ผ่านมา คณะนักวิจัยได้กำหนดกรอบการศึกษาแบ่งเป็นกรอบการศึกษาดังต่อไปนี้

3.1.1 กรอบการประเมินผลภารกิจถ่ายโอนด้านสุขภาพ

ภารกิจด้านสุขภาพที่ผ่านมานั้นประกอบด้วยกลุ่มภารกิจหน้าที่สำคัญต้องได้รับการประเมินใน 4 ภารกิจ ได้แก่ 1) การรักษาพยาบาล 2) การส่งเสริม 3) การป้องกัน และ 4) สุขอนามัย ซึ่งถือเป็นกลุ่มภารกิจที่ครอบคลุมสาระสำคัญภารกิจด้านสุขภาพทั้งระบบ ตามตารางที่ 3.1 เป็นการสรุปภารกิจที่สำคัญ ซึ่งรายละเอียดความรับผิดชอบของแต่ละภารกิจ และระยะเวลาของการถ่ายโอนแสดงไว้ในภาคผนวกที่ 2

ตารางที่ 3.1 กลุ่มภารกิจที่เป็นกรอบการประเมินภารกิจถ่ายโอนด้านสุขภาพ

ภารกิจ	ภารกิจที่ถ่ายโอน
การรักษาพยาบาล	งานบริการสาธารณสุขเขต กทม./ปริมณฑล/เขตเมือง
	โครงการประกันสุขภาพ (30 บาทรักษาทุกโรค)
	การบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ
	การวินิจฉัยและรักษาพยาบาลเบื้องต้น
	การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
	ทันตสาธารณสุข
การส่งเสริม	ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก
	ส่งเสริมสุขภาพเด็กกลุ่มวัยเรียนและเยาวชน
	ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน
	ส่งเสริมสุขภาพเด็กและกลุ่มผู้สูงอายุ
	งานวางแผนครอบครัวและพัฒนาประชากร
	งานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

ภารกิจ	ภารกิจที่ถ่ายโอน
การส่งเสริม (ต่อ)	การพัฒนานามัยชุมชนบนพื้นที่สูง
	สนับสนุนเงินอุดหนุนพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์สาธิตเพื่อการพัฒนาเด็กเล็ก
	สนับสนุนเงินอุดหนุนภาคเอกชนที่ให้บริการทำหมัน
	ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย
	การพัฒนาบุคลากรและชุมชน
	สนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
	สนับสนุนเงินอุดหนุนค่าอาหารผู้ป่วยโรคเรื้อน
	สนับสนุนเงินอุดหนุนในการสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อน ค่าสังคมสงเคราะห์และฌาปนกิจ
	การผลิตสื่อและ/หรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา
	การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริหารด้านความรู้ในการบริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม
	การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของผู้บริโภคในท้องถิ่น
การป้องกัน	การก่อสร้างสถานบริการใหม่ เพิ่มเติม ซ่อมแซม การจัดหาวัสดุภัณฑ์
	ปฏิบัติการเพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
	งานเฝ้าระวังและพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม
	งานคุ้มครองสุขภาพจิตจากมลพิษ
	ตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอางค์ และวัสดุอันตรายในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุใน พ.ร.บ. แต่ละประเภท
สุขอนามัย	งานโภชนาการ
	จัดหาและพัฒนา น้ำสะอาด (สนับสนุนวัสดุ)
	งานพัฒนาอาชีพอนามัยและอาชีพเวชกรรม
	งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
	งานสุขาภิบาลอาหาร

สำหรับแนวทางการประเมินผลการกระจายอำนาจฯ ด้านสุขภาพซึ่งจำแนกตามกลุ่มภารกิจทั้ง 4 กลุ่ม ครอบคลุมทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติในพื้นที่ บนพื้นฐานของ “การประเมินกระบวนการ” และ “การประเมินผลผลิต” ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการด้านสุขภาพของ อปท. ที่เกิดจากการถ่ายโอนภารกิจ โดยมีแนวทางการประเมินดังต่อไปนี้

1. การประเมินผลกระบวนการผลิตนโยบายการกระจายอำนาจฯ ด้านสุขภาพในภาพรวม ถือเป็น การประเมินผลและวิเคราะห์เพื่อทราบถึงบริบท (Context) ในกระบวนการออกแบบนโยบายสาธารณะด้าน

สุขภาพที่ผ่านมาว่ามีปัจจัยต่างๆ ไต่บ้างที่นำไปสู่การผลิตนโยบายการกระจายอำนาจฯ ด้านสุขภาพ และมีปัจจัยใดเป็นอุปสรรคสำคัญที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพื่อลดต้นทุนในการดำเนินการ (Transaction Cost) ผลิตนโยบายด้านสุขภาพให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นอนาคต

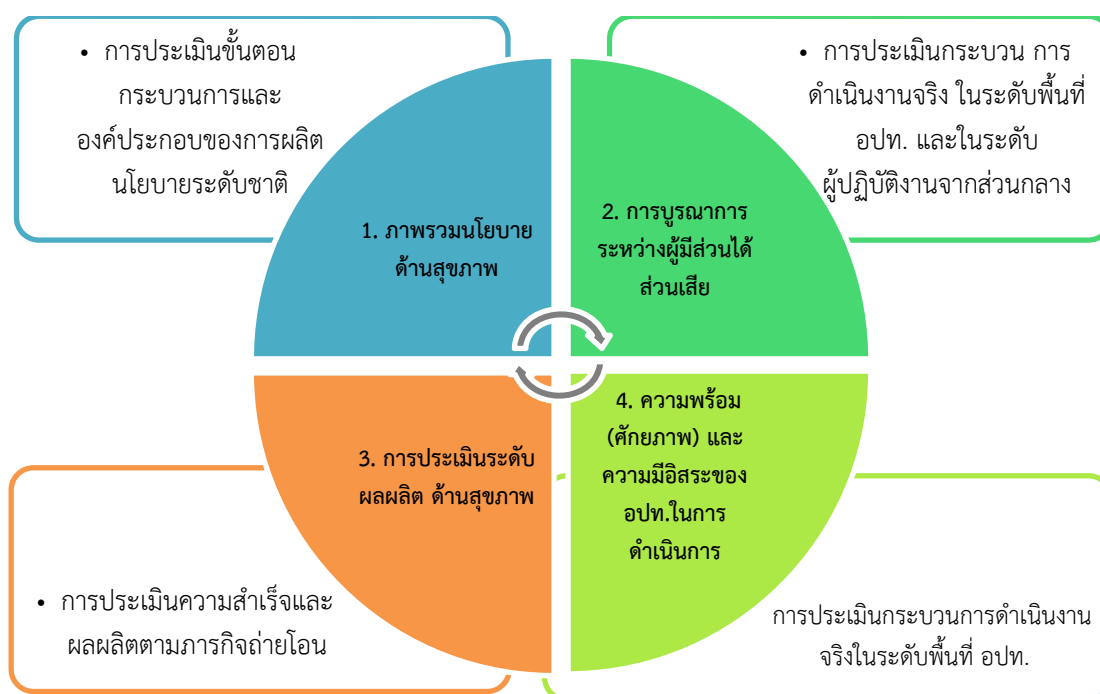
2. การประเมินการบูรณาการระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ด้านสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มภารกิจทั้ง 4 กลุ่ม เพื่อสะท้อนมิติความสัมพันธ์ในการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นอปท. ด้วยกัน และ/หรือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ อย่างไร เนื่องจากการประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานด้านสุขภาพระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้นย่อมส่งผลโดยตรงต่อความเชื่อมโยงของการให้บริการแก่ประชาชนโดยเฉพาะยังกลุ่มภารกิจด้านการรักษาพยาบาล

3. การประเมินความพร้อม (ศักยภาพ) และความมีอิสระของ อปท. ในการดำเนินการตามภารกิจถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ เพื่อศึกษาถึงระดับความก้าวหน้าในการกระจายอำนาจฯ จำแนกตามกลุ่มภารกิจด้านสุขภาพทั้ง 4 กลุ่ม ตัวอย่างของการประเมิน อาทิเช่น ถ้า อปท. มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำภารกิจอย่างกว้างขวาง ย่อมจะสะท้อนให้เห็นถึงระดับการกระจายอำนาจมีสูง เช่นเดียวกับความเป็นอิสระในการดำเนินการของ อปท. หากรัฐบาลส่วนกลางเข้าไปแทรกแซงน้อย หรือกำกับควบคุมดูแลแต่เพียงกว้าง ก็สะท้อนให้เห็นว่า อปท. นั้น มีความเป็นอิสระสูง เป็นต้น ดังนั้น การประเมินในแง่ความเป็นอิสระจึงเป็นการประเมินผลในระดับพื้นที่ว่ายังมีปัจจัยใดที่มีผลลดทอนความสามารถในการดำเนินงานด้านสุขภาพของ อปท. ในขณะเดียวกัน การประเมินศักยภาพของ อปท. จะช่วยให้ทราบถึงความสามารถที่แท้จริงของ อปท. ในการรับการถ่ายโอนภารกิจ เนื่องจากการประเมิน อปท. ในการศึกษานี้จะดำเนินการในหลายระดับ ซึ่งแต่ละ อปท. ย่อมมีศักยภาพ ความพร้อม และวิธีการตัดสินใจในการดำเนินงานในพื้นที่ที่ต่างกัน ซึ่งการประเมินความพร้อมและศักยภาพนี้อาจทำให้เห็นถึงปัจจัยที่อาจมากระทบต่อการถ่ายโอนภารกิจในภาพรวม

4. การประเมินผลผลิต (Output) ด้านสุขภาพจากการให้บริการของ อปท. ตามที่ อปท. ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการทั้ง 4 กลุ่มภารกิจ แม้ว่าการศึกษานี้จะมีเป้าหมายสำคัญเพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการการถ่ายโอนภารกิจฯ ฉบับที่ 1 และ 2 ซึ่งถือเป็นแผนระดับชาติที่หน่วยงานระดับพื้นที่ต้องปฏิบัติตาม แต่ผลผลิตที่เกิดขึ้นจริงในระดับพื้นที่นั้นย่อมเป็นตัวชี้วัดในการสะท้อนความก้าวหน้าและมีผลโดยตรงต่อระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ดังนั้น เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่าการกระจายอำนาจฯ ด้านสุขภาพให้แก่ อปท. นั้นเกิดผลดีต่อการเพิ่มคุณภาพและปริมาณในระดับพื้นที่หรือไม่ มากน้อยเพียงใดจึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลในระดับผลผลิต (Output) เป็นสำคัญ ขณะเดียวกัน การประเมินผลอื่นๆ นั้นจะเกี่ยวข้องกับการประเมินในเชิงกระบวนการทำงานในระดับพื้นที่ต่อไป

จากแนวทางการประเมิน อาจมีการสรุปเป็นแผนภาพได้ตามแผนภาพที่ 4.1 ที่มีการระบุถึงภาพรวมในการประเมินทั้ง 4 หัวข้อ โดยแนวทางการประเมินจะอยู่ในกรอบสี่เหลี่ยมที่เป็นการระบุถึงวิธีการของการประเมินและกลุ่มผู้ถูกประเมิน

แผนภาพที่ 3.1 กรอบการประเมินผลของโครงการฯ



3.2 วิธีการประเมิน

การศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งแนวทางการประเมินออกเป็น 2 รูปแบบ คือ การประเมินกระบวนการ และการประเมินผลผลิตโดยมีการใช้เทคนิคการประเมินทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ สำหรับวิธีการศึกษาหลักในแต่ละรูปแบบการประเมิน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.2.1 การรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน

การเก็บข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเป็นการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภารกิจของการถ่ายโอนจากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ตัวอย่าง

3.2.2 วิธีการศึกษาเพื่อประเมินกระบวนการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ

การศึกษานี้เป็นการประเมินผลกระบวนการเพื่อวิเคราะห์บริบท และปัจจัยต่างๆ ไต่ถามที่ส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าในการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพในทั้งในระดับนโยบายจากส่วนกลางและในระดับพื้นที่ ดังนั้น วิธีการศึกษาหลักของการประเมินกระบวนการจึงใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การสัมภาษณ์กลุ่มย่อย (Focus Group) เป็นสำคัญ โดยแบ่งเป็นการจัดกิจกรรมหลายระดับ ได้แก่

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในกลุ่มเป้าหมายตามพื้นที่ที่กำหนด โดยมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมเพื่อการรับฟังปัญหา อุปสรรค ของการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ได้รับการถ่ายโอน โดยสัมภาษณ์กลุ่มหนึ่งผู้กำหนดและผู้ขับเคลื่อนนโยบาย คณะกรรมการกระจายอำนาจ ผู้แทนของหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนอำนาจ

การสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) กับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ซึ่งแบ่งเป็นสามกลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหารและผู้กำหนดแผนหรือนโยบายด้านสาธารณสุขของ อปท. กลุ่มกลุ่มผู้รับนโยบายจากกระทรวงหรือบุคลากรในระบบสาธารณสุขในพื้นที่ และกลุ่มผู้รับบริการคือประชาชนในพื้นที่ เพื่อระบุถึงปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการตลอดช่วงที่ผ่านมา เพื่อระบุระดับความสำเร็จของแผนเป็นรายประเด็น

การวิเคราะห์ผลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมนี้ เพื่อดูผลกระบวนการ รูปแบบการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้กฎหมายการกระจายอำนาจ รวมถึงเพื่อประเมินจุดเด่น จุดด้อย เงื่อนไข ปัญหา อุปสรรค และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ของผู้เกี่ยวข้อง ตัวแบบหนึ่งที่น่าสนใจเพื่อใช้ในการประเมินคือ ตัวแบบของ CIPP (หรือ CIPPI) ที่เป็นการประเมินจาก การวิเคราะห์บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Inputs) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์หรือผลผลิต (Product) และผลกระทบ (Impact) ตั้งแต่การจัดทำแผน การขับเคลื่อนแผน กระบวนการถ่ายโอน โดยมีตัวอย่างของปัจจัยนำเข้าที่ต้องพิจารณา เช่น งบประมาณ ทรัพยากรมนุษย์ ความพร้อมของ อปท. และความพร้อมหน่วยงานที่ต้องถ่ายโอนภารกิจ เป็นต้น นอกจากนี้การวิเคราะห์จะมีการรวมการวิเคราะห์บริบท (Content Analysis) และการวิเคราะห์บทบาทของบุคคลหรือหน่วยงานในการดำเนินภารกิจ ในลักษณะของการวิเคราะห์เป็นผู้เล่น (Actor Analysis) ว่าหากอยู่ในบทบาทนี้แล้วภารกิจ วิธีดำเนินการ การตอบสนอง และการตอบโต้ ควรเป็นอย่างไร เพื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

3.2.3 การรับฟังความคิดเห็นกับผู้เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและการขับเคลื่อนแผนฯ ในอนาคต

การดำเนินการจัดประชุมกับผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามกฎหมายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เพื่อรายงานผลการประเมินในเชิงสรุป และรับฟังข้อข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอันเกิดจากผลการประเมินที่ได้ ของผู้ร่วมสัมมนาเพื่อนำมาปรับปรุงให้รายงานมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

3.2.4 การสรุปผลการประเมิน

จากการประเมินด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณ ผู้วิจัยจะสรุปผลเพื่อตอบคำถามในประเด็นตามวัตถุประสงค์ของโครงการ คือ

- 1) การประเมินผลแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1 และ 2) ตลอดจนแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1 และ 2) มีความสัมฤทธิ์ผลมากน้อยเพียงใด โดยประเมินเป็นภาพรวมของภารกิจที่มีการถ่ายโอน
- 2) การประเมินกระบวนการ รูปแบบการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกิดจากการบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงการประเมินจุดเด่น จุดด้อย เงื่อนไข ปัญหา อุปสรรค และข้อคิดเห็นต่างๆ ของผู้เกี่ยวข้อง
- 3) แนวทางในการดำเนินการต่อไป ซึ่งเป็นการประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากพื้นที่ตัวอย่าง และข้อเสนอแนะของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งแนวทางที่จะนำเสนอจะเป็นประโยชน์ต่อการการปรับการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 3)

3.3. สรุปวิธีการดำเนินการและผลการประเมินตามกรอบการศึกษา

3.3.1 การสำรวจเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยเป็นการศึกษางานวิจัยในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยมีการแบ่งหัวข้อสำคัญ คือ

- 1) แนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจของประเทศไทย ที่มีการกล่าวถึงหลักการกระจายอำนาจในเชิงการเมืองการปกครอง กฎหมาย และการกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญ รวมถึงรูปแบบการบริหารและโครงสร้างรายได้และการใช้จ่ายที่สำคัญของ อปท.
- 2) แนวคิดของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องของประเทศไทย มีการพิจารณาเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง พัฒนาการและรูปแบบของการกระจายอำนาจที่เกิดขึ้น
- 3) การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบรูปแบบของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในต่างประเทศในประเด็นต่างๆ เช่น รูปแบบของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ครอบคลุมของภารกิจ ทรัพยากรและการจัดสรรทรัพยากร เป็นต้น
- 4) ความก้าวหน้าการถ่ายโอนภารกิจและงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศไทย เป็นการพิจารณาถึงภาพรวมของการถ่ายโอนภารกิจ งบประมาณ และข้อมูลที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศไทย การวิเคราะห์โครงสร้างการบริหารงานและงบประมาณด้านสาธารณสุขของไทย
- 5) วรรณกรรมปริทัศน์เกี่ยวกับการประเมินผลการกระจายอำนาจที่ผ่านมาในอดีต

3.3.2 สรุปผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการลงพื้นที่

คณะผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามกรอบภารกิจถ่ายโอนด้านสุขภาพในทั้ง 4 รูปแบบ คือ 1) การรักษาพยาบาล 2) การส่งเสริม 3) การป้องกัน และ 4) สุขอนามัย และเป็นการประเมินทั้งทุกระดับ ดังนี้

- ก. ในระดับนโยบาย คือ การประเมินด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้กำหนดนโยบายการกระจายอำนาจ (คณะกรรมการกระจายอำนาจ)
- ข. การประเมินกระบวนการถ่ายโอนและการประเมินผู้มีส่วนได้เสีย รวมถึงศักยภาพของ อปท. ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการลงพื้นที่เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยใช้พื้นที่ของจังหวัดนครราชสีมา (อบจ. เทศบาลนคร และ อบต. ด่านขุนทด) และ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นตัวอย่างของการประเมิน

- ค. การศึกษาดูงานร่วมกับคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิจัย สวรส. ณ จังหวัดน่าน ระหว่างวันที่ 5 – 6 สิงหาคม 2555
- ง. การประเมินด้วยข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวกับโครงสร้างการดำเนินการ บุคลากร งบประมาณ เพื่อประเมินในประเด็นที่เกี่ยวกับผลผลิตด้านการให้บริการของ อปท.
- จ. การประเมินร่วมกับตัวอย่างในต่างประเทศ เพื่อทำการระบุถึงแนวทางที่เหมาะสมของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยการพิจารณาบริบทของต่างประเทศ กลไกที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เพื่อนพมาร่วมในการประเมินหาข้อสรุปและแนวทางการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

3.3.3 รายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์

- (1) นพ.บุญชัย สมบูรณ์สุข อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- (2) นายแพทย์ทรงยศ ชัยชนะ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
- (3) นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
- (4) นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
- (5) คุณเยาวมาลย์ เสือแสงทอง ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริหารนโยบาย และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- (6) นพ. จักรธรรม ธรรมศักดิ์ อดีต รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และอดีตผู้ตรวจราชการกระทรวง (ผู้ตรวจราชการ 10) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- (7) นายวีระชัย ชมสาคร ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (8) นางสุปราณี จันทรัตนวงศ์ ผู้อำนวยการส่วนนโยบายและแผน สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจ
- (9) นายณรงค์ เชื้อบุญช่วย นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจ
- (10) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขของ อบจ. นครราชสีมา
- (11) เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง องค์การบริหารส่วนตำบลด่านขุนทด อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา
- (12) คุณสันติ ทวยมีฤทธิ์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
- (13) นายแพทย์ประจำศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชน เทศบาลนครราชสีมา
- (14) สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) นครราชสีมา
- (15) อบจ. นครราชสีมา
- (16) เทศบาลนครนครราชสีมา

- (17) อบต. ด้านขุนทด
- (18) เทศบาลนครเชียงใหม่
- (19) องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่

3.3.4 ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. ประเด็นการสัมภาษณ์ในระดับผู้กำหนดนโยบายการกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพจากส่วนกลาง

ประเด็น	รายละเอียด
การเปลี่ยนแปลง อำนาจ หน้าที่ และ ความรับผิดชอบ	1. หน่วยงานต่างๆ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับจุดประสงค์ และ ประโยชน์ของแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพหรือไม่ 2. ความชัดเจน และ ความเข้าใจถึงขอบเขตของอำนาจ หน้าที่ และ ความรับผิดชอบ ของหน่วยงานต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป 3. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา
ด้านการดำเนินการให้เป็นไปตามแผนฯ	1. การเปลี่ยนแปลงขอบเขต อำนาจ หน้าที่ และ ความรับผิดชอบ ทำให้เป็นอุปสรรค หรือ เป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้บรรลุเป้าหมายหลัก ของหน่วยงานต่างๆ ที่ตั้งไว้ โดยจะเน้นการสอบถามผลกระทบที่ เกิดกับกิจกรรมหลักๆ ของหน่วยงาน 2. ปัญหา และ อุปสรรคในการประสานงานระหว่างหน่วยงานจาก ส่วนกลาง และ หน่วยงานจากท้องถิ่น จากมุมมองของทั้งสองฝ่าย 3. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา
ด้านบุคลากร	1. แผนฯ ส่งผลต่อ ขอบเขต อำนาจ หน้าที่ และ ความรับผิดชอบ ของบุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยงานต่างๆ อย่างไร 2. ปัจจัยใดส่งเสริม ปัจจัยใดเป็นอุปสรรคในการกำหนดการ ตัดสินใจโอนย้ายสังกัด จากส่วนกลางไปยังส่วนท้องถิ่น 3. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา
ด้านงบประมาณ	1. การเปลี่ยนแปลงขอบเขต อำนาจ หน้าที่ และ ความรับผิดชอบ ส่งผลกระทบต่องบประมาณของหน่วยงานต่างๆ อย่างไร 2. การดำเนินการของงบประมาณ และ การพิจารณางบประมาณ จากส่วนกลางเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ จากมุมมองของส่วนกลาง

ประเด็น	รายละเอียด
	และ ส่วนท้องถิ่น 3. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา
ผลสัมฤทธิ์	1. การเปลี่ยนแปลงขอบเขต อำนาจ หน้าที่ และ ความรับผิดชอบ ส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ของเป้าหมายที่และหน่วยงานได้ตั้งไว้หรือไม่ 2. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา

2. ประเด็นการสัมภาษณ์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่

2.1 ประเด็นการสัมภาษณ์ในหน่วยงานสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น

ประเด็น	รายละเอียด
วิธีการ ขั้นตอน การดำเนินการในระดับพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนฯ	1. การเปลี่ยนแปลงขอบเขต อำนาจ หน้าที่ และ ความรับผิดชอบ ทำให้เป็นอุปสรรค 2. ความสัมพันธ์ในการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็น อปท. ด้วยกัน และ/หรือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ อย่างไร เนื่องจากการประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานด้านสุขภาพระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้นส่งผลโดยตรงต่อความเชื่อมโยงของการให้บริการแก่ประชาชน 3. การกิจพิเศษที่เป็นบทบาทในระดับพื้นที่ นอกเหนือจากภารกิจถ่ายโอน 4. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา
ด้านบุคลากร	1. แผนฯ ส่งผลต่อ ขอบเขต อำนาจ หน้าที่ และ ความรับผิดชอบ ของบุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยงานต่างๆ อย่างไร 2. ปัจจัยใดส่งเสริม ปัจจัยใดเป็นอุปสรรคในการกำหนดการตัดสินใจโอนย้ายสังกัด จากส่วนกลางไปยังส่วนท้องถิ่น 3. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา

ประเด็น	รายละเอียด
ด้านงบประมาณในระดับพื้นที่	1. การเปลี่ยนแปลงขอบเขต อำนาจ หน้าที่ และ ความรับผิดชอบ ส่งผลกระทบต่องบประมาณของหน่วยงานต่างๆ อย่างไร 2. ความพอเพียงของงบประมาณ และการได้รับการอุดหนุนงบประมาณจากแหล่งต่างๆ 3. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา
การติดตามประเมินผลด้านสุขภาพ	1. ปัจจุบันมีการติดตามประเมินผลการให้บริการด้านสุขภาพที่หน่วยงานถูกประเมินอะไรบ้าง 2. ความเหมาะสมของระบบติดตามประเมินผล วิธีการประเมิน ตัวชี้วัดที่ใช้เพื่อขับเคลื่อนกระบวนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ตลอดจนการติดตามประเมินผลเพื่อรักษาระดับคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพ 3. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา

2.2 ประเด็นการสัมภาษณ์ผู้บริหาร อปท. และผู้ดำเนินนโยบายของ อปท.

ประเด็น	รายละเอียด
วิธีการ ขั้นตอน การดำเนินการในระดับพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนฯ	1. การเปลี่ยนแปลงขอบเขต อำนาจ หน้าที่ และ ความรับผิดชอบ ทำให้เป็นอุปสรรค 2. ความเหมาะสมของภารกิจต่อขีดความสามารถการให้บริการด้านสุขภาพ 3. ความสัมพันธ์ในการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งที่เป็น อปท. ด้วยกัน และ/หรือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ อย่างไร เนื่องจากการประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานด้านสุขภาพระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้นส่งผลโดยตรงต่อความเชื่อมโยงของการให้บริการแก่ประชาชน 4. ความมีอิสระและความพร้อมของ อปท. ในการดำเนินการตามภารกิจถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ อาทิเช่น การแทรกแซงของหน่วยงานระดับต่างๆ ที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่

ประเด็น	รายละเอียด
	ของ อปท. 5. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา
ด้านบุคลากร	1. แผนฯ ส่งผลต่อ ขอบเขต อำนาจ หน้าที่ และ ความรับผิดชอบ ของบุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยงานต่างๆ อย่างไร 2. ปัจจัยใดส่งเสริม ปัจจัยใดเป็นอุปสรรคในการกำหนดการตัดสินใจโอนย้ายสังกัด จากส่วนกลางไปยังส่วนท้องถิ่น 3. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา
ด้านงบประมาณในระดับพื้นที่	1. การเปลี่ยนแปลงขอบเขต อำนาจ หน้าที่ และ ความรับผิดชอบ ส่งผลกระทบต่องบประมาณของ อปท. อย่างไร 2. ความเหมาะสมของงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเป็นการเฉพาะในด้านสุขภาพ (Ad hoc) 3. งบประมาณที่ อปท. ต้องจัดสรรเพิ่มเติมสำหรับดำเนินการด้านสุขภาพ หรือต้องใช้ในการอุดหนุนหน่วยงานอื่นๆ เพื่อดำเนินภารกิจด้านสุขภาพ 4. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา
การติดตามประเมินผลด้านสุขภาพ	1. ปัจจุบันมีการติดตามประเมินผลการให้บริการด้านสุขภาพที่หน่วยงานถูกประเมินอะไรบ้าง 2. ความเหมาะสมของระบบติดตามประเมินผล วิธีการประเมินตัวชี้วัดที่ใช้เพื่อขับเคลื่อนกระบวนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ตลอดจนการติดตามประเมินผลเพื่อรักษาระดับคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพ 3. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา

บทที่ 4

โครงสร้างและกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

การศึกษาในบทที่ 4 นี้จะเป็นการนำเสนอ 1) ตัวแสดงที่มีส่วนเกี่ยวข้อง บทบาทของแต่ละตัวแสดง และกระบวนการกำหนดนโยบาย/ขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการถ่ายโอนสถานีนอนามัยที่ผ่านมา 2) ข้อสังเกตจากกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนับตั้งแต่ที่มีการเริ่มต้นของแผนการกระจายอำนาจจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งผลที่เกิดขึ้นในเชิงโครงสร้างและกระบวนการดังกล่าวย่อมมีผลต่อรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจและข้อจำกัดต่างๆ ในระดับพื้นที่ซึ่งจะมีการนำเสนอในบทต่อไป

ทั้งนี้ ผลที่ได้รับจากการวิเคราะห์ใน 2 ประเด็นข้างต้นจะนำไปสู่การออกแบบข้อเสนอแนะทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการที่มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในท้ายที่สุด สำหรับรายละเอียดการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงโครงสร้างและกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพครอบคลุมภารกิจด้านการส่งเสริมและการป้องกันโรคในปัจจุบัน พบว่า ประกอบด้วยหน่วยงาน 4 หน่วย ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งมีบทบาทในการบริหารงานด้านสุขภาพตั้งแต่ในระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติการในพื้นที่ ตามตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ภารกิจและงบด้านการส่งเสริมและการป้องกันโรคจำแนกหน่วยงาน

ภารกิจ/งบ	หน่วยงาน
งบพัฒนาสุขภาพระดับนโยบาย	สธ.
งบบริการสุขภาพรายบุคคล /ครอบครัว	สปสช.
งบสร้างเสริมสุขภาพ การขับเคลื่อนสังคมและภาคประชาชน	สสส.
การจัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพ	อปท.

วิธีการดำเนินงานในภารกิจด้านสุขภาพประกอบไปด้วยการทำงานใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับนโยบายจากส่วนกลาง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สสส. องค์กรวิชาชีพ เป็นต้น สำหรับระดับพื้นที่ภาคและจังหวัดมี

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สปสช.เขต และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และระดับชุมชน ได้แก่ ศูนย์แพทย์ชุมชน และ รพ. สต. เป็นต้น ขณะที่ สสส. ไม่มีหน่วยงานในระดับภูมิภาคแต่ดำเนินงานจากส่วนกลางไปยังพื้นที่โดยตรงจากเงินกองทุนของ สสส. เอง โดยการกำหนดยุทธศาสตร์ สถานพยาบาล และอัตรากำลังด้านสุขภาพนั้นมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยได้นำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC)¹ มาใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพหรือที่รู้จักโดยทั่วไปว่า "โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค" ซึ่งการบริหารงานตามตราพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ตามมาตรา 26² จากกฎหมายดังกล่าว ทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ถือกำเนิดขึ้นและส่งผลให้อำนาจของการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงจากกระทรวงสาธารณสุขไปยัง สปสช.

ขณะเดียวกัน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดไว้ว่าคนไทยทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน ในการรับบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ด้อยโอกาสมีสิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ โดยไม่คิดมูลค่าที่จัดโดยรัฐอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคเอกชน ซึ่งเป็นการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนไทยทุกคน รวมทั้งในมาตรา 82 ที่กำหนดให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับ บริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ยังได้กำหนดไว้ว่า อปท. จะได้รับการจัดสรรงบประมาณ สำหรับการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองซึ่งรวมทั้งด้านสุขภาพด้วย

ดังนั้น ปัจจุบันการให้บริการด้านสุขภาพจึงมีบทบาทการทำงานร่วมกันระหว่างบทบาทของ สปสช. ที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยจัดสรรงบประมาณสำหรับการรักษาไปยังสถานพยาบาลระดับต่างๆ ทั้งที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและที่ไม่อยู่ในสังกัดกระทรวง ขณะเดียวกัน สปสช. ก็มีเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นสำหรับการกิจด้านการส่งเสริม ป้องกัน โดย อปท. เข้าเป็นเครือข่ายและเป็นสมาชิกของกองทุน³ แสดงตามแผนภาพที่ 4.1 ทั้งนี้ บทบาทของหน่วยงานทางวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขจะทำงานโดยมอบหมายให้ สสจ. เป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่แทน

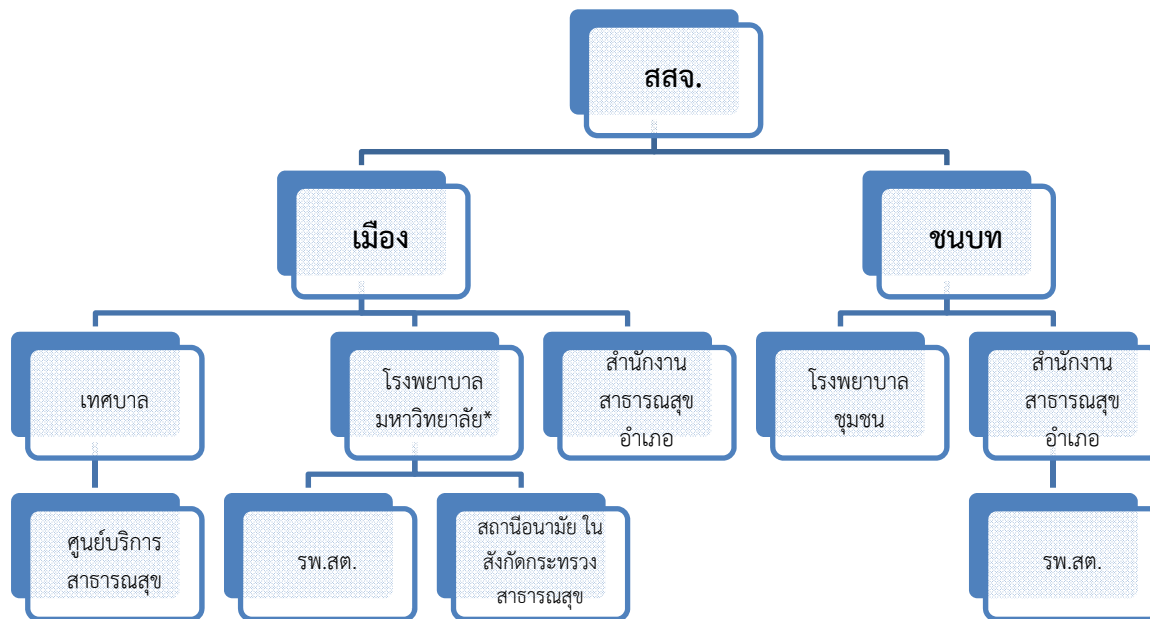
¹ รายละเอียดในภาคผนวกที่ 11

² รายละเอียดในภาคผนวกที่ 3

³ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สืบค้นที่

http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-network_history_Next02.aspx ค้นเมื่อ ธันวาคม 2555.

แผนภาพที่ 4.1 โครงสร้างการบริหารงานด้านสุขภาพระดับจังหวัด



หมายเหตุ: * หมายถึง มีในบางจังหวัด

4.2 การถ่ายโอนสถานอนามัยให้แก่ อปท.

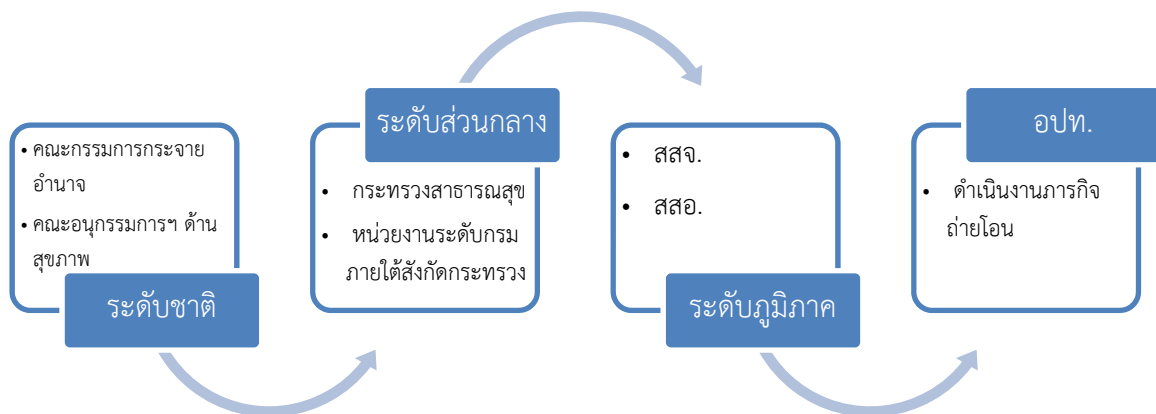
โดยทั่วไปสถานอนามัยถือเป็นสถานบริการปฐมภูมิที่มีบทบาทด้านสุขภาพ ใกล้ชิดประชาชนในพื้นที่ มีสถานที่ตั้งอยู่ในหมู่บ้าน ตำบล มีหน้าที่ความรับผิดชอบครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล การควบคุม ป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งภารกิจทั้งหลายเหล่านี้ดำเนินการตั้งแต่กระบวนการวางแผน ดำเนินงาน ติดตาม ประเมินผล บังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ เพื่อการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนและร่วมสนับสนุน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งด้านบริหาร บริการและวิชาการอย่างบูรณาการทุกภาคส่วน เพื่อตอบสนองความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึง การให้คำปรึกษา และส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพให้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาทั้งกาย จิต สังคมแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ในพื้นที่ความรับผิดชอบ

ภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจในช่วงกว่าสิบปีที่ผ่านมา ซึ่งมีเป้าหมายให้เกิดรูปแบบการให้บริการ สาธารณสุขมูลฐานผ่านกลไกการบริหารงานของ อปท. เพื่อเพิ่มมิติการให้บริการอย่างทั่วถึงและตอบโต้ความ ต้องการของประชาชนในพื้นที่ ดังนั้น ในฐานะหน่วยงานที่ปรากฏขึ้นตามกฎหมายและได้รับมอบหมายให้ดูแล บริการให้ด้านสุขภาพครอบคลุมทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู ซึ่งฐานคิดดังกล่าวเชื่อมโยงกับการเพิ่ม บทบาทการรับถ่ายโอนสถานอนามัยมาอยู่ในความดูแลของ อปท. ด้วยเหตุนี้ ความก้าวหน้าในการถ่ายโอนสถาน

อนามัยจึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญอย่างหนึ่งที่แสดงถึงความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ แต่จากการประเมินผลที่ผ่านมา ภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม การป้องกัน พื้นฟูนั้น อปท. สามารถปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย ขณะที่ ภารกิจด้านการรักษาพยาบาลหรือ การถ่ายโอนสถานีนามัยไปยังอปท. ยังมีข้อจำกัดและมีความก้าวหน้าในการถ่ายโอนสถานีนามัยที่ถ่ายโอนไปยัง อปท. เพียง 39 แห่ง จากจำนวนสถานีนามัย ทั้งสิ้น 9,762 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 0.40 ของสถานีนามัยทั้งหมด และหากเปรียบเทียบกับจาก อปท. ที่มีการเสนอขอรับถ่ายโอนในปี 2553 ทั้งสิ้น 173 แห่ง คิดเป็น อปท. ที่ผ่านการประเมินเพื่อรับถ่ายโอนสถานีนามัย เพียงร้อยละ 22.54 ของ อปท. ที่เสนอขอรับการถ่ายโอน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวของการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพที่ผ่านมา

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการถ่ายโอนสถานีนามัยในลักษณะดังกล่าวโดยวิเคราะห์จากกระบวนการกำหนดนโยบายที่ถ่ายทอดเป็นลำดับขั้นจากระดับชาติจนถึงระดับปฏิบัติในพื้นที่ ประกอบกับใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนในระดับพื้นที่ ซึ่งหากพิจารณาตามกระบวนการกำหนดนโยบายว่าด้วยการถ่ายโอนสถานีนามัยแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับชาติ 2) ระดับกระทรวงได้แก่การกำหนดยุทธศาสตร์ของระบบการให้บริการด้านสุขภาพ และ 3) ระดับภูมิภาค/จังหวัด คือแนวทางการถ่ายโอนสถานีนามัยในระดับพื้นที่ 4) บทบาทของ อปท. ต่อการรับถ่ายโอนสถานีนามัย รายละเอียดดังตามแผนภาพที่ 4.2 ต่อไปนี้

แผนภาพที่ 4.2 ความเชื่อมโยงในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ



ก. กระบวนการกำหนดนโยบายระดับชาติในการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อปท.

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับชาติถือเป็นแม่บทของการกระจายอำนาจ ที่สำคัญผ่านหน่วยงานที่สำคัญ 2 ส่วน ได้แก่ 1) คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ซึ่งมีตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขร่วมเป็นคณะกรรมการโดยตำแหน่งด้วย เพื่อกำหนดแนวทางการถ่ายโอนภารกิจ แนวทางการปฏิบัติหน้าที่ และ 2) คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับการสาธารณสุข ซึ่งถูกแต่งตั้งให้ดูแลภาพรวมในการขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจ ในส่วนของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และกำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานรับผิดชอบในการจัดการถ่ายโอนภารกิจต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพ รายละเอียดตามตารางที่ 4.2 ดังนี้

ตารางที่ 4.2 บทบาทหน่วยงานระดับชาติต่อการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อปท.

หน่วยงาน	อำนาจหน้าที่	ภารกิจดำเนินการ
1. คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. มีอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนฯ มาตรา 12 (ซึ่งมีตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขร่วมเป็นคณะกรรมการโดยตำแหน่งด้วย)	- กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีประเมินความพร้อมของ อปท. - กำหนด แนวทาง ขั้นตอน และวิธีดำเนินการจัดตั้งคณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่ อปท. ระดับจังหวัด - กำหนดแนวทางการส่งเสริมความพร้อมให้แก่ อปท. เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจทรัพย์สินและบุคลากรไปสู่ อปท. อย่างมีประสิทธิภาพ - รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานให้คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ทราบอย่างต่อเนื่อง	แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับสาธารณสุขแก่ อปท.
2. คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับการสาธารณสุขแก่ อปท. (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน)	- กำหนดกลไก กระบวนการหลักเกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อม อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอน สอ. - กำหนดแผนและแนวทางส่งเสริมความพร้อม อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอน สอ. - กำหนดแผนและเป้าหมายการถ่ายโอน สอ. ให้แก่ อปท.	- ให้ความเห็นชอบ - กลไก กระบวนการหลักเกณฑ์ และวิธีประเมินความพร้อม อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอนสอ. - แผนและ แนวทางส่งเสริมความพร้อม อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอน สอ. - แผนและเป้าหมายการถ่ายโอน สอ. ให้แก่ อปท.

ลำดับต่อมาการบริหารเพื่อให้เกิดแนวทางที่ชัดเจนต่อการถ่ายโอนสถานีนอนามัยจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการและอนุกรรมการเพื่อวางแผนการถ่ายโอน และออกแบบระบบประเมินความพร้อมรองรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัย ตามตารางที่ 4.3 ประกอบไปด้วย 1) คณะกรรมการกำหนดกลไกหลักเกณฑ์วิธีประเมินความพร้อม อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัย 2) คณะอนุกรรมการพัฒนากลไก และกระบวนการในการสนับสนุนการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อปท. 3) คณะอนุกรรมการพัฒนาหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และระบบ/กลไกการประเมินความพร้อมในการถ่ายโอน สถานีนอนามัยให้แก่ อปท. และ 4) คณะอนุกรรมการศึกษาและพัฒนา ระบบการประเมินผลและถอดบทเรียนจากการทดลองการถ่ายโอน สถานีนอนามัยให้แก่ อปท. ซึ่งในขั้นตอนนี้อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง

ตารางที่ 4.3 บทบาทหน่วยงานระดับกระทรวงต่อการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อปท.

หน่วยงาน	อำนาจหน้าที่	ภารกิจดำเนินการ
1. คณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์วิธีประเมินความพร้อม อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัย	พัฒนากลไก กระบวนการและวิธีการประเมินความพร้อมของ อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัย และดำเนินการทดลองปฏิบัติในบางพื้นที่ที่มีความพร้อม	1. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ 3 คณะ เพื่อดำเนินการ 1.1 คณะอนุกรรมการพัฒนากลไก และกระบวนการในการสนับสนุนการถ่ายโอน สอ. ให้แก่ อปท. 1.2 คณะอนุกรรมการพัฒนาหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และระบบ/กลไกการประเมินความพร้อมในการถ่ายโอน สอ. ให้แก่ อปท. 1.3 คณะอนุกรรมการศึกษาและพัฒนา ระบบประเมินผล และถอดบทเรียนจากการทดลองการถ่ายโอน สอ. ให้แก่ อปท.
2. คณะอนุกรรมการพัฒนากลไก และกระบวนการในการสนับสนุนการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อปท.	พิจารณาแนวทาง กลไกกระบวนการในการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อปท.	1. กลไกและกระบวนการในการตัดสินใจถ่ายโอนฯ 2. กลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการดำเนินการถ่ายโอนฯ - การสนับสนุนทั่วไป - การสนับสนุนเฉพาะการถ่ายโอน สอ. ให้แก่ อปท. - การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของกลไก ปัจจุบันไป สู่กลไกใหม่ 3. แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม

หน่วยงาน	อำนาจหน้าที่	ภารกิจดำเนินการ
		4.หน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย
3. คณะอนุกรรมการพัฒนาหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และระบบ / กลไกการประเมินความพร้อมในการถ่ายโอน สถานีอนามัยให้แก่ อปท.	กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข ระบบ / กลไกการประเมินความพร้อมในการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ อปท. และเสนอปรับปรุงกฎเกณฑ์ กฎหมาย ระเบียบต่าง ๆ	1. กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขสำคัญในการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ อปท. 2. กำหนดระบบ/กลไกการประเมินความพร้อมของอปท. ที่จะรับการถ่ายโอนสถานีอนามัย 3. เสนอปรับปรุง กฎเกณฑ์ กฎหมาย และระเบียบต่างๆ รวมทั้งแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและกลไกในข้อ 1. และ 2. 4. หน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย 5. แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม
4. คณะอนุกรรมการศึกษาและพัฒนากระบวนการประเมินผลและถอดบทเรียนจากการทดลองการถ่ายโอน สถานีอนามัยให้แก่ อปท.	ศึกษาและพัฒนากระบวนการประเมินผล และถอดบทเรียนจากการทดลองเรื่องการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ อปท.	1. ศึกษาและพัฒนากระบวนการประเมินผล และถอดบทเรียนจากการทดลองเรื่องการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ อปท. 2. หน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย 3. แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม

ภายใต้การบริหารงานของคณะกรรมการดังกล่าว จากการศึกษาเอกสารราชการในช่วงปี พ.ศ. 2544-2550 อาทิ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 แผนปฏิบัติการกระจายอำนาจฉบับต่างๆ รวมถึงเอกสารชี้แจงระหว่างหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข⁴

คณะผู้วิจัยได้ตั้งข้อสังเกตต่อความเชื่อมโยงและการสื่อสารที่ดีในการขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอย่างยิ่ง เนื่องจาก ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงประเด็นข้อสงสัยที่มีต่อความถูกต้องทางกฎหมาย ในการปฏิบัติงานทั้งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข กกถ. และ อปท. ว่าจะมีแนวทางการดำเนินงานถ่ายโอนสถานีอนามัยอย่างไร รวมถึงประเด็นปัญหาในการถ่ายโอนสถานีอนามัย อาทิ นโยบายหลักประกันสุขภาพที่เข้ามาแทรกแซงกระบวนการถ่ายโอนสถานีอนามัยก็ตาม แต่อย่างไรก็ดี ประเด็นคำถามอื่นๆ อาทิ ความชัดเจนในการถ่าย

⁴ "ประเด็นสำคัญที่มีการหยิบยกเป็นปัญหาเกี่ยวกับการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งจะดำเนินการในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2550" ของสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ (กกถ.) และ "ข้อมูลความจริง 10 ประเด็นสำคัญ เกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ, ธันวาคม 2550"

โอน การบังคับให้ถ่ายโอนสถานีนอนามัยแบบพวงบริการให้แก่ กสพ. นั้นเป็นหัวใจสำคัญของปัญหาการถ่ายโอนที่เกิดขึ้นก่อนหน้าการมีระบบหลักประกันสุขภาพอยู่แล้ว

ขณะเดียวกัน เหตุการณ์การถ่ายโอนสถานีนอนามัยที่ไม่มีผู้แทนที่ชัดเจนในการมอบอำนาจอนุมัติสถานีนอนามัย 22 แห่งเป็นผลให้เกิดข้อซักถามถึงความถูกต้องและการมีผลบังคับตามกฎหมายหรือไม่หลังการถ่ายโอนสถานีนอนามัยทั้ง 22 แห่งไปแล้ว ซึ่งแสดงให้เห็นความกังวลใจของทั้งผู้ปฏิบัติงาน อปท. ตลอดจน กกถ. เองเช่นกัน อีกทั้งยังกระทบต่อความรับรู้และเชื่อมั่นในการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของหน่วยงานและบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจะกระทบต่อการทำงานของตนเองในอนาคตหรือไม่ และมีแนวทางที่ชัดเจนมากน้อยเพียงใด

นอกจากนี้ ยังมีข้อคำถามถึงกระทรวงสาธารณสุขในประเด็นความชัดเจนของระเบียบ ขั้นตอนการถ่ายโอนสถานีนอนามัยจาก กกถ. อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระบวนการกำหนดนโยบายกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่มีโครงสร้างการทำงานผ่านคณะกรรมการในหลายขั้นตอนที่แสดงไว้ข้างต้นไม่ได้มีกลไกและการผลิตนโยบายใดๆ ไว้รองรับสถานการณ์ถ่ายโอนจริง ซึ่งต่อมาได้มีการจัดทำ "คู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น" เพื่อเป็นบรรทัดฐานในการทำงานและกำหนดให้ สสจ. เป็นผู้มีความสำคัญในการประเมินความพร้อมการถ่ายโอนสถานีนอนามัยในระดับพื้นที่

ข. บทบาทหน่วยงานระดับจังหวัดต่อการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อปท.

วิธีการดำเนินงานถ่ายโอนสถานีนอนามัยในระดับจังหวัดมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกอบไปด้วย คือ 1) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่ อปท. ระดับจังหวัด 2) คณะทำงานประเมินความพร้อมของ อปท. และประเมินผลการดำเนินงานหลังการถ่ายโอน 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ 4) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยในระดับภูมิภาคอำนาจและภารกิจที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมดำเนินการเป็นการขับเคลื่อนนโยบายทั้งจากระดับชาติ และระดับส่วนกลางไปสู่การปฏิบัติการถ่ายโอนสถานีนอนามัยเป็นสำคัญ ตามตารางที่ 4.4 รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.4 บทบาทหน่วยงานระดับภูมิภาคต่อการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อปท.

หน่วยงาน	อำนาจหน้าที่ และภารกิจดำเนินการ
1. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่ อปท. ระดับจังหวัด 18 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือรองผู้ว่าราชการจังหวัดที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธาน 2) ปลัดจังหวัด อนุกรรมการ 3) ผู้แทน อปท. 3 คน อนุกรรมการ 4) ผู้แทนองค์กรด้านสุขภาพ 3 คน (รพศ./รพท., รพช., สสอ.) อนุกรรมการ 5) ผู้แทนสถานีนอนามัย 3 คน อนุกรรมการ 6) ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข อนุกรรมการ 7) ผู้แทนผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย อนุกรรมการ 8) ผู้แทนภาคประชาชน อนุกรรมการ 9) ท้องถิ่นจังหวัด อนุกรรมการ 10) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด อนุกรรมการเลขานุการ 11) ผู้ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย อนุกรรมการผู้ช่วยเลขานุการ 12) ผู้ที่ท้องถิ่นจังหวัดมอบหมาย อนุกรรมการผู้ช่วยเลขานุการ	1. กำหนดนโยบายและแนวทางการบริหารงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนสอ.ให้แก่ อปท.ให้สอดคล้องกับส่วนกลาง 2. ประเมินความพร้อมของ อปท. และประเมินผลการดำเนินงานหลังการถ่ายโอน 3. เห็นชอบให้ถ่ายโอน สอ. ให้ อปท. แต่ละแห่งที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 4. กำกับ ติดตาม ประเมินผลและรายงานผล ให้ส่วนกลางและระดับชาติ 5. ให้ความเห็นในการบริหารงานบุคลากรสาธารณสุขในท้องถิ่น 6. กำหนดมาตรฐานการดำเนินงานสาธารณสุข และมาตรฐานการบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด อปท. ให้สอดคล้องกับส่วนกลาง 7. กำหนดภารกิจงานสาธารณสุขใน อปท. 8. ให้ความเห็นชอบแผนงานด้านสุขภาพของ อปท. ในส่วนของงบประมาณอุดหนุนจากกระทรวงสาธารณสุข 9. ช่วยเหลือ สนับสนุนและเสริมสร้างสมรรถนะของ อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ 10. ภารกิจอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. มอบหมาย 11. แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อปฏิบัติการที่มอบหมาย - คณะอนุกรรมการตาม ข้อ 3 ให้ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด เสนอชื่อ 1 คน สมาชิกเทศบาลเสนอชื่อ 1 คนและชมรมองค์การบริหารส่วนตำบลเสนอชื่อ 1 คน - คณะอนุกรรมการตาม ข้อ 4 ประกอบด้วย ผอ.รพศ หรือ รพท. 1 คน ผอ.รพช. คัดเลือกกันเองและเสนอชื่อ 1 คน สสอ. / สสก. คัดเลือกกันเองและเสนอชื่อ 1 คน - คณะอนุกรรมการตาม ข้อ 5 ให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานประจำสถานีนอนามัย คัดเลือกกันเองและ เสนอชื่อ (อาจแบ่งสัดส่วน หัวหน้าสอ. 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน)
2. คณะทำงานประเมินความพร้อมของ อปท. และ ประเมินผลการดำเนินงานหลังการถ่ายโอน จำนวน 9 คน ประกอบด้วย 3 ฝ่าย 1) ผู้แทนจากหน่วยงานสาธารณสุข (จาก สสจ. 1 คน สสอ. 1 คน สอ. 1 คน)	1. ประเมินความพร้อมของ อปท. และสถานีนอนามัยตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนด 2. ประเมินผลสำเร็จตามแผนการกระจายอำนาจฯ และแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจฯ 3. ประเมินผลสำเร็จการดำเนินงานสาธารณสุขหลังการดำเนินการถ่ายโอน

หน่วยงาน	อำนาจหน้าที่ และภารกิจดำเนินการ
2) ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล 3 คน 3) ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการ 9 คน เลือกกันเองทำหน้าที่ประธาน 1 คน เลขานุการ 1 คน	- คณะทำงานตาม ข้อ 2 ให้นายกององค์การบริหารส่วนตำบล คัดเลือกกันเอง และเสนอชื่อ 3 คน - คณะทำงานตาม ข้อ 3 ให้คณะกรรมการตามข้อ 1.1 สรรหาและคัดเลือกให้เหลือ 3 คน
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	อำนาจตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุข คือ (1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด (2) ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด (3) กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (4) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย อำนาจหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ คือ (1) จัดให้มีกลุ่มงานหรือผู้รับผิดชอบหลักทำหน้าที่ประสานงาน รวบรวมข้อมูล และทำหน้าที่หน่วยงานเลขานุการคณะกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่ อปท. ระดับจังหวัด (2) ช่วยเหลือ สนับสนุนและเสริมสร้างสมรรถนะของ อปท. (3) เสนอข้อมูลด้านการบริหารงานสาธารณสุข ด้านการบริการสาธารณสุขแก่ คณะอนุกรรมการฯ เช่น ข้อมูลและแนวทางการกำหนดระบบที่สามารถระดมทรัพยากรเพื่อจัดการด้านสุขภาพ ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และข้อมูลและแนวทางการกำหนดระบบที่สามารถเชื่อมโยงทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ และต้องครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม ทุกพื้นที่ รวมทั้งระบบส่งต่อบกติและฉุกเฉิน (4) กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขที่ถ่ายโอนให้อปท. เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	อำนาจหน้าที่ ตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุข คือ (1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ (2) ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ (3) กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (4) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

หน่วยงาน	อำนาจหน้าที่ และภารกิจดำเนินการ
	อำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ คือ (1) ช่วยเหลือ สนับสนุนและเสริมสร้างสมรรถนะของ อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ (2) เป็นที่ปรึกษาในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ แก่ อปท. ที่รับโอนสถานีนอนามัย (3) ประสานความร่วมมือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ระดมทรัพยากรเพื่อจัดการด้านสุขภาพในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (4) ประสานความร่วมมือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้เกิดระบบที่สามารถเชื่อมโยงทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ และต้องครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มทุกพื้นที่ รวมทั้งระบบส่งต่อ (5) กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติของหน่วยงานสาธารณสุขที่ถ่ายโอนให้ อปท. เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

สำหรับขั้นตอนการดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อปท. รายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1) คณะกรรมการกระจายอำนาจกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อม อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัย ดำเนินการพัฒนากำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินความพร้อมของ อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัย เสนอต่อคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับสาธารณสุขให้แก่ อปท. เพื่อขอความเห็นชอบ
- 2) คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพแก่ อปท. ให้ความเห็นชอบและเสนอต่อคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. เพื่อขอความเห็นชอบ
- 3) คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. พิจารณาให้ความเห็นชอบและประกาศเป็น หลักเกณฑ์แนวทางการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพให้แก่ อปท. และแจ้งกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
- 4) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น แจ้ง อปท. พร้อมส่งประกาศหลักเกณฑ์แนวทางการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพให้แก่ อปท. ทราบ และแจ้งให้สมัครขอรับการประเมิน เพื่อขอรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัย

- 5) อปท. ส่งใบสมัครยื่นความประสงค์ขอรับการประเมินความพร้อมฯ ตามแบบฟอร์ม และสถานที่ที่กำหนด
- 6) คณะทำงานประเมินความพร้อมของ อปท. และประเมินผลการดำเนินงานหลังการถ่ายโอน ดำเนินการประเมินความพร้อม ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนด และรายงานผลการประเมิน
- 7) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่ อปท. ระดับจังหวัด รายงานผลการประเมินความพร้อมของ อปท. ที่ผ่านการประเมิน เพื่อขออนุมัติดำเนินการถ่ายโอนต่อ ส่วนกลาง พร้อมบัญชีรายละเอียดรายการของสถานีนามัยที่จะถ่ายโอน ประกอบด้วย บัญชีภารกิจสถานีนามัย บัญชีบุคลากรที่จะถ่ายโอน บัญชีทรัพย์สิน บัญชีที่ดินและสิ่งก่อสร้าง ฯลฯ
- 8) กระทรวงสาธารณสุข แจ้งผลการพิจารณาและมอบอำนาจให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
- 9) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ อปท. ดำเนินการถ่ายโอนและรับโอนตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนด โดยอาศัยผลของกฎหมาย พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนฯ

ในกรณีที่ อปท. ขอรับโอนสถานีนามัย อปท. ต้องดำเนินการไปตามขั้นตอน หลักเกณฑ์ และวิธีการถ่ายโอนซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการกระจายอำนาจฯ และตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขที่จะได้มีการตราขึ้นภายหลังจากที่หลักเกณฑ์ต่าง ๆ ได้รับความเห็นชอบแล้วโดยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ

- 1) อปท. ยื่นคำขอรับการประเมินความพร้อมตามแบบฟอร์มที่กำหนดก่อนสิ้นปีงบประมาณไม่น้อยกว่า 180 วัน (ก่อนวันที่ 3 เมษายน ของทุกปี)
- 2) คณะทำงานประเมินความพร้อมฯ พิจารณาคำร้องและทำการประเมินตามหลักเกณฑ์/ตัวชี้วัด ที่กำหนด
- 3) คณะทำงานประเมินความพร้อมฯ รายงานผลการประเมินต่อกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาอนุมัติให้มีการถ่ายโอน (เมื่อ อปท. ที่ยื่นคำขอผ่านเกณฑ์ประเมินความพร้อม)
- 4) กระทรวงสาธารณสุขแจ้งผลการอนุมัติให้จังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เพื่อแจ้ง อปท. ที่ขอรับการประเมิน
- 5) ดำเนินการถ่ายโอนโดยส่งมอบภารกิจ ทรัพย์สิน และบุคลากรตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

สำหรับการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่ อปท. ตามระเบียบข้อบังคับการถ่ายโอนที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ คือ ความเป็นเจ้าของในทรัพย์สิน และการถ่ายโอนบุคลากรทางการแพทย์ ตามตารางที่ 4.5 รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.5 ประเด็นประกอบการถ่ายโอนสถานีนอนามัยที่สำคัญ

หัวข้อ	สาระสำคัญ
ด้านทรัพย์สินและการกิจ	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีนอนามัยเป้าหมาย ดำเนินการสำรวจและจัดทำบัญชีทรัพย์สินและบัญชีการกิจ เพื่อเตรียมส่งมอบ 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้ง อปท. กำหนดวันส่งมอบ 3. ดำเนินการส่งมอบ โดยการจัดทำบันทึกการส่งมอบ และ บัญชีแสดงทรัพย์สิน บัญชีแสดงการกิจที่ส่งมอบ ตามแนวทางปฏิบัติในการถ่ายโอนภารกิจ 4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ลงนามส่งมอบ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้ลงนามรับมอบ ประธานหรือคณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่ อปท. ระดับจังหวัด 1 คน สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ หัวหน้าสถานีนอนามัยที่ถ่ายโอนลงนามเป็นพยาน 5. การส่งมอบที่ดินและสิ่งก่อสร้าง ส่งมอบโดยอาศัยผลของกฎหมาย พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนฯ และแผนการกระจายอำนาจฯ ข้อ 6.1.2 (17) ระเบียบกรมธนารักษ์ว่าด้วยการรับคืนที่ราชพัสดุและการผ่อนผันการส่งคืนที่ราชพัสดุ พ.ศ. 2526 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดหาประโยชน์ในที่ราชพัสดุ พ.ศ. 2547 และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 ข้อ 157
ด้านบุคลากร (ถ่ายโอนโดยอาศัยผลของกฎหมาย พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนฯ และแผนการกระจายอำนาจฯ ข้อ 6.5.2)	1. ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดทำบัญชีรายชื่อบุคลากรสาธารณสุขที่สมัครใจถ่ายโอนตามรายชื่อที่ได้รับอนุมัติจากส่วนกลางแล้ว แนบท้ายบันทึกการส่งมอบ 2. ให้ อปท. ดำเนินการรับโอนบุคลากรตามบัญชีแนบท้ายบันทึกการส่งมอบ และกำหนดกรอบอัตรากำลังรองรับบุคลากร ในบัญชีรายชื่อบุคลากรแนบท้ายบันทึก 3. ลูกจ้างชั่วคราวที่มีตำแหน่งในสายงานกระทรวงสาธารณสุข ให้ อปท. บรรจุแต่งตั้งเป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่น ตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งและโครงสร้างกรอบอัตรากำลังในการถ่ายโอนข้าราชการ ถ่ายโอนโดยอาศัยผลของกฎหมาย พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ มาตรา 12 (5) และแผนการกระจายอำนาจฯ ข้อ 6.1.2 (8)(15) ข้อ 6.3 ข้อ 6.5.2 และแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจฯ ข้อ 5.3 (6) กรณีการถ่ายโอนในภายหลังให้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการเกี่ยวกับการย้าย การโอน การให้ปฏิบัติราชการและการยืมตัวข้าราชการของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2541 มีหลักเกณฑ์ และวิธีดำเนินการดังนี้ - การโอนไปรับราชการทางกระทรวง ทบวง กรมอื่นๆ คุณสมบัติของผู้ขอโอน - ต้องปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และในกรณีมีข้อผูกพันขอใช้ทุนให้ปฏิบัติตามระเบียบหรือข้อผูกพันที่กำหนดไว้ในขณะนั้น

4.3 ภาพรวมของกระบวนการถ่ายโอนสถานีนอนามัย

จากกระบวนการ และระเบียบการถ่ายโอนสถานีนอนามัยข้างต้น คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัจจัยที่สำคัญซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการขับเคลื่อนกระบวนการถ่ายโอนสถานีนอนามัย และหากวิเคราะห์โครงสร้างของการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพแล้ว ปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติไปยังระดับ อปท. อาจแบ่งได้เป็น 2 ส่วนที่สำคัญ คือ 1) ปัญหาของการส่งต่อนโยบายจากระดับชาติไปยังระดับกระทรวง และ 2) การขาดการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.3.1 ปัญหาความต่อเนื่องเชิงนโยบายจากระดับชาติไปยังระดับกระทรวง

กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทร่วมในกระบวนการกระจายอำนาจตั้งแต่ในระดับชาติจากการมีตัวแทนเป็นกรรมการ และอนุกรรมการด้านการกระจายอำนาจ ทั้งยังถือเป็นหน่วยงานต้นสังกัดในดำเนินงานเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งมีอำนาจในการสั่งการ มอบนโยบาย ควบคุมอัตราค่าลงบุคลากรทางการแพทย์ไปยังระดับภูมิภาค ดังนั้นเงื่อนไขในการการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจึงอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นสำคัญ

จากการศึกษาพบว่า การประชุมของคณะกรรมการกระจายอำนาจที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขไม่ได้เข้าร่วมและแสดงความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบถ่ายโอน และเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขของ อปท. มากนัก ส่งผลสำคัญต่อทิศทางการกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขที่ชัดเจนและเป็นการส่งสัญญาณที่ไม่เป็นทางการไปยังหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้น การส่งต่อนโยบายในดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนามัยจึงหยุดชะงักเนื่องจากกระทรวงไม่ได้ส่งสัญญาณในทิศทางที่จะการสนับสนุนการถ่ายโอนสถานีนอนามัยจากกระทรวงไปยัง สสจ. ทำให้แรงขับเคลื่อนการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไม่เกิดขึ้นโดยมีจุดเริ่มต้นตั้งแต่ท่าทีของกระทรวงสาธารณสุขในบทบาทคณะกรรมการกระจายอำนาจ

การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพจะมาน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมในระดับนโยบายกระจายอำนาจโดยเฉพาะอย่างยิ่งท่าทีของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในทางสนับสนุน และคัดค้านซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแนวทางและผลักดันให้เกิดการให้บริการสาธารณะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และเป็นการส่งสัญญาณที่ชัดเจนให้กระบวนการดำเนินงานของหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกันทำงานในระดับพื้นที่

การดำเนินงานที่ผ่านมาในช่วงแผนกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ 1 มีการถ่ายโอนสาธารณสุข และบริหารจัดการระดับพื้นที่จากการบริหารงานของ กสพ. เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการบริหารราชการระหว่างนั้นเกิดขึ้นพร้อมกับการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินใหม่ อีกทั้งยังมีการปฏิรูปโครงสร้างการให้บริการสาธารณสุขแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ซึ่งทำให้การถ่ายโอนสถานีนอนามัยเป็นไปอย่างล่าช้า เพราะรัฐบาลให้ความสำคัญต่อการปฏิรูปดังกล่าวมากกว่าการกระจายอำนาจภารกิจด้านสุขภาพไปยัง อปท. ต่อมาเมื่อมีการกระจายอำนาจในช่วงแผนการกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ 2 มีหลักการกำหนดวิธีการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับภารกิจที่เกี่ยวข้องกับงานการส่งเสริม ป้องกันโรค และได้กำหนดเงื่อนไขการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้ขึ้นอยู่กับความพร้อมในการรับถ่ายโอนของ อปท. โดยมีมาตรการในการประเมินความพร้อมจากกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบคณะกรรมการพิเศษในระดับพื้นที่เพื่อประเมินความพร้อม

ข้อสังเกต จากวิธีการประเมินผลของคณะกรรมการเพื่อประเมินความพร้อมในการถ่ายโอนสถานีนอนามัยในแต่ละจังหวัดซึ่งประกอบไปด้วย ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข 3 คน ตัวแทนจากท้องถิ่น 3 คน และตัวแทนผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยแต่ละจังหวัดจะมีการเลือกคณะกรรมการลักษณะดังกล่าวเองทำให้มาตรฐานในการประเมินความพร้อมของ อปท. ที่จะรับถ่ายโอนสถานีนอนามัยในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกัน จะเห็นได้ว่ามีคณะกรรมการประเมินความพร้อมมาจากตัวแทนท้องถิ่นเพียง 3 คนซึ่งสร้างความคลางแคลงใจให้แก่ อปท. ในระดับพื้นที่ถึงความชอบธรรม และมาตรฐานในการประเมินความพร้อมเพื่อรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัยในแต่ละจังหวัด

4.3.2 การสื่อสาร และบูรณาการความร่วมมือระหว่างส่วนภูมิภาค และ อปท.

ปัญหาของการสื่อสารระหว่างหน่วยงานนั้นถือเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปในระดับพื้นที่โดยเฉพาะอย่างยิ่งภารกิจด้านสุขภาพที่มีความหลากหลายและใช้ทักษะในการดำเนินงานอย่างสูง ดังนั้น ระบบการให้บริการด้านสุขภาพ และบทบาทของ สสจ. สสอ. จึงต้องดำเนินงานร่วมกับ อปท. ซึ่งมีศักยภาพที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ดังนั้น ปัจจัยเรื่องการสื่อสารระหว่างหน่วยงานจึงมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการดำเนินภารกิจต่างๆ เพิ่มมาก

ขึ้น อย่างไรก็ตาม การสื่อสารกันระหว่างหน่วยงานที่ดีนั้น คือ รูปแบบการสื่อสารแบบ 2 ทาง (2-way Communication) คือ การสื่อสารต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันเพื่อนำข้อมูลต่างๆ ไปใช้ประโยชน์สูงสุด ทั้งยังเป็นกลไกสำคัญในการปรับทัศนคติระหว่างกัน ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นการสลายทัศนคติในเชิงลบต่อกันอีกด้วย

การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มิใช่เครื่องหมายรับประกันว่าเมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจไปแล้วจะทำให้เกิดความร่วมมือประสิทธิภาพและยังประโยชน์แก่พื้นที่โดยสมบูรณ์ หากแต่แนวทางการถ่ายโอนภารกิจต่างๆ ให้แก่ อบต. นั้นได้ยึดหลักจากการความได้เปรียบเชิงพื้นที่และต้นทุนในการเข้าถึงปัญหาที่ต่ำในการให้บริการสาธารณะเป็นสำคัญ และเป็นจุดแข็งที่หาข้ออ้างในการถกเถียงทั้งในเชิงวิชาการและทางปฏิบัติต่อหลักการดังกล่าวได้ยากยิ่ง

ระยะเริ่มต้นของการถ่ายโอนอำนาจในการบริหารจัดการทั้งในเชิงอำนาจ และทรัพยากรรองรับการทำงานของ อบต. ภายใต้เงื่อนไขการจัดสรรทรัพยากรเพื่อรักษา และ/หรือเพิ่มสิทธิในการดำเนินการเพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพผ่านการดำเนินงานของ อบต. อย่างทั่วถึงและรวดเร็วมากยิ่งขึ้นนั้น กลไกที่จะช่วยส่งเสริมให้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นไปด้วยความราบรื่นและสอดคล้องกับเป้าหมายที่กล่าวมาในข้างต้นมากที่สุด คือ การสร้างระบบการถ่ายโอนที่เอื้อให้การถ่ายโอนบริการสาธารณะเป็นไปอย่างคล่องตัวทั้งภารกิจด้านการส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูที่มีความสำเร็จในการถ่ายโอน

ภารกิจที่ทำหายยิ่ง คือ การถ่ายโอนภารกิจด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ อบต. ที่มีความพร้อมซึ่งปัจจัยสู่ความสำเร็จและเป็นรอยต่อไปยังทศวรรษต่อไปของการกระจายอำนาจ คือ การสร้างบรรยากาศความรับรู้เข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเพิ่มปริมาณและคุณภาพของบริการด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

แต่หากผู้บริหารส่วนราชการระดับภูมิภาคมีความไม่เห็นด้วยต่อการกระจายอำนาจแล้ว แนวโน้มการให้ความสนับสนุน หรือมีการกำหนดยุทธศาสตร์แผนงานของหน่วยงานอาจไม่ได้เน้นให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่ด้านบริการสุขภาพของ อบต. ทำให้ระบบการบริหารงานของส่วนราชการเปรียบเสมือนการตัดส่วนการทำงานที่อยู่ในสายบังคับบัญชาเดียวกันเป็นสำคัญ ขณะที่กระบวนการถ่ายโอนสถานีนอนามัย การถ่ายโอนบุคลากรย่อมได้รับผลกระทบเชิงลบจากทัศนคติของการบริหารงานดังกล่าวตามไปด้วย

บทที่ 5

ผลการประเมินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

ภายหลังจากที่มีการวิเคราะห์ถึงกระบวนการถ่ายโอนสถานีนอนมายผ่านตัวแสดงต่างๆ ในเชิงโครงสร้างแล้ว ประเด็นการศึกษาที่สำคัญต่อมา คือ การประเมินผลปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่และให้บริการด้านสุขภาพของ อปท. ซึ่งอาจเป็นผลมาจาก อปท. เอง และ/หรือร่วมกับปัจจัยอื่นๆ และข้อสังเกตแนวทางการดำเนินงานระดับพื้นที่ในมิติต่างๆ ซึ่งได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึกและข้อมูลในระดับพื้นที่จากตัวแทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- 1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย และจัดทำแผนการกระจายอำนาจฯ เพื่อให้ทราบถึงจุดมุ่งหมายของการกำหนดแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ผ่านมาว่ามีความคาดหวังต่อการให้บริการด้านสุขภาพอย่างไร
- 2) บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขที่รับมอบนโยบายส่วนกลางที่เป็นผู้รับผิดชอบการถ่ายโอนภารกิจต่างๆ
- 3) หน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ประกอบด้วยบุคคลใน 3 ส่วน คือ กลุ่มผู้รับนโยบายจากกระทรวงหรือบุคลากรในระบบสาธารณสุข กลุ่มผู้บริหาร อปท. และผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านสุขภาพของ อปท.

5.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดนโยบายกระจายอำนาจฯ ในภาพรวม¹

ภายใต้รัฐธรรมนูญ 2540 และ 2550 ประกอบกับ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนฯ 2542 ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอำนาจในการทำหน้าที่ของระบบราชการระหว่างรัฐบาลและ อปท. ขึ้นใหม่ พร้อมทั้งกำหนดอำนาจหน้าที่ของโครงสร้างและกระบวนการจัดสรรงบประมาณให้แก่ อปท. มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกัน พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนฯ 2542 ที่เกิดขึ้นนั้นมีผลให้เกิดการตั้งองค์กรเพื่อทำหน้าที่ขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจฯ สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สกล.) ภายใต้สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ (กกถ.) เพื่อบริหารงาน

¹ นรา แปนประหยัด (2555). วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจทางการคลังให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. โครงการศึกษานโยบายสาธารณะเพื่อขับเคลื่อนการกระจายอำนาจสู่ อปท. และชุมชน. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.

จัดการและขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจฯ ซึ่งมาจากหลายภาคส่วน เรียกว่า “ไตรภาคี” โดยมีทั้งผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบไปด้วย

- 1) นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรี ซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมาย ดำรงตำแหน่งในฐานะประธาน
- 2) กรรมการโดยตำแหน่งจากหน่วยงานภาครัฐ จำนวน 11 คน² ประกอบด้วย ฝ่ายการเมืองและฝ่ายข้าราชการประจำ ได้แก่
 - ฝ่ายการเมือง ซึ่งดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงในตำแหน่งผู้บริหารสูงสุดของกระทรวง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง และกระทรวงศึกษาธิการ
 - ฝ่ายข้าราชการประจำ ซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูงจากหน่วยงานราชการต่างๆ ได้แก่ ปลัดและอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นของกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เลขาธิการ ก.พ. และผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ
- 3) กรรมการผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 12 คน
 - องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 2 คน
 - เทศบาล 3 คน
 - องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 5 คน
 - กรุงเทพมหานคร 2 คน
 - เมืองพัทยา 2 คน
- 4) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านการบริหารราชการแผ่นดิน ด้านการพัฒนาท้องถิ่น ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านการปกครองส่วนท้องถิ่นในสาขารัฐศาสตร์หรือรัฐประศาสนศาสตร์ และด้านกฎหมาย จำนวน 12 คน

อย่างไรก็ดี ภายใต้โครงสร้างองค์กรที่ออกแบบเพื่อกำหนดนโยบายกระจายอำนาจฯ ในภาพรวมแล้วพบว่า องค์ประกอบของคณะกรรมการที่ออกแบบขึ้นโดยหวังให้เกิดการผลิตนโยบายที่รอบด้านและส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อขับเคลื่อนการกระจายอำนาจฯ ในทิศทางที่เอื้อประโยชน์ต่อดำเนินภารกิจหน้าที่ โดย อบท. ซึ่งจากการวิเคราะห์บทบาทการทำหน้าที่ของคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ในทางปฏิบัติตลอดช่วง

² ดังนั้น ภาคส่วนฝ่ายบริหารจึงประกอบด้วย ประธาน และกรรมการจากหน่วยงานภาครัฐต่างๆ รวมเป็น 12 คน

10 ปีที่ผ่านมา นั้นสะท้อนให้เห็นถึงความจำกัดบางประการที่ไม่เอื้อต่อความก้าวหน้าในการกระจายอำนาจฯ ทั้งในเชิงภารกิจหน้าที่ ระบบงบประมาณ และการบริหารงานบุคคลตามเจตนารมณ์ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงทำการสรุปข้อจำกัดของโครงสร้างส่วนบนของการกระจายอำนาจฯ รายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1.1 บทบาทและข้อจำกัดของกลุ่มนักวิชาการต่อการกำหนดนโยบายกระจายอำนาจ³

กลุ่มนักวิชาการนั้นถือเป็นภาคส่วนที่มีบทบาทนำในการกระตุ้นสังคมให้เกิดความเข้าใจความสำคัญของการกระจายอำนาจฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหลังของปี 2535 และการเข้าไปมีบทบาทสำคัญในการวางโครงสร้างของ อปท. และกำหนดทิศทางของการกระจายอำนาจฯ ในช่วงภายหลังปี พ.ศ. 2540

อย่างไรก็ตาม บทบาทของนักวิชาการที่มีต่อกระบวนการกระจายอำนาจยังมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ ได้แก่ (1) *ลักษณะความเป็นปัจเจกของนักวิชาการ* ที่แม้จะมีความรู้ความเชี่ยวชาญในเชิงวิชาการ แต่การจะนำศักยภาพดังกล่าวมาใช้เพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจฯ นั้นยังขึ้นอยู่กับความสมัครใจในการเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งในทางปฏิบัติกระบวนการคิดด้านการกระจายอำนาจฯ ของวงการวิชาการยังมีนักวิชาการที่ให้ความสนใจอย่างแท้จริงค่อนข้างน้อยซึ่งเป็นความเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อการวางรากฐานองค์ความรู้ทางวิชาการว่าด้วย "ท้องถิ่น" ในอนาคต (2) *นักวิชาการไม่มีเครื่องมือหรือกลไกที่ช่วยขับเคลื่อนความคิดเห็นไปสู่การปฏิบัติ* เนื่องจากไม่ใช่กลุ่มที่มีอำนาจในการบริหารงานภาครัฐและขับเคลื่อนทิศทางการปฏิบัติงานจากระดับนโยบายโดยตรง หากแต่เป็นภาคส่วนที่มีบทบาทนำเชิงความคิด (Think Tank) และดำเนินการในฐานะความเป็นบุคคลหรือคณะบุคคลเท่านั้น การจะนำความคิดเห็นที่มีประโยชน์ไปปรับใช้ในทางปฏิบัติจึงไม่อาจทำได้โดยง่ายเมื่อเปรียบเทียบกับบทบาทของภาคส่วนอื่นๆ ที่มีลักษณะการทำงานแบบองค์กร หรือเป็นตัวแทนจากสถาบันต่างๆ (3) *สัดส่วนของนักวิชาการในคณะกรรมการฯ ที่ถูกลดทอนไปในทางปฏิบัติ* ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง มีการเปิดโอกาสให้ฝ่ายวิชาการเข้ามามีบทบาทเป็นคณะกรรมการการกระจายอำนาจในส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งไม่ได้มีการกำหนดอย่างชัดเจนว่าจะต้องเป็นตัวแทนจากฝ่ายวิชาการ เช่น คณาจารย์จากมหาวิทยาลัย หรือนักวิจัย ทำให้ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านมาจากข้าราชการบำนาญจากส่วนราชการต่างๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) หรือสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ส่งผลให้บทบาทของฝ่ายวิชาการมีน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ตัวอย่างเช่น ในช่วงเวลาหนึ่งที่มีกฎหมายบัญญัติให้คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องประกอบด้วยคณะกรรมการจาก 3 ฝ่ายๆ ละ 12 คน ในความเป็นจริงกลับพบว่าคณะกรรมการในส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิที่สามารถนิยามได้ว่าเป็นนักวิชาการ

³ ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์ (2555). การเมืองในกระบวนการกระจายอำนาจ: ศึกษาผ่านบทบาทของนักวิชาการ ข้าราชการ นักการเมือง และประชาชน. กรุงเทพฯ.

นั้น มีเพียง 6 คนเท่านั้น ส่วนที่เหลืออีก 6 คนมาจากข้าราชการบำนาญที่ได้รับคัดเลือกเข้ามาเป็นคณะกรรมการในสัดส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการลดทอนอำนาจจากฝ่ายวิชาการในทางปฏิบัติ

5.1.2 อำนาจของระบบราชการต่อกระบวนการกำหนดนโยบายกระจายอำนาจ⁴

จากการกล่าวถึงคณะกรรมการฯของนักวิชาการในส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ยังเปิดโอกาสให้มีข้าราชการหรืออดีตข้าราชการเข้ามาเป็นตัวแทนในส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิด้วย ดังนั้น แม้ว่าปัจจุบันกฎหมายจะระบุให้มีตัวแทนจาก 3 ส่วนในสัดส่วนที่เท่ากันก็ตาม แต่ในอดีตนับตั้งแต่ที่ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการการกระจายอำนาจ ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2542 จนถึงปัจจุบัน พบว่า มีสัดส่วนของคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีสถานภาพเป็นข้าราชการหรือมีภูมิหลังเป็นข้าราชการมากที่สุด ซึ่งในบางช่วงมีจำนวนมากถึง 15 คน ขณะที่มิได้ตัวแทนจากฝ่ายวิชาการในส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิเพียง 6 คนเท่านั้น ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 มาตรา 6 มีการบัญญัติไว้เพียงว่าให้คณะกรรมการประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านการบริหารราชการแผ่นดิน ด้านการพัฒนาท้องถิ่น ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านการปกครองส่วนท้องถิ่นในสาขารัฐศาสตร์ หรือรัฐประศาสนศาสตร์ และด้านกฎหมายเท่านั้น

ดังนั้น คณะกรรมการในส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิที่มาจากข้าราชการหรือเคยเป็นข้าราชการมาก่อนนั้น พบว่าส่วนใหญ่เป็นข้าราชการที่สังกัดอยู่เพียงไม่กี่หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และยังพบว่าคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒินี้มีการปรับเปลี่ยนไปตามวาระของการดำรงตำแหน่ง ทำให้ผู้ทรงคุณวุฒิจากบางหน่วยงานต้องพ้นจากตำแหน่งไป และยังพบข้อสังเกตอีกประการหนึ่ง คือ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เคยรับราชการในกระทรวงมหาดไทยมักได้รับการแต่งตั้งให้เข้ามาเป็นคณะกรรมการในส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิเสมอ นับตั้งแต่เริ่มต้นการจัดตั้งคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา

นอกเหนือจากบทบาทของระบบราชการที่มีต่อการกำหนดนโยบายกระจายอำนาจ ผ่านคณะกรรมการกระจายอำนาจ แล้ว พบว่าตัวแทนที่มาจากระบบราชการยังมีบทบาทและมีส่วนร่วมในส่วนของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานบุคคลขององค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่นอีกหลายคณะด้วย โดยโครงสร้างคณะกรรมการมีลักษณะเช่นเดียวกับคณะกรรมการกระจายอำนาจ กล่าวคือ มีสัดส่วนของราชการหรือเคยเป็นข้าราชการมาก่อนที่มีสัดส่วนมากกว่าคณะกรรมการที่มาจากภาคส่วนอื่น ดังเช่น ในกรณีของคณะกรรมการ

⁴ อ้างแล้ว

มาตรฐานการบริหารงานส่วนบุคคลท้องถิ่น (ก.ถ.) ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเป็นผลจากการที่กฎหมายไม่ได้ระบุว่าผู้ทรงคุณวุฒิจะต้องมาจากฝ่ายวิชาการเท่านั้น จึงเปิดโอกาสให้ผู้แทนจากส่วนราชการหรืออดีตข้าราชการสามารถเข้ามาสู่การเป็นคณะกรรมการฯ ในส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิได้เช่นเดียวกัน

**ตารางที่ 5.1 จำนวนคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกลุ่มของ
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกตามสังกัดหน่วยงาน**

ประธานคณะกรรมการฯ	สังกัดหน่วยงานของคณะกรรมการฯ กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ (รวม 12 คน)						
	สำนักงาน ก.พ.	สภาพัฒน์ฯ	กระทรวง มหาดไทย	กระทรวง การคลัง	สถาบัน การศึกษา	รวม ฝ่ายราชการ	รวม นักวิชาการ
1. นายพิชัย รัตตกุล	-	2	2	2	6	6	6
2. นายชวน หลีกภัย	-	2	2	2	6	6	6
3. นายสุวิทย์ คุณกิตติ	-	2	2	2	6	6	6
4. นายบองพล อติเรกสาร	-	2	2	2	6	6	6
5. พล.อ. ขวลิต ยงใจยุทธ	-	2	2	2	6	6	6
6. นายจตุรนต์ ฉายแสง	-	2	2	2	6	6	6
7. นายสุวัจน์ ลิปตพัลลภ	1	-	3	2	6	6	6
8. นายวิชณุ เครืองาม	1	-	3	2	6	6	6
9. นายสุวัจน์ ลิปตพัลลภ	1	-	3	2	6	6	6
10. นายโฆสิต ปั้นเปี่ยมรัษฎ์	1	-	3	2	6	6	6
11. นายมิ่งขวัญ แสงสุวรรณ	1	-	3	2	6	6	6
12. นายสมชาย วงศ์สวัสดิ์	1	-	3	-	8	4	8
13. นายสุรพงษ์ สืบวงศ์ลี	1	-	3	-	8	4	8
14. นายเชาวรัตน์ ชาญวีรกุล	1	-	3	-	8	4	8
15. นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ	1	-	3	-	8	4	8

ที่มา: รายชื่อคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวบรวมโดย สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ด้วยเหตุนี้ หากวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของท่าทีตัวแทนที่มาจากกระบบราชการ (ซึ่งมักมีจำนวนตัวแทนที่มากกว่าภาคส่วนอื่นๆ อยู่เสมอ) ต่อการกำหนดแนวนโยบายที่ส่งผลต่อการลดทอนอำนาจในการให้บริการสาธารณะ งบประมาณ และอัตรากำลังของระบบราชการโดยตรง อาจส่งผลให้แนวนโยบายกระจายอำนาจฯ มีการชะลอตัวลงเพื่อให้หน่วยงานราชการต่างๆ มีช่วงเวลาในการปรับตัวที่มากขึ้น หรืออาจมีแนวนโยบายที่

หยุดชะงักเพราะความไม่มั่นใจต่อการทำหน้าที่ของ อบท. จากข้อสังเกตดังกล่าวเพื่อให้เกิดความโปร่งใสต่อการบริหารนโยบายของคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ มากยิ่งขึ้นในอนาคต จึงควรมีการปรับปรุงเพื่อให้เกิดโครงสร้างการกระจายอำนาจฯ ที่สามารถทำงานภายใต้ระบบการตรวจสอบถ่วงดุลแนวคิดและข้อเสนอแนะนโยบายภายในคณะกรรมการฯ อย่างโปร่งใส และเสริมสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ (Trust) ซึ่งกันและกันของทุกภาคส่วนมากยิ่งขึ้น

5.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างนักการเมืองระดับชาติและนักการเมืองท้องถิ่นต่อกระบวนการกระจายอำนาจฯ

ก่อนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความสัมพันธ์ระหว่างนักการเมืองระดับชาติและนักการเมืองระดับท้องถิ่นจากเดิมที่มีความสัมพันธ์กันในเชิงอุปถัมภ์ ผ่านสภาพของการถ่ายโอนงบประมาณจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น กล่าวคือ นักการเมืองระดับชาติเป็นผู้นำเองงบประมาณและโครงการพัฒนาต่างๆ ไปสู่ท้องถิ่น ในขณะที่นักการเมืองท้องถิ่นจะมีเพียงงบประมาณของท้องถิ่นซึ่งไม่สามารถดำเนินการอะไรได้มากนัก เพราะมีอำนาจหน้าที่และทรัพยากรจำกัด ทำให้นักการเมืองท้องถิ่นมักเป็นหัวคะแนนคอยรักษาสถานะเสียงให้กับนักการเมืองระดับชาติ โดยหวังที่จะได้รับทั้งงบประมาณและโครงการพัฒนาต่างๆ ตอบแทน

ภายหลังจากการกระจายอำนาจฯ ในปี 2540 การถ่ายโอนภารกิจหน้าที่และงบประมาณสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้นักการเมืองท้องถิ่นไม่จำเป็นต้องคอยงบประมาณและโครงการพัฒนาต่างๆ จากนักการเมืองระดับชาติเพียงอย่างเดียว แต่มีอำนาจในการบริหารจัดการและใช้งบประมาณของพื้นที่เองเพื่อให้บริการสาธารณะรูปแบบต่างๆ ได้ระดับหนึ่ง

อย่างไรก็ดี นักการเมืองระดับชาติอาจรักษาอำนาจของตนเอง โดยการเข้ามามีส่วนในการกำหนดจังหวะการก้าวของการดำเนินนโยบายการกระจายอำนาจให้ช้าลง ตัวอย่างที่ชัดเจนของการกำหนดนโยบายรัฐบาลที่มีผลต่อความก้าวหน้าของกระบวนการกระจายอำนาจ ตัวอย่างเช่น ในช่วงต้นปี 2544 ถึง ปลายปี 2549 ที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดระบบการบริหารงานของผู้ว่าราชการจังหวัดแบบบูรณาการหรือผู้ว่า CEO⁵ ถือเป็นปัจจัยที่เสริมให้การกระจายอำนาจฯ ถูกลดความสำคัญลง เนื่องจากการตั้งงบประมาณสำหรับผู้ว่าราชการจังหวัดซึ่งทำให้งบประมาณของท้องถิ่นลดลง นอกจากนี้ยังมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพโดยตรง คือ การใช้

⁵ เสกสรรค์ โกสัยเดชาพันธ์ (2551). กระบวนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ศึกษาการจัดสรรรายได้ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย. ภาคนิพนธ์ รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการปกครอง คณะรัฐศาสตรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำให้ระบบการให้บริการด้านสุขภาพมีโครงสร้างการให้บริการ และงบประมาณที่เชื่อมโยงจากภาครัฐไปยังประชาชนโดยตรงไม่ผ่านการทำหน้าที่ของ อบต. มากนัก และเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่กระทบต่อความก้าวหน้าในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในเวลาต่อมา

นอกจากนี้ จากอำนาจทางการเมืองในการบริหารงบประมาณยังเปิดช่องให้มีการใช้กลไกการจัดสรรเงินอุดหนุนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสรรเงินอุดหนุนเฉพาะกิจในการจัดสรรงบประมาณไปยังพื้นที่ฐานเสี่ยงซึ่งนักการเมืองท้องถิ่นเป็นเครือข่ายทางการเมืองระดับชาติอยู่⁶

กล่าวโดยสรุป แม้ว่าจะมีการกระจายอำนาจฯ ที่ให้นักการเมืองท้องถิ่นมีอำนาจและบทบาทต่อการพัฒนาท้องถิ่นที่มากขึ้น บทบาทของนักการเมืองระดับชาติเองที่ดูเหมือนจะมีบทบาทที่ลดลง แต่ก็ยังคงรักษาอำนาจของตนเองผ่านการกำหนดทิศทางของการดำเนินนโยบายด้านการกระจายอำนาจฯ และนอกจากนี้ยังมีความพยายามในการเข้าไปมีบทบาทในการยึดกุมกระบวนการจัดสรรงบประมาณให้แก่ อบต. โดยอาศัยการจัดสรรภาษี และการจัดสรรเงินอุดหนุน ที่รัฐบาลกลางจะจัดสรรลงไปให้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้เงินอุดหนุนเฉพาะกิจ เป็นเครื่องมือต่อรองทางการเมืองหรือการกุมอำนาจของตนเองซึ่งปัจจัยทางการเมืองระดับชาติในลักษณะดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางของกระบวนการกระจายอำนาจที่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความชัดเจนในเชิงกฎหมายผ่านการบัญญัติไว้ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ และ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ เพียงอย่างเดียวในการกำหนดกติกาของการกระจายอำนาจฯ เท่านั้น หากแต่ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถกำหนดเงื่อนไขของการกระจายอำนาจฯ และควรให้ความสำคัญด้วยเช่นกัน

⁶ นรา แปนประหยัด (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดสรรเงินอุดหนุนเฉพาะกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา ปีงบประมาณ 2552. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ตารางที่ 5.2 จำนวนคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
จำแนกตามอาชีพหรือภูมิหลังทางอาชีพ

ประธานคณะกรรมการฯ	อาชีพหรือภูมิหลังของคณะกรรมการ (รวม 36 คน)			
	ข้าราชการประจำ	นักการเมืองระดับชาติ	นักการเมืองท้องถิ่น	นักวิชาการ
1. นายพิชัย รัตตกุล	15	3	12	6
2. นายชวน หลีกภัย	15	3	12	6
3. นายสุวิทย์ คุณกิตติ	15	3	12	6
4. นายปลอด อติเรกสาร	15	3	12	6
5. พล.อ. ขวลิต ยงใจยุทธ	15	3	12	6
6. นายจตุรนต์ ฉายแสง	15	3	12	6
7. นายสุวัจน์ ลิปตพัลลภ	15	3	12	6
8. นายวิษณุ เครืองาม	15	3	12	6
9. นายสุวัจน์ ลิปตพัลลภ	15	3	12	6
10. นายโฆสิต ปั้นเปี่ยมรัษฎ์	15	3	12	6
11. นายมีங์ขวัญ แสงสุวรรณ	15	3	12	6
12. นายสมชาย วงศ์สวัสดิ์	13	3	12	8
13. นายสุรพงษ์ สืบวงศ์ลี	13	3	9*	8
14. นายเชาวรัตน์ ชาญวีรกูล	13	3	12	8
15. นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ	13	3	12	8

หมายเหตุ: * หมายถึง จำนวนของคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในสัดส่วนของผู้แทนท้องถิ่น

ไม่ครบ เนื่องจากอยู่ในช่วงที่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหมดวาระและรอการสรรหา

ที่มา: 1. รายชื่อคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวบรวมโดย สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. การจำแนกอาชีพและภูมิหลังทางอาชีพ จัดทำโดย ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์ (2555)

สำหรับบทวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อความก้าวหน้าในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ แนวทาง และการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ทั้งที่เป็นผลกระทบจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.2 ปัจจัยภายในของท้องถิ่นต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ปัจจัยที่กระทบต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้นเกิดขึ้นในหลายมิติซึ่งมีติดจากปัจจัยภายในของ อบต. ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อสถานการณ์และความก้าวหน้าในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และปัจจัยภายในดังกล่าวมีผลต่อความรู้และความมั่นใจในการทำหน้าที่ของ อบต. ในมุมมองของสังคมและหน่วยงานภายนอกอย่างมาก ดังนั้น การทำความเข้าใจบริบททางการเมือง สังคมของท้องถิ่นจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะสะท้อนถึงความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต สำหรับปัจจัยภายในท้องถิ่นอาจสรุปได้เป็น 4 ปัจจัย ดังต่อไปนี้

- ปัจจัยทางการเมือง แรงขับเคลื่อนการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ
- ปัจจัยทุนทางสังคม/ชุมชน
- ปัจจัยด้านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน
- ปัจจัยความพร้อมของข้อมูล เพื่อการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน

5.2.1 ปัจจัยทางการเมือง แรงขับเคลื่อนการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ

แรงผลักดันสำคัญที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าและความต่อเนื่องในการทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพ รวมถึงการรับถ่ายโอนสถานีนอามัยมีปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งจากปัจจัยทางการเมือง เนื่องจาก การทำงานของท้องถิ่นนั้นมีความแตกต่างจากการบริหารงานโดยกระทรวง ทบวง กรม เพราะ อบต. ถือเป็น “องค์กรทางการเมือง” ที่มีความรับผิดชอบต่อความคาดหวังของประชาชนในระดับพื้นที่เป็นสำคัญ ดังนั้น การรักษาระดับความพึงพอใจของประชาชนจากการให้บริการสาธารณะจึงเป็นประเด็นที่ผู้บริหาร อบต. ให้ความสำคัญอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ ทัศนคติของผู้บริหาร อบต. ก็เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาความต่อเนื่องของการให้บริการสาธารณะในพื้นที่ ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองโดยมีการเปลี่ยนผู้บริหาร อบต. ย่อมส่งผลต่อการให้ความสำคัญในภารกิจหลักของ อบต. ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งความมีเสถียรภาพทางการเมืองย่อมส่งผลต่อการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ของ อบต. รวมถึงแรงจูงใจของผู้บริหารท้องถิ่นในการสมัครใจรับถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการถ่ายโอนสถานีนอามัย เพราะถือเป็นบริการที่ต้องใช้เทคนิค และงบประมาณสูง

5.2.2 ปัจจัยทุนทางสังคม/ชุมชน

หากปัจจัยทางการเมืองมีผลต่อการตัดสินใจรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัยแล้ว ปัจจัยที่ถ่วงดุลปัจจัยทางการเมืองคือทุนทางสังคม (Social Capital) ในระดับพื้นที่ที่มีความสอดคล้องกับความต้องการให้ผู้บริหาร อปท. บริหารในทิศทางใด ดังนั้น ปัจจัยที่จะส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าในการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพจึงถูกกำหนดจากระดับเจตจำนงสาธารณะ (Public Will) ของภาคประชาชนด้วยเช่นเดียวกัน

ดังนั้น หากประชาชนให้ความสำคัญกับบริการด้านสุขภาพ และ/หรือ มีความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนแล้ว ย่อมเป็นการกระตุ้นให้ สสจ. หรือ อปท. ที่เป็นผู้รับผิดชอบในแต่ละสถานพยาบาลให้ต้องเร่งดำเนินการมากขึ้นและมีแนวโน้มให้ สสจ. และ อปท. มีบูรณาการความร่วมมือกันมากกว่าดำเนินงานในลักษณะแยกส่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณพื้นที่ซึ่งมีข้อจำกัดทั้งทางกายภาพ ทรัพยากร และบุคลากร

5.2.3 ปัจจัยด้านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

ความพยายามในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพของ อปท. ภายใต้บริบททางการเมือง การบริหารงาน และการจัดสรรทรัพยากรในระดับพื้นที่เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในรูปความพึงพอใจจากประชาชนในพื้นที่ ดังนั้น ความยั่งยืนของการให้บริการด้านสุขภาพจึงมีเงื่อนไขของการสร้างความต่อเนื่อง และความรู้สึกในการเป็นเจ้าของ (Ownership) เพราะฉะนั้นปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพการให้บริการที่ดีจึงต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน อาทิ สิทธิในการแสดงออก การเรียกร้อง หรือร่วมรับฟังแนวทางการบริหารงานของ อปท. ที่จะทำให้มีความเหมาะสมกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างไร ด้วยเหตุนี้ การเพิ่มบทบาทการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนมากยิ่งขึ้นแทนที่จะเป็นการดำเนินงานภายใต้ระเบียบการบริหารงานแบบทางราชการ หรือดำเนินงานภายใต้กรอบการจัดสรรงบประมาณเพียงอย่างเดียว⁷

จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในทั้ง 3 ปัจจัยข้างต้นถือเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้เนื่องจากเป็นกระบวนการทางสังคม และบริบททางการเมืองของท้องถิ่นนั้นๆ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่จะช่วยให้ปัจจัยข้างต้นมีแนวโน้มที่ดีและยังส่งเสริมให้การกระจายอำนาจมีความก้าวหน้ามากขึ้นนั่นคือ ปัจจัยด้านข้อมูล เนื่องจากความสมบูรณ์และการสื่อสารข้อมูลที่ดีในพื้นที่นั้นย่อมเสริมสร้างให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน อีกทั้งเกิดกระบวนการ

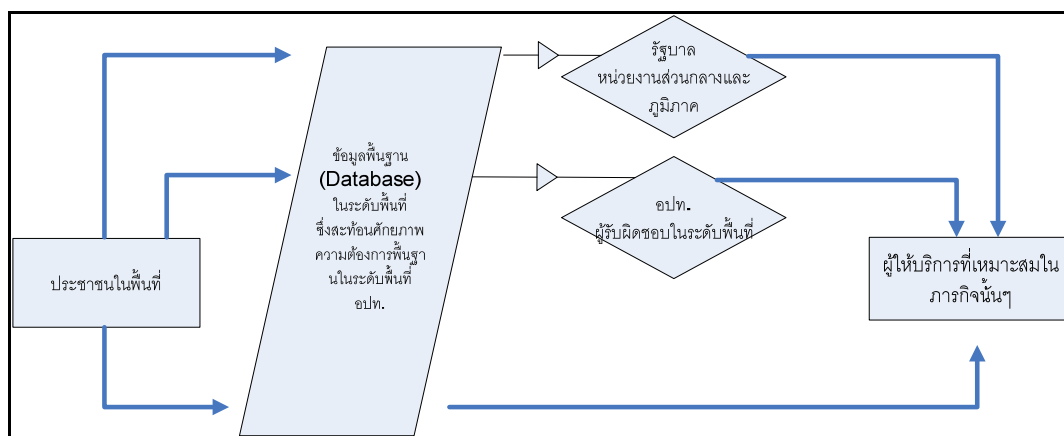
⁷ สกนธ วรรณวัฒน์ และคณะ (2554). โครงการพัฒนาขีดความสามารถการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมในการกระจายอำนาจของส่วนราชการและภาคประชาชน. สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

เรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ อันนำไปสู่การกำหนดแนวทางการบริหารจัดการที่มีความสอดคล้องกันในการให้บริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ รายละเอียดดังต่อไปนี้

5.2.4 ปัจจัยความพร้อมของข้อมูล เพื่อการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน

ความพร้อมของระบบข้อมูลพื้นฐานในระดับพื้นที่ การมีข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยและเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการสาธารณสุขและการตอบสนองการให้บริการที่ดีขึ้น เนื่องจากการจัดบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่ท้องถิ่นเป็นระดับชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลเกี่ยวกับการกิจด้านคุณภาพชีวิต อาทิเช่น การดูแลผู้สูงอายุ หรือการบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Preliminary Health Care) แก่ประชาชน เป็นภารกิจที่ต้องมีความใกล้ชิดและเป็นไปตามความต้องการของแต่ละกลุ่มเป้าหมายและเฉพาะเจาะจงเป็นรายพื้นที่ นอกจากนี้ การมีข้อมูลที่สมบูรณ์ครบถ้วน และทันสมัย โดยทุกภาคส่วนมีการรับรู้แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันจะทำให้สามารถสร้างความตระหนักในประเด็นสาธารณะ การระดมทรัพยากร หรือร่วมกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ที่มีความชัดเจนและบูรณาการบทบาทหน้าที่ของภาคส่วนต่างๆ อย่างสมดุล จากการสำรวจภาคสนามในพื้นที่ อปท. แสดงให้เห็นว่ากระบวนการเปิดเผย แลกเปลี่ยน และรวบรวมข้อมูลกันในระดับพื้นที่นั้นถือเป็นองค์ประกอบหลักของการพัฒนาการมีส่วนร่วมในพื้นที่ กล่าวคือ ระบบข้อมูลถือเป็นเหตุที่ทำให้การสื่อสารระหว่างทุกภาคส่วนเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่นและมีทัศนคติในการทำงานร่วมกัน เนื่องจากจะทำให้ทุกภาคส่วนมีความตระหนักร่วม (Collective Concern) และแสวงหาทางออกของปัญหาต่างๆ ในระดับพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

แผนภาพที่ 5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการมีส่วนร่วมและการบริหารงบประมาณตามภารกิจหน้าที่



ที่มา: สกนธ์ วรรณวัฒนา และคณะ (2554) อ้างถึง Jose Edgardo and Joel S. Hellman⁸

⁸ Jose Edgardo and Joel S. Hellman. Governance Gone Local: Does Decentralization Improve Accountability? in East Asia Decentralizes. The World Bank.

5.3 ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

นอกเหนือจากปัจจัยภายใน อบต. เองที่มีผลต่อความก้าวหน้าในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพแล้ว ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อการทำหน้าที่ด้านสุขภาพของ อบต. นั้นมาจากประเด็นด้านศักยภาพในการทำงานได้แก่ความพร้อมของบุคลากร งบประมาณ ที่ใช้ในการให้บริการ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อศักยภาพในการให้บริการ คือ ความมั่นใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการขอย้ายสังกัดมายัง อบต. และ โครงสร้างทางการคลังต่อการบริการด้านสุขภาพของ อบต.

5.3.1 ความมั่นใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการขอย้ายสังกัดมายัง อบต.

บุคลากรถือเป็นหัวใจสำคัญในการทำหน้าที่ด้านสุขภาพของ อบต. ดังนั้น การถ่ายโอนบุคลากรจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญในการพัฒนาระบบการให้บริการ ดังนั้นจึงมีการกำหนดแนวทางและแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจฯ ให้การถ่ายโอนภารกิจจะต้องคำนึงถึงการถ่ายโอนบุคลากร และงบประมาณตามไปด้วย เพื่อให้สามารถรับประกันได้ว่าการทำหน้าที่ของ อบต. จะสามารถปฏิบัติงานได้จริง สำหรับกระบวนการถ่ายโอนบุคลากรทางการแพทย์ และผลลัพธ์ภายใต้กระบวนการขั้นตอนการถ่ายโอนบุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นจริง มีดังต่อไปนี้

ก. กระบวนการถ่ายโอนบุคลากรทางการแพทย์

กระบวนการที่กำหนดไว้เป็นหลักในการถ่ายโอนบุคลากรทางการแพทย์ไปยัง อบต. จะมีการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับผลประโยชน์ต่างๆ ตลอดจนความก้าวหน้าในอาชีพแก่ผู้สมัครใจถ่ายโอนโดยหลักการ พบว่าบุคลากรสาธารณสุขในสังกัด อบต. ให้มีความก้าวหน้าตามศักยภาพความชำนาญการหรือความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพไม่ได้ขึ้นกับขนาดของพื้นที่/ประชากรที่รับผิดชอบหรือระดับของผู้บริหารของ อบต. ที่ตนเองสังกัด

ทั้งนี้ ให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นเสนอกระทรวงมหาดไทย ได้ออกระเบียบ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงาน ประกอบด้วย

- 1) ระเบียบว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัด อบต. โดยให้นำหลักการของระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงหน่วยของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2536 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2544 มาบังคับใช้

- 2) ข้อบังคับว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัด อปท. โดยนำหลักการของข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 มาบังคับใช้
- 3) หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินค่าตอบแทนให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัด อปท. โดยนำหลักการหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายเงินค่าตอบแทนให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2544 บังคับใช้
- 4) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนไป อปท. ให้สามารถบริการแก่ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพ โดยการเสนอกฎหมายองค์กรวิชาชีพรองรับ

สำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยที่ถ่ายโอนให้แก่ อปท. จะมีสถานภาพตามความสมัครใจ 2 กรณี ดังนี้ กรณีที่ 1 กรณีประสงค์ขอโอนไปสังกัด อปท. จะเปลี่ยนสถานภาพเป็นข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น กรณีที่ 2 กรณีไม่ประสงค์ขอโอนไปสังกัด อปท. และขอย้ายไปยังสถานบริการด้านสุขภาพหรือหน่วยงานอื่นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ตัดโอนตำแหน่งและเงินเดือนและยังคงสภาพเป็นข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวโดยสรุป สถานภาพ สิทธิประโยชน์และความก้าวหน้าของบุคลากรที่ถ่ายโอนในสถานีนอนามัยที่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ประกอบไปด้วย

- **สิทธิประโยชน์และความก้าวหน้า พนักงานท้องถิ่นของ อปท.** มีสถานะเป็นข้าราชการประเภทหนึ่ง มีสิทธิได้รับเงินเดือนตลอดจนเงินเพิ่มอื่น ๆ ที่จ่ายควบกับเงินเดือนจากงบประมาณเงินอุดหนุนของรัฐ ประกอบกับคณะกรรมการมาตรฐานการบริหารงานบุคคลท้องถิ่น จะต้องกำหนดให้นำกฎหมายว่าด้วย ข้าราชการพลเรือนมาใช้โดยอนุโลมและต้องกำหนดเป็นหลักการให้สิทธิประโยชน์แก่บุคลากรที่ถ่ายโอนไปสังกัด อปท. ต้องไม่ต่ำกว่าที่เคยได้รับอยู่เดิม ตลอดจนสิทธิประโยชน์อื่นที่ข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นพนักงานท้องถิ่นก็จะได้รับเช่นเดียวกันกับข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- **สิทธิการเป็นสมาชิก กบข. ตามพระราชบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญ ข้าราชการ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2549** ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2549 ได้กำหนดให้สมาชิก กบข. ที่โอนไปสังกัด อปท. เนื่องจากการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อปท. ยังคงมีสถานภาพการเป็นสมาชิก กบข. ต่อไปได้จึงมีผลให้บุคลากรสาธารณสุขที่โอนไปสังกัด อปท. ยังคงมีสถานภาพเป็นสมาชิก กบข. เหมือนเดิมทุกประการ

ทั้งนี้ พนักงานส่วนท้องถิ่น มีสถานะเป็นข้าราชการประเภทหนึ่งและได้รับเงินเดือนตลอดจนเงินเพิ่มอื่น ๆ ที่จ่ายควบกับเงินเดือนจากงบประมาณเงินอุดหนุนของรัฐ ถ้าบุคลากรในสังกัดเดิมกระทรวงสาธารณสุขย้ายโอนไปสังกัด อบท. ก็จะมีสถานะเป็นพนักงานส่วนท้องถิ่น จึงมีสิทธิประโยชน์พึงได้รับเช่นเดียวกับข้าราชการของกระทรวงสาธารณสุข การมีสถานะเป็นพนักงานส่วนท้องถิ่นทำให้จะต้องได้รับสวัสดิการประโยชน์เช่นเดียวกับพนักงานส่วนท้องถิ่นตำแหน่งอื่นด้วย⁹

นอกจากสวัสดิการในสายวิชาชีพของแต่ละตำแหน่งแล้ว บุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมนิเทศใน อบท. จะต้องสามารถโอนย้ายตามความจำเป็นไปยังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นทั่วประเทศได้ ไม่ว่าจะเป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล หรือ อบท. ซึ่งจะต้องสะดวกและเป็นธรรม ขณะเดียวกัน บุคลากรทางด้านสุขภาพทุกตำแหน่งสามารถโอนย้ายสับเปลี่ยนสายงานอื่นตรงตามที่ตนเองมีคุณสมบัติ และยังสามารถเปลี่ยนสายงานไปยังตำแหน่งรองปลัด อบท. และผู้อำนวยการกองอื่น ๆ หากมีคุณสมบัติตรงตามตำแหน่งนั้น

ขณะเดียวกันยังมีการออกระเบียบเพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ต่างๆ ให้กับบุคลากรในระดับลูกจ้างพนักงานอีกด้วย กล่าวคือ ในช่วงแรกที่ถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อบท. หากมีบุคลากรที่เป็นลูกจ้างทั้งที่จ้างจากเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณซึ่งต้องถ่ายโอนไปพร้อมกับสถานีนอนามัย อบท. ต้องจ้างลูกจ้างเหล่านี้ต่อไปจนครบสัญญาจ้าง โดยรัฐจัดสรรเงินอุดหนุนแก่ อบท. เมื่อครบสัญญาจ้างแล้ว หากมีความจำเป็นต้องจ้างลูกจ้างประเภทดังกล่าวเพื่อความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานให้ อบท. พิจารณาจ้างลูกจ้างที่เคยปฏิบัติงานอยู่เดิมก่อนโดยพิจารณาจากผลการปฏิบัติงานของลูกจ้างดังกล่าวตามหลักเกณฑ์พนักงานจ้างของ อบท. โดยรัฐบาลจะพิจารณาจัดสรรเงินอุดหนุนให้แก่ อบท. เฉพาะที่เป็นตำแหน่งหลักตามความสามารถทางการคลังของ อบท. แต่ละแห่ง

ดังนั้น เพื่อให้เห็นถึงเงินเดือนสวัสดิการ และสิทธิประโยชน์ในการชักจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์ย้ายโอนไปสังกัด อบท. รายการสำคัญ ทั้งที่เป็นตัวเงิน (in Cash) และไม่ใช่ว่าเงิน (in Kind) ดังต่อไปนี้

⁹ รายละเอียดในภาคผนวกที่ 10

ตารางที่ 5.3

เปรียบเทียบสวัสดิการและสิทธิประโยชน์รายการสำคัญระหว่างบุคลากรสาธารณสุข
สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและ อบท.

รายการ	บุคลากรสาธารณสุข	บุคลากรสังกัด อบท.
ก. เงินเดือน และค่าตอบแทนอื่น ที่เป็นตัวเงิน		
1. เงินเดือน*	/	/
2. เงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	/	/
3. เงินประจำตำแหน่ง (วิชาชีพเฉพาะ)	/	/
4. เงินค่าตอบแทนพื้นที่พิเศษ (ทุรกันดาร)	/	/
5. ประโยชน์ตอบแทนอื่นเป็นกรณีพิเศษ (โบนัส หรือ เงินรางวัล)	X	/
6. การขึ้นเงินเดือน และเลื่อนขั้นเงินเดือน	/	//
ข. สวัสดิการอื่นๆ ที่ได้รับ		
1. บำเหน็จบำนาญ (กรณีไม่เป็นสมาชิก กบข.)*	/	/
2. กองทุน กบข. (และ กบท.)	/	/
ค. สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ที่มีใช้ตัวเงิน		
1. เครื่องราชอิสริยาภรณ์	/	/

หมายเหตุ: * หมายถึง มีรายละเอียดของรายการที่แตกต่างกัน

X หมายถึง ไม่มีรายการที่ได้รับ

/ หมายถึง มีรายการที่ได้รับ

// หมายถึง มีรายการที่ได้รับสูงกว่าโดยเปรียบเทียบ

จากการสรุปรายการสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ข้างต้นในแต่ละรายการยังมีข้อแตกต่างระหว่างการ
สังกัดกระทรวง และ อบท. เพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

- เงินเดือน

จากการศึกษาเปรียบเทียบโครงสร้างเงินเดือนของการสังกัดกระทรวงตามพระราชบัญญัติ ระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 และการสังกัด อบท. ตาม พระราชบัญญัติ ระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พบว่า เงินเดือนของบุคลากรทางการแพทยนั้น จะได้รับเงินเดือน ตามระดับซี และ ขึ้นเงินเดือน ปกติ โดย

การแบ่งระดับขั้นของข้าราชการพลเรือนมีการแบ่งในระดับที่ 1-24 ขณะที่การแบ่งระดับของข้าราชการส่วนท้องถิ่นมีการแบ่งในระดับที่ 1-26 ทั้งนี้ ส่วนที่ข้าราชการส่วนท้องถิ่นมีขั้นเพิ่มขึ้นมากกว่าข้าราชการพลเรือน คือ ข้าราชการส่วนท้องถิ่นในระดับซี 7 ขึ้นไป

ขณะที่ เมื่อพิจารณาอัตราเงินเดือน พบว่า ในระดับซี 1-6 ของข้าราชการพลเรือนกับของ อบท. ไม่แตกต่างกัน ในเรื่องของอัตราขั้นสูงและขั้นต่ำ แต่กลับพบว่า อัตราเงินเดือนของข้าราชการท้องถิ่นในระดับ 7 ขึ้นไป ที่อยู่ในระดับชั้นเดียวกัน มีอัตราเงินเดือนที่ยังคงน้อยกว่าข้าราชการพลเรือน#

- เงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

- (1) ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
- (2) ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ
- (3) ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานเวรหรือผลัดป่วยและหรือผลัดดึกของพยาบาล
- (4) ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานชั้นสูตรพลิกศพ
- (5) ค่าตอบแทนพิเศษสำหรับแพทย์สาขาส่งเสริมพิเศษ
- (6) **ค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงหมาจ่ายสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย**
- (7) ค่าตอบแทนเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน (10,000 บาทเท่ากัน)
- (8) ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัว
- (9) **ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย (ในกรณีที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนในข้อ (6))**

จากรายการคำตอบแทนข้างต้นนี้ สิ่งที่จะเป็นข้อแตกต่างในการได้รับคำตอบแทน คือ พื้นที่ในการปฏิบัติงานจะเป็นตัวกำหนดการได้รับคำตอบแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่รับคำตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ความเป็นพื้นที่ปกติและพื้นที่ทุรกันดาร ซึ่งขึ้นอยู่กับความกันดารเป็นสำคัญ ยิ่งกันดารมาก ขาดแคลนบุคลากรมาก ก็ยิ่งได้รับคำตอบแทนมาก ขณะเดียวกันยิ่งอายุงานมาก ก็จะได้คำตอบแทนเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขบุคลากรที่สังกัดกระทรวง หรือ สังกัด อปท. จะได้รับในหลักเกณฑ์เดียวกัน#

ตารางที่ 5.4

การเบิกคำตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายตามข้อ (6) กลุ่มแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ

ระยะเวลา ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชน	ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแพทย์ และทันตแพทย์ ได้รับรายเดือน (บาทต่อคน)						
	ระดับ 6.1			ระดับ 6.2			ระดับ 6.3
	พื้นที่ปกติ	กันดารระดับ 1	กันดารระดับ 2	พื้นที่ปกติ	กันดารระดับ 1	กันดาร ระดับ 2	พื้นที่ปกติ
ปีที่ 1- ปีที่ 3	10,000	20,000	30,000	10,000	20,000	30,000	10,000
ปีที่ 4- ปีที่ 10	30,000	40,000	50,000	25,000	35,000	45,000	20,000
ปีที่ 11- ปีที่ 20	40,000	50,000	60,000	30,000	40,000	50,000	25,000
ปีที่ 21 ขึ้นไป	50,000	60,000	70,000	40,000	50,000	60,000	30,000

ระยะเวลาปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชน	ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเภสัชกร ได้รับรายเดือน (บาทต่อคน)		
	พื้นที่ปกติ	กันดารระดับ 1	กันดารระดับ 2
ปีที่ 1- ปีที่ 3	3,000	8,000	13,000
ปีที่ 4- ปีที่ 10	4,000	9,000	14,000
ปีที่ 11- ปีที่ 20	5,000	10,000	15,000
ปีที่ 21 ขึ้นไป	6,000	11,000	16,000

ระยะเวลาปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชน	ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายพยาบาลวิชาชีพ ได้รับรายเดือน (บาทต่อคน)	
	กันดารระดับ 1	กันดาร ระดับ 2
ปีที่ 1- ปีที่ 3	1,500	3,000
ปีที่ 4- ปีที่ 10	2,000	3,500
ปีที่ 11- ปีที่ 20	2,500	4,000
ปีที่ 21 ขึ้นไป	3,000	4,500

ตารางที่ 5.5

การเบิกค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนมัยตามข้อ (9)

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชนและ สถานีนอนมัย	โรงพยาบาลในพื้นที่ปกติ	โรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนมัย	
	พยาบาลวิชาชีพ	สายงานในระดับวุฒิ การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป	สายงานในระดับวุฒิ การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี
ปีที่ 1- ปีที่ 3	1,200	1,200	600
ปีที่ 4 ขึ้นไป	1,800	1,800	900

● เงินประจำตำแหน่ง (วิชาชีพเฉพาะ)

เงินประจำตำแหน่ง (วิชาชีพเฉพาะ) เป็นเงินที่ผู้มีอาชีพตามประกาศ ก.พ.ว่าด้วยการให้ข้าราชการพลเรือนสามัญได้รับเงินประจำตำแหน่ง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 จะได้รับเงินค่าตอบแทนวิชาชีพเฉพาะ ซึ่งสายงานแพทย์ พยาบาล วิชาชีพ ถือเป็นหนึ่งในสายงานตามประกาศดังกล่าว โดยผู้ปฏิบัติงานในสายงานแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ จะได้รับเงินค่าตอบแทนนี้เท่ากันทั้งประเทศทั้งในกรณีสังกัดกระทรวง หรือสังกัด อปท. ยกเว้น ข้าราชการส่วนท้องถิ่นตำแหน่งปลัด ระดับ 6 และ 7 จะได้รับเงินประจำตำแหน่งเดือนละ 3,500 บาท

ตารางที่ 5.6 เงินประจำตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ระดับ	เงินประจำตำแหน่ง (วิชาชีพเฉพาะ) (บาท/เดือน)
ระดับ 11	15,600
ระดับ 10	13,000
ระดับ 9	9,900
ระดับ 8	5,600
ระดับ 7	3,500

● เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ หรือ เงิน พ.ต.ส.

สำหรับการเบิกค่าตอบแทน พ.ต.ส. ต้องมีคุณสมบัติตามประกาศ ก.พ. เรื่อง กำหนดตำแหน่ง และเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2552 ข้อ (18) ซึ่งกำหนดให้ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ต้องเป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ หรือใบอนุญาต

เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น โดยต้องใช้ใบอนุญาตดังกล่าวปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมป้องกันโรค ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค หรือด้านการฟื้นฟูสภาพ และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ตามบัญชีกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราเงินเพิ่มฯ

เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ หรือ เงิน พ.ต.ส. ถือเป็นเงินรายการสำคัญของข้าราชการทางการแพทย์ซึ่งการสังกัดกระทรวงหรือ อปท. เงินดังกล่าวจะได้รับเท่ากันในกรณี#

- ประโยชน์ตอบแทนอื่นเป็นกรณีพิเศษ (โบนัส หรือ เงินรางวัล)

ข้าราชการส่วนท้องถิ่นจะได้รับเงินโบนัส หรือเงินรางวัล ตามประกาศ ก. จังหวัด เรื่อง กำหนดเงื่อนไขและวิธีการกำหนดประโยชน์ตอบแทนอื่นเป็นกรณีพิเศษฯ โดยกำหนดให้มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน ผ่านคณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนเป็นกรณีพิเศษฯ ที่ อปท. แต่งตั้ง ซึ่งวงเงินที่จะได้รับแต่ละคนจะต้องไม่เกิน 5 เท่าของอัตราเงินเดือนหรือค่าจ้าง ดังนี้

- (1) คะแนนประเมินตั้งแต่ 75 คะแนน มีสิทธิได้รับเงินประโยชน์ตอบแทนอื่นเป็นกรณีพิเศษไม่เกิน 3 เท่าของอัตราเงินเดือนหรือค่าจ้างหรือค่าตอบแทน
- (2) คะแนนประเมินตั้งแต่ 95 คะแนนขึ้นไปและมีวงเงินคงเหลือจากกรณีค่าใช้จ่าย เงินเดือน ค่าจ้าง และประโยชน์ตอบแทนอื่นๆ เพียงพอ อาจเสนอขออนุมัติต่อ ก.จังหวัด เพื่อให้มีสิทธิได้รับเงินประโยชน์ตอบแทนอื่นเป็นกรณีพิเศษเกินกว่า 3 เท่า แต่ไม่เกิน 5 เท่าของอัตราเงินเดือนหรือค่าจ้างหรือค่าตอบแทนได้

ทั้งนี้ กำหนดให้ใช้ฐานอัตราเงินเดือนหรือค่าจ้างหรือค่าตอบแทน ณ วันที่ 1 ตุลาคมของปีที่ขอรับการประเมิน

แม้ว่าโบนัสจะถือเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้แก่พนักงานส่วนท้องถิ่นแต่ภายใต้งบประมาณของท้องถิ่นที่จำกัด และแต่ละท้องถิ่นมีงบประมาณที่ไม่เท่ากัน มีผลต่อความสามารถในการจ่ายเงินโบนัสในท้ายที่สุด นอกจากนี้ การได้รับเงินโบนัสยังขึ้นอยู่กับการพิจารณาของผู้มีอำนาจ ดังนั้น แต่ละท้องถิ่นอาจมีมาตรฐานในการประเมินที่แตกต่างกัน#

- การขึ้นเงินเดือน และเลื่อนขึ้นเงินเดือน

ในกรณีการเลื่อนขึ้นเงินเดือนข้าราชการพลเรือน จะได้รับการขึ้นเงินเดือนก็ต่อเมื่อ

- (1) เงินเดือนขึ้นตามผลงาน ผู้ที่มีผลงานดีหรือดีเด่นจะได้เลื่อนขึ้นเงินเดือน โดยปกติปีละ 2 ครั้ง
 - ครั้งแรก วันที่ 1 เมษายนของทุกปี
 - ครั้งที่สอง วันที่ 1 ตุลาคมของทุกปี
- (2) เงินเดือนขึ้นตามระดับตำแหน่งที่สูงขึ้น ผู้ที่ได้รับการเลื่อนระดับตำแหน่งจะได้รับเงินเดือนสูงขึ้นตั้งแต่วันที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น
- (3) เงินเดือนตามบัญชีอัตราเงินเดือนใหม่ จะเกิดขึ้นเฉพาะกรณีที่มีการปรับปรุงบัญชีอัตราเงินเดือนข้าราชการใหม่เท่านั้น และจะมีผลตั้งแต่วันที่กฎหมายมีผลใช้บังคับ

ขณะที่ ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นและลูกจ้างประจำต้องเป็นได้รับการเลื่อนขึ้นเงินเดือนหรือค่าจ้างในปีงบประมาณที่ขอรับการประเมินทั้งปี รวม 2 ครั้ง (1 เม.ย.และ 1 ต.ค.) ไม่น้อยกว่า 1 ขั้น สำหรับข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นและลูกจ้างประจำผู้ได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างถึงขั้นสูงของอันดับหรือตำแหน่งให้นำการได้รับเงินตอบแทนพิเศษพิเศษครั้งขึ้น (ร้อยละ 2) และหนึ่งขั้น (ร้อยละ 4) ในปีงบประมาณนั้นมารวมเพื่อประกอบการพิจารณาเช่นเดียวกับการเลื่อนขึ้นเงินเดือนหรือค่าจ้างประจำปีด้วย และหากมีการปรับอัตราเงินเดือนเงินประจำตำแหน่งเงินเพิ่มการครองชีพชั่วคราวและเงินตอบแทนอื่น ของข้าราชการพลเรือนเพิ่มขึ้น พนักงานส่วนท้องถิ่นจะมีสิทธิได้รับการปรับเพิ่มขึ้นเดียวกับข้าราชการพลเรือนโดยอนุโลม

แม้ว่าข้าราชการพลเรือน และข้าราชการส่วนท้องถิ่นจะได้รับการเลื่อนขึ้นเงินเดือนตามผลงานเหมือนกันก็ตาม แต่ข้าราชการส่วนท้องถิ่นจะได้รับการการันตีว่าจะได้รับการเลื่อนขึ้นเงินเดือนไม่น้อยกว่า 1 ขั้น ขณะที่ข้าราชการพลเรือนอาจได้รับการเลื่อนขึ้นเงินเดือน ครั้งขึ้นได้

- บำเหน็จบำนาญ (กรณีไม่เป็นสมาชิก กบข.)

ข้าราชการส่วนท้องถิ่น จะได้รับเงินบำเหน็จบำนาญ ตาม พ.ร.บ.บำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2500 รวมทั้งที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2548 โดยมีวิธีคำนวณบำเหน็จ บำนาญ ดังนี้

- (1) สำหรับบำเหน็จ ให้ตั้งเงินเดือนเดือนสุดท้ายคูณจำนวนปีเวลาราชการ

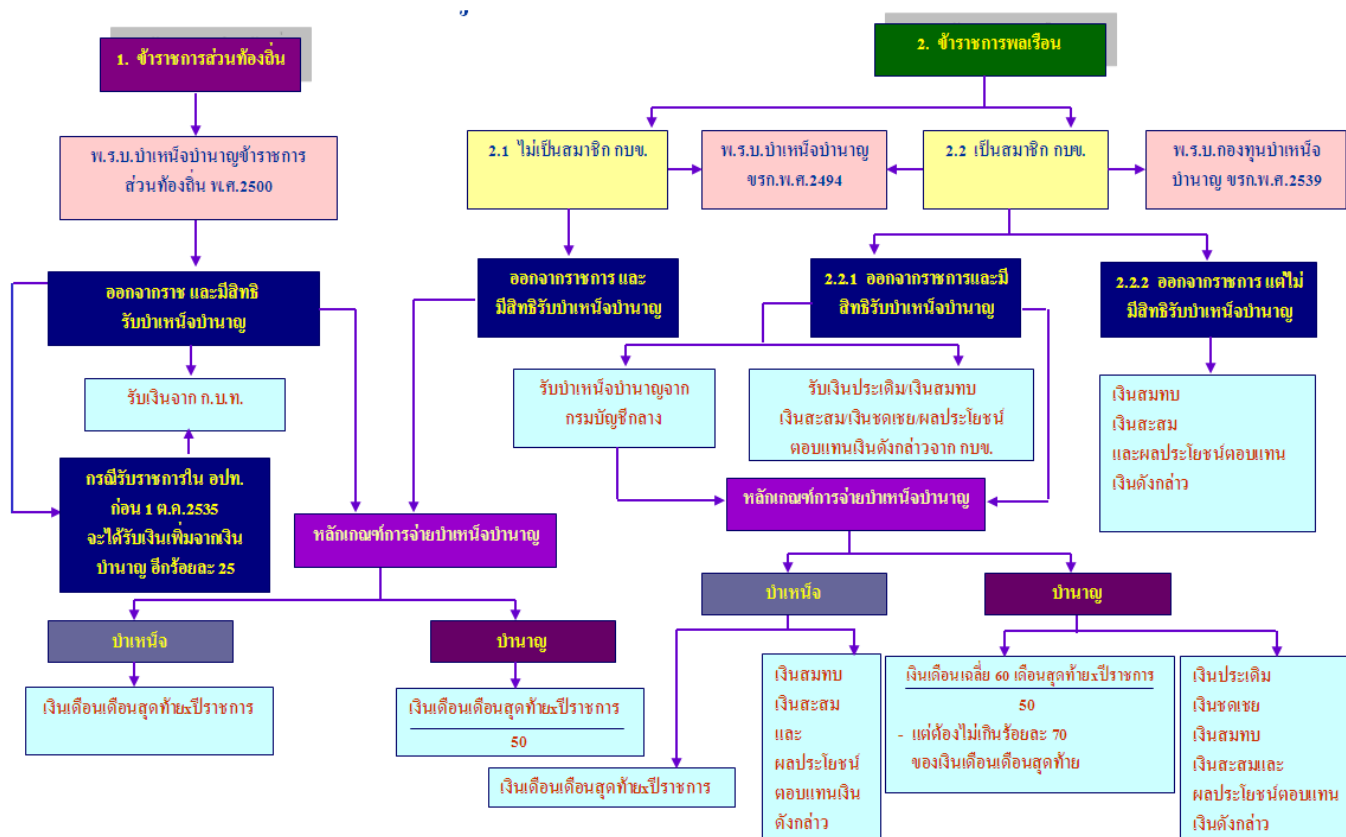
(2) สำหรับบ้านอายุ ให้ตั้งเงินเดือนเดือนสุดท้ายหารด้วยห้าสิบคูณจำนวนปีเวลาราชการ

สำหรับการจ่ายบำเหน็จบ้านอายุ จะจ่ายให้ในกรณี เหตุทดแทน เหตุทุพพลภาพ เหตุสูงอายุ และ เหตุรับราชการนาน ขณะที่ ข้าราชการพลเรือน ในกรณีไม่เป็นสมาชิก กบข. ให้เป็นไปตาม พ.ร.บ. บำเหน็จบ้านอายุ ข้าราชการ พ.ศ. 2494 ซึ่งมีการคำนวณด้วยวิธีการเดียวกัน

สรุปได้ว่าการได้รับบำเหน็จบ้านอายุของข้าราชการพลเรือน และข้าราชการส่วนท้องถิ่นเท่ากัน แต่ในกรณีที่ ข้าราชการส่วนท้องถิ่นเข้ารับราชการก่อนวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2535 จะได้รับเงินเพิ่มจากบ้านอายุอีกร้อยละ 25 ของเงินบ้านอายุ#

แผนภาพที่ 5.2

เปรียบเทียบหลักเกณฑ์การรับบำเหน็จบ้านอายุของข้าราชการส่วนท้องถิ่นกับข้าราชการพลเรือน



ที่มา : กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

- กองทุน กบข.

การเป็นสมาชิก กบข. เป็นไปตามพระราชบัญญัติ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2539 อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงการคลัง มีสมาชิก ได้แก่ (1) ข้าราชการที่ได้รับการบรรจุและแต่งตั้งใหม่ทุกประเภท (ยกเว้นข้าราชการส่วนท้องถิ่น ข้าราชการการเมือง) ที่เข้ารับราชการหลังกฎหมายกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการมีผลใช้บังคับ (ตั้งแต่ 27 มี.ค.40) และ (2) ข้าราชการที่บรรจุก่อน 27 มี.ค.40 (ยกเว้นข้าราชการส่วนท้องถิ่น ข้าราชการการเมือง) ที่สมัครใจเข้าเป็นสมาชิกกองทุน โดยข้าราชการที่เป็นสมาชิก กบข. ต้องจ่ายเงินสะสมเข้ากองทุนฯ ทุกเดือนในอัตราร้อยละ 3 และรัฐบาลจะชดเชยให้ร้อยละ 2 ของเงินเดือน ทั้งนี้ การถ่ายโอนภารกิจการให้บริการสาธารณะที่รัฐดำเนินการอยู่แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สมาชิกซึ่งโอนไปเป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่นตั้งแต่วันที่พบบัญญัติแห่งหมวดนี้ใช้บังคับ ยังคงมีสมาชิกภาพของสมาชิกต่อไป

ขณะที่ข้าราชการส่วนท้องถิ่นจะอาศัยระบบกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น (กบท.) ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงมหาดไทย โดยมีสมาชิก คือ ข้าราชการส่วนท้องถิ่นทุกคน ซึ่งกำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด และองค์การบริหารส่วนตำบล ชดเชยให้ร้อยละ 1 เว้นแต่เทศบาลและเมืองพัทยา ชดเชยในอัตราร้อยละ 2

ความแตกต่างระหว่าง กบข. และ กบท. คือ อัตราเงินที่มีการจ่ายสมทบที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด และองค์การบริหารส่วนตำบล ชดเชยให้ร้อยละ 1 ขณะที่ในส่วนอื่นๆ มีการชดเชยให้ในอัตราร้อยละ 2 และกรณีเกษียณอายุราชการ และมีอายุราชการตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป กลับพบว่ามีการคำนวณที่แตกต่างกัน โดย กบข. จะใช้อัตราเงินเดือนเฉลี่ย 60 เดือนเป็นฐานในการคำนวณ แต่ กบท. จะใช้อัตราเงินเดือนในเดือนสุดท้ายในการคำนวณ ทั้ง 2 กรณีมีการคำนวณบำเหน็จที่เท่ากัน นอกจากนี้ พบว่ากองทุนทั้ง 2 มีการหาผลประโยชน์ของกองทุนที่แตกต่างกัน

- เครื่องราชอิสริยาภรณ์

เครื่องราชอิสริยาภรณ์ที่พระมหากษัตริย์ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมพระราชทานแก่ข้าราชการและลูกจ้างประจำเป็นเครื่องราชอิสริยาภรณ์สำหรับบำเหน็จความชอบในราชการแผ่นดิน โดยข้าราชการพลเรือนสามารถขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ได้ ขึ้นอยู่กับระดับตำแหน่ง ระยะเวลารับราชการ ซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์การขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ให้แก่ข้าราชการ

ข้าราชการพลเรือน และข้าราชการส่วนท้องถิ่นสามารถขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ได้ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันเป็นที่เชิดชูยิ่งช้างเผือก และเครื่องราชอิสริยาภรณ์อันมีเกียรติยศยิ่งมงกุฎไทย พ.ศ. 2536 ซึ่งถือเป็นเกียรติยศและความสำเร็จในการทำงานของข้าราชการ ดังนั้น สิทธิได้รับเครื่องราชอิสริยาภรณ์จึงไม่แตกต่างกันระหว่างข้าราชการส่วนท้องถิ่นและข้าราชการพลเรือน

จากระเบียบต่างๆ ที่กล่าวไว้ข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการถ่ายโอนบุคลากรมีการกำหนดโครงสร้างค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆ ค่อนข้างชัดเจนแม้ว่าจะมีความแตกต่างในรายละเอียดก็ตาม แต่ได้สะท้อนให้เห็นว่าค่าตอบแทน และสวัสดิการรายการสำคัญของบุคลากรทางแพทย์ที่สังกัดกระทรวง หรือสังกัด อปท. มีเงื่อนไขผลตอบแทนทั้งที่อยู่ในรูปตัวเงิน และไม่ใช่ตัวเงินที่ไม่แตกต่างกันมากนัก และมีเงื่อนไขในการจ่ายค่าตอบแทนในรูปแบบโบนัสซึ่งข้าราชการพลเรือนไม่มี อย่างไรก็ตาม ข้อได้เปรียบดังกล่าวก็ยังไม่ก่อให้เกิดความมั่นใจในการย้ายสังกัดแต่อย่างใด เพราะยังขาดความเชื่อมั่นในระบบการทำงานของ อปท.

ข. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการถ่ายโอนบุคลากรทางการแพทย์

- 1) บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความไม่มั่นใจในการโอนย้าย ได้แก่ อัตราค่าตอบแทนในกรณีแพทย์ของ อปท. ยังน้อยกว่าค่าตอบแทนเดิมที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข
- 2) ความไม่มั่นใจว่าการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์จะถูกแทรกแซงจากฝ่ายการเมืองทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานนอกเหนือจากการปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว
- 3) กรณี อปท. ขนาดเล็กปัญหาสำคัญในด้านบุคลากรสาธารณสุข คือ การที่ อปท. ขนาดเล็กไม่สามารถขยายอัตราค่าจ้างได้เนื่องจากความขาดแคลนงบประมาณ (รวมถึง เงินไขเพดานเงินเดือนร้อยละ 40 ของงบประมาณ อปท.) ด้วยข้อจำกัดของอัตราค่าจ้างการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรจึงมีหน้าที่ที่หลากหลายทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งประเด็นเรื่องข้อจำกัดงบประมาณเป็นตัวแปรสำคัญและมีผลลบมากขึ้นในอนาคตส่งผลโดยตรงต่อการรักษาคุณภาพการให้บริการในระยะยาวของ อปท.
- 4) ในกรณีที่โอนย้ายไปทำงานในท้องถิ่นที่อยู่ห่างไกล และมีความจำเป็นต้องนำครอบครัวไปด้วย อาจเกิดความไม่มั่นใจในชีวิตความเป็นอยู่ และระบบสาธารณูปโภคต่างๆ ที่ครอบครัวจะได้รับ ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจโอนย้ายในท้ายที่สุด

ข้อสรุปผลการประเมินในมิติการถ่ายโอนบุคลากรจากทั้งการทบทวนเอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึกในระดับพื้นที่ได้ให้ข้อสรุปประเด็นในมิติด้านบุคลากรร่วมกัน ได้แก่ แรงจูงใจสำคัญในการโอนย้ายสังกัดมาเป็นบุคลากรของ อปท. คือ ปัจจัยเรื่องของการต้องการส่วนตัวที่ประสงค์กลับมาอยู่ในภูมิลำเนาเป็นสำคัญ

นอกจากนี้ ข้อเสนอเพิ่มเติมจากการประเมินผลด้านบุคลากร พบว่า ในกรณีที่ อบท. ขนาดเล็กที่มีความขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพบทบาทของ อสม. ถือเป็นบุคลากรสำคัญที่ช่วยบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป ปัญหาสำคัญที่กระทบต่อแรงจูงใจในการถ่ายโอนบุคลากรมาสังกัด อบท. ที่เกิดขึ้นนั้น คือ ความรู้สึกไม่มั่นใจในการย้ายสังกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความกังวลที่การทำงานจะถูกแทรกแซง และความก้าวหน้าในอาชีพ ซึ่งเป็นการใช้ดุลยพินิจจากผู้บริหาร อบท. ค่อนข้างมาก ดังนั้น แนวทางในการแก้ไขที่สำคัญคือ การสร้างระบบธรรมาภิบาลและมีการควบคุมการใช้อำนาจของผู้บริหาร อบท. เพื่อรักษาขวัญกำลังใจของบุคลากรที่จะย้ายสังกัดมาด้วย

5.3.2 โครงสร้างทางการคลังต่อการบริการด้านสุขภาพของ อบท.

จากการวิเคราะห์ศึกษาโครงสร้างทางการคลังและข้อมูลรายจ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมของ อบท. ประจำปีงบประมาณ 2552 ดังแสดงในตารางที่ 5.5 โดยพิจารณารายจ่ายจริงด้านสุขภาพเปรียบเทียบในทุกกรณีพบว่า เทศบาลมีสัดส่วนการใช้จ่ายงบประมาณในแผนงานด้านสุขภาพมากที่สุด รองลงมาได้แก่ อบต. และ อบจ. ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกจาก อบท. ระดับต่างๆ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา กล่าวคือ ความแตกต่างของขนาดรายจ่ายด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับประเภทภารกิจถ่ายโอนซึ่งอาจมีต้นทุนในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน อาทิ การบริหารงานศูนย์ดูแลสุขภาพประจำชุมชนของเทศบาลซึ่งมีต้นทุนในการให้บริการสูงเนื่องจากมีประเภทบริการที่ครอบคลุมถึงการรักษารวมอยู่ด้วย สำหรับ อบต. นั้นยังเป็นการดำเนินงานที่เน้นภารกิจด้านส่งเสริมสนับสนุนเป็นสำคัญ ขณะที่ อบจ. ด้วยการรับภารกิจในการเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนการบริหารงานของเทศบาล และ อบต. ในระดับพื้นที่จังหวัดดังนั้นการใช้จ่ายในการบริหารงานด้านสุขภาพจึงเป็นไปในลักษณะการสนับสนุนช่วยเหลือการทำงานของเทศบาลและ อบต. เป็นสำคัญ

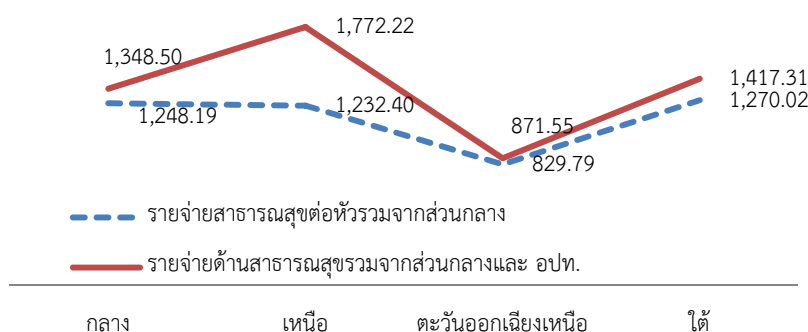
ตารางที่ 5.7 โครงสร้างทางการคลังและขนาดรายจ่ายด้านสุขภาพของ อบท.

	รายรับจริงต่อหัว	รายจ่ายด้านสุขภาพ อบท. ต่อหัว	สัดส่วนรายจ่าย สาธารณสุขต่อรายจ่าย รวมของ อบท.	สัดส่วนรายจ่าย สาธารณสุขต่อรายรับ จริงรวมของ อบท.
อบจ.	569.58	13.27	2.96	2.10
เทศบาล	2,368.00	362.68	13.05	17.70
อบต.	1,641.98	82.78	2.11	5.10

ก. โครงสร้างการบริหารงานและงบประมาณด้านสุขภาพของไทย

จากการศึกษาข้อมูลรายจ่ายจริงด้านสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2552 พบว่า อปท. ในภาคเหนือมีการใช้จ่ายด้านสุขภาพมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของ อปท. ในภูมิภาคอื่นๆ ขณะเดียวกันเมื่อรวมกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากส่วนกลางจึงทำให้ภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่มีการใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรมากที่สุดในประเทศ ประมาณ 1,772.22 บาท/หัว ขณะที่ขนาดรายจ่ายสาธารณสุขต่อหัวประชากรของ อปท. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีขนาดรายจ่ายน้อยที่สุด และทำให้ขนาดรายจ่ายต่อหัวด้านสุขภาพในภาพรวมน้อยที่สุดในประเทศ ประมาณ 871.55 บาท/หัว ดังแสดงในแผนภาพที่ 5.3

แผนภาพที่ 5.3 โครงสร้างงบประมาณด้านสุขภาพจำแนกรายภาค ประจำปีงบประมาณ 2552



ทั้งนี้ งบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพของ อปท. ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขการถ่ายโอนภารกิจปัจจุบันภารกิจส่วนใหญ่ของ อปท. จะเน้นไปที่งานด้านการส่งเสริมสนับสนุน และป้องกัน โดยมีการดำเนินงานร่วมกันกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ขณะที่ งบประมาณด้านสุขภาพจากส่วนราชการกระจายลงไปยังพื้นที่ อาทิ

- งานพัฒนาระบบบริหารวิชาการ
- งานสนับสนุนการผลิตและพัฒนาบุคลากร
- โครงการพัฒนาอาจารย์
- โครงการความร่วมมือในการผลิตบริการด้านสุขภาพศาสตร์บัณฑิต
- โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท
- งานบริการรักษาพยาบาล
- งานสร้างหลักประกันสุขภาพ

- งานป้องกันการติดเชื้อเอดส์

ข. ตัวอย่างการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้แก่ อปท.

แผนปฏิบัติการถ่ายโอนและกระจายอำนาจได้กำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. จากหน่วยงานที่รับผิดชอบเดิมจำนวน 7 กรม 34 ภารกิจ ซึ่งปัจจุบันได้มีการถ่ายโอนภารกิจแล้วจำนวน 7 ภารกิจ จากหน่วยงานเดิม โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำการถ่ายโอน 1 ภารกิจ ได้แก่ การสนับสนุนสนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
- 2) กรมอนามัย การถ่ายโอนภารกิจแก่ อบต. แล้ว จำนวน 6 ภารกิจ ได้แก่
 - การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
 - จัดหาและพัฒนา น้ำสะอาด
 - ส่งเสริมกลุ่มแม่และเด็ก
 - ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็กวัยเรียนและเยาวชน
 - ส่งเสริมกลุ่มวัยทำงาน
 - ส่งเสริมสุขภาพเด็กและกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

ขณะที่ภารกิจที่เหลือซึ่งยังไม่ถูกถ่ายโอนจำนวน 27 ภารกิจ ซึ่งบางภารกิจได้ถูกปรับการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงโครงสร้างกระทรวง ทบวง กรมฯ และพระราชบัญญัติประกันสุขภาพฯ ด้วยเหตุนี้ หากพิจารณารายละเอียดข้อมูลรายจ่ายรายการโครงการ พบว่า โครงสร้างการใช้จ่ายในภารกิจด้านสุขภาพของ อปท. นั้น ไม่ได้มีเฉพาะรายการค่าใช้จ่ายในงานด้านสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว แต่ยังกระจายไปอยู่ในแผนงาน/โครงการที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพด้วย อาทิ รายการค่าใช้จ่ายด้านบริการชุมชนและสังคมในแผนงานสังคมสงเคราะห์ และแผนงานบกลาง ดังแสดงในตารางที่ 5.6

ตารางที่ 5.8 โครงสร้างรายจ่ายจำแนกตามแผนงานระหว่างปี 2551 -2554¹⁰ จาก อบท. ตัวอย่างการศึกษา

ด้าน / แผนงาน	จ่ายจริง ปี 2551	ประมาณการ ปี 2552	ประมาณการ ปี 2553	ประมาณการ ปี 2554
ด้านบริหารงานทั่วไป				
1.แผนงานบริหารทั่วไป	8,073,850.94	11,394,484.00	9,127,440.00	9,901,540.00
2.แผนงานรักษาความสงบภายใน	117,572.00	320,000.00	110,000.00	380,000.00
ด้านบริการชุมชนและสังคม				
1.แผนงานเคหะและชุมชน	3,809,890.00	2,375,500.00	5,277,380.00	4,586,000.00
2.แผนงานการศึกษา	2,252,050.02	2,804,375.00	3,552,390.00	4,144,185.00
3.แผนงานสาธารณสุข *	274,600.00	625,410.00	280,000.00	422,000.00
4.แผนงานสังคมสงเคราะห์ *	4,399,000.00	4,825,000.00	25,000.00	-
5.แผนงานสร้างความเข้มแข็งของชุมชน	894,670.00	972,000.00	150,000.00	335,000.00
6.แผนงานการศาสนา วัฒนธรรม และ นันทนาการ	1,217,530.00	1,120,000.00	965,000.00	1,100,000.00
ด้านการเศรษฐกิจ				
1.แผนงานการเกษตร	100,000.00	263,480.00	50,000.00	102,500.00
ด้านดำเนินงานอื่น				
1.แผนงานงบกลาง *	1,325,441.00	1,043,625.00	5,532,008.00	5,591,035.00
รวมทั้งสิ้น	22,464,603.96	25,743,874.00	25,069,218.00	26,562,260.00

ที่มา: * หมายถึง แผนงานที่มีรายการค่าใช้จ่ายเกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ดีจากการศึกษาโครงการที่เกิดขึ้นจริงของ อบท. กลุ่มตัวอย่าง พบว่า กิจกรรมด้านสุขภาพมีการกระจายไปในด้าน/แผนงานอื่นนอกเหนือจากแผนงานสาธารณสุขด้วย ได้แก่ อยู่ในแผนงานสังคมสงเคราะห์ และรายจ่ายงบกลาง อย่างไรก็ตาม รายจ่ายแผนงานสังคมสงเคราะห์ และรายจ่ายงบกลางนั้นก็ไม่ใช่อยจ่ายด้านสุขภาพ

¹⁰ อ้างอิงและจำแนกประเภทภารกิจจากข้อมูลตามข้อบัญญัติงบประมาณของ อบต. ด้านขุนทด อ. ด้านขุนทด จ. นครราชสีมา ทั้งนี้ อบต. ด้านขุนทดไม่มีสถานีนอนมัยที่ได้รับถ่ายโอน

ทั้งหมดซึ่งสัดส่วนและขนาดรายจ่ายด้านสุขภาพมากนักน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับภารกิจที่ อบต. บรรลุไว้ตามข้อบัญญัติในแต่ละปีงบประมาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1) **ด้านบริการชุมชนและสังคม ในแผนงานสาธารณสุข** ประกอบไปด้วย ภารกิจเกี่ยวกับการอุดหนุนอุปกรณ์สารเคมีภัณฑ์ การสนับสนุนกิจกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อส.) ประจำหมู่บ้าน การจัดทำโครงการให้ความรู้ด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งหากพิจารณารายละเอียดโครงการในข้อบัญญัติงบประมาณของ อบต. พบว่า สามารถตั้งเบิกจ่ายจากเงินอุดหนุนทั่วไป หรือจากรายได้ของ อบต. ตามแต่กรณี
- 2) **ด้าน บริการชุมชนและสังคม ในแผนงานสังคมสงเคราะห์** ประกอบไปด้วย ภารกิจเพื่อใช้ในการดำเนินการสังคมสงเคราะห์แก่คนชรา ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อให้บริการสังคมสงเคราะห์แก่ประชาชนผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น ซึ่งหากพิจารณารายละเอียดโครงการในข้อบัญญัติงบประมาณของ อบต. พบว่า สามารถตั้งเบิกจ่ายจากเงินอุดหนุนทั่วไป หรือจากรายได้ของ อบต. ตามแต่กรณี
- 3) **รายจ่ายงบกลาง** ในกรณีที่ อบต. ได้เข้าร่วมโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นกับ สปสช. นั้น อบต. แต่ละแห่งจะต้องจัดสรรเงินเพื่อสมทบกองทุนดังกล่าวโดยการจัดสรรเพื่อภารกิจดังกล่าวจะถูกตั้งจ่ายจากงบกลางของ อบต.

ดังนั้น การศึกษาเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน และการบริหารงบประมาณของ อบต. นั้นจึงจำเป็นต้องพิจารณาข้อมูลในระดับกิจกรรม/โครงการในแต่ละแผนงานเพิ่มเติม นอกเหนือจากจะพิจารณาจากกลุ่มแผนงานที่ระบุเป็นงานด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว เนื่องจากภายใต้ระเบียบตาม พ.ร.บ. การกำหนดแผนและขั้นตอนฯ 2542 นั้นอาจมีบางภารกิจที่เป็นงานด้านสุขภาพ และ/หรือ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสนับสนุน และการป้องกันด้านสุขอนามัยระดับชุมชนรวมอยู่ด้วย

นอกจากนี้ ในกรณีที่ อบต. ที่เข้าร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น การวิเคราะห์กระแสงบประมาณที่ได้รับจาก สปสช. ในแต่ละปีงบประมาณนั้นรายได้ดังกล่าวจะไปปรากฏในข้อบัญญัติงบประมาณ (On budget) ของ อบต. เนื่องจากเป็นเงินนอกงบประมาณ (Off budget)¹¹ ดังนั้นในการศึกษาประเด็นด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการใช้จ่ายงบประมาณด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องศึกษากระแสงบประมาณทั้งเงินในและนอกงบประมาณอย่างละเอียดด้วยเช่นเดียวกัน

¹¹ ตัวอย่างรายการค่าใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นของ อบต. ตัวอย่าง รายละเอียดในภาคผนวกที่ 12

ด้วยเหตุนี้ การศึกษาครั้งนี้จึงยังไม่อาจวิเคราะห์ความก้าวหน้าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในแง่ประสิทธิภาพและผลกระทบจากการใช้จ่ายงบประมาณด้านสุขภาพของ อปท. ต่อสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ได้ ซึ่งจำเป็นต้องมีข้อมูลประกอบ และ/หรือปรับปรุงข้อมูลที่มีการเก็บบันทึกไว้ในปัจจุบันให้มีความครอบคลุมถึงกระแสงบประมาณทั้งหมดมากกว่าที่จะพิจารณาเพียงข้อมูลรายจ่ายในข้อบัญญัติงบประมาณท้องถิ่น ซึ่งเป็นเพียงรายจ่ายในงบประมาณ (On budget) เท่านั้นทำให้ขาดการพิจารณางบประมาณที่ไม่ได้บันทึกรายการไว้ในค่าข้อมูลรายจ่ายงบประมาณด้านสุขภาพซึ่งส่งผลให้การวิเคราะห์ในเชิงประสิทธิภาพและการประเมินผลความคุ้มค่าในการใช้จ่ายงบประมาณในพื้นที่ยังไม่อาจวิเคราะห์ในภาพรวมระดับประเทศได้มากนัก

จากข้อค้นพบดังกล่าวถือเป็นเหตุผลจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาระบบการประเมินผลการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจากความคุ้มค่าและความสำเร็จในการใช้จ่ายงบประมาณซึ่งการประเมินผลสำเร็จจากการใช้จ่ายงบประมาณ ทั้งนี้การออกแบบระบบติดตามประเมินผลจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลงบประมาณที่ครบทุกภารกิจทั้งในส่วนงบเงินนอกและในงบประมาณอย่างครบถ้วน ควบคู่กันกับการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพของชุมชนร่วมด้วยเป็นกำหนดเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้บริการของ อปท. ดังนั้นหากมีการรวบรวมข้อมูลทั้งสองส่วนอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐานเดียวกันแล้ว ระบบติดตามประเมินผลการให้บริการด้านสุขภาพของ อปท. จะสามารถสะท้อนผลสำเร็จของการดำเนินงานของ อปท. แต่ละแห่ง ขณะเดียวกันจะทำให้ผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพสามารถรักษามาตรฐานการให้บริการด้านสุขภาพทั้งในมิติด้านการส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟู รวมถึงการรักษาพยาบาลของสถานีนอมนายภายใต้สังกัด อปท. ได้อย่างแท้จริง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางการคลังของ อปท. ตัวอย่างในรายการค่าใช้จ่ายงบประมาณด้านสุขภาพแล้วข้อสังเกตสำคัญในการศึกษาพิจารณาข้อมูลงบประมาณด้านสุขภาพของ อปท. ที่จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์และปรับปรุงโครงสร้างการวิเคราะห์ข้อมูลรายจ่ายทางการคลังที่มีความละเอียดมากยิ่งขึ้น เนื่องจาก การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการใช้จ่ายงบประมาณในภารกิจด้านสุขภาพเพียงแค่รายการค่าใช้จ่ายภายใต้โครงการในงบประมาณอาจไม่เพียงพอที่จะประเมินได้ว่าความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงช่องทางการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้บริการด้านสุขภาพได้ส่งผลกระทบต่อความกินดีอยู่ดีของประชาชนหรือไม่และมากน้อยเพียงใด

ขณะเดียวกัน ระบบติดตามประเมินผลจะเป็นประโยชน์ต่อทั้ง อปท. และหน่วยงานระดับนโยบายสามารถวิเคราะห์งบประมาณที่เหมาะสมต่อการให้บริการด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

5.3.3 ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิผลกระทบต่อการบริหารสถานีนอมาลัยของ อปท.

ภายหลังจากที่มีการนำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ทำให้เกิดกลไกบริหารจัดการใหม่ในระบบสาธารณสุขขึ้นมา นั่นคือ การบริหารจัดการทั้งองค์กรบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (CUP) ได้แก่ (1) โรงพยาบาล (2) หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ได้แก่ สถานีอนามัย (สอ.) และ โรงพยาบาลสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.)

CUP หรือ Contracted Unit of Primary Care คือ หน่วยบริการประจำที่เป็นคู่สัญญาในฐานะผู้ให้บริการ (Providers) กับ สปสช. ในฐานะผู้ซื้อบริการ (Purchaser) แบบเหมาจ่ายรายหัวประชากรเพื่อให้หน่วยบริการให้บริการตามหลักประกันสุขภาพ โดย CUP จะบริหารงานผ่าน CUP Board มีเป้าหมายในการให้บริการดังนี้

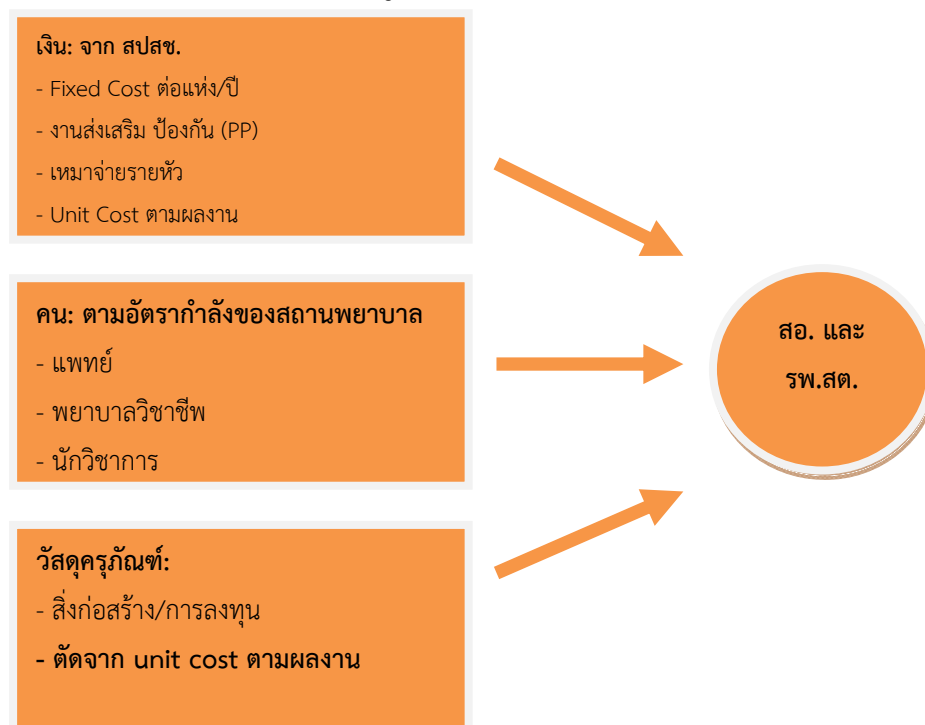
- 1) บริหารจัดการในภาพรวมของระดับอำเภอ ที่ทำหน้าที่ทั้งในด้านการบริหารงาน บริหารงบประมาณ สนับสนุน และติดตามประเมินผล ซึ่งในระยะยาวต้องพัฒนาไปสู่ระบบภายใต้การกระจายอำนาจ
- 2) จัดการให้มีการขึ้นทะเบียนสิทธิ ระบบข้อมูล ฐานประชากรที่ขึ้นทะเบียน ฐานข้อมูลและเวชระเบียนเพื่อให้ใช้ในการบริการปัญหาเฉียบพลัน ปัญหาเรื้อรัง ระบบข้อมูลเพื่อการติดตามผู้ป่วย ระบบข้อมูลเพื่อการกำกับผลงาน ความครอบคลุม คุณภาพงาน
- 3) การพัฒนาบุคลากรและการจัดการองค์ความรู้ของบุคลากรในแต่ละระดับ
- 4) การจัดการการเงิน การคลัง ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
- 5) บริหารเงิน ภายในเครือข่ายทั้งหมด และการตามจ่ายนอกเครือข่าย
- 6) บริหารจัดการให้มีบริการตามเป้าหมาย และตามเกณฑ์มาตรฐาน พร้อมติดตามกำกับ และสนับสนุน
- 7) ส่งเสริมการสร้างสุขภาพ เร่งการสร้างองค์ความรู้เพื่อพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพที่เห็นผล มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นการปรับปรุงพฤติกรรม
- 8) สนับสนุนการจัดบริการตามสิทธิประโยชน์ของประชาชน
- 9) การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานตามที่กำหนด

ทั้งนี้ ระบบ CUP เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ทำงานร่วมกันในพื้นที่ซึ่งมีสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ โดยความสัมพันธ์ของการบริหารจัดการระหว่าง สสจ. กับ CUP และระหว่าง

CUP กับ PCU ได้ใน 2 ลักษณะคือ CUP เป็น Sub-contracting unit ของ สสจ. และ สอ. เป็น Sub-contracting unit ของ CUP โดย สสจ. เป็นหัวหน้าผู้บริหาร CUP ภายใต้ระบบการบริหารงานดังกล่าวทำให้ความสัมพันธ์ระหว่าง สสจ. กับ CUP และ CUP กับ สอ. ถูกผูกมัดกันผ่านความเป็นคู่สัญญา โดยที่อำนาจการจัดสรรงบประมาณจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ สปสช. และอำนาจการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานคือ กระทรวงสาธารณสุขผ่าน สสจ. ในแต่ละจังหวัด ดังนั้น ภาพรวมการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานจึงไม่สะท้อนบทบาทความเป็นเจ้าของภารกิจหน้าที่ของ อปท. แม้จะมีการให้อำนาจทางกฎหมายผ่าน พ.ร.บ. แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ประกอบกับแผนปฏิบัติการขั้นตอนการกระจายอำนาจ ฉบับที่ 1 และ 2 ที่ให้ถ่ายโอนภารกิจมาอยู่ในความรับผิดชอบของ อปท.

ดังนั้น ในทางปฏิบัติ อปท. จึงเป็นเพียงผู้ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนหรือจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการให้บริการเฉพาะงานด้านการส่งเสริมป้องกันเป็นส่วนใหญ่ อาทิ ฉีดวัคซีน ง่าย ๆ ทรายอาเบต เป็นต้น และไม่มีบทบาทในด้านการรักษาพยาบาลของ อปท. เนื่องจากระบบการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลถูกบูรณาการรวมกันผ่านหลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างค่อนข้างสมบูรณ์

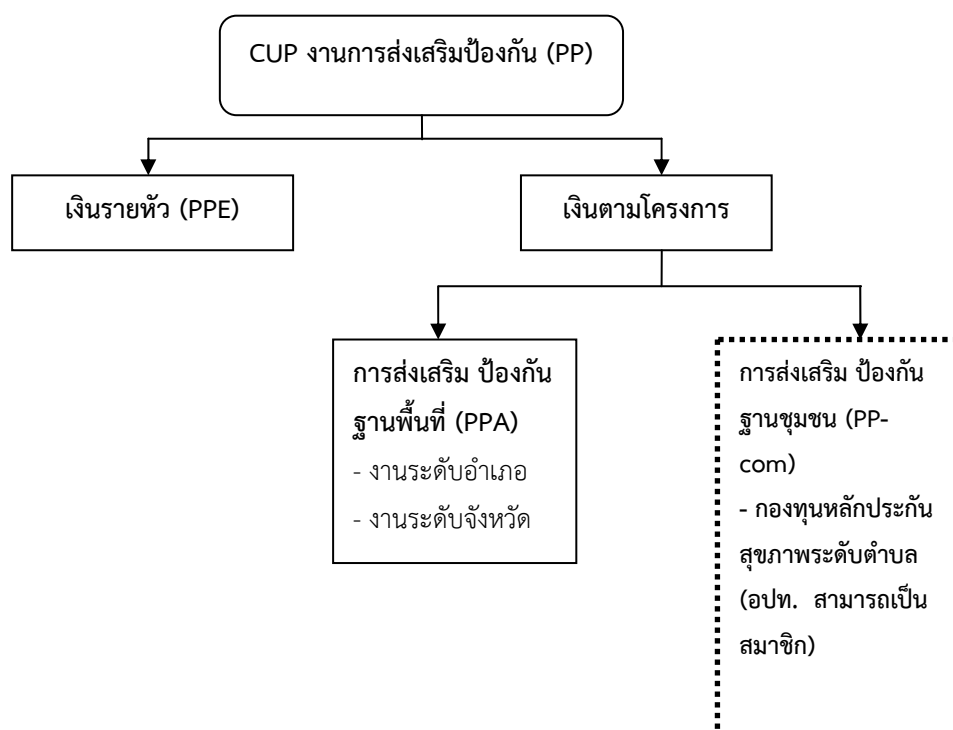
**แผนภาพที่ 5.4 ทรัพยากรที่ใช้ดำเนินงานของสถานอนามัยและ รพ.สต. ในแต่ละ CUP
ในกรณีไม่ถูกถ่ายโอนให้แก่ อปท.**



จากโครงสร้างทรัพยากรสำหรับการใช้ดำเนินงานของ สอ. และ รพ.สต. แสดงให้เห็นถึงเงื่อนไขความสัมพันธ์ในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อใช้ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยตัวแสดงหลักคือ สปสช. ในเรื่องการจัดสรรงบประมาณ และ กระทรวงสาธารณสุขในเรื่องอัตราค่าจ้าง และรายการวัสดุครุภัณฑ์

ทั้งนี้ เงินที่ใช้ดำเนินงานของ สอ. และ รพ.สต. ดังแสดงในแผนภาพที่ 5.4 จะไม่รวมเงินเดือนค่าบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเงินเดือนค่าบุคลากรทางการแพทย์จะถูกจ่ายจากกระทรวงสาธารณสุข ความเป็นไปได้ในกรณีที่ไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ยินยอมถ่ายโอนบุคลากรมาสังกัด อปท. หรือขอย้ายกลับสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายบุคลากร อปท. ต้องเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด นอกจากนี้ ด้วยกระบวนการจัดสรรเงิน Fixed cost ให้แก่ สอ. และ รพ.สต. เป็นอำนาจในการพิจารณาจัดสรรจาก CUP Board พบว่า บางครั้งการเปลี่ยนผู้บริหาร CUP ส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงนโยบายการจัดสรรงบประมาณให้แก่ สอ. สังกัด อปท. ซึ่งกระทบโดยตรงอย่างมากต่อการให้บริการของ สอ. สังกัด อปท. ที่มีงบประมาณดำเนินงานโดยอาศัยเงินดังกล่าว ผลสืบเนื่องต่อมาหากสถานพยาบาลของ อปท. ไม่มีบุคลากรที่พอเพียงต่อการรักษาแล้วย่อมมีโอกาสที่ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนทางเลือกไปยังสถานพยาบาลอื่นทำให้ภาพลักษณ์ของ อปท. ขาดความพร้อมในการให้บริการรักษาพยาบาล ด้วยสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการขาดแคลนงบประมาณ และความไม่พร้อมของบุคลากร ย่อมส่งผลเสียหายต่อโครงสร้างการบริหารจัดการสาธารณสุขมูลฐาน

แผนภาพที่ 5.5 งบประมาณงานด้านการส่งเสริมป้องกัน
ที่ใช้ในสถานีและอนามัยและ รพ.สต. ในแต่ละ CUP



สำหรับโครงสร้างงบประมาณส่งเสริมป้องกัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 5.5 นั้นแบ่งเป็นงบประมาณที่จะใช้ โดย สอ. หรือ รพ.สต. ที่เรียกว่า PPA เป็นงบตามฐานพื้นที่ ซึ่งจัดสรรงบประมาณให้กับ สอ. และ รพ.สต. (สถานพยาบาลระดับอำเภอ) โดย PPA มีการคำนวณต้นทุนต่อหัวประชากรเพื่อวางกรอบเงินที่ สอ. และ รพ.สต. จะขอรับสนับสนุน ขณะที่ยังมีอีกส่วนที่เป็นการจัดสรรเพื่อใช้ในการงานส่งเสริมป้องกันที่ อปท. เข้าไปร่วมเป็นสมาชิก กองทุนและขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในกิจกรรมของ อปท. เรียกว่า งบ PP-com เป็นงบตามฐาน ตำบล ชุมชน ซึ่ง PP-com มีการคำนวณต้นทุนต่อหัวประชากรเพื่อวางกรอบเงินที่ อปท. จะขอรับสนับสนุน เช่นเดียวกัน

ดังนั้น ในอีกแง่มุมหนึ่งจะเห็นได้ว่าระบบงานด้านการส่งเสริมป้องกันเป็นงานที่ อปท. มีบทบาทค่อนข้างโดดเด่น แต่หากพิจารณาความสัมพันธ์จากการเป็นสมาชิกกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลของ สปสช. ที่ ออกแบบให้ต้องได้รับการพิจารณาจัดสรรเงินกองทุนจากคณะกรรมการ CUP ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ระบบงานด้าน ส่งเสริมป้องกันในพื้นที่ซึ่งยังคงต้องอาศัยปัจจัยความสัมพันธ์ที่ดี ทศนคติและความไว้วางใจในการทำงานระหว่าง หน่วยงานในพื้นที่เป็นสำคัญ

บทที่ 6

ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการขับเคลื่อน

จากการประเมินผลและการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายในการจัดทำแผนการกระจายอำนาจ (คณะกรรมการกระจายอำนาจ) ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ปฏิบัติงานในท้องถิ่น มีประเด็นที่น่าสนใจในการประเมินผลแล้วยังมีข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการจัดทำแผน และขับเคลื่อนในอนาคต ได้แก่

6.1 แนวคิดของการจัดทำแผน

- 1) การเริ่มต้นของแผนกระจายอำนาจฉบับที่ 1 และ 2 อยู่บนพื้นฐานของการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่ไม่เพียงพอ ขาดการศึกษาเรียนรู้เพื่อความเข้าใจระหว่างหน่วยงาน ทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในแนวคิดของการกระจายอำนาจ ว่าเป็น การถ่ายโอนอำนาจของหน่วยงานหนึ่งไปยังอีกหน่วยงานหนึ่ง ซึ่งจะทำให้มีผู้ได้รับอำนาจและผู้เสียอำนาจ ความเข้าใจส่วนนี้ทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้านและนำมาซึ่งการหาเหตุผลเพื่อหักล้างข้อดีของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ และก่อให้เกิดความไม่เชื่อใจในการทำงานร่วมกัน ดังนั้นกระบวนการสร้างช่องทางในการสื่อสารร่วมกันโดยมีการให้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีตัวแทนของทุกฝ่ายในการสื่อสารย่อมเป็นหลักประกันประการหนึ่งในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบให้เกิดขึ้นในกระบวนการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ
- 2) การสื่อสารที่ถูกต้องนำมาซึ่งความเข้าใจที่ถูกต้อง: การเรียนรู้ธรรมชาติของการดำเนินงานของแต่ละฝ่ายจะช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น กล่าวคือ การบริหารราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั้งในด้านของกลไก ช่องทางการใช้อำนาจ การจัดสรรทรัพยากร อาจมีความแตกต่างจากการบริหารงานของ อปท. ดังนั้นการเรียนรู้และการทำความเข้าใจความแตกต่างนี้จะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้ร่วมถ่ายโอนอำนาจ (กระทรวงสาธารณสุข) สามารถพิจารณาศักยภาพของท้องถิ่นในการมาร่วมรับภารกิจด้านสาธารณสุขตามความเหมาะสม หรือตามธรรมชาติของภารกิจที่ อปท. ต้องดูแล
- 3) การที่จุดประสงค์หลักของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจะบรรลุเป้าหมายได้นั้น ตัวขับเคลื่อนที่สำคัญได้แก่ สังคมที่เข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของประชากรในชุมชน การเปิดโอกาสให้คนในชุมชนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกิจกรรมต่างๆ เช่นการเผยแพร่ของข้อมูลความรู้ที่สำคัญด้านสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องกับภูมิกษณนั้นๆ และส่งเสริมสุขภาพ

- 4) แนวคิดการกระจายอำนาจที่แท้จริงคือการสร้างระบบการร่วมรับผิดชอบ (Accountability) ระหว่างส่วนกลาง อปท. และประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้ประชาชนรู้ถึงหน้าที่และความรับผิดชอบตนเองในด้านการสาธารณสุข มีกระบวนการจัดการที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และมีกลไกในการเผยแพร่ข้อมูลของกระบวนการสร้างความรับผิดชอบที่เหมาะสม ทั้งนี้ มุมมองทางเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความรับผิดชอบคือการร่วมรับผิดชอบและการกระจายประโยชน์อย่างมีหลักการ มีกลไกที่สามารถตรวจสอบได้และเป็นธรรม ส่งผลให้เกิดการใช้ทรัพยากรในภาพรวมอย่างคุ้มค่า ดังนั้นแนวคิดของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่แท้จริงไม่ได้เน้นการเปลี่ยนแปลงอำนาจของการสั่งการ หรือการจัดสรรทรัพยากร แต่เป็นรูปแบบของการจัดสรรทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพในรูปแบบหนึ่งเท่านั้น
- 5) การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบและมีการตรวจสอบดูแลจากภาคสังคมจัดเป็นการใช้ระบบการสร้างควมรับผิดชอบแบบสายสั้น คือ ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการร่วมดูแลจัดการภารกิจที่ใกล้ตัว หากผู้บริหารมีการดำเนินการที่ไม่ถูกต้องประชาชนก็จะเป็นผู้ที่ตรวจสอบและใช้กระบวนการทางสังคมแก้ปัญหาต่อไป ซึ่งจะต่างจากการสร้างความรับผิดชอบในสายยาว คือ การใช้อำนาจประชาชนผ่านทางระบบรัฐสภาเพื่อควบคุม ตรวจสอบ ออกกฎระเบียบ โดยเป็นการดำเนินการที่ต้องใช้เวลา มีวัฏจักรที่นานกว่าการตรวจสอบโดยภาคสังคม ดังนั้นกระบวนการกระจายอำนาจนี้จึงเป็นพัฒนาการหนึ่งของสังคมที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบต่อตนเองและชุมชนได้ง่ายขึ้น
- 6) การสร้างแนวคิดของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพว่าเป็นการทำงานร่วมกันตามศักยภาพของท้องถิ่น โดยมีบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ร่วมดูแลและช่วยเหลือในเชิงเทคนิค มีการประสานงานกันเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการขับเคลื่อนในอนาคต ทั้งนี้ ประเด็นที่การดำเนินการมีความผิดพลาดในอดีต คือ แนวคิดของการตัดขาดของภารกิจระหว่างผู้โอนภารกิจและผู้รับการถ่ายโอนภายหลังการถ่ายโอน แต่หากนิยามการถ่ายโอนภารกิจให้อยู่ในกรอบของการแบ่งภาระหน้าที่โดยมีจุดที่ใช้ในการเชื่อมโยง คือไม่ตัดขาดกันสามารถประสานงานหรือยังคงมีการถ่ายทอดความรู้ระหว่างกลุ่ม กระบวนการถ่ายโอนภารกิจอาจมีความสำเร็จมากกว่าในปัจจุบัน แนวทางที่ได้มีการดำเนินการมาก่อนหน้า เช่น กองทุนสุขภาพตำบล เป็นกลไกหนึ่งของการสร้างความร่วมมือและร่วมกันทำภารกิจโดยมีการร่วมรับผิดชอบระหว่างสองฝ่ายอย่างเหมาะสม
- 7) ระบบของการเชื่อมโยงตามข้อเสนอก่อนหน้าอาจยังอยู่ในขอบเขตหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทางการจัดการของสาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทนของกระทรวงสาธารณสุข อาจมีการจัดทำเป็นคณะกรรมการในระดับพื้นที่ ที่มีอำนาจหน้าที่ในการให้การสนับสนุน ให้การศึกษา และการตัดสินใจในประเด็นที่เกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรที่สำคัญในพื้นที่ ทั้งนี้รูปแบบของคณะกรรมการควรประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาคส่วนเข้ามามี

ส่วนร่วม และบทบาทของส่วนกลางคือการจัดสรรงบประมาณหรือหน่วยสนับสนุนที่เหมาะสม

- 8) ระบบการจัดสรรทรัพยากรของกลุ่มประเทศยุโรปเป็นตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่ยังสามารถดูแลระบบการจัดการด้านสาธารณสุขได้แม้ว่ามีการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่นอย่างเต็มที่ คือ การประเมินและกำหนดค่า DRG ของสถานรักษาพยาบาล และการเป็นผู้ให้การสนับสนุนในเชิงเทคนิค การพัฒนาองค์ความรู้ และการเผยแพร่องค์ความรู้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขทำบทบาทนี้ได้ดีอยู่แล้ว นอกจากนี้กลไกการเงินผ่านระบบประกันสุขภาพ (สปสช.) เป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผลของการให้บริการด้านสาธารณสุขทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ และยังเป็นกลไกที่สามารถทำให้กระทรวงสาธารณสุขยังคงมีบทบาทในการดูแลระบบการให้บริการด้านสุขภาพของประเทศ
- 9) การถ่ายโอนภารกิจตามกลุ่มภารกิจและรูปแบบของการถ่ายโอนภารกิจ ไม่ควรมีการจำกัดอยู่เพียงไม่กี่รูปแบบ อปท. อาจนำเสนอรูปแบบที่เหมาะสม เพราะประเภทของการถ่ายโอนอำนาจไม่จำเป็นที่จะต้องเหมือนกันในแต่ละพื้นที่ และไม่จำเป็นต้องทำทุกพื้นที่ ควรเลือกใช้ตามความเหมาะสมและความพร้อมของพื้นที่นั้นๆ ในต่างประเทศเปิดโอกาสให้มีการถ่ายโอนได้หลากหลายรูปแบบไม่ได้มีสูตรที่ตายตัวว่ารูปแบบใดให้ผลสัมฤทธิ์ที่ดีกว่า ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ในหลายปัจจัย เช่น ด้านความพร้อม วัฒนธรรม และงบประมาณเป็นต้น โดยให้มีการทดลองและแก้ปัญหาจากสถานการณ์จริง อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการฯ ควรมีการกำหนดให้ระบบที่มีปัญหาในทางปฏิบัติสามารถกลับมาสู่รูปแบบเดิมได้ (ภายในระยะเวลาที่กำหนด เช่น ไม่เกิน 2 สมัยของวาระผู้บริหาร อปท. เป็นต้น) เพราะหากเป็นการทดลองก็จะไม่ทราบปัญหาที่จะเกิดขึ้น ต้องเป็นการดำเนินการจริงแต่มีระบบบรรเทาความเสียหายรองรับ และการถ่ายโอนในด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตของประชาชน ดังนั้นจึงไม่ควรมีการบังคับหรือจูงใจด้วยข้อมูลที่ผิดๆ การจูงใจด้วยระบบเงิน แต่ควรปล่อยให้ไปตามธรรมชาติ ไม่ควรเร่งรัด ควรให้เป็นตามความต้องการของภาคประชาชน และตามศักยภาพของท้องถิ่น
- 10) ศักยภาพของ อปท. อาจไม่ได้พิจารณาจากธรรมาภิบาลหรือฐานะทางการเงินการคลังของ อปท. ในช่วงเวลาหนึ่งๆเท่านั้น เพราะธรรมชาติของการปกครองท้องถิ่นคือการปรับเปลี่ยนผู้บริหารโดยมาจากการเลือกตั้งซึ่งอาจทำให้ระดับศักยภาพของ อปท. มีการเปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่องานด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม หากมีความเชื่อพื้นฐานว่า ระบบสาธารณสุขเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อประชาชน และประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในสิทธิและหน้าที่ของตนเอง ก็สามารถสร้างแรงผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ได้ เป็นไปตามธรรมชาติของการปกครอง ดังนั้น การพิจารณาถึงศักยภาพของท้องถิ่นที่นอกจากการใช้ตัวแปรทางเศรษฐกิจเป็นเกณฑ์เพื่อพิจารณาแล้ว ควรมีการเพิ่มเกณฑ์ทางด้านสังคมและการ

มีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ เพราะการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ ที่จะแสดงถึงความพร้อมของท้องถิ่นในการรับโอนภารกิจในระยะยาว

- 11) ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคณะกรรมการกระจายอำนาจเรื่ององค์ประกอบและที่มาของคณะกรรมการ คณะผู้วิจัยให้ความสำคัญกับองค์ประกอบของคณะกรรมการที่จะสามารถเข้ามาขับเคลื่อนโดยอาศัยพื้นฐานขององค์ความรู้ ต้องมีจำนวนที่เหมาะสมและสามารถเข้ามามีบทบาทในการออกแบบเครื่องมือและกลไก รวมถึงสัดส่วนระหว่างคณะกรรมการที่มาจากกลุ่มวิชาการ อปท. และข้าราชการ ต้องมีองค์ประกอบที่เหมาะสมในการกำหนดนโยบายการกระจายอำนาจที่เหมาะสม

6.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

- 1) ที่ผ่านมามีการดำเนินการตามแผนการกระจายอำนาจ ยังขาดความพร้อมในด้านการปรับระเบียบข้อบังคับทางราชการที่เคยมีอยู่ ให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ขาดความคล่องตัวในการทำงานละอาจมีการใช้ทรัพยากรที่ทับซ้อน ดังนั้นการระบุภารกิจหน้าที่ที่ชัดเจน รูปแบบของการร่วมรับต้นทุนที่เหมาะสม เป็นธรรม มีความยืดหยุ่น อาจเป็นเครื่องมือช่วยให้การกระจายอำนาจมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น
- 2) การถ่ายโอนภารกิจ ส่งผลให้ อปท. มีค่าใช้จ่ายในด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอ กับภารกิจที่เพิ่มขึ้น งบประมาณส่วนใหญ่จะถูกวัตถุประสงค์ของการใช้ งบประมาณไว้แล้ว เช่น เงินเบี้ยคนชรา ทำให้ขาดความคล่องตัวในการใช้เงินงบประมาณในการพัฒนาสาธารณสุขในด้านอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านการรักษาโรค ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องมียุคบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เนื่องจากมีข้อจำกัดด้าน งบประมาณ ทำให้โรงพยาบาลของท้องถิ่นขาดแคลนแพทย์เฉพาะด้าน แม้ว่าจะมีความพร้อมด้านกายภาพของโรงพยาบาล ก็ตาม
- 3) การลดข้อจำกัดด้านงบประมาณ เช่น การกำหนดค่าใช้จ่ายในด้านบุคลากรที่ไม่เกินร้อยละ 40 อาจทำให้ อปท. ขาดความคล่องตัวในการจัดหาบุคลากรทางด้านสาธารณสุข การแก้ไขด้วยการใช้ระบบงบประมาณที่มีช่องทางของเงินอุดหนุน และเงินอุดหนุนเฉพาะกิจหรือที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะที่ อปท. ให้มากกว่าเดิมอาจช่วยทำให้การบริการด้านสาธารณสุขดีขึ้น อย่างไรก็ตาม อปท. ควรมีช่องทางในการเพิ่มรายได้ของระดับท้องถิ่นให้มากขึ้น มีการสร้างฐานรายได้ที่เหมาะสม และมีหลักคิดที่ถูกต้องในการจัดเก็บค่าธรรมเนียม ค่าปรับ จากการใช้ประโยชน์ของทรัพยากรและการสูญเสียสุขภาพที่ดี การคิดค่าธรรมเนียมหรือภาษี ภาษีจากเหล้า บุหรี่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ

- 4) การจัดทำคู่มือเพื่อการบริหารจัดการ เป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทำความเข้าใจและพร้อมรองรับกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยลักษณะของการจัดทำคู่มือในลักษณะเป็นกรณีศึกษารายประเด็นอาจช่วยให้ผู้ใช้งานเข้าถึงและทำความเข้าใจได้ดีกว่าคู่มือในลักษณะของการอธิบายระเบียบราชการต่างๆ
- 5) การติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ คือ การจัดให้มีการติดตามประมวลผลการถ่ายโอนภารกิจในทุกภารกิจอย่างเป็นระบบ มีการสร้างตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลที่เป็นที่ยอมรับ ใช้ต้นทุนในการจัดเก็บข้อมูลที่ต่ำ แต่มีความยืดหยุ่นและสามารถใช้ได้กับทุกพื้นที่ ซึ่งตัวชี้วัดควรมีการสร้างอัตราอ้างอิง (Benchmark) ที่เหมาะสม มีการแบ่งประเภทของ อปท. ตามระดับของงบประมาณและทรัพยากรของ อปท. เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเปรียบเทียบเมื่อได้ค่าตัวชี้วัดที่มีความเสถียรแล้ว (ซึ่งอาจใช้เวลาระยะปานกลาง) ในขั้นต่อไป คือ การใช้ตัวชี้วัดในการประเมินผลและเพื่อการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมในลักษณะของรางวัล

6.3 การสร้างองค์ความรู้และระบบฐานข้อมูล

- 1) ความพร้อมด้านองค์ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด บทบาท หน้าที่ และทรัพยากรมนุษย์ เกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้นเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนอำนาจ ซึ่งองค์ความรู้ที่สร้างนี้ไม่เพียงแต่การสร้างความรู้ในเรื่องรูปแบบการกระจายอำนาจ ระเบียบราชการต่างๆที่เกี่ยวข้อง แต่เป็นการสร้างความเข้าใจการจัดการงบประมาณ การจัดการสถานีนายมัยที่ได้รับการถ่ายโอน และการบริหารงานท้องถิ่น และในการสร้างความรู้ควรเป็นการสร้างในทุกระดับผู้เกี่ยวข้องซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละองค์ความรู้ที่จำเป็นในแต่ละระดับ โดยแต่ละพื้นที่อาจจะใช้เวลาที่ไม่เท่ากันในการเตรียมความพร้อมและความเข้าใจ เพราะฉะนั้นควรปล่อยเป็นตามธรรมชาติและไม่ควรเร่งรัด ซึ่งตรงกับแนวความคิดในการพัฒนาภาคสังคม การเมือง และความรู้ในการขับเคลื่อน โดยส่วนของความรู้เป็นส่วนที่ใช้เวลาในการสร้างนานกว่าการเคลื่อนไหวของภาคการเมืองและภาคสังคม (ประชาชน) ดังนั้นเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนได้อย่างต่อเนื่องในอนาคต การสร้างความรู้ตั้งแต่ปัจจุบันจึงควรมีการดำเนินการก่อน
- 2) ปัญหาที่จะเป็นระเบิดเวลาในอนาคต คือ ปัญหาในด้านการบริการงานบุคลากรและอัตราเจ้าหน้าที่ ในการถ่ายโอนในครั้งแรกนั้น ระบบของเงินเดือนและสวัสดิการยังมีลักษณะคงเดิมในเรื่องของเส้นทางของเงิน คือ ท้องถิ่นยังไม่ต้องรับภาระของเงินเดือนเจ้าหน้าที่ที่รับโอนมา แต่ในกรณีที่ท้องถิ่นต้องมีการเพิ่มเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขในอนาคตเพื่อรองรับการขยายตัวของความต้องการของประชาชน จำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพิ่มนั้นจะต้องมาจากอัตราของ อปท. และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต้องเป็นต้นทุนของ อปท. ดังนั้น อปท. จึงต้องมีความรู้ในการวางแผนกำลังคนให้มีความเหมาะสม มีการพัฒนาศักยภาพให้กับผู้บริหารและบุคลากร

ของ อบท. ในการสร้างความรู้ในการวางแผนกำลังคน งบประมาณและการหารายได้ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

- 3) ในการที่กระทรวงสาธารณสุข และ อบท. สามารถวางแผนการดำเนินการด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการติดตามประเมินผลอย่างเหมาะสมนั้น การมีฐานข้อมูลที่มีความเชื่อมต่อกันระหว่างระบบงานสาธารณสุขและระบบของ อบท. เพื่อใช้ในการกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญอย่างมาก ตัวชี้วัดที่จัดทำขึ้นจะช่วยให้มีการประเมินศักยภาพของท้องถิ่นในการให้บริการด้านสุขภาพ มีการใช้ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือในการกำกับและประเมินถึงผลลัพธ์ของการให้บริการด้านสาธารณสุข ซึ่งการจัดทำระบบควรมีการจัดทำจากส่วนกลาง มีความความยืดหยุ่นในการใช้งาน อบท. สามารถเข้าถึงได้ และมีการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาระบบ เกิดการตรวจสอบและสร้างความโปร่งใส

เอกสารอ้างอิง

เอกสารภาษาไทย

กลุ่มสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ การติดตามประเมินผลการ
ถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. และ เทศบาล): สำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552

จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์ จเร วิชาไทย และ ราไฟ แก้ววิเชียร. 2552 ประสพการณ์การกระจายอำนาจด้านบริการ
สาธารณสุขในรูปแบบการถ่ายโอนสถานีนอนามัย วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข

ฉัตรมงคล แฉ่นหนา และคณะ. 2542. ปัจจัยการประเมินความพร้อมองค์กรบริหารส่วนจังหวัด

ชูชัย ศุภวงศ์ และ ยุวดี คาดการณ์ไกล. :2542 การศึกษารูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ การคลังสุขภาพ การวัดประสิทธิภาพของสถานีนอนามัยในประเทศไทย

นรา เป้นประหยัด (2555). วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจทางการคลังให้แก่องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น. โครงการศึกษานโยบายสาธารณะเพื่อขับเคลื่อนการกระจายอำนาจสู่ อบต. และชุมชน.
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.

นรา เป้นประหยัด (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดสรรเงินอุดหนุนเฉพาะกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
กรณีศึกษาปีงบประมาณ 2552. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

นางพางา มหามิตร และคณะ (2551). สรุปบทเรียนการถ่ายโอนสถานีนอนามัย ไปองค์การบริหารส่วนตำบลปาง
หลวง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

นางพางา มหามิตร จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์ สมพันธ์ เตชะอธิก 2551 สรุปบทเรียนการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไป
องค์การบริหารส่วนตำบลปางหลวง วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข

ปรีดา แต่อารักษ์ และคณะ (2551). ก้าวที่ผ่านไปบนเส้นทางกระจายอำนาจด้านสุขภาพ: ทบทวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระหว่างปี 2542-2550. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ปรีดา แต่อารักษ์ (2553). สังเคราะห์ทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ด้านการถ่ายโอนภารกิจ. (คัดจากราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 124 ตอนพิเศษ 40ง ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2551).

แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (คัดจากราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 118 ตอนพิเศษ 23ง ลงวันที่ 13 มีนาคม 2545).

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. (คัดจากราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 116 ตอน 114ก ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2542).

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2553). สู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพครั้งที่ 1: 10 ปี กระจายอำนาจด้านสุขภาพ สังเคราะห์บทเรียนเพื่อหาทางออกร่วมกัน. 1 ธ.ค. ห้องประชุมศักดิ์เดชน์ สถาบันพระปกเกล้า.

เวียงรัฐ เนติโพธิ์ (2553). กระบวนการทางการเมืองในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข: ศึกษากรณีการถ่ายโอนสถานีนอนามัย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

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

สกนธ์ วรรณวิวัฒนา และคณะ (2554). โครงการพัฒนาขีดความสามารถการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมในการกระจายอำนาจของส่วนราชการและภาคประชาชน. สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2553). 10 ปี กระจายอำนาจด้านสุขภาพ สังเคราะห์บทเรียนเพื่อหาทางออก ร่วมกัน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เสกสรร โกสิยเดชาพันธ์ (2551). กระบวนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ศึกษาการจัดสรร รายได้ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย. ภาควิชา รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ ปกครอง คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมพันธ์ เตชะอธิก และ คณะ. การประเมินความก้าวหน้าของการกระจายอำนาจ กรณีศึกษา 9 องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2546 อบต. เทศบาล อบจ.: อำนาจของใคร ขอนแก่น: สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยขอนแก่น สถาบันพระปกเกล้า

สมพันธ์ เตชะอธิก และ พะเยาว์ นาคำ. 2552 สรุปบทเรียน และติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถาน อนามัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข

หทัยชนก สุมาลี, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, จิรบูรณ์ โดสงวน (2553). กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบทบาทองค์กรการ ปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เอกสารภาษาต่างประเทศ

Bloom, G.H. & Gu, X. (1997). Health programme planning for consolidation and quality. *World Health Forum*, 12.

Bossert, J.T. et al. (1991). Bottom up planning in Indonesia: decentralization in the Ministry of Health. *Health Policy and Planning*, 6(1).

Campos-Outcalt, D. et al. (1995). Decentralization of health services in Western Highlands Province, Papua New Guinea: an attempt to administer health service at the subdistrict level. *Social Science and Medicine*, 40(8).

- Cassels, A. & Janovsky, K. (1992). A time of change: health policy, planning and organization in Ghana. *Health Policy and Planning*, 7(2).
- Chaulagai, C.N. (1993). Urban community health volunteers. *World Health Forum*, 14.
- Collins, C & Green, A. (1994). Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. *International Journal of Health Services*, 24(3).
- Deng, W. et al. (1997). Village health services in rural China. *IDA Bullentin*, 28(1).
- Ettelt, S., Nolte, E., Nikolentzos, A., & Mays, N. (2008). Decision-Making inHealth Care: Roles and Responsibilities at Local, Regional and National Level. London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Gilson, L. et al. (1994). Local government decentralization and the health sector in Tanzania. *Public Administration and Development* , 14 (5).
- Gutierrez, R.A. (1990). Implementing decentralization of local services: a case-study from Mexico. In Mills, A. et al., *Health System Decentralization. Concepts, Issues, and Country Experience*, World Health Organization, Geneva.
- Harpham, T. & Peppperall, J. (1994). Decentralizing urban health activities in developing countries. *Development in Practice*, 4(2).
- Isely, R.B. and Sanwogou, L.L. (1983). The itinerant health worker: an experiment in rural health care delivery. *African Journal of Medicine and Medical Science*, 21(1).
- Magau, E.T. (1990). Decentralization of health services in Botswana. In Mills, A. et al., *Health System Decentralization. Concepts, Issues, and Country Experience*, World Health Organization, Geneva.

- Mogedal, S. et al. (1995). Health sector reform and organizational issues at the local level: lessons from selected African countries. *Journal of International Development*, 7 (3).
- NDiaye, J.-M. (1990). Decentralization of health services in Senegal. In Mills, A. et al., *Health System Decentralization. Concepts, Issues, and Country Experience*, World Health Organization, Geneva.
- Newbrander, W.C. et al. (1991). Performance of the health system under decentralization, in Thomason, J. et al. (eds), *Decentralization in a Developing Country. The Experience of Papua New Guinea and its Health Service*, Pacific Research Monographs, No. 25, Australian National University, Canberra.
- Nitayarumphong, S. (1990). Evolution of primary health care in Thailand: what policies worked? *Health Policy and Planning*, 5(3).
- Rahim, I.M.A. et al. (1992). Smaller health areas for a better service. *World Health Forum*, 13, 31-37.
- Reilly, Q. (1989). More power to the people. *World health Forum*, 10, 473-476.
- Regan, A.J. (1991). The legal framework for decentralization of health functions, in Thomason, J. et al. (eds), *Decentralization in a Developing Country*.
- Rifkin, S.B. (1986). Health planning and community participation. *World Health Forum*, 7, 156-162.
- Saltman, R.B., Bankauskaite, V. and Vrangbæk, K. (2007), *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes*, Open University Press/McGraw-Hill, Maidenhead/New York, NY.
- Smith B.C. (1997). The decentralization of health care in developing countries: organizational options. *Public Administration and Development*, 17, 399-412.

Solano, E.C. (1988). The open road to health. *World Health Forum*, 9, 461-463.

Tang, S. (1997). The changing role of township health centres. *IDS Bullentin*, 28(1).

Twumasi, P.A. & Freund, P.J. (1985). Local politicization of primary health care as an instrument for development: a case study of community health workers in Zambia. *Social Science and Medicine*, 38(8).

Vaughan, P. (1980). Barefoot or professional? Community health workers in the Third World. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 83(1).

WHO (1994). Health Development Structures in District Health Systems. *The Hidden Resource*, WHO, Geneva.

Woelk, G.B. (1994). Primary health care in ZimbabweL can it survive? An exploration of the political and historical developments affecting the implementation of PHC. *Social Science and Medicine*, 39(8).

Wong, M.L. & Chen, P.C.Y. (1991). Self-reliance in health among village women. *World Health Forum*, 12, 43-48.

สัมภาษณ์

นพ.บุญชัย สมบูรณ์สุข อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

นายแพทย์ทรงยศ ชัยชนะ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์

คุณเยาวมาลย์ เสือแสงทอง ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริหารนโยบาย และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

นพ. จักรธรรม ธรรมศักดิ์ อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และอดีตผู้ตรวจราชการกระทรวง (ผู้ตรวจราชการ 10) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นายวีระชัย ชมสาคร ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

นางสุปราณี จันทรัตนวงศ์ ผู้อำนวยการส่วนนโยบายและแผน และนายณรงค์ เชื้อบุญช่วย นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขของ อบจ. นครราชสีมา

เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง องค์การบริหารส่วนตำบลด่านขุนทด อ.ด่านขุนทด จ.นครราชสีมา

คุณสันติ ทวยมีฤทธิ์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

นายแพทย์ประจำศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชน เทศบาลนครราชสีมา

สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) นครราชสีมา

อบจ. นครราชสีมา

เทศบาลนครนครราชสีมา

อบต. ด่านขุนทด

เทศบาลนครเชียงใหม่

องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สืบค้นวันที่ 8 ธันวาคม 2555 http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-network_history_Next02.aspx

ภาคผนวกที่ 1

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พระราชบัญญัติ

กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พ.ศ. ๒๕๔๒

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๒

เป็นปีที่ ๕๔ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า โดยที่เป็นการสมควรมีกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภา ดังต่อไปนี้

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒”

มาตรา ๒^[๑] พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา ๓ บรรดากฎหมาย กฎ และข้อบังคับใดๆ ในส่วนที่มีบัญญัติไว้แล้วในพระราชบัญญัตินี้ หรือซึ่งขัดหรือแย้งกับบทแห่งพระราชบัญญัตินี้ ให้ใช้พระราชบัญญัตินี้แทน

มาตรา ๔ ในพระราชบัญญัตินี้

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๕ ให้นายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ทั้งนี้ ในส่วนที่เกี่ยวกับอำนาจและหน้าที่ของตนและมีอำนาจออกกฎกระทรวง และระเบียบเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

กฎกระทรวงและระเบียบนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

หมวด ๑

คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มาตรา ๖ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่า “คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ประกอบด้วย

(๑) นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธาน

(๒) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา เลขาธิการ ก.พ. เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ และอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น*

(๓) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนสิบสองคน ประกอบด้วยผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัดสองคน ผู้บริหารเทศบาลสามคน ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลห้าคน และผู้บริหารกรุงเทพมหานคร ผู้บริหารเมืองพัทยาหรือผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้งขึ้นรวมสองคน ทั้งนี้ โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทเลือกกันเองตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่นายกรัฐมนตรีกำหนด

(๔) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสิบสองคน ประกอบด้วยบุคคลซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านการบริหารราชการแผ่นดิน ด้านการพัฒนาท้องถิ่น ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านการปกครองส่วนท้องถิ่นในสาขารัฐศาสตร์ หรือรัฐประศาสนศาสตร์ และด้านกฎหมาย ทั้งนี้ การสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่นายกรัฐมนตรีกำหนด

ให้หัวหน้าสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเลขานุการคณะกรรมการ

มาตรา ๗ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีอายุไม่ต่ำกว่าสามสิบห้าปีบริบูรณ์

(๓) ไม่เป็นข้าราชการซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำ พนักงานหรือลูกจ้างของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เว้นแต่เป็นผู้สอนในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ

(๔) ไม่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง

(๕) ไม่เป็นสมาชิกสภาท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่น

(๖) ไม่เป็นเจ้าหน้าที่หรือผู้มีตำแหน่งใดๆ ในพรรคการเมือง

มาตรา ๘ กรรมการตามมาตรา ๖ (๓) พ้นจากตำแหน่งเมื่อลาออก โดยยื่นหนังสือลาออกต่อประธานกรรมการหรือพ้นจากการเป็นผู้บริหารท้องถิ่น

มาตรา ๙ กรรมการตามมาตรา ๖ (๔) มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับสรรหาเป็นกรรมการอีกได้ไม่เกินสองวาระติดต่อกัน

ถ้ากรรมการตามวรรคหนึ่งว่างลง ให้สรรหากรรมการแทน และให้ผู้ซึ่งได้รับสรรหาอยู่ในตำแหน่งเท่ากับระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ซึ่งตนแทน

ในระหว่างที่ยังมิได้สรรหากรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างตามวรรคสอง และยังมีกรรมการเหลืออยู่เกินกึ่งหนึ่ง ให้กรรมการที่เหลืออยู่ปฏิบัติหน้าที่ต่อไปได้

มาตรา ๑๐ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออกโดยยื่นหนังสือลาออกต่อประธานกรรมการ

(๓) เป็นบุคคลล้มละลาย

(๔) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(๕) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๗

(๖) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก

มาตรา ๑๑ การประชุมของคณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมดจึงจะเป็นองค์ประชุม

ในการประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่อยู่ในที่ประชุมหรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

มาตรา ๑๒ ให้คณะกรรมการมีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแผนปฏิบัติการเพื่อขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีและรายงานต่อรัฐสภา

(๒) กำหนดการจัดระบบการบริการสาธารณะตามอำนาจและหน้าที่ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง

(๓) ปรับปรุงสัดส่วนภาษีและอากร และรายได้ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง โดยคำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองเป็นสำคัญ

(๔) กำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจจากราชการส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาคให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๕) ประสานการถ่ายโอนข้าราชการ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น และพนักงานรัฐวิสาหกิจระหว่างส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับคณะกรรมการพนักงานส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับการกำหนดอำนาจและหน้าที่การจัดสรรภาษีและอากร เงินอุดหนุน เงินงบประมาณที่ราชการส่วนกลางโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการถ่ายโอนภารกิจตาม (๒) (๓) และ (๔)

(๖) เสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีให้มีการกระจายอำนาจการอนุมัติหรือการอนุญาตตามกฎหมายที่มีกฎหมายบัญญัติให้ต้องขออนุมัติหรือขออนุญาตไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยคำนึงถึงความสะดวก รวดเร็ว ในการให้บริการประชาชน และการกำกับดูแลให้เป็นไปตามกฎหมายนั้นๆ เป็นสำคัญ

(๗) เสนอแนะมาตรการด้านการเงิน การคลัง การภาษีอากร การงบประมาณและการรักษาวินัยทางการเงิน การคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๘) เสนอแนะการตราพระราชบัญญัติ พระราชกฤษฎีกา ออกกฎกระทรวงประกาศ ข้อบังคับระเบียบ และคำสั่งที่จำเป็นเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อคณะรัฐมนตรี

(๙) เรงัดให้มีการตราพระราชกฤษฎีกา ออกกฎกระทรวง ประกาศ ข้อบังคับระเบียบ และคำสั่งที่จำเป็นเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๑๐) เสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในการจัดสรรเงินงบประมาณที่จัดสรรเพิ่มขึ้นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากการถ่ายโอนภารกิจจากส่วนกลาง

(๑๑) พิจารณาหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินอุดหนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามความจำเป็น

(๑๒) เสนอแนะและจัดระบบตรวจสอบและการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น

(๑๓) เสนอความเห็นต่อนายกรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาสั่งการในกรณีที่ปรากฏว่าส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจไม่ดำเนินการตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๑๔) เสนอรายงานเกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อคณะรัฐมนตรีอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

(๑๕) ออกประกาศกำหนดตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้

(๑๖) ปฏิบัติการอื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้และกฎหมายอื่น
ประกาศของคณะกรรมการตาม (๑๕) เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

มาตรา ๑๓ คณะกรรมการอาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อดำเนินการใดๆ ตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้

ให้นำบทบัญญัติมาตรา ๑๑ มาใช้บังคับกับการประชุมของคณะอนุกรรมการโดยอนุโลม

มาตรา ๑๔ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการมีอำนาจออกคำสั่งเป็นหนังสือเรียกให้ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ และเจ้าหน้าที่ของรัฐ ส่งข้อมูลหรือเอกสารใดๆ ที่เกี่ยวข้องมาเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาได้ ในการนี้อาจเรียกบุคคลใดๆ มาชี้แจงด้วยก็ได้

มาตรา ๑๕ ให้มีสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี โดยมีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ

(๒) รวบรวมข้อมูล ศึกษา และวิเคราะห์เกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับงานของคณะกรรมการ

(๓) ร่วมมือและประสานงานกับราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจ เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

(๔) ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่คณะกรรมการมอบหมาย

(๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

หมวด ๒

การกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะ

มาตรา ๑๖ ให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองดังนี้

- (๑) การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง
- (๒) การจัดให้มีและบำรุงรักษาทางบก ทางน้ำ และทางระบายน้ำ
- (๓) การจัดให้มีและควบคุมตลาด ท่าเทียบเรือ ท่าข้าม และที่จอดรถ
- (๔) การสาธารณสุขโรคและการก่อสร้างอื่นๆ
- (๕) การสาธารณสุขการ
- (๖) การส่งเสริม การฝึก และประกอบอาชีพ
- (๗) การพาณิชย์ และการส่งเสริมการลงทุน
- (๘) การส่งเสริมการท่องเที่ยว
- (๙) การจัดการศึกษา
- (๑๐) การสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส
- (๑๑) การบำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น
- (๑๒) การปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัดและการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย
- (๑๓) การจัดให้มีและบำรุงรักษาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ
- (๑๔) การส่งเสริมกีฬา
- (๑๕) การส่งเสริมประชาธิปไตย ความเสมอภาค และสิทธิเสรีภาพของประชาชน
- (๑๖) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของราษฎรในการพัฒนาท้องถิ่น
- (๑๗) การรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง
- (๑๘) การกำจัดมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และน้ำเสีย
- (๑๙) การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล
- (๒๐) การจัดให้มีและควบคุมสุสานและฌาปนสถาน
- (๒๑) การควบคุมการเลี้ยงสัตว์
- (๒๒) การจัดให้มีและควบคุมการฆ่าสัตว์
- (๒๓) การรักษาความปลอดภัย ความเป็นระเบียบเรียบร้อย และการอนามัย โรงมหรสพ และ

สาธารณสถานอื่นๆ

(๒๔) การจัดการ การบำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากป่าไม้ ที่ดินทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

(๒๕) การผังเมือง

(๒๖) การขนส่งและการวิศวกรรมจราจร

(๒๗) การดูแลรักษาที่สาธารณะ

(๒๘) การควบคุมอาคาร

(๒๙) การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

(๓๐) การรักษาความสงบเรียบร้อย การส่งเสริมและสนับสนุนการป้องกันและรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

(๓๑) กิจกรรมอื่นใดที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

มาตรา ๑๗ ภายใต้บังคับมาตรา ๑๖ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ดังนี้

(๑) การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง และประสานการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดตามระเบียบที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

(๒) การสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นในการพัฒนาท้องถิ่น

(๓) การประสานและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

(๔) การแบ่งสรรเงินซึ่งตามกฎหมายจะต้องแบ่งให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

(๕) การคุ้มครอง ดูแล และบำรุงรักษาป่าไม้ ที่ดิน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

(๖) การจัดการศึกษา

(๗) การส่งเสริมประชาธิปไตย ความเสมอภาค และสิทธิเสรีภาพของประชาชน

(๘) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของราษฎรในการพัฒนาท้องถิ่น

(๙) การส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสม

(๑๐) การจัดตั้งและดูแลระบบบำบัดน้ำเสียรวม

(๑๑) การกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลรวม

(๑๒) การจัดการสิ่งแวดล้อมและมลพิษต่างๆ

(๑๓) การจัดการและดูแลสถานียขนส่งทั้งทางบกและทางน้ำ

(๑๔) การส่งเสริมการท่องเที่ยว

(๑๕) การพาณิชย์ การส่งเสริมการลงทุน และการทำการไม่ว่าจะดำเนินการเองหรือร่วมกับบุคคลอื่นหรือจากสหการ

(๑๖) การสร้างและบำรุงรักษาทางบกและทางน้ำที่เชื่อมต่อระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

(๑๗) การจัดตั้งและดูแลตลาดกลาง

(๑๘) การส่งเสริมการศึกษา จารีตประเพณี และวัฒนธรรมอันดีงามของท้องถิ่น

(๑๙) การจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

(๒๐) การจัดให้มีพิพิธภัณฑ์และหอจดหมายเหตุ

(๒๑) การขนส่งมวลชนและการวิศวกรรมจราจร

(๒๒) การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

(๒๓) การจัดให้มีระบบรักษาความสงบเรียบร้อยในจังหวัด

(๒๔) จัดทำกิจการใดอันเป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่อยู่ในเขตและกิจการนั้นเป็นการสมควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นร่วมกันดำเนินการหรือให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดทำ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

(๒๕) สนับสนุนหรือช่วยเหลือส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นในการพัฒนาท้องถิ่น

(๒๖) การให้บริการแก่เอกชน ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

(๒๗) การสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส

(๒๘) จัดทำกิจการอื่นใดตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

(๒๙) กิจการอื่นใดที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

มาตรา ๑๘ ให้กรุงเทพมหานครมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองตามมาตรา ๑๖ และมาตรา ๑๗

มาตรา ๑๙ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษไม่เต็มพื้นที่จังหวัด มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองตามมาตรา ๑๖

ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ
เต็มพื้นที่จังหวัด มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของ
ตนเองตามมาตรา ๑๖ และมาตรา ๑๗

มาตรา ๒๐ ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่เกี่ยวกับการ
ให้บริการสาธารณะอย่างเดียวกันหรือคล้ายคลึงกันให้คณะกรรมการมีอำนาจกำหนดว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
มีอำนาจและหน้าที่รับผิดชอบในส่วนใด

มาตรา ๒๑ บรรดาอำนาจและหน้าที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบของรัฐตามกฎหมาย รัฐอาจมอบอำนาจ
และหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการแทนได้

ในการดำเนินงานตามอำนาจและหน้าที่ที่ระบุไว้ในมาตรา ๑๖ มาตรา ๑๗ มาตรา ๑๘ และมาตรา ๑๙
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจร่วมมือกันดำเนินการหรืออาจร้องขอให้รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
แล้วแต่กรณี ดำเนินการแทนได้

มาตรา ๒๒ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจมอบให้เอกชนดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่แทนได้
ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

หมวด ๓

การจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากร

มาตรา ๒๓ เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลอาจมีรายได้จากภาษีอากร
ค่าธรรมเนียม และเงินรายได้ดังต่อไปนี้

(๑) ภาษีโรงเรือนและที่ดินตามกฎหมายว่าด้วยภาษีโรงเรือนและที่ดิน

(๒) ภาษีบำรุงท้องที่ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีบำรุงท้องที่

(๓) ภาษีป้ายตามกฎหมายว่าด้วยภาษีป้าย

(๔) ภาษีมูลค่าเพิ่มตามประมวลรัษฎากรที่ได้รับการจัดสรรในอัตราซึ่งเมื่อรวมกับการจัดสรร
ตามมาตรา ๒๔ (๓) และมาตรา ๒๕ (๖) แล้วไม่เกินร้อยละสามสิบของภาษีมูลค่าเพิ่มที่จัดเก็บได้หักส่วนที่ต้องจ่าย
คืนแล้ว โดยเป็นหน้าที่ของกรมสรรพากรที่จะจัดเก็บ

(๕) ภาษีธุรกิจเฉพาะตามประมวลรัษฎากร โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มขึ้นในอัตราซึ่งเมื่อรวมกับอัตราตามมาตรา ๒๔ (๔) แล้วไม่เกินร้อยละสามสิบของอัตราภาษีที่จัดเก็บตามประมวลรัษฎากร โดยเป็นหน้าที่ของกรมสรรพากรที่จะจัดเก็บ

(๖) ภาษีสรรพสามิตตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิต ภาษีสุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา และค่าแสตมป์ยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ ซึ่งเก็บจากการค้าในเขตเทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบล โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มขึ้นในอัตราไม่เกินร้อยละสามสิบของอัตราภาษีที่กรมสรรพสามิตจัดเก็บ และให้ถือเป็นภาษีและค่าแสตมป์ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น โดยเป็นหน้าที่ของกรมสรรพสามิตที่จะจัดเก็บ

(๗) ภาษีและค่าธรรมเนียมรถยนต์ รวมทั้งเงินเพิ่มตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ภาษีรถตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก และค่าธรรมเนียมล้อเลื่อนตามกฎหมายว่าด้วยล้อเลื่อน

(๘) ภาษีการพนันตามกฎหมายว่าด้วยการพนัน

(๙) ภาษีเพื่อการศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ

(๑๐) อากรการฆ่าสัตว์และผลประโยชน์อื่นอันเกิดจากการฆ่าสัตว์ตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการฆ่าสัตว์และจำหน่ายเนื้อสัตว์

(๑๑) อากรรังนกอีแอ่นตามกฎหมายว่าด้วยอากรรังนกอีแอ่น

(๑๒) ค่าภาคหลวงแร่ตามกฎหมายว่าด้วยแร่หลังจากหักส่งเป็นรายได้ของรัฐในอัตราร้อยละสี่สิบแล้วดังต่อไปนี้

(ก) องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีพื้นที่ครอบคลุมพื้นที่ตามประทานบัตร ให้ได้รับการจัดสรรในอัตราร้อยละสี่สิบของเงินค่าภาคหลวงแร่ที่จัดเก็บได้ภายในเขต

(ข) องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลอื่นที่อยู่ภายในจังหวัดที่มีพื้นที่ครอบคลุมพื้นที่ตามประทานบัตร ให้ได้รับการจัดสรรในอัตราร้อยละสิบของเงินค่าภาคหลวงแร่ที่จัดเก็บได้ภายในเขต

(ค) องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลในจังหวัดอื่น ให้ได้รับการจัดสรรในอัตราร้อยละสิบของเงินค่าภาคหลวงแร่ที่จัดเก็บได้ภายในเขต

(๑๓) ค่าภาคหลวงปิโตรเลียมตามกฎหมายว่าด้วยปิโตรเลียมหลังจากหักส่งเป็นรายได้ของรัฐในอัตราร้อยละสี่สิบแล้ว ดังต่อไปนี้

(ก) องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีพื้นที่ครอบคลุมพื้นที่ตามสัมปทาน ให้ได้รับการจัดสรรในอัตราร้อยละสี่สิบของเงินค่าภาคหลวงปิโตรเลียมที่จัดเก็บได้ภายในเขต

(ข) องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลอื่นที่อยู่ภายในจังหวัดที่มีพื้นที่ครอบคลุมพื้นที่ตามสัมปทาน ให้ได้รับการจัดสรรในอัตราร้อยละสิบของเงินค่าภาคหลวงปิโตรเลียมที่จัดเก็บได้ภายในเขต

(ค) องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลในจังหวัดอื่น ให้ได้รับการจัดสรรในอัตราร้อยละสิบของเงินค่าภาคหลวงปิโตรเลียมที่จัดเก็บได้ภายในเขต

(๑๔) ค่าธรรมเนียมการจดทะเบียนสิทธิและนิติกรรมเกี่ยวกับอสังหาริมทรัพย์ที่มีทุนทรัพย์ภายในเขต ทั้งนี้ ตามประมวลกฎหมายที่ดินและกฎหมายว่าด้วยอาคารชุด

(๑๕) ค่าธรรมเนียมสนามบินตามกฎหมายว่าด้วยการเดินอากาศ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามอัตราและวิธีการที่คณะกรรมการกำหนด

(๑๖) ค่าธรรมเนียมดังต่อไปนี้ โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มขึ้นในอัตราไม่เกินร้อยละสิบของค่าธรรมเนียมที่มีการจัดเก็บตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

(ก) ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขายสุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา

(ข) ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตเล่นการพนันตามกฎหมายว่าด้วยการพนัน

(๑๗) ค่าธรรมเนียม ค่าใบอนุญาต และค่าปรับในกิจการที่กฎหมายมอบหมายหน้าที่ให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นเจ้าหน้าที่ดำเนินการภายในเขตท้องถิ่นนั้นๆ และให้ตกเป็นรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังกล่าว ในกรณีกฎหมายกำหนดให้เทศบาลเป็นผู้จัดเก็บค่าธรรมเนียม ค่าใบอนุญาต และค่าปรับให้นำรายได้มาแบ่งให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลที่อยู่ภายในเขตจังหวัดตามที่คณะกรรมการกำหนด

(๑๘) ค่าใช้น้ำบาดาลตามกฎหมายว่าด้วยน้ำบาดาล ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามสัดส่วนที่คณะกรรมการกำหนด

(๑๙) ค่าธรรมเนียมใดๆ ที่เรียกเก็บจากผู้ใช้หรือได้รับประโยชน์จากบริการสาธารณะที่จัดให้มีขึ้น

(๒๐) รายได้อื่นตามที่กฎหมายบัญญัติให้เป็นของเทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบล

มาตรา ๒๔ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอาจมีรายได้จากภาษีอากรค่าธรรมเนียมและเงินรายได้ดังต่อไปนี้

(๑) ภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำหรับน้ำมันเบนซินและน้ำมันที่คล้ายกัน น้ำมันดีเซลและน้ำมันที่คล้ายกัน ภาษีปิโตรเลียมที่ใช้เป็นเชื้อเพลิงสำหรับรถยนต์ซึ่งเก็บจากการค้าในเขตจังหวัด โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มได้ไม่เกินลิตรละสิบสตางค์สำหรับน้ำมันและกิโลกรัมละไม่เกินสิบสตางค์สำหรับก๊าซปิโตรเลียม

(๒) ภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดสำหรับยาสูบ ซึ่งเก็บจากการค้าในเขตจังหวัดโดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มได้ไม่เกินมวนละสิบสตางค์

(๓) ภาษีมูลค่าเพิ่มตามประมวลรัษฎากรที่ได้รับการจัดสรรในอัตราซึ่งเมื่อรวมกับอัตราตามมาตรา ๒๓ (๔) และมาตรา ๒๕ (๖) แล้วไม่เกินร้อยละสามสิบของภาษีมูลค่าเพิ่มที่จัดเก็บได้หักส่วนที่ต้องจ่ายคืนแล้ว โดยเป็นหน้าที่ของกรมสรรพากรที่จะจัดเก็บ

(๔) ภาษีธุรกิจเฉพาะตามประมวลรัษฎากร โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มขึ้นในอัตราซึ่งเมื่อรวมกับอัตรามาตรา ๒๓ (๕) แล้วไม่เกินร้อยละสามสิบของอัตรากาสิโนที่จัดเก็บตามประมวลรัษฎากร โดยเป็นหน้าที่ของกรมสรรพากรที่จะจัดเก็บ

(๕) ภาษีและค่าธรรมเนียมรถยนต์ รวมทั้งเงินเพิ่มตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ภาษีรถตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก และค่าธรรมเนียมล้อเลื่อนตามกฎหมายว่าด้วยล้อเลื่อน

(๖) ภาษีเพื่อการศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ

(๗) อากรรังนกอีแอ่นตามกฎหมายว่าด้วยอากรรังนกอีแอ่น

(๘) ค่าภาคหลวงแร่ตามกฎหมายว่าด้วยแร่ ให้ได้รับการจัดสรรในอัตราร้อยละยี่สิบของค่าภาคหลวงแร่ที่จัดเก็บได้ภายในเขตขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น

(๙) ค่าภาคหลวงปิโตรเลียมตามกฎหมายว่าด้วยปิโตรเลียม ให้ได้รับการจัดสรรในอัตราร้อยละยี่สิบของค่าภาคหลวงปิโตรเลียมที่จัดเก็บได้ภายในเขตขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น

(๑๐) ค่าธรรมเนียมบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดโดยออกข้อบัญญัติเรียกเก็บจากผู้พักในโรงแรมตามกฎหมายว่าด้วยโรงแรม

(๑๑) ค่าธรรมเนียม ค่าใบอนุญาต และค่าปรับในกิจการที่กฎหมายมอบหมายหน้าที่ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นเจ้าหน้าที่ดำเนินการภายในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น และให้ตกเป็นรายได้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

(๑๒) ค่าธรรมเนียมใดๆ ที่เรียกเก็บจากผู้ใช้หรือได้รับประโยชน์จากบริการสาธารณะที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดให้มีขึ้น

(๑๓) รายได้อื่นตามที่กฎหมายบัญญัติให้เป็นขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

มาตรา ๒๕ กรุงเทพมหานครอาจมีรายได้จากภาษีอากร ค่าธรรมเนียม และเงินรายได้ดังต่อไปนี้

(๑) ภาษีโรงเรือนและที่ดินตามกฎหมายว่าด้วยภาษีโรงเรือนและที่ดิน

(๒) ภาษีบำรุงท้องที่ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีบำรุงท้องที่

(๓) ภาษีป้ายตามกฎหมายว่าด้วยภาษีป้าย

(๔) ภาษีบำรุงกรุงเทพมหานครสำหรับน้ำมันเบนซินและน้ำมันที่คล้ายกัน น้ำมันดีเซลและน้ำมันที่คล้ายกัน ก๊าซปิโตรเลียมที่ใช้เป็นเชื้อเพลิงสำหรับรถยนต์ ซึ่งเก็บจากการค้าในเขตกรุงเทพมหานคร โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มได้ไม่เกินลิตรละสิบสตางค์สำหรับน้ำมัน และไม่เกินกิโลกรัมละสิบสตางค์สำหรับก๊าซปิโตรเลียม

(๕) ภาษีบำรุงกรุงเทพมหานครสำหรับยาสูบซึ่งเก็บจากการค้าในเขตกรุงเทพมหานคร โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มได้ไม่เกินมวนละสิบสตางค์

(๖) ภาษีมูลค่าเพิ่มตามประมวลรัษฎากรที่ได้รับการจัดสรร ในอัตราซึ่งเมื่อรวมกับอัตราตาม มาตรา ๒๓ (๔) และมาตรา ๒๔ (๓) แล้วไม่เกินร้อยละสามสิบของภาษีมูลค่าเพิ่มที่จัดเก็บได้หักส่วนที่ต้องจ่ายคืน แล้ว โดยเป็นหน้าที่ของกรมสรรพากรที่จะจัดเก็บ

(๗) ภาษีธุรกิจเฉพาะตามประมวลรัษฎากร โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มขึ้นในอัตราไม่เกิน ร้อยละสามสิบของอัตราภาษีที่จัดเก็บตามประมวลรัษฎากร โดยเป็นหน้าที่ของกรมสรรพากรที่จะจัดเก็บ

(๘) ภาษีสรรพสามิตตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิต ภาษีสุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา และค่าแสตมป์ยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ ซึ่งเก็บจากการค้าในเขตกรุงเทพมหานคร โดยออกข้อบัญญัติ จัดเก็บเพิ่มขึ้นในอัตราไม่เกินร้อยละสามสิบของอัตราภาษีที่กรมสรรพสามิตจัดเก็บ และให้ถือเป็นภาษีและค่า แสตมป์ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นโดยเป็นหน้าที่ของกรมสรรพสามิตที่จะจัดเก็บ

(๙) ภาษีเพื่อการศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ

(๑๐) ภาษีและค่าธรรมเนียมรถยนต์ รวมทั้งเงินเพิ่มตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ภาษีรถตาม กฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก และค่าธรรมเนียมล้อเลื่อนตามกฎหมายว่าด้วยล้อเลื่อน

(๑๑) ภาษีการพนันตามกฎหมายว่าด้วยการพนัน

(๑๒) ค่าภาคหลวงแร่ตามกฎหมายว่าด้วยแร่ที่จัดเก็บภายในเขตของกรุงเทพมหานคร ใน อัตราร้อยละสี่สิบของค่าภาคหลวงแร่ที่กรมทรัพยากรธรณีจัดเก็บได้จริง

(๑๓) ค่าภาคหลวงปิโตรเลียมตามกฎหมายว่าด้วยปิโตรเลียมที่จัดเก็บภายในเขตของ กรุงเทพมหานคร ในอัตราร้อยละสี่สิบของค่าภาคหลวงปิโตรเลียมที่กรมทรัพยากรธรณีจัดเก็บได้จริง

(๑๔) อាកการฆ่าสัตว์ และผลประโยชน์อื่นอันเกิดจากการฆ่าสัตว์ตามกฎหมายว่าด้วยการ ควบคุมการฆ่าสัตว์และจำหน่ายเนื้อสัตว์

(๑๕) ค่าธรรมเนียมบำรุงกรุงเทพมหานคร โดยออกข้อบัญญัติเรียกเก็บจากผู้พักในโรงแรม ตามกฎหมายว่าด้วยโรงแรม

(๑๖) ค่าธรรมเนียมสนามบินตามกฎหมายว่าด้วยการเดินอากาศ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามอัตรา และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนด

(๑๗) ค่าธรรมเนียมการจดทะเบียนสิทธิและนิติกรรมเกี่ยวกับอสังหาริมทรัพย์ที่มีทุนทรัพย์ ตามประมวลกฎหมายที่ดินและกฎหมายว่าด้วยอาคารชุด

(๑๘) ค่าธรรมเนียมดังต่อไปนี้ โดยออกข้อบัญญัติจัดเก็บเพิ่มขึ้นในอัตราไม่เกินร้อยละสามสิบ ของค่าธรรมเนียมที่จัดเก็บตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

(ก) ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขายสุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา

(ข) ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตเล่นการพนันตามกฎหมายว่าด้วยการพนัน

(๑๙) ค่าธรรมเนียม ค่าใบอนุญาต และค่าปรับในกิจการที่กฎหมายมอบหมายหน้าที่ให้กรุงเทพมหานครเป็นเจ้าหน้าที่ดำเนินการภายในเขตของกรุงเทพมหานคร และให้ตกเป็นรายได้ของกรุงเทพมหานคร

(๒๐) ค่าธรรมเนียมใดๆ ที่เรียกเก็บจากผู้ใช้หรือได้รับประโยชน์จากบริการสาธารณะที่กรุงเทพมหานครจัดให้มีขึ้น

(๒๑) รายได้อื่นตามที่กฎหมายบัญญัติให้เป็นของกรุงเทพมหานคร

มาตรา ๒๖ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นองค์กรปกครองรูปแบบพิเศษ ไม่เต็มพื้นที่จังหวัด มีรายได้จากภาษีอากร ค่าธรรมเนียม และเงินรายได้อื่นตามมาตรา ๒๓

ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นองค์กรปกครองรูปแบบพิเศษเต็มพื้นที่จังหวัด มีรายได้จากภาษีอากร ค่าธรรมเนียม และเงินรายได้อื่นตามมาตรา ๒๓ และมาตรา ๒๔

มาตรา ๒๗ ภาษีและอากรประเภทอื่นนอกเหนือจากที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๒๓ มาตรา ๒๔ มาตรา ๒๕ และมาตรา ๒๖ อาจกำหนดให้เป็นภาษีและอากรร่วมกันระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรืออาจกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเก็บเพิ่มได้ เพื่อให้สอดคล้องกับการถ่ายโอนภาระหน้าที่และงบประมาณจากราชการส่วนกลางมายังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรตามวรรคหนึ่งในแต่ละปี ให้คณะกรรมการพิจารณากำหนดโดยคำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองเป็นสำคัญ

มาตรา ๒๘ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจมีรายรับดังต่อไปนี้

(๑) รายได้จากทรัพย์สินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
(๒) รายได้จากสาธารณูปโภค
(๓) รายได้จากการพาณิชย์และการทำกิจการ ไม่ว่าจะดำเนินการเองหรือร่วมกับบุคคลอื่นหรือจากสหการ

(๔) ภาษีอากร ค่าธรรมเนียม ค่าใบอนุญาต ค่าปรับ ค่าตอบแทน หรือรายได้อื่นใดตามที่มิ
กฎหมายบัญญัติไว้ให้เป็นรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๕) ค่าบริการ

(๖) เงินอุดหนุนจากรัฐบาล ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

- (๗) เงินช่วยเหลือจากต่างประเทศ องค์การต่างประเทศ หรือองค์การระหว่างประเทศ
- (๘) รายได้จากการจำหน่ายพันธบัตร
- (๙) เงินกู้จากกระทรวง ทบวง กรม องค์การ หรือนิติบุคคลต่างๆ
- (๑๐) เงินกู้จากต่างประเทศ องค์การต่างประเทศ หรือองค์การระหว่างประเทศ
- (๑๑) เงินและทรัพย์สินอย่างอื่นที่มีผู้อุทิศให้
- (๑๒) เงินช่วยเหลือหรือเงินค่าตอบแทน
- (๑๓) รายได้จากทรัพย์สินของแผ่นดิน หรือรายได้จากทรัพย์สินของรัฐวิสาหกิจที่ดำเนินการเพื่อบ่มุ่หากำไรในเขตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (๑๔) รายได้จากค่าธรรมเนียมพิเศษ

การออกพันธบัตรตาม (๘) การกู้เงินจากองค์การ หรือนิติบุคคลต่างๆ ตาม (๙) การกู้เงินตาม (๑๐) และรายได้ตาม (๑๓) ให้ออกเป็นข้อบัญญัติท้องถิ่นโดยได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี

มาตรา ๒๙ การกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับรายได้ตามหมวดนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราการจัดสรร การนำส่งเงินรายได้และการได้รับเงินรายได้สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามที่คณะกรรมการกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ในกรณีที่การกำหนดรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องใดมีกฎหมายอื่นบัญญัติไว้และเป็น การกำหนดรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องเดียวกับที่บัญญัติไว้แล้วในบทบัญญัติเกี่ยวกับรายได้ของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามหมวดนี้ ให้ใช้บทบัญญัติตามหมวดนี้บังคับแทนบทบัญญัติของกฎหมายนั้น ทั้งนี้ ถ้าการกำหนดรายได้ในเรื่องใดมีกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราการจัดสรร การนำส่งเงินรายได้ และการได้รับเงินรายได้ใช้บังคับอยู่แล้ว ให้ใช้บังคับตามกฎหมายเช่นว่านั้นไปพลางก่อนจนกว่าจะมีการประกาศ ของคณะกรรมการตามวรรคหนึ่ง แต่ถ้การกำหนดรายได้ในเรื่องใดยังไม่มีกฎหมายเช่นว่านั้น ให้การกำหนดรายได้ ตามบทบัญญัติในหมวดนี้มีผลใช้บังคับเมื่อมีประกาศของคณะกรรมการตามวรรคหนึ่ง

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมอบให้ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น จัดเก็บภาษีอากร ค่าธรรมเนียม ค่าใบอนุญาต ค่าตอบแทน หรือรายได้อื่นใด เพื่้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นก็ได้ ทั้งนี้ โดยให้คิดค่าใช้จ่ายได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง

หมวด ๔

แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มาตรา ๓๐ แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการดังนี้

(๑) ให้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจการให้บริการสาธารณะที่รัฐดำเนินการอยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายในกำหนดเวลา ดังนี้

(ก) ภารกิจที่เป็นการดำเนินการค้าซื้อระหว่างรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือภารกิจที่รัฐจัดให้บริการในเขตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในสี่ปี

(ข) ภารกิจที่รัฐจัดให้บริการในเขตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทบถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ให้ดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในสี่ปี

(ค) ภารกิจที่เป็นการดำเนินงานตามนโยบายของรัฐบาล ให้ดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในสี่ปี

(๒) กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการสาธารณะของรัฐและขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองตามอำนาจและหน้าที่ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้ให้ชัดเจน โดยในระยะแรกอาจกำหนดภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้แตกต่างกันได้ โดยให้เป็นไปตามความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่ง ซึ่งต้องพิจารณาจากรายได้และบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นจำนวนประชากร ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ตลอดจนคุณภาพในการให้บริการที่ประชาชนจะได้รับ ทั้งนี้ ต้องไม่เกินระยะเวลาสิบปี

(๓) กำหนดแนวทางและหลักเกณฑ์ให้รัฐทำหน้าที่ประสานความร่วมมือและช่วยเหลือการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ

(๔)^[๒] กำหนดการจัดสรรภาษีและอากร เงินอุดหนุน และรายได้อื่นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทอย่างเหมาะสม โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นต้นไป ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้คิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้สุทธิของรัฐบาลไม่น้อยกว่าร้อยละยี่สิบห้า และโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้สุทธิของรัฐบาลในอัตราไม่น้อยกว่าร้อยละสามสิบห้า โดยการจัดสรรสัดส่วนที่เป็นธรรมแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคำนึงถึงรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นด้วย

การเพิ่มสัดส่วนรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อรายได้สุทธิของรัฐบาลตามวรรคหนึ่งให้เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เหมาะสมแก่การพัฒนาให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการกิจการบริการสาธารณะได้ด้วยตนเอง และให้เป็นไปตามภารกิจที่ถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ถ่ายโอนเพิ่มขึ้นภายหลังปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๙ เป็นต้นไป แต่ไม่ว่ากรณีจะเป็นประการใดเงินอุดหนุนที่จัดสรรให้ต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่าเงินอุดหนุนที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๙

(๕) การจัดตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปีในส่วนที่เกี่ยวกับการบริการสาธารณะในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้รัฐจัดสรรเงินอุดหนุนให้เป็นไปตามความจำเป็นและความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น

มาตรา ๓๑ ในการดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถ้ามีกฎหมายใดบัญญัติไว้ในลักษณะที่เป็นผลทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่อาจดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่ได้ด้วยตนเอง หรือมีลักษณะเป็นการเข้าซ้อนกับการปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกัน และคณะกรรมการพิจารณาเห็นสมควรให้มีการแก้ไขกฎหมายนั้น ให้คณะกรรมการรายงานต่อรัฐมนตรีเพื่อดำเนินการให้มีการแก้ไขกฎหมายดังกล่าวต่อไป

มาตรา ๓๒ ให้คณะกรรมการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดรายละเอียดของอำนาจหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบจะต้องกระทำ โดยในกรณีใดเป็นอำนาจและหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของรัฐหรือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกัน ให้กำหนดแนวทางวิธีปฏิบัติเพื่อประสานการดำเนินการให้เกิดประโยชน์แก่ส่วนรวม

(๒) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการในการจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรให้เพียงพอแก่การดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่ที่กำหนดให้เป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ โดยต้องคำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐในการให้บริการสาธารณะเป็นส่วนรวมด้วย

(๓) รายละเอียดเกี่ยวกับการเสนอให้แก้ไขหรือจัดให้มีกฎหมายที่จำเป็นเพื่อดำเนินการตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๔) จัดระบบการบริหารงานบุคคลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดนโยบายและมาตรการการกระจายบุคลากรจากราชการส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาคไปสู่ส่วนท้องถิ่น โดยการสร้างระบบการถ่ายเทกำลังคนสู่ท้องถิ่น และสร้างระบบความก้าวหน้าสายอาชีพที่เหมาะสม

แผนปฏิบัติการตามวรรคหนึ่งต้องกำหนดรายละเอียดวิธีปฏิบัติ และกำหนดหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ รวมทั้งระยะเวลาในการดำเนินการให้ชัดเจนด้วย

มาตรา ๓๓ เมื่อคณะกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติการตามมาตรา ๓๒ แล้ว ให้เสนอคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ แล้วรายงานต่อรัฐสภาเพื่อประกาศในราชกิจจานุเบกษาใช้บังคับต่อไป

แผนปฏิบัติการที่ประกาศใช้บังคับตามวรรคหนึ่ง ให้มีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการตามแผนปฏิบัติการนั้น

ในกรณีที่สภาพการณ์เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างที่แผนปฏิบัติการใช้บังคับคณะกรรมการอาจดำเนินการปรับปรุงแผนปฏิบัติการให้เหมาะสมกับสภาพการณ์นั้นได้

ให้คณะกรรมการมีหน้าที่ติดตามผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการและรายงานให้คณะรัฐมนตรีทราบทุกปี ในกรณีที่มีปัญหาอุปสรรคไม่อาจดำเนินการตามแผนปฏิบัติการได้ ให้คณะกรรมการรายงานให้คณะรัฐมนตรีทราบปัญหาและอุปสรรค และแนวทางแก้ไขด้วย

มาตรา ๓๔ ให้คณะกรรมการพิจารณาทบทวนการกำหนดอำนาจและหน้าที่และการจัดสรรรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายหลังที่ได้ดำเนินการตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปแล้ว โดยต้องพิจารณาทบทวนใหม่ทุกระยะเวลาไม่เกินห้าปีนับแต่วันที่มีการกำหนดอำนาจและหน้าที่หรือวันที่มีการจัดสรรรายได้ ทั้งนี้ จะต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมของการกำหนดอำนาจและหน้าที่และการจัดสรรรายได้เพื่อกระจายอำนาจเพิ่มขึ้นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทเฉพาะกาล

มาตรา ๓๕ ในวาระเริ่มแรก ให้คณะกรรมการจัดทำแผนตามมาตรา ๓๐ และแผนปฏิบัติการตามมาตรา ๓๒ ให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่กรรมการเริ่มปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๓๖ ในวาระเริ่มแรก ให้นายกรัฐมนตรีจัดให้มีการเลือกผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิตามมาตรา ๖ ให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๓๗ ในวาระเริ่มแรก เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการตามพระราชบัญญัตินี้ นายกรัฐมนตรีอาจมีคำสั่งให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อช่วยเหลือการปฏิบัติงานของคณะกรรมการได้ตามที่เห็นสมควร

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

ชวน หลีกภัย

นายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่มาตรา ๒๘๔ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจเพื่อพัฒนาการกระจาย

อำนาจให้แก่ท้องถิ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีสาระสำคัญเกี่ยวกับการกำหนดอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะ และการจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้มีคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้แทนของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิ มีจำนวนฝ่ายละเท่ากันเพื่อทำหน้าที่ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

*พระราชกฤษฎีกาแก้ไขบทบัญญัติให้สอดคล้องกับการโอนอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. ๒๕๔๕ พ.ศ. ๒๕๔๕^[๓]

มาตรา ๓๗ ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ให้แก้ไขคำว่า “อธิบดีกรมการปกครอง” เป็น “อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาฉบับนี้ คือ โดยที่พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้บัญญัติให้จัดตั้งส่วนราชการขึ้นใหม่โดยมีภารกิจใหม่ ซึ่งได้มีการตราพระราชกฤษฎีกาโอนกิจการบริหารและอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการ ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม นั้นแล้ว และเนื่องจากพระราชบัญญัตินี้ได้บัญญัติให้โอนอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการ รัฐมนตรีผู้ดำรงตำแหน่งหรือผู้ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในส่วนราชการเดิมมาเป็นของส่วนราชการใหม่ โดยให้มีการแก้ไขบทบัญญัติต่างๆ ให้สอดคล้องกับอำนาจหน้าที่ที่โอนไปด้วย ฉะนั้น เพื่ออนุวัติให้เป็นไปตามหลักการที่ปรากฏในพระราชบัญญัติและพระราชกฤษฎีกาดังกล่าว จึงสมควรแก้ไขบทบัญญัติของกฎหมายให้สอดคล้องกับการโอนส่วนราชการ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องมีความชัดเจนในการใช้กฎหมาย โดยไม่ต้องไปค้นหาในกฎหมายโอนอำนาจหน้าที่ว่าตามกฎหมายใดได้มีการโอนภารกิจของส่วนราชการหรือผู้รับผิดชอบตามกฎหมายนั้นไปเป็นของหน่วยงานใดหรือผู้ใดแล้ว โดยแก้ไขบทบัญญัติของกฎหมายให้มีการเปลี่ยนชื่อส่วนราชการ รัฐมนตรี ผู้ดำรงตำแหน่งหรือผู้ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ของส่วนราชการให้ตรงกับการโอนอำนาจหน้าที่ และเพิ่มผู้แทนส่วนราชการในคณะกรรมการให้ตรงตามภารกิจที่มีการตัดโอนจากส่วนราชการเดิมมาเป็นของส่วนราชการใหม่รวมทั้งตัดส่วนราชการเดิมที่มีการยุบเลิกแล้ว ซึ่งเป็นการแก้ไขให้ตรงตามพระราชบัญญัติและพระราชกฤษฎีกาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องตราพระราชกฤษฎีกานี้

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๙^[๔]

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่การปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจในการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำหนดไว้ไม่อาจดำเนินการได้ตาม

กำหนดระยะเวลา ทำให้การกำหนดสัดส่วนรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามมาตรา ๓๐ (๔) แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงในการถ่ายโอนภารกิจ สมควรแก้ไขเพิ่มเติมการกำหนดสัดส่วนรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปตามสภาพข้อเท็จจริงนั้น และยังคงเป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ได้รับไม่น้อยกว่าร้อยละสามสิบห้าไว้เช่นเดิม จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

[๑] ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๑๖/ตอนที่ ๑๑๔ ก/หน้า ๔๘/๑๗ พุทธศักราช ๒๕๔๒

[๒] มาตรา ๓๐ (๔) แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๙

[๓] ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๑๙/ตอนที่ ๑๐๒ ก/หน้า ๖๖/๘ ตุลาคม ๒๕๔๕

[๔] ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๔/ตอนที่ ๒ ก/หน้า ๑/๘ มกราคม ๒๕๕๐

ภาคผนวกที่ 2

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข

ภารกิจ/ส่วนราชการ	ภารกิจที่ถ่ายโอน	ปีที่ถ่ายโอน	การถ่ายโอน	การถ่ายโอน ระยะที่ 2
1) กรมสุขภาพจิต	1. ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย (1)	2546	เมืองพัทยา กทม. กสพ.	
2) กรมควบคุมโรคติดต่อ	1. การพัฒนาบุคลากรและชุมชน (2)	2546	กสพ.	
	2. ปฏิบัติการเพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (3)	2546	กสพ.	
	3. การวินิจฉัยและรักษาพยาบาลเบื้องต้น (4)			
	4. สนับสนุนเงินอุดหนุนค่าอาหารผู้ป่วยโรคเรื้อน (5)	2546	กสพ.	
	5. สนับสนุนเงินอุดหนุนในการสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อน ค่าส่งคนสงเคราะห์และมาปนกิจ (6)	2546	กสพ.	
3) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการแพทย์	1. การผลิตสื่อและ/หรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา (7)	2546	เมืองพัทยา กทม. กสพ.	
	2. การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคด้านความรู้ในการบริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม (8)	2546	เมืองพัทยา กทม. กสพ.	
	3. การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของผู้บริโภคในท้องถิ่น (9)	2546	เมืองพัทยา กทม. กสพ.	
	4. ตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอางค์ และวัสดุอันตรายในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุใน พ.ร.บ. แต่ละประเภท (10)	2546	เมืองพัทยา กทม. กสพ.	
4) กรมการแพทย์	1. งานบริการสาธารณสุขเขต กทม./ปริมณฑล/เขตเมือง (11)	2546	เมืองพัทยา กทม. กสพ.	
5) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	1. การบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ (12)	2546	กสพ.	

ภารกิจ/ส่วนราชการ	ภารกิจที่ถ่ายโอน	ปีที่ถ่ายโอน	การถ่ายโอน	การถ่ายโอน ระยะที่ 2
6) สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	1. การก่อสร้างสถานบริการใหม่ เพิ่มเติม ซ่อมแซม การจัดหาวัสดุภัณฑ์ (13)	2546	กสพ.	
	2. โครงการประกันสุขภาพ (30 บาทรักษาทุก โรค) (14)	2546	กสพ.	
	3. สนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพ (15)	2546	กสพ.	อยู่ระหว่าง การถ่ายโอน
7) กรมอนามัย	1. การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (16)	2546	กสพ.	อยู่ระหว่าง การถ่ายโอน
	2. ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก (17)	2546	เทศบาล อบต. อบจ. กสพ.	อยู่ระหว่าง การถ่ายโอน
	3. ส่งเสริมสุขภาพเด็กกลุ่มวัยเรียนและเยาวชน (18)	2546	กสพ.	อยู่ระหว่าง การถ่ายโอน
	4. ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน (19)	2546	กสพ.	อยู่ระหว่าง การถ่ายโอน
	5. การส่งเสริมสุขภาพเด็กและกลุ่มผู้สูงอายุ (20)	2546	กสพ.	อยู่ระหว่าง การถ่ายโอน
	6. ทันตสาธารณสุข (21)	2546	กสพ.	
	7. งานโภชนาการ (22)	2546	กสพ.	
	8. งานวางแผนครอบครัวและพัฒนาประชากร (23)	2546	กสพ.	
	9. งานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (24)	2546	กสพ.	
	10. การพัฒนาอนามัยชุมชนบนพื้นที่สูง (25)	2546	เทศบาล อบต. อบจ.	
	11. สนับสนุนเงินอุดหนุนพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์ สาธิตเพื่อการพัฒนาเด็กเล็ก (26)	2546	เทศบาล อบต. อบจ.	
	12. สนับสนุนเงินอุดหนุนภาคเอกชนที่ ให้บริการทำหมัน (27)	2546	กสพ.	
	13. งานเฝ้าระวังและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม (28)	2546	กสพ.	
	14. จัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด (สนับสนุน	2546	อบต. อบจ.	อยู่ระหว่าง

ภารกิจ/ส่วนราชการ	ภารกิจที่ถ่ายโอน	ปีที่ถ่ายโอน	การถ่ายโอน	การถ่ายโอน ระยะที่ 2
	วัสดุ) (29)		กสพ.	การถ่ายโอน
	15. งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (30)	2546	กสพ.	
	16. งานสุขาภิบาลอาหาร (31)	2546	กสพ.	
	17. งานพัฒนาอาชีพอนามัยและอาชีพเวชกรรม (32)	2546	กสพ.	
	18. งานคุ้มครองสุขภาพจิตจากมลพิษ (33)	2546	กสพ.	

หมายเหตุ: () หมายถึง จำนวนภารกิจที่ถ่ายโอนด้านสาธารณสุข

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ภาคผนวกที่ 3

พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 26

บทบาทของ สปสช. มีดังต่อไปนี้

- 1) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการ ดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน
- 2) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข
- 3) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ
- 4) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด
- 5) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการ และ เครือข่ายหน่วยบริการ ตามมาตรา 46
- 6) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
- 7) ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้ง ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ
- 8) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายบริการในการให้บริการสาธารณสุข ให้เป็นไปตามมาตรฐาน ที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน
- 9) ถือกรรมสิทธิ์ มีสิทธิครอบครอง และมีทรัพย์สินต่าง ๆ
- 10) ก่อตั้งสิทธิและทำนิติกรรมสัญญาหรือข้อตกลงใด ๆ เกี่ยวกับทรัพย์สิน
- 11) เรียกเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการดำเนินกิจการของสำนักงาน
- 12) มอบให้องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน
- 13) จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงาน ของคณะกรรมการและ คณะกรรมการควบคุม คุณภาพ และมาตรฐาน และเผยแพร่ต่อสาธารณชน
- 14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้ หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของ สำนักงานหรือตามที่ คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานมอบหมาย

ภาคผนวกที่ 4

รายละเอียดโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน

ประเภทที่ 1 ชุดสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มแม่และเด็ก (เด็กแรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 ปี)

ประเภทที่ 2 กิจกรรมสนับสนุนงบประมาณหน่วยบริการสาธารณสุข

1.ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กมีพัฒนาการสมวัย

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
การส่งเสริมสุขภาพของหญิงขณะตั้งครรภ์และการดูแลสุขภาพแม่ลูกหลังคลอดเพื่อให้เด็กที่อยู่ในครรภ์และที่เกิดมาได้รับการดูแลที่ถูกวิธีเพื่อให้มีสุขภาพกายสุขภาพจิตที่ดี	1.เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองและลูกน้อยในครรภ์ตลอดจนการดูแลตนเองหลังคลอดได้อย่างถูกต้อง 2.เพื่อเสริมสร้างคุณภาพการดูแลหญิงมีครรภ์	หญิงตั้งครรภ์	1. สำรวจ ค้นหา กลุ่มเป้าหมายและกระตุ้นให้หญิงมีครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ 2. ตรวจและให้บริการหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ 3.ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ให้มีภาวะโภชนาการปกติ	- ชุดส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ 20 คน X 300 บาท = 6,000	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	- อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ - อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ไม่เกิน ร้อยละ 7 หรือลดลงจากรฐานเดิม ปีละ 0.5	พริดา สุริสาร

1.ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กมีพัฒนาการสมวัย

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
การที่เด็กจะมีพัฒนาการสมวัยในทุกๆด้าน ต้องอาศัยความร่วมมือของหลายๆฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมแก่เด็ก ซึ่งเป็นการวางรากฐานในการพัฒนาคนให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต	1.เพื่อให้เด็ก 0-5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ และได้รับการแก้ไขเมื่อมีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และน้ำหนักมากเกินไป เกณฑ์ 2.เพื่อให้เด็ก 0-5 ปี ได้รับการประเมินพัฒนาการตามแบบประเมินอนามัย 49	เด็ก 0-5 ปี	1. ประเมินพัฒนาการเด็กตามวัยและติดตามเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย 2. ประเมินภาวะโภชนาการเด็ก และติดตามเด็กที่ภาวะโภชนาการผิดปกติ 3.ให้การดูแลหรือส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย 4.สนับสนุนและกระตุ้นให้เด็กมีภาวะโภชนาการที่ปกติ	- ค่านม 20 คน X 10 บาท X 90 กล่อง = 18,000 บาท - ค่าชุดส่งเสริมสุขภาพพัฒนาการเด็ก 20,000 บาท รวม 44,000 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	- เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่าร้อยละ 90	พริดา สุริสาร

ประเภทที่ 1 ชุดสิทธิประโยชน์สำหรับเด็กโต (อายุ 6 ปี ถึงอายุต่ำกว่า 25 ปี)/สนับสนุนเครือข่าย

2.TO BE NUMBER ONE

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
การแพร่ระบาดของปัญหา ยาเสพติด จำเป็นต้องอาศัย ความร่วมมือร่วมใจของทุก ภาคส่วน ตลอดจนความ ต่อเนื่องของการดำเนิน กิจกรรม เพื่อให้แสดงออกถึง พลังสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในแต่ละ คน ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่น สามารถใช้เวลาว่างให้เป็น ประโยชน์	-เพื่อสนับสนุนการ ดำเนิน ของชมรม TO BE NUMBER ONE ให้ ได้ตามเกณฑ์ มาตรฐาน	- ประชาชน ทั่วไป - เยาวชน 10 – 24 ปี จำนวน 1,403 คน	- ดำเนินกิจกรรม อบรม อสร.เก่า + ใหม่ - การดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE - ตรวจเฝ้าระวังอาหาร ปลอดภัยในโรงเรียน - การป้องกันการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - กิจกรรมการให้ความรู้ ในการคุมกำเนิด	สนับสนุนให้โรงเรียน - ร.ร.บ้านใหม่เจริญสุข 10000 บาท - ร.ร.บ้านจั่น 10,000 บาท - ร.ร.วัดถนนหักน้อย 10,000 บาท - มัธยมด่านขุนทด 5,000 บาท - ตู้ถุงยางอนามัย 3 ตู้ X 4,500 = 13,500 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	1.เยาวชน อายุ 10-24 ปีเป็นสมาชิก ชมรม TO BE NUMBER ONE ร้อยละ 90 ขึ้นไป 2.มีชมรม ครบ 3 จุด	ปิยนันท์ อัจฉริยะ

2.TO BE NUMBER ONE

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
			- สนับสนุนการออกกำลังกายในหมู่บ้าน 3 จุด - สนับสนุนกีฬาในชุมชน	- สนับสนุนชมรม 60,000 บาท รวม 108,500 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	3.มีศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น/ที่ทำการชมรม	ปียนันท์ อัจฉริยะ

3. มหกรรมออกกกำลังกาย

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กองทุนหลักประกันสุขภาพ เห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพ โดยสนับสนุนการออกกำลังกายเพื่อให้ประชาชนไม่เจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยน้อยลง ลดค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแลสุขภาพได้จำนวนมาก	- เพื่อสนับสนุนการออกกำลังกายของประชาชนทั่วไป	ประชาชน 1,000 คน	- ร่วมแสดงพลังสุขภาพของประชาชน ชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน และในโรงเรียน - จัดนิทรรศการอาหารสุขภาพแก่ประชาชน - จัดประกวดการเต้นแอโรบิก - สนับสนุนการออกกำลังกายในหมู่บ้าน 3 จุด	-ค่าเวทีเครื่องเสียง -ค่าของรางวัล -ค่าอาหาร อาหารว่าง น้ำดื่ม -ค่าอาหารสุขภาพ -ค่าวัสดุอุปกรณ์ รวม 80,000 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	- อัตราความพึงพอใจ	ปียนันท์ อัจฉริยะ

ประเภทที่ 1 ชุดสิทธิประโยชน์กลุ่มผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป)

4.ดูแลคนไทยกลุ่มเสี่ยง

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
ในปัจจุบัน คนไทยเผชิญกับโรคภัยที่เรียกว่าโรควิถีชีวิต (Lifestyle Diseases) ส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยง เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ภัยเงียบของโรคได้คุกคามชีวิตของคนไทยจำนวนมาก ซึ่งเป็นสาเหตุของการป่วย พิการ และเสียชีวิต	-เพื่อให้ ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อตามเกณฑ์ -เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเกณฑ์	ประชาชน 1 อายุ 15-34 ปี จำนวน 1,500.คน 2. อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 3,000คน 3. สตรีอายุ 30 60ปี จำนวน 150 คน	1 คัดกรองกลุ่มอายุ 15-34 ปี 2 คัดกรอง DM/HT/DM/HT/ภาวะอ้วนกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป 3 ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม 4 ตรวจ Pap smear	-ค่าวัสดุในการคัดกรอง 4,500 X 2 บาท = 9,000 บาท - ค่าอาหารกลางวันและอาหารว่างคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 150 คนX 100 บาท = 15,000 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	1.ประชากร 15 - 34 ปีได้รับการคัดกรอง 4 โรคร้อยละ 30 2. ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง 4 โรค ร้อยละ 90 3.สตรี 30-60ปี ได้รับการตรวจ Pap smear ร้อยละ20 4.สตรี 30-60ปี ได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งเต้านม ร้อยละ90	สุดใจ แจ่มเจือ

4.ดูแลคนไทยกลุ่มเสี่ยง

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
การสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน และลดปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยใช้กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เพื่อให้มีความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้หลัก 6 อ. เป็นหลัก เพื่อให้มีสุขภาวะในทุกด้าน	-เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน ใ้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตามเกณฑ์	4.ผู้ป่วยเบาหวาน+ความดันโลหิตสูง 250 คน	5. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงสูง DM/HT 6. จัดคลินิกบริการผู้ป่วย DM 5 ครั้ง 7. ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วย DM (ตา/ไต/เท้า) 8.จัดกิจกรรมเข้าค่ายผู้ป่วยเบาหวาน	- ค่าแผนพบในการให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3,000 บาท - ค่าอาหารเช้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 250X25 บาทX5 ครั้ง= 31,250 บาท - ค่าอาหารกลางวันและอาหารว่าง 50 คนX 100 บาท= 5,000 บาท - ค่าวัสดุในการจัดกิจกรรม 5,000 บาท รวม 68,250 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	5.ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร้อยละ20 6.ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน	สุดใจ แจ่มเจือ

ประเภทที่ 1 ชุดสิทธิประโยชน์กลุ่มผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป)

5.โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
ในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพอ่อนแอ บางครอบครัวปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง โดยไม่มีใครมาดูแล ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ ต้องอาศัยผู้สูงอายุในชุมชนด้วยกันเองเข้ามาแก้ไขปัญหา	1.เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุให้มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 2.เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้	15 หมู่บ้าน หมู่บ้านเล็ก-กลาง - หมู่ 1,2,7,8,9,10 - หมู่ 11,12,13,14,15 - หมู่ 16,17 หมู่บ้านใหญ่ - หมู่ 3,4,5 และ 6	1.สนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม 2. จัดกิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน	- ค่าอาหารกลางวันอาหารว่างผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน X 100 บาท = 40,000 บาท - ค่าสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ 3,000 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	-ร้อยละของตำบลที่มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ชญาภา มาตรังศรี

5.โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ควรเป็นพี่เลี้ยงที่คอยให้ คำแนะนำในเรื่องที่ชุมชนได้ ดำเนินการ		กลุ่มติดบ้าน หมู่บ้านเล็ก 2 คน = 22 คน หมู่บ้าน ใหญ่ 4 คน= 8 คน รวม 30 คน	3. จัดอบรมแพทย์แผนไทย เพื่อดูแลผู้สูงอายุ 4. จัดกิจกรรมการนวดเพื่อ ผ่อนคลาย	- ค่าชุดอุปกรณ์สร้างเสริม สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ติดเตียง 10 คน X 150X 1 ครั้ง/ปี = 1,500 บาท และติดบ้าน 30 คน X 150X 1 ครั้ง/ปี = 4,500 บาท - ค่าจัดอบรมแพทย์แผน ไทย 30,000 บาท รวม 79,000 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555		ชญาภา มาตรังศรี

ประเภทที่ 1 ชุดสิทธิประโยชน์กลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ

6.ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการ

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
ตามยุทธศาสตร์สังคมไทย ไม่ทอดทิ้งกัน ให้ความสำคัญ ในการส่งเสริมคนพิการใน ด้านต่างๆ และให้คนพิการมี ส่วนร่วมในกิจกรรมอื่นๆ คนพิการสามารถอยู่ร่วมกับ คนในสังคม ได้ สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ และทำ ตนไม่ให้เป็นภาระแก่คนใน สังคม	1. เพื่อสำรวจ ขึ้น ทะเบียน และจัดตั้ง ชมรมผู้พิการ 2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ พิการได้เข้าถึง บริการด้านสุขภาพ	ผู้พิการ 181 ราย	1.สำรวจผู้พิการรายใหม่ ส่งเสริมให้ผู้พิการได้จัด ทะเบียนผู้พิการ 2.สำรวจและจัดระดับผู้ พิการเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และ ติดเตียง 3. ติดตามประสานงานกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้บริการ ดูแลรักษาฟื้นฟู สมรรถภาพร่างกาย/จิตใจ	- ชุดส่งเสริมสุขภาพผู้ พิการติดเตียงจำนวน 15 คน X 150 บาท =2,250 บาท - อบรมผู้พิการ ผู้ดูแล 150 คน X 100 บาท = 15,000 บาท - ชุดอุปกรณ์ฟื้นฟูสุขภาพผู้ พิการ 10,000 บาท รวม 27,250 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	- ร้อยละของ คนพิการได้รับ บริการรักษา และฟื้นฟูตาม สิทธิขั้นพื้นฐาน	ชญาภา มาตรังศรี

ประเภทที่ 3 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น

7.พัฒนาหมู่บ้านลดเสี่ยงตามสุขภาพดีวิถีไทย

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
ปัจจุบันโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เป็นสาเหตุของการป่วยและเสียชีวิตของประชาชนในทั่วประเทศ จึงมีความจำเป็นต้องมีการคัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยง เพื่อจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคเรื้อรังต่างๆโดยเฉพาะโรคเบาหวานในอนาคต	-เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อในประชาชนกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้าน	1.หมู่บ้าน ดำเนินการ 2 หมู่บ้าน หมู่ที่ 3 และ หมู่ที่ 16	1.แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน จัดทำแผนการดำเนินงาน 2.จัดประชุมคณะกรรมการ 1 ครั้ง/ปี 3. จัดให้มีตลาดนัดสุขภาพ เดือนละ 2 ครั้ง ทุกวัน พุธหัดสบดี 4.จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง 50 คน 5.ประเมินผล BMI/วัดรอบเอวก่อนและหลัง 4 ครั้ง/ปี 6.จัดประกวดบุคคลต้นแบบ	- ค่าอาหารว่าง 25 บาท x 20 คนx 4ครั้ง เป็นเงิน 2,000บาท -ค่าอาหารและอาหารว่าง 100 บาท x 50 คน x เป็นเงิน 5,000 บาท - ค่าวัสดุ/เอกสาร 3,000 บาท - ประกวดบุคคลต้นแบบรางวัลที่ 1 = 1,000 บาท รางวัลที่ 2 = 700 บาท รางวัลที่ 3 = 500 บาท รวม 12,200 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	1.ประชาชน 15 ปีขึ้นไป ที่มีBMI ลดลงร้อยละ ≥ 10 2.ประชาชน 15 ปีขึ้นไป ที่มีรอบเอวลดลง ร้อยละ ≥ 10 3.การเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวาน ร้อยละ <5	นิริรัชต์ เพ็ชรสุข

8.โครงการชุมชนปลอดภัยเลือดออก

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
โรคไข้เลือดออก ในปัจจุบันมีภาระบาตรุนแรงอย่างต่อเนื่องทุกปี เกิดขึ้นเกือบทุกพื้นที่ มีผู้กลายเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ องค์การทุกระดับต้องตระหนัก และเร่งแก้ไขปัญหาค่าจะเกิดขึ้นให้มีความสำคัญในการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์โรคอย่างใกล้ชิด ระดมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง	-เพื่อให้อัตราป่วยภาวะแทรกซ้อนอัตราตายโรคไข้เลือดออกลดลงตามเกณฑ์ที่กำหนด -เพื่อให้อัตราป่วยภาวะแทรกซ้อนอัตราตายโรคไข้เลือดออกลดลงตามเกณฑ์ที่กำหนด	15 หมู่บ้าน	1. สำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเดือนละ 1 ครั้ง 2. สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ให้กับหมู่บ้าน 3. สนับสนุนวัสดุในการควบคุมโรคแก่หมู่บ้าน 4. สร้างและพัฒนาเครือข่ายในการควบคุมโรคในพื้นที่	- ค่าแรงจ้างเหมาพ่นสารเคมี 50 ครั้ง X 200 บาท = 10,000 บาท - ค่าสเปรย์กระป๋อง 50 กระป๋อง X 100 บาท = 5,000 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	-อัตราป่วย ป่วยตายโรคไข้เลือดออกทุกกลุ่มอายุไม่เกินร้อยละ 0.13	นพ ห่อมกระโทก

8.โครงการชุมชนปลอดไข้เลือดออก

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
			5.จัดทีมสนับสนุนการพ่น สารเคมีในกรณีเกิดโรค 6.จัดประกวดหมู่บ้าน ปลอดลูกน้ำยุงลาย	- เงินรางวัลหมู่บ้านปลอด ลูกน้ำยุงลาย รางวัลที่ 1 $5,000 \times 2 = 10,000$ บาท รางวัลที่ 2 $3,000 \times 2 = 6,000$ บาท รางวัลที่ 3 $2,000 \times 2 = 4,000$ บาท รางวัลชมเชย $500 \times 6 = 3,000$ บาท รวม 38,000 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555		นพ ห่อมกระโทก

9. คัมครองผู้บริโภค

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
อาหารเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับมนุษย์ ซึ่งต้องบริโภค กันอยู่ทุกวัน ดังนั้นการให้ ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัย ของอาหารจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรสร้างความตระหนักให้แก่ พ่อค้า แม่ค้าและ ผู้ประกอบการเพื่อความ ปลอดภัยของผู้บริโภคเป็น สำคัญ	- เพื่อเฝ้าระวัง ความปลอดภัย ด้านอาหารใน ร้านอาหาร แผง ลอยจำหน่าย อาหาร ตลาดสด ร้านขายอาหารสด ตามมาตรฐานกรม อนามัย	- ร้านอาหาร แผงลอย ตลาดสด ร้านขาย อาหารสดใน หมู่บ้าน จำนวน 15 หมู่บ้าน	1.สร้างเครือข่ายชมรม ผู้ประกอบการค้าอาหาร 2.ตรวจประเมินยกระดับ ร้านอาหาร แผงลอย จำหน่ายอาหาร ตลาดสด และร้านขายอาหารสดใน หมู่บ้านตามมาตรฐาน 3. จัดอบรมผู้ประกอบการ ค้าอาหาร แผงลอย 4. ติดตามตรวจเยี่ยม ร้านค้าผู้ประกอบการ	- หมวก เอี่ยม วัสดุสาธิต 150 บาท X 75 คน 11,250 บาท - ค่าอาหาร อาหารว่าง 100 X 75 คน = 7,500 - ค่าน้ำยา SI2 จำนวน 100 ขวด X 15 บาท= 1,500 บาท - ค่าป้ายรับรอง CFGT 20 ป้าย X 50 บาท = 1,000 บาท - ค่าเอกสาร 500 บาท รวม 21,750 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	- ร้อยละของ ร้านอาหารและ แผงลอยจำหน่าย อาหารได้ มาตรฐานอาหาร สะอาด รสชาติ อร่อย (CFGT) - ร้อยละของ สถานที่จำหน่าย อาหารสดได้รับ การตรวจและ ตรวจไม่พบสาร ปนเปื้อน 6 ชนิด	นพ ห่อมกระโทก

10. เกษตรกรปลอดภัย

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม ลักษณะการทำงานมีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพเชิงรุกและการให้ความรู้เพื่อการควบคุมป้องกันก่อนการเกิดโรค	- เพื่อให้เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงที่ใช้สารเคมีมีความปลอดภัยจากสารเคมีที่ใช้ - เพื่อค้นหาสารเคมีในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง	- เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงที่ใช้สารเคมีจำนวน 200 คน	1. สสม. ค้นหากลุ่มเป้าหมายที่ใช้สารเคมี 2. นัดหมายเกษตรกรเจาะหาระดับสารเคมีเบื้องต้น 3. จัดอบรมให้ความรู้และสาธิตการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากสารเคมี 4. ส่งต่อในรายที่พบสารเคมีในระดับที่ไม่ปลอดภัยเข้ารับการรักษา	- ค่าจัดซื้อชุดอุปกรณ์ตรวจสอบสารเคมีจำนวน 2 ชุด 2,400 บาท - ค่าอาหารกลางวันและอาหารว่างผู้เข้ารับการอบรม 200 คน X 100 บาท = 20,000 บาท - ค่าเอกสารจัดการอบรม 1,000 บาท - ค่าวิทยากร 1,000 บาท - ค่าจัดนิทรรศการให้ความรู้ 2,500 บาท รวม 26,900 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	- เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงได้รับการเจาะเลือดตรวจหาระดับสารเคมีเบื้องต้นมากกว่าร้อยละ 80 - เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงมีความรู้และรู้วิธีป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากสารเคมี	ศิริพร อิทาคม

11. สมุนไพร

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
สมุนไพรเป็นสิ่งที่อยู่คู่คนไทยมานานับพันปี เมื่อการแผนปัจจุบันเริ่มเข้ามามีบทบาท สรรพคุณและคุณค่าของสมุนไพรไทยอันเป็นสิ่งที่เรียกได้ว่า ภูมิปัญญาโบราณก็เริ่มถูกบดบังไปเรื่อย ๆ และถูกทอดทิ้งไปในที่สุด ซึ่งความเป็นจริงสมุนไพรไทยเป็นสิ่งที่มีความค่าใช้ประโยชน์ได้จริง และใช้ได้อย่างกว้างขวาง	1. เพื่อสร้างความตระหนักในการรักและหวงแหนมรดกทางภูมิปัญญาโบราณในด้านการอนุรักษ์สมุนไพรไทยให้ ชุมชน ท้องถิ่น 2. เป็นแหล่งเรียนรู้ในด้านพืชสมุนไพร	- สวนสมุนไพร 1 แห่ง	1. จัดสร้างแหล่งเรียนรู้ศูนย์สาธิตสมุนไพรและการจัดภูมิทัศน์ในศูนย์สาธิตสมุนไพร 2. ส่งเสริมความร่วมมือโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม 3. ทำการปลูกและขยายพันธุ์พืชสมุนไพร 4. ส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักสรรพคุณของพืชสมุนไพรและวิธีการใช้อย่างถูกต้อง	- ค่าจัดทำสวนสาธิตสมุนไพร 10,000 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	- มีแหล่งขยายพันธุ์พืชสมุนไพร - มีแหล่งศึกษาชนิดของสมุนไพรในท้องถิ่น	ทอง คอกขุนทด

12.พัฒนาศูนย์เด็กเล็ก

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
เด็กเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน และเป็นต้นทุนทางสังคมที่มีค่ามากที่สุด เด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี เป็นช่วงวัยที่มีการพัฒนาในทุกด้านมากที่สุดการเลี้ยงดูและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและการเรียนรู้ด้านต่างๆของเด็ก เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง	1. เพื่อให้เด็กในศูนย์เด็กเล็กได้รับการเลี้ยงดูอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีการเจริญเติบโตและเรียนรู้ด้านต่างๆ อย่างสมดุล 2. เพื่อสนับสนุนให้ศูนย์เด็กเล็ก มีกิจกรรมการพัฒนาครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กน่ายู่	ศูนย์เด็กเล็ก 1 แห่ง	-จัดให้มีครูพี่เลี้ยงเด็กที่มีประสิทธิภาพและจบหลักสูตรปฐมวัย - จัดให้มีบุคลากรด้านสาธารณสุขคอยดูแลเด็กในเรื่องของภาวะโภชนาการและสิ่งแวดล้อมภายในศูนย์เด็กเล็ก	30,000 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	- ผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์เด็กเล็กน่ายู่	สุนัน บำรุง

13.การติดตามเยี่ยมวัณโรค

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
ในแต่ละปีมีผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ขึ้นทะเบียนรายใหม่ ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วย วัณโรคปอดเสมหะบวกที่ สามารถแพร่เชื้อได้ และ สามารถรักษาผู้ป่วยสำเร็จได้ เพียงร้อยละ 71.8 สาเหตุ หลักคือเสียชีวิตก่อนการ รักษาครบ และขาดยา ทำให้ แนวโน้มของการติดต่ออย่า รักษาวัณโรคเพิ่มสูงขึ้น	- เพื่อพัฒนาองค์ ความรู้และทักษะการ เยี่ยมบ้านของอสม.ใน การช่วยดำเนินงาน ตามนโยบายเร่งรัดฯ ภายใต้กลวิธีการ ควบคุมกำกับการกิน ยาแบบมีพี่เลี้ยง	- ผู้ป่วยวัณ โรคจำนวน 5 ราย	- การให้ความรู้ ความเข้าใจ แก่ ประชาชน, ผู้ป่วย, ญาติ, อสม.และแกนนำชุมชน ใน เรื่องวัณโรค - การค้นหา / คัดกรองผู้ป่วย วัณโรคเสมหะบวกรายใหม่ -การควบคุมกำกับการกินยา ในระยะเข้มข้น และระยะ ต่อเนื่อง และการดูแลติดตาม ผู้ป่วยวัณโรคโดยวิธี DOT	- ค่าตอบแทน อสม. ควบคุมกำกับการ กินยาในระยะ เข้มข้น และระยะ ต่อเนื่อง และการ ดูแลติดตามผู้ป่วย วัณโรคโดยวิธี DOT = 5 คน X 1,000 บาท = 5,000 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	- อัตรา ความสำเร็จของ การรักษาผู้ป่วย วัณโรคเพิ่มสูงขึ้น	นิริรัชต์ เพ็ชรสุข

14.ครัวเรือนสะอาด ปราศจากโรค

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
ในปัจจุบันพฤติกรรมการบริโภคของมนุษย์มีค่านิยมในเรื่องของการบรรจุหีบห่อมากขึ้น ทำให้ปริมาณขยะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่การกำจัดขยะมีน้อยกว่าจำนวนขยะที่มีอยู่ การกำจัดขยะประเภทแก้ว พลาสติก เหล็ก ฯลฯ ที่ไม่ถูกวิธี อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะโลกร้อน การนำขยะกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยลดปริมาณขยะได้	- เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะ - เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เรื่องการคัดแยกขยะ - เพื่อให้ประชาชนนำขยะที่คัดแยกไปใช้ให้เกิดประโยชน์ - เพื่อลดปริมาณขยะในชุมชน	- อสม. - ผู้นำชุมชน	- อบรมให้ความรู้เรื่องการคัดแยกขยะ - อบรมให้ความรู้เรื่องการนำขยะอินทรีย์ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ - นำขยะอันตรายแลกไข่ไก่ - ติดตามและประเมินผลหลังการอบรม	- ค่าอาหารกลางวันและอาหารว่าง 40 คน X 100 บาท = 4,000 บาท - ค่าวัสดุ อุปกรณ์ 10,000 บาท - ค่าป้ายประชาสัมพันธ์= 1,000 บาท รวม 15,000 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	- ครัวเรือนมีความรู้ในการกำจัดขยะที่ถูกวิธี - ครัวเรือนสามารถคัดแยกขยะได้อย่างถูกต้อง	ภณิดา พรหมรังสิต

15. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
การพัฒนาคุณภาพชีวิต ของประชาชน ต้องมีกลวิธี ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดย มุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้ ที่ถูกต้องและเพิ่มทักษะใน การสร้างเสริมสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวได้ ตลอดจน สามารถป้องกันโรคต่างๆที่ เกิดขึ้นใหม่ได้ด้วยตัวเอง ทั้งนี้ปัจจุบันรัฐบาลมี	- เพื่อให้ประชาชน สามารถเข้าถึงข้อมูล และบริการด้าน สุขภาพได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	15 หมู่บ้าน	- จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ - ผลิตแผ่นพับ ใบปลิว - จัดทำวีดิทัศน์/ภาพถ่าย ประชาสัมพันธ์ตามสภาพ ปัญหาของท้องถิ่น - รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ	- ค่าจัดทำป้าย ประชาสัมพันธ์ - ค่าผลิตแผ่นพับ ใบปลิว - ค่าจัดทำวีดิทัศน์/ ภาพถ่ายประชาสัมพันธ์ ตามสภาพปัญหาของ ท้องถิ่น รวม 50,000 บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	- มีการเผยแพร่ ความรู้ / มีสื่อ / วิธีการเผยแพร่ที่ เหมาะสมและ เพียงพอ - ในแต่ละครัวเรือน มีการกำจัดขยะที่ถูก วิธี - ปลอดโรคที่เกิด จากพิษของขยะ	สุนัน บำรุง

16.พัฒนาคณะกรรมการกองทุน

หลักการและเหตุผล	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย	กิจกรรมหลัก	งบประมาณ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีการพัฒนาการทำงานของคณะกรรมการกองทุนให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดียิ่งขึ้น	- เพื่อให้มีการพัฒนาของคณะกรรมการกองทุนให้มีประสิทธิภาพ	คณะกรรมการกองทุน	- จัดประชุมปรึกษาหารือระหว่างคณะกรรมการกองทุนและผู้เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงและพัฒนากองทุน	-ค่าเบี้ยประชุมและศึกษาดูงานของคณะกรรมการกองทุน รวม61,585บาท	ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555	คณะกรรมการกองทุนมีการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานมากขึ้น -	ปียนันท์ อัจฉารัญญ์

ภาคผนวกที่ 5

ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) นครราชสีมา¹

นโยบายการบริหารงานกระทรวงสาธารณสุข

- 1) พัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ เพื่อเทิดพระเกียรติพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์
- 2) เพิ่มคุณภาพระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานทั่วถึง เป็นธรรม สร้างระบบบริหารจัดการที่มีเอกภาพ
- 3) เร่งรัดมาตรการสร้างสุขภาพโดยมีเป้าหมาย เพื่อลดอัตราการป่วย ตายและผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง
- 4) เร่งรัดดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ตลอดจนอาหารปลอดภัย
- 5) เตรียมความพร้อม พัฒนาระบบเฝ้าระวัง เตือนภัย การจัดการที่มีประสิทธิภาพ ทันการณ์ เมื่อเกิดภัยพิบัติ โรคระบาด และภัยสุขภาพ
- 6) จัดให้มีการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มเด็ก กลุ่มสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ รวมถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะอื่น เช่น แรงงานข้ามชาติ
- 7) สร้างแรงจูงใจและพัฒนาขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนโดยสนับสนุนอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นในการปฏิบัติการกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย
- 8) สร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับโดยปรับระบบค่าตอบแทนให้เหมาะสมและความก้าวหน้าในวิชาชีพที่เป็นธรรม สร้างกลไกพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
- 9) เพิ่มการลงทุนในระบบบริการทุกระดับ ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น มุ่งเน้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท
- 10) ส่งเสริมการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ
- 11) ส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub and Wellness) และระบบโลจิสติกส์ โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบกับบริการสุขภาพโดยรวมของคนไทย
- 12) สนับสนุนความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการสุขภาพ
- 13) พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้มีคุณภาพและบริการข้อมูลสุขภาพ สำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

¹ ที่มา <http://www.korathealth.com/> ข้อมูล ณ วันที่ 1 กันยายน 2554

- 14) พัฒนา ผลักดันและการบังคับใช้กฎหมายให้เอื้อประโยชน์ต่อการสนับสนุนการดำเนินงาน ด้าน
สาธารณสุข
- 15) จัดตั้งศูนย์บำบัด พิษฝู ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ควบคุม ป้องกันการใช้สารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติดและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของสารเสพติดชนิดใหม่
- 16) จัดให้มีการสื่อสารสาธารณะ ด้านสุขภาพเพื่อให้ความรู้กับประชาชนอย่างทั่วถึง

วิสัยทัศน์ สสจ. นครราชสีมา

"เป็นเลิศในการบริหารจัดการด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพ Excellence Quality Health Care Management"

ค่านิยมร่วม (Core Values) สสจ.นครราชสีมา

"องค์กรแห่งการเรียนรู้ มุ่งสู่ผลสัมฤทธิ์ มีจิตบริการ ทำงานเป็นทีม เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ"

เป้าประสงค์และกลยุทธ์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2554

เป้าประสงค์

- 1) บุคลากรสาธารณสุข ดี เก่ง มีความสุข และพอเพียง
- 2) ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่ได้คุณภาพ มาตรฐาน รวมทั้งผลิตภัณฑ์แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก
- 3) ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
- 4) อัตราป่วย อัตราตาย ภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ที่สำคัญลดลงตามเกณฑ์
- 5) ประชาชนได้รับการคุ้มครองด้านผลิตภัณฑ์ บริการสุขภาพและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มี ปลอดภัย

กลยุทธ์

- 1) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและการจัดการความรู้ ทุกระดับ
- 2) พัฒนาทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพ และเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้คงอยู่ในระบบ
- 3) เสริมสร้างศักยภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 4) เสริมสร้างเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ ที่มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพ

- 5) เสริมสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การคุ้มครองผู้บริโภค และ สิ่งแวดล้อม
- 6) เสริมสร้างคุณภาพการบริหารและบริการทุกระดับสู่มาตรฐาน ระดับชาติ
- 7) เสริมสร้างการแพทย์แผนไทยและผลิตสมุนไพรสู่ระดับชาติ
- 8) พัฒนาการเสริมพลัง (Empowerment) ประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง

ภาคผนวกที่ 6

อัตรากำลังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ลำดับ	ชื่อตำแหน่ง	จำนวน (คน)
1	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (นายแพทย์)	1
2	นายแพทย์ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	1
3	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	53
4	เจ้าพนักงานธุรการ	43
5	เจ้าพนักงานพัสดุ	8
6	เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์	1
7	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	176
8	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	81
9	เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	23
10	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	46
11	เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู	2
12	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	17
13	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	172
14	นายช่างเทคนิค	7
15	นายช่างโยธา	1
16	นายช่างศิลป์	1
17	โภชนากร	7
18	พยาบาลเทคนิค	24
19	นักวิชาการเงินและบัญชี	2
20	นักจัดการงานทั่วไป	26
21	นักทรัพยากรบุคคล	2
22	นักวิชาการสาธารณสุข	399
23	นักกายภาพบำบัด	6
24	นักเทคนิคการแพทย์	11

ลำดับ	ชื่อตำแหน่ง	จำนวน (คน)
25	นักรังสีการแพทย์	4
26	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	3
27	นิติกร	1
28	นายแพทย์	235
29	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์)	21
30	ทันตแพทย์	110
31	เภสัชกร	144
32	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ)	26
33	พยาบาลวิชาชีพ	1,558
34	สาธารณสุขอำเภอ	27
35	หัวหน้าสถานีอนามัย	313
รวม		3,552

ภาคผนวกที่ 7

ข้อมูลพื้นฐานองค์การบริหารส่วนตำบลด้านขุนทด อ.ด้านขุนทด จ.นครราชสีมา¹

องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ด้านขุนทด ตั้งอยู่ในเขตการปกครองตำบลด้านขุนทด อ.ด้านขุนทด จ.นครราชสีมา ประวัติตำบลด้านขุนทดอยู่ในเขตการปกครองตำบลพันชนะ แล้วยกมาขึ้นกับตำบลเมืองหาญ และต่อมาได้แยกมาตั้งอยู่กับตำบลโคกรักษ์ ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อมาเป็นตำบลด้านขุนทด โดย อบต. ด้านขุนทด จัดตั้งขึ้นตามประกาศของกระทรวงมหาดไทยเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2540 โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 40 และมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 และให้โอนบรรดางบประมาณ ทรัพย์สิน สิทธิ เรียกร้องหนี้ต่างๆ และเจ้าหน้าที่ของสภาตำบลด้านขุนทดไปเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลด้านขุนทด

1.1 สภาพทั่วไป

- 1) ที่ตั้ง องค์การบริหารส่วนตำบลด้านขุนทด ตั้งอยู่บนที่ราบสูงโคราช อยู่ห่างจากจังหวัดนครราชสีมาไปทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ ระยะทาง 69 กิโลเมตร ตามถนนสายนครราชสีมา - ขามทะเลสอ - ด้านขุนทด และห่างจากกรุงเทพฯ ระยะทาง 257 กิโลเมตร
- 2) เนื้อที่ องค์การบริหารส่วนตำบลด้านขุนทด มีพื้นที่ทั้งหมด 63.31 ตารางกิโลเมตร

อาณาเขต

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	ตำบลหนองบัวตะเกียด ตำบลหนองบัวละคร
ทิศใต้	ติดต่อกับ	ตำบลตะเคียน
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	ตำบลสระจรเข้
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	ตำบลบ้านเก่า

- 3) ภูมิประเทศ องค์การบริหารส่วนตำบลด้านขุนทด มีพื้นที่ติดต่อกับ 6 ตำบล ได้แก่ ตำบล บ้านเก่า ตำบลพันชนะ ตำบลหนองบัวตะเกียด ตำบลหนองบัวละคร ตำบลสระจรเข้ ตำบลตะเคียน สภาพพื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบสูง ลักษณะดินเป็นดินร่วนปนทราย ไม่อุ้มน้ำเก็บความชื้นได้น้อย มีความอุดมสมบูรณ์ต่ำ
- 4) เขตการปกครอง แบ่งเขตการปกครองตำบลด้านขุนทดแบ่งเป็น 17 หมู่บ้าน ได้แก่

¹ ที่มา: <http://www.dankhantod.go.th/chart.php>

หมู่บ้าน	จำนวนครัวเรือน	ความครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ ของ อบต. ด้านชุมชน
หมู่ที่ 1 บ้านหาญ	37	บางส่วนของหมู่บ้าน
หมู่ที่ 2 บ้านหัวบึง	235	บางส่วนของหมู่บ้าน
หมู่ที่ 3 บ้านจั่น	248	ทั้งหมู่บ้าน
หมู่ที่ 4 บ้านโคกรักษ์	367	ทั้งหมู่บ้าน
หมู่ที่ 5 บ้านใหม่เจริญสุข	259	บางส่วนของหมู่บ้าน
หมู่ที่ 6 บ้านถนนหักน้อย	200	ทั้งหมู่บ้าน
หมู่ที่ 7 บ้านดอนกลอย	102	ทั้งหมู่บ้าน
หมู่ที่ 8 บ้านด่านขุนทด	6	บางส่วนของหมู่บ้าน
หมู่ที่ 9 บ้านเมืองหาญ	7	บางส่วนของหมู่บ้าน
หมู่ที่ 10 บ้านใหม่ไชยณรงค์	60	ทั้งหมู่บ้าน
หมู่ที่ 11 บ้านหนองโสน	59	บางส่วนของหมู่บ้าน
หมู่ที่ 12 บ้านโคกพัฒนา	45	บางส่วนของหมู่บ้าน
หมู่ที่ 13 บ้านใหม่ไทยเจริญ	86	บางส่วนของหมู่บ้าน
หมู่ที่ 14 บ้านโพธิ์ทองพัฒนา	92	บางส่วนของหมู่บ้าน
หมู่ที่ 15 บ้านถนนหักน้อยพัฒนา	126	ทั้งหมู่บ้าน
หมู่ที่ 16 บ้านจั่นสันติสุข	147	ทั้งหมู่บ้าน
หมู่ที่ 17 บ้านสร้างสรรค์พัฒนา	47	บางส่วนของหมู่บ้าน

หมายเหตุ: พื้นที่บางส่วนที่ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของ อบต. ด้านชุมชน อยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาลตำบลด่านขุนทด

1.2 สภาพทางสังคม

1) การศึกษา

- โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 4 แห่ง
- โรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 1 แห่ง
- โรงเรียนอาชีวศึกษา จำนวน 1 แห่ง
- โรงเรียน / สถาบันชั้นสูง จำนวน - แห่ง

- ที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 แห่ง
- 2) สถาบันและองค์กรทางศาสนา
 - วัด / สำนักสงฆ์ จำนวน 6 แห่ง
 - มัสยิด จำนวน - แห่ง
 - ศาลเจ้า จำนวน - แห่ง
 - โบสถ์ จำนวน - แห่ง
- 3) สาธารณสุข
 - โรงพยาบาลของรัฐขนาด - เตี้ยง จำนวน - แห่ง
 - ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 1 แห่ง
 - สถานพยาบาลเอกชน จำนวน - แห่ง
 - ร้านขายยาแผนปัจจุบัน จำนวน - แห่ง
 - อัตราการมีและใช้ส้วมราดน้ำ ร้อยละ 97

1.3 สภาพทางเศรษฐกิจ

- 1) อาชีพ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านการเกษตร ได้แก่ การทำไร่ ทำนา มีบางส่วนที่ประกอบอาชีพรับจ้าง โดยจะไปทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมทั้งในเขตอำเภอตำบลขุนทด และเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
- 2) หน่วยธุรกิจในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลตำบลขุนทด
 - ปั่นน้ำมันและก๊าซ จำนวน 4 แห่ง
 - โรงงานอุตสาหกรรม จำนวน 2 แห่ง
 - โรงสี จำนวน 7 แห่ง
 - โรงฆ่าสัตว์ จำนวน 1 แห่ง

1.4 ข้อมูลประชากร

มีประชากรอาศัยอยู่เป็นจำนวนทั้งสิ้น 2,123 ครัวเรือน ประชากรจำนวน 9,019 คน แยกเป็นชาย 4,396 คน หญิง 4,623 คน จำแนกรายหมู่บ้านได้ดังนี้

หมู่บ้าน	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนครัวเรือน		จำนวนประชากร (คน)		
				เพศชาย	เพศหญิง	รวม
หมู่ที่ 1	บ้านหาญ	37	ครัวเรือน	75	83	158
หมู่ที่ 2	บ้านหัวบึง	235	ครัวเรือน	281	300	581
หมู่ที่ 3	บ้านจั่น	248	ครัวเรือน	565	547	1,112
หมู่ที่ 4	บ้านโคกรักษ์	367	ครัวเรือน	723	789	1,512
หมู่ที่ 5	บ้านใหม่เจริญสุข	259	ครัวเรือน	533	605	1,138
หมู่ที่ 6	บ้านถนนหักน้อย	200	ครัวเรือน	454	469	923
หมู่ที่ 7	บ้านดอนกลอย	102	ครัวเรือน	246	260	506
หมู่ที่ 8	บ้านด่านขุนทด	6	ครัวเรือน	9	5	14
หมู่ที่ 9	บ้านเมืองหาญ	7	ครัวเรือน	42	21	63
หมู่ที่ 10	บ้านใหม่ไชยณรงค์	60	ครัวเรือน	130	125	255
หมู่ที่ 11	บ้านหนองโสน	59	ครัวเรือน	131	137	268
หมู่ที่ 12	บ้านโคกพัฒนา	45	ครัวเรือน	87	98	185
หมู่ที่ 13	บ้านใหม่ไทยเจริญ	86	ครัวเรือน	173	182	355
หมู่ที่ 14	บ้านโพธิ์ทองพัฒนา	92	ครัวเรือน	198	214	412
หมู่ที่ 15	บ้านถนนหักน้อยพัฒนา	126	ครัวเรือน	314	317	631
หมู่ที่ 16	บ้านจั่นสันติสุข	147	ครัวเรือน	334	350	684
หมู่ที่ 17	บ้านสร้างสรรค์พัฒนา	47	ครัวเรือน	91	131	222
		2,123		4,396	4,623	9,019

ที่มา สำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง (ตรวจสอบประชากรจากทะเบียนบ้าน) เดือน
สิงหาคม พ.ศ.2554

1.5 ข้อมูลอื่นๆ

- 1) ทรัพยากรธรรมชาติในพื้นที่ มีป่าไม้ภายในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลด่านขุนทด มีจำนวน 1
แห่ง เป็นป่าไม้ชุมชน
- 2) มวลชนจัดตั้ง
 - ลูกเสือชาวบ้าน 1 รุ่น
 - อาสาสมัคร ปปส. 17 หมู่บ้าน
 - ผู้ประสานพลังแผ่นดินต้านภัยยาเสพติด 17 หมู่บ้าน
 - สมาชิกโครงการ To Be Number One 17 หมู่บ้าน

- อสม.	17	หมู่บ้าน
- กลุ่มอาชีพ	5	กลุ่ม
- กลุ่มออมทรัพย์	6	กลุ่ม

2. แนวทางการพัฒนาและบริหารงานของ อบต. ด้านชุมชน

วิสัยทัศน์การพัฒนาท้องถิ่นของ อบต. ด้านชุมชน คือ "องค์การบริหารส่วนตำบลด้านชุมชน มุ่งมั่นพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน บริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี จัดการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต"

พันธกิจ

- 1) การพัฒนาหมู่บ้านให้น่าอยู่ มีความเข้มแข็ง โดยให้การบริหารสาธารณะและโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นอย่างเพียงพอ เพื่อรองรับการขยายตัวของชุมชน
- 2) ส่งเสริมคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ การศึกษา การสาธารณสุข การเกษตร ตลอดจนอนุรักษ์และพัฒนาศิลปวัฒนธรรมอันดีงามที่เกิดจากภูมิปัญญาท้องถิ่นให้ดำรงอยู่ต่อไป
- 3) ส่งเสริมสนับสนุนให้ความร่วมมือจากภาครัฐ และประชาชน
- 4) ส่งเสริมพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน พร้อมทั้งจัดปัญหาเสพติด
- 5) จัดการดูแลสิ่งแวดล้อม และทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน

นโยบายด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนและบริการสาธารณสุข คือ

- 1) จัดให้มีสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเอดส์ ให้ทั่วถึงทุกหมู่บ้าน
- 2) เฝ้าระวัง ติดตาม สถานการณ์โรคระบาดที่อาจเกิดขึ้นในเขตตำบล
- 3) ส่งเสริมให้เด็ก เยาวชน ประชาชน ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
- 4) สนับสนุนนโยบายรัฐบาล ในการป้องกันยาเสพติด โดยจัดให้มีสนามกีฬาและจัดการแข่งขันกีฬาระดับหมู่บ้านและระดับตำบล เพื่อเยาวชนและประชาชนห่างไกลจากยาเสพติด
- 5) ควบคุมกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน²

² การกิจอยู่ภายใต้นโยบายด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ

3. ข้อมูลงบประมาณของ อบต. ด้านขุนทด

รายรับ	รับจริง ปี 2551	ประมาณการ ปี 2552	ประมาณการ ปี 2553	ประมาณการ ปี 2554
ก.รายได้ภาษีอากร	12,059,691.24	11,709,134.00	12,207,028.00	13,828,000.00
1.หมวดภาษีอากร				
1.1 ภาษีบำรุงท้องที่	51,613.70	70,000.00	55,000.00	70,000.00
1.2 ภาษีโรงเรือนและที่ดิน	239,016.00	250,000.00	250,000.00	300,000.00
1.3 ภาษีป้าย	165,621.00	250,000.00	200,000.00	200,000.00
1.4 ภาษีสุรา	1,057,187.23	1,000,000.00	1,000,000.00	1,300,000.00
1.5 ภาษีสรรพสามิต	2,040,919.51	2,049,134.00	2,132,028.00	3,000,000.00
1.6 ภาษีมูลค่าเพิ่ม ตาม พรบ.กำหนดแผน	0	0	0	4,888,000.00
1.7 ภาษีมูลค่าเพิ่ม 1 ใน 9	6,770,592.75	6,500,000.00	6,800,000.00	2,500,000.00
1.8 ภาษีธุรกิจเฉพาะ	71,654.34	0	75,000.00	30,000.00
1.9 ค่าจดทะเบียนสิทธิและนิติกรรม	1,574,779.00	1,500,000.00	1,600,000.00	1,400,000.00
1.10 ค่าภาคหลวงแร่	27,426.19	30,000.00	30,000.00	60,000.00
1.11 ค่าภาคหลวงปิโตรเลียม	60,881.52	60,000.00	65,000.00	80,000.00
ข.รายได้ที่มีใช้ภาษีอากร	546,179.81	710,000.00	637,000.00	372,000.00
1.ค่าธรรมเนียม ค่าปรับ ใบอนุญาต				
1.1 ค่าอาชญาบัตร	12,102.00	25,000.00	20,000.00	20,000.00
1.2 ค่าธรรมเนียมและใบอนุญาตเกี่ยวกับการ ควบคุมอาคาร	8,308.50	20,000.00	15,000.00	15,000.00
1.3 ค่าธรรมเนียมติดแผ่นป้ายประกาศ	0	0	10,000.00	10,000.00
1.4 ค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับใบอนุญาตการพนัน	0	10,000.00	10,000.00	10,000.00
1.5 ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตประกอบกิจการที่ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	20,200.00	30,000.00	22,000.00	22,000.00

รายรับ	รับจริง ปี 2551	ประมาณการ ปี 2552	ประมาณการ ปี 2553	ประมาณการ ปี 2554
1.6 ค่าธรรมเนียมเก็บขยะมูลฝอยและสิ่ง ปฏิกูล	0	10,000.00	0	
1.7 ค่าปรับผิดสัญญา	12,579.00	30,000.00	20,000.00	20,000.00
1.8 ค่าใบอนุญาตก่อสร้าง	1,600.00	20,000.00	10,000.00	10,000.00
1.9 ค่าแบบพิมพ์และคำร้อง	0	0	0	0
2.หมวดรายได้จากทรัพย์สิน				
2.1 ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร	118,902.31	150,000.00	120,000.00	120,000.00
3.หมวดรายได้จากสาธารณูปโภคและการ พาณิชย์	-	-	-	-
4.หมวดรายได้เบ็ดเตล็ด				
4.1 ค่าขายแบบแปลน	371,000.00	400,000.00	400,000.00	150,000.00
4.2 ค่าสมัครสอบ,สมัครสมาชิก อบต	800	20,000.00	5,000.00	5,000.00
4.3 รายได้อื่น	688	-	5,000.00	5,000.00
ค.เงินช่วยเหลือ	12,463,347.59	13,278,184.00	12,225,190.00	12,362,860.00
5.หมวดเงินอุดหนุนทั่วไป	12,463,347.59	13,278,184.00	12,225,190.00	12,362,860.00
รวมทั้งสิ้น	25,069,218.64	25,697,318.00	25,069,218.00	26,562,860.00

ที่มา: ข้อมูลบัญชีงบประมาณ 2552- 2554, อบต. ด่านขุนทด

ตาราง รายจ่าย อบต. ด้านขุนทดจำแนกรายแผนงาน ปี 2551 - 2554

ด้าน / แผนงาน	จ่ายจริง ปี 2551	ประมาณการ ปี 2552	ประมาณการ ปี 2553	ประมาณการ ปี 2554
ด้านบริหารงานทั่วไป				
1.แผนงานบริหารทั่วไป	8,073,850.94	11,394,484.00	9,127,440.00	9,901,540.00
2.แผนงานรักษาความสงบภายใน	117,572.00	320,000.00	110,000.00	380,000.00
ด้านบริการชุมชนและสังคม				
1.แผนงานเคหะและชุมชน	3,809,890.00	2,375,500.00	5,277,380.00	4,586,000.00
2.แผนงานการศึกษา	2,252,050.02	2,804,375.00	3,552,390.00	4,144,185.00
3.แผนงานสาธารณสุข	274,600.00	625,410.00	280,000.00	422,000.00
4.แผนงานสังคมสงเคราะห์	4,399,000.00	4,825,000.00	25,000.00	-
5.แผนงานสร้างความเข้มแข็งของชุมชน	894,670.00	972,000.00	150,000.00	335,000.00
6.แผนงานการศาสนา วัฒนธรรม และนันทนาการ	1,217,530.00	1,120,000.00	965,000.00	1,100,000.00
ด้านการเศรษฐกิจ				
1.แผนงานการเกษตร	100,000.00	263,480.00	50,000.00	102,500.00
ด้านดำเนินงานอื่น				
1.แผนงานงบกลาง	1,325,441.00	1,043,625.00	5,532,008.00	5,591,035.00
รวมทั้งสิ้น	22,464,603.96	25,743,874.00	25,069,218.00	26,562,260.00

ภาคผนวกที่ 8

ข้อมูลพื้นฐานของเทศบาลนครเชียงใหม่

เทศบาลนครเชียงใหม่ เดิมเป็นสุขาภิบาลเมืองเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2458 ขึ้นตรงต่อมณฑลพายัพต่อมาเมื่อมีการปกครองในระบอบประชาธิปไตย ในปีพ.ศ. 2475 สภาผู้แทนราษฎรจึงมีมติสมควรจัดตั้งชุมชนซึ่งส่วนใหญ่เป็นสุขาภิบาลให้มีฐานะเป็น **เทศบาล**

เทศบาลนครเชียงใหม่ได้รับฐานะจากสุขาภิบาลเมืองเชียงใหม่ขึ้นเป็น “**เทศบาลนครเชียงใหม่**” ในปี พ.ศ. 2478 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 52 ตอนที่ 80 ลงวันที่ 29 มีนาคม 2478 มีพื้นที่รับผิดชอบ 17.50 ตารางกิโลเมตร มีอำนาจหน้าที่ตามบทบัญญัติในพระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ.2476 ทุกประการ นับเป็น**เทศบาลแห่งแรกในประเทศไทย**

สำนักงานเทศบาล นครเชียงใหม่ ตั้งอยู่ที่ 1 ถนนวังสิงห์คำ อ.เมือง จ. เชียงใหม่ บริเวณบนฝั่งแม่น้ำปิงด้านทิศตะวันตก ทำพิธีเปิดอาคารแรก เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2498 ก่อสร้างในที่ดินของเทศบาล มีพื้นที่ 7 ไร่ 3 งาน 26 ตารางวาและอีกส่วนหนึ่งเป็น ที่ดิน ราชพัสดุซึ่งยกให้อยู่ในความ ควบคุมดูแลรับผิดชอบของเทศบาล พื้นที่ 2 ไร่ 17 ตารางวารวมพื้นที่ทั้งหมดเป็น 9 ไร่ 3 งาน 43 ตารางวา ณ ตำบลป่าตัน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงครามเป็นนายกรัฐมนตรี มีพลเรือโทหลวง สุนาวิน วิวัฒน์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและมيناयरการ บัญชา เป็นนายกเทศมนตรีคนแรก และหลวงฉมาชำนาญเป็นปลัดเทศบาลคนแรก

ต่อมาเทศบาลนครเชียงใหม่มีความเจริญของตัวเมืองมากขึ้น มีชุมชนหนาแน่น และ ขยายตัวโดยรอบ ในปี พ.ศ. 2526 จึงได้มีพระราช กฤษฎีกาขยายเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2526 มีพื้นที่รับผิดชอบ 40.216 ตารางกิโลเมตร ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับ พิเศษเล่มที่ 100 ตอนที่ 53 ลงวันที่ 5 เมษายน 2526 ครอบคลุมพื้นที่ 14 ตำบล ได้แก่ ตำบลหายยา ตำบลช้างม่อย ตำบลศรีภูมิ ตำบลวัดเกต ตำบลช้างคลาน ตำบลพระสิงห์ ตำบลสุเทพบางส่วน ตำบลป่าแดดบางส่วน ตำบลฟ้าฮ่าม ตำบลหนองป่าครั่งบางส่วน ตำบลท่าศาลาบางส่วน ตำบลป่าตัน ตำบลหนองหอยบางส่วน และตำบลช้างเผือกบางส่วน และนอกจากที่กล่าวมาข้างต้นนี้แล้ว เทศบาลนครเชียงใหม่ยังมีหน้าที่และความรับผิดชอบครอบคลุม แหวงอีก 4 แหวง ได้แก่ แหวงนครพิงค์ แหวงกาวิละ แหวงเม็ງรายและแหวงศรีวิชัย โดยแบ่งพื้นที่ตามแหวงได้ดังนี้

แหวงนครพิงค์ มีพื้นที่ 11.7 ตารางกิโลเมตร

แหวงกาวิละ มีพื้นที่ 11.4 ตารางกิโลเมตร

แหวงเม็ງราย มีพื้นที่ 7.7 ตารางกิโลเมตร

แหวงศรีวิชัย มีพื้นที่ 9.2 ตารางกิโลเมตร

อำนาจหน้าที่ของเทศบาลนครเชียงใหม่

- ตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2546 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติ ดังนี้
 1. รักษาความสงบเรียบร้อยของประชาชน
 2. ให้มีและบำรุงทางบกและทางน้ำ
 3. รักษาความสะอาดของถนนหรือทางเดินและที่สาธารณะรวมทั้งกำจัดขยะมูลฝอยสิ่งปฏิกูล
 4. ป้องกันและระงับโรคติดต่อ
 5. ให้มีเครื่องใช้ในการดับเพลิง
 6. ให้ราษฎรได้รับการศึกษาอบรม
 7. ส่งเสริมพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชนผู้สูงอายุและคนพิการ
 8. บำรุงศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น
 9. ให้มีน้ำสะอาดหรือการประปา
 10. ให้มีโรงฆ่าสัตว์
 11. ให้มีและบำรุงสถานที่ทำการพิทักษ์และรักษาคนเจ็บไข้
 12. ให้มีและบำรุงทางระบายสาธารณะ
 13. ให้มีและบำรุงส้วมสาธารณะ
 14. ให้มีและบำรุงการไฟฟ้า หรือแสงสว่างโดยวิธีอื่น
 15. ให้มีการดำเนินกิจการโรงรับจำนำหรือสถานสินเชื่อท้องถิ่น
 16. ให้มีและบำรุงการสงเคราะห์มารดาและเด็ก
 17. กิจการอย่างอื่นซึ่งจำเป็นเพื่อการสาธารณสุข
 18. การควบคุมสุลักษณะอนามัยในร้านจำหน่ายอาหาร โรงมหรสพ และสถานบริการอื่น
 19. จัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและปรับปรุงแหล่งเสื่อมโทรม
 20. จัดให้มีและควบคุมตลาด ท่าเทียบเรือ ท่าข้าม และที่จอดรถ
 21. การวางผังเมือง และการควบคุมการก่อสร้าง
 22. การส่งเสริมกิจการการท่องเที่ยว
 23. หน้าที่อื่นตามที่กฎหมายบัญญัติให้เป็นหน้าที่ของเทศบาล
- อำนาจหน้าที่อาจจัดทำกิจกรรมอื่นๆ (มาตรา 57)
- อำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 (มี 31 ข้อ)
- อำนาจหน้าที่ตามกฎหมายเฉพาะอื่น ๆ กำหนดไว้

สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขต่างๆ งานด้านการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ งานส่งเสริมสุขภาพ งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม งานรักษาความสะอาด งานให้บริการด้านการรักษาพยาบาลประชาชนทั่วไป

สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

- งานวิชาการและแผนงานสาธารณสุข

4.1 ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

- งานธุรการ
- งานการเงินและบัญชี

4.2 ส่วนส่งเสริมสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

4.2.1 กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

- งานสร้างเสริมสุขภาพ
- งานสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
- งานสุขภาพจิต

4.2.2 กลุ่มงานป้องกันและควบคุมโรค

- งานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทั่วไป
- งานป้องกันควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงและสัตว์พาหะ
- งานโรคไม่ติดต่อ

4.3 ส่วนบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

4.3.1 กลุ่มงานสนับสนุนสาธารณสุขชุมชน

- งานบริการสิ่งแวดล้อม
- งานสัตวแพทย์
- งานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

4.3.2 กลุ่มงานสุขาภิบาล

- งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมชุมชน
- งานคุ้มครองผู้บริโภค
- งานสุขาภิบาลอาหารและน้ำ

4.4 โรงพยาบาล

- งานธุรการ
- งานการเงินและบัญชี

4.4.1 กลุ่มงานบริการการแพทย์

- งานเวชปฏิบัติทั่วไป
- งานพยาธิวิทยาและรังสีวิทยา
- งานเวชกรรมฟื้นฟูและแพทย์ทางเลือก
- งานแพทย์แผนไทย

4.4.2 กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

- งานคลินิกทันตกรรม
- งานส่งเสริมและป้องกันทันตสาธารณสุข

4.4.3 กลุ่มงานเภสัชสาธารณสุข

- งานเภสัชกรรมบริการและคลินิก
- งานเภสัชกรรมชุมชน

4.4.4 กลุ่มงานการพยาบาล

- งานผู้ป่วยนอก
- งานผู้ป่วยในและห้องคลอด
- งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- งานหน่วยจ่ายกลางและโภชนาการ

4.4.5 กลุ่มงานสุขภาพชุมชน

- งานศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเทศบาล
- งานศูนย์สุขภาพชุมชนศรีวิชัย
- งานประกันสุขภาพ

งานที่สำคัญของสาธารณสุข

- ➔ ทรายเคลือบสารเคมี
- ➔ รู้เรื่องโรคไข้เลือดออก
- ➔ ที่ไหนบ้างต้องปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย
- ➔ แผ่นพับ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
- ➔ ข้อมูลเรื่องวัคซีนไข้หวัดใหญ่

- ➔ การขอจัดทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)
- ➔ การขอรับบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครเชียงใหม่
- ➔ การขออนุญาตใช้สถานที่รับจ้างแต่งผม
- ➔ การขออนุญาตเป็นผู้เข้าขายของในตลาดเอกราชและตลาดสาธารณะ
- ➔ กิจกรรมค้าประเภทต่างๆ ตามเทศบัญญัติ
 - การขอรับอนุญาตเกี่ยวกับการโฆษณาโดยใช้เครื่องขยายเสียง
- ➔ การขออนุญาตฆ่าสัตว์
- ➔ การขออนุญาตเป็นผู้รับจ้างแต่งผม

อัตรากำลังพนักงานเทศบาลและลูกจ้างของเทศบาลนครเชียงใหม่

อัตรากำลังพนักงานเทศบาลและลูกจ้าง						
ข้อมูล ณ 1 สิงหาคม 2554						
หน่วยงาน	พนักงาน	ลูกจ้างประจำ	พนักงานจ้าง			รวม พนักงาน/ ลูกจ้างประจำ
			ตาม ภารกิจ	ทั่วไป	รวม	
สำนักปลัดเทศบาล	87	23	106	84	190	300
สำนักการคลัง	50	7	8	82	90	147
สำนักการช่าง	17	2	13	6	19	38
- ส่วนควบคุมอาคารและผังเมือง	22	1	2	1	3	26
- ส่วนออกแบบและก่อสร้าง	21	1	15	11	26	48
- ส่วนการโยธา	29	18	48	107	155	202
- ส่วนช่างสุขาภิบาล	24	9	40	42	82	115
สำนักการสาธารณสุขและ สิ่งแวดล้อม	96	21	47	58	104	222
กองวิชาการและแผนงาน	35	3	18	21	39	77

สำนักการศึกษา	31	10	34	29	63	104
กองสวัสดิการและสังคม	10	2	5	3	8	20
หน่วยงานตรวจสอบภายใน	1	-	-	-	-	1
แขวงนครพิงค์	13	1	10	47	57	71
แขวงกาวิละ	16	6	20	64	84	106
แขวงศรีวิชัย	15	9	21	39	60	84
แขวงเมืงราย	11	14	28	61	89	114
รวม	478	127	415	655	1,070	1,675

จำนวนประชากร

ตารางแสดงจำนวนประชากรในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ตามทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2544 - 2554

พ.ศ.	ชาย	หญิง	รวม	+ / - (%)	จำนวนบ้าน	+ / - (%)
2544	82,525	91,331	173,856	+1.25	67,178	+1.18
2545	74,819	84,584	159,403	-8.31	67,809	+0.94
2546	74,401	84,305	158,706	-0.43	69,073	+1.87
2547	78,835	87,937	166,772	+5.09	68,053	+1.47
2548	70,403	80,608	151,011	- 9.45	70,090	+1.26
2549	69,989	80,483	150,472	-0.35	70,090	+1.21
2550	69,122	79,188	148,310	-1.44	70,973	+1.26
2551	68,310	78,490	146,800	-1.02	71,514	+0.76
2552	66,564	76,406	142,970	-2.31	75,255	+0.88
2553	66,333	75,830	142,163	-0.56	75,721	+0.62
2554	66,036	75,325	141,361	-0.56	75,878	+0.21

ที่มา : งานทะเบียนราษฎร ฝ่ายปกครอง สำนักปลัดเทศบาล (ข้อมูล ณ เดือนมกราคม พ.ศ. 2554)

จำนวนตัวเลขประชากรดังกล่าวมานี้ เป็นจำนวนตัวเลขของประชากรที่มีหลักฐานทางทะเบียนราษฎรอยู่ในเขตเทศบาลเท่านั้น ยังมีประชากรอีกจำนวนหนึ่งที่เดินทางเข้ามาประกอบอาชีพ นักเรียน นักศึกษา แรงงานต่างด้าว/ต่างถิ่น และนักท่องเที่ยว ที่เดินทางเข้ามายังเทศบาลนครเชียงใหม่ในแต่ละวัน กลุ่มประชากรจำนวนนี้เป็นส่วนที่ไม่ทราบจำนวนแน่ชัด (ประชากรแฝง) ซึ่งเป็นประชากรที่เข้ามาใช้บริการสาธารณะด้านต่างๆ ภายในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่เป็นอย่างมาก จึงนับเป็นกลุ่มประชากรที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของเมือง ทั้งนี้ประชากรกลุ่มนี้ยังไม่มี การสำรวจจำนวนที่แน่ชัด และเมื่อพิจารณาจากข้อมูลย้อนหลัง พบว่าจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรมีแนวโน้มหดตัวลง ในขณะที่จำนวนบ้านมีการขยายตัวเพิ่มขึ้น

ตารางแสดงจำนวนสถานประกอบการด้านการพาณิชย์และสถานบริการในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่
ปีงบประมาณ 2553

รายการ	แขวง				ยอดรวม
	นครพิงค์	กาวิละ	เม็ງราย	ศรีวิชัย	
โรงพยาบาล	4	4	6	4	18
สถานพยาบาล	73	36	90	134	333
ธนาคาร	28	12	24	30	94
อาคารชุด	6	17	7	17	47
โรงแรม	41	25	72	54	192
หอพัก	253	157	150	421	981
ศูนย์การค้า	3	1	6	4	14
ตลาด	11	4	2	6	23
ร้านอาหาร	64	56	110	91	321
ปั้มน้ำมัน	8	10	7	7	32
สุสาน/ป่าช้า	4	4	3	2	13
รวม	495	326	477	770	2,068

ที่มา : ส่วนพัฒนารายได้ สำนักการคลัง สำนักงานเทศบาลนครเชียงใหม่

การสาธารณสุข

ตารางแสดงจำนวนการป่วย 10 อันดับแรก แยกตามรายโรค โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ปี พ.ศ. 2553

ที่	สาเหตุการป่วย (กลุ่มโรค)	จำนวน (ราย)
1	โรคความดันโลหิตสูง	13,690
2	โรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อยึดเสริม	9,189
3	โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก	5,956
4	โรคระบบหายใจ	5,796
5	โรคเบาหวาน	4,013
6	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	1,781
7	โรคติดเชื้อและปรสิต	1,516
8	โรคระบบสืบพันธุ์รวมปัสสาวะ	1,180
9	โรคตาบางส่วนประกอบตา	901
10	โรคประสาท	802

ที่มา : โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่

งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เทศบาลนครเชียงใหม่ได้แบ่งภารกิจออกตามเขตรับผิดชอบ เป็น 6 สถานี ดังนี้

1) สถานีดับเพลิงเทศบาลนครเชียงใหม่ ตั้งอยู่ที่ถนนวิชยานนท์ ตำบลช้างม่อย อำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ที่รับแจ้งเหตุต่างๆ คือ 199, 0-5325-9199

2) สถานีดับเพลิงสันป่าข่อย ตั้งอยู่ที่ถนนท่าสะท้อน ตำบลวัดเกต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ หมายเลข โทรศัพท์ที่รับแจ้งเหตุต่างๆ คือ 0-5325-9582-4

3) สถานีดับเพลิงประตูเชียงใหม่ ตั้งอยู่ที่ถนนบำรุงบุรี ตำบลพระสิงห์ อำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ที่รับแจ้งเหตุต่างๆ คือ 0-5325-9436-8

4) สถานีดับเพลิงช้างเผือก ตั้งอยู่ที่ถนนช้างเผือก ซอย 4 ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ที่รับแจ้งเหตุต่างๆ คือ 0-5325-9516-8

5) สถานีดับเพลิงบ้านเด่น ตั้งอยู่ที่ถนนเชียงใหม่ลำพูน ตำบลวัดเกต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ที่รับแจ้งเหตุต่างๆ คือ 0-5325-9575-7

6) สถานีดับเพลิงหน่วยกู้ภัยพิเศษ ตั้งอยู่ที่ถนนวังสิงห์คำ ตำบลช้างม้อย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ที่รับแจ้งเหตุต่างๆ คือ 0-5325-9353-5

ตารางแสดงจำนวนสถิติเพลิงไหม้ ปีงบประมาณ 2551 - 2553

ประเภท	2551 (ครั้ง)	2552 (ครั้ง)	2553 (ครั้ง)
ไหม้บ้าน	56	37	47
ไหม้ป่า	281	167	114
ไหม้โรงงาน	-	1	-
ไหม้รถยนต์/จักรยานยนต์	13	11	19
อื่นๆ	-	15	19
รวม	350	231	199

ที่มา : งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เทศบาลนครเชียงใหม่

อัตรากำลังเครื่องมือเครื่องใช้ งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เทศบาลนครเชียงใหม่

ที่	รายการ	จำนวน (คัน/ลำ)
1	รถยนต์ดับเพลิง ขนาดบรรจุน้ำ 4,000 ลิตร	8
2	รถยนต์บรรทุกน้ำดับเพลิง ขนาดบรรจุน้ำ 10,000 ลิตร	4
3	รถยนต์บรรทุกน้ำดับเพลิง ขนาดบรรจุน้ำ 5,000 ลิตร	6
4	รถยนต์กู้ภัยอเนกประสงค์ (ขนาดใหญ่)	3
5	รถยนต์พยาบาล	1
6	รถยนต์ไฟฟ้าส่องสว่าง	6
7	รถยนต์บรรทุกอุปกรณ์การดับเพลิง	7
8	รถยนต์ตรวจการณ์เคลื่อนที่เร็ว (กู้ภัยเล็ก)	2

ที่	รายการ	จำนวน (คัน/ลำ)
9	รถยนต์โฟมและเคมี	2
10	รถยนต์หอน้ำดับเพลิงพร้อมบันไดเลื่อนอัตโนมัติ	5
11	เรือท้องแบน	3
12	เรือยนต์ดับเพลิง	1
รวมจำนวนรถยนต์		44
รวมจำนวนเรือ		4

ที่มา : งานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เทศบาลนครเชียงใหม่ (ข้อมูล ณ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553)

ภาคผนวกที่ 9

สรุปผลการสัมภาษณ์

1. สรุปผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จัดทำแผนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข¹

ผลการสัมภาษณ์ความก้าวหน้า ข้อจำกัด เงื่อนไขต่างๆ และระบบการบริหารจัดการของ อปท. เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนครอบคลุมระยะเวลาการดำเนินงานตามแผนและขั้นตอนการถ่ายโอน ระยะที่ 1 และ 2 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ก. ปัญหาและจุดอ่อนที่ส่งผลต่อการจัดทำแผนนโยบายการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสาธารณสุข

- การถ่ายโอนภารกิจในระยะเริ่มต้นเป็นไปด้วยความเร่งรีบจากนโยบายในยุครัฐบาลทักษิณ 1 ดังนั้น การใช้เวลาน้อยเพื่อศึกษาและนำร่องพื้นที่เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารงานที่เหมาะสมยังมีตัวแบบที่น้อยทำให้การนำระบบการให้บริการสาธารณสุขถ้วนหน้า และการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขจึงไม่อาจแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง
- ในระยะเริ่มต้นการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไม่มีการจำแนกกลุ่มภารกิจการรักษา การส่งเสริม และการเฝ้าระวัง ออกจากกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภารกิจด้านการรักษาเป็นภารกิจที่ละเอียดอ่อน ดังนั้น หน่วยงาน บุคลากร จึงมีความไม่มั่นใจกระบวนการบริหารงานของ อปท. ขณะเดียวกัน ด้วยความเร่งรีบในการออกแบบนโยบายสาธารณสุขดังกล่าวผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงยังไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับนโยบายดังกล่าวได้

ข. พื้นฐานแนวคิดในการกำหนดนโยบายการให้บริการสาธารณสุขของ อปท.

- มิติการให้บริการด้านสาธารณสุขของ อปท. นั้นยังมีความทับซ้อนในเชิงนโยบาย ส่งผลให้ระบบงบประมาณ โครงสร้างการให้บริการ และบุคลากร ระหว่างระบบการให้บริการภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่ อปท. ยังมีลักษณะลักลั่นในการดำเนินงาน ดังนั้น กรอบการบริหารงาน ภารกิจต่างๆ และโครงสร้างงบประมาณเพื่อให้เกิดการกำหนดภารกิจมีความชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- ปัจจุบัน สปสช. มีลักษณะระบบที่รวมศูนย์งบประมาณและมีวิธีการคำนวณต้นทุนการให้บริการเป็นรายหัว (per Head) ซึ่งวิธีการดังกล่าวย่อมทำให้เกิดอคติต่อการจัดสรรงบประมาณไปยังชนบท ดังนั้น หากพิจารณาการจัดสรรงบประมาณโดยให้ความสำคัญ

¹ ณ วันที่ 23 พฤษภาคม 2555 ผู้ให้สัมภาษณ์ ประกอบไปด้วย 1) รศ.วุฒิสาร ตันไชย 2) รศ.ดร.สกนธ์ วรรณวิวัฒนา และ 3) ผศ.ดร.ศุภสวัสดิ์ ชัชวาล

กับประเด็นเชิงคุณภาพและความเท่าเทียมและการเข้าถึงระบบสุขภาพจะต้องมีการแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

- ประเด็นความเสี่ยง:
 - ความเสี่ยงที่สำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าในการถ่ายโอนภารกิจด้านการรักษาของ อปท. คือ หากการให้บริการด้านการรักษาโดย อปท. แล้วมีผู้เสียชีวิตจากความผิดพลาดของการให้บริการโดย อปท. นั้นย่อมส่งผลกระทบต่อความมั่นใจในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข และภารกิจอื่นๆ ทั้งหมด ดังนั้น คณะกรรมการกระจายอำนาจก็มีความกังวลและระมัดระวังในประเด็นนี้ จึงทำให้การดำเนินการใช้ระบบการเลือกตามความสมัครใจ มีการกระจายเมื่อมีความพร้อมเท่านั้น
 - การถ่ายโอนบุคลากรด้านสาธารณสุขให้แก่ อปท. ถือเป็นความเสี่ยงในแง่การให้บริการสาธารณสุขโดย อปท. อย่างยิ่ง เนื่องจาก บุคลากรด้านสาธารณสุข ครอบคลุม แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชชุมชน และอื่นๆ ยังขาดความมั่นใจ และแรงจูงใจให้มีการโอนย้ายสังกัดไปยัง อปท. อาทิ
 - ความก้าวหน้าในอาชีพ (Careers Path)
 - ควรมีการพิจารณาสวัสดิการของแพทย์และครอบครัวเพิ่มเติม เนื่องจาก บุคลากรทางการแพทย์จะต้องกระจายไปยังพื้นที่ห่างไกลซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการชั่งใจใจบุคลากรให้ถ่ายโอนไปยังพื้นที่ห่างไกล
 - ปัญหางบประมาณที่ไม่เพียงพอต่อการทำหน้าที่ได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำ (Minimum Standard) ด้านการให้บริการต่างๆ
 - ภารกิจในการให้บริการของ อปท. อาจเป็นภารกิจที่เกิดขอบเขตการทำงานของ บุคลากรทางการแพทย์เพิ่มเติม
- ระบบบริหารจัดการและภารกิจการให้บริการสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับ อปท.
 - การศึกษาการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่ อปท. นั้นต้องพิจารณาบนพื้นฐานหลักการ ความเท่าเทียมทางสุขภาพ (Health Equity) เป็นประเด็นสำคัญในการกำหนดภารกิจถ่ายโอน และระบบการให้บริหารจัดการที่นำไปสู่การสร้าง ความเท่าเทียมในระดับพื้นที่
 - แนวทางในการขับเคลื่อนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขนั้นควรเป็นการถ่ายโอนโดยสมัครใจจาก อปท. ในลักษณะผู้ให้บริการ (Service Provider) มากกว่าการบังคับให้เกิดการถ่ายโอน เนื่องจาก ภารกิจด้านสาธารณสุขนั้นในทัศนคติของ อปท. ถือเป็น

“ภาระ” (Burden) ทั้งในเชิงงบประมาณ ทรัพยากร และปัญหาเชิงเทคนิคในการให้บริการ

- ปัจจุบันมีการถ่ายโอนสถานีนามัย (สอ.) ให้แก่ อปท. จำนวนทั้งสิ้น 28 แห่ง
- กลุ่มภารกิจด้านสาธารณสุขปัจจุบันนั้นแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มด้านการรักษา กลุ่มด้านการส่งเสริม กลุ่มด้านการเฝ้าระวัง ซึ่งบทบาทในภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมนั้นเป็นกลุ่มภารกิจที่เหมาะสมและควรให้ อปท. ดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบเพราะ อปท. มีศักยภาพ และความได้เปรียบในการทำหน้าที่ระดับพื้นที่
- แนวทางการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขควรมีการศึกษาการถ่ายโอนเป็นขั้นภารกิจให้แก่องค์กรที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม และ “ระบบกองทุน” เพื่อให้บริการเนื่องจากปัจจุบันยังมีงบประมาณในลักษณะ “กองทุนสุขภาพตำบล” ซึ่งมีงบประมาณ 7,000 ล้านบาทที่อาจนำไปใช้ในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการของ อปท. ได้ดียิ่งขึ้น
- ควรมีการวางแผนการดำเนินงานในลักษณะอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) ให้มีความชัดเจนและเหมาะสม แนวทางการจ่ายค่าตอบแทน การพัฒนาทักษะ อสม. เป็นต้น

2. สรุปผลการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขในระดับกรม

ก. นพ.บุญชัย สมบูรณ์สุข อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผลสัมภาษณ์สามารถสรุปได้ ดังนี้

- 1) ผลการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข นพ. บุญชัยให้ความเห็นต่อแผนการกระจายอำนาจทางสาธารณสุขฉบับเดิม ทั้งสองฉบับว่า ที่ผ่านมามีทั้ง 2 แผน ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าใดนัก ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย โดยให้ความเห็นว่า คำว่า “การกระจายอำนาจ” เป็นคำที่เหมาะสมสำหรับการปกครองมากกว่าด้านสาธารณสุข โดยที่ด้านสาธารณสุขนั้นเหมาะที่จะใช้คำว่า “การถ่ายโอนภารกิจ” มากกว่า ซึ่งเป็นการถ่ายโอนภารกิจในการดูแลสุขภาพของประชาชนจากส่วนกลางไปยังท้องถิ่น โดยที่ส่วนกลางมิได้ถ่ายโอนไปอย่างสิ้นเชิง แต่ยังคงดำเนินภารกิจนั้นๆ อยู่ เช่น การดูแลประชาชนยังคงต้องดูแลด้วยระบบพวงอยู่ กล่าวคือ อาจมีการป่วยหรือเกิดเหตุที่ตำบล แต่สุดท้ายแล้วมาสิ้นสุดการรักษาที่โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยหรือระดับจังหวัด เป็นต้น
- 2) การกระจายอำนาจฯ ต้องให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยง การทำงานร่วมกัน การให้บริการด้านสาธารณสุขจึงเป็นเรื่องของการเชื่อมโยงของระบบทำงานร่วมกันเป็นสำคัญซึ่งคนส่วนใหญ่เข้าใจว่าการกระจายอำนาจเป็นการลดทอนอำนาจ จึงไม่ค่อยได้รับความร่วมมือจากกระทรวง

แต่จะมีให้เห็นบ้างในกรณีของ อสม. แต่ อสม. เองก็อยากที่จะมีสายสัมพันธ์หรือเชื่อมโยงกับกระทรวงมากกว่า นอกจากนี้ งบประมาณก็ยังคงเป็นส่วนกลางไม่ใช่ของท้องถิ่น

- 3) **แนวทางการพัฒนาต่อไปในอนาคต** จำเป็นต้องเข้าใจระบบสาธารณสุข และการถ่ายโอนจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อท้องถิ่นมีความพร้อม ทั้งในด้านองค์ความรู้และงบประมาณ โดยต้องมีนโยบายที่ชัดเจนจากกระทรวงสาธารณสุขว่าท้องถิ่นมีหน้าที่ต้องดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ทั้งนี้ ได้ให้ความเห็นว่า รพ.สต. นั้นเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี เนื่องจากเห็นว่าในระดับตำบล หน่วยงานต่างๆยังทำงานร่วมกันได้ดี แต่ก็เห็นว่ามันจบที่ระดับตำบล ยังไม่มีความเชื่อมโยงต่อไปในระดับที่สูงกว่านั้นหรือเหนือขึ้นไปกว่านั้น
 - นอกจากนี้ นพ.บุญชัย ให้ความเห็นในเรื่องของภาระหน้าที่ที่ท้องถิ่นสามารถกระทำได้ดี คือ เรื่องของสาธารณสุข และการศึกษา โดยในเรื่องของสาธารณสุขนั้นเน้นไปที่การส่งเสริม และป้องกันเป็นหลัก อย่าพิจารณาเพียงการรักษา หรือการมีบริการสนับสนุน (Facilities) ต่างๆ แบบแยกส่วน ทั้งนี้ เห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องให้ความสำคัญในเรื่องของการให้ความรู้แก่ท้องถิ่น
- 4) **ปัญหาที่มีผลต่อการถ่ายโอนภารกิจและบุคลากร** คือ ในทางปฏิบัติการโอนภารกิจบางแห่งนั้น ท้องถิ่นยังไม่มีทักษะและองค์ความรู้เพียงพอต่อการทำหน้าที่นั้น แม้ว่าจะมีการพยาบาลที่ถ่ายโอนไปแล้วก็ตาม แต่บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งหมอยังคงมีความกังวลที่จะไป โดยเห็นว่าประเด็นเรื่องการไม่สามารถโยกย้ายนั้นไม่ใช่ประเด็นหลัก แต่ความไม่มั่นใจในสวัสดิการท้องถิ่นเมื่อเปรียบเทียบกับราชการเป็นเรื่องที่สำคัญกว่า
- 5) **ข้อเสนอแนะและบทบาทของการกำหนดนโยบายระดับชาติ** ควรมีการกำหนดโดยนโยบายรัฐบาล ต้องผลักดันให้ท้องถิ่นสามารถที่จะจัดการได้ ถ้ารัฐบาลมีนโยบายการกระจายอำนาจเยอะๆ ก็อาจจะไม่เป็นผลดีนัก เพราะอาจทำให้ไม่สามารถควบคุมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของโรคระบาด เป็นต้น ซึ่งสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ คือ การกระจายลงไปสู่ท้องถิ่นนั้น รัฐบาลกลางจะมีกลไกในการควบคุมอย่างไร ซึ่งเห็นว่าควรมีการควบคุมผ่านงบประมาณและกฎหมาย
 - นพ.บุญชัยได้กล่าวเสริมต่อไปอีกว่า แนวคิดในการถ่ายโอนภารกิจนั้น เป็นสิ่งที่ต้องมี ทั้งในระดับบริหารและฝ่ายการเมือง โดยกรมการกระจายอำนาจต้องทำให้เกิด โดยที่อย่าไปบังคับให้ท้องถิ่นต้องทำ อาจให้ยืดเวลาออกไปหน่อยก็ได้ และอย่าเพิ่งพูดถึงเรื่องของการโอน ให้เริ่มที่การทำงานร่วมกันก่อน เช่น การร่วมกันสร้างสุขภาพในรูปแบบใหม่ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังเห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพท้องถิ่นไม่ควรที่จะขึ้นอยู่กับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ไม่ควรที่จะตัดสินใจโดยคนๆเดียว แต่เป็นเรื่องของท้องถิ่น

6) **แนวทางการจัดตั้งเขตสุขภาพ** กล่าวคือ การตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (เขตสุขภาพ) นั้น เห็นว่า เป็นทางเลือกที่ดีที่ท้องถิ่นจะรับภารกิจไปโดยอาศัยคณะกรรมการฯ เป็นคนถ่ายทอดความรู้ ให้ท้องถิ่น แต่เห็นว่าควรที่จะเป็นท้องถิ่นขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมมากกว่า เช่น ในระดับเขต เนื่องจากเห็นว่าในระดับนั้นๆ มีมหาวิทยาลัย รพ.ศูนย์ รพ.จังหวัด ซึ่งนับได้ว่ามี facilities ที่เพียงพอ อีกทั้งมีองค์ความรู้มากเพียงพอโดยที่จะมีกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ช่วยเหลือในระดับชาติ หรือ อาจปรับมาที่ระดับจังหวัดก็สามารถที่จะทำได้เช่นกัน โดยแต่ละท้องถิ่นได้ educated ในเรื่องของการส่งเสริมไป และพยายามที่จะสร้างเครือข่ายกัน อย่างไรก็ตาม เห็นว่าควรที่จะพัฒนาในเรื่องของการทำงานร่วมกันก่อนเป็นสำคัญ เรื่องของเจ้าของสถานเป็นสิ่งที่ค่อยมาว่ากันทีหลัง โดยอาศัยงบประมาณจาก สปสช. และงบประมาณท้องถิ่นหรือจะมาจากผู้ให้บริการอื่น เช่น ประกันสังคม ก็ได้ กรณีที่กล่าวมานี้จะช่วยให้แรงกดดันที่มีต่อบุคลากรสาธารณสุขลดลง

- เขตสุขภาพ เป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน (Transition period) หนึ่ง แต่ไม่ใช่บทบาทหน้าที่ (Functional) อาจจะมีเกี่ยวข้องกับฝ่ายนิติบัญญัติน้อยแต่เป็นงานทางด้านบริหารที่จะมาทำงานด้วยกัน มากกว่า เมื่อทำงานร่วมกันไปสักระยะหนึ่งแล้ว เช่น 5 ปี 10 ปี ค่อยมาว่ากันเรื่องการถ่ายโอน ทั้งนี้ทั้งนั้น ระบบของภาษีจะเป็นต้องเอื้อต่อการทำงานด้วย สิ่งสำคัญอีกประเด็นหนึ่ง คือ ในระบบสาธารณสุขนั้น มี non-government จำนวนมาก ซึ่งเห็นว่าควรที่จะมีกลไกควบคุมที่จะทำให้สามารถทำงานร่วมกันได้ อันได้แก่ รัฐบาล ท้องถิ่น องค์กรของชุมชน ฯลฯ ซึ่งเห็นว่าระบบเขตสุขภาพนั้น ไม่น่ามีปัญหา และคนในชุมชนที่อยู่ระดับล่างจะยินดีมากกว่า ขณะที่ระดับกระทรวงจะไม่ชอบนัก เพราะเห็นว่าควบคุมได้ยาก
- ความเห็นต่อรูปแบบองค์กรมหาชน เห็นว่า เป็นรูปแบบที่น่าจะเหมาะสมกับบริการบางประเภทเท่านั้น เช่น รพ.บ้านแพ้ว ซึ่งไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นรูปแบบที่ดีจริงหรือไม่ และเห็นว่าการเป็นองค์กรมหาชนหากต้องมีการหารายได้นอกพื้นที่ก็อาจไม่เหมาะสมนัก
- นอกจากนี้ให้ความเห็นในระดับของ รพ.จังหวัดว่ามีหลายแห่งที่ให้ความสนใจ แต่ยังคงมีความกังวลในเรื่องของการกลับมาอยู่ในระบบสาธารณสุขได้ และเห็นว่าเงินเดือนที่เพิ่มขึ้นหากมีการย้ายไปก็เพิ่มขึ้นไม่มาก ดังนั้น หากจะทดลองที่ รพ.จังหวัด จำเป็นต้องมีการเปิดช่องให้สามารถกลับได้
- ความเห็นต่อระบบสุขภาพที่ให้เทศบาลดูแลนั้น เห็นว่า primary care หรือ primary area ไม่น่าจะเหมาะสมนัก โดยเห็นว่าไม่ควรที่จะไปครอบเคำแต่ควรที่จะมาทำงานร่วมกันมากกว่า เพราะงานด้านสาธารณสุขไม่เหมือนงานด้านการศึกษา เพราะมีความ

ยากกว่า และเกี่ยวข้องกับมาตรฐานและความเป็นความตายของคน ไม่ควรใช้หลักการ
เดียวกับการกระจายการศึกษาในเรื่องแบบนี้

ข. นายแพทย์ทรงยศ ชัยชนะ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

1. ความเห็นต่อโครงสร้างระบบการให้บริการด้านสาธารณสุข
 - 1) แนวความคิดด้านอนามัย Public health, Health system เป็นความเชื่อมโยงสอดคล้องกับความเชื่อ ระบบสังคม และระบบการปกครอง
 - 2) แนวทางการให้บริการ และระบบสาธารณสุขของไทยเป็นระบบที่มีพื้นฐานการบริหารงานแบบรวมศูนย์อำนาจ (Centralization) ดังนั้น แนวทางการบริหารจัดการจึงเป็นระบบการให้บริการผ่านตัวแทน (Agent) เป็นลำดับขั้นในสั่งการผ่านกระทรวง กรม ลงไประดับพื้นที่ ดังนั้น ประชาชนในระดับพื้นที่จึงเป็นเพียงหน่วยรับบริการผ่านได้กระบวนการตัดสินใจ
2. แนวทางการปรับปรุงระบบการให้บริการสาธารณสุข
 - 1) ข้อได้เปรียบของการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. เนื่องจาก ประเพณีโรคพื้นฐาน การดำเนินชีวิต แนวคิดในการดูแลสุขภาพ ในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันไป ดังนั้น ระบบสุขภาพอนามัย ที่เน้นการให้ประชาชนในพื้นที่สามารถป้องกันโรค (Prevention) ให้กับประชาชนในพื้นที่จึงมีความสอดคล้องกับพื้นที่ท้องถิ่นเป็นสำคัญ และมีส่วนส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพป้องกันปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ
 - 2) ดังนั้น บทบาทของส่วนกลางที่ควรดำเนินงานต่อไปในอนาคต คือ การปรับบทบาทในการทำหน้าที่เป็นหน่วยกำกับดูแล สนับสนุน หรือร่วมดำเนินการแล้วแต่กรณีแต่บทบาทที่สำคัญคือ หน่วยงานราชการจะต้องเพิ่มบทบาทที่เล็งในฐานะหน่วยงานแห่งฐานองค์ความรู้ (Knowledge Base) มีทักษะในการดำเนินงาน (Skill) โดยเฉพาะอย่างการวิจัยและพัฒนา ระบบรักษาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งทั้งหมดเหล่านี้เชื่อมโยงไปในการทำหน้าที่พัฒนาระบบอัตราค่าสิ่งเพื่อรองรับการให้บริการด้านสุขภาพ อนามัยอย่างทั่วถึง
 - 3) ทั้งนี้ ความเห็นต่อประเด็นการจัดตั้ง เขตสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้
 - เขตสุขภาพ ถือเป็นหนึ่งในรูปแบบการให้บริการ public service ซึ่งอาจเป็นทางเลือกที่ต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมในเชิงโครงสร้างอำนาจ และเงื่อนไขการเงินการคลังที่จะกระจายไปยังแต่ละเขตสุขภาพ ตลอดจนการคำนึงถึงหน่วยบริการที่อยู่ในเขตสุขภาพครอบคลุมทั้งแนวทางการดำเนินงานของสถานบริการของส่วนราชการ อปท. และภาคเอกชน

ค. นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ สามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

- 1) บทบาทของ สสจ. มีหน้าที่ส่งเสริมในระดับพื้นที่ระดับหนึ่ง แต่การดำเนินงานยังอิงกับระดับนโยบายเป็นหลัก
- 2) การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองระดับพื้นที่มีผลให้ความก้าวหน้าในการถ่ายโอนสถานีนามัยล่าช้า จาก 28 แห่ง เป็น 35 แห่ง เพิ่มเพียง 7 แห่ง
- 3) รูปแบบการถ่ายโอน อาทิ รพ. ปัตตอง อ.กระทุ้ มีความประสงค์เป็นองค์การมหาชน เสนอเรื่องเข้าสู่ กพ. นักการเมืองระดับชาติ (โฆจิต บั้นเปี่ยมรัตน์) กลับมองว่าเป็นการหลีกเลี่ยงการกระจายอำนาจ ดังนั้น จึงไม่สามารถเปลี่ยนเป็นองค์การมหาชน สอดคล้องกับความต้องการของกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่ต้องการกระจายอำนาจด้วยเช่นเดียวกัน
- 4) แผนกระจายอำนาจฯ ระยะที่ 2 มีแนวทางการถ่ายโอนในกรณีที่ อปท. ในแต่ละจังหวัดไม่สามารถรับถ่ายโอนได้นั้นโดยกำหนดให้ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ก่อน แล้วจึงค่อยถ่ายโอนไปยังเทศบาล และ อบต. ในจังหวัดต่อไป เป็นแนวคิดริเริ่มของนายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก นายก อบจ. นครราชสีมาในขณะนั้น (รูปแบบการถ่ายโอนมี 5 รูปแบบ)
- 5) แนวทางที่ควรดำเนินการเพื่อถ่ายโอนสถานีนามัย คือ ระดมความคิดเห็นหารูปแบบการถ่ายโอนที่เหมาะสมแล้วดำเนินการทันที แล้วจึงปรับปรุงตามความเหมาะสม ไม่ควรเป็นการทดลองนำร่องเนื่องจากจะไม่ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และมีการถ่ายโอนอย่างแท้จริงตามเป้าหมายการกระจายอำนาจ
- 6) กระบวนการจัดสรรงบประมาณในลักษณะ Ad hoc ตัวอย่างเช่น งบประมาณโครงการไทยเข้มแข็งเพื่อใช้จ่ายการลงทุน มีผลให้เกิดการชะลอการถ่ายโอนสถานีนามัยเนื่องจากทำให้สถานีนามัยรองบประมาณมาใช้ในการลงพื้นที่ปรับปรุงพื้นฐานสถานีนามัยก่อนซึ่งในท้ายที่สุดงบประมาณเข้มแข็งก็ไม่อนุญาตให้ใช้เพื่อปรับปรุงสถานีนามัยผ่านการบริหารงบประมาณโดย อปท. แสดงให้เห็นถึงปัญหาของการสื่อสารข้อมูลการจัดสรรงบประมาณ ความรับรู้ความเข้าใจของพื้นที่
- 7) แนวทางที่ควรพิจารณา คือ การกระจายอำนาจโดยไม่ต้องถ่ายโอน ได้แก่ การให้บริการแบบเขตสุขภาพ ครอบคลุมทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่ มีการบูรณาการแผนการดำเนินงาน บุคลากร งบประมาณ และวัสดุครุภัณฑ์
 - ส่งเสริม Good Governance Transparency
 - ครอบคลุมประชากร 4-6 ล้านคน กำหนดพื้นที่ตามความเหมาะสมที่มีสถานพยาบาลรองรับ
 - ให้เขตสุขภาพดำเนินการ และมีระบบอุดหนุนเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารของเขตสุขภาพ

- ผู้ตรวจราชการ ผู้ว่าราชการ นายก อบจ. สสจ. ในพื้นที่
- สปสช. จัดสรรงบประมาณไปยังเขตสุขภาพ
- กระทรวงจัดสรรให้อำนาจไปยังคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อบริหารงาน

ง. คุณเยาวมาลย์ เสือแสงทอง ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริหารนโยบาย และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ สามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

- 1) เริ่มต้นด้วยนโยบายการถ่ายโอนจำนวน 34 ภารกิจ แต่ในทางปฏิบัติเรื่องการถ่ายโอนจำนวน 7 ภารกิจ พบว่า ปี 49 จะต้องถ่ายโอนพวงบริการไปยัง กสพ. (ซึ่งไม่ใช่นิติบุคคล ทำให้ไม่สามารถบริหารงานได้) อย่างไรก็ตาม จากปัญหาการบริหารจัดการจึงเป็นการถ่ายโอนแบบนาร่อง และการถ่ายโอนไม่มี มติ ครม. รองรับ
 - แนวคิดของผู้บริหารของกระทรวงลดความสำคัญบทบาทการกระจายอำนาจฯ พร้อมกับไม่มีเหตุผลที่ชัดเจนของแนวทางดังกล่าว
 - มีกลุ่ม สาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย บางส่วนที่มีกระแสด้านในระดับพื้นที่
 - ข้ออ้างปัญหาเรื่องโรคระบาด ซึ่งแนวทางการกระจายอำนาจจะยังให้ความสำคัญกับบทบาทของกระทรวงอยู่ (ปัญหาช่องว่างความเข้าใจ และข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนแนวคิดระหว่างกระทรวง และ อปท.)
 - ดังนั้น แนวทางของกระทรวงในช่วง แผนกระจายอำนาจฯ ระยะที่ 2 จึงเริ่มมีบทบาทในการทำหน้าที่ในการติดตาม อปท. เท่านั้น ขณะที่กระทรวงไม่ได้วางแผนและดำเนินการเพื่อรองรับบทบาทการทำหน้าที่สนับสนุน ส่งเสริม การทำงานของ อปท.
- 2) ข้อดีการกระจายอำนาจสามารถเพิ่มการถ่วงดุล ตรวจสอบจากภาคประชาชนเข้มข้นมากยิ่งขึ้น
- 3) แนวทางที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องคือ การพัฒนาระบบติดตามประเมินผลจากภารกิจด้านสาธารณสุข
- 4) ข้อมูลสรุปการถ่ายโอนบุคลากร และงบประมาณ ที่ชัดเจนเพื่อให้บุคลากรของกระทรวง และ อปท. เข้าใจบริบท ระเบียบต่างๆ ร่วมกัน
- 5) ปัญหาระบบจ่ายตรงของรัฐบาลทำให้เกิดปัญหาในการจัดสรรงบประมาณ
- 6) งานด้านการส่งเสริม สนับสนุน ป้องกัน แต่ละกรมจะมีตัวชี้วัดเพื่อดำเนินการร่วมกันระหว่างส่วนราชการและ อปท.

- 7) ความก้าวหน้าของการดำเนินงานสถานีนามันยในกรณีที่ อปท. ตั้งขึ้นเอง ทำงานควบคู่กับสถานีนามันยในสังกัดของกระทรวง เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ซึ่งมีผลให้งบประมาณที่จัดสรรให้สถานีนามันยทั้งสองรูปแบบในพื้นที่ลดลง เพราะวิธีการคำนวณงบประมาณจัดสรรคิดจากต่อหัวประชากร
- 8) ให้ความสำคัญแบบสมัครใจในการรับถ่ายโอนสถานีนามันย

จ. นายแพทย์สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขสามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

บทบาทหน้าที่ของกรมควบคุมโรคในระดับพื้นที่

- 1) ภารกิจด้านการควบคุมโรคที่ผ่านมาเป็นภารกิจมีเจ้าภาพในระดับพื้นที่คือ สสจ. และ สสอ. ภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นสำคัญ โดยกรมควบคุมโรคถือเป็นหน่วยงานส่วนกลางที่ทำหน้าที่ทางวิชาการ และส่งเสริมแนะนำให้แก่บุคลากรในระดับพื้นที่ อาทิ การแนะนำข้อมูล และแนวทางการรักษาโรคติดต่อ/ไม่ติดต่อ ที่อุบัติใหม่อย่างเหมาะสม ตลอดจนการติดตามประเมินการทำงานของ สสจ. และ สสอ. ในอดีต ประมาณ 30 ปีที่ผ่านมา ขณะเดียวกันก็มีหน่วยควบคุมโรค อาทิ ศูนย์วิจัยโรคของกรมควบคุมโรคเองด้วยซึ่งเน้นไปในทางการรักษาและวิจัย แต่ในปัจจุบันบทบาทสำคัญในระดับพื้นที่เป็นของ สสจ. และ สสอ. เป็นสำคัญ
- 2) บทบาทสำคัญอีกส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพต่อเนื่องจากการทำหน้าที่ด้านรักษาควบคุมโรคติดต่อและไม่ติดต่อ คือ ภารกิจด้านการสงเคราะห์ อาทิ ภารกิจด้านการดูแลนิคมโรคเรื้อนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ไปดูแลแทนกรมควบคุมโรค และมีแผนที่จะมีการโอนภารกิจเพิ่มเติมไปยัง อปท. แต่เป็นรายกรณีเพราะต้องคำนึงถึงขีดความสามารถในการรองรับดูแลผู้ป่วยด้วย
- 3) บทบาทหน้าที่ที่ อปท. มีศักยภาพที่จะทำได้ดีและกรมควบคุมโรคพยาบาลผลักดันให้ อปท. ดำเนินงานมากขึ้น คือ การควบคุมป้องกันโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไข้เลือดออก การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การดูแลสุขภาพในศูนย์เด็กเล็ก โครฟิซสุนัขบ้า และโครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่/เหล้า รวมถึงการดูแลจัดการตลาด และโรคฆ่าสัตว์อย่างเหมาะสมย่อมส่งผลดีต่อการบริหารงานด้านสุขภาพตามไปด้วย

การบูรณาการแผนงานระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น

- 1) ในอดีตมีการทำงานแบบแบ่งส่วน เน้นทำงานเป็นรายโรค รายกรณี ทำให้ไม่สามารถติดตามประเมินการทำงานด้านสุขภาพได้อย่างแท้จริง อีกทั้งยังขาดบุคลากรที่เพียงพอในการประเมินผลต่างๆ ที่มีการดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้
 - 2) ในฐานะกรมควบคุมโรคพยายามในการสร้างระบบการทำงานแบบบูรณาการโดยเน้นการบูรณาการแผนไปจนถึงระดับอำเภอซึ่งมีบุคลากรเพียงพอในการติดตามประเมินการทำงานของแผนการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้โครงการ "อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งอย่างยั่งยืน" โดยประเมินกลไกการทำงานในระดับอำเภอ โดย (1) มีการมีส่วนร่วมโดยเชิญนายอำเภอและ อปท. เข้ามาร่วมเป็นกรรมการ (2) มีระบบข้อมูลระดับวิทยา (3) การมีแผนที่จะควบคุมโรคที่สำคัญในท้องถิ่นและสำคัญในระดับยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพ (4) การระดมงบประมาณในระดับพื้นที่ดำเนินการ และพยายามนำกองทุนสุขภาพประจำตำบลของ สปสช. เข้ามาร่วมกันเพื่อดำเนินภารกิจการควบคุมโรค (5) สร้างระบบติดตามประเมินผล ตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการควบคุมโรคในพื้นที่ เพื่อสร้างระบบกลไกในการควบคุมโรคอย่างมีบูรณาการและให้ความสำคัญกับบทบาทของ อปท. นอกจากนี้ยังมีการจัดประกวดในการชักจูงใจอำเภอในการดำเนินงานและได้รางวัล (Reward) เป็นการดูงานในต่างประเทศ ซึ่งนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ร่วมกันในการควบคุมโรค
 - 3) "อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งอย่างยั่งยืน" รากฐานสำคัญของ ระบบอำเภอสุขภาพ (District Health System) และระบบเขตสุขภาพ (Regional Health System) ซึ่งโครงสร้างการทำงานที่ด้านการควบคุมโรคสอดคล้องกับการดูแลด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน แต่จำเป็นต้องกำหนดความชัดเจน หรือมีรูปแบบการทำหน้าที่ของ อปท. ในพื้นที่อย่างชัดเจน
 - 4) หลักการสำคัญในการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ให้แก่ อปท. ในอนาคต คือ トラバidez อปท. มีความสามารถในการดำเนินงานเท่าที่ยังสามารถดำเนินดูแลภารกิจดังกล่าวได้ โดยหน่วยงานราชการต่างๆ ควรให้คำแนะนำ อบรมความรู้ทักษะกระบวนการทำงานให้แก่บุคลากรของท้องถิ่นอย่างมีมาตรฐาน
- ฉ. สรุปการสัมภาษณ์สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจ ซึ่งประกอบไปด้วยการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ได้แก่ 1) นายวิรัช ชมสาคร ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) นางสุปราณี และนายณรงค์ เชื้อบุญช่วย สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

- 1) การกระจายอำนาจฯ มีเป้าหมายเพื่อให้ส่วนราชการสามารถดำเนินงานในบทบาทของ
บริหารงานเชิงยุทธศาสตร์ และมอบอำนาจให้แก่ อปท. ไปปฏิบัติงาน แทนที่หน่วยงานระดับ
พื้นที่ของส่วนราชการ ดังนั้น หากประเมินความก้าวหน้าในการถ่ายโอนบริการสาธารณสุขแก่
อปท. ในภาพรวมที่ผ่านมา ประเมินได้ว่าไม่สามารถดำเนินการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อปท.
- 2) กระบวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา พบว่า
 - การดำเนินงานในช่วงแผนกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ 1 มีการถ่ายโอนสาธารณสุข และ
บริหารจัดการระดับพื้นที่จากการบริหารงานของ กสพ. เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการบริหาร
ราชการระหว่างนั้นเกิดขึ้นพร้อมกับการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินใหม่
 อีกทั้งยังมีการปฏิรูปโครงสร้างการให้บริการสาธารณสุขแบบหลักประกันสุขภาพถ้วน
หน้า (UC) ซึ่งทำให้การถ่ายโอนสถานีนามัยเป็นไปอย่างล่าช้าเพราะรัฐบาลให้
ความสำคัญต่อการปฏิรูปดังกล่าวมากกว่าการกระจายอำนาจ ต่อมา
 - การดำเนินการตามแผนกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ 2 ภาพรวมของการกระจายอำนาจฯ
ด้านสาธารณสุขเป็นการเน้นให้ อปท. ด้รับการถ่ายโอนภารกิจที่เกี่ยวข้องกับงานการ
ส่งเสริม ป้องกันโรค เป็นสำคัญ
- 3) คณะกรรมการเพื่อประเมินความพร้อมในการถ่ายโอนสถานีนามัยในแต่ละจังหวัดจะประกอบ
ไปด้วย ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข 3 คน ตัวแทนจากท้องถิ่น 3 คน และตัวแทน
ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยแต่ละจังหวัดจะมีการเลือกคณะกรรมการลักษณะดังกล่าวเองทำให้
มาตรฐานในการประเมินความพร้อมของ อปท. ที่จะรับถ่ายโอนสถานีนามัยในแต่ละจังหวัดมี
ความแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความก้าวหน้าในการถ่ายโอนสถานีนามัย ดังนั้น ระบบ
การให้บริการสาธารณสุขยังมีแนวโน้มเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง หากได้รับการแก้ไขปัญหาในการ
ประเมินความพร้อมในการถ่ายโอนในลักษณะดังกล่าว
- 4) การตั้งคณะกรรมการพิเศษเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานของ อปท. ที่ได้รับการถ่ายโอน
สถานีนามัยไปแล้ว ซึ่งมาจากหน่วยงานกลางในลักษณะ สมศ. เช่นเดียวกับการถ่ายโอน
โรงเรียน หรือ อาจมาจากการติดตามประเมินผลโดย สกถ. เองเพื่อรักษามาตรฐานการให้บริการ
ด้านสุขภาพ
- 5) ปัญหาจากปัจจัยภายนอกที่ผลต่อการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข คือ อปท. ไม่สามารถใช้
รายได้จัดเก็บเองไปให้หน่วยงานราชการไม่ได้ ตามระเบียบการตรวจของ สตง.

ข้อเสนอแนะต่อการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในอนาคต

- 1) แนวทางแผนกระจายอำนาจ ฉบับที่ 3 ควรให้กระทรวงสาธารณสุขเสนอในการปรับแผนการกระจายอำนาจ เพื่อใช้ในการวางแผนกระจายอำนาจ ฉบับที่ 3 บนพื้นฐานการถ่ายโอนสถานอนามัยให้แก่ อปท. เมื่อ อปท. มีความพร้อมในการดำเนินการโดยมีหลักการ "งานไป เงินไป คนไป และตำแหน่งไป" เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในเรื่องงบประมาณ บุคลากร และมีโครงการอัตรากำลังรองรับเพื่อให้มีระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพในระยะยาว
- 2) ทั้งนี้ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพคือ
 - แนวทางการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขอาจสามารถใช้แนวทางการทำงานร่วมกันได้ เพื่อเป็นการเพิ่มทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพการให้บริการจากความได้เปรียบในการทำงานของ อปท. และหน่วยงานราชการระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การทำงานร่วมกันจำเป็นต้องมีการสร้างความชัดเจนในการแบ่งหน้าที่ระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานร่วมกันอย่างแท้จริงอันนำไปสู่คือ 1) ความโปร่งใส (Transparency) เนื่องจาก หลักการดังกล่าวจะช่วยให้การประสานประโยชน์ การกำหนดแนวทางการทำงานมีความชัดเจน และผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน ดังนั้น การตัดสินใจร่วมกันด้วยความโปร่งใสทำให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างกันส่งผลต่อความราบรื่นในการทำงาน 2) ความรับผิดชอบ (Accountability) ร่วมกัน การทำงานและให้บริการสาธารณะต่างๆ ย่อมมีผลต่อการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ดังนั้น ผลการดำเนินงานควรสะท้อนถึงบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่ดำเนินงานร่วมกันที่ชัดเจน และเกิดทัศนคติในการทำงานที่ดีทั้งระหว่างหน่วยงาน และหน่วยรับบริการ
 - ควรมีระบบติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพครบวงจรตั้งแต่เริ่มการถ่ายโอนภารกิจระหว่างการทำงาน ตลอดจนการประเมินผลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงยุทธศาสตร์การทำงานในระดับพื้นที่
 - ควรมีการดำเนินงานและบูรณาการแผนการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานราชการ และ อปท. ซึ่งส่งผลต่อการลดต้นทุน ความคุ้มค่า และประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรต่างๆ ในการให้บริการสาธารณสุข

ข. สรุปการสัมภาษณ์ นพ. จักรธรรม ธรรมศักดิ์ อธิบดีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และอดีตอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

- 1) ให้ความเห็นว่า การกระจายอำนาจเป็นเรื่องสำคัญ และเป็นแนวโน้มของประชาธิปไตยที่มีประสิทธิภาพ
- 2) Single Command หัวใจของการบริการสาธารณสุข ได้แก่
 - ในแง่ของสถานพยาบาล การให้บริการแต่ละระดับไม่สามารถทำงานได้อย่างครอบคลุมทุกรูปแบบการรักษาพยาบาล ดังนั้น แนวทางการพัฒนาระบบการรักษาจึงสร้างระบบการแบ่งหน้าที่และโรงพยาบาลเป็นระดับจากชุมชนไปจนระดับเขต ผ่านการทำงานของคณะกรรมการพวงบริการ เพื่อประโยชน์ต่อการบริการของโรงพยาบาลศูนย์
 - ในแง่ของการป้องกัน เป็นลักษณะแบบ single command เช่นเดียวกัน
- 3) เป้าหมายสูงสุดประโยชน์ทางด้านสุขภาพ คือ ควรที่จะยึดถือเป้าหมายต่อประชาชนสูงสุด และควรมีการกระจายอำนาจเมื่อมีความพร้อม กล่าวคือ พร้อมทั้งผู้ให้โอน และผู้รับโอน และจะต้องไม่กระทบสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย
- 4) ในอดีตที่มีการกระจายอำนาจสถานื่อนามัยเพียง 28 สถานนั้น เป็นไปอย่างมีอิสระของผู้รับการถ่ายโอน ทำให้เมื่อมีการถ่ายโอนไปแล้ว ภายหลังเมื่อเกิดปัญหาในการให้บริการของสถานื่อนามัย ทำให้กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถเข้าไปมีส่วนช่วยเหลือแก่ อปท. ได้ อีกทั้งยังเกิดปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยจาก รพ. สังกัด อปท. ไปสู่ รพ. ไปยัง รพ. ภายใต้งักตกระหวงสาธารณสุข และเกิดผลเสียหายต่อประชาชนในท้ายที่สุด
- 5) รพ.สต. เป็นรูปแบบการนำร่องบริการสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการให้บริการสาธารณสุขแบบกระจายอำนาจเต็มรูปแบบในแง่การส่งเสริม ป้องกัน ไม่ใช่การถ่ายโอนเช่นเดิมเพื่อไปสู่การรักษาพยาบาล ดังนั้น ตัวชี้วัดที่ส่งเสริมการกระจายอำนาจยังต้องยึดถือความเป็นพวงบริการ
- 6) การบริหารจัดการระบบสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับภาคชุมชนเป็นสำคัญ และผู้แทนจากจังหวัด และ/หรือ อปท. ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในระดับชาติด้วย ซึ่งปัญหาที่ควรคำนึงถึงคือ กระบวนการหรือกลไกในการเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในระดับชาติว่าจะมีวิธีการอย่างไร

3. สรุปผลการสัมภาษณ์เชิงลึก อปท. ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการตามแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ พร้อมทั้งประเมินความสำเร็จในการดำเนินงาน และนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนฯ ที่จะเป็นที่ยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้อง จะทำการสัมภาษณ์เชิงลึกจากตัวแทนของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยให้ความสำคัญกับแนวทางการ

ปฏิบัติงานและผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่ เพื่อประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากแผนฯ ต่อ อำนาจหน้าที่ และ ความรับผิดชอบ ของหน่วยงาน ในระดับท้องถิ่น ปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินการปรับเปลี่ยน อำนาจหน้าที่ และ ความรับผิดชอบ ให้เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจฯ ประกอบไปด้วย

- 1) ผู้ต้องถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับส่วนกลาง ซึ่งคือบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ในระดับกรม ที่เป็นผู้รับผิดชอบการถ่ายโอนภารกิจต่างๆ
- 2) ผู้รับนโยบายในระดับท้องถิ่น ที่อาจประกอบด้วยบุคคลใน 3 ส่วน คือ กลุ่มผู้รับนโยบายจาก กระทรวงหรือบุคลากรในระบบสาธารณสุข กลุ่มผู้บริหาร อบต. และผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ด้านสาธารณสุขของ อบต. และกลุ่มของผู้รับบริการสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ประชาชนในพื้นที่

ข้อสรุปผลการสัมภาษณ์เชิงลึก อบต. ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 11-12 มิถุนายน 2555 ภายใต้อำนาจ "โครงการวิจัยประเมินผลแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ" จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านการให้บริการด้านสาธารณสุขทั้งหน่วยงานราชการส่วนภูมิภาค อบจ. เทศบาล และ อบต. ในพื้นที่ ประกอบไปด้วย

- 1) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขของ อบจ. นครราชสีมา
- 2) เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง องค์การบริหารส่วนตำบลด่านขุนทด อ.ด่านขุนทด จ. นครราชสีมา
- 3) คุณสันติ ทวยมีฤทธิ์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
- 4) นายแพทย์ประจำศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชน เทศบาลนครราชสีมา

4. สรุปผลการสัมภาษณ์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) นครราชสีมา

แนวโน้มของการให้บริการสาธารณสุขในปัจจุบันคือการกระจายอำนาจและภารกิจด้านสุขภาพให้ อบต. มีบทบาทด้านนี้มากขึ้น โดยแนวทางการทำงานของ สสจ. และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่จะทำงานร่วมกับ อบต. เช่นการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมกัน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการที่มาจากโรงพยาบาล สาธารณสุข อบต. และตัวแทนของ สปสช.

ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการกระจายอำนาจการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนของ อบต. ขึ้นอยู่กับทรัพยากรในการบริหารงานของ อบต. แต่ละแห่ง โดยในกรณีของ รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชนหลายแห่งที่

ได้รับการถ่ายโอนไปสังกัดกับ อบท. จะส่งผลดีต่อประชาชนเพราะแต่ละท้องถิ่นมีปัญหาเรื่องสุขภาพที่แตกต่างกัน ควรให้หน่วยงานของท้องถิ่นนั้นๆ เป็นผู้ดำเนินการจะตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดีกว่า

ขณะที่ อุปสรรคสำคัญคือ การถ่ายโอนบุคลากรให้ท้องถิ่น เพราะข้าราชการที่สังกัดท้องถิ่นได้รับสิทธิประโยชน์น้อยกว่าข้าราชการส่วนกลาง

5. สรุปผลการสัมภาษณ์ผู้บริหารและบุคลากรของ อบท.

สำหรับประเด็นที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกกับหน่วยงานสาธารณสุขในระดับภูมิภาค และ อบท. นั้น ประกอบไปด้วยประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ แนวทางการดำเนินงาน บุคลากรด้านสาธารณสุข โครงสร้างและการจัดสรรงบประมาณ และแนวทางการติดตามประเมินผลด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่

นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อการให้บริการระดับพื้นที่ คือ ปัจจัยทางการเมืองในช่วงเวลาของการเลือกตั้งท้องถิ่นถือเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบาย และการปฏิบัติงานในพื้นที่ขาดความต่อเนื่อง เพราะในช่วงเวลาดังกล่าวการลงพื้นที่เพื่อปฏิบัติงานของบุคลากรท้องถิ่นจะถูกเพ่งเล็งว่าจะส่งผลต่อการหาเสียงในระดับพื้นที่ ในทางกลับกันอาจกล่าวได้ว่าการให้บริการสาธารณะในระดับพื้นที่เป็นภารกิจที่มีแรงขับเคลื่อนใจทางการเมืองให้ผู้บริหารท้องถิ่นดำเนินงานเช่นเดียวกัน

ก. อบจ. นครราชสีมา

ในกรณีการดำเนินงานตามภารกิจด้านสาธารณสุขของ อบจ. นั้น เนื่องจากการบริหารงานระดับ อบจ. ไม่มีพื้นที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน โดยในส่วนภารกิจด้านการรักษา อบจ. นครราชสีมาไม่มีโรงพยาบาลในสังกัด ดังนั้น แนวทางการปฏิบัติงานจึงมุ่งเน้นไปที่งานด้านการส่งเสริม ป้องกันเป็นสำคัญ โดยในกรณีของ อบจ. นครราชสีมาเน้นการดำเนินงานของกองสาธารณสุขของ อบจ. ให้มีความสำคัญกับภารกิจเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านยาเสพติดซึ่งเป็นภารกิจตามยุทธศาสตร์รัฐบาล (Ad hoc) โดยการทำงานจะต้องมีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งจาก หน่วยงานทางการปกครอง ได้แก่ สำนักงานจังหวัด ปปส. และหน่วยงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ สสจ.นครราชสีมา สำนักงานควบคุมโรค โดยบทบาทของ อบจ. ปัจจุบันเน้นไปที่การเป็นหน่วยงานฝ่ายประสานงานและติดต่อผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานอื่นๆ ที่มีความเชี่ยวชาญ ได้แก่ ปปส. ภาค 3 สสจ. พมจ. โดยเป็นโครงการในลักษณะการฝึกอบรมผู้นำชุมชนเพื่อให้เป็นเครือข่ายดูแลและให้ข้อมูลความรุนแรงของปัญหายาเสพติด ประชากรกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ อบจ. ยังสนับสนุนศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเพิ่มเติม (ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพวัดयोगแยง) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ให้การฝึกอบรมและเข้ามาบำบัดทั้งนี้ในกรณีการบำบัดนั้น อบจ. จะมีส่วนช่วยเหลือในด้านงบประมาณ เพื่อดำเนินการบำบัดผู้ติดยาเสพติด เพิ่มเติมจากงบของ ปปส.

ข. เทศบาลนครนครราชสีมา

พัฒนาการและแนวทางการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมีแนวโน้มดีขึ้นในการบริหารจัดการ บนพื้นฐานหลักการกระจายอำนาจฯ และการถ่ายโอนต้องไปพร้อมกัน การกิจถ่ายโอนไปพร้อมงบประมาณ และบุคลากร โดยเริ่มต้นด้วยการนำร่องเพื่อให้สามารถดำเนินการได้ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล อย่างไรก็ตามผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขประสบปัญหาทั้งในแง่ความไม่พร้อมทั้งหน่วยงานถ่ายโอน และหน่วยงานรับถ่ายโอน ดังนั้น สถานภาพของการดำเนินงานภารกิจจึงมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ อปท. นอกจากนี้ ยังพบปัญหาในเชิงโครงสร้างการบริหารงานด้านสาธารณสุขของส่วนราชการจึงทำให้การทำงานที่ทับซ้อนกันกับหน่วยงานอื่น เนื่องจาก ในระดับพื้นที่มีหน่วยเหนือ สองส่วน ทำให้เกิดความสับสนในการดำเนินงานระหว่าง อำนาจสั่งการจากกระทรวงซึ่งบุคลากรสังกัด ขณะที่ สปสช. เป็นหน่วยจัดสรรงบประมาณซึ่งในกรณีของเทศบาลนครโคราชมีภารกิจที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการรักษาอยู่ด้วยเนื่องจากมีสถานพยาบาลอยู่เดิมภายใต้ชื่อ "สุขศาลา" และพัฒนาต่อเป็นศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชน

ทั้งนี้ ปัญหาสำคัญคือ การถ่ายโอนบุคลากร สูตรวิธีการคำนวณงบประมาณจาก สปสช. สำหรับการบริหารงานของ อปท. จะได้รับมาเพื่อบริหารงานศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชนในความรับผิดชอบของเทศบาลนครราชสีมาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มแพทย์ นอกจากนี้การได้รับจัดสรรงบประมาณยังขึ้นอยู่กับขนาดสถานบริการด้านสาธารณสุขเพราะปัจจุบันสถานบริการสาธารณสุขของเทศบาลนครไม่ได้อยู่ในลักษณะโรงพยาบาลตามเกณฑ์การได้รับจัดสรรงบประมาณจากโครงการหลักประกันสุขภาพซึ่งทำให้แนวทางการให้บริการของศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชนของเทศบาลนครไม่สามารถรับผู้ป่วยที่มีสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ

อย่างไรก็ดีในกรณีของเทศบาลนครได้ทำสัญญาเป็นเครือข่ายในลักษณะ Subcontract จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยได้รับการจัดสรรงบประมาณต่อหัว (Unit cost) ให้กับเทศบาลนคร แต่วิธีการคำนวณต้นทุนในปัจจุบันจำเป็นต้องมีการคำนวณรายจ่ายให้เหมาะสมตามรายจ่ายจริงมากกว่าเดิม อาทิ ในกรณีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิต รวมถึง ค่าใช้จ่ายกับผู้ป่วย OPD one stop service ค่า DRG เป็นต้น

สำหรับโครงสร้างการบริหารศูนย์ดูแลสุขภาพของชุมชนที่เรียกว่า Cupboard โดยบริหารศูนย์ ภายใต้รูปแบบคณะกรรมการที่ครอบคลุมทั้งผู้ให้บริการระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้รับบริการ ใน cupboard องค์กรที่อำนาจในทางปฏิบัติปัจจุบันคือผู้บริหารคือ นายกเทศมนตรี และเทศบาลดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ ยังมีประเด็นอื่นๆ อาทิ

- ปัญหาในการดำเนินงานเชิงนโยบาย สาธารณสุขไม่ต้องการถ่ายโอนภารกิจไปยัง อปท.
- ความก้าวหน้าทางอาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องรองรับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อปท.
- ความไม่มั่นใจในเสถียรภาพในการทำงาน
- รพ.สต. ไม่ใช่โรงพยาบาลเนื่องจากการดำเนินงานไม่มีหมอ พยาบาล ในทางปฏิบัติ
- ใช้ระบบเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วย ตามสัญญาที่จัดทำระหว่างสถานพยาบาล โดยเทศบาลนครต้องจ่ายงบประมาณไปให้หน่วยรักษาพยาบาล ซึ่งในบางกรณีเป็นกรณีที่มีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก และทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชนมีภาระหนี้สินกับโรงพยาบาลที่ส่งต่อ (ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ใหญ่)
- การจ่ายยาที่เป็นการจ่ายยาที่มีลักษณะของโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อาจเป็นภาระที่โรงพยาบาลเหล่านี้ต้องจ่าย ซึ่งเริ่มมีสัดส่วนที่มากขึ้น เนื่องจากในบางครั้งผู้ป่วยต้องการความสะดวกจึงไม่ไปยังโรงพยาบาลใหญ่แต่กลับมาใช้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนแทน
- มีปัญหาวินัยทางการเงิน เนื่องจาก ยังใช้เงินงบประมาณไม่ตรงตามวัตถุประสงค์
- ไม่ให้บริการกับประกันเอกชน

ตัวอย่างวิธีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในกรณีภารกิจด้านการรักษาของเทศบาล คือ การวัดระดับความพึงพอใจของประชาชนทุกเดือน ขณะเดียวกันศูนย์ฯ ก็ถูกตรวจสอบจากระบบการประเมินของเทศบาลนครด้วย

ค. อบต. ด้านชุมชน

พื้นที่ตำบลด้านขุนทดมีสถานีนอนมัยในพื้นที่ตำบลด้านขุนทด 1 แห่งดูแลประชาชนครอบคลุมพื้นที่ของเทศบาลตำบลด้านขุนทด และ อบต. ด้านขุนทด สำหรับการดำเนินงานด้านสุขภาพของ อบต. ด้านขุนทด คิดเป็นงบประมาณร้อยละ 10 ต่อปี (ประมาณ 2 ล้านบาท) โดยมุ่งเน้นไปที่งานด้านการส่งเสริม และป้องกันโดย อบต. ได้รับรางวัลและการสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมกิจกรรมด้านสุขภาพจาก สปสช. โดยเข้าร่วมและจัดตั้งศูนย์และดำเนินการจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล มีการจัดทำแผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายแม่และเด็ก ผู้พิการ และผู้สูงอายุ ทั้งนี้งบประมาณที่ได้รับจากกองทุนฯ นั้นมีการจัดสรรโดยกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อใช้สำหรับงานด้านส่งเสริมตามความต้องการของชุมชนโดยตรงจากการเขียนแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพในแต่ละปีงบประมาณ

- ตัวอย่างภารกิจด้านการป้องกันที่สำคัญ คือ การฉีดยากันยุง การแจกทรายอาเบส วัคซีนพิษสุนัขบ้า ซึ่งส่วนใหญ่ อบต. จะใช้วิธีการจัดสรรเงินอุดหนุนให้แก่สถานีนามัยเพื่อดำเนินการ
- ตัวอย่างโครงการสำคัญของ อบต. ด้านชุมชน ได้แก่ โครงการสำรวจจำนวนประชากรผู้สูงอายุ โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรงและชอบออกสังคม 2) กลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรงและชอบอยู่บ้าน ไม่ชอบออกสังคม และ 3) กลุ่มที่มีสุขภาพไม่แข็งแรงอยู่ในระยะสุดท้าย ต้องอยู่ติดเตียง โดย อบต. จะจัดกิจกรรมที่เหมาะสมตามแต่ละกลุ่ม สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงจะจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในวันที่มีการแจกเบี้ยยังชีพและผู้สูงอายุต้องออกมารับเบี้ยยังชีพอยู่แล้ว ขณะที่จะมีกิจกรรมเยี่ยมบ้าน อบต. ประสานงานกับ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกเยี่ยมและมอบชุดของขวัญสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านและติดเตียง กิจกรรมตรวจเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ติดเตียง โดยประสานงานกับทีมแพทย์ พยาบาลออกตรวจและให้กำลังใจ

ง. เทศบาลนครเชียงใหม่

บทบาทหน้าที่ของเทศบาลเชียงใหม่นั้น ในแง่ของสาธารณสุขมีทั้ง รพ.เทศบาล และการทำงานร่วมกัน สปสช. ในเรื่องของการป้องกันเป็นหลัก

ทั้งนี้ มีความเห็นในเรื่องของการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขว่า มีปัญหาใหญ่ที่สามารถสรุปได้อยู่สองประเด็น คือ

ประเด็นแรก เห็นว่า การกระจายอำนาจมีปัญหาในเรื่องของการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือค่าตอบแทนหมอเทศบาล เนื่องจากหมอสังกัดสาธารณสุข จะได้รับค่าตอบแทนจากกระทรวงสาธารณสุข ขณะที่หมอเทศบาลจะได้รับค่าตอบแทนจากกระทรวงมหาดไทย ซึ่งอัตราผลตอบแทนที่ได้รับดังกล่าวมีความแตกต่างกันมาก (เกือบ 50%) และนอกจากค่าตอบแทนที่น้อยกว่าแล้วการกระจายอำนาจยังส่งผลให้หมอเทศบาลมีภาระงานที่มากขึ้นด้วย ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนไม่มีใครที่ยอมออกมาอยู่เป็นหมอเทศบาล ไปอยู่โรงพยาบาลของรัฐหมด อย่างไรก็ตาม เทศบาลเองแม้ว่ามีความประสงค์ที่จะจ้างหมอเอง แต่ก็ติดกฎระเบียบข้อบังคับของกระทรวงมหาดไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราค่าตอบแทนทั้งหมดรายเดือน หรือกรณีจ้างเป็นรายชั่วโมงก็ตาม ซึ่งอัตราดังกล่าวเป็นอัตราที่ต่ำมาก ทำให้ไม่ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจให้หมอมาประจำหรือมาทำงานให้แก่เทศบาล

ประเด็นที่สอง การมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนั้น ส่งผลให้เกิดการผลักภาระหน้าที่จากโรงพยาบาลเอกชนมาให้แก่โรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลของเทศบาล เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนมักจะเก็บค่าใช้จ่ายที่รักษาง่ายหรือเรียกว่ายังมีสุขภาพดีเอาไว้ที่ รพ.เอกชนเอง ขณะที่ผู้ป่วยเรื้อรัง ป่วยหนัก จะถูกส่งต่อมาที่โรงพยาบาลของรัฐหรือ รพ.ของเทศบาล ซึ่งก็ต้องส่งต่อไปที่โรงพยาบาลของรัฐอยู่ดี และไม่สามารถปฏิเสธคนไข้ได้ ทำให้เกิดการขาดทุนและต้องจ่ายเงินเพื่ออุดหนุนทุกปี แทนที่จะนำเงินไปพัฒนาส่วนอื่น ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนนั้นได้เงินอุดหนุนแบบรายหัวไปแล้ว

นอกจากนี้ ยังเห็นว่าการถ่ายโอนเป็นเพียงการถ่ายโอนงานมาเพียงอย่างเดียว ไม่มีการถ่ายโอนอำนาจในการตัดสินใจต่างๆมาให้ ทั้งในเรื่องของงบประมาณที่มีระเบียบข้อบังคับ และการตีความที่ทำให้ทำงานได้ยาก แม้ว่าจะมีหมอบางส่วนที่ยอมมาอยู่ในระดับของ รพ.เทศบาลบ้าง แต่ก็เป็นการมาตามคุณภาพ นั่นคือ มาเนื่องจากอยากอยู่ใกล้ครอบครัวมากกว่า แทบไม่มีหมอเฉพาะทางที่อยากมาเลย แม้ว่าเทศบาลจะมีเงินจ่ายก็ไม่สามารถที่จะจ่ายได้ ที่ผ่านมารพ.เทศบาลจ่ายยาให้กับคนไข้ที่เป็นยาคุณภาพดี แต่ราคาสูงบ้าง เพื่อที่จะพยายามจูงใจให้มีคนมาใช้ รพ.เทศบาลมากขึ้น แต่สุดท้ายก็ถูกควบคุมงบประมาณ งบประมาณที่ได้มาส่วนใหญ่มีการระบุดูประสงค์ของการใช้เงินไว้แล้ว ทำให้ไม่สามารถโอนย้ายเงินไปใช้ทำอย่างอื่นได้ ทำให้สัดส่วนของงบประมาณเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาเมืองลดลง ดังนั้น เห็นได้ว่าการกระจายอำนาจยังคงมีการบังคับใช้อำนาจจากส่วนกลาง มีการกระจายไปแต่ภาระงานเท่านั้น

จ. องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่

บทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่ นั้น ไม่มีฝ่ายที่ทำหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่เฉพาะเจาะจงไปที่การส่งเสริมหรือป้องกัน แต่เป็นการทำหน้าที่สนับสนุนในเรื่องของงบประมาณเป็นสำคัญ เช่น ในกรณีที่สาธารณสุขจังหวัด หรือท้องถิ่น มีงบประมาณที่ใช้ไม่เพียงพอ ทำให้ อบจ. ต้องให้เงินอุดหนุนช่วยเหลือหรือเป็นการช่วยเหลือในกรณีของการป้องกันโรคระบาด โดยการอุดหนุนการพ่นยากันยุง เป็นต้น อาจกล่าวได้ในอีกนัยหนึ่งว่า อบจ. มีหน้าที่ในการสนับสนุนงบประมาณ ขณะที่สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ปฏิบัติ โดยอาจเป็นหน่วยงานอื่นๆก็ได้ เช่น ปศุสัตว์จังหวัด ซึ่งจะมีการขอมาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ความเห็นที่มีต่อการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้น เห็นว่า จำเป็นต้องดูความพร้อมของ อบจ. ด้วย และต้องคำนึงถึงระดับของการกระจายอำนาจว่าจะกระจายไปที่ระดับไหน มีหน่วยงานที่พร้อมจะรองรับหรือไม่ มีสถานพยาบาลที่พร้อมหรือไม่ หรือมีความพร้อมที่จะจัดตั้งหน่วยงานเพิ่มเพื่อรองรับการกระจายอำนาจหรือไม่ นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงความเชื่อมั่นของประชาชนในพื้นที่ที่มีต่อการกระจายอำนาจทางสาธารณสุขด้วย

นอกจากนี้ ยังเห็นว่าในปัจจุบันจังหวัดเชียงใหม่มีความพร้อมในทุกด้านของสาธารณสุขอยู่แล้ว ทำให้บทบาทของ อบจ. น้อยมาก มีเพียงการทำหน้าที่ในการสนับสนุนเป็นหลัก แต่หากมีการกระจายมาให้ อบจ. จริงก็มีความเป็นไปได้ที่จะทำหน้าที่ดังกล่าว แต่ควรที่จะมีกฎหมายรองรับที่ชัดเจน และความที่โรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีความพร้อมด้วย

ปัญหาที่ผ่านมาของพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ในความเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ เห็นว่า ในหน่วยงานที่มีงบประมาณ มักจะไม่มีเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอหรือมีความสามารถพอ รวมถึง ลักษณะงานที่แตกต่างกันของหน่วยงาน อาจส่งผลต่อความพร้อมของหน่วยงานหากมีการกระจายอำนาจอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับ อบต. ที่มีงบประมาณเพียงแค่หลักสิบล้าน ขณะที่เทศบาลมีงบประมาณในระดับร้อยล้าน ทั้งนี้ เห็นว่าควรที่จะทำงานร่วมกันเพื่อแก้ปัญหา

กล่าวโดยสรุป จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในระดับพื้นที่ทั้งในระดับ อบจ. เทศบาล และ อบต. พบประเด็นในมิติด้านบุคลากรร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างปัญหาการถ่ายโอนบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นบุคลากรของ อบต. กระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่สำคัญ คือ

- 1) ปัญหาในเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพ
- 2) สิทธิประโยชน์ที่ลดลงจากเดิม ตัวอย่างเช่น สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการแต่เดิมนั้นสามารถเบิกตรงและไม่ต้องสำรองจ่ายด้วยการทำ MOU กับหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ข้าราชการที่สังกัด อบต. สามารถใช้เครดิตค่ารักษาพยาบาล และสถานพยาบาลเหล่านั้นจะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกับ อบต. ที่บุคคลนั้นสังกัดอยู่
- 3) ข้าราชการมีทัศนคติในการทำงานภายใต้สังกัด อบต. จะทำให้ความมีอิสระในการทำงานลดลง และอาจเกิดการแทรกแซงจากนักการเมืองท้องถิ่นซึ่งจะส่งผลต่อภารกิจที่ต้องปฏิบัติงานไม่ถูกต้องเหมาะสมกับวิชาชีพ
- 4) ในกรณี อบต. ขนาดเล็กปัญหาสำคัญในด้านบุคลากรสาธารณสุข คือ การที่ อบต. ขนาดเล็กไม่สามารถขยายอัตรากำลังได้เนื่องจากความขาดแคลนงบประมาณ ซึ่งด้วยข้อจำกัดของอัตรากำลัง การปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรจึงมีหน้าที่หลากหลายทั้งทางตรงและทางอ้อม
- 5) ในกรณีที่ อบต. มีความขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุข พบว่า อสม. มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เชิงรุกในระดับพื้นที่เป็นอย่างมาก

อย่างไรก็ดี พบว่า สาเหตุที่บุคลากรด้านสาธารณสุขตัดสินใจโอนย้ายมาเป็นบุคลากรของ อบต. นั้นเป็นเรื่องของความต้องการส่วนตัวที่ประสงค์กลับมาอยู่ในภูมิลำเนาเป็นสำคัญ

ภาคผนวกที่ 10

เปรียบเทียบสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและ อปท.

รายการ	บุคลากรสาธารณสุข	บุคลากรสังกัด อปท.
1. สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ที่เป็นตัวเงินเงินเดือนและเงินเพิ่มอื่น ๆ ที่จ่ายควบกับเงินเดือน		
1. เงินเดือน	กฎ ก.พ. ว่าด้วยการให้ข้าราชการพลเรือนสามัญได้รับเงินเดือนพ.ศ. 2551	กฎ กพ . 44 / ประกาศหลักเกณฑ์บริหารงานบุคคล
2. เงินประจำตำแหน่ง	การกำหนดอัตราเงินเดือนสำหรับคุณวุฒิที่ ก.พ. รับรอง พ.ศ.2555 เพื่อบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ โดยให้เป็นแบบช่วงชั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้มีวุฒิต่างประเทศ ใช้บังคับตั้งแต่ 1 ต.ค.53 เป็นต้นไป	ประกาศหลักเกณฑ์เงินประจำตำแหน่ง ในส่วนของข้าราชการ พนักงาน ของ อปท. เช่น พนักงาน อบต. พนักงานเทศบาล พนักงานเมืองพัทยา ข้าราชการ การแพทย์พยาบาล (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร องค์กรการบริหารส่วนจังหวัด ข้าราชการ กทม. ให้เทียบเคียงกับอัตราเงินเดือน เงินประจำตำแหน่งของ ข้าราชการพลเรือน และ เงินประจำตำแหน่งสำหรับ ปลัด ระดับ 6 และ 7 เดือนละ 3,500 บาท
3. เงินเพิ่มต่างๆ (ค่าครองชีพอื่นๆ)	ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินเพิ่มการ ครองชีพชั่วคราวของข้าราชการและลูกจ้างประจำของ ส่วนราชการ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2555	หากมีการปรับอัตราเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง เงิน เพิ่มค่าครองชีพชั่วคราวและเงินตอบแทนอื่น ของ ข้าราชการพลเรือนเพิ่มขึ้น พนักงานส่วนท้องถิ่นจะมี สิทธิได้รับการปรับเบี้ยเพิ่มเช่นเดียวกับข้าราชการพล เรือนโดยอนุโลม
4. เงินค่าตอบแทนพิเศษ (ทุรกิจันดาร)	พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับเบี้ยกัันดาร พ.ศ. 2524	ประกาศหลักเกณฑ์เงิน ค่าตอบ แทนพื้นที่พิเศษ (ทุรกิจันดาร) เช่น เงินค่าตอบแทนพิเศษรายเดือน สำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคใต้
5. ผู้บริหารสถานศึกษาและ ผู้บริหารการศึกษาที่จะ เกษียณอายุราชการและ ดำรงปัจจุบันไม่น้อยกว่า 7 ปีได้เลื่อนระดับเป็นกรณี พิเศษสูงขึ้นอีก 1 ขั้น*		ประกาศหลักเกณฑ์การเลื่อนระดับเป็นกรณีพิเศษ ให้แก่ ขรก. ส่วนท้องถิ่นที่เกษียณอายุราชการ
6. ประโยชน์ตอบแทนอื่นเป็น กรณีพิเศษ (โบนัสไม่เกิน		ประกาศ ก.กลาง เรื่องหลักเกณฑ์การจัดประโยชน์ ตอบแทนอื่นเป็นกรณีพิเศษสำหรับข้าราชการหรือ

รายการ	บุคลากรสาธารณสุข	บุคลากรสังกัด อปท.
5 เท่าของเงินเดือน)*		พนักงานส่วนท้องถิ่น ประกาศ ก.กลาง เรื่องกำหนดเงื่อนไขและวิธีการกำหนดประโยชน์ตอบแทนอื่นแก่ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ลงวันที่ 21 มีนาคม 2549 ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นและลูกจ้างประจำเลื่อนขั้นเงินเดือน/ค่าจ้างทั้งปริม 2 ครั้ง (1 เม.ย. และ 1 ต.ค.) ไม่น้อยกว่า 1 ขั้น
7.เงินเพิ่ม การ ครองชีพชั่วคราว	ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินเพิ่มการครองชีพชั่วคราวของข้าราชการและลูกจ้างประจำของส่วนราชการ พ.ศ. 2548	ประกาศหลักเกณฑ์การได้รับเงินเพิ่มค่าครองชีพชั่วคราว 1,000 บาท/เดือน
8. เงินประจำตำแหน่ง (วิชาชีพเฉพาะ)		ประกาศหลักเกณฑ์เรื่องเงินประจำตำแหน่ง (วิชาชีพเฉพาะ)
9. ค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ	ข้อบังคับ สธ.ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทน จนท. ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัด สธ. 2544	หลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น
10. เงินรางวัลการปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิประกาศ สปสข.	ตามประกาศ สปสข.	ตามประกาศ สปสข.
11. เงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย	พระราชกฤษฎีกาค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ พ.ศ. 2526 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางไปราชการ พ.ศ. 2550	พระราชกฤษฎีกาค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ พ.ศ. 2526 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางไปราชการ พ.ศ. 2550
12. เงินค่าตอบแทนไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว	ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข	
13. เงินค่าตอบแทนพิเศษรายเดือน สำหรับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคใต้	มติ ครม.	มติ ครม.
14. ค่าตอบแทนกำลังคนด้าน สธ.	หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนนายแพทย์ชำนาญการพิเศษว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544	ประกาศหลักเกณฑ์เรื่องการให้พนักงานส่วนท้องถิ่นได้รับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่ง ที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานการสาธารณสุข

รายการ	บุคลากรสาธารณสุข	บุคลากรสังกัด อปท.
15.เงินสวัสดิการสำหรับการ ปฏิบัติงานประจำ สำนักงานในพื้นที่พิเศษ (พ.ร.ฎ. เงินสวัสดิการฯ พ.ศ. 2544)	มติ ครม.	มติ ครม.
16. เงินค่าตอบแทนราย เดือน (ระดับ 8 ขึ้นไป)	ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงิน ค่าตอบแทนนอกเหนือจากเงินเดือนของข้าราชการและ ลูกจ้างประจำของส่วนราชการ พ.ศ. 2547	
2. ค่าตอบแทน		
1. เงินสวัสดิการเกี่ยวกับ การศึกษาของบุตร	พ.ร.ฎ.เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร 2523 และที่ แก้ไขเพิ่มเติม ปี2534 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงิน สวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร พ.ศ. 2551 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงิน สวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตร (ฉบับที่ 2)	ระเบียบกระทรวง มท.ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ การศึกษาของบุตร พนักงานส่วนท้องถิ่นพ.ศ. 2541 ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 และฉบับที่ 3 พ.ศ. 2549 โดย การศึกษาในระดับที่ต่ำกว่าปริญญาตรีสามารถเบิกจ่ายได้ ตามที่จ่ายจริง ส่วนระดับปริญญาตรีจะได้รับครึ่งหนึ่ง ของที่จ่ายจริง
2. เงินทุนสนับสนุน การศึกษาแก่บุตรของ ข้าราชการ และ ลูกจ้างประจำ		ระเบียบกระทรวง มท.ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ การศึกษาของบุตร พนักงานส่วนท้องถิ่นพ.ศ. 2541 ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 และฉบับที่ 3 พ.ศ. 2549 โดย การศึกษาในระดับที่ต่ำกว่าปริญญาตรีสามารถเบิกจ่ายได้ ตามที่จ่ายจริง ส่วนระดับปริญญาตรีจะได้รับครึ่งหนึ่ง ของที่จ่ายจริง
3. เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาล	พ.ร.ฎ. เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปี2545 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปี 2553 หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2545	ระเบียบ มท. ว่าด้วยสวัสดิการเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2541 และระเบียบ มท. ว่าด้วยสวัสดิการเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2549 กรณี รพ. ของรัฐ ได้รับเท่ากับจำนวนเงินที่จ่ายจริง กรณี รพ. เอกชน จะได้เฉพาะกรณีฉุกเฉิน และเฉพาะ ค่ารักษาพยาบาลครึ่งหนึ่งของที่จ่ายจริง
4. เงินค่าทำขวัญกรณีได้รับ อันตรายหรือบาดเจ็บ จากการปฏิบัติหน้าที่	ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินทำขวัญข้าราชการ และลูกจ้าง, ระเบียบคณะกรรมการว่าด้วยหลักเกณฑ์และ วิธีการขอรับ เงินทำขวัญ และพิจารณาเงินทำขวัญ ข้าราชการ และลูกจ้าง พ.ศ. 2550	ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินทำขวัญข้าราชการ และลูกจ้าง, ระเบียบคณะกรรมการว่าด้วยหลักเกณฑ์ และวิธีการขอรับ เงินทำขวัญ และพิจารณาเงินทำขวัญ ข้าราชการ และลูกจ้าง พ.ศ. 2550

รายการ	บุคลากรสาธารณสุข	บุคลากรสังกัด อปท.
		ประกาศ ก.กลาง เรื่อง เงินทำขวัญข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่นและลูกจ้าง อปท. ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2547
	ได้รับเงินทำขวัญตามที่กระทรวงการคลังกำหนด	ได้รับเงินทำขวัญตามที่กระทรวงการคลังกำหนด
5. เงินรางวัลกรรมการ	ระเบียบกระทรวงการคลัง	ประกาศหลักเกณฑ์เงินค่าตอบแทนกรรมการ
6. เงินสมนาคุณวิทยากร	ระเบียบกระทรวงการคลัง	ประกาศหลักเกณฑ์เงินค่าตอบแทนกรรมการ
7. ค่าเช่าบ้าน	พ.ร.ฎ.ค่าเช่าบ้านพ.ศ. 2527แก้ไข ปี 2545 ซึ่งได้รับตาม อัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด	ระเบียบ มท. ว่าด้วยค่าเช่าบ้านของ ราชการส่วนท้องถิ่นพ.ศ. 2548 ได้รับค่าเช่าบ้านกรณีโอนย้ายตามความประสงค์ด้วย ให้ได้รับตามที่จ่ายจริงตามสภาพแห่งบ้าน และไม่เกิน อัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด และพนักงานส่วน ท้องถิ่นสามารถนำค่าเช่าบ้านไปเช่าซื้อบ้านได้
8. เงินเกี่ยวกับศพซึ่งถึงแก่ ความตายในระหว่าง เดินทางไปราชการ		พ.ร.บ.สงเคราะห์ข้าราชการผู้ได้รับอันตรายและการ เจ็บป่วยเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2546
9. เงินสงเคราะห์ผู้ที่ได้รับ อันตรายหรือป่วยเจ็บ เพราะเหตุปฏิบัติ ราชการ	พ.ร.บ.สงเคราะห์ข้าราชการผู้ได้รับอันตรายและการป่วย เจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2546	พ.ร.บ.สงเคราะห์ข้าราชการผู้ได้รับอันตรายและการ ป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2546
10. บำเหน็จบำนาญ (กรณี ไม่เป็นสมาชิก กบข.)	พรบ.บำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2494 และที่แก้ไข เพิ่มเติม บำเหน็จ จะคำนวณจาก เงินเดือนเดือนสุดท้ายคูณ จำนวนปีราชการ ส่วน บำนาญ คำนวณจากเงินเดือน เดือนสุดท้ายคูณจำนวนปีราชการหารด้วย 50	พ.ร.บ.บำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2500 (แก้ไขเพิ่มเติม) และในกรณีผู้บริหารที่จะ เกษียณอายุราชการและดำรงปัจจุบันไม่น้อยกว่า 7 ปี ได้เลื่อนระดับเป็นกรณีพิเศษสูงขึ้นอีก 1 ขั้น บำเหน็จ จะคำนวณจาก เงินเดือนเดือนสุดท้ายคูณ จำนวนปีราชการ ส่วน บำนาญ คำนวณจากเงินเดือน เดือนสุดท้ายคูณจำนวนปีราชการหารด้วย 50
11. กองทุน กบข.	พ.ร.บ. กองทุนบำเหน็จบำนาญ ขรก. พ.ศ. 2539.	ระเบียบ มท. ว่าด้วยเงินกองทุนบำเหน็จบำนาญ ขรก. ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2500 (แก้ไขเพิ่มเติม)
12. บำเหน็จดำรงชีพ	พรบ.กองทุนบำเหน็จ บำนาญข้าราชการ(ฉบับที่3) พ.ศ. 2546	พ.ร.บ.บำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2500 (แก้ไขเพิ่มเติม)

รายการ	บุคลากรสาธารณสุข	บุคลากรสังกัด อปท.
	กฎกระทรวง กำหนดอัตราและวิธีการรับบำเหน็จดำรงชีพ พ.ศ. 2546	
13. บำเหน็จความชอบค่าตอบแทนและการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และประชาชนผู้ปฏิบัติหน้าที่ราชการหรือช่วยราชการ เนื่องในการป้องกันอธิปไตยและรักษาความสงบเรียบร้อยของประเทศ	พ.ร.บ.สงเคราะห์ผู้ประสบภัยเนื่องจากการช่วยเหลือราชการ การปฏิบัติงานของชาติหรือการปฏิบัติตามหน้าที่มนุษยธรรม 2543	พ.ร.บ. สงเคราะห์ผู้ประสบภัย เนื่องจากการช่วยเหลือราชการ การปฏิบัติงานของชาติหรือการปฏิบัติตามหน้าที่มนุษยธรรม 2543
14. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการในและนอกราชอาณาจักร(ชั่วคราว) ได้แก่ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่พักและค่าพาหนะเดินทาง	พ.ร.ฎ.ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ 2534 (ฉบับที่ 5)	พ.ร.ฎ.ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ 2534 (ฉบับที่ 5)
15. ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลา	ข้อบังคับสธ.ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทน จนท. ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัด สธ. 2544	ที่หลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น
16. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการในและนอกราชอาณาจักร(ประจำ) ได้แก่ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่พักและค่าพาหนะเดินทาง ค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว	ระเบียบ กค.ว่าด้วยการเบิกจ่ายเบี้ยเลี้ยงเดินทางและค่าเช่าที่พัก ในการเดินทางไปราชการ พ.ศ. 2534	ระเบียบ กค.ว่าด้วยการเบิกจ่ายเบี้ยเลี้ยงเดินทางและค่าเช่าที่พัก ในการเดินทางไปราชการ พ.ศ. 2534
17. ค่าใช้จ่ายสำหรับเดินทางกลับภูมิลำเนา(กรณีออกจากราชการและกรณีถูกสั่งพักราชการ)		หนังสือกระทรวงมหาดไทยที่เกี่ยวข้อง
18. เงินช่วยพิเศษกรณีถึงแก่ความตาย	พ.ร.บ.สงเคราะห์ข้าราชการผู้ได้รับอันตรายและการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2546	พ.ร.บ.สงเคราะห์ข้าราชการผู้ได้รับอันตรายและการป่วยเจ็บเพราะเหตุปฏิบัติราชการ พ.ศ. 2546

รายการ	บุคลากรสาธารณสุข	บุคลากรสังกัด อปท.
	พระราชกฤษฎีกาการจ่ายเงินเดือน เงินปี บำเหน็จ บำนาญและเงินอื่น ในลักษณะเดียวกัน พ.ศ. 2535	
19. ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมทั้งในและต่างประเทศ	ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ. 2545	ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ. 2545
20. เงินประโยชน์ตอบแทนอื่น (เงินรางวัล)		ประกาศ ก.กลาง เรื่องหลักเกณฑ์การจัดประโยชน์ตอบแทนอื่นเป็นกรณีพิเศษสำหรับข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ประกาศ ก.กลาง เรื่องกำหนดเงื่อนไขและวิธีการกำหนดประโยชน์ตอบแทนอื่นแก่ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ลงวันที่ 21 มีนาคม 2549 ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นและลูกจ้างประจำเลื่อนขั้นเงินเดือน/ค่าจ้างทั้งปริม 2 ครั้ง (1 เม.ย. และ 1 ต.ค.) ไม่น้อยกว่า 1 ขั้น
3. สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ที่มีใช้ตัวเงิน		
1. เครื่องราชอิสริยาภรณ์	พ.ร.บ.เครื่องราชย์ฯ	
2. การขอพระราชทานเพลิงศพ	ระเบียบสำนักนายก	ระเบียบสำนักนายก
3. การลาศึกษาต่อการใช้เงินทุน เนื่องจากการลาศึกษา		ประกาศหลักเกณฑ์การบริหารงานบุคคล
4. การนับอายุราชการและอายุราชการ	พ.ร.บ.บำเหน็จบำนาญ	ประกาศหลักเกณฑ์การบริหารงานบุคคล
5. สหกรณ์ออมทรัพย์	ข้อบังคับแต่ละสหกรณ์	ข้อบังคับแต่ละสหกรณ์
6. สมาคมฌาปนกิจศพสงเคราะห์	มกส.	
7. การตรวจสอบสุขภาพประจำปี	ได้รับตามระเบียบกระทรวงการคลัง	ได้รับตามระเบียบ มท.ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2541

รายการ	บุคลากรสาธารณสุข	บุคลากรสังกัด อปท.
8. สิทธิการลา - ลาป่วย - ลาคลอดบุตร - ลากิจส่วนตัว - ลาพักผ่อน - ลาอุปสมบทหรือลาไปประกอบพิธีฮัจญ์ - ลาเข้ารับการตรวจเลือกหรือเข้ารับการเตรียมพล - ลาไปศึกษา ฝึกอบรม ศึกษาดูงานหรือปฏิบัติการวิจัย - ลาไปปฏิบัติงานในองค์การระหว่างประเทศ - ลาติดตามคู่สมรส	- ระเบียบ ว่าด้วยการลาของข้าราชการ พ.ศ.2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมปี 2539	ประกาศหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล

ภาคผนวกที่ 11

รายละเอียดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

ลักษณะระบบประกัน	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
1. รูปแบบประกัน	
รูปแบบ	สวัสดิการสังคม
ผู้มีสิทธิ	ประชาชนไทยทั้งหมดที่ไม่ได้สิทธิตามระบบสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม
จำนวน (ปี 52)	47.56 ล้านคน
2. สิทธิประโยชน์	
สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน	1. การตรวจรักษาและฟื้นฟูสุขภาพทั่วไป 2. การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 3. กรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน 4. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สิทธิประโยชน์เพิ่มเติม	1. ยาด้านไวรัสเอดส์ 2. ผู้ป่วยไตวาย การบำบัดทดแทนไตวายเรื้อรัง 3. โรคเฉพาะ เช่น โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ฮีโมฟีเลีย โรคตาต่อกระจก เป็นต้น 4. บริการควบคุม ป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 5. ทันตกรรม 6. ผู้ป่วยจิตเวช
การคุ้มครองเพิ่มเติมจากผู้มีสิทธิ	เฉพาะบุคคล
การสร้างเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค	ประกอบด้วยชุดสิทธิประโยชน์ 10 กลุ่ม
3. การเงินการคลัง	
แหล่งเงิน	เงินงบประมาณ
กลไกการจ่ายเงิน	เหมาจ่ายรายหัว (capitation) 2,814.75 บาท/คน/ปี (ค่าของงบประมาณปี 54) สำหรับบริการส่งเสริมป้องกัน และผู้ป่วยนอก ขณะที่ผู้ป่วยในจัดสรรงบยอดรวมตามน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG
การร่วมจ่ายค่าบริการ	ไม่ต้องจ่ายร่วม

ภาคผนวกที่ 12

สรุปแผนรายจ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับท้องถิ่น
ตัวอย่าง องค์การบริหารส่วนตำบลด่านขุนทด ปีงบประมาณ 2555

ที่	ชื่อโครงการ	งบประมาณ
1	ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กมีพัฒนาการสมวัย	44,000
2	TO BE NUMBER ONE	108,500
3	มหกรรมออกกำลังกาย	80,000
4	ดูแลคนไทยกลุ่มเสี่ยง	68,250
5	พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	79,000
6	ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พิการ	27,250
7	พัฒนาหมู่บ้านลดเสี่ยงตามสุขภาพดีวิถีไทย	12,200
8	ชุมชนปลอดภัยไร้เลือดออก	38,000
9	คุ้มครองผู้บริโภค	21,750
10	เกษตรกรปลอดภัยสารพิษ	26,900
11	สมุนไพร	10,000
12	ศูนย์เด็กเล็ก	30,000
13	ติดตามเยี่ยมวันโรค	5,000
14	ครัวเรือนสะอาด ปราศจากโรค	15,000
15	จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์	50,000
16	พัฒนาคณะกรรมการกองทุน	61,585
รวม		677,435

ภาคผนวกที่ 13

การเปรียบเทียบระบบ กบข. กับ กบท.

รายการ	ระบบกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.)	ระบบกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ ส่วนท้องถิ่น (กบท.)
1. ลักษณะของกองทุน	ตั้งเป็นกองทุนและมีการกันเงินไว้ (Funded) เพื่อจ่ายเป็นเงินสะสมเงินสมทบ เงินชดเชย และเงินประเดิม	ตั้งเป็นกองทุน โดยระดมเงินทุนจากราชการ ส่วนท้องถิ่น เพื่อจ่ายเป็นบำเหน็จบำนาญ
2. ระบบการจ่ายเงิน	เป็นระบบผสมของระบบบำเหน็จบำนาญ กับ ระบบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพที่ข้าราชการและ รัฐร่วมกันจ่ายเงินเข้ากองทุน (Defined Contribution)	เป็นกองทุนที่รับรองการจ่ายเงินตอบแทน จำนวนหนึ่งที่แน่นอน (Defined Benefit)
3. ผู้ที่เข้าอยู่ในระบบ	(1) ข้าราชการที่ได้รับการบรรจุและแต่งตั้งใหม่ทุกประเภท (ยกเว้นข้าราชการส่วนท้องถิ่น ข้าราชการการเมือง) ที่เข้ารับราชการ หลังกฎหมายกองทุนบำเหน็จบำนาญ ข้าราชการมีผลใช้บังคับ (ตั้งแต่ 27 มี.ค.40) (2) ข้าราชการที่บรรจุก่อน 27 มี.ค.40 (ยกเว้นข้าราชการส่วนท้องถิ่น ข้าราชการการเมือง) ที่สมัครใจเข้าเป็นสมาชิกกองทุน	ข้าราชการส่วนท้องถิ่นทุกคน
4. การจ่ายเงินเข้ากองทุน	<u>ข้าราชการ</u> ที่เป็นสมาชิกกองทุนฯ ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนฯ ทุกเดือน ในร้อยละ 3 ของเงินเดือน <u>รัฐบาล</u> 1) จ่ายเงินประเดิมให้ครั้งแรกครั้งเดียว เฉพาะ ข้าราชการที่รับราชการก่อน 27 มี.ค. 40 ที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกกองทุนฯ ในอัตราร้อยละ 2 ของเงินเดือน 2) จ่ายเงินชดเชยเข้ากองทุนทุกเดือน ในอัตราร้อยละ 2 ของเงินเดือน	ราชการส่วนท้องถิ่นส่งเงินสมทบ ก.บ.ท. ดังนี้ 1) เทศบาล อัตราร้อยละ 2 ของประมาณการรายรับ 2) องค์การบริหารส่วนจังหวัด และ องค์การบริหารส่วนตำบล อัตราร้อยละ 1 ของประมาณการรายได้

รายการ	ระบบกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.)	ระบบกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ ส่วนท้องถิ่น (กบท.)
	จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนทุกเดือนในอัตรา ร้อยละ 3 ของเงินเดือน (กรณีที่ข้าราชการสมาชิกเลือกการอบรม)	
5. การจ่ายเงินกองทุน	รัฐบาล จ่ายเงินบำเหน็จบำนาญ กบข. 1. จ่ายเงินประเดิม เงินชดเชย เงินสมทบที่ได้รับจากรัฐบาล 2. จ่ายเงินสะสมที่ได้รับจากสมาชิก 3. จ่ายเงินผลประโยชน์ตอบแทน ของเงินตามข้อ 1 และข้อ 2	ก.บ.ท. เป็นผู้จ่ายเงินบำเหน็จบำนาญ
6. การจ่ายเงินให้ข้าราชการ สมาชิกกองทุน 6.1 กรณีเกษียณอายุ ราชการ และมีอายุราชการ ตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป	ได้รับเงินสองส่วน คือ 1. ตั้งบำนาญหรือบำเหน็จ ก. เงินบำนาญ เงินบำนาญ = อัตราเงินเดือนเฉลี่ย 60 เดือน สุดท้าย x เวลาราชการ / 50 (แต่ไม่เกินร้อยละ 70 ของอัตราเงินเดือนเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย) ข. เงินบำเหน็จ เงินบำเหน็จ = เงินเดือนเดือนสุดท้าย x เวลาราชการ 2. เงินที่สมาชิกและรัฐร่วมกันจ่ายสะสม และสมทบค่านวนจากเงินสะสม เงินชดเชย เงินสมทบ เงินประเดิม (ถ้ามี) และ ผลประโยชน์ของเงินดังกล่าว หากสมาชิกประสงค์จะรับเงิน บำเหน็จ ตาม ข. ยังคงได้รับเงินตามข้อ 2 ยกเว้นเงินชดเชย และเงินประเดิม (เวลาราชการเพื่อกำหนดให้นับจำนวนปี รวมทั้งเศษของปีด้วย)	มีสิทธิเลือกรับเงิน ดังนี้ ก. เงินบำนาญ เงินบำนาญ = เงินเดือนเดือนสุดท้าย x เวลา ราชการ/50 ข. เงินบำเหน็จ เงินบำเหน็จ = เงินเดือนเดือนสุดท้าย x เวลาราชการ กรณีเลือกรับบำนาญ และเป็นข้าราชการ ส่วนท้องถิ่นก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2535 จะได้รับเงินเพิ่มอีกร้อยละ 25 ของเงิน บำนาญ (เวลาราชการในการคำนวณให้นับจำนวนปี เศษของปี ถ้าถึงครึ่งปีให้นับเป็นหนึ่งปี)

รายการ	ระบบกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.)	ระบบกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ ส่วนท้องถิ่น (กบท.)
6.2 กรณีออกจากราชการ เพราะเหตุรับราชการนาน	ไม่มีการออกจากราชการด้วยเหตุรับราชการนาน	ได้รับบำเหน็จบำนาญเช่นเดียวกับ 6.3
7. ฐานะกองทุน	กองทุนมีฐานะเป็นนิติบุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงการคลัง บริหารงานโดยคณะกรรมการกองทุน ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแทนภาครัฐบาล ตัวแทนของข้าราชการที่เป็นสมาชิกกองทุนและผู้ทรงคุณวุฒิ	กองทุนมีฐานะเป็นส่วนราชการ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงมหาดไทย บริหารงานโดยคณะกรรมการกองทุน ซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนภาครัฐบาล และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
8. สำนักงานกองทุน	กองทุนมีสำนักงานกองทุน มีฐานะเป็นนิติบุคคล และเป็นหน่วยงานอิสระ เพื่อปฏิบัติงานตามมติของคณะกรรมการกองทุน	กองทุนมีสำนักงานกองทุนปฏิบัติงานตามมติของคณะกรรมการกองทุน
9. การหาผลประโยชน์ของกองทุน	1. ดอกเบี้ยเงินฝากธนาคาร 2. มีการนำเงินกองทุนไปลงทุนหาผลประโยชน์ ตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกองทุน ฯ กำหนด	1. ดอกเบี้ยของเงินฝากของเงินกองทุน 2. ให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมทั้งสหกรณ์ออมทรัพย์ของข้าราชการส่วนท้องถิ่นกู้เงิน 3. ลงทุนตามที่ระเบียบกระทรวงมหาดไทยกำหนด

ที่มา: กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ภาคผนวกที่ 14

การสัมมนา โครงการวิจัยประเมินผลแผนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ด้านสุขภาพ

สถานที่ ห้อง Monet Pissarro ชั้น 4 โรงแรมโนโวเทล สยามสแควร์ กรุงเทพฯ

วันจันทร์ที่ 14 มกราคม 2556 เวลา 9.00-12.00 น.

รายชื่อผู้เข้าร่วมการสัมมนา

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. ศ.ดร.สกันธ์ วรรณวิวัฒนา | คณะกรรมการกำกับแผนงานวิจัย สวรส. (คณะเศรษฐศาสตร์ มธ.) |
| 2. ผศ.ดร.ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์ | ที่ปรึกษาโครงการ (คณะรัฐศาสตร์ มธ.) |
| 3. ดร.สุพยุต โอสรประสพ | ผู้เชี่ยวชาญโครงการพัฒนามนุษย์ ธนาคารโลก สาขาประเทศไทย |
| 4. นายณรงค์ เชื้อบุญช่วย | นักวิเคราะห์นโยบายและชำนาญการพิเศษ สำนักงาน
คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น |
| 5. ผศ.ดร.จรวัยพร ศรีศัลลักษณ์ | สวรส. |
| 6. อ.ดร.ศุภชัย ศรีสุชาติ | หัวหน้าโครงการวิจัย |
| 7. อ.ดร.แก้วขวัญ ตั้งติพงศ์กุล | นักวิจัย |
| 8. อ.ดร.อนิน อรุณเรืองสวัสดิ์ | นักวิจัย |
| 9. นายนรา แป้นประหยัด | นักวิจัย |
| 10. รศ.ตระกูล มีชัย | คณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิจัยและพัฒนาระบบการกระจาย
อำนาจด้านสุขภาพ สวรส. |
| 11. นายสุธี อันตระกูล | คณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิจัยและพัฒนาระบบการกระจาย
อำนาจด้านสุขภาพ สวรส. |
| 12. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา | คณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิจัยและพัฒนาระบบการกระจาย
อำนาจด้านสุขภาพ สวรส. |
| 13. นายศุภจิต สอนินุช | เจ้าหน้าที่สื่อสารฯ สวรส. |
| 14. คุณสุภาวดี นุชรินทร์ | เจ้าหน้าที่ประสานงานวิชาการ สวรส. |
| 15. คุณจิตติมา นวชื่นกุล | เจ้าหน้าที่สื่อสารฯ สวรส. |
| 16. นพ.ทรงยศ ชัยชนะ | คณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิจัยและพัฒนาระบบการกระจาย
อำนาจด้านสุขภาพ สวรส. (ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข) |
| 17. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ | คณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิจัยและพัฒนาระบบการกระจาย
อำนาจด้านสุขภาพ สวรส. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและ
ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข |
| 18. นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ | ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข |
| 19. นางเยาวมาลย์ เสือแสงทอง | อดีต ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ |

- | | |
|--------------------------------|--|
| | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 20. ผู้แทนนายลือชัย ศรีเงินยวง | รองศาสตราจารย์ ระดับ 9 ภาควิชาสังคมและสุขภาพ
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 21. คุณวรรณฯ หาญเหริญ | ผู้อำนวยการสำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค |
| 22. นายชนาธิป นวลแจ่ม | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กรมควบคุมโรค |
| 23. นางวิมล โรมา | รักษาการ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กรมอนามัย |
| 24. คุณแสงโสม สีนะวัฒน์ | ผู้อำนวยการ สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย |
| 25. ผศ.ดร.ดวงมณี เลาวกุล | คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 26. น.ส.นริสา พิชัยวรุฒมะ | นักวิเคราะห์นโยบายและชำนาญการพิเศษ สำนักงาน
คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น |
| 27. ผู้แทนนายสันติ ทวยมีฤทธิ์ | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 28. นายพหล แก้วเอียน | ผู้อำนวยการส่วนนโยบายการคลังท้องถิ่น
สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง |
| 29. นายชุมพล สุวรรณกิจบริหาร | เศรษฐกิจชำนาญการพิเศษ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง |
| 30. นายทองดี มุ่งดี | นักวิเคราะห์ฯ ชำนาญการ สนย. |
| 31. นายสมยศ | นักวิเคราะห์ฯ ชำนาญการ สนย. |
| 32. น.ส.อรชร เกิดพิบูลย์ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 33. นายทนต์ศักดิ์ ทวีทอง | เลขาธิการสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย
สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย |
| 34. นายชนะชัย ขอบบัว | รองปลัด อบจ. จังหวัดนครราชสีมา |
| 35. คุณวาสนา หนูวัน | พยาบาลวิชาชีพ อบจ. นครราชสีมา |
| 36. นายมานพ เชื้อบัณฑิต | ผอ. กองสาธารณสุข อบจ. หนองบัวลำภู |
| 37. คุณมณฑิลา ทองหล่อ | ผอ. สำนักงานสาธารณสุข เทศบาลนครนครสวรรค์ |
| 38. นายโนน มณีฉาย | นิสิตจุฬาฯ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 39. คุณกฤษณ์ พงศ์จิร | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 40. น.ส.ณัฐภรณ์ เลี้ยวรัสกุล | นักวิจัยมูลนิธิสถาบันศึกษานโยบายสาธารณะ |
| 41. นายพนมเทียน เสี่ยงสืบ | ผอ. สส.ส. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น |
| 42. คุณพรทิพย์ จิรศรีสกุล | หน. ศ. สธ. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น |
| 43. คุณพรทิพย์ ศิริพานพงศ์ | ผู้อำนวยการฯ กองแผนงานฯ |
| 44. น.ส.อัญชลี ห่วงทอง | |
| 45. นายวิศรุต มาลสุขุม | |

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 46. คุณนฤมล อุดมย์ | ผู้สื่อข่าววิทยุ |
| 47. คุณปรีดา หวังเกียรติ | ผู้สื่อข่าว Bangkok Post |
| 48. คุณสรุณี รัชชัยวัฒน์ | ผู้สื่อข่าว ASTV ผู้จัดการ |
| 49. คุณศุภชาติ เล็บนาค | ผู้สื่อข่าว Post Today |
| 50. คุณอภิวรรณ เกาฬีน | ผู้สื่อข่าว Thai Post |
| 51. คุณกมล ขวาลวิทย์ | ผู้สื่อข่าว Thai Publica |

สรุปการถอดเทปการสัมภาษณ์

Section 1: การนำเสนอผลการศึกษา

1. การบรรยาย โดย อ.ดร.ศุภชัย ศรีสุชาติ หัวหน้าโครงการวิจัย

เหตุผลที่การศึกษาโครงการฯ นี้จำเป็นต้องมีนักเศรษฐศาสตร์เข้าเกี่ยวข้องนั้น เนื่องจากต้องการที่จะทำการศึกษาในในแง่ของประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ ความเท่าเทียมกัน และในแง่ของการจัดสรรทรัพยากร ในที่ประชุมนี้ก็จะมีการตั้งคำถามมากมาย บางท่านเป็นหมอ บางท่านเป็นผู้ปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งแต่ละฝ่ายย่อมมีมุมมองเป็นของตัวเอง แต่เราจะทำอย่างไรให้สามารถรวบรวมมุมมองเหล่านั้นเข้ามาได้ ใครมีหน้าที่บทบาทอย่างไร ใครมีแนวคิดอย่างไร จะได้แสดงความคิดเห็นร่วมกัน เพื่อจะนำไปสู่ข้อสรุป ซึ่งในที่นี้ โจทย์ที่นักวิจัยต้องตอบ คือ การประเมินผล ซึ่งเป็นหน้าที่ของทางทีมวิจัยที่จำเป็นต้องฟันธง

วัตถุประสงค์ของโครงการนี้ คือ การประเมินผลแผนการกระจายอำนาจ ซึ่งผลของการกระจายแผนที่เราประเมินคือ ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 สิ่งที่เราวิจัยได้พบเจอมาอาจจะจะมีแง่มุมบางมุมที่ทุกท่านอาจจะคิดไม่ถึง วันนี้เราจะได้มาพูดคุยกันในด้านของสุขภาพเท่านั้น และผมคาดว่าเราจะทำอย่างไรให้ข้อคิดเห็นที่ได้ในวันนี้แทรกเข้าไปอยู่ใน แผนการกระจายอำนาจฉบับที่ 3 ซึ่งอาจทำได้ยากมาก แต่อย่างไรก็ดี ก็จะทำให้ได้แนวคิดในการปรับการดำเนินการในแผนที่ 3 ต่อไป

กรอบแนวทางในการประเมิน มีด้วยกัน 4 เรื่อง คือ (1) ภาพรวมในระดับประเทศว่าเป็นอย่างไร (2) การบูรณาการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งต้องยอมรับว่า ในด้านสุขภาพแล้วมีผู้เล่นมากมายที่เข้ามามีส่วนได้ส่วนเสีย (3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยที่มาจากภาครัฐ ความมีอิสระของ อปท. ในการดำเนินงาน ทั้งนี้ เราได้ทำการสำรวจวรรณกรรมต่างๆ ที่เคยศึกษา ส่วนใหญ่แล้วจะมุ่งเน้นไปที่การถ่ายโอนสถานีนอนมัย ซึ่งเป็นเพียงแค่ส่วนหนึ่งของการกระจายอำนาจเท่านั้น ยังเหลืองานอื่นซึ่งท้องถิ่นถือว่าทำได้ดี คือ งานด้านการส่งเสริม ด้านการป้องกัน แต่อย่างไรก็ดี เราขอฟันธงว่าแผนการกระจายอำนาจของเราไม่สำเร็จในเชิงปริมาณ นอกจากการสำรวจวรรณกรรมแล้ว เรายังได้เข้าไปดูข้อมูลทุติยภูมิอื่น และได้ยืนยันผลการศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้เกี่ยวข้อง มี 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ (1) คณะกรรมการผู้จัดทำแผนเชิงนโยบาย คณะกรรมการกกถ. ทั้งอดีตและปัจจุบัน เช่น ศ.ดร.สกันธ์ ผศ.ดร.ศุภสวัสดิ์ ผู้ที่เขียนแผนการกระจายอำนาจ ฉบับที่ 1 และ

ฉบับที่ 2 ซึ่งเราอยากทราบถึงปัญหาของแผนที่ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 (2) กลุ่มต่อมาคือ กลุ่มของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ทำหน้าที่ถ่ายโอนอำนาจนี้ และ (3) กลุ่มสุดท้าย คือ กลุ่มท้องถิ่น เพื่อลงไปดูการปฏิบัติการของท้องถิ่น ในมุมมองของ ผู้บริหารท้องถิ่นเอง เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่ามันคือการเชื่อมโยง ระดับชาติ ระดับส่วนกลาง ระดับภูมิภาคและระดับท้องถิ่น โดยที่กุญแจสำคัญ คือ การกระจายอำนาจต้องไปตามกระแสของโลก (Global Trend) แต่อย่างไรก็ดี การไปในจุดนั้นสามารถไปได้หลายรูปแบบด้วยกัน ซึ่งรูปแบบที่พบได้บ่อยครั้งมีอยู่ด้วยกัน 4-5 รูปแบบ ในกรณีของประเทศไทย คือ การถ่ายโอนภารกิจ แต่ในมุมมองของนักวิจัยมองว่าเป็น 2 แบบ คือ (1) การมอบอำนาจให้แก่กลุ่มที่เป็นองค์กรได้บังคับบัญชา ซึ่งคือรูปแบบ Deconcentration/Administrative Decentralization ซึ่งก็คือกลุ่มของกระทรวง และ (2) รูปแบบ Delegation คือ การมอบอำนาจให้องค์กรภายใต้การกำกับ แต่มันไม่ใช่รูปแบบของการกระจายอำนาจที่เราอยากไปจริงๆ สิ่งที่เกิดขึ้นจริงๆ เป็นแค่เพียงการมอบหมาย สิ่งหนึ่งที่ผู้วิจัยได้มีความเป็นห่วง คือ ความเชื่อมโยง (Linked) ต่อกัน และความรับผิดชอบ (Accountability) ต่อกัน ว่ามีมากนักน้อยเพียงใด

หากมองในเชิงของเป้าหมายของการกระจายอำนาจแล้ว เราสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ (1) เป้าหมายทางเศรษฐศาสตร์ นั่นคือ การรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจไม่ใช่เรื่องใหญ่ เรื่องที่เราควรจะมองคือการจัดสรรทรัพยากรมากกว่า ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 เรื่อง คือ ด้านความมีประสิทธิภาพและ ความเท่าเทียมกัน และ (2) เป้าหมายของทางรัฐศาสตร์ แต่อย่างไรก็ตามมีเรื่องที่ต้องพึงระวัง เนื่องจากสามารถส่งผลการจัดสรรทรัพยากรการกระจายอำนาจตรงนี้ได้ด้วย เช่น เรื่องของพื้นที่ ของท้องถิ่น หรือ มาตรฐานการให้บริการ และความกังวลในเรื่องของการเข้าซ้อน ซึ่งถ้าหากมีการเข้าซ้อนก็ย่อมจะทำให้การจัดสรรทรัพยากรไม่มีประสิทธิภาพ

จากกรอบต่างๆ ที่ได้กล่าวมา เมื่อพิจารณาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติในแผนฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 เริ่มจากการประเมินผลของการกำหนดนโยบาย การถ่ายโอน และปัญหาที่เกิดขึ้นในเชิงปฏิบัติ ซึ่งในแผนแรกช่วงแรกจะกล่าวถึงในเรื่องของ ภารกิจ ค่าใช้จ่าย รายได้ ที่ อปท.ได้รับควรจะเป็นอย่างไร แต่อย่างไรก็ดี ภาพของการไปถึงจุดนั้นยังไม่ชัดเจน ต่อมาในแผนที่ 2 ได้มอง 3 ตัวหลัก ได้แก่ New public Management, Performance Base Budgeting, Area Base Budgeting และการเสริมสร้างความพร้อมให้แก่ อปท. เอง หรือ หน่วยงานต่างๆ จะทำอะไร และการที่จะรวบรวมหน่วยงานต่างๆ ให้มีบูรณาการกันสามารถทำได้ อย่างไร โดยที่หลักการสำคัญของเรื่องนี้คือ “งานไป เงินไป ตำแหน่งไป” ซึ่งสิทธิประโยชน์ต้องไม่ลดลง ทั้งนี้ ในตอนนี้ยังคงเป็นภาพเช่นนี้อยู่ แต่ว่าต่อไปในอนาคตมันจะเป็นเช่นนั้นหรือไม่ ท้ายสุดอยากมุ่งเน้นให้ อปท. สามารถจัดบริการสาธารณะได้ด้วยตนเอง และมีคุณภาพ ซึ่งอีกฝ่ายก็มองว่า คุณภาพจะอยู่ได้อย่างไร ภายใต้การกระจายอำนาจแบบนี้

2. การนำเสนอของ อ.ดร.อนิน อรุณเรืองสวัสดิ์ นักวิจัย ในเรื่องของหลักการ การกระจายอำนาจกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

โดยทั่วไปแล้ว ข้อดีของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ คือ ท้องถิ่นเองย่อมรู้ถึงปัญหาในท้องถิ่นเองได้ดีกว่าส่วนกลาง ทำให้ประชาชนในพื้นที่และท้องถิ่นสามารถมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ทำให้ใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพกว่า มีปัญหาในเรื่องของการย้ายถิ่นฐานน้อย มีโอกาสได้แก้ไขปัญหาลocal ในท้องถิ่นของตนเอง และมีจัดสรรงบประมาณได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น ในด้านข้อเสีย เนื่องจากในแต่ละพื้นที่ที่ท้องถิ่นมีความสามารถในการหารายได้แตกต่างกัน บางท้องถิ่นก็มีผู้บริหารที่ดี บางท้องถิ่นก็อาจมีผู้บริหารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งนับเป็นความเสี่ยง อีกทั้งยังมีเรื่องการเมืองท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทสำคัญ การเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน อปท. ด้วยกันเองจะมีน้อยลง และการรักษาพยาบาลอาจมีปัญหาอย่างยิ่ง

อย่างไรก็ตาม การกระจายอำนาจสาธารณสุขของไทยก็ได้ดำเนินงานมานานพอสมควร โดยมี 3 หลักการใหญ่ๆ เป็นแกนกลาง คือ (1) มุ่งประโยชน์สูงสุด (2) มีระบบที่ยืดหยุ่น และ (3) การมีส่วนร่วม ซึ่งรูปแบบของการถ่ายโอน มี 4 ลักษณะ เช่น อาจจะเป็นว่า อปท. เป็นผู้บริการเอง อปท.เป็นผู้ดำเนินการเอง ทั้งหมด หรือบางส่วน ขอบเขตของการถ่ายโอน ได้แก่ การรักษา การป้องกัน การฟื้นฟู ซึ่งเรื่องที่ อปท. ทำได้ดีคือ การป้องกัน ขณะที่การรักษาอาจจะยังไม่เห็นผลเท่าไรนัก ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายอำนาจเรื่องที่สำคัญมากๆ คือ เรื่องของบุคลากร และระบบการเงิน ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่มานานแล้ว สำหรับการดำเนินงานที่ผ่านมา มีไปแล้ว 2 แผน

แผนกระจายอำนาจฉบับที่ 1 ในช่วง 2545-2550 เนื่องจากมีปัจจัยภายนอกมากระทบ อาทิ การจัดการบริหารราชการแผ่นดินรูปแบบใหม่ และเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงทำให้หน่วยงานต่างๆ ต้องเร่งระดมทรัพยากรเพื่อใช้ในการปรับกระบวนการทำงานตามแผนนโยบายทั้ง 2 ส่วนจึงทำให้การดำเนินงานในการกระจายอำนาจฯ เกิดความล่าช้า ต่อมาสาระสำคัญในการกำหนดแผนกระจายอำนาจฯ แผนที่ 2 ได้ให้ความสำคัญในเรื่องภารกิจด้านการป้องกันโรคมามากขึ้น ทั้งนี้ภารกิจถ่ายโอนในช่วงเวลาดังกล่าว ดำเนินการบนหลักการความพร้อมของ อปท. ในการรับถ่ายโอนภารกิจซึ่งต้องมีการประเมินก่อนถ่ายโอนสำหรับความก้าวหน้าในการถ่ายโอน หากดูตามผลที่เกิดขึ้น มีงานที่ต้องถ่ายโอน 103 ภารกิจ มีการถ่ายโอนไปแล้ว 69 เหลือ อีก 34 งานด้วยกัน อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในแง่ตัวเลขของการถ่ายโอนสถานีนอนามัย (ซึ่งเป็นเพียงแค่ส่วนหนึ่งของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ) เห็นได้ชัดเจนว่าปัจจุบันมีการถ่ายโอนไปแล้วทั้งสิ้นเพียง 39 แห่งเท่านั้น หากคิดเป็นร้อยละ มีเพียงแค่ 0.4% โดยหากคำนวณจากจำนวน อปท. ที่เสนอขอรับการถ่ายโอน ซึ่งต้องมีการพิจารณา ว่าพร้อมหรือไม่พร้อมอย่างไร คิดเป็น 22.54% เท่านั้น ดังนั้นหากใช้เรื่องการถ่ายโอนสถานีนอนามัยเป็นตัวนี้เป็นชี้วัดในความก้าวหน้า ถือว่าความก้าวหน้าเป็นไปอย่างล่าช้า และ 10 ปีที่ผ่านมา มีข้าราชการที่ยินดีในการถ่ายโอนเพียง 132 คนเท่านั้น ซึ่งถือว่าน้อยมาก

3. นักวิจัย นายนรา แป้นประหยัด นำเสนอ ปัญหา อุปสรรค ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

ปัญหาที่เกิดขึ้นในอดีตมีอยู่ด้วยกันหลายมิติ โดยสามารถจำแนกเป็นประเด็น 3 ส่วนที่มีความต่อเนื่องกัน ในประเด็นแรกว่าด้วยนโยบายการกระจายอำนาจรวมถึงการบริหารงานภาครัฐบาล ซึ่งส่งผลต่อเนื่องต่อการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ประการต่อมา คือ การปฏิบัติการในระดับพื้นที่ก็เกิดการทับซ้อนกันในส่วนของการราชการเดิมและ อปท. ในเรื่องของมิติและงบประมาณ ยุทธศาสตร์ ซึ่งทั้งหมดนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของปรับตัวการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของการบริหารงานภาครัฐ และประการที่สาม คือ ปัญหาที่เกิดจากการบริหารงานบุคลากรของท้องถิ่น

การทำงานในแง่ของสายทางการแพทย์ การถ่ายโอนต่างๆ ทางด้านสาธารณสุขเกิดขึ้นจากผลลัพธ์ภายใต้กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการทำงาน ภายใต้การทำงาน 2 ชุด คือ รัฐบาล รวมถึง กระทรวง ทบวง กรม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปตามแผนการบริหารราชการแผ่นดินรูปแบบใหม่ และกระบวนการบริหารงานในส่วนของการกระจายอำนาจมีการดำเนินงานภายใต้ พรบ.การกระจายอำนาจด้วย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงการบริหารงานภาครัฐที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน ซึ่งได้ส่งผลกระทบต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และโครงสร้างการทำงานในระยะยาว จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ ทบทวนวรรณกรรม หรือ ลงพื้นที่ พบว่าโครงสร้างของการกำหนดนโยบายได้รับผลกระทบโดยตรงจากการเปลี่ยนแปลงผู้กำหนดนโยบายหลัก หรือ รัฐบาล ที่มีบทบาทส่งสัญญาณต่อท่าทีของการกระจายอำนาจที่มักมีการเปลี่ยนแปลงทิศทางใด และการให้ความสำคัญต่อการกระจายอำนาจฯ มากน้อยเพียงใดในแต่ละช่วงเวลา

เมื่อมองย้อนกลับไป ในแผนที่ 1 และ 2 ก็มีความพยายามในการกระจายอำนาจไม่ใช่เพียงการถ่ายโอนภารกิจเท่านั้น หากแต่มุ่งเน้นไปที่ระบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อให้การทรัพยากรที่มีระดับหนึ่งในการทำงาน ควบคู่ไปกับการถ่ายโอนภารกิจไปสู่ท้องถิ่นซึ่งในเรื่องการจัดสรรงบประมาณเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบันก็ยังคงมีปัญหาอยู่และเป็นปัญหารากฐานสำคัญต่อการสร้างความก้าวหน้าการกระจายอำนาจของทั้งระบบรวมถึงด้านสุขภาพด้วย ในท้ายที่สุดส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพยากรมักมีคำถามบ่อยครั้งถึงความพอเพียงของงบประมาณสำหรับให้บริการสาธารณะโดย อปท. เงินพอหรือไม่ในการให้บริการ หรือในทางกลับกันคือบริการนั้นๆ จะต้องใช้เงินเท่าไร มาตรฐานการให้บริการคืออะไรถือเป็นประเด็นคำถามสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการกระจายอำนาจต่อไปในอีก 5-10 ปีข้างหน้า กล่าวโดยสรุป ตลอดช่วงเวลาของแผน 1 และ 2 การกระจายอำนาจนั้นยังยังไม่สามารถปรับโครงสร้างงบประมาณกับ ตัวภารกิจหน้าที่ให้มีความเหมาะสมกัน ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนั้นอาจจำเป็นต้องมีการระบบควบคู่กับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างในเรื่องของรายได้ให้สอดคล้องกับภารกิจหน้าที่ในช่วงแผนที่ 3 ด้วยเช่นเดียวกัน

ปัญหาต่อมา คือ ความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายระดับชาติ และระดับกระทรวงซึ่งมีผลต่อการทำงานในระดับพื้นที่ จากการวิเคราะห์กระบวนการทำงานที่ผ่านมา พบว่ายังเกิดปัญหาความเข้าใจที่ไม่ตรงกันระหว่างตัวผู้แทนของกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าไปนั่งอยู่ในคณะกรรมการการกระจายอำนาจฯ (ระดับชาติ) ถึงแนวทางในการทำงานที่จะต้องดำเนินต่อไปภายใต้บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องมอบภารกิจไปยังท้องถิ่นซึ่งส่งผลต่อความเข้าใจในการกระบวนการกระจายอำนาจของ สสจ. หรือ สสอ. ในพื้นที่ตามไปด้วย

พบว่า การทำงานของ สสจ. สสอ. และท้องถิ่นยังคงมีการทำงานที่ทับซ้อน และขาดการประสานงานกันเท่าที่ควร และสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการขาดการสื่อสารนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตั้งแต่ระดับชาติผ่านคณะกรรมการการกระจายอำนาจฯ ถ่ายทอดไปยังกระทรวง รวมถึงการมองแนวทางปฏิบัติจากกระทรวงไป สสจ. สสอ. ในทางกลับกันปัญหาดังกล่าวสามารถสะท้อนจากทัศนคติของ อบท. ด้วยเช่นเดียวกัน ที่เกิดความสับสนในการทำงานของ สสจ.

ประเด็นความทับซ้อนของภารกิจหน้าที่นั้นที่มีการแยกส่วนการทำงานภายใต้ กระทรวงกรมต่างๆ ตามระบบราชการ แต่อีกด้านหนึ่งการกระจายอำนาจภายใต้คณะกรรมการการกระจายที่มีองค์กรระดับพื้นที่ ได้แก่ อบต. เทศบาล อบจ. ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณะด้วยเช่นเดียวกันซึ่งเป้าหมายการกระจายอำนาจที่ช่วงเริ่มต้นกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจ ถ่ายโอนงบประมาณ และบุคลากร แต่กลับไม่สามารถถ่ายโอนได้อย่างชัดเจนนั้นเกิดจากสาเหตุใด พบว่าเกิดขึ้นจากการกำหนดลักษณะภารกิจที่ไม่ชัดเจนแล้วเกิดสภาพบังคับให้ต้องมีการถ่ายโอนไปให้ อบท. รับมอบภารกิจไปดำเนินการ ดังนั้นจึงทำให้เกิดปัญหาความไม่เข้าใจขอบเขตอำนาจและบทบาทที่ต้องรับผิดชอบว่า และต้องร่วมรับผิดชอบ (Accountability) ต่อการให้บริการนั้นๆ มากน้อยเพียงใด อย่างไร

ขณะเดียวกัน ด้วยความไม่ชัดเจนของการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ทำให้ภาคประชาชนในฐานะของผู้รับบริการก็ไม่ได้มีความเข้าใจในแง่ว่า ใครเป็นเจ้าของบริการนั้นๆ แต่เข้าใจเพียงแค่เมื่อเกิดปัญหาใดๆ ในพื้นที่ที่ให้ความช่วยเหลือกับท้องถิ่นก่อน ดังนั้น ความคลุมเครือจึงเกิดขึ้นกับภาคประชาชนเช่นเดียวกันซึ่งในท้ายที่สุดแล้ว การทำงานที่ทับซ้อนไปสู่การเชื่อมโยงงบประมาณที่ทับซ้อนตามไปด้วย

ด้วยเหตุนี้ หากเป้าหมายของแผนที่ 3 มีประสงค์ในการเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ ประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ คือ การให้ความสำคัญกับการแก้ไขความทับซ้อนของภารกิจหน้าที่ ระบบความสัมพันธ์ระหว่างภาคส่วนต่างๆ การปรับปรุงกฎหมายเพื่อรองรับการทำงานที่เหมาะสม รวมถึงกระบวนการมีส่วนร่วมที่แท้จริงนั้นจะต้องมีกลไกในทางปฏิบัติอย่างไรซึ่งจากการศึกษาเราพบว่า การสร้างนวัตกรรมเพื่อดำเนินการแบบมีส่วนร่วมไม่ได้ถูกใช้จริงในทางปฏิบัติ และขาดความสำนึกตระหนักการสร้างความร่วมมือ ดังนั้น ควรมีการพัฒนาภาคการมีส่วนร่วม และพัฒนาระบบ KPI ของแต่ละภาคส่วนให้สามารถบูรณาการการทำงานร่วมกันได้อย่างแท้จริง ดังนั้นแนวทางการกำหนดแผนที่อาจจะต้องมีการร่วมหารือเพื่อกำหนดแนวทางวิธีการปฏิบัติในระดับพื้นที่มากยิ่งขึ้น

ตัวอย่างที่คณะผู้วิจัยให้ความสนใจต่อการพัฒนากระบวนการให้บริการด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ได้มากขึ้น อาทิ ภารกิจการควบคุมโรคซึ่งมีความพยายามที่จะทำบทบาทตรงนี้แล้วซึ่งสามารถเชื่อมโยงไปยังท้องถิ่นได้แต่จำเป็นต้องมีการกำหนดรูปแบบแผนการดำเนินงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่มีความละเอียดมากยิ่งขึ้น

สำหรับ ประเด็นด้านโครงสร้างองค์กรและบุคลากร ในที่นี้ไม่ใช่ปัญหาของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวแต่ถือเป็นปัญหาพื้นฐานของกระบวนการการกระจายอำนาจในภาพรวมทั้งหมดซึ่งมีระบบขนาดใหญ่และมีผลต่อการปรับตัวของการทำงานอย่างชัดเจน ซึ่ง อบท. ในฐานะองค์กรทางการเมืองในระดับพื้นที่ซึ่งเกิดขึ้นมานั้นมีผลต่อการบริหารงานบุคคลค่อนข้างมาก แต่ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับการบุคคลในส่วนของบุคลากรที่ทางท้องถิ่นได้บรรจุเข้ามาเองนั้นถือเป็นปัญหาที่ต้องมีการกำหนดแนวทางการควบคุมมา

จากภายในองค์กรเอง แต่ปัญหาสำคัญคือการถ่ายโอนบุคลากรที่มาจากสังกัดเดิมเข้ามาเป็นบุคลากรของท้องถิ่นถือเป็นปัญหาที่ชัดเจนส่งผลโดยตรงต่อการให้บริการด้านสุขภาพอย่างยิ่ง กล่าวคือ การถ่ายโอนบุคลากรทางด้านการแพทย์ซึ่งมีทักษะสูงนั้น การที่ อบต. จะสามารถสรรหาบุคลากรทางการแพทย์เองคงเป็นไปได้ยาก ยกเว้น ท้องถิ่นประเภทเทศบาล แต่หากพิจารณาไปในระดับสถานีนามัย หรือบทบาทของ อบต. ที่เพิ่งจะเกิดขึ้นการจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์เองเป็นไปได้ค่อนข้างยาก ดังนั้น แผนที่ 3 ควรให้ความสำคัญกับการกำหนดแนวทางเพื่อการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรท้องถิ่นที่มีอยู่ การเสริมสมรรถนะ หรือ Competency อย่างชัดเจน

นอกจากนี้ จากการศึกษาผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยระดับชาติต่อการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจ คือ การเปลี่ยนแปลงกรรมกรฯ จะมีผลกระทบ และแม้ว่าจะเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ อย่างไรก็ตามการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจ ทั้งในส่วนของกระจายอำนาจ และหน่วยงานราชการจะต้องมีการบริหารงานที่มีความเข้มแข็งหรือชัดเจน หรือมีวาระที่เป็นทางการทำงานเชื่อมต่อกันอย่างใกล้ชิด นอกเหนือไปจากการทำหน้าที่กำหนดกรอบนโยบายเท่านั้น ขณะเดียวกันต้องทำหน้าที่ในการกำกับดูแลทั้งในเชิงแผนงาน และการควบคุมงบประมาณ โดยการพัฒนา KPI เพื่อใช้ในการติดตามประเมินผล ขณะเดียวกันควรให้ความสำคัญกับมาตรการจูงใจต่างๆ ซึ่งประเด็นดังกล่าวจำเป็นที่การศึกษาในระดับรายละเอียดต่อไปว่า อะไรควรใช้มาตรการเพื่อสร้างแรงจูงใจ ส่วนใดเป็นการกำกับควบคุม เพื่อในท้ายที่สุดการทำหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะ จะมีมาตรฐานที่ชัดเจนระดับไหนและให้ความสำคัญต่อการปรับใช้กับ อบต. ซึ่งมีความกันในแต่ละพื้นที่

ขณะเดียวกัน ในกรณีของการถ่ายโอนสถานีนามัย ปัญหาที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบการประเมินเพื่อถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่ อบต. นั้นยังคงเกิดปัญหา คือ ในกรณี อบต. ขอรับการถ่ายโอนสถานีนามัยกับคณะกรรมการพิเศษเพื่อพิจารณาการถ่ายโอนสถานีนามัยมีมติไม่ถ่ายโอนสถานีนามัยนั้น ทำให้เกิดความสงสัยต่อกระบวนการและ KPI ที่ใช้ประเมินอย่างมาก ตัวอย่างเช่น ความเป็นธรรมของคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วย 9 ท่าน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 3 ท่าน คือ ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิ และจากท้องถิ่น ในเชิงระบบแล้วดูเหมือนว่าจะยุติธรรม แต่อาจเกิดข้อสงสัยต่อที่มาของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งในความเข้าใจของท้องถิ่นจะมองในแง่ลบต่อที่มาของกรรมการดังกล่าวเพราะมติอาจจะเป็น 6/9 และเข้าใจว่าเป็นเหตุทำให้มี อบต. ได้รับถ่ายโอนสถานีนามัยน้อย ดังนั้น การสร้างความเข้าใจ หรืออย่างน้อยที่สุดต้องมีการชี้แจงเพื่อแสดงถึงความโปร่งใสในการทำงานมากยิ่งขึ้น

ในแง่ของบุคลากรปัญหาที่เป็นปัญหาเช่นเดิมอยู่แล้ว คือ ความไม่มั่นใจในการถ่ายโอนทางการแพทย์ ซึ่งในการเก็บข้อมูลด้วยการลงพื้นที่ ข้อคิดเห็นยังสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ คือ อัตราค่าตอบแทน ยังได้รับต่ำกว่าที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข และอีกประเด็นคือ ปัญหาความไม่มั่นใจต่อระบบการทำงานที่หากโอนย้ายไปสังกัดกับ อบต. ที่เป็นการเมืองท้องถิ่นจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์ถูกแทรกแซงการทำงานหรือต้องรับผิดชอบงานที่ไม่ใช่งานที่ต้องรับผิดชอบ เพราะฉะนั้นความคลุมเครือจะต้องได้การแก้ไข อาทิ ให้คำอธิบายลงไปในพื้นที่ด้วยเช่นกัน

ปัญหาด้านบุคลากรที่สำคัญอีกประการคือปัญหาโครงสร้างของอัตรากำลัง เงินไขในเรื่อง เพดานเงินเดือนที่ห้ามเกิน ร้อยละ 40 ของงบประมาณท้องถิ่นจะเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อการทำงานของ อบท. ในภารกิจหน้าที่ต่างๆ

ในส่วนปัญหาค่าตอบแทนที่ระบุว่าความแตกต่างกันนั้นเป็นข้อเท็จจริงอย่างหนึ่งในช่วงปี 54 แต่หลังจากปี 54 ความแตกต่างดังกล่าวได้ลดลง เฉพาะในส่วนของการพลเรือนที่มีการแบ่งชั้น เป็น 24 ชั้น ขณะที่ ข้าราชการส่วนท้องถิ่นได้แบ่ง 26 ชั้น ทั้งนี้ความแตกต่างของ 24 และ 26 ชั้นจะปรากฏให้เห็นเมื่อตอนข้าราชการอยู่ในระดับ c7 แล้ว ในส่วนนี้อาจจะต้องมีการอภิปรายกันต่อว่าส่วนนี้จะส่งผลต่ออนาคตอย่างไร ข้อแตกต่างอีกที่เห็นได้ชัดเจนคือ อบท. มีโบนัส อย่างไรก็ตามการให้โบนัสดังกล่าวยังมีปัญหาในการตีความทางกฎหมายเช่นเดียวกันว่าสามารถให้ได้หรือไม่จึงเป็นจุดเสริมของความไม่มั่นใจในการถ่ายโอนบุคลากร มาสังกัดยัง อบท.

ข้อสังเกตสำคัญของการให้บริการสาธารณะระดับพื้นที่นั้นจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ต้องเข้าใจเงื่อนไขความเป็นองค์กรของท้องถิ่นคือ ความเป็นองค์กรการเมืองในระดับพื้นที่ ดังนั้น ซึ่งการดำเนินการใดๆ ก็ตามจะเป็นไปตามวิสัยทัศน์ของผู้บริหารท้องถิ่น ดังนั้นแนวความคิดหรือวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพของผู้บริหารท้องถิ่นย่อมมีผลต่อแรงจูงใจต่อการให้บริการด้านสุขภาพไปด้วย ซึ่งประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในระยะยาวคือปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร หรือคุณภาพการให้บริการที่เคยดำเนินการไว้อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงตามไปด้วย รวมถึงอาจมีผลต่อความเต็มใจในการรับถ่ายโอนภารกิจและบุคลากรเพราะจะต้องเผชิญกับเงื่อนไขโครงสร้างของเพดานเงินเดือน รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ค่อนข้างสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการรักษาสุขภาพ

กล่าวโดยสรุป ภายใต้ระบบการบริหารงานภาครัฐที่เน้นการทำงานตามระบบงบประมาณ Performance base ซึ่งมีระบบกลไกต่างๆ มากมาย หากพิจารณาในแง่งบประมาณ ผลผลิต ผลลัพธ์ ความคุ้มค่าจากการใช้งบประมาณมีมากนักน้อยเพียงใด กลไกที่จะทำให้ประสิทธิภาพสอดคล้องกับการใช้จ่ายงบประมาณ ถือเป็นรากฐานในการพัฒนาการทำงานแบบมุ่งเน้นผลงานในระดับท้องถิ่นในอนาคต เงื่อนไขต่างๆ เหล่านี้อาจมีผลต่อการที่หน่วยงานในระดับราชการต่างๆ ในพื้นที่และส่วนกลางอาจต้องมาร่วมกันระดมความคิดเพื่อกำหนดแนวทาง กำหนดบทบาท รายละเอียดการทำงานของภาคส่วนต่างๆ อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น อาทิ ถ้าท้องถิ่นต้องทำงานเป็นหน่วยงานหลัก ส่วนกลางจะเข้าไปช่วยส่งเสริมอย่างไร หรือส่วนกลางเป็นหลัก อบท. จะมีบทบาทรวมอย่างไร

4. หัวหน้าโครงการวิจัย อ.ดร.ศุภชัย ศรีสุชาติ กล่าวสรุป

การนำเสนอผลการศึกษารั้งนี้ เป็นประเด็นที่มาจากมุมมองของทุกภาคส่วนที่ได้ข้อสรุปออกมา ดังนั้น ประเด็นสำคัญคือหากจะสรุปว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมีความสำเร็จหรือไม่ ในส่วนของงานส่งเสริม สุขอนามัยและการป้องกัน คณะผู้วิจัยสรุปว่าเป็นกลุ่มภารกิจที่มีความก้าวหน้า ท้องถิ่นสามารถทำได้ดี เนื่องจากท้องถิ่นมีความสามารถเดิมอยู่แล้วพอมีการกระจายอำนาจก็ทำให้มันชัดเจนยิ่งขึ้น แต่ในด้านการ

รักษาก่อนและหลังการกระจายอำนาจ พบว่าบทบาทของ อบท. ไม่ได้มีความแตกต่างกันมากนักอาจเป็นเพราะยังมีการถ่ายโอนภารกิจไปได้จำนวนน้อย แต่หากจะวัดจากจำนวนสถานีอนามัยที่มีการถ่ายโอน กับปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการถ่ายโอนชี้ให้เห็นว่า แผนที่ 1 และ 2 ที่ผ่านมามีความรัดกุมเพียงพอและไม่สามารถกำหนดเงื่อนไขบังคับให้มีการถ่ายโอนได้

จากผลข้อสรุปที่เกิดขึ้นนั้นจำเป็นต้องทบทวนว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมีความเหมาะสมถูกต้องจริงหรือไม่เพราะแนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นเพียงการแบ่งอำนาจบางส่วนให้แก่ อบท. เท่านั้น โดยไม่ได้คำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับการกระจายอำนาจ อาทิ กระทรวงสาธารณสุขลดต้นทุนได้ท้องถิ่นเองอาจจะทำให้ประชาชนกินดีอยู่ดีขึ้น และสร้างกระบวนการรับผิดชอบที่ชัดเจนมากกว่าเป็นเพียงรับรู้เพียงภารกิจที่ต้องรับผิดชอบ หรือรับถ่ายโอนเท่านั้น ซึ่งการกระจายอำนาจ ที่ถูกต้องจำเป็นต้องมีระบบการตรวจสอบความรับผิดชอบต่อที่เหมาะสม มีตัวชี้วัดที่จะวัดการปรับตัวว่ามีทิศทางที่ถูกต้องหรือไม่ เช่นในเรื่องการศึกษาจะมีคะแนนออกมาเป็นตัวชี้วัด แต่ว่างานด้านสาธารณสุขจะต้องมีตัวชี้วัดในหลายมิติเพราะมีภารกิจที่หลากหลายมากกว่า

ดังนั้น การแบ่งภารกิจที่ชัดเจนนำมาสู่การร่วมรับผิดชอบที่ชัดเจน อบท. อย่างไรก็ตามก็ต้องได้รับการสนับสนุนจากรัฐเพิ่มเติมซึ่งการกำหนดต้นทุนที่เหมาะสมว่าควรจ่ายอย่างไร จ่ายเท่าไรนั้นต้องไปสะท้อนกับภารกิจที่ อบท. ต้องดำเนินการ หากภารกิจมีความชัดเจน ขนาดงบประมาณก็จะมีเหมาะสมตามไปด้วยแล้ว ภายหลังจากนั้นจึงเป็นการตรวจสอบความมีประสิทธิภาพในการใช้จ่ายงบประมาณเป็นลำดับต่อไป ทั้งนี้การให้บริการสาธารณะจึงจำเป็นต้องมีการประเมินในภาพรวม และการทำงานอย่างบูรณาการซึ่งต้องมีการแบ่งภารกิจระหว่างกันอย่างเหมาะสมเพื่อให้เป็นการทำงานร่วมกันจริงๆ เพราะฉะนั้นคำว่าบูรณาการต้องตกลงกันให้ชัด

ในช่วงแผนที่ 1 และ 2 การสร้างความเข้าใจกันในหน่วยงานมีปัญหามากมายในแง่หนึ่งก็มองว่าผู้บริหารท้องถิ่นไม่โปร่งใส หากการกระจายอำนาจ ไปก็ไม่น่าจะสามารถบริหารงานเองได้ แต่อีกฝั่งก็มองว่าแค่คิดดังกล่าวแสดงถึงความหวงอำนาจ ซึ่งในข้อเท็จจริงแล้วการให้บริการระดับพื้นที่ยังมีช่องทางการทำงานร่วมกันได้ หากมีการสื่อสารกันอย่างเข้าใจ จากการศึกษาพบว่าในแผนที่ 1 การขับเคลื่อนการกระจายอำนาจ ยังไม่ได้ให้ความชัดเจนตรงนั้น แต่ในแผนที่ 2 และ 3 น่าจะมีรายละเอียดแนวทางการทำงานร่วมกันที่ชัดเจนมากขึ้นแล้ว ทั้งนี้ การทำงานร่วมกันอาจจะไม่จำเป็นต้องไปกำหนดรูปแบบ อาจจะมีมากกว่า 4 รูปแบบตามหลักการกระจายอำนาจ คำถามที่ต้องให้ความสำคัญต่อมา คือ ระบบการจัดสรรงบประมาณจะสามารถรองรับกระบวนการดำเนินงานในลักษณะที่ออกแบบขึ้นได้อย่างไร ดังนั้น ระบบงบประมาณในอนาคตจะต้องมีรูปแบบของระบบงบประมาณที่จะสามารถรองรับรูปแบบการบริหารจัดการที่มีความหลากหลายได้ด้วย และต้องเป็นไปตามศักยภาพของท้องถิ่น

ในเรื่องของการประเมิน หากทำการติดตามประเมินผลการทำงานที่ผ่านมาออกเป็นข้อสรุปได้ทั้งหมดแล้ว แต่หากมีการเปลี่ยนรัฐบาลผู้บริหาร หรือนโยบายสาธารณสุขไม่ได้เป็นนโยบายหลัก สิ่งที่จะประเมินไปแล้วผลการศึกษาที่ได้ก็อาจไม่สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างแท้จริง ดังนั้น สิ่งที่จะสร้างความยั่งยืนได้ก็คือ การมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่และควรกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัด เพื่อให้ประชาชนเข้ามาตรวจสอบ

ร่วมรับผิดชอบ ภายใต้ระบบ Accountability ซึ่งเป็นการสร้างแรงกดดันจากการเมืองเพื่อควบคุมให้ผู้บริหารต้องมีความรับผิดชอบต่อประชาชน และเป็นตัวแปรสำคัญที่ต้องมีการติดตามและประเมินผลทั้งในขั้นตอนของการวางแผน รวมถึงในขั้นตอนการดำเนินงานด้วยซึ่งต้องมีการแก้ไขกฎหมายระเบียบต่างๆ ให้สามารถดำเนินการได้

นอกจากนี้ กลไกที่ต้องให้ความสนใจในอนาคตคือ การบริหารความเสี่ยงต้องมีแผนการดำเนินการที่ชัดเจนในแต่ละพื้นที่เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ในการให้บริการสาธารณะว่าสามารถดำเนินงานและมีการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพในทิศทางที่ถูกต้องหรือไม่ ควบคู่กับการดำเนินการภารกิจอื่นๆ ในภาพรวม

เรื่องที่สำคัญอีกหนึ่งเรื่อง คือ การสร้างองค์ความรู้และฐานข้อมูล ที่จะช่วยสนับสนุนการพัฒนาการกระจายอำนาจ แม้ว่าจะมีฐานความรู้มากขึ้นแต่ประเทศไทยกลับไม่สามารถนำบริบทหรือองค์ความรู้ทั้งในประเทศและต่างประเทศมาปรับใช้ในการพัฒนาได้ อย่างไรก็ตามการสร้างองค์ความรู้ก็มีความจำเป็นต้องการศึกษาต่อไปเพื่อให้สามารถเข้าใจบริบทความเปลี่ยนแปลงของการกระจายอำนาจในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง และช่วยค้นหารูปแบบที่เหมาะสมกับของไทย แม้ว่าการขับเคลื่อนฐานความรู้จะเป็นไปได้ช้าที่สุดจึงเป็นเหตุที่ต้องเร่งดำเนินการ และเตรียมพร้อมในกรณีที่มีการกระจายอำนาจ เป็นประเด็นทางนโยบายที่สอดคล้องกับรัฐบาล การขับเคลื่อนการกระจายอำนาจ ก็จะสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว โดยอย่างน้อยที่สุด แผนที่ 3 ควรจะมีการให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบฐานข้อมูลโดยเฉพาะอย่างยิ่งฐานข้อมูลด้านสาธารณสุขซึ่งความซับซ้อนในการให้บริการที่สูงเพื่อให้สามารถกำหนด benchmark ที่เหมาะสม และสามารถวัดคุณภาพการให้บริการได้อย่างแท้จริง

ท้ายสุด มีคำพูดที่สำคัญคือ “การกระจาย มิใช่เป็นเครื่องหมายรับประกันว่าเมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจไปแล้วจะทำให้เกิดความมีประสิทธิภาพตาม ข้อกล่าวอ้าง กลไกที่จะช่วยส่งเสริมการกระจายอำนาจด้านสุขภาพคือการสร้างระบบการถ่ายโอนที่เอื้อให้การถ่ายโอนบริการสาธารณะเป็นไปอย่างคล่องตัว และส่งเสริมให้ดำเนินการอย่างมีมาตรฐาน ภารกิจที่ทำหายในอนาคตคือ การสร้างบรรยากาศความรู้เข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง”

Section 2: การเสวนาภายใต้หัวข้อ “ทิศทางและแนวโน้มของการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ” ดำเนินการเสวนา โดย ผศ.ดร.ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์

1. ศ.ดร.สกันธ์ วรรณวิวัฒนา นำเสนอภาพรวมและหลักการกรอบความคิดในการกระจายอำนาจ กล่าวว่า

ผมอยากพูดใน 3 ประเด็น ได้แก่ (1) การกล่าวถึงแผนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2544 ว่าในตอนนั้นเราคิดกันอย่างไร และโยงไปถึงแผนฉบับที่ 3 (2) หลักเกณฑ์หลักการในเรื่องการกระจายอำนาจว่าเราคิดกันอย่างไร และ (3) นับจากวันนี้เราจะทำอย่างไรกันต่อไป

การกระจายอำนาจในตอนแรกเริ่มต้น ใน พ.ศ. 2544 อาจจะมีลักษณะในการลัดคิวกันทำกัน ซึ่งในตอนนั้นอาจยังไม่มีใครเข้าใจว่าการกระจายอำนาจคืออะไร ทั้งนี้ ได้มีการทักท้วงขึ้นจากหลายฝ่าย เช่น

ท้องถิ่น ซึ่งในตอนนั้นมี เทศบาล อบจ. และมีน้องใหม่เกิดขึ้น ก็คือ อบต. ว่ากระจายอำนาจทำไม อบต. ก็เล็ก ไม่มีความพร้อมในการกระจายอำนาจ ผู้บริหารมาจากไหนก็ไม่รู้ แต่ด้วยความเชื่อที่ว่ากระจายอำนาจจะ ช่วยยกระดับการให้บริการสาธารณสุขให้ทั่วถึงได้ และให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเชื่อว่า ในเรื่องสาธารณสุข เราถือว่าประสบความสำเร็จในไทย ในแง่ของการเข้าถึงบริการได้ แต่ประเด็นสำคัญคือเรื่องของการเท่าเทียม เราเป็นธรรมหรือไม่

ในช่วงเวลาเริ่มต้นนั้นยังไม่มี สปสช. สิ่งที่เรามุ่งเน้นมากๆ คือ ความสามารถในการเข้าถึง ความสามารถในการให้บริการที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ และจุดนี้เป็นที่มาที่ไปของแผนที่ 1 ให้มีการ กระจายอำนาจ โดยเน้นในเรื่องการให้มีบทบาทของท้องถิ่นในการทำหน้าที่ให้บริการมากขึ้น จึงจะเห็นว่าแผนที่ 1 เน้นให้มีการถ่ายโอนสถานบริการเป็นสำคัญ เน้นอนสิ่งทีตามมาก็คือเรื่องของบุคลากร ในแผนที่ 1 นี้ มี ปัญหาหลักๆ กันอยู่ 2 เรื่อง คือ เรื่องสาธารณสุขและด้านการศึกษา แต่ว่าด้านการศึกษา ได้มีการโอนให้ สถานศึกษาเป็นเป็นยูนิตเดียวได้ หรือ stand alone ได้ ไม่เหมือนสาธารณสุข ที่ไม่สามารถ stand alone ได้ เพราะมันมีปัญหาเรื่องของการส่งต่อ และการพัฒนาระบบที่มันดูกว้างไว้ในอดีต ต่อมาเมื่อมี สปสช. ก็ทำให้ แนวคิดที่คิดไว้ต้องคิดใหม่ ความคิดต่างๆ ต้องเปลี่ยนไปภายใต้การมี สปสช. แต่อย่างไรก็ตาม การมี สปสช. ก็ เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการกระจายอำนาจเป็นกระบวนการแบ่งคนกำกับ แบ่งคนซื้อบริการ แบ่งคนให้บริการ ภายใต้สิ่งเหล่านี้จึงทำให้ แผนที่ 1 เริ่มมีปัญหาเกิดขึ้น

ดังนั้น ในแผนที่ 2 เราได้มีการปรับปรุง มุมมอง และเริ่มเปลี่ยนมุมมอง ไม่ใช่เพียงแค่การถ่ายโอน ซึ่ง บางครั้งเราอาจติดกับดักของคำว่าถ่ายโอน เพราะฉะนั้นเราจึงมีการเปลี่ยนมุมมองแทนที่จะมุ่งแค่การถ่าย โอน เราพยายามเปิดให้มันมีมุมมองที่กว้างขึ้น เริ่มเปิดโอกาสให้กับการเข้ามามีส่วนร่วม การให้เข้ามาเป็น กรรมการต่างๆ และเริ่มมีการทดลองภายใต้กฎกติกาภายใต้กฎเกณฑ์ที่กระทรวงได้กำหนดร่วมกัน แต่คำถาม ใหญ่คือการเริ่มเปิดให้มีการทดลองการถ่ายโอนสถานอนามัยนั้น มันมีความเหลื่อมล้ำในเรื่องของการพิจารณา ความพร้อมของแต่ละท้องถิ่นในการถ่ายโอน ปัญหาในการกำกับกับสถานที่ต่างๆที่ถ่ายโอนไปแล้วว่าเราจะเอา อย่างไร เราจะเดินหน้ากันต่อไปอย่างไร แต่โดยสรุปภายใต้แผนที่ 2 เรายอมรับการเข้ามามีส่วนร่วม แต่ อยากจะถามว่าวันนี้ภายใต้แผนที่ 2 มันจบสิ้นหรือยัง แต่บอกได้ว่า ปัญหายังไม่หมด โดยคำสำคัญที่คิดว่าจะต้อง กลับมาดูคือ จะถ่ายโอนด้วยรูปแบบใดก็ได้แล้วแต่ แต่เป้าประสงค์ มันไม่ได้ต่างกัน คือ จะทำอะไรให้ ประชาชนมีชีวิตที่ดีขึ้น เพราะฉะนั้นการกระจายอำนาจที่เรามุ่งหวังในวันนี้อย่าติดกับดักการถ่ายโอนเพียง อย่างเดียว แต่จะอย่างไรให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกัน ไม่ใช่เพียงแค่การให้เงินสมทบ แต่ต้องมีการร่วม คิดร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบประชาชนด้วย

ดังนั้น สิ่งที่เราอยากจะเห็นภายใต้แผนที่ 3 คืออะไร ผมเชื่อว่า หลักการทั้ง 2 ประการ ทั้งเรื่องการ ประกันคุณภาพที่ให้กับประชาชน ทั้งเรื่องการรับผิดชอบต่อประชาชน ไม่อยากให้ท้องถิ่นเป็นเพียงแค่หน่วย ผ่านของเงินเท่านั้น แต่จะอย่างไรให้ท้องถิ่นเองมีความเข้าใจว่ากระบวนการเหล่านี้ที่ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด ก็ตาม ไม่จำเป็นต้องเป็นแค่การถ่ายโอนจะเป็นกรรมการหรืออะไรก็ได้ ขอให้เปิดกว้างเอาไว้ ขอแค่มีความรับ รับผิดชอบร่วมกันจะเกิดขึ้นได้อย่างไร ด้วยเงื่อนไขงบประมาณ เงื่อนไขการเมืองในปัจจุบัน ซึ่งในเรื่องของการ กำหนดการจัดสรรเงินของรัฐบาลนั้นมีนโยบายเป็นประธานการกระจายอำนาจ ซึ่งยังไม่มีการประชุมเลย และยัง

ไม่มีกฎเกณฑ์กติกาที่ชัดเจน ผมเชื่อว่าท้องถิ่นไม่ควรที่จะสมยอมกับรัฐบาล ควรที่จะต้องลุกมาเรียกร้องในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และสิ่งที่มันเกิดขึ้นอยู่ขณะนี้ และรู้สึกเป็นห่วงอยู่ในใจก็คือ ในขณะนี้ท้องถิ่นเริ่มไม่ทำงานที่มันยาก เริ่มมีการส่งคืนงาน อาจเป็นเพราะไม่มีเงิน จึงอยากที่จะคืนอำนาจสู่ส่วนราชการ ซึ่งถ้าเป็นแบบนี้ต่อไปอาจทำให้ทุกอย่างที่ทำมาล้มเหลว ผมเชื่อว่าท้องถิ่นต้องเรียนรู้การทำงานที่มันยากๆ แต่ในขณะเดียวกันส่วนราชการก็ต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ปรับความคิดร่วมกัน เห็นความสำคัญของการกระจายอำนาจร่วมกัน ให้คิดว่าท้องถิ่นเป็นผู้จัดหา เราอยากเห็นการทำงานร่วมกัน

ผมคิดว่า ผู้เล่นในเรื่องนี้ ที่ต้องนั่งคุยด้วยกัน มีกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และท้องถิ่น ที่จะต้องตกลงกันให้ได้ว่าจะเอาแบบใด ผมเชื่อว่าท้องถิ่นพร้อม สามารถปรับตัวได้เร็วแต่แค่ขอความชัดเจนในกฎกติกาในเชิงนโยบาย

ลำดับต่อมา ผศ.ดร.ศุภสวัสดิ์ ชีवाल ได้สรุปอีกครั้งถึงความสำคัญของแผน แต่ละฉบับ นั่นคือ แผนแรกเน้นเรื่องของการถ่ายโอน ส่วนแผนที่ 2 เน้นเรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมการรับผิดชอบมากขึ้น

2. คุณณรงค์ เชื้อบุญช่วย จากสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ กล่าวถึงแผนที่ 3 ว่าจะเป็นอย่างไรรูปแบบเป็นอย่างไร และงานศึกษานี้จะนำไปใช้ได้ทันทีหรือไม่อย่างไร

ก่อนที่จะเข้าทิศทางของแผนที่ 3 อยากจะย้อนให้ฟังก่อนว่า สิ่งที่เราจะโอนกลับไปให้ท้องถิ่นนั้นคือ ปฐมภูมิ เราไม่จำเป็นต้องไปมอง ทุติยภูมิเลย ปฐมภูมิ เทศบาลเมือง เทศบาลนครทำอยู่แล้ว โดยที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้กำหนดกรอบเลย ไม่มีข้อมูลอยู่เลย พอที่นี้เราจะโอนไปให้ อบต. หรือ แม้แต่เทศบาลนครบางแห่งที่มันมี สถานีอนามัยอยู่ในเขต เช่น นครนนท์ มันมีความจำเป็นหรือไม่ที่จะโอนให้เขาไป ตรงนี้เป็นประเด็นที่เกิดความขัดแย้ง ในแผนที่ 2 มีหลักเกณฑ์การประเมิน เขียนโดยการประชุมร่วมกันกับกระทรวงสาธารณสุข ผมได้ไปประชุมร่วมกับหมออนามัยตามที่ต่างๆ ก็ถือว่าเป็นเนื้อเดียวกันหมด พอออกมามันก็น่าจะรับได้ แต่ในท้ายที่สุดไปประเมิน นครนนท์กลับไม่ผ่าน ซึ่งผมมองว่าเกณฑ์ใช้ได้ แต่มันขึ้นอยู่กับคณะกรรมการประเมิน แล้วหลายที่พอสาธารณสุขไม่เห็นด้วย ก็ให้ชาวบ้านมาร้องเรียกเป็นเรื่องเป็นราว ซึ่งผมไม่อยากเห็นสิ่งเหล่านั้นเลย เพราะเรามองแค่ปฐมภูมิเท่านั้น

เมื่อเรามาดูกันที่แผนที่ 3 เมื่อวันก่อนมีโอกาสดูที่วิทยาลัยท้องถิ่น ปรากฏว่าลองถามดูใครบ้างที่โอนมาจากกระทรวงสาธารณสุขปรากฏว่ามากกว่าครึ่งเสียด้วยซ้ำ แล้วเรากลับบอกว่าบุคลากรไม่ตามไปกับการโอน ทำให้ผมกลับไม่เห็นเป็นเช่นนั้นจริงๆ แล้วมันเกิดอะไรขึ้นหลายๆ อย่าง

ในแผนที่ 3 คณะกรรมการกระจายอำนาจฯ เห็นชอบมาครั้งหนึ่งแล้ว แต่พอรัฐมนตรี ท่านวรวัจน์ เข้ามา ท่านบอกว่าลองเอามาทบทวนอีกซักครั้ง มันเลยทำให้แผนที่ 3 ยังไม่จบ แล้วปัจจุบันท่านก็ได้ย้ายไปที่กระทรวงอื่น ทำให้ขาดประธานจึงเสนอขอนายกฯ ไปว่าขอประธานใหม่ซึ่งเรื่องยังไม่ลงมา นี่คือการก้าวหน้าล่าสุด เพราะฉะนั้นถ้าถามถึงเรื่องทิศทางในอนาคตของแผนที่ 3 จึงทำให้ตอนนี้เรามี 2 แนวทางด้วยกัน คือ (1) แผนที่เคยเห็นชอบไปแล้ว และ (2) แผนที่ท่าน วรวัจน์ได้เข้ามาช่วยดูแล้ว ซึ่งได้รับความเห็นชอบด้วย

หลักการแล้วทั้ง 2 แผน แม้ว่ามันจะมีเรื่องของ การถ่ายโอนของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ แต่ใน 2 แผน ก็ยังสามารถปรับทิศทางอะไรบางอย่างอยู่ ทั้งนี้ ผมเห็นว่ามันยังคงสมควรที่จะต้องโอนอยู่ เพราะหน้าที่ปฐมนิเทศเป็นของท้องถิ่น นโยบายที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขเข้าไปทำงานแทนส่วนท้องถิ่น พอมีกฎหมายการกระจายอำนาจค่อยมาบอกว่าสิ่งเหล่านี้ควรจะโอน ซึ่งผมเห็นว่ามันเป็นหน้าที่ของส่วนท้องถิ่นอยู่แล้วที่จะต้องดูแลเรื่องระบบปฐมนิเทศ เช่น ปัจจุบันเกิดโรคระบาดไข้เลือดออกอะไรพวกนี้ ก็ทำโดยท้องถิ่นกันหมดแล้ว จึงถามว่าเหลือเรื่องใดบ้างที่ท้องถิ่นยังไม่ได้ทำ จึงมาถกกันในแผนที่ 3 ว่ามีอะไรอีกที่ท้องถิ่นควรจะทำ แต่ก็มีถกเถียงกันในประเด็นที่ว่าเรื่องใดคือ ปฐมนิเทศ ท่านประธานตระกูลจึงได้เสนอว่า ให้มีการตั้งคณะกรรมการตรวจสอบระบบปฐมนิเทศ 6 เดือนว่า มันมีปฐมนิเทศอย่างไรแล้วคว่ำท้องถิ่นทำหรือไม่ ถ้ายังก็ให้มาทำให้ครบ ส่วนพื้นที่ใดที่ท้องถิ่นพร้อมแล้ว เช่น เทศบาลนครนนท์ ว่าเขามีสถานีนอนาถาเข้าไปอยู่ในส่วนต่อนิดเดียว จำเป็นหรือไม่ที่กระทรวงสาธารณสุขต้องนำงบประมาณไปบริหารงานในส่วนของเทศบาลนครนนท์ ซึ่งเขามียังอยู่แล้ว เป็นพื้นล้านควรจะปล่อยให้เขาทำเองหรือไม่ ตรงนี้ผมคิดว่า ถ้าท้องถิ่นเขาพร้อมก็ให้ทยอยโอนไป ซึ่งผมก็เห็นด้วยในการทำงานร่วมกัน แต่ถามว่าทำงานร่วมกันอย่างไร ต้องเขียนให้ชัด เพราะเราต้องให้ความเป็นธรรมแก่ท้องถิ่นด้วยมิใช่เพียงแค่การเอาเงินไปให้ ถ้าทำร่วมกันท้องถิ่นต้องสามารถถ่ายทอดนโยบายของเขาไปสู่การบริหารสถานีนอนาถาได้ด้วย เช่น กองทุนหมู่บ้าน เพราะกองทุนหมู่บ้านมีส่วนให้ท้องถิ่นเข้าไปบริหาร สุดท้ายก็ต้องมีการเขียนให้ชัดในการเอานโยบายของเขามาร่วมบริหารอย่างไร ขณะยังไม่พร้อมก็ทำร่วมไปก่อน

อีกประเด็น ก็คือ ยังไงก็ตามเราต้องโอนตามความพร้อม ต้องยอมรับว่า อบต. ส่วนมากยังไม่พร้อมที่จะรับการโอน ส่วนพวกที่โอนไปแล้ว ผลการประเมินออกมาดีเยี่ยม มีอยู่เพียงแค่ที่เดียวที่มีปัญหา เนื่องจากนโยบายไม่ต่อเนื่อง ดังนั้น หากผู้บริหารท้องถิ่นทำให้ดี ผมคิดว่าการที่ประเด็นเรื่องเพดานร้อยละ 40 ไม่เป็นความจริงเพราะว่าการโอนไป อบต. ไม่ได้เอาเงินเลยแม้แต่หนึ่งบาท มันเป็นการอุดหนุนจากส่วนกลางไปทั้งหมดที่มีการจัดสรรไปให้ แต่ระบบอะไรต่างๆ ยังเหมือนเดิม ซึ่งผมคิดว่าทำได้สินะครับ

ลำดับต่อมา ผศ.ดร.ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์ สรุปลว่า แผนที่ 3 มี 2 แผนตอนนี้ แต่อย่างไรก็ตาม ทั้ง 2 แผน ก็ยังไม่ได้รับความเห็นชอบ เพราะฉะนั้น งานวิจัย จะนำไปใช้ได้หรือไม่ ก็ขึ้นอยู่กับหน้าต่านโยบายที่เปิดออก แผนที่เน้นการถ่ายโอน ปฐมนิเทศ มีช่องของการทำงานร่วมกัน

3. ดร.สุพัตร์ โอสถประเสริฐ ผู้เชี่ยวชาญโครงการพัฒนามนุษย์ ธนาкарโลก สาขาประเทศไทย นำเสนอภาพรวมและสิ่งที่ควรจะเป็น ในประเทศไทยควรจะเป็นอย่างไร

จริงๆ แล้วในเรื่องของการกระจายอำนาจในหลายๆ ประเทศได้มีมานานมากแล้ว แต่ความเห็นที่ทำให้ประเทศต่างๆ มีความคิดที่จะกระจายอำนาจมี 3 ทางด้วยกัน คือ การเมือง การคลัง และการบริหาร โดยที่การเมือง เราเห็นได้ชัดว่าเป็นความคิดที่ทำให้ท้องถิ่นมีบทบาทมากขึ้น การคลังเป็นความคิดที่ให้ท้องถิ่นมีการจัดสรรรายได้ให้กับตัวเอง และการบริหารจัดการต่างๆ ก็คือการให้ท้องถิ่นได้เข้ามานำส่งบริการต่างๆ ให้ประชาชน ซึ่งผมคิดว่าเรื่องสาธารณสุขเกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจในด้านนี้

ในยุโรปในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 มีการกระจายอำนาจลงไปในเรื่องสาธารณสุข หากมีขนาดเล็กก็ให้ท้องถิ่นเข้ามาจัดการได้เลย ซึ่งเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว จนกระทั่งในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา ในยุโรปเริ่มรู้สึกวาระบบที่มีอยู่เดิมมันใช้ไม่ค่อยได้ จึงกลับไปให้ความสำคัญในการกระจายอำนาจใหม่ และมีเทอมใหม่ขึ้นมา นั่นคือ recentralization แต่ไม่ได้หมายความว่ารัฐบาลกลางไปยึดอำนาจคืนมา

ตัวอย่าง เช่น นอร์เวย์ แต่เดิมการบริหารเรื่องสาธารณสุข ทำโดยองค์การบริหารปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งแต่เดิมมี 19 แห่งทั่วประเทศ แต่ในปี 2002 ได้เริ่มมีการจัดทำใหม่ โดยรัฐบาลกลางให้ลดจาก 19 เหลือเพียงแค่ 5 แห่ง เช่นเดียวกันกับในประเทศเดนมาร์ก ที่มีเพิ่มขนาดท้องถิ่นแต่ลดจำนวนจาก 14 เหลือ 5 แห่งเท่านั้น และในประเทศสวีเดนก็เช่นกัน ที่ลดลงจาก 21 แห่ง เหลือเพียง 6 - 8 แห่งเท่านั้น ส่วนในประเทศอังกฤษ ซึ่งถือว่าเป็นประเทศที่คล้ายเมืองไทย คือ เป็นประเทศที่มีการบริการสาธารณสุขกับประชาชนอย่างทั่วหน้าเช่นกัน หน่วยงานของอังกฤษที่ชื่อว่า Primary care trust ซึ่งแต่เดิมมี 300 แห่ง ตอนนี้อยู่เหลือแค่ 150 แห่งเท่านั้น

จึงเป็นที่น่าสนใจว่าทำไม ถึงเป็นเช่นนั้น เหตุผลหลักอันแรกสุดเลย ก็คือ เนื่องจากประเทศที่พัฒนาแล้วเหล่านี้ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากร มีผู้สูงอายุมากขึ้น การที่มีผู้สูงอายุมากขึ้นทำให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านการบริการที่สูงขึ้นเช่นกัน และสิ่งประดิษฐ์ที่ได้ถูกคิดค้นใหม่เกี่ยวกับเทคนิคทางด้านการแพทย์ ที่น่าสนใจก็คือ หลายๆ อย่างในสิ่งคิดค้นด้านการแพทย์กลับทำให้ค่าใช้จ่ายมีต้นทุนสูงขึ้น ทำให้เป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายให้แก่ระบบรัฐ ดังนั้น องค์การปกครองท้องถิ่นที่มีขนาดเล็กมาอาจจะไม่สามารถมาดูแล ระบบสาธารณสุขที่มันใหญ่ขึ้นได้ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการรวมองค์กรเล็กๆ เข้าด้วยการทำให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีขนาดใหญ่ขึ้น มีความสามารถในการจัดสรรมากขึ้น ที่สำคัญคือเกิด Economy of scale ในการจัดสรร

ในกรณีของประเทศนอร์เวย์ มีเรื่องความไม่เท่าเทียมกันอีกอย่างหนึ่ง คือ พบว่ามีความไม่เท่าเทียมกันระหว่าง อปท. กล่าวคือ บาง อปท. บริการดีมาก ขณะที่บาง อปท. สู้ไม่ได้ จึงทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในด้านสุขภาพ เนื่องจากการจัดสรรที่ไม่เท่ากัน ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ คือ การมองระบบในประเทศที่เจริญแล้ว

ต่อมา เรามองมาองในประเทศที่กำลังพัฒนา เหตุผลที่ ประเทศเหล่านี้ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจาก ประเทศเหล่านี้มีการปกครองในระบบเผด็จการมาก่อน เขาจึงมองว่าการกระจายอำนาจ เป็นการทำให้เป็นประชาธิปไตยมากขึ้น ขอยกตัวอย่าง ประเทศฟิลิปปินส์ ที่มีการปกครองเผด็จการมานานจนกระทั่งเปลี่ยนเป็นประชาธิปไตย จึงมีการกระจายอำนาจอย่างเร็วมาก โดยจัดตั้ง อปท. ขึ้นมาแล้วก็กระจายลงทันที จึงทำให้เกิดความวุ่นวายมาก แต่ตอนนี้เวลาผ่านมาแล้ว 20 ปีก็ได้เห็นว่า อปท. ได้ดูแล รพ. ใหญ่ๆ หลายแห่ง ทำให้งานโดยทั่วไป สามารถทำงานได้ดี ส่วนที่รัฐบาลกลางต้องดูแล คือ โรงพยาบาลระดับใหญ่ ซึ่งเหลือไม่ถึง 100 แห่งเสียด้วยซ้ำ ทั้งที่ประชากรเขามากกว่าของเรา แต่กระทรวงสาธารณสุขของเขาตอนนี้ก็แค่ดูแล โรงพยาบาล 70-80 แห่งเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะสามารถทำงานได้ดี แต่ก็ยังมีปัญหาอยู่ดี โดยในประเทศฟิลิปปินส์จะมีองค์กร ที่เรียกว่า The Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth) ที่ให้ health insurance ซึ่งเป็นตัวกำหนด และให้ อปท. เป็นคนระบุว่า ใครที่สมควรที่จะได้รับ แบบไม่ต้องจ่ายเพิ่มเลย ขอเน้นว่า อปท. สามารถระบุคนจนด้วยตัวของตัวเองได้ ซึ่งอาจไม่ได้เป็นคนจนที่แท้จริง ส่วนใหญ่จะใช้เส้นสาย เพราะฉะนั้นตรงนี้เป็นเรื่องที่ต้องมีความรับผิดชอบเข้ามา

ต่อมาข้อเสนอของเมืองไทย ผมเห็นด้วยกับ อ.สกันธ์ที่ว่า เราอย่ายึดติดกับการถ่ายโอน เรื่องที่ 2 ผมคิดว่าเราต้องให้ความสำคัญกับ Accountability การมีส่วนร่วมของชุมชน หากเรามีทิศทางเหล่านี้เราจะสามารถกระจายอำนาจได้อย่างถูกต้องและมีประโยชน์ กับประชาชนโดยรวม ตอนนี้ผมคิดว่าปัญหาสำคัญคือเรื่องของ Overlap ของการให้บริการระหว่าง อบท. กับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งยังมีความ Overlap กันเยอะมาก เพราะฉะนั้น ถ้าให้คำแนะนำสำหรับแผนที่ 3 เราควรจะต้องชี้ให้ชัดเจน ว่าอะไรเป็นสิ่งที่ อบท. ต้องทำ อะไรเป็นสิ่งที่ อบท. ทำได้ และอีกประเด็นที่สำคัญคือเรื่อง Economy of Scale อบท. เล็กๆ สามารถทำเรื่อง ปฐมภูมิได้ แต่ผมคิดว่า อบท. ยังมีขนาดใหญ่ไม่พอ ที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการที่มันใหญ่ๆ ควรจะให้ อบท. เข้ามารวมกันบ้าง

4. ผศ.ดร.จรวัยพร ศรีศัลลักษณ์ ได้นำเสนอเกี่ยวกับแนวโน้มของการกระจายอำนาจและทิศทางของ สวรส.

หากถามถึงทิศทางแนวโน้มของการกระจายอำนาจ เราควรที่จะทบทวนสิ่งที่ผ่านมา ซึ่ง อ.สกันธ์ ได้พูดไปแล้วว่า แผนที่ 1 และที่ 2 เป็นอย่างไร ถ้าเรานึกย้อน ถึง ปี พ.ศ. 2542 เราคงต้องไม่ลืม “บ้านแพ้ว” ซึ่งผลการประเมินผลออกมาดีโดยตลอด โดยบ้านแพ้วถือเป็นโมเดลที่ดีในการเป็นต้นแบบ

ที่ผ่านมามีการถ่ายโอน รอบแรก 22 แห่ง ต่อมา 6 แห่ง และอีก 11 แห่ง ซึ่งตอนนี้ยังไม่ถึง 1% แต่ถ้าโอนทั้งหมดเหมือนอย่างฟิลิปปินส์ ก็คงจะเกิดความวุ่นวายเหมือนกัน จึงคิดว่าต้องมีการทดลองควบคู่กันไป มาถึงแผนที่ 3 ถ้าสามารถปรับได้จริงๆ แล้วอยากจะให้มีการปรับเป็นกระจายความรับผิดชอบ โดยชัดเจนเลยว่าท้องถิ่นทำอะไร กระทรวงสาธารณสุขทำอะไร ซึ่งจริงๆ แล้วที่ผ่านมามันไม่ใช่แค่ถ่ายโอนสถานบริการ แต่ในความจริงแล้วมันมี 7 ภารกิจ จาก 34 ภารกิจ ซึ่ง 7 ภารกิจยังงี้ก็ยังมี 7 ภารกิจอยู่อย่างนั้น และถ้าหากเราดู ในยุคปัจจุบัน เช่น โรคเรื้อน ตอนนี้ เราดูเรื่องของอำเภอกวควบคุมโรคอย่างยั่งยืน แบบนี้จะสามารถอยู่ในแผน 3 ได้หรือไม่ จริงๆ แล้วกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ทำหน้าที่แค่ Service plan เราไม่ได้จะทำแค่ 12 เขตบริการ เราไม่ได้มีงานแค่ OP หรือ IP แต่เราน่าจะมีงาน PP ลงไปด้วย สุดท้ายประเด็นที่อยากจะพูดคือเรื่องของ กองทุนสุขภาพตำบล คือ ถ้าจะมีการใช้คำว่า ทำงานร่วมกัน กระทรวงสาธารณสุขก็อาจจะเน้นว่า มีการทำงานร่วมกันแบบไหน กองทุนสุขภาพตำบลก็ชัดเจนว่าจะต้องมีงบประมาณร่วมกันด้วย และมีอำนาจในการบริหารและตัดสินใจด้วย จึงอยากให้เล่าเรื่องเหล่านี้ ไม่ว่าจะเป็นเขตสุขภาพ หรือกองทุนสุขภาพใส่ลงไปในพื้นที่ 3 ด้วย

Section 3: ช่วงการซักถามและการร่วมอภิปรายจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เข้าร่วมสัมมนา

1. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์

ผมขอวิจารณ์เฉพาะเรื่องงานวิจัย ประเด็นคือ ผมเห็นด้วยกับผู้วิจัยว่า ที่ผ่านมา มันไม่สำเร็จ ขอฟันธงแบบนั้น ต่อมาผมอยากให้ผู้วิจัยลงเหตุการณ์บางอย่างที่ยังไม่ได้ลงในงานวิจัย ซึ่งมันมีเหตุการณ์บางอย่างที่ก่อนหน้าการถ่ายโอนสถานอนามัย นั่นคือเรื่องของ การไม่ถ่าย ไม่โอน ไม่ไป ของอุปกรณ์ทางการศึกษา อัน

นั้นทำให้มีอิทธิพลพอสมควรเลย และอีกเรื่องที่ว่ามีการถ่ายโอน เนื่องจากมีรัฐบาล คมช. และมีรัฐมนตรีที่ชื่อว่านายแพทย์ มงคล ณ สงขลา ถ้าไม่มีทั้งสองอย่างนั้น คงไม่มีสถานีนายแพทย์แม่แต่แห่งเดียวที่ไป

นอกจากนี้ ในอีกหลายประเด็นที่เป็น Finding อยากให้ผู้วิจัยโซวหลักฐานให้ดูว่า อันไหนเป็น finding หรือเป็นสิ่งที่คิดขึ้นมาเอง เช่น ข้อดีที่ว่าไปอยู่ที่ท้องถิ่นแล้วมีประสิทธิภาพ มีหลักฐานหรือไม่ หรือ เช่นว่า อปท. ไม่มีความพร้อม ยกตัวอย่างความไม่พร้อมด้วย และอยากให้ตอบคำถามอีกหลายอันที่เคยได้ฝากถามไป เช่นใน เรื่อง Economy of Scale ในบ้านเรายังเล็กเกินไป ต่อมาในเรื่อง ระบบ Developed system ของบ้านเราไม่ได้ถูกออกแบบให้ Stand alone การที่จะส่งคนไปจาก ปทุมธานีไป ทุติยภูมิ ถ้าหากว่ามันติดขัดจะมีทางแก้ไขหรือไม่ หรือจะปล่อยให้มันเป็นอย่างนั้น และเรื่องฉุกเฉินใหญ่ๆ เช่น น้ำท่วมใหญ่ที่ผ่านมา ผมไม่แน่ใจว่า หากมีการถ่ายโอนไปกันหมดแล้ว ท้องถิ่นแต่ละที่ต่างช่วยเหลือกันเองจะสามารถไปกันรอดหรือไม่

อันถัดมาบทเรียนจาก อินโดนีเซียและ ฟิลิปปินส์ เมื่อมีการโอนไปอยู่ที่ท้องถิ่นแล้ว จะไม่มีการส่งข้อมูลกลับมาให้รัฐบาลกลาง และขอเน้นย้ำว่าฟิลิปปินส์ไม่ได้ถ่ายโอนไปถึงระดับตำบลแต่ถ่ายโอนไปเพียงแค่ระดับจังหวัดใหญ่ๆ สุดท้ายเรื่องความไม่เท่าเทียมกัน อยากให้ตอบแบบมีหลักฐานด้วย

อันที่ผมไม่เห็นด้วยกับ ผู้วิจัยที่ว่างาน PP ทำได้ดี ผมว่า ผู้วิจัยเข้าใจงาน PP ผิด มันมีหลักการอยู่ว่างานปทุมธานีที่ดีคืออะไร ส่งมอบบริการให้ประชาชนไม่ใช่ เรื่อง เก็บขยะ ไม่ใช่เรื่องพ่นลูกน้ำยุ่งลาย ข้อเท็จจริงคือ เขตเมืองต้องการบริการบางอย่างที่ แม้แต่กระทรวงสาธารณสุขก็ให้ไม่ได้ เพราะฉะนั้นสิ่งเหล่านี้ต้อง คิดร่วมกัน หลายแห่งเทศบาลเมืองปรับโครงสร้างของตัวเองเพื่อให้รองรับสุขภาพในเขตเมือง และยอมรับเองว่าบางเรื่องทำไม่ได้ เช่น หาหมออายุไม่ได้ก็ให้สาธารณสุขมาทำ แต่ตัวเป็นคนมาบริหาร เพราะฉะนั้นทางออกของผมคือการเอาประชาชนเป็นตัวตั้ง เอาพื้นที่เป็นตัวตั้ง แล้วลองออกแบบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ว่าควรเป็นอย่างไรก่อน ก่อนที่จะถ่ายโอน แล้วดูว่าระบบนั้นมันเป็นอย่างไร ไม่อย่างนั้นแล้วเราก็จะมาจมอยู่กับการถ่ายไม่ถ่าย ให้ไม่ให้ออย่างนี้เรื่อยไป

2. นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ผมเห็นด้วยกับงานวิจัยหลายอย่าง ผมคิดว่าข้อเสนอมีหลายกรณีที่น่าสนใจ แต่ต้องทำความเข้าใจชัดเจน ตัวอย่างเช่น ความสัมพันธ์ด้านการเมือง ระหว่างรัฐหรือส่วนกลางกับท้องถิ่น ผมว่าประเด็นนี้เป็นตัวกำหนดเรื่องของ Accountability ว่าโดยข้อเท็จจริงในปัจจุบันจะมีกลไกในเรื่องนี้ชัดเจนหรือไม่ ผมขอยกตัวอย่างเรื่อง จังหวัดสมุทรสาคร เรื่องน้ำสะอาด ระบบประปามีแค่ประปาภูมิภาคเท่านั้นที่มีมาตรฐาน ซึ่งเรื่องนี้เป็นเรื่องของการถ่ายโอน 1 ใน 7 ภารกิจ คำถามของผมจึงเกิดขึ้นมาว่า กลไกสาธารณสุขจังหวัดที่ต้องไปบอกผู้ว่าราชการจังหวัด และผู้ว่าไปบอกท้องถิ่น ซึ่งผู้ว่าก็ทำบ้างไม่ทำบ้าง ไม่รู้ว่าจะแก้ไขดูแลอย่างไร

เมื่อเจอปัญหาแบบนี้เราต้องการระบบกลไกในการดูแล จะมีกลไกอะไรที่ช่วยได้ จังหวัดสมุทรสาครเป็นที่ทราบกันดีว่ามีแรงงานพม่าอยู่ถึง 4 แสนคนด้วยกัน ซึ่งระบบในอาคารที่พักไม่ได้มาตรฐาน ทำให้เกิดโรคอหิวาตกโรคขึ้นทุกปี ซึ่งอาคารที่พักนั้น ควรมีข้อบัญญัติของท้องถิ่นเข้ามาควบคุม แต่ก็ไม่เข้าใจว่าต้องมีการลงทุนมหาศาล และเกิดการต่อต้านจากเจ้าของแน่นอน ซึ่งเรื่องนี้ก็ทำกันมาหลายปีโดยที่ไม่มีมาตรฐาน แล้ว

เรื่องอหิวาตกโรคนี้ก็กระทบเข้ามาติดคนไทยอยู่ดี อันนี้ที่ผมพูดผมแค่ต้องการคิดหาหลักในการดูแล ถ้าหากว่ามีการถ่ายโอนสถานื่อนามัยไป โรงพยาบาลขนาดเล็กไป ตรงส่วนนี้ใครจะเป็นผู้ดูแล และคิดกลไกต่างๆ เหล่านี้ ผมอยากให้ในแผนที่ 3 กำหนดตัวนี้ให้ชัดเจน

ขอยกตัวอย่าง เทศบาลนครมีรายได้ ประมาณ 800 ล้านบาท แต่ใช้งบประมาณสำหรับพญา ใช้เลือดออกปีละเพียงแค่ 3แสนบาท ถือว่าอยู่ในเรื่องของการควบคุมโรค แต่เพียงแค่นี้ไม่พออนนอนครับ การกำกับดูแลในทางปฏิบัติเป็นไปได้ยากมาก จึงอยากให้มีกลไกที่ มีการพูดคุยกันได้ต่อมิใช่โอนแล้ว ก็ตัดกันเลย ดังนั้น จึงคิดว่ากลไกเป็นเรื่องสำคัญ

ประเด็นต่อมาที่เห็นด้วย คือ เรื่องของกำลังคน ที่ว่าเราจะเรียนรู้กันอย่างไร เพราะท้องถิ่นไม่มีศูนย์การเรียนรู้ แต่ก็ยังคิดว่าพอจะแก้กันได้ และอีกตัวคือโครงสร้างทางการเงินการคลัง ถ้ามีในแผน 3 ก็จะเป็นการดีที่ว่าจะวัดอย่างไร ใครจะเป็นคนประเมิน ผมคิดว่าถ้าระบบทำให้มันชัดเจน สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้คนเห็นว่า มันมีประโยชน์จริงๆ งานที่ออกมาแล้วมีคนตรวจสอบ หรือไม่ใช้อยู่ภายใต้ความชอบของฝ่ายการเมืองเพียงอย่างเดียว ผมคิดว่าตรงนี้จะทำให้ระบบมันดีแน่นอน อยากให้เน้นทุกอย่างไปที่ระบบ

3. อ.ดร.ศุภชัย ศรีสุชาติ ตอบคำถามเกี่ยวกับงานวิจัย

ในเรื่องของเหตุการณ์จริงๆ แล้วเราใส่ในเรื่องของการกระจายที่เกิดขึ้นแต่เราไม่ได้ใส่ในเรื่องของเหตุการณ์ที่ผ่านไปแล้ว แต่อย่างไรก็ตามจะทำการปรึกษากับ อ.จรรยาพรอีกทีหนึ่ง ซึ่งจริงๆ แล้วมันก็มีสมมุติปกขาวอยู่ ถ้าอย่างไรจะใส่ตรงนั้น ทางผู้วิจัยก็ไม่ขัดข้อง สำหรับตัว Finding ข้อดีข้อเสียบางอันเรายอมรับว่ามันเป็นการสัมภาษณ์มาจากหลายส่วน ซึ่งเราได้ทำเป็นตารางไว้ และทำการหาน้ำหนักแล้ว แต่อย่างไรก็ตามสามารถเพิ่มเติมได้ ในส่วนของ PP ผู้วิจัยได้มองในมุมมองของท้องถิ่นที่เขาคิดว่า งานตรงนี้เป็น งานส่งเสริมป้องกัน สิ่งที่เป็นฐานที่ควรจะเป็น ตรงนี้ผมได้ละไป แต่อย่างหนึ่งที่ผมคิดว่าท้องถิ่นจะต้องทำก็คือ แผนบริหารความเสี่ยง เช่น ถ้าเป็นเรื่องโรคระบาดท้องถิ่นคุณสามารถรับได้หรือไม่ ซึ่งอาจจะรับไม่ได้ แต่อย่างน้อยคุณก็ต้องมีแผนที่จะจัดการกับเหตุการณ์เฉพาะหน้าก่อน ตรงนี้ผมว่ามันจะเป็นตรงหนึ่งที่พอช่วยได้

ส่วนในเรื่องฉุกเฉิน และเรื่องความไม่เท่าเทียมกัน ในงานวิจัยได้มีแต่ข้างแต่ไม่ได้ชี้ชัด เนื่องจากเวลาเราประเมินตัวระบบ มันเห็นชัดอยู่แล้วว่าระบบ Referral มีปัญหา ยกตัวอย่าง ที่เทศบาลแห่งหนึ่งเขาก็มีสถานพยาบาลของเขาเอง ปรากฏว่าการส่งไปสถานพยาบาลที่ใหญ่กว่า พอคิดไปคิดมาเขาก็บอกว่าเลขติดลบอยู่ ในทางปฏิบัติจริง หากไม่ได้เป็นระบบเดียวกันก็จะมีปัญหาพวกนี้อยู่

ตอบคำถามในส่วนของคุณณรงค์ที่เราถกแล้วกัน ในเรื่องของเพดานร้อยละ 40 ที่ตั้งไว้ จริงๆ แล้วนักวิจัยไม่ได้มองว่าในรุ่นนี้ที่จะมีปัญหา เรามองถึงในอนาคตที่ต่อไป จะถอยหลังกลับไม่ได้ หากมันติดกับ 40% ในอนาคต ตรงนี้ก็จะน่าเป็นห่วงมาก

คุณณรงค์ ตอบเรื่องคำตอบแทนของเจ้าหน้าที่เงินเดือนสาธารณสุขที่ถ่ายโอนไปตอนนี้ เงินอุดหนุนที่เราจัดสรรไปตอนนี้มีอยู่ 2 ระบบ ถ้าของครูจะจ่ายตามตำแหน่ง แต่พวกของสาธารณสุขในยุคต้นๆ ที่ถ่ายโอนไปเพื่อประกันความมั่นคงจึงให้เงินติดตัวไป แต่มีปัญหาก็คือ พอข้าราชการคนนี้เกษียณตำแหน่งก็จะหายไป ซึ่ง

ถ้าจะต้องมีการโอนบุคลากรมากขึ้น จะทำให้เกิดปัญหาจึงอาจจะต้องเปลี่ยนระบบการจัดสรรเงินใหม่ เป็นการให้เงินตามตำแหน่งไม่ได้ตามตัวคน ซึ่งผมคิดว่าเรื่องนี้ก็ไม่ยาก เราสามารถเปลี่ยนระบบตรงนี้ ประเด็นที่อยากจะพูด ก็คือ คำว่า ปฐมภูมิอยากให้มีการคลี่ออกดู ว่า ใครควรจะทำอะไร กระทรวงควรจะทำอะไร กระทรวงสาธารณสุขต้องให้ความร่วมมือกันว่ามีเรื่องอะไรบ้าง จึงอยากให้ท่านวิจัยมาคลี่เรื่องปฐมภูมิออกมา

4. รศ.ตระกูล มีชัย คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (คณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิจัย และพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สวรส.)

ผมคิดว่า ยังมีเวลาที่จะเอางานวิจัยชิ้นนี้ไปใส่ในแผนที่ 3 ได้ ผมคิดว่าเรากำหนดนโยบายโดยที่ไม่มีงานวิจัยรองรับนโยบายเลย ทั้งที่ในด้านสาธารณสุขมันมีความทับซ้อนกันในรายละเอียดมาก ผมคิดว่าถ้ามีงานวิจัยชิ้นใดที่รองรับได้ เราจะได้รู้ว่าเราจะเอาอย่างไร หรืออาจจะเป็นไปได้ในแนวว่า เอาแผนออกมาก่อนแล้วให้เวลา 6 เดือนในการรองรับ หรือก็คือมีแผนเพื่อที่จะวางแผน เพราะไม่อย่างนั้นเราก็จะหาข้อยุติไม่ได้ เพราะเราไม่มีงานศึกษารองรับเลย

อีกประเด็นที่อยากให้ช่วยวิเคราะห์ คือ ผมคิดว่ามันมีมิติในเรื่องการเมืองอยู่ด้วย นอกจากเรื่องสาธารณสุข ซึ่งผมได้มีโอกาสเจอกับคนของรัฐบาลจึงได้ฝากถามถึงแผน 3 แต่ก็ยังคงนิ่งอยู่ เพราะฉะนั้นในด้านการเมืองที่หัวหน้าด้านนโยบายยังไม่เปิด มันเป็นปัญหาที่ใหญ่อาจจะทำให้เราต้องวิเคราะห์ถึงปัญหาในเชิงการเมืองระดับและท้องถิ่นว่าเราควรต้องทำอะไร ประเด็นแรก คือ ผมคิดว่าการเมืองระดับชาติไม่ยากให้การเมืองท้องถิ่นโตเท่าไรนัก ประเด็นที่ 2 คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ที่เรามีความคิดที่ต้องกระจายอำนาจ ซึ่งแนวคิดนี้มีอิทธิพลครอบงำต่อระบบ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เราต้องกลับมาดูแนวความคิดใหม่ว่า ระบบของไทย เราขาดมิติในการวิเคราะห์ระบบบริหารของไทย ความแข็งแกร่งขององค์กรเดิม ภายใต้มิติของการเมือง จึงอยากให้วิเคราะห์ด้านนี้ด้วยว่าจะทำอย่างไรให้การกระจายได้ผล คำๆ หนึ่งที่ผมคิดว่าจำเป็นคือ “ความไว้วางใจ” ที่ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จะไว้วางใจท้องถิ่นจะสามารถดูแลบุคลากร ประชาชนได้ ภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบของเขา

5. ดร.สุพุดต์ ไอสระประสพ ตอบคำถามเพิ่มเติมในส่วนของ นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์

ที่ฟิลิปปินส์ ก็จะมีการโอนอำนาจไปให้ที่ๆ เล็กกว่า แต่อยากเน้นว่าที่นั่นไม่เหมือนของไทย เขาแค่อยากต้องการโชว์ว่าเขาหลุดพ้นจากการเป็นเผด็จการแล้ว และเขาทำในหลายๆ ด้านไม่ใช่แค่ด้านสุขภาพเท่านั้น จุดมุ่งหมายของเขาไม่ใช่ความดีขึ้นในด้านสุขภาพแต่เป็นการแสดงความเป็นประชาธิปไตย โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมจริงๆ เพราะฉะนั้นเราไม่จำเป็นที่จะต้องทำตามฟิลิปปินส์

แต่เรื่องของข้อมูลอันนี้เกิดขึ้นจริงๆ ในช่วงแรกเขาไม่รู้จักวิธีที่จะส่งข้อมูลกลับ แต่อย่างไรก็ดี เขาได้มีทางแก้ไว้ โดยที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นคนให้แบ็ก อปท. ในการดำเนินงาน โดยที่แทนที่เขาจะให้แบ็กเลยๆ แต่เขามีโครงการ Service level agreement ที่เริ่มต้นได้มา 4-5ปีที่ผ่านมา โดยทุกๆ ปีกระทรวงสาธารณสุข

จะมีสัญญากับ อบท. ทุกๆ อบท. ว่าปีนั้น อบท. จะทำอะไรบ้าง โดยที่กระทรวงจะให้เงินแก่ อบท. แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ Fix ซึ่งเป็นเงินที่ได้แน่นอน และ Variable ซึ่งจะขึ้นอยู่กับ Performance และอบท. มีหน้าที่ต้องส่งข้อมูลกลับมาเพื่อที่จะรับ Variable นอกจากนี้ เขายังทำมากกว่านั้นอีก คือ การทำ LGU score เพื่อเอา อบท. ต่างๆ มาเปรียบเทียบกับ ระหว่าง อบท. ทั้งประเทศ เพื่อที่จะให้ อบท. แข่งขันกัน จะได้เห็นภาพรวมโดยรวมของทั้งประเทศ เพื่อให้ อบท. ใ้บตัวเองมากขึ้น และเอาตรงนี้ไปเป็นข้อในการหาเสียงได้

แต่สิ่งที่สำคัญก็คือไม่ว่าใครจะเป็น คน Provider ก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขก็ยังคงต้องเป็น ผู้นำในการให้บริการด้านสาธารณสุข อยู่ดี

ปิดการสัมมนา เวลา 12.00 น.