

# ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ

## Capacity and Preparedness of Local Administrative Organizations and Citizens in Health Management



ศุภวัฒน์ นาร วงศ์ธนาวิสุ (Supawatanakorn Wongthanasu)  
ทัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา (Tatchalerm Sudhipongpracha)



งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจาก  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ปีงบประมาณ 2556

ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ

---

Capacity and Preparedness of Local Administrative  
Organizations and Citizens in Health Management

ศุภวัฒน์ นากร วงศ์ธนาสุ (Supawatanakorn Wongthanasu)  
อัชเชลิม สุทธิพงษ์ประชา (Tatchalerm Sudhipongpracha)

---



งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจาก  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ปีงบประมาณ 2556

**ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ  
ภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ**

Capacity and Preparedness of Local Administrative Organizations and  
Citizens in Health Management

**โดย**

**ศุภวัฒน์นกร วงศ์ธนวิสุ (Supawatanakorn Wongthanavas)**

**ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา (Tatchalerm Sudhipongpracha)**

วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น

College of Local Administration, Khon Kaen University

**ผู้จัดพิมพ์** โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา

232/199 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง

อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

**พิมพ์ครั้งแรก:** ตุลาคม 2556

**จำนวน 500 เล่ม**

**สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ**

ข้อมูลบรรณานุกรม

ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการ  
สุขภาพ/ ศุภวัฒน์นกร วงศ์ธนวิสุ, ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา.

ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา, 2556.

หน้า

1. สุขภาพ--นโยบายของรัฐ--วิจัย. 2. นโยบายสาธารณสุข -- วิจัย.

(1) มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น. (2) ชื่อเรื่อง.

RA541.T5 ค723

## คำนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2550 ระบุว่ากลไกหลักในการจัดบริการสาธารณะซึ่งรวมถึงด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยที่หน่วยงานส่วนกลางต้องปรับบทบาทตนเอง จากการเป็นผู้ดำเนินการไปเป็นผู้สนับสนุนและในขณะเดียวกันก็ต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นในการบริหารจัดการด้านสุขภาพตามกรอบรัฐธรรมนูญ แต่ทว่าในทางปฏิบัติ การกระจายอำนาจ โดยเฉพาะด้านสุขภาพแทบจะไม่มีควมคืบหน้าแต่อย่างใด

ด้วยความเชื่อมั่นและศรัทธาในพลังอำนาจของท้องถิ่นและภาคประชาชนในฐานะผู้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงของสังคม คณะผู้วิจัยจากวิทยาลัยการปกครองท้องถิ่นซึ่งมีคติพจน์ประจำใจว่า “พลังของการเปลี่ยนแปลงโลกอยู่ที่ชุมชนท้องถิ่น” ได้เล็งเห็นความสำคัญของโครงการวิเคราะห์ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพ และได้ดำเนินการจัดทำรายงานวิจัยที่น่าเสนอตัวอย่างชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพเพื่อสะท้อนให้สาธารณชนได้เห็นว่าการจัดการด้านสุขภาพของท้องถิ่นและภาคประชาชนมีความสามารถในการจัดการด้านสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตามองค์ความรู้จากการศึกษานี้จะไม่สามารถเผยแพร่สู่สาธารณชนได้ หากปราศจากการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศลักษณ์ และ นพ.ปรีดา แต่อารักษ์

รายละเอียดทั้งหมดในงานวิจัยชิ้นนี้จะชี้ให้เห็นว่า “พลังของการเปลี่ยนแปลงโลกในปัจจุบันอยู่ที่ท้องถิ่นไม่ใช่ที่ส่วนกลางแต่อย่างใด”

คณะผู้วิจัย

31 กรกฎาคม 2556

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนเป็นปัจจัยหลักของความสำเร็จในการบรรลุถึงสุขภาวะของประชาชน การประเมินความพร้อมและการเสนอแนวทางการเตรียมความพร้อมในการจัดการสุขภาพของชุมชนท้องถิ่นจึงเป็นประเด็นสำคัญในการศึกษานี้ อื่นๆ ความพร้อมด้านการจัดการสุขภาพของชุมชนท้องถิ่นจะพิจารณาใน 2 ประเด็นหลัก คือ 1) ความพร้อมเชิงองค์การขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Institutional Capacity) อันประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ ภาวะผู้นำและเจตคติของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โครงสร้างของระบบสนับสนุนภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเพียงพอของบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อจำนวนประชากร และศักยภาพทางด้านการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 2) ความพร้อมของชุมชน (Community Capacity) อันประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ ทักษะคติของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นต่อการรักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์แข็งแรง และรูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน

ผลการศึกษาพบว่า 1) ความพร้อมเชิงองค์การเป็นตัวบ่งชี้ความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะภาวะผู้นำและเจตคติของผู้บริหารท้องถิ่นต่องานด้านสาธารณสุข ตลอดจนโครงสร้างของระบบสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเพียงพอของบุคลากรด้านสาธารณสุข 2) อย่างไรก็ตาม ตัวแปรศักยภาพด้านการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถสะท้อนให้เห็นความพร้อมเชิงองค์การของท้องถิ่นได้อย่างชัดเจน เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทย โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กยังต้องพึ่งพาเงินอุดหนุนจากรัฐเป็นส่วนใหญ่ 3) ความพร้อมของชุมชนและภาคประชาชนก็เป็นอีกตัวบ่งชี้ความพร้อมของท้องถิ่นที่สำคัญ โดยพบว่าภาคประชาชนก็จำเป็นต้องมีทั้งเจตคติที่ดีต่อการรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงในทุกด้านและความตื่นตัวในการมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะและกิจกรรมสังคมทางด้านสุขภาพ 4) ผลจากการถอดบทเรียนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบ 3 แห่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู เทศบาลนครอุดรธานี และองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ อ.อุดรธานี ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของภาวะผู้นำที่เข้าใจในหลักการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคส่วนอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกพื้นที่

จากผลการศึกษาดังกล่าวได้ขอเสนอแนะว่า 1) การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระยะที่ 3 ของแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องคำนึงถึง “การประหยัดจากขนาดการผลิต (Economies of Scale)” โดยให้ความสำคัญกับการถ่ายโอนภารกิจด้านการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ การคุ้มครองผู้บริโภค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นตัวละครหลัก โดยมีเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่จังหวัดเข้าร่วมเป็นกรรมการ ส่วนการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นควรให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นตัวขับเคลื่อนหลัก 2) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยน

บทบาทจาก “ผู้ปฏิบัติงาน” เป็น “ผู้อภิบาล” ระบบสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมและสนับสนุนด้านวิชาการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และต้องให้ความสำคัญแก่การกำหนดและรักษามาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขด้วย 3) รัฐควรพัฒนาศักยภาพผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยจัดหลักสูตรฝึกอบรมที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัยและความสำคัญของหลักการทำงานแบบเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในภาคส่วนอื่น 4) รัฐควรส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะทางด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน 5) พัฒนาทักษะในการวิเคราะห์ต้นทุนผลิตต่อหน่วย การบริหารกองทุน และการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของโครงการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดเดียวกันจัดตั้งกองทุนสำหรับภารกิจด้านต่างๆ ในระดับจังหวัด เช่น กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย กองทุนควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ เป็นต้น เพื่อให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในงานด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น และท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอนภารกิจได้ไป เมื่อเกิดปัญหาสภาพคล่อง อาจจะขอกู้ยืมเงินจากกองทุนดังกล่าวได้ โดยไม่เป็นภาระของรัฐ 6) รัฐควรจัดให้มีการประชุมเสวนาเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้บริหารท้องถิ่นอย่างสม่ำเสมอ และกระตุ้นให้เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขทำงานในเชิงรุกให้มากขึ้น โดยเฉพาะการเสนอโครงการและกิจกรรมต่างๆ ที่มีลักษณะต่อเนื่องและมีความสำคัญในชีวิตประจำวันของประชาชน เช่น โครงการลด ละ เลิกการบริโภคอาหารครั้งสุกครั้งดิบ เป็นต้น

## บทคัดย่อ

การกระจายอำนาจเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ประสิทธิภาพดังกล่าวจะเกิดขึ้นไม่ได้หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นวิเคราะห์ความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสาธารณสุข โดยพิจารณา 2 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 ความพร้อมเชิงองค์การ (Institutional Capacity) อันประกอบด้วย 3 มิติ คือ 1) ภาวะผู้นำและเจตคติของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) โครงสร้างของระบบสนับสนุนภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเพียงพอของบุคลากร ด้านสาธารณสุขต่อจำนวนประชากร และ 3) ศักยภาพทางการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ประเด็นที่ 2 ความพร้อมของชุมชน (Community Capacity) อันประกอบด้วย 2 มิติ คือ 1) ทศนคติของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นต่อการรักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์แข็งแรง และ 2) รูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน โดยการศึกษาได้ศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6 แห่ง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี เทศบาลนครอุดรธานี เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ (จ.อุดรธานี) และองค์การบริหารส่วนตำบลนาสี (จ.หนองบัวลำภู)

ผลการศึกษาพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู เทศบาลนครอุดรธานี และองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ มีความพร้อมเชิงองค์การที่สูงกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีเปรียบเทียบ ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบมีเจตคติที่เป็นบวกต่องานด้านสาธารณสุขและการทำงานแบบเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรภาคประชาชนมากกว่าผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีเปรียบเทียบ นอกจากนี้ยังพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบมีส่วนงานภายในด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะและมีจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขในสัดส่วนที่เหมาะสมต่อจำนวนประชากรในพื้นที่ ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยมีข้อจำกัดทางการจัดเก็บรายได้ของตนเอง โดยต้องพึ่งพาเงินอุดหนุนจากรัฐเป็นส่วนใหญ่

เมื่อพิจารณาทางด้านความพร้อมและศักยภาพของภาคประชาชนในด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบมีความพร้อมมากกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเปรียบเทียบ โดยเห็น ได้จากองค์กรภาคประชาชนที่หลากหลายและมีความกระตือรือร้นในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ทั้งนี้ ความหลากหลายขององค์กรภาคประชาชนและกิจกรรมด้านสุขภาพล้วนเป็นผลสืบเนื่องมาจากช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลายของประชาชนอันก่อให้เกิดความตระหนักรู้ในความสำคัญของการรักษาสุขภาพอนามัย และยังเกี่ยวโยงไปถึงการทำงานเชิงรุกของบุคลากรด้านสาธารณสุขของท้องถิ่น

## Abstract

Decentralization is an important management strategy to improve local government efficiency and services. However, such efficiency will not occur without the self-governing ability of local authorities and communities. This study analyzes the capacity and preparedness of local administrative organizations and communities in taking over the healthcare responsibilities from the national government. The local health management capacity is divided into two (2) elements. First, **institutional capacity** refers to a local administrative organization's ability to offer high-quality and adequate health services. The institutional capacity consists of three (3) dimensions: (1) political leadership and local executives' attitude towards healthcare, (2) organizational structure and adequacy of local healthcare personnel, and (3) local fiscal capacity. Second, **community capacity** refers to a local community's ability to participate meaningfully in the local policy-making process. This consists of two (2) dimensions: (1) local citizens' attitude towards their health and (2) forms of citizen participation in social and political activities. Based on these two (2) elements of local health management capacity, this study examines six (6) local administrative organizations: Nongbua Lumphu Provincial Administrative Organization, Udonthani Provincial Administrative Organization, Udonthani Nakorn Municipality, Nongbua Lumphu Muang Municipality, Naphu Tambon Administrative Organization, and Nasee Tambon Administrative Organization.

This study finds that the three (3) "model communities" –including the Nongbua Lumphu Provincial Administrative Organization, Udonthani Nakorn Municipality, and Naphu Tambon Administrative Organization—demonstrate more institutional capacity than the other three (3) local administrative organizations. The model communities' mayors exhibit positive attitudes towards healthcare responsibilities and the need to collaborate with the Ministry of Public Health and civil society. Also, research findings indicate that each model community has a local health department with adequate healthcare personnel to serve its constituents. Nonetheless, all six (6) local administrative organizations in this study encounter difficulty with revenue collection. Even the model communities still rely heavily on intergovernmental transfers to finance their operations and services.

In terms of community capacity, the model communities are more prepared than the other three (3) local administrative organizations. This is due to the diversity and enthusiasm of civil society organizations that offer a variety of health-related activities in the model communities. Such diversity and enthusiasm come from a wide range of news media outlets and other information sources that make local citizens aware of the importance of maintaining healthy lifestyle. Also, the



local healthcare personnel's proactive approach plays an important role in inculcating health awareness among local citizens.

**Keywords:** Local Capacity and Preparedness, Health Decentralization, Local Institutional Capacity, Local Community Capacity

# สารบัญ

	หน้า
สารบัญตาราง	ง
สารบัญภาพ	จ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	<b>1</b>
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
คำถามการวิจัย	8
วัตถุประสงค์การวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	10
<b>บทที่ 2 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการด้านสุขภาพ</b>	<b>11</b>
การกระจายอำนาจสู่ชุมชนท้องถิ่น: กลไกในการเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพ	11
บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบริบทการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข	16
บทบาทด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยในปัจจุบัน	19
กลไกรองรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	24
ประสบการณ์ด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในต่างประเทศ	29
ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการรองรับภารกิจถ่ายโอนด้านสุขภาพอนามัย	32
กรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย	37
<b>บทที่ 3 วิธีการศึกษา</b>	<b>40</b>
หน่วยวิเคราะห์และแผนแบบการวิจัย	40
ตัวแปร ตัวชี้วัดและแหล่งข้อมูล	42
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	43
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	44
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	44

	หน้า
<b>บทที่ 4 ความพร้อมในการจัดการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน</b>	<b>45</b>
ความพร้อมและศักยภาพการจัดการสุขภาพของชุมชนท้องถิ่นในภาพรวม	49
ความพร้อมเชิงองค์การขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ	49
ภาวะผู้นำและทัศนคติของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	49
โครงสร้างและระบบบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	53
ศักยภาพด้านการเงินการคลัง	57
ความพร้อมของภาคประชาชนด้านการจัดการสุขภาพ	64
ทัศนคติและความกระตือรือร้นของภาคประชาชนในด้านสุขภาพ	65
รูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองท้องถิ่นของประชาชน	70
<b>บทที่ 5 การดำเนินงานด้านสุขภาพอนามัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบ</b>	<b>76</b>
การฟื้นฟูสมรรถภาพ: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู	76
การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชน: กรณีศึกษาเทศบาลนครอุดรธานี	83
การส่งเสริมโภชนาการที่ดีแก่ประชาชน: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี	90
บทเรียนที่ได้รับจากการศึกษาบทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นต้นแบบ	94
<b>บทที่ 6 การเตรียมความพร้อมในการจัดการด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน</b>	<b>96</b>
บทบาทด้านการจัดการสุขภาพอนามัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	96
ความพร้อมและศักยภาพด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	100
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	104
บทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	104
แนวทางการพัฒนาความพร้อมด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	108
ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต	110

	หน้า
<b>ภาคผนวก</b>	<b>111</b>
แบบสำรวจข้อมูลทัศนคติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	112
แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการบริหารจัดการด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	116
แนวคำสัมภาษณ์ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ บุคลากร และผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการ ด้านสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	117
แนวคำสัมภาษณ์ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ และบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	120
แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนและตัวแทนประชาชน	121
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>123</b>

## สารบัญตาราง

	หน้า	
ตารางที่ 1.1	รูปแบบและจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2555)	3
ตารางที่ 2.1	มติของการกระจายอำนาจ	13
ตารางที่ 2.2	ความชัดเจนในการกระจายอำนาจสู่ชุมชนท้องถิ่นทั้ง 3 มิติ	19
ตารางที่ 2.3	อำนาจหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัยและสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบต่างๆตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542	21
ตารางที่ 2.4	องค์ประกอบหลักของตัวชี้วัดความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในการรองรับภารกิจถ่ายโอนด้านสุขภาพอนามัย	34
ตารางที่ 3.1	หน่วยวิเคราะห์และรูปแบบการวิจัย	40
ตารางที่ 3.2	ตัวชี้วัดของตัวแปรตามกรอบแนวคิดการศึกษาและแหล่งที่มาของข้อมูล	41
ตารางที่ 4.1	จำนวนประชากร จำนวนครัวเรือน และจำนวนชุมชนที่รับผิดชอบในองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษา 6 พื้นที่ (ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2555)	45
ตารางที่ 4.2	ขนาดพื้นที่และความหนาแน่นของจำนวนประชากรในองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นกรณีศึกษา 6 พื้นที่ (ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2555)	45
ตารางที่ 4.3	ข้อมูลสถานบริการด้านสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษา (ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2555)	46
ตารางที่ 4.4	จำนวนส่วนงานภายในที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสุขภาพในองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	53
ตารางที่ 4.5	ตัวชี้วัดความเพียงพอของบุคลากรด้านสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา	54
ตารางที่ 4.6	จำนวนหน่วยบริการด้านสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษา	55
ตารางที่ 4.7	ประเภทของรายได้ที่จัดเก็บเองโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาต่อจำนวนประชากร (Per capita own revenue) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555	59
ตารางที่ 5.1	จำนวนและประเภทกลุ่มเป้าหมายของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของ องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู ในปี พ.ศ. 2554	74
ตารางที่ 5.2	สถานพยาบาลในกำกับเทศบาลนครอุดรธานี	84
ตารางที่ 6.1	โครงสร้างการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและ สาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	107

## สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 2.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	36
ภาพที่ 4.1	สัดส่วนรายจ่ายด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัยและสาธารณสุขต่องบประมาณรายจ่ายประจำปีทั้งหมด ปี พ.ศ. 2554-2555	57
ภาพที่ 4.2	สัดส่วนเงินรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษาที่ไม่นับรวมเงินอุดหนุนจากรัฐต่อรายได้ทั้งหมด ปี พ.ศ. 2551-2555	59
ภาพที่ 4.3	สัดส่วนแหล่งรายได้ต่างๆต่อรายได้ทั้งหมดขององค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2551-2555	61
ภาพที่ 4.4	สัดส่วนของเงินอุดหนุนแต่ละประเภทต่อเงินอุดหนุนทั้งหมดขององค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2555	62
ภาพที่ 5.1	กิจกรรมปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ของกลุ่มผู้พิการ	79
ภาพที่ 5.2	การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยพิการ	80
ภาพที่ 5.3	โครงการศูนย์และออกแบบรถเข็นและสามล้อโยก หรือศูนย์คลินิกมนุษยสัมพันธ์	81
ภาพที่ 5.4	โครงการตลาดนัดสุขภาพโดยความร่วมมือระหว่างเทศบาลนครอุดรธานีและโรงพยาบาลวัฒนา เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2555	85
ภาพที่ 5.5	ลานกิจกรรมออกกำลังกายที่สร้างโดยงบประมาณของเทศบาลนครอุดรธานี ตั้งอยู่ในบริเวณสวนสาธารณะประจักษ์ศิลปาคม	86
ภาพที่ 5.6	สนามเด็กเล่นและอุปกรณ์กีฬาสำหรับเด็กและเยาวชน ณ สวนสาธารณะหนองประจักษ์ศิลปาคม	86
ภาพที่ 5.7	ศูนย์กีฬาประชาชนเทศบาลนครอุดรธานี	87
ภาพที่ 5.8	การให้บริการด้านสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 8 (ท.8) ในสังกัดเทศบาลนครอุดรธานี	88
ภาพที่ 5.9	โครงการก่อสร้าง “ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครอุดรธานี” ถนนอุดรดุสิต อ.เมือง จ.อุดรธานี	89
ภาพที่ 5.10	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพู่ (รพ.สต.นาพู่) ในการกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่	92
ภาพที่ 5.11	โครงการส่งเสริมการเลี้ยงไก่ไข่ไอโอดีนของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่	92
ภาพที่ 5.12	การสนับสนุนโครงการสาธิตการเลี้ยงไก่ไข่ไอโอดีนโดยสำนักงานปศุสัตว์ อ.เพ็ญ และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 จ.อุดรธานี	92
ภาพที่ 5.13	ระบบประชุมชนในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี แม่บ้านตำบลนาพู่ โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่	93

ภาพที่ 5.14	โรงผลิตน้ำดื่มบรรจุขวดจากระบบประปาชุมชนนาฟู่ซึ่งบริหารโดยกลุ่มสตรี แม่บ้านตำบลนาฟู่ โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลนาฟู่	93
-------------	--	----

# บทที่ 1

## บทนำ

ศักยภาพและความพร้อมของท้องถิ่นอันรวมไปถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่การบรรลุสุขภาวะ (Well-being) ของประชาชน และการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ภาคประชาชนต่อไป จึงจำเป็นที่จะต้องมีการวิเคราะห์ศักยภาพและพัฒนาความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการด้านสุขภาพ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายและแนวทางในการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมในการจัดการสุขภาพของประชาชน

### ความเป็นมาและความสำคัญ

เป็นที่กล่าวกันโดยทั่วไปว่าการกระจายอำนาจเป็นพื้นฐานของระบอบประชาธิปไตยหรือประชาธิปไตยเป็นพื้นฐานของการกระจายอำนาจ และยิ่งกว่านั้นในประเทศที่มีการปกครองแบบประชาธิปไตยที่สมบูรณ์แบบ มักจะยึดถือรูปแบบการกระจายอำนาจ และขณะเดียวกันก็มีการปกครองท้องถิ่นที่เข้มแข็งอันจะได้ออกมาจากการที่ประชาชนมีอำนาจในการตัดสินใจที่จะจัดสรรทรัพยากรภายในท้องถิ่นให้แก่คนรุ่นปัจจุบันและอนาคต แต่หน่วยงานกลางหรือรัฐบาลกลาง ทำหน้าที่ในการสนับสนุนการบริหารจัดการของท้องถิ่นโดยยึดหลักการที่ว่า “รัฐบาลที่ดีที่สุดคือรัฐบาลที่ปกครองประเทศน้อยที่สุด” (Yates, 2000) ซึ่งในที่นี้ หมายความว่างานที่รัฐบาลกลางหรืออำนาจรัฐจากส่วนกลางเข้าไปเกี่ยวข้องหรือจัดการในท้องถิ่นหรือชุมชนน้อยที่สุดเพราะคนในท้องถิ่นจะต้องมีการรวมตัวกันในการจัดการบางอย่างร่วมกันรวมทั้งการจัดการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชนนำไปสู่การปกครองตนเองโดยรัฐบาลท้องถิ่น (Local self-government) (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวิสุ, 2546)

ด้วยความสำคัญดังกล่าวตลอดระยะเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมา องค์กรระหว่างประเทศ ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยด้วยต่างมีนโยบายผลักดันให้เกิดการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นมากขึ้น ตามคตินิยมที่ว่า “การปกครองท้องถิ่น คือ แบบจำลองของระบอบประชาธิปไตยและการบริหารภาครัฐในหน่วยที่เล็กและใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด” (Wei, 2000) โดยกลไกการปกครองท้องถิ่นได้รับการยอมรับว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้งานบริการสาธารณะเป็นไปตามความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Oates, 1972) ตามที่ Richard Musgrave นักวิชาการทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณะและการคลังสาธารณะได้ให้ทรรศนะไว้ว่าการใช้สอยทรัพยากรของภาครัฐที่คุ้มค่าที่สุด คือ การกระจายอำนาจการตัดสินใจ (Decision-making discretion) ลงไปที่ท้องถิ่น เพราะชุมชนท้องถิ่นคือระดับการปกครองที่สามารถสร้างเสริมสวัสดิภาพทางสังคม (Social welfare)



(Musgrave, 1958) ได้มากที่สุดด้วยการจัดให้มีบริการสาธารณะที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ซึ่งในปัจจุบันมีความหลากหลายมากยิ่งขึ้นและแตกต่างกันไปตามสภาพภูมิประเทศ สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม

นอกเหนือจากคุณค่าทางเศรษฐศาสตร์และความสามารถในการตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของประชาชนแล้ว การบริหารงานด้านสุขภาพโดยองค์กรปกครองท้องถิ่นยังมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับนิยามของคำว่า “สุขภาพ (Health)” (United Kingdom Department of Health, 2011) ขององค์การอนามัยโลกที่ว่า “สุขภาพ คือ ความสมบูรณ์แบบของร่างกาย จิตใจ และชีวิตความเป็นอยู่ในสังคม” (กฤษฎา แสงดี, 2554) นิยามดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการภาระหน้าที่ของภาครัฐหลากหลายด้าน รวมทั้งการทำงานใกล้ชิดกับภาคประชาชน ทั้งนี้ ด้วยเหตุที่องค์กรปกครองท้องถิ่นโดยทั่วไปมีขนาดองค์กรที่เล็ก จึงทำให้มีความคล่องตัวในการประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในและการทำงานร่วมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพภาคเอกชน อันจะก่อให้เกิดนวัตกรรมทางด้านสาธารณสุข (ธรรมนูญแห่งองค์การอนามัยโลก, 1946) และระบบการให้บริการที่ประหยัดคุ้มค่าและเน้นความจำเป็นของผู้ป่วยและประชาชนเป็นหลัก (Bergman, 1998) กอปรกับเหตุผลทางด้านภูมิศาสตร์ที่ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความใกล้ชิดกับประชาชน คณะผู้บริหารและสมาชิกสภาท้องถิ่นจึงมีโอกาสพัฒนาความสัมพันธ์และเครือข่ายในการทำงานกับภาคประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเครือข่ายในการทำงานกับภาคประชาชนซึ่งถือเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนย่อมจะเป็นการทำให้ประชาชนบูรณาการเอาหลักการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยในองค์รวม (ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก) เข้ากับกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน (United Kingdom Department of Health, 2011)

อนึ่ง การบริหารงานด้านสุขภาพเชิงบูรณาการในระดับชุมชนท้องถิ่นและช่องทางการมีส่วนร่วมของประชาชนยังถือเป็นแนวทางการลดความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพในสังคมอย่างยั่งยืน โดยผลงานวิจัยของ Hofrichter และ Bhatia (2010) ซึ่งเกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพทางด้านสุขภาพของชุมชนในถิ่นทุรกันดารของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ชี้ให้เห็นว่าทัศนคติของผู้นำชุมชนท้องถิ่นต้องงานด้านสุขภาพอนามัย และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม คือ สองปัจจัยหลักที่ช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ United Cities and Local Governments ซึ่งได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญขององค์กรปกครองท้องถิ่นในการสร้างความมั่นคงของมนุษย์ในด้านอาหารและสุขภาพอนามัยในประเทศกำลังพัฒนา (United Cities and Local Governments, 2009) รวมทั้งประเทศไทยโดยเฉพาะในการป้องกันโรคติดต่อร้ายแรงทั้งโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV/AIDs) โรคมาลาเรีย วัณโรค และโรคไข้หวัดนกนั้น องค์กรปกครองท้องถิ่นนับเป็นองค์กรขับเคลื่อนสำคัญในการประชาสัมพันธ์แนวทางป้องกัน และแจกจ่ายวัคซีนป้องกันโรคแก่ประชาชน (Kjellstrom, et al.,2007)

นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเต็มรูปแบบ โดยมีทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ได้แก่ กรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา (ตารางที่ 1.1) ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทและในแต่ละพื้นที่ ต่างมีพื้นที่ จำนวนและลักษณะของประชากรในความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน อีกทั้งยังมีความหลากหลายทางสภาพเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม และการพาณิชย์ ซึ่งส่งความหลากหลายดังกล่าวส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการจัดให้บริการสาธารณะแก่ประชาชน โดยเฉพาะในระดับองค์การบริหารส่วนจังหวัดซึ่ง Direk Patamasiriwat (2012) พบว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดในประเทศไทยมีความหลากหลายทางด้านศักยภาพในการจัดเก็บรายได้และศักยภาพในการบริหารกิจการสาธารณะในระดับจังหวัด และท่ามกลางความหลากหลายขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในศักยภาพด้านต่างๆ ก็ได้ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำของจำนวนและคุณภาพในการให้บริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีกด้วย

ตารางที่ 1.1 รูปแบบและจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย  
(ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2555)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	จำนวน
องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)	76
เทศบาล	2,266
❖ เทศบาลนคร (ประชากร 50,000 คนขึ้นไป)	29
❖ เทศบาลเมือง (ประชากร 10,000-50,000 คน)	167
❖ เทศบาลตำบล (ประชากรน้อยกว่า 10,000 คน)	2,070
องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)	5,509
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (กทม. และพัทยา)	2
<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>7,853</b>

ที่มา: ส่วนวิจัยและพัฒนาระบบ รูปแบบและโครงสร้าง  
สำนักพัฒนาระบบ รูปแบบและโครงสร้าง  
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ทั้งนี้ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปี พ.ศ.2540 พระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปี พ.ศ.2542 ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนที่หน่วยงานส่วนกลางจะต้องกระจายอำนาจ จากส่วนกลางทางด้านบริการจัดการ ความรับผิดชอบชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนมาให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแลและรับผิดชอบในเรื่องชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ซึ่งรวมถึงด้านสุขภาพและการสาธารณสุขด้วย อย่างไรก็ตาม พบว่าแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจทั้งที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติ แผนการกระจายอำนาจ และแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ ยังไม่มีความชัดเจนในเชิงปฏิบัติ จนกระทั่งก่อให้เกิดความซ้ำซ้อนกันของบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่าง ๆ รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐส่วนภูมิภาคด้วย (สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2552) ยกตัวอย่างเช่น งานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชราและผู้ด้อยโอกาส พบว่าได้รับการกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล และในขณะเดียวกันก็ยังเป็นหน้าที่รับผิดชอบของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด บ้านพักเด็กในสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

อนึ่ง หากใช้จำนวนภารกิจหน้าที่ที่ได้รับการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นตัวชี้วัดผลผลิตของกระบวนการกระจายอำนาจในประเทศไทย จะพบว่าความคืบหน้าในการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ทางด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิตนั้นมีระดับความคืบหน้าต่ำเป็นอันดับที่ 2 (คิดเป็นร้อยละ 66.99)<sup>1</sup> รองจากการถ่ายโอนภารกิจทางด้านการจัดระเบียบชุมชน/สังคม/การรักษาความสงบเรียบร้อย (ร้อยละ 52.94) ทั้งนี้ แม้ว่าโดยหลักการแล้วภารกิจหน้าที่ด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตนั้นจะต้องมีลักษณะเป็นภารกิจที่ไม่จำเป็นต้องใช้วิชาความรู้ระดับวิชาชีพขั้นสูงหรือวิชาชีพเฉพาะ มีความเกี่ยวข้องประชาชนและชุมชนโดยตรง และเมื่อปฏิบัติเสร็จสิ้นแล้วไม่มีผลกระทบต่อชุมชนข้างเคียง (ศุภมล ศรีสุขวัฒนา, 2546) แต่ทว่าการถ่ายโอนภารกิจด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตดังกล่าวก็ไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งเวียงรัฐ เนติโพธิ์ (2553) ได้ให้ข้อสังเกตไว้ว่าความล่าช้าในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขเป็นผลสืบเนื่องมาจากความไม่จริงใจของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์และศุภวัฒน์กร วงศ์ชนวสุ, 2546) ของปรีดา แต่อารักษ์ (2553) ที่ชี้ให้เห็นถึงความไม่แน่นอนของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและการขาดความกระตือรือร้นของคณะผู้บริหารฝ่ายการเมืองซึ่งก่อให้เกิดความล่าช้าในการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ทางด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย

<sup>1</sup> ในส่วนของภารกิจหน้าที่ด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุขโดยตรงมีทั้งสิ้น 34 ภารกิจ แต่ ณ ปัจจุบันมีการถ่ายโอนไปแล้วทั้งสิ้นเพียง 10 ภารกิจหน้าที่

ความล่าช้าในการถ่ายโอนอำนาจและภารกิจหน้าที่ทางด้านสุขภาพอนามัยและสาธารณสุขยังเห็นได้ชัดจากกรณีการถ่ายโอนสถานื่อนามัย (หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) จำนวน 9,762 แห่งไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารจัดการด้วยตนเอง ทั้งนี้นับตั้งแต่ปีแรกภายหลังจากการประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2545-2550) และฉบับที่ 2 (พ.ศ.2551-2555) จวบจนปัจจุบัน พบว่ามีจำนวนสถานื่อนามัยที่ได้รับถ่ายโอนทั้งสิ้น 39 แห่ง คิดเป็นเพียงร้อยละ 0.40 ของจำนวนสถานื่อนามัยในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ความล่าช้าในการถ่ายโอนสถานื่อนามัยดังกล่าวเกิดขึ้นในขณะที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมากเสนอขอรับการถ่ายโอนต่อคณะกรรมการกระจายอำนาจและกระทรวงสาธารณสุข<sup>2</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ได้รับการถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุขไปยังสถานื่อนามัยทั้ง 39 แห่งก็มีเพียง 294 ราย<sup>3</sup> ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความไม่แน่นอนของนโยบายกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจและทัศนคติเชิงลบของบุคลากรของกระทรวงต่อการถ่ายโอนสถานื่อนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เพื่อพิจารณาและหาคำตอบว่าสาเหตุที่ทำให้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กฎหมายและแผนระดับชาติกำหนดไว้ งานวิจัยบางส่วนได้ชี้ให้เห็นถึง ตัวอย่างเช่น

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในหลายเขตพื้นที่ยังมีโครงสร้างและขนาดเล็กและมีงบประมาณที่จำกัด จึงไม่สามารถจ้างบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือจัดสรรทุนพัฒนาบุคลากรให้บุคลากรด้านสาธารณสุขไปศึกษาหรือฝึกอบรมเพิ่มเติมได้ (ศุภชัย ศรีสุชาติ และคณะ, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ในประเทศไทยยังไม่มีส่วนงานภายในที่รับผิดชอบด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ศรีสุตา รัศมีพงศ์ และคณะ, 2553)
- คณะผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังขาดความรู้ความเข้าใจในกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางด้านสาธารณสุข และการจ้างงานบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล (ศรีสุตา รัศมีพงศ์ และคณะ, 2553)
- การทับซ้อนของภารกิจหน้าที่ด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพอนามัยระหว่างหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น หรือแม้แต่การทับซ้อนกันของภารกิจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภท ทำให้เกิดความสับสนว่า

<sup>2</sup> ในปี พ.ศ. 2553 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เสนอขอรับการถ่ายโอนสถานื่อนามัยจำนวน 173 แห่ง

<sup>3</sup> ข้อมูลปี พ.ศ. 2555 จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอนามัยจะต้องขับเคลื่อนไปในทิศทางใด (ศุภชัย ศรีสุชาติ และคณะ, 2556)

- บุคลากรทางด้านสาธารณสุข การแพทย์และพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่มีความประสงค์จะโอนย้ายไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะมีความไม่เชื่อมั่นในมาตรฐานความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ตลอดจนสิทธิประโยชน์ต่างๆที่พึงได้รับการปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2555)
- ความไม่แน่นอนและความไม่ชัดเจนของนโยบายรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอนามัยและด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยในการจัดระบบสนับสนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรองรับภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัย (ปริดา เต๋ออาร์ักษ์, 2553)

จากที่กล่าวมาข้างต้นหากจะวิเคราะห์ให้ลึกซึ้งถึงรูปแบบการทำงานของหน่วยงานส่วนกลางจะเห็นได้ว่าแท้ที่จริงนั้นเป็นการผลัดภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของหน่วยงานส่วนกลางไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยมิได้มุ่งเน้นในเรื่องการสนับสนุนทางด้านงบประมาณและทางด้านวิชาการให้แก่ท้องถิ่น หน่วยงานต่างๆยังคงควบคุมอำนาจทางการเงินการคลังไว้ที่ส่วนกลาง (Ness, 2012) ยิ่งทำให้เกิดสภาวะการณ์รัฐรวมศูนย์ผูกขาดการตัดสินใจ ที่ทำให้อำนาจธิปไตยที่ควรถือร่วมกันของหลายๆ ภาคส่วน ยังคงเป็นของหน่วยงานส่วนกลางแต่เพียงฝ่ายเดียว และได้แปรเปลี่ยนรูปแบบ การปกครองประชาธิปไตยที่ประชาชนควรจะมีส่วนร่วมในการดูแลบ้านเมืองให้กลายเป็นประชาธิปไตยที่ประชาชนเป็นเพียงผู้ออกเสียงลงคะแนนเลือกผู้แทนไปบริหารบ้านเมืองของตน การกระทำดังกล่าวส่งผลให้ชุมชนท้องถิ่นยังมีความอ่อนแอมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองตามมา ด้วยเหตุผลนี้เอง การปฏิรูปโครงสร้างอำนาจระหว่างรัฐและชุมชนท้องถิ่นจึงมีความสำคัญ ซึ่งการปฏิรูปนี้มีเป้าประสงค์คือ คือนำอำนาจกลับไปให้ชุมชนท้องถิ่นได้ร่วมกันบริหารจัดการตนเองมากขึ้น (เอนก เหล่าธรรมทัศน์, 2552) ทั้งนี้ การกระจายภารกิจโดยไม่ได้มีการกระจายงบประมาณและกระจายอำนาจการตัดสินใจในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา จึงเป็นการผลักดันภารกิจและความรับผิดชอบ มิใช่เป็นการกระจายอำนาจแต่อย่างใด

อนึ่ง ในการปฏิรูปความสัมพันธ์ระหว่างรัฐและชุมชนท้องถิ่นนั้น เราจำเป็นต้องตระหนักว่าความสัมพันธ์มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ หากพิจารณาจากกระบวนการกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ.2540 และ พ.ศ.2550 จะเห็นได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ที่เป็นทางการ กล่าวคือ เป็นเพียงการปฏิรูปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเปลี่ยนแปลง

บทบาทหน้าที่ตามตัวบทกฎหมาย ซึ่งตั้งที่ได้กล่าวมาโดยสังเขปในขั้นต้น กระบวนการดังกล่าวก็ยังไม่ได้บรรลุเป้าประสงค์ที่ได้วางไว้ ในขณะที่เดียวกันความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการในชุมชนท้องถิ่นกลับมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดและกลายเป็นแรงขับเคลื่อนหลักในการแปลงนโยบายสาธารณะบางนโยบายไปสู่การปฏิบัติ อาทิเช่น ความกระตือรือร้นในการบริหารจัดการต่างๆในชุมชนของตนเองของประชาชน และการเรียกร้องขอมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายที่มีผลกระทบต่อชุมชนของตนเอง ตลอดจนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการสาธารณสุขมูลฐาน

ทั้งนี้ หากพิจารณาจากทิศทางการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างการปกครองของประเทศ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะทวีความสำคัญมากยิ่งขึ้นในการให้บริการในด้านต่างๆแก่ประชาชน อีกทั้งยังจะเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ภาวะผู้นำในชุมชนท้องถิ่นที่หมายถึงผู้นำที่เป็นทางการ (เช่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน) และผู้นำชุมชนที่ไม่ใช่ข้าราชการประจำหรือข้าราชการการเมือง ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำชุมชนเหล่านั้นและประชาชนจะเป็นปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนกระบวนการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีช่องว่างให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการจัดการด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข แต่ด้วยความหลากหลายทางด้านศักยภาพในการให้บริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทในปัจจุบันเป็นสิ่งสำคัญที่สมควรประเมินว่า **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพในการให้บริการประชาชนในใดบ้าง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีปัจจัยสำคัญอะไรที่มีผลต่อการสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ** จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรได้รับการวิเคราะห์และประเมินถึงความพร้อมเหล่านั้นเพื่อพัฒนาศักยภาพ (Capacity building) หรือมุ่งสร้างแนวทางกลางในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ในพื้นที่ โดยใช้**ตัวชี้วัดความพร้อมของท้องถิ่นแต่ละระดับที่จะเหมาะสมเพื่อใช้ประเมินความพร้อมแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ** จากการศึกษาในประสบการณ์ต่างประเทศรวมทั้งประเทศไทย พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆมีบทบาทด้านสาธารณสุขแตกต่างกันไป ซึ่งสามารถนำมาสร้างเป็นมิติตัวแปรสำคัญในการประเมินความพร้อมที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ได้แก่ มิติที่ 1 ความพร้อมเชิงองค์กร (Institutional Capacity) อันประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ 1) ภาวะผู้นำและเจตคติของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) โครงสร้างของระบบสนับสนุนภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเพียงพอของบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อจำนวนประชากร และ 3) ศักยภาพทางด้านการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมิติที่ 2 ความพร้อมของชุมชน (Community Capacity) อันประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ 1) ทักษะคติของประชาชนในชุมชน

ท้องถิ่นต่อการรักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์แข็งแรง และ 2) รูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน

มิติดังกล่าวมีหลักฐานประสบการณ์ในต่างประเทศที่ชี้ชัดเจนว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทด้านสาธารณสุขแตกต่างกัน หรืออีกนัยหนึ่งความพร้อมของปัจจัยดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการพัฒนาบทบาทด้านสาธารณสุขไปอย่างมาก ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดๆที่มีปัจจัยดังกล่าวข้างต้นพร้อมและครบถ้วน นับว่ามีความเหมาะสมที่จะมีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพประสบผลสำเร็จมากกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่ได้มีปัจจัยดังกล่าวข้างต้น โดยพิจารณาด้านการบริหารจัดการทั่วไป การคลังสุขภาพท้องถิ่น ด้านบุคลากรสาธารณสุขท้องถิ่น และความเชื่อมโยงของระบบสาธารณสุขกับท้องถิ่น เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่ส่งผลลบต่อระบบสุขภาพพื้นที่และไม่ทำให้เกิดความแตกแยกของระบบ ดังนั้น การศึกษาเพื่อวิเคราะห์ศักยภาพและพัฒนาความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการสุขภาพครั้งนี้จะเป็นการสร้างเสริมศักยภาพ (Capacity building) ของชุมชนท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านสุขภาพและสร้างความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคสาธารณสุข ภาคประชาชน

## คำถามการวิจัย

คำถามนำวิจัยที่มุ่งหาคำตอบในการศึกษาครั้งนี้มี 2 ประเด็นหลักๆ อันได้แก่

คำถามการวิจัยที่ 1 อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากผลการศึกษาของ ศุภชัย ศรีสุภาพและคณะ (2556) คือ บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภท (องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล) ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จะต้องได้รับการปรับปรุงและพัฒนาให้เป็นไปในทิศทางใดจึงจะไม่เกิดการทับซ้อนกันดังเช่นในปัจจุบัน ทั้งนี้ เนื่องจากในอดีตที่ผ่านมากระบวนการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ไปยังท้องถิ่นตามแผนการกระจายอำนาจและแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจมุ่งเน้นแต่เพียงการปรับบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่กลับปล่อยปละละเลยการพัฒนาบทบาทของหน่วยงานราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคให้เข้ากับบริบทโครงสร้างภาครัฐที่กำลังเปลี่ยนผ่านไปเป็นระบบธรรมาภิบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งในจุดนี้ Cheema and Rondinelli (2007) ได้ชี้ให้เห็นว่าผลสำเร็จของกระบวนการกระจายอำนาจนั้นขึ้นอยู่กับการปฏิรูปความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น จะมุ่งเน้นแต่เฉพาะภาคส่วนไม่ได้

คำถามการวิจัยที่ 2 คือ เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทยมีความหลากหลายทั้งในด้านพื้นที่และประชากรที่รับผิดชอบ ตลอดจนในด้านศักยภาพในการให้บริการสาธารณะ องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นและชุมชนท้องถิ่นจะต้องมีคุณลักษณะสำคัญอะไรบ้างจึงจะสามารถรองรับการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวในอีกนัยหนึ่งคือ เราจะทราบได้อย่างไรว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะได้รับการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ที่มีความพร้อมในการขับเคลื่อนระบบการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างมีคุณภาพและครอบคลุมทั่วถึงทุกภาคส่วนในชุมชน คำถามสำหรับการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของจรรยา ศรีศลักษณ์และคณะ (2555) ที่ได้ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างการวิจัยทางด้านการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทยซึ่งยังคงต้องการองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับเหตุปัจจัยเชิงบริบทของท้องถิ่น เช่น วิสัยทัศน์ของผู้บริหารฝ่ายการเมืองท้องถิ่น โครงสร้างองค์กร จำนวนบุคลากรทางด้านสาธารณสุข โครงสร้างการเงินการคลัง และที่สำคัญคือ องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขในประเทศไทยยังไม่มีควมคืบหน้าตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ระดับชาติ จึงจำเป็นต้องแสวงหา “ชุมชนต้นแบบ (Model Community)” ที่มีรูปแบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพที่ประสบความสำเร็จ (Best Practices) ด้วยตนเอง (จรรยา ศรีศลักษณ์และคณะ, 2555) แล้วนำมาวิเคราะห์ “เหตุปัจจัยเชิงบริบท” ที่ส่งผลต่อความสำเร็จนั้น ทั้งนี้ เพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อื่น ๆ ในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัย โดยพิจารณาถึงความเชื่อมโยงระหว่างชุมชนต้นแบบกับระบบสาธารณสุขในภาพรวม

## วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้ประกอบไปด้วย 2 วัตถุประสงค์หลัก คือ

1. เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่ทางด้านสุขภาพอนามัยของชุมชนต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการบริหารจัดการงานด้านสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยย่อย คือ
  - 1.1. เพื่อศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างชุมชนต้นแบบกับระบบสาธารณสุขในระดับจังหวัด
  - 1.2. เพื่อสังเคราะห์บทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภท
2. เพื่อวิเคราะห์เหตุปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในชุมชนต้นแบบ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยย่อย คือ
  - 2.1. เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพอนามัย



- 2.2. เพื่อสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารจัดการด้านสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย**

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์จากประเด็นตัวชี้วัดความพร้อมและศักยภาพด้านการจัดการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกำหนดแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 3 ตลอดจนได้ใช้ประโยชน์จากแนวทางการกำหนดบทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภท และแนวทางการพัฒนาความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรองรับการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัย

## บทที่ 2

### การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และศักยภาพและความพร้อมของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการจัดการด้านสุขภาพ

ในบทนี้จะชี้ให้เห็นถึงแนวคิดของการกระจายอำนาจที่ถือว่าเป็นเครื่องมือที่เสริมสร้างประสิทธิผล ประสิทธิภาพในการให้บริการ และนำไปสู่การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น แต่ทั้งนี้จะต้องมีกระบวนการที่อิงอยู่บนพื้นฐานของหลักวิชาการบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบต่างๆในบริบทการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ซึ่งบทบาทเหล่านี้จะบรรลุความสำเร็จได้ ชุมชนท้องถิ่นต้องมีศักยภาพและความพร้อมในด้านต่างๆรวมทั้งปัจจัยที่มีผลและแนวทางในการพัฒนา ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการสุขภาพ ซึ่งส่วนหนึ่งได้ทำการถอดบทเรียนประสบการณ์ในการจัดการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศต่างๆ

#### การกระจายอำนาจสู่ชุมชนท้องถิ่น : กลไกในการเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ในการให้บริการสุขภาพ

สังคมโลกในปัจจุบันมีความแตกต่างจากสังคมโลกในศตวรรษที่ผ่านมาอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิตของคน โดยตลอดระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา ทั้งอัตราการเกิดและอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดต่างก็มีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็วในทุกประเทศทั่วโลก (Johnson and Stout, 1999) อย่างไรก็ตามแม้ว่าคุณภาพของระบบให้บริการด้านสาธารณสุขตลอดจนระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนจะมีพัฒนาการที่ก้าวกระโดด แต่ก็พบว่าระบบสาธารณสุขของหลายประเทศยังคงมีปัญหารอคอยการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ดังจะเห็นได้จากความพยายามของทุกประเทศไม่ว่าจะเป็นประเทศกำลังพัฒนาหรือประเทศที่พัฒนาแล้วในการผลักดันให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่เนื่องจากความไม่เท่าเทียมกันของศักยภาพด้านการบริหารและด้านงบประมาณของแต่ละประเทศ ทำให้เกิดข้อก้ำกัในประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบสาธารณสุขในประเทศที่กำลังพัฒนา (Chernichovsky and Hanson, 2009) ด้วยเหตุนี้จึงก่อให้เกิดความตื่นตัวของนักวิชาการในศาสตร์ต่างๆในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการใช้ทรัพยากรของภาครัฐให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อระบบสาธารณสุข

การกระจายอำนาจในการตัดสินใจและการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือเชิงนโยบายที่ช่วยเสริมสร้างประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความเสมอภาค และคุณภาพของการให้บริการด้านสาธารณสุข (Bergman, 1998; Bossert, 1998) สำหรับบริบทประเทศไทยนั้น กระบวนการกระจายอำนาจที่ถือกำเนิดขึ้นอย่างเต็มรูปแบบในปี พ.ศ. 2540 ก็มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณะและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นในการปกครองตนเอง โดยมีกรอบข้อกฎหมายและแผนปฏิบัติการต่างๆที่

กำหนดภารกิจหน้าที่ที่ต้องได้รับการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นภารกิจหน้าที่ด้านการศึกษา การสาธารณสุขพื้นฐาน การพัฒนาเศรษฐกิจชุมชน เป็นต้น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นหน่วยงานภาครัฐที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด การกระจายอำนาจในการตัดสินใจและอำนาจในการบริหารทรัพยากรไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงถือเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้หน่วยงานภาครัฐสามารถปรับปรุงรูปแบบและคุณภาพบริการสาธารณะให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนที่หลากหลาย (Wei, 2000; Bossert and Beauvais, 2002; Milne, 2002; Hutchinson and LaFond, 2004; Bankauskaite and Saltman, 2007) ทั้งนี้ ตามหลักการเศรษฐศาสตร์และการเงินสาธารณะ (Public Economics and Public Finance) การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นจึงเป็นปัจจัยขับเคลื่อนที่ก่อให้เกิดนวัตกรรมในการใช้ทรัพยากรภาครัฐให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (Oates, 1972) นอกจากนี้แล้ว หลักการเสริมสร้างความพร้อมให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการด้านสาธารณสุขยังสอดคล้องกับแนวคิด New Public Health ซึ่งถือได้ว่าเป็นหนึ่งในแนวคิดกระแสหลักในแวดวงสาธารณสุขศาสตร์ในปัจจุบัน โดยแนวคิดดังกล่าวไม่ได้ใช้แต่เพียงองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ได้ขยายขอบเขตการศึกษาวิจัยไปยังประเด็นทางด้านสังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ รัฐประศาสนศาสตร์ และนโยบายสาธารณะ (Acheson, 1988; McKinlay and Marceau, 2000; Elder, 2001)

แนวคิด New Public Health นั้นมีเป้าประสงค์สูงสุดในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนท้องถิ่น (Community Empowerment) เพื่อให้ชุมชนท้องถิ่นสามารถตัดสินใจและบริหารจัดการระบบสาธารณสุขพื้นฐานของชุมชนได้ด้วยตนเอง โดยคำว่า “สุขภาพ” ตามกรอบแนวคิด New Public Health ได้รับอิทธิพลมาจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ที่ต้องการให้ “สุขภาพที่ดีเป็นสภาวะที่ประกอบไปด้วยร่างกายที่แข็งแรง จิตใจที่เข้มแข็ง และสังคมที่มีคุณภาพ” (WHO, 1998) การบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นไม่ได้หากปราศจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้มแข็งในเชิงบริหารจัดการ ชุมชนท้องถิ่นที่ตื่นตัวในด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วม ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางที่คอยเติมเต็มในส่วนที่ชุมชนท้องถิ่นไม่สามารถจัดหาหรือบริหารจัดการได้ด้วยตนเอง

ดังนั้น หลักการกระจายอำนาจไปสู่ชุมชนท้องถิ่นจึงถือได้ว่าเป็นกระบวนการสำคัญที่จะทำให้แนวคิด New Public Health มีผลในทางปฏิบัติ กล่าวคือ ความเข้มแข็งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนจะเกิดขึ้นไม่ได้ หากปราศจากกระบวนการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่และทรัพยากรไปยังชุมชนท้องถิ่น หรือแม้แต่ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะไม่เป็นไปในเชิงสร้างสรรค์ หากไม่มีกระบวนการกระจายอำนาจที่รัดกุมและตั้งอยู่บนพื้นฐานวิชาการอย่างแท้จริง จึงอาจกล่าวได้ว่า กระบวนการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบไปด้วยกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญ 2 กลไก คือ

- กลไกความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานภาครัฐด้วยกันเอง (*Intergovernmental Relations*) ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับอำนาจในการตัดสินใจเชิงนโยบาย และการจัดสรรทรัพยากรภาครัฐไปยังภาคส่วนต่างๆ ในสังคม (Schneider, 2003; Falleti, 2005)
- กลไกความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน (*State-Society Relations*) โดยเป็นการปรับเปลี่ยนบทบาทของหน่วยงานภาครัฐทั้งในระดับประเทศและระดับชุมชนท้องถิ่นจาก “ผู้ปกครอง” เป็น “ผู้ให้บริการ” ซึ่งย่อมาหมายความว่าภาครัฐจำเป็นต้องมีการเปิดพื้นที่ให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการบริหารจัดการบริการสาธารณะด้านต่างๆ (Cheema and Rondinelli, 2006)

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกความสัมพันธ์ทั้งสองสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามในการปฏิรูปโครงสร้างสังคมและการเมืองทั้งระบบ โดยมีเป้าประสงค์สำคัญคือ เพื่อให้ทุกภาคส่วนในชุมชนท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นภาคปกครองหรือภาคประชาชนมีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการทรัพยากรและกิจการสาธารณะในเขตพื้นที่ชุมชนของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพ แต่อย่างไรก็ตามกระบวนการกระจายอำนาจจะสามารถตอบโจทย์ดังกล่าวได้หรือไม่ นั้น ล้วนขึ้นอยู่กับ “การออกแบบนโยบายและขั้นตอนการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่และทรัพยากรจากส่วนกลางไปยังชุมชนท้องถิ่น” (Falleti, 2005) โดย “การออกแบบ” ดังกล่าวต้องคำนึงถึงมิติของการกระจายอำนาจทั้งสิ้น 3 มิติ (Manor, 1995) คือ มิติการเมือง (*Political Dimension*) มิติการบริหาร (*Administrative Dimension*) มิติการคลัง (*Fiscal Dimension*) รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 2.1

*มิติการกระจายอำนาจทางการเมือง (Political Dimension)* ให้ความสำคัญกับกระบวนการทางการเมืองในระดับท้องถิ่น ทั้งที่เป็นกระบวนการทางการเมืองที่เป็นทางการ (*Formal Political Process*) ได้แก่ การเลือกตั้งคณะผู้บริหารและสภาท้องถิ่น ตลอดจนกระบวนการทางการเมืองภาคประชาชน (*Informal Political Process*) ได้แก่ กระบวนการจัดทำแผนชุมชน ทั้งนี้ Fox และ Aranda (1996) และ Schneider (2003) เรียกกระบวนการทางการเมืองเหล่านี้ว่าเป็น “การกระจายอำนาจในทางรัฐศาสตร์” ซึ่งเน้นการเสริมสร้างโครงสร้างองค์กรทางการเมืองในท้องถิ่น การตระหนักรู้สิทธิพลเมืองของประชาชนในท้องถิ่น กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ในกรณีนี้ การกระจายอำนาจทางการเมืองที่เป็นรูปธรรม คือ การแก้ไขรัฐธรรมนูญที่ให้อิสระแก่ชุมชนและประชาชนในการเลือกตั้งคณะผู้บริหารและสภานิติบัญญัติในระดับท้องถิ่น ตลอดจนการเปิดช่องทางให้ประชาชนสามารถตรวจสอบการทำงานของคณะผู้บริหารท้องถิ่นและร่วมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิธีการให้บริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Falleti, 2005)

มิติการกระจายอำนาจทางการคลัง (*Fiscal Dimension*) เป็นการปฏิรูปความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลระดับชาติและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเชิงงบประมาณและการจัดหาเงินรายได้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้สอยทรัพยากรของภาครัฐ (Musgrave, 1958; Oates, 1972) ในการนี้แหล่งรายได้ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเก็บได้เองเป็นตัวชี้วัดความเป็นอิสระทางการคลังของท้องถิ่นได้ดีที่สุด (Wibbels, 2004; Fallei, 2005)

สำหรับมิติการกระจายอำนาจเชิงบริหาร (*Administrative Decentralization*) เป็นการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบในการให้บริการสาธารณะไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Cohen and Peterson, 1997) โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิสระในการตัดสินใจนโยบายและจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรและงบประมาณให้มีความสอดคล้องกับภารกิจหน้าที่ที่ได้รับการถ่ายโอน (Rondinelli, 1981; Schneider, 2003) ในการนี้ Cohen และ Peterson (1997) ให้ทรรศนะไว้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรได้รับการถ่ายโอนอำนาจเชิงบริหารในการวางแผนบริหารองค์การบริหารงบประมาณ การคัดเลือกเจ้าหน้าที่ การจัดทำโครงการและกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนการบำรุงรักษาสินทรัพย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ชัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา และ อัครณัฐ วงศ์ปรีดี (2554) ได้ให้ทรรศนะว่า ความเป็นอิสระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเชิงบริหารนั้นมีหลากหลายรูปแบบ โดยไม่จำเป็นว่าท้องถิ่นจะมีอิสระในการบริหารมากขึ้นภายหลังจากการที่รัฐบาลระดับชาติประกาศใช้นโยบายการกระจายอำนาจ

**ตารางที่ 2.1** มิติของการกระจายอำนาจ

มิติ (Dimension)	ลักษณะการถ่ายโอนอำนาจ (Transfer Characteristics)	ฐานแนวคิดการบริหารจัดการ (Administrative Concept)
การเมือง (Politics)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ กลไกการวางแผนยุทธศาสตร์/ แผนพัฒนาชุมชน</li><li>▪ การเลือกตั้งผู้บริหารท้องถิ่น</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ การเสริมสร้างประชาธิปไตย</li><li>▪ หลักการมีส่วนร่วมของประชาชน</li></ul>
การบริหาร (Administration)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ อำนาจหน้าที่ด้านต่างๆ</li><li>▪ การบริหารจัดการองค์กร</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ กลไกการแสดงความรับผิดชอบ (Accountability)</li><li>▪ ความเป็นอิสระในการบริหาร (Management Autonomy)</li></ul>
การคลัง (Fiscal and Financial Management)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ การบริหารงบประมาณ</li><li>▪ การจัดหารายได้</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ หลักประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณ (Allocative Efficiency)</li><li>▪ ความยั่งยืนทางการเงิน (Financial Sustainability)</li></ul>

ที่มา: ปรับปรุงจาก Manor (1995) และ Fallei (2005)

ในทำนองเดียวกัน ก็ยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับความเป็นอิสระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารงานด้านสุขภาพอนามัย ภายหลังจากมีกระบวนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น (Bankausakaite and Saltman, 2007) ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากความไม่ชัดเจนของกระบวนการกระจายอำนาจซึ่งแม้นักวิชาการทางด้านรัฐประศาสนศาสตร์จะแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ (Rondinelli, 1984; 1990) ได้แก่

1. **Deconcentration** หมายถึง การกระจายอำนาจในการตัดสินใจเชิงบริหารและการเงิน การคลังไปยังหน่วยงานในสังกัดภาครัฐส่วนกลางในพื้นที่ที่ห่างไกลจากเมืองหลวง โดยหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางในเขตภูมิภาคยังคงต้องอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของหน่วยงานส่วนกลางในเมืองหลวงเช่นเดิม โดยทั่วไปมักเป็นการจัดตั้งหน่วยงานซึ่งเป็นตัวแทนของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางในระดับภูมิภาคและระดับท้องถิ่น ด้วยเหตุนี้จึงไม่ถือว่า Deconcentration เป็นการถ่ายโอนอำนาจและบทบาทหน้าที่จากภาครัฐส่วนกลางไปยังภาครัฐในชุมชนท้องถิ่นอย่างแท้จริง ยกตัวอย่างเช่น ระบบผู้ว่าราชการจังหวัดและระบบราชการส่วนภูมิภาคในประเทศไทยในปัจจุบัน (Ferguson and Chandrasekharan, 2012)
2. **Delegation** เป็นกระบวนการกระจายอำนาจบริหารกิจการสาธารณะรูปแบบหนึ่งที่เป็น การถ่ายโอนอำนาจและหน้าที่รับผิดชอบไปยังหน่วยงานกึ่งอิสระในภูมิภาคที่ยังคงต้อง ปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานต่างๆที่หน่วยงานภาครัฐส่วนกลางกำหนด (Gregersen, et al. 2012) โดยคุณลักษณะเด่นของ Delegation คือ การกระจายอำนาจเชิงบริหาร อย่างเดียว โดยไม่เกี่ยวข้องกับอำนาจการเมืองและบทบาทหน้าที่ทางด้านการเงิน การคลัง (Ferguson and Chandrasekharan, 2012)
3. **Devolution** เป็นการมอบอำนาจในการตัดสินใจในกระบวนการบริหาร การเมือง และการจัดการทรัพยากรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่อย่างไรก็ตาม องค์กรปกครองท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอนอำนาจในรูปแบบนี้ก็ยังคงต้องรักษา มาตรฐานในการให้บริการสาธารณะที่กำหนดไว้โดยหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง เพียงแต่มีอำนาจและความเป็นอิสระในการบริหารจัดการทรัพยากรในเขตพื้นที่ชุมชน ท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น (Ferguson and Chandrasekharan, 2012)

แต่ทว่าก็มีนักวิชาการรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์โต้แย้งว่า Deconcentration ไม่ใช่ กระจายอำนาจที่แท้จริง เนื่องจากไม่มีการมอบอำนาจในการตัดสินใจให้แก่องค์กรปกครองหรือชุมชน ท้องถิ่นอย่างแท้จริง (Fesler, 1965) นอกจากนี้ยังพบอีกว่าในบริบทประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศ ซึ่งนำเอาหลักการและแนวคิดการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขไปปรับใช้อย่างเต็มรูปแบบ กลับ ก่อให้เกิดความไร้ประสิทธิภาพในการให้บริการและก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำของคุณภาพการให้บริการ

ทางด้านสุขภาพอนามัยในพื้นที่ชุมชนท้องถิ่นที่แตกต่างกัน อาทิเช่น ปัญหาทางด้านการบริการด้านสาธารณสุขในประเทศอินโดนีเซียอันเนื่องมาจากการกระจายอำนาจสู่ระดับ Regency และเทศบาล (Kota) ภายหลังจากล่มสลายของรัฐบาลอดีตประธานาธิบดี Suharto อีกทั้งในกรณีประเทศกำลังพัฒนาในแอฟริกาและละตินอเมริกา ก็พบว่าได้เกิดความซ้ำซ้อนกันของอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองท้องถิ่นรูปแบบและระดับต่างๆ อันส่งผลให้เกิดความไม่มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรภาครัฐในประเทศเหล่านั้น (Gottret and Schieber, 2006) การศึกษาบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบต่างๆในการจัดการด้านสุขภาพ เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนแต่กลับเสริมการทำงานร่วมกันจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องศึกษาและที่สำคัญต้องเข้าใจบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบริบทการกระจายอำนาจด้านสุขภาพก่อน

### **บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบริบทการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข**

ในบริบทการกระจายอำนาจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการยอมรับว่าเป็นกุญแจสำคัญที่ก่อให้เกิดนวัตกรรมในการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ชุมชนและภาคประชาชน (Lyons, 2007) นอกเหนือจากนี้ ความใกล้ชิดกับประชาชนในเชิงกายภาพทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนเป็นไปอย่างแนบแน่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตพื้นที่ชนบท ด้วยเหตุนี้หน่วยงานการปกครองท้องถิ่นจึงถือเป็นตัวขับเคลื่อนที่สำคัญในการพัฒนาให้งานด้านสุขภาพอนามัยครอบคลุมทุกมิติคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ เนื่องจาก “สุขภาพ” ของมนุษย์ประกอบไปด้วยหลายมิติทั้งมิติเชิงสังคมและเชิงสภาพแวดล้อมชุมชนทางกายภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับชุมชนท้องถิ่นมากที่สุดจึงเป็นหน่วยงานภาครัฐที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ (Hunter, Marks, and Smith, 2010) จนกระทั่งมีคำกล่าวว่างบบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นเป็นบทบาทในเชิงบวก ในขณะที่บทบาททางการรักษาพยาบาลนั้นเป็นบทบาททางลบ เนื่องจากการดำเนินงานขององค์กรปกครองท้องถิ่นช่วยให้ประชาชนรู้จักป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ แต่การรักษาพยาบาลเป็นการดูแลประชาชนเมื่อเกิดโรคภัยไข้เจ็บแล้ว

ในปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในหลายประเทศต่างก็มีบทบาททางด้านสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป ในบางประเทศ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ซื้อบริการ (Purchaser) จากหน่วยงานส่วนกลางซึ่งเป็นผู้ผลิต (Producer) และผู้ให้บริการ (Provider) ในบางกรณีรัฐบาลท้องถิ่นก็เป็นทั้งผู้ให้บริการและซื้อบริการ โดยมีหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางทำหน้าที่ควบคุมดูแลมาตรฐานในการให้บริการ สำหรับประเทศไทย การเสริมสร้างสุขภาพในช่วงระยะเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมาพัฒนาการที่ต่อเนื่อง จากรูปแบบเดิมที่เน้นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพอนามัยโดยหน่วยงานภาครัฐเป็นตัวละครหลัก ไปเป็นกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน และครอบคลุมมิติอื่น ๆ นอกเหนือจากด้านสาธารณสุขด้วย อาทิเช่น มิติทางด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม (สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, 2554)

ตามหลักทฤษฎี New Public Health บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพอนามัย ประกอบไปด้วย 2 แนวทาง (Leach and Stewart, 1992) คือ 1) บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) ซึ่งเป็นบทบาทในการให้บริการสาธารณะต่างๆแก่ประชาชน และ 2) บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) ซึ่งก็คือบทบาทในการบริหารงานภายในองค์กรและการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐและภาคส่วนอื่น ทั้งนี้บทบาทหน้าที่ปฐมภูมิขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามกรอบแนวคิดของ Leach and Stewart มีทั้งสิ้น 4 รูปแบบ คือ

1. องค์กรปกครองท้องถิ่นจัดให้บริการโดยตรงแก่ประชาชน
2. องค์กรปกครองท้องถิ่นซื้อบริการที่ผลิตโดยหน่วยงานส่วนกลางหรือภาคเอกชนให้แก่ประชาชน โดยใช้เงินงบประมาณจ่ายค่าบริการแก่ผู้ให้บริการ
3. สำหรับรูปแบบที่ 2 องค์กรปกครองท้องถิ่นจำเป็นต้องพัฒนากลไกในการควบคุมการจัดบริการให้ได้ตามมาตรฐานและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
4. องค์กรปกครองท้องถิ่นส่งเสริมและสนับสนุนภาคประชาชนให้เสนอและจัดกิจกรรมที่สร้างประโยชน์แก่ท้องถิ่นด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การให้เงินรางวัลเป็นแรงจูงใจ การชักชวน และเจรจาต่อรอง

สำหรับบทบาทหน้าที่เชิงทุติยภูมิขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นส่วนใหญ่จะเป็นเชิงบริหารจัดการมากกว่าการจัดให้บริการ โดยมีทั้งสิ้น 4 รูปแบบ คือ

1. การวางแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ และแผนพัฒนาต่างๆ (Planning)
2. การจัดหา จัดเก็บ จัดสรร และกระจายเงินงบประมาณ (Financial Management)
3. การจัดโครงสร้างองค์กรและระบบพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับภารกิจหน้าที่ต่างๆ (Organizational Management)
4. การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการและการกำกับดูแลการใช้จ่ายเงินงบประมาณขององค์กร (Quality Control and Financial Audit)

บทบาททุติยภูมิทางด้านสุขภาพอนามัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นตัวสะท้อนศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Government Capacity) ในด้านการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข (Personnel Capacity Development) ให้สามารถบริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพ และด้านการพัฒนาองค์กร (Institutional Capacity Development) ในด้านโครงสร้างการบริหาร ระบบการเงินการคลัง และกลไกการตรวจสอบความรับผิดชอบ (Chen, 1999; Crisp, Swessen, and Duckett, 2000; Tang, et al., 2001) ซึ่งผลการศึกษาของ Kwok-Cho Tang และคณะ (2005) พบว่า การพัฒนาศักยภาพของรัฐบาลท้องถิ่นในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนในการจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัยนั้นจำเป็นต้องเป็นแนวทางที่ผสมผสานระหว่างการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพอนามัยและการพัฒนาองค์กรควบคู่กันไปด้วย



ประเด็นคำถามคือ ภารกิจหน้าที่ใดบ้างควรจะได้รับ การถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองท้องถิ่น ซึ่งโดยหลักการแล้ว ภารกิจที่ได้รับ การถ่ายโอนต้องเป็นบริการที่มีผลลัพธ์เป็นรูปธรรมสามารถวัดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติได้ชัดเจนและไม่สลับซับซ้อน (Khaleghian and Das Gupta, 2005) สำหรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอนามัยนั้น การประเมินผลสัมฤทธิ์มีความสลับซับซ้อนมากกว่าการกระจายอำนาจในด้านอื่นๆ ดังนั้น การกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพอนามัยอย่างสุดโต่งโดยปราศจากการวางแผนที่รัดกุมย่อมก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านประสิทธิภาพในการใช้สอยทรัพยากรงบประมาณ ปัญหาด้านความทั่วถึงของบริการด้านสุขภาพอนามัย และปัญหาด้านคุณภาพของการให้บริการ (Akin et al., ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) ในขณะเดียวกัน การบริหารด้านสาธารณสุขแบบรวมศูนย์อำนาจนั้นก็สามารถก่อให้เกิดความไร้ประสิทธิภาพได้เช่นกัน เพราะอาจก่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรงบประมาณไม่เป็นธรรม โดยเฉพาะในประเทศที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม (Manor, 1999)

บทวิเคราะห์ดังกล่าวเป็นตัวอธิบายผลสัมฤทธิ์ที่หลากหลายของกระบวนการกระจายอำนาจในประเทศต่างๆทั่วโลก ซึ่งมีทั้งกรณีประเทศต้นแบบที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นตัวขับเคลื่อนหลักในการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างมีคุณภาพ และมีหลากหลายกรณีที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประสบกับความท้าทายในการปฏิบัติหน้าที่ นโยบายกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นจึงเป็นศิลป์มากกว่าศาสตร์ ผู้ออกแบบนโยบายจึงต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพในการใช้สอยทรัพยากรภาครัฐและสมดุลระหว่าง “หลักความเป็นอิสระ” ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ “มาตรฐานของการให้บริการสาธารณะ” (วินัย ลิสมิทธิ์ และ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ไม่ปรากฏปีที่ตีพิมพ์)

การกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขจึงไม่มีสูตรสำเร็จที่แน่นอน และในบางกรณีอาจไม่ เป็นไปตามหลักการเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณะที่เน้นประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรแต่อย่างใด (Smith, 1997) อย่างไรก็ตาม แม้วารูปแบบในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจะมีความแตกต่างกัน ไปตามบริบทของแต่ละประเทศ แต่ Khaleghian and M. Das Gupta (2005) ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า

1. หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีความพร้อมในการบริหารงานด้านสุขภาพ หน่วยงานส่วนกลางก็ไม่ควรกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไปสู่ท้องถิ่นอย่างเต็มรูปแบบในทันที เพราะจะทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพในการบริการ
2. ไม่ว่ารูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจะเป็นไปในลักษณะใด บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพก็ไม่ควรลดความสำคัญลง ในทางกลับกันหน่วยงานส่วนกลางต้องปรับเปลี่ยนบทบาทตนเองจาก “ผู้ให้บริการ” ไป เป็น “ผู้กำกับและประเมิน” มาตรฐานการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนงานวิจัยและพัฒนาและการผลิตบุคลากรทางด้าน การแพทย์ซึ่งต้องใช้วิชาชีพที่มีความสลับซับซ้อนสูง

3. ไม่ว่าจะการให้บริการด้านสุขภาพจะเป็นไปในรูปแบบ Deconcentration หรือ Decentralization หน่วยงานส่วนกลางมีหน้าที่สำคัญในการพัฒนาเครื่องมือตรวจวัด ประเมินคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมทุก มิติของ “สุขภาพ” ซึ่งหมายรวมถึง สุขภาพกาย สุขภาพใจ และชีวิตความเป็นอยู่ใน สังคมของประชาชน

ในกรณีของประเทศไทยนั้น แม้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่งจะถือกำเนิดขึ้นภายหลังจาก กระบวนการปฏิรูปภาครัฐในทศวรรษที่ผ่านมาซึ่งมุ่งเน้นการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น แต่ก็ถือได้ว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยมีพัฒนาการอย่างก้าวกระโดด ทั้งในด้านศักยภาพองค์กร (Institutional Capacity) ด้านการบริหารองค์กร (Organizational Management) ด้านการบริหาร การเงินการคลัง (Financial and Fiscal Management) ตลอดจนภาวะผู้นำทางการเมือง (Political Leadership) (พีรสิทธิ์ คำานวนศิลป์ และคณะ, 2549) และในด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นไทยก็มีการส่งเสริมประสบการณ์ในการบริหารงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การฝึกจัดทำ ข้อมูล คร่าวเรือน ตลอดจนการเก็บข้อมูลเพื่อจัดทำตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย เช่น อัตรา การตาย ของทารก (Infant Mortality Rate) อัตราการมีบุตร (Fertility Rate) และอายุขัยเฉลี่ยประชากร (Life Expectancy) อย่างไรก็ตามก็ยังคงมีช่องว่างทางด้านศักยภาพและความพร้อมของท้องถิ่นใน การให้บริการด้านสุขภาพ ทั้งนี้การศึกษาวิวัฒนาการของการปกครองท้องถิ่นไทยนับตั้งแต่มีการ กระจายอำนาจในปี พ.ศ. 2540 จึงความจำเป็นในการทำความเข้าใจในช่องว่างทางด้านศักยภาพและ ความพร้อมที่ต้องได้รับการพัฒนา

### บทบาทด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยในปัจจุบัน

นับตั้งแต่การประกาศใช้พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา สืบเนื่องมาจนถึงการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 หน่วยงานภาครัฐในประเทศไทยก็ได้มี แนวนโยบายในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นที่ชัดเจนมากขึ้นกว่าในอดีต โดยมีความชัดเจนทั้งใน 3 มิติ (ตารางที่ 2.2) คือ มิติเชิงกฎหมาย (Legal Dimension) มิติเชิงโครงสร้างและพื้นที่รับผิดชอบ (Structural and Territorial Dimension) และมิติเชิงภาระหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะด้านต่าง ๆ (Service Responsibilities Dimension)

สำหรับมิติเชิงกฎหมาย ในระดับอธิปไตยแห่งรัฐ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 (และรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550) ได้กำหนดหลักการและมีเป้าประสงค์ในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้ (สงคราม ลีทองดี, ไม่ปรากฏปีที่ตีพิมพ์)

1. มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในระยะยาว และเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีความเป็นธรรม เสมอภาค คุณภาพดี และมีประสิทธิภาพ
2. มุ่งระบบที่ยืดหยุ่นมีพลวัต ทำให้มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และเรียนรู้จากประสบการณ์ต่างๆ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาสุขภาพ
3. มุ่งระบบที่มีส่วนร่วม สร้างกลไกและกระบวนการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนในท้องถิ่น โดยตัดสินใจร่วมกัน เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจเป็นไปอย่างราบรื่นและสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะทางระบบบริการสุขภาพ

**ตารางที่ 2.2** ความชัดเจนในการกระจายอำนาจสู่ชุมชนท้องถิ่นทั้ง 3 มิติ

มิติ	รายละเอียด
มิติเชิงกฎหมาย (Legal Dimension)	<b>ระดับอธิปไตยแห่งรัฐ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ กรอบรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2550</li></ul> <b>ระดับกฎหมาย</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542</li><li>▪ พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540</li><li>▪ พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 (แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2552)</li><li>▪ พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537</li></ul>
มิติเชิงโครงสร้างและพื้นที่รับผิดชอบ (Structural and Territorial Dimension)	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทยมี 4 รูปแบบ คือ <ul style="list-style-type: none"><li>▪ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)</li><li>▪ เทศบาล (ประกอบไปด้วยเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล)</li><li>▪ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)</li><li>▪ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา</li></ul>
มิติเชิงภาระหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะ (Service Responsibilities Dimension)	พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีหน้าที่จัดทำแผนดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"><li>▪ แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li><li>▪ แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li></ul>

นอกจากนี้ยังมีการรับรองบทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับกฎหมายที่ได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภา คือ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติเฉพาะสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภท ได้แก่ พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติมที่ 13 พ.ศ. 2552) และพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537

ในมิติเชิงโครงสร้างและพื้นที่รับผิดชอบ (Structural and Territorial Dimension) บทบัญญัติกฎหมายได้กำหนดประเภทและขอบเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเป็นบรรทัดฐานในการจัดสรรทรัพยากรและเงินรายได้ภาษี โดยมีองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทำหน้าที่คล้ายกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนบน (Upper-Tier Local Government) ที่รับผิดชอบดูแลพื้นที่ทั้งจังหวัดในภาพรวม ในขณะที่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งเปรียบเสมือนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนล่าง (Lower-Tier Local Government) มีหน้าที่รับผิดชอบเขตพื้นที่ชุมชนท้องถิ่นที่มีอาณาเขตเฉพาะ โดยเทศบาลแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทตามจำนวนประชากร คือ เทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลนั้นก็แบ่งออกเป็น 3 ประเภทตามจำนวนประชากรในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรเช่นกัน

สำหรับมิติที่ 3 คือ มิติเชิงภาระหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะ (Service Responsibilities Dimension) ซึ่งตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของนายกรัฐมนตรี โดยคณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ในการจัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งต้องได้รับการทบทวนทุก 5 ปีตามที่กฎหมายกำหนด ทั้งนี้แผนทั้งสองล้วนกำหนดภารกิจหน้าที่ที่หน่วยงานราชการระดับกระทรวง กรม จะต้องถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีหลักเกณฑ์คือ ภารกิจหน้าที่ถ่ายโอนมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนโดยตรง และต้องไม่ใช่ภารกิจหน้าที่ที่ต้องใช้องค์ความรู้และเทคนิคบริหารที่สลับซับซ้อนมาก

ทั้งนี้ ภารกิจด้านสุขภาพอนามัยและสาธารณสุขที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขก็ได้รับการบรรจุไว้ในแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเช่นกัน โดยพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16-22 ได้กำหนดภารกิจด้านสุขภาพอนามัยและสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทดังปรากฏในตารางที่ 2.3 โดยมีการจำแนกและจัดระบบภารกิจหน้าที่ของท้องถิ่นให้ปราศจากความซ้ำซ้อนในการจัดให้บริการสาธารณะต่าง ๆ และตั้งอยู่บนคติที่ว่าภารกิจขนาดใหญ่ที่

ครอบคลุมอาณาบริเวณกว้างขวาง เช่น การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ก็ควรอยู่ภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับบน ในขณะที่ภารกิจที่ครอบคลุมอาณาบริเวณจำกัดก็เป็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับล่างเป็นผู้ดำเนินการ (สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2552)

**ตารางที่ 2.3** อำนาจหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัยและสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบต่างๆ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542

อำนาจหน้าที่ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม	อบจ.	เทศบาล/ อบต.
การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว		/
การรักษาพยาบาล	/	/
การจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด	/	
การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ	/	
พัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชราและผู้ด้อยโอกาส	/	/
ส่งเสริมการกีฬา จัดให้มี/บำรุงรักษาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ (สวนสาธารณะ)		/
ระบบกำจัดมูลฝอย สิ่งปฏิกูลและน้ำเสีย	/	/
	(ระบบรวม)	(แต่ละท้องถิ่น)
ควบคุมการเลี้ยงสัตว์ การฆ่าสัตว์		/
รักษาความปลอดภัยและการอนามัยโรงมหรสพและ สาธารณสุขสถานอื่นๆ		/
ปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัดและจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย		/
จัดให้มีและควบคุมตลาด	/	/
	(ตลาดกลาง)	(แต่ละท้องถิ่น)
รักษาความสะอาดของบ้านเมือง		/
จัดการสิ่งแวดล้อมและมลพิษต่างๆ	/	
การควบคุมสุสาน ฌาปนสถาน		/
การสาธารณสุขูปโภค(การจัดหาน้ำอุปโภค/บริโภค)		/

ที่มา: คู่มือ ศรีสุขพัฒนา (2546)

อนึ่ง ข้อสังเกตสำคัญเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบลในตารางที่ 2.3 ข้างต้น คือ กฎหมายได้กำหนดให้องค์การบริหาร

ส่วนจังหวัดมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ อีกทั้งยังระบุไว้อย่างชัดเจนว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด แต่ทว่าสำหรับการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบันนั้นครอบคลุมถึงภารกิจหน้าที่ด้านอื่นๆ ที่มุ่งเสริมสร้างสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงให้แก่ประชาชน ซึ่งมีรายละเอียดกิจกรรมและเทคโนโลยีที่จำเป็นต้องใช้นอกเหนือไปจากเทคโนโลยีและองค์ความรู้ทางด้านการแพทย์และการพยาบาล ในประเด็นภารกิจหน้าที่ด้านอื่นที่นอกเหนือไปจากด้านการแพทย์และการพยาบาลนั้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนล่าง (เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล) มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ซึ่งสามารถส่งเสริมให้กิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในชุมชนท้องถิ่นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ได้แก่ การปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัดและการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย การส่งเสริมกีฬา การกำจัดขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และน้ำเสีย การควบคุมการเลี้ยงสัตว์ การจัดให้มีและควบคุมการฆ่าสัตว์ การรักษาความปลอดภัยและการอนามัยของโรงมหรสพและสาธารณสถานอื่นๆ เป็นต้น

ภายหลังจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ก็ได้มีการถอดแนวนโยบายออกมาเป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยดกลีออกมาเป็นแนวทางการกระจายอำนาจในมิติต่างๆ ตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีทั้งสิ้น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ด้านการจัดระเบียบชุมชน/สังคม/การรักษาความสงบเรียบร้อย ด้านการวางแผน/ส่งเสริมการลงทุน/พาณิชย์กรรมและการท่องเที่ยว ด้านการบริหารจัดการและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และด้านศิลปวัฒนธรรม/จารีตประเพณี/ภูมิปัญญาท้องถิ่น ทั้งนี้ สำหรับภารกิจที่ต้องกระทรวงสาธารณสุขต้องถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปรากฏอยู่ใน 2 มิติ คือ มิติโครงสร้างพื้นฐานและมิติการส่งเสริมคุณภาพชีวิต รวมทั้งสิ้น 34 ภารกิจ ซึ่งครอบคลุมภารกิจของหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 7 หน่วยงาน ได้แก่ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรคติดต่อ กรมการแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะภารกิจที่ต้องถ่ายโอนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนั้นครอบคลุมการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่การบริหารจัดการสถานีนอนามัย (หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในปัจจุบัน) ซึ่งถือเป็นศูนย์ให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยในระยะเริ่มต้นนั้นมีการเริ่มทดลองถ่ายโอนสถานีนอนามัย ให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในพื้นที่นำร่อง

การถ่ายโอนไปงานด้านสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกระบวนการปฏิรูปภาครัฐรูปแบบหนึ่งที่มีกฎหมายรองรับแบบชัดเจน แต่ที่ผ่านมาก็เป็นไปในขอบเขตที่จำกัดมาก เนื่องจากความเป็นไปได้ทางการเมืองต่ำ และความไม่แน่นอนในการบูรณาการระบบบริการในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีข้อกังวลในเรื่องข้อกฎหมายอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับระบบบริหารจัดการขององค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนข้อกังวลในศักยภาพของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยในการกำกับดูแลกระบวนการกระจายอำนาจ (ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2554) กฎหมายที่เกี่ยวข้องก็มีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 ได้กำหนดแนวนโยบายด้านการสาธารณสุขที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่โดยทั่วไปในการดูแลและจัดทำบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชน ในท้องถิ่น ซึ่งเห็นได้ว่าทิศทางระบบสาธารณสุขของประเทศไทยจะมุ่งเน้นไปในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาโรค และยังมีมุ่งเน้นเสริมสร้างบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในฐานะหน่วยงานหลักในการให้บริการสาธารณสุข (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, จิรบูรณ์ ไตสงวน และหทัยชนก สุมาลี, 2553)

วิวัฒนาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยตลอดระยะเวลา 1 ทศวรรษที่ผ่านมาได้สะท้อนให้เห็นถึงความคาดหวัง (Expectation) ของสาธารณชนที่มีต่อชุมชนท้องถิ่นในฐานะตัวขับเคลื่อนหลักของกลไกการให้บริการสาธารณสุขในอนาคต นอกจากนี้ยังได้สะท้อนให้เห็นถึงสภาพความท้าทาย (Challenge) ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เผชิญและกำลังเผชิญอยู่ ไม่ว่าจะเป็นความท้าทายในการจัดระบบบริหารจัดการองค์กรเพื่อรองรับภารกิจหน้าที่ถ่ายโอน หรือแม้แต่ข้อกังขาของนักวิชาการ และเจ้าหน้าที่ภาครัฐส่วนกลางในศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉะนั้นในส่วนต่อไปจะเป็นการอธิบายกลไกการบริหารจัดการที่ได้รับการรังสรรค์ขึ้นมาเพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพไปยังท้องถิ่น ทั้งนี้เพื่อเป็นการชี้ให้เห็นถึงบริบทการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านสาธารณสุขมูลฐานและการส่งเสริมสุขภาพอนามัย

## กลไกรองรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การถ่ายโอนสถานอนามัย (สอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Healthcare Unit) ไปสู่องค์กรบริหารส่วนตำบลในพื้นที่นำร่อง ตามแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจถือเป็นจุดเด่นของการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ชุมชนท้องถิ่น (สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, 2554) โดยถือเป็นครั้งแรกนับตั้งแต่มีระบบสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยที่ชุมชนท้องถิ่นในพื้นที่นำร่องได้เป็นผู้บริหารจัดการงานด้านสาธารณสุขอย่างครบวงจร แม้จะเป็นเพียงแค่ระบบสาธารณสุขระดับปฐมภูมิก็ตาม และนอกเหนือไปจากหน่วยบริการสาธารณสุขขั้นปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่นำร่อง ยังพบว่ามืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับเทศบาลที่มีการบริหารจัดการศูนย์การแพทย์ชุมชน (หรือศูนย์บริการสาธารณสุข) ด้วยตนเอง

แม้ว่ากระบวนการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ในการบริหารหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจะเป็นไปอย่างล่าช้า แต่ก็มีผลการศึกษาหลายชิ้นได้ชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จของชุมชนท้องถิ่นที่บริหารจัดการสถานอนามัยด้วยตนเอง และปัญหาที่ชุมชนท้องถิ่นนั้นๆประสบ สำหรับผลการดำเนินงานของชุมชนที่

บริหารสถานีอนามัยด้วยตนเอง พบว่าคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพอนามัยภายหลังการถ่ายโอนก็ไม่ได้ด้อยไปกว่าเดิม (ปรีดา แต่อารักษ์, 2553) ซึ่งก็เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการบริหารงานด้านสุขภาพอนามัยขององค์การบริหารส่วนตำบลที่ส่งเสริมประสิทธิภาพในการให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมานับตั้งแต่การประกาศใช้พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบลในปี พ.ศ. 2537

ทั้งนี้ ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมีข้อสรุปที่ตรงกันว่านโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มี ความชัดเจนเพียงพอที่จะเป็นแรงจูงใจให้ข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาคเข้าใจ ในความสำคัญของการกระจายอำนาจ ตลอดจนบทบาทหน้าที่ใหม่ในการสนับสนุนการทำงานของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551; สมพันธ์ เตชะ อธิกและคณะ, 2551) ทั้งนี้ ผลการศึกษาของสมพันธ์ เตชะอธิกและคณะได้ชี้ให้เห็นว่าข้าราชการใน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอยังประสบกับปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับโครงสร้างการ ปกครองที่เน้นชุมชนท้องถิ่นและภาคประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีหลายกรณีที่ การถ่ายโอนสถานี อนามัยในช่วงแรกประสบกับปัญหาทางเทคนิค เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดูแลพื้นที่ใน ระดับอำเภอไม่ได้ทำการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอนสถานีอนามัย เท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าในระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็ไม่ได้แสดงบทบาทหน้าที่ ที่ชัดเจนในการสนับสนุนการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้น จุดเริ่มต้นของการเสริมสร้าง ความพร้อมของท้องถิ่นในการเตรียมการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพนั้น จะต้องมีการวางระเบียบ กฎเกณฑ์ในการถ่ายโอนให้ชัดเจนและต้องมีการเสริมสร้างความเข้าใจระหว่าง “ผู้โอน” คือ กระทรวง สาธารณสุข และ “ผู้รับโอน” คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ เพื่อให้การประสานงานต่างๆ เป็นไป อย่างมีประสิทธิภาพ (สมพันธ์ เตชะอธิกและคณะ, 2551) ทั้งนี้ ภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัยที่ได้รับการ ถ่ายโอนควรมีความสอดคล้องกับประเภท ขนาด และระดับความเป็นอิสระในการบริหารจัดการของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (วินัย ลีสมีทธิ และ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ไม่ปรากฏปีที่ตีพิมพ์)

บทบาทของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางไม่จำเป็นต้องอันตรธานหายไปพร้อมกับการถ่ายโอน ภารกิจหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion and Ill-Health Prevention) ตลอดจนการ ถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในทางกลับกันความสำคัญ ของกระทรวงสาธารณสุขกลับทวีคูณยิ่งขึ้นในฐานะผู้กำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการและผู้ประสาน เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ทั้งนี้จะเห็นได้จากโครงสร้างของระบบสาธารณสุข ที่ยังคงเป็นไปตามโครงสร้างของระบบการปกครองและบริหารราชการของไทย นอกจากนี้ยังมี โครงสร้างระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในฐานะผู้ซื้อบริการ (Purchaser) จากหน่วยบริการ ด้านสุขภาพ (Purchaser) ของภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



สำหรับระบบดูแลสุขภาพชุมชน (Community Health Level) เป็นระบบที่สามารถดำเนินการได้โดยประชาชนในชุมชนท้องถิ่น โดยเป็นการผสมผสานกันระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) และการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่ไม่ต้องอาศัยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่สูงมาก ทั้งนี้กลไกการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในระดับดังกล่าวมีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขหมู่บ้าน (ผสส.) ซึ่งมาจากภาคประชาชนเป็นผู้ดำเนินการอยู่แล้ว ระบบดูแลสุขภาพในระดับนี้ถือเป็นจุดเชื่อมโยงที่สำคัญในการเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพที่สูงขึ้นไป เช่น ในระดับการรักษาพยาบาลในระดับต้น (Primary Healthcare Level) ที่ดำเนินการโดยบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขประเภทต่างๆ ที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานอนามัย (สอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้แก่ พนักงานอนามัย ผดุงครรภ์ พยาบาลเทคนิค พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข โดยระบบสุขภาพขั้นปฐมภูมินี้เป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น หรือผู้ป่วยนอก (Out-patient) ที่ไม่จำเป็นต้องพักรักษาตัวที่หน่วยบริการ (กระทรวงสาธารณสุข และ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544)

สำหรับการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สูงกว่าระดับปฐมภูมิจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและเทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีความสลับซับซ้อน หน่วยบริการด้านสุขภาพในระดับทุติยภูมิ (Secondary Level) และตติยภูมิ (Tertiary Level) จึงมักตั้งอยู่ในเขตอำเภอและจังหวัด โดยการจัดบริการสุขภาพระดับทุติยภูมินั้นเป็นการจัดให้บริการที่ดำเนินการโดยแพทย์เฉพาะทางซึ่งรับผิดชอบการรักษาพยาบาลที่ใช้เทคโนโลยีทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ในระดับปานกลาง (สำเร็จ แหียงกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ, 2550) โดยมีการให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก (Out-patient) และผู้ป่วยใน (In-patient) ซึ่งสถานบริการด้านสุขภาพในระดับทุติยภูมินั้นตั้งอยู่ในเขตอำเภอขึ้นไป ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ตั้งอยู่ในระดับอำเภอหรือระดับจังหวัด ในขณะที่หน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Healthcare Level) เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการโดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษ ซึ่งประกอบไปด้วยสถานบริการด้านสุขภาพที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในสาขาต่างๆครบถ้วน ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่

นอกเหนือจากหน่วยบริการในระดับต่างๆ ยังมีหน่วยงานภาครัฐในระดับประเทศที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นฝ่ายสนับสนุนข้อมูลและองค์ความรู้ทางวิชาการให้แก่หน่วยบริการสุขภาพและสาธารณสุข ตลอดจนภาคประชาชน (คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร และ รุจิราต อรรถสิษฐ, 2556) ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งเป็นองค์การมหาชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจหน้าที่ในการสร้างสรรค์องค์ความรู้ใหม่ด้วยการวิจัยเกี่ยวกับระบบสาธารณสุข โดยผ่านกลไกการทำงานแบบเครือข่าย (Network) ร่วมกับสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) สำนักงานพัฒนาระบบตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล (สพตร.) สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคน

พิการ (สสพ.) ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.) และศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย (ศมสท.)

นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งสำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ขึ้นโดยมีสถานะเป็นองค์การมหาชนในสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีที่มีแหล่งรายได้จากภาษีสรรพสามิตยาสูบและสุรา โดยทำหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรให้แก่ภาคประชาชน (ปารีชาติ ศิวรักษ์, 2546) ทั้งนี้ ลักษณะการทำงานของ สสส. เป็นรูปแบบผสมผสานระหว่างการวิจัย ควบคู่ไปกับการจัดกิจกรรมส่งเสริมค่านิยมและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนในหมู่ประชาชน สสส. จึงถือเป็นทั้งภาคีเครือข่ายและกลไกการบริหารที่ช่วยรองรับภารกิจด้านสุขภาพอนามัยที่ได้รับการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

ทั้งนี้ หัวใจสำคัญอีกประการหนึ่งของการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัยคือ การจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ในระดับจังหวัด โดยสาระสำคัญของแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้ภารกิจด้านสุขภาพซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความชำนาญในวิชาชีพเฉพาะและความเป็นเอกภาพในมาตรฐานการจัดบริการอยู่ในการกำกับดูแลของ กสพ. ทั้งนี้ เพื่อให้การใช้สอยทรัพยากรงบประมาณเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้ กสพ. เป็นองค์กรหลักในระดับจังหวัดที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทางและมาตรฐานการจัดบริการด้านสุขภาพให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขในแต่ละเขตจังหวัด โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และสถานบริการสาธารณสุขเป็นกรรมการ ทั้งนี้ แผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (พ.ศ. 2544-2553) ได้เสนอกลไกการทำงานของ กสพ. ไว้ 4 รูปแบบ คือ

- การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพตามที่กำหนดไว้ในแผนการกระจายอำนาจไปยัง กสพ.
- การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพเป็นเครือข่ายสถานบริการ (พวงบริการ) ทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ให้อยู่ในกำกับของ กสพ.
- การถ่ายโอนภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้การกำกับดูแลของ กสพ.
- การจัดระบบบริหารงานด้านสุขภาพในรูปแบบองค์การมหาชนในระดับท้องถิ่น

โดยในระยะแรก กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการคัดเลือกจังหวัดนำร่องจำนวน 17 จังหวัด เพื่อเป็นการทดสอบระบบบริหารจัดการงานด้านสุขภาพตามรูปแบบและโครงสร้างของ กสพ. ในเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ชลบุรี มหาสารคาม ขอนแก่น อำนาจเจริญ ยโสธร นครสวรรค์ พิจิตร แพร่ เพาะ เชียงใหม่ ประจวบคีรีขันธ์ ภูเก็ต สงขลา และปัตตานี อย่างไรก็ตาม คณะวิจัยพบว่าบทบาทหน้าที่ของ กสพ. ยังไม่เป็นที่รู้จักในหมู่สาธารณสุขชนเท่าที่ควร แม้แต่ในกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือแม้แต่ผู้บริหารในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง

สาธารณสุขบางแห่ง ทั้งนี้ เป็นผลสืบเนื่องมาจากปัญหาความขัดแย้งระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตพื้นที่จังหวัดเดียวกันที่ส่งผลกระทบต่อเอกภาพในการทำงานของ กสพ. อีกทั้ง ทิศทางนโยบาย สนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขก็ยังไม่มีความชัดเจนในหลายประเด็น อันเป็นผลสืบเนื่องมาจาก รัฐบาล พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตรมีนโยบายเร่งด่วนเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการปฏิรูป โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข (ธานี ก่อบุญ, 2551)

อีกกลไกหนึ่งที่สำคัญ คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้การกำกับดูแลของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งได้รับการจัดตั้งขึ้นตามนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า ของรัฐบาลในปี พ.ศ. 2545 ทั้งนี้ตามมาตรา 18 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้ สปสช. มีอำนาจหน้าที่ในการสนับสนุนและประสานงานกับองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพตามความพร้อมและ ความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ โดยผ่านกลไกคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลซึ่ง สปสช. สมทบเงินงบประมาณและมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและตัวแทนภาคประชาชนร่วมใน คณะกรรมการบริหารกองทุน กองทุนดังกล่าวทำหน้าที่บริการส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน ตลอดจน ดำเนินการป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

นอกจากนี้ สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขยังกำหนดให้มีระบบ “หน่วยคู่สัญญาของบริการ ระดับปฐมภูมิ (Contracted Unit for Primary Care: CUP)” ขึ้น เพื่อให้เป็นหน่วยงานที่จัดให้มีบริการ สุขภาพในเบื้องต้นแบบผู้ป่วยนอกไม่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ทั้งในส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคติดต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดย CUP อาจเป็นการ บริการโดยสถานพยาบาลเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของสถานพยาบาลย่อยร่วมกันให้บริการโดยมี หน่วยบริการคู่สัญญาหลักที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน (เรียกว่า “หน่วยบริการปฐมภูมิ หลัก”) และหน่วยบริการคู่สัญญารอง หรือ “หน่วยบริการปฐมภูมิรองในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ” ซึ่งมี ข้อจำกัดในการให้บริการบางประเภทหรือมีคุณสมบัติบางข้อที่ไม่เป็นตามเกณฑ์มาตรฐานที่ สปสช. กำหนด ทั้งนี้ CUP จะได้รับงบประมาณสนับสนุนโดยตรงจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545) และถือเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับภารกิจถ่ายโอนด้านสุขภาพ

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง ไม่ว่าจะเป็น หน่วยงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ และกองทุนต่างๆ ต่างก็มีบทบาทสำคัญในกระบวนการถ่ายโอน ภารกิจหน้าที่ด้วยสุขภาพไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่าบทบาทของหน่วยงาน ส่วนกลางเหล่านี้เป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้การปฏิบัติงานด้านสุขภาพอนามัยและสาธารณสุขขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างไรก็ตาม นอกเหนือไปจากความไม่ชัดเจนของนโยบายรัฐบาลเกี่ยวกับการกระจายอำนาจแล้ว ยังพบอีกว่าหน่วย บริการสุขภาพ (หรือแม้แต่หน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ) ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับ

การถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ต้องประสบกับการตัดขาดหรือการลดลงของการสนับสนุนทางวิชาการโดยกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงปัญหาด้านงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. ที่มีจำนวนลดลงภายหลังจากการถ่ายโอน ตลอดจนความยากลำบากขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการปรับระบบการเงินการคลังของตนเองให้สอดคล้องกับระบบการเบิกจ่ายงบประมาณสนับสนุนของ สปสช. (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2555) นอกจากนี้ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังพบกับปัญหาและอุปสรรคในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิซึ่งอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยในหลายกรณีทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยไปโดยปริยาย

กลไกรองรับการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นมีความสลับซับซ้อนและยังคงมีข้อบกพร่องที่ต้องได้รับความใส่ใจจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระบบการบริการสุขภาพมีความสำคัญเท่ากับบทบาทของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง ทั้งองค์กรระดับกระทรวง หน่วยบริการในระดับจังหวัด หน่วยสนับสนุนวิชาการ และกองทุนต่างๆ ทั้งนี้การถอดบทเรียนจากประสบการณ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในต่างประเทศย่อมจะช่วยให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในการจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการด้านสุขภาพ

## ประสบการณ์ด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในต่างประเทศ

เนื่องจากความหลากหลายของประสบการณ์ในการบริหารงานด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในต่างประเทศ การถอดบทเรียนจากประสบการณ์ดังกล่าวจึงต้องอาศัยการแบ่งกลุ่มประเทศต่างๆ ออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มประเทศในภูมิภาคยุโรป และกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชีย โดยมีรายละเอียดดังนี้

สำหรับกลุ่มประเทศในภูมิภาคยุโรปนั้น ประเทศโปรตุเกสมีเครือข่ายของผู้ให้บริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมโดยส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่การวางแผน การตรวจสอบเงิน และการประเมินคุณภาพเป็นอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง ระบบของประเทศโปรตุเกสจึงทำให้ท้องถิ่นมีความเป็นอิสระในการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนน้อยมาก เนื่องจากการวางแผนและกระบวนการตัดสินใจนโยบายที่เป็นแบบรวมศูนย์อำนาจ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษดิ์, จิรบูรณ์ โดสงวน และ หทัยชนก สุมาลี, 2553) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำของชุมชนในเขตเมืองและเขตชนบทอันเนื่องมาจากการจัดสรรงบประมาณที่ไม่เป็นธรรม (Santaba et al., 2003; Oliveira and Bevan, 2003) อย่างไรก็ตาม เมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา รัฐบาลโปรตุเกสได้ปรับเปลี่ยนระบบการจ่ายค่าบริการให้หน่วยบริการสุขภาพ (Health Provider Payment System) จากระบบจัดสรรตามที่เคยทำมาในอดีต (Historical Budgeting) ไปเป็นระบบที่ผสมผสานกับระหว่าง

Historical Budgeting กับการจัดสรรรายหัว (Capitation) ซึ่งภายหลังการปฏิรูป ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบทก็ลดลงตามลำดับ

สำหรับประเทศสเปน ได้มีการปฏิรูประบบสาธารณสุขภาครัฐในปี ค.ศ. 2001 โดยมีการแบ่งเงินภาษีบางส่วน ได้แก่ เงินภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีเงินได้บุคคลให้แก่ท้องถิ่นและให้อิสระแก่ท้องถิ่นในการบริหารงบประมาณ และต่อมาในปี ค.ศ.2002 ได้มีการถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพไปให้กับชุมชนอิสระทั้งหมด และได้มีการเปลี่ยนมาใช้งบสนับสนุนท้องถิ่นทางด้านสุขภาพแบบทั่วไป (Block Grant) (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์และคณะ, 2553) ภายหลังจากการถ่ายโอน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในสเปนต่างพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคลและโครงสร้างเงินสวัสดิการสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อให้เกิดแรงจูงใจแก่ผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านกายภาพบำบัดและสุขภาพอนามัย ทั้งนี้ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศสเปนได้ก่อให้เกิดความชัดเจนในเรื่องหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานในแต่ละระดับของประเทศ เนื่องจากความเป็นอิสระขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กอปรกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการตรวจสอบถ่วงดุลการทำงานของผู้บริหารท้องถิ่น (Browne, 1981; Gosselin, 1984)

รัฐบาลอิตาลี ได้นำเอาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) โดยมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการโดยอาศัยเครือข่ายขององค์การบริหารด้านสุขภาพ รัฐบาลกลางอิตาลีจึงมีเพียงหน้าที่กำหนดและรักษามาตรฐานการให้บริการขององค์การบริหารด้านสุขภาพระดับท้องถิ่น (Donatini et al., 2001) ภายหลังจากช่วงทศวรรษที่ 1990 สำนักงานบริการสุขภาพ แห่งชาติ (National Health Care Services: NHS) ได้แปรสภาพสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศอิตาลี เป็นหน่วยงานอิสระ (Autonomous organizations) เพื่อให้เกิดระบบการแข่งขันและยังถือเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการของสถานบริการสุขภาพอีกด้วย (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์และคณะ, 2553) นอกจากนี้ในปี ค.ศ.2001 อิตาลีได้มีการแก้ไขรัฐธรรมนูญให้มีการกำหนด “ระดับการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น” (Essential Levels of Health Care Provision หรือ ELHC) ซึ่งหน่วยงานส่วนภูมิภาคเป็นผู้กำหนดร่วมกับตัวแทนภาคประชาชน โดยรัฐบาลกลางทำหน้าที่เป็นผู้รับรองและประเมินผลมาตรฐานดังกล่าว หากรัฐบาลภูมิภาคได้รับผลประเมินไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ก็จะถูกสูญเสียสิทธิการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 2553)

สำหรับในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าระบบบริการสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นเป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉกเช่นเดียวกับประเทศไทย ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง แต่ทว่าสิทธิประโยชน์ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ครอบคลุมถึงการป้องกันโรค (Tatara and Okamoto, 2009) ในปี ค.ศ.1994 รัฐบาลญี่ปุ่นมีนโยบายผลักดันให้เกิดระบบสาธารณสุขชุมชน (Community-Based Public Health System) โดยมีการจัดสรรภาระหน้าที่ทางด้านสุขภาพที่ชัดเจนมากขึ้นในระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับเทศบาล

นอกจากนั้นยังมีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นซึ่งมีการประชุมพบปะอย่างสม่ำเสมอ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นระหว่างกรรมการและตัวแทนภาครัฐส่วนกลาง ทำให้ภาครัฐได้รับรู้ถึงความต้องการของประชาชนในกลุ่มต่างๆ และนำไปปรับปรุงรูปแบบการให้บริการ เพื่อให้สามารถปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างตรงจุด อีกทั้งยังเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมโดยผ่านคณะกรรมการสุขภาพ ทำให้ประชาชนเกิดการตื่นตัวและเป็นการพัฒนากระบวนการประชาธิปไตยในชุมชนอีกทางหนึ่งด้วย (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 2553)

สำหรับระบบบริการสุขภาพของประเทศเกาหลีใต้เป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เปรียบได้กับประเทศญี่ปุ่น โดยมีหน่วยงานส่วนกลางรับผิดชอบระบบบริหารจัดการกองทุน คือ The National Health Insurance Corporation (NHIC) (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 2553) ทั้งนี้หน่วยบริการสุขภาพเกือบทั้งหมดเป็นหน่วยบริการของภาคเอกชน โดยหน่วยบริการของภาครัฐมีเพียงร้อยละ 10 ของจำนวนหน่วยบริการทั้งหมดในประเทศเกาหลีใต้ นอกจากนี้ยังพบว่าสถานพยาบาลระดับคลินิกในประเทศเกาหลีใต้ส่วนใหญ่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง จึงทำให้สถานพยาบาลระดับคลินิกมีบทบาทในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่จำกัด (Kwon, 2008) ทั้งนี้ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศเกาหลีใต้ซึ่งเริ่มต้นในปี ค.ศ. 1988 ได้ก่อให้เกิดโรงพยาบาลศูนย์อนามัยในแต่ละเขตอำเภอ และมีการจัดทำแผนพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) โดยมี NHIC เป็นผู้จัดการ และมีกระทรวงสุขภาพและสวัสดิการเป็นผู้กำหนดและรักษามาตรฐานบริการ

ในทางกลับกัน สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปยังท้องถิ่นในประเทศฟิลิปปินส์ในปี ค.ศ. 1991 ได้ก่อให้เกิดผลกระทบในเชิงลบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากการขาดแผนยุทธศาสตร์การกระจายอำนาจที่ชัดเจน การขาดการเตรียมความพร้อมของบุคลากรด้านสุขภาพในท้องถิ่น ตลอดจนความไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองในหมู่ผู้บริหารท้องถิ่น สภาพปัญหาเหล่านี้ทำให้คุณภาพการให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการในประเทศฟิลิปปินส์ลดลง (Asian Development Bank, 1994) ในปี ค.ศ. 1998 จึงมีความพยายามที่จะควมรวมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งเข้าด้วยกันเป็น Inter-local Health Zone (ILHZ) เพื่อให้เกิดการระดมทรัพยากรและบุคลากรในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์และคณะ, 2553) ต่อมาในปี ค.ศ.2005 ธนาคารโลกได้มีการประเมินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในฟิลิปปินส์ และได้มีข้อเสนอแนะในการพัฒนา 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ การเพิ่มศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเข้าถึงทรัพยากรรูปแบบต่างๆได้อย่างทันที่ และการพัฒนากระบวนการจัดสรรและใช้สอยทรัพยากร โดยเฉพาะในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนพัฒนาบุคลากร และระบบการบริหารการเงินที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน

การศึกษานโยบายเรียนประสบการณ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในต่างประเทศทำให้ทราบว่า ความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การถ่ายโอนภารกิจ หน้าที่ด้านสุขภาพอนามัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการปฏิรูปภาครัฐ คือ ประสิทธิภาพและคุณภาพ การให้บริการสาธารณะ ในส่วนต่อไปจะได้กล่าวถึงแนวคิดและตัวชี้วัดความพร้อมขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนทางด้านสุขภาพ

## **ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการรองรับภารกิจ ถ่ายโอนด้านสุขภาพอนามัย**

ความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรองรับภารกิจถ่ายโอนจาก หน่วยงานภาครัฐส่วนกลางส่งผลโดยตรงต่อระดับความสำเร็จของกระบวนการกระจายอำนาจ ทั้งนี้ เนื่องจากกระบวนการกระจายอำนาจตั้งอยู่บนฐานคติที่ว่า หน่วยงานการปกครองท้องถิ่นสามารถ ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้ดีกว่าหน่วยงานส่วนกลาง เป้าหมายของการกระจาย อำนาจจึงเป็นการเพิ่มคุณภาพของการให้บริการสาธารณะ (Quality of public services) ขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้น เครื่องมือตัวชี้วัดความพร้อมในงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นจึงเป็นหลักประกันคุณภาพของการให้บริการสาธารณะ และเป็นหลักเกณฑ์ในการพิจารณา ว่าภารกิจทางด้านสาธารณสุขด้านใดควรได้รับการถ่ายโอน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทใด ควรได้รับการถ่ายโอน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถสังเคราะห์ประเภทของความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ 2 ประเภท คือ 1) ความพร้อมและศักยภาพขององค์กร (Institutional Capacity and Readiness) และ 2) ความพร้อมและศักยภาพของภาคประชาชน (Citizen Capacity and Readiness) โดยจาก ประสบการณ์การให้บริการด้านสุขภาพอนามัยโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งในประเทศไทยและ ต่างประเทศ พบว่าความพร้อมทั้ง 2 ประเภทต้องเป็นไปในทิศทางเดียว กล่าวคือ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นต้องมีความพร้อมและศักยภาพในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุข ในขณะที่เดียวกัน ภาคประชาชนก็จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพอนามัยที่เพียงพอเช่นกัน (Gillies, 1998)

สำหรับความพร้อมและศักยภาพขององค์กรในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขนั้นแบ่ง ออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ความพร้อมด้านโครงสร้างและระบบการบริหารงานองค์กร และ 2) ความพร้อม ของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับความพร้อมด้านโครงสร้างและ ระบบการบริหารงานองค์กร นักวิจัยทางสาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น เช่น วีระพงษ์ อุ่มมานนท์ (2541) และ เกียรติศักดิ์ เขียวยิ่ง (2542) ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของระบบการบริหารงานขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะเม็ดเงินงบประมาณ และการรักษามาตรฐานใน

การให้บริการทางด้านสาธารณสุข สำหรับโครงสร้างองค์กรนั้น ปรีดา แต่อารักษ์ (2553) ยังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีหน่วยงานภายในที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขและสุขภาพอนามัยโดยตรง ทั้งนี้เนื่องมาจากงานบริการด้านสุขภาพอนามัยและสาธารณสุขจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางและต้องอาศัยความต่อเนื่องของระบบสนับสนุนทั้งในด้านงบประมาณและด้านความก้าวหน้าทางวิชาชีพของบุคลากร (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ อัจฉริยา ชูวงศ์เลิศ, 2540)

นอกจากนี้ K.C. Tang et al. (2001; 2005) ยังให้ความสำคัญกับระบบบริหารทรัพยากรบุคคล ไม่ว่าจะเป็นระบบการสอบคัดเลือกบุคลากร แผนพัฒนาบุคลากร ความก้าวหน้าในทางวิชาชีพของบุคลากรด้านสาธารณสุข และระบบสวัสดิการค่าตอบแทน โดยถือว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อเจตคติในการปฏิบัติงานของบุคลากร อีกทั้งยังเป็นแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโอนย้ายมาปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ให้มีงบรายจ่ายประจำในส่วนที่เป็นเงินเดือนค่าตอบแทนสวัสดิการ และโบนัสเกินร้อยละ 40 ของงบประมาณรายจ่ายประจำทั้งหมดตามที่กำหนดไว้โดยมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 เนื่องจากเงินเดือนและค่าตอบแทนของบุคลากรที่ถ่ายโอนมาจากหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางและส่วนภูมิภาคได้รับการยกเว้นไม่ต้องนำไปรวมกับงบรายจ่ายประจำ

ปัญหาทางด้านบุคลากรสาธารณสุขนั้นถือเป็นปัญหาหลักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ นอกเหนือไปจากข้อกังวลต่อความไม่เพียงพอของจำนวนบุคลากรแล้ว ผลการศึกษาโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2551) ยังชี้ให้เห็นถึงปัญหาในเชิงทัศนคติของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ไม่เชื่อมั่นในระบบบริหารงานบุคคลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะในเรื่องสิทธิประโยชน์ต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่า ถึงแม้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีความพร้อมทางด้านโครงสร้างและอัตรากำลังโดยมีการจัดทำแผนขยายกรอบอัตรากำลังเพื่อรองรับบุคลากรที่โอนย้ายมาจากกระทรวงสาธารณสุข แต่ความเชื่อมั่นของบุคลากรสาธารณสุขต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ยังคงอยู่ในระดับต่ำ

ทั้งนี้ โครงสร้างการบริหารจัดการองค์กร ระบบงบประมาณ และระบบบริหารทรัพยากรบุคคล ล้วนขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์และเจตคติของคณะผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เกรียงศักดิ์ เขียวยิ่ง, 2542; Brown et al., 2001) โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิสัยทัศน์และเจตคติของผู้บริหารที่มาจากการเลือกตั้งโดยตรง ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) นายกเทศมนตรี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เนื่องจากตามโครงสร้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบัน ผู้บริหารฝ่ายการเมืองเป็นผู้กำหนดทิศทางการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อันส่งผลกระทบต่อวัฒนธรรมองค์กรในภาพรวม ความยั่งยืนทางด้านงบประมาณ ตลอดจนความต่อเนื่องของการให้บริการสาธารณะด้านต่างๆ



นอกจากนี้ ผลงานวิจัยหลายชิ้น (ตำรง วัฒนา, 2547; จรวยพร ศรีศลักษณ์, 2552; Gillies, 1998; Brown et al., 2001) ยังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง หน่วยงานภาครัฐส่วนภูมิภาค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการระดมทรัพยากร และองค์ความรู้เพื่อจัดระบบการให้บริการด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากภารกิจด้านสุขภาพอนามัย และสาธารณสุขเป็นภารกิจเชิงพื้นที่และไม่มีประสิทธิภาพจากการขยายกำลังการผลิต (Diseconomies of Scale) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทั้งในด้านงบประมาณและด้านเทคนิควิชาการจากหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะในภารกิจด้านการป้องกัน และควบคุมโรค (Disease Prevention) การรักษาพยาบาลขั้นทุติยภูมิ (Secondary Healthcare) และการรักษาพยาบาลขั้นตติยภูมิ (Tertiary Healthcare)

สำหรับประเด็นความพร้อมและศักยภาพของภาคประชาชนในด้านสุขภาพอนามัยนั้น นักวิชาการทางด้านสาธารณสุขศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ในปัจจุบันต่างให้ความสำคัญกับกระบวนการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของประชาชนในความสำคัญของการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง (Minkler, 2005; Wallerstein, 2006) ในการนี้ องค์การอนามัยโลกเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนท้องถิ่นและภาคประชาชน เพื่อให้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่านิยมสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย (World Health Organization, 1986) โดยจุดยืนดังกล่าวขององค์การอนามัยโลกมีหัวใจสำคัญ คือ “การให้บริการด้านสุขภาพอนามัยต้องเกิดขึ้นจากความต้องการของประชาชนและโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ไม่ใช่การนำไปบังคับใช้หรือมอบให้ประชาชน” (Heritage and Dooris, 2009, หน้า i45)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขได้ระบุตัวบ่งชี้ความพร้อมของภาคประชาชนไว้หลายประเด็น ได้แก่ การยอมรับของภาคประชาชนในการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเข้ามามีบทบาทสำคัญในงานด้านสาธารณสุข (ตำรง วัฒนา, 2547) ความสามารถในการกำหนดปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ อัจฉริยา ชวงศ์เลิศ, 2540) และความรู้ความเข้าใจของประชาชนในความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย (Smithties and Webster, 1998; Laverack and Wallerstein, 2001)

แม้ว่าในปัจจุบันภาคประชาชนจะมีความตื่นตัวในด้านการเสริมสร้างสุขภาพอนามัย แต่ก็ยังพบว่าการตื่นตัวดังกล่าวไม่เกิดขึ้นในทุกชุมชนท้องถิ่น อีกทั้งประชาชนก็ยังมีข้อกังขาในประสิทธิภาพ ศักยภาพ และคุณภาพของหน่วยบริการสุขภาพอนามัยภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (จรวยพร ศรีศลักษณ์, 2552) จึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของหน่วยงานภาครัฐทุกระดับรวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการกระตุ้นให้ภาคประชาชนมีความตื่นตัวในด้านสุขภาพอนามัย ตลอดจนการพัฒนาทางด้านชุมชนสัมพันธ์เพื่อสร้างเสริมความเชื่อมั่นของประชาชนในการให้บริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประสบการณ์ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชนตามนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All Policy) ในทศวรรษที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นถึงช่องทางในการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของภาคประชาชนในบริบทการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นในประเทศไทย แม้แต่กรณีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) ของประเทศไทยซึ่งถือกำเนิดขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1980s ก็สามารถถอดเป็นบทเรียนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ภาคประชาชน และยังเป็นกระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจการสาธารณะของชุมชนท้องถิ่นอีกทางหนึ่งด้วย (Suwanpanyalert, 2003) ทั้งนี้ตลอดระยะเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมา กลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนผ่านเครือข่าย อสม. และ ผสส. ได้ทำให้ชาวบ้านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และยังเป็นภาคีหุ้นส่วนที่สำคัญของหน่วยงานภาครัฐในการป้องกันโรคระบาดอีกด้วย

สำหรับการแปลงแนวคิดความพร้อมและศักยภาพของท้องถิ่นและภาคประชาชนไปสู่กรอบตัวชี้วัดนั้น คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้บรรจุตัวชี้วัดไว้ทั้งสิ้น 5 องค์ประกอบหลัก (8 ตัวชี้วัด) ไว้ในแผนการกระจายอำนาจ ดังปรากฏในตารางที่ 2.4

**ตารางที่ 2.4** องค์ประกอบหลักของตัวชี้วัดความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรองรับภารกิจถ่ายโอนด้านสุขภาพอนามัย

ประเด็น	ตัวชี้วัด
ประสบการณ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหรือการมีส่วนร่วมจัดการด้านสาธารณสุข	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ระยะเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดหรือมีส่วนร่วมหรือส่งเสริม สนับสนุนการจัดการด้านสาธารณสุข</li><li>2. ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข</li><li>3. ความร่วมมือของชุมชนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการด้านสาธารณสุข เช่น ด้านทรัพย์สินด้านวิชาการ ด้านบริการและกิจกรรม เป็นต้น</li><li>4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้การส่งเสริมสนับสนุนสถานีนามัยก่อนขอรับโอนเช่น ด้านทรัพย์สินด้านวิชาการ ด้านบริการและกิจกรรม เป็นต้น</li></ol>

ประเด็น	ตัวชี้วัด
มีแผนการเตรียมความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุขหรือแผนพัฒนาการสาธารณสุข ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมด้านต่าง ๆ ที่เหมาะสมในการจัดการด้านสาธารณสุข	5. การมีแผนลักษณะแผนกลยุทธ์หรือแผนงานโครงการ/กิจกรรมในการจัดการด้านสาธารณสุข และ/หรือการมีแผนพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยและมีแผนรองรับ ในภาวะวิกฤตและการติดต่อของโรคระบาดรุนแรง และ/หรือการมีแผนในการวางระบบ ควบคุม กำกับ ตรวจสอบนำไปสู่การสร้างเชื่อมั่นว่าจะจัดการด้านสาธารณสุขได้อย่างมีมาตรฐาน
วิธีการบริหารและการจัดการด้านสาธารณสุข	6. มีรูปแบบวิธีการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข
การจัดสรรรายได้เพื่อการสาธารณสุข	7. สัดส่วนการใช้รายได้ (รวมเงินอุดหนุนทั่วไปและเงินกู้แต่ไม่รวมเงินอุดหนุนเฉพาะกิจจากรัฐ) เพื่อการสาธารณสุข
ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อความพร้อมในการจัดบริการด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	8. ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเขตบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อความพร้อมในการจัดบริการด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดชุดดังกล่าวเป็นตัวชี้วัด “ผลสัมฤทธิ์ (ผลผลิตและผลลัพธ์)” ของกระบวนการกระจายอำนาจมากกว่าเป็นตัวชี้วัด “ความพร้อมและศักยภาพ” ของหน่วยงานปกครองและภาคประชาชนในชุมชนท้องถิ่น โดยเฉพาะตัวชี้วัดที่ 1-7 ซึ่งในบริบทการปกครองท้องถิ่นในปัจจุบัน ความคาดหวังของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามตัวชี้วัดที่ 1-6 เป็นสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับภารกิจหน้าที่ถ่ายโอนซึ่งได้รับการบรรจุไว้ในแผนการกระจายอำนาจและแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ ในสภาวะการณ์ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหน้าที่ที่จำกัด และการที่องค์กรอิสระตามรัฐธรรมนูญซึ่งมีหน้าที่ตรวจสอบการเงินการบัญชีท้องถิ่นตีความบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองท้องถิ่นในข้อกฎหมายอย่างเข้มงวด ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นลังเลใจในการสนับสนุนโครงการและกิจกรรมที่เน้นงานด้านสุขภาพอนามัย การใช้ตัวชี้วัดที่ 1-6 เป็นบรรทัดฐานในการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ทางด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการหน่วยบริการขั้นปฐมภูมิ ย่อมเป็นเครื่องขัดขวางกระบวนการกระจายอำนาจ มากกว่าเป็นการประเมินความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ทั้งนี้ การประเมินความพร้อมและศักยภาพด้านสุขภาพอนามัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนควรเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ (Qualitative Indicators) (Chen, 1999; Crisp et al., 2000; K.C. Tang et al., 2005) เพื่อเป็นการฉายให้เห็นสภาพความเป็นจริงของระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ตลอดจนเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการจัดทำแนวทางพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของทั้งภาคปกครองและภาคประชาชนที่สอดคล้องกับสภาพการณ์จริงของชุมชนท้องถิ่น

อีกประการหนึ่ง การใช้สัดส่วนการใช้จ่ายได้ในการสนับสนุนกิจกรรมทางสาธารณสุขตามตัวชี้วัดที่ 7 เป็นสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับบริบทการเงินการคลังท้องถิ่นไทยในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่ครอบคลุมถึงปริมาณเงินอุดหนุนทั่วไปซึ่งจากการศึกษาของดิเรก ปัทมศิริวัฒน์ (2012) ได้ชี้ให้เห็นถึงความไม่โปร่งใสในการจัดสรรเงินอุดหนุน ทั้งเงินอุดหนุนทั่วไปและเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ นอกจากนี้ ตัวชี้วัดดังกล่าวยังประสบกับปัญหาเฉกเช่นเดียวกับตัวชี้วัดที่ 1-6 ทั้งนี้ นอกเหนือการถ่ายโอนภารกิจไปยังท้องถิ่นที่ไม่เป็นไปตามแผนกระจายอำนาจแล้ว การถ่ายโอนแหล่งเงินรายได้และงบประมาณไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ยังไม่เป็นไปตามแผน ในหลายกรณีพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะมากกว่าได้รับเงินงบประมาณที่เพียงพอและเหมาะสม

ประการสำคัญคือ ประเด็นความพร้อมและศักยภาพของคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ให้ความสำคัญกับภาคประชาชนมากเท่าที่ควร เนื่องจากมีตัวชี้วัดความพร้อมของภาคประชาชนเพียง 1 ตัวชี้วัดเท่านั้น คือ ตัวชี้วัดที่ 8 ซึ่งเป็นเพียงการวัดระดับการยอมรับของประชาชนในบทบาทด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ไม่ได้วัดความพร้อมและศักยภาพของภาคประชาชนในการบริหารชุมชนของตนเอง ตลอดจนระดับความรู้ความเข้าใจของประชาชนในความสำคัญของการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ

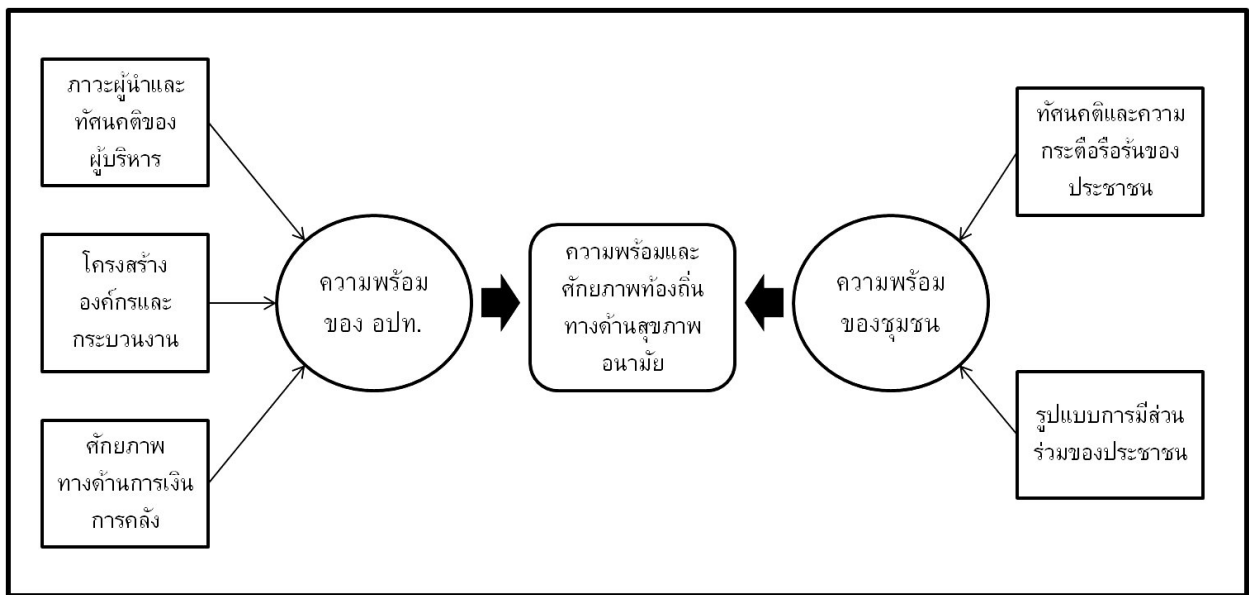
ข้อบกพร่องต่างๆของตัวชี้วัดตามแนวทางของคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้เกิดความจำเป็นในการวิเคราะห์ความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในเชิงลึก เพื่อให้สามารถจัดทำตัวชี้วัดความพร้อมที่เหมาะสมสำหรับขั้นตอนต่อไปของกระบวนการกระจายอำนาจตามกรอบแนวคิดที่รัฐธรรมนูญได้วางเอาไว้

### **กรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย**

บทบทวนวรรณกรรมได้สะท้อนให้เห็นถึงกลุ่มปัจจัยสำคัญ 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มปัจจัยที่สะท้อนความพร้อมและศักยภาพขององค์การ (Institutional Capacity) (Chen, 1999; Crisp et al., 2000; Tang et al., 2001; 2005) และกลุ่มปัจจัยที่สะท้อนความพร้อมและศักยภาพของชุมชน (Community Capacity) (Gillies, 1998; Brown et al., 2001) ซึ่งจากผลการศึกษาของจรรยาพร ศรีศลักษณ์และคณะ (2552) พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอนสถานีนามั้ยนั้นจำเป็นต้องมีทั้งความ

พร้อมทางด้านองค์การและความพร้อมของชุมชน นอกจากนี้ การใช้กลุ่มปัจจัยทั้งสองในการพิจารณาความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังสอดคล้องกับแนวคิด “การจัดการปกครอง (Governance)” ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ในการบริหารกิจการสาธารณะ ซึ่งหมายถึง การจัดระบบกลไกการปกครอง และกลไกของประชาชน ซึ่งมีความหมายกว้างกว่า “การปกครอง (Government)” ที่มักหมายถึงกลไกการปกครองเพียงอย่างเดียว (อุดม ทุมโฆสิต, ไม่ปรากฏปีที่ตีพิมพ์)

การบริหารจัดการระบบสาธารณสุขท้องถิ่น  
(Local Health Governance)



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตามภาพที่ 2.1 ความพร้อมและศักยภาพทางด้านสุขภาพของท้องถิ่นประกอบไปด้วย 2 มิติหลัก คือ ความพร้อมองค์การขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Institutional Capacity of Local Administrative Organizations) ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแปรหลัก 3 ตัวแปร คือ

- **ภาวะผู้นำและทัศนคติของผู้บริหาร** หมายถึง ทัศนคติของผู้บริหารฝ่ายการเมืองที่เป็นนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศมนตรี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ตลอดจนประธานสภาท้องถิ่นต้องงานด้านสุขภาพอนามัย นอกจากนี้ยังหมายถึง ความสามารถของผู้บริหารท้องถิ่นในการประสานงานและการระดมทุนและความช่วยเหลือจากเครือข่ายในการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร
- **โครงสร้างองค์กรและกระบวนงาน** หมายถึง การจัดระบบการบริหารเพื่อรองรับภารกิจทางด้านสาธารณสุข เช่น การจัดให้มีหน่วยงานภายในเฉพาะที่รับผิดชอบงาน

ด้านสาธารณสุขและสุขภาพอนามัย จำนวนบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ความก้าวหน้าและแผนพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

- **ศักยภาพทางการเงินการคลัง** หมายถึง ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหารายได้ที่ไม่ใช่เงินกู้หรือเบียดหนุน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบประมาณที่เพียงพอสำหรับการพัฒนางานด้านสุขภาพอนามัย นอกเหนือจากนี้ ศักยภาพทางการเงินการคลังท้องถิ่นยังต้องครอบคลุมปริมาณบที่ท้องถิ่นจัดสรรให้แก่ภารกิจด้านสุขภาพอนามัยซึ่งเป็นการประเมินความทุ่มเทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนางานด้านสุขภาพอนามัยในแต่ละปีงบประมาณ

และเพื่อเป็นการแก้ไขจุดบกพร่องของตัวชี้วัดตามกรอบของคณะกรรมการการกระจายอำนาจ กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้พิจารณาความพร้อมของชุมชน (Community Capacity) เป็นประเด็นความพร้อมหลักในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพด้วย โดยความพร้อมของชุมชนประกอบไปด้วย 2 ตัวแปรหลัก คือ

- **ทัศนคติและความกระตือรือร้นของภาคประชาชน** หมายถึง ทัศนคติของประชาชนในพื้นที่ต่อความสำคัญของงานด้านสาธารณสุขและสุขภาพอนามัย ภาคประชาชนในที่นี้ อาจหมายถึงประชาชนโดยทั่วไป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)
- **รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน** หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการเสนอโครงการที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพอนามัยเพื่อขอรับเงินสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการจัดกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัย

กรอบแนวคิดและตัวชี้วัดศักยภาพและความพร้อมของท้องถิ่นและภาคประชาชนจะนำไปสู่การกำหนดระเบียบวิธีวิจัย ดังจะกล่าวต่อไปในบทที่ 3

## บทที่ 3

### วิธีการศึกษา

#### หน่วยวิเคราะห์และแผนแบบการวิจัย

หน่วยวิเคราะห์ของการศึกษานี้ คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นต้นแบบในการบริหารจัดการสุขภาพอนามัยด้วยตนเองในเขตพื้นที่ จ.อุตรธานี และ จ.หนองบัวลำภู โดยผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในบริเวณพื้นที่จังหวัดเดียวกันที่ไม่มีความโดดเด่นในด้านงานสาธารณสุขและสุขภาพอนามัย ดังปรากฏในตารางที่ 3.1

#### ตารางที่ 3.1 หน่วยวิเคราะห์และรูปแบบการวิจัย

ระดับของ อปท.	จ. อุตรธานี	จ. หนองบัวลำภู
องค์การบริหารส่วนจังหวัด	อบจ. อุตรธานี	อบจ. หนองบัวลำภู*
เทศบาล	เทศบาลนครอุตรธานี*	เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู
องค์การบริหารส่วนตำบล	อบต. นาพู่ อ.เพ็ญ*	อบต. นาสี อ.สุวรรณคูหา

\* องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบในการบริหารจัดการงานด้านสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง

ทั้งนี้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบทั้งสามได้รับรางวัลทางด้านธรรมาภิบาลและรางวัลที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขดีเด่นมาแล้วในช่วงระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา ดังนี้

- (1) องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูได้รับรางวัลหน่วยงานต้นแบบทางด้านการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ระดับจังหวัด ประจำปี พ.ศ. 2553 ซึ่งเป็นระบบงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดูแลและช่วยเหลือผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะเฝ้าระวัง
- (2) เทศบาลนครอุตรธานีนั้นได้รับรางวัลทางด้านการบริหารจัดการจากหลากหลายสถาบันในช่วงระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา ทั้งรางวัลพระปกเกล้าทองคำ ประจำปี พ.ศ. 2553 และรางวัลคุณภาพการให้บริการประชาชนจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ในปี พ.ศ. 2551, 2552 และ 2553 และขณะนี้ เทศบาลนครอุตรธานีกำลังอยู่ในระหว่างการก่อสร้างโรงพยาบาลของเทศบาลเอง

(3) อบต. นาพู่ เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งเดียวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ดูแลรับผิดชอบสถานีอนามัย (รพ.สต.)<sup>1</sup> ด้วยตนเอง และได้รับรางวัลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการบริหารจัดการที่ดีของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2549-2551) นอกจากนี้ยังได้รับรางวัลยกย่องจากหน่วยงานภาครัฐมากมาย โดยเฉพาะรางวัลผลงานตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ประจำปี พ.ศ. 2551 จากสำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ

รูปแบบการวิจัย (Research Design) สำหรับการศึกษานี้ คือ Most Similar Systems Design (MSSD) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยที่เน้นการเปรียบเทียบกรณีศึกษาที่มีลักษณะสำคัญคล้ายคลึงกัน แต่มีความแตกต่างกันในด้านผลลัพธ์ (Outcome) ที่ต้องการศึกษา สำหรับรูปแบบการวิจัย MSSD ลักษณะสำคัญที่คล้ายคลึงกัน คือ ตัวแปรควบคุม (Control Variable) โดยผู้วิจัยจะทำการศึกษา “ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)” ที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ หรือ “ตัวแปรตาม (Dependent Variable)” ซึ่งในการศึกษานี้ คณะวิจัยทำการคัดเลือกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล) อย่างละประเภทจากบริเวณพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนมาทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับท้องถิ่นต้นแบบในการจัดการงานด้านสุขภาพอนามัยเพื่อเป็นการควบคุมปัจจัยทางด้านภูมิศาสตร์และประชากร<sup>2</sup> โดยจะทำให้คณะวิจัยสามารถทดสอบได้ว่ากลุ่มตัวแปรต่างๆในกรอบแนวคิดในข้อ 5 คือ ตัวบ่งชี้ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารงานด้านสุขภาพอนามัยได้ด้วยตนเอง

กล่าวในอีกนัยยะหนึ่ง รูปแบบการวิจัยสำหรับการศึกษานี้ยังถือเป็น Good Practice Research ที่จะทำให้คณะวิจัยสามารถสกัดเอาคุณลักษณะของท้องถิ่นต้นแบบมาสังเคราะห์เป็น “มาตรฐาน (Standard)” หรือ “ตัวชี้วัดการปฏิบัติงาน (Key Performance Indicator)” ของท้องถิ่นที่ต้องการรับการถ่ายโอนภารกิจทางด้านสาธารณสุข

---

<sup>1</sup> ตามแผนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฉบับที่ 1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ได้รับการถ่ายโอนสถานีอนามัยมีอยู่ 3 พื้นที่ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งคลอง (อ.คำม่วง จ.กาฬสินธุ์) องค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ (อ.นาพู่ จ.อุดรธานี) และเทศบาลตำบลหนองแวง (อ.ละหานทราย จ.บุรีรัมย์) แต่ในระยะแรก มีเพียงองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ อ.เพ็ญ เท่านั้นที่ไม่มีปัญหาเชิงการบริหารจัดการในช่วงเปลี่ยนผ่าน แต่ในกรณีเทศบาลตำบลหนองแวง อ.ละหานทราย จ.บุรีรัมย์ สถานีอนามัยในสังกัดเทศบาลตำบลหนองแวงในระยะแรกของแผนการกระจายอำนาจฉบับที่ 1 ได้ขอกลับมาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ในภายหลังก็ได้รับการถ่ายโอนไปเทศบาลแล้ว

<sup>2</sup> แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีหลากหลายปัจจัยที่คณะวิจัยไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ความหนาแน่นของประชากร (Population density) ซึ่งก็เป็นที่ยืนยันว่าเทศบาลนครอุดรธานีมีความหนาแน่นของประชากรมากกว่าเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู



## ตัวแปร ตัวชี้วัดและแหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัดสำหรับตัวแปรที่ได้อธิบายไว้ในกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย ตลอดจนแหล่งที่มาของข้อมูล ปรากฏในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ตัวชี้วัดของตัวแปรตามกรอบแนวคิดการศึกษาและแหล่งที่มาของข้อมูล

ประเด็นความพร้อม	ตัวแปร	ตัวชี้วัด	แหล่งที่มาของข้อมูล
ความพร้อมของ อปท.	ภาวะผู้นำและทัศนคติ ของผู้บริหาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ เจตคติต่องานด้านสุขภาพอนามัย</li> <li>▪ ทัศนคติต่อการประสานงานและระดมความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอกพื้นที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมสนทนากลุ่ม</li> <li>▪ พิจารณา “เจตคติ” จากความครอบคลุมทุกมิติของงานด้านสุขภาพ</li> </ul>
	โครงสร้างองค์กรและ กระบวนการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ การจัดองค์กรมี/ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบด้านสาธารณสุข</li> <li>▪ จำนวนบุคลากรทั้งหมดและเฉพาะด้านสาธารณสุข</li> <li>▪ จำนวนและประเภทสถานบริการที่รับผิดชอบ</li> <li>▪ ความเพียงพอของบุคลากรด้านสาธารณสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ข้อมูลทุติยภูมิจากแผนพัฒนาท้องถิ่นและรายงานประจำปี</li> <li>▪ ข้อมูลปฐมภูมิจากบทสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางวิชาชีพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข</li> </ul>
ความพร้อมของ ชุมชน/ภาคประชาชน	ศักยภาพทางด้าน การเงินการคลัง	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ สัดส่วนรายได้ (ที่ไม่รวมเงินกู้และบอด้หนุน) ต่อรายได้ทั้งหมด</li> <li>▪ สัดส่วนงบประมาณรายจ่ายทางด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัยและสาธารณสุขต่อรายจ่ายประจำปีทั้งหมด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ข้อมูลทุติยภูมิจากแผนพัฒนาท้องถิ่นและรายงานประจำปี</li> <li>▪ ข้อมูลปฐมภูมิจากบทสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมสนทนากลุ่ม (สำหรับตัวแปรความสามารถในการระดมความช่วยเหลือ)</li> </ul>
	ทัศนคติและ ความกระตือรือร้นของ ภาคประชาชน	เจตคติต่อ “สุขภาพอนามัย” และ ความตระหนักรู้ในบทบาทหน้าที่ พลเมือง	ข้อมูลปฐมภูมิจากบทสัมภาษณ์เชิง ลึกและการประชุมสนทนากลุ่ม
	รูปแบบการมีส่วนร่วม ของภาคประชาชน	มีการเสนอโครงการ/กิจกรรมที่ ส่งเสริมสุขภาพอนามัยต่อ อปท.	ข้อมูลปฐมภูมิจากบทสัมภาษณ์เชิง ลึกและการประชุมสนทนากลุ่ม

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

**ชุดที่ 1** เป็นแบบสำรวจข้อมูลทุติยภูมิซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นด้านงบประมาณรายจ่ายประจำปีและแหล่งรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนข้อมูลทั่วไปขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาทิเช่น พื้นที่ในความรับผิดชอบ จำนวนหมู่บ้านและชุมชน จำนวนประชากร จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนโรงเรียน จำนวนวัด เป็นต้น

**ชุดที่ 2** เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ ตัวแทนชุมชนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดการด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่

- **โครงสร้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับวิสัยทัศน์ พันธกิจของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การกำหนดนโยบายวางแผนปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข และความเพียงพอของบุคลากร
- **ความเข้มแข็งและการยอมรับของการเมืองท้องถิ่น** ประกอบไปด้วยคำถามเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข กระบวนการสนับสนุนให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นต่อการจัดการบริหารงานภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล
- **ศักยภาพด้านการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับทัศนคติของบุคลากรต่อผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความชัดเจนของแผนงาน วิธีดำเนินงานด้านสาธารณสุข ความชัดเจนของแผนอัตรากำลัง ความเพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ การมอบอำนาจหน้าที่รับผิดชอบ ความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพชุมชน
- **ศักยภาพด้านการจัดเก็บภาษีและจัดหารายได้ท้องถิ่น** ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการจัดเก็บรายได้ ความเพียงพอของเงินรายได้ท้องถิ่นต่อการจัดให้บริการด้านสาธารณสุข

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เอกสารต่างๆขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นพื้นที่เป้าหมายที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น อาทิเช่น (ข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติงบประมาณ แผนพัฒนาท้องถิ่น ฯลฯ) แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลสำคัญในแต่ละภาคส่วน เช่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย นายกองจัดการบริหารส่วนจังหวัด ประธานสภาองค์กรบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศมนตรี ประธานสภาท้องถิ่น หัวหน้าส่วนสาธารณสุขท้องถิ่น นายกองจัดการบริหารส่วนตำบล นอกจากนี้ยังมีการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนและตัวแทนภาคประชาชนในพื้นที่กรณีศึกษา

### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมสนทนากลุ่มจะนำมาวิเคราะห์เนื้อหาตามวัตถุประสงค์การศึกษา และนำเสนอในเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติงบประมาณ และรายงานประจำปีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะนำมาวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเบื้องต้น เช่น ร้อยละ แปลผลและนำเสนอการวิเคราะห์ออกมาเป็นกราฟและตาราง

## บทที่ 4

# ความพร้อมในการจัดการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน

นับตั้งแต่การประกาศใช้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 รัฐบาลก็ได้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่อย่างไรก็ตาม การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขก็ยังเป็นไปอย่างล่าช้าเนื่องจากสาเหตุหลายประการดังที่ได้กล่าวถึงในบทที่ 2 โดยสาเหตุประการสำคัญ คือ ข้อยกเว้นในความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการบริหารจัดการงานด้านสุขภาพในชุมชนท้องถิ่นของตนเอง แต่ทว่ากระทรวงสาธารณสุขก็ได้มีการทดลองถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำร่องทั่วประเทศ ทั้งนี้ การวิเคราะห์ความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการรองรับการถ่ายโอนการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิก็ยังมี ความสำคัญสำหรับทิศทางการกระจายอำนาจ ดังนั้น ในบทนี้จึงจะเสนอการประเมินความพร้อมด้าน การจัดการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในพื้นที่กรณีศึกษาตาม กรอบแนวคิดการวิจัยที่อธิบายไว้ในบทที่ 2 แต่ก่อนที่จะกล่าวถึงรายละเอียดในประเด็นดังกล่าว จำเป็นต้องนำเสนอบริบทของชุมชนที่เป็นพื้นที่เพื่อศึกษาบริบททางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของ ชุมชนที่มีการศึกษาเฉพาะกรณีก่อนเพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจในบริบททางประชากร เศรษฐกิจและสังคม

ชุมชนที่คณะผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเฉพาะกรณีดังได้กล่าวไปแล้วในบทที่ 3 ประกอบด้วยใน การวิจัยนี้มีจำนวนประชากร ครั้วเรือน และชุมชนที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน ตามข้อมูลที่ปรากฏใน ตารางที่ 4.1 ซึ่งให้เห็นว่าในภาพรวม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขต จ.อุดรธานีมีจำนวนประชากร ครั้วเรือน และชุมชนในความรับผิดชอบมากกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขต จ.หนองบัวลำภู โดย องค์กรการบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานีมีประชากร ครั้วเรือน และชุมชนในความรับผิดชอบมากที่สุด คือ มีจำนวนประชากร 1,543,274 คน จำนวนครั้วเรือน 436,508 ครั้วเรือน และจำนวนชุมชน 1,880 ชุมชน ในขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาสี จ.หนองบัวลำภูมีประชากรกลุ่มเป้าหมายในความรับผิดชอบ น้อยที่สุด คือ มีจำนวนประชากรเพียง 5,560 คน จำนวนครั้วเรือน 1,388 คน และจำนวนชุมชน 18 ชุมชน

เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการให้บริการสาธารณะแก่ ประชาชน ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขต จ.อุดรธานี มีบทบาทหน้าที่และ ภาระงานที่มากกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขต จ.หนองบัวลำภู ทั้งนี้ ตามข้อมูลที่ปรากฏใน ตารางที่ 4.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกประเภทใน จ. อุดรธานีมีจำนวนประชากรใน ความรับผิดชอบมากกว่า ทั้งนี้อาจด้วยเหตุผลที่ว่าในอดีต จ.หนองบัวลำภู เป็นอำเภอหนึ่งใน จ.อุดรธานี ซึ่ง จ.อุดรธานีก็เป็นจังหวัดที่มีความสำคัญในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ทั้งในด้านขนาด

ของพื้นที่ จำนวนประชากร อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และความหลากหลายของกลุ่มประชากร ซึ่งจำนวนประชากรที่มากกว่าย่อมส่งผลกระทบต่อพลวัตของกระบวนการตัดสินใจนโยบายสาธารณะในระบบการเมืองการปกครองของชุมชนท้องถิ่น และยังส่งผล ต่อความสลับซับซ้อนของการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรต่างๆขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย

**ตารางที่ 4.1** จำนวนประชากร จำนวนครัวเรือน และจำนวนชุมชนที่รับผิดชอบในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษา 6 พื้นที่ (ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2555)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา	จังหวัด	จำนวนประชากร (คน)	จำนวน ครัวเรือน	จำนวนชุมชน ที่รับผิดชอบ
องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี	อุดรธานี	1,543,274	436,508	1,880
องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู	หนองบัวลำภู	500,684	143,529	707
เทศบาลนครอุดรธานี	อุดรธานี	138,136	47,033	101
เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู	หนองบัวลำภู	21,338	10,093	33
องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์	อุดรธานี	13,520	3,170	17
องค์การบริหารส่วนตำบลนาฮี	หนองบัวลำภู	5,560	1,388	12

จากตารางที่ 4.2 เมื่อพิจารณาจากความหนาแน่นของประชากรก็จะพบว่าเทศบาลนครอุดรธานี มีความหนาแน่นของประชากรมากที่สุด ตามด้วยเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู และองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลนาฮีเป็นพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรน้อยที่สุด ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนบน (Upper-Tier Local Government) คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี และองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู มีความหนาแน่นของจำนวนประชากรเพียง 132 คนต่อตารางกิโลเมตร และ 130 คนต่อตารางกิโลเมตร ตามลำดับ ซึ่งยังนับว่ามีความหนาแน่นของประชากรน้อยกว่าองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ จ.อุดรธานีซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนล่าง (Lower-Tier Local Government)

**ตารางที่ 4.2** ขนาดพื้นที่และความหนาแน่นของจำนวนประชากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษา 6 พื้นที่ (ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2555)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษา	จังหวัด	พื้นที่ (ตร.กม.)	ความหนาแน่นของ ประชากร
เทศบาลนครอุดรธานี	อุดรธานี	47.70	2,896
เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู	หนองบัวลำภู	39.50	540
องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์	อุดรธานี	59.00	229
องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี	หนองบัวลำภู	11,730.30	132
องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู	อุดรธานี	3,859.62	130
องค์การบริหารส่วนตำบลนาฮี	หนองบัวลำภู	81.00	69

ข้อสังเกตอีกประการจากตารางที่ 4.2 คือ เทศบาลซึ่งถือเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตเมือง (Urban area) มีความหนาแน่นของจำนวนประชากรมากที่สุด โดยเทศบาลนครอุดรธานีมีความหนาแน่นของประชากรมากที่สุดในบรรดาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษา คือ 2,896 คนต่อตารางกิโลเมตร ตามด้วยเทศบาลเมืองหนองบัวลำภูซึ่งมีความหนาแน่น 540 คนต่อกิโลเมตร ข้อมูลสถิตินี้แสดงให้เห็นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทเทศบาลมีผู้มีส่วนได้เสีย (ประชาชน) ที่ต้องได้รับการบริการสาธารณะมากกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุข ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิตในภาพรวม ซึ่งในจุดนี้ก็สอดคล้องกับจำนวนหน่วยบริการด้านสุขภาพดังปรากฏในตารางที่ 4.3

**ตารางที่ 4.3** ข้อมูลสถานบริการด้านสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษา  
(ข้อมูล ณ เดือนพฤศจิกายน 2555)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษา	ความหนาแน่นของประชากร	จำนวน รพ. สด. ในสังกัด สธ.	จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนในสังกัด อปท.	ศูนย์เด็กเล็ก	จำนวนเด็กนักเรียนในศูนย์เด็กเล็ก
เทศบาลนครอุดรธานี	2,896	3	4	3	250
เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู	540	3	1	3	247
องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์	229	2	2	1	17
องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี	132	209	0	0	0
องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู	130	83	0	0	0
องค์การบริหารส่วนตำบลนาสี	69	2	2	0	0

จากตารางที่ 4.3 พบว่าเทศบาลนครอุดรธานีซึ่งมีความหนาแน่นของประชากรมากที่สุดในบรรดาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษามีจำนวนสถานบริการด้านสุขภาพทุกประเภทมากที่สุด โดยเทศบาลนครอุดรธานีรับผิดชอบการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนถึง 4 แห่ง และศูนย์เด็กเล็ก 3 แห่ง นอกจากนี้จากหน่วยบริการด้านสุขภาพภายใต้การกำกับดูแลของเทศบาลแล้ว ยังมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วย 3 แห่ง ในขณะที่เทศบาลเมืองหนองบัวลำภูซึ่งมีความหนาแน่นของจำนวนประชากรเป็นอันดับ 2 รับผิดชอบการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่งและศูนย์เด็กเล็ก 3 แห่ง โดยจำนวนเด็กนักเรียนทั้งหมดในศูนย์เด็กเล็กของเทศบาลทั้ง 2 แห่งมีจำนวนเท่ากัน

ประเด็นที่น่าสังเกต คือ องค์การบริหารส่วนตำบลนาพูนี่มีจำนวนหน่วยบริการทั้งที่อยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนตำบลเท่ากับเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู แม้ว่าจะมีความหนาแน่นของจำนวนประชากรน้อยกว่าถึงครึ่งหนึ่ง โดยเฉพาะศูนย์เด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบลนาพูนี่มีความหนาแน่นของเด็กนักเรียนน้อยกว่าศูนย์เด็กเล็กทั้งหมดในสังกัดเทศบาลนครอุดรธานีและเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู ในทำนองเดียวกัน องค์การบริหารส่วนตำบลนาฮีก็มีจำนวนหน่วยบริการสุขภาพเท่ากับองค์การบริหารส่วนตำบลนาพูนี่ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 แห่ง และศูนย์เด็กเล็กจำนวน 2 แห่ง ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นถึงระบบการให้บริการสุขภาพในระดับองค์การบริหารส่วนตำบลที่ครอบคลุมและทั่วถึง แต่อย่างไรก็ตามก็มีความจำเป็นที่ต้องวิเคราะห์คุณลักษณะของแต่ละพื้นที่และระบบบริหารจัดการของแต่ละองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อประกอบการพิจารณาคุณภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการด้านสุขภาพด้วย

นอกจากนี้ยังเห็นได้ชัดเจนจากตารางที่ 4.3 ว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัดทั้ง 2 แห่งไม่มีหน่วยบริการสุขภาพ ทั้งที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนและศูนย์เด็กเล็ก ข้อมูลที่ปรากฏในตารางที่ 4.3 นั้นระบุแต่เพียงจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่กระจายอยู่ทุกพื้นที่ในแต่ละจังหวัดเท่านั้น แต่ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงบทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด อย่างไรก็ตามก็ไม่ได้หมายความว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัดไม่มีบทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพเพียงแต่ต้องพิจารณาบทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพด้านอื่นที่นอกเหนือไปจากการจัดให้มีหน่วยบริการซึ่งเป็นการให้บริการด้านสุขภาพโดยตรงแก่ประชาชน

ข้อมูลลักษณะชุมชนที่เกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพใน 6 พื้นที่กรณีศึกษาได้ชี้ให้เห็นถึงจำนวนประชากรในความรับผิดชอบของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นกลุ่มผู้รับบริการด้านสุขภาพจากผู้ให้บริการ คือ หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยในภาพรวม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขต จ.อุดรธานีต้องรับผิดชอบประชากรผู้รับบริการที่มีจำนวนมากกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขต จ.หนองบัวลำภู และเมื่อพิจารณาความหนาแน่นของจำนวนประชากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งแล้วพบว่าเทศบาลนครอุดรธานี เทศบาลนครหนองบัวลำภู และองค์การบริหารส่วนตำบลนาพูนี่มีความหนาแน่นของจำนวนประชากรมากที่สุด 3 อันดับแรก สะท้อนให้เห็นถึงภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพที่สลับซับซ้อนในการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค ตลอดจนการรักษาพยาบาลเบื้องต้น จากข้อมูลที่บรรยายมาข้างต้นก็เป็นที่ยืนยันว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 3 แห่งมีการจัดให้มีหน่วยบริการประเภทต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนและศูนย์เด็กเล็กเพื่อให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่ของตนเอง กอปรกับการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ได้ทราบถึงข้อมูลเบื้องต้นของการปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐในระดับชุมชนท้องถิ่น

## ความพร้อมและศักยภาพการจัดการสุขภาพของชุมชนท้องถิ่นในภาพรวม

นอกจากการกระจายอำนาจสู่ชุมชนท้องถิ่นจะเป็นการจัดรูปแบบความสัมพันธ์ในเชิงบทบาทหน้าที่ระหว่างหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว ยังถือเป็นการปฏิรูปความสัมพันธ์ในเชิงอำนาจระหว่างองค์กรภาครัฐและภาคประชาชนด้วย ดังนั้น เมื่อจำเป็นต้องวิเคราะห์ความพร้อมด้านสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น ก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องให้ความสำคัญกับความพร้อมของภาคประชาชน ควบคู่ไปกับการพิจารณาความพร้อมและศักยภาพด้านการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การวิเคราะห์ความพร้อมและศักยภาพด้านสุขภาพของชุมชนท้องถิ่นใน 2 มิติเป็นหัวใจสำคัญของกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยนี้ ทั้งนี้ ในส่วนนี้จะกล่าวถึงผลการวิเคราะห์ความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนใน 6 พื้นที่กรณีศึกษาจะเน้นการวิเคราะห์ความพร้อมของชุมชนท้องถิ่นใน 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นความพร้อมเชิงองค์การขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Institutional Capacity) และความพร้อมของภาคประชาชน (Community Capacity) รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

### ความพร้อมเชิงองค์การขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ (Institutional Capacity)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของภาครัฐในการขับเคลื่อนระบบการให้บริการด้านสุขภาพไปยังประชาชนในเขตชุมชนท้องถิ่น เนื่องจากความได้เปรียบทางด้านกายภาพในฐานะที่เป็นองค์กรภาครัฐซึ่งอยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด และความได้เปรียบทางด้านโครงสร้างองค์กรที่ไม่มีความสลับซับซ้อนเหมือนกับหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางและส่วนภูมิภาค อย่างไรก็ตาม การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่ท้องถิ่นก็จำเป็นต้องเป็นไปอย่างรอบคอบและสอดคล้องกับความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารจัดการระบบการให้บริการแก่ประชาชน ซึ่งสามารถพิจารณาได้จาก 3 ตัวแปรหลัก ได้แก่ ภาวะผู้นำและทัศนคติของผู้บริหารต่องานด้านสุขภาพ (Political Leadership and Local Executives' Attitude toward Local Healthcare) โครงสร้างองค์กรและระบบบริหารจัดการ (Organizational Structure and Management System) และศักยภาพด้านการเงินการคลัง (Fiscal Capacity)

ตัวแปรความพร้อมเชิงองค์การที่ต้องพิจารณาเป็นประเด็นแรก คือ ภาวะผู้นำและทัศนคติของผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Political Leadership and Local Executives' Attitude toward Local Healthcare) ซึ่งคุณภาพของผู้บริหารท้องถิ่นถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การถ่ายโอนหน้าที่ด้านสุขภาพมีผลสัมฤทธิ์ที่พึงประสงค์ คือ การให้บริการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ คุณภาพและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม ดังที่ข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ให้ทรรศนะไว้ว่า

“...อบจ. เทศบาล และ อบต. จะบริหารจัดการเรื่องสุขภาพของประชาชนได้หรือไม่ ถ้ามองว่าจัดการได้ก็อยู่ที่ผู้บริหารเป็นสำคัญว่ามีศักยภาพเพียงพอแค่ไหนที่จะดูแล



สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ของตนได้ดี ถ้าถามว่าดีหรือไม่ ก็นึกแต่คิดว่ายังไม่เหมาะสมเท่าไร เพราะแต่ละพื้นที่ก็บริหารงานไม่เหมือนกัน บางพื้นที่ก็ไม่ได้เน้นเรื่องสุขภาพของประชาชนแต่ไปเน้นในด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น สร้างถนน โดยมองข้ามเรื่องสุขภาพของประชาชนไป ถ้าถามว่าดีก็ดีที่เขาจะได้ดูแลเรื่องสุขภาพ แต่คิดว่ายังไม่เหมาะที่จะโอนมาให้ท้องถิ่นดูแลเองเลย” (คำสัมภาษณ์ข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู วันที่ 14 มกราคม 2556)

ในการวิเคราะห์ความพร้อมและศักยภาพของผู้บริหารท้องถิ่น การวิจัยจึงมุ่งเน้นไปที่เจตคติของผู้บริหารต่อการรองรับภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพที่จะได้รับการถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนทัศนคติของผู้บริหารต่อการประสานงานเพื่อระดมทรัพยากรและความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอกพื้นที่ ทั้งนี้ เนื่องจากงานด้านสุขภาพเป็นภารกิจเชิงพื้นที่ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานหลายระดับ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานระดับชาติ และระดับภูมิภาค ความสามารถในการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆเพื่อระดมทรัพยากรมาสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ให้บริการประชาชนจึงเป็นเครื่องบ่งชี้ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สำคัญ

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในชุมชนท้องถิ่นต้นแบบ ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู นายกเทศมนตรีเทศบาลนครอุดรธานี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ มีความรู้ความเข้าใจในความหมายของคำว่า “สุขภาพะ” ที่ครอบคลุมทุกมิติตามที่องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามเอาไว้ โดยเฉพาะนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูซึ่งระบุว่าความรับผิดชอบในภารกิจด้านสุขภาพไม่ใช่เป็นเพียงแต่ “วิสัยทัศน์” แต่เป็น “หน้าที่” ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ตลอดจนการรักษาพยาบาลเบื้องต้น (คำสัมภาษณ์นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู วันที่ 25 ธันวาคม 2556)

อย่างไรก็ตาม ตามแนวคิด New Public Health ซึ่งเป็นแนวคิดกระแสหลักในแวดวงสาธารณสุขศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากโรคถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบสาธารณสุขที่พึงประสงค์ในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นตัวช่วยในการลดงบประมาณรายจ่ายในส่วนที่เป็นค่ารักษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี ในจุดนี้พบว่าผู้บริหารท้องถิ่นในพื้นที่ต้นแบบมีทัศนคติที่สอดคล้องกับหลักการดังกล่าว

“ผมว่าในลักษณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เราควรจะเน้นในด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นหลักเนื่องจากว่าต้นทุนของค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาตามหลักประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น เพราะฉะนั้นสิ่งที่เราควรจะทำเนื่งการก็คือ ส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพที่แข็งแรง เพื่อที่จะไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ แล้วก็รวมทั้งในเรื่องของการมองในเรื่องการรณรงค์และการสร้างเครือข่าย น่าจะเป็นประโยชน์ที่จะทำให้การลดค่าใช้จ่ายที่

เกิดขึ้นในการรักษาลดลง แล้วก็น่าจะเป็นการสร้างเครือข่ายของการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเข้ามาด้วย น่าจะเป็นแนวความคิดที่ดีในการวางแนวทางในอนาคตต่อไป”  
(คำสัมภาษณ์นายกเทศมนตรี เทศบาลนครอุตรธานี วันที่ 23 พฤศจิกายน 2555)

ทั้งนี้ ทศนคติของผู้บริหารต่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างครบวงจรมีผลในเชิงปฏิบัติอย่างชัดเจนในเขตพื้นที่องค์กรบริหารส่วนตำบลนาพู่ ซึ่งแม้ว่านายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่จะไม่ได้มีประสบการณ์ทำงานหรือวุฒิการศึกษาทางด้านสาธารณสุขหรือการแพทย์พยาบาล แต่ก็ได้รับการยอมรับจากข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขประจำอำเภอว่ามีวิสัยทัศน์และความรู้ความเข้าใจในงานด้านสุขภาพเฉกเช่นเดียวกับบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

“สำหรับท่านนายก อบต. นาพู่เล่นงานด้านสุขภาพอย่างจริงจัง เพราะท่านดูหลาย ๆ รูปแบบครบทุกมิติของการส่งเสริมสุขภาพ ท่านเล่นมาหลายปี แต่ปีนี้ก็ยังเป็นนโยบายเพื่อที่จะให้ประชาชนในเขตตำบลนาพู่ที่มีภาวะขาดสารไอโอดีน ท่านก็เลี้ยงไก่ แจกไก่ไปให้ชาวบ้านเลี้ยง หลังคาเรือนละ 2 ตัว 5 ตัว เดียวนี้ครบทุกหลังคาเรือน โรคพิษสุนัขบ้า 2 ปีที่ผ่านมาถึงขณะเลิกระดับประเทศของการควบคุมป้องกันของโรคพิษสุนัขบ้า..... ตอนนี้ท่านเล่นทุกอย่าง ตอนนี้จะเล่นไอโอดีนต่อ เดียวนี้ปลูกผักนะ เสริมเข้าไปอีก ท่านมีความคิดว่าถ้าเด็กไม่ขาดสารไอโอดีน เด็กก็จะโตเป็นผู้ใหญ่ ก็จะมีในเรื่องของวุฒิภาวะเรื่องของความเป็นผู้ใหญ่ขึ้นมา ท่านมองการไกล ไม่ทำเฉพาะหน้า ชาวบ้านก็มีการเลี้ยงไก่ ขายไข่ และก็ปลูกผัก ผักก็ผักไอโอดีนอีก โดยรับรองจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ของอุตรธานี ที่ตรวจประเมิน” (คำสัมภาษณ์ข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อ.เพ็ญ จ.อุตรธานี วันที่ 8 มกราคม 2556)

สำหรับในด้านการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกเพื่อระดมทรัพยากรและความช่วยเหลือสนับสนุนงานด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ พบว่าผู้บริหารท้องถิ่นในพื้นที่ต้นแบบทั้ง 3 พื้นที่มีเจตคติที่ดีต่อการทำงานกับภาคีเครือข่ายที่เป็นหน่วยงานภายนอก โดยเฉพาะหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยกตัวอย่างเช่น เมื่อได้รับคำถามว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสัมพันธ์การทำงานเป็นอย่างไรกับกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูปรารภว่าเมื่อมีความจำเป็นต้องบูรณาการความร่วมมือในเชิงพื้นที่ (คำสัมภาษณ์นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู วันที่ 25 ธันวาคม 2556) อาทิเช่น การระบาดของโรคติดต่อร้ายแรงซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูก็จะประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ๆ รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการทำงานร่วมกันเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อร้ายแรง

สำหรับกรณีเทศบาลนครอุตรธานี นายกเทศมนตรีได้แสดงเจตคติที่ดีต่อการทำงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยได้ระบุงการประสานงานกันระหว่างทั้งสองหน่วยงานในการฝึกอบรม

บุคลากรด้านสุขภาพในสังกัดเทศบาล และการสนับสนุนด้านวิชาการต่างๆแก่ส่วนงานภายในของเทศบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงทางด้านสาธารณสุข ด้านสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่านายกเทศมนตรีเทศบาลนครอุดรธานีได้คิดค้นนวัตกรรมในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่สามารถถอดเป็นบทเรียนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อื่นได้ โดยเทศบาลนครอุดรธานีได้มีการลงนามในบันทึกข้อตกลงความเข้าใจกับโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ในการใช้ทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลร่วมกัน เนื่องจากเทศบาลนครอุดรธานีมีโครงการจัดตั้งโรงพยาบาลของเทศบาลเองโดยใช้แพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีเป็นผู้รับผิดชอบในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดงบประมาณค่าใช้จ่ายของเทศบาลเอง ส่วนโรงพยาบาลศูนย์ก็จะได้ประโยชน์จากสถานะความแออัดที่ทุเลาลง (คำสัมภาษณ์นายกเทศมนตรีเทศบาลนครอุดรธานี วันที่ 23 พฤศจิกายน 2555; คำสัมภาษณ์อดีตรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2556)

นอกเหนือไปจากการประสานงานกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารท้องถิ่นในพื้นที่ต้นแบบยังมีการพัฒนาและส่งเสริมเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงอื่น อาทิเช่น กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะในกรณีองค์การบริหารส่วนตำบลนาพันนั้น กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ได้ให้งบประมาณสนับสนุนโครงการเลี้ยงไก่ไข่ไอโอดีน ในขณะที่กระทรวงวิทยาศาสตร์ให้การสนับสนุนในด้านวิชาการ (คำสัมภาษณ์หัวหน้าส่วนสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลนาพัน วันที่ 23 พฤศจิกายน 2555)

จากบทวิเคราะห์ข้างต้น ทิศนคติของผู้บริหารท้องถิ่นที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล ตลอดจนทัศนคติของผู้บริหารท้องถิ่นที่เป็นบวกต่อการทำงานในเชิงเครือข่ายล้วนเป็นตัวบ่งชี้ศักยภาพในการบริหารงานด้านสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากผู้บริหารท้องถิ่นในชุมชนต้นแบบก็ล้วนแล้วแต่มีทัศนคติที่เป็นบวกในทั้งสองด้าน ในทางตรงกันข้าม ผู้บริหารท้องถิ่นในชุมชนเปรียบเทียบ โดยเฉพาะนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี ไม่ได้ให้ความสำคัญกับภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพ เนื่องจากเห็นว่าบทบาทหน้าที่หลักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นการพัฒนาระบบสาธารณูปโภคและถนนหนทาง ส่วนภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพ การศึกษา ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมควรเป็นหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง (คำสัมภาษณ์นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี วันที่ 10 มกราคม 2556) ในทำนองเดียวกัน แม้นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสีจะไม่ได้ปฏิเสธบทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ก็ไม่ได้แสดงความกระตือรือร้นในการรับถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบริหารจัดการ โดยกล่าวว่า “ถ้าทางภูกระเทียมเขาถ่ายโอนมาจริง ๆ ก็คงจะยินดีรับนะครับ” (คำสัมภาษณ์นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาสี วันที่ 14 มกราคม 2556)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้บริหารท้องถิ่นในพื้นที่ชุมชนเปรียบเทียบไม่ได้มีเจตคติต่อการทำงานเชิงเครือข่ายเช่นกับผู้บริหารท้องถิ่นในพื้นที่ต้นแบบ ในการบริหารงานเครือข่ายนั้น ผู้บริหารท้องถิ่น

จำเป็นต้องเป็นทั้ง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” เพราะเครือข่ายการทำงานมีกลไกการแสดงความรับผิดชอบในแนวนอน (Horizontal Accountability) การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสามารถเรียกระบบการทำงานของตนว่าเป็นระบบเครือข่ายได้ ท้องถิ่นก็จำเป็นต้องเป็น “ผู้ให้” การสนับสนุนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นงบประมาณ หรือ ทรัพยากรรูปแบบอื่นๆ แก่องค์กรภาคีสมาชิกเช่นเดียวกัน แต่ทว่าเจตคติของผู้บริหารท้องถิ่นในชุมชนเปรียบเทียบกับไม่เป็นไปตามหลักการนี้ ในส่วนขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธาตินั้น เป็นที่ชัดเจนว่าผู้บริหารต้องการให้หน่วยงานภาครัฐส่วนกลางรับผิดชอบภารกิจด้านสุขภาพทั้งหมด ในขณะที่ทัศนคติของผู้บริหารในองค์การบริหารส่วนตำบลนาสีต่อการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกพื้นที่จะเป็นรูปแบบการขอความช่วยเหลือมากกว่าการทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ

เนื่องจากโครงสร้างอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยในปัจจุบันได้ถูกกำหนดให้ผู้บริหารท้องถิ่นเป็นตัวละครที่สำคัญ โดยเฉพาะในการกำหนดทิศทางการพัฒนาและแนวนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจตคติของผู้บริหารท้องถิ่นต่อภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพและการทำงานในรูปแบบเครือข่ายจึงเป็นตัวชี้วัดที่จำเป็นสำหรับการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยจากบทวิเคราะห์ข้างต้นจะเห็นว่าผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบต่างมีเจตคติที่เป็นบวกต่อภาระหน้าที่ด้านสุขภาพและต่อการทำงานในเชิงประสานงานกับเครือข่ายภายนอกพื้นที่ ทัศนคติที่เป็นบวกในทั้งสองด้านย่อมส่งผลดีต่อกระบวนการเรียนรู้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในฐานะเป็นตัวละครหลักในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะไปสู่ภาคปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีความจำเป็นที่จะต้องวิเคราะห์โครงสร้างองค์กรและระบบบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ต้นแบบด้วย เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่าง “ทัศนคติ” และ “การแปลงทัศนคติไปสู่แนวปฏิบัติ” เพื่อชี้ให้เห็นความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรองรับภารกิจถ่ายโอนด้านสุขภาพ

ความพร้อมทางด้านโครงสร้างองค์กรและระบบบริหารงานขององค์กร (Organizational Structure and Management System) นั้นมีทั้งสิ้น 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) การมีหน่วยงานภายในเฉพาะที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพ 2) สัดส่วนจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพต่อจำนวนบุคลากรทั้งหมด 3) สัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพต่อจำนวนประชากรทั้งหมด 4) จำนวนและประเภทหน่วยบริการสุขภาพ และ 5) ความก้าวหน้าทางวิชาชีพของบุคลากรด้านสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การมีหน่วยงานภายในเฉพาะที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพเป็นเครื่องแสดงให้เห็นถึงความทุ่มเทอย่างเป็นทางการ (Formal Commitment) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อภาระหน้าที่ด้านสุขภาพ เนื่องจากโครงสร้างองค์กรที่เป็นทางการ (Formal Organizational Structure) มีความเชื่อมโยงกับการจัดสรรงบประมาณ การกำหนดตำแหน่งและภาระหน้าที่ของข้าราชการและพนักงาน ตลอดจนระบบความก้าวหน้าทางวิชาชีพของบุคลากร ทั้งนี้ตามข้อมูลที่ปรากฏในตารางที่ 4.4

พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ชุมชนต้นแบบล้วนมีส่วนราชการที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 หน่วยงานระดับกองซึ่งมีผู้บังคับบัญชาสูงสุดเป็นข้าราชการท้องถิ่นระดับ 7 หรือ 8 ทั้งนี้ข้อสังเกตที่สำคัญ คือ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูเพิ่งจะถือกำเนิดเมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา โดยเป็นนโยบายสำคัญของนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดคนปัจจุบันที่มีดำริให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีหน่วยงานเฉพาะด้านสุขภาพเพื่อเป็นฝ่ายเลขานุการของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ

**ตารางที่ 4.4** จำนวนส่วนงานภายในที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษา	ส่วนงานภายในที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู*	ส่วนงานภายในระดับกอง 1 กอง
องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี	-
เทศบาลนครอุดรธานี*	ส่วนงานภายในระดับสำนัก 1 สำนัก 2 กอง
เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู	ส่วนงานภายในระดับกอง 1 กอง
องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์*	ส่วนงานภายในระดับกอง 1 กอง
องค์การบริหารส่วนตำบลนาสี	-

หมายเหตุ: \*พื้นที่ต้นแบบ

สำหรับองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์นั้นพบว่า การจัดตั้งกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเป็นนโยบายของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานบุคคลท้องถิ่นไม่ได้บังคับให้องค์การบริหารส่วนตำบลต้องมีหน่วยงานภายในระดับกองที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพ แต่องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถจัดตั้งหน่วยงานระดับกองขึ้นมาได้โดยสมัครใจ ส่วนเทศบาลนครอุดรธานีนั้นมีส่วนราชการภายในที่รับผิดชอบภาระหน้าที่ด้านสุขภาพถึง 3 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม กองสวัสดิการสังคม และกองการแพทย์ ซึ่งการแบ่งส่วนราชการภายในเทศบาลนครอุดรธานีดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายและความสลับซับซ้อนของภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพของเทศบาล ในทางตรงกันข้ามองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทเทศบาลที่นำมาเปรียบเทียบกับเทศบาลนครอุดรธานี คือ เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู มีเพียงกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเท่านั้นที่รับผิดชอบทั้งงานด้านสาธารณสุข การรักษาสิ่งแวดล้อม และการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชน โดยส่วนราชการระดับกองดังกล่าวได้รับการจัดตั้งมาพร้อมกับเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู จึงมีความแตกต่างจากกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นเมื่อไม่นานมานี้ตามแผนนโยบายของนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดคนปัจจุบัน

ตัวชี้วัดอื่นที่ชี้ให้เห็นถึงความพร้อมเชิงองค์กรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ สัดส่วนจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพต่อจำนวนบุคลากรของท้องถิ่นทั้งหมด และสัดส่วนบุคลากร

**ด้านสุขภาพต่อจำนวนประชากรทั้งหมด** โดยถือเป็นการประเมินระบบการบริหารจัดการจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพของท้องถิ่นให้เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ข้อมูลที่ปรากฏในตารางที่ 4.5 สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทในพื้นที่ต้นแบบและพื้นที่เปรียบเทียบได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูมีสัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพต่อประชากรทั้งหมด (ร้อยละ 18) สูงกว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี (ร้อยละ 3) ซึ่งไปสัมพันธ์กับความเพียงพอของบุคลากรด้านสุขภาพในการให้บริการประชาชน โดยบุคลากรด้านสุขภาพ 1 คนขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูรับผิดชอบประชากร 17,265 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยกว่าจำนวนประชากรที่บุคลากรด้านสุขภาพ 1 คนในองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานีต้องรับผิดชอบ (385,819 คน)

**ตารางที่ 4.5** ตัวชี้วัดความเพียงพอของบุคลากรด้านสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษา (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2555)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษา	สัดส่วนจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพต่อประชากรทั้งหมด	จำนวนประชากรที่บุคลากรด้านสุขภาพ 1 คนรับผิดชอบ
องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู*	18%	17,265
องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี	3%	385,819
เทศบาลนครอุดรธานี*	25%	487
เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู	18%	506
องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์*	13%	2,704
องค์การบริหารส่วนตำบลนาสี	-	-

หมายเหตุ: \*พื้นที่ต้นแบบ

ข้อสังเกตที่สำคัญ คือ เทศบาลนครอุดรธานีและเทศบาลเมืองหนองบัวลำภูมีสัดส่วนจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพต่อประชากรทั้งหมดที่ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยเทศบาลนครอุดรธานีมีสัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพต่อประชากรทั้งหมด (ร้อยละ 25) ซึ่งสูงกว่าเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู (ร้อยละ 18) ในขณะเดียวกัน ทั้งสองเทศบาลก็มีสัดส่วนจำนวนประชากรที่บุคลากรด้านสุขภาพ 1 คนรับผิดชอบที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทเทศบาลนั้น งานด้านสุขภาพและสาธารณสุขเป็นภารกิจหน้าที่ที่สำคัญซึ่งได้รับการระบุไว้อย่างชัดเจนในพระราชบัญญัติเทศบาลและระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการแบ่งส่วนราชการภายในเทศบาล ดังนั้นจึงอนุมานได้ว่าความคล้ายคลึงกันระหว่างเทศบาลนครอุดรธานีและเทศบาลเมืองหนองบัวลำภูในทั้ง 2 ประเด็นตัวชี้วัดเป็นผลสืบเนื่องมาจากข้อกฎหมายที่บังคับให้ภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นภารกิจต้องทำสำหรับเทศบาล จึงมีความจำเป็นต้องพิจารณาตัวชี้วัดอื่นประกอบการพิจารณาความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการด้านสุขภาพด้วย

และเมื่อพิจารณาจำนวนและประเภทของหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก็จะพบว่าเทศบาลนครอุดรธานีมีจำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขทุกประเภทมากกว่าเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู (ตารางที่ 4.6) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนถึง 4 แห่งเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่งในสังกัดเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู ซึ่งเป็นตัวชี้วัดศักยภาพในการบริการด้านสุขภาพที่สำคัญเนื่องจากศูนย์สุขภาพชุมชนถือเป็นหน่วยบริการชั้นปฐมภูมิที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ และรักษาพยาบาลเบื้องต้น

สำหรับกรณีองค์กรบริหารส่วนตำบลนั้น องค์กรบริหารส่วนตำบลนาพู่มีจำนวนหน่วยบริการสุขภาพมากกว่าองค์กรบริหารส่วนตำบลนาสี โดยหนึ่งในศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตตำบลนาพู่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ได้รับการถ่ายโอนไปอยู่ในความดูแลขององค์กรบริหารส่วนตำบลตามแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบอีกว่าองค์กรบริหารส่วนตำบลนาสีไม่มีศูนย์เด็กเล็กในพื้นที่ ซึ่งจากจำนวนหน่วยบริการที่มีอยู่อย่างจำกัดในเขตตำบลนาสีสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดทางด้านศักยภาพในการให้บริการด้านสุขภาพขององค์กรบริหารส่วนตำบลนาสี

**ตารางที่ 4.6** จำนวนหน่วยบริการด้านสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษา

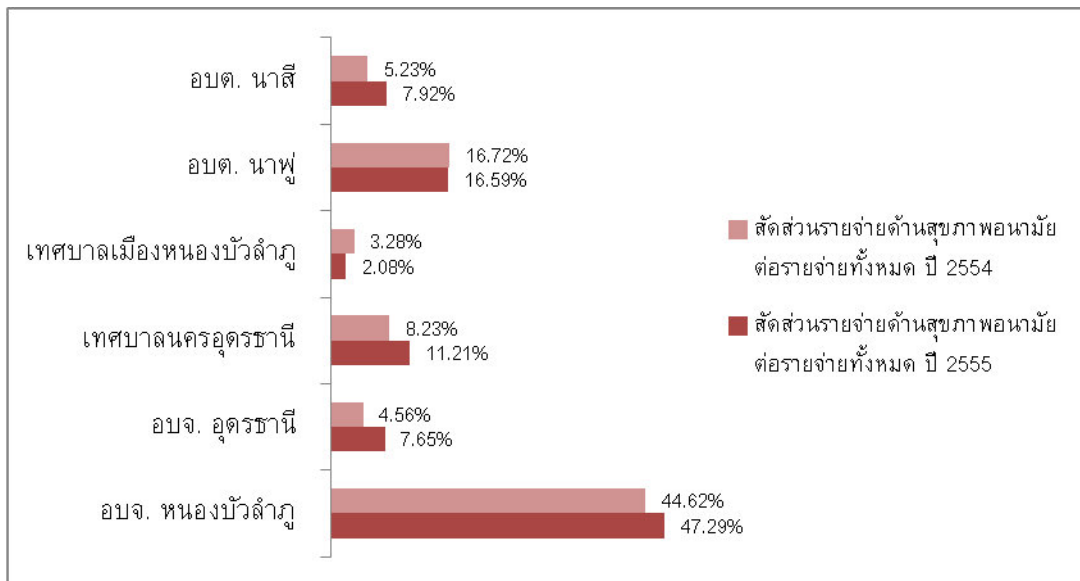
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษา	จำนวนศูนย์สุขภาพ		จำนวนหน่วยบริการด้านสุขภาพทั้งหมด
	ชุมชนในสังกัด อปท.	ศูนย์เด็กเล็ก	
องค์กรบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู*	-	-	-
องค์กรบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี	-	-	-
เทศบาลนครอุดรธานี*	4	3	7
เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู	1	3	4
องค์กรบริหารส่วนตำบลนาพู่*	1	1	2
องค์กรบริหารส่วนตำบลนาสี	-	-	-

หมายเหตุ: \*พื้นที่ต้นแบบ

การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีหน่วยบริการสุขภาพในความรับผิดชอบหรือมีอยู่เป็นจำนวนน้อยอาจไม่ได้หมายความว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นปล่อยปละละเลยงานด้านสุขภาพเสมอไป จากข้อมูลที่ปรากฏในตารางที่ 4.6 จะสังเกตได้ว่าทั้งองค์กรบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานีและองค์กรบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูต่างไม่มีหน่วยบริการสุขภาพในกำกับดูแล แต่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูเป็นหนึ่งในพื้นที่ชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพ ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพขององค์กรบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูนั้นมีลักษณะเป็นการสนับสนุนในรูปแบบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ดังนั้นการพิจารณาความพร้อมและศักยภาพด้านสุขภาพขององค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น จึงจำเป็นต้องพิจารณาประเด็นการจัดสรรเงินงบประมาณเพื่อสนับสนุนโครงการและกิจกรรมด้านสุขภาพด้วย

ทั้งนี้ตัวแปรศักยภาพด้านการเงินการคลัง (Fiscal Capacity) เป็นอีกหนึ่งมิติที่สำคัญของความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรองรับภารกิจถ่ายโอนจากหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง โดยการวิจัยนี้ใช้สัดส่วนงบประมาณรายจ่ายด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัยและสาธารณสุขต่องบประมาณรายจ่ายประจำปีทั้งหมด และ สัดส่วนรายได้ (ที่ไม่รวมเงินกู้และเงินอุดหนุน) ต่อรายได้ทั้งหมดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นตัวชี้วัดความพร้อมด้านการเงินการคลังท้องถิ่น



ภาพที่ 4.1 สัดส่วนรายจ่ายด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัยและสาธารณสุขต่องบประมาณรายจ่ายประจำปีทั้งหมด ปี พ.ศ. 2554-2555

จากข้อมูลในภาพแผนภูมิที่ 4.1 ตัวชี้วัดสัดส่วนงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพนั้นใช้ข้อมูลจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2554-2555 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าองค์กรบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู มีสัดส่วนงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพที่สูงกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีก 5 แห่ง (ร้อยละ 44.6 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2554 และร้อยละ 47.3 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2555) ทั้งนี้ แม้ว่าองค์กรบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูจะไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ในกำกับดูแล โดยรายจ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายเพื่ออุดหนุนกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วย และผู้พิการ สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพขององค์กรบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูคิดเป็นสัดส่วนที่สูง กว่าองค์กรบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานีซึ่งเป็นพื้นที่เปรียบเทียบอย่างเห็นได้ชัด โดยองค์กรบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานีมีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพเพียงร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2554 และร้อยละ 7.6 ในปี พ.ศ. 2555



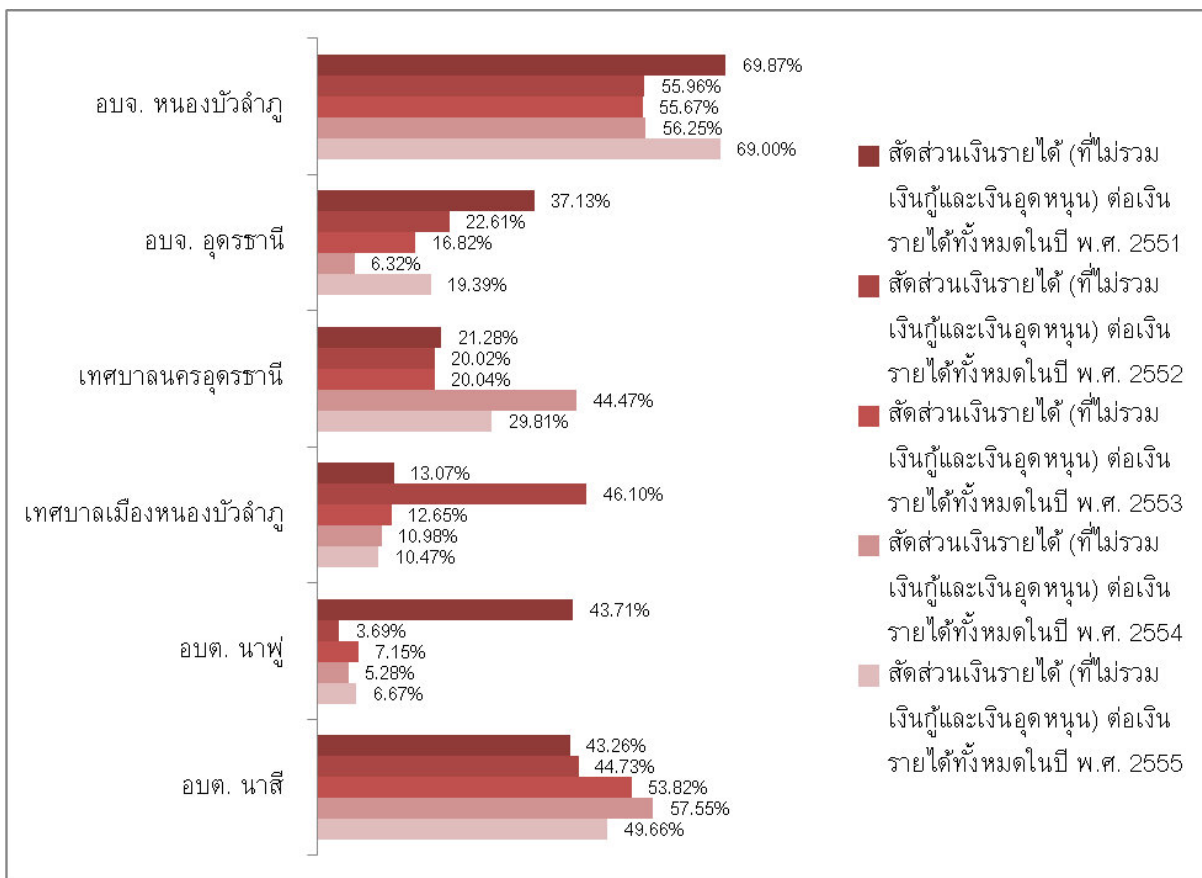
ในทำนองเดียวกัน ในระดับตำบลพบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ จ.อุตรธานี มีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพที่สูงกว่าองค์การบริหารส่วนตำบลนาฮี จ.หนองบัวลำภู ในระหว่างปี พ.ศ. 2554-2555 (ภาพที่ 4.1) โดยรายจ่ายด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่เป็นรายจ่ายเพื่อสนับสนุนโครงการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น โครงการฟาร์มไก่ไข่ไอโอดีน โครงการน้ำประปาชุมชน โครงการปลูกพืชผักสวนครัว เป็นต้น ตลอดจนกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้นซึ่งเป็นหน้าที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพู่ (รพ.สต. นาพู่)

นอกจากนี้ ยังพบว่าเทศบาลต้นแบบในการวิจัยนี้ คือ เทศบาลนครอุตรธานีก็มีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายจ่ายรวมทั้งหมดสูงกว่าเทศบาลเมืองหนองบัวลำภูเช่นเดียวกัน โดยพบว่าเทศบาลนครอุตรธานีดำเนินกิจกรรมและโครงการด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 8.23 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2554 (เปรียบเทียบกับร้อยละ 3.28 ในเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู) และร้อยละ 11.21 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2555 (เปรียบเทียบกับร้อยละ 2.08 ในเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู)

สัดส่วนเงินรายจ่ายด้านสุขภาพต่องบประมาณรายจ่ายทั้งหมดจึงสะท้อนให้เห็นความแตกต่างระหว่างพื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพและพื้นที่เปรียบเทียบได้อย่างชัดเจน โดยถือว่าเป็นตัวชี้วัดความทุ่มเทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้เป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่าการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อน เนื่องจากแหล่งรายได้ของท้องถิ่นที่จำกัด ภารกิจหน้าที่ที่หลากหลายและพลวัตทางสังคมและการเมืองที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาด้วยความที่เป็นองค์กรภาครัฐที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ดังนั้น หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีการจัดสรรเงินงบประมาณให้แก่ภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพในอัตราส่วนที่สูงแล้ว ย่อมชี้ให้เห็นถึงระดับความรู้ความเข้าใจของผู้บริหารท้องถิ่นต่อภารกิจหน้าที่ด้านสาธารณสุข ตลอดจนการอุทิศทุ่มเทขององค์กรต่อการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีและครบวงจรให้แก่ประชาชนในชุมชนของตน

การให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนจะมีประสิทธิภาพและคุณภาพได้ก็ต่อเมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีทรัพยากรที่เพียงพอในการบริหารจัดการระบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพ ทั้งนี้เราได้ทราบแล้วว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ต้นแบบล้วนพยายามจัดให้บุคลากรด้านสุขภาพ มีจำนวนที่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ นอกเหนือจากทรัพยากรบุคคลแล้ว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังจำเป็นต้องมีศักยภาพทางการเงินการคลังที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะความสามารถในการจัดเก็บรายได้ของตนเองที่ไม่เน้นรวมเงินอุดหนุนจากรัฐ เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดศักยภาพในการบริหารจัดการองค์กรและชุมชนของตนเองที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง อีกทั้งยังเป็นตัวชี้วัดภูมิคุ้มกันของท้องถิ่น (Local Resiliency to Political and Economic Change) ต่อการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและเศรษฐกิจในระดับประเทศอีกด้วย

เมื่อพิจารณาสัดส่วนรายได้ที่ท้องถิ่นจัดเก็บเองต่อรายได้ทั้งหมดในแต่ละปีงบประมาณ (พ.ศ. 2551-2555) จะพบว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูซึ่งเป็นพื้นที่ต้นแบบในการศึกษานี้มีสัดส่วนเงินรายได้ของตนเองสูงกว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี ในทุกปีงบประมาณตลอดระยะเวลา 5 ปี (ภาพที่ 4.2) ส่วนเทศบาลนครอุดรธานีซึ่งเป็นหนึ่งในพื้นที่ต้นแบบก็มีสัดส่วนเงินรายได้ของตนเองสูงกว่าเทศบาลเมืองหนองบัวลำภูในทุกปีงบประมาณ ยกเว้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 ที่เทศบาลเมืองหนองบัวลำภูมีสัดส่วนรายได้ของตนเองสูงกว่าเทศบาลนครอุดรธานี จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าพื้นที่ต้นแบบทางด้านสุขภาพล้วนแล้วแต่มีความสามารถในการจัดเก็บรายได้ของตนเองที่สูงกว่าพื้นที่ชุมชนที่นำมาเปรียบเทียบ



ภาพที่ 4.2 สัดส่วนเงินรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษาที่ไม่นับรวมเงินอุดหนุนจากรัฐต่อรายได้ทั้งหมด ปี พ.ศ. 2551-2555

แต่ทว่าองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ จ.อุดรธานีซึ่งเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพเช่นกัน กลับมีสัดส่วนรายได้ที่จัดเก็บเองต่ำกว่าองค์การบริหารส่วนตำบลนาสี จ.หนองบัวลำภูซึ่งไม่ได้เป็นพื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพ โดยจากภาพที่ 4.2 พบว่าในปี พ.ศ. 2551 องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์และองค์การบริหารส่วนตำบลนาสีมีสัดส่วนรายได้ที่จัดเก็บเองต่อรายได้ทั้งหมดในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ภายหลังจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์มีสัดส่วนรายได้ที่

จัดเก็บเองต่อรายได้ทั้งหมดที่ลดลงอย่างเห็นได้อย่างชัดเจน ในขณะที่สัดส่วนรายได้ที่จัดเก็บเองขององค์กรบริหารส่วนตำบลนาสีกลับมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

และเมื่อพิจารณาศักยภาพทางการเงินการคลังท้องถิ่นจากรายได้ที่จัดเก็บเองโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อจำนวนประชากรทั้งหมด (Per capita own revenue) ในแต่ละประเภทแล้ว (ตารางที่ 4.7) จะพบว่าองค์กรบริหารส่วนตำบลนาสีมีปริมาณรายได้จากภาษีอากรที่จัดเก็บเองต่อจำนวนประชากรที่สูงที่สุดในบรรดาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดในการศึกษารั้งนี้ คือ 1,782.58 บาท ต่อประชากร 1 คน แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่าองค์กรบริหารส่วนตำบลนาสีมีรายได้ที่จัดเก็บเองต่อจำนวนประชากรประเภทอื่นๆที่ไม่สูงมากนักเมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

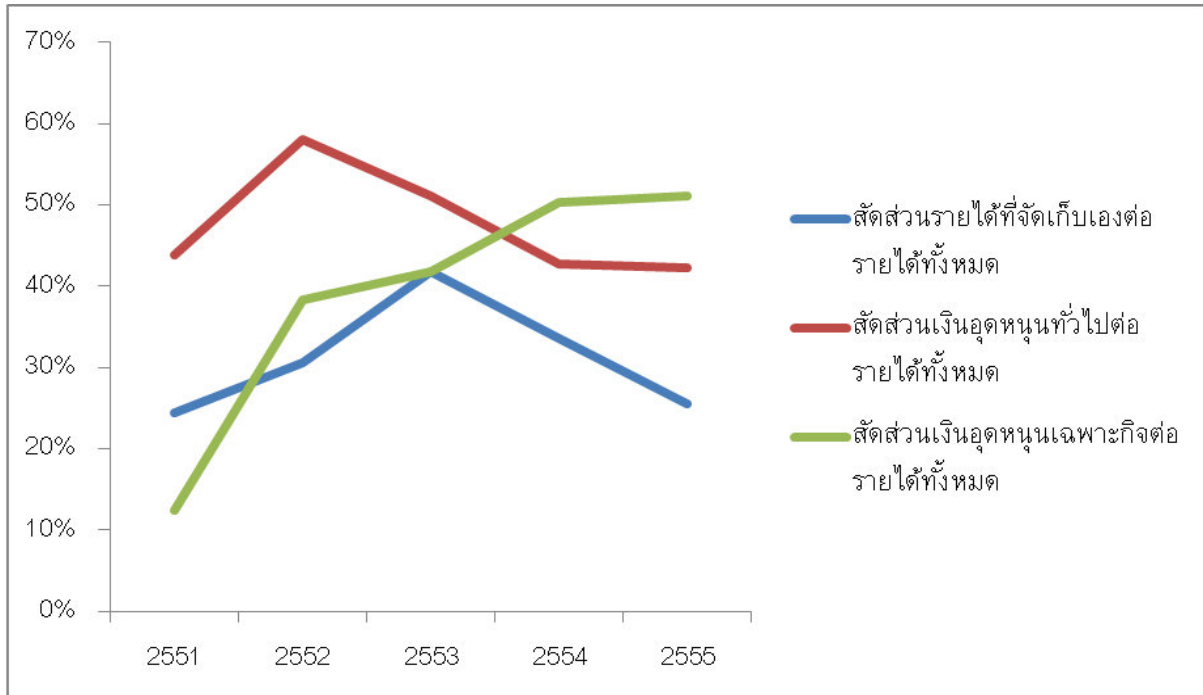
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ภาษีอากร	ค่าธรรมเนียม	รายได้จากทรัพย์สิน	รายได้จากสาธารณูปโภค	รายได้เบ็ดเตล็ด
องค์กรบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู*	203.32	0.60	2.50	-	2.58
องค์กรบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี	48.95	1.43	6.48	-	1.33
เทศบาลนครอุดรธานี*	379.31	<u>207.51</u>	<u>95.69</u>	34.75	10.77
เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู	306.60	114.85	78.61	-	17.65
องค์กรบริหารส่วนตำบลนาพูน*	13.94	37.17	21.63	<u>90.30</u>	<u>37.66</u>
องค์กรบริหารส่วนตำบลนาสี	<u>1,782.58</u>	13.40	2.82	68.87	3.45

\* องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบด้านการจัดการสุขภาพอนามัย

**ตารางที่ 4.7** ประเภทของรายได้ที่จัดเก็บเองโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษาต่อจำนวนประชากร (Per capita own revenue) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555

ทั้งนี้พบว่าในปี พ.ศ. 2555 เทศบาลนครอุดรธานีมีการจัดเก็บรายได้ที่เป็นค่าธรรมเนียมต่อจำนวนประชากรที่สูงที่สุด คือ 207.51 บาทต่อประชากร 1 คนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล และมีรายได้จากทรัพย์สินต่อจำนวนประชากร 1 คนสูงที่สุด คือ 95.69 บาทต่อประชากร สำหรับองค์กรบริหารส่วนตำบลนาพูนนั้นมีรายได้จากสาธารณูปโภคต่อจำนวนประชากรสูงที่สุด คือ 90.30 บาทต่อประชากร และมีรายได้ที่จัดเก็บเองอื่นๆคิดเป็น 37.66 บาทต่อประชากร ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าพื้นที่ต้นแบบด้านการจัดการสุขภาพอนามัยที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนล่าง ได้แก่ เทศบาลนครอุดรธานี และองค์กรบริหารส่วนตำบลนาพูน มีประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้เองที่สูงกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนบน คือ ทั้งองค์กรบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูและองค์กรบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานีมีรายได้ที่จัดเก็บเองต่อจำนวนประชากรในประเภทต่างๆที่ไม่สูงมากนักเมื่อเปรียบเทียบกับเทศบาลและองค์กรบริหารส่วนตำบลที่เป็นกรณีศึกษา

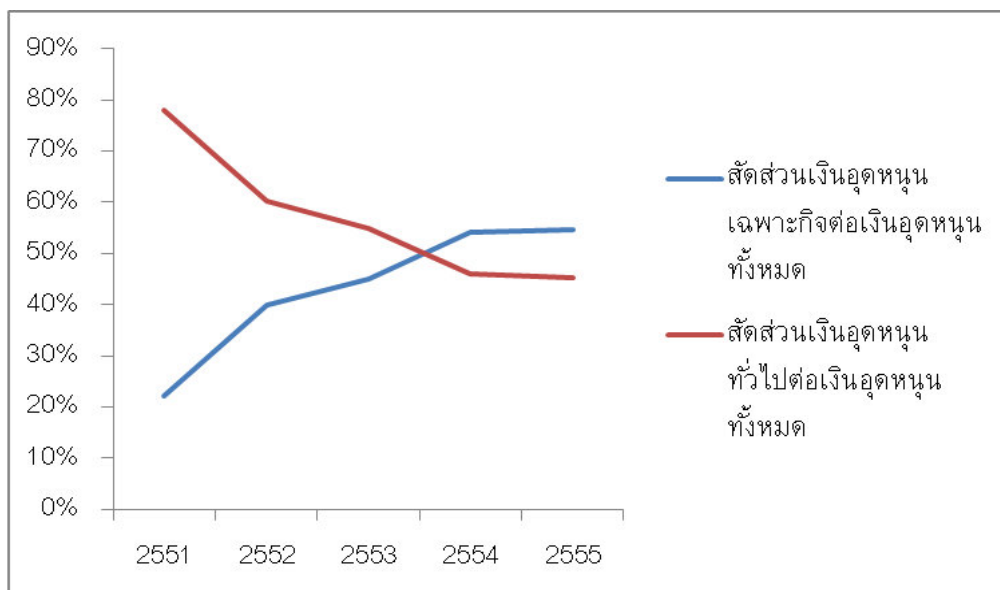
นอกจากนี้ ข้อสังเกตสำคัญจากภาพที่ 4.3 คือ ภายหลังจากที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่มีการรับโอนสถานีอนามัยตำบลนาพู่จากกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ. 2550 ปริมาณเม็ดเงินอุดหนุนเฉพาะกิจมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (ภาพที่ 4.3) ในขณะที่เงินรายได้ที่จัดเก็บเองขยายตัวในอัตราปานกลางจนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2553 จึงหดตัวอย่างรวดเร็ว ส่วนเม็ดเงินอุดหนุนทั่วไปนั้นก็มีแนวโน้มที่ลดลงเช่นเดียวกัน



ภาพที่ 4.3 สัดส่วนแหล่งรายได้ต่างๆต่อรายได้ทั้งหมดขององค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2551-2555

ทั้งนี้ การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีสัดส่วนเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ (Specific Grant) ต่อรายได้ทั้งหมดที่สูงก็ย่อมหมายความว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นขาดความเป็นอิสระในการบริหารจัดการดูแลกิจการภายในพื้นที่ของตนเอง เนื่องจากการใช้สอยเงินอุดหนุนเฉพาะกิจนั้นต้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์และรายละเอียดการใช้จ่ายตามระเบียบและกฎเกณฑ์ที่สำนักงบประมาณกำหนด อาทิเช่น เงินอุดหนุนเฉพาะกิจสำหรับศูนย์เด็กเล็กและเงินอุดหนุนเฉพาะกิจสำหรับสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าใช้สำหรับค่าก่อสร้าง ค่าครุภัณฑ์ และเงินเดือนค่าตอบแทนของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ถ่ายโอนมาจากกระทรวงสาธารณสุข ส่วนเงินอุดหนุนทั่วไป (Block Grant) ให้อิสระแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่า เพราะกำหนดแต่เพียงวัตถุประสงค์ในการใช้จ่ายเงินอุดหนุนเท่านั้น เช่น เงินอุดหนุนเพื่อแก้ไขปัญหาหยาเสพติด เงินอุดหนุนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

สิ่งที่น่าสนใจสำหรับกรณีองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่และองค์การบริหารส่วนตำบลนาสี คือ องค์การบริหารส่วนตำบลนาสี จ.หนองบัวลำภูไม่ได้รับเงินอุดหนุนเฉพาะกิจในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2551-2555 ในขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่มีสัดส่วนเงินอุดหนุนเฉพาะกิจต่อเงินอุดหนุน ทั้งหมดที่สูงมากและสัดส่วนดังกล่าวก็มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2551-2555 (ภาพที่ 4.4) แต่ ในทางตรงกันข้าม สัดส่วนเงินอุดหนุนทั่วไปต่อเงินอุดหนุนทั้งหมดกลับมีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็ว ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน



**ภาพที่ 4.4** สัดส่วนของเงินอุดหนุนแต่ละประเภทต่อเงินอุดหนุนทั้งหมดขององค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2555

กรณีศึกษาเรื่องเงินอุดหนุนทั่วไปและเงินอุดหนุนเฉพาะกิจขององค์การบริหารส่วนตำบลนาสี และนาพู่ชี้ให้เห็นว่าการใช้สัดส่วนรายได้ที่ท้องถิ่นจัดเก็บเองต่อรายได้ทั้งหมดเป็นตัวชี้วัดความพร้อม และศักยภาพด้านการเงินการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นอาจไม่เหมาะสมสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กที่ยังจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยเงินอุดหนุนจากภาครัฐ เนื่องจากโครงสร้างภาษีและแหล่งรายได้ของท้องถิ่นยังคงมีข้อจำกัดและไม่มีความเพียงพอสำหรับภารกิจหน้าที่ที่ได้รับการถ่ายโอน โดยเฉพาะกรณีองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ซึ่งเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่ามีความสามารถในการจัดเก็บรายได้ด้วยตนเองต่ำ โดยเงินรายได้ส่วนใหญ่ขององค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่กลับมาจากเงินอุดหนุนเฉพาะกิจในอัตราส่วนที่สูงซึ่งย่อมจะทำให้ องค์การบริหารส่วนตำบลไม่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนการใช้จ่ายเงินงบประมาณให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของประชาชนในเขตตำบล เงินอุดหนุนเฉพาะกิจจึงเปรียบเสมือนเครื่องมือ

นโยบายในการรวมศูนย์อำนาจการตัดสินใจที่ยังคงแฝงตัวอยู่ในกระบวนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นไทย

โดยสรุปแล้ว กรอบตัวชี้วัดด้านความพร้อมและศักยภาพเชิงองค์การ (Institutional Capacity) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการด้านสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วย ภาวะผู้นำและทัศนคติของผู้บริหารต่องานด้านสุขภาพ โครงสร้างองค์กรและระบบบริหารจัดการ และศักยภาพด้านการเงิน การคลัง สามารถจำแนกพื้นที่ชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพออกจากพื้นที่ชุมชนกรณีเปรียบเทียบได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพบว่าตัวชี้วัดความสามารถในการจัดเก็บรายได้ด้วยตนเองซึ่งเป็นตัวชี้วัดความพร้อมและศักยภาพด้านการเงินการคลังของท้องถิ่นไม่สามารถสะท้อนสมรรถภาพที่แท้จริงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ชนบท (Rural Area) ทั้งนี้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังกล่าวโดยส่วนใหญ่จะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งมีประชากรไม่หนาแน่นมากและไม่มีพื้นที่ธุรกิจการค้าที่สามารถก่อให้เกิดรายได้ทางภาษี (ภาษีโรงเรือน ภาษีป้าย และภาษีที่ดิน) ได้ทัดเทียมกับเทศบาลซึ่งเป็นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดูแลพื้นที่เขตเมือง (Urban Area) ซึ่งมีประชาชนอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น

ปัญหาของตัวชี้วัดความสามารถในการจัดเก็บรายได้ของตนเองปรากฏเด่นชัดในผลวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่และองค์การบริหารส่วนตำบลนาสี โดยองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ซึ่งเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพที่รับผิดชอบสถานีอนามัยประจำตำบลเองและมีผลงานด้านสาธารณสุขดีมากมายกลับมีสัดส่วนรายได้ของตนเองต่อรายได้รวมทั้งหมดในแต่ละปีงบประมาณที่ต่ำกว่าองค์การบริหารส่วนตำบลนาสีซึ่งเป็นพื้นที่เปรียบเทียบ ในตรงกันข้าม ผู้วิจัยกลับพบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ได้รับเงินอุดหนุนจากภาครัฐในอัตราส่วนที่สูง แต่จำนวนเงินอุดหนุนจากส่วนกลางโดยส่วนใหญ่เป็นเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ ที่มีการระบุอย่างชัดเจนว่าต้องเป็นค่าใช้จ่ายก่อสร้าง จัดซื้อครุภัณฑ์ และเงินเดือนค่าตอบแทนแก่บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าความเป็นอิสระในการบริหารจัดการงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ก็ยังคงมีอยู่อย่างจำกัด

นอกจากนี้ข้อค้นพบที่สำคัญในกรณีองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ คือ ผู้วิจัยพบว่าตลอดช่วงระยะเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมา องค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่มีความร่วมมือทางวิชาการที่เข้มแข็งกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินโครงการไก่ไข่ไอโอดีน ซึ่งเป็นโครงการที่สนับสนุนให้ชาวบ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่เลี้ยงไก่ไข่ที่เลี้ยงด้วยอาหารซึ่งผสมสารไอโอดีน แต่ภายหลังจากมีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว องค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่กลับมีความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่นกับหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขในระดับภูมิภาค

“ถ้ามีการถ่ายโอนสถานีอนามัยมาให้ อบต. ผมคิดว่าบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข น่าจะต้องเปลี่ยน....โดยต้องคอยเป็นที่เลี้ยง เพราะท้องถิ่นไม่ได้มีความรู้เฉพาะด้านนี้

เพราะตอนนี้ผมมีความรู้สึกว่ ะทรวงสาธารณสุขเหมือนกำลังจะทอดทิ้งพวกผม ผม พุดจริงๆนะ อย่างตอนนี้ อบต. นาพู่ เป็นโรคคอติบ อย่างตำบลผมมีคนไข้โรคคอติบหนึ่ง คน ที่จริงแล้ว ตำบลผมต้องได้นัดวัคซีนร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่ สสจ.ก็ไม่เอามาให้ เหมือน กิดกันอยู่ เหมือนกับเขาพยายามจะให้ลูกบ้านผมเป็นเยอะๆ เพื่อจะทำให้ อบต. นาพู่ดู เหมือนไม่มีประสิทธิภาพในการจัดการโรค” (คำสัมภาษณ์นายกองค์การบริหารส่วน ตำบลนาพู่ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2555)

กรณีเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ ตลอดจนสัมพันธภาพระหว่างท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจ ด้านสุขภาพและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่าคำถามสำคัญสำหรับกระบวนการ กระจายอำนาจไม่ใช่จะมีแต่ประเด็นความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียง ประเด็นเดียว แต่จะต้องคำนึงถึงการออกแบบระบบสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับ การถ่ายโอนภารกิจด้วย โดยหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของ ตนเองจากเดิมที่เป็น “ผู้ให้บริการ (Service Provider)” ไปเป็น “พี่เลี้ยง” ทางด้านวิชาการแก่ท้องถิ่น นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการกระจายอำนาจจะต้องทบทวนระบบการจัดสรรเงิน อุดหนุนเฉพาะกิจและเงื่อนไขในการใช้เงินอุดหนุนเฉพาะกิจให้เป็นการมอบภารกิจหน้าที่และอำนาจใน การตัดสินใจให้แก่ท้องถิ่นอย่างแท้จริง ไม่ใช่เป็นการมอบเงินพร้อมวิธีการใช้เงินที่ลงรายละเอียด กิจกรรมเหมือนดังเช่นในปัจจุบัน

### **ความพร้อมของภาคประชาชนด้านการจัดการสุขภาพ (Community Capacity)**

นอกเหนือจากความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก็จำเป็นต้องวิเคราะห์ ความพร้อมของภาคประชาชนด้านสุขภาพ เนื่องจากตัวชี้วัดความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นั้นเป็นเพียงการวัดความพร้อมเชิงองค์การ (Institutional Capacity) เท่านั้น แต่ไม่ได้สะท้อนให้เห็น ความพร้อมด้านสุขภาพของภาคประชาชนในฐานะที่เป็นภาคีหุ้นส่วนสำคัญในการบริหารกิจการ สาธารณะในชุมชนท้องถิ่น ทั้งนี้สำหรับกรอบเงื่อนไขการถ่ายโอนสถานีนามัยไปยังองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นของคณะกรรมการกระจายอำนาจนั้น มีตัวชี้วัดภาคประชาชนเพียง 1 ตัวชี้วัด คือ การยอมรับของประชาชนผู้รับบริการในการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพไปยังท้องถิ่น ซึ่งก็ไม่ใช่ ตัวชี้วัดความพร้อมของประชาชนแต่อย่างใด

ตัวชี้วัดความพร้อมของภาคประชาชนด้วยการจัดการสุขภาพสะท้อนออกมาผ่าน 2 ตัวแปร สำคัญ ได้แก่ ทศนคติและความกระตือรือร้นของภาคประชาชน (People's Attitude and Enthusiasm about Local Healthcare) และรูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองท้องถิ่นของประชาชน (Forms of Citizen Participation in Local Political Processes)

ในงานวิจัยนี้ ตัวชี้วัดความพร้อมของภาคประชาชนจะมุ่งเน้นไปที่ 2 ประเด็นหลัก คือ **ทัศนคติและความกระตือรือร้นของภาคประชาชนในด้านสุขภาพ** (People's Attitude and Enthusiasm about Local Healthcare) และ **รูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองท้องถิ่นของประชาชน** (Forms of Citizen Participation in Local Political Processes) ทั้งนี้สำหรับตัวชี้วัดที่ 1 นั้นเป็นไปตามกรอบแนวคิด New Public Health Movement ที่มุ่งเน้นหลักการ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ซึ่งจะสามารถเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อทุกภาคส่วนในสังคมมีความตื่นตัวและเข้าใจในความสำคัญของการรักษาสุขภาพกายและใจให้สมบูรณ์แข็งแรง โดยประเด็นความตื่นตัวและความรู้ความเข้าใจดังกล่าวก็ไปเชื่อมโยงกับกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการปกครองท้องถิ่น เนื่องจากบทบาทของภาคประชาชนจะมีอิทธิพลที่สำคัญต่อกลไกการให้บริการสาธารณะในท้องถิ่นได้ก็ต่อเมื่อประชาชนทุกภาคส่วนมีความกระตือรือร้นและความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่พลเมืองและสิทธิความเป็นเจ้าของทรัพยากรในชุมชนท้องถิ่น

เพื่อไม่ให้เกิดการทับซ้ำประชาชนในเขตพื้นที่จังหวัดอุดรธานีและจังหวัดหนองบัวลำภู ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาความพร้อมของภาคประชาชนเฉพาะในเขตเทศบาลและเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล เนื่องจากพื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพทั้งในระดับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลต่างก็อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี ในขณะที่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลที่นำมาเปรียบเทียบต่างก็อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู ดังนั้น หากศึกษาความพร้อมของภาคประชาชนในระดับองค์การบริหารส่วนจังหวัดด้วยก็จะได้กลุ่มตัวอย่างภาคประชาชนที่ซ้ำซ้อนกับกลุ่มตัวอย่างประชากรของทั้งเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนผู้นำชุมชนและตัวแทนประชาชนในแต่ละพื้นที่มาร่วมประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group)

สำหรับตัวชี้วัดที่ 1 **ทัศนคติและความกระตือรือร้นของภาคประชาชนในด้านสุขภาพ** นั้นกลุ่มตัวอย่างประชาชนในพื้นที่ต้นแบบ (เทศบาลนครอุดรธานี และองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ จ.อุดรธานี) มีความแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างประชาชนในเขตพื้นที่เปรียบเทียบ (เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู และองค์การบริหารส่วนตำบลนาสี จ.หนองบัวลำภู) อย่างเด่นชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง (Urban Area) อย่างเช่นพื้นที่เทศบาลนครอุดรธานีซึ่งประชาชนมีช่องทางการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพที่หลากหลายทำให้มีความตื่นตัวในการรักษาสุขภาพอนามัย

“ณ ปัจจุบันนี้ ประชาชนมีศักยภาพและความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองมาก เพราะการสื่อสารที่พัฒนาไปเยอะ ทั้งการสื่อสารในระดับจังหวัด ระดับชาติ และข้อมูลจาก Internet ประชาชนจึงมีความสามารถและโอกาสสูงที่จะเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ อีกทั้งยังมีการรวมพลังร่วมคิดร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เวทีสมัชชาสุขภาพชุมชน หรือ เวทีประชาคมสุขภาพ ซึ่งเทศบาลก็นำไปเป็นบันไดขั้นต้นในการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดย



เวที่ดังกล่าวเป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลเบื้องต้นในพื้นที่ให้แก่หน่วยงานด้านสาธารณสุข หลังจากนั้นเทศบาลก็จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาสาเหตุ แล้วนางบประมาณจากกองทุนสุขภาพ กองทุนอุดหนุนต่างๆ ในส่วนนี้คือการขับเคลื่อนพลังต่อต้านโรคโดยภาคประชาชน ไม่ว่าจะเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งตับ โรคพยาธิใบไม้ในตับ” (ความเห็นตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลนครอุดรธานี ในระหว่างการประชุมกลุ่มย่อย วันที่ 13 ธันวาคม 2556)

ความกระตือรือร้นของชาวเทศบาลนครอุดรธานีต่อการรักษาสุขภาพอนามัยปรากฏออกมาในรูปแบบการรวมกลุ่มออกกำลังกายตามสวนสาธารณะต่างๆของเทศบาล ชมรมออกกำลังกายมีทั้งกลุ่มเต้นแอโรบิค กลุ่มโยคะ และกลุ่มรำมวยจีน ซึ่งประชาชนในเขตเทศบาลจัดตั้งขึ้นมาเองโดยไม่ได้อาศัยกลไกหน่วยงานภาครัฐหรือกลไกของเทศบาล ทั้งนี้ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการจัดตั้งชมรมออกกำลังกายถือเป็นคุณลักษณะสำคัญของภาคประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลนครอุดรธานี ความกระตือรือร้นในลักษณะดังกล่าวถือเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากการที่ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงสมบูรณ์ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บย่อมเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อีกทั้งยังเป็นการลดความแออัดของหน่วยบริการสาธารณสุขด้วย โดยประชาชนส่วนใหญ่ในเขตพื้นที่เทศบาลนครอุดรธานีมีความรู้ความเข้าใจในการรักษาสุขภาพเป็นอย่างดี ดังที่ตัวแทนผู้นำชุมชนกล่าวไว้ว่า

“เรื่องเครือข่ายและกระบวนการในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี มันก็เริ่มมาจากประชาชน เขามองเห็น อย่างเมื่อวานตอนเช้าที่หนองประจักษ์พวกคนที่มาออกกำลังกายก็ออกมาจับกลุ่มคุยกัน มีทั้งผู้สูงอายุและวัยทำงาน หลายคนบ่นว่าปวดและเมื่อยส่วนนั้นส่วนนี้ของร่างกายก็เสนอผมมาว่าเขาอยากเสนอทำโครงการนวดแผนไทยโบราณให้กับประชาชนในชุมชน ผมเลยถามกลับไปว่านวดแผนไทยคืออะไร เขาก็ตอบว่ามันดีต่อสุขภาพทำให้อ่อนพริ้วผ่อนคลายได้สบาย ก็มีการพูดคุยกันว่าจะจัดตั้งศูนย์นวดแผนไทยโบราณในชุมชน ทำกันเองเลย โดยไปรวบรวมเอาคนที่เคยนวดหรือนวดเป็นในชุมชนมาตั้งเป็นศูนย์ นอกจากนี้ในสวนสาธารณะ 3 แห่งของเทศบาลก็จะมีที่ออกกำลังกายสำหรับกลุ่มเต้นแอโรบิค กลุ่มโยคะ กลุ่มรำมวยจีน คือ เขาร่วมกลุ่มของเขาเองครับ ในชุมชนก็จะมีการคัดเลือกคนในชุมชนไปฝึกอบรมเพิ่มเติม โยคะบ้าง รำมวยจีนบ้าง คือชาวบ้านเขาคุยกันเอง ทำกันเองครับ แล้วเขาก็กระจายในลานที่อยู่ใกล้ๆในบริเวณบ้าน” (ความเห็นตัวแทนผู้นำชุมชน เทศบาลนครอุดรธานี ในระหว่างการประชุมกลุ่มย่อย วันที่ 13 ธันวาคม 2556)

ทั้งนี้ การตื่นตัวของประชาชนในการรักษาสุขภาพเป็นผลสืบเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่เชิงรุกของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขของเทศบาลนครอุดรธานี โดยตัวแทนประชาชนได้ให้ทรรศนะเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพของบุคลากรเทศบาลไว้ว่า

“ท้องถิ่นเขาอยู่กับประชาชนจริงๆ อยู่กับใกล้ชิดกับมวลชน แม้กระทั่งงานบวชหรืองานศพ เจ้าหน้าที่ก็ยังสามารถเข้ามาคุยกับชาวบ้านเรื่องสุขภาพได้ บางครั้งพยาบาลของเทศบาลยังเข้ามาคุยกับพวกเราในเรื่องโรคระบาดกลางงานขึ้นบ้านใหม่เลย เจ้าหน้าที่เทศบาลเขาเข้าใจในสภาพความเป็นเมืองของอุดรนะ เพราะเทศบาลนครอุดรเป็นเมืองใหญ่ ความเป็นเมืองมันทำให้ปัญหาสุขภาพซับซ้อนมากกว่าปัญหาในระดับหมู่บ้าน วิธีการแก้ไขก็พลอยยุ่งยากไปด้วย ในหมู่บ้านเขานัดผู้นำชุมชน กำหนดผู้ใหญ่บ้าน ไปคุยกันกลางคืน แต่ในความเป็นเมืองนี้ทำอย่างนั้นไม่ได้เลย ต้องมีวิธีการใช้วิธีการที่หลากหลาย เทศบาลเขาก็เข้าใจในจุดนี้แหละครับ เจ้าหน้าที่เทศบาลมีการสร้างเครือข่ายกับชมรมสุขภาพต่างๆ ของประชาชนไม่ว่าจะเป็นชมรมผู้สูงอายุ ชมรมปลูกพืชผักสมุนไพร หรือแม้แต่การนัดหมายประชุมสมัชชาสุขภาพชุมชน ก็ไม่ได้ใช้เพียงแต่การส่งหนังสือเชิญประชุมอย่างเดียว มีการโทรศัพท์ไปประสานกับประธานชุมชนก่อนการประชุมด้วย แล้วการประชุมก็ไม่ได้จัดประชุมตามสถานที่ราชการ แต่อาจจัดที่บ้านของประธาน อสม. หรือที่ร้านอาหาร” (ความเห็นตัวแทนประชาชน เทศบาลนครอุดรธานี ในระหว่างการประชุมกลุ่มย่อย วันที่ 13 ธันวาคม 2556)

ดังนั้น ความเข้มแข็งของภาคประชาชนในเขตเทศบาลจึงเป็นผลสืบเนื่องมาจาก 2 เหตุปัจจัยหลัก คือ หนึ่ง บริบทของสังคมเมืองที่เต็มไปด้วยแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีที่หลากหลายซึ่งทำให้ประชาชนมีความตื่นตัวในการรักษาสุขภาพ สอง การปฏิบัติงานเชิงรุกของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขของเทศบาลที่เป็นไปในลักษณะการสนับสนุนองค์ความรู้ทางวิชาการมากกว่าการเข้าไปบังคับหรือ “คิด” ให้กับประชาชน

“ตอนนี้คือเทศบาลมีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นครับ วิธีการเขียนโครงการเพื่อขอทุนสนับสนุนจากกองทุนก็สลับซับซ้อนสำหรับชาวบ้าน แต่เจ้าหน้าที่ก็ช่วยเหลือให้ความรู้วิธีการเขียนโครงการที่ถูกต้องต้องทำอะไร แต่แนวความคิดและข้อมูลความต้องการก็มาจากชาวบ้านครับ นอกเหนือจากนี้ เทศบาลก็ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายนะครับ เขาต้องการให้ชาวบ้านรวมกลุ่มกันทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น อย่างหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชนที่สร้างด้วยเงินทุนของเทศบาลเอง ก็ยังเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ” (ความเห็นตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลนครอุดรธานี ในระหว่างการประชุมกลุ่มย่อย วันที่ 13 ธันวาคม 2556)

นอกจากนี้ ภาคประชาชนในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาฟุ้งก็มีทัศนคติที่เป็นบวกต่อการรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงเฉกเช่นเดียวกับประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลนครอุดรธานี ทั้งนี้ตามทัศนคติของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลนาฟุ้งนั้น สุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ หรือ สุขภาวะที่ดีครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และสังคม

“เรื่องสุขภาพเกี่ยวข้องกับทุกเรื่อง อาจารย์อาจบอกว่าเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นเรื่องของสุขภาพแต่จริงๆแล้วมันไม่ใช่ ทุกเรื่องเป็นเรื่องของสุขภาพ แม้แต่เรื่องความฉลาดก็เป็นเรื่องสุขภาพ IQ ของเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงตายก็เป็นเรื่องสุขภาพ เรื่องของเศรษฐกิจสังคม การเมือง ทุกเรื่องก็เป็นเรื่องสุขภาพ” (ความเห็นตัวแทนประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี ในระหว่างการประชุมกลุ่มย่อย วันที่ 12 ธันวาคม 2556)

จุดเด่นของระบบสังคมในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ คือ ประชาชนทุกกลุ่มอายุมีความตื่นตัวในเรื่องสุขภาพอนามัยจนกลายเป็นส่วนสำคัญของวิถีชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนมีความตระหนักรู้ในความสำคัญของสารไอโอดีนและบริโภคไข่ไก่ที่มีสารไอโอดีนเป็นประจำทุกวัน

“ส่วนที่ตกผลึกอีกอย่างหนึ่งในชุมชนก็คือ การที่เด็กในชุมชนมี IQ ที่ดี และอีกประการหนึ่งคือ เด็กมีส่วนร่วมในการที่จะสร้างความสามัคคี สร้างความอบอุ่นในครอบครัว ใน การที่เลี้ยงไก่ของเขา ให้สามารถไข่ออกมาได้ พอตื่นเข้ามา เด็กก็จะวิ่งออกมาว่าโอเค ไหมวันนี้ มีไข่หรือยัง ตอนนี้เรามีอาหารเช้าหรือยัง เวลาหอกับของกลางวันก็ต้องมีไข่ คือพูดตรงๆว่าเราก็เติบโตมาจากลักษณะแบบนี้ มันเป็นส่วนที่หนุนเสริมทำให้เด็ก ๆ ได้เห็นคุณค่าของไข่ไอโอดีนมากขึ้น และอีกอย่างหนึ่งคือ ทาง อบต.เองก็มีนโยบาย โครงการและกิจกรรมฝึกอบรมเยาวชนต่าง ๆ ด้วย โดยเฉพาะในเรื่องของการปลูกฝังจิตสำนึกก็จะมี การแทรกเรื่องความสำคัญของสารไอโอดีนเข้าไปเพื่อให้เด็ก ๆ เขามีความตระหนักและก็มี ความใส่ใจในเรื่องของไข่ไอโอดีน ในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพ ในจุดนี้ อบต. ก็ประสานกับทางโรงเรียนอยู่แล้วในเรื่องของการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อจะส่งเสริมทางด้านสุขภาพร่างกาย และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง อบต. ให้ความสำคัญเรื่อง ของสุขภาพจิตใจมาก โดยมีการพัฒนา การจัดตั้งและการจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพเยาวชนให้มีการเปิดกว้าง ในเรื่องของความคิด จิตใจ มีเวทีแลกเปลี่ยน มีเวทีกิจกรรม สันทนาการ” (ความเห็นตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์การบริหาร ส่วนตำบลนาโพธิ์ อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี ในระหว่างการประชุมกลุ่มย่อย วันที่ 12 ธันวาคม 2556)

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นจึงกล่าวได้ว่าประชาชนในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ได้ผนวกเอาแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีเข้าไปในทุกมิติของชีวิตประจำวัน ทั้งในเรื่องอาหารการกิน การออกกำลังกาย ตลอดจนการดูแลสุขภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้แม้ว่าตำบลนาโพธิ์จะมีลักษณะพื้นที่เป็นเขตชุมชนชนบทซึ่งย่อมมีแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพที่จำกัดมากกว่าเทศบาลนครอุดรธานี แต่ทว่าด้วยรูปแบบการทำงานเชิงรุกของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขของ องค์การบริหารส่วนตำบล กอปรกับวิสัยทัศน์และนโยบายของผู้บริหารท้องถิ่น จึงทำให้ประชาชนในพื้นที่

ตำบลนาพู่มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาสุขภาพ ทั้งนี้ ถึงแม้บริบทของชุมชนเมืองและชุมชนชนบทจะมีความแตกต่างกันทั้งในด้านความหลากหลายของประชากรและช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แต่ทว่ากรณีศึกษาเทียบเคียงพื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพทั้ง 2 พื้นที่ (เทศบาลนครอุดรธานีและองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่) สะท้อนให้เห็นว่ากุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ คือ แนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จำเป็นต้องผสมผสานระหว่างองค์ความรู้เชิงเทคนิคและการสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน เพราะเมื่อประชาชนในพื้นที่มีความไว้วางใจในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว ย่อมจะทำให้กระบวนการเรียนรู้และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

ในทางตรงกันข้าม ประชาชนในพื้นที่เทศบาลเมืองหนองบัวลำภูและองค์การบริหารส่วนตำบลนาฮีไม่ได้มีความกระตือรือร้นในการรักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์แข็งแรงเช่นเดียวกับประชาชนในเขตพื้นที่ต้นแบบทั้ง 2 พื้นที่ใน จ.อุดรธานี โดยตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านท่านหนึ่งในเขตเทศบาลเมืองหนองบัวลำภูได้ให้ข้อสังเกตไว้ว่า

“งานด้านสุขภาพเป็นงานที่ยากเพราะว่าเราบังคับให้ประชาชนดูแลสุขภาพไม่ได้ โดยปกติแล้วถ้าเขาเจ็บป่วย เขาก็ค่อยเข้ามารับการรักษา จึงเป็นการยากที่จะดูแลสุขภาพของประชาชน หากประชาชนไม่ดูแลสุขภาพของตัวเองก่อน ถ้าประชาชนดูแลสุขภาพของตัวเองได้แล้วทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสาธารณสุขก็จะสามารถปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้น โดยที่ไม่ต้องปวดหัวในเรื่องการดำเนินการอย่างทุกวันนี้ เพราะว่าชาวบ้านมีความตื่นตัวเรื่องสุขภาพน้อย แต่เมื่อไหร่ก็ตามที่เจ็บป่วย ชาวบ้านจะตื่นตัวมาก ถ้าชาวบ้านปรับเปลี่ยนลักษณะความเคยชินต่างๆ เช่น กินของดิบรู้ว่ามันไม่ดีก็ยังกินเพราะความเคยชิน แต่พอเจ็บป่วยจะมาโทษว่าหน่วยงานสาธารณสุขไม่ดูแลไม่ได้ ดังนั้นควรปรับเปลี่ยนด้วยตัวเองก่อนด้วย” (ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู ในระหว่างการประชุมกลุ่มย่อย วันที่ 15 มกราคม 2556)

ความเห็นดังกล่าวสอดคล้องกับสภาพสังคมในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาฮีที่ประชาชนยังคงมีความเข้าใจที่แคบเกี่ยวกับหลักการเสริมสร้างสุขภาพที่ดี โดยส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าการเสริมสร้างสุขภาพที่ดี หมายถึง การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อเพียงอย่างเดียว แต่ไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องอาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะและการออกกำลังกาย ทั้งนี้คณะวิจัยพบว่าประชาชนในเขตตำบลนาฮียังคงนิยมปลาดิบหรือเนื้อสัตว์ครึ่งสุกครึ่งดิบอยู่เป็นประจำ และไม่นิยมออกกำลังกายเนื่องจากการออกกำลังกายทำให้สูญเสีย

“ในปัจจุบันนี้ ประชาชนในตำบลนาฮีตื่นตัวมากในเรื่องสุขภาพ อย่างเรื่องฉีดวัคซีนอย่างนี้ เขาก็ไปเทียบ ไม่ขาด อย่างโรคคอตีบ ถ้ามีรายชื่อเขาก็ไปฉีดตามจำนวนที่อนามัยกำหนด เขาก็ตื่นตัว เดียวนี้ในด้านสุขภาพนี้ชาวบ้านเขาให้ความสำคัญมากครับ”

(ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลนาสี จ.  
หนองบัวลำภู ในระหว่างการประชุมกลุ่มย่อย วันที่ 15 มกราคม 2556)

นอกจากทัศนคติต่อการรักษาสุขภาพจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนในระดับปัจเจกแล้ว (Individual Level) ก็ยังก่อให้เกิดกระบวนการขับเคลื่อนทางสังคม (Social Movement) ที่มีกลไกการให้รางวัลหรือลงโทษทางสังคม (Social Sanction) ต่อพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลที่ละเมิดค่านิยมหลักของสังคม โดยตัวอย่างกลไกดังกล่าวมีทั้งการยกย่องเชิดชูของเพื่อนบ้าน (Praise) การทำให้อับอายขายหน้า (Shame) และการไม่พูดคุยหรือคบค้าสมาคมด้วย (Ostracization) ซึ่งกระบวนการทางสังคม (Social Movement) ในลักษณะดังกล่าวถือเป็นจุดเด่นของเทศบาลนครอุดรธานีและองค์การบริหารส่วนตำบลนาผู้ เนื่องจากความตื่นตัวด้านการรักษาสุขภาพอนามัยของภาคประชาชนปรากฏให้เห็นชัดเจนทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและในระดับชุมชน จนกระทั่งกลั่นตัวกลายเป็น “ค่านิยมทางสังคม” (Social Value) ดังจะเห็นได้จากค่านิยมการออกกำลังกายในเขตเทศบาลนครอุดรธานีที่ได้กลายเป็นกระบวนการทางสังคมที่ถึงแม้จะไม่มีโครงสร้างและรูปแบบที่เป็นทางการ แต่ก็มีกรรวมกลุ่มอย่างหลวมๆ และมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันอยู่เป็นเนืองนิตย์ กรณีค่านิยมการบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลนาผู้ก็เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของกระบวนการทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลทุกกลุ่มช่วงวัย

กรณีศึกษาเปรียบเทียบทั้ง 4 ชุมชนชี้ให้เห็นว่าการที่ประชาชนจะมีทัศนคติที่เป็นบวกต่อการรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงหรือไม่นั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับความเป็นสังคมเมืองหรือสังคมชนบทของชุมชน แต่ไปผูกโยงกับวิธีการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สิ่งที่สะท้อนจากกรณีเทศบาลเมืองหนองบัวลำภูและองค์การบริหารส่วนตำบลนาสี คือ ประชาชนจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับปัญหาเรื่องปากท้องและชีวิตความเป็นอยู่พื้นฐานเป็นอันดับแรก ดังนั้นในส่วนของการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะและถูกต้องตามหลักโภชนาการ ตลอดจนการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จำเป็นต้องมีการปลูกฝังค่านิยมและการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ประชาชนอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของสมาชิกในชุมชนนั้น หากบุคลากรด้านสาธารณสุขทำงานในเชิงตั้งรับโดยมุ่งเน้นไปที่การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อเพียงอย่างเดียว การสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีในชุมชนก็ย่อมไม่เป็นไปตามหลัก New Public Health ที่มุ่งเน้นสร้างเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ และคุณภาพสังคมให้เข้มแข็ง นอกจากนี้การถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจากบุคลากรผู้เชี่ยวชาญของท้องถิ่นไปสู่ภาคประชาชนก็จำเป็นต้องอยู่ในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ (Informal Setting) และมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคมของพื้นที่ โดยเฉพาะการสื่อสารในรูปแบบสัญลักษณ์ (Symbolism) ต่างๆอันเป็นผลพลอยได้จากการที่เจ้าหน้าที่เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสังคมและจารีตประเพณีของชาวบ้าน เช่น งานศพ งานบวช หรือประเพณีงานบุญต่างๆ

นอกเหนือไปจากพลังของความสัมพันธ์ระหว่างประชาชน (“ผู้ใช้บริการสาธารณะ”) ในพื้นที่

และบุคลากรของท้องถิ่น (“ผู้ให้บริการ”) ในประเด็นการปลูกฝังทัศนคติที่พึงประสงค์ต่อสุขภาพอนามัย แล้ว รูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองท้องถิ่นของประชาชนก็เป็นอีกหนึ่งตัวชี้วัดความพร้อม และศักยภาพด้านสุขภาพของประชาชน เนื่องจากท้ายที่สุดแล้ว กระบวนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ไม่ที่จะเป็นการกระจายอำนาจการตัดสินใจด้านการศึกษาหรือด้านสาธารณสุข ย่อมมีเป้าประสงค์ที่เหมือนกัน คือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ภาคประชาชนในการบริหารจัดการกิจการสาธารณะในชุมชนท้องถิ่นของตนเอง ผ่านกระบวนการเรียนรู้ทางการเมืองและสังคมในรูปแบบที่หลากหลาย

แม้ประชาชนในเขตพื้นที่ชุมชนต้นแบบทั้งสองแห่งจะมีทัศนคติที่เป็นบวกต่อการรักษาสุขภาพอนามัย แต่กระบวนการมีส่วนร่วมทางการเมืองกลับมีลักษณะที่แตกต่างกัน กล่าวคือความเข้มแข็งของภาคประชาชนในเขตเทศบาลนครอุดรธานีเป็นผลสืบเนื่องมาจากความต้องการในการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่แข็งแรงของแต่ละปัจเจกบุคคลซึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ จนก่อให้เกิดการรวมกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการ โดยกลุ่มหรือชมรมอย่างไม่เป็นทางการเหล่านี้เป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลให้แก่กระบวนการตัดสินใจนโยบายของคณะผู้บริหารเทศบาล ดังที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาลกล่าวว่า

“ประชาชนในเขตเทศบาลนครอุดรธานีมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพของเทศบาล โดยการเสนอโครงการต่างๆเข้ามาเพื่อขอสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพของเทศบาล ซึ่งในจุดนี้ผู้บริหารของเทศบาลจะให้การสนับสนุนการสร้างเครือข่าย โดยเฉพาะเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขของเทศบาลเองซึ่งเป็นโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขที่คู่ขนานกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของกระทรวงสาธารณสุข นายกเทศมนตรีก็มีนโยบายว่าอาสาสมัครหนึ่งคนควรที่จะสร้างอาสาสมัครเพิ่มขึ้นอีก 15 หรือ 20 คน โดยให้ไปพูดกระตุ้นเรื่องพฤติกรรมด้านสุขภาพ นอกจากนี้เทศบาลยังเข้าไปตั้งแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวด้วย โดยเราเข้าไปให้ความรู้ด้านสุขภาพ แล้วสนับสนุนให้เขาออกไปขยายเครือข่ายต่อไป”  
(ความเห็นตัวแทนประชาชน เทศบาลนครอุดรธานี ในระหว่างการประชุมกลุ่มย่อย วันที่ 13 ธันวาคม 2556)

ทั้งนี้กลุ่มหรือชมรมที่ไม่เป็นทางการในเขตเทศบาลนครอุดรธานีไม่ได้มีเพียงแต่ชมรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว แต่ยังปรากฏอยู่ในรูปแบบชมรมตามกลุ่มอายุ อาทิเช่น ชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มเยาวชนที่เน้นกิจกรรมดนตรี กีฬา และการแสดงต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้กลุ่มก้อนทางสังคมเหล่านี้จะร่วมเสนอโครงการด้านสุขภาพต่างๆต่อคณะผู้บริหารเทศบาลแล้ว ยังทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการบริหารศูนย์การแพทย์ชุมชนทั้ง 4 แห่งที่อยู่ในการกำกับดูแลของเทศบาลนครอุดรธานีด้วย

ในทางตรงกันข้าม ความเข้มแข็งของภาคประชาชนในเขตพื้นที่องค์กรบริหารส่วนตำบลนาพู่

เป็นผลสืบเนื่องมาจากความชัดเจนของนโยบายด้านสุขภาพของนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนจากนโยบายของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ในการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มเยาวชนสร้างเสริมสุขภาพะที่ดีในเขตพื้นที่ตำบลนาพู่

“กลุ่มเยาวชนนาพู่มีจุดเริ่มต้นจากสถานีอนามัยตำบลนาพู่จัดโครงการเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก อบต.นาพู่ ให้ไปศึกษาดูงานที่วัดพระพุทธรูปหน้าพู่ หลังจากนั้นท่านนายกฯได้มุ่มมองมาว่า ทำอย่างไรจึงจะสามารถตั้งกลุ่มแล้วก็ขยายความรู้จากวัดพระพุทธรูปหน้าพู่ออกมาสู่ตำบลนาพู่ได้ ก็เลยจัดตั้งเป็นกลุ่มขึ้นมา ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ว่าการที่นโยบาย กรอบ หรือว่าการที่ส่วนราชการหลายๆ ส่วนของ อบต. นาพู่ไปในทิศทางเดียวกันได้ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งและความชัดเจนของผู้บริหารครับว่าจะกำกับให้แต่ละภาคส่วนสามารถเคลื่อนขบวนไปได้พร้อมๆ หรือไม่ซึ่งในปัจจุบันตรงนั้นเรื่องงานเยาวชน ผมบอกได้เลยว่าท่านนายกฯมีศักยภาพมาก จากวันนั้นมาจนถึงวันนี้มีการถ่ายโอนสถานีอนามัยมาอยู่ในกำกับดูแลของ อบต. แต่ว่าทุกสิ่งทุกอย่างก็ยิ่งเหมือนเดิม คือ นายกฯก็ยังให้การสนับสนุนกลุ่มเยาวชนอยู่เสมอ.... ในระยะเวลา 5-6 ปีที่ผ่านมา ชาวบ้านล้วนคุ้นเคยกับบทบาทของกลุ่มเยาวชน ในจุดนี้ปฏิเสธไม่ได้ว่าเป็นผลสืบเนื่องมาจากหลักการบริหารจัดการของนายกฯที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยเฉพาะการใช้ประโยชน์จากความสามารถหรือศักยภาพของทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในชุมชน” (ความเห็นตัวแทนประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี ในระหว่างการประชุมกลุ่มย่อย วันที่ 12 ธันวาคม 2556)

ไม่เพียงแต่กลุ่มเยาวชนด้านสุขภาพอนามัยเท่านั้นที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ให้การสนับสนุนในการสร้างเครือข่าย แม้แต่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งอยู่ในกำกับของกระทรวงสาธารณสุขก็ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากองค์การบริหารส่วนตำบล

“ท่านนายกฯเห็นตลอดว่าศักยภาพของนาพู่ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรหรือว่าอะไรก็ตาม มีมากมายพอสมควร แต่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้นาพู่ดำเนินงานมาได้จนถึงทุกวันนี้ก็คือการเปิดโอกาสให้คนที่มีความสามารถได้เข้ามาช่วยเหลืองานของ อบต. โดยเฉพาะ อสม. ท่านนายกฯ ไม่เคยมีการแบ่งเขาแบ่งเรา แต่มีการให้ความช่วยเหลืองานของเครือข่าย อสม. อยู่เป็นประจำ” (ความเห็นตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี ในระหว่างการประชุมกลุ่มย่อย วันที่ 12 ธันวาคม 2556)

จากข้อมูลทีกล่าวมาข้างต้นจึงกล่าวได้ว่าองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ได้ทำหน้าที่เชื่อมโยงและขับเคลื่อนกลุ่มก้อนต่างๆ ที่จัดตั้งขึ้นโดยภาคประชาชนในพื้นที่ให้ดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพไปในทิศทางเดียวกัน ด้วยบทบาทความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) ของ

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขเป็นไปในลักษณะการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆขององค์การภาคประชาชนมากกว่าเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเอง ยกตัวอย่างเช่น การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมของเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การให้เครือข่ายเยาวชนเยี่ยมพื้นที่ของสถานีอนามัยประจำตำบลหรืออาคารสำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลในจัดกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น

แม้ว่าการมีส่วนร่วมทางการเมืองของภาคประชาชนในเทศบาลนครอุดรธานีและองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์จะมีจุดกำหนด หรือ รากฐานที่แตกต่างกัน แต่พลวัตทางการเมืองภาคประชาชนในเขตพื้นที่ต้นแบบทั้งสองก็สะท้อนให้เห็นกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพที่มีประชาชนเป็นตัวละครหลักและมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นฝ่ายสนับสนุน แต่สำหรับภาคประชาชนในเขตเทศบาลเมืองหนองบัวลำภูและองค์การบริหารส่วนตำบลนาสีนั้น พบว่าภาคประชาชนยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่พลเมืองของตนเองในระดับที่เพียงพอต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

“แม้แต่ผมในฐานะตัวแทนประชาชนก็ยังเห็นว่าประชาชนยังไม่พร้อมในการปกครองตนเองครับ ถึงแม้จะตื่นตัวในเรื่องสุขภาพในระดับหนึ่งซึ่งดูได้จากการที่เขาจัดกิจกรรมต่างๆขึ้นมาเพื่อเป็นการรณรงค์เรื่องสุขภาพ แต่นอกจากนั้นก็ไม่มีอะไรที่ชัดเจนครับ ท้ายที่สุดก็ยังคงเป็นบทบาทของ สสจ. และโรงพยาบาลมากกว่า แม้แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองก็ต้องรองบประมาณ ซ้ำยังขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพอีกครับ”  
(ความเห็นตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู ในระหว่างการประชุมกลุ่มย่อย วันที่ 15 มกราคม 2556)

นอกจากนี้ยังพบอีกว่าในขณะที่พื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์มีองค์กรภาคประชาชนหลากหลายองค์กรที่มีความเข้มแข็ง พื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาสีกลับมีเพียงกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้นที่มีบทบาทด้านสุขภาพอนามัย ส่วนกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นกลไกหลักในองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์กลับกลายเป็นกลุ่มประชาชนที่สร้างปัญหาให้กับองค์การบริหารส่วนตำบลนาสี โดยเฉพาะในเรื่องการเสพยาเสพติด การทะเลาะวิวาทในงานบุญประเพณีของตำบล ตลอดจนการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ในประเด็นนี้นอกจากจะสะท้อนสภาพปัญหาของกลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนแล้ว ยังชี้ให้เห็นถึงระดับคุณภาพสังคมในเขตพื้นที่ตำบลนาสี

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างตัวชี้วัดความพร้อมและศักยภาพด้านสุขภาพอนามัยของภาคประชาชน **ทัศนคติและความกระตือรือร้นในการรักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์แข็งแรง** กระตุ้นให้ประชาชนรวมกลุ่มจัดตั้งเป็นชมรม สโมสร และองค์กรต่างๆที่มีโครงสร้างอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Organizational Structure) และมีกลไกการแสดงความรับผิดชอบในแนวระนาบ (Horizontal Accountability) อันก่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมทางการเมืองหลากหลายรูปแบบ ทั้งการร่วมกันจัดทำโครงการเพื่อเสนอของบสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมสุขภาพขององค์กรปกครอง



ส่วนท้องถิ่น กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัยรูปแบบต่างๆ กระบวนการทางสังคมที่มีบทลงโทษและกลไก การให้รางวัลแก่สมาชิกในสังคม ตลอดจนการปฏิบัติหน้าที่เป็นคณะกรรมการบริหารศูนย์สาธารณสุข ชุมชน ทั้งนี้วิเคราะห์กรณีพื้นที่ชุมชนต้นแบบและพื้นที่ชุมชนเปรียบเทียบทั้ง 4 พื้นที่โดยใช้ตัวชี้วัด ความพร้อมภาคประชาชนทั้งสองตัวชี้วัด ได้สะท้อนให้เห็นถึงพลวัตทางสังคมและการเมืองภายในชุมชน และที่สำคัญยังได้สะท้อนให้เห็นว่านโยบายการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีจะขับเคลื่อนไปในทิศทางที่มี คุณภาพและยั่งยืนได้ก็ต่อเมื่อภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสัมพันธ์อย่างแน่น แฝง โดยประชาชนต้องเป็นตัวละครหลักในการขับเคลื่อนโครงการ กิจกรรม และพฤติกรรมที่สร้างเสริม สุขภาพอนามัย ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งในด้านงบประมาณ ทรัพยากรอื่นๆ และข้อมูลทางวิชาการ

### สรุปการวิเคราะห์ความพร้อมและศักยภาพด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทวิเคราะห์ความพร้อมด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความพร้อมและศักยภาพเชิงองค์กร (Institutional Capacity) และความพร้อมของชุมชน (Community Capacity) ได้ชี้ให้เห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ต้นแบบทั้ง 3 แห่งมีความพร้อมและ ศักยภาพในการรองรับภารกิจถ่ายโอนด้านสุขภาพอนามัย โดยในเชิงองค์กร องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นต้นแบบทั้ง 3 แห่ง (องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู เทศบาลนครอุดรธานี และ องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์) มีคณะผู้บริหารที่ทัศนคติในเชิงบวกต่องานด้านสาธารณสุขและมีเจตคติ ที่ดีต่อการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคประชาชนและหน่วยงานภายนอกพื้นที่ โดยทัศนคติที่ดีต่อ งานด้านสาธารณสุขของผู้บริหารได้ปรากฏออกมาเป็นโครงสร้างองค์กรและระบบการบริหารจัดการที่ เอื้อต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขขององค์กร ไม่ว่าจะเป็นการจัดให้มีสำนักงานภายในที่รับผิดชอบ งานด้านสุขภาพอนามัยโดยเฉพาะ ความพยายามในการจัดให้จำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เพียงพอ ต่อจำนวนประชากรในเขตพื้นที่ชุมชน และจำนวนหน่วยบริการด้านสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม บทวิเคราะห์ได้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านการเงินการคลังในองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นในปัจจุบัน แม้ว่าองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์จะเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพอนามัย แต่ก็มี ปริมาณรายได้ที่จัดเก็บเองในสัดส่วนที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้จากเงินอุดหนุน โดยเฉพาะเงิน อุดหนุนเฉพาะกิจที่สัดส่วนสูงกว่าเงินอุดหนุนทั่วไป และรายได้จากแหล่งอื่นๆ ในจุดนี้ชี้ให้เห็นว่าแม้ จะมีการถ่ายโอนสถานีอนามัยประจำตำบลนาโพธิ์ให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์แล้ว แต่หน่วยงาน ภาครัฐส่วนกลางก็ยังคงสามารถควบคุมการทำงานของสถานีอนามัยประจำตำบลนาโพธิ์ได้ โดยผ่าน กฎระเบียบการใช้จ่ายเงินอุดหนุนเฉพาะกิจเพื่อส่งเสริมงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น เพราะการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนเฉพาะกิจนั้นจำเป็นต้องเป็นไปตามรายละเอียดรายการ กิจกรรม และโครงการตามที่สำนักงบประมาณกำหนด อาทิเช่น รายจ่ายครุภัณฑ์ รายจ่ายค่าก่อสร้าง และรายจ่าย เงินเดือนและสวัสดิการบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขที่โอนย้ายไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ความเหลื่อมล้ำในการจัดสรรเงินอุดหนุนเฉพาะกิจปรากฏอย่างชัดเจนในกรณีองค์การบริหารส่วนตำบลนาสีซึ่งไม่ใช่พื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพ ในทางทฤษฎี หน่วยงานภาครัฐส่วนกลางควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยให้แก่ท้องถิ่นที่มีผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานที่ต่ำ แต่ในบทวิเคราะห์นี้ กลับพบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลนาสีไม่ได้รับเงินอุดหนุนเฉพาะกิจในระหว่างปี พ.ศ. 2551-2555 แต่ต้องพึ่งพาอาศัยเงินรายได้ที่จัดเก็บเองโดยเฉลี่ยถึงร้อยละ 50 ของเงินรายได้ทั้งหมดในแต่ละปีงบประมาณ แม้ประเด็นนี้จะถือเป็นความท้าทายในการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพไปให้ท้องถิ่น แต่หากพิจารณาในอีกแง่มุมหนึ่ง กระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็สามารถเลือกที่จะกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข (โดยเฉพาะการถ่ายโอนสถานอนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ทันที โดยไม่ต้องมีข้อกังวลเกี่ยวกับความพร้อมและศักยภาพในการบริหารจัดการระบบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางก็ยังสามารถควบคุมและกำกับดูแลการใช้สอยเงินงบประมาณด้านสุขภาพ และควบคุมคุณภาพการให้บริการผ่านระบบเงินอุดหนุนเฉพาะกิจได้

สำหรับตัวชี้วัดความพร้อมและศักยภาพของภาคประชาชนในด้านสุขภาพนั้น พื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพทั้ง 3 พื้นที่มีองค์กรภาคประชาชนที่หลากหลายและต่างมีความกระตือรือร้นในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ความหลากหลายขององค์กรภาคประชาชนและกิจกรรมด้านสุขภาพล้วนเป็นผลสืบเนื่องมาจากช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลายของประชาชนอันก่อให้เกิดความตระหนักรู้ในความสำคัญของการรักษาสุขภาพอนามัย นอกจากนี้ยังเกี่ยวโยงไปถึงการทำงานเชิงรุกของบุคลากรด้านสาธารณสุขของท้องถิ่นที่ถึงแม้จะยังไม่ได้รับการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ด้านสุขภาพอย่างเต็มที่ แต่ก็มีการใช้ช่องทางที่ไม่เป็นทางการและความสัมพันธ์กับชุมชนท้องถิ่นในการแทรกซึมองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพให้แก่ชาวบ้าน และสิ่งสำคัญ คือ บทบาทของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนให้ภาคประชาชนเป็นตัวละครหลักในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ มากกว่าเป็นผู้ปฏิบัติเสียเอง สมดังกับหลักการบริหารภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) ที่กล่าวว่า ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leader) จำเป็นต้องกำกับทิศทางของเรือมากกว่าเป็นผู้พายเรือเสียเอง (Steering rather than rowing)

## บทที่ 5

### การดำเนินงานด้านสุขภาพอนามัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบ

บทเรียน (Lesson Learned) เป็นบทสรุปจากการศึกษาประสบการณ์ในการดำเนินงานขององค์กรหรือชุมชน โดยเป็นการอธิบายกระบวนการดำเนินงานและเหตุปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานนั้นประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว การถอดบทเรียน (Lesson Distillation) จึงช่วยก่อให้เกิด “กระบวนการเรียนรู้” อันนำไปสู่การสังเคราะห์แนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานขององค์กรหรือชุมชนอื่นๆ ในอนาคต ดังนั้นในบทนี้จะได้นำเสนอการดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 3 แห่ง อันได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู เทศบาลนครอุดรธานี และองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ บทเรียนที่ได้จากการศึกษาการดำเนินงานของทั้ง 3 แห่งนี้จะนำไปสู่การพัฒนา เป็นแนวทางในการพัฒนาความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆที่จะได้รับการถ่ายทอดภารกิจหน้าที่ในการให้บริการประชาชนด้านสุขภาพในอนาคต รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

#### การฟื้นฟูสมรรถภาพ: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู

การดำเนินงานด้านสุขภาพประเด็นแรกที่จะนำเสนอ คือ การดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนที่ดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู โดยจะเริ่มต้นจากแนวคิดของการฟื้นฟูสมรรถภาพ จุดกำเนิดของการจัดตั้งกองทุนขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี กลุ่มเป้าหมายการดำเนินงานของกองทุน การบริหารกองทุน และบทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินงานได้ดังนี้

แนวคิดและจุดกำเนิดของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพดังที่ได้กล่าวมาแล้ว “สุขภาพที่ดี” ตามแนวคิด New Public Health นั้นหมายถึงสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพสังคมที่แข็งแรง เข้มแข็ง และยั่งยืน คำนิยามดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงองค์ประกอบหลัก 2 ประการ คือ ลักษณะบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐในทุกภาคส่วน และ ประเภทของกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้ส่งเสริมให้มี “สุขภาพที่ดี” โดยทั่วไปแล้วเมื่อก้าวถึงภาระหน้าที่ด้านสาธารณสุข เรามักจะนึกถึงการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ และการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว โดยมองข้ามความสำคัญของงานด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพของผู้พิการ ผู้สูงอายุ และบุคคลที่อยู่ในระยะจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้การสร้างเสริมสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงสมบูรณ์และการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพของกลุ่มคนเปราะบางทางสังคมนับเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขที่ยั่งยืน เพราะนอกจากจะเป็นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่ต้นเหตุแล้ว เมื่อประชาชนและกลุ่มเปราะบางทางสังคมมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรงก็ย่อมช่วยลดค่าใช้จ่ายที่รัฐจำเป็นต้องสูญสิ้นไปกับการรักษาพยาบาล

นอกจากนี้ การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบางทางสังคม 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคนพิการ และกลุ่มผู้สูงอายุ จำเป็นต้องได้รับวางโครงสร้างและระบบการให้บริการอย่างรอบคอบรัดกุม เพื่อให้การให้บริการมีคุณภาพและครอบคลุมทั่วถึง โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยสูงอายุ นับเป็นประเด็นเร่งด่วนของสังคมไทยซึ่งกำลังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านไปสู่ “สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society)” สำหรับกลุ่มผู้พิการนั้น ภาครัฐมีหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2550 ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองเช่นเดียวกับบุคคลปกติ ผ่านกระบวนการทางการแพทย์ ศาสนา การศึกษา สังคม และการฝึกอาชีพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นด้านสุขภาพจึงเป็นการขยายขอบเขตบทบาทด้านสาธารณสุขของภาครัฐให้ครอบคลุมทุกมิติของ “การสร้างเสริมสุขภาวะที่ดี” และครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายในสังคม โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนับเป็นองคาพยพที่สำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวไปสู่ภาคการปฏิบัติ เนื่องจากใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดและมีความเข้าใจในบริบทชุมชน ในกรณีนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีโครงการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในระดับจังหวัดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ 1) เพื่อให้กลุ่มเปราะบางทางสังคม (ผู้พิการและผู้สูงอายุ) และประชาชนทั่วไปมีสิทธิเข้าถึงการฟื้นฟูสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียม และ 2) การส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับบน (Upper-Tier Local Government) ในการบริหารระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในเขตจังหวัด ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับบนในที่นี้ คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555)

ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดนั้น กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้สูงอายุ และประชาชนทั่วไปได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเงินสนับสนุนเพิ่มเติมในสัดส่วนที่เท่ากันหรือมากกว่าจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยในปี พ.ศ. 2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำโครงการนำร่องเพื่อจัดตั้งกองทุนในลักษณะดังกล่าวในพื้นที่ จ.อำนาจเจริญ และ จ.อุบลราชธานี โดยมีสัดส่วนเงินสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อเงินสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดทั้งสองแห่งคิดเป็น 100 ต่อ 40

ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ขยายโครงการนำร่องไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู แต่มีการเพิ่มสัดส่วนเงินสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดให้มีจำนวนเท่ากับเงินสนับสนุนจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูได้บริหารเงินทุนก่อนดังกล่าวในลักษณะกองทุน โดยมีการจัดตั้งเป็น “กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์” ในปี พ.ศ. 2553 เพื่อสนับสนุนการบริการของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ จ.หนองบัวลำภู ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยในระยะเฝ้าระวัง

โดยจากรายงานสรุปผลการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ จ.หนองบัวลำภู (2556) กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูมีการให้บริการด้านต่างๆ ดังนี้

1. อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่จำเป็น
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในหน่วยบริการสาธารณสุขต่างๆ รวมทั้งในที่พักอาศัยของประชาชนในรูปแบบของการทำกายภาพบำบัด จิตบำบัด การฟื้นฟูการได้ยิน การฟื้นฟูการมองเห็น เป็นต้น รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีจำนวนและทักษะความรู้ที่เพียงพอ
3. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆของผู้พิการ และผู้สูงอายุ อาทิเช่น กิจกรรมฝึกอาชีพ การจัดตั้งศูนย์ดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ และการให้เงินทุนสนับสนุนศูนย์ซ่อมอุปกรณ์เครื่องช่วยพิการที่มีผู้พิการเป็นเจ้าของกิจการ หรือเป็นผู้ดำเนินการ

ทั้งนี้ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูมีกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 66,378 คน รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 5.1

**ตารางที่ 5.1** จำนวนและประเภทกลุ่มเป้าหมายของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู ในปี พ.ศ. 2554

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน (คน)
คนพิการด้านต่างๆที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานภาครัฐ	12,324
ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป	50,897
ผู้ป่วยกึ่งเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย	3,517
<b>รวม</b>	<b>66,378</b>

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

การดำเนินงานของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เป็นการสร้างความเสมอภาคและการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกันให้แก่กลุ่มเปราะบางทางสังคมและประชาชนโดยทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นที่ห่างไกลจากชุมชนเมืองจะเป็นผู้ได้รับสิทธิประโยชน์จากกองทุนนี้ เนื่องจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีภาระหน้าที่ตามกฎหมายในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตพื้นที่จังหวัด ทั้งนี้กองทุนฟื้นฟูดังกล่าวมีผลการดำเนินงานทั้งสิ้น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพบำบัด ด้านจิตบำบัด และด้านกายอุปกรณ์ เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานของกองทุนฟื้นฟูระหว่างปี พ.ศ. 2552-2555 จะเห็นได้ว่ากลุ่มเป้าหมายมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มคนพิการซึ่งกองทุนฟื้นฟูได้ดำเนินการสนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่

ของผู้พิการ นอกเหนือไปจากการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพในสถานพยาบาล ดังปรากฏในภาพที่ 5.1



**ภาพที่ 5.1** กิจกรรมปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ของกลุ่มผู้พิการ  
ที่มา: <https://www.facebook.com/pages/กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ>

นอกจากนี้ กองทุนฟื้นฟูยังได้สนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการ เช่น รถเข็น ไม้ค้ำยัน แขนขาเทียม และอุปกรณ์ช่วยเหลือพิการรูปแบบอื่นๆ เพื่อเป็นการพัฒนาขีดความสามารถของกลุ่มผู้พิการในการช่วยเหลือดูแลตนเอง (ภาพที่ 5.2)





ภาพที่ 5.2 การสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยพิการ

ที่มา: สรุปผลการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ จ.หนองบัวลำภู ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556

และเพื่อเป็นการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่กลุ่มผู้พิการ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ยังมีการส่งเสริมการประกอบอาชีพให้แก่ผู้พิการ โดยเฉพาะการให้เงินทุนสนับสนุนศูนย์ซ่อมอุปกรณ์เครื่องช่วยพิการที่มีผู้พิการเป็นเจ้าของกิจการ หรือเป็นผู้ดำเนินการ (ภาพที่ 5.3) ซึ่งการสนับสนุนในรูปแบบดังกล่าวเป็นไปตามพันธกิจของกองทุน



ภาพที่ 5.3 โครงการศูนย์และออกแบบรถเข็นและสามล้อโยก หรือศูนย์คลินิกมนุษย์ล้อ  
ที่มา: <https://www.facebook.com/pages/กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ>

แม้แนวความคิดการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูจะเป็นเพียงโครงการนำร่องและยังคงมีอีกหลายประเด็นที่ต้องแก้ไขและพัฒนา แต่ก็นับได้ว่าการจัดตั้งกองทุนดังกล่าวเป็น “แบบฝึกหัดในการบริหารจัดการงานด้านสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น” ที่ส่งผลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูเป็น “ห้องทดลองทางด้านการปกครองท้องถิ่น” ที่ควรค่าแก่การถอดบทเรียนเพื่อนำไปสกัดเป็นแนวทางพัฒนาความพร้อมและ



ศักยภาพด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อื่นๆ โดยคุณลักษณะสำคัญของระบบบริหารจัดการขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูประกอบไปด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่ จ.หนองบัวลำภู 2) การวางระบบสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรทางด้านการแพทย์ และ 3) การพัฒนาฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพ

สำหรับในด้านการบริหารจัดการกองทุนนั้น องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารซึ่งมีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นประธาน และตัวแทนส่วนราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานพยาบาล และตัวแทนภาคประชาชนเป็นกรรมการ และมีคณะอนุกรรมการ 4 คณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการด้านบริหารจัดการ คณะอนุกรรมการด้านการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ อนุกรรมการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการศึกษาพิเศษ และคณะอนุกรรมการด้านการเงินการบัญชี โดยในแต่ละคณะอนุกรรมการประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ในด้านนั้นๆ เป็นกรรมการ โดยภาคีเครือข่ายที่สำคัญขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดหนองบัวลำภู สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู โรงพยาบาลและสถานีนอนาัมัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตพื้นที่ จ. หนองบัวลำภู องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาชนต่างๆ เช่น มูลนิธิศรัทธาบุญเรื่องเพื่อคนพิการ และชมรมคนพิการจังหวัดหนองบัวลำภู เป็นต้น

ความหลากหลายของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดในการระดมทรัพยากรและการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกพื้นที่ โดยข้อสังเกตที่สำคัญคือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูมีความสามารถในการกระตุ้นให้องค์กรภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของกองทุนได้อย่างเข้มแข็ง อาทิเช่น การบริจาครถเข็นของชมรมร้านขายยาจังหวัดหนองบัวลำภู การตั้งศูนย์สาธิตและฝึกอบรมการใช้อุปกรณ์ช่วยพิการของโรงพยาบาลประจำจังหวัดหนองบัวลำภู และการจัดตั้งเครือข่ายและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพ เช่น เครือข่ายนักกายภาพบำบัด เครือข่ายแพทย์แผนไทย เป็นต้น

อนึ่ง พื้นที่ จ.หนองบัวลำภูมักจะมีประสบปัญหาความขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (คำสัมภาษณ์นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู วันที่ 25 ธันวาคม 2555) ดังนั้นคณะกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จึงมีการสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาบุคลากรที่ชำนาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ช่วยนักกายภาพ ให้แก่สถานพยาบาลในเขต จ.หนองบัวลำภู นอกจากนี้ยังมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมให้แก่ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย และพยาบาลวิชาชีพให้มีทักษะที่เพียงพอในการฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มเป้าหมาย

และที่สำคัญ องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูได้จัดสรรงบประมาณเพื่อจัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศของกองทุนฟื้นฟูโดยพัฒนาระบบรายงานผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลอิเล็กทรอนิกส์และระบบการเบิกจ่ายเงินชดเชยให้แก่สถานพยาบาลภาคีเครือข่าย นอกจากนี้ยังมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการปรับปรุงฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายของกองทุนทั้ง 3 กลุ่ม โดยการบูรณาการร่วมกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ ในการสำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมายทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งการดำเนินการปรับปรุงฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายทำให้กองทุนมีข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และยังเป็นการลดความซ้ำซ้อนในการจัดให้บริการระหว่างหน่วยงานอื่นๆด้วย เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

การถอดบทเรียนกรณีศึกษากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูได้ทำให้เราได้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ในการเติมเต็มช่องว่างในการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และยังถือเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเปราะบางทางสังคม ตลอดจนประชาชนที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายแต่ขาดแคลนทุนทรัพย์ นอกจากนี้การถอดบทเรียนประสบการณ์ด้านการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูยังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของทัศนคติของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภาครัฐและภาคประชาชนในระดมทรัพยากร ทั้งทรัพยากรที่เป็นเม็ดเงินสนับสนุนและที่เป็นความช่วยเหลือในรูปแบบอื่นในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งการทำงานเชิงเครือข่ายนับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เนื่องจากเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบพื้นที่ซึ่งมีขนาดใหญ่และมีจำนวนประชากรมาก นอกจากนี้การจัดระบบสนับสนุนการทำงานให้แก่กองทุน ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาทักษะความรู้ของบุคลากรด้านสาธารณสุขและการปรับปรุงฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ก็นับเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการทำงานด้านสาธารณสุขในเชิงรุกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเช่นกัน

### **การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชน: กรณีศึกษาเทศบาลนครอุดรธานี**

นอกเหนือจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูที่มีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่จำเป็นให้แก่ประชาชนแล้ว ก็ยังพบว่าเทศบาลอุดรธานียังมีการจัดกิจกรรมในรูปแบบต่างๆที่ช่วยดำเนินเสริมสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและยั่งยืนนั้นจำเป็นต้องเกิดจากความกระตือรือร้นและความสามารถของแต่ละบุคคลในการดูแลรักษาสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม ทั้งนี้ การรอหรือพึ่งพาอาศัยการบริการรักษาพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวนั้นย่อมไม่สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพอย่างครบวงจร ในทางตรงกันข้ามกลับเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยใช้เหตุ ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพ

ภาวะที่ดีนั้นต้องมุ่งเน้นไปที่การปลูกฝังค่านิยมและการตระหนักรู้ของตัวบุคคลต่อคุณค่าของการรักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ จึงนับได้ว่าเป็น “การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีจากรากฐานของสังคม” โดยประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องมีลักษณะการทำงานอย่างไรเพื่อให้ภาคประชาชนมีกระบวนการเรียนรู้คุณค่าของการรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงและสามารถพึ่งพาตนเองในด้านสาธารณสุขได้

นโยบายสำคัญของเทศบาลนครอุดรธานีในการพัฒนาความพร้อมด้านสุขภาพของภาคประชาชน คือ การสร้างและส่งเสริมเครือข่ายต่างๆ ที่ช่วยเหลือเทศบาลเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ประชาชน ตลอดจนดำเนินโครงการและกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ซึ่งมีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และคณะกรรมการชุมชนเป็นกลไกหลัก โดย ณ ปัจจุบัน เทศบาลนครอุดรธานีมีสมาชิกในเครือข่ายดังกล่าวจำนวน 1,000 คนโดยประมาณ ทั้งนี้ ผู้บริหารของเทศบาลให้ความสำคัญกับเครือข่ายดังกล่าวในฐานะตัวเชื่อมประสานระหว่างเทศบาลและภาคประชาชน

“อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบทบาทสำคัญมากเพราะมีความใกล้ชิดกับคนในชุมชน ในเขตเทศบาลนครอุดรธานีมีเครือข่าย อสม. ประมาณ 1,000 คน ถ้า อสม. แต่ละคนไปสร้างเครือข่ายของเขาเองอีกสักคนละ 15-20 คน เราก็จะสามารถกระจายข้อมูลข่าวสารไปยังชาวบ้านได้ง่ายขึ้น การทำงานของเราก็จะง่ายขึ้นด้วย ยกตัวอย่างเช่น ในกรณีการระบาดของโรคคอตีบ ภายหลังจากที่เทศบาลขอความร่วมมือจากเครือข่าย อสม. ให้ช่วยประชาสัมพันธ์เรื่องการฉีดวัคซีน ชาวบ้านก็ตื่นตัวขึ้นมาก ทำให้กองสาธารณสุขของเราทำงานง่ายขึ้น” (คำสัมภาษณ์นายกเทศมนตรี เทศบาลนครอุดรธานี วันที่ 23 พฤศจิกายน 2555)

นอกเหนือจากเครือข่ายภาคประชาชนแล้ว เทศบาลนครอุดรธานียังทำงานอย่างใกล้ชิดกับหน่วยงานจากภาคส่วนอื่น ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี และสถานพยาบาลภาคเอกชนในเขตเทศบาล ในการระดมความช่วยเหลือทางด้านงบประมาณและบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ โดยความช่วยเหลือด้านงบประมาณส่วนใหญ่มาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในรูปแบบงบส่งเสริมป้องกัน (Promotion and Prevention: PP) ผ่านกองทุนบัญชีหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ส่วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์และสถานพยาบาลภาคเอกชนให้การสนับสนุนด้านบุคลากร อาทิเช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเฉพาะทาง เป็นต้น

ทั้งนี้ “โครงการตลาดนัดสุขภาพ” เป็นตัวอย่างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัยที่สะท้อนการทำงานเชิงเครือข่ายของเทศบาลนครอุดรธานีได้เป็นอย่างดี โดยเทศบาลร่วมกับสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนในการจัดกิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและโภชนาการแก่ประชาชน

เป็นประจำ ดังปรากฏในภาพที่ 5.4 ซึ่งเป็นกิจกรรมตลาดนัดสุขภาพร่วมกันระหว่างเทศบาลและโรงพยาบาลวัฒนาซึ่งเป็นสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาล เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2555



**ภาพที่ 5.4** โครงการตลาดนัดสุขภาพโดยความร่วมมือระหว่างเทศบาลนครอุดรธานีและโรงพยาบาลวัฒนา เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2555

ที่มา: <https://www.facebook.com/wattanahospital>

สำหรับรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนนั้น เทศบาลนครอุดรธานีมีความโดดเด่นในด้านการสนับสนุนให้ประชาชนออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอด้วยการจัดให้สวนสาธารณะและสนามกีฬาที่มีคุณภาพและเพียงพอต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งภายในเขตพื้นที่เทศบาลนครอุดรธานีมีสวนสาธารณะในกำกับของเทศบาลทั้งสิ้น 3 แห่ง ได้แก่ สวนสาธารณะหนองประจักษ์ศิลปาคม (หนองประจักษ์) สวนสาธารณะหนองสิม และสวนสาธารณะหนองบัว โดยเทศบาลได้ดำเนินการปรับปรุงภูมิทัศน์ให้เหมาะสมและปลอดภัยต่อประชาชนที่มาออกกำลังกายอยู่เป็นประจำ ตลอดจนจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการก่อสร้างลานกิจกรรมออกกำลังกายซึ่งกลุ่มประชาชนใน

เขตเทศบาลนครอุดรธานีใช้สำหรับการจัดกิจกรรมเต้นแอโรบิค การรำมวยจีน การรำไม้พลอง เป็นต้น (ภาพที่ 5.5)



**ภาพที่ 5.5** ลานกิจกรรมออกกำลังกายที่สร้างโดยงบประมาณของเทศบาลนครอุดรธานี ตั้งอยู่ในบริเวณสวนสาธารณะประจักษ์ศิลปาคม

นอกเหนือไปจากการก่อสร้างลานกิจกรรมออกกำลังกายแล้ว เทศบาลนครอุดรธานียังจัดให้อุปกรณ์กีฬาและเครื่องออกกำลังกายต่างๆ สำหรับประชาชนทุกกลุ่มช่วงวัย โดยเฉพาะการเปิดพื้นที่สำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชนให้มีการสนันทนาการและเล่นกีฬา (ภาพที่ 5.6)



**ภาพที่ 5.6** สนามเด็กเล่นและอุปกรณ์กีฬาสำหรับเด็กและเยาวชน ณ สวนสาธารณะหนองประจักษ์ศิลปาคม



“ศูนย์กีฬาประชาชนเทศบาลนครอุดรธานี” ซึ่งมีพิธีเปิดอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2556 ก็เป็นอีกหนึ่งผลผลิตที่โดดเด่นของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัยของเทศบาลนครอุดรธานี (ภาพที่ 5.7) โดยศูนย์กีฬามีลักษณะเป็นสนามกีฬากลางของเทศบาลที่ประกอบไปด้วยสนามกีฬาประเภทต่างๆที่ได้มาตรฐานสากล อาทิเช่น สนามฟุตบอล สนามบาสเก็ตบอล สระว่ายน้ำ เป็นต้น



ภาพที่ 5.7 ศูนย์กีฬาประชาชนเทศบาลนครอุดรธานี

ที่มา: <https://www.facebook.com/Tung.Itthipol>

แม้เทศบาลนครอุดรธานีจะมุ่งเน้นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นหลัก แต่ในขณะเดียวกันก็จัดให้มีบริการรักษาพยาบาลขั้นปฐมภูมิ (Primary Healthcare) ให้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลเช่นกัน ซึ่งในปัจจุบันเทศบาลนครอุดรธานีมีสถานพยาบาลทั้งสิ้น 4 แห่ง รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 5.2

ตารางที่ 5.2 สถานพยาบาลในกำกับเทศบาลนครอุดรธานี

ชื่อ	ประเภทสถานพยาบาล
1. ศูนย์สุขภาพชุมชนเก่าจาน	หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit)
2. ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครอุดรธานี	หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit)
3. ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 8 (ท.8)	หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracted Unit for Primary Care)
4. ศูนย์สุขภาพชุมชนเทศบาลหนองสิม	หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit)

ข้อมูลในตารางที่ 5.2 แสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของหน่วยบริการสาธารณสุขของเทศบาลนครอุดรธานี โดยเฉพาะการที่เทศบาลนครอุดรธานีมีหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) ในกำกับนั้นแสดงให้เห็นถึงวิสัยทัศน์ของผู้บริหารเทศบาลที่เล็งเห็นถึงความสำคัญของภาระหน้าที่ด้านสาธารณสุขและการทำงานเชิงเครือข่ายร่วมกับสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนในเขตเทศบาล ซึ่งในเชิงการให้บริการด้านสุขภาพนั้น ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 8 (ท.8) ซึ่งเป็น CUP มีการให้บริการที่หลากหลายรูปแบบ ทั้งบริการตรวจรักษาโรคทั่วไป บริการนัดแผนไทย บริการทันตกรรมต่างๆ (ถอนฟัน อุดฟัน เป็นต้น) (ภาพที่ 5.8)



ภาพที่ 5.8 การให้บริการด้านสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 8 (ท.8) ในสังกัดเทศบาลนครอุดรธานี

นอกจากนี้เทศบาลนครอุดรธานียังมีโครงการก่อสร้างสถานพยาบาลแห่งใหม่ซึ่งตั้งอยู่ใกล้กับตลาดบ้านห้วย บนถนนอุดรดุขฎิ (ภาพที่ 5.9) โดยเป็นสถานพยาบาลที่มีการให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนอย่างครบวงจร ประกอบไปด้วยห้องวินิจฉัยโรคทั่วไป ห้องจ่ายยา ห้องเก็บยา ห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจวินิจฉัยโรค (Lab) ห้องฉายรังสี (X-ray) ห้องตรวจวินิจฉัยโรคด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI) ห้องบริการทันตกรรม ห้องฉุกเฉิน (Emergency Room) ตลอดจนห้องสำหรับจัดกิจกรรมพัฒนาสมรรถภาพของผู้สูงอายุและเด็กเยาวชน ทั้งนี้ เมื่อการก่อสร้างอาคารสถานพยาบาลแล้วเสร็จในปลายปี พ.ศ. 2556 เทศบาลนครอุดรธานีจะทำการย้ายการให้บริการด้านสุขภาพจาก “ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครอุดรธานี” ซึ่งในปัจจุบันตั้งอยู่ที่กองการแพทย์ อาคารสำนักงานเทศบาลนครอุดรธานีไปยังอาคารสถานพยาบาลใหม่ ส่วนรูปแบบการบริหารจัดการสถานพยาบาลแห่งใหม่จะมีความแตกต่างไปจากโรงพยาบาลภาครัฐทั่วไปโดยเทศบาลนครอุดรธานีจะทำสัญญาว่าจ้างให้บริษัทหรือสถานพยาบาลเอกชนเข้ามาบริหารภายใต้การกำกับดูแลคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการของเทศบาล



ภาพที่ 5.9 โครงการก่อสร้าง “ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครอุดรธานี” ถนนอุดรดุขฎิ อ.เมือง จ.อุดรธานี

ผลการวิเคราะห์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการรักษาพยาบาลขั้นปฐมภูมิของเทศบาลนครอุดรธานีได้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายจากภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งถือเป็นการบริหารกิจการสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างและพัฒนาเครือข่าย



อาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นผู้แพร่กระจายข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัย เช่น หลักโภชนาการที่ถูกต้อง การออกกำลังกายอย่างถูกวิธี การรักษาสุขภาพให้ปราศจากโรคติดต่อร้ายแรง เป็นต้น ทั้งนี้ นอกจากเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนจะเป็นตัวเชื่อมประสานระหว่างภาคประชาชนและเทศบาลแล้ว ยังถือเป็นการบริหารกิจการสาธารณะที่เน้นการมีส่วนร่วม เนื่องจากอาสาสมัครก็คือประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญของเทศบาล ดังนั้นการสร้างและส่งเสริมเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนจึงเป็นไปตามเป้าประสงค์หลักของการกระจายอำนาจให้แก่ชุมชนท้องถิ่น ซึ่งก็คือ การพัฒนาศักยภาพของภาคประชาชนให้สามารถแก้ไขปัญหาพื้นฐานในชุมชนของตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาอาศัยความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

กรณีศึกษาเทศบาลนครอุดรธานียังชี้ให้เห็นถึงวิสัยทัศน์และแนวคิดการบริหารงานของผู้บริหารเทศบาลที่มีความตระหนักรู้ในความสำคัญของงานด้านสาธารณสุขว่าเป็นแกนหลักของ การให้บริการสาธารณะในระดับชุมชนท้องถิ่น นอกจากนี้ นายกเทศมนตรีและบุคลากรของเทศบาลนครอุดรธานี ยังมีความสามารถในการระดมความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก ทั้งในรูปแบบงบประมาณ องค์ความรู้ และบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ในการจัดโครงการและกิจกรรมที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยที่ดีให้แก่ประชาชนในเขตเทศบาล อาทิเช่น โครงการตลาดนัดสุขภาพซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสถานพยาบาลเอกชนเป็นอย่างดี

ด้วยรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยที่หลากหลาย กอปรกับความรู้ความเข้าใจในงานด้านสาธารณสุขของผู้บริหาร ทำให้เทศบาลนครอุดรธานีเป็นพื้นที่ชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพ ที่มีความพร้อมและศักยภาพในการรองรับภารกิจถ่ายโอนที่สำคัญมากขึ้น ความพยายามของเทศบาลในการพัฒนารูปแบบการให้บริการซึ่งสะท้อนออกมาในโครงการก่อสร้างอาคารศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลแห่งใหม่ ยังก่อให้เกิดนวัตกรรมในการบริหารงานด้านสาธารณสุข กล่าวคือ มีการทำสัญญาว่าจ้างให้บริษัทหรือสถานพยาบาลเอกชนเข้ามาให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยมีเทศบาลเป็นผู้บริหารสัญญาและคอยกำกับดูแลการให้บริการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

### **การส่งเสริมโภชนาการที่ดีแก่ประชาชน: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี**

ที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น เป็นการดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และเทศบาล ต่อไปจะเสนอการดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล สาเหตุหลักของปัญหาสุขภาพในหมู่ประชาชนที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่ชนบทของประเทศไทย คือ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะและไม่เป็นไปตามหลักโภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหา การขาดสารไอโอดีนในหมู่เด็กและเยาวชนอันส่งผลให้เด็กและเยาวชนในเขตพื้นที่ชนบทมีพัฒนาการทางด้านร่างกายและสติปัญญาที่ต่ำกว่าเกณฑ์ นอกเหนือจากนี้ยังพบว่าประชาชนในเขตพื้นที่ชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือนิยม

บริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ อาทิเช่น ปลาดิบ กุ้งเต้น และเนื้อสัตว์ครึ่งสุกครึ่งดิบ เป็นต้น ทำที่สุดแล้ว การบริโภคอาหารประเภทดังกล่าวก่อให้เกิดโรคร้ายต่างๆมากมายไม่ว่าจะเป็นโรคพยาธิประเภทต่างๆ และโรคมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร

การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในหลักโภชนาการที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนจึงนับเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อันจะเป็นการช่วยให้ระบบสาธารณสุขของประเทศมีความยั่งยืนในระยะยาว อย่างไรก็ตาม โจทย์สำคัญสำหรับภาครัฐ โดยเฉพาะสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของประชาชนในชนบท คือ จะทำอย่างไรให้ประชาชนผนวกเอาองค์ความรู้ทางโภชนาการเข้าไปไว้ในวิถีชีวิตประจำวัน โดยไม่เห็นว่าการศึกษาสุขภาพอนามัยเป็นภาระแต่เป็นความจำเป็นสำหรับการดำรงชีพ

สำหรับกรณีองค์กรบริหารส่วนตำบลนาพูนั้น นอกเหนือไปจากการรับโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลนาพูน (รพ.สต. นาพูน) ไปบริหารจัดการเองแล้ว (ภาพที่ 5.10) องค์กรบริหารส่วนตำบลยังได้ดำเนินนโยบายส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะและถูกต้องตามหลักโภชนาการ ซึ่งโครงการที่โดดเด่นตามแนวนโยบายดังกล่าว คือ โครงการส่งเสริมการเลี้ยงไก่ไข่ไอโอดีน และโครงการนำดื่มจากแหล่งประปาชุมชน โดยโครงการส่งเสริมการเลี้ยงไก่ไข่ไอโอดีนเป็นดำริของนายกองค์กรบริหารส่วนตำบลคนปัจจุบันที่ต้องการให้ชาวบ้านได้บริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและเป็นอาหารที่แต่ละครัวเรือนสามารถแสวงหาได้เองโดยไม่ต้องใช้ทุนทรัพย์มาก (ภาพที่ 5.11) ทั้งนี้ ในระยะเริ่มต้นโครงการ องค์กรบริหารส่วนตำบลได้สนับสนุนไก่ไข่ให้แต่ละครัวเรือน พร้อมสารไอโอดีนสำหรับใช้ผสมกับอาหารไก่ โดยได้รับการสนับสนุนทางด้านวิชาการจากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ภายหลังจากนั้น องค์กรบริหารส่วนตำบลก็ได้รับการสนับสนุนพันธุ์ไก่ไข่เพิ่มเติมจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นอกจากนี้สำนักงานปศุสัตว์ อ.เพ็ญ และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ในพื้นที่ยังได้ร่วมกับองค์กรบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมการเลี้ยงไก่ไข่ไอโอดีนเชิงพาณิชย์ด้วย (ภาพที่ 5.12)

นอกเหนือไปจากการที่ชาวบ้านในเขตองค์กรบริหารส่วนตำบลนาพูนได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอในแต่ละวันแล้ว โครงการส่งเสริมให้ชาวบ้านเลี้ยงไก่ไข่ไอโอดีนและบริโภคไข่เป็นประจำทุกวันยังทำให้ชาวบ้าน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน มีความตื่นตัวด้านสุขภาพในประเด็นอื่นๆ ด้วย ยกตัวอย่างเช่น การละเว้นบริโภคอาหารดิบและอาหารครึ่งสุกครึ่งดิบ เป็นต้น ซึ่งผลการวิเคราะห์ความพร้อมและศักยภาพด้านสุขภาพของภาคประชาชนในบทที่ 4 ได้ชี้ให้เห็นว่าภายหลังจากการดำเนินนโยบายส่งเสริมให้ประชาชนบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีน ได้เกิดกลไกการลงโทษทางสังคม (Social Sanction) ขึ้นในกลุ่มชาวบ้านตำบลนาพูน โดยพฤติกรรมการบริโภคอาหารดิบและอาหารครึ่งสุกครึ่งดิบได้กลายเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์สำหรับชาวบ้าน อันส่งผลให้อัตราการล้มป่วยด้วยโรคมะเร็งไอบไม่ในตำบลและมะเร็งในตับมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนในช่วงระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา



ภาพที่ 5.10 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพู่ (รพ.สต.นาพู่) ในการกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่



ภาพที่ 5.11 โครงการส่งเสริมการเลี้ยงไก่ไข่ไอโอดีนของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่



ภาพที่ 5.12 การสนับสนุนโครงการสาธิตการเลี้ยงไก่ไข่ไอโอดีนโดยสำนักงานปศุสัตว์ อ.เพ็ญ และ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 จ.อุดรธานี



องค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ยังส่งเสริมและพัฒนาระบบประปาชุมชนให้มีคุณภาพและปลอดภัยต่อการอุปโภคบริโภคของชาวบ้าน โดยในระยะเริ่มแรกตำบลนาพู่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณและวิชาการจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 5.13) หลังจากนั้นระบบประปาชุมชนของตำบลก็ได้รับการพัฒนาร้อยมา ณ ปัจจุบัน องค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ก็มีโครงการส่งเสริมให้กลุ่มสตรีในเขตพื้นที่ตำบลนาพู่ผลิตน้ำดื่มบรรจุขวดจากระบบประปาชุมชน (ภาพที่ 5.14)



ภาพที่ 5.13 ระบบประปาชุมชนในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี



ภาพที่ 5.14 โรงผลิตน้ำดื่มบรรจุขวดจากระบบประปาชุมชนนาพู่ซึ่งบริหารโดยกลุ่มสตรีแม่บ้านตำบลนาพู่ โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าบทบาทด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลนาพูนั้นครอบคลุมทุกประเด็นทางด้านสุขภาพอนามัย ทั้งการส่งเสริมให้ชาวบ้านมีการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ไม่ว่าจะเป็นโครงการส่งเสริมการเลี้ยงไก่ไข่ ไอโอดีนในครัวเรือน และระบบประปาชุมชนที่ให้น้ำดื่มที่ถูกละขอมามัยแก่ชาวบ้าน นอกจากนี้องค์การบริหารส่วนตำบลนาพูนยังมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการกำกับดูแลซึ่งถือเป็นหนึ่งในสถานพยาบาลปฐมภูมิไม่กี่แห่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ได้รับการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ความสามารถของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการระดมทรัพยากร และความช่วยเหลือจากภายนอกพื้นที่ถือเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้้องค์การบริหารส่วนตำบลนาพูนเป็นชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากกรณีโครงการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนที่โดดเด่นขององค์การบริหารส่วนตำบลนาพูนแล้วแต่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ทั้งกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นอกจากนี้ยังเห็นได้ชัดเจนว่าแนวนโยบายส่งเสริมสุขภาพอนามัยขององค์การบริหารส่วนตำบลนาพูนล้วนมีองค์ความรู้ทางวิชาการเป็นเครื่องชี้ นำ ยกตัวอย่างเช่น โครงการส่งเสริมการเลี้ยงไก่ไข่ ไอโอดีนซึ่งได้รับการสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการจากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เป็นต้น

## **บทเรียนที่ได้รับจากการศึกษาบทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบ**

ข้อสังเกตที่สำคัญสำหรับการวิเคราะห์ลักษณะการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบ คือ ทั้งสามพื้นที่ล้วนแล้วแต่มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการจัดบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ความหลากหลายของโครงการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ได้แก่ โครงการส่งเสริมอาชีพผู้พิการในเขตองค์กรบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู โครงการส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกายของเทศบาลนครอุดรธานี และโครงการส่งเสริมโภชนาการขององค์การบริหารส่วนตำบลนาพูน ล้วนแสดงให้เห็นถึงวิสัยทัศน์และเจตคติที่ดีของผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบต่อภาระหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัย

ปัจจัยความสำเร็จอีก 2 ประการ คือ ความสามารถในการระดมทรัพยากรและความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย และการดำเนินนโยบายและโครงการต่างๆบนพื้นฐานความรู้ทางวิชาการ ทั้งนี้ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบทั้ง 3 แห่งได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นด้านงบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการและกิจกรรมต่างๆ ในเขตพื้นที่ชุมชนท้องถิ่น ซึ่งจะสังเกตได้ว่าโครงการและกิจกรรมที่โดดเด่นของชุมชนต้นแบบทั้งสามล้วนแล้วแต่มีที่มาจากความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่และหน่วยงานภาครัฐ

เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสถาบันอุดมศึกษา เป็นต้น

นอกจากนี้ เนื่องจากงานด้านสาธารณสุขเป็นงานที่ละเอียดอ่อนที่จำเป็นต้องใช้ทักษะและองค์ความรู้ทางวิชาการเป็นตัวชี้นำ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบทั้งสามต่างก็อาศัยความช่วยเหลือทางวิชาการจากองค์กรภายนอกพื้นที่ในการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นองค์ความรู้ทางด้านโภชนาการดังจะเห็นได้จากกรณีองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ หรือจะเป็นองค์ความรู้ทางด้านการบริหารระบบการให้บริการสาธารณสุขซึ่งเทศบาลนครอุดรธานีได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีและสถานพยาบาลเอกชนในการเตรียมความพร้อมระบบบริหารจัดการศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลซึ่งมีรูปแบบเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง

## บทที่ 6

# การเตรียมความพร้อมในการจัดการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน

แม้การกระจายอำนาจจะเป็นกลยุทธ์ที่นานาอารยประเทศต่างเลือกใช้ในการเสริมสร้างรากฐานประชาธิปไตยในระดับชุมชนท้องถิ่น แต่หากขั้นตอนการถ่ายโอนอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่นไม่เป็นไปอย่างรอบคอบก็ย่อมทำให้คุณภาพในการให้บริการสาธารณะลดลงและก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังที่ปรากฏแล้วในประเทศฟิลิปปินส์และอินโดนีเซียภายหลังจากที่รัฐบาลของทั้งสองประเทศได้เริ่มขับเคลื่อนกระบวนการกระจายอำนาจในช่วงปี ค.ศ. 1990s ดังนั้น เพื่อให้กระบวนการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยเป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนปี พ.ศ. 2540 จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนเพื่อรองรับภาระหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขชุมชนให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

บทนี้จะเป็นการสรุปสาระสำคัญของทฤษฎีว่าด้วยบทบาทด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวชี้วัดความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการรองรับภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ยังจะกล่าวถึงผลการวิเคราะห์ความพร้อมด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบ เพื่อนำเสนอตัวแบบในการเตรียมความพร้อมในการจัดการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน

## บทบาทด้านการจัดการสุขภาพอนามัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การกระจายอำนาจให้แก่ชุมชนท้องถิ่นในการจัดการตนเองถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการบริหารจัดการภาครัฐที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง โดยกระบวนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นในประเทศไทยเกิดขึ้นท่ามกลางการตื่นตัวทางการเมืองของภาคประชาชนซึ่งทวีความเข้มข้นภายหลังเหตุการณ์พฤษภาทมิฬในปี พ.ศ. 2535 และวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งทำให้ภาครัฐของประเทศไทยประสบปัญหาสภาพคล่องทางการเงินที่รุนแรงที่สุดในหน้าประวัติศาสตร์ยุคใหม่ของประเทศ กระบวนการกระจายอำนาจจึงเปรียบเสมือน “ยา” ที่ช่วยสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบอบประชาธิปไตยในระดับรากหญ้าด้วยการมอบอำนาจในการตัดสินใจแก่ชุมชน ตลอดจนสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ชุมชนท้องถิ่นให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม

ทั้งนี้ตามกรอบรัฐธรรมนูญและกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญได้วางระบบและขั้นตอนการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบนพื้นฐานของทฤษฎีว่าด้วยการกระจายอำนาจ

(Decentralization Theory) ซึ่งได้แบ่งองค์ประกอบของกระบวนการกระจายอำนาจเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติทางการเมือง มิติทางการบริหาร และมิติทางการคลัง ทั้งนี้สำหรับมิติทางการเมือง (Political Dimension) ประชาชนในชุมชนท้องถิ่นไทยในปัจจุบันสามารถคัดเลือกผู้บริหารและสมาชิกสภาท้องถิ่นได้โดยผ่านกระบวนการเลือกตั้งท้องถิ่นซึ่งทำให้เกิดกลไกความรับผิดชอบทางการเมือง (Political Accountability) ขึ้นระหว่างคณะผู้บริหารท้องถิ่นและประชาชน โดยผู้บริหารท้องถิ่นถือเป็นผู้นำของชุมชนที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการสร้างวิสัยทัศน์การพัฒนา แปลงวิสัยทัศน์ไปเป็นนโยบาย และกำกับดูแลการนำนโยบายนั้นไปสู่ภาคปฏิบัติ

สำหรับในมิติทางการบริหาร (Administrative Dimension) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ในการบริหารกิจการสาธารณะให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทยังมีพระราชบัญญัติเฉพาะของตนเองซึ่งระบุขอบเขตภาระหน้าที่ในการให้บริการประชาชนอีกด้วย เมื่อข้อกฎหมายมีการกำหนดบทบาทหน้าที่แล้ว ก็ยังได้ระบุแหล่งที่มาของทรัพยากรสำหรับใช้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยในมิติทางการคลัง (Fiscal Dimension) กฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการกระจายอำนาจได้กำหนดแหล่งที่มาของรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไว้ 4 แหล่ง คือ รายได้ที่จัดเก็บเอง (ภาษีท้องถิ่นและค่าธรรมเนียม) รายได้ที่รัฐจัดเก็บและจัดสรรให้ รายได้ที่รัฐแบ่งให้ตามสัดส่วนที่ระบุไว้ในกฎหมาย และเงินอุดหนุนจากรัฐ

มิติทั้งสามของกระบวนการกระจายอำนาจถือเป็นกรอบแนวคิดในภาพรวมของบทบาทหน้าที่ใหม่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในฐานะเป็นองค์กรภาครัฐที่ทำงานใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด บทบาทหน้าที่ของท้องถิ่นจึงมีมากมายหลายด้าน เช่น ด้านการศึกษา ด้านการสาธารณสุข เป็นต้น ทั้งนี้ในวรรณกรรมทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขให้ครอบคลุมทุกมิติคุณภาพชีวิต ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต คุณภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพภายในเขตพื้นที่ชุมชน ซึ่งบทบาทหน้าที่ดังกล่าวไม่ได้จำกัดแต่เพียงการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการควบคุมและป้องกันโรค แต่ครอบคลุมไปถึงการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยที่ดี ทั้งการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการบริหารสุขภาพจิตใจให้สมบูรณ์ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นเป็นบทบาทในเชิงบวก เนื่องจากการดำเนินงานขององค์กรปกครองท้องถิ่นช่วยให้ประชาชนรู้จักป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ ในขณะที่การรักษาพยาบาลเป็นการดูแลประชาชนเมื่อเกิดโรคร้ายไข้เจ็บแล้ว

ในปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในหลายประเทศต่างก็มีบทบาททางด้านสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป ในบางประเทศ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ซื้อบริการ (Purchaser) จากหน่วยงานส่วนกลางซึ่งเป็นผู้ผลิต (Producer) และผู้ให้บริการ (Provider) ในบางกรณีท้องถิ่นก็เป็นทั้งผู้ให้บริการและซื้อบริการ โดยมีหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางทำหน้าที่ควบคุมดูแลมาตรฐานในการให้บริการ โดยทั่วไปแล้ว บทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพที่สำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีทั้งสิ้น 2



ส่วนหลัก คือ บทบาทในการให้บริการและบทบาทในการบริหารงานภายในองค์กรและการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกเพื่อให้งานด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน

ประเด็นคำถามสำคัญ คือ บทบาทในการให้บริการด้านสุขภาพด้านใดบ้างที่ควรจะได้รับ การถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองท้องถิ่น ซึ่งโดยหลักการแล้ว ภารกิจหน้าที่ซึ่งสามารถถ่ายโอนไปยังท้องถิ่นได้ทันทีต้องเป็นบริการที่มีผลลัพธ์เป็นรูปธรรมสามารถวัดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติได้ชัดเจนและไม่สลับซับซ้อน อาทิเช่น ภารกิจด้านการศึกษาระดับพื้นฐาน เป็นต้น แต่สำหรับการประเมินผลงานด้านสุขภาพอนามัยนั้นกระทำได้ลำบากและมีความสลับซับซ้อนสูง การกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขอย่างสุดโต่งโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบงานด้านสุขภาพอนามัยอย่างเต็มรูปแบบย่อมจะก่อให้เกิดปัญหาต่างๆตามมาไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านประสิทธิภาพในการใช้สอยทรัพยากรงบประมาณ ปัญหาด้านความทั่วถึงของบริการด้านสุขภาพอนามัย และปัญหาด้านคุณภาพของการให้บริการ อย่างไรก็ตาม การบริหารงานด้านสาธารณสุขในรูปแบบการรวมศูนย์อำนาจนั้นก็จะทำให้การกระจายทรัพยากรงบประมาณเกิดความไม่เป็นธรรม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม

การทบทวนวรรณกรรมทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ชี้ให้เห็นว่าการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขนั้นไม่มีสูตรสำเร็จที่แน่นอน และในบางกรณีอาจไม่เป็นไปตามหลักการเชิงเศรษฐศาสตร์ สาธารณะที่เน้นประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม แม้ในรูปแบบในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจะมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละประเทศ แต่หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีความพร้อมในการบริหารงานด้านสุขภาพ หน่วยงานส่วนกลางก็ไม่ควรกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไปสู่ท้องถิ่นอย่างเต็มรูปแบบในทันที เพราะจะทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพในการบริการ หรือแม้แต่ในกรณีที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความพร้อมด้านสุขภาพ แต่บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพก็ไม่ควรลดความสำคัญลง ในทางกลับกัน หน่วยงานส่วนกลางต้องปรับเปลี่ยนบทบาทตนเองจาก “ผู้ให้บริการ” ไปเป็น “ผู้กำกับและประเมิน” มาตรฐานการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนงานวิจัยและพัฒนาและการผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพซึ่งต้องใช้วิชาชีพที่มีความสลับซับซ้อนสูง

ในประเทศไทย กระบวนการถ่ายโอนสถานอนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่ท้องถิ่นในพื้นที่นำร่องตามแผนการกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ 1 และ 2 ถือเป็นจุดหักเหที่สำคัญของการถ่ายโอนภารกิจทางด้านสุขภาพอนามัยและด้านส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ชุมชนท้องถิ่น แม้ว่ากระบวนการถ่ายโอนต้องหยุดชะงักลงเนื่องจากรัฐบาลในขณะนั้นให้ดำเนินการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขเป็นอันดับแรก และต่อมากลุ่มชมรมแพทย์ชนบทจะเรียกร้องให้รัฐบาลทบทวนนโยบายการถ่ายโอนสถานอนามัยก็ตาม แต่ก็มีผลการศึกษาหลายชิ้นได้ชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จของชุมชนท้องถิ่นที่บริหารงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยตนเอง โดยพบว่าคุณภาพของการบริการด้าน

สุขภาพอนามัยภายหลังการถ่ายโอนไม่ได้ด้อยไปกว่าเดิม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการบริหารงานด้านสุขภาพอนามัยขององค์การบริหารส่วนตำบลที่ส่งเสริมประสิทธิภาพในการให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมานับตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2537

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าคุณภาพของการให้บริการที่สถานีอนามัยที่ได้รับการถ่ายโอนจะไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่ทว่าก็ยังมีความการวิจัยหลายชิ้นที่ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะในด้านการวางโครงสร้างระบบสนับสนุนการบริการด้านสาธารณสุขของท้องถิ่น จึงก่อให้เกิดข้อกังวลในความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่ขอรับการถ่ายโอนอำนาจในการบริหารจัดการสถานีอนามัยในพื้นที่รับผิดชอบของตน สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงได้คิดค้นและบรรจุตัวชี้วัดความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ด้านสาธารณสุขไว้ทั้งสิ้น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. ประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหรือการมีส่วนร่วมจัดการด้านสาธารณสุข
2. แผนการเตรียมความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการด้านสาธารณสุขหรือแผนพัฒนาการสาธารณสุข ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมด้านต่าง ๆ ที่เหมาะสมในการจัดการด้านสาธารณสุข
3. วิธีการบริหารและการจัดการด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
4. การจัดสรรรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการสาธารณสุข
5. ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อความพร้อมในการจัดบริการด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดชุดดังกล่าวเป็นตัวชี้วัด “ผลสัมฤทธิ์ (ผลผลิตและผลลัพธ์)” ของกระบวนการกระจายอำนาจมากกว่าเป็นตัวชี้วัด “ความพร้อมและศักยภาพ” ของหน่วยงานปกครองและภาคประชาชนในชุมชนท้องถิ่น ซึ่งในบริบทการปกครองท้องถิ่นไทยในปัจจุบัน ความคาดหวังของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะในประเด็นการจัดสรรรายได้ ไม่สอดคล้องกับแผนการกระจายอำนาจและแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ ทั้งนี้ ในสภาวะการณ์ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหน้าที่ที่จำกัด และการที่องค์กรอิสระตามรัฐธรรมนูญซึ่งมีหน้าที่ตรวจสอบการเงินการบัญชีท้องถิ่นตีความบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในข้อกฎหมายอย่างเข้มงวด ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นลังเลใจในการสนับสนุนโครงการและกิจกรรมที่เน้นทางด้านสุขภาพอนามัย การใช้ประเด็นตัวชี้วัดที่ 1-3 เป็นบรรทัดฐานในการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ทางด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการหน่วยบริการขั้นปฐมภูมิ ย่อมเป็นเครื่องขัดขวางกระบวนการกระจายอำนาจ มากกว่าเป็นการประเมินความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประการสำคัญคือ ประเด็นความพร้อมและศักยภาพของคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ให้ความสำคัญกับภาคประชาชนมากเท่าที่ควร เนื่องจากมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับภาคประชาชนเพียง 1 ประเด็น ซึ่งเป็นเพียงการวัดระดับการยอมรับของประชาชนในบทบาทด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ไม่ได้วัดความพร้อมและศักยภาพของภาคประชาชนในการบริหารชุมชนของตนเอง ตลอดจนระดับความรู้ความเข้าใจของประชาชนใน ความสำคัญของการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ

### **ความพร้อมและศักยภาพด้านสุขภาพอนามัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**

ข้อบกพร่องต่างๆของตัวชี้วัดตามแนวทางของคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้เกิดความจำเป็นในการวิเคราะห์ความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในเชิงลึก เพื่อให้สามารถจัดทำตัวชี้วัดความพร้อมที่เหมาะสมสำหรับขั้นตอนต่อไปของกระบวนการกระจายอำนาจตามกรอบแนวคิดที่รัฐธรรมนูญได้วางเอาไว้ โดยในปัจจุบัน วรรณกรรมทางด้านสาธารณสุขศาสตร์ได้ให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดเชิงคุณภาพในการประเมินความพร้อมและศักยภาพด้านสุขภาพอนามัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน เพื่อเป็นการฉายให้เห็นสภาพความเป็นจริงของระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ตลอดจนเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการจัดทำแนวทางพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของทั้งภาคปกครองและภาคประชาชนที่สอดคล้องกับสภาวะการณ์จริงของชุมชนท้องถิ่น

คณะวิจัยได้เสนอแนวคิดในการประเมินความพร้อมของท้องถิ่นซึ่งประกอบไปด้วย 2 ประเด็นหลัก คือ ความพร้อมเชิงองค์การขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Institutional Capacity of Local Administrative Organizations) และความพร้อมของชุมชน (Community Capacity) โดยการประเมินความพร้อมเชิงองค์การของท้องถิ่นแบ่งแยกย่อยออกเป็น 3 ตัวแปร คือ

1. **ภาวะผู้นำและทัศนคติของผู้บริหาร**ต่อภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัย และความสามารถในการประสานงานและการระดมทุนและความช่วยเหลือจากเครือข่ายในการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร
2. **โครงสร้างระบบสนับสนุนขององค์กร**เพื่อรองรับภารกิจทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ การจัดให้มีหน่วยงานภายในเฉพาะที่รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขและสุขภาพอนามัย จำนวนบุคลากรทางด้านสาธารณสุข
3. **ศักยภาพทางการเงินการคลัง** หมายถึง ศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหารายได้ที่ไม่ใช่เงินกู้หรือบุดหนุน ตลอดจนปริมาณงบที่ท้องถิ่นจัดสรรให้แก่ภารกิจด้านสุขภาพอนามัยซึ่งเป็นการประเมินความทุ่มเทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนางานด้านสุขภาพอนามัยในแต่ละปีงบประมาณ

และเพื่อเป็นการแก้ไขจุดบกพร่องของตัวชี้วัดตามกรอบของคณะกรรมการกระจายอำนาจงานวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับความพร้อมของชุมชน (Community Capacity) ในฐานะที่เป็นความพร้อมหลักในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยแบ่งแยกย่อยออกเป็น 2 ตัวแปรหลัก คือ

1. **ทัศนคติและความกระตือรือร้นของภาคประชาชน** หมายถึง ทัศนคติของภาคประชาชนในพื้นที่ต่อความสำคัญของงานด้านสาธารณสุขและสุขภาพอนามัย
2. **รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน** ในการดำเนินโครงการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพอนามัย และพฤติกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัย

### **ความพร้อมด้านการจัดการสุขภาพอนามัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษาใน 6 พื้นที่**

คณะวิจัยได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความพร้อมด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นชุมชนต้นแบบด้านการสาธารณสุข กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเปรียบเทียบ ในเขตพื้นที่ จ. อุตรธานี และ จ.หนองบัวลำภู รวมจำนวนกรณีศึกษาทั้งสิ้น 6 แห่ง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู เทศบาลนครอุตรธานี องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุตรธานี เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู และองค์การบริหารส่วนตำบลนาฮี ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 แห่งแรกเป็นชุมชนต้นแบบที่มีผลงานด้านสุขภาพอนามัยที่ประจักษ์ชัด

จากการวิเคราะห์ความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนภายใน 6 พื้นที่กรณีศึกษา คณะวิจัยสรุปได้ว่า แม้ว่ากระบวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศไทยจะยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน แต่ก็พบว่าเมืององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีผลการดำเนินงานด้านการจัดการสุขภาพอนามัยของประชาชนที่มีผลสัมฤทธิ์อันเป็นที่ประจักษ์ชัด โดยในบทที่ 5 ได้นำเสนอผลงานและนวัตกรรมการให้บริการประชาชนด้านสาธารณสุขอันเป็นการสะท้อนความพยายามและความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู เทศบาลนครอุตรธานี และองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ (ชุมชนต้นแบบด้านการจัดการสุขภาพอนามัย) ในการจัดการสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง

และเมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบชุมชนต้นแบบด้านการจัดการสุขภาพอนามัยกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทเดียวกันในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนตามวิธีการศึกษาที่ระบุรายละเอียดไว้ในบทที่ 3 คณะวิจัยพบว่า ปัจจัยในด้านองค์การ (Institutional Factors) ที่ส่งผลต่อความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพอนามัย ได้แก่ ตัวชี้วัดด้านภาวะผู้นำและทัศนคติของผู้บริหารต่องานด้านสาธารณสุขและการบริหารงานเครือข่ายการบริการด้านสุขภาพ ทั้งนี้ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู นายกเทศมนตรีของเทศบาลนคร

อุดรธานี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ ล้วนแล้วแต่มีเจตคติที่เป็นบวกต่อการให้บริการ สาธารณสุขแก่ประชาชนในท้องถิ่น และมีความเข้าใจนิยามของคำว่า “สุขภาพอนามัย” ครอบคลุมทุกมิติ ตลอดจนเห็นถึงความสำคัญของการทำงานร่วมกับเครือข่ายหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชน

นอกจากนี้ยังพบว่าตัวชี้วัดด้านโครงสร้างองค์กรที่ได้รับการเตรียมการเพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสาธารณสุขก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ชุมชนต้นแบบทั้ง 3 พื้นที่มีผลงานอันเป็นที่ประจักษ์ชัด โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู เทศบาลนครอุดรธานี และองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ ล้วนแล้วแต่มีผลงานภายในที่ปฏิบัติหน้าที่เฉพาะด้านงานสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพอนามัย และมีจำนวนสถานบริการด้านสุขภาพอนามัยในรูปแบบศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็น PCU และ CUP และศูนย์เด็กเล็กในความรับผิดชอบมากกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีหน่วยบริการสุขภาพในความรับผิดชอบหรือมีอยู่เป็นจำนวนน้อยอาจไม่ได้หมายความว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นปล่อยปละละเลยภาระหน้าที่ด้านสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม คณะวิจัยตั้งข้อสังเกตว่า แม้้องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานีและองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูจะไม่มีสถานพยาบาลในกำกับดูแล แต่้องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูซึ่งเป็นหนึ่งในพื้นที่ชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพ มีการจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ ดังนั้นการพิจารณาความพร้อมและศักยภาพด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงจำเป็นต้องพิจารณาประเด็นการจัดสรรเงินงบประมาณเพื่อสนับสนุนโครงการและกิจกรรมด้านสุขภาพด้วย

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพทางคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา คณะวิจัยพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นชุมชนต้นแบบมีการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขคิดเป็นสัดส่วนต่องบประมาณรายจ่ายประจำปีทั้งหมดสูงกว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นกรณีเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ตาม บทวิเคราะห์ได้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านการเงินการคลังในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบัน โดยเฉพาะในประเด็นความเพียงพอของรายได้ที่นำมาใช้ในการสนับสนุนงานด้านสุขภาพ ซึ่งแม้ว่า้องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์จะเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพอนามัย แต่ก็มีปริมาณรายได้ที่จัดเก็บเองในสัดส่วนที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้จากเงินอุดหนุน โดยเฉพาะเงินอุดหนุนเฉพาะกิจที่สัดส่วนสูงกว่าเงินอุดหนุนทั่วไป และรายได้จากแหล่งอื่นๆ ในจุดนี้ชี้ให้เห็นว่าแม้จะมีการถ่ายโอนสถานอนามัยประจำตำบลนาโพธิ์ให้แก่้องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์แล้ว แต่หน่วยงานภาครัฐส่วนกลางก็ยังคงสามารถควบคุมกระบวนการทำงานและคุณภาพของการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลนาโพธิ์ได้ โดยผ่านกฎระเบียบการใช้จ่ายเงินอุดหนุนเฉพาะกิจเพื่อส่งเสริมงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนเฉพาะกิจนั้นจำเป็นต้องเป็นไปตามรายละเอียดรายการ กิจกรรม และโครงการตามที่สำนักงานประมาณกำหนด อาทิเช่น รายจ่ายครุภัณฑ์ รายจ่ายค่าก่อสร้าง และรายจ่ายเงินเดือนและสวัสดิการบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขที่โอนย้ายไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ทั้งนี้ ความเหลื่อมล้ำในการจัดสรรเงินอุดหนุนเฉพาะกิจปรากฏอย่างชัดเจนในกรณีองค์กรการบริหารส่วนตำบลนาฮีซึ่งไม่ใช่พื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพ ในทางทฤษฎี หน่วยงานภาครัฐส่วนกลางควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยให้แก่ท้องถิ่นที่มีผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานที่ต่ำ แต่ในบทวิเคราะห์นี้ กลับพบว่าองค์กรการบริหารส่วนตำบลนาฮีไม่ได้รับเงินอุดหนุนเฉพาะกิจในระหว่างปี พ.ศ. 2551-2555 แต่ต้องพึ่งพาอาศัยเงินรายได้ที่จัดเก็บเองโดยเฉลี่ยถึงร้อยละ 50 ของเงินรายได้ทั้งหมดในแต่ละปีงบประมาณ

ในประเด็นเงินอุดหนุนที่รัฐจัดสรรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนี้อาจเป็นอีกหนึ่งกลยุทธ์ที่คณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ควรรับไว้พิจารณาในการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระยะต่อไป เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าเงินอุดหนุนถือเป็นเส้นเลือดใหญ่ทางการคลัง (Fiscal artery) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ชนบท แต่จากกรณีองค์กรการบริหารส่วนตำบลนาฮี ก็เห็นได้ว่าเมื่อองค์กรการบริหารส่วนตำบลได้รับการจัดสรรเงินอุดหนุนหรืองบประมาณทางด้านสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมก็จะก่อให้เกิดการดำเนินงานและผลสัมฤทธิ์ด้านสุขภาพอนามัยที่เป็นที่น่าพอใจ รัฐจึงไม่มีเหตุผลอันชอบธรรมในการขัดขวางการกระจายงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพทั้งหมดให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เหตุผลที่ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจไม่สามารถรักษาคุณภาพในการให้บริการ ตลอดจนมีการบริหารงานที่โปร่งใสและเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาลนั้น เป็นสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับสภาพการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันที่ยังคงต้องพึ่งพิงเงินอุดหนุนจากรัฐเป็นหลัก และในช่วงระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา เงินอุดหนุนที่รัฐจัดสรรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็เป็นรูปแบบเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ ซึ่งด้วยกลไกโครงสร้างเงินอุดหนุนเฉพาะกิจในปัจจุบันก็ไม่ได้มีความแตกต่างไปจากการรวมศูนย์อำนาจการตัดสินใจ (Centralized Decision Making) เนื่องจากข้อบ่งชี้ในการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนเฉพาะกิจก็ยังจำกัดอำนาจและความเป็นอิสระในการตัดสินใจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่เช่นเดิม

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาปัจจัยที่บ่งชี้และส่งเสริมความพร้อมของภาคประชาชนนั้น เป็นที่ประจักษ์ชัดว่าประชาชนในเขตพื้นที่เทศบาลนครอุดรธานีและองค์กรการบริหารส่วนตำบลนาฮีซึ่งเป็นพื้นที่ชุมชนต้นแบบมีระดับความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์ ไม่ว่าจะเป็นการบริโภคอาหารให้ถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามหลักโภชนาการ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จึงอาจกล่าวได้ว่าประชาชนและชุมชนของพื้นที่ต้นแบบมีความเข้าใจในงานด้านสุขภาพอนามัยที่สอดคล้องกับหลัก New Public Health ที่เน้นพัฒนางานด้านสุขภาพในทุกมิติ นอกเหนือจากนี้ประชาชนในพื้นที่ต้นแบบยังมีความกระตือรือร้นในการดำเนินโครงการและกิจกรรมต่างๆ ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพอนามัยทั้งที่เป็นรูปแบบโครงการและกิจกรรมที่ขอรับเงินสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกิจกรรมที่กลุ่มประชาชนดำเนินการเอง

ทั้งนี้ ความหลากหลายขององค์กรภาคประชาชนและกิจกรรมด้านสุขภาพในพื้นที่ต้นแบบทั้ง 2 แห่งล้วนเป็นผลสืบเนื่องมาจากช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลายของประชาชนอันก่อให้เกิดความตระหนักรู้ในความสำคัญของการรักษาสุขภาพอนามัย นอกจากนี้ยังเกี่ยวโยงไปถึงการทำงานเชิงรุกของบุคลากรด้านสาธารณสุขของท้องถิ่นที่ถึงแม้จะยังไม่ได้รับการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ด้านสุขภาพอย่างเต็มที่ แต่ก็มีการใช้ช่องทางที่ไม่เป็นทางการและความสัมพันธ์กับชุมชนท้องถิ่นในการแทรกซึมองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพให้แก่ชาวบ้าน และสิ่งสำคัญ คือ บทบาทของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนให้ภาคประชาชนเป็นตัวละครหลักในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพมากกว่าเป็นผู้ปฏิบัติเสียเอง

### **ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย**

ในช่วงระยะเวลา 10 กว่าปีที่ผ่านมา กระบวนการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพอนามัยในประเทศไทยไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ อย่างไรก็ตาม คณะวิจัยพบว่าเมืององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนที่มีผลงานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและสาธารณสุข ซึ่งสมควรได้รับการถอดบทเรียนเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทต่าง ๆ ตลอดจนเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาความพร้อมและศักยภาพทางด้านสุขภาพอนามัยของท้องถิ่น โดยจากผลการศึกษาวิจัย สามารถกำหนดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในระยะต่อไปได้ดังนี้

### **บทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**

บทเรียนสำคัญจากงานวิจัยนี้ในการกำหนดบทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมสำหรับท้องถิ่นแต่ละระดับ/ประเภทนั้นมีทั้งสิ้น 3 ประการ คือ

- (1) โครงสร้างและรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจต้องสอดคล้องกับบริบททางการเมืองท้องถิ่นและความพร้อมของภาคประชาชนของแต่ละจังหวัด โดยเฉพาะความแตกต่างกันระหว่างจังหวัดที่มีความเป็นเมือง (Urbanism) สูงเช่น จ.อุดรธานี จ.ขอนแก่น จ.นครราชสีมา และจังหวัดที่พื้นที่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นชุมชนชนบท (Rural area) เช่น จ.หนองบัวลำภู จ.หนองคาย จ.กาฬสินธุ์
- (2) การบริหารงานด้านสุขภาพอนามัยไม่ว่าจะในพื้นที่ชุมชนต้นแบบหรือพื้นที่ที่นำมาเปรียบเทียบต่างต้องพึ่งพาเครือข่ายหน่วยงานภาครัฐ และเครือข่ายภาคประชาชนเป็นหลัก อาทิเช่น ระบบเครือข่ายรักษาพยาบาลปฐมภูมิ (CUP) เป็นต้น ดังนั้น การถ่ายโอนภารกิจทางด้านสุขภาพอนามัยในระยะต่อไปควรใช้

ประโยชน์จาก CUP ที่มีอยู่ในพื้นที่ให้มากที่สุด และกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการสนับสนุน ส่งเสริม และพัฒนา PCU ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมและศักยภาพให้เป็น CUP แก่สถานพยาบาลอื่นๆ

- (3) ตามที่รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ให้ความสำคัญกับจังหวัด ดังนั้นจึงต้องเน้นที่ศักยภาพและบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับจังหวัด คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นหน่วยงานหลัก

ทั้งนี้ การกำหนดบทบาทหน้าที่ด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัยและสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นต้องภารกิจหน้าที่เป็น 3 ประเภท คือ (1) ภารกิจด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งประกอบไปด้วยงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ (2) ภารกิจด้านการรักษาพยาบาล ประกอบไปด้วยการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และ (3) ภารกิจด้านการส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ

ด้วยบริบทและศักยภาพที่หลากหลายของจังหวัดในประเทศไทย โครงสร้างการกระจายอำนาจ และภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัยและสาธารณสุขจึงต้องมีหลายตัวเลือกเพื่อให้เกิดความเหมาะสมทั้งในด้านความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความพร้อมของภาคประชาชน รูปแบบของการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ดังกล่าวมีทั้งสิ้น 3 รูปแบบ (ตารางที่ 6.1) คือ

1. รูปแบบองค์การบริหารส่วนจังหวัดอ่อนแอ ซึ่งหมายถึงกรณีที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดไม่มีความพร้อมทางด้านภาวะผู้นำของผู้บริหาร และความพร้อมเชิงโครงสร้างองค์กร ซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากกรณีองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี สำหรับรูปแบบการแบ่งอำนาจหน้าที่ด้านสาธารณสุขนี้ รัฐบาลโดยหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังต้องทำหน้าที่หลักในการรักษาพยาบาลในระดับพื้นที่จังหวัด แต่จะต้องถ่ายโอนภารกิจด้านส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพไปที่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีความพร้อมและสมัครใจ ส่วนการควบคุมและป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคนั้น เนื่องจากเป็นงานที่ส่งผลกระทบต่อพื้นที่ในวงกว้างจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในจังหวัด จึงควรจัดตั้งเป็นคณะกรรมการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ และคุ้มครองผู้บริโภคในระดับจังหวัดโดยมีตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกรรมการร่วมกับหน่วยงานส่วนภูมิภาค สำหรับภารกิจด้านรักษาพยาบาลนั้น เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีความพร้อมและศักยภาพอาจจะรับหน่วยบริการปฐมภูมิไปบริหารส่วนการรักษาพยาบาลชั้นทุติยภูมิและปฐมภูมิ ตลอดจนภารกิจส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการยังคงอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข



2. **รูปแบบที่ 2 องค์การบริหารส่วนจังหวัดเข้มแข็ง** หลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษานี้ได้ชี้ให้เห็นว่า การถ่ายโอนภารกิจทางด้านสุขภาพอนามัยจะต้องทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านความพร้อมของท้องถิ่นในหลายประเด็น โดยเฉพาะในด้านงบประมาณ แม้แต่พื้นที่ชุมชนต้นแบบก็ยังประสบกับปัญหาดังกล่าว ดังนั้นการกระจายอำนาจในระยะที่ 3 ก็ควรเป็นไปอย่างระมัดระวัง ทั้งนี้ คำว่า “เข้มแข็ง” ในรูปแบบนี้ หมายถึง การที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีความพร้อมและศักยภาพในการจัดการสุขภาพอนามัย โดยผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัดจะต้องมีภาวะผู้นำและผลงานด้านการจัดการสุขภาพอนามัยที่เป็นที่ประจักษ์ชัด และมีการเตรียมพร้อมองค์กรเพื่อรองรับภารกิจถ่ายโอน อย่างไรก็ตาม รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่นี้ก็ไม่ควรเป็นการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขทั้งหมดทุกด้าน โดยรูปแบบการกำหนดบทบาทหน้าที่ของท้องถิ่นรูปแบบองค์การบริหารส่วนจังหวัดเข้มแข็งจะมุ่งเน้นให้เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งถือเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับล่างรับผิดชอบงานด้านส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด ส่วนองค์การบริหารส่วนจังหวัดจะรับผิดชอบงานด้านฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย การควบคุมและป้องกันโรค ตลอดจนการคุ้มครองผู้บริโภค สำหรับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นนั้นควรได้รับการถ่ายโอนไปที่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลในลักษณะเครือข่ายการให้บริการสุขภาพ (Contracting Unit) โดยให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นฝ่ายประสานงานและส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการร่วมกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. **รูปแบบผสมผสาน** ซึ่งเป็นบทเรียนที่ได้จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู สำหรับรูปแบบนี้ งานด้านการส่งเสริมสุขภาพต้องถ่ายโอนไปยังเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล นอกจากนี้ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ควรจะทำเป็นรูปแบบคณะกรรมการกองทุนระดับจังหวัดโดยให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นผู้บริหารจัดการ ส่วนการควบคุมป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค ควรจะเป็นภารกิจหน้าที่รับผิดชอบร่วมระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับการรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Primary Care) นั้น รัฐอาจจะถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาเป็นพ่วงให้แก่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลหลายแห่งให้พื้นที่จังหวัด โดยจัดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดทำหน้าที่กำกับดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอน โดยอาจจะพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สามารถเป็น CUP ให้แก่สถานพยาบาลในกำกับท้องถิ่นอื่นได้ ซึ่งในการนี้นอกจากนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดต้องทำหน้าที่เป็นฝ่ายส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการร่วมกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 6.1 โครงสร้างการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รูปแบบ	การส่งเสริมสุขภาพ	การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์	การควบคุมและป้องกันโรค/คุ้มครองผู้บริโภค	การรักษาพยาบาลปฐมภูมิ	การรักษาพยาบาลทุติยภูมิ	การรักษาพยาบาลตติยภูมิ	การส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ
1	เทศบาล/อบต.	เทศบาล/อบต.ที่พร้อมและสมัครใจ	คณะกรรมการพื้นที่จังหวัด ประกอบไปด้วยตัวแทน อปท. และ กสร.	เทศบาล/อบต.ที่พร้อมและสมัครใจ	หน่วยงานในสังกัด กสร.	หน่วยงานในสังกัด กสร.	หน่วยงานในสังกัด กสร.
2	เทศบาล/อบต.	คณะกรรมการกองทุนระดับจังหวัดภายใต้กำกับของ อบจ.	คณะกรรมการร่วมรับผิดชอบพื้นที่จังหวัด ประกอบไปด้วย อบจ. และหน่วยงานในสังกัด กสร.	ถ่ายโอนมาเป็นพงง/เครือ รพ.สต. ไปที่เทศบาล/อบต. โดยอาจมีศูนย์สุขภาพชุมชนของ อบจ. เป็น CUPs	หน่วยงานในสังกัด กสร.	หน่วยงานในสังกัด กสร.	หน่วยงานในสังกัด กสร./ อบจ.
3	เทศบาล/อบต.	คณะกรรมการกองทุนระดับจังหวัดภายใต้กำกับของ อบจ.	คณะกรรมการกองทุนระดับจังหวัดภายใต้กำกับของ อบจ.	ถ่ายโอนมาเป็นพงง/เครือ รพ.สต. ไปที่เทศบาล/อบต. โดยอาจมีศูนย์สุขภาพชุมชนของ อบจ. เป็น CUPs	ถ่ายโอนมาเป็นพงง/เครือ ไปที่ อบจ. โดยอาจมี รพจ. หรือ รพศ. เป็น CUSs	หน่วยงานในสังกัด กสร.	หน่วยงานในสังกัด กสร./ อบจ.

## แนวทางการพัฒนาความพร้อมด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เพื่อให้สอดคล้องกับผลการประเมินความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีศึกษาทั้ง 6 แห่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน แนวทางการพัฒนาความพร้อมของท้องถิ่นจะแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ แนวทางการพัฒนาความพร้อมขององค์กร และแนวทางการพัฒนาความพร้อมภาคประชาชน

### แนวทางการพัฒนาความพร้อมเชิงองค์การ

การพัฒนาความพร้อมเชิงองค์การจะพิจารณาใน 3 ประเด็น ได้แก่

#### ■ ด้านภาวะผู้นำและทัศนคติผู้บริหาร

- ผู้บริหารท้องถิ่นควรได้รับการฝึกอบรมในรูปแบบหลักสูตรฝึกอบรม หรือการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของงานด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากในปัจจุบัน การดำเนินงานฝึกอบรมผู้บริหารท้องถิ่น การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมวิชาการ หรือแม้แต่การเสวนาทางวิชาการเพื่อถอดบทเรียนประสบการณ์ในบรรดาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง อาทิเช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ไม่ควรดำเนินการจัดหลักสูตรฝึกอบรมและการประชุมต่างๆเอง แต่ต้องเปิดโอกาสให้องค์กรภาคส่วนอื่น ไม่ว่าจะเป็นสถาบันการศึกษา และองค์กรภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเสริมสร้างภาวะผู้นำของผู้บริหารท้องถิ่น ทั้งนี้เพื่อก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคการเมือง และภาคประชาชน

#### ■ ด้านโครงสร้างองค์กรและกระบวนการ

- รัฐควรส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะทางด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นแรงจูงใจ ซึ่งในระยะแรกอาจจะตั้งเป็นมาตรฐานสำหรับท้องถิ่นที่เสนอรับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมคุณภาพและความรู้ของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในท้องถิ่น โดยให้หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคเป็นศูนย์ฝึกอบรม (Training Center) สำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขในท้องถิ่น

- สำหรับปัญหาความไม่เพียงพอของบุคลากร ส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขทำได้ คือ ส่งเสริมให้มีการสร้างเครือข่ายระหว่างท้องถิ่น โรงพยาบาลในสังกัด กสช. และสถานพยาบาลภาคเอกชน โดยให้สมาชิกเครือข่ายสามารถใช้บุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันได้
- **ด้านศักยภาพทางด้านการเงินการคลัง**
  - รัฐควรส่งเสริมให้สถาบันอุดมศึกษาและสถานพยาบาลภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการฝึกอบรมให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการวิเคราะห์ต้นทุนผลิตต่อหน่วย (Unit Cost Analysis) การบริหารกองทุน การวิเคราะห์ความคุ้มค่าโครงการ และการบริหารงานเครือข่าย
  - รัฐควรสนับสนุนให้ท้องถิ่นจัดตั้งกองทุนสำหรับภารกิจด้านต่างๆ ในระดับจังหวัด เช่น กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย กองทุนเครือข่ายรักษาพยาบาล เบื้องต้น กองทุนควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ทั้งนี้เพื่อให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในงานด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น และท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอนภารกิจใดไป เมื่อเกิดปัญหาสภาพคล่อง อาจจะขอกู้ยืมเงินจากกองทุนดังกล่าวได้ โดยไม่เป็นภาระของรัฐ
  - รัฐควรส่งเสริมให้ท้องถิ่นร่วมมือกับสถานพยาบาลทั้งที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลภาคเอกชนในลักษณะการร่วมทุน เช่น การก่อสร้างและบริหารโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้ อาจใช้งบประมาณของท้องถิ่นในการก่อสร้างตัวอาคารและจัดซื้อครุภัณฑ์ รวมทั้งรับผิดชอบระบบการบริหารทั่วไป ส่วนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนเรื่องบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

#### **แนวทางการพัฒนาความพร้อมภาคประชาชน**

- ในส่วนแนวทางการพัฒนาความพร้อมของภาคประชาชนนั้น รัฐควรจัดให้มีการประชุมเสวนา หรือ ประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้บริหารท้องถิ่นให้มากขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้และประสบการณ์กับผู้บริหารท้องถิ่นของตน
- รัฐควรกระตุ้นให้เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขทำงานในเชิงรุกให้มากขึ้น โดยเฉพาะการเสนอโครงการและกิจกรรมต่างๆ ที่มีลักษณะต่อเนื่องและมีความสำคัญในชีวิตประจำวันของประชาชน เช่น โครงการลด ละ เลิกการบริโภคอาหารครั้งสูงครั้งดิบ เป็นต้น ทั้งนี้ควรหลีกเลี่ยงโครงการที่มีลักษณะเป็นการแข่งขันประจำปี

## ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต

สำหรับงานวิจัยนี้ คณะวิจัยได้เสนอเครื่องมือตัวชี้วัดที่ใช้สำหรับการประเมินความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการบริหารระบบการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งมีความแตกต่างจากเครื่องมือตัวชี้วัดที่ภาครัฐใช้เป็นเงื่อนไขในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบัน แม้ว่าเครื่องมือตัวชี้วัดความพร้อมชุดใหม่จะช่วยแก้ไขข้อบกพร่องของเครื่องมือตัวชี้วัดชุดเดิม แต่ทว่าก็ยังคงมีความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ในการประเมินความพร้อมและศักยภาพทางด้านการเงินการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจำเป็นต้องมีการบูรณาการองค์ความรู้ทางเศรษฐศาสตร์และการจัดการการเงิน ควบคู่ไปกับองค์ความรู้ทางด้านบริหารรัฐกิจและสาธารณสุขศาสตร์ ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงรากเหง้าของปัญหาของระบบการจัดเก็บรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบเงินอุดหนุนจากรัฐซึ่งจากผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าเป็นการ “สร้าง” มากกว่า “แก้ไข” ความเหลื่อมล้ำทางด้านการคลังท้องถิ่น

นอกเหนือจากนี้ การวิจัยเพื่อประเมินความพร้อมด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้ชุดเครื่องมือที่คณะวิจัยได้คิดค้นขึ้นมา ควรขยายขอบเขตไปยังภูมิภาคอื่นที่มีการดำเนินโครงการนำร่องถ่ายโอนสถานอนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อจะได้เกิดความรู้ความเข้าใจในบริบททางด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น ซึ่งบริบททางด้านสังคมที่ต่างกันั้นย่อมส่งผลต่อแนวทางการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนพลวัตของการเมืองภาคประชาชน

**ภาคผนวก**

### แบบสำรวจข้อมูลพฤติกรรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....
2. ประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
 ( ) องค์การบริหารจังหวัด ( ) เทศบาลนคร ( ) เทศบาลเมือง  
 ( ) เทศบาลตำบล ( ) องค์การบริหารส่วนตำบล
3. พื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบ.....ตารางกิโลเมตร
4. จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนที่อยู่ในรับผิดชอบ.....แห่ง
5. จำนวนครัวเรือนที่อยู่ในรับผิดชอบ.....ครัวเรือน
6. จำนวนประชากร.....คน

กลุ่มอายุ/วัย	เพศ									
	ชาย					หญิง				
	2551	2552	2553	2554	2555	2551	2552	2553	2554	2555
วัยเด็ก (0 -14 ปี)										
วัยทำงาน (15 -59 ปี)										
วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)										
รวม										

7. รายได้เฉลี่ยต่อคน

ปี	2551	2552	2553	2554	2555
รายได้(บาท)/คน					

8. จำนวนสถานเอนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ).....แห่ง
9. จำนวนโรงเรียน.....แห่ง  
 จำนวนครู.....คน  
 จำนวนนักเรียน.....คน
10. อปท.มีกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมหรือไม่ ( ) มี ( ) ไม่มี
11. จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชน.....แห่ง
12. จำนวนวัด.....แห่ง
13. จำนวนหอกระจายข่าว.....แห่ง

14. จำนวนศูนย์เด็กเล็ก.....แห่ง

15. จำนวนเด็กนักเรียนในศูนย์เด็ก.....คน

16. ศักยภาพการบริหารจัดการงบประมาณ

ในปีงบประมาณย้อนหลัง 5 ปี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้ จำแนกตามแหล่งต่างๆเท่าไร

แหล่งที่มา	จำนวนเงิน(บาท)/ปี				
	2551	2552	2553	2554	2555
1.เงินรายได้ - ภาษีอากร - ค่าธรรมเนียม - รายได้จากทรัพย์สิน - รายได้จากสาธารณูปโภค - รายได้จากพาณิชย์ - รายได้เบ็ดเตล็ด รวมเงินรายได้					
2.เงินอุดหนุน - เงินอุดหนุนทั่วไป - เงินอุดหนุนเฉพาะกิจ - เงินอุดหนุนอื่นๆ รวมเงินอุดหนุน					
3.เงินอื่นๆ - เงินสมทบ - เงินกู้ - เงินจากองค์กรเอกชน - เงินจากนักการเมือง/พรรคการเมือง รวมเงินอื่น					
รวมรายรับทั้งหมด					



17. ในปีงบประมาณ 2555 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการบริหารจัดการรายจ่ายอย่างไร

ประเภทรายจ่าย	จำนวนเงิน(บาท)/ปี				
	2551	2552	2553	2554	2555
1.งบลงทุน (ตามแผนพัฒนา)					
2.ค่าใช้สอย					
3.เงินเดือน/ค่าจ้าง					
4.ค่าไฟฟ้า/ค่าสาธารณูปโภค					
รวมทั้งสิ้น					

18. รายจ่ายตามแผนพัฒนาปี พ.ศ. 2555 เป็นอย่างไร

ประเภทรายจ่าย	จำนวนเงิน(บาท)/ปี				
	2551	2552	2553	2554	2555
1.การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน					
2.การพัฒนารายได้และการจ้างงาน					
3.การพัฒนาสิ่งแวดล้อม					
4.การพัฒนาวัฒนธรรมและประเพณีท้องถิ่น					
5.การพัฒนาความรู้ ส่งเสริมการศึกษา					
6.การส่งเสริมด้านพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส					
7.การพัฒนาด้านสาธารณสุขและสุขภาพ อนามัย					
รวมทั้งสิ้น					

19. จำนวนบุคลากรจำแนกตามประเภทของบุคลากร

ประเภท	จำนวน(คน)/ปี				
	2551	2552	2553	2554	2555
1.นักการเมือง - รองนายกเทศมนตรี/รองนายก อบต./ อปท. - ที่ปรึกษานายก - สมาชิกสภาท้องถิ่น					

ประเภท	จำนวน(คน)/ปี				
	2551	2552	2553	2554	2555
2. พนักงานส่วนท้องถิ่น - ลูกจ้างประจำตามภารกิจ - ลูกจ้างปกติ					
รวมทั้งสิ้น					

20. จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข.....คน

แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ  
ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการด้านสุขภาพของ  
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....
2. เพศ           ( ) หญิง                           ( ) ชาย
3. อายุ.....ปี
4. ระดับการศึกษา  
    ( ) ประถมศึกษา                           ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น  
    ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย                   ( ) ปวช./ปวส./ปวท./อนุปริญญา  
    ( )ปริญญาตรี/สูงกว่า                   ( ) อื่นๆ ระบุ.....
5. ตำแหน่งในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับการศึกษา  
    ( ) นายก อปท.                           ( ) รองนายก อปท.  
    ( ) ประธานสภา อปท.                   ( ) สมาชิกสภา อปท.
6. (เฉพาะนายก อปท.) ก่อนหน้าที่จะเข้ามาเป็นผู้บริหารท้องถิ่น ท่านเคยระยะเวลาที่อยู่ในตำแหน่ง  
    ปัจจุบัน.....ปี
7. อาชีพ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)  
    ( ) เกษตรกรรม                           ( ) ค้าขาย/กิจการส่วนตัว  
    ( ) รับจ้าง                               ( ) อื่นๆ (ระบุ).....
8. วาระที่ท่านอยู่ในตำแหน่ง.....วาระ
9. (ในกรณีที่ เป็นประธานสภาหรือสมาชิกสภา อบต.)ท่านอยู่ในกลุ่มเดียวกับนายกหรือไม่  
    ( ) คนละกลุ่ม                           ( ) กลุ่มเดียวกัน

## แนวคำสัมภาษณ์ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ บุคลากร และผู้ที่เกี่ยวข้องใน การบริหารจัดการด้านสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

### 1. วิสัยทัศน์และนโยบายด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. ท่านมีความเข้าใจกับคำว่า “ สุขภาพ ” อย่างไร และท่านมีนโยบายด้านสุขภาพ
2. ท่านคิดว่า ในการดำเนินงานตามนโยบายด้านสุขภาพที่ผ่านมามีอะไรบ้างที่ประสบความสำเร็จ หรือมีอะไรที่ล้มเหลวและท่านคิดว่า ควรจะปรับจุดด้อยหรือความล้มเหลวเหล่านี้ได้อย่างไร จึงจะทำให้นโยบายดังกล่าวสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้
3. ในอนาคต ท่านมีการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ทางด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือไม่อย่างไร
4. ในอนาคต ถ้าจะให้ อบต. เทศบาล หรือ อบจ. รับผิดชอบในด้านสุขภาพของประชาชน รูปแบบของการดำเนินงานควรมีการปรับเปลี่ยนหรือไม่ อย่างไร และบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขควรจะปรับบทบาทหรือไม่ อย่างไร
5. ท่านคิดว่า อะไรคือปัจจัยหลักของความสำเร็จที่ทำให้ท้องถิ่นมีศักยภาพและความพร้อมในการจัดการสุขภาพในท้องถิ่น

### 2. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหาร/นักการเมืองท้องถิ่น กับข้าราชการประจำ (ข้อคำถามส่วนนี้ เฉพาะ นายกหรือรองนายก ปลัดหรือรองปลัด และหัวหน้ากองเท่านั้น)

1. (ถ้าถามนายก หรือรองนายก) ท่านมีความสัมพันธ์กับปลัดอย่างไร (ถ้าถามปลัด หรือรองปลัด) ท่านนายก (หรือรองนายก) สนับสนุนการทำงานของปลัดอย่างไร หากมี สนับสนุนท่านอย่างไร หากไม่ ทำไมถึงเป็นเช่นนั้น สาเหตุเกิดจากอะไร อย่างไร
2. (ถ้าถามนายกหรือรองนายก) ท่านนายกมีความคิดเห็นต่ออุปสรรคในการทำงานของปลัดอย่างไร (ถ้าถามปลัด หรือรองปลัด) ท่านนายก (หรือรองนายก) เข้าใจการทำงานของท่านปลัดหรือไม่ หากไม่ ท่านสามารถให้เหตุผลหรือคำอธิบายได้อย่างไร หากเข้าใจ ท่านสามารถให้เหตุผลหรือคำอธิบายได้ อย่างไร
3. (ถ้าถามปลัด หรือรองปลัด) ท่านหัวหน้ากองต่างๆ มีความสัมพันธ์กับท่านอย่างไร (ถ้าถามหัวหน้ากองฯ) ท่านปลัด (หรือรองปลัด) สนับสนุนการทำงานของท่านหรือไม่ อย่างไร หากไม่ ทำไมถึงเป็นเช่นนั้น ท่านสามารถให้เหตุผลหรือคำอธิบายได้อย่างไร หากมีการสนับสนุน ให้ท่านแล้วได้หรือไม่ว่าสนับสนุนอย่างไร

4. (ถ้าถามปลัดฯ หรือรองปลัดฯ) ท่านปลัดฯมีความคิดเห็นต่ออุปสรรคในการทำงานของหัวหน้ากองอย่างไร (ถ้าถามหัวหน้าฝ่าย) ท่านหัวหน้าฝ่ายเข้าใจการทำงานของท่านปลัดหรือไม่

### 3. การมีส่วนร่วมของประชาชน

1. ท่านให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของคนในพื้นที่หรือไม่ อย่างไร
2. ท่านให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานหรือโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาพื้นที่หรือไม่ อย่างไร
3. ท่านให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องกระบวนการรับฟังความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ที่ดำเนินการโดยหน่วยงานของท่านหรือไม่ อย่างไร
4. ท่านให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนมีการตื่นตัวด้านสุขภาพเพื่อผลักดันและเรียกร้องผลประโยชน์ต่อส่วนรวมของท้องถิ่นหรือไม่ อย่างไร
5. ท่านให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องกระบวนการสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่มีการกำหนดวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพหรือทิศทางในอนาคตของท้องถิ่นหรือไม่ อย่างไร
6. ในปัจจุบันประชาชนในท้องถิ่นของท่านได้ทำหน้าที่ในการตรวจสอบการทำงานของท่านนายกเทศมนตรีหรือไม่ หากประชาชนได้ทำหน้าที่ในการตรวจสอบ ประชาชนได้ทำหน้าที่อย่างไร

### 4. ศักยภาพทางการบริหารของผู้บริหารท้องถิ่น (ข้อคำถามส่วนนี้เฉพาะ ปลัดฯหรือรองปลัดฯ และหัวหน้ากองเท่านั้น)

1. ท่านคิดว่านายก อบจ./นายกเทศมนตรี/นายก อบต.มีรูปแบบการบริหารงานเป็นอย่างไร และการบริหารนั้นผลลัพธ์ออกมาเป็นอย่างไร  
หากผลลัพธ์ออกมาดี ท่านคิดว่านายก อบจ./นายกเทศมนตรี/นายก อบต.มีการบริหารงานอย่างไร  
หากผลลัพธ์ออกไม่ดีเท่าที่ควร ท่านคิดว่าทำไมถึงเป็นเช่นนั้น
2. ท่านคิดว่านายก อบจ./นายกเทศมนตรี/นายก อบต. มีภาวะผู้นำมากน้อยเพียงใด ท่านสามารถให้เหตุผลหรือคำอธิบายได้อย่างไร

### 5. ความสัมพันธ์กับหน่วยงานด้านสุขภาพในท้องถิ่น

1. ท่านพอใจในรูปแบบ หรือขั้นตอนการประสานงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่านกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือไม่ และท่านสามารถให้เหตุผลหรือคำอธิบายได้อย่างไร
2. ท่านคิดว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่านสามารถทำงานได้โดยเป็นอิสระปราศจากการสนับสนุนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือไม่  
ถ้ามีการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนในเรื่องใดบ้าง

### 6. ศักยภาพทางการจัดการการเงิน

ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่านมีการตรวจสอบจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) หรือไม่

หากมี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่านได้รับการทักท้วงหรือตั้งข้อสังเกต หรือให้คำแนะนำ  
อะไร จากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน อย่างไร และท่านได้ดำเนินการอะไรบ้างเพื่อปรับปรุงตาม  
ข้อทักท้วง หรือข้อสังเกต หรือข้อแนะนำของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน อย่างไร โปรด อธิบาย

**7. ศักยภาพด้านการออกเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติ**

1. ในรอบปีที่ผ่านมา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของท่านประสบกับปัญหาในการออกเทศบัญญัติ/  
ข้อบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี หรือไม่ หากประสบกับปัญหา ปัญหาเหล่านั้นคืออะไร  
และหน่วยงานของท่านแก้ไขปัญหามาได้หรือไม่ อย่างไร
2. (ข้อความนี้ ถามเฉพาะปลัดฯ) ในช่วงเวลาที่นายกษัตริย์ดำรงตำแหน่ง มีการออกเทศบัญญัติ/  
ข้อบัญญัติอื่นๆที่นอกเหนือจากเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติงบประมาณไปแล้วทั้งหมดกี่ฉบับ
3. เทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติที่ออกมาเห็นผลที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้หรือไม่ กรุณาเล่ารายละเอียด  
เกี่ยวกับผลการบังคับใช้เทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติ มาพอสังเขป
4. เทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติ ที่ออกมามีประโยชน์ต่อประชาชนโดยส่วนรวมในท้องถิ่นของท่านมาก  
น้อยเพียงใด

**8. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารท้องถิ่นกับสภา (ข้อความส่วนนี้เฉพาะประธานสภาหรือรอง  
ประธานสภาและสมาชิกสภา เท่านั้น)**

1. เสียงในสภา ส่วนใหญ่ เป็นทีมเดียวกับท่านนายกฯ หรือไม่
2. ถ้าเป็นคณะทีม การทำงานระหว่างนายกฯกับสภา มีปัญหาอุปสรรคหรือไม่  
หากมีปัญหาอุปสรรค ปัญหาอุปสรรคเหล่านั้นคืออะไร
3. ถ้าจะทำให้การทำงานระหว่าง นายกฯกับสภา เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ท่านคิดว่าควร  
มีการปรับปรุงแบบ หรือโครงสร้างของระบบความสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายบริหาร กับฝ่ายสภา  
อย่างไร

## แนวคำสัมภาษณ์ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ และบุคลากรในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์ สสจ./หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สาธารณสุขอำเภอ/  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอมนัย

1. ท่านมีความเข้าใจหรือให้ความหมายคำว่า “ สุขภาพ ” อย่างไร
2. หน่วยงานของท่านได้มีการจัดกิจกรรมหรือโครงการใดบ้างที่มีการดำเนินการด้านสุขภาพ
3. กิจกรรมหรือโครงการที่ระบุในข้อ 2 มีหน่วยงานใดเข้ามาร่วมทำหรือไม่ หากมี หน่วยงานนั้นเข้ามาร่วมได้อย่างไร
4. การดำเนินกิจกรรมหรือโครงการต่างๆที่ระบุไว้ในข้อ 2 ท่านคิดว่าประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด ท่านพิจารณาจากอะไรเป็นตัวชี้วัด และท่านใช้ข้อมูลจากแหล่งใด
5. รูปแบบการบริหารจัดการที่ผ่านมา ท่านคิดว่ามีข้อจำกัดหรือไม่ และควรพัฒนาปรับปรุงหรือไม่อย่างไร
6. ในอนาคตข้างหน้า หากต้องการให้ประชาชนในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบมีสุขภาพที่ดี หน่วยงานของท่านควรจะมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบและแผนการดำเนินการทางด้านสาธารณสุขหรือไม่อย่างไร
7. ท่านคิดว่า ถ้าจะให้ อบต. เทศบาล หรือ อบจ. มีบทบาทในการรับผิดชอบบริหารจัดการเรื่อง การดูแลสุขภาพของประชาชน รูปแบบการดำเนินการควรเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร
8. ท่านคิดว่า ปัจจุบันประชาชนมีศักยภาพและความพร้อมในการจัดการสุขภาพของตนเองหรือไม่ หากมี ดูจากอะไร และอะไรเป็นปัจจัยหลักของความสำเร็จ หากไม่มี หน่วยงานของท่านรวมทั้ง กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายหรือปรับบทบาทหรือไม่อย่างไร จึงจะทำให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ดียิ่งขึ้นกว่านี้ หรือมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

## แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนและตัวแทนประชาชน

### 1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อศึกษามุมมองด้านสุขภาพของผู้นำชุมชน
- 1.2 เพื่อศึกษาศักยภาพและวิธีการของชุมชนในการดำเนินการด้านสาธารณสุข
- 1.3 เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินการด้านสาธารณสุข

### 2. องค์ประกอบของกลุ่ม

- 1) ประธาน อสม./อสม. จำนวน 3 คน ประธานชุมชน จำนวน 2 คน ส.อบต. จำนวน 2 คน
- 2) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน
- 3) ผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาส จำนวน 2 คน
- 4) ผู้นำเยาวชน จำนวน 1 คน
- 5) พระสงฆ์ จำนวน 1 รูป

### 3. แนวในการสนทนากลุ่ม

3.1 ท่านคิดว่าในปัจจุบัน กลุ่มต่าง ๆ uto ไปนี้ในชุมชนท่าน มีความเท่าเทียมกันในการรับบริการสุขภาพอนามัยหรือไม่ อย่างไร

- กลุ่มที่มีฐานะดีกับคนที่มีฐานะยากจน
- กลุ่มเด็กกับกลุ่มผู้ใหญ่
- กลุ่มผู้สูงอายุกับคนหนุ่มสาว
- กลุ่มผู้ชายกับกลุ่มผู้หญิง
- กลุ่มคนในเมืองกับคนชนบท

ถ้ามี ชุมชนของท่านมีวิธีการอย่างไรจึงจะทำให้กลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้ มีความเท่าเทียมกันในด้าน การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ถ้าไม่มี ท่านคิดว่าจะมีวิธีการใดบ้าง จะทำให้กลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้ เข้าถึงและ ได้รับบริการสุขภาพเท่าเทียมกัน

3.2 ท่านคิดว่า การที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีนั้น ใคร หน่วยงานไหน รวมทั้งตัวประชาชนควรจะต้องทำอย่างไร

3.3 ท่านคิดว่า อปท./เทศบาล/อบต. มีความพร้อมในการเข้ามารับผิดชอบด้านสุขภาพของประชาชนหรือไม่

ถ้ามี อะไรเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ อปท. มีความพร้อม

หากไม่มีหรือไม่พร้อม หน่วยงานงานไหน รวมทั้ง อปท. ควรจะต้องมีการเตรียมความพร้อมอย่างไร

3.4 ท่านคิดว่า ประชาชนควรจะมีส่วนร่วมกับ อปท./เทศบาล/อบต. ในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันหรือไม่ อย่างไร และการจะให้ประชาชนเข้ามามีส่วน



ร่วมมากกว่านี้ ใครควรจะต้องทำอะไร อย่างไร หรือหน่วยงานไหนที่ควรจะมาช่วยบ้าง และ  
หน่วยงานเหล่านี้ควรจะมีบทบาทอย่างไร

- 3.5 ประชาชนในชุมชนของท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอย่างไร เช่น ร่วมบริจาคทรัพย์ ร่วม  
เป็นอาสาสมัคร ร่วมในการกำหนดประเด็นปัญหา กำหนดแนวทางในการแก้ไข ร่วมในการ  
ประเมินผล ตลอดจนร่วมในการตัดสินใจ เป็นต้น (ขอให้ผู้ตอบได้เล่าวิธีการต่างๆ โดยละเอียด  
ว่า ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างไร สมัครใจหรือจัดตั้งขึ้น)

## บรรณานุกรม

- กฤษดา แสงดี. ประมวลหลักปฏิบัติองค์การอนามัยโลกว่าด้วยการสรรหาบุคลากรด้านสุขภาพเข้าทำงานระหว่างประเทศ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
- กระทรวงสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. การประเมินนโยบาย และยุทธศาสตร์: การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อุษาคณาการพิมพ์; 2544
- เกรียงศักดิ์ เขียวยิ่ง. รูปแบบการพัฒนาการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการจัดการทรัพยากร (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2542.
- คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร, รุจิราถ อรรถสิขัฐ. 2 ทศวรรษ บทเรียนการจัดการงานวิจัยระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556.
- จรวพร ศรีศัลักษณ์, จเร วิชชาไทย, ไร่ไพ แก้ววิเชียร. “ประสบการณ์การกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขในรูปแบบการถ่ายโอนสถานีนอนามัย.” วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2552; 3: 16-24.
- . “คำถามการวิจัยเพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทย.” วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2555; 6: 532-542.
- ดำรง วัฒนา. การประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนและความเหมาะสมของภารกิจที่จะถ่ายโอน. กรุงเทพมหานคร: กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น; 2547.
- ดิเรก ปัทมศิริวัฒน์. การขับเคลื่อนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการจัดบริการสาธารณะที่ดี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ทีคิวพี จำกัด; 2012.
- ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา, อัครกรณ์ วงศ์ปรีดี. Public Professionalism in Local Government Setting: A Comparative Analysis of Thai and Illinois Municipal Chief Administrators' Perceptions of Public Professionalism. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ 2555; 10: 139-183.
- ธานี กอบัญญู. “สาระสำคัญการถ่ายโอนสถานีนอนามัยสู่ท้องถิ่น (รอบแรก).” วารสารหมอนอนามัย 2551; 17: 7-29
- ปรีดา แต่อารักษ์. สังเคราะห์ทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
- ปารีชาติ ศิวะรักษ์. กำเนิดกองทุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน สสส.; 2546
- พีรสิทธิ์ คำานวนศิลป์, ศุภวัฒนากร วงศ์ชนวสุ. การพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการองค์การบริหารส่วนตำบลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์; 2546.
- , ---, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์. “การประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดหลักของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.” วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม 2549; 29” 58-73.

ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนากระบวนการสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2554.

ลือชัย ศรีเงินยวง. การประเมินผลท้องถิ่นกับการพัฒนาระบบสุขภาพในบริบทการกระจายอำนาจ: การสังเคราะห์บทเรียนและข้อเสนอเชิงนโยบาย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2555.

วินัย ลีสมีทธิ, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.

วีระพงษ์ อุ่นมานนท์. ความพร้อมการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานขององค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.

เวียงรัฐ เนติโพธิ์. กระบวนการทางการเมืองในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข: ศึกษากรณีการถ่ายโอนสถานีอนามัย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, จิรบูรณ์ โตสงวน, หทัยชนก สุมาลี. บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพและข้อเสนอเรื่องการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.

ศุภมล ศรีสุขวัฒนา. การปรับปรุงและแก้ไขกฎหมายสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจ. นนทบุรี: สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ; 2546.

สงครามชัย ลีทองดี. การประเมินความก้าวหน้าและวิเคราะห์ผลกระทบในการดำเนินงานตามแผนกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ไม่ปรากฏปีที่ตีพิมพ์.

สมพันธ์ เตชะอธิก, พะเยาว์ นาคำ. สรุปบทเรียนและติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2551.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, อัจฉริยา ชูวงศ์เลิศ. “สมรรถนะในการวางแผนและความสามารถขององค์การบริหารส่วนตำบลในการปฏิบัติภารกิจหน้าที่: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น,” วารสารพัฒนบริหารศาสตร์ 2540; 37: 35-72.

สุริยะ วงศ์คงคาเทพ. ข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2554.

สำเร็จ แหียงกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ. คู่มือการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน: หน่วยบริการปฐมภูมิ (PUC). นครราชสีมา: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสาธารณสุขนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2550

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. เสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการกระจายอำนาจและธรรมาภิบาลท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย; 2552.

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. บริการปฐมภูมิ: บริการสุขภาพใกล้ใจและใกล้บ้าน.  
นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545.

สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. บทเรียนการกระจายอำนาจในระบบบริการปฐมภูมิ. นนทบุรี:  
สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน; 2555.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, รายงานการติดตามประเมินผล  
การถ่ายโอนสถานีนอมาลัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2551.

ศรีสุดา รัศมีพงศ์, ศศิธร วรรณพงษ์, จารุวรรณ ไม้ตระกูล. ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ภาคกลางในการมีส่วนร่วมผลิตพยาบาลของชุมชน. **วารสารไทยเภสัชศาสตร์  
และวิทยาการสุขภาพ** 2553; 5: 162-68.

ศุภชัย ศรีสุชาติ, แก้วขวัญ ตั้งติพงศ์กุล, อนิณ อรุณเรืองสวัสดิ์. โครงการวิจัยประเมินผลแผนการกระจาย  
อำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;  
2556.

อุดม ทุมโฆสิต. การปกครองท้องถิ่นสมัยใหม่: บทเรียนจากประเทศพัฒนาแล้ว. กรุงเทพมหานคร: สถาบัน  
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; ไม่ปรากฏปีที่ตีพิมพ์.

เอนก เหล่าธรรมทัศน์. อภิวัฒน์ท้องถิ่น : สรรวจทฤษฎีการเมืองเพื่อสร้างท้องถิ่นให้เป็นฐานใหม่ของ  
ประชาธิปไตย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ที คิว พี; 2552.

Acheson, D. Public Health in England: the Report of the Committee of Inquiry into the Future  
Development of the Public Health Function. London: HMSO; 1988.

Akin, J., P. Hutchinson, K. Strumpf. Decentralized and Government Provision of Public Goods: the  
Public Health Sector in Uganda. North Carolina: University of North Carolina and Carolina  
Population Center; 2001.

Asian Development Bank. Annual Report. Manila: Asian Development Bank; 1994.

Bankauskaite, V., R. Saltman. "Central Issues in the Decentralization Debate." In: R. Saltman, V.  
Bankauskaite, K. Vrangbaek (eds.). Decentralization in Healthcare. New York: Open  
University Press; 2007.

Bergman, S. "Swedish Models of Health Care Reform: A Review and Assessment." **International  
Journal of Health Planning and Management** 1998; 13: 91-106.

Brown, L., A. LaFond, K. MacIntyre, Measuring Capacity Building. Chapel Hill, North Carolina:  
Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill; 2001.

- Browne B. E. "Rational Planning and Responsiveness; the Case of the HSAs." **Public Administration Review** 1981; 41: 437-444.
- Bossert, T. "Analyzing the Decentralization of Health Systems in Developing Countries: Decision Space, Innovation, and Performance." **Soc. Sci. Med.** 1998; 47: 1513-27.
- , J. Beauvais. "Decentralization of Health Systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: A Comparative Analysis of Decision Space." **Health Policy and Planning** 2002; 17: 14-31.
- Cheema, S., D. Rondinelli. *Decentralizing Governance: Emerging Concepts and Practices* Washington, DC: Brookings Institute Press; 2007.
- Chen, Y. "Capacity Building in Health Promotion" (In Chinese). **Chinese Journal of Health Education** 1999; 15: 38-40.
- Chernichovsky, D., K. Hanson. *Advances in Health Economics and Health Services Research*. U.K.: Emerald Group Publishing; 2009.
- Cohen, J., S. Peterson. *Administrative Decentralization: A New Framework for Improved Governance, Accountability, and Performance*. Cambridge: Harvard Institute for International Development.
- Crisp, B., H. Swerissen, S. Duckett, "Four Approaches to Capacity Building in Health: Consequences for Measurement and Accountability." **Health Promotion International** 2000; 15: 99-107.
- Donatini, Andrea, M. D'Ambrosio, A. Scalzo, L. Orzella, A. Cicchetti, S. Profili. *Health Care Systems in Transition*. European Observatory on Health Care Systems; 2001.
- Elder, John. *Behavior Change and Public Health in the Developing World*. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2001.
- Falleti, Tulia. "A Sequential Theory of Decentralization: Latin American Cases in Comparative Perspective." **American Political Science Review** 2005; 99: 327-46.
- Ferguson, I., C. Chandrasekharan. *Paths and Pitfalls of Decentralization for Sustainable Forest Management: Experiences of the Asia-Pacific Region*. International Tropical Timber Organization; 2012.
- Fesler, J. "Approaches to the Understanding of Decentralization." **Journal of Politics** 1965; 27: 536-566.

- Fox, Jonathan, B. Aranda. Decentralization and Rural Development in Mexico: Community Participation in Oaxaca's Municipal Funds Program. San Diego, California: Center for U.S.–Mexican Studies, University of California; 1996.
- Gillies, P. "The Effectiveness of Alliances and Partnerships for Health Promotion." **Health Promotion International** 1998; 13: 1-21.
- Gillies, P. Effectiveness of Alliances and Partnerships for Health Promotion. **Health Promotion International** 1998; 13: 99-120.
- Gosselin, R. "Decentralization and Regionalization in Health Care: the Quebec Experience." **Health Care Management Review** 1984; 9: 7-25.
- Gottret, P., George Schieber. Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. Washington, DC: The World Bank; 2006.
- Gregersen, H., A. Contreras-Hermosilla, A. White, L. Phillips. Forest Governance in Federal Systems: An Overview of Experiences and Lessons. Jakarta, Indonesia: Center for International Forestry Research; 2012.
- Heritage, Zoe, Mark Dooris. "Community Participation And Empowerment In Healthy Cities." **Health Promotion International** 2009; 24: i45-i55.
- Hofrichter, R., R. Bhatia. Tackling Health Inequities through Public Health Practice: Theory to Action. Boston, Massachusetts: Oxford University Press; 2010.
- Hutchinson, P.L., A.K. LaFond. Monitoring and Evaluation of Decentralization Reforms in Developing Country Health Sectors. Bethesda, Maryland: PHR plus; 2004.
- Hunter, D., L. Marks, K. Smith. The Public Health System in England. Bristol, United Kingdom: The University of Bristol Policy Press; 2010.
- Johnson, T., S. Stout. Health Care in Mali: Building on Community Involvement in Investing in Health Development Effectiveness in the Health, Nutrition, and Population Sector. Washington, DC: World Bank; 1999.
- Khaleghian, P., M. Das Gupta. "Public Management and the Essential Public Health Functions." **World Development** 2005; 33: 1083-99.
- Kjellstrom, T., Susan Mercado, Mojgan Sami, Kristin Havemann, Soichiro Iwao. "Achieving Health Equity in Urban Setting." **Journal of Urban Health** 2007; 84: 1-6.

- Kwon, S. Thirty Years of National Health Insurance in South Korea: Lessons for achieving universal health care coverage. **Health Policy and Planning** 2008; 4: 1-9.
- Laverack, G., N. Wallerstein. Measuring Community Empowerment: A Fresh Look at Organizational Domains. **Health Promotion International** 2001; 16: 179-185.
- Leach, S., J. Stewart. The Politics of Hung Authorities. Macmillan; 1992.
- Lyons, Michael. Place-Shaping: A Shared Ambition for the Future of Local Government: Final Report. Norwich, UK.: Office of Public Sector Information; 2007.
- Manor, J. "Democratic Decentralization in Africa and Asia." **IDS Bulletin** 1995; 26: 81-88.
- Manor, J. The Political Economy of Democratic Decentralization. Washington, DC: The World Bank, Directions in Development Series; 1999.
- McKinlay, John, Lisa Marceau. "Upstream Healthy Public Policy: Lessons from the Battle of Tobacco." **International Journal of Health Services** 2000; 30: 49-69.
- Milne, C. "Condition Critical." **Maclean's** 2002: 40-41.
- Minkler, M. "Improving Health through Community Organization and Community Building: A Health Education Perspective." In: M. Minkler (Ed.), Community Organizing and Community Building for Health (pp. 30-52). London: Rutgers University Press; 2005.
- Musgrave, R. The Theory of Public Finance. New York: McGraw-Hill; 1958.
- Ness, Gayl. Thailand's Decentralization: Global Forces and Local Conditions. In: P. Kamnuansilpa, Bonnie Brereton (Eds.) Local Governments in a Global Context. Khon Kaen: College of Local Administration; 2012.
- Oates, W. Fiscal Federalism. New York: Harcourt Brace Jonavich; 1972.
- Oliveira M. D. Bevan, G. Measuring Geographic Inequities in the Portuguese Health Care System: An Estimation of Hospital Care Needs. **Health Policy** 2003; 66: 227-293.
- Patamasiriwat, D. (2012). Fiscal Inequality and Grant Allocation: Provincial Analysis of Thailand's Local Government Finance. In: P. Kamnuansilpa, Bonnie Brereton (Eds.) Local Governments in a Global Context. Khon Kaen: College of Local Administration; 2012.
- Rondinelli, D. "Administrative Decentralization and Economic Development: the Sudan's Experiment with Devolution." **The Journal of Modern African Studies** 1981; 19: 491-500.
- . "Decentralization, Territorial Power, and the State: A Critical Response." **Development and Change** 1990; 21: 491-500.

- Santaba, P. A. Vaz, M. Fachada. "Measuring Health Inequities in Portugal in the 90s." Paper Presented at the International Conference on Poverty, Food, and Health in Welfare. Current issues, future perspectives, July 1-4, Lisbon; 2003.
- Schneider, Aaron. "Decentralization: Conceptualization and Measurement." **Studies Comparative International Development** 2003; 38: 32-56.
- Smith, B.C. "The Decentralization of Health Care in Developing Countries: Organizational Options," **Public Administration and Development** 1997; 17: 399-412.
- Smithies, J., G. Webster. *Community Involvement in Health: From Passive Recipients to Active Participants*. Aldershot: Ashgate; 1998.
- Suwanpanyalert, P. "The Health Care Reform Initiative in Thailand." In: Andrew Twaddle (Ed.). *Health Care Reform Efforts around the World*. Greenwood Publishing Group; 2003.
- Tang, K.C., D. Nutbeam, L. Kong, R. Wang, J. Yan. "Building Capacity for Health Promotion: A Case Study from China." **Health Promotion International** 2005; 20: 285-295.
- , J. Chen, A. Bauman, M. Wise. *Report to the Department of Health, Hong Kong Special Administrative Region on a Study on the Community, Organizational, and Workforce Capacity to Promote Health*. Canberra: Australian Center for Health Promotion; 2001.
- Tatara, K., E. Okamoto. "Japan: Health System Review." **Health systems in Transition** 2009; 11: 1-164.
- U.K. Department of Health. "Local Government Leading for Public Health." **U.K. Government White Papers** 2011.
- United Cities and Local Governments. *Decentralization and Local Democracy in the World: First Global Report by United Cities and Local Governments*. Barcelona, Spain: United Cities and Local Governments; 2009.
- Wallerstein, N. *What Is the Evidence of Effectiveness of Empowerment to Improve Health?* Copenhagen: WHO/EURO; 2006.
- Wei, Y.D. *Regional Development in China: States, Globalization, and Inequality*. London and New York: Routledge; 2000.
- Wibbels. E. *Federalism and the Market: Intergovernmental Conflict and Economic Reform in the Developing World*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2004.



World Health Organization (WHO). HEALTH 21: The Health for All Policy Frame-Work for the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.

---. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO; 1986.

Yates, Andrea. "Decentralization in Pollution Permit Markets." **Journal of Public Economic Theory** 2002; 4: 641-60.