

# สถานการณ์ ศักยภาพ และความพร้อมของไทรภาคี ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในพื้นที่ ๑๒ ตำบล

สุพิตรา ศรีวัณนิชชากร\*

วินัย ลิสมิทธิ†

อรอนงค์ ดิเรกบุษราคัม‡

รวีวรรณ เพ่ากัณทา§

สิรินาฏ นิภาพร¶

เกษม เวชสุทรานนท์\*

กัศนีญ์ ญาณะ\*

ภัทระ แสนไชยสุริยา§

พงศ์เทพ สุธีรรุณ¶

พุกฤษา บุณบุญ\*

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และเครือข่ายหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นไทรภาคีในการทำงานด้านสุขภาพของพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางและบทบาทการร่วมมือกันของทั้ง ๓ ภาคส่วน ในการดูแลระบบสุขภาพของชุมชน โดยเน้นกระบวนการศึกษาแบบมีส่วนร่วมทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ. การเลือกพื้นที่ศึกษาใช้การเลือกแบบเจาะจง กระจายใน ๔ ภูมิภาค ภาคละ ๒ จังหวัด ซึ่งมีทั้งพื้นที่ที่เป็นพื้นที่นำร่องในการถ่ายโอนภารกิจของสถานีอนามัยสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและพื้นที่ทั่วไปที่มีประสบการณ์การดำเนินงานร่วมกันของทั้ง ๓ ภาคส่วน รวมจำนวน ๑๒ ตำบล. เครื่องมือที่ใช้สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพประกอบด้วยแบบสอบถามและแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดผ่านการทดสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ. ในส่วนของการศึกษาศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้การศึกษาเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม เพื่อประเมินคะแนนสะท้อนศักยภาพในแต่ละด้าน โดยกำหนดสเกลลิงเกนซ์และใช้การวิเคราะห์แบบสถิติเชิงพรรณนา.

จากการศึกษาพบว่า ในด้านนโยบายและระบบสนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุขยังมีโครงสร้างรองรับได้จำกัด โดยเฉพาะในระดับจังหวัด ในขณะที่ระดับอำเภอและระดับตำบลมีรูปธรรมเชิงโครงสร้างและการทำงานร่วมกันที่เห็นได้ชัดเจนมากกว่า. บางพื้นที่ศึกษา เจ้าหน้าที่ต่างๆมีความเห็นเชิงหลักการหรือนโยบายการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่แตกต่างกัน และพบว่าจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ศักยภาพความรู้ความสามารถและประสบการณ์ รวมถึงระยะเวลาทำงานในพื้นที่สาธารณสุขมีผลด้านบวกต่อการทำงานสร้างภาคีความร่วมมือกัน. ทั้งนี้เนื่องจากสัมพันธภาพเชิงบุคคลเป็นสำคัญ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถทำงานร่วมกับชุมชนและท้องถิ่นให้ได้ประสิทธิภาพมากขึ้น. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีความเข้าใจเรื่องการจัดการและใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อการรายงานในระดับหน่วยงาน มากกว่าการใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนแก้ปัญหาในระดับพื้นที่. ศักยภาพและความพร้อมของภาคชุมชนขึ้นกับความหลากหลาย บทบาทและความเข้มแข็งของผู้นำชุมชนและกลุ่มการพัฒนาลักษณะต่างๆในชุมชน รวมทั้งระดับการยอมรับต่อหน่วยบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่. ภาพสะท้อนความร่วมมือและความเข้มแข็งของชุมชน ได้แก่ เป็นโครงการที่ชุมชนริเริ่ม มุ่งเน้นให้ชุมชนดูแลบริหารจัดการเอง ได้ประโยชน์ร่วมและนำไปสู่การพึ่งตนเอง. รูปธรรมการต่อรองด้านสุขภาพจากชุมชนยังมีจำกัด มีบ้างในพื้นที่ที่มีการบริหารจัดการกองทุนในลักษณะต่างๆ เพื่อพัฒนาสุขภาพ แต่ส่วนใหญ่เป็นลักษณะตั้งรับเพื่อขอรับ

\*สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข, †โรงพยาบาลคลองขลุง กำแพงเพชร, ‡ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือ นครสวรรค์, §สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ¶คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, #สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ภาคใต้, +มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ พิษณุโลก



การสนับสนุนมากกว่าเป็นการเรียกร้องหรือต่อรองเพื่อประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับชุมชน ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่มีหน่วยงานเฉพาะดูแลเรื่องสาธารณสุขและมีศักยภาพในด้านการบริหารจัดการ ขณะที่ทุกแห่งที่ศึกษาได้รับการยอมรับจากประชาชนเรื่องการเมืองท้องถิ่น แต่อำนาจการจัดเก็บภาษีท้องถิ่นและการหารายได้มีความแตกต่างกันตามขนาดขององค์กร. ส่วนรายจ่ายในการพัฒนาด้านสาธารณสุขของแต่ละพื้นที่นั้นมีน้อยมากเพียงร้อยละ ๖.๖๔ ของรายจ่ายทั้งหมดเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพมีน้อยมาก ทั้งเรื่องกำหนดนโยบายในพื้นที่เพื่อให้เกิดการประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนในพื้นที่รับผิดชอบ การร่วมจัดบริการและการซื้อบริการ โดยจะมีบทบาทการดูแลกำกับบริการและการบริหารสถานบริการบ้างเท่านั้น.

ข้อเสนอแนะที่สำคัญประกอบด้วย ๑) ควรสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้เพื่อพัฒนากลไกความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่, ๒) ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของแต่ละภาคส่วนให้ชัดเจนและต่อเนื่องตามศักยภาพและขีดความสามารถ, ๓) ควรพัฒนากลวิธานและระบบสนับสนุนสำคัญ เช่น เรื่องระบบบริหารจัดการ ระบบฐานข้อมูลในเชิงการจัดการ และใช้ประโยชน์เพื่อการวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาพื้นที่ รวมทั้งการติดตามประเมินผล.

นอกจากนี้ จากการประชุมระหว่างคณะผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนา พบว่ามีข้อเสนอเชิงกลวิธานการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนอย่างแท้จริง คือ ๑) ควรปรับเป้าหมายของการพัฒนาจากการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นการสร้างเสริมแนวคิด, กระบวนการพัฒนาภาคีด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยเป็นความร่วมมือทั้งจากภาคสาธารณสุข ท้องถิ่นและชุมชน, ๒) เสริมกลวิธานเชิงนโยบายและการบริหารองค์กรในระดับจังหวัดและอำเภอในการพัฒนาระบบงานด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพชุมชนให้เกิดเป็นนโยบายสาธารณะ. ทั้งนี้ต้องเสริมความเข้มข้นในการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพด้วย, ๓) ให้มีระบบการเสริมศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ชัดเจนต่อเนื่องตามบริบทของพื้นที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง. รูปแบบที่ดำเนินการได้ เช่น การจัดทำฐานข้อมูลในพื้นที่เด่น, การเปิดเวทีเรียนรู้ที่เหมาะสมเพื่อศึกษาแลกเปลี่ยนบริบทการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน.

**คำสำคัญ :** ศักยภาพและความพร้อม, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, หน่วยบริการสาธารณสุข, ชุมชน, สุขภาพชุมชน

#### Abstract

### Potential and Readiness of Tripartite Member Concerning the Development of the Community Health System in 12 Sub-districts

Supattra Srivanichakorn\*, Kasem Vechasuthanon\*, Winai Leesmith<sup>†</sup>, Tassanee Yana\*, Onanong Direkbussarakom<sup>‡</sup>, Pattara Sanchaisuriya<sup>§</sup>, Raviwan Paokanha<sup>¶</sup>, Pongtep Suthirawuth<sup>#</sup>, Sirinat Nipaporn<sup>+</sup>, Praksa Bookboon\*

\*Research and Development of the Community Health Systems Institute, <sup>†</sup>Klong Khlung Hospital, Kamphaengphet Province, <sup>‡</sup>Center of Study Research and Development of the Health (Northern Region), Nakhon Swan, <sup>§</sup>Health Systems Research Institute, (Northeastern Region), <sup>¶</sup>Faculty of Nursing, Burapha University, <sup>#</sup>Health Systems Research Institute, (Southern Region), <sup>+</sup>Naresuan University, Phitsanulok

This research study concerns the situation, potential and readiness of local government organizations, communities and networks of health service units at the primary health care level which work in partnership for local health. It is aimed at bring about improvements in the direction of and the role played by networking of the tripartite members of the community health system. The study emphasizes the process of both the quantity and quality approaches. The selection of the study area was made using the purposive method, with the distribution being two provinces each in four regions of Thailand. They were included in both the primary area with regard to their experience with the transfer of the mission of primary health care units to local government organizations and with the cooperative efforts of 12 sub-districts. The method of this qualitative study involved the use of a questionnaire with guidelines for interviews and focus group discussions, all of which had been passed and tested by professionals. With regard to the study of the potential and readiness of local government organizations, a scale was set up concerning the criteria and use of descriptive analysis.

The study resulted in significant information on the situation, capacity, and readiness of the network of health services relating to policy dimensions and the system of support for health service providers, which still has an incomplete structure, especially at the provincial level. However, at the district and sub-district levels, the clearing structure has worked more effectively in some of the study areas with regard to the principles or

policies governing the transfer of the health service mission to local government organizations in a different manner. The number of health service providers, their capacity regarding knowledge, and their experience, including duration of work, all have had a positive impact on their work as partners because, while individual relationships are important, the supporting system still lacks capacity for the development of more effective health officers working in communities and local areas. However, most health personnel possess understanding regarding the management and use of information; they can report on the level of the working unit more effectively than use the information for planning to solve problems at the area level. The capacity and the readiness of individual communities were found to depend on the variety, role, and strengths of the community leaders and the development groups within those communities. This observation includes the level of acceptance of health service units and the local government organization in the area concerned, as well as the focus on management, and bringing about good governance. Concrete negotiations on health from the community level are still limited, particularly with regard to funding. The capacity and the readiness of the local government organizations regarding the structure of the health system in most of the study areas varied by specific unit of management capacity. The entire study unit was accepted by the communities with regard to the local politics. However, the ability to obtain local revenues and generate income differs according to the size of each organization. For expenses on health development in those areas, each obtains a little over 6.6 percent of the total expenses from the study area. It was found that participation in the universal health insurance coverage scheme in these areas was still limited, with regard both to policy setting in the area in order to extend the coverage to all people in the areas concerned, involvement in providing and purchasing health services, including service monitoring and practice management.

Important suggestions arising from the study as it concerned the health service network and communities comprised the following: (1) support is needed for learning more about the local mechanisms for working cooperatively for health; (2) improvement in capacity-building should be promoted in each sector clearly and continuously according to their capacity and ability; (3) a mechanism and support system should be developed such as a management system, and information system for planning, and implementing, and for monitoring and evaluation.

Other suggestions called for (1) modifying the development goal regarding the transfer of the responsibility for providing health services to the local government organizations in order to promote the concept and process of partnership development among those in the health sector, local government organizations, and community; (2) advocating policy mechanisms and organizational management at the district and provincial levels for developing public policy on health, as it relates to social marketing and public communication on health; (3) supporting clear and continuous capacity-strengthening measures for local governments, such as databases developed to cover interesting case studies, and organizing appropriate activities for improving the learning process on networking issues in all sectors.

**Key words:** potential and readiness, local government organizations, health service unit, community, community health

### ภูมิหลังและเหตุผล

ระบบสุขภาพที่กว้างกว่า ระบบสาธารณสุข ประกอบไปด้วย ศักดิ์ศรีและคุณค่าคน, สัมมาชีพ, วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม, ชุมชนเข้มแข็ง, การศึกษา, ศาสนา, วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, การสื่อสาร, การสาธารณสุข, นโยบายสาธารณะและทิศทางการพัฒนา โดยมียุทธศาสตร์สำคัญ คือ การทำให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียวกันขององค์ประกอบระบบ

สุขภาพ รวมทั้งการบูรณาการแนวความคิดในการส่งเสริมสุขภาพเข้าสู่พันธกิจหลักของภาคีในทุกภาคส่วนของสังคม (All for Health) และเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของระบบสุขภาพในสังคมยุคใหม่ที่ประชาชนมีส่วนร่วมสูงขึ้นทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น<sup>(๓)</sup>.

ทั้งนี้ เป้าหมายการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศไทยมุ่งหวังให้ประชาชนไทยทุกคนมีสุขภาพที่ดี สมบูรณ์ทั้งทางกาย



จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมบูรณ์. ขณะที่เป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ ประเวศ วะสี ได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงรูปธรรมว่า ประกอบด้วย การสำรวจและช่วยเหลือผู้ที่ถูกทอดทิ้งในชุมชน, การดูแลตนเอง การดูแลในครอบครัวหรือในชุมชน โดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล, การดูแลรักษาโรคเรื้อรังได้ครอบคลุมต่อเนื่องทุกคน, การดูแลผู้สูงอายุ, การควบคุมโรคที่บอบบอย เช่น ไข้เลือดออก, สร้างชุมชนให้เข้มแข็ง จะช่วยสร้างเสริมสุขภาพตามมา, การดูแลส่งเสริมสุขภาพครอบครัว และเศรษฐกิจพอเพียงมี สัมมาชีพเต็มพื้นที่<sup>(๑)</sup>. การพัฒนาเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายระดับต่างๆ หลีกเลียงไม่ได้เรื่องการพิจารณาสภาพบริบทเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้ทิศทางการกระจายอำนาจการปกครองสู่ท้องถิ่น ซึ่งได้รับการถ่ายโอนภารกิจในหลายด้าน จากระดับส่วนกลางสู่พื้นที่ดำเนินการ. สิ่งนี้ทำให้ทุกฝ่าย จำเป็นต้องรับรู้บทบาทหน้าที่และแนวทางการพัฒนาภายใต้ เงื่อนไขของศักยภาพและความพร้อมเพื่อนำไปสู่การพัฒนา ระบบร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(๒)</sup>.

การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในหลักการนั้นจำเป็นต้องมีความร่วมมือที่สอดคล้องกันระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการสูงมาก แม้ว่าจะมีการดำเนินงานเพื่อสร้างความร่วมมือของภาคีด้านสุขภาพในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่อย่างกว้างขวาง แต่ภายใต้บริบทใหม่ในเชิงการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม รวมทั้งทิศทางการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ผู้เกี่ยวข้องจำเป็นต้องติดตามสถานการณ์การพัฒนาให้เท่าทัน รวมทั้งสามารถเข้าใจศักยภาพ ความพร้อม และโอกาสการพัฒนาที่จะทำให้มีการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานรัฐไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือภาคสาธารณสุขและภาคประชาชนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนได้ต่อไป. นอกจากนี้การศึกษาวิจัยและการพัฒนาในพื้นที่บริบทเฉพาะยังเป็นความจำเป็นเนื่องจากทำให้เห็นความเป็นไปได้ของการใช้ข้อมูลจากสถานการณ์และเงื่อนไขในปัจจุบัน ทั้งยังเป็นการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ที่เห็นประโยชน์และมี

ทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนภายใต้แนวความคิดการพัฒนาภาคีความร่วมมือด้านสุขภาพ ลักษณะความสัมพันธ์ การประสานเชื่อมต่อกันระหว่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และเครือข่ายบริการสาธารณสุขในเชิงการวางเป้าหมาย แผนงาน แผนงบประมาณหรือใช้ทรัพยากรร่วมกันสามารถนำไปสู่การสร้างกิจกรรมที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน. ทั้งนี้จำเป็นต้องร่วม กำหนดบทบาทที่เห็นพ้องต้องกันทั้งสามฝ่าย ย่อมจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการพัฒนางานด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนมีสุขภาพดี สมตามเจตนารมณ์.

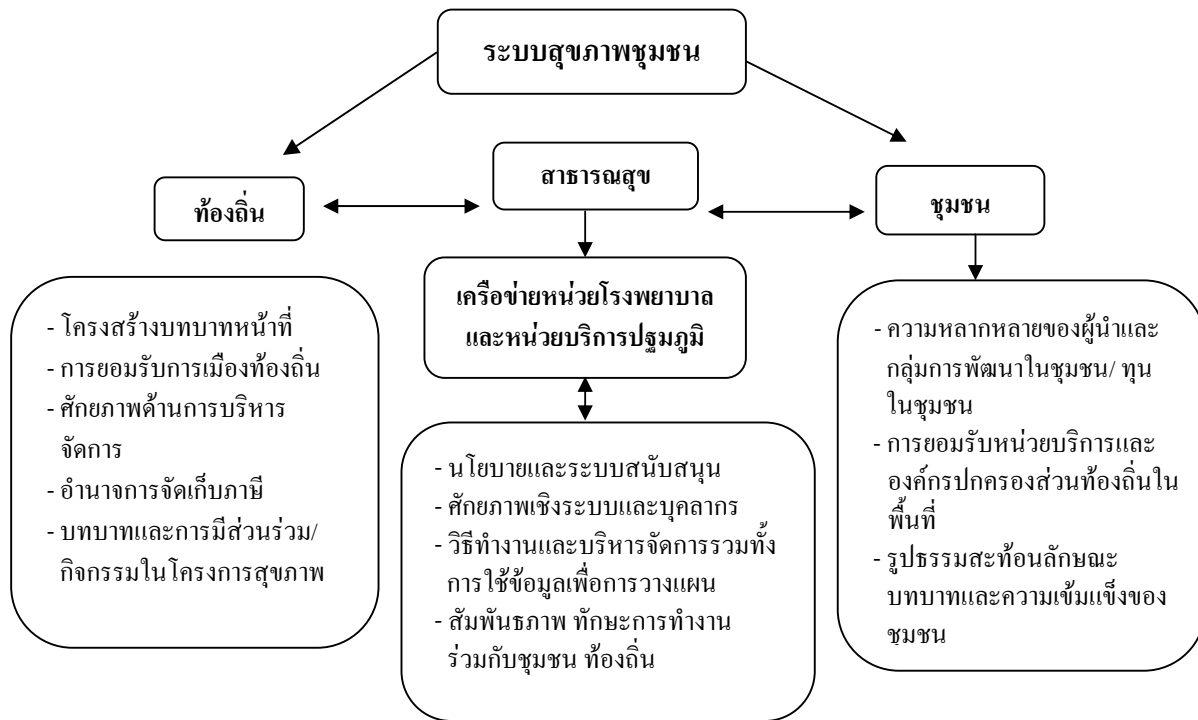
การศึกษาวิจัยนี้ศึกษาสถานการณ์ความพร้อม และศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และหน่วยบริการสาธารณสุขโดยมุ่งเน้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นไตรภาคีในการทำงานด้านสุขภาพของพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนต่อไป.

*ศักยภาพและความพร้อมในการศึกษา* หมายถึง พลังหรือความสามารถที่แฝงอยู่ และสามารถที่จะทำให้ปรากฏได้ด้วยองค์ประกอบสำคัญที่ใช้เพื่อบ่งชี้ขีดความสามารถในกระบวนการมีส่วนร่วมเชิงระบบและการบริหารจัดการในส่วนที่องค์กรเกี่ยวข้อง<sup>(๓)</sup>. ทั้งนี้ ศักยภาพและความพร้อมสะท้อนได้ในหลายมิติและจำเป็นต้องสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบในการบริหารจัดการและบริการสาธารณสุข ตลอดจนสามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและสามารถแก้ไขปัญหาคือตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน.

## ระเบียบวิธีศึกษา

พื้นที่ศึกษาทั้งหมด ๑๒ ตำบล ที่เลือกแบบเจาะจงจาก ๔ ภาค ภาคละ ๒ จังหวัด โดยเป็นพื้นที่ที่มีประสบการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ครั้งหนึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการนำร่องที่มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจากสถานีนอามัยสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

**วิธีการศึกษา** ทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่การทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา.



รูปที่ ๑ กรอบการศึกษาศาสนาการณั ศักยภาพ ความพร้อมของไตรภาคี

การใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์บุคคลสำคัญในแต่ละภาคส่วน ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สาธารณสุขอำเภอ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานเือนามัย, นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัด, ประธานสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด, นายกเทศบาลตำบล, ประธานสภาเทศบาลตำบล, หัวหน้าส่วนสาธารณสุขเทศบาลตำบล, นายกองค้การบริหารส่วนตำบลและการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นผู้นำทางการที่มีการแต่งตั้งและผู้นำธรรมชาติ จำนวน ๒-๓ กลุ่มๆ ละ ๘-๑๐ คน ในพื้นที่ศึกษาทั้ง ๑๒ แห่ง. นำข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์และแนวคำถามและการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามประเด็นการศึกษา. ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ตามแบบประเมินคะแนนกลุ่มตัวแปรสำคัญในส่วนการศึกษาศักยภาพ ๕ ด้านขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดสเกลอิงเกณฑ์ (Criterion referenced)

ใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย.

### ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น ๓ ส่วน. ส่วนที่ ๑ สถานการณ์ศักยภาพ และความพร้อมของภาคสาธารณสุข. ส่วนที่ ๒ สถานการณ์ ศักยภาพ และความพร้อมของภาคชุมชน. ส่วนที่ ๓ สถานการณ์ ศักยภาพ และความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

### รูปธรรมการดำเนินงานสุขภาพในชุมชนที่มีการดำเนินการร่วมกัน

ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ประยุกต์และพัฒนามาจากงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข. ประเด็นการทำงานมีลักษณะคล้ายกันเกือบทุกพื้นที่ มีความแตกต่างกันบ้างในส่วนที่เป็นกระบวนการทำกิจกรรม ทั้งในส่วนที่ทำให้ความ



ครอบครัวกลุ่มเป้าหมาย และประสิทธิผลของงานแตกต่างกัน. แต่การศึกษานี้ สามารถแสดงเพียงจำนวนงบประมาณที่สนับสนุนกิจกรรมด้านสาธารณสุขซึ่งมีความแตกต่างกันมากตามความสนใจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และความสามารถในการประสานและต่อรองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชน. ตัวอย่างกิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ โครงการด้านเด็ก ผู้สูงอายุ, คัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน แรงดันเลือดสูง, การกำจัดลูกน้ำยุงลาย และการอบรมอาสาสมัคร โดยผู้นำและผู้ปฏิบัติงานในแต่ละภาคส่วนให้น้ำหนักต่อการดำเนินการแต่ละเรื่องต่างกันตามบริบทของพื้นที่.

### สถานการณ์ คักยภาพ และความพร้อมของภาคสาธารณสุข

หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยงานขนาดเล็ก มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการบริหารจัดการ ต้องอาศัยหน่วยงานระดับอำเภอเป็นผู้สนับสนุน. ที่สำคัญยิ่งคือ ต้องได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและท้องถิ่น. การศึกษาความพร้อมของหน่วยบริการ จึงศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องในเชิงนโยบาย, ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานกับท้องถิ่นและการกระจายอำนาจรวมทั้งระบบการสนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุข, ความชัดเจนต่อทิศทางการดำเนินงานและปัญหาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่. ผลการศึกษาเบื้องต้น

๑. *นโยบายและระบบสนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุข*  
กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัดเห็นว่า นโยบายการกระจายอำนาจมีผลต่อการปรับเปลี่ยนระบบและรูปแบบในการทำงาน. ผู้บริหารโดยรวมไม่มีข้อขัดแย้งต่อนโยบาย แต่ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่านโยบายมีความไม่ชัดเจนในการดำเนินการ จึงควรมีการเตรียมความพร้อมเชิงโครงสร้าง การบริหารจัดการในทุกส่วนที่เกี่ยวข้องเสียก่อนทั้งในส่วนองสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งปัจจุบันในระดับจังหวัดยังไม่มีโครงสร้างหรือแผนการทำงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอย่างชัดเจนโดยทำงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นหลัก.

ในระดับอำเภอ พบว่า การที่หน่วยบริการสาธารณสุขระดับ

อำเภอ ได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและท้องถิ่นเกิดจากความสัมพันธ์ส่วนตัว เพราะผู้บริหารระดับอำเภอทำงานในพื้นที่มานาน หรือเคยร่วมงานกันมาก่อน. สำหรับความพร้อมขององค์กรท้องถิ่นต่อการดูแลสุขภาพประชาชนนั้น มีความเห็นทั้งสองฝ่าย ต้องร่วมมือกันทำงาน เพราะภาคสาธารณสุขให้ความสำคัญกับงานตามนโยบาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีจุดเด่นด้านการบริหารจัดการที่คล่องตัวและตอบสนองต่อปัญหาได้รวดเร็ว ซึ่งผู้บริหารระดับอำเภอบางแห่งมีแนวคิดเชิงลบต่อการโอนถ่ายภารกิจด้านสาธารณสุขไปให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น เนื่องจากเห็นว่า การทำงานของท้องถิ่นมุ่งเน้นผลทางการเมืองมากกว่าประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชน.

๒. *จำนวน คักยภาพ ประสบการณ์ และระยะเวลาการทำงานในพื้นที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*

โดยส่วนใหญ่สถานื่อนามัยมีจำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต่อภาระงานโดยเฉพาะเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง มารับบริการที่สถานื่อนามัยใกล้บ้าน ยกเว้นบางแห่งที่ได้รับการยกฐานะเป็นศูนย์แพทย์ชุมชน ทำให้มีจำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมากขึ้น.

จากข้อมูลของพื้นที่ศึกษาพบว่า คักยภาพของสถานื่อนามัยในการทำงานกับชุมชน เป็นคักยภาพส่วนบุคคล เช่น ระยะเวลาและประสบการณ์ในการทำงานในพื้นที่ ส่งผลต่อการทำงานกับท้องถิ่นและชุมชนอย่างมาก. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่นั้นๆเป็นเวลานาน จะมีความคุ้นเคยและมีความสัมพันธ์ส่วนตัวที่ดีกับภาครัฐในระดับท้องถิ่นและชุมชน ทำให้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานด้านสุขภาพ เช่น สนับสนุนงบโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพ, ช่วยค่าตอบแทนการทำงานของเจ้าหน้าที่ แต่ไม่มีระบบสนับสนุนการพัฒนาคักยภาพให้เจ้าหน้าที่สามารถทำงานกับท้องถิ่นและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น.

๓. *การใช้ข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์ปัญหา การวางแผนและดำเนินงานในระดับพื้นที่*

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีความเข้าใจในเรื่องระบบข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขในลักษณะที่เป็นข้อมูลเพื่อรายงานหน่วยงานระดับบน มากกว่าการใช้ข้อมูลเพื่อวางแผน

แก้ปัญหาของของพื้นที่ แต่ก็ยังมีหลายพื้นที่ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญกับข้อมูลและปัญหาด้านสุขภาพของพื้นที่ที่ได้จากสมาชิกในชุมชน โดยกระบวนการประชาคมในตำบล มีการนำข้อมูลเหล่านั้นมาจัดทำโครงการขอรับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการคืนข้อมูลให้กับชุมชนเป็นเงื่อนไขสำคัญที่สร้างความตระหนักและความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่.

#### ๔. สัมพันธภาพ ความรู้ความสามารถ รวมทั้งทักษะในการจัดการและประสานความร่วมมือ/กับภาคีอื่นในพื้นที่

ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีแนวคิดในการทำงานสุขภาพในมิติที่กว้างขึ้นจากเดิม. มีประสบการณ์และสามารถทำงานสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับภาคีต่างๆ เข้าใจการประสานประโยชน์ของภาคี อันหมายถึง ชาวบ้านได้ของหรือได้รับการช่วยเหลือ, ท้องถิ่นได้ผลงาน, ได้รับการยอมรับ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ผลงาน สนับสนุนให้เกิดการทำแผนสุขภาพแบบมีส่วนร่วมทุกภาค เช่น กรณีพื้นที่ที่ศึกษาในภาคใต้ ภาคเหนือที่ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองโดยเจ้าหน้าที่ปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ให้คำแนะนำแก่กลุ่มต่างๆ ในชุมชนเป็นผู้เอื้อกระบวนการ เรียนรู้และให้ชุมชนมีส่วนในการจัดการบริการโดยมีแกนนำต่างๆ ในชุมชนเป็นตัวกำหนดประเด็นขับเคลื่อน ดำเนินกิจกรรม ร่วมประเมิน ร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น.

รูปธรรมที่เด่นชัดว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนชาวบ้านและท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ คือ กิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย โดยกลุ่มชมรมต่างๆ, การจัดการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.

#### สถานการณ์ ศักยภาพและความพร้อมของภาคชุมชน

ผลการศึกษาโดยสรุปมีดังนี้

##### ๑. ความหลากหลายของผู้นำชุมชนและกลุ่มพัฒนา ลักษณะต่างๆ ในชุมชน

ความเข้มแข็งของชุมชนในการศึกษานี้ พิจารณาจากลักษณะของผู้นำแบบต่างๆ ความสมานฉันท์ของปัจเจกบุคคลในชุมชน, การประสานความสัมพันธ์ และทุนทางสังคมของ

ชุมชน โดยผู้นำชุมชนหมายรวมทั้งผู้นำชุมชนแบบทางการที่เกิดขึ้นหรือได้รับการแต่งตั้งจากภาครัฐและผู้นำชุมชนธรรมชาติ โดยพบว่า ผู้นำทางการในพื้นที่ศึกษาเป็นอาสาสมัครจากหน่วยงานราชการต่างๆ โดยผู้นำที่มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทสูง ในระดับตำบลหรือพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทการเป็นผู้นำชุมชนในพื้นที่ต่างๆ สูงกว่าอาสาสมัครจากหน่วยงานอื่นๆ ในขณะที่ผู้นำธรรมชาติ ได้แก่ ผู้สูงอายุ พระสงฆ์ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของทุนทางสังคมมีบทบาทในระดับหมู่บ้าน และมีบทบาทในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง. ทั้งนี้พระสงฆ์จะเป็นผู้นำและเชื่อมโยงคนในหมู่บ้านและตำบลด้วยวัฒนธรรมความเชื่อที่เกิดขึ้นหรือมีอยู่ในชุมชนนั้นๆ แต่บทบาทมากน้อยต่างกันในแต่ละพื้นที่.

ในขณะที่ทุนทางสังคม ด้านศาสนา วัฒนธรรม ยังเป็นทุนที่เชื่อมต่อกันในชุมชนให้มารวมตัวกันได้ แม้ว่าในชุมชนที่มีความหลากหลายทางพื้นที่และแตกต่างทางวัฒนธรรม ยกเว้นชุมชนภาคใต้ ที่ภายในชุมชนเดียวกันมีทั้งไทยพุทธและมุสลิมอาศัยอยู่ร่วมกัน จะมีผู้นำทางธรรมชาติเฉพาะกลุ่มศาสนา โดยกลุ่มไทยพุทธมีพระสงฆ์เป็นผู้นำทางธรรมชาติ ในขณะที่ไทยมุสลิมมีโต๊ะอิหม่ามหรือครูสอนศาสนาเป็นที่นับถือ. วัฒนธรรมประเพณีจะเชื่อมโยงเฉพาะคนในกลุ่มที่นับถือศาสนาเดียวกัน ขาดจุดยึดเหนี่ยวรวมของคนทั้งชุมชน ทำให้ผู้นำทางการเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะนายกองค์การบริหารส่วนตำบล.

กลุ่มพัฒนาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่เกิดจากภาครัฐเข้าไปดำเนินการริเริ่มหรือจัดตั้งให้ การจัดตั้งกลุ่มพัฒนาต่างๆ นั้นขึ้นกับสภาพปัญหา ลักษณะชุมชน ความร่วมมือและการจัดการของผู้นำชุมชน โดยได้รับความร่วมมือจากคนในชุมชนเป็นอย่างดี .

##### ๒. การสะท้อนการยอมรับต่อหน่วยบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

เนื่องมาจากสภาพปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพภายในชุมชน ประชากรวัยแรงงานต้องออกจากชุมชนไปประกอบอาชีพ คนที่อยู่ประจำในชุมชนจึง



เป็นกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเด็ก ผู้ที่มีบทบาทและดำเนินกิจกรรมในชุมชนส่วนใหญ่จึงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ.

มุมมองของผู้นำและสมาชิกชุมชนต่อหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นั้น ส่วนใหญ่มองว่า การดูแลสุขภาพขึ้นอยู่กับตัวเอง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการด้านรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รวมทั้งให้ความรู้ด้วยการรณรงค์หรือจัดกิจกรรมคัดกรองโรค.

ในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในท้องที่นั้น ชุมชนมองว่า ปัจจุบันผู้นำองค์กรบริหารส่วนตำบล มองเห็นความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพ มีนโยบายและให้การสนับสนุนงบประมาณในด้านสุขภาพ. ดังนั้นหากมีการโอนถ่ายสถานีอนามัยไปอยู่กับองค์กรบริหารส่วนตำบล องค์กรบริหารส่วนตำบลสามารถที่จะดูแลงานด้านสาธารณสุขได้ อีกทั้งยังมีความใกล้ชิดกับประชาชนด้วย แม้ว่าความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการขององค์กรบริหารส่วนตำบลอาจจะไม่เท่าหน่วยงานเดิมที่บริหารจัดการสถานีอนามัยอยู่ แต่หากมีการพัฒนาความรู้และความเข้าใจขององค์กรบริหารส่วนตำบลในงานด้านสาธารณสุข จะทำให้สามารถทำงานร่วมกันได้.

๓. *รูปธรรมเด่นของความร่วมมือและสะท้อนความเข้มแข็งของชุมชน*

ความเด่นชัดของการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่คนในชุมชนเข้าร่วมกระบวนการ และได้รับประโยชน์ร่วมกัน เป็นกิจกรรมที่ภาครัฐริเริ่มแล้วกระตุ้นให้เกิดกระบวนการพัฒนาโดยคนในชุมชน ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ชุมชนดูแลตนเองได้. กิจกรรมเกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนต่างๆ เช่น กองทุนหมู่บ้าน กลุ่มฌาปนกิจ รวมทั้งกองทุนสวัสดิการชุมชน.

การมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ เริ่มต้นจากโครงการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขประกอบกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เช่น การออกกำลังกายโดยการรำกระบี่กระบอง การเต้นแอโรบิค เกิดการรวมตัวกันและวางแผนเพื่อให้กิจกรรมกลุ่มสามารถดำเนินการต่อไปได้ โดยขอรับงบประมาณหรือสิ่งสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะ

เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล.

หอกระจายข่าวเป็นกลไกที่ใช้ในสื่อสารกันชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการสื่อสารข่าวด้านสุขภาพ เยี่ยมบ้าน พูดคุยกับชาวบ้านในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นกลุ่มวัยกลางคนขึ้นไป และทำงานด้วยความสมัครใจ.

ในขณะที่เดียวกันผู้นำและสมาชิกในชุมชนสะท้อนว่า กิจกรรมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่ไม่ประสบผลสำเร็จเกิดจากข้อจำกัดของคนในชุมชนที่ต้องใช้เวลาส่วนมากของตนเพื่อประกอบอาชีพ. การจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนจึงต้องเป็นเวลาที่ว่างจากการประกอบอาชีพ. ส่วนหนึ่งพบว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตชุมชนเมือง หรืออุตสาหกรรม มีลักษณะการทำงานที่จำกัด อันเนื่องมาจากบริบทของชุมชน อีกทั้งยังเห็นว่า การที่ชุมชนไม่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เนื่องจากขาดงบประมาณและบุคลากร และกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข จะประสบความสำเร็จได้ ต้องเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในชุมชน และส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยตรง.

๔. *บทบาทของชุมชนต่อการจัดการกองทุนสุขภาพในพื้นที่ การต่อรองกับภาคีอื่นในพื้นที่ด้านสุขภาพ และบทบาทอื่นๆ ที่เสริมการพัฒนาสุขภาพชุมชน*

ในชุมชนเมืองหรือชุมชนกึ่งเมือง ชาวบ้านในชุมชนมีบทบาทในการจัดการกองทุนสุขภาพภายในพื้นที่ของตน จัดทำโครงการสร้างสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของคนในชุมชน มีกิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกันในระหว่างหมู่บ้าน. โดยในพื้นที่ศึกษาของชุมชนภาคเหนือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข จะมีบทบาทในการเป็นที่ปรึกษาช่วยคิดโครงการต่างๆ ในขณะที่พื้นที่ศึกษาของชุมชนภาคใต้ส่วนใหญ่ผู้ที่เข้ามามีบทบาทในการเป็นที่ปรึกษาดำเนินการจัดการกองทุนสุขภาพ คือนายองค์กรบริหารส่วนตำบล.

การต่อรองด้านสุขภาพขององค์กรชุมชนกับภาคีอื่นในพื้นที่ ไม่เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในทุกพื้นที่. การทำงาน



เชื่อมกันระหว่างกลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชนไม่ชัดเจน สมาชิกในกลุ่มต่างคนต่างทำเฉพาะบทบาทภายในกลุ่มของตน. การเชื่อมโยงมีลักษณะไม่เป็นทางการ และเป็นลักษณะที่คนๆ หนึ่งเป็นสมาชิกหลายกลุ่ม เกิดการรับรู้เรื่องราวระหว่างกลุ่มในฐานะสมาชิกกลุ่ม. ส่วนการต่อรองด้านสุขภาพของภาคีหรือกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ต่อองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นลักษณะตั้งรับ เพื่อขอรับการสนับสนุนมากกว่าจะเป็นการเรียกร้องหรือต่อรองเพื่อประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในชุมชน.

### สถานการณ์ ศักยภาพ และความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การศึกษาสถานการณ์ ศักยภาพ และความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ได้ศึกษาตัวแปรสำคัญ ๕ กลุ่มที่เป็นแรงผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทด้านสาธารณสุข. ผลการศึกษา มีดังนี้

#### ๑. โครงสร้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๑๒ แห่ง ที่เป็นตัวอย่างการศึกษา ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล ๘ แห่ง (ร้อยละ ๖๖.๗) และเทศบาลตำบล ๔ แห่ง (ร้อยละ ๓๓.๓), องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีหน่วยงานรับผิดชอบด้านสาธารณสุขมี ๘ แห่ง. ที่เหลือไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบเฉพาะเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขภายในหน่วยงานมีน้อยมากบางแห่งไม่มีเลย. สัดส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อเจ้าหน้าที่ทั้งหมดเฉลี่ยน้อยมากเพียง ๐.๑ เท่านั้น. สถานบริการสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบทุกอปท. เฉลี่ยมีสถานอนามัยหรือสถานบริการสาธารณสุขอยู่ ๑ แห่ง โดยรวมทั้ง ๑๒ แห่ง มีคะแนนประเมินตามแบบการวิเคราะห์ตามกลุ่มตัวแปรโครงสร้างองค์กรต่ำกว่าค่าคะแนนกลาง.

#### ๒. การยอมรับทางการเมืองท้องถิ่น

ตัวแปรกลุ่มนี้ ได้แก่ องค์กรประกอบที่บริหารและสภาท้องถิ่น ระบบข้อมูล การใช้กฎหมาย การจัดบริการสังคม ตอบสนองข้อเรียกร้องประชาชน และพึงความเห็นของประชาชนที่เห็นการยอมรับทางการเมืองท้องถิ่น แสดงถึงความมั่นคงทางการเมืองที่มีผลต่อการพัฒนาทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจและ

คุณภาพชีวิต ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการสร้างและพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง ๑๒ แห่งที่ศึกษา พบมีเพียง ๔ แห่งที่มีทีมบริหารและสภาท้องถิ่นส่วนใหญ่มาจากพรรคการเมืองเดียวกัน. นอกจากนี้ทุกแห่งมีการจัดบริการสังคม ๗ แห่ง (ร้อยละ ๕๘.๓) ที่มีการกำหนดเป้าหมายเฉพาะ คือ เน้นผู้ชรา เด็กและผู้พิการตามลำดับ อีก ๕ แห่ง เป็นการจัดบริการสังคมแก่บุคคลทั่วไป. เมื่อพิจารณาตัวแปรกลุ่มนี้โดยรวม พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ได้รับคะแนนประเมินสูงกว่าค่าคะแนนกลาง หมายถึง มีการยอมรับในด้านการพึงความเห็นของประชาชนที่เป็นคะแนนเสียงและตอบสนองต่อคะแนนเสียงของประชาชนในพื้นที่.

#### ๓. ศักยภาพการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตัวแปรกลุ่มนี้ ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานด้านการศึกษา และประสิทธิภาพการทำงาน รวมถึงเจตคติบริการสุขภาพ ซึ่งนับว่าสำคัญต่อการบริหารระบบสุขภาพและการพัฒนาการดำเนินงาน. การประเมินจึงเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและนายกเทศมนตรีรวมถึงตัวองค์กร. การประเมินเจตคติของผู้นำทางการต่อการจัดบริการสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ ๕๐ มีเจตคติในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เท่าๆ กับการเน้นการรักษาพยาบาล ซึ่งร้อยละ ๘๓.๓ ของนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีประสบการณ์ในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาก่อน. โดยรวมค่าเฉลี่ยของผลคะแนนอยู่ระดับค่ากลาง มีความแปรปรวนของคะแนนศักยภาพการบริหารจัดการแคบ แสดงให้เห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ศึกษาทั้ง ๑๒ แห่งมีศักยภาพด้านการบริหารจัดการใกล้เคียงกันมาก.

#### ๔. อำนาจการจัดเก็บภาษีและการหารายได้

จากการวิเคราะห์ผล พบว่า งบประมาณต่อปีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง ๑๒ แห่ง มีความแตกต่างกันมาก. รายได้ที่เก็บจากภาษีท้องถิ่นเฉลี่ยเพียง ๑ ใน ๔ ของงบประมาณทั้งปี ส่วนใหญ่ใช้งบประมาณที่จัดสรรจากส่วนกลาง. รายจ่ายโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกับรายได้งบประมาณต่อปีซึ่งร้อยละ



๓๒.๗ ของรายจ่ายเป็นการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน ค่าใช้สอย และค่าจ้างเงินเดือน. ในขณะที่งบประมาณรายจ่ายเฉลี่ยเพื่อการพัฒนาสูงประมาณร้อยละ ๕๐ ของรายจ่ายทั้งหมด แต่รายจ่ายพัฒนาด้านสาธารณสุขน้อยมากเพียงร้อยละ ๖.๖๔ ของรายจ่ายทั้งหมดเท่านั้น.

#### ๕. การมีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง ๑๒ แห่งที่ศึกษา มีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการร่วมกำหนดนโยบายในพื้นที่เพื่อให้เกิดการประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนที่รับผิดชอบ. การร่วมจัดบริการ โดยเฉพาะการซื้อบริการแก่ประชาชน ไม่พบว่ามีการดำเนินการกำกับดูแลบ้างซึ่งมากกว่าทุกบทบาท และการบริหารสถานบริการก็มีน้อยเช่นกัน. เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยโดยรวมพบว่าได้เพียงร้อยละ ๑๑ จากคะแนนทั้งหมด บางแห่งไม่มีคะแนนด้านนี้เลย ขณะที่คะแนนสูงสุดได้เพียงร้อยละ ๓๐ ของคะแนนทั้งหมดเท่านั้น.

### วิจารณ์

การแบ่งบทบาทของไตรภาคี (ภาคสาธารณสุข ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับเงื่อนไขบริบทพื้นที่ที่มีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. เงื่อนไขสำคัญของแต่ละภาคส่วนประกอบด้วยนโยบาย แนวคิดและภาวะผู้นำ ขอบเขตความรับผิดชอบ/ภารกิจงานหลัก. ศักยภาพในเชิงทรัพยากรและความสามารถทางการจัดการและหลักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในแต่ละพื้นที่ที่ศึกษามีความพร้อมในการริเริ่มและก่อรูปการพัฒนากับภาคีร่วมอื่นๆที่แตกต่างกัน ขึ้นกับเงื่อนไขพื้นฐานของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่.

จุดเด่นที่สำคัญประการหนึ่งในการทำงานด้านสุขภาพของท้องถิ่น คือ การใช้ข้อมูลจากความคิดเห็นของประชาชนเป็นหลัก แม้ว่าจะไม่มีระบบข้อมูลที่ชัดเจนในการวางแผนและดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ แต่มีการสอบถามความคิดเห็นของประชาชนทั้งลักษณะทางการและไม่ทางการผ่านผู้แทนชุมชน

อาสาสมัคร กลุ่มผู้นำธรรมชาติต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งขณะเข้าร่วมกิจกรรมลักษณะประชาคมในระดับตำบล หรือ การสุ่มสอบถามจากประชาชนในกิจกรรมทางสังคมของพื้นที่ ตลอดจนการใช้แบบสอบถามทางการซึ่งบางพื้นที่จัดทำในกิจกรรมเฉพาะ. ทั้งหมดดังกล่าวเป็นช่องทางสำคัญในการได้ข้อมูลความคิดเห็นจากประชาชนทั้งสิ้น.

ส่วนการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์นั้นมียุทธศาสตร์อื่นร่วมด้วย เช่น นโยบายและความใส่ใจของผู้บริหาร นโยบายและแนวทางการดำเนินการจากส่วนกลาง ความรุนแรงของสถานการณ์ปัญหา รวมทั้งความสามารถและทักษะของเจ้าหน้าที่ที่จะเชื่อมต่อ ข้อมูล, ออกแบบ และวางแผนการทำงานจริง. ประเด็นที่ควรพัฒนาคือ การพัฒนาให้มีฐานข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของประชาชน และสถานการณ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยการศึกษาด้านวิชาการที่มีหลักฐานที่ชัดเจน ไม่ใช่ความเห็นหรือความรู้สึกของกลุ่มคน รวมทั้งมีการประเมินผลโครงการที่ชัดเจน และมีกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามสภาพที่แท้จริง.

อย่างไรก็ตามในหลายพื้นที่ศึกษามีการใช้ข้อมูลปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนเป็นตัวกำหนดร่วมของโครงการหรือกิจกรรมต่างๆในชุมชน มีการใช้ข้อเท็จจริงและปัจจัยกระทบอื่นๆที่เกิดขึ้นในพื้นที่เป็นตัวกำหนดการดำเนินงานของท้องถิ่น เช่น สถานการณ์ผู้สูงอายุ ผู้พิการที่ไม่ได้รับการดูแลจากชุมชน ประกอบกับแนวนโยบายการสนับสนุนเรื่องคุณภาพชีวิตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ทุกพื้นที่มีโครงการเพื่อตอบสนองสภาพปรากฏการณ์ ข้อเท็จจริงของปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้นในพื้นที่ดังกล่าว.

ลักษณะโครงการกิจกรรมด้านสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมมือกับหน่วยที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่เป็นโครงการหรือเป็นประเด็นที่หน่วยงานสาธารณสุขเคยดำเนินการมาก่อน แต่ได้นำมาปรับกระบวนการ หรือขอบเขตเป้าหมาย ไม่พบลักษณะกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการคิดริเริ่มจากชุมชนอย่างแท้จริง. ทั้งนี้อาจเนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องข้อมูลวิชาการที่สนับสนุน และการบริหารจัดการที่ต้องเร่งรีบ ทำให้ขาดความชัดเจนของการคิดวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา.

ช่องว่างที่เกิดขึ้นของการทำงานของแต่ละภาคส่วน (สาธารณสุข ท้องถิ่น ชุมชน)มาจากหลายเงื่อนไข ในพื้นที่ศึกษาทุกแห่งพบว่าความสัมพันธ์ของผู้นำในแต่ละส่วนเป็นปัจจัยพื้นฐานในการสร้างความเข้าใจ การสื่อสารและคิดงานร่วมกัน. พื้นที่ที่ผู้นำมีความสัมพันธ์เชิงแนวราบและสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอไม่ว่าจะเป็นทางการหรือไม่ก็ตาม จะมีความราบรื่นในการประสานงานและดำเนินงานร่วม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปยังท้องถิ่นเกิดภาพการทำงานของท้องถิ่นและสาธารณสุขที่ชัดเจนขึ้น. การทำงานยังเป็นลักษณะแปรเปลี่ยนตามลักษณะบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยที่ยังไม่มีการระบุนกรอบการทำงานร่วมกันระหว่างไตรภาคีที่ชัดเจน.

นอกจากนี้ ปัจจัยในระยะเวลาดำเนินการต่อเนื่องของการดำรงตำแหน่งหรือเป็นเจ้าของหน้าที่ที่ทำงานอยู่ในพื้นที่นั้นยังช่วยให้วิธีการทำงานชัดเจนและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น เช่น กรณีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ไม่ว่าจะย้ายไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วหรือไม่ก็ตาม จะยังเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับชุมชน มีบทบาทและอิทธิพลต่อการประสานงานและสร้างนวัตกรรมกับองค์กรบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาลตำบลได้เป็นอย่างดี.

พื้นฐานประสบการณ์ของนายกองค์การบริหารส่วนตำบล, เทศบาลตำบล, ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลและปลัดเทศบาลตำบล มีผลต่อนำหนักและทิศทางของกระบวนการทำงานของท้องถิ่นนั้นๆ ตัวอย่างเช่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่งที่มีพื้นฐานเดิมเป็นพ่อค้า และมีความสนใจเรื่องการศึกษา ก็จะให้นำหนักเรื่องการศึกษาและการจัดการด้านอาชีพค้าขายมาก, หรือนายกที่มีประสบการณ์การจัดการเอกชน ก็จะมีแนวการทำงานในลักษณะการจัดการจ้างงานและบริหารแบบเอกชน. อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในกลุ่มตัวแปรด้านการบริหารจัดการได้ผลการศึกษาว่าความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับท้องถิ่นมีผลมาจากปัจจัยด้านอื่นๆ มากกว่าศักยภาพขององค์กรเอง ขณะที่เชิงการจัดการงบประมาณเพื่อการพัฒนาด้านสาธารณสุข พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ยังไม่มีกำหนดความสำคัญมากเท่าภาคส่วนอื่นๆ. นอกจากนี้เพื่อเพิ่มศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งสมควรได้รับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้เห็นแนวคิดและทางเลือกการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับพื้นที่.

อนึ่ง กลวิธีการถ่วงดุลการบริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีน้อย ทั้งที่ในเกือบทุกพื้นที่ศึกษามีการระบุโครงสร้างการตรวจสอบในลักษณะรูปแบบของคณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอนุมัติแผนงานโครงการ หรือติดตามประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งการรายงานผลการปฏิบัติงานตามแผนงานหรือโครงการต่างๆ ให้ผู้เกี่ยวข้องในองค์กรหรือประชาชนทราบ ซึ่งพฤติกรรมการปฏิบัติจริงมักเป็นการรายงานให้ทราบผลมากกว่าจะเป็นกระบวนการตัดสินใจร่วม. อย่างไรก็ตามในระดับแกนนำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบลจะใช้กลวิธีในโครงสร้างระบบงานปรกติ คือ สภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรที่อนุมัติกำกับติดตามและประเมินผลเป็นหลัก แต่บทบาทจริงของสภาในระดับท้องถิ่นโดยส่วนใหญ่ไม่ชัดเจน มักมีความเห็นสอดคล้องไปกับนายกองค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งการรายงานผลการบริหารงานไปยังองค์กรที่สูงกว่า เช่น หน่วยงานที่ดูแลท้องถิ่นจังหวัด มักเน้นที่การจัดการด้านกฎระเบียบเป็นลักษณะ Post-audit. ในภาพรวมจึงอาจสรุปได้ว่าอำนาจการตัดสินใจในการบริหารภายในเป็นบทบาทของนายกและปลัดเป็นหลัก สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือผู้แทนประชาชนยังมีบทบาทตรวจสอบหรือมีส่วนร่วมในการวางแผนงานน้อย หรืออาจกล่าวได้ว่าไม่มีบทบาทถ่วงดุลอำนาจการบริหารจัดการของนายก ซึ่งการตรวจสอบโดยชุมชนนั้นไม่ชัดเจน.

### ข้อเสนอด้านกลยุทธ์การพัฒนา

จากการศึกษาพบว่ากลยุทธ์การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน



ร่วมกันของไตรภาคี (ชุมชน ท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข) ยังไม่มีความชัดเจน มีบทบาทเด่นเฉพาะบางภาคีเท่านั้น. การคิดหรือดำเนินกิจกรรมร่วม เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิภาพยังไม่ชัด แต่มีต้นทุนในการพัฒนาต่อได้ดี. ดังนั้นจึงมีข้อเสนอต่อกลไกการพัฒนาต่อยอดดังนี้

๑) การสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้เพื่อศึกษาแลกเปลี่ยนและพัฒนางานร่วมกันของทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่ โดยคำนึงถึงเงื่อนไขในด้านการรับรู้ข้อมูล, ความสามารถและทักษะของบุคลากร รวมทั้งกระบวนการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่.

๒) การส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของแต่ละภาคส่วนให้ชัดเจนและต่อเนื่องตามศักยภาพและขีดความสามารถ เช่น กรณีที่กลุ่มคนในชุมชนที่มีความยึดเหนี่ยวกันสูงและมีพื้นฐานการพัฒนาเพื่อการพึ่งตนเอง เน้นเปิดโอกาสเพื่อยกระดับประเด็นการพัฒนา ซึ่งอาจต่างจากกลุ่มการพัฒนาที่ภาครัฐไปริเริ่มจัดตั้งที่เน้นเรื่องการพัฒนาการประเด็นที่มีการพัฒนาในชุมชนลักษณะดังกล่าว. สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและจัดกระบวนการเรียนรู้จากองค์กรสนับสนุนงานทั้งในพื้นที่ อำเภอ จังหวัดและระดับภูมิภาค ธุรกรรม เช่น การค้นหาบุคคลต้นแบบตามประเด็นการพัฒนาในแต่ละชุมชน การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้นำชุมชนและบุคคลต้นแบบ ส่งเสริมชุมชนตามประเด็นเด่นของแต่ละพื้นที่ สนับสนุนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างพื้นที่เรื่องบทบาทชุมชนต่อประเด็นการสร้างสุขภาพในมิติต่างๆ.

๓) การพัฒนากลยุทธ์และระบบสนับสนุนสำคัญ เช่น เรื่อง ระบบบริหารจัดการ ระบบฐานข้อมูลในเชิงการจัดการ และใช้ประโยชน์เพื่อการวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาของพื้นที่รวมทั้งการติดตามประเมินผล.

๔) เน้นหน่วยงานจากทุกภาคีให้เกิดการบูรณาการงานต่างๆที่มีการดำเนินการในระดับพื้นที่โดยเฉพาะสถานการณ์ที่หลายหน่วยงานต้องทำงานตามนโยบายหลายเรื่อง ทั้งในด้านสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม สังคมและคุณภาพชีวิตอื่นๆ

ภายใต้นโยบายขององค์กรหลัก ทำให้การบูรณาการแผนงานงบประมาณและแนวทางดำเนินการยังมีความสำคัญมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้การทำงานเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น.

นอกจากนี้ จากการประชุมระหว่างคณะผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องการพัฒนาในประเด็นที่ศึกษาพบว่า มีข้อเสนอเชิงการพัฒนาเพิ่มเติมในประเด็นเสริมประสิทธิภาพการดำเนินการ เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนในส่วนกลางต่อไป ดังนี้

๑) ควรปรับเป้าหมายของการพัฒนาจากการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นการสร้างเสริมแนวคิดและกระบวนการพัฒนาภาคีด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยเป็นความร่วมมือทั้งจากภาคสาธารณสุข ท้องถิ่นและชุมชน.

๒) เสริมกลยุทธ์เชิงนโยบายและการบริหารองค์กรในระดับจังหวัดและอำเภอในการพัฒนาระบบงานด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพชุมชนให้เกิดเป็นนโยบายสาธารณะ. ทั้งนี้ต้องเสริมความเข้มข้นเพื่อการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ.

๓) ให้มีระบบการเสริมศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ชัดเจนต่อเนื่องตามสภาพบริบทการพัฒนาของพื้นที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง. รูปแบบที่ดำเนินการได้ เช่น การจัดทำฐานข้อมูลในพื้นที่เด่น, การเปิดพื้นที่การเรียนรู้ที่เหมาะสมเพื่อเรียนรู้บริบทการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน.

## กิตติกรรมประกาศ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ให้งบประมาณสนับสนุนการศึกษา. บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนในชุมชนที่เป็นพื้นที่ศึกษาได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี.

## เอกสารอ้างอิง

๑. ประเวศ วะสี. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สุขภาวะชุมชนเป็นรากฐานของสุขภาวะทั้งมวล. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน; ๒๕๕๐.

๒. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์; ๒๕๔๖.
๓. วิพุธ พูลเจริญ. สุขภาพ อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๔.
๔. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี; กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๐.

#### เอกสารประกอบการเรียบเรียง

๑. จรัส สุวรรณมาลา. รายงานการวิจัย เรื่องสภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล ศักยภาพและทางเลือกสู่อนาคต. กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๓๕.
๒. วนิดา วีระกุล. ศักยภาพ ความพร้อม และการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาสุขภาพ (เอกสารอัดสำเนา). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน; ๒๕๕๑.
๓. วินัย ลีสมิติ, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. รายงานวิจัยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น: ความเป็นไปได้ของการบรรลุความครอบคลุมถ้วนหน้า; ๒๕๔๔.
๔. สมพันธ์ เดชะอริก และคณะ. คู่มือการสร้าง อบต.ให้ประสบผลสำเร็จ โปร่งใส และสง่างาม อบต.ในอุดมคติ. ขอนแก่น: เจริญวิทย์การพิมพ์; ๒๕๔๑.
๕. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. นนทบุรี: หจก.สหพัฒน์ไพศาล; ๒๕๕๐.