

รายงานฉบับสมบูรณ์

บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสร้างเสริมสุขภาพและ
ข้อเสนอเชิงนโยบาย
เรื่องการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

โดย

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์

จิรบูรณ์ โตสวณ

หทัยชนก สุมาลี

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พฤษภาคม ๒๕๕๓

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษานี้มุ่งจะหาแนวทางในการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพในการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ทำการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่อบต.๔ แห่ง

ผลการศึกษาพบว่า เดิมทีการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย มีลักษณะเป็นการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุข ให้ประชาชนทั่วไปที่ไม่เป็นโรคมีสุขภาพแข็งแรงเช่น การให้สุขศึกษาให้คนทั่วไปมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การสุขภาพาลสิ่งแวดล้อมเป็นต้น ภายหลังการสร้างเสริมสุขภาพที่มาจากคำว่า Health Promotion มีความหมาย ๒ ลักษณะ ลักษณะแรกคือการจัดบริการโดยบุคลากรสาธาณสุขดังที่กล่าวข้างต้น และ ลักษณะที่ ๒ คือกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อทำให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้นทั้งในคนปกติทั่วไปและผู้เจ็บป่วย ดังนั้นเพื่อป้องกันไม่ให้สับสนจึงใช้คำว่า “สร้างเสริมสุขภาพ”

การมีส่วนร่วมของภาคส่วนและประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย เริ่มต้นตั้งแต่ยุคของการสาธาณสุขมูลฐาน ในปี พ.ศ.๒๕๒๓ ที่นายแพทย์อมร นนทสุด อธิบดีปลัดกระทรวงสาธาณสุข เป็นผู้ผลักดันแนวคิดของการดำเนินงานสาธาณสุขมูลฐานในประเทศไทยโดยดัดแปลงจากกลยุทธ์และองค์ประกอบการสาธาณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลก “Health For All” จนมาถึงในปัจจุบันบริบทต่างๆเอื้อต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนและประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่นกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ท้องถิ่น, การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, การจัดตั้งกองทุนสุขภาพระดับตำบล ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, และกระบวนการสมัชชาสุขภาพ โดยที่ท้องถิ่นได้รับการกิจการสร้างเสริมสุขภาพบางส่วน มาตั้งแต่พ.ศ.๒๕๓๗ แล้ว

พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.๒๕๓๗ ส่งผลต่อการขยายบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพชัดเจนคือ เน้นหนักไปในเชิงการจัดการสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน กล่าวคือ การรักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ตลอดจน การป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ แต่กระนั้นก็ยังไม่ครอบคลุมบทบาทตามยุทธวิธี ๕ ประการของการสร้างเสริมสุขภาพในนิยามใหม่ ส่วนแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้อปท.ฉบับที่ ๒ ได้ผูกภารกิจการบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ไปพร้อมงบประมาณ สถานีอนามัยและบุคลากร ให้ถ่ายโอนให้อปท.ที่มีความพร้อมดำเนินการ ซึ่งน่าจะทำให้ภาวะการนำของอปท.ในการสร้างเสริมสุขภาพล่าช้าออกไป เนื่องจากจะต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอนในการรับโอนสถานีอนามัย

ดังนั้นเพื่อให้มีความชัดเจน ถึงบทบาทของท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ จึงสมควรกำหนดภารกิจให้สอดคล้องกับกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพให้ชัดเจน

จึงมีข้อเสนอการจัดแบ่งเป็นกลุ่มงาน เป็น ๑๘ งานกับอีก ๓ กลไก แบ่งเป็น

- การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนรายบุคคล ๖ งาน
 ๑. การส่งเสริมสุขภาพ อสม.
 ๒. การส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก
 ๓. การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน
 ๔. การดูแลผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส
 ๕. การส่งเสริมสุขภาพวัยแรงงานรวมถึง งานพัฒนาอาชีพอนามัยและอาชีพเวชกรรม
 ๖. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- การสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชน ๔ งาน
 ๑. การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพในพื้นที่
 ๒. การมีส่วนร่วมของกองทุนชุมชนอื่นๆที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
 ๓. การส่งเสริมกิจกรรมทางวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
 ๔. งานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
- การจัดการให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ๖ งาน
 ๑. การจัดหาและพัฒนา น้ำสะอาด
 ๒. การเกษตรเพื่อสุขภาพและอาหารปลอดภัย
 ๓. งานสุขาภิบาลอาหารและงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
 ๔. งานเฝ้าระวังและคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษทาง น้ำ และอากาศ
 ๕. การป้องกันและลดอุบัติเหตุจราจร
 ๖. การควบคุมการผลิต จำหน่าย และบริโภค สุราและยาสูบ
- การคุ้มครองสิทธิ ๒ งาน
 ๑. การคุ้มครองสิทธิของบุคคล ให้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพ
 ๒. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- กลไกการผลักดันนโยบายสาธารณะอื่นๆ เพื่อสุขภาพ ซึ่งควรมุ่งเน้นไปเพื่อสร้างความเป็นธรรมอันเนื่องมาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพ และสร้างความรับผิดชอบต่อการกระทำที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ
- กลไกการสื่อสารสาธารณะเพื่อสุขภาพและการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ
- กลไกการใช้หลักฐานทางวิชาการในการสร้างเสริมสุขภาพ

ซึ่งชี้ได้ว่ามีกลุ่มภารกิจเดียวที่อาจจำเป็นต้องให้สถานีนามัยดำเนินการ คือการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนรายบุคคล

การมอบภารกิจจากหน่วยงานรัฐส่วนกลาง/ส่วนภูมิภาค ให้ท้องถิ่น อาจอาศัยหลัก ๒ อย่างคือ ๑) ความเสี่ยงต่ำหรือความถี่สูง และ ๒) ใช้ทักษะพื้นฐาน หรือเข้าเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่ง รายละเอียดดูในตาราง ก.

ตาราง ก. การแบ่งภารกิจตามการกระจายอำนาจให้หน่วยงานรัฐแต่ละระดับ

หน่วยงาน	พื้นที่ ที่รับผิดชอบ	การจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ
กระทรวง สาธารณสุข	ทั่วประเทศ	จัดทำเป็นนโยบายระดับชาติ สร้างกลไกแรงจูงใจ
สำนักงาน คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ (สช.)		ประเมินความก้าวหน้าในการสร้างเสริมสุขภาพ ใน ๖ ด้าน ดังนี้ ๑) นโยบายสุขภาพ ๒) สภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ, ๓) การมีส่วนร่วมของชุมชน, ๔) ทักษะชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพประชาชน, ๕) การปรับทัศนคติเกี่ยวกับบริการสุขภาพ, ๖) การใช้หลักฐานทางวิชาการและการประเมินผล
สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)	จังหวัด	๑. ประสานงานเพื่อให้เกิดการประเมินสภาพปัญหาปัจจัยกำหนดสุขภาพ และจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดร่วมกัน ๒. สื่อสารสาธารณะเพื่อพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในเรื่องสุขภาพและการใช้ชีวิต (ที่จำเพาะกับบริบทของจังหวัด) ๓. จัดระบบข้อมูลด้านสุขภาพ สนับสนุนข้อมูลให้ท้องถิ่นในการประเมินผล และตัดสินใจ ๔. กำกับมาตรฐานการบริการสาธารณะด้านสุขภาพและภารกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ในอำเภอ
องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด (อบจ.)	จังหวัดหรือ ระหว่างท้องถิ่น	1. สร้างกลไกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับจังหวัดที่มีส่วนร่วมจากท้องถิ่นระดับต้น (Build healthy public policy), 2. สร้างกลไกเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในระดับจังหวัด (Create supportive environment for health)
สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)	อำเภอ	ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในรูปแบบคณะกรรมการ คปสอ. หรือ CUB Board ในการจัดการระบบข้อมูล การบัญชีและการสนับสนุน สอ. และอบต. รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ในอำเภอ
เทศบาล	ท้องถิ่นเขตเมือง	-จัดให้มีบริการสาธารณะในเทศบาล ๑๘ งาน การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนรายบุคคล ๖ งาน (อาจจัดโดยผู้ให้บริการสุขภาพอื่น) การสร้างควมมีส่วนร่วมของชุมชน ๔ งาน

หน่วยงาน	พื้นที่ ที่รับผิดชอบ	การจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ
		การจัดการให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ๕ งาน การคุ้มครองสิทธิ ๒ งาน -เป็นแกนประสานจัดทำนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม หรือ จัดทำแผนสุขภาพเทศบาล
องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด(อบต.)	ท้องถิ่นเขต ชนบท ตำบล	-จัดให้มีบริการสาธารณะในเขต ๑๘ งาน การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนรายบุคคล ๖ งาน (อาจจัดโดยผู้ให้บริการสุขภาพอื่น) การสร้างควมมีส่วนร่วมของชุมชน ๔ งาน การจัดการให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ๕ งาน การคุ้มครองสิทธิ ๒ งาน -เป็นแกนประสานจัดทำนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม หรือ จัดทำแผนสุขภาพตำบล
สถานีอนามัย., โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล., PCU	ตำบล	เป็นผู้ให้บริการ การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนรายบุคคล อาจสังกัดอบต. หรือ CUB
โรงพยาบาลชุมชน	อำเภอ	เป็นที่เลียงสนับสนุนสอ./รพ.สต./PCU ในรูปแบบ CUB Board ด้านกำลังคนและเวชภัณฑ์ การจัดการเรื่องระบบข้อมูลด้านสุขภาพ และระบบการเฝ้าระวัง

การจัดการที่ส่วนกลาง หน้าที่หลักๆของแต่ละหน่วยงานมี ดังนี้

- กสธ.เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดนโยบาย และกำหนดมาตรฐานของบริการสาธารณะ
- สช.สร้างกลไกนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม และประเมินความก้าวหน้าของการสร้างเสริมสุขภาพทั้งระบบ
- สปสช.เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพ ในส่วนของบริการส่งเสริมสุขภาพของประชากรรายบุคคล และกำหนดมาตรฐานของบริการ
- สสส. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพภาคประชาชน
- สวรส. วิเคราะห์ประเมินประสิทธิผลงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อใช้ในการตัดสินใจ
- กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณ และมอบหมายภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน ให้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับ

-สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยคณะกรรมการด้านสาธารณสุข การกำกับติดตามผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับ หลังการกระจายอำนาจ

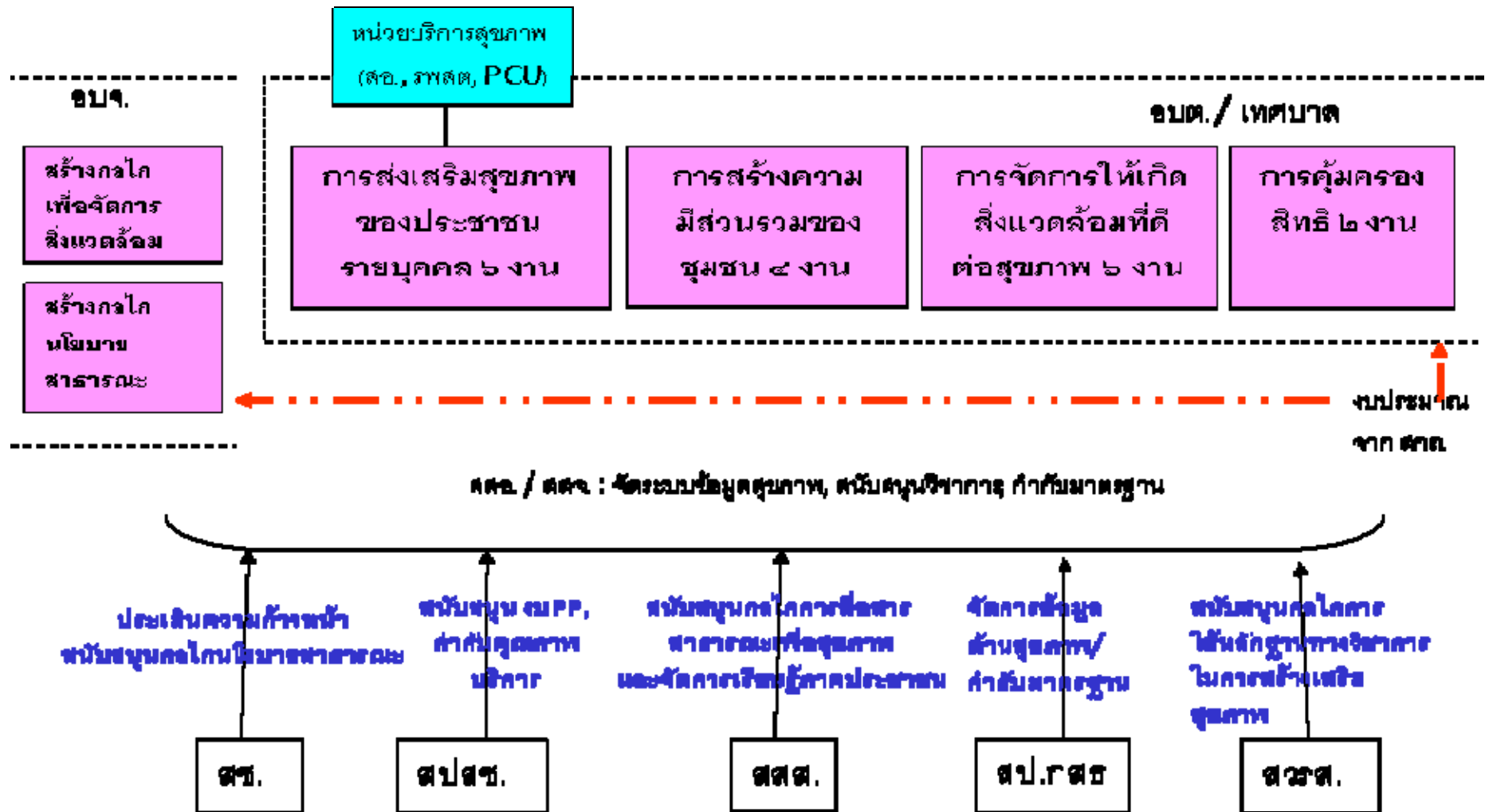
นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข ควรใช้โครงข่ายของ สสจ. และ สสอ. ในการจัดระบบข้อมูล ข่าวสารสุขภาพ ระบบรายงานการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง ที่ทุกฝ่ายสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

สสส. ควรรับหน้าที่เป็นแกนในการพัฒนากำลังคน ภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน บันทึก ปัญหาในท้องถิ่นให้เป็นความรู้เชิงประจักษ์ สร้างกระบวนการเรียนรู้ระหว่างท้องถิ่น

และ สช.ควรมีคณะกรรมการประเมินความก้าวหน้าด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ประสานการทำงานหน่วยงานส่วนกลางทุกส่วน รวมทั้งกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยด้วย

ศักยภาพของอปท.อาจพิจารณาได้เป็น 3 ด้าน คือความตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ, ศักยภาพในการจัดกระบวนการพัฒนานโยบาย และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบ กลไก, และ ศักยภาพในการพัฒนาอย่างเป็นระบบและยั่งยืน ซึ่งทั้ง ๓ ด้านนี้ สามารถนำมาสร้างเครื่องมือในการประเมินศักยภาพ และพัฒนาศักยภาพของอปท.ได้อย่างต่อเนื่อง

แผนภาพแสดงความเชื่อมโยง การกึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพของท้องถิ่นและการสนับสนุนจากส่วนกลาง



แผนภาพแสดงความเชื่อมโยงระหว่างการสนับสนุนของส่วนกลางไปยังหน่วยประสานกลางที่ระดับสถานีอนามัย สสจ. ไปถึง อบจ.กับ อบต. และเทศบาล โดย อบจ. มีบทบาทสร้างกลไกร่วมระหว่างท้องถิ่น ส่วน อบต.กับเทศบาลเป็นหน่วยปฏิบัติการในท้องถิ่น ซึ่งหน่วยบริการสุขภาพอาจจะอยู่ภายใต้ อบต.หรือไม่ก็ได้

สารบัญ

บทที่ ๑	บทนำ	๑
๑.๑	หลักการและเหตุผล	๑
๑.๒	วัตถุประสงค์	๑
๑.๓	วิธีการศึกษา	๑
๑.๔	ขอบเขตการศึกษา	๒
๑.๕	สิ่งที่คาดว่าจะได้รับ	๒
บทที่ ๒	บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	๓
๒.๑	ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ	๓
๒.๑.๑	นิยามและเงื่อนไขของการสร้างเสริมสุขภาพ	๕
๒.๑.๒	บทบาทและภารกิจ (Required Actions)	๖
๒.๒	แนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทย	๗
๒.๓	กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ	๘
๒.๓.๑	รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย	๘
๒.๓.๒	พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๑๑
๒.๓.๓	แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๑๓
๒.๓.๔	กฎหมายอื่นๆ	๑๖
๒.๓.๕	สรุปผลของกฎหมายต่อการส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๘
๒.๔	บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย	๑๙
๒.๔.๑	บทบาทของรัฐ ท้องถิ่น และประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย	๑๙
๒.๔.๒	ภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามงบประมาณสนับสนุนจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	๒๒
๒.๔.๓	โครงการนวัตกรรมและนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ	๒๓
๒.๔.๔	สิ่งที่ท้าทายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสร้างเสริมสุขภาพ	๒๕
๒.๕	การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ	๓๒
๒.๕.๑	บทนำ	๓๒
๒.๕.๒	ความหมายของการกระจายอำนาจ	๓๓
๒.๕.๓	รูปแบบของการกระจายอำนาจ	๓๓
๒.๕.๔	หลักการและเหตุผลในการกระจายอำนาจ	๓๗

๒.๕.๕	ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพ	๓๕
๒.๕.๖	บทเรียนจากต่างประเทศ	๔๓
๒.๕.๗	บทสรุป	๖๓
๒.๖	การกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพในต่างประเทศ	๖๕
๒.๖.๑	การสร้างเสริมสุขภาพของรัฐบาลท้องถิ่นใน ประเทศเม็กซิโก	๖๕
๒.๖.๒	การสร้างเสริมสุขภาพของรัฐบาลท้องถิ่นใน ประเทศสวีเดน	๖๕
๒.๖.๓	การสร้างเสริมสุขภาพของรัฐบาลท้องถิ่นใน ประเทศนิวซีแลนด์	๗๔
๒.๖.๔	บทสรุปและข้อเสนอแนะ	๗๕
บทที่ ๓	ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	๘๒
๓.๑	ข้อเสนอบทบาทหน้าที่และภารกิจของอปท. ในการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่	๘๒
๓.๑.๑	ภารกิจของรัฐและท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ	๘๒
๓.๑.๒	การบริหารจัดการที่ส่วนกลาง	๘๓
๓.๒	ข้อค้นพบความสามารถของท้องถิ่นและข้อเสนอการประเมินสมรรถนะและพัฒนาอบต. ในการสร้างเสริมสุขภาพ	๘๘
๓.๒.๑	ข้อค้นพบความสามารถของท้องถิ่นสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ	๘๘
๓.๒.๒	กรอบในการประเมินสมรรถนะและพัฒนาอบต. ในการสร้างเสริมสุขภาพ	๕๔
๓.๓	ทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและการบริหารจัดการสถานพยาบาลภาครัฐภายใต้บริบทการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๕๗
บทที่ ๔	ภาคผนวก	๑๐๘
๔.๑	กรณีศึกษา การสร้างศักยภาพของอบต. ในการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๐๘
๔.๑.๑	กรณีที่ ๑ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านปรก อ.เมือง จ.สมุทรสงคราม	๑๐๘
๔.๑.๒	กรณีที่ ๒ องค์การบริหารส่วนตำบลหาดทอง อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี	๑๒๐
๔.๑.๓	กรณีที่ ๓ องค์การบริหารส่วนตำบลบึงคล้า อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์	๑๒๖
๔.๑.๔	กรณีที่ ๔ องค์การบริหารส่วนตำบลคอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่	๑๓๖
๔.๒	นวัตกรรมสุขภาพ ๒๒ โครงการ	๑๔๓

สารบัญตาราง

ตารางที่ ๑	ภารกิจที่ต้องถ่ายโอนภายใต้กลุ่มภารกิจการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ตามแผนปีพ.ศ.๒๕๔๕	๑๔
ตารางที่ ๒	บทบาทของรัฐ ท้องถิ่น และประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย	๒๑
ตารางที่ ๓	การกระจายอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบตามประเภทของระบบการกระจายอำนาจ	๓๖
ตารางที่ ๔	จุดประสงค์ของการกระจายอำนาจ	๓๘
ตารางที่ ๕	การพัฒนาสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเกาหลีใต้	๕๓
ตารางที่ ๖	ระดับการกระจายอำนาจในสวีเดน	๗๐
ตารางที่ ๗	ข้อเสนอบทบาทของรัฐ ท้องถิ่น และประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย	๘๔
ตารางที่ ๘	การแบ่งภารกิจตามการกระจายอำนาจให้หน่วยงานรัฐแต่ละระดับ	๘๕
ตารางที่ ๙	แบบประเมินความเข้มแข็งของท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ	๙๕
ตารางที่ ๑๐	รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ถูกละเลยโดยนักวิชาการในประเทศ	๑๐๑
ตารางที่ ๑๑	รูปแบบการกระจายอำนาจระบบสุขภาพในต่างประเทศ	๑๐๓

บทที่ ๑ บทนำ

๑.๑ หลักการและเหตุผล

ในการพัฒนาสุขภาพในบริบทการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของภาคส่วน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการขับเคลื่อนขบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้เข้าถึงประชาชนในชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องมีฐานองค์ความรู้ในการขับเคลื่อน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยทั้งระดับแนวคิดและระดับการปฏิบัติจริง ทั้งของต่างประเทศและในประเทศ เพื่อสังเคราะห์เป็นบทเรียน ให้มีข้อมูล สำหรับผู้กำหนดนโยบาย สำหรับการตัดสินใจในการกำหนดทิศทางต่อไป และสำหรับผู้ปฏิบัติ ที่จะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพตนเองในการจัดกระบวนการตัดสินใจและการสร้างการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทใหม่

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นองค์กรในการสนับสนุนให้เกิดการสร้างองค์ความรู้และการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย จึงเห็นความสำคัญของการศึกษานี้ และมอบหมายให้คณะวิจัย จากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ เป็นผู้ดำเนินการ

๑.๒ วัตถุประสงค์

๑. ศึกษาบทบาทบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดความชัดเจนในบทบาทของรัฐบาลส่วนกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม ในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระยะต่อไป
๒. ศึกษาแนวคิดและกฎหมายเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของต่างประเทศที่มีผลบังคับใช้เพื่อดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพได้ประสบความสำเร็จ และล้มเหลว
๓. ศึกษาบทบาทและรูปแบบการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในต่างประเทศ และนำเสนอแนวคิดและรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในปัจจุบัน
๔. นำเสนอทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและการบริหารจัดการสถานพยาบาลภาครัฐภายใต้บริบทการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑.๓ วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการศึกษาเอกสาร (Document research) ด้วยกรอบประเด็นการวิเคราะห์ที่กำหนดขึ้น และเก็บข้อมูลในพื้นที่ ด้วยการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม และสอบถามกับผู้เชี่ยวชาญด้วยการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย และ (ร่าง) คู่มือสำหรับองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ ระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒- ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๓ โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

๑. นักวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาแนวคิดและกฎหมายเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ ในประเทศไทย และบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ

๒. นักวิจัยสร้างกรอบประเด็นในการศึกษาบทเรียนของต่างประเทศ ในด้านการกระจายอำนาจด้านการบริการสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และสนทนากลุ่มที่ประกอบด้วยเครือข่ายนักวิชาการ และผู้ทรงคุณวุฒิ ในวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๕๒ , ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๒ และ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๕๒

๓. ทบทวนข้อเสนอทางวิชาการขององค์กรระหว่างประเทศ และกรณีศึกษาบทเรียนในต่างประเทศ ในรูปแบบที่แตกต่างกันในด้านรูปแบบการกระจายอำนาจด้านการบริการสุขภาพให้ท้องถิ่น

๔. นำเสนอผลการวิเคราะห์ และจัดระดมสมองเรื่องทิศทางและรูปแบบการกระจายอำนาจบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับประเทศไทย และ นำเสนอ (ร่าง) คู่มือสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ ในวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓

๕. เก็บข้อมูลภาคสนามที่ระดับตำบล ได้กรณีศึกษาเรื่องศักยภาพของ อบต. ในการสร้างเสริมสุขภาพ

๖. นำเสนอผลการศึกษาให้กับผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ความเห็น ในวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๓

๑.๔ ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ไม่รวม กทม.และเมืองพัทยาซึ่งมีรูปแบบและภารกิจที่ชัดเจนในเรื่องการกระจายอำนาจ และไม่รวมถึงรูปแบบพื้นที่ ที่กำลังขร่างกฎหมายเป็นการปกครองรูปแบบพิเศษ

๑.๕ สิ่งที่ได้คาดว่าจะได้รับ

๑. องค์ความรู้ด้านการกระจายอำนาจการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทย, ประสบการณ์ต่างประเทศด้านการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ, และบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ

๒. ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปประกอบเป็น คู่มือบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

บทที่ ๒ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

บทนี้เป็นการทบทวนบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยการทบทวนเอกสาร โดยแบ่งเป็น ๖ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

ตอนที่ ๒ แนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทย

ตอนที่ ๓ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ

ตอนที่ ๔ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ตอนที่ ๕ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ

ตอนที่ ๖ การกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพในต่างประเทศ

๒.๑ ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

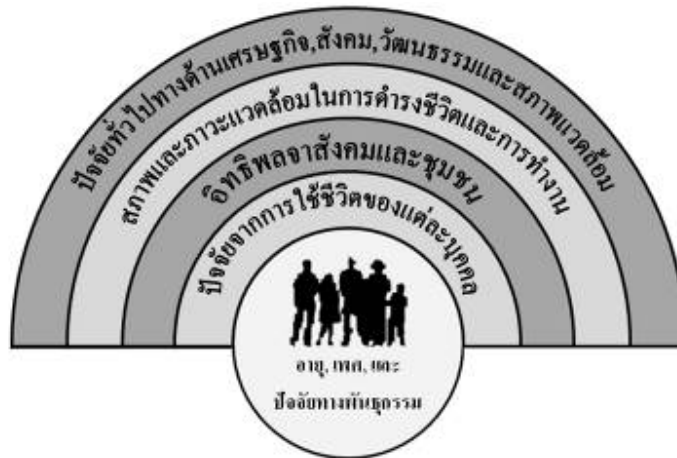
๑. ความหมายของคำว่าสุขภาพและปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ

ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ใน พระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มิได้จำกัดอยู่กับการปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ความหมายครอบคลุมไปถึง “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และ ทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”^๑ อีกด้วย

ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social determinants of health) หมายถึงตัวกำหนดทางด้านสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ. ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ โดยปัจจัยที่ใกล้ตัวที่สุด คือ อายุ เพศและปัจจัยทางพันธุกรรม ส่วนปัจจัยที่ใกล้ตัวที่สุดคือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อม. ดังในรูปที่ ๑^๒

^๑ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

^๒ Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1990.



รูปที่ ๑: ตัวกำหนดทางสังคม

คณะอนุกรรมการเรื่องปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Commission on Social Determinants of Health หรือ CSDH) ที่ได้รับการแต่งตั้งโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ทำการศึกษาวิจัยและได้ระบุถึงปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ^๓ คือ พัฒนาการในวัยเด็กเริ่มแรก, ที่อยู่ที่ถูกสุขลักษณะ, การจ้างงานที่เป็นธรรมและงานที่ดี, การคุ้มครองทางสังคมตลอดชีวิตเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่างๆ, การประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การคำนึงถึงความเป็นธรรมด้านสุขภาพในทุกๆนโยบาย, การคลังสาธารณะที่เป็นธรรม, ความรับผิดชอบของการค้าและกลุ่มธุรกิจ, และ ความเป็นธรรมระหว่างหญิงและชาย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าคำว่า “สุขภาพ” นั้น มีความหมายกว้างไกลกว่าการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และการสร้างเสริมสุขภาพนั้นจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือจาก “สุขภาพ” ด้วย

ในประเทศไทย คำว่าการส่งเสริมสุขภาพ แต่เดิมมักจะหมายถึงการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนโดยบุคลากรสาธารณสุข (health promotion intervention) อันได้แก่ งานอนามัยแม่เด็ก งานอนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ งานวางแผนครอบครัว งานสุขศึกษา งานอนามัยชุมชน เป็นต้น แต่ปัจจุบันการส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างเสริมสุขภาพได้ขยายขอบเขตความหมายกว้างออกไปถึงการเป็นกลยุทธ์ด้านสุขภาพที่เรียกว่า กลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพ (health promotion strategy) ตามแนวคิด “สร้าง (สุขภาพ) นำซ่อม (สุขภาพ)” ที่มุ่งเน้นอย่างน้อย 5 เรื่อง คือ การสร้างเสริมนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ

^๓ Commission on Social Determinants of Health, Closing the gap in a generation, Geneva: WHO; 2008.

สุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและการปรับเปลี่ยนบริการ สาธารณสุข ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นผลกระทบมาจากกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) ที่ประกาศเมื่อปี พ.ศ.๒๕๒๕^๔

๒. การสร้างเสริมสุขภาพตามความหมายของ Ottawa Charter (พ.ศ. ๒๕๒๕)

การประชุมระดับนานาชาติในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ^๕ (Health Promotion) จัดขึ้นครั้งแรก ที่เมือง Ottawa ประเทศ Canada ในวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๒๕. มีการเสนอกฎบัตร (Charter) ซึ่ง มุ่งเน้นในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและมีจุดมุ่งหมายในการทำให้เกิด Health for All ขึ้นด้วย จากการ ประชุมดังกล่าว ได้มีการให้คำนิยาม เงื่อนไข และ ภารกิจ ดังนี้

๒.๑.๑ นิยามและเงื่อนไขของการสร้างเสริมสุขภาพ

นิยามใน Ottawa Charter ถูกแปลเป็นภาษาไทย ดังนี้ การสร้างเสริมสุขภาพหมายถึง “กระบวนการ ส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะ ในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอัน สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม นั้นจะต้องสามารถบ่งบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของ ตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนให้เข้ากับ สิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้น สุขภาพจึงถูกมองว่า เป็นทรัพยากรสำหรับชีวิตประจำวัน มิใช่เป้าหมายของการดำรงชีวิต สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายเชิงบวก ซึ่งเน้นในเรื่องทรัพยากรสังคมและบุคคล รวมทั้งสมรรถนะของร่างกาย ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่อยู่นับในความรับผิดชอบ ของภาคสาธารณสุข (Health sector) เท่านั้น หากแต่ ขยายออกไปสู่เรื่องของการมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy life-styles) ไปจนถึงเรื่องของสุขภาวะโดยรวม”^{๖,๗}

ในประเทศไทย การส่งเสริมสุขภาพที่มาจากคำว่า Health Promotion มีความหมาย ๒ ลักษณะ ลักษณะ แรกคือการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุขให้ประชาชนทั่วไปที่ไม่เป็นโรคมะเร็งรุนแรง เช่น การให้สุขศึกษาให้คนทั่วไปมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การสุขภาพบาล สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ลักษณะที่ ๒ คือกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อทำให้ประชาชนเพิ่มความสามารถ ในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้นทั้งในคนปกติทั่วไปและผู้เจ็บป่วย ดังนั้นเพื่อ ป้องกันไม่ให้สับสนจึงใช้คำว่า “สร้างเสริมสุขภาพ”^๘

^๔ นพ.อำพล จินดาวัฒนะและคณะ (บรรณาธิการ). การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน. กรุงเทพฯ. ๒๕๕๐.

^๕ World Health Organisation. Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen: WHO Europe; 1986.

^๖ นายแพทย์หทัย ชิตานนท์. การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๓ ก.ค.-ก.ย. ๔๑

^๗ รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ.การสร้างสาธารณสุขมูลฐานและการสร้างเสริมสุขภาพ:จากสากลสู่ไทย. ใน นพ.อำพล จินดาวัฒนะและคณะ (บรรณาธิการ). การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน. กรุงเทพฯ. ๒๕๕๐: ๒๖-๕๖

เนื่องจากสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องอาศัยภาคส่วนอื่นๆด้วย ใน Ottawa Charter ได้ระบุถึงเงื่อนไขต่อสุขภาพ (Prerequisite for Health) คือ สันติสุข, ที่อยู่อาศัย, การศึกษา, อาหาร, รายได้, ระบบนิเวศน์ที่มั่นคง (a stable ecosystem), การจัดการทรัพยากรอย่างยั่งยืน, ความยุติธรรมทางสังคมและความเป็นธรรม

๒.๑.๒ บทบาทและการกิจ (Required Actions)

Ottawa Charter ระบุถึงสิ่งที่จำเป็นต้องทำหรือบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุขและรัฐบาล ได้แก่

- การผลักดันนโยบายหรือชี้นำแนวคิดที่จะทำให้คนมีพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ (Advocate),
- การทำให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยให้ประชาชนมีโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงทรัพยากร (Enable), และ
- การไกล่เกลี่ยประสานงานระหว่างภาคส่วนและกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ (Mediate)

โดยมีกลยุทธ์ 5 ประการคือ

- การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy),
- สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment for health) ,
- เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action),
- พัฒนาทักษะส่วนบุคคลในเรื่องสุขภาพและการใช้ชีวิต (Develop personal skill) ,
- การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นไปในเรื่องความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุขและรัฐบาล

บทบาทของภาคสุขภาพต้องเคลื่อนไหวไปในทิศทางของการสร้างเสริมสุขภาพ นอกเหนือจากการให้บริการทางคลินิก และการรักษาบริการสุขภาพ ภาคสาธารณสุขจำเป็นต้องรับเอาภารกิจ ในการสนับสนุนให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งขยายกว้างออกไป ให้ไวต่อปัญหาและสอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข จำเป็นต้องให้ความสำคัญในด้านการวิจัยสุขภาพ และหลักสูตรการฝึกอบรมของบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่างๆ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนเจตคติ และการจัดองค์กรของระบบบริการสุขภาพ ที่เน้นการมองปัญหาของปัจเจกบุคคลในฐานะคนทั้งคน (องค์รวม)^{๖,๗}

Ottawa Charter ถือเป็นจุดเริ่มของการขับเคลื่อนในระดับนานาชาติซึ่งทำให้การสร้างเสริมสุขภาพนั้นมีความสำคัญมากขึ้น ต่อมาได้มีการจัดประชุมนานาชาติในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอีกหลายครั้ง โดยในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ได้มีการร่างกฎบัตรกรุงเทพฯ หรือ Bangkok Charter ซึ่งมีเนื้อหาเพิ่มเติมจาก Ottawa Charter. นอกจากนี้ หลายๆประเทศก็ได้มีการขับเคลื่อนทั้งจากภาคการเมืองและสังคมในการทำให้เกิดนโยบายทางด้าน

การสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง โดยพัฒนานโยบายจากหลักการของ Ottawa Charter

โดยสรุปความหมายโดยรวมของการสร้างเสริมสุขภาพก็คือ กระบวนการในการป้องกัน กำจัดและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มนุษย์ต้องเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร ป้องกัน ไม่ให้บุคคลต้องตกอยู่ในสภาพการเจ็บป่วยโดยกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยการควบคุมมิให้ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านั้นมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากร รวมทั้งลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านั้น และมุ่งให้ประชาชนหลีกเลี่ยงความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพทั้งหลายโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละบุคคลจาก พฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพสู่พฤติกรรมที่ปลอดภัยจากพฤติกรรมที่ปลอดภัยนี้จะนำไปสู่วิถีการดำเนินชีวิต (Life Style) ของแต่ละคนจนกลายเป็นค่านิยม วิถีปฏิบัติในด้านพฤติกรรมสุขภาพของสังคมและนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี (Well being) ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม^๘

๒.๒ แนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทย

โดยทั่วไป การกระจายอำนาจอาจจำแนกเป็น 2 ด้าน คือ การกระจายอำนาจทางการบริหาร และการกระจายอำนาจทางการเมือง โดยการกระจายอำนาจทางการบริหาร หมายถึง การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบและอำนาจดำเนินการให้แก่หน่วยงานระดับรอง ๆ ลงไป โดยมีเป้าหมายสำคัญที่จะให้หน่วยงานแต่ละระดับมีขีดความสามารถในการตัดสินใจ และสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด สำหรับการกระจายอำนาจทางการเมือง หมายถึง การเคลื่อนย้ายอำนาจการตัดสินใจและการดำเนินการไปให้ท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการแทน เป้าหมายของการกระจายอำนาจทางการเมือง จึงไม่ได้จำกัดอยู่ที่การเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ (Efficiency) แต่เพียงอย่างเดียว แต่เน้นให้กระบวนการตัดสินใจและการดำเนินงานสามารถตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นมากขึ้น (Responsiveness) เป็นการส่งเสริมการปกครองตนเองของท้องถิ่น (Self government) ซึ่งจะ使得ท้องถิ่นมีความเข้มแข็งมากขึ้น (Community empowerment) สำหรับแนวคิดการกระจายอำนาจตามนัยของนักวิชาการด้านสุขภาพในประเทศไทย นั้น “การกระจายอำนาจเป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนา มิใช่ เป้าหมาย ในตัวเอง ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของการพัฒนาและบริบทของสังคมที่เกี่ยวข้อง” เป้าหมายสำคัญของการพัฒนา คือ คุณภาพชีวิตของประชาชน และสาระสำคัญของการกระจายอำนาจ คือ การสร้างความเข้มแข็งของปัจเจกและชุมชน โดยให้ประชาชนและชุมชนมีอำนาจในการตัดสินใจในประเด็น

^๘ มินตรา สาระรักษ์. การสร้างเสริมสุขภาพ : ทางเลือกใหม่ของคุณ , วารสารทันตภิบาล ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๒ เดือน พค .- สค . ๒๕๔๑

ที่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ สามารถพึ่งตนเองและปกครองตนเองในชุมชนได้^๕ แนวคิดดังกล่าวมีอิทธิพลอย่างมากต่อการออกแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศไทย

๒.๓ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ

หลังจากพ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.๒๕๔๔ และพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกาศใช้ ได้ปรากฏคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” เป็นวาทะกรรม ในกฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ และในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้อปท. (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๑ ดังนั้นรัฐธรรมนูญกำหนดให้รัฐ “ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน” และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้อปท.ฉบับที่ ๒ ได้ปรับชื่อกลุ่มภารกิจ ภายใต้แผนภารกิจด้านสาธารณสุข จาก กลุ่มภารกิจ “การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ” ในแผนฉบับที่ ๑ ไปเป็น กลุ่มภารกิจ “การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล” ซึ่งประกอบด้วย ๒ งาน คือ “การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น” และ “การรักษาพยาบาล” โดยในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) ได้ผูกภารกิจการบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นไปพร้อมงบประมาณ สถานีอนามัยและบุคลากร ให้ถ่ายโอนให้อปท.ที่มีความพร้อมดำเนินการ โดย อปท.ดำเนินการภารกิจดังกล่าวได้หลายแนวทาง อาจดำเนินการเองหรือร่วมกับอปท.อื่น หรือร่วมกับรัฐ และกำหนดให้ สถานีอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ส่วนกฎหมายอื่นที่กำหนดบทบาทของท้องถิ่นในด้านสาธารณสุข ยังไม่มีคำว่าสร้างเสริมสุขภาพ แต่ระบุให้ผู้บริหารอปท. เป็นเจ้าพนักงานท้องถิ่น และ ให้รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพ.ร.บ. นั้นๆมีอำนาจออกคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่และผู้บริหารของอปท. เป็นเจ้าพนักงานเพิ่มเติมได้ เช่นพ.ร.บ.สาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕, พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๒๓, พ.ร.บ.โรคระบาดสัตว์ พ.ศ. ๒๔๙๙, พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๓๕, พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่พ.ศ.๒๕๓๕, พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พ.ศ.๒๕๕๑, พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ เป็นต้น ให้อำนาจรัฐมนตรีผู้รักษาการตามพ.ร.บ. นั้นๆออกคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่และผู้บริหารของอปท. เป็นเจ้าพนักงานเพิ่มเติม

จะเห็นได้ว่ากฎหมายตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๔๐ เป็นต้นมา ได้เพิ่มบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการสาธารณะในท้องถิ่น และ กฎหมายตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๐ ได้เปิดทางให้ภาค

^๕ ปรีดา แด้อารักษ์, นิภาพรณ สุขศิริ, ไร่ไพ แก้ววิเชียร. ก้าวที่ผ่านไป บนเส้นทางกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๑.

สุขภาพเคลื่อนไปในทิศทางของการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับกลยุทธ์ที่ ๕ ของ Ottawa Charter แต่ในทางกลับกัน การสร้างเสริมสุขภาพอาจถูกจำกัดอยู่ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในลักษณะเดิมๆ หากกลยุทธ์ อีก 4 ประการ ไม่ได้ถูกนำมาดำเนินการ อันได้แก่

- การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy),
- สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment for health) ,
- เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action), และ
- พัฒนาทักษะส่วนบุคคลในเรื่องสุขภาพและการใช้ชีวิต (Develop personal skill)

รายละเอียดของกฎหมายที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

๒.๓.๑ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐ ได้ รับรองสิทธิของบุคคลในการรับบริการสาธารณสุข และสวัสดิการจากรัฐ รับรองสิทธิของบุคคลในการได้รับข้อมูลข่าวสาร โครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต รับรองสิทธิชุมชนในการคุ้มครองอันตรายต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อม กำหนดแนวนโยบายด้านการสาธารณสุขที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่โดยทั่วไปในการดูแลและจัดทำบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งจะเห็นได้ว่าทิศทางของระบบสาธารณสุขจะต้องมุ่งเน้นไปในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็เป็นหน่วยงานหลักที่จะเป็นผู้จัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่นอันรวมถึงภารกิจในการสร้างเสริมสุขภาพด้วย

โดยมีมาตราต่างๆในรัฐธรรมนูญ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

“มาตรา ๕๑ บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”

“มาตรา ๕๓ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้เสียสำคัญอื่นใดที่เกี่ยวกับ

ตนหรือชุมชนท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปประกอบการพิจารณาในเรื่องดังกล่าว”

และรับรองสิทธิของชุมชน ดังนี้

“มาตรา ๖๗ สิทธิของบุคคลที่จะมีส่วนร่วมทั้งกับรัฐและชุมชนในการอนุรักษ์ บำรุงรักษาและการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและหลากหลายทางชีวภาพ และในการคุ้มครองส่งเสริม และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ดำรงชีพอยู่ได้อย่างปกติและต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ หรือคุณภาพชีวิตของตน ย่อมได้รับความคุ้มครองตามความเหมาะสม

การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ จะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนในชุมชน และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียก่อน รวมทั้งได้ให้องค์การอิสระซึ่งประกอบด้วยผู้แทนองค์การเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมหรือทรัพยากรธรรมชาติหรือด้านสุขภาพ ให้ความเห็นประกอบก่อนมีการดำเนินการดังกล่าว

สิทธิของชุมชนที่จะฟ้องหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ ราชการส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรอื่นของรัฐที่เป็นนิติบุคคล เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบัญญัตินี้ ย่อมได้รับความคุ้มครอง”

และ มาตรา ๘๐(๒) กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังนี้

มาตรา ๘๐ (๒) “ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย”

นอกจากนี้ แนวนโยบายด้านการบริหารราชการแผ่นดิน ยังได้กำหนดบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

มาตรา ๗๘ รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านการบริหารราชการแผ่นดิน

“(๓) กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ พัฒนาเศรษฐกิจของท้องถิ่นและระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ตลอดจนโครงสร้างพื้นฐาน สาธารณเทศในท้องถิ่น ให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้เป็น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น”

และ “มาตรา ๒๘๑ ภายใต้บังคับมาตรา ๑ รัฐจะต้องให้ความเป็นอิสระแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น และส่งเสริมให้องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณะ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาในพื้นที่”

มาตรา ๒๘๓ วรรค ๓ “ให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ เพื่อกำหนดการแบ่ง อำนาจหน้าที่และจัดสรรรายได้ระหว่างราชการส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาคกับองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง โดยคำนึงถึงการกระจายอำนาจเพิ่มขึ้น ตามระดับความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบ รวมทั้งกำหนดระบบตรวจสอบ และประเมินผล โดยมีคณะกรรมการประกอบด้วยผู้แทนหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีจำนวนเท่ากัน เป็นผู้ดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย”

๒.๓.๒ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เจตนารมณ์ของพ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ เป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ ที่ได้ให้ความเป็นอิสระแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการที่จะกำหนดนโยบาย บริหารจัดการการคลังของตนเองได้อย่างอิสระ โดยรัฐ จะเข้าไปควบคุมได้เท่าที่จำเป็นเท่านั้น โดยที่มาตรา ๒๘๔ ของ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๔๐ ได้บัญญัติให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจเพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ กำหนดให้มีคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจหน้าที่ในการ จัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแผนปฏิบัติการจัดระบบการบริการ สาธารณะตามอำนาจหน้าที่ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรส่วนท้องถิ่นด้วยกัน เอง ปรับปรุงสัดส่วนภาษีและอากรและรายได้ รวมทั้งหน้าที่อื่นๆ โดยแผนปฏิบัติการที่ประกาศใช้ตามพ.ร.บ.นี้ ให้มีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการตามแผนปฏิบัติการนั้น และคณะกรรมการอาจ

ดำเนินการปรับปรุงแผนปฏิบัติการให้เหมาะสมกับสภาพการณ์นั้นได้ และให้คณะกรรมการมีหน้าที่ติดตามผลการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการและ รายงานให้คณะรัฐมนตรีทราบทุกปี พร้อมทั้งรายงานให้คณะรัฐมนตรีทราบปัญหาและอุปสรรค และแนวทางแก้ไขในกรณีที่มีปัญหาอุปสรรคไม่อาจดำเนินการตามแผนปฏิบัติการได้

พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ กำหนดให้เทศบาลเมืองพัทยา และ อบต. มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชน ในท้องถิ่นของตนเอง ตามมาตรา ๑๖ นอกจากนี้กำหนดให้ อบจ. และ กทม. มีอำนาจ และหน้าที่ตามมาตรา ๑๗ และ ๑๘ ตามลำดับ ดังนี้

- มาตรา ๑๖ ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ให้เทศบาล เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ๓๑ รายการ ซึ่งรวมถึง “การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล”
- มาตรา ๑๗ กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ๒๕ รายการ โดยมี ๓ ภารกิจที่นอกเหนือจาก อบต. คือ “การประสานการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดตามระเบียบที่คณะรัฐมนตรีกำหนด”, “การจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ” และ “จัดทำกิจการใดอันเป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่อยู่ในเขต และกิจการนั้นเป็นการสมควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นร่วมกันดำเนินการหรือให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดทำ” เป็นต้น
- มาตรา ๑๘ ให้กรุงเทพมหานครมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองตามมาตรา ๑๖ และมาตรา ๑๗

โดยคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะต้องจัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแผนปฏิบัติการเพื่อขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีและรายงานต่อรัฐสภา, กำหนดการจัดระบบการบริการสาธารณะตามอำนาจและหน้าที่ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง, และกำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจจากราชการส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาคให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น^{๑๐}

^{๑๐} พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒

พ.ร.บ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ได้แยกบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับ อบจ. ออกจากระดับพื้นที่คือ เทศบาล เมืองพัทยาและอบต. โดย กำหนดอำนาจอบจ.ในการจัดให้มีโรงพยาบาล จังหวัด, การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ, บริการสาธารณะที่มีผลกระทบต่ออปท.อื่นด้วย เพิ่มขึ้นมา นอกเหนือจากหน้าที่การจัดทำแผนและระบบบริการสาธารณะ ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับพื้นที่มี อำนาจหน้าที่ในเขตตนเอง

๒.๓.๓ แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วัตถุประสงค์ของแผนการกระจายอำนาจมีเพื่อกำหนดรายละเอียดของอำนาจหน้าที่ในการให้บริการ สาธารณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบจะต้องกระทำ, ให้มีการกระจายอำนาจทางการเงิน การ คลังและงบประมาณให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการในการจัดสรร สัดส่วนภาษีอากรให้เพียงพอต่อการดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนด, ให้มีกฎหมายที่จำเป็นเพื่อดำเนินการ ตามแผน โดยกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการเสนอให้แก้ไขหรือจัดให้มีกฎหมายที่จำเป็นเพื่อดำเนินการตาม แผน, และเพื่อจัดระบบการบริหารงานบุคคล โดยกำหนดนโยบายและมาตรการกระจายบุคลากรจากราชการ ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคไปสู่ท้องถิ่น

แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๑ และ แผนปฏิบัติการกำหนด ขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้ถูกปรับปรุงในปีพ.ศ.๒๕๕๑ ตามมาตรา ๓๔ ของพ.ร.บ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ที่บัญญัติให้มีการพิจารณาทบทวนแผนการ กระจายอำนาจใหม่ทุกระยะเวลาไม่เกิน ๕ ปี โดยแผนการกระจายอำนาจ พ.ศ.๒๕๕๑ ยังคงภารกิจใน แผนปฏิบัติการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องรับ โอน อย่างน้อย ๖ ด้านเช่นเดิมคือ ๑) ด้านโครงสร้าง พื้นฐาน, ๒) ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต, ๓) ด้านการจัดระเบียบชุมชน/สังคม การรักษาความสงบเรียบร้อย, ๔) ด้านการวางแผน การส่งเสริมการลงทุน พาณิชยกรรมและการท่องเที่ยว, ๕) ด้านการบริหารจัดการและ อนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม, ๖) ด้านศิลปวัฒนธรรม จารีตประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น^{๑๑} โดย ภารกิจบริการสาธารณะที่จะสามารถรับโอนจากกระทรวงสาธารณสุข ที่ระบุในแผนปฏิบัติการฯ พ.ศ.๒๕๔๕ อยู่ในด้านโครงสร้างพื้นฐาน ๑๐ เรื่อง, ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ๓๒ เรื่องจาก ๓ กรม^{๑๒} คือ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุม

^{๑๑} แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๑ และ แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒). สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑.

^{๑๒} แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. มกราคม ๒๕๔๕.

โรคติดต่อ กรมการแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โดยแนวคิดแผนฉบับนี้ การถ่ายโอนภารกิจส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ และ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม จะโอนให้เป็นภารกิจของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยในแผนการ กระจายอำนาจ พ.ศ.๒๕๔๑ ระบุว่า การดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางด้านต้องการความ ชำนาญในวิชาชีพเฉพาะ และความเป็นเอกภาพในการจัดบริการสาธารณะเช่น การศึกษา การสาธารณสุข การ จัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น จึงจำเป็นต้องจัดให้มีกรรมการเฉพาะด้านระดับจังหวัด โดยมีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและมาตรฐานการ จัดบริการสาธารณะเรื่องนั้นๆ ใน เขตจังหวัด การจัดสรรทรัพยากร การกำกับดูแลและตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งประสานความร่วมมือระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นด้วยกันเอง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและศักยภาพในการบริหารจัดการ การควบคุมกำกับบริการ สาธารณสุข ตลอดจนการวางแผน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณให้เกิดประ โยชน์แก่ประชาชนในแต่ละ ท้องถิ่นอย่างครบวงจรมากที่สุด โดย กสพ.เป็นคณะกรรมการร่วมระหว่างองค์กรท้องถิ่นภายในจังหวัด และมี ผู้แทนจากรัฐบาล,ผู้ทรงคุณวุฒิ, ผู้แทนประชาคมด้านสุขภาพ หรือส่วนอื่นๆ ที่เหมาะสมเข้าร่วมในลักษณะ พหุภาคี โดยสำนักงานเลขาฯของคณะกรรมการฯ จะเป็นกลไกในการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อให้เกิด การแก้ปัญหาและจัดบริการสาธารณสุขตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ภายใต้การ กำหนดนโยบายและมาตรการ รวมทั้งเงื่อนไขต่างๆ ที่จะจัดตั้งขึ้น ดังตารางที่๑

ตารางที่ ๑ ภารกิจที่ต้องถ่ายโอนภายใต้กลุ่มภารกิจการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ตามแผนปีพ.ศ.๒๕๔๕

ภารกิจที่ถ่ายโอน	การถ่ายโอน
๑.ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย*	เมืองพัทยา ,กทม., กสพ.
๒.การพัฒนาศักยภาพและชุมชนและปฏิบัติการเพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ*	กสพ.
๓.การวินิจฉัยและรักษาพยาบาลเบื้องต้น	กสพ.
๔.สนับสนุนเงินอุดหนุนค่าอาหารผู้ป่วยโรคเรื้อน ค่าส่งคนสงเคราะห์และฌาปนกิจ	กสพ.
๕.สนับสนุนเงินอุดหนุนในการสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อน	กสพ.
๖.การผลิตสื่อและการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา*	เมืองพัทยา ,กทม., กสพ.
๗.การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริหารโรคด้านความรู้ในการบริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม*	เมืองพัทยา ,กทม., กสพ.

ภารกิจที่ถ่ายโอน	การถ่ายโอน
๘.การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของผู้บริโภคในท้องถิ่น*	เมืองพัทยา ,กทม., กสพ.
๙.ตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุใน พ.ร.บ.แต่ละประเภท*	เมืองพัทยา ,กทม., กสพ.
๑๐.งานบริการสาธารณสุขเขต กทม./ปริมณฑล/เขตเมือง	อบจ. ,กทม., กสพ.
๑๑.การบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ	กสพ.
๑๒.การก่อสร้างสถานบริการใหม่ เพิ่มเติม ซ่อมแซม การจัดหาครุภัณฑ์	กสพ.
๑๓.โครงการประกันสุขภาพ (๓๐ บาทรักษาทุกโรค)	กสพ.
๑๔.สนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*	กสพ.
๑๕.การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์*	เมืองพัทยา ,กทม., กสพ.
๑๖.ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก*	เทศบาล,อบต.,อบจ., กสพ.
๑๗.ส่งเสริมสุขภาพเด็กกลุ่มวัยเรียนและเยาวชน*	กสพ.
๑๘.ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน*	กสพ.
๑๙.การส่งเสริมสุขภาพเด็กกลุ่มวัยผู้สูงอายุ*	กสพ.
๒๐.ทันตสาธารณสุข*	กสพ.
๒๑.งาน โภชนาการ*	กสพ.
๒๒.งานวางแผนครอบครัวและพัฒนาประชากร*	กสพ.
๒๓.งานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ*	กสพ.
๒๔.การพัฒนาอนามัยชุมชนบนพื้นที่สูง*	เทศบาล,อบต.,อบจ.
๒๕.สนับสนุนเงินอุดหนุนพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์สาธิตเพื่อการพัฒนาเด็กเล็ก*	เทศบาล,อบต.,อบจ.
๒๖.สนับสนุนเงินอุดหนุนภาคเอกชนที่ให้บริการทำหมัน*	กสพ.
๒๗.งานเฝ้าระวังและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม*	กสพ.
๒๘.จัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด (สนับสนุนวัสดุ)*	อบต.,อบจ., กสพ.
๒๙.งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม*	กสพ.
๓๐.งานสุขาภิบาลอาหาร*	กสพ.
๓๑.งานพัฒนาอาชีพอนามัยและอาชีพเวชกรรม*	กสพ.
๓๒.งานคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษ*	กสพ.

หมายเหตุ: * เป็นภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ๒๕ รายการ

ซึ่งผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขตามแผนปฏิบัติการฯ จนถึง กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ ดำเนินการ ได้ ๗ เรื่อง ซึ่งทั้งหมดเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ^{๑๑} ดังนี้

- สนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยงบประมาณ จำนวน ๕๒๕ ล้านบาทต่อปี (ปี ๒๕๕๗) ได้ตัดโอนไปตั้งที่กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย
- การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๕ รวมงบประมาณ ๒๘๖ ล้านบาทตัดโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- การจัดหาและพัฒนา น้ำสะอาด (สนับสนุนวัสดุ) งบประมาณตัดโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภารกิจอยู่ที่กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รวมงบประมาณ ๘๓๒ ล้านบาทต่อปี
- การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก
- การส่งเสริมสุขภาพเด็กกลุ่มวัยเรียนและเยาวชน
- การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน
- การส่งเสริมสุขภาพเด็กและกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

โดยภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ที่ไม่มีการตั้งงบประมาณที่ ส่วนกลาง

ต่อมาในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้ อปท. (ฉบับที่ ๒) ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑^{๑๒} ได้ปรับชื่อกลุ่มภารกิจ ภายใต้แผนภารกิจด้านสาธารณสุข จากกลุ่มภารกิจ “การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ” ไปเป็น กลุ่มภารกิจ “การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล” ซึ่งประกอบด้วย ๒ งาน คือ “การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น” และ “การรักษาพยาบาล” นอกจากนี้ คำว่า “คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่” ไม่ปรากฏในแผนปฏิบัติการฉบับใหม่

๒.๓.๔ กฎหมายอื่นๆ

๑) พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. ๒๔๘๖ รวมทั้งแก้ไขเพิ่มเติม มาตรา ๕๐-๕๗ กำหนดหน้าที่เทศบาลที่เกี่ยวกับสาธารณสุข ดังนี้

^{๑๑} คณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรับรองการถ่ายโอนสถานีนามัย, คู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, จัดพิมพ์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๐.

มาตรา ๕๐ กำหนดหน้าที่ของเทศบาลตำบลที่ต้องทำ คือ “ป้องกันและระงับโรคติดต่อ” และมาตรา ๕๑ เทศบาลตำบลอาจ “ให้มีและบำรุงสถานที่ทำการพิทักษ์รักษาคนเจ็บไข้”

มาตรา ๕๑ กำหนดหน้าที่ของเทศบาลเมืองที่ต้องทำ คือ “ให้มีและบำรุงสถานที่ทำการพิทักษ์และรักษาคนเจ็บไข้” และ มาตรา ๕๔ เทศบาลเมืองอาจ “ให้มีและบำรุงโรงพยาบาล” รวมทั้ง “จัดทำกิจการซึ่งจำเป็นเพื่อการสาธารณสุข”

มาตรา ๕๖ กำหนดหน้าที่ของเทศบาลนครที่ต้องทำ คือ “กิจการอย่างอื่นซึ่งจำเป็นเพื่อการสาธารณสุข” การควบคุมสุขลักษณะและอนามัยในร้านจำหน่ายอาหาร โรงมหรสพ และ สถานบริการอื่น” และ มาตรา ๕๗ เทศบาลนคร อาจจัดทำกิจการอื่นๆ ตามมาตรา ๕๔ ได้

๒) พระราชบัญญัติสภาพัฒนาการปกครองส่วนตำบล พ.ศ.๒๕๓๗ รวมทั้งแก้ไขเพิ่มเติม กำหนดหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ต้องทำในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ในเรื่อง “รักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล และ ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ”

๓) พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ.๒๕๔๐ รวมทั้งแก้ไขเพิ่มเติม กำหนดอำนาจหน้าที่ให้ อบจ. “จัดทำกิจการใด ๆ อันเป็นอำนาจหน้าที่ของราชการส่วนท้องถิ่นอื่นที่อยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัด และกิจการนั้นเป็นการสมควรให้ราชการส่วนท้องถิ่นอื่นร่วมกันดำเนินการหรือให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดทำ ทั้งนี้ ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง”

๔. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ มาตรา 13(3) มาตรา 18(8) มาตรา 47 และ มาตรา 48(4) ได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชนองค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไร ดำเนินงาน และบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน มีผลทำให้เกิดกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๕ ที่ให้ อบต. ที่สมัครใจ ร่วมสมทบและจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบล

๕. พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.๒๕๔๔ ได้บัญญัติความหมายของ “สร้างเสริมสุขภาพ หมายความว่า การใดๆที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพะทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตใจที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี” และหนึ่งในวัตถุประสงค์กองทุน คือ “เพื่อพัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน หรือองค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ” ซึ่งรวมไปถึงอปท.ด้วย

ยังมีกฎหมายอีกหลายฉบับเช่น พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕, พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๒๓, พระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่ให้อำนาจหน้าที่ให้หัวหน้าผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าพนักงานท้องถิ่น ในการบังคับใช้พ.ร.บ. ในการควบคุมดูแลโดยการออกคำสั่งให้แก้ไขปรับปรุง การอนุญาตหรือไม่อนุญาต การสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต รวมทั้งการเปรียบเทียบคดี เป็นต้น และให้รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพ.ร.บ. นั้นๆให้อำนาจออกคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่และผู้บริหารของอปท. เป็นเจ้าพนักงานเพิ่มเติม

นอกจากนี้ยังมีกฎหมายที่มีผลต่อปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่, พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, พ.ร.บ.อาหารและยา ให้อำนาจรัฐมนตรีผู้รักษาการตามพ.ร.บ. นั้นๆออกคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่และผู้บริหารของอปท. เป็นเจ้าพนักงานเพิ่มเติม

๒.๓.๕ สรุปผลของกฎหมายต่อการส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ

กฎหมายที่ส่งผลต่อการขยายบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน คือ พระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.๒๕๓๗ ซึ่งเน้นหนักไปในเชิงการจัดการสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน กล่าวคือ การรักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ตลอดจน การป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ แต่ยังไม่ครอบคลุมบทบาทของการสร้างเสริมสุขภาพในนิยามใหม่

แม้ว่าจะมีพ.ร.บ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ.๒๕๔๒ และแผนการถ่ายโอน พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่เร่งการกระจายอำนาจภารกิจของรัฐไปสู่ท้องถิ่น แต่แผนการถ่ายโอนฯ มีผลในการส่งเสริมบทบาทของอปท.ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพน้อย ทั้งนี้เนื่องจาก ภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ถูกระบุให้ถ่ายโอนให้แก่คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ เทศบาลหรืออบจ. โดยในทางปฏิบัติ ไม่ปรากฏสถานภาพของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ที่ทำงานได้จริง เนื่องจากเป็นโครงสร้างใหม่ที่ยังไม่ได้หยั่งรากในระบบสุขภาพของไทย และไม่มีอำนาจทางการปกครองหรือทางการเงิน นอกจากนี้งานสร้างเสริมสุขภาพก็

ไม่มีงบประมาณรายกิจกรรมที่ตัดโอนจากกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาแผนปฏิบัติการปี ๒๕๕๑ ปรากฏคำว่า สร้างเสริมสุขภาพอยู่ในชื่องานตามภารกิจที่ต้องถ่ายโอน หากแต่ว่าขอบเขตการถ่ายโอนภารกิจ และงบประมาณ ได้ผูกงานบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ไปพร้อมกับสถานีนอนามัยและบุคลากร ซึ่งจะทำให้ภาวะการนำของอปท. ในการสร้างเสริมสุขภาพล่าช้าออกไป เนื่องจากจะต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอนในการรับโอนสถานีนอนามัย

อย่างไรก็ดีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอื่นของระบบสุขภาพ ตั้งแต่อดีต จนกระทั่งมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เริ่มหนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรบริหารส่วนตำบล ในการตัดสินใจทำแผนจัดสรรทรัพยากรในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ประกอบกับความเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมได้มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมไปพร้อมๆ กับการพัฒนาชุมชน ในรูปแบบที่หลากหลายและที่เห็นเป็นรูปธรรมคือ การจัดทำแผนสุขภาพตำบล ซึ่งจะอธิบายในตอนต่อไป

๒.๔ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยมีแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของภาคส่วนและประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพมานานแล้ว หากแต่ว่า กิจกรรมในอดีตมักจะทำให้ประชาชนเป็นผู้ร่วมทำ มากกว่าร่วมคิดและตัดสินใจ การเพิ่มบทบาทในรูปแบบกองทุนสุขภาพตำบล หรือ งบประมาณจัดสรรจากท้องถิ่นสู่ชุมชนเพื่องานสาธารณสุขมูลฐานก็ดี ยังพัฒนาได้อีกมาก ซึ่งต้องสนับสนุนศักยภาพของชุมชนในการร่วมตัดสินใจให้มากขึ้น นอกจากนี้ พบว่ามีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเกิดขึ้นได้ในบางจังหวัด บางตำบล ดังนั้น การจัดการในการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนอย่างไร เพื่อให้ได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จึงยังเป็นคำถามที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

รายละเอียดของวิวัฒนาการของบทบาทของท้องถิ่น ภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามงบประมาณสนับสนุนจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ตัวอย่างนวัตกรรมและนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในท้องถิ่น รวมถึงสิ่งท้าทายในการสร้างเสริมสุขภาพทั้งปัจจุบันและในอนาคตจะได้บรรยายในตอนต่อไป ดังนี้

๒.๔.๑ บทบาทของรัฐ ท้องถิ่น และประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

นักวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมย้อนหลังร่วมกับเอกสารที่มีผู้ทบทวนไว้แล้ว^{๑๔}, ^{๑๕} เพื่อให้เห็นวิวัฒนาการ การมีส่วนร่วมของภาคส่วนและประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย ดังตารางที่ ๒

^{๑๔} อ่ำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล (บรรณาธิการ). การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน. กรุงเทพฯ. ๒๕๕๐.

โดยย้อนไปถึง การเริ่มต้นของการสาธารณสุขมูลฐาน ในปี พ.ศ.๒๕๒๓ ที่นายแพทย์อมร นนทสุต อดีต ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ผลักดันแนวคิดของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยโดย ดัดแปลงจากกลยุทธ์และองค์ประกอบการสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลก “Health For All” ใน ลักษณะที่เพิ่มบริการในระดับตำบลและหมู่บ้านโดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชน โดยจัดตั้งและอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เช่นการให้สุขศึกษา การควบคุมป้องกัน โรคในท้องถิ่น การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การจัดหา น้ำสะอาด การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ การส่งเสริม โภชนาการ และการอนามัยแม่และเด็กรวมถึงการวางแผนครอบครัว และการจัดหาที่จำเป็น เป็นต้น ^{๑๕}

ในปัจจุบันบริบทต่างๆเอื้อต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนและประชาชนในการสร้างเสริม สุขภาพ เช่นกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ท้องถิ่น, การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่ร้าง เสริมสุขภาพ, การจัดตั้งกองทุนสุขภาพระดับตำบล ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ, และกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

^{๑๕} สุริยะ วงศ์คงคาเทพ. ระบบแผน และงบประมาณการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปี 2552. ภาพนิ่งนำเสนอ.

ตารางที่ ๒ บทบาทของรัฐ ท้องถิ่น และประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

บทบาทของรัฐ ท้องถิ่นและประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ				
ช่วงปี	บริบทของประเทศไทย	รัฐส่วนกลาง	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ภาคประชาชน
ก่อน ๒๕๔๐	พ.ศ. ๒๕๒๓ Primary Health Care จุดเปลี่ยนแนวทางการพัฒนาสาธารณสุข ให้ประชาชนมีส่วนร่วม	กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลระบบสุขภาพ	อปท. มีบทบาทด้านสุขภาพน้อย เช่น กำจัดขยะ จัดหาน้ำสะอาด	ผสส. และอสม. มาจากประชาชน ร่วมในการดูแลสาธารณสุขมูลฐาน
๒๕๔๐-๒๕๔๕	- รัฐธรรมนูญ พ.ศ.๒๕๔๐ ให้ความสำคัญกับ การกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ท้องถิ่น, - พ.ศ.๒๕๔๒ แก้ไขพ.ร.บ.สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่๓) ให้สมาชิกสภา อบต.มาจากการเลือกตั้ง -พ.ศ.๒๕๔๔ จัดตั้ง สสส.เป็นหน่วยงานอิสระภายใต้กำกับ -พ.ศ.๒๕๔๕ จัดตั้ง สปสช.เป็นหน่วยงานอิสระภายใต้กำกับ	๑.ปรับ บทบาท กสธ.เป็นผู้กำหนดนโยบายและกำกับดูแลระบบ, พ.ศ.๒๕๔๗ กำหนด ยุทธศาสตร์ เมืองไทยแข็งแรง เน้นชุมชนและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ๒. งบประมาณสุขภาพ รวมทั้งงบส่งเสริมป้องกันโรค (PP) บริหารโดย สปสช. ๓. สสส.มีบทบาทสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ นอกกระบวนการสุขภาพ	- อปท.รับงบประมาณด้านบริการสาธารณะ จาก กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และรายได้ที่ท้องถิ่นจัดเก็บได้, - พ.ศ.๒๕๔๕-๒๕๕๐ รับถ่ายโอนภารกิจ ๗ เรื่องจาก ๔๓ เรื่องตามแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ ฉบับที่ ๑, - รับโอนสถานีอนามัย ๒๒ แห่ง - ปีพ.ศ.๒๕๔๕ เกิดกองทุนสุขภาพตำบลรุ่นที่ ๑ จำนวน ๘๘๘ แห่ง	ท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณให้ชุมชนแห่งละ ๑๐,๐๐๐ บาท (ข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๕๒) -มีผู้แทนชุมชนในคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล -มีงบสร้างเสริมสุขภาพ เชิงขับเคลื่อนสังคมและภาคประชาชน (สสส.)
๒๕๕๐-ปัจจุบัน	พ.ศ.๒๕๕๐ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จัดตั้ง สช., รัฐธรรมนูญ พ.ศ.๒๕๕๐ บัญญัติให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่น และตรวจสอบโดยชุมชน	ต่อเนื่องจากทศวรรษที่ผ่านมาและเพิ่มบทบาทของ สช. ในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนและประชาชนในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพเป็นหัวข้อหนึ่งในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ	กองทุนสุขภาพระดับตำบลใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือบริหารงานในชุมชน, มีแผนสุขภาพระดับตำบลบางแห่งชัดเจน, ปีพ.ศ. ๒๕๕๑ ขยายกองทุนสุขภาพตำบลอีก ๑,๘๐๔ และเพิ่มเป็น ๓,๕๓๕ แห่งในปีพ.ศ.๒๕๕๒ (ณ วันที่ ๒๔ ส.ค. ๒๕๕๒)	ต่อเนื่องจากทศวรรษที่ผ่านมาและมีกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ มีการจัดทำแผนสุขภาพโดยภาคประชาชนเป็นจุดประสานงานเช่น แผนสุขภาพจังหวัด และแผนสุขภาพตำบล จ.สงขลาเป็นต้น

หมายเหตุ: ข้อมูล ณ เดือน ธันวาคม ๒๕๕๒

๒.๔.๒ การกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามงบประมาณสนับสนุนจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ระหว่างปี พ.ศ.๒๕๔๖ จนถึงปีพ.ศ.๒๕๕๕ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับโอนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ผ่านแผนพัฒนาสุขภาพของหมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทั่วไปมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง มีทักษะในการดูแลตนเองและมีส่วนร่วมในการจัดปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีผลผลิตคือการสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยจัดสรรให้กับหมู่บ้านในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดและองค์การบริหารส่วนตำบลทั่วประเทศ เฉลี่ยหมู่บ้านละ ๑,๕๐๐ บาท โดยใช้จ่ายในหมวดเงินอุดหนุนเฉพาะ โดยตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๕๐ ถึง ปัจจุบัน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นตั้งงบประมาณเอง หมู่บ้านละ ๑๐,๐๐๐ บาทในหมวดอุดหนุนทั่วไป สำหรับสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขมูลฐาน

เป็นการใช้จ่ายที่เป็นไปเพื่อการดำเนินงานโครงการ / กิจกรรม สำหรับการพัฒนาการสาธารณสุขของหมู่บ้าน โดยหมู่บ้านจะต้องจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของหมู่บ้านภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของพหุภาคี การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและสัดส่วนของงบประมาณที่ใช้ในโครงการ / กิจกรรม ให้เป็นไปตามความต้องการของประชาคมหมู่บ้าน โดยกำหนดขอบเขตการใช้จ่ายเพื่อการจัดการใน 3 กลุ่ม^{๑๖} ดังต่อไปนี้

- การพัฒนาศักยภาพด้านสาธารณสุข โดยเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการอบรม การประชุม การสัมมนา การศึกษาดูงาน การฝึกงาน ฯลฯ เช่น ค่าอาหาร ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ค่าวิทยากร ค่าพาหนะเดินทาง ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่าพิมพ์เอกสารและสิ่งตีพิมพ์ ค่าเช่าที่พัก ฯลฯ
- การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในเรื่องต่าง ๆ โดยเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการ การปฏิบัติงาน การรณรงค์ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การบำรุงรักษาและการซ่อมแซม เช่น ค่าจ้าง ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่าครุภัณฑ์ ค่าโฆษณาและเผยแพร่ ค่าพาหนะและขนส่ง ฯลฯ
- การบริการสุขภาพเบื้องต้นในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดบริการ การปฏิบัติงาน การจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ ครุภัณฑ์ การบำรุงรักษา และการซ่อมแซมวัสดุ ครุภัณฑ์ ค่าสาธารณูปโภค (ค่าน้ำประปา ค่าไฟฟ้า) ค่าวัสดุสำนักงาน ค่าเบี้ยเลี้ยงของ

^{๑๖} กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. ภาคผนวกค. แนวทางการดำเนินงานงบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไป เงินอุดหนุนสำหรับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขมูลฐาน. ใน มาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน.

http://www.thailocaladmin.go.th/work/e_book/eb1/std210550/15/15.html

อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้มาช่วยปฏิบัติงานตามกิจกรรมของ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ให้เบิกจ่ายตามระเบียบของกระทรวงมหาดไทยโดยอนุโลม ในอัตราเทียบเท่ากับบุคคลภายนอก) ฯลฯ

นอกจากนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังได้รับงบประมาณ จากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกิจกรรมอื่นๆ อีก เช่น บริการสาธารณสุข, ศูนย์เด็กเล็ก, อาหารกลางวัน, อาหารเสริม (นม), เบี้ยยังชีพคนชรา, เบี้ยยังชีพคนพิการ, เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์, การศึกษาปฐมวัย, การศึกษาภาคบังคับ, การศึกษามัธยมศึกษา, ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, พัฒนานักจัดการชุมชน, การบริหารสนามกีฬา, ศูนย์บริการทางสังคม และสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นต้น^{๑๑}

๒.๔.๓ โครงการนวัตกรรมและนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนข้อมูล โครงการ การพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Unit Innovation) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่รายงานทางเว็บไซต์ ผลสำเร็จของโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพ จากตัวอย่างกรณีศึกษา ๒๒ โครงการ กระบวนการจัดทำแผน/โครงการส่งเสริมสุขภาพหรือนโยบายสาธารณะ สามารถแบ่งเป็น ๒ ลักษณะ สรุปได้ดังนี้ คือ

๑. สถานีอนามัยค้นพบปัญหา และได้รับการสนับสนุนจาก อบต.

เป็นลักษณะของโครงการเพื่อแก้ปัญหาที่เคยได้รับการแก้ไขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ยังขาดความร่วมมือจากประชาชน และองค์กรในท้องถิ่น ทำให้การพัฒนางานสาธารณสุขไม่ยั่งยืน จึงทำให้เกิดโครงการในลักษณะของกระบวนการสภาประชาชน ใช้พลังของชุมชนขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาที่มีส่วนร่วมจากประชาชน ภาติ และอบต. โดยการทำกระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดแรงกระตุ้นในการแก้ปัญหา มีคณะทำงานที่ได้จากการเลือกตั้ง ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกฎระเบียบต่างๆ มีคณะที่ปรึกษาได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจะส่งเสริมให้หมู่บ้านสามารถจัดการสุขภาพได้ อีกทั้งการเสริมสร้างให้แกนนำเครือข่ายมีทักษะ การจัดการระบบสุขภาพในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้ชุมชนได้เรียนรู้สุขภาพของคนในชุมชน เมื่อประชาชนและชุมชน มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคม รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี จะช่วยลดปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนลงได้ เกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองแบบยั่งยืน ต่อไปสิ่งสำคัญคือเป็นการส่งเสริมให้มีการรับรู้ปัญหาร่วมกันของชุมชนและนำมาสู่การแก้ปัญหาในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ ลักษณะนี้พบใน โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยใช้กระบวนการสภาประชาชน สถานีอนามัยโคกสลด จ. พิษณุโลก, โครงการภาติร่วมใจด้านภัยไข้ ศูนย์สุขภาพชุมชนตะเคียนปม จ.ลำพูน,

^{๑๑} คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. ประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง การจัดสรรเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อสนับสนุนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๒.

โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเขาคิน จ.นครสวรรค์, โครงการพัฒนารูปแบบและขยายเครือข่าย จดหมาย แทนความห่วงใย จากหมออนามัย ถึงชาวบ้าน และพัฒนาเครือข่ายทีมสุขภาพ สถานีอนามัย บ้านนาทราย จ.เชียงใหม่, โครงการศูนย์บริการผู้สูงอายุชุมชน (Day Care Center) สถานีอนามัยตำบลออนเหนือ จ.เชียงใหม่, โครงการสืบสานภูมิปัญญาผักพื้นบ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านทุ่งช่วง จ.ลำปาง, โครงการร่วมกัน กำหนดนโยบายและจัดทำแผนของศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าเสา ต.ท่าเสา อ.โพทะเล จ.พิจิตร เป็นต้น

๒. อบท.ค้นพบปัญหา และได้รับการสนับสนุนจากสถานีอนามัย

เป็นลักษณะโครงการที่เกิดจาก การแก้ไขปัญหาที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ใช้ความ พยายามที่จะแก้ไขปัญหา แต่ก็ทำได้เฉพาะเรื่อง เช่น ขาดกำลังคน ขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในเรื่องสุขภาพ และรูปแบบการทำงานต่างๆ จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทางสถานีอนามัยและภาคีเครือข่าย จากการ ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ชุมชนสามารถมองปัญหาได้ และร่วมกันแก้ปัญหาแบบบูรณาการ ซึ่งส่วนใหญ่ แผนงานด้านสาธารณสุข จะเป็นในลักษณะการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมมากกว่าส่งเสริมสุขภาพ ส่วนบุคคล ดังนี้ โครงการชุมชนต้นแบบในการลดปริมาณการใช้สารเคมีและขยะโดยใช้ไส้เดือนดิน (ไส้เดือน ดิน กลยุทธ์ เปลี่ยน ขยะ ให้เป็นทองคำ) สถานีอนามัยตำบลเปือ จ.น่าน, โครงการครอบครัวอบอุ่นเริ่มต้นชีวิต ใหม่ห่างไกลแอลกอฮอล์ สถานีอนามัยหนองผักบึง จ.เพชรบูรณ์, โครงการประสานทุก(หน้า) พัฒนาทุกงาน สถานีอนามัยบ้านห้วยคต จ.พิจิตร, โครงการพหุภาคีร่วมพัฒนางานสาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชนป่ามะคาบ จ. พิจิตร, และโครงการจิตอาสาสามารถศักยภาพ “คน”ในชุมชนสถานีอนามัยตำบลเขาเจ็ดลูก จ.พิจิตร เป็นต้น

จากการวิเคราะห์นวัตกรรม ดังกล่าว(ดูสรุป ๒๒ โครงการ ในภาคผนวก) สามารถสรุป ปัจจัยที่ส่งผล ต่อบทบาทของเจ้าภาพ ในการสร้างมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในท้องถิ่นได้ 3 ปัจจัย หลักๆ คือ การรับรู้ในบทบาท, ทักษะต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าภาพในท้องถิ่น, และการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนี้

- การรับรู้ในบทบาทของสมาชิกและพนักงานอบต. ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่น จะพบบทบาทใน 3 ด้านที่เห็นได้ชัดคือ ๑) การวางแผนงานโครงการ ๒) ด้านการดำเนินงาน และประสานงาน และ ๓) ด้านการติดตามประเมินผลงาน ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าสมาชิกและ พนักงานอบต. มีการรับรู้ในบทบาท และการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นค่อนข้างสูง ในเรื่องของวางแผนงานโครงการและการดำเนินงาน แต่ยังคงขาดด้านการประเมินผลทั้งจาก ภายในและภายนอก ตามลำดับ
- ทักษะต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่น ส่วนใหญ่มีความเชื่อว่า การทำให้ ประชาชนมีสุขภาพดี จะส่งผลให้เศรษฐกิจ และสังคมดีขึ้นด้วย และการดำเนินงานจะประสบ

ผลสำเร็จได้ ประชาชนต้องได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในเรื่องของการควบคุม กำกับ ตรวจสอบแผนงาน โครงการอาจจะเป็นเรื่องยุ่งยาก เพราะอบต. มีงานหลายหน้าที่ ส่วนความคิดเห็นต่อการกิจที่กรมอนามัย จะถ่ายโอนให้ อบต. ดำเนินงานนั้น การกิจที่มีลักษณะ เน้นการบริหารจัดการ ให้เกิดกิจกรรม น่าจะได้รับการยอมรับมากกว่าการกิจที่มีลักษณะเป็น การให้บริการ ด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยการให้บริการมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ด้าน การแพทย์ และสาธารณสุขค่อนข้างมาก จึงอาจจะทำให้เกิดความไม่มั่นใจว่าจะสามารถ ดำเนินการได้

- การเห็นคุณค่าในตนเอง สมาชิกและพนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลต่างก็มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง ทั้งในด้านความพร้อม ที่จะเป็นผู้ร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพในท้องถิ่น และความภาคภูมิใจที่ได้ดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในท้องถิ่น ยอมรับในความสำคัญของ อบต. และเชื่อมั่นว่า เป็นองค์กรที่ทำให้การดำเนินงาน และส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่น ประสบความสำเร็จได้

เป็นที่น่าสนใจว่ามิโนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเกิดขึ้นได้ในบางจังหวัด บางตำบล ดังนั้น การจัดการ ในการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนอย่างไร เพื่อให้ได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จึงยังเป็นคำถามที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งนักวิจัย ได้ลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ ๔ อบต. เพื่อทำความเข้าใจ ว่าศักยภาพของท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนา มาได้อย่างไร ซึ่งจะได้อธิบายไว้ในบทที่ ๓

๒.๔.๔ สิ่งที่ทำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนเอกสารและข้อมูล เกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมอนามัยส่วนบุคคล อาทิเช่น การดูแลเรื่องนม อาหารเสริมและอาหารกลางวันเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กและโรงเรียน การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การตรวจสุขภาพ การทำฟัน การจัดหาเวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ให้แก่สถานอนามัย การป้องกันโรคติดต่อ ยาเสพติด เอดส์ ฯลฯ และ มีการดำเนินงาน ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตเช่น การส่งเสริมอาชีพ และการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ เด็ก สตรี ผู้ด้อยโอกาส ผู้ประสบภัย และผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ และการสนับสนุนทุนการศึกษา เครื่อง แต่งกาย อุปกรณ์การศึกษา จัดยานพาหนะรับส่งเด็กและจัดจ้างบุคลากรเพิ่ม สำหรับการศึกษาของเยาวชน เป็นต้น แม้จะพบว่า มีการประสานและดำเนินงานนโยบายสาธารณะอื่นๆ แล้วเช่น งานป้องกันยาเสพติด การลด ปริมาณการใช้สารเคมี การจัดการขยะ และงานควบคุมมาตรฐานอาหารและยา ตาม พ.ร.บ.อาหาร (พ.ศ.2522)

และพ.ร.บ.ยา (พ.ศ.2510)^{๑๘} แต่ ยังมี สิ่งที่ทำนายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสร้างเสริมสุขภาพอีกมาก ในด้านภัยคุกคาม และการใช้ชีวิต ดังนี้

1. ภัยคุกคาม

เกิดภัยคุกคามจากปัจจัยภายนอก ที่เป็นผลกระทบจากเทคโนโลยีสมัยใหม่ และผลกระทบจากแบบแผนการผลิตแบบสังคมอุตสาหกรรม

1.1 ผลกระทบจากเทคโนโลยีสมัยใหม่

ในยุคโลกไร้พรมแดน ความสำคัญของคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตหรือเทคโนโลยีต่างๆ กลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของคนทุกคน แม้มีประโยชน์แต่ก็แฝงภัยมาสู่ผู้ที่ใช้งานได้เช่นกัน จากการไม่ได้รับการแนะนำในการใช้งานที่ถูกต้องและยิ่งไปกว่านั้นอาจมาจากผู้ที่แสวงหาผลประโยชน์ที่ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เป็นเครื่องมือในการประกอบอาชีพอย่างไม่ถูกต้อง ภัยที่มากับเทคโนโลยีส่งผลกระทบหรือทำให้เกิดผลเสียหยาต่อบุคคลหรือสังคมมีดังนี้^{๑๙}

- 1.เสียสุขภาพกาย ถ้าใช้คอมพิวเตอร์นาน ๆ
- 2.เสียการเรียนหรือการทำงาน เช่น การติดเกมส์จะดึงดูดความสนใจการเรียน ความรับผิดชอบงาน ค่าใช้จ่ายจะเพิ่มมากขึ้น
- 3.ขาดสังคม หรือขาดสัมพันธ์ภาพแบบเผชิญหน้าพบปะพูดคุยโดยตรงซึ่งจะมีผลต่อการคบหาสมาคม และการทำงานร่วมกับผู้อื่น
- 4.มีผลต่ออารมณ์ เช่น เหนื่อยทำให้เกิดอารมณ์รุนแรง และพฤติกรรมก้าวร้าว แก้ปัญหาด้วยกำลังแทนการใช้สติปัญญา ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
- 5.ภัยต่างๆที่แฝงตัวอยู่ทุกส่วนของสังคมไม่ว่าจะเป็นภัยการถูกแอบถ่ายรูป หรือภัยจากการลักลอบโอนเงินจากธนาคาร เป็นต้น และนับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นทุกวัน โดยเฉพาะในโลก “ไซเบอร์” อย่างอินเทอร์เน็ต ที่เข้ามาพร้อมกับความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยี

1.2 ผลกระทบจากแบบแผนการผลิตแบบสังคมอุตสาหกรรม

การเปลี่ยนแปลงของโลก โลกาภิวัตน์จะทำให้เกิดแบบแผนของการพัฒนาสังคม มุ่งไปสู่สังคมอุตสาหกรรม รวมทั้งมีความต้องการแบบใหม่ขึ้นในสังคม จึงเกิดปัจจัยคุกคามใหม่เช่น พิษจากอุตสาหกรรม, พิษจากสารเคมีปราบศัตรูพืช, ผลกระทบจากโรครื้อน. โรคติดต่อข้ามพรมแดนและโรคติดต่อจากแรงงานย้ายถิ่น เป็นต้น

^{๑๘} คู่มือการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อเร่งรัดการดำเนินงานโครงการความปลอดภัยด้านอาหาร

^{๑๙} อมรินทร์ มาตตะวัน (2553) มหันตภัยจาก ICT

● พืชจากอุตสาหกรรม^{๒๐}

พืชจากอุตสาหกรรมมีมากมายหลายชนิด แตกต่างกันตามประเภทของอุตสาหกรรม ของเสียที่เหลือจากกระบวนการผลิต จะทั้งที่เป็นของแข็ง ของเหลว และ ก๊าซ แต่ที่มีผลกระทบต่อมนุษย์ และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ มากที่สุดก็คือ น้ำทิ้งจากโรงงานอุตสาหกรรมที่ปล่อยลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะ โดยน้ำทิ้งนั้นยังไม่ได้ผ่านการกำจัดสารพิษออกก่อน ก่อให้เกิดปัญหาน้ำเน่าเสีย ปลาตาย ดังที่เป็นข่าวอยู่เนืองๆ สารพิษที่ปนเปื้อนของโรงงานอุตสาหกรรมอาจแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับประเภทของอุตสาหกรรมดังนี้

อุตสาหกรรมอาหาร สิ่งที่ปนเปื้อนในอุตสาหกรรมประเภทนี้ คือ เศษอาหาร ไขมัน น้ำมัน จากการล้างเครื่องจักร ถึงแม้ว่าจะไม่มีพิษโดยตรงต่อสิ่งมีชีวิต แต่จะมีผลกระทบอย่างมากต่อแหล่งน้ำ เนื่องจากเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เน่าเสียปริมาณออกซิเจนในน้ำลดลงมีผลทำให้สัตว์น้ำตายเพราะขาดออกซิเจน

อุตสาหกรรมปิโตรเคมี ปัจจุบันการขยายตัวของอุตสาหกรรมประเภทนี้เป็นไปอย่างรวดเร็ว และมีบทบาทมากขึ้นตามลำดับ อันตรายจากของเสียของอุตสาหกรรมนี้มีค่อนข้างมาก เนื่องจากสารพิษที่ปนเปื้อนส่วนใหญ่จะเป็นสารเคมีและน้ำมัน ซึ่งจะต้องผ่านกระบวนการกำจัดสารพิษเป็นพิเศษ และแตกต่างจากอุตสาหกรรมประเภทแรก

อุตสาหกรรมทั่วไป เช่น อุตสาหกรรมรถยนต์ ทอผ้า ฟอกย้อม ชุบโลหะ หรือ ผลิตสี เป็นต้น ของเสียที่เกิดจากกระบวนการผลิตส่วนใหญ่จะปนเปื้อนด้วยโลหะตะกั่ว ปรอท โครเมียม สารหนู ทองแดง แบเรียม ถ้าโลหะเหล่านี้แพร่กระจาย ก็จะสะสมอยู่ได้เป็นเวลานาน ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อผู้บริโภคอย่างมาก โดยเฉพาะโลหะ ตะกั่ว ปรอท และสารหนู

● พืชจากสารเคมีปราบศัตรูพืช^{๒๑}

การเกษตรกรรมในประเทศไทย มีการใช้สารเคมีกันอย่างแพร่หลาย เกษตรกรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ เช่น ใช้ในปริมาณที่มากเกินไป หรือ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ โดยเฉพาะสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทำให้เกิดอันตรายหรือพิษภัยต่อมนุษย์ได้ สารเคมีเหล่านี้บางชนิดไม่สลายตัวจะสะสมอยู่ในดิน หรือ แหล่งน้ำ สาธารณะเป็นเวลานานนับปี สารเคมีใช้ในการเกษตรกรรม อาจแบ่งตามวัตถุประสงค์การใช้เป็น 2 ประเภทใหญ่คือ

ปุ๋ยเคมี เป็นสิ่งจำเป็นมากในการเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร ส่วนใหญ่ประกอบด้วยแร่ธาตุที่จำเป็นสำหรับพืช เช่น ไนโตรเจน ฟอสฟอรัส และโปแตสเซียม ในการใช้จำเป็นต้องทราบรายละเอียดของวิธีใช้ ปริมาณ และระยะเวลาใช้ที่เหมาะสมและปฏิบัติตาม จึงจะมีประสิทธิภาพ ไม่เช่นนั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายได้

^{๒๐} หนังสือความรู้สิ่งเป็นพิษ ตอนที่ 6 พ.ศ.2533 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

^{๒๑} หนังสือความรู้สิ่งเป็นพิษ ตอนที่ 6 พ.ศ.2533 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ปริมาณของปุ๋ยที่ใช้มากเกินไป ส่วนที่เหลืออาจเปลี่ยนแปลงเป็นสารเคมีชนิดอื่น เช่น ไนเตรต หรือแอมโมเนีย ซึ่งเป็นพิษต่อพืชและอาจก่อให้เกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมด้วย

สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ที่นิยมใช้ในหมู่เกษตรกรไทยคือ สารเคมีกำจัดแมลง สารเคมีกำจัดวัชพืช สารเคมีกำจัดเชื้อรา สารเคมีกำจัดหนู สารเคมีกำจัดหนอน และสารเคมีกำจัดไร อันตรายที่เกิดจากใช้สารเคมีประเภทนี้มากกว่าเมื่อเทียบกับปุ๋ยเคมี มีทั้งอันตรายที่เกิดแก่ผู้ใช้ ผู้บริโภค สิ่งแวดล้อม และอันตรายเนื่องจากใช้ในทางที่ผิด เช่น ฆ่าตัวตาย อุบัติเหตุ หรือ ฆาตกรรม ดังนั้น ในการใช้สารเคมีประเภทนี้ จึงควรอ่านฉลากวิธีใช้ตลอดจน การเก็บรักษาและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

- โรคติดต่อข้ามพรมแดน และโรคติดต่อจากแรงงานย้ายถิ่น

การที่ประเทศไทยมีพรมแดนติดต่อกับประเทศต่างๆ หลายประเทศ ไม่ว่าจะเป็นพม่า ลาว กัมพูชา เวียดนาม และมาเลเซีย ซึ่งผู้คนแต่ละประเทศสามารถเดินทางเข้า-ออก ไปมาระหว่างกันได้สะดวก ประกอบกับธรรมชาติของเชื้อโรคจะปะปนมาทั้งในตัวคน สัตว์ สิ่งของ จึงมีความเสี่ยงที่ค่อนข้างมากต่อการระบาดของโรคติดต่อ ดังนั้น การป้องกันไม่ให้โรค ติดต่อเข้ามาแพร่ระบาดในประเทศไทย จึงเป็นเรื่องสำคัญในการเฝ้าระวัง ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า โรคติดต่อระหว่างประเทศเป็นจุดสำคัญที่จะต้องเฝ้าระวังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 หรือ International Health Regulation 2005 ซึ่งกฎหมายสาธารณสุข ของแต่ละประเทศจะสอดคล้องกฎดังกล่าว เพื่อให้มีมาตรการหรือแนวทางในการจัดระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อตามแนวพรมแดนของแต่ละประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ กรมควบคุมโรค วิเคราะห์ว่า หากกลุ่มคนเหล่านี้มีพาหะติดตัวและเข้ามาอยู่ในประเทศจะส่งผลให้เป็นผู้ที่แพร่เชื้อโรคต่างๆ ได้ ที่สำคัญคนเหล่านี้เมื่อป่วยจะไม่ไปพบแพทย์ จนกว่าอาการจะกำเริบหนัก เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาลและไม่มีการทำประกันสุขภาพ สำหรับแรงงานต่างด้าว อีกปัญหาหนึ่ง คือ การดื้อยาของเชื้อโรค เช่น มาลาเรีย^{๒๒} อีกทั้งโรคบางโรคซึ่งเคยหายไปจากประเทศไทยแล้ว แต่กลับเกิดขึ้นมาใหม่ เพราะส่วนหนึ่งมาจากประเทศเพื่อนบ้านที่การสาธารณสุขยังแก้ไขไม่ได้ แต่สิ่งที่น่าเป็นกังวล คือ การเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างชาติ รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ เช่น ภาวะโลกร้อน การเปลี่ยนแปลงทางภูมิอากาศ ก็อาจจะส่งผลให้นำมาซึ่งโรคติดต่ออุบัติใหม่ตามมาอีกด้วยเช่นกัน

๑.๓ ผลกระทบจากโลกร้อน

ภาวะโลกร้อนส่งผลกระทบต่อภูมิอากาศในปัจจุบัน ทำให้ฤดูกาลต่างๆ ผิดเพี้ยน ฝนไม่ตกต้องตามฤดูกาล หน้าแล้งยาวนานขึ้น หน้าฝนก็ตกหนักจนน้ำท่วม สิ่งเหล่านี้แปรปรวนไปเพราะภาวะโลกร้อนเป็นหลักเนื่องจากอุณหภูมิบนพื้นโลกสูงขึ้น ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยได้รับผลกระทบทั้งทางด้านกายภาพและ

^{๒๒} ชัยภัทร ธรรมวงษา (2552) โลกศตวรรษที่ 21 เชื้อร้ายระบาด แรงงานต่างด้าว- พาหะโรคอุบัติซ้ำ (สเกิปแนวนหน้า)

ชีวภาพต่างๆ หลายประการ สถาบันสิ่งแวดล้อมไทยประเมินไว้ในรายงานการศึกษาเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการแห่งชาติว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของประเทศไทยว่า มีสิ่งชี้ชัดในเรื่องความเป็นไปได้ของภาวะการขาดแคลนน้ำในพื้นที่ลุ่มน้ำที่ใหญ่ที่สุดของประเทศ และอุทกภัยที่ถี่ขึ้นและรุนแรงยิ่งขึ้นในพื้นที่ราบลุ่ม เมื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของระดับน้ำในมหาสมุทรที่สูงขึ้น ส่งผลกระทบรุนแรงต่อพื้นที่เกษตรกรรมต่อความสมดุลของน้ำจืดและน้ำเค็มในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังเสี่ยงต่อความเสียหายจากเหตุการณ์น้ำล้นตลิ่งและอุทกภัย ที่จะก่อความเสียหายกับระบบสาธารณูปโภค ที่อยู่อาศัยของคนจำนวนมาก รวมถึงผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจที่จะตามมา จากสภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงจะทำให้ภัยธรรมชาติต่างๆ เกิดบ่อยครั้งและรุนแรงมากขึ้น อากาศที่ร้อนขึ้น และความชื้นที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้เกิดพายุฝนฟ้าคะนองบ่อยครั้งขึ้นและไม่เป็นไปตามฤดูกาล ภาคใต้ของประเทศซึ่งเคยมีพายุไต้ฝุ่นพัดผ่านจะเกิดพายุมากขึ้น และความรุนแรงของพายุไต้ฝุ่นก็จะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น รวมไปถึงอัตราเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของแนวโน้มน้ำอุทกภัยแบบฉับพลันด้วยเช่นเดียวกัน ส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากไร้ที่อยู่อาศัย และก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบนิเวศ

จากเหตุการณ์ธรรมชาติและภัยพิบัติต่าง ๆ ในปัจจุบัน ทำให้ชี้ชัดได้ว่าสิ่งเหล่านี้ยังนับวันยิ่งทวีความรุนแรง และความถี่มากขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อเป็นการรักษาชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน จึงควรสร้างความตระหนักและความพร้อมในการรับมือภัยพิบัติต่าง ๆ จากเหตุการณ์สูญเสียที่เกิดขึ้นแล้วในอดีต และสร้างประสบการณ์เสมือนจริงในการเข้าถึงเหตุการณ์อันไม่อาจคาดหมายได้ล่วงหน้า ซึ่งปัจจุบันหลายหน่วยงานพื้นที่ หลายจังหวัดก็ได้มีการเตรียมความพร้อม และซ้อมรับมือกันมากขึ้น โดยจะเห็นได้ชัดในช่วงที่เคยเกิดเหตุการณ์ตามลักษณะภูมิอากาศ อุบัติภัยต่างๆ อยู่เสมอ

2. การใช้ชีวิต (Lifestyle)

การใช้ชีวิตที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ รวมถึง พฤติกรรมบริโภคนิยม, การบริโภคสารเสพติด อันได้แก่ สุรา ยาสูบ และยาเสพติด, และ การใช้ชีวิตอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุ หรือในพื้นที่ภัยพิบัติ

● พฤติกรรมบริโภคนิยม

พฤติกรรมบริโภคนิยม เป็นปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมที่สำคัญ ที่เกิดขึ้นในสังคมสมัยใหม่ ซึ่งคนส่วนใหญ่จะคลั่งไคล้ในการบริโภคและให้ความสำคัญแก่รูปลักษณ์ภายนอกมากกว่าประโยชน์ใช้สอย อีกทั้งมองทุกสิ่งเป็นสินค้าไปหมด ไม่ว่าจะเป็นสิ่งของหรือคนก็ตาม เช่น การขายบริการทางเพศ เป็นต้น ซึ่งคนในสังคมจะมีรสนิยมเปลี่ยนแปลงไปตามการพัฒนาของสังคมทำให้เข้าสู่วัฒนธรรมบริโภคนิยมแทรกแซงเป็นส่วนหนึ่งของ

ชีวิตประจำวันไปเสียแล้ว^{๒๓} คนในสังคมสมัยนี้ถูกครอบงำและตกอยู่ในกระแสของบริโภคนิยมที่มีพฤติกรรมเลียนแบบการบริโภคซึ่งกันและกัน เช่นการบริโภคสินค้าที่มีราคาแพงเกินความจำเป็น การบริโภคอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ อันเนื่องมาจากอิทธิพลของการส่งเสริมการขายและการเลียนแบบ ซึ่งส่งผลต่อภาวะโภชนาการและความสมดุลของร่างกาย ตลอดจนปัญหาการใช้ยาเกินตัว

● สุรา^{๒๔}

สถิติการดื่มสุราของคนไทยเพิ่มมากขึ้นตลอดมา ปัญหาของการดื่มสุรา มีมากขึ้นเรื่อยๆ ในทุกประเทศ ทั้งนี้เนื่องจากกลยุทธ์การโฆษณาประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ ที่เป็นการชักจูงใจทำให้เชื่อว่าสังคมให้การยอมรับ จึงทำให้มีผู้ดื่มสุราเพิ่มอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะเยาวชน ซึ่งเป็นวัยที่ชอบทดสอบสิ่งต่างๆ และในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาขึ้นในวัยที่อายุน้อยลงเรื่อยๆ นอกจากนี้ปัญหาที่ตามมาจากการดื่มก็คือ การเกิดอุบัติเหตุ พฤติกรรมการดื่มสุรามีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ความอยากรู้อยากลอง อยากเข้าสังคม ค่านิยมที่ผิดเพื่อนชักชวน พฤติกรรมเลียนแบบคนดังหรือมีชื่อเสียง ต้องการให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่ม อยากท้าทายและศึกษาค้นคว้าหาข้อได้ง่าย ผลจากการโฆษณา ปัญหาส่วนตัว อยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและตัวอย่างที่ไม่ดี มีความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับสุราและการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ส่วนผลการกระทบจากการดื่มสุรา ได้แก่ การขาดความสัมพันธอันดีในครอบครัว สุขภาพเสื่อมโทรม สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น เกิดปัญหาสังคม เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความเสียหายทางเศรษฐกิจอย่างมากมาในแต่ละปี

● บุหรี่หรือยาสูบ

สถานที่หลายๆแห่งประกาศเป็นเขตปลอดบุหรี่ แต่ก็ยังมีนักสูบบุหรี่อีกจำนวนมาก ประเด็นปัญหาก็คือควันบุหรี่ไม่ได้ทำร้ายเฉพาะผู้สูบท่านั้น ผู้ที่ไม่สูบก็มีโอกาสป่วยและตายจากบุหรี่โดยไม่ต้องสูบด้วยตนเอง สารเคมีที่อยู่ในควันบุหรืนั้นก่อให้เกิดโรคมะเร็ง นอกจากนี้อันตรายของบุหรืยังสามารถไปสู่ทารกที่อยู่ในครรภ์ของมารดาที่สูบบุหรี่ โดยทารกที่เกิดจากแม่ที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ มีน้ำหนักตัวโดยเฉลี่ยน้อยกว่าทารกที่เกิดจากแม่ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 200 กรัม (2 ชีด)^{๒๕} มาตรการที่ระดับส่วนกลางยังไม่สามารถเข้าไปแก้ปัญหาที่ระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น บุหรี่และยาเส้น ยังสามารถเข้าถึงได้ง่ายในร้านค้าย่อยในชุมชน ทำให้จำนวนผู้สูบบุหรืยังมีอีกมาก และกว่าครึ่งยังสูบบุหรืในบ้าน

^{๒๓} พจนารถ หอมประสิทธิ์: การบริโภคนิยมของคนชนบท (ยุควัฒนธรรมบริโภคนิยม)

^{๒๔} รศ.บัญญัติ สุขศรีงาม , คนไทยกับการดื่มสุรา

^{๒๕} มาร่วมกันสร้างสังคมไทยให้ปลอดบุหรี่ <http://www.doctor.or.th/node/4531>

- ยาเสพติด^{๒๖}

ยาเสพติดที่แพร่ระบาดในประเทศไทย ประกอบด้วย ฟีน เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า สารระเหย โคเคน ยาไอ โดยฟีนยังคงมีแพร่ระบาดในกลุ่มชาวเขา และเฮโรอีนแพร่ระบาดในกลุ่มเสฟเดิม ส่วนตัวยาที่แพร่ระบาดมาก และมีปัญหาในระดับรุนแรง คือ ยาบ้า ซึ่งแพร่กระจายเป็นวงกว้าง นอกจากนี้ยังมีวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท บางชนิด เช่น ยานอนหลับ สำหรับโคเคน และยาเค การแพร่ระบาดจำกัดอยู่เฉพาะกลุ่มเยาวชน ผู้ใช้ในสถาน บันเทิง และกลุ่มวัยรุ่นที่ฐานะดี ส่วนสารระเหย จะแพร่ระบาดในกลุ่มเด็กนอกสถานศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ใน พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากผลการดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดของรัฐบาลทุกยุคทุกสมัย มีลักษณะ การแก้ไขปัญหาก็เปลี่ยนไปเรื่อยๆ แม้มีความพยายามที่จะปราบปรามทั้งบนดินและใต้ดินเพื่อที่จะขจัดยาเสพติดให้ หหมดไปจากสังคมไทย แต่ปัญหาดังกล่าวก็ยังคงทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นต้องให้ ความสำคัญกับบทบาทของสถาบันทางสังคมไทยในระดับรากหญ้า เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบัน ครอบครัว สถาบันชุมชน สถาบันโรงเรียน และสถาบันศาสนา ซึ่งจะช่วยให้การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจากต้นเหตุเป็นไปอย่างยั่งยืน

- อุบัติเหตุ

รูปแบบการเดินทางและการใช้ชีวิตยังมีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ เพื่อเป็นการรักษาชีวิตและทรัพย์สินของ ประชาชน จึงควรสร้างความตระหนักและความพร้อมในการป้องกันการสูญเสีย โดยใช้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว ในอดีตมาสร้างความตระหนัก และสร้างประสบการณ์จำลองเสมือนจริงในการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุการณ์ ซึ่ง ปัจจุบันหลายหน่วยงาน ในพื้นที่หลายจังหวัดก็ได้มีการเตรียมความพร้อม และซ้อมรับมือกันมากขึ้น โดยจะ เห็นได้ชัดในช่วงก่อนเทศกาล เช่นการเฝ้าระวังปัญหาด้านอุบัติเหตุ เป็นต้น

สรุป

ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นเรื่องที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันและมีแนวโน้มที่จะพัฒนาระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น ถ้าเราไม่รู้เท่าทัน ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการรู้เท่าทันและ เตรียมความพร้อมในการรับมือภัยคุกคามที่มาจากกระแสโลกาภิวัตน์และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

^{๒๖} สภาพปัญหายาเสพติดในประเทศไทย <http://www1.oncb.go.th/document/p1-problem.htm>

๒.๕ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ

๒.๕.๑ บทนำ

การกระจายอำนาจมีพื้นฐานจากแนวคิดที่หนักแน่น ว่า องค์กรขนาดเล็กหากมีโครงสร้างและมีการกำหนดทิศทางที่เหมาะสม องค์กรนี้ก็จะมีความคล่องตัวและตรวจสอบได้ง่ายกว่าองค์กรขนาดใหญ่ ซึ่งในสังคมที่โดยมาก องค์กรขนาดใหญ่เป็นผู้ควบคุมการทำงานต่างๆ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน, ในภาวะปัจจุบันที่ภาวะเศรษฐกิจที่ถดถอยและต้นทุนการให้บริการทางด้านสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ (ทำให้รัฐต้องใช้จ่ายในเรื่องสุขภาพมากขึ้น ในขณะที่ทรัพยากรที่รัฐมีกลับถูกจำกัดลงเรื่อยๆ) จึงทำให้แนวคิดในเรื่องการกระจายอำนาจมีความน่าสนใจเป็นอย่างมาก ในการทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการให้บริการสุขภาพ นอกจากนี้ ในสังคมประชาธิปไตย การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนถือเป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งการกระจายอำนาจจะมีผลที่จะส่งเสริมขบวนการนี้ ทำให้ทางองค์กรท้องถิ่นต้องมีความรับผิดชอบต่อชุมชนมากขึ้น และส่งผลให้มีการตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของชุมชนที่ดีขึ้นอีกด้วย

การทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศในเรื่องการกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็นเพื่อที่จะศึกษาและเรียนรู้ถึงรูปแบบ, ข้อดีข้อเสีย และ ข้อจำกัดในบริบทต่างๆ ของต่างประเทศ ในการกระจายอำนาจ และ เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความเข้าใจในมิติต่างๆ เป็นเครื่องมือไปสู่การสร้างสุขภาวะที่ดี และจะนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องรูปแบบการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และเกิดผลดีป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อไป โดยการศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาแนวคิดและกฎหมายเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของต่างประเทศที่มีผลบังคับใช้เพื่อดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพได้ประสบความสำเร็จ และล้มเหลว

โดยบทนี้ ได้ทบทวนกรอบทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง, คำจำกัดความ, รูปแบบต่างๆ, และเหตุผลของการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจ นอกจากนี้ ยังได้มีการทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศทั้งหมด ๘ ประเทศ คือ ประเทศโปรตุเกส, อิตาลี, ญี่ปุ่น, ฟิลิปปินส์, สเปน, เม็กซิโก, เกาหลีใต้ และ สหราชอาณาจักร โดยได้แบ่งบทเรียนออกตามรูปแบบการกระจายอำนาจตามการแบ่งของ Rondinelli^{๒๗}

^{๒๗} Rondinelli DA. Decentralisation in developing countries, Staff Working Paper 581. Washington DC:World Bank; 1983.

๒.๕.๒ ความหมายของการกระจายอำนาจ

Furniss^{๒๘} ได้ให้คำจำกัดความของคำ “กระจายอำนาจ” ไว้กว้างๆว่า “การกระจายอำนาจอาจหมายถึง การโอนถ่ายอำนาจของหน่วยราชการจากผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง (political official) ไปยังบอร์ดอิสระ (autonomous board), การถ่ายโอนหน้าที่ความรับผิดชอบขององค์กรส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดจากระดับการบริหารจัดการที่สูงกว่าสู่ระดับที่ต่ำกว่า, การจัดตั้งองค์กรนิติบัญญัติขนาดเล็ก และการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบไปสู่องค์กรระดับท้องถิ่นเหล่านั้น”

เช่นเดียวกับ Rondinelli^{๒๙} ซึ่งกล่าวว่าการกระจายอำนาจอาจหมายถึงการการโอนถ่ายอำนาจ การแบ่งอำนาจในการวางแผน บริหารจัดการ และการตัดสินใจจากระดับการบริหารที่สูงกว่าสู่ระดับที่ต่ำกว่า ซึ่งการกระจายอำนาจในทางปฏิบัติมีหลายรูปแบบอันเนื่องมาจากความแตกต่างของ โครงสร้างทางการเมืองและการบริหารจัดการ, วัตถุประสงค์, และ รูปแบบของระบบสุขภาพ ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป

๒.๕.๓ รูปแบบของการกระจายอำนาจ

จากความแตกต่างในเรื่องของบริบทและวัตถุประสงค์ในการกระจายอำนาจทำให้เกิดรูปแบบต่างๆ ของการกระจายอำนาจ โดยในกลุ่มนักวิชาการต่างก็มีการแบ่งรูปแบบที่แตกต่างกันออกไปและในบางรูปแบบก็ยังไม่ได้เป็นที่ยอมรับและยังเป็นข้อถกเถียงกันอยู่ว่ารูปแบบนี้ถือเป็นการกระจายอำนาจหรือไม่

การกระจายอำนาจตามหน้าที่ความรับผิดชอบและตามท้องที่

Mills et al.^{๓๐} ได้จำแนกการกระจายอำนาจออกเป็น ๒ ลักษณะ คือ แบบ การกระจายอำนาจตามหน้าที่ความรับผิดชอบ (Functional Decentralisation) และ การกระจายอำนาจตามท้องที่ (Geographical Decentralisation)

การกระจายอำนาจตามหน้าที่ความรับผิดชอบคือการที่อำนาจในการปฏิบัติงานอย่างหนึ่ง ได้ถูกโอนถ่ายไปให้กับองค์กรส่วนท้องถิ่นที่เชี่ยวชาญ ในขณะที่การกระจายอำนาจตามท้องที่คือการโอนถ่ายอำนาจหน้าที่เพื่อสาธารณะโดยรวม ไปให้กับองค์กรท้องถิ่นที่รับผิดชอบพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง ในการให้บริการสุขภาพ การกระจายอำนาจอาจเกิดขึ้นได้ทั้งสองรูปแบบแต่การกระจายในลักษณะตามหน้าที่ความรับผิดชอบนั้นทางกระทรวงสุขภาพจะสามารถระบุหรือเปลี่ยนแปลงขอบเขตของอำนาจที่จะโอนถ่ายไปให้องค์กรท้องถิ่นได้ง่ายกว่าการกระจายตามท้องที่เนื่องจาก ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของรัฐเพียงประเภทเดียว

^{๒๘} Furniss N. The practical significance of decentralization. J Politics 1974;36:958-82.

^{๒๙} Rondinelli DA. Government decentralization in comparative theory and practice in developing countries. Internat Rev Admin Sci 1981;47:133-45.

^{๓๐} Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. Health system decentralization: Concept, issues and country experience. England:World Health Organisation; 1990.

รูปแบบการกระจายอำนาจตามการแบ่งของ Rondinelli^{๓๑} และ Vrangbaek^{๓๒}

Deconcentration หรือ การมอบอำนาจต่อองค์กรใต้บังคับบัญชา หมายถึงการโอนถ่ายอำนาจความรับผิดชอบที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการ (administrative authority) ให้กับสำนักงานที่เป็นสาขาส่วนท้องถิ่นของกระทรวง เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ กระทรวงสาธารณสุขของไทย ทั้งนี้ทั้งนั้น การโอนถ่ายอำนาจในประเภทนี้เป็นเพียงการโอนถ่ายหน้าที่ทางด้านบริหารจัดการ เท่านั้น โดยไม่ได้รวมไปถึงอำนาจทางด้านการเมือง (political authority) และถือเป็นการกระจายอำนาจในระดับที่ต่ำที่สุด การกระจายอำนาจแบบนี้ก็เป็นประเภทที่พบอย่างกว้างขวางในประเทศที่กำลังพัฒนา

Devolution หรือ การถ่ายโอน หมายถึงการตั้งหรือเพิ่มความแข็งแกร่งให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความเป็นอิสระจากส่วนกลางค่อนข้างมากในการทำงาน โดยที่องค์กรเหล่านี้มักจะมีสถานะทางกฎหมาย มีอาณาเขตที่รับผิดชอบ และมีขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน ที่เป็นอิสระจากส่วนกลาง นอกจากนี้ยังมีอำนาจในการหารายได้เข้าองค์กรเพื่อนำไปใช้ในโครงการต่างๆที่ได้ผ่านความเห็นชอบแล้ว การกระจายอำนาจในลักษณะนี้อาจพบได้ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศพัฒนาแล้ว แต่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนใหญ่ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นจะยังไม่มีความสามารถเพียงพอหรือมีอำนาจในการบริหารจัดการทางด้านสุขภาพที่จำกัด ในขณะที่ในประเทศที่พัฒนา เช่น ฟินแลนด์ และ นอร์เวย์ การถ่ายโอนทางด้านสุขภาพเป็นทางเลือกที่ทำให้้องค์กรส่วนท้องถิ่นมีภาระทางการเงินที่สูงมาก จึงต้องการความช่วยเหลือจากทางรัฐบาลกลางเป็นอย่างมาก และต้องมีการประสานงานระหว่างส่วนท้องถิ่นและส่วนกลางที่มีประสิทธิภาพ^{๓๓}

Delegation หรือ การมอบอำนาจต่อองค์กรภายใต้กำกับ หมายถึงการโอนถ่ายความรับผิดชอบทางด้านการจัดการ (Managerial responsibility) สำหรับหน้าที่บางอย่างที่ได้กำหนดไว้ไปสู่องค์กรหนึ่งที่มีได้ขึ้นอยู่กับรัฐบาลกลางโดยตรงแต่อาจมีอิทธิพลทางอ้อมกับองค์กรนี้ได้ (parastatal organisation) โดยการโอนถ่ายความรับผิดชอบในลักษณะนี้อาจทำให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีขึ้น และ มีความยืดหยุ่นและตอบสนองความต้องการของรัฐได้ดียิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม Delegation อาจถูกมองว่าไม่เป็นการกระจายอำนาจหากเป็นการถ่ายโอนให้กับองค์กรใดองค์กรหนึ่งในส่วนกลางโดยมิได้ก่อให้เกิดการบริหารจัดการในระดับท้องถิ่น

Privatisation หรือ การแปรรูปองค์กรของรัฐ หมายถึงการโอนถ่ายหน้าที่ของรัฐให้กับองค์กรที่สมัครใจอื่นๆ เช่น องค์กรเอกชนที่แสวงหากำไร และ องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร โดยมีกฎหมายและระเบียบ

^{๓๑} Rondinelli DA. Government decentralization in comparative theory and practice in developing countries. *Internat Rev Admin Sci* 1981;47:133-45.

^{๓๒} Vrangbaek K. Towards a typology for decentralization. In: Saltman RB, editor. *Decentralisation in health care*. England: Open University Press; 2007. p. 44-62.

^{๓๓} Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. *Health system decentralization: Concept, issues and country experience*. England: World Health Organisation; 1990.

ต่างๆคอยควบคุมการทำงานขององค์กรเหล่านี้ การกระจายอำนาจในลักษณะนี้เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยหาแหล่งทุนอื่นๆในการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพ เช่นการเก็บค่าใช้จ่ายบางส่วนจากผู้ใช้บริการ หรือ ให้ภาคเอกชนมาลงทุน นอกจากนี้ ยังเป็นการให้ภาคเอกชนมีบทบาทมากขึ้นในการให้บริการสุขภาพซึ่งเป็นการทำให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการไปในตัว อย่างไรก็ตาม การแปรรูปองค์กรของรัฐ มิได้แปลว่าบทบาทของภาครัฐนั้นลดน้อยลง แต่ภาครัฐจะต้องมีบทบาทที่สำคัญในการเข้าไปกำกับดูแลผู้ประกอบการเอกชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในเรื่องของคุณภาพและความพอเพียงของบริการต่อความต้องการของประชาชน

นอกจากนี้ Mills et al^{๓๔} ยังได้กล่าวถึงอำนาจหน้าที่ที่อาจถูกกระจายอำนาจตามในแบบต่างๆที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นและได้สรุปออกมาตามตารางที่ ๓

^{๓๔} Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. Health system decentralization: Concept, issues and country experience. England:World Health Organisation; 1990.

ตารางที่ ๓ การกระจายอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบตามประเภทของระบบการกระจายอำนาจ

หน้าที่	การมอบอำนาจสู่ สำนักงานได้บังคับ บัญชาของกระทรวงใน พื้นที่ (Deconcentration)	การถ่ายโอนผู้องค์กร บริหารส่วนท้องถิ่น (Devolution)	การมอบอำนาจผู้ องค์กรภายใต้กำกับ (Delegation)	การแปรรูปองค์กรของ รัฐ (Privatisation)
ด้านกฎหมาย	-	**	-	-
การหารายได้	*	**	**	***
การกำหนดนโยบาย	-	**	**	**
การควบคุมดูแล	-	**	*	-
การวางแผนและ จัดสรรทรัพยากร	**	**	***	***
การบริหารจัดการ - บุคลากร - งบประมาณ และการใช้จ่าย - การจัดซื้อ - การดูแลรักษา	* ** * *	** ** ** **	*** *** *** ***	*** *** *** ***
การร่วมมือกันระหว่าง ภาคส่วน	*	***	***	***
การประสานงาน ระหว่างองค์กร	*	**	***	***
การฝึกอบรม	*	**	***	***

*** ผู้รับโอนมีความรับผิดชอบในเรื่องนี้มาก * ผู้รับโอนมีความรับผิดชอบเรื่องนี้อยู่บ้าง

* ผู้รับโอนมีความรับผิดชอบเรื่องนี้อย่างจำกัด - ผู้รับโอนไม่มีความรับผิดชอบเรื่องนี้

จะเห็นว่าในการกระจายอำนาจแบบถ่ายโอนไปสู่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นนั้น ถึงแม้ว่าจะต่างกันไปบ้างในแต่ละประเทศ แต่โดยหลักการแล้ว จะเป็นการโอนหน้าที่ความรับผิดชอบทุกเรื่อง ตั้งแต่เรื่องการออกกฎหมาย, การเก็บภาษี, การจัดสรรงบประมาณ, การพัฒนานโยบาย, การบริหารจัดการ และอื่นๆ แต่ละระดับและขอบเขตของความรับผิดชอบอาจจะไม่ใช่ทั้งหมด (กล่าวคือ อาจเป็นการรับผิดชอบร่วมกับส่วนกลาง โดยท้องถิ่นมีหน้าที่ในการทำแผน ส่วนทางส่วนกลางมีหน้าที่ทบทวนและอนุมัติแผนดังกล่าว หรือ เป็นการแบ่ง

หน้าที่ เช่น ท้องถิ่นรับผิดชอบในเรื่องการให้บริการสุขภาพในชุมชน ในขณะที่ส่วนกลางมีหน้าที่ในการควบคุมโรคติดต่อและประสานงาน เป็นต้น) ในขณะที่ ถึงแม้ว่าจะไม่ต้องรับผิดชอบหรือมีความรับผิดชอบน้อยในเรื่องการออกกฎหมายและกฎระเบียบ แต่การกระจายอำนาจลักษณะของ Delegation และ Privatisation ก็มีอิทธิพลเป็นอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากการที่ต้องรับผิดชอบในเรื่องอื่นๆทุกเรื่องและทั้งหมด

๒.๕.๔ หลักการและเหตุผลในการกระจายอำนาจ

ในแต่ละประเทศต่างก็มีบริบทและความต้องการที่แตกต่างกันไป ทำให้การกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพของแต่ละประเทศไม่เหมือนกัน โดยที่ Bankauskaite & Saltman^{๓๕} ได้สรุปออกมาเป็นตาราง (ตารางที่ ๔)

ในประเทศไทย จุดประสงค์ของการกระจายอำนาจตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๓ ก็คือ การทำให้เกิดมีความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ, การทำให้องค์กรตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดีขึ้น และ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น ซึ่งทั้งหมดนี้ก็จะทำให้เกิดผลดี เช่น การใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ ทั้งทางด้านเทคนิค หรือ Technical Efficiency (การใช้ทรัพยากรให้น้อยที่สุดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ) และด้านการจัดสรรบริการ หรือ Allocative Efficiency (การเลือกชนิดของบริการที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนสูงสุด) และ การส่งเสริมให้มีการคิดริเริ่มให้สร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อพัฒนา การให้บริการสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม การกระจายอำนาจ ก็มีประเด็นปัญหาต่างๆ ที่จะต้องได้รับการแก้ไข หรือในบางกรณีก็อาจหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงทำให้ผู้กำหนดนโยบายจะต้องระบุให้ชัดเจนถึงลำดับความสำคัญของการปฏิรูปเพื่อที่จะได้มีการพัฒนาที่ตรงจุด และมีประสิทธิผล

^{๓๕} Bankauskaite V, Saltman RB, editorials. Central issues in the decentralisation debate, In: Decentralisation in health care. England: Open University Press; p. 9-21.

ตารางที่ ๔ จุดประสงค์ของการกระจายอำนาจ

จุดประสงค์	หลักการ	ปัญหาและประเด็น
เพื่อให้มีประสิทธิภาพทางด้านเทคนิค (Technical Efficiency) ขึ้น	- โดยการมีระดับของการปกครองที่น้อยลง และการที่องค์กรท้องถิ่นมีความตระหนักมากขึ้นในเรื่องของคุณค่าของทรัพยากรที่มีอยู่ - โดยการแยกหน้าที่ “ผู้ซื้อ” และ “ผู้ให้บริการ” ออกจากกัน ในลักษณะความสัมพันธ์แบบตลาด (market-type relation)	- อาจต้องมีบริบทบางอย่างที่เหมาะสมในการบรรลุจุดประสงค์นี้ - ต้องมีแรงจูงใจสำหรับผู้บริหาร - ความสัมพันธ์แบบตลาดอาจทำให้เกิดผลเสีย
เพื่อให้มีประสิทธิภาพทางด้านการจัดสรรบริการ (Allocative Efficiency) ดีขึ้น	- โดยการจัดบริการสาธารณะตามความต้องการของท้องถิ่น - โดยการที่ผู้ป่วยสามารถให้ความคิดเห็นในเรื่องบริการ ได้ดีขึ้น	- เกิดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างพื้นที่ - เกิดการขัดแย้งระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น และระหว่างรัฐบาลท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่
เพื่อให้อำนาจแก่รัฐบาลท้องถิ่น	- โดยการให้มีส่วนร่วมของท้องถิ่นมากขึ้น - โดยการเพิ่มขีดความสามารถขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น	- แนวคิดในเรื่องการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นยังไม่ชัดเจน - ความต้องการของรัฐบาลท้องถิ่นเองอาจถูกมองว่าเป็นความต้องการของท้องถิ่น ซึ่งอาจแตกต่างกัน
เพื่อสนับสนุนให้มินวัตกรรมทางด้านการให้บริการมากขึ้น	- โดยการทดลองและปรับนวัตกรรมต่างให้เข้ากับท้องถิ่นของตน - โดยการให้อิสระกับรัฐบาลและองค์กรท้องถิ่นมากขึ้น	เพิ่มความไม่เท่าเทียมกัน
เพื่อให้มีความรับผิดชอบมากขึ้น	- โดยการให้สาธารณะมีส่วนร่วม - การแปรรูปบทบาทของรัฐบาลกลาง	- แนวคิดในเรื่องการมีส่วนร่วมของสาธารณะยังไม่ชัดเจน - ความรับผิดชอบต้องมีการจำกัดความที่ชัดเจนว่ามีความรับผิดชอบเรื่องอะไร? ต่อใคร?
เพื่อพัฒนาคุณภาพของบริการสุขภาพ	- โดยการรวมตัวกันของบริการสุขภาพและการพัฒนาในเรื่องระบบสารสนเทศ - โดยการทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพดีขึ้นสำหรับกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยง (Vulnerable Group)	
เพื่อพัฒนาในเรื่องความเป็นธรรม (Equity)	- โดยการจัดสรรทรัพยากรตามความต้องการของพื้นที่ - โดยการให้องค์กรท้องถิ่นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มคนบางกลุ่มได้ดีขึ้น โดยการกระจายทรัพยากรให้กับพื้นที่หรือกลุ่มที่ถูกละเลยหรือด้อยโอกาส	- ลดความเป็นอิสระของท้องถิ่น - การกระจายอำนาจอาจทำให้ตัวชี้วัดเรื่องความเป็นธรรมดีขึ้นในบางตัว แต่ก็อาจมีผลข้างเคียงทำให้ตัวชี้วัดบางตัวแย่ลง

๒.๕.๕ ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพ

มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความอิสระในการตัดสินใจ (discretion) ขององค์กรท้องถิ่น โดยที่ Mills et al^{๓๖} ได้ระบุถึงประเด็นต่างในการกระจายอำนาจดังต่อไปนี้

ขนาดของประเทศ

ปัจจัยนี้จะมีผลเป็นอย่างมากทั้งในเรื่องของประเภทของการกระจายอำนาจและความเป็นอิสระขององค์กรท้องถิ่นของแต่ละประเทศ ในประเทศขนาดใหญ่ การบริหารจัดการก็จะยังทำได้ยากขึ้นจากส่วนกลาง วิธีที่จะสามารถแก้ไขปัญหานี้ก็คือการแบ่งการปกครองของประเทศออกเป็นรัฐต่างๆ (Federal Structure) เช่นในสหรัฐอเมริกา และ บราซิล โดยอาจมีการกระจายอำนาจในแต่ละรัฐอีกทอดหนึ่ง ส่วนในประเทศที่มีขนาดเล็ก เช่นประเทศที่เป็นเกาะ อาจไม่มีความจำเป็นในการจัดตั้งองค์กรท้องถิ่น

ระดับของการกระจายอำนาจ

ไม่ว่าจะเป็นในระดับจังหวัด ระดับเขต หรือ ระดับที่ต่ำกว่านั้น การกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม จะมีผลเป็นอย่างมากที่จะทำให้การปฏิรูปด้านการกระจายอำนาจบรรลุผลหรือไม่ และมากน้อยเพียงใด

โดยทั่วไป จุดมุ่งหมายในการกระจายอำนาจมักจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เพราะฉะนั้นเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์นี้จึงหมายความว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีขนาดเล็ก แต่อย่างไรก็ตาม การมีอุปท ขนาดเล็กจะทำให้เกิดผลเสียคือ ทำให้บุคลากรขาดแคลนมากยิ่งขึ้น การจัดระบบบริการเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพเนื่องมาจากกลุ่มประชากรน้อยเกินไป และ การประสานงานระหว่างส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นที่ยากลำบากเนื่องมาจากจำนวนของ อุปท ที่มาก ดังนั้น อาจมีการกระจายอำนาจมากกว่าหนึ่งระดับ เช่น ระดับตำบลและระดับจังหวัด หรือ อาจมีการกระจายอำนาจในระดับที่มีจำนวนประชากรระหว่าง ๕๐,๐๐๐-๕๐๐,๐๐๐ ในเขตความรับผิดชอบของ อุปท ซึ่งถือว่าพอเหมาะ^{๓๗}

ส่วนประกอบขององค์กรส่วนท้องถิ่นทางด้านสุขภาพ

^{๓๖} Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. Health system decentralization: Concept, issues and country experience. England: World Health Organisation; 1990.

^{๓๗} Vaughan, P. Mills, A. & Smith, D. The importance of decentralized management. *World Health Forum*, 1984, 5: 27-29.

ในการกระจายอำนาจในลักษณะการถ่ายโอน (Devolution) ให้กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยปกติแล้วสมาชิกขององค์การนี้มักจะถูกเลือกตั้งเข้ามา แต่ในกรณีที่การบริหารจัดการทางด้านสุขภาพยังเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของทางกระทรวงสุขภาพ ทางองค์กรของกระทรวงในพื้นที่ (Deconcentrated Organisation) อาจจะมีการตั้งคณะกรรมการด้านสุขภาพเพื่อที่ควบคุมหรือให้คำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่

คณะกรรมการสุขภาพเป็นวิธีหนึ่งที่จะทำให้การให้บริการสุขภาพในพื้นที่ที่ตอบรับกับความต้องการของประชาชนได้ดีขึ้นโดยไม่ต้องมีการถ่ายโอนอำนาจไปให้กับทางองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และสามารถจัดตั้งได้ในหลายระดับ เช่นในระดับศูนย์อนามัย, ระดับ รพ. หรือ ระดับอำเภอหรือจังหวัด โดยกรรมการอาจมาจากการเลือกตั้งหรือการแต่งตั้ง และ อาจมีอำนาจที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละประเทศ หรือแม้กระทั่งในแต่ละพื้นที่ของประเทศเดียวกัน

คณะกรรมการสุขภาพมีขึ้นในหลายประเทศ เช่น คณะกรรมการโรงพยาบาลในศรีลังกา^{๓๘}, สภาการบริหารระดับรพ. และ คณะกรรมการระดับภูมิภาค ในอิตาลี^{๓๙}, สำนักงานระบบสุขภาพ ในสหรัฐอเมริกา^{๔๐}, สภาภูมิภาค ของแคนาดา^{๔๑}, และ สำนักงานสุขภาพระดับเขต (District) ในสหราชอาณาจักร^{๔๒}

การมีส่วนร่วมของชุมชน

การกระจายอำนาจโดยมากมักจะเป็นเครื่องมือในการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องการให้บริการสุขภาพในพื้นที่โดยตรง โดยไม่ต้องผ่านระบบสภาหรือคณะกรรมการที่ตัวแทนมาจากการเลือกตั้ง ซึ่งการที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมนั้น โดยมากการกระจายอำนาจเพียงอย่างเดียวจะไม่สามารถทำให้เกิดการมีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะอาจจะยังคงมีช่องว่างระหว่างชุมชนและทางองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่ ทำให้ต้องมีการใช้กลไกอื่นๆ เพื่อที่จะให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องบริการสุขภาพมากขึ้น

แต่อย่างไรก็ตาม อาจเกิดมีการใช้กลไกในทางที่ผิดหากทางผู้นำชุมชนสามารถชักนำชุมชนเพื่อที่จะผลักดันโครงการที่อาจจะไม่ได้ทำขึ้นเพื่อผลประโยชน์สูงสุดของชุมชน นอกจากนี้ อาจเกิดความขัดแย้งระหว่างการเมืองท้องถิ่นและการเมืองระดับชาติทำให้เกิดความสับสนคลั่งกันทางด้านนโยบายและในการทำงานกับ

^{๓๘} Ministry of Health, Sri Lanka. White Paper on the reorganization of the Ministry of Health, Colombo. 1980

^{๓๙} Koff, S. Z. Regionalization and hospital reform in Italy. *Journal of public health policy*, 1982, 3(2): 205-225

^{๔๐} Browne, B. E. Rational planning and responsiveness; the case of the HSAs. *Public administration review*, 1981, 41(4): 437-444.

^{๔๑} Gosselin, R. Decentralisation/regionalization in health care: the Quebec experience. *Health care management review*, 1984, 9(1): 7-25.

^{๔๒} Bevan, G. Copeman, H. Perrin, J. & Rosser, R. *Health care priorities and management*. Croom Helm, London. 1980

ส่วนกลาง ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะบรรเทาลงหากเป็นการกระจายอำนาจในลักษณะ deconcentration (การมอบอำนาจต่อผู้ได้บังคับบัญชา) ซึ่งเป็นการโอนหน้าที่ แทนที่เป็นการถ่ายโอน ซึ่งจะเป็นการโอนอำนาจและให้ความเป็นอิสระกับองค์กรท้องถิ่น แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น ก็อาจจะมีการกดดันจากทางชุมชนเพื่อให้เกิดการตัดสินใจไปทางใดทางหนึ่ง ถึงแม้การกระจายอำนาจจะเป็นในลักษณะ deconcentration (การมอบอำนาจต่อผู้ได้บังคับบัญชา) ก็ตาม

แหล่งเงินทุนและวิธีการจัดสรรด้านการเงิน

เรื่องแหล่งและการจัดสรรการเงินมักจะมีผลกระทบเป็นอย่างมากในการจัดรูปแบบและระดับของการกระจายอำนาจ โดยปกติ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นมักจะมีอำนาจในการจัดเก็บภาษี แต่ในบริบทของประเทศที่กำลังพัฒนา รายได้ของรัฐส่วนใหญ่จะมาจาก ภาษีทางอ้อม (Indirect Tax) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ที่เป็นภาษีมูลค่าเพิ่ม ซึ่งทำให้ภาษีที่ทางท้องถิ่นจะจัดเก็บได้นั้นมีน้อยมาก และภาษีบำรุงท้องที่ และ ภาษีอสังหาริมทรัพย์ ซึ่งโดยปกติในประเทศที่พัฒนาแล้ว จะเป็นภาษีหลักที่ทางท้องถิ่นจะเก็บได้ กลับทำได้ยากและมีความยืดหยุ่นต่ำ เพราะที่ดินมีผลผลิตต่ำ และ ผู้ถือกรรมสิทธิ์ที่ดินมีฐานะยากจน ซึ่งทำให้ทางท้องถิ่น ต้องไปพึ่งพาภาษีอื่นๆ เช่น การออกใบอนุญาต, ภาษียานพาหนะ, ภาษีจากศูนย์บันเทิง และ ภาษีการค้าบางประเภท

ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ภาระในการสนับสนุนด้านการเงินแก่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ตกอยู่กับทางรัฐบาลกลางเป็นอย่างมาก และทำให้ทางรัฐบาลกลางต้องมีมาตรการในการกำหนดการจัดสรรงบประมาณเหล่านี้เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมมากที่สุด โดยอาจจัดสรรในลักษณะที่ เฉพาะเจาะจงกับกิจกรรม (Earmarked Grant) หรือไม่เฉพาะเจาะจง (Block Grant) ซึ่งก็มีระดับความเฉพาะเจาะจงหลายระดับ นอกจากนี้ ยังอาจจะสามารถจัดสรรตาม “ความต้องการ” ที่จะเกิดขึ้นโดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ เช่น จำนวนประชากร ความยากจน และ สถานะทางด้านสุขภาพและแนวโน้มต่างๆของชุมชน หรือ ตามการจัดสรรในอดีตซึ่งจะทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมขึ้น เพราะความต้องการ กับการเงินสนับสนุนไม่สอดคล้องกัน

นอกจากนี้ อีกประเด็นที่สำคัญในเรื่องนี้ ก็คือนโยบายในการเรียกเก็บเงินที่ไม่ได้ใช้คืนส่วนกลาง เพราะถ้าทางท้องถิ่นสามารถเก็บเงินที่ไม่ได้ใช้ไว้ได้ ก็จะทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะเก็บและใช้ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม โดยมาก ทางกระทรวงสุขภาพและกระทรวงการคลังมักจะยังลังเลที่จะกระจายอำนาจความรับผิดชอบอันนี้ออกไป

การควบคุมงบประมาณและค่าใช้จ่าย

วิธีการปฏิบัติในเรื่องงบประมาณมักมีผลเป็นอย่างมากในเรื่องของอิสระที่ทางองค์กรส่วนท้องถิ่นจะได้รับ ในประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนใหญ่ มักจะมีการควบคุมหน่วยงานของกระทรวงสุขภาพประจำเขตหรือ จังหวัดในเรื่องงบประมาณที่ค่อนข้างเข้มงวด โดยอาจไม่สามารถที่จะเอางบประมาณสำหรับกิจกรรมหนึ่งไปใช้

ในกิจกรรมอื่นที่มีความต้องการมากขึ้น ซึ่งจะทำให้การให้บริการไม่สามารถรองรับกับความต้องการของชุมชนได้ดีเท่าที่ควร

เพราะฉะนั้น จึงควรให้ความยืดหยุ่นกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โดยการให้ทางท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดทำงบประมาณหรือให้ทางท้องถิ่นสามารถทำเรื่องขอประมาณได้กับทางจังหวัด และ อนุญาตให้ทางท้องถิ่นสามารถเองงบประมาณสำหรับกิจกรรมหนึ่งมาใช้กับกิจกรรมอีกอย่างหนึ่งได้ เพื่อให้องค์กรสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสถานการณ์ได้

วิธีการกำกับดูแล

การกระจายอำนาจนั้นจะต้องมีระบบการตรวจสอบและดูแลที่เหมาะสมเพื่อให้แน่ใจว่าอำนาจที่กระจายไปนั้น ถูกใช้ไปในทางที่ถูก ซึ่งอาจทำได้หลายวิธี เช่น การออกกฎหมายควบคุมเรื่องการปกครองส่วนท้องถิ่น, การออกกฎระเบียบของกระทรวงสำหรับองค์กรท้องถิ่น, การออกคู่มือและแนวนโยบายสำหรับการกระจายอำนาจ, บังคับให้มีการทำรายงานส่งเป็นประจำ, มีการประเมินการทำงานขององค์กรท้องถิ่นโดยคู่ตัวชี้หน้าที่สำคัญๆ และ การพบปะหรือประชุมเพื่อสอบถามและปรึกษาหารือ

ในกรณีที่ทางองค์กรท้องถิ่นมีความเป็นอิสระน้อย การดูแลก็สามารถทำได้ง่าย โดยการดูว่าหน่วยงานทำตามกฎระเบียบหรือไม่ แต่เมื่อหน่วยงานมีอิสระมากขึ้น การดูแล ก็ต้องเป็นในลักษณะของการดูสมรรถนะในการทำงานมากยิ่งขึ้น โดยอาจมีการตั้งเป้าและคอยดูว่าสำเร็จมากน้อยเพียงใด ซึ่งจะต้องอาศัยการพูดคุยตกลงกันและการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญมาให้กับผู้ประเมิน

ความรับผิดชอบในการวางแผนด้านสุขภาพ

ความอิสระขององค์กรท้องถิ่นในการวางแผนด้านสุขภาพสำหรับพื้นที่ของตนนั้นมีความหลากหลาย โดยอาจมีรูปแบบ เช่น

ในองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นที่พัฒนาแล้ว อาจมีอิสระอย่างเต็มที่ในการคิด วางแผน พัฒนาโครงการ และนำไปปฏิบัติ โดยอาศัยกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ถูกต้องคิดขึ้นแล้วโดยท้องถิ่นเอง

ในองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานย่อยประจำพื้นที่ของกระทรวง อาจมีการทำแผนโครงการแบบกว้างๆ อยู่ในแนวนโยบายระดับชาติ ซึ่งมีเพียงโครงการใหญ่ๆ เท่านั้นที่ต้องได้รับการอนุมัติจากส่วนกลาง

ในหน่วยงานย่อยของกระทรวงและองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นที่มีอิสระน้อย กระทรวง อาจมีการทำแผนโครงการแบบกว้างๆ อยู่ในแนวนโยบายระดับชาติ แต่ต้องนำโครงการมาเสนอและต้องได้รับการอนุมัติจากส่วนกลางทั้งหมดทุกโครงการ

โดยมาก ระบบการวางแผนที่ใช้บ่อยในระดับชาติก็คือการจัดทำคู่มือในแต่ละปีในเรื่องนโยบายและลำดับความสำคัญ, และ ทรัพยากรที่คาดว่าจะมี ซึ่งจะทำให้เกิดกรอบนโยบายสำหรับให้ทางท้องถิ่นสามารถจัดทำแผนสำหรับพื้นที่ของตนได้ โดยแผนจะถูกส่งไปให้หน่วยงานที่มีระดับสูงกว่าพิจารณาเพื่ออนุมัติและให้งบประมาณ และจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้หน่วยงานที่รับผิดชอบเข้าไปดูแลและทำการประเมิน

แต่อย่างไรก็ตาม ระดับของการกระจายอำนาจในการวางแผนด้านสุขภาพ อาจถูกจำกัดโดยข้อจำกัดในเรื่องขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กรในระดับล่าง ซึ่งจะต้องมีการเตรียมความพร้อมทางด้านนี้แต่เนิ่นๆ

ทัศนคติของข้าราชการ

สิ่งที่มักเกิดขึ้นในการกระจายอำนาจคือแรงต่อต้านจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการที่ข้าราชการหวาดกลัวกับการที่จะต้องเสียผลประโยชน์ทางการเงินและการเมืองทั้งในปัจจุบันและในอนาคตหากมีการกระจายอำนาจ และความไม่มั่นใจในความสามารถขององค์กรท้องถิ่น ทำให้จะต้องมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและฝึกอบรมในเรื่องนี้ให้กับทั้งเจ้าหน้าที่ในพื้นที่และเจ้าหน้าที่ส่วนกลาง

การประสานงานระหว่างองค์กร

การกระจายอำนาจมักจะมาพร้อมกับการพัฒนาการประสานงานและทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบและเกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณะในระดับชุมชน ซึ่งในระดับชาติอาจเป็นไปได้ยากเนื่องจากกระทรวงแต่ละที่ต่างก็มีความต้องการงบประมาณให้มากที่สุด ทั้งๆที่ทรัพยากรมีจำกัด และการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวง อาจไม่ได้รับความร่วมมือจากกระทรวงบางกระทรวงหากคิดว่าเป็นการใช้ทรัพยากรของตนเอง เพื่อผลประโยชน์ของอีกฝ่าย แต่อย่างไรก็ตาม ในระดับท้องถิ่น การร่วมมือกันอาจเกิดขึ้นในลักษณะที่ไม่เป็นทางการมากกว่าในระดับชาติ และจะเกิดขึ้นได้ง่ายหากการติดต่อระหว่างภาคส่วน ที่อยู่ในพื้นที่เดียวกันสามารถเกิดขึ้นได้โดยตรง โดยที่ไม่ต้องผ่านส่วนกลาง และมีความยืดหยุ่นทางการคลังเพียงพอที่จะตั้งงบประมาณสำหรับทำกิจกรรมร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ

๒.๕.๖ บทเรียนจากต่างประเทศ

เพื่อให้เป็นการง่ายในการเปรียบเทียบการกระจายอำนาจแบบต่างๆที่ได้ถูกแบ่งตามที่ Rondinelli^{๑๘} เป็น ๔ แบบ ซึ่งก็คือ Deconcentration, Devolution, Delegation และ Privatisation การเสนอบทเรียนในต่างประเทศ จึงจะเป็นการหยิบยกเอาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศที่สนใจต่างๆ มาจัดตามกลุ่ม โดยในแต่ละประเทศอาจมีการกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพมากกว่าหนึ่งแบบ

๒.๕.๖.๑ Deconcentration หรือ การมอบอำนาจให้ผู้ใต้บังคับบัญชา

ในที่นี้ ได้ยกตัวอย่างประเทศโปรตุเกส เพื่อให้เห็นลักษณะการกระจายอำนาจแบบ Deconcentration

ก.ประเทศโปรตุเกส

ประเทศโปรตุเกสเป็นประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรปที่มีประชากรอยู่ประมาณ ๑๐.๒ ล้านคน (๒๐๐๒) โดยมีการปกครองในรูปแบบสาธารณรัฐประชาธิปไตยแบบรัฐสภาเดี่ยว และมีประธานาธิบดีเป็นประมุขของประเทศ โดยกฎหมายทุกฉบับจะต้องได้รับความเห็นชอบจากประธานาธิบดีและมีสิทธิที่จะยับยั้งหากกฎหมายขัดกับรัฐธรรมนูญ ทางด้านเศรษฐกิจนั้น โปรตุเกสมีผลิตภัณฑ์มวลรวมอยู่ที่ ๒๑๒.๒ พันล้านเหรียญสหรัฐ (๒๐๐๕) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อหัวเท่ากับ ๒๑,๗๐๐ เหรียญสหรัฐ^{๔๓}

ในประเทศโปรตุเกส สถานะทางด้านสุขภาพของประเทศได้มีการพัฒนาขึ้นเป็นอย่างมาก โดยได้มีอัตราการตายในเด็ก (IMR) ที่ลดลงจาก ๕๘ รายต่อการเกิดมีชีวิต ๑๐๐๐ ราย ในปี ค.ศ. ๑๙๗๐ ลดเหลือเพียง ๔.๑ รายต่อ ๑๐๐๐ ในปี ค.ศ. ๒๐๐๓ โดยมีเหตุผลมาจากการกระจายอำนาจไปสู่เทศบาลในปี ๑๙๗๔ และการทำให้การเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการดีขึ้น^{๔๔} ในโปรตุเกสมีเครือข่ายของผู้ให้บริการปฐมภูมิที่ครอบคลุม และร้อยละ ๕๐ ของประชากรอยู่ห่างจาก รพ.เขตไม่เกิน ๖๐ นาที โดยที่ผู้ให้บริการเหล่านี้เป็นผู้ให้บริการของรัฐ แต่อย่างไรก็ตาม หน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆในเรื่อง วางแผน, การเงินการคลัง, และ การตรวจสอบประเมินผล เป็นหน้าที่ของส่วนกลาง ทำให้ท้องถิ่นมีอิสระน้อยมาก โดยการศึกษาของ Koivusalo et al.^{๔๕} พบว่าการกระจายอำนาจของโปรตุเกสมิ่ข้อจำกัดต่างๆดังต่อไปนี้

มีความหนาแน่นมากเกินไปของทรัพยากรจากภาครัฐและเอกชนในชุมชนเมือง^{๔๖} โดยเฉพาะใน ๓ เมืองใหญ่ (Lisbon, Porto และ Coimbra) ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบท และเกิดการจัดสรรทรัพยากรที่ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร^{๔๖}

การวางแผนและตัดสินใจที่เป็นแบบรวมอำนาจทำให้ท้องถิ่นไม่มีความเป็นอิสระในการที่จะตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่ ซึ่งอาจแตกต่างกับการตัดสินใจของส่วนกลางโดยสิ้นเชิง

การจัดสรรงบประมาณเป็นลักษณะการจัดสรรตามที่เคยทำในอดีต (Historic Budgeting) ซึ่งไม่ได้เป็นการจัดสรรตามสถานะทางสังคม ประชากร หรือ ตามอุบัติการณ์ของโรค จึงทำให้เกิดการจัดสรรที่ไม่เหมาะสม เพราะงบประมาณที่จัดไว้ไม่เพียงพอสำหรับความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน^{๔๗} แต่อย่างไรก็ตาม ได้มีการ

^{๔๓} <http://www.mfa.go.th/web/479.php?id=210>

^{๔๔} Koivusalo, M. Wyss, K. & Santana, P. (2007) Effects of decentralization and recentralization on equity dimensions of health systems, In: Saltman, R. B. (ed) *Decentralisation in health care*. Open University Press, England, pp. 189-205

^{๔๕} Santana, P. Vaz, A. & Fachada, M. Measuring health inequities in Portugal in the 90s. Paper presents at International Conference Poverty, Food and Health in Welfare. Current issues, future perspectives, 1-4 July, Lisbon. 2003

^{๔๖} Oliveira, M. D. Bevan, G. Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs. *Health Policy* 2003, **66**(3): 227-293

เปลี่ยนแปลงระบบการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ (Provider Payment System) โดยได้มีการแบ่งงบประมาณออกเป็น ๒ ส่วนโดยครึ่งหนึ่งของงบประมาณทั้งหมดมาจากการจัดสรรตามที่เคยทำในอดีต (Historic Budget) ส่วนอีกครึ่งหนึ่งจัดสรรตามรายหัว (Capitation), จำนวนเด็กอายุระหว่าง ๑-๑๔ ปี (ซึ่งต้องได้รับการฉีดวัคซีน), และ ผู้ป่วยโรคไตที่ต้องได้รับการล้างไต ซึ่งหลังจากการเปลี่ยนแปลง ความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพระหว่างพื้นที่ได้ลดลง^{๔๗}

การจัดบริการสาธารณะไม่สามารถที่จะปรับตัวเพื่อให้บริการกับชุมชนที่มีอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นได้ โดยถึงแม้ว่าระยะเวลาการรอการรักษาโดยเฉลี่ย (Average Waiting Time) จะลดลงจาก ๕ เดือน (๒๐๐๒) ลดลงเหลือ ๒.๗ เดือน (๒๐๐๓) แต่จำนวนผู้ป่วยที่รอการรักษาเพิ่มขึ้นจาก ๑๐,๕๕๔ เป็น ๑๒๘,๖๖๒^{๔๘}

๒.๕.๖.๒ Devolution หรือ การถ่ายโอน

รวบรวมประสบการณ์ของประเทศสเปน, ญี่ปุ่น, และ ฟิlippินส์ ไว้ดังนี้

ก. ประเทศสเปน

ประเทศสเปนเป็นประเทศในสหภาพยุโรป ที่มีประชากรอยู่ประมาณ ๔๕.๒ ล้านคน^{๔๙} ซึ่งประกอบด้วยชนชาติต่างๆ อยู่ ๔ ชนชาติ อันได้แก่ Spanish (ร้อยละ ๗๔), Catalan (ร้อยละ ๑๕.๕), Galician (ร้อยละ ๖.๓) และ Basque (ร้อยละ ๔.๘) โดยตามรัฐธรรมนูญปี ค.ศ. ๑๙๗๘ สเปนมีรูปแบบการปกครองคล้ายแบบของไทยคือเป็นแบบ ประชาธิปไตยแบบรัฐสภาอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นพระประมุข และมีนายกรัฐมนตรีและคณะเป็นฝ่ายบริหาร และรัฐสภาประกอบไปด้วยสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา

สเปน ถูกแบ่งการปกครองออกเป็น “ชุมชนอิสระ” (Comunidades autonomas หรือ autonomous communities) ทั้งหมด ๑๕ แห่ง โดยที่ รัฐธรรมนูญปี ค.ศ. ๑๙๗๘ ได้กำหนดให้ ชุมชนอิสระ เหล่านี้เป็นผู้ให้บริหารจัดการบริการสาธารณะต่างๆ โดยที่ทางรัฐบาลกลางจะเป็นผู้ออกกฎหมายพื้นฐานและมีหน้าที่ในการประสานงานระหว่างพื้นที่ ในปี ค.ศ. ๒๐๐๑ ได้มีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรทรัพยากรใหม่โดยได้มีการแบ่งภาษีบางส่วน (เช่น ภาษีมูลค่าเพิ่ม และ ภาษีเงินได้) ให้กับทางพื้นที่ และ ให้อิสระกับทางพื้นที่ ที่จะจัดสรรเงินที่ได้มาเพื่อไปใช้ในการทำกิจกรรมทางด้านสุขภาพและอื่นๆ ซึ่งทำให้ทางชุมชนมีความยืดหยุ่นทางการเงินการคลัง และต่อมาในปี ค.ศ. ๒๐๐๒ ได้มีการถ่ายโอนการให้บริการสุขภาพไปให้กับทางชุมชนอิสระทั้งหมด และ

^{๔๗} Tranquada, S., Martins, M. and Sousa, M. Critérios de financiamento dos cuidados de saúde primários: O exemplo Português. Paper presented at VII Encontro Nacional de Economia da Saúde, Lisbon, 16, 17 November 2000.

^{๔๘} <http://www.mfa.go.th/web/479.php?id=231>

ได้มีการเปลี่ยนมาห้สนับสนุนทางด้านสุขภาพแบบ ไม่เฉพาะเจาะจง หรือ แบบอนุมัติเป็นก้อน (Block Grant)

ภายหลังการถ่ายโอน มีผลกระทบต่างๆ ดังต่อไปนี้

รัฐบาลท้องถิ่นมีอิสระในการพัฒนาารูปแบบที่เหมาะสมในการจูงใจบุคลากรทางด้านสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตาม อาจทำให้เกิดรูปแบบการจูงใจที่มีประสิทธิภาพ หรือ อาจทำให้ทางสหภาพแรงงานมีอำนาจมากขึ้นในการต่อรองหรือบังคับให้ทางรัฐบาลแคว้นต้องเพิ่มเงินเดือนให้กับเจ้าหน้าที่มากเกินไปจนไม่เหมาะสม

การกระจายอำนาจในสเปนได้ก่อให้เกิดความขัดแย้ง ทั้งระหว่างรัฐบาลกลางและชุมชน และระหว่างนักการเมืองเอง เช่น ได้มีการประท้วงโดยการไม่เข้าร่วมการประชุมระหว่างชุมชนอิสระ (Inter-territorial Council หรือ CISNS) ของพื้นที่ที่ทางพรรคฝ่ายค้านมีฐานเสียงอยู่^{๔๙}

กระบวนการถ่ายโอนได้ทำให้เกิดความชัดเจนในเรื่องหน้าที่ความรับผิดชอบของรัฐบาลแต่ละระดับ เช่น ได้เกิดการจัดท่าะเบียบในรัฐบาลของแต่ละชุมชนเพื่อรับประกันสิทธิของประชาชนต่อการได้รับบริการสุขภาพและทำให้เกิดมี ผู้ตรวจการณ้บริการสุขภาพ (Health care ombudsmen) ในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีหน้าที่ในการตรวจสอบและรายงานกับทางองค์กรของรัฐที่ดูแลเรื่องสุขภาพในพื้นที่ และในบางครั้งยังมีการรายงานต่อทางสภาของพื้นที่ (Regional Parliament)^{๕๐}

เนื่องจากการกระจายอำนาจทางด้านการเมืองและการคลัง ประกอบกับการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนมาก ประชาชนจึงตรวจสอบรัฐมากขึ้นและกดดันรัฐให้พัฒนาบริการสุขภาพให้ทัดเทียมกับพื้นที่ใกล้เคียง^{๕๑}

ประชาชนมีความเห็นว่า การกระจายอำนาจทำให้รัฐบาลมีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการและให้บริการประชาชนได้ดีขึ้น^{๕๒}

^{๔๙} Rico, A. & Pérez Nieves, S. La satisfacción de los usuarios con la gestión autonómica de sus servicios de salud. In López Casasnovas, G. and Rico, A., eds, *Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías II*, Cataluña, Fundación BBV, 2001.

^{๕๐} Maino, F. Blomqvist, P. Bertinato, L. Santasusagna, L. B. Garrido, R. M. U. & Shishkin, S. Effects of decentralization and recentralization on political dimensions of health systems, In: Saltman, R. B. (ed) *Decentralisation in health care*. Open University Press, England, 2007, pp. 120-140

ข.ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ประกอบด้วยเกาะมากมายเกือบ ๗,๐๐๐ เกาะ โดยมีประชากรอยู่ประมาณ ๑๒๗.๕ ล้านคน (๒๕๕๒) ซึ่งในจำนวนนี้มีสัดส่วนของผู้สูงอายุ (มากกว่า ๖๕ ปี) อยู่ถึง ร้อยละ ๒๓ ทำให้ญี่ปุ่นมีภาวะ ประชากรสูงอายุ (Aged Population)^{๕๑}

รูปแบบการปกครองของญี่ปุ่นเป็นแบบ เสรีประชาธิปไตยภายใต้รัฐธรรมนูญ โดยมีรัฐสภาเป็นสถาบันสูงสุดของรัฐ และมีนายกรัฐมนตรีเป็นหัวหน้ารัฐบาลโดยมีสมเด็จพระจักรพรรดิทรงเป็นสัญลักษณ์ของประเทศ รัฐสภาประกอบด้วย สภาผู้แทนราษฎรซึ่งมีวาระการดำรงตำแหน่ง ๔ ปี และ วุฒิสภาที่มีวาระการดำรงตำแหน่ง ๖ ปี ในการปกครองท้องถิ่น ประเทศญี่ปุ่นถูกแบ่งออกเป็น ๔๗ จังหวัด หรือ Prefectures ซึ่งรวมกรุงโตเกียว (Tokyo Metropolis) นอกจากนี้ ในแต่ละจังหวัดยังมีการแบ่งออกเป็น เทศบาล เมือง และ หมู่บ้าน ยกเว้น กรุงโตเกียวที่มีเขตการปกครองเฉพาะในส่วนใจกลาง ๒๓ เขต และในเขตชานกรุงที่ประกอบด้วย ๒๗ เทศบาล ๕ เมือง และ ๘ หมู่บ้าน มีสถานะเป็นเทศบาลเช่นกัน แต่เป็นเทศบาลเมือง และเทศบาลหมู่บ้าน โดยผู้นำชุมชนในแต่ละระดับ (เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด, นายกเทศมนตรี และ สมาชิกสภาส่วนท้องถิ่น) มาจากการเลือกตั้ง ซึ่งถือเป็นการพยายามในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นของรัฐบาลกลางญี่ปุ่น

ในเรื่องเศรษฐกิจ ประเทศญี่ปุ่น ถือเป็นประเทศมหาอำนาจทางด้านเศรษฐกิจประเทศหนึ่งของโลก โดยมีผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) อยู่ที่ ๕.๘๕ ล้านล้านเหรียญสหรัฐ^{๕๒} (๒๕๕๒) และมีอัตราการขยายตัวของเศรษฐกิจอยู่ที่ร้อยละ ๕ นอกจากนี้ ญี่ปุ่นยังถือเป็นประเทศที่มีรายได้ร่ำรวย (high-income country) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อหัวอยู่ที่ ๓๘,๒๑๐ เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี^{๕๒}

ระบบสุขภาพของญี่ปุ่นเป็นระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพถ้วนหน้าเหมือนในประเทศไทย ซึ่งทำให้ประชาชนทั่วประเทศสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพแต่สิทธิประโยชน์ที่ประชาชนได้รับไม่ครอบคลุมถึงการป้องกันโรคซึ่งส่งผลให้มีปัญหาในการควบคุมโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิต^{๕๒}

Community-Based Public Health System: การกระจายอำนาจภาคสุขภาพของญี่ปุ่น

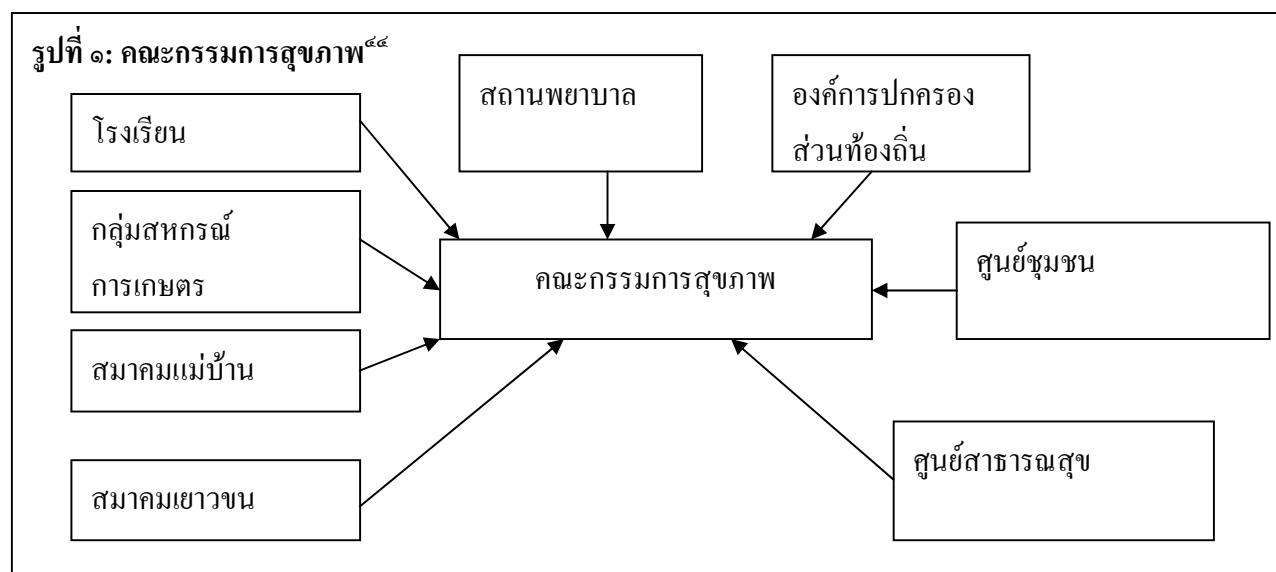
สืบเนื่องจากสถานะที่ประเทศญี่ปุ่นมีประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นและกระแสในเรื่องการกระจายอำนาจ ในช่วงทศวรรษที่ ๑๙๙๐ ได้มีการออกกฎหมาย Community Health Law ในปี ค.ศ.๑๙๙๔ ทำให้เกิดระบบสาธารณสุขที่เน้นชุมชน หรือ Community-Based Public Health System โดยได้มีการถ่ายโอนภาระหน้าที่ทางด้านสุขภาพให้กับรัฐบาลท้องถิ่น ในระดับจังหวัด และ ในระดับเทศบาล

^{๕๑} <http://www.mfa.go.th/web/2386.php?id=133>

^{๕๒} Tataru K, Okamoto E. Japan: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2009; 11(5): 1–164.

ในระดับจังหวัด รัฐบาลจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการและวางแผนการให้บริการสุขภาพในจังหวัดนั้นๆ โดยอาจมีการจัดจ้างจากภายนอก (outsourcing) ตามความเหมาะสม ในการให้บริการการแพทย์ต่าง เช่น การตรวจทางแล็บ นอกจากนี้ยังมีความรับผิดชอบในการให้บริการการแพทย์ขั้นทุติยภูมิที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้

ส่วนระดับเทศบาล มีหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพต่างๆ เช่น ด้านผดุงครรภ์ สุขภาพแม่และเด็ก โภชนาการ สวัสดิการผู้สูงอายุ ฯลฯ โดยจะมีศูนย์อนามัยเทศบาล (Municipal Health Centre) เป็นศูนย์กลางให้บริการหลักในแต่ละชุมชน นอกจากนี้ เพื่อเป็นการรับมือกับปัญหาที่มากับประชากรสูงอายุ (aged population) เทศบาลได้รับมอบหมายให้ทำ แผนยุทธศาสตร์ในการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ หรือ The Year Strategy for Promotion of Health and Welfare Services for the Aged และเป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการเหล่านี้สำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยอาศัยการร่วมมือกันระหว่างภาคสุขภาพและภาคสวัสดิการสังคม ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการได้นั้นเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการช่วยเหลือผู้พิการในสังคมให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ โดยการปรับเปลี่ยนการให้บริการสุขภาพให้เป็นในลักษณะของการไปให้บริการตามครัวเรือนแทนที่จะให้ประชาชนกลุ่มนี้มาใช้บริการที่ศูนย์บริการ



นอกจากบทบาทของภาครัฐที่เปลี่ยนไปนั้น ยังได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพ (Public Health Committee) ของท้องถิ่น โดยประกอบด้วยกลุ่มต่างๆ เช่น โรงเรียน กลุ่มสหกรณ์การเกษตร กลุ่มแม่บ้าน ฯลฯ และยังมีตัวแทนจากสถานพยาบาล เทศบาล และภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีการประชุมพบปะอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นระหว่างกรรมการ และเป็นการให้ทางภาครัฐได้รับรู้ถึงความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนเพื่อให้ภาครัฐสามารถบริการและแก้ไขปัญหา

ของชุมชนได้อย่างตรงจุดและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย ซึ่งการให้ภาคชุมชนได้มีส่วนร่วมผ่านคณะกรรมการ
สุขภาพนี้ ทำให้ประชาชนเกิดการตื่นตัวและเป็นการพัฒนากระบวนการประชาธิปไตยในชุมชนอีกด้วย

จากการที่ได้มีการกระจายอำนาจไปแล้ว การศึกษาของ Yagi^{๕๓} ก็ได้กล่าวถึงประเด็นต่างๆที่ประเทศ
ญี่ปุ่นควรดูแลแก้ไขเพื่อให้การกระจายอำนาจบรรลุเป้าหมาย ซึ่งประเด็นเหล่านี้ที่น่าสนใจเนื่องจากอาจเป็น
ประเด็นที่ประเทศไทยจะต้องเผชิญในอนาคต

การยุบรวมระหว่างเทศบาล (Amalgamation) เนื่องจากบางเทศบาลขนาดเล็กประสบปัญหาทางด้านการ
การเงินที่เกิดจากการเก็บรายได้จากท้องถิ่นได้น้อย ดังนั้นทางรัฐบาลญี่ปุ่นจึงจัดให้มีการรวมกันระหว่างเทศบาล
ขนาดเล็กเพื่อเสริมศักยภาพทางการเงินท้องถิ่นและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ แต่อย่างไรก็ตามการ
จะเอามารวมกันหรือไม่ควรดูปัจจัยอื่นๆด้วยเช่น ผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน และในขณะเดียวกัน
เขตการปกครองที่มีขนาดใหญ่เกินไปอย่าง Yokohama ที่มีประชากรถึง ๓ ล้านคน ก็อาจใหญ่เกิดความเหมาะสม

การพัฒนาให้ประชาชนสามารถปกครองตนเองได้ โดยในอดีตได้เน้นในเรื่องการพัฒนาความสัมพันธ์
ระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งจริงๆแล้วควรจะไปเน้นในส่วนของชุมชนและประชาชน โดยให้
พวกเขามีศักยภาพในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาพื้นที่และชุมชน

การให้มีรูปแบบของรัฐบาลท้องถิ่นที่หลากหลาย โดยรูปแบบการปกครองนั้นควรเป็นไปตามบริบท
ของแต่ละพื้นที่ โดยอาจมีการทำธรรมนูญท้องถิ่นขึ้นมาเพื่อกำหนดคำจำกัดความ อำนาจ และ โครงสร้างของ
รัฐบาลท้องถิ่น หรือ ระบบอื่นในการปกครองและบริหาร

ก. ประเทศฟิลิปปินส์

ประเทศฟิลิปปินส์เป็นประเทศในกลุ่มอาเซียน (ASEAN) ซึ่งมีประชากรอยู่ประมาณ ๘๘.๗ ล้านคน^{๕๔}
โดยอัตราการเพิ่มของประชากรมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้สัดส่วนของประชากรที่เป็นเด็กและเยาวชน
ค่อนข้างสูง (ร้อยละ ๓๓.๘) เมื่อเทียบกับประชากรสูงอายุ (ร้อยละ ๔.๔)^{๕๕} ประเทศฟิลิปปินส์ถือเป็นประเทศที่
มีรายได้ระดับ lower-middle^{๕๖} โดยในปีค.ศ. ๒๐๐๗ มีการเติบโตถึงร้อยละ ๗.๓

^{๕๓} Yagi, K. Decentralisation in Japan. The 21st Century Center of Excellence Program, Policy and Governance Working Paper Series No. 30. April 2004.

^{๕๔} กระทรวงการต่างประเทศ. สาธารณรัฐฟิลิปปินส์. Accessed online on 20 April 2010. <http://www.mfa.go.th/web/2386.php?id=207>

^{๕๕} WHO. The Philippines: Country Context. Accessed online on 20 April 2010. <http://www.wpro.who.int/countries/2009/phi>

^{๕๖} World Bank. Country Classification by income. Accessed online on 20 April 2010. http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups#Lower_middle_income

ระบอบการปกครองของฟิลิปปินส์เป็นแบบสาธารณรัฐประชาธิปไตย โดยมีประธานาธิบดีที่มาจากการเลือกตั้งแบบตรงเป็นประมุขของประเทศและเป็นผู้บัญชาการสูงสุดของกองทัพ และมีคณะรัฐมนตรีเป็นที่ปรึกษาในเรื่องการร่างกฎหมาย นโยบาย และ โครงการต่างๆของรัฐ

รัฐธรรมนูญของฟิลิปปินส์กำหนดให้มีการเลือกตั้งโดยตรงสำหรับตำแหน่งทางการเมืองทุกตำแหน่ง ตั้งแต่การเลือกตั้งประธานาธิบดี ไปจนถึงการเลือกตั้งผู้แทนสภาระดับหมู่บ้าน หรือ barangay ในปี ค.ศ. ๑๙๘๑ กฎหมายรัฐบาลท้องถิ่นได้กำหนดให้มีการถ่ายโอนอำนาจบางอย่างจากรัฐบาลกลางไปยังรัฐบาลท้องถิ่น อันได้แก่บริการสาธารณะต่างๆ ซึ่งรวมไปถึงบริการสุขภาพ ฟิลิปปินส์มีรัฐบาลท้องถิ่นในระดับต่างๆ คือ ระดับจังหวัด (Province) ระดับเมือง (City) ระดับเทศบาล (Municipality) และ ระดับหมู่บ้าน (Barangay) โดยในรัฐบาลแต่ละระดับต่างก็มีอิสระในการเปลี่ยนแปลงอัตราภาษีและจัดงบประมาณของตนเอง

การกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพและบทบาทของรัฐบาลท้องถิ่นในฟิลิปปินส์

ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ในปี ค.ศ. ๑๙๘๑ ได้มีการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ของส่วนกลางบางอย่าง ให้กับ รัฐบาลท้องถิ่น ทำให้ภายหลังจากการถ่ายโอน บทบาทในการให้บริการสาธารณะต่างๆ ในท้องถิ่นนั้นๆ จึงตกอยู่กับรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งมีดังนี้^{๕๗}

การขยายเกษตรกรรมและการวิจัยในเรื่องดังกล่าว

การจัดการสิ่งแวดล้อมและการควบคุมมลภาวะ

บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิและในระดับโรงพยาบาล (ไม่รวม super-tertiary care)

บริการสวัสดิการสังคม

การบำรุงรักษาโครงสร้างพื้นฐาน

การประปาและชลประทาน

วางแผนผังเมือง

ซึ่งโดยหลักแล้ว งานที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหลายๆ พื้นที่ จะถูกมอบหมายให้กับรัฐบาลระดับจังหวัด และงานพื้นฐาน เช่น การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ การบำรุงรักษาโรงเรียนประถมของท้องถิ่น จะเป็นหน้าที่ของเทศบาล

^{๕๗} World Bank & Asian Development Bank. Decentralization in the Philippines: Strengthening Local Government Financing and Resource Management in the Short Term.

Report No.26104-PH, Manila, 31st March 2005.

ในช่วงเดียวกัน ได้มีการถ่ายโอนหน้าที่และความรับผิดชอบทางด้านสุขภาพให้กับรัฐบาลท้องถิ่น โดยรัฐบาลระดับจังหวัดเป็นผู้ดูแลโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอ (District) และรัฐบาลระดับเทศบาลเป็นผู้บริหารจัดการหน่วยอนามัยชนบท (rural health unit) และ หน่วยอนามัยหมู่บ้าน (village health station) ซึ่งในรัฐบาลท้องถิ่นแต่ละระดับจะมีคณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นคอยกำกับอีกทีหนึ่ง ส่วนโรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลเฉพาะทาง ยังคงอยู่ในความดูแลของรัฐบาลกลาง นอกจากนี้ กระทรวงสุขภาพยังมีสำนักงานสาธารณสุขภูมิภาค (Regional Office of Department of Health) ตามภูมิภาคต่างๆ ๑๖ ภูมิภาค ซึ่งมีหน้าที่คล้ายกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดของประเทศไทย ในปัจจุบัน กระทรวงสุขภาพมีหน้าที่ในการกำกับดูแลและตรวจสอบ, ให้ความรู้และพัฒนาฝีมือทางด้านเทคนิค, วางแผน, และ ประเมินผล

ผลกระทบและประเด็นต่างๆ จากการกระจายอำนาจในฟิลิปปินส์

การถ่ายโอนสถานพยาบาลของส่วนกลางสู่รัฐบาลท้องถิ่นทำให้เกิดมีการถ่ายโอนทั้งโครงสร้างพื้นฐานและบุคลากรจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ายังขาดยุทธศาสตร์ในการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรเพื่อให้สามารถรับมือกับบทบาทใหม่ที่ตนเองจะได้รับเมื่อมีการถ่ายโอน ทำให้เกิดผลกระทบต่าง คือ มีปัญหาในการจัดซื้อจัดจ้าง, ผู้บริหารไม่สามารถบริหารจัดการสถานพยาบาลได้ดีเท่าที่ควร, ปัญหาการลาออกของเจ้าหน้าที่ และ ขาดกำลังใจ^{๕๘}

นอกจากนี้ Grundy et al.^{๕๙} พบว่า การที่มีรัฐบาลท้องถิ่นถึง ๕ ระดับ (จังหวัด, เมือง, เทศบาล, และหมู่บ้าน) บริหารจัดการระดับของบริการสุขภาพเพียง ๒ ระดับ (ปฐมภูมิ และ ทติภูมิ) ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและมีความยากลำบากในการประสานงานและจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย และในเรื่องงบประมาณและการหารายได้ของท้องถิ่น ถึงแม้ว่าทางส่วนกลางได้ช่วยท้องถิ่นโดยการจ่ายเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ที่ได้ถูกถ่ายโอน แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่า งบประมาณในเรื่องการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน หรือในเรื่องการจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์และการซ่อมแซม มีน้อยมาก ซึ่งเป็นการทำให้เห็นถึงสถานะทางการเงินที่ไม่ค่อยแข็งแกร่งนักของรัฐบาลท้องถิ่น หรือการจัดลำดับความสำคัญที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณควรมีความสมดุลกันระหว่างเงินเดือนและเงินลงทุนและเงินบำรุงรักษา

ในรายงานของธนาคารโลก^{๖๐} ได้มีการศึกษาถึงประเด็นของการถ่ายโอนในฟิลิปปินส์ ซึ่งมีดังต่อไปนี้

^{๕๘} ADB. Integrated Community Health Services Project. Final Report of the Asian Development Bank, ADB TA no. 1981-PHI. Manila, 1994.

^{๕๙} Grundy, J. Healy, V. Gorgolon, L. & Sandig, E. Overview of devolution of health services in the Philippines. Rural and Remote Health, 3 (online), 2003. Accessed on 21st May 2010 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15877513>

^{๖๐} World Bank & Asian Development Bank. Decentralization in the Philippines: Strengthening Local Government Financing and Resource Management in the Short Term. Report No.26104-PH, Manilla, 31st March 2005.

เนื่องจากทางภาครัฐผูกขาดในการให้สินเชื่อแก่รัฐบาลท้องถิ่น ทำให้รัฐบาลท้องถิ่นไม่สามารถอาศัยเงินทุนจากภาคเอกชนในรูปแบบของ Public-Private Partnership (PPP) เพื่อนำมาพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน หรือใช้ในโครงการอื่นๆ ซึ่งในขณะเดียวกันการขับเคลื่อนทรัพยากรเป็นไปได้อย่างยากลำบากและอาจไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากว่าภาครัฐมีทรัพยากรในจำนวนจำกัด

รายได้ของท้องถิ่นมักจะอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ ซึ่งถึงแม้ว่ารัฐบาลท้องถิ่นจะสามารถตั้งอัตราภาษีหรือค่าธรรมเนียมต่างๆ ได้ แต่ความสามารถในการจัดเก็บนั้นมีน้อย หรือในบางกรณีอาจมาสามารถเก็บได้เลย ซึ่งส่งผลให้การจัดงบประมาณเพื่อทำโครงการหรือจัดบริการตามความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นเป็นไปได้ยาก

ศักยภาพในการวางแผนและบริหารจัดการทางด้านงบประมาณยังต้องมีการพัฒนา และควรมีเชื่อมโยงกันระหว่างแผนของรัฐบาลในแต่ละระดับ นอกจากนี้ยังขาดความโปร่งใสเนื่องจากยังขาดระบบการกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพและชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมมากเท่าที่ควร

การปรับเปลี่ยนภายหลังจากการกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจนั้นได้ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องการแยกส่วน (fragmentation) ของระบบสุขภาพ ดังนั้น ทางกระทรวงสุขภาพจึงได้มีความพยายามในการแก้ไขปัญหานี้และปัญหาอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการกระจายอำนาจ

ในสมัยสุขภาพแห่งชาติของฟิลิปปินส์ในปี ค.ศ. ๑๙๙๘ ได้เริ่มมีแนวคิดในเรื่องของการรวมรัฐบาลท้องถิ่นบางแห่งเข้าด้วยกัน หรือ Inter-local Health Zones (ILHZ) เพื่อช่วยในเรื่องของการทำให้เกิดการร่วมมือกันและการประสานงานที่ดีระหว่างท้องถิ่นแต่ละที่ ซึ่งได้มีกระบวนการในการส่งเสริมแนวคิดนี้ จนกระทั่งในปี ค.ศ. ๒๐๐๐ ในสมัยของประธานาธิบดี Estrada ได้มีการออกคำสั่งให้จัดตั้ง ILHZ

หลังจากนั้น ในช่วงกลางทศวรรษที่ ๒๐๐๐ ได้มีการพัฒนา วาระการปฏิรูปภาคสุขภาพ (Health Sector Reform Agenda) เพื่อให้มีการพัฒนายุทธศาสตร์และให้แน่ใจว่ามีการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพเพื่อให้ประชาชนได้รับและเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเพียงพอ โดยวาระนี้ได้เน้นในการปฏิรูปในเรื่องต่างๆ คือ

การปฏิรูปการให้บริการสุขภาพในทุกระดับ โดยเฉพาะในระดับท้องถิ่น

การปฏิรูปการกำกับดูแลที่ ILHZ ไม่สามารถแก้ไขได้

การปฏิรูปการเงินการคลังทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสุขภาพชุมชนเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน

ในขณะที่ทางธนาคารโลก ภายหลังจากที่ได้มีการประเมินการกระจายอำนาจในฟิลิปปินส์ในปี ค.ศ. ๒๐๐๕ ก็ได้มีข้อเสนอแนะที่จะสามารถพัฒนาการทำงานของรัฐบาลท้องถิ่นในระยะสั้น อยู่ ๒ ข้อคือ

การเพิ่มความสามารถและศักยภาพของรัฐบาลท้องถิ่นในการเข้าถึงทรัพยากรในรูปแบบต่างๆ ได้อย่างทันทั่วถึง

การพัฒนากระบวนการหลักในการบริหารจัดการทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศักยภาพของรัฐบาลท้องถิ่นในการจัดทำแผน จัดตั้งงบประมาณ จัดซื้อจัดจ้าง และ การบริหารจัดการทางการเงิน

๒.๕.๖.๓ Delegation หรือ การมอบอำนาจต่อองค์กรภายใต้กำกับ

ในที่นี้ ขอยกตัวอย่างของประเทศอิตาลี เม็กซิโก และเกาหลีใต้

ประเทศอิตาลีเป็นอีกหนึ่งในสมาชิกสหภาพยุโรป โดยมีประชากรอยู่ที่ ๕๘.๑ ล้านคน^{๖๑} รูปแบบการปกครองของอิตาลีเป็นแบบสาธารณรัฐประชาธิปไตย โดยมีประธานาธิบดีเป็นประมุขของประเทศและนายกรัฐมนตรีเป็นหัวหน้าฝ่ายบริหาร ส่วนอำนาจนิติบัญญัตินั้น รัฐสภาของอิตาลีประกอบด้วย ๒ สภา คือ สภาผู้แทนราษฎร และ วุฒิสภา

ในส่วนของการปกครองส่วนท้องถิ่น อิตาลีถูกแบ่งออกเป็น ๒๐ แคว้น และในแต่ละแคว้นจะมีองค์กรปกครองหลักอยู่ ๓ องค์กรคือ

คณะมนตรีแคว้น (Regional Council) ทำหน้าที่ตรากฎหมายและระเบียบข้อบังคับในเขตแคว้น

คณะมนตรีกรรมการ (The Junta) ทำหน้าที่เป็นฝ่ายบริหาร

ประธานคณะกรรมการ (President of the Junta) ทำหน้าที่คล้ายนายกรัฐมนตรีในเขตแคว้น แต่ก็จะมีผู้แทนจากรัฐบาลมาคอยควบคุมดูแลการบริหารของรัฐบาลท้องถิ่นและทำหน้าที่ประสานงานระหว่างรัฐบาลท้องถิ่นและรัฐบาลกลาง

อิตาลีมีระบบการให้บริการสุขภาพแบบถ้วนหน้า (Universal Coverage) และโดยประชาชนไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ (Free at point of service) ซึ่งรัฐบาลท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการเรื่องการให้บริการพื้นฐานตามที่ได้กำหนดไว้ใน การให้บริการถ้วนหน้าโดยอาศัยเครือข่ายขององค์กรบริหารด้านสุขภาพ หรือ Local Health Firm และ โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองทั้งของรัฐและเอกชน รัฐบาลกลางมีหน้าที่ในการทำให้การทำงานของรัฐบาลท้องถิ่นเป็นไปตามหลักการและจุดประสงค์สำนักงานบริการสุขภาพแห่งชาติ หรือ

^{๖๑} <http://www.mfa.go.th/web/479.php?id=131>

National Health Care Service (NHS)^{๖๒} โดยได้เริ่มมีการมอบหมายหน้าที่ ที่สำคัญให้กับทางเทศบาลตั้งแต่ปี ค.ศ.๑๙๗๘ แต่อย่างไรก็ตาม ในช่วงปลายทศวรรษ ๑๙๘๐ ได้เริ่มมีการโอนอำนาจให้กับทางรัฐบาลส่วนภูมิภาค หรือ Regional Government ทั้งจากเทศบาลและรัฐบาลกลาง ซึ่งทำให้รัฐบาลส่วนภูมิภาคมีอำนาจในการใช้จ่ายงบประมาณตามที่เห็นสมควร และจัดโครงสร้างระบบบริการสุขภาพภายใต้กรอบของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

ในช่วงทศวรรษ ๑๙๙๐ ได้มีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง โดยที่ NHS ได้ผ่านกระบวนการที่เรียกว่า Aziendalizzazione หรือ การมอบอำนาจให้องค์กรภายใต้กำกับ ส่งผลให้หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่ง รวมไปถึงโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นหน่วยงานอิสระ (Autonomous Bodies) โดยมีจุดมุ่งหมายในการทำให้เกิดการแข่งขันภายใต้การจัดการ (Managed Competition) ระหว่างผู้ให้บริการ (Provider) และเกิดความหลากหลายในการเลือกซื้อของผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ซึ่งทำให้องค์กรเหล่านี้ มีความเป็นอิสระทางการเงินการคลังและมีอิสระในการตัดสินใจมากขึ้น และทำให้ทางฝ่ายบริหารของโรงพยาบาลมีความรับผิดชอบโดยตรงที่จะต้องทำให้บริการสุขภาพมีคุณภาพและมีการบริหารทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ

ภายหลังการมี Delegation (การมอบอำนาจต่อองค์กรภายใต้กำกับ) ได้เกิดผลกระทบต่างๆดังต่อไปนี้

จากการที่ได้ริเริ่มเรื่อง การให้มี managed competition ทำให้เกิดการนำเอาวิธีการด้านการตลาดมาใช้มากขึ้น และมีการแข่งขันกันระหว่างผู้ให้บริการของรัฐและเอกชน และ ระหว่างผู้ให้บริการของรัฐด้วยกันเอง^{๖๓} ซึ่งทำให้ต้องมีการพัฒนาความสามารถด้านต่างๆขององค์กรเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ

การศึกษาของ Donatini et al^{๖๔} พบว่า ยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่างภูมิภาคและความไม่เป็นธรรมเป็นอย่างมาก โดยพื้นที่ ที่ขาดแคลนทรัพยากร ต้องอาศัยการเพิ่มอัตราภาษีและภาษีทางอ้อม ซึ่งทำให้ การเก็บภาษีเป็นแบบถดถอย (Regressive) โดยคนที่มียาได้น้อยต้องจ่ายภาษีมาก

การแก้ไขรัฐธรรมนูญในปี ค.ศ.๒๐๐๑ ได้ก่อให้เกิดมีความพยายามที่จะมีการจำกัดความของ “ระดับการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น” (Essential Levels of Health Care Provision หรือ ELHC) ซึ่งรัฐบาลส่วนภูมิภาคจะเป็นผู้กำหนด และถือเป็นสิทธิทางสังคมของพลเมือง โดยรัฐบาลกลางมีหน้าที่รับรองและประเมินผลว่าได้มาตรฐานหรือไม่ หากทางรัฐบาลภูมิภาคประเมินได้ไม่ถึงเกณฑ์ อาจทำให้สูญเสียอิสระในการที่บริหารจัดการ การให้บริการสุขภาพชั่วคราว

^{๖๒} Donatini, A., Rico, A., & D'Ambrosio, M.G. (2001) *Health care systems in transition: Italy*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems

^{๖๓} Taroni, F. (2000) Devolving responsibility for funding and delivering health care in Italy, *Euro Observer*, 2(1): 1–2.

ยังมีความแตกต่างในเรื่องของมุมมองและความคิดในเรื่องของงบประมาณที่ควรจะถูกจัดสรรให้สำหรับการให้บริการ โดยทางรัฐบาลกลางคิดว่า ทางรัฐบาลส่วนภูมิภาคมีสิทธิที่จะได้รับงบประมาณจากกองทุนสุขภาพแห่งชาติ (National Health Fund) ตามการวิเคราะห์และการประเมินทางด้านความต้องการทางด้านสุขภาพในภูมิภาค โดยการประเมินเหล่านี้ทำโดยรัฐบาลกลาง ส่วนทางรัฐบาลภูมิภาค เห็นว่าระบบการจัดสรรยังไม่ดีเพราะ และเงินที่ได้รับไม่เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพของชุมชนของตน^{๖๔}

ประเทศเม็กซิโกเป็นประเทศสาธารณรัฐที่ประกอบด้วย ๓๑ มลรัฐ ที่มีอิสระมาก และเมืองหลวงหรือ Federal District เป็นที่ตั้งของรัฐบาลกลาง แต่ละมลรัฐมีผู้ว่าการมลรัฐและถูกแบ่งออกเป็นเทศบาลต่างๆ ซึ่งมีอิสระในการทำงาน เพราะฉะนั้น เม็กซิโกจึงมีรัฐบาล ๓ ระดับคือ รัฐบาลกลาง, รัฐบาลมลรัฐ และ องค์การปกครองระดับเทศบาล

การกระจายอำนาจมีจุดมุ่งหมายในการทำให้สังคมมีความเท่าเทียมมากยิ่งขึ้นโดยการให้มีการตัดสินใจในเรื่องต่างๆในระดับการปกครองที่เหมาะสมมากที่สุด โดยในเรื่องสุขภาพนั้น อำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบของรัฐบาลทั้งสามระดับในเรื่องการให้บริการสุขภาพและบริการสาธารณสุข ได้ถูกระบุในรัฐธรรมนูญและกฎหมายลูก รวมไปถึงสิทธิของประชาชนในเรื่องการเข้าถึงบริการและเรื่องอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยการกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพของเม็กซิโก มีจุดประสงค์คือ

การรวมระบบการให้บริการสุขภาพที่มีอยู่ ๒ ระบบ ซึ่งมีระบบประกันสังคม (Mexican Institute of Social Security และ Institute of Social Security and Services for State Employees) และระบบการให้บริการประชาชนทั่วไป เข้ากันให้เป็นระบบเดียว

เพิ่มความแข็งแกร่งในการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพในการปกครองระดับมลรัฐ

เพื่อเชื่อมโยงแผนทางด้านสุขภาพเข้ากับแผนการพัฒนาประเทศ

Mills et al^{๖๕} ได้กล่าวว่า เม็กซิโกมีการกระจายอำนาจแบบ Delegation (การมอบอำนาจต่อองค์กรภายใต้กำกับ) ในเรื่องของการให้บริการทางการแพทย์ โดยมีองค์กรที่เกิดจากการกระจายอำนาจ (Decentralised Organisation) ที่ได้รับการมอบหมายอำนาจให้ดูแลในเรื่องการให้บริการสาธารณะต่างๆ โดยอาจมีโครงสร้างการทำงานแบบสภาหรือองค์กรที่ได้รับการแต่งตั้ง ซึ่งแต่ละที่ต่างก็มีคณะกรรมการ, แหล่งเงินทุน และ สถานะทางกฎหมาย ของตนเอง

^{๖๔} Maino, F. Blomqvist, P. Bertinato, L. Santasusagna, L. B. Garrido, R. M. U. & Shishkin, S. (2007) Effects of decentralization and recentralization on political dimensions of health systems, In: Saltman, R. B. (ed) *Decentralisation in health care*. Open University Press, England, pp. 120-140.

จากการศึกษาของ Gutierrez^{๖๕} พบว่าการกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพของเม็กซิโกมีปัญหาที่สำคัญอยู่ ๓ เรื่อง คือ

ความเป็นห่วงในเรื่องของสหภาพแรงงานในความมั่นคงในหน้าที่การงานของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ, ความต้องการในเรื่องการสนับสนุนทางด้านการบริหารจัดการสำหรับการให้บริการสุขภาพใหม่ๆ, ความล่าช้าในการส่งงบประมาณ

เพื่อที่จะแก้ปัญหานี้ ส่วนกลางได้เพิ่มความยืดหยุ่นทางการเงินการคลังโดยโอนหน้าที่ในการจัดสรรทรัพยากรให้กับรัฐบาลมลรัฐ และได้โอนหน้าที่ความรับผิดชอบในเรื่องบุคคลไปให้กับหัวหน้าฝ่ายการให้บริการสุขภาพในระดับมลรัฐ (Head of the state health services) นอกจากนี้ ยังได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรของกระทรวงสุขภาพ เพื่อให้สามารถประสานงานระหว่างองค์กรต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้นโดยมีการเพิ่มตำแหน่งรองปลัดกระทรวงเพื่อดูแลเรื่องการวางแผน, การให้บริการสุขภาพ, และ การวิจัยและพัฒนา โดยเฉพาะ และมีการลดขนาดขององค์กรลงเพื่อให้ทำงานรวดเร็วขึ้น

ประเทศเกาหลีใต้มีที่ตั้งอยู่ตอนใต้ของคาบสมุทรเกาหลี โดยได้กำหนดให้มีเส้นขนานที่ 38 แบ่งกันระหว่างเกาหลีใต้และเกาหลีเหนือ ภายหลังจากสงครามเกาหลีในช่วงปีทศวรรษที่ 1950 ซึ่งยังส่งผลให้มีสถานการณ์ในคาบสมุทรเกาหลีระหว่างสองประเทศนี้มาจนถึงทุกวันนี้ ในปัจจุบัน ประเทศเกาหลีใต้มีประชากรอยู่ประมาณ ๔๕.๔ ล้านคน (๒๐๐๕)^{๖๖}

รูปแบบการปกครองของประเทศเป็นแบบสาธารณรัฐประชาธิปไตย โดยมีประธานาธิบดีเป็นประมุขของประเทศที่มาจาก การเลือกตั้งโดยตรงจากประชาชน ทางด้านนิติบัญญัติ รัฐสภาของเกาหลีใต้เป็นแบบสภาเดี่ยวที่มีสมาชิกอยู่ทั้งหมด ๒๕๕ คน โดยสมาชิก ๒ ใน ๓ นั้นมาจากการเลือกตั้งโดยตรงและที่เหลือมาจากการเลือกตั้งแบบสัดส่วนเหมือนในประเทศไทย สมาชิกรัฐสภาจะสามารถดำรงตำแหน่งได้คราวละ ๔ ปี ในปี ค.ศ. ๑๙๘๗ ประเทศเกาหลีใต้ได้มีการแก้ไขรัฐธรรมนูญ โดยนอกจากจะให้มีการเปลี่ยนให้มีการเลือกตั้งประธานาธิบดีแบบโดยตรงแล้ว เรื่องที่สำคัญที่เกิดขึ้นอีกหนึ่งเรื่องก็คือในเรื่องการให้มีการจัดระบบการปกครองท้องถิ่นอิสระเป็นครั้งแรกอีกด้วย โดยเกาหลีใต้ ถูกแบ่งออกเป็น ๑๖ จังหวัด และในแต่ละจังหวัดสามารถถูกแบ่งย่อยเป็นหลายระดับ เช่น นคร (Si) เขต (Gu) เมือง (Eup) หมู่บ้าน (Ri) ฯลฯ

^{๖๕} Gutierrez, R. A. Implementing decentralization of health services: a case-study from Mexico, In: Mill, A. (ed) *Health system decentralization: Concept, issues and country experience*. World Health Organisation, England 1990, pp. 64-70.

^{๖๖} <http://www.mfa.go.th/web/2386.php?id=145>

ทางด้านเศรษฐกิจ ประเทศเกาหลีใต้มีผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติประมาณ ๘๐๕.๖ พันล้านเหรียญสหรัฐ และถือเป็นประเทศที่มีการส่งออกเป็นอันดับ ๕ ของโลก โดยในปี ค.ศ.๒๐๐๕ ส่วนแบ่งของสินค้าเกาหลีใต้ในตลาดโลกคิดได้เท่ากับร้อยละ ๓.๑

ระบบสุขภาพของเกาหลีใต้ ได้มีการพัฒนาตั้งแต่ปี ค.ศ.๑๙๗๗ จนปัจจุบันพัฒนาเป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สำเร็จในปี ค.ศ.๑๙๘๕ การพัฒนาสู่การเป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเกาหลีได้นั้นเป็นการทำแบบค่อยเป็นค่อยไปและให้มีการทำประกันสังคมสำหรับประชาชนในกลุ่มต่างๆ จนสามารถทำให้ครอบคลุมประชากรของประเทศได้ทั้งหมด โดยในปัจจุบันได้มีการรวมระบบประกันสุขภาพเข้าเป็นระบบเดียว โดยมีหน่วยงานบริหารคือ National Health Insurance Corporation

ตารางที่ ๕: การพัฒนาสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเกาหลีใต้^{๖๗}

ค.ศ.๑๙๗๗	ประกันสังคมสำหรับบริษัทที่มีพนักงานมากกว่า ๕๐๐ คน
ค.ศ.๑๙๗๗	โครงการช่วยเหลือของรัฐบาลสำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อย (Medical Aid)
ค.ศ.๑๙๗๘	ประกันสังคมสำหรับเจ้าหน้าที่ของรัฐและครูในโรงเรียนเอกชน
ค.ศ.๑๙๗๘	ประกันสังคมสำหรับบริษัทที่มีพนักงานมากกว่า ๓๐๐ คน
ค.ศ.๑๙๘๑	ประกันสังคมสำหรับบริษัทที่มีพนักงานมากกว่า ๑๐๐ คน
ค.ศ.๑๙๘๑	โครงการนำร่อง ๓ โครงการแรก ทดลองให้มีประกันสังคมสำหรับเจ้าของธุรกิจ
ค.ศ.๑๙๘๒	โครงการนำร่องอีก ๓ โครงการสำหรับเจ้าของธุรกิจ
ค.ศ.๑๙๘๒	ประกันสังคมสำหรับบริษัทที่มีพนักงานมากกว่า ๑๖ คน
ค.ศ.๑๙๘๘	ประกันสังคมสำหรับเจ้าของธุรกิจในชนบท
ค.ศ.๑๙๘๘	ประกันสังคมสำหรับบริษัทที่มีพนักงานมากกว่า ๕ คน
ค.ศ.๑๙๘๙	ประกันสังคมสำหรับเจ้าของธุรกิจในเมือง
ค.ศ.๑๙๙๓	ประกันสังคมสำหรับข้าราชการทั่วไป ครู และลูกจ้างเอกชน รวมเป็นระบบเดียว
ค.ศ.๑๙๙๕	กฎหมาย Unified Health Insurance Act ประกาศใช้ทำให้ครอบคลุมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกคน

การให้บริการสุขภาพในเกาหลีใต้ เกือบทั้งหมดเป็นภาคเอกชนที่ เป็นผู้ให้บริการ โดยมีอยู่เพียงร้อยละ ๑๐ ของ โรงพยาบาลทั้งหมดที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ และสถานพยาบาลระดับคลินิกส่วนใหญ่มีหมอที่จบเฉพาะทางแล้วไปประจำ จึงทำให้บทบาทของบริการปฐมภูมิมิค่อนข้างน้อย และไม่มี gate-keeping ในระบบ

^{๖๗} Shin, Y. Health care systems in transition II. Korea, Part I. An overview of health care systems in Korea. Journal of Public Health Medicine, 1998, 20:1, 41-46.

สุขภาพของเกาหลีได้อย่างที่เห็นในระบบสุขภาพที่มีบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็งและแบ่งออกจากบริการระดับอื่นๆ อย่างชัดเจน^{๖๘}

การกระจายอำนาจภาคสุขภาพในเกาหลีใต้

ถึงแม้ว่าเกาหลีใต้จะมีการปกครองหลายระดับแต่การแบ่งการปกครองระดับท้องถิ่นจะถูกแบ่งออกเป็น ๒ ระดับ คือรัฐบาลท้องถิ่นระดับสูงหรือระดับจังหวัด (upper-level local government) และ รัฐบาลท้องถิ่นระดับรากหญ้า (lower-level local government) โดยรัฐบาลท้องถิ่นทั้งในระดับ Upper และ Lower ต่างก็มีสภาท้องถิ่น และ นายก ของแต่ละระดับ โดยทั้งสมาชิกและนายกต่างก็มาจากการเลือกตั้ง และมีวาระในการดำรงตำแหน่ง ๔ ปี หน้าที่หลักของรัฐบาลท้องถิ่นอาจสามารถแบ่งออกได้เป็น ๖ ประเภทหลักๆ คือ

หน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสวัสดิภาพโดยทั่วไปของชุมชน

หน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือในเรื่องการเกษตร, การค้า, และอุตสาหกรรม

หน้าที่ในการพัฒนาพื้นที่และที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและจัดการศูนย์พัฒนาสิ่งแวดล้อม

หน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการศึกษา, กิจกรรมกีฬา สันทนาการ และ ศิลปะ

หน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันสาธารณภัย

หน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการของรัฐบาลเอง

ทั้งนี้ทั้งนั้น อาจมีหน้าที่อื่นๆ มากกว่านี้ แต่ในขณะเดียวกัน หากรัฐบาลกลางเห็นว่าจำเป็น ก็สามารถเอาหน้าที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบของรัฐบาลท้องถิ่นมาทำเองได้ ซึ่งระบบนี้จะทำให้รัฐบาลท้องถิ่นมีความอิสระน้อยลง

การกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพในเกาหลีใต้เริ่มขึ้นในปี ค.ศ.๑๙๘๘ โดยได้เริ่มมีการจัดตั้งโรงพยาบาลศูนย์อนามัย (health centre hospitals) ในแต่ละเขต โดยเป็นส่วนหนึ่งของแผนในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับเขตขึ้นมา (District health system) แต่การพัฒนาที่สำคัญ คือการรวมระบบประกันให้เป็นระบบเดียวโดยให้ NHIC เป็นผู้บริหาร ซึ่งทำให้ผู้ซื้อบริการนั้นสามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยที่ทางกระทรวงสุขภาพและสวัสดิการของเกาหลีใต้ก็ยังคอยกำกับดูแลอย่างเคร่งครัด ซึ่งเท่ากับว่าเป็นการมอบอำนาจให้กับองค์กรภายใต้กำกับ ซึ่งจะคล้ายกับ NHS ของสหราชอาณาจักรช่วงก่อนเป็น foundation trust และ สปสช. ของไทย

^{๖๘} Kwon, S. Thirty Years of National Health Insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. Health Policy and Planning 2008; 1-9.

๒.๕.๖.๔ Privatisation

ในที่นี้ ขอยกตัวอย่างประเทศสหราชอาณาจักร

สหราชอาณาจักรประกอบไปด้วยรัฐต่างๆ ได้แก่ อังกฤษ เวลส์ สกอตแลนด์ และ ไอร์แลนด์เหนือ ซึ่งมีประชากรรวมกันอยู่ประมาณ ๖๐.๘ ล้านคน^{๖๕} การปกครองของสหราชอาณาจักรเป็นประชาธิปไตยแบบรัฐสภา โดยมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุขที่มีอำนาจเป็นประมุขฝ่ายบริหาร, ฝ่ายตุลาการ ทรงเป็นผู้บัญชาการทหารรักษาพระองค์ และมีบทบาทสำคัญด้านนิติบัญญัติอีกด้วย รัฐสภาของสหราชอาณาจักรประกอบด้วย ๓ ส่วน คือ สมเด็จพระราชินี (กษัตริย์) สภาสามัญหรือสภาผู้แทนราษฎร (House of Commons) และ สภาขุนนาง (House of Lords)

ภายใต้การบริหารของนายกรัฐมนตรีโทนี แบลร์ ตั้งแต่ปี ค.ศ.๑๙๙๗ ได้มีนโยบายส่งเสริมการกระจายอำนาจ โดยผ่านประชามติ ได้ให้สกอตแลนด์และเวลส์มีรัฐสภาและรัฐบาลของตนเองซึ่งมีอำนาจในการกำหนดนโยบายต่างๆ เช่น การสาธารณสุข การศึกษา ฯลฯ ในส่วนของการปกครองส่วนท้องถิ่น อังกฤษและเวลส์แบ่งออกเป็น ๓ ระดับคือ County (เทียบเท่าจังหวัดของไทย) District และ ระดับ Parish (หน่วยหนึ่งของการปกครองเทียบเท่ากับตำบล) แต่ในบาง District ไม่ได้มีการแบ่งเขตการปกครองถึงระดับ Parish

จากการทบทวน พบว่ามีการแปรรูปองค์กรของรัฐ ในสหราชอาณาจักร ๔ แบบ ซึ่งก็คือแบบ Full Privatisation, แบบ Outsource & Contracting out, แบบ Hybrid Organisation (เช่น องค์การมหาชน, Public-Private Partnership), และ การปรับเปลี่ยนระบบการทำงานขององค์กรของรัฐให้ดีขึ้นโดยที่องค์กรยังอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ

๑. Full Privatisation

ตั้งแต่ปี ค.ศ.๑๙๘๗ ได้มีการแปรรูป NHS ของสหราชอาณาจักรอย่างเป็นระบบ โดย NHS เริ่มจากการเป็นระบบผสมที่มีระบบการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ที่เป็นเอกชน นอกจากนี้ยังบริการอื่นๆที่ให้บริการโดยเอกชน เช่น บริการทันตกรรม, บริการวัดสายตา, และ บริการสุขภาพนอกเวลาทำงาน^{๖๖} แต่อย่างไรก็ตามการแปรรูปที่สำคัญ เกิดขึ้นในส่วนของบริการระยะยาว (Long-term Care) โดยที่ภายหลังจากการออกกฎหมาย NHS and Community Care Act ในปี ค.ศ.๑๙๙๐ ได้มีการถ่ายโอนการให้บริการระยะยาวไปสู่องค์กรท้องถิ่นและยังได้มีนโยบายที่จะให้บริการทางด้านนี้ฟรีกับผู้สูงอายุ จึงทำให้เกิดการลดเตียงผู้ป่วยระยะยาวลงเป็นจำนวนมาก ในขณะที่ในภาคเอกชน ได้มีการเพิ่มจำนวนเตียงผู้ป่วยเพื่อ

^{๖๕} <http://www.mfa.go.th/web/479.php?id=265>

^{๖๖} Atun, R.A. *Opportunities in the UK health care market: a strategic analysis*. London, The Financial Times. 1998

ให้บริการทางเดินนี้ จาก ๓๓,๐๐๐ เป็น ๓๖๐,๐๐๐ ในช่วงปี ค.ศ.๑๙๕๐-๑๙๕๕ อันเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของอุปสงค์ของบริการ^{๗๑} โดยที่การศึกษาของ Atun^{๕๔} พบว่ามูลค่าของตลาดในอุตสาหกรรมการให้บริการชนิดนี้มีมูลค่ามากกว่า ๑๐,๐๐๐ ล้านปอนด์ ต่อปี ซึ่งเท่ากับว่าการให้บริการชนิดนี้เกิดการ Privatisation ไปโดยปริยาย

๒. การจ้างให้ภาคเอกชนเป็นผู้บริการแทน (Outsourcing & Contracting Out)

NHS ของสหราชอาณาจักร ได้มีความพยายามลดจำนวนผู้ป่วยที่รอรับการรักษ โดยให้ภาคเอกชนรับทำการผ่าตัดในกรณีที่ไม่เร่งด่วน หรือ Elective Surgery^{๗๒} โดยในภายหลัง ได้มีการขยายการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในด้านอื่นๆ เช่น การวินิจฉัย (Diagnostic) เพื่อที่จะเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วย (ระหว่างผู้ให้บริการเอกชนและผู้ให้บริการของ NHS) โดยทางรัฐบาลอังกฤษมีแผนที่จะขยายการมีส่วนร่วมนี้ออกไปอีกให้รวมบริการอื่นๆ เช่น การให้บริการคนไข้นอกระดับตติยภูมิ ภายในปี ค.ศ.๒๐๐๘^{๗๓} และจะมีการทำระบบการจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการ (Provider Payment System) ให้มีความเท่าเทียมกันในการให้ผลตอบแทนในบริการแบบเดียวกันไม่ว่าผู้ให้บริการจะเป็นของเอกชนหรือ NHS^{๕๖} แต่อย่างไรก็ตาม Appleby & Dixon^{๗๔} กล่าวว่ายังไม่มีความชัดเจนว่าโครงการนี้ส่งผลทางบวกในด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ, ความเป็นธรรม, ประสิทธิภาพ หรือเรื่องการให้ทางเลือกแก่ประชาชน

๓. องค์กรพหุทาง (Hybrid Organisation)

ก่อนการปฏิรูปทางด้านสุขภาพในปี ค.ศ.๑๙๙๑ โรงพยาบาลในสหราชอาณาจักรเป็นโรงพยาบาลของรัฐ และบริหารจัดการโดย หน่วยงานสุขภาพระดับเขต (District Health Authority) ซึ่งหลังจากมีการปฏิรูป ได้มีการจัดตั้งองค์กรและคณะกรรมการที่เรียกว่า NHS Hospital Trust เพื่อมาดูแล และ บริหารจัดการ โรงพยาบาลภายใต้สังกัดของ NHS ต่อมาในปี ค.ศ.๒๐๐๐ ได้มีการจัดตั้ง Primary Care Trust เพื่อมาดูแล เครือข่ายการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ NHS ทั้งหมด โดยทั้ง ๒ องค์กรนี้มีอิสระในการบริหารจัดการ และ การเงินการคลัง โดยมีอำนาจเต็มที่ในการบริหารเงินทุนที่มีเกือบ ร้อยละ ๘๐ ของกองทุนสุขภาพทั้งหมด ซึ่งจะถูกนำไปใช้ในการซื้อบริการสุขภาพต่างๆ (ปฐมภูมิและอื่นๆ) หลังจากนั้นในปี ค.ศ.๒๐๐๓ ได้มีการออกกฎหมาย The Health and Social Care Bill ซึ่งทำให้รัฐบาลแทบจะหมดอำนาจในการควบคุม NHS เนื่องจากการตั้ง

^{๗๑} Gaffney, D., Pollock, A.M., Price, D. & Shaoul, J. The politics of the private finance initiative and the new NHS. *British Medical Journal*, 1999, **319**: 249–53.

^{๗๒} NHS 2000. The NHS national plan (<http://www.nhs.uk/nationalplan/contents.htm> (accessed 5 June 2009).

^{๗๓} Secretary of State for Health. *The NHS improvement plan: putting people at the heart of public services*. London, Stationery Office. 2004

^{๗๔} Appleby, J. and Dixon, J. Patient choice in the NHS: having choice may not improve health outcome. *British Medical Journal*, 2004, **329**: 61–2

Foundation Trust ต่างๆ ขึ้นมาเพื่อให้บริการกับ NHS แต่องค์กรนี้เป็นองค์กรอิสระที่มีอำนาจในการตัดสินใจของตนเองในการเลือกทำธุรกิจอะไรหรือกับใครก็ได้ โดย Foundation Trust จะต้องแข่งกับผู้ให้บริการอื่นๆ ในการทำธุรกิจกับ Primary Care Trust, มีการสร้างรายได้จากผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง, และมีการหาเงินทุนจากภาคเอกชน ซึ่งก็รวมไปถึงจาก ตลาดเงินทุน (Capital market) ด้วย^{๗๕} โดยที่ทั้ง NHS และ ภาคเอกชน สามารถสมัครเป็น Foundation Trust ได้ ซึ่งจะถูกกำกับดูแลโดย องค์กรอิสระที่ไม่ขึ้นกับทางรัฐบาลอีกทีหนึ่ง

นอกจากนี้ สหราชอาณาจักรยังมีประสบการณ์อย่างยาวนานในเรื่องการพัฒนาความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชน หรือ Public-Private Partnership (PPP) โดยผ่านกลไกที่เรียกว่า Private Finance Initiative (PFI) ซึ่งความร่วมมือนี้ได้เกิดขึ้นเพื่อให้ภาคเอกชนเข้ามาลงทุนและมีส่วนร่วมในโครงการต่างๆ ของรัฐ เช่น การสร้างโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ในภาคโรงพยาบาลและผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ, การลงทุนในเรื่องระบบข้อมูลและเครื่องตรวจวินิจฉัยโรค (Diagnostic), และการจัดตั้งหน่วยล้างไต (Renal Dialysis Unit) เพื่อให้บริการประชาชน โดยเอกชนจะเป็นผู้ออกแบบ, สร้าง และ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้บริหารจัดการโครงการ โดยสัญญาจะมีอายุไม่เกิน ๓๐ ปี และสิ่งก่อสร้างและทรัพย์สินต่างๆ จะถูกโอนคืนให้กับภาครัฐ

ถึงแม้ว่า PFI จะเป็นน่าดึงดูดสำหรับเอกชนและเป็นวิธีหนึ่งในการระดมทุนเพื่อใช้ในโครงการต่างๆ โดยไม่ต้องอาศัยงบประมาณจากรัฐทั้งหมด แต่ก็ได้มีความเห็นต่างๆ ที่แสดงถึงความไม่แน่ใจในเรื่องความเหมาะสมและประโยชน์ที่ได้รับจริงๆ ดังต่อไปนี้

- การศึกษาของ Pollock et al^{๗๖} และ Gaffney et al^{๗๗} ได้แสดงให้เห็นว่าสิ่งก่อสร้างหรือหน่วยให้บริการใหม่ที่สร้างขึ้นมาโดยส่วนใหญ่จะมีข้อบ่งชี้ความสามารถในการทำงานที่น้อยกว่าของที่มีอยู่เดิม, การทำสัญญาในลักษณะนี้ทำให้โครงการมีราคาแพงและไม่โปร่งใสเนื่องจากความลับทางการค้า, และ ด้วยเหตุนี้ ทำให้เหตุผลทางด้านเศรษฐศาสตร์ที่จะทำโครงการในลักษณะนี้มีคุณค่าน้อยลง
- Green & Propper^{๗๘} ศึกษาเรื่องผลกระทบของ PFI ต่อการมีประสิทธิภาพของภาครัฐในประเทศกลุ่ม OECD ได้สรุปว่า แทบจะไม่พบว่ามีสิ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพที่มากขึ้นของ NHS ที่เกิดจาก PFI

^{๗๕} House of Commons Health and Social Care (Community Health and Standards) Bill. London, Stationery Office, 2003.

^{๗๖} Pollock, A.M., Dunnigan, M., Gaffney, D., Macfarlane, A. & Majeed, F.A. What happens when the private sector plans hospital services for the NHS: three case studies under the private finance initiative. *British Medical Journal*, 1997, **314**: 1266–71.

^{๗๗} Green, K. and Propper, C. A larger role for the private sector in financing UK health care: the arguments and the evidence. *Journal of Social Policy*, 2001, **4**: 685–704.

- ในด้านของความยั่งยืนของกลไกนี้ โดย Atun & McKee^{๗๘} เห็นว่า PFI อาจมีปัญหาในเรื่องกฎหมาย ที่ทาง EU ได้จำกัดสัดส่วนของการกู้ยืมของประเทศสมาชิกเพื่อทำให้เกิดความมั่นคงทางการคลัง โดยในปัจจุบัน PFI ไม่ได้ถือว่าเป็นหนี้สาธารณะ แต่ถือเป็น ธุรกรรมนอกงบดุล (Off-Balance Sheet Financing) แต่อย่างไรก็ตาม ทางสำนักงานสถิติแห่งชาติ (Office of National Statistics) ของสหราชอาณาจักร อาจเปลี่ยนแปลงเรื่องนี้ในอนาคตทำให้ความสามารถในการทำ PFI ลดลง

๔. การปรับเปลี่ยนองค์กรโดยรัฐยังคงควบคุมอยู่

ในสหราชอาณาจักร ได้มีการทำให้เกิด Internal Market ในปี ค.ศ.๑๙๙๑ โดยมีการแยกผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการออกจากกัน ซึ่งมีองค์กรสุขภาพ (Health Authority) และ GP Fundholder เป็นผู้ซื้อบริการ และ ให้รพ.และคลินิกแพทย์ปฐมภูมิ เป็นผู้ให้บริการ^{๗๙} นอกจากนี้ยังมีการให้ทำสัญญาบริการ (Service Contract) สำหรับโรงพยาบาลและหน่วยให้บริการสุขภาพปฐมภูมิต่างๆ โดยมีการให้ค่าตอบแทนตามปริมาณของการให้บริการ และ ตามเป้าหมายการทำงานที่ตั้งไว้ เพื่อที่จะพัฒนาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการ และ ขยายขอบเขตและความหลากหลายของบริการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ^{๘๐}

ข้อที่น่าสังเกตเกี่ยวกับ Internal Market ของสหราชอาณาจักรมีดังนี้

- การแข่งขันในตลาดนี้ยังค่อนข้างจำกัดและยังขาดเงื่อนไขที่สำคัญที่จะทำให้เกิดภาวะตลาดที่เอื้อต่อการแข่งขัน^{๘๑}
- เนื้อหาของสัญญาที่ทำขึ้นไม่ได้เสริมสร้างให้เกิดความรับผิดชอบและการตรวจสอบของผู้ให้บริการ และ สัญญาที่ทำขึ้นโดยผู้ซื้อ (Health Authority และ GP Fundholder) มิได้ระบุถึงรายละเอียดของคุณภาพการบริการที่ชัดเจน^{๘๒}

^{๗๘} Atun, R.A. and McKee, M. Is the private finance initiative dead? *British Medical Journal*, 2005, **331**: 792–793.

^{๗๙} Department of Health *Working for patients: the health service in the 1990s*. Cm 555. London, HMSO 1989.

^{๘๐} Secretary of State. *Promoting better health: the government's programme for improving primary health care*. London, HMSO, 1987.

^{๘๑} Le Grand, J., Mays, N. and Mulligan, J. (eds). *Learning from the NHS internal market: a review of the evidence*. London, The King's Fund, 1998.

^{๘๒} Allen, P. A socio-legal and economic analysis of contracting in the NHS internal market using a case study of contracting for district nursing. *Social Science and Medicine*, 2002, **54**: 255–66

- มีการเพิ่มขึ้นของผลผลิตในส่วนของโรงพยาบาลและผู้ให้บริการปฐมภูมิ, มีการขยายของขอบเขตของบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นข้อดี แต่ก็ยังมีปัญหาในเรื่องความไม่เป็นธรรม เพราะผู้ให้บริการในแต่ละแห่งอาจมีความสามารถที่ไม่เท่ากัน^{๘๗}

๒.๕.๖ บทสรุป

โดยหลักการ การกระจายอำนาจถือเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งอาจทำให้เกิดผลดี เช่น การเพิ่มประสิทธิภาพ (Technical & Allocative), การทำให้มีการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ที่รวดเร็วและตรงจุดมากขึ้น, ตรวจสอบง่ายขึ้น, เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ฯลฯ เนื่องจากการที่มีสายงานบังคับบัญชาที่สั้นลง และ ทางองค์กรท้องถิ่นมีอิสระในการทำงานและบริหารจัดการ โดย Rondinelli ได้มีการแบ่งการกระจายอำนาจออกเป็น ๔ แบบ คือ Deconcentration (การมอบอำนาจต่อองค์กรได้บังคับบัญชา), Devolution (การถ่ายโอน), Delegation (การมอบอำนาจต่อองค์กรภายใต้กำกับ) และ Privatisation (การแปรรูปองค์กรของรัฐ)

จากการทบทวนการกระจายอำนาจในแบบต่างๆ ในต่างประเทศพบว่า หลังจากการปฏิรูป ได้เกิดผลดีกับการให้บริการสุขภาพและ ระบบสุขภาพโดยรวม อย่างในประเทศโปรตุเกส (deconcentration หรือ การมอบอำนาจต่อองค์กรได้บังคับบัญชา) พบว่าสถานะทางด้านสุขภาพ (Health Status) ของประชาชน นั้นดีขึ้นเป็นอย่างมาก โดยดูได้จาก ตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพต่างๆ ซึ่งสืบเนื่องมาจากการที่ประชาชนมีความสามารถที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ง่ายยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการคล่องตัวและมีอิสระในการทำงาน อันเนื่องมาจากการที่สายงานบังคับบัญชานั้นสั้นลง โดยจะเห็นได้จากในหลายประเทศที่ได้ทำการทบทวน เช่น การมีอิสระทางการเงินการคลังของหน่วยงานท้องถิ่นที่รับผิดชอบ (สเปน, อิตาลี, เม็กซิโก, สหราชอาณาจักร), การมีอิสระในการตัดสินใจในเรื่องทางด้านบุคคล (สเปน, สหราชอาณาจักร), อิสระในการซื้อบริการจากผู้ให้บริการอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพมากกว่า (สหราชอาณาจักร, อิตาลี)

นอกจากนี้ ยังมีรูปแบบของการปรับสภาพองค์กรที่น่าสนใจคือการทำให้ระบบสุขภาพมี Internal Market เพื่อทำให้เกิดการแข่งขันขึ้นระหว่างผู้ให้บริการ และ การแยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการออกจากกัน (Purchaser-provider split) ซึ่งจะพบได้ในระบบสุขภาพของอิตาลีและสหราชอาณาจักร โดยกลไกสองอันนี้ ทำให้เกิดการแข่งขันและพัฒนาตนเองเพื่อที่จะทำให้เกิดการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ และทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ แต่อย่างไรก็ตาม ในสหราชอาณาจักร ก็ยังพบว่ามีปัญหาในเรื่องภาวะตลาดที่ยังไม่

^{๘๗} Robinson, R. and Le Grand, J. *Evaluating the NHS reforms*. London, The King's Fund., 1994.

เอื้อให้เกิดการแข่งขันมากเท่าที่ควรและ ปัญหาในตัวสัญญาระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการที่ไม่ได้ระบุชัดเจนในเรื่องคุณภาพของบริการ

แต่อย่างไรก็ตาม การกระจายอำนาจในแต่ละประเทศต่างก็ประสบกับปัญหาในเรื่องต่างๆ เช่น ปัญหาในเรื่องความเป็นธรรม ซึ่งถึงแม้ว่าตามหลักการแล้ว การกระจายอำนาจจะทำให้เกิดความเป็นธรรมจากการตอบสนองความต้องการของประชาชนที่ดีขึ้น แต่ในความเป็นจริงกับพบว่า ในหลายๆประเทศกลับเกิดความไม่เป็นธรรมขึ้นเนื่องจากว่า ชีตความสามารถและปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมในแต่ละพื้นที่นั้นไม่เท่ากัน ทำให้เกิดความแตกต่างของคุณภาพและขอบเขตของบริการ (เม็กซิโก, อิตาลี, สเปน, ฟิลิปปินส์), ความไม่เป็นธรรมระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบทในเรื่องของทรัพยากรที่ได้รับ (โปรตุเกส, อิตาลี, สหราชอาณาจักร, ฟิลิปปินส์), และ เกิดการเก็บภาษีแบบถดถอย หรือ regressive (สเปน) นอกจากนี้ปัญหาที่สำคัญและพบมากก็คือในเรื่องของกำลังคนที่อาจเกิดการต่อต้านต่อการเปลี่ยนแปลง หรือ resistance to change อันเนื่องมาจากการกระจายอำนาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในหน้าที่การงาน หรือปัญหาความขัดแย้งทางการเมือง (เม็กซิโก, สเปน, อิตาลี, ฟิลิปปินส์) นอกเหนือจากนั้น ในประเทศโปรตุเกสที่มีการกระจายอำนาจแบบ deconcentration (การมอบอำนาจต่อองค์กรได้บังคับบัญชา) ซึ่งยังมีการรวมอำนาจในเรื่องการนโยบายและแผน, และการเงินการคลังอยู่ ทำให้เกิดผลเสียในเรื่องการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนทั้งในเรื่อง ปริมาณ (quantity) และ ขอบเขต (range of service) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้อำนาจในการตัดสินใจและอิสระในเรื่องการเงินการคลังเป็นเรื่องสำคัญหากต้องการให้มีการตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๖ การกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพในต่างประเทศ

บทนี้ศึกษาเพิ่มเติมถึงแนวคิดและกฎหมายเกี่ยวกับการกระจายอำนาจบริการสร้างเสริมสุขภาพของต่างประเทศที่มีผลบังคับใช้, เพื่อศึกษาบทบาทและรูปแบบการจัดการด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในต่างประเทศ, และเพื่อรวบรวม วิเคราะห์แนวคิดการกระจายอำนาจบริการสร้างเสริมสุขภาพในต่างประเทศ

โดยเลือกกรณีศึกษาประเทศที่ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพที่ยึดถือตามแนวทางของ Ottawa Charter (พ.ศ. ๒๕๒๕) โดยเลือกกรณีศึกษาในประเทศ เม็กซิโก สวีเดน และ นิวซีแลนด์ เพราะจากการสืบค้นวรรณกรรมในฐานข้อมูลทางวิชาการ (PubMed) พบว่า 3 ประเทศนี้ มีงานสร้างเสริมสุขภาพที่ยึดถือแนวทางของ Ottawa Charter อย่างชัดเจน

๒.๖.๑ การสร้างเสริมสุขภาพของรัฐบาลท้องถิ่นใน ประเทศเม็กซิโก

ประเทศเม็กซิโกถือเป็นประเทศที่มีรายได้ระดับกลางค่อนข้างสูง (Upper-Middle Income Country) แต่ช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวยก็ยังมีอยู่มาก. ประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจน (Poverty Line) มีอยู่ร้อยละ ๑๗.๖^(๘๔) และร้อยละ ๔๐ ของประชากรพื้นเมืองในเม็กซิโก (๑๒.๗ ล้านคน) อยู่ใต้เส้นนี้.^(๘๕)

การปกครองในประเทศนอกจากส่วนกลางแล้วยังแบ่งออกเป็น การปกครองในระดับมลรัฐ (State) และในระดับเทศบาล (Municipality). ผู้ว่ากรมลรัฐและนายกเทศมนตรีเป็นตำแหน่งทางการเมืองที่ผ่านการเลือกตั้ง และในระดับมลรัฐมีธรรมนูญและสภาของแต่ละมลรัฐ.

การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในประเทศมี ๓ ระบบ คือ ระบบประกันสังคมสำหรับลูกจ้างเอกชน (IMSS), ระบบประกันสังคมสำหรับเจ้าหน้าที่รัฐ (ISSSTE), และ ระบบบริการสาธารณะและเอกชนสำหรับบุคคลอื่นๆ(SSA+). ทั้ง ๓ ระบบนี้มีหน้าที่หลักในการบรรเทาภาระโรคซึ่งมีทั้งโรคติดต่อ, ขาดสารอาหาร และปัญหาเรื่องสุขภาพเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นปัญหาของประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งปัญหาเรื่องโรคเรื้อรังอย่างโรคหัวใจและโรคมะเร็งซึ่งเป็นปัญหาของประเทศที่พัฒนาแล้ว. โรคหัวใจและโรคมะเร็งถือเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดในการประชากรผู้ใหญ่. อย่างไรก็ตามแนวโน้มที่ดีขึ้นทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและระดับการศึกษา ได้มีส่วนสำคัญในการพัฒนาประเทศในด้านต่างๆ โดยจะเห็นได้จากอัตราการรู้หนังสือ (Literacy Rate) ที่ดีขึ้นจาก ร้อยละ ๗๔.๓ ในปี ค.ศ. ๑๙๗๐ เป็น ร้อยละ ๙๒.๒ ในปี ค.ศ. ๒๐๐๑ และพยากรณ์ชีพ (Life

^{๘๔} Maxwell, S. & Slater, R. Food policy: Old and New. Dev Policy Rev, 2003; 21: 531-53.

^{๘๕} Acosta-Mendez, M. Mariscal-Servitje, L. & Santos-Burgoa, C. The present and future of Mexican Health Promotion. Promotion and Education 2007; 14(4): 224-227.

Expectancy) ของประชากรที่เพิ่มขึ้นจาก ๖๐.๕ ปี เป็น ๗๒.๑ ปี ในช่วงเวลาเดียวกัน.^(๕)

การสร้างเสริมสุขภาพในเม็กซิโก

วิวัฒนาการ

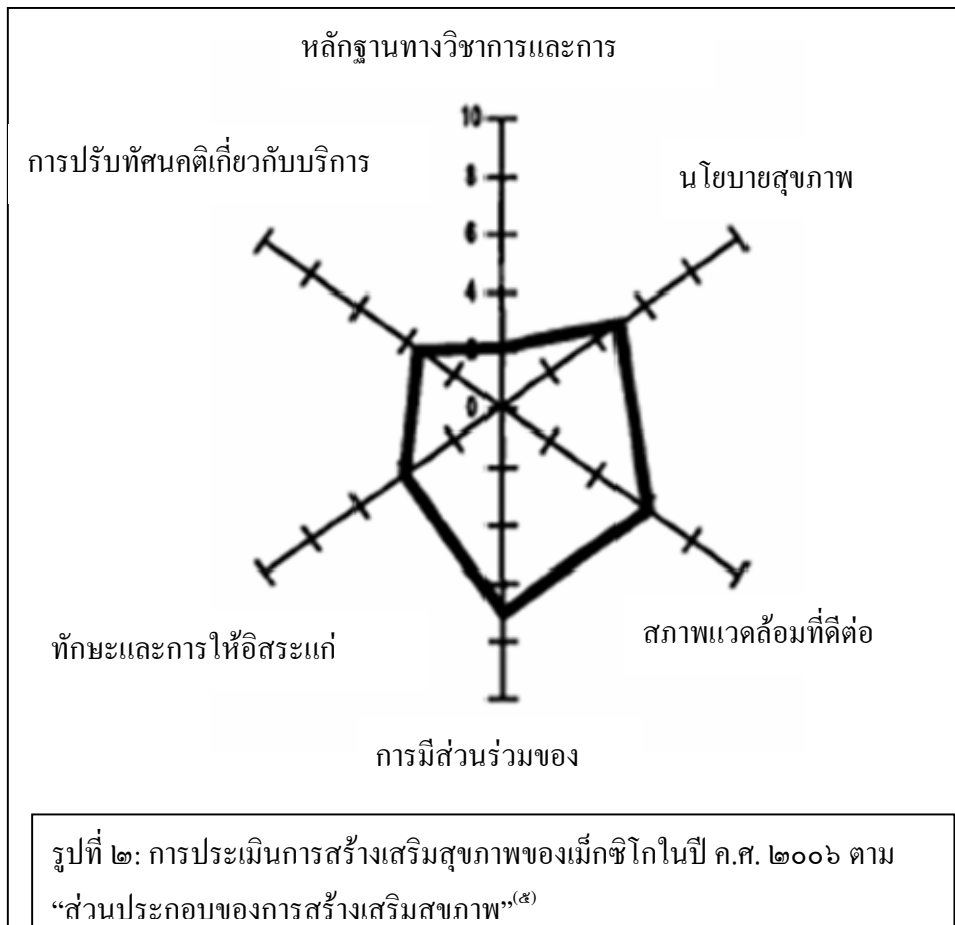
เม็กซิโกได้ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพโดยการตั้ง Hygiene Education and Propaganda Department ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๒๑ ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น Federal Health Promotion General Directorate. ในปี ค.ศ. ๒๐๐๐ เม็กซิโกเป็นผู้จัดการประชุมเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพนานาชาติ ซึ่งเกิดจากความตั้งใจในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเห็นได้จากโครงการสำคัญที่รัฐบาลได้ผลักดันก่อนหน้านั้นคือ โครงการชุมชนสุขภาพดีแห่งชาติ (National Healthy Communities Program) (ค.ศ. ๑๙๙๓) และ ‘Oportunidades’ (ค.ศ. ๒๐๐๐) ซึ่งเป็นโครงการที่นำไปปฏิบัติแล้วในมลรัฐต่างๆ โดยที่มีหลายภาคส่วนเกี่ยวข้อง.

โครงการชุมชนสุขภาพดีแห่งชาติ เป็นโครงการที่มีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ เพื่อลดความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพ โดยเพิ่มความแข็งแกร่งในเรื่องการประสานงานระหว่างภาคส่วนโดยเฉพาะในระดับเทศบาล เพื่อให้มีการพัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ โดยอาศัยการให้แรงจูงใจ. ในปี ค.ศ. ๑๙๘๘ ได้มีการจัดตั้งเครือข่ายเทศบาลแห่งชาติเพื่อสุขภาพ เพื่อเป็นการเชื่อมโยงระหว่างแต่ละเทศบาล. การมีส่วนร่วมของชุมชนยังเป็นมีส่วนสำคัญ โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างอปท. คณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นและชุมชนเป็นกลไกหลักในการทำให้โครงการนี้เกิดผล.

Oportunidades เป็นโครงการบรรเทาความยากจนแบบครอบคลุม (Comprehensive Poverty Alleviation Program) มีเป้าหมายในการพัฒนาปัจจัยทางสังคมต่อสุขภาพ ซึ่งอาศัยความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคม, กระทรวงศึกษาธิการ, สถาบันประกันสังคมแห่งชาติ (IMSS), และ รัฐบาลท้องถิ่นต่างๆ โดยให้ชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อแลกเปลี่ยนกับผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและอื่นๆ ที่ชุมชนจะได้รับ.

การประเมินสถานะในการประชุมการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ ในปี ค.ศ. ๒๐๐๖

ในการประชุมการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติของเม็กซิโกในปี ค.ศ. ๒๐๐๖ ได้มีการประเมินวิวัฒนาการของการสร้างเสริมสุขภาพในเม็กซิโกตั้งแต่สมัยเริ่มมี Ottawa Charter จนกระทั่งมี Bangkok Charter ในปี ค.ศ. ๒๐๐๕ โดยได้วาดออกมาเป็นแผนภูมิใยแมงมุม (Spider-web Chart) ในรูปที่ ๒



โดยจะเห็นได้ว่าจุดเด่นของการส่งเสริมสุขภาพในประเทศเม็กซิโก คือ เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Action) และ สภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ (Healthy Environment). เม็กซิโกได้ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารสถานพยาบาลผ่านคณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นและมีการมองสุขภาพแบบองค์รวม (holistic). อย่างไรก็ตามยังมีจุดด้อยในเรื่องของหลักฐานทางวิชาการและการประเมินผล (Evidence and Evaluation) และการปรับทัศนคติเกี่ยวกับบริการสุขภาพ (Health Services Orientation). พบว่าข้อมูลที่เก็บได้ในเรื่องของประสิทธิผลของการส่งเสริมสุขภาพยังค่อนข้างกระจัดกระจายและหน่วยให้บริการสุขภาพยังเน้นในเรื่องการรักษาอยู่.

Health Promotion Operational Model (ค.ศ. ๒๐๐๘)

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ประเทศเม็กซิโกแม้จะเป็นประเทศที่มีรายได้ระดับ Upper-middle แต่ช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจนนั้นยังมีอยู่มาก ทำให้หลายพื้นที่ยังคงอยู่ในภาวะขาดแคลนทรัพยากรด้านสุขภาพ. Health Promotion Operation Model หรือ MOPS (Modelo Operativo de Promocion de la salud) มุ่งเน้นที่จะแก้ปัญหาในเรื่องนี้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการขาดแคลนในเรื่องระบบสารสนเทศหรือกำลังคน โดยการ

พยายามที่จะทำให้การมาพบกันระหว่างประชาชนและบุคลากรสุขภาพนั้นมีค่ามากที่สุดในการให้ความรู้และฝึกให้ประชาชนรักษาสุขภาพของตนเอง.

MOPS มีองค์ประกอบอยู่ทั้งหมด ๗ อย่าง^(๘๖) โดยมีแนวคิดพื้นฐานมาจาก Ottawa Charter:

- ก. การบริหารจัดการปัจจัยต่อสุขภาพของประชาชนรายบุคคล. มีจุดมุ่งหมายในการระบุถึงปัจจัยต่างที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น โดยจำแนกประชากรออกตาม อายุ เพศ วัฒนธรรม และสถานะการทำงาน. เม็กซิโกมีโครงการ Prevention and Health Promotion at the Stage of Life ซึ่งได้กำหนดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพพื้นฐานที่ควรทำตามเพศและอายุ. แต่ละคนจะมีบัตรสุขภาพ (Health Card) ที่จะระบุกิจกรรมพื้นฐานของช่วงอายุของตน.
- ข. การสร้างและพัฒนาความสามารถด้านสุขภาพ. การส่งเสริมด้านนี้จะอาศัยการแนะนำทางสุขภาพรายบุคคลและการอบรมในระดับชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีค่านิยมทัศนคติ และทักษะในการรักษาสุขภาพ.
- ค. การมีส่วนร่วมของชุมชน. มีหัวใจหลักคือการทำให้ชุมชนมีอำนาจ (Community Empowerment) โดยสนับสนุนให้เกิดการวางแผนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจากรากหญ้า ซึ่งขับเคลื่อนโดยการสร้างเครือข่ายทางสังคม.
- ง. การพัฒนาให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ. เป็นการผลักดันให้เกิดสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมที่ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย สำหรับพักอาศัย, เรียนรู้, และทำงาน. นอกจากนี้จะต้องมีสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นให้คนรู้จักรักษาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตอีกด้วย.
- จ. การผลักดันนโยบาย. นโยบายทั้งภายในและภายนอกภาคสุขภาพมีความจำเป็นในการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างภาคส่วนที่มีส่วนในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งนอกจากภาครัฐ ยังรวมไปถึงภาค NGO และภาคธุรกิจ.
- ฉ. การตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing). องค์ประกอบนี้ ต้องการที่จะส่งเสริมการมีพฤติกรรมและทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพ โดยมีการวิเคราะห์, วางแผน, นำไปปฏิบัติ และประเมินผล. มุ่งเน้นในการทำให้เกิดความคิดริเริ่มในการพัฒนาในเรื่องความเป็นอยู่ของตนและของสังคมโดยรวม. ทั้งนี้ได้มีการนำเอาเทคนิคทางการตลาดขั้นพื้นฐาน (๔ P's: Product, place, price และ promotion) มาผสมผสานกับเรื่องการเงินการคลัง

^{๘๖} Santos-Burgoa, C. Rodriguez-Cabrera, L. Riviero, L. Ochoa, J. Stanford, A. Latinovic, L. & Rueda, G. Implementing of Mexico's Health Promotion Operational Model. *Prev Chronic Dis.* 2009; **6(1)**:1-5.

สาธารณะ เพื่อใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ.

- ข. การใช้หลักฐานทางวิชาการในการสร้างเสริมสุขภาพ. หมายถึงการประเมินวิเคราะห์ข้อมูลในเรื่องประสิทธิผลของโครงการการสร้างเสริมสุขภาพ และข้อมูลอื่นๆที่ทำให้เกิดความรู้ที่นำมาใช้ในการตัดสินใจได้. โดยจะมีการเก็บข้อมูลทั้งในระดับท้องถิ่น, เทศบาล, มลรัฐ และ ระดับชาติ เพื่อช่วยในการตัดสินใจในระดับท้องถิ่น.

MOPS เป็นเครื่องมือหนึ่งที่เม็กซิโกได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ โดยอาศัยแนวคิดของทั้ง Ottawa Charter และ Bangkok Charter. อย่างไรก็ตาม เครื่องมือนี้ก็ยังคงถือว่าเป็นเครื่องมือที่ใหม่ และยังต้องอาศัยเวลาในการเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และประเมินในเรื่องของประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแนวคิดนี้.

๒.๖.๒ การสร้างเสริมสุขภาพของรัฐบาลท้องถิ่นใน ประเทศสวีเดน

ประเทศสวีเดนถือเป็นประเทศหนึ่งที่ธนาคารโลกจัดเป็นประเทศที่มีรายได้สูง หรือ High-income country^(๘๗) และถือเป็นประเทศที่เป็น รัฐสวัสดิการ หรือ Welfare State.^{(๘๘) (๘๙)}

นอกจากรัฐบาลกลางแล้ว การปกครองในสวีเดนยังแบ่งออกเป็น ระดับแคว้น (Landsting), ระดับท้องถิ่น (Kommuner). หัวหน้ารัฐบาลในแต่ละระดับนั้นมาจากการเลือกตั้ง. รัฐบาล Kommuner ซึ่งเป็นหน่วยการปกครองที่เล็กที่สุดมีประชากรเฉลี่ย ๓๑,๐๐๐ คน.^(๙๐) ในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขของรัฐบาลกลาง (ตารางที่ ๖)

^{๘๗} World Bank 2009. Country Classification.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20420458~menuPK:64133156~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html> [accessed on 23rd October 2009]

^{๘๘} Pierson, P. The New Politics of the Welfare State. Oxford: Oxford University Press; 2001.

^{๘๙} นนทปัทมะคุลย์, ก. รัฐสวัสดิการ: เครื่องมือสร้างความเป็นธรรมทางสังคม. เสวนาทางวิชาการเมื่อ 20 ธ.ค. 2007 ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2007.

^{๙๐} Bankauskaite, V. Dubois, H. F. W. & Saltman, R. B. Patterns of decentralization across European health systems. In: Saltman, R. B. editor. *Decentralisation in health care*. England: Open University Press; 2005. pp. 22-43.

ตารางที่ ๖: ระดับการกระจายอำนาจในสวีเดน ^{๕๐}					
	ระดับของการปกครองซึ่งรวมถึงโครงสร้างการบริหารด้านสุขภาพ	จำนวน	ประชากรเฉลี่ยในเขตการปกครอง	แต่งตั้งหรือเลือกตั้ง	สามารถขึ้นภาษีได้หรือไม่?
	รัฐบาลกลาง	๑	๘,๕๔๑,๐๐๐	เลือกตั้ง	ได้
	พื้นที่การบริหารสุขภาพ	๖	๑,๔๕๐,๐๐๐	แต่งตั้ง	ไม่ได้
	แคว้น (Landsting)	๒๑	๔๒๖,๐๐๐	เลือกตั้ง	ได้
	รัฐบาลท้องถิ่น (Kommuner)	๒๕๐	๓๑,๐๐๐	เลือกตั้ง	ไม่ได้

การสาธารณสุขของประเทศนี้ มีประวัติศาสตร์ยาวนานกว่า ๓๐๐ ปี. ในช่วงทศวรรษที่ ๓๐ ได้มีการขับเคลื่อนทางสังคมซึ่งได้นำสวีเดนไปสู่การเป็นรัฐสวัสดิการ และได้มีการตั้งสถาบันสาธารณสุข (Statens Institut for folkhalsan) ขึ้นมาในช่วงนั้น ซึ่งได้เปลี่ยนมาเป็น Swedish National Institute of Public Health ในเวลาต่อมา.

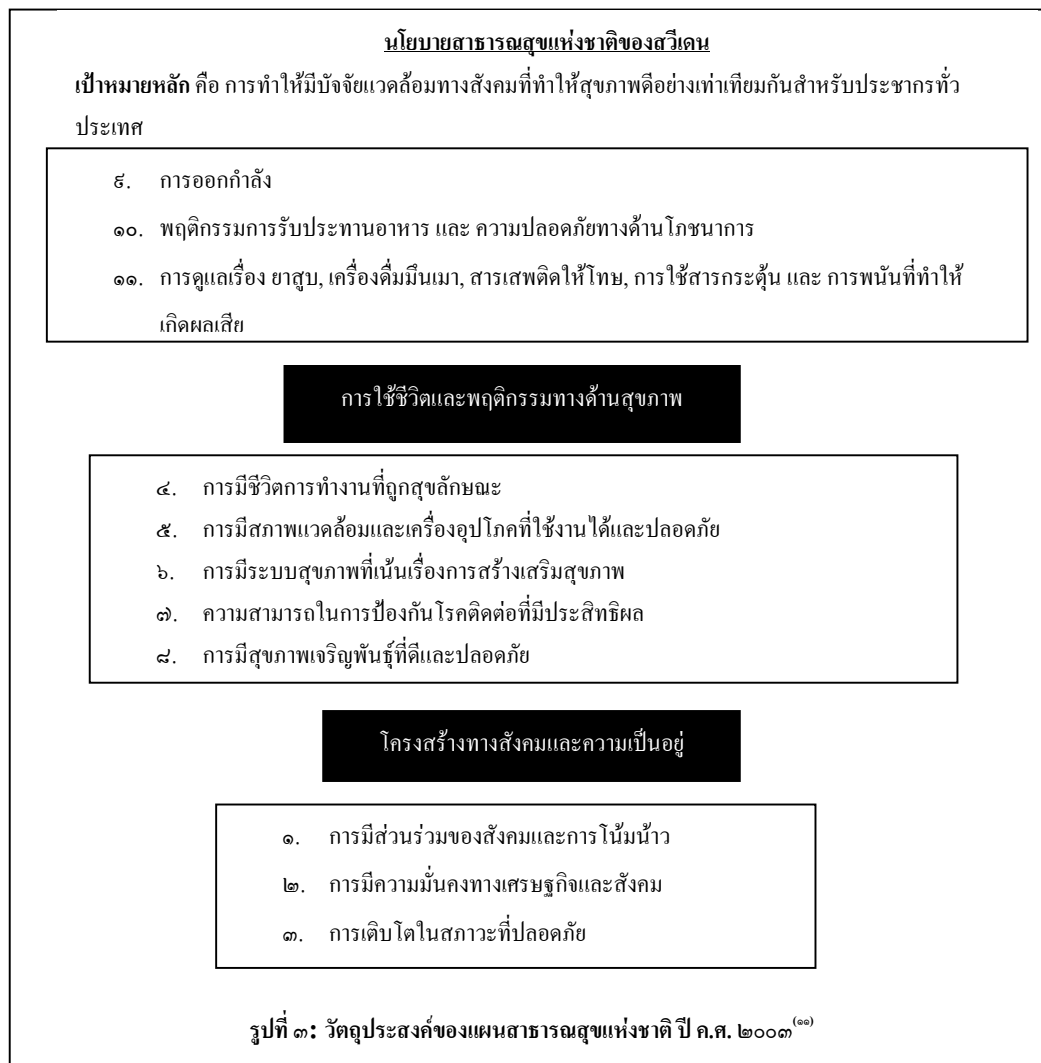
ระบบการให้บริการสุขภาพของประเทศนี้ เป็นแบบระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยอาศัยเงินจากภาษีอากรทั้งหมดคิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ ๘๐.^(๕๑) มีการกระจายอำนาจในการให้บริการสุขภาพต่างๆไปสู่รัฐบาลระดับแคว้น (Landsting) ทั้ง ๒๑ แห่ง. ในระดับเทศบาลและท้องถิ่น (Kommuner) มีหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ.

การสร้างเสริมสุขภาพในสวีเดน

Alma Ata Declaration ซึ่งชูธง Health for All ในปี ค.ศ. ๑๙๗๘ และ Ottawa Charter มีส่วนสำคัญในการผลักดันเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ. มีการบรรจุเรื่องการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพใน WHO European health for all target หรือ เป้าหมายด้านสุขภาพ และผลักดันให้มีการพัฒนาแผนการสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่แบบครอบคลุม (Comprehensive regional health promotion plan) ในปี ค.ศ. ๑๙๘๕ และ Ottawa Charter ได้รับการอ้างอิงในการพัฒนาแผนงานโครงการต่างๆด้านสร้างเสริมสุขภาพ. ต่อมาในปี ค.ศ. ๒๐๐๑ ได้มีการตั้ง คณะกรรมการสาธารณสุขแห่งชาติ เพื่อวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพ และ การสาธารณสุขโดยรวม.^(๕๑)

^{๕๐} Pettersson, B. Transforming Ottawa Charter health promotion concepts into Swedish public health policy. *Promotion & Education* 2007; **14**(4): 244-249.

ปี ค.ศ. ๒๐๐๓ มีการร่างแผนสาธารณสุขแห่งชาติฉบับใหม่ (รูปที่ ๓) ซึ่งได้ผ่านการเห็นชอบจากรัฐสภา.^(๕๒) แผนนี้มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่คำนึงถึงตัวกำหนดต่อสุขภาพเท่านั้น เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ถูกสุขลักษณะ. วัตถุประสงค์ ๑๑ ข้อแบ่งออกเป็นกลุ่มและระดับต่างๆ โดยมีเป้าหมายหลักอยู่เพียงข้อเดียว คือ “การให้มีเงื่อนไขทางสังคมที่ดีต่อสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันระหว่างประชากรทั้งหมด” และเน้นเรื่องโครงสร้างและปัจจัยต่างๆทางสังคมในวงกว้าง ซึ่งรวมไปถึงความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกันระหว่างปัจจัยในระดับต่างๆ. วิธีการแก้ปัญหาสุขภาพโดยการดูจากปัจจัยในลักษณะนี้ ถือเป็นแนวทางของ Ottawa Charter.



^{๕๒} Hogstedt, C. Lundgren, B. Moberg, H. Pettersson, B. & Agren, G. The Swedish Public Health Policy and the National Institute of Public Health. Scand J Public Health 2004; 32(64).

ปี ค.ศ. ๒๐๐๖ การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองส่งผลให้มีการให้ความสำคัญกับเรื่องการรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองมากขึ้นโดยอาศัยบทบาทของครอบครัวและประชาสังคมในการผลักดันเรื่องนี้. นอกจากนี้ การที่นโยบายสุขภาพเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน จึงได้มีการตั้งให้ SNIPH เป็นผู้ประสานงานหลักเพื่อสอดส่องดูแลและสนับสนุนผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ในการนำนโยบายสาธารณสุขไปปฏิบัติ. มีการตั้งคณะกรรมการกำหนดทิศทางอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และสมาพันธ์องค์การบริหารส่วนแคว้นและท้องถิ่น (Confederation of Regional and Local Administration) เป็นตัวแทนของพื้นที่และเทศบาลทั้งหมด ๓๑๑ แห่ง (๒๑ แคว้น, ๒๙๐ เทศบาล) โดยคณะกรรมการนี้จะมีหน้าที่ในการเชื่อมโยงหลักฐานทางวิชาการกับนโยบาย และที่สำคัญกว่านั้นคือการผลักดันนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริง.

ทรัพยากรในการสร้างเสริมสุขภาพและการจำกัดความกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ถึงแม้ว่าการตั้งงบประมาณในเรื่องนี้ จะมีอยู่ในทั้ง ๓ ระดับการปกครอง แต่การใช้ทรัพยากรยังไม่ได้มีการบันทึกหรือเผยแพร่ถึงตัวเลขที่แน่นอน เนื่องจากยังขาดความชัดเจนในเรื่องคำจำกัดความของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ. ดังนั้นจึงได้มีความพยายามที่จะแก้ปัญหาในเรื่องนี้ แต่ก็มีปัญหาในเรื่องการจำกัดขอบเขตที่แน่นอนและการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนทำให้เกิดการสับสนในเรื่องขอบเขตความรับผิดชอบ ในช่วงทศวรรษที่ ๘๐ ได้สรุปว่าการแก้ที่ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งครอบคลุมหลายภาคส่วน จะส่งผลให้งบประมาณส่วนใหญ่จะได้รับการจัดสรรให้ภาคส่วนอื่นนอกภาคสุขภาพ.

งบประมาณบุคลากรด้านการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่มาจากเงินภาษีที่เก็บได้จากรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น. ปัญหาในระดับรัฐบาลกลางคือ แม้จะมีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ แต่ยังไม่มีการพัฒนาโครงการที่สามารถปฏิบัติได้จริงในวงกว้าง. ส่วนปัญหาในระดับท้องถิ่นคือความไม่เท่าเทียมกัน องค์การขนาดใหญ่จะพัฒนาบุคลากรได้ดีกว่าองค์การขนาดเล็ก. ดังนั้นจึงได้ริเริ่มและเพิ่มหลักสูตรในระดับปริญญาตรีโท เอก และหลักสูตรระยะสั้นอื่นๆ เพื่อแก้ปัญหาเรื่องนี้ให้ดีขึ้น^(๕๑)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในเรื่องสุขภาพ

มีการนำแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพตาม Ottawa Charter ไปใช้ โดยทำเมือง Stockholm ให้เป็น WHO Healthy City ขึ้นเป็นเมืองแรก. มีการจัดตั้งเครือข่ายเมืองสุขภาพและเกณฑ์สำหรับเมืองและเทศบาลอื่นๆ โดยมีมากกว่า ๑๓๐ เทศบาลที่เข้าร่วมและแสดงเจตจำนงในการที่จะปฏิบัติตามเกณฑ์ข้างต้น. นอกจากนี้ เครือข่ายยังได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติที่ดี (Good Practice) ที่แนะนำตัวอย่างโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีสำหรับการพัฒนาในท้องถิ่นอีกด้วย.^(๕๓)

ในเรื่องการขับเคลื่อนทางสังคมอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมในการวางแผน ได้มีการ

^{๕๑} Meiton, S. Soderlund, I. & Wennermark, K. Fresh ideas for public health. Healthy Cities Network. Statens

Folkhalsinstitut; 2007.

พัฒนาเครื่องมือสำหรับการบริหารจัดการ วางแผน และการสอดคล้องดูแล เช่น การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการทำการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ, การพัฒนาระบบการบริหารจัดการทางด้านสวัสดิการในระดับท้องถิ่น และการพัฒนาระบบสถิติสาธารณสุขขั้นพื้นฐานสำหรับรัฐบาลท้องถิ่น.

จากการศึกษาของ Pettersson^(๑๑) ได้สรุปวิวัฒนาการของการพัฒนาการเสริมสุขภาพออกเป็นขั้นบันไดตามรูปที่ ๓ (The Health Promotion Staircase for Building Local Capacity หรือ HEPS) โดยเริ่มจากการปลูกฝังในเรื่องแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพ แล้วไปจบที่การมีขีดความสามารถในการสอดคล้องดูแลและประเมินผล.

การวิจัยและการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผล

หนึ่งในหัวใจสำคัญในการนำแผนสาธารณสุขไปปฏิบัติ คือกระบวนการสอดคล้องดูแลอย่างเป็นระบบ การปฏิรูป SNIPH ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๐๑ มีการสอดคล้องดูแล ประเมินผล



และจัดทำรายงานนโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy Report) ควบคู่กับ รายงานสาธารณสุข (Public Health Report) ซึ่งรายงานแนวโน้มปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีตัวชี้วัดทั้งหมด ๑๖ ตัว เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ ทั้ง ๑๑ ข้อ ตามแผนสาธารณสุขแห่งชาติข้างต้น. ข้อเสนอนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากรัฐบาลและรัฐสภา และได้เริ่มมีการรายงานในเดือน ตุลาคม ค.ศ. ๒๐๐๕. นอกจากนี้ SNIPH และเทศบาลที่สนใจได้ริเริ่มการสำรวจ ประชาชนในเรื่องพฤติกรรมด้านสุขภาพทุกปี โดยสามารถดูข้อมูลได้ทั้งในระดับพื้นที่และท้องถิ่น.

อีกเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญในแผนสาธารณสุขก็คือการให้ SNIPH มีบทบาทเป็นศูนย์ความรู้ แห่งชาติ (National Knowledge Centre) ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ. มีการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่ตีพิมพ์ และจัดทำคู่มือสำหรับการประเมินกิจกรรมและคู่มือการดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริม สุขภาพอีกด้วย.^{๕๔} มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการวิจัยที่ไปประเมินการดำเนินการของโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่ ดำเนินการโดยภาคส่วนต่างๆ แทนที่จะให้การวิจัยเป็นแต่เพียงการอธิบายและวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพ เท่านั้น.^{๕๕}

๒.๖.๓ การสร้างเสริมสุขภาพของรัฐบาลท้องถิ่นใน ประเทศนิวซีแลนด์

นิวซีแลนด์เป็นประเทศที่มีมาตรฐานความเป็นอยู่สูง. ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ พบว่า GDP per capita เท่ากับ US\$ ๓๔,๑๒๑ ซึ่งเทียบได้กับประเทศในยุโรป แต่ก็ยังน้อยกว่าประเทศสหรัฐอเมริกา. เศรษฐกิจของประเทศ นิวซีแลนด์ขึ้นกับการเกษตรกรรมที่ได้รับการพัฒนาโดยใช้ระบบสหกรณ์ทำให้สามารถควบคุมคุณภาพด้านการ ผลิตและราคาให้มีความเป็นธรรมต่อสมาชิกและผู้บริโภคได้ และขึ้นกับการอุตสาหกรรมที่ส่วนใหญ่เป็น อุตสาหกรรมที่เกิดจากผลผลิตทางการเกษตรเช่น นม เนย และ กระจาย เป็นต้น^{๕๖}

ประเทศนิวซีแลนด์ได้รับเอกราชจากสหราชอาณาจักรอังกฤษ ในวันที่ ๒๖ กันยายน ค.ศ. ๑๙๐๗. ปัจจุบันยังมีพระราชินี Queen Elizabeth เป็นประมุข และปกครองประเทศแบบประชาธิปไตยตามระบบรัฐสภา

^{๕๔} Hedin, A. & Kallestål, C. Knowledge-based public health work part 2 handbook for compilation of reviews on interventions in the field of public health. Sweden: Stalen Folkhalsinstitut R 2004:10; 2004

^{๕๕} SNIPH “An inventory of Swedish Public Health Research”. Stockholm: Statens Folkhalsinstitut R 2004:6; 2004.

^{๕๖} พิทยรังสฤษฎ์, ศ. และ คณะ การศึกษาข้อมูลในองค์กรต่างประเทศที่มีภาระกิจคล้ายกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2009.

โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้บริหารประเทศ. มีการแบ่งการปกครองออกเป็น ๑๒ ภูมิภาค (Regions) และ ๗๑ ดินแดน (Territories) โดยแต่ละดินแดนมีประชากรเฉลี่ยอยู่ที่ ๕๐,๔๕๘ คน^(๕๗)

นิวซีแลนด์เป็นประเทศหนึ่งที่มีการจัดการระบบสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชน. ระบบสุขภาพของประเทศอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health). ประเทศนิวซีแลนด์มีการปฏิรูประบบสุขภาพมาเป็นเวลากว่า ๑๐ ปี. รูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพเปลี่ยนแปลงตามพรรคการเมืองที่ได้รับการเลือกตั้งเป็นรัฐบาล. ในปี ค.ศ. ๑๙๙๕ Labour Party ชนะการเลือกตั้งได้เป็นรัฐบาล. พระราชบัญญัติสุขภาพและการดูแลผู้พิการปี ค.ศ. ๒๐๐๐ (The New Zealand Health and Disability Act 2000) ได้ผ่านความเห็นชอบจากรัฐสภา. ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ได้เกิดหน่วยงานใหม่ขึ้นมา ๒ แห่ง คือ The National Health Committee (NHC) มีหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสุขภาพในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพและความพิการ และ The Public Health Advisory Committee (PHAC) ซึ่งมีหน้าที่ให้คำแนะนำต่อกระทรวงสุขภาพในเรื่องสาธารณสุข. การจัดการด้านสุขภาพ กลับไปสู่รูปแบบของการเลือกตั้งโดยประชาชนจะเป็นผู้เลือกตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด (District Health Boards - DHBs) ซึ่งปัจจุบันมีจำนวน ๒๑ แห่ง^(๕๘)

ในช่วงปี ค.ศ. ๒๐๐๕-๒๐๐๗ ค่าอายุเฉลี่ยของประชากรเพศชายเท่ากับ ๗๘.๑ ปี เพศหญิง ๘๒.๒ ปี และอัตราการตายของทารกต่อการเกิดยังชีพ ๑,๐๐๐ คน ในปี ค.ศ. ๑๙๘๖ เท่ากับ ๑๑.๒ และในปี ค.ศ. ๒๐๐๗ เท่ากับ ๔.๕^(๕๙)

การสร้างเสริมสุขภาพในนิวซีแลนด์

-บทบาทของรัฐบาลท้องถิ่น

รายงานของ Local Government New Zealand ในปี ค.ศ. ๒๐๐๔^(๕๕) ที่ส่งให้คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านสาธารณสุข(Public Health Advisory Committee) ระบุถึงหน้าที่ด้านสาธารณสุขของรัฐบาลท้องถิ่นดังรูปที่ ๔.

นอกจากนี้ กฎหมาย Local Government Act ปี ค.ศ. ๒๐๐๒ ยังได้กำหนดหน้าที่ด้านสาธารณสุขของรัฐบาลท้องถิ่น โดยได้ให้ขอบเขตของความรับผิดชอบมากขึ้น เพื่อให้รัฐสามารถให้บริการอื่นๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนทางด้านนี้ได้. โดยได้ระบุเป้าหมายของรัฐบาลท้องถิ่นไว้ว่า การดำเนินการแบบประชาธิปไตยให้เกิดการตัดสินใจ และการดำเนินการและการตัดสินใจนั้นเกิดจากชุมชน. นอกจากนี้ยังต้องการ

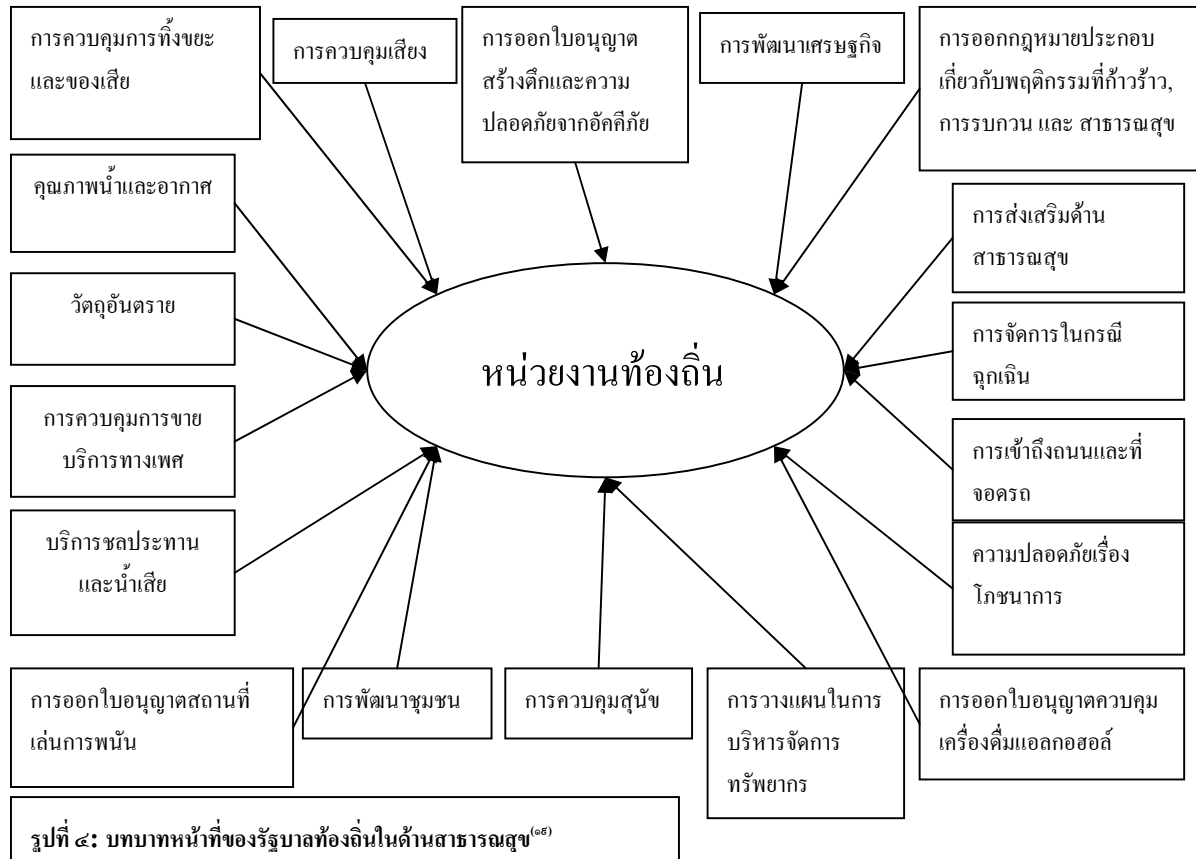
^{๕๗} Ministry of Local Government 2009. Local Government Statistical Overview

http://www.localcouncils.govt.nz/lcip.NSF/wpg_url/About-Local-Government-Local-Government-Statistical-Overview-Index [accessed August 2009].

^{๕๘} Ministry of Social Development. The Statistical Report. Wellington (New Zealand): Ministry of Social Development; 2008.

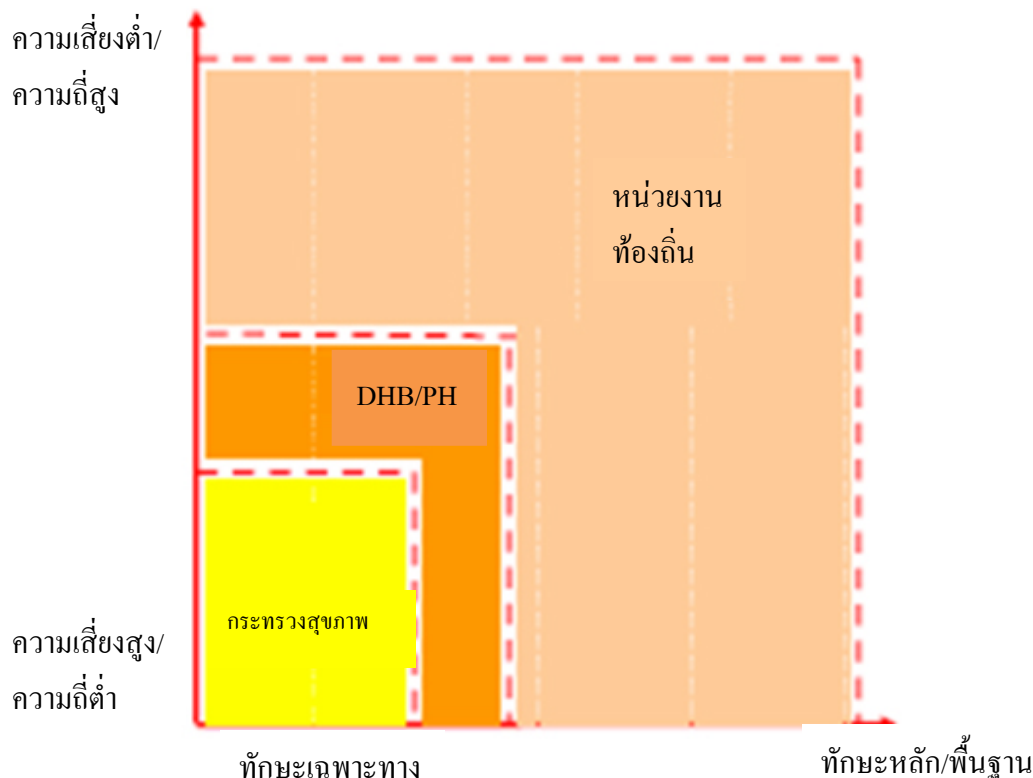
^{๕๙} Local Government New Zealand. Submission to Public Health Advisory Committee on the “Emerging Issues for Public Health in New Zealand: Discussion Paper”. New Zealand: Local Government New Zealand; 2004.

ให้รัฐบาลท้องถิ่นสนับสนุนให้เกิดสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ทั้งในปัจจุบันและอนาคต.



นอกจากนี้ กฎหมายฉบับนี้ยังได้กำหนดให้รัฐบาลท้องถิ่นมี แผนชุมชนระยะยาว (Long-term Council Community Plans หรือ LTCCP). โดยแผนนี้จะต้องมีการกำหนด “ผลลัพธ์ของชุมชน” (Community outcome) ที่ชุมชนต้องการให้มีการสนับสนุนเพื่อพัฒนาสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้น และ สิ่งที่ทางรัฐบาลท้องถิ่นจะทำให้เกิดผลลัพธ์อันนี้ในช่วงเวลาของแผน.

บทบาทหน้าที่อื่นๆของรัฐบาลท้องถิ่นที่กฎหมายกำหนดก็คือ การให้รัฐบาลท้องถิ่นมีบทบาทในเรื่อง การสนับสนุนความร่วมมือกันทางสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพและทำให้เกิดการพัฒนาสาธารณสุขอย่างยั่งยืน. การแบ่งหน้าที่ระหว่างส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นเป็นไปตามกรอบแนวคิด Risk-Specialization Model (รูปที่ ๕). โดยกิจกรรมใดที่ต้องใช้ความรู้เฉพาะทางมาก และเป็นกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงก็ให้เป็นหน้าที่ของส่วนกลาง ในขณะที่กิจกรรมในลักษณะอื่นๆอาจให้เป็นของส่วนท้องถิ่นได้.^(๑๖)



รูปที่ ๕: Risk-specialization model^(๔๕)

ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ

- โครงสร้างพื้นฐาน

ในนิยามนี้ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งครอบคลุมในเรื่องของ โครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ, และระบบการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และกฎหมายนั้น โดยส่วนใหญ่แล้วดำเนินการโดยรัฐบาลกลางหรือได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง.

การจัดโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการมีส่วนทำให้การสร้างเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น. โดยในปี ค.ศ. ๑๙๙๓ ได้มีการแยกส่วนของการกำหนดนโยบาย, การจัดซื้อจัดจ้าง (Purchaser), และ การให้บริการ (Provider) ออกจากกัน โดยมีกระทรวงสุขภาพเป็นผู้กำหนดนโยบาย, องค์กรดูแลกองทุนสุขภาพ (Health Funding Authority) เป็นผู้ซื้อ, และ ผู้ให้บริการซึ่งมีทั้งผู้ให้บริการภาครัฐและภาคเอกชน และยังรวมไปถึง องค์กรชุมชนต่างๆอีกด้วย. การแยกส่วนนี้ ทำให้เกิดผลดีคือ มีข้อมูลในเรื่องการจัดซื้อจัดจ้างที่ดีขึ้น, มีการเน้นในเรื่องผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพมากขึ้น และ มีการตั้งและพัฒนาองค์กรต่างๆของเผ่าเมารีเพื่อมาเป็นผู้ซื้อและผู้ให้บริการ. อย่างไรก็ตาม ในระยะต่อมาได้มีการนำเอา Health Funding Authority

มารวมกับกระทรวงสุขภาพอีกครั้ง เพราะมีความกังวลว่าอาจจะเกิดความขัดแย้งกัน.^(๑๐๐)

ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้มีการพัฒนารอบนโยบายเป้าหมายด้านสุขภาพ (Health Goals Framework) และได้มีการออกกฎหมายเพื่อกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและมาตรฐานในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่นเรื่องคุณภาพน้ำและอากาศ, เรื่องแอลกอฮอล์และยาสูบ ฯลฯ. กรอบนโยบายฯได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาและกำหนดยุทธศาสตร์และจัดลำดับความสำคัญของพื้นที่ จึงได้กำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพแบบกว้างๆ ทำให้แต่ละชุมชนสามารถเลือกและจัดลำดับความสำคัญตามความต้องการของแต่ละชุมชน และตามทรัพยากรและความรู้ความสามารถที่มีอยู่.^(๑๐๑)

-การพัฒนาความสามารถ

ประเทศนิวซีแลนด์ได้มีการพัฒนาความสามารถในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินการในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ. โดยมีการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านในเรื่องต่างๆเช่น ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม (Environmental Health), ด้านสุขภาพจิต, และ ด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ.^(๑๐๒) อย่างไรก็ตาม Wise & Signal^(๑๐๓) ได้มีความเห็นว่า การพัฒนาในเรื่องนี้ยังไม่เพียงพอสำหรับชุมชนเผ่าเมารี ซึ่งยังขาดแคลนบุคลากรและความสามารถในการเรื่องนี้เป็นอย่างมาก.

ในเรื่องการวิจัยและการประเมิน ได้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศทางด้านสุขภาพ และเน้นในเรื่องการใช้หลักฐานทางวิชาการในการกำหนดนโยบายมากขึ้นจึงทำให้ต้องเพิ่มการลงทุนในการวิจัยและพัฒนาบุคลากรเพื่อที่จะสามารถวิจัยและประเมินนโยบายและโครงการต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ.^(๑๐๓)

-การลงทุน

จากการศึกษาของ Durham^(๑๐๔) พบว่ามีเพียงร้อยละ ๒ ของงบประมาณสุขภาพที่มาจากภาษีอากรที่จัดสรรให้กับการพัฒนานโยบายและการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น. ส่วน

^{๑๐๐} Wise, M. & Signal, L. () Health promotion development in Australia and New Zealand. *Health Promotion International* 2000; **15**(3): 237-248.

^{๑๐๑} Ministry of Health. Strengthening Public Health Action: A Strategic Direction to improve, Promote and Protect Public Health. Wellington: Ministry of Health; 1997.

^{๑๐๒} Commonwealth Department of Health and Family Services. Review of the public health education and research program specialty programs consultancy brief. Canberra: Commonwealth Department of Health and Family Services; 1997.

^{๑๐๓} King, L. Hawe, P. & Wise, M. From research into practice in health promotion: A review of the literature on dissemination. Sydney: National Centre for Health Promotion; 1995.

^{๑๐๔} Durham, G. Public health in New Zealand. Paper presented to the Australian National Public Health Partnership, Melbourne; 1998.

ใหญ่นำงบประมาณไปพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและดำเนินการโครงการต่างๆ. นิวซีแลนด์มีองค์กรที่เรียกว่า Health Sponsorship Council ที่ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. ๑๙๕๐ ซึ่งสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นการโฆษณาในงานกีฬาและวัฒนธรรม การส่งเสริมการงดบุหรี่และการขับรถอย่างปลอดภัย.^(๑๐๕)

ภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร(NGO) และประชาสังคมเริ่มมีความสำคัญมากขึ้นในการลงทุนในเรื่องนี้ และเนื่องจากทรัพยากรและงบประมาณที่อาจจะจำกัดมากขึ้น จะทำให้บทบาทของ NGO เหล่านี้มีสูงขึ้น.

-การร่วมมือกันระหว่างภาคส่วน

Wise & Signal^(๑๐๖) ได้ให้ความเห็นว่า การร่วมมือกันระหว่างภาคส่วนมีส่วนทำให้การสร้างเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จเป็นอย่างมากในนิวซีแลนด์ ซึ่งโดยพื้นฐานแล้ว ประเทศนี้มีวัฒนธรรมในการให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมอยู่แล้ว. ในระดับท้องถิ่น การพัฒนาชุมชนและนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่จะมีการทำประชาวิจารณ์ ซึ่งถือเป็นกฎหมายข้อบังคับ ที่นโยบายหรือโครงการของกระทรวงจะต้องผ่านกระบวนการนี้ก่อน นอกจากนี้ ยังจะต้องมีการประเมินความต้องการของชุมชนด้วย (Needs Assessment).

การร่วมมือกันระหว่างภาคส่วนอื่นๆที่นอกเหนือจากภาคสุขภาพนั้น นิวซีแลนด์มีโครงการต่างๆ เช่น Strengthening Families Initiative ซึ่งเป็นการร่วมมือกันระหว่างภาคสุขภาพ การศึกษา และสวัสดิการ เพื่อสนับสนุนสถาบันครอบครัว, และ Action for Health and Independence ซึ่งเป็นการร่วมมือกันระหว่างภาคสุขภาพและภาคสวัสดิการคนพิการ.^(๑๐๖) โดยความร่วมมืออาจเป็นในแบบระยะสั้นหรือระยะยาว และจะเน้นในเรื่องการส่งเสริมการร่วมมือและการเข้าใจกันระหว่างภาคส่วน.^(๑๐๗)

๒.๖.๔ บทสรุปและข้อเสนอแนะ

Ottawa Charter ถือเป็นจุดเริ่มของการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติ และเป็นแม่แบบของการสร้างเสริมสุขภาพในหลายๆประเทศ เช่น เม็กซิโก, สวีเดน และ นิวซีแลนด์.

ประเทศเม็กซิโกยึดแนวทางของ Ottawa Charter มีการประเมินสถานะของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยดู

^{๑๐๕} Clarkson, J. Corti, B. Pikora, T. Jalleh, G & Donovan, R. Organisational survey 1992-1997. Volume 1: Methodology and Executive Summary. Dept of Public Health & Graduate School of Management, University of Western Australia; 1998.

^{๑๐๖} Signal, L. Durham, G. & Linton, M. Action to improve the health of New Zealanders. New Zealand Public Health Report 1998; 5: 65-67.

^{๑๐๗} Harris, E. Wise, M. Hawe, P. Finlay, P. & Nutbeam, D. Working together, intersectoral action for health. Canberra: Department of Human Services and Health; 1995.

จากองค์ประกอบในการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง ๖ อย่าง คือ Community Action, Healthy Environment, Healthy Policy, Personal Skills & Empowerment, Health Services Reorientation, และ Evidence & Evaluation ซึ่งพบว่า เม็กซิโกยังขาดในเรื่องสองอย่างหลัง. นอกจากนี้เม็กซิโกยังมีแผนการสร้างเสริมสุขภาพระดับประเทศ ที่เรียกว่า Health Promotion Operation Model (MOPS) มุ่งเน้นที่จะแก้ปัญหาในเรื่องการขาดแคลนในเรื่องระบบสารสนเทศหรือทางกำลังคน โดยเห็นว่า การพบกันระหว่างประชาชนและบุคลากรสุขภาพนั้นมีค่ามากที่สุดในการให้ความรู้และฝึกให้ประชาชนรักษาสุขภาพของตนเอง.

ประเทศสวีเดนถือเป็นรัฐสวัสดิการ การสร้างเสริมสุขภาพในสวีเดนมีพื้นฐานมาจาก Ottawa Charter โดยได้ให้ความสำคัญในเรื่อง การจำกัดความของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, ทรัพยากรและการลงทุนทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ และ การวิจัยและประเมินผลโครงการ. ที่สำคัญคือ ในปี ค.ศ. ๒๐๐๓ มีการร่างแผนสาธารณสุขฉบับใหม่ โดยมีจุดประสงค์ ๑๑ ข้อ ซึ่งคำนึงถึงแต่เรื่อง Determinants of health เท่านั้น และได้มีการแบ่งออกเป็นระดับต่างๆ ก็ระดับการใช้ชีวิตและพฤติกรรมด้านสุขภาพ, และระดับโครงสร้างทางสังคมและความเป็นอยู่. โดยทั้งหมดนี้ มีเป้าหมายรวมเพียงอย่างเดียวคือ “การให้มีเงื่อนไขทางสังคมที่ดีต่อสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันระหว่างประชากรทั้งหมด.”

นิวซีแลนด์ถือเป็นประเทศที่ร่ำรวยและเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ. จะเห็นได้จากวิวัฒนาการในเรื่องนี้ ได้มีการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม ตั้งแต่ก่อนเปลี่ยนสหัสวรรษ. มีการยึดถือแนวทางของ Ottawa Charter และได้ให้ความสำคัญกับเรื่อง การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน, การพัฒนาความสามารถของบุคลากร, การลงทุนทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการร่วมมือกันระหว่างภาคส่วน. นอกจากนี้ ในเรื่องการกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพ ก็ได้มีความก้าวหน้าในเรื่องนี้ค่อนข้างมากโดยมีทั้ง District Health Board ที่ดูแลเรื่องสุขภาพ และรัฐบาลท้องถิ่นที่ดูแลเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพโดยเฉพาะ. กฎหมาย Local Government Act ปี ค.ศ. ๒๐๐๒ ได้ระบุอย่างชัดเจนในเรื่องบทบาทและหน้าที่ของรัฐบาลท้องถิ่นในเรื่องนี้ และยังได้มีการแบ่งหน้าที่ระหว่างส่วนกลางกับท้องถิ่นตาม risk-specialization model ด้วย.

ในประเทศทั้งสาม ได้มีการให้ความสำคัญในเรื่องการมีส่วนร่วมและการพัฒนาความสามารถ (capacity development) ในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรท้องถิ่น ซึ่งต้องอาศัยการทำงานและประสานงานในด้านต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ. ดังนั้นการถ่ายโอนภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของอปท.และชุมชน เพื่อให้การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ.

การพัฒนาศักยภาพของอปท.ในการรับภาระงานให้บริการสร้างเสริมสุขภาพอาจศึกษาบทเรียนจากประเทศสวีเดน ที่สรุปการพัฒนาในเรื่องนี้เป็น “บันได ๕ ขั้นสู่ความเข้มแข็งของท้องถิ่นในการสร้างเสริม

สุขภาพ.” เริ่มจากการปลูกฝังในเรื่องสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนทุกระดับเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ หลังจากนั้นจึงมีการพัฒนานโยบาย, บุคลากร และระบบต่างๆเพื่อให้เอื้อต่อการรับภาระหน้าที่ในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ, และสุดท้าย ต้องมีการเก็บข้อมูลและประเมินผลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เพื่อจะพัฒนาศักยภาพของตนเองต่อไป.

แผนชุมชนระยะยาว หรือ Long-Term Council Community Plan (LTCCP) ถือว่าเป็นเครื่องมือหนึ่งในการให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมอย่างเป็นทางการในการกำหนดนโยบายสุขภาพของท้องถิ่นของตนเอง. ซึ่งจะต้องมีการกำหนดผลลัพธ์ที่ชุมชนต้องการให้มีการสนับสนุน และองค์การท้องถิ่นจะต้องมีแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา. โดยจะต้องมีการกำหนดระยะเวลาของแผนด้วย. การออกกฎหมายรับรองให้มีแผนปฏิบัติการในลักษณะนี้ จะทำให้ชุมชนตื่นตัวในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้การพัฒนา นโยบายสาธารณะมีคุณภาพมากขึ้น ตรงจุดมากขึ้นเนื่องจากเป็นปัญหาที่คนในพื้นที่ได้หยิบยกขึ้นมาเอง.

นอกจากนี้ การพัฒนาเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในเม็กซิโกตามแผน MOPS โดยใช้แนวคิดทางด้าน Social Marketing ก็เป็นแนวคิดที่น่าสนใจ. เป็นการนำหลักการทางการตลาด คือ Product, Place, Pricing และ Promotion (4Ps)มาใช้ โดยเปลี่ยนเป้าหมายจากการทำกำไรทางการค้ามาเป็นการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่สังคมโดยรวม. โดยมีการวิเคราะห์, วางแผน, การนำไปปฏิบัติ และ การประเมินโครงการ ที่มุ่งเน้นให้เกิดความคิดริเริ่ม โดยคำนึงถึงเรื่องต่างๆ เช่น สิ่งที่ต้องการให้กลุ่มเป้าหมายทำ, การให้ความรู้, สื่อที่จะถ่ายทอดความรู้ ฯลฯ. การอาศัยหลักการทางธุรกิจนี้ อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการชักจูงให้ประชาชนหันมาสนใจเรื่องสุขภาพของตนเองมากขึ้นได้.

บทที่ ๓ ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๓.๑ ข้อเสนอแนะที่และภารกิจของอปท.ในการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่

ข้อเสนอต่อไปนี้เป็นข้อเสนอของผู้วิจัย สันเคราะห์จากการทบทวนข้อมูลในประเทศไทย ประสบการณ์ในต่างประเทศ และการทบทวนบทบาทของสถานีนอมนัย ๒๒ แห่ง ในบทที่ ๒ และการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ใน อบต.๔ แห่ง แล้วสังเคราะห์ เรียบเรียงให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย เป็นข้อเสนอเรื่อง ภารกิจของรัฐ และท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ, กรอบในการประเมินความเข้มแข็งของท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ , และข้อเสนอทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและการบริหารจัดการสถานพยาบาลภาครัฐภายใต้บริบท การกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.๑.๑ ภารกิจของรัฐและท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนแผนการกระจายอำนาจพ.ศ.๒๕๔๔ และแผนงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของจังหวัดต่างๆ สามารถจัดแบ่งเป็นกลุ่มงานเพื่อให้สอดคล้องกับกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพของออตตาวา ชาร์เตอร์ ได้ ๑๘ งานกับอีก ๓ กลไก แบ่งเป็น

- การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนรายบุคคล ๖ งาน
- การสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชน ๔ งาน
- การจัดการให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ๖ งาน
- การคุ้มครองสิทธิ ๒ งาน
- กลไกการผลักดันนโยบายสาธารณะอื่นๆ เพื่อสุขภาพ
- กลไกการสื่อสารสาธารณะเพื่อสุขภาพและการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ
- กลไกการใช้หลักฐานทางวิชาการในการสร้างเสริมสุขภาพ

มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ และได้สรุปบทบาทของรัฐ ท้องถิ่น และประชาชนไว้ในตารางที่ ๓

ก. การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนรายบุคคล

เป็นการบริหารจัดการปัจจัยต่อสุขภาพของประชาชนรายบุคคลมีจุดมุ่งหมายในการระบุถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น โดยจำแนกประชากรออกตาม อายุ เพศ วัฒนธรรม และสถานการณ์ทำงาน ที่ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย* การแก้ไขปัญหาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์* งานทันตสาธารณสุข* งานโภชนาการ* และงานวางแผนครอบครัวและพัฒนาประชากร* รวมถึง การพัฒนาบุคลากรและชุมชนและปฏิบัติการเพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อด้วย* ประกอบด้วย ๖ งาน คือ

๑. การส่งเสริมสุขภาพ อสม.
 ๒. การส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก*
 ๓. การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน*
 ๔. การดูแลผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส*
 ๕. การส่งเสริมสุขภาพวัยแรงงานรวมถึง งานพัฒนาอาชีพอนามัยและอาชีพเวชกรรม*
 ๖. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*
- ข. การสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชน ในการวางแผน สร้างกิจกรรมและระดมทรัพยากร ประกอบด้วย ๔ งาน
๑. การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพในพื้นที่
 ๒. การมีส่วนร่วมของกองทุนชุมชนอื่นๆที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
 ๓. การส่งเสริมกิจกรรมทางวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ
 ๔. งานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ*
- ค. การจัดการให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ เป็นการจัดการให้เกิดสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย สำหรับพักอาศัย เรียนรู้ และทำงาน นอกจากนี้จะต้องมีสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นให้คนรู้จักรักษาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตอีกด้วย ประกอบด้วย ๖ งาน
๑. การจัดหาและพัฒนา น้ำสะอาด*
 ๒. การเกษตรเพื่อสุขภาพและอาหารปลอดภัย
 ๓. งานสุขาภิบาลอาหารและงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม*
 ๔. งานเฝ้าระวังและคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษทาง น้ำ และอากาศ *
 ๕. การป้องกันและลดอุบัติเหตุจราจร
 ๖. การควบคุมการผลิต จำหน่าย และบริโภค สุราและยาสูบ
- ง. การคุ้มครองสิทธิ ประกอบด้วย ๒ งาน
๑. การคุ้มครองสิทธิของบุคคล ให้เข้าถึงหลักประกันสุขภาพ
 ๒. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ รวมถึง
 - การผลิตสื่อและหรือการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา*
 - การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคด้านความรู้ในการบริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม*
 - การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของผู้บริโภคในท้องถิ่น*
 - ตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอางและวัตถุอันตรายในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุใน พ.ร.บ.แต่ละประเภท*

จ.กลไกการผลักดันนโยบายสาธารณะอื่นๆ เพื่อสุขภาพ ควรมุ่งเน้นไปเพื่อสร้างความเป็นธรรมอันเนื่องมาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพ และสร้างความรับผิดชอบต่อการกระทำที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ

ฉ.กลไกการสื่อสารสาธารณะเพื่อสุขภาพและการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ

ช.กลไกการใช้ หลักฐานทางวิชาการในการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การประเมินวิเคราะห์ข้อมูลในเรื่องประสิทธิผลของโครงการ การส่งเสริมสุขภาพ และข้อมูลอื่นๆที่ทำให้เกิดความรู้ที่นำมาใช้ในการตัดสินใจได้

หมายเหตุ: * เป็นภารกิจเดิมของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องถ่ายโอนให้ท้องถิ่นในแผนพ.ศ.๒๕๔๔

ตารางที่ ๗ ข้อเสนอบทบาทของรัฐ ท้องถิ่น และประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ประเด็น ในการสร้างเสริม สุขภาพ	บทบาทของรัฐ ท้องถิ่นและประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ		
	รัฐส่วนกลาง/ส่วนภูมิภาค	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ภาคประชาชน
ภาพรวมระบบสุขภาพ	-กสธ.เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดนโยบาย -สช.สร้างกลไกนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม -สปสช.เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพ -สสส. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพภาคประชาชน -สวรส. วิเคราะห์ประเมินประสิทธิผลงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อใช้ในการตัดสินใจ	-จัดให้มีบริการสาธารณะ โดยผู้ให้บริการอาจมาจากรัฐหรือเอกชนก็ได้ -จัดการดูแลสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น -จัดกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม	ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และร่วมวางแผนและตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากรของท้องถิ่น
ก.การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนรายบุคคล	- กสธ.จัดทำโครงการระดับชาติ สร้างกลไกแรงจูงใจ - สปสช.จัดระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งงบส่งเสริมป้องกันโรค (PP) ให้สถานบริการ	-สถานีอนามัย แนะนำทักษะทางสุขภาพรายบุคคล/กลุ่ม และการอบรมในระดับชุมชน -เป็นภารกิจของ รพสต.	อสม. ร่วมในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล
ข. การสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชน	-สปสช.จัดสรรงบส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชน (PP com) ให้ในรูปแบบกองทุนสุขภาพตำบล -สสส.มีบทบาทสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ นอกกระบวนการบริการสุขภาพ	- บริหารกองทุนสุขภาพตำบล - อปท. จัดสรรให้หมู่บ้านชุมชนแห่งละ ๑๐,๐๐๐ บาท - ทำโครงการตามแผนของหมู่บ้าน	-ชุมชนเป็นกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล -วางแผนและดำเนินการโครงการระดับหมู่บ้าน -ขับเคลื่อนสังคมและภาคประชาชน

ประเด็น ในการสร้างเสริม สุขภาพ	บทบาทของรัฐ ท้องถิ่นและประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ		
	รัฐส่วนกลาง/ส่วนภูมิภาค	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ภาคประชาชน
ค. การจัดการให้เกิด สิ่งแวดล้อมที่ดีต่อ สุขภาพ	-สช.และกรมวิชาการ จัดทำแนวทางการ จัดการสิ่งแวดล้อม -สช.สร้างกลไก แนวทางการประเมินผล กระทบต่อสุขภาพ	-จัดการสิ่งแวดล้อม	-สอดคล้องดูแล สิ่งแวดล้อมรอบบ้าน และชุมชน
ง. การคุ้มครองสิทธิ	-สปสช.ให้หลักประกันสุขภาพกับทุกคน -กสช.จัดทำแนวทางคุ้มครองผู้บริโภค	สอดคล้องการละเมิดสิทธิ และ ให้ความคุ้มครองผู้ด้อยโอกาส	ประชาชนรู้สิทธิและ ปกป้องสิทธิคนใน ชุมชน
จ.กลไกการผลักดัน นโยบายสาธารณะ อื่นๆ เพื่อสุขภาพ	-สช. จัดกลไก และแนวทางการทำแผน สุขภาพในระดับพื้นที่	เป็นแกนประสานการจัดทำ นโยบายสาธารณะอย่างมีส่วน ร่วม หรือ จัดทำแผนสุขภาพ จังหวัด/ แผนสุขภาพตำบล	ร่วมในกระบวนการ
ฉ.กลไกการสื่อสาร สาธารณะเพื่อสุขภาพ และการจัดการข้อมูล ด้านสุขภาพ	-สสส. ทำการตลาดเพื่อสังคม ส่งเสริมการมี พฤติกรรมและทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพ -กสช.จัดระบบข้อมูลด้านสุขภาพ, สสจ. สนับสนุนข้อมูลให้ท้องถิ่น	เป็นหน่วยจัดเก็บข้อมูลที่จุด บริการ	
ช. กลไกการใช้ หลักฐานทางวิชาการ ในการสร้างเสริม สุขภาพ	สวรส.จัดให้มีการวิเคราะห์ข้อมูลและวิจัย เพื่อใช้สนับสนุนการตัดสินใจที่ระดับต่างๆ สสจ.สนับสนุนข้อมูลให้ท้องถิ่น	ใช้หลักฐานทางวิชาการในการ จัดทำแผนสุขภาพ	

การมอบภารกิจจากหน่วยงานรัฐส่วนกลาง/ส่วนภูมิภาค ให้ท้องถิ่น อาจอาศัยหลัก ๒ อย่างคือ ๑) ความ
เสี่ยงต่ำหรือความถี่สูง และ ๒)ใช้ทักษะพื้นฐาน หรือเข้าเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่ง รายละเอียดดูในตารางที่ ๘

ตารางที่ ๘ การแบ่งภารกิจตามการกระจายอำนาจให้หน่วยงานรัฐแต่ละระดับ

หน่วยงาน	พื้นที่ ที่รับผิดชอบ	การจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข	ทั่วประเทศ	จัดทำเป็นนโยบายระดับชาติ สร้างกลไกแรงจูงใจ
สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ (สช.)		ประเมินความก้าวหน้าในการสร้างเสริมสุขภาพ ใน ๖ ด้าน ดังนี้ ๑) นโยบายสุขภาพ ๒) สภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ๓) การมีส่วนร่วมของชุมชน ๔) ทักษะชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพประชาชน ๕) การปรับทัศนคติเกี่ยวกับ

หน่วยงาน	พื้นที่ ที่รับผิดชอบ	การจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ
		บริการสุขภาพ ๖) การใช้หลักฐานทางวิชาการและการประเมินผล
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด (สสจ.)	จังหวัด	๑. ประสานงานเพื่อให้เกิดการประเมินสภาพปัญหาปัจจัยกำหนดสุขภาพ และจัดทำแผนสุขภาพจังหวัดร่วมกัน ๒. สื่อสารสาธารณะเพื่อพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในเรื่องสุขภาพและการใช้ชีวิต (ที่จำเพาะกับบริบทของจังหวัด) ๓. จัดระบบข้อมูลด้านสุขภาพ สนับสนุนข้อมูลให้ท้องถิ่นในการประเมินผลและตัดสินใจ ๔. กำกับมาตรฐานการบริการสาธารณะด้านสุขภาพและการกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ในอำเภอ
องค์การบริหารส่วน จังหวัด (อบจ.)	จังหวัดหรือ ระหว่างท้องถิ่น	1. สร้างกลไกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับจังหวัดที่มีส่วนร่วมจากท้องถิ่นระดับต้น (Build healthy public policy), 2. สร้างกลไกเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในระดับจังหวัด (Create supportive environment for health)
สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ(สสอ.)	อำเภอ	ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในรูปแบบคณะกรรมการ คปสอ. หรือ CUB Board ในการจัดการระบบข้อมูล การบัญชีและการสนับสนุน สอ. และอบต. รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ในอำเภอ
เทศบาล	ท้องถิ่นเขตเมือง	-จัดให้มีบริการสาธารณะในเทศบาล ๑๘ งาน การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนรายบุคคล ๖ งาน (อาจจัดโดยผู้ให้บริการสุขภาพอื่น) การสร้างมีส่วนร่วมของชุมชน ๔ งาน การจัดการให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ๕ งาน การคุ้มครองสิทธิ ๒ งาน -เป็นแกนประสานจัดทำนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม หรือ จัดทำแผนสุขภาพเทศบาล
องค์การบริหารส่วน ตำบล (อบต.)	ท้องถิ่นเขต ชนบท ตำบล	-จัดให้มีบริการสาธารณะในเขต ๑๘ งาน การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนรายบุคคล ๖ งาน (อาจจัดโดยผู้ให้บริการสุขภาพอื่น) การสร้างมีส่วนร่วมของชุมชน ๔ งาน การจัดการให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ๕ งาน การคุ้มครองสิทธิ ๒ งาน -เป็นแกนประสานจัดทำนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม หรือ จัดทำแผนสุขภาพ

หน่วยงาน	พื้นที่ ที่รับผิดชอบ	การจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ
		ตำบล
สถานีอนามัย, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, PCU	ตำบล	เป็นผู้ให้บริการ การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนรายบุคคล อาจสังกัดอบต.หรือ CUB
โรงพยาบาลชุมชน	อำเภอ	เป็นผู้ประสานสนับสนุนสอ./รพ.สต./PCU ในรูปแบบ CUB Board ด้านกำลังคนและเวชภัณฑ์

๓.๑.๒ การบริหารจัดการที่ส่วนกลาง

หน่วยงานที่ส่วนกลางที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ แม้จะได้เสนอหน้าที่หลักๆของแต่ละหน่วยงานไว้แล้ว ดังนี้

-กระทรวงสาธารณสุข (กสธ.)เป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดนโยบาย และกำหนดมาตรฐานของบริการสาธารณะ

-สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)สร้างกลไกนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม และประเมินความก้าวหน้าของการสร้างเสริมสุขภาพทั้งระบบ

-สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพ ในส่วนของบริการส่งเสริมสุขภาพของประชากรรายบุคคล และกำหนดมาตรฐานของบริการ

-สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพภาคประชาชน

-สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) วิเคราะห์ประเมินประสิทธิผลงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อใช้ในการตัดสินใจ

แต่ยังมีความจำเป็นต้องมีเจ้าภาพในการดูแลรับผิดชอบโครงสร้างของระบบ ซึ่งประกอบด้วย ระบบข้อมูลข่าวสาร, ระบบการพัฒนากำลังคนทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน ซึ่งในปัจจุบันหน่วยงานข้างต้น ดำเนินการในส่วนที่ตนเกี่ยวข้องตามความถนัดและความสนใจ ขาดการประสาน แลกเปลี่ยน และประเมินผลร่วมกัน สิ่งที่ได้เกิดขึ้นในช่วง สิบปีที่ผ่านมา เกิดทุนทางปัญญาในพื้นที่ต่างๆ แต่การต่อยอดทุนทางปัญญาในระดับประเทศยังไม่เป็นเอกภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ควรใช้โครงข่ายของ สสจ. และ สสอ. ในการจัดระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ระบบรายงานการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง ที่ทุกฝ่ายสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

สสส. ควรรับหน้าที่เป็นแกนในการพัฒนากำลังคน ภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน บันทึกปัญหาในท้องถิ่นให้เป็นความรู้เชิงประจักษ์ สร้างกระบวนการเรียนรู้ระหว่างท้องถิ่น

และ สช.ควรมีคณะกรรมการประเมินความก้าวหน้าด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ประสานการทำงาน หน่วยงานส่วนกลางทุกส่วน รวมทั้งกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยด้วย

๓.๒ ข้อค้นพบความสามารถของท้องถิ่นและข้อเสนอการประเมินสมรรถนะและพัฒนาอบต.ในการสร้างเสริมสุขภาพ

ในบทนี้ นักวิจัยศึกษาศักยภาพของท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพโดยการเก็บข้อมูลในพื้นที่ สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ร่วมกับใช้องค์ความรู้จากการทบทวนประสบการณ์จากต่างประเทศ นำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเพื่อการพัฒนาศักยภาพอบต.ในการสร้างเสริมสุขภาพ

๓.๒.๑ ข้อค้นพบความสามารถของท้องถิ่นสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ

นักวิจัยได้ทบทวนประสบการณ์จากต่างประเทศที่มีการกระจายอำนาจและมีระบบสุขภาพที่ก้าวหน้า พบว่ามีการทำ “ขั้นบันได 9 ขั้นในการพัฒนาความสามารถของท้องถิ่นสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ”^{๑๐๔} ที่ผู้วิจัยทบทวนไว้ในบทการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพในต่างประเทศ ซึ่งน่าจะนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทยได้ จากแนวคิดนี้ น่าจะนำมาประยุกต์โดยแบ่งเป็น ๓ กลุ่มของศักยภาพ คือ

ก. ความตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ

เป็นการปลูกฝังในเรื่องคุณค่าของสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนทุกระดับ ทั้งประชาชนและผู้นำชุมชน เนื่องจากการพัฒนาและผลักดันนโยบายจำเป็นต้องมีส่วนร่วมจากชุมชนในการให้นโยบายตอบสนองต่อความต้องการและแก้ปัญหาของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและตรงจุด และนอกจากนี้ ผู้บริหารและนักการเมืองที่เป็นผู้นำของชุมชน ยังต้องเล็งเห็นถึงประโยชน์ของนโยบายเพื่อช่วยผลักดันนโยบายอีกทางหนึ่ง และ นำไปดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล โดยการปลูกฝังในเรื่องนี้อาจทำได้โดยการให้ความรู้ในเรื่องของประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนและผู้บริหาร, จัดกิจกรรมต่างๆในการสร้างเสริมสุขภาพให้ชุมชนและผู้นำเข้ามามีส่วนร่วม เท่าที่สามารถทำได้ ฯลฯ

^{๑๐๔} Pettersson, B. (2007) Transforming Ottawa Charter health promotion concepts into Swedish public health policy. *Promotion & Education*,

ข. ศักยภาพในการจัดกระบวนการพัฒนานโยบาย และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบ กลไก

สามารถพัฒนานโยบาย, บุคลากร และ ปัจจัยอื่นๆในชุมชน ให้เอื้อต่อการรับภาระหน้าที่ในการให้บริการ สร้างเสริมสุขภาพ โดยสามารถจัดกระบวนการในการระบุปัญหาของชุมชน และแล้วจึงจะสามารถกำหนด วัตถุประสงค์ เพื่อที่จะพัฒนายุทธศาสตร์และนโยบายของท้องถิ่นต่อไป รวมถึงการพัฒนาขีดความสามารถของ องค์กร (Institutional Capacity Development) ในเรื่องของโครงสร้างพื้นฐาน, ระบบและกลไก และ พัฒนาใน เรื่องความสามารถของบุคลากร เพื่อให้ชุมชนสามารถรองรับภาระหน้าที่ในการให้บริการแก่ประชาชนได้ อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งนี้ การพัฒนาความสามารถทำได้โดยวิธีการดังต่อไปนี้^{๑๐๙}

การพัฒนาแบบ “ล่างขึ้นบน” (Bottom-up organizational approach) เป็นการพัฒนาเรื่องความเชี่ยวชาญ ทางด้านเทคนิคของบุคลากรในองค์กรเพื่อให้สามารถรองรับกิจกรรมเฉพาะต่างๆ เช่น การวางแผน, การ ดำเนินการ และการประเมินผล เพื่อที่จะทำให้องค์กรสามารถทำสิ่งเหล่านี้ได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาที่ปรึกษาจาก ภายนอก โดยการพัฒนาศักยภาพขององค์กรนั้น จะต้องเป็นในลักษณะการพัฒนาให้มีความหลากหลายในเรื่อง ของทักษะพื้นฐานต่างๆ (Broadening general skills) และการพัฒนาทักษะเฉพาะทาง (Specialization) เพื่อให้ สามารถรับมือกับภาระหน้าที่ในเรื่องการให้บริการสุขภาพได้อย่างเพียงพอเหมาะสม การพัฒนาในเรื่องนี้มี ความจำเป็นที่จะต้องเป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีทิศทางชัดเจนเพื่อให้มีการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพ

การพัฒนาแบบ “บนลงล่าง” (Top-down organizational approach) เป็นการพัฒนาที่ตัวระบบและ กระบวนการในการบริหารจัดการ ซึ่งรวมไปถึงกระบวนการการตัดสินใจและการบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ ซึ่งจะต้องอาศัยการประสานงานและการวางแผนที่ดี นอกจากนี้ จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับเรื่องการ รับรองคุณภาพ (Quality assurance) และการประเมินผล (Evaluation) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนา โดย การพัฒนาในเรื่องระบบและกระบวนการ มีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาในทุกระดับโดยเฉพาะในชุมชน เพื่อให้ องค์กรท้องถิ่นมีความยืดหยุ่นในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน

การพัฒนาแบบโดยอาศัยความร่วมมือระหว่างภาคี (Partnership) โดยเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ ระหว่างองค์กรเพื่อพัฒนาจุดด้อยของตนจากการเรียนรู้จากอีกองค์กรหนึ่งที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ต้องการ จะพัฒนา ซึ่งอาจสามารถทำได้โดยการไปศึกษาดูงาน และ การจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เป็นต้น

^{๑๐๙} Crisp, B. R. Swerissen, H. & Duckett, S. J. (2000) Four approaches to capacity building in health: consequences for measurement and accountability. Health Promotion International, 15(2): 99-107.

การพัฒนาที่ชุมชน (Community organizational approach) โดยการทำให้ประชาชนตระหนัก, มีความรู้ และ พัฒนาทักษะ เพื่อที่แก้ปัญหาและพัฒนาตนเองโดยใช้ความสามารถของตนและระบบต่างๆที่มีอยู่ ซึ่งการพัฒนาชุมชนจะทำให้ คนในชุมชนเข้าใจเรื่องกระบวนการตัดสินใจ ได้ดีขึ้น, การติดต่อสื่อสารในระดับต่างทำได้สะดวกขึ้นและมีประสิทธิผล, และทำให้ชุมชนมีความมั่นใจในการบริหารจัดการกิจกรรมในชุมชนของตนเอง

ค. ศักยภาพในการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

มีการเก็บข้อมูล, การรับรองคุณภาพ, การกำกับดูแล, และ การประเมินผล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และเป็นข้อมูลให้กับประชาชนและผู้บริหารเพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพ, ประสิทธิผล และ ความพึงพอใจของโครงการและนโยบายที่ได้ดำเนินการไปแล้ว โดยการทำที่ท้องถิ่นที่จะมีศักยภาพในเรื่องนี้ได้ นั้น ผู้นำและชุมชนต้องเห็นคุณค่าของการสร้างเสริมสุขภาพ และผ่านกระบวนการพัฒนานโยบายและแผนสุขภาพมาแล้ว โดยนอกจากการพัฒนาบุคลากรแล้ว ยังมีความจำเป็นในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและปัจจัยอื่นๆ เช่น การมีระบบสารสนเทศที่ดี และการมีระบบกลไกการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและคล่องตัว

จากกรอบแนวคิดดังกล่าว นักวิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ ๔ อบต.ที่มีความก้าวหน้าแตกต่างกัน เพื่อวิเคราะห์ว่า อบต.มีศักยภาพในประเด็นทั้ง ๓ นี้อย่างไร และศักยภาพของอบต.ในการสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนา มาได้อย่างไร ทั้งนี้ผลการศึกษาเพียง ๔ อบต. มีข้อจำกัดยังไม่สามารถเป็น ข้อเสนอแนะทางของ อบต. ทั้ง ๓ ระดับได้ (อบจ., เทศบาล ,อบต.)

ผู้วิจัยเลือกศึกษาในอบต.ที่มีความก้าวหน้าในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่าง ๆ กัน ๔ แห่งดังนี้

๑. องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านปรก อ.เมือง จ.สมุทรสงคราม
๒. องค์การบริหารส่วนตำบลหาดทอง อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี
๓. องค์การบริหารส่วนตำบลบึงคล้า อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
๔. องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่

อบต.บ้านปรก ถูกเลือกเป็นกรณีศึกษาเนื่องจากมีจุดเด่นในการวางรากฐานความคิดเรื่องสาธารณสุข และการสร้างเสริมสุขภาพ การทำกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม และผู้บริหารมีความตระหนักถึงเรื่องสุขภาพ เป็นตัวอย่างและบทเรียนในขั้นแรกคือ ขั้นของการปรับแนวคิดในเรื่องสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และการดำเนินกิจกรรม

อบต.หาดทอง เป็น อบต.ขนาดเล็กที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจกระจายอำนาจด้านสุขภาพ มีการจัดทำแผนพัฒนาตำบลแบบมีส่วนร่วม ผู้บริหารมีความตระหนักถึงเรื่องสุขภาพ ถึงแม้จะเป็นพื้นที่ขนาดเล็ก แต่ก็สามารถดำเนินงานและมีกิจกรรมที่ส่งเสริม พื้นฟู ป้องกัน ได้ตามบริบทของขนาดพื้นที่ และจำนวนประชากร ได้เป็นอย่างดี เป็นตัวอย่างและบทเรียนในขั้นที่หนึ่ง และเริ่มมีแผนสุขภาพระดับตำบลในแผนพัฒนาตำบล

อบต.บุงคล้า มีจุดเด่นในการนำแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขามาเป็นฐานคิดในการพัฒนาจนกลายเป็นนโยบายด้านสุขภาพของพื้นที่ที่สามารถนำมาปฏิบัติได้จริง เป็นตัวอย่างและบทเรียนในขั้นที่สอง คือ การพัฒนานโยบายสาธารณะ ศักยภาพของชุมชน และปัจจัยอื่นๆในชุมชน

อบต.ดอนแก้ว เป็น อบต.ที่ได้รับรางวัลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล และมีความโดดเด่นในกิจกรรมการจัดการขยะในชุมชน และสามารถสรุปบทเรียนถ่ายทอดความรู้ให้กับที่อื่นได้ เป็นตัวอย่างและบทเรียนในขั้นที่สามคือมีศักยภาพในการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

รายละเอียดบริบทของแต่ละ อบต.อยู่ในภาคผนวก ๔.๑

ศักยภาพ ของอบต.บ้านปรก อ.เมือง จ.สมุทรสงคราม

อบต.มีกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม แต่เป็นรูปแบบของกิจกรรมกลุ่มระยะสั้น ในลักษณะของโครงการหรือชมรม ยังไม่ปรากฏว่ามีแผนสุขภาพตำบลในลักษณะที่เป็นนโยบายสาธารณะด้านควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้รับการถ่ายทอดความรู้แล้ว เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขใช้วิธีการชักชวนอาสาสมัครเป็นทีมมาช่วยงานลงพื้นที่หมู่บ้าน ทำงานแบบบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับ นายกอบต.และปลัดอบต. สามารถสร้างความตระหนักเรื่องสุขภาพ และวางรากฐานและเสริมสร้างความเข้าใจในเรื่องของสาธารณสุขของคนในชุมชน ผู้บริหารและผู้มีระดับนักการเมืองได้ดี

ปลัดอบต.มีความเข้าใจและสนับสนุนงานสาธารณสุขดี ส่วนนายกอบต.ก็ให้ความสำคัญกับบริการสาธารณะและตอบสนองต่อชุมชนดี

เจ้าพนักงานสาธารณสุขมีความรู้และได้ใช้ เครื่องมือการวิเคราะห์ SWOT เครื่องมือในการพัฒนากระบวนการทำงานเป็นทีมด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมด้วยแนวคิด ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมิน ศักยภาพของเจ้าพนักงานสาธารณสุขส่วนหนึ่งมาจากการแนะนำของหัวหน้าสถานีอนามัย อีกส่วนมาจากการศึกษาระดับปริญญาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน จากวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง รวมถึงความรู้ด้านการบริหารจัดการองค์กร

ศักยภาพ ของอบต.หาดทอง อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี

อบต.หาดทอง เป็น อบต.ขนาดเล็กที่ได้ถ่ายทอดภารกิจการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ มีการจัดทำแผนพัฒนาตำบลแบบมีส่วนร่วม ผู้บริหารมีความตระหนักถึงเรื่องสุขภาพ พื้นที่ขนาดเล็ก

นายก อบต. มีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาชุมชน และให้ความสำคัญในงานด้านสาธารณสุขเพราะเคยเป็น อสม. มาก่อน มีการจัดทำแผนพัฒนาตำบลแบบมีส่วนร่วม แต่เนื่องจากพื้นที่ใกล้เมือง คนในชุมชนไปทำงานใน

เมือง จึงไม่ค่อยมีกิจกรรมที่ทำโดยประชาชน ลักษณะของกิจกรรมจึงเป็นการให้บริการตรวจรักษา การณรงค์ป้องกันยาเสพติด การดูแลสุขภาพตาประชาชน การป้องกันโรคเอดส์ มากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นลักษณะโครงการหรือกิจกรรม แต่ก็มีกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่กับผู้สูงอายุบ้าง เช่น สนับสนุนเรื่องการออกกำลังกาย เป็นต้น

ศักยภาพของอบต.บึงคล้า อำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

มีการนำแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขามาเป็นฐานคิดก่อให้เกิดกระบวนการที่จะทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักถึงเรื่องสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลห่มสัก และ สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้จุดประกายความคิด พัฒนาจนกลายเป็นนโยบายด้านสุขภาพของพื้นที่ ที่สามารถนำมาปฏิบัติได้จริง มีการจัดตั้งโรงพยาบาลตำบลที่มีเงื่อนไขในการจัดตั้งโดยจะต้องให้มีส่วนท้องถิ่นเข้าร่วม มีภาคประชาชน มีโรงพยาบาล ตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

ในขณะที่การรักษาพยาบาลเบื้องต้นพัฒนาไปมาก มีโรงพยาบาลตำบล แต่การสร้างเสริมสุขภาพได้รับความสำคัญในอันดับรองลงมา แม้นายก อบต. จะเห็นว่าเรื่องของสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวพันกับทุกเรื่องไม่ใช่เฉพาะเรื่องสุขภาพ รวมถึงชีวิตความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม ด้วย แต่ “ปัจจุบันภารกิจของ อบต. ก่อนข้างเยอะ ทั้งเรื่องของการถ่ายโอนและเรื่องกระจายอำนาจ เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจึงยังเป็นเรื่องที่ต้องค่อยๆ ทำไปทีละเรื่อง”

เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่สอ.ยังไม่ได้มีการถ่ายโอน อบต. บึงคล้าจึงยังคงลักษณะการทำงานของรูปแบบเก่า คือ สอ.ดูแลเรื่องสุขภาพทั้งหมด และ อบต.สนับสนุนในเรื่องของงบประมาณ การจัดการ แต่มีเป้าหมายเดียวกันคือเพื่อประชาชน ในส่วนของข้อมูลด้านสุขภาพนั้น มีการคืนข้อมูลให้กับชุมชนทุกปี โดยเก็บตัวเลขทำสถิติ เช่น อัตราตาย แสดงเป็นภาพรวมของตำบล โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้วิเคราะห์เอง

โดยสรุป ภาวะการนำในการพัฒนามาจากโรงพยาบาลเป็นหลัก และใช้กระบวนการมีส่วนร่วม สร้างความยั่งยืนในการพัฒนา แต่คงลักษณะเด่นของการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลมากกว่านโยบายสาธารณะอื่น

ศักยภาพของอบต.ดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

อบต.ดอนแก้ว เป็น อบต.ที่ได้รับรางวัลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล และมีความโดดเด่นในกิจกรรมการจัดการขยะในชุมชน

อบต.ดอนแก้วได้ใช้กระบวนการทำประชาคม การประชุมสังฆจร เวทีชาวบ้าน สร้างตระหนักร่วมกัน แล้วจัดทำแผน ด้วยเป็นชุมชนที่อยู่ในเขตเมือง ประชาชนมีการศึกษา ทุกคนให้ความสำคัญในการดูแลรักษา สภาพตนเองเป็นอย่างดี แต่ความเป็นเขตเมืองเรื่องสิ่งแวดล้อมจึงเป็นปัญหาที่อยู่ในระดับต้นๆ

สุขภาพในแนวคิดของนายก อบต.คือ เรื่องของสุขภาพะ การจัดสุขภาพะที่เกี่ยวกับคน ครอบครัว และ ชุมชน จะเป็นปัจจัยในการกำหนดเรื่องสุขภาพ และด้วยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลาซึ่งปัจจุบัน สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท ด้านการบริหารการเกษตร ด้วยครอบครัวเป็นครอบครัวเกษตรกร แต่นายกก็สามารถบูรณาการวิชาความรู้ที่ได้ศึกษา รวมทั้งเป็นผู้ที่กว้างขวาง จึงสามารถนำเรื่องเกษตร มาจัดการปัญหาใน ชุมชนในเรื่องสิ่งแวดล้อมและมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพในเรื่องบ่อแก๊สชีวภาพจากขี้หมู โดยมีภาคีจากกรม ส่งเสริมการเกษตรมาให้การสนับสนุน นอกจากนี้บุคคลที่มีส่วนสำคัญของ อบต.ดอนแก้ว คือ ปลัด อบต.ปลัด ที่กำลังศึกษาระดับปริญญาเอก เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ ในส่วนการคลัง ส่วนโยธา ส่วนธุรการ โดยทีมงานฝ่าย ข้าราชการประจำที่มีอุดมการณ์ในการทำงานไปในทางเดียวกัน ทำให้สามารถดำเนินงานตามนโยบาย พัฒนา ชุมชนและการบริหารงานอย่างโปร่งใส

การดำเนินงานจัดการขยะ สามารถกำหนดเป็นแผนงานที่มีความต่อเนื่องในระยะยาว เกิดจากการพัฒนา ความสามารถและวิธีการ 3 เรื่องที่สำคัญคือ

๑. การหาภาคีจากชุมชน คือ วัดและโรงเรียน โดยร่วมกับวัดในการรณรงค์เรื่องการจัดเก็บขยะ ในวัน พระมีการเทศน์เรื่องการจัดเก็บขยะ ร่วมกับโรงเรียนจัดกิจกรรมรณรงค์ให้นักเรียน เก็บ คัด แยกขยะ โดยมีกิจกรรม ร่วมกับชาวบ้าน

๒.การสร้างวิทยากรชุมชน ในการดำเนินกิจกรรมในระดับหมู่บ้าน โดยการพัฒนาทักษะ อบต. แก่นนำ ชุมชน ในการกระตุ้น และเป็นผู้นำ มีการแบ่งสายการดำเนินงาน และจัดประชุมหมุนเวียนตามชุมชนต่างๆ เป็น เวทีสังฆจร

๓. การทำสื่อประชาสัมพันธ์ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยกระตุ้นความสนใจของประชาชน ไม่ว่าจะเป็น แผ่นพับ ใบปลิว ป้าย วารสาร หนังสือพิมพ์รายวันประจำจังหวัด และมีการออกอากาศประชาสัมพันธ์โครงการ ต่างๆ ทางสถานีวิทยุท้องถิ่น

นอกจากทั้งปลัดอบต.และนายกอบต.ที่มีการศึกษาต่อเนื่องตลอดเวลา อบต.ยังให้ความสำคัญกับการ พัฒนาทักษะให้กับแกนนำชุมชน ให้เป็นวิทยากรชุมชน รวมทั้งอาสาสมัครที่สนใจช่วยเหลือชุมชน โดยมีการ พัฒนาทักษะ เจ้าหน้าที่อบต. และแกนนำชุมชน โดยใช้กิจกรรมการเรียนรู้เป็นเครื่องมือ ซึ่งได้รับการสนับสนุน จากองค์กรพัฒนาเอกชน คือ สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Alternative Development Association: SADA)

จากความสำเร็จของการยึดหลักความโปร่งใสและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและในทุกกระบวนการทำงาน นำไปสู่องค์กรต้นแบบตามหลักธรรมาภิบาล ที่ได้รับรางวัลในฐานะที่เป็น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล ประจำปี 2546-2547 จากนโยบายด้านสุขภาพเป็นการเชื่อมโยงแนวคิด สุขภาพและคุณภาพชีวิต ให้เป็นเรื่องเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การศึกษา ความเป็นอยู่ การเจ็บป่วย นำไปสู่การจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ โดยเริ่มจากหาแกนนำ หาพื้นที่นำร่อง พัฒนาองค์ความรู้ทั้งจากภายในและการศึกษาดูงานจากภายนอก และสร้างเครือข่าย ขยายสู่พื้นที่อื่นในลักษณะของการเป็นพี่เลี้ยง

นอกจากนี้ อบต.คอนแก้ว ได้สร้างกระบวนการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการทำงานของ อบต. เพื่อเป็นหลักประกันให้เกิดการทำงานอย่างโปร่งใส โดยมีการเชิญชวนให้ประชาชนมารับฟังการประชุมสภา อบต. เพื่อติดตามการทำงานของ อบต. ในส่วนของโครงการต่างๆ ที่มีการดำเนินงาน และเปิดโอกาสให้ประชาชนร่วมเป็นคณะกรรมการเปิดซองสอบราคาจัดซื้อ จัดจ้าง ตรวจสอบพัสดุและตรวจงานจ้าง ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมรู้เห็นและตรวจสอบการทำงานของ อบต. ทำให้สมาชิก อบต. ทุกคนต้องระมัดระวังในการปฏิบัติงาน ไม่เกิดการทุจริตได้

โดยสรุปศักยภาพของอบต.คอนแก้ว สัมมามาจากความสามารถในการเรียนรู้ของคนในองค์กร ที่มีการแสวงหาความรู้ตลอดเวลา และมีศักยภาพในการเรียนรู้ได้จริง เห็นได้จากการสำเร็จจนได้รับปริญญาดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ และได้รับรางวัลชนะเลิศจากกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ ประจำปี 2551

๓.๒.๒ กรอบในการประเมินสมรรถนะและพัฒนาอบต.ในการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการที่ทดลองใช้กรอบการประเมินศักยภาพของอบต.ในการสร้างเสริมสุขภาพ ที่อบต.ระดับต่างๆกัน ๔ แห่ง ซึ่งให้เห็นว่า บัณฑิตสู่ความเข้มแข็งของท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถนำมาเป็นเครื่องมือกำกับแนวทางให้ท้องถิ่นได้พัฒนาความเข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้ปรับปรุงและออกแบบเป็นตัวอย่างในตารางที่ ๕

ตารางที่ ๕ แบบประเมินความเข้มแข็งของท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้ประเมินตนเอง ให้ทำเครื่องหมาย ในทุกช่องที่มีการดำเนินการ หากไม่มีการดำเนินการให้เว้นไว้

ศักยภาพของอบต.ในการสร้างเสริมสุขภาพ			
ด้านที่ ๑. ความตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ			
๑.๑. กิจกรรมให้คนในชุมชนได้เห็นปัญหาสุขภาพที่ค้ำใจถึงปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ	มี	มีอย่างมีส่วนร่วม	มีอย่างยั่งยืน
-มีการให้ข้อมูล ผ่านประชาคมที่สร้างความตระหนักในปัญหาสุขภาพ			
-มีการพัฒนาการทำงานเป็นทีม ด้วยการกระตุ้นให้คนในชุมชนร่วมกันคิด และร่วมกันลงมือทำกิจกรรม ด้วยตนเอง			
๑.๒: การจัดโครงการหรือทำกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม	มี	มีอย่างมีส่วนร่วม	มีอย่างยั่งยืน
-มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม เช่นการออกกำลังกาย			
-มีกลุ่มชมรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เกิดจากประชาชน			
๑.๓. การตระหนักถึงเรื่องสุขภาพในระดับนักการเมืองและผู้บริหาร	มี	มีอย่างมีส่วนร่วม	มีอย่างยั่งยืน
-มีการลงพื้นที่ร่วมกันระหว่างข้าราชการประจำและนักการเมือง และประชาชนอาสาสมัคร			
-มีการตั้งกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ร่วมกับ สปสช.			
-มีระเบียบข้อบังคับในการอยู่ร่วมกันในชุมชน โดยประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการออกกฎระเบียบ ควบคู่กับการสร้างจิตสำนึกและความตระหนักให้กับประชาชน			
ด้านที่ ๒ ศักยภาพในการจัดกระบวนการพัฒนานโยบาย และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบ กลไก			
๒.๑. มีการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ขึ้นมาแล้ว	มี	มีอย่างมีส่วนร่วม	มีอย่างยั่งยืน
-มีการกำหนดนโยบายสาธารณะ ให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ			
-มีกระบวนการจัดทำแผนและงบประมาณสำหรับนโยบายสาธารณะ ให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม			

๒.๒ มีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ	มี	มีอย่างมีส่วนร่วม	มีอย่างยั่งยืน
-มีการใช้ผลการประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพ มาประกอบการพิจารณา และมีกระบวนการประเมินตนเองอย่างมีส่วนร่วม			
-มีข้อบังคับในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม อย่างสมดุลและยั่งยืน			
-มีการเชื่อมโยงการบูรณาการจกระบบและแก้ไขปัญหาสุขภาพ และจัดการสิ่งแวดล้อมระหว่างท้องถิ่นที่มีพื้นที่ต่อเนื่องถึงกัน หรือมีลักษณะภูมิณีเวศเดียวกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม			
๒.๓ บุคลากรมีการพัฒนาความสามารถอย่างต่อเนื่อง เรียนรู้ได้	มี	มีอย่างมีส่วนร่วม	มีอย่างยั่งยืน
-มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพทุกวัยร่วมกัน			
-อบรมและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากพื้นที่อื่น การอบรม หรือ การดูงาน			
-มีการจัดตั้งกองทุนการศึกษา และส่งบุคลากรในท้องถิ่น ไปศึกษาต่อ ในสาขาที่ท้องถิ่นต้องการ จัดบรรจุเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว			
ด้านที่ ๓ สักยภาพในการพัฒนาอย่างเป็นระบบ			
๓.๑ มีการเก็บข้อมูลและเอกสารอย่างเป็นระบบ	มี	มีอย่างมีส่วนร่วม	มีอย่างยั่งยืน
-มีข้อมูลกิจกรรมขององค์กรและเครือข่าย อย่างต่อเนื่อง			
-มีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพของประชาชน อย่างต่อเนื่อง			
๓.๒ ได้รับการรับรองคุณภาพและ ถ่ายทอดบทเรียนได้	มี	มีอย่างมีส่วนร่วม	มีอย่างยั่งยืน
-ได้รับรางวัลคุณภาพเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพ			
- สรุปบทเรียน และถ่ายทอดบทเรียนให้กับผู้มาเรียนรู้ได้			
๓.๓ การประเมินโครงการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	มี	มีอย่างมีส่วนร่วม	มีอย่างยั่งยืน
-มีการรายงานผลการดำเนินงานของโครงการหรือกิจกรรมเป็นประจำ อย่างต่อเนื่อง			
-มีการประเมินผลโครงการหรือกิจกรรมภายในชุมชนอย่างเป็นระบบ			
-มีรายงาน หรือสรุปคืนข้อมูลสู่ชุมชน			

๓.๒ ทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและการบริหารจัดการสถานพยาบาลภาครัฐภายใต้บริบทการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.๒.๑ บทนำ

การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการบริหารจัดการบ้านเมืองของรัฐ ในระบบประชาธิปไตย โดยมุ่งลดบทบาทของรัฐส่วนกลางลงเหลือภารกิจหลักเท่าที่ต้องทำ เท่าที่จำเป็น และให้ประชาชนได้มีส่วนในการบริหารงานชุมชนท้องถิ่น ตามเจตนารมณ์ของประชาชนมากขึ้น การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น จึงเป็นการจัดความสัมพันธ์ใหม่ ระหว่างส่วนกลางกับส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับสภาพการณ์บ้านเมือง ที่เปลี่ยนแปลงไปในสถานะที่สังคมมีกลุ่มที่หลากหลาย มีความต้องการ และความคาดหวังจากรัฐที่เพิ่มขึ้น และแตกต่างกัน ชัดแย้งกัน ในขณะที่รัฐเองก็มีขีดความสามารถ และทรัพยากรที่จำกัด ในการตอบสนองปัญหา ความต้องการ ที่เกิดขึ้นในแต่ละท้องถิ่นได้ทันต่อเหตุการณ์ และตรงกับความต้องการของท้องถิ่น ในบริบทของการกระจายอำนาจในประเทศไทยนั้น มีคำถามมากมายถึงข้อดีข้อเสีย ของรูปแบบในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นด้านการจัดบริการสุขภาพ ที่จะต้องร่วมกันตัดสินใจเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการจัดบริการสุขภาพของประเทศ ดังนั้น นักวิจัยจึงได้มีการทบทวน รวบรวม นำเสนอ ข้อดีและข้อเสียแบบต่างๆ เพื่อให้พิจารณาโดยสรุปรูปแบบที่มีความเป็นไปได้ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้ศึกษาและทำความเข้าใจในบริบทของรูปแบบต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ

๓.๒.๒ รูปแบบการกระจายอำนาจที่ถูกนำเสนอโดยนักวิชาการในประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีการประเมินรูปแบบการกระจายอำนาจ(เมื่อปี ๒๕๕๐)¹¹⁰ ซึ่งจำแนกเป็น องค์การมหาชน, องค์การนิติบุคคลระดับจังหวัด และ การโอนสถานพยาบาลไปสังกัด อปท.ในแต่ละระดับ ตามในซึ่งในแต่ละรูปแบบนั้นได้ถูกสรุปและมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. ให้สถานพยาบาลสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละระดับ เป็นการถ่ายโอนหน่วยบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละระดับ โดยเป็นการเปลี่ยนสังกัดของหน่วยบริการสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแทน และเปลี่ยนฐานะราชการส่วนภูมิภาคเป็นราชการบริหารส่วนท้องถิ่น และ หน่วยบริการสาธารณสุขได้รับงบประมาณมาจาก อปท. ที่หน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดอยู่ในส่วนของการบริหารงานทรัพยากรบุคคล พ.ร.บ. ระเบียบบริหารงานบุคคลส่วน

¹¹⁰ สมบัติ ถำรงธัญวงศ์ และคณะ(2550) , รูปแบบโครงสร้างองค์การเพื่อรองรับการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข

ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น ทำหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานกลางและแนวทางการรักษาระบบคุณธรรมและกำกับดูแลการบริหารงานบุคคลของพนักงานส่วนท้องถิ่นทุกประเภท

๒. สถานพยาบาลเป็นองค์กรมหาชน เป็นรูปแบบหนึ่งขององค์กรภาครัฐ ซึ่งมีสถานะเป็นนิติบุคคล ไม่เป็นส่วนราชการ จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.องค์การมหาชน พ.ศ.๒๕๔๒ มีลักษณะความอิสระ คล่องตัวสูงในการดำเนินงาน โดยมีวัตถุประสงค์ไม่มุ่งแสวงหากำไรเป็นหลัก หากเป็นองค์กรมหาชนเป็นรายสถานพยาบาล จะมีปัญหาเรื่องการจัดหาทรัพยากร และการส่งต่อของการให้บริการ และความหลากหลายในการบริหารงานทรัพยากรบุคคล

๓. องค์การมหาชน ระดับจังหวัด รูปแบบนี้เป็นการนำหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งจังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน จัดตั้งขึ้นโดยมีสถานะเป็นนิติบุคคล ในลักษณะองค์การมหาชน ที่อยู่ในเขตร่วมกันมีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน มีฐานะเป็นองค์การของรัฐ เป็นนิติบุคคล แต่ไม่เป็นส่วนราชการ โดยจะมีโครงสร้างองค์การเหมือนรูปแบบขององค์การมหาชน มีคณะกรรมการบริหาร และผู้อำนวยการในการบริหารตามนโยบายของคณะกรรมการบริหาร สามารถออกระเบียบทางการเงินงบประมาณ และระเบียบการบริหารงานทรัพยากรบุคคล ของตนเองได้

นอกจากนี้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ “การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” เมื่อวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๓ ได้มีข้อสรุปให้ศึกษาถึงข้อดีข้อเสียและความเป็นไปได้ เพื่อนำไปเป็นรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระดับจังหวัด โดยมีแนวทางรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่น ๕ รูปแบบ และนักวิจัยได้สรุปเป็นคำสำคัญ ดังนี้

๑. สถานีนอนามัยสู่ อบต. หรือเทศบาลตำบล (ถ่ายโอนแบบแยกส่วน) เป็นการกระจายอำนาจฯ สู่องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาลตำบล (ทต.) ตามรูปแบบเดิมที่กำหนดในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ ๑ และฉบับที่ ๒

๒. เครือข่ายสถานีนอนามัยบางส่วนหรือทั้งหมดถ่ายโอนให้ อบจ. (ถ่ายโอนสถานบริการปฐมภูมิแบบพวงจังหวัด) เป็นการกระจายอำนาจฯ โดยรวมกลุ่มสถานีนอนามัยทั้งจังหวัด หรือสถานีนอนามัยบางอำเภอ หรือบางกลุ่ม และถ่ายโอนไปให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยมีคณะกรรมการบริหารสถานีนอนามัย (Board) ในระดับจังหวัดมีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นประธานกรรมการ และมีนักบริหารมืออาชีพด้านสาธารณสุขมาเป็นผู้บริหาร / จัดการภายใต้ นโยบายของคณะกรรมการ (Board) และมีคณะกรรมการมาจากหลายภาคส่วน

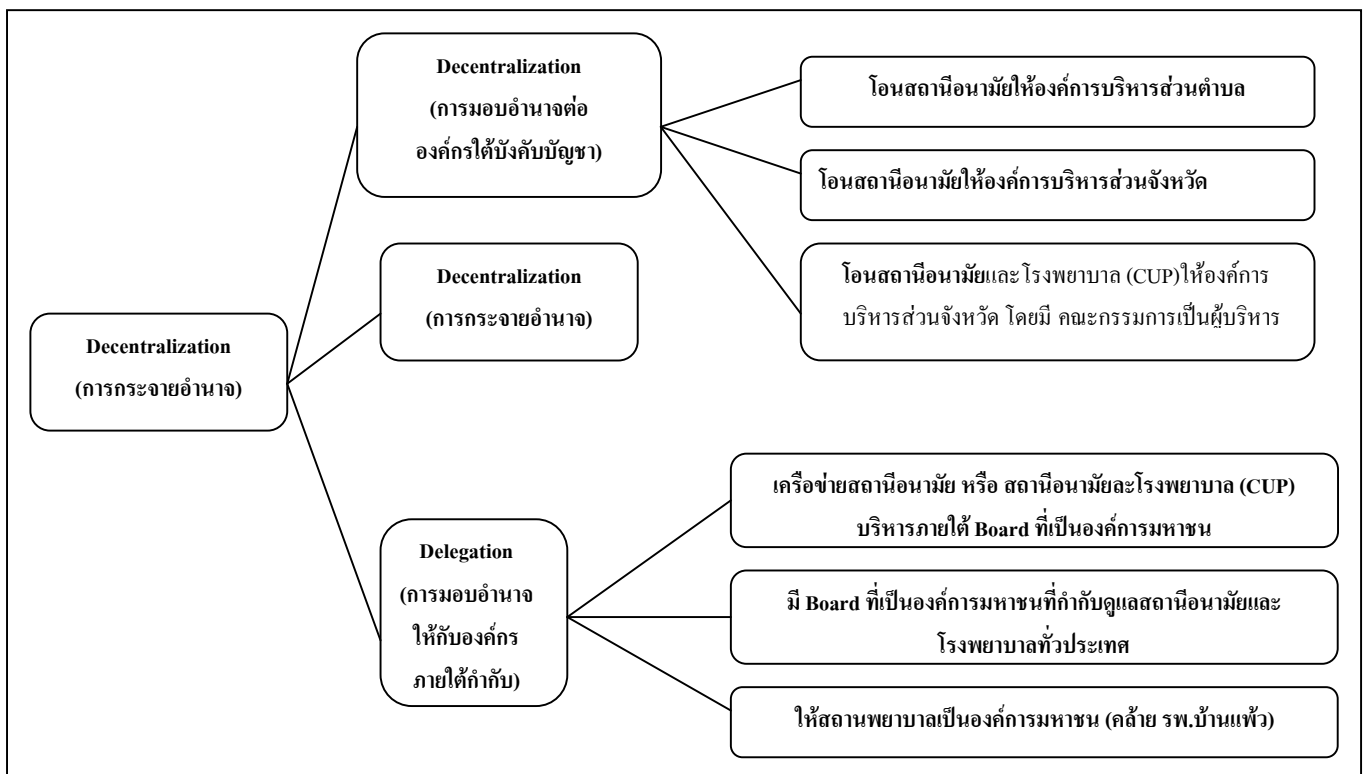
๓. ถ่ายโอนพวงบริการไปสู่ อบจ. เป็นการกระจายอำนาจฯ โดยสถานีนอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) รวมกลุ่มกันเป็นเครือข่ายบริการ หรือพวงบริการแล้วมีการรวมกันของ

เครือข่ายบริการ หรือพวงบริการไปขึ้นต่อคณะกรรมการบริหาร (Board) ในระดับจังหวัด โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นประธานคณะกรรมการ มีกรรมการซึ่งประกอบมาจากหลายภาคส่วน

๔. มอบอำนาจให้องค์กรมหาชนบริหารพวงสถานพยาบาลแต่ละระดับ เป็นการกระจายอำนาจฯ โดยสถานีนามียหลายแห่งรวมกันเป็นกลุ่ม หรือสถานีนามีย และโรงพยาบาลชุมชนร่วมเป็นเครือข่ายหลายเครือข่ายแล้วกลุ่มหรือกลุ่มเครือข่ายบริการ ไปขึ้นต่อคณะกรรมการบริหาร (Board) ของหน่วยงานรัฐซึ่งพัฒนาขึ้นในรูปแบบใหม่เป็น องค์กรมหาชน (Autonomous) หรือหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ (Service Delivery Unit: SDU)

๕. รูปแบบอื่นๆ เป็นการกระจายอำนาจในรูปแบบที่สอดคล้อง และเป็นไปตามปรัชญาการกระจายอำนาจ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ (ถ้าเหตุและปัจจัยในเวลานั้นกำหนดเช่นนี้ หรือมีการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจฯ)

ซึ่งเมื่อนำมารวมกับรูปแบบการกระจายอำนาจในต่างประเทศที่ได้ทบทวน สามารถนำมาสรุปเป็นทางเลือกการกระจายอำนาจในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับประเทศไทย ตามแผนผัง



โดยในรูปแบบที่มอบอำนาจให้กับองค์กรมหาชนนั้น อาจเป็นในลักษณะขององค์กรมหาชนระดับพื้นที่ที่บริหารจัดการสถานพยาบาลในระดับพื้นที่ หรือ เป็นลักษณะขององค์กรมหาชนระดับชาติที่กำกับดูแลสถานีนามียและ

โรงพยาบาลทั่วประเทศ นอกเหนือจากนี้ อาจมีรูปแบบที่ให้สถานพยาบาลกลายเป็นองค์กรมหาชนและออกนอกระบบ คล้ายโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

๓.๒.๓ ข้อดีและข้อจำกัดของรูปแบบการกระจายอำนาจ

จากการทบทวนและรวบรวมรูปแบบต่างๆ ที่ได้มีการเสนอจากงานวิจัยในประเทศและจากรูปแบบที่มีอยู่แล้วในต่างประเทศ (ดังที่ได้ทำการทบทวนไว้แล้วในบทที่ ๒) สามารถสรุปข้อดีและข้อเสียได้เป็นตารางดังนี้

ตารางที่ ๑๐ รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ถูksenโดยนักวิชาการในประเทศ

รูปแบบ	ลักษณะของรูปแบบ	ข้อดี	ข้อเสีย
ให้สถานพยาบาลสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละระดับ	เป็นการเปลี่ยนสังกัดของหน่วยบริการสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแทน และเปลี่ยนฐานะราชการส่วนภูมิภาคเป็นราชการบริหารส่วนท้องถิ่น	1) สอดคล้องกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ ที่ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการดูแล และจัดทำบริการสาธารณะ ให้ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนต่างๆ ได้ดี 2) โครงสร้างการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มาจากการเลือกตั้งโดยตรง เป็นการสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่มีบทบาทและมีโอกาสร่วมตัดสินใจ หรือตรวจสอบผลการดำเนินงานของการบริการสาธารณะได้ 3) กระทรวงสาธารณสุขปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้กำหนดมาตรฐาน ผู้กำกับดูแลและเสนอแนะ สนับสนุนทางวิชาการ ซึ่งเป็นไปตามหลักการจัดการภาครัฐแนวใหม่ 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถตัดสินใจ และจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์ในการจัดบริการได้มากที่สุด	1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละระดับมีอิสระ ไม่ได้ขึ้นต่อกัน จึงทำให้คณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้น ไม่ได้มีอำนาจที่แท้จริงในการแก้ไขปัญหาการบริหารงาน 2) มีความยุ่งยาก และใช้ทรัพยากรมาก ประกอบกับต้องการบุคลากรที่ใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญทางเทคนิคการแพทย์สูง 3) จิตความสามารถหรือศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละพื้นที่และในแต่ละระดับมีไม่เท่ากัน 4) ปัญหาความขัดแย้งทางการเมืองในท้องถิ่นในบางพื้นที่ เนื่องจากปัญหาการเมืองของท้องถิ่นบางพื้นที่มีความรุนแรง และอาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาการแทรกแซงทางการเมืองของท้องถิ่นในหน่วยบริการสาธารณสุขได้
สถานพยาบาลเป็นองค์กรมหาชน	เป็นรูปแบบหนึ่งขององค์กรภาครัฐ ซึ่งมีสถานะเป็นนิติบุคคล ไม่เป็นส่วน	1) เป็นหน่วยงานของรัฐที่ดำเนินงานตามเจตนารมณ์ทางด้านการกระจายอำนาจและการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน	1) คุณสมบัติ และความรู้ความสามารถของคณะกรรมการบริหารและผู้อำนวยการและองค์การมหาชนเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ จึงต้องมี

รูปแบบ	ลักษณะของรูปแบบ	ข้อดี	ข้อเสีย
	ราชการ จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.องค์การมหาชน พ.ศ.2542 มีลักษณะความอิสระ คล่องตัวสูงในการดำเนินงาน โดยมีวัตถุประสงค์ไม่มุ่งแสวงหากำไรเป็นหลัก	2) มีกฎหมายรองรับการจัดตั้งหน่วยงาน อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารอย่างชัดเจน รวมทั้งความอิสระคล่องตัวในการกำหนดระบบการบริหารต่างๆ ของตนเองได้ 3) สามารถดำเนินการให้บริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น อันเนื่องมาจากความเป็นอิสระคล่องตัวในการกำหนดระบบการเงินและงบประมาณ ระบบบริหารงาน ทรัพยากรบุคคล 4) สามารถพึ่งพาตัวเองทางการเงิน การคลังได้ โดยสามารถลดการพึ่งพาด้านงบประมาณจากภาครัฐได้ 5) ลดขนาดกำลังคนของภาครัฐได้อย่างชัดเจน	การคัดเลือกที่ดี 2) หากพื้นที่ที่จัดตั้งหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นองค์การมหาชน เป็นพื้นที่ที่มีข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจ อาจส่งผลให้องค์การมหาชนนั้นมีปัญหาการพึ่งพา ตนเองทางด้านรายได้ 3) การเป็นองค์การมหาชนในพื้นที่ จะมีปัญหาเรื่องการจัดหาทรัพยากร และการส่งต่อการให้บริการ 4) ต้องมีระบบการบริหารงานทรัพยากรบุคคลกลางที่จะกำหนดมาตรฐานหรือเกณฑ์กลางในการบริหารงานบุคคลด้านต่างๆ
องค์การมหาชน ระดับจังหวัด	รูปแบบนี้เป็นการนำหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งจังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน จัดตั้งขึ้นโดยมีสถานะเป็นนิติบุคคล ในลักษณะองค์การมหาชน ที่อยู่ในเขตร่วมกัน	1) เป็นการรวมหน่วยงานบริการสาธารณสุขทุกระดับไว้เป็นองค์การเดียว เป็นการดูแลสุขภาพเชิงบูรณาการในระดับพื้นที่เดียวกัน 2) การบริหารจัดการมีเอกภาพมากขึ้น และช่วยแก้ไข ปัญหาข้อจำกัดของรูปแบบองค์การมหาชนแบบเดี่ยว การระดมการใช้ทรัพยากรร่วมกันได้ในระดับจังหวัด เพราะอยู่ในสังกัดองค์กรเดียวกัน 3) ระบบงบประมาณและการบริหารมีความอิสระ	1) องค์กรมีขนาดใหญ่ หากบริหารจัดการไม่ดี จะทำให้เป็นอุปสรรคในการให้บริการสาธารณสุขได้ 2) การโยกย้ายบุคลากรยังมีข้อจำกัด เพราะสามารถโยกย้ายภายในจังหวัด เทียบกับรูปแบบปัจจุบัน ที่กระทรวงสาธารณสุขรวมศูนย์ดูแลเอง จะทำให้สามารถโยกย้ายได้ทั่วประเทศ 3) ปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ อาจมีการแย่งชิงทรัพยากรระหว่างจังหวัด

รูปแบบ	ลักษณะของรูปแบบ	ข้อดี	ข้อเสีย
	มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน มีฐานะเป็นองค์การของรัฐ เป็นนิติบุคคล แต่ไม่เป็น ส่วนราชการ โดยจะมี โครงสร้างองค์การเหมือน รูปแบบองค์การมหาชน	คล่องตัว เพราะสามารถวางระบบการบริหารของ หน่วยงานเองได้ 4) ตัวแทน อปท. และภาคประชาชนสามารถเข้ามามี ส่วนร่วมในการบริหารได้เช่นเดียวกับองค์การมหาชน	

ตารางที่ ๑๑ รูปแบบการกระจายอำนาจระบบสุขภาพในต่างประเทศ

รูปแบบ	ลักษณะของรูปแบบ	ข้อดี	ข้อเสีย
การมอบอำนาจต่อ องค์กรได้บังคับ บัญชาของ โปรตุเกส (Deconcentration)	มอบหน้าที่ให้เทศบาลจัดบริการสุขภาพ แบบปฐมภูมิ ให้ครอบคลุมประชากรใน ประเทศอย่างทั่วถึง แต่ หน้าที่ความ รับผิดชอบต่างๆในเรื่อง วางแผน, การเงิน การคลัง, และ การตรวจสอบประเมินผล เป็นหน้าที่ของส่วนกลางที่จะต้อง รับผิดชอบ	1) มีสถานะทางสุขภาพโดยรวมที่ดีขึ้น 2) ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น 3) ประชาชนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน	1) การวางแผนและตัดสินใจที่เป็นแบบรวมอำนาจทำให้ ท้องถิ่นไม่มีความเป็นอิสระในการที่จะตอบสนองต่อ ความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่ ซึ่งอาจแตกต่างกัน โดยสิ้นเชิง 2) การจัดบริการสาธารณะไม่สามารถที่จะปรับตัวเพื่อ ให้บริการกับชุมชนที่มีอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นได้ 3) การจัดสรรงบประมาณเป็นลักษณะการจัดสรรตามที่ เคยทำในอดีต (Historic Budgeting) ซึ่งไม่ได้เป็นการ จัดสรรตามสภาวะทางสังคม ประชากร หรือ ตามการเกิด ของโรค จึงทำให้เกิดการจัดสรรที่ไม่เหมาะสม เพราะ

รูปแบบ	ลักษณะของรูปแบบ	ข้อดี	ข้อเสีย
			งบประมาณที่จัดไว้ไม่เพียงพอสำหรับความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน 4) ทรัพยากรกระจายอยู่ในเมืองใหญ่มาก ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบท
การถ่ายโอนของสเปน	เป็นการถ่ายโอน การให้บริการสุขภาพ และ สถานพยาบาลให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยที่องค์กรดังกล่าวมีสิทธิขาดในการบริหารสถานพยาบาล และได้รับงบประมาณสนับสนุน เป็นก๊อปปี้แบบไม่เฉพาะเจาะจง	1) เนื่องจากมีการกระจายอำนาจทางการเมืองและการคลัง จึงทำให้เกิดมีการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนมากขึ้น โดย รัฐบาลถูกตรวจสอบมากขึ้นจากประชาชน ซึ่งก็เกิดขึ้นเนื่องจากทางชุมชนสามารถสร้างแรงกดดันทางการเมืองกับทางรัฐบาลท้องถิ่นได้ และภาคประชาชนมีแนวโน้มที่จะกดดันรัฐบาลท้องถิ่นให้พัฒนาบริการสุขภาพให้ทัดเทียมกับพื้นที่ใกล้เคียง 2) กระบวนการถ่ายโอนได้ทำให้เกิดความชัดเจนในเรื่องหน้าที่ความรับผิดชอบของรัฐบาลแต่ละระดับ เช่น มีการจัดทำระเบียบในรัฐบาลท้องถิ่นของแต่ละชุมชน เพื่อรับประกันสิทธิของประชาชนต่อการได้รับบริการสุขภาพ 3) ทางรัฐบาลท้องถิ่นมีอิสระในการพัฒนาหารูปแบบที่เหมาะสมในการจูงใจบุคลากรทางด้านสุขภาพ 4) ภายหลังการถ่ายโอน ได้มีการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพและทำให้ทันสมัย โดยประชาชนมากกว่าครึ่งเชื่อว่า การกระจายอำนาจทำให้รัฐบาล	1) การกระจายอำนาจในสเปนได้ก่อให้เกิดความขัดแย้งทั้งระหว่างรัฐบาลกลางและชุมชน และระหว่างนักการเมืองเอง 2) สหภาพแรงงานมีอำนาจมากขึ้นในการต่อรองหรือบังคับให้ทางรัฐบาลแคว้นต้องเพิ่มเงินเดือนให้กับเจ้าหน้าที่มากเกินไปจนไม่เหมาะสม

รูปแบบ	ลักษณะของรูปแบบ	ข้อดี	ข้อเสีย
		ท้องถิ่นมีความสามารถมากขึ้นในการตอบสนองต่อความต้องการและให้บริการประชาชน	
การมอบอำนาจให้สถานพยาบาลเป็นองค์กรมหาชนของอิตาลี (คล้ายโรงพยาบาลบ้านแพ้ว)	ให้สถานบริการแต่ละแห่ง รวมไปถึงโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นหน่วยงานอิสระ (Autonomous Bodies) คล้ายกับลักษณะของโรงพยาบาลบ้านแพ้วที่เป็นองค์กรมหาชน ซึ่งทำให้องค์กรเหล่านี้มีความเป็นอิสระทางการเงินการคลังและมีอิสระในการตัดสินใจโดยมีจุดมุ่งหมายในการทำให้เกิดการแข่งขันภายใต้การจัดการ (Managed Competition)	1) มีการแข่งขันกันระหว่างผู้ให้บริการของรัฐและเอกชน และ ระหว่างผู้ให้บริการของรัฐด้วยกันเอง ¹¹¹ ซึ่งทำให้ต้องมีการพัฒนาคุณภาพของบริการและความสามารถอื่นๆขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีประสิทธิภาพมากขึ้น 2) มีการบัญญัติคำจำกัดความของ “ระดับการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น” (Essential Levels of Health Care Provision หรือ ELHC) ซึ่งรัฐบาลส่วนภูมิภาคจะเป็นผู้กำหนด และถือเป็นสิทธิทางสังคมของพลเมือง โดยรัฐบาลกลางมีหน้าที่รับรองและประเมินผลว่าได้มาตรฐานหรือไม่ หากทางรัฐบาลภูมิภาคถูกประเมินโดยรัฐบาลกลางว่าไม่ถึงเกณฑ์ อาจทำให้สูญเสียอิสระในการบริหารจัดการ การให้บริการสุขภาพชั่วคราว	
การมอบอำนาจให้คณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นซึ่งเป็นที่ปรึกษาของอิตาลี	คณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่น ได้รับการมอบหมายอำนาจให้ดูแลในเรื่องการให้บริการสาธารณะต่างๆ โดยอาจมีโครงสร้างการทำงานแบบสภาหรือองค์กรที่ได้รับการแต่งตั้ง ซึ่งแต่ละที่ต่างก็	1) รัฐบาลท้องถิ่นและคณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นมีอำนาจในการตัดสินใจและมีอิสระมากขึ้นทำให้ทำงานได้คล่องตัวและมีประสิทธิภาพ	1) ความล่าช้าในการส่งงบประมาณ 2) มีความต้องการการสนับสนุนทางด้านการบริหารจัดการสำหรับการให้บริการสุขภาพใหม่ๆ 3) ความมั่นคงในหน้าที่การงานของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ

¹¹¹ Taroni (2000), Devolving responsibility for funding and delivering health care in Italy, Euro Observer,2(1): 1-2

รูปแบบ	ลักษณะของรูปแบบ	ข้อดี	ข้อเสีย
	มีคณะกรรมการ, แหล่งเงินทุน และ สถานะทางกฎหมาย ของตนเอง		
การมอบอำนาจให้ คณะกรรมการ บริการสุขภาพ แห่งชาติ (NHS) ของสหราชอาณาจักร	คณะกรรมการบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ถูกมอบหมายให้ บริหารจัดการ โรงพยาบาล โดย องค์การนี้มีอิสระในการ บริหารจัดการ และ การเงินการคลัง	1) NHS มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจและบริหาร จัดการแบบเด็ดขาดทำให้สามารถบริหารจัดการได้อย่าง คล่องตัวและมีประสิทธิภาพ 2) ประชาชนมีทางเลือกมากขึ้นในบริการบางประเภท ในการเลือกผู้ให้บริการที่มีคุณภาพของรัฐหรือเอกชน และยังเป็นการลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องรอเพื่อรับการ รักษาเนื่องจากมีจำนวนผู้ให้บริการมากขึ้น 3) ในระบบ Internal Market ผู้ให้บริการต้องแข่งขัน ทำ ให้บริการมีคุณภาพและสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพ ของประชาชนอย่างตรงจุด	1) สัญญาระหว่างผู้ซื้อ และผู้ขายที่ทำขึ้นมาไม่ได้ เสริมสร้างให้เกิดความรับผิดชอบและการตรวจสอบของผู้ ให้บริการ และ สัญญาที่สร้างขึ้น โดยผู้ซื้อ มิได้ระบุถึง รายละเอียดของคุณภาพการบริการที่ชัดเจน 2) มีปัญหาในเรื่องของความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ ซึ่ง อาจเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้ให้บริการในแต่ละแห่งมี ความสามารถที่ไม่เท่ากัน

๓.๒.๔ สรุป

รูปแบบของการกระจายอำนาจการบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ถูกรวบรวมไว้ในเอกสารนี้ ทั้งรูปแบบที่ถูกเสนอขึ้นโดยนักวิชาการในประเทศและระบบที่ได้มีการนำไปปฏิบัติจริงในต่างประเทศ โดยประสบการณ์ในต่างประเทศได้มีการวิเคราะห์ถึงจุดเด่นและจุดด้อยของแต่ละระบบ เอกสารนี้ได้รวบรวมทางเลือกต่างๆและข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือกเพื่อให้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจว่าทางชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องต้องการกระจายอำนาจในรูปแบบใด

แนวโน้มในต่างประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ มีการแยกผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการออกจากกันแล้ว สถานพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจเป็นสถานพยาบาลของรัฐ ท้องถิ่น, เอกชน หรือ เป็นองค์การมหาชนก็ได้ ซึ่งประเด็นสำคัญอยู่ที่ การบริหารกองทุนในการซื้อบริการ ที่จะต้องออกแบบให้เกิดความสมดุลทางอำนาจระหว่าง ผู้ซื้อบริการ (สปสช), ผู้รับบริการ (ประชาชน), และผู้ให้บริการ(สถานบริการในพื้นที่) ดังนั้นรูปแบบคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพในพื้นที่ (ในระดับใหญ่กว่าตำบล) น่าจะเป็นทางออกของการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต

บทที่ ๔ ภาคผนวก

๔.๑ กรณีศึกษา การสร้างศักยภาพของอบต.ในการสร้างเสริมสุขภาพ

๔.๑.๑ กรณีที่ ๑ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านปรก อ.เมือง จ.สมุทรสงคราม

เอกสารนี้มีวัตถุประสงค์ในการถอดบทเรียน การพัฒนาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพโดยคณะนักวิจัยได้รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิที่เป็นเอกสารจากงานวิจัยอื่น สื่ออินเทอร์เน็ต และเอกสารที่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้รวบรวมไว้ รวมทั้งการเก็บข้อมูลปฐมภูมิที่พื้นที่ อบต. และสถานบริการสาธารณสุขในเขต โดยการสังเกตและสัมภาษณ์ อบต.บ้านปรก ถูกเลือกเป็นกรณีศึกษาเนื่องจากมีจุดเด่นในการวางรากฐานความคิดเรื่องสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพ การทำกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม และผู้บริหารมีความตระหนักถึงเรื่องสุขภาพ เป็นตัวอย่างและบทเรียนในขั้นแรกคือ ขั้นตอนการปรับแนวคิดในเรื่องสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และการดำเนินกิจกรรม

รายงานนี้ประกอบด้วย ๒ ตอน คือ ตอนที่ ๑ เป็นข้อมูลทั่วไป และตอนที่ ๒ เป็นผลการวิเคราะห์การถอดบทเรียน



ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ข้อมูลประชากร

ที่ตั้งและอาณาเขต

ตั้งอยู่หมู่ที่ ๓ ตำบลบ้านปรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม อยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดสมุทรสงคราม อยู่ห่างจากอำเภอเมืองประมาณ ๔.๕ กิโลเมตร รับผิดชอบพื้นที่ ๒ ตำบล ประมาณ ๑๗.๔๔ ตารางกิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อดังนี้

ทิศเหนือ	ตำบลท่าคา อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม
ทิศใต้	แม่น้ำแม่กลองตลอดแนว
ทิศตะวันออก	ตำบลแม่กลอง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
ทิศตะวันตก	ตำบลบางช้าง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

ลักษณะภูมิประเทศ

พื้นที่ทั่วไปเป็นที่ราบลุ่ม ลักษณะเป็นร่องสวน มีแม่น้ำและลำคลองเล็กๆ กระจายล้อมรอบอยู่ทั่วไป พื้นที่รอบนอกทางทิศใต้ ติดกับแม่น้ำแม่กลอง ทำให้มีความชุ่มชื้นอยู่เสมอ เหมาะในการเกษตรกรรม

ประชากร

มีประชากรทั้งสิ้น ๘,๒๑๕ คน แยกเป็นชาย ๓,๕๐๕ คน หญิง ๔,๗๑๐ คน มีจำนวน ๒,๖๑๒ ครัวเรือน ๒,๕๕๐ หลังคาเรือน ความหนาแน่นเฉลี่ย ๑,๓๗๔ คน/ตารางกิโลเมตร

สภาพทางเศรษฐกิจ

อาชีพ ทำสวนผลไม้และรับจ้าง มีหน่วยธุรกิจในเขต แบ่งเป็น รีสอร์ท ๑๓ แห่ง ปั๊มน้ำมัน ๑ แห่ง และโรงงานอุตสาหกรรม ๔ แห่ง ประชากรมีรายได้เฉลี่ย/หัว คนละ ๒๘,๐๐๐ บาท/ปี

สภาพสังคม

ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ ๘๘.๖ ศาสนาอิสลาม ร้อยละ ๐.๔ ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบมีระดับการศึกษา ๒,๑๕๑ คน โรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบมี ๒ โรงเรียน เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับทองและเงิน จากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ๔ แห่ง วัด/สำนักสงฆ์ ๔ แห่ง ตำรวจชุมชน ๑ แห่ง ศูนย์อพยพ.ตำบลบ้านปรก ๑ แห่ง การคมนาคมภายในสามารถใช้รถใช้ถนนได้สะดวก มีการตัดถนนผ่านหมู่บ้านหลายสาย

๑. ข้อมูลของ อบต.

อบต.บ้านปรก เป็น อบต. ขนาดเล็ก มีจำนวนหมู่บ้านในเขต อบต. เต็มทั้งหมู่บ้าน ๑๑ หมู่ ได้แก่หมู่ที่ ๑ – ๑๑

ศักยภาพของ อบต.

จำนวนบุคลากร รวมทั้งสิ้น	๒๓ คน
ตำแหน่งในสำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล	๑๓ คน
ตำแหน่งในส่วนการคลัง	๖ คน
ตำแหน่งในส่วนโยธา	๔ คน

รายได้ขององค์การ ปีงบประมาณ 2552

รายได้ที่องค์การบริหารส่วนตำบลจัดเก็บเอง	๖๓๘,๓๕๖.๗๐ บาท
รายได้ที่ส่วนราชการต่าง ๆ จัดเก็บให้	๑๑,๔๒๓,๖๔๗.๔๑ บาท
เงินอุดหนุนทั่วไป	๕,๑๗๗,๔๑๒.๔๑ บาท
เงินอุดหนุนเฉพาะกิจ	๑๓,๓๓๓,๓๑๘.๑๔ บาท
รายได้เบ็ดเตล็ด	๒๑๑,๕๒๒.๐๐ บาท
รายได้ทรัพย์สิน	๑๘๖,๖๕๕.๓๓ บาท
ค่าธรรมเนียม	๑๖๖,๕๗๖.๐๐ บาท
รวมทั้งสิ้น	<u>๓๕,๑๓๗,๕๒๑.๗๖ บาท</u>

นโยบายทั่วไป (ตั้งแต่ปี ๒๕๔๗-ปัจจุบัน)

ด้านสาธารณูปโภค

๑. พัฒนาดำบลบ้านปรกให้มีการขุดลอกคลองสาธารณะ
๒. พัฒนาด้านการติดตั้งไฟฟ้า
๓. พัฒนาด้านถนนสาธารณะให้ครอบคลุมทั้งตำบล

ด้านสวัสดิการและสังคม

๑. ส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวมีความอบอุ่น ชุมชนมีความเอื้ออาทร
๒. ส่งเสริมการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพให้ประชาชนอย่างทั่วถึง
๓. ส่งเสริมให้มีโครงการครอบครัวตัวอย่าง ครอบครัวดีเด่นของตำบล
๔. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีโครงการเบี้ยยังชีพสำหรับคนชรา

ด้านสิ่งแวดล้อม

การบริหารจัดการขยะมูลฝอยให้มีประสิทธิภาพ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ด้านพัฒนาแหล่งท่องเที่ยว อนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

๑. ส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ได้ตระหนักถึงการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ ตามลำคลอง ซึ่งปัจจุบันมีนักท่องเที่ยวมาชมหิ่งห้อย ในพื้นที่ตำบลบ้านปรกกันมาก และการจัดที่พักอาศัยให้กับนักท่องเที่ยว

๒.ประสานงานกับจังหวัดสมุทรสงคราม ในการศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการจัดทำพัฒนาแหล่งท่องเที่ยว เช่น ทำเทียบเรือสำหรับนักท่องเที่ยว การพัฒนาแหล่งท่องเที่ยว บริเวณเขื่อนวัดช่องลม การสำรวจทำโครงการสร้างทางเท้า ทางจักรยาน ด้านริมแม่น้ำแม่กลองของตำบลบ้านปรก ต่อเชื่อมกับเทศบาลตำบลอัมพวา

ด้านการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม

- ๑.ส่งเสริมให้โรงเรียนในพื้นที่ตำบลบ้านปรก ให้มีคอมพิวเตอร์เพื่อการศึกษา
- ๒.ส่งเสริมให้เยาวชนเล่นกีฬา เพื่อพัฒนาสุขภาพร่างกายและห่างไกลยาเสพติด
- ๓.ส่งเสริมให้มีประเพณีในวันสำคัญทางศาสนา เช่น ประเพณีลอยกระทง ประเพณีสงกรานต์ ประเพณีแห่เทียนเข้าพรรษา
- ๔.สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการพัฒนาศูนย์ศึกษาของเด็กเล็กก่อนวัยเรียน
- ๕.ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์
- ๖.ส่งเสริมและพัฒนาให้มีการอนุรักษ์สัตว์เลี้ยงพื้นบ้านสายพันธุ์ดี เช่น ไก่ชน

ด้านเศรษฐกิจ การคลัง และการบริหารจัดการ

- ๑.การบริหารจัดการที่ดี และโปร่งใส กระจายงบประมาณให้ครอบคลุมทุกพื้นฐาน
- ๒.ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเพื่อสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง

ด้านการประสานงานภาครัฐ

- ๑.ให้องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านปรกเป็นต้นแบบแห่งการพัฒนาและรองรับภารกิจถ่ายโอนของรัฐบาล
- ๒.พัฒนาองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านปรก ให้สอดคล้องยุทธศาสตร์ของจังหวัดสมุทรสงคราม

นโยบายด้านสาธารณสุข

- ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขทั่วถึงครอบคลุม
- ส่งเสริมให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและทันสมัย
- ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการจัดการปัจจัยแวดล้อมต่างๆ
- ให้เฝ้าต่อการมีสุขภาพดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา
- ส่งเสริมให้มีการบริโภคอาหารและผลไม้ปลอดสารพิษ

ผลงานเป็นที่ยอมรับ

ระดับองค์กร

- อบต.บริหารจัดการที่ดีประจำปี ๒๕๔๘, ๒๕๕๐, ๒๕๕๑ และปี ๒๕๕๒
- อบต.ผ่านการประเมินสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน ระดับทองปี ๒๕๔๕

- ได้รับรางวัลชนะเลิศ อันดับที่ ๑ ระดับองค์กรขนาดเล็ก จากเขตจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค เขต ๖,๗ จังหวัดราชบุรี ประกวดเพื่อหัวใจดี มีหุ่นสวย รวยพลัง
- ได้รับรางวัลในการประชุมวันหัวใจโลก วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๕๕
- นวัตกรรมดีเด่น(ชมเชย)เรื่องสร้างบุญด้วยรอยยิ้ม
- กองทุนหลักประกันสุขภาพได้รับเชิญจากสวรส. ร่วมแสดงผลงานมหกรรมสุขภาพเมืองทองธานี
- ได้รับรางวัลดีเด่นระดับประเทศชนะเลิศระดับเขต โครงการบูรณงานสุขภาพจิตและจิตเวช
- ได้รับโล่พระราชทานจากพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี ผลงานดีเด่นอันดับ ๒ สาธารณสุขไทยหัวใจเป็นมนุษย์ ๕ กันยายน ๒๕๕๒

ระดับบุคคล

- ชนะเลิศการประกวด อสม สาขา โรคไข้เลือดออก ปี ๒๕๕๕
- ชนะเลิศการประกวด อสม. สาขา เอดส์ ปี ๒๕๕๒
- ชนะเลิศการประกวด อสม. สาขา ยาเสพติด ปี ๒๕๕๒

ผลงานก่อให้เกิดความยั่งยืนต่องานชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

- บุคลากรมีคุณภาพด้านคุณธรรมจริยธรรม ส่งผลให้เกิดครู ข
 - มีทีมสุขภาพที่มีจิตอาสาสร้างบุญด้วยรอยยิ้ม
 - ชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมธรรมะสัญจร
- ขยายเครือข่าย
 - เพื่อนช่วยเพื่อน ชมรมสงเคราะห์ศพผู้เสียชีวิต
- เป็นที่ศึกษาดูงาน
- เป็นวิทยากรหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

กิจกรรมโครงการการดำเนินงานในปีต่อไป

- ๑.โครงการปลูกผักไร้สารพิษ
- ๒.โครงการนวดแผนไทย ออบสมุนไพร
๓. สร้างบุญด้วยรอยยิ้มกับทีมสุขภาพปีที่ 3
๔. โปรแกรมหมออนามัยกับสุขภาพไซเทคพัฒนารูปแบบการจัดเก็บข้อมูลโรคเรื้อรัง
- ๕.ชมรมผู้สูงอายุสถานีนอนามัยตำบลบ้านปรก กับสัจจะความดี ปี 2553
- ๖.โครงการดูแลผู้พิการ
- ๗.โครงการคนบ้านปรกสานใยรักร่วมใจด้านภัยยาเสพติด

๘.โครงการ ๖ อ.กับหมออนามัยสัญจรปีที่ ๒

๑.๓ ข้อมูลสถานีนอนามัย

สถานีนอนามัยประจำตำบล/หมู่บ้าน ๒ แห่ง

- สถานีนอนามัยตำบลบ้านปรก หมู่ ๓
- สถานีนอนามัยบ้านแก้วฟ้า หมู่ ๑๐



บุคลากรประจำสถานีนอนามัย

นักวิชาการสาธารณสุข ๒ คน

เจ้าพนักงานสาธารณสุข ๒ คน

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ๑ คน

สัดส่วนบุคลากร : ประชากร

๑ : ๕๒๕

จำนวนอาสาสมัคร

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ๒๖ คน

ชมรมผู้สูงอายุ ๓๘๕ คน

ชมรมสร้างสุขภาพ ๑๔๐ คน

แกนนำครอบครัว (กศค.) ๖๗๗ คน

การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว

หลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมอบต.ในการจัดการด้านสาธารณสุข

๑.การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุข แบ่งเป็น ๓ ส่วนเกี่ยวข้อง

๑.๑ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นตำบลบ้านปรก

๑.๑.๑ มีส่วนร่วมส่งเสริมสนับสนุนการจัดการด้านสาธารณสุขตั้งแต่ ปี ๒๕๔๑

๑.๑.๒ มีผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขด้านการควบคุม ป้องกันโรค,ส่งเสริมสุขภาพ, รักษาพยาบาล,ฟื้นฟูสภาพ

- การดำเนินการจัดซื้อเครื่องฟ่นยุง สนับสนุนน้ำยาเคมี ทราชม่าลูกน้ำ ค่าฟ่นยุง จัดซื้อวัคซีนและยาคุม ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
- ออกหน่วยร่วมกับสถานีอนามัยในการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

๑.๑.๓ มีแผนงานโครงการกิจกรรมในการจัดการด้านสาธารณสุข

- จัดอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่อบต.ในพื้นที่
- จัดทีมอพพร.ร่วมกับอบสม.ในการเยี่ยมผู้พิการผู้สูงอายุเพื่อ ฟื้นฟูสภาพจิตใจ
- ให้ลูกศึกษาประชาสัมพันธ์งานโรคติดต่อเช่นเรื่องไข้เลือดออก,ไข้หวัดนกและงานโรคไม่

ติดต่อเช่นโรคเบาหวาน ความดัน หัวใจ มะเร็ง ทางเสียงตามสาย

๑.๒ มีการส่งเสริมสนับสนุนด้านทรัพย์สิน

- สร้างห้องน้ำจำนวน 2 ห้องแก่สถานีอนามัยตำบลบ้านปรก
- จัดซื้อวัสดุเวชภัณฑ์ผู้สูงอายุ จำนวน 49,000บาท
- ด้านบริการออกหน่วยร่วมกับสถานีอนามัยในการให้บริการตรวจเบาหวาน วัดความดันโลหิต

สูง

๒.ประชาชนในพื้นที่

๒.๑ ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสาธารณสุขของอบต.

- เป็นคณะกรรมการในกองทุนประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในการพิจารณาโครงการต่างๆ

๒.๒ ในการออกประชาคมในพื้นที่ประชาชนมีความเห็นต่อความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุขของ อบต.ร้อยละ ๘๐

๓.สถานีอนามัยตำบลบ้านปรก

๓.๑ สมัครงใจ ๑๐๐ % เข้าร่วมโครงการ

๓.๒ มีการสำรวจทรัพย์สินทั้งหมด

๓.๓ เข้ารับการประชุมอบรมเรื่องถ่ายโอนที่ จ.ปราจีนบุรี และ จ.อยุธยา

๓.๔ รับทราบหลักเกณฑ์เงื่อนไขการถ่ายโอน

๓.๕ รับทราบสิทธิที่พึงมีและตำแหน่งหน้าที่

ตอนที่ ๒ การวิเคราะห์ศักยภาพของ อบต.ในการสร้างเสริมสุขภาพ

๒.๑ การปรับแนวคิดในเรื่องสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ และดำเนินกิจกรรม

อบต.ในความหมายของนักพัฒนาในท้องถิ่นที่บ้านปรก (ปลัด อบต.) หมายถึง การกระจายความเจริญไปครอบคลุมทุกจุดของตำบลที่เป็นนอกเขตเทศบาล เพื่อให้ความเจริญทัดเทียมกัน เหมือนกับการกระจายอำนาจ ลักษณะเมืองมีการเปลี่ยนแปลงในช่วง ๑๐ ปี เดิมเป็นสุขาภิบาล พอมี อบต.ขึ้นมาก็มีงบประมาณขยาย เหมือนกับการกระจายอำนาจไปครอบคลุมทุกจุดของตำบล ดังคำกล่าวของปลัด อบต.ที่ว่า “ถ้าไม่มี อบต. ประเทศไทยก็ไม่มี ความเจริญทั่วถึงเหมือนทุกวันนี้ โดยเฉพาะตำบลที่อยู่ชายแดน” และ “ตอนนี้เรื่องประชาชน รายได้น้อยไม่ใช่ปัญหาของความเจริญของท้องถิ่นเพราะ อบต.ได้รับเงินสนับสนุนจากการอุดหนุนของรัฐบาล เพราะฉะนั้นความเจริญค่อนข้างจะทัดเทียมกัน”

๒.๑.๑ วางรากฐานความคิดเรื่องสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพ

สถานีอนามัยบ้านปรกและ อบต.บ้านปรก ได้ให้ความสำคัญในการสร้างระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ โดยใช้เรื่องของสุขภาพ สังคม บุรณาการกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตในชุมชน เป็นลักษณะของการสร้างระบบ การดูแลสุขภาพที่ใกล้ชิดกับครอบครัวและชุมชนให้เป็นระบบที่เข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน ใส่ใจ กับปัญหา โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ที่ถูกต้องในการดำเนินงานเป็นแกนนำ ในเรื่องของการวางรากฐานและ เสริมสร้างความเข้าใจในเรื่องของสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยอาศัยการทำงานจากระบบบริการที่ ทำงานสุขภาพในชุมชนเป็นสำคัญ

๒.๑.๒ การทำกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม

จะเป็นรูปแบบของกิจกรรมกลุ่มระยะสั้น ในลักษณะของโครงการหรือชมรม เช่น การพัฒนาทักษะการ ตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง กระเปาะเย็บบ้านสำหรับหญิงหลังคลอด และสร้างบุญด้วยรอยยิ้มกับทีมสุขภาพ โดยการกำหนดโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ จะต้องเกิดมีการพูดคุยกันก่อนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของคนใน ชุมชน อาศัยการเล่าเรื่องและรับอาสาสมัครเข้าร่วมทำงานและแต่งตั้งคณะกรรมการในการดำเนินงานใน กิจกรรมนั้นๆ โดยอาศัยความสนใจร่วมกันของประชาชน จะเป็นลักษณะของการทำงานแบบบูรณาการแต่มี ผู้นำชุมชน นายก อบต. ปลัด อบต. หัวหน้าสถานีอนามัยเป็นแกนนำ โดยในการลงชุมชนจะไม่ได้ทำงานเดี่ยว แต่จะทำงานให้ครอบคลุม และเชื่อมโยงกันในทุกโครงการและกิจกรรมที่มีอยู่ อีกทั้งจะใช้โอกาสในการลง พื้นที่ แจกยาผู้สูงอายุ ผู้พิการ โดยไม่ต้องไปปรับที่สถานีอนามัย ในส่วนของการให้ความรู้อาสาสมัครก็จะแบ่ง งานกันทำ รับผิดชอบไปในแต่ละเรื่อง เช่น เรื่องการตรวจมะเร็งเต้านม การดูแลลูกน้ำุงลาย การวัดความดัน การตรวจเบาหวาน ใช้หัววัด ๒๐๐๕ โดยในกิจกรรมทั้งหมดเจ้าหน้าที่จะเป็นพี่เลี้ยงให้อาสาสมัครเป็นคนทำ และ จะต้องทำงานหมุนกันไปเพื่อให้ทุกคนทำงานเป็นหมดทุกด้าน เพื่อที่เวลาใครไม่ว่างก็สามารถทำแทนกันได้

นอกจากด้านสุขภาพแล้วทางนายก อบต.และปลัด อบต.ก็จะค้นหาปัญหาของชุมชน ผลตอบรับของประชาชน ก่อนข้างดีที่เห็นภาพการทำงานเป็นทีมและการทำงานแบบบูรณาการอย่างป็นรูปธรรม ช่วยให้คนในชุมชนมีความตระหนักเรื่องสุขภาพมากขึ้น

๒.๑.๓ การตระหนักถึงเรื่องสุขภาพในระดับนักการเมือง และผู้บริหาร

นายชนะ อินทร โชติ อายุ 48 ปี เป็นผู้ใหญ่บ้านตั้งแต่อายุ ๓๕ ดำรงตำแหน่ง ๑ ปี แล้วเป็นกำนัน ระหว่างนั้นก็ดำรงตำแหน่งประธาน อบต. จึงได้ดูแล อบต. มาตั้งแต่เริ่มต้นประกอบกับรู้พื้นที่จากการเป็นผู้ใหญ่บ้าน และกำนันมาก่อน รู้ปัญหา รู้ทุกข์สุขของชาวบ้าน เป็นช่วงที่งานปกครองกับงานบริหารเป็นคนเดียวกัน ทำให้ทำงานสะดวก หลังจากแยกเป็น อบต. ก็ลาออกจากกำนันมาสมัครนายก อบต. แล้วทำงานมาอย่างต่อเนื่องจากที่เดิมเคยทำมาตลอด ปัจจุบันประกอบอาชีพผู้รับเหมาทำหมู่บ้านจัดสรร และทำธุรกิจขายเครื่องใช้ไฟฟ้าด้วย ในการทำงานของนายก อบต.มองเห็นความสำคัญของทุกภาคส่วน และได้ทำงานมาโดยตลอด ก่อนที่จะได้รับการเลือกตั้ง จึงเป็นส่วนที่ประชาชนรับรู้และให้การยอมรับที่ตัวบุคคลมากกว่านโยบายการหาเสียงมองเรื่องการอยู่ดีมีสุขของคนในชุมชน อยู่อย่างปลอดภัย มาตรการรักษาความปลอดภัยต่างๆ ก็มีทางกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นผู้ดูแลลูกบ้านแต่ละหมู่บ้านด้วยความที่นายก อบต.ก็เคยดำรงตำแหน่งกำนัน ผู้ใหญ่บ้านมาก่อน จึงทำให้ทำงานกันง่ายขึ้น เพราะทราบดีว่าหน้าที่ของกำนัน ผู้ใหญ่บ้านเป็นยังไง ต้องให้ความสำคัญกับกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นการทำงานร่วมกันมากกว่าทำตามคำสั่ง และทาง อบต.สนับสนุนเรื่องงบประมาณอย่างเต็มที่ ถ้าเป็นเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน ดังคำกล่าวของปลัด อบต. ที่ว่า “ไม่ได้คำนึงถึงการเสียค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เพราะคำนึงถึงการบริการสาธารณะมากกว่า”

๒.๒ การพัฒนานโยบายสาธารณะ ศักยภาพของชุมชน และปัจจัยอื่นๆในชุมชน

๒.๒.๑ การพัฒนานโยบาย กลยุทธ์ และวัตถุประสงค์

ทาง อบต.บ้านปรก ได้นำกระบวนการ SWOT Analysis มาใช้แต่ยังเป็นในลักษณะของโครงการและกิจกรรม ยังไม่เกิดในระดับนโยบายสาธารณะ ซึ่ง SWOT Analysis ได้ถูกถ่ายทอดโดยคุณพรทิพย์ มิ่งมณเฑียร หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านปรก ที่ได้จากการนำวิชาความรู้ที่ได้จากการศึกษาต่อเพิ่มเติมในด้านสาธารณสุขชุมชน ดังนี้

การกำหนดกลยุทธ์

โดยการสร้างพันธมิตร กับเครือข่าย กับคนในชุมชน คือพัฒนาจากภายในก่อน แล้วก็รุกไปข้างหน้า เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนที่ดีขึ้น โดยทาง อบต. ได้มีการกำหนด ๒ กลยุทธ์ ในเรื่องของการส่งเสริมและพัฒนา ดังนี้

กลยุทธ์ที่ ๑ ส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเชิงรุกแบบบูรณาการ

โครงการรองรับ

๑. โครงการชุมชนสถานใจรักผู้สูงวัยอบอุ่นใจ
๒. โครงการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก
๓. โครงการคนบ้านปรกยิ้มสดใส ใส่ใจสุขภาพช่องปาก
๔. โครงการสร้างบุญด้วยรอยยิ้ม
๕. โครงการคนไทยไร้พุง

กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาสมรรถนะบุคลากร

โครงการรองรับ

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการแผนที่ยุทธศาสตร์เพื่อการจัดการสุขภาพตำบลบ้านปรก ปี ๒๕๕๒ (เป็นโครงการของจังหวัดที่ให้ อบต.สนับสนุน)ในเรื่องของการสร้างระบบการดูแลสุขภาพปฐมนิเทศให้เข้มแข็ง ได้ผสมผสานสุขภาพเข้ากับศิลปะความเข้าใจในมนุษย์ เพื่อสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่ใกล้ชิดกับครอบครัวและชุมชน ให้เป็นระบบที่ เข้าใจ ใส่ใจ อุ่นใจ ภูมิใจ ร่วมใจ และใกล้ชิด ตามหลักแนวทางการเข้าถึงชุมชนของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา

ใช้บันได ๕ ขั้น ของยศนัย เครื่องทิพย์

ประกอบด้วย

๑) ทำทนายปัญหา

จะนำคุณธรรมจริยธรรมสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในชุมชนได้อย่างไร เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็งและสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพอย่างยั่งยืนได้

ตอบประเด็นทำทนาย

ต้องใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ประชาชนในชุมชน โดยกระตุ้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๒) ศึกษาบริบท

วิถีชีวิตของประชาชนเรียบง่าย สนใจเรื่องทำมาหากินมากกว่าเรื่องสุขภาพ

จุดแข็ง : สถานีนอนามัยถ่ายโอนสู่อบต. แคนนำชุมชนให้ความร่วมมือ

จุดอ่อน : ประชาชนไม่ค่อยสนใจเรื่องสุขภาพ

โอกาส : นโยบายสร้างสุขภาพเชิงรุก ๖ อ.

อุปสรรค : โรคเรื้อรัง / โรคระบาด

๓) กำหนดกลยุทธ์

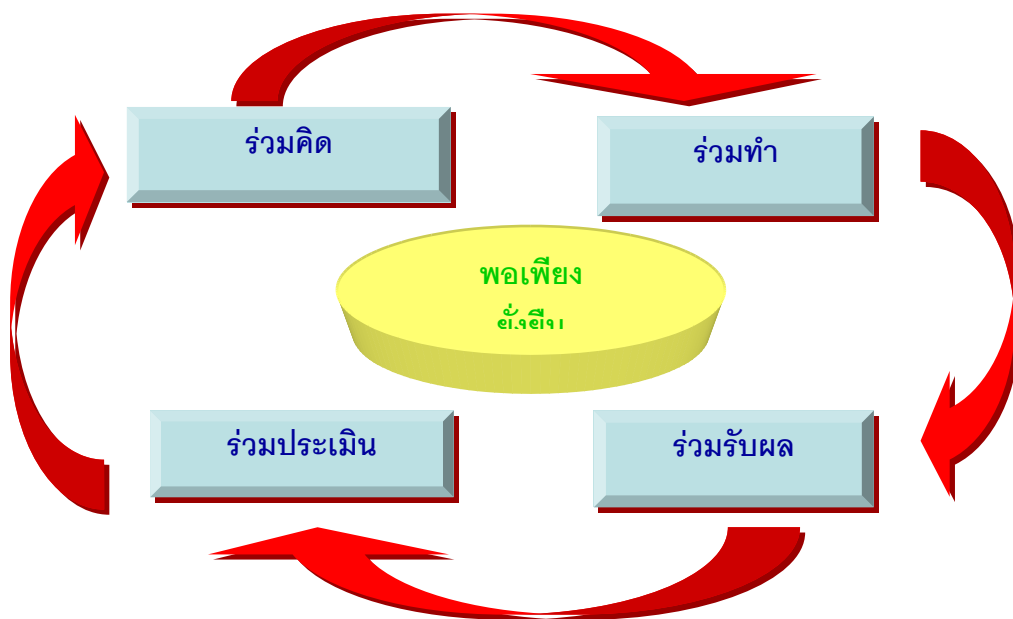
การใช้จุดแข็งเกาะกุมโอกาส

๔) จุดประกายความคิด

สร้างทีมสุขภาพทำงานโดยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ ให้เป็นระบบที่ เข้าใจ ใส่ใจ อุ่นใจ ภูมิใจ ร่วมใจ และใกล้ชิด

๕) เกาะติดทบทวน

ใช้วงล้อ PDCA เป็นเครื่องมือในการพัฒนา กระบวนการทำงานเป็นทีม



๒.๒.๒ การพัฒนาบริบทและสภาพแวดล้อมโดยการพัฒนาเรื่องความสามารถและวิธีการ

อบต.บ้านปรก มีประชากรแฝงค่อนข้างมาก ก็จะมีประโยชน์ทางเศรษฐกิจ แต่ถ้ามองในส่วนราชการ ส่วนท้องถิ่นอาจเป็นโทษ เพราะจะต้องดูแลในเรื่องของสาธารณสุข ต้องดูแลทางด้านการกำจัดขยะ การใช้สารเคมี บ้านปรกมีประชากรประมาณ ๘,๐๐๐ คน ประชากรแฝง ๒,๐๐๐ คน แต่ไม่ได้นำไปคำนวณ จะต้องดูแลเรื่องขยะปริมาณมากขึ้น แต่เงินบริหารจัดการเท่าเดิม แต่ทาง อบต. ไม่ได้คำนึงถึงการเสียค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เพราะคำนึงถึงการบริการสาธารณะมากกว่า ซึ่ง อบต.ก็มีการจัดเก็บรายได้จากภาษี ๓ ส่วน คือ ภาษีบำรุงท้องที่ ภาษีโรงเรือน ภาษีป้าย โดยทางคณะกรรมการกระจายอำนาจให้เงินตามตัวแปร ๒ ตัว คือ คนกับขนาดของพื้นที่ เพราะฉะนั้นพื้นที่ที่ห่างไกลก็จะได้เงินมากกว่าพื้นที่ที่อยู่ใกล้เมือง

๒.๒.๓ การพัฒนาบุคลากรให้เป็นมืออาชีพ โดยการพัฒนาความสามารถ

เรื่องการสนับสนุนศักยภาพ สร้างองค์ความรู้ ให้กับบุคลากร ทางนายก อบต.ให้การสนับสนุนเพราะมีความคิดว่า อบต.ไม่ได้เป็นหน่วยงานที่เรียนรู้ได้เอง การไปอบรม ดูงานจากหน่วยงานต่างๆ หรือมหาวิทยาลัยก็เป็นการพัฒนาบุคลากรของ อบต. แต่ต้องดูเฉพาะเรื่องที่มีความสำคัญกับการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับบุคลากรอย่างแท้จริง อีกทั้งองค์ความรู้จากภายนอกยังเป็นแรงกระตุ้นให้นักวิชาการสาธารณสุขศึกษาเล่าเรียนเพิ่มเติมในการพัฒนาตนเองให้เท่าทันกับองค์ความรู้ที่ต้องนำมาใช้ด้านสาธารณสุขชุมชน จึงได้นำ SWOT, Empowerment การบริหารจัดการองค์การ ที่ได้จากการศึกษาเพิ่มเติมมาใช้ในการทำงานร่วมกับชุมชน

๓.การเก็บข้อมูล การรับรองคุณภาพ การกำกับและประเมินผล

๓.๓.๑ การเก็บบันทึกข้อมูลเอกสารอย่างเป็นระบบ

เนื่องด้วยการดำเนินงานของ อบต.บ้านปรก จะเป็นลักษณะของโครงการและกิจกรรมในทางปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ การเก็บบันทึกข้อมูลจึงมีความสำคัญอย่างมาก ตั้งแต่การเขียนโครงการ การดำเนินงาน จนสิ้นสุดโครงการ เพื่อเป็นหลักฐานและเพื่อการประเมินผลเพื่อต่อยอดโครงการหรือกิจกรรมนั้นๆ ต่อไป อีกทั้งทาง อบต.บ้านปรก มีการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในและนอกหน่วยงาน ในลักษณะของตัวอย่างของโครงการและกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมที่ประสบความสำเร็จ จึงให้ความสำคัญในเรื่องของการเก็บบันทึกข้อมูล เอกสาร สถิติ ต่างๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อเผยแพร่ข้อมูลให้กับผู้ที่สนใจ และมาศึกษาดูงานได้เป็นอย่างดี

๓.๓.๒ การรับรองคุณภาพและการเรียนรู้แนวคิดขององค์กร

ข้อดีของการทำโครงการและกิจกรรมของชุมชน ถึงแม้จะไม่ได้พัฒนาไปถึงเชิงนโยบาย แต่ความหลากหลายในกิจกรรม ก็ทำให้หลายๆ โครงการได้รับเลือกให้เป็น Best Practice ทั้งในระดับจังหวัด ก่อให้เกิดวิทยากรชุมชน ไปจนถึงเวทีวิชาการระดับประเทศ

๔.๑.๒ กรณีที่ ๒ องค์การบริหารส่วนตำบลหาดทอง อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี

อบต.หาดทอง เป็น อบต.ขนาดเล็กที่ได้ถ่ายโอนภารกิจการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ มีการจัดทำแผนพัฒนาตำบลแบบมีส่วนร่วม ผู้บริหารมีความตระหนักถึงเรื่องสุขภาพ ถึงแม้จะเป็นพื้นที่ขนาดเล็ก แต่ก็สามารถดำเนินงานและมีกิจกรรมที่ส่งเสริม พื้นฟู ป้องกัน ได้ตามบริบทของขนาดพื้นที่ และจำนวนประชากร ได้เป็นอย่างดี คณะวิจัยจึงได้เลือกพื้นที่เพื่อทำการศึกษา โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ร่วมกับการศึกษาข้อมูลจากเอกสารงานวิจัยอื่น สื่ออินเทอร์เน็ต และเอกสารที่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้รวบรวมไว้

รายงานนี้ประกอบด้วย ๒ ตอน คือ ตอนที่ ๑ เป็นข้อมูลทั่วไป และตอนที่ ๒ เป็นผลการวิเคราะห์การถอดบทเรียน



ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ข้อมูลประชากร ลักษณะภูมิศาสตร์ ประชากร เศรษฐกิจและสังคม

อบต.หาดทองเป็นส่วนหนึ่งของอำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท ต่อมาได้มีการแบ่งเขตการปกครองใหม่ มาขึ้นอยู่กับจังหวัดอุทัยธานี โดยมีแม่น้ำเจ้าพระยาเป็นเส้นแบ่งเขตระหว่างจังหวัดอุทัยธานีและจังหวัดชัยนาท เมื่อก่อนยังไม่มีการสร้างเขื่อนเจ้าพระยาจังหวัดชัยนาท เวลาหน้าแล้งน้ำในแม่น้ำเจ้าพระยาจะตื้นเขินเป็นช่วงๆ โดยเฉพาะบริเวณหมู่บ้านริมฝั่งเจ้าพระยาในปัจจุบัน สมัยก่อนไม่มีถนน การคมนาคมใช้ทางเรือและมีเกาะกลางแม่น้ำ เรียกว่าเกาะตาเหล็ก ช่องทางเดินเรือแคบ เวลาที่มีคนสัญจรไปมาจะถูกโจรผู้ร้ายปล้นจนเป็นที่หวาดกลัว คนที่จะผ่านช่องทางนี้จะต้องมีความกล้าหาญ ชาวบ้านจึงเรียกบริเวณนี้ว่า “หาดทอง” จนถึงปัจจุบัน

ตำบลหาดทงมี ๖ หมู่บ้าน อยู่ห่างจากตัวเมือง ๑๐ กิโลเมตร ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านเกษตร ทำนา สวนผลไม้ เลี้ยงปลา ค้าขาย รับจ้าง สีนค้า OTOP คือ กล้วย กล้วยตาก กุ้ง ไข่ มีด ฝ้าย เครื่องจักรสาน และมีแหล่งท่องเที่ยวทางวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์บ้านปิ่น มีโรงแรมระดับ ๕ ดาว ท่องเที่ยวเชิงเกษตรชมสวนส้มโอ สวนมะไฟ

ประชากร มีจำนวนครัวเรือน ๕๑๑ หลังคาเรือน จำนวนประชากร ๒,๐๔๓ คน แยกเป็นชาย ๘๖๑ คน หญิง ๑,๐๘๒ คน แต่จากการสำรวจของ อบต. พบว่ามีประชากรอยู่จริงในพื้นที่ ๑,๓๘๘ คน เพราะส่วนใหญ่จะไปประกอบอาชีพที่อื่นและไปศึกษาต่อในต่างพื้นที่

อาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ ติดกับ ตำบลน้ำทรง อำเภอพุนพิน จังหวัดนครสวรรค์

ทิศใต้ ติดกับ ตำบลเกาะเทโพ อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี

ทิศตะวันออก ติดกับ ตำบลท่าฉนวน อำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท

ทิศตะวันตก ติดกับ ตำบลสะแกกรัง อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี

การเดินทางติดต่อระหว่างชาวบ้านในตำบลหาดทงกับตัวเมืองอุทัยธานี สามารถเดินทางได้อย่างสะดวกมีถนนลาดยางเชื่อมต่อจนถึงตัวจังหวัด ซึ่งระยะทางจากจังหวัดอุทัยธานีถึงตำบลหาดทงมีระยะทางประมาณ ๑๐ กิโลเมตร ซึ่งมีรถประจำทางวิ่งผ่านเส้นทางตลอดทั้งวัน แต่ยังมีประชากรส่วนหนึ่งในพื้นที่ยังใช้การเดินทางทางน้ำเพื่อไปทำงานหรือทำการติดต่อซื้อขายกับพื้นที่ใกล้เคียง ลักษณะการตั้งบ้านเรือน จะเป็นการตั้งบ้านเรือนแบบเป็นกลุ่มเครือญาติ ปลูกบ้านอยู่ในบริเวณเดียวกัน อยู่แบบพี่แบบน้อง

๑.๒ ข้อมูลของ อบต.

อบต.หาดทง ยกฐานะมาจากสภาตำบลหาดทง ตามประกาศของกระทรวงมหาดไทยในเรื่องของการจัดตั้งเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล เมื่อวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๔๗ ที่ทำการของ อบต.หาดทงตั้งอยู่ในบริเวณวัดสะพานหิน

อบต.หาดทง จัดว่าเป็น อบต.ขนาดเล็ก เมื่อเทียบกับพื้นที่อื่น มีหมู่บ้านในการดูแลทั้งหมด ๖ หมู่บ้าน

๑.๓ ข้อมูลของสถานีอนามัย

อบต.หาดทง มีสถานีอนามัย ๑ แห่ง คือสถานีอนามัยหาดทง ซึ่งในปัจจุบันได้ทำการถ่ายโอนมาอยู่ในความรับผิดชอบของ อบต.มีบุคลากรที่ให้บริการประชาชนประจำสถานีอนามัย ๒ คน ในส่วนของ อสม.มีกระจายอยู่ทั้ง ๖ หมู่บ้าน จำนวน ๔๘ คน ทำหน้าที่ในการประสานงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วย และให้ความรู้ในเรื่องของสุขภาพ

ปัจจุบันได้จัดสรรงบประมาณการจัดซื้อที่ดินบริเวณติดกับวัดสะพานหินเนื้อที่ ๑ ไร่ เพื่อก่อสร้างสถานีอนามัยหลังใหม่ เนื่องจากพื้นที่เดิมมีความคับแคบ

สถานีอนามัยหาดทองมีกิจกรรมการนัดตรวจสุขภาพ บริการตรวจเลือด วัดความดัน ตรวจเบาหวาน โดยประสานงานกับแพทย์โรงพยาบาลจังหวัดอุทัยธานีในการตรวจและจ่ายยาให้ผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลได้ในทุกเดือน โดยใช้พื้นที่ของ อบต.ที่อยู่ในบริเวณวัด ในการตรวจสุขภาพประชาชนในชุมชน โดยการเจ็บป่วยของประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการทำงาน เกษตรกรรม การอักเสบของกล้ามเนื้อ โรคจากสารเคมี เพราะเป็นพื้นที่ที่ยังมีการใช้สารเคมีในการเกษตรอยู่ แต่ก็มีกำรสุ่มตรวจหาสารเคมีในเลือดเป็นระยะ

การถ่ายโอนสถานีอนามัยอยู่ภายใต้การบริหารงานของ อบต. ในส่วนของแผนงานทางด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนงานที่จะทำ มีการประชุมถามความต้องการของประชาชนก่อน ซึ่งประชาชนก็มีความยินดีที่จะให้สถานีอนามัยมาอยู่กับทาง อบต. มีการตั้งกรอบอัตรากำลังในส่วนของงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งตั้งงบประมาณในส่วนของงานด้านสาธารณสุขไว้รองรับก่อนที่จะมีการถ่ายโอน ทำให้ไม่มีปัญหาในเรื่องของงบประมาณที่จ่ายเป็นค่าตอบแทนของบุคลากรที่ทำการโอนย้ายมา

การดำเนินงานหลังจากรับการถ่ายโอน

- อบต.จัดให้มีการเพิ่มอุปกรณ์ และเครื่องมือแพทย์ ในการบริการให้มากขึ้นเพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่อนามัย มีการนำอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อพปร.) เข้ามาช่วยในการพ่นยาป้องกันไข้เลือดออก ตรวจคัดกรองเบาหวาน วัดความดัน และมีรถของ อบต.เพื่อให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน
- การเปิดให้บริการประชาชน ให้บริการเพิ่มในวันเสาร์-อาทิตย์
- จ้างเจ้าหน้าที่มาทำงานด้านเอกสารโดยเฉพาะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขเพิ่มงานในส่วนของสิ่งแวดล้อม



ตอนที่ ๒ การวิเคราะห์ศักยภาพของ อบต.ในการสร้างเสริมสุขภาพ

๒.๑ การปรับแนวคิดในเรื่องสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ และดำเนินกิจกรรม

๒.๑.๑ วางรากฐานความคิดเรื่องสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพ

เนื่องด้วยนายก อบต. มีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาชุมชน และให้ความสำคัญในงานด้านสาธารณสุขเพราะเคยเป็น อสม. มาก่อน จึงมองเห็นความสำคัญของสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ว่าเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการเป็นอันดับแรกๆ เริ่มจากในการจัดทำแผนพัฒนาตำบลแบบมีส่วนร่วม เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อให้เรื่องของสุขภาพเชื่อมโยงกับทุกเรื่องในการดำเนินชีวิตของประชาชน แต่ด้วยพื้นที่เป็นตำบลขนาดเล็กมีเพียง ๖ หมู่บ้าน อีกทั้งเป็นชุมชนที่อยู่ไม่ไกลจากเขตเมือง ประชาชนส่วนใหญ่จะไปประกอบอาชีพที่อื่นและไปศึกษาต่อในต่างพื้นที่ ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่จะเป็นเกษตรกรวัยกลางคน และวัยสูงอายุ แนวคิดเรื่องสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นในลักษณะของการให้บริการตรวจรักษา การอำนวยความสะดวกให้กับประชาชนในพื้นที่ที่จะประสบความสำเร็จมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นลักษณะโครงการหรือกิจกรรม แต่ก็มีกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่กับผู้สูงอายุ เช่น สนับสนุนเรื่องการออกกำลังกาย เป็นต้น

๒.๑.๒ การทำกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม

อบต.หาดทอง มีกิจกรรมการนัดตรวจสุขภาพของประชาชนในชุมชน มีการบริการตรวจเลือด วัดความดัน ตรวจเบาหวาน มีการประสานงานกับแพทย์โรงพยาบาลจังหวัดอุทัยธานีในการตรวจและจ่ายยาในทุกเดือน มีการจัดรถบริการรับส่งผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยให้ อปพร.และสมาชิก อบต.ที่เป็นอาสาสมัครผลัดเวรในการให้บริการ แต่ด้วยเจ้าหน้าที่อยู่ประจำสถานีอนามัยมีน้อย จึงเป็นงานที่เน้นเรื่องให้การรักษาผู้ป่วยมากกว่างานเชิงรุกในการลงชุมชน จึงไม่มีกิจกรรมที่ทำโดยประชาชน จะเป็นลักษณะของกิจกรรมที่เกิดจากเจ้าหน้าที่มากกว่า

๒.๑.๓ การตระหนักถึงเรื่องสุขภาพในระดับนักการเมือง และผู้บริหาร

ปัจจุบันมีนายมน เขียวอุบล ดำรงตำแหน่งนายก อบต. ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้มีวิสัยทัศน์ในการทำงาน และผ่านการทำงานมาหลายหน้าที่ คือ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และ อสม. ทำให้ผ่านงานและมีความเข้าใจและตระหนักถึงเรื่องสุขภาพของชุมชนในพื้นที่ว่าเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการเป็นอันดับแรกๆ และเป็นคนพื้นที่โดยกำเนิดรู้สภาพปัญหา แต่ด้วยพื้นที่เป็นเกษตรกรรมและปัจจุบันก็ทำการเกษตร มุมมองในเรื่องของสุขภาพของนายก อบต.เห็นว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับชีวิต แต่มีความสลับซับซ้อน และต้องอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญ ทางเทคนิควิชาการเฉพาะด้าน และด้วยเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขมีน้อย จึงมีแนวความคิดในการประสานงานกับแพทย์จากโรงพยาบาลอุทัยธานีมาตรวจรักษาเดือนละครั้ง โดยทาง อบต.ให้การสนับสนุนในเรื่องของค่าใช้จ่าย มีการบริการรถรับส่งกรณีฉุกเฉินบริการประชาชน ๒๔ ชั่วโมง นายก อบต.มีความคาดหวัง

ว่าในอนาคตจะมีความยั่งยืนในเรื่องของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้มากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องนโยบายการดูแลสุขภาพในพื้นที่ “ผมจะทำงานให้สิ่งที่เกิดขึ้นมานั้นยังก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในชุมชน ทำให้ชาวบ้านพอใจ เพราะถึงแม้ว่าผมจะไม่ได้เป็น นายก อบต.ต่อ แต่ผมก็ยังเป็นชาวบ้านหาดทอง คนที่มาทำงานต่อ ก็ต้องสืบทอดนโยบายนี้อีกต่อไป”

๒.๒ การพัฒนานโยบายสาธารณะ ศักยภาพของชุมชน และปัจจัยอื่นๆในชุมชน

๒.๒.๑ การพัฒนานโยบาย กลยุทธ์ และวัตถุประสงค์

ในส่วนของการพัฒนานโยบายนั้น มีการจัดทำแผนพัฒนาตำบลแบบมีส่วนร่วม โดยความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนในตำบล เช่น อบต. สถานีอนามัย โรงเรียนวัดสะพานหิน โรงเรียนวัดหาดทอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง ผู้ประกอบการในพื้นที่ และประชาชน เข้ามาร่วมในการทำแผนพัฒนาตำบล ซึ่งในส่วนของคุณภาพของประชาชนก็จะอยู่ในยุทธศาสตร์การพัฒนาสังคมที่มีคุณภาพ โดยมีการจัดสรรงบประมาณบรรจุเข้าในแผนพัฒนาดังนี้

๑.การป้องกันและระวังโรค

๒.การสนับสนุนศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

๓.การสนับสนุนงานสถานีอนามัย

๔.การรณรงค์ป้องกันยาเสพติด

๕.การอุดหนุนผู้สูงอายุ

๖.การดูแลสุขภาพตาประชาชน

๗.การป้องกันโรคเอดส์

นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนให้ประชาชนมีที่ออกกำลังกาย มีการสร้างสนามเด็กเล่น สร้างลานกีฬา

๒.๒.๒ การพัฒนาบริบทและสภาพแวดล้อมโดยการพัฒนาเรื่องความสามารถและวิธีการ

ด้วยพื้นที่ขนาดเล็ก ประกอบกับประชากรที่อยู่อาศัยก็มีน้อย อีกทั้งเป็นพื้นที่ทำเกษตรกรรมจึงไม่พบปัญหาเรื่องของสภาพแวดล้อม ส่วนในเรื่องของการพัฒนาบริบท พัฒนาความสามารถและวิธีการ ก็เป็นไปในลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไปตามบริบทของพื้นที่ ที่ไม่ได้มีปัญหาเร่งด่วนที่ต้องแก้ไข

๒.๒.๓ การพัฒนาบุคลากรให้เป็นมืออาชีพ โดยการพัฒนาความสามารถ

มีแนวคิดการพัฒนาคน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานของชุมชนค้นหาผู้ที่มีจิตอาสา ในการทำแผนพัฒนาตำบล มาร่วมสร้างระบบการทำงาน อีกทั้งข้าราชการประจำก็มีบทบาทในเรื่องของการทำงานสูง ในการดำเนินงาน ทาง อบต.ให้การสนับสนุนในเรื่องของการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในเรื่องของการ

อบรม สัมมนา ทั้งภายในและภายนอกองค์กร นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ยังสามารถเป็นวิทยากรชุมชนในการสร้างทักษะความรู้ในด้านต่างๆ ให้กับประชาชนได้

๓.การเก็บข้อมูล การรับรองคุณภาพ การกำกับและประเมินผล

๓.๓.๑ การเก็บบันทึกข้อมูลเอกสารอย่างเป็นระบบ

การเก็บบันทึกข้อมูลเอกสารมีความสำคัญมากกับ อบต.หาดทอง มีการเพิ่มเจ้าหน้าที่สำหรับทำงานในด้านการเก็บบันทึกข้อมูลเพื่อให้เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติงานด้านการรักษาอย่างเต็มที่ เพื่อลดภาระงานและสามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๓.๒ การรับรองคุณภาพและการเรียนรู้แนวคิดขององค์กร

จากการทำแผนพัฒนาตำบลแบบมีส่วนร่วมของ อบต. แสดงให้เห็นว่าสามารถที่จะกำหนดทิศทางในการทำงานได้ด้วยตนเอง เกิดการมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมดูแลสุขภาพของคนในชุมชน การประสานความร่วมมือในการทำงานกับทาง สสอ. สสจ. และโรงพยาบาลประจำจังหวัด อาจจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่จะก่อให้เกิดนโยบายด้านสุขภาพได้ในอนาคตในการลดจำนวนผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาล และถือเป็นการทำงานที่ได้ประโยชน์ร่วมกันระหว่างองค์กร และประชาชนได้ประโยชน์สูงสุด

3.3.3 การสอดคล้องดูแลและการประเมิน

ยังไม่มีมีการตรวจสอบและการประเมินอย่างชัดเจน

๔.๑.๓ กรณีที่ ๓ องค์การบริหารส่วนตำบลบุงคล้า อำเภอห่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

อบต.บุงคล้า เป็นอีกหนึ่งกรณีศึกษาที่คณะวิจัยเลือกลงพื้นที่เนื่องจากมีจุดเด่นในการนำแนวคิดสามเหลี่ยมเข็ญชีมาเป็นฐานคิดในการพัฒนาจนกลายเป็นนโยบายด้านสุขภาพของพื้นที่ ที่สามารถนำมาปฏิบัติได้จริง เป็นตัวอย่างและบทเรียนในขั้นที่สอง คือ การพัฒนานโยบายสาธารณะ ศักยภาพของชุมชน และปัจจัยอื่นๆในชุมชน โดยคณะวิจัยได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ร่วมกับการศึกษาข้อมูลจากเอกสารงานวิจัยอื่น สื่ออินเทอร์เน็ต และเอกสารที่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้รวบรวมไว้

รายงานนี้ประกอบด้วย ๒ ตอน คือ ตอนที่ ๑ เป็นข้อมูลทั่วไป และตอนที่ ๒ เป็นผลการวิเคราะห์การถอดบทเรียน



ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ข้อมูลประชากร ลักษณะภูมิศาสตร์ ประชากร เศรษฐกิจและสังคม

บ้านบุงคล้า เรียกตามลักษณะของพื้นที่ตั้งของหมู่บ้าน เนื่องจากบริเวณหมู่บ้านเป็นที่ราบลุ่ม มีน้ำท่วมขังเป็นหนองน้ำขนาดใหญ่จึงเรียกว่า "บุง" ในหนองน้ำมีพืชชนิดหนึ่งเรียกว่า "ต้นคล้า" มีลักษณะลำต้นกลม เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๑ นิ้ว สูงประมาณ ๑ เมตร เปลือกของต้นคล้านำไปใช้ลักษณะเดียวกับไม้ดอก แต่เหนียวและทนทานกว่า จากเหตุทั้ง ๒ ประการ จึงเรียกว่า "บุงคล้า"

อาณาเขตตำบล :

ทิศเหนือ ติดกับ ต.บุงน้ำเต้า, ต.ลานบ่า อ.ห่มสัก จ.เพชรบูรณ์

ทิศใต้ ติดกับ ต.ท่าพล อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์

ทิศตะวันออก ติดกับ ต.บ้านไร่ อ.ห่มสัก จ.เพชรบูรณ์

ทิศตะวันตก ติดกับ อ.เขาค้อ จ.เพชรบูรณ์

ตำบลบึงคล้า มีพื้นที่ประมาณ ๕๒.๒ ตารางกิโลเมตร เป็นชุมชนขนาดกลางห่างจากอำเภอหล่มสัก ประมาณ ๒๓ กิโลเมตร ประกอบด้วย ๑๔ หมู่บ้าน มีจำนวนครัวเรือนทั้งหมด ๑,๕๕๕ ครัวเรือน ประชากร ประมาณ ๘,๑๓๖ คน แยกเป็นชาย ๔,๐๔๐ คน หญิง ๔,๐๙๖ คน พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม ลักษณะเป็นดิน ร่วนปนทรายเหมาะแก่การเพาะปลูก ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ๙๐% อาชีพรับจ้าง ๒๐% ค้าขายและรับราชการ ๑๐% ในด้านสาธารณสุขปก การคมนาคมภายในหมู่บ้านค่อนข้างสะดวก เป็น ถนนลาดยางหรือคอนกรีต มีโรงเรียนระดับประถมศึกษา ๔ แห่ง ระดับอาชีวศึกษา ๑ แห่ง สถานีอนามัย ๒ แห่ง ที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้าน ๕ แห่ง โรงสี ๑ แห่ง

นอกจากนี้ การรวมกลุ่มกิจกรรมของคนในชุมชน ตำบลบึงคล้ามีกลุ่มออมทรัพย์ทั้งหมด ๑๔ กลุ่ม มี กลุ่มอาชีพ ๒ กลุ่ม มีสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน ๑๑๐ คน และมีผู้ผ่านการฝึกอบรมอาสาสมัคร ป้องกันภัยและบรรเทาสาธารณภัย ๑๑๐ คน

๑.๒ ข้อมูลของ อบต.

อบต.บึงคล้า ตั้งอยู่ในพื้นที่หมู่ ๑๓ บ้านโนนแดง ถือเป็น อบต.ขนาดเล็ก การจัดโครงสร้างการบริหาร แยกเป็น ๒ ส่วน คือ ฝ่ายบริหาร ได้แก่ นายก อบต. และบุคลากรในสำนักปลัด อบต. และส่วนที่เป็นสภา อบต. ประกอบด้วย ประธานสภา อบต. รองประธานสภา และสมาชิก อบต. ในส่วนของการบริหารจัดการงบประมาณ มีการดำเนินการใน ๒ ลักษณะคือ เป็นงบดำเนินการของ อบต.เอง ในด้านการศึกษา ด้านการบำรุงรักษา สิ่งแวดล้อม ด้านการเกษตร ด้านสวัสดิการสังคม ด้านสาธารณสุข และด้านสาธารณสุข งบดำเนินการอีกส่วน เป็นการอุดหนุนกิจกรรมโครงการต่างๆ ของหน่วยงาน องค์กรชุมชนในพื้นที่ เพื่อดำเนินการตามกิจกรรม

นโยบายทั่วไป พ.ศ.๒๕๒๕

๑.ยุทธศาสตร์ด้านการศึกษา กีฬา ศาสนา และประเพณี วัฒนธรรม

- ๑.๑ ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาก่อนปฐมวัย
- ๑.๒ ก่อสร้างศาลาเอนกประสงค์ธรรมะประชาคม
- ๑.๓ จัดให้มีโครงการเข้าค่ายสร้างคุณธรรม จริยธรรมในเด็กและประชาชนทั่วไป โดยประสานความร่วมมือกับโรงเรียนและวัด
- ๑.๔ ส่งเสริมและสนับสนุนสื่อการเรียนการสอนให้ทุกหน่วยงานทางการศึกษา
- ๑.๕ ขยาย และเพิ่มหอกระจายข่าว อบต. ให้ครอบคลุมทั้งตำบล พร้อมนำข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับ ประชาชน มาประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้นและสม่ำเสมอ
- ๑.๖ สืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นมาสอนเด็กนักเรียน
- ๑.๗ สนับสนุนอาหารเสริม (นม) และอาหารกลางวัน
- ๑.๘ ส่งเสริมประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่น งานสงกรานต์ เข้าพรรษา ลอยกระทง

- ๑.๕ อุดหนุนชมรมกีฬาตำบลบึงคล้า
- ๑.๑๐ จัดซื้ออุปกรณ์กีฬาให้หมู่บ้านยืม
- ๑.๑๑ ก่อสร้างลานวัฒนธรรม

๒.ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคนและสังคม

- ๒.๑ ส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมตำรวจบ้าน ศูนย์ อปพร.
- ๒.๒ จัดสวัสดิการ และสังคมสงเคราะห์

๓.ยุทธศาสตร์ด้านเศรษฐกิจ

- ๓.๑ จัดหาและพัฒนาแหล่งน้ำเพื่อการเกษตร ก่อสร้างฝาย และประตูเปิดปิด บังคับน้ำ
- ๓.๒ นำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในชุมชน พึ่งตนเอง ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้

๔.ยุทธศาสตร์ด้านโครงสร้างพื้นฐาน

- ๔.๑ การคมนาคม
- ๔.๒ น้ำอุปโภคบริโภค
- ๔.๓ ไฟฟ้า

๕.ด้านสาธารณสุข

- ๕.๑ อุดหนุนกองทุนสุขภาพตำบลบึงคล้า
- ๕.๒ อุดหนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.บึงคล้า
- ๕.๓ ก่อสร้างสวนสุขภาพ พร้อมเครื่องออกกำลังกาย
- ๕.๔ ส่งเสริม สนับสนุน โครงการเกี่ยวกับการสร้างสุขภาวะที่ดี
- ๕.๕ จัดซื้อชุดและอุปกรณ์การป้องกันการติดเชื้อ
- ๕.๖ จัดซื้อทรายเคลือบสารและน้ำยาเคมีกำจัดยุงลาย
- ๕.๗ จัดซื้อวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
- ๕.๘ ส่งเสริมสนับสนุนการป้องกันโรคระบาดต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น ไข้หวัดใหญ่ 2009 ไข้หวัด

นก ฯลฯ

๖.ด้านสิ่งแวดล้อม

- ๖.๑ จัดตั้งและสนับสนุนกองทุนธนาคารขยะ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม
- ๖.๒ ก่อสร้างฝายแม้ว บนพื้นที่ดินน้ำ ปลูกป่า และอบรมให้ความรู้ด้านสิ่งแวดล้อม
- ๖.๓ จัดซื้อเตาเผาขยะปลอดมลพิษ
- ๖.๔ ส่งเสริมสนับสนุนมาตรการประหยัดพลังงานในหมู่บ้าน
- ๖.๕ ส่งเสริมการปลูกหญ้าแฝก เพื่อป้องกันการพังทลายของดิน และบำรุงดิน

๗.ยุทธศาสตร์ด้านป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

- ๗.๑ ปรับปรุงซ่อมแซม คันดินแม่น้ำป่าสัก
- ๗.๒ จัดซื้อรถบรรทุกน้ำเอนกประสงค์
- ๗.๓ จัดซื้อรถยนต์ตรวจการณ์

๘.ยุทธศาสตร์การพัฒนาการเมือง การบริหาร

- ๘.๑ กิจกรรมรณรงค์การเลือกตั้ง
- ๘.๒ จัดประชาคมตำบลและหมู่บ้าน
- ๘.๓ ปรับปรุงต่อเติมศาลาธรรมประชาคม

๑.๓ ข้อมูลของโรงพยาบาลตำบล (โรงพยาบาล ๒ บาท)



โรงพยาบาล ๒ บาท เกิดขึ้นจากกระบวนการขยายผลในการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลหล่มสัก โดยใช้สถานีอนามัยในฐานะเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ถือเป็นเงื่อนไขพิเศษของการให้บริการสุขภาพ ที่ยกฐานะสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลตำบลโดยอาศัยแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา อำเภอหล่มสักมี ๒๒ ตำบล และได้ยกฐานะสถานีอนามัยทั้งหมด โดยตำบลบึงคล้ามีสถานีอนามัย ๒ แห่ง ก็ได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลตำบล คือ สาขาหนองคัน และสาขาหัวนา มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอาคารให้เหมาะสมกับการบริการ เพิ่มบุคลากรทางการแพทย์โดยโรงพยาบาลหล่มสักได้ส่งพยาบาลวิชาชีพมาร่วมทำงานพื้นที่ตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ ได้รับการสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์ ยา จากโรงพยาบาลหล่มสักเพิ่มขึ้น อีกทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เตียงนอน

อีกองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญคือ ด้านเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร ตำบลบึงคล้ามีอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) ทั้งสิ้น ๖๓ คน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานกับ อบต.และโรงพยาบาลตำบล ในเรื่องของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนั้นประกอบด้วย ตัวแทนแต่ละหมู่บ้านที่ประชาชนเลือกมาหมู่บ้านละ ๕ คน รวมผู้ใหญ่บ้าน เป็นคณะกรรมการระดับหมู่บ้าน และเลือกคณะกรรมการระดับหมู่บ้าน หมู่บ้านละ ๓ คน

มาเป็นคณะกรรมการระดับตำบลรวมผู้ใหญ่บ้าน รวมมีคณะกรรมการระดับตำบลทั้งสิ้น ๔๒ คน และเลือกจาก ๔๒ คน มา ๑๐ คนเพื่อเป็นคณะกรรมการบริหาร โดยมีประธาน รองประธาน กรรมการ เหนือญิก และ เลขานุการ โดยตำแหน่งเลขานุการนั้น จะกำหนดไว้ตายตัวว่าจะต้องเป็นหัวหน้าสถานีอนามัย เป็นปลัด อบต. เพื่อความถูกต้องในเรื่องของสุขภาพและงบประมาณ

ตอนที่ ๒ การวิเคราะห์ศักยภาพของ อบต.ในการสร้างเสริมสุขภาพ

๒.๑ การปรับแนวคิดในเรื่องสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ และดำเนินกิจกรรม

๒.๑.๑ วางรากฐานความคิดเรื่องสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้วยศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่ ที่เห็นปัญหาและให้ความสำคัญกับการทำงานแบบมีส่วนร่วม รวมถึงการใช้หลักคิดของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ก่อให้เกิดกระบวนการที่จะทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักถึงเรื่องสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก คือนายแพทย์พงษ์พิศ วงษ์มณี และคุณเกสร วงษ์มณี สาธารณสุขอำเภอ เป็นผู้จุดประกายความคิด จากปัญหาความแออัดของการไปรับบริการที่โรงพยาบาลหล่มสัก จึงเกิดแนวความคิดที่จะให้มีพยาบาลวิชาชีพประจำอยู่ที่สถานีอนามัย เพราะการรักษาในเบื้องต้นพยาบาลวิชาชีพสามารถให้การรักษาได้โดยประชาชนไม่ต้องเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหล่มสัก เพราะตำบลบึงคล้าห่างจากโรงพยาบาลประจำอำเภอไป ประมาณ ๓๐ กิโลเมตร ไม่มีรถโดยสารประจำทาง เวลาที่ประชาชนจะต้องเข้าไปตรวจหรือรับการรักษา บางกรณีต้องอดอาหาร อดน้ำ เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคในวันรุ่งขึ้น ก็ต้องเดินทางเพื่อไปรอคิวแต่เช้า ซึ่งกว่าจะได้ตรวจก็ใช้เวลาในการรอนาน สร้างความลำบากในการเดินทางและการรับการรักษาของประชาชน ในการจัดตั้งโรงพยาบาลตำบลก็มีเงื่อนไขในการจัดตั้งโดยจะต้องให้มีส่วนท้องถิ่นเข้าร่วม มีภาคประชาชน มีโรงพยาบาล ตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

๒.๑.๒ การทำกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม เพื่อเริ่มหาโครงสร้างที่เหมาะสม

เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ตอนที่เป็นสถานีอนามัยจะเป็นการทำงานในลักษณะการทำงานเชิงรับ แต่พอเปลี่ยนมาเป็นโรงพยาบาลตำบล มีพยาบาลวิชาชีพเข้ามาจะเป็นการทำงานเชิงรุกมากขึ้น มีการเยี่ยมบ้าน ในกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง ก็จะต้องสามารถดูแลตัวเองที่บ้านได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการทำแผลหรือกายภาพบำบัด นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมเรื่องในเรื่องของการเข้าค่ายของกลุ่มเสี่ยง คือ กลุ่มเบาหวาน ความดัน โดยลักษณะของการเข้าค่ายก็จะทำเป็นฐานกิจกรรม ให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ เรื่องยา เรื่องสมุนไพร เรื่องการดูแลสุขภาพ ความรู้เรื่องอาหาร เรื่องการออกกำลังกาย ปรับเปลี่ยนเรื่อง ปรับเปลี่ยนกิจกรรมไปตามกลุ่มเป้าหมาย เสริมสร้างเรื่องการดูแลตัวเองเพื่อจะลดภาวะที่จะต้องเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาลอำเภอซึ่งการเดินทางลำบากและค่อนข้างไกล ประชาชนจึงค่อนข้างให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างและให้ความรู้จากกิจกรรมเข้าค่าย นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลตำบลจะต้องหมุนเวียนไปให้ความรู้ในส่วนของวิทยุชุมชน

๒.๑.๑ การตระหนักถึงเรื่องสุขภาพในระดับนักการเมือง และผู้บริหาร

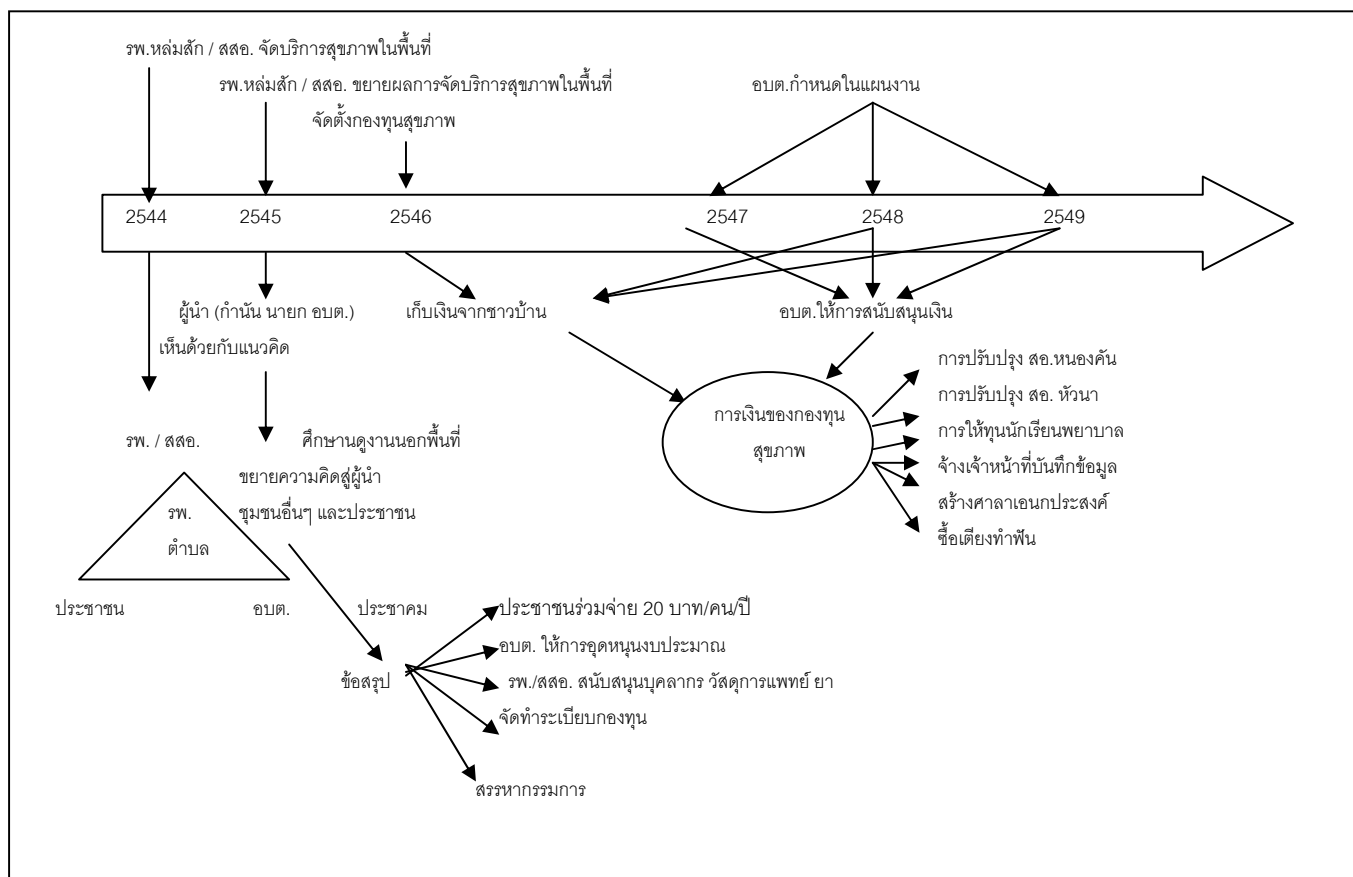
นายชัยฤทธิ์ สิงห์ทอง นายก อบต.บึงคล้า ปัจจุบันอายุ ๓๖ ปี จบการศึกษาปริญญาตรีด้านการเงิน ทำงานธนาคาร ก่อนที่สมัครเป็นสมาชิก อบต. และได้รับเลือกให้เป็นประธาน อบต.๒ ปี ก่อนที่จะปรับตำแหน่งเป็นนายก อบต. หลังจากหมดวาระในสมัยแรก ก็ได้รับการคัดเลือกให้ดำรงตำแหน่งจนถึงปัจจุบัน ๘ ปี สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในมุมมองของนายก อบต. คือเรื่องของสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวพันกับทุกเรื่องไม่ใช่เฉพาะเรื่องสุขภาพ แต่รวมถึงชีวิตความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม เรื่องสร้างเสริมสุขภาพไม่ได้เป็นประเด็นในการหาเสียง เพราะสมัยนั้นยังไม่มีการแข่งขัน ไม่ต้องหาเสียง และตั้งแต่เป็นสมาชิก อบต. ก็ได้ร่วมดำเนินการในเรื่องของสุขภาพและได้มีผลงานที่ทำมาตั้งแต่ต้นอยู่แล้ว ในเรื่องของการพัฒนาสาธารณสุขูปโภคต่างๆ ให้การสนับสนุนการทำกิจกรรมของประชาชนอย่างเต็มที่ ปัจจุบันภารกิจของ อบต. ก่อนข้างเยอะ ทั้งเรื่องของการถ่ายโอนและเรื่องกระจายอำนาจ เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจึงยังเป็นเรื่องที่ต้องค่อยๆ ทำไปทีละเรื่อง ในส่วนของเงินจาก สปสช.ที่ได้รับการสนับสนุนมาในเรื่องของส่งเสริม ป้องกัน ฟันฟู ๔๐ บาทรายหัวก็จะไปทำในเรื่องของการส่งเสริม เพราะงบประมาณในส่วนนี้มีกรอบในการใช้เงิน มีกฎระเบียบชัดเจน แต่ไม่ได้ไปรวมกับกองทุนสุขภาพของตำบล (๒ บาท) เพราะในเรื่องของกองทุนสุขภาพยังไม่มีกรอบในการใช้เงิน แต่มีระเบียบของ อบต. แต่ในเรื่องของกิจกรรมจะเชื่อมต่อกัน กองทุนหลักประกันสุขภาพจะเป็นเรื่องของส่งเสริม ป้องกัน ซึ่งจะมีแผนและโครงการที่ต้องทำ แนวคิดในเรื่องของการพัฒนาในเรื่องของการสร้างเสริมของนายกก็คือได้มาจากการอบรม และมีผู้จุดประเด็นจากโรงพยาบาลอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ และบุคลากรที่ทำงานร่วม ทำให้เกิดบรรยากาศในการพัฒนาสร้างแนวร่วม แต่ช่วงแรกก็มีทั้งผู้ที่สนใจและไม่สนใจ แต่ประชาชนจะเป็นผู้ที่กระตุ้นเองโดยธรรมชาติ ก็ถือเป็นการแข่งขันที่ดีของท้องถิ่นเช่นกัน ทำให้พัฒนาไปตามๆ กัน



๒.๒ การพัฒนานโยบายสาธารณะ ศักยภาพของชุมชน และปัจจัยอื่นๆในชุมชน

๒.๒.๑ การพัฒนานโยบาย กลยุทธ์ และวัตถุประสงค์

กระบวนการพัฒนาของกองทุนสุขภาพตำบลบุงคล้า^{๑๒}



จากวิวัฒนาการของกองทุนสุขภาพตำบลบุงคล้า ได้เกิดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชนนำไปสู่การปฏิบัติจริง ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับสถานบริการสุขภาพสาธารณสุขจากสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลตำบล เพื่อให้บริการสาธารณสุขเทียบเท่ากับโรงพยาบาลอำเภอ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่สะดวกและรวดเร็ว ให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น และเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีรัฐบาลคือ

^{๑๒} โครงการศึกษา ตัวแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบล และกองทุนสุขภาพชุมชน

โรงพยาบาลหล่มสัก ภาควิชาการปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ที่มีกระบวนการของการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งโดยการทำประชาคมหมู่บ้าน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ถึงปัญหาจนถึงแนวทางแก้ไข แนวความคิดเรื่องการจัดตั้งกองทุนสุขภาพ เป็นกลไกของชุมชนที่จะทำให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชน ที่มีเป้าหมายของการบริการสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพของสถานที่ โดยการปรับปรุงสถานีนอนามัยให้มีความพร้อม ในการตรวจรักษาโรค ถือได้ว่า อบต. บุ่งคล้า ยังคงลักษณะการทำงานของรูปแบบเก่าคือ สอ.ดูแลเรื่องสุขภาพ ทั้งหมด และ อบต.สนับสนุนในเรื่องของงบประมาณ การจัดการ แต่มีเป้าหมายเดียวกันคือเพื่อประชาชน และ ปัจจุบันนี้มีการดำเนินงานในรูปแบบของโรงพยาบาลตำบลทั้งอำเภอหล่มสักแล้วถือเป็นแนวทางของการดูแลสุขภาพที่สามารถตอบสนองปัญหาความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้

๒.๒.๒ การพัฒนาบริบทและสภาพแวดล้อมโดยการพัฒนาเรื่องความสามารถและวิธีการ

ด้วยพื้นที่ยังเป็นเขตชนบทจึงยังไม่มีปัญหาในเรื่องของสุขภาพมากนัก เช่น เรื่องมลพิษ หรือน้ำเสีย แต่ยังมีเรื่องของการใช้สารเคมีจากการเกษตร เพราะเป็นพื้นที่ทำการเกษตร ทำไร่ยาสูบซึ่งมีการแข่งขันสูง

๒.๒.๓ การพัฒนาบุคลากรให้เป็นมืออาชีพ โดยการพัฒนาความสามารถ

จะเป็นในลักษณะของการทำโครงการ การทำประชาคมโดยหยิบยกปัญหาของชุมชนเรื่องที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพมาชี้ประเด็นและขอความเห็นต่อประชาชน และนำเสนอแนวทางแก้ไขที่เป็นรูปธรรม ที่น่าสนใจก็คือ มีการคืนข้อมูลให้กับชุมชนทุกปี โดยเก็บตัวเลขทำสถิติ แสดงเป็นภาพรวมของตำบล และด้วยศักยภาพของเจ้าหน้าที่ หัวหน้าสถานีนอนามัยจบปริญญาโท ถึงแม้ว่าจะไม่มีพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลลงมา ทางสถานีนอนามัยเองก็สามารถที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ คืนให้แก่ชุมชนได้ ด้วยกระบวนการที่มองที่ปัญหาก่อนแล้วค่อยแก้ไขขึ้นมาเรื่อยๆ โดยช่วงแรกก็เริ่มจากการทำประชาคมทุกตำบล อีกทั้งมีการสอนและอบรม อสม. ของทุกตำบล ในเรื่องของเครื่องมือ ๑ ชิ้น แผนที่ยุทธศาสตร์ ที่มีเจ้าหน้าที่ไปอบรมมาแล้วนำมาถ่ายทอด อีกทั้งผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน นายก อบต. ผู้ใหญ่บ้าน เป็นกลุ่มคนสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อน ให้เกิดแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เป็นการกระตุ้นให้ทุกคนเกิดความตระหนักว่าเป็นหน้าที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน ในการทำประชาคมกับชุมชนไม่มีค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังมีแนวคิดในเรื่องของการสร้างคนให้กับชุมชน คือ การให้ทุนแก่เยาวชนในตำบลบุงคล้าไปเรียนในสาขาวิชาชีพพยาบาล โดยได้มีการศึกษาดูงานจากการให้ทุนนักเรียนพยาบาลของ ตำบลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยแนวคิดดังกล่าวเพื่อให้คนในพื้นที่ไปศึกษาเล่าเรียน แล้วกลับมาทำงานในพื้นที่ และจะทำให้คนทำงานอยู่ได้นานเพราะเป็นคนในพื้นที่ โดยการสนับสนุนของ อบต. คือการประสานความร่วมมือกับสถานศึกษา การขอโควตา ให้นักเรียนโดยไม่ต้องสอบเข้า แต่ผ่านกระบวนการคัดเลือกของชุมชน และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด นักเรียนที่มีสิทธิ์สมัครเข้าร่วมโครงการจะต้องเป็นบุตรของ

ผู้เข้าร่วมกองทุนสุขภาพ ทั้งนี้ทางตำบลใช้วิธีการประชุมเพื่อคัดเลือกเมื่อผ่านการคัดเลือกจากชุมชน ก็จะต้องไปศึกษาดูงานและร่วมทำงานที่โรงพยาบาลหล่มสัก หลังจากที่เข้าเรียนแล้วเพื่อเป็นการเสริมวิชาความรู้ให้กับนักเรียน ช่วงปิดภาคเรียน นักเรียนพยาบาลจะต้องมาร่วมงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่ของตัวเอง หลังจากจบการศึกษาแล้วจะต้องกลับมาปฏิบัติงานในพื้นที่โดยทาง อบต. ได้มีการวางแผนที่จะจ้างงานโดย อบต. แต่ให้ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย

๓.การเก็บข้อมูล การรับรองคุณภาพ การกำกับและประเมินผล

๓.๓.๑ การเก็บบันทึกข้อมูลเอกสารอย่างเป็นระบบ

ในส่วนของคุณภาพด้านสุขภาพนั้น มีการเก็บข้อมูลให้กับชุมชนทุกปี โดยเก็บตัวเลขทำสถิติ เช่น อัตราตายของคนในชุมชนเกิดจากอะไรมากที่สุด แสดงเป็นภาพรวมของตำบล โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้วิเคราะห์เอง เพราะทราบข้อมูลได้โดยตรงจากการได้ลงพื้นที่ การเยี่ยมบ้าน ที่บ่งคล้าจะเป็นการทำงานแบบรวบรวมและวิเคราะห์จากพื้นที่ได้เองแล้วส่งไปอำเภอ ไม่ใช่ให้ทางอำเภอวิเคราะห์ส่งมาให้ โดยใช้หลักการทำงานด้วยการมีข้อมูลก่อน และตามด้วยการกระตุ้นโดยการเสนอทางเลือก โดยผ่านการทำประชาคม และทุกครั้งที่มีการทำประชาคมจะมีการทำบันทึกการประชุม มีการเซ็นเข้าร่วมประชุม มีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร

๓.๓.๒ การรับรองคุณภาพและการเรียนรู้แนวคิดขององค์กร

ความสำเร็จของกองทุนสุขภาพของบึงคล้า ยังถือเป็นต้นแบบที่ได้ไปนำเสนอ ให้กับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการจัดสรรงบประมาณ เป็นแหล่งศึกษาดูงานจนก่อให้เกิดวิทยากรชุมชน ถือเป็นกรณีศึกษาของ รูปแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับชุมชน^{๑๑๑} ระหว่างภาครัฐ องค์กรการบริหารส่วนตำบลและกองทุนสุขภาพชุมชน ตามแนวทางของพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ ที่กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้การสนับสนุนและกำหนดกฎเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน ดำเนินงานและบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ ส่งผลให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนร่วมมือกันพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว

^{๑๑๑} โรงพยาบาล 2 บาท ชุมชนบึงคล้า จังหวัดไม่ไกลเกินฝัน, มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)

๓.๓.๓ การสอดส่องดูแลและการประเมิน

เนื่องด้วยเป็นพื้นที่ที่ยังไม่ได้มีการถ่ายโอน ถึงแม้ว่าการทำงานจะเป็นการทำงานร่วมกันมาตั้งแต่ต้น แต่ในส่วนของผู้ภาพหน่วยงานหรือองค์กรด้านสาธารณสุขที่เป็นต้นสังกัดก็จะเป็นผู้ให้การสนับสนุน สอดส่องดูแล ส่วนของโรงพยาบาลก็จะดูแลในเรื่องของบุคลากร เรื่องยา แต่ในส่วนของตัวเองก็มีระเบียบของกรรมการปกครองส่วนท้องถิ่น ในส่วนของกองทุนสุขภาพตำบลนั้น เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วม และเพื่อป้องกันการทุจริต ก็ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประจำหมู่บ้าน ในการสอดส่องดูแลและร่วมประเมินผล โดยมีตัวแทนจาก อสม. อบต. และประชาชน ร่วมเป็นคณะกรรมการ จาก ๑๔ หมู่บ้าน แล้วเลือกจาก ๔๒ คนที่เป็นคณะกรรมการ มาเป็นคณะกรรมการบริหารอีก มีประธาน รองประธาน เภรัญญิก เลขา โดยในตำแหน่งเลขาจะกำหนดไว้ตายตัวว่าจะต้องเป็นหัวหน้าสถานีอนามัย เป็นปลัด อบต. เพื่อความถูกต้องในเรื่องของสุขภาพและงบประมาณ

๔.๑.๔ กรณีที่ ๔ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

อบต.ดอนแก้ว เป็น อบต.ที่ได้รับรางวัลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล และมีความโดดเด่นในกิจกรรมการจัดการขยะในชุมชน คณะวิจัยจึงได้เลือกพื้นที่เพื่อทำการศึกษาโดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ร่วมกับการศึกษาข้อมูลจากเอกสารงานวิจัยอื่น สื่ออินเทอร์เน็ต และเอกสารที่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้รวบรวมไว้

รายงานนี้ประกอบด้วย ๒ ตอน คือ ตอนที่ ๑ เป็นข้อมูลทั่วไป และตอนที่ ๒ เป็นผลการวิเคราะห์การถอดบทเรียน



ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลประชากร ลักษณะภูมิศาสตร์ ประชากร เศรษฐกิจและสังคม

ชุมชนตำบลดอนแก้วตั้งอยู่ด้านทิศใต้ของอำเภอแมริม แบ่งเขตการปกครองออกเป็น ๑๐ หมู่บ้าน จำนวน ๕,๕๐๗ ครัวเรือน ประชากรทั้งสิ้น ๑๔,๒๗๗ คน และอัตราความหนาแน่นเฉลี่ย ๓๔,๕๕๓ คนต่อตารางกิโลเมตร นับถือศาสนาพุทธร้อยละ ๘๘ ของประชากรทั้งหมด และที่เหลือร้อยละ ๑๒ นับถือศาสนาคริสต์ ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาเป็นอาชีพค้าขาย รับราชการและเกษตรกร

อาณาเขตตำบล :

ทิศเหนือ ติดกับ ต.แม่สา อ.แมริม

ทิศใต้ ติดกับ ต.ศาลากลางจังหวัดเชียงใหม่ ต.ช้างเผือก และ ต.ป่าตัน อ.เมือง

ทิศตะวันออก ติดกับ แม่น้ำปิง ต.เหมืองแก้ว อ.แมริม และ ต.สันผีเสื้อ อ.เมือง

ทิศตะวันตก ติดกับ อุทยานแห่งชาติสุเทพ-ปุย ต.สุเทพ อ.เมือง

การตั้งบ้านเรือนเป็นชุมชนใหญ่ แบบถาวร ไม่เคลื่อนย้ายถิ่นฐาน ตั้งอยู่บริเวณสองฝั่งถนนเชียงใหม่-ฝาง โดยส่วนใหญ่จะมีชุมชนหนาแน่นทางฝั่งด้านทิศตะวันออก ส่วนด้านทิศตะวันตกจะเป็นที่ตั้งของศูนย์ราชการ และเขตอุทยานแห่งชาติ สุเทพ-ปุย รวมพื้นที่ที่ประชากรอาศัยอยู่จริง ๘ ตารางกิโลเมตร

การศึกษา ใน ต.ดอนแก้ว จัดการเรียนการสอนตั้งแต่ระดับก่อนประถมศึกษาถึงอุดมศึกษา

องค์กรธุรกิจที่สำคัญในเขตปกครองประกอบด้วย โรงแรม ๑ แห่ง ปิมน้ำมันและก๊าซ ๑ แห่ง โรงงานอุตสาหกรรม ๑ แห่ง โรงงานบรรจุแก๊ส ๓ แห่ง นอกจากนี้มีการตั้งกลุ่มออมทรัพย์ประเภทต่างๆ ๒๒ กลุ่ม และการรวมกลุ่มอาชีพของประชาชน ๘ กลุ่ม

๑.๒ ข้อมูลของ อบต.

อบต.ดอนแก้ว อยู่ในเขตการปกครองของอำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ ได้รับการยกฐานะจากสภาตำบลดอนแก้วตามประกาศกระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๓๘ เป็น อบต.ชั้น ๔ ต่อมาในปี ๒๕๔๐ ได้รับการเลื่อนระดับเป็น อบต.ชั้น ๓ หรือชั้นกลาง

พื้นที่ในเขตปกครองมีทั้งหมด ๓๔,๕๕๓ ตารางกิโลเมตร เป็นพื้นที่อยู่อาศัยของราษฎรหรือเขตชุมชน ๑ ใน ๔ ของพื้นที่ทั้งหมด พื้นที่ที่เหลือ ๓ ใน ๔ เป็นเขตทหาร ศูนย์ราชการ เขตอุทยาน ประกอบด้วยหมู่บ้าน ๑๐ หมู่บ้าน

แนวทางการบริหารงาน ภายใต้การนำของนายก อบต.และคณะมีวิสัยทัศน์การบริหารชุมชนเป็น “ชุมชนน่าอยู่ สิ่งแวดล้อมไม่เป็นพิษ เศรษฐกิจดี คนมีคุณธรรม ประชาชนมีส่วนร่วม” และกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาปี ๒๕๕๑-๒๕๕๓ ทั้งสิ้น ๘ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

๑.ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านการพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

๒.ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐาน

๓.ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ

๔.ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านแหล่งน้ำ

๕.ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสาธารณสุข

๖.ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านการศึกษา ศาสนา ประเพณี และวัฒนธรรม

๗.ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสังคม

๘.ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านการเมือง การปกครอง และบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี

สำหรับคำขวัญของ อบต.ดอนแก้ว คือ สร้างท้องถิ่นให้ก้าวหน้า พัฒนาคนให้ก้าวไกล ความสุขของประชาชนยิ่งใหญ่ คือ หัวใจ “อบต.ดอนแก้ว”



๑.๓ ข้อมูลของสถานีนามัย

โครงสร้างของสถานีนามัยก่อนการถ่ายโอน ลักษณะการทำงานจะเน้นงานรักษาเป็นงานหลัก การใช้บริการมีทั้งประชาชนในพื้นที่และประชาชนข้างเคียง ในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น รักษาอาการทั่วไป และการปฐมพยาบาล การทำงานร่วมกับ อบต. มีการประสานความร่วมมือในเรื่องโครงการ กิจกรรมต่างๆ และดำเนินการร่วมกันมาโดยตลอด แต่ด้วยสถานีนามัยตั้งอยู่ฝั่งตรงข้ามกับแหล่งชุมชน ประชาชนบางส่วนจะไม่สะดวกในการเข้าไปรับบริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาพของชุมชนคอนแก้ว เป็นชุมชนเมือง มีผลกระทบจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนเป็นเมืองมากขึ้น เพื่อให้รับกับสถานการณ์ปัญหา ดังนั้น การถ่ายโอนสถานีนามัยจะทำให้ระบบการให้บริการด้านสุขภาพจะสามารถดูแลประชาชนอย่างใกล้ชิดมากขึ้น

การเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอน

- มีการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน
- เตรียมความพร้อมด้านบุคลากร โดยให้หัวหน้าสถานีนามัยขึ้นมาเป็นหัวหน้าฝ่ายงานสาธารณสุข เพราะมีประสบการณ์และเข้าใจในระบบ
- เตรียมความพร้อมด้านระบบงาน เจ้าหน้าที่ของ อบต. ซึ่งได้ทำงานร่วมกันกับสถานีนามัยมาโดยตลอด จึงเข้าใจในระบบงานของสถานีนามัยค่อนข้างมาก
- เตรียมความพร้อมด้านแผนงาน โดยจะต้องให้แผนของสถานีนามัยที่มีอยู่มาผนวกกับแผน อบต.
- เตรียมความพร้อมด้านงบประมาณ มีการอบรม ปรับระบบการเงินการคลัง ให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่การเงินเพิ่มเติม
- เตรียมความพร้อมด้านสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์

กิจกรรมและการให้บริการด้านสุขภาพที่น่าสนใจ

อบต.มีศูนย์การแพทย์ คู่มืองานด้านสาธารณสุขตำบล เพื่อให้บริการประชาชน ในส่วนของสถานีนามัย ตั้งอยู่ในพื้นที่ของ อบต. และยังเปิดให้บริการนวดแผนไทย ซึ่งมีประชาชนไปใช้บริการอยู่ตลอด

ตอนที่ ๒ การวิเคราะห์ศักยภาพของ อบต.ในการสร้างเสริมสุขภาพ

๒.๑ การปรับแนวคิดในเรื่องสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ และดำเนินกิจกรรม

๒.๑.๑ วางรากฐานความคิดเรื่องสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้วยเป็นชุมชนที่อยู่ในเขตเมือง ประชาชนมีการศึกษา แนวคิดเรื่องสาธารณสุขเป็นเรื่องที่ทุกคนให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี แต่ความเป็นเขตเมืองเรื่องสิ่งแวดล้อมจึงเป็นปัญหาที่อยู่ในระดับต้นๆ โดยเฉพาะเรื่องขยะจึงเป็นเรื่องที่ อบต.ค่อนข้างให้ความสำคัญ จนกลายเป็นจุดเด่นในเรื่องของการจัดระบบการจัดการสภาพแวดล้อมที่ดี ด้วยการดำเนินงานที่มุ่งเป้าหมายภายใต้วิสัยทัศน์การบริหารชุมชนเป็น “ชุมชนน่าอยู่ สิ่งแวดล้อมไม่เป็นพิษ เศรษฐกิจดี คนมีคุณธรรม ประชาชนมีส่วนร่วม” โดยสถานการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนเองทำให้ประชาชนให้ความสำคัญ และ อบต.ก็เป็นผู้ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ให้เกิดมลพิษ โดย อบต.ได้วางรากฐานภายใต้การดำเนินงานที่ก่อให้เกิดเป็นรูปธรรมภายใต้วิสัยทัศน์การบริหารชุมชน ที่จะพัฒนาและสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน จนเกิดเป็นระบบการทำงานแบบมีส่วนร่วม

๒.๑. ๒ การทำกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม

เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพนั้น อบต.ค่อนข้างได้ใช้แผนพัฒนาและข้อมูลในการกำหนดทิศทางสุขภาพจากการทำประชาคม การประชุมสังฆจร เวทีชาวบ้าน รวมทั้งข้อมูลจากคนในชุมชนที่มาร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่สะท้อนจากความต้องการของชุมชน สถานการณ์ของชุมชน โดยระบบการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา เช่น

- ปัญหาหาเสด็จของเยาวชน อบต. ก็ได้ร่วมกับโรงเรียนและวัดจัดกิจกรรม ส่งเสริมเรื่องดนตรีและกีฬา
- ปัญหามลพิษจากกลิ่นจี้หมู อบต. ก็ได้สนับสนุนโครงการชีวภาพจากจี้หมู โดยหารีร่วมกันระหว่างผู้นำหมู่บ้าน เกษตรตำบล และเจ้าของฟาร์มเลี้ยงหมูเพื่อลดความขัดแย้งและสร้างประโยชน์ร่วมกัน จนได้ข้อตกลงให้สร้างบ่อแก๊สชีวภาพจากจี้หมู อีกทั้งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมส่งเสริมการเกษตร ถือเป็นการเปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาส ประชาชนได้ประโยชน์จากการมีแก๊สหุงต้มใช้ และสามารถแก้ไขปัญหามลพิษความขัดแย้งภายในชุมชนได้
- การจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ซึ่งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญมากปัญหาหนึ่งการไม่มีที่กำจัดขยะ หรือวันไฟจากการเผาขยะสร้างมลพิษในอากาศ และขยะมูลฝอยถูกทิ้งลงในแม่น้ำ ถึงแม้ว่า อบต.จะมีแผนงานด้านการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมชุมชน แต่การดำเนินการของ อบต.ฝ่ายเดียว

ก็ไม่เป็นผล เพราะกิจกรรมการสร้างความรู้ ความเข้าใจ จำกัดอยู่เฉพาะสมาชิก อบต.จึงเกิดการปรับปรุงวิธีการทำงานโดยเน้นหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อสร้างความเข้าใจในระดับหมู่บ้าน โดยระดมสมาชิก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้านเข้าร่วมโครงการ จัดตั้งแกนนำเป็นเครือข่ายการทำงาน เพื่อสร้างวิทยากรชุมชน ในการลงไปพบปะชาวบ้าน

๒.๑.๓ การตระหนักถึงเรื่องสุขภาพในระดับนักการเมือง และผู้บริหาร

การทำงานของ อบต.คอนแก้ว ประสบความสำเร็จเพราะมีปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือ นายก อบต. และคณะทำงานที่มีคุณภาพและอุดมการณ์เดียวกัน ทั้งฝ่ายการเมืองและข้าราชการประจำ เป็นพลังขับเคลื่อนการทำงาน นายก อบต. คนปัจจุบัน นายพนด ฌ เชียงใหม่ เป็นคนในท้องถิ่นโดยกำเนิด จึงมีพื้นฐานความรู้เรื่องงานประเพณีพื้นบ้าน และสามารถเข้าใจปัญหาและวัฒนธรรมของคนในชุมชนได้เป็นอย่างดี มีส่วนช่วยในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องและเหมาะสมของชุมชน บทเรียนและประสบการณ์มีส่วนสำคัญในการบริหารงานของนายก อบต. เรื่องสุขภาพในแนวคิดของนายก อบต.คือ เรื่องของสุขภาพะ การจัดสุขภาพะที่เกี่ยวกับคนครอบครัว และชุมชน จะเป็นปัจจัยในการกำหนดเรื่องสุขภาพ และด้วยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา ปัจจุบันสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท ด้านการบริหารการเกษตร ด้วยครอบครัวเป็นครอบครัวเกษตรกร แต่นายกก็สามารถบูรณาการวิชาความรู้ที่ได้ศึกษา รวมทั้งเป็นผู้ที่กว้างขวาง จึงสามารถนำเรื่องเกษตร มาจัดการปัญหาในชุมชนในเรื่องสิ่งแวดล้อมและมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพในเรื่องบ่อแก๊สชีวภาพจากชีวมวล โดยมีภาคีจากกรมส่งเสริมการเกษตรมาให้การสนับสนุน นอกจากนี้บุคคลที่มีส่วนสำคัญของ อบต.คอนแก้ว คือ ปลัด อบต. เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ ในส่วนการคลัง ส่วนโยธา ส่วนธุรการ โดยทีมงานฝ่ายข้าราชการประจำที่มีอุดมการณ์ในการทำงานไปในทางเดียวกัน ทำให้สามารถดำเนินงานตามนโยบาย พัฒนาชุมชนและการบริหารงานอย่างโปร่งใส

๒.๒ การพัฒนานโยบายสาธารณะ ศักยภาพของชุมชน และปัจจัยอื่นๆในชุมชน

๒.๒.๑ การพัฒนานโยบาย กลยุทธ์ และวัตถุประสงค์

ด้วยพื้นที่เป็นเขตเมือง ปัญหาเรื่องสภาพแวดล้อมจึงมีความสำคัญ การจัดทำโครงการกิจกรรมไปจนถึงนโยบายของชุมชนเรื่องสภาพแวดล้อมจึงส่งผลดีต่อชุมชนและ อบต.หลายด้าน ทั้งผลดีต่อชุมชนโดยตรง เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วม จนเกิดผลพลอยได้ทางเศรษฐกิจ โดยสามารถนำรายได้จากการขายขยะมาทำกิจกรรมสาธารณะ หลักการทำงานแบบมีส่วนร่วม การวางแผนงานเพื่อให้โครงการมีความยั่งยืนจนสามารถทำให้โครงการประสบความสำเร็จ ของ อบต.คอนแก้ว เกิดจากกลยุทธ์ในการบริหารจัดการ คือ

สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น

- ประชาชนขาดจิตสำนึกในการรักษาสัตว์แวดล้อม
- คนในชุมชนไม่รู้วิธีการจัดการที่ถูกต้อง
- ลักษณะการจัดการขยะไม่ถูกวิธี

กลยุทธ์

- สร้างทีมงาน วิทยากรชุมชน
- เชิญชาวบ้าน เพื่อให้ทราบปัญหาและสาเหตุ

กระบวนการทำงาน

- คัดเลือกพื้นที่นำร่องในการพัฒนา
- ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา
- ฝึกอบรมให้ประชาชนมีความรู้ในการแยกขยะ พาไปศึกษาดูงานเรื่องคัดแยกขยะ

ผลของการดำเนินงาน

- ประชาชนตระหนักในปัญหา เกิดจิตสำนึกร่วม
- ประชาชนรู้วิธีการบริหารจัดการขยะได้ด้วยตนเอง
- ขยายพื้นที่ดำเนินงานจนครบทั้งตำบล

๒.๒.๒ การพัฒนาบริบทและสภาพแวดล้อมโดยการพัฒนาเรื่องความสามารถและวิธีการ

ผลสำเร็จของ การทำโครงการของ อบต.คอนแก้ว โดยเฉพาะเรื่องการจัดขยะมูลฝอยได้ไม่ใช่เป็นเพียงกิจกรรมที่ทำตามกระแส แต่ได้กำหนดเป็นแผนงานที่มีความต่อเนื่องในระยะยาว เกิดจากการพัฒนาเรื่องความสามารถและวิธีการ ๓ เรื่องที่สำคัญคือ

- การหาภาคีจากชุมชน คือ วัดและโรงเรียน โดยร่วมกับวัดในการรณรงค์เรื่องการจัดการขยะ ในวันพระมีการเทศน์เรื่องการเก็บขยะ ร่วมกับโรงเรียนจัดกิจกรรมรณรงค์ให้นักเรียน เก็บ คัด แยกขยะ โดยมีกิจกรรมร่วมกับชาวบ้าน

- การสร้างวิทยากรชุมชน ในการดำเนินกิจกรรมในระดับหมู่บ้าน โดยการพัฒนาทักษะ อบต. แก่นนำชุมชน ในการกระตุ้น และเป็นผู้นำ มีการแบ่งสายการดำเนินงาน และจัดประชุมหมุนเวียนตามชุมชนต่างๆ เป็นเวทีสัญจร

- การทำสื่อประชาสัมพันธ์ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยกระตุ้นความสนใจของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นแผ่นพับ ใบปลิว ป้าย วารสาร หนังสือพิมพ์รายวันประจำจังหวัด และมีการออกอากาศประชาสัมพันธ์โครงการต่างๆ ทางสถานีวิทยุท้องถิ่น

ปัจจุบัน อบต.ดอนแก้วได้จัดตั้งศูนย์รับซื้อขยะของตำบลดอนแก้ว เพื่อรับซื้อขยะจาก 10 หมู่บ้าน และมีโรงเรียนคัดขยะขึ้นในพื้นที่

๒.๒.๓ การพัฒนาบุคลากรให้เป็นมืออาชีพ โดยการพัฒนาความสามารถ

อบต.ดอนแก้วมีแนวคิดการพัฒนาคน โดยค้นหาผู้นำที่มีจิตอาสา ในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนจนเกิดเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง เป็นวิทยากรชุมชน มาสร้างระบบการทำงาน สร้างเครือข่ายขยายต่อชุมชนอื่นๆ ในตำบล โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะให้กับแกนนำชุมชน ให้เป็นวิทยากรชุมชน รวมทั้งอาสาสมัครที่สนใจช่วยเหลือชุมชน โดยมีการพัฒนาทักษะ อบต. และแกนนำชุมชน โดยใช้กิจกรรมการเรียนรู้เป็นเครื่องมือ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน คือ สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Alternative Development Association: SADA)

๓.การเก็บข้อมูล การรับรองคุณภาพ การกำกับและประเมินผล

๓.๓.๑ การเก็บบันทึกข้อมูลเอกสารอย่างเป็นระบบ

อบต.ดอนแก้ว ยึดหลักการทำงานแบบ “อบต.รู้อะไร ประชาชนรู้ด้วย” มีการเก็บบันทึกข้อมูลเอกสารอย่างเป็นระบบ มีการบริการข้อมูลข่าวสาร โดยถ่ายสำเนาเรื่องที่ประชาชนเขียนคำร้อง ให้บริการพิมพ์เอกสารที่มีผู้สนใจร้องขอ จัดทำบอร์ดประชาสัมพันธ์ประจำทุกหมู่บ้าน มีการเผยแพร่ข้อบังคับตำบล งบประมาณรายจ่ายประจำปี แผนพัฒนาตำบลประจำปี เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลดังกล่าว

๓.๓.๒ การรับรองคุณภาพและการเรียนรู้แนวคิดขององค์กร

จากความสำเร็จของการยึดหลักความโปร่งใสและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและในทุกกระบวนการทำงาน นำไปสู่องค์กรต้นแบบตามหลักธรรมาภิบาล ที่ได้รับรางวัลในฐานะที่เป็น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล ประจำปี ๒๕๔๖-๒๕๔๗ จากนโยบายด้านสุขภาพ เป็นการเชื่อมโยงแนวคิด สุขภาพและคุณภาพชีวิต ให้เป็นเรื่องเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การศึกษา ความเป็นอยู่ การเจ็บป่วย นำไปสู่การจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ โดยเริ่มจากหาแกนนำ หาพื้นที่นำร่อง พัฒนาองค์ความรู้ทั้งจากภายในและการศึกษาดูงานจากภายนอก และสร้างเครือข่าย ขยายสู่พื้นที่อื่นในลักษณะของการเป็นพี่เลี้ยง

๓.๓.๓ การสอดส่องดูแลและการประเมิน

อบต.ดอนแก้ว ได้สร้างกระบวนการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการทำงานของ อบต. เพื่อเป็นหลักประกันให้เกิดการทำงานอย่างโปร่งใส โดยมีการเชิญชวนให้ประชาชนมารับฟังการประชุมสภา อบต. เพื่อติดตามการทำงานของ อบต. ในส่วนของโครงการต่างๆ ที่มีการดำเนินงาน และเปิดโอกาสให้ประชาชนร่วม

เป็นคณะกรรมการเปิดซองสอบราคาจัดซื้อ จัดจ้าง ตรวจสอบพัสดุและตรวจงานจ้าง ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมรู้เห็นและตรวจสอบการทำงานของ อบต. ทำให้สมาชิก อบต. ทุกคนต้องระมัดระวังในการปฏิบัติงาน ไม่เกิดการทุจริตได้

๔.๒ นวัตกรรมสุขภาพ ๒๒ โครงการ

ผลสำเร็จของโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพ จากตัวอย่างกรณีศึกษา ๒๒ โครงการ จากการศึกษาข้อมูลของคณะวิจัย จากเอกสาร หนังสือ และข้อมูลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีรายละเอียดรายการกรณีต่อไปนี้

๐๑.โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยใช้กระบวนการสภาประชาชน

สถานีอนามัย ต.โคกสลด อ. จ. พิษณุโลก ประชากร ๒,๕๒๖ คน

ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช.

ข้อมูลที่ได้ พ.ศ.๒๕๕๐

ลักษณะกิจกรรม

เนื่องจากสภาพแวดล้อมในหมู่บ้านไม่ถูกสุขลักษณะ มีการทิ้งขยะในบริเวณบ้านและในแม่น้ำลำคลอง บริเวณบ้านมีคอกสัตว์ส่งกลิ่นเหม็นรบกวน เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวันและสัตว์นำโรค คราวเรือนร้อยละ ๕๓.๓๕ ไม่ถูกสุขลักษณะ ปัญหาดังกล่าวเคยได้รับการแก้ไขแล้วแต่การแก้ไขปัญหาก็เป็นการเสนอปัญหาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นการแก้ปัญหาที่ยังขาดความร่วมมือจากประชาชน ขาดความตระหนักในการแก้ปัญหา ยังขาดความร่วมมือจากภาคี องค์กรในท้องถิ่นทำให้การพัฒนางานสาธารณสุขไม่ยั่งยืน การจัดการสุขภาพให้ประชาชนอยู่อย่างมีความสุขได้นั้น จำเป็นต้องเสริมสร้างและสานพลังจากทุกฝ่ายในสังคมเข้าร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ และรับประโยชน์ร่วมกันโดยมีจุดหมายคือประชาชนมีสุขภาวะ

จึงเกิดกระบวนการสภาประชาชน เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่จะส่งเสริมให้หมู่บ้านมีการจัดการสุขภาพได้อย่างเป็นระบบ มีส่วนร่วมจากประชาชน ภาคี และองค์กรในท้องถิ่น รูปแบบของสภาประชาชน มีคณะทำงานที่ได้จากการเลือกตั้งโดยประชาชนแบบประชาธิปไตย ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกฎระเบียบต่างๆ มีคณะที่ปรึกษาได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรบริหารส่วนตำบล ครู พระภิกษุ และผู้ทรงคุณวุฒิ สภาประชาชนดำเนินงานโดย มุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด หมู่ที่ 2 บ้านย่านยาว ตำบลโคกสลด มีความพร้อมด้านทุนทางสังคมได้แก่ ธนาคารหมู่บ้าน กองทุนหมู่บ้าน กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้านผู้ผลิตสินค้าหนึ่งผลิตภัณฑ์หนึ่งตำบล มีคณะทำงานในหมู่บ้านได้แก่ ผู้นำหมู่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์กรบริหารส่วนตำบล กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มชมรมแม่บ้าน ครู และมีวัดย่านยาวเป็นศูนย์รวมจิตใจประชาชนมีขนบธรรมเนียมประเพณีที่ส่งเสริมจริยธรรม ซึ่งจะส่งเสริมให้หมู่บ้านสามารถจัดการสุขภาพได้ เป็นหมู่บ้านต้นแบบ สามารถถ่ายทอดกระบวนการสู่หมู่บ้านอื่นได้ต่อไป

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

สามารถนำผลของการใช้กระบวนการสภาประชาชนในการจัดการสุขภาพไปเผยแพร่ เป็นหมู่บ้านต้นแบบสู่หมู่บ้านอื่นได้

ที่มาของข้อมูล นางอุดมพร สินจิต หนึ่งในโครงการ การพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Unit Innovation)

๑๒.โครงการชุมชนต้นแบบในการลดปริมาณการใช้สารเคมีและขยะโดยใช้ไส้เดือนดิน (ไส้เดือนดิน กลยุทธ์เปลี่ยน ขยะ ให้เป็นทองคำ)

สถานีนอนามัยตำบลเปือ อ.เชียงกลาง จ.น่าน ประชากร ๒,๕๐๗ คน

ได้รับการสนับสนุนจาก เงินบำรุงสถานีนอนามัยตำบลเปือ เทศบาล ต.เชียงกลาง

ข้อมูลที่ได้ พ.ศ.๒๕๔๕

ลักษณะกิจกรรม

ผลกระทบจากปัญหา ขยะล้นเมือง ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของสถานีนอนามัยเปือ จำนวน ๑๐ หมู่บ้านนั้น เป็นปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการจัดการขยะ เนื่องจากเป็นชุมชนใหญ่ และเป็นชุมชนกึ่งเมือง ประชาชนในหมู่บ้านส่วนหนึ่งย้ายมาจากต่างพื้นที่ทำให้ความสัมพันธระดับเครือญาติมีน้อยลง การแก้ไขปัญหาต่างๆ ของหมู่บ้านไม่ค่อยได้ผลเท่าที่ควร โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและปัญหา ขยะ

เครื่องมือในการแก้ปัญหาก็คือ ปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและปัญหา ขยะ โดยนำแนวความคิดนี้มาจากท่านอาจารย์ ดร.อาณัติ ต้นโซ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ โดยมีหัวหน้าสถานีนอนามัยนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลเชียงกลาง ปลัดเทศบาลตำบลเชียงกลาง และเกษตรอำเภอเชียงกลาง ทุกฝ่ายเห็นความเป็นไปได้จึงได้สนับสนุนงบประมาณให้กับทางสถานีนอนามัยส่วนหนึ่งได้ศึกษาทดลอง เป็นต้นแบบเพื่อถ่ายทอดให้กับประชาชน

ข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการทดลองของสถานีนอนามัย ขณะนี้มีโรงเพาะเลี้ยงและขยายพันธุ์ไส้เดือนดินต้นแบบและเพาะเลี้ยงด้วยขยะ ที่มีแม่พันธุ์พร้อมสำหรับการขยายผลมากกว่า ๕๐,๐๐๐ ตัว มีโรงเรือนและแปลงสาธิตการปลูกพืชผักปลอดสารเคมีโดยใช้ผลิตภัณฑ์จากไส้เดือนดิน ๑๐๐ % จำนวน ๑ แห่ง มีเครือข่ายกลุ่มปลูกผักปลอดสารพิษในพื้นที่ ๑ กลุ่ม สมาชิกจำนวน ๑๖ ราย และมีโอกาสได้เข้าร่วมเรียนรู้จากสถาบันการศึกษาและสถาบันต่างๆ เช่น วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , สถาบันการบรรจุภัณฑ์เพื่อสิ่งแวดล้อม เข้ามาเติมเต็มในส่วนที่เรายังไม่มี เช่น การจัดตั้งธนาคารขยะชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ครบวงจรของกระบวนการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

ในการแก้ไขปัญหาขยะและสารเคมี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ใช้ความพยายามสูงมากที่จะแก้ไขปัญหา ระดมทั้งทุนมหาศาล อัตรากำลังคน และรูปแบบการทำงานต่างๆอย่างมากมาย แต่ก็ไม่สามารถลดขนาด

ของปัญหาลงได้เลย ทางสถานีอนามัยเปือ ได้อาสาเข้าร่วมงานกับภาคีเครือข่าย ได้คิดรูปแบบและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ โดยใช้ไ้ส่เดือนดินเป็นตัวช่วยจุดประกาย สร้างกระแส อีกทั้ง เป็นกิจกรรมที่ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน จึงได้จัดทำโครงการนวัตกรรมนี้ขึ้น

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

- ๑.เกิดเครือข่ายแนวร่วมในการลดปริมาณสารเคมีและขยะชุมชน
- ๒.เกิดกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน ในการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๓.เกิดทางเลือกใหม่ ในการสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับขยะโดยใช้ไ้ส่เดือนดิน

ที่มาของข้อมูล นายปรีดา วารี นักวิชาการสาธารณสุข ๕ หนึ่งในโครงการ การพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Unit Innovation)

๐๓.โครงการการใช้พลังชุมชนสร้างกระแสสาธารณะ ลด หวาน มัน เค็ม ออกกำลังกาย และไม่รับมรดกโรค (เบาหวาน ความดันสูง หัวใจ)

สถานีอนามัยตำบลน้ำเกีฮ่น กิ่งอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน ประชากร ๒,๘๑๔ คน

ได้รับการสนับสนุนจาก อบต.น้ำเกีฮ่น , กองทุนหลักประกันสุขภาพ ต.น้ำเกีฮ่น

ข้อมูลที่ได้ พ.ศ.๒๕๕๐

ลักษณะกิจกรรม

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง เป็นการดำเนินงานในภาคส่วนที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อน จึงเป็นกระบวนการเชิงการให้บริการด้านการรักษาโรคและการป้องกันโรค แต่ยังคงขาดการขับเคลื่อนในเชิงสังคม หรือมีบ้าง แต่ก็ยังไม่พียงพอ ที่จะขับเคลื่อนสังคม/ชุมชน ให้เกิดความตระหนักและเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงการนี้จึงต้องการใช้พลังของชุมชนขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาในเรื่องของเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นเรื่องของคนหมู่มาก เพราะความเป็นเครือญาติ และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อความเป็นอยู่ของครอบครัว ต่อชุมชน เพราะเกี่ยวกับอาหาร การกิน และการออกกำลังกาย แล้วนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ลดอาหาร หวาน มัน เค็ม และสนใจการออกกำลังกาย กันมากขึ้น จึงนับว่าโครงการนี้จะป็นอีกนวัตกรรมหนึ่งที่นำไปสู่การลดปัญหาโรคเรื้อรังได้

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

- ๑.ขยายผลด้านแนวคิด ในการใช้พลังชุมชนเป็นแกนหลักของชุมชนในการขับเคลื่อน
- ๒.ขยายผลด้านกระบวนการ สร้างกระแสชุมชน การทำงานอย่างมีส่วนร่วม

ที่มาของข้อมูล นายปรีดา วารี นักวิชาการสาธารณสุข ๗ โครงการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิ (พื้นที่ภาคเหนือ)

๐๔.โครงการภาคีรวมใจต้านภัยบุหรี่

ศูนย์สุขภาพชุมชนตะเคียนปม อ.ทุ่งหัวช้าง จ.ลำพูน ประชากร ๖,๘๖๖ คน

ข้อมูลที่ได้ พ.ศ.๒๕๕๐

ลักษณะกิจกรรม

จากการประชุมเพื่อหาปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน ชาวบ้านให้ความสำคัญกับภัยบุหรี่ มีความต้องการแก้ไขปัญหานี้เป็นอย่างยิ่งทั้งผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ เพราะกลัวเยาวชนซึ่งเป็นลูกหลานจะเอาแบบอย่างที่ไม่เหมาะสม แต่เนื่องจากเป็นปัญหาที่แก้ไขยากเพราะเป็นเรื่องของการเสพติด ทางสถานีอนามัยตะเคียนปม จึงทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานงานกับภาคีเครือข่าย อันประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลตะเคียนปม โรงเรียน 4 แห่ง วัด 4 แห่ง ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อหาแนวทางการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวของชุมชน โดยให้ผู้สูบบุหรี่มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ในที่นี้ภาคีเครือข่ายให้ชุมชนด้านภัยบุหรี่ซึ่งเป็นลูกหลานของตนเป็นแรงจูงใจ เป็นการ "ทำเพื่อลูกเพื่อหลาน" และเมื่อผู้สูบบุหรี่มีแรงจูงใจที่จะเลิกสูบบุหรี่แล้ว การทำกระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดแรงกระตุ้นในการเลิกบุหรี่ได้อีกทางหนึ่งและเป็นการง่ายต่อการติดตาม ประเมินผล และเมื่อมีพลังเด็กและเยาวชนมาร่วมดำเนินการย่อมทำให้ชุมชนเห็นถึงพลัง ดังนั้นจึงจัดทำโครงการ "ภาคีรวมใจจัดภัยบุหรี่" โดยมีชุมชนด้านภัยบุหรี่และขบวนการกลุ่มเป็นแรงจูงใจและแรงกระตุ้น มีชุมชนเป็นกำลังในการเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

๑. สร้างค่านิยมใหม่ที่ไม่สูบบุหรี่
๒. ป้องกันเยาวชนไม่ให้เสพติดบุหรี่
๓. ช่วยผู้ที่เสพติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่
๔. ค้ำครองผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ไม่ให้ได้รับควันบุหรี่

ที่มาของข้อมูล นางจินตนา บุญยืน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ๕ โครงการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิ (พื้นที่ภาคเหนือ)

๐๕.โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเขาดิน ต.เขาดิน อ.เก้าเลี้ยว จ.นครสวรรค์

ประชากร ๖,๔๕๖ คน

ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช.

ข้อมูลที่ได้ พ.ศ.๒๕๕๐

ลักษณะกิจกรรม

เสริมสร้างให้แกนนำเครือข่ายมีทักษะ การจัดการระบบสุขภาพในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้ชุมชนได้เรียนรู้สุขภาพของคนในชุมชน เริ่มต้นจากการสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยการปรับทัศนคติและบทบาท สร้างจิตสำนึก ศรัทธา ความรัก ความสามัคคี เสริมสร้างและพัฒนาผู้นำให้มีศักยภาพในการส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพด้วยตนเอง อย่างเป็นที่ยอมรับของสังคม ด้วยการสร้างความเป็นผู้นำที่มีผลงานสูง สร้างมาตรฐาน แนวปฏิบัติ และให้ความสำคัญต่อกระบวนการ เสริมสร้างให้เกิดความเข้มแข็งของโครงสร้างชุมชนที่เอื้อต่อการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน ผ่านตามกระบวนการการเรียนรู้ต่างๆอย่างเป็นระบบ ตามโครงสร้างของชุมชน ทำให้เกิดเวทีประชาคมสุขภาพ ศูนย์การเรียนรู้ สังเคราะห์บทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องสุขภาพชุมชน จากประสบการณ์จริง สร้างกิจกรรมให้เกิดความเคยชิน ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ถูกต้อง เกิดการดูแลสุขภาพโดยโครงการของชุมชน ด้วยชุมชน เพื่อชุมชนของตนเอง กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีเข้าใจในความสำคัญ ในบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของตน มีบทบาทในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของคนในครัวเรือน รวมทั้งเป็นต้นแบบการดูแลสุขภาพของครอบครัว ประสานระหว่างบุคคลในครอบครัวกับชุมชน ในการร่วมกิจกรรมของชุมชน และปฏิบัติต่อสภาวะแวดล้อมอย่างเหมาะสม องค์ประกอบส่วนท้องถิ่น มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้วยการรับ กลั่นกรอง วางแผน สร้างเครือข่ายสุขภาพ ระดมทรัพยากรเพื่อสนับสนุนโครงการสุขภาพของชุมชน ให้หลักประกันความจำเป็นพื้นฐาน รวมทั้งการประกันสุขภาพตามนโยบายของรัฐบาล ตลอดจนร่วมมือร่วมใจในการดำเนินงานตามกรอบแนวคิด ประชาชนและชุมชน มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคม รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ทำให้ลดปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนตลอดจนลดอัตราป่วยตายในกลุ่มโรคไม่ติดต่อลงได้ เกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองแบบยั่งยืน ต่อไป

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

๑.แกนนำเครือข่ายมีทักษะในการเป็นวิทยากรกระบวนการในการค้นหาปัญหาชุมชน ซึ่งสามารถนำไปใช้กับงานอื่นๆ ที่ต้องใช้ประชาคมหมู่บ้านได้

๒.เป็นหมู่บ้านนำร่องที่เป็นรูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการจัดการสุขภาพชุมชน และเครือข่าย

๓.เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบ โดยชุมชนเรียนรู้การสร้างระบบด้วยชุมชนเอง

ที่มาของข้อมูล นางสาวสิรินทิพย์ เจนติยานุรักษ์ พยาบาลวิชาชีพ ๖ โครงการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิ (พื้นที่ภาคเหนือ)

๐๖.โครงการหลักสูตรการจัดการขยะพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

สถานีอนามัยบ้านทุ่งครก อ.คลองท่อม จ.กระบี่

ประชากร ๔,๐๔๖ คน

ข้อมูลที่ได้ พ.ศ.๒๕๕๐

ลักษณะกิจกรรม

ใช้การเรียนการสอนเป็นสื่อในการดำเนินการแก้ปัญหาขยะในชุมชน โดยเน้นเด็กนักเรียน เนื่องจากเด็กจะเป็นผู้ขับเคลื่อนส่วนอนาคต เป็นการสร้างหลักสูตร (Curriculum development) และการนำหลักสูตรไปใช้ (Implementation of curriculum) เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยมีกระบวนการดำเนินงานดังนี้

๑. การทำประชาคมในหมู่บ้าน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในชุมชน และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (Problem identification)

๒. ประเมินความต้องการของชุมชน พบว่ามีความต้องการแก้ไขปัญหามลพิษของชุมชน (Need assessment)

๓. กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร (Goal and objectives)

๔. การเขียนหลักสูตร โดยใช้สื่อการสอนที่มีอยู่แล้วให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาในพื้นที่ เช่นธนาคารขยะ, การทำปุ๋ยหมัก, การทำอุปกรณ์ต่าง ๆ จากขยะ เป็นต้น (Educational strategies)

๕. การนำหลักสูตรไปใช้ในโรงเรียนนำร่อง (Implementation) มีโรงเรียนระดับประถมศึกษา ๓ โรงเรียนนำร่องในการนำหลักสูตรไปใช้ โดยหลักสูตรการจัดการขยะพิทักษ์สิ่งแวดล้อมประกอบด้วย ๘ กิจกรรมการสอนดังนี้

๑. อะไรคือสิ่งที่ไม่ใช่ธรรมชาติ

๒. ขยะมีทุกหนทุกแห่ง เพื่อให้รู้ที่เกิดของขยะในชุมชน

๓. อัตราของการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถแยกขยะแห้ง ขยะเปียก ทราบความเร็วช้าการย่อยสลาย

๔. การทำปุ๋ยจากขยะ

๕. การทำกระดาษ เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญ และสามารถทำกระดาษรีไซเคิลได้

๖. การทำสมุดบันทึกจากกระดาษที่เหลือใช้

๗. การรณรงค์เรื่องไม่ทิ้งขยะในชุมชน

๘. การแข่งขันวาดภาพโปสเตอร์เกี่ยวกับการจัดการขยะ

หลักสูตรการจัดการขยะพิทักษ์สิ่งแวดล้อม มีกระบวนการตามหลักของการสร้าง หลักสูตร สามารถนำไปใช้สอนเพื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนัก และเพิ่มทักษะในการจัดการขยะ

ให้กับนักเรียน ในอนาคตควรมีการประเมินหลักสูตร หากประเมินแล้วดีก็ควรบรรจุเข้าในวิชาเรียนของเด็กนักเรียนในระดับประถมศึกษาต่อไป

๑. มีการร่วมกันกำหนดนโยบายและจัดทำแผนของศูนย์สุขภาพชุมชน โดย

- คณะกรรมการสุขภาพศูนย์สุขภาพชุมชน
- ทีมสุขภาพ
- ชมรมสร้างสุขภาพต่างๆในพื้นที่โดยใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพ และปัญหาสาธารณสุขมาเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนและทำประชาคมร่วมกันระหว่าง องค์กรท้องถิ่น ประชาชน ศสช.

๒. ในแต่ละแผนงานจะมีคณะทำงานรับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วย ประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

๓. คู่มือสถานีนอนามัยเครือข่าย โดย

- พยาบาลวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่สอ.เครือข่าย
- พยาบาลวิชาชีพออกปฏิบัติงานที่สอ.เครือข่าย วัน / สัปดาห์

๔. มีการประสานแผนกับสอ.เครือข่าย

๕. มีการประชุมโซน เดือนละ 1 ครั้ง

๖. มีการประชุม PCU ๒ เดือน / ครั้ง

๗. ประชุมพยาบาล PCU เดือนละ ๑ ครั้ง โดย CUP โปะทะเล-บึงนาราง และพยาบาล PCU จะนำมาถ่ายทอดความรู้ในการประชุมโซน / ประชุม PCU

๘. เป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาให้กับ PCU ที่กำลังพัฒนา และสอ.ที่จะประเมินเป็นสอ. คุณภาพ

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

เด็กนักเรียนได้ช่วยในการแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอย และสัตว์นำโรคชนิดต่างๆ ในชุมชนยังมีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักและมีจิตสำนึกในการกำจัดขยะเกิดจิตสำนึกในการกำจัดขยะอย่างถูกวิธี ทั้งยังได้ทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน ซึ่งก่อให้เกิดรายได้ อีกทั้งเกิดความร่วมมือกันขององค์กรต่างๆ ในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาขยะในชุมชนอย่างบูรณาการ

๐๗.โครงการพัฒนารูปแบบและขยายเครือข่าย จดหมาย แทนความห่วงใย จากหมออนามัย ถึงชาวบ้าน และ

พัฒนาเครือข่ายทีมสุขภาพ

สถานีอนามัยบ้านนาทราย ต.ทุ่งป้อ อ.แม่วาง จ.เชียงใหม่

ประชากร ๔,๕๖๑ คน

ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช.

ข้อมูลที่ได้ พ.ศ.๒๕๕๐

ลักษณะกิจกรรม

การใช้จดหมายติดตามกลุ่มเป้าหมายเพื่อมารับบริการตรวจคัดกรองโรค เพื่อเป็นการสร้างความตื่นตัว และสร้างแรงจูงใจ ให้กลุ่มเป้าหมายมารับบริการมากยิ่งขึ้น โดยการใช้จดหมายแทนความห่วงใย จากหมออนามัย ถึงชาวบ้าน ซึ่งเป็นการดำเนินการร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และจากกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการตรวจคัดกรองโรคต่าง ๆ ด้วย และจากการดำเนินงานที่ผ่านมาได้รับความสนใจจากฝ่ายต่าง ๆ ในชุมชนมากขึ้น และมีผลการดำเนินงานที่ดีขึ้น (ในเชิงปริมาณ)

จากผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรอง และค้นหาผู้ป่วยใหม่ของโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก , โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ผ่านมา พบว่า ในปี ๒๕๔๖

กลุ่มเป้าหมายมารับบริการ ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 31.74 พบผู้มีอาการผิดปกติและมีการส่งต่อ จำนวน ๑ ราย ในปี ๒๕๔๗ กลุ่มเป้าหมายมารับบริการ ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๓๔.๓๓ พบผู้มีอาการผิดปกติและมีการส่งต่อ จำนวน ๑ ราย ,โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒๖.๕๔ พบผู้มีอาการผิดปกติและมีการส่งต่อ จำนวน ๕ ราย ในปี ๒๕๔๘ กลุ่มเป้าหมายมารับบริการ ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๕๒.๑๑ พบผู้มีอาการผิดปกติและมีการส่งต่อ จำนวน ๖ ราย , โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๕๘.๔๔ พบผู้มีอาการผิดปกติและมีการส่งต่อ จำนวน ๑๔ ราย และในปี ๒๕๔๙ กลุ่มเป้าหมายมารับบริการ ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ ๘๗.๕๐ พบผู้มีอาการผิดปกติและมีการส่งต่อ จำนวน ๒ ราย ,และมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๖๐.๗๕ พบผู้มีอาการผิดปกติและมีการส่งต่อ จำนวน ๑ ราย ,โรคเบาหวาน ร้อยละ ๗๗.๗๕ พบผู้มีอาการผิดปกติและมีการส่งต่อ จำนวน ๓ ราย และความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๘๗.๗๒ พบผู้มีอาการผิดปกติและมีการส่งต่อ จำนวน ๘ ราย จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา จะเห็นว่า กลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองเพิ่มมากขึ้น และในขณะเดียวกัน มีการพบผู้มีอาการผิดปกติ เพิ่มมากขึ้นด้วย

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

๑. กลุ่มเป้าหมายมารับบริการเพิ่มมากขึ้น
๒. กลุ่มเป้าหมายมีความรู้มากขึ้น และนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง
๓. สามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานบริการสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายโรคอื่น ๆ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้

๐๘.โครงการโครงการศูนย์บริการผู้สูงอายุชุมชน (Day Care Center)

สถานีนามัยตำบลออนเหนือ กิ่งอ.แม่ออน จ.เชียงใหม่

ประชากร ๓,๕๐๓ คน

ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช.

ข้อมูลที่ได้ พ.ศ.๒๕๔๕

ลักษณะกิจกรรม

สถานีนามัยตำบลออนเหนือ ได้ร่วมกับ โครงการเอชไอวี/เอดส์และผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือ ซึ่งการรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในตำบลออนเหนือ จำนวน ๑๐ หมู่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุในตำบลออนเหนือที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ทั้งโดยตรงคือเป็นผู้ป่วยเอดส์ และทางอ้อมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- จำนวนผู้ป่วยเอดส์ ๒๖ ราย
- จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นผู้สูงอายุ ๑ ราย
- จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ๘๖ ราย
- ผู้สูงอายุให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ ๑๒ ราย
- ผู้สูงอายุให้การดูแลหลานที่พ่อแม่เสียชีวิตจากเอดส์ ๑๕ ราย
- ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังเนื่องจากคู่สมรสหรือบุตรหลานเสียชีวิตจากเอดส์ ๑๖ ราย

จากการดำเนินงาน พบว่า ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาหลายด้าน คือ ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม และผู้สูงอายุมีความต้องการ ความช่วยเหลือสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ ความช่วยเหลือด้านบริการการรักษาพยาบาล ความต้องการกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือ ความต้องการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ซึ่งกิจกรรมโครงการเอชไอวี/เอดส์และผู้สูงอายุภาคเหนือ ในพื้นที่ตำบลออนเหนือได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา โดยความร่วมมือกันหลายฝ่าย ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขตำบลออนเหนือ องค์การบริหารส่วนตำบลออนเหนือ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะสงฆ์ตำบลออนเหนือ และกลุ่มองค์กรชุมชน โดยสถานีนามัยตำบลออนเหนือเป็นแกนในการประสานความร่วมมือ กิจกรรมที่ได้ดำเนินงาน ได้แก่ การส่งเสริมรายได้และลดค่าใช้จ่าย เช่น รวมกลุ่มอาชีพน้ำยาล้าง

งาน อาชีพทำยาหม่องน้ำ กลุ่มผลิตน้ำชีวภาพ กลุ่มปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ เป็นต้น กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบ และจัดประชุมพบกลุ่มผู้ติดเชื้อ เดือนละ 1 ครั้ง ให้ความรู้เรื่องการรับยา การดูแลสุขภาพ

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

การพัฒนาความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำศูนย์บริการผู้สูงอายุชุมชน (Day Care Center) จึงเป็นแรงบันดาลใจที่สถานีอนามัยตำบลออนเหนือต้องการเริ่มโครงการเพื่อต่อยอดจากกิจกรรมของผู้สูงอายุที่ได้ดำเนินการอยู่แล้ว ให้เป็นรูปธรรมและมีความชัดเจนสามารถเป็นต้นแบบสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ ต่อไป

๐๕.โครงการสืบสานภูมิปัญญาผักพื้นบ้าน

ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านทุ่งช่วง ต.ทุ่งกว๋าว อ.เมืองปาน จ.ลำปาง

ประชากร ๕,๒๔๕ คน

ได้รับการสนับสนุนจาก สถาบันพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน(สพช.)

ข้อมูลที่ได้ พ.ศ.๒๕๔๘

ลักษณะกิจกรรม

สำหรับพื้นที่ตำบลทุ่งกว๋าวนั้น ทางศูนย์สุขภาพชุมชนทุ่งช่วงได้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดในพื้นที่ ยังเน้นเรื่องของการค้นหาคัดกรอง และการรักษาผู้ป่วย ซึ่งทำได้มาแล้วระดับหนึ่ง แต่กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ดำเนินการมาแล้วนั้น ยังขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง จึงเห็นว่า การส่งเสริมให้ประชาชนได้หันมาดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการมีส่วนร่วมและใช้ภูมิปัญญาของชุมชนเอง จะทำให้การสร้างเสริมสุขภาพนั้นยั่งยืนในระยะยาว ชุมชนมีภูมิปัญญาที่มีอยู่มากมายหลายเรื่อง ยังขาดการรวบรวม ขาดการนำมาใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน และขาดการถ่ายทอด โดยเฉพาะภูมิปัญญาเรื่องผักพื้นบ้าน ที่มีอยู่ในผู้รู้ ผู้สูงอายุ หมอเมืองไม่กี่คน และกำลังจะหายไปพร้อมกับวิถีที่เปลี่ยนไป ที่เดิมที่เคยเน้นการบริโภคผักพื้นบ้านเป็นหลัก องค์กรความรู้เหล่านี้หากได้นำมารวบรวม จะช่วยให้คนรุ่นหลังได้เรียนรู้ ได้สืบทอด และการจัดกระบวนการเรียนรู้ในชุมชน จะเป็นการสร้างกระแส กระตุ้นเตือนให้ประชาชนได้หันมาให้ความสนใจกับปลูกและบริโภคผักพื้นบ้านกันมากขึ้น ซึ่งนอกจากจะช่วยลดความภาวะเสี่ยงในการที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว ยังช่วยลดการได้รับสารเคมีปนเปื้อนจากผัก จากอาหารสำเร็จรูป ที่มีขายตามท้องตลาด นอกจากนี้มีกิจกรรมการจัดบริการ นวด อบ ประคบด้วยสมุนไพรในสถานบริการ การรวมกลุ่มของหมอเมือง(หมอพื้นบ้าน)จากหมู่บ้านต่างๆ

เป็นชมรมหมอเมืองตำบลทุ่งกว่าว ดำเนินกิจกรรมรวบรวมองค์ความรู้ด้านสมุนไพรในท้องถิ่น ในรูปแบบของการจัดสวนสาธิตสมุนไพร และในรูปแบบเอกสาร เพื่อใช้เป็นแหล่งเผยแพร่ เรียนรู้สมุนไพรของชุมชน ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

- ๑.ประชาชนที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้มีความรู้นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน และถ่ายทอดความรู้ให้กับเพื่อนบ้าน
- ๒.ผลจากการสร้างกระแสทำให้ประชาชนหันมาสนใจปลูกผักกันมากขึ้น เพิ่มการบริโภคผักพื้นบ้าน ลดการสัมผัสสารเคมี
- ๓.เจ้าหน้าที่เกิดการเรียนรู้การทำงานร่วมกับชาวบ้าน และขยายผลการเรียนรู้การทำงานสู่เครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับต่างๆ

๑๐.โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service System) บนพื้นที่สูง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนามวินราชินี ตำบลโป่งสา อำเภอลำปาง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ประชากร ๒,๕๒๗ คน

ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช.

ข้อมูลที่ได้ พ.ศ.๒๕๔๕

ลักษณะกิจกรรม

ประชาชนได้ระดมเงินทุนเพื่อนช่วยเพื่อนยามยาก ครอบคลุมละ ๓๐ บาท รวมแล้วจำนวนสองหมื่นบาท และระดมทุนเพิ่ม โดยเก็บครอบคลุมละ ๑๐ บาทต่อปี เป็นกองทุนเงินหมุนเวียนสำหรับประชาชนนำไปใช้ในการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลเพราะค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เช่น ค่าอาหารที่พักญาติค่าจ้างเหมารถจากหมู่บ้านมายังศูนย์สุขภาพชุมชนหรือเดินทางไปยังโรงพยาบาลโดยเปิดให้กู้ยืมครั้งละ ๑,๐๐๐- ๑,๕๐๐ บาทและส่งคืนภายใน 1 เดือน ซึ่งเงินกองทุนยังมีไม่มากพอที่จะให้ระยะเวลาคืนเงินนานกว่านี้ ซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งที่ยังต้องปรับปรุง ประชาชนส่วนใหญ่ฐานะยากจนร้อยละ ๘๐ และสิ่งที่ยังขาดแคลน คือ บุคลากรหรืออาสาสมัครที่มีความรู้ในการกู้ชีพการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานอุปกรณ์ช่วยชีวิต ระบบการส่งต่อไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพเพราะแต่ละหมู่บ้านใช้เวลาในการเดินทางประมาณ ๑ ชั่วโมงครึ่งเป็นอย่างน้อยและการเดินทางไปยังโรงพยาบาลชุมชนใช้เวลา ๒ ชั่วโมงครึ่ง เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินอาจได้รับอันตรายหากไม่มีระบบการแพทย์ที่มีความพร้อม

ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชน ผู้นำ และองค์กรต่างๆ ในชุมชนซึ่งตระหนักในปัญหาและพร้อมจะร่วมมือในการดูแลสุขภาพประชาชนของตนเองโดยพัฒนาศักยภาพของชุมชนเพื่อพัฒนาเครือข่ายระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(Emergency Medical Service System) ขึ้นในพื้นที่ตำบลโป่งสาซึ่งเป็นพื้นที่สูง อาจมีความ

แตกต่างในเรื่องพื้นที่การคมนาคมและระบบการสื่อสาร ถึงแม้การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินอาจมีหลายส่วนที่สามารถมาอบรมอาสาสมัครกู้ชีพให้ แต่นั่นยังไม่ใช่การแก้ปัญหาในระบบทั้งหมดในชนบทเพราะระบบทุกอย่างที่เกิดขึ้นในชุมชนและมีความหลากหลายนำมาพัฒนาให้สอดคล้องจะทำให้เกิดความยั่งยืนได้ ประกอบกับองค์การบริหารส่วนตำบลเองรายได้จากการเก็บภาษีมีน้อยปีละ 2,000บาทแต่ละปีต้องอาศัยเงินอุดหนุนประจำปี ดังนั้นสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ฯ โป่งสารร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและประชาชนตำบลโป่งสารได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน โดยชุมชน (Emergency Medical Service System) บนพื้นที่สูงตำบลโป่งสาร เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุดจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลระบบ

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

- ๑.ประชาชนได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ
- ๒.ประชาชนได้รับความปลอดภัย
- ๓.ประชาชนได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและวิธีช่วยเหลือคนในชุมชนอย่างถูกต้อง

๑๑.โครงการครอบครัวอบอุ่นเริ่มต้นชีวิตใหม่ห่างไกลแอลกอฮอล์

สถานีอนามัยหนองผักนึ่ง ต.นาขม อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์

ประชากร ๘,๖๕๒ คน

ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช.

ข้อมูลที่ได้ พ.ศ.๒๕๔๘

ลักษณะกิจกรรม

สถานการณ์ของจังหวัดเพชรบูรณ์ในปี ๒๕๔๘ พบว่าประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปจำนวน ๔๒.๒๒%ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตำบลนาขมในเขตรับผิดชอบสถานีอนามัยหนองผักนึ่งจำนวน ๕ หมู่บ้านพบว่าในช่วง 3ปีย้อนหลัง(ปี ๒๕๔๗-๒๕๔๘)ประชาชนในพื้นที่มีพฤติกรรมในการดื่มสุราเพิ่มขึ้นมาตลอดและในปี ๒๕๔๘พบว่าประชากรในพื้นที่ดื่มสุราถึง ๗๐ %ต่อครอบครัวในชุมชน จากการสำรวจสภาพปัญหาในการดื่มสุราของประชาชนกลุ่มอายุ ๑๐ - ๕๕ ปีในเขตรับผิดชอบ จำนวน ๒๕๕ คนพบว่าเกิดปัญหาครอบครัวไม่มีความสุข 122ราย สุขภาพจิต ๔๘ราย ภาวะเครียด ๔๒ ราย ซึมเศร้า ๔๒ราย และฆ่าตัวตายสำเร็จ (จากการดื่มสุราพบ ๑ ราย) จากปัญหาดังกล่าวสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องได้

ดังนั้นตำบลนาขมจึงได้จัดทำโครงการดังกล่าวเพื่อเป็นโครงการหมู่บ้านต้นแบบขึ้น จำนวน 2หมู่บ้านเพื่อเป็นต้นแบบของการขยายเครือข่ายให้กับหมู่บ้านอื่น ๆ ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยหนองผักนึ่ง ให้มีมาตรการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนในกลุ่มเสี่ยงและติดสุรา โดยการสร้างเครือข่ายกลุ่มผู้ลดเหล้าขึ้น

ในชุมชน และสามารถเป็นบุคคลตัวอย่างที่ดีให้กับเยาวชนในชุมชนและสามารถให้คำปรึกษาช่วยเหลือด้านทักษะในการมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง เพื่อให้ปัญหาในพื้นที่พร้อมกับการดื่มสุรามีปริมาณที่ลดน้อยลง

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

๑.มีเครือข่ายลดเหล้าในชุมชนจำนวน 2 หมู่บ้าน

๒.มีร้านค้าร่วมเครือข่ายลดเหล้า 10 ร้าน

๓.ประชาชนตระหนักถึงโทษและพิษภัยของสุรามากขึ้น

๑๒.โครงการพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานบ้านโนนเหล็ก อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี

ศูนย์สุขภาพชุมชนโนนเหล็ก อ.เมือง จ.อุทัยธานี

ประชากร ๑,๔๐๔ คน

ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช.

ข้อมูลที่ได้ พ.ศ.๒๕๕๕

ลักษณะกิจกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลโนนเหล็ก ปี ๒๕๕๓ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ สาเหตุจากยังไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยา รวมทั้งการมาตรวจตามนัด สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ต้องรีบแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงในที่สุด อีกประการหนึ่งจากการที่ผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนโนนเหล็กมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี ดังนั้นในวันที่มีคลินิกโรคเรื้อรังจะมีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมากในขณะที่บุคลากรที่ให้บริการมีจำนวนจำกัด ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาในการรอคอยมาก และการพบปะพูดคุยระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพทำได้ไม่ดีเท่าที่ควรทำให้การให้การดูแลเชิงลึกแบบองค์รวมไม่เกิดขึ้น หากมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสบการณ์เรื่องการดูแลตนเองเป็นอย่างดี และทีมสุขภาพมีเวลาพบกับผู้ป่วยมากขึ้นก็จะช่วยเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ประกอบกับในตำบลมีชมรมผู้สูงอายุตำบลโนนเหล็ก และมีกิจกรรมต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือน สมาชิกชมรมบางส่วนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หากจัดเวทีให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเกิดการเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนน่าจะมีผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น และสมาชิกที่สุขภาพดีจะเป็นต้นแบบเรื่องการปฏิบัติตนแลกเปลี่ยนเกิดการเรียนรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากสถานการณ์ปัญหาและ

การดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนโนนเหล็กดังกล่าวข้างต้นที่มีทุนของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดีกลุ่มหนึ่งและการสร้างอาสาสมัครขึ้นมาทำหน้าที่ในการค้นหากลุ่มเสี่ยง ที่สามารถนำมาจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน นอกจากจะทำให้ลดปัญหาเรื่องภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการเดินทางของผู้ป่วยและเศรษฐกิจของคนในครอบครัวแล้ว สิ่งสำคัญคือเป็นการส่งเสริมให้มีการรับรู้ปัญหาร่วมกันของชุมชนและนำมาสู่การแก้ปัญหาในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ จึงต้องการขยายความครอบคลุมของการดำเนินงานออกไปให้มากขึ้น และสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกันในแต่ละหมู่บ้าน ตลอดจนถึงการส่งเสริมบทบาทของชมรมผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานอันจะนำไปสู่การดำรงชีวิตที่เป็นสุขของผู้ป่วย

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

- ๑.การเจาะเลือดโดยอาสาสมัครได้ช่วยให้เกิดรับรู้ปัญหาร่วมกันของชุมชน และส่งเสริมเรื่องการดูแลตนเองได้ดี
- ๒.การคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงครอบคลุมมากยิ่งขึ้นส่งผลให้การค้นหาโรคในระยะเริ่มแรกมีประสิทธิภาพ และลดระยะเวลาการรอคอยที่สถานบริการ
- ๓.ลดปัญหาเรื่องการขาดยาคนนัด กรณีผู้ป่วยและญาติติดภาระในวันที่แพทย์นัด สามารถให้เจาะเลือดที่บ้านล่วงหน้าแล้วนำผลเลือดมารับยาได้

๑๓.โครงการส่งเสริมแพทย์ทางเลือกเพื่อการสร้างสุขภาพแบบพอเพียง ตำบลนิคมพัฒนา กิ่งอำเภอมะนัง

จังหวัดสตูล

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนามวินราชินีนิคมพัฒนา ม.๗ ต.นิคมพัฒนา อ.มะนัง

จ.สตูล ประชากร ๖,๕๑๓ คน

ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช.

ข้อมูลที่ได้ พ.ศ.๒๕๔๕

ลักษณะกิจกรรม

จากการศึกษาสภาวะสุขภาพของประชาชนตำบลนิคมพัฒนา กิ่งอำเภอมะนัง จังหวัดสตูล ย้อนหลัง ๕ ปี คือ ปีพ.ศ ๒๕๔๕ ถึง ปีพ.ศ.๒๕๔๙ ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพที่ไม่ดีหรือสามารถป้องกันได้ อาทิ โรคระบบทางเดินหายใจ,ระบบย่อยอาหาร,ระบบกล้ามเนื้อและระบบผิวหนัง มีอัตราป่วยรวมกันคิดเป็นร้อยละของการเจ็บป่วยทั้งหมดของประชาชน

ดังนั้นทางสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯนิคมพัฒนาและกลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้มีการจัดเสวนากลุ่มขึ้นเมื่อเดือนกันยายน ๒๕๔๙ ที่ผ่านมา มีผลสรุปว่าการดำเนินการแก้ปัญหาดังกล่าวแนวทางของสุขภาพ

แบบพอเพียงน่าจะเป็นแนวคิดหลักที่น่าจะนำมาประยุกต์ใช้ได้มากที่สุดในการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน จึงมีมติร่วมกันว่า “แพทย์ทางเลือก” จะเป็นยุทธศาสตร์และ นวัตกรรมที่สำคัญที่จะต้องผลักดันเป็นนโยบาย สาธารณะเพื่อการพัฒนาสุขภาพของชุมชนในตำบลนิคมพัฒนาต่อไป โดยพัฒนาองค์ความรู้ภูมิปัญญา การแพทย์ทางเลือกให้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของระบบสุขภาพ และองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นประชาชนสามารถ นำไปใช้ได้อย่างสะดวกและอย่างเข้าถึงบริการ ส่งเสริมให้กิจกรรมตามแนวทางภูมิปัญญาแพทย์ทางเลือก สามารถรองรับการให้บริการทางสุขภาพควบคู่ไปกับระบบสุขภาพที่มีอยู่เดิม อันจะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองทาง สุขภาพภายใต้แนวคิดสุขภาพแบบพอเพียงต่อไป

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

การเป็นศูนย์เรียนรู้และบริการสุขภาพแบบแพทย์ทางเลือก ที่รองรับการให้บริการแก่ประชาชน

๑๔.โครงการชุมชนผักปลอดสารพิษบ้านทุ่งเสม็ด

ศูนย์สุขภาพชุมชนกำแพง ต.กำแพง อ.ละงู จ.สตูล

สังกัด อบต.ทุ่งเสม็ด ประชากร ๑๒,๒๘๕ คน

ได้รับการสนับสนุนจาก สวรส.

ข้อมูลที่ได้ พ.ศ.๒๕๕๐

ลักษณะกิจกรรม

อำเภอละงูมีพื้นที่ส่วนใหญ่ทำการเกษตรกรรม สวนยางพารา และปลูกพืชผัก เพื่อเลี้ยงคนในอำเภอ และพื้นที่ที่ปลูกผักส่วนใหญ่อยู่ที่ หมู่ ๑๑ บ้านทุ่งเสม็ด ตำบลกำแพง อำเภอละงู จังหวัดสตูล ซึ่งเป็นที่ดิน สาธารณะแต่อนุญาตให้ประชาชนที่ไม่มีที่ทำกินเป็นของตนเองเข้าทำกินในพื้นที่ได้ ลักษณะที่ดินเป็นพื้นที่ราบ และเนินเขา ประชาชนมี ๒๑๒ ครัวเรือน มีอาชีพปลูกผัก ๓๐ ครัวเรือน และปลูกมาเป็นเวลาช้านาน และได้ใช้ ปุ๋ยอินทรีย์ ใส่ยาฆ่าแมลงมาตลอด มีแม่ค้า ในหมู่บ้าน ๕ คน นำผักไปขายในตลาดสดประจำอำเภอทุกวัน ในใจ ของเกษตรกรรู้ว่ายาฆ่าแมลงอันตราย แต่ก็ต้องใช้เพราะเมื่อผักมีแมลงเจาะ ไม่สวยงาม ผักจะขายไม่ได้ ไม่สวย จึงจำเป็นต้องใช้ยาฆ่าแมลง ทั้งฉีดยาเองและจ้างเพื่อน จนเมื่อวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๔๕ มีหมอนามัยเข้ามา สํารวจ และมาเจาะเลือดพวกที่ปลูกผักมานานๆ และพวกที่ปลูกผักเริ่มรู้สึกตัวเองว่ามีอาการไม่ค่อยปกติ จึงมา เจาะเลือดตรวจสารพิษตกค้างในเลือดกับหมอนามัย ๒๑ คน จากเกษตรกร ๔๐ คน ผลปรากฏว่าพบสารตกค้าง ในทุกคน โดยแบ่งเป็น พบในปริมาณปลอดภัยจำนวน ๕ คน พบในปริมาณที่มีความเสี่ยงจำนวน ๑๐ คน และ พบในปริมาณที่ไม่ปลอดภัยจำนวน ๒ คน ด้วยข้อมูลข้างต้น เกษตรกรจึงเห็นความสำคัญ และมีความต้องการที่ จะปลูกผักปลอด สารพิษ แต่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และอยากไปดูให้เห็นกับตาที่เขาทำกัน จึงมาปรึกษาหมอ นามัยให้ช่วยผลักดันชุมชนปลอดสารพิษให้เกิดขึ้นให้ได้ เพื่อเกษตรกรและประชาชนชาวอำเภอละงู ได้

บริโภคผักปลอดสารพิษ มีสุขภาพดี ไม่มีโรค จนเกิดความร่วมมือ ร่วมรับผิดชอบระหว่างภาคีเครือข่าย และมีการดำเนินงานแบบบูรณาการ หยุดการใช้สารเคมีปราบศัตรูพืช โดยหันมาใช้ในการเพาะปลูกแบบเกษตรอินทรีย์แทน

เกษตรกรเห็นความสำคัญของการปลูกผักปลอดสารพิษ เกิดการเรียนรู้วิธีปลูกผักปลอดสารพิษที่ถูกวิธี ตลอดจนเรียนรู้เกี่ยวกับขบวนการขนส่งที่ปราศจากการปนเปื้อน

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

ชุมชนบ้านทุ่งเสม็ด มีการปลูกผักปลอดสารพิษอย่างยั่งยืน เกษตรกรลดการใช้สารเคมี ตรวจเลือดไม่พบสารตกค้าง

๑๕. โครงการหัตถกรรมจิ๋ว สร้างบ้านในฝัน ชุมชนปลอดขยะ

สภาชาวบ้าน ต.ท่าข้าม อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

ประชากร ๑,๑๔๓ คน

ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช.

ข้อมูลที่ได้ พ.ศ.๒๕๕๐

ลักษณะกิจกรรม

จากการฝึกปฏิบัติภาคสนามของนักศึกษาพยาบาลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน ๒๕๔๔ ในพื้นที่ หมู่ที่ ๕ บ้านหนองบัว ซึ่งเป็นหมู่บ้านหนึ่งในอำเภอท่าข้าม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เป็นหมู่บ้านไทยพุทธและมุสลิม ชาวบ้านมีอาชีพทำสวนยางเป็นหลัก มีอาชีพรองคือ การค้าขายและทำงานโรงงาน เป็นชุมชนที่มีบ้านเรือนหนาแน่น แออัด เป็นหย่อม ๆ บริเวณรอบบ้านมีขยะ เช่น ถุงพลาสติก เปลือกผลไม้ ซองขนมตามถนนและคุระบายน้ำ และจากการสัมภาษณ์ประชาชนในหมู่บ้าน ได้ข้อมูลว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมทิ้งขยะไม่เป็นที่ ขาดความตระหนักถึงพิษภัยของขยะ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะ และได้จัดทำโครงการหมู่บ้านปลอดขยะขึ้น โดยความร่วมมือของนักศึกษาพยาบาลกับกลุ่มเยาวชนของหมู่บ้านหนองบัว ซึ่งได้มีการตั้งชื่อกลุ่มด้วยตนเองว่ากลุ่มหัตถกรรมจิ๋ว มีจำนวนสมาชิกกลุ่ม ๓๐ คน สมาชิกกลุ่ม มีอายุอยู่ในช่วง ๒ – ๑๔ ปี ได้กำหนดโครงสร้างกลุ่ม แต่งตั้งคณะกรรมการ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ และจัดกิจกรรมลดขยะด้วยการแยกขยะ นำขยะที่นำไปใช้ใหม่ได้ไปขาย และนำเงินที่ได้จากการขายขยะตั้งเป็นกองทุนขยะ โดยครั้งแรกนำเงินที่ขายได้ทั้งหมดตั้งเป็นกองทุนขยะ ในการขายขยะครั้งต่อไปได้แบ่งรายได้จากการขายขยะออกเป็น ๒ ส่วนเท่า ๆ กัน ส่วนหนึ่งเอาเข้ากองทุนขยะ อีกส่วนให้กับผู้ขายขยะ เงินกองทุนขยะจะมีผู้ใหญ่ที่เด็ก ๆ ไว้ใจ เป็นผู้นำไปฝากกับสถาบันการเงิน ปัจจุบันเงินกองทุนมีจำนวน ๓๐๐ บาท กิจกรรมสอนการทำน้ำหมัก EM จากขยะในครัวเรือนให้กับสมาชิกกลุ่มและผู้ปกครอง ประกวัดบ้านสะอาด เริ่มจากการประกวดวาดภาพ

บ้านในฝัน แล้วเลือกภาพที่ชนะ ๔ อันดับแรก มาเป็นบ้านต้นแบบ โดยเยาวชนในกลุ่มเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลบ้านสะอาดต้นแบบด้วย ตัดสินบ้านสะอาดด้วยเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นจากภาพวาดบ้านในฝัน และเป็นที่ยอมรับของกลุ่มสมาชิก และเพื่อการพัฒนาเยาวชนแบบบูรณาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญาให้เหมาะสมกับการพัฒนาตามวัยและการพัฒนาที่มีความยั่งยืน จึงได้ผสมผสานกิจกรรมสันทนาการ การสร้างสรรค์งานศิลปะ การกีฬา วิชาการด้านภาษาอังกฤษ และคณิตศาสตร์ ในกิจกรรมกลุ่มด้วย แม้ว่าเป้าหมายหลักของโครงการ คือ เพื่อลดขยะช่วยให้บ้านเรือนและหมู่บ้านน่าอยู่และปลอดภัย ช่วยให้ผู้คนในชุมชนมีความสุข ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

๑.ลดปริมาณขยะในชุมชน

๒.พัฒนาศักยภาพกลุ่มมหัสจรรย์จิ๋วในการลดขยะในครัวเรือนและชุมชนโดยการสนับสนุนจากภาคีการพัฒนาในชุมชน

๑๖.โครงการอาสาสมัครสาธารณสุขห้วยไผ่ใจผู้สูงอายุ โดยมาตรฐาน ๕ อ.

ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.คลองรี อ.สทิงพระ จ.สงขลา

สังกัด อบต.คลองรี ประชากร ๓,๖๕๘ คน

ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช.

ข้อมูลที่ได้ พ.ศ.๒๕๕๐

ลักษณะกิจกรรม

จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานกลางปี ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลคลองรี (๓๐ มิถุนายน ๒๕๔๙) พบว่ามีผู้สูงอายุ ๖๕๕ คน มีฐานะยากจน ๓๕๕ คน, ผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพัง ๔๘ คน, ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ๖๔ คน, ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ๑๕ คน มีเพียง ๑๖๓ คน ที่มีผู้ดูแลที่ดี ปัจจัยสำคัญที่ผู้สูงอายุ ทุกกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ในตำบลคลองรี เกิดจากขาดการดูแลเอาใจใส่ที่ดี ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจได้ การแก้ปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้อง ให้มีผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจ และเสียสละเวลาในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง เพื่อคอยแนะนำ และช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ครบทุกด้าน จากการประชุมหารือ กับ คณะทำงานพัฒนาศูนย์สุขภาพตำบลคลองรีและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลคลองรี เพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุในตำบลคลองรี ทุกคนมีความเห็นชอบด้วยกันว่า ให้อสม. ในแต่ละเขตรับผิดชอบ เอาใจใส่ดูแล ผู้สูงอายุ โดยใช้มาตรฐาน ๕ อ. ซึ่งประกอบด้วย อาหาร อารมณ์, อากาศ, อุจจาระ, และออกกำลังกาย ซึ่งแตกย่อยเป็น ข้อควรปฏิบัติตัวผู้สูงอายุ ๑๙ ข้อ เป็นเกณฑ์ประเมินและติดตาม ให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อการสุขภาพที่ดี ของผู้สูงอายุ

เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพ ตามมาตรฐาน เดียวกันและเท่าเทียมกัน ในตำบลคลองรี โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ตามเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

๑. ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการดูแล เท่าเทียมกัน

๒. อสม. ได้แสดงความรับผิดชอบต่อสังคม ในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ให้มีความรู้และเกิดการปฏิบัติตัวที่ดี และถูกต้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ

๑๗. โครงการประสานทุก(หน้า)พัฒนาทุกงาน

สถานีอนามัยบ้านห้วยคต อ.บางมูลนาก จ.พิจิตร

ลักษณะกิจกรรม ประสานงานหรือพัฒนางาน ทุกหน้า คือ ทุกองค์กร ไม่ว่าจะเป็น สมาชิก อ.บ.ต.และภรรยา ,อ.ส.ม.และภรรยา ผู้นำชุมชนและภรรยา, ตำรวจสายตรวจทุกคนในพื้นที่ คณะครูทุกคน แพทย์ประจำตำบล ครู พี่เลี้ยงศูนย์และบุคคลสำคัญในชุมชน

ขั้นที่ ๑. ออกประชุม อ.ส.ม.ทุกเดือน ทุกหมู่บ้านเพื่อสร้างความสนิทสนม รับฟังแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทุกเรื่องทั้งงานสาธารณสุขและที่ไม่ใช่งานสาธารณสุขรวมทั้งปัญหาส่วนตัว

ขั้นที่ ๒. รับสมัคร อ.ส.ม.เพิ่ม โดยวิธีการเฟ้นหา ชักจูง และได้บุคคลดังต่อไปนี้เป็น อ.ส.ม.

- สมาชิก อ.บ.ต.ทุกหมู่ เป็น อ.ส.ม.
- ภรรยาผู้นำชุมชนทุกคนเป็น อ.ส.ม.(แต่ใช้บัตรผู้นำชุมชน)
- บุคคลสำคัญในหมู่บ้านเป็น อ.ส.ม.
- ครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็กเป็น อ.ส.ม.
- แกนนាំออกกำลังกาย(ครูฝึก)เป็น อ.ส.ม

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

๑. งานเมืองไทยแข็งแรงดำเนินไปได้ด้วยดี และผ่านเกณฑ์

๒. มีชมรมสร้างสุขภาพ ระดับ ๓ ,๒ ,๑ ทุกหมู่บ้าน รวม ๑๓ชมรม

๓. มีชมรมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ ถ้าไม่พองแบบประยุกต์ด้านหน้าอนามัยทุกวัน เป็นตัวอย่างประชาชน

๔. โล่รางวัลชนะเลิศ อ.ส.ม. สาขาการออกกำลังกายระดับอำเภอ

๕. รางวัลรองชนะเลิศ อ.ส.ม. สาขาการแพทย์แผนไทยระดับอำเภอ

๖. โล่ตำบลชนะเลิศรวมมหกรรมสร้างสุขภาพระดับจังหวัด

๗. ถ้วยรางวัลชนะเลิศการประกวดแอร์โรบิค ในมหกรรมสุขภาพระดับอำเภอ ปี 2547

๘. ถ้วยรางวัลประกวดแอร์โรบิคระดับโรงเรียน (PCU) ส่งประกวด ๓ ทีม ได้รางวัล ที่ ๑, ๒, ๓

๙. มีผู้นำการออกกำลังกายที่เข้มแข็งสามารถเป็นวิทยากรทั้งในและนอกระดับตำบลอำเภอทั้งหมด๔ คน

๑๐. มีเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งสามารถจัดงานกิจกรรม การประกวด แข่งขันกีฬาระดับPCU ทุกปี

๑๑. ชมรม to be no one ในโรงเรียน มีการจัดประกวดแอร์โรบิค ในเครือข่าย PCU ด้วยกัน

๑๒. ศูนย์เด็กเล็กคณะกรรมการประกวดระดับจังหวัด(ติดหนึ่งในห้า)

ที่มาของข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

๑๘.โครงการร่วมกันกำหนดนโยบายและจัดทำแผนของศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชนท่าเสา ต.ท่าเสา อ.โพทะเล จ.พิจิตร

ลักษณะกิจกรรม ๑. มีการร่วมกันกำหนดนโยบายและจัดทำแผนของศูนย์สุขภาพชุมชน โดย

- คณะกรรมการสุขภาพศูนย์สุขภาพชุมชน
- ทีมสุขภาพ
- ชมรมสร้างสุขภาพต่างๆในพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพ และ

ปัญหาสาธารณสุขมาเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนและทำประชาคมร่วมกันระหว่าง องค์กรท้องถิ่น ประชาชน ศสช.

๒. องค์กรท้องถิ่น(เทศบาล, อบต.) สนับสนุนงบประมาณ

ปี ๒๕๕๘ จำนวน ๓๐๖,๐๐๐ บาท

ปี ๒๕๕๙ จำนวน ๑,๒๓๔,๐๐๐ บาท

๓. ในแต่ละแผนงานจะมีคณะทำงานรับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วย ประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

๔. คู่มือสถานีนอนามัยเครือข่าย โดย

- พยาบาลวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่สอ.

เครือข่าย

- พยาบาลวิชาชีพออกปฏิบัติงานที่สอ.เครือข่าย ๑วัน / สัปดาห์

๕. มีการประสานแผนกับสอ.เครือข่าย

๖. มีการประชุมโซน เดือนละ ๑ ครั้ง

๗. มีการประชุม PCU 2 เดือน / ครั้ง

๘. ประชุมพยาบาล PCU เดือนละ ๑ ครั้ง โดยCUP โพทะเล-บึงนาราง และพยาบาล PCU จะนำมาถ่ายทอดความรู้ในการประชุมโซน / ประชุม PCU

๕. เป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาให้กับ PCU ที่กำลังพัฒนา และสอ.ที่จะประเมินเป็นสอ.คุณภาพ
ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

๑. ศูนย์สุขภาพชุมชน ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
๒. ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่นเพื่อมาแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่
๓. สามารถเป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาให้กับ PCU อื่น และสอ.คุณภาพ
๔. ใช้เทคโนโลยี (คอมพิวเตอร์) ในการจัดเก็บข้อมูล

ที่มาของข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

๑๕.โครงการพหุภาคีร่วมพัฒนางานสาธารณสุข

ศูนย์สุขภาพชุมชน ป่ามะคาบ อ.เมือง จ.พิจิตร

ลักษณะกิจกรรม การจัดงานมหกรรมสร้างสุขภาพ ภายใต้ชื่อ “โครงการศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลป่ามะคาบ
รวมใจ สู่เมืองไทยแข็งแรง” ประจำปี ๒๕๔๘ เมื่อวันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๔๘ โดยจัดเป็นปีที่ ๓ แล้ว โดย
การจัดงานได้รับความร่วมมือจากทุกหน่วยราชการ, องค์กรชุมชนและประชาชนในพื้นที่อย่างยิ่ง มีขั้นตอน
การจัดงานดังนี้

๑. ประชุมคณะกรรมการบริหาร ศสช.ป่ามะคาบ
๒. จัดแจงโครงการในที่ประชุม อบต. โดยเชิญทุกหน่วยงานในตำบลเข้าร่วมปรึกษาหารือและแบ่งหน้าที่
ความรับผิดชอบ

- กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต.
- คณะครูทุกโรงเรียน
- ตำรวจ, อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน.
- อสม. ชมรมผู้สูงอายุ
- ผู้ประสานงาน ศสช.
- ประชาชนผู้ทรงคุณวุฒิ

๓. ดำเนินงานตามกิจกรรมของโครงการ

๔. การประเมินผลโครงการ โดยทุกหน่วยงานร่วมประเมินโครงการ แลกเปลี่ยนความคิด หาปัญหาและ
อุปสรรคของการดำเนินโครงการเพื่อพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นในปีต่อไป

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมมือร่วมใจจัดงานขึ้น เพื่อให้เกิดกระแสของการสร้างสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นการแสดงถึง ความสามัคคี ความเป็นหนึ่งเดียวกันของคนในตำบลปามะคาบ

ที่มาของข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

๒๐.โครงการขีดความสามารถศักยภาพ “คน”ในชุมชน

สถานีอนามัยตำบลเขาเจ็ดยอด อ.ทับคล้อ จ.พิจิตร

ลักษณะกิจกรรม

ผู้นำชุมชน ทีมงาน ชุมชนมีศักยภาพด้านการพัฒนา มีเวทีเรียนรู้ร่วมกับชาวบ้าน อสม. ผู้นำชุมชน และ อบต. มีศักยภาพใกล้เคียงกัน เพราะตำแหน่งทางการเมืองส่วนใหญ่จะพัฒนามาจาก อสม.

ผลักดันให้เกิดขบวนการจัดทำแผนภาคประชาชนโดยใช้ส่วนราชการต่างๆเป็น Facilitator จัดทำแผนงานชุมชน และแผนงานจากองค์การบริหารส่วนตำบลจากการทำประชาคม ผลักดันให้เกิดกลุ่มเกษตรปลอดสารพิษในชุมชน และมีการขยายเครือข่าย

มีการประชุมประจำเดือนในหมู่บ้าน

กลุ่มเกษตรชีวภาพ ม.3 บ้านเขาดิน และ ม.8 บ้านนิคม ต.เขาเจ็ดยอด อ.ทับคล้อ จ.พิจิตร

คณะกรรมการสุขภาพระดับตำบลเขาเจ็ดยอด

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

มีแผนงานชุมชนชัดเจน ทั้งส่วนได้รับสนับสนุนจากสาธารณสุข จากองค์การบริหารส่วนตำบลเขาเจ็ดยอด ตั้งแต่ปี งบประมาณ ๒๕๔๔ ในช่วงปีแรกๆจะได้แผนงานชุมชนจาก กสศ. และในปี ๒๕๔๗ จนถึงปัจจุบันเป็นแผนงานที่ได้จากการร่วมกันจัดทำประชาคมในแต่ละหมู่บ้าน โดยตัวแทนชุมชนได้คัดเลือกผู้ที่จะเป็น Facilitator ให้เป็นตัวแทนนำในแต่ละยุทธศาสตร์ เช่นยุทธศาสตร์ด้านพัฒนาสาธารณสุข จะให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็น Facilitator ซึ่งทำให้

๑.แผนงานที่ได้แต่ละยุทธศาสตร์เป็นไปตามความต้องการของชุมชน ตรงประเด็น นำไปปฏิบัติได้จริง และสามารถติดตามผลได้จากผู้ที่รับผิดชอบยุทธศาสตร์ด้านนั้นๆ

๒.เมื่อแผนงานบรรลุผล การประสานงานด้านต่างๆ จะทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานได้ง่าย เช่นการรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทุกครัวเรือน ทำให้ไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออก ในตำบลเขาเจ็ดยอด

๓.การเยี่ยมบ้านได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี ชุมชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือ ทำให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้น

ตั้งแต่ปี งบประมาณ ๒๕๔๗ เริ่มจากการพัฒนาคนในชุมชน ให้ร่วมกันระดมความคิด ทำให้เกิด

๑.คณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล

๒.มีเวทีสำหรับรับ-ส่งข้อมูลเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เช่นผลักดันให้ประชาชนได้รับรู้ข่าวสารทุกเดือนจากการประชุมในหมู่บ้าน

๓.ขยายแนวความคิดเรื่องสุขภาพให้ชุมชนได้รับทราบ

๔.ฝึกคนให้รู้จักคิดอย่างเป็นระบบบนรากฐานความเป็นจริงและพัฒนาไปสู่การนำไปปฏิบัติ

๕.จากการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ชุมชนสามารถมองปัญหาได้ และร่วมกันแก้ปัญหาแบบบูรณาการ ซึ่งส่วนใหญ่แผนงานด้านสาธารณสุข จะเป็นในลักษณะสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ ดังนี้
แผนงานปี ๒๕๔๕

๑. แผนพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้นำเน้นการสร้างคุณภาพ

๒. สนับสนุนกิจกรรมออกกำลังกาย

๓. รณรงค์การกำจัดลูกน้ำยุงลาย

๔. รณรงค์แก้ปัญหาโรคเอดส์ และช่วยเหลือผู้ป่วย

๕. รณรงค์โรคติดต่อ และไม่ติดต่อ

๖. สนับสนุนอุปกรณ์/วัสดุตรวจสอบสารพิษในกระแสดเลือด

๗. สื่อ/เอกสาร/แผ่นพับ

๘. เฝ้าระวังผลกระทบสิ่งแวดล้อม

๙. เตาเผาขยะในหมู่บ้าน

ที่มาของข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

๒๑.โครงการ ๒ ปีที่รอคอย

ศูนย์สุขภาพชุมชน วังทรายพูน ต.วังทรายพูน อ.วังทรายพูน จ.พิจิตร

กิจกรรม - ประเมินตนเองตามคู่มือประเมินรับรองมาตรฐาน ศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อหาส่วนขาด

- จัดกิจกรรมและเก็บข้อมูลกิจกรรมตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนทุกองค์ประกอบ
- รับการตรวจประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน จากคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด ครั้งที่ ๑ และครั้งที่ ๒ ยังไม่ผ่านการประเมิน
- คณะกรรมการศูนย์สุขภาพชุมชนนำโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังทรายพูนได้ร่วมกันประชุมวางแผนการทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลวังทรายพูนผ่านเกณฑ์ในการประเมินครั้งที่ ๓ โดยนำส่วนขาดจากการประเมินครั้งที่ ๒ มาพัฒนาดังนี้

๑. ระดมบุคลากรของ โรงพยาบาลวังทรายพูนช่วยกันสำรวจ Family folder และนำมาใช้ จนครบ ๑๐๐ %

๒. ร่วมกันทำCommunity Folder และนำมาใช้

๓. ดำเนินการนวัตกรรม Mobile clinic ในโครงการหมอนามัยร่วมใจ คลินิกอบอุ่น โดยเริ่มส่งผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไปรับยาต่อที่ สอ.หนองยาง และประเมินความพึงพอใจ

๔. ดำเนินการวิจัย เรื่อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่มาโรงพยาบาลวังทรายพูนซึ่งทำให้เราสามารถผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนได้ (ยังไม่เป็นทางการ)

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

- ผู้บริหารให้ความสำคัญ สนับสนุนให้ทุกคนมีส่วนร่วม
- ทีมงานมุ่งมั่น
- ชุมชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี
- ศูนย์สุขภาพชุมชนของเราผ่านเกณฑ์

ที่มาของข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

๒๒.ศูนย์สุขภาพชุมชนต.สำนักขุนเณร กิ่งอ.ดงเจริญ จ.พิจิตร

ลักษณะกิจกรรมมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบการจัดบริการทุกกลุ่มอายุ เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขจะตรวจฟันให้ความรู้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯสำนักขุนเณร จะมีหมู่บ้านรับผิดชอบทุกคน ยกเว้น เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขซึ่งดูภาพรวมของกิ่งอำเภอดงเจริญ หลักเกณฑ์ในการแบ่งหมู่บ้านจะใช้จำนวนครัวเรือน จำนวนประชากร จำนวนโรงเรียน เป็นหลัก เฉลี่ยประชากรพันสามร้อยคนต่อเจ้าหน้าที่หนึ่งคน ทำงานแบบบูรณาการทุกอย่างในหมู่บ้านที่ตนเองดูแล งานอนามัยโรงเรียนซึ่งมีการตรวจสุขภาพนักเรียน นิสิต วิทยาลัย จะออกดำเนินงานเป็นทีม เจ้าหน้าที่จะมีการประชุมกันทุกเดือน หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน โดยเฉพาะนโยบายซึ่งเร่งด่วน เช่น Healthy Thailand

ส่วนการประสานงานกับองค์กรชุมชน เจ้าหน้าที่ที่ดูแลหมู่บ้านก็จะเข้าไปประชุมร่วมกับผู้ใหญ่บ้านแต่ไม่ได้เข้าร่วมทุกครั้ง แต่ถ้ามีเรื่องขอความช่วยเหลือ หัวหน้างานก็จะเข้าไปประสานงานเป็นครั้งคราวกับนายกเทศบาล หรือปลัด ซึ่งก็ได้รับความช่วยเหลือทุกครั้ง โดยเฉพาะงบประมาณขอจัดทำโครงการ ส่วนการประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลค่อนข้างดีมาก

ความสำเร็จจากการดำเนินงาน

๑. ทีมงานในต.สำนักขุนเณรเฉลิมพระเกียรติฯสำนักขุนเณร เข้มแข็งทำงานไปในแนวทางเดียวกัน และมีการประชุมพูดคุยกันทุกเดือน
๒. การที่แผนงานโครงการที่ของบสนับสนุนจาก อบต./เทศบาล ได้รับทุกโครงการ
๓. อบต./เทศบาล เริ่มมองเห็นความสำคัญของงานสาธารณสุข

ที่มาของข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร