



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
เรื่องปัญหาและผลกระทบจากการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุข

โดย

ผศ.ดร.นพ.ประยงค์ เต็มฉวลา และคณะ

ตุลาคม 2555

ร่างรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

เรื่องปัญหาและผลกระทบจากการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุข

คณะผู้วิจัย

ผศ.ดร.นพ.ประยงค์ เต็มขวลา หัวหน้าโครงการวิจัย

ดร.วนัสรา เขาวนนิม มหาวิทยาลัยบูรพา

นางสารศิริ อาจคงหาญ กระทรวงสาธารณสุข

ชุดโครงการ ศูนย์ส่งเสริมและประสานงานการวิจัยเพื่อการปกครองตนเองของท้องถิ่น

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

คำนำ

แม้ว่าระบบราชการไทยในอดีตจะมีบทบาทต่อประวัติศาสตร์และความเป็นมาของประเทศไทยอย่างมากและยาวนานต่อเนื่องก็ตาม แต่ภายใต้กระแสความเปลี่ยนแปลงของประเทศทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และโดยเฉพาะอย่างยิ่งกระแสโลกาภิวัตน์ที่ถาโถมสู่สังคมไทยในปัจจุบัน ความจำเป็นที่ระบบราชการไทยจึงต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอย่างยากที่จะปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงได้ การปรับบทบาทอำนาจและขนาดองค์กรภาครัฐ โดยส่งเสริมให้องค์กรภาคเอกชน ภาคประชาชน และท้องถิ่นได้มีบทบาทเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนอกจากจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนอันจะนำประเทศให้พัฒนาไปสู่ความเป็นประชาธิปไตยมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้รูปแบบกลยุทธ์หนึ่งคือ การกระจายอำนาจนั่นเอง

เอกสารนี้เป็นผลงานการวิจัยฉบับนี้จึงเป็นความพยายามหนึ่งที่จะศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหาและผลกระทบจากการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุข รวมทั้งศึกษากลยุทธ์และรูปแบบความเป็นไปได้ที่จะกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.เสีลาภรณ์ บัวสาย รองผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ดร.สมชัย ฤชุพันธุ์, ประธานสถาบันพัฒนาสยาม, รศ. สุรัสวดี หุ่นพยนต์ และคณะเจ้าหน้าที่ของสถาบันฯ ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนและทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี และขอขอบคุณคณะผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาชี้แนะทิศทางและสรุปการวิจัย คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคุณคุณเขวามาเลย์ เสือแสงทอง รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุข และคณะเจ้าหน้าที่กลุ่มงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ได้สนับสนุนการดำเนินงานวิจัย อีกทั้งขอขอบพระคุณนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต (นายไพฑูรย์ อุบัติศฤงศ์) และคณะ นายกเทศมนตรีนครนครศรีธรรมราช (ผศ.เชานวัศ เสนพงศ์) และคณะ นายกเทศมนตรีเมืองทุ่งสง (นายทรงชัย วงศ์วชิระดำรง) และคณะ และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล (นายธนาวุฒิ ถาวรพราหมณ์) และคณะ ที่ให้ข้อมูลเชิงลึกที่สำคัญสำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพฉบับนี้

หากเอกสารผลงานวิจัยนี้มีคุณค่าอยู่บ้าง คณะผู้วิจัยขอขอบแต่บรรดานักพัฒนาและคณะผู้ให้การสนับสนุนทางด้านทรัพยากรและด้านข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ (ทั้งที่ได้กล่าวนามและมีได้กล่าวนาม) แต่หากเอกสารการวิจัยฉบับนี้มีข้อผิดพลาดหรือบกพร่องประการใด คณะผู้วิจัยขออภัยและขอน้อมรับผิดและจะนำไปพิจารณาปรับปรุงต่อไป

คณะผู้วิจัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การปฏิรูประบบราชการเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและจำเป็นที่ทุกส่วนราชการมีอาจ ปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงได้ การทำให้องค์การระบบราชการเล็กลง และให้องค์การบริหารในส่วน ภูมิภาคและท้องถิ่น (โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เติบโตขึ้น นอกจากจะเป็น การแก้ไขปัญหาและข้อจำกัดในเรื่องประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กรระบบราชการไทย แล้ว ยังสามารถที่จะส่งเสริมฟื้นฟูระบบการเมืองการปกครองของประเทศให้พัฒนาไปสู่ความ เป็นประชาธิปไตยมากยิ่งขึ้น ซึ่งกลยุทธ์และรูปแบบหนึ่งที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ก็คือ การ กระจายอำนาจนั่นเอง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นความพยายามที่จะศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหาและ ผลกระทบจากการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ (1) เพื่อศึกษาวิเคราะห์ สถานภาพ และข้อจำกัดของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข (2) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุข (3) เพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภาวะคุกคามของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข รวมทั้งวิเคราะห์ถึงความ สอดคล้องเหมาะสมกับศักยภาพและความพร้อมขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และ (4) การ สังเคราะห์ข้อเสนอรูปแบบทางเลือกในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

แนวทางการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษา วิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการทบทวน แนวคิดทฤษฎี และสังเคราะห์จาก วรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากเอกสาร หนังสือ ข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการเสวนาระดมสมองและ สัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) จาก บรรดา นักวิชาการและ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผลการวิจัยโดยสรุป มีดังนี้

จากการศึกษาประวัติศาสตร์ทางการเมืองการปกครองของไทยตั้งแต่อดีตที่ผ่านมา จวบจนกระทั่งถึงปัจจุบัน พบว่าการปฏิรูประบบราชการไทยอย่างขนานใหญ่ทั้งระบบมีเกิดขึ้นครั้ง แรกครั้งเดียวในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว โดยระบบราชการไทยได้ยึด

ปกครองส่วนท้องถิ่นก็ได้มีพัฒนาการเรื่อยมา รัฐบาลในแต่ละยุคสมัยต่างก็กำหนดให้มีนโยบายเกี่ยวกับท้องถิ่นมาโดยตลอด แต่ท้องถิ่นประเทศไทยก็ไม่ได้ได้รับความสนใจและเอาใจใส่ในการพัฒนาเท่าที่ควร ปัญหาของท้องถิ่นจึงยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันทั่วถึง เป็นผลให้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่นก็ถูกทำลายมาโดยตลอด ทรัพยากรมนุษย์ในชนบทก็มิได้รับ การพัฒนาเท่าที่ควร อีกทั้ง การเข้าถึงบริการทางสังคมก็เต็มไปด้วยความยากลำบาก คุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบทจึงอยู่ในภาวะที่ขาดแคลนและ ขาด ประสิทธิภาพในการบริหารการพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง การพึ่งตนเองของชาวชนบทจึงค่อนข้างห่างไกลจากสภาพที่พึงจะเป็น

จนกระทั่งปี พ.ศ. 2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ถูกบัญญัติขึ้นโดยการขับเคลื่อนทางสังคมและ ของภาคประชาชน ซึ่งนอกเหนือจากจะมีการให้ความสำคัญในเรื่องของอำนาจที่เปิดโอกาสให้ ประชาชนได้มีส่วนร่วมด้วย ได้แก่ การดูแลและคานอำนาจ การตรวจสอบอำนาจ และการถอดถอนอำนาจแล้ว ยังปรากฏว่ามีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นในมาตรา 282-290 ด้วย นอกจากนี้ยังมีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ.2540 ซึ่งนอกเหนือจากจะมีการกำหนดอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะ การจัดสรรภาษีอากรและเพิ่มรายได้ให้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว ยังมีสาระสำคัญเกี่ยวกับการกำหนดแผนและขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย ในการ นี้ได้กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขรวม 34 ภารกิจ ซึ่ง ปรากฏว่าจนถึงปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว 7 ภารกิจ ยังคงเหลืออีก 27 ภารกิจที่ยังไม่ได้มีการถ่ายโอน

รูปธรรมในความสำเร็จของการกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพ ส่ององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่น่าจะใช้เป็นตัวแทนและขยายผลไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ ได้ คือกระบวนการออกจากระบบราชการขององค์การมหาชนกรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งประสบความสำเร็จทั้งในเรื่องการลดความซ้ำซ้อนทางการบริหาร การเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ การเพิ่มความรับผิดชอบในการบริหาร การตอบสนองวัตถุประสงค์ทางการเมือง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชน

สำหรับภารกิจหนึ่งที่บัญญัติไว้ในแผนปฏิบัติการ กำหนดขั้นตอน การกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือการถ่ายโอนสถานีนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งผลการดำเนินงานจนถึงปัจจุบันปรากฏว่ามีสถานีนามัยที่ถ่ายโอนไปยังท้องถิ่นแล้ว มีจำนวน 28 แห่ง ทั้งนี้เป็นผลจากการขับเคลื่อนอย่างเข้มข้นและเอาจริงเอาจังจากแรงผลักดันทางการเมือง และภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขในยุคนั้นเป็นสำคัญ ในขณะที่มียังมี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีกจำนวน 156 แห่ง ที่ยื่นขอรับการถ่ายโอนสถานีนามัยจำนวน 200 แห่งอีกด้วย

อนึ่ง นอกเหนือจาก การถ่ายโอนสถานีนามัย ดังกล่าวแล้ว ยังปรากฏว่ารูปธรรมในความสำเร็จขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพ ได้เกิดขึ้น อีกหลากหลายรูปแบบ ซึ่งนอกเหนือจากกรุงเทพมหานครแล้วยังมีองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตที่มีโรงพยาบาลของตนเอง ขณะที่เทศบาลนครนครศรีธรรมราชก็มีโรงพยาบาลขนาด 30,000 เตียง สำหรับให้บริการ ครอบคลุมประชาชน ในทุกครัวเรือน เทศบาลเมืองทุ่งสงก็มีศูนย์สุขภาพชุมชนของเทศบาลเองโดยการจ้างเหมาบุคคลภายนอก (Outsourcing) คือทีมของนายแพทย์ล้วน บุชากรณ อติษฐ์อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งสง โดย ทำสัญญาจ้างกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สป.สช.) รวมตลอดจนองค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน จ.นครศรีธรรมราช ซึ่งปัจจุบันได้รับการยกฐานะเป็นเทศบาลเมืองก็มีโครงการพัฒนาเครือข่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการจัดการสุขภาพโดยชุมชน นอกจากนี้ยังมีองค์การบริหารส่วนตำบลอีกหลายแห่งที่มีกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพในชุมชนด้วย เช่น 36 เครือข่ายศูนย์การเรียนรู้ ชุมชนที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมตลอดจน อบต. ที่มีกองทุนหลักประกันสุขภาพ (กองทุน สป.สช.) สำหรับทำหน้าที่กระตุ้นและผลักดันกิจกรรมสุขภาพให้เกิดขึ้นในชุมชนท้องถิ่นที่กระจายทั่วประเทศ ซึ่งเป็นรูปแบบที่ท้องถิ่นน่าจะประยุกต์และสามารถดำเนินการต่อยอดต่อไป

อย่างไรก็ดี แม้ว่าปัจจุบันมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงบางแห่งที่สามารถจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ซึ่งนอกจากจะเป็นการเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนแล้ว ยังปรากฏว่าบริการสุขภาพที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดขึ้นนี้ กอปรทั้งคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลยังผลให้ประชาชนมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพอยู่ในระดับที่สูง ซึ่งแม้ว่ารูปแบบของการจัดกิจกรรมสุขภาพดังกล่าวจะไม่สามารถวัด ผลประโยชน์ในรูปธรรมที่ชัดเจน (Tangible Benefit) ได้ แต่อย่างน้อยที่สุด ประชาชนสามารถเข้าถึง

บริการสุขภาพที่ใกล้บ้านทำให้ไม่ต้องเสีย เวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทั้งของ ตัวผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งญาติมิตรที่จะไปเยี่ยม นอกจากนั้นผู้ป่วย ยังได้รับความอบอุ่นท่ามกลางความ สดวกในการเข้าเยี่ยมและให้กำลังใจของญาติมิตร อีกทั้งผู้ป่วยและ ญาติยังสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ของบริการ ที่ได้รับ อันจะเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนเพื่อพัฒนา กิจกรรมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังกล่าวจึงสามารถใช้เป็นต้นแบบที่มีความหมายและเป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญต่อการกำหนดทิศทางการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

ข้อเสนอแนะและการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยในกรณีนี้ ได้แก่

(1) การพัฒนานโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาเชิงระบบ กล่าวคือรัฐต้องให้ความสำคัญกับท้องถิ่นเพิ่มขึ้น โดยจำเป็นต้องพิจารณาบทบาทโครงสร้างระบบความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นใหม่ ซึ่งบทบาทภารกิจในแต่ละระดับสามารถที่จะแสดงเป็นลักษณะของสามเหลี่ยมหรือปิรามิดหัวตั้ง กล่าวคือส่วนกลางจะมีขนาดเล็ก โดยจะมีภารกิจเพียงเฉพาะที่สำคัญๆ เช่น การกำหนดทิศทางการพัฒนานโยบาย การกำหนดมาตรฐานทางวิชาการและมาตรฐานทางบริการ ขณะที่ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทมากกว่าราชการบริหารส่วนกลาง โดยส่วนภูมิภาคจะทำหน้าที่เป็นเครื่องมือของส่วนกลางในการนำนโยบายและวิชาการไปปฏิบัติ ส่วนบริการสาธารณะต่างๆ นั้นจะเป็นบทบาทของส่วนท้องถิ่นเป็นสำคัญ

(2) ทิศทางและเป้าหมายการกระจายอำนาจ ด้านสาธารณสุข สู่ อปท. กล่าวคือ โดยที่เป้าหมายของระบบบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พึงประสงค์พึงประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ คือ บริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล และมีความเสมอภาคในการเข้ารับบริการของประชาชน อย่างไรก็ตามเป้าหมายดังกล่าวเป็นเพียงเป้าหมายระยะสั้น (Immediate Output) โดยเป้าหมายระยะยาวในการจัดบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พึงผลักดันให้เกิดขึ้น คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน (Sustainable Quality of Life) ซึ่งจำเป็นต้องบูรณาการทุกภาคส่วนนอกเหนือจากบริการสาธารณสุขแล้วยังจะต้องครอบคลุมถึงการยกระดับการศึกษา การพัฒนาอาชีพด้านเกษตรกรรม พาณิชยกรรมและอุตสาหกรรม รวมตลอดจน ด้านมหาดไทย และ กองทุนหมู่บ้านหรือกองทุนอื่นในระดับตำบล / หมู่บ้าน อีกด้วย อย่างไรก็ตามการวิจัยหรือตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสัมฤทธิ์ผลของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

ได้แก่ ประชาชน จักต้องยืนหยัดและสามารถพึ่งตัวเองได้ ซึ่งจำเป็นต้อง มีการเพิ่มศักยภาพและ การเสริมพลังอำนาจชุมชน (Social Empowerment) ด้วย

(3) กลยุทธ์ในความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ อปท. ได้แก่

- 3.1 ภายได้โครงสร้างที่เป็นประชาธิปไตยในลักษณะของสภา กับ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากส่งเสริมให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการปกครองส่วน ท้องถิ่นมากขึ้น ก็ยังจะเพิ่มควมมีธรรมาภิบาลในการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย
- 3.2 ควรมีการปฏิรูประบบการศึกษา โดยเน้นการศึกษาสำหรับ การเป็น พลเมือง (Civic Education) มากกว่าที่จะเน้น เพื่อ วิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ ประชาชนมีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม และมีส่วนร่วมในการปกครองท้องถิ่นตนเองมากขึ้น
- 3.3 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพจะ สัมฤทธิ์ผลอย่างมีประสิทธิภาพได้ ถ้ามีการพัฒนาภาวะผู้นำแก่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
- 3.4 ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติของท้องถิ่น ควร ได้รับการพัฒนา ศักยภาพทั้งทางวิชาการและทางการบริหารซึ่งจะยังผลให้การบริหารงานขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นมีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทคัดย่อ

การปฏิรูประบบราชการเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและจำเป็นที่ทุกส่วนราชการมีอาจ ปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงได้ การทำให้องค์การระบบราชการเล็กลง และให้องค์การบริหารในส่วน ภูมิภาคและท้องถิ่น (โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เติบโตขึ้น นอกจากจะ เป็นการแก้ไขปัญหาและข้อจำกัดในเรื่องประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์การระบบราชการ ไทยแล้ว ยังสามารถที่จะส่งเสริมฟื้นฟูระบบการเมืองการปกครองของประเทศให้พัฒนาไปสู่ ความเป็นประชาธิปไตยมากยิ่งขึ้นด้วย ซึ่งรูปแบบกลยุทธ์หนึ่งที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ก็คือ การกระจายอำนาจนั่นเอง

การศึกษาวิจัยในกรณีนี้จึงเป็นความพยายามที่จะศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหาและ ผลกระทบจากการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีการทบทวน วรรณกรรมที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง มีการสัมภาษณ์เจาะลึกและการ ประชุมเสวนาเพื่อระดมสมองด้วย

ผลการวิจัยพบว่าในต่างประเทศที่เจริญแล้วมักจะมีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ขณะที่ประเทศไทยยังยึดหลักการการรวมศูนย์อำนาจไว้ในส่วนกลางเป็นปรัชญาพื้นฐานในการ ปกครอง ซึ่งปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากการขาดประสิทธิภาพและความ คล่องตัวในการบริหารงานแล้วยังพบว่าเป้าหมายและนโยบายอาจจะไม่สอดคล้องกับ ความ ต้องการของท้องถิ่น และอาจมีปัญหาในการประสานการนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมทั้ง ประชาชนขาดโอกาสที่จะมีส่วนร่วมในการบริหารงาน ยังผลให้ประชาชนในท้องถิ่นขาดแนวคิด และประสบการณ์ในการบริหารการพัฒนาท้องถิ่นตนเองอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องได้

จากการศึกษาพบว่าแม้ว่าท้องถิ่นประเทศไทยได้ริเริ่มมาตั้งแต่รัชสมัย พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว แต่ปรากฏว่าท้องถิ่นประเทศไทยยังไม่ได้รับ ความ สนใจและเอาใจใส่ที่จะพัฒนาเท่าที่ควร ปัญหาของท้องถิ่นจึงไม่ได้รับการ แก้ไขอย่างทันที่ ท่วงที กล่าวคือทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่นก็ถูกทำลายมาโดยตลอด ทรัพยากรมนุษย์ ในชนบทก็มิได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร การเข้าถึงบริการทางสังคมก็เป็นไปด้วยความยากลำบาก คุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบทจึงอยู่ในภาวะที่ขาดแคลนและไม่มีประสบการณ์ในการ บริหารการพัฒนาท้องถิ่นตนเอง การพึ่งตนเองของชาวชนบทจึงค่อนข้างห่างไกลจากสภาพที่พึง จะเป็น

รูปธรรมในความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่น่าจะใช้เป็นตัวแบบเชิงปฏิบัติและขยายผลต่อไปได้ ได้แก่ กระบวนการออกจากระบบราชการขององค์การมหาชน กรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว รวมทั้งความสำเร็จของ อปท. ในการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งนอกเหนือจากกรุงเทพมหานครแล้วยังมีองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตที่มีโรงพยาบาลของตนเอง ขณะที่เทศบาลนครนครศรีธรรมราชก็มีโรงพยาบาลขนาด 30,000 เตียงสำหรับให้บริการแก่ประชาชน เทศบาลเมืองทุ่งสงก็มีศูนย์สุขภาพชุมชนของเทศบาลเอง รวมตลอดจนองค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน จ.นครศรีธรรมราช และองค์การบริหารส่วนตำบลอื่นอีกหลายแห่งที่มีกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพะในชุมชนด้วย เช่น 36 เครือข่ายศูนย์การเรียนรู้ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมตลอดจนองค์การบริหารส่วนตำบล ที่มีกองทุนหลักประกันสุขภาพ (กองทุน สป.สช.) เป็นต้น

อย่างไรก็ดี ปัจจุบันมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงบางแห่งที่สามารถจัดกิจกรรมด้านสุขภาพดังกล่าว ซึ่งนอกจากจะเป็นการเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนแล้ว ยังปรากฏว่าบริการสุขภาพที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดขึ้นนี้ กอปรทั้งคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลยังผลให้ประชาชนมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพอยู่ ในระดับที่สูง ซึ่งแม้ว่ารูปแบบของการจัดกิจกรรมสุขภาพดังกล่าวจะไม่สามารถวัดผลประโยชน์ในรูปแบบที่ชัดเจน (Tangible Benefit) ได้ แต่อย่างน้อยที่สุด ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ใกล้บ้านทำให้ไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง นอกจากนั้นผู้ป่วยยังได้รับความอบอุ่นท่ามกลางความสะดวกในการเข้าเยี่ยมของบรรดาญาติมิตร ดังนั้นการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังกล่าวจึงสามารถใช้เป็นตัวอย่างที่มีความหมายและ น่าจะเป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญต่อการกำหนดทิศทางการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ (1) รัฐต้องให้ความสำคัญกับท้องถิ่นเพิ่มขึ้น โดยจำเป็นต้องพิจารณาบทบาทของโครงสร้างระบบความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นใหม่ (2) การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ อปท. นอกเหนือจากจะเน้นบริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล และมีความเสมอภาคในการเข้ารับบริการของประชาชนแล้ว ยังต้องคำนึงถึงเป้าหมายระยะยาวคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนซึ่งประชาชน จะต้องยืนหยัดและสามารถพึ่งตัวเองได้ ซึ่งต้องอาศัย การเพิ่มศักยภาพและการเสริมพลังอำนาจชุมชนด้วย

Abstract

Bureaucratic reform is very important and essential agenda which every government office cannot avoid or deny. Downsizing of central administration; strengthening of provincial and local administration (especially local administrative organization) not only solve problems and constraints of Thai bureaucratic efficiency and effectiveness but also promote the revitalization of national administration toward more democratic direction as well. One of the strategies to achieve the goal is “Decentralization”

This study was one of the endeavors to study and analyze problem and impact of the centralization of authority in national health administration. The study was a qualitative type; review of concepts, theories and related research, in-depth interviews and brainstorming symposium were undertaken.

The study found that in many developed countries, the administrative systems were mostly decentralized whilst Thailand still hold centralized administration as basis of administrative philosophy. The problems and impacts found in Thai public administration were not only the absence of efficiency and promptness but also found that many of the goals and policy may not reflect the need of the locality. There were also some coordination problems of policy implementation and public participation in administration, which results in non-systematic and non-continuity in local administration development.

The study had found that local administration system in Thailand had been overlooked and did not receive sufficient attention for development even through the movement had been imitated since the reign of King Chulalongkorn, (Rama 5th of Chakri dynasty). Many problems in local administration had not been solved promptly. Natural resources and environment had been continuously depleted, human resources had not been properly developed, accessibility to social service contained many constraints. People in rural area had low quality of life and lacked experience of administration of their own locality. Self-reliance of people in rural area thus was far from ideal scenario.

Some successful models of decentralization in health administration which may be considered as practical and extended for wider practice were many. Those are de-bureaucratized model of

Banpaew hospital, local administration of Bangkok Metropolis, provincial administration of Phuket is the owner of their own hospital.

Nakornsridhammaraj Municipality owns 30 thousand beds hospital, Tungsong Municipality owns their own health center. Many Tambon Administrative Organizations such as Pakphoon sub-district of Nakornsridhammaraj and many others have activities in local health management such as 36 networks of learning centers which has been supported by the Office of Health Promotion Foundation and the ones with the foundation supported by National Health Security Fund.

Although there are only some local administrative organizations which have provided health services to the people but their service have added more channels of service to the public. Their service is both efficient and effective which receive high satisfaction from the people. The benefit of health service provided may not be measured as tangible benefit. But it is clear that the service is very close to the household of the people which is economical both in time and travel by the public. Besides that the patients receive warm service and convenience of visit from the relative. Thus health service provided by local administrative organization could be representative model and important indicator for policy directive of health administration by local administration.

The recommendations from the study are

1. The government must give more priority to local administration development by restructuring the relation system between central, provincial and local administration.

2. Decentralization of health administration to local administration should not emphasize only quality service such as efficiency, effectiveness and equitability but must also keep in mind the long term goal of sustainable, self-reliant, potentiality development and community empowerment for good quality of life of the public as well.

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ข
บทคัดย่อ ช	
Abstract	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
1. ความสำคัญของปัญหาการวิจัย	1
2. วัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย	3
3. โจทย์การวิจัย	3
4. ระเบียบวิธีวิจัย	3
5. แผนงานของโครงการ	4
6. ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา	6
บทที่ 2 แนวคิดและพัฒนากการกระจายอำนาจ	
1. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ	7
2. ความเป็นมาของการกระจายอำนาจในประเทศไทย	13
3. เครื่องมือสำคัญในการกระจายอำนาจ	19
3.1 กฎหมายรัฐธรรมนูญ	19
3.2 พรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจสู่ อปท.	20
3.3 นโยบายรัฐบาล	23
3.4 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	29

3.5 การบริหารการพัฒนาสาธารณสุข: บทวิเคราะห์อดีตสู่ปัจจุบัน	31
บทที่ 3 การกระจายอำนาจในต่างประเทศ	
1. ประสบการณ์การกระจายอำนาจในต่างประเทศ	34
2. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในต่างประเทศ	44
บทที่ 4 การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	
1. พัฒนาการการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข	86
2. ตัวแบบเชิงปฏิบัติของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข	94
2.1 กระบวนการออกจากระบบราชการขององค์การมหาชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านแพ้ว	95
2.2 การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้ อปท.	99
2.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.)	112
2.4 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)	114
บทที่ 5 การบริหารการพัฒนาสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	118
1. บทบาทด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	121
1.1 กรุงเทพมหานคร	121
1.2 องค์การบริหารส่วนจังหวัด (จ.ภูเก็ต)	126
1.3 เทศบาล	132
1.3.1 เทศบาลนครนครศรีธรรมราช	133
1.3.2 เทศบาลเมืองทุ่งสง จ.นครศรีธรรมราช	141
1.4 องค์การบริหารส่วนตำบล	145
2. สรุปการวิเคราะห์เปรียบเทียบบทบาทด้านสุขภาพของ อปท.	152

บทที่ 6 การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข : ปัญหาและกลยุทธ์การพัฒนา

1. สถานภาพปัญหาและข้อจำกัดของการกระจายอำนาจ	159
2. การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม (SWOT Analysis) ในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	162
3. การวิเคราะห์ทางเลือกกลยุทธ์ (Strategic Alternatives)	168
4. การกำหนดกลยุทธ์ (Strategic Formulation)	170

บทที่ 7 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษาวิจัย	171
2. การอภิปรายผลการวิจัย	183
3. ข้อเสนอแนะและการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย	194
3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	194
3.2 ยุทธศาสตร์การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	195
3.3 เงื่อนไข/ปัจจัยในความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้าน สุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	197
3.4 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต	198

บรรณานุกรม	200
-------------------	------------

ภาคผนวก	206
----------------	------------

ภาคผนวก ก. รายนามคณะผู้ทรงคุณวุฒิ	207
-----------------------------------	-----

ภาคผนวก ข. โครงสร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Key Informants)	208
---	-----

ภาคผนวก ค. บทสัมภาษณ์และข้อมูลโรงพยาบาลของท้องถิ่น	209
--	-----

ภาคผนวก ง. รายชื่อสถานีนอนามัยที่ได้ถ่ายโอนไปยัง อบต.	241
---	-----

รายงานการวิจัยเรื่อง

ปัญหาและผลกระทบจากการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุข

บทที่ 1 : บทนำ

1. ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

องค์การระบบราชการนับเป็นกลไกที่มีความสำคัญยิ่งในการบริหารการพัฒนาประเทศ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจะสัมฤทธิ์ผลและมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดจะขึ้นอยู่กับสมรรถนะขององค์การระบบราชการเป็นสำคัญ โดยที่ในสภาวะการณ์ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง จำนวนประชากรมีเพิ่มขึ้น มีการพัฒนาอุตสาหกรรมและเทคโนโลยี ยังผลให้วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป อุปสงค์ของประชาชนเกี่ยวกับบริการสาธารณะต่าง ๆ มีเพิ่มขึ้น ภาระหน้าที่ของรัฐบาลที่จะตอบสนองต่อ อุปสงค์ของประชาชนดังกล่าวจึงมีเพิ่มขึ้นด้วย องค์การระบบราชการจึงมีการพัฒนาด้วยการ ขยายตัวมากขึ้นทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งการขยายตัวของระบบราชการไทยนี้เป็นไปทั้งในเชิงแนวดิ่งและแนวราบ และได้เป็นภาระของงบประมาณค่าใช้จ่ายที่รัฐจะจ่ายเป็นงบเงิน เดือนและเงินเพิ่มพิเศษสำหรับกำลังคนของระบบราชการที่เพิ่มทวีขึ้นเรื่อย โดยยังไม่มีทีท่าว่าจะมีแนวโน้มลดลงแต่ประการใด ขณะที่ความเสี่ยงวิพากษ์อยู่ตลอดเวลาว่า พฤติกรรมของข้าราชการไทยบางส่วนในปัจจุบันถูกมองจากสังคมว่า ยังมีข้อบกพร่อง หรือมีพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพที่พึงปรารถนามหาหลายประการ ทั้งพฤติกรรมทางสังคม อันได้แก่ การมีพฤติกรรมที่เป็นเจ้าขุนมูลนาย (หรือที่เรียกว่า ขุนนางศักดินา) การใช้อำนาจโดยไม่ชอบ (หรือที่เรียกว่า มาเฟีย) การแสวงหาสิทธิและประโยชน์พิเศษ (หรือที่เรียกว่าอภิสิทธิชน) เป็นต้น ขณะเดียวกันพฤติกรรมในการปฏิบัติราชการของข้าราชการก็มีข้อบกพร่องด้วยเช่นกัน อาทิพฤติกรรมการทำงานแบบเช้าชามเย็นชาม (กล่าวคือ ความไม่ตั้งใจหรือไม่กระตือรือร้น ในการปฏิบัติราชการ) พฤติกรรมที่ไม่ซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติงาน (หรือที่เรียกว่าพฤติกรรมนอกราชการบังหลวง) พฤติกรรมที่มุ่งผลประโยชน์ส่วนตน (กล่าวคือ การขาดจิตสำนึกที่เป็นสาธารณะหรือที่เรียก Public spirit) รวมทั้งพฤติกรรมของความเป็นคนเจ้าระเบียบ (กล่าวคือ การปฏิบัติงานตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด) เป็นต้น ¹⁾

¹⁾ ประยงค์ เต็มชาลา, รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมข้าราชการไทย ,เสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข, 2540

นอกเหนือจากที่ระบบราชการจะประสบกับปัญหาและข้อจำกัดเกี่ยวกับการขยายตัวจนอยู่ในสภาพอึดอัด เตอะทะ มีข้าราชการ มากเกินความจำเป็นและบางส่วนมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนดังกล่าวแล้ว ระบบราชการยังมีลักษณะที่ติดขัดกับกฎระเบียบและมีพฤติกรรมการรวมศูนย์อำนาจการบังคับบัญชาและการตัดสินใจไว้ในส่วนกลาง โดยระบบราชการไทย ได้ยึดหลักการการรวมอำนาจเข้าสู่ส่วนกลางเป็นปรัชญาพื้นฐานทางการเมือง การปกครองตั้งแต่รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทั้งนี้ก็เพื่อรักษาเสถียรภาพและเอกภาพรวมทั้งลดการคุกคามจากลัทธิล่าอาณานิคมของประเทศในแถบตะวันตกในขณะนั้นเป็นสำคัญ ปัจจุบันเหตุการณ์ดังกล่าวก็ได้ผ่านไปไม่น้อยกว่า 120 ปี องค์การระบบราชการไทยก็มิได้มีการเปลี่ยนแปลงปรัชญาการเมือง การปกครองให้สอดคล้องกับความเจริญของภาคเอกชน ของประชาคมโลก และของระบอบประชาธิปไตยเลย กล่าวคือการบริหารราชการแผ่นดินของประเทศยังคงเน้นการรวมศูนย์อำนาจไว้ในส่วนกลางเป็นสำคัญ ซึ่งปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากการขาดประสิทธิภาพและความคล่องตัวในการบริหารงานแล้ว ยังพบมีประเด็นปัญหาสำคัญอีกหลายประเด็น ได้แก่ ²⁾

1. เป้าหมายและนโยบายการบริหารอาจจะไม่สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการของท้องถิ่น
2. ขาดการประสานการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้เพราะอำนาจการตัดสินใจต่าง ๆ นั้นส่วนใหญ่อยู่ในราชการบริหารส่วนกลาง ดังนั้นองค์การบริหารราชการในระดับต่าง ๆ ในพื้นที่ จึงไม่สามารถที่จะใช้ดุลยพินิจตัดสินใจที่เหมาะสมและทันกาลได้
3. ประชาชนในท้องถิ่นไม่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ (ทั้งในด้านการวางแผนงาน การดำเนินงาน การควบคุมกำกับและการติดตามประเมินผล) เป็นเหตุให้ประชาชนขาด แนวคิดและประสบการณ์ทางการบริหารการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องได้

การศึกษาวิจัยในกรณีนี้จึงเป็นความพยายามที่จะศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหาและผลกระทบจากการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุข รวมทั้งศึกษาความเป็นไปได้ที่จะกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข และการกระจายอำนาจดังกล่าวนี้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับศักยภาพและความพร้อมขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอย่างไรหรือไม่

²⁾ ประสงค์ เต็มขวลา , รายงานการวิจัย เรื่อง การกระจายอำนาจ : ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบงานสาธารณสุขไทย , กรุงเทพฯ : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540

2. วัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานภาพ และข้อจำกัดของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข
2. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุข
3. เพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภาวะคุกคามของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข รวมทั้งวิเคราะห์ถึงความสอดคล้องเหมาะสมกับศักยภาพและความพร้อมขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น
4. การสังเคราะห์ข้อเสนอรูปแบบทางเลือกในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

3. โจทย์การวิจัย

1. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในมิติต่าง ๆ (ทั้งด้าน Curative Services, Health Promotion) มีสถานะในปัจจุบันเป็นอย่างไร
2. ผลของการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุขก่อให้เกิดปัญหาอะไรบ้าง ในมิติของความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ คุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของบริการ
3. ตัวชี้วัดความเสียหายในรูปแบบ Cost Benefit Analysis ที่เหมาะสมจากการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุข ควรมีรูปแบบและวิธีการวัดอย่างไร
4. รูปแบบการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมควรมีรูปแบบและแผนการทำงานอย่างไร

4. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยในกรณีนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยจะเป็นการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) และการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ซึ่งได้แก่

1. การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เป็นการรวบรวมข้อมูลหลักการ แนวคิดและทฤษฎี (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข) จากเอกสารและตำรา รวมทั้งจากผลงานการศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศ
2. การประชุมเสวนาและระดมสมองระหว่างกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการรวมศูนย์อำนาจ เพื่อสืบค้นประเด็นและแนวทางการศึกษา รวมทั้งสรุปผลการศึกษา

3. การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) โดยมีหน่วยสำหรับการศึกษา (Unit of Analysis) ได้แก่

3.1 องค์ประกอบของส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทุกระดับ

3.2 หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ ต่าง ๆ

4 . แนวทางการศึกษาวิเคราะห์ห้มีดังนี้

4.1 วิเคราะห์ถึงปัญหาและข้อจำกัดของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

4.2 วิเคราะห์ระบบงานสาธารณสุข ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันว่ามีผลสอดคล้องกับการกระจายอำนาจอย่างไรหรือไม่

4.3 ลักษณะความเสียหายและผลกระทบของการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุขเป็นอย่างไร และมากน้อยเพียงใดทั้งในเชิง tangible และ intangible

4.4 สังเคราะห์ยุทธศาสตร์การพัฒนาเพื่อการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

5. แผนงานของโครงการ

วัตถุประสงค์	กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	ช่วงระยะเวลาดำเนินงาน	จำนวนวันที่ใช้	ผู้รับผิดชอบ
1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานภาพและข้อจำกัดของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข	1.1 การรวบรวมข้อมูล	1.1.1 การทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	ก.ย. – ธ.ค. 54	20 วัน	คณะนักวิจัย
		1.2 ระดมสมองจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อสืบค้นประเด็นและแนวทางการศึกษา		10 วัน	
	1.2 สํารวจข้อมูลปฐมภูมิจากพื้นที่	1.2.1 จัดทำโครงสร้างแบบสอบถามและบันทึกข้อมูล	ก.ย. – ธ.ค. 54	5 วัน	คณะนักวิจัย
		1.2.2 สุ่มพื้นที่เป้าหมายและวิเคราะห์หน่วยที่ใช้ในการศึกษา (unit of analysis)		5 วัน	
		1.2.3 สัมภาษณ์เจาะลึก (Indepth-int.) ในกลุ่มตัวอย่างตามกรอบการศึกษา (Frame of analysis)		20 วัน	
2.เพื่อวิเคราะห์	2.1 การ	2.1.1 สรุปข้อมูลทุติยภูมิที่ได้รับ	ต.ค. - ธ.ค. 54	10 วัน	คณะนักวิจัย

ปัญหาและ ผลกระทบจากการ รวมศูนย์อำนาจด้าน สาธารณสุข	วิเคราะห์ ข้อมูล	2.1.2 วิเคราะห์และสรุปข้อมูลปฐม ภูมิจากการสำรวจ 2.1.3 สรุปผลการวิเคราะห์		10 วัน 10 วัน	
3.เพื่อวิเคราะห์จุด แข็ง จุดอ่อน โอกาสและภาวะ คุกคามของการ กระจายอำนาจด้าน สาธารณสุข รวมทั้ง วิเคราะห์ถึงความ สอดคล้อง เหมาะสมกับ ศักยภาพและความ พร้อมขององค์กร ปกครองส่วน ท้องถิ่น	3.1 การ วิเคราะห์ ข้อมูล	3.1.1 จัดทำ SWOT Analysis และ จัดทำ SWOT Matrix	พ.ย.54 – ม.ค. 55	20 วัน	คณะนักวิจัย
4.การสังเคราะห์ ข้อเสนอรูปแบบ ทางเลือกในการ กระจายอำนาจด้าน สาธารณสุข	4.1 จัดทำทาง เลือก กลยุทธ์ ในการกระจาย อำนาจ 4.2 การ ประชุมเสวนา เพื่อระดม สมอง	4.1.1 วิเคราะห์และกำหนด ทางเลือก กลยุทธ์ในการกระจาย อำนาจ 4.1.2 สรุปรายละเอียดและประเด็น การจัดทำรายงานการวิจัย 4.1.3 จัดทำรายงานการวิจัยฉบับ สมบูรณ์	พ.ย.54 – ม.ค. 55 ม.ค. – ก.พ. 55 ม.ค. – ก.พ. 55	20 วัน 10 วัน 20 วัน	คณะนักวิจัย

6. ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

ช่วงเวลา	กิจกรรม(activities)	ผลงานที่คาดว่าจะได้รับ(outputs)
ก.ย. 2554 – ก.พ. 2555	1. การรวบรวมข้อมูล ทุกภูมิภาค 2. สํารวจข้อมูลปฐมภูมิ จากพื้นที่ 3. จัดทำทางเลือกกลยุทธ์ 4. การประชุมเสวนาเพื่อ ระดมสมอง	ได้รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ก่อปรด้วย 1.สถานภาพและข้อจำกัดของการกระจายอำนาจ ด้านสาธารณสุข 2.สรุปปัญหาและผลกระทบจากการรวมศูนย์ อำนาจ 3.ทราบถึงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภาวะ คุกคามในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข 4. ได้รูปแบบทางเลือกในการกระจายอำนาจด้าน สาธารณสุข

บทที่ 2

แนวคิดและพัฒนากการกระจายอำนาจ

เนื้อหาที่จะเสนอในบทที่ 2 นี้จะเริ่มด้วยการกล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ โดยรวบรวมเอาแนวคิด ทฤษฎีของบรรดานักวิชาการต่าง ๆ เกี่ยวกับการกระจายอำนาจ ต่อจากนั้นจะกล่าวถึงประวัติความเป็นมาของการกระจายอำนาจในประเทศไทย โดยกล่าวถึง เหตุการณ์สำคัญๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ เริ่มตั้งแต่รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระ จุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน หลังจากนั้นจะกล่าวถึงเครื่องมือสำคัญๆ ของการ กระจายอำนาจ ซึ่งได้แก่ 1) กฎหมายรัฐธรรมนูญ 2) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอน การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 3) นโยบายรัฐบาล (เฉพาะที่มี เนื้อหาเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ) 4) แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และ 5) จะเป็น การวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานภาพการบริหาร การพัฒนาสาธารณสุขซึ่งแบ่งเป็น ยุคอดีต ยุคทันสมัย จนถึงยุคปัจจุบัน

1. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ

จากสภาพปัญหาโครงสร้าง และพฤติกรรมขององค์การระบบราชการไทย ดังกล่าว ข้างต้น สามารถสะท้อนให้เห็นข้อยุติที่ว่า การปฏิรูประบบราชการเป็นเรื่องที่มี ความสำคัญ และจำเป็นที่ทุกส่วนราชการมีอาจจะหลีกเลี่ยงได้ การทำให้องค์การระบบราชการ เล็กลง และให้องค์กรการบริหารในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น (โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรการ ปกครอง ส่วนท้องถิ่น) เติบโตขึ้น นอกจากจะเป็นการแก้ไขปัญหาและข้อจำกัดในเรื่อง ประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์การระบบราชการไทยแล้ว ยังสามารถที่จะส่งเสริมฟื้นฟู ระบบการเมืองการปกครองของประเทศไทยให้พัฒนาไปสู่ความเป็นประชาธิปไตยมากยิ่งขึ้น ซึ่งกล ยุทธ์และรูปแบบหนึ่งที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ก็คือ การกระจายอำนาจนั่นเอง

คำว่า “การกระจายอำนาจ” อุทัย หิรัญโตได้จำแนกไว้เป็น 2 ลักษณะ คือ ¹

(1) การกระจายอำนาจตามหลักการบริหาร หรือตามหลักรัฐประศาสนศาสตร์ หมายถึง การมอบอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการตัดสินใจและการปฏิบัติให้หน่วยงาน ระดับรองลงไป หรือเจ้าหน้าที่ระดับต่ำลงไปที่อยู่ในสายการบังคับบัญชา ภาษาอังกฤษมักใช้คำว่า Delegation หรือ

¹ อังใน วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. การบริหารเมืองหลวงและการบริหารท้องถิ่น: สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น และไทย. กรุงเทพฯ: วิ.เจ. พรินติ้ง, 2545, หน้า 63-64.

Delegation of Authority ซึ่งแปลกันว่า การมอบอำนาจหน้าที่ โดยไม่ได้เรียกว่าการกระจายอำนาจหน้าที่ แต่โดยเนื้อหาแล้วถือได้ว่าเป็นการกระจายอำนาจหน้าที่นั่นเอง หน่วยงานหรือผู้ที่ได้รับการมอบอำนาจหน้าที่มีอำนาจตัดสินใจและปฏิบัติการใดๆ ที่ได้รับมอบอย่างอิสระ แต่ผู้มอบอำนาจหน้าที่มีข้อผูกพันจะต้องรับผิดชอบต่อผลงานนั้นด้วย กล่าวคือ ความรับผิดชอบสูงสุดยังอยู่ที่ผู้มอบอำนาจ

(2) การกระจายอำนาจตามหลักรัฐศาสตร์ หมายถึงการที่รัฐบาลกลางหรือรัฐบาลแห่งชาติกระจายอำนาจบริหารให้หน่วยการบริหารท้องถิ่นให้มีอำนาจดำเนินการภายในอาณาเขตของตนโดยปราศจากการแทรกแซง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง มีอำนาจอิสระที่จะดำเนินการ แต่ที่อยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐบาล การกระจายอำนาจจึงเป็นเรื่องของรัฐบาลที่มอบความรับผิดชอบบางส่วนให้หน่วยการบริหารท้องถิ่น

ในทำนองเดียวกัน จรัส สุวรรณมาลา ก็ได้จำแนก การกระจายอำนาจ ไว้ 2 ลักษณะเช่นเดียวกัน คือ ²

(1) การกระจายอำนาจทางการเมืองการปกครอง เป็นการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นหรือชุมชนปกครองตนเอง หรือที่เรียกว่า การปกครองท้องถิ่น

(2) การกระจายอำนาจทางการบริหาร เป็นการมอบหรือแบ่งอำนาจการตัดสินใจให้ส่วนราชการระดับปฏิบัติการ สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้โดยไม่ต้องเสนอขออนุมัติหรือขอความเห็นชอบจากหน่วยงานระดับที่สูงขึ้นไป และรวมถึงการกระจายอำนาจออกนอกระบบราชการ เช่น การให้เอกชนเข้าดำเนินการหรือมีส่วนร่วมในการดำเนินการสาธารณะ และการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารกิจกรรมสาธารณะของส่วนราชการ เป็นต้น อีกด้วย

โกวิท พวงงาม กล่าวว่า การกระจายอำนาจ คือ การโอนกิจการบริการสาธารณะบางเรื่องจากรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนกลางไปให้ชุมชนซึ่งจัดตั้งอยู่ในท้องถิ่นต่างๆ ของประเทศ หรือหน่วยงานบางหน่วยงานรับผิดชอบจัดทำอย่างเป็นอิสระจากองค์กรปกครองส่วนกลาง โดยเห็นว่าการกระจายอำนาจมีได้ 2 รูปแบบ คือ ³

(1) การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น หรือการกระจายอำนาจตามอาณาเขต หมายถึงการมอบอำนาจให้ท้องถิ่นจัดทำกิจการหรือบริการสาธารณะบางเรื่องภายในเขตของแต่ละท้องถิ่น และท้องถิ่นมีอิสระในการปกครองตนเองพอสมควร

² เพิ่งอ้าง, หน้า 61.

³ โกวิท พวงงาม. การปกครองท้องถิ่นไทย หลักการและมิติใหม่ในอนาคต. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด. 2548. หน้า 36-37.

(2) การกระจายอำนาจตามบริการ หรือการกระจายอำนาจทางเทคนิค หมายถึง การโอนกิจการบริการสาธารณะบางกิจการจากรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนกลาง ไปให้หน่วยงาน บางหน่วยงานรับผิดชอบจัดทำแยกต่างหากและอย่างเป็นอิสระ โดยปกติแล้วจะเป็นกิจการซึ่งการจัดทำต้องอาศัยความรู้ความชำนาญทางเทคโนโลยีแขนงใดแขนงหนึ่งเป็นพิเศษ เช่น การสื่อสาร วิทยุกระจายเสียงและโทรทัศน์ การผลิตกระแสไฟฟ้า เป็นต้น

ขณะที่ ชำนาญ ยุวบูรณ์ นักปกครองท่านหนึ่งได้ให้ความหมายของการกระจายอำนาจไว้ทั้งแนวคิดทฤษฎีดั้งเดิม และแนวคิดสมัยใหม่ ดังนี้⁴

แนวคิดทฤษฎีดั้งเดิม ได้ให้ความหมายไว้ 2 ลักษณะ คือ

(1) การกระจายอำนาจตามอาณาเขต (Decentralization by Territory) หมายถึง การมอบอำนาจให้ท้องถิ่นจัดทำกิจกรรมหรือบริการสาธารณะภายในเขตของแต่ละท้องถิ่น และท้องถิ่นมีอิสระบางประการในการปกครองตนเอง

(2) การกระจายอำนาจตามบริการ (Decentralization by Function) หมายถึง การมอบอำนาจให้องค์กรสาธารณะจัดทำกิจการประเภทใดประเภทหนึ่ง เพื่อให้มีความอิสระในการดำเนินการให้เหมาะสมแก่เทคนิคของงานนั้นๆ

ส่วนแนวคิดสมัยใหม่ มีแนวคิดที่พิจารณาว่าเป็นการรวมอำนาจหรือกระจายอำนาจ ควรจะพิจารณาว่าอำนาจที่จะวินิจฉัยชี้ขาดอยู่แก่องค์กรปกครองเดียวหรือหลายองค์กร ปกครอง ถ้ารวมอยู่ในองค์กรปกครองเดียวเรียกว่า การรวมอำนาจ แต่ถ้าอำนาจนี้ตกอยู่แก่หลายองค์กร เรียกองค์กรเหล่านั้นว่าองค์กรกระจายอำนาจ แนวทฤษฎีนี้ไม่เห็นด้วยที่จะแยกความหมายของการกระจายอำนาจออกเป็นการกระจายอำนาจตามอาณาเขตและกระจายอำนาจตามกิจการ เพราะการจะพิจารณาว่ากระจายอำนาจหรือไม่ควรพิจารณาว่าองค์กรนั้นมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดหรือไม่

ธเนศวร์ เจริญเมือง กล่าวว่า การกระจายอำนาจเป็นคำที่มีความหมายเฉพาะในวงวิชาการรัฐศาสตร์ เป็นคำที่มีความหมายตรงกันข้ามกับคำว่ารวมศูนย์อำนาจ (Centralization) ซึ่ง

⁴ โกวิน วิวัฒน์พงศ์พันธ์. นโยบายและแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับจังหวัด : ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ. เอกสารวิชาการส่วนบุคคล นักศึกษาสถาบันพระปกเกล้า รุ่นที่ 6. 2546. หน้า 5.

แปลว่าระบบการบริหารที่รัฐบาลกลางกุมอำนาจตัดสินใจในการบริหารกิจการต่างๆ ทั่วประเทศ⁵

การกระจายอำนาจเป็นระบบการบริหารการปกครองโดยที่รัฐบาลกลางหรือ รัฐบาลแห่งชาติกระจายอำนาจบางส่วนให้แก่หน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้มีอำนาจ ดำเนินกิจการภายในอาณาเขตของตนโดยปราศจากการแทรกแซง

การกระจายอำนาจเป็นการโอนอำนาจให้ หรือยกอำนาจให้ (Devolution) เป็น การให้ความรับผิดชอบแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเด็ดขาด ส่วนกลางจะแก้ไข เปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกมิได้ เพราะสัมพันธ์ภาพระหว่างส่วนกลางกับส่วนท้องถิ่นมิใช่เป็นสาย การบังคับบัญชา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นนิติบุคคลต่างหากแยกจากส่วนกลาง

ประยูร กาญจนดุล กล่าวว่าหลักการกระจายอำนาจเป็นวิธีการที่รัฐมอบอำนาจ ปกครองบางส่วนให้องค์การอื่น นอกจากองค์การราชการบริหารราชการส่วนกลาง จัดทำบริการ สาธารณะบางอย่างโดยมีความอิสระตามสมควร ไม่ต้องขึ้นอยู่กับความบังคับบัญชาของราชการ บริหารส่วนกลางเพียงแต่ขึ้นอยู่กับความควบคุมเท่านั้น กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ รัฐมอบอำนาจหน้าที่ บางอย่างในการจัดทำบริการสาธารณะซึ่งเจ้าหน้าที่ของราชการบริหารส่วนกลางเป็นผู้ดำเนินงาน อยู่ในท้องถิ่น ให้ท้องถิ่นหรือองค์กรอันมิได้เป็นส่วนหนึ่งขององค์การแห่งราชการบริหาร ส่วนกลางไปดำเนินการด้วยงบประมาณและเจ้าหน้าที่ของท้องถิ่นหรือขององค์กรนั้นเอง โดย ราชการบริหารส่วนกลางเพียงแต่ควบคุมเท่านั้น ไม่ได้เข้าไปบังคับบัญชาสั่งการ⁶

จากความหมายและหลักการของคำว่า “การกระจายอำนาจ” ตามทัศนะต่างๆของ บรรดานักวิชาการดังกล่าวอาจจะสังเคราะห์และสรุปได้ว่า การกระจายอำนาจเป็น การลดอำนาจ การควบคุมที่เคยรวมศูนย์อยู่เดิม ที่ส่วนกลาง (เช่น รัฐบาลหรือราชการบริหารส่วนกลาง) ไปให้ ผู้รับผิดชอบการปฏิบัติในพื้นที่ (เช่นราชการบริหารส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และ/หรือ องค์กร ภาคเอกชน องค์กรภาคประชา ชน เป็นต้น) ดำเนินการแทน ทั้งนี้ลักษณะการกระจายอำนาจ ดังกล่าวจะมีมากน้อยเพียงใด ส่วนหนึ่งแล้วจะขึ้นอยู่กับลักษณะการเมืองการปกครองของ แต่ละ ประเทศเป็นสำคัญ กล่าวคือ หากเป็นประเทศที่มีลักษณะการเมืองการปกครองในรูปแบบ ประชาธิปไตย และมีระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนิยม ลักษณะของการบริหารการพัฒนาประเทศจะ

⁵ ชนสวรรค์ เจริญเมือง. 100 ปี การปกครองท้องถิ่นไทย พ.ศ.2440-2540. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ. 2540. หน้า 290-291.

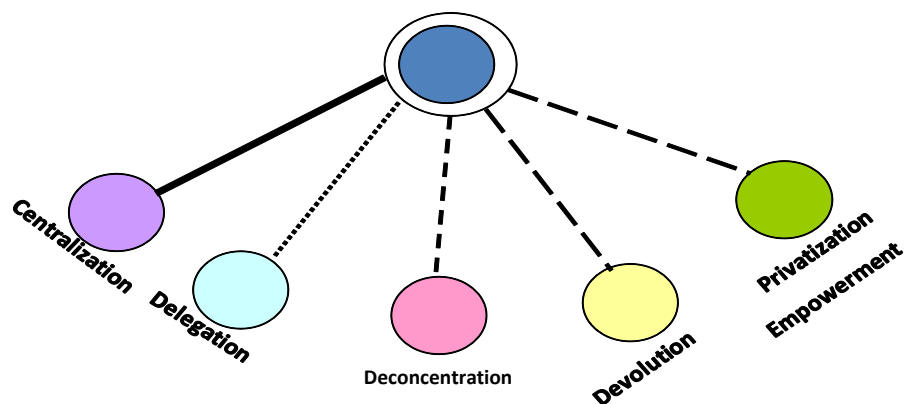
⁶ สยาม คำปริดา. สังคมกับการปกครอง (Society and Government). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทย ราชวัน, 2549. หน้า 278.

เป็นไปในลักษณะการกระจายอำนาจมากกว่าประเทศที่มีการเมืองการปกครองแบบเผด็จการ ซึ่งมักมีระบบเศรษฐกิจแบบสังคมนิยม ซึ่งหากจะจำแนก การกระจายอำนาจ ในลักษณะต่างๆ อาจจำแนกได้ 5 รูปแบบ ดังนี้⁷⁾

1. การมอบอำนาจ (Delegation of Authority) เป็นการมอบหมายภาระหน้าที่ให้ผู้อื่น (องค์กรหรือบุคคล) ปฏิบัติหน้าที่แทน เป็นการเฉพาะคราวหรือเฉพาะเรื่อง ทั้งนี้ความรับผิดชอบยังคงอยู่กับผู้มอบอำนาจหน้าที่นั้นๆ
2. การแบ่งอำนาจ (Deconcentration) เป็นการที่อำนาจในศูนย์กลางหรือส่วนกลางได้ถูกแบ่งไปให้ผู้ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ส่วนภูมิภาคดำเนินการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นไปค่อนข้างถาวร และมักจะเป็นไปในลักษณะองค์การต่อองค์การมากกว่าจะเป็นลักษณะบุคคลต่อบุคคล
3. การถ่ายโอนอำนาจ (Devolution) กล่าวคือเป็น การส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมืองการปกครอง เป็นการกระจายอำนาจทางการเมืองการปกครองที่มุ่งเน้นให้ประชาชนในท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการปกครองหรือบริหารท้องถิ่นตนเอง (Local Self Government) ซึ่งโดยรูปแบบนี้นั้น ผู้บริหารส่วนท้องถิ่นจะมีอำนาจในการบริหารและดำเนินการเองได้โดยอิสระมากพอควร
4. การมอบให้ภาคเอกชนดำเนินการ (Privatization)
5. การกระจายอำนาจสู่ภาคประชาชน ซึ่งจะต้องมีการ เสริมพลังอำนาจประชาชน (Empowerment) ด้วย

ลักษณะทางการเมืองการบริหารของแต่ละประเทศก็จะมีกระจายอำนาจได้หลากหลายลักษณะ โดยอาจแสดงได้ตามลักษณะของการแกว่งของลูกตุ้มนาฬิกา ซึ่งจะแกว่งจากซ้ายไปขวา และจากขวาไปซ้ายตามระดับของอำนาจที่โดยรวมศูนย์ (ซ้ายมือสุด) จากนั้นจะค่อยๆ ลดระดับการควบคุม เป็นการมอบ อำนาจ การแบ่ง อำนาจ การถ่ายโอน อำนาจ ตามลำดับ จนกระทั่งอำนาจอยู่ในการดูแลของภาคเอกชนหรือภาคประชาชน (ขวามือสุด) ดังภาพ

⁷⁾ ประยงค์ เต็มชาวลา ,รายงานการวิจัยเรื่อง บทบาทภาครัฐกับทิศทางการปฏิรูประบบงานสาธารณสุขไทย ,เสนอต่อ สำนักงานคณะกรรมการการปฏิรูประบบราชการ, สำนักงาน ก.พ.,(กรุงเทพฯ : บริษัท พีเพรส, สิงหาคม 2542)



DEGREE OF DECENTRALIZATION

การที่ประเทศจะมีลักษณะการเมืองการบริหารแบบใด นอกเหนือจากจะขึ้นอยู่กับทัศนคติและค่านิยมของประชาชนว่าจะเลือกระบบเศรษฐกิจ การเมือง แบบใดแล้ว ยังจะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และเป้าหมายว่าต้องการจะตอบสนองอะไรด้วย ได้แก่

1. การรวมอำนาจ เป้าหมาย คือ การเป็นมาตรฐานเดียวกัน และประหยัด
2. การแบ่งอำนาจ (Deconcentration) เป้าหมาย คือ ประสิทธิภาพและความรวดเร็ว (ซึ่งการตัดสินใจส่วนใหญ่ยังคงอยู่ที่ส่วนกลางเป็นสำคัญ)
3. การถ่ายโอนอำนาจ (Devolution) เป้าหมาย คือ การแก้ไขปัญหาที่รวดเร็ว มีความ สอดคล้อง และทันต่อความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น
4. การกระจายอำนาจไปสู่ภาคเอกชน (Privatization) เป้าหมายคือ การแข่งขัน เพื่อให้ได้บริการที่ดีกว่า มีความรวดเร็วและประสิทธิภาพที่สูงกว่า
5. การกระจายอำนาจสู่ภาคประชาชนซึ่งต้องการการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ด้วย เป้าหมายคือ การพึ่งตนเองของประชาชน

2. ความเป็นมาของการกระจายอำนาจในประเทศไทย

ความเป็นมาหรืออาจเรียกได้ว่า พัฒนาการของการกระจายอำนาจการปกครองท้องถิ่น
ไทย สามารถจัดลำดับขั้นตอนการพัฒนาได้เป็นลำดับดังนี้⁸

ปี	เหตุการณ์สำคัญ
พ.ศ. 2440	พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ทรงมีพระราชดำริทดลองจัดตั้งหน่วยปกครองแบบใหม่ในระดับท้องถิ่น เรียกว่า “สุขาภิบาลกรุงเทพ” หน้าที่สำคัญของหน่วยปกครองดังกล่าวคือ การรักษาความสะอาดในชุมชนของตนเอง การบูรณะและการจัดสร้างสาธารณูปโภคและสาธารณูปการในชุมชน เช่น ถนน ไฟฟ้าตามเส้นทาง สวนสาธารณะ สนามกีฬา ฯลฯ สุขาภิบาลกรุงเทพ มีลักษณะการปกครองท้องถิ่นโดยข้าราชการประจำ (Local by Government Official)
พ.ศ. 2448	เกิดสุขาภิบาลท่าฉลอม เมืองสมุทรสาคร
พ.ศ. 2451	มีการจัดตั้งสุขาภิบาลในหัวเมืองต่างๆ ทั่วประเทศ สุขาภิบาลเหล่านั้นล้วนมีกรรมการเป็นข้าราชการทั้งสิ้น และได้เกิดพระราชบัญญัติสุขาภิบาลขึ้น โดยแบ่งสุขาภิบาลเป็น 2 ประเภท คือ สุขาภิบาลเมือง มีกรรมการ 11 คน และสุขาภิบาลตำบล มีกรรมการ 5 คน ทั้งสองประเภทนี้มีองค์กรทำงานชุดเดียว คือ คณะกรรมการสุขาภิบาล ซึ่งทำหน้าที่ทั้งนิติบัญญัติและบริหาร โดยกรรมการทั้งหมดล้วนเป็นข้าราชการส่วนภูมิภาค
พ.ศ. 2453-2468	รัชกาลที่ 6 ทรงทดลองจัดตั้งสภาประชาธิปไตยในระดับชาติ เรียกว่า “คุสิตธานี” และสร้างขบวนการลูกเสือ แม้ว่าสุขาภิบาลจะไม่ถูกยกเลิก แต่เมื่อไม่ได้รับการส่งเสริมจากรัฐบาล จึงส่งผลให้สุขาภิบาลอยู่ในสภาพอยู่กับที่ ทำให้จำนวนสุขาภิบาล คือ 55 แห่งทั่วประเทศไม่เพิ่มขึ้น
พ.ศ. 2470	รัชกาลที่ 7 ทรงตั้งคณะกรรมการขึ้นชุดหนึ่ง ทำการศึกษาบทเรียนจากต่างประเทศ เรียกว่า คณะกรรมการจัดการประชาธิปไตย นำโดยที่ปรึกษาชาวต่างประเทศ ชื่อ Richard D. Craig ผลการศึกษาพบว่า ควรจัดตั้งเทศบาลขึ้นมา

⁸ โกวิทช์ พวงงาม. อ้างแล้ว, หน้า 117-123.

ปี	เหตุการณ์สำคัญ
พ.ศ. 2473	ร่างพระราชบัญญัติเทศบาลได้รับการพิจารณาในสภาเสนาบดี เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2473 สภาเสนาบดีเห็นชอบในหลักการในร่างกฎหมายพิจารณาหลักการในร่างกฎหมายฉบับนั้นตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ปีเดียวกัน แต่ก็ยังไม่มีการนำออกมาบังคับใช้เป็นกฎหมายจนเกิดเหตุการณ์ 24 มิถุนายน 2475 สาเหตุที่รัชกาลที่ 7 ทรงเตรียมจัดตั้งเทศบาล เพราะทรงเห็นว่าประชาชนชาวไทยควรจะได้รับการศึกษาฝึกฝนควบคุมกิจการของท้องถิ่นตนเอง ก่อนที่พวกเขาจะควบคุมกิจการของรัฐในระหว่างสภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
พ.ศ. 2474	รัชกาลที่ 7 ทรงพระราชทาน สัมภาษณ์แก่นักหนังสือพิมพ์ต่างประเทศว่า “ข้าพเจ้าเชื่อว่าประชาชนควรมีสติทรมีเสียงในกิจการของท้องถิ่น...ข้าพเจ้าเห็นว่าเป็นการผิดพลาด ถ้าจะมีการปกครองระบอบรัฐสภาก่อนที่จะประชาชนจะมีโอกาสเรียนรู้และมีประสบการณ์อย่างดีเกี่ยวกับการใช้สิทธิเลือกตั้งในกิจการปกครองท้องถิ่น”
พ.ศ. 2476	รัฐบาลของคณะราษฎรมีนโยบายชัดเจนที่จะกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นด้วยการสถาปนาหน่วยการปกครองตนเองในระดับท้องถิ่น เช่น ในประเทศตะวันตก รัฐบาลได้ผ่านพระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล 3 แบบ คือ เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล เริ่มต้นที่ยกฐานะสุขาภิบาล 35 แห่ง ที่มีอยู่ขึ้นเป็นเทศบาลแล้วจัดตั้งเพิ่มเติมรัฐบาลของคณะราษฎรมุ่งหมายที่จะพัฒนาการปกครองท้องถิ่นเพียงรูปแบบเดียว คือ เทศบาล ขณะนั้นมีตำบลทั่วประเทศ รวม 4,800 ตำบล รัฐบาลหวังที่จะยกฐานะทุกตำบลให้เป็นเทศบาล เทศบาลตามกฎหมายในปี 2476 แบ่งออกเป็น 2 องค์การ คือ สภาเทศบาล และ คณะเทศมนตรี ฝ่ายแรกทำหน้าที่นิติบัญญัติ สมาชิกสภาเทศบาล (ส.ท.) มาจากการเลือกตั้งของประชาชนในเขตเทศบาลนั้น เทศบาลนครมีสมาชิก 24 คน เทศบาลเมืองมีสมาชิก 18 คน และเทศบาลตำบลมีสมาชิก 12 คน ส่วนคณะเทศมนตรีทำหน้าที่ด้านบริหาร คณะเทศมนตรีประกอบด้วยสมาชิกที่แต่งตั้งมาจากสมาชิกเทศบาล เทศบาลนครมีนายกเทศมนตรี 1 คน และเทศมนตรี 4 คน ส่วนเทศบาลเมืองและเทศบาลตำบลมีนายกเทศมนตรี 1 คนและเทศมนตรี 2 คน ทั้งสภาเทศบาลและคณะเทศมนตรีอยู่ในตำแหน่งสมัยละ 5 ปี

ปี	เหตุการณ์สำคัญ
พ.ศ. 2488	เทศบาลทั่วประเทศมีเพียง 11 แห่ง เทศบาลอันดับที่ 117 ก่อตั้งในปี 2488 หลังจากนั้นก็ไม่มีการก่อตั้งเทศบาลขึ้นอีก ทั้งนี้เพราะมีงบประมาณจำกัด อำนาจจำกัด และการปกครองท้องถิ่นระบบเทศบาลไม่เหมาะสมกับสังคมที่ประชาชนขาดความรู้ความสนใจในเรื่องการปกครองท้องถิ่น
พ.ศ. 2495	จอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้นำการปกครองท้องถิ่นรูปแบบสุขาภิบาลมาใช้อีกครั้ง เพื่อยกฐานะท้องถิ่นที่เจริญให้เป็นเทศบาลมากขึ้น จึงมีการจัดตั้งสุขาภิบาลอีกครั้งในปี พ.ศ. 2495 โดย พรบ. สุขาภิบาล พ.ศ. 2495 ได้กำหนดหลักเกณฑ์ของท้องถิ่นที่จะเป็นสุขาภิบาลมีดังนี้ คือ เป็นที่ตั้งของที่ว่าการอำเภอหรือกิ่งอำเภอให้จัดตั้งเป็นสุขาภิบาลได้เลย และหากเป็นชุมชนที่มีตลาดการค้าอย่างน้อย 100 ห้อง มีราษฎรอย่างน้อย 1,500 คน และพื้นที่ของเขตสุขาภิบาลควรมีขนาด 1 ถึง 4 ตารางกิโลเมตร ส่วนกรรมการบริหารสุขาภิบาล ประกอบด้วยบุคคลถึง 3 ประเภท คือ กรรมการโดยตำแหน่ง กรรมการโดยแต่งตั้ง และกรรมการที่ประชาชนเลือกตั้ง ให้นายอำเภอในท้องถิ่นนั้นเป็นประธานคณะกรรมการสุขาภิบาล และให้ปลัดอำเภอคนหนึ่งเป็นปลัดสุขาภิบาล
พ.ศ. 2498	รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้ออกพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการส่วนจังหวัด จัดตั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ดำเนินการปกครองท้องถิ่นนอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาล โดยรัฐบาลยังคงแต่งตั้งข้าราชการประจำไปควบคุมการปกครองท้องถิ่นระดับจังหวัด อบจ. ประกอบด้วยสภาจังหวัด ทำหน้าที่ด้านนิติบัญญัติกำหนดนโยบายบริหาร และควบคุมฝ่ายบริหาร สภาจังหวัดประกอบด้วยสมาชิกที่มาจากการเลือกตั้งของประชาชนในการเลือกตั้งของประชาชนในแต่ละจังหวัดเรียกว่า สมาชิกสภาจังหวัด (สจ.) สภาจังหวัดมีสมาชิก 18-36 คน ขึ้นอยู่กับจำนวนราษฎรในจังหวัดนั้นและอยู่ในวาระ 5 ปี ส่วนฝ่ายบริหารของ อบจ. จะมีหัวหน้าคือ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด และยังมีปลัด อบจ. ซึ่งก็คือ ปลัดจังหวัด และข้าราชการประจำคนอื่นๆ ที่เข้ามาทำงานใน อบจ.
พ.ศ. 2499	รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้ออกพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการส่วนตำบล กำหนดให้ตำบลมีฐานะเป็นหน่วยการปกครองท้องถิ่น มีการจัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งมีฐานะเป็นนิติบุคคล มีรายได้ รายจ่ายและ

ปี	เหตุการณ์สำคัญ
พ.ศ. 2509	สามารถดำเนินการส่วนตำบลได้อย่างอิสระ แต่แล้ว อบต. ก็มีลักษณะคล้ายคลึงกับ อบจ. นั่นคือ แต่งตั้งคนของรัฐ ได้แก่ กำนันและผู้ใหญ่บ้านเข้าไปควบคุมดูแล อบต. อบต. แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ สภาตำบล ประกอบด้วยกำนันและผู้ใหญ่บ้านซึ่งเป็นสมาชิกสภาตำบลโดยตำแหน่ง มีสมาชิกที่ราษฎรแต่ละหมู่บ้านเลือกตั้งหมู่บ้านละ 1 คน สภาตำบลทำหน้าที่ด้านนิติบัญญัติ ส่วนคณะกรรมการตำบล ให้กำนันในตำบลนั้นเป็นประธานโดยตำแหน่ง และยังมีแพทย์ประจำตำบลและผู้ใหญ่บ้านเป็นกรรมการ ครูและผู้ทรงคุณวุฒิที่นายอำเภอแต่งตั้งไม่เกิน 5 คน ทั้งหมดอยู่ในวาระ 5 ปี รัฐบาลจอมพลถนอม กิตติขจร ได้ปรับปรุงองค์การบริหารส่วนตำบลใหม่ โดยยกเลิกองค์การปกครองท้องถิ่นในระดับตำบลด้วยการยุบ อบต. และตั้งคณะกรรมการสภาตำบลขึ้นแทน โดยคณะกรรมการชุดนี้ ประกอบด้วย -กรรมการโดยตำแหน่ง คือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และแพทย์ประจำตำบล -กรรมการโดยแต่งตั้ง คือ ครู ซึ่งนายอำเภอแต่งตั้ง -กรรมการโดยการเลือกตั้ง คือ ราษฎรจากหมู่บ้านละ 1 คน จุดต่างระหว่างคณะกรรมการสภาตำบล กับ อบต. เดิม คือ สภาตำบลไม่มีฐานะเป็นนิติบุคคลอีกต่อไป แต่เป็นองค์กรที่ทำงานตามที่ได้รับมอบหมายและเห็นชอบโครงการพัฒนาตำบล คณะกรรมการสภาตำบลจึงกลายเป็นรูปสัญลักษณ์หนึ่งของการบริหารงานส่วนภูมิภาค
พ.ศ. 2515	มีประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 335 รวมเทศบาลกรุงเทพกับเทศบาลธนบุรี และองค์การปกครองท้องถิ่นอื่นๆ เข้าด้วยกันกลายเป็น “กรุงเทพมหานคร” (กทม.)
พ.ศ. 2521	มีการตราพระราชบัญญัติเมืองพัทยา กฎหมายฉบับนี้กำหนดให้เมืองพัทยามีฐานะเป็นนิติบุคคล เป็นองค์การปกครองท้องถิ่นรูปแบบใหม่ที่คล้ายกับระบบผู้จัดการเมืองสหรัฐอเมริกา การบริหารเมืองพัทยาแบ่งเป็น 2 องค์การ คือ สภาเมืองพัทยา และฝ่ายบริหารเมืองพัทยามีสมาชิก 2 ประเภท คือ ประเภทเลือกตั้งจากราษฎร 9 คน และประเภทแต่งตั้ง 8 คน ประธานสภาเมืองพัทยารับชื่อว่า “นายกเมืองพัทยา” มาจากการเลือกตั้งของสมาชิกสภาฯ ส่วนฝ่ายบริหารคือ ปลัดเมืองพัทยามาจากการแต่งตั้งโดยสภาเมืองพัทยา
พ.ศ. 2528	มีการเลือกตั้งผู้ว่าราชการจังหวัดกรุงเทพมหานครโดยตรงจากประชาชนเป็นครั้งแรก

ปี	เหตุการณ์สำคัญ
พ.ศ. 2535-2539	พรรคการเมือง 5 พรรค เสนอแนวนโยบายหาเสียงว่าจะกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น และมีพรรคการเมือง 4 พรรค ที่เสนอแนวนโยบายเลือกตั้งผู้ว่าราชการจังหวัด สังกัดไทยได้เกิดการตื่นตัวในนโยบายการปรับปรุงการปกครองท้องถิ่นอย่างไม่เคยมีมาก่อน และเพื่อเป็นการลดกระแสเรียกร้องให้มีการเลือกตั้งผู้ว่าราชการและกระทรวงมหาดไทยได้ดำเนินการสำคัญ 5 ประการ คือ 1. พิจารณาปรับปรุง องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ด้วยการให้นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด มาจากสมาชิกสภาจังหวัด (ซึ่งไม่ใช่ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด อีกต่อไป) 2. กระทรวงมหาดไทยแต่งตั้งสตรีเป็นปลัดอำเภอได้ตั้งแต่ปลายปี 2536 หลังจากที่ข้าราชการสูงของกระทรวงนี้ได้คัดค้านมาตลอด 3. กระทรวงมหาดไทยแต่งตั้งสตรีเป็นผู้ว่าราชการจังหวัดคนแรกในเดือนมกราคม 2537 4. รัฐบาลเสนอร่าง พ.ร.บ. สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลผ่านสภาในเดือนพฤศจิกายน 2537 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2538 เป็นต้นไป 5. กระทรวงมหาดไทย แต่งตั้งสตรีเป็นนายอำเภอคนแรกในเดือนมกราคม 2539 อนึ่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล ปี 2537 มีสาระสำคัญคือ มีการแบ่งตำบลเป็น 2 ประเภท คือ ก. สภาตำบลที่มีอยู่ในทุกตำบล ประกอบด้วยสมาชิก คือ กำนันและผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน แพทย์ประจำตำบล และสมาชิกที่มาจากการเลือกตั้งหมู่บ้านละ 1 คน ส่วนเลขานุการ ได้แก่ ข้าราชการที่มาทำงานในตำบลนั้นแต่งตั้งโดยนายอำเภอ ข. สภาตำบลที่มีรายได้โดยไม่รวมเงินอุดหนุนในปีงบประมาณที่ล่วงมาติดต่อกัน 3 ปีเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าปีละ 1.5 ล้านบาท ก็ให้ตั้งเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล ประเภทนี้มีการแบ่งเป็น 2 ฝ่าย คือ - ฝ่ายนิติบัญญัติ เรียกว่า สภาองค์การบริหารส่วนตำบล (สภอบต.) ซึ่งมีกรรมการ ได้แก่ กำนันและผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้าน แพทย์ประจำตำบล และสมาชิกที่มาจากการเลือกตั้งหมู่บ้านละ 2 คน - ฝ่ายบริหาร เรียกว่า คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้านไม่เกิน 2 คน และสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลไม่เกิน 4 คน

ปี	เหตุการณ์สำคัญ
พ.ศ.2540	คน ซึ่ง 6 คนนี้มาจากการเลือกตั้งของสภาองค์การฯ ผลของการออก พ.ร.บ. ดังกล่าวทำให้ตำบลต่างๆ ทั่วประเทศ มีองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เกิดขึ้นในเดือนมีนาคม 2538 รวม 617 แห่งและเพิ่มขึ้นอีกในปัจจุบันทั้งหมด 6,396 แห่ง มีการออกพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์การบริหารส่วนจังหวัด อำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ ซึ่งทำให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีความเป็นองค์กรปกครองท้องถิ่นระดับจังหวัดที่มีความสอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจมากที่สุดอีกรูปแบบหนึ่งเพราะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปกครองส่วนท้องถิ่นของตนเองมากขึ้น
พ.ศ. 2541-2542	1. มีการออกพระราชบัญญัติ ยกเลิก พ.ร.บ. สุขาภิบาล พ.ศ. 2495 โดยมีสาระสำคัญให้ยกฐานะสุขาภิบาลทั้งหมด 981 แห่งเป็นเทศบาลตำบล 2. มีการออก พ.ร.บ. เปลี่ยนแปลงฐานะของสุขาภิบาลเป็นเทศบาล พ.ศ. 2542 มีผลบังคับใช้ 25 พฤษภาคม 2542 3. มีการแก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ. สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 โดยเฉพาะโครงสร้างสมาชิกสภา อบต. ให้มาจากการเลือกตั้งทั้งหมด และคณะกรรมการมาจากความเห็นชอบของสภา อบต. 4. มีการแก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ. องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 โดยการเพิ่มอำนาจหน้าที่ อบจ. 5. มีการแก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ. เทศบาล พ.ศ. 2496 และมีการออก พ.ร.บ. เทศบาล (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2542 มีผลบังคับใช้เมื่อ 11 มีนาคม 2542 และ พ.ร.บ. เทศบาล (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2543 ให้เทศบาลเมืองและเทศบาลนคร มีการเลือกตั้งนายกเทศมนตรีโดยตรงหลังจากครบวาระของสมาชิกสภาเทศบาล 6. มีการออก พ.ร.บ. ระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา 2542 โดยให้สมาชิกสภาเมืองพัทยามาจากการเลือกตั้งโดยตรงจากประชาชน กับให้มีนายกเมืองพัทยามาจากการเลือกตั้งโดยตรงของประชาชน

3. เครื่องมือสำคัญในการกระจายอำนาจ

เครื่องมือสำคัญของการกระจายอำนาจประกอบด้วยกฎหมายรัฐธรรมนูญ นโยบาย รัฐบาล รวมทั้งกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

3.1 กฎหมายรัฐธรรมนูญ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจการปกครอง โดยในหมวดที่ 5 แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา 78 กล่าวว่า รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่น การพัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่นและระบบสาธารณูปโภค และสาธารณูปการตลอดทั้งโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อม ให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น

นอกจากนี้ยังได้บัญญัติหมวดที่เกี่ยวกับการปกครองส่วนท้องถิ่นขึ้นโดยตรง นั่นคือ หมวด 9 ตั้งแต่มาตรา 282-290 โดยให้ความสำคัญและสิทธิในการจัดตั้งและดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะต่างๆ และดำเนินงานทางด้านการเงินการคลัง การศึกษา การบำรุงรักษา ศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น รวมถึงจัดการ การบำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงมีอำนาจหน้าที่ที่รวมไปถึงงานด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นงานบริการสาธารณะเช่นเดียวกัน

กล่าวโดยสรุป รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มีประเด็นและสาระสำคัญที่ปรากฏในมาตรา 284 ดังนี้

- 1). องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีความอิสระในการกำหนดนโยบาย การปกครอง การบริหารบุคคล การเงินการคลัง
- 2). รัฐจะมีอำนาจบังคับบัญชาโดยตรงต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมิได้ รัฐมีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เท่าที่จำเป็นตามกฎหมายบัญญัติ แต่ต้องเป็นไปเพื่อการคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือประเทศเป็นส่วนรวม ทั้งนี้ จะกระทบถึงสาระสำคัญแห่งหลักการปกครองตนเอง ตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือไม่ นอกเหนือจากกฎหมายบัญญัติไว้มิได้
- 3). องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีอำนาจหน้าที่ของตนเองโดยเฉพาะ ส่วนอำนาจหน้าที่ระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง ย่อมต้องเป็นไปตามที่บัญญัติ
- 4). องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีที่มาจากการเลือกตั้งของประชาชน โดยกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคณะผู้บริหารท้องถิ่นหรือสมาชิกสภาท้องถิ่นต้องมา

จากการเลือกตั้ง ส่วนคณะผู้บริหารท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่นให้มาจากการเลือกตั้งโดยตรง หรือมาจากความเห็นชอบของสภาท้องถิ่น โดยสมาชิกสภาท้องถิ่นและคณะผู้บริหารท้องถิ่นมี วาระคราวละ 4 ปี

5). รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและสามารถตัดสินใจในกิจการ ท้องถิ่นได้เอง โดยเฉพาะกิจการการพัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่นและระบบสาธารณสุขปโภค สาธารณูปการ ตลอดจนทั้งโครงสร้างพื้นฐาน สาธารณสุขในท้องถิ่นและเท่าเทียมกันทั่วประเทศ สำหรับจังหวัดที่มีความพร้อมให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึง เจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น

สำหรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ยังคงได้ให้ความสำคัญกับ การกระจายอำนาจการปกครอง ส่วนท้องถิ่น ไว้ในหมวดที่ 5 แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา 78 โดย รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจ และยังคงเน้นให้ความสำคัญกับการมี ส่วนร่วม และอิสระในการตัดสินใจ

นอกจากนี้ยังได้มีการเปลี่ยนแปลงบทบัญญัติหมวดที่เกี่ยวกับการปกครองส่วนท้องถิ่น กล่าวคือ จากหมวดที่ 9 ตั้งแต่มาตรา 282-290 มาเป็นหมวดที่ 14 ตั้งแต่มาตรา 281-290 โดย สาระสำคัญยังคงเหมือนเดิมที่เน้นให้ความสำคัญและสิทธิในการจัดตั้งและดำเนินงานของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.2 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542

พระราชบัญญัตินี้จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 มาตรา 284 ที่กำหนดให้มี กฎหมายขึ้นเพื่อรองรับการกระจายอำนาจซึ่งมีทิศทางที่เพิ่มขึ้น

แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นมีการดำเนินการถ่ายโอน การกิจการให้บริการสาธารณะ โดยการจัดตั้งคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่ในการจัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นและแผนปฏิบัติการ ฯ จัดทำบริการสาธารณะ ปรับปรุงสัดส่วนภาษีและอากร และรายได้ กำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ การประสานการถ่ายโอนข้าราชการ ข้าราชการ ส่วนท้องถิ่น ข้าราชการส่วนภูมิภาค และพนักงานรัฐวิสาหกิจ รวมทั้งการให้ข้อเสนอแนะแก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ทั้งนี้สาระสำคัญที่ปรากฏในพ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีดังนี้

- 1). การจัดตั้งคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น
- 2). การกำหนดอำนาจหน้าที่ในการจัดการระบบบริการสาธารณะ
- 3). การจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรระหว่างรัฐบาลกลางและองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นต่าง ๆ ตลอดจนการที่ท้องถิ่นอาจมีรายได้ด้วยตนเองในรูปแบบอื่น ๆ
- 4). การกำหนดแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดย
ได้กำหนดภารกิจที่รัฐบาลกลางจะต้องถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่ง ภารกิจ
ดังกล่าวครอบคลุมภารกิจด้านต่าง ๆ 6 ด้าน ดังนี้⁹

- (1). ภารกิจด้านโครงสร้างพื้นฐาน มีภารกิจถ่ายโอน จำนวน 87 เรื่อง มี
ส่วนราชการที่ต้องถ่ายโอนภารกิจจำนวน 17 กรม ใน 7 กระทรวง
- (2). ภารกิจด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต มีภารกิจถ่ายโอน จำนวน 103
เรื่อง มีส่วนราชการที่ต้องถ่ายโอนภารกิจจำนวน 26 กรม ใน 7 กระทรวง
- (3). ภารกิจด้านการจัดระเบียบชุมชน สังคม และการรักษาความสงบ
เรียบร้อย มีภารกิจถ่ายโอน จำนวน 17 เรื่อง มีส่วนราชการที่ต้องถ่ายโอนภารกิจจำนวน 9 กรม
ใน 6 กระทรวง
- (4). ภารกิจด้านการวางแผน การส่งเสริมการลงทุน พาณิชยกรรม การ
ท่องเที่ยว มีภารกิจถ่ายโอน จำนวน 19 เรื่อง มีส่วนราชการที่ต้องถ่ายโอนภารกิจจำนวน 6 กรม
ใน 5 กระทรวง
- (5). ภารกิจด้านการบริหารจัดการและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ
สิ่งแวดล้อม มีภารกิจถ่ายโอน จำนวน 17 เรื่อง มีส่วนราชการที่ถ่ายโอนภารกิจจำนวน 9 กรม
ใน 4 กระทรวง
- (6). ภารกิจด้านศิลปะ วัฒนธรรม จารีตประเพณีและภูมิปัญญาท้องถิ่น
มีภารกิจถ่ายโอนจำนวน 2 เรื่อง มีส่วนราชการที่ต้องถ่ายโอนภารกิจจำนวน 1 กรม ใน 1
กระทรวง

ทั้งนี้ในแผนปฏิบัติการการกระจายอำนาจฯ ดังกล่าวได้กำหนดระยะเวลาการ
ถ่ายโอนภารกิจ ต่าง ๆ ต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในเวลา 4 ปี (พ.ศ. 2544 – 2547) โดยหาก

⁹ แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อบท. (ฉบับที่ 1), พ.ศ.2544.

ไม่สามารถดำเนินการได้เรียบร้อยในเวลาที่กำหนด ก็จะต้องถ่ายโอนภารกิจให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2544 – 2553)

โดยสรุปแล้ว ลักษณะของ แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอน การกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แบ่งกำหนดระยะเวลาเป็น 3 ช่วงเวลาดังนี้¹⁰

(1) ในช่วง 4 ปีแรก (พ.ศ. 2544-2547)

ในช่วง 4 ปีแรก (พ.ศ. 2544-2547) ของการถ่ายโอนภารกิจตามกรอบของกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะเป็นช่วงของการปรับปรุงระบบการบริหารงานภายในขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ราชการบริหารส่วนกลาง และราชการบริหารส่วนภูมิภาค รวมทั้งพัฒนายุทธศาสตร์ การสร้างความพร้อมในการรับรองการถ่ายโอนภารกิจ บุคลากร งบประมาณ และทรัพย์สิน รวมทั้งการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(2) ในช่วงที่สอง (พ.ศ. 2548-2553)

หลังจากการถ่ายโอนในช่วง 4 ปีแรกสิ้นสุดลงจนถึงระยะเวลาการถ่ายโอนในปีที่เหลือ (พ.ศ. 2548-2553) ตามกรอบของกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นช่วงที่เปลี่ยนผ่านมีการปรับบทบาทของราชการบริหารส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม (ภาคประชาชน) ที่จะเรียนรู้ร่วมกันในการถ่ายโอนภารกิจ มีการปรับกลไกความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับราชการบริหารส่วนภูมิภาคอย่างกลมกลืน รวมทั้งปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(3) ในช่วงเวลาหลังจากปีที่ 10 (พ.ศ. 2554 เป็นต้นไป)

ในช่วงเวลาหลังจากปีที่ 10 (พ.ศ. 2554 เป็นต้นไป) ประชาชนในท้องถิ่นจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจกำกับดูแลและการตรวจสอบ ตลอดจนการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเต็มที่ ในส่วนองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีการพัฒนาศักยภาพทางด้านการบริหารจัดการและการคลังท้องถิ่นที่พึ่งตนเองและมีอิสระมากขึ้น ผู้บริหารและสภาท้องถิ่นจะเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีวิสัยทัศน์ในการบริหาร ราชการส่วนภูมิภาคจะ

¹⁰ ชูชัย ศุภวงศ์, บรรณาธิการ. **ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2544-2553).** พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.), 2544. หน้า 45-47.

เปลี่ยนบทบาทจากฐานะผู้จัดทำบริการสาธารณะมาเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ และกำกับดูแลการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่าที่จำเป็นภายใต้ขอบเขตที่ชัดเจน และการปกครองตนเองของประชาชนในท้องถิ่นอย่างแท้จริง

สำหรับการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขนั้น ในพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในมาตรา 16 (19) มาตรา 17 (19) และมาตรา 18 และในส่วนของแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 อันเป็นแผนที่กำหนดกรอบแนวคิด เป้าหมายและแนวทางการกระจายอำนาจให้เป็นไปตามมาตรา 30 แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 เพื่อให้การกระจายอำนาจบรรลุเจตนารมณ์ที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ไม่เป็นแผนที่เบ็ดเสร็จ มีกระบวนการที่ยืดหยุ่นและสามารถปรับวิธีการให้สอดคล้องกับสถานการณ์และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะได้กล่าวถึงต่อไป

3.3 นโยบายรัฐบาล

การศึกษาประวัติศาสตร์ทางการเมืองการปกครองของไทยตั้งแต่อดีตที่ผ่านมา จวบกระทั่งปัจจุบันนั้น แม้ว่าการปฏิรูประบบราชการไทยอย่างขนานใหญ่ทั้งระบบ จะเกิดเพียงครั้งเดียวในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว โดยหลังจากนั้นจะเป็นเพียงการปฏิรูประบบย่อยก็ตาม แต่รัฐบาลผู้บริหารประเทศก็ได้มีความพยายามที่จะพัฒนาระบบการเมืองการปกครองให้เป็นประชาธิปไตย โดยการกำหนดนโยบายกระจายอำนาจขึ้นมากบ้างหรือน้อยบ้างตามแต่ละรัฐบาลแต่ละชุด ซึ่งก็คงเป็นไปตามสภาพทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมในยุคนั้นๆ ซึ่งหากวิเคราะห์เนื้อหาสาระของแนวนโยบายการกระจายอำนาจของรัฐบาลแต่ละชุดจะสรุปไปด้วยประเด็นและสาระสำคัญดังนี้¹¹

¹¹ ประสงค์ เต็มขวลา. การกระจายอำนาจ : ยุทธศาสตร์การปฏิรูปงานสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540. หน้า 21-26.

รัฐบาล	นโยบายการกระจายอำนาจ
2 พระยามโน ปกรณนิติธาดา นายกรัฐมนตรี (10 ธ.ค. 2475- 1 เม.ย. 2476)	รัฐบาลนี้เห็นว่าวิธีการปกครองโดยรวมอำนาจและหน้าที่การปกครองทั่วประเทศให้มาอยู่ในจุดศูนย์กลางเดียวเช่นเดิวนี้นี้ไม่ได้ผลดีเท่ากับที่จะแบ่งอำนาจและหน้าที่ให้ไปอยู่เฉพาะท้องถิ่นที่เสียบ้าง เพื่อว่าการปกครองในเฉพาะท้องถิ่นหนึ่งๆ จะได้มุ่งอยู่ในผลประโยชน์ของท้องถิ่นนั้นๆ วิธีการเช่นนี้เขาทำกันอยู่แล้วในนานาประเทศ เมื่อครั้งรัฐบาลเก่าความคิดเช่นนี้ก็มิได้อยู่ จนถึงได้ร่างพระราชบัญญัติเทศบาลขึ้นฉบับหนึ่ง แต่ด้วยว่าเหตุใดเหตุหนึ่งการมิได้ลุล่วงไปรัฐบาลนี้เห็นเป็นการสำคัญจะได้เตรียมจัดให้เทศบาลหรือการปกครองท้องถิ่นขึ้นในราวต้นปีหน้า
5 พระยาพหลพล พยุหเสนา นายกรัฐมนตรี (16 ธ.ค. 2476- 22 ก.ย. 2477)	เทศบาล คือ ระเบียบการปกครองท้องถิ่น ซึ่งราษฎรมีเสียงในการดูแลจัดการผลประโยชน์ในท้องถิ่นนั้น รัฐบาลนี้จะได้จัดตั้งและขยายเทศบาลออกไปตามตำบลต่างๆ ที่ราชอาณาจักรโดยเร็วที่สุด ที่จะอบรมเจ้าหน้าที่ในการใหม่นี้ได้ เทศบาลเป็นการศึกษาอย่างหนึ่งอย่างหนึ่งด้วยคือ เป็นวิธีที่ราษฎรจะได้รับความฝึกหัดอบรมในวิธีการปกครองแบบรัฐธรรมนูญนั้นด้วย
6 พระยาพหลพล พยุหเสนา นายกรัฐมนตรี (22 ก.ย. 2477- 9 ส.ค. 2480)	การปกครองลักษณะเทศบาล รัฐบาลนี้จะส่งเสริมและดำเนินการที่จะจัดตั้งเทศบาลให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติระเบียบเทศบาล พ.ศ. 2476 โดยลำดับดังนี้ (ก) ในปีนี้จะได้จัดตั้งให้มีสภาจังหวัดโดยจะพยายามเลือกคัดผู้มีอาชีพต่างๆ ให้เข้าอยู่ในสภานี้ (ข) จะได้มีการจัดเปลี่ยนฐานะสุขาภิบาลที่มีอยู่เป็นเทศบาลภายในปีนี้ (ค) จะได้จัดแยกงบประมาณส่วนภูมิภาคไปตั้งงบประมาณทางจังหวัด (ง) จะได้รับเร่งอบรมที่ปรึกษาการเทศบาล เพื่อช่วยเหลือการเทศบาล
8 พระยาพหลพล พยุหเสนา นายกรัฐมนตรี (21 ธ.ค. 2480- 11 ก.ย. 2481)	การปกครองลักษณะเทศบาล รัฐบาลนี้จะส่งเสริมและดำเนินการให้วิธีการปกครองลักษณะเทศบาลสมบูรณ์ยิ่งขึ้นโดย (ก) ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบว่าด้วยการเทศบาลให้เหมาะสมและประสาน (ข) ขยายการจัดตั้งเทศบาลออกไปตามท้องถิ่นต่างๆ โดยลำดับ (ค) ช่วยเหลือเทศบาลในการสาธารณูปโภค โดยจัดให้มีเงินก้อนสำหรับกู้ยืมและมีเจ้าหน้าที่ช่วยดำเนินการตลอดจนบำรุงรักษาให้ถาวร
9 จอมพลแปลก พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรี (16 ธ.ค. 2481-6 มี.ค. 2485)	ในส่วนการปกครองท้องถิ่นนั้นจะขยายการเทศบาลออกไปตามท้องถิ่นต่างๆ และจะปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการเทศบาลให้เหมาะสม

รัฐบาล	นโยบายการกระจายอำนาจ
10 จอมพลแปลก พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรี (7 มี.ค. 2485- 1 ส.ค. 2488)	จะปรับปรุงการปกครองในส่วนท้องถิ่นให้มีความวัฒนาและเหมาะสมแก่กาลสมัยยิ่งขึ้น
18 พลเรือตรีถวัลย์ ธำรงนาวา สวัสดิ์ นายกรัฐมนตรี (23 ส.ค. 2489- 30 พ.ค. 2490)	ส่วนการปกครองท้องถิ่น ซึ่งปรากฏว่าการดำเนินการเทศบาลยังไม่เป็นที่เรียบร้อยในบางแห่ง และฐานะของเทศบาลโดยทั่วไปไม่อยู่ในสภาพที่จะดำเนินธุรกิจได้เต็มตามอำนาจหน้าที่ก็จะได้ปรับปรุงแก้ไข ซึ่งจะส่งเสริมสมรรถภาพของพนักงานเทศบาล จะได้กำหนดระเบียบการบำเหน็จ บำนาญเหมาะสม
19 พลเรือตรีถวัลย์ ธำรงนาวา สวัสดิ์ นายกรัฐมนตรี (30 พ.ค. 2490- 21 ก.พ. 2491)	ส่วนการปกครองท้องถิ่น ก็จะได้ปรับปรุงแก้ไขรูปการในลักษณะที่จะให้เกิดเทศบาลตำบลขึ้นได้ สมประสงค์และให้เทศบาลทั้งหลายดำรงฐานะอยู่ได้ด้วยความมั่นคง สามารถปฏิบัติหน้าที่เพื่อ ความสุขความเจริญแก่ประชาชนและท้องที่ได้จริงจัง
20 นายควง อภัย วงศ์ นายกรัฐมนตรี (10 พ.ย. 2490- 21 ก.พ. 2491)	ในส่วนการปกครองท้องถิ่น จะได้จัดระเบียบเสียใหม่ให้เหมาะสมเป็นผลแก่ราษฎร
21 นายควง อภัย วงศ์ นายกรัฐมนตรี (21 ก.พ. 2491- 8 เม.ย. 2491)	ในส่วนการปกครองท้องถิ่น จะได้จัดระเบียบเสียใหม่ให้เหมาะสมเป็นผลแก่ราษฎร

รัฐบาล	นโยบายการกระจายอำนาจ
23 จอมพลแปลก พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรี (25 มี.ย. 2492-29 พ.ย. 2494)	จะส่งเสริมสนับสนุนการเทศบาลและสภาจังหวัดซึ่งเป็นอุปกรณ์ของระบอบประชาธิปไตยให้สามารถอำนวยความสะดวกประชาชนได้ดียิ่งขึ้นและจะ ได้ช่วยทำนุบำรุงและบูรณะท้องถิ่นทุกแห่งของราชอาณาจักรให้มีความเจริญทั่วถึงกัน
27 จอมพลแปลก พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรี (21 มี.ค. 2500-16 ก.ย. 2500)	รัฐบาลนี้จะกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น และพัฒนาความเจริญทางเศรษฐกิจให้ถึงมือประชาชนโดยทั่วถึง โดยจะพิจารณาขยายฐานะท้องถิ่นขึ้นเป็นเทศบาลและสุขาภิบาลให้มากขึ้นตามควรแก่ฐานะกับจะได้ส่งเสริมกิจการของสภาจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดและกิจการสภาตำบลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อที่จะให้ประชาชนได้ปกครองตนเองตามระบอบประชาธิปไตย
32 จอมพลถนอม กิตติขจร นายกรัฐมนตรี (17 มี.ค. 2512-17 พ.ย. 2514)	จะได้รับปรับปรุงส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้ท้องถิ่นสามารถดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ได้เป็นผลดีทั้งจะส่งเสริมให้ท้องถิ่นต่างๆ ได้มีการปกครองตัวเองตามระบบการปกครองส่วนท้องถิ่น
37 หม่อมราชวงศ์ คึกฤทธิ์ ปราโมช นายกรัฐมนตรี (15 มี.ค. 2518-12 ม.ค. 2519)	จะดำเนินการกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ประชาชน กล่าวคือ จะเสนอกฎหมายปรับปรุงท้องถิ่นให้สอดคล้องกับบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ เพื่อเปิดโอกาสให้การปกครองท้องถิ่นในรูปแบบต่างๆ มีการบริหารตนเองโดยอิสระอย่างแท้จริง เพื่อส่งเสริมระบอบประชาธิปไตยให้เกิดขึ้นทุกจุด
38 หม่อมราชวงศ์ เสนีย์ ปราโมช นายกรัฐมนตรี (20 เม.ย. 2519-23 ก.ย. 2519)	การปกครองท้องถิ่น รัฐบาลนี้จะเร่งดำเนินการให้มีกฎหมายว่าด้วยการปกครองท้องถิ่นได้ปกครองตนเองภายในระยะเวลาที่กำหนดตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ โดยให้ผู้บริหารท้องถิ่นมาจากการเลือกตั้งและให้ท้องถิ่นมีอิสระในการดำเนินนโยบายของตน

รัฐบาล	นโยบายการกระจายอำนาจ
41 พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ นายกรัฐมนตรี (11 พ.ย. 2520-25 ก.พ. 2523)	จะส่งเสริมให้สภาตำบลและหมู่บ้านอาสาพัฒนาป้องกันตนเองมีขีดความสามารถในการปกครองตนเองนอกเหนือไปจากด้านพัฒนาที่ทำอยู่แล้ว รวมทั้งสามารถแก้ปัญหาระดับท้องถิ่นตามสมควร
43 พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ (12 มี.ค. 2523-22 ม.ค. 2524)	รัฐบาลนี้จะส่งเสริมให้ประชาชนในชนบทมีสิทธิและความสามารถในการปกครองตนเองเพื่อให้เกิดการปกครองท้องถิ่นมีประสิทธิภาพในการพัฒนาท้องถิ่นตามความต้องการประชาชน จะส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น โดยให้ประชาชนมีสิทธิและความสามารถในการปกครองตนเองมากยิ่งขึ้น เพื่อให้การปกครองท้องถิ่นมีประสิทธิภาพในการพัฒนาท้องถิ่นตามความต้องการของประชาชนและเป็นพื้นฐานที่ดีของการปกครองระบอบประชาธิปไตย
48 พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ นายกรัฐมนตรี (4 ส.ค. 2531- 8 ธ.ค. 2533)	ส่งเสริมและปรับปรุงการกระจายอำนาจการปกครองสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น
49 พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ นายกรัฐมนตรี (9 ธ.ค. 2533-23 ก.พ. 2534)	จะส่งเสริมและปรับปรุงการกระจายอำนาจการปกครองท้องถิ่น โดยเฉพาะสภาตำบลให้มากขึ้น โดยการเพิ่มอิสระทางการเงิน การคลัง การจัดซื้อจัดจ้างและการกำหนดนโยบายของตน ทั้งนี้จะได้ดำเนินการเป็นขั้นตอนให้เหมาะสมกับสภาพการพัฒนาของท้องถิ่น ทั้งที่พัฒนาไปมากแล้ว และท้องถิ่นที่ยังต้องการความสนับสนุนจากส่วนกลางโดยคำนึงถึงความเป็นเอกภาพ ของการปกครองอาณาจักรซึ่งเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและจะแบ่งแยกมิได้
51 พลเอกสุจินดา คราประยูร นายกรัฐมนตรี (7 เม.ย. 2535-24 พ.ค. 2535)	รัฐบาลนี้จะจัดให้มีการกระจายอำนาจการปกครองส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปอย่างมีระบบและเหมาะสมกับสภาวะของแต่ละท้องถิ่น ทั้งจะริเริ่มพัฒนาระบบและเหมาะสมกับสภาวะของแต่ละท้องถิ่น ทั้งที่จะริเริ่มพัฒนาระบบการบริหารงานบุคคล ระบบการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องต่อกันเพื่อรองรับการกระจายอำนาจดังกล่าว

รัฐบาล	นโยบายการกระจายอำนาจ
53 นายชวน หลีกภัย นายกรัฐมนตรี (23 ก.ย. 2535- ก.ค. 2538)	การกระจายอำนาจการปกครองสู่ท้องถิ่น โดยจัดให้มีการเลือกตั้งผู้บริหารท้องถิ่นทุกระดับตลอดจนเพิ่มบทบาทและอำนาจในการตัดสินใจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้อำนาจในการกำหนดนโยบายการพัฒนาการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและการวางผังเมืองเพื่อให้สอดคล้องกับการปกครองตนเองในระบอบประชาธิปไตยและจะส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับตำบลเป็นนิติบุคคลเพื่อให้ความคล่องตัวร่วมกันแก้ปัญหาของประชาชนในตำบลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
54 นายบรรหาร ศิลปอาชา นายกรัฐมนตรี (26 ก.ค. 2538- 2544)	1) จะกระจายภารกิจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของประชาชน โดยปรับปรุงประสิทธิภาพด้านการเงิน การคลังและอำนาจ 2) จะกระจายรายได้ให้แก่ท้องถิ่นมากขึ้นโดยเพิ่มมาตรการต่างๆ 3) จะให้มีการเลือกตั้งผู้บริหารท้องถิ่น 4) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิสระในการกำหนดนโยบาย โดยสามารถบริหารงานตามอำนาจหน้าที่เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น

สำหรับนโยบายของรัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร เกี่ยวกับนโยบายบริหารราชการแผ่นดิน ด้านการกระจายอำนาจ ได้ส่งเสริมการกระจายอำนาจการปกครองจากส่วนกลางลงสู่ท้องถิ่นให้มีความชัดเจนเหมาะสมตามขั้นตอนของการกระจายอำนาจ ในขณะที่เดียวกัน จะเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพของการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับภารกิจของแต่ละท้องถิ่นรวมถึงการมีอิสระในการจัดการด้านงบประมาณของท้องถิ่น การแสวงหารายได้ และการจัดการทรัพยากรของท้องถิ่น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายเสริมสร้างสังคมเข้มแข็ง ที่จะสร้างระบบบริการและคุ้มครองสุขภาพเพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยจะดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมด้านสาธารณสุขของประเทศ และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชน พร้อมทั้งสร้างหลักประกันและโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน (รัฐบาลไทย, 2550) และในสมัยรัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร สมัยที่สอง ในส่วนของนโยบายพัฒนาคนและสังคมได้เพิ่มคุณภาพของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และปฏิรูประบบบริหารจัดการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับการอย่างเท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตามการกระจายอำนาจโดยการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจากส่วนกลางหรือส่วนภูมิภาคให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นทางการยังมีน้อยมาก

นโยบายของรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ในส่วนของนโยบายการปฏิรูปการเมือง การปกครอง และการบริหาร มีการสนับสนุนการกระจายอำนาจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ท้องถิ่นสามารถพึ่งตนเองและปกครองตนเองได้ตามเจตนารมณ์ของคนในท้องถิ่นนั้น ในส่วนของการพัฒนาด้านสุขภาพ มีการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เน้นการมีส่วนร่วม และพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูอย่างมีคุณภาพ ทัวถึง และเป็นธรรม (รัฐบาลไทย, 2550) เริ่มมีการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วน มีการศึกษาและประเมินความพร้อมในด้านต่างๆ เพื่อเตรียมการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระยะต่อไป

3.4 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นกรอบการบริหารประเทศระยะปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงทิศทางการพัฒนาประเทศในแต่ละช่วงว่าเป็นเช่นใด การบริหารการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมชาตินั้นมีเอกลักษณ์สำคัญดังต่อไปนี้

ในช่วงแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 1-3 ได้เน้นการขยายการให้บริการผู้ป่วยทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ส่งเสริมงานอนามัยของประชาชน วิเคราะห์วิจัยทางการแพทย์ รวมถึงเพิ่มสถานีนอนามัยให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

การดำเนินงานในแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 4 ได้เปลี่ยนวิธีการพัฒนาใหม่ให้เป็นไปในรูปการกระจายบริการสังคมให้สนับสนุนทางการพัฒนา ลดช่องว่างทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างผสมผสานกัน โดยเน้นการกระจายบริการสังคมทางด้านการศึกษา สาธารณสุข การสังคมสงเคราะห์และด้านอาหารและโภชนาการไปสู่ชนบท เพื่อสนับสนุนนโยบายการกระจายรายได้ การแก้ปัญหาการว่างงานและการลดอัตราการเพิ่มของประชากร ในส่วนของงานสาธารณสุข จะเพิ่มการให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้ยากจนเป็นสำคัญ

ในแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 5 ได้เริ่มมีการส่งเสริมให้ประชาชนในท้องถิ่นรู้จักแก้ปัญหาสาธารณสุขขั้นมูลฐานโดยการให้ความรู้และฝึกอบรมให้สามารถดำเนินการช่วยตนเองได้ แผนงานที่สำคัญได้แก่การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขหมู่บ้าน (ผสส.) ให้ครบ

สำหรับแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 6 ได้ดำเนินการต่อจากแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 5 โดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนทั้งในชนบทและในเมืองมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นทรัพยากรกำลังคนที่มีคุณภาพ เพื่อช่วยพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้อย่างมี

ประสิทธิภาพต่อไป ให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในระยะยาวเป็นไปตามเป้าหมายและเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 ได้ยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนให้ดีขึ้น โดยถ้วนหน้า ในช่วงทศวรรษหน้า พร้อมทั้งให้ประชาชนได้รับการบริโภคอาหารดี มีคุณค่าปลอดภัย และถูกสุขลักษณะ การพัฒนาระบบงานด้านสาธารณสุขได้ยกระดับความสำคัญอย่างมาก

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 มีการพัฒนาศักยภาพคนด้านสุขภาพและพลานามัย พัฒนาระบบบริการสาธารณสุข พัฒนาการผลิตและการกระจายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ทั่วถึง

ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 มีการนำยุทธศาสตร์การบริหารจัดการที่ดีมาช่วยในการผลักดันการบริหารประเทศ ด้านหนึ่งได้ให้ความสำคัญกับการกระจายภารกิจและความรับผิดชอบให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างโปร่งใส โดยเตรียมความพร้อมและปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควบคู่กับการเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคประชาสังคม และได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ปรับปรุงและพัฒนาระบบประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการให้ข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก พัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนให้ครอบคลุมเพิ่มขึ้น และสนับสนุนให้สถานพยาบาลมีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

สำหรับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 ได้เน้นปรัชญาการให้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา มียุทธศาสตร์การพัฒนาคคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ โดยให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ มีความสัมพันธ์ทางสังคมและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ เน้นการพัฒนาสุขภาพอย่างครบวงจร มุ่งการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เสริมสร้างคนไทยให้มีความปลอดภัยจากอันตรายที่ส่งผลต่อสุขภาพ

กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่าแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับงานสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงแรกได้มุ่งในการขยายและเพิ่มการบริการให้เพียงพอ ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4-6 ได้มีการพัฒนาและปรับระบบสุขภาพให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เน้นการบริการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ และในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7-10 ได้เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์โดยให้คนมีสุขภาพที่แข็งแรง และมีสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ

3.5 การบริหารการพัฒนาสาธารณสุข : บทวิเคราะห์อดีตสู่ปัจจุบัน

การบริหารงานสาธารณสุขตั้งแต่อดีตเป็นต้นมาจนกระทั่งปัจจุบันได้มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในงานสาธารณสุขเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การบริหารการพัฒนาสาธารณสุขในอดีต ได้แก่ ช่วงเริ่มต้นงานสาธารณสุขตั้งแต่อดีต จนกระทั่งปี พ.ศ. 2503 ระยะที่ 2 การบริหารการพัฒนาสาธารณสุขในยุคทันสมัย ได้แก่ ช่วงระยะเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-3 (พ.ศ. 2504-2519) และระยะที่ 3 การบริหารการพัฒนาสาธารณสุขในยุคปัจจุบัน ได้แก่ ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4-ปัจจุบัน (พ.ศ. 2520-ปัจจุบัน) ซึ่งในแต่ละลักษณะของการเปลี่ยนแปลงสามารถอธิบายได้ดังนี้¹²

ระยะที่ 1 การบริหารการพัฒนาสาธารณสุขในอดีต

การสาธารณสุขของประเทศไทยในสมัยอดีตนั้นประชาชนไทยได้มีการยอมรับและได้อาศัยการแพทย์แผนโบราณมาโดยตลอดด้วยการใช้ยาธรรมชาติที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น (ยาประเภทสมุนไพร) เป็นหลักการรักษาพยาบาล และมีการใช้น้ำมนต์ คาถา เป็นเครื่องหลอศรัทธาและบำรุงรักษาจิตใจผู้รับการรักษา แบบแผนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในอดีตจึงเป็นไปในลักษณะที่ชาวบ้านขนขวายรักษาตนเอง (Self-treatment) โดยขึ้นอยู่กับศรัทธาและความเชื่อของคนในสังคมนั้น ต่อมาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขได้เจริญก้าวหน้า และมีการเผยแพร่เข้ามาสู่ประเทศไทยแล้วเริ่มมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยตั้งแต่รัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวโดยคณะมิชชันนารีนิกายโปแตสแตนท์ ซึ่งมีบุคคลที่สำคัญเป็นพิเศษ คือ Dr. George Bradley Mc. Farland (หรือคุณพระอาจารย์วิทยาคม) เป็นผู้นำวิทยาการทางการแพทย์แผนใหม่ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันใช้หัตถ์ การผ่าตัด และการผดุงครรภ์มาใช้ในประเทศไทยเป็นครั้งแรก ต่อมาในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ทรงโปรดให้สร้างโรงพยาบาลศิริราชขึ้นเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในปี พ.ศ. 2430 และได้ตั้งโรงเรียนแพทยาลัยเพื่อผลิตนักศึกษาแพทย์ขึ้นในโรงพยาบาลศิริราช

การบริหารการพัฒนาสาธารณสุขในยุคนี้เน้นหนักไปที่การสร้างสถาบัน (Institutional Building) เป็นสำคัญ (เสม พริ้งพวงแก้ว , 2525 : 828-835 อ้างถึงในประยงค์ เต็มชาวลา , ม.ป.ป. : 30)

ระยะที่ 2 การบริหารการพัฒนาสาธารณสุขในยุคทันสมัย

นับตั้งแต่ประเทศไทยได้มีการริเริ่มจัดทำแผนพัฒนาระดับชาติขึ้นในปี พ.ศ. 2502 (สมัยที่ ๑ พลเอก จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ เป็นนายกรัฐมนตรี) และได้มีการประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจ

¹² ประยงค์ เต็มชาวลา. เพ็งอ้าง, หน้า 29-32.

แห่งชาติฉบับแรก (พ.ศ. 2504-2509) จนกระทั่งถึงปลายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 รูปแบบของการพัฒนางานสาธารณสุขในช่วงของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 1-2-3 นั้นได้อาศัยกรอบแนวคิด และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงให้เป็นภาวะทันสมัย (Modernization) ด้วยการอาศัยรูปแบบการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศซีกโลกตะวันตก เป็นตัวแบบการพัฒนา ทั้งๆ ที่ปัญหาสาธารณสุขไทยมีความแตกต่างจากประเทศซีกโลกตะวันตกเป็นอย่างมาก กล่าวคือ ปัญหาสาธารณสุขไทยเป็นปัญหาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ ซึ่งสามารถป้องกันได้หากได้รับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพที่ดี ซึ่งต่างจากปัญหาสาธารณสุขในประเทศที่เจริญแล้วที่ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องการรักษาพยาบาลมากกว่า ในช่วงระยะเวลานี้การบริหารการพัฒนางานสาธารณสุข มีประเด็นที่สำคัญที่ควรแก่การสนใจ คือ

(1) การสร้างสถาบัน (Institutional Building) ซึ่งนอกเหนือจากการจัดสร้าง และขยายโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยดังกล่าวแล้ว ยังมีการเผยแพร่แนวคิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และค่านิยมที่มีต่อการแพทย์แบบโบราณที่ได้รับการสั่งสมมาเป็นเวลาช้านาน ไปเป็นการแพทย์แบบตะวันตก ขณะเดียวกันสถาบันบริหารในราชการส่วนกลาง ก็ได้รับการขยาย รวมทั้งมีการแสวงหาและทุ่มเททรัพยากรอย่างมาก ทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ

(2) การปฏิรูปโครงสร้าง โดยเหตุที่ดุลยภาพระหว่างหน่วยงาน (กรม) ที่ดูแลด้านการรักษาพยาบาลกับกรมที่ดูแลด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพอยู่ในภาวะที่ไม่เหมาะสม คือได้มีความพยายามที่จะปฏิรูปโครงสร้างองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขขึ้นในปี พ.ศ. 2515 โดยรวมภารกิจดังกล่าวอยู่ในกรมใหม่ ชื่อ “กรมการแพทย์และอนามัย”

ระยะที่ 3 การบริหารการพัฒนางานสาธารณสุขในยุคปัจจุบัน (พ.ศ. 2520-ปัจจุบัน)

ในช่วงระยะเวลาดังแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 เป็นต้นมาจนกระทั่งถึงปัจจุบันนับเป็นช่วงเวลาที่เทคโนโลยีทางการบริหารและวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยเจริญรุดหน้าเป็นอันมาก แต่ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า รูปแบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบันไม่สามารถครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศได้ รัฐและประชาชนต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง และภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนที่ต้องรับบริการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่นั้นเป็นโรคที่ป้องกันได้ หากมีการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพที่ดี

ฉะนั้นทิศทางของการบริหารการพัฒนาสาธารณสุขในยุคนี้จึงเน้นนโยบาย “สุขภาพที่ดี โดยถ้วนหน้าในปี 2543” (Health for all by the year 2000) กล่าวคือ การที่ประชาชนทุกคน มีสุขภาพดีนั้นเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนคนไทยทุกคนพึงจะได้รับ และเป็นภาระหน้าที่รัฐพึงต้องรับผิดชอบและดำเนินการตอบสนองต่อประชาชน (ประยงค์ เต็มขวลา , ม.ป.ป. : 28)

ขณะเดียวกันนโยบายของรัฐบาลทุกยุคทุกสมัยต่างก็ให้ความสำคัญแก่งานด้านสาธารณสุขมาโดยตลอด แต่จะมากน้อยก็แล้วแต่สถานการณ์และยุคสมัยของผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ ให้ประชาชนมีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เพื่อให้ประชาชนบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีโดยถ้วนหน้านั่นเอง

การบริหารงานสาธารณสุขตั้งแต่อดีตที่ผ่านมาจนกระทั่งปัจจุบัน อาจกล่าวได้ว่า การปรับปรุงโครงสร้างองค์กรกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. 2515 และ 2517 เป็นการปฏิรูปครั้งสำคัญจนกระทั่งคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการนำไปเป็นตัวอย่างใน 2 ประเด็นสำคัญคือ (ประยงค์ เต็มขวาลา, 2542: 41-42)

- ก. การกระจายอำนาจทางการบริหาร กล่าวคือ มีการแบ่งอำนาจจากราชการบริหารส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขไปให้ผู้ว่าราชการจังหวัด โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการทำให้การกระจายอำนาจ (deconcentration) จากส่วนกลางไปสู่ภูมิภาคจึงดำเนินไปอย่างมีเอกภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ข. มีเอกภาพในการบังคับบัญชา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับจังหวัด กล่าวคือ มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นผู้บริหารและควบคุมการดำเนินงานสาธารณสุขภายในจังหวัดให้เป็นไปตามนโยบาย

อนึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า หลังจากการปฏิรูปโครงสร้างองค์กรในปี พ.ศ. 2517 แล้ว กระทรวงสาธารณสุขก็ไม่ได้มีการปฏิรูปงานสาธารณสุขทั้งระบบอีกเลย อาจมีเพียงการปรับปรุงระบบย่อยๆ เช่น การปรับปรุงโครงสร้างองค์กรของกรมสุขภาพจิตและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เช่น สำนักนโยบายและแผน สถาบันพัฒนากำลังคน ซึ่งต่อมาก็เปลี่ยนชื่อเป็น “สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสถาบันพระบรมราชชนก” เป็นต้น) จนกระทั่งถึงพ.ศ. 2545 ซึ่งได้มีการปฏิรูประบบราชการ มีการทบทวนบทบาทภารกิจ และปรับปรุงโครงสร้างหน่วยราชการต่างๆ มีการปรับเปลี่ยนกระทรวงและกรม ซึ่งจากเดิมมีจำนวนกระทรวง 14 กระทรวง และ 1 ทบวง เป็น 20 กระทรวง ในการปฏิรูประบบราชการครั้งนี้จะรวมถึง การปฏิรูประบบราชการของ กระทรวงสาธารณสุขด้วย

บทที่ ๓

การกระจายอำนาจในต่างประเทศ

สาระสำคัญในบทที่ ๓ นี้ประกอบด้วย ประสบการณ์การกระจายอำนาจในต่างประเทศ โดยจะกล่าวถึงการปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศต่างๆ ได้แก่ สหราชอาณาจักร ราชอาณาจักรสวีเดน สาธารณรัฐฝรั่งเศส ญี่ปุ่น สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ เครือรัฐออสเตรเลีย สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สหรัฐอเมริกา และประเทศไทย ทั้งนี้โดยมีกรอบในการนำเสนอ ๒ ประเด็นหลักคือ ปัจจัยในการกำหนดระบบการปกครองท้องถิ่น และข้อดีข้อเสียของการปกครองท้องถิ่นในแต่ละประเทศ หลังจากนั้นจะเป็นการนำเสนอการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในต่างประเทศ โดยเริ่มด้วยการนำเสนอตัวแบบต่างๆ เกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขในต่างประเทศ ต่อจากนั้นจึงได้กล่าวถึงการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขของ ประเทศญี่ปุ่น เครือรัฐออสเตรเลีย ราชอาณาจักรนอร์เวย์ และประเทศฟิลิปปินส์

๑. ประสบการณ์การกระจายอำนาจในต่างประเทศ

จากการศึกษาลักษณะการปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศต่างๆ อันได้แก่ สหราชอาณาจักร ราชอาณาจักรสวีเดน สาธารณรัฐ สาธารณรัฐฝรั่งเศส ญี่ปุ่น สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ เครือรัฐออสเตรเลีย สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สหรัฐอเมริกา และ ประเทศไทย พบมีเนื้อหา สาระสำคัญพอสรุปได้เป็น ๒ ส่วนคือ (๑) การสรุปลักษณะสำคัญที่เป็นปัจจัยกำหนดระบบการปกครองท้องถิ่นของประเทศต่างๆรวม ๘ ประเทศ และ (๒) การเสนอข้อดีและข้อเสียของการปกครองท้องถิ่นของประเทศต่างๆ

ลักษณะสำคัญที่เป็นปัจจัยกำหนดระบบการปกครองท้องถิ่นของประเทศต่างๆ

จากการศึกษา วิเคราะห์ ระบบการปกครองท้องถิ่นของประเทศต่างๆ ๘ ประเทศ สามารถสรุปลักษณะสำคัญที่เป็นปัจจัยในการกำหนดระบบการปกครองท้องถิ่น ได้ ดังนี้^{1 2}

ประการที่หนึ่ง รูปแบบของรัฐ

กลุ่มที่หนึ่ง ประเทศที่ใช้รูปแบบรัฐเดี่ยว (Unitary state) ได้แก่ ประเทศไทย สาธารณรัฐฝรั่งเศส สหราชอาณาจักร ญี่ปุ่น และสาธารณรัฐเกาหลีใต้

¹ รายละเอียดโปรดดูใน สมาน รังสิโยภักย์ “การปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย” กรุงเทพฯ:บรรณกิจ ๑๕๕๑, ๒๕๕๓.

² <http://www.atriumtech.com/cgi-in/hilightcgi?Home=/home/InterWeb๒๐๐๐&File=/home๒/searchdata/> (สืบค้นเมื่อ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๔)

กลุ่มที่สอง ประเทศที่ใช้รูปแบบรัฐรวมในลักษณะที่เรียกว่าสหพันธรัฐ (Federal state) ได้แก่ เครือรัฐออสเตรเลีย สหพันธสาธารณรัฐเยอรมนี และประเทศสหรัฐอเมริกา

ประการที่สอง โครงสร้างของการบริหารราชการหรือการบริหารงานภาครัฐ

ประเด็นการเปรียบเทียบในเรื่องนี้นั้น เป็นการพิจารณาถึงระดับชั้นของโครงสร้างการบริหารราชการของรัฐว่ามีการจัดแบ่งออกเป็นกี่ชั้น หรือมีกี่ระดับ (levels of public administration) ซึ่งพบได้ว่าในกรณีของรัฐเดี่ยว มีการแบ่งชั้นการบริหารราชการของประเทศออกเป็น ๒ ชั้นก็มี ตัวอย่างเช่น ญี่ปุ่น สาธารณรัฐเกาหลีใต้ และสหราชอาณาจักร รวมทั้งมีการแบ่งชั้นการบริหารราชการออกเป็น ๓ ชั้นก็มีตัวอย่างปรากฏ เช่น สาธารณรัฐฝรั่งเศสและประเทศไทย เป็นต้น

สำหรับประเทศที่ใช้รูปแบบรัฐรวมในลักษณะสหพันธรัฐ ซึ่งตามธรรมชาติแล้วจะต้องมีระดับชั้นทางการบริหารอย่างน้อย ๒ ชั้น อันได้แก่ รัฐบาลกลางหรือรัฐบาลแห่งสหพันธรัฐ และรัฐบาลในระดับมลรัฐ อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปแล้วการบริหารงานในระดับรองจากรัฐบาลแห่งมลรัฐ จะพบการบริหารงานในอีกระดับหนึ่ง นั่นคือ การบริหารราชการในระดับท้องถิ่น ดังนั้น กลุ่มประเทศสหพันธรัฐจึงมีโครงสร้างการบริหารราชการอยู่ด้วยกัน ๓ ระดับ

ระดับชั้นของโครงสร้างทางการบริหารของรัฐเป็นประเด็นหนึ่งที่สำคัญต่อการกำหนดสภาพภาพของระบบการปกครองท้องถิ่นในประเทศหนึ่งๆ เนื่องจากการสะท้อนถึงการจัดแบ่งอำนาจทางการบริหารปกครองในกิจการสาธารณะว่าได้มีการกระจายไปอยู่ที่ส่วนใดบ้าง ความสำคัญในเรื่องนี้จะปรากฏชัดในกลุ่มประเทศรัฐเดี่ยวที่มีการจัดโครงสร้างการบริหารออกเป็น ๓ ระดับ เนื่องจากโครงสร้างการบริหารงานในระดับกลางหรือการบริหารราชการส่วนภูมิภาคถือเป็นการออกไปทำงานในพื้นที่นอกศูนย์กลางด้วยตนเองของรัฐบาลส่วนกลาง สภาพการณ์เช่นนี้จึงทำให้เราคาดการณ์ต่อไปได้ว่า การบริหารราชการในระดับท้องถิ่นอาจจะต้องเผชิญกับข้อจำกัดหรือความเป็นอิสระในการบริหารงาน อันเกิดแต่บทบาทของราชการบริหารส่วนภูมิภาคที่เข้ามาแข่งขันในการจัดทำบริการหรือการเข้ามากำกับดูแลหน่วยการปกครองท้องถิ่น หรือในทางกลับกันก็อาจจะมีบทบาทในฐานะส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานของหน่วยการปกครองท้องถิ่น เพื่อให้การบริหารงานในระดับนี้มีความเข้มแข็งและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น

ประการที่สาม สถานะทางกฎหมายขององค์กรปกครองท้องถิ่น

โดยส่วนใหญ่ของประเทศที่ใช้รูปแบบรัฐเดี่ยว มีความนิยมที่จะมีบทบัญญัติเรื่องการปกครองท้องถิ่นไว้ในกฎหมายรัฐธรรมนูญ ต่างจากการปกครองของประเทศที่ปกครองในแบบ

สหพันธรัฐ ซึ่งการปกครองท้องถิ่น มักจะมีบทบัญญัติอยู่ในรัฐธรรมนูญของมลรัฐ มากกว่าจะบัญญัติไว้ให้กฎหมายรัฐธรรมนูญของสหพันธ์ สถานะทางกฎหมายเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่สะท้อนถึงประวัติศาสตร์การต่อสู้ในเรื่องการรวมอำนาจและกระจายอำนาจภายในรัฐหนึ่งๆ ดังจะเห็นได้ว่า กลุ่มประเทศที่ใช้รูปแบบรัฐเดี่ยวโดยส่วนใหญ่จะเคยผ่านประสบการณ์ของการรวมอำนาจเข้าสู่ส่วนกลางอย่างเข้มข้นและยาวนาน การมีบทบัญญัติในเรื่องการปกครองท้องถิ่นในกฎหมายสูงสุดของประเทศจึงเป็นความพยายามที่จะสร้างหลักประกันสิทธิและเสรีภาพให้กับองค์กรปกครองท้องถิ่น ซึ่งต่างจากกลุ่มประเทศในรูปแบบสหพันธรัฐที่อำนาจการบริหารในภาครัฐมีลักษณะของการกระจายอำนาจมาตั้งแต่ต้น

ประการที่ดี การจัดโครงสร้างการปกครองท้องถิ่น หรือชั้นขององค์กรปกครองท้องถิ่น

หากจะกล่าวโดยภาพรวมแล้ว จะเห็นได้ว่าการปกครองท้องถิ่นของประเทศไทยเคยนิยมใช้ระบบการปกครองท้องถิ่น ๒ ชั้น (Two tier system) มากที่สุด มีการใช้ระบบการปกครองท้องถิ่น ๓ ชั้น (Three tier system) อยู่บ้างในกรณีของประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศส และเป็นระบบการปกครองท้องถิ่นผสม (Mixed system) คือ มีทั้งระบบการปกครองท้องถิ่นชั้นเดียว (One tier system) ผสมกับระบบการปกครองท้องถิ่น (Two tier system) ๒ ชั้น อยู่ในกรณีของประเทศสหราชอาณาจักรสำหรับในกลุ่มประเทศสหพันธรัฐจะมีความแตกต่างกันออกไป กล่าวคือ มีทั้งแบบชั้นเดียว สองชั้น และผสมผสาน

หากพิจารณาในเนื้อหาที่ปรากฏ จะเห็นได้ว่า องค์กรปกครองท้องถิ่นที่อยู่ในโครงสร้างส่วนล่าง (lower tier) มักจะเป็นองค์กรปกครองท้องถิ่นที่พัฒนามาจากพื้นที่ชุมชนดั้งเดิม ดังนั้นความผสมกลมกลืนกันระหว่างองค์กรปกครองท้องถิ่นและชุมชนท้องถิ่นจึงมีอยู่สูง ขณะที่ในโครงสร้างส่วนบน (upper tier) มักจะเกิดจากเหตุผลทางการบริหารและจากนโยบายการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคมของรัฐบาล โครงสร้างส่วนนี้จึงมีใช้องค์กรปกครองท้องถิ่นที่ผสมกลมกลืนกับชุมชนท้องถิ่น (artificial community) หากแต่เป็นองค์กรปกครองท้องถิ่นที่ถูกสร้างขึ้นที่มีลักษณะเด่นในด้านศักยภาพทางการบริหารในกิจการขนาดใหญ่

ประการที่ห้า จำนวนรวมขององค์กรปกครองท้องถิ่น

โดยภาพรวมแล้ว จะเห็นได้ว่า ในประเทศต่างๆ ล้วนมีจำนวนองค์กรปกครองท้องถิ่นที่ไม่มากนัก และมีจำนวนหน่วยลดลง โดยมีการยุบรวมหน่วยการปกครองท้องถิ่นเข้าด้วยกัน (amalgamation) เพื่อให้มีจำนวนรวมที่น้อยลงทั้งสิ้น เรื่องดังกล่าวตรงข้ามกับประเทศไทย กล่าวคือ ในเวลานี้จำนวนหน่วยการปกครองท้องถิ่นของประเทศไทย มีจำนวนรวมที่มากกว่าจำนวนหน่วยการปกครองท้องถิ่นของประเทศสหราชอาณาจักร มากกว่าของประเทศญี่ปุ่น

มากกว่าของประเทศเกาหลีใต้ และมากกว่าจำนวนองค์กรปกครองท้องถิ่นของประเทศเครือรัฐ
ออสเตรเลีย อีกด้วย

อย่างไรก็ดี ในกรณีของประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศส ซึ่งแม้ว่าได้มีการปรับจำนวนหน่วย
ให้ลดลงจากเดิม ซึ่งมีจำนวนมากถึง ๔ หมื่นกว่าหน่วย และลดจำนวนลงเหลือ ๓๖,๕๘๐ หน่วยใน
เวลานี้ รวมทั้งในกรณีของประเทศสหพันธรัฐ อย่างเช่น สหรัฐอเมริกา และสหพันธรัฐเยอรมัน
เป็นต้น ซึ่งแม้ว่าได้มีการลดจำนวนหน่วยการปกครองท้องถิ่นลง แต่ก็ยังคงมีจำนวนรวมมากกว่า
ระบบการปกครองท้องถิ่นของประเทศไทย เรื่องดังกล่าวนี้ เราคงจะต้องพิจารณาในประเด็นอื่นๆ
ประกอบด้วย เช่น แต่เดิมจำนวนรวมขององค์กรปกครองท้องถิ่นของประเทศนั้นๆ มีอยู่เท่าไร
ประเทศนั้นมีขนาดพื้นที่ของประเทศเท่าใด ประเทศนั้นมีประเพณีของการจัดตั้งและการบริหาร
องค์กรปกครองท้องถิ่นอย่างไร ฯลฯ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่มีผลให้จำนวนรวมขององค์กร
ปกครองท้องถิ่นของประเทศนั้นยังคงมีจำนวนมากอยู่ในเวลานี้ กระนั้นก็ดี แนวโน้มเรื่องการยุบ
รวมหน่วยการปกครองท้องถิ่นให้มีน้อยลงกว่าเดิม ถือว่าเป็นแนวโน้มที่เป็นปรากฏการณ์ทั่วไป
ของโลกในปัจจุบันนี้ ไม่ว่าประเทศนั้น จะปกครองในรูปแบบรัฐเดี่ยว หรือรัฐรวมก็ตาม

ประการที่หก การจัดการเรื่องโครงสร้างภายใน (Internal structure) ขององค์กรปกครอง ท้องถิ่น

จากการศึกษา พบได้ว่า มีทั้งรูปแบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในประเทศหนึ่งๆ กับมี
รูปแบบผสมผสาน กล่าวคือมีการใช้หลายระบบอยู่ในประเทศหนึ่งๆ

การที่ประเทศหนึ่งๆ ใช้รูปแบบโครงสร้างภายในขององค์กรปกครองท้องถิ่นรูปแบบ
เดียว พบได้ในกรณีของสาธารณรัฐฝรั่งเศส ญี่ปุ่น สาธารณรัฐเกาหลีใต้ และเครือรัฐออสเตรเลีย
ต่างจากประเทศสหราชอาณาจักร ประเทศสหรัฐอเมริกา และ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ซึ่งใช้
ระบบหลายระบบแบบผสมผสาน

ในกรณีของประเทศไทยเอง ในเวลานี้ พบได้ว่า ได้เลือกที่จะใช้โครงสร้างภายในของ
องค์กรปกครองท้องถิ่นเป็น ๒ ระบบแล้ว เป็นอย่างน้อย ได้แก่ การเลือกผู้บริหารท้องถิ่นทางอ้อม
รูปแบบหนึ่ง กับการเลือกผู้บริหารท้องถิ่นโดยตรงในอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งนับเป็นการเปลี่ยนแปลง
ไปตามกรอบโครงสร้างภายในของระบบการปกครองท้องถิ่นของประเทศสหราชอาณาจักร ของ
ประเทศสหรัฐอเมริกา และของ สาธารณรัฐเยอรมนี มากกว่าจะเป็นไปตามแบบของสาธารณรัฐ
ฝรั่งเศส ของญี่ปุ่น ของสาธารณรัฐเกาหลีใต้ และของเครือรัฐออสเตรเลีย

ประการที่เจ็ด ขอบข่ายอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองท้องถิ่น

พบได้ว่า สามารถแบ่งออกได้เป็น ๒ ระบบใหญ่ๆ คือ ระบบที่จำกัดโดยระบบกฎหมายประเภทหนึ่ง กับระบบที่ใช้หลักความสามารถทั่วไป อีกประเภทหนึ่ง ซึ่งการปกครองท้องถิ่นของประเทศต่างๆ จากที่ศึกษาเปรียบเทียบรวม ๘ ประเทศ พบได้ว่า มีการใช้หลักแนวคิดดังกล่าวในจำนวนที่ก้ำกึ่งกัน ระบบแรกนั้นมีลักษณะเด่นคือ รัฐบาล (ทั้งรัฐบาลกลาง และรัฐบาลมลรัฐ) จะเป็นผู้ตรากฎหมายกำหนดขอบเขตภารกิจหน้าที่ให้องค์กรปกครองท้องถิ่นปฏิบัติตาม ซึ่งท้องถิ่นจะทำการหน้าที่ใดๆ ได้ก็ต่อเมื่อกฎหมายกำหนดหลักไว้เท่านั้น (Ultra Vires) ต่างจากระบบที่สองซึ่งใช้หลักของความสามารถทั่วไป (General Competence) ซึ่งอำนาจหน้าที่และภารกิจของท้องถิ่นจะผันแปรไปตามรายได้ของท้องถิ่น และผันแปรไปตามแนวความคิดสร้างสรรค์ของท้องถิ่นเป็นสำคัญ มากกว่าที่จะที่อยู่ภายในขอบเขตของกฎหมายอย่างเข้มงวด

ประการที่แปด รายได้ขององค์กรปกครองท้องถิ่น

พบได้ว่า ส่วนใหญ่ของระบบการปกครองท้องถิ่นในโลกในเวลานี้ จะมีรายได้หลักมาจากภาษีท้องถิ่น (Local tax) ซึ่งองค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นผู้จัดเก็บเอง ยกเว้นในกรณีของประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศส และประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งภาษีท้องถิ่นจะถูกจัดเก็บโดยองค์กรของรัฐบาลกลาง และรัฐบาลมลรัฐในบางรายการ อย่างไรก็ตาม ในกรณีของการปกครองท้องถิ่นของประเทศไทย รายได้หลักขององค์กรปกครองท้องถิ่นในเวลานี้ มาจากเงินอุดหนุนของรัฐบาลกลางเป็นสำคัญ รองลงมาคือภาษีที่รัฐบาลกลางจัดเก็บแล้วแบ่งให้ (Sharing tax) ซึ่งความหมายว่า ภาษีท้องถิ่น ซึ่งองค์กรปกครองท้องถิ่นจัดเก็บเองนั้น มีสัดส่วนที่น้อยมาก หรือไม่ได้เป็นแหล่งที่มาสำคัญของรายได้ขององค์กรปกครองท้องถิ่นของประเทศไทยในปัจจุบันเลย

ประการที่เก้า พนักงานท้องถิ่นและการบริหารบุคคลขององค์กรปกครองท้องถิ่น

จากการศึกษาเปรียบเทียบ พบได้ว่า ระบบการบริหารงานบุคคลขององค์กรปกครองท้องถิ่นในประเทศต่างๆ สามารถจัดแบ่งออกได้เป็น ๓ กลุ่ม กล่าวคือ **กลุ่มที่หนึ่ง** ซึ่งเป็นส่วนใหญ่มักจะใช้ระบบพนักงานของท้องถิ่นที่องค์กรปกครองท้องถิ่นแต่ละแห่งมีอำนาจการบริหารบุคลากรของตนเอง กับ**กลุ่มที่สอง** ซึ่งแม้จะบุคลากรขององค์กรปกครองท้องถิ่นจะถือว่าเป็นพนักงานของท้องถิ่น แต่การบริหารงานจะกระทำโดยคณะกรรมการระดับชาติ หรือระบบคณะกรรมการ ซึ่งมีองค์กรอื่นๆ เข้าร่วมบริหารด้วย และ **กลุ่มสุดท้าย** ได้แก่ ระบบพนักงานท้องถิ่นแห่งชาติ ซึ่งจะถือว่าพนักงานท้องถิ่นในองค์กรปกครองท้องถิ่นทุกแห่งเป็นบุคลากรภาครัฐที่อยู่ภายใต้โครงสร้างอันเดียวกัน จะบริหารโดยคณะกรรมการกลางในระดับชาติ หรือบริหารโดยคณะกรรมการในระดับท้องถิ่น

กล่าวโดยสรุป หากนำคุณลักษณะสำคัญที่เป็นปัจจัยกำหนดทั้ง ๑๐ ประเด็น เป็นกรอบในการวิเคราะห์ (Framework of Analysis) โดยมี ๘ ประเทศดังกล่าว เป็นหน่วยสำหรับการศึกษาวิเคราะห์ (Unit of Analysis) นั้น สามารถสรุปผลการศึกษาเชิงเปรียบเทียบได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบระบบการปกครองท้องถิ่นของประเทศที่ใช้รูปแบบรัฐเดี่ยว

	ไทย	สาธารณรัฐ ฝรั่งเศส	สหราชอาณาจักร	ญี่ปุ่น	สาธารณรัฐ เกาหลีใต้
โครงสร้างการบริหารงาน ภาครัฐ	๓ ระดับ	๓ ระดับ	๒ ระดับ	๒ ระดับ	๒ ระดับ
สถานะทางกฎหมายของ หน่วยการปกครอง ท้องถิ่น	รับรองโดย รัฐธรรมนูญ	รับรองโดย รัฐธรรมนูญ	เป็นผลผลิต/ รับรองโดย กฎหมายของ รัฐสภา	รับรองโดย รัฐธรรมนูญ	รับรองโดย รัฐธรรมนูญ
การจัดโครงสร้างการ ปกครองท้องถิ่น	๒ ชั้น	๓ ชั้น	ผสมผสาน	๒ ชั้น	๒ ชั้น
จำนวนหน่วยการ ปกครองท้องถิ่นทั้งหมด	๗,๕๕๐	๓๖,๖๕๘	๔๒๑	๑,๒๖๕	๒๔๘
ขอบข่ายอำนาจหน้าที่	จำกัดโดย กฎหมาย	หลัก ความสามารถ ทั่วไป	จำกัดโดย กฎหมาย	หลัก ความสามารถ ทั่วไป	หลัก ความสามารถ ทั่วไป
ฝ่ายบริหารของท้องถิ่น	ผสมผสาน	ระบบ นายกเทศมนตรี ทางอ้อม	ผสมผสาน	ระบบนายก เทศมนตรี ทางตรง	ระบบ นายกเทศมนตรี ทางตรง
แหล่งรายได้ส่วนใหญ่	เงินอุดหนุน	ภาษีท้องถิ่น (รัฐจัดเก็บให้)	ภาษีท้องถิ่นและ เงินอุดหนุน	ภาษีท้องถิ่น (จัดเก็บเอง)	ภาษีท้องถิ่น (จัดเก็บเอง)
สัดส่วนการใช้จ่าย (%) เทียบกับการใช้จ่าย ภาครัฐ	(มีรายได้ ๒๐% เทียบ กับภาครัฐ)	๒๐ %	๒๕ %	๖๐.๔ %	ไม่มีข้อมูล
ระบบกำลังพลท้องถิ่น	ระบบ ข้าราชการ ท้องถิ่น แห่งชาติ	ระบบ ข้าราชการ ท้องถิ่น แห่งชาติ	พนักงานของ หน่วยการ ปกครอง ท้องถิ่น	พนักงานของ หน่วยการ ปกครอง ท้องถิ่น	ระบบข้าราชการ ท้องถิ่นแห่งชาติ
อำนาจการบริหารงาน บุคคล	คณะกรรมการ กลาง	ท้องถิ่นร่วมกับ รัฐ	ท้องถิ่นร่วมกับ องค์กรวิชาชีพ, สหภาพแรงงาน	ท้องถิ่น	ท้องถิ่นร่วมกับ คณะกรรมการ กลาง

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบระบบการปกครองท้องถิ่นของประเทศที่ใช้รูปแบบสหพันธรัฐ

	เครือรัฐออสเตรเลีย	สาธารณรัฐเยอรมนี	สหรัฐอเมริกา
โครงสร้างการบริหารงาน ภาครัฐ	๓ ระดับ	๓ ระดับ	๓ ระดับ
สถานะทางกฎหมายของหน่วย การปกครองท้องถิ่น	รับรองโดยรัฐธรรมนูญ / กฎหมายของรัฐ	รับรองโดยรัฐธรรมนูญ แห่งสหพันธรัฐ	รับรองโดยรัฐธรรมนูญ ของมลรัฐ
การจัดโครงสร้างการปกครอง ท้องถิ่น	ชั้นเดียว	๒ ชั้น	ผสมผสาน
จำนวนหน่วยการปกครอง ท้องถิ่นทั้งหมด	๗๓๕	๑๖,๖๘๖	๘๗,๘๕๕
ขอบข่ายอำนาจหน้าที่	จำกัดโดยกฎหมาย	หลักความสามารถ ทั่วไป	จำกัดโดยกฎหมาย
ฝ่ายบริหารของท้องถิ่น	ระบบนายกเทศมนตรี ทางอ้อม	ผสมผสาน	ผสมผสาน
แหล่งรายได้ส่วนใหญ่	ภาษีท้องถิ่น (จัดเก็บเอง)	ภาษีท้องถิ่น (จัดเก็บเอง)	ภาษีท้องถิ่น (ท้องถิ่นและมลรัฐ จัดเก็บ)
สัดส่วนการใช้จ่าย (%) เทียบ กับการใช้จ่ายภาครัฐ	ไม่มีข้อมูล	๒๖.๓ %	(ท้องถิ่นมีส่วน ๕๐%เทียบกับมลรัฐ)
ระบบกำลังพลท้องถิ่น	พนักงานของหน่วยการ ปกครองท้องถิ่น	ระบบข้าราชการท้องถิ่น แห่งชาติ	พนักงานของหน่วยการ ปกครองท้องถิ่น
อำนาจการบริหารงานบุคคล	ท้องถิ่น	ท้องถิ่น	ท้องถิ่น

๓.๑.๒ สรุปข้อดีและข้อเสียของการปกครองท้องถิ่นของประเทศต่างๆ

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียของระบบการปกครองท้องถิ่นประเทศต่างๆ

	ข้อดี	ข้อเสีย
สาธารณรัฐ ฝรั่งเศส	1. มีกลไกและระบบกฎหมายมหาชนที่ก้าวหน้าและเอื้อต่อการเติบโตและความเป็นอิสระของหน่วยการปกครองท้องถิ่น 2. มีระบบองค์กรความร่วมมือระหว่างหน่วยการปกครองท้องถิ่นที่แข็งแกร่งและมีศักยภาพสูงในการจัดทำบริการต่างๆ 3. ประชาชนมีวัฒนธรรมของการปกครองตนเองที่แข็งแกร่ง ดังนั้นจึงให้ความสำคัญ และมีส่วนร่วมทางการเมืองในระดับท้องถิ่นที่สูง	1. หน่วยการปกครองท้องถิ่นโดยส่วนใหญ่จะมีขนาดเล็กมาก ทำให้ศักยภาพในการจัดทำบริการสาธารณะมีอยู่อย่างจำกัด การพึ่งพิงการสนับสนุนจากองค์กรอื่นๆ จึงมีอยู่สูง 2. การจัดโครงสร้างองค์กรปกครองท้องถิ่นมีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับฝ่ายบริหารมากกว่าฝ่ายสภา 3. ระบบความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการและการใช้อิทธิพลมีบทบาทอย่างสูงในระบบความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับท้องถิ่น อาจทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างหน่วยการปกครองท้องถิ่นตามศักยภาพและอิทธิพลของนักการเมืองท้องถิ่นแต่ละแห่ง
สหราชอาณาจักร	1. ระบบการปกครองท้องถิ่นมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลาทั้งในเชิงโครงสร้าง การจัดองค์กร และวิธีประพฤติปฏิบัติ 2. หน่วยการปกครองท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำภารกิจอย่างกว้างขวาง 3. แม้หน่วยการปกครองท้องถิ่นจะมิได้มีการรับรองสถานะตามรัฐธรรมนูญ แต่รัฐบาลส่วนกลางได้ให้ความสำคัญกับหน่วยการปกครองท้องถิ่นอย่างมาก	1. ความซับซ้อนในการจัดโครงสร้างระบบการปกครองท้องถิ่น 2. แนวปฏิบัติต่างๆ ถูกจำกัดกรอบโดยกฎระเบียบที่ออกโดยรัฐบาลส่วนกลาง 3. การบริหารการคลังถูกควบคุมอย่างใกล้ชิดจากรัฐบาลกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมผ่านระบบเงินอุดหนุนซึ่งเป็นหนึ่งในรายได้ที่สำคัญของท้องถิ่น

	ข้อดี	ข้อเสีย
ญี่ปุ่น	1. หน่วยการปกครองท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำบริการสาธารณะอย่างกว้างขวางตามศักยภาพของตน 2. หน่วยการปกครองท้องถิ่นมีศักยภาพและความเป็นอิสระในทางการคลังและการบริหารงานบุคคลที่สูงมาก 3. มีกฎหมายรัฐธรรมนูญที่ประกันสิทธิและเสรีภาพตามหลักการปกครองตนเองของหน่วยการปกครองท้องถิ่น	1. ภารกิจโดยส่วนใหญ่ของหน่วยการปกครองท้องถิ่นยังคงอยู่ภายใต้ระบบ “การมอบหมายงาน” จากรัฐบาลกลาง ทำให้ท้องถิ่นมีข้อจำกัดในการริเริ่มสร้างสรรค์ในการจัดทำบริการต่างๆ 2. ภายใต้ระบบการมอบหมายงาน ทำให้การดำเนินการกิจเหล่านี้ถูกปล่อยให้อยู่ในความรับผิดชอบของข้าราชการส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะถูกชี้แจงจากข้าราชการส่วนกลางอีกทอดหนึ่ง 3. รัฐบาลกลางสามารถเข้ามาแทรกแซงควบคุมและมีอิทธิพลต่อหน่วยการปกครองท้องถิ่นในหลายๆ ด้าน โดยอาศัยเครื่องมือทางกฎหมาย ทรัพยากร และความรู้ทางเทคนิค
สาธารณรัฐเกาหลีใต้	1. หน่วยการปกครองท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำภารกิจต่างๆ อย่างกว้างขวาง 2. มีศักยภาพและความเป็นอิสระทั้งในด้านการคลังและการบริหารงานบุคคล 3. รัฐบาลส่วนกลางเห็นถึงความสำคัญของระบบการปกครองท้องถิ่น ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจึงอยู่บนฐานของการให้ความสนับสนุนทั้งในด้านคำแนะนำปรึกษา ด้านการเงิน และด้านเทคนิค	1. แม้หน่วยการปกครองท้องถิ่นจะได้รับการรับรองตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ แต่ทิศทางและการเติบโตของท้องถิ่นยังคงขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐบาลส่วนกลาง 2. รัฐบาลและกระทรวงส่วนกลางมีอำนาจในการเข้ามาแทรกแซงและควบคุมการทำงานของหน่วยการปกครองท้องถิ่นอย่างกว้างขวาง 3. ระบบการปกครองท้องถิ่นยังคงอยู่ในระยะเริ่มต้นและเป็นระบบที่ถูกจัดตั้งขึ้นตามนโยบายของรัฐบาลส่วนกลางเมื่อไม่นานมานี้ ทำให้รากฐานทางความคิดและชุมชนที่เห็นถึงความสำคัญของท้องถิ่นเพื่อเป็นหลักประกันในการเติบโตมีอยู่จำกัด

	ข้อดี	ข้อเสีย
เครือรัฐ ออสเตรเลีย	1. หน่วยการปกครองท้องถิ่นมีอิสระในทางการคลัง เนื่องจากรายได้ส่วนใหญ่มาจากภาษีท้องถิ่นที่จัดเก็บเอง 2. หน่วยการปกครองท้องถิ่นแต่ละแห่งมีอิสระเป็นอย่างสูงในการบริหารงานบุคคล เนื่องจากอำนาจในการจัดการด้านบุคลากรเป็นของท้องถิ่นโดยตรง 3. ระบบความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลระดับต่างๆ มีความชัดเจนและอยู่บนฐานความคิดของการปรึกษาหารือและเปิดโอกาสให้ท้องถิ่นมีช่องทางในการแสดงความคิดเห็นผ่านองค์กรกลางที่มีตัวแทนของท้องถิ่นเข้าร่วม	1. แม้จะเป็นสหพันธรัฐแต่ระบบการปกครองท้องถิ่นกลับมีพัฒนาการที่ล่าช้าและมีบทบาทและขอบข่ายภารกิจหน้าที่ที่น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับรัฐบาลกลางและกับรัฐบาลมลรัฐ 2. สถานะของหน่วยการปกครองท้องถิ่นมิได้ถูกรับรองไว้ในรัฐธรรมนูญของสหพันธรัฐ แต่ขึ้นอยู่กับกฎหมายของแต่ละมลรัฐ 3. ช่องว่างของความแตกต่างและหลากหลายระหว่างหน่วยการปกครองท้องถิ่นในแต่ละมลรัฐและระหว่างมลรัฐมีอยู่สูงมาก
สาธารณรัฐ เยอรมนี	1. ระบบการปกครองท้องถิ่นมีรากฐานทางประวัติศาสตร์ชุมชนที่ยาวนานและได้รับการรับรองตามกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งสหพันธรัฐ 2. หน่วยการปกครองท้องถิ่นมีอิสระเป็นอย่างสูงทั้งในด้านบุคลากร การคลัง การจัดโครงสร้างองค์กรภายใน การวางแผน และการจัดทำภารกิจหน้าที่ อีกทั้งองค์กรตัวแทนของหน่วยการปกครองท้องถิ่นก็มีความเข้มแข็ง 3. การจัดโครงสร้างในระบบการปกครองท้องถิ่นมีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับสภาพของชุมชนและลักษณะความเป็นเมือง ตามความต้องการของชุมชนท้องถิ่นแต่ละแห่ง	1. สัดส่วนรายรับจากภาษีของหน่วยการปกครองท้องถิ่นมีอัตราส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับรัฐบาลสหพันธรัฐและรัฐบาลมลรัฐ 2. จากความหลากหลายและความมีอิสระที่ค่อนข้างสูง ทำให้ท้องถิ่นบางแห่งขาดประสิทธิภาพทางการจัดการและการผลักดันนโยบายจากรัฐบาลกลางเพื่อเร่งรัดปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารงานก็เป็นไปได้อย่างจำกัด 3. จากความหลากหลายของชุมชนท้องถิ่นทำให้หน่วยการปกครองท้องถิ่นในหลายพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันค่อนข้างสูงทั้งในทางทรัพยากร ศักยภาพและมาตรฐานในการจัดทำบริการ โดยเฉพาะระหว่างเยอรมันตะวันตกและเยอรมันตะวันออก

	ข้อดี	ข้อเสีย
สหรัฐอเมริกา	1. มีรากฐานทางความคิดที่เอื้อต่อการเติบโตของระบบการปกครองท้องถิ่น และการจัดตั้งหน่วยการปกครองท้องถิ่นมักจะเกิดจากเรียกร้องและขอจัดตั้งจากชุมชนท้องถิ่นเอง 2. การจัดโครงสร้าง รูปแบบ และการบริหารจัดการจะมีลักษณะของความเป็นนักปฏิบัตินิยมสูง เพื่อมุ่งตอบสนองภารกิจและความจำเป็นของชุมชนท้องถิ่น 3. การจัดโครงสร้างภายในองค์กรปกครองท้องถิ่นมีความหลากหลายยืดหยุ่น และปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลาตามความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมทางการบริหารที่เปลี่ยนแปลงไป	1. ท้องถิ่นมิได้ถูกรับรองตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ แต่ขึ้นอยู่กับธรรมเนียมของแต่ละรัฐ และขอบข่ายภารกิจหน้าที่ถูกจำกัดกรอบโดยกฎหมาย 2. ความแตกต่างหลากหลายทั้งในเชิงรูปแบบ ขนาด และศักยภาพทางการบริหารมีอยู่สูง อีกทั้งความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลระดับต่างๆ มีความสลับซับซ้อนเป็นอย่างมากและการบริหารกิจการสาธารณะในภาพรวมมีลักษณะของการกระจายกระจาย 3. สภาพทางเศรษฐกิจและเงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลางมีบทบาทอย่างสูงต่อสถานะและทิศทางการบริหารเงินงบประมาณของท้องถิ่น

จากที่ได้สรุปตามตารางข้างต้น จะเห็นได้ว่า ทุกประเทศ แม้ว่าจะมีความก้าวหน้า ในการกระจายอำนาจไปให้องค์กรปกครองท้องถิ่นเพียงใดก็ตาม ก็ล้วนแต่เป็นระบบที่มีทั้งข้อดี และข้อเสียด้วยกันทั้งสิ้น

๒. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในต่างประเทศ

เนื้อหาตอนนี้เป็นการนำเสนอรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขในประเทศต่างๆ รวมทั้ง บทเรียน ประสพการณ์ ปัญหา และอุปสรรคที่ประเทศต่างๆเหล่านั้นได้เรียนรู้ในกระบวนการปฏิรูปการสาธารณสุข ทั้งนี้จะมีการนำเสนอระบบสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ประกอบด้วย ญี่ปุ่น เกาหลี ออสเตรเลีย ราชอาณาจักรนอร์เวย์ และ สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ทั้งนี้เพื่อจะได้นำมาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ออกแบบแนวทางในขบวนการการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในอนาคต

๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขของนานาชาติ

แนวคิดการให้บริการสาธารณสุขโดยทั่วไปแล้วจะอยู่บนพื้นฐานของสองแนวทาง คือ การให้บริการที่อาศัยรูปแบบของเอกชน และการให้บริการโดยอาศัยรูปแบบของราชการ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติตัวแบบสำคัญที่ประเทศต่าง ๆ นำไปใช้มีสามตัวแบบหลักๆ ดังต่อไปนี้

๑) **National Health Service Model** หมายถึงการให้บริการสาธารณสุขที่อยู่บนพื้นฐานของการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอาศัยกระบวนการให้เงินสนับสนุนโดยการเก็บภาษีจากประชาชน การให้บริการส่วนใหญ่จะอาศัยองค์การภาครัฐเป็นหลัก โดยภาครัฐจะเป็นเจ้าของโรงพยาบาล แพทย์ที่เป็นบุคลากรของภาครัฐจะเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชน ตัวอย่างประเทศที่ให้บริการในลักษณะนี้ เช่น สหราชอาณาจักร ประเทศสเปน และญี่ปุ่น เป็นต้น

๒) **Entrepreneurial Model** เป็นตัวแบบที่อยู่บนพื้นฐานของความสมัครใจของประชาชนว่าจะยินดีที่จะซื้อหลักประกันสุขภาพหรือไม่ ตัวแบบนี้การให้บริการสาธารณสุขและศูนย์การให้บริการต่างๆ จะเป็นภาคเอกชนเป็นหลัก การสนับสนุนทางการเงินอาจมาได้ทั้งจากเอกชนหรือภาครัฐ ตัวอย่างประเทศที่ใช้ตัวแบบนี้ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

๓) **Mandated Insurance Model** เป็นตัวแบบที่อยู่ตรงกลางระหว่างตัวแบบแรกและตัวแบบที่สอง โดยอยู่บนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่อาศัยการสนับสนุนทางการเงินจากภาครัฐ แต่ส่วนการให้บริการนั้น อาจมาจากทั้งทางภาครัฐหรือเอกชนก็ได้ ตัวแบบนี้แบ่งย่อยออกได้เป็น ๒ ประเภทดังต่อไปนี้

(๑) **National Health Insurance/Single-Payer Model** เช่นที่ปรากฏในประเทศแคนาดา หรือราชอาณาจักรสวีเดน

(๒) **National Health Insurance/Multi-Payer Model** เช่นที่ปรากฏในประเทศ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี และสาธารณรัฐฝรั่งเศส เป็นต้น

ตัวแบบต่างๆ ที่ได้นำเสนอข้างต้นนี้ส่วนใหญ่แล้วจะออกแบบตามพื้นฐานจากสภาพเศรษฐกิจ และค่านิยมที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ตัวอย่างเช่น ในประเทศยุโรป สภาพทางสังคมจะตั้งอยู่บนพื้นฐานของความรับผิดชอบทางสังคม หลักคุณธรรมและหลักความเท่าเทียมกัน เป็นสาระสำคัญของค่านิยมของคนในสังคม ซึ่งเป้าหมายหลักของรัฐบาลคือการรักษาผลประโยชน์ของสาธารณะเป็นสำคัญ

๒.๒ การกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขของญี่ปุ่น

การให้บริการสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นอยู่บนพื้นฐานของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในที่นี้จะครอบคลุมการให้บริการประชาชนตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิต รวมถึงปัญหาต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดความเครียดแก่ประชาชน เช่น ความทุพพลภาพ สภาพการว่างงาน ความชราภาพ และความต้องการที่จะได้รับการดูแลเอาใจใส่ ดังนั้น ระบบการให้บริการสาธารณสุขของ

ประเทศญี่ปุ่นจะรวมถึงการให้บริการทางการแพทย์ต่างๆ การป้องกันปัญหาสุขภาพ การดูแลรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับประชาชนในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

ญี่ปุ่นได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อโรคภัยที่เกิดจากสภาพการใช้ชีวิตของประชาชน โดยเริ่มให้ความสนใจในการป้องกันเป็นหลัก ในปี ๒๐๐๐ กระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการสังคมของญี่ปุ่น (The Ministry of Health, Labour and Welfare) จึงได้ก่อตั้งโครงการที่เรียกว่า National Health Promotion Movement in the ๒๑st Century นอกจากนี้ ในปี ๒๐๐๒ รัฐสภาญี่ปุ่นได้ผ่านร่างกฎหมายดูแลสุขภาพ (Health Promotion Law) ด้วยการสนับสนุนของประชากรญี่ปุ่นอย่างล้นหลามในการป้องกันและการดูแลสุขภาพของประชาชน

๒.๒.๑ ลักษณะของการให้บริการ

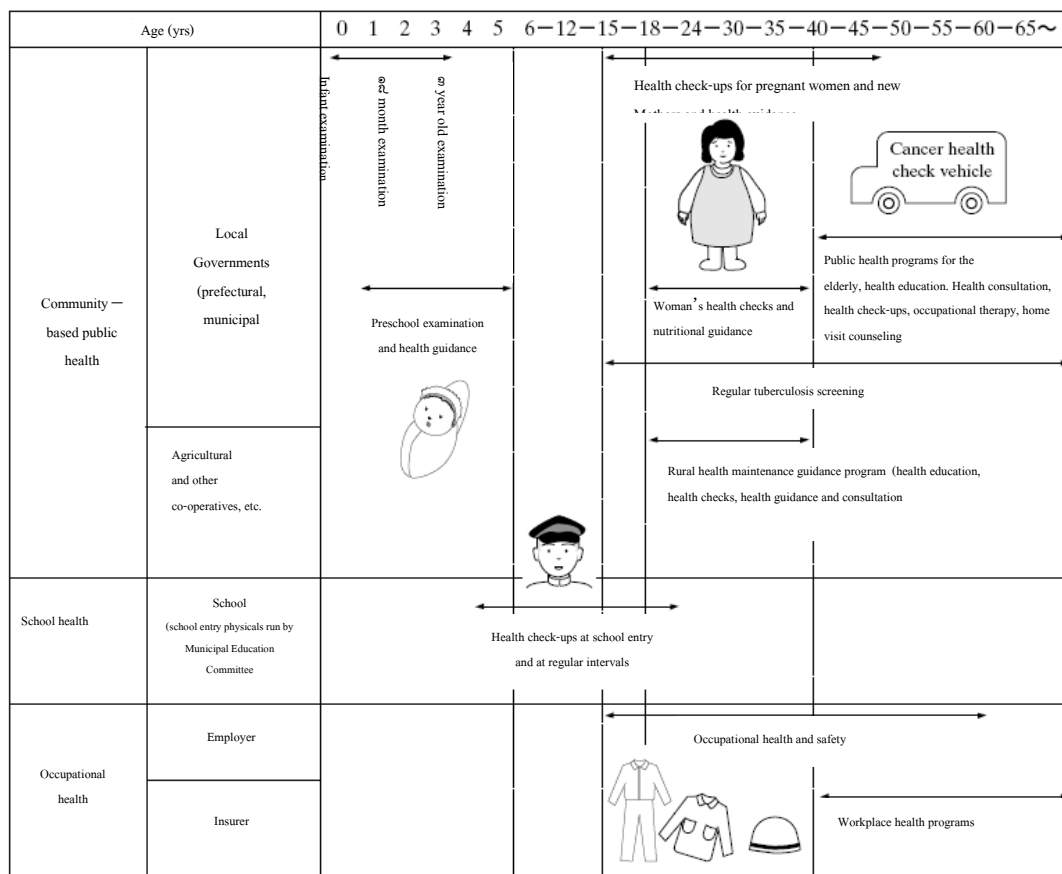
๑) **Public Health Service:** ระบบการให้บริการสาธารณสุขของ ญี่ปุ่นที่ใช้อยู่ทุกวันนี้มีรากฐานมาจากกฎหมายด้านสาธารณสุขในปี ๑๙๔๒ (Revised Public Health Center Law of ๑๙๔๓) เนื่องจากกระแสการกระจายอำนาจในช่วงทศวรรษที่ ๑๙๕๐ รวมทั้งสถานะที่ประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทางรัฐบาลญี่ปุ่นจึงได้แก้ไข Public Health Center Law ฉบับเดิมในปี ๑๙๕๔ และเปลี่ยนชื่อเป็นกฎหมายสุขภาพชุมชน (Community Health Law) ซึ่งกฎหมายฉบับใหม่นี้ทำให้เกิดระบบการให้บริการสาธารณสุขชุมชนลักษณะใหม่ ที่เรียกว่า ระบบสาธารณสุขที่เน้นชุมชน (Community-Based Public Health System) โดยให้หน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่นที่เรียกว่า prefectural governments³ และ เทศบาล (municipal governments) เป็นหน่วยงานที่รับภาระในการให้บริการสาธารณสุขในด้านต่างๆดังที่เสนอในภาพ ๓ .๑ ข้างต้น สาระที่สำคัญของกฎหมายสุขภาพชุมชน (Community Health Law) ฉบับใหม่มีดังต่อไปนี้

(๑) เทศบาลได้เข้ามามีบทบาทโดยตรงในการให้บริการสาธารณสุขทางด้านการผดุงครรภ์ สุขภาพเด็กและสตรี สุขภาพและสวัสดิการของผู้สูงอายุ และการให้บริการสาธารณสุขโดยทั่วไปอื่นๆ

(๒) ศูนย์การให้บริการสาธารณสุขเทศบาล (Municipal Public Health Center) จะเป็นศูนย์การให้บริการหลักสำหรับหน่วยชุมชน

³ Prefectural government ของประเทศญี่ปุ่นจะมีลักษณะขอบเขตใกล้เคียงกับเขตจังหวัดในประเทศไทย แต่ prefectural government ของญี่ปุ่นจะถือเป็นหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ใช่หน่วยราชการส่วนภูมิภาคเหมือนของไทย ดังนั้น ถ้าหากจะเปรียบก็อาจเปรียบได้ใกล้เคียงกับ องค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่นของไทยนั่นเอง

รูปที่ ๓.๑ การให้บริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมตลอดช่วงอายุขัยของประชาชน
ประเทศญี่ปุ่น



ที่มา: Nakamura, Yoshio. ๑๙๙๘.

(๓) หน้าที่ความรับผิดชอบของศูนย์การให้บริการสาธารณสุขระดับ prefectural government ได้ถูกขยายให้กว้างขึ้น โดยจะทำหน้าที่ในลักษณะที่เป็น broad-based ที่ให้บริการสาธารณสุขในส่วนเฉพาะทางที่ต้องอาศัยเทคนิคในการให้บริการที่ค่อนข้างซับซ้อน

(๔) กฎหมายต่าง ๆ เช่น Maternal and Child Healthcare Law, Child Welfare Law และ Nutrition Improvement Law ได้รับการแก้ไข ซึ่งมีผลทำให้อำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบในการให้บริการต่างๆตามกฎหมายเหล่านี้ได้ถูกถ่ายโอนจาก prefectural government ไปสู่การควบคุมดูแลของเทศบาลโดยปริยาย

จากการเปลี่ยนแปลงที่เสนอในข้างต้นนี้ จะเห็นได้ว่าหน้าที่ความรับผิดชอบในการให้บริการในส่วนดังกล่าว รวมทั้งทรัพยากรทางการเงิน และการให้บริการสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมได้รับการถ่ายโอนมารวมกันไว้ที่เทศบาล ทำให้เทศบาลมีความใกล้ชิดกับ

ประชาชนมากขึ้น การปฏิรูประบบการสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นครั้งนี้ทำให้การให้บริการสาธารณสุขและการให้บริการสวัสดิการสังคมดำเนินไปอย่างมีความประสานกลมกลืน และมีเอกภาพกว่าที่เคยเป็นมา

นอกจากการปฏิรูปดังกล่าวจะทำให้รัฐบาลท้องถิ่นกลายมาเป็นผู้ให้บริการหลักทางด้านสาธารณสุขแล้ว ยังจะทำให้หน่วยงานท้องถิ่นต้องรับหน้าที่รับผิดชอบในส่วนของการวางแผนและการงบประมาณในภาคส่วนของการให้บริการสาธารณสุขดังกล่าวด้วย อย่างไรก็ตาม การใช้วิธีจัดจ้างจากภายนอก (outsourcing) สำหรับการให้บริการในบางประเภท เช่น การตรวจรักษาโดยแพทย์ท้องถิ่น และระบบคลินิก กลายเป็นวิธีการที่เห็นได้โดยทั่วไปในการให้บริการสาธารณสุขของท้องถิ่น ทั้งนี้เนื่องจาก การให้บริการในแบบดังกล่าวนี้ทำให้ประชาชนในท้องถิ่นสามารถที่จะเข้ารับบริการตรวจร่างกายโดยทั่วไป รวมทั้งการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามวันและเวลาสะดวกของตนเองได้

๒) Medical Health Services ระบบการให้บริการทางการแพทย์ของ ญี่ปุ่นอยู่ภายใต้กรอบของ “Medical Service Law” ปี ๑๙๔๘ กฎหมายฉบับนี้ได้รับการเปลี่ยนแปลงแก้ไขหลายครั้ง⁴ ทั้งนี้ด้วยเหตุผลที่สังคมญี่ปุ่นมีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก รูปแบบของโรคภัยไข้เจ็บที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งคุณภาพของยารักษาโรคที่มีความทันสมัยมากขึ้น ผลการแก้ไขกฎหมายฉบับนี้ในปี ๑๙๘๕ ส่งผลให้ prefectural government กลายเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับ Medical Service Plan ที่ต้องให้การบริการและการวางแผนทางการแพทย์ภายในเขต prefecture นั้นๆ

โดยทั่วไป การให้บริการทางการแพทย์จะอยู่ที่โรงพยาบาลหรือคลินิกเป็นหลัก อย่างไรก็ตามได้มีการแก้ไขกฎหมาย “Medical Service Law” อีกครั้งหนึ่งในปี ๑๙๙๒ ซึ่งทำให้ขอบเขตของการให้บริการถูกขยายออกไปโดยครอบคลุมถึงการให้บริการในหน่วยที่พักอาศัยของประชาชนด้วย ใน ญี่ปุ่น หน่วยงานที่สามารถให้บริการทางการแพทย์ได้อาจเป็นโรงพยาบาลของรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณะอื่นๆ หรือปัจเจกบุคคล อย่างไรก็ตาม การให้บริการทางการแพทย์โดยมุ่งหวังกำไรถือเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายในสังคมญี่ปุ่น

๓) Allied Health Service: ในขณะที่โลกปัจจุบันมีการพัฒนาการทางการแพทย์ที่ก้าวไกลไปมาก อีกทั้งรูปแบบความต้องการของผู้เข้ารับบริการทางการแพทย์ในปัจจุบันเริ่มมีความ

⁴ แก้ไขทั้งสิ้นเป็นจำนวน ๔ ครั้ง

แตกต่าง หลากหลายมากยิ่งขึ้น มีผลทำให้สถาบันทางการแพทย์ของรัฐหลายแห่ง ได้จัดจ้างจากภายนอก (outsourcing) การให้บริการเฉพาะบางอย่าง เช่น pathology services การให้บริการทางด้านอาหารสำหรับคนไข้ อาจทำได้โดยการจ้างผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกให้เข้ามาทำการให้บริการในส่วนต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น

ตารางที่ ๓.๑ จำนวนสถาบันที่ให้บริการทางการแพทย์ในญี่ปุ่น

	Number of facilities						Number of beds			
	Hospitals		Medical clinics		Dental clinics		Hospitals		Medical clinics	
	Number	% total	Number	% total	Number	% total	Number	% total	Number	% total
Total number	๕,๒๖๖	๑๐๐.๐	๕๒,๘๒๔	๑๐๐.๐	๖๓,๓๖๑	๑๐๐.๐	๑,๖๔๗,๒๕๓	๑๐๐.๐	๒๑๖,๗๕๕	๑๐๐.๐
National Government	๓๕๕	๓.๕	๕๘๑	๐.๖	๑	๐.๐	๑๔๔,๖๔๕	๘.๘	๒,๓๔๔	๑.๑
Public Organization	๑,๓๗๓	๑๔.๘	๔,๒๓๗	๘.๐	๓๓๑	๐.๕	๓๕๖,๑๐๐	๒๑.๖	๔,๐๒๔	๑.๙
Social insurance organization	๑๓๑	๑.๔	๘๔๐	๐.๕	๑๗	๐.๐	๓๘,๕๒๒	๒.๓	๓๘	๐.๐
Healthcare corporation	๕,๓๘๗	๕๘.๑	๒๔,๐๓๑	๔๕.๕	๗,๓๑๐	๑๑.๕	๗๕๕,๐๘๕	๔๕.๓	๕๖,๕๕๓	๒๖.๕
Individual	๑,๑๗๓	๑๒.๒	๕๓,๖๔๖	๑๐๑.๖	๕๕,๗๗๘	๘๘.๔	๑๐๑,๖๒๐	๖.๒	๑๑๑,๑๑๐	๕๑.๓
Other	๘๔๓	๕.๑	๕,๔๘๕	๑๐.๔	๓๒๔	๐.๕	๒๑๑,๒๗๓	๑๒.๘	๒,๒๘๖	๑.๑

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข และสถิติการสังคม ของญี่ปุ่น, ๒๐๐๐.

⁵ ๕๕.๕% ของการให้บริการที่เกี่ยวกับการจัดการเตียงผู้ป่วย ๕๒.๗% ของการให้บริการทาง pathological investigations ๗๑.๒% ของงานทำความสะอาดและสุขอนามัยภายในโรงพยาบาล ๔๒.๗% ในส่วนของการดูแลรักษาอุปกรณ์การให้บริการคนไข้ที่บ้าน ๒๖.๗% ของมื้ออาหารทั้งหมดของคนไข้ในโรงพยาบาล และ ๑๑.๔% ของการทำความสะอาดอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้ถูก outsource ไปให้บริษัทภายนอก โดยที่บริษัทเหล่านั้นจะต้องผ่านมาตรฐานที่กำหนดไว้ใน “๑๕๗๐ Law Regarding Medical Technologist, etc.” และมาตรฐานที่ถูกกำหนดไว้ในกฎหมายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ ๓.๒ จำนวนบุคลากรในสถานบันทางการแพทย์ต่างๆ ทั่วประเทศ

	Numbers		Proportion of total (%)	
	Public health nurses	Midwives	Public health nurses	Midwives
Total	๓๖,๓๘๑	๒๔,๕๑๑	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐
Public health centers	๓,๖๓๐	๒๔๕	๒๐.๓	๑.๐
Midwifery home	-	๑,๘๕๘	-	๗.๖
Municipalities	๒๐,๖๔๖	-	๕๖.๑	-
Hospitals	๑,๓๓๐	๑๓,๕๑๔	๔.๘	๕๓.๑
Clinics	๑,๓๘๘	๒,๘๖๔	๓.๘	๑๑.๗
Home visiting nursing station	๖๓๘	-	๑.๗	-
Elderly care institutions	๕๒	-	๐.๑	-
Social welfare institution	๖๒๗	๓๐	๑.๗	๐.๑
Private businesses	๑,๖๗๒	-	๔.๕	-
Public health/Midwifery schools or training centers	๖๔๑	๖๓๘	๑.๗	๒.๖
Others	๑,๓๑๓	๕๕๘	๔.๗	๓.๕

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข และสถิติการสังคม ของญี่ปุ่น, ๒๐๐๐.

๒.๒.๒ Community-Based Health System ของญี่ปุ่น

ในปี ๑๙๗๘ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) และ the United Nations Children's Fund หรือ (UNICEF) ได้เสนอปฏิญญาที่เรียกว่า Alma Ata Declaration ซึ่งมีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับเป้าหมายของประชาคมโลกในการที่จะให้คนทุกคนมีสุขภาพดีภายในปี ๒๐๐๐ นอกจากนี้ยังได้มีการวางแผนคิดที่เรียกว่า Primary Health Care (PHC) ซึ่งมีรายละเอียดหลักๆ ที่เน้นการให้บริการสาธารณสุขที่ปฏิบัติตามหลักวิทยาศาสตร์ เป็นที่ยอมรับของสังคม โดยทั่วไป และเปิดโอกาสให้ประชาชนโดยทั่วไปในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ โดยมีพื้นฐานของการมีส่วนร่วมโดยตรงของประชาชน รวมทั้งศักยภาพของชุมชนในการรับภาระค่าใช้จ่ายและการบริหารจัดการการให้บริการสาธารณสุขในระดับชุมชนดังกล่าว บนพื้นฐานหลักของการพึ่งตนเอง (self-reliance) และการมีใจที่แน่วแน่ในการพัฒนาสาธารณสุขชุมชน (self-determination) กล่าวโดยสรุปแล้ว แนวคิดภายใต้ Primary Health Care มีหลักการ ๕ ข้อดังต่อไปนี้

- ๑) หลักความยุติธรรมและความเท่าเทียมกัน (Fairness and equality)
- ๒) หลักการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน กลุ่มย่อยในชุมชน (Participation)
- ๓) หลักการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate technology)
- ๔) หลักการเน้นความร่วมมือจากทุกภาคส่วน (Multisector)

๕) หลักการผสมผสานแนวทางที่หลากหลายเข้าด้วยกัน (Diversified approach)

ในปี ๑๙๘๕ ญี่ปุ่นเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศที่ประชากรมีอายุยืนยาวที่สุดในโลกประเทศหนึ่ง (อายุขัยเฉลี่ยของประชากรหญิงสูงถึง ๘๐ ปี) ในขณะที่จำนวนการเพิ่มของประชากรอยู่ในระดับต่ำ ประชากรสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น จำนวนโรคภัยไข้เจ็บที่มีสาเหตุมาจากแนวการดำรงชีวิตประจำวันของประชาชนมีจำนวนมากขึ้น ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการให้บริการทางการแพทย์สมัยใหม่ และระยะเวลาในการรักษาพยาบาลที่ยาวนานขึ้น อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ชะลอตัวลงในช่วงทศวรรษ ๑๙๘๐ นำไปสู่ความจำเป็นเร่งด่วนในการเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัด การแก้ไข Medical Service Law ในปี ๑๙๘๕ จึงมีสาระเกี่ยวกับประเด็นต่างๆเหล่านี้ โดยได้มอบหมายให้ prefectural government วางแผนการให้บริการทางการแพทย์ รวมทั้งให้รับผิดชอบการให้บริการทางการแพทย์ทุติยภูมิ (secondary medical services) โดยจะต้องให้การบริการนั้นๆเข้าถึงประชาชนได้อย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ prefectural government ยังจะต้องรับผิดชอบให้จำนวนเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีความพอเพียงในภูมิภาคนั้นๆอีกด้วย

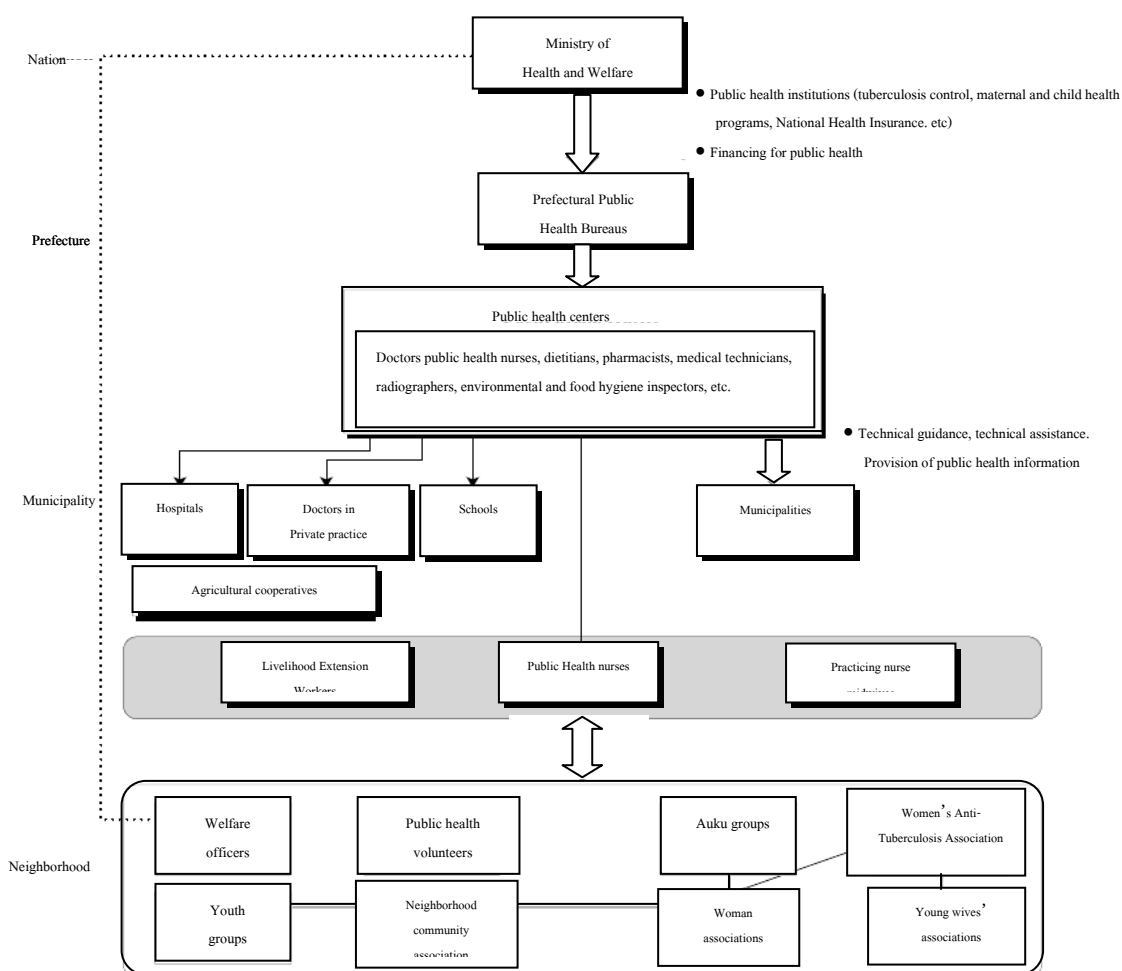
ลักษณะสภาพสังคมของ ญี่ปุ่น ที่มีจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ความร่วมมือระหว่างภาครัฐ การบริการทางการแพทย์ และการสวัสดิการสังคม ในระดับชุมชน เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการวางแผนกลยุทธ์ที่เรียกว่า “The Year Strategy for Promotion of Health and Welfare Services for the Aged” (๑๙๘๕) หรือที่เรียกสั้น ๆ ว่า Gold Plan ซึ่งทำให้เทศบาล (municipal government) มีหน้าที่ในการวางแผนงานรองรับการให้บริการสุขภาพและสวัสดิการแก่ประชากรสูงอายุภายในพื้นที่ สภาพเศรษฐกิจที่ชะลอตัวอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ ๑๙๘๐ รวมทั้งสภาพเศรษฐกิจฟองสบู่ภายในภูมิภาคเอเชีย ก่อให้เกิดการตื่นตัวในการดำเนินนโยบายการกระจายอำนาจมาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการยกเลิกกฎหมาย Public Health Center Law โดยมีการบัญญัติกฎหมายที่เรียกว่า Community Health Law ขึ้นมาแทนในปี ๑๙๘๔ ซึ่งกฎหมายฉบับนี้กำหนดให้ศูนย์บริการสาธารณสุขในระดับชุมชน เป็นศูนย์บริการสาธารณสุขในระดับกว้าง การให้บริการต่างๆ เช่น การฉีดวัคซีน การบริการอนามัยแม่และเด็ก ที่เคยเป็นภาระรับผิดชอบของศูนย์สาธารณสุขได้รับการถ่ายโอนมาที่ศูนย์อนามัยเทศบาล (municipal health centers) นอกจากนี้ การแก้ไขกฎหมาย Maternal and Child Health Law ในปี ๑๙๘๔ ทำให้เกิดการถ่ายโอนภาระหน้าที่ที่เกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็กไปสู่ศูนย์อนามัยเทศบาลในปี ๑๙๘๖

ผลที่ตามมาจากการกระจายอำนาจทางด้านการสาธารณสุขในช่วงทศวรรษที่ ๑๙๘๐ นี้ทำให้เกิดการขมวดรวมศูนย์สาธารณสุขที่มีภาระหน้าที่น้อยลงเข้าด้วยกัน เป็นผลทำให้จำนวนของศูนย์สาธารณสุขมีจำนวนลดลงจาก ๘๕๒ ศูนย์ในปี ๑๙๘๑ เหลือเพียง ๕๗๖ ศูนย์ในปี ๒๐๐๓

ในช่วงทศวรรษนี้ได้มีกระแสสังคมที่เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการช่วยให้ผู้ทุพพลภาพในสังคมสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ซึ่งนำไปสู่รูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุและผู้ทุพพลภาพที่เน้นการให้บริการในครัวเรือนมากกว่าการให้บริการที่ศูนย์การบริการ ซึ่งต้องอาศัยแนวคิดของ Community-based health approach โดยเน้นการใช้ทรัพยากรในระดับชุมชนเป็นหลัก

ผู้ที่มีบทบาทหลักในการเสริมสร้างสุขภาพชุมชนได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขและการแพทย์ พยาบาลสาธารณสุข กลุ่มประชาชนในชุมชนท้องถิ่น และผู้ที่ตื่นตัวในท้องถิ่นอื่นๆ สิ่งที่สำคัญในการที่จะทำให้แนวทางด้านสุขภาพชุมชนประสบผลตามเป้าหมาย จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยความร่วมมือของผู้มีบทบาททั้งหลายนี้

รูปที่ ๓.๒ รูปแบบโครงสร้างผู้ที่เข้ามามีบทบาทหลักของการบริการสาธารณสุขชุมชน



ที่มา: Nakamura, Yoshio, ๑๙๕๘.

จากรูปแบบโครงสร้างที่แสดงข้างต้นนี้จะเห็นได้ว่า การบริหารงานด้านสาธารณสุขของญี่ปุ่นเริ่มจากกระทรวงสาธารณสุข ลงสู่ prefectural government (ในรูปแบบของ public health center) ลงสู่ระดับเทศบาล โดยมีศูนย์สาธารณสุขทำหน้าที่เป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ยังมีความร่วมมือระหว่างองค์การภาครัฐกับองค์การหรือหน่วยทางสังคมอื่นๆ (เช่น local healthcare providers) ซึ่งตรงนี้เป็นลักษณะเด่นของการบริหารงานสาธารณสุขของญี่ปุ่น การประสานกับแพทย์ในท้องถิ่นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากภายใต้แนวคิดแบบ community-based public health service นั้น แพทย์และบุคลากรพยาบาลในท้องถิ่นจะกลายเป็นผู้ให้บริการหลักภายในชุมชน ความร่วมมือกับโรงเรียนก็เป็นลักษณะที่มีความสำคัญเช่นกัน การประชุมร่วมกันระหว่างครูใหญ่ แพทย์ประจำโรงเรียน ผู้ปกครอง กับบุคลากรของศูนย์สาธารณสุขเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียน รวมทั้งเป็นการเสริมสร้างความรู้ทางด้านสาธารณสุขให้แก่ผู้ปกครองไปในตัวอีกด้วย

กล่าวโดยสรุปแล้ว กลไกหลักของการดำเนินการด้านสาธารณสุขภายใต้รูปแบบ Community-based health จำแนกเป็นสามส่วนหลักๆ ดังต่อไปนี้

๑) การประสานร่วมมือกันระหว่างองค์กรต่างๆ โดยทั่วไปแล้ว ผู้ที่มีบทบาทเป็นผู้นำในแผนสุขภาพชุมชน (Community-based Health Program) ในแต่ละพื้นที่จะมีความแตกต่างกันไปแล้วแต่สถานการณ์ แต่โดยส่วนใหญ่มักจะรวมถึง หน่วยงานภาครัฐ สถาบันทางการแพทย์ พยาบาลสาธารณสุข รวมทั้งองค์กรภาคประชาชนภายในท้องถิ่น ที่จะเข้ามาทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ กิจกรรมภายใต้แผนสุขภาพชุมชนเป็นไปอย่างราบรื่นและเป็นระบบได้ ต้องอาศัยความร่วมมือกันอย่างเป็นธรรมชาติเพื่อจุดหมายปลายทางที่ตั้งไว้ร่วมกัน ทั้งนี้ Hashimoto ได้กล่าวไว้ว่า สิ่งที่มีความจำเป็นในการดำเนินแผนสุขภาพชุมชนประกอบด้วย

(๑) Expert leadership ซึ่งตรงนี้อาจจะประกอบไปด้วย สมาคม ชมรมทางการแพทย์ มหาวิทยาลัย และ ศูนย์วิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข

(๒) Community-led participation คือการมีส่วนร่วมที่มีพื้นฐานหลักมาจากหน่วยสังคมภายในชุมชน เช่น กลุ่มภาคธุรกิจชุมชนท้องถิ่น หรือกลุ่มเพื่อนบ้าน (Neighborhood groups)

(๓) Government authority หรืออำนาจรัฐ ซึ่งในที่นี้หมายถึง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลประจำจังหวัด และหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่น

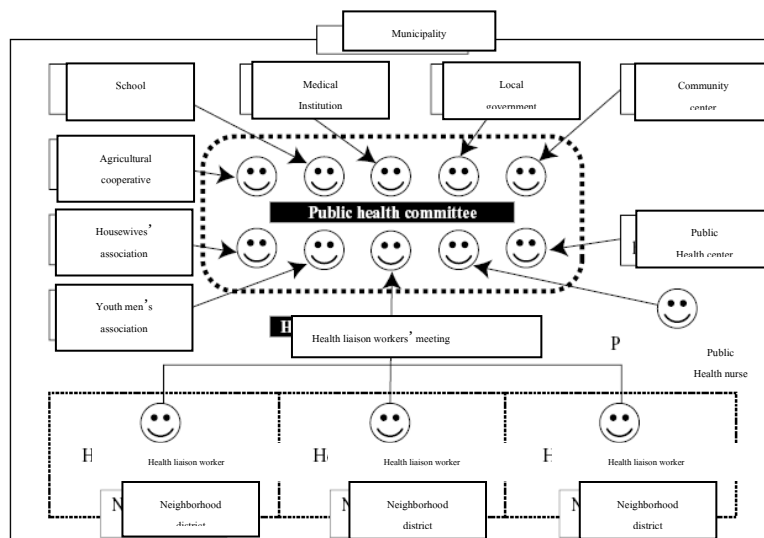
การเข้ามามีบทบาทของภาคส่วนข้างต้นนี้ โดยที่แต่ละภาคส่วนจะมีแนวทางและเป้าหมายที่อาจแตกต่างกันไป จะทำให้ขอบเขตของการให้บริการสาธารณสุขบนพื้นฐานของสุขภาพชุมชนกว้างขวางครอบคลุมมากขึ้น

ตารางที่ ๓.๓ เปรียบเทียบ Leadership Models เสนอโดย Sakuma (๑๙๗๘)

Leading player	Main merits	Main demerits and problems
Local Government	Securing budgets, collaboration with and making best use of administration organization	Securing doctors and other professionals, problems of cooperation with medical associations, complexity of paperwork
Public health Centers	Proven experience in Community-based health, Securing certain specialists	Lack of personnel and resources, poor ability to lead community organization activities
Medical Associations	Cooperation and activities by doctors, Cooperation with other medical service personnel	Lack of collaboration with local residents, difficulty collaboration with government and other professionals
Academics	Advantageous for drafting plans and Developing theories	Lacking in practical abilities, participation in planning tends to be sporadic
Local residents	Local residents can take the lead in planning And activities	Difficulties securing doctors and other professional, and making time for activities
Specialist Organizations	Can develop activities based on their own Decisions	Tend to become isolated, have problems coordinating with other organizations
A combination of The above	A selective combination of the above merits	Ill-defined leadership, tendency to confrontation and competition

สืบเนื่องจากประเด็นดังกล่าว ผู้เขียนรายงาน Japan's Experiences in Public Health and Medical Systems (March ๒๐๐๕) ได้นำเสนอหนึ่งในรูปแบบ diagram ที่เป็นตัวแบบที่แสดงถึงองค์ประกอบของแผนสุขภาพชุมชน ดังรูปภาพต่อไปนี้

รูปที่ ๓.๓ รูปแบบองค์กรภายใต้แนวคิด Community-based Public Health System



ที่มา: Nakamura, Yoshio, ๑๙๘๘.

จากตัวแบบข้างต้นนี้ จะเห็นได้ว่า กลุ่มสังคมย่อยภายในท้องถิ่นต่างๆ รวมทั้งโรงเรียนในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในคณะกรรมการสุขภาพ (public health committee) รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางด้านบุคลากร เช่น เจ้าหน้าที่แนะแนวสุขภาพที่มาจากจากหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐให้เข้ามาใกล้ชิดกับชุมชน หน่วยย่อยต่างๆ ในส่วนนี้จะมีการประชุมพบปะอย่างสม่ำเสมอที่เทศบาล ในส่วนสูงสุดขององค์กรจะประกอบด้วยคณะกรรมการสุขภาพ ซึ่งตั้งขึ้นมาเพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นที่แตกต่างกันโดยผ่านการประชุมร่วมของหลายๆฝ่าย อาทิ ตัวแทนผู้แนะแนวการสาธารณสุขจากหน่วยย่อยต่างๆ ในชุมชน ตัวแทนจากองค์กรผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้แทนขององค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และผู้นำชุมชนต่างๆ ข้อสังเกตที่สำคัญก็คือ ถึงแม้ว่าโรงเรียนในพื้นที่หรือหมู่บ้านซึ่งอาจเป็นหน่วยสังคมที่มีความเข้มแข็งเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน แต่ก็อาจขาดประสิทธิภาพในการระดมทรัพยากรอย่างเพียงพอจากคนในชุมชน การให้องค์กรส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทจะทำให้เกิดตัวกลางในการสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น นอกจากนี้ การให้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ได้เข้าร่วมจะยิ่งทำให้มีหลักประกันในการให้บริการสาธารณสุขและการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน การรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนในชุมชนยังจะเสริมให้โครงการกิจกรรมต่างๆภายใต้แนวคิดสุขภาพชุมชนดำเนินไปอย่างตรงวัตถุประสงค์มากยิ่งขึ้น โดยผ่านทางกระบวนการเสนอปัญหาทางสาธารณสุขในชุมชนและหาแนวทางแก้ไขที่เป็นไปได้และที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย

๒) การตื่นตัวในการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนท้องถิ่น (Active

Participation by Local Residents) การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่นโดยการผ่านทางกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตามแนวทางประชาธิปไตยภายในองค์กรสังคมท้องถิ่นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินโครงการกิจกรรมต่างๆภายใต้แนวคิดสุขภาพชุมชน การพัฒนาระบบสาธารณสุขสุขภาพได้รูปแบบนี้จะยั่งยืนได้ จำเป็นที่ต้องเริ่มต้นที่การเปลี่ยนแนวความคิดแบบดั้งเดิมที่สวนทางกับแนวทาง รวมทั้งพยายามเข้ามาพูดคุยกันเพื่อที่จะลบความรู้สึกที่ตนเองขาดพลังอำนาจในการสร้างการเปลี่ยนแปลง ชุมชนจะสามารถสร้างความรู้สึกรักมีพลังอำนาจได้โดยการผ่านการสร้างความรู้สึกมั่นใจที่ได้จากการทำกิจกรรมสาธารณสุขอะไรบางอย่างที่ประสบความสำเร็จ

๓) ขบวนการการแก้ปัญหาโดยเริ่มจากความเข้าใจถึงสภาพสถานการณ์ที่ประสบอยู่ในขณะนั้น (Understanding the Present Situation)

ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพปัญหาภายใต้สภาพของชุมชนในขณะนั้นๆ ภายใต้แนวทางที่เป็นวิทยาศาสตร์ โดยการเริ่มจากการประเมินสภาพชุมชน โดยดูที่ลักษณะเฉพาะและความต้องการที่จำเป็นทางสาธารณสุขเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง จากนั้นจึงระบุและวิเคราะห์ปัญหา และเกิดกระบวนการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดในการแก้ปัญหานั้นๆ

๒.๓ การกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขในเครือรัฐออสเตรเลีย (Australia)

ประชากรของประเทศเครือรัฐออสเตรเลียโดยทั่วไปนับว่ามีสุขภาพดีเมื่อเทียบกับประชาชนของประเทศอื่น โดยดูได้จากอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อลดลง จากการสำรวจข้อมูล เมื่อปี ๑๙๙๕ (พ.ศ.๒๕๓๘) พบว่าร้อยละ ๘๓ ของประชากรที่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีสุขภาพจัดอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (Excellent)⁶ ส่วนระบบการบริการสุขภาพในแต่ละรัฐ (State) เป็นความรับผิดชอบของรัฐเอง แต่ละรัฐอาจมีรูปแบบที่แตกต่างกันไป ประชาชนสามารถเลือกผู้ให้บริการปฐมภูมิ (General Practitioner-GP) ได้โดยอิสระ รัฐพยายามลดจำนวนผู้ป่วยซึ่งแออัดที่

⁶ อายุขัยเฉลี่ยประชากรชาย ๗๖ ปี หญิง ๘๒ ปี การตายก่อนวัยอันควร มีสามเหตุผลจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ โรคมะเร็ง และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ โดยมีอัตราการตายด้วยโรคเหล่านี้ในปี ๑๙๙๕ เป็น ๖๕๓, ๒๖๗ และ ๑๘๒ ต่อแสนประชากรตามลำดับ โรคติดเชื้อยังเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ คือ อัตราตายด้วยโรคติดเชื้อ ปี ๑๙๙๐ เป็น ๒.๘ ลดลงเป็น ๑.๕ ในปี ๑๙๙๕ ในกลุ่มนี้มีผู้ติดเชื้อ HIV ๓๕๒ ต่อประชากรล้านคน

โรงพยาบาลโดยไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลโดยไม่ผ่านการส่งต่อจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ซึ่งจะมีบางคนหลีกเลี่ยงโดยการไปรับบริการฉุกเฉินแทน⁷

๒.๓.๑ Medical Benefit Scheme (MBS) ของเครือรัฐออสเตรเลียจะประกอบไปด้วยข้อสังเกตที่สำคัญ ๑๐ ประการดังต่อไปนี้

๑) รัฐบาลกลางออกกฎหมายหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนทุกคนได้รับความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งครอบคลุมการรักษาเกือบทุกประเภท ยกเว้นบริการทางการแพทย์บางอย่างไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เช่น เรื่องบริการทันตกรรมบางอย่างในผู้ใหญ่ เป็นต้น ทั้งนี้ประชาชนต้องร่วมจ่ายส่วนหนึ่ง (co-payment)

๒) ประชาชนสามารถซื้อประกันสุขภาพเอกชนให้ครอบคลุมทั้งส่วนที่รัฐครอบคลุมและส่วนที่รัฐไม่ครอบคลุมได้ (มีจำนวนประมาณร้อยละ ๔๕ ของประชากร)

๓) มีการทำสัญญา ๓ ปี ระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นที่จะให้บริการแก่ประชาชนตามเงื่อนไขที่ระบุในข้อตกลง (Australian Health Care Agreements - AHCA's)

๔) งบประมาณส่วนใหญ่มาจาก Common Wealth Government และ State Government สมทบ

๕) งบประมาณที่แต่ละรัฐได้รับจะจัดสรรให้กับสถานพยาบาลดำเนินการตามลำดับความสำคัญของพื้นที่ของรัฐบาลกลาง และภายใต้นโยบายของแต่ละรัฐ และการบริการสุขภาพแต่ละประเภท (Area Health Service) ใช้หลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับประชากรเป็นหลัก (เช่น อายุ เพศ ชนกลุ่มน้อย รายได้ ฯลฯ) โดยมีสูตรการจัดสรรที่แน่นอน แต่ไม่ได้ใช้สูตรแบบเดียวกันในทุกรัฐ

๖) เมื่อประชาชนป่วยและไปรับการรักษาที่แพทย์ (แบบผู้ป่วยนอก) รัฐบาลกลางจะช่วยจ่ายค่าธรรมเนียมแพทย์ร้อยละ ๘๕ ของอัตราที่กำหนดโดยรัฐบาลกลาง (แพทย์ส่งหลักฐานบิลจากรัฐบาลกลาง) และประชาชนต้องร่วมจ่ายอีกร้อยละ ๑๕ หากแพทย์คิดค่าธรรมเนียมไม่เกินอัตราที่กำหนด ประชาชนจะจ่ายเฉพาะส่วนที่ต้องร่วมจ่าย (ไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของค่าธรรมเนียม) แต่หากแพทย์คิดค่าธรรมเนียมเกินกว่าอัตราที่รัฐบาลกลางกำหนดประชาชนต้องจ่ายเต็มราคา (ที่แพทย์เรียกเก็บ) แล้วไปขอเบิกจากหน่วยงานของรัฐบาลกลางที่อยู่ใกล้ ซึ่งก็จะได้อีก (ไม่เกินร้อยละ ๘๕ ของราคากลาง) กรณีเช่นนี้เป็นความตั้งใจของรัฐบาลที่ไม่ต้องการให้ประชาชนไปปรึกษาแพทย์ที่คิดค่าธรรมเนียมแพง เพราะจะต้องจ่ายเต็มราคาไปก่อนแล้วเบิกคืนที่หลังแทนที่จะจ่ายเพียงเล็กน้อย และแพทย์เองหากต้องการให้ประชาชนมารับบริการของตน ต้องคำนึงถึง

⁷ กลุ่มสนับสนุนและการพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (๒๕๔๖) “ไปดูการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่เครือรัฐออสเตรเลีย”

ค่าธรรมเนียมแพทย์ ปัจจุบันมีแพทย์ร้อยละ ๖๘ ที่ไม่เรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ป่วยเพิ่มเติม โดยยอมเรียกเก็บจากรัฐบาลเพียงร้อยละ ๘๕ ของอัตราที่กำหนดเท่านั้น เพื่อดึงดูดให้ประชาชนยังคงมาใช้บริการกับตน อย่างไรก็ตามยังมีแพทย์อีกจำนวนหนึ่งที่เรียกเก็บค่าธรรมเนียมบางส่วนจากประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมืองใหญ่ที่มีความเจริญ เช่นรัฐ Victoria จำนวนแพทย์ที่ยอมเรียกเก็บจากรัฐอย่างเดียวกั้เพียงแค่ร้อยละ ๘๕ ของอัตรากลางนั้นมีน้อยลง เป็นสาเหตุให้ประชาชนต้องร่วมจ่ายเพิ่มมากขึ้น

๓) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน สามารถเบิกคืนได้จากรัฐบาลกลางร้อยละ ๗๕ (ใช้ราคามาตรฐานกลาง)

๔) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน คือ นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลของรัฐไม่ต้องจ่ายค่ารักษาเพิ่มเติมแต่อย่างใด ยกเว้นหากต้องการบริการพิเศษ เช่น โทรทส์ หรือต้องการเลือกแพทย์ หรือบริการพิเศษอื่นๆ (มีในโรงพยาบาลของรัฐบางแห่ง)

๕) รัฐสนับสนุนงบประมาณด้านยาในโครงการ MBS ในปี ๒๐๐๐-๒๐๐๑ ประมาณร้อยละ ๘๓.๗

๑๐) โครงการนี้ประชาชนเห็นด้วยถึงร้อยละ ๘๓ ในปี ๒๐๐๐

๒.๓.๒ Pharmaceutical Benefits Scheme เป็นโครงการที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงยาที่จำเป็นในราคาที่เหมาะสม โดยประชาชนจ่ายค่ายาเพียงร้อยละ ๒๕ ของราคา (รัฐบาลจ่ายร้อยละ ๗๕) ปัจจุบันค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว รัฐบาลกำลังทบทวนโครงการเพื่อให้สามารถดำเนินการต่อไปได้ด้วยความสะดวกเหมาะสม

๒.๓.๓ Private Health Insurance รัฐบาลกลางพยายามจูงใจให้ประชาชนมีประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนมากขึ้น เป็นการประกันเพิ่มเติมจากหลักประกันขั้นพื้นฐานที่ได้จากรัฐบาลอยู่แล้ว ทั้งนี้เพื่อแก้ปัญหาการบริการที่ล่าช้าของโรงพยาบาลรัฐ เนื่องจากแพทย์มีจำนวนไม่เพียงพอในการให้บริการ โดยผู้ป่วยสามารถใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนได้ ซึ่งมีการบริการที่เร็วขึ้น และรัฐบาลก็สนับสนุนน้อยลง^๘ มาตรการในการจูงใจเช่น เบิกค่าธรรมเนียมคืนได้ร้อยละ ๓๐ ผู้มีรายได้สูงหากไม่ทำประกันเอกชนเพิ่มเติมจะถูกคิดภาษีเงินได้เพิ่มอีกร้อยละ ๑ รวมทั้ง

^๘ รายจ่ายด้านสุขภาพของภาคเอกชน ปี ค.ศ. ๒๐๐๐ – ๒๐๐๑ คิดเป็นเงิน ๑๖.๖ พันล้านเหรียญเครือรัฐออสเตรเลีย (รายจ่ายประจำ) โรงพยาบาลเอกชน ๑๘%, โรงพยาบาลของรัฐ ๗% สถานดูแลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแล ๖%, การบริการด้านการแพทย์ ๑๑%, การบริการสาขาวิชาชีพด้านอื่นๆ ๑๒%, ผลิตภัณฑ์ยา ๑๘%, และอื่นๆ ๑๘%

ประชาชนที่ไม่ทำประกันเอกชนหากอายุเกิน ๓๐ ปีไปแล้วค่อยทำประกันจะถูกคิดค่าเบี้ยประกันเพิ่มเติมอีกร้อยละ ๑.๕ ต่อปี แต่หากทำก่อนก็จะไม่ถูกเรียกเก็บเพิ่มอีกเลยตลอดชีวิต

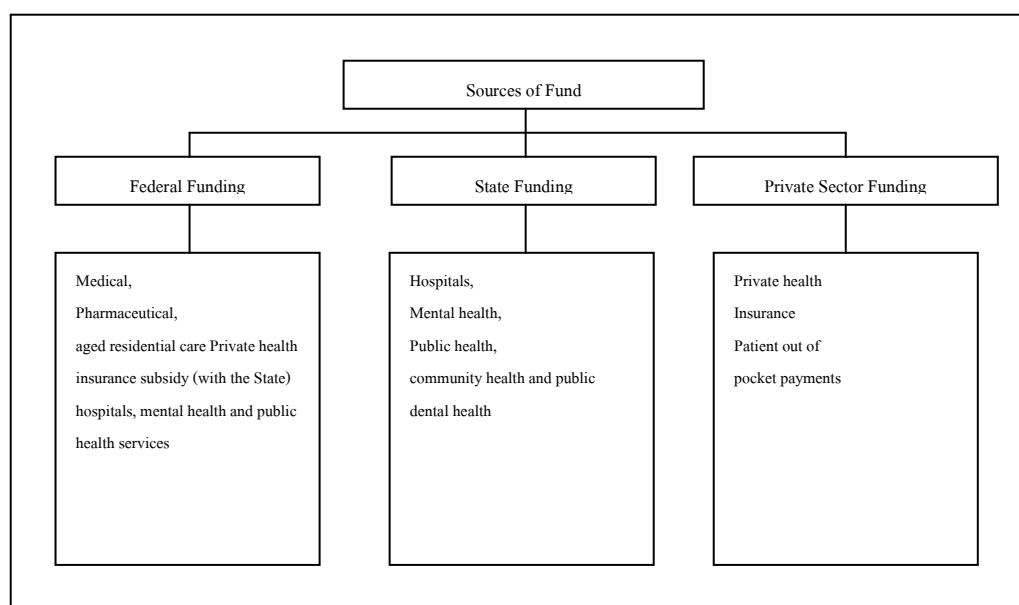
อย่างไรก็ตาม ผลของมาตรการต่างๆ ยังไม่ชัดเจนว่าเป็นที่น่าพอใจ เพราะหลังจากมีมาตรการดังกล่าวออกมา ประชาชนมีการทำประกันเพิ่มเติมไม่มากนัก ผู้มีประกันเอกชนเพิ่มจากร้อยละ ๓๒ ในปี ๒๐๐๐ เป็นร้อยละ ๔๔.๕ ในปี ๒๐๐๑

๒.๓.๔ การบริหารและบริการสาธารณสุข ในที่นี้ได้อธิบายโดยแบ่งเป็น ๒ ส่วนหลักๆ ดังต่อไปนี้ คือ ระบบบริหารงานด้านสาธารณสุข และระบบบริการสาธารณสุข (healthcare system)

๑) ระบบบริหารงานด้านสาธารณสุขของเครือรัฐออสเตรเลียอาจแบ่งได้เป็น ๓ ส่วนใหญ่ ดังต่อไปนี้

- **พื้นที่การบริการสุขภาพ (Area Health Services)** รูปแบบในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในแต่ละรัฐจะมีความแตกต่างกันไปตามนโยบายของแต่ละรัฐ รัฐ New South Wales จะมีพื้นที่การบริการสุขภาพทั้งหมด ๑๗ พื้นที่ ในพื้นที่การบริการสุขภาพมีเขตย่อยๆ ที่เรียกว่า ภาค (sectors) ในแต่ละภาคจะมีโรงพยาบาลในความรับผิดชอบ และบางพื้นที่มีการตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนด้วย (Community Health Centers)

รูปที่ ๓.๔ แหล่งเงินทุนสำหรับการบริการสุขภาพของเครือรัฐออสเตรเลีย



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๖: ๒๒.

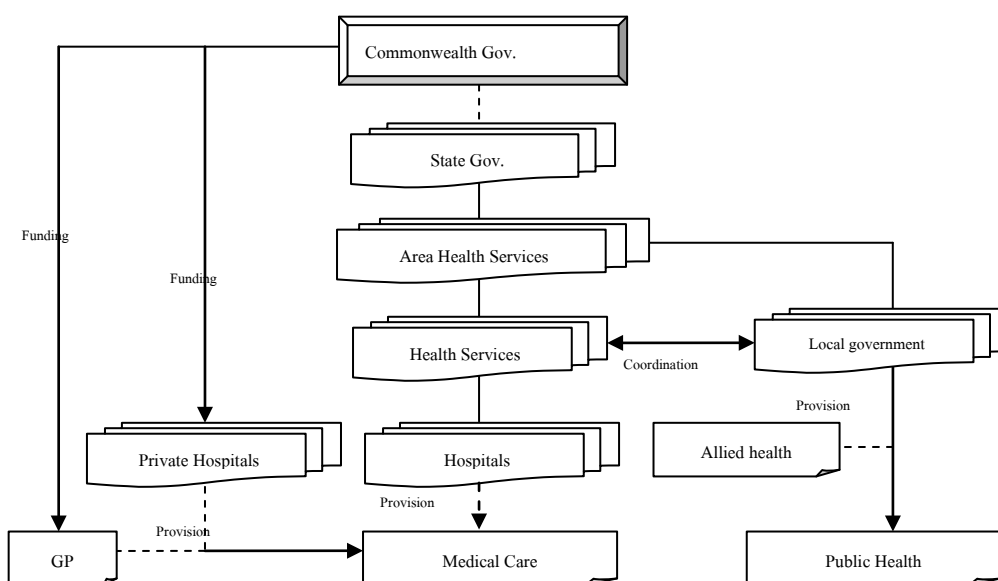
- คณะกรรมการพื้นที่บริการสุขภาพ (Area Health Board): ในรัฐ New South Wales (NSW) แต่ละพื้นที่บริการสุขภาพจะมีการบริหารงานในรูปคณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก ๑๒ คน เลือกโดยบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมดในพื้นที่บริการสุขภาพนั้นๆ อีก ๑ คนจ้างโดยรัฐมาทำหน้าที่ CEO ของพื้นที่บริการสุขภาพ และเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง ที่เหลืออีก ๑๐ คน สรรหาโดยความสมัครใจ ทั้งหมดจะได้รับการแต่งตั้งโดยรัฐ มีวาระการทำงานของคณะกรรมการ ๔ ปี คณะกรรมการนี้ดูเหมือนว่าบทบาทไม่มากนัก CEO ทำทั้งเรื่องการวางแผนการจัดสรรงบประมาณที่ได้จากรัฐบาลกลาง (Commonwealth Government หรือ Federal) และรัฐไปให้หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโครงการหลักประกันสุขภาพที่เรียกว่า 'Medicare' ส่วนรัฐ Victoria มีการจัดเขตสาธารณสุขคล้ายกัน อยู่ภายใต้การดูแลของ Department of Human Services ของรัฐ Victoria ในรัฐ Victoria นี้ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น ๕ ภาค (regions) โดย ๕ ภาคเป็นเขตชนบท และ ๔ ภาคเป็นเขตเมืองที่เรียกว่า metropolitan เมือง Melbourne ซึ่งแบ่งเป็น ๑๒ Metropolitan Health Services (MHS) แต่ละ MHS มีคณะกรรมการบริหารจำนวน ๖-๘ คน มีวาระ ๓ ปี ประธาน คณะกรรมการแต่งตั้งโดยรัฐ มีการประชุมคณะกรรมการทุกเดือน มีการวัดผลการทำงานของ MHS โดยกำหนดตัวชี้วัด (KPIs) และมี Key Result Areas ในการกำหนดแนวทางการประเมิน และจะมีโบนัสพิเศษสำหรับ MSH ที่มีผลงานดี ส่วน Australia Capital Territory ไม่มีเขตพื้นที่การบริการสุขภาพ เพราะพื้นที่เล็กอยู่แล้วมีโรงพยาบาล ๕ แห่ง เป็นของรัฐ ๑ แห่ง และเป็นของเอกชน อีก ๒ แห่ง ที่นี้แม้ว่าจะเป็นที่ตั้งของเมือง Canberra ซึ่งเป็นเมืองหลวง แต่มีความอิสระน้อยกว่ารัฐใหญ่ (State)

- Australian Health Ministers' Conference (AHMC) ในระบบการบริหารงานของเครือรัฐออสเตรเลียจะมี Council of Australian Government (COAG) ซึ่งประกอบด้วยนายกรัฐมนตรี นายของ State/Territories (COAG) ซึ่งประกอบด้วย นายกรัฐมนตรี, นายของ State/Territories และประธานของ Australian Local Government Association ที่จะต้องมาประชุมกันในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งนี้มีองค์การหรือสภาที่รัฐบาลตั้งขึ้นมามีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสื่อสารและการเจรจาระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐและ Territories หรือที่เรียกว่า COAG ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า ๔๐ คณะเรียกว่า Commonwealth-State Ministerial Council ซึ่งเป็นคณะย่อย และด้านสาธารณสุขก็เป็น ๑ ใน ๔๐ คณะนี้ซึ่งจะต้องมีการประชุม Australian Health Ministers' Conference (AHMC) AHMC จะเป็นเวทีที่รัฐมนตรีด้านสาธารณสุขจากรัฐบาล

⁹ กรรมการได้รับค่าตอบแทน โดยประธานได้รับ ๒๐,๐๐๐ AUSS กรรมการได้รับ ๑๐,๐๐๐ AUSS ต่อปี (แต่ละ State ตอบแทนไม่เหมือนกัน) ในส่วนของ CEO นั้น ทราบแต่เพียงเลขาฯ ว่าค่าจ้างน่าจะอยู่ราวๆ ๒๐๐,๐๐๐ AUSS ต่อปี

กลาง รัฐ Territories, และจากนิวซีแลนด์มาแลกเปลี่ยน วิเคราะห์ประเด็นสำคัญ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและการจัดบริการสาธารณสุขด้านต่างๆ

รูปที่ ๓.๕ โครงสร้างระบบการบริหารสาธารณสุขของรัฐ New South Wales



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๖: ๒๔.

๒) ระบบบริการสาธารณสุข (Health Care System)

การจัดระบบบริการสาธารณสุขจะอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐทั้งหมด โดย General practitioner จะเป็นผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะเป็นภาคเอกชนและได้รับการสนับสนุนงบประมาณโดยตรงจากรัฐบาลกลางตามปริมาณการรักษาผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจที่คลินิก โดยแพทย์เขียนใบสั่งยาให้ผู้ป่วยไปซื้อที่ร้านขายยาเอง สำหรับโรงพยาบาลซึ่งให้บริการ secondary care ส่วนใหญ่ประมาณ ๒/๓ เป็นของรัฐ (State) งบประมาณในการดำเนินงานของโรงพยาบาลมาจากรัฐบาลกลางประมาณร้อยละ ๕๐ รัฐร้อยละ ๕๐

- ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care): Primary Care ในความหมายของประเทศเครือรัฐออสเตรเลีย หมายถึง การบริการทางการแพทย์ที่กระทำนอกโรงพยาบาลทั้งหมด เช่น แพทย์รักษาผู้ป่วยในคลินิก หรือการให้วัคซีนแก่เด็ก เป็นต้น ซึ่งต่างจากความหมายที่ใช้กันใน

ประเทศไทยที่หมายรวมถึงกิจกรรมด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ไม่ซับซ้อนและยังรวมถึงกิจกรรมด้านสุขภาพที่ดำเนินการในชุมชนทั้งจากประชาชนเอง อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น แพทย์ที่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป General Practitioner (GP) มีประมาณ ร้อยละ ๕๐ ของแพทย์ทั้งหมด และส่วนใหญ่อีกมีคลินิกเป็นของตนเอง

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่เครือรัฐออสเตรเลีย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๖) รัฐ New South Wales และรัฐ Victoria มีความพยายามในการจัดบริการในลักษณะศูนย์บริการเพื่อให้ประชาชนมาใช้บริการ ซึ่งที่รัฐ Victoria นั้นทำได้ดีโดยมี Community Health Service Site มีบริการหลายๆ อย่างในลักษณะสหสาขาแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบทั้งในและนอกสถานบริการ ซึ่งประชาชนก็มีความพอใจ และแพทย์ที่มาทำหน้าที่ก็สะดวกเพราะไม่ต้องลงทุนเปิดคลินิกเอง ไม่ต้องบริหารงานให้ยุ่งยาก แพทย์บางส่วนก็พอใจที่ได้ทำงานร่วมกับสาขาอื่นๆ ในแบบองค์รวมและสหสาขารูปแบบในการดำเนินงานของ Community Health Service นั้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละรัฐ ส่วนในเรื่องของ Primary Care Partnerships (PCPs) แพทย์ในบางพื้นที่ที่ใกล้เคียงกันประมาณ ๒-๓ เขตเทศบาลมีการรวมตัวกันโดยความสมัครใจเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบโดยมีการวางแผนงานร่วม และพยายามให้มีการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะผสมผสานร่วมกันหลายสาขา ทั้งนี้อาจมีองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการบริการหลายหน่วยงานมาร่วมอยู่หรือช่วยนี้

- โรงพยาบาล (การบริหารทุติยภูมิและตติยภูมิ) โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังเป็นของรัฐ ได้รับงบประมาณทั้งจากรัฐบาลกลางและรัฐ ขนาดของโรงพยาบาลจะแตกต่างกันไปและการบริการก็แตกต่างกันมากเช่นเดียวกัน มีตั้งแต่โรงพยาบาลขนาดเล็กมีเตียงเพียง ๖ เตียง (โดยมี CEO และ director of nursing เพียง ๒ คน เท่านั้นที่เป็นพนักงานประจำนอกนั้นเป็นพนักงาน part time ทั้งหมด) ไปจนถึงโรงพยาบาลขนาด ๙๐๐ เตียง มีแพทย์ ๙๐๐ คน หรืออาจใหญ่กว่านั้น เช่นที่ Prince Alfred Hospital ในรัฐ NSW ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีการสอนนักเรียนแพทย์ด้วย

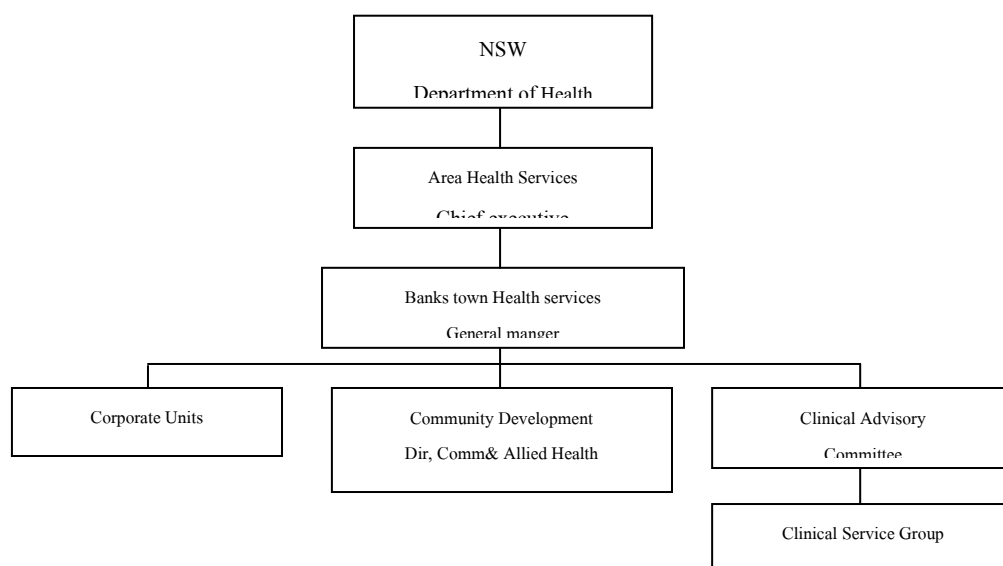
- มหาวิทยาลัยที่มีคณะแพทย์ทั้งหมดไม่มีโรงพยาบาลของตนเองแต่จะใช้โรงพยาบาลของรัฐเป็นที่ฝึกอบรมซึ่งอาจใช้โรงพยาบาลหลายแห่งสำหรับคณะแพทย์ ๑ แห่ง
- โรงพยาบาลเอกชน มีประมาณ ๑ ใน ๓ ของโรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งส่วนมากจะเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กให้การรักษผู้ป่วยที่ไม่สลับซับซ้อนและมักจะให้บริการผ่าตัดขนาดเล็กเนื่องจากไม่ต้องลงทุนสูงและยังได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งจากรัฐบาลกลางด้วย ซึ่งเป็นนโยบายของรัฐบาลกลางอยู่แล้วที่ต้องการให้ประชาชนมาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนให้มากขึ้นเพื่อแก้ปัญหการรอคอยที่ยาวนานในโรงพยาบาลของรัฐ

- การปฏิรูประบบบริการในโรงพยาบาลของรัฐ บางรัฐกำหนดให้โรงพยาบาลต่างๆ ที่อยู่ในพื้นที่การบริการสุขภาพเดียวกันต้องบริหารงานร่วมกันเป็นเสมือนโรงพยาบาลเดียวกันเพื่อเกิดประสิทธิภาพสูงสุด เช่นที่ NSW แต่ในบางรัฐโรงพยาบาลมีการรวมตัวกันด้วยความสมัครใจร่วมกันวางแผนการบริหารทรัพยากรซึ่งอาจรวมไปถึง community Health Centre ด้วย เช่น ที่ Barwon Health Region รัฐ Victoria ในระยะ ๑๐ กว่าปีมานี้ มีการปฏิรูประบบบริการของโรงพยาบาลของรัฐ ในรัฐ New South Wales จากเดิมที่แบ่งเป็นแผนกตามความถนัดของแพทย์ เช่น แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม ฯลฯ มาเป็นแบบกลุ่มประเภทบริการลักษณะเดียวกัน เช่น Cancer services ไม่ว่าจะเป็นมะเร็งชนิดใดก็อยู่แผนกบริการเดียวกัน ไม่ต้องกระจายไปอยู่ตามแผนกต่างๆ เป็นการสิ้นเปลือง ทั้งยังเป็นการจัดกลุ่มบริการตามความจำเป็นของผู้ป่วยให้สะดวกมากที่สุด ทั้งนี้ผลจากการปฏิรูประบบ ดังกล่าวทำให้ประหยัดต้นทุนต่างๆ ลงได้มาก การเปลี่ยนแปลงนี้ทำในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งใน NSW ไม่มีการบริหารแยกเป็นโรงพยาบาลแต่ละแห่งใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งหมดทุกโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และมีการแข่งขันกันพัฒนาความเป็นเลิศในการบริการเฉพาะด้านอย่างเป็นระบบ ในส่วนของโรงเรียนแพทย์ได้มีการปรับตัวด้านหลักสูตรการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เนื่องจากไม่มีการแบ่งแผนกแบบเดิมขณะนี้ยังไม่มีติดตามผลที่ชัดเจนเนื่องจากบัณฑิตแพทย์แนวใหม่รุ่นแรกเพิ่งจบมาได้ ๑ ปี อย่างไรก็ตามการเรียนเพิ่มเติมเพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ก็ยังคงเป็นไปในแบบเดิม

ในช่วง ๓ ปี ที่ผ่านมามีความพยายามเป็นแนวทางเดียวกันกับ ญี่ปุ่น ที่มีความพยายามที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น มีตัวแทนของชุมชน ซึ่งประชาชนคัดเลือกกันเองเข้ามาอยู่ในคณะกรรมการต่างๆ ที่พื้นที่บริการสุขภาพตั้งขึ้น ทางด้านพื้นที่บริการสุขภาพจะมีคณะกรรมการตั้งโดยรัฐ และคณะกรรมการชุดนี้จะตั้งผู้จัดการ (general manager) มาทำหน้าที่บริหารพื้นที่บริการสุขภาพ ซึ่งมีโรงพยาบาลอยู่ภายใต้การดูแลด้วย การจัดทำงบประมาณเป็นรอบ ๓ ปี โดยรัฐจะมีบทบาทในการวางแผน เช่น กำหนดว่าโรงพยาบาลใดจะมีหน้าที่หลักเรื่องใด โรงพยาบาลใดจะเป็นที่สอนนักศึกษาแพทย์เป็นต้น สำหรับการจัดหาบริการด้านการแพทย์ใหม่ๆ สำหรับบริการประชาชนนั้นพื้นที่บริการสุขภาพตัดสินใจได้เอง โดยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง ทั้งนี้ การจัดหาบริการใหม่ๆ มาเพื่อดึงดูดประชาชนให้มารับบริการมากขึ้นเพื่อให้โรงพยาบาลมีรายได้มากขึ้น ลักษณะที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ แพทย์ที่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) มีการรวมตัวกันเป็นองค์กร (เรียกว่า Division) ได้รับการสนับสนุนงบประมาณบางส่วนจาก commonwealth และจากพื้นที่บริการสุขภาพ โดยจัดให้มีกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิก เช่น การศึกษาต่อเนื่อง เป็นต้น ความสนใจในการเข้ามามีส่วนร่วมของ GP ในแต่ละเขตมีไม่

เท่ากัน บางแห่งได้รับความสนใจมาก บางแห่งก็น้อยเพียงร้อยละ ๔๓ ของ GP ในเขตเท่านั้น ในส่วนของ Home care เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่รัฐบาลต้องการให้ประชาชนได้รับการดูแลที่บ้านมากขึ้น ไม่ต้องการให้มาที่โรงพยาบาลมากเกินไป เพราะค่าใช้จ่ายสูง แต่ก็ไม่มีงบประมาณเพียงพอ อีกทั้งปัจจุบันทั้งแพทย์ GP และพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นสตรีเริ่มมีความไม่ปลอดภัยมากขึ้น รวมทั้งค่าตอบแทนไม่จูงใจพอ จึงทำให้บริการแบบ Home care ไม่ค่อยประสบความสำเร็จมากนัก

รูปที่ ๓.๖ โครงสร้างการบริหารงานของ Area Health Service (Bankstown)



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๖: ๓๑.

Australian Health Care Agreements (AHCAs) เป็นข้อตกลงที่รัฐบาลกลางทำร่วมกับแต่ละรัฐ และมีการเจรจาในการทำข้อตกลงใหม่ทุก ๓ ปี โดยรัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณร้อยละ ๕๐ ให้กับรัฐเป็นงบประมาณสำหรับโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งการทำข้อตกลงนี้จะกำหนดตัวชี้วัด ผลงานและเป้าหมายการบริการไว้ทั้งนี้การจัดสรรทรัพยากรในรัฐนั้น รัฐมีอำนาจเต็มที่ในการจัดสรรทรัพยากรไปโรงพยาบาลต่างๆ ได้ตามความเหมาะสม

ในส่วนของบทบาทของหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Government) ยังไม่มีบทบาทด้านการบริการทางการแพทย์โดยตรง แต่จะมีบทบาทความรับผิดชอบด้านสาธารณสุข เช่น การจัดเคหะชุมชน จัดระเบียบเมือง สุขาภิบาลและสุขอนามัยทั่วไป ความปลอดภัยของอาหาร สิ่งแวดล้อม เรื่องการเฝ้าระวังน้ำสะอาดการเก็บขยะ ความสะอาดทั่วไปของบ้านเรือนถนนหนทาง

สวนสาธารณะและที่พักผ่อนหย่อนใจของประชาชน เป็นต้น ในรัฐ Victoria นั้นเทศบาลจะมีบทบาทด้านการสาธารณสุขมากกว่าที่อื่นๆ เช่นที่ Dianella Community Health ที่ต้องฉันทันกับประชาชนระดมทุนสร้างโรงพยาบาลและ ที่สำหรับ GP ในที่เดียวกัน สามารถให้บริการต่างๆ อย่างครอบคลุม และ Darebin City Council เป็นท้องถิ่นอีกแห่งที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุขมากโดยให้บริการต่างๆ เช่น อนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health) รวมทั้งการบริการในชุมชน (Community Health) เป็นต้น โดยทั่วไปแล้ว การบริการสาธารณสุขที่เป็นเรื่องใหญ่ๆ ที่ลงทุนสูง และเกี่ยวข้องกับพื้นที่ทั้งหมดในรัฐเป็นเรื่องที่รัฐต้องรับผิดชอบดำเนินการได้แก่ การจัดหาน้ำสะอาด ไฟฟ้า โทรคมนาคม และการบำบัดน้ำเสีย ทั้งนี้โดยรัฐอาจดำเนินการเองหรือจ้างบริษัทเอกชนมาดำเนินการ

ส่วนระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของเครือรัฐออสเตรเลีย นั้น ในหน่วยงานแต่ละระดับ และแต่ละองค์การจะมีการจัดการด้านข้อมูลข่าวสารเป็นของตนเอง ทั้งนี้อาจใช้ข้อมูลปฐมภูมิของตนเองหรือใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งข้อมูลอื่นมาประกอบในการสรุปงานและการวางแผนต่างๆ จะเห็นได้จากการเยี่ยมชมแต่ละแห่งจะมีการสรุปผลงานบางด้านให้คณะดูงานได้ทราบอยู่เสมอ อย่างไรก็ตามหน่วยงานในระดับล่างมักจะใช้ข้อมูลจากระดับบนที่สรุปผลงานในภาพรวมเพื่ออ้างอิง และทำเพิ่มเติมในส่วนที่ข้อมูลภาพกว้างไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการได้เพียงพอ

ส่วนของการจัดการระบบข้อมูลด้านสาธารณสุขระดับชาตินั้น รัฐบาลเครือรัฐออสเตรเลียได้ตั้ง The Australian Institute of Health and Welfare ขึ้น โดยตรากฎหมายเฉพาะเป็นองค์กรอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ โดยให้มีหน้าที่ในการจัดทำรายงานสถานะสุขภาพของประชาชนให้แก่รัฐสภาทราบ ทุก ๒ ปี และหน่วยงานต่างๆ ก็จะใช้ข้อมูลจากสถาบันแห่งนี้เป็นมาตรฐานในการอ้างอิง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสถาบันจะได้ยอมรับกันอย่างเป็นทางการ แต่หน่วยงานนี้ไม่มีอำนาจในการสั่งการให้หน่วยงานใดที่เกี่ยวข้องต้องส่งข้อมูลหรือรายงานให้ทราบแต่เป็นการขอความร่วมมือ บางครั้งก็ไม่ได้ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมักจะไม่ค่อยให้ข้อมูลเนื่องจากยังมีความคิดว่าการเปิดเผยข้อมูลนั้นจะเป็นผลเสียทางธุรกิจของตนเอง

Population-based Funding Approaches จากข้อมูลที่น่าเสนอโดยกลุ่มสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ในหนังสือเรื่อง “ไปดูการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่เครือรัฐออสเตรเลีย” ได้ระบุไว้ว่า รัฐบาลกลางจัดงบประมาณสำหรับ GP ในการให้บริการ primary care แก่ประชาชน โดยรัฐบาลกลางจะจัดงบประมาณสำหรับการให้บริการด้านสุขภาพทั้งหมดเป็นก้อนใหญ่ซึ่งจะมีคณะกรรมการระดับชาติทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณให้กับแต่ละด้าน เช่นด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา เป็นต้น ในขั้นนี้คล้ายกับว่าจะมีหลักเกณฑ์ในการจัดสรรต่อหัวประชากรเช่นกัน แต่ก็ไม่ได้ใช้แบบจริงๆ ส่วนหนึ่งยังพิจารณาจาก

งบประมาณที่เคยได้ในปีก่อนๆ ซึ่งบางรัฐจะได้รับงบประมาณต่อหัวประชากรสูงกว่าที่อื่นตามความจำเป็น เช่น Northern Territory มีประชากรประมาณร้อยละ ๒ ของประชากรทั้งหมด แต่ได้รับงบประมาณเป็นสัดส่วนร้อยละ ๔ ของงบประมาณด้านสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งมีความเหมาะสม เพราะเขตนี้มีประชากรที่เป็นชนพื้นเมืองมากและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่ารัฐอื่น พื้นที่กว้างและมีความกันดารทำงานยากลำบาก จากนั้นกระทรวงสาธารณสุขจะจัดแบ่งงบประมาณออกเป็น ๒ ส่วนใหญ่ๆ ส่วนแรก รัฐบาลกลางใช้เองโดยเก็บไว้จ่ายในโครงการที่รัฐบาลกลางต้องรับผิดชอบ เช่น โครงการ MBS, PBS, DVA และ Residential aged care สำหรับการจัดสรรงบประมาณส่วนที่ ๒ จัดสรรมาที่รัฐเพื่อใช้ในการสนับสนุนโรงพยาบาล ทั้งนี้การจัดสรรภายในรัฐก็แตกต่างกันไป สำหรับรัฐ NSW นั้น ใช้สูตรในการคำนวณที่เรียกว่า Resource Distribution Formula (RDF) ใช้องค์ประกอบต่างๆ ในการคำนวณเพื่อให้มีการกระจายงบประมาณอย่างเป็นธรรมสำหรับพื้นที่ต่างๆ แล้วจัดสรรงบประมาณไปยังพื้นที่บริการสุขภาพซึ่งจะเป็นผู้บริหารงบประมาณสำหรับโรงพยาบาลทั้งหมดในเขตต่อไป

WIES Targets and Casemix รัฐ Victoria โดย Department of Human Services ได้พัฒนาวิธีการจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลมาตั้งแต่ราวปี ๑๙๙๒ และมีการพัฒนาให้เหมาะสมเรื่อยมา กล่าวกันว่าเป็นรูปแบบที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งของโลก ซึ่งมีแนวทางการจัดสรรงบประมาณเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพสูงสุด (Technical efficiency)
- มีความเท่าเทียมกันตามความจำเป็น (Equality)
- กระตุ้นให้สถานพยาบาลจัดบริการให้ได้ดีที่สุดทั้งปริมาณและคุณภาพ (Allocative efficiency)
- ให้ประชาชนมีทางเลือกมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Consumer choice)

การจัดสรรงบประมาณต้องสะท้อนความจำเป็นที่แท้จริงของหน่วยงานตามภาระที่แท้จริงในการให้บริการแก่ประชาชน และต้องสามารถวัดความสำเร็จของงานได้ด้วย ซึ่งเปลี่ยนแปลงจากระบบเดิมที่การจัดสรรตามที่เคยใช้ในปีที่ผ่านมาเป็นเกณฑ์ ระบบ “Casemix” ใช้น้ำหนักสัมพัทธ์หรือหน่วยสัมพัทธ์ที่ให้กับกลุ่มโรคแต่ละประเภทซึ่งมีความยากง่ายและใช้ทรัพยากรไม่เท่ากัน โดยสามารถเปรียบเทียบได้ว่าโรงพยาบาลแห่งใดมีภาระมากน้อยเท่าใดและเป็นสัดส่วนเท่าใดของภาระงานทั้งหมดในระบบ เมื่อเอาปริมาณงานในแต่ละกลุ่มโรค คูณด้วยน้ำหนักสัมพัทธ์ของแต่ละกลุ่มโรค จะได้น้ำหนักรวมของแต่ละกลุ่มโรคมาบวกกันทั้งหมดจะได้ภาระงานรวมของโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลในเขต จากนั้นนำมาหางบประมาณที่มีอยู่ก็จะได้จำนวนเงินต่อ ๑ หน่วยสัมพัทธ์ เมื่อคูณกับจำนวนหน่วยภาระงานที่แต่ละโรงพยาบาลทำได้ก็จะได้จำนวนงบประมาณของแต่ละแห่งซึ่งจะเกิดความเป็นธรรมเพราะจัดตามภาระงานอย่างแท้จริง ส่วน

WIES คือการคำนวณจำนวนเงินต่อน้ำหนักสัมพัทธ์นั้น โดยใช้วิธีการที่เรียกว่า Weighted Inline Equivalent Separations ซึ่งเป็นวิธีการที่ซับซ้อนและใช้ตัวแปรต่างๆ ร่วมกับวิธีการทางสถิติ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมอย่างแท้จริง แนวคิดและวิธีการนี้น่าจะเป็นประโยชน์ในการนำมาปรับใช้กับประเทศไทยต่อไป

การมีส่วนร่วมของประชาชน หรือความตื่นตัวของประชาชนหรือจะเรียกว่าผู้บริโภคได้นั้น ใน เครือรัฐ ออสเตรเลียมีการเคลื่อนไหวและมีการรวมตัวกันอย่างเข้มแข็งมายาวนาน ประกอบกับในระยะหลังภาครัฐเองก็มีนโยบายที่ต้องการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆ ให้มากขึ้น จึงเกิดกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมโดยทั่วไป แต่กว่าจะมาถึงระดับนี้ได้ก็มีการพัฒนาการมายาวนาน เชื่อกันว่าการมีส่วนร่วมจากประชาชนจะเป็นหนทางสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพ The Commonwealth Department of Health and Aging ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เช่นกัน โรงพยาบาลต่างๆ มีความพยายามให้เกิดการมีส่วนร่วมจากประชาชนในรูปแบบต่างๆ และหน่วยที่จะคอยให้ความช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำแก่ประชาชนที่ประสบปัญหาในการรับบริการ บางโรงพยาบาลจะมีประชาชนที่เป็นอาสาสมัครเข้ามาช่วยเหลือกิจการต่างๆ ของโรงพยาบาล เช่นที่ Geelong Hospital มีอาสาสมัครถึง ๕๐๐ คน ช่วยในกิจกรรมต่างๆ¹⁰ งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานนี้ส่วนใหญ่เป็นงบประมาณของโรงพยาบาลเองและบางส่วนได้จากการหาทุนโดยอาสาสมัครของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลก็พยายามหารายได้ ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ขายหนังสือเก่าที่ได้รับการบริจาคจากประชาชน เป็นต้น

National Resource Centre for Consumer Participation in Health เป็นหน่วยงานอิสระที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก The Commonwealth Department of Health and Aging ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน ในการบริการสาธารณสุข ในมิติต่างๆ หน่วยงานแห่งนี้ได้ผลิตเอกสารเผยแพร่ความรู้และสร้างความเข้าใจในการสร้างการมีส่วนร่วม รวมทั้งคู่มือ และแนวทางในการดำเนินกิจกรรม การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ด้วยรูปแบบวิธีการต่างๆ ในระดับของการมีส่วนร่วมที่มีได้หลายระดับ ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายในการพัฒนาระบบบริการให้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของประชาชนนั่นเอง นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานอิสระที่เรียกว่า Health Issue Centre หน่วยงานนี้มีบุคลากรเพียง ๑๕ คนเท่านั้น เป็นองค์กรขนาดเล็กแต่มีประสิทธิภาพ มีการดำเนินการหลักๆ คือการสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นสำคัญๆ ที่เป็นปัญหา และต้องการการแก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งก็สามารถ

¹⁰ เช่น พายุผู้สูงอายุที่ไม่มีใครดูแลมารับบริการที่โรงพยาบาล และพาลกลับบ้านหรือบางรายพ่อแม่ป่วยต้องพบแพทย์และต้องพามาที่โรงพยาบาลด้วย เนื่องจากไม่มีคนดูแลที่บ้านก็จะมามีอาสาสมัครมาดูแลบุตรให้ขณะที่พ่อแม่ต้องเข้ารับการตรวจเป็นต้น ทางโรงพยาบาลจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่จำเป็นแก่อาสาสมัครเช่น ค่าน้ำมันรถ หรือหากต้องค้างคืนในที่ไกลก็มีค่าที่พักให้ และที่โรงพยาบาลก็จะจัดหาอาหารไว้บริการอาสาสมัครด้วย

ประสานงานให้องค์กรหรือหน่วยงานสำคัญๆที่ร่วมมือกันทำงาน เช่น Advisory Committee, Primary Care Partnerships (PCPs) แต่ไม่มีการทำงานร่วมกับสมาคมแพทย์เครือรัฐออสเตรเลีย หรือ Australian Medical Association ซึ่งน่าจะเกิดอุปสรรคในการทำงานเช่นกัน แต่ผู้นำเสนออีกไม่ได้ให้รายละเอียดในเรื่องดังกล่าวมากนักจึงไม่ทราบแน่ชัดว่าด้วยเหตุผลใดจึงมีปัญหาในการทำงานร่วมกันกับ Australian Medical Association

Victorian Health Promotion Foundation หรือมีชื่อเรียกสั้นๆว่า **VicHealth** นั้นเป็นองค์กรอิสระที่สร้างขึ้นโดยรัฐบาลรัฐ Victoria เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๗๘ อยู่ภายใต้การกำกับของรัฐบาล โดยรัฐ Victoria ได้ออกกฎหมายให้รัฐสามารถเก็บภาษีจากการขายบุหรี่จำนวนหนึ่ง มาเป็นของ รัฐเองใช้สำหรับการทำกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในกฎหมายฉบับเดียวกันนี้ได้ จัดตั้ง VicHealth ขึ้นมาเพื่อบริหารเงินดังกล่าวทั้งนี้เพื่อให้เป็นองค์กรนำในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนองค์กรนี้ได้สร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆทั้งด้านกีฬา ศิลปะ ชุมชน ที่ทำงาน องค์กรด้านการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรัฐบาลของรัฐได้เป็นอย่างดี จนถึงปี ค.ศ. ๑๙๙๑ ศาลสูงเครือรัฐออสเตรเลียได้มีตัดสินว่ารัฐ Victoria ไม่สามารถเก็บภาษีดังกล่าวได้เองเนื่องจากขัดรัฐธรรมนูญของประเทศ ทำให้รัฐ Victoria ไม่สามารถดำเนินการดังที่เคยทำได้ อย่างไรก็ตามรัฐ Victoria เองได้จัดสรรงบประมาณของตนเองที่ได้รับการจัดสรรเป็นก้อนรวมมาจากรัฐบาลกลางให้แก่ VicHealth ในการดำเนินงานต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน และได้มีผลงานออกมามากมาย ทั้งโครงการที่ดำเนินการเองและสนับสนุนองค์กรต่างๆ ให้ร่วมดำเนินการ

๒.๔ การกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขในประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์ (Norway)

ประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์เป็นหนึ่งในประเทศแถบสแกนดิเนเวียที่มีระบบการบริหารจัดการทางด้านสาธารณสุขที่ดีที่สุดประเทศหนึ่ง ซึ่งส่งผลให้ประชากรของประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์มีอายุขัยเฉลี่ยที่สูงติดอันดับอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีอายุขัยที่สูงที่สุดในโลก¹¹ รัฐบาลของประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์ใช้รูปแบบรัฐสภาซึ่งมีพระมหากษัตริย์เป็นองค์ประมุข ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับประเทศไทยในระดับหนึ่ง ระบบการบริหารราชการแผ่นดินถูกจัดแบ่งเป็น ๓ ระดับ อันประกอบไปด้วย ๑) รัฐบาลกลาง (National Government) ๒) รัฐบาลภูมิภาค (Regional Government) และ ๓) รัฐบาลท้องถิ่น (Local Government) มีจำนวนประชากรทั้งสิ้นประมาณ ๔.๖ ล้านคน¹² โครงสร้างการให้บริการสาธารณสุขของประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์

¹¹ ราชอาณาจักรนอร์เวย์มีขนาด ๓๘๖,๕๕๘ ตารางกิโลเมตร ประชากรประมาณ ๔.๖ ล้านคน (ความหนาแน่นประชากรประมาณ ๑๕ คน/ ตารางกิโลเมตร)

¹² ข้อมูลปี ๒๐๐๕

นั้น ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเข้าถึงการให้บริการที่เท่าเทียมกันของประชาชน โดยถือหลักที่ว่าคนราชอาณาจักรนอร์เวย์ทุกคนควรที่จะได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการรับบริการบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานไม่ว่าจะเป็นคนรวยหรือคนจน ที่อาจมีความแตกต่างทางสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และถิ่นฐาน ระบบการบริการสาธารณสุขของราชอาณาจักรนอร์เวย์ได้ถูกจัดแบ่งตามระดับการบริหารราชการแผ่นดิน โดยการระดมข้อบ่งชี้ในภาพรวมและนโยบายทางด้านสาธารณสุข การกระจายงบประมาณทางด้านสาธารณสุข การกำกับดูแล การออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุข ได้ติดอยู่กับรัฐบาลกลางภายใต้กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health and Care Services) สำหรับระดับภูมิภาคนั้นได้ถูกจัดแบ่งเป็นสาธารณสุขภูมิภาค ๕ แห่ง (regional health authorities) รับการระดมข้อบ่งชี้เกี่ยวกับการแพทย์เฉพาะทาง ส่วนในระดับท้องถิ่นนั้นได้ถูกจัดแบ่งเป็น ๔๑๑ เทศบาล ซึ่งมีภาระรับผิดชอบทางด้านการให้บริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (primary health care) ซึ่งรวมถึงการให้บริการด้านการพยาบาลด้วย (นอกจากนี้ยังมีอีก ๑๕ counties ที่รับภาระการให้บริการทางด้านทันตกรรมและสุขภาพในช่องปากอีกด้วย)

ภาระค่าใช้จ่ายด้านการให้บริการสาธารณสุขของประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์ได้รับการรองรับด้วยระบบภาษี โดยที่เทศบาลมีอำนาจในการจัดเก็บภาษีเงินได้ภายใต้ระบบสัดส่วนจากประชากรในพื้นที่ ในขณะที่การให้บริการสาธารณสุขของสาธารณสุขภูมิภาคขึ้นอยู่กับเงินจัดสรรที่มาจากรัฐบาลกลางเป็นหลัก เงินงบประมาณจาก Block Grants, state grants, earmarked means และ user charges เป็นอีกส่วนหนึ่งที่เป็นหลักในการให้บริการสาธารณสุข ระบบการประกันสังคม¹³ เป็นระบบที่ให้การสนับสนุนในกรณีเจ็บป่วยและทุพพลภาพ การให้บริการสาธารณสุขปฐมภูมิของรัฐบาลท้องถิ่นหรือเทศบาลนั้น ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการพัฒนาและยกระดับสุขภาพโดยทั่วไปของประชากร รวมทั้งการรักษาโรคและปัญหาสุขภาพทั่วไปของประชาชนที่ไม่จำเป็นต้องอาศัยการรับคนไข้ที่สถานพยาบาล เทศบาลมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่ดีที่สุดสำหรับคนในท้องถิ่นของตนเอง

การให้บริการสาธารณสุขของราชการบริหารส่วนภูมิภาคเป็นการให้บริการในลักษณะเฉพาะทาง (specialist health care) โดยที่สาธารณสุขภูมิภาคจะเป็นหน่วยงานที่วางแผนการพัฒนาและการจัดการการให้บริการการแพทย์เฉพาะทางตามความต้องการของประชากรในภูมิภาคนั้นๆ ในภาพรวม ภาระหน้าที่ในการวางแผนของสาธารณสุขภูมิภาคนั้นรวมถึงการให้บริการสาธารณสุขโดยหน่วยงานอื่นๆ เช่นหน่วยงานเอกชน ซึ่งการให้บริการในระดับนี้จะต้อง

¹³ จัดการ โดยหน่วยงานที่เรียกว่า National Insurance Scheme (NIS)

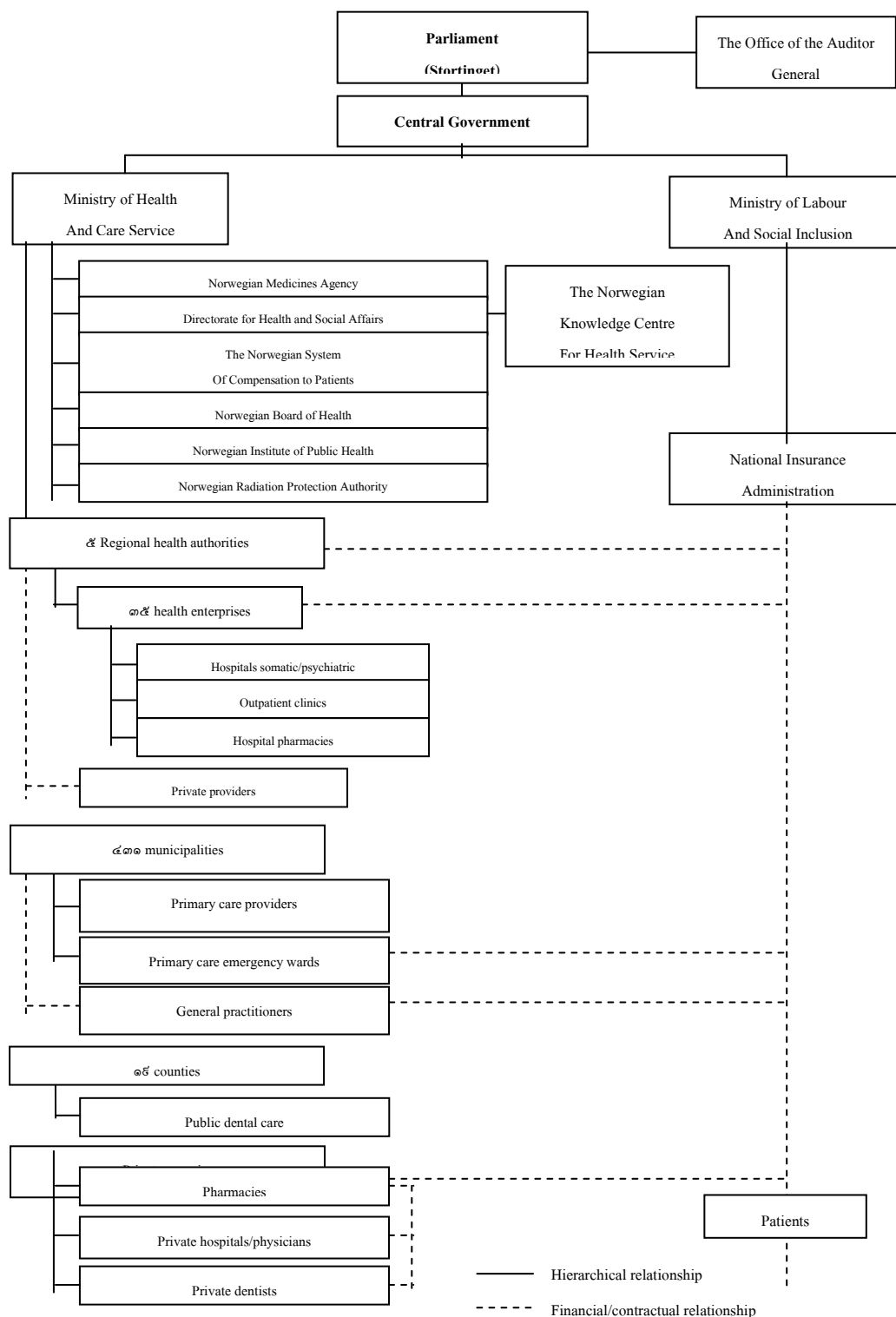
สอดคล้องกับนโยบายและกฎระเบียบหลักของรัฐบาลกลางเป็นสำคัญ ในขณะที่สาธารณสุขภูมิภาคได้รับงบประมาณสนับสนุนทางการเงินสำหรับการให้บริการสาธารณสุขจากเงินอุดหนุนทั่วไป และ earmarked means งบประมาณการให้บริการสาธารณสุขของท้องถิ่นจะมาจากภาษีท้องถิ่นด้วย นอกเหนือจาก ๒ แหล่งเดียวกันกับที่สาธารณสุขภูมิภาคได้รับ

๒.๔.๑ ส่วนกลาง

กระทรวงสาธารณสุขของพระราชอาณาจักรนอร์เวย์ (Ministry of Health and Care Services) มีหน้าที่หลักในการวางกรอบนโยบายสาธารณสุขระดับประเทศ จัดเตรียมการปฏิรูปหลักๆ และร่างกฎหมายเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุข ติดตามการนำนโยบายสาธารณสุขไปปฏิบัติ รวมทั้งให้คำแนะนำการตัดสินใจทางด้านสาธารณสุขแก่รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบและควบคุมการให้บริการทางด้านสาธารณสุขดังต่อไปนี้ ๑) การสาธารณสุขปฐมภูมิ ๒) การสาธารณสุขเฉพาะทาง ๓) การสาธารณสุข ๔) สุขภาพจิต ๕) medical rehabilitation ๖) ทันตสุขภาพ ๗) การเภสัชกรรม ๘) การวางแผนและการประสานงานภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉิน ๙) นโยบายเกี่ยวกับ molecular biology และ biotechnology รวมทั้งดูแลนโยบายเกี่ยวกับการได้รับสารอาหารและความปลอดภัยของอาหาร องค์กรที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลโดยตรงของกระทรวงสาธารณสุขรวมถึง ๑) Directorate for Health and Social Affairs ๒) Board of Health ๓) Institute of Public Health ๔) Medicines Agency ๕) Radiation Protection Authority ๖) Patient Register และ ๗) Biotechnology Advisory Board

กระทรวงศึกษาธิการและการวิจัย (Ministry of Education and Research) มีภาระรับผิดชอบเกี่ยวกับการวางแผนและสนับสนุนงบประมาณบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน (Ministry of Labor) ไม่ได้มีบทบาทโดยตรงเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุข แต่ก็มีบทบาทเกี่ยวข้องทางอ้อมเนื่องจากมีความรับผิดชอบเกี่ยวกับเรื่องแรงงาน ซึ่งรวมถึงแรงงานที่ให้บริการทางด้านสาธารณสุข และเรื่องต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องกับการสวัสดิการสังคมของคนในสังคมด้วย กระทรวงนี้ยังต้องรับผิดชอบหน่วยงาน National Insurance Administration ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เป็นแหล่งสนับสนุนงบประมาณที่สำคัญแหล่งหนึ่ง ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบการให้บริการสาธารณสุขของพระราชอาณาจักรนอร์เวย์

รูปที่ ๓.๗ โครงสร้างการให้บริการสาธารณสุขของประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์



ที่มา: World Health Organization, ๒๐๐๖.

The Directorate for Health and Social Affairs เป็นหน่วยงานที่เป็นมืออาชีพเกี่ยวกับการสาธารณสุขและสังคม รวมทั้งมีอำนาจทางกฎหมายในเรื่องนี้ด้วย หน่วยงานนี้มีส่วนร่วมในการนำนโยบายสาธารณสุขระดับประเทศไปปฏิบัติ และเป็นหน่วยงานที่ให้คำปรึกษาแก่หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขระดับประเทศ เทศบาลต่างๆ สาธารณสุขภูมิภาค และหน่วยงานที่ไม่แสวงหากำไรที่ให้บริการด้านสาธารณสุขต่างๆ หน้าที่หลักคือการพัฒนาและสร้างระบบการป้องกันปัญหาสุขภาพให้แข็งแกร่ง (เช่น การรณรงค์การไม่สูบบุหรี่)

ศูนย์ความรู้ด้านการบริการสุขภาพ (The Knowledge Center for Health Services) เป็นองค์กรที่ค่อนข้างใหม่เมื่อเทียบกับองค์กรสาธารณสุขอื่นๆ ตั้งขึ้นในปี ๒๐๐๔ เป็นองค์กรอิสระแต่อยู่ภายใต้การกำกับของ Directorate for Health and Social Affairs ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการวางกรอบเป้าหมายและกรอบการปฏิบัติงาน หน้าที่ความรับผิดชอบหลักคือการเสนอผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการและคุณภาพของการให้บริการสาธารณสุขต่อผู้มีอำนาจในการตัดสินใจทางด้านนโยบายสาธารณสุขและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในหน่วยงานต่างๆ อย่างไรก็ตาม ศูนย์ความรู้ด้านการบริการสุขภาพ มิได้มีอำนาจหน้าที่ในการสร้างนโยบายหรือการนำนโยบายสาธารณสุขไปปฏิบัติแต่อย่างใด

คณะกรรมการสาธารณสุข (Board of Health) มีลักษณะเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาระดับชาติที่มีภาระรับผิดชอบเกี่ยวกับการกำกับดูแลทั่วไปในการให้บริการทางด้านสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่ดูแลความต้องการของประชาชนทางด้านสาธารณสุขและด้านสังคม รวมทั้งกำกับการให้บริการสาธารณสุขให้อยู่ภายใต้มาตรฐานที่รัฐบาลกลางกำหนด นอกจากนี้ คณะกรรมการชุดนี้ยังประสานและร่วมมือในการป้องกันความล้มเหลวและข้อผิดพลาดต่างๆ ในการให้บริการสาธารณสุขของภาครัฐ ส่วนในระดับท้องถิ่นนั้น การกำกับดูแลจะอยู่ภายใต้คณะกรรมการสาธารณสุขภูมิภาค (Governmental Regional Board ใน counties ต่างๆ) ซึ่งคณะกรรมการส่วนภูมิภาคนี้จะรายงานต่อคณะกรรมการสาธารณสุขในส่วนกลาง

The Medicines Agency เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการออกกฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเภสัชกรรมและห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ดูแลกำกับการผลิต การโฆษณา การอนุญาต การกำกับดูแลการใช้ คุณภาพ กำหนดราคา การจำหน่าย และตรวจสอบผลข้างเคียงของผลิตภัณฑ์ยาต่างๆ ส่วน the Radiation Protection Authority เป็นหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องรังสีวิทยา รวมทั้งเรื่องความปลอดภัยของการใช้พลังงานนิวเคลียร์ของประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์ เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการกำกับควบคุมการใช้ radioactive substances และ fissile material วางแผนการป้องกันอุบัติเหตุอันเกิดจากการใช้พลังงานนิวเคลียร์และรังสีอื่นๆ ติดตามปริมาณรังสีตามธรรมชาติที่อยู่ในสภาพแวดล้อมและสถานที่ทำงานต่างๆ รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการเกิดขึ้น ความเสี่ยง และผลกระทบที่เกิดจากรังสีประเภทต่างๆ หน่วยงานนี้อยู่

ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข และเป็นหน่วยงานที่สนับสนุนช่วยเหลือกระทรวงอื่นๆในเรื่องที่เกี่ยวกับรังสี การป้องกันรังสี และความปลอดภัยของการใช้พลังงานนิวเคลียร์

อีกหน่วยงานหนึ่งที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข คือ The Patient Register เป็นหน่วยงานที่ถูกตั้งขึ้นในปี ๑๙๙๓ ทำหน้าที่รับผิดชอบข้อมูลต่างๆทั้งหมดเกี่ยวกับคนไข้ของโรงพยาบาลทุกประเภททั่วประเทศ ส่วน The National Institute of Public Health (ก่อตั้งในปี ๒๐๐๒¹⁴) เป็นหน่วยงานระดับประเทศที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคระบาด โรคติดเชื้อ สารพิษ และการใช้ยาเกินขนาด นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยงานที่ทำการศึกษาวิจัยภายใต้การสนับสนุนและความร่วมมือจากทั้งในและต่างประเทศ ส่วน The System of Compensation to Patients เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจ่ายค่าชดเชยจากการบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเนื่องมาจากการให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล

The National Insurance Administration (NIA) เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านบริหารในโครงการ National Insurance Scheme (NIS) ซึ่งเป็นโครงสร้างที่เป็นหลักประกันขั้นต่ำในการได้รับบริการทางด้านประกันสังคมของประชาชน NIS ให้ผลประโยชน์แก่ประชาชนในด้านการรักษาโรค อุบัติเหตุ ทุพพลภาพ ตั้งครรภ์ การคลอดบุตร ภาวะการว่างงาน การชราภาพ การเสียชีวิต เป็นต้น NIA มีหน่วยงานย่อยภายในที่สนับสนุนทางการเงินบางส่วนแก่การให้บริการสาธารณสุขโดยทั่วไป เช่น แพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทาง การเภสัชกรรม การให้การรักษานรพพยาบาล ทันตสุขภาพ จิตวิทยา เป็นต้น สำหรับสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (Office of the Auditor General¹⁵) เป็นหน่วยงานอิสระ ทำหน้าที่ตรวจราชการแผ่นดินที่อยู่ในระดับสูงสุด และเป็นหน่วยงานตรวจสอบของรัฐสภาราชอาณาจักรนอร์เวย์ ตรวจสอบทรัพย์สินสาธารณะว่าถูกใช้ไปอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้หลักการเงินการคลังที่มีเหตุมีผล

๒.๔.๒ ส่วนภูมิภาค

สาธารณสุขภูมิภาคมีอยู่ทั้งหมด ๕ แห่งทั่วประเทศ มีหน้าที่รับผิดชอบหลักเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขเฉพาะทาง (specialized health care) ทั้งนี้รวมถึงสถาบันบำบัดทางจิต , laboratory, radiology, การให้บริการรพพยาบาล , และสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติด จากข้อมูลปี ๒๐๐๖ มีหน่วยงานสาธารณสุขที่อยู่ภายใต้สาธารณสุขภูมิภาคทั้งหมด ๓๒ แห่ง regional health authoritiesทั้งห้าแห่งมีชื่อดังต่อไปนี้

- 1) Northern Norway Regional Health Authority มีประชากรทั้งสิ้นประมาณ ๔๖๒,๐๐๐ คน

¹⁴ เป็นหน่วยงานที่เกิดจากการรวมตัวกันของ ๔ หน่วยงานย่อยคือ National Institute of Public Health, National Health Screening Services, Medical Birth Registry และ Department of Drug Consumption Statistics and Methodology

¹⁵ ก่อตั้งในปี ๑๙๑๖

- 2) Central Norway Regional Health Authority มีประชากรทั้งสิ้นประมาณ ๖๔๕,๐๐๐ คน
- 3) Western Norway Regional Health Authority มีประชากรทั้งสิ้นประมาณ ๕๕๖,๐๐๐ คน
- 4) Southern Norway Regional Health Authority มีประชากรทั้งสิ้นประมาณ ๘๕๕,๐๐๐ คน
- 5) Eastern Norway Regional Health Authority มีประชากรทั้งสิ้นประมาณ ๑,๖๗๑,๐๐๐ คน

รูปที่ ๓.๘ การจัดแบ่ง Regional Health Authorities ของประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์



ที่มา: World Health Organization, ๒๐๐๖.

๒.๔.๓ ส่วนท้องถิ่น

เทศบาล (Municipalities-๔๓๑ แห่งทั่วประเทศ) ทั้งหมดของประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์¹⁶ มีหน้าที่รับผิดชอบทางการให้บริการสาธารณสุขและการบริการสังคมในระดับปฐมภูมิ รวมทั้งรับผิดชอบทางการเงินของการให้บริการเหล่านี้ด้วย กฎหมายที่เรียกว่า Municipalities' Health Care Act ได้กำหนดรายละเอียดของขอบเขตการให้บริการรวมทั้งสิทธิของ

¹⁶ เทศบาล ๔๓๑ แห่งของประเทศไทยมีขนาดที่ค่อนข้างแตกต่างกัน

ผู้รับบริการด้วย ซึ่งทั้งหลายทั้งปวงนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้าถึงการบริการสาธารณสุขของชุมชนตนเอง ขอบเขตการให้บริการมีดังต่อไปนี้

- 1) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ ทั้งนี้รวมถึงการสร้างและการบริหารสถานพยาบาลภายในโรงเรียน ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล การดูแลสุขภาพเด็ก หมอทำคลอดแบบดั้งเดิม (midwife) และแพทย์ทั่วไป ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลให้บริการด้านการฝากครรภ์ รวมทั้งการให้บริการการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ
- 2) การวิเคราะห์โรค การให้การรักษายาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ การให้การรักษายาบาลทั่วไปรวมถึงการให้บริการในกรณีฉุกเฉิน (emergency services) บริการด้านกายภาพบำบัด และการพยาบาลทั่วไป
- 3) การให้การดูแลคนชรา ซึ่งในส่วนนี้จะมีทั้งลักษณะที่เป็นการให้บริการภายในศูนย์ และการให้บริการภายนอกศูนย์ การจัดให้มีสถานดูแลคนชรา และการออกให้บริการการดูแลตามบ้านด้วย

ในส่วน of แพทย์ทั่วไปนั้น ประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์มีแพทย์ทั่วไปประมาณ ๔,๐๐๐ คน ในปัจจุบันนี้ประชาชนประมาณร้อยละ ๕๕ ของประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์ได้ลงทะเบียนคนไข้กับแพทย์ทั่วไป ภายใต้โครงการของรัฐที่พยายามเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนไข้กับแพทย์โดยให้สิทธิแก่ประชาชนในการเลือกแพทย์ที่ตนเองพอใจ ส่วนศูนย์อนามัยแม่และเด็กและศูนย์พยาบาลภายในโรงเรียน (Maternal and Child Centers/School Health Centers) ทำหน้าที่การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับอนามัยแม่และเด็ก ทั้งนี้รวมถึงการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กด้วย

๒.๔.๔ County

ส่วนของ Counties ซึ่งมีทั้งหมด ๑๕ แห่งทั่วประเทศนั้น¹⁷ มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดตั้งศูนย์และการให้บริการประชาชนในด้านทันตสุขภาพ ทั้งนี้จะอยู่ภายใต้ความร่วมมือกับเทศบาลภายในเขต county นั้นๆ โดยทั่วไปแล้ว นักการเมืองในระดับ county จะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขของ county แต่อย่างใด

๒.๔.๕ การให้บริการสาธารณสุขภาคเอกชน (Private health care sector)

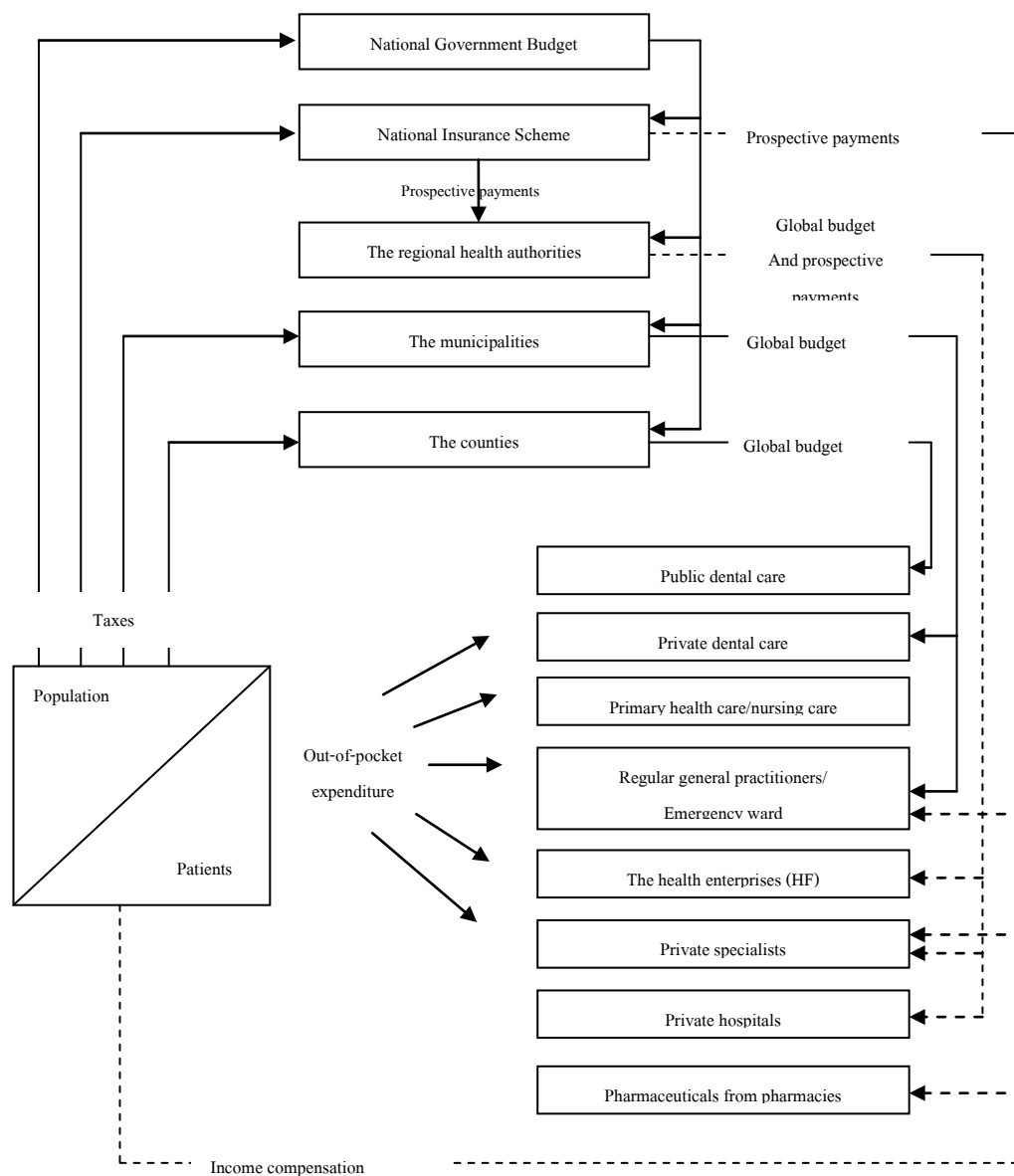
ระบบการให้บริการสาธารณสุขของประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์ ประกอบไปด้วย สัดส่วนการให้บริการที่เป็นของภาครัฐ ของภาคที่ไม่แสวงหาผลกำไร และการให้บริการของภาคเอกชน การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นของเอกชนนั้น ส่วนใหญ่แล้วจะผนวกอยู่ภายใต้

¹⁷ Hospital reform ในปี ๒๐๐๒ ได้ยกเลิกภาระหน้าที่ของ counties ในการให้บริการการแพทย์เฉพาะทางให้ไปอยู่กับ regional health authorities (๕ แห่ง)

โครงสร้างการให้บริการของภาครัฐ และส่วนมากจะตั้งอยู่ในเขตเมืองใหญ่ ซึ่งจะให้บริการครอบคลุมสามส่วน คือ substance abuse treatment, rehabilitation, และการให้บริการทันตสุขภาพ เทศบาลเป็นเจ้าของ ร้อยละ ๕๐ ของศูนย์สุขภาพคนชรา

การให้บริการสาธารณสุขของประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์จะจัดแบ่งตามหลักการกระจายอำนาจ งบประมาณที่ใช้สนับสนุนการให้บริการในส่วนนี้จะมาจากภาษีของประชาชนเป็นหลัก และภาครัฐจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการหลัก ระบบการให้บริการสาธารณสุขในระดับภูมิภาคนั้นจะมีบทบาทอยู่สองประการใหญ่ คือ ๑) authority role หรือ care role ซึ่งหมายถึงการให้บริการประชาชนเกี่ยวกับการแพทย์เฉพาะทาง และ ๒) enterprise role ซึ่งหมายถึงการเป็น supplier และ producer ของการแพทย์เฉพาะทางในฐานะที่รัฐบาลภูมิภาคเป็นเจ้าของศูนย์บริการ ส่วนภูมิภาคอื่นๆ อย่างไรก็ตาม หน่วยการให้บริการสาธารณสุขส่วนภูมิภาคมีลักษณะที่ต้องพึ่งพาการสนับสนุนทางด้านงบประมาณจากรัฐบาลกลางเป็นส่วนใหญ่ ในส่วนของการจัดระบบฐานข้อมูลคนไข้ของประชากรจะอยู่กับรัฐบาลกลาง รัฐบาลกลางของราชอาณาจักรนอร์เวย์เป็นผู้เก็บข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับประวัติสุขภาพ การรักษาพยาบาลของประชากรราชอาณาจักรนอร์เวย์ การให้บริการสาธารณสุขของเทศบาลค่อนข้างที่จะมีอิสระพอสมควร ซึ่งเป็นการให้บริการโดยปราศจากการควบคุมโดยตรงหรือสายการบังคับบัญชาโดยตรงจากรัฐบาลกลาง งบประมาณส่วนหนึ่งมาจาก earmarked funding จากรัฐบาลกลางในการเพิ่มมาตรฐานและคุณภาพในการให้บริการของท้องถิ่นอีกด้วย

รูปที่ ๓.๕ แผนผังแสดงระบบการงบประมาณทางด้านสาธารณสุขของประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์



ที่มา: The World Health Organization, ๒๐๐๖.

ระบบการให้บริการสาธารณสุขของประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์อยู่ภายใต้กฎหมายหลักๆดังต่อไปนี้

- 1) The Social Security Act of ๑๙๙๑ เป็นกฎหมายที่ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับระบบสวัสดิการสังคมของประเทศไทย
- 2) The Municipalities Health Services Act of ๑๙๘๒ เป็นกฎหมายที่ระบุภาระหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆทางด้านสาธารณสุขของรัฐบาลท้องถิ่น หรือ เทศบาล

- 3) The Specialized Health Services Act of ๑๙๕๕ ระบุภาระหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์เฉพาะทาง
- 4) The Healthcare Personnel Act of ๑๙๕๕ กำหนดสิทธิและหน้าที่สำหรับเจ้าหน้าที่บริการสาธารณสุข
- 5) The Patients' Rights Act of ๑๙๕๕ ระบุสิทธิและหน้าที่ของผู้รับบริการสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงสิทธิของประชาชนในการเข้ารับบริการบริการตรวจโรคและการรักษาพยาบาล
- 6) The Mental Health Care Act of ๑๙๕๕ ระบุรายละเอียดการใช้เครื่องมือต่างๆในโรงพยาบาลจิตเวช รวมทั้งระบุสิทธิขั้นพื้นฐานของคนไข้จิตเวช
- 7) The Supervision Act of ๑๙๘๔ ระบุหลักในการให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ให้บริการ
- 8) The Act of Patient Compensation of ๒๐๐๑ ระบุขบวนการและขั้นตอนการชดเชยความเสียหายแก่ผู้รับบริการ
- 9) The Health Enterprise Act of ๒๐๐๑ อธิบายรูปแบบและรายละเอียดของ regional health authorities และ health enterprises

๒.๕ การกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขของสาธารณรัฐฟิลิปปินส์ (Philippines)

กฎหมายการปกครองส่วนท้องถิ่น (The Local Government Code of ๑๙๙๑ - LGC ๑๙๙๑) ภายใต้รัฐบาลของนางซอโรซอน อาควิโน (๑๙๘๖-๑๙๙๒) ถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการกระจายอำนาจของ สาธารณรัฐ ฟิลิปปินส์ ซึ่งก่อนหน้านี้ การปกครองของ สาธารณรัฐ ฟิลิปปินส์จะเป็นลักษณะของการรวมศูนย์อำนาจเป็นหลัก ซึ่งตรงนี้เป็นสาเหตุให้รัฐบาลท้องถิ่นของสาธารณรัฐ ฟิลิปปินส์มีความอ่อนแอและต้องอาศัยการดูแลไม่ว่าจะเป็นเชิงนโยบายหรือเชิงงบประมาณจากรัฐบาลกลางเป็นหลักในการจัดการให้บริการในระดับท้องถิ่น

จากข้อมูลจากเอกสารวิชาการชุด เกลียวมองประสบการณ์การกระจายอำนาจที่ประเทศ ฟิลิปปินส์ (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ , ๒๕๕๓) กฎหมายการปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกฎหมายที่มาจากการแก้ไขกฎหมายเก่าปี ๑๙๘๓ ประกอบไปด้วย ๕๓๖ มาตรา ที่มาของกฎหมายนี้เป็นความพยายามที่จะกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความครอบคลุม ซึ่งรวมถึงการจัดองค์การ การจัดตั้ง การบริหาร หน้าที่ความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาระสำคัญของ LGC ๑๙๙๑ ประกอบไปด้วยประเด็นสำคัญๆ เช่น ได้มีการกำหนดให้มีการกระจายอำนาจการให้บริการของรัฐไปให้ท้องถิ่นดูแลอยู่ ๕ การกิจหลัก คือ ๑) ด้านเกษตรกรรม (การผลิตและแจกจ่ายวัสดุในการเพาะปลูก แจกจ่ายพันธุ์พืช ผลผลิตจากปศุสัตว์ การป้องกันและควบคุมโรคสัตว์ การดูแลและสาธิตฟาร์มและสถานีผสมพันธุ์สัตว์ การส่งเสริมการเกษตร การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการควบคุมและป้องกันโรคพืชและสัตว์) ๒)

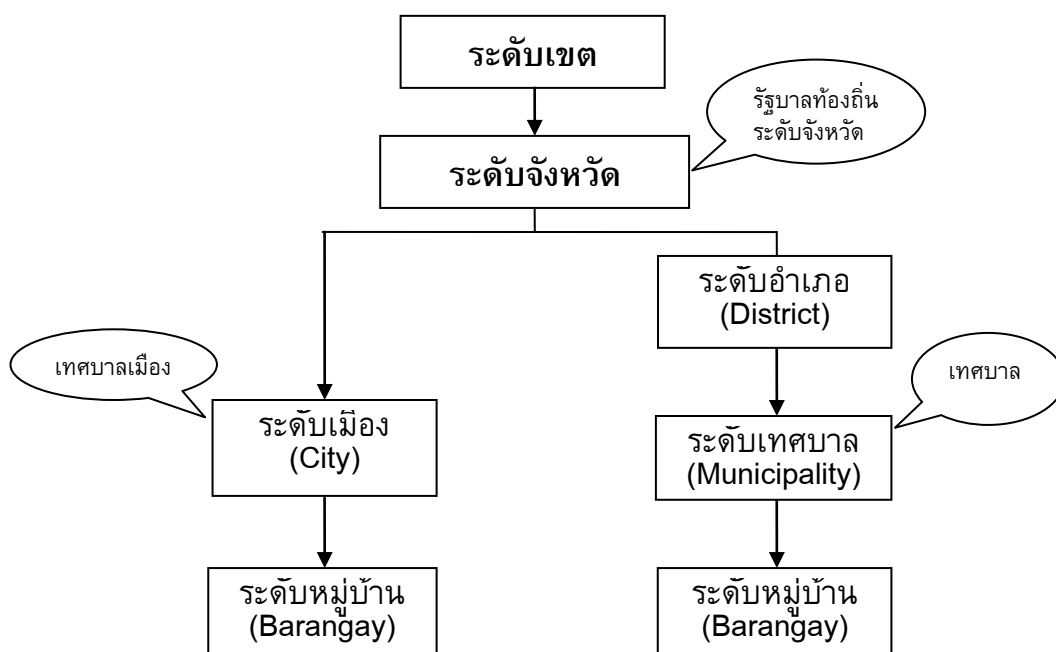
ด้านสาธารณสุข (การดูแลสุขภาพอนามัยหมู่บ้าน การจัดบริการสุขภาพ การสาธารณสุขปฐมภูมิ การควบคุมโรคติดต่อ การดูแลแม่และเด็ก การดูแลโรงพยาบาล โครงการโภชนาการ) ๓) ด้านการโยธา (การดูแลรักษาถนนและสะพานในหมู่บ้าน เทศบาล และจังหวัด การก่อสร้างบำรุงรักษาและซ่อมแซมอาคารเรียนประถมศึกษา การจัดตั้งและดูแลรักษาตลาด การเวนคืน การก่อสร้างและรักษาซ่อมแซมอาคารในหมู่บ้าน เทศบาล เมือง และจังหวัด การติดตั้งระบบประปา การระบายน้ำ การบำบัดน้ำเสีย และการชลประทาน) ๔) ด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ (การป่าไม้ ชุมชนผสมผสาน การบังคับใช้กฎหมายควบคุมมลภาวะและป้องกันสภาพแวดล้อม การทำเหมืองขนาดเล็ก การจัดการป่าไม้และแหล่งน้ำชุมชน) และ ๕) การสวัสดิการสังคม (การดูแลสุขภาพเด็ก รับผิชอบโครงการสวัสดิการเด็ก เยาวชนและผู้สูงอายุ จัดทำโครงการฟื้นฟูสำหรับบุคคลเร่ร่อน ขาดทุน และผู้ติดยาเสพติด เป็นต้น)

ในเรื่องของการโอนย้ายบุคลากรของส่วนกลางไปยังหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น กฎหมายฉบับนี้ได้มีการกำหนดให้เจ้าหน้าที่ของราชการส่วนกลางที่ปฏิบัติภารกิจข้างต้น ให้ไปอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของผู้บริหารท้องถิ่น รวมทั้งได้รับเงินเดือนจากท้องถิ่นด้วย นอกจากนี้ยังได้มีการกำหนดให้มีการจัดงบประมาณสนับสนุนหน้าที่และการบริการที่กระจายให้ท้องถิ่นทำ โดยรัฐบาลกลางจะจัดสรรเงินอุดหนุนให้แก่ท้องถิ่นมากขึ้น จากเดิมที่ท้องถิ่นเคยได้รับร้อยละ ๒๐ ของงบประมาณแผ่นดิน ให้เพิ่มขึ้นไปเป็นร้อยละ ๔๐ ของงบประมาณแผ่นดินเพื่อให้มีความสอดคล้องกับภาระหน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศ สาธารณรัฐฟิลิปปินส์แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ

- 1) รัฐบาลส่วนจังหวัด (Provincial Government) รับผิชอบการบริหารจังหวัดและอำเภอ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด (Governor) ที่มาจากการเลือกตั้งเป็นผู้บริหารสูงสุด
- 2) เทศบาลเมือง (City) รับผิชอบการบริหารในเขตเมือง โดยมีนายกเทศมนตรีเขตเมือง (Mayor of city) ที่มาจากการเลือกตั้ง เป็นผู้บริหารสูงสุด
- 3) เทศบาล (Municipality) รับผิชอบการบริหารงานในเขตเทศบาล โดยมีนายกเทศมนตรี (Mayor of municipality) เป็นผู้บริหารสูงสุด

รูปที่ ๓.๑๐ การจัดโครงสร้างการบริหารราชการในสาธารณรัฐฟิลิปปินส์



ที่มา: พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ, ๒๕๕๓: ๑๗.

๒.๕.๑ โครงสร้างการจัดการด้านสาธารณสุขของสาธารณรัฐฟิลิปปินส์

ภายหลังการกระจายอำนาจ สำนักงานสาธารณสุขเขต (Regional Field Office) และ โรงพยาบาลศูนย์เขต ขึ้นอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข โดยภาระหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจะ ถูกเน้นไปที่การสนับสนุนการดำเนินงานของรัฐบาลท้องถิ่นในด้านวิชาการ การติดตามผลการดำเนินงาน การควบคุมมาตรฐานการพัฒนาบุคลากรการประสานงานระหว่างรัฐบาลกลางกับ รัฐบาลท้องถิ่นและการดำเนินการอื่นๆ เช่น การควบคุมโรคติดต่อสำคัญๆ การอนามัยครอบครัว ส่วนโรงพยาบาลศูนย์เขตนั้น จะเน้นการให้บริการที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และเน้นบทบาทด้านการ เรียนการสอนรวมทั้งงานวิจัยทางการแพทย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Provincial Health Office) ขึ้นตรงต่อรัฐบาลส่วนจังหวัด ภายใต้การกำกับดูแลของผู้ว่าราชการจังหวัดที่มาจากการเลือกตั้ง โดยที่สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดจะทำหน้าที่หลักในการดูแลโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอที่ตั้งอยู่ในจังหวัด นั้นๆ

สำนักงานสาธารณสุขเทศบาล (Municipal Health Office) จะขึ้นตรงต่อนายกเทศมนตรี โดยมีแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยเขตชนบท (Rural Health Unit) ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขเทศบาล สำนักงานสาธารณสุขเทศบาลทำหน้าที่ดูแลสถานอนามัยเขตชนบทและศูนย์สาธารณสุขชุมชนทุกแห่งที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลนั้นๆ ส่วนสำนักงานสาธารณสุขในเขตเมือง (City Health Office) จะขึ้นตรงต่อนายกเทศมนตรีเขตเมืองนั้นๆ โดยมีหน้าที่ดูแลสถานพยาบาลที่อยู่บนเขตเมืองต่างๆ เช่น สถานอนามัยในเขตเมือง ศูนย์สาธารณสุขชุมชนในเขตเมือง และโรงพยาบาลเขตเมือง ในเมืองใหญ่ (Metropolitan) ต่างๆของประเทศฟิลิปปินส์ การจัดโครงสร้างการให้บริการสาธารณสุขแบบนี้ทำให้เกิดโครงสร้างการบริหารที่แยกสถานพยาบาลและบริการออกจากกัน โดยที่โรงพยาบาลศูนย์เขตขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลจังหวัดและอำเภอขึ้นกับรัฐบาลส่วนจังหวัด สถานอนามัยเขตชนบทและศูนย์สาธารณสุขชุมชนขึ้นกับเทศบาล ตรงนี้แสดงให้เห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขจะไม่มีอำนาจการบริหารจัดการโดยตรงต่อหน่วยงานดังกล่าว นอกจากนี้ทำให้เกิดปัญหาในการเชื่อมโยงสถานบริการในระดับต่างๆเข้าด้วยกันและไม่มีหลักประกันว่าหน่วยการปกครองท้องถิ่นต่างๆจะสนองนโยบายสุขภาพในระดับประเทศ ดังนั้นจึงได้มีการปรับบทบาทภาระหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขโดยให้ทำหน้าที่ช่วยเหลือสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารสถานพยาบาลต่างๆ ด้านวิชาการและการพัฒนาบุคลากรเป็นหลัก รวมทั้งทำหน้าที่ตรวจสอบประเมินผลการปฏิบัติงานของท้องถิ่นให้เป็นไปตามมาตรฐาน มีการส่งผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health Representative) ให้เข้าไปร่วมอยู่ในคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (Local Health Board) นอกจากนี้ยังจัดให้มีสำนักงานทมสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Health Team Office) ที่ขึ้นตรงต่อกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ในส่วนของท้องถิ่นด้วยตนเอง ได้มีการกำหนดให้หน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ สามารถร่วมมือกันในการดำเนินการให้บริการต่างๆ โดยผ่านทางการทำข้อตกลงร่วมกัน ซึ่งอาจเป็นการร่วมมือกันระหว่างรัฐบาลส่วนจังหวัดกับเทศบาล ระหว่างเทศบาลด้วยตนเอง อาจเป็นในด้านการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เป็นต้น

คณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่น (Local Health Board) เป็นกลไกอีกตัวหนึ่งที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างหน่วยการให้บริการสาธารณสุขระดับต่างๆเข้าด้วยกัน คณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นแบ่งเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ กรรมการสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Health Board) กรรมการสุขภาพระดับเทศบาล (Municipal Health Board) และกรรมการสุขภาพระดับเมือง (City Health Board) กรรมการสุขภาพระดับจังหวัดประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธาน สาธารณสุขจังหวัดเป็นรองประธาน ส่วนกรรมการสุขภาพระดับเทศบาลและเขตเมืองนั้น มีนายกเทศมนตรี

๒.๖ สรุป

จากการทบทวนรูปแบบและกระบวนการในการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขในประเทศต่างๆ คือ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ออสเตรเลีย ประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์ และ สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ นั้นจะเห็นได้ว่า การกระจายอำนาจทางสาธารณสุขในประเทศต่างๆเหล่านี้มีรูปแบบที่หลากหลาย และต่างก็เน้นความสำคัญในรายละเอียดที่แตกต่างกันไป อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เป็นหลักยึดในกระบวนการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขในประเทศต่างๆเหล่านี้ ให้ไปอยู่ที่หน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะเป็นไปในรูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับเทศบาล

การกระจายอำนาจการให้บริการสาธารณสุขในประเทศญี่ปุ่นตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในที่นี้จะครอบคลุมการให้บริการประชาชนตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิต รูปแบบการให้บริการจะเน้นความร่วมมือประสานงานกันของหลายๆภาคส่วนของสังคม ตัวอย่างเช่น การให้บริการสาธารณสุขของหน่วยงานการให้บริการสาธารณสุขในระดับชุมชน (community-based public health system) จะเน้นการเข้ามีส่วนร่วมในการให้บริการของ prefectural government, municipal government โรงเรียนภายในท้องถิ่น สหกรณ์การเกษตร ภายในท้องถิ่น ศูนย์กลางชุมชน สมาคมแม่บ้าน คลินิกแพทย์ท้องถิ่น เขตต่างๆที่อยู่ใกล้เคียงกับศูนย์สาธารณสุข และ public health nurse ซึ่งตัวแทนจากกลุ่มต่างๆเหล่านี้จะถูกดึงให้เข้ามารวมตัวกันในรูปแบบของคณะกรรมการสาธารณสุข การบริหารการให้บริการสาธารณสุขในระดับชุมชนของญี่ปุ่นในรูปแบบนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆในกระบวนการให้บริการสาธารณสุข และการเน้นการผนึกกำลังกันของภาคส่วนต่างๆ ซึ่งถือได้ว่าเป็นแนวทางที่ประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูงทั้งในด้านกระบวนการการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพในระดับท้องถิ่นของญี่ปุ่น

จุดแข็งของการให้บริการสาธารณสุขรูปแบบนี้คือการเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วม ซึ่งต้องอาศัยตัวแปรหลายประการเช่น ความพร้อมของหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบการศึกษาในระดับท้องถิ่นที่มีประสิทธิภาพ การเสียสละเวลาและความใส่ใจของภาคประชาสังคม รวมทั้งความไว้วางใจกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน สิ่งที่เราได้เรียนรู้อีกประการหนึ่งก็คือ การเข้ามามีมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่นโดยการผ่านทางกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตามแนวทางประชาธิปไตยภายในองค์กรสังคมท้องถิ่นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินโครงการกิจกรรมต่างๆภายใต้แนวคิดสาธารณสุขชุมชน การที่ประเทศไทยจะสามารถพัฒนาระบบสาธารณสุขภายใต้รูปแบบนี้อย่างยั่งยืนได้ จำเป็นที่ต้องเริ่มต้นที่การเปลี่ยนแนวความคิดแบบดั้งเดิมที่สวนทางกับแนวทางดังกล่าว รวมทั้งพยายามเริ่มเข้ามาพูดคุยกันเพื่อที่จะลบความรู้สึกที่ตนเองขาดพลังอำนาจในการสร้างการเปลี่ยนแปลง ซึ่งชุมชนจะสามารถ

สร้างความรู้สึกรักมีพลังอำนาจได้โดยการผ่านทางการสร้างความรู้สึกรักมั่นใจที่ได้จากการทำกิจกรรม
สาธารณสุขอะไรบางอย่างที่ประสบความสำเร็จร่วมกัน

การกระจายอำนาจทางการสาธารณสุข ในเครือรัฐออสเตรเลียนั้นได้ให้ความสำคัญต่อ
ความสามารถในการเข้าถึงการให้บริการสาธารณสุขของประชาชน โดยการให้ทางเลือกในการ
เข้าถึงบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน โดยตั้งอยู่บนโครงสร้างพื้นฐานสามโครงสร้าง คือ Medical
Benefit Scheme (MBS), Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), และ Private Health Insurance
(PHI) รูปแบบที่รัฐต่างๆ ในเครือรัฐ ออสเตรเลียใช้เป็นพื้นฐานแนวความคิดในการให้บริการ
สาธารณสุขคือการเน้นการให้บริการในระดับชุมชน ซึ่งมีรูปแบบที่ใกล้เคียงกับประเทศญี่ปุ่นไม่
มากนักน้อย เช่นที่รัฐ Victoria นั้นทำได้ดีโดยมี Community Health Service Site มีบริการหลายๆ
อย่างในลักษณะสหสาขาแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบทั้งในและนอกสถานบริการ ซึ่งประชาชน
ก็มีความพอใจ และแพทย์ที่มาทำหน้าที่ก็สะดวกไม่จำเป็นต้องลงทุนเปิดคลินิกเอง ไม่ต้อง
บริหารงานให้ยุ่งยาก แพทย์บางส่วนก็พอใจที่ได้ทำงานร่วมกับสาขาอื่นๆ ในแบบองค์รวมด้วย
นอกจากนี้ยังได้จัดให้มีการส่งเสริมรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขที่เรียกว่า Primary Care
Partnerships (PCPs) ซึ่งมีลักษณะที่แพทย์ในพื้นที่ที่ใกล้เคียงกันประมาณ ๒-๓ เขตเทศบาลมีการ
รวมตัวกันโดยความสมัครใจเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบโดยมีการวางแผน
งานร่วม และพยายามให้มีการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะผสมผสานร่วมกันหลายสาขา ทั้งนี้อาจมี
องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการบริการหลายหน่วยงานมาร่วมอยู่หรือข่ายนี้

นอกจากนี้ยังมีความพยายามที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในกระบวนการ
ให้บริการสาธารณสุข โดยให้มีตัวแทนของชุมชนซึ่งประชาชนคัดเลือกกันเองเข้ามาอยู่ใน
คณะกรรมการต่างๆ ที่ health service ตั้งขึ้น ทางด้าน Area Health Service จะมีคณะกรรมการ ตั้ง
โดยรัฐและคณะกรรมการนี้จะตั้งผู้จัดการมาทำหน้าที่บริหาร health service ซึ่งมีโรงพยาบาลอยู่
ภายใต้การดูแลด้วย การจัดทำงบประมาณเป็นรอบ ๓ ปี โดยรัฐจะมีบทบาทในการวางแผน เช่น
กำหนดว่าโรงพยาบาลใดจะมีหน้าที่หลักเรื่องใดโรงพยาบาลใดจะเป็นที่สอนนักศึกษาแพทย์ เป็น
ต้น สำหรับการจัดหาบริการด้านการแพทย์ใหม่ๆ สำหรับบริการประชาชนนั้นพื้นที่บริการสุขภาพ
ตัดสินใจได้เอง โดยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเอง ทั้งนี้ การจัดหาบริการใหม่ๆ มาก็เพื่อดึงดูด
ประชาชนให้มารับบริการมากขึ้นเพื่อให้โรงพยาบาลมีรายได้มากขึ้น ลักษณะที่น่าสนใจอีก
ประการหนึ่งก็คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มีการรวมตัวกันเป็นองค์กร (เรียกว่า Division) ได้รับการ
สนับสนุนงบประมาณบางส่วนจาก commonwealth และจาก area health service โดยจัดให้มี
กิจกรรมต่างๆ ที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิกเช่น การศึกษาต่อเนื่อง เป็นต้น

ระบบการจัดการข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่สำคัญในการจัดการ
โครงสร้างสาธารณสุข ทั้งเครือรัฐออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และประเทศราชอาณาจักรนอร์เวย์ ต่างได้มี

การจัดการระบบข้อมูลสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ สามารถที่จะทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางข้อมูลหลัก รวมทั้งเป็นแหล่งการกระจายข้อมูลต่างๆทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชากร
หน้าที่นี้ ส่วนใหญ่แล้วจะจัดให้อยู่ในความรับผิดชอบหลักของรัฐบาลกลางของประเทศนั้นๆ

บทที่ 4

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สาระสำคัญในบทที่ 4 นี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกจะกล่าวถึงพัฒนาการการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 ที่มีการปฏิรูปโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ส่วนที่ 2 เป็นการนำเสนอตัวแบบเชิงปฏิบัติของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่อาจนำไปขยายผลไปยังที่อื่นได้ ได้แก่ 1) กระบวนการออกจากระบบราชการขององค์กรมหาชน : ศึกษากรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร 2) การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะรวมถึงการถ่ายโอนสถานีนามมายให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย 3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งจะมีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือระดับพื้นที่ด้วย และ 4) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในอันที่จะพัฒนาค่านิยมและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนด้วย

1. พัฒนาการการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

จากการศึกษาโดยการทบทวนเอกสารวรรณกรรมและผลงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา พบว่า การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขแม้จะเป็นไปอย่างค่อนข้างเชื่องช้า แต่ก็มีพัฒนาการมาโดยตลอด ทั้งในรูปแบบที่เป็นกลไกการบริหารงาน และรูปแบบการศึกษาเพื่อกำหนดทิศทาง แนวนโยบาย ซึ่งสามารถสรุปเหตุการณ์สำคัญ ๆ ตามลำดับได้ดังนี้

1) ปี พ.ศ. 2517 มีการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหลักการสำคัญประการ¹⁾ คือ

1.1) การกระจายอำนาจโดยรูปแบบที่เรียกว่า การแบ่งอำนาจ (De-concentration) จากราชการบริหารส่วนกลางไปให้ผู้ว่าราชการจังหวัดในแต่ละจังหวัดโดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการ ทั้งนี้ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจะทำหน้าที่บังคับบัญชาทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนั้น ๆ อันจะก่อให้เกิดเอกภาพในการควบคุม และการขยายบริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

¹⁾ เสม พริ้งพวงแก้ว , หน้า 863-864 และยุทธนา สุขสมิตี , “ความเป็นมาของการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงของส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข” , อนุสรณ์สาธารณสุขครบรอบ 40 ปี แห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข , กรุงเทพฯ : สหประชาพาณิชย์, 2525 หน้า 288-300.

1.2) การผสมผสานบริการสาธารณสุข (Integration) กล่าวคือ มีการผสมผสานการให้บริการสาธารณสุขทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพในสถานบริการระดับต่างๆ

1.3) ความเสมอภาค (Equality) กล่าวคือ มีการแบ่งงานให้สำนักงานและกรมต่างๆ ในราชการบริหารส่วนกลางรับผิดชอบงานอย่างมีสมดุล และมีขอบข่าย การควบคุมงานรัดกุมไม่กว้างใหญ่เกินไป โดยจัดให้ราชการบริหารส่วนภูมิภาคเปลี่ยนมาสังกัดอยู่กับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และให้กรมต่างๆ ทำหน้าที่เน้นหนักในด้านวิชาการหรือพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข

1.4) สมรรถนะทางการบริหาร (Administrative Capacity) กล่าวคือ ภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะมีหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการวางแผนและการบริหาร ซึ่งรวมทั้งการประสานงานอย่างครบครัน

2) ปี พ.ศ. 2538 สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพระบบราชการ (สปร.)²⁾ ได้ศึกษาและวิเคราะห์นโยบายและแนวทางการกระจายอำนาจด้านการบริหารงานสาธารณสุขสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นของการศึกษาและวิเคราะห์เกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเป็นครั้งแรก โดยเป็นการศึกษาวิจัยเอกสารและวิจัยเชิงการสำรวจพบว่า มีสัญญาณที่บ่งบอกถึงทิศทางและแนวโน้มขององค์การระบบราชการกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในราชการบริหารส่วนกลาง และราชการบริหารส่วนภูมิภาคซึ่งต่างก็มีความพร้อมและต้องการที่จะกระจายอำนาจให้ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นดำเนินการ และหากจะวิเคราะห์ถึงความต้องการของราชการบริหารส่วนท้องถิ่นก็อาจสรุปได้ว่า กลุ่มงานต่าง ๆ ที่พึงจะกระจายอำนาจให้ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นดำเนินการด้วยตัวเอง ได้แก่

- 2.1) กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน
- 2.2) กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม
- 2.3) กลุ่มงานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
- 2.4) กลุ่มงานโภชนาการ
- 2.5) กลุ่มงานควบคุมป้องกันโรคเอดส์

²⁾ สถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพระบบราชการ “การศึกษาวิเคราะห์นโยบายการกระจายอำนาจด้านการบริหารงานสาธารณสุขสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น” โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ ประสงค์ เต็มชวลา “การกระจายอำนาจด้านการบริหารงานสาธารณสุขสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น: บทสรุปการศึกษาวิจัย” เสนอต่อที่ประชุมผู้บริหารระดับสูง จัดโดยสถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพระบบราชการ, ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ วันที่ 10 ตุลาคม 2539 และประสงค์ เต็มชวลา , การกระจายอำนาจ : ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบงานสาธารณสุขไทย , อ่างแก้ว

2.6) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

2.7) กลุ่มงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อ

2.8) กลุ่มงานอนามัยครอบครัว

3) ต่อมาปี พ.ศ. 2539 ประสงค์ เต็มขวลา ได้ทำการศึกษาวิจัยในหัวข้อเรื่อง “การกระจายอำนาจ: ยุทธศาสตร์การปฏิรูปงานสาธารณสุขไทย” โดยเป็นการศึกษาต่อ จากการศึกษาของสถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพระบบราชการ (สปร.) ซึ่งนอกเหนือจากจะเป็นการวิจัยเอกสาร โดยได้ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ อันเกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจในแง่มุมต่างๆ แล้ว ยังเป็นการวิจัยเชิงการสำรวจ ซึ่งผลการวิจัยเชิงสำรวจพบว่า แม้ว่าจะเป็นความร่วมมือและ เป็นความต้องการที่จะกระจายอำนาจของราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาค รวมทั้งเป็นความต้องการของราชการบริหารส่วนท้องถิ่นที่จะดำเนินการเองก็ตาม แต่โดยข้อเท็จจริงในทางปฏิบัติแล้วคงจะต้องพิจารณาถึงปัจจัยเกี่ยวกับศักยภาพและความพร้อมขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นที่มีต่อกลุ่มงานต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยเกี่ยวกับศักยภาพและความพร้อมทั้งในด้านโครงสร้างองค์กร กำลังคน งบประมาณ เทคโนโลยี รวมทั้งด้านนโยบาย และแผน ซึ่งผลการศึกษาวิเคราะห์ในกรณีนี้ พบว่า กลุ่มงานที่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นมี ศักยภาพและพร้อมที่จะดำเนินการอย่างชัดเจน ได้แก่³⁾

- กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน
- กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

4) พ.ศ. 2540 ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ และคณะ ได้ศึกษาเรื่องการกระจายอำนาจการบริหารงานสาธารณสุขมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล ซึ่งสาระสำคัญของผลการศึกษาได้ดังนี้

4

หลักการ และเจตนารมณ์ขององค์การบริหารส่วนตำบลกับการสาธารณสุขมูลฐาน มีความสอดคล้องกัน และนำไปสู่จุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในชุมชน โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจ บริหารจัดการ โดยชุมชนเอง ตลอดจนเมื่อพิจารณาในส่วนเป้าหมาย บทบาทหน้าที่ของงานสาธารณสุขมูลฐาน และอบต. ก็จะมี ความสอดคล้องกันในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการยกระดับฐานคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น ประกอบกับ ทศนะ และความ

³⁾ ประสงค์ เต็มขวลา , การกระจายอำนาจ : ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบงานสาธารณสุขไทย , เพ็ญอ้ง และ ประสงค์ เต็มขวลา และ สารศิริ อาจคงหาญ , ทิศทางการปฏิรูปบทบาทองค์กรภาครัฐในกระบวนการนโยบาย สาธารณะด้านสุขภาพ, อ้างแล้ว

⁴⁾ ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ และคณะ. “การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมูลฐานสู่อบต.” โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วน จำกัด พี.เอ็ม. การพิมพ์, ตุลาคม 2540.

คาดหวังของกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มตัวอย่าง ทุกกลุ่มมีความเห็นด้วยกับการที่รัฐมนตรีมีนโยบายจัดตั้งและกระจายอำนาจการปกครองสู่ท้องถิ่นในรูปแบบ อบต. ตลอดจนเห็นด้วยกับการกระจายอำนาจการบริหารงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ภายใต้การดำเนินงานของ อบต. กระทรวงสาธารณสุขจึงควรกำหนดนโยบายกระจายอำนาจการบริหารงานสาธารณสุขในระดับตำบล ตลอดจนกำหนดแนวทางและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้ชัดเจน

งานในส่วนโครงสร้างการสาธารณสุขมูลฐาน และกิจกรรมบริการสาธารณสุขมูลฐาน ที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของ อบต. อบต. มีความพร้อมที่จะดำเนินการ รวมทั้งบางกิจกรรม ถึงแม้ไม่ได้กำหนดไว้ในอำนาจหน้าที่ของ อบต. แต่ อบต. มีความมั่นใจว่าสามารถบริหารจัดการได้ ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้อง อันประกอบด้วย ข้าราชการ ทั้งฝ่ายปกครอง ฝ่ายสาธารณสุข อสม. และประชาชนมีความเห็นร่วมกันว่าควรกระจายอำนาจให้ อบต. ดำเนินการโดยอิสระ กระทรวงสาธารณสุข ควรได้ตัดสินใจกระจายอำนาจงาน หรือกิจกรรมสาธารณสุขเหล่านั้นให้ อบต. ดำเนินการได้โดยอิสระในทันที มี 4 กิจกรรมคือ

1. การจัดให้มีและการบริหารหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน
2. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (การจัดการด้านความสะอาด กำจัดสิ่งปฏิกูล ความเป็นระเบียบในครัวเรือน และในที่สาธารณะ)
3. การจัดการให้มีส้วมทุกหลังคาเรือน
4. การจัดการให้มีน้ำสะอาดอุปโภคบริโภค

ในส่วนของการงานและกิจกรรมบริการสาธารณสุขมูลฐาน ที่ควรถ่ายโอนอำนาจการบริหารจัดการให้ อบต. ตัดสินใจโดยอิสระ หลังจาก อบต. มีความรู้ความชำนาญและมีประสบการณ์จากการบริหารงานใน 4 กิจกรรมแรกไปแล้วระยะหนึ่ง โดยอยู่ภายใต้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปพลางก่อน ประกอบด้วย

1. การคัดเลือกบุคคลเป็น อสม.
2. การจัดให้มีและการบริหารศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
3. การจัดให้มีและการบริหารศูนย์ข้อมูลข่าวสารประจำหมู่บ้าน
4. การจัดให้มีและการบริหารงานกองทุนพัฒนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
5. การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิประชาชนด้านการบริโภคอาหารและยา
6. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย
7. การป้องกันอุบัติเหตุและอุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ
8. การบริหารจัดการด้านการเฝ้าระวังกำกับติดตามภาวะโภชนาการของเด็กและกลุ่มเสี่ยง
9. การป้องกันควบคุม และดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน

กิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานนอกเหนือจากนี้ ควรจะได้วางแผนกระจายอำนาจในระยะยาว หลังจากได้มีการศึกษารูปแบบและวิธีการโดยละเอียด

5) ต่อมาสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ก็ได้ศึกษารูปแบบทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ อบต. ซึ่งมีข้อเสนอรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ อบต. มี 4 รูปแบบ ดังนี้⁵

1. โอน สอ. ไปอยู่ภายใต้ อบต.

หมายถึง การโอน งาน เงิน บุคลากร ไปสังกัด อบต. และกระทรวงสาธารณสุข ต้องตัดงบประมาณที่เคยจัดสรรให้ สอ. ทุกหมวดรายจ่ายไปให้ อบต.ทั้งหมด โดยโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นหน่วยบริการระดับ ทตัญญู โดยให้บริการทั้ง 4 ด้าน คือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ส่วนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีบทบาทเหมือนเดิม คือ สนับสนุนด้านวิชาการของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ สอ. ซึ่งข้อดีของรูปแบบนี้ คือ เป็นการกระจายอำนาจที่สมบูรณ์ โดยจะไม่มีปัญหาด้านงบประมาณเกิดขึ้นกับ อบต. ส่วนข้อเสียคือ ประชาชนจะขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง รวมทั้งการพัฒนาทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

2. โอนงานบางส่วนให้ อบต. รับผิดชอบ

เป็นการโอนภายใต้หลักการ 5 ประการคือ โอนภารกิจที่สามารถโอนได้ทันที และสามารถโอนได้ในอนาคตให้หมด ไม่โอนบุคลากรและงบประมาณ แต่โอนอาคาร วัสดุ ครุภัณฑ์ให้หมด ภารกิจที่ไม่สามารถโอนได้ มอบให้ รพช. และ สอ. ดำเนินการ เจ้าหน้าที่ สอ. ให้ปฏิบัติงานใน สอ. หรือ รพช. ตามความสมัครใจ

ข้อดีของรูปแบบนี้คือ อบต. มีอำนาจเต็มในการดำเนินงาน ในส่วนที่มีระเบียบข้อบังคับ กำหนด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน สอ. ได้รับผลกระทบค่อนข้างน้อย ตลอดจนจะมีการจ้างงานเพิ่มขึ้น ส่วนข้อเสียคือ งานพัฒนาสาธารณสุขในส่วนของ อบต. จะหยุดชะงัก หากไม่มีเจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญมารับผิดชอบ อบต. ต้องจ่ายงบประมาณบางส่วนเพื่อจ้างเจ้าหน้าที่ กระทรวงสาธารณสุข มีภาระต้องพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ อบต.จ้าง ตลอดจนมีข้อยุ่งยากในกรณีของการแบ่งงานระหว่าง อบต. และกระทรวงสาธารณสุข

3. ปรับ สอ. เป็นองค์กรอิสระ หรือกึ่งอิสระ

หลักการประกอบด้วย สอ. เป็นหน่วยงานของรัฐ มีการบริหารกึ่งอิสระ ไม่แสวงหาผลกำไร โดยมีรายได้จากเงินอุดหนุนจากภาคเอกชน และรัฐ มีอิสระในการบริหารบุคคล

⁵ สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, ผลการศึกษารูปแบบทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ อบต., 2542.

และการเงิน โดยมีคณะกรรมการบริหาร มีเจ้าหน้าที่ควบคุม ดูแล สอ. ให้ดำเนินกิจกรรมตาม วัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยมีประธานที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการบริหารของ สอ. ไม่อยู่ในบังคับ ของกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน แรงงานสัมพันธ์ พนักงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ การ ประกันสังคม แต่เจ้าหน้าที่และลูกจ้าง ต้องได้รับการคุ้มครองแรงงานไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ใน กฎหมายการคุ้มครองแรงงาน รูปแบบนี้มีข้อดีที่ สอ. จะมีความคล่องตัวในการบริหาร ซึ่งผู้บริหาร สอ. จะใช้เวลาในการบริหารงานได้อย่างเต็มที่ ตลอดจนจะมีรายได้ที่แน่นอน เจ้าหน้าที่ ลูกจ้าง มี ขวัญและกำลังใจ เพราะได้รับการคุ้มครองแรงงาน ส่วนข้อเสียประกอบด้วย ความสัมพันธ์ ระหว่าง สอ. และ อบต. ในพื้นที่ จะอยู่ในลักษณะประปราย เนื่องจากเป็นข้าอำนาจด้วยกันทั้ง 2 ฝ่าย ในพื้นที่เดียวกันในการดูแลประชาชนในพื้นที่

4. ระบบการประสานงานในกระบวนการวางแผนพัฒนาตำบล

ตามข้อบังคับของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อบต. จะมีอำนาจและอิสระในการจัดทำ แผนพัฒนาตำบลค่อนข้างมาก การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยอาศัยกลไกในกระบวนการ จัดทำแผนอย่างเหมาะสม จะประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี ซึ่งข้อดีของรูปแบบนี้คือ จะไม่มี ผลกระทบต่อโครงสร้างองค์กรหรือระบบต่าง ๆ ตลอดจน จะทำให้มีการนำไปสู่การปฏิบัติ ได้มากขึ้น ส่วนข้อเสียคือ เป็นรูปแบบที่ไม่สอดคล้องกับเนื้อหาของการกระจายอำนาจที่ระบุไว้ใน รัฐธรรมนูญ และเป็นรูปแบบที่ง่ายต่อการเปลี่ยนแปลง หากขาดการติดตามอย่างใกล้ชิด และ ต่อเนื่อง

6) 24 มิถุนายน พ.ศ. 2542 ประยงค์ เต็มฉวลา ได้เสนอผลการวิจัยในหัวข้อเรื่อง “บทบาทภาครัฐกับทิศทางการปฏิรูประบบงานสาธารณสุขไทย” ซึ่งนำเสนอต่อสำนักงาน คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ สำนักงาน กพ. ⁶ งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดย ผู้วิจัยได้พยายามศึกษาและวิเคราะห์ถึงสถานการณ์และข้อจำกัดทางการบริหาร อันเป็นเหตุผลความ จำเป็นของการปฏิรูประบบราชการ ซึ่งภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์จำเป็นที่องค์การภาครัฐจะต้อง ปรับตัวให้ทันต่อสถานการณ์การแข่งขันในเวทีเศรษฐกิจโลกและเพื่อความอยู่รอดท่ามกลาง เศรษฐกิจที่วิกฤติของประเทศ ทั้งนี้กรอบแนวคิดและทิศทางการปรับตัวขององค์การภาครัฐมีจุด เริ่มจากการทบทวนบทบาทภาครัฐ โดยมีฐานคิดว่า “แม้ว่าภาครัฐยังต้องรับผิดชอบต่อบทบาท และพันธกิจบางประการ แต่มิได้หมายความว่ารัฐจะต้องดำเนินการเองเพียงแต่รัฐจะต้องดูแล เพื่อให้แน่ใจว่าประชาชนได้รับบริการโดยถ้วนหน้า โดยรัฐอาจจะมอบหมายให้ภาคเอกชนหรือ

⁶ ประยงค์ เต็มฉวลา, รายงานการวิจัย “บทบาทภาครัฐกับทิศทางการปฏิรูประบบงานสาธารณสุขไทย”, อ้าง แล้ว.

องค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หากภาครัฐจะดำเนินการเองแทนที่รัฐจะดำเนินการในส่วนกลาง ก็อาจถ่ายโอนไปให้องค์กรการบริหารส่วนท้องถิ่นดำเนินการแทน เพื่อสนองตอบต่อปัญหาและความต้องการในลักษณะที่แตกต่างกันไปตามแต่ละท้องถิ่นนั้นๆ”

การศึกษาวิจัยกรณีนี้ยังได้เสนอรูปแบบทางเลือกในการปฏิรูประบบงานสาธารณสุขด้วย กล่าวคือจะลดบทบาทของภาครัฐและกระจายอำนาจให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นดำเนินการ โดยการเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม (Outsourcing) ด้วยวิธีการจ้างเหมาบริการ (Contract Out)

7) ต่อมาเดือนพฤศจิกายน 2543 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) โดยมีหน้าที่ในการสนับสนุนและพัฒนาระบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งภารกิจที่สำคัญประการหนึ่งในช่วงนั้นคือการจัดทำข้อเสนอเพื่อบรรจุในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. (ฉบับที่ 1) โดยข้อเสนอที่ถือว่าเป็นกลไกรองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ตามแผนปฏิบัติการฯ ดังกล่าว คือ การจัดให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพให้ท้องถิ่น โดยเสนอทางเลือกสำหรับการถ่ายโอนไว้ 3 ทางเลือก คือ

1. ถ่ายโอนไปแบบแยกส่วน กล่าวคือ สถานีนอนามัย ไปอยู่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โรงพยาบาลชุมชนไปอยู่เทศบาล โรงพยาบาลทั่วไป ไปอยู่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

2. ถ่ายโอนไปทั้งกลุ่มบริการ กล่าวคือ ให้สถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ไปอยู่ กสพ. โดย กสพ. มีองค์ประกอบคณะกรรมการส่วนใหญ่มาจากท้องถิ่น

3. สถานบริการทั้งหมดอยู่กระทรวงสาธารณสุขอย่างเดิม แต่ให้ กสพ. ดำเนินบทบาทของผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ส่วนกระทรวงสาธารณสุขก็เป็นเพียงผู้จัดการบริการ (Provider) เท่านั้น

ซึ่งภายหลังมีการสนับสนุนการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพในลักษณะเครือข่าย (เป็นพวก) และให้มีการถ่ายโอนงานหลักประกันสุขภาพ (30 บาท) ให้แก่ กสพ. ภายในปี พ.ศ. 2546

ต่อมากระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดตั้ง กสพ. ใน 75 จังหวัด ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 ซึ่งคณะกรรมการของ กสพ. มีองค์ประกอบในลักษณะพหุภาคี ที่ประกอบไปด้วย ผู้แทน อปท. ส่วนราชการ ผู้บริหารวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนภาคประชาสังคม ที่จะเข้ามาทำหน้าที่ร่วมกัน ทั้งนี้ภาระหน้าที่สำคัญของ กสพ. คือ การกำหนดนโยบายและแผนด้านสุขภาพของพื้นที่ โดยสอดคล้องกับนโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพของประเทศ อย่างไรก็ดี การดำเนินการของ กสพ. ก็มีข้อจำกัดกล่าวคือ ไม่มีกฎหมายรองรับอำนาจหน้าที่ของ กสพ. นอกจากนั้น มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 27 พฤศจิกายน 2544 ไม่ยินยอม ที่จะกำหนดสถานภาพของ กสพ. เป็นนิติ

บุคคล ตามข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข กสพ. จึงมีสถานะเป็นเพียงคณะกรรมการที่ปรึกษา (Advisory Board) เท่านั้น

8) ในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. (ฉบับที่ 1) นอกเหนือจากจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ดังกล่าวแล้ว ยังมีข้อเสนอการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพสู่ อปท. รวมทั้งสิ้น 34 ภารกิจ (7 กรม) ซึ่งปรากฏข้อมูล ณ กุมภาพันธ์ 2548 พบว่ามีภารกิจที่ถ่ายโอนแล้ว 7 ภารกิจ คือ

8.1) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1 ภารกิจ (สนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ)

8.2) กรมอนามัย (มี 6 ภารกิจ)

- การแก้ไขเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
- การการจัดทำและพัฒนาสำมะโนครัว
- การส่งเสริมสุขภาพ แม่และเด็ก
- การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน
- การส่งเสริมสุขภาพเด็กและวัยสูงอายุ

สำหรับการกิจยังไม่มีถ่ายโอนมีทั้งสิ้น 27 ภารกิจ

9) กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขึ้นในปี พ.ศ. 2535 ซึ่งมีส่วนสำคัญที่ทำให้ระบบสุขภาพไทยมีการปฏิรูปในหลายด้าน อาทิ ⁷⁾

- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program: IHPP)
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Quality Improvement and Accreditation) ปี 2542
- จัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ปี 2543
- การวิจัยและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลในรูปแบบ องค์การมหาชน โดยเริ่มนำร่อง 1 แห่ง ที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ปี 2544

⁷⁾ www.hsri.or.th/ (20 กรกฎาคม 2554)

www.nationalhealth.or.th/ (22 กรกฎาคม 2554)

10) ปี 2544 ได้มีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งมีผลงานปรากฏหลากหลายลักษณะ รวมทั้งมีสถาบัน/หน่วยงานเกิดขึ้นตามมา ได้แก่

- มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545
- เกิดสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ปี 2548
- พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

จากการทบทวนบทบาทหน้าที่ขององค์กรต่าง ๆ ดังกล่าว ปรากฏว่าส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะกระบวนการระดมความคิด กระบวนการกำหนดทิศทางนโยบายและการบริหารงานสาธารณสุขเป็นสำคัญ จะมีเพียงการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลในรูปแบบขององค์กรมหาชนที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งองค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลที่ก่อปรทั้ง ผู้แทนชุมชน ผู้แทนท้องถิ่น ร่วมกับผู้แทนส่วนราชการด้วย สำหรับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) ซึ่งเป็นการแบ่งอำนาจการบริหารด้านการเงิน การคลัง จากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ (purchaser) จากสถานบริการในกระทรวงสาธารณสุขและภาคเอกชน อีกทั้งมีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่หรือที่เรียก “ กองทุน สปสช.” เป็นค่าใช้จ่ายในด้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ 40บาท/คน โดยได้รับเงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) ด้วย ข้อมูลปัจจุบันปี พ.ศ. 2554 มีการขยายไปถึง 7,481 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 95.29 ของจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดของประเทศ⁸⁾

2. ตัวแบบเชิงปฏิบัติของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

การศึกษาค้นคว้าวิจัยกรณีนี้ได้ทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งผลงานการวิจัยต่างๆ พบมีสาระสำคัญอันเป็นตัวแบบเชิงปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในลักษณะต่างๆ ที่น่าจะขยายผลไปยังองค์กร/หน่วยงานอื่นทั่วประเทศได้ ดังนี้

⁸⁾ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) รายงานประจำปีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2552 กรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) รวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 นนทบุรี สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2551

2.1 กระบวนการออกจากระบบราชการขององค์การมหาชน กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

การศึกษางานวิจัยเรื่อง กระบวนการออกจากระบบราชการขององค์การมหาชน :
 กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านแพ้ว มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความซับซ้อนในการบริหาร เพิ่ม
 ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร ตอบสนองวัตถุประสงค์ทางเมือง เพิ่มประสิทธิภาพในการ
 บริหารจัดการ เพิ่มความรับผิดชอบในการบริหาร และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการศึกษาวิจัย
 ครั้งนี้ ทำให้เพียงติดตามกระบวนการออกนอกกรอบที่เกิดขึ้นระหว่างพฤษภาคม พ.ศ. 2543 –
 เมษายน พ.ศ. 2544 เท่านั้น ดังนี้⁹

1) การลดความซับซ้อนของการบริหาร

พระราชกฤษฎีกาให้อิสระโรงพยาบาลในการบริหารจัดการ (Privatization) โดยมีคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลซึ่งมาจากการแต่งตั้งและการสรรหาเป็นผู้กำกับการบริหารของ
 ผู้อำนวยการ มีการกำหนดวาระการทำงานของกรรมการบริหาร ผู้อำนวยการ ผู้ตรวจสอบภายใน
 ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ในระบบบริหารงานสาธารณสุข อย่างไรก็ตามเนื่องจากโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็น
 โรงพยาบาลแห่งแรกที่ยกเป็นองค์การมหาชนอิสระ การทำงานของคณะกรรมการบริหาร
 ชั่วคราวทำงานภายใต้ระบบราชการ มีการประชุมเป็นวาระเดือนละ 1 ครั้ง ทำให้กระบวนการสรร
 หากรรมการบริหารค่อนข้างล่าช้า การศึกษาครั้งนี้จึงไม่สามารถประเมินผลการทำงานของ
 กรรมการบริหารได้ว่าซับซ้อนน้อยกว่าระบบเดิมหรือไม่ ผังโครงสร้างองค์กรของโรงพยาบาล
 บ้านแพ้ว (องค์การมหาชนอิสระ) ไม่ได้เปลี่ยนไปจากเดิม (ระบบราชการ) มากนัก เพียงเพิ่มส่วน
 ผู้ตรวจสอบและประเมินผล อาจเป็นเพราะโรงพยาบาลบ้านแพ้วได้มีการพัฒนาโครงสร้างองค์กร
 มาอย่างต่อเนื่องทำให้ผังโครงสร้างองค์กรไม่เหมือนผังโครงสร้างองค์กรของโรงพยาบาลรัฐบาล
 ทั่วไป

การจัดซื้อจัดจ้าง เพิ่มอำนาจการตัดสินใจในการจัดซื้อจัดจ้างให้ผู้อำนวยการซึ่งไป
 เพิ่มอำนาจการตัดสินใจให้หัวหน้าฝ่ายอีกต่อหนึ่งทำให้การตัดสินใจในการจัดซื้อจัดจ้างเป็นไป
 อย่างคล่องตัวมากขึ้น ไม่ต้องรอรับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา ระบบการเงินแบบค้าง (Accrual
 basis) มีการคิดค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์ถาวร ทำงานคล่องตัว รายได้ค่าใช้จ่ายและงบกระแสเงินสด
 ผู้จัดการแต่ละแผนกต้องคำนึงถึงต้นทุนการบริการคล้ายกับการทำงานของภาคเอกชนมากขึ้น

นวัตกรรมกรรมการบริหาร มีการคิดค้นวิธีการใหม่ๆ ที่น่าจะเพิ่มความคล่องตัวในการ
 บริหารและบริการ ได้แก่ การให้เอกชนเข้ามาร่วมจ่ายยา การร่วมทุนกับภาคเอกชนทำสระว่ายน้ำ
 สาธารณะ การปรับค่าตอบแทนบุคลากรต่างๆ ตามราคาตลาด การขยายการตลาดเชิงรุก

⁹ จเด็จ ธรรมธัชอารี, แพร จิตตินันท์ และ มยุรี ธนะทิพานนท์. รายงานการวิจัยเรื่อง กระบวนการออก
 จากระบบราชการขององค์การมหาชน กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านแพ้ว, (อัสสัมชัญ). 2544.

2) การจัดสรรทรัพยากร

โรงพยาบาลบ้านแพ้วได้มีการจัดสรรทรัพยากรตามกรอบของกระทรวงสาธารณสุข (30, 60, 120 เตียง) มาโดยตลอด ซึ่งบุคลากรที่ได้ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลเสนาที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (180 เตียง) แต่รับผิดชอบประชากรจำนวนใกล้เคียงกัน โรงพยาบาลเสนามีบุคลากรตามกรอบมากกว่าโรงพยาบาลบ้านแพ้วมาก ก่อนออกนอกระบบ โรงพยาบาลบ้านแพ้วได้แก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร โดยใช้เงินนอกงบประมาณ เช่น เงิน ประกันสังคม เงินมูลนิธิ

หลังการออกนอกระบบแล้วโรงพยาบาลบ้านแพ้วมีอิสระที่จะกำหนดจำนวนและ ลักษณะบุคลากรที่เหมาะสมได้เอง จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลมีการจ้างบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มและมีการจ้างแพทย์เฉพาะทางซึ่งมากกว่ากรอบโรงพยาบาล 120 เตียงทั่วไป ในส่วน การสนับสนุนบริการมีการจ้างประชาสัมพันธ์และนักบัญชีเพิ่ม ในขณะที่เดียวกันมีการลดจำนวน บุคลากรที่ใช้ทักษะในการทำงานต่ำ ได้แก่ คนครัว คนงาน เพื่อจ้างเหมาบริการให้บริษัทเอกชน เข้ามารับทำอาหาร รักษาความปลอดภัย ทำความสะอาด

ตัวอย่างการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ได้แก่ การส่งเสริมทุนโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (ได้รับเงินสนับสนุนจากงบของโรงพยาบาล) ไปเรียนหลักสูตรเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน 6 คน โดยมีสัญญาการใช้ทุนกับโรงพยาบาล

การจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลบ้านแพ้วหลังออกนอกระบบเป็นการจัดสรร ลักษณะเหมาะสมตามจำนวนประชากร 782 บาทต่อคน โรงพยาบาลจะจัดสรรงบประมาณให้ สถานีนอนมัยตามจำนวนครั้งของผู้รับบริการครั้งละ 60 บาท (กรณีผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยประเภท สปร. หรือผู้มีรายได้น้อย โรงพยาบาลจะจัดสรรให้ 50 บาท เป็นค่ายาและเวชภัณฑ์ 10 บาท เป็น ค่าตอบแทนงบบพัฒนาเจ้าหน้าที่ กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสิทธิใดๆ ผู้ป่วยจะต้องชำระค่าบริการ 20 บาท และโรงพยาบาลจะจัดสรรให้อีก 40 บาท รวมเป็น 60 บาทต่อครั้งที่มิผู้มารับบริการ) ซึ่งต่างจาก การจัดสรรงบประมาณแบบเดิมที่จัดสรรแยกระหว่างโรงพยาบาลและสถานีนอนมัย และจัดสรร ให้เป็นหมวดๆ ผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ผลการจัดสรรงบประมาณแบบใหม่และจากความตื่นตัวของประชาชนต่อเงื่อนไขใน การใช้บริการใหม่ (40 บาทต่อครั้งที่โรงพยาบาล 20 บาทต่อครั้งที่สถานีนอนมัย) ทำให้มีการมารับ บริการเพิ่มมากขึ้น ในสถานีนอนมัยบางแห่งมีการให้บริการเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า

เมื่อพิจารณางบประมาณที่จัดสรรให้สถานีนอนมัยในภาพรวม ปีงบประมาณ 2543 สถานีนอนมัยได้รับงบประมาณทั้งสิ้น 1.6 ล้านบาท จากการติดตามการออกนอกระบบ 3 เดือน (ตุลาคม – ธันวาคม 2544) พบว่าสถานีนอนมัยได้เบิกจ่ายงบประมาณไปถึง 9 แสนบาท จนถึงปี

2544 ยังไม่มีระบบตรวจสอบเพื่อประเมินความเหมาะสมของการให้บริการแต่ละครั้งและระบบข้อมูลเพื่อการตรวจสอบยังไม่ได้เชื่อมโยงต่อกัน

งบประมาณจัดสรรตามจำนวนประชากรของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เท่ากับ 782 บาท ต่อคนต่อปี ซึ่งรวมค่าใช้จ่ายเบ็ดเสร็จของโรงพยาบาล ได้แก่ ค่าตอบแทนบุคลากร งบประมาณในการดำเนินการต่างๆ ทั้งด้านการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณต่อหัวประชากรตามนโยบายสุขภาพถ้วนหน้าของพรรคไทยรักไทย (นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค) แล้ว พบว่าใช้งบประมาณต่อประชากร 1,197 บาท เมื่อเทียบแล้วงบประมาณโรงพยาบาลบ้านแพ้วใช้น้อยกว่างบประมาณโครงการสุขภาพถ้วนหน้าถึง 33.67 %

จากผลการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ครั้งที่ 5 พบว่าผลประกอบการ 3 เดือน ของโรงพยาบาลบ้านแพ้วให้รายรับสูงกว่ารายจ่ายประมาณ 6.4 ล้านบาท ซึ่งอาจเป็นเพราะองค์การมหาชนมีอิสระและประสิทธิภาพสูง จึงสามารถดำเนินการภายใต้งบประมาณที่ต่ำกว่ามาตรฐาน

3) การเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ด้านการบริหารบุคลากร เมื่อโรงพยาบาลบ้านแพ้วออกเป็นองค์การมหาชนแล้วสามารถจ้างและจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรได้อย่างอิสระโดยการตัดสินใจขั้นสุดท้ายขึ้นตรงกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล การประเมินผลงานและอิสระในการจัดจ้างบุคลากร ทำให้บุคลากรเดิมหลายคนไม่สบายใจและต้องย้ายไปทำงานที่อื่น ถึงแม้ว่าการประเมินครั้งที่ 1 บุคลากรทุกคนที่เลือกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านแพ้วจะผ่านการประเมินจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลบ้านแพ้ว แต่ความไม่มั่นใจในระบบก็ยังคงมีอยู่

เมื่อประเมินประสิทธิภาพด้านการบริการเทียบกับโรงพยาบาลเสนาที่มีจำนวนบุคลากรใกล้เคียงกับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว พบว่า โรงพยาบาลบ้านแพ้วมีจำนวนครั้งผู้มารับบริการต่อแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกมากกว่าโรงพยาบาลเสนาซึ่งมีจำนวนแพทย์ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้โรงพยาบาลบ้านแพ้วยังมีจำนวนเตียงต่อแพทย์มากกว่าโรงพยาบาลเสนาด้วย อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพในการบริการระยะยาวยังไม่สามารถประเมินได้ในขั้นตอนนี้ จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน รู้สึกว่ามีภาระงานมากและทำให้มีการลาออกและย้าย ทำให้อัตราการเข้า-ออกของเจ้าหน้าที่สูง อาจเป็นได้ว่าประสิทธิภาพที่สูงเป็นการสูงเกินขีดพอดิทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถรับได้

ประสิทธิภาพด้านการเงิน การคลัง พบว่า โรงพยาบาลบ้านแพ้วสามารถบริหารจัดการทั้งงบประมาณ 782 ล้านบาทต่อประชากร และมีผลประกอบที่มีกำไรถึง 6.4 ล้านบาทอาจเกิดจากระบบการบริหารที่ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องคำนึงถึงต้นทุน ทำให้ทุกคนช่วยกันประหยัดในการใช้ทรัพยากรมากขึ้น รายรับส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลเกิดจากการทำการตลาดเชิงรุกเข้าไปในเขต

ความรับผิดชอบของผู้อื่น เช่น การตรวจสอบสุขภาพข้าราชการศาลฎีกาที่กรุงเทพฯ การตรวจสอบภาพแรงงานต่างด้าวในเขตเมือง จ.สมุทรสาคร ดังนั้น การอยู่รอดในระยะยาวเป็นเรื่องที่น่าสนใจ หากในอนาคตโรงพยาบาลทุกแห่งออกเป็นองค์การมหาชนอิสระ

4) ความรับผิดชอบ

จากการศึกษาแสดงให้เห็นแนวโน้มที่ชัดเจนว่าการเป็นองค์การมหาชนอิสระจะทำให้โรงพยาบาลบ้านแพ้วต้องรับผิดชอบในการรักษาสัญญาตามข้อตกลง และการที่เป็นโรงพยาบาลแห่งแรกที่เป็นองค์การมหาชน ทำให้เป็นจุดสนใจของสังคมมีผู้มาเยี่ยมชมซึ่งเป็นการตรวจสอบการทำงานทางอ้อมที่ทำให้โรงพยาบาลต้องทำงานอย่างโปร่งใสมีประสิทธิภาพ ถูกใจชุมชนมากขึ้น

ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่มีต่อเจ้าหน้าที่ พบว่าโรงพยาบาลพยายามรักษาขวัญและกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงานโดยเฉพาะกลุ่มลูกจ้าง โดยการประเมินผู้ปฏิบัติงานรอบแรกทุกคนที่ปฏิบัติงานอยู่ผ่านการประเมินทั้งหมด ควรมีการศึกษาเจาะประเด็นเรื่องการเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ต่อไปว่าจะสามารถรักษาสสมดุลระหว่างขวัญกำลังใจและประสิทธิภาพของผู้ปฏิบัติงานได้อย่างไร

ความรับผิดชอบที่หน่วยงานสนับสนุนต่อโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะเกื้อหนุนให้โรงพยาบาลสามารถรับผิดชอบต่อชุมชนได้ตามเจตนารมณ์ของการออกนอกระบบ ในระยะเปลี่ยนผ่านยุครัฐบาลนายกรัฐมนตรีนเรนทร หิวกฤษณ์ หน่วยงานสนับสนุนไม่ได้สนับสนุนอย่างชัดเจน แต่ในยุครัฐบาลนายกรัฐมนตรีนเรนทร หิวกฤษณ์ ชินวัตร การสนับสนุนโดยนโยบายรัฐบาลชัดเจนทำให้โรงพยาบาลกล้าที่จะประกาศและแสดงความรับผิดชอบต่อชุมชนได้ดีขึ้น

5) การตอบสนองนโยบายการเมือง

ผลการศึกษาระบบการออกเป็นองค์การมหาชนอิสระครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของการเมืองที่มีต่อการปรับเปลี่ยนระบบหรือนวัตกรรมใหม่ของระบบราชการ ซึ่งได้รับอิทธิพลอย่างมากจากการสนับสนุนทางการเมืองและความมั่นคงทางการเมืองที่สนับสนุน การดำเนินการจากข้าราชการประจำเป็นไปอย่างอนุรักษ์ด้วยการเป็นองค์การมหาชนอิสระ เป็นเรื่องใหม่และไม่มีหน่วยงานใดต้องการรับผิดชอบ หากผลการออกนอกระบบไม่เป็นไปตามที่คาด การผลักดันโดยการเมืองเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการออกเป็นองค์การมหาชนอิสระ ทั้งรัฐบาลนายกรัฐมนตรีนเรนทร หิวกฤษณ์ และรัฐบาลนายกรัฐมนตรีนเรนทร หิวกฤษณ์ ชินวัตร ผลักดันการออกนอกระบบ นายกรัฐมนตรีนเรนทร หิวกฤษณ์ประสบความสำเร็จในการผลักดันให้พระราชกฤษฎีกาโรงพยาบาลบ้านแพ้วผ่าน แต่กระแสนการผลักดันของรัฐบาลนเรนทร หิวกฤษณ์ ชินวัตร แรงกว่าด้วยถือนโยบายสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหนึ่งในนโยบายหลัก ส่งผลให้การออกเป็นองค์การมหาชนอิสระได้รับแรงส่งให้ดำเนินการไปได้อย่างรวดเร็วขึ้นไปด้วย

6) การมีส่วนร่วมของชุมชน

โรงพยาบาลบ้านแพ้วจัดตั้งอยู่ในชุมชนที่มีลักษณะเฉพาะเป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็ง มีการรวมตัวกันในการแก้ปัญหาสังคมด้านอื่นๆ อยู่แล้ว ในด้านสาธารณสุขกลุ่มโรตารีเข้ามามีบทบาทด้านการบริหารและตรวจสอบการทำงานของโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2543 ต่อมาในยุครัฐบาลที่นำโดยนายกรัฐมนตรี ชวน หลีกภัย กระแสการออกนอกระบบไม่มีผลกระทบต่อชาวบ้านแพ้วในภาพรวม ประกอบกับกระบวนการออกนอกระบบเกิดขึ้นอย่างล่าช้า ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่กล้าประชาสัมพันธ์กับประชาชน การรับรู้และการมีส่วนร่วมของชาวบ้านน้อย ความสนใจในการมีส่วนร่วมของชาวบ้านน้อย ความสนใจในการมีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาลของชาวบ้านกลุ่มอื่นๆ นอกจากโรตารีน้อยมาก ในยุครัฐบาลนายกรัฐมนตรีพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีมาเยี่ยมชมกิจการของโรงพยาบาลมีการติดตามเสนอข่าวทางสื่อต่างๆ ทำให้ชาวบ้านตื่นตัวและรับรู้ข่าวเกี่ยวกับการออกนอกระบบของโรงพยาบาลมากขึ้น

2.2 การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น¹⁰

หลักการและเหตุผล

รัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2550 ในส่วนที่เกี่ยวกับการปกครองท้องถิ่นนั้น เนื้อหาส่วนใหญ่ นำมาจากรับธรรมนูญปี 2540 โดยมีสาระสำคัญที่กำหนดให้รัฐต้องส่งเสริม และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและจัดบริการสาธารณสุข โดยยังคงเจตนารมณ์และแนวทางการกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และได้กำหนดให้รัฐต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณะ (ซึ่งหมายถึงบริการสาธารณสุขด้วย) และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหาในพื้นที่ ให้มีมาตรฐานกลางในการดำเนินงาน เพื่อให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปฏิบัติได้เอง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความแตกต่างในระดับการพัฒนาและประสิทธิภาพในการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดให้มีกลไกตรวจสอบการดำเนินงานโดยประชาชนเป็นหลัก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องรายงานการดำเนินงานต่อประชาชนในเรื่องการจัดทำงบประมาณ การใช้จ่าย และผลการดำเนินงานในรอบปีแรก เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและกำกับการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

¹⁰ แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2)

ทั้งนี้ มาตรา 303 ได้บัญญัติไว้ว่าในวาระเริ่มแรก ให้คณะรัฐมนตรีที่เข้าบริหารราชการแผ่นดินภายหลังจากการเลือกตั้งทั่วไปเป็นครั้งแรก ตามรัฐธรรมนูญนี้ ดำเนินการจัดทำหรือปรับปรุงกฎหมายให้แล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนด ซึ่งกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้แล้วเสร็จภายใน 2 ปี นับแต่วันที่แถลงนโยบายต่อรัฐสภา และยังได้ระบุไว้ว่า หากปรากฏว่ากฎหมายใดที่ตราขึ้นก่อนวันประกาศใช้รัฐธรรมนูญนี้ มีเนื้อหาสาระเป็นไปตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้แล้ว ให้ถือเป็นกรณขเว้นที่จะไม่ต้องดำเนินการตามมาตรานี้ อีก หมายความว่า พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ปี 2542 ที่มีอยู่แล้วก็เป็นไปตามที่รัฐธรรมนูญปี 2550 บัญญัติไว้ จึงใช้ต่อไปได้ไม่ต้องตราขึ้นใหม่อีก ซึ่งสาระสำคัญประกอบด้วย การกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง การจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองเป็นสำคัญ โดยกำหนดให้มีการมอบอำนาจหรือถ่ายโอนภารกิจบริการสาธารณะให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใน 4 ปี (พ.ศ. 2544 – 2547) หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดที่ยังไม่พร้อมรับการถ่ายโอนภารกิจภายใน 4 ปี ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 10 ปี (พ.ศ. 2544 – 2553) โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องเตรียมความพร้อม และราชการส่วนกลางให้การสนับสนุนแนะนำ ด้านการบริหารและเทคนิควิชาการ นอกจากนี้ พ.ร.บ.ได้กำหนดการจัดสรรภาษีและอากร เงินอุดหนุนและรายได้อื่นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยในปี พ.ศ. 2544 จะต้องมียาได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรายได้ของรัฐบาล และสัดส่วนต้องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยภายในปี พ.ศ. 2549 จะต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 ทั้งนี้ ในมาตรา 12 ของกฎหมายฉบับนี้ กำหนดให้มีคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำหน้าที่จัดทำแผนการกระจายอำนาจให้ อบต. และแผนปฏิบัติการ ฯ เพื่อกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจตามแผนการกระจายอำนาจให้ อบต. ด้วย

การดำเนินงาน

ในระยะเริ่มต้นของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข แนวคิดในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น อิงแนวคิดหลักการที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่หรือ กสพ. เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบบริหารระบบบริหารระบบบริการสาธารณสุข โดยหน่วยบริการจะมีการถ่ายโอนมาอยู่กับท้องถิ่นในลักษณะเป็นเครือข่ายบริการภายใต้ กสพ. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและศักยภาพในการบริหารจัดการ การควบคุมกำกับบริการสาธารณสุข ตลอดจนการวางแผน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณให้เกิดประโยชน์แก่

ประชาชนในแต่ละท้องถิ่นอย่างครบวงจรมากที่สุด โดย กสพ. เป็นคณะกรรมการร่วมระหว่างองค์กรท้องถิ่นภายในจังหวัด และมีผู้แทนจากรัฐบาล ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนประชาคมด้านสุขภาพ หรือส่วนอื่น ๆ ที่เหมาะสม เข้าร่วมในลักษณะพหุภาคี โดยกรอบหลักเป็นการถ่ายโอนในเขตพื้นที่ระดับจังหวัด รูปแบบดังกล่าวเริ่มนำร่องในบางจังหวัด แต่ยังไม่ได้มีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง

นอกจากนี้ สาระสำคัญใน พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้ อบต.

พ.ศ. 2542 ได้กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจบริการสาธารณะให้แก่ อบต. ภายใน 4 ปี (พ.ศ.2544 – 2547) และหาก อบต.ใด ไม่พร้อมรับก็ให้ดำเนินการต่อให้แล้วเสร็จภายใน 10 ปี (พ.ศ. 2544 – 2553) ได้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบต. รวม 34 ภารกิจ จาก 4 กรม แต่ผลการดำเนินงานดังกล่าว ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้ อบต. พ.ศ. 2545

สรุปรายละเอียดการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปรากฏตามตารางต่อไปนี¹¹

ภารกิจ/หน่วยงาน	ภารกิจที่ถ่ายโอน	องค์กรรับการถ่ายโอน	ภารกิจที่ถ่ายโอนแล้ว
ก. แผนปฏิบัติการฯ ฉบับที่ 1			
1. การป้องกันควบคุมโรค			
1.1 กรมสุขภาพจิต	1. ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย		
1.2 กรมควบคุมโรค	1. การพัฒนาบุคลากรและชุมชน และปฏิบัติการเพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ 2. การวินิจฉัยและรักษาพยาบาลเบื้องต้น 3. สนับสนุนเงินอุดหนุนค่าอาหารผู้ป่วยโรคเรื้อน 4. สนับสนุนเงินอุดหนุนในการสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อน ค่าสังคมสงเคราะห์ และฅาปนกิจ		

¹¹ แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น , สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น , สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

ภารกิจ/หน่วยงาน	ภารกิจที่ถ่ายโอน	องค์กรรับการถ่ายโอน	ภารกิจที่ถ่ายโอนแล้ว
1.3 สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและ ยา	1. การผลิตสื่อและหรือ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารด้าน อาหารและยา 2. การเสริมสร้าง ศักยภาพผู้ประกอบการด้าน ความรู้ในการบริโภค และเรียกร้องสิทธิอัน ชอบธรรม 3. การสร้างและขยาย เครือข่ายการมีส่วนร่วม ในการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุขของ ผู้บริโภคในท้องถิ่น 4. ตรวจสอบ ติดตาม คุ้มครองผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง และวัสดุ อันตรายในสถานที่ จำหน่ายตามที่ระบุใน พ.ร.บ.แต่ละประเภท	เมืองพัทยา กทม. กสพ. \ กสพ.	
1.4 กรมการแพทย์	1. งาน บริการ สาธารณสุข เขตกทม./ปริมณฑล/เขต เมือง	กสพ.	
1.5 กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์	1. การบริการตรวจ วิเคราะห์ทาง ห้องปฏิบัติการ	กสพ.	

ภารกิจ/หน่วยงาน	ภารกิจที่ถ่ายโอน	องค์กรรับการถ่ายโอน	ภารกิจที่ถ่ายโอนแล้ว
1.6 สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	1. การก่อสร้างสถาน บริการใหม่เพิ่มเติม ซ่อมแซม การจัดหา ครุภัณฑ์ 2. โครงการประกัน สุขภาพ (30 บาท รักษา ทุกโรค) 3. สนับสนุนเงิน อุดหนุนเพื่อการพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพ	กสพ. เมืองพัทยา กทม. กสพ.	√
1.7 กรมอนามัย	1. การแก้ไขปัญหาลูก น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ 2. ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่ และเด็ก 3. ส่งเสริมสุขภาพเด็ก กลุ่มวัยเรียนและเยาวชน 4. ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัย ทำงาน 5. การส่งเสริมสุขภาพเด็ก และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 6. ท้นดสาธารณสุข 7. งานโภชนาการ 8. งานวางแผน ครอบครัวและพัฒนา ประชากร 9. งานส่งเสริมการออก กำลังกายเพื่อสุขภาพ 10. การพัฒนาอนามัย ชุมชนบนพื้นที่สูง	เมืองพัทยา กทม. กสพ. เมืองพัทยา กทม. กสพ. กสพ. เทศบาล อบต. อบจ. เทศบาล อบต. อบจ. กสพ. กสพ. อบต. อบจ. กสพ. กสพ.	√ √ √ √ √

ภารกิจ/หน่วยงาน	ภารกิจที่ถ่ายโอน	องค์กรรับการถ่ายโอน	ภารกิจที่ถ่ายโอนแล้ว
ข. แผนปฏิบัติการฯ ฉบับที่ 2 ¹³ 1. ด้านการรักษาพยาบาล 1.1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	1. ถ่ายโอนสถานีอนามัย 2. ให้ถ่ายโอนโรงพยาบาล - โรงพยาบาลชุมชน - โรงพยาบาลทั่วไป	อบต. เทศบาลเมืองพัทยา อบจ. กทม.	

ต่อมา คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีมติเห็นชอบแผนการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่ อบต. เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2549 โดยมีหลักการสำคัญคือ มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน มีความยืดหยุ่น มีพลวัต และมีส่วนร่วม โดยได้มีการกำหนดรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบต. ในหลายรูปแบบ ซึ่งสามารถปรับได้ตามความพร้อมของทุกฝ่าย ตามความเหมาะสมของพื้นที่ และตามสถานการณ์ เช่น ถ่ายโอนสถานีอนามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โอนโรงพยาบาลให้เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นต้น ถ่ายโอนเป็นเครือข่ายบริการ (เป็นพวงบริการ หลายระดับ) โดยรวมสถานีอนามัย และ โรงพยาบาลในพื้นที่เป็นเครือข่าย แล้วถ่ายโอนทั้งเครือข่ายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่ง อบต. มีส่วนร่วมในการบริหาร รวมทั้ง การจัดตั้งเป็นองค์การมหาชน (Autonomous Public Organization) โดย อบต. ร่วมในการบริหารและอาจเป็นองค์การมหาชนเฉพาะสถานบริการหรือเฉพาะเครือข่ายบริการ หรือให้ กสพ. เป็นองค์การมหาชนจัดตั้งหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ (Service Delivery Unit – SDU)

วันที่ 25 เมษายน 2550 คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้มีมติให้กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการถ่ายโอน สอ. ให้ อบต. จำนวน 35 แห่ง ตามหลักเกณฑ์ แนวทางการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่

¹³ แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น , 2551

อปท. ตามที่ กกค. และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด อันประกอบด้วยหลักเกณฑ์ 3 ประการคือ (1) อปท. ต้องได้รับรางวัลชมเชยจากกระทรวงมหาดไทย (2) อปท. ต้องผ่านเกณฑ์ประเมินความพร้อม และ (3) เจ้าหน้าที่ต้องมีความสนใจในการถ่ายโอนไป อปท. ต่อมา วันที่ 30 พฤศจิกายน 2550 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการลงนามในการถ่ายโอนสถานีนามัยกลุ่มแรก จำนวน 22 แห่ง ให้แก่ อปท.

อนึ่ง การดำเนินงานการถ่ายโอน ต้องมีการดำเนินการประเมินความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล ก่อน ซึ่งได้มีการกำหนดให้ดำเนินการโดย คณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่ อปท. ระดับจังหวัด ซึ่งแต่งตั้งโดย กกค. มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ซึ่งมี อปท. ผ่านการประเมินและรับโอนสถานีนามัย เพียง 28 แห่ง

สำหรับการดำเนินงานในปี 2553 สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (สกค.) สำรวจความประสงค์ของ อปท. ที่มีความพร้อมในการรับถ่ายโอนสถานีนามัย พบว่า อปท. จำนวน 364 แห่ง ประสงค์จะรับโอน สอ. จำนวน 501 แห่ง และให้มีการดำเนินการประเมินความพร้อมของ อปท. ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข การประเมินความพร้อมของ อปท. ในการจัดการสาธารณสุข ยื่นขอรับการประเมินความพร้อมก่อนสิ้นปีงบประมาณไม่น้อยกว่า 180 วัน (ก่อนวันที่ 3 เมษายนของทุกปี) มี อปท. จำนวน 156 แห่ง ยื่นขอรับการถ่ายโอน สอ. จำนวน 200 แห่ง ผลการประเมินความพร้อม มี อปท. ผ่านเกณฑ์การประเมินความพร้อม จำนวน 28 แห่ง ขอรับโอน สอ. จำนวน 32 แห่ง รายละเอียดเอกสารหมายเลข 2 แต่ขณะนี้ยังไม่มีการดำเนินการถ่ายโอนเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขกำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนา สอ. ทุกแห่งให้เป็น รพ.สต.

อนึ่ง ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้ อปท. (ฉบับที่ 2) กำหนดไว้ว่า “เนื่องจาก แผนปฏิบัติการ ฯ จะสิ้นสุดในเดือนธันวาคม 2553 ถ้าถ่ายโอนสถานีนามัยไป อบต. ไม่ได้ให้ถ่ายโอนสถานีนามัยไปยัง อบจ. ไปพลางก่อน” สมาคมนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย จึงได้ดำเนินการประมวลความคิดเห็น และจัดทำร่างข้อเสนอรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข และตั้งคณะทำงานศึกษา รูปแบบการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยให้มีการดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของ กระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และ อบจ. ในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าหมายในการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้แก่ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ ไม่ใช่เป้าหมายในการถ่ายโอน สอ. แต่เพียงประการเดียว โดยมีข้อเสนอรูปแบบของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข 5 รูปแบบ แต่ละจังหวัดสามารถทดลองเลือกรูปแบบการดำเนินงานรูปแบบใดก็ได้ที่เหมาะสมกับสภาพของจังหวัดนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน การ

ดำเนินการศึกษารูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข กกค. กำหนดให้มีการนำร่อง 26 จังหวัด และให้ศึกษาทั้ง 75 จังหวัด สามารถดำเนินการได้ 40 จังหวัด

ปัญหาอุปสรรคในการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) กำหนดให้ส่วนราชการที่ถ่ายโอน (กระทรวงสาธารณสุข) มีอำนาจหน้าที่ในการตรวจติดตามประเมินผล กำหนดมาตรฐานบริการและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขของ อปท. หลังการถ่ายโอน และรายงานผลให้ กกค. ทราบ พบปัญหาอุปสรรคหลายประการ ดังนี้

1. การสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข แก่บุคลากรสาธารณสุขในทุกระดับ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ และแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพราะขณะนี้บุคลากรยังไม่ชัดเจนในเรื่อง ระเบียบหรือหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการถ่ายโอนไป อปท.

2. การให้บริการด้านสุขภาพ สถานีนอนามัยบางแห่ง เมื่อถ่ายโอนให้ อปท. บุคลากรที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายให้มาช่วยปฏิบัติงานบริการแก่ประชาชน หลังจากถ่ายโอนบุคลากรดังกล่าวต้องกลับไปปฏิบัติงานที่เดิม ทำให้ไม่สามารถให้บริการกับประชาชนได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพเท่าเดิม เนื่องจากมีภารกิจที่ได้รับมอบหมายมากขึ้น

3. การขาดบุคลากรในการให้บริการ เนื่องจาก อปท. ไม่สามารถ จัดหาอัตรากำลังมาเพิ่มเติมตามตำแหน่งที่ได้รับการจัดสรรจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

4. บุคลากรที่ถ่ายโอนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการปฏิบัติงานและระบบการบริหารงานบุคคลของ อปท. ทำให้ไม่มั่นใจต่อระบบการบริหารงานบุคคล ขาดขวัญกำลังใจและความก้าวหน้าในอาชีพรับราชการ

อนึ่ง สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยนักวิจัย สมพันธ์ เตชะอธิก พะเยาว์ นาคำ และคณะ ได้ติดตามการดำเนินงานหลังการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 22 แห่ง เมื่อปี 2551 พบมีปัญหาและอุปสรรคในการถ่ายโอนหลากหลายประเด็น โดยได้นิยามลักษณะการถ่ายโอนสถานีนอนามัย ดังนี้¹⁴

ลักษณะที่ 1 ถ่ายโอนสถานีนอนามัย บุคลากรถ่ายโอนทั้งหมด เนื่องจาก อบต.และ สอ.มีความร่วมมือและช่วยเหลือและคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี ในระดับชุมชน อสม.ทำงานเป็นเวลานาน

¹⁴ สมพันธ์ เตชะอธิก พะเยาว์ นาคำ และคณะ. “โครงการศึกษาสรุปบทเรียนและติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” มปม. 2551

เป็นตัวเชื่อมสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้การทำงานมีเอกภาพ

ลักษณะที่ 2 ถ่ายโอนสถานีนอนามัย บุคลากรถ่ายโอนมาบางส่วน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ยังไม่มั่นใจในการทำงานของ อบต. และความก้าวหน้า ทำให้การทำงานในช่วงแรกๆ ขาดบุคลากร เกิดปัญหาในการบริหารจัดการ

ลักษณะที่ 3 ถ่ายโอนสถานีนอนามัยมาบางแห่ง บุคลากรถ่ายโอนทั้งหมด (ในพื้นที่ตำบล มี สอ. หลายแห่ง) เกิดผลกระทบต่อการบริหารจัดการ ระบบการนิเทศงาน ระบบการส่งต่อและการประสานงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและ อบต. เกิดความลักลั่นในการปฏิบัติ เช่น การสนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากร

ลักษณะที่ 4 ถ่ายโอนสถานีนอนามัยและบุคลากรถ่ายโอนมาบางส่วน พบข้อจำกัดในการปฏิบัติงานทำให้การทำงานไม่เป็นเอกภาพ เนื่องจากนโยบายของหน่วยงานไม่เหมือนกัน ช่วงและเวลาในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน เกิดความรู้สึกเหลื่อมล้ำในการปฏิบัติงาน เช่น การสนับสนุนงบประมาณ บุคลากรไม่เพียงพอ และเมื่อมีการโอนย้ายบุคลากรจากที่อื่นต้องใช้เวลาในการปรับตัวและเรียนรู้บริบทพื้นที่ และการทำงานร่วมกับ อสม.

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การถ่ายโอนดำเนินการไปได้

ปัจจัย	ข้อคิดเห็น
1. ด้านกฎหมาย	กำหนดคุณสมบัติของ อบต. ที่ต้องถ่ายโอน 1)ได้รับรางวัลดีเด่นด้านการบริหารจัดการ 2)มีกองทุนสุขภาพตำบล 3)ชุมชนมีความต้องการ
2. ภาวะผู้นำของฝ่ายบริหาร อบต.	ผู้นำมีวิสัยทัศน์ ความสามารถ ฝ่ายการเมืองท้องถิ่นยอมรับการทำงานเข้มแข็ง
3. ความคล่องตัวในสายงาน บัณฑิตบัณฑิตบัญชา	กระบวนการอนุมัติงบประมาณในการดำเนินงานสั้นลง สามารถทำงานได้รวดเร็วขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น
4. สัมพันธภาพระหว่าง อบต. และสอ.	ความสัมพันธ์จากการทำงานร่วมกัน การเป็นเครือญาติ การเป็นคนภูมิลำเนาเดียวกัน
5. ประสพการณ์ ความเชื่อมั่นในการทำงาน ร่วมกัน ระหว่าง สอ.และ อบต.	มีประสบการณ์ในการประสานและสนับสนุนร่วมกันมาก่อน เกิดความคุ้นเคย เข้าใจและเห็นว่า อบต. จะสามารถจัดสรรงบประมาณได้เหมาะสม สะดวก สนองปัญหาชุมชนได้ดีกว่าเดิม

ประสิทธิภาพการให้บริการประชาชน

1. ประชาชนมีความพึงพอใจด้านมาตรฐานของสถานีนอนามัยและการให้บริการด้านสุขภาพ นอนามัย ในระดับที่ดีกว่าเดิม เช่น ระบบบริการ ระบบส่งต่อ ความเป็นธรรมในการ ให้บริการ (บัตรคิว) การบริการทุกวัน การจัดบริการทันตกรรม มีบริการเยี่ยมบ้าน การ ตรวจทางห้องปฏิบัติการมีคุณภาพรวดเร็ว มีบริการกรณีอุบัติเหตุทั้งในและนอกเวลาทำ การ
2. มีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วน มีพื้นที่ให้บริการเหมาะสม อุปกรณ์และเครื่องมือทันสมัย พร้อมให้บริการ มีการพัฒนาแนวทางการบริการที่ทันสมัย
3. บุคลากรเพียงพอ ดูแลใส่ใจผู้รับบริการ ใช้เวลาในการบริการและปฏิบัติงานอย่างโปร่งใส
4. ระบบการให้บริการ (การรักษาอาการเจ็บป่วย) ระบบการส่งต่อเหมาะสม มีการ เปลี่ยนแปลงดีขึ้น
5. ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการวางแผนด้านสุขภาพ ประชาชนร่วมทำแผนพัฒนาสุขภาพ มีการ เสนอปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาร่วมกัน มีการประเมินผลและรับทราบข้อมูล การปฏิบัติงานที่แล้วเสร็จตามแผนงาน/โครงการ

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานถ่ายโอน

1. บุคลากรไม่เพียงพอ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติ ไม่สามารถให้บริการ เจริญได้
2. บุคลากรถ่ายโอนไม่ครบ ทำให้บุคลากรที่ถ่ายโอนต้องทำงานหนัก
3. ขาดความเข้าใจระเบียบการบริหารบุคคลในเรื่องสิทธิประโยชน์และความก้าวหน้า
4. อปท.ขาดความเข้าใจในการสนับสนุนงบประมาณให้กับสถานีนอนามัย
5. สสจ.ไม่สนับสนุน/สนับสนุนน้อย แก่ สอ.ที่ถ่ายโอนให้ อปท.
6. ผู้บริหาร อปท.บางแห่ง ไม่เข้าใจลักษณะงานของสถานีนอนามัย และไม่มีองค์ความรู้ด้าน สาธารณสุข
7. ความแตกต่างในแนวทางการบริหารจัดการระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ อปท.
8. ความไม่ชัดเจน กฎ ระเบียบ การบริหารจัดการ เช่น งบประมาณ บุคลากร (ค่าตอบแทน)
9. ประชาชนไม่ทราบเรื่องการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อปท.

ข้อดีของการถ่ายโอน

1. สามารถกำหนดนโยบายในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขร่วมกับประชาชน เพื่อตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริง คือ นโยบายสาธารณะ เช่น นโยบายการจัดบริการ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ สวัสดิการชุมชน นโยบายอาสาสมัคร การควบคุมส่งเสริมและควบคุมโรค
2. สามารถแก้ไขปัญหาของท้องถิ่นตรงตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เนื่องจากปัญหาแต่ละพื้นที่ไม่เหมือนกัน
3. งบประมาณในการจัดกิจกรรมพัฒนาด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม
4. การให้บริการอย่างต่อเนื่องและเป็นธรรม
5. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรม FAP
6. แก้ไขปัญหาโดยประชาชน เพื่อประชาชน (แต่งตั้งเป็นรัฐมนตรีในการทำงาน)
7. แก้ไขปัญหาเองได้ เช่น การเพิ่มบุคลากร เจ้าหน้าที่ ตามปัญหาของท้องถิ่น
8. การแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ทันทั่วทั้งที่
9. ความก้าวหน้าของเจ้าหน้าที่
10. ขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานประจำปี (โบนัส)
11. การให้บริการไม่ซ้ำซ้อน
12. การบูรณาการในการจัดการให้บริการ
13. อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ในการให้บริการ
14. การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ

ข้อเสีย

1. การปรับตัวของบุคลากรสาธารณสุขกับการเมือง
2. ด้านวิชาการและการให้ความสำคัญของหน่วยงานสาธารณสุขเดิมหลังการถ่ายโอน
3. การโยกย้ายของเจ้าหน้าที่
4. การไม่เข้าใจต่อการถ่ายโอนขององค์กรอื่นๆ

2.3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

2.3.1 บทบาทและกลไกการดำเนินงาน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการดูแลสุขภาพแทนประชาชน (Health Care Purchaser) ที่สำคัญและดูแลกลุ่มประชากรที่ใหญ่ที่สุดของประเทศ การดูแลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและได้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน เป็นพันธกิจที่สำคัญขององค์กร จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ ได้สรุปประเด็นสำคัญของภารกิจด้านการจัดการคุณภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายด้านคุณภาพที่วางไว้ โดยสอดคล้องกับบทบาทตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเสนอเป็นกรอบไว้ดังนี้

สปสช.มีภารกิจ ที่ทำให้ประชาชนผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการดำเนินระบบ กระบวนการ และกลไกต่างๆ ในฐานะที่เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ซื้อและจัดหาบริการสุขภาพแทนประชาชน

สปสช. มีภารกิจ ในการพัฒนาตนเองให้เป็นองค์กรที่มีระบบการจัดการคุณภาพของตนเองที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อให้แน่ใจว่า สปสช. จะเป็นหน่วยงานที่ให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพและบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขด้วยหลักธรรมาภิบาล

สปสช. มีภารกิจ ที่จะปฏิบัติงานในแนวทางที่ส่งเสริมและสนับสนุนนโยบายสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศ ตลอดจนให้ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อยกระดับสถานะสุขภาพของประชาชน อันเป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงคุณภาพของระบบสาธารณสุขของประเทศในภาพรวม

ในการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อยู่ภายใต้กรอบของคณะกรรมการ 2 คณะ (บอร์ด) ประกอบด้วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน และมีตัวแทนทุกภาคส่วนจากกระทรวง ทบวง กรม ที่รับผิดชอบแนวนโยบายที่เป็นพื้นฐานแห่งรัฐ เป็นกรรมการ คณะกรรมการจะทำหน้าที่เป็นผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการสาธารณสุข กำหนดนโยบายด้านการบริหารกองทุน รวมถึงการกำหนดนโยบายด้านการบริหารงานและเห็นชอบแผนการทำงานของสำนักงาน

นอกจากนี้ในการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยังมีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ทำหน้าที่ควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ รวมถึงควบคุมกำกับการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ จะทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการทั้ง 2 คณะ ในการบริหารองค์การ จะมี เลขธิการสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้บริหารสูงสุด (Chief Executive Office-CEO) โดยตั้งแต่เริ่มตั้งแต่ปี 2545 ถึง ปัจจุบัน (8ปี) มีเลขธิการ 2 ท่าน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดในการยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิด การสร้างระบบการบริหารจัดการองค์การที่ได้มาตรฐานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ สอดคล้องไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ที่ได้เน้นย้ำว่าแผนบริหารราชการแผ่นดิน จะช่วยยกระดับขีดความสามารถและมาตรฐานงานให้อยู่ในระดับสูงเทียบเท่าสากล (High Performance Organization) ด้วยการจัดให้มีการพัฒนาระบบบริหารยุทธศาสตร์ การพัฒนา ระบบบริหารความรู้ความสามารถของบุคลากร รวบรวมและพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงาน ในระดับสากล รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศด้านการประกันสุขภาพ ที่เชื่อมโยงกัน อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ในการสร้างจุดแข็งและโอกาสให้กับองค์การในการบริหารงานให้ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น สปสช. ได้จัดตั้งให้มีสำนักงานเขตทั่วประเทศขึ้น จำนวน 13 แห่ง เพื่อเชื่อมโยงการบริหารงานตามภารกิจหลักของ สปสช. ให้เข้ากับการบริหารงานของ กระทรวงสาธารณสุขในระดับพื้นที่ขึ้นอีกด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

2.3.2 กองทุนหลักประกันสุขภาพ

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นับเป็นนวัตกรรมที่สำคัญ ในระบบสุขภาพของประเทศไทยในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจาก หลายภาคส่วนในสังคม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการประสาน หน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมกันหาปัญหาและความต้องการของ ประชาชน ร่วมวางแผน และส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยสามารถ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชน

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ นอกจากมีเจตนารมณ์ใน การสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่แล้ว ยังสนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้าน สุขภาพ และส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้แสดงบทบาทในการสนับสนุน ประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้ยังส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและการสร้าง กลไกในสังคมที่จะต้องเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพให้ลุล่วง

ในการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้มีการ กำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่าง สปสช. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สมาคมองค์กร บริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย

สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์กรบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ดังต่อไปนี้

ระยะที่หนึ่ง พ.ศ. 2549-2550 องค์กรบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลนำร่องทั่วประเทศ

ระยะที่สอง พ.ศ. 2551-2552 องค์กรบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีความพร้อม

ระยะที่สาม พ.ศ. 2553 เป็นต้นไป องค์กรบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่ผ่านการประเมิน

ผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เริ่มดำเนินการนับตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2549 ซึ่งในปีแรกมีองค์กรบริหารส่วนตำบลและเทศบาลนำร่องจัดตั้งกองทุนรวม 888 แห่งจนถึงปี พ.ศ. 2554 มีการขยายไปถึง 7,481 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 95.29 ของจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดของประเทศ

2.4 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้มีการสร้างเสริมสุขภาพกายและใจให้แข็งแรง อยู่ในภาวะสมดุล และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายจากการบริโภคสุราและยาสูบหรือสารอื่นที่ทำลายสุขภาพ หรือจากพฤติกรรมดำรงชีวิตที่ไม่ถูกต้อง โดยเก็บเงินบำรุงจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีตามกฎหมายว่าด้วยสุรา และกฎหมายว่าด้วยยาสูบ เพื่อใช้ในการสนับสนุน รมรณรงค์ และชี้ชวนให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงเป็นหน่วยงานของ รัฐที่มีใช้ส่วนราชการ หรือรัฐวิสาหกิจที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี มีรายได้จากภาษีสรรพสามิต ยาสูบ และสุรา ในอัตราร้อยละ 2 ต่อปี สสส. ทำหน้าที่จุดประกาย กระตุ้น สนับสนุน ประสานความร่วมมือเพื่อให้คนไทยเริ่มกิจกรรมหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพโดยไม่จำกัดกรอบวิธีการ เพื่อนำไปสู่การขยายค่านิยมและการสร้างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพละกว้างขวาง ทำให้คนไทยมีการตื่นตัวด้านสุขภาพพร้อมกับการเกิดเครือข่ายทำงานด้านสุขภาพโยงโยอยู่ในชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งได้มีความใกล้ชิดกับการสร้างเสริมสุขภาพและมีบทบาทด้านสาธารณสุขมากขึ้นกว่าเดิม ตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมา กระบวนการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้รับความร่วมมือจากภาคีต่างๆ และได้รับการขานรับจากสังคมอย่างกว้างขวาง

ขณะเดียวกันก็มีแผนงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับตำบลโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายพื้นที่ ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพในท้องถิ่นอย่างยั่งยืนต่อไป ซึ่งแผนงานหลักแผนงานหนึ่งที่ สสส. (โดยสำนัก 3) ได้จัดให้มีขึ้น คือ แผนสุขภาพะชุมชน ปี 2555 – 2557

แผนสุขภาพะชุมชนได้ใช้ยุทธศาสตร์สามพลัง (พลังปัญญา พลังทางสังคม และพลังนโยบาย) ด้วยการทำหน้าที่หนุนเสริมภาคีเครือข่ายให้มีศักยภาพในการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่โดยการเพิ่มขีดความสามารถของบุคคลและองค์กร รวมถึงการเสริมสร้างศักยภาพของระบบและโครงสร้างภายในชุมชนท้องถิ่น ให้มีประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้ดี เช่น การมีสถาบันการเงินชุมชนที่ทำหน้าที่เป็นตัวช่วยด้านการเข้าถึงแหล่งทุนเงินได้ง่ายและช่วยแก้ปัญหาเมื่อเกิดปัญหาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ทั้งในระดับครอบครัวและกลุ่ม การเพิ่มความโปร่งใสในการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรต่างๆ ภายในชุมชนอันนำไปสู่การสร้างควมไว้วางใจและเกิดความเชื่อมั่นในการจัดการร่วมกันมากขึ้น เป็นต้น โดยภาพรวมการดำเนินงานของแผนสุขภาพะชุมชนมุ่งให้เกิด ผลลัพธ์ในด้าน สุขภาวะทางสังคม ทางปัญญา และทางจิตใจ เป็นสำคัญ สำหรับสุขภาพะทางกายจะเป็นผลต่อเนื่องหากมีการบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพและการณรงค์ที่เกี่ยวกับความเข้มแข็งด้านร่างกาย

วัตถุประสงค์ของแผนสุขภาพะชุมชน ได้แก่

15

- 1) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้มีศูนย์เรียนรู้ด้านการจัดการสุขภาพะสี่มิติที่มีศักยภาพในการทำหน้าที่เป็นกลไกขับเคลื่อนเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่
- 2) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนศูนย์เรียนรู้ด้านการจัดการสุขภาพะสี่มิติที่มีความพร้อมเป็นเครือข่าย (affiliate) กับสถาบันวิชาการในการทำหน้าที่สร้างและพัฒนาชุดองค์ความรู้ด้านการจัดการระบบสุขภาพะชุมชนและพัฒนาศักยภาพผู้นำให้มีความชำนาญเฉพาะ
- 3) เพื่อสนับสนุนสถาบันวิชาการให้มีการจัดตั้งกลไกการจัดการการวิจัยและพัฒนาสุขภาพะชุมชนที่มีการบูรณาการร่วมกับศูนย์บ่มเพาะด้านการจัดการระบบสุขภาพะชุมชน
- 4) เพื่อสนับสนุนให้เกิดกลไกในระดับพื้นที่ในการทำหน้าที่เป็นฐาน (platform) ในการพัฒนาสุขภาพะในประเด็นต่างๆ
- 5) เพื่อสนับสนุนการสร้างและการจัดการความรู้ที่นำไปใช้ในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพและการจัดการสุขภาพะชุมชนทั้งในระดับ

¹⁵ ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. กรอบกระบวนการวิจัยชุมชนสู่ตำบลสุขภาพะ. (กรุงเทพฯ : บริษัททีคิวพีจำกัด , ๒๕๕๓)

ตำบล ระดับจังหวัด และระดับเครือข่าย รวมถึงหนุนเสริมการขับเคลื่อนนโยบายการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

6) เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการทบทวนตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นและสร้างการเรียนรู้จนเกิดการยอมรับและกำหนดเป็นเป้าหมายพัฒนาสุขภาวะของทุกภาคส่วน

โครงสร้างของแผนงานสุขภาวะชุมชน ประกอบด้วย 4 แผนงานหลัก คือ

- 1) แผนงานสนับสนุนการจัดการเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่
- 2) แผนงานพัฒนาศูนย์บ่มเพาะด้านการจัดการสุขภาวะชุมชน
- 3) แผนงานส่งเสริมการจัดการความรู้และสร้างองค์ความรู้
- 4) แผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะและการรณรงค์

ผลลัพธ์จากการดำเนินงานปรากฏว่า ปัจจุบัน สสส. มีเครือข่ายการเรียนรู้ชุมชนรวมทั้งสิ้น 35 เครือข่าย และกำลังเพิ่มขึ้นอีก 2 เครือข่าย (คือ ต.คลองน้ำไหล จ.กำแพงเพชร และ ต.ทุ่งโพธิ์ จ. ปราจีนบุรี) กระจายตามชุมชนท้องถิ่นต่างๆ ทั่วประเทศ ปรากฏดังแผนที่ข้างล่างนี้

บทที่ 5

การบริหารการพัฒนาสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สาระสำคัญในบทที่ 5 นี้ จะเป็นการนำเสนอผลการศึกษาวิเคราะห์บทบาทด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในหลากหลายรูปแบบ โดยเริ่มตั้งแต่บทบาทด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานคร บทบาทด้านสุขภาพขององค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ. ภูเก็ต) บทบาทด้านสุขภาพของเทศบาล (เทศบาลนครนครศรีธรรมราช และเทศบาลเมืองทุ่งสง) รวมทั้งบทบาทด้านสุขภาพขององค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต. ปากพูน) หลังจากนั้นจะเป็นการนำเสนอผลการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบบทบาทด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเด็นต่าง ๆ 5 ประเด็น คือ 1) เหตุผลความจำเป็นในการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชน 2) ความสำเร็จที่ได้รับการดำเนินงาน ซึ่งจะครอบคลุมทั้งความสำเร็จด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม รวมทั้งด้านความพึงพอใจของประชาชนด้วย 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จดังกล่าว 4) ภาพของระบบบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอนาคต และ 5) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ความเป็นมา

ภายหลังจากการปฏิรูปราชการแผ่นดิน พ.ศ.2435 ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว การปกครองหรือบริหารกิจการส่วนท้องถิ่นอาจจะพิจารณาได้ตั้งแต่การจัดตั้งสุขาภิบาลกรุงเทพขึ้น ตามคำแนะนำของที่ปรึกษาชาวต่างประเทศ (โรแลนด์ ยาคแมงส์ หรือเจ้าพระยาอภัยราชา) เมื่อ ร.ศ.116 (พ.ศ.2440) พื้นที่ของสุขาภิบาลนี้ครอบคลุมตั้งแต่ปากคลองบางลำภูล่างจนถึงปากคลองโอ่งอ่าง โดยสุขาภิบาลนี้มีหน้าที่ กำจัดขยะมูลฝอย จัดทำส้วมสาธารณะ ควบคุมอาคารสิ่งปลูกสร้าง ขจัดสิ่งโสโครกและควบคุมสิ่งก่อความรำคาญแก่ประชาชน ต่อมาก็มีการขยายความคิดนี้ออกไปยังหัวเมือง โดยจัดตั้งสุขาภิบาลท่าฉลอมขึ้น เมื่อ ร.ศ.124 (พ.ศ.2448) โดยกำหนดให้ตัวแทนจากท้องถิ่นคือกำนันผู้ใหญ่บ้านร่วมเป็นกรรมการด้วย ต่อมาก็ริเริ่มให้มีงบประมาณของท้องถิ่นเอง ต่อจากนั้นก็

การตราพระราชบัญญัติจัดการสุขาภิบาลตามหัวเมือง ร.ศ.127 (พ.ศ.2451) ขึ้น กำหนดให้สุขาภิบาลมี 2 ประเภท คือสุขาภิบาลในเขตเมืองและสุขาภิบาลในท้องถิ่นที่มีความเจริญด้อยลงมา¹

ในรัชกาลที่ 6 ก็มีพระราชดำริจัดตั้งโครงการทดลอง “คูสิดธานี” ขึ้น นับเป็นโครงการที่รู้จักกันแพร่หลายในเวลาต่อมา นับตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 นโยบายของรัฐบาลให้ความสำคัญกับการวางระบบการปกครองท้องถิ่นตามหลักของการปกครองตนเองในระดับท้องถิ่น (Local Self Government) มีการตราพระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ.2476 ขึ้น อันเป็นที่มาของการจัดตั้งเทศบาลอันเป็นหน่วยการปกครองท้องถิ่นที่มีอำนาจการปกครองตนเอง (Autonomy) ในระดับสูงพอสมควรและจัดตั้งขึ้นบนพื้นฐานของการกระจายอำนาจ (Decentralization) โดยมุ่งให้เทศบาลเป็นท้องถิ่นสำหรับชุมชนเมือง (urban areas) องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นท้องถิ่นสำหรับพื้นที่ชนบท (rural areas) สำหรับท้องถิ่นที่มีพัฒนาการทางเศรษฐกิจสังคมในระดับกึ่งเมือง (semi-urban) ก็จัดการปกครองเป็นรูปสุขาภิบาลและการปกครองท้องถิ่นชนบทในรูปอื่น² ซึ่งจะเห็นได้จากการตราพระราชบัญญัติสุขาภิบาล พ.ศ.2495 และ พ.ร.บ. ระเบียบบริหารราชการส่วนจังหวัด พ.ศ.2498 (จัดตั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด ขึ้นเป็นท้องถิ่นที่ดูแลพื้นที่ชนบท) อย่างไรก็ดี ปรากฏว่า ท้องถิ่นยังไม่ได้รับอำนาจอิสระในการปกครองตนเองในระดับที่ควรจะเป็น ท้องถิ่นรูปแบบที่มีโครงสร้างและเงื่อนไขที่มีอำนาจอิสระสูงสุด ได้แก่ เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัดและสุขาภิบาล ปรากฏว่ามีการกำหนดมาตรการและเงื่อนไขในการควบคุมทั้งระดับโครงสร้างและการปฏิบัติงาน ข้อที่เห็นได้ชัดเจนก็คือ องค์การของท้องถิ่นมิได้เป็นอิสระและมาจากการเลือกตั้งโดยประชาชนในท้องถิ่นอย่างกว้างขวาง แต่มีบทบัญญัติให้แต่งตั้งข้าราชการส่วนภูมิภาคเข้าไปดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหาร หรือเป็นกรรมการบริหาร (Commissioners) โดยตำแหน่ง ในการบริหารองค์การส่วนจังหวัดและสุขาภิบาลอย่างกว้างขวาง และมีสัดส่วนครอบงำสมาชิกที่มาจากการเลือกตั้งค่อนข้างชัดเจน

¹ นันทวัฒน์ อ่างอิงในปฐม มณีโรจน์. กรุงเทพมหานครในฐานะมหานครโลกาภิวัตน์: บทวิเคราะห์โครงสร้าง และการกิจของ กรุงเทพมหานครเพื่อพบาพระดับนานาชาติ. ในอุทัย เลาหวิเชียร (บรรณาธิการ), การพัฒนากรุงเทพมหานคร สู่... ความเป็นมหานครระดับโลกยุคใหม่. กรุงเทพฯ: บริษัท ช้างสามเศียร 999 จำกัด, 2554. หน้า 159.

² เพิ่งอ้าง, หน้า 159.

อาจกล่าวได้ว่า เจตนารมณ์อย่างแรงกล้าที่จะปฏิรูปท้องถิ่นไทยได้บัญญัติไว้อย่างจริงจัง และชัดเจนตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญฉบับนี้ (มาตรา 282 – 290) ได้บัญญัติสาระสำคัญว่าด้วยการปกครองส่วนท้องถิ่นไว้ 7 ประการ ได้แก่ หลักสำคัญ (คือ อำนาจอิสระในการปกครองท้องถิ่น โครงสร้างของท้องถิ่นต้องประกอบด้วยผู้ที่มาจากการเลือกตั้ง ระบุ เรื่องอำนาจหน้าที่ของท้องถิ่นไว้ เพื่อให้แน่ใจว่าท้องถิ่นไม่ได้มีแต่กรอบหรือเค้าโครงภายนอก ต้อง ประกอบด้วยอำนาจหน้าที่และกิจกรรมที่กระจายสู่ท้องถิ่นด้วย รายได้ของท้องถิ่น การบริหารงาน บุคคลของท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองท้องถิ่นและการกำกับดูแลท้องถิ่น

ผลของการปฏิรูปครานั้น ทำให้ยกเลิกการปกครองท้องถิ่น ในรูปสุขาภิบาล โดยยกฐานะเป็นเทศบาล อันเป็นโครงสร้างและระบบที่มีอำนาจอิสระที่สมบูรณ์กว่าอย่างชัดเจน ส่วนองค์การบริหารส่วนจังหวัด ก็ให้มีผู้บริหารมาจากการเลือกตั้งจากประชาชนแทนที่จะให้ผู้ว่าราชการจังหวัดจากส่วนภูมิภาคไปดำรงตำแหน่งโดยอัตโนมัติดังเช่นที่เคยกระทำ และที่สำคัญก็คือ มีการจัดตั้งองค์การปกครองท้องถิ่นสำหรับชุมชนชนบทขนาดเล็ก คือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ขึ้นมาอย่างกว้างขวาง (เมื่อปี 2553 มี อบต.จำนวน 6,685 หน่วย เป็นผลให้ต้องมีการปรับบทบาทและความสัมพันธ์ของ อบจ. เสียใหม่ให้เหมาะสมและไม่ซ้ำซ้อนท้องถิ่นอื่นๆ ในจังหวัด

ปัจจุบัน สถานะทางกฎหมายของการปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดไว้ 2 รูปแบบ 5 ประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

- 1.รูปแบบการปกครองท้องถิ่นทั่วไป ได้แก่
 - 1) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) มีโครงสร้างการบริหาร คือ สภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด
 - 2) เทศบาล มีโครงสร้างการบริหาร คือ สภาเทศบาล และนายกเทศมนตรี
 - 3) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีโครงสร้างการบริหาร คือสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล
2. รูปแบบการปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ซึ่งมีฐานะเป็นทบวงการเมือง และนิติบุคคล โดยในประเทศไทยมีอยู่ 2 แห่งคือ

1) กรุงเทพมหานคร มีโครงสร้างการบริหาร คือ ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
สภากรุงเทพมหานคร และสภาเขต

2) เมืองพัทยา มีโครงสร้างการบริหาร คือ สภาเมืองพัทยา นายกเมืองพัทยา

1. บทบาทด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เจาะลึกพบว่าแม้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทในบริการสุขภาพยังไม่มากนัก แต่ในทุกๆ ระดับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีผลงานด้านการจัดบริการสุขภาพมากบ้างน้อยบ้าง ซึ่งที่พบว่ามีผลงานที่โดดเด่นที่พอจะกล่าวถึง มีดังนี้

1.1 กรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานครมีประชากรที่รับผิดชอบมากกว่า 10 ล้านคน มีโครงสร้างการบริหารที่ประกอบด้วยฝ่ายบริหาร (ที่มีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นผู้นำ มีสภากรุงเทพมหานครและสภาเขตสำหรับทำหน้าที่ดูแลอำนาจและคานอำนาจกับฝ่ายบริหาร)³

สำนักงานการแพทย์

กรุงเทพมหานครมีสำนักงานการแพทย์ที่มีโรงพยาบาล ขนาดใหญ่สำหรับให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชน 4 แห่ง (คือโรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และวชิระพยาบาล) และจะยกระดับโรงพยาบาลเป็นขนาด 200 เตียงอีก 5 แห่ง (คือโรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลหนองจอก โรงพยาบาลลาดกระบัง โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ) ทั้งนี้บทบาทและพันธกิจของสำนักงานการแพทย์มีประเด็นสำคัญที่น่าสนใจดังนี้

วิสัยทัศน์ (Vision)

“เป็นองค์กรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีเครือข่ายบริการชั้นนำของประเทศ”

“Medical service department is one of the leading health network in Thailand”

³ <http://www.msd.bangkok.go.th/index%20original%20Copy.html> available on 21/02/2012

พันธกิจ (Mission)

“สำนักการแพทย์เป็นผู้นำในการจัดเครือข่ายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐานระดับสากล โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลิตแพทย์ พยาบาลที่มีคุณภาพ และพัฒนาด้านเวชศาสตร์เขตเมือง มีการบริหารแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ ยึดหลักการทำงานเป็นทีม ส่งเสริมการวิจัยและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการสุขภาพ”

เป้าประสงค์ (Goal)

1. เป็นศูนย์กลางบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐานสากล ก้าวสู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ (Excellence of Medical Services to achieve regional health gateway)
2. เป็นศูนย์กลางความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์เขตเมือง เน้นการศึกษาเฉพาะทางเพื่อผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ควบคู่กับการพัฒนางานวิจัย (Expertise of Urban medicine)
3. เปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์การจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้เป็นที่ยอมรับของประชาชน (Branding to become medicine services of choice)
4. มีระบบบริหารจัดการสมัยใหม่ โดยยึดหลักธรรมาภิบาล มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เทคโนโลยีสารสนเทศ และสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ ตลอดจนโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการให้บริการที่ดีที่สุดแก่ประชาชน (Modernization of medical management and Learning Organization)
5. มีการบูรณาการเครือข่ายระบบบริการแพทย์ และระบบส่งต่อที่เป็นเอกภาพ (Unity of BMA network for better quality of life)

การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

สร้างเสริม สภาวะแวดล้อมทางสาธารณสุขด้วยการจัดบริการสาธารณสุขที่ดี อย่างทั่วถึง ให้ ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยเฉพาะการป้องกัน โรคและการ ดูแลสภาวะของคนกรุงเทพฯ ทุกเพศ ทุกวัย

การป้องกันโรค ประกอบด้วย การดูแลเรื่องอาหารปลอดภัย จัดพื้นที่ให้ประชาชนมีโอกาสได้ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี จัดหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ให้บริการตรวจ สุขภาพฟรีทุกครัวเรือน พร้อมสร้างเครือข่ายเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชนเพื่อการ แก้ไขอย่างทันที่

การรักษาพยาบาล อย่างมีคุณภาพด้วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจรทั้ง ศูนย์ สุขภาพชุมชน 68 ศูนย์บริการสาธารณสุขมาตรฐาน HCA (Health Center Accreditation) 9 โรงพยาบาล มาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์เอราวัณ) สายด่วน 1646

การฟื้นฟูสภาพ หลังการรักษาด้วยบริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

การดูแลเด็กในครรภ์มารดา เด็กแรกเกิด และเด็กก่อนวัยเรียน จัดบริการสาธารณสุข พื้นฐาน ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงคลอด ให้ความรู้สำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อเฝ้าระวังภาวะคลอดก่อน กำหนด สนับสนุนอาหารเสริมแก่ทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ฉีดวัคซีนพร้อมเตรียมบุคลากรเพื่อการ ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน

การจัดหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ให้บริการประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้บริการตรวจ สุขภาพประจำปีฟรีทุกครัวเรือน โดยทีมจากศูนย์บริการสาธารณสุขและสำนักอนามัย เพื่อลงพื้นที่ใน ชุมชนทั่วกรุงเทพฯ เป้าหมายในเรื่องนี้คือ การตรวจสุขภาพทุกครัวเรือนให้ได้ปีละ 850,000 คน

การดูแล ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ สร้างเครือข่ายปฏิบัติการร่วมระหว่างสำนักอนามัย สำนักงานการแพทย์และสำนักงานเขต 50 เขต โดยจัดให้มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว หรือ SRRT และ ทีม Health Best เพื่อเฝ้าระวัง สอบสวนโรค ควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคไข้ปวด

ข้อมูลลายหรือโรคชุกชุมกุนยา และวันโรค เพื่อเฝ้าระวังการเผยแพร่ระบาดของโรค รวมถึงการสำรวจ เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ในการควบคุมโรคอย่างเพียงพอ

การจัดหาน้ำสะอาดเพื่อบริโภค โดยการจัดหาตู้ น้ำดื่มหยอดเหรียญ ร่วมมือกับผู้ประกอบการ ตรวจสอบคุณภาพน้ำจากตู้ น้ำดื่มหยอดเหรียญพร้อมติดสติ๊กเกอร์ตรากรุงเทพมหานครเพื่อรับรอง และ ประชาสัมพันธ์ตู้ น้ำดื่มฯ ให้ประชาชนทราบ

การควบคุมการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 กรุงเทพมหานครนับเป็น หน่วยงานแรกที่ตื่นตัวในการเตรียมความพร้อมรับมือการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 โดยเฝ้าระวังอย่างเข้มงวดทั้งประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบแนวทางปฏิบัติใน การดูแลตนเองให้ แข็งแรงเพื่อเป็นการลดการแพร่กระจายของเชื้อ ทั้งนี้กรุงเทพมหานครได้มอบหน้ากากอนามัยจำนวน 100,000 ชิ้น ให้กับตัวแทนกลุ่มสหกรณ์แท็กซี่ ขสมก. และ บขส.

การดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร เนื่องจากแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จะเพิ่ม มากขึ้น การดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรจึงเป็นเป้าหมายการดำเนินงานที่กรุงเทพมหานครฯ ได้ให้ ความสำคัญเป็นลำดับต้น ๆ ได้จัดสวัสดิการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง ด้วยการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพ ขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจำนวนเพิ่มขึ้น จัดตั้ง ศูนย์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน โดยนำร่องที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 เขตหนองแขม เป็นศูนย์ การเรียนรู้และเป็นต้นแบบในการจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาใน ชุมชน

สำนักอนามัย

มีหน้าที่รับผิดชอบการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟู สมรรถภาพและการควบคุมโรคระบาด ทั้งนี้บทบาทและกิจกรรมหลักของสำนักอนามัย ได้แก่ ศูนย์ การแพทย์และสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

ศูนย์การแพทย์และสาธารณสุข คือศูนย์บริการสาธารณสุขของสำนักอนามัย ที่เพิ่มบริการคลินิก เฉพาะโรค 4 สาขาหลัก ได้แก่ กุมารแพทย์ สูติ-นรีแพทย์ อายุรแพทย์ และศัลยแพทย์ และบริการคลินิก

พิเศษต่างๆ เช่น คลินิกโรคผิวหนัง คลินิกจิตเวช คลินิกจักษุ คลินิกหู คอ จมูก คลินิกคลายเครียด เป็นต้น ปัจจุบันศูนย์การแพทย์และสาธารณสุข มี 6 แห่ง ได้แก่

- ศูนย์การแพทย์และสาธารณสุข 8 บุญรอด รุ่งเรือง เขตบางนา โทร. 0 2361 6760
- ศูนย์การแพทย์และสาธารณสุข 15 ลาตพร้าว เขตห้วยขวาง โทร. 0 2541 8380
- ศูนย์การแพทย์และสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง เขตบางซื่อ โทร. 0 2910 7314
- ศูนย์การแพทย์และสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง เขตวัฒนา โทร. 0 2391 6082
- ศูนย์การแพทย์และสาธารณสุข 41 คลองเตย เขตคลองเตย โทร. 0 2249 1385
- ศูนย์การแพทย์และสาธารณสุข 48 นาค-วัชรอุทิศ เขตหนองแขม โทร. 0 2421 2147

ศูนย์บริการสาธารณสุข

- ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยปฏิบัติการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ต่างๆ กรุงเทพมหานคร มีหน้าที่รับผิดชอบด้าน สุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้บริการด้าน การวางแผนครอบครัว การให้สุขศึกษาแก่ประชาชน โดยให้บริการทั้งภายในและภายนอก ศูนย์บริการสาธารณสุข ในปัจจุบันมีศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง และจัดแบ่งการบริหารงานออกเป็น 12 ศูนย์ภาค

นอกจากนี้กรุงเทพมหานครยังมีศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน (Mini Health Center) ที่มีอาสาสมัครปฏิบัติงานกระจายอยู่ทั่วกรุงเทพมหานครรวมทั้งสิ้น 1,083 ศูนย์

เท่าที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าบทบาทด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานครนั้นจะดูแลตั้งแต่ขั้นปฐมภูมิ ทดัยภูมิ และตติยภูมิ โดยสำนักงานการแพทย์จะดูแลบริการด้านรักษาพยาบาลเป็นสำคัญ (ร้อยละ 80) ส่วนบริการด้านป้องกันโรค ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพนั้นกรุงเทพมหานครจะมีบทบาทประมาณร้อยละ 20 สำหรับงบประมาณสนับสนุนบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครนั้นมี

แหล่งที่มาจากกรุงเทพมหานครหารายได้เองร้อยละ 60 จากรัฐบาลจัดสรรร้อยละ 40 นอกจากนี้อาจจะได้จากงบประมาณพิเศษที่รัฐบาลอุดหนุนในบางโครงการอีก เช่น โครงการป้องกันยาเสพติด เป็นต้น

1.2 องค์การบริหารส่วนจังหวัด

แม้ว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัดจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด แต่พื้นที่การดำเนินงานจะอยู่ในเขตพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลเป็นส่วนใหญ่ บางส่วนอยู่ในเขตพื้นที่ของเทศบาล ปัญหาที่พบคือความซ้ำซ้อนในการดำเนินงานตามแผนงาน อย่างไรก็ตามแม้้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจะมีพื้นที่รับผิดชอบซ้ำซ้อนกับเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล แต่ยังไม่พบมีปัญหาเรื่องการหารายได้ ทั้งนี้เพราะรายได้หลักขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมาจากภาษีสุรา นุหริน้ำมัน และล้อเลื่อนเป็นสำคัญ ซึ่งงบประมาณรายจ่ายส่วนใหญ่ใช้จ่ายในเรื่องของเงินเดือนและค่าจ้างเป็นสำคัญ (กว่าร้อยละ 50)

จากการทบทวนวรรณกรรมและสำรวจภาคสนามพบว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีบทบาทโดดเด่นในงานสุขภาพโดยมีโรงพยาบาลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเองคือองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต ซึ่งจากการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ของนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบมีประเด็นสำคัญดังนี้

โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต เกิดขึ้นภายใต้การผลักดันของนายไพฑูรย์ อุบัติศฤงศ์ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต นพ.จักร สมณะ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอกวันละ 200 - 250 คน การบริการภายใต้คำขวัญ “ดูแลด้วยหัวใจ ห่วงใยถึงครอบครัว” โรงพยาบาลแห่งนี้เกิดขึ้นเพื่อแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลรัฐบาลและแก้ปัญหา

๑. บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ
๒. ผู้ป่วยต้องรอการตรวจวินิจฉัยเป็นเวลานาน
๓. จำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยไม่เพียงพอ
๔. ช่วยให้ประชาชนมีทางเลือกเพิ่มขึ้น

จุดเด่น “ราคารัฐบาล บริการแบบเอกชน” เปิดรับผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยประกันสังคม บัตรทอง สิ่งที่ยังดำเนินการไม่ได้ คือ สิทธิเบิกจ่ายตรง อบจ.ภูเก็ตดูแลเรื่องสุขภาพครบวงจร เช่น การจัดสวนสาธารณะสำหรับการออกกำลังกาย เดินแอโรบิก เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง มีโครงการภูเก็ตแคร้ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นโครงการดูแลผู้สูงอายุ และผู้พิการโดยประสานความร่วมมือกับหลายภาคส่วน รวมถึงการมอบอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ดำเนินการร่วมกับกรมสุขภาพจิต สถาบันเคีกราชนครินทร์ฯ มูลนิธิพัฒนาการเคีกราชนครินทร์ ตรวจคัดกรองเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย สำหรับผู้พิการยังมีการดำเนินการร่วมกับสโมสรโรตารีดูแลผู้ป่วย มอเบรต wheel chair อุปกรณ์สำหรับผู้พิการ ในพระนามาภิไธยสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ เพื่อสร้างโอกาสให้ผู้พิการช่วยเหลือตัวเองและใช้ชีวิตร่วมกับคนปกติ

กว่าจะมาเป็นโรงพยาบาล เป็นเรื่องยาก เพราะ อบจ.ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน ไม่มีระเบียบรองรับ แต่ก็พยายามผลักดันจนเปิดและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาอุปสรรคเรื่องระเบียบไม่เอื้ออำนวย อบจ.ก็ไม่มีประสบการณ์ จึง Out source ทีมแพทย์ พยาบาลจากโรงพยาบาลธนบุรี แต่ปัญหา คือ ทำสัญญาเป็นปีต่อปี เป็นระยะเวลาที่สั้นจึงหาบุคลากรมาทำงานค่อนข้างยาก เพราะเกิดความไม่มั่นคงในชีวิตการทำงาน สำหรับเรื่องยา มีปัญหายานอกบัญชียาหลัก ทางโรงพยาบาลหาทางออกโดย ใช้เงินกองทุนของโรงพยาบาลจัดซื้อก่อน ระเบียบที่ต้องการแก้ไขอย่างมาก คือ 1)ระเบียบพัสดุ 2)การใช้เงินกองทุน 3)ระบบจ่ายตรง/กรมบัญชีกลาง โรงพยาบาลไม่สามารถไปทำ marketing เรื่องราคาได้เลย ซึ่งเป็นจุดอ่อน เปิดช่วงแรกต้องยอมรับว่าขาดทุน แต่เพื่อประชาชนและชื่อเสียงของโรงพยาบาล Long term อาจจะมียกศึกษาแพทย์มาฝึกงานจึงต้องมีแผนงานรองรับ

การสัมภาษณ์นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต (นายไพฑูรย์ อุบัติศฤงศ์) (รายละเอียดคำสัมภาษณ์อยู่ในภาคผนวก ก.)

เกี่ยวกับ แนวคิดเรื่องการจัดตั้งโรงพยาบาล ด้วยความฝันที่แท้จริงไม่ใช่อย่างนี้แต่เป็นรอยต่อระหว่างนายกท่านเดิม ซึ่งซื้อโรงพยาบาลมาได้ 7 เดือน ก็หมดวาระ ถ้าเป็นความตั้งใจจริงอยากทำโรงพยาบาลชุมชนเล็กๆ กระจายสี่มุมเมือง และอยากทำเตียงสามัญให้มากเพราะการซื้อโรงพยาบาล

เอกชนจะเป็นห้องพิเศษส่วนใหญ่ แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วก็ต้องสานต่อ ขณะนี้ยังดำเนินการไม่สำเร็จ ตั้งเป้าหมายไว้ว่า ประชาชนพึงพอใจ ราคาไม่แพง ไม่ต้องรอนาน

1. การให้บริการโดยทีมงานโรงพยาบาลธนบุรี ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี 4 เดือน บุคลากรเกิดความไม่มั่นคงในชีวิตการทำงาน ต้องทำสัญญาจ้างปีต่อปี

2. ปัญหากรมบัญชีกลาง ไม่สามารถดำเนินการเรื่องการจ่ายตรง ได้ สำหรับข้าราชการและครอบครัว

3. ระเบียบปฏิบัติต่างๆ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นไม่มีต้นแบบจึงให้ทดลองไปก่อน ความฝันของนายก อบจ.ภูเก็ต

อยากทำโรงพยาบาลจิตอาสา ไม่ต้องใช้เงินรัฐบาล ใช้เงินบริจาค ทำเหมือนมูลนิธิต้องมียิตอาสา เช่น ในโรงเรียนไม่ต้องมีคนล้างห้องน้ำ นักเรียนช่วยกันทำความสะอาด เพราะเชื่อว่าห้องน้ำโรงเรียนสะอาด บ้านสะอาด จิตใจจึงจะสะอาด

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

1. ความร่วมมือของทีมงานที่จะช่วยกันผลักดันและพัฒนางาน
2. ความรับผิดชอบต่อสังคม ดูแลคนภูเก็ตให้ทั่วถึงทุกระดับ

การสัมภาษณ์เจาะลึกนายแพทย์จักร สมณะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต
(รายละเอียดคำสัมภาษณ์อยู่ในภาคผนวก ก.)

พบมีประเด็นสำคัญพอจะสรุปได้ดังนี้

โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตเป็นโรงพยาบาลขนาด 190 เตียง (ช่วงแรกเปิดบริการ 129 เตียง) เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาโรคระดับบริการทุติยภูมิ เปิดบริการผู้ป่วยนอกตั้งแต่ปลายเดือนพฤษภาคม 2554 และให้บริการผู้ป่วยในเดือนกรกฎาคม 2554

วิสัยทัศน์ (Vision) ของโรงพยาบาล

“โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต เป็นโรงพยาบาลของประชาชนที่ให้บริการคุณภาพเป็นเลิศระดับประเทศและสร้างความประทับใจทุกครั้งแก่ผู้มารับบริการ”

พันธกิจ (Mission)

1. เป็นโรงพยาบาลท้องถิ่นที่ให้บริการทางการแพทย์เป็นเลิศ
2. ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
3. บริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล
4. สร้างความพึงพอใจแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

เมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2554 อบจ.ภูเก็ตได้ว่าจ้าง บริษัทโรงพยาบาลธนบุรี จำกัด (มหาชน) เป็นผู้บริหารจัดการโรงพยาบาล ในระยะเวลา 1 ปี 4 เดือน รวมเป็นค่าจ้าง 104,000,000 บาท

บุคลากรของโรงพยาบาล

มีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลักได้แก่ เวชกรรมทั่วไป อายุรกรรม สูติ-นรีเวช ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวช ไตเทียม ทันตกรรม

บุคลากรของโรงพยาบาล ประกอบด้วย

แพทย์	13 อัตรา
พยาบาลวิชาชีพ	40 อัตรา
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	80 อัตรา
เภสัชกร	5 อัตรา
พนักงานอื่นๆ	148 อัตรา

แผนกรังสี ใช้ระบบ Digital และรายงานผลเป็นภาพผ่านระบบ PAC ซึ่งสามารถส่งผลการตรวจไปปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในสถาบันการแพทย์ที่ส่วนกลางได้ (Teleconference) ทำให้มีความแม่นยำในการวินิจฉัยและผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

-Computed Tomography (CT) Scan ที่มีความเร็วสูง 64 slices เป็นเครื่องที่มีประสิทธิภาพด้วยความเร็วและความละเอียดสูงสามารถสร้างภาพได้ 64 ภาพในครั้งเดียวของรอบการ

หมุน หรือ Scan (360°) อัตราค่าบริการพยาบาลเท่ากับโรงพยาบาลของรัฐที่กำหนด เช่น อัตราค่าฟอกไต กำหนดไว้ 2,000 บาท/ครั้ง

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นผลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ของนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องพบมีประเด็นสำคัญพอจะสรุปได้ดังนี้

1. เหตุผลและความจำเป็นในการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในเขตรับผิดชอบ

โรงพยาบาลแห่งนี้เกิดขึ้นเพื่อแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลรัฐบาลและแก้ปัญหา

1. บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ
2. ผู้ป่วยต้องรอการตรวจวินิจฉัยเป็นเวลานาน
3. จำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยไม่เพียงพอ
4. ช่วยให้ประชาชนมีทางเลือกเพิ่มขึ้น

2. ความสำเร็จที่ได้รับหลังจากดำเนินการ (เป็นพันธกิจ)

1. เป็นโรงพยาบาลท้องถิ่นที่ให้บริการทางการแพทย์เป็นเลิศ
2. ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
3. บริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล
4. สร้างความพึงพอใจแก่ผู้เกี่ยวข้องเพราะมีจุดเด่น “ราคารัฐบาล บริการแบบเอกชน ” เปิดรับผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยประกันสังคม บัตรทอง สิ่งที่ยังดำเนินการไม่ได้

(วิสัยทัศน์ (Vision) ของโรงพยาบาล “โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต เป็นโรงพยาบาลของประชาชนที่ให้บริการคุณภาพเป็นเลิศระดับประเทศและสร้างความประทับใจทุกครั้งแก่ผู้มารับบริการ)

ความเป็นธรรม คุณภาพของบริการ ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ได้แก่

1. ความร่วมมือของทีมงานที่จะช่วยกันผลักดันและพัฒนางาน
2. ความรับผิดชอบต่อสังคม ดูแลคนภูเก็ตให้ทั่วถึงทุกระดับ

3. ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเช่นแผ่นกรังสี ใช้ระบบ Digital และรายงานผลเป็นภาพผ่านระบบ PAC ซึ่ง ทำให้มีความแม่นยำในการวินิจฉัยและผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ
 4. Computed Tomography (CT) Scan ที่มีความเร็วสูง 64 slices เป็นเครื่องที่มีประสิทธิภาพ
 5. อัตราการรักษาพยาบาลเท่ากับโรงพยาบาลของรัฐที่กำหนด เช่น อัตราค่าฟอกไต กำหนดไว้ 2,111 บาท/ครั้ง
 6. จุดเด่น “ราคารัฐบาล บริการแบบเอกชน” เปิดรับผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยประกันสังคม บัตรทอง สิ่งที่ยังดำเนินการไม่ได้ คือ สิทธิเบิกจ่ายตรง อบจ. ภูเก็ตดูแลเรื่องสุขภาพครบวงจร เช่น การ จัดสวนสาธารณะสำหรับการออกกำลังกาย เดินแอโรบิก เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง
- การประเมินความพึงพอใจของประชาชน**

ระดับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการของประชาชนในปี พ.ศ. 2553 พบสูงถึงร้อยละ 79

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ มีดังนี้

1. ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ทุกคนในการทำงาน
2. นโยบายของผู้บริหาร
3. การประชุมร่วมกับคณะกรรมการประสานระดับจังหวัด
4. ความรับผิดชอบต่อสังคม ดูแลคนภูเก็ตให้ทั่วถึงทุกระดับ

4. ภาพของการบริการสุขภาพในอนาคต

อยากทำโรงพยาบาลจิตอาสา ไม่ต้องใช้เงินรัฐบาล ใช้เงินบริจาค ทำเหมือนมูลนิธิก็ ต้องมีจิตอาสา เช่น ในโรงเรียนไม่ต้องมีคนล้างห้องน้ำ นักเรียนช่วยกันทำความสะอาด เพราะเชื่อว่าห้องน้ำโรงเรียนสะอาด บ้านสะอาด จิตใจจึงจะสะอาด

1.3 เทศบาล

สถานะทางกฎหมายของเทศบาลในปัจจุบันแบ่งได้เป็น 3 ระดับคือ เทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล ซึ่งหัวใจของการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของเทศบาล คือ การระดมสรรพกำลังที่มีอยู่ในท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วมกับเทศบาลทั้งในด้านการวางแผนงาน การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล รวมตลอดจนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ เท่าที่ผ่าน

มาเทศบาลต่างก็พยายามที่จะจัดให้มีสถานบริการสาธารณสุขของตนเองแต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

แต่เดิมมานั้นโรงพยาบาลเทศบาลมีเพียงแห่งเดียวในประเทศไทยที่จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง งบประมาณได้รับภาษีที่เทศบาลจัดเก็บ เงินรายได้จากการบริการ สามารถนำมาใช้ซื้อเวชภัณฑ์ ด้านบริการสุขภาพก็ใช้ได้ การปฏิบัติงานของแพทย์ เมื่อเทียบกับกระทรวงสาธารณสุขไม่แตกต่าง แต่มีสภาพการทำงานที่อิสระและคล่องตัวกว่า ระบบอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนคล้ายกับกระทรวงสาธารณสุข เพราะอ้างอิงระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลเทศบาลอยู่ในการดูแลของกองการแพทย์ ของเทศบาล มีบทบาทรักษาพยาบาลต่างจากศูนย์บริการสาธารณสุขที่ขึ้นกับกองการสาธารณสุข รับผิดชอบการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ

สำหรับเทศบาลตำบลภายหลังเปลี่ยนจากสุขาภิบาล สามารถหารายได้เพิ่มขึ้น เพราะมีการจัดทำแผนที่ภาษีละเอียดและชัดเจนมากขึ้น ปัญหาอุปสรรคในการเก็บภาษีเกิดจากกฎหมายกำหนดให้บริษัทแม่ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร จึงทำให้ท้องถิ่นไม่มีโอกาสได้รับภาษี แม้บริษัทหรือโรงงานนั้นก่อปัญหาอากาศและน้ำเสียในพื้นที่ ก็ตาม การจัดเก็บภาษีเพิ่มเติมเพื่อกิจกรรมสุขภาพทำได้ยาก เพราะประชาชนไม่ให้ความสำคัญ รายจ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าจ้างและเงินเดือนเจ้าหน้าที่ประมาณร้อยละ 50 ของรายได้ทั้งหมด

ปัจจุบันเทศบาลต่างมีความประสงค์ที่จะมีสถานบริการสาธารณสุขเป็นของตนเองซึ่งมักจะไม่สามารถประสบความสำเร็จเท่าใดนัก แต่โรงพยาบาลของเทศบาลที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้นี้ได้ประสบความสำเร็จก้าวหน้าและมีความสำเร็จอยู่ในระดับ หนึ่งในที่อาจใช้เป็นตัวแบบในเชิงปฏิบัติ และขยายผลไปยังเทศบาลอื่นๆ ทั่วประเทศได้ ได้แก่ เทศบาลนครนครศรีธรรมราช และเทศบาลเมืองทุ่งสง ซึ่งจากการสัมภาษณ์เจ้าเล่ห์นายกเทศมนตรีเทศบาลนครนครศรีธรรมราช (ผศ.เชาวน์วิศ์ เสนพงศ์) และนายกเทศมนตรีเมืองทุ่งสง (นายทรงชัย วงศ์วิระดำรง) และผู้เกี่ยวข้อง พบมีประเด็นและสาระสำคัญพอจะสรุปได้ดังนี้

1.3.1 เทศบาลนครนครศรีธรรมราช

บทสัมภาษณ์นายกเทศมนตรีนครฯ (ผศ. เซาน์วัศ เสนพงศ์)

ประวัติและประสบการณ์ทางการเมือง

รับราชการเป็นอาจารย์สอนหลักสูตรปริญญาโท คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ลาออกจากราชการตั้งแต่ปี 2548 ลงเลือกตั้งครั้งแรกแพ้ จึงกลับไปสอนหนังสือต่อระยะหนึ่ง แล้วจึงกลับมาหาเสียง ใช้เวลาหาเสียง 1,460 วัน ไปร่วมงานต่าง ๆ ประมาณ 3,000 กว่าครั้ง ที่ทำเช่นนี้เพราะต้องการเห็นความเปลี่ยนแปลงในชุมชน โดยศึกษาว่าชุมชนชอบและมีความต้องการอย่างไร การไปพบประชาชนทำให้เข้าใจสังคมดีขึ้น ใกล้ชิดประชาชน ทำให้ได้คะแนนเสียงเพิ่มขึ้น เพราะความใกล้ชิด และดูแลประชาชนอย่างทั่วถึงตอนเข้าไปนั่งร้านน้ำชา บ่ายไปงานศพ งานแต่งงาน ฯลฯ

ปรัชญาของนักการเมือง ประกอบด้วย

1. ความตั้งใจจริงในการทำงาน
2. มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาบ้านเมือง
3. อย่าคิดเรื่องทุจริต

พบว่า ผู้บริหาร ถ้าเอาวิญญานของนักการเมืองมาบริหารประเทศ จะไม่เกิดการพัฒนา ที่ผ่านมามีปรากฏว่า เขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช ไม่ เกิด การเปลี่ยนแปลง เพราะไม่เปลี่ยน แปลง ผู้นำประชาชนในเขตเทศบาลฯ เป็นประชาชนระดับรากหญ้ามีประมาณร้อยละ 60 ชนชั้นกลางประมาณร้อยละ 25-30 ชนชั้นสูงประมาณร้อยละ 10 ประชาชนชั้นสูงไม่ค่อยมาใช้สิทธิ เนื่องจากเมื่อการเลือกตั้ง โดยเฉพาะสมาชิกสภาเทศบาล ไม่สนใจคนรวย สนใจคนจน ดังนั้น สิ่งที่ต้องเปลี่ยนแปลงให้ได้คือผู้นำ เพื่อให้เกิดการพัฒนาทุกระดับ แต่ผู้นำในที่นี้ต้องไม่ใช่ทายาทนักการเมืองเก่า การเมืองไม่ใช่เรื่องของการตอบแทน ต้องดูที่ความสามารถ ต้องใช้นักการเมืองให้ถูกทาง นักวิชาการที่จะลงเล่นการเมืองต้องเกาะติดกับพื้นที่ ต้องจริงใจ “อย่าผูกขาดทางการเมือง ใครผูกขาดทางการเมือง ถือว่าคนนั้นเห็นแก่ตัว” ผู้นำต้องมีการหมุนเวียน (Rotation of Leader) และสำหรับตนเองประกาศชัดเจนว่า จะขอยู่ 2 สมัย (ต้องเป็นรัฐธรรมนูญในใจของตนเองให้ได้) จะไม่ใช่ตำแหน่งหาเสียง คนได้ชอบคนดี คนอ่อนน้อม

ถ่อมตน สิ่งที่สำคัญขณะนี้คือ การมีส่วนร่วมของประชาชน ต้องยอมรับว่าขณะนี้ คนในเขตเทศบาลมีส่วนร่วมอันดับหนึ่ง เนื่องจากมีความเข้าใจในระบอบประชาธิปไตยมากขึ้น

ปัญหาด้านการบริหารโรงพยาบาลที่พบคือ

1. เงินเดือนแพทย์ค่อนข้างสูง (ประมาณ 100,000 บาทขึ้นไป) ต้องเอาเงินส่วนอื่นจ่าย On top ให้ ซึ่งสำหรับตนเอง คิดว่าไม่ถูกต้อง แต่ถ้าไม่ทำเช่นนี้ก็ไม่มีแพทย์มาอยู่ด้วย ได้นำเรื่องนี้ไปหารือกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด อาจต้องตั้งกรรมการมาแก้ไขปัญหาเรื่องเงินเดือนและค่าตอบแทนแพทย์
2. โรงพยาบาลขยายบริการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะนี้มีศูนย์บริการเพิ่ม อีก 4 จุด เพื่อลดความแออัด โดยวางแผนให้มีแพทย์ประจำทุกศูนย์ และจะแต่งตั้งให้แพทย์เป็นผู้ช่วยนายกเทศมนตรี มาดูแลประชาชนด้านสาธารณสุข
3. การจ่ายค่าตอบแทน และเงินเดือนของแพทย์สูง มีทั้งจุดอ่อนและจุดแข็ง จุดอ่อน คือ ถ้าไม่มีงบประมาณหรือเงินสนับสนุนจะไม่สามารถจ่ายเงินเดือนแพทย์เป็นจำนวนที่สูงได้ แต่จุดแข็งก็คือ เป็นแรงจูงใจให้แพทย์อยู่กับองค์กรต่อไป

สิ่งที่ยังต้องดำเนินการต่อ

1. พัฒนาภาวะผู้นำของผู้บริหารบางท่าน
2. การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ
3. การสนับสนุนงบประมาณ
4. การบริหารจัดการ โดยให้โอกาสผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มาร่วมคิด ร่วมแก้ปัญหา
5. การให้บริการประชาชนต้องทั่วถึง มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค ฯลฯ และทำ Primary care ส่วน Secondary และ Tertiary care ส่งโรงพยาบาลมหาราช

ความยั่งยืนของโรงพยาบาล

ไม่ได้เกิดจากตัวนายกเทศมนตรี ถึงแม้เปลี่ยนผู้บริหารก็สามารถดำเนินการต่อไปได้โดย

1. สร้างตัวแบบที่ดี หรือทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดี เช่น การไม่รับเปอร์เซ็นต์ส่วนแบ่งต่าง ๆ
2. อนาคตของประเทศ คือ ท้องถิ่นต้องได้รับการพัฒนา งานสาธารณสุขต้องอยู่ที่ท้องถิ่น
3. ผู้นำต้องมีคุณธรรมและจริยธรรม
4. อย่าหลงอำนาจ ตั้งใจทำงานให้ประเทศชาติมากที่สุด อยากให้ประเทศชาติเจริญ และอยากเห็นคนรุ่นใหม่มาทำงานการเมืองด้วยความซื่อสัตย์

การ สัมภาษณ์ เจาะลึก นายสนธิ พรหมสุภา (รองปลัดเทศบาลนครนครศรีธรรมราช รักษาการผู้อำนวยการกองการแพทย์)

จบการศึกษาปริญญาตรีรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จบรัฐศาสตรมหาบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง และทีมร่วมสัมภาษณ์ประกอบด้วย คุณปิยนารถ ลักษณะวิลาส หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานหลักประกันสุขภาพ และหัวหน้าฝ่ายบริหาร โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช

ปัญหาที่พบ

- ค่าตอบแทนแพทย์ก่อนข้างสูง โดยปกติจ่ายเงินเดือนเท่ากับข้าราชการ แต่ต้องมีเงิน On top ให้ มิฉะนั้นจะไม่สามารถสรรหาแพทย์มาทำงานได้เลย เพราะบรรจุครั้งแรก ชี 4 เงินเดือนเพียงหมื่นกว่าบาท แพทย์ที่ลาออกมาอยู่ท้องถิ่นหลายคนต้องลดชี โดยลาออกจากราชการ จากตำแหน่งชี 8 ลดมาบรรจุเป็นชี 4 แต่ก็ยอมมาอยู่ เนื่องจากมีเงินเพิ่มพิเศษ ซึ่งขึ้นอยู่กับความพึงพอใจและไม่ต้องอยู่เวร สำหรับแพทย์ที่มาอยู่เวรจะเป็นแพทย์ Part time มาจากโรงพยาบาลชุมชนต่างอำเภอ

อัตรากำลัง

1. แพทย์ที่บรรจุ เป็นข้าราชการท้องถิ่น 6 คน เป็นลูกจ้าง 6 คน รวม 12 คน
2. พยาบาลวิชาชีพ 55 คน เป็นลูกจ้างโครงการ 8 คน
3. ข้าราชการและลูกจ้างอื่น ๆ ประมาณ 50 คน

ความสำเร็จของโรงพยาบาล

1. จากวิสัยทัศน์ของผู้บริหาร มีความมุ่งมั่นที่จะทำบริการของโรงพยาบาล
2. ค่าตอบแทนสำหรับแพทย์อยู่ในอัตราที่สูง เพื่อเป็นแรงจูงใจให้มาปฏิบัติงานที่ท้องถิ่น
3. คุณภาพบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. กำหนด
4. ไม่ปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วย ส่วนใหญ่ให้บริการฟรี แยกตามสิทธิของประชาชนที่ได้รับ
5. ให้บริการแบบทั่วถึง มีเตียงในปัจจุบัน 30,000 เตียง ใช้บ้านเป็นเตียงผู้ป่วย และมีทีมไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เป็นทีมเยี่ยมบ้าน จัดเป็นทีม 4 ชุด

สำหรับการบริการของโรงพยาบาล เนื่องจากผู้บริหารมีความตั้งใจจะทำให้การ บริการของโรงพยาบาลเหมือนกับเอกชน คือ บริการดี รวดเร็ว ยะ และเวชภัณฑ์มีคุณภาพดี แต่เนื่องจากสถานที่มีความคับแคบ กำลังขยายตึก ถามว่าประชาชนมีความพอใจทั้งหมดหรือไม่ เนื่องจากคนท้องถิ่นเลี้ยงไม่โต ความต้องการไม่มีที่สิ้นสุด ไม่พอใจก็ฟ้องผู้บริหาร

การซื้อขายของโรงพยาบาลจะ ไม่มีการรับเปอร์เซ็นต์ (Commission) เข้าเป็นประโยชน์ของผู้หนึ่งผู้ใด แต่เปอร์เซ็นต์ค่ายาทั้งหมด จะนำมาใช้จ่ายเป็นค่าตอบแทน On top สำหรับแพทย์ การบริหารเช่นนี้อาจไม่มีความยั่งยืน ถ้าเปลี่ยนผู้บริหาร ซึ่งทีมกำลังวางแผนการแก้ปัญหาโดยประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ในการปรับค่าล่วงเวลาของแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง ให้เท่ากับกระทรวงสาธารณสุขได้ทำหนังสือไปที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นนานแล้ว แต่ยังไม่ได้รับคำตอบ

โครงการที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และประชาชนได้รับประโยชน์คือ โครงการ DOT. ในเขตเทศบาลมีผู้ป่วยและทีมรักษาประมาณ 100 คน ดูแลผู้ป่วย ให้รับยาครบ ไม่ขาดยา เป็นลักษณะที่มีพี่เลี้ยงดูแล

สิ่งที่เป็นตัวผลักดันให้เกิดความสำเร็จในโรงพยาบาล คือ

1. ผู้บริหารมีความตั้งใจจริง และอยากทำ (ผู้นำมีความมุ่งมั่นสูงมาก)

2. ต้องดำเนินการ เพราะโรงพยาบาลเป็นฐานเสียงอย่างหนึ่ง และประชาชนในเขตเทศบาลค่อนข้างมีส่วนร่วมสูง
3. กฎระเบียบ (เป็นวัฒนธรรมเดิม) คือ วัฒนธรรม การทำงานที่ทุ่มเท และเสียสละ ทั้งของผู้นำและบุคลากรในองค์กร

สำหรับโรงพยาบาลมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย ขณะนี้ประมาณ 40 เตียง เตียงที่บ้าน 30,000 เตียง

ครอบครัวละ 1 เตียง ประชากร 120,000 คนเศษ ประชากร UC ประมาณ 8,200 คน สำหรับผู้ประกันตนทางโรงพยาบาลรับเป็น Sub Contract จากโรงพยาบาลสิชล

สิ่งที่เข้าใจคือ แพทย์จะมุ่งแต่งงานบริการ ไม่ค่อยได้มาร่วมวางแผนงาน ข้อเสนอในภาพรวมอยากให้แพทย์เรียนสาขารัฐศาสตร์ เพิ่มขึ้น เพื่อให้หลอมรวมเป็นวัฒนธรรมเดียวกัน เพราะการทำงานในปัจจุบันถึงแม้จะเป็นผู้อำนวยการกองการแพทย์ แต่ไม่ค่อยได้คุยหรือทักทายการแพทย์เลย

การสัมภาษณ์เจาะลึก คุณปิยนาท ลักษณะวิลาศ (หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

จบการศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จุดเด่นที่เลือกมาทำงานที่ท้องถิ่นคือ

1. สายการบังคับบัญชาสั้น อำนาจสูงสุดอยู่ที่นายกเทศมนตรี ทำให้การเสนอโครงการต่าง ๆ ง่าย รายงานหลักการ และเหตุผล ให้นายกเทศมนตรีได้ เข้าใจ หลังจากนั้นจะใช้ดุลยพินิจและอำนาจในการตัดสินใจ และนายฯ ยังให้อิสระในสายวิชาการ ไม่เข้ามายุ่งเกี่ยว แต่ให้ความสำคัญกับงานบริการเป็นอย่างมา
2. เป็นคนท้องถิ่น ดีใจที่มาทำงานที่บ้านตนเอง ทำให้การเข้าถึงประชาชนง่ายขึ้น เพราะรู้จักคุ้นเคยกันมาก่อน การปรับตัวเข้ากับประชาชนเป็นเรื่องที่ไม่ยาก
3. โรงพยาบาลของเทศบาล สังกัดกระทรวงมหาดไทย มีทั้งข้อดีและข้อเสีย

ข้อเสีย คือ

1. ระเบียบไม่เอื้ออำนวย เช่น ค่าตอบแทน จะขอใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขต้องทำเรื่องเข้า กทจ.

2. การย้าย ไม่เป็นปัญหา จะย้ายไปที่ใดใน อปท. ก็ได้ ถ้ามีตำแหน่งว่างรองรับ หรือไปช่วยราชการ ถ้าผู้บริหารยินยอม
3. ขาดความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ แต่ก็เต็มใจ เพราะได้ดูแลประชาชนในบ้านเกิดอย่างใกล้ชิด
4. ฝากให้ส่วนกลางประสานกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เรื่องเงินค่าตอบแทน
5. สำหรับเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย (ระบบ Refer) ไม่มีปัญหา เพราะเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาล มหาราชอยู่แล้ว สามารถพูดคุยในระบบสาธารณสุขได้ดี

ข้อดี การแก้ปัญหาต่าง ๆ รวดเร็ว จากการที่สายการบังคับบัญชาที่สั้น

การสัมภาษณ์เจาะลึก คุณเตือนจิตต์ ช่วยจันทร์ (พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานชุมชน)

ดูแลเรื่องอาสาสมัครสาธารณสุขของเทศบาล ซึ่งขณะนี้ ขึ้นทะเบียนกับ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเรียบร้อยแล้ว และรับค่าป่วยการของกระทรวงสาธารณสุข

ภารกิจที่ดำเนินการ

1. รับสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน /ขึ้นทะเบียนรับค่าป่วยการ/ จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. (จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข 330 คน)
2. การจัดทำโครงการต่าง ๆ ของ อสม. และภาคประชาชน รับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (สปสช. จ่าย 4 ล้านบาท เทศบาลสนับสนุน 2 ล้านบาท)
เลขานุการกองทุนหลักประกันคือ รองฯ สนธิ พรหมสุภา (ผอ.กองแพทย์)
3. อนาคตโรงพยาบาลจะปรับบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลเป็นโรงพยาบาล 4 มุมเมือง เพื่อลดความแออัดจากโรงพยาบาล
4. งบประมาณในภาพรวมจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับโรงพยาบาลประมาณ 100 ล้านบาท

การสัมภาษณ์เจาะลึก แพทย์หญิงหทัยพรรณ ศิริวานิช (กุมารแพทย์ประจำโรงพยาบาลเทศบาลนครฯ)

ออกตรวจผู้ป่วยนอก (ผู้ป่วยเด็ก) ทุกวัน ในเวลาราชการ ผู้ป่วย OPD วันละประมาณ 50-60 คน

แรงจูงใจที่มาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเทศบาลนครฯ

1. ไม่ต้องอยู่เวร (มองดูว่าเหมือนเห็นแก่ตัว แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านครอบครัว จึงรับเงื่อนไขอย่างชัดเจน เป็นข้อเสนอที่มาปฏิบัติงานที่เทศบาล)
2. ทำงานได้คล่องตัว (เป็นหนึ่งในนโยบายที่ผู้บริหารหาเสียงไว้กับประชาชน)
3. โรงพยาบาลแห่งนี้เส้นทางเลือกให้ประชาชนมากขึ้น สำหรับโรงพยาบาลมหาราช ใช้ได้เฉพาะบัตรทองที่ขึ้นทะเบียนและภายในจังหวัด

ปัจจัยในความสำเร็จของโรงพยาบาล

1. ขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์ของนายกเทศมนตรี
2. อายุการทำงานของผู้บริหาร (เดิม) อยู่นาน หลายวาระ (32 ปี) ทำให้งานต่อเนื่อง นายกฯ ต้องมีบารมี และมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. เทศบาลมีปัญหาค่าตอบแทน (เสนอเข้ากรมส่งเสริมฯ ไปแล้ว)
2. การบรรจุลูกจ้างเป็นข้าราชการท้องถิ่น

กล่าวโดยสรุป จากการสัมภาษณ์นายกเทศมนตรีเทศบาลนครนครศรีธรรมราชและคณะสามารถสรุปเป็นประเด็นและสาระสำคัญๆ ได้ดังนี้

1. เหตุผลและความจำเป็นในการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชน

- 1.1 ปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยและไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะยากจนในชุมชนต่างๆ
- 1.2 นโยบายการให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนที่บ้าน เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยที่แออัดโรงพยาบาลภาครัฐ
- 1.3 ความยากลำบากในการเดินทางไปโรงพยาบาล โดยไม่มีผู้ดูแลของผู้สูงอายุ ผู้ป่วย อัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้พิการ ผู้ป่วยโรค หัวใจเรื้อรังและจิตเวช
- 1.4 เป็นบริการที่สามารถสร้างความสุขทางใจสำหรับการให้บริการสุขภาพท่ามกลางการดูแลและความอบอุ่นของลูกหลาน

2. ความสำเร็จที่ได้รับจากการดำเนินการ

ให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึงโดยมีข้อมูลสนับสนุนดังนี้

- 2.1 เปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง มีเตียงรับผู้ป่วยใน 70 เตียง และสำหรับผู้ป่วยนอกนั้น ปัจจุบันมีเตียงรวมทั้งสิ้น 30,000 เตียง โดยให้แต่ละครัวเรือนนับเป็น 1 เตียงด้วย
- 2.2 ให้บริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2553 ทั้งหมด 200 ,556 ราย เฉลี่ยต่อเดือน 16,713 คน เฉลี่ยต่อวัน ๆ ละ 557 คน
- 2.3 ให้บริการผู้ป่วยในประจำปีงบประมาณ 2553 ทั้งหมด 4,032 รายเฉลี่ยต่อเดือน 336 คน เฉลี่ยต่อวัน 11 คน

3. ด้านคุณภาพของบริการ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความเสมอภาคและเป็นธรรม ได้แก่

- 3.1 มีการบริการรถพยาบาลส่งต่อ กรณีส่งต่อโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, สวสนสรณรมย์
- 3.2 มีการสงเคราะห์ค่าเล่าไข้และค่าพาหนะ โดยประสานงานกับกองสวัสดิการสังคม
- 3.3 มีงานศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุงานเยี่ยมบ้านมารดา – ทารกหลังคลอด
- 3.4 มีการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกได้จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ ส่วนราชการอื่น โดยไม่ต้องชำระเงิน รพ. จะเรียกเก็บโดยตรงกับหน่วยงานที่ได้ทำความตกลงกัน
- 3.5 คุณภาพบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. กำหนด
- 3.6 ลดความแออัดของผู้ป่วยของ รพ. มหาราชนครศรีธรรมราชลง ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น
- 3.7 โครงการที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และประชาชนได้รับประโยชน์คือ โครงการ DOT. ในเขตเทศบาลมีผู้ป่วยและที่มารักษาประมาณ 100 คน ดูแลผู้ป่วย ให้รับยาครบ ไม่ขาดยา เป็นลักษณะที่มีพี่เลี้ยงดูแล

4. ความพึงพอใจของประชาชนในการเข้ารับบริการ

ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของประชาชนในการเข้ารับบริการเมื่อปี พ.ศ. 2553 พบสูงถึงร้อยละ 80 ทั้งนี้อาจด้วยเหตุผลต่างๆ ต่อไปนี้

- 4.1 สามารถเข้าถึงการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน โดยมีคุณภาพบริการเทียบเท่าโรงพยาบาลเอกชน การบริการที่สะดวก รวดเร็ว เท่าเทียมกัน ทั้งถึง ประทับใจ โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องค่ารักษาพยาบาล
- 4.2 ประชาชนในเขตเทศบาลได้รับการดูแลสุขภาพ/รักษาพยาบาลดีเป็นพิเศษกว่าพื้นที่อื่นซึ่งไม่มี
- 4.3 ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น โดยสามารถเข้าถึงบริการได้สูงถึงร้อยละ 90

5. ปัจจัยสำคัญในความสำเร็จของการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่

- 5.1 ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ยาวไกลและมีนโยบายที่ชัดเจน
- 5.2 มีการบริหารจัดการอย่างครบวงจร
- 5.3 การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- 5.4 การมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตเทศบาล
- 5.5 กฎ ระเบียบ (เป็นวัฒนธรรมเดิม) คือ วัฒนธรรม การทำงานที่ทุ่มเท และเสียสละ ทั้งของผู้นำและบุคลากรในโรงพยาบาล

1.3.2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองทุ่งสง

จากการสัมภาษณ์เจาะลึก คุณเดือนจิต จงดา รองปลัดเทศบาลเมืองทุ่งสง, รักษาการผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และคุณศราวุธ สายสิทธิ์ หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุขพบมีข้อมูลดังนี้

เทศบาลเมืองทุ่งสง มีประชากร 28,000 คน มีศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเอง โดย Out source ให้ทีมของ นพ.ล้วน บุชากรณ์ อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งสง เป็น Sub contract ดำเนินการจัดบริการ โดยเป็นหน่วยบริการประจำ (CUP) รับค่าจ้างสำหรับการให้บริการจาก สปสช. สำหรับเงินส่งเสริมป้องกันมีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หัวละ 40 บาท เทศบาลสมทบ 20 บาทต่อหัว สำหรับบุคลากรส่วนหนึ่งเป็นของเทศบาลที่เข้าไปสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์

ปัจจัยในความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองทุ่งสง

1. การบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความเป็นอิสระ ข้อจำกัดน้อย ภายใต้ระเบียบราชการ
2. วิสัยทัศน์และนโยบายของนายกเทศมนตรี โดยให้เอกชนมาบริการผู้บริหารสนับสนุนเต็มที่
3. เทศบาลสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ อาคารสถานที่และบุคลากร จึงทำให้การบริการเป็นที่ประทับใจของประชาชน ชาวบ้านไม่ต้องรอคิวนาน เมื่อเอกชนมาบริการทำให้มีทีมแพทย์และพยาบาลเพิ่มขึ้น
4. ประชาชนพึงพอใจ ผลการสำรวจความพึงพอใจ คะแนนอยู่ในระดับสูง มีการปรับปรุงสถานที่เพื่ออำนวยความสะดวกของประชาชน มีบริการตรวจรักษานอกเวลาราชการถึง 20.00 น. ไม่หยุดวันเสาร์-อาทิตย์ และนักชัตตฤกษ์

ภาพอนาคตของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ อยากเห็น ประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

- รัฐบาลกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมากขึ้น ซึ่งท้องถิ่นขณะนี้มีความศักยภาพ สนองความต้องการของประชาชนได้ทั่วถึง บุคลากรในท้องถิ่นมีความรู้ความสามารถ
- สำหรับงานบริการด้านสาธารณสุข ควรกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเพื่อมิให้ประชาชนเสียโอกาส เพราะบุคลากรของท้องถิ่นมีความชำนาญเฉพาะด้านเหมือนกับที่อยู่ในโรงพยาบาล จะทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ รวดเร็วและแก้ปัญหาได้ตรงตามความต้องการของประชาชน

การสัมภาษณ์เจาะลึกนายทรงชัย วงศ์วิระดำรง นายกเทศมนตรีเมืองทุ่งสง (รายละเอียดคำสัมภาษณ์ผู้บริหารและบุคลากรเทศบาลเมืองทุ่งสง อยู่ในภาคผนวก ค.)

ได้กำหนดนโยบายเรื่องสุขภาพเป็นนโยบายที่สำคัญของเทศบาลเมืองทุ่งสง มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน ดังนี้

- เดิมศูนย์สุขภาพชุมชนของเทศบาลมีจุดอ่อนเรื่องการให้บริการประชาชน ทำอยู่ในรอบทุกเรื่อง จึงหาแนวทางแก้ไขให้ผู้ที่มีศักยภาพในการจัดบริการมาดำเนินการแทน ทางเทศบาลได้รับความกรุณาจาก นพ.ล้วน บุชากรณ์ ซึ่งนับเป็นปราชญ์บุคคลด้านสาธารณสุข และได้รับความเชื่อถือจากบุคคลทุกระดับมาดำเนินการ
- แนวคิดเรื่องการกระจายอำนาจ ไม่กระจายจริง คนส่วนใหญ่ มักจะมองว่าท้องถิ่นโง่ (ซึ่งมองว่าเป็นจุดอ่อน) ต้องยอมรับว่าระบบราชการไทยกำหนดกติกาไว้ดี สิ่งที่ไม่ดี คือ คน
- การดำเนินการแรก ๆ ได้รับการต่อต้านจากเจ้าหน้าที่ บางคนก็ กล่าวหาว่านายกฯ ัว้วกับ นพ.ล้วน บุชากรณ์ ครั้งแรกนายกฯ มีหุ้นส่วนด้วยจึงทำให้เกิดปัญหา ต่อมาให้นพ.ล้วน บุชากรณ์ ดำเนินการเองและจดทะเบียนในรูปของห้างหุ้นส่วนจำกัดเพื่อสุขภาพทุ่งสง
- การสนับสนุน เทศบาลสนับสนุนสถานที่ บุคลากร สำหรับยาและเวชภัณฑ์ ศูนย์ฯ ดำเนินการเอง สามารถจัดซื้อยานอกบัญชียาหลักๆ ได้ หลังจากปรับเปลี่ยนบริการประชาชนพึงพอใจถึงร้อยละ 80 นายกฯ จึงคิดว่าที่เดินมาถูกทิศทาง บางครั้งก็เหนื่อยกับคำวิพากษ์วิจารณ์ของคนว่าเอื้อประโยชน์ให้กับคนบางกลุ่ม
- ปัญหาอุปสรรค เจ้าหน้าที่ภายในกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ต้องออกไปช่วยเยี่ยมบ้านกับทีมศูนย์ฯ หรือไปประสานกับศูนย์ฯ เพื่อติดตามการทำงาน

อนาคตการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นอย่างไร

ถ้ารัฐบาลยังเป็นแบบนี้ การขับเคลื่อนเรื่องการกระจายอำนาจไปได้ยาก นายกรัฐมนตรีต้องตัดสินใจและมอบอำนาจให้ชัดเจน

สำหรับเรื่องศูนย์สุขภาพชุมชนของเทศบาลเมืองทุ่งสง เปิดมา 6 ปี ความสำเร็จอยู่ที่ความพึงพอใจของประชาชน ได้รับบริการที่ดี แพทย์มีคุณภาพ สถิติผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น อนาคตไม่จำเป็นต้องตั้งโรงพยาบาล ให้สิ้นเปลืองงบประมาณ เพียงแต่บูรณาการงานกับโรงพยาบาลทุ่งสงให้ได้ หน้าที่หลักของเทศบาลทำเรื่องส่งเสริมป้องกัน ไม่ใช่ตั้งรับ

ข้อจำกัด คือ บุคลากรทางการแพทย์ดูแลมากกว่าด้านการศึกษา อัตราค่าจ้างสูง แต่เมื่อดูผลลัพธ์แล้วประชาชนได้ประโยชน์ก็ต้องดำเนินการ

กล่าวโดยสรุปจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารเทศบาลเมืองทุ่งสงและบรรดาผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ดังกล่าวสามารถสรุปเป็นประเด็นและสาระสำคัญได้ดังนี้

1. เหตุผลและความจำเป็นในการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในเขตรับผิดชอบของเทศบาลเมืองทุ่งสง

ศูนย์สุขภาพชุมชนของเทศบาลมีจุดอ่อนเรื่องการให้บริการประชาชน ทำอยู่ในกรอบทุกเรื่อง จึงหาแนวทางแก้ไขให้ผู้ที่มีศักยภาพในการจัดบริการมาดำเนินการแทน

2. ความสำเร็จที่ได้รับหลังจากดำเนินการ

สามารถให้บริการแก่ประชาชนในความรับผิดชอบและพื้นที่ใกล้เคียงได้ตามเป้าหมาย

ความพึงพอใจของประชาชน

หลังจากปรับเปลี่ยนบริการ ประชาชนพึงพอใจถึงร้อยละ 80 ศูนย์สุขภาพชุมชนของเทศบาลเมืองทุ่งสง เปิดมา 6 ปี ความสำเร็จอยู่ที่ความพึงพอใจของประชาชน ได้รับบริการที่ดี แพทย์มีคุณภาพ สถิติผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น

3. ปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ

1. การบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความเป็นอิสระ ข้อจำกัดน้อย ภายใต้งบประมาณ
2. วิสัยทัศน์และนโยบายของนายกเทศมนตรี โดยให้เอกชนมาบริการผู้บริหารสนับสนุน

3. เทศบาลสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ อาคารสถานที่และบุคลากร จึงทำให้การบริการเป็นที่ประทับใจของประชาชน ชาวบ้านไม่ต้องรอคิวนาน เมื่อเอกชนมาบริการทำให้มีทีมแพทย์และพยาบาลเพิ่มขึ้น
4. ประชาชนพึงพอใจ ผลการสำรวจความพึงพอใจ คะแนนอยู่ในระดับสูง มีการปรับปรุงสถานที่เพื่ออำนวยความสะดวกของประชาชน มีบริการตรวจรักษานอกเวลาราชการถึง 20.00 น. ไม่หยุดวันเสาร์-อาทิตย์ และนักซ์ตฤกษ์

4. ภาพของการบริการสุขภาพในอนาคต

อนาคตข้างหน้า ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ อยากเห็นรัฐบาลกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมากขึ้น ซึ่งท้องถิ่นขณะนี้มีความศักยภาพ สนองความต้องการของประชาชนได้ทั่วถึง บุคลากรในท้องถิ่นมีความรู้ความสามารถ

สำหรับงานบริการด้านสาธารณสุข ควรกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเพื่อมิให้ประชาชนเสียโอกาส เพราะบุคลากรของท้องถิ่นมีความชำนาญเฉพาะด้านเหมือนกับที่อยู่ในโรงพยาบาล จะทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ รวดเร็วและแก้ปัญหาได้ตรงตามความต้องการของประชาชน

1.4 องค์การบริหารส่วนตำบล

ปัจจุบันมีองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวนมากที่พยายามเพิ่มบทบาทในงานด้านสุขภาพมากขึ้นเป็นลำดับ หนึ่งในจำนวนนี้คือ องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน (ปัจจุบันยกระดับเป็นเทศบาลเมือง) ซึ่งบทบาทและกิจกรรมด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลแห่งนี้มีดังนี้

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าลิคนายธนาวุฒิ ถาวรพราหมณ์ ซึ่งทำงานการเมืองมา 4 สมัย เป็นรองนายกฯ 1 สมัย เป็นนายก อบต. 3 สมัย ตั้งแต่ปี 2538 เป็นต้นมา ขณะนี้ อบต. ปากพูนเลื่อนฐานะเป็นเทศบาลเมือง อยู่ระหว่างดำเนินการแบ่งเขต คาดว่าจะจัดการเลือกตั้งประมาณเดือนมีนาคม 2555

ความสำเร็จในการทำงาน ทำงานเสร็จเป็นรายการกิจกรรม แต่ยังไม่สำเร็จ คือการบูรณาการหลายๆ ด้านให้เป็นหนึ่งเดียว งานของท้องถิ่นต้องเริ่มต้นด้วยงานสุขภาพเป็นหลัก ต้องทำงานหลายงาน

ในมิติเวลาเดียวกัน ควรเชื่อมโยงแต่ละงาน เช่น งานเศรษฐกิจชุมชน งานด้านสุขภาพอนามัย งานส่งเสริมรายได้ ฯลฯ

ความคาดหวังด้านสุขภาวะ คือ

- ทำเรื่องสุขภาวะให้อยู่ในวิถีชีวิต ให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ เราเป็นเพียงผู้เสริมให้ประชาชนเป็นผู้สร้างโดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ เพียงแต่เราเป็นผู้กระตุ้น
- การทำงานหลายมิติในเวลาเดียวกัน ก็พบจุดอ่อน คือ กรอบงานที่วางไว้มีจำนวนมาก เราต้องทำเป็นเรื่องเดียวกัน เช่น เรื่องน้ำท่วม เมื่อสมัยก่อนน้ำท่วมถือว่าอยู่ในวิถีชีวิต น้ำน้ำมาก็เกิดน้ำท่วม คนจะช่วยเหลือกัน ทำให้เกิดความสามัคคีและอยู่กับสภาวะน้ำท่วมได้ โดยหาปลา ปลุกผัก รับประทาน ปัจจุบันต้องรอความช่วยเหลือจากรัฐ

ความสำเร็จของการดำเนินงาน

1. เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้ประสบการณ์จากชีวิตจริง
2. สร้างสิ่งเร้าและแรงจูงใจให้คนที่มาเรียนรู้ที่ปากพูน อยากรู้ อยากเห็น อยากเป็นและอยากทำ
3. ผู้นำ ถือเป็นปัจจัยสำคัญ ถ้ามีผู้นำดี มีคนอาสาพากันทำ จะทำให้ท้องถิ่นเกิดความเจริญ

มองท้องถิ่นในอนาคต ควรออกจากกระทรวงมหาดไทย มีสำนักจัดการบริหารท้องถิ่นเอง เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงาน

ปัจจัย เงื่อนไขที่ทำให้ในการทำงานประสบความสำเร็จ

1. ผู้นำดีและเก่ง
2. ใช้ข้อมูลเป็นฐาน และจัดการระบบเป็นหมวดหมู่
3. การสื่อสารมีประสิทธิภาพ
4. การมีส่วนร่วมของประชาชน
5. การมีส่วนร่วมของชุมชน
6. ภาวการณ์ช่วยเหลือที่หลากหลาย เช่น น้ำท่วมครั้งนี้ มีเครือข่ายจากต่างจังหวัดมาช่วยเหลือ
7. ใช้ประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่

การวัดความสำเร็จของงานสูงสุดแห่งความสำเร็จคือ ทำอย่างไร คนจะพึงตนเองได้ ที่ยึดถือเป็นคติในการทำงาน คือ ภาษิตของขงจื้อ “ผู้นำดี คือ ผู้นำที่ผู้ตามยินดีจะทำตามเพราะเชื่อถือศรัทธา ซึ่งเมื่อผู้นำไม่อยู่ผู้ตามก็สามารถดำเนินกิจกรรมต่อไปได้”

ข้อมูลที่ใช้ทุกวันนี้ คือ FAP (Family and community Assessment Program) เป็นระบบข้อมูล 10 ระบบ เพื่อขับเคลื่อนตำบลสุขภาวะ เนื่องจากปัจจุบันค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลครอบครัวละประมาณ 7,000 บาท ขณะที่ค่าสาธารณสุขปโภคครัวเรือนละ 5,000 – 6,000 บาทเท่านั้น

การสัมภาษณ์เจาะลึกนายชาญชัย อรุณ ปลัดเทศบาลเมืองปากพูน (รายละเอียดคำสัมภาษณ์ผู้บริหารเทศบาลเมืองปากพูน อยู่ในภาคผนวก ก.)

จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 3 สาขา คือ นิติศาสตร์ ไทยคดีศึกษา คุรุศาสตรบัณฑิต และปริญญาโทด้านพัฒนาสังคม ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่นายกเทศมนตรีเมืองปากพูน เนื่องจากการจัดการแนวเขตพื้นที่ยังไม่เรียบร้อย จึงยังไม่ได้มีการเลือกตั้ง

ปัจจัยในความสำเร็จ เกิดจาก

1. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะ อสม.
2. การค้นคว้าวิจัยในท้องถิ่นร่วมกับมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ขณะนี้ต้องยอมรับว่าทุนต่างๆ มีอยู่ในชุมชน มีภูมิปัญญาชาวบ้าน มีกระบวนการจัดการด้านสุขภาวะ เพียงแต่มาจัดหมวดหมู่ให้เป็นระบบมากขึ้น เมื่อก่อนไม่มีการพูดคุย ต่างคนต่างอยู่ ปัจจุบันประชาชนมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น พร้อมทั้งจะพัฒนาชุมชนของตนเอง

ความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมในตำบล

1. การจัดการเรื่องโรคระบาดได้รวดเร็วดีขึ้น เช่น การร่วมมือกันกำจัดขยะ ซึ่งเป็นพาหะนำโรคให้เล็ดออก

2. โรคในผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน พหุกรรมเสี่ยงลดลง มีการออกกำลังกายและรับประทาน
อาหารสุขภาพ ไม่บริโภคไขมัน ใช้ชีวิตพอเพียง วิตุนิยมน้อยลง เรื่องโรค ประชาชนรู้
รากเหง้า รู้เท่าทัน กำหนดวิถีชีวิตตนเอง

สำหรับสถานีนอนมายที่รับถ่ายโอน 2 แห่ง ปัจจุบันพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ให้บริการด้านสุขภาพ ดูแลประชาชน ปัจจุบันมีการพัฒนางานเพิ่มขึ้นดังนี้

1. ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว
2. สร้างทีมช่วยเหลือกิจกรรมของสถานบริการ อสม.สามารถคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ความดันโลหิตสูง
3. มีจิตอาสาของ อสม.และภาคประชาชน
4. มีการรณรงค์เรื่องภัยพิบัติต่างๆ ได้แก่ การจัดให้มีเครือข่ายลดอุบัติเหตุบนท้องถนน
รณรงค์สวมหมวกกันน็อกใส่สายรัดคาง 100% เพื่อเป็นต้นแบบขยายเครือข่าย

ปัจจัยในความสำเร็จ ได้แก่

1. ผู้บริหารท้องถิ่นต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีวิสัยทัศน์ มีศักยภาพมีความเป็นวิชาการ
2. มีความรู้ความเข้าใจ ทำให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงวัยในท้องถิ่นได้รับโอกาส
3. สังคมเกื้อกูล โดยใช้ทุนทางสังคมสนับสนุน มีการค้นคว้าภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ให้ผู้สูงอายุ
มาเล่านิทานให้เด็กฟัง ให้เด็กไปดูแลผู้สูงอายุเป็นต้น

โครงสร้างองค์กร

1. โครงสร้างองค์กรมีผลต่อการจัดการ โดยจะกำหนดบทบาทหน้าที่ไว้กว้างๆ ถ้าผู้บริหารมี
ความตั้งใจจะทำได้ดี
2. งบประมาณบางเรื่องไม่เพียงพอ เรียกร้องเท่าไรก็ไม่เพียงพอ ดังนั้น จึงมีการบริหารท่ามกลาง
ความขาดแคลน ถ้ามีงบประมาณจากแหล่งอื่นมาสนับสนุน จะทำให้เงินงบประมาณของท้องถิ่นสามารถ
นำไปพัฒนาด้านอื่นได้ สำหรับเทศบัญญัติของท้องถิ่น มีในเรื่องการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาล
ตำบลลงไม่เพียงพอ การเก็บภาษีเพิ่มต้องมีการทำประชาพิจารณ์ ให้ประชาชนรับทราบและร่วมแสดง
ความคิดเห็น

ข้อเสนอแนะ

1. การเปลี่ยนเจตคติของคนในท้องถิ่นสำคัญมาก ดังนั้น การให้ความรู้จะทำให้ประชาชนมีความเข้าใจ เปลี่ยนทัศนคติ แต่ต้องใช้เวลา
2. ผู้นำสำคัญ ถ้าผู้นำไม่มีคุณธรรม จะขาดความร่วมมือ ดังนั้น ผู้นำต้องมีคุณธรรม จริยธรรม ภาพในอนาคตของท้องถิ่น
 1. อยากให้รัฐบาลมีความจริงจังในเรื่องกระจายอำนาจ บางเรื่องไม่กระจายจริง เช่น บางงานให้ท้องถิ่นทำแต่อำนาจอนุมัติหรือดำเนินการยังเป็นของผู้ว่าราชการจังหวัด
 2. เงินอุดหนุนควรกระจายให้ท้องถิ่นอย่างเพียงพอต่อการพัฒนา
 3. การปฏิรูปอำนาจ อยากให้ท้องถิ่นเป็นกระทรวง เพื่อจะได้บริหารจัดการเบ็ดเสร็จจึงจะเกิดการพัฒนายั่งยืน.
 4. อยากให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่นเดียวกับประเทศที่เจริญแล้ว เช่นสหรัฐอเมริกาแต่ไม่ใช่เรียนแบบทุกเรื่อง อเมริกาไม่มีกษัตริย์แต่ของเรามี ซึ่งเป็นที่ยึดโยงจิตใจประชาชน สำหรับเทศบาลเมืองปากพูนได้เห็นความแตกต่างหลายเรื่อง อำนาจ และการเปลี่ยนแปลงมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งทำให้มีการพัฒนามากขึ้น

เท่าที่กล่าวมาพบภาพและภารกิจด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน ซึ่งปัจจุบันยกระดับเป็นเทศบาลเมืองปากพูนนั้นพบมีประเด็นและสาระสำคัญโดยสรุปดังนี้

1. เหตุผลและความจำเป็นในการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในเขตรับผิดชอบของ อบต. ปากพูน นครศรีธรรมราช

ข้อมูลจาก FAP (Family and community Assessment Program) ซึ่งเป็นระบบข้อมูล 10 ระบบ เพื่อขับเคลื่อนตำบลสุขภาพะ เนื่องจากปัจจุบันค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลครอบครัวละประมาณ 7,000บาท ขณะที่ค่าสาธารณูปโภค คร่าวเรือนละ 5,000 – 6,000 บาทเท่านั้น และผู้บริหาร อบต. มุ่งมั่นทำเรื่องสุขภาพให้อยู่ในวิถีชีวิต ให้ประชาชนพึ่งตนเองได้

2. ความสำเร็จที่ได้รับหลังจากดำเนินการ

1. โรคในผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน พฤติกรรมเสี่ยงลดลง มีการออกกำลังกายและรับประทาน อาหารสุขภาพ ไม่บริโภคนิยม ใช้ชีวิตพอเพียง วัตถุนิยมน้อยลง
2. เรื่องโรค ประชาชนรู้รากเหง้า รู้เท่าทัน กำหนดวิถีชีวิตตนเอง

ความเป็นธรรม คุณภาพของบริการ ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ

1. ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกรวดเร็ว
2. การจัดการเรื่องโรคระบาดได้รวดเร็วดีขึ้น เช่น การร่วมมือกันกำจัดขยะ ซึ่งเป็นพาหะนำ โรคไข้เลือดออก
3. โรคในผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน พฤติกรรมเสี่ยงลดลง มีการออกกำลังกายและรับประทาน อาหารสุขภาพ ไม่บริโภคนิยม ใช้ชีวิตพอเพียง วัตถุนิยมน้อยลง เรื่องโรค ประชาชนรู้ รากเหง้า รู้เท่าทัน กำหนดวิถีชีวิตตนเอง
4. สร้างทีมช่วยเหลือกิจกรรมของสถานบริการ อสม.สามารถคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
5. อสม.และภาคประชาชนมีจิตอาสา
6. มีการรณรงค์เรื่องภัยพิบัติต่างๆ ได้แก่ การจัดให้มีเครือข่ายลดอุบัติเหตุบนท้องถนน รณรงค์สวมหมวกนิรภัยใส่สายรัดคาง 100% เพื่อเป็นต้นแบบขยายเครือข่าย

การประเมินความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการ

พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจในกิจกรรมสุขภาพของ อบต. ปากพูน สูงถึงร้อยละ

92

3. ปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ

1. การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่
2. การศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ
3. มีหน่วยงานภายนอกสนับสนุน
4. เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้ประสบการณ์จากชีวิตจริง
5. สร้างสิ่งเร้าและแรงจูงใจให้คนที่มาเรียนรู้ที่ปากพูน อยากรู้ อยากเห็น อยากเป็นและอยากทำ
6. ผู้นำ ถือเป็นปัจจัยสำคัญ ถ้ามีผู้นำดี มีคนอาสาพากันทำ จะทำให้ท้องถิ่นเกิดความเจริญ
7. ใช้ข้อมูลเป็นฐาน จัดการระบบเป็นหมวดหมู่
8. การสื่อสารมีประสิทธิภาพ
9. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมงานและประชาชน

10. การมีส่วนร่วมของชุมชน
11. ภาาีเครือข่ายที่หลากหลาย ใช้ประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่
12. ผู้บริหารท้องถิ่นต้องมีความรู้ความจริงใจ มีวิสัยทัศน์ มีศักยภาพมีความเป็นวิชาการ
13. มีความรู้ความเข้าใจ ทำให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงวัยในท้องถิ่นได้รับโอกาส
14. สังคมเกื้อกูล โดยใช้ทุนทางสังคมสนับสนุน มีการค้นคว้าภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ให้ผู้สูงอายุ มาเล่านิทานให้เด็กฟัง ให้เด็กไปดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

4. ภาพของการบริการสุขภาพของ อบต. ในอนาคต

1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งทำให้มีการพัฒนามากขึ้น
2. ท้องถิ่นในอนาคต ควรออกจากระทรวงมหาดไทย มีสำนักจัดการบริหารท้องถิ่นเอง เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงาน
3. การเปลี่ยนเจตคติของคนในท้องถิ่นสำคัญมาก ดังนั้น การให้ความรู้จะทำให้ประชาชนมีความเข้าใจ เปลี่ยนทัศนคติ แต่ต้องใช้เวลา
4. ผู้นำสำคัญ ถ้าผู้นำไม่มีวินัยธรรม จะขาดความร่วมมือ ดังนั้น ผู้นำต้องมีคุณธรรม จริยธรรม
5. อยากให้รัฐบาลมีความจริงใจในเรื่องกระจายอำนาจ บางเรื่องไม่กระจายจริง เช่น บางงานให้ท้องถิ่นทำแต่อำนาจอนุมัติหรือดำเนินการยังเป็นของผู้ว่าราชการจังหวัด
6. เงินอุดหนุนควรกระจายให้ท้องถิ่นอย่างเพียงพอต่อการพัฒนา
7. การปฏิรูปอำนาจ อยากให้ท้องถิ่นเป็นกระทรวง เพื่อจะได้บริหารจัดการเบ็ดเสร็จจึงจะเกิดการพัฒนายั่งยืน
8. อยากให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่นเดียวกับประเทศที่เจริญแล้ว เช่นสหรัฐอเมริกาแต่ไม่ใช่เรียนแบบทุกเรื่อง อเมริกาไม่มีกษัตริย์แต่ของเรามี ซึ่งเป็นที่ยึดโยงจิตใจประชาชน สำหรับเทศบาลเมืองปากพูนได้เห็นความแตกต่างหลายเรื่อง อำนาจ และการเปลี่ยนแปลง

กล่าวโดยสรุป จากการวิจัยเชิงคุณภาพที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview)

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของโรงพยาบาลทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ภูเก็ต)

โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช เทศบาลเมืองทุ่งสง รวมทั้ง อบต. ปากพูน จ.นครศรีธรรมราช สามารถสรุปเป็นตารางเปรียบเทียบในประเด็นต่างๆ ทั้ง 5 ประเด็นได้ดังตารางข้างล่างนี้

2. สรุปการวิเคราะห์เปรียบเทียบบทบาทด้านสุขภาพของ อปท.

ประเด็นการพิจารณา	ร.พ.เทศบาลนครนครราชสีมา	รพ.ด.ปากพูน	ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลทุ่งสง	รพ.ของ อบจ. ภูเก็ต
1. เหตุผลและความจำเป็นในการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในเขตรับผิดชอบ	1.ปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยและไม่สามารถเข้าถึงการแพทย์ได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะยากจนในชุมชนต่างๆ 2.นโยบายการนำการแพทย์โดยแพทย์ / พยาบาล ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนถึงบ้าน เพื่อลดความแออัดในสถานพยาบาล และนำบริการของรัฐไปสู่ประชาชน 3.ปัญหาผู้ป่วยที่เดินทางไปพบแพทย์ไม่สะดวก เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต, ผู้พิการ, ผู้ป่วยโรค หัวใจเรื้อรังจิตเวช และไม่มีผู้เลี้ยงดู 4.สร้างความสุขทางใจให้ผู้ป่วยนอกรักษาตัวที่บ้านท่ามกลางลูกหลานด้วยความอบอุ่นในครอบครัว	ข้อมูลจาก FAP (Family and community Assessment Program) ซึ่ง เป็นระบบข้อมูล 10 ระบบ เพื่อขับเคลื่อนตำบลสุขภาพะเนื่องจากปัจจุบันค่าใช้จ่ายด้านการรักษา พยาบาล ครอบคลุมประมาณ 7,000 บาท ขณะที่ค่าสาธารณสุขป.โกศครัวเรือนละ 5,000 – 6,000 บาทเท่านั้น และผู้บริหาร อบต. มุ่งมั่นทำเรื่องสุขภาพให้ผู้อยู่ในวิถีชีวิตให้ประชาชนพึ่งตนเองได้	ศูนย์สุขภาพชุมชนของเทศบาลมีจุดอ่อนเรื่องการให้บริการประชาชน ทำอยู่ในกรอบทุกเรื่อง จึงหาแนวทางแก้ไขให้ผู้ที่มีศักยภาพในการจัดบริการมาดำเนินการแทน	โรงพยาบาลแห่งนี้เกิดขึ้นเพื่อแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลรัฐบาลและแก้ปัญหา 1.บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ 2.ผู้ป่วยต้องรอการตรวจวินิจฉัยเป็นเวลานาน 3.จำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยไม่เพียงพอ 4.ช่วยให้ประชาชนมีทางเลือกเพิ่มขึ้น
2. ความสำเร็จที่ได้รับหลังจากดำเนินการ	- เปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยใน 70 เตียง - ให้บริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2553 ทั้งหมด 200,556 ราย เฉลี่ยต่อเดือน 16,713 คน เฉลี่ยต่อวัน 557 คน ให้บริการผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2553 ทั้งหมด 4,032 รายเฉลี่ยต่อ	- โรคในผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน พดุดิกรมเสี่ยงลดลง มีการออกกำลังกาย และรับประทานอาหารสุขภาพ ไม่บริโภคนิยม ใช้ชีวิตพอเพียง วัตถุประสงค์น้อยลง - เรื่องโรค ประชาชนรู้ รากเหง้า รู้เท่าทัน กำหนดวิถี	สามารถให้บริการแก่ประชาชนในความรับผิดชอบและพื้นที่ใกล้เคียงได้ตามเป้าหมาย	จุดเด่น “รพารัฐบาล บริการแบบเอกชน” เปิดรับผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยประกันสังคม บัตรทอง สิ่งที่ยังดำเนินการไม่ได้ วิสัยทัศน์ (Vision) ของโรงพยาบาล “โรงพยาบาลองค์กรบริหารส่วน

ประเด็นการพิจารณา	ร.พ.เทศบาลนครนครศรีธรรมราช	รพ.ต.ปากพูน	ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลทุ่งสง	รพ.ของ อบจ. ภูเก็ต
	เดือน 336 คน เฉลี่ยต่อวัน 11 คน	ชีวิตตนเอง		จังหวัดภูเก็ต เป็นโรงพยาบาลของประชาชนที่ให้บริการคุณภาพเป็นเลิศระดับประเทศและสร้างความประทับใจทุกครั้งแก่ผู้มารับบริการ“พันธกิจ (Mission) 1.เป็นโรงพยาบาลท้องถิ่นที่ให้บริการทางการแพทย์เป็นเลิศ 2.ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี 3.บริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล 4.สร้างความพึงพอใจแก่ผู้เกี่ยวข้อง
คุณภาพของบริการ ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม	- การบริการรพช.ส่งต่อ กรณีส่งต่อโรงพยาบาล สงขลา นครินทร์ , สวนสราญรมย์ - การส่งเคราะห์ค่าเฝ้าไข้และค่าพาหนะ โดยประสานงานกับกองสวัสดิการสังคม - งานศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุงานเยี่ยมบ้านมารดา – ทารกหลังคลอด - อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกได้จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ ส่วนราชการอื่น โดยไม่ต้องชำระเงิน รพ. จะเรียกเก็บโดยตรงกับหน่วยงานที่ได้ทำความตกลงกัน - คุณภาพบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. กำหนด - ลดความแออัดของผู้ป่วยของ ร.พ. มหาราช นครศรีธรรมราชลง ทำให้	ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกรวดเร็ว การจัดการเรื่องโรคระบาดได้รวดเร็วขึ้น เช่น การร่วมมือกันกำจัดขุขลาย ซึ่งเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก โรคในผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ฤทธิกรรมเสี่ยงลดลง มีการออกกำลังกายและรับประทาน อาหารสุขภาพ ไม่บริโภคไขมัน ใช้ชีวิตพอเพียง อดทน ยอม น้อยลง เรื่องโรค ประชาชนรู้ รากเหง้า รู้เท่าทัน กำหนดวิถีชีวิตตนเอง 1. ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว 2. สร้างทีมช่วยเหลือกิจกรรมของสถานบริการ อสม.สามารถคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง		- ความร่วมมือของทีมงานที่จะช่วยกันผลักดันและพัฒนางาน - ความรับผิดชอบต่อสังคม ดูแลคนภูเก็ตให้ทั่วถึงทุกระดับ - ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเช่นแผนกรังสีใช้ระบบ Digital และรายงานผลเป็นภาพผ่านระบบ PAC ซึ่งทำให้มีความแม่นยำในการวินิจฉัยและผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ - Computed Tomography (CT) Scan ที่มีความเร็วสูง 64 slices เป็นเครื่องที่มีประสิทธิภาพ - อัตราค่ารักษาพยาบาลเท่ากับโรงพยาบาลของรัฐที่กำหนด เช่น อัตราค่าฟอกไต กำหนดไว้ 2,000 บาท/ครั้ง

ประเด็นการพิจารณา	ร.พ.เทศบาลนครนครศรีธรรมราช	รพ.ต.ปากพูน	ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลทุ่งสง	รพ.ของ อบจ. ภูเก็ต
	ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น โครงการที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และประชาชนได้รับประโยชน์คือ โครงการ DOT. ในเขตเทศบาลมีผู้ป่วยและที่มารักษาประมาณ 100 คน ดูแลผู้ป่วย ให้รับยาครบ ไม่ขาดยา เป็นลักษณะที่มีพี่เลี้ยงดูแล	3. มีจิตอาสาของ อสม.และภาคประชาชน 4. มีการรณรงค์เรื่องภัยพิบัติต่างๆ ได้แก่ การจัดให้มีเครือข่ายลดอุบัติเหตุบนท้องถนน รณรงค์สวมหมวกนิรภัยใส่สายรัดคาง 100% เพื่อเป็นต้นแบบขยายเครือข่าย		- จุดเด่น “รพารัฐบาล บริการแบบเอกชน” เปิดรับผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยประกันสังคม บัตรทอง สิ่งที่ยัง - ดำเนินการไม่ได้ คือ สิทธิเบิกจ่ายตรง อบจ.ภูเก็ตดูแลเรื่องสุขภาพครบวงจร เช่น การจัดสวนสาธารณะสำหรับการออกกำลังกาย เดินแอโรบิก เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง
ความพึงพอใจของประชาชน	ระดับความพึงพอใจร้อยละ 80 ด้วยเหตุผลดังนี้ 1.ประชาชนร้อยละ 90 สามารถเข้าถึงการแพทย์ที่ได้มาตรฐานโดยมีคุณภาพบริการเทียบเท่าโรงพยาบาลเอกชน การบริการที่สะดวก รวดเร็ว เท่าเทียมกันทั่วถึง ประทับใจ โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องค่ารักษาพยาบาล 2. ประชาชนในเขตเทศบาลได้รับการดูแลสุขภาพ/รักษาพยาบาลดีเป็นพิเศษกว่าพื้นที่อื่นซึ่งไม่มี 3. ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น	ระดับความพึงพอใจของประชาชนร้อยละ 92	หลังจากปรับเปลี่ยนบริการประชาชนพึงพอใจถึงร้อยละ 80 ศูนย์สุขภาพชุมชนของเทศบาลเมืองทุ่งสง เปิดมา 6 ปี ความสำเร็จอยู่ที่ความพึงพอใจของประชาชน ได้รับบริการที่ดี แพทย์มีคุณภาพ สถิติผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น	ประชาชนพึงพอใจในการรับบริการร้อยละ 79 (ข้อมูลปี 2553)
3. ปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ	- ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ยาวไกล - นโยบายที่ชัดเจน - การบริหารจัดการอย่างครบวงจร - การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง - กฎระเบียบ (เป็นวัฒนธรรมเดิม) คือ วัฒนธรรม การทำงานที่ทุ่มเท และเสียสละ ทั้งของผู้นำและบุคลากรใน	- การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ - การศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ - มีหน่วยงานภายนอกสนับสนุน - เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้ประสบการณ์จากชีวิตจริง - สร้างสิ่งร่วมและแรงจูงใจให้คนที่มาเรียนรู้ที่ปากพูนอยากรู้ อยากเห็น อยากเป็น	1.การบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความเป็นอิสระ ข้อจำกัดน้อย ภายใต้ระเบียบราชการ 2.วิสัยทัศน์และนโยบายของนายกเทศมนตรี โดยให้เอกชนมาบริการผู้บริหารสนับสนุน	-ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ทุกคนในการทำงาน -นโยบายผู้บริหาร -การประชุมร่วมกับคณะกรรมการประสานระดับจังหวัด - ความรับผิดชอบต่อสังคม ดูแลคนภูเก็ตให้ทั่วถึงทุกระดับ

ประเด็นการพิจารณา	ร.พ.เทศบาลนครนครศรีธรรมราช	รพ.ค.ปากพูน	ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลทุ่งสง	รพ.ของ อบจ. ภูเก็ต
	ประชาชนในเขตเทศบาลค่อนข้างมีส่วนร่วมสูง	และอยากทำ - ผู้นำ ถือเป็นปัจจัยสำคัญ ถ้ามีผู้นำดี มีคนอาสาพากันทำ จะทำให้ท้องถิ่นเกิดความเจริญ - ใช้ข้อมูลเป็นฐาน จัดการระบบเป็นหมวดหมู่ - การสื่อสารมีประสิทธิภาพ - การมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมงานและประชาชน - การมีส่วนร่วมของชุมชน - ภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย ใช้ประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ - ผู้บริหารท้องถิ่นต้องมีความรู้ ความจริงใจ มีวิสัยทัศน์ มีศักยภาพมีความเป็นวิชาการ - มีความรู้ความเข้าใจ ทำให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงวัยในท้องถิ่นได้รับโอกาส - สังคมเกื้อกูล โดยใช้ทุนทางสังคมสนับสนุน มีการค้นคว้าภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ให้ผู้สูงอายุมาเล่านิทานให้เด็กฟัง ให้เด็กไปดูแลผู้สูงอายุเป็นต้น	3.เทศบาลสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ อาคารสถานที่และบุคลากร จึงทำให้การบริการเป็นที่ประทับใจของประชาชน ชาวบ้านไม่ต้องรอคิวนาน เมื่อเอกชนมาบริการทำให้มีทีมแพทย์และพยาบาลเพิ่มขึ้น 4.ประชาชนพึงพอใจ ผลการสำรวจความพึงพอใจ คะแนนอยู่ในระดับสูง มีการปรับปรุงสถานที่เพื่ออำนวยความสะดวกของประชาชน มีบริการตรวจรักษานอกเวลาราชการถึง 20.00 น. ไม่หยุดวันเสาร์-อาทิตย์ และนักชดถุกย์ อนาคตข้างหน้า ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ อยากเห็น -รัฐบาลกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมากขึ้น ซึ่งท้องถิ่นขณะนี้ศักยภาพ สนองความต้องการของประชาชนได้ทั่วถึงบุคลากรใน	

ประเด็นการพิจารณา	ร.พ.เทศบาลนครนครศรีธรรมราช	รพ.ต.ปากพูน	ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลทุ่งสง	รพ.ของ อบจ. ภูเก็ต
4. ภาพของการบริการสุขภาพในอนาคตเป็นอย่างไร	-การรักษาพยาบาล โดยแพทย์และพยาบาล พร้อมอุปกรณ์การแพทย์ออกทำการตรวจรักษาผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 30,000 ราย จากจำนวนครัวเรือนทั้งหมดในเขตเทศบาล 30,000 กว่าครัวเรือนโดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ PCU ของโรงพยาบาลเทศบาลนคร 5 แห่ง 1. ศูนย์บริการสาธารณสุขศรีทวี 2. ศูนย์บริการสาธารณสุขคูขวาง 3. ศูนย์บริการสาธารณสุขโพธิ์เสด็จ 4. ศูนย์บริการสาธารณสุขทุ่งจีน 5. ศูนย์บริการสาธารณสุขลามีชัย (หน่วยบริการปฐมภูมิ) อนาคตโรงพยาบาลจะปรับบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลเป็นโรงพยาบาล 4 มุมเมือง เพื่อลดความแออัดจากโรงพยาบาล งบประมาณในภาพรวมจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับโรงพยาบาลประมาณ 100 ล้านบาท	ท้องถิ่นในอนาคต ควรออกจากกระทรวงมหาดไทย มีสำนักจัดการบริหารท้องถิ่นเอง เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงาน 1.การเปลี่ยนเจตคติของคนในท้องถิ่นสำคัญมาก ดังนั้น การให้ความรู้จะทำให้ประชาชนมีความเข้าใจ เปลี่ยนทัศนคติ แต่ต้องใช้เวลา 2.ผู้นำสำคัญ ถ้าผู้นำไม่มีวินัยในธรรม จะขาดความร่วมมือ ดังนั้น ผู้นำต้องมีคุณธรรม จริยธรรม ภาพในอนาคตของท้องถิ่น 1.อยากให้รัฐบาลมีความจริงจังในเรื่องกระจายอำนาจ บางเรื่องไม่กระจายจริง เช่น บางงานให้ท้องถิ่นทำแต่อำนาจอนุมัติหรือดำเนินการยังเป็นของผู้ว่าราชการจังหวัด 2.เงินอุดหนุนควรกระจายให้ท้องถิ่นอย่างเพียงพอต่อการพัฒนา 3.การปฏิรูปอำนาจ อยากรให้ท้องถิ่นเป็นกระทรวง เพื่อจะได้บริหารจัดการเบ็ดเสร็จจึงจะเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน 4.อยากให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่นเดียวกับประเทศที่เจริญแล้ว เช่นสหรัฐอเมริกาแต่ไม่ใช่เรียนแบบทุกอย่าง อเมริกาไม่มีกษัตริย์แต่ของเรามี ซึ่งเป็นที่ฮิลโยงจิตใจประชาชน สำหรับเทศบาลเมืองปากพูนได้เห็นความแตกต่างหลายเรื่อง อำนาจและการเปลี่ยนแปลงมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งทำให้มีการพัฒนามากขึ้น	-รัฐบาลกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมากขึ้น ซึ่งท้องถิ่นขณะนี้มีความศักยภาพ สนองความต้องการของประชาชนได้ทั่วถึง บุคลากรในท้องถิ่นมีความรู้ความสามารถ -สำหรับงานบริการด้านสาธารณสุข ควรกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเพื่อมิให้ประชาชนเสียโอกาสเพราะบุคลากรของท้องถิ่นมีความชำนาญเฉพาะด้านเหมือนกับที่อยู่ในโรงพยาบาล จะทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ รวดเร็วและแก้ปัญหาได้ตรงตามความต้องการของประชาชน	อยากทำโรงพยาบาลจิตอาสา ไม่ต้องใช้เงินรัฐบาล ใช้เงินบริจาค ทำเหมือนมูลนิธิก็ได้อาจมีจิตอาสา เช่น ในโรงเรียนไม่ต้องมีคนล้างห้องน้ำ นักเรียนช่วยกันทำความสะอาด เพราะเชื่อว่าห้องน้ำโรงเรียนสะอาด บ้านสะอาด จิตใจก็จะสะอาด อยากเห็นในหลักสูตรแพทย์ หรือ ปริญญาโทแพทยใช้ทุน ควรสอนเรื่องจริยธรรม และอยากเห็นหลักสูตรทันตแพทย์ ควรสอนเรื่องการวางตัวและการรับผิดชอบต่อสังคม เพราะทันตแพทย์บางส่วน ทำงานได้ชั่วระยะก็ลาออกใช้ทุน

ประเด็นการพิจารณา	ร.พ.เทศบาลนครนครศรีธรรมราช	รพ.ต.ปากพูน	ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลทุ่งสง	รพ.ของ อบจ. ภูเก็ต
5. ปัญหาและอุปสรรค	1.เรื่องเงินเดือนแพทย์ค่อนข้างสูง (ประมาณ 100,000 บาทขึ้นไป) ต้องเอาเงินส่วนอื่นจ่าย On top ให้ ซึ่งสำหรับตนเอง คิดว่าไม่ถูกต้อง แต่ถ้าไม่ทำเช่นนี้ก็ไม่มีแพทย์มาอยู่ด้วย ได้นำเรื่องนี้ไปหารือกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด อาจต้องตั้งกรรมการมาแก้ไขปัญหาเรื่องเงินเดือนและค่าตอบแทนแพทย์ 2.โรงพยาบาลขยายบริการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะนี้มีศูนย์บริการเพิ่ม 4 จุด เพื่อลดความแออัด โดยวางแผนให้มีแพทย์ประจำทุกศูนย์ และจะแต่งตั้งให้แพทย์เป็นผู้ช่วยนายกเทศมนตรี มาดูแลประชาชนด้านสาธารณสุข 3.การจ่ายค่าตอบแทน และเงินเดือนของแพทย์สูง มีทั้งจุดอ่อนและจุดแข็ง จุดอ่อน คือ ถ้าไม่มีงบประมาณหรือเงินสนับสนุนจะไม่สามารถจ่ายเงินเดือนแพทย์เป็นจำนวนที่สูงได้ แต่จุดแข็งก็คือ เป็นแรงจูงใจให้แพทย์อยู่กับองค์กร			กว่าจะมาเป็นโรงพยาบาล เป็นเรื่องยาก เพราะ อบจ.ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน ไม่มีระเบียบรองรับ แต่ก็ พยายามผลักดันจนเปิดและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาอุปสรรคเรื่องระเบียบไม่เอื้ออำนวย อบจ.ก็ไม่มีประสบการณ์ จึง Out source ทีมแพทย์ พยาบาลจากโรงพยาบาลธนบุรี แต่ปัญหาคือ ทำสัญญาเป็นปีต่อปี เป็นระยะเวลาที่สั้นจึงหาบุคลากรมาทำงานค่อนข้างยาก เพราะเกิดความไม่มั่นคงในชีวิตการทำงาน สำหรับเรื่องขามิปัญหาภายนอกบัญชีหลัก ทางโรงพยาบาลหาทางออกโดย ใช้เงินกองทุนของโรงพยาบาลจัดซื้อก่อน ระเบียบที่ต้องการแก้ไขอย่างมาก คือ 1) ระเบียบพัสดุ 2)การใช้เงินกองทุน 3)ระบบจ่ายตรง/กรมบัญชีกลาง โรงพยาบาลไม่สามารถไปทำ marketing เรื่องราคาได้เลย ซึ่งเป็นจุดอ่อน เปิดช่วงแรกต้องยอมรับว่าขาดทุน แต่เพื่อประชาชนและชื่อเสียง

บทที่ 6

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข: ปัญหา และกลยุทธ์การพัฒนา

เนื้อหาที่จะนำเสนอในบทที่ 6 นี้จะประกอบด้วยสาระสำคัญ 4 ประการคือ 1) เป็นการนำเสนอผลการศึกษาวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานภาพปัญหาและข้อจำกัดของการกระจายอำนาจในภาพรวม 2) เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ จุดแข็งจุดอ่อน โอกาสและภาวะคุกคาม (SWOT Analysis) ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ 3) เป็นการสังเคราะห์ทางเลือกกลยุทธ์ (Strategic Alternatives) ในอันที่จะกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ด้วยการทำ SWOT Matrix 4) ท้ายสุดของบทนี้คณะผู้วิจัยได้กำหนดกลยุทธ์ (Strategic Formulation) ซึ่งได้กลยุทธ์ 4 ลักษณะด้วยกัน ซึ่งรายละเอียดจะได้นำเสนอต่อไป

1. สถานภาพ ปัญหาและข้อจำกัดของการกระจายอำนาจ

แม้ว่า “การกระจายอำนาจ” อาจจะเป็นเครื่องมือสำคัญของการพัฒนาการบริหารราชการ ที่ประเทศต่างๆ ทั่วโลกต่างมีแนวคิดและมีประสบการณ์ในการกระจายอำนาจมาแล้วแทบทั้งสิ้น ในกรณีของประเทศไทยได้มีความพยายามที่จะกระจายอำนาจมาเป็นลำดับ ซึ่งพัฒนาการการกระจายอำนาจของประเทศไทยมีความก้าวหน้าบ้างในบางเวลา แต่หยุดชะงักบ้างเป็นส่วนใหญ่ จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ จากทั้งนักวิชาการและนักบริหารพบมีประเด็นสำคัญๆ ดังนี้

ธเนศวร์ เจริญเมือง กล่าวถึงข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคของการกระจายอำนาจสู่การปกครองท้องถิ่นไว้ 2 ประการ คือ ¹

(1) หน่วยงานปกครองท้องถิ่นที่ผ่านมามีลูกครอบงำ โดยข้าราชการกระทรวงมหาดไทย ที่ไปทำงานในส่วนภูมิภาคและนักการเมืองท้องถิ่นไม่กี่คนเท่านั้น ส่วนประชาชนทุกคนอาศัยอยู่ในเขตการปกครองท้องถิ่น แต่ประชาชนส่วนใหญ่แทบไม่มีบทบาทใดๆ

ส่วนหน่วยงานราชการต่างๆ ก็มีได้รณรงค์ให้ประชาชนมีบทบาททางการเมืองในระดับท้องถิ่น นอกจากการไปลงคะแนน เพราะการส่งเสริมประชาชนให้มีบทบาท

¹ อ้างถึงใน โกวิน วิวัฒนพงศ์พันธ์. นโยบายและแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับจังหวัด : ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ. เอกสารวิชาการส่วนบุคคล นักศึกษาศาสน์พระปกเกล้า รุ่นที่ 6. 2546. หน้า 43.

นอกเหนือจากการเลือกตั้งจะทำให้ประชาชนสนใจ ตรวจสอบพฤติกรรมของข้าราชการมากขึ้น เมื่อประชาชนไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมืองอย่างจริงจัง ประชาธิปไตยระดับท้องถิ่นและระดับชาติจึงขาดความเข้มแข็ง

(2) ระบบการบริหารและระบบการศึกษา ยังมิได้ส่งเสริมอย่างจริงจังดังที่เห็นได้จากประชาชนไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมทางการเมืองมากนัก ผลก็คือนักการเมืองจำนวนน้อยและข้าราชการเป็นผู้ผูกขาดการบริหารประเทศและสังคมในระดับต่างๆ การปกครองท้องถิ่นตกอยู่ใต้การครอบงำของข้าราชการหรือนักการเมืองจำนวนน้อย

นอกจากนี้ ธเนศวร์ เจริญเมือง ยังได้สรุปภาพและสาเหตุของการกระจายอำนาจของรัฐสู่องค์กรปกครองท้องถิ่นในรอบศตวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2534-2544) ไว้ดังนี้²

(1) การกระจายอำนาจในประเทศไทยยังไม่เข้มแข็ง เนื่องจากไม่ได้รับการผลักดันจากรัฐบาลอย่างแท้จริง พร้อมทั้งยังไม่มีผู้นำที่จะเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงระบบการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างแท้จริง จึงส่งผลให้การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไร้ประสิทธิภาพ

(2) ในการกระจายอำนาจสู่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคหน่วยราชการส่วนกลางขาดความเชื่อมั่นในการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงทำให้การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดประสิทธิภาพ

(3) การบริหารงานภายในองค์กรท้องถิ่นไม่มีความเป็นเอกภาพ เนื่องจากฝ่ายอำนาจเดิมกลัวเสียผลประโยชน์ในส่วนขององค์กรที่ตนดูแลอยู่

(4) การปกครองส่วนท้องถิ่นขาดประสิทธิภาพเนื่องจากสังคมมีความอ่อนแอ ชุมชนท้องถิ่นไม่มีความเชื่อมั่นในการที่จะบริหารงานในท้องถิ่นของตนเอง การไม่มีจินตภาพในการดำเนินงานหรือวิสัยทัศน์ในการบริหารองค์กรส่วนท้องถิ่นของตน

(5) การบริหารงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถูกมองว่าเป็นเรื่องของการเข้ามาแสวงหาผลประโยชน์ จึงทำให้ในแต่ละชุมชนมีกลุ่มนายทุนหรือกลุ่มผู้มีอำนาจในท้องถิ่นเข้ามามีการบริหารงานเป็นส่วนใหญ่ โดยที่ชุมชนไม่ได้มองว่าการกระจายอำนาจสู่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเรื่องของทุกคน และทุกคนจะต้องรับผิดชอบร่วมกัน ในการร่วมกันคิดและพัฒนาองค์กรปกครองท้องถิ่นของตน ในจุดนี้ถ้าจะให้การกระจายอำนาจเกิดประสิทธิภาพควรจะมีการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ทางการเมืองเสียใหม่ ถ้าพัฒนาตรงจุดนี้ได้ภายในท้องถิ่นก็จะเป็นการส่งผลสู่การเมืองในระดับประเทศต่อไป

² เพิ่งอ้าง. หน้า 43-44.

(6) การจัดการเลือกตั้งภายในท้องถิ่นไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน รวมทั้งประชาชนในท้องถิ่นโดยส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีความสนใจการบริหารท้องถิ่น เนื่องจากไม่ค่อยให้ความสนใจกับระบบการบริหารงานส่วนท้องถิ่นจึงควรมีการจัดระบบเลือกตั้งแบบโดยตรง โดยใช้ระบบการเลือกตั้งจากเมืองไปสู่ส่วนท้องถิ่นเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตื่นตัวในระบบการบริหารงานส่วนท้องถิ่นมากขึ้น

(7) การปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทยควรมีการจัดระบบการปกครองแบบพิเศษ โดยจัดให้มีการจัดการอำนาจแบบเบ็ดเสร็จ

(8) การปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันมีการขัดแย้งระหว่างผู้ปกครองภายในท้องถิ่น เช่น การขัดแย้งระหว่างบทบาทของ อบต. กับกำนันผู้ใหญ่บ้าน อบจ. กับเทศบาล เป็นต้น

(9) ระบบการศึกษาภายในประเทศไม่ได้ให้ความสำคัญ และไม่ส่งเสริมในเรื่องของการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลิตแต่บัณฑิตตามสายวิชาชีพเฉพาะ ไม่ได้ผลิต “นักพลเมือง” สู่อสังคม

(10) ระบบการปกครองของประเทศไทยตั้งแต่อดีตมีรูปแบบการปกครองแบบรวมศูนย์อำนาจอยู่ที่ส่วนกลาง จึงส่งผลให้การปกครองส่วนท้องถิ่นมีความอ่อนแอ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระบบการปกครองแบบกระจายอำนาจสู่ส่วนท้องถิ่น จึงทำให้การบริหารงานต่างๆ ภายในท้องถิ่นขาดประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาี่ ควรจะมีการเริ่มพัฒนาประชาธิปไตยในส่วนหนึ่งของเมืองมาก่อน เพื่อให้ท้องถิ่นรวมทั้งสื่อต่างๆ ภายในท้องถิ่นตื่นตัวเห็นความสำคัญของการบริหารงานภายในท้องถิ่นมากขึ้นซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาประชาธิปไตยภายในท้องถิ่นตามมา

ปรัชญา เวสารัช ษ์ ได้สรุปปัญหาการกระจายอำนาจในประเทศไทยว่า เกิดจากสาเหตุสำคัญ 3 ประการคือ ³

(1) ความคลุมเครือ หรือความเข้าใจสับสนเกี่ยวกับการกระจายอำนาจฝ่ายการเมืองที่ผลักดันการกระจายอำนาจ มักกล่าวเสมือนว่าการกระจายอำนาจเป็นเป้าหมายหลัก แต่ให้ความสำคัญน้อยกว่าวัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจ เช่น เสนอเลือกตั้งผู้ว่าราชการจังหวัด หรือนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยไม่วิเคราะห์หลักการพื้นฐานและเจตนารมณ์ของการกระจายอำนาจ รวมทั้งไม่คิดให้เป็นระบบครบถ้วนในทางปฏิบัติ เพื่อสร้างความพร้อมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องและเพื่อสร้างความมั่นใจว่าการกระจายอำนาจในรูปแบบผลักดันเป็นไปได้และเกิดผลดีต่อสังคม

³ ปรัชญา เวสารัช ษ์ . “แนวโน้มการกระจายอำนาจของรัฐ.” เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง การกระจายอำนาจกับการพัฒนาการปกครองท้องถิ่นไทยในอนาคต. โดยคณะกรรมการติดตามผลการปฏิบัติตามมติของสภาผู้แทนราษฎร, อาคารรัฐสภา 2, 22 สิงหาคม 2537.

(2) ทศนคติเชิงอนุรักษ์นิยม การยึดติด กฎระเบียบ และความไม่มั่นใจของข้าราชการ สาเหตุประการนี้สะท้อนลักษณะการทำงานแบบติดยึดแนวที่ปฏิบัติแต่เดิม คัดยัดกฎระเบียบจนเคยชิน ขาดความคิดสร้างสรรค์ ต้องการสงวนรักษาอำนาจ ในขณะที่ขาดความไว้วางใจความสามารถของข้าราชการระดับรองๆ และประชาชน จึงมักเน้นอยู่เสมอว่าข้าราชการชั้นผู้น้อยและประชาชนยังไม่พร้อม หากกระจายอำนาจลงไปจะเกิดความเสียหาย แต่ขณะเดียวกันมิได้ใช้ความพยายามจริงจังที่จะวิเคราะห์หรือทดลองจัดระบบเตรียมความพร้อมให้เกิดการกระจายอำนาจที่เป็นจริง

(3) การขาดความต่อเนื่อง การผลักดันให้เกิดการกระจายอำนาจจากความคิดริเริ่มของฝ่ายราชการ อาจเป็นไปได้ด้านการกระจายอำนาจบริหาร แต่ในด้านการปกครองต้องอาศัยอาณัติและการผลักดันทางการเมืองอย่างจริงจัง แต่ปัญหาคือฝ่ายการเมืองที่ร่วมรัฐบาล ขาดแนวนโยบายร่วมกันที่ชัดเจนเรื่องการกระจายอำนาจ

วสันต์ เหลืองประภัสร์ กระบวนการกระจายอำนาจและการจัดระบบการปกครองท้องถิ่นในปัจจุบันได้ถูกวางหลักการเอาไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน โดยสะท้อนถึงแนวคิดในการมุ่งจัดระบบการปกครองท้องถิ่นตามหลักการที่เรียกว่า “การปกครองท้องถิ่นตามหลักการปกครองตนเอง (Local self-government)” แม้ว่ากระบวนการกระจายอำนาจจะดำเนินการไปตามหลักการแผนและขั้นตอนที่กำหนดไว้ แต่ก็มีคุณลักษณะบางประการที่อาจจะส่งผลให้การกระจายอำนาจต้องประสบอุปสรรค 3 ประการ คือ ⁴

ประการที่หนึ่ง การขัดกันระหว่างแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ กับบทบาทของรัฐ แม้ว่าการกระจายอำนาจอาจจะถือเป็นแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่คนในสังคมตกลงร่วมกัน แต่ในความเป็นจริง กระบวนการกระจายอำนาจของไทยถือเป็นการเปลี่ยนแปลงในลักษณะจากบนลงล่าง มิใช่เกิดจากการเรียกร้องผลักดันโดยชุมชนท้องถิ่นต่างๆ ทั่วประเทศ

ประการที่สอง การขัดกันระหว่างประสิทธิภาพทางการบริหาร กับหลักการมีส่วนร่วมทางการเมือง จากทิศทางการบริหารที่เป็นอยู่สะท้อนให้เห็นว่าการบริหารการปกครองประเทศมุ่งที่หลักประสิทธิภาพ โดยจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่เข้มแข็ง (Strong government) เพื่อให้สามารถระดมทรัพยากรและสรรพกำลังต่างๆ ในการจัดการปัญหาต่างๆ ภายในสังคม ในขณะที่การกระจายอำนาจคืออำนาจทางการเมืองที่มีลักษณะกระจายไป ทำให้การใช้ทรัพยากรภายในประเทศมีความหลากหลาย ยกที่จะระดมและทุ่มเททรัพยากรไปในทิศทางอันหนึ่งอันเดียวกัน

⁴ วสันต์ เหลืองประภัสร์. การปรับปรุงกฎหมายกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สมคิด เลิศไพฑูรย์ (บรรณาธิการ). ศูนย์ศึกษาการพัฒนาประชาธิปไตย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2546. หน้า 21-25.

ประการที่สาม การจัดกันระหว่าง สถานภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กับ ปัญหาความเป็นสถาบันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การกระจายอำนาจและการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ถูกทำให้กลายเป็นแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ แต่ในทางกลับกัน การรับรู้และมองเห็น ความสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งภายในชุมชนและในสังคมโดยทั่วไปอยู่ในระดับที่ ต่ำมาก ทั้งนี้เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเป็นสถาบัน (Institutionalize) ที่ต่ำมากเมื่อ เทียบกับองค์กรของราชการส่วนกลาง

สรุป ยอดแก้ว ได้กล่าวถึงผลกระทบของการกระจายอำนาจปัจจุบัน ในประเด็น ปฏิรูปสุขภาพ คือ ⁵

(1) ความไม่พร้อมของหน่วยงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการที่จะทำงาน เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพแนวใหม่ เนื่องจากหน่วยงานนี้ยังไม่มีประสบการณ์

(2) ความไม่พร้อมของการถ่ายโอนอำนาจ จากบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะบุคลากรเหล่านี้ยังไม่แน่ใจว่าองค์กรใหม่จะทำงานได้ดี

พินิจ ฟ้าอำนวยผล และคณะ ข้อพึงพิจารณาในการกระจายอำนาจ อาจก่อให้เกิด ผลกระทบที่พึงระมัดระวัง ดังนี้ ⁶

(1) ปัญหาความไม่เท่าเทียม (inequity) อันเนื่องมาจากความสามารถในการ บริหารงาน และความพร้อมทางด้านทรัพยากรที่แตกต่างกันของหน่วยงานที่รับกระจายอำนาจ (โดยขาดกลไกที่ช่วยเหลือทรัพยากรอย่างเหมาะสม) มีการกำหนดมาตรฐานที่แตกต่างกัน

(2) ปัญหาประสิทธิภาพ (inefficiency) อันเนื่องมาจากการขาดผู้บริหารที่มี ความสามารถเพียงพอ ความซ้ำซ้อนในการจัดกิจกรรม และหลายๆ กิจกรรมหากร่วมกัน ดำเนินการแล้ว จะประหยัดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการมากกว่า (ความประหยัดในขนาดดำเนินการ economy of scale)

(3) ปัญหาการเชื่อมโยงบริการ (fragmentation) อันเนื่องมาจากการขาดการ ประสานงานที่สักระหว่างหน่วยงานที่รับการกระจายอำนาจ ปัญหาดังกล่าวจะยิ่งทวีความรุนแรง มากขึ้น หากบริการดังกล่าวเป็นบริการที่แตกต่างกันแต่ต้องเชื่อมโยงกัน (เช่นกรณีบริการสุขภาพ)

⁵ สรุป ยอดแก้ว ในสุณี วงศ์คงคาเทพ พง ศัพีสุทธิ์ จงอุดมสุข (กองบรรณาธิการ). นานาทัศนะต่อกระบวนการ กระจายอำนาจสู่ประชาชนไทย. เอกสารวิชาการชุดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ฉบับที่ 4. สำนักงาน โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, นนทบุรี. 2543. หน้า 59-62.

⁶ พินิจ ฟ้าอำนวยผล และคณะ (บรรณาธิการ). เอกสารวิชาการชุด การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ฉบับที่ 1 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพทางเลือกและการวิเคราะห์. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวง สาธารณสุข. 2543. หน้า 8.

กล่าวโดยสรุป ปัญหาการกระจายอำนาจ เป็นปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบที่สำคัญๆ 3 ประการ คือ

(1) โครงสร้าง เนื่องจากภารกิจบางส่วนไม่สามารถถ่ายโอนมาได้จากราชการบริหารส่วนกลางโดยยังมีการรวมอำนาจไว้ที่ศูนย์กลางเป็นสำคัญ อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านมามีกรอบจำกัดจากกระทรวงมหาดไทย

(2) กระบวนการบริหารจัดการ กล่าวคือความสามารถบริหารจัดการแบบเบ็ดเสร็จได้ด้วยตนเองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภารกิจบางประเภทที่สำคัญๆ เช่น บประมาณ ทรัพยากรด้านบุคลากร เทคโนโลยี และปัจจัยการผลิตต่างๆ ประกอบกับยังมีปัญหาด้านการกำกับดูแล

(3) พฤติกรรม/วัฒนธรรม การขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนท้องถิ่นในการบริหารจัดการ ยังผลให้ประชาชนในพื้นที่ต่างๆ ขาดความกระตือรือร้น ซึ่งส่งผลกระทบให้ท้องถิ่นไม่สามารถพัฒนาอย่างยั่งยืนได้

2. การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม (SWOT Analysis) ในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ผลจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่บทที่ 1 ถึง บทที่ 6 โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในต่างประเทศ ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์เทียบกับสถานการณ์ปัจจุบันของการบริหารการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ ไทย ก็จะพบคำตอบว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของไทยมีทั้งจุดแข็ง จุดอ่อน และหากวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมภายนอกวงการสาธารณสุขด้วย ก็จะพบเป็นทั้งโอกาสและภาวะคุกคามต่อกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยมีประเด็นและสาระสำคัญพอจะสรุปได้ดังนี้

จุดแข็ง (Strengths)

- 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการรับรองสถานะโดยรัฐธรรมนูญ อีกทั้งทิศทางการกระจายอำนาจได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนและเป็นขั้นเป็นตอน
- 2) มีการจัดโครงสร้างองค์กรแบบประชาธิปไตยภายใต้รูปแบบสภาผู้บริหาร ซึ่งทำให้เกิดการดูแลและคานอำนาจซึ่งกันและกัน
- 3) การออกกฎระเบียบต่างๆ เพื่อควบคุมและกำหนดแนวปฏิบัติจากรัฐบาลส่วนกลาง ทำให้ท้องถิ่นมีการบริหารงานตามหน้าที่และศักยภาพของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการคลัง ทำให้ไม่เกิดปัญหาด้านภาระหนี้สิน

- 4) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะอย่างกว้างขวาง
- 5) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งสามารถจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นตนเองได้เป็นอย่างดี

จุดอ่อน (Weaknesses)

- 1) หน่วยงานปกครองท้องถิ่นที่ผ่านมาถูกรวบงำ โดยข้าราชการกระทรวงมหาดไทยที่ไปทำงานในส่วนภูมิภาคและนักการเมืองท้องถิ่น ไม่กี่คนเท่านั้น แต่ประชาชนส่วนใหญ่แทบไม่มีบทบาทใดๆ
- 2) การปกครองท้องถิ่นตกอยู่ใต้การครอบงำของข้าราชการหรือนักการเมืองจำนวนน้อย เนื่องจากระบบการบริหารและระบบการศึกษา ยังมิได้ส่งเสริมอย่างจริงจังดังที่เห็นได้จากประชาชนไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมทางการเมืองมากนัก ผลก็คือนักการเมืองจำนวนน้อยและข้าราชการเป็นผู้ผูกขาดการบริหารประเทศและสังคมในระดับต่างๆ
- 3) การบริหารงานภายในองค์กรท้องถิ่นไม่มีความเป็นเอกภาพ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารซึ่งฝ่ายอำนาจเดิมกลัวเสียผลประโยชน์ในส่วนขององค์กรที่ตนดูแลอยู่
- 4) การปกครองส่วนท้องถิ่นขาดประสิทธิภาพเนื่องจากสังคมมีความอ่อนแอ ชุมชนท้องถิ่นไม่มีความเชื่อมั่นในการที่จะบริหารงานในท้องถิ่นของตนเอง อีกทั้งการไม่มีจินตภาพในการดำเนินงานหรือวิสัยทัศน์ในการบริหารองค์กรส่วนท้องถิ่นของตน
- 5) การปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันมีการขัดแย้งระหว่างผู้ปกครองภายในท้องถิ่น เช่น การขัดแย้งระหว่างบทบาทของ อบต. กับกำนันผู้ใหญ่บ้าน อบจ. กับเทศบาล เป็นต้น
- 6) ขาดศักยภาพโดยเฉพาะด้านการคลังและบุคลากร เนื่องจากสัดส่วนรายได้ของท้องถิ่นยังคงอยู่ในระดับต่ำและแหล่งรายได้สำคัญมิได้มาจากภาษีของท้องถิ่นโดยตรง ในขณะเดียวกันบุคลากรยังขาดความรู้ความสามารถเมื่อเปรียบเทียบกับข้าราชการส่วนกลาง
- 7) ความไม่พร้อมของหน่วยงาน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการที่จะทำงานเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพแนวใหม่ เนื่องจากหน่วยงานนี้ยังขาดประสบการณ์
- 8) ความไม่พร้อมของการถ่ายโอนอำนาจ จากบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขไปให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะบุคลากรเหล่านี้ยังไม่แน่ใจว่าองค์กรใหม่จะทำงานได้ดี

9) ความไม่สามารถบริหารจัดการแบบเบ็ดเสร็จได้ด้วยตนเองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกิจบางประเภทที่สำคัญๆ เช่น งบประมาณ ทรัพยากรด้านบุคลากร เทคโนโลยี และปัจจัยการผลิตต่างๆ ประกอบกับยังมีปัญหาด้านการกำกับดูแล

โอกาส (Opportunities)

1) มีกฎหมายที่เอื้อต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 78 สรุปได้ว่า รัฐต้องกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถพึ่งตนเอง และตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินการ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่

2) แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) โดยมีสาระสำคัญเกี่ยวกับการกำหนดรายละเอียดของอำนาจหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบจะต้องทำ ซึ่งหากเป็นอำนาจและหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของรัฐหรือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกัน ให้กำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อประสานการดำเนินการ กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีดำเนินการในการจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรให้เพียงพอแก่การดำเนินการตามอำนาจ และหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเสนอให้แก้ไขหรือจัดให้มีกฎหมายที่จำเป็นเพื่อดำเนินการตามแผนการกระจายอำนาจฯ และจัดระบบการบริหารงานบุคคลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3) มีการกำหนดนโยบายการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ว่า “งานไป เงินไป ตำแหน่งไป” ซึ่งจะเอื้อต่อกระบวนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่จะทำให้บริการที่ได้รับการถ่ายโอนไม่ด้อยกว่าเดิม เมื่อเทียบกับการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขก่อนการถ่ายโอน

4) หน่วยงานกลางของประเทศ เช่น สำนักงาน ก.พ. สำนักงานงบประมาณ สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สกด.) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ได้ดำเนินการไขปัญหาในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้น เช่น เพิ่มอัตราค่าจ้างคนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในกรณีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ครบกรอบอัตราค่าจ้างของสถานีนามัย พร้อมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณในส่วนนี้ให้คิดตัวเจ้าหน้าที่ที่ถ่ายโอนไปด้วย

5) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ได้ดำเนินการออกแนวทางการปฏิบัติแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการดำเนินการกระจาย

อำนาจด้านสุขภาพ กรณีถ่ายโอนสถานีนอนมายัให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การกำหนดระบบการบริหารงานบุคคล เพื่อความก้าวหน้าของเจ้าหน้าที่ที่ถ่ายโอน

ภาวะคุกคาม (Threats)

- 1) การกระจายอำนาจในประเทศไทยยังไม่เข้มแข็ง เนื่องจากไม่ได้รับการผลักดันจากรัฐบาลอย่างแท้จริง พร้อมทั้งยังไม่มีผู้นำที่จะเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงระบบการกระจายอำนาจสู่ส่วนท้องถิ่นอย่างแท้จริง จึงส่งผลให้การกระจายอำนาจสู่ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นไร้ประสิทธิภาพ
- 2) ในการกระจายอำนาจสู่ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ภาคหน่วยราชการ ส่วนกลางขาดความเชื่อมั่นในการบริหารงานขององค์กรปกครอง ส่วน ท้องถิ่น จึงทำให้การกระจายอำนาจสู่ส่วนท้องถิ่นขาดประสิทธิภาพ
- 3) ระบบการศึกษาภายในประเทศไม่ได้ให้ความสำคัญ และไม่ส่งเสริมในเรื่องของการกระจายอำนาจสู่ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ผลิตแต่บัณฑิตตามสายวิชาชีพเฉพาะ ไม่ได้ผลิต “นักพลเมือง” สู่สังคม
- 4) ระบบการปกครองของประเทศไทยตั้งแต่อดีตมีรูปแบบการปกครองแบบรวมศูนย์อำนาจอยู่ที่ส่วนกลาง จึงส่งผลให้การปกครองส่วนท้องถิ่นมีความอ่อนแอ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระบบการปกครองแบบกระจายอำนาจสู่ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น จึงทำให้การบริหารงานต่างๆ ภายในท้องถิ่นขาดประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาี่ ควรจะมีการเริ่มพัฒนาประชาธิปไตยในส่วนของเมืองมาก่อน เพื่อให้ท้องถิ่นรวมทั้งสื่อต่างๆ ภายในท้องถิ่นตื่นตัวเห็นความสำคัญของการบริหารงานภายในท้องถิ่นมากขึ้นซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาประชาธิปไตยภายในท้องถิ่นตามมา
- 5) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งระดับผู้บริหารและผูปฏิบัติ ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการ เพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพยังไม่ทั่วถึงและไม่ต่อเนื่อง
- 6) กฎ ระเบียบในทางปฏิบัติยังไม่ได้รับการปรับ และแก้ไขให้สอดคล้องกับการดำเนินงานในภาพรวม ทำให้เกิดการปฏิบัติที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และก่อให้เกิดความไม่แน่ใจในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติ รวมทั้งกฎหมายบางฉบับยังใช้เวลาในการแก้ไขยาวนานมาก ก็ยังไม่สำเร็จ
- 7) ไม่มีศูนย์ประสานงานเบ็ดเสร็จ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุก ระดับ เพื่อการแก้ไขปัญหาในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน

8) ไม่มีกลไกที่มีศักยภาพในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัยแก่หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการกระจายอำนาจ

9) รัฐบาลไม่ให้ความสำคัญกับนโยบายการกระจายอำนาจอย่างจริงจัง ทำให้หน่วยงานราชการทั้งส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ไม่ให้ความสำคัญในการดำเนินงาน เช่นเดียวกัน ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเท่าที่ควร

10) หน่วยงานกลางของประเทศที่รับผิดชอบด้านการกระจายอำนาจ (สกล.) ไม่สามารถผลักดันกระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล รวมทั้งไม่สามารถผลักดันให้เกิดการดำเนินงานเพื่อการแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่เกิดจากกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์

11) แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้ แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งสองฉบับ ไม่มีการกำหนดมาตรการลงโทษ หรือเอาความผิดกับหน่วยราชการที่ไม่ดำเนินการตามแผนฯ ที่กำหนดไว้

3. การวิเคราะห์ทางเลือกกลยุทธ์ (Strategic Alternatives)

ผลจากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม (SWOT Analysis) ได้นำมาสังเคราะห์ทางเลือกกลยุทธ์ (Strategic Alternatives) โดยใช้เทคนิค (SWOT Matrix) ซึ่งปรากฏได้ทางเลือกกลยุทธ์ในลักษณะต่างๆ ที่สำคัญๆ พอสรุปได้ ดังนี้

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการรับรองสถานะ โดยรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และ 2550 อีกทั้งทิศทางการกระจายอำนาจได้ถูกกำหนดเป็นขั้นตอนไว้อย่างชัดเจน ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงสามารถจัดบริการสุขภาพได้หากมีการถ่ายโอนทรัพยากร กำลังคน และงบประมาณ

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีโครงสร้างที่เป็นประชาธิปไตยภายใต้รูปแบบสภาที่ผู้บริหาร ซึ่งจะทำให้เกิดการดูแลและคานอำนาจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้

3. โดยอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว หากมีการถ่ายโอนสถานีนามัย องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นก็จะสามารถจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นได้

4. แม้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะได้รับการรับรองสถานะโดยรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และ 2550 แต่การขาดผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะยังผลให้การกระจายอำนาจเกิดความล้มเหลวหรือไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

5. แม้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีโครงสร้างที่เป็นประชาธิปไตย แต่โดยระบบการศึกษาของไทยยังมิได้ส่งเสริมให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมทางการเมือง ยังผลให้การบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกอยู่ภายใต้การครอบงำของข้าราชการหรือนักการเมืองจำนวนน้อย

6. แม้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะ (ซึ่งรวมทั้งบริการสุขภาพ) แต่ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติยังขาดการพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการ ยังผลให้การจัดบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดประสิทธิภาพได้

7. เนื่องจากขาดกลไกที่จะประสานงานและการประชาสัมพันธ์ยังผลให้การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

8. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถูกรอบงำโดยข้าราชการกระทรวงมหาดไทยที่ไปทำงานในส่วนภูมิภาคและนักการเมืองท้องถิ่น ทำให้หน่วยงานอื่นขาดความเชื่อมั่นและไม่ได้ให้การสนับสนุนในการบริหารงานเท่าที่ควร

9. แม้จะมีกฎหมายที่เอื้อต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพแต่เนื่องจากการขาดผู้นำการเปลี่ยนแปลงและรัฐบาลก็ไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควร ยังผลให้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เช่น กรณีการถ่ายโอนสถานีนอนมัย) ไม่สำเร็จและล้มเหลวได้ในที่สุด

10. แม้จะมีการกำหนดนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในทำนองที่ว่า “งานไป เงินไป ตำแหน่งไป” แต่เนื่องด้วยความไม่พร้อมและขาดประสบการณ์การทำงานของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังผลให้การถ่ายโอนอำนาจไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

11. แม้จะมีกฎหมายและนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ด้วยความเคยชินกับระบบบริหารและวัฒนธรรมการทำงานแบบเดิมเป็นเหตุให้ยังคงมีการรวมศูนย์อำนาจอยู่ในส่วนกลางเช่นเดิม

12. ขณะที่การปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันยังมีการขัดแย้งทั้งภายในองค์กร (ฝ่ายอำนาจเดิมกับอำนาจใหม่) และภายนอกองค์กร (เช่น บทบาทของ อบต. กับกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือบทบาทของ อบจ. กับเทศบาล เป็นต้น) เป็นเหตุให้นโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไม่สัมฤทธิ์ผลเท่าที่ควรจะเป็น

13. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันยังขาดศักยภาพทั้งทางด้านการเงิน การคลัง และบุคลากร อีกทั้งระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติยังไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการเป็นเหตุให้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพไม่สัมฤทธิ์ผลเท่าที่ควรจะเป็น

14. ความไม่สามารถบริหารจัดการแบบเบ็ดเสร็จได้ด้วยตนเองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภารกิจที่สำคัญๆ ประกอบกับกฎเกณฑ์ ระเบียบในทางปฏิบัติยังไม่ได้รับการปรับแก้ อีกทั้งการแก้ไขกฎหมายยังต้องใช้เวลาที่ยาวนานมากเป็นปัจจัยมูลเหตุที่สำคัญต่อการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นอุปสรรคและก่อให้เกิดความไม่มีประสิทธิภาพในการบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

15. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งยังขาดศักยภาพและความพร้อม อีกทั้งไม่มีศูนย์ประสานงานแบบเบ็ดเสร็จระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติ เป็นเหตุให้การจัดการคุณภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สัมฤทธิ์ผลเท่าที่ควร

4. การกำหนดกลยุทธ์ (Strategic Formulation)

ผลของทางเลือกกลยุทธ์ที่ประมวล วิเคราะห์และสังเคราะห์จากการทำ SWOT Analysis และ SWOT Matrix ดังกล่าวสามารถที่จะกำหนดกลยุทธ์ (Strategic Formulation) ได้ 4 ประเภท ดังนี้

1) การสร้างโอกาสจากจุดแข็ง (SO Strategy)

ภายใต้โครงสร้างที่เป็นประชาธิปไตยในลักษณะของสภาทนายผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากส่งเสริมให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการปกครองส่วนท้องถิ่นก็จะเพิ่มธรรมาภิบาลในการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) แสวงหาทางเลือกใหม่จากจุดอ่อน (WO Strategy)

ปฏิรูประบบการศึกษาโดยเน้นการเป็นพลเมือง (Civic Education) มากกว่าที่จะเน้นวิชาชีพเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีจิตสำนึกต่อสังคมและมีส่วนร่วมในการปกครองท้องถิ่นตนเองมากขึ้น

3) การเปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาส (ST Strategy)

ภายใต้การมีกฎหมายและนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉะนั้นหากมีการพัฒนาภาวะผู้นำแก่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะยังผลให้การกระจายอำนาจเกิดสัมฤทธิ์ผลอย่างมีประสิทธิภาพได้

4) การปรับแก้จุดอ่อนและจัดอุปสรรค (WT Strategy)

แม้ท้องถิ่นจะขาดศักยภาพของบุคลากรและการบริหารการเงิน การคลัง ซึ่งหากผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติของท้องถิ่นได้รับการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการและทางการบริหารก็จะยังผลให้การบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทที่ ๓

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สาระสำคัญที่นำเสนอในบทที่ ๓ นี้จะประกอบด้วย ๓ ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นการนำเสนอผลการศึกษาวิจัย ส่วนที่ ๒ เป็นการอภิปรายผลการศึกษาวิจัย ซึ่งจะครอบคลุมถึงการตอบใจท์การวิจัยด้วย ส่วนที่ ๓ สรุปท้ายเป็นข้อเสนอแนะ และการใช้ประโยชน์จากการวิจัย ซึ่งจะครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้ ๑) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ๒) ยุทธศาสตร์การกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะกอบประทั้งทิศทางและเป้าหมายของการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลยุทธ์ทางเลือกในการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๓) เงื่อนไข/ปัจจัยในความสำเร็จของการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ๔) เป็นข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

๑. สรุปผลการศึกษาวิจัย

๑.๑ เหตุผลความจำเป็นในการวิจัย

องค์การระบบราชการนับเป็นกลไกที่มีความสำคัญยิ่งในการบริหารการพัฒนาประเทศ การนํานโยบายไปสู่การปฏิบัติจะสัมฤทธิ์ผลและมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดจะขึ้นอยู่กับสมรรถนะขององค์การระบบราชการเป็นสำคัญ ที่ผ่านมามีองค์การระบบราชการได้ขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างมากมาทั้งในเชิงแนวดิ่งและแนวราบเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชน ระบบราชการจึงประสบกับปัญหาและข้อจำกัดเกี่ยวกับการขยายตัวจนอยู่ในสภาพอู้อัย เทอะทะ มีข้าราชการเกินความจำเป็น ซึ่งบางส่วนมีพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพที่พึงปรารถนา นอกจากนั้นระบบราชการยังมีลักษณะที่ติดขัดกับกฎระเบียบและมีพฤติกรรมการรวมศูนย์อำนาจการบังคับบัญชาและการตัดสินใจไว้ในส่วนกลาง

ดังนั้นการปฏิรูประบบราชการจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและจำเป็นที่ทุกส่วนราชการมีอาจปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงได้ การทำให้องค์การระบบราชการเล็กลง และให้องค์กรการบริหารในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น (โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เติบโต

นั้น นอกจากจะเป็นการแก้ไขปัญหาและข้อจำกัดในเรื่องประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์การระบบราชการไทยแล้ว ยังสามารถที่จะส่งเสริมฟื้นฟูระบบการเมืองการปกครองของประเทศให้พัฒนาไปสู่ความเป็นประชาธิปไตยมากยิ่งขึ้น ซึ่งกลยุทธ์และรูปแบบหนึ่งที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ก็คือ การกระจายอำนาจนั่นเอง

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาวิจัยในกรณีนี้จึงเป็นความพยายามที่จะศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหาและผลกระทบจากการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

- (๑) เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ และข้อจำกัดของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข
- (๒) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุข
- (๓) เพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภาวะคุกคามของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข รวมทั้งวิเคราะห์ถึงความสอดคล้องเหมาะสมกับศักยภาพและความพร้อมขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น
- (๔) การสังเคราะห์ข้อเสนอรูปแบบทางเลือกในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

๑.๓ ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยในกรณีนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยจะเป็นการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) และการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ซึ่งได้แก่

๑. การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เป็นการรวบรวมข้อมูล หลักการ แนวคิดและทฤษฎี (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข) จากเอกสารและตำรา รวมทั้งจากผลงานการศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศ
๒. การประชุมเสวนาและระดมสมองระหว่างกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการรวมศูนย์อำนาจ เพื่อสืบค้นประเด็นและแนวทางการศึกษา รวมทั้งสรุปผลการศึกษา

๓. การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) โดยมีหน่วยสำหรับการศึกษา (Unit of Analysis) ได้แก่ กลุ่มนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มผู้บริหาร และบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุข และกลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑.๔ ผลการศึกษาวิจัย

๑. ๑.๑ จากการศึกษาประวัติศาสตร์ทางการเมืองการปกครองของไทยตั้งแต่อดีตที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงปัจจุบันพบว่า การปฏิรูประบบราชการไทยอย่างขนานใหญ่ทั้งระบบจะเกิดขึ้นเพียงครั้งเดียวในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว โดยระบบราชการไทยได้ยึดหลักการรวมศูนย์อำนาจในส่วนกลางเป็นปรัชญาพื้นฐานทางการเมืองการปกครอง ทั้งนี้เพื่อรักษาเสถียรภาพและเอกราชรวมทั้งลดการคุกคามจากลัทธิล่าอาณานิคมของประเทศในแถบตะวันตกในขณะนั้นเป็นสำคัญ ปัจจุบันเหตุการณ์ดังกล่าวก็ได้ผ่านไปแล้วไม่น้อยกว่า ๑๒๐ ปี องค์การระบบราชการไทยก็มิได้มีการเปลี่ยนแปลงปรัชญาการเมืองการปกครองให้สอดคล้องกับความเจริญของภาคเอกชน ของประชาคมโลก และของระบอบประชาธิปไตยเลย กล่าวคือ การบริหารราชการแผ่นดินของประเทศยังคงเน้นการรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลางเป็นสำคัญ ซึ่งปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากการขาดประสิทธิภาพและความคล่องตัวในการบริหารงานแล้ว ยังพบมีประเด็นปัญหาสำคัญอีกหลายประเด็น ได้แก่ ¹⁾

๑. เป้าหมายและนโยบายการบริหารอาจจะไม่สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการของท้องถิ่น

๒. ขาดการประสานการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้เพราะอำนาจการตัดสินใจต่าง ๆ นั้นส่วนใหญ่อยู่ในราชการบริหารส่วนกลาง ดังนั้นองค์การบริหารราชการในระดับต่าง ๆ ในพื้นที่ จึงไม่สามารถที่จะใช้ดุลยพินิจตัดสินใจที่เหมาะสมและทันกาลได้

๓. ประชาชนในท้องถิ่นไม่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ (ทั้งในด้านการวางแผนงาน การดำเนินงาน การควบคุมกำกับและการติดตามประเมินผล) เป็นเหตุให้ประชาชนขาดแนวคิดและประสบการณ์ทางการบริหารการพัฒนาที่เป็นระบบและต่อเนื่องได้

¹⁾ รายละเอียดโปรดดู ประสงค์ เต็มชวลา, รายงานการวิจัย เรื่อง การกระจายอำนาจ : ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบงานสาธารณสุขไทย, กรุงเทพฯ : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน, ๒๕๔๐

๑.๔.๒ โดยที่ การกระจายอำนาจ หมายถึงการลดอำนาจการควบคุมที่เคยรวมศูนย์อยู่เดิมที่ส่วนกลาง (เช่น รัฐบาล หรือราชการบริหารส่วนกลาง) ไปให้ผู้รับผิดชอบการปฏิบัติในพื้นที่ (เช่น ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และ/หรือองค์กรภาคเอกชนและภาคประชาชน)

จากการศึกษาพบว่าระบบราชการไทย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งราชการบริหารส่วนกลาง) แทนที่จะลดขนาดและลดกำลังคน รวมทั้งลดความเป็นระบบราชการ กลับมีการขยายตัวของหน่วยงานที่ อาจเรียกว่า เป็นการแผ่อำนาจไปยังอำเภอ ตำบล โดยการสร้างหน่วยงานย่อยๆ ให้เกิดขึ้นในแทบทุกกระทรวง ทบวง กรม ซึ่งผลตามมาของการขยายตัวของหน่วยงานดังกล่าวยังผลให้ปัญหา ของท้องถิ่นมิได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพและทันกาล อาทิ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่นก็ถูกทำลายมาโดยตลอด ทรัพยากรมนุษย์ในชนบทก็ได้รับความสนใจและเอาใจใส่เท่าที่ควร การเข้าถึงบริการทางสังคมก็เต็มไปด้วยความยากลำบาก คุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบทจึงอยู่ในภาวะที่ขาดแคลนและไม่มีประสิทธิภาพในการบริหารการพัฒนาท้องถิ่นตนเอง การพึ่งตนเองของชาวชนบทจึง มีอาจเป็นไปได้และค่อนข้างห่างไกลจากสภาพที่พึงจะเป็น

๑.๔.๓ โดยที่การกระจายอำนาจนับเป็นเครื่องมือหนึ่งของระบบราชการในอันที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยจะเอื้อประโยชน์รวมหลายประการ เป็นต้นว่าเป็นการสนองตอบต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนที่รวดเร็วและตรงประเด็นมากขึ้น เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยที่สายการบังคับบัญชาจะสั้นลงจึงเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ รวมตลอดจนเป็นการเพิ่มความเป็นอิสระในด้านการตัดสินใจให้แก่องค์กรระดับล่างมากขึ้น

ผลการศึกษาพบว่ารัฐบาลไทยในอดีตก็ได้มีความพยายามที่จะพัฒนาระบบการเมืองการปกครองให้เป็นประชาธิปไตย โดยการกำหนดแนวนโยบายการกระจายอำนาจขึ้น มากบ้างน้อยบ้างตามยุคสมัยของรัฐบาลแต่ละชุด ซึ่งเป็นไปตามสภาพทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมในยุคนั้น ๆ กล่าวคือ รัฐบาลแทบทุกยุคสมัย ตั้งแต่สมัยพระยามโนปกรณนิติธาดา (๑๐ ธันวาคม ๒๔๗๕ – ๑ เมษายน ๒๔๗๖) จนกระทั่งถึงสมัยนายบรรหาร ศิลปะอาชา เป็นนายกรัฐมนตรีต่างก็ได้บรรจุนโยบายด้านการกระจายอำนาจไว้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายรัฐบาล

แทบทั้งสิ้น²⁾ แต่รูปธรรมที่เกิดขึ้นปรากฏว่ายังคงเป็นการรวมศูนย์อำนาจอยู่ส่วนกลาง จนกระทั่งปี พ.ศ. ๒๕๔๐ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ถูกบัญญัติขึ้นโดยการขับเคลื่อนทางสังคมและภาคประชาชน ซึ่งนอกเหนือจากจะมีการให้ความสำคัญในเรื่องของอำนาจ โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม ด้วย อันได้แก่ การดูแลและคานอำนาจ การตรวจสอบอำนาจ และการถอดถอนอำนาจแล้ว ยังปรากฏว่าในมาตรา ๒๘๒ - ๒๘๐ ก็มีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นด้วย

จากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สอดคล้องตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ นอกเหนือจากจะมีการเน้นการกำหนดอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะ การจัดสรรภาษีและอากรและเพิ่มรายได้ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว ยังมีสาระสำคัญเกี่ยวกับการกำหนดแผนและขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย ในการนี้มีการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งสิ้น ๓๔ ภารกิจ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว ๗ ภารกิจ ซึ่งมีการกิจการสนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเท่านั้นที่มีการถ่ายโอนงบประมาณให้ด้วย แต่เนื่องจากมีปัญหาในเรื่องความไม่ชัดเจนของระบบบริหารจัดการและการไม่เป็นรูปธรรมในการดำเนินงานกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้ยังคงเหลืออีก ๒๗ ภารกิจที่ท้องถิ่นยังไม่ได้รับการถ่ายโอน

๑.๔.๔ จากการศึกษาพัฒนาการการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขพบว่า แม้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจะเป็นไปอย่างเชื่องช้า แต่ก็มีพัฒนาการมาโดยตลอด ทั้งในรูปแบบที่เป็นกลไกการบริหารงานและรูปแบบการระดมความคิดและกระบวนการกำหนดทิศทางนโยบายสาธารณสุขเป็นสำคัญ ทั้งนี้รูปธรรมของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นที่สามารถเป็นตัวแบบเชิงปฏิบัติสำหรับที่อื่นได้ ได้แก่

๑ .๔.๔.๑ กระบวนการออกจากระบบราชการขององค์การมหาชน : กรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งเป็นการลดความซับซ้อนทางการบริหาร การเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร การเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารจัดการ การเพิ่มความ

²⁾ ประชงค์ เต็มขวลา, การกระจายอำนาจ : ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบงานสาธารณสุขไทย , อ้างแล้ว

รับผิดชอบการบริหาร การตอบสนองวัตถุประสงค์ทางการเมือง รวมตลอดจนการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นต้น

๑ .๔.๔.๒ การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กล่าวคือเป็นการถ่ายโอนสถานีนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งปัจจุบันมีการถ่ายโอนไปแล้วจำนวน ๒๘ แห่ง

๑ .๔.๔.๓ การจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งนอกเหนือจากกรุงเทพมหานครที่สำนักงานการแพทย์และสำนักอนามัยได้จัดบริการทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่ได้จัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรมแล้ว ได้แก่

- โรงพยาบาลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต
- โรงพยาบาลของเทศบาลนครนครศรีธรรมราช
- ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองทุ่งสง
- กาจัดกิจกรรมสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน

ทั้งนี้รูปธรรมความสำเร็จของอปท .ในการจัดบริการสุขภาพ อาจสรุปได้ตามประเด็นต่างๆ ๓ ประเด็น ดังนี้

๑. เหตุผลและความจำเป็นในการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชน

- องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต

โรงพยาบาลแห่งนี้เกิดขึ้น มาโดยมีจุดมุ่งหมายดังนี้ ๑. เพื่อแบ่งเบาภาระของรัฐ ๒. เพื่อแก้ปัญหาการที่ผู้ป่วยต้องรอนาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่เพียงพอ รวมทั้งจำนวนเตียงไม่พอ และ ๓. ช่วยให้ประชาชนมีทางเลือกในการเข้าถึงบริการได้มากขึ้นมากขึ้น

- เทศบาลนครนครศรีธรรมราช

เหตุผลของการมีโรงพยาบาลของเทศบาลเองเพราะ ๑. ปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยและไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะยากจนในชุมชนต่างๆ ๒. นโยบายการให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนที่บ้าน เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยที่แออัดโรงพยาบาลภาครัฐ ๓. ความยากลำบากในการเดินทางไปโรงพยาบาลโดยไม่มีผู้ดูแลของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคหัวใจเรื้อรังและจิตเวช และ ๔. เป็นบริการที่สามารถสร้างความสุขทางใจสำหรับการให้บริการสุขภาพท่ามกลางการดูแลและความอบอุ่นของลูกหลาน

- เทศบาลเมืองทุ่งสง

โดยที่ศูนย์สุขภาพชุมชนของเทศบาลมีจุดอ่อนที่ต้องดำเนินการตามกรอบกติกาทุกเรื่อง จึงหาทางแก้ไขโดยวิธี Outsourcing ให้นำบุคลากรที่มีศักยภาพมาดำเนินการแทน

- องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน

โดยที่ข้อมูลจาก FAP (Family and Community Assessment Program) ซึ่งเป็นระบบข้อมูล ๑๐ ระบบ เพื่อขับเคลื่อนตำบลสุขภาวะพบว่าค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนสูงถึง ๓,๐๐๐ บาทต่อครัวเรือน ขณะที่ค่าสาธารณูปโภคครัวเรือนละ ๕ ,๐๐๐ – ๖,๐๐๐ บาทเท่านั้น

ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จึงมุ่งมั่นทำเรื่องสุขภาวะให้อยู่ในวิถีชีวิต ที่ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้

๒. ความสำเร็จที่ได้รับจากการจัดบริการสุขภาพ

- องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต

จุดเด่น “ราคารัฐบาล บริการแบบเอกชน ” เปิดรับผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยประกันสังคม บัตรทอง สิ่งที่ยังไม่สัมฤทธิ์ผลคือผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงของข้าราชการและครอบครัว

- เทศบาลนครนครศรีธรรมราช

ให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึงโดยมีข้อมูลสนับสนุนดังนี้ ๑. เปิดบริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง มีเตียงรับผู้ป่วยใน ๓๐ เตียง และมีเตียงสำหรับผู้ป่วยนอก ๓๐,๐๐๐ เตียง โดยครอบคลุม

ทุกครัวเรือน ๒. ให้บริการผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ ๒๕๕๓ ทั้งหมด ๒๐๐ ,๕๕๖ ราย เฉลี่ยต่อเดือน ๑๖,๓๑๓ คน เฉลี่ยต่อวัน ๕๕๓ คน และ ๓. ให้บริการผู้ป่วยในประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๓ ทั้งหมด ๔,๐๓๒ รายเฉลี่ยต่อเดือน ๓๓๖ คน เฉลี่ยต่อวัน ๑๑ คน

- เทศบาลเมืองทุ่งสง

สามารถให้บริการแก่ประชาชนในความรับผิดชอบและพื้นที่ใกล้เคียงได้ตามเป้าหมาย

- องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน

สัมฤทธิ์ผลของ อบต.ปากพูน ได้แก่ ๑. โรคในผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน มีพฤติกรรมเสี่ยงลดลงโดยมีการออกกำลังกายและรับประทานอาหารสุขภาพ ไม่บริโภคนิยม วัตถุนิยมน้อยลง ใช้ชีวิตอยู่แบบพอเพียง และ ๒. การจัดการเรื่องโรคระบาดได้รวดเร็วดีขึ้น เช่น การร่วมมือกันกำจัดยุงลาย ซึ่งเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก

กล่าวโดยสรุปหลักการในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพนั้นคือ ประชาชนรู้ รากเหง้า รู้เท่าทัน และสามารถกำหนดวิถีชีวิตตนเองได้

๓. ด้านคุณภาพของบริการ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความเสมอภาคและเป็นธรรม

- องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต ได้แก่ ๑. ความร่วมมือของทีมงานที่จะช่วยกันผลักดันและพัฒนางาน ๒. ความรับผิดชอบต่อสังคม ดูแลคนภูเก็ตให้ทั่วถึงทุกระดับ ๓. ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเช่นแผนกรังสี ใช้ระบบ Digital และรายงานผลเป็นภาพผ่านระบบ PAC ซึ่ง ทำให้มีความแม่นยำในการวินิจฉัยและผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ๔. Computed Tomography (CT) Scan ที่มีความเร็วสูง ๖๔ slices เป็นเครื่องที่มีประสิทธิภาพ และ ๕. อัตราค่ารักษาพยาบาลเท่ากับโรงพยาบาลของรัฐที่กำหนด เช่น อัตราค่าฟอกไต กำหนดไว้ ๒ ,๐๐๐ บาท/ครั้ง

- เทศบาลนครนครศรีธรรมราช ได้แก่ ๑. มีการบริการรพ.บาลส่งต่อกรณีส่งต่อโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, สวนสราญรมย์ ๒. มีการสงเคราะห์ค่าเช่าไข้และค่าพาหนะ โดยประสานงานกับกองสวัสดิการสังคม ๓. มีงานศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุงานเยี่ยมบ้านมารดา – ทารกหลังคลอด ๔. มีการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกได้จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ ส่วนราชการอื่น โดยไม่ต้องชำระเงิน รพ. จะเรียกเก็บโดยตรงกับหน่วยงานที่ได้ทำความตกลงกัน ๕. คุณภาพบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่กระทรวง

สาธารณสุข และ สปสช. กำหนด ๖. ลดความแออัดของผู้ป่วยของ ร.พ. มหาราชนครศรีธรรมราช
ลง ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น และ ๗. โครงการที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และ
ประชาชนได้รับประโยชน์คือ โครงการ DOT. ในเขตเทศบาลมีผู้ป่วยและที่มาปรึกษาประมาณ ๑๐๐
คน ดูแลผู้ป่วย ให้รับยาครบ ไม่ขาดยา เป็นลักษณะที่มีพี่เลี้ยงดูแล

- เทศบาลเมืองทุ่งสง กล่าวคือ ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกรวดเร็ว
- องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน ได้แก่ ๑. ประชาชนเข้าถึง

บริการได้สะดวก รวดเร็ว ๒. สร้างทีมช่วยเหลือกิจกรรมของสถานบริการ อสม.สามารถคัดกรอง
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ๓. มีจิตอาสาของ อสม.และภาคประชาชน และ ๔. มี
การรณรงค์เรื่องภัยพิบัติต่างๆ ได้แก่ การจัดให้มีเครือข่ายลดอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยรณรงค์สวม
หมวกนิรภัยใส่สายรัดคาง ๑๐๐% เพื่อเป็นต้นแบบขยายเครือข่าย

๔. ความพึงพอใจของประชาชนในการเข้ารับบริการ

● องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต มีผลการประเมินความพึงพอใจในการ
เข้ารับบริการสุขภาพของประชาชนร้อยละ ๙๕ ทั้งนี้เพราะ อบจ.ภูเก็ตมีการดูแลเรื่องสุขภาพครบ
วงจร เช่น การจัดสวนสาธารณะสำหรับการออกกำลังกาย เดินแอโรบิก เป็นผลให้ประชาชนมี
สุขภาพแข็งแรง

● เทศบาลนครนครศรีธรรมราช ประชาชนมีความพึงพอใจสูงถึงร้อยละ ๘๐ ทั้งนี้เพราะ ๑. ประชาชนร้อยละ ๕๐ สามารถเข้าถึงการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน โดยมีคุณภาพ
บริการเทียบเท่าโรงพยาบาลเอกชน การบริการที่สะดวก รวดเร็ว เท่าเทียมกัน ทั้งถึง ประทับใจ
โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องค่ารักษาพยาบาล ๒. ประชาชนในเขตเทศบาลได้รับการดูแลสุขภาพ/
รักษาพยาบาลดีเป็นพิเศษกว่าพื้นที่อื่นซึ่งไม่มี และ ๓. ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น

● เทศบาลเมืองทุ่งสง ได้แก่ ๑. ศูนย์สุขภาพชุมชนของเทศบาลเมืองทุ่ง
สง เปิดมาแล้ว ๖ ปี ความสำเร็จอยู่ที่ความพึงพอใจของประชาชน โดยประชาชนได้รับการที่ดี
แพทย์มีคุณภาพ สถิติผู้มารับบริการมีเพิ่มขึ้น ๒. หลังจากปรับเปลี่ยนบริการจากเดิม ปรากฏว่า
ประชาชนพึงพอใจถึงร้อยละ ๘๐ และ ๓. ผลการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนปรากฏว่า มี
คะแนนอยู่ในระดับสูง กล่าวคือมีการปรับปรุงสถานที่เพื่ออำนวยความสะดวกของประชาชน มี
บริการตรวจรักษานอกเวลาราชการถึง ๒๐.๐๐ น. ไม่หยุดวันเสาร์-อาทิตย์ และนักชดถุกษ์

- อบต.ปากพูน ปรากฏว่าประชาชนมีความพึงพอใจสูงถึงร้อยละ ๘๒

๕. ปัจจัยสำคัญในความสำเร็จของการจัดบริการสุขภาพ

- องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต ได้แก่ ๑. ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ทุกคนในการทำงาน ๒. นโยบายของผู้บริหาร ๓. มีการประชุมร่วมกับคณะกรรมการประสานระดับจังหวัด และ ๔. ความรับผิดชอบต่อสังคม โดยดูแลคนภูเก็ตให้ทั่วถึงทุกระดับ

- เทศบาลนครนครศรีธรรมราช ได้แก่ ๑. ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ยาวไกลและมีนโยบายที่ชัดเจน ๒. การบริหารจัดการอย่างครบวงจร ๓. การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ๔. การมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตเทศบาล และ ๕. ภาวะเอื้อย (เป็นวัฒนธรรมเดิม) คือ วัฒนธรรม การทำงานที่ทุ่มเท และเสียสละ ทั้งของผู้นำและบุคลากรใน

- เทศบาลเมืองทุ่งสง ได้แก่ ๑.การบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความเป็นอิสระ ข้อจำกัดน้อย ภายใต้ ภาวะเอื้อยทางราชการ ๒.วิสัยทัศน์และนโยบายของนายกเทศมนตรี โดยให้เอกชนมาบริการผู้บริหารสนับสนุน และ ๓.เทศบาลสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ อาคารสถานที่และบุคลากร จึงทำให้การบริการเป็นที่ประทับใจของประชาชน ชาวบ้าน ไม่ต้องรอคิวนาน เมื่อเอกชนมาจัดบริการทำให้มีทีมแพทย์และพยาบาลเพิ่มขึ้น

- องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน ได้แก่ ๑. การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ ๒. การศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ ๓. มีหน่วยงานภายนอกให้การสนับสนุน ๔. เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้ประสบการณ์จากชีวิตจริง ๕. สร้างสิ่งเร้าและแรงจูงใจให้คนที่มาเรียนรู้ที่ปากพูน อยากรู้ อยากเห็น อยากเป็นและอยากทำ ๖. ผู้นำ ถือเป็นปัจจัยสำคัญ ถ้ามีผู้นำดี มีคนอาสาพากันทำ จะทำให้ท้องถิ่นเกิดความเจริญ ๗. ใช้ข้อมูลเป็นฐาน จัดการระบบเป็นหมวดหมู่ ๘. การสื่อสารมีประสิทธิภาพ ๙. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมงานและประชาชน ๑๐. การมีส่วนร่วมของชุมชนภาคีเครือข่ายที่หลากหลาย ใช้ประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ๑๑. ผู้บริหารท้องถิ่นต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีวิสัยทัศน์ มีศักยภาพมีความเป็นวิชาการ ๑๒. มีความรู้ความเข้าใจที่จะให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงวัยในท้องถิ่นได้รับโอกาส และ ๑๓. สังคมมีการเกื้อกูล โดยใช้ทุนทางสังคมสนับสนุน มีการค้นคว้าภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ให้ผู้สูงอายุมาเล่านิทานให้เด็กฟัง ให้เด็กไปดูแลผู้สูงอายุเป็นต้น

6. ภาพของการบริการสุขภาพที่พึงจะเป็นในอนาคต

ทักษะของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหลากหลายทักษะดังนี้

- องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต กล่าวคือ ๑. อยากทำโรงพยาบาลจิตอาสาโดยไม่ต้องใช้เงินรัฐบาล ใช้เงินจากการบริจาค ทำเหมือนมูลนิธิก็ทำได้ต้องมีจิตอาสา เช่น ในโรงเรียนไม่ต้องมีคนล้างห้องน้ำ นักเรียนช่วยกันทำความสะอาด เพราะเชื่อว่าห้องน้ำโรงเรียนสะอาด บ้านสะอาด จิตใจจึงจะสะอาด ๒. อยากเห็นหลักสูตรแพทย์สอนเรื่องจริยธรรม เช่น การปฐมนิเทศแพทย์ใช้ทุน เป็นต้น และ ๓. อยากเห็นหลักสูตรทันตแพทย์ที่สอนเรื่องการวางตัวและการรับผิดชอบต่อสังคม (เพราะทันตแพทย์บางส่วนทำงานได้ชั่วระยะหนึ่งก็ลาออกใช้ทุน)

- เทศบาลนครนครศรีธรรมราช ได้แก่ ๑. การรักษาพยาบาล โดยแพทย์และพยาบาล พร้อมอุปกรณ์การแพทย์ออกทำการตรวจรักษาผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน ๓๐,๐๐๐ ราย จากจำนวนครัวเรือนทั้งหมดในเขตเทศบาล ๓๐,๐๐๐ ครัวเรือนโดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ๒. ปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ของโรงพยาบาลเทศบาลนครมี ๕ แห่ง คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขสุศรีทวี ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขขาวาง ศูนย์บริการสาธารณสุขสุโพธิ์เสด็จ ศูนย์บริการสาธารณสุขทุ่งจีน ศูนย์บริการสาธารณสุขศาลามีชัย

อนาคตโรงพยาบาลจะปรับบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลเป็นโรงพยาบาล ๔ มุมเมือง เพื่อลดความแออัดจากโรงพยาบาล

- งบประมาณในภาพรวมจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า ๑๐๐ ล้านบาท

- เทศบาลเมืองทุ่งสง ได้แก่ ๑. อยากเห็นรัฐบาลกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมากขึ้น ซึ่งท้องถิ่นขณะนี้ศักยภาพ สนองความต้องการของประชาชนได้ทั่วถึง บุคลากรในท้องถิ่นมีความรู้ความสามารถ และ ๒. สำหรับงานบริการด้านสาธารณสุข ควรกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเพื่อมิให้ประชาชนเสียโอกาสเพราะบุคลากรของท้องถิ่นมีความชำนาญเฉพาะด้าน เหมือนกับที่อยู่ในโรงพยาบาล จะทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ รวดเร็วและแก้ปัญหาได้ตรงตามความต้องการของประชาชน

- องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน ได้แก่ ๑. ท้องถิ่นในอนาคต ควรออกจากกระทรวงมหาดไทย มีสำนักจัดการบริหารท้องถิ่นเอง เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงาน ๒. การเปลี่ยนเจตคติของคนในท้องถิ่นสำคัญมาก ดังนั้น การให้ความรู้จะทำให้ประชาชนมีความเข้าใจ เปลี่ยนทัศนคติ แต่ต้องใช้เวลา ๓. ผู้นำสำคัญ ถ้าผู้นำไม่มีวินัยธรรม จะขาดความร่วมมือ ดังนั้น ผู้นำต้องมีคุณธรรม จริยธรรม ๔. อยากให้รัฐบาลมีความจริงใจในเรื่องกระจายอำนาจ บางเรื่องไม่กระจายจริง เช่น บางงานให้ท้องถิ่นทำแต่อำนาจอนุมัติหรือดำเนินการยังเป็นของผู้ว่าราชการจังหวัด

๕. เงินอุดหนุนควรกระจายให้ท้องถิ่นอย่างเพียงพอต่อการพัฒนา ๖. การปฏิรูปอำนาจ อยากให้ท้องถิ่นเป็นกระทรวง เพื่อจะได้บริหารจัดการเบ็ดเสร็จจึงจะเกิดการพัฒนายั่งยืน และ ๗. อยากให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่นเดียวกับประเทศที่เจริญแล้ว เช่นสหรัฐอเมริกาแต่ไม่ใช่เลียนแบบทุกอย่าง สหรัฐอเมริกาไม่มีกษัตริย์แต่ของเรามี ซึ่งเป็นที่ยึดโยงจิตใจประชาชน สำหรับเทศบาลเมืองปากพูนได้เห็นความแตกต่างหลายเรื่อง อำนาจ และการเปลี่ยนแปลงมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งทำให้มีการพัฒนามากขึ้น

7. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพของท้องถิ่น

● องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต

กว่าจะมาเป็นโรงพยาบาล เป็นเรื่องยาก เพราะ อบจ.ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน ไม่มีระเบียบรองรับ แต่ก็พยายามผลักดันจนเปิดและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาอุปสรรคเรื่องระเบียบไม่เอื้ออำนวย อบจ.ก็ไม่มีประสบการณ์ จึง Out source ทีมแพทย์ พยาบาลจากโรงพยาบาลธนบุรี แต่ปัญหาคือ

1. เป็นทำสัญญาเป็นปีต่อปีซึ่งเป็นระยะเวลาที่สั้นจึงหาบุคลากรมาทำงานค่อนข้างยาก เพราะเกิดความไม่มั่นคงในชีวิตการทำงาน
2. สำหรับเรื่องยา มีปัญหาขาดยาหลัก ทางโรงพยาบาลหาทางออกโดย ใช้เงินกองทุนของโรงพยาบาลจัดซื้อก่อน
3. ระเบียบที่ต้องการแก้ไขอย่างมาก คือ ๑)ระเบียบพัสดุ ๒)การใช้เงินกองทุน ๓)ระบบจ่ายตรง/กรมบัญชีกลาง โรงพยาบาลไม่สามารถไปทำ marketing เรื่องราคาได้เลย ซึ่งเป็นจุดอ่อนเปิดช่วงแรกต้องยอมรับว่าขาดทุน แต่เพื่อประชาชนและชื่อเสียง

● เทศบาลนครนครศรีธรรมราช

๑. เรื่องเงินเดือนแพทย์ค่อนข้างสูง (ประมาณ ๑๐๐ ,๐๐๐ บาทขึ้นไป) ต้องเอาเงินส่วนอื่นจ่าย On top ให้ ซึ่งสำหรับนายกเทศมนตรี คิดว่าไม่ถูกต้อง แต่ถ้าไม่ทำเช่นนี้ก็ไม่มีแพทย์มาอยู่ด้วย ได้นำเรื่องนี้ไปหารือกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด อาจต้องตั้งกรรมการมาแก้ไขปัญหาเรื่องเงินเดือนและค่าตอบแทนแพทย์

๒. โรงพยาบาลขยายบริการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะนี้มีศูนย์บริการเพิ่ม ๔ จุด เพื่อลดความแออัด โดยวางแผนให้มีแพทย์ประจำทุกศูนย์ และจะแต่งตั้งให้แพทย์เป็นผู้ช่วยนายกเทศมนตรี มาดูแลประชาชนด้านสาธารณสุข

๓. การจ่ายค่าตอบแทน และเงินเดือนของแพทย์สูง มีทั้งจุดอ่อนและจุดแข็ง จุดอ่อน คือ ถ้าไม่มีงบประมาณหรือเงินสนับสนุนจะไม่สามารถจ่ายเงินเดือนแพทย์เป็นจำนวนที่สูงได้ แต่จุดแข็งก็คือ เป็นแรงจูงใจให้แพทย์อยู่กับองค์กร

๒. การอภิปรายผลการวิจัย

๒.๑ จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่าการรวมศูนย์อำนาจ (Centralization) มักเกี่ยวข้องกับระบบเผด็จการซึ่งระบบและกระบวนการตัดสินใจจะอยู่ที่ส่วนกลาง และเป็นการตัดสินใจโดยคนส่วนน้อย คนส่วนใหญ่ไม่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเลย ลักษณะการรวมศูนย์อำนาจอยู่ในส่วนกลางดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาสำคัญในหลายประเด็น ได้แก่

๑) เป้าหมายและนโยบายการบริหารอาจจะไม่สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการของท้องถิ่น

๒) ขาดการประสานการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้เพราะอำนาจการตัดสินใจต่าง ๆ นั้นส่วนใหญ่อยู่ในราชการบริหารส่วนกลาง ดังนั้นองค์กรการบริหารราชการในระดับต่าง ๆ ในพื้นที่ จึงไม่สามารถที่จะใช้ดุลยพินิจตัดสินใจที่เหมาะสมและทันกาลได้

๓) ประชาชนในท้องถิ่นไม่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ (ทั้งในด้านการวางแผนงาน การดำเนินงาน การควบคุมกำกับและการติดตามประเมินผล) เป็นเหตุให้ประชาชนขาด แนวคิด และประสบการณ์ในการบริหารการพัฒนาท้องถิ่นตนเองอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องได้

ต่อประเด็นปัญหาต่างๆ ดังกล่าวได้ก่อให้เกิดผลกระทบในการบริหารจัดการของชุมชนท้องถิ่นรวมหลายประการ อาทิ ปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ปัญหาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในชนบท ปัญหาความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการทางสังคม เป็นต้น

๒ .๒ การกระจายอำนาจ (Decentralization) ซึ่งมักเคียงคู่มากระบบประชาธิปไตยซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้คนส่วนใหญ่ได้มีส่วนร่วมในระบบและกระบวนการตัดสินใจ ทั้งนี้ผลการทบทวนวรรณกรรมปรากฏว่า ประเทศที่เจริญหรือประเทศที่พัฒนาส่วนใหญ่จะมีระบบการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเป็นสำคัญได้แก่ สาธารณรัฐ ฝรั่งเศส สหราชอาณาจักร ญี่ปุ่น สาธารณรัฐ เกาหลีใต้ เกือบรัฐออสเตรเลีย สาธารณรัฐ เยอรมนี และสหรัฐอเมริกา สำหรับประเทศไทยแม้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะริเริ่มมี การ สุขาภิบาลมาตั้งแต่รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ.๒๔๔๐) และมีการจัดตั้งสุขาภิบาลท่าฉลอมขึ้นเป็นสุขาภิบาลแรกในปี พ.ศ.๒๔๔๘ ต่อมาสิ้นเกล้ารัชกาลที่ ๖ พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงมีโครงการทดลอง “คหบดีธานี” ขึ้น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ได้มีพัฒนาการเรื่อยมา รัฐบาลในแต่ละยุคสมัยต่างก็กำหนดให้มีนโยบายเกี่ยวกับท้องถิ่นมาโดยตลอด แต่ท้องถิ่นประเทศไทยก็ไม่ได้ได้รับความสนใจและเอาใจใส่ในการพัฒนาเท่าที่ควร ปัญหาของท้องถิ่นจึงยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันทั่วถึง กล่าวคือทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่นก็ถูกทำลายมาโดยตลอด ทรัพยากรมนุษย์ในชนบทก็มิได้รับความสนใจและเอาใจใส่ ที่จะพัฒนาเท่าที่ควร การเข้าถึงบริการทางสังคมก็เป็นไปด้วยความยากลำบาก คุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบทจึงอยู่ในภาวะที่ขาดแคลนและไม่มีประสิทธิภาพในการบริหารการพัฒนาท้องถิ่นตนเอง การพึ่งตนเองของชาวชนบทจึงค่อนข้างห่างไกลจากสภาพที่พึงจะเป็น

๒.๓ จนกระทั่งปี พ.ศ. ๒๕๔๐ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ถูกบัญญัติขึ้นโดยการขับเคลื่อนทางสังคมและภาคประชาชน ซึ่งนอกเหนือจากจะมีการให้ความสำคัญในเรื่องของอำนาจที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมด้วย ได้แก่ การดูแลและคานอำนาจ การตรวจสอบอำนาจ และการถอดถอนอำนาจแล้ว ยังปรากฏว่ามีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นในมาตรา ๒๘๒-๒๘๐ ด้วย นอกจากนี้ยังมีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ.๒๕๔๐ ซึ่งนอกเหนือจากจะมีการกำหนดอำนาจหน้าที่ให้ท้องถิ่นในการจัดบริการสาธารณะ การจัดสรรภาษีอากรและเพิ่มรายได้ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว ยังมีสาระสำคัญเกี่ยวกับการกำหนดแผนและขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย ในการนี้มีการกำหนดให้ถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขรวม ๓๔ ภารกิจ ปรากฏว่าจนถึงปัจจุบัน

กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว ๗ ภารกิจ ยังคงเหลืออีก ๒๗ ภารกิจที่ยังไม่ได้ถ่ายโอนให้ท้องถิ่น

ผลจากการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว ทำให้พบเห็นอุปสรรคของการกระจายอำนาจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาในระดับนโยบายของ ราชการบริหาร ส่วนกลางและการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ กระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการ ถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้มีอำนาจตัดสินใจ ในส่วนกลางจึง ไม่ได้ให้การสนับสนุนเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความไม่เข้าใจและยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ยังพบมีอุปสรรคเกี่ยวกับกฎหมายและ ระเบียบที่เกี่ยวข้อง บางประการทั้งของกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข ที่อาจไม่ประสาน สอดคล้อง ชั่งกัน และกันนัก

๒.๔ รูปธรรมในความสำเร็จของการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่กระทรวงสาธารณสุขน่าจะใช้กำหนดแนวนโยบายเป็นตัวแทนเชิงปฏิบัติและขยายผลไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศด้วย คือกระบวนการออกจากระบบราชการขององค์การมหาชน วิทยาลัย โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งได้ประสบความสำเร็จทั้งในเรื่องการลดความซ้ำซ้อนทางการบริหาร การเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ การเพิ่มความรับผิดชอบในการบริหาร การตอบสนองวัตถุประสงค์ทางการเมือง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชน

อย่างไรก็ดี โดยที่ทำเลที่ตั้งของโรงพยาบาลบ้านแพ้วตั้งอยู่ในชุมชนระดับอำเภอ (อำเภอ บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร) จึงมีข้อสังเกตสำหรับการพิจารณาว่ามีความสอดคล้องเหมาะสมกับหลักการประหยัดเชิงขนาด (Economy of Scale) อย่างไรหรือไม่ ดังนั้นหากกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะกระตุ้นและผลักดันตัวแบบขององค์การมหาชนเช่นเดียวกับกรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ดังกล่าวก็ควรที่จะพิจารณากำหนดเขตความรับผิดชอบในพื้นที่ขนาดใหญ่กว่าระดับอำเภอซึ่งมีประชากรที่มากกว่า เช่น กรณีโรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ เป็นต้น

๒ .๕ รูปธรรมอีกประการหนึ่งคือการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กล่าวคือ มีการถ่ายโอนสถานอนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งถือเป็นภารกิจหนึ่งที่บัญญัติไว้ในแผนปฏิบัติการ กำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น ซึ่งรูปแบบนี้พบได้ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา อย่างไรก็ตามก็ดีสำหรับกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนใหญ่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีขีดสมรรถนะไม่เพียงพอหรือมีอำนาจบริหารจัดการด้านสุขภาพ ที่จำกัด และโดยที่เป็นการสร้างภาระทางการเงินสูงมาก จึงต้องพึ่งพิง การสนับสนุนด้านงบประมาณ จากรัฐบาลกลางเป็นอย่างมาก ซึ่งการประสานงานระหว่างรัฐบาลกลางกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงต้องมีประสิทธิภาพสูง

ผลการดำเนินงานจนถึงปัจจุบันปรากฏว่ามีสถานอนามัยที่ถ่ายโอนไปยังท้องถิ่นแล้วจำนวน ๒๘ แห่งเท่านั้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากการขับเคลื่อนอย่างเข้มข้นและจริงจัง จากแรงผลักดันทางการเมืองและภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขใน ขณะนั้นเป็นสำคัญ ปัจจุบัน ยังมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีกจำนวน ๑๕๖ แห่ง ที่ยื่นขอรับการถ่ายโอนสถานอนามัยจำนวน ๒๐๐ แห่งอีกด้วย

อย่างไรก็ดีโดยที่ ปัจจุบันสถานอนามัยที่อยู่ตามตำบลต่างๆ ทั่วประเทศได้รับการยกระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) จึงเป็นที่น่าสังเกตว่าลำพังที่มีสถานะเป็นสถานอนามัยยังมีอุปสรรคยากที่จะถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้สำเร็จ ฉะนั้นเมื่อเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลแล้วจะมีความยากลำบากในการถ่ายโอนมากขึ้นหรือไม่เพียงใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเจตนารมณ์ทางการเมืองและภาวะผู้นำรัฐบาลไม่ได้ให้ความสำคัญกับบทบาทภารกิจด้านสุขภาพในการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สัมฤทธิ์ผลของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคงเป็นไปได้ด้วยความยากลำบากมากยิ่งขึ้น

๒ .๖ ปัจจุบันการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนี้ มิเพียงเป็นการถ่ายโอนสถานอนามัยเท่านั้น โดยปรากฏว่ารูปธรรมในความสำเร็จขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพ เกิดขึ้นแล้ว ในหลากหลาย รูปแบบ ซึ่งนอกเหนือจากกรุงเทพมหานครแล้วยังมีองค์กรบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตที่มีโรงพยาบาลของตนเอง ขณะที่เทศบาลนครนครศรีธรรมราชก็มีโรงพยาบาลขนาด ๓๐ ,๐๐๐ เตียงสำหรับให้บริการแก่ประชาชนครอบคลุมทั่วครัวเรือน เทศบาลเมืองทุ่งสงก็มีศูนย์สุขภาพชุมชนของตนเองโดยการจ้างเหมาบุคคลภายนอก (Outsourcing) คือทีมของนายแพทย์ล้วน บุชากรณ์ อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งสง ที่ทำสัญญา จ้างกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สป.สช.) ขณะที่องค์กรบริหารส่วน

ตำบลปากพูน จ.นครศรีธรรมราช ซึ่งปัจจุบันได้รับการยกฐานะเป็นเทศบาลเมืองก็มีโครงการพัฒนาเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อจัดการสุขภาวะโดยชุมชน นอกจากนี้ ยังมีองค์การบริหารส่วนตำบลอีกหลายแห่งที่มีกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการสุขภาวะในชุมชนด้วย เช่น ๓๖ เครือข่ายศูนย์การเรียนรู้ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมตลอดจน องค์การบริหารส่วนตำบลที่มีกองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (กองทุน สป.สข.) สำหรับทำหน้าที่กระตุ้นและผลักดันกิจกรรมสุขภาพให้เกิดขึ้นในชุมชนท้องถิ่นที่กระจายหลายแห่งทั่วประเทศ ซึ่งเป็นรูปแบบที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการต่อยอดได้ ตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

อย่างไรก็ดี แม้ว่าปัจจุบันมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงบางแห่งที่สามารถจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ดังกล่าว นอกจากจะเป็นการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนแล้วยังปรากฏว่าบริการสุขภาพที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดขึ้นนี้ กอปรทั้งคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล ยังผลให้ประชาชนมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพที่อยู่ระดับที่สูง ฉะนั้นรูปแบบของการจัดกิจกรรมสุขภาพดังกล่าวแม้ว่าจะไม่สามารถวัดผลประโยชน์ในรูปของตัวเงิน (Tangible Benefit) อย่างชัดเจนได้ แต่อย่างน้อยที่สุด ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ใกล้บ้านทำให้ไม่ต้องเสีย เวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทั้งของผู้ป่วยเอง ครอบครัวและบรรดาญาติมิตร นอกจากนี้ผู้ป่วย ยังได้รับความอบอุ่นท่ามกลางความสะดวกในการเดินทางเข้าเยี่ยม อีกทั้งผู้ป่วย และญาติยังสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ของบริการที่ได้รับ อันจะใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาระบบบริการต่อไป ด้วย ดังนั้น การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงสามารถใช้เป็นตัวแบบที่มีความหมายและเป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญต่อการกำหนดทิศทางการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

๒ .๓ โดยที่กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ “การกระจายอำนาจ” เป็นการลดอำนาจการควบคุมที่เคยรวมศูนย์อยู่เดิมที่ส่วนกลาง (เช่น รัฐบาลหรือราชการบริหารส่วนกลาง) ไปให้ผู้รับผิดชอบการปฏิบัติในพื้นที่ (เช่น ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และ/หรือ องค์กรภาคเอกชน องค์กรภาคประชาชน เป็นต้น) ดำเนินการแทน การกระจายอำนาจจึงมีขอบเขตครอบคลุมตั้งแต่การมอบอำนาจ (Delegation of Authority) การแบ่งอำนาจ (Deconcentration) การถ่ายโอนอำนาจ

(Devolution) การมอบให้ภาคเอกชนดำเนินการ (Privatization) การกระจายอำนาจสู่ภาคประชาชน ซึ่งจะต้องมีการเสริมพลังอำนาจประชาชน (Empowerment) ด้วย

ทั้งนี้โดยมีฐานคิดว่า “แม้ว่ารัฐจะต้องรับผิดชอบบทบาทในบางพันธกิจหรือบางกิจกรรม ก็ใช่ว่ารัฐจะต้องดำเนินการเองเสมอไป เพียงแต่รัฐจะต้องมั่นใจว่าพันธกิจหรือกิจกรรมนั้นตกถึงมือประชาชนได้อย่างแท้จริง รัฐอาจมอบหมายให้ภาคเอกชน หรือองค์กรชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน หรือแม้ว่ารัฐจะต้องดำเนินการเอง ก็ใช่ว่ารัฐจะต้องดำเนินการในส่วนกลางเสมอไป รัฐอาจกระจายหรือถ่ายโอนให้ท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานก็ได้”

ฉะนั้นรูปแบบการกระจายอำนาจจึงมีเพียงการกระจายหรือถ่ายโอนให้ท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการเพียงเท่านั้น หากแต่ยังจะต้องครอบคลุมถึงการลดบทบาทองค์กรภาครัฐและให้ภาคเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ รวมทั้งรูปแบบการกระจายอำนาจให้องค์กรชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินการ ทั้งนี้จำเป็นต้องเพิ่มศักยภาพและเสริมพลังอำนาจชุมชน (Social Empowerment) ด้วย

๒.๘ กล่าวโดยสรุป จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถสรุปคำตอบสำหรับคำถามในโจทย์การวิจัยได้ ดังนี้

๑. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในมิติต่าง ๆ (ทั้งด้าน Curative Services, Health Promotion) มีสถานะในปัจจุบันเป็นอย่างไร

ผลจากการศึกษาแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๑) พบว่ามีข้อเสนอการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งสิ้น ๓๔ ภารกิจ แต่ข้อมูลเชิงประจักษ์ ณ ปัจจุบันมีการถ่ายโอนเพียง ๗ ภารกิจ ฉะนั้นจึงอาจให้ข้อยุติในภาพรวมได้ว่าสถานะปัจจุบันของการกระจายอำนาจด้านการบริการสุขภาพ(ทั้งด้าน Curative Services, Health Promotion) พบว่ายังไม่มีมีการกระจายอำนาจอย่างจริงจัง ถึงแม้จะมีการผลักดันและทดลองหารูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจากราชการบริหารส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่นในหลายรูปแบบและหลากหลายพื้นที่แล้วก็ตาม แต่ข้อมูลเชิงประจักษ์ก็พบว่ายังไม่สามารถที่จะขยายและผลักดันการกระจายอำนาจให้เกิดขึ้นทั้งระบบได้ แต่ก็มีความพยายามผลักดันให้เกิดการกระจายอำนาจตามความสมัครใจอยู่บ้าง เช่น การถ่ายโอน รพ.สต./สถานอนามัย (ซึ่งมีบทบาทหลักในด้านการส่งเสริมสุขภาพและมีบทบาทด้านการ

รักษาพยาบาลบ้าง) ไปยังองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล (ข้อมูล ณ ปัจจุบันพบมีการถ่ายโอนแล้วจำนวน ๓๒ แห่ง) อย่างไรก็ตามโดยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ. เทศบาล และ อบต.) หลายแห่งที่ประสบกับปัญหาการจัดการด้านสุขภาพของประชาชนจึงได้พยายามที่จะดำเนินการเองตามศักยภาพและความพร้อมเท่าที่มีอยู่ ทั้งนี้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ของท้องถิ่นทั้งจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต เทศบาลนครนครศรีธรรมราช เทศบาลเมืองทุ่งสง และองค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน ได้สะท้อนให้เห็นว่ามีการจัดบริการสุขภาพและได้ประสบความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมที่สำคัญๆ รวมหลายประการ ได้แก่ ๑) ประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ด้อยโอกาสและมีฐานะยากจนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้เพิ่มมากขึ้นและรวดเร็วขึ้น ๒) สามารถลดความแออัดของโรงพยาบาลของรัฐลงได้อย่างชัดเจน ๓) ท้องถิ่นบางแห่งมีศักยภาพในการจัดหาเครื่องมือและจัดบริการด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงได้ครอบคลุม สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็นได้มากกว่า และ ๔) ประชาชนมีความพึงพอใจ

สำหรับการส่งเสริมสุขภาพนั้น มีองค์กรหนึ่งที่มียุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างชัดเจน ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งได้สนับสนุนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับตำบลและหมู่บ้าน ขณะที่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สป.สช.) เป็นอีกหนึ่งกองทุนที่สนับสนุนให้ท้องถิ่นมีบทบาทด้านสุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างชัดเจนด้วย

๒. ผลของการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุขก่อให้เกิดปัญหาอะไรบ้างในมิติของความ

เสมอภาคในการเข้าถึงบริการ คุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของบริการ

บริการสาธารณสุข ได้แก่ บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการมาก โดยมีแนวคิดพื้นฐานในการจัดบริการสาธารณสุข ๔ ประการ คือ หลักความเสมอภาค (equality) หลักของความเป็นธรรม (equity) หลักของเสรีภาพ (freedom) และหลักประสิทธิภาพ (efficiency) เมื่อวิเคราะห์หลักการทั้ง ๔ แล้ว จะพบว่าระบบจัดบริการสุขภาพที่กำหนดชุดสิทธิประโยชน์จากส่วนกลางตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้นก็ตาม แต่ประชาชนขาดโอกาสในการเลือกรับบริการตามที่ตนคาดหวังทั้งในด้านบริการและสถานบริการ แม้ว่าประเทศไทยจะได้ชื่อว่ามี

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก็ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการหรือความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนอีกจำนวนหนึ่งได้ ไม่ว่าจะเป็นด้วยปัญหาความแออัดหรือปัญหาการขาดแคลนด้านบุคลากรหรือทรัพยากรอื่นๆ ทำให้ประชาชนจำนวนไม่น้อยยังรู้สึกว่าจะไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพที่ดีจนน่าพอใจ และยังคงแสวงหาหนทางอื่นมาทดแทนเพิ่มเติม

คุณภาพบริการสุขภาพซึ่งเป็นผลของการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุข อาจไม่สามารถชี้ชัดได้ว่าการรวมศูนย์อำนาจกับการกระจายอำนาจมีคุณภาพบริการความแตกต่างกันอย่างไร แต่เนื่องจากศักยภาพของสถานพยาบาลในระบบไม่สามารถจัดได้อย่างเพียงพอ มีความแออัด และต้องรอคิวนาน และอาจไม่สามารถจัดบริการให้ครอบคลุมสิทธิของประชาชนได้ ดังนั้นการกำหนดสิทธิประโยชน์อย่างกว้างขวางโดยประชาชนไม่ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้ารับบริการสุขภาพหากงบประมาณไม่เพียงพอ การจ่ายชดเชยแก่สถานพยาบาลไม่เหมาะสม นอกจากจะทำให้ไม่สามารถครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม และครอบคลุมสิทธิประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งการไม่มีภาระที่ต้องจ่ายใดๆ จึงกลายเป็นภาพลวงตาและเป็นการแก้ไขปัญหาลเฉพาะหน้าเพียงเท่านั้น ยังผลให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในด้านคุณภาพและระบบคุณธรรม และกลับไปใช้บริการนอกระบบที่มีภาระค่าใช้จ่าย

โดยที่ระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ ไม่ได้ให้ความสำคัญ การบริการที่แน่น ลำช้า การจ่ายค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม ภาระงานที่มาก การชดเชยแก่สถานพยาบาลที่ไม่สอดคล้องกับภาระค่าใช้จ่าย เป็นผลให้สถานบริการขาดโอกาสในการร่วมเป็นกลไกหนุนเสริมให้เกิดความครอบคลุมทั้งด้านบุคคลและด้านสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะเมื่อให้คนเข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงได้มากขึ้น หน่วยบริการเริ่มเลือกให้บริการที่มีการชดเชยเหมาะสม ลดหรือเลี่ยงการให้บริการที่มีค่าใช้จ่าย

นอกเหนือจากปัญหาในมิติของความเสมอภาค คุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการบริการดังกล่าวแล้ว ผลกระทบจากการรวมศูนย์อำนาจด้านสุขภาพยังอาจส่งผลกระทบต่อภาพรวมได้ด้วยดังนี้

๑. ปัญหาของท้องถิ่นไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพและทันกาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

๒. การเข้าถึงบริการทางด้านสังคม (ซึ่งรวมทั้งบริการด้านสุขภาพ) เป็นไปด้วยความลำบาก คุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบทจึงอยู่ในภาวะที่ขาดแคลน และไม่มีประสิทธิภาพ

๓. ประชาชนขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การวางแผน การดำเนินงาน การควบคุม กำกับ และการติดตามประเมินผล เป็นเหตุให้ประชาชนขาดแนวคิดและประสบการณ์ในการบริหารการพัฒนาท้องถิ่นของตนเองอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง การพึ่งตนเองของชาวชนบทจึงยากที่จะเป็นจริงได้ในอนาคต ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

๓. ตัวชี้วัดความเสียหายในรูป Cost Benefit Analysis ที่เหมาะสมจากการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุข ควรมีรูปแบบและวิธีการวัดอย่างไร

ตัวชี้วัดความเสียหายในรูป Cost Benefit Analysis ที่เหมาะสมจากการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุข ควรมีทั้งรูปแบบที่เป็น รูปธรรมที่สัมผัสได้ (tangible cost) และต้นทุนที่ไม่รูปธรรมและสัมผัสไม่ได้ (intangible cost) ซึ่งต้นทุนในทางเศรษฐศาสตร์นั้นจะรวมต้นทุนค่าเสียโอกาส (opportunity cost) เอาไว้ด้วย ซึ่งหมายถึง การใช้ทรัพยากรไปในกิจกรรมหนึ่งก็จะสูญเสียโอกาสในการใช้ทรัพยากรไปใน กิจกรรมอื่นๆ เช่น เมื่อมารักษาก็จะต้องขาดงาน เป็นต้น หนึ่ง ต้นทุนในทางเศรษฐศาสตร์ยังแบ่งออกเป็นต้นทุนของผู้ให้บริการ (provider cost) และต้นทุนของผู้รับบริการ (consumer cost) และต้นทุนในแต่ละด้านก็แบ่งออกเป็น ต้นทุนทางตรง (direct cost) และต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) ซึ่งต้นทุนทางตรงนั้นเป็นต้นทุนทั้งของประชาชน ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการโดยตรง เช่น ค่าเดินทาง ค่าจ้างเหมารถ ค่ารักษาพยาบาล ค่ายาของผู้ป่วย เป็นต้น ส่วนต้นทุนทางอ้อมที่ต้องนำมาคิดด้วยมีหลายรายการซึ่งอาจแตกต่างกันไป เป็นต้นว่า ต้นทุนที่ไม่ได้เกิดกับผู้ให้บริการโดยตรง เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทางของญาติ เป็นต้น

ความเพียงพอของงบประมาณตามต้นทุนที่แท้จริงยังเป็นไปได้ยาก ประเทศญี่ปุ่นและสหราชอาณาจักร ใช้เวลากว่าสามสิบปีจึงจะปรับให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และเนื่องจากมีความพยายามกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่กว้างขวางขึ้นตามสถานการณ์ของความก้าวหน้าทางการแพทย์และความต้องการของประชาชน ดังนั้นการจำแนกความเสียหายในรูป Cost Benefit สำหรับด้านผู้ให้บริการนั้นเป็นสิ่งจำเป็น เพราะการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ของภาครัฐไม่หวังกำไร ซึ่งประสิทธิผลที่ได้จะมีผลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพโดยตรง ดังนั้นการวัดความ

เสียหายจากการรวมศูนย์อำนาจด้านสาธารณสุขควรวัดเป็นรายกิจกรรม (activity based costing: ABC) เพื่อประโยชน์ในการเปรียบเทียบต้นทุนบริการระหว่างการจัดบริการสุขภาพโดยส่วนกลางกับการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นดำเนินการ และอาจตรวจสอบต้นทุนผ่านกิจกรรม การสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ ที่ประชาชนรับมาจัดการด้วยตนเอง ทั้งนี้ตัวชี้วัดที่มีความสำคัญซึ่งต้องพิจารณาควบคู่กันไปด้วยตลอดเวลาคือความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการนั่นเอง

อนึ่ง การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ แม้จะเป็นการศึกษาวิเคราะห์การจัดการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงบางแห่งแต่ข้อมูลอันเป็นผลจากการศึกษาก็อาจสะท้อนให้ข้อยุติได้ว่า หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในท้องถิ่นได้ ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นทั้ง Tangible และ Intangible Benefit ทั้งทางตรงและทางอ้อมจะปรากฏได้ ดังนี้

๓.๑ เพิ่มช่องทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

๓.๒ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และญาติมิตร

๓.๓ ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นท่ามกลางความสะดวกในการเดินทางเข้าเยี่ยม
ครอบครัวและญาติมิตร

๓.๔ ประชาชนมีความพึงพอใจ

๓.๕ ผู้ป่วยและญาติ สามารถให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ของบริการ ซึ่งจะสามารถใช้ประโยชน์ในการวางแผนเพื่อพัฒนาระบบบริการต่อไป

๓. ๖ การจัดกิจกรรมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถใช้เป็นตัวแบบที่มีความหมาย มีคุณค่า และเป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญต่อ กระบวน การกำหนดทิศทาง ในการพัฒนา นโยบายด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นต่อไป

๔. รูปแบบการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมควร

มีรูปแบบและแผนการทำงานอย่างไร

ผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า รูปธรรมในความสำเร็จของการกระจายอำนาจสู่
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่กระทรวงสาธารณสุขสุพรรณบุรีจะใช้กำหนดแนวนโยบายเป็นตัวแทนเชิง
ปฏิบัติและขยายผลไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศด้วย ได้แก่

๑. กระบวนการออกจากระบบราชการขององค์การมหาชนกรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งได้ประสบความสำเร็จทั้งในเรื่องการลดความซ้ำซ้อนทางการบริหาร การเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ การเพิ่มความรับผิดชอบในการบริหาร การตอบสนองวัตถุประสงค์ทางการเมือง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชน

๒. การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กล่าวคือ มีการถ่ายโอนสถานีนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งถือเป็นภารกิจหนึ่งที่บัญญัติไว้ในแผนปฏิบัติการการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งรูปแบบนี้พบได้ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา

๓. ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังพบว่ารูปธรรมในความสำเร็จขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพเกิดขึ้นแล้วในหลากหลายรูปแบบ ซึ่งนอกเหนือจากกรุงเทพมหานครแล้วยังมีองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตที่มีโรงพยาบาลของตนเอง ขณะที่เทศบาลนครนครศรีธรรมราชก็มีโรงพยาบาลขนาด ๓๐,๐๐๐ เตียงสำหรับให้บริการแก่ประชาชนครอบคลุมทุกครัวเรือน เทศบาลเมืองทุ่งสงก็มีศูนย์สุขภาพชุมชนของตนเองโดยการจ้างเหมาบุคคลภายนอก (Outsourcing) คือทีมของนายแพทย์ล้วน บุชากรณ อธิบดีผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งสง ที่ทำสัญญาจ้างกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สป.สช.) ขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน จ.นครศรีธรรมราช ซึ่งปัจจุบันได้รับการยกฐานะเป็นเทศบาลเมืองก็มีโครงการพัฒนาเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการจัดการสุขภาพโดยชุมชน

อนึ่ง ยังมีองค์การบริหารส่วนตำบลอีกหลายแห่งที่มีกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพในชุมชนด้วย เช่น ๓๖ เครือข่ายศูนย์การเรียนรู้ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมตลอดจน องค์การบริหารส่วนตำบลที่มีกองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (กองทุน สป.สช.) สำหรับทำหน้าที่กระตุ้นและผลักดันกิจกรรมสุขภาพให้เกิดขึ้นในชุมชนท้องถิ่นที่กระจายหลายแห่งทั่วประเทศ ซึ่งเป็นรูปแบบที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการต่อยอดได้ ตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

๓. ข้อเสนอแนะและการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย

๓.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนานโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ อปท. ได้แก่ การพัฒนาเชิงระบบ กล่าวคือรัฐต้องให้ความสำคัญกับท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น โดยจำเป็นต้องพิจารณาบทบาทของโครงสร้างระบบความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นใหม่ ซึ่งบทบาทภารกิจในแต่ละระดับสามารถที่จะแสดงเป็นลักษณะของสามเหลี่ยมหรือปิรามิดหัวตั้ง กล่าวคือส่วนกลางจะมีขนาดเล็ก ขณะที่ภูมิภาคและท้องถิ่นจะมีบทบาทสำคัญมากกว่าราชการบริหารส่วนกลาง ดังนี้

- ส่วนกลาง กล่าวคือจำเป็นต้องพิจารณาบทบาทและลดบทบาทภารกิจในราชการบริหารส่วนกลางอย่างจริงจัง โดยส่วนกลางจะทำหน้าที่เพียงเฉพาะบทบาทที่สำคัญและจำเป็นจริง ได้แก่ การกำหนดทิศทางนโยบาย การกำหนดมาตรฐาน (ทั้งมาตรฐานทางวิชาการและมาตรฐานทางบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข) การวิจัยและการติดตามประเมินผล

- ราชการบริหารส่วนภูมิภาค จะทำหน้าที่เป็นเครื่องมือของราชการบริหารส่วนกลางในการนำนโยบายและวิชาการไปประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนสถานบริการสาธารณสุขที่สังกัดราชการส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขเดิมนั้น ควรพิจารณาถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามความเหมาะสมต่อไป

- ส่วนท้องถิ่น จะมีบทบาทและภารกิจหลักในการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ

อนึ่ง ควรพิจารณาปรับโครงสร้างระบบความสัมพันธ์ระหว่างกระทรวง

สาธารณสุขกับบทบาทภารกิจขององค์กรอิสระด้านสุขภาพต่างๆ เช่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สป.สช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมทั้งสำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (ส.ว.ร.ส.) เป็นต้น

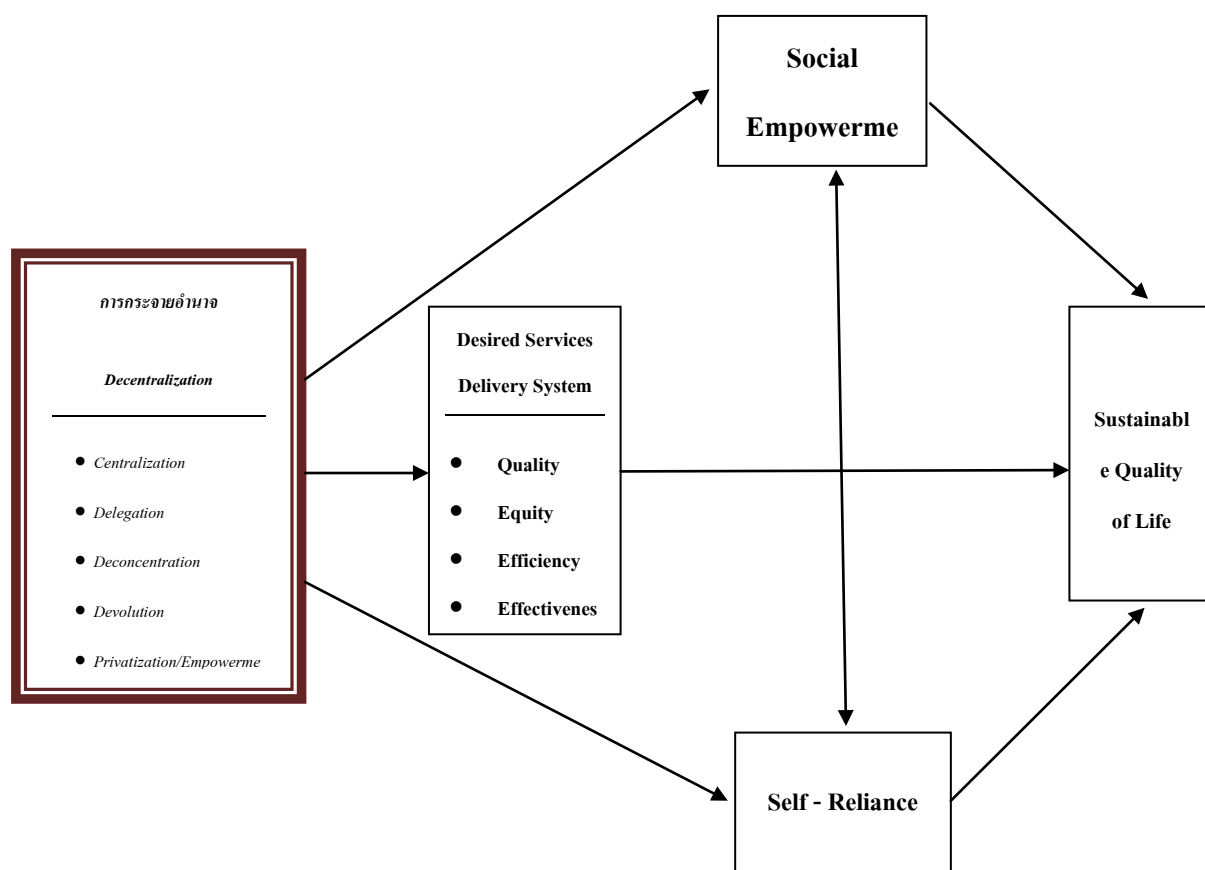
๓.๒ ยุทธศาสตร์การกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.2.1 ทิศทางและเป้าหมายการกระจายอำนาจสู่อปท.

โดยที่เป้าหมายของระบบบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พึงประสงค์พึงประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ คือ บริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล และมีความเสมอภาคในการเข้ารับบริการของประชาชน อย่างไรก็ตาม เป้าหมายดังกล่าวน่าจะเป็นเพียงเป้าหมายระยะสั้น (Immediate Output) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่านั้น ทั้งนี้เป้าหมายระยะยาวในการจัดบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน (Sustainable Quality of Life)

การที่จะบรรลุเป้าหมายระยะยาว (การมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน) ดังกล่าวได้นั้น จำเป็นต้องบูรณาการทุกภาคส่วนซึ่งนอกเหนือจากบริการสาธารณสุขแล้ว ยังจำเป็นต้องครอบคลุมถึงการยกระดับการศึกษา การพัฒนาอาชีพด้านเกษตรกรรม พาณิชยกรรมและอุตสาหกรรม รวมตลอดจนมหาดไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกองทุนหมู่บ้านหรือกองทุน อื่นในระดับตำบลหมู่บ้านด้วย ทั้งนี้ปัจจัยหรือตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสัมฤทธิ์ผลของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน ได้แก่ การพึ่งตนเองของประชาชนนั่นเอง ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยกลยุทธ์ของการเสริมพลังอำนาจชุมชน (Social Empowerment) ด้วย

ฉะนั้น รูปแบบ การพัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอนาคตจึงควรมีลักษณะดังแผนภาพต่อไปนี้



แผนภาพ: รูปแบบการพัฒนากิจกรรมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอนาคต

๓.๒.๒ กลยุทธ์ทางเลือกในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่อปท.

กลยุทธ์ต่อไปนี้เป็นผลจากการวิเคราะห์ SWOT Analysis และ SWOT Matrix รวมทั้งสังเคราะห์เป็นทางเลือกกลยุทธ์ (Strategic Alternatives) และการกำหนดกลยุทธ์ (Strategic Formulation) ได้แก่

- 1) ภายได้โครงสร้างที่เป็นประชาธิปไตยในลักษณะของสภาผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากส่งเสริมให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้น ก็ยังจะเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย

- 2) ควรมีการปฏิรูประบบการศึกษาโดยเน้นการเป็นพลเมือง (Civic Education) มากกว่าที่จะเน้นวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีจิตสำนึกต่อสังคมและมีส่วนร่วมในการปกครองท้องถิ่นตนเองมากขึ้น
- 3) ภายใต้การมีกฎหมายและนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นั้นหากมีการพัฒนาภาวะผู้นำแก่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะยังผลให้การกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพ เกิดสัมฤทธิ์ผลอย่างมีประสิทธิภาพได้
- 4) แม้ท้องถิ่นจะขาดศักยภาพของบุคลากรและการบริหารการเงิน การคลัง ซึ่งหากผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติของท้องถิ่นได้รับการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการและทางการบริหารก็จะยังผลให้การบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๓.๓ เงื่อนไข/ปัจจัยในความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ อปท.

ผลการวิจัยในที่นี้พบข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสัมฤทธิ์ผลของการจัดบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพาดพิงไปถึงปัจจัยด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องมีภาวะผู้นำสูง กล่าวคือจำเป็นต้องมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล มีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง มีบารมีมากพอที่จะกระตุ้นหรือชักนำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติตามวิสัยทัศน์ดังกล่าว ตลอดจนการมีพื้นฐาน ประสบการณ์ในงานด้านสาธารณสุข ก็จะทำให้มีแนวการดำเนินงานในด้านสุขภาพอนามัย มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลที่ชัดเจนมากขึ้น
- 2) มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ การสื่อสารและคิดงานร่วมกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความราบรื่นในการประสานการดำเนินงานร่วมกัน

3) การมีส่วนร่วมของประชาชน กล่าวคือประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่การติดตามและรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีส่วนร่วมในการวางแผนและผลักดันนโยบาย มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามนโยบาย มีส่วนร่วมในการควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผล รวมตลอดจนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากนโยบาย

4) ทั้งหน่วยงานรับโอน และหน่วยงานถ่ายโอนต้องมีความพร้อมที่จะรับข้อมูลข่าวสารจากทั้งภายในและภายนอกองค์กร และพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาองค์ความรู้ตลอดเวลา เพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

5) ปัจจัยและเจตนารมณ์ทางการเมือง กล่าวคือการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสัมฤทธิ์ผลได้ต้องอาศัยเจตนารมณ์ทางการเมืองของผู้นำทั้งฝ่ายการเมืองและฝ่ายบริหาร

6) การพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองก็ต้องตระหนักถึงความสำคัญและพร้อมที่จะพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นเองด้วย

๓.๔ ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

หัวข้อการวิจัยที่พึงดำเนินการในอนาคต ได้แก่

๓.๔.๑ การศึกษาเปรียบเทียบสัมฤทธิ์ผลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เช่น ในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ต่างพื้นที่ ประชากรกลุ่มตัวอย่างในประเภทและระดับของสถานพยาบาลที่คล้ายคลึงกัน เป็นต้น)

๓.๔.๒ กลยุทธ์ในความสำเร็จของการปรับโครงสร้างระบบความสัมพันธ์ระหว่างราชการบริหารส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพ)

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวง. การศึกษา: การติดตามประเมินผลการถ่ายโอน
สถานีนอมาัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. และ เทศบาล). มปม. 2552.

_____. สถานภาพและความพร้อมขององค์การบริหารส่วน
ตำบล (อบต.) และสถานีนอมาัย (สอ.) ในการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขเพื่อรองรับการ
กระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539.

กรุงเทพมหานคร, สำนักการแพทย์. 36 ปี สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2552.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2552.

โกวิทย์ พวงงาม. การปกครองท้องถิ่นไทย หลักการและมติใหม่ในอนาคต. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด. 2548.

โกวิทย์ พวงงาม และปรีดี โชติช่วง. อะไร ทำไม อย่างไร อบต. ประชาธิปไตยของประชาชนใน
ชนบท. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: มูลนิธิส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. 2541.

โกวิน วิวัฒนพงศ์พันธ์. นโยบายและแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นในระดับจังหวัด : ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ. เอกสาร
วิชาการส่วนบุคคล นักศึกษาสถาบันพระปกเกล้า รุ่นที่ 6. 2546.

ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. กรอบกระบวนการวิจัยชุมชนสู่ตำบลสุขภาวะ. กรุงเทพฯ: บริษัทที่
คิวพีจำกัด, 2553.

จเด็จ ธรรมธัชอารี , แพร จิตตินันท์ และ มยุรี ธนะทิพานนท์. รายงานการวิจัยเรื่อง
กระบวนการออกจากระบบราชการขององค์การมหาชน กรณีศึกษาโรงพยาบาล
บ้านแพ้ว, (อัดสำเนา). 2544.

จรัส สุวรรณมาลา. ปฏิรูประบบการคลังไทย กระจายอำนาจสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2541.

ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ และคณะ. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมูลฐานสู่ อบต. โรงพิมพ์ห้าง
หุ้นส่วนจำกัด พี.เอ็ม. การพิมพ์, ตุลาคม 2540.

ชูชัย ศุภวงศ์. ประวัติศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขของไทย: บทวิเคราะห์การกระจายอำนาจ
และผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

ชูชัย ศุภวงศ์, บรรณาธิการ. ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2544-
2553). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้าน
สุขภาพ (สพกส.), 2544.

ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง รูปแบบโครงสร้างองค์การเพื่อ
รองรับการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข เสนอต่อสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 20 ธันวาคม 2550.

ธเนศวร เจริญเมือง. เอกสารชุดปฏิรูปการปกครองท้องถิ่น ลำดับที่ 5 จากสุขภาพมาถึงองค์การ
บริหารส่วนจังหวัด. เชียงใหม่: โรงพิมพ์สันติภาพ พรินท์, 2539.

_____. เอกสารชุดปฏิรูปการปกครองท้องถิ่น ลำดับที่ 11 การปฏิรูปการเมืองกับการ
ปฏิรูปการปกครองท้องถิ่น. เชียงใหม่: โรงพิมพ์สันติภาพ พรินท์, 2539.

_____. 100 ปี การปกครองท้องถิ่นไทย พ.ศ.2440-2540. กรุงเทพฯ: โครงการ
จัดพิมพ์คปฟ. 2540.

ประยงค์ เต็มฉวลา. การกระจายอำนาจ: ยุทธศาสตร์การปฏิรูปงานสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ:
ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากาสาธารณสุขมูลฐาน, 2540.

_____. บทบาทภาครัฐกับทิศทางการปฏิรูประบบงานสาธารณสุขไทย. รายงานการ
วิจัย เสนอต่อสำนักงาน คณะกรรมการ ปฏิรูประบบราชการ, สำนักงาน ก.พ. กรุงเทพฯ :
สำนักงานสาธารณสุขเขต 1, 2542.

ประยงค์ เต็มชวาลา และสารศิริ อาจคงหาญ . รายงานการวิจัยเรื่อง **ทิศทางการปฏิรูปบทบาท
องค์การภาครัฐในกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ** เสนอต่อ สำนักนโยบายและ
แผนสาธารณสุข, ธันวาคม 2543.

ปรีชญา เวสารัชช์. “แนวโน้มการกระจายอำนาจของรัฐ.” เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง **การ
กระจายอำนาจกับการพัฒนาการปกครองท้องถิ่นไทยในอนาคต.** โดยคณะกรรมการ
ติดตามผลการปฏิบัติตามมติของสภาผู้แทนราษฎร, อาคารรัฐสภา 2, 22 สิงหาคม 2537.

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, พินิจ ฟ้าอำนวยพล และ วิทยา กุลสมบุญณ์, กองบรรณาธิการ. เอกสาร
วิชาการชุด “การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ฉบับที่ 3 **เหลียวมองประสบการณ์การกระจาย
อำนาจที่ประเทศฟิลิปปินส์.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกลดคิมทอง, 2543.

พิเชษฐ์ วงศ์เกียรติจักร. **แนวคิด ยุทธศาสตร์ การบริหารการพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
(อปท) ในยุคโลกาภิวัตน์.** กรุงเทพฯ: ปัญญาชน, 2552.

พินิจ ฟ้าอำนวยพล และคณะ (บรรณาธิการ). **เอกสารวิชาการชุด การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
ฉบับที่ 1 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพทางเลือกและการวิเคราะห์.** โครงการปฏิรูประบบ
บริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2543.

รัฐบาลไทย. 2550ก. **คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร
นายกรัฐมนตรี .** คำนวณที่ 10 สิงหาคม 2550 จาก
http://www.thaigov.go.th/th/policy/policy_thaksin.htm.

_____. 2550ข. **คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรี .**
คำนวณที่ 10 สิงหาคม 2550 จาก [http://www.thaigov.go.th/Download/289_คำแถลงนโยบาย.](http://www.thaigov.go.th/Download/289_คำแถลงนโยบาย.pdf)
pdf.

_____. 2550ค. **มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2550.** คำนวณที่ 14 สิงหาคม 2550 จาก
http://www.thaigov.go.th/th/News/New_SumMeting.aspx?Nid=S500000000073.

วสันต์ เหลืองประภัสร์. การปรับปรุงกฎหมายกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

สมคิด เลิศไพฑูรย์ (บรรณาธิการ). ศูนย์ศึกษาการพัฒนาประชาธิปไตย
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2546.

วิฑิต อรรถเวชกุล. การบริหารงานขององค์การมหาชน. (เอกสารประกอบการบรรยาย , อัด
สำเนา). 2550.

วิรัช วิรัชฉาวรรณ. การบริหารเมืองหลวงและการบริหารท้องถิ่น: สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศส
ญี่ปุ่น และไทย. กรุงเทพฯ: วิ.เจ. พรินติ้ง, 2545.

วุฒิสาร ตันไชย. การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี :
สถาบันพระปกเกล้า, 2546.

สมพันธ์ เตชะอธิก, พะเยาว์ นาคำ และคณะ. โครงการศึกษา สรุบทบทเรียน และติดตามผลเพื่อ
พัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีนอมนัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. มปม. 2551.

สมาน รังสียกฤษฎ์. การปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศต่างๆ. กรุงเทพฯ: บรรณกิจ 1991,
2543.

สยาม คำปริดา. สังคมกับการปกครอง (Society and Government). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์ไทยรายวัน, 2549.

สุณี วงศ์คงคาเทพ และพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, กองบรรณาธิการ. เอกสารวิชาการชุด “การ
กระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ฉบับที่ 4 นานาทัศนะต่อกระบวนการกระจายอำนาจสู่ประชาชน
ไทย. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2543.

สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2544-2547. กรุงเทพฯ: องค์การ
รับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2550.

เสม พริ้งพวงแก้ว และยุทธนา สุขขมิตติ . ความเป็นมาของการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงของส่วน
ราชการกระทรวงสาธารณสุข . อนุสรณ์สาธารณสุขครบรอบ 40 ปี แห่งการสถาปนา
กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์, 2525.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ ฉบับที่ 1-10. ค้นวันที่ 9 สิงหาคม 2550. จาก <http://www.nesdb.go.th>.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อ
รองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2547.

สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น. ครึ่งทศวรรษของการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น. มปม. 2547.

_____. คู่มือการปฏิบัติงานด้านการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2545.

_____. แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจ
ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2551.

_____. แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2545.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ “นครชัยรินทร์”.
พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขเขต 14, มปป.

อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ และคณะ. คู่มือปฏิบัติงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
หรือพื้นที่. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.),
2554.

อุทัย เลาหวิเชียร (บรรณาธิการ). การพัฒนากรุงเทพมหานครสู่... ความเป็นมหานครระดับโลกยุค
ใหม่. กรุงเทพฯ: บริษัท ช้างสามเศียร 999 จำกัด, 2554.

เอนก เหล่าธรรมทัศน์. การวิจัยชนบทสู่การพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2552.

_____. แปรถิ่น เปลี่ยนฐานะ : สร้างการปกครองท้องถิ่นให้เป็นรากฐานของประชาธิปไตย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2552.

_____. อภิวัฒน์ท้องถิ่น: ตำราทฤษฎีการเมืองเพื่อสร้างท้องถิ่นให้เป็นฐานใหม่
ของประชาธิปไตย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.),
2552.

ภาษาอังกฤษ

Bach, Stephen. 2002. **Decentralization and Privatization of Municipal Services** (Working Paper p.164). International Labor Office, Geneva.

Hohman, J.A. 2006. **International Healthcare System Premier**. The American Medical Student Association (AMSA)

Institute for International Cooperation, 2005. **Japan's Experiences in Public Health and Medical System**. Japan International Cooperation Agency (JICA).

Ministry of Health and Welfare. 2000. **Annual Report on Health and Welfare 2000**, Heisei 11
nen ban Kosei Hakusho, Gyosei

Nakamura, Yoshio. 1998. **Welfare Administration**. Gyosei

World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health System and Policies. 2006. **The Health System in Transition (Norway)**. TJ International, Padstow, Cornwall: Great Britain.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

รายนามคณะผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์นิทัศน์ รายวา รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ผศ. ดร. เฉียบ ไทยยัง มหาวิทยาลัยรังสิต
3. ดร. สุวิทย์ ฐนิยะวัน อดีตผู้อำนวยการหลักสูตร MBA ม.ขอนแก่น
4. พลโท ดร. ประสานโชค ชูระนุติ อดีตอาจารย์วิทยาลัยเสนาธิการกองทัพบก
5. รศ. ดร. โกวิน วิวัฒน์พงษ์พันธ์ อดีตรองอธิการบดี มสธ.
6. ดร. ขอบวิทย์ ลับไพบรี อดีตรองเลขาธิการสภาวิจัยแห่งชาติ
7. ดร. กิตติพงษ์ สุมิพันธ์ อดีต จันท. วิเคราะห์นโยบายและแผน 10 วช.
8. ผศ.ดร. ชูชีพ เบี้ยคนอก มหาวิทยาลัยปทุมธานี
9. ผศ.ดร. วรณรา ชื่นวัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
10. รตอ.ดร. พัชระ สันทัด โรงเรียนนายร้อยตำรวจสามพราน
11. ภก. ชัยนาท จิตตวัฒน์ อดีตอาจารย์มหาวิทยาลัยมหิดล
12. เรือโท ภูมินทร์ ชุมชุมพร ผอ. กองสาธารณสุข อบต. เข่งเนิน จ.ระยอง
13. ภญ. คารณี วิมุตติโกศล สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
14. คุณเยาวมาลย์ เสือแสงทอง สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุข

ภาคผนวก ข.

โครงสร้างแบบสัมภาษณ์ Key Informants

1. เหตุผลความจำเป็นในการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
2. ความสำเร็จจากบริการสุขภาพ
 - 2.1 คุณภาพของบริการ
 - 2.2 ประสิทธิภาพ
 - 2.3 ประสิทธิภาพ
 - 2.4 ความเสมอภาคและเป็นธรรม
 - 2.5 ความครอบคลุมพื้นที่/กลุ่มเป้าหมาย/กิจกรรมบริการ
 - 2.6 ความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3. ปัจจัยมูลเหตุที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จ
 - 3.1 โครงสร้างองค์กร
 - 3.2 การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (อาทิ การสรรหาบุคลากร การสร้างขวัญกำลังใจ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และอื่นๆ)
 - 3.3 การบริหารการเงินและงบประมาณ
 - 3.4 ผู้นำและภาวะผู้นำในองค์กร
 - 3.5 วิสัยทัศน์/นโยบาย ขององค์กร
 - 3.6 การมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชนเป็นอย่างไร
4. ปัญหาและอุปสรรคที่วิกฤต
5. ภาพในอนาคตของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ภาคผนวก ก.

บทสัมภาษณ์และข้อมูลโรงพยาบาลของท้องถิ่น

1. เทศบาลนครนครศรีธรรมราช

วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๕ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๐.๓๐ น.

บทสัมภาษณ์นายกเทศมนตรีนครฯ

ผศ. เชนวัศ เสนพงศ์ นายกเทศมนตรีนครนครศรีธรรมราช ผมได้รับการเลือกตั้งมาเป็นนายกฯ สมัยแรก ด้วยคะแนนเสียงที่มากที่สุดในประเทศไทย และเล่าประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ประวัติและประสบการณ์ทางการเมือง

รับราชการเป็นอาจารย์สอนหลักสูตรปริญญาโท คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ลาออกจากราชการตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ ลงเลือกตั้งครั้งแรกแพ้ จึงกลับไปสอนหนังสือต่อระยะหนึ่ง แล้วจึงกลับมาหาเสียง ใช้เวลาหาเสียง ๑,๔๖๐ วัน ไปร่วมงานต่าง ๆ ประมาณ ๓,๐๐๐ กว่าครั้ง ที่ทำเช่นนี้เพราะต้องการเห็นความเปลี่ยนแปลงในชุมชน โดยศึกษาว่าชุมชนชอบและมีความต้องการอย่างไร การไปพบประชาชน ทำให้เข้าใจสังคมดีขึ้น ใกล้ชิดประชาชน ทำให้ได้คะแนนเสียงเพิ่มขึ้น เพราะความใกล้ชิด และดูแลประชาชนอย่างทั่วถึงตอนเข้าไปนั่งร้านน้ำชา บ่ายไปงานศพ งานแต่งงาน ฯลฯ

ปรัชญาของนักการเมือง ประกอบด้วย

๑. ความตั้งใจจริงในการทำงาน
๒. มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาบ้านเมือง
๓. อย่าคิดเรื่องทุจริต

ค้นพบว่า ผู้บริหาร ถ้าเอาวิญญูณของนักการเมืองมาบริหารประเทศ จะไม่เกิดการพัฒนา ที่ผ่านมพบว่าเขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช ไม่มีการเปลี่ยนแปลง เพราะไม่เปลี่ยนผู้นำ ประชาชนในเขตเทศบาลฯ เป็นประชาชนระดับรากหญ้ามีประมาณร้อยละ ๖๐ คนชั้นกลาง ประมาณร้อยละ ๒๕-๓๐ ชั้นสูงประมาณร้อยละ ๑๐ ประชาชนชั้นสูง ไม่ค่อยมาใช้สิทธิ เนื่องจาก เบื่อการเลือกตั้ง โดยเฉพาะสมาชิกสภาเทศบาลไม่สนใจ คนรวย สนใจคนจน ดังนั้น สิ่งที่ต้อง เปลี่ยนแปลงให้ได้คือผู้นำ เพื่อให้เกิดการพัฒนา ทุกระดับ แต่ผู้นำในที่นี้ต้องไม่ใช่ทายาท นักการเมืองเก่า การเมืองไม่ใช่เรื่องตอบแทน ต้องดูความสามารถ ต้องใช้นักการเมืองให้ถูกทาง นักวิชาการที่จะลงเล่นการเมืองต้องเกาะติดกับพื้นที่ ต้องจริงใจ “อย่าผูกขาดทางการเมือง ใคร ผูกขาดทางการเมือง ถือว่าคนนั้นเห็นแก่ตัว” ผู้นำต้องหมุนเวียน (Rotation of Leader) และสำหรับ ตนเองประกาศชัดเจนว่า จะขอยู่ ๒ สมัย (ต้องเป็นรัฐธรรมนูญในใจของตนเองให้ได้) จะไม่ใช่ ตำแหน่งหาเสียง คนได้ชอบ คนดี คนอ่อนน้อมถ่อมตน สิ่งที่สำคัญขณะนี้คือ การมีส่วนร่วมของ ประชาชน ต้องยอมรับว่าขณะนี้ คนในเขตเทศบาลมีส่วนร่วมอันดับหนึ่ง เนื่องจากมีความเข้าใจ ในระบอบประชาธิปไตยมากขึ้น

สำหรับด้านการบริหาร โรงพยาบาลของเทศบาลนครนครศรีธรรมราช

ปัญหาที่พบคือ

๑. เรื่องเงินเดือนแพทย์ค่อนข้างสูง (ประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ บาทขึ้นไป) ต้องเอาเงินส่วนอื่นจ่าย On top ให้ ซึ่งสำหรับตนเอง คิดว่าไม่ถูกต้อง แต่ถ้าไม่ทำเช่นนี้ก็ไม่มีแพทย์มาอยู่ด้วย ได้นำเรื่องนี้ไปหารือกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด อาจต้องตั้งกรรมการมาแก้ไขปัญหา เรื่องเงินเดือนและค่าตอบแทนแพทย์
๒. โรงพยาบาลขยายบริการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะนี้มีศูนย์บริการเพิ่ม ๔ จุด เพื่อลดความแออัด โดยวางแผนให้มีแพทย์ประจำทุกศูนย์ และจะแต่งตั้งให้แพทย์เป็นผู้ช่วยนายกเทศมนตรี มาดูแลประชาชนด้านสาธารณสุข
๓. การจ่ายค่าตอบแทน และเงินเดือนของแพทย์สูง มีทั้งจุดอ่อนและจุดแข็ง จุดอ่อน คือ ถ้าไม่มีงบประมาณหรือเงินสนับสนุนจะไม่สามารถจ่ายเงินเดือนแพทย์เป็นจำนวนที่สูงได้ แต่จุดแข็งก็คือ เป็นแรงจูงใจให้แพทย์อยู่กับองค์กร

สิ่งที่ยังต้องดำเนินการต่อ

๑. พัฒนาภาวะผู้นำของผู้บริหารบางท่าน
๒. การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ
๓. การสนับสนุนงบประมาณ
๔. การบริหารจัดการ โดยให้โอกาสผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มาร่วมคิด
ร่วมแก้ปัญหาการให้บริการประชาชนต้องทั่วถึง มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โรงพยาบาล
ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค ฯลฯ และทำ
Primary care ส่วน Secondary และ Tertiary care ส่งโรงพยาบาลมหาราช
ความยั่งยืนของโรงพยาบาล ไม่ได้เกิดจากตัวนายกเทศมนตรี ถึงแม้เปลี่ยนผู้บริหารก็
สามารถดำเนินการต่อได้โดย

๑. สร้างตัวแบบที่ดี หรือทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดี เช่น การไม่รับเปอร์เซ็นต์ต่าง ๆ
๒. อนาคตของประเทศ คือ ท้องถิ่นต้องได้รับการพัฒนา งานสาธารณสุขต้องอยู่ที่ท้องถิ่น
๓. ผู้นำต้องมีคุณธรรมและจริยธรรม
๔. อย่าหลงอำนาจ ตั้งใจทำงานให้ประเทศชาติมากที่สุด อยากให้ประเทศชาติเจริญ และ
อยากเห็น คนรุ่นใหม่มาทำงานการเมืองด้วยความซื่อสัตย์

วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๕ เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.

บทสัมภาษณ์นายสนธิ พรหมสุภา รองปลัดเทศบาลนครนครศรีธรรมราช

นายสนธิ พรหมสุภา รองปลัดเทศบาลนครนครศรีธรรมราช รักษาการผู้อำนวยการกอง
การแพทย์ : ประวัติการศึกษา สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
จบรัฐศาสตรมหาบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง และทีมร่วมสัมภาษณ์ประกอบด้วย คุณปิย
นารถ ลักษณะวิลาส หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานหลักประกันสุขภาพ และหัวหน้าฝ่าย
บริหาร โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช รองปลัดเทศบาลและคณะได้ชี้แจงปัญหาและ
แนวทางการดำเนินงานต่างๆ ดังนี้

ปัญหาที่พบ

- เรื่องค่าตอบแทนแพทย์ก่อนข้างสูง โดยปกติจ่ายเงินเดือนเท่ากับข้าราชการ แต่ต้องมีเงิน
On top ให้ มิฉะนั้นจะไม่สามารถสรรหาแพทย์มาทำงานได้เลย เพราะบรรจุครั้งแรก ซี่ ๔

เงินเดือนเพียงหมื่นกว่าบาท แพทย์ที่ลาออกมาอยู่ท้องถิ่นหลายคนต้องลดชี โดยลาออกจากราชการ จากตำแหน่งซี ๘ ลดมาบรรจุเป็นซี ๔ แต่ก็ยอมมาอยู่ เนื่องจากมีเงินเพิ่มพิเศษ ซึ่งขึ้นอยู่กับความพึงพอใจและไม่ได้อยู่เวร สำหรับแพทย์ที่มาอยู่เวรจะเป็นแพทย์ Part time มาจากโรงพยาบาลชุมชนต่างอำเภอ

อัตรากำลัง

๑. แพทย์ที่บรรจุเป็นข้าราชการท้องถิ่น ๖ คน เป็นลูกจ้าง ๖ คน รวม ๑๒ คน
๒. พยาบาลวิชาชีพ ๕๕ คน เป็นลูกจ้างโครงการ ๘ คน
๓. ข้าราชการและลูกจ้างอื่น ๆ ประมาณ ๕๐ คน

ความสำเร็จของโรงพยาบาล

๑. จากวิสัยทัศน์ของผู้บริหาร มีความมุ่งมั่นที่จะทำบริการของโรงพยาบาล
๒. ค่าตอบแทนสำหรับแพทย์อยู่ในอัตราที่สูง เพื่อเป็นแรงจูงใจให้มาปฏิบัติงานที่ท้องถิ่น
๓. คุณภาพบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. กำหนด
๔. ไม่ปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วย ส่วนใหญ่ให้บริการฟรี แยกตามสิทธิของประชาชนที่ได้รับ
๕. ให้บริการแบบทั่วถึง มีเตียงในปัจจุบัน ๓๐,๐๐๐ เตียง ใช้บ้านเป็นเตียงผู้ป่วย และมีทีมไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เป็นทีมเยี่ยมบ้าน จัดเป็นทีม ๔ ชุด

สำหรับการบริการของโรงพยาบาล เนื่องจากผู้บริหารมีความตั้งใจจะทำบริการของโรงพยาบาลให้เหมือนกับเอกชน คือ บริการดี รวดเร็ว ยะ และเวชภัณฑ์มีคุณภาพดี แต่เนื่องจากสถานที่มีความคับแคบ กำลังขยายตึก ถามว่าประชาชนมีความพอใจทั้งหมดหรือไม่ เนื่องจากคนท้องถิ่นเลี้ยงไม่โต ความต้องการไม่มีที่สิ้นสุด ไม่พอใจก็ฟ้องผู้บริหาร

การซื้อขาย ไม่มีการรับเปอร์เซ็นต์ (Commission) เข้าเป็นประโยชน์ของผู้หนึ่งผู้ใด แต่เปอร์เซ็นต์ค่ายาทั้งหมด จะนำมาใช้จ่ายเป็นค่าตอบแทน On top สำหรับแพทย์ การบริหารเช่นนี้อาจไม่มีความยั่งยืน ถ้าเปลี่ยนผู้บริหาร ซึ่งทีมกำลังวางแผนการแก้ปัญหาโดยประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ในการปรับค่าล่วงเวลาของ

แพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง ให้เท่ากับกระทรวงสาธารณสุขได้ทำหนังสือไปที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นแล้ว แต่ยังไม่ได้รับคำตอบเป็นระยะเวลานานแล้ว

โครงการที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และประชาชนได้รับประโยชน์คือ โครงการ DOT. ในเขตเทศบาลมีผู้ป่วยและที่มารักษาประมาณ ๑๐๐ คน ดูแลผู้ป่วย ให้รับยาครบ ไม่ขาดยา เป็นลักษณะที่มีพี่เลี้ยงดูแล

สิ่งที่เป็นตัวผลักดันให้เกิดความสำเร็จในโรงพยาบาล คือ

๑. ผู้บริหารมีความตั้งใจจริง และอยากทำ (ผู้นำมีความมุ่งมั่นสูงมาก)
 ๒. ต้องดำเนินการ เพราะโรงพยาบาลเป็นฐานเสียงอย่างหนึ่ง และประชาชนในเขตเทศบาลค่อนข้างมีส่วนร่วมสูง
 ๓. กฎ ระเบียบ (เป็นวัฒนธรรมเดิม) คือ วัฒนธรรม การทำงานที่ทุ่มเท และเสียสละ ทั้งของผู้นำและบุคลากรในองค์กร
- สำหรับโรงพยาบาลมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย ขณะนี้ประมาณ ๔๐ เตียง เตียงที่บ้าน ๓๐,๐๐๐ เตียง

ครอบครัวยุค ๑ เตียง ประชากร ๑๒๐,๐๐๐ คนเศษ ประชากร UC ประมาณ ๘,๒๐๐ คน สำหรับผู้ประกันตน ทางโรงพยาบาลรับเป็น Sub Contract จากโรงพยาบาลสิชล

สิ่งที่เข้าใจคือ แพทย์จะมุ่งแต่งงานบริการ ไม่ค่อยได้มาร่วมวางแผนงาน ข้อเสนอในภาพรวม อยากให้แพทย์เรียนสาธารณสุขศาสตร์ เพิ่มขึ้น เพื่อให้หลอมรวมเป็นวัฒนธรรมเดียวกัน เพราะการทำงานในปัจจุบันถึงแม้จะเป็นผู้อำนวยการกองการแพทย์ แต่ไม่ค่อยได้คุยหรือทักทายการแพทย์เลย

สัมภาษณ์ คุณปิยนาท ลักษณะวิลาส (หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล) : สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จุดเด่นที่เลือกมาทำงานที่ท้องถิ่นคือ

๑. สายการบังคับบัญชาชั้น อำนาจสูงสุดอยู่ที่นายกเทศมนตรีฯ ทำให้การเสนอโครงการต่าง ๆ ง่าย รายงานหลักการ และเหตุผล ให้นายกเทศมนตรีฯ เข้าใจ หลังจากนั้นจะใช้ดุลยพินิจและอำนาจในการตัดสินใจ และนายกฯ ยังให้อิสระในสายวิชาการ ไม่เข้ามายุ่งเกี่ยว แต่ให้ความสำคัญกับงานบริการเป็นอย่างมาก
๒. เป็นคนท้องถิ่น ดีใจที่มาทำงานที่บ้านตนเอง ทำให้การเข้าถึงประชาชนง่ายขึ้น เพราะรู้จักคุ้นเคยกันมาก่อน การปรับตัวเข้ากับประชาชนเป็นเรื่องที่ไม่ยาก
๓. โรงพยาบาลของเทศบาล สังกัดกระทรวงมหาดไทย มีทั้งข้อดีและข้อเสีย

ข้อเสีย คือ

๑. ระเบียบไม่เอื้ออำนวย เช่น ค่าตอบแทน จะขอใช้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขต้องทำเรื่องเข้า กทจ.
๒. การย้าย ไม่เป็นปัญหา จะย้ายไปที่ใดใน อปท. ก็ได้ ถ้ามีตำแหน่งว่างรองรับ หรือไปช่วยราชการ ถ้าผู้บริหารยินยอม
๓. ขาดความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ แต่ก็เต็มใจ เพราะได้ดูแลประชาชนในบ้านเกิดอย่างใกล้ชิด
๔. ฝากให้ส่วนกลางประสานกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เรื่องเงินค่าตอบแทน
๕. สำหรับเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย (ระบบ Refer) ไม่มีปัญหา เพราะเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลมหาราชนครอยู่แล้ว สามารถพูดคุยในระบบสาธารณสุขได้ดี

ข้อดี การแก้ปัญหาต่าง ๆ รวดเร็ว จากการที่สายการบังคับบัญชาที่สั้น

สัมภาษณ์ คุณเดือนจิตต์ ช่วยจันทร์ (พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานชุมชน) : เล่าประสบการณ์การทำงานกับชุมชน ดูแลเรื่องอาสาสมัครสาธารณสุขของเทศบาลนคร ซึ่งขณะนี้ ขึ้นทะเบียนกับ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเรียบร้อยแล้ว และรับค่าป่วยการของกระทรวงสาธารณสุข

ภารกิจที่ดำเนินการ

๑. รับสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน /ขึ้นทะเบียนรับค่าป่วยการ/ จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.(จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข ๓๓๐ คน)

๒. การจัดทำโครงการต่าง ๆ ของ อสม. และภาคประชาชน รับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (สปสช. จ่าย ๔ ล้านบาท เทศบาลสนับสนุน ๒ ล้านบาท) เลขานุการกองทุนหลักประกันคือ รองฯ สนิท พรหมสุภา (ผอ.กองแพทย์)
๓. อนาคตโรงพยาบาลจะปรับบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลเป็นโรงพยาบาล ๔ มุมเมือง เพื่อลดความแออัดจากโรงพยาบาล
๔. งบประมาณในภาพรวมจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับโรงพยาบาลประมาณ ๑๐๐ ล้านบาท

สัมภาษณ์ แพทย์หญิงหทัยพรรณ ศิริวานิช

เป็นกุมารแพทย์ ประจำของโรงพยาบาลเทศบาลนครฯ เหตุผลต่างๆที่มาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเทศบาลนครฯ ดังนี้ ออกตรวจผู้ป่วยนอก (ผู้ป่วยเด็ก) ทุกวัน ในเวลาราชการ ผู้ป่วย OPD วันละประมาณ ๕๐-๖๐ คน

แรงจูงใจที่มาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเทศบาลนครฯ

๑. ไม่ต้องดูเวร (มองดูว่าเหมือนเห็นแก่ตัว แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านครอบครัว จึงรับเงื่อนไขอย่างชัดเจน เป็นข้อเสนอที่มาปฏิบัติงานที่เทศบาล)
๒. ทำงานได้คล่องตัว (เป็นหนึ่งในนโยบายที่ผู้บริหารหาเสียงไว้กับประชาชน)
๓. โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นทางเลือกให้ประชาชนมากขึ้น สำหรับโรงพยาบาลมหาราช ใช้ได้เฉพาะบัตรทองที่ขึ้นทะเบียนและภายในจังหวัด

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. ขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์ของนายกเทศมนตรี
๒. อายุการทำงานของผู้บริหาร (เดิม) อยู่นาน หลายวาระ (๓๒ ปี) ทำให้งานต่อเนื่อง นายกฯ ต้องมีบารมี และมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

ข้อเสนอแนะ

๑. เทศบาลมีปัญหาการเบิกจ่ายค่าตอบแทน ทำหนังสือเสนอเข้ากรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ไปแล้ว แต่ยังไม่ได้รับคำตอบ) ควรได้รับการแก้ไขโดยเร็ว เพื่อมิให้เกิดปัญหาต่อเนื่องทำให้บุคลากรขาดขวัญ กำลังใจ
๒. การบรรจุลูกจ้างเป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่น ควรมีแผนการประมูญลูกจ้างตามวุฒิ การศึกษาในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่แล้ว

2. เทศบาลเมืองทุ่งสง นครศรีธรรมราช

สัมภาษณ์

นายทรงชัย วงศ์วิระดำรง นายกเทศมนตรีเมืองทุ่งสง : แนวทางการดำเนินงานของเทศบาลเมืองทุ่งสง ได้กำหนดนโยบายเรื่องสุขภาพเป็นนโยบายที่สำคัญของเทศบาลเมืองทุ่งสง ได้กล่าวถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน ดังนี้

- เดิมศูนย์สุขภาพชุมชนของเทศบาลมีจุดอ่อนเรื่องการให้บริการประชาชน ทำอยู่ในกรอบชุดเรื่อง จึงหาแนวทางแก้ไขให้ผู้ที่มีศักยภาพในการจัดบริการมาดำเนินการ ทางเทศบาลได้รับความกรุณาจาก นพ.ล้วน ภูชากรณ์ ซึ่งนับเป็นปูชนียบุคคลด้านสาธารณสุข และได้รับความเชื่อถือจากบุคคลทุกระดับมาดำเนินการ
- แนวคิดเรื่องการกระจายอำนาจ ไม่กระจายจริง คนส่วนใหญ่มองว่าท้องถิ่น โกง (ซึ่งมองว่าเป็นจุดอ่อน) ต้องยอมรับว่าระบบราชการไทยกำหนดกติกาไว้ดี สิ่งที่ไม่ดี คือ คน
- การดำเนินการครั้งแรกได้รับการต่อต้านจากเจ้าหน้าที่ บางคนก็หาว่านายกฯ ัวกับ นพ.ล้วน ครั้งแรกนายกฯ มีหุ้นส่วนด้วยจึงทำให้เกิดปัญหา ต่อมาก็ให้ นพ.ล้วน ดำเนินการเองและจดทะเบียนในรูปของห้างหุ้นส่วนจำกัดเพื่อสุขภาพทุ่งสง
- การสนับสนุน เทศบาลสนับสนุนสถานที่ บุคลากร สำหรับยาและเวชภัณฑ์ ศูนย์ฯ ดำเนินการเอง สามารถจัดซื้อยานอกบัญชียาหลักฯ ได้ หลังจากปรับเปลี่ยนบริการประชาชนพึงพอใจถึงร้อยละ ๘๐ นายกฯ จึงคิดว่าที่เดินมาถูกต้องทิศทาง บางครั้งก็เหนื่อยกับคำวิพากษ์วิจารณ์ของคนว่าเอื้อประโยชน์ให้กับคนบางกลุ่ม

- ปัญหาอุปสรรค เจ้าหน้าที่ภายในกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมมีพยาบาลวิชาชีพ ๑ คนต้องออกไปช่วยเยี่ยมบ้านกับทีมศูนย์ฯ หรือไปประสานกับศูนย์ฯ เพื่อติดตามการทำงาน

อนาคตเรื่องการกระจายอำนาจจะเป็นอย่างไร

ถ้ารัฐบาลยังเป็นแบบนี้ การขับเคลื่อนเรื่องการกระจายอำนาจไปได้ยาก นายกรัฐมนตรีต้องตัดสินใจและมอบนโยบาย

สำหรับเรื่องศูนย์สุขภาพชุมชนของเทศบาลเมืองทุ่งสง เปิดมา ๖ ปี ความสำเร็จอยู่ที่ความพึงพอใจของประชาชน ได้รับบริการที่ดี แพทย์มีคุณภาพ สถิติผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น อนาคตไม่จำเป็นต้องตั้งโรงพยาบาล ให้สิ้นเปลืองงบประมาณ เพียงแต่บูรณาการงานกับโรงพยาบาลทุ่งสงให้ได้ หน้าที่หลักของเทศบาลทำเรื่องส่งเสริมป้องกัน ไม่ใช่ตั้งรับ

ข้อจำกัด คือ บุคลากรทางการแพทย์ดูแลมากกว่าด้านการศึกษา อัตราค่าจ้างสูง แต่เมื่อคุณผลลัพธ์แล้วประชาชนได้ประโยชน์ก็ต้องดำเนินการ

สัมภาษณ์

คุณเตือนจิต จงถา รองปลัดเทศบาลเมืองทุ่งสง, รักษาการผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และคุณศราวุธ สายสิทธิ์ หัวหน้าฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข : ได้เล่าแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของเทศบาลเมืองทุ่งสง ดังนี้

เทศบาลเมืองทุ่งสง มีประชากร ๒๘,๐๐๐ คน มีศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเอง โดย Out source ให้ทีมของ นพ.ล้วน บุชากรณ์ อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งสง เป็น Sub contract ดำเนินการจัดบริการโดยเป็นหน่วยบริการประจำ (CUP) รับค่าจ้างสำหรับการให้บริการจาก สปสช. สำหรับเงินส่งเสริมป้องกันมีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หัวละ ๔๐ บาท เทศบาลสมทบ ๒๐% สำหรับบุคลากรส่วนหนึ่งเป็นของเทศบาลที่เข้าไปสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลเมืองทุ่งสง

๑. การบริหารจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนมีความเป็นอิสระ ข้อจำกัดน้อย ภายใต้ระเบียบราชการ
๒. วิสัยทัศน์และนโยบายของนายกเทศมนตรี โดยให้ออกชนมาบริการผู้บริหารสนับสนุนเต็มที่
๓. เทศบาลสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ อาคารสถานที่และบุคลากร จึงทำให้การบริการเป็นที่ประทับใจของประชาชน ชาวบ้านไม่ต้องรอคิวนาน เมื่อออกชนมาบริการทำให้มีทีมแพทย์และพยาบาลเพิ่มขึ้น
๔. ประชาชนพึงพอใจ ผลการสำรวจความพึงพอใจ คะแนนอยู่ในระดับสูง มีการปรับปรุงสถานที่เพื่ออำนวยความสะดวกของประชาชน มีบริการตรวจรักษานอกเวลาราชการถึง ๒๐.๐๐ น. ไม่หยุดวันเสาร์-อาทิตย์ และนักชัตตฤกษ์

อนาคตข้างหน้า ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ อยากเห็น

- รัฐบาลกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมากขึ้น ซึ่งท้องถิ่นขณะนี้มีความศักยภาพ สนองความต้องการของประชาชนได้ทั่วถึง บุคลากรในท้องถิ่นมีความรู้ความสามารถ
- สำหรับงานบริการด้านสาธารณสุข ควรกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเพื่อมิให้ประชาชนเสียโอกาสเพราะบุคลากรของท้องถิ่นมีความชำนาญเฉพาะด้านเหมือนกับที่อยู่ในโรงพยาบาล จะทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ รวดเร็วและแก้ปัญหาได้ตรงตามความต้องการของประชาชน

3. องค์การบริหารส่วนตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

(ปัจจุบันยกสถานะเป็นเทศบาลเมืองปากพูน)

สัมภาษณ์

นายธนวุฒิ ถาวรพราหมณ์ (อดีตนายก อบต.ปากพูน) ประสพการณ์การทำงานการเมืองมา ๔ สมัย เป็นรองนายกฯ ๑ สมัย เป็นนายก อบต. ๓ สมัย ตั้งแต่ปี ๒๕๓๘ เป็นต้นมา ขณะนี้ อบต.เลื่อนฐานะเป็นเทศบาลเมือง อยู่ระหว่างดำเนินการแบ่งเขต คาดว่าจะจัดการเลือกตั้งประมาณเดือนมีนาคม ๒๕๕๕

นายชนาวุฒิ ถาวรพราหมณ์ : ถ้าประสบการณ์ความสำเร็จในการทำงาน ทำงานเสร็จ เป็นรายการกิจกรรม แต่ที่ยังไม่สำเร็จ คือการบูรณาการหลายๆ ด้านให้เป็นหนึ่งเดียว งานของท้องถิ่น ต้องเริ่มต้นด้วยงานสุขภาพเป็นหลัก ต้องทำงานหลายงานในมิติเวลาเดียวกัน ควรเชื่อมโยงแต่ละ งาน เช่น งานเศรษฐกิจชุมชน งานด้านสุขภาพอนามัย งานส่งเสริมรายได้ ฯลฯ

ความคาดหวังด้านสุขภาพ คือ

- ทำเรื่องสุขภาพให้อยู่ในวิถีชีวิต ให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ เราเป็นเพียงผู้เสริมให้ประชาชนเป็นผู้สร้างโดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ เพียงแต่เราเป็นผู้กระตุ้น
- การทำงานหลายมิติในเวลาเดียวกัน ก็พบจุดอ่อน คือ กรอบงานที่วางไว้มีจำนวนมาก เราต้องทำเป็นเรื่องเดียวกัน เช่น เรื่องน้ำท่วม เมื่อสมัยก่อนน้ำท่วมถือว่าอยู่ในวิถีชีวิต หน้าน้ำมาก็เกิดน้ำท่วม คนจะช่วยเหลือกัน ทำให้เกิดความสามัคคีและอยู่กับสภาวะ น้ำท่วมได้ โดยหาปลา ปลุกผัก รับประทาน ปัจจุบันต้องรอความช่วยเหลือจากรัฐ

ความสำเร็จของการดำเนินงาน

๑. เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้ประสบการณ์จากชีวิตจริง
๒. สร้างสิ่งเร้าและแรงจูงใจให้คนที่มาเรียนรู้ที่ปากพูน อยากรู้ อยากเห็น อยากเป็นและอยากทำ
๓. ผู้นำ ถือเป็นปัจจัยสำคัญ ถ้ามีผู้นำดี มีคนอาสาพากันทำ จะทำให้ท้องถิ่นเกิดความเจริญ

มองท้องถิ่นในอนาคต ควรออกจากกระทรวงมหาดไทย มีสำนักจัดการบริหารท้องถิ่นเอง เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงาน

ปัจจัย เงื่อนไขที่ทำให้ในการทำงานที่ประสบความสำเร็จ

๑. ผู้นำดีและเก่ง

๒. ใช้ข้อมูลเป็นฐาน จัดการระบบเป็นหมวดหมู่
๓. การสื่อสารมีประสิทธิภาพ
๔. การมีส่วนร่วมของชุมชน
๕. การมีส่วนร่วมของชุมชน
๖. ภาวการณ์ช่วยเหลือที่หลากหลาย เช่น น้ำท่วมครั้งนี้ มีเครือข่ายจากต่างจังหวัดมาช่วยเหลือ
๗. ใช้ประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่

การวัดความสำเร็จของงานสูงสุดแห่งความสำเร็จคือ ทำอย่างไร คนจะพึ่งตนเองได้ ที่ยึดถือเป็นคติในการทำงาน คือ ภาษิตของขงจื้อ “ผู้นำดี คือ ผู้นำที่ผู้ตามยินดีจะทำตามเพราะเชื่อถือศรัทธา ซึ่งเมื่อผู้นำไม่อยู่ผู้ตามก็สามารถดำเนินกิจกรรมต่อไปได้”

ข้อมูลที่ใช้ทุกวันนี้ คือ FAP (Family and community Assessment Program) เป็นระบบข้อมูล ๑๐ ระบบ เพื่อขับเคลื่อนตำบลสุขภาพ เนื่องจากปัจจุบันค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลครอบครัวละประมาณ ๗,๐๐๐ บาท ขณะที่ค่าสาธารณูปโภคครัวเรือนละ ๕,๐๐๐ – ๖,๐๐๐ บาท เท่านั้น

สัมภาษณ์

นายชาญชัย อรุณ ปลัดเทศบาลเมืองปากพูน (รักษาการนายกฯ) : จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ๓ สาขา คือ นิติศาสตร์ ไทยคดีศึกษา ศึกษาศาสตร์บัณฑิต และปริญญาโทด้านพัฒนาสังคม ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่นายกเทศมนตรีเมืองปากพูน เนื่องจากการจัดการแนวเขตพื้นที่ยังไม่เรียบร้อย จึงยังไม่ได้มีการเลือกตั้งนายกเทศมนตรี

ปัจจัยความสำเร็จ เกิดจาก

๑. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะ อสม.
๒. การค้นคว้าวิจัยในท้องถิ่นร่วมกับมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ขณะนี้ต้องยอมรับว่าทุนต่างๆ มีอยู่ในชุมชน มีภูมิปัญญาชาวบ้าน มีกระบวนการจัดการ
ด้าน สุขภาวะ เพียงแต่มาจัดหมวดหมู่ให้เป็นระบบมากขึ้น เมื่อก่อนไม่มีการพูดคุย ต่างคน
ต่างอยู่ ปัจจุบันประชาชนมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น พร้อมทั้งจะพัฒนาชุมชนของตนเอง

ความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมในตำบล

๑. การจัดการเรื่องโรคระบาดได้รวดเร็วดีขึ้น เช่น การร่วมมือกันกำจัดยุงลาย ซึ่งเป็น
พาหะนำโรคไข้เลือดออก
๒. โรคในผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน พฤติกรรมเสี่ยงลดลง มีการออกกำลังกายและ
รับประทานอาหารสุขภาพ ไม่บริโภคขนม ใช้ชีวิตพอเพียง วัตถุนิยมน้อยลง เรื่อง
โรค ประชาชนรู้รากเหง้า รู้เท่าทัน กำหนดวิถีชีวิตตนเอง

สำหรับสถานีอนามัยที่รับถ่ายโอน ๒ แห่ง ปัจจุบันพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล ให้บริการด้านสุขภาพ ดูแลประชาชน ปัจจุบันมีการพัฒนางานเพิ่มขึ้นดังนี้

๑. ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว
๒. สร้างทีมช่วยเหลือกิจกรรมของสถานบริการ อสม.สามารถคัดกรองผู้ป่วย
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
๓. มีจิตอาสาของ อสม.และภาคประชาชน
๔. มีการรณรงค์เรื่องภัยพิบัติต่างๆ ได้แก่ การจัดให้มีเครือข่ายลดอุบัติเหตุบนท้องถนน
รณรงค์สวมหมวกกันน็อกใส่สายรัดคาง ๑๐๐% เพื่อเป็นต้นแบบขยายเครือข่าย

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. ผู้บริหารท้องถิ่นต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีวิสัยทัศน์ มีศักยภาพมีความเป็นวิชาการ
๒. มีความรู้ความเข้าใจ ทำให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงวัยในท้องถิ่นได้รับ
โอกาส
๓. สังคมเกื้อกูล โดยใช้ทุนทางสังคมสนับสนุน มีการค้นคว้าภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ให้
ผู้สูงอายุมาร่วมเล่นให้เด็กฟัง ให้เด็กไปดูแลผู้สูงอายุเป็นต้น

โครงสร้างองค์กร

๑. โครงสร้างองค์กรมีผลต่อการจัดการ โดยจะกำหนดบทบาทหน้าที่ไว้กว้างๆ ถ้าผู้บริหารมีความตั้งใจจะทำได้ดี
๒. งบประมาณบางเรื่องไม่เพียงพอ เรียกร้องเท่าไรก็ไม่เพียงพอ ดังนั้น จึงมีการบริหารท่ามกลางความขาดแคลน ถ้ามีงบประมาณจากแหล่งอื่นมาสนับสนุน จะทำให้เงินงบประมาณของท้องถิ่นสามารถนำไปพัฒนาด้านอื่นได้ สำหรับเทศบัญญัติของท้องถิ่น มีในเรื่องการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำบลไม่เพียงพอ การเก็บภาษีเพิ่มต้องมีการทำประชาพิจารณ์ ให้ประชาชนรับทราบและร่วมแสดงความคิดเห็น

ข้อเสนอแนะ

๑. การเปลี่ยนเจตคติของคนในท้องถิ่นสำคัญมาก ดังนั้น การให้ความรู้จะทำให้ประชาชนมีความเข้าใจ เปลี่ยนทัศนคติ แต่ต้องใช้เวลา
๒. ผู้นำสำคัญ ถ้าผู้นำไม่มีนโยบาย จะขาดความร่วมมือ ดังนั้น ผู้นำต้องมีคุณธรรมจริยธรรม

ภาพในอนาคตของท้องถิ่น

๑. อยากให้รัฐบาลมีความจริงใจในเรื่องกระจายอำนาจ บางเรื่องไม่กระจายจริง เช่น บางงานให้ท้องถิ่นทำแต่อำนาจอนุมัติหรือดำเนินการยังเป็นของผู้ว่าราชการจังหวัด
๒. เงินอุดหนุนควรกระจายให้ท้องถิ่นอย่างเพียงพอต่อการพัฒนา
๓. การปฏิรูปอำนาจ อยากให้ท้องถิ่นเป็นกระทรวง เพื่อจะได้บริหารจัดการเบ็ดเสร็จจึงจะเกิดการพัฒนายั่งยืน
๔. อยากให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่นเดียวกับประเทศที่เจริญแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกาแต่ไม่ใช่เรียนแบบทุกอย่าง อเมริกาไม่มีกษัตริย์แต่ของเรามี ซึ่งเป็นที่ยึดโยงจิตใจประชาชน สำหรับเทศบาลเมืองปากพูนได้เห็นความแตกต่างหลายเรื่องอำนาจ และการเปลี่ยนแปลงมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งทำให้มีการพัฒนามากขึ้น

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลเทศบาลนครศรีธรรมราช

ตั้งอยู่เลขที่ ๔๗๕ ถ.ราชดำเนิน ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช

โรงพยาบาลชุมชนเขตเมือง ขนาด ๗๐ เตียง

- ประชากร UC พ.ศ. ๒๕๔๘ จำนวน ๖๕,๗๓๒ คน (ณ. พ.ย.๔๘)
- ประชากร UC พ.ศ. ๒๕๕๓ จำนวน ๗๕,๔๒๑ คน (ณ. พ.ย.๕๔)

ร้อยละความครอบคลุมการลงทะเบียน ๕๕,๕๘๓ โดยเป็นคู่สัญญาการลงทะเบียนสถานบริการ ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ หน่วยประจำและหน่วยรับส่งต่อ

ความเป็นมาของโรงพยาบาลเทศบาล

- ความเป็นมาของการจัดตั้งโรงพยาบาลเทศบาลนคร
 ๑. นโยบายในการดูแลสุขภาพของประชาชน ของเทศบาลนครศรีธรรมราช
 ๒. ศักยภาพทางด้านงบประมาณและบุคลากร ของเขตเทศบาลที่มีความพร้อม
 ๓. ปัญหาการเข้าถึงในการให้บริการทางการแพทย์ของประชาชน โดยเฉพาะในชุมชน
 ๔. ความแออัดของสถานพยาบาลของรัฐที่มีอยู่เดิม
 ๕. ความเห็นพ้องต้องกันและสนับสนุนจากทุกฝ่ายให้เทศบาลเป็นผู้ดำเนินการ
(รพ.มหาราช/สสจ.นครศรีธรรมราช/สปสช.)

การดำเนินการจัดตั้ง รพ. เทศบาลนคร

- เมื่อวันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๔๗ ได้มีการประชุมแนวทางการดำเนินงานให้การดูแลสุขภาพประชาชนในเขตเทศบาล ณ รพ.มหาราช
โดยผู้ร่วม ประกอบด้วย

๑. ตัวแทน สปสช.

๒. รพ. มหาราชนครศรีธรรมราช

๓. สสจ. นครศรีธรรมราช

๔. เทศบาลนครนครศรีธรรมราช

- ได้ข้อสรุป เทศบาลนครนครศรีธรรมราช สามารถเปิดให้บริการ โดยขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการได้

การดำเนินการจัดตั้ง รพ. เทศบาลนคร

- วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๗ ประชุมคณะกรรมการกลั่นกรองการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดนครศรีธรรมราช ครั้งที่ ๑/๒๕๕๗ ณ ห้องประชุมชั้น ๓ สสจ. นครศรีธรรมราช
- โดยมี - นายกเทศมนตรีนครนครศรีธรรมราช
- ผอ.กองการแพทย์ เทศบาลนครนครศรีธรรมราชเข้าร่วมประชุม
- ได้ข้อสรุป ให้เทศบาลจัดตั้งเป็น รพ. ชุมชน ขนาด ๓๐ เตียง และสามารถขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิได้

การเปิดดำเนินการ/การขึ้นทะเบียน

- หลังจากวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๗ เทศบาลปรับปรุงอาคาร / สถานที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้หอนาฬิกา ซึ่งเป็นที่ทำการของกองการแพทย์และศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ จัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์/ครุภัณฑ์การแพทย์ จัดหาบุคลากร
- โดยเตรียมการเปิดบริการใช้เวลา ๔๐ วัน
- เปิดให้บริการอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๗
- ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘

นโยบาย Policy

- ประชาชนในเขตเทศบาลทุกคนมีสุขภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์ และสามารถเข้าถึงการแพทย์ได้โดยสะดวก รวดเร็ว ประทับใจ ไม่มีข้อจำกัดเรื่องฐานะความเป็นอยู่เมื่อเจ็บป่วยภายใต้การดำเนินงานของเทศบาลนครนครศรีธรรมราช โดยมีคุณภาพการบริการเทียบเท่าโรงพยาบาลเอกชน
- จัดให้มีโรงพยาบาลชุมชน ๔ มุมเมือง (ขณะนี้เป็นศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่ ๕ แห่ง)

พันธกิจ Mission

- โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ (Primary care) ที่มุ่งมั่นสร้างและดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาลให้มีสุขภาพที่ดี

วิสัยทัศน์ Vision

บริการที่ประทับใจ คุณแลทุกคนดังญาติพี่น้อง

ค่านิยม

- คุณภาพบริการที่ดี เทียบเท่าโรงพยาบาลเอกชน
- ทันสมัยทั้งบุคลากรและเครื่องมือ
- ทุกชีวิตมีค่าต้องรักษาเมื่อเจ็บป่วย
- ปัญหาสุขภาพของประชาชนคือหน้าที่
- พัฒนามาตรฐานการแพทย์อย่างต่อเนื่อง

การเปิดบริการ ประกอบด้วย

- เปิดบริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง / รักษาทุกโรคไม่ต้องจ่าย ๓๐ บาท
- ผู้ป่วยใน ๗๐ เตียง (ปัจจุบันรับผู้ป่วยได้ ๔๖ เตียง รวมห้องฉุกเฉิน ๔ เตียง)

- อุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยนอก
- งานทันตกรรม
- งานเภสัชกรรม
- คลินิกพิเศษและโครงการต่าง ๆ เช่น งานส่งเสริมสุขภาพ (ฝากครรภ์ , วัคซีน , สุขภาพเด็กดี , วางแผนครอบครัว , ตรวจมะเร็งปากมดลูก , วัณโรค , เด็กขาดสารอาหาร) โรคผิวหนัง , คลินิกเด็ก, เอดส์, โรคตา, โรคหอบหืด, โครงการ ๓๐,๐๐๐ เต็ม, งานอนามัยโรงเรียน, โรคหัวใจ
- งานรังสีวินิจฉัย และงานชันสูตร

บริการพิเศษอื่น ๆ

- การบริการรพยบาลส่งต่อ กรณีส่งต่อโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ , สวนสราญรมย์
- การสงเคราะห์ค่าเล่าไข้และค่าพาหนะ โดยประสานงานกับกองสวัสดิการสังคม
- งานศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ
- งานเยี่ยมบ้านมารดา – ทารกหลังคลอด
- สงเคราะห์ผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบ (ใช้งบประมาณจากกองการแพทย์และกองสวัสดิการสังคม)
- สงเคราะห์ค่าพาหนะผู้ป่วยวัณโรค กรณีไปพบแพทย์

บริการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย

- ที่มีสิทธิเบิกได้จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ ส่วนราชการอื่น โดยไม่ต้องชำระเงิน เพียงแต่ลงลายมือชื่อรับรองการเข้าใช้บริการ รพ. จะเรียกเก็บโดยตรงกับหน่วยงานที่ได้ทำความตกลงกัน
- เริ่มตั้งแต่ มกราคม ๒๕๔๘ เป็นต้นมา

สถานะการเงิน

● รายรับ ปีงบประมาณ ๒๕๕๔

๑. รายรับจากเงินเทศบัญญัติงบประมาณรายจ่าย ๓๘,๐๗๘,๒๐๕.๕๗ บาท

๒. รายรับเงินทุนหมุนเวียนค่ายาและเวชภัณฑ์ ๓๗,๓๓๐,๗๕๐.๒๘ บาท

๓. รายรับกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๖๖,๑๕๗,๗๕๑.๖๕ บาท

รวม ๑๔๑,๖๐๖,๗๕๑.๕๔ บาท

● รายจ่าย ปีงบประมาณ ๒๕๕๔

๑. รายจ่ายเงินทุนหมุนเวียนค่ายาและเวชภัณฑ์ ๔๐,๔๑๔,๕๐๘.๗๗ บาท

๒. รายจ่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๕๕,๗๒๗,๕๖๗.๕๘ บาท

รวม ๙๖,๑๔๒,๐๗๖.๓๕ บาท

จ่ายจากเงินเทศบัญญัติประจำปี ๒๕๕๓

๑. จ่ายจากเงินงบประมาณ ประจำปี ๓๘,๐๗๘,๒๐๕.๕๗ บาท

รวมรายจ่ายทั้งสิ้น รพ.+เทศบาล ๑๓๔,๒๒๐,๖๘๖.๗๒ บาท

สรุปผลการดำเนินงานของ รพ. ๗,๓๘๖,๑๐๕.๒๒ บาท

เงินสะสมคงเหลือในแต่ละปีของ รพ. ๒๐,๐๗๐,๕๓๕.๓๗ บาท

งบประมาณโครงการต่าง ๆ

- โครงการโรคเอดส์ เทศบาลตั้งบฯ ๓๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท
- โครงการโรควัณโรค เทศบาลตั้งบฯ ๑๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท
- โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพ ๒๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท
- โครงการ ๓๐,๐๐๐ เต็ม ๕๐๐,๐๐๐ บาท
- โครงการเยี่ยมมารดาและทารกแรกเกิด ๕๐,๐๐๐ บาท
- โครงการส่งเสริมกิจกรรม อสม. ๓๐๐,๐๐๐ บาท
- โครงการรณรงค์ป้องกันโรคติดต่อ ๕๐,๐๐๐ บาท
- แพทย์ประจำ

บุคลากรของโรงพยาบาลเทศบาล

- แพทย์ประจำ จำนวน ๑๒ คน
- พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๕๖ คน
- ทันตแพทย์ จำนวน ๑ คน
- เภสัชกร จำนวน ๕ คน
- เจ้าพนักงานเภสัช จำนวน ๒ คน
- เทคนิคการแพทย์ จำนวน ๒ คน

- เทคนิครังสี จำนวน ๑ คน
- ทันตสาธารณสุข จำนวน ๓ คน
- ลูกจ้าง จำนวน ๗๒ คน

รวม ๑๕๒ คน

ผลการดำเนินงาน

๑. ให้บริการผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ ๒๕๕๓ ทั้งหมด ๒๐๐,๕๕๖ ราย

(๑ ต.ค.๕๒ – ๓๐ ก.ย.๕๓)

เฉลี่ยต่อเดือน ๑๖,๗๑๓ คน

เฉลี่ยต่อวัน ๆ ละ ๕๕๖ คน

๒. ให้บริการผู้ป่วยในประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๓ ทั้งหมด ๔,๐๓๒ ราย

(๑ ต.ค.๕๓ – ๓๐ ก.ย.๕๓)

เฉลี่ยต่อเดือน ๓๓๖ คน

เฉลี่ยต่อวัน ๑๑ คน

โครงการ ๓๐,๐๐๐ เติ่ง

แนวความคิดและที่มาของโครงการ

๑. ปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยและไม่สามารถเข้าถึงการแพทย์ได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะยากจนในชุมชน
๒. นโยบายการนำการแพทย์โดยแพทย์ / พยาบาล ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนถึงบ้าน เพื่อลดความแออัดในสถานพยาบาลและนำบริการของรัฐไปสู่ประชาชน โดยอำนวยความสะดวกเป็นพิเศษ
๓. ปัญหาผู้ป่วยที่เดินทางไปพบแพทย์ไม่สะดวก เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต, ผู้พิการ, ผู้ป่วยโรคหัวใจเรื้อรัง, จิตเวช และไม่มีผู้เลี้ยงดู
๔. สร้างความสุขทางใจให้ผู้ป่วยนอกรักษาตัวที่บ้านท่ามกลางลูกหลานด้วยความอบอุ่นในครอบครัว

เป้าหมายของโครงการ / นิยาม

- การรักษาพยาบาล โดยแพทย์และพยาบาล พร้อมอุปกรณ์การแพทย์ออกทำการตรวจรักษาผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน ๓๐,๐๐๐ ราย จากจำนวนครัวเรือนทั้งหมดในเขตเทศบาล ๓๐,๐๐๐ กว่าครัวเรือน
- โดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

การเปิดดำเนินการ

- ตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๘
- ขณะนี้มีสมาชิก จำนวน ๖,๖๖๒ ราย (ณ ปัจจุบัน)
- เสียชีวิตแล้ว ๑,๑๕๒ ราย

รายละเอียดโครงการ

- เปิดรับสมาชิกทุกวันไม่จำกัดจำนวน ณ ศูนย์บริการพิเศษ ๓๐,๐๐๐ เตียง ของ รพ. เทศบาลนครนครศรีธรรมราช
- ติดตามเยี่ยม ประเมินอาการผู้ป่วยที่บ้านพร้อมให้คำปรึกษาและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ โดยทีมแพทย์และพยาบาล ตลอด ๒๔ ชั่วโมง
- ให้บริการคลินิกโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร่วมกับทีมแพทย์พยาบาล และเภสัชกร วันจันทร์และวันพุธ ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.
- ออกเยี่ยม คัดกรอง ประเมินสถานะสุขภาพเบื้องต้นให้แก่เจ้าอาวาสวัดในเขตเทศบาล ๓๑ วัด
- บริการตรวจเลือดผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ที่บ้าน
- เปิดบริการ Hot line สายด่วนเพื่อสุขภาพ ๑๕๕๕ พร้อมทั้งบริการแจ้งเหตุฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง และออกเยี่ยมผู้ป่วย โดยทีมแพทย์และพยาบาล
- ให้บริการยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อการดูแลรักษา เช่น เตียงผู้ป่วย รถเข็น ชนิดนั่ง ไม่เท้าสี่ขา ถึงออกซิเจน
- บริการรับส่งผู้ป่วยนอกพื้นที่ (ร.พ. สงขลานครินทร์) ในกรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

- ดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านการพยาบาลและการบริหารในกรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- สถิติการของเยี่ยมและเครื่องอุปโภคบริโภค

การขอรับบริการแพทย์ / พยาบาล

- นอกเหนือ Program เช่นกรณี
 - การขอรถพยาบาลรับ – ส่งผู้ป่วยจากบ้านไปโรงพยาบาลและกลับบ้าน
 - การปรับ/เปลี่ยนดูแลการใช้สายสวนปัสสาวะ , สายยางใส่อาหาร (N.G. tube)
 - การเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อทำการตรวจวิเคราะห์ที่บ้าน
 - การบริการหลังการเสียชีวิต รถบรรทุกศพ – พวงหรีด

การดำเนินการตรวจเยี่ยม

- ทีมพยาบาลแบ่งเป็น ๔ ชุด ๆ ละ ๒ คน ออกตรวจเยี่ยมทุกวัน เฉลี่ย ๓๐ รายต่อ ๑ ชุด/วัน
- ทีมแพทย์ มีแพทย์ ๑ คน, พยาบาล ๑ คน, ผู้ช่วยพยาบาล ๑ คน ออกตรวจเยี่ยมทุกวัน
จันทร์ – ศุกร์ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. วันเสาร์- อาทิตย์ จะมีทีมแพทย์ ๒ ทีม ออกเยี่ยม
๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. เฉลี่ย ๓๐ รายต่อวัน ประมาณอย่างน้อย ๒ อาทิตย์ ผู้ป่วยจะได้พบ
แพทย์ ๑ ครั้ง

จำแนกสมาชิกตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

กลุ่ม เกณฑ์การจำแนก ผู้เยี่ยม ความถี่ในการเยี่ยม จำนวน
(ราย)

A ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย แพทย์และพยาบาล เดือนละ ๑ ครั้ง ๑๐๑ ครั้ง

B ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แพทย์และพยาบาล ๑ เดือน/ครั้ง ๗๘๘ ครั้ง

เช่น นั่งได้ นั่งรถเข็นได้

C ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ พยาบาล ๑ เดือน/ครั้ง ๓,๔๕๔ ครั้ง

หน่วยฉุกเฉิน (EMS ๓๐,๐๐๐)

๑. ผู้ป่วยแจ้งอาการทางโทรศัพท์ (๑๕๕๕)
๒. ทีมแพทย์และพยาบาลออกเยี่ยม
๓. กรณีสามารถนอนพักที่บ้านได้ แพทย์สั่งยา และให้ญาติมารับยาที่โรงพยาบาล
๔. กรณีไม่สามารถพักที่บ้านได้ ทีมจะนำส่งโรงพยาบาลต่อไป
๕. ผู้ป่วยที่สามารถใช้บริการได้ ต้องอยู่ในเขตเทศบาล เป็นสมาชิกโครงการ ๓๐,๐๐๐ เต็ม
หรือผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาโรงพยาบาลลำบาก

๓๐,๐๐๐ เต็ม จัดคลินิกความดัน – เบาหวาน

- เปิดบริการทุกวันจันทร์ และพุธ
- ให้บริการแล้วตั้งแต่ พ.ค.๔๘ – ปัจจุบัน
- เฉลี่ยวันละ ๘๐-๑๐๐ คน / คลินิก ๑ ครั้ง

PCU ของโรงพยาบาลเทศบาลนคร ๕ แห่ง

๑. ศูนย์บริการสาธารณสุขสุศรีทวี

๒. ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขคูขวาง

๓. ศูนย์บริการสาธารณสุขโพธิ์เสด็จ

๔. ศูนย์บริการสาธารณสุขทุ่งจีน

๕. ศูนย์บริการสาธารณสุขศาลามีชัย (หน่วยบริการปฐมภูมิ)

ศูนย์บริการสาธารณสุขศรีทวี

- เปิดบริการเมื่อ ๕ ธันวาคม ๒๕๔๔
- ที่ตั้ง ถนนสะพานยาว ต.ท่าวัง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช
- ผู้รับผิดชอบ พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ ๑ คน พนักงาน ๑ คน
- เขตพื้นที่รับผิดชอบ เขตตำบลท่าวัง ประกอบด้วย ๗ ชุมชน ได้แก่ ท่าวัง นอกโคก ป่าโล่ง บุญพาสันติบ้านตก หน้าสถานีรถไฟ มะขามชุม
- ลักษณะงาน ตรวจรักษาโรคทั่วไป ทำหัตถการต่าง ๆ ตรวจหลังคลอด ตรวจมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ตรวจครรภ์ ฉีดวัคซีนเด็ก บริการคลินิกทันตกรรม อาทิตย์ละ ๑ วัน โดยทันตแพทย์จากโรงพยาบาลหมุนเวียนกันไป

ศูนย์บริการสาธารณสุขคูขวาง

- เปิดบริการเมื่อ ๕ ธันวาคม ๒๕๔๒
- ที่ตั้ง ถนนพัฒนากรคูขวาง ต.ท่าวัง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช
- ผู้รับผิดชอบ พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ ๑ คน พนักงาน ๑ คน
- เขตพื้นที่รับผิดชอบ เขตตำบลท่าวัง ประกอบด้วย ๕ ชุมชน ได้แก่ คูขวาง - คลัง ๑ คูขวาง-ท่าวัง ๒ คูขวาง-ท่าวัง ๓ ท่าโพธิ์ บางขัน ประดู่ขาว ๑ ประดู่ขาว ๒ สาริบุตร พระเนียด
- ลักษณะงาน ตรวจรักษาโรคทั่วไป ทำหัตถการต่าง ๆ ตรวจหลังคลอด ตรวจมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ตรวจครรภ์ ฉีดวัคซีนเด็ก บริการคลินิกทันตกรรม อาทิตย์ละ ๑ วัน โดยทันตแพทย์จากโรงพยาบาลหมุนเวียนกันไป

ศูนย์บริการสาธารณสุขโพธิ์เสด็จ

- เปิดบริการเมื่อ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๓
- ที่ตั้ง ถนนเทพบุรี ต.โพธิ์เสด็จ อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช
- ผู้รับผิดชอบ พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ ๑ คน พนักงาน ๑ คน
- เขตพื้นที่รับผิดชอบ เขตตำบลโพธิ์เสด็จ ประกอบด้วย ๖ ชุมชน ได้แก่ ไสเจริญ หัวอิฐ ดันหว่า กอไผ่ คลองห้วย บ่อทรัพย์
- ลักษณะงาน ตรวจรักษาโรคทั่วไป ทำหัตถการต่าง ๆ ตรวจหลังคลอด ตรวจมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ตรวจครรภ์ ฉีดวัคซีนเด็ก บริการคลินิกทันตกรรม อาทิตย์ละ ๑ วัน โดยทันตแพทย์จากโรงพยาบาลหมุนเวียนกันไป

ศูนย์บริการสาธารณสุขทุ่งจีน

- เปิดบริการเมื่อ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๔๗
- ที่ตั้ง ม.๒ ต.โพธิ์เสด็จ อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช
- ผู้รับผิดชอบ พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ ๑ คน พนักงาน ๑ คน
- เขตพื้นที่รับผิดชอบ หมู่ที่ ๒,๓ ตำบลโพธิ์เสด็จ และหมู่ที่ ๓,๔ ตำบลนาเกียน ประกอบด้วย ๔ ชุมชน ได้แก่ นาเกียน ทุ่งจีน ไสเจริญ ทวดทอง
- ลักษณะงาน ตรวจรักษาโรคทั่วไป ทำหัตถการต่าง ๆ ตรวจหลังคลอด ตรวจมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ตรวจครรภ์ ฉีดวัคซีนเด็ก บริการคลินิกทันตกรรม อาทิตย์ละ ๑ วัน โดยทันตแพทย์จากโรงพยาบาลหมุนเวียนกันไป

ศูนย์บริการสาธารณสุขศาลามีชัย

- เปิดบริการเมื่อ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๔๔
- ที่ตั้ง ถนนราชดำเนิน ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช
- ผู้รับผิดชอบ พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ ๑ คน พนักงาน ๑ คน
- เขตพื้นที่รับผิดชอบ เขตตำบลโพธิ์เสด็จ ประกอบด้วย ๕ ชุมชน ได้แก่ หัวถนนก้าน้ำ การเคหะ เพชรจริก ประตู่ไชยสิทธิ์ ศาลามีชัย

- ลักษณะงาน ตรวจรักษาโรคทั่วไป ทำหัตถการต่าง ๆ ตรวจหลังคลอด ตรวจมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ตรวจครรภ์ จีดวัคซีนเด็ก บริการคลินิกทันตกรรม อาทิตย์ละ ๑ วัน โดยทันตแพทย์จากโรงพยาบาลหมอนเวียนกันไป

สรุป ตั้งโรงพยาบาลเทศบาลแล้ว ประชาชนได้อะไร

๑. สามารถเข้าถึงการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน โดยมีคุณภาพบริการเทียบเท่าโรงพยาบาลเอกชน การบริการที่สะดวก รวดเร็ว เท่าเทียมกัน ทั้งถึง ประทับใจ โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องค่ารักษาพยาบาล
๒. ประชาชนในเขตเทศบาลได้รับการดูแลสุขภาพ/รักษาพยาบาลดีเป็นพิเศษกว่าพื้นที่อื่นซึ่งไม่มี
๓. ลดความแออัดของผู้ป่วยของ ร.พ. มหาราชนครศรีธรรมราชลง ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น
๔. ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น

4. องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต

การสัมภาษณ์นายไพบูลย์ อุบัติศฤงศ์ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต

นายไพบูลย์ อุบัติศฤงศ์ กล่าวถึงแนวคิดเรื่องการจัดตั้งโรงพยาบาล ด้วยความฝันที่แท้จริง ไม่ใช่ช้อย่างนี้แต่เป็นรอยต่อระหว่างนายกท่านเดิม ซึ่งซื้อโรงพยาบาลมาได้ ๓ เดือน ก็หมดวาระ ถ้าเป็นความตั้งใจจริงอยากทำโรงพยาบาลชุมชนเล็กๆ กระจายสี่มุมเมือง และอยากทำเคียงสามัญให้มากเพราะการซื้อโรงพยาบาลเอกชนจะเป็นห้องพิเศษส่วนใหญ่ แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วก็ต้องสานต่อ ขณะนี้ยังดำเนินการไม่สำเร็จ ตั้งเป้าหมายไว้ว่า ประชาชนพึงพอใจ ราคาไม่แพง ไม่ต้องรอนาน

- ๑ การให้บริการโดยทีมงานโรงพยาบาลธนบุรี ระยะเวลาดำเนินการ ๑ ปี ๔ เดือน บุคลากรเกิดความไม่มั่นคงในชีวิตการทำงาน ต้องทำสัญญาจ้างปีต่อปี

๒. ปัญหากรมบัญชีกลาง ไม่สามารถดำเนินการเรื่องการจ่ายตรง ระเบียบปฏิบัติต่างๆ
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นไม่มีต้นแบบจึงให้ทดลองไปก่อน

ความฝันของนายก อบจ.ภูเก็ต

อยากทำโรงพยาบาลจิตอาสา ไม่ต้องใช้เงินรัฐบาล ใช้เงินบริจาค ทำเหมือนมูลนิธิก็
ต้องมีจิตอาสา เช่น ในโรงเรียนไม่ต้องมีคนล้างห้องน้ำ นักเรียนช่วยกันทำความสะอาด เพราะเชื่อ
ว่าห้องน้ำโรงเรียนสะอาด บ้านสะอาด จิตใจจึงจะสะอาด

ปัจจัยความสำเร็จ

๑. ความร่วมมือของทีมงานที่จะช่วยกันผลักดันและพัฒนางาน
๒. ความรับผิดชอบต่อสังคม คุณเลคนภูเก็ตให้ทั่วถึงทุกระดับ

ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครภูเก็ต

พญ.ทัศนีย์ เอกวานิช ผู้อำนวยการกองการแพทย์, นส.สมใจ สุวรรณสุวัฒนา
นายกเทศมนตรีนครภูเก็ต

การสัมภาษณ์ พญ. ทัศนีย์ เอกวานิช :

แนวทางการดำเนินงานการบริการของศูนย์ฯ เน้นเรื่องส่งเสริม ป้องกัน การรักษาผู้ป่วย
เรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการเยี่ยมบ้าน
(Home Health Care) มีแพทย์มาช่วยโดยมี Connection ส่วนตัว เป็นสูติแพทย์ และกุมารแพทย์
บางรายไม่รับค่าตอบแทน ทำอย่างไรจะมีแรงจูงใจให้แพทย์มาทำงานในท้องถิ่นบ้าง เคยเสนอ
แนวคิดเรื่อง รพ.สต. แต่ผู้บริหารไม่เห็นด้วย

ปัญหาที่พบ

๑. แพทย์ของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครภูเก็ตน้อยมาก
๒. ระเบียบการจ่ายค่าตอบแทนการทำงานล่วงเวลา (O.T) ต่ำกว่าของกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำหนังสือไปกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นแต่ยังไม่ได้รับคำตอบ
๓. ค่าตอบแทนหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้รับแพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร ขณะนี้ค่า OT. ของแพทย์ชั่วโมงละ ๑๒๕ บาท เท่านั้น
๔. ขอยกเว้นระเบียบเรื่องจ่ายค่า Pap smear

ข้อเสนอแนะ

๑. ในหลักสูตรแพทย์ หรือปฐมนิเทศแพทย์ใช้ทุน ควรสอนเรื่องจริยธรรม
๒. หลักสูตรทันตแพทย์ ควรสอนเรื่องการวางตัวและการรับผิดชอบต่อสังคม เพราะทันตแพทย์บางส่วน ทำงานได้ชั่วระยะก็ลาออกใช้ทุน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ทุกคนในการทำงาน
- นโยบายผู้บริหาร
- ได้มีการประชุมร่วมกับคณะกรรมการประสานระดับจังหวัดทุกเดือน ทำให้การขับเคลื่อนงานต่าง ๆ ดำเนินไปได้อย่างราบรื่น

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต

เป็นโรงพยาบาลขนาด ๑๕๐ เตียง (ช่วงแรกเปิดบริการ ๑๒๕ เตียง) เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาโรคระดับบริการทุติยภูมิ เปิดบริการผู้ป่วยนอกตั้งแต่ปลายเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ และให้บริการผู้ป่วยในเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๔

วิสัยทัศน์ (Vision) ของโรงพยาบาล “โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต เป็นโรงพยาบาลของประชาชนที่ให้บริการคุณภาพเป็นเลิศระดับประเทศและสร้างความประทับใจทุกครั้งแก่ผู้มารับบริการ”

พันธกิจ (Mission)

๑. เป็นโรงพยาบาลท้องถิ่นที่ให้บริการทางการแพทย์เป็นเลิศ
๒. ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
๓. บริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล
๔. สร้างความพึงพอใจแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

เมื่อวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๕๔ อบจ.ภูเก็ตได้ว่าจ้าง บริษัทโรงพยาบาลธนบุรี จำกัด(มหาชน) เป็นผู้บริหารจัดการโรงพยาบาล ในระยะเวลา ๑ ปี ๔ เดือน รวมเป็นค่าจ้าง ๑๐๔,๐๐๐,๐๐๐ บาท มีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลักได้แก่ เวชกรรมทั่วไป อายุรกรรม สูติ-นรีเวช ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวช ไตเทียม ทันตกรรม

บุคลากรของโรงพยาบาล ประกอบด้วย

แพทย์ ๑๓ อัตรา

พยาบาลวิชาชีพ ๔๐ อัตรา

ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๘๐ อัตรา

เภสัชกร ๕ อัตรา

พนักงานอื่นๆ ๑๔๘ อัตรา

แผนกรังสี ใช้ระบบ Digital และรายงานผลเป็นภาพผ่านระบบ PAC ซึ่งสามารถส่งผลการตรวจไปปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในสถานประกอบการแพทย์ที่ส่วนกลางได้ (Teleconference) ทำให้มีความมั่นใจในการวินิจฉัยและผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

- Computed Tomography (CT) Scan ที่มีความเร็วสูง ๖๔ slices เป็นเครื่องที่มีประสิทธิภาพด้วยความเร็วและความละเอียดสูงสามารถสร้างภาพได้ ๖๔ ภาพในครั้งเดียวของรอบการหมุน หรือ Scan (360°) อัตราค่าบริการพยาบาลเท่ากับโรงพยาบาลของรัฐที่กำหนด เช่น อัตราค่าฟอกไต กำหนดไว้ ๒,๐๐๐ บาท/ครั้ง

โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต เกิดขึ้นภายใต้การผลักดันของนายไพบูลย์ อุปัติศฤงค์ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต นพ.จักร สมณะ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้ป่วยนอกวันละ ๒๐๐ - ๒๕๐ คน การบริการภายใต้คำขวัญ “ดูแลด้วยหัวใจ ห่วงใยถึงครอบครัว” โรงพยาบาลแห่งนี้เกิดขึ้นเพื่อแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลรัฐบาลและแก้ปัญหา

๑. บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ
๒. ผู้ป่วยต้องรอการตรวจวินิจฉัยเป็นเวลานาน
๓. จำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยไม่เพียงพอ
๔. ช่วยให้ประชาชนมีทางเลือกเพิ่มขึ้น

จุดเด่น “รพารัฐบาล บริการแบบเอกชน ” เปิดรับผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยประกันสังคม บัตรทอง สิ่งที่ยังดำเนินการไม่ได้ คือ สิทธิเบิกจ่ายตรง อบจ.ภูเก็ตดูแลเรื่องสุขภาพครบวงจร เช่น การจัดสวนสาธารณะสำหรับการออกกำลังกาย เดินแอโรบิค เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง มีโครงการภูเก็ตเครืร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นโครงการดูแลผู้สูงอายุ และผู้พิการ โดยประสานความร่วมมือกับหลายภาคส่วน รวมถึงการมอบอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ดำเนินการร่วมกับกรมสุขภาพจิต สถาบันเด็กราชชนกนรินทร์ มูลนิธิพัฒนาการเด็กราชชนกนรินทร์ ตรวจคัดกรองเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย สำหรับผู้พิการยังมีการดำเนินการร่วมกับสโมสรโรตารีดูแลผู้ป่วย มอรถ wheel chair อุปกรณ์สำหรับผู้พิการ ในพระนามาภิไธยสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ เพื่อสร้างโอกาสให้ผู้พิการช่วยเหลือตัวเองและใช้ชีวิตร่วมกับคนปกติ

กว่าจะมาเป็นโรงพยาบาล เป็นเรื่องยาก เพราะ อบจ.ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน ไม่มีระเบียบรองรับ แต่ก็พยายามผลักดันจนเปิดและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาอุปสรรคเรื่องระเบียบไม่มีเอื้ออำนวย อบจ.ก็ไม่มีประสบการณ์ จึง Out source ทีมแพทย์ พยาบาลจากโรงพยาบาล

ธนบุรี แต่ปัญหาคือ ทำสัญญาเป็นปีต่อปี เป็นระยะเวลาที่สั้นจึงหาบุคลากรมาทำงานค่อนข้างยาก เพราะเกิดความไม่มั่นคงในชีวิตการทำงาน สำหรับเรื่องยา มีปัญหายานอกบัญชียาหลัก ทางโรงพยาบาลหาทางออกโดย ใช้เงินกองทุนของโรงพยาบาลจัดซื้อก่อน ระเบียบที่ต้องการแก้ไขอย่างมาก คือ ๑)ระเบียบพัสดุ ๒)การใช้เงินกองทุน ๓)ระบบจ่ายตรง/กรมบัญชีกลาง

โรงพยาบาลไม่สามารถไปทำ marketing เรื่องราคาได้เลย ซึ่งเป็นจุดอ่อน เปิดช่วงแรกต้องยอมรับว่าขาดทุน แต่เพื่อประชาชนและชื่อเสียงของโรงพยาบาล Long term อาจจะมีนักศึกษาแพทย์มาฝึกงานจึงต้องมีแผนงานรองรับ

ภาคผนวก ง.

รายชื่อสถานีอนามัยที่ได้ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนตำบล

ถ่ายโอนสถานีอนามัย วันที่ 30 พฤศจิกายน 2550 จำนวน 22 แห่ง		
1. ลำปาง	1. อบต.ลำปางหลวง อ.เกาะคา	1. สอ.ลำปางหลวง
2. ตาก	2. อบต.วังหมัน อ.สามเงา	2. สอ. วังหาวาย
3. กำแพงเพชร	3. อบต.วังแคม อ.คลองขลุง	3. สอ.วังแคม , 4. สอ.บ่อทอง
4. อุทัยธานี	4. อบต.หาดทอง อ.เมือง	5. สอ. หาดตะนง
5. นุรีรัมย์	5. ทต.หนองแวง อ.ละหานทราย	6. สอ.หนองตาเยา , 7. สอ.หนองหัว
6. อุตรธานี	6. อบต.นาพุ อ.เพ็ญ	8. สอ.นาพุ
7. พระนครศรีอยุธยา	7. ทต. บางนมโค อ.เสนา	9. สอ.บางนมโค
8. ปทุมธานี	8. ทม. บึงยี่โถ อ.ธัญบุรี	10. สอ.บึงยี่โถ
9. ลพบุรี	9. ทม. เขาสามยอด อ.เมือง	11. สอ.เขาสามยอด
10. กาญจนบุรี	10. ทต. วังศาลา อ.ท่าม่วง	12. สอ. วังศาลา
11. สมุทรสงคราม	11. อบต. บ้านปรก อ.เมือง	13. สอ.บ้านปรก
12. จันทบุรี	12. อบต. เกาะขวาง อ. เมือง	14. สอ.เกาะขวาง
13. ราชบุรี	13. อบต.ด่านทับตะโก อ.จอมบึง	15. สอ.ด่านทับตะโก
	14. ทต.บ้านฆ้อง อ.โพธาราม	16. สอ.ต.บ้านฆ้อง
14 เพชรบุรี	15. อบต.บ้านหมอ อ.เมือง	17. สอ.บ้านหมอ

15. สระแก้ว	16. อบต.พระเพลิง อ.เขาฉกรรจ์	18. สอ.นาคันหัก
	17. อบต.คลองหินปูน อ.วังน้ำเย็น	19. สอ.คลองตาสูตร , 20. สอ.คลองหินปูน
16. นครศรีธรรมราช	18. อบต. ปากพูน อ.เมือง	21. สอ. บ้านศาลาบางปู , 22. สอ. บ้านปากพูน

สถานีอนามัยที่ได้ถ่ายโอน วันที่ 15 ตุลาคม 2551 จำนวน 6 แห่ง

1. กาสินธุ์	1. อบต.ทุ่งคลอง อ.คำมวง	1. สอ.บ้านเคื่อเก่า
2. เชียงใหม่	2. ทต.สุเทพ อ.เมือง	2. สอ.สุเทพ
	3. อบต.ท่าผา อ.แม่แจ่ม	3. สอ.บ้านป่าแดด
	4. อบต.สันนาเม็ง อ.สันทราย	4. สอ.บ้านสันนาเม็ง
	5. อบต.ดอนแก้ว อ.แม่ริม	5. สอ.ดอนแก้ว
3. สุราษฎร์ธานี	6. อบต.เกาะพะงัน อ.เกาะพะงัน	6. สอ. บ้านโกลกหล้า

ยังไม่ได้ถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 7 แห่ง

1. กำแพงเพชร	1. อบต.เทพนิมิต กิ่ง อ.บึงสามัคคี	1. สอ.โพธิ์เอน , 2. สอ.โนนพลวง
2. นครราชสีมา	2. อบต.นากลาง อ.สูงเนิน	3. สอ.นาใหญ่
3. สุพรรณบุรี	3. อบต.เดิมบางนางบวช	4. สอ.บ้านแหลมหัว
	4. อบต.ท่าระหัด อ.เมือง	5. สอ.ท่าระหัด
4. ชุมพร	5. อบต.บางหมาก อ.เมือง	6. สอ. บางหมาก
5. กระบี่	6. อบต.อ่าวนาง อ.เมือง	7. สอ.บ้านช่องพลี

รายชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านเกณฑ์การประเมินความพร้อม ขอรับโอนสถานีนามัย

อันดับ	จังหวัด	อปท.	ขอรับโอน
1	จังหวัดลพบุรี	อบต.เขาสมอคอน	สอ. เขาสมอคอน
2	จังหวัดราชบุรี	อบต.แพ่งพวย	สอ.แพ่งพวย, สอ.บ้านปากคลอง
		ทต.สวนผึ้ง	สอ.สวนผึ้ง
		อบต.ด่านทับตะโก	สอ.บ้านหนองสีนวล, สอ.บ้านหุบ พริก
		ทต.บ้านฉ้อง	สอ.บ้านเก่า
3	จังหวัดชลบุรี	ทม.หนองปรือ	สอ.มาบประชัน
4	จังหวัดระยอง	ทต.มาบตาพุด	สอ.มาบตาพุด
		ทต.บ้านเพ	สอ.บ้านเพ
		ทต.ปากน้ำประแส	สอ.ปากน้ำประแส
		ทต.จอมพลเจ้าพระยา	สอ.บ้านหนองค้ำควา
		อบต.ชาบกบก	สอ.บ้านชาบกบก
		อบต.นอคมพัฒนา	สอ.กระเจ็ด
		อบต.พนานิคม	สอ.พนานิคม
		อบต.มาบข่าพัฒนา	สอ.หนองบอน
5	จังหวัดหนองคาย	ทม.หนองคาย	สอ.มีชัย

อันดับ	จังหวัด	อปท.	ขอรับโอน
6	จังหวัดเชียงใหม่	ทต.แม่เหียะ	สอ.แม่เหียะ
		ทต.แม่อาว	สอ.บ้านปู้แซ่
		ทต.บ้านกลาง	สอ.บ้านทุ่งเสียว
		ทต.หลวงเหนือ	สอ.บ้านทุ่งมะหนั้ว
7	จังหวัดพะเยา	อบต.ทุ่งกล้วย	สอต.ทุ่งกล้วย
8	จังหวัดตาก	ทต.ท่าสายลวด	สอต.ท่าสายลวด
		อบต.แม่กุ	สอ.บ้านปู้เตอร์ สอ.บ้านแม่กุ ใหม่ท่าซุง
		อบต.แม่ต๋น	สอ.บ้านคำหวัน
		อบต.พะวอ	สอ.พะวอ, สอ.บ.ปางสว่างคำ
9	จังหวัดพิษณุโลก	อบต.สมอแข	สอ.สมอแข
		ทต.วงษ์มั่ง	สอต.วงษ์มั่ง
10	จังหวัดกำแพงเพชร	ทต.ช่องลม	สอ.เกษตรกาสร
		อบต.ปางตาไ	สอ.เพชรเจริญ, สอ.คลองปลา สร้อย
		ทต.ขามเฒ่ารักษบุรี	สอต.ป่าพุทรา
		อบต.หินดาด	สอ.บ้านหินดาด