

สถานการณ์และเงื่อนไขการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในท้องถิ่น :
กรณีศึกษาจากการพัฒนานำร่องรูปแบบ กสพ. จังหวัดภูเก็ต
**The situations of local health decentralization: the case study from the
Committee of Health at Phuket province**

โดย
รองศาสตราจารย์ ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์
รุจินาถ อรรถสิขฐ
Associated professor Prasit Leerapan
Rujinaj Aathasit

การวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2548

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือและช่วยเหลือจากบุคคล กลุ่มบุคคล และองค์กรหลายแห่ง ที่อดกล่าวถึงไม่ได้ก็คือกลุ่มประชาคมจังหวัดภูเก็ตที่เป็นกลุ่มผู้รับผิดชอบ ในการทำโครงการวิจัยชีวิตสาธารณะที่ทำให้คณะผู้วิจัยได้เรียนรู้ความหมายที่แท้จริงและเป็นรูปธรรม ของประชาคมกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิถีชีวิตของประชาชนและชุมชน และการเสริมสร้าง สิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพและเอื้อต่อการเสริมสร้างสุขภาพของ ซึ่งทีมงานประชาคม ส่วนใหญ่เป็น บุคคลที่เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาระบบ กสพ. จังหวัดภูเก็ตในช่วง 4 – 5 ปีที่ผ่านมา ทำให้ เข้าใจถึงความคิดและการพัฒนาวิธีคิดและวิธีปฏิบัติตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน จนผู้วิจัยเชื่อว่า พัฒนาการของทีมงานดังกล่าวนี้จะเป็นพลังสำคัญของการมีส่วนร่วมปฏิบัติการการกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้เป็นอย่างดี ความสัมพันธ์และการเรียนรู้ ดังกล่าวมีการทำให้ การศึกษาเชิงคุณภาพมีจุดเริ่มต้นของประเด็นคำถาม และเชื่อมต่อไปสู่คำถามและบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอีกจำนวนมาก มีผลทำให้ข้อมูลหลักของการวิจัยเรื่องมีความหมาย และคุณค่าตาม ที่ต้องการนอกจากนี้ต้องขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งต่อบุคคลที่เป็นผู้ประสานงาน การเก็บข้อมูล เชิงปริมาณในพื้นที่วิจัย 3 แห่ง คือ คุณมนตรี สดสม (จังหวัดภูเก็ต) คุณปาริชาติ พุทธิไชย (จังหวัดอยุธยา) และคุณนงลักษณ์ ศรีชัยวัฒน์ (จังหวัดสงขลา) ที่ทุกท่านได้ให้ความช่วยเหลือ เป็นอย่างดีจึงจะได้แบบสอบถามที่มีคุณภาพและจำนวนที่กำหนดไว้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยเรื่องนี้ ซึ่งนอกจากผลการวิจัยเรื่องนี้ทำให้สังคมได้เรียนรู้ถึงสถานการณ์จริง และเงื่อนไขการพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้ท้องถิ่น ตลอดจนแนวคิดในการ พัฒนาเรื่องนี้ให้ต่อเนื่องต่อไปแล้ว ผู้วิจัยยังได้รับประโยชน์โดยตรงอย่างมากในการเรียนรู้แนวคิด และกระบวนการพัฒนาชุมชนและสังคมโดยรวมด้วยการใช้หลักการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือให้ ประชาชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา

เรื่อง : สถานการณ์และเงื่อนไขการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในท้องถิ่น : กรณีศึกษาจากการ
พัฒนารูปแบบ กสพ. จังหวัดภูเก็ต

โดย : รองศาสตราจารย์ ดร. ประสิทธิ์ สิริพันธ์ และรุจิราภ อรรถสิษฐ์

งบประมาณสนับสนุน : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้วัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และประเมินแนวคิด กระบวนการ และผลการ
ปฏิบัติการนำร่องของรูปแบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามระบบ กสพ. (คณะกรรมการด้าน
สุขภาพระดับพื้นที่) ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2544 พร้อมประเมินความพร้อม
ของบุคลากรที่เป็นไตรภาคีของ กสพ. ในระดับจังหวัดคือ สมาชิกองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสมาชิกขององค์กร/กลุ่มภาคประชาชนและประชาคม โดยเน้นหนักที่กลุ่ม/
องค์กรภาคประชาชน นอกจากนี้ยังให้ข้อเสนอแนะต่อแนวคิดและแนวทางการบริหารจัดการระบบ
การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่นที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตด้วย การศึกษานี้ได้ใช้การ
วิจัยเชิงคุณภาพเป็นแบบการวิจัยหลัก และใช้จังหวัดภูเก็ตเป็นพื้นที่หลักในการศึกษาเพื่อตอบ
คำถามการวิจัยทุกข้อที่กำหนดไว้ เนื่องจากภูเก็ตเป็นจังหวัดนำร่องการพัฒนาระบบ กสพ. และมี
ผลงานดีเด่นเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป นอกจากนี้ยังใช้การวิจัยเชิงปริมาณเก็บข้อมูลเสริมด้วย
แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างรวม 427 คน ครอบคลุมบุคลากร ที่เป็นตัวแทนไตรภาคีที่อยู่ใน
พื้นที่นำร่อง กสพ. 3 จังหวัดคือ ภูเก็ต อยุธยา และสงขลา

ผลการวิจัยพบว่า กสพ. จังหวัดภูเก็ตได้ดำเนินงานตามรูปแบบ กสพ. ได้ในช่วงต้น (สิ้นสุด
หลังกระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งเปลี่ยนแปลงบทบาทจาก Functional Board เป็น Advisory Board)
โดยมีผลงานที่สำคัญคือ การจัดตั้งคณะกรรมการ กสพ. การกำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ
การศึกษาปัญหา การจัดทำแผนปฏิบัติการ และการจัดตั้งสำนักงาน โดยมีนายกเทศมนตรีเทศบาล
นครภูเก็ตเป็นประธาน นายก อบจ. เป็นรองประธาน และนายแพทย์ สสจ. เป็นกรรมการและ
เลขานุการ ซึ่งกระบวนการทำงานเป็นไปในลักษณะการเตรียมความพร้อมของคณะกรรมการ กสพ.
ทั้งในแนวคิดและวิธีปฏิบัติการการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะทำงานร่วมกันเป็น
ทีมของสมาชิกไตรภาคี พร้อมๆกับการพัฒนางานของ กสพ. ให้มีความก้าวหน้าและมีผลงานเป็นที่
ประจักษ์และได้รับการยอมรับ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความหมายและคุณค่าสำคัญ 4 ข้อ คือ
(1) ท้องถิ่นมีความพร้อมที่จะรับผิดชอบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพได้ (แม้ว่าบุคลากรในภาคี
อื่นๆส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะองค์กรท้องถิ่นยังไม่พร้อมมากนักที่จะทำเรื่องนี้) (2) ความจริงจังและ
ประนีประนอมคือบทบาทหน้าที่สำคัญของ ท้องถิ่น (ท้องถิ่นเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงจึงต้อง
ประสานประโยชน์ร่วมของหน่วยเหนือคือหน่วยราชการและรัฐบาลที่เป็นผู้คอยกำกับดูแล และกลุ่ม/
องค์กรภาคประชาชนและประชาชน ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่ต้องรับผิดชอบ) (3) ประชาคมดี

ในหลักการแต่ก่อนในทางปฏิบัติ (กลุ่ม/องค์กรของประชาชนยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ และขาดการประสานงานและร่วมมือกัน อย่างจริงจัง ต่อเนื่องและเป็นระบบ ซึ่งกลุ่ม/องค์กรของประชาชนกำลังอยู่ในช่วงพัฒนาการพึ่งพาตนเองที่ต้องอาศัยโครงการ/กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกันเพื่อเสริมการเรียนรู้และพัฒนาไปด้วยกันในกลุ่มภาคประชาชน) และ(4) อบต. จำเป็นต้องเสริมการพัฒนาและเรียนรู้ (ด้วยความจำกัดทั้งโครงสร้างและระบบ และตัวบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพเป็นเรื่องที่ไกลจากความสนใจ และต่างเห็นว่ามีนักวิชาชีพสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบเป็นอย่างดีอยู่แล้ว) อย่างไรก็ตามความพร้อมทางความคิด ความเข้าใจ และการเรียนรู้ของสมาชิกไตรภาคีโดยทั่วไปก็ยังคงเป็นปัญหาอยู่พอสมควร กล่าวคือ สมาชิกทุกกลุ่มโดยเฉลี่ยแล้วไม่เกินครึ่งหนึ่งที่รับรู้ว่าคุณภาพมีความเข้าใจเรื่องนี้ค่อนข้างดีแม้ว่าจะมีประสบการณ์มาบ้างแล้วจากการเข้าร่วมปฏิบัติการของ กสพ. ในช่วงเวลาที่ผ่านมา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ยังเป็นข้อสงสัยของกลุ่มอื่นๆว่าอาจไม่พร้อมในการรองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและมีบทบาทเป็นผู้นำ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ให้การยอมรับต่อหลักการและวิธีการปฏิบัติการการกระจายอำนาจค่อนข้างต่ำ รวมถึงการรับรู้ต่อกกลุ่ม/องค์กรอื่นๆ รวมทั้งองค์กรของตนเองว่ามีความพร้อมไม่มากนัก สำหรับกลุ่ม/องค์กร ของประชาชนก็มีความจำกัดด้านแนวคิดและความเข้าใจเรื่องการกระจายอำนาจ การขาดผู้นำ และการมีประสบการณ์เรื่องสุขภาพไม่มากเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ก็คือการใช้ไตรภาคีเป็นโครงสร้างหลักของคณะกรรมการร่วมในทุกระดับพื้นที่ (จังหวัด อำเภอ และตำบล) ในการร่วมตัดสินใจและการปฏิบัติการ ด้วยการกำหนดรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการเรียนรู้และพัฒนา ที่สอดคล้องกับสภาพและเงื่อนไขของแต่ละพื้นที่ ให้มีการนำร่องปฏิบัติการจริงของระบบการกระจายอำนาจในท้องถิ่น โดยแต่ละพื้นที่ควรมีเป้าหมายและกลยุทธ์ในการเสริมสร้างการเรียนรู้ของสมาชิกไตรภาคีอย่างจริงจังและเป็นระบบ เพื่อสร้างสำนึก การรับรู้และประสบการณ์ การกระจายอำนาจให้มากที่สุด และการใช้ระบบพี่เลี้ยงระหว่างพื้นที่ที่มีความพร้อมมากกับพร้อมน้อยในการเรียนรู้และปฏิบัติการไปด้วยกัน และในกระบวนการดังกล่าวนี้รัฐควรช่วยเสริมความพร้อมและการเรียนรู้ของไตรภาคีที่เป็นแกนนำการปฏิบัติการและของประชาชน เช่น การส่งเสริมให้พื้นที่ต่างๆทดลองปฏิบัติตามความพร้อมและความต้องการของแต่ละพื้นที่ การจัดตั้งทีมงานติดตามสนับสนุนและประเมินผล การประชาสัมพันธ์และรณรงค์สร้างกระแสสังคมในการเรียนรู้และสร้างการยอมรับของประชาชนในเรื่องการกระจายอำนาจ และการปรับแก้ไขโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการขององค์กรท้องถิ่นให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบการกระจายอำนาจตามกรอบของไตรภาคีและที่ประชาชนมีส่วนร่วมเชิงรุกอย่างแท้จริง

**Title: The situations of local health decentralization: the case study from the
Committee of Health at Phuket province**

Researchers: Associated professor Prasit Leerapan and Rujinaj Aathasit

Supportive budget: Institute of Health System Research

Abstract

This research has the main objective to analyze and evaluate the idea, process, and the result from the pilot study of local health decentralization by the Committee of Health at the province level's system, established by the Public Health Ministry in 2001, as well as to evaluate the adequacy and potential of the members in three partnerships, there are members of local organization, public health staffs and members of people group and civil society, emphasizing on those in people sector. In addition, this research would give idea advices and ways to manage this health decentralization process that might be occurred in the future. This study used the qualitative research as the main method. And Phuket province was selected as the main area to answer all the questions appointed by this research since it is the province with the overall acceptable results and feedbacks. Moreover, quantitative research using questionnaires was used in collecting the extra information from the sampling group of 427, including people who are representatives of those 3 partnerships, located in the pilot areas of Committee of Health at the local level which are Phuket, Ayutthaya, and Songkha.

The results from the research shows that Phuket Committee of Health had succeed in operating for the first period (Ended after the Ministry of Public Health has changed from functional board to adversary board). The main results are setting the board of Committee of Health at the local level, specifying objectives and goals, setting vision and mission, studying problems, setting the implementing plans, and establishing offices. The Phuket city's Governor is the president while president of Provincial administration office is the vice president, followed with the head provincial public health office as the member and secretary. The working process was for preparing the board of directors of Committee of Health at the local level in ideas and implementations of health decentralization. Those three partnership members has learned to work as a team while developing the work of Committee of Health effectively and acceptable. These results show four meanings and the important values, which are; (1) Local sector is ready and has potential in order to take responsibilities in health decentralization (Even though most of the members in other partnership are known that the local is not ready to do so). (2) The seriousness and compromise are the main responsibilities for the local sector. (Local sector is the leader of these changes and has to balance the advantage of all the central authorities, which are the supervising government agencies, and the people group as the main point in the area to be responsible for). (3) The civil society is good in theories but poor in the implementations (people group is not strong enough and there's the lack of seriously, continuously, and systematically corporation between them, since these people group is in the independence development process that needs projects and activities to be able to learn to work and develop together) and (4) Tambol Administration office need to encourage the development and learning process (From the limitations of the system, process, and people's personal perspective that lack of Health interests as they think others who work in the health area are already

responsible for it). However, the problems of three partnership members in ideas, understanding, and leaning potentials, are still existed. Only not more than half of members in each group had admitted that they have quite well understanding in this issue, as already had the experiences in working with Committee of Health. The local provincial administration office has been criticized from others that might not ready to be responsible for health decentralization as the leader. And most of public health staffs do not truly accept the rules, regulation, and implementations of this health decentralization. Moreover, They found themselves and others not ready for it. For those in people group and civil society have the limitations in ideas and understanding of health decentralization, lacks of both leaders and enough experiences in health issues.

The recommendations for developing health decentralization are using the three partnerships as the main structure of all area (province, district, and tambol) in making decision and implementing by setting up the effective patterns for learning and development, which are suitable for each area's conditions. And there should be the pilot study with the real actions in local decentralization. Each area could set the objectives and strategies to encourage the learning of members in three partnerships seriously and systematically, in order to promote consciousness, perceptions and experiences of decentralization as much as possible. Furthermore, The use of supporting system between the areas, which have different level of ability and potential in this learning and implementation, can be done. And the government should support the leaders in three partnerships and people in term of their readiness and learning. For example, encouraging each area to have the experimental implementation according to their readiness and needs, establishing followed up team to support and give evaluation, promoting and campaigning to create the social trend in people's learning and accepting the decentralization, and improving the organization structure and the management of the local organizations to be able to support the development of the health decentralization system as the framework of the three partnerships and encouraging real people's active participation.

สารบัญเนื้อหา

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญเนื้อหา	ง
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ

บทที่ 1	ปัญหาวิจัยและระเบียบวิธีการศึกษา	
	1. ความเป็นมาและความสำคัญของโครงการ	1
	2. คำถามการวิจัย	4
	3. วัตถุประสงค์	4
	4. ประโยชน์ที่ได้รับ	5
	5. ทบทวนวรรณกรรม	6
	5.1 ความหมายและสถานการณ์ทั่วไปของการกระจายอำนาจในสังคมไทย	6
	5.2 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	11
	6. ระเบียบวิธีการวิจัย	16
	6.1 พื้นที่ศึกษา	16
	6.2 แบบของการวิจัยและระเบียบวิธี	16
	7. บทสรุป	19
บทที่ 2	สภาพพื้นฐานชุมชนและสังคมภูเก็ต	
	1. สภาพทั่วไปและบริบททางสังคมของจังหวัดภูเก็ต	20
	1.1 ข้อมูลทั่วไป	20
	1.2 ประวัติศาสตร์และสังคมวัฒนธรรม	21
	1.3 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและการเมือง	26
	1.4 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและระบบนิเวศน์	28
	2. สถานการณ์ของกลุ่มและองค์กรทางสังคม	31
	2.1 โครงสร้าง ประเภท และกิจกรรมขององค์กรทางสังคม	31
	2.2 กรณีศึกษากลุ่ม / องค์กรทางสังคมที่เข้มแข็ง	36
	3. บทสรุป	40

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 3	องค์กรทางสังคมและประชาคมด้านสุขภาพ	
1.	องค์กรทางสังคมและชุมชนที่มีความเข้มแข็งด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร	41
2.	พัฒนาการและความเข้มแข็งของประชาคมสุขภาพ	45
2.1	โครงการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ (พ.ศ.2543 – ปัจจุบัน)	46
2.2	การเคลื่อนไหวพ.ร.บ.สุขภาพโดยเครือข่ายประชาคม ปฏิรูประบบสุขภาพ (พ.ศ.2544 – ปัจจุบัน)	50
2.3	โครงการวิจัยและพัฒนาชีวิตสาธารณะ : ท้องถิ่นน่าอยู่ จังหวัดภูเก็ต (พ.ศ.2545 – ปัจจุบัน)	52
3.	บทสรุป	55
บทที่ 4	กสพ.จังหวัดภูเก็ต : กรณีตัวอย่างการกระจายอำนาจด้านสุขภาพใน ท้องถิ่น	
1.	เครือข่ายภาคีท้องถิ่นกับการจัดตั้ง กสพ.	56
1.1	เกณฑ์การจัดตั้ง กสพ. และอำนาจหน้าที่	56
1.2	กระบวนการจัดตั้ง กสพ.จังหวัดภูเก็ต	58
2.	การสร้างความพร้อมและการพัฒนา กสพ.	60
2.1	กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ กสพ.จังหวัดภูเก็ต	60
2.2	ข้อสรุปแนวคิดและทิศทางการพัฒนา	61
3.	รูปแบบและสถานการณ์ กสพ.จังหวัดภูเก็ต	65
3.1	รูปแบบของ กสพ. จังหวัดภูเก็ต	65
3.2	การเตรียมคน งานและเงิน	67
3.3	การวิเคราะห์และประเมินความพร้อมของ กสพ.จังหวัด ภูเก็ต	69
4.	บทสรุปและบทเรียนจาก กสพ.จังหวัดภูเก็ต : การเริ่มต้นและ สิ้นสุด	71
4.1	ท้องถิ่นมีความพร้อมที่จะรับผิดชอบ	71
4.2	ความจริงจังและประนีประนอมคือทำที่สำคัญของท้องถิ่น	72
4.3	ประชาคมดีในหลักการแต่อ่อนในการปฏิบัติ	73
4.4	อบต.จำเป็นต้องเสริมการพัฒนาและเรียนรู้	74

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 5 สถานการณ์และความพร้อมของไตรภาคี กสพ.

1. ลักษณะประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	75
2. ประสพการณ์การทำงานและเงื่อนไขการมีส่วนร่วมเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	77
2.1 การทำงานด้านสุขภาพกับหน่วยงานอื่นๆและประชาชน	77
2.2 การมีส่วนร่วมกับการดำเนินงาน กสพ.ในช่วง 4 – 5 ปีที่ผ่านมา	79
2.3 ความเข้าใจเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	80
3. ความคิดเห็นต่อแนวคิดและรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	85
3.1 การยอมรับและความมั่นใจต่อหลักการการกระจายอำนาจ	85
3.2 ความพร้อมของระบบและองค์กรที่เกี่ยวข้องการกระจายอำนาจ	87
3.3 เหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ขาดความเชื่อมั่นต่อการกระจายอำนาจ	92
3.4 ความคิดเห็นต่อรูปแบบ กสพ.ของกระทรวงสาธารณสุข	95
4. บทสรุป	96

บทที่ 6 ความหมายและแนวโน้มการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและข้อเสนอแนะ

1. การเรียนรู้จากบทเรียน กสพ. จังหวัดภูเก็ต	
1.1 กสพ. จังหวัดภูเก็ตมีความสำเร็จเบื้องต้นของการพัฒนา	98
1.2 สุขภาพเป็นเรื่องที่ห่างไกลจากการเรียนรู้ของไตรภาคีที่ไม่ได้ทำงานด้านสุขภาพ	99
1.3 การเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติการจริงเป็นกลยุทธ์หลักการพัฒนา	99
1.4 รูปแบบไตรภาคี กสพ.และกระบวนการจัดตั้งเป็นที่ยอมรับและทำได้	100

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 6	ความหมายและแนวโน้มการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	
	และข้อเสนอแนะ (ต่อ)	
1.5	ตัวแทนของแต่ละกลุ่มของไตรภาคี กสพ. เริ่มต้นจาก ความพร้อมที่ไม่เท่ากัน	100
1.6	ผู้นำองค์กรท้องถิ่นเป็นเงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จ	102
2.	ภาพรวมความพร้อมของไตรภาคี กสพ.	
2.1	กลุ่ม/องค์กรภาคประชาชน	103
2.2	กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	105
2.3	กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	106
2.4	ความหมายร่วมของไตรภาคี กสพ.	106
3.	การกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ควรจะเป็นและข้อเสนอแนะ	
3.1	การเตรียมความพร้อมให้ไตรภาคีในช่วงก่อนการปฏิบัติ การ	108
3.2	แนวคิดและรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	110
บรรณานุกรม		112

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.1	แสดงข้อมูลประเพณีสำคัญของชาวภูเก็ต	24
5.1	ลักษณะประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	76
5.2	ประสบการณ์การติดต่อกับบุคคล/หน่วยงานสุขภาพของราชการนอกเวลา สังกัดกระทรวงหรือองค์กรของตนเอง	78
5.3	ประสบการณ์การปฏิบัติการร่วมกับบุคคล/หน่วยงานสุขภาพของราชการนอก สังกัดกระทรวงหรือองค์กรของตนเอง	78
5.4	ประสบการณ์การติดต่อกับกลุ่ม/องค์กรประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่ม อสม.	79
5.5	ประสบการณ์การจัดทำโครงการปฏิบัติการร่วมกับกลุ่ม/องค์กรประชาชนที่ ไม่ใช่กลุ่ม อสม.	79
5.6	การได้ยิน/ได้เห็นการจัดตั้งและดำเนินงานของ กสพ. เมื่อประมาณ 4-5 ปีที่ ผ่านมา	80
5.7	การเข้าร่วมประชุมสัมมนาวิชาการเกี่ยวกับ กสพ./การกระจายอำนาจ เมื่อ 4-5 ปีที่ผ่านมา	80
5.8	การเข้าร่วมประชุมกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวกับ กสพ. เมื่อ 4-5 ปีที่ผ่าน มา	80
5.9	ความเข้าใจหลักการและกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (ความเข้าใจ แนวคิดทฤษฎี) จำแนกตามหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา	82
5.10	ความเข้าใจ พรบ. กระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ความ เข้าใจข้อกฎหมาย) จำแนกตามหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา	83
5.11	ความเข้าใจแนวคิดการกำหนด กสพ. (คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่) ของกระทรวงสาธารณสุข (ความเข้าใจแนวคิดการปฏิบัติจริง) จำแนกตาม หน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา	83
5.12	ความเข้าใจกระบวนการดำเนินงาน กสพ. ในจังหวัดของท่านในช่วง 4 ปีที่ ผ่านมา (ความเข้าใจปฏิบัติการจริง) จำแนกตามหน่วยงานสังกัด เพศ และ การศึกษา	84
5.13	ความคิดเห็นต่อการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่นว่าเป็นเรื่องที่ดีหรือไม่ จำแนกตามหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา	86
5.14	ความคิดเห็นว่าการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมีความเป็นไปได้มากน้อย เพียงใด จำแนกตามหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา	86

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
5.15	ความคิดเห็นว่ารัฐบาลมีความพร้อมเพียงใดในการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น จำแนกตามหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา	89
5.16	ความคิดเห็นว่าหน่วยราชการส่วนกลางมีความพร้อมเพียงใดในการกระจาย อำนาจให้ท้องถิ่น จำแนกตามหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา	89
5.17	ความคิดเห็นว่าหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดมีความพร้อมเพียงใดในการ กระจายอำนาจให้กับท้องถิ่น จำแนกตามหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา	90
5.18	ความคิดเห็นว่าองค์กรท้องถิ่นมีความพร้อมเพียงใดในการรับการกระจาย อำนาจ จำแนกตามหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา	91
5.19	ความคิดเห็นว่ากลุ่มประชาชนในจังหวัดมีความพร้อมเพียงใดในการรับการ กระจายอำนาจ จำแนกตามหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา	91
5.20	รายการเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการกระจายอำนาจเป็นเรื่องไม่ดีหรือไม่ แน่ใจว่าเป็นเรื่องที่ดี (ตอบได้หลายข้อ)	93
5.21	รายการเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเป็นเรื่องที่ เป็นไปได้หรือไม่ดีหรือมีความเป็นไปได้มากนัก	94
5.22	รายการเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่ารัฐบาลไม่พร้อมหรือพร้อมน้อยใน การกระจายอำนาจให้กับองค์กรท้องถิ่น	94
5.23	รายการเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่าหน่วยงานราชการส่วนกลางไม่พร้อม หรือพร้อมน้อยในการกระจายอำนาจให้กับองค์กรท้องถิ่น	94
5.24	รายการเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่าหน่วยงานสาธารณสุขยังไม่พร้อม หรือพร้อมน้อยในการกระจายอำนาจท้องถิ่น	94
5.25	รายการเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่าองค์กรท้องถิ่นไม่มีความพร้อมหรือ พร้อมน้อยในการรับกระจายอำนาจ	95
5.26	รายการเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่ากลุ่มประชาคมในจังหวัดยังไม่พร้อม หรือพร้อมน้อยในการรับกระจายอำนาจ	95
5.27	ความคิดเห็นต่อรูปแบบของ กสพ. ที่มีตัวแทน 3 ฝ่าย (องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น สาธารณสุข และภาคประชาชน จำแนกตามหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา	96

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

- 1 แสดงขั้นตอนวิธีการที่ได้มาของคณะกรรมการ กสพ.

13

บทที่ 1

ปัญหาวิจัยและระเบียบวิธีการศึกษา

บทนี้ได้เสนอภาพรวมของปัญหาวิจัย (Research Problem) และระเบียบวิธีการวิจัย (Research Methodology) เพื่อให้เข้าใจว่าประเด็นที่ต้องการศึกษาคืออะไร และมีกรอบหรือแนวความคิดในการทำความเข้าใจต่อปัญหาที่ต้องการศึกษาอย่างไร โดยเน้นที่ประเด็นสำคัญ คือ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และความพร้อมของประชาชนและชุมชนในการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา และการระบุถึงแนวคิดและกระบวนการที่ทำให้ได้คำตอบโดยใช้แบบการวิจัยที่ผสมผสานทั้งวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และใช้ระเบียบวิธีการเชิงคุณภาพเป็นกระบวนการหลัก

1. ความเป็นมาและความสำคัญของโครงการ

สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัด สำนักนายกรัฐมนตรี ได้กำหนดแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 โดยได้ตราพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ได้ผ่านสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา เดือนตุลาคม 2543 และประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับทั่วไปเล่มที่ 118 ตอนพิเศษ ลงวันที่ 17 มกราคม 2544) ตามแผนดังกล่าวนี้กำหนดไว้ช่วงสี่ปีแรก (พ.ศ. 2544 – 2547) เป็นการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรส่วนท้องถิ่น กล่าวคือจะต้องปรับปรุงระบบบริหารภายในองค์กรส่วนปกครองส่วนท้องถิ่น ราชการบริหารส่วนกลาง และระบบบริหารราชการส่วนภูมิภาค รวมทั้งพัฒนายุทธศาสตร์การสร้างความร่วมมือในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจ บุคลากรงบประมาณและทรัพย์สิน ตามวิสัยทัศน์ของการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นรวม 3 ด้านที่สำคัญคือ (1) ด้านความอิสระในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ (2) ด้านบริหารจัดการโดยลดภารกิจของราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และเพิ่มบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการแทน และ (3) ด้านประสิทธิภาพของการบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และร่วมตรวจสอบ ซึ่งตามกรอบของแผนงานดังกล่าวได้กำหนดให้โอนภารกิจ “การจัดบริการสาธารณะของรัฐ” ที่ดำเนินการอยู่ภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เสร็จสิ้นภายในปี พ.ศ. 2547 และการถ่ายโอนภารกิจนั้น ต้องมีความพร้อมและมีขั้นตอนตลอดจนแผนงานที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จะต้องเห็นชอบและพร้อมที่จะรับการถ่ายโอนด้วยการคำนึงถึงความคุ้มค่าและประหยัด เพราะเกี่ยวข้องกับภารกิจงบประมาณและบุคลากร ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

ในแผนกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ระบุหลักการทั่วไปในการพัฒนาองค์กรในระดับจังหวัดเพื่อรองรับการถ่ายโอนและเป็นหลักประกันความพร้อมในการปฏิบัติไว้ 2 ข้อ ที่สำคัญ คือ

1.) การดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางด้านต้องการความชำนาญในวิชาชีพเฉพาะและความเป็นเอกภาพในการจัดบริการสาธารณะ เช่น การจัดการศึกษา การสาธารณสุข และการจัดการทรัพยากรจากธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จำเป็นต้องจัดให้มีคณะกรรมการเฉพาะด้านระดับจังหวัด โดยให้มีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและมาตรฐานการบริหารสาธารณะในเรื่องนั้นๆในเขตจังหวัด การจัดสรรทรัพยากร การกำกับดูแลและตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง กรณีที่มีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการจัดบริการสาธารณะ คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรกำหนดให้มีคณะกรรมการเฉพาะด้านระดับเขตพื้นที่ในเขตจังหวัดแทนคณะกรรมการเฉพาะด้านระดับจังหวัดได้ โดยคำนึงถึงความเป็นเอกภาพในการจัดบริการสาธารณะ

2.) คณะกรรมการเฉพาะด้านตามข้อ 1 ควรประกอบด้วย ผู้แทนพนักงานรัฐ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนฝ่ายวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนประชาคมหรือภาคประชาสังคม

จากข้อกำหนดดังกล่าวนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดตั้งสำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) เพื่อเป็นหน่วยงานส่วนกลางในการดำเนินงานเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่น พร้อมทั้งได้จัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ของจังหวัดนั้น เพื่อเป็นกลไกของท้องถิ่นในการดำเนินงานกระจายอำนาจในระดับพื้นที่ โดยกสพ.นี้ประกอบด้วยตัวแทนของกลุ่มบุคคล / องค์กร 3 ฝ่าย คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่ และตัวแทนของประชาชนหรือประชาคมและผู้ทรงคุณวุฒิ หรือที่เรียกสั้นๆ ว่าเป็นกลุ่มไตรภาคีของกสพ. นอกจากนี้ยังได้กำหนดให้ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประธานกสพ. และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นกรรมการและเลขานุการกสพ. โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแกนกลางในการประสานการดำเนินการ กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มปฏิบัติการในแนวคิดและกลไกดังกล่าวด้วยการทดลองปฏิบัติการใน 10 จังหวัดแรกที่มีความพร้อม คือ จังหวัดภูเก็ต สงขลา เชียงใหม่ พะเยา มหาสารคาม พระนครศรีอยุธยา นครราชสีมา และชัยนาท ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544

ซึ่งในการปฏิบัติการของกสพ.ในพื้นที่ทั้งหมดนี้ อาจกล่าวได้ว่า กสพ.จ.ภูเก็ต มีผลงานโดดเด่นและได้รับการคาดหมายว่าจะเป็นจังหวัดตัวอย่างที่สะท้อนรูปแบบและรายงานการพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับจังหวัดต่างๆได้ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมและ

การทำงานร่วมกันของไตรภาคีที่มีองค์กรท้องถิ่นเป็นผู้นำ (เป็นประธานคณะกรรมการ) และมีภาคประชาชนโดยประชาคมในพื้นที่และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ได้ร่วมในการกำหนดทิศทางและแนวปฏิบัติเรื่องสุขภาพในพื้นที่ระดับจังหวัด ซึ่งในการปฏิบัติการณ์นั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบหลักเรื่องสุขภาพมาก่อนและกระทำในฐานะวิชาชีพของตน จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดและบทบาทใหม่ให้เป็นเพียงผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิบัติการและไม่ได้อยู่ในฐานะเป็นผู้นำอย่างเป็นทางการอีกต่อไป ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญเรื่องหนึ่งจะเป็นหลักประกันความสำเร็จของระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและท้าทายต่อการเรียนรู้ถึงกระบวนการปรับเปลี่ยนและพัฒนาที่เป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตามการดำเนินงานของ กสพ.ในจังหวัดน่านรองได้หยุดชะงักลง เมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงนโยบายและคำสั่งใหม่หลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลไม่นานนัก คือ การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของ กสพ.จังหวัดจากคณะกรรมการที่มีอำนาจเต็มในการกำหนดนโยบาย กลยุทธ์ และการบริหารจัดการในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ เปลี่ยนไปเป็นเพียงคณะที่ปรึกษาของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การเปลี่ยนกลับไปเป็นเหมือนเดิมที่แกนหลักในการปฏิบัติการในพื้นที่ยังคงเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่เช่นเดิม ซึ่งก็หมายถึงการยกเลิกกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่นนั่นเอง

ถึงแม้ว่า กสพ.จังหวัดได้ถูกยกเลิกไปแล้ว (อย่างไม่เป็นทางการ) แต่ประสบการณ์และผลงานที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบ กสพ.ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคย่อมเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการเรียนรู้ในเรื่องแนวคิดการจัดระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ การบริหารจัดการ และกระบวนการปฏิบัติการในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ศักยภาพ รูปแบบการมีส่วนร่วม และความรู้สึนึกคิดและการให้คุณค่าของประชาชนในพื้นที่ที่จะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองไม่ว่าจะเข้ามาในฐานะของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล อบจ. และอบต.) ตัวแทนที่เป็นแกนนำของกลุ่มประชาคมต่างๆ ในพื้นที่ หรือเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีภูมิปัญญาของความเป็นสากลและท้องถิ่นก็ตาม บทเรียนที่ได้รับจากการเรียนรู้ในประเด็นต่างๆ เหล่านี้ สามารถนำมาใช้เป็นฐานความรู้ในการคิด และปฏิบัติการเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ซึ่งเชื่อว่ารัฐบาลและผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เพราะหลักและกระบวนการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเป็นข้อกฎหมายที่กำหนดไว้ชัดเจนที่ต้องปฏิบัติตามและทำให้เสร็จภายในปี พ.ศ. 2554 ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของท้องถิ่นเพื่อรองรับการกระจายอำนาจยังคงมีความสำคัญและจำเป็น ซึ่งนอกเหนือจากการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์การดำเนินงานของ กสพ.จังหวัดภูเก็ตและระบบไตรภาคีในช่วงเวลาที่ผ่านมาแล้ว ความเข้าใจในเรื่องสถานการณ์และกระบวนการพัฒนาของประชาคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและศักยภาพขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบันย่อมชี้ให้เห็นแนวโน้มของสภาพและเงื่อนไขการพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่จะมีขึ้นในอนาคตได้เป็นอย่างดี เพราะเป็นเงื่อนไขสำคัญของการ

พัฒนาระบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับหลักการในการให้องค์กรและประชาชนในพื้นที่เป็นผู้กำหนดทิศทาง นโยบาย และกลยุทธการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนและชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งเมื่อประมวลความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นดังกล่าวนี้กับประสบการณ์การดำเนินงานของ กสพ.ในช่วงเวลาที่ผ่านมา แล้วเชื่อว่าจะได้ข้อสรุปของแนวคิด และรูปแบบที่มีความเป็นไปได้ และมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานของระบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่จะมีขึ้นในอนาคตอันใกล้ได้เป็นอย่างดี ซึ่งประเด็นทั้งหมดนี้เป็นคำถามวิจัยหลักของการศึกษาเรื่องนี้ ผลการวิจัยเรื่องนี้นอกจากเป็นประโยชน์โดยตรงต่อการพัฒนาระบบกระจายอำนาจของจังหวัดภูเก็ตที่เป็นพื้นที่วิจัยหลักของการวิจัยแล้ว จังหวัดอื่นๆรวมทั้งหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นแนวคิดและการประยุกต์ใช้ในระดับนโยบายและการปฏิบัติการในเรื่องนี้ได้

2. คำถามการวิจัย

1.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนภูมิภาค และกลุ่ม/องค์กรประชาชนและประชาคมกลุ่มต่างๆในพื้นที่จังหวัดมีความพร้อมมากน้อยเพียงใด และอย่างไรในการมีส่วนร่วมพัฒนาท้องถิ่นและสุขภาพ

2.การดำเนินงานของ กสพ.จังหวัดภูเก็ต ในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้ให้บทเรียนเรื่องแนวคิด กระบวนการ และรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่นอย่างไรบ้าง

3.การบริหารจัดการระบบสุขภาพตามหลักการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่นควรเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์

เพื่อทราบสถานการณ์และความพร้อมของกลุ่มพลังท้องถิ่นต่างๆ ในการมีส่วนร่วมบริหารจัดการระบบสุขภาพท้องถิ่น ด้วยการวิเคราะห์และประเมินสภาพและเงื่อนไขการพัฒนาของกลุ่มพลังต่างๆ ตลอดจนบทเรียนที่ได้รับจากการมีส่วนร่วมของกลุ่ม / องค์กรในท้องถิ่นในการทดลองปฏิบัติการเรื่อง กสพ. ซึ่งความเชื่อมโยงของประเด็นดังกล่าวนี้จะนำไปสู่ข้อเสนอแนะระบบการบริหารจัดการสุขภาพของท้องถิ่นตามหลักการและข้อกำหนดรายการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่น โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. วิเคราะห์และประเมินความพร้อมของกลุ่มพลังในพื้นที่จังหวัด ครอบคลุมหน่วยงานภาครัฐ องค์กรส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนในประเด็นที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระบบการบริหารจัดการสุขภาพท้องถิ่น ครอบคลุมเรื่อง

- 1.1 สถานการณ์ดำเนินงานและความเข้มแข็งของกลุ่มต่างๆ ตลอดจนกระบวนการพัฒนาและแนวโน้มการเติบโตและความเข้มแข็งของกลุ่ม
- 1.2 ความสัมพันธ์ของกลุ่มพลังท้องถิ่นต่างๆ ในมิติต่างๆ หรือความเป็นเครือข่าย ทั้งในด้านความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม และความร่วมมือในการทำงาน / สนับสนุนซึ่งกันและกัน
- 1.3 แนวคิด บทบาท และเงื่อนไขของกลุ่มพลังท้องถิ่นในการมีส่วนร่วมการบริหารจัดการเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในท้องถิ่น
2. วิเคราะห์และประเมินสภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ครอบคลุมเรื่อง
 - 2.1 กระบวนการจัดตั้ง กสพ. และโครงสร้างการบริหารจัดการตลอดจนกิจกรรมและผลการดำเนินงานของ กสพ.
 - 2.2 ความสัมพันธ์และการยอมรับระหว่างกลุ่มต่างๆในกสพ.และความสัมพันธ์ระหว่าง กสพ.กับกลุ่มพลังท้องถิ่นอื่นๆ
 - 2.3 ความเข้าใจ การรับรู้ และความเชื่อของกลุ่มพลังท้องถิ่นต่างๆ ต่อหลักการกระจายอำนาจบริหารจัดการให้ท้องถิ่น และการบริหารจัดการระบบสุขภาพของท้องถิ่น
3. เสนอแนะแนวคิดและแนวทางการบริหารจัดการระบบสุขภาพท้องถิ่นที่เป็นไปตามหลักการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่น และความพร้อมความต้องการของประชาชนและชุมชน

4. ประโยชน์ที่ได้รับ

ผลการวิเคราะห์และประเมินที่ตอบคำถามการวิจัยที่กำหนดไว้ทั้งหมดเป็นภาพสะท้อนที่ทำให้เข้าใจในสภาพ เงื่อนไข และความเป็นไปได้ของการกระจายอำนาจการบริหารจัดการด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่น ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อพื้นที่ต่างๆในการเรียนรู้และนำไปปรับปรุงและพัฒนา ทั้งแนวคิด โครงสร้างของระบบ กลไกการบริหารงาน และการบริการด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดตามหลักการการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่นที่จะมีขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดทางกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสะท้อนให้เห็นรูปธรรมของพลังและเงื่อนไขขององค์กรท้องถิ่นและกลุ่มประชาคมต่างๆ ในพื้นที่ที่จะมีส่วนร่วมกันทำงานเพื่อประโยชน์ของประชาชนและชุมชนของตนเอง นอกจากนี้ผลการวิจัยเรื่องนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้เป็นข้อมูล

และประสบการณ์พื้นฐานในการตัดสินใจเรื่องกำหนดนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพต่อไป

5. ทบทวนวรรณกรรมการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในสังคมไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ท้องถิ่น โดยมีการตราพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 และแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 ทั้งนี้โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย มีกระบวนการที่ยืดหยุ่นและสามารถปรับวิธีการให้สอดคล้องกับสถานการณ์และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น

สำหรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในขอบเขตของกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีการโอนย้ายหรือมอบอำนาจความรับผิดชอบจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาค (Deconcentration) ก่อนที่จะมีพ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 โดยส่วนกลางยังมีอำนาจบังคับบัญชาทั้งการบริหารบุคคลและการบริหารงบประมาณและในช่วงสิบปีข้างหน้า (พ.ศ. 2544-2553) จะเป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญสุดในสังคมไทยในวงการแพทย์และสาธารณสุขไทยอีกครั้งหนึ่ง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญทางการเมืองไทยกล่าวคือ สังคมไทยได้ขับเคลื่อนรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ออกมาเพื่อเป็นเครื่องมือในการปฏิรูปการเมือง ในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในสังคมไทยนี้ มีเนื้อหา 2 ส่วนคือ

5.1 ความหมายและสถานการณ์ทั่วไปของการกระจายอำนาจในสังคมไทย

5.2 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

5.1 ความหมาย และสถานการณ์ทั่วไปของการกระจายอำนาจในสังคมไทย

5.1.1. ความหมายของการกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจ (deconcentration) หมายถึง การถ่ายโอนอำนาจ การตัดสินใจ และภารกิจจากภาครัฐส่วนกลางให้แก่องค์กรอื่นใด ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐส่วนภูมิภาค องค์กรอิสระ องค์กรท้องถิ่น หรือแม้แต่เอกชน ไปดำเนินงานแทน ซึ่งการถ่ายโอนดังกล่าวอาจจะที่ลักษณะเป็นถ่ายโอนเฉพาะภารกิจ (functional) ซึ่งเป็นการแบ่งภารกิจให้แก่องค์กรที่ได้รับการกระจายอำนาจดำเนินงาน หรือ เป็นการถ่ายโอนยึดพื้นที่เป็นหลัก (geographical) ซึ่งเป็นการแบ่งพื้นที่เป็นหน่วยย่อยในการดำเนินการ

5.1.2. ประเภทของการกระจายอำนาจ ประเภทของการกระจายอำนาจ

แบ่งเป็น

(1) การลดอำนาจบริหารจัดการจากส่วนกลางสู่ภูมิภาค(deconcentration) เป็นการกระจายอำนาจในการบริหารและการตัดสินใจ จากหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางให้แก่หน่วยงานภาครัฐส่วนภูมิภาค เพื่อเพิ่มความคล่องตัวในการบริหารจัดการ

(2) การมอบอำนาจหน้าที่ให้แก่องค์กรของรัฐที่เป็นอิสระ (delegation) เป็นการมอบหมายหน้าที่เฉพาะให้แก่องค์กรบริหารที่มีความเป็นอิสระภายใต้การกำกับจากภาครัฐ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดำเนินการ

(3) การกระจายอำนาจการปกครองให้แก่รัฐบาลส่วนท้องถิ่น (devolution) เป็นการกระจายอำนาจเบ็ดเสร็จให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการกำหนดนโยบาย การจัดการรายได้และทรัพยากร และการจัดบริการให้แก่ท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสูงสุด และ

(4) การมอบหน้าที่ให้แก่องค์กรหรือหน่วยงานเอกชน (privatization) เป็นการมอบหน้าที่บางอย่างให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินงาน โดยภาครัฐเป็นผู้ควบคุมกำกับ และตรวจสอบคุณภาพ

5.1.3. ความจำเป็นของการกระจายอำนาจ

แม้ว่าการรวมอำนาจสู่ส่วนกลาง (centralization) จะมีข้อดีที่ทำให้เกิดเอกภาพของการตัดสินใจ แต่ก็มีข้อด้อยที่ทำให้เกิด 1) ปัญหาด้านประสิทธิภาพของการดำเนินการ อันเนื่องมาจากความล่าช้าในการตัดสินใจ เพราะการตัดสินใจแต่ละครั้งต้องผ่านขั้นตอนต่างๆ จำนวนมากกว่าจะมาถึงผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจที่ส่วนกลาง การขาดความยืดหยุ่นของระเบียบ (เพราะเป็นระเบียบเดียวที่ต้องใช้เหมือนกันทุกพื้นที่) และข้อจำกัดในการตรวจสอบ เนื่องจากมีพื้นที่กว้างขวางและหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นจำนวนมาก 2) ปัญหาการตอบสนองความต้องการของชุมชน ผู้มีอำนาจตัดสินใจมีโอกาสรับรู้ข้อมูลความแตกต่างที่หลากหลายของพื้นที่ต่างๆ ได้น้อยมาก การตัดสินใจจึงต้องใช้ภาพรวมของทุกพื้นที่ มีคำตอบคือหรือรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหารูปแบบเดียวสำหรับทุกพื้นที่ ทำให้การใช้ทรัพยากรในแต่ละพื้นที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และ 3) ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้ขาดความเป็นเจ้าของ ส่งผลให้การดำเนินการต่างๆ ขาดความต่อเนื่องยั่งยืน และทำให้ชุมชนขาดการพัฒนา

การกระจายอำนาจจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อการแก้ไขปัญหาจากการรวมอำนาจดังกล่าว ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ(efficiency) การเพิ่มความสอดคล้องและตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่ (responsiveness) การเพิ่มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการตรวจสอบจากชุมชน (community participation and social accountability)

ทั้งหมดส่งผลให้คุณภาพของการบริการ (quantity of service) ดีขึ้น และได้รับการยอมรับมากขึ้นในที่สุด

5.1.4. รัฐธรรมนูญกับการกระจายอำนาจในสังคมไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มีเจตนารมณ์ที่มุ่งหวังให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองภายใต้ระบอบประชาธิปไตยทั้งในระดับท้องถิ่นและประเทศ นอกจากนี้ยังได้ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจด้านการปกครองสู่ท้องถิ่น ซึ่งจะเห็นได้จากการกำหนดหมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 78 ซึ่งกำหนดว่า “รัฐต้องการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่นและระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ตลอดจนโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น”

ปัจจุบัน แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภาเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อ วันที่ 17 พฤศจิกายน 2542 ภายใต้ชื่อว่า พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 จากนั้นก็มีการกำหนดแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น พ.ศ. 2543 ตามลำดับ

สาระสำคัญของแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย หลักการ 3 ด้าน คือ หลักความเป็นอิสระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หลักความสัมพันธ์ของการบริหารราชการแผ่นดิน และหลักประสิทธิภาพของการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากหลักการดังกล่าวได้เป็นส่วนกำหนดสาระสำคัญภายในแผนกระจายอำนาจ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 กล่าวถึง เหตุผล ความจำเป็น การกำหนดวิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการกระจายอำนาจ

ส่วนที่ 2 กล่าวถึง แนวทางการกระจายอำนาจ โดนกกำหนดแนวทางของการถ่ายโอนภารกิจของรัฐให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามมาตรา 30 ของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ โดยการกำหนดความหมายของภารกิจที่จะถ่ายโอน และหลักการทั่วไปในการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งประกอบด้วยหลักการทั่วไปจำนวน 18 ข้อ การกำหนดรูปแบบการถ่ายโอนและเงื่อนไขระยะเวลาการถ่ายโอน การกำหนดกลุ่มภารกิจที่จะต้องถ่ายโอน จำนวน 6 ด้าน คือ

- ด้านโครงสร้างพื้นฐาน
- ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต
- ด้านการจัดระเบียบชุมชน สังคม และการรักษาความสงบเรียบร้อย
- ด้านการวางแผน การส่งเสริมการลงทุน พาณิชยกรรมและการท่องเที่ยว
- ด้านการบริหารจัดการ และการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม
- ด้านศิลปะ วัฒนธรรม จารีตประเพณีและภูมิปัญญาท้องถิ่น

ส่วนที่ 3 เป็นส่วนที่มีสาระสำคัญในการกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริหาร เพื่อรองรับการกระจายอำนาจ และการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กล่าวคือ มีการกำหนดแนวทางการกระจายอำนาจทางการเงิน การคลังและงบประมาณ ทั้งในด้านการปรับปรุงรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนมาตรการเสริมสร้างวินัยทางการเงินและการคลังท้องถิ่น แนวทางการถ่ายโอนบุคลากรและการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น แนวทางการพัฒนาระบบการตรวจสอบ และการมีส่วนร่วมของประชาชนแนวทางการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในด้านการเตรียมความพร้อม การปรับโครงสร้างภายในขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การปรับปรุงระบบการวางแผน ติดตาม ตรวจสอบ และรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรและผู้บริหารท้องถิ่น แนวทางในการปรับปรุง พัฒนากฎหมายและแนวทางการสร้างกลไกในการกำกับดูแล การกระจายอำนาจในระยะยาวแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 ได้กำหนดจังหวะก้าวของการกระจายอำนาจไว้เป็น 3 ระยะ กล่าวคือ ระยะที่ 1 ช่วง 4 ปี แรก (พ.ศ. 2544 – 2547) ซึ่ง นับระยะเวลาที่พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ กำหนดไว้ให้มีการถ่ายโอนภารกิจที่ซับซ้อน โดยที่ภารกิจบริการสาธารณะจำนวนหนึ่ง จะถ่ายโอนไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ ในขณะที่ส่วนราชการบริหาร ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคจะทำหน้าที่เตรียมความพร้อมและสนับสนุน ด้านบริหารและด้าน เทคนิควิชาการ ส่งเสริมการดำเนินงานของท้องถิ่น ตลอดจนการกำกับ ดูแล จัดการ การบริการ สาธารณะเหล่านั้นให้ได้มาตรฐาน เพื่อเป็นหลักประกันต่อประชาชน ระยะที่ 2 พ.ศ.2548-2553 การกระจายอำนาจการจัดการบริการสาธารณะต่างๆ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะ ดำเนินการแล้วเสร็จ ประชาชนจะได้รับการบริการสาธารณะที่ตอบสนองความต้องการได้มากขึ้น และประชาชนจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสูงขึ้น และหากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดที่ยังไม่พร้อมรับการถ่ายโอนภารกิจภายใน 4 ปี ให้ดำเนินการ ให้ แล้วเสร็จภายใน 10 ปี ระยะที่ 3 พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็น องค์กรหลักในการบริหารจัดการงานบริการสาธารณะให้แก่ประชาชนในท้องถิ่น ส่วนหน่วยงาน

ราชการซึ่งสังคมราชการบริหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาคจะเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานอย่างแท้จริง และการปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นการปกครองของประชาชนในท้องถิ่นเอง

5.1.5. สถานการณ์ทั่วไปของการกระจายอำนาจ

สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี มีรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2546 รัฐบาลมีการจัดสรรภาษีอากรและเงินอุดหนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้นตามที่กฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้นตามที่กฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมกันนั้นที่ได้มีการถ่ายโอนภารกิจบริการสาธารณะให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปแล้ว 158 ภารกิจ ทั้งด้านโครงสร้างบนพื้นฐาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิต วางแผนส่งเสริมการลงทุน การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ ศิลปวัฒนธรรม ฯลฯ สำหรับปัญหาของการกระจายอำนาจมี เรื่องสำคัญคือความน่าเชื่อถือของการกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่น ด้านโครงสร้างขององค์กรปกครองท้องถิ่น การจัดสรรรายได้และการถ่ายโอนภารกิจและจากการประชุม เรื่องการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินการกระจายอำนาจคือ ปี พ.ศ. 2546 มีผลสรุปเพื่อการแก้ไขปัญหาสำคัญของการกระจายอำนาจ คือ

(1) การสร้างความเชื่อถือ และการเร่งสร้างประสิทธิภาพขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นโดยให้สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจประสานกับองค์กรภาคราชการ องค์กรภาคเอกชน และองค์กรระหว่างประเทศ มาพัฒนาระบบและกลไกเครือข่ายการติดตามประเมินผล เพื่อการพัฒนาเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กรปกครองท้องถิ่น

(2) การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและประชาสัมพันธ์การกระจายอำนาจ โดยการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สร้างมาตรฐานกลางขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการประชาชน พัฒนาระบบกลไกในการที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกประเภท รวมทั้งมีการกำหนดบทบาทและอำนาจหน้าที่ของการบริหารราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น โดยใช้ผู้ว่า CEO เป็นผู้บริหารงานในระดับภูมิภาค และส่งเสริมให้กระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นในฐานะประธานกรรมการบริหารการถ่ายโอนภารกิจ งบประมาณและบุคลากรประจำจังหวัด และเป็นผู้กำกับดูแลกฎหมาย รวมทั้งใช้แผนจังหวัดบูรณาการเป็นเครื่องมือในการแบ่งงานระหว่างส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น

(3) ด้านโครงสร้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีข้อสรุปคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมี 2 ระดับคือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด ทำงานภาพรวมของจังหวัดหรืองานที่คาบเกี่ยวระหว่างท้องถิ่นภายในจังหวัด และองค์กรระดับพื้นที่ หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล

(4) ด้านการผ่านโอนบุคลากร แนวทางคือ เร่งทำให้เกิดความน่าอยู่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับข้าราชการและพนักงานโดยทั่วไป โดยดูทั้งด้านสิทธิประโยชน์สวัสดิการ ขวัญกำลังใจ

(5) ด้านงบประมาณ แนวทางคือ การไปดูแลให้มีการเพิ่มรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับภารกิจที่โอนไป หาทางให้ท้องถิ่นมีการจัดเก็บรายได้มากขึ้น

ข้อสรุปเหล่านี้จะได้นำไปจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่เป็นระบบและนำไปสู่การปฏิบัติการต่อไป

5.2 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ในระหว่างปี พ.ศ. 2543 จนถึงต้นปี พ.ศ. 2545 เป็นช่วงแห่งการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพหรือ การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขหลังจากนั้นนโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลให้ความสำคัญกับนโยบายหลักประกันสุขภาพ ทำให้ภาพของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพหยุดชะงัก และยังไม่มีความหมายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนจนกระทั่งปัจจุบัน สถานการณ์ภาพรวมมีรายละเอียดดังนี้

5.2.1 วิสัยทัศน์การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

จากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดให้งานบริการสาธารณสุขในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเป็นภารกิจที่ต้องถ่ายโอนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในมาตรา 16 มาตรา 17 มาตรา 18 และมาตรา 19 ครอบคลุมถึง การสาธารณสุข การรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการควบคุมโรคติดต่อ หากพิจารณาภารกิจด้านสาธารณสุข/ด้านสุขภาพ จะพบว่า ภารกิจนี้มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับชีวิต เชื่อมโยงกับทุกข์สุขจนถึงความเป็นความตายของประชาชน เป็นบริการที่มีความเชื่อมโยงและต้องอาศัยความเชี่ยวชาญทางวิชาการเฉพาะด้าน ต้องการความเป็นเอกภาพตั้งแต่ระดับต้นสู่ระดับสูง รวมทั้งระบบการเฝ้าระวังโรคที่เข้มแข็ง ทันกาล รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น วิสัยทัศน์การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมีความหมายถึง ประชาชนทุกพื้นที่ของประเทศไทย มีสุขภาพดีโดยเสมอภาค มีหลักประกันความมั่นคงทางสุขภาพ มีอำนาจตัดสินใจใช้ทรัพยากรเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการที่เป็นจริง และเข้าถึงบริการในระบบบริการสุขภาพที่พัฒนาดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เสมอภาคและพึงพอใจ

5.2.2 แนวคิดและกลไกการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

ตามที่คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2543 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีข้อเสนอให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เป็นกลไกของท้องถิ่นเพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับพื้นที่โดยกรอบหลักให้เป็นการถ่ายโอนไปให้เขตพื้นที่ระดับจังหวัดโดยสามารถจัดให้มีเขตพื้นที่ที่มีขนาดย่อมลงมากกว่าจังหวัดได้หากมีความจำเป็น ทั้งนี้ กสพ. มีอำนาจหน้าที่ในการพิจารณาผ่านโอนภารกิจที่เห็นว่าสามารถถ่ายโอนให้ท้องถิ่นปฏิบัติเองได้โดยโอนให้ อบต. หรือเทศบาล และอยู่ภายใต้การกำกับของ กสพ. เช่น งานส่งเสริมสุขภาพ หรืองานป้องกันโรคบางเรื่อง รวมทั้ง งานรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสภาพอย่างง่าย ๆ และงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น โดยคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนในแต่ละพื้นที่

กสพ.ประกอบด้วยคณะกรรมการ จำนวน 21-23 คน ประกอบด้วย

(1) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีจำนวนทั้งสิ้น 9 คน มาจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด 3 คน เทศบาล 3 คน และองค์การบริหารส่วนตำบล 3 คน โดยให้กรรมการผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชุมคัดเลือกประธานและรองประธานกสพ. กันเอง และให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีหน้าที่ประสานงานหรือจัดการให้มีการคัดเลือกผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัด แล้วเสนอชื่อผู้ที่ได้รับการคัดเลือกให้กระทรวงสาธารณสุขประกาศแต่งตั้งต่อไป

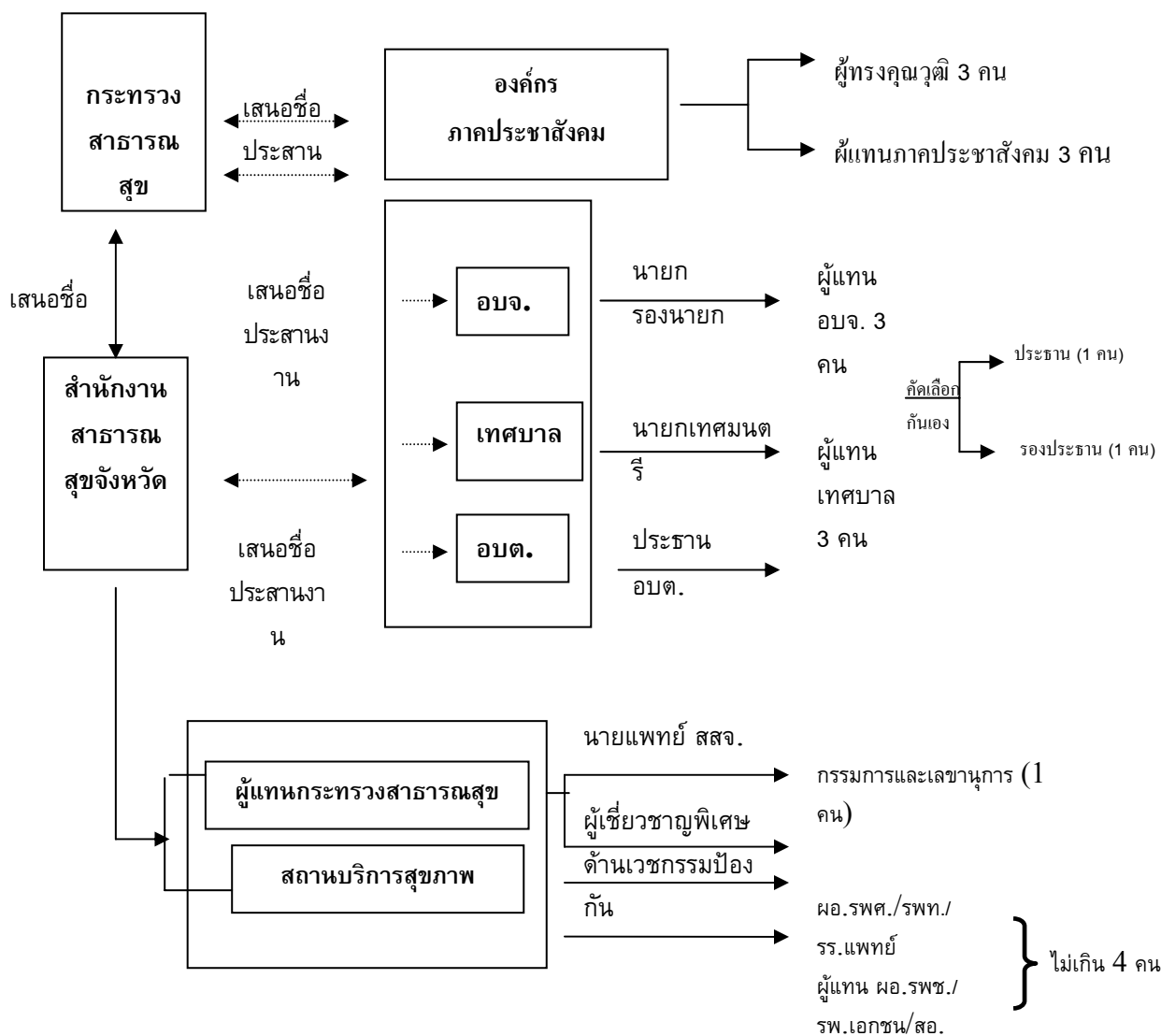
(2) ผู้แทนภาคประชาสังคมและผู้ทรงคุณวุฒิ ให้มีจำนวนทั้งสิ้น 6 คน เป็นผู้แทนภาคประชาคมจำนวน 3 คน ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการเสนอชื่อต่อกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาแต่งตั้ง

(3) ผู้แทนสถานบริการสุขภาพให้มีจำนวนไม่เกิน 4 คน โดยคำนึงถึงองค์ประกอบของประเภทและระดับของสถานบริการในพื้นที่นั้นๆ

(4) ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข โดยทำหน้าที่เป็นกรรมการและเลขานุการ ทั้งนี้ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่ประสานงานหรือจัดการให้มีการคัดเลือกกรรมการดังกล่าวข้างต้นแล้วเสนอชื่อให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการแต่งตั้งต่อไป

ตามแผนภูมิ 1 แสดงขั้นตอนวิธีการที่ได้มาของคณะกรรมการ กสพ.

แผนภูมิ 1: แสดงขั้นตอน วิธีการ ในการได้มาซึ่งจำนวน องค์ประกอบของ กสพ



คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่มีหน้าที่ร่วมกันกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ และแผนความต้องการทรัพยากรรวมทั้งงบประมาณและบุคลากร กำหนดหลักเกณฑ์และจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะด้านงบประมาณ รวมทั้งการกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการบริการภายใต้เกณฑ์มาตรฐานกลางของประเทศ ที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข การกำกับดูแล การตรวจสอบ ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่หรือจังหวัดนั้น ๆ ด้วย ตามที่กำหนดไว้ในแผนการกระจายอำนาจ

ในระยะเริ่มแรก กสพ. ยังไม่มีอำนาจในการบริหารจัดการตามกฎหมาย จึงทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยอาศัยคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ในระยะเริ่มต้น กสพ. มีบทบาทให้คำปรึกษาแก่สำนักงานสาธารณสุขในด้านนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และให้คำปรึกษาเรื่อง นโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ การจัดแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่

ภายใต้ปีงบประมาณ 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนและพัฒนาระบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยริเริ่มโครงการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และทดลองในจังหวัดเป้าหมาย 10 จังหวัด คือ จังหวัดเชียงใหม่แพร่ พะเยา นครราชสีมา มหาสารคาม ภูเก็ต สงขลา ปัตตานี ชลบุรี และพระนครศรีอยุธยา อันเป็นการเตรียมความพร้อมในการรองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และมีการเตรียมพัฒนาศักยภาพ 4 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพและการกระจายอำนาจการทำงานอย่างมีส่วนร่วมในรูปแบบพหุภาคี การจัดสรรทรัพยากร การเงินและการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพ และการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพและการให้บริการสุขภาพ ในกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม คือ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ เครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขและภาคประชาคม

นอกจากนี้ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ยังพัฒนาแนวทางการจัดวางความสัมพันธ์ระหว่าง กสพ. กับ สสจ. และเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ โดยมีรายละเอียด คือ

- **ความสัมพันธ์ของ กสพ. กับเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ**

คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีหน้าที่ในเรื่องนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ที่กำหนดทิศทางของการจัดระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งจะต้องมองภาพรวมของสถานะสุขภาพของผู้คนในพื้นที่ กสพ. สามารถใช้อำนาจในการแต่งตั้ง ถอดถอน (Governance Control) ผู้อำนวยการ (Chief Executive Officer: CEO) และกรรมการบริหารเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ รวมทั้งใช้อำนาจทางการจัดสรรเงิน (Financial Control) ในการเลือกซื้อบริการจากสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อดำเนินงานด้านสุขภาพ

- **ความสัมพันธ์ของ กสพ. กับ สสจ. ในเรื่องนโยบายและแผน**

บทบาทหลักของ กสพ. คือ การกำหนดนโยบายและวางแผนการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ (Policy, Planning) โดยสอดคล้องกับนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพของประเทศ ในเรื่องการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณ (Resource allocation) ก็เช่นกัน กสพ. มีอำนาจหน้าที่พิจารณาให้เกิดการจัดสรรที่ครอบคลุมทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

- **ความสัมพันธ์ของ กสพ. กับ สสจ. ในการสนับสนุนวิชาการ**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุขจะมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนทางวิชาการและการติดตามประเมินผล ตลอดจนการกำหนดมาตรฐาน (Technical support and Monitoring & Evaluation)

อย่างไรก็ตาม สืบเนื่องจากการแปรเปลี่ยนด้านนโยบาย แนวคิดและโครงการทดลองเพื่อเตรียมรองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ได้ยุติการปฏิบัติการลงในราวต้นปี พ.ศ. 2545

5.2.3. องค์การปกครองท้องถิ่นกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ได้กำหนดบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นับตั้งแต่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เมืองพัทยา เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และกรุงเทพมหานคร มีบทบาทจัดการบริการสาธารณะด้านสุขภาพให้กับประชาชน ต่อมาในปีงบประมาณ 2544-45 กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนงานสาธารณสุขมูลฐานและงานสร้างเสริมสุขภาพไปสู่การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วย กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การสร้างสุขภาพเด็กปฐมวัย เด็กนักเรียน กิจกรรมวางแผนครอบครัวและกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

ในปี 2547 คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีการศึกษาวิจัยในโครงการวิถีใหม่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย พบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 16 แห่ง มีความสนใจต่อการจัดการบริการสาธารณสุข แบ่งเป็นเทศบาลนคร 1 แห่ง เทศบาลเมือง 2 แห่ง เทศบาลตำบล 3 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 11 แห่ง และมีการริเริ่มนวัตกรรมด้านสาธารณสุข 20 เรื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2541-2546 จำแนกเป็น (1) งานสาธารณสุขเชิงป้องกัน 14 เรื่อง มีการควบคุมพาหะนำโรค (โรคไขเลือดออก โรคมาลาเรีย โรคพิษสุนัขบ้า) การให้ความรู้การดูแลสุขภาพอนามัยให้กับกลุ่มเยาวชนและประชาชน และการให้ไปรับรองด้านสุขาภิบาลอาหาร (2) การตรวจรักษาโรคระดับสาธารณสุขมูลฐาน 6 เรื่อง ในการทำงานด้านสาธารณสุขดังกล่าว องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้ใช้วิธีการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการสาธารณสุขในเชิงป้องกันทั้ง 7 เรื่องล้วนดำเนินการโดยใช้อาสาสมัครประชาชนทั้งสิ้น ซึ่งมีจำนวนระหว่าง 2 ถึง 66 คน ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบขนาดของชุมชนและจำนวนอาสาสมัครที่ช่วยดำเนินการนวัตกรรมด้านสาธารณสุข

ข้อสังเกตที่พบในกรณีนี้คือ ขนาดของชุมชนเป็นชุมชนขนาดเล็กถึงขนาดกลาง ที่มีประชากรระหว่าง 4,755-16,288 คน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 ใน 6 แห่งมีลักษณะชุมชนชนบท จึงอาจกล่าวได้ว่าการดำเนินการสาธารณสุขในเชิงป้องกันจะประสบผลสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครชุมชน และโดยพื้นฐานของชุมชนชนบทจะมี

ลักษณะความสัมพันธ์แบบพึ่งพาอาศัยและช่วยเหลือกัน ในชุมชนชนบทจึงมีคุณลักษณะที่เอื้อต่อการดำเนินนวัตกรรมสาธารณสุขเชิงป้องกันได้อย่างประสบผลสำเร็จ

6. ระเบียบวิธีการวิจัย

6.1 พื้นที่ศึกษา

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. พื้นที่หลัก หมายถึง จังหวัดที่เน้นหนักในการศึกษาตามวัตถุประสงค์ทุกข้อ และใช้ระเบียบวิธี การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เป็นหลัก คือ การศึกษาในพื้นที่ จังหวัดภูเก็ต ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีผลงานของ กสพ. ที่น่าสนใจ

2. พื้นที่เสริม หมายถึง จังหวัดที่ได้รับการศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในข้อ 1.1, 1.2 และ 1.3 และใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study) เป็นหลัก ประกอบด้วย 2 จังหวัด คือ สงขลา และพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นจังหวัดนำร่องการดำเนินงาน กสพ.ที่กระจายอยู่ในภูมิภาค

6.2 แบบของการวิจัยและระเบียบวิธี

การศึกษาเรื่องนี้ได้ใช้วิธีการที่หลากหลาย (Multi Methods) ด้วยการผสมผสาน การศึกษาเชิงคุณภาพและวิธีการเชิงปริมาณ (Qualitative and Quantitative study) เพื่อใช้เป็น กระบวนการในการตอบคำถามให้ครอบคลุมทุกประเด็นและถูกต้องสมบูรณ์ โดยมีขั้นตอนและวิธี ปฏิบัติที่สำคัญดังนี้

6.2.1 การศึกษาเชิงคุณภาพ กระบวนการศึกษาเชิงคุณภาพที่ศึกษาในพื้นที่หลัก มีกระบวนการและประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. **การทบทวนและสร้างกรอบความคิด** การหาข้อสรุปเรื่องขอบเขตและ ประเด็นการศึกษาด้วยวิธีการ 3 วิธี คือ ก.) การศึกษาจากเอกสารและรายงานต่างๆ (เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี กฎหมาย กฎระเบียบและคำสั่ง และรายงานของคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการ กระจายอำนาจด้านสุขภาพ) ข.) การสัมภาษณ์ลึก และการสังเกตการทำงานของบุคคลที่ เกี่ยวข้องทั้งในระดับส่วนกลางและในพื้นที่จังหวัดตัวอย่าง (แนวคิด ขอบเขต และลักษณะ ดำเนินงานที่ควรจะเป็นตามหลักการ และที่แท้จริงในภาคปฏิบัติ) และ ค.) การประชุมปฏิบัติการ ของคณะผู้ประเมินและผู้ทรงคุณวุฒิ (การประชุมเพื่อวิจารณ์ร่างกรอบความคิดการประเมิน และหาข้อสรุปกรอบความคิดการประเมินที่สามารถนำไปใช้ได้จริง) ผลการปฏิบัติการด้วยวิธี ต่างๆ ดังกล่าวนี้ทำให้ผู้วิจัยสามารถกำหนดประเด็นปัญหา และยกร่างกรอบความคิดที่เป็น ระบบและสอดคล้องกับความเป็นจริงของสภาพปัญหาได้มากยิ่งขึ้นเพื่อเป็นพื้นฐานในการศึกษา

เชิงคุณภาพและการศึกษาเชิงปริมาณต่อไป ซึ่งกระบวนการทบทวนและตรวจสอบความเป็นจริงของปัญหานี้จะเป็นหลักประกันการได้คำตอบการวิจัยที่เป็นจริง เพียงพอ และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่

2. แหล่งข้อมูลหลัก แหล่งข้อมูลหลัก (Key Information) ที่เป็นเป้าหมายของการศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยบุคคล 8 กลุ่มในพื้นที่หลักของการปฏิบัติการ คือ (ก.) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ. เทศบาล และอบต.) (ข.) แกนนำกลุ่มประชาคมในพื้นที่ (ค.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับบริหารในพื้นที่ (ง.) องค์กรเอกชนในพื้นที่ (จ.) นักการเมืองท้องถิ่น (ฉ.) คณะกรรมการกสพ. (ช.) กลุ่มผู้นำทางความคิด และ (ซ.) กลุ่มประชาชนทั่วไป โดยแต่ละกลุ่มจะศึกษาจากผู้นำของกลุ่มและกรรมการบริหาร จำนวน 2 – 5 คน นอกจากนี้บางกลุ่มได้ศึกษาจากสมาชิกของกลุ่มด้วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลเสริม ซึ่งประเด็นการเก็บรวบรวมข้อมูลครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยทุกข้อ

สำหรับผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในส่วนกลางนั้น จะได้รับการเก็บข้อมูลในประเด็นเรื่อง แนวคิด นโยบาย ความคาดหวัง และความเชื่อต่อหลักการและการปฏิบัติการเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

3. เครื่องมือและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล นักวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยประสบการณ์ในระเบียบวิธีและความเข้าใจชัดเจนในประเด็นปัญหาจะเป็นหลักประกันคุณภาพของเครื่องมือได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้การบันทึกเทปเป็นเครื่องมือช่วยในการบันทึกการสัมภาษณ์ลึกและการอภิปรายของแหล่งข้อมูลต่างๆ ด้วย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ได้ใช้ 3 วิธีสำคัญ คือ

(1) แบบสัมภาษณ์ลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ลึกแหล่งข้อมูลทุกกลุ่มตามข้อ 2. เป็นรายบุคคล โดยบางคนเก็บข้อมูลหลายครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มประชาคมต่างๆ ที่ขับเคลื่อนอยู่ในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต ที่ผู้วิจัยให้ความสำคัญเป็นพิเศษ และได้เก็บข้อมูลหลายครั้ง ในหลายโอกาส รวมทั้งใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่กลุ่มทำด้วย เช่น การประชุมกลุ่มประชาคม และการจัดเวทีชาวบ้าน

(2) การอภิปรายกลุ่มเฉพาะเจาะจง (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยได้เชิญแกนนำของแต่ละกลุ่มประชาคม กลุ่มองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ตัวแทนของแต่ละกลุ่มได้มาร่วมพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มของตนเอง ตลอดจนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแนวทางการจัดการสุขภาพของท้องถิ่น หรือ กสพ. และการหาข้อมูลสรุปร่วมกันเรื่องแนวทางการดำเนินงานของการจัดการระบบสุขภาพของท้องถิ่นในอนาคต

- (3) การศึกษาเอกสารรายงานของกสพ. การตรวจสอบ รวบรวมเอกสาร และ รายงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกสพ. ตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินการจัดตั้ง จนถึงปัจจุบัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลเสริมและยืนยันข้อค้นพบที่ได้จากวิธีการ อื่นๆ

6.2.2 การศึกษาเชิงปริมาณ กระบวนการศึกษาเชิงปริมาณได้ใช้ศึกษาใน พื้นที่เสริมเป็นหลัก เพื่อเก็บข้อมูลตามวัตถุประสงค์ข้อ 1. โดยใช้แหล่งข้อมูลเดียวกันกับการศึกษาเชิงคุณภาพ และเน้นหนักที่ 3 กลุ่มเป้าหมายที่เป็นไตรภาคีของกสพ. เดิม คือกลุ่ม ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัด และกลุ่ม ประชาคมต่างๆ

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเพื่อใช้เก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลจาก 3 แหล่งข้อมูล ดังกล่าว โดยเก็บข้อมูลเน้นหลักเรื่องความรู้ ความเชื่อ และความคิดเห็นต่อระบบการจัดการ สุขภาพของท้องถิ่น และผลการดำเนินงานของกสพ. ด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้จากพื้นที่ หลักและพื้นที่เสริมตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 427 คน

แบบสอบถามที่สร้างและพัฒนาจนมีคุณภาพเพียงพอในการนำมาใช้กับแต่ละ กลุ่มตัวอย่านั้น จะใช้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการเก็บข้อมูลหลังจากเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเสร็จ เรียบร้อยแล้ว ซึ่งประเด็นข้อคำถามและวิธีการถามของแบบสอบถามแต่ละชุดนั้นได้จากการ ประมวลประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด และมีผลทำให้ การเขียนข้อคำถามของแบบสอบถามแต่ละชุดมีสอดคล้องกับความเป็นจริงและเงื่อนไขต่างๆ ในพื้นที่ จนได้แบบสอบถามที่มีความเที่ยงและความตรงสูงเพียงพอที่จะชี้ให้เห็นคุณภาพของ แบบสอบถามที่สร้างขึ้น (Reliability and Validity)

6.3 การวิเคราะห์ข้อมูลและการเขียนรายงาน ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่ ได้รับจากทั้งสองระเบียบการศึกษาดังกล่าว นำมาวิเคราะห์แยกกันตามวิธีการและกระบวนการที่ เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูลนั้น กล่าวคือ ข้อมูลเชิงคุณภาพได้วิเคราะห์ด้วยการใช้ กระบวนการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ด้วยการมุ่งเน้นการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลให้ เป็นระบบเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทุกข้อ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณนั้นได้วิเคราะห์ทางสถิติเชิง บรรยายเพื่อชี้ให้เห็นความหมายของข้อมูลในแต่ละเรื่อง ซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้รับนั้นเป็น ข้อมูลส่วนหนึ่งของการตอบหรือยืนยันข้อมูลเชิงคุณภาพและยังเป็นข้อมูลเสริมความเข้าใจด้วย การนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองประเภทนั้นได้ยึดข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก และใช้ข้อมูล เชิงปริมาณเป็นส่วนเสริม และนำเสนอผลคลงกันไปด้วยการยึดถือหัวข้อหรือประเด็นปัญหาเป็น โครงสร้างของการรายงานผลการศึกษา

7. บทสรุป

การเรียนรู้สถานการณ์และเรื่องการพัฒนากระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่น โดยใช้รูปแบบ กสพ. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้น และใช้จังหวัดภูเก็ตซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องในการศึกษาทำความเข้าใจเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะได้บทเรียนกระบวนการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและชุมชน โดยให้ประชาชนและท้องถิ่นเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติการตามหลักการกระจายอำนาจ และเพื่อให้มีการเรียนรู้ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาเชิงลึกในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้นในประเด็นเชิงแนวคิดและความเชื่อของบุคลากรที่อยู่ในกลุ่มไตรภาคีของกสพ.ที่มีต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ จึงได้ใช้การวิจัยเชิงปริมาณเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวในพื้นที่ 3 จังหวัด คือภูเก็ต อุดรธานี และจังหวัดสงขลา

บทที่ 2

สภาพพื้นฐานชุมชนและสังคมภูเก็ต

บทนี้ได้เสนอข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดภูเก็ต เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงบริบททางประวัติศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบการพึ่งพาตนเอง โดยเฉพาะทางการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยในบทนี้แบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ สภาพทั่วไปและบริบททางสังคมของจังหวัดภูเก็ต และสถานการณ์ของกลุ่มและองค์กรทางสังคม

1 สภาพทั่วไปและบริบททางสังคมของจังหวัดภูเก็ต

1.1 ข้อมูลทั่วไป

“ไข่มุกแห่งท้องทะเลอันดามัน” เป็นสมญานามของเมืองภูเก็ต อันเป็นภาพสะท้อนของดินแดนท่องเที่ยวระดับโลก ความงดงามของหาดทรายสีขาว น้ำทะเลสีคราม ผืนฟ้าใสกระจ่าง คละเคล้าด้วยกลิ่นอายของทะเล ภาพเหล่านี้เป็นไปตามสายตาของนักท่องเที่ยว แต่ทว่า ดินแดนแห่งนี้มีประวัติศาสตร์ยาวนานกว่า 3,000 ปี และในช่วงกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา กระแสการเปลี่ยนแปลงของจังหวัดภูเก็ตไหลบ่าอย่างต่อเนื่อง และส่งผลทั้งด้านบวกและด้านลบต่อวิถีชีวิตของชาวภูเก็ต เมืองภูเก็ตวันนี้จึงยังมีทั้งความภาคภูมิใจของท้องถิ่น พร้อมกันกับปัญหานานับประการ ตัวอย่างเช่น ค่าครองชีพสูง ปัญหาขยะและสิ่งแวดล้อม และปัญหาสาธารณสุขโรค ซึ่งเป็นภาพของปัญหาที่รอวันที่ชาวภูเก็ตจะร่วมใคร่ครวญและหาทางออกร่วมกันต่อไป

เมืองภูเก็ตเป็นจังหวัดในภาคใต้ตอนบนของประเทศไทย ประกอบด้วยเกาะภูเก็ตและเกาะบริวารจำนวน 39 เกาะ พื้นที่ 543 ตารางกิโลเมตร เป็นเมืองที่ตั้งอยู่ในแถบทะเลอันดามันและมหาสมุทรอินเดีย ทางทิศเหนือและตะวันออกติดต่อกับจังหวัดพังงาและเชื่อมกับจังหวัดพังงาและแผ่นดินใหญ่ผ่านสะพานสารสินและสะพานท้าวเทพกระษัตรี จังหวัดภูเก็ตเป็นหนึ่งในกลุ่ม 6 จังหวัดฝั่งทะเลตะวันตก (ฝั่งทะเลอันดามัน คือ ระนอง พังงา ภูเก็ต กระบี่ ตรัง และสตูล) รัฐบาลปัจจุบันจัดจังหวัดภูเก็ตเป็นหนึ่งในกลุ่มอันดามัน ประกอบด้วย จังหวัดภูเก็ต พังงา และกระบี่

ภูมิประเทศทั่วไปของจังหวัดภูเก็ตประกอบด้วยที่ราบสูงครึ่งหนึ่ง อีกครึ่งหนึ่งเป็นที่ราบแถบเชิงเขาและชายฝั่งทะเล เกาะภูเก็ตไม่มีแม่น้ำ มีแต่ลำคลองสายเล็กๆ อยู่หลายสาย คือ คลองพม่าหลง คลองบางโรง คลองกะลา คลองท่าเรือ คลองกมลา และคลองบางใหญ่

จังหวัดภูเก็ตจัดแบ่งเขตการปกครองเป็น 3 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอกะทู้ และอำเภอถลาง ประชากรของจังหวัดภูเก็ต ในเดือนกรกฎาคม 2546 มีจำนวน 276,678 คน จำแนกเป็นชาย 134,069 คน หญิง 142,609 คน และมีจำนวนครัวเรือน 89,154 ครัวเรือน อำเภอเมืองเป็นพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่นที่สุด รองลงมาคือ อำเภอกะทู้ และอำเภอถลาง ตามลำดับ

1.2 ประวัติศาสตร์และสังคมวัฒนธรรม

1.2.1 ประวัติศาสตร์เมืองถลาง – ภูเก็ต

ในอดีต ชุมชนขนาดใหญ่ที่เรียกว่าเมืองในเกาะภูเก็ตมีอยู่ 2 แห่ง และมีชื่อเรียกต่างกันอยู่ 2 ชื่อ คือ เมืองถลางและเมืองภูเก็ต คำว่าถลางไม่ได้เป็นชื่อเมืองเพียงอย่างเดียว แต่เป็นชื่อเกาะทั้งเกาะด้วย เช่นเดียวกับภูเก็ตเป็นทั้งชื่อเมืองและเกาะ เพียงแต่เรียกในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน เกาะแห่งนี้มีความเชื่อกันว่า ในยุคก่อนประวัติศาสตร์ มนุษย์ชนกลุ่มแรกที่มาตั้งถิ่นฐานบนเกาะถลางคือ กลุ่มชนพวกเงาะ (Negritos) ต่อมา มีชนชาวมอญ และนักเดินเรือค้าขายมาประเทศอินเดียได้ แถบอ่าวเบงกอล เข้ามาค้าขายและขุดแร่ดีบุกบริเวณตะกั่วป่า และในยุคกรุงศรีอยุธยาตอนปลายก็มีชนชาวจีนอพยพและมาอาศัยอยู่ด้วย

ในอดีต เมืองถลางอยู่ในการปกครองของอาณาจักรสุโขทัย กรุงศรีอยุธยาและรัตนโกสินทร์ ตามลำดับ ในสมัยสุโขทัย เมืองถลางขึ้นอยู่กับเมืองตะกั่วป่า ต่อมาในสมัยกรุงศรีอยุธยาจึงเริ่มมีการค้าขายดีบุกกับพ่อค้าชาวยุโรป เริ่มด้วยชาวโปรตุเกสเป็นชาติแรก ต่อมาชาวฮอลันดาก็เริ่มเข้ามามีบทบาททางการค้าและเอาเปรียบทางการค้า ชาวถลางจึงได้รวมตัวกันต่อต้านและขับไล่ชาวฮอลันดาจากเมืองถลาง และต่อมาเมืองถลางก็ทำการค้ากับประเทศอังกฤษและออสเตรเลียเป็นลำดับมา

จากหนังสือสารานุกรมภาคใต้ของสถาบันทักษิณคดีศึกษา บันทึกว่า “เชื่อกันว่าเมืองถลางเป็นชุมชนโบราณตั้งแต่เริ่มมีการขนถ่ายสินค้าข้ามคาบสมุทรมลายู ะยะนี้เมืองถลางคงเป็นเมืองขนาดเล็กและเป็นเมืองบริวารของชุมชนขนาดใหญ่ทางชายฝั่งตะวันออก โดยเฉพาะเมืองนครศรีธรรมราช เมืองพังงา” ชุมชนดั้งเดิมอยู่บริเวณทางเหนือ เรียกว่า ชุมชนถลาง เป็นชุมชนทำไร่ทำนา ส่วนตอนล่างของเกาะมีดีบุกมาก ระหว่างปี พ.ศ.2367 – 2380 เมืองภูเก็ตในฐานะเมืองบริวารของเมืองถลาง และมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ระหว่างปลายพุทธศตวรรษที่ 24 ถึงต้นพุทธศตวรรษที่ 25 เป็นช่วงของความต้องการปริมาณดีบุกของตลาดโลกสูง จนในที่สุดเมืองภูเก็ตมีรายได้จำนวนมาก แห่ล่งรายได้มาจากค่าธรรมเนียม การเกณฑ์ไพร่พลทำงาน ค่าภาษีอากรจากการทำเหมืองแร่ดีบุก จนกระทั่งปี พ.ศ.2422 ราคาดีบุกในตลาดโลกตกต่ำลง ทำให้การทำเหมืองแร่ดีบุกขาดทุน และเกิดผลต่อเนื่องไปยังชีวิตชาวเมืองภูเก็ต เศรษฐกิจขัดสน และผลประโยชน์จากการเก็บภาษีเข้ารัฐก็ลดลง จนกระทั่งรัฐบาลต้องเข้ามาจัดการเรื่องภาษีในยุคนั้น

ในยุคสมัยรัตนโกสินทร์ เมืองกลาง – ภูเก็ต มีประวัติทำศึกสงครามกับประเทศพม่า 2 ครั้ง ครั้งแรกในปี พ.ศ.2328 เป็นรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกครั้งที่สองใน พ.ศ.2352 เป็นสมัยของพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย ในประวัติศาสตร์การศึกครั้งแรกกลายเป็นประวัติศาสตร์ของวีรสตรีเมืองกลาง เหตุการณ์เกิดขึ้นในปี พ.ศ.2328 พระเจ้าปะดุงกษัตริย์พม่าเตรียมยกทัพใหญ่มาตีเมืองไทย โดยเกณฑ์คนทั้งในเมืองหลวงและหัวเมืองพม่า มอญ ยะไข่ ลาว ลื้อ เวียง จัดเป็นทัพหลวง 9 ทัพใหญ่ รวมจำนวนพล 144,000 คน การศึกครั้งนี้ไทยเรียก “สงครามเก้าทัพ” ทางพม่าจัดทัพมาตีเมืองทางใต้ ยกมาตีเมืองตะกั่วทุ่ง – ป่า ครั้นเมื่อตีเมืองตะกั่วทุ่งและตะกั่วป่าแตกแล้ว จึงเข้ายกมาตีเมืองกลาง ขณะนั้นพระยาถลางเจ้าเมืองถลางถึงแก่อนิจกรรม ท่านผู้หญิงจัน (รัชกาลที่ 1 โปรดเกล้าให้เป็น ท้าวเทพกระษัตรี) และท่านผู้หญิงมุก (รัชกาลที่ 1 โปรดเกล้าให้เป็น ท้าวศรีสุนทร) เป็นคนตระกูลเจ้าเมืองถลาง ได้ร่วมกับกรมการเมืองประชุมวางแผนและคิดกลอุบายให้พม่าถอยทัพกลับไป ร่วมต่อสู้กับชายหญิงเมืองถลางต่อสู้กับข้าศึกอย่างองอาจกล้าหาญ ระดมชายหญิงยิงปืนใหญ่บ่อยไปยิงค่ายพม่าทุกวัน สู้รบกันอยู่นานราวเดือนเศษ ทางพม่าหมดเสบียงอาหารจึงเลิกทัพกลับไป ความสำเร็จในการรักษาเมืองถลางครั้งนี้เป็นที่ประจักษ์ต่อรัฐบาลถลางและฝ่ายอังกฤษที่ทำการค้าร่วมกับเกาะถลางเป็นอย่างดี ส่วนการศึกพม่าครั้งสองฝ่ายไทยก็มีชัยชนะต่อฝ่ายพม่าเช่นกัน

ประวัติศาสตร์ยุคใกล้ที่สำคัญของจังหวัดภูเก็ตคือการทำเหมืองแร่ ประวัติศาสตร์การทำเหมืองแร่ของจังหวัดภูเก็ตเริ่มจากสมัยสมเด็จพระเอกาทศรถ ประมาณปี พ.ศ.2069 และทำการซื้อขายกับต่างประเทศอย่างเป็นล่ำเป็นสัน ต่อมาในปี พ.ศ.2228 สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชอนุญาตให้บริษัทอินเดียตะวันออกของชาวฝรั่งเศส รับซื้อแร่ดีบุกแห่งเดียวในจังหวัดภูเก็ต ต่อมากิจการได้ซบเซาระยะหนึ่ง ราวปลายพุทธศตวรรษที่ 24 ปริมาณความต้องการแร่ดีบุกของตลาดโลกสูงขึ้นมากและประเทศอังกฤษได้ขยายกิจการการค้ามายังประเทศแถบนี้ ทำให้เมืองภูเก็ตเจริญรุดหน้าขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะบริเวณบ้านทุ่งคา กลายเป็นชุมชนขนาดใหญ่ (บริเวณอำเภอเมืองในปัจจุบัน) การทำเหมืองแร่ในยุคแรกใช้แรงงานคนเป็นหลัก ต่อมาได้วิวัฒนาการการทำเหมืองแร่โดยเครื่องจักรกล ธุรกิจการทำเหมืองแร่และค้าขายแร่ดีบุกช่วยให้เศรษฐกิจของเมืองภูเก็ตดีขึ้นมาก และมีการค้าขาย การใช้แรงงานของชุมชนท้องถิ่นและแรงงานจากต่างถิ่น เกิดอาชีพเกี่ยวเนื่องกับการอุปโภคบริโภค ทั้งในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทมากมาย ในระยะนี้ ชนชาวจีนได้หลั่งไหลเข้ามาทำธุรกิจเกี่ยวกับการทำเหมืองแร่และค้าขาย บรรดาชาวจีนได้อพยพเข้ามาในเมืองภูเก็ตและรวมกันเป็นหลายพวก แต่ละกลุ่มพยายามรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มตนเอง ทางฝ่ายเจ้าเมืองต้องยอมรับฐานะและบทบาทของกลุ่มเหล่านี้ และมีการแต่งตั้งหัวหน้ากลุ่มขึ้นเป็นกรมการเมือง ตำแหน่งปลัดฝ่ายจีนและนายอำเภอฝ่ายจีน แต่ไม่อาจแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งด้านผลประโยชน์ได้มากนัก กลุ่มชาวจีนมีการวิวาทกันเกี่ยวกับการทำเหมืองแร่บ่อยครั้ง มีทั้งกรณีการแย่งชิงแหล่งหลุมแร่ การแย่งชิงสายน้ำลำธารจนถึงขั้นสู้รบเป็นจลาจล เช่นในปี พ.ศ.2410 พ.ศ.2419 และพ.ศ.2422 เป็นต้น

เมื่อมีเหตุการณ์รบกวนทางฝ่ายรัฐบาลกลางจึงส่งคนมาดูแลและระงับเหตุ ในช่วงปลายพุทธศตวรรษที่ 24 และต้นพุทธศตวรรษที่ 25 นับเป็นยุคทองของเมืองภูเก็ต ตระกูลเจ้าเมืองมีความมั่งคั่งอย่างรวดเร็วจากการผูกขาดภาษี และสามารถเพิ่มภาษีให้รัฐบาลกลางได้อย่างรวดเร็ว จากปีละ 17,320 บาท ก่อนปี พ.ศ.2415 และเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 480,000 บาท ระหว่างปี พ.ศ.2418 – 2421 พบว่าสูงขึ้น 27 เท่าในช่วงเวลา 3 – 4 ปี ต่อมาราวปี พ.ศ.2422 ราคาแร่ดีบุกในตลาดโลกตกต่ำลง ทำให้เมืองภูเก็ตเริ่มเสื่อมโทรมลง การทำเหมืองแร่ดีบุกขาดทุน เป็นเวลาเดียวกันกับรัฐบาลกลางมีการปฏิรูปประเทศ (รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว) และได้เปลี่ยนเมืองภูเก็ต เป็นมณฑลเทศาภิบาลภูเก็ต อันเป็นการรวมอำนาจหัวเมืองเข้าสู่อำนาจรัฐบาลกลางโดยตรง รวมทั้งปฏิรูประบบภาษีของเมืองภูเก็ตด้วย โดยมีพระยารัษฎานุประดิษฐ์ (คอซิมบี๊) เป็นสมุหเทศาภิบาลมณฑลภูเก็ตคนแรก เมืองภูเก็ตเป็นหัวเมืองทางใต้ที่มีความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจกับเมืองปักษ์อย่างใกล้ชิด พระยารัษฎานุประดิษฐ์เป็นคนตระกูลพ่อค้าจีนฮกเกี้ยน มีความรอบรู้ความสามารถและสายตายาวไกล เมืองภูเก็ตระยะนี้มีความก้าวหน้า มีการทำถนนและขยายถนนหลายสาย และจัดหาเงินบำรุงพิเศษมาสร้างเมืองและชักชวนบริษัทเหมืองแร่ต่างประเทศ (ประเทศออสเตรเลีย) มาเปิดกิจการและสร้างความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจและการปกครองกับกลุ่มชาวจีนในท้องถิ่นได้ดี โดยเกื้อหนุนให้เปิดการค้าดีบุก และให้บรรดาศักดิ์กับชาวจีนที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจ ต่อมาในปี พ.ศ.2476 มณฑลภูเก็ตถูกเปลี่ยนชื่อเป็นจังหวัดภูเก็ต ประกอบด้วย เขตการปกครอง 3 อำเภอ คือ อำเภอเมืองภูเก็ต อำเภอถลาง และอำเภอกะทู้ ทรานนั้นจนถึงปัจจุบัน

1.2.2 สังคมวัฒนธรรม

ในยุคก่อนประวัติศาสตร์ ชนกลุ่มแรกที่เข้ามาตั้งถิ่นฐานบนเกาะคือ พวกชาไก (Negritos) คล้ายกับพวกเดียวกับพวกเซมัง ชาไกที่ยังอยู่ในแถบชายฝั่งตะวันตกของแหลมมลายูและบนเกาะที่กระจัดกระจายอยู่ในทะเลอันดามัน ต่อมา มีชนชาวมอญที่แผ่ขยายลงมาจากประเทศพม่า หลังจากนั้นก็มีกลุ่มนักเดินเรือเดินทางมาค้าขายและขุดหาแร่ดีบุกจากประเทศอินเดียตอนใต้แถบอ่าวเบงกอล ครั้นต่อมาในยุคกรุงศรีอยุธยาตอนปลายชนชาวจีนเริ่มอพยพและเข้ามาตั้งถิ่นฐาน ชาวจีนส่วนใหญ่เป็นชาวจีนฮกเกี้ยนมาจากมณฑลฮกเกี้ยน (Fujian) ระยะต้นสมัยรัตนโกสินทร์ถึงรัชกาลที่ 3 มีคนจีนอพยพเข้ามาเป็นจำนวนมาก ต่อมาช่วงรัชกาลที่ 4 มีชาวจีนจากเกาะปีนังเข้ามาลงทุนในกิจการเหมืองแร่ดีบุกมากขึ้น และยังมีอพยพมารับจ้างทำงานเกี่ยวกับเหมืองแร่จำนวนมาก นอกจากนี้ยังมีชาวจีนและ ชาวจีนแต้จิ๋ว และชาวจีนกวางตุ้งที่อพยพมาจากภาคกลางหรือหัวเมืองอื่นเข้ามาาร่วมด้วย นอกจากนี้ จังหวัดภูเก็ตยังมีชาวไทยมุสลิมอยู่ประมาณหนึ่งในสามของประชากรทั้งหมด ชาวไทยมุสลิมส่วนหนึ่งเป็นชาวพื้นเมืองดั้งเดิม และอีกส่วนอพยพมาจากประเทศมาเลเซีย และอินโดนีเซียกว่า 100 ปีมาแล้ว ภายในจังหวัดภูเก็ตชาวจีนมักตั้งถิ่นฐานในเขตอำเภอเมืองและอำเภอกะทู้ ส่วนชาวไทยมุสลิม

จะตั้งถิ่นฐานอยู่บริเวณชายฝั่งรอบเกาะ บนเกาะและอำเภอกลาง มีอาชีพทำการประมงและทำสวนพร้อมกันไป และยังมีกลุ่มชาวไทยพุทธอาศัยอยู่ในบางหมู่บ้านและปะปนอยู่ในหมู่นจีนอีกส่วนหนึ่ง จากองค์ประกอบของคนภูเก็ต ทำให้จังหวัดภูเก็ตมีพหุลักษณะทางวัฒนธรรมประเพณี วัฒนธรรมของ 3 กลุ่มที่สำคัญคือ ประเพณีวัฒนธรรมของกลุ่มชาวจีน กลุ่มชาวไทยมุสลิม และกลุ่มชาวไทยพุทธ กลุ่มชนแต่ละกลุ่มจะมีการแต่งกาย วัฒนธรรมอาหาร ที่อยู่อาศัย ภาษา และความสัมพันธ์ทางสังคมที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ชาวภูเก็ตได้มีการผสมผสานร่วมกันในชีวิตความเป็นอยู่ได้เป็นอย่างดี จึงทำให้วัฒนธรรมมีการปรับตัวและผสมผสานเป็นเอกลักษณ์ของวัฒนธรรมอันเกิดร่วมกันมายาวนาน ชาวภูเก็ตมีความเชื่อและการนับถือศาสนาแตกต่างกันไป ศาสนาที่มีคนนับถือมากที่สุดคือ ศาสนาพุทธ รองลงมาก็คือ ศาสนาอิสลาม ศาสนาคริสต์ ศาสนาซิกข์ และศาสนาฮินดู ตามลำดับ

จังหวัดภูเก็ตมีการจัดงานประเพณีสำคัญเป็นประจำทุกปี งานสำคัญคือ งานท้าวเทพกระษัตรี – ท้าวศรีสุนทร ในวันที่ 13 มีนาคม เพื่อเป็นการสดุดีวีรกรรมและรำลึกเหตุการณ์ที่สองวีรสตรีสามารถปกป้องเมืองถลางให้รอดพ้นจากพม่า นอกจากนี้ยังมีประเพณีของแต่ละกลุ่มชน ชนชาวจีนมีประเพณีตรุษจีน ไหว้เทวดา เซ่งเม้ง สารทจีน ไหว้พระจันทร์ และกินเจ และชาวเลมีประเพณีลอยเรือ สงกรานต์ สารทไทย และมีประเพณีปล่อยเต่าในวันสงกรานต์ของทุกปี

ตารางที่ 1.1 แสดงข้อมูลประเพณีสำคัญของชาวภูเก็ต

ชื่อประเพณี	ความหมายของประเพณี
1. ประเพณีรำลึกท้าวเทพกระษัตรี - ท้าวศรีสุนทร	ประเพณีจัดขึ้นเพื่อเฉลิมฉลองและระลึกถึงวีรกรรมอันกล้าหาญเด็ดเดี่ยวของท้าวเทพกระษัตรีและท้าวศรีสุนทรที่ต่อสู้ปกป้องเมืองภูเก็ตได้จากศึกพม่า จัดขึ้นเป็นประจำในวันที่ 13 มีนาคม ของทุกปี มีการแสดงแสง สี เสียง ยิ่งใหญ่ตระการตาเพื่อเชิดชูเกียรติสองวีรสตรีให้อยู่คู่ชาวภูเก็ตสืบไป
2. ประเพณีสารทจีน (พ้อต๋อ)	ชาวภูเก็ตจัดพิธีในช่วงเดือน 7 ของจีน หรือเดือน 9 ของไทย มีการเซ่นไหว้บรรพบุรุษและวิญญาณศักดิ์สิทธิ์ด้วยเครื่องบวงสรวงเป็นขนมทำด้วยแป้งรูปเต่าทาสีแดง ซึ่งคนจีนเชื่อว่าเต่าเป็นสัตว์ที่มีอายุยืน การไหว้เต่าจึงเป็นการต่ออายุ และถือเป็นกุศลที่ยิ่งใหญ่

ชื่อประเพณี	ความหมายของประเพณี
3. ประเพณีไหว้เทวดา	ชาวจีนในเมืองภูเก็ตจัดประเพณีไหว้เทวดาเพื่อเป็นการบูชาเทพเจ้าบนสวรรค์ เพื่อให้เทวดาปกป้องคุ้มครองมนุษย์ให้อยู่เย็นเป็นสุข มักจัดขึ้นในช่วงวันตรุษจีน หรือในวันขึ้น 9 ค่ำ เดือน 1 เป็นอีกประเพณีที่ชาวไทยเชื้อสายจีนในภูเก็ตยึดมั่นปฏิบัติตลอดมา
4. ประเพณีลอยเรือชาวเล	ประเพณีสำคัญที่สุดของชาวเล จัดขึ้นปีละ 2 ครั้ง ในเดือน 6 และเดือน 11 คล้ายพิธีลอยกระทง เป็นการสะเดาะเคราะห์โดยใช้เรือเป็นพาหนะซึ่งทำจากไม้สัก มีการตัดเล็บ ตัดผม และใช้ตุ๊กตาไม้แทนคนใส่ลงในเรือ เพื่อเอาความทุกข์โศกสิ่งชั่วร้ายปล่อยไหลไปตามสายน้ำ และมีพิธีกรรมเพื่อบวงสรวงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ประจำหมู่บ้านให้ช่วยคุ้มครอง

ชาวภูเก็ตมี “ประเพณีถือศีลกินผัก” เป็นประเพณีสำคัญและน่าสนใจ ในอดีตที่ชาวจีนฮกเกี้ยนอพยพมาทำมาหากินที่เมืองไทยเมื่อราว 200 ปีก่อน พวกเขานับถือ “เก้งฮวง” หรือเทพเจ้าเก้งฮวงเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์สูงสุด เทพเจ้าเก้งฮวงคือ พระโพธิสัตว์ หรือพระผู้ที่จะตรัสรู้เป็นพระพุทธเจ้าที่คอยช่วยคุ้มครองชีวิต นำพาความเป็นสิริมงคลมาสู่ครอบครัวและชุมชน ตามคติฝ่ายพุทธมหายาน วิธีขอพรจาก “เก้งฮวง” คือต้องทำตนให้บริสุทธิ์ทั้งกาย วาจา ใจ นับตั้งแต่ชำระล้างร่างกายให้สะอาด งดฆ่าสัตว์ตัดชีวิต งดการเสพประเพณีและของมีนเมา ที่สำคัญคือการละเว้นการบริโภคเนื้อสัตว์ต่อเนื่องเป็นเวลา 9 วัน ใครปฏิบัติได้ก็เชื่อว่าจะได้รับอำนาจพิเศษ ทำให้มีอิทธิฤทธิ์สามารถเดินลุยไฟผ่านที่ร้อนแรงได้ไม่อันตราย งานกินเจหรือกินผักเป็นประเพณีเกิดขึ้นในสมัยพระยาถลาง มีเรื่องเล่าว่า สมัยนั้นมีคณะจ้าวจากประเทศจีนมาเปิดการแสดงที่อำเภอกะทู้และเกิดความเจ็บป่วยขึ้น คณะจ้าวจึงจัดให้มีประเพณีกินผักขึ้นเพื่อสะเดาะเคราะห์ จากนั้นไม่นานโรคภัยก็หายไป ทำให้เกิดความเลื่อมใส ศรัทธา และมีการปฏิบัติสืบเนื่องมาจนทุกวันนี้ ปัจจุบันเทศกาลถือศีลกินผักจะมีขึ้นในเดือน 9 ของจีนในทุกปี เริ่มตั้งแต่วันขึ้นที่ 1 ค่ำ จนถึง 9 ค่ำ โดยก่อนวันงาน 1 วัน จะมีพิธีอัญเชิญตะเกียง 9 ดวงสู่ยอดเสาโกเต้งในบริเวณหน้าศาล เพื่ออัญเชิญองค์เทพยกอ่องสงเตและก๊วอ่องไต่เต จากนั้นตลอด 9 วัน จะมีพิธีสำคัญหลายอย่างคือ พิธีสวดขอพร พิธีอ่านรายชื่อผู้มาร่วมงาน พิธีขอพรเทพในขบวนรำทรง พิธีบวงสรวงดาวเคราะห์ทั้ง 7 พิธีแจกฐ่และบันติเพื่อความเป็นสิริมงคล และพิธีอ้วกั๊งคือการแห่พระอันเป็นการแสดงอิทธิฤทธิ์ของรำทรงซึ่งมีองค์ประทับ โดยเชื่อว่าจะสามารถสะเดาะเคราะห์ให้กับผู้ปฏิบัติดีโดยการถือศีลกินผักทุกคนได้ ในการจัดพิธีดังกล่าวมีการจัดการของศาลเจ้าเป็นผู้เตรียมและประกอบพิธี ศาลเจ้าที่มีงานประเพณี ประกอบด้วย ศาลเจ้ากะทู้ ศาลเจ้าจู้ต่วย ศาลเจ้าบางเหนียว ศาลเจ้าซุ่ยปุ่นตอง ศาลเจ้าสามกอง ศาลเจ้าเซ่งทะเล และศาล

เจ้าบะแก้ง ในระยะเวลาดังกล่าวชาวจีนเชื่อว่าเทพเจ้าทั้ง 9 จะเสด็จออกมาโปรดสัตว์บนโลกมนุษย์ แต่ดวงวิญญาณไม่อาจติดต่อกับมนุษย์ได้โดยตรง ต้องผ่าน “ร่างทรง” หรือ “ม้าทรง” เทพเจ้าจะมีอิทธิฤทธิ์และมีศาสตราวุธสำหรับคุ้มครองมนุษย์ บางทีถือแส้ บางคนถือเหล็กแหลม มีด หอก ดาบ เมื่อเสด็จมาโปรดสัตว์ต่างแสดงอิทธิฤทธิ์เป็นที่ประจักษ์ ภาพม้าทรงกระทำทุกข์ทรมานร่างกาย หมายถึง เทพเจ้าแสดงอิทธิฤทธิ์และรับความเจ็บปวดไปแทน ในช่วงเทศกาลนี้ชาวภูเก็ตร่วมงานกันอย่างกว้างขวาง ภายในเมืองมีการติดธงเป็นสีเหลือง และตัวอักษรสีแดงทั่วไปทุกถนน และเมื่อผนวกกับเทศกาลท่องเที่ยวประเพณีถือศีลกินผักเป็นกิจกรรมที่นักท่องเที่ยวให้ความสนใจ และภายในจังหวัดภูเก็ต ภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชนต่างร่วมมือกันจัดงานนี้อย่างยิ่งใหญ่เป็นประจำทุกปี

1.3 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและการเมือง

1.3.1 ด้านเศรษฐกิจ

จังหวัดภูเก็ตเป็นจังหวัดที่มีภูมิประเทศที่ดีมีอ่าวและสันเขาเป็นที่กำบังลมมรสุมได้ดีและมีทรัพยากรธรรมชาติ ทำให้ภูเก็ตเป็นเมืองที่ผู้คนจากหลายหัวเมืองและหลายเชื้อชาติมุ่งหน้ามาเพื่อทำมาหากินตั้งแต่สมัยโบราณ ภูเก็ตนับเป็นแหล่งค้าขายที่เจริญก้าวหน้าทางฝั่งทะเลตะวันตกของไทย ปัจจุบันจังหวัดภูเก็ตเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญและมีชื่อเสียงระดับโลก จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าเศรษฐกิจของจังหวัดภูเก็ตมีการขยายตัวและเติบโตอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2541 มีผลิตภัณฑ์รวมมวล 37,732 ล้านบาท แหล่งรายได้มาจากสาขาบริการ สาขาเกษตรกรรม การคมนาคม และการขนส่ง และในปี พ.ศ.2541 – 42 ประชากรจังหวัดภูเก็ตมีรายได้เฉลี่ย จำนวน 192,511 บาท และ 188,257 บาท/คน/ปี ตามลำดับ

ภาพในอดีต จังหวัดภูเก็ตมีชื่อเสียงในนามของศูนย์กลางของเหมืองแร่ดีบุก แร่ดีบุกเป็นแหล่งรายได้หลักของชาวภูเก็ตจนกระทั่งปี พ.ศ.2523 หลังจากนั้นการท่องเที่ยวของจังหวัดภูเก็ตขยายตัวอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันนักท่องเที่ยวมาเยือนจังหวัดภูเก็ตทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศ ราว 3,000,000 คนต่อปี และกลายเป็นแหล่งรายได้หลักของจังหวัดภูเก็ต นอกจากนี้ยังมีการบริการและการประกอบการต่อเนื่องจากการท่องเที่ยวอีกหลายอาชีพ เช่น การโรงแรมและบริษัทนำเที่ยว อาชีพของชาวภูเก็ตยังคงมีการทำเหมืองแร่และการย่อยหิน การประมง การเกษตรและการทำยางพารา

1.3.2 ด้านการเมือง

จังหวัดภูเก็ตแบ่งเขตการปกครองออกเป็นอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน คือ

- (1) อำเภอเมืองภูเก็ต มี 6 ตำบล (42 หมู่บ้าน) คือ ตำบลเมืองกระน เกาะแก้ว ฉลอง รัชฎา ราไวย์ และวิชิต
- (2) อำเภอกะทู้ มี 3 ตำบล (18 หมู่บ้าน) คือ ตำบลกะทู้ ป่าตอง และกมลา
- (3) อำเภอถลาง มี 6 ตำบล (42 หมู่บ้าน) คือ ตำบลเชิงทะเล เทพกระษัตรี ป่าคลอก ไม้ขาว ศรีสุนทร และสาคร

ชาวภูเก็ตมีส่วนร่วมทางการเมือง โดยในปี พ.ศ.2544 ประชาชนชาวภูเก็ตมีอัตรามาใช้สิทธิเลือกตั้งสมาชิกวุฒิสภาและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรประมาณร้อยละ 75 – 78 โดยมีสมาชิกวุฒิสภา 1 คน และมีสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร 2 คน (สังกัดพรรคประชาธิปัตย์)

ในด้านการเมืองท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ตมีราชการส่วนท้องถิ่น 3 รูปแบบ และมีหน่วยงานราชการบริหารส่วนท้องถิ่นรวม 20 หน่วยงาน ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 1 แห่ง เทศบาล 6 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 13 แห่ง ในปี พ.ศ.2542 – 2543 ผู้มาใช้สิทธิเลือกตั้งสมาชิกสภาจังหวัด สมาชิกสภาเทศบาล และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล คิดเป็นร้อยละ 55, 40 และ 59 โดยประมาณตามลำดับ นับได้ว่าชาวภูเก็ตให้ความสนใจและมีส่วนร่วมในการเลือกตั้งผู้แทนการเมืองท้องถิ่นน้อยกว่าผู้แทนการเมืองระดับชาติ

สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในส่วนเทศบาล มี 6 แห่ง ประกอบด้วย เทศบาลเมืองภูเก็ต เทศบาลตำบลกะทู้ เทศบาลตำบลป่าตอง เทศบาลตำบลเชิงทะเล เทศบาลตำบลเทพกระษัตรี และเทศบาลตำบลกระน ส่วนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อบต.) 13 แห่ง ประกอบด้วย อบต.กมลา, อบต.เชิงทะเล, อบต.เทพกระษัตรี, อบต.ป่าคลอก, อบต.ไม้ขาว, อบต.ศรีสุนทร, อบต.สาคร, อบต.กระน, อบต.เกาะแก้ว, อบต.ฉลอง, อบต.รัชฎา, อบต.ราไวย์ และ อบต.วิชิต อบต. ส่วนใหญ่ของอบต.จังหวัดภูเก็ต เป็น อบต. ชั้น 1 – ชั้น 3 มีรายได้เฉลี่ยตั้งแต่ 6 – 20 ล้านบาท/ปี ขึ้นไป

ในการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลเมืองภูเก็ตเป็นองค์กรที่มีผลงานและได้รับรางวัลชนะเลิศการประกวดเทศบาลเมืองน่าอยู่ จากสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทยและชมรมสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลและเมืองพัทยา เทศบาลเมืองภูเก็ตมีการกำหนดวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ 9 ประการในการพัฒนาภูเก็ตสู่เมืองน่าอยู่ ยุทธศาสตร์ดังกล่าวครอบคลุมการบริหารจัดการ การบริหารด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้านโครงสร้างพื้นฐานและผังเมือง ด้านสาธารณสุข ด้านวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ และสังคม ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคเอกชน

ในปัจจุบันจังหวัดภูเก็ตเป็นหนึ่งใน “กลุ่มจังหวัดอันดามันพัฒนา” ประกอบด้วย จังหวัดภูเก็ต กระบี่ และพังงา นอกจากนี้รัฐบาลมีนโยบายและแผนงานที่จะสร้างจังหวัดภูเก็ตให้

เป็นเมืองนานาชาติ จังหวัดภูเก็ตจะถูกพัฒนาเป็นศูนย์กลางด้านท่องเที่ยวและด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ดังแสดงไว้ในวิสัยทัศน์การพัฒนาจังหวัดภูเก็ต

วิสัยทัศน์การพัฒนาจังหวัดภูเก็ต 5 ปี (พ.ศ.2545 – 2549)

(1) ภูเก็ตจะเป็นเมืองที่ดำรงรักษาและอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ แหล่งประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมของจังหวัดภูเก็ตให้คงสภาพสวยงาม มีคุณค่าทางการศึกษาหลากหลายสาขาไว้เพื่อเป็น “ไข่มุกอันดามัน” ตลอดไป

(2) ภูเก็ตเป็นเมืองนานาชาติที่เด่นด้านการท่องเที่ยว มีความเพียบพร้อมทั้งโครงสร้างพื้นฐานที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานสากล มีความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย ราคายุติธรรม และมีทางเลือกสำหรับผู้ใช้บริการ

(3) ภูเก็ตจะเป็นศูนย์กลางทางด้านการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศของภาคใต้ตอนบน เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารแหล่งความรู้ด้านธุรกิจคอมพิวเตอร์ เป็นย่านการผลิตทางด้านซอฟต์แวร์คอมพิวเตอร์แห่งหนึ่งของประเทศ

(4) ภูเก็ตจะเป็นเมืองที่มีระบบการบริหารจัดการสมัยใหม่ มีความยืดหยุ่น โปร่งใส ติดตามตรวจสอบได้ มีระบบการทำงานที่เข้าใจร่วมกันได้กับประชาคมต่างชาติ

(5) ประชากรและชุมชนในภูเก็ตจะร่วมแรงร่วมใจกันพัฒนา เพื่อความอยู่ดีมีสุขท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่ดี อาชีพมั่นคง มีความปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สิน และมีสังคมประเพณีและวัฒนธรรม และจิตวิญญาณที่คงความเป็นเอกลักษณ์ของภูเก็ตไว้อย่างยั่งยืน

1.4 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและระบบนิเวศน์

เกาะภูเก็ตเกิดจากการเคลื่อนตัวของเปลือกโลก วางตัวเป็นแนวยาวเชื่อมต่อมาจากจังหวัดสุราษฎร์ธานีและจังหวัดพังงา เกาะภูเก็ตประกอบด้วยภูเขาหินแกรนิต ประมาณร้อยละ 40 ส่วนใหญ่เรียงตัวอยู่ด้านตะวันตกของเกาะภูเก็ต เทือกเขาหินแกรนิตเป็นแหล่งกำเนิดของแร่ดีบุก และแร่ยังสะสมอยู่ในบริเวณแอ่งท้องน้ำ ลำธาร และชายฝั่งทะเลด้วย นอกจากแร่ดีบุกแล้ว ยังมีแร่แทนทาลัม ไคลัมไบต์ และแร่พลูมด้วย บริเวณรอบเกาะภูเก็ตแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านแรกคือชายฝั่งตะวันตกด้านทะเลอันดามัน จะมีชายหาดลักษณะเว้าๆ แหว่งๆ มีลักษณะเป็นอ่าวขนาดเล็กและมีหาดทรายสีขาวสะอาด อ่าวที่สำคัญคือ อ่าวบางเทา อ่าวป่าตอง แถบนี้มีน้ำทะเลใสสะอาด มีแนวปะการังและฝูงปลาน้ำลึกหลากชนิด ทำให้บริเวณชายฝั่งตะวันตกเรียงรายไปด้วยหาดบางเทา หาดสุรินทร์ หาดกมลา หาดป่าตอง หาดกะรน หาดกะตะ หาดในหาน และหาดราไวย์ เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงในปัจจุบัน และทางตอนเหนือของชายฝั่งตะวันตกจะเป็นบริเวณหาดไม้ขาว แนวสันทรายบริเวณนี้จะมีป่าชายหาด มีต้นสนทะเล รักทะเล จักทะเล และไม้เถาขึ้นอยู่ทั่วไป บริเวณดังกล่าวเป็นเขตของอุทยานแห่งชาติสิรินาถ บริเวณแนวนี้มีสภาพธรรมชาติที่เป็นหาดทรายเรียบสวยและไกลจากชุมชน ทำให้เป็นแหล่งวางไข่ของเต่า

ทะเลหลายชนิด เช่นเต่าหญ้า เต่าตนุ เต่ากระ และเต่ามะเฟือง แต่ปัจจุบันมีการบุกรุกและสร้างเป็นที่อยู่อาศัยและเขตท่องเที่ยว ทำให้ความเรียบราบลดลงและเต่าก็ขึ้นมาวางไข่บ่อยลง ด้านที่สองคือ ชายฝั่งตะวันออก มีลักษณะเป็นหาดโคลนและมีป่าชายเลน ป่าชายเลนเป็นแหล่งกำลังคลื่นลมจากทะเล และเป็นแหล่งอนุบาลสัตว์น้ำวัยอ่อน ลักษณะพื้นที่มีลักษณะเป็นอ่าวตัวอย่างเช่น อ่าวฉลอง อ่าวภูเก็ต อ่าวสะพาน อ่าวกึ่ง อ่าวมะพร้าว อ่าวพังงา เป็นต้น จากการสำรวจด้วยภาพถ่ายดาวเทียม ปี พ.ศ.2541 พบว่า พื้นที่ป่าไม้ของจังหวัดภูเก็ต มีประมาณ 15,236 ไร่ หรือร้อยละ 4.49 ของพื้นที่ทั้งหมดของจังหวัดภูเก็ต และจากข้อมูลการจำแนกพื้นที่ป่าตามพระราชบัญญัติป่าสงวนแห่งชาติ พ.ศ.2507 รายงานว่า จังหวัดภูเก็ตมีป่าสงวนแห่งชาติ 107,578 ไร่ หรือร้อยละ 31.70 ของพื้นที่ทั้งหมดของจังหวัดภูเก็ต ประกอบด้วย ป่าบก 6 ป่า และป่าชายเลน 7 ไร่ นอกจากนี้เกาะภูเก็ตยังมีที่ราบประมาณร้อยละ 30 ส่วนใหญ่อยู่พื้นที่ราบตอนกลางและด้านตะวันออกของเกาะ ลักษณะเป็นที่ราบลุ่มระหว่างหุบเขา และเป็นที่ราบแคบกระจายอยู่ในอำเภอถลาง อำเภอกะทู้ และอำเภอเมือง

จากการที่เมืองภูเก็ตเป็นแหล่งแร่ดีบุกและเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญ ทำให้จังหวัดภูเก็ตมีประชากรราว 3 แสนคน แต่นักท่องเที่ยวมีจำนวนประมาณ 3 ล้านคน / ปี มีการใช้ทรัพยากรจำนวนมาก และก่อให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมติดตามมา ที่สำคัญคือ ด้านน้ำและด้านขยะ จังหวัดภูเก็ตไม่มีแม่น้ำแต่มีลำคลอง จำนวน 59 สาย ชุมชนสามารถใช้ประโยชน์จากลำคลองได้ และจังหวัดภูเก็ตส่วนใหญ่ใช้น้ำประปา แหล่งน้ำประปาได้จากอ่างเก็บน้ำบางวาด แอ่งเก็บน้ำได้ดินบางเทา และขุนเหลือ อย่างไรก็ตามจากการขยายตัวของการท่องเที่ยว ทำให้ปริมาณน้ำประปาไม่เพียงพอ โดยเฉพาะหน้าแล้งการประปาจะมีการจ่ายน้ำประปาเฉพาะช่วงเวลาเช้าและเย็น ภาครัฐมีโครงการพัฒนาแหล่งน้ำของเกาะภูเก็ตเพื่อแก้ไขปัญหา สำหรับปัญหาขยะเป็นปัญหาเรื้อรังของชุมชนเขตเมือง และเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น มีสาเหตุมาจาก (1) ปริมาณขยะมูลฝอยมากขึ้น อันเป็นผลมาจากพฤติกรรมบริโภคของสังคมเมือง องค์ประกอบของขยะมีความหลากหลายและมีวัสดุที่ย่อยสลายยากขึ้น (2) ขาดงบประมาณ (3) องค์การปกครองท้องถิ่นมีการจัดการปัญหาขยะแบบต่างคนต่างพื้นที่ และยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (4) ชุมชนยังขาดความเข้าใจ ความร่วมมือและความเชื่อมั่นต่อภาครัฐ บางกรณีอาจนำไปสู่ความขัดแย้งได้ ปัจจุบันเทศบาลเมืองภูเก็ตร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดและส่วนตำบล และกรมโยธาธิการมีการจัดการกำจัดมูลฝอยแบบองค์รวม โดยใช้ที่ดินบริเวณป่าสงวน และป่าชายเลนเสื่อมสภาพเป็นที่กำจัดขยะมูลฝอยแบบผสมผสาน โดยมีการกำจัดขยะแบบเตาเผาขยะทั่วไป การกำจัดขยะแบบฝังกลบ และการกำจัดขยะติดเชื้อและโรคติดต่อแล้ว ระบบนี้เป็นระบบใช้งานร่วมกันระหว่างเทศบาล 6 แห่ง อบจ. 1 แห่ง และ อบต. 13 แห่ง รวมทั้งเอกชนทั่วไปจำนวนหนึ่ง โดยมีปริมาณขยะวันละ 300 – 320 ตัน นอกจากนี้เทศบาลเมืองภูเก็ตยังได้นำความร้อนจากเตาเผาขยะไปผลิตเป็นพลังงานไฟฟ้า และนำไฟฟ้าไปใช้ในโครงการและระบบบำบัดน้ำเสีย ส่วนที่เหลือส่งให้การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค

นอกจากการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม จังหวัดภูเก็ตยังมีปัญหาการบุกรุกที่ดินสาธารณะ ชายหาดและป่าชายเลนเป็นปัญหาต่อเนื่อง ปัญหานี้เป็นเพราะจังหวัดภูเก็ตเป็นเมืองท่องเที่ยวและเศรษฐกิจดี ที่ดินจึงกลายเป็น “ทำเลทอง” ที่ทุกฝ่ายจับจ้องจะแสวงหาประโยชน์สำหรับตนเอง ภาครัฐจึงต้องการจะให้สภาพที่ดินได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง สภาพชายหาดและที่สาธารณะมีความสวยงามสมเป็นเมืองท่องเที่ยวระดับโลก ขณะนี้จังหวัดภูเก็ตมีทั้งนายทุนและชาวบ้านบุกรุกที่ดินสาธารณะและป่าชายเลน และการออกเอกสารสิทธิ์ที่ดินแบบไม่ถูกต้องสำหรับปัญหาการออกเอกสารสิทธิ์ที่ไม่ถูกต้องมีมานานหลายทศวรรษ นับตั้งแต่นายเหมืองได้รับประทานบัตรเหมืองแร่ จะมีการถางป่าและเปิดหน้าดินเพื่อขุดหลุมลึกลึกลาหลายแฉะและขุดแร่ หลังจากทำเหมืองแล้ว ที่ดินรกร้างจากการขุดแร่จะถูกปล่อยทิ้งร้างและจะตกเป็นกรรมสิทธิ์ของรัฐ แต่นายเหมืองและผู้มีอิทธิพลในท้องถิ่นอาศัยช่องว่างทางกฎหมาย และการเอื้อประโยชน์จากราชการท้องถิ่นให้ออกเอกสารสิทธิ์ที่ที่ดินสาธารณะ ที่ดินเขตประทานบัตรเหมืองแร่ ในช่วงปี พ.ศ.2520 – 2535 นับเป็นช่วงการเร่งออกเอกสารสิทธิ์ที่ดินและมีการซื้อขายที่ดินสูงสุด และในปี พ.ศ.2546 คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ตรวจสอบการออกเอกสารสิทธิ์ที่ดินในจังหวัดภูเก็ตทั้งหมด รวมทั้งที่ดิน สปก. ด้วย ผลการตรวจสอบพบว่า พื้นที่ดินที่ออกเอกสารสิทธิ์ไม่ถูกต้องนับสิบราย และมีพื้นที่กว่า 700 ไร่ และมีการถอนสิทธิ์การเป็นเกษตรกรอีกหลายร้อยคน และข้าราชการท้องถิ่นหลายคนถูกดำเนินคดีในข้อหาทุจริตต่อหน้าที่ด้วย นอกจากนี้ปัญหาการบุกรุกบริเวณชายหาด ทำให้ชายหาดกลายเป็นเพียงชายของ เต็มไปด้วยการก่อสร้างอาคารที่รกร้างและผิดกฎหมาย มีทั้งการเปิดเคาน์เตอร์ทัวร์ ร้านตัดเย็บเสื้อผ้า ร้านขายอาหารและเครื่องดื่ม เพียงชายของทั้งแบบชั่วคราวและถาวร เหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นในหลายแห่ง เช่น หาดในยาง หาดเลพัง หาดราไวย์ หาดในหาน และหาดป่าตอง ปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดการแย่งชิงผลประโยชน์ บางเหตุการณ์รุนแรงถึงการลอบสังหารกันปัญหานี้เป็นปัญหาหมักหมมหลายปีระยะที่ผ่านมา ภาครัฐพยายามแก้ไขปัญหานี้ เช่น กรณีการบุกรุกชายหาดเลพัง ภาครัฐมีการจัดที่ดินให้ชาวบ้านเข้าไปค้าขาย แต่ชาวบ้านไม่ยอม โดยชาวบ้านตอรองว่าชาวบ้านจะย้ายออกจากหาดก็ต่อเมื่อโรงแรมหรือถนนสิ่งปลูกสร้างบนหาดก่อน ทำให้การแก้ปัญหาไม่สำเร็จ ต่อมาทางจังหวัดพยายามแก้ไขปัญหานี้ร่วมกับองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต. เซิงทะเล) โดยจะย้ายผู้บุกรุกหาดไปอยู่ในพื้นที่ที่ อบต. จัดไว้ให้ และคนภูเก็ตมีสิทธิเข้าไปอยู่ในพื้นที่ที่จัดไว้ก่อน ถึงที่สุดก็ไม่สามารถย้ายชาวบ้านได้ ชาวบ้านยังคงยึดหาดเป็นที่ทำมาหากินอยู่เช่นเดิม และยังมีหาดป่าตองและหาดในยางก็ยังคงมีชาวบ้านยึดเป็นที่ทำมาหากินเช่นกัน กรณีที่แก้ไขสำเร็จคือที่หาดในหานและหาดราไวย์ ทาง อบต. ราไวย์มีการจัดหาสถานที่ขายของให้ชาวบ้านใหม่ โดยให้ชาวบ้านหรือสิ่งก่อสร้างออกจากหาดทั้งหมด พร้อมทั้งของงบประมาณจากองค์กรส่งเสริมการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยสร้างท่าเทียบเรือ และย้ายเรือทั้งหมดที่จอดหน้าหาดไปจอดหน้าสะพานเทียบเรือ นายพงศ์โพยม วาศภูติ อดีตผู้ว่าราชการจังหวัดภูเก็ต สะท้อนความคิดเห็นว่า “การแก้ปัญหาบุกรุกชายหาด ไม่ใช่การไล่คนออกจากหาด แต่เป็นการย้ายคนออกจากหาดเพื่อ

ไปทำมาหากินในที่ที่จัดไว้ให้” จะเห็นได้ว่าปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนทางและจัดการกับปัญหาโดยตลอด แต่การแก้ไขปัญหามุกรุกขายหาได้ใช้ว่าจะแก้ไขได้ภายใน 1 – 2 เดือน ต้องใช้เวลาเพราะมีผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย และเกี่ยวกับปากท้องชาวบ้าน หากใช้หลักตามกฎหมายอย่างเดียวยังไม่ได้ ต้องอาศัยหลักมนุษยธรรมประกอบด้วย” ด้วยสภาพและเงื่อนไขดังกล่าวเช่นนี้จึงทำให้การบุกรุกขายหาได้ยังคงเป็นปัญหาที่ยืดเยื้อต่อไป

2 สถานการณ์ของกลุ่มและองค์กรทางสังคม

จังหวัดภูเก็ตเป็นพื้นที่ที่มีการเคลื่อนไหวของภาคประชาชนอย่างต่อเนื่อง ชาวภูเก็ตมีบุคลิกภาพและนิสัยใจคอเช่นเดียวกับคนใต้ กล่าวคือมีบุคลิกภาพที่เชื่อมั่นตนเอง รักพวกพ้อง และชาวภูเก็ตยังมีลักษณะพิเศษที่มีการผสมผสานหลายชาติพันธุ์ ทำให้มีความสัมพันธ์และเครือข่ายทางสังคมทั้งภายในชาติพันธุ์และข้ามชาติพันธุ์ที่เป็นเอกลักษณ์ของระบบสังคมวัฒนธรรมของคนภูเก็ต ตัวอย่างเช่น ในแต่ละชุมชนมีการรวมตัวของชนมุสลิมและคณะกรรมการของศาลเจ้า หรือ “อ๋าม” ในหลายชุมชน นอกจากนี้ ชาวภูเก็ตยังรวมตัวกันทำประโยชน์กับสังคมในลักษณะชมรม สมาคมหรือมูลนิธิจำนวนมาก ในช่วงแรกจะเป็นการจัดตั้งองค์กรขึ้นมาเพื่อช่วยสนับสนุนงานของภาคราชการในลักษณะสังคมสงเคราะห์ มีการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส (คนชรา คนยากจน และผู้พิการ) และช่วยเหลืองานสังคม งานสาธารณประโยชน์ และงานสาธารณสุข ลักษณะงานดังกล่าวนี้เดิมเป็นงานในความรับผิดชอบของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ต่อมาเมื่อมีการปฏิรูประบบราชการ งานดังกล่าวได้ถูกปรับเปลี่ยนไปสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและทรัพยากรมนุษย์ และในราวปี พ.ศ.2538 – 2539 สำนักงานประชาสงเคราะห์ จังหวัดภูเก็ต ได้จัดตั้ง “ศูนย์ประสานงานองค์กรเอกชน จังหวัดภูเก็ต” เพื่อเป็นศูนย์กลางข้อมูลและทำงานร่วมกันของชมรม/สมาคม/มูลนิธิในจังหวัดภูเก็ต

2.1 โครงสร้าง ประเภท และกิจกรรมขององค์กรทางสังคม

ในระยะแรกองค์กรทางสังคม (ชมรม/สมาคม/มูลนิธิ) มีลักษณะกระจายแต่ละองค์กรมีงานของตนเองและไม่ได้สื่อสารกับองค์กรอื่น และงานประชาสงเคราะห์ก็มีการให้ความช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสที่ไม่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ภาคราชการจึงรวบรวมและจัดตั้งเป็น “ศูนย์ประสานงานองค์กรเอกชนจังหวัดภูเก็ต” ทำให้องค์กรภาคเอกชนเกิดการทำงานร่วมกัน มีการประสานงานกัน และมีการระดมทุนเพื่อให้องค์กรเอกชนทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในช่วงแรกทางสำนักงานประชาสงเคราะห์ได้ประชุมองค์กรเอกชนเริ่มแรกประมาณกว่า 20 องค์กรและคัดเลือกคณะทำงาน 9 คน เพื่อวางกฎระเบียบของศูนย์ฯ

ในการทำงานร่วมกัน คณะทำงาน 9 คนเป็นสมาชิกขององค์การเอกชนอยู่แล้ว และได้นำระเบียบที่จำเป็นมาหลอมรวมเพื่อทำงานร่วมกัน จากนั้นก็เป็นการคัดเลือกกรรมการประจำศูนย์ โดยมีการคัดเลือก 2 ปี/ครั้ง คณะกรรมการชุดปัจจุบัน ประกอบด้วย ประธาน รองประธาน เลขานุการ นายทะเบียน เภรณัญญิก ประชาสัมพันธ์ สมาชิกสัมพันธ์ จำนวนทั้งหมด 7 คน และยังมีกรรมการรับผิดชอบ 5 ด้าน คือ ด้านเด็กสตรีและผู้สูงอายุ ด้านผู้ด้อยโอกาสและสิทธิมนุษยชน ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสาธารณสุข ด้านวิชาการ และด้านแผนงาน/โครงการของศูนย์ฯ คณะกรรมการคัดเลือกมาจากผู้แทนขององค์กรที่เป็นสมาชิกศูนย์ฯ ปัจจุบันมี นายมิตร สิงห์สัจจุล (มูลนิธิการศึกษานานาชาติ) เป็นประธานคณะกรรมการ และมีนายสุพจน์ สงวนกิตติพันธ์ (สภาวัฒนธรรมจังหวัดภูเก็ต) นายเฉลิมเกียรติ อ่องเจริญ (มูลนิธิกุศลธรรมภูเก็ต) และนายสำคัญ แสงไฟ (สโมสรโรตารีทุ่งคา) เป็นรองประธาน

ศูนย์ฯได้จัดให้มีกิจกรรม การประชุมของคณะกรรมการร่วมกันเป็นประจำ และมีการประชุมใหญ่สามัญประจำปีในเดือนพฤษภาคมของทุกปี นอกจากนี้ ยังมีการจัดกิจกรรมประจำปีในวันอาสาสมัครไทย อันเป็นการเทิดพระเกียรติสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และมีการจัดกิจกรรมในวันสำคัญร่วมกัน เช่น วันเด็ก วันผู้สูงอายุ วันแม่แห่งชาติ และวางพวงมาลาท้าวเทพกระษัตรี – ท้าวศรีสุนทร นอกจากนี้ แต่ละองค์กรก็มีกิจกรรมทางสังคมของแต่ละองค์กร มีทั้งที่มีความต่อเนื่องและเข้มแข็ง แต่บางองค์กรไม่เข้มแข็งมากนัก ในระยะ 2 – 3 ปี มานี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดและเทศบาลได้ให้งบประมาณสนับสนุนองค์การเอกชนเหล่านี้เป็นประจำ โดยให้งบประมาณผ่านสำนักงานประชาสงเคราะห์ จังหวัดภูเก็ต โดยทางองค์กรเอกชนจะเขียนโครงการเสนอมาเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณและมีการประชุมเพื่อชี้แจง จากนั้นก็สนับสนุนงบประมาณผ่านสำนักงานประชาสงเคราะห์ โดยเหตุผลสำคัญในการให้เงินผ่านองค์กรภาครัฐเพื่อให้สามารถติดตามงานได้และคล้ายกับว่าองค์กรภาครัฐมาประกันให้องค์กรเอกชน หากมีปัญหาขององค์กรภาครัฐก็จะรับผิดชอบ เพราะองค์กรภาคเอกชนหลายแห่งมีความไม่แน่นอนและอาจมีสมาชิกเข้าออกตลอดเวลา หากมีองค์กรภาครัฐช่วยดูแลและติดตามจะมีความแน่นอนมากกว่า อย่างไรก็ตามจากข้อมูลที่องค์กรเอกชนสะท้อนระบบการสนับสนุนดังกล่าวพบว่า การสนับสนุนทำได้เป็นบางรายการเท่านั้น บางรายการองค์กรบริหารส่วนจังหวัดก็สนับสนุนไม่ได้ คุณสุพจน์ สงวนกิตติพันธ์ รองประธานคณะกรรมการของศูนย์ประสานงานองค์กรเอกชน จังหวัดภูเก็ต ได้สะท้อนความคิดเห็นว่า “แต่เดิมการทำงานของแต่ละองค์กรต่างคนต่างทำ พอมีศูนย์ฯ ทำให้รู้จักกัน มีการประสานงานกันมากขึ้น และองค์กรเหล่านี้เป็นภาพส่วนหนึ่งของความเข้มแข็งภาคประชาสังคม พวกเขาทำงานเพื่อทำให้สังคมภูเก็ตดีขึ้น เข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น แต่พูดจริงๆ แล้ว การรวมตัวกันยังหลวมๆ กันอยู่ จะร่วมมือกันในงานพิธีใหญ่ๆ ของจังหวัดแต่ก็ต่างคนต่างรับผิดชอบของตนเอง ข้อดีของศูนย์นี้ที่เห็นชัดเจนก็คือ ทำให้เรารู้จักกันมากขึ้น รู้ว่าใครเป็นใคร พอรวมรายชื่อยังตกใจเหมือนกันว่ามีเยอะจังเลย แต่ไม่เคยได้คุยกัน ทำงานด้วยกัน...”

ศูนย์ประสานงานองค์กรเอกชน จังหวัดภูเก็ต ได้รวบรวมรายชื่อองค์กรเอกชน ในจังหวัดภูเก็ต พบว่า มีจำนวนองค์กรทั้งหมด 54 องค์กร จัดแบ่งเป็น 9 ประเภท กลุ่มองค์กรที่ สังกัดแต่ละประเภทค่อนข้างทำงานกันอย่างอิสระอยู่ในกรอบกลุ่มเป้าหมายและวัตถุประสงค์ เฉพาะของตนเอง และมีความเข้มข้นในการปฏิบัติงานไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของแต่ละ กลุ่ม / องค์กร หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าการรวมตัวกันของกลุ่ม / องค์กรแต่ละประเภท ยัง ประสานเป็นเครือข่ายภายในประเภทนั้น และระหว่างประเภทไม่มากนัก โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) องค์กรเอกชนด้านส่งเสริมการศึกษาและวิชาการ

องค์กรเอกชนด้านส่งเสริมการศึกษาและวิชาการ ประกอบด้วย 13 องค์กร คือ

- สมาคมผู้ปกครองและครู โรงเรียนภูเก็ตวิทยาลัย
- สมาคมผู้ปกครองและครู โรงเรียนสตรีภูเก็ต
- สมาคมศิษย์เก่าสตรีภูเก็ต
- สมาคมผู้ปกครองและครู วิทยาลัยเทคนิคภูเก็ต
- สมาคมศิษย์เก่าเทคนิคภูเก็ต
- มูลนิธิสงเคราะห์วิทยาลัยอาชีวศึกษาภูเก็ต
- มูลนิธิเทคนิคภูเก็ตสงเคราะห์
- มูลนิธิสงเคราะห์การศึกษาจังหวัดภูเก็ต
- มูลนิธิการศึกษาภูเก็ตวิทยาลัย
- สมาคมธรรมศาสตร์ภูเก็ต
- ชมรมสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ภูเก็ต
- ชมรมบัณฑิต มสธ. ภูเก็ต
- ชมรมศิลปวรรณกรรม ภูเก็ต “บ้านโกปี”

องค์กรต่างๆ เหล่านี้เป็นองค์กรที่รวมตัวยาวนานมากกว่า 10 ปี มีวัตถุประสงค์ โดยรวมคือ (1) เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างครูและผู้ปกครอง (2) เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาของนักเรียนและนักศึกษา (3) เพื่อส่งเสริม การศึกษา วัฒนธรรมประเพณี และงานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษา (4) เพื่อสนับสนุนทุนทรัพย์ด้าน การศึกษาของนักเรียนและนักศึกษาที่ขาดแคลน (5) เพื่อส่งเสริมนักเรียน นักศึกษา และเยาวชน ให้มีความรู้ ความประพฤติดี มีพลานามัยสมบูรณ์ และมีสวัสดิภาพที่ดี องค์กรเหล่านี้มีการให้ ทุนการศึกษาต่อเนื่องและจัดกิจกรรมสำหรับเด็ก/เยาวชน ส่วนองค์กรที่เกี่ยวกับการรวมตัวของ ศิษย์เก่า มีการรวมตัว พบปะสังสรรค์ ส่งเสริมความสามัคคี และเข้าใจอันดีระหว่างศิษย์เก่าของ สถาบันการศึกษา และมีการจัดกิจกรรมทางสังคมและสาธารณประโยชน์เป็นบางครั้ง

(2) องค์กรเอกชนด้านสังคมสงเคราะห์

องค์กรเอกชนด้านสังคมสงเคราะห์มี 21 องค์กร ประกอบด้วย

- สมาคมสตรีอาสาสมัครรักษาดินแดน จังหวัดภูเก็ต
- สมาคมอาสาสมัครประชาสงเคราะห์ จังหวัดภูเก็ต
- สมาคมศรีคุณุสสังฆสภา (ศูนย์รวมชาวไทย – ชีขี) จังหวัดภูเก็ต
- สมาคมพ่อค้าภูเก็ต
- สมาคมฮกเกี้ยนภูเก็ต
- สมาคมสามัคคีธรรมภูเก็ต
- สโมสรโรตารีทุ่งคา
- สโมสรไลออนส์ภูเก็ต
- สโมสรไลออนส์อันดามันภูเก็ต
- สโมสรโรตารีภูเก็ต
- มูลนิธิภูเก็ตพัฒนายั่งยืน
- มูลนิธิกุศลธรรมภูเก็ต
- ชมรมธุรกิจก่อสร้าง จังหวัดภูเก็ต
- ชมรมชาวตรัง จังหวัดภูเก็ต
- ชมรมแผงลอยตลาดสด 2 (ตลาดเกษตร)
- ชมรมชาวสงขลา จังหวัดภูเก็ต
- ชมรมมัคคุเทศก์อาชีพ จังหวัดภูเก็ต
- ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารเทศบาลเมืองภูเก็ต
- สมาคมคนพิการทุกประเภทจังหวัดภูเก็ต
- กองทุนสังคมสงเคราะห์จังหวัดภูเก็ต
- ศูนย์เพื่อผู้เดินทางทะเล

องค์กรเอกชนด้านนี้มีการทำงานมายาวนานเช่นกัน ส่วนใหญ่เป็นองค์กรที่ทำงานด้านช่วยเหลือสังคมและช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส อันเป็นแนวคิดดั้งเดิมของกรมประชาสงเคราะห์ มีการระดมทุนและช่วยเหลือผู้ยากจน ผู้ด้อยโอกาสและผู้ประสบสาธารณภัย องค์กรเหล่านี้ส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ (1) ส่งเสริมและสนับสนุนงานสังคมสงเคราะห์ งานพัฒนาสังคม การศึกษา กิจกรรมการกุศล การช่วยเหลือผู้ประสบสาธารณภัย และช่วยเหลือทางราชการ (2) รวบรวมสมาชิกให้เกิดการประสานสามัคคีและช่วยเหลือสมาชิก (3) รักษาขนบธรรมเนียมประเพณีที่ดีงามในองค์กรเหล่านี้ องค์กรที่มีการทำงานต่อเนื่องมีหลายองค์กร ตัวอย่างเช่น มูลนิธิกุศลธรรมภูเก็ต เป็นการรวมตัวของชาวจีนแต้จิ๋ว ทำงานคล้ายกับมูลนิธิปอ

เด็กตั้ง มีการเก็บศพไม่มีญาติ แจกข้าวสาร ช่วยเหลือและบรรเทาสาธารณภัย จัดโรงทาน/โรงเจ และสโมสรไลออนส์/สโมสรโรตารี เป็นองค์กรที่มีสาขาทั่วโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นศูนย์รวม ผู้นำทางธุรกิจและวิชาชีพในท้องถิ่น เพื่อให้บริการกับเพื่อนมนุษย์และจัดกิจกรรมเพื่อสังคม กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ การศึกษาและประเพณีวัฒนธรรม และเพื่อยกระดับมาตรฐานและ จรรยาบรรณของวิชาชีพ พร้อมทั้งสร้างความสามัคคีและสันติสุขระหว่างสมาชิกและสมาคมคนพิการทุกประเภท มีกิจกรรมรวบรวมรายชื่อสมาชิก ประสานงาน ช่วยเหลือ และฟื้นฟูงาน เกี่ยวกับคนพิการ

(3) องค์กรเอกชนด้านสิ่งแวดล้อม

องค์กรเอกชนด้านสิ่งแวดล้อม มี 3 องค์กร ประกอบด้วย “กลุ่มไข่มุกขาว” มีวัตถุประสงค์เพื่อรวมสมาชิกและจัดกิจกรรมพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม “ประชาคมพิทักษ์สิ่งแวดล้อมเมืองภูเก็ต” เป็นองค์กรที่มีกิจกรรมสิ่งแวดล้อมร่วมกับชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองและสังคม และ “สมาคมท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ภูเก็ต” มีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสามัคคีในกลุ่มสมาชิก และให้ความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์ธรรมชาติและช่วยเหลือนักท่องเที่ยว

(4) องค์กรเอกชนด้านเด็กและเยาวชน

มี 3 องค์กร ประกอบด้วย สมาคมพิทักษ์เด็กภูเก็ต กลุ่มฟื้นฟูและพัฒนาเด็กจังหวัดภูเก็ต และชมรมนันทนาการไปไม้ดนตรี มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและช่วยเหลือเด็กในจังหวัดภูเก็ตเมื่อถูกละเมิดสิทธิหรือประสบกับปัญหาและเพื่อช่วยเหลือ พัฒนา เด็ก ด้อยโอกาสและครอบครัว รวมทั้งจัดกิจกรรมสาธารณประโยชน์ จัดกิจกรรมกีฬา ทัศนศึกษา ในจำนวน 3 องค์กรนี้ สมาคมพิทักษ์เด็กภูเก็ต เป็นองค์กรที่มีกิจกรรมพัฒนาเกี่ยวกับเด็กที่ต่อเนื่องและเข้มแข็ง อีกทั้ง นางสุนิสา บุญสุข ผู้จัดการสมาคมพิทักษ์เด็กภูเก็ต ได้มาร่วมงานและเป็นกรรมการของศูนย์ประสานงานองค์กรเอกชนด้วย รายละเอียดของการเคลื่อนไหวของสมาคมพิทักษ์เด็กภูเก็ตจะนำเสนออีกครั้งหนึ่ง

(5) องค์กรเอกชนด้านผู้สูงอายุ

องค์กรเอกชนด้านผู้สูงอายุ มี 6 องค์กร ประกอบด้วย

- ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต
- ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลภูเก็ต
- ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเกาะแก้ว
- ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลกมลา
- ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเชิงทะเล
- สาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

องค์กรภาคเอกชนด้านนี้มีองค์กรที่ทำงานลักษณะเครือข่าย 1 องค์กร คือ “สาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์” สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ประจำจังหวัดภูเก็ต มีบทบาทเป็นศูนย์กลางระหว่างสาขาสมาคมกับองค์กรภาครัฐ – เอกชน ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ ส่วนองค์กรอื่นเป็นองค์กรที่มีวัตถุประสงค์รวมสมาชิกผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและเพื่อสังคม ภายหลังองค์กรเหล่านี้มักมีการรวมตัว และมีกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน และมีการอบรมความรู้ให้ผู้สูงอายุ

(6) องค์กรเอกชนด้านส่งเสริมสุขภาพและกีฬา

มี 3 องค์กร ประกอบด้วย องค์กรด้านกีฬา คือ ชมรมจักรยานสุขภาพ ภูเก็ต และชมรมเทนนิสภูเก็ต เป็นชมรมที่รวมบุคคลที่ชอบการกีฬาจักรยานและเทนนิส และจัดกิจกรรมสาธารณะ และอีกหนึ่งองค์กรคือ ชมรมแพทย์แผนไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้และการดูแลสุขภาพแบบแผนไทย

(7) องค์กรเอกชนด้านเอดส์

มี 2 องค์กร คือ ชมรมเพื่อนอันดามันได้ และบ้านเพื่อชีวิต (life home project) มีวัตถุประสงค์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นศูนย์ประสานงานและข้อมูลระหว่างสมาชิกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจัดหางบประมาณเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์

(8) องค์กรด้านเอกชนด้านประชาสัมพันธ์

มี 1 องค์กร คือ ชมรมภูเก็ตเรดิโอ 2000 มีวัตถุประสงค์เพื่อปลูกฝังให้สมาชิกมีความรู้และความเข้าใจในการใช้วิทยุ และสามารถช่วยเหลือสังคมและบรรเทาสาธารณภัยได้

(9) องค์กรด้านคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต

มี 1 องค์กร คือ ชมรมเว็บมาสเตอร์ภูเก็ต – อันดามัน (PAWC) มีวัตถุประสงค์เพื่อบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ในหมู่สมาชิก และเพื่อควบคุมดูแล/ส่งเสริมจรรยาบรรณาชีพเว็บมาสเตอร์

2.2 กรณีศึกษากลุ่ม/องค์กรทางสังคมที่เข้มแข็ง

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่า จังหวัดภูเก็ตมีองค์กรทางสังคมจำนวนมาก มีทั้งองค์กรแบบทางการและแบบไม่เป็นทางการ หลายองค์กรมีความเข้มแข็งและมีผลงานพัฒนาทางสังคมหลายด้าน มีกรณีตัวอย่างคือ สมาคมพิทักษ์เด็กภูเก็ต

กรณีศึกษา : สมาคมพิทักษ์เด็กภูเก็ต (Child Watch Phuket)

● **จุดเริ่มและความเป็นมา** สมาคมพิทักษ์เด็กภูเก็ต เป็นองค์กรภาคเอกชน ด้านเด็กที่มีความเข้มแข็งและมีการทำงานเพื่อเด็กอย่างต่อเนื่อง องค์กรมีแนวคิดเบื้องต้นว่าการพัฒนาเศรษฐกิจของสังคมไทยในทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงชีวิตอย่างรวดเร็ว เกิดกลุ่มคนรวยที่ใช้ชีวิตตามกระแสบริโภคนิยม และกลุ่มคนจนที่ยังคงมีปัญหาเศรษฐกิจและชีวิตพื้นฐาน วิถีชีวิตของคนในสังคมย่อมส่งผลต่อเด็กอย่างหลีกเลี่ยงไม่พ้น เด็กถูกส่งเข้าสู่ตลาดแรงงานและธุรกิจขายบริการทางเพศ เด็กได้รับการทารุณทางร่างกายและจิตใจ เด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ นอกจากนี้ ในช่วงปี พ.ศ.2541 มีเหตุการณ์ที่อาจารย์สอนพิเศษชาวต่างชาติของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตภูเก็ต ได้กระทำอนาจารต่อเด็กชายชาวไทย เมื่อเกิดกรณีเช่นนี้ขึ้น ในจังหวัดภูเก็ตไม่มีใครช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ได้ ดังนั้น ในปี พ.ศ.2541 สมาคมพิทักษ์เด็กจึงก่อตั้งขึ้นและจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล เป็นองค์กรการกุศลที่ดำเนินงานช่วยเหลือ ปกป้อง ค้ำครอง และพิทักษ์สิทธิเด็ก (บุคคลที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์) วัตถุประสงค์เริ่มแรกของสมาคมฯ เป็นการป้องกันชาวต่างชาติกระทำการทารุณกรรมทางเพศแก่เยาวชน แต่ภายหลังเดือนพฤศจิกายน 2539 ทางสมาคมฯ มีมติขยายขอบเขตให้การช่วยเหลือครอบคลุมกลุ่มเด็กหลายกลุ่ม คือ กลุ่มแรงงานเด็ก เด็กขายบริการทางเพศ บุตรของนักโทษ เด็กขอทาน เด็กที่ถูกละเมิดสิทธิ เด็กเร่ร่อน และเด็กในภาวะยากลำบากทุกกรณี ปัจจุบันสมาคมพิทักษ์สิทธิเด็ก มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- (1) ช่วยเหลือเด็กทุกคนในจังหวัดภูเก็ตให้รอดพ้นจากการถูกละเมิดสิทธิ
- (2) ช่วยเหลือเด็กที่ถูกกระทำได้อย่างทันท่วงที เป็นระบบและถูกต้องตามหลักวิชาการ
- (3) เผยแพร่ความรู้ด้านกฎหมายสิทธิเด็กแก่ประชาชน
- (4) ให้บริการด้านสาธารณสุขและการศึกษาขั้นพื้นฐานแก่เด็กด้อยโอกาส

โครงสร้างการบริหารของสมาคมพิทักษ์เด็กภูเก็ต มีคณะกรรมการบริหาร 10 คน โดยมี ดร.ศุภลักษณ์ กาญจนเมธากุล เป็นนายกสมาคม และมีคุณสุนิสา บุญสุข เป็นผู้จัดการสมาคมพิทักษ์เด็กภูเก็ต บุคคลที่เป็นกรรมการเป็นผู้ที่ตระหนักในปัญหาเด็ก และมีหลายอาชีพคือ ด้านการศึกษา การแพทย์ ด้านกฎหมาย การปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการมีการประชุมร่วมกันทุก 3 เดือน และกิจกรรมของสมาคมฯ ดำเนินงานโดยกลุ่มคนทำงาน โดยมีคุณสุนิสา บุญสุข รับผิดชอบและมีคณะทำงานร่วมกัน 8 คน คุณสุนิสา ให้ข้อมูลว่า “ทางสมาคมฯ ต้องการงานเด็กแบบยั่งยืน เราต้องการผลักดันเด็กเข้าสู่ระบบการศึกษา เราต้องการปูให้เด็กมีความรู้พื้นฐานและมีสุขภาพดี ให้เด็กยืนหยัดพึ่งตนเองได้ เราต้องการปรับทัศนคติใหม่ให้กับเด็ก ให้เด็กมีที่เรียน มีงานทำและเลี้ยงตนเองได้” ปัญหาดังกล่าวมีความรุนแรงมากขึ้น เมื่อพิจารณาจากจำนวนเด็กที่สมาคมฯ ช่วยเหลือมีจำนวนมากขึ้น นอกจากนี้ จังหวัดภูเก็ตเป็นเมืองท่องเที่ยว ผู้คนหลั่งไหลเข้ามาท่องเที่ยวและทำมาหากิน มีสลัมอยู่หลายแห่งในเมืองภูเก็ต แห่งละมากกว่า 100 ครอบครัว เด็กมีหลายอาชีพ ทั้งขายดอกไม้

ขายผลไม้ เก็บขยะ ขอนาน ขายของเล็กๆ น้อยๆ เด็กมีทั้งเด็กภูเก็ตรวมและเด็กที่อพยพมาจากพ่อแม่ บางครั้งช่วยพ่อแม่ขายของยามค่ำคืน การทำงานจึงจำเป็นต้องประสานและเชื่อมโยงการทำงานกับหลายฝ่าย

กิจกรรมสำคัญของสมาคมพิทักษ์เด็กภูเก็ต คือ

โครงการ 1 บ้านบุญพิทักษ์ บ้านบุญพิทักษ์ตั้งอยู่ที่ 58/80 – 81 หมู่บ้านกะทู้ธานี อ.กะทู้ จ.ภูเก็ต เป็นบ้านเปิด 24 ชั่วโมง สำหรับเด็กที่มีปัญหาหรือถูกทารุณ เมื่อเด็กเกิดปัญหาเราจะช่วยดูแลและติดตามจนกว่าคดีสิ้นสุด หากเด็กไม่สามารถกลับไปอยู่บ้านได้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ทางสมาคมฯ ให้เด็กมาอยู่บ้านบุญพิทักษ์ มีครูและนักสังคมสงเคราะห์ช่วยฟื้นฟูจิตใจ และปรับสภาพจิตใจของเด็กให้ใช้ชีวิตประจำวันจนสู่สังคมได้ ผลการดำเนินงานของสมาคมพิทักษ์เด็ก จากปี พ.ศ.2543 – 2545 มีรายละเอียดดังนี้

ในปีพ.ศ.2543 สมาคมฯ ได้ช่วยเหลือเด็กจำนวน 10 ราย เป็นเด็กผู้ชายจำนวน 8 คน หญิง 2 คน อยู่ในช่วงอายุระหว่างแรกเกิด – 15 ปี มาจากครอบครัวที่พ่อแม่แยกทางกัน อาศัยอยู่ในเขตเมืองภูเก็ต และเขตป่าตอง เด็กบางรายไม่ได้เข้ารับการศึกษเลย

ในปีพ.ศ.2543 เป็นปีแรกที่ทางสมาคมพิทักษ์เด็กภูเก็ตได้ปรับปรุงบ้านบุญพิทักษ์ให้เป็นบ้านพักฉุกเฉินสำหรับเด็ก และเป็นปีแรกที่เริ่มรับเด็กที่ประสบปัญหาต่างๆ เข้าพักบ้านบุญพิทักษ์ ที่เดิมรับดูแลเด็กแบบไป – กลับ ในปีนี้ได้เริ่มขยายเครือข่ายการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อลงไปถึงกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริงและทั่วถึง

ในปีพ.ศ.2544 สมาคมฯ ได้ช่วยเหลือเด็กจำนวน 78 คน เป็นชาย 37 คน หญิง 41 คน ไม่ได้รับการศึกษา 40 คน พ่อแม่แยกทางกัน 70 คน อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตป่าตองมากที่สุด

การทำงานในปี 2544 มีการลงปฏิบัติงานและขยายเครือข่ายในเขตพื้นที่ป่าตอง ทำให้ได้ทราบว่าในเมืองท่องเที่ยวอย่างป่าตองได้ซ่อนเร้นชีวิตอันเลวร้ายไว้มากมาย ร้อยละ 50 ของเด็กที่ให้ความช่วยเหลือเป็นเด็กที่อพยพย้ายถิ่นฐานเข้ามาอยู่ในเมือง โดยติดตามครอบครัวหรือคนรู้จักมาทำงาน ร้อยละ 30 เป็นเด็กที่ต้นตระกูลเป็นคนป่าตองเองอีก ร้อยละ 20 เป็นเด็กที่มาจากตัวเมืองภูเก็ตที่เข้าไปทำงานกลางคืนและกลับมาพักที่บ้านตนเอง สมาคมฯพบว่า การปฏิบัติงานประสบปัญหาในเรื่องของกระบวนการให้ความช่วยเหลือเด็กกับกลุ่มเด็กเร่ร่อน ซึ่งเด็กกลุ่มนี้มีปัญหาร่วมหลายอย่าง เด็กเร่ร่อนทั้งหมดใช้สารเสพติดและมีปัญหาครอบครัว เป็นกลุ่มเด็กที่มีปัญหาซับซ้อน ทำให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างยากลำบาก ตัวเด็กเองพยายามปิดกั้นไม่ยอมรับความช่วยเหลือ เจ้าหน้าที่ก็ไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานกับเด็กกลุ่มนี้ เด็กมีสภาพจิตใจที่อ่อนแอ เมื่อมีการรวมกลุ่มกันของเด็กทำให้เกิดเหตุการณ์ร้ายๆ และชักชวนกันทำในสิ่งที่ผิดกฎหมาย จึงพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติงานกับเด็กกลุ่มนี้ว่า ควรจะต้องแยกเด็กออกจากกันและควรจะต้องทำงานร่วมกับครอบครัว ทำให้บางรายเริ่มดีขึ้นสามารถกลับสู่ครอบครัวได้และกลับเข้าศึกษาต่อได้

สมาคมฯ ยังพบอีกว่า เด็กที่ประสบปัญหาสภาวะยากลำบาก (ครอบครัวยากจน) เพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 20 เด็กไม่ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานทั้งที่อายุเกินเกณฑ์เข้าศึกษา และยังมีปัญหาเรื่องหลักฐานทางทะเบียนราษฎร ทำให้เด็กขาดโอกาสในหลายๆ อย่างที่ทางรัฐจัดให้ เช่น บริการทางด้านสาธารณสุข เด็กบางรายที่ยังไม่สามารถเข้าเรียนได้ในระหว่างภาคเรียนจะพยายามผลักดันให้เข้าเรียนที่ศูนย์บ้านลุมพิกชุก่อน เพื่อให้เด็กได้ฝึกพื้นฐานขั้นต้นเตรียมความพร้อมในการเข้าเรียนในสถานศึกษา

ในปีพ.ศ.2545 สมาคมฯ ได้ช่วยเหลือเด็กจำนวน 63 ราย เป็นชาย 36 ราย หญิง 27 ราย ปัญหาที่มีมากที่สุดคือ กรณีเด็กเร่ร่อนพบมากที่สุดในเขตพื้นที่ปาดอง และกรณีเด็กผู้หญิงถูกละเมิดทางเพศ มีอายุที่ต่ำมากที่สุดคือ 3 ปี และสูงสุดคือ 24 ปี ผู้กระทำเป็นผู้อยู่ใกล้ตัวและรู้จักคุ้นเคยกับเด็กและครอบครัวดี บางรายเป็นคนในครอบครัว ทำให้กระบวนการทางกฎหมายไม่สามารถเข้ามาช่วยเด็กได้ เพราะครอบครัวไม่ต้องการดำเนินคดี ในปี 2545 ร้อยละ 90 เด็กมาจากครอบครัวที่พ่อแม่แยกทางกัน เด็กที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น

โครงการ 2 โครงการบ้านลุมพิกชุก เป็นศูนย์รับดูแลเด็กด้อยโอกาสที่ติดตามพ่อแม่ซึ่งต้องโทษอยู่ในเรือนจำ มีเจ้าหน้าที่ดูแลการโภชนาการที่ถูกหลักอนามัยของเด็ก รวมทั้งการบำบัดทางจิตใจ สำหรับเด็กที่ขาดความรักความอบอุ่นจากครอบครัว ที่สำคัญมีการสอนขั้นพื้นฐานสำหรับการเรียนในระดับต่อไป ที่ทำการศูนย์อยู่หลังร้านค้าราชทัณฑ์ เรือนจำจังหวัดภูเก็ต (ได้รับความอนุเคราะห์จากเรือนจำ จ.ภูเก็ต มอบที่สำหรับสร้างศูนย์) เปิดดำเนินการตั้งแต่ปี 2540 จนถึงปัจจุบัน

โครงการ 3 โครงการศูนย์นันทนาการและฝึกอาชีพเด็ก ตำบลราไวย์

โครงการตั้งอยู่ที่สถานีตำรวจเก่าหน้าโรงเรียนวัดสว่างอารมณ์ เป็นสถานที่สำหรับอบรมทักษะอาชีพแก่เด็กโตและพ่อแม่ที่มีเวลา ทางศูนย์มีห้องสมุดที่พร้อมจะให้บริการหนังสือทุกประเภท ทั้งบันเทิงและวิชาการ ปัจจุบันได้หยุดดำเนินการแล้ว

โครงการ 4 โครงการติดตามคดี จุดประสงค์หลักของโครงการ คือ การเข้าไปช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมาย ในกรณีที่มีคดีความหรือขึ้นศาล โดยการให้คำแนะนำและประสานงานกับองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความยุติธรรมอย่างสูงสุด

โครงการ 5 โครงการครูสัญญา มีพื้นที่ดำเนินการที่ ต.ปาดอง อ.กะทู้ จ.ภูเก็ต เป็นโครงการที่ต้องการเปิดโอกาสทางการศึกษาให้แก่เด็กด้อยโอกาส และเด็กที่ไม่ได้เข้า

เรียนตามระบบ รวมทั้งให้คำปรึกษาสำหรับเด็กที่มีปัญหาทุกกรณี โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพ และประสบการณ์ในการทำงานกับเด็กเป็นผู้ดำเนินการ

โครงการ 6 โครงการเฝ้าระวังและดูแลเด็กเร่ร่อน เป็นโครงการนำร่องที่ดำเนินการในเขต ต.ป่าตอง อ.กะทู้ จ.ภูเก็ต ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาแรงงานต่างด้าวและเด็กเร่ร่อนมากที่สุด ขณะนี้ทางสมาคมฯ ได้ทำการศึกษาข้อมูลรวมทั้งประสานงานกับองค์กรของรัฐในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่ดีที่สุด

การทำงานของสมาคมพิทักษ์เด็กภูเก็ต ได้รับงบประมาณในการดำเนินการมาจากกล่องรับบริจาค ที่สมาคมฯ ได้จัดตั้งตามสถานที่ต่างๆ รวมทั้งเงินทุนสนับสนุนจากผู้มีจิตศรัทธาที่บริจาคเพื่อเด็ก นอกจากนี้สมาคมฯ ได้ดำเนินการติดต่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ จะเห็นว่าการกิจกรรมของสมาคมฯ มีหลากหลาย และเอื้อประโยชน์ให้แก่ส่วนรวม แต่เงินสนับสนุนมีไม่เพียงพอที่จะดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สมาคมฯ ต้องระงับโครงการบางอย่างชั่วคราว ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา สมาคมฯ ได้รับความช่วยเหลือด้านงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยให้ผ่านสำนักงานประชาสัมพันธ์ จังหวัดภูเก็ต

3.บทสรุป

ภูเก็ตเป็นจังหวัดขนาดเล็กที่มีพื้นที่เป็นเกาะและประกอบด้วย 3 อำเภอแต่มีความยิ่งใหญ่ในทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม การเป็นเมืองท่องเที่ยวหลักของประเทศที่มาพร้อมกับความเจริญทางวัตถุและการไหลบ่าของเงินตราและผลประโยชน์ พร้อมกับความเสี่ยงถอยทางสังคมดั้งเดิมที่ประชาชนท้องถิ่นมีความรักผูกพันกับท้องถิ่น ความสามัคคีและความกล้าหาญ (กรณีท้าวเทพกระษัตรีและท้าวศรีสุนทร) และสภาพสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติถูกทำลายล้างจนมีผลกระทบต่อระบบนิเวศ ปัญหาดังกล่าวนี้นำให้เกิดกลุ่ม/องค์กรความช่วยเหลือต่างๆมากมายในพื้นที่ทั้งที่เป็นผู้รับผิดชอบหรือที่มาจากคนในท้องถิ่นและบุคคลภายนอกที่มีจิตกุศลเข้ามาให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหา ส่วนวัฒนธรรมของจังหวัดภูเก็ตนั้นก็มีลักษณะเด่นมีเอกลักษณ์ของตนเองที่ประชาชนมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างดีบนพื้นฐานความต่างวัฒนธรรมกันคือวัฒนธรรมคนจีน วัฒนธรรมไทยมุสลิม และวัฒนธรรมไทยพุทธ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นวัฒนธรรมที่มีความเป็นอยู่กลมกลืนและปรองดองกัน

บทที่ 3

องค์กรทางสังคมและประชาคมด้านสุขภาพ

จากพื้นฐานของบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่กล่าวมาแล้ว องค์กรทางสังคมและชุมชนของจังหวัดภูเก็ตได้รับการพัฒนาขึ้นตามสภาพและเงื่อนไขที่หลากหลาย โดยเฉพาะจากความเจริญของการเป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงทั้งในและต่างประเทศ ในบทนี้จึงนำเสนอให้เข้าใจสภาพการณ์ของกลุ่มและองค์กรที่มีอยู่และเข้มแข็งซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการพัฒนาในเชิงประวัติศาสตร์ของจังหวัดภูเก็ตและการเป็นเมืองธุรกิจการท่องเที่ยว โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆที่เป็นกลุ่มหลักของชุมชนที่กำลังขับเคลื่อนการพัฒนาในชุมชนท้องถิ่นในปัจจุบัน คือ กลุ่มและองค์กรด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ และกลุ่มประชาคมด้านสุขภาพ

1 องค์กรทางสังคมและชุมชนที่มีความเข้มแข็งด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ

จากข้อมูลของศูนย์ประสานงานองค์กรเอกชนประจำจังหวัดภูเก็ต พบว่า มีองค์กรเอกชนด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 3 องค์กร คือ กลุ่มไข่มุกขาว กลุ่มประชาคมพิทักษ์สิ่งแวดล้อมเมืองภูเก็ต และสมาคมท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ภูเก็ตตั้งข้อมูลที่เสนอไปแล้ว จากการที่จังหวัดภูเก็ตเป็นแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติมากกว่า 20 ปี ประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติจึงเป็นเรื่องที่หลายฝ่ายให้ความสนใจ องค์กรพัฒนาภาคเอกชนและภาคประชาชนมีความสนใจและร่วมตัวทำงานด้านอนุรักษ์และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติมายาวนานกว่า 10 ปี องค์กรพัฒนาภาคเอกชนมีชมรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมภูเก็ต และโครงการอนุรักษ์พื้นที่ชุ่มน้ำและชายฝั่งทะเล มูลนิธิคุ้มครองและพรรณพืชแห่งประเทศไทย (Wildlife Fund Thailand) และชุมชนที่เข้มแข็งด้านสิ่งแวดล้อมฯ มี 3 ชุมชน คือ หมู่บ้านไม้ขาว ต.ไม้ขาว อ.ถลาง หมู่บ้านบางโรง ต.ป่าคลอก อ.ถลาง และหมู่บ้านป่าคลอก ต.ป่าคลอก อ.ถลาง ชุมชนเหล่านี้มีความเคลื่อนไหวด้านสิ่งแวดล้อมและดูแลทรัพยากรธรรมชาติที่ต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียดแนวคิดและกระบวนการความเคลื่อนไหวของกลุ่ม / องค์กรดังกล่าวโดยสังเขปดังนี้

(1) โครงการอนุรักษ์พื้นที่ชุ่มน้ำและชายฝั่งทะเล มูลนิธิคุ้มครองสัตว์ป่าและพรรณพืชแห่งประเทศไทย เป็นองค์กรพัฒนาภาคเอกชน ทำงานในจังหวัดภูเก็ตและพื้นที่ใกล้เคียง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2526 มีนายธนู แนนเนียร เป็นผู้ประสานงาน วัตถุประสงค์คือ (ก.) เพื่อให้องค์กรชาวประมงพื้นบ้านภาคใต้มีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรพื้นที่ชุ่มน้ำชายฝั่งมากขึ้น (ข.) เพื่อลดการใช้เครื่องมือประมงแบบทำลายล้าง กิจกรรมมีงานพัฒนาชุมชนประมง

พื้นบ้าน งานฝึกอบรมผู้นำชุมชนด้านการจัดการทรัพยากรและงานสร้างฐานชุมชนให้มั่นคง งานอนุรักษ์ทรัพยากรทางทะเล มีป่าชายเลน แหล่งหญ้าทะเล แนวปะการังและสัตว์ใกล้สูญพันธุ์องค์กรได้สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสิ่งแวดล้อมไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สมาชิกของมูลนิธิฯ และบุคคลทั่วไป

(2) *ชมรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมภูเก็ต* เป็นองค์กรพัฒนาภาคเอกชนที่มี นายชูแรง เวชประสิทธิ์ เป็นประธานชมรมและเริ่มงานในปี พ.ศ.2529 มีวัตถุประสงค์ (ก.) เพื่อนำเสนอข้อมูลและทัศนะเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ในจังหวัดภูเก็ต (ข.) ริเริ่มและจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างจิตสำนึกด้านอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม (ค.) ประสานและร่วมมือกับกลุ่มหรือองค์กรที่มีวัตถุประสงค์คล้ายกัน มีกิจกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม เช่น โครงการอนุรักษ์เต่าทะเลบ้านไม้ขาว กิจกรรมรณรงค์ปัญหาความเสื่อมโทรมของทรัพยากรทางทะเล และจัดทำจุลสาร “สัญญาณ” เพื่อเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของเมืองภูเก็ต รวมถึงการเรียกร้องกรณีการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น องค์กรนี้ทำงานในจังหวัดภูเก็ตและพื้นที่ใกล้เคียง แหล่งทุนได้จากการบริจาคของสมาชิกผู้สนใจทั่วไป และองค์กรพัฒนาภาคเอกชนอื่นๆ

(3) *ชมรมอนุรักษ์เต่าทะเลบ้านไม้ขาว* หมู่บ้านไม้ขาว ตำบลไม้ขาว อำเภอถลาง หมู่บ้านไม้ขาว เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ริมชายฝั่งทะเลอันดามัน มี 400 กว่าหลังคาเรือน มีอาชีพทำสวนยางและปลูกผักบริเวณหาดไม้ขาว อยู่ในเขตอุทยานแห่งชาติสิรินาถ มีพื้นที่หาดทรายจากเว้าหาดในยาง หาดไม้ขาว และหาดทรายแก้ว รวมพื้นที่ประมาณ 8.5 กิโลเมตร บริเวณนี้ห่างจากบริเวณแหล่งท่องเที่ยว หาดทรายมีความเงียบสงบและเป็นธรรมชาติ จึงเป็นแหล่งที่เต่าทะเล มีเต่าหญ้า เต่าตนุและเต่ามะเฟือง จะขึ้นมาวางไข่ทุกปี แต่เดิมทางราชการโดยอุทยานแห่งชาติให้ประมงสัมปทานไข่เต่าทะเลทุกชนิด ชาวบ้านในหมู่บ้านไม้ขาวรายหนึ่งจะได้รับสัมปทาน โดยมีเงื่อนไขว่า เขาต้องนำไข่เต่าส่วนหนึ่งประมาณร้อยละ 20 มาเพาะฟักเป็นลูกเต่าและปล่อยลงสู่ทะเล เพื่อทดแทนพันธุ์เต่าทะเลในธรรมชาติ อันเป็นการอนุรักษ์เต่าทะเลในทะเลธรรมชาติ จุดเริ่มของการอนุรักษ์เกิดขึ้นเมื่อ 10 กว่าปีแล้ว ทางราชการต้องการสร้างเขื่อนและขุดลอกป่าพรุเพราะมีความตื่นขึ้นในบริเวณหมู่บ้านไม้ขาว ช่วงนั้นชาวบ้านรวมตัวกันคัดค้านและเห็นว่าจะเป็นการทำลายธรรมชาติและประกาศว่า เราไม่ได้คัดค้านการปรับปรุงแต่ไม่ควรทำลายทรัพยากรธรรมชาติ จากการรวมตัวครั้งนั้นจึงเกิดเป็นกลุ่มอนุรักษ์บ้านไม้ขาว การเคลื่อนไหวครั้งนั้นสามารถยุติการสร้างเขื่อนและการขุดลอกป่าพรุของทางราชการได้ นอกจากนี้ยังมีการคัดค้านการเช่าที่หาดทรายแก้วของบริษัทต่างชาติอีกด้วย

ต่อมาในราวปี พ.ศ.2534 ชมรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมภูเก็ต (องค์กรพัฒนาภาคเอกชน) ได้มีการแนะนำและจุดประกายความคิดเพื่อให้ชาวบ้านมีจิตสำนึกการอนุรักษ์ธรรมชาติ โดยพูดคุยกันเรื่องเต่าทะเลที่ขึ้นมาวางไข่ที่หาดไม้ขาว เราน่าจะร่วมกันอนุรักษ์เต่าทะเลให้ได้อยู่ถึงรุ่นลูกหลาน ในระยะแรกชาวบ้านแยกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่ได้รับประโยชน์จากการสัมปทานไข่เต่า เพราะเขาได้รับรายได้จากการขายไข่เต่า ไข่เต่าราคาสูง

40 – 50 บาท/ฟอง อีกกลุ่มคือทางกลุ่มอนุรักษ์ต้องการให้ชาวบ้านมาร่วมดูแลและช่วยกันอนุรักษ์เต่าทะเล เพราะเนื้อเต่าเป็นอาหารที่ชาวบ้านชอบและไข่เต่าก็เชื่อว่าเป็นอาหารบำรุงกำลัง ทางกลุ่มอนุรักษ์บ้านไม้ขาวก็คุยกันหลายครั้ง คุยกับทางอุทยานแห่งชาติด้วย สุดท้ายก็เจรจาสำเร็จโดยทางอุทยานแห่งชาติแต่งตั้งให้ชาวบ้านเป็นผู้ช่วยเจ้าพนักงานเพื่อเก็บไข่เต่าทะเลมาเพาะพันธุ์และปล่อยสู่ทะเลกันเอง ชาวบ้านรวมตัวกันในนาม “ชมรมอนุรักษ์เต่าทะเลบ้านไม้ขาว” กิจกรรมของชมรมมีดังนี้

- การเก็บและเพาะพันธุ์ไข่เต่าทะเล ผู้ใหญ่มาโนช สายทอง ผู้ใหญ่บ้านบ้านไม้ขาว เล่าว่า “คนไม้ขาวจะบอกกันว่า ที่ภูเก็ตไม่มีหาดทรายใดที่มีเต่าทะเลขึ้นมาวางไข่ ยกเว้นที่หาดไม้ขาวที่เดียว คนเผ่าคนแก่ก็อยากให้สภาพเช่นนี้อยู่ตลอดไป เป็นสิ่งที่ดีที่คงเหลืออยู่และยังมีจักจั่นทะเลที่มีอยู่บริเวณหาด เราก็ช่วยกันอนุรักษ์” ชาวบ้านไม้ขาวมีการรณรงค์จิตสำนึกและร่วมดูแลอนุรักษ์เต่าทะเลตั้งแต่ปี พ.ศ.2530 โดยการจัดเป็นชมรม มีสมาชิกชมรมประมาณ 100 กว่าครอบครัว มีผู้นำชมรมราว 10 กว่าคน ช่วยกันคิดวางแผนและจัดกิจกรรมการเก็บไข่เต่าทะเล เพาะพันธุ์ลูกเต่าและปล่อยกลับสู่ทะเล ในทุกปี เมื่อเริ่มหมดลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ ราวเดือนพฤศจิกายนไปสิ้นสุดราวเดือนกุมภาพันธ์/มีนาคมของปีถัดไปเป็นช่วงที่เต่าทะเลขึ้นมาวางไข่ เต่าที่ขึ้นมาวางไข่คือ เต่าหญ้า เต่ามะเฟือง เต่ากระ และเต่าตนุ เต่าจะขึ้นมาวางไข่ครั้งละกว่า 100 ฟอง/ตัว เมื่อเต่าไข่และกลบหลุมเรียบร้อยแล้ว ทางสมาชิกชมรมก็จะนำเอาไข่เต่าย้ายไปไว้บริเวณแปลงเพาะฟักกรมหาด เพาะเป็นเวลา 60 วัน และปล่อยลงสู่ทะเลในเดือนเมษายน ในปี พ.ศ.2534 รวบรวมไข่เต่าได้ 94 ฟอง ปี พ.ศ.2534 – 2535 รวบรวมได้ 452 ฟอง ปี พ.ศ.2535 – 2536 รวบรวมได้ 1,000 ฟอง และปี พ.ศ.2542 – 2543 รวมได้ 931 ฟอง เต่าทะเลจะขึ้นมาวางไข่ในช่วงกลางคืน และมักจะวางไข่ในช่วงเวลาเดียวกันของทุกปี จะก่อนหรือหลังไม่เกิน 3 วัน ทางสมาชิกชมรมจะเผ่าจุดวางไข่ไว้เพราะมีการจذبันทีกและเผ่าระวังตลอด เพราะอาจเกิดปัญหาการขโมยไข่เต่าหรือเหตุการณ์ที่มีสุนัขหรือรถผ่านทำให้แม่เต่าตกใจไม่วางไข่และหนีลงทะเลไป บริเวณที่ทำเป็นสถานที่ฟักจะมีสมาชิกเผ่าระวังชายหาดตลอดคืน ทางชมรมให้ค่าตอบแทนสมาชิกในการเพาะพันธุ์ไข่เต่า 35 บาท/ฟอง (ราคาไข่เต่าในท้องตลาด 70 บาท/ฟอง) ค่าตอบแทนนี้ให้เป็นสินน้ำใจ มิใช่เป็นค่าจ้างเพราะเป็นงานอนุรักษ์ร่วมกัน แม้มีงานอนุรักษ์แต่ปริมาณเข้าเต่าก็ลดลง บางปีก็มีจำนวนน้อยมาก บางครั้งก็มีเต่าขึ้นมาตายบนชายหาด เต่าอาจไปขึ้นชายหาดอื่นก็ได้ การอนุรักษ์เช่นนี้เป็นเพียงส่วนเดียว ในส่วนท้องทะเลการใช้อุปกรณ์ประมงที่ไม่เหมาะสมก็ทำความเสียหายให้ชีวิตเต่าทะเลเช่นกัน

- การจัดตั้ง “กองทุนอนุรักษ์เต่าทะเลบ้านไม้ขาว” เริ่มในปี พ.ศ.2534 เพื่อระดมทุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการอนุรักษ์เต่าทะเล ครั้งแรกมีการทอดผ้าป่าไข่เต่าได้งบประมาณ 8 หมื่นบาท และยังมีกิจกรรมปล่อยเต่าวันสงกรานต์ คิดค่าลูกเต่า 300 บาท/ตัว ระดมเป็นทุนในการทำงาน กองทุนมีเงินสะสมไม่มากราว 1 แสนบาทต่อปี หาได้ 1 ปีและใช้ไป ค่าใช้จ่ายเป็นค่า

อุปกรณ์การเพาะเลี้ยงลูกเต่า ค่าอนุบาล ค่าตอบแทนสมาชิก ค่าอุปกรณ์ (ไฟฟ้า วิทยุ) ในปีนี้ (2546 – 2547) ทางชมรมต้องการระดมทุนโดยการจัดดนตรีเพื่อให้กองทุนมีงบประมาณสะสมมากขึ้น และต้องการซื้อรถที่วิ่งในชายหาดช่วงเฝ้าระวัง จะทำให้สมาชิกทำงานสะดวกมากขึ้น

- การจัดงาน “คืนอิสระภาพให้เต่าทะเลที่หาดไม้ขาว” ชาวบ้านไม้ขาวจะจัดกิจกรรมปล่อยเต่าทะเลในวันสงกรานต์ของทุกปี เริ่มตั้งแต่ 3 – 4 ปีที่แล้ว เป็นงานประเพณีที่ช่วยให้เกิดจิตสำนึกการอนุรักษ์ของคนในชุมชนและสมาชิกนอกชุมชนด้วย และเป็นการฟื้นฟูประเพณีไทย งานจัดตั้งตั้งแต่ช่วงเช้า มีการทำบุญและให้ชาวบ้านทำอาหารบ้านละ 1 – 2 อย่าง และมาร่วมรับประทานอาหารกันที่ชายหาด จากนั้นก็ปล่อยลูกเต่าทะเล โดยขายลูกเต่าทะเลตัวละ 300 บาท ให้กับผู้มาท่องเที่ยวและต้องการร่วมอนุรักษ์ ลูกเต่าที่จำหน่ายเป็นเต่าตนุ เต่ากระ และเต่าหัว ส่วนเต่ามะเฟืองเป็นเต่าที่เลี้ยงยาก เพาะแล้วก็ต้องปล่อยลงทะเลทันที ถ้าเลี้ยงนานมักมีการติดเชื้อและเสียชีวิตในช่วงสองหรือสามเดือน

- กิจกรรมประชาสัมพันธ์และสร้างความเข้าใจ/ความรู้เกี่ยวกับเต่าทะเล กิจกรรมนี้ชมรมฯมีทั้งจัดงานเองและไม่ร่วมงานกับองค์กร/หน่วยงานภายนอกชุมชน มีการจัดสัมมนาเรื่องเต่าทะเล การให้ความรู้แก่นักเรียน และการเผยแพร่ความคิดการอนุรักษ์เต่าทะเล

ชุมชนหาดไม้ขาวทำงานอนุรักษ์เต่าทะเลร่วมกับองค์กรภาคีรัฐหลายองค์กร คือ อุทยานแห่งชาติสิรินาถ สถาบันวิจัยชีววิทยา กรมประมง จ.ภูเก็ต และองค์กรพัฒนาภาคเอกชน ประกอบด้วย ชมรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมภูเก็ต มูลนิธิคุ้มครองสัตว์ป่าและพรรณพืช การทำงานร่วมกันอยู่ในลักษณะให้คำปรึกษา ช่วยเหลือและทำโครงการ/กิจกรรมร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ทางชมรมอนุรักษ์เต่าทะเลบ้านไม้ขาวสะท้อนว่า ภาครัฐในระดับจังหวัดไม่ค่อยสนใจงานนี้มากนัก งานอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติในจังหวัดภูเก็ตยังทำได้ไม่มาก ภาคปฏิบัติยังไม่เอาจริงจัง ภาคชุมชนบางส่วนทำอยู่แล้ว แต่ภาครัฐยังไม่เข้ามาร่วมหรือมาส่งเสริมมากนัก อย่างไรก็ตามในปี 2547 ทาง อบต. ตำบลไม้ขาว ได้งบประมาณจากการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยกว่า 100 ล้านบาท เพื่อปรับปรุงบริเวณหาดไม้ขาวเป็นแหล่งท่องเที่ยว ทาง อบต. จึงร่วมกับสถาบันราชภัฏภูเก็ตปรับปรุงภูมิทัศน์ พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ พัฒนาแหล่งให้ความรู้เกี่ยวกับเต่าทะเลและมีร้านค้าของที่ระลึก เหตุนี้ทำให้ชมรมอนุรักษ์เต่าทะเลบ้านไม้ขาวกำลังเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ที่อาจส่งผลเชิงบวกหรือเชิงลบในอนาคต

นอกจากชุมชนบ้านไม้ขาวแล้ว ชุมชนที่มีการเคลื่อนไหวด้านสิ่งแวดล้อมยังมี 2 ชุมชนคือ หมู่บ้านบางโรง ต.ป่าคลอก อ.ถลาง เป็นชุมชนมุสลิม มีกลุ่มออมทรัพย์ ร้านค้าชุมชน มีกิจกรรมอนุรักษ์ป่าชายเลน กิจกรรมการเกษตรนิเวศน์ การอนุรักษ์หญ้าทะเลและปลาพะยูน นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมเยาวชน การป้องกันยาเสพติด โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภายนอกหลายองค์กร และหมู่บ้านป่าคลอก ต.ป่าคลอก อ.ถลาง เป็นชุมชนมีงานอนุรักษ์

ทรัพยากร ธรรมชาติและป่าชายเลนตั้งแต่ปี พ.ศ.2536 มีกลุ่มออมทรัพย์และกองทุนเครื่องมือ ประมง ทำงานร่วมกับมูลนิธิคุ้มครองสัตว์ป่าและพรรณพืชแห่งประเทศไทยและองค์กรภาครัฐ

บทสรุป จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าจังหวัดภูเก็ตเป็นจังหวัดที่มี กลุ่มและองค์กรทางสังคม (ภาคเอกชน) จำนวนมาก ประเภทและลักษณะที่หลากหลาย มีความสัมพันธ์ในหลายลักษณะ ขึ้นอยู่กับภูมิหลังทางประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม พัฒนาการและ ปัญหาทางสังคม กลุ่ม/องค์กรและเครือข่ายเหล่านี้มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง และเกิด ประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม มีทั้งเครือข่ายแบบวัฒนธรรม เช่น องค์กร/เครือข่ายของศาลเจ้าที่ เคลื่อนไหววัฒนธรรมการถือศีลกินผัก องค์กร/เครือข่ายแบบทางการของศูนย์ประสานงาน องค์กรการเอกชน จังหวัดภูเก็ต และกลุ่ม/เครือข่ายของภาคประชาชนที่สะท้อนได้จากการ เคลื่อนไหวด้านสิ่งแวดล้อม ภาพการเคลื่อนไหวเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความหลากหลายและ ความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมของจังหวัดภูเก็ต

2 พัฒนาการและความเข้มแข็งของประชาคมสุขภาพ

ในช่วงระยะเวลา 2 – 3 ปีนี้ จังหวัดภูเก็ตมีการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพที่ต่อเนื่อง จุดเริ่มเกิดขึ้นในปี พ.ศ.2544 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และจังหวัดภูเก็ตเป็นจังหวัดที่มีการบริหารจัดการขององค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีความโปร่งใส และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งได้รับรางวัลพระปกเกล้า ประจำปี 2544 กระทรวง สาธารณสุขจึงเลือกจังหวัดภูเก็ตเป็นหนึ่งใน 10 จังหวัดนำร่อง ในการกระจายอำนาจด้าน สุขภาพ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และมีกระบวนการเตรียม ความพร้อมในการรับถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น องค์ประกอบของ คณะกรรมการ กสพ. มีตัวแทนภาคประชาคม 3 คน นายสุพจน์ สงวนกิตติพันธุ์ หนึ่งในสามของ ตัวแทนภาคประชาคม ให้ข้อมูลว่า “ในครั้งนั้น การคัดเลือกตัวแทนภาคประชาคมมีการสรรหา และคัดเลือกกันเอง เรื่องนี้เข้ามาสู่ศูนย์ประสานงานองค์กรการเอกชนประจำจังหวัดภูเก็ต มีการ เลือกประชุมวิสามัญ ครั้งนั้นมีผู้ถูกเสนอชื่อ 6 – 7 คน และมีการลงคะแนนลับ เลือกตัวแทนได้ 3 คน” หลังจากนั้นก็มีกิจกรรมประชุมและสัมมนาเพื่อเตรียมทำงานของคณะกรรมการ กสพ. แต่ หลังจากนั้นประมาณ 3 – 4 เดือนต่อมา นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลง กสพ. ถูกลดบทบาทลงเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพ ทาง กสพ.ภูเก็ตก็ยังคงทำงานด้วยความมุ่งมั่น โดยได้สร้างกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกับชุมชน มีกิจกรรมรณรงค์การป้องกันโรคติดต่อและโรค เอดส์และเรื่องอื่นๆแต่หลังจากนั้นไม่นานนัก ทางกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางจึงให้ยุติ บทบาทของกสพ. และทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตก็ยุติการประชุมและทำงานเรื่องนี้ (รายละเอียดเรื่องกสพ.ได้ระบุไว้ในบทต่อไป)

อย่างไรก็ตามองค์กรปกครองท้องถิ่นซึ่งเข้ามาเป็นกรรมการส่วนใหญ่ของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่เห็นถึงความสำคัญด้านสุขภาพ จึงมีการสนับสนุนงบประมาณการทำงานด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับทางสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ได้มีการเคลื่อนไหวด้าน พรบ.สุขภาพ ระหว่างปี พ.ศ.2544 – ปัจจุบัน และจังหวัดภูเก็ตยังเป็นพื้นที่เป้าหมายของโครงการชีวิตสาธารณะ – ห้องถิ่นน่าอยู่ โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เหตุการณ์เหล่านี้ทำให้ประชาคมสุขภาพของจังหวัดภูเก็ตยังคงมีการรวมตัวและมีความเข้มแข็งระดับจังหวัด และมีกิจกรรมการสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการเคลื่อนไหวของประชาคมสุขภาพ 3 ส่วนนี้มีความแตกต่างกันวัตถุประสงค์ พื้นที่เป้าหมาย กิจกรรม และผลงาน ดังจะกล่าวรายละเอียดดังนี้

2.1 โครงการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ (พ.ศ.2543 – ปัจจุบัน)

โครงการดังกล่าวเป็นการริเริ่มทำงานสร้างสุขภาพ ในช่วงปลายปี พ.ศ.2543 ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ. ภูเก็ต) เพื่อทำงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกและยืดเอาความต้องการของชุมชนเป็นฐาน มีการสร้างทีมงานสุขภาพโดยจ้างบุคลากรที่จบการศึกษาปริญญาตรี 10 คน มาทำงานสร้างสุขภาพในชุมชน โดยเน้นทั้งด้านกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม งานดังกล่าวต้องการเห็นการสร้างสุขภาพแนวใหม่ โดยมีชุมชนดำเนินงานด้วยตนเองและมีทีมงานสุขภาพเป็นผู้กระตุ้นสนับสนุนและช่วยเหลือ ในปี พ.ศ.2544 มีพื้นที่เป้าหมาย 10 แห่ง (ทีมงานรับผิดชอบแต่ละคน) ต่อมาในปี พ.ศ.2545 ทีมงานสุขภาพขยายเป็น 20 คน และขยายพื้นที่เป้าหมายออกไป งานของโครงการฯ มีการเชื่อมโยงกับนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกายของกระทรวงสาธารณสุข

ในเดือนกันยายน พ.ศ.2546 โครงการฯได้จัดสัมมนาเพื่อสรุปผลงานและระดมความคิดเห็นเพื่อทำงานส่งเสริมสุขภาพในระยะต่อไป การสัมมนาจัดขึ้น ณ ศูนย์เยาวชนเทศบาลเมืองภูเก็ต วันที่ 20 กันยายน 2546 โดยมีเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งคือ การพัฒนาเป็นเครือข่ายด้านสุขภาพระหว่างภาครัฐและภาคชุมชน เครือข่ายนี้ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดจนถึงปัจจุบัน พื้นที่ดำเนินงานของเครือข่ายนี้มี 20 แห่ง ภายในแต่ละชุมชนมีการรวมตัวเป็นกลุ่มออกกำลังกายหลายประเภท และมีองค์กรภาครัฐเข้าไปสนับสนุน รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อสนับสนุนสุขภาพของภาคชุมชนด้วย นอกจากนี้เครือข่ายประชาคมสร้างสุขภาพสู่ความยั่งยืนนี้ได้รับการสนับสนุนจากหลายบุคคลและกลุ่มด้วย ที่สำคัญ คือ อาจารย์สุพจน์ สงวนกิตติพันธ์ จากสภาวัฒนธรรม อาจารย์วีระ กาวีเศษ จากชุมชนเรารักราไวย์ คุณเจริญ ถิ่นเกาะแก้ว จากเครือข่ายวิทยุชุมชน คุณมีนา คงอยู่ จากตำบลกมลา ผญ.มาโนช สายทอง จากบ้านไม้ขาว และคุณบัญญัติ จริยเลอพงษ์ จากชุมชนบตโรง และประสานงานโดย คุณวิภารัตน์ บัวทอง ซึ่ง

กลุ่มบุคคล / องค์กร เหล่านี้เป็นฐานในการพัฒนาที่ต่อเนื่องและได้ร่วมมือกันทำงานในขอบข่ายของเครือข่ายสุขภาพเรื่องอื่นๆ ด้วย ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป

จากการสรุปงานของเครือข่ายประชาคมสร้างสุขภาพของชุมชน พบว่าชุมชนในจังหวัดภูเก็ตมีการรวมตัวในรูปแบบชมรมด้านสุขภาพ 21 ชมรม ส่วนใหญ่เป็นชมรมออกกำลังกายแบบแอโรบิค นอกจากนี้ยังมีการออกกำลังกายแบบอื่น (รำไม้พลอง เปตอง แบดมินตัน เทเบิลเทนนิส) และมีชมรมเกี่ยวกับวัฒนธรรมด้วย รายนามชมรมประกอบด้วย

- (1) ชมรมแอโรบิคเพื่อสุขภาพชุมชนบ้านดอน
- (2) ชมรมแอโรบิค กศน.
- (3) ชมรมแอโรบิค ตำบลกมลา
- (4) ชมรมแอโรบิค ตำบลบางโรง
- (5) ชมรมแอโรบิค ตำบลกะรน
- (6) ชมรมแอโรบิค ตำบลเกาะแก้ว
- (7) ชมรมเรารักราไวย์ ตำบลราไวย์
- (8) ชมรมชินุฒิร่วมใจ (แอโรบิค)
- (9) ชมรมออกกำลังกายด้วยไม้พลอง บ้านมาหานิก
- (10) ชมรมแอโรบิค บ้านมาหานิก
- (11) ชมรมแอโรบิค ชุมชนเทพกษัตรี
- (12) ชมรมแอโรบิค ชุมชนการเคหะ ต.รัชฎา อ.เมือง
- (13) ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลกะทู้
- (14) ชมรมเปตอง ตำบลกะทู้
- (15) ชมรมแบดมินตัน ตำบลกะทู้
- (16) ชมรมเทเบิลเทนนิส ตำบลกะทู้
- (17) ชมรมแอโรบิค บ้านบางลา
- (18) ชมรมกีฬาและวัฒนธรรม (ชมรมแอโรบิค ชมรมคนรักดนตรี และชมรมนาฏศิลป์ไทย)
- (19) ชมรมชาวเหนืออันดามัน
- (20) ชมรมจักรยานโบราณ (คาตะเนี่ยหลายถู่)
- (21) กลุ่มเครื่องแกงตำมือ

ในภาพรวมชมรมเหล่านี้เป็นชมรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย สมาชิกได้รวมกลุ่มกันออกกำลังกายทุกวัน รูปแบบการออกกำลังกายส่วนใหญ่คือ แอโรบิค การเล่นเปตอง การรำไม้พลอง การขี่รถจักรยาน โดยมีครูมาฝึกสอนหรือนำออกกำลังกาย กิจกรรมเหล่านี้มีข้อดีหรือประโยชน์หลายด้านคือ (1) ทำให้ชุมชนมีการรวมกลุ่ม ได้ทำงานร่วมกัน มีความร่วมมือและ

สามัคคีในชุมชน มีเพื่อน และมีความสุขในการทำกิจกรรมร่วมกัน (2) ทำให้สมาชิกชมรมมีสุขภาพดี สุขภาพจิตดี ร่างกายแข็งแรง ปราศจากโรค คลายเครียด (3) ทำให้ชาวบ้านและเยาวชนใช้เวลาว่างให้มีประโยชน์ และไม่พึ่งพายาเสพติด (4) ภายในชมรมมีการรวมตัวและสร้างผู้นำที่เข้มแข็ง มีความสามัคคี ความเสียสละ ช่วยเหลือกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมีประสบการณ์ทำงานร่วมกัน (5) สร้างให้มีคนที่ชำนาญด้านกีฬา และเกิดคนเก่งที่จะไปแข่งขันกีฬาระดับจังหวัดต่อไป นอกจากนี้บางชมรมที่มีความพร้อมยังเป็นแหล่งรวมผู้ที่ต้องการออกกำลังกายในชุมชนใกล้เคียงให้มาออกกำลังกายร่วมกัน อย่างไรก็ตามการทำงานของชมรมยังมีจุดอ่อนหรือข้อจำกัดที่ทำให้การออกกำลังกายทำได้ไม่เต็มที่ควร ข้อจำกัดเหล่านี้คือ การออกกำลังกายด้านแอโรบิคจำเป็นต้องมีสถานที่ที่เป็นพื้นเรียบ ปราศจากฝุ่น และภาคใต้เป็นภาคที่ฝนตกหลายเดือน ดังนั้น ชมรมส่วนใหญ่ยังคงมีปัญหาสถานที่ออกกำลังกายขาดแคลน ไม่เหมาะสม และคับแคบ ขาดอุปกรณ์เครื่องเสียงและเครื่องมือในการออกกำลังกายไม่เพียงพอ และยังมีปัญหาขาดงบประมาณสนับสนุนอย่างจริงจังและอย่างต่อเนื่อง และขาดวิทยากร/ครูฝึกที่ช่วยแนะนำฝึกสอนแอโรบิคต่อเนื่อง นอกจากนี้ ชมรมบางแห่งยังมีปัญหาการทำงานร่วมกัน ตัวอย่างเช่น สมาชิกมีความเห็นที่หลากหลาย ไม่รับฟังความคิดเห็นกัน สมาชิกไม่มีเวลา และขาดผู้ประสานงานระหว่างหมู่บ้าน

จากชมรมด้านสุขภาพทั้งหมด 21 ชมรม ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์รายละเอียดการทำงาน of ชมรมผู้สูงอายุตำบลกะทู้เพื่อเป็นกรณีศึกษา ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลกะทู้ ก่อตั้งมาเป็นเวลา 5 – 6 เดือน มีสมาชิกประมาณ 40 – 50 คน แกนนำของชมรมให้ข้อมูลว่า “แต่เดิมมีอาการปวดขา เป็นโรคกระดูกทับเส้นประสาท และได้ชวนเพื่อนประมาณ 10 คน เดินออกกำลังกาย แต่อาการไม่หายไป เลยเปลี่ยนเป็นเต้นแอโรบิค อาการหายไปเมื่อไรก็จำไม่ได้แล้ว ก็เลยชวนเพื่อนในหมู่บ้านมาเต้น ก็มีคนมาเต้นมากขึ้น” ภายในกลุ่มช่วงแรกมีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อมามีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตมาฝึก การรำไม้พลอง และการฝึกซิกให้ มีสมาชิกชมรมมารวมตัวกันราว 30 – 40 คน ออกกำลังกายในวันพุธ – พฤหัสบดี – ศุกร์ ต่อมา มีการนำเทคนิคมาออกกำลังกายเป็นกลุ่มเดียวกัน ปัจจุบันมี 5 แบบ คือ แอโรบิค การรำไม้พลอง การฝึกซิก การเต้นตะลุง และการรำวง มีการออกสลับกันไปเรื่อยๆ ทำให้สมาชิกไม่เบื่อ บริเวณออกกำลังกายเป็นพื้นที่ข้างสถานีอนามัย อุปกรณ์เครื่องเสียงได้รับการสนับสนุนจากเทศบาลตำบลกะทู้ และสถานีอนามัยกะทู้ ภายในกลุ่มมีผู้นำออกกำลังกาย 3 คน บางครั้งกลุ่มจะเชิญชวนให้คนในชุมชนออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ขณะนี้มีประมาณ 30 คน ที่ออกเป็นประจำ

นอกจากชมรมด้านออกกำลังกายแล้ว ยังมีชมรมที่มีความเชื่อมโยงกับสุขภาพ 2 – 3 ชมรม คือ ชมรมรถจักรยานโบราณ (คาตะเนียหลายตู้) เป็นชมรมที่อนุรักษ์รถจักรยานโบราณ และส่งเสริมให้สมาชิกออกกำลังกายด้วยรถจักรยาน และในบางโอกาสชมรมจะเข้าร่วมกิจกรรมอนุรักษ์ประเพณีท้องถิ่นและกิจกรรมสาธารณประโยชน์ ขณะนี้ชมรมมีปัญหาขาดทุนสนับสนุนการทำงานและขาดสถานที่ทำงาน ชมรมชาวเหนืออันดามัน เป็นชมรมที่สืบทอดและ

อนุรักษ์วัฒนธรรมล้านนา ทำให้มีความสามัคคีและมีสุขภาพกาย – ใจแข็งแรง แต่ยังมีข้อจำกัดของชมรมคือ ขาดเยาวชนรุ่นหลังสืบทอดการทำงานและขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ และกลุ่มเครื่องแกงตำมือ ของกลุ่มแม่บ้าน ต.ป่าคลอก เป็นกลุ่มที่ทำเครื่องแกงปลอดสารพิษเพื่อสร้างรายได้ให้สมาชิก การทำงานร่วมกันทำให้มีน้ำพริกที่ดีมีประโยชน์ต่อสุขภาพสมาชิก ทำให้สมาชิกชุมชนสุขภาพดี และมีการแข่งน้ำพริกให้สมาชิกด้วย กลุ่มยังมีข้อจำกัดคือ ขาดสถานที่ทำงานร่วมกัน ขาดอุปกรณ์ และขาดตลาดรองรับ นอกจากนี้ ในช่วงการเปิดสัมมนาครั้งนี้ คณะกรรมการแสดงศิลปะป้องกันตัว “ต่ายง” ยังได้แสดงให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาชม การแสดงนี้เป็นศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านของชาวภูเก็ต กลุ่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของ ชมรมเรารักเราไว้วัย คณะศิลปินมีผู้ใหญ่ 7 คน เด็กชาย 3 คน ผู้ใหญ่ทั้งหมดเป็นชายและเป็นผู้เล่นดนตรี ประกอบด้วย ปี่ ข้อง และกลอง ก่อนการแสดงมีพิธีจุดเทียนไหว้ครู จากนั้นคณะก็เล่นดนตรีและเด็กชายจะออกมารำรำตามเสียงดนตรี การรำเป็นการใช้มือวาดร่ายรำ มีทั้งการรำเดี่ยวและรำคู่ ช่วงการรำเป็นคู่เป็นการรำที่มีการปะทะกัน มีการเตะด้วยเท้าและขา พร้อมกับปกป้องตนเองจากการต่อสู้ มีรุก มีถอย แต่ไม่ได้เป็นการปะทะรุนแรง การแสดงใช้เวลาราว 20 นาที

ในช่วงหลังของการสัมมนา ผู้เข้าร่วมสัมมนาได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงานในปี 2547 สรุปความคิดเห็นและกิจกรรมที่ควรดำเนินงานเป็น 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

(1) การทำงานของชมรม

- ชมรมควรมีการจัดตั้งประธาน เลขา และเหรัญญิก ที่ชัดเจนในทุกชมรม
- ชมรมควรมีการสร้างการทำงานเป็นทีม ชักชวนหรือประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกมีส่วนร่วมทำกิจกรรมร่วมกัน แลกเปลี่ยนกันและร่วมมือกันอย่างกว้างขวางในหมู่สมาชิก ควรมีความสามัคคี พุดคุยให้เข้าใจและหากมีปัญหาให้ร่วมแก้ไขอย่างทันทั่วทั้งที่
- ชมรมควรมีการประชุมสมาชิก 1 ครั้ง/เดือน
- ชมรมควรสร้างแกนนำชุมชน/ผู้นำด้านประสาน สนับสนุนหลายแห่ง
- ชมรมควรประชุมและพุดคุยถึงความต้องการของสมาชิกชมรม

(2) ด้านออกกำลังกาย

- การฝึกครูฝึก/ผู้นำออกกำลังกาย ควรมีการเตรียมการอย่างเป็นระบบ สนับสนุนให้มีครูฝึกสอนประจำ
- ภาครัฐควรมีครูฝึกไปนำออกกำลังกายทุกชุมชน เพราะชุมชนขาดแคลนเรื่องเหล่านี้
- ชักชวนลูกหลานมาร่วมออกกำลังกาย

(3) ด้านเครือข่าย/การสนับสนุน

- การอบรม/แลกเปลี่ยน สัมมนาแลกเปลี่ยนความรู้/เทคนิค และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างชมรมทั้งจังหวัดภูเก็ต
- ศึกษาดูงาน
- จัดให้มีคณะกรรมการของเครือข่ายและมีทุกชมรมเข้าร่วมงานกัน
- จัดกิจกรรมแข่งขันเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มรวมกันออกกำลังกาย
- รัฐควรมีการสนับสนุนงบประมาณการทำงาน วัสดุอุปกรณ์ และให้มีวิทยากรด้านต่างๆ เพื่อให้ความรู้กับชมรม
- ควรมีการสนับสนุนการสอนภาษาต่างประเทศ การเล่นดนตรี และกิจกรรมสำหรับเยาวชน และจัดกิจกรรมให้เยาวชนช่วงปิดเทอม

2.2 การเคลื่อนไหวพ.ร.บ.สุขภาพโดยเครือข่ายประชาคมปฏิรูประบบสุขภาพ

(พ.ศ.2544 – ปัจจุบัน)

เครือข่ายประชาคมปฏิรูประบบสุขภาพ จังหวัดภูเก็ต เป็นเครือข่ายขององค์กรหน่วยงานและเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่ก่อรูปขึ้นเพื่อเคลื่อนไหวปฏิรูประบบสุขภาพ เครือข่ายได้รับแนวคิดแนวทางการเคลื่อนไหวและการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ตั้งแต่กลางปี พ.ศ.2544 – ปัจจุบัน เครือข่ายประชาคมปฏิรูประบบสุขภาพ จังหวัดภูเก็ต มีจำนวนทั้งหมด 38 กลุ่ม/องค์กร ประกอบด้วย กลุ่มผู้นำ อบต. กลุ่มประชาคม กลุ่มฟื้นฟูและพัฒนา กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชนภูเก็ต ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพ ชมรมเทนนิส ชมรมประมงพื้นบ้าน ชมรมผู้ประกอบการเรือแคนู ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมแพทย์แผนไทย ชมรมมัลคุเทศน์ ชมรม อสม. ประชาคมสิ่งแวดล้อม ชุมชนหลังศาลากลาง สภาคนพิการ สมาคมตนสร้างสุขภาพ สมาคมท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ สโมสรไลออนส์ กลุ่มพัฒนาสุขภาพ สภาวัฒนธรรม ชมรมผู้บริจาคโลหิต ชุมชนรวมน้ำใจ กลุ่มรักบ้านเรา กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เทศบาลตำบลกระษัตริย์ ชมรม อบต. เครือข่ายหมออนามัย ประชาคมเมือง องค์กรเอกชน ชมรมผู้สื่อข่าว กลุ่มสตรี ประชาคมกะทู้ ประชาคมถลาง ประชาคมสาธารณสุข ประชาคมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาคมการศึกษา และชมรมผู้ประกอบการร้านอาหาร

เครือข่ายประชาคมปฏิรูประบบสุขภาพ (เครือข่ายฯ) จังหวัดภูเก็ต เป็นส่วนหนึ่งของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมด้านสุขภาพ มีพลังจากภาควิชาการ ภาคสังคม และภาคการเมืองเป็นกลไกขับเคลื่อน ตามแนวคิดยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” จังหวัดภูเก็ต เข้าร่วมการเคลื่อนไหวและมีกิจกรรมต่อเนื่องตลอด 3 ปี ดังนี้

- การจัดเวทีประชาสังคมปฏิรูปสุขภาพ จัดขึ้นในช่วงเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม พ.ศ.2544 เปิดการจัดเวทีเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อสุขภาพ มีการ

จัด 4 เวที ใน 3 อำเภอ และในเทศบาลเมืองมีผู้เข้าร่วมเวทีละ 50 คน ประเด็นการระดมความคิดเห็นคือ สภาวะสุขภาพของคนภูเก็ตในปัจจุบัน (มีทั้งด้านบวกและด้านลบ) ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของคนภูเก็ตและแนวทางพัฒนาสู่สุขภาพดีของชาวภูเก็ต ความคิดเห็นเหล่านี้นำไปเป็นประโยชน์ในการร่างกรอบแนวคิดเพื่อจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพ

- การจัดรายการวิทยุ ประชาคมภูเก็ตอาศัยวิทยุ FM 96.75 สวท.ภูเก็ต เป็นช่องทางสื่อสารกับสาธารณะ เพื่อให้คนภูเก็ตได้รับรู้กระแสของการเคลื่อนไหวการปฏิรูประบบสุขภาพ และร่วมกันระหว่างหลายหน่วยงานเพื่อจัดรายการวิทยุ ทำให้สาระของรายการมีความหลากหลายและกระจายถึงคนหลายกลุ่ม มีการเชิญผู้แทนภาครัฐ ภาคธุรกิจ ภาคท้องถิ่น และภาคชุมชน เข้าร่วมรายการ กิจกรรมนี้ทำงานต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 – พ.ศ.2545 โดยตอนแรกใช้ชื่อรายการว่า “96.75 อารมณ์ดี” ต่อมาเปลี่ยนเป็น “สภามารมณ์ดี” และมีการขยายเวลาออกอากาศเพื่อเข้าร่วมสร้างข่าวสารด้านสุขภาพให้มากขึ้น

- การจัดเวทีสมัชชาสุขภาพ จังหวัดภูเก็ต ช่วงกลางปี พ.ศ.2545 เครือข่ายฯ ได้จัดประชุมสมัชชาสุขภาพเพื่อให้ความคิดเห็นต่อร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ และการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ มีผู้เข้าร่วมเวที 250 คน

- การจัดงานรวมพลังสร้างสุขภาพ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2545 เครือข่ายฯ ได้จัดงานรณรงค์รวมพลังสร้างสุขภาพตามรอยพระยุคลบาท เพื่อปลูกกระแสการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและระดมรายชื่อสนับสนุนพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ งานครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากองค์กรภาคีทุกภาคส่วน เป็นการสร้างกระแสสุขภาพแบบสร้างนำซ่อม ระบบสุขภาพแบบพึ่งพาตนเองและแบบมีส่วนร่วม กิจกรรมครั้งนี้จะนำไปสู่การสร้างประชาคมสุขภาพที่เข้มแข็งและขยายเครือข่ายไปสู่การจัดตั้งสมัชชาสุขภาพของจังหวัดภูเก็ตในอนาคต กิจกรรมของงานรวมพลังสร้างสุขภาพมีการดำเนินงานพร้อมกันทั่วประเทศระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2545 ประกอบด้วยกิจกรรม 3 อย่าง คือ การรวบรวมรายชื่อสนับสนุน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ การค้นหาสิ่งดีดีในการสร้างสุขภาพและการวิ่งเพื่อสุขภาพ โดยจังหวัดภูเก็ตจัดวิ่งในถนนสายหลัก 3 เส้นทางๆ ละ 1,000 คน รวมประมาณ 3,000 คน คือ ถนนเทพกระษัตรี เริ่มจากหน้าที่ว่าการอำเภอถลาง ถนนวิชิตสงคราม เริ่มจากหน้าที่ว่าการอำเภอกะทู้ และถนนเจ้าฟ้าตะวันออก เริ่มจากโรงเรียนเมืองภูเก็ตทุกเส้นทางมุ่งสู่สนามหมกรรมสิ่งดีดีในการสร้างสุขภาพ ณ ศูนย์เยาวชนสะพานหิน ตั้งแต่เวลา 14.00 – 21.00 น. ซึ่งในงานมีการแสดง สาธิต และการเผยแพร่สิ่งดีดีที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ชาวภูเก็ตใช้ดูแลสุขภาพด้วยตนเองให้ผู้สนใจเข้าสัมผัสได้จริง ๆ ตลอดจนเปิดโอกาสให้ประชาชนร่วมลงชื่อสนับสนุนพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ การรณรงค์รวมพลังสร้างสุขภาพในครั้งนี้ได้รับความสนใจจากประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมจำนวนมาก

- การจัดเวทีสมัชชาสุขภาพประเด็นเฉพาะ ในเดือนกรกฎาคม 2546 เครือข่ายฯ จังหวัดภูเก็ตจัดระดมความคิดเห็นในประเด็นนโยบายสาธารณะที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ในประเด็น “วิถีภูเก็ต วิถีสุขภาพะ”

- การจัดงานเวทีสมัชชาสุขภาพอันดามัน ในเดือนมิถุนายน 2546 เครือข่ายฯ จังหวัดภูเก็ต ร่วมกับจังหวัดตรัง กระบี่ และพังงา ร่วมกันจัดงานสมัชชาสุขภาพอันดามัน ในประเด็น “วิถีอันดามัน : การจัดการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพอย่างยั่งยืน” และได้้นำผลสรุปเสนอต่อเวทีสมัชชาสุขภาพภาคใต้ และในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 เดือนสิงหาคม พ.ศ.2546 ณ กรุงเทพมหานคร

- การเข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายฯ จังหวัดภูเก็ต ได้มีผู้แทนเข้าร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ทางสปร.จัดขึ้นในช่วงปลายปีของทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 ถึง พ.ศ.2546 และได้้นำเนื้อหาจากเวทีของจังหวัดภูเก็ตร่วมกับกระแสการเคลื่อนไหวของ พ.ร.บ.สุขภาพ อย่างต่อเนื่อง

กระบวนการเคลื่อนไหวของเครือข่ายฯ จังหวัดภูเก็ต ทำให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างหลายภาคี เกิดกลุ่มคนทำงานอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงไปสู่ประชาคมสุขภาพของพื้นที่ในภูเก็ต กลายเป็นเครือข่ายประชาคมสุขภาพในโครงการวิจัยและพัฒนาชีวิตสาธารณะ : ท้องถิ่นน่าอยู่

2.3 โครงการวิจัยและพัฒนาชีวิตสาธารณะ : ท้องถิ่นน่าอยู่ จ.ภูเก็ต (พ.ศ.2545 – ปัจจุบัน)

โครงการวิจัยและพัฒนาชีวิตสาธารณะ - ท้องถิ่นน่าอยู่ เป็นโครงการที่บริหารโดยสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา และได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีความมุ่งหวังที่จะเสริมสร้างให้เกิดวิถีชีวิตสาธารณะที่เข้มแข็ง จากประเด็นด้านสุขภาพและใช้ข้อมูลความรู้เป็นตัวขับเคลื่อนสังคม อันเป็นหนทางไปสู่กลไกการจัดการท้องถิ่นให้น่าอยู่และยั่งยืน และประกอบด้วย 4 โครงการย่อย โครงการย่อยหนึ่งคือ โครงการเสริมสร้างขบวนการเคลื่อนไหวภาคประชาสังคมในประเด็นสุขภาพในพื้นที่ 20 จังหวัด โดยมีแนวคิดหลักคือ การสร้างความเป็นสาธารณะที่เข้มแข็ง และสนับสนุนการทำงานการเคลื่อนไหวที่เกิดจากกลไก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จังหวัดภูเก็ตเป็นหนึ่งในพื้นที่เป้าหมายการทำงาน เป็นการศึกษาแนวคิดและขยายผลให้เกิดอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ เป็นงานต่อเชื่อมจากการเคลื่อนไหวของเครือข่ายประชาคมปฏิรูประบบสุขภาพ จังหวัดภูเก็ต ระยะที่ผ่านมา มีการเคลื่อนไหวกิจกรรมดังนี้

(1) สร้างทีมงานวิจัยและพัฒนา ชีวิตสาธารณะ – ท้องถิ่นน่าอยู่จังหวัดภูเก็ต : ค้นหาผู้นำธรรมชาติของชุมชนที่มีความพร้อมระดับหนึ่ง จำนวนขั้นต่ำ 10 ชุมชน มา

ปรึกษาหารือและตกลงที่จะทำงานชีวิตสาธารณะ – ท้องถิ่นน่าจะอยู่ร่วมกัน ชุมชนเป้าหมายประกอบด้วย

อำเภอเมือง คือ ชุมชนราไวย์ ชุมชนเกาะแก้ว ชุมชนวิชิต

อำเภอกลาง คือ ชุมชนไม้ขาว ชุมชนบ้านเขนง ชุมชนปากลอก

อำเภอกะทู้ คือ ชุมชนกะทู้ ชุมชนกมลา ชุมชนกะหลิม

เขตเทศบาล คือ ชุมชนหลังหอยประชุม

(2) **สร้างวัฒนธรรมการทำงาน** : วางกรอบ กติกา รูปแบบ แนวทางในการทำงานของทีม ซึ่งกำหนดจากสภาพและความพร้อมของคณะทำงานและจะเป็นบรรทัดฐานการทำงานของทีมงานต่อไป

(3) **พัฒนาทีมงาน** : จัดการอบรมสัมมนาพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน จัดประชุมทบทวนการทำงานของทีมงาน ร่วมกันวิเคราะห์คุณสมบัติ ขีดความสามารถ ศักยภาพของทีมงานแต่ละคนเพื่อดึงมาใช้ในการปฏิบัติงาน และแบ่งภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ

(4) **สร้างเครือข่าย** : มอบหมายให้แกนนำธรรมชาติ จาก 10 ชุมชน ไปสร้างทีมงานที่ต่อจากตัวแกนนำเพื่อสร้างขึ้นเป็นทีมงานของชุมชน เป้าหมายโดยค้นและค้นหาบุคลากรที่มีคุณสมบัติและพื้นฐานความพร้อมในแนวเดียวกับผู้นำธรรมชาติของชุมชน

(5) **พัฒนาเครือข่าย** : จัดการอบรมสัมมนาทีมงานของ 10 ชุมชน เพื่อปรับแนวคิด รูปแบบ วิธีการทำงาน รวมทั้งถ่ายทอดวัฒนธรรมการทำงานของกลุ่มแกนนำไปยังทีมงานของ 10 ชุมชน เพื่อให้มีแบบแผนการทำงานในแนวทางเดียวกัน โดยอาศัยแนวคิดและวางโครงการจากความต้องการบนข้อมูลพื้นฐานของชุมชน เพื่อเป็นแนวในการดำเนินกิจกรรมโครงการวิจัยและพัฒนาชีวิตสาธารณะ – ท้องถิ่นน่าจะอยู่จังหวัดภูเก็ต

(6) **สร้างกิจกรรม** : ให้ทีมงานในชุมชนนำโครงการที่คิดไปประชุมทบทวนและทำความเข้าใจกับคนในชุมชน เพื่อสร้างการยอมรับและนำมาเสนอคณะทำงานโครงการฯ เพื่อพิจารณาให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมในชุมชน กิจกรรมปฏิบัติการมี 5 ด้าน คือ ด้านสร้างเสริมสุขภาพ การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ด้านวัฒนธรรม ด้านเครือข่ายสื่อชุมชน ด้านสมัชชาประเด็นเฉพาะ

(7) **สรุป ถอดบทเรียน** ทั้งทีมงาน เครือข่ายและกิจกรรม นำเหตุการณ์และเรื่องราวข้อมูลทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 1 – 6 มาประชุม ถกเถียง เพื่อหาข้อสรุป ข้อดี ข้อเสีย ความถูกต้อง ความชัดเจน ความเป็นจริง ประโยชน์ ปัญหาอุปสรรค สิ่งที่ควรดำรงไว้ สิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ทั้งในส่วนของทีมทำงาน เครือข่าย และกิจกรรม และท้ายที่สุดสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เป้าหมายของโครงการฯ และความต้องการที่แท้จริงของประชาชน/ชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในโครงการวิจัยและพัฒนาชีวิตสาธารณะ – ท้องถิ่นน่าจะอยู่จังหวัดภูเก็ต

ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของโครงการ

(1) การสร้างและพัฒนาทีมงาน

- ความสัมพันธ์ระหว่างทีมงาน มีสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นประหนึ่งเครือญาติ (เกลอ)
- การทำงานของทีมงาน เกิดรูปแบบวัฒนธรรมการทำงานที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเองและสามารถยึดถือเป็นแบบแผนของทีมงานได้
- มีการปรับเปลี่ยน ปรับปรุงบุคลากรในทีมงาน (ตัดและเพิ่ม) ซึ่งทำให้ทีมงานเป็นจริงและทำงานร่วมกันได้ดียิ่งขึ้น
- มีขีดความสามารถ ศักยภาพเพิ่มขึ้น สามารถไปปฏิบัติงานทดแทนสับเปลี่ยนกันได้อย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพที่ใกล้เคียงกัน

(2) การสร้างและพัฒนาเครือข่าย

- เกิดกลุ่มผู้ปฏิบัติกิจกรรมในชุมชนที่เป็นรูปธรรมขึ้น
- เกิดเครือข่ายที่เชื่อมโยงจากทีมงานไปยังประชาชนในหมู่บ้าน เพื่อรองรับการดำเนินกิจกรรม
- มีการถ่ายทอดความสัมพันธ์จากทีมงานไปสู่ผู้ปฏิบัติกิจกรรมในชุมชน และประชาชนที่เข้าร่วมโครงการฯ
- จัดกิจกรรมอบรมสัมมนาเพื่อพัฒนาศักยภาพ ขีดความสามารถ และศักยภาพของเครือข่าย ซึ่งทำให้มีความพร้อมระดับหนึ่ง สามารถรองรับกิจกรรม แผนงาน และการดำเนินโครงการได้

(3) การสร้างและพัฒนากิจกรรม

- เกิดโครงการที่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนเป็นผู้คิดทำโครงการขึ้นเอง รวมทั้งการสร้างโครงการที่มีแบบแผนสากลขึ้น
- เป็นกิจกรรมหรือโครงการที่ทำโดยใช้ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนที่แท้จริง สอดคล้องกับทุนเดิม ความต้องการและวิถีของชุมชน
- เครือข่ายเกิดทักษะ ความรู้ ความเข้าใจในการบริหารจัดการดำเนินการของโครงการให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์
- เกิดโครงการที่กำหนดจากความต้องการของชุมชน ใช้ฐานข้อมูลของชุมชนซึ่งคาดว่าจะสอดคล้องและเป็นที่ต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง
- กิจกรรมและโครงการได้รับความสนใจ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกในชุมชนและก่อให้เกิดประโยชน์ที่แท้จริงของชุมชน

(4) ปรากฏการณ์ของชุมชน

- โครงการฯ มีฐานกว้างที่ต่างจากโครงการของภาครัฐ สามารถรองรับและเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างหลากหลาย กว้างขวาง ไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์และคุณสมบัติที่เป็นการปิดกั้นประชาชน
- ความสนใจการเข้าร่วมกิจกรรมมิได้เกิดจากการชักจูงจากคนของรัฐ แต่เข้าร่วมโดยอาศัยความผูกพันและความสัมพันธ์ของสมาชิกในชุมชนเป็นตัวเชื่อม เกิดการเข้าร่วมอย่างสมัครใจ เกิดความอบอุ่น
- มีผลกระทบจากสมาชิกนอกชุมชนเป้าหมายเกิดการตื่นตัว ให้ความสนใจและขอเข้าร่วมเป็นสมาชิกหรือเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการในชุมชนเป้าหมาย
- กลุ่มบุคคลที่ขาดโอกาสทางสังคม เช่น ฐานะ ความรู้ อาชีพ และความสมบูรณ์ของร่างกาย มีช่องโอกาสได้ปรากฏตัวเข้าร่วมกิจกรรมและเป็นการขยายฐานสมาชิกให้ครอบคลุมทั้งหมดหมู่บ้านได้ชัดเจนกว่าที่ผ่านมา
- เกิดกระบวนการดำเนินการกิจกรรมสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ ที่เป็นเรื่องที่ประชาชนทำกันเองทั้งระบบ เกิดองค์กรประชาชนในระดับฐานรากที่เป็นจริง และน่าจะมีความมั่นคง ยั่งยืน และขยายฐานไปยังหมู่บ้านใกล้เคียงได้ตามลำดับ

3. บทสรุป

โครงการชีวิตสาธารณะ – ท้องถิ่นน่าอยู่เป็นการหลอมรวมภาคีประชาคมค่อนข้างหลากหลาย ทำให้การหลอมรวมความคิดให้เป็นหนึ่งเดียวจึงค่อยเป็นค่อยไป ประกอบกับภาคีที่เข้าร่วมเป็นคณะทำงานยังมีภาระหน้าที่ด้านการขับเคลื่อนกิจกรรมอื่นๆอีกมาก จึงมีเวลาเพียงร่วมคิด ส่วนเวลาร่วมทำยังน้อยอยู่ แต่หากสามารถบูรณาการเข้ากับการกิจประจำที่มีอยู่ ก็จะสามารถทำให้แผนงานเดินหน้าได้คล่องตัวมากขึ้น นอกจากนี้สังคมของจังหวัดภูเก็ตค่อนข้างมีความซับซ้อนและมีช่องว่างระหว่างชนชั้นสูง ทำให้การรวมกลุ่มและผสมผสานกิจกรรมตามความต้องการของกลุ่มค่อนข้างยาก ประกอบกับความเป็นท้องถิ่นดั้งเดิมถูกผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้สูญหายไปบางส่วนจำเป็นต้องค้นหากันใหม่ นอกจากนี้ชุมชนภูเก็ตมีวิถีชีวิตเมือง ทุกคนมีภารกิจมาก โอกาสที่จะร่วมงานกันจึงน้อยลง

บทที่ 4

กสพ.จังหวัดภูเก็ต : กรณีตัวอย่างการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในท้องถิ่น

บทนี้เป็นการนำเสนอบทเรียนจากกรณีตัวอย่างการจัดตั้งและดำเนินงาน กสพ. จังหวัดภูเก็ตที่ดำเนินงานในช่วงปี พ.ศ. 2544-2546 ในฐานะจังหวัดนำร่องของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบ กสพ. โดยได้สะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดและบทบาทของกลุ่มและองค์กรต่างๆ ในพื้นที่ที่มีส่วนร่วมในการใช้อำนาจบริหารจัดการด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ว่ามีมากน้อยเพียงไรและอย่างไร ตลอดจนสภาพเงื่อนไขที่เป็นข้อจำกัดและข้อเด่นที่เกิดขึ้นทั้งของตัวระบบและบุคคลผู้ปฏิบัติด้วย ซึ่งการเรียนรู้ดังกล่าวนั้นจะเป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดแนวคิดและแนวทางในการทำให้กลุ่มองค์กรภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมตามหลักการและกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในอนาคตต่อไป ในการนำเสนอได้แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น คือ 1) เครือข่ายภาคีท้องถิ่นกับการจัดตั้ง กสพ. 2) การสร้างความพร้อมและการพัฒนา กสพ. 3) รูปแบบและสถานการณ์ กสพ. จังหวัดภูเก็ต และ 4) บทเรียนจาก กสพ. จังหวัดภูเก็ต : การเริ่มต้นและสิ้นสุด

1. เครือข่ายภาคีท้องถิ่นกับการจัดตั้ง กสพ.

1.1 *เกณฑ์การจัดตั้ง กสพ.และอำนาจหน้าที่* จังหวัดภูเก็ตเป็น 1 ใน 10 จังหวัดที่ได้รับการคัดเลือกจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นจังหวัดนำร่องในโครงการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยสำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ หรือที่เรียกย่อๆ ว่า “กสพ.” โดยกำหนดองค์ประกอบและคุณสมบัติของผู้ที่มาเป็นคณะกรรมการ กสพ.สรุปได้ดังนี้

- 1.1.1) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประธานและรองประธาน
- 1.1.2) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นกรรมการและเลขานุการ
- 1.1.3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป /โรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลของรัฐสังกัดอื่นๆ (ถ้ามี) เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง
- 1.1.4) ผู้แทนสถานบริการสุขภาพ จำนวนไม่เกิน 4 คน
- 1.1.5) ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 1 คน
- 1.1.6) ผู้แทนหัวหน้าสถานีอนามัย /ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 1 คน
- 1.1.7) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 คน

- ก.) ผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) จำนวน 3 คน
(ประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด)
- ข.) ผู้แทนเทศบาล จำนวน 3 คน (มาจากการคัดเลือกกันเองของนายกเทศมนตรีในเขตจังหวัด)
- ค.) ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) จำนวน 3 คน(คัดเลือกมาจากประธาน อบต. ในเขตจังหวัด)

1.1.8) ผู้แทนภาคประชาคม จำนวน 3 คน (เป็นผู้ที่ไม่เป็นข้าราชการ หน่วยงานรัฐวิสาหกิจและองค์กรส่วนท้องถิ่น และเป็นผู้ที่มีชื่อในทะเบียนบ้านในจังหวัดนั้นๆ ไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีประสบการณ์การดำเนินงานด้านสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม)

1.1.9) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน (เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติในทำนองเดียวกับผู้แทนประชาคม เพียงแต่เป็นผู้ที่มีผลงานเป็นที่ประจักษ์และเป็นที่เชื่อถือได้ของคนในท้องถิ่น) จากเกณฑ์การคัดเลือกกรรมการ กสพ. จำนวน 9 ข้อ ที่กำหนดโดยส่วนกลาง (สพกส.)ดังกล่าวนี้ กล่าวโดยสรุปได้ว่าเกณฑ์ดังกล่าว ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนในเรื่องจำนวน และตำแหน่ง โดยกำหนดอย่างชัดเจนให้ใครเป็นประธาน รองประธาน และเลขานุการของคณะกรรมการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามีความสำคัญกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหลัก (เป็นประธานและรองประธาน และมีผู้แทนรวม 9 คน ซึ่งเป็นจำนวนมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนกับตัวแทนกลุ่มอื่นๆ) ในขณะที่กรรมการที่เหลือได้มาจากผู้แทนของหน่วยงานสาธารณสุข อีกจำนวน 6 คน (สสจ. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด และผู้แทนสถานบริการไม่เกิน 4 คน โดยให้มีผู้แทนรพช. และสอ./ศูนย์บริการสาธารณสุขรวมอยู่ด้วยอย่างน้อยสถานบริการละ 1 คน) และตัวแทนที่มาจากกลุ่มภาคประชาชนอีกจำนวน 6 คนที่แยกออกเป็น 2 กลุ่มย่อยคือ ตัวแทนกลุ่ม /องค์กรประชาคมและตัวแทนของผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มละเท่ากันคือ จำนวน 3 คน

สำหรับ อำนาจหน้าที่ของ กสพ.นั้น สพกส. ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนในการให้อำนาจอย่างเต็มที่กับกสพ.ในการบริหารจัดการเรื่องสุขภาพในพื้นที่ในลักษณะเป็นผู้มีอำนาจเต็ม (Functional Board) ทั้งในเรื่องนโยบาย กลยุทธ์ กลวิธี งบประมาณ และการประเมินผลสรุปได้ 6 ข้อ ดังนี้

1. กำหนดนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ โดยสอดคล้องกับนโยบายและแผนด้านสุขภาพของประเทศ
2. จัดทำแผนกลยุทธ์ศาสตร์และแผนปฏิบัติการในการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่
3. กำหนดหลักเกณฑ์และจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพให้แก่หน่วยบริการตามกรอบนโยบายที่กำหนด

4. กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกสถานบริการสุขภาพ และจัดสรรงบประมาณให้สถานบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม ทัวถึง และเท่าเทียมกัน
5. กำหนดมาตรฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ
6. กำกับ ดูแล ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่

ข้อกำหนด 6 ข้อของอำนาจหน้าที่ของ กสพ. ดังกล่าวนี มีข้อสังเกตว่าการให้อำนาจอย่างเต็มที่กับกสพ.นั้นส่วนกลางสามารถควบคุมกำกับได้ในเชิงนโยบายที่แต่ละพื้นที่ต้องกำหนดนโยบายและแผนที่สอดคล้องกับนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพระดับประเทศ ซึ่งเป็นประเด็นที่ถูกต้องเหมาะสมในเชิงหลักการที่ต้องการสร้างความเป็นเอกภาพและบูรณาการด้านสุขภาพในชาติขึ้น อย่างไรก็ตามประเด็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและอาจมีผลต่อการทำงานของกสพ.ตามอำนาจหน้าที่ดังกล่าวคือ ส่วนกลางหรือกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและแผนงานที่มีความเฉพาะเจาะจงมากน้อยเพียงไร โดยเฉพาะการกำหนดเป้าหมายเชิงปริมาณในการดำเนินงานแต่ละเรื่องในส่วนกลางคุ้นเคย เช่น ในอดีตเป้าหมายเชิงปริมาณในการจัดตั้งอสม. และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำชุมชน (ศสมช.) ทุกหมู่บ้านที่ขาดความยืดหยุ่นและไม่คำนึงถึงความพร้อม ความต้องการและปัญหาเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ซึ่งหากมีการกำหนดเป้าหมายของแผนงานเหมือนดังเช่นตัวอย่างดังกล่าวนี้ กสพ.ก็จะมีข้อจำกัดในเรื่องความมีอิสระในการกำหนดนโยบายและแผนงานที่เป็นของตนเองในการพิจารณาจากพื้นฐานปัญหาและความต้องการของพื้นที่จริงๆ

1.2 กระบวนการจัดตั้งกสพ.จังหวัดภูเก็ต การจัดตั้ง กสพ.จังหวัดภูเก็ตเริ่มต้นจากการที่สพกส.เชิญผู้แทนของจังหวัดไปร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ “รูปแบบและแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับจังหวัด” วันที่ 15-16 กุมภาพันธ์ 2544 ที่กรุงเทพมหานคร ร่วมกับอีก 16 จังหวัดนาร่อง ซึ่งจังหวัดได้คัดเลือกคนเข้าร่วมให้สอดคล้องกับเกณฑ์ของคณะกรรมการ กสพ.รวม 11 คน (อบจ.,เทศบาล,อบต.,สสจ.,ผอ.รพท.,ผอ.รพช และหัวหน้าสถานีอนามัย แห่งละ 1 คน ตัวแทนประชาคม 2 คน และเจ้าหน้าที่ของ สสจ.อีก 2 คน) เมื่อคณะผู้แทนดังกล่าวกลับจากการประชุมจึงได้เสนอรายชื่อเพิ่มเติมอีก 9 คนเพื่อร่วมเป็นคณะทำงานการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ละให้ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้แต่งตั้ง เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ กสพ.และกรรมการดำเนินงานที่อยู่ภายใต้กรอบหลักที่สพกส.เป็นผู้กำหนด ซึ่งคณะทำงานชุดนี้ทำงานอย่างเข้มข้น (นายกเทศมนตรีเมืองภูเก็ตเป็นประธาน ได้จัดประชุมอย่างสม่ำเสมอ เดือนละ 2-3 ครั้ง เช่น ระหว่าง 19 ก.พ. – 29 มี.ค. 2544 ได้จัดประชุมรวม 7 ครั้ง มีทั้งการประชุมกันเองของคณะกรรมการและการเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิมาให้ข้อคิดเห็นในการประชุมปฏิบัติการของกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้อง จนกระทั่งวันที่ 1 มิถุนายน 2544 ก็ได้ข้อสรุปเรื่องโครงสร้าง สัดส่วน และวิธีการจัดสรร กสพ.จังหวัดภูเก็ต สรุปได้ดังนี้

- 1) กสพ.จังหวัดภูเก็ต จำนวน 21 คน ประกอบด้วยไตรภาคี ได้แก่

1.1 ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 9 คน (อบจ. 2 คน เทศบาล 3 คน และ อบต. 4 คน)

1.2 ตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุข 6 คน (สสจ. 1 คน ผอ. โรงพยาบาลจังหวัด 1 คน ตัวแทน ผอ.รพช. 1 คน รพ.เอกชน 1 คน ตัวแทนหัวหน้าสถานีอนามัย 1 คน และตัวแทนศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 1 คน)

1.3 ตัวแทนของภาคประชาชน 6 คน (ตัวแทนภาคประชาคม 3 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยแบ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย การบริหารงาน และ NGO)

2) การคัดสรรตัวแทนของแต่ละภาค กำหนดให้แต่ละภาคีคัดสรรกันเอง ภายในกลุ่ม โดยให้แต่ละภาคีคัดเลือกบุคคลที่อยู่ในเกณฑ์จำนวนเป็น 2 เท่าของโควตาที่ได้รับ หลังจากนั้นให้ผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อคัดสรรกันเองให้เหลือเท่ากับโควตาที่ได้รับการจัดสรร สำหรับผู้ทรงคุณวุฒินั้นให้ผู้ว่าราชการเป็นผู้คัดเลือกจากรายชื่อที่คณะทำงานเสนอขึ้นมา 14 คน ให้เหลือ 3 คน

สำหรับกรรมการคัดสรรกรรมการแต่ละชุดนั้นก็ดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกประการ ในส่วนของภาคีที่เป็นองค์กรส่วนท้องถิ่นและสาธารณสุขนั้น เนื่องจากมีความชัดเจนของหน่วยงานและตัวบุคคลที่เป็นที่รู้จักและทราบกันดีว่ามีบทบาทและผลงานเป็นอย่างไร การคัดสรรจึงเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและได้บุคคลตัวแทนเป็นที่ยอมรับได้ชัดเจน เช่น การได้นายกเทศมนตรีตำบลกระทุ่ม เทศมนตรีตำบลป่าตอง และการได้ประธาน อบต. ตำบลคลองสาคร ราไวย์ และกมลา ส่วนสาธารณสุขนั้นก็ได้ ผอ.รพช. ป่าตอง และหัวหน้าสถานีอนามัย บ้านนาหมื่น เป็นกรรมการกสพ. ซึ่งทั้งหมดก็ได้มาด้วยกระบวนการคัดเลือกที่เรียบร้อยและได้รับการยอมรับ ในส่วนของตัวแทนภาคประชาคม จำนวน 3 คน นั้นมีข้อน่าสังเกตว่าแม้กระบวนการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยเหมือนเช่นการคัดเลือกตัวแทนอีกสองกลุ่มก็ตาม แต่เนื่องจากฐานข้อมูลเรื่องประชาคมนั้นมีข้อจำกัดที่ไม่ครอบคลุมกลุ่ม/องค์กรที่มีอยู่ในจังหวัดภูเก็ตทั้งหมด เพราะได้ใช้รายชื่อประชาคมตามรายการประชาคมที่ส่วนราชการจัดทำเอาไว้ (โดยกรมประชาสงเคราะห์) ซึ่งประชาคมส่วนใหญ่ไม่เกี่ยวข้องหรือรู้เรื่องสุขภาพมาก่อนเลย ดังนั้นการคัดเลือกตัวแทนในช่วงแรกจึงมีปัญหาเล็กน้อยที่องค์กรต่างๆ ของประชาคมยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของกสพ. ตลอดจนปัญหาเรื่องสุขภาพ จึงต้องมีการประชุมชี้แจงเป็นเบื้องต้นก่อนแล้วดำเนินการคัดเลือกโดยเป็นไปในลักษณะการร้องขอให้ผู้ที่เคยทำงานหรือเกี่ยวข้องกับสุขภาพร่วมสมัครเพื่อคัดเลือกไปเป็นกรรมการกสพ. โดยที่แต่ละคนก็ขาดความชัดเจนและความเข้าใจในกรอบหน้าที่และความรับผิดชอบแม้ว่าได้รับการชี้แจงแล้วก็ตามดังตัวอย่างเช่น คุณสุพจน์ สงวนกิตติพันธ์ ตัวแทนประชาคมที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกรรมการกสพ.คนหนึ่งกล่าวถึงเรื่องนี้ว่า “ตอนได้รับเลือกมาเป็นกรรมการ กสพ.นั้น ก็ไม่ทราบหรอกว่าต้องมาทำอะไรบ้าง ที่ประชุมเขาขอให้เป็นตัวแทน...คงเห็นว่าเราอาวุโสแล้ว และเคยทำงานด้านสุขภาพเรื่องเอดส์มาก่อน...ตอนนั้นก็ไม่ได้ทำอะไรมากมายหรอกเพียงแค่เป็นกรรมการ

เรื่องเอดส์ในนามของสภาวัฒนธรรมจังหวัด.....ก็ไม่ว่าหรือว่ามีความสำคัญอย่างไร เรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนี้ก็เพิ่งมาเรียนรู้จริงก็ตอนนี้แหละ(ปัจจุบันนี้) ที่ได้ทำโครงการสมัชชาสุขภาพและชีวิตสาธารณะ ถึงเข้าใจว่าเป็นเรื่องใหญ่ สำคัญ...ตอนนั้นคนอื่นๆ ก็คงคิดเหมือนผมตอนนั้น ที่รับทำเพราะเป็นเรื่องส่วนรวม แต่ถ้าถามว่ารู้เรื่องแค่ไหน ก็ไม่รู้อะไรเท่าไรหรอก” นอกจากนี้คุณสุพจน์ ในฐานะที่เป็นผู้อำริและเป็นผู้นำในกลุ่มประชาคมสุขภาพในปัจจุบันของจังหวัดภูเก็ต ได้กล่าวถึงสถานการณ์การทำงานของประชาคมในช่วงการคัดสรรตัวแทนเป็นกรรมการ กสพ.ว่า “...ต่างคนต่างทำงานของตนเอง ไม่เคยยุ่งเกี่ยวกัน แม้ว่าผมอยู่ในสภาวัฒนธรรมที่ต้องประสานการทำงานกับกลุ่มต่างๆ ก็ทำงานร่วมกับกลุ่มประชาคมน้อยมาก มักร่วมกับหน่วยราชการและห้างร้านบริษัทมากกว่า เพิ่งจะมีตอนนี่ที่มีการรวมตัวกันจริงๆ ตอนประชุมสมัชชาสุขภาพก็ไปร่วมในฐานะตัวแทนองค์กร แต่ประชุมเสร็จก็เลิกต่างคนต่างเดินตามทางของตนเอง พอมีโครงการชีวิตสาธารณะเข้ามา ทำให้เราต้องทำงานร่วมกัน ก็รู้จักกันเรียนรู้มากขึ้น เริ่มขยายเป็นเครือข่าย....เครือข่ายที่พูดๆ กันก็เพิ่งจะเป็นจริงเป็นจังก็คราวนี้แหละ”

2. การสร้างความพร้อมและการพัฒนา กสพ.

ดังได้กล่าวแล้วว่า กสพ.จังหวัดภูเก็ตเริ่มต้นโครงการด้วยความกระตือรือร้นและมีความจริงใจจนได้รับเลือกให้เป็นจังหวัดนำร่องของโครงการและเป็นจังหวัดที่มีผลงานดีเด่น โดยมีข้อสรุปของผลงานและกระบวนการพัฒนา ดังนี้

2.1 กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ กสพ.จังหวัดภูเก็ต หลังจากที่คณะทำงานการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจังหวัดภูเก็ตได้ข้อสรุปเรื่องการคัดสรร กสพ.จังหวัดภูเก็ตจนได้รายชื่อผู้แทนของไตรภาคีที่มาร่วมเป็นกสพ.เรียบร้อยแล้ว พร้อมให้ผู้ว่าราชการจังหวัดทำเรื่องเสนอกระทรวงสาธารณสุขเพื่อแต่งตั้งในวันที่ 9 กรกฎาคม 2544 คณะทำงานฯ ได้จัดกิจกรรมขึ้นเองหลายอย่างเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับ กสพ.และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดหลักการและการบริหารจัดการ โดยมีกิจกรรมที่สำคัญดังนี้ (ไม่รวมกิจกรรมที่สพกส. จัดขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมให้ กสพ.จังหวัดนำร่องและ กสพ.จังหวัดภูเก็ตได้เข้าร่วมทุกครั้ง)

2.1.1) การจัดประชุมปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพ กสพ.จังหวัดภูเก็ต วันที่ 9-12 กรกฎาคม 2544 วิทยากร คือ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ Professor Wim Van Lerberghe จากเบลเยียม และคณะ

2.1.2) การศึกษาดูงานของกสพ.จังหวัดภูเก็ตในพื้นที่จังหวัดของตนเองวันที่ 2 สิงหาคม 2544 โดยไปดูที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต (โรงพยาบาลจังหวัด) โรงพยาบาลถลาง (โรงพยาบาลชุมชน) และสถานอนามัยศรีสุนทร

2.1.3) การอบรมเรื่องระบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัว(PMC)วันที่ 24 สิงหาคม 2544

2.1.4) การประชุมปฏิบัติการเรื่อง“การสร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจของกสพ. จังหวัดภูเก็ต วันที่ 2-3 กันยายน 2544

2.1.5) การประชุมปฏิบัติการเรื่อง“การระดมความคิดเห็นเพื่อร่างแผนสุขภาพ จังหวัดภูเก็ต วันที่ 13-14 กันยายน 2544 (Phuket Health Plan) โดยมีวิทยากรของ GTZ, อาจารย์อรรณู โสติกพันธ์ และคณะ

2.1.6) การประชุมกสพ. จังหวัดภูเก็ตตามปกติทุกวันศุกร์ที่ 3 ของเดือน กิจกรรมการพัฒนาทั้ง 6 รายการดังกล่าวนี้ ได้จัดขึ้นในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต ยกเว้นการประชุมปฏิบัติการเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ (รายการที่ 4) ได้จัดที่จังหวัดพังงา (อุทยาน เขาหลัก) ซึ่งรายการที่จัดจะเห็นได้ว่าการวางแผนการจัดไว้เป็นอย่างดีที่เริ่มต้นด้วยการทำความเข้าใจแนวคิดและกระบวนการการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นการปู พื้นฐานแนวคิดและทฤษฎี หลังจากนั้นจึงเรียนรู้สถานการณ์ปัญหาและการดำเนินงานของพื้นที่จริงในระดับต่างๆ และเมื่อมีความพร้อมทั้งเรื่องของทฤษฎี สภาพปัญหา และสภาพการณ์ ปฏิบัติจริงในพื้นที่จึงได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนสุขภาพของจังหวัดภูเก็ตขึ้น

2.2 ข้อสรุปแนวคิดและทิศทางการพัฒนา กสพ. จังหวัดภูเก็ตได้จัดประชุมปฏิบัติการเพื่อหาข้อสรุปที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดและทิศทางการดำเนินการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ สรุปได้ดังนี้

2.2.1 วิสัยทัศน์ของ กสพ. จังหวัดภูเก็ต (Vision)

“ภายในระยะเวลา 5 ปีข้างหน้า พลเมืองภูเก็ตมีสุขภาพแข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะตามมาตรฐานสากล ไม่เจ็บป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคเมื่อวัยอันสมควร”

2.2.2 พันธกิจของ กสพ. จังหวัดภูเก็ต (Mission)

1) เสริมสร้างและรักษาสุขภาพของพลเมืองภูเก็ต ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมโดยยึดหลักการมีส่วนร่วม

2) ประสานการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุข โดยยึดหลักการวางแผนการบริการข้อมูล และการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

3) สร้างหลักประกันสุขภาพที่ได้มาตรฐานและครอบคลุม

4) ปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนผ่านการสร้างจิตสำนึก

5) ผลักดันมาตรการด้านกฎหมาย และการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง

2.2.3 จุดมุ่งหมายของ กสพ. จังหวัดภูเก็ต (Goal)

1) ด้านการเสริมสร้างและรักษาสุขภาพ

-ส่งเสริมให้มีการจัดเวทีสุขภาพชุมชนเพื่อให้เกิดการระดมความคิดเห็นและการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนตลอดจนเพื่อค้นหาผู้นำสุขภาพในชุมชน

2) ประสานการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุข

-ส่งเสริมให้องค์กรและกระบวนการในการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องทรัพยากรการบริการสุขภาพในระดับจังหวัดเพื่อก่อให้เกิดการวางแผนร่วมใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

3) สร้างหลักประกันสุขภาพ

-ส่งเสริมให้พลเมืองภูเก็ตรับหลักประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ได้มาตรฐานและครอบคลุม

4) ปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

-ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายองค์กรที่ทำหน้าที่ปลูกจิตสำนึกของประชาชนในการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อลดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

5) ดำเนินการผลักดันมาตรการด้านกฎหมาย

-ส่งเสริมให้มีการบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพอย่างจริงจังและเป็นธรรม
เพื่อนำไปสู่การจัดระเบียบทางสังคมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพของประชาชน

2.2.4 โครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ กสพ. จังหวัดภูเก็ต (Organization and Management)

1) อนุกรรมการการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ กสพ. จังหวัดภูเก็ต ได้แต่งตั้งอนุกรรมการชุดต่างๆขึ้นมารวม 4 ชุด คือคณะอนุกรรมการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ คณะอนุกรรมการดำเนินงานด้านสุขภาพโภชนาการและสิ่งแวดล้อมจังหวัดภูเก็ต คณะอนุกรรมการดำเนินงานด้านควบคุมป้องกันโรค และคณะอนุกรรมการดำเนินงานด้านโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยคณะอนุกรรมการแต่ละชุดจะมีกรรมการกสพ. จังหวัดภูเก็ตเป็นประธานคณะอนุกรรมการ ส่วนกรรมการนั้นก็อาจประกอบด้วยกรรมการกสพ.บางท่าน นักวิชาการสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่อยู่ในกลุ่มของไตรภาคีที่เป็นองค์กรประกอบของกสพ. และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของจังหวัดภูเก็ต เช่น อสม. ตัวแทนชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารและนักจัดรายการวิทยุประจำท้องถิ่น

คณะอนุกรรมการแต่ละชุดต้องจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมาย ของกสพ. จังหวัดภูเก็ต พร้อมทั้งดำเนินงานตามแผนที่

เป็นไปตามหลักการของการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกกลุ่ม องค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาสุขภาพของประชาชน

2) สำนักงาน กสพ. จังหวัดภูเก็ต ตามข้อกำหนดและเสนอแนะของ สพกส. กำหนดให้แต่ละจังหวัดจัดตั้งสำนักงาน กสพ. โดยให้กสพ. เป็นผู้กำหนดสถานที่ตั้งของสำนักงานกสพ.ในเขตจังหวัด และได้เสนอแนะในวาระเริ่มแรกให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นสำนักงาน กสพ. ไปก่อน อย่างไรก็ตาม กสพ. จังหวัดภูเก็ตได้กำหนดให้จัดตั้งสำนักงาน กสพ. ที่สำนักงานเทศบาลเมืองภูเก็ต ซึ่งเป็นสำนักงานของประธานคณะกรรมการ กสพ. จังหวัดภูเก็ต ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติการ ที่คณะกรรมการจัดประชุมกันบ่อยครั้ง และเทศบาลได้อำนวยความสะดวกมาทุกประการทั้งสถานที่ อุปกรณ์ และอาหารว่างสำหรับการประชุมแต่ละครั้ง ซึ่งสำนักงานกสพ. ได้กำหนดอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบตามกรอบที่ สพกส. กำหนดไว้ ดังนี้

1. รับผิดชอบงานธุรการและการเงินของ กสพ.
2. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำเสนอต่อ กสพ. เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพพื้นที่
3. ติดตามกำกับ ประเมินผลสถานบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคประชาสังคมให้เป็นไปตามแผนงานโครงการเพื่อข้อตกลงที่ทำร่วมกัน
4. ร่วมมือและประสานงานกับราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ และสถานบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์
5. รายงานผลความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของกสพ. ให้แก่ผู้ว่าราชการจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทุก 3 เดือน

การจัดตั้งสำนักงาน กสพ. จังหวัดภูเก็ต ดังกล่าวยังมิได้จัดตั้งและดำเนินงานอย่างจริงจังตามกรอบหน้าที่และความรับผิดชอบที่กำหนดไว้ ต้องหยุดชะงักการพัฒนาหลังจากที่ กระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งให้เปลี่ยนหน้าที่ของกสพ.ระดับจังหวัด จากคณะกรรมการผู้มีอำนาจเต็มในการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง (Functional Board) เปลี่ยนเป็นเพียงคณะที่ปรึกษา (Advisory Committee) โดยที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ยังคงเป็นหลักในการดำเนินงานอยู่เช่นเดิม

2.3 กระบวนการและเงื่อนไขการพัฒนา กสพ. จังหวัดภูเก็ต กสพ. จังหวัดภูเก็ตเป็นหนึ่งในห้าของจังหวัดนำร่องในการพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับจังหวัดที่ได้รับการยอมรับว่ามีความก้าวหน้ามากที่สุด และได้แสดงให้เห็นทิศทางและแนวโน้มที่ดีของการพัฒนาได้เป็นอย่างดี จนกระทั่งประธานกสพ.จังหวัดภูเก็ตได้รับการคัดเลือก

ให้อยู่ในคณะกรรมการของ สพกส. ด้วย จึงเปรียบเสมือนเป็นแรงผลักดันหรือเสริมที่มีผลต่อกระบวนการและผลการพัฒนา กสพ. จังหวัดภูเก็ตได้เป็นอย่างดี ซึ่งกระบวนการและเงื่อนไขการพัฒนา กสพ. จังหวัดภูเก็ต มีข้อสรุปที่สำคัญ ดังนี้

1) ผู้นำ กสพ. จังหวัดภูเก็ต มีวิสัยทัศน์และเกาะติดชุมชน ตามข้อกำหนดของ สพกส. ที่ให้ผู้นำองค์กรท้องถิ่นเป็นประธานเป็นประธาน กสพ. จังหวัดภูเก็ต และเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนการเป็นกรรมการมากที่สุดนั้น ทำให้ กสพ. จังหวัดภูเก็ตเป็นที่รวมของกลุ่มผู้นำองค์กรท้องถิ่นทุกระดับ ซึ่งผู้นำท้องถิ่นเหล่านี้มีลักษณะพิเศษคือเป็นคนในท้องถิ่นที่มีความรักชุมชนและท้องถิ่นและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อน ทำให้การทำงานร่วมกันมีความราบรื่นและเป็นเอกภาพได้ โดยเฉพาะประธาน กสพ. จังหวัดภูเก็ตที่เป็นนายกเทศมนตรีนั้น เป็นผู้นำที่ได้รับการยอมรับอย่างมากว่าเป็นผู้ที่วิสัยทัศน์และมนุษยสัมพันธ์ที่ดี จนได้รับการคัดเลือกเป็นนายกเทศมนตรีเมืองภูเก็ตอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งในปี 2544 เทศบาลเมืองภูเก็ตได้รับรางวัลพระปกเกล้า เป็นรางวัลที่มอบให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความเป็นเลิศ (Best Practices) ด้านการบริหารจัดการที่มีความโปร่งใสและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ตัวอย่างคำกล่าวของนายกเทศมนตรีเมืองภูเก็ต (รท. ภูมิศักดิ์ หงษ์หยก) ที่มีต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทของ กสพ. จากกรรมการบริหารเป็นกรรมการที่ปรึกษาว่ามีผลต่อการทำงานของ กสพ. ภูเก็ตอย่างไร โดยกล่าวตอนหนึ่งว่า “คนที่ต้องปรับบทบาทไม่น่าจะเป็น กสพ. เพราะว่าการมีส่วนร่วมของไตรภาคีภูเก็ตต้องทำอยู่แล้ว ด้วยความเข้าใจอันดีระหว่าง กสพ. ด้วยกัน ได้รับทรัพยากร ได้รับความร่วมมือจากผู้บริหาร อบท. ได้รับการประสานงานจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้รับข้อมูลจากผู้แทนประชาคมบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ต้องมีความเข้าใจเพิ่มขึ้น คนที่ต้องปรับบทบาทผมมองว่าน่าจะเป็นผู้บริหารระดับประเทศมากกว่า ที่ต้องทำความเข้าใจว่า กสพ. คือ พื้นฐานของการกระจายอำนาจของสาธารณสุข โครงการ 30 บาทเป็นเรื่องของการบริหารด้านสาธารณสุขส่วนหนึ่ง ขณะนี้รัฐบาลกำลังทำการตลาดสาธารณสุข เน้นการตลาดก็ไม่ว่ากัน ถ้ามีการผสมผสานงานสาธารณสุข การซ่อมสุขภาพซึ่งเป็นปัญหาปลายเหตุ แก้ปัญหาเฉพาะหน้าก็ทำไป ต่อไปแล้วหันมาแก้ปัญหาเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ การสร้างสุขภาพโดยใช้ กสพ. เป็นหลักร่วมกับไตรภาคีทำการสร้างสุขภาพเป็นหลักใหญ่.....”

2) การขับเคลื่อนของ กสพ. คือ การเรียนรู้ร่วมกันของไตรภาคี อาจกล่าวได้ว่าเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในท้องถิ่นเป็นเรื่องใหม่ของกรรมการ กสพ. ทุกคนรวมทั้งเรื่อง “สุขภาพ” ที่ภาคีส่วนท้องถิ่นและภาคีที่เป็นประชาคมผู้ทรงคุณวุฒิ ก็มีข้อจำกัดที่ขาดความรู้ความเข้าใจที่ดีพอ ดังนั้นการทำความเข้าใจในหลักการสำคัญทั้งสองเรื่องเป็นเรื่องเดียวกันเป็นเรื่องสำคัญ การพัฒนาความพร้อมของคณะกรรมการ กสพ. รวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้องที่คณะกรรมการได้จัดขึ้นอย่างต่อเนื่องในหัวข้อดังกล่าวข้างต้นนี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนาความรู้และการเรียนรู้ของทุกคนเป็นอย่างมาก หรืออาจกล่าวได้ว่าการเรียนรู้

ร่วมกันของไตรภาคีด้วยเป้าหมายร่วมกัน แต่มีความแตกต่างที่พื้นฐานและประสบการณ์ ซึ่งการดำเนินการก็ทำได้เป็นอย่างดี ดังคำกล่าวของ อบต.ผู้หนึ่งที่เข้าไปร่วมในกระบวนการเรียนรู้ว่า “เรื่องสาธารณสุขเราก็ต้องรับผิดชอบอยู่แล้วในอบต.แต่ก็ไม่ลงไปมากเพราะมีผู้รับผิดชอบอยู่แล้ว และเห็นว่าเป็นเรื่องที่ดีอยู่แล้ว ก็ดูแลห่างๆเข้ามาประชุม แล้วรู้ว่ามันเป็นเรื่องใหญ่กว่านั้นเยอะเกี่ยวข้องไปเสียทุกเรื่องทุกราว ดีใจที่ได้เข้ามาร่วมได้ประโยชน์เยอะ นำไปใช้กับเรื่องอื่นๆ ได้ด้วย.....เรื่องการกระจายอำนาจ เป็นเรื่องหลักขององค์กรท้องถิ่นอยู่แล้ว เราอยู่ได้ก็เพราะสิ่งนี้ ก็ต้องช่วยกันพัฒนา”

3) ความผูกพันกับฐานชุมชนคือความรู้สึกร่วมในการพัฒนา การเป็น คนภูเก็ทไม่ว่าด้วยการกำเนิดหรือการโยกย้ายเข้ามาภายหลังเพื่อเรียนหนังสือ/ทำงาน ทำให้ผู้ที่อยู่ในภูเก็ทมีความรู้สึกร่วมกันของการรักท้องถิ่น โดยเฉพาะผู้ที่เป็นคนท้องถิ่นแท้ๆ ที่เกิดในภูเก็ทจะมีสังคมของตนเอง ที่ผูกพันกันในฐานะเพื่อนร่วมรุ่นการศึกษา เพื่อนในชุมชน และเพื่อนร่วมท้องถิ่นภูเก็ทด้วย ความรู้สึกดังกล่าวนี้เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้แกนนำของชุมชนมีทัศนคติและท่าทีที่เปิดรับต่อผู้นำหรือแกนนำคนอื่น ๆ ดังตัวอย่างคำกล่าวของแกนนำประชาคมคนหนึ่งที่ได้พูดถึงเรื่องนี้ว่า “องค์กรท้องถิ่นก็คือราชการนั่นแหละทำเหมือนราชการไปหมด แต่ที่ภูเก็ทแตกต่างจากที่อื่นที่องค์กรท้องถิ่นมาลงข้างภาคประชาชนมากกว่าภาครัฐ ทำให้น้ำหนักของมันใกล้เคียงกัน เป็นการถ่วงกันเป็นอย่างดี....ประชาคมก็เลยเป็นมิตรกับองค์กรท้องถิ่น เราเข้าได้หมดคุยกันรู้เรื่อง ไล่เรียงไปเรื่อย ๆ ก็จะเจอรูจักกับใคร รุ่นไหน อยู่ที่ไหน....ภูเก็ทอาจเป็นเมืองเล็กเห็นๆ หนักันก็จำได้ใครทำดีไม่ดีก็รู้กันหมดปิดกันยาก ในอดีตชุมชนเราก็เข้มแข็งอยู่แล้ว มาเสียเอาตอนเศรษฐกิจบูมๆ นี่แหละ ต่างคนต่างทำเงินตัวเป็นเกลียว พอล่มจมก็หันหน้ามามองกัน คิดถึงวันเก่า ตอนนั้นก็เริ่มดีขึ้นเริ่มมีสภาพอากาศดีขึ้น ให้ชาวบ้านมาร่วมเสวนาสร้างสัมพันธ์กันตามเอกลักษณ์แบบเดิมๆ”

3. รูปแบบและสถานการณ์ กสพ. จังหวัดภูเก็ต

3.1 รูปแบบของกสพ.จังหวัดภูเก็ต “ไตรภาคี” เป็นรูปแบบของกสพ.จังหวัดที่กำหนดล่วงหน้ามาเรียบร้อยแล้วจากส่วนกลาง(กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งประกอบไปด้วยผู้แทนขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นทุกประเภททุกระดับ (เทศบาล อบจ. และอบต.) ผู้แทนจากประชาคมและผู้ทรงคุณวุฒิในจังหวัดนั้น (ผู้แทนกลุ่ม/องค์กรที่เป็นตัวแทนของประชาชน) และตัวแทนที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ในฐานะตัวแทนของวิชาชีพเฉพาะด้านสุขภาพ)โดยกำหนดให้ผู้แทนขององค์กรการบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นกลุ่มหลักของไตรภาคี (กำหนดให้เป็นประธานคณะกรรมการและมีจำนวนผู้แทนมากกว่ากลุ่มอื่นๆ อีกสองกลุ่ม)ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วยังไม่มีบุคคลและกลุ่มองค์กรใดมีความคิดเห็นแย้งต่อองค์ประกอบของ กสพ.ที่มาจากไตรภาคี เนื่องจากการเปิดโอกาสกับทุกกลุ่มในพื้นที่ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของตนเอง เหมือน

ดังเช่นคำกล่าวของนักการศึกษาผู้หนึ่งที่อยู่ในกระบวนการจัดตั้งกสพ.และเข้าร่วมในฐานะประชาคมคนหนึ่งได้กล่าวถึงเรื่องนี้ว่า “ตอนเป็นคณะกรรมการเราเชิญมาหมดเลย มากกว่าสามกลุ่มที่เข้ามาแล้ว รวมนักวิชาการ นักธุรกิจ และชาวบ้านทั่วไป แต่ทำไปทำมาก็หนีไม่พ้นคนที่เป็นตัวแทนของหน่วยงานที่รับผิดชอบนั้นแหละ เทศบาลและอบต. หนีไม่พ้นอยู่แล้วเพราะต้องรับผิดชอบต่อโดยตรง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็เหมือนกันต้องรับผิดชอบต่อหลักเหมือนกัน ส่วนตัวแทนประชาชนก็ต้องดึงเอากลุ่มที่ทำเรื่องสาธารณสุขอยู่แล้วเข้ามา ผมเองก็ต้องถอยออกไปเป็นผู้สนับสนุนดีกว่า เพราะไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรง ตัวเองก็เป็นประชาชนอยู่แล้วถ้าจะเข้าไปคงเข้าไปในกลุ่มนี้มากกว่า อย่างนี้นะดีแล้ว”

ประเด็นที่มีการพูดถึงและวิจารณ์รูปแบบ กสพ.จังหวัด ก็คือ “ประชาคม” ในเรื่องจำนวนผู้แทนที่มีจำนวนน้อยเกินไปและวิธีการได้มาของตัวแทนประชาคมที่ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก ซึ่งในที่ประชุมประชาคมจังหวัดครั้งหนึ่งได้พูดถึงประเด็นดังกล่าวนี้ และมีคำพูดในเชิงสรุปได้เป็นอย่างดีว่า “.....ประชาคมควรเป็นหลักพอๆ กับองค์กรท้องถิ่นนั้นแหละ ถ้าองค์กรท้องถิ่น เอาแต่พรรคพวก ทำงานแบบระบบราชการ ประชาชนก็แย่ ควรเอากลุ่มประชาคมไปถ่วงดุลและประสานการทำงานร่วมกัน เหมือนที่อาจารย์ประเวศน์พูดไว้เรื่องสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ควรให้โควตาประชาคมมากกว่าน้อยอย่างน้อยก็มากกว่าหรือเท่ากับองค์กรส่วนท้องถิ่น...” ในขณะที่ตัวแทนประชาคมอีกผู้หนึ่งกล่าวแย้งหลักการดังกล่าวโดยคำนึงถึงภาคปฏิบัติว่า “ก็ต้องเห็นใจเจ้าหน้าที่เขาเหมือนกัน ตอนนั้น (พ.ศ. 2544 ที่มีการจัดตั้งไตรภาคี) พวกเราก็กังขาไม่มีการรวมตัวกัน ต่างคนต่างทำ ตัวตนของประชาคมและเครือข่ายไม่รู้อยู่ตรงไหน เขาก็เลยเอารายชื่อประชาคมในทำเนียบของราชการ ซึ่งใช้มั่งไม่ใช้มั่งที่เป็นประชาคม ส่วนมากไม่ใช่เสียมากกว่า รายชื่อบางคนนี้ยังไม่รู้เลยว่าเป็นใคร บางคนก็พอรู้แน่ๆ ไม่ใช่ประชาคม อย่างอาจารย์ ก. (นามสมมติกรรมการ กสพ. ที่เป็นตัวแทนประชาคมคนหนึ่ง) ก็มีชื่อเข้าไปเป็นประชาคมเพราะเคยเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางารจัดขึ้น ชื่อเลยอยู่ในทำเนียบ...ถ้ามีการเลือกตั้งตอนนี้เชื่อว่าจะเอาประชาคมกี่คนก็ได้ และได้คนที่ทำงานประชาคมจริงๆ ที่อยู่กับพื้นที่ของตนเอง เรามีของจริงโชว์ได้ ทำงานได้”

สำหรับตำแหน่งประธานคณะกรรมการกสพ.จังหวัดที่กำหนดให้เป็นผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ไม่มีใครปฏิเสธการทำหน้าที่ของนายกเทศมนตรีเมืองภูเก็ตที่ได้รับเลือกเป็นประธาน กสพ.ของภูเก็ต เพราะทุกคนทราบว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและมีบารมีมากพอที่จะเป็นผู้นำเรื่องดังกล่าวได้เป็นอย่างดี จากผลงานที่เป็นนายกเทศมนตรีเมืองภูเก็ตมานานนับสิบปีและเป็นคนท้องถิ่นที่มีการเคารพนับถือเป็นพี่น้องกับคนในชุมชน กลุ่มประชาคมมักเรียกชื่อเล่นของนายกเทศมนตรีว่า “โกหยวน” ซึ่งเป็นการให้ความเคารพและให้เกียรติกันในฐานะรຸນຟີ อย่างไรก็ตามก็มีประเด็นที่ถกเถียงกันบ้างในเชิงหลักการ ที่มีคนจำนวนหนึ่งเห็นว่าไม่สมควรกำหนดว่าใครควรเป็นประธาน อาจเป็นตัวแทนขององค์กรส่วนท้องถิ่น ประชาคม หรือผู้ทรงคุณวุฒิก็ได้(ทุกคนเห็นพ้องว่าตัวแทนสาธารณสุข

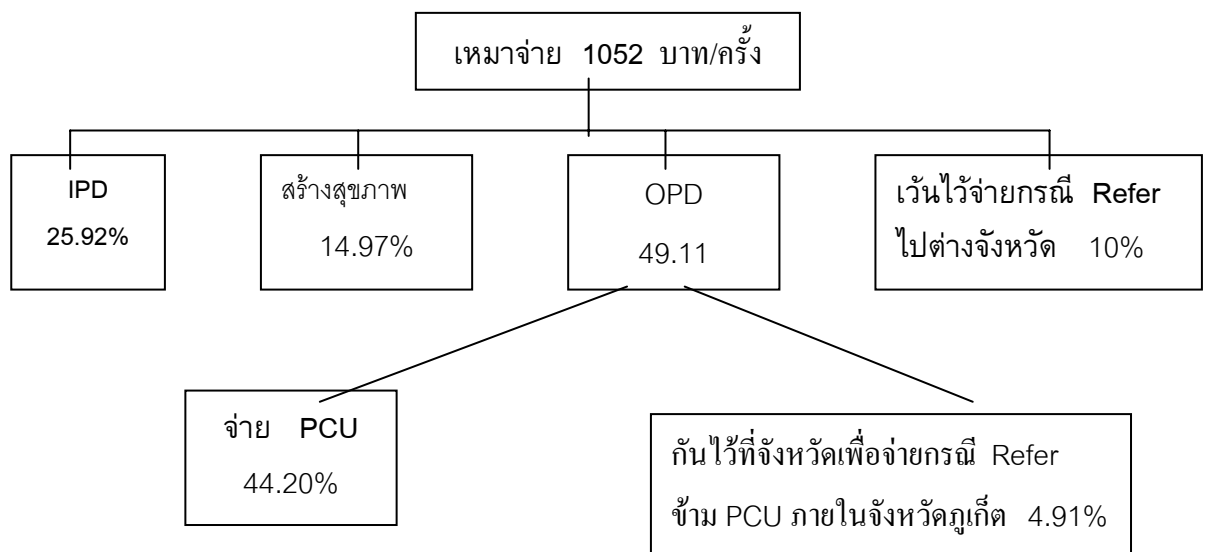
ไม่ควรเป็นประธาน) โดยให้ที่ประชุมเลือกจากผู้ที่มีความพร้อมมากที่สุดเป็นประธาน ซึ่งวิธีการดังกล่าวน่าจะมีความเหมาะสมมากกว่า ในกรณีของภูเก็ตนั้นถ้าทำตามวิธีการดังกล่าวก็มีความเชื่อว่าโกหยวนก็จะได้รับการเลือกเหมือนกัน ซึ่งก็น่าจะถูกต้องและมีความภาคภูมิใจมากกว่าด้วย ดังคำกล่าวของประชาคมคนหนึ่งที่ว่า “...เราไม่ติดใจโกหยวนหรือ ให้เลือกก็ได้แก่คงได้เป็นอยู่นั้นแหละ แต่ถ้าไม่ได้โกหยวนละ ยุ่งทั้งเมืองกันนะ ยิ่งตอนนี้การเมืองมีการแบ่งขั้วกันมาก ความขัดแย้งมีสูงมาก ก็จะทำงานลำบากขึ้น เพราะแต่ละคนมีสังกัดกันหมด บางทีเราต้องเอาคนกลางๆ ที่ไม่มีสังกัดพรรคมาเป็นเพื่อประสานประโยชน์ทุกกลุ่มได้”

3.2 การเตรียมคน งาน และเงิน คณะทำงาน กสพ. ภูเก็ตได้แสดงให้เห็นถึงความตั้งใจจริงในการพัฒนา กสพ.จังหวัดภูเก็ตให้เป็นไปตามหลักการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ด้วยการพัฒนาการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ทั้งเรื่องการเตรียมคน เตรียมงาน และเตรียมเงิน ตามกรอบหน้าที่และความรับผิดชอบที่มีอำนาจเต็มในการกำหนดวิธีคิดและวิธีทำงานของตนเอง (ก่อนที่จะได้รับคำสั่งยกเลิกให้ กสพ.จังหวัดเป็นเพียงคณะที่ปรึกษาของ สสจ.เท่านั้น) ตามรายละเอียดกิจกรรมที่กล่าวไว้แล้วในหัวข้อที่ 2 เรื่องการสร้างความร่วมมือและการพัฒนา กสพ. ซึ่งกล่าวโดยสรุปถึงความหมายและคุณค่าของการกระทำกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวได้ว่า การเตรียมคน คือการสร้างฐานความรู้ความเข้าใจในหลักการและกลยุทธ์ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ให้กับท้องถิ่นและประชาชน ซึ่งกรรมการแต่ละท่านรวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำเป็นต้องมีความเข้าใจร่วมกันและยอมรับในความสำคัญ เพราะเป็นพลังผลักดันสำคัญที่ทำให้เกิดความคิดและการกระทำเชิงสร้างสรรค์ต่อไปได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การเตรียมคนยังหมายถึงการเตรียมความพร้อมในการทำงานเป็นทีมงานในไตรภาคีที่เป็นเรื่องใหม่ของคนด้วย ซึ่งรูปแบบและผลการดำเนินงานก็เป็นไปด้วยดี ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้หนึ่งที่พูดถึงกระบวนการดังกล่าวนี้ว่า “...แต่ละคนก็รู้กันกว้างๆ ว่าการกระจายอำนาจมันน่าจะดี แต่จะดีแค่ไหน ดียังไง คงไม่มีใครตอบได้ ยิ่งมาประยุกต์เรื่องสาธารณสุขก็ยุ่งๆ กันอยู่แม้แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็เถอะ การจัดประชุมหลายๆ ครั้งเป็นเรื่องที่ดีมาก เป็นเหมือนการทบทวนบทเรียนและต่อยอดความสำคัญ ทุกคนก็ได้รับประโยชน์ เราเริ่มต้นดีแล้ว นี่หากกระทรวงฯไม่พลิกนโยบาย ภูเก็ตไปได้สวยเป็นแบบตัวอย่างได้แน่นอน” ส่วน การเตรียมงาน นั้นอาจกล่าวได้ว่าเป็นลักษณะเด่นของ กสพ.จังหวัดภูเก็ต ที่ทำอย่างเป็นระบบ เริ่มต้นจากการเรียนถึงปัญหาสุขภาพที่เป็นสถานการณ์จริงควบคู่กับการเรียนรู้ในเชิงแนวคิดและทฤษฎี ด้วยการเรียนรู้จากของจริงที่กรรมการลงไปสัมผัสกับปัญหาสุขภาพและระบบบริการสุขภาพระดับต่างๆ หลังจากนั้นจึงนำไปสู่การกำหนดนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ และกลยุทธ์การดำเนินงาน ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้ส่วนใหญ่คณะกรรมการ กสพ.จังหวัดภูเก็ตเป็นผู้จัดขึ้นเองในพื้นที่ อีกส่วนหนึ่งสพกส.จากส่วนกลางเป็นผู้จัดเสริมให้เป็นระยะๆ นอกจากนี้ยังมีการเตรียมการพัฒนา CUP และ PCU เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการด้วย โดยเฉพาะการเพิ่มความสามารถของ PCU ที่

กำหนดให้มีแพทย์ไปให้บริการเป็นประจำพร้อมทั้งมีแผนการทำ PCU ให้เป็นคลินิกที่พิเศษ ให้บริการแก่ผู้ป่วยเฉพาะโรคที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน

สำหรับ การเตรียมเรื่องเงิน ที่ใช้ในการบริหารจัดการของ กสพ. จังหวัดภูเก็ตนั้น ตั้งอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดในการบูรณาการโครงการ 3 เรื่องเข้าด้วยกัน คือ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค(เป็นแหล่งและเงื่อนไขสำคัญทางการเงินและทรัพยากร)การปฏิรูประบบสุขภาพ (เป็นการเน้นการสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ) และการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่น (เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ) ซึ่งในการเตรียมเรื่องเงินนั้นเป้าหมายหลักอยู่ที่การบริหารเงินในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และการมุ่งเน้นการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขในPCUเพื่อสร้างความพร้อมในการให้บริการสุขภาพตามแนวคิดบูรณาการทั้ง 3 โครงการดังกล่าว

ตัวอย่างการเตรียมการเรื่องเงินในการจัดสรรเงินงบประมาณตามโครงการ 30 บาท ที่ พญ.ทัศนี เอกวานิช ในฐานะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการกสพ.จังหวัดภูเก็ต ได้รายงานไว้ ดังนี้



หมายเหตุ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองภูเก็ตควรได้รับ=14.97%+44.20%=59.17 % แต่ที่ผ่านมา สสจ.ได้จัดสรรให้ 3 CUP โดยการ Weight น้ำหนักตามการจัดสรรเงินในงบบัตรสุขภาพ 500 บาท จากนั้นให้ CUP จัดสรรกันเอง

ตัวอย่างแผนการพัฒนากิจการจัดเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2545-2549)

CUP	PCU 2545	PCU 2546	PCU 2547	PCU 2548	PCU 2549
เมือง	9 PCU 3 Sub	10 PCU 4 Sub	10PCU 4 Sub	10PCU 4 Sub	10 PCU 4 Sub
กลาง	2 PCU 1 Sub	6 PCU 5 Sub	6 PCU 5 Sub	6 PCU 5 Sub	6 PCU 5 Sub
กะทู้	3 PCU	3 PCU	3 PCU	3 PCU	3 PCU

จากแผนภูมิแสดงตารางดังกล่าวข้างต้นนี้แม้ว่าในทางปฏิบัติในปัจจุบันได้มีการปรับเปลี่ยนไปแล้ว อันเนื่องจากกสพ.จังหวัดภูเก็ตได้ถูกยกเลิกไปโดยปริยายหลังจากการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ แต่ข้อมูลดังกล่าวนี้เป็นภาพสะท้อนแนวคิดและความพยายามของกสพ.จังหวัดภูเก็ต ที่จะคิดและทำเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพให้เอื้อประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด และเป็นไปตามสภาพที่เป็นเงื่อนไขกำหนดด้วย

3.3 การวิเคราะห์และประเมินความพร้อมของกสพ.จังหวัดภูเก็ต จากการประชุมโครงการพัฒนาศักยภาพวิทยากรกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สพกส. จัดขึ้นที่กรุงเทพมหานคร วันที่ 2-3 เมษายน 2545 เพื่อให้ตัวแทนกสพ. จังหวัดนาร่อง 5 จังหวัด ได้มาประชุมร่วมกัน (ภูเก็ต,สงขลา,นครราชสีมา,มหาสารคาม,และแพร่) ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมจากจังหวัดภูเก็ตมี 13 คน เป็นกรรมการกสพ.จังหวัดภูเก็ต 5 คน ผู้ประสานงาน กสพ.จังหวัดภูเก็ต 3 คน วิทยากรกระบวนการ 2 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสสจ. 3 คน ซึ่งที่ประชุมได้ร่วมกันวิเคราะห์และประเมินโครงสร้าง กสพ.จังหวัดภูเก็ต ด้วยการทำให้ SWOT analysis สรุปกลยุทธ์และกลวิธีหลักการดำเนินงาน และแนวคิดการพัฒนาศักยภาพ กสพ.จังหวัดภูเก็ต โดยมีข้อสรุปดังนี้

ก. SWOT ของ กสพ. จังหวัดภูเก็ต

	จุดแข็ง	จุดอ่อน
1. ด้านคน	- องค์กรปกครองท้องถิ่นเห็นความสำคัญ - ตัวแทนภาคประชาคมมีความเข้มแข็ง - มีการดึงองค์กรภายนอกมาช่วยสนับสนุนด้านวิชาการ เช่น องค์กรGTZจากประเทศเยอรมัน	- ประชาชนยังมีส่วนร่วมน้อย - อบต.ยังมีส่วนร่วมน้อย
2. ด้านเงิน	- เทศบาลสนับสนุนเรื่องสำนักงานกสพ. และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอาหารว่างในการประชุม - อบจ.ให้การสนับสนุนงบประมาณที่มสร้างสุขภาพ	- งบ 10 % ของ 30บาท ที่ต้องกันให้ กสพ. จ.ภูเก็ต ยังไม่ได้รับจัดสรรจาก สสจ.ภูเก็ต

ปัจจัยภายนอก	โอกาส	ภาวะคุกคาม
3. ด้านการบริหารจัดการ	- มีความยืดหยุ่น มีการปรับโครงสร้างกสพ. จ.ภูเก็ตตามความเหมาะสม เช่น มีตัวแทน ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ใน กสพ. - อบจ. เทศบาลเข้มแข็ง - มีแผนกระจายอำนาจ 10 ปี	- ถูกครอบงำโดยระบบราชการ - กสพ.ภูเก็ตได้ลดบทบาทหลัง เปลี่ยนเป็น “ที่ปรึกษา” - การเมืองใน อบต. หนึ่ง มีการเปลี่ยนตัวผู้บริหาร ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง - นโยบายส่วนกลาง เรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และ กสพ. ยังไม่ชัดเจน - มีประชากรแฝงและแรงงานต่างชาตินใน จ. ภูเก็ตมาก

ข. ยุทธศาสตร์และกลวิธีของ กสพ. จังหวัดภูเก็ต

ยุทธศาสตร์	กลวิธี
1. เสริมสร้างข่ายพหุภาคีและความร่วมมือด้านสุขภาพ	- จัดวิทยุชุมชน - หาแนวร่วมเพื่อช่วยประชาสัมพันธ์กิจกรรม - จัดเวทีชาวบ้าน - ค้นหาผู้นำชุมชน (ตามธรรมชาติ)
2. สร้างวิทยากรกระบวนการ	- สรรหาวิทยากรกระบวนการ - กำหนดหลักสูตรสร้างองค์ความรู้ - พัฒนาศักยภาพของวิทยากรกระบวนการ - ขยายเครือข่ายสุขภาพ
3. พัฒนาศักยภาพ ความเข้มแข็งและเตรียมความพร้อมของข่ายพหุภาคี	- เสริมองค์ความรู้ด้านสุขภาพแก่กสพ. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะ อบต., ประชาคม และเครือข่ายสุขภาพ โดยใช้เทคนิคที่หลากหลาย เช่น เรียนรู้จากปัญหาจริง และทัศนศึกษาดูงาน - ให้อุคคณภยนอกประเมิณผลการปฏิบัติงานของ กสพ.

ค. การพัฒนาศักยภาพของ กสพ. จังหวัดภูเก็ต

- ดำเนินงาน
- 1.สร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน
 - 2.สร้างพันธกิจร่วมกัน
 - 3.กำหนดประเด็นปัญหา
 - 4.จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

5.ทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ

6.ประเมินผลการปฏิบัติงาน

ด้านคน	1. สร้างเสริมความรู้อย่างต่อเนื่อง :ประชุม,อบรม,สัมมนา,ศึกษาดูงาน เรียนจากปัญหาสุขภาพในจังหวัดภูเก็ต 2. ปรับเจตคติด้านสุขภาพ : เน้นการสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ (รักษาพยาบาล) 3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของ กสพ. เพื่อเป็นผู้นำด้าน สุขภาพ เช่น เป็นผู้นำการออกกำลังกาย และลด ละ เลิกสูบบุหรี่
ด้านเงินทุน	1. จัดหางบประมาณจากส่วนกลาง (จากงบ 30 บาท) 2. ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ เช่น เบี้ยประชุม
ด้านการบริหารจัดการ	1. มีสำนักงาน กสพ.พร้อมยานพาหนะ อุปกรณ์สำนักงาน โดยมี เลขากสพ.ประจำอยู่ที่สำนักงานกสพ.

ง. ประชาสัมพันธ์ข่าวสาร

โดยกระบวนการพัฒนาศักยภาพ กสพ.ดังกล่าวนี้มีเคล็ดลับการทำงานให้ได้ผล ดังนี้คือ

“คิดให้ชัด → มีกระบวนการที่ดี + ต่อเนื่อง → ลงมือทำ →ปรับแก้”

การวิเคราะห์ตนเองของกรรมการ กสพ.จังหวัดภูเก็ต และบุคคลที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นการยืนยันข้อสรุปถึงแนวคิดและความพร้อมของ กสพ.จังหวัดภูเก็ต ที่มีอยู่ในภาวะที่มีศักยภาพในการพัฒนา มีความต้องการและพร้อมในการพัฒนา พร้อมทั้งมีประเด็นต้องปรับปรุงและพัฒนาต่อไป ถ้าคณะกรรมการกสพ.มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพเชื่อว่า กสพ.จังหวัดภูเก็ต จะเป็นรูปแบบที่ควรเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี

4. บทสรุปและบทเรียนจาก กสพ.จังหวัดภูเก็ต : การเริ่มต้นและสิ้นสุด

4.1 ท้องถิ่นมีความพร้อมที่จะรับผิดชอบ ความพร้อมของท้องถิ่นในที่นี้หมายถึง การที่องค์กรท้องถิ่น ประชาคม และผู้ทรงคุณวุฒิประจำท้องถิ่นได้แสดงให้เห็นศักยภาพและความต้องการที่จะรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ของตนเอง รวมทั้งความสามารถในการทำงานเป็นทีมงานของไตรภาคีได้ วัฏกรรมของกิจกรรมและกระบวนการ

ดำเนินงานที่เริ่มต้นหลังจากมีนโยบายจากส่วนกลางให้ปฏิบัติเรื่องนี้ในท้องถิ่น แต่ยังไม่มีการสั่งการอย่างเป็นทางการ คณะทำงานที่จำลองมาจากรูปแบบ กสพ. ได้เริ่มต้นการทำงานทันทีเป็นข้อมูลที่ยืนยันข้อสรุปดังกล่าวได้เป็นอย่างดี ประกอบกับเมื่อมีการจัดตั้งกสพ. จังหวัดภูเก็ตอย่างเป็นทางการก็มีกิจกรรมต่อเนื่องและมีความสม่ำเสมอในการพัฒนาคน พัฒนางาน และพัฒนาเงินหรือทรัพยากรเพื่อให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เริ่มหยุดนิ่งและถดถอยเมื่อกระทรวงสาธารณสุขสั่งการให้เปลี่ยนบทบาทของ กสพ.จังหวัดภูเก็ต เป็นเพียงคณะที่ปรึกษาเท่านั้น อย่างไรก็ตามแม้ว่าต้องเผชิญกับภาวะการณดังกล่าว ทีมงาน กสพ. จังหวัดภูเก็ต ก็ยังคาดหวังในทางที่ดีว่าโอกาสดีเช่นเดิมอาจกลับคืนมาได้ ดังเช่นคำกล่าวของประธาน กสพ. จังหวัดภูเก็ต ที่ว่า “...การปรับเปลี่ยนให้ กสพ.มีหน้าที่เป็นเพียงที่ปรึกษาของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แต่ก็ไม่ท้อใจ เราพยายามแสดงศักยภาพของเราว่าเราพร้อมที่จะรับการถ่ายโอนกระจายอำนาจด้านสุขภาพลงสู่พื้นที่...การสร้างสุขภาพโดยใช้กสพ.เป็นหลักร่วมกับไตรภาคีทำการสร้างสุขภาพเป็นหลักใหญ่ ก็จะลดงบประมาณของประเทศ เรื่องซ่อมสุขภาพมาทีหลัง...” ในขณะที่ตัวแทนประชาคมผู้หนึ่งที่เป็นกรรมการกสพ.กล่าวถึงเรื่องนี้ในทำนองเดียวกันว่า“...กำลังสนุกอยู่ทีเดียว ทำงานเข้าหากันดีได้เรียนรู้เยอะแยะ คิดว่าจะไปได้ดีอยู่แล้วนะ กระทรวงฯ มาสั่งการแบบนี้ทำให้เสียความรู้สึกคนทำงานมาก...ก็เข้าใจอยู่หรือกว่าเป็นประเด็นอ่อนไหวทางการเมือง รัฐบาลเขาอยากให้เห็นเรื่องโครงการ 30 บาท เรื่องอื่นๆ ก็ต้องพักไว้ก่อน...เรื่องการกระจายอำนาจก็เป็นประเด็นอ่อนไหวมากเหมือนกัน ก็เข้าใจได้เหมือนกันแหละ แต่รับไม่ค่อยได้ ทำแบบนี้แล้วเมื่อไรท้องถิ่นจะโตสักที...”

สำหรับประเด็นเรื่องความไม่รู้เรื่องสุขภาพของภาคีต่างๆ ที่เข้าร่วมในกระบวนการนั้นนอกจากกล่าวได้ว่าเป็นเพียงข้อจำกัดเบื้องต้นเท่านั้นมิใช่เป็นเรื่องที่ขาดความพร้อมของบุคคล ในทางตรงข้ามกิจกรรมและกระบวนการต่างๆ ที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากรและเตรียมงานนั้นได้พิสูจน์ให้เห็นว่าคนที่ไม่มีพื้นฐานความรู้เรื่องสุขภาพมาก่อนสามารถเรียนรู้เรื่องสุขภาพได้ดีและทำหน้าที่เป็นผู้นำที่จะรับผิดชอบเรื่องนี้ได้ด้วย

4.2 ความจริงจังและประนีประนอมคือท่าทีสำคัญของท้องถิ่น การประนีประนอมเป็นท่าทีที่สำคัญของภาคีส่วนท้องถิ่นที่มีปฏิริยาต่อนโยบายการพัฒนาระบบ กสพ.จังหวัดขึ้นจากส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งส่วนกลางได้ปรับเปลี่ยนนโยบายของตนเองจากการให้อำนาจแก่ท้องถิ่นเป็นการยกเลิกอำนาจและให้กระจายอำนาจเดิมด้านสุขภาพแก่ระบบราชการท้องถิ่นตามเดิม ซึ่งท่าทีที่สงบเงียบและไม่มีปฏิริยาโต้ตอบแต่อย่างใดนี้อาจจะเป็นเรื่องที่ดีของสังคมที่ทำให้ปัญหาหลายอย่างลดความรุนแรงลง แต่พิจารณาอีกด้านหนึ่งนั้นเป็นเสมือนการชะลอปัญหาให้เนิ่นนานออกไป และอาจเป็นการแสดงให้เห็นจุดอ่อนของท้องถิ่นที่ยังอ่อนแอและไม่อาจต้านกระแสจากส่วนกลางที่ได้รวมศูนย์อำนาจมาโดยตลอด ซึ่งในประเด็นดังกล่าวนี้ อบต. ผู้หนึ่งที่เป็นกรรมการกสพ.จังหวัดภูเก็ต ได้กล่าวไว้อย่าง

น่าสนใจถึงแนวคิดและท่าทีต่อเรื่องนี้ว่า “...ใครบ้างจะไม่รู้สึกไม่คิดว่าส่วนกลางยังห่วงอำนาจ ยังไม่พร้อมมอบอำนาจให้ท้องถิ่นหรือ... เรายังไม่พร้อมจะโต้แย้งเพราะรู้ว่าโต้ไปแย้งไปก็ไม่เป็นผล เราไม่มีอำนาจใดๆ ไปต่อรอง กฎหมายการกระจายอำนาจมีจริง แต่ยังให้เวลากับรัฐบาลว่าจะจัดสรรอำนาจลงไปท้องถิ่นเมื่อไรและจะอย่างไร....เราจะไปประท้วงก็ไม่ใช่ผลหรือ เรื่องนี้เจียบๆไปก็คงเป็นเพราะท้องถิ่นยังไม่คุ้นเคยด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่เขาก็ทำได้ดีอยู่แล้ว ก็เลยยังพอรอดได้...” ในขณะที่ตัวแทนประชาคมอีกผู้หนึ่งกล่าวถึงเรื่องนี้อีกแง่มุมหนึ่งว่า “...จะทำอะไรต้องระวัง อย่าให้เขา (รัฐบาล) มองว่าเป็นเรื่องการเมือง โดยเฉพาะเป็นการเมืองของฝ่ายค้าน ยิ่งเป็นภาคใต้เขายังเห็นเป็นประชาธิปไตยอยู่ก็จะยุ่งไปใหญ่ เราเป็นประชาคมต้องพยายามไม่ฝักใฝ่หรือติดใจหรือว่าเป็นคนของพรรคใด ประชาคมต้องเป็นคนของประชาชนของท้องถิ่น ทำแบบนี้เราเข้าได้ทุกๆ พรรค... เรื่องสุขภาพยังพอรอดได้ ระบบก็ยังดีอยู่ จะคอยอีกหน่อยคงไม่เสียหายอะไร ยังมีอะไรทำอีกเยอะ...ประชาคมยังต้องอาศัยเวลาพัฒนาตนเอง”

สำหรับเรื่องความจริงจังของท้องถิ่นนั้น การแสดงให้เห็นถึงความพร้อมในการรับงานและความรับผิดชอบที่กล่าวมาแล้วในหัวข้อที่ผ่านมา นั้น ได้สะท้อนให้เห็นความจริงจังของการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะความจริงจังที่จะเรียนรู้เรื่องที่ไม่คุ้นเคย (เรื่องสุขภาพ) และการทำงานร่วมกับคนอื่นที่อยู่คนละกลุ่ม คนละสายงาน ซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมานั้นอาจกล่าวได้ว่าที่มงานกสพ. จังหวัดภูเก็ต และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ร่วมเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้เป็นอย่างดี และไม่มีข้อขัดแย้งหรืออุปสรรคสำคัญแต่อย่างใด ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้หนึ่งที่ว่า “...เขาเรียนรู้กันได้ไวนะ เอาจริงเอาจังกันมาก ตอนเริ่มต้นใหม่ ๆ ก็ยังไม่คิดเหมือนกันว่าจะออกมาอย่างไร เพราะแต่ละคนไม่ค่อยรู้เรื่องสุขภาพเท่าไร แต่ทำไปทำมาเขาก็จัดการได้นะ ทำเป็นขั้นเป็นตอน...เราสาธารณสุขก็ได้เรียนรู้ไปด้วย”

4.3 ประชาคมดีในหลักการแต่อ่อนในการปฏิบัติ การที่สพท.กำหนดให้มิประชาคม และผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่นร่วมกันเป็นกสพ.จังหวัดนั้น เป็นเพราะความเชื่อว่าประชาคมเป็นกลุ่มตัวแทนที่เป็นของชุมชนและประชาชนอย่างแท้จริง ซึ่งในหลักการทางวิชาการหรือทฤษฎีนั้นเป็นที่ยอมรับจนได้รับการกำหนดให้เป็นกลยุทธ์หลักของการพัฒนาตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับปัจจุบัน และหน่วยราชการต่างๆต่างนำแนวคิดนี้ไปปฏิบัติพร้อมมีการจัดตั้งประชาคมในพื้นที่ต่างๆขึ้น ซึ่งในการนำไปปฏิบัติจริง อาจขัดแย้งกับความหมายและคุณค่าที่แท้จริงของประชาชนและประชาคมได้ เพราะประชาคมที่เป็นพลังทางการเมืองของประชาชนนั้นเป็นกลุ่มหรือองค์กรที่ประชาชนควรจัดตั้งขึ้นมาเอง ด้วยพื้นฐานความคิดและความต้องการเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันมาร่วมกันคิดและทำในเรื่องที่เป็นประโยชน์สาธารณะ มิใช่เป็นผลประโยชน์แอบแฝงที่เป็นของตนเองและหรือของกลุ่มเป็นการเฉพาะ ดังนั้นเมื่อกสพ.มีการกำหนดให้ตัวแทนประชาคมเข้าร่วมเป็นกรรมการด้วยจึงได้รับการยอมรับกันทั่วไป แต่ในทางปฏิบัตินั้นพบว่ามีปัญหาในการค้นหาและคัดเลือกตัวแทนของประชาคมที่แท้จริง ดังได้กล่าวแล้วในกระบวนการจัดตั้งกสพ. ที่ตัวแทนประชาคมได้รับการ

คัดเลือกมาจากรายชื่อที่หน่วยงานราชการเก็บรวบรวมและหรือจัดตั้งเอาไว้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความหมายแตกต่างจากประชาคมในความหมายที่กล่าวมาแล้ว อย่างไรก็ตามในข้อเท็จจริงแล้วต้องยอมรับว่า “**ประชาคม**” ที่แท้จริงยังเป็นเรื่องยากที่จะพิจารณา เพราะขณะการจัดตั้งกสพ. นั้นประชาคมต่างๆที่มีอยู่มิได้รวมตัวกันเป็น “**เครือข่าย**” ต่างกลุ่มต่างทำบนพื้นฐานของชุมชนและปัญหาของตนเอง และไม่มีการประกาศตัวเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ทราบ แต่ปัจจุบันประชาคมหลายกลุ่มรู้จักกันมากขึ้นและได้รวมตัวกันเครือข่าย เช่น กลุ่มประชาคมที่มาร่วมกันทำงานในโครงการชีวิตสาธารณะ-ท้องถิ่นน่าอยู่ ซึ่งเป็นโครงการได้รับเงินสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพหรือสสส. ทำให้กลุ่มดังกล่าวอยู่ในฐานะที่เป็นกลุ่มเครือข่ายหนึ่งที่จะพัฒนาและขยายฐานประชาคมและเครือข่ายต่อไปได้อย่างดี และแน่นอนที่สุดหากมีการจัดตั้งกสพ. จังหวัดขึ้นอีกในปัจจุบัน เชื่อว่ากระบวนการคัดเลือกตัวแทนประชาคมจะมีความหมายและคุณค่ามากกว่าอดีตที่ผ่านมา

4.4 **อบต. จำเป็นต้องเสริมการพัฒนาและเรียนรู้** อบต. เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเล็กสุดที่มีขอบเขตของงานและพื้นที่ดูแลแตกต่างจากเทศบาลและอบจ. ซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีโครงสร้างองค์กรขนาดใหญ่และมีขอบเขตการดูแลและรับผิดชอบเรื่องสุขภาพอย่างเป็นกิจลักษณะ เช่น เทศบาลมีกองสาธารณสุขเป็นหน่วยงานดูแลเรื่องสุขภาพของประชาชนในเทศบาล และ อบจ. มีคณะทำงานที่รับผิดชอบภาพรวมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ทั้งจังหวัด ในขณะที่อบต. ก่อนข้างมีข้อจำกัดต่อแนวคิดและวิธีปฏิบัติเรื่องสุขภาพโดยเฉพาะอบต. ขนาดเล็ก (อบต. ชั้น 4-5) ที่ขาดทั้งบุคลากรและเงิน รวมทั้งภาระงานในเรื่องสุขภาพด้วย แนวคิดของ อบต. ทั่วไปจึงมีความรู้สึกว่าเป็นเรื่องที่ไกลตัวจากความสนใจและความสามารถของตนเองไปมาก และเห็นว่าภาระงานดังกล่าวเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันก็มีระบบงานสุขภาพที่ดีอยู่แล้วในชุมชน ดังคำกล่าวของ อบต. ผู้หนึ่งที่ว่า “...หมอเขารับผิดชอบดีอยู่แล้ว มีอะไรก็มาบอกกัน ก็ต้องช่วยอยู่แล้วเพราะเป็นเรื่องจำเป็นของชาวบ้านเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วยนี้....งบประมาณก็ต้องจัดสรรกันไปเท่าที่มี มีเรื่องต้องจ่ายเยอะนี้แค่จ้างพนักงานของ อบต. ก็หมดไปเยอะแล้ว ไม่เหมือน อบต. ขนาดใหญ่ที่เงินเขาเยอะ จะทำอะไรตัดสินใจยังงี้ก็ทำได้ง่าย ไม่ต้องคิดหน้าคิดหลัง”

การเสริมการพัฒนาและการเรียนรู้ของอบต. ต่อเรื่องสุขภาพจึงเป็นความจำเป็นและควรทำอย่างจริงจังและเร่งด่วน และมีข้อสังเกตว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอยู่ 3 หน่วยงาน คือ อบจ. เทศบาลและ อบต. นั้น เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มาจากการเลือกตั้งเป็นตัวแทนของประชาชนในพื้นที่เหมือนกันนั้น ควรคิดและทำในเรื่องสุขภาพที่ประสานงานและเชื่อมโยงกันในเรื่องสุขภาพให้เป็นเรื่องเดียวกันทั้งเป้าหมาย กลยุทธ์ กระบวนการและพื้นที่เป้าหมาย ความแตกต่างที่อยู่ข้างควรอยู่ที่วิธีปฏิบัติที่ต้องปรับให้เหมาะสมกับสภาพและปัญหาของพื้นที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง ซึ่งกสพ. จังหวัดน่าจะเป็นองค์กรหลักในการสร้างเงื่อนไขและพัฒนากระบวนการเรียนรู้และการทำงานในลักษณะดังกล่าวได้เป็นอย่างดี

บทที่ 5

สถานการณ์และความพร้อมของไตรภาคี กสพ.

บทนี้เป็นข้อมูลเสริมในการชี้ให้เห็นว่าไตรภาคีที่เป็นองค์ประกอบหลักของ กสพ. โดยภาพรวมแล้วมีความพร้อมมากน้อยเพียงใดต่อการดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับจังหวัด และได้ศึกษาเชิงปริมาณด้วยการสำรวจบุคลากรสามฝ่ายของไตรภาคีคือกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนของกลุ่มประชาคมและประชาชนทั่วไปจากพื้นที่ 3 จังหวัดที่เป็นพื้นที่ปฏิบัติการนำร่องการพัฒนาระบบการกระจายอำนาจตามรูปแบบกสพ. โดยชี้ให้เห็นถึงสภาพและเงื่อนไขการมีส่วนร่วมของกลุ่มต่างๆในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และความคิดเห็นต่อแนวคิดและระบบการดำเนินการด้านการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจในสถานการณ์ปัจจุบันว่าการพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพต้องเผชิญกับปัญหาบุคลากรเรื่องอะไรบ้างและอย่างไร และเมื่อพิจารณาประกอบกับบทเรียนจาก กสพ. จังหวัดภูเก็ตที่ได้วิเคราะห์และประเมินไว้แล้วในบทที่ 3 และบทที่ 4 ย่อมนำไปสู่แนวคิดและข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในอนาคตได้ ซึ่งจะเป็นประเด็นเสนอในบทต่อไป

1. ลักษณะประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างรวม 427 คน ได้มาจากบุคลากร 3 กลุ่มคือ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับจังหวัด กลุ่มเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ. อบต. และเทศบาล) และตัวแทนจากกลุ่มประชาคมและประชาชนทั่วไปจำนวน 182, 157 และ 88 คน ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ได้มาจาก 3 จังหวัดที่เป็นพื้นที่นำร่องการปฏิบัติการ กสพ. ในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมาคือ จังหวัดภูเก็ต สงขลา และอยุธยาในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันมากนัก เมื่อพิจารณาในรายละเอียดลักษณะประชากรและสังคมของตัวอย่างพบว่า เป็นชายและหญิงในสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยเป็นผู้หญิงร้อยละ 55.3 ส่วนอายุของกลุ่มตัวอย่างนั้นมีการกระจายอยู่ในช่วงอายุต่างๆ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.2) จะอยู่ในช่วงอายุ 20-50 ปี และกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 60.5) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ที่เหลือเป็นกลุ่มที่จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 26.4 และ 13.1 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มต่างๆ เหล่านี้มีประสบการณ์การทำงานมานานแตกต่างกันและส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.3) มีประสบการณ์การทำงานในบทบาทหน้าที่ปัจจุบันมากกว่า 5 ปี และมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน กล่าวคือประมาณร้อยละ 41.8 เป็นเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ที่เหลือเป็นนักวิชาการ ผู้บริหาร กรรมการกลุ่มและประชาชนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 19.7, 16.9, 10.0 และ 11.6 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 ลักษณะประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
จังหวัด		
ภูเก็ต	181	42.4
อยุธยา	154	36.1
สงขลา	92	21.5
รวม	427	100.0
เพศ		
ชาย	191	44.7
หญิง	236	55.3
รวม	427	100.0
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	3	.7
20 – 30 ปี	95	22.4
31 – 40 ปี	147	34.7

41 – 50 ปี	136	32.1
51 – 60 ปี	34	8.0
61 ปี และมากกว่า	9	2.1
รวม	424	100.0
การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	111	26.4
ปริญญาตรี	254	60.5
สูงกว่าปริญญาตรี	55	13.1
รวม	420	100.0
ตำแหน่งหน้าที่		
เจ้าหน้าที่	176	41.8
นักวิชาการ	83	19.7
กรรมการองค์กรประชาชน	42	10.0
ผู้บริหารกลุ่ม / องค์กร	71	16.9
ประชาชน	49	11.6
รวม	421	100.0

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในหน้าที่		
1 – 5 ปี	146	38.7
6 – 15 ปี	78	20.7
11 – 15 ปี	42	11.1
16 ปี และมากกว่า	111	29.4
รวม	377	100.0
หน่วยงานสังกัด		
สาธารณสุข	182	42.6
องค์กรท้องถิ่น	157	36.8
ภาคประชาชน	88	20.6
รวม	427	100.0

2. ประสบการณ์การทำงานและเงื่อนไขการมีส่วนร่วมเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

2.1 การทำงานด้านสุขภาพกับหน่วยงานอื่น ๆ และประชาชน

ตารางที่ 5.2 และตารางที่ 5.3 ได้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเมื่อแยกพิจารณาเปรียบเทียบเป็น 3 กลุ่มย่อยคือกลุ่ม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มองค์กรท้องถิ่น และกลุ่มภาคประชาชน แต่ละกลุ่มต่างมีประสบการณ์และเงื่อนไขการมีส่วนร่วมในกระบวนการการพัฒนากระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใดและอย่างไร กล่าวคือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการติดต่อ/ทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพนอกสังกัดของตนเองอยู่แล้ว โดยทุกกลุ่มมีมากกว่าร้อยละ 30 ที่ติดต่อและทำงานร่วมกันกับกลุ่มอื่นเป็นประจำ ในขณะที่คนที่ไม่เคยทำนั้นมีไม่เกินร้อยละ 10 ของแต่ละกลุ่มเมื่อพิจารณาในรายละเอียดการทำงานร่วมกันกับบุคลากรของหน่วยงานราชการนอกสังกัดตนเองและบุคคลที่เป็นกลุ่มประชาชนทั่วไปนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์มากกว่าอีกสองกลุ่มอย่างชัดเจน (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) ซึ่งก็สอดคล้องกับความเป็นจริงที่ว่าเรื่องสุขภาพเป็นงานหลักของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องติดต่อประสานงานและทำงานร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่นและประชาชนอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามในกลุ่มองค์กรท้องถิ่นและประชาชน ก็ยังมีกิจกรรมการติดต่อและทำงานร่วมกับกลุ่มอื่นด้านสุขภาพในจำนวนที่มากพอสมควร (ประมาณร้อยละ 20.30 มีการติดต่อและทำงานเป็นประจำร่วมกับผู้อื่นด้านสุขภาพ)

จากข้อมูลทั้งหมดมีข้อสังเกตที่น่าสนใจว่าประสบการณ์และการทำงานด้านสุขภาพที่ต้องติดต่อกับหน่วยงานอื่น ๆ และประชาชนนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังมีบทบาทหลักและทำมากกว่าบุคลากรกลุ่มอื่นอีกสองกลุ่ม อันดับรองลงมาก็คือ เจ้าหน้าที่องค์กรท้องถิ่น ซึ่งก็เป็นไปตามระบบการทำงานปัจจุบันที่ยังยึดเจ้าหน้าที่เป็นศูนย์กลางการปฏิบัติงาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องสุขภาพโดยตรงอยู่แล้วก็ต้องรับผิดชอบเรื่องนี้มากกว่าองค์กรท้องถิ่นซึ่งมีเรื่องที่ต้องดูแลประชาชนด้านอื่น ๆ ด้วย อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในกลุ่มประชาชน ถึงแม้ข้อมูลชี้ให้เห็นว่ามีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพกับหน่วยงานอื่น ๆ และประชาชนน้อยกว่าอีกสองกลุ่ม แต่จากจำนวนผู้ที่มีประสบการณ์ก็เป็นจำนวนที่มากพอสมควร (ประมาณร้อยละ 20) ที่เป็นฐานการพัฒนาที่ดีในระบบการกระจายอำนาจต่อไปได้

ตารางที่ 5.2 ประสบการณ์การติดต่อกับบุคคล/หน่วยงานสุขภาพของราชการนอกสังกัดกระทรวงหรือองค์กรของตนเอง

ประสบการณ์	χ^2	d.f.	p-value
------------	----------	------	---------

หน่วยงานสังกัด	ไม่เคย	ทำเป็น ครั้งคราว	ทำเป็น ประจำ	รวม(%)			
กระทรวงสาธารณสุข	18(9.9)	92(50.5)	72(39.6)	182(100)	4.837	4	0.304
องค์กรท้องถิ่น	11(7.0)	95(60.5)	51(32.5)	157(100)			
ภาคประชาชน	11(12.5)	48(54.5)	29(33.0)	88(100)			
รวม	40(9.4)	235(55.0)	152(35.6)	427(100)			

ตารางที่ 5.3 ประสพการณ์การปฏิบัติการร่วมกับบุคคล/หน่วยงานสุขภาพของราชการ
นอกสังกัดกระทรวงหรือองค์กรของตนเอง

หน่วยงานสังกัด	ประสพการณ์				χ^2	d.f.	p-value
	ไม่เคย	ทำเป็น ครั้งคราว	ทำเป็น ประจำ	รวม(%)			
กระทรวงสาธารณสุข	18(9.9)	98(53.8)	66(36.3)	182(100)	11.727	4	0.020*
องค์กรท้องถิ่น	14(8.9)	110(70.1)	33(21.0)	157(100)			
ภาคประชาชน	10(11.4)	57(64.8)	21(23.9)	88(100)			
รวม	42(9.8)	265(62.1)	120(28.1)	427(100)			

ตารางที่ 5.4 ประสพการณ์การติดต่อกับกลุ่ม/องค์กรประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่ม อสม.

หน่วยงานสังกัด	ประสพการณ์				χ^2	d.f.	p-value
	ไม่เคย	ทำเป็น ครั้งคราว	ทำเป็น ประจำ	รวม(%)			
กระทรวงสาธารณสุข	24(13.2)	107(58.8)	51(28.0)	182(100)	12.769	4	0.012*
องค์กรท้องถิ่น	25(15.9)	110(70.1)	22(14.0)	157(100)			
ภาคประชาชน	19(21.6)	49(55.7)	20(22.7)	88(100)			
รวม	68(15.9)	266(62.3)	93(21.8)	427(100)			

ตารางที่ 5.5 ประสพการณ์การจัดทำโครงการปฏิบัติการร่วมกับกลุ่ม/องค์กรประชาชน
ที่ไม่ใช่กลุ่ม อสม.

ประสพการณ์				χ^2	d.f.	p-value
------------	--	--	--	----------	------	---------

หน่วยงานสังกัด	ไม่เคย	ทำเป็น ครั้งคราว	ทำเป็น ประจำ	รวม(%)			
กระทรวงสาธารณสุข	41(22.5)	115(63.2)	26(14.3)	182(100)	6.182	4	0.186
องค์กรท้องถิ่น	31(20.0)	112(72.3)	12(7.7)	155(100)			
ภาคประชาชน	21(23.9)	53(60.2)	14(15.9)	88(100)			
รวม	93(21.9)	280(65.9)	52(12.2)	425(100)			

2.2 การมีส่วนร่วมกับการดำเนินงาน กสพ. ในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา

กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มรับรู้ต่อการจัดตั้งและดำเนินงานของ กสพ. ในจังหวัดของตนเองในจำนวนที่ไม่มากนัก ประมาณไม่เกินร้อยละ 10 ที่ทราบเรื่องนี้เป็นอย่างดีที่เหลือเป็นกลุ่มที่ทราบบ้างหรือไม่ทราบเรื่องเลย เมื่อพิจารณาในโอกาสการเรียนรู้แนวคิดและวิธีการปฏิบัติการการกระจายอำนาจในกระบวนการประชุมวิชาการ และการประชุมปฏิบัติการเรื่อง กสพ. นั้น พบว่าทุกกลุ่มมีประสบการณ์ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าไปมีประสบการณ์เรื่องนี้เลย คนที่เข้าร่วมนั้นเกือบทั้งหมดรวมเป็นครั้งคราวกับการสัมมนาวิชาการเรื่อง กสพ. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพและการประชุมปรึกษาหารือเรื่อง กสพ. ดังรายละเอียดในตารางที่ 5.6 – 5.8

ข้อสังเกตที่สำคัญต่อประเด็นข้อเท็จจริงดังกล่าวนี้ก็คือการรับรู้และการมีส่วนร่วมของทั้งสามฝ่ายต่อกระบวนการดำเนินงาน กสพ. ในจังหวัดยังอยู่ในระดับต่ำมาก ซึ่งเป็นการสะท้อนความจำกัดของขอบเขตการดำเนินงานที่สร้างเงื่อนไขและโอกาสให้กับกลุ่มต่างๆ อย่างจำกัด

ตารางที่ 5.6 การได้ยิน/ได้เห็นการจัดตั้งและดำเนินงานของ กสพ. เมื่อ 4-5 ปีที่ผ่านมา

หน่วยงานสังกัด	ประสบการณ์			รวม(%)	χ^2	d.f.	p-value
	ไม่ทราบ/ ไม่ร่วม	ทราบบ้าง/ ร่วมบ้าง	ทราบดี/ ร่วมประจำ				
กระทรวงสาธารณสุข	52(28.9)	111(61.7)	17(9.4)	180(100)	8.259	4	0.083
องค์กรท้องถิ่น	63(40.1)	87(55.4)	7(4.5)	157(100)			
ภาคประชาชน	34(38.6)	45(51.1)	9(10.2)	88(100)			
รวม	149(35.1)	243(57.2)	33(7.8)	425(100)			

ตารางที่ 5.7 การเข้าร่วมประชุมสัมมนาวิชาการเกี่ยวกับ กสพ./การกระจายอำนาจเมื่อ 4 -5 ปีที่ผ่านมา

ประสบการณ์	χ^2	d.f.	p-value
------------	----------	------	---------

หน่วยงานสังกัด	ไม่ทราบ/ ไม่รวม	ทราบบ้าง/ รวมบ้าง	ทราบดี/ รวมประจำ	รวม(%)			
กระทรวงสาธารณสุข	132(72.5)	47(25.8)	3(1.6)	182(100)	2.089	4	0.719
องค์กรท้องถิ่น	118(75.6)	36(23.1)	2(1.3)	156(100)			
ภาคประชาชน	61(70.1)	23(26.4)	3(3.4)	87(100)			
รวม	311(73.2)	106(24.9)	8(1.9)	425(100)			

ตารางที่ 5.8 การเข้าร่วมประชุมกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับ กสพ. เมื่อ 4-5 ปีที่ผ่านมา

หน่วยงานสังกัด	ประสบการณ์				χ^2	d.f.	p-value
	ไม่ทราบ/ ไม่รวม	ทราบบ้าง/ รวมบ้าง	ทราบดี/ รวมประจำ	รวม(%)			
กระทรวงสาธารณสุข	150(82.9)	28(15.5)	3(1.7)	181(100)	7.359	4	0.118
องค์กรท้องถิ่น	126(80.8)	28(17.9)	2(1.3)	156(100)			
ภาคประชาชน	61(69.3)	24(27.3)	3(3.4)	88(100)			
รวม	337(79.3)	80(18.8)	8(1.9)	425(100)			

2.3 ความเข้าใจเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

การสะท้อนความเข้าใจเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นคือ ความเข้าใจในแนวคิดทฤษฎีหรือหลักการ ข้อกฎหมาย (พรบ.กระจายอำนาจ) แนวคิดการปฏิบัติ และการปฏิบัติการจริง และได้เปรียบเทียบความเข้าใจเหล่านี้ของกลุ่มตัวอย่างตามความแตกต่างของหน่วยงานสังกัด (ตามระบบไตรภาคีของ กสพ.) แพศ และการศึกษา

ตารางที่ 5.9 ได้แสดงให้เห็นว่า ชายและหญิงมีความเข้าใจในหลักการการกระจายอำนาจไม่แตกต่างกัน โดยประมาณครึ่งหนึ่งที่รับรู้ว่ามีเข้าใจเรื่องนี้ระดับปานกลางและมาก ส่วนที่เหลือรับรู้ว่ามีเข้าใจเรื่องนี้น้อยหรือไม่รู้เลย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันด้านการศึกษา พบว่ามีความแตกต่าง (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) และเป็นไปตามระดับการศึกษา กล่าวคือผู้ที่การศึกษาสูงกว่ารับรู้ว่าตนเองมีความเข้าใจหลักการมากกว่ากลุ่มที่การศึกษาน้อยกว่า โดยกลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ผู้ที่จบปริญญาตรี และผู้ที่จบต่ำกว่าปริญญาตรี รับรู้ว่าตนเองเข้าใจหลักการการกระจายอำนาจในระดับปานกลางและมากคิดเป็นร้อยละ 65.4, 51.4 และ 49.5 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มไตรภาคี กสพ. นั้นพบว่ามีความเข้าใจที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001) โดยกลุ่มภาคประชาชนมีความเข้าใจในเรื่องนี้น้อยกว่าอีกสองกลุ่มอย่างชัดเจน เช่น ประมาณ 1 ใน 4 ของกลุ่มที่รับรู้ ยังไม่เข้าใจหลักการการกระจายอำนาจเลย ในขณะที่อีกสองกลุ่มมีไม่เกินร้อยละ 10 ของทั้งกลุ่มที่ไม่

เข้าใจเรื่องนี้เลย ส่วนผู้ที่มีความเข้าใจเรื่องนี้ในระดับปานกลางและมากนั้น พบว่ากลุ่มองค์กรท้องถิ่น กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มภาคประชาชนมีการรับรู้ในระดับนี้คิดเป็นร้อยละ 55.8, 52.7 และ 45.4 ตามลำดับ

ความเข้าใจเรื่องข้อกฎหมายนั้นพบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีความเข้าใจที่ไม่แตกต่างกัน (ประมาณครึ่งหนึ่งของแต่ละกลุ่มที่รับรู้เข้าใจเรื่องนี้ในระดับปานกลางและมาก) ในขณะที่ชายและหญิงมีการรับรู้เรื่องนี้แตกต่างกัน (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) โดยชายรับรู้เข้าใจเรื่องข้อกฎหมายเรื่องนี้มากกว่าหญิง คือชายร้อยละ 55.5 ที่รับรู้เข้าใจเรื่องข้อกฎหมายเรื่องนี้ในระดับปานกลางและมาก ในขณะที่หญิงมีเพียงร้อยละ 47.0 เท่านั้นที่รับรู้เรื่องนี้ระดับนี้ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาตามหน่วยงานสังกัด พบว่ามีการรับรู้ข้อกฎหมายที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน (ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001) และมีแบบแผนทำนองเดียวกับการรับรู้หลักการการกระจายอำนาจ คือ ในกลุ่มองค์กรท้องถิ่นมีการรับรู้เข้าใจข้อกฎหมายกระจายอำนาจมากกว่าอีกสองกลุ่ม และกลุ่มประชาชนมีความเข้าใจเรื่องนี้ในระดับต่ำสุด กล่าวคือ กลุ่มองค์กรท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับรู้เข้าใจข้อกฎหมายเรื่องนี้ระดับนี้คิดเป็นร้อยละ 41.7 และ 39.8 ตามลำดับ และกลุ่มประชาชนไม่รับรู้เรื่องข้อกฎหมายนี้เลยคิดเป็นร้อยละ 21.6 ในขณะที่กลุ่มอื่นๆมีน้อยกว่าร้อยละ 15 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5.10

ตารางที่ 5.11 แสดงให้เห็นการรับรู้เรื่องแนวคิดการกำหนด กสพ. ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ากลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มรับรู้เรื่องนี้ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับทั้งสองประเด็นที่กล่าวมาข้างต้น เช่นมีเพียงประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้นที่รับรู้เข้าใจเรื่องแนวคิด กสพ. ในระดับปานกลางและมาก และไม่พบว่ากลุ่มที่ความแตกต่างกันตามหน่วยงานสังกัดและเพศมีความแตกต่างกัน ส่วนกลุ่มที่แตกต่างกันในระดับการศึกษานั้น พบว่ามีความแตกต่างกัน (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) โดยพบว่ากลุ่มที่การศึกษาสูงกว่าจะมีการรับรู้เรื่องนี้ที่ดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่า เช่น กลุ่มที่จบสูงกว่าปริญญาตรีมีการรับรู้แนวคิด กสพ. ในระดับปานกลางและมากคิดเป็นร้อยละ 52.8 ในขณะที่กลุ่มจบปริญญาตรี และต่ำกว่าปริญญาตรีมีการรับรู้เรื่องนี้ระดับนี้คิดเป็นร้อยละ 33.9 และ 31.0 ตามลำดับ

สำหรับการรับรู้การปฏิบัติการจริงของกระบวนการ กสพ. ในจังหวัดนั้น กลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันตามหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา พบว่ามีการรับรู้ไม่แตกต่างกันเลย โดยแต่ละกลุ่มรับรู้เรื่องนี้ในระดับปานกลางและมากไม่เกินร้อยละ 50 ของแต่ละกลุ่ม และกลุ่มที่ไม่รับรู้เรื่องนี้เลยอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 12 - 30 ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูงพอสมควร ดังรายละเอียดในตารางที่ 5.12

ตารางที่ 5.9 ความเข้าใจหลักการและกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (ความเข้าใจแนวคิดทฤษฎี) จำแนกตามหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา

รายการ	ระดับความเข้าใจ	χ^2	d.f.	p-value
--------	-----------------	----------	------	---------

	ไม่เข้าใจ เลย	เล็กน้อย	เข้าใจ ปานกลาง	เข้าใจ มาก	รวม (%)			
1. หน่วยงานสังกัด								
กระทรวงสาธารณสุข	16(8.8)	70(38.5)	85(46.7)	11(6.0)	182(100)	24.073	6	0.001*
องค์กรท้องถิ่น	15(9.6)	54(34.6)	83(53.2)	4(2.6)	156(100)			
ภาคประชาคม	24(27.3)	24(27.3)	37(42.0)	3(3.4)	88(100)			
รวม	55(12.9)	148(34.7)	205(48.1)	18(4.2)	426(100)			
2. เพศ								
ชาย	31(16.2)	60(31.4)	91(47.6)	9(4.7)	191(100)	4.270	3	0.234
หญิง	24(10.2)	88(37.4)	114(48.5)	9(3.8)	235(100)			
รวม	55(12.9)	148(34.7)	205(48.1)	18(4.2)	426(100)			
3. การศึกษา								
ต่ำกว่าปริญญาตรี	22(19.8)	34(30.6)	48(43.2)	7(6.3)	111(100)	13.330	6	0.038
ปริญญาตรี	28(11.1)	95(37.5)	120(47.4)	10(4.0)	253(100)			
สูงกว่าปริญญาตรี	4(7.3)	15(27.3)	35(63.6)	1(1.8)	55(100)			
รวม	54(12.9)	144(34.4)	203(48.4)	18(4.3)	419(100)			

ตารางที่ 5.10 ความเข้าใจ พรบ. กระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
(ความเข้าใจข้อกฎหมาย) จำแนกตามหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา

รายการ	ระดับความเข้าใจ				รวม (%)	χ^2	d.f.	p-value
	ไม่เข้าใจ เลย	เล็กน้อย	เข้าใจ ปานกลาง	เข้าใจ มาก				
1. หน่วยงานสังกัด								
กระทรวงสาธารณสุข	28(15.4)	78(42.9)	69(37.9)	7(3.8)	182(100)	31.169	6	0.000*
องค์กรท้องถิ่น	17(10.8)	34(21.7)	91(58.0)	15(9.6)	157(100)			
ภาคประชาคม	19(21.6)	34(38.6)	29(33.0)	6(6.8)	88(100)			
รวม	64(15.0)	146(34.2)	189(44.3)	28(6.6)	427(100)			
2. เพศ								
ชาย	32(16.8)	53(27.7)	88(46.1)	18(9.4)	191(100)	9.502	3	0.023

หญิง	32(13.6)	93(39.4)	101(42.8)	10(4.2)	236(100)			
รวม	64(15.0)	146(34.2)	189(44.3)	28(6.6)	427(100)			
3. การศึกษา								
ต่ำกว่าปริญญาตรี	21(18.9)	38(34.2)	45(40.5)	7(6.3)	111(100)	3.770	6	0.708
ปริญญาตรี	36(14.2)	85(33.5)	117(43.1)	16(6.3)	254(100)			
สูงกว่าปริญญาตรี	5(9.1)	20(36.4)	25(45.5)	5(9.1)	55(100)			
รวม	62(14.8)	143(34.0)	187(44.5)	28(6.7)	420(100)			

ตารางที่ 5.11 ความเข้าใจแนวคิดการกำหนด กสพ. (คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่) ของกระทรวงสาธารณสุข (ความเข้าใจแนวคิดการปฏิบัติจริง) จำแนกตาม หน่วยงาน สังกัด เพศ และการศึกษา

รายการ	ระดับความเข้าใจ					χ^2	d.f.	p-value
	ไม่เข้าใจเลย	เล็กน้อย	เข้าใจปานกลาง	เข้าใจมาก	รวม (%)			
1. หน่วยงานสังกัด								
กระทรวงสาธารณสุข	39(21.4)	77(42.3)	59(32.4)	7(3.8)	182(100)	5.931	6	0.431
องค์กรท้องถิ่น	40(25.5)	59(37.6)	55(35.0)	3(1.9)	157(100)			
ภาคประชาคม	27(31.0)	34(39.1)	22(25.3)	4(4.6)	87(100)			
รวม	106(24.9)	170(39.9)	136(31.9)	14(3.3)	426(100)			

ตารางที่ 5.11 (ต่อ)

รายการ	ระดับความเข้าใจ					χ^2	d.f.	p-value
	ไม่เข้าใจเลย	เล็กน้อย	เข้าใจปานกลาง	เข้าใจมาก	รวม (%)			
2. เพศ								
ชาย	46(24.1)	74(37.8)	61(31.9)	10(5.2)	191(100)	4.209	3	0.240
หญิง	60(25.5)	96(40.9)	75(31.9)	4(1.7)	235(100)			
รวม	106(24.9)	170(39.9)	136(31.9)	14(3.3)	426(100)			
3. การศึกษา								
ต่ำกว่าปริญญาตรี	35(31.8)	41(37.3)	29(26.4)	5(4.5)	110(100)	13.246	6	0.039*
ปริญญาตรี	62(24.4)	106(41.7)	80(31.5)	6(2.4)	254(100)			
สูงกว่าปริญญาตรี	7(12.7)	19(34.5)	26(47.3)	3(5.5)	55(100)			

รวม	104(24.8)	166(39.6)	135(32.2)	14(3.3)	419(100)			
ตารางที่ 5.12 ความเข้าใจกระบวนการดำเนินงาน กสพ. ในจังหวัดของท่านในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา (ความเข้าใจการปฏิบัติการจริง) จำแนกตาม หน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา								
รายการ	ระดับความเข้าใจ					χ^2	d.f.	p-value
	ไม่เข้าใจ	เล็กน้อย	เข้าใจ	เข้าใจ	รวม (%)			
	เลย		ปาน	มาก				
1. หน่วยงานสังกัด								
กระทรวงสาธารณสุข	40(22.6)	78(44.1)	54(30.5)	5(2.8)	177(100)	8.220	6	0.222
องค์กรท้องถิ่น	44(28.6)	56(36.4)	54(35.1)	0(.0)	154(100)			
ภาคประชาคม	26(30.2)	30(34.9)	28(32.6)	2(2.3)	86(100)			
รวม	110(26.4)	164(39.3)	136(32.6)	7(1.7)	417(100)			
2. เพศ								
ชาย	46(24.9)	81(43.8)	54(29.2)	4(2.2)	185(100)	3.626	3	0.305
หญิง	64(27.6)	83(35.8)	82(35.3)	3(1.3)	232(100)			
รวม	110(26.4)	164(39.3)	136(32.6)	7(1.7)	417(100)			
3. การศึกษา								
ต่ำกว่าปริญญาตรี	33(31.7)	37(35.6)	32(30.8)	2(1.9)	104(100)	8.236	6	0.215
ปริญญาตรี	68(27.1)	99(39.4)	81(32.3)	3(1.2)	251(100)			
สูงกว่าปริญญาตรี	7(12.7)	24(43.6)	22(40.0)	2(3.6)	55(100)			
รวม	108(26.3)	160(39.0)	135(32.9)	7(1.7)	410(100)			

3. ความคิดเห็นต่อแนวคิดและรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

3.1 การยอมรับและความมั่นใจต่อหลักการการกระจายอำนาจ

ตารางที่ 5.13 แสดงให้เห็นว่าบุคลากร 3 ฝ่าย ของไตรภาคี กสพ. มีการให้คุณค่าและความหมายต่อการกระจายอำนาจที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001) บุคลากรกลุ่มองค์กรท้องถิ่นเห็นคุณค่าและยอมรับการกระจายอำนาจมากที่สุด (ประมาณเกือบร้อยละ 80 เห็นว่าเป็นเรื่องที่ดี) รองลงมาคือ ภาคประชาชน และอันดับสุดท้ายคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยภาคประชาชนให้การยอมรับประมาณร้อยละ 60 ในขณะที่กลุ่มเจ้าหน้าที่ยอมรับเพียงประมาณร้อยละ 40 เท่านั้น สำหรับกลุ่มที่เหลือนั้นส่วนใหญ่ของทุกกลุ่มไม่แน่ใจว่าเรื่องการกระจายอำนาจเป็นเรื่องที่ดีหรือไม่ อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าในกลุ่มที่มีความแน่ใจว่าการกระจายอำนาจเป็นเรื่องไม่ดีกับสังคมนั้น แม้ว่าแต่ละกลุ่มมีจำนวนไม่มากนัก แต่กลุ่ม

องค์กรท้องถิ่นมีจำนวนน้อยที่สุดคือมีเพียงร้อยละ 4.5 ในขณะที่กลุ่มภาคประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจำนวนร้อยละ 12.5 และ 10.4 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาความแตกต่างในเรื่องนี้ตามระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างและเพศนั้น พบว่าหญิงและชายมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกันเลย ในขณะที่การศึกษานั้นพบว่ามีความต่างกัน อย่างชัดเจน (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01) กล่าวคือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี ให้การยอมรับและเห็นคุณค่าการกระจายอำนาจมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาน้อยกว่า โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าให้การยอมรับเรื่องนี้ร้อยละ 65.5 ในขณะที่กลุ่มจบการศึกษาระดับปริญญาตรี และต่ำกว่าระดับปริญญาตรีให้การยอมรับเท่ากันคือเพียงร้อยละ 52.3 เท่านั้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ให้การยอมรับคุณค่าในเรื่องนี้นั้น มีข้อสังเกตว่ากลุ่มผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า ปริญญาตรีให้การยอมรับและเห็นคุณค่าอย่างมากต่อเรื่องนี้ในสัดส่วนที่มากกว่าอีกสองกลุ่ม อย่างชัดเจน

สำหรับความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันเรื่องเพศและการศึกษานั้นมีความคิดเห็นต่อเรื่องนี้ไม่แตกต่างกัน โดยทุกกลุ่มเห็นว่าการกระจายอำนาจมีความเป็นไปได้ในระดับปานกลางและมากประมาณร้อยละ 50-55 และมีจำนวนน้อยมากที่คิดว่ามีความเป็นไปได้เลย อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในกลุ่มที่แตกต่างตามหน่วยงานสังกัดที่เป็นกลุ่มพื้นฐานของไทรภาคี กสพ. นั้น พบว่ามีความแตกต่างในความคิดเห็นเรื่องนี้อย่างชัดเจน (มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001) โดยมีแบบแผนในทำนองเดียวกันกับการเห็นคุณค่าของหลักการการกระจายอำนาจ กล่าวคือ กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเชื่อว่าการกระจายอำนาจมีความเป็นไปได้มากกว่าอีกสองกลุ่ม ในขณะที่กลุ่มภาคประชาชนที่มีความเชื่อว่ามีความเป็นไปได้มากกว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยกลุ่มองค์กรท้องถิ่น กลุ่มภาคประชาชน และกลุ่มเจ้าหน้าที่เชื่อว่าการกระจายอำนาจมีความเป็นไปได้ในระดับปานกลางและมากคิดเป็นร้อยละ 63.7, 54.5 และ 44.5 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 5.14

ตารางที่ 5.13 ความคิดเห็นต่อการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่นว่าเป็นเรื่องที่ดีหรือไม่ จำแนกตามหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา

รายการ	ระดับความเข้าใจ					χ^2	d.f.	p-value
	ไม่ดี	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างดี	ดีมาก	รวม (%)			
1. หน่วยงานสังกัด								
กระทรวงสาธารณสุข	19(10.4)	94(51.6)	49(26.9)	20(11.0)	182(100)	42.123	6	0.000*
องค์กรท้องถิ่น	7(4.5)	42(26.8)	59(37.6)	49(31.2)	157(100)			
ภาคประชาคม	11(12.5)	25(28.4)	28(31.8)	24(27.3)	88(100)			
รวม	37(8.7)	161(37.7)	136(31.9)	93(21.8)	427(100)			

2. เพศ								
ชาย	17(8.9)	65(34.0)	63(33.0)	46(24.1)	191(100)	2.241	3	0.524
หญิง	20(8.5)	96(40.7)	73(30.9)	47(19.9)	236(100)			
รวม	37(8.7)	161(37.7)	136(31.9)	93(21.8)	427(100)			
3. การศึกษา								
ต่ำกว่าปริญญาตรี	16(14.4)	37(33.3)	25(22.5)	33(29.7)	111(100)	19.026	6	0.004*
ปริญญาตรี	19(7.5)	102(40.2)	87(34.3)	46(18.1)	254(100)			
สูงกว่าปริญญาตรี	1(1.8)	18(32.7)	23(41.8)	13(23.6)	55(100)			
รวม	36(8.6)	157(37.4)	135(32.1)	92(21.9)	420(100)			

ตารางที่ 5.14 ความคิดเห็นว่าการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด จำแนกตามหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา

รายการ	ระดับความเข้าใจ					χ^2	d.f.	p-value
	ไม่ดี	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างดี	ดีมาก	รวม (%)			
1. หน่วยงานสังกัด								
กระทรวงสาธารณสุข	4(2.2)	97(53.3)	58(31.9)	23(12.6)	182(100)	25.979	6	0.000*
องค์กรท้องถิ่น	1(0.6)	56(35.7)	45(28.7)	55(35.0)	157(100)			
ภาคประชาคม	2(2.3)	38(43.2)	25(28.4)	23(26.1)	88(100)			
รวม	7(1.6)	191(44.7)	128(30.0)	101(23.7)	427(100)			
2. เพศ								
ชาย	5(2.6)	86(45.0)	51(26.7)	49(25.7)	191(100)	3.846	3	0.279
หญิง	2(0.8)	105(44.5)	77(32.6)	52(22.0)	236(100)			
รวม	7(1.6)	191(44.7)	128(30.0)	101(23.7)	427(100)			
รายการ	ระดับความเข้าใจ					χ^2	d.f.	p-value
	ไม่ดี	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างดี	ดีมาก	รวม (%)			
3. การศึกษา								
ต่ำกว่าปริญญาตรี	2(1.8)	49(44.1)	25(22.5)	35(31.5)	111(100)	9.116	6	0.167
ปริญญาตรี	5(2.0)	118(46.5)	80(31.5)	51(20.1)	254(100)			
สูงกว่าปริญญาตรี	0(0.0)	21(38.2)	20(36.4)	14(25.5)	55(100)			
รวม	7(1.7)	188(44.8)	125(29.8)	100(23.8)	420(100)			

3.2 ความพร้อมของระบบและองค์กรที่เกี่ยวข้องการกระจายอำนาจ

ความคิดเห็นของตัวอย่างที่มีต่อความพร้อมของระบบและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจแบ่งออกเป็น 5 ประเด็นคือ ความพร้อมของรัฐบาล หน่วยงานราชการส่วนกลาง หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด องค์กรท้องถิ่น และกลุ่มภาคประชาชน โดยได้พิจารณาเปรียบเทียบความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างตามความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทางด้านหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา พบว่ามีเพียงกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันตามหน่วยงานสังกัดเท่านั้นที่มีความคิดเห็นแตกต่างกันต่อประเด็นต่างๆของระบบและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ ในขณะที่เพศและการศึกษานั้นพบว่าแต่ละกลุ่มมีความคิดเห็นต่อแต่ละประเด็นไม่แตกต่างกันเลย กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างไม่ว่าเป็นชายหรือหญิง และเป็นผู้ที่จบการศึกษาระดับใด เห็นว่ารัฐบาล หน่วยงานราชการส่วนกลาง หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด องค์กรท้องถิ่น และกลุ่มภาคประชาชนมีความพร้อมในการดำเนินงานเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับที่ปานกลางและมาก ซึ่งเป็นระดับที่เป็นความคิดเห็นในเชิงบวกต่อกระบวนการพัฒนานั้นมีเพียงประมาณร้อยละ 40-50 เท่านั้น หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือมีบุคลากรแต่ละกลุ่มไม่เกินครึ่งหนึ่งที่เชื่อว่าองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องมีความพร้อมในการดำเนินงานเรื่องการกระจายอำนาจ แต่ในทางกลับกันเมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างตามความแตกต่างของหน่วยงานสังกัดซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องการกระจายอำนาจโดยตรงและเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบทางบวกและทางลบต่อระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้น พบว่าความคิดเห็นของแต่ละกลุ่มในแต่ละประเด็นมีความแตกต่างกันทุกประเด็น (ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05-0.001)

ความแตกต่างของความคิดเห็นเรื่องความพร้อมขององค์กรต่างๆของกลุ่มตัวอย่างที่สังกัดหน่วยงานผลประโยชน์ต่างๆ มีข้อสรุปที่สำคัญดังนี้

1. กลุ่มภาคประชาชนมีความเชื่อว่ารัฐบาลมีความพร้อมในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีความเชื่อมั่นว่ามีความพร้อมมากและปานกลาง รวมคิดเป็นร้อยละ 60.3, 54.7 และ 39.4 ตามลำดับ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเชื่อมั่นน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อมในการกระจายอำนาจให้องค์กรท้องถิ่น (ตามตารางที่ 5.15)

2. ความคิดเห็นต่อความพร้อมของหน่วยราชการส่วนกลางนั้นมีแบบแผนความคิดความเชื่อที่แตกต่างไปจากเรื่องของรัฐบาล กล่าวคือตัวอย่างจากองค์กรท้องถิ่นมีความเชื่อมั่นว่าหน่วยราชการส่วนกลางมีความพร้อมในการกระจายอำนาจในท้องถิ่นมากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยกลุ่มองค์กรท้องถิ่น กลุ่มภาคประชาชน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดว่าหน่วยราชการส่วนกลางมีความพร้อมระดับปานกลางและมากในการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ 56.0, 48.4 และ 34.6 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าสัดส่วนความเชื่อต่อความพร้อมของหน่วยราชการส่วนกลางลดลงทุกกลุ่มเมื่อเปรียบเทียบกับความคิดเห็นต่อรัฐบาล และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ยังคงเป็นกลุ่มที่เชื่อมั่นน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆในเรื่องนี้ (ตามตารางที่ 5.16)

3. เมื่อพิจารณาความคิดเห็นต่อความพร้อมของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดนั้น พบว่าเป็นแบบแผนที่น่าสนใจมาก ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเชื่อว่าหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดมีความพร้อมระดับปานกลางและมากในการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมีเพียงร้อยละ 32.4 ในขณะที่กลุ่มองค์กรท้องถิ่น และกลุ่มภาคประชาชนมีความคิดเรื่องนี้ระดับนี้ที่ใกล้เคียงกันคือ คิดเป็นร้อยละ 48.5 และ 50.0 ตามลำดับ หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าบุคคลภายนอกมองว่าหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดมีความพร้อมมากกว่าบุคคลภายในองค์กรนั้น (ตามตารางที่ 5.17)

4. ส่วนความคิดเห็นต่อความพร้อมขององค์กรท้องถิ่นต่อการรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้น พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังคงเป็นกลุ่มที่มีความเชื่อมั่นต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ อยู่เช่นเดิม และกลุ่มภาคประชาชนมีความเชื่อมั่นลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นๆ ที่กล่าวมาแล้ว แต่กลุ่มองค์กรท้องถิ่นกลับมีความเชื่อมั่นว่าองค์กรท้องถิ่นมีความพร้อมระดับปานกลางและมากในการรับการกระจายอำนาจ คิดเป็นร้อยละ 57.9, 36.4 และ 23.0 ตามลำดับ (ตามตารางที่ 5.18)

5. สำหรับความคิดเห็นต่อความเชื่อมั่นความพร้อมของกลุ่ม/องค์กรภาคประชาชนนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ยังเป็นกลุ่มที่มีความเชื่อมั่นในความพร้อมขององค์กรภาคประชาชนต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ เช่นเดียวกันกับเรื่องอื่นๆ ในขณะที่กลุ่มองค์กรท้องถิ่นมีความเชื่อมั่นในกลุ่มภาคประชาชนมากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยพบว่ากลุ่มองค์กรท้องถิ่น กลุ่มภาคประชาชน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เห็นว่ากลุ่ม/องค์กรประชาชนมีความพร้อมรับการกระจายอำนาจในระดับปานกลางและมาก คิดเป็นร้อยละ 53.5, 47.8 และ 30.2 ตามลำดับ (ตามตารางที่ 5.19)

6. เมื่อพิจารณาในภาพรวมของความเชื่อมั่นต่อองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจของตัวอย่างทั้งงานกลุ่มที่มีผลประโยชน์ได้เสียกับเรื่องนี้นั้น กลุ่มภาคองค์กรท้องถิ่นมีความเชื่อมั่นสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ รองลงมาคือกลุ่มภาคประชาชนที่มีความเชื่อมั่นในระดับที่ใกล้เคียงกับกลุ่มองค์กรท้องถิ่น ในขณะที่กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่นอกจากเป็นกลุ่มที่มีความเชื่อมั่นเรื่องนี้ระดับนี้ต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ แล้ว สัดส่วนความเชื่อมั่นก็มีค่อนข้างน้อยเพียงประมาณไม่เกิน 1 ใน 3 และในบางประเด็นลดลงเหลือเพียง 1 ใน 5 เท่านั้น เช่น ความเชื่อมั่นต่อความพร้อมขององค์กรท้องถิ่นมีเพียงร้อยละ 23.0 เท่านั้น

ตารางที่ 5.15 ความคิดเห็นว่ารัฐบาลมีความพร้อมเพียงใดในการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น จำแนกตาม หน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา

รายการ	ระดับความเข้าใจ					χ^2	d.f.	p-value
	ไม่ดี	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างดี	ดีมาก	รวม (%)			
ดี								
1. หน่วยงานสังกัด								
กระทรวงสาธารณสุข	21(11.7)	88(48.9)	58(32.2)	13(7.2)	180(100)	27.614	6	0.000*

องค์กรท้องถิ่น	5(3.2)	66(42.0)	58(36.9)	28(17.8)	157(100)			
ภาคประชาคม	7(8.0)	28(31.8)	46(52.3)	7(8.0)	88(100)			
รวม	33(7.8)	182(42.8)	162(38.1)	48(11.3)	425(100)			
2. เพศ								
ชาย	13(6.8)	83(43.7)	72(37.9)	22(11.6)	190(100)	0.465	3	0.526
หญิง	20(8.5)	99(42.1)	90(38.3)	26(11.1)	235(100)			
รวม	33(7.8)	182(42.8)	162(38.1)	48(11.3)	425(100)			
3. การศึกษา								
ต่ำกว่าปริญญาตรี	5(4.5)	52(46.8)	36(32.4)	18(16.2)	111(100)	10.081	6	0.121
ปริญญาตรี	25(9.9)	100(39.7)	104(41.3)	23(9.1)	252(100)			
สูงกว่าปริญญาตรี	3(5.5)	27(49.1)	19(34.5)	6(10.9)	55(100)			
รวม	33(7.9)	179(42.8)	159(38.0)	47(11.2)	418(100)			

ตารางที่ 5.16 ความคิดเห็นว่าหน่วยราชการส่วนกลางมีความพร้อมเพียงใดในการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น จำแนกตาม หน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา

รายการ	ระดับความเข้าใจ					χ^2	d.f.	p-value
	ไม่ดี	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างดี	ดีมาก	รวม (%)			
1. หน่วยงานสังกัด								
กระทรวงสาธารณสุข	22(12.1)	97(53.3)	56(30.8)	7(3.8)	182(100)	24.653	6	0.000*
องค์กรท้องถิ่น	9(5.7)	60(38.2)	69(43.9)	19(12.1)	157(100)			
ภาคประชาคม	14(15.9)	31(35.2)	37(42.0)	6(6.8)	88(100)			
รวม	45(10.5)	188(44.0)	162(37.9)	32(7.5)	427(100)			
2. เพศ								
ชาย	26(13.6)	81(42.4)	69(36.1)	15(7.9)	191(100)	3.663	3	0.300
หญิง	19(8.1)	107(45.3)	93(39.4)	17(7.2)	236(100)			
รวม	45(10.5)	188(44.0)	162(37.9)	32(7.5)	427(100)			

ตารางที่ 5.16 (ต่อ)

รายการ	ระดับความเข้าใจ					χ^2	d.f.	p-value
	ไม่ดี	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างดี	ดีมาก	รวม (%)			
3. การศึกษา								
ต่ำกว่าปริญญาตรี	12(10.8)	46(41.4)	44(39.6)	9(8.1)	111(100)	4.124	6	0.660
ปริญญาตรี	24(9.4)	113(44.5)	96(37.8)	21(8.3)	25(100)			
สูงกว่าปริญญาตรี	9(16.4)	26(47.3)	18(32.7)	2(3.6)	55(100)			
รวม	45(10.7)	185(44.0)	158(37.6)	32(7.6)	420(100)			

ตารางที่ 5.17 ความคิดเห็นว่าหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดมีความพร้อมเพียงใดในการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่น จำแนกตาม หน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา

รายการ	ระดับความเข้าใจ					χ^2	d.f.	p-value
	ไม่ดี	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างดี	ดีมาก	รวม (%)			
1. หน่วยงานสังกัด								
กระทรวงสาธารณสุข	23(12.6)	100(54.9)	49(26.9)	10(5.5)	182(100)	16.198	6	0.013*
องค์กรท้องถิ่น	8(5.1)	73(46.5)	61(38.9)	15(9.6)	157(100)			
ภาคประชาคม	9(10.2)	35(39.8)	33(37.5)	11(12.5)	88(100)			
รวม	40(9.4)	208(48.7)	143(33.5)	36(8.4)	427(100)			
2. เพศ								
ชาย	22(11.5)	92(48.2)	59(30.9)	18(9.4)	191(100)	2.829	3	0.419
หญิง	18(7.6)	116(49.2)	84(35.6)	18(7.6)	236(100)			
รวม	40(9.4)	208(48.7)	143(33.5)	36(8.4)	427(100)			
3. การศึกษา								
ต่ำกว่าปริญญาตรี	16(14.4)	48(43.2)	36(32.4)	11(9.9)	111(100)	9.430	6	0.151
ปริญญาตรี	20(7.9)	132(52.0)	82(32.3)	20(7.9)	254(100)			
สูงกว่าปริญญาตรี	2(3.6)	24(43.6)	24(43.6)	5(9.1)	55(100)			
รวม	38(9.0)	204(48.6)	142(33.8)	36(8.6)	420(100)			

ตารางที่ 5.18 ความคิดเห็นว่าองค์กรท้องถิ่นมีความพร้อมเพียงใดในการรับการกระจายอำนาจ จำแนกตาม หน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา

รายการ	ระดับความเข้าใจ					χ^2	d.f.	p-value
	ไม่ดี	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างดี	ดีมาก	รวม (%)			
1. หน่วยงานสังกัด								
กระทรวงสาธารณสุข	33(18.1)	107(58.8)	37(20.3)	5(2.7)	182(100)	58.157	6	0.000*
องค์กรท้องถิ่น	4(2.5)	62(39.5)	63(40.1)	28(17.8)	157(100)			
ภาคประชาคม	8(9.1)	48(54.5)	25(28.4)	7(8.0)	88(100)			
รวม	45(10.5)	217(50.8)	125(29.3)	40(9.4)	427(100)			

2. เพศ								
ชาย	20(10.5)	87(45.5)	61(31.9)	23(12.0)	191(100)	5.365	3	0.147
หญิง	25(10.6)	130(55.1)	64(27.1)	17(7.2)	236(100)			
รวม	45(10.5)	217(50.8)	125(29.3)	40(9.4)	427(100)			
3. การศึกษา								
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11(9.9)	58(52.3)	24(21.6)	18(16.2)	111(100)	14.602	6	0.24
ปริญญาตรี	30(11.8)	130(51.2)	77(30.3)	17(6.7)	254(100)			
สูงกว่าปริญญาตรี	4(7.3)	24(43.6)	23(41.8)	4(7.3)	55(100)			
รวม	45(10.7)	212(50.5)	124(29.5)	39(9.3)	420(100)			

ตารางที่ 5.19 ความคิดเห็นว่ากลุ่มประชาชนในจังหวัดมีความพร้อมเพียงใดในการรับการกระจายอำนาจ จำแนกตาม หน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา

รายการ	ระดับความเข้าใจ					χ^2	d.f.	p-value
	ไม่ดี	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างดี	ดีมาก	รวม (%)			
1. หน่วยงานสังกัด								
กระทรวงสาธารณสุข	30(16.5)	97(53.3)	48(26.4)	7(3.8)	182(100)	36.986	6	0.000*
องค์กรท้องถิ่น	9(5.7)	64(40.8)	61(38.9)	23(14.6)	157(100)			
ภาคประชาคม	12(13.6)	34(38.6)	40(45.5)	2(2.3)	88(100)			
รวม	51(11.9)	196(45.7)	149(34.9)	32(7.5)	427(100)			
2. เพศ								
ชาย	26(13.6)	80(41.9)	65(34.0)	20(10.5)	191(100)	6.049	3	0.109
หญิง	25(10.6)	115(48.7)	84(35.6)	12(5.1)	236(100)			
รวม	51(11.9)	195(45.7)	149(34.9)	32(7.5)	427(100)			

ตารางที่ 5.19 (ต่อ)

รายการ	ระดับความเข้าใจ					χ^2	d.f.	p-value
	ไม่ดี	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างดี	ดีมาก	รวม (%)			
3. การศึกษา								
ต่ำกว่าปริญญาตรี	15(13.5)	51(45.9)	36(32.4)	9(8.1)	111(100)	1.045	6	0.984
ปริญญาตรี	28(11.0)	119(46.9)	89(35.0)	18(7.1)	254(100)			
สูงกว่าปริญญาตรี	6(10.9)	24(43.6)	20(36.4)	5(9.1)	55(100)			
รวม	49(11.7)	194(46.2)	145(34.5)	32(7.6)	420(100)			

3.3 เหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ขาดความเชื่อมั่นต่อการกระจายอำนาจ

กลุ่มตัวอย่างที่ขาดความเชื่อมั่นต่อหลักการการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ความพร้อมของระบบและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ เป็นกลุ่มที่ระบุความคิดเห็นต่อแต่ละประเด็นไปในทิศทางลบคือ การตอบว่าเป็นเรื่องไม่ดี ไม่แน่ใจ เป็นไปไม่ได้ เป็นไปได้น้อย ไม่พร้อมเลยหรือมีความพร้อมน้อย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากพอสมควร (ประมาณครึ่งหนึ่งหรือเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มที่ตอบแนวนี้นี้ในแต่ละเรื่อง) ซึ่งตัวอย่างแต่ละคนอาจมีเหตุผลหลายประการที่กำหนดแนวคิดและความเชื่อดังกล่าว (ตอบได้หลายข้อ) โดยมีข้อสรุปที่สำคัญดังนี้

1.) เหตุผลที่ขาดความเชื่อมั่นต่อหลักการและความเป็นไปได้ของการกระจายอำนาจ กลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่าการกระจายอำนาจเป็นเรื่องไม่ดีหรือไม่แน่ใจ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่เห็นว่าองค์กรท้องถิ่นขาดความพร้อมและความเหมาะสมในการรองรับการกระจายอำนาจ และเห็นว่าประชาชนยังไม่พร้อมเป็นประเด็นรองลงมา ส่วนความคิดเห็นที่ค่อนข้างไม่เห็นด้วยกับหลักการหรือระบบกระจายอำนาจมีค่อนข้างน้อย เช่น เห็นว่าการใช้อำนาจเป็นเรื่องของระบบราชการ (ร้อยละ 10.6 ของผู้ตอบ) และไม่เหมาะสมกับสังคมไทย (ร้อยละ 7.6 ของผู้ตอบ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5.20 ส่วนเหตุผลที่ขาดความเชื่อมั่นต่อการกระจายอำนาจ คือไม่มีโอกาสหรือมีโอกาสน้อยที่นำมาใช้ได้ ในสังคมไทยนั้น แบ่งเหตุผลออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มขององค์กรท้องถิ่นและประชาชนซึ่งยังคงเป็นเหตุผลของคนส่วนใหญ่ และการมองเห็นว่าหน่วยราชการรวมทั้งรัฐบาลขาดความจริงจังในการกระจายอำนาจ โดยต้องการคงอำนาจของตนไว้ดังรายละเอียดในตารางที่ 5.21

2.) เหตุผลที่ขาดความเชื่อมั่นต่อระบบและองค์กรที่เกี่ยวข้องการกระจายอำนาจ เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของเหตุผลผู้ที่ขาดความเชื่อมั่นต่อระบบและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจนั้น พบว่ามีเหตุผลที่หลากหลายที่น่าสนใจเช่น การที่เห็นว่ารัฐบาลไม่พร้อม (ร้อยละ 32.6 ของผู้ตอบ) เชื่อว่าเป็นเพราะรัฐบาลต้องการคงอำนาจไว้ ในขณะที่เหตุผลอื่นๆเป็นเรื่องของความไม่พร้อมของหน่วยราชการอื่นๆ และองค์กรท้องถิ่น (ตามตารางที่ 5.22) ส่วนเหตุผลที่ขาดความเชื่อมั่นต่อหน่วยราชการส่วนกลางนั้น ก็เป็นไปในลักษณะเดียวกันกับรัฐบาล ที่เห็นว่าหน่วยงานราชการต้องการคงอำนาจไว้ (ร้อยละ 48.5 ของผู้ตอบ) ที่เหลือก็เป็นความไม่พร้อมขององค์กรท้องถิ่นภาคประชาชนและประชาชน (ตามตารางที่ 5.23)

สำหรับเหตุผลที่ขาดความเชื่อมั่นต่อหน่วยงานระดับพื้นที่นั้น ทิศนะในเชิงลบที่ค่อนข้างรุนแรงมีจำนวนมากพอสมควร เช่น หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดต้องการคงอำนาจไว้ (ร้อยละ 40 ของผู้ตอบ) องค์กรท้องถิ่นยังไว้วางใจไม่ได้ (ร้อยละ 29.9 ของผู้ตอบ) กลุ่ม/องค์กรภาคประชาชนไม่ควรเข้ามามีอำนาจ (ร้อยละ 23.5 ของผู้ตอบ) และกลุ่มองค์กรประชาชนทำงานบริหารไม่ได้ (ร้อยละ 34.4 ของผู้ตอบ) ส่วนเหตุผลที่รุนแรงน้อยกว่าและอาจแก้ไขหรือพัฒนาได้ง่ายกว่า เช่น ความไม่พร้อมหรืออ่อนแอขององค์กรท้องถิ่น องค์กรประชาชน ทั้งในประเด็นขาด

คน ขาดความรู้ และขาดประสบการณ์ ซึ่งมีผู้ให้เหตุผลในการทำงานนี้ไว้เป็นส่วนใหญ่ของผู้ตอบ ดังรายละเอียดในตาราง 5.24-5.26

3.) **ข้อสังเกตที่สำคัญ** เหตุผลของผู้ขาดความเชื่อมั่นต่อการกระจายอำนาจมีความหลากหลาย แต่ประเด็นที่ควรคำนึงมากๆ ก็คือ การไม่เห็นด้วยในเชิงหลักการ และการมีทัศนคติมองข้ามความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนว่าสามารถทำงานในเชิงบริหารได้

ตารางที่ 5.20 รายการเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการกระจายอำนาจเป็นเรื่องไม่ดีหรือไม่แน่ใจว่าเป็นเรื่องที่ดี (ตอบได้หลายข้อ)

	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1.	องค์กรท้องถิ่นยังไม่พร้อม	140	70.7
2.	องค์กรท้องถิ่นยังไวใจไม่ได้	85	42.9
3.	องค์กรของประชาชนยังไม่พร้อม	79	39.9
4.	ประชาชนยังไม่พร้อม	48	24.2
5.	หน่วยราชการใช้อำนาจเป็นเรื่องถูกต้อง	21	10.6
6.	เป็นเรื่องไม่เหมาะสมกับสังคมไทย	15	7.6
7.	รัฐบาลปกครองบ้านเมืองได้ลำบากขึ้น	11	5.6

ตารางที่ 5.21 รายการเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้หรือมีความเป็นไปได้น้อย (ตอบได้หลายข้อ)

	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1.	องค์กรท้องถิ่นยังไม่พร้อม	138	69.7
2.	องค์กรประชาชนยังไม่พร้อม	69	34.8
3.	หน่วยราชการส่วนกลางต้องการคงอำนาจไว้	58	29.3
4.	หน่วยราชการภูมิภาคต้องการคงอำนาจไว้	42	21.2
5.	ประชาชนยังไม่พร้อม	42	21.2
6.	รัฐบาลต้องการคงอำนาจไว้	37	18.7

ตารางที่ 5.22 รายการเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่ารัฐบาลไม่พร้อมหรือพร้อมน้อยในการกระจายอำนาจให้องค์กรท้องถิ่น (ตอบได้หลายข้อ)

	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1.	องค์กรท้องถิ่นยังไม่พร้อม	120	55.8
2.	หน่วยราชการยังไม่พร้อม	90	41.9
3.	องค์กรประชาชนยังไม่พร้อม	74	34.4
4.	รัฐบาลต้องการคงอำนาจไว้	70	32.6
5.	หน่วยราชการภูมิภาคต้องการคงอำนาจไว้	63	29.2
6.	ประชาชนยังไม่พร้อม	52	24.2

ตารางที่ 5.23 รายการเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่าหน่วยราชการส่วนกลางไม่พร้อมหรือพร้อมน้อยในการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น (ตอบได้หลายข้อ)

	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1.	องค์กรท้องถิ่นยังไม่พร้อม	131	56.2
2.	หน่วยราชการส่วนกลางต้องการคงอำนาจไว้	113	48.5
3.	องค์กรที่ประชาชนยังไม่พร้อม	84	36.1
4.	ประชาชนยังไม่พร้อม	52	22.3

ตารางที่ 5.24 รายการเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่าหน่วยงานสาธารณสุขยังไม่พร้อมหรือพร้อมน้อยในการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น (ตอบได้หลายข้อ)

	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1.	องค์กรท้องถิ่นยังไม่พร้อม	162	65.3
2.	หน่วยราชการส่วนกลางต้องการคงอำนาจไว้	100	40.3
3.	องค์กรที่ประชาชนยังไม่พร้อม	74	29.8
4.	ประชาชนยังไม่พร้อม	48	19.4

ตารางที่ 5.25 รายการเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่าองค์กรท้องถิ่นไม่มีความพร้อมหรือพร้อมน้อยในการรับการกระจายอำนาจ (ตอบได้หลายข้อ)

	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1.	องค์กรท้องถิ่นขาดคน	176	67.4
2.	องค์กรท้องถิ่นไม่รู้เรื่องสุขภาพ	128	49.0
3.	องค์กรท้องถิ่นยังไวใจไม่ได้	78	29.9
4.	องค์กรท้องถิ่นไม่ใช่องค์กรของชาวบ้านอย่างแท้จริง	69	26.4

ตารางที่ 5.26 รายการเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่ากลุ่มประชาคมในจังหวัดยังไม่พร้อมหรือพร้อมน้อยในการรับการกระจายอำนาจ (ตอบได้หลายข้อ)

	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1.	กลุ่ม/องค์กรประชาชนยังอ่อนแอ	172	69.6
2.	กลุ่ม/องค์กรประชาชนทำงานบริการไม่ได้	85	34.4
3.	กลุ่ม/องค์กรประชาชนไม่ควรเข้ามามีอำนาจ	58	23.5

3.4 ความคิดเห็นต่อรูปแบบ กสพ. ของกระทรวงสาธารณสุข

รูปแบบ กสพ. ที่มีตัวแทน 3 ฝ่าย ร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพในพื้นที่ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้นและนำไปใช้ในพื้นที่นำร่องเมื่อ 4-5 ปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เห็นด้วยมีน้อย (ไม่เกินร้อยละ 8 ของทุกกลุ่ม) ส่วนที่เหลือนั้นส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่เห็นด้วยคือประมาณร้อยละ 50 และหรือมากกว่าเล็กน้อย ส่วนที่เหลืออยู่ในกลุ่มผู้ที่เห็นด้วยอย่างมาก และกลุ่มไม่แน่ใจในสัดส่วนประมาณ 1 : 2 อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความแตกต่างตามพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างตาม หน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษานั้น พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อรูปแบบ กสพ. ไม่แตกต่าง ในขณะที่กลุ่มหน่วยงานต้นสังกัดและเพศมีความแตกต่างกัน (ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 ทั้งสองกลุ่ม) โดยมีแบบแผนความคิดเห็นที่น่าสนใจว่า กลุ่มองค์กรท้องถิ่นมีแนวโน้มเห็นด้วยกับรูปแบบ กสพ. มากกว่ากลุ่มภาคประชาชนและกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังคงเป็นกลุ่มที่เห็นด้วยกับเรื่องนี้ต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ส่วนเมื่อพิจารณาความแตกต่างทางเพศนั้น ส่วนใหญ่ของหญิงและชายเห็นด้วยกับรูปแบบ แต่ชายมีความเชื่อมั่นมากกว่ากลุ่มต่างๆ อย่างชัดเจน ดังรายละเอียดตามตารางที่ 5.27

ตารางที่ 5.27 ความคิดเห็นต่อรูปแบบของ กสพ. ที่มีตัวแทน 3 ฝ่าย (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุข และภาคประชาชน) จำแนกตามหน่วยงานสังกัด เพศ และการศึกษา

รายการ	ความคิดเห็น					χ^2	d.f.	p-value
	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยมาก	รวม (%)			
1. หน่วยงานสังกัด								
กระทรวงสาธารณสุข	14(7.8)	83(46.1)	77(42.8)	6(3.3)	180(100)	33.886	6	0.000*
องค์กรท้องถิ่น	4(2.6)	33(21.3)	102(65.8)	16(10.3)	155(100)			

ภาคประชาคม	4(4.6)	33(37.9)	43(49.4)	7(8.0)	87(140)			
รวม	22(5.2)	149(35.3)	222(52.6)	29(6.9)	422(100)			
2. เพศ								
ชาย	10(5.3)	63(33.3)	94(49.7)	22(11.6)	189(100)	12.243	3	0.007
หญิง	12(5.2)	86(36.9)	128(54.9)	7(3.0)	233(100)			
รวม	22(5.2)	149(35.3)	222(52.6)	29(6.9)	422(100)			
3. การศึกษา								
ต่ำกว่าปริญญาตรี	7(6.4)	37(33.9)	53(48.6)	12(11.0)	109(100)	8.184	6	0.225
ปริญญาตรี	11(4.4)	93(37.1)	132(52.6)	15(6.0)	251(100)			
สูงกว่าปริญญาตรี	4(7.3)	14(25.5)	35(63.6)	2(3.6)	55(100)			
รวม	22(5.3)	144(34.7)	220(53)	29(7.0)	415(100)			

4. บทสรุป

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนจากหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในจังหวัดน่านรองของการพัฒนาระบบ กสพ. ของกระทรวงสาธารณสุขยังมีการรับรู้และมีส่วนร่วมไม่มากนักต่อกระบวนการดำเนินงานของ กสพ. ทั้งในการเป็นคณะกรรมการอนุกรรมการ การประชุมวิชาการและสัมมนา และการเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ต่างๆที่เกิดขึ้น เมื่อพิจารณาพื้นฐานความพร้อมทั่วไปของกลุ่มต่างๆ พบว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังเป็นกลุ่มหลักที่มีประสบการณ์การติดต่อกับกลุ่ม/องค์กรต่างๆนอกสังกัดตนเองในการทำงานด้านสุขภาพ ในขณะที่กลุ่มองค์กรท้องถิ่นและภาคประชาชนนั้นแม้ว่ามีประสบการณ์น้อยกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ก็มีประสบการณ์เรื่องสุขภาพพอสมควร ส่วนความพร้อมเรื่องความรู้การกระจายอำนาจทั้งด้าน แนวคิดและหลักการ ข้อกฎหมาย แนวคิดการกำหนด กสพ. และวิธีปฏิบัติการของ กสพ. นั้น กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่คิดว่าตนเองพอจะทราบเรื่องนี้ดีแต่ไม่ถึงขั้นดีมาก และความเข้าใจนี้มีความแตกต่างกันตามพื้นฐานการศึกษาที่คนที่เรียนสูงกว่าจะมีความรู้เรื่องนี้ดีกว่า ส่วนกลุ่มองค์กรท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเข้าใจเรื่องนี้ได้ดีกว่ากลุ่มของประชาชน อย่างไรก็ตามโดยรวมแล้วการเรียนรู้ของกลุ่มต่างๆยังมีผู้ที่ไม่รู้จำนวนมากและรู้อย่างจำกัด

กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มีการรับรู้ต่อความพร้อมของหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจแตกต่างกันอย่างชัดเจนและน่าสนใจ โดยกลุ่มองค์กรท้องถิ่นและกลุ่มภาคประชาชนประมาณครึ่งหนึ่งและหรือมากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อยที่เชื่อมั่นว่ารัฐบาล หน่วยงานราชการส่วนกลาง สำนักงานสาธารณสุขระดับจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาชนมีความพร้อมในระดับปานกลางและมาก ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเชื่อมั่นต่อองค์กรต่างๆในระดับดังกล่าวในสัดส่วนที่น้อยกว่ามาก คือ อยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 23.0 ถึง 39.4 เท่านั้น สำหรับเหตุผลของกลุ่มที่เห็นว่าองค์กร/สถาบันที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ยังไม่

พร้อมหรือพร้อมน้อยในการดำเนินการเรื่องการกระจายอำนาจนั้น แนวคิดครอบคลุมทั้งประเด็นเรื่อง ความต้องการคงไว้ซึ่งอำนาจของรัฐและหน่วยงานรัฐ การเห็นว่างองค์กรท้องถิ่นและองค์กรภาคประชาชนยังอ่อนแอและขาดความพร้อมในการปฏิบัติการ และการมีตัวอย่างบางส่วนเห็นขัดแย้งกับหลักการ คือคิดว่าไม่ใช่เรื่องขององค์กรท้องถิ่นและภาคประชาชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตามโดยรวมแล้วเหตุผลยังคงเน้นหนักที่ความไม่พร้อมขององค์กรท้องถิ่นที่ทำให้ขาดความเชื่อมั่นต่อกระบวนการพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่น และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นกลุ่มที่คำนึงถึงประเด็นนี้มากที่สุด

บทที่ 6

ความหมายและแนวโน้มการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาที่น่าเสนอในสื่อบทที่ผ่านมาได้วิเคราะห์และประเมินความหมายและคุณค่า และเสนอเป็นบทสรุปเอาไว้แล้วในแต่ละบท ซึ่งมีความชัดเจนระดับหนึ่ง ในบทนี้เป็นการเสนอความเชื่อมโยงของเนื้อหาสาระของผลงานแต่ละบทที่จะชี้ให้เห็นแนวโน้มของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจะเป็นอย่างไรหากรัฐมีนโยบายให้ดำเนินการเรื่องนี้อย่างต่อไป และข้อเสนอแนะต่อรูปแบบและกระบวนการพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในพื้นที่ โดยอาศัยพื้นฐานความ

เข้าใจจากบทเรียนของการดำเนินงาน กสพ.จังหวัดภูเก็ต (บทที่ 2 – 4) และความพร้อมของกลุ่มไตรภาคีที่เป็นองค์ประกอบหลักของ กสพ. ที่เป็นตัวแทนของพื้นที่ต่างๆที่มีได้จำกัดเฉพาะในจังหวัดภูเก็ตเท่านั้น (บทที่ 5)

1. การเรียนรู้จากบทเรียน กสพ. จังหวัดภูเก็ต

ข้อสรุป 4 ประเด็นที่เป็นข้อสรุปของบทเรียนการดำเนินงาน กสพ. จังหวัดภูเก็ตได้ระบุไว้ในบทที่ 4 คือ ท้องถิ่นมีความพร้อมที่จะรับผิดชอบการกระจายอำนาจ ความจริงจังและประนีประนอมคือท่าทีสำคัญของท้องถิ่นในการปฏิบัติงาน ประชาคมดีในหลักการแต่อ่อนในการปฏิบัติ และ อดทน จำเป็นต้องเสริมการพัฒนาและเรียนรู้เรื่องนี้ทั้งวิธีคิดและวิธีปฏิบัติ ข้อสรุปดังกล่าวนี้ได้สะท้อนความหมายการเรียนรู้ที่เป็นประเด็นทั้งในทางหลักการและการปฏิบัติ สรุปได้ดังนี้

1.1 กสพ. จังหวัดภูเก็ตมีความสำเร็จเบื้องต้นของการพัฒนา ผลงานที่เป็นรูปธรรมและนามธรรมของ กสพ. จังหวัดภูเก็ตเป็นตัวชี้ถึงความสำเร็จในช่วงระยะเริ่มต้นการพัฒนา กสพ. ได้เป็นอย่างดี กล่าวคือแม้ว่าการดำเนินงานได้เพียงช่วงเวลาสั้น (ระยะเวลาปฏิบัติงานประมาณ 8 เดือน) และมีผลงานเพียงระยะเริ่มต้นเท่านั้น (การจัดตั้งคณะกรรมการ กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจศึกษาปัญหา การจัดทำแผน และการจัดตั้งสำนักงาน) ความสำเร็จนี้อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าชี้วัดจาก 2 เรื่องสำคัญ คือ 1.) คณะกรรมการ กสพ. ได้รับการจัดตั้งและดำเนินงานได้ตามหลักการและเป้าหมายที่กำหนดไว้ทุกประการ 2.) การเรียนรู้และพัฒนาของคณะกรรมการ กสพ. ที่มีพื้นฐานความคิด การรับรู้ และความเชื่อเรื่องนี้ที่แตกต่างกันจนได้ข้อสรุปที่เป็นผลงานร่วมกัน ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกันและยกระดับความเข้าใจและการยอมรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพว่าเป็นเรื่องสำคัญและเป็นเรื่องของทุกคนที่ต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา การถูกยกเลิกการปฏิบัติการของ กสพ. จากรัฐบาลในขณะที่คณะกรรมการกำลังกระตือรือร้นและมีความหวังกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น จึงนำมาสู่ความเสียใจและเสียขวัญโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาของทุกคนที่เข้าร่วมด้วยดีมาโดยตลอด ซึ่งเชื่อมั่นว่าหากปล่อยให้รูปแบบ กสพ. นำร่องพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไปสังคมย่อมได้รับประโยชน์มากมายจากผลงานและการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น

ความสำเร็จที่สำคัญของ กสพ. ที่รอรับการพิสูจน์แต่ไม่มีโอกาสได้เห็นคือ ผลของการบริหารจัดการของคณะกรรมการ กสพ. และการตัดสินใจของตนเองในเรื่องการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ วิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ และการตัดสินใจใช้งบประมาณที่สอดคล้องกับเป้าหมายและแผนงานที่กำหนดไว้

1.2 สุขภาพเป็นเรื่องที่ห่างไกลจากการเรียนรู้ของไตรภาคีที่ไม่ได้ทำงานด้านสุขภาพ สมาชิกของคณะกรรมการไตรภาคี กสพ. เข้าร่วมด้วยพื้นฐานและการเรียนรู้เรื่องสุขภาพที่แตกต่างกัน ในส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นมีความชัดเจนอยู่แล้วว่าเป็นผู้รู้ในเรื่อง

นี้เป็นอย่างดี แต่อาจมีข้อจำกัดการเรียนรู้และยอมรับเรื่องการกระจายอำนาจ เพราะเป็นประเด็นที่กระทบต่ออำนาจและการตัดสินใจของตนเองที่ต้องสูญเสียไป ในขณะที่สมาชิกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แม้ว่าโดยหน้าที่ความรับผิดชอบต้องบริหารจัดการเรื่องสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบ แต่ความรู้ความเข้าใจในแนวคิดและกระบวนการปฏิบัติการเรื่องนี้เป็นไปอย่างจำกัด และมักคาดหวังว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้ทำหน้าที่เป็นอย่างดีอยู่แล้ว ส่วนภาคประชาชนนั้นอาจกล่าวได้ว่ามีข้อจำกัดทั้งเรื่องบทบาทหน้าที่ทั้งเรื่องการกระจายอำนาจและการรับรู้เรื่องสุขภาพ แม้ว่าโดยหลักการแล้วทั้งสองเรื่องนี้ก็คือเรื่องของประชาชนและทำทุกอย่างเพื่อประชาชน ดังนั้นกระบวนการพัฒนากสพ. จึงควรต้องเน้นหนักการสร้างความรู้ความเข้าใจและรับรู้ที่ถูกต้องในเรื่องสุขภาพ และเรียนรู้ในลักษณะบูรณาการกับการกระจายอำนาจควบคู่กันไปด้วย จึงจะทำให้ฐานความคิดของไตรภาคีมีความพร้อมในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.3 การเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติการจริงเป็นกลยุทธ์หลักการพัฒนา จากข้อ 1.2 ที่กล่าวแล้วว่าทั้งเรื่องสุขภาพและการกระจายอำนาจเป็นข้อจำกัดการเรียนรู้ที่ไม่เท่ากันและเหมือนกันของแต่ละกลุ่ม ดังนั้นเมื่อมีการจัดตั้งและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่เป็นบูรณาการสองเรื่องให้เป็นเรื่องเดียว การเรียนรู้ที่ดีที่สุดคือการร่วมเรียนรู้ในการปฏิบัติงานจริง เพราะนอกจากการสร้างเงื่อนไขของการเรียนรู้ตามการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายแล้วยังเป็นการเรียนรู้จากการปฏิสัมพันธ์หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้จุดอ่อนและจุดแข็งของแต่ละฝ่ายได้เป็นอย่างดี ซึ่งคณะกรรมการ กสพ. จังหวัดภูเก็ตได้พิสูจน์ให้เห็นข้อสรุปการเรียนรู้ดังกล่าวได้เป็นอย่างดีที่ทุกกลุ่มทุกคนได้เรียนรู้เพิ่มเติมในทุกประเด็น โดยเฉพาะในกลุ่ม อบต. และประชาคมสุขภาพที่ต่างก็ยอมรับว่าในช่วงระยะเริ่มต้นยังขาดความรู้ความเข้าใจอย่างมากเรื่องสุขภาพ แต่เมื่อได้เข้ามาร่วมเป็นกรรมการ กสพ. และคณะกรรมการได้รับการเตรียมความพร้อมจากคณะกรรมการในรูปแบบต่างๆ ทั้งการประชุมสัมมนา ประชุมปฏิบัติการ การศึกษาดูงาน และการปฏิบัติการจริง จึงเกิดการเรียนรู้และปรับฐานความคิดร่วมกัน หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าหากไม่ได้เริ่มต้นพัฒนาระบบ กสพ. ก็แทบจะมองไม่เห็นแนวทางการยกระดับความรู้และการรับรู้ต่อความรับผิดชอบของฝ่ายต่างๆ ได้เลย หรือทำได้ก็ขาดหลักประกันว่ามีประสิทธิภาพเพียงพอในการยกระดับวิธีคิดและประสบการณ์เรื่องการกระจายอำนาจให้กับคนในท้องถิ่น

1.4 รูปแบบไตรภาคี กสพ. และกระบวนการจัดตั้งเป็นที่ยอมรับและทำได้ ผลการดำเนินงานของ กสพ. จังหวัดภูเก็ตเป็นการพิสูจน์ให้เห็นว่ารูปแบบไตรภาคีของ กสพ. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้นเป็นรูปแบบที่ได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนกระบวนการจัดตั้งที่กำหนดขึ้นจากส่วนกลางก็ได้รับการตอบสนองด้วยดีจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เนื่องจากหลักการของไตรภาคีและการจัดตั้ง กสพ. ใช้ “การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่” และให้น้ำหนักคือความสำคัญอยู่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหลัก

ในขณะที่องค์กรภาคประชาชน และองค์กรภาควิชาชีพสาธารณสุขหรือสุขภาพมีความสำคัญพอกัน (พิจารณาจากสัดส่วนของคณะกรรมการที่มี 21 คน และกำหนดให้เป็นตัวแทนกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคสาธารณสุขมี จำนวน 9, 6 และ 6 คนตามลำดับ และกำหนดให้ประธาน กสพ. เป็นประธานคณะกรรมการ กสพ.) ปัญหาที่เกิดขึ้นในประเด็นความคิดที่แตกต่างและการยอมรับที่ไม่เหมือนกันคือกระบวนการจัดตั้งที่ให้แต่ละกลุ่มคัดเลือกผู้แทนกลุ่มของตนเองขึ้นมา ซึ่งแต่ละกลุ่มมีความพร้อมไม่เหมือนกัน อย่างไรก็ตามข้อจำกัดก็เกิดขึ้นเฉพาะในประเด็นที่เป็นรายละเอียดของแต่ละกลุ่มนั่นเอง โดยเฉพาะในกลุ่มภาคประชาชนนั้น การที่กลุ่มต่างๆโดยทั่วไปไม่รู้จักกัน / ไม่เคยทำงานร่วมกันมาก่อน รวมทั้งไม่เข้าใจและมีประสบการณ์การทำงานเรื่องสุขภาพมาก่อน การได้รับการคัดเลือกเป็นคณะกรรมการและทำงานร่วมกันจึงมีความขัดแย้งและสับสนเกิดขึ้นบ้างแต่ไม่รุนแรงจนถึงขั้นมีผลกระทบเกิดขึ้น เช่น ปัญหาที่เกิดจากการไม่รับรู้บทบาทที่แท้จริงของ กสพ. และความคาดหวังต่อการเป็นคณะกรรมการ กสพ. ที่แตกต่างกัน รูปแบบไตรภาคีจึงมีความเหมาะสมทั้งในเชิงหลักการและการปฏิบัติ

1.5 ตัวแทนของแต่ละกลุ่มของไตรภาคี กสพ. เริ่มต้นจากความพร้อมที่ไม่เท่ากัน
ตามที่กล่าวแล้วในข้อ 1.3 และ 1.4 ว่าแต่ละกลุ่มของไตรภาคี กสพ. ได้เรียนรู้ร่วมกันเรื่องสุขภาพและการกระจายอำนาจ และเรียนรู้ที่จะทำให้ทั้งสองเรื่องนี้เป็นเรื่องเดียวกันได้นั้นเป็นข้อดีของโครงการที่กำหนดขึ้นในกระบวนการการพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ แต่เมื่อพิจารณาพื้นฐานของแต่ละกลุ่ม พบว่านอกเหนือจากความแตกต่างเฉพาะของแต่ละบุคคลซึ่งเป็นเงื่อนไขปกติทั่วไปแล้ว ความเป็นกลุ่มหรือสถานภาพของกลุ่มยังเป็นข้อจำกัดหรือปัญหาพอสมควร ซึ่งอาจกล่าวในรายละเอียดของแต่ละกลุ่มได้ดังนี้

1.5.1 กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นองค์กรประกอบย่อยอยู่ 3 กลุ่ม คือ เทศบาล (นคร เมือง และตำบล) อบต. และ อบจ. ซึ่งในกลุ่มนี้มีโควตาของบุคคลที่เข้าร่วมเป็นกรรมการรวม 9 คน การเลือกตัวแทนของแต่ละกลุ่มได้มอบหมายให้แต่ละกลุ่มเลือกตัวแทนขึ้นมาเองและไม่มีปัญหาแต่ประการใด เนื่องจากแต่ละกลุ่มย่อยและระหว่างกลุ่มย่อยมีการพบปะและร่วมกิจกรรมกันเป็นปกติอยู่แล้ว และต่างรับรู้ว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองที่ต้องรับผิดชอบและทำได้ จึงเลือกตัวแทนได้ไม่ยากและไม่มีปัญหาใดๆเกิดขึ้น

1.5.2 กลุ่มภาคประชาชน กลุ่ม/องค์กรภาคประชาชนเป็นกลุ่มที่อาจกล่าวได้ว่าเป็นกลุ่มที่เริ่มต้นจากความไม่รู้และความไม่เข้าใจค่อนข้างมาก การไม่รู้เรื่องสุขภาพและการกระจายอำนาจเป็นประเด็นที่กล่าวไว้ข้างต้นแล้วแต่มิใช่เป็นปัญหาสำคัญ แต่ปัญหาหลักก็คือฐานข้อมูลของกลุ่ม/องค์กรภาคประชาชนที่หน่วยงานของรัฐจัดทำขึ้นไม่สมบูรณ์และถูกต้องมากเพียงพอ กระบวนการการคัดเลือกตัวแทนของกลุ่มเป็นกรรมการ กสพ. ที่ใช้ฐานข้อมูลดังกล่าวทำให้บางกลุ่มเสียโอกาสเข้าร่วม โดยเฉพาะกลุ่มที่ทำงานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใน

พื้นที่ที่มีได้จดทะเบียนเป็นกลุ่ม/องค์กรตามระเบียบของรัฐ นอกจากนี้กลุ่มที่รับเชิญเข้าร่วมประชุมคัดเลือกต้องเสียเวลาในการทำความเข้าใจในประเด็นการเข้าร่วม เพราะส่วนใหญ่ของกลุ่มที่เข้าร่วมไม่เคยมีประสบการณ์เรื่องสุขภาพและไม่ได้ทำงานร่วมกันมาก่อน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าตัวแทนกลุ่มที่ได้รับเลือกเป็นกรรมการ กสพ. จะมีข้อจำกัดเรื่องสุขภาพ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกรรมการที่เป็นตัวแทนของอีกสองกลุ่มที่เหลือแล้ว กรรมการจากภาคประชาชนก็สามารถเรียนรู้ไปกับคณะกรรมการกลุ่มอื่นๆได้เป็นอย่างดี ตัวอย่างเช่น คณะกรรมการ กสพ. จากภาคประชาชนผู้หนึ่งที่เข้าไปเป็นกรรมการ กสพ. โดยไม่ค่อยรู้เรื่องและสนใจปัญหาสุขภาพ ปัจจุบันได้เป็นบุคลากรหลักของการประสานงานและทำงานร่วมกันเรื่องสุขภาพของกลุ่มภาคประชาชนหลายกลุ่ม ซึ่งก็เป็นผลจากการรู้จักกันและเรียนรู้ร่วมกันระหว่างการเป็นกรรมการ กสพ. นั่นเอง

1.5.3 กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจกล่าวได้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพร้อมทางด้านแนวคิดและการปฏิบัติเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมากกว่าอีกสองกลุ่มที่เหลือ เพราะได้รับการเตรียมความพร้อมจากกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นระยะๆที่จะเรียนรู้และร่วมในการปฏิบัติการในเรื่องนี้ ดังนั้นเมื่อได้กำหนดรูปแบบนำร่อง กสพ. ขึ้นมา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่างก็รับมาปฏิบัติได้ทันที อย่างไรก็ตามกลุ่มในทางปฏิบัติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเผชิญกับปัญหาความขัดแย้ง 2 ประการที่อยู่ภายในความคิดและจิตใจของตนเอง ก็คือการมีข้อสงสัยหรือกังวลว่าองค์กรท้องถิ่นขาดความพร้อมในความรับผิดชอบเรื่องสุขภาพตามระบบกระจายอำนาจและอาจทำให้การดำเนินงานสุขภาพมีปัญหาได้ และปัญหาล้วนๆที่มีอาจพูดออกมาได้คือการที่ต้องสูญเสียอำนาจในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพและความมั่นคงในการทำงาน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่มีแนวโน้มว่าต้องปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงาน และการโอนสถานอนามัยหรือ PCU เข้าไปสังกัด อบต.และเทศบาล ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่างไม่แน่ใจว่าความมั่นคงในการทำงานและความเติบโตในตำแหน่งหน้าที่ของตนเองมีมากน้อยเพียงใดและอย่างไร

1.6 ผู้นำองค์กรท้องถิ่นเป็นเงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จ ตามหลักการกระจายอำนาจและรูปแบบ กสพ. ที่กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้นำในการปฏิบัติการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ คือการเป็นประธานคณะกรรมการ กสพ. นั้น อาจกล่าวได้ว่า กสพ. จังหวัดภูเก็ตมีผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่โดดเด่นในการเป็นประธานและคณะกรรมการ กสพ. กล่าวคือ นายกเทศมนตรีเทศบาลนครภูเก็ตเป็นประธาน กสพ. และนายก อบจ. เป็นรองประธาน กสพ. ซึ่งทั้งสองท่านมีความโดดเด่นคนละแบบและได้ร่วมมือกันด้วยดีมาโดยตลอด กล่าวคือ คุณสมบัติร่วมที่เหมือนกันคือการเป็นคนท้องถิ่นที่รักและต้องการเห็นการพัฒนาของประชาชนและชุมชน และต่างก็เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้บริหารเป็นอย่างดี ประธาน กสพ. ดำรงตำแหน่งนายกเทศมนตรีของเทศบาลภูเก็ตมานานและได้รับรางวัลมากมายจากความสำเร็จในการบริหารจัดการ และมีความกระตือรือร้นสูงมากที่จะ

ทำงานในเรื่องนี้ จนกระทั่งได้รับความไว้วางใจให้เป็นคณะกรรมการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับกระทรวงหรือส่วนกลางด้วยในขณะที่รองประธาน กสพ. ก็เข้าใจเรื่องนี้เป็นอย่างดีในฐานะที่เป็นนายแพทย์ และตลอดเวลาที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับเรื่องการพัฒนาสุขภาพของท้องถิ่นมาโดยตลอด ตัวอย่างเช่น หลังจาก กสพ. ได้ถูกยกเลิกไปแล้ว อบจ. ยังให้งบประมาณแก่สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด(สสจ.) ได้ทำโครงการพัฒนาชุมชนด้านสุขภาพ และพัฒนาแกนนำสุขภาพในชุมชนต่างๆด้วย

1.7 โครงสร้างของระบบการกระจายอำนาจทั้งจังหวัดยังขาดความชัดเจน

ระบบ กสพ. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้นเพื่อใช้ในจังหวัดนาร่องนั้น เป็นการกำหนดโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจนในระดับจังหวัดและเป็นระดับการบริหารจัดการเชิงนโยบายซึ่งในทางปฏิบัติแล้วอาจมีคำถามต่อเนื่องได้ว่า วิธีคิดและรูปแบบกสพ.นี้จะนำไปใช้ในระดับอำเภอและตำบลบ้างหรือไม่ ถ้าไม่ใช้จะบริหารจัดการในระดับพื้นที่ปฏิบัติการกันอย่างไร และหากจะบริหารจัดการให้มีเอกภาพทางความคิดและกระบวนการทำงานอย่างไรที่จะทำให้เกิดการพัฒนา สุขภาพของประชาชนในจังหวัดบรรลุเป้าหมายร่วมกัน และสามารถตอบสนองต่อความแตกต่างของปัญหาและความต้องการของแต่ละพื้นที่ได้ ประเด็นปัญหาดังกล่าวนี้นี้เชื่อว่าหากกระบวนการพัฒนากสพ.ในพื้นที่นาร่องทำได้อย่างเต็มที่และมีเวลามากเพียงพอก็จะสามารถสรุปและนำเสนอรูปแบบที่ควรจะเป็นของระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับจังหวัดอย่างครบวงจรได้ ซึ่งการหยุดชะงักระหว่างการดำเนินงานคือการเสียโอกาสเรียนรู้ที่สำคัญ

2. ภาพรวมความพร้อมของไตรภาคี กสพ.

ข้อสรุปจากกรณีตัวอย่าง กสพ. จังหวัดภูเก็ตได้ชี้ให้เห็นความพร้อมและเงื่อนไขของไตรภาคี กสพ. ระดับหนึ่งที่เป็นระดับประสบการณ์และมีประสบการณ์ตรงต่อกระบวนการพัฒนากสพ. ซึ่งเมื่อพิจารณาในภาพรวมของบุคลากรจากไตรภาคี กสพ. จังหวัดภูเก็ตและในพื้นที่นาร่อง กสพ. ที่อื่นๆที่เป็นกลุ่มทั่วไปและไม่เน้นหนักเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการเข้าร่วมกสพ. เท่านั้น ซึ่งข้อมูลรายละเอียดได้เสนอไว้ในบทที่ 3 และบทที่ 5 โดยมีความหมายและคุณค่าที่สัมพันธ์กับกระบวนการพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

2.1 กลุ่ม/องค์กรภาคประชาชน

2.1.1 สังคมยังสับสนในความหมายและคุณค่าของกลุ่มประชาคม

โดยทั่วไปสังคมรวมทั้งหน่วยราชการมีความเข้าใจว่ากลุ่มประชาคมหมายถึงกลุ่ม/องค์กรของประชาชนที่มีการรวมตัวกันในรูปแบบต่างๆ เช่น มูลนิธิ สมาคม ชมรม และกลุ่ม/องค์กรต่างๆ และหน่วยราชการมักจัดบันทึกและทำทำเนียบเฉพาะกลุ่มที่มาแจ้งต่อทางราชการอย่างเป็นทางการ ในความเป็นจริงแล้วยังมีกลุ่มของประชาชนที่กำลังปฏิบัติการอยู่ในรูปแบบและพื้นที่ต่างๆอีกจำนวนหนึ่ง กลุ่มเหล่านี้ไม่สนใจไปลงทะเบียนในระบบราชการเพราะมิได้มีส่วนได้เสียแต่ละประการใด ซึ่งกลุ่มต่างๆเหล่านี้จะมีความหมายใกล้เคียงกับกลุ่มประชาคมที่แท้จริง

มากกว่า (หากประชาคม หมายถึง กลุ่มหรือองค์กรที่เป็นการรวมตัวกันของผู้ที่มีความต้องการร่วมกันในการปฏิบัติการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสังคมเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยไม่หวังผลประโยชน์ส่วนตน แต่ทำเพื่อประโยชน์สาธารณะและสำนึกในความรับผิดชอบต่อสังคม)

การแก้ไขความสับสนของความหมายและการจัดทำทำเนียบที่สมบูรณ์น่าจะช่วยให้ข้อมูลกลุ่ม/องค์กรของประชาชนมีความชัดเจนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และไม่ใช่เรื่องที่ยากเกินกว่าที่หน่วยงานราชการที่รับผิดชอบจะทำได้ แต่ปัญหาที่ควรคำนึง คือในกระบวนการกำหนดกลุ่มตัวแทนของภาคประชาชนนั้นควรมีความชัดเจนว่าควรกำหนดให้กลุ่มใดมีส่วนร่วมบ้าง และควรแบ่งโควตาของกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่มย่อยคือ กลุ่มที่ทำงานเชิงพัฒนาที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหของประชาชนและชุมชนด้านต่างๆ เช่น เรื่องเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม และกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มพัฒนาสังคมโดยตรง เช่น สมาคมและชมรมวิชาชีพต่างๆ และกลุ่มสงเคราะห์ประชาชนเฉพาะเรื่องเฉพาะกิจ ทั้งสองกลุ่มนี้ขององค์กรภาคประชาชนแม้ว่ามีพื้นฐานและประสบการณ์แตกต่างกันแต่ควรมีส่วนร่วมในระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพด้วยเพราะสุขภาพเป็นวิถีชีวิตของทุกคนทุกกลุ่มที่ต้องร่วมกันพัฒนา โดยเฉพาะกลุ่ม/องค์กรที่มีประสบการณ์และสนใจเรื่องสุขภาพควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษ

2.1.2 องค์กรประชาชนที่เข้มแข็งควรมีฐานของชุมชนรองรับ ความเข้มแข็งที่แท้จริงของกลุ่ม/องค์กรภาคประชาชนก็คือ กลุ่ม/องค์กรที่ทำงานกับประชาชนในพื้นที่และมีประชาชนในพื้นที่ร่วมเป็นแกนนำกลุ่ม ซึ่งในพื้นที่จังหวัดภูเก็ตมีอยู่หลายกลุ่ม/องค์กรที่แกนนำของกลุ่มประชาคมเป็นบุคคลที่เป็นตัวแทนการพัฒนาของแต่ละหมู่บ้านและชุมชนด้วย ซึ่งเมื่อมีการปฏิบัติการใดๆเกิดขึ้นก็จะมีพื้นที่และประชาชนเข้าร่วมในการขับเคลื่อนและพัฒนา (ผลการวิเคราะห์ในบทที่ 3) และในที่สุดก็นำไปสู่การเรียนรู้และความเข้มแข็งได้ จึงอาจกล่าวได้ว่าจังหวัดภูเก็ตมีลักษณะเฉพาะที่สำคัญของกลุ่ม/องค์กรประชาคมที่เป็นคนในท้องถิ่นและเติบโตมากับกระบวนการจัดการกับปัญหาในชุมชนและท้องถิ่นของตนเองด้วยจิตสำนึก ความรัก และความหวังที่จะให้ชุมชนมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมือนอย่างเคย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือประชาชนรู้ทันและมีเกราะคุ้มกันการพัฒนาที่ไหลท่วมเกาะภูเก็ตจนมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพอย่างรุนแรง

2.1.3 กลุ่ม/องค์กรประชาชนต้องการเวลาและโอกาสในการพัฒนา สถานการณ์ความเคลื่อนไหวและพัฒนาของกลุ่ม/องค์กรในจังหวัดภูเก็ตในช่วง 4 – 5 ปีก่อนที่มีการปฏิบัติการของไทรภาคี กสพ. กับปัจจุบันมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน กล่าวคือ ในอดีตกลุ่ม/องค์กรประชาชนต่างๆไม่ได้ร่วมมือในเชิงการพัฒนาเลย ส่วนใหญ่แล้วความร่วมมือกันเป็นเรื่องงานบุญและประเพณีของจังหวัดที่ทุกกลุ่มต้องเข้าร่วมสนับสนุนเพราะเป็นหน้าตาและศักดิ์ศรีของจังหวัด รวมทั้งเป็นผลประโยชน์ทางธุรกิจด้วย ตัวอย่างเช่น ภูเก็ตเป็นจังหวัดท่องเที่ยวสำคัญของประเทศได้จัดงานประเพณีถือศีลกินผัก (กินเจ) ของภูเก็ต แม้ว่าจุดเริ่มต้น

มาจากวัฒนธรรมจีน แต่ประชาชนในภูเก็ตในอีกสองวัฒนธรรมหลักที่เหลือก็ร่วมมือกันอย่างเหนียวแน่น คือ วัฒนธรรมมุสลิม และวัฒนธรรมชาวพุทธ แต่การมีส่วนร่วมดังกล่าวก็จำกัดเฉพาะในช่วงเทศกาลดังกล่าวเท่านั้น หลังจากนั้นแต่ละกลุ่มปฏิบัติการกิจของตนเองโดยไม่เกี่ยวข้องกัน

หลังจากสิ้นสุด กสพ. แต่ผลจากการที่แต่ละฝ่ายทำงานร่วมกันในฐานะไตรภาคี กสพ. ทำให้รู้จักซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่มมากขึ้น เมื่อจังหวัดมีโครงการพัฒนาด้านสุขภาพที่สำคัญ คือ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เคลื่อนไหวเพื่อกำหนดร่าง พรบ. สุขภาพที่ให้ทุกกลุ่มสังคมมีส่วนร่วมนำเสนอและวิพากษ์ข้อสรุป และโครงการวิจัยชีวิตสาธารณะที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) และองค์กรพัฒนาเอกชน (LDI) เป็นผู้รับผิดชอบบริหารจัดการโครงการ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพในบริบทของชุมชนและสังคมและบูรณาการโครงการทั้งสองเรื่องนี้เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้กลุ่ม/องค์กรประชาคมต่างๆ ทั้งที่เคยและไม่เคยทำงานร่วมกันในการพัฒนาระบบกสพ. ได้มาร่วมกันทำงานทั้งในระยะสั้นและระยะยาวจนมีการรวมตัวกันเข้มแข็งและปรากฏเป็นกลุ่ม/องค์กรที่มีตัวตนแน่นอนจนสังคมทั่วไปรู้จัก ดังเช่น กรณีเหตุการณ์สึนามิ กลุ่มต่างๆ เหล่านี้มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการวางแผนแก้ไขปัญหาในระยะยาวด้วยกลุ่ม/องค์กรประชาชนจึงต้องการเวลาในการพัฒนาและต้องอาศัยเงื่อนไขต่างๆ เป็นตัวกลางในการพัฒนา โดยเฉพาะบุคคล/โครงการกลางที่เป็นเงื่อนไขให้กลุ่มต่างๆ ได้มาร่วมเรียนรู้และพัฒนาไปด้วยกัน ซึ่งแน่นอนที่สุดว่าหากมีการดำเนินงาน กสพ. ในปัจจุบันอย่างน้อยที่สุดในกลุ่มผู้แทนของภาคประชาชนจะมีความเข้มแข็งกว่าในอดีตและมีผลการดำเนินงานที่เปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีและมีความหวังมากยิ่งขึ้น

2.1.4 กลุ่ม/องค์กรประชาชนยังมีข้อจำกัดการรับรู้เรื่องการกระจาย

อำนาจด้านสุขภาพ การที่กลุ่มองค์กรภาคประชาชนส่วนใหญ่รับรู้เรื่องหลักการและกระบวนการการดำเนินงานการกระจายอำนาจค่อนข้างต่ำและต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ที่เหลือ (กลุ่มองค์กรท้องถิ่น และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ย่อมเป็นข้อจำกัดการพัฒนาและการยกระดับการปฏิบัติการเรื่องนี้อย่างแน่นอน ประกอบกับทัศนะของบุคคลฝ่ายต่างๆ รวมทั้งในกลุ่มภาคประชาชนด้วยกันเองยังมีวิธีคิดที่เป็นอุปสรรคสำคัญของการมีส่วนร่วมพัฒนาการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นและประชาชนด้วย คือแนวคิดที่ว่ากลุ่ม/องค์กรประชาชนไม่ควรเข้ามายุ่งกับการเมืองและการขาดความรู้และประสบการณ์ในการบริหารจัดการบ้านเมือง ซึ่งเป็นตัวชี้สถานะภาพของประชาชนต่อกระบวนการพัฒนาการกระจายอำนาจไม่ดีขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องสร้างเสริมการเรียนรู้เรื่องนี้ในกลุ่มของประชาชน และการทำความเข้าใจที่ถูกต้องในบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของภาคประชาชนในเรื่องการกระจายอำนาจ เพราะเมื่อพิจารณาถึงที่สุดแล้วการกระจายอำนาจด้านสุขภาพกับประชาชนคือเรื่องเดียวกันที่ประชาชนเป็นทั้งเป้าหมาย กลยุทธ์ และเป็นกลไกสำคัญของการพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

2.2 กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.2.1 สมาชิกองค์กรท้องถิ่นมีความเชื่อมั่นสูงต่อการกระจายอำนาจ

เมื่อพิจารณาจากบทเรียนการทำงานของ กสพ. จังหวัดภูเก็ต และการประเมินการรับรู้ตนเองของสมาชิกองค์กรท้องถิ่นที่รับรู้ว่าคุณภาพการปฏิบัติงาน การปฏิบัติภารกิจ และความเชื่อมั่นต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติภารกิจกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเป็นอัตราค่อนข้างสูงถึงประมาณร้อยละ 60 ซึ่งเป็นอัตราสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับความเชื่อมั่นของสมาชิกในอีกสองกลุ่มที่เหลือ ความสอดคล้องกันที่ผลงานของสมาชิกองค์กรท้องถิ่นมีความโดดเด่นในกระบวนการพัฒนาของ กสพ. จังหวัดภูเก็ต และสมาชิกทั่วไปขององค์กรท้องถิ่นก็มีความมั่นใจและเข้าใจเรื่องนี้เป็นอย่างดีนั้น น่าจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ทำให้มีความเชื่อมั่นในระดับหนึ่งว่า “การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” น่าจะดำเนินการได้ อย่างน้อยก็ควรเริ่มปฏิบัติการได้แล้ว และควรยินยอมให้มีการปฏิบัติการช่วงเวลายาวนานพอสมควรที่จะพิสูจน์ว่ารูปแบบการพัฒนามีผลดีไม่น้อยเพียงใดและอย่างไร โดยเฉพาะต่อประเด็นข้อกังขาของบุคคลทั่วไป รวมทั้งความคิดเห็นของอีกสองกลุ่มของไตรภาคีที่เหลือที่ยังขาดความเชื่อมั่นต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รายละเอียดจะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป) ซึ่งคงไม่มีวิธีการใดที่ดีกว่าการพิสูจน์ด้วยการให้ทำจริง ๆ อย่างเต็มที่ตามสภาพและเงื่อนไขที่เป็นอยู่

2.2.2 ความหลากหลายขององค์กรท้องถิ่นเป็นข้อจำกัดที่ต้องพัฒนา

ตามที่กล่าวแล้วว่าองค์กรท้องถิ่นประกอบด้วย 3 กลุ่มองค์กรที่แตกต่างกันคือ เทศบาล อบจ. และอบต. ซึ่งภายในแต่ละกลุ่มองค์กรก็มีความแตกต่างกัน (ยกเว้น อบจ. ที่เป็นองค์กรหนึ่งเดียวของจังหวัด) ทั้งขนาดและความพร้อมในการดำเนินงาน กล่าวคือ ทั้งเทศบาลและ อบต. ได้แบ่งออกเป็นระดับย่อยๆตามขนาดและความพร้อมของพื้นที่เป็นกลุ่มละ 3 ระดับ ซึ่งแน่นอนที่สุดว่าแต่ละระดับมีความพร้อมที่แตกต่างกันในการปฏิบัติการการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อบต. และเทศบาลตำบลเป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นมาใหม่ ซึ่งเป็นที่รับรู้และยอมรับกันทั่วไปว่ายังขาดความพร้อมในการปฏิบัติการหลายเรื่อง โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพ ดังนั้นการดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพคงต้องพิจารณาความแตกต่างและความพร้อมขององค์กรแต่ละแห่งด้วย มิใช่พิจารณาเป็นภาพรวมและเหมารวมกันไปทั้งหมดว่าเป็นแบบเดียวกัน

2.3 กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.3.1 ความขัดแย้งในตนเองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพมีผลกระทบโดยตรงต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องถ่ายโอนอำนาจการตัดสินใจของตนเองไปให้องค์กรท้องถิ่น รวมทั้งการที่ตนเองต้องไปอยู่ภายใต้การบริหารจัดการขององค์กรท้องถิ่นด้วย ซึ่งอาจกระทบต่อความเจริญก้าวหน้า ความมั่นคง และบางคนอาจนำมารวมไปถึงผลกระทบต่อศักดิ์ศรีและความเป็นวิชาชีพด้วย แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยทั่วไปเป็นกลุ่มบุคคลที่เข้าใจและยอมรับเป็นอย่างดีในหลักการการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและให้ความ

ร่วมมือด้วยดีในการปฏิบัติภารกิจการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ดังนั้นเมื่อมีการปฏิรูปการ กสพ. ในจังหวัดน่านรองเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องปรับแนวคิด บทบาท และความรับผิดชอบใหม่ จึงเป็นภาวะขัดแย้งทางความคิดและความรู้สึกที่ไม่อาจแสดงออกโดยตรงได้ จนเจ้าหน้าที่บาง คนอยู่ในภาวะเก็บกดและรอคอยว่าผลจะออกมาอย่างไร เจ้าหน้าที่หลายคนมีความหวังว่า รัฐบาลจะยกเลิกกสพ. ซึ่งก็เป็นความจริงและมีผลทำให้เจ้าหน้าที่จำนวนมากสบายใจขึ้น แต่ก็ยัง กังวลอยู่ลึกๆ เพราะทุกคนทราบว่ากฎหมายกระจายอำนาจมีผลบังคับใช้แล้ว การยกเลิก กสพ. จึงเป็นเพียงการชะลอปัญหาออกไปเท่านั้น

2.4 ความหมายร่วมของไตรภาคี กสพ.

2.4.1 ระบบ กสพ. ยังจำกัดการเรียนรู้ของไตรภาคี ผลการสำรวจใน บทที่ 5 แสดงให้เห็นชัดเจนว่าการเรียนรู้ของกลุ่มไตรภาคีต่างๆ ยังอยู่ในขอบเขตจำกัด แต่ละ กลุ่มมีเพียงประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่รับรู้ว่าคุณภาพการให้บริการและการ กระจายอำนาจอยู่ในระดับที่เชื่อมั่นได้ระดับหนึ่ง (ปานกลางและมาก) และมีเพียงประมาณหนึ่งใน สามของแต่ละกลุ่มเท่านั้นที่รู้เรื่อง กสพ. อยู่ในระดับค่อนข้างดี ทั้งๆ ที่เมื่อพิจารณาในขั้นตอน และวิธีการที่ กสพ. แต่ละจังหวัดน่าน (มีรูปแบบและวิธีการที่ใกล้เคียงกัน) ได้จัดกิจกรรม หลายอย่างและหลายครั้ง โดยเฉพาะการประชุมสัมมนาที่จัดขึ้นอย่างต่อเนื่องและระดมบุคลากร ทุกฝ่ายร่วมเรียนรู้และเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงอาจ กล่าวได้ว่าบทเรียนของ กสพ. ที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้มากเพียงพอในการพัฒนาบุคลากรที่ เกี่ยวข้องนั้นยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร นอกเหนือจากข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาดำเนินงานที่ รับรู้กันเป็นอย่างดีแล้ว รูปแบบและเนื้อหาการเรียนรู้และเรียนรู้ของแต่ละกลุ่มก็ยังมีข้อจำกัดอยู่ไม่ น้อย ทั้งในเรื่องเนื้อหาสาระของการเรียนรู้ เทคนิควิธีการของกระบวนการเรียนรู้ที่จัดขึ้น กลุ่ม ผู้เข้าร่วม และการสร้างโอกาสในการเรียนรู้ บทเรียนการเรียนรู้เรื่องนี้ของสมาชิกไตรภาคีเป็น เรื่องสำคัญเพราะการเรียนรู้และสร้างความเชื่อมั่นต่อหลักการและกระบวนการการกระจาย อำนาจด้านสุขภาพควรเกิดขึ้นพร้อมๆ กับการพัฒนาระบบการปฏิรูปการกระจายอำนาจด้าน สุขภาพ และจะเป็นหลักประกันสำคัญของความยั่งยืนการพัฒนาในเรื่องนี้

2.4.2 ความไม่เป็นเอกภาพของการรับรู้บทบาทและคุณค่าระหว่าง สมาชิกไตรภาคี สมาชิกไตรภาคีแต่ละกลุ่มมีความเชื่อมั่นต่อความพร้อมของแต่ละฝ่ายในการ ดำเนินงานการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไม่เกินร้อยละ 60 แม้แต่ความเชื่อมั่นความพร้อมใน กลุ่มของตนเองก็ตาม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงช่องว่างหรือความอ่อนแอภายในของแต่ละกลุ่มมาก พอสมควร และมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพื่อลดหรืออุดช่องว่างการรับรู้และความ เชื่อมั่นดังกล่าวให้ลดลงหรือหมดไป อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเชิงเปรียบเทียบการรับรู้ต่อความ พร้อมของสมาชิกไตรภาคีแต่ละกลุ่ม พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจถึงความไม่เป็นเอกภาพ ดังนี้

(ก) สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับรู้ว่าตนเองมีความพร้อมในการรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับความเชื่อมั่นปานกลางและมาก ซึ่งเป็นระดับที่มีผลดีต่อการพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 57.9 ซึ่งมีความแตกต่างกับการรับรู้ของกลุ่มภาคประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับรู้ว่าจะองค์กรท้องถิ่นมีความพร้อมเรื่องนี้ที่ระดับนี้เพียงแค่อ้อยละ 36.4 และ 24.0 ตามลำดับ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าการรับรู้ของสมาชิกองค์กรท้องถิ่นถึงครึ่งหนึ่งหรือมากกว่า และเป็นการรับรู้ที่สวนทางกันค่อนข้างมาก

(ข) สมาชิกกลุ่ม/องค์กรภาคประชาชนรับรู้ว่าตนเองมีความพร้อมในการรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับปานกลางและมากในอัตราที่ใกล้เคียงกับสมาชิกองค์กรท้องถิ่น (ร้อยละ 53.5) และองค์กรท้องถิ่นก็มีความเชื่อมั่นต่อภาคประชาชนในเรื่องนี้ระดับนี้ที่ใกล้เคียงกันด้วย ในขณะที่กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลับมีความเชื่อมั่นต่อภาคประชาชนในเรื่องนี้ระดับนี้เพียงประมาณครึ่งหนึ่งของการรับรู้ของกลุ่มอื่นๆ คือมีเพียงร้อยละ 30.2 เท่านั้น

(ค) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการรับรู้เรื่องความพร้อมขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่เป็นแบบแผนเดียวกัน คือ ขาดความเชื่อมั่นต่อความพร้อมขององค์กรต่างๆ ในการดำเนินงานเรื่องนี้ กล่าวคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเชื่อมั่นต่อความพร้อมในระดับปานกลางและมากขององค์กรต่างๆ รวมทั้งองค์กรของตนเองคือหน่วยงานสาธารณสุขมีเพียงไม่เกินร้อยละ 40 ของทุกกลุ่ม หรือโดยเฉลี่ยประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้นที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเชื่อมั่นต่อความพร้อมในการกระจายอำนาจ ซึ่งตรงกันข้ามกับการรับรู้ของสมาชิกองค์กรท้องถิ่นและภาคประชาชนที่ประมาณครึ่งหนึ่งของแต่ละกลุ่มเชื่อมั่นว่าหน่วยงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพร้อมในระดับปานกลางและมากต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมในการปฏิบัติการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ในขณะที่สมาชิกขององค์กรอื่นๆ มีความเชื่อมั่นมากกว่าว่ามีความพร้อม

ความไม่เป็นเอกภาพด้วยสภาพและเงื่อนไขทั้งสามข้อดังกล่าวนี้ อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าองค์กรท้องถิ่นยังเป็นจำเลยของสังคมในความเชื่อมั่นว่าจะทำการกระจายอำนาจได้ไม่ดีเท่าที่ควร ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ภาพคนนอกเห็นว่ามีความพร้อมทุกอย่างแต่ตนเองกลับมองตรงกันข้าม ในขณะที่ภาคประชาชนนั้นอยู่ในระดับกลางๆ เมื่อเปรียบเทียบกับอีกสองกลุ่มซึ่งเมื่อพิจารณาในเหตุผลของผู้ที่ขาดความเชื่อมั่นต่อแต่ละองค์กรสามารถสรุปชี้ชัดได้ว่า ข้อกังวลที่มีต่อองค์กรท้องถิ่นเป็นเรื่องของความอ่อนแอหรือไม่พร้อมทั้งด้านองค์กร บุคลากร และองค์ความรู้ ส่วนข้อกังวลที่มีต่อกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีความชัดเจนว่าเป็นเหตุผลของความกังวลต่อความสูญเสียผลประโยชน์และความมั่นคงในการทำงาน และสำหรับภาคประชาชนนั้นนอกเหนือจากทางเหตุผลที่มีความกังวลเรื่องความอ่อนแอและไม่พร้อมแล้ว ยังมีบางส่วนของแต่

ละกลุ่มเห็นว่าการกระจายอำนาจไม่ใช่บทบาทโดยตรงของประชาชนด้วย ซึ่งเป็นประเด็นความ สืบสนของสังคมอยู่ในปัจจุบัน

3. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ควรจะเป็นและข้อเสนอแนะ

จากการที่ กสพ. จังหวัดได้ดำเนินงานมาในช่วงเวลาสั้น มีผลงานเป็นที่ยอมรับ โดยทั่วไปและมีแนวโน้มชี้ให้เห็นว่าหากมีการปฏิบัติการต่อไปจะประสบความสำเร็จด้วยดี บทเรียนและการเรียนรู้ในช่วงเวลาจำกัดนี้แม้ว่าไม่อาจสะท้อนรูปแบบการกระจายอำนาจด้าน สุขภาพตามระบบของ กสพ. ได้อย่างชัดเจน แต่ก็ชี้ให้เห็นสภาพและเงื่อนไขหลายอย่างที่ต้อง คำนึงถึงและควรเตรียมความพร้อมไว้แต่เนิ่นๆหากต้องดำเนินงานเรื่องนี้อีกในอนาคต โดยมี ข้อคิดเห็นและเสนอแนะสรุปดังนี้

3.1 การเตรียมความพร้อมให้ไตรภาคีในช่วงก่อนการปฏิบัติการ

3.1.1 รัฐควรส่งเสริมให้องค์กรท้องถิ่นมีประสบการณ์การบริหารจัดการ ตามแนวคิดของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ กล่าวคือ ในสถานการณ์ปัจจุบันที่รัฐยังไม่ ขับเคลื่อนเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ รัฐควรนำเสนอตัวอย่างวิธีคิดและกระบวนการ และผลการดำเนินงานของ กสพ.ที่ผ่านมาให้องค์กรท้องถิ่นต่างๆได้เรียนรู้และให้ข้อคิดเห็น พร้อมกันนั้น ควรส่งเสริมให้องค์กรท้องถิ่นต่างๆนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ปัจจุบันด้วย โดยเฉพาะในเทศบาลและอบต.ขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมเรื่องบุคลากรและงบประมาณระดับ หนึ่ง โดยในการทดลองปฏิบัติตามกรอบและนโยบายที่เป็นปกติในปัจจุบันนี้ เทศบาลและอบต. อาจตั้งคณะกรรมการไตรภาคีเรื่องสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง ด้วยการเรียนเชิญตัวแทนของภาค ประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ร่วมเป็นกรรมการในการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธ กิจ เป้าหมาย กลยุทธ์ และการกำหนดแผนปฏิบัติการของท้องถิ่นทางด้านสุขภาพขึ้นทั้งในระดับ จังหวัด อำเภอ และตำบล โดยผู้นำของเทศบาลหรืออบต. เป็นประธานคณะกรรมการหลัง จากนั้นก็ร่วมกันสนับสนุน ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติการตามแผนที่กำหนดไว้ หรือ อาจกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ “การนำเอาแนวคิดและรูปแบบ กสพ. มาใช้ทดลองปฏิบัติงานจริง” การ ปฏิบัติการดังกล่าวเชื่อว่าต้องเผชิญกับปัญหาเชิงระบบค่อนข้างมากเพราะเกิดความซ้ำซ้อนกับ บทบาทหลักของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบ และจำเป็นต้องปรับทัศนคติหลาย เรื่องที่มีต่อกันของไตรภาคีและบุคคลที่เกี่ยวข้องดังได้กล่าวมาแล้ว อย่างไรก็ตามแม้ว่าผลที่ได้จะ ไม่ดีหรือไม่ดีผลเลย แต่อย่างน้อยที่สุดการเรียนรู้และรู้จักกันระหว่างไตรภาคีด้วยกันเองเป็นผล และประโยชน์สำคัญที่มีคุณค่าต่อการทำงานร่วมกันอีกในอนาคต และหากประเมินในเชิงบวก แล้วเชื่อว่าการที่แต่ละฝ่ายได้มาร่วมงานกันด้วยเป้าหมายร่วมกัน (คือประชาชน ชุมชน และ สังคม) ทุกฝ่ายจะปรับตัว ปรับความคิดและวิธีทำงานใหม่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางจริงๆ

โดยหลักการแล้วการปฏิบัติการทดลองในลักษณะดังกล่าวนี้แต่ละท้องถิ่นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เลยโดยไม่ต้องรอให้รัฐบาลอนุญาตหรือให้รัฐสนับสนุน เพราะเป็นการปฏิบัติที่มีสอดคล้องกับหลักการและอุดมคติขององค์กรท้องถิ่นอยู่แล้วและเป็นไปตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ

3.1.2 รัฐควรสร้างกระแสสังคมในการเรียนรู้และเข้าร่วมในระบบการกระจายอำนาจของประชาชน ประเด็นตามข้อ 3.1.1 เป็นการเรียนรู้และเข้าร่วมในกระบวนการการกระจายอำนาจด้านสุขภาพโดยตรง แต่เชื่อว่ามิอยู่ในขอบเขตจำกัด เพราะต้องขึ้นอยู่กับความพร้อมของปัจจัยต่างๆมากมาย โดยเฉพาะความพร้อมและความต้องการของนายกเทศมนตรีเทศบาล และนายก อบต. ที่เป็นผู้บริหารสูงสุดขององค์กรท้องถิ่นนั้น ดังนั้นรัฐควรสนับสนุนให้มีการรณรงค์เรื่องการกระจายอำนาจในวงกว้างด้วยสื่อชนิดต่างๆ และด้วยรูปแบบและเนื้อหาที่ประชาชนเข้าถึงอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การกระทำดังกล่าวเป็นการแสดงถึงความจริงจังของรัฐในการส่งเสริมพัฒนาระบบการกระจายอำนาจอย่างแท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ไขทัศนคติทางลบที่มีต่อองค์กรท้องถิ่น ที่คนทั่วไปรวมทั้งเจ้าหน้าที่รัฐเห็นว่าย่ำแย่ขาดความพร้อมหรืออ่อนแอเกินไปที่จะมีบทบาทในการบริหารจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพได้ วิธีการรณรงค์ควรทำทั้งเชิงกว้างและเชิงลึกให้สอดคล้องสัมพันธ์กัน ตัวอย่างเช่น ควรมีสื่อโฆษณาเรื่องการมีส่วนร่วมในระบบการกระจายอำนาจของบุคลากรฝ่ายต่างๆที่ร่วมกับองค์กรท้องถิ่น ควรมีโครงการเจาะลึกกลุ่มสนใจในเรื่องนี้เพื่อทำโครงการพัฒนาเป็นพิเศษ เช่น การจัดประชุมปฏิบัติการให้กลุ่มต่างๆที่สนใจเรื่องการกระจายอำนาจแต่ละประเด็น และการศึกษาดูงานพื้นที่ตัวอย่างในการปฏิบัติการกระจายอำนาจในรูปแบบที่น่าสนใจ

3.1.3 รัฐควรทบทวนโครงสร้างการบริหารองค์กรท้องถิ่นกับการพัฒนาระบบกระจายอำนาจ ผู้บริหารระดับนโยบายขององค์กรท้องถิ่นทั้งเทศบาลและอบต.เป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับการเลือกตั้งจากประชาชนเข้ามาบริหารจัดการท้องถิ่นของตนเอง ซึ่งโดยหลักการแล้วเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น แต่หากมีแนวคิดรูปแบบไตรภาคีที่ต้องการให้บุคลากรที่เป็นตัวแทนวิชาชีพเฉพาะและกลุ่ม/องค์กรของประชาชนในพื้นที่ได้เข้าร่วมในการกำหนดนโยบายและตัดสินใจอาจเป็นอุปสรรคสำคัญที่จะนำไปปฏิบัติก็ได้ เพราะการรวมทีมของผู้ที่ผ่านการเลือกตั้งและผู้ที่ได้รับการคัดเลือกหรือแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการเชิงนโยบายนั้นอาจทำให้ผู้บริหารท้องถิ่นรู้สึกว่าการกำลังถูกถ่วงดุลย์อำนาจของตนเองก็ได้ ซึ่งแน่นอนที่สุดว่ารูปแบบแต่ละอย่างก็มีข้อดีข้อเสีย และเมื่อนำมาใช้ร่วมกันก็ควรมีการปรับและพัฒนาให้มีความเป็นไปได้ ดังนั้นรัฐควรทบทวนโครงสร้างและระบบการบริหารจัดการขององค์กรท้องถิ่นบนพื้นฐานหลักการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และ หาข้อสรุปที่มีความเป็นไปได้ และควรเป็นข้อสรุปที่มีหลายรูปแบบที่แต่ละพื้นที่อาจเลือกใช้ให้เหมาะสมกับตัวเอง

3.2 แนวคิดและรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

3.2.1 การใช้หลักการ “ไตรภาคี” มีส่วนร่วมปฏิบัติการกระจายอำนาจด้าน

สุขภาพ แนวคิดไตรภาคี กสพ. เป็นเรื่องที่อาจกล่าวได้ว่าทุกฝ่ายให้การยอมรับโดยไม่ข้อโต้แย้งใดๆ จึงมีความเหมาะสมที่นำมาใช้ได้ ประเด็นสำคัญที่มีความแตกต่างในความคิดเรื่องนี้ก็คือ รายละเอียดของกระบวนการได้มาซึ่งไตรภาคีและบทบาทหน้าที่ที่ควรทำ เช่น สัดส่วนของคณะกรรมการไตรภาคีควรเป็นเท่าไร (กำหนดจำนวนให้แน่นอนหรือยืดหยุ่นตามสภาพพื้นที่และให้พื้นที่ตัดสินใจ) การคัดเลือกตัวแทนแต่ละภาคีควรมีขั้นตอนและวิธีปฏิบัติอย่างไรบ้าง(การให้ความหมายที่ชัดเจนของตัวแทนแต่ละกลุ่มว่าคือใคร และวิธีการคัดเลือกที่ให้ทุกคนมีส่วนร่วมทำได้อย่างไร) และการได้รับการตรวจสอบจากประชาชนหรือการทำประชาพิจารณ์ข้อสรุปเชิงนโยบายของคณะกรรมการไตรภาคี ซึ่งข้อเสนอแนะเชิงหลักการก็คือ การกำหนดรูปแบบจากส่วนกลางให้มีความชัดเจนในโครงสร้างหลักๆ ส่วนประเด็นในเชิงรายละเอียดควรมอบให้พื้นที่กำหนดและตัดสินใจด้วยตัวเอง โดยส่วนกลางอาจกำหนดและนำเสนอทางเลือกหลายๆทาง เพื่อให้ท้องถิ่นพิจารณาและเลือกใช้หรือประยุกต์จากรูปแบบที่นำเสนอ สำหรับข้อสรุปแต่ละเรื่องที่เป็นข้อเสนอแนะเพื่อการตัดสินใจควรตั้งอยู่บนพื้นฐานทางวิชาการ เช่น สัดส่วนของคณะกรรมการไตรภาคีควรระบุว่าเป็นเท่าไรได้บ้าง เพราะอะไร และควรนำมาใช้กับพื้นที่แบบใดได้บ้าง มีข้อดีข้อเสียอย่างไรด้วย

3.2.2 การปฏิบัติการ “นาร่อง” พื้นที่อาสาสมัครที่แตกต่างกัน การปฏิบัติ “นาร่อง” มีความหมายอย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ค้ำค้ำและมีประสิทธิภาพ และควรทำในพื้นที่นาร่องที่ครอบคลุมความแตกต่างกันให้มากที่สุด หรือกล่าวได้ว่าเป็นพื้นที่ทดลองปฏิบัติการที่เป็นตัวแทนความหลากหลายทุกแบบที่มีอยู่ เช่น ครอบคลุมเทศบาลและอบต.ทุกประเภทที่มีอยู่ และความหลากหลายนี้ครอบคลุมถึงศักยภาพของแต่ละพื้นที่ด้วย คือมีทั้งพื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง อ่อนแอ และพื้นที่ที่ศักยภาพระดับกลาง

กระบวนการปฏิบัติต้องมีความชัดเจนของช่วงเวลาและการสนับสนุน พร้อมๆกับการกำหนดที่มประเินผลที่ติดตามประเมินกระบวนการปฏิบัติการและประเมินผลลัพท์ที่เกิดขึ้นอย่างใกล้ชิดตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นบทเรียนในการนำมาใช้ที่เป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้มากที่สุด

3.2.3 การปฏิบัติการจริงเป็นระบบที่เลี้ยงภายในภูมิภาค นอกเหนือจากการนาร่องเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นบทเรียนของแนวคิดและกระบวนการปฏิบัติการแล้ว การกำหนดให้พื้นที่ใดดำเนินงานนั้นควรทำเป็นแผนเฉพาะของพื้นที่ระดับภูมิภาคขึ้น ด้วยความเชื่อว่าแต่ละพื้นที่มีความพร้อมในเรื่องนี้ที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงควรกำหนดระบบที่เลี้ยงการดำเนินงานเป็นกลุ่ม เช่น หากแบ่งตามเขตสาธารณสุข 12 เขต แต่ละเขตควรกำหนดให้มีจังหวัดใดเป็นจังหวัดหลักในการดำเนินงานและมีจังหวัดใดบ้างที่อยู่ในกลุ่มเรียนรู้ไปด้วยกันกับจังหวัดหลัก อย่างไรก็ตามในกระบวนการ “นาร่อง” และการจัดระบบที่เลี้ยงไม่จำเป็นต้องทำครบทุกเขตเพียงแต่ควรมีพื้นที่ที่เป็นตัวแทนปัจจัยหลักๆที่กำหนดรูปแบบการกระจายอำนาจ เช่น การมีตัวแทนพื้นที่นาร่องที่

เป็นตัวแทนระดับภูมิภาค เนื่องจากภูมิภาคมีความหมายที่แตกต่างกันในทางสังคมวัฒนธรรม และ เศรษฐกิจอยู่ด้วย

3.2.4 การพัฒนาศักยภาพของไตรภาคอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ศักยภาพที่สำคัญของไตรภาคที่เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพก็คือ วิธีคิดและความเชื่อในหลักการและกลยุทธของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นความรู้และสำนึกพื้นฐานในขับเคลื่อนการพัฒนาในเรื่องนี้ ประสบการณ์จากการดำเนินงานของกสพ.ที่ผ่านมา แม้ว่าได้จัดกิจกรรมหลายอย่างเพื่อพัฒนาบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ แต่ก็ยังมีความจำกัดในการรับรู้ประเด็นต่างๆ และเมื่อโครงการสิ้นสุดลงหรือหยุดชะงักเชื่อว่าความคิดและความเชื่อด้านนี้ถดถอยลงตามลำดับ ดังนั้นรัฐควรมีโครงการเสริมเป็นพิเศษที่นอกเหนือจากแต่เฉพาะพื้นที่จัดกิจกรรมพัฒนาบุคลากรที่เป็นไปตามแผนและกระบวนการพัฒนาของตนเอง เช่น การรณรงค์ในทำนองเดียวกับการจัดทำช่วงก่อนการปฏิบัติที่ควรจัดทำต่อไปให้มีความต่อเนื่องในเนื้อหาและความคิด และการจัดกิจกรรมในการสร้างขวัญและกำลังใจของผู้ที่เชื่อมั่นในแนวทางการกระจายอำนาจ และการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน อาทิเช่น การประกาศเกียรติคุณบุคคลที่มีผลงานดีเด่น และการนำเสนอบทเรียนการเรียนรู้ความสำเร็จดังกล่าวในรูปแบบที่ประชาชนแต่ละกลุ่มเข้าถึงและเรียนรู้ได้ง่ายและสนุก

บรรณานุกรม

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. เอกสารประกอบการประชุม วิชาการสาธารณสุขแห่งชาติ ครั้งที่ 9 เรื่อง การกระจายอำนาจ : ผลกระทบและทิศทางการพัฒนาสุขภาพ วันที่ 19-21 พฤศจิกายน 2544 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพฯ.

จรัส สุวรรณมาลา และคณะ. บทสังเคราะห์นวัตกรรมท้องถิ่นไทย ประจำปี 2547. เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง นวัตกรรมท้องถิ่นไทย ครั้งที่ 1 13-14 ตุลาคม 2547 ณ ศูนย์แสดงนิทรรศการและสินค้านานาชาติ ไบเทค บางนา กรุงเทพฯ

- ชูชัย ศุภวงศ์ (บรรณาธิการ). ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2544-2553). สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, กันยายน 2544.
- วุฒิสาร ตันไชย, ผู้ช่วยศาสตราจารย์. การกระจายภารกิจหน้าที่ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยุคใหม่, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ : 2546).
- ลือชา วรรัตน์ และคณะ. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข. สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, กันยายน 2543.
- พินิจ ฟ้าอำนวย และคณะ (กองบรรณาธิการ). กระจายอำนาจ ด้านสุขภาพทางเลือกและการวิเคราะห์. สำนักวิชาการสาธารณสุข, สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริหารสาธารณสุข, กรุงเทพฯ : กันยายน 2543.
- ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ (บรรณาธิการ). กระบวนการเพิ่มทักษะการทำงานด้านสุขภาพแบบพหุภาคี. นนทบุรี : สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ตุลาคม 2545.
- สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. ปีที่ 1 ฉบับที่ 8 เดือนกรกฎาคม 2544.