

# Mind the gap

สู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ  
ฉบับที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๔



## สวรส.

ปลดเงื่อนไขตาย คลายปมคิด  
กระจายอำนาจด้านสุขภาพ  
จากบทเรียนสู่ทางออก

**รศ.วุฒิสาร ตันไชย**  
กระตุกต่อมคิด  
"กำลังคิด เพื่อจะเดินหน้า  
หรือคิดเพื่อที่จะไม่ต้อง  
กระจายอำนาจ"

**รศ.ดร.สนธน์ อัญญภูวัญนา**  
วาดภาพอนาคตท้องถิ่น  
"มีเงิน มีอิสระ มีประสิทธิภาพ"

**ทีมนักวิจัย สวรส. เพ็ญพลวิชัย  
พจนเจื่อนตายเพียง!  
นพ.ปรีดา เต๋ออรักย์**  
นำทีมเสนอทางออกเชิงนโยบาย  
แก่มติสำนักงานกระจายอำนาจสาธารณสุข  
นอกกรอบ

**รองปลัด สร.  
ขึ้นเวทีของทิศทาง  
สธ. เดินหน้าทำ sw.สศ.**  
ซึ่งเป็นารกระจายอำนาจ  
รูปแบบหนึ่ง

คำต่อคำ  
**นพ.สุวิทย์ วิบุลยประเสริฐ**  
นำเวทีถกสัก ทดลองทำท้องถิ่นไม่เมือง  
สธ. ไม่ต้องทำย่อน จริงไหม?

ปกหน้า



2552 ณ ห้อง...  
เวทีวิชาการสู่ความเป็นธรรมด้านสิทธิภาพ  
ครั้งที่ 1  
10 ปีการกระจายอำนาจด้านสิทธิภาพ... สืบเสาะพินัยกรรมเพื่อสังคมทางออกวิพากษ์  
วันพุธที่ 1 ธันวาคม 2553 ณ ห้อง... สถาบันพระปกเกล้า

Speaker at the front of the room.





# คำนำ

เวทีวิชาการสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ครั้งที่ ๑ “๑๐ ปี การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ : สังเคราะห์บทเรียนเพื่อค้นหาทางออกร่วมกัน” ที่จัดขึ้นเมื่อวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๓ ณ ห้องอบรมสถาบันพระปกเกล้า เป็นกิจกรรมทางวิชาการของแผนงานวิจัยและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันพระปกเกล้า

การจัดเวทีครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอผลการศึกษาวิจัยในโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ผ่านมา ภายใต้การดำเนินการของแผนงานฯ และเป็นเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติ นักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เกี่ยวข้องต่อข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ รวมทั้งเพื่อนำความรู้ที่ได้จากการประชุมครั้งนี้ไปพัฒนาแนวทางการจัดทำข้อเสนอการปรับแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๓)

การจัดทำเอกสารฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมเนื้อหาสำคัญจากการบรรยาย การอภิปราย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมทั้งภาพกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในเวทีดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาเพิ่มเติม ต่อยอด และนำสาระความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ ซึ่งทางคณะผู้จัดทำหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องในเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ในการนำไปปรับวิถีคิดและมุมมองของการกระจายอำนาจ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน และก่อให้เกิดการขับเคลื่อนในการเปลี่ยนแปลงการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระยะต่อไป

คณะผู้จัดทำขอขอบคุณท่านวิทยากร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เข้าร่วมเวทีและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากข้อเสนอเชิงนโยบายที่ทาง สวรส. ได้จัดทำขึ้น ซึ่งความคิดเห็นทั้งหมดล้วนเป็นข้อมูลที่มีคุณค่ายิ่งต่อการผลักดันให้เกิดการพัฒนากระบวนการสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน

คณะผู้จัดทำ  
แผนงานวิจัยและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ



รศ.วุฒิสาร ตันไชย กระจุกต่อมคิด  
 "กำลังคิดเพื่อจะเดินหน้า  
 หรือ คิดเพื่อที่จะไม่ต้อง  
 กระจายอำนาจ"

รศ.ดร.สกนธ์ วรรณวิวัฒนา  
 วาภาพอนาคตท้องถิ่น  
 "มีเงิน มีอิสระ มีประสิทธิภาพ"



สวรส. เปิดเวที 10 ปี  
 กระจายอำนาจด้านสุขภาพ  
 จากบทเรียนสู่ทางออก

**ที่ปรึกษา**

นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข นพ.ดร.วินัย ลีสมิทธี  
 ผศ.ดร.สงครามชัย ทองดี ผศ.ดร.วีระศักดิ์ พุทธาศรี  
 ผศ.เวียงรัฐ เนติโพธิ์ นพ.ปรีดา แต่อารักษ์ จูติมา นวชินกุล  
 นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์

**จัดทำและเผยแพร่โดย**

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)  
 อาคาร ๓ ชั้น ๕ ตึกกรมสุขภาพจิต ในกระทรวงสาธารณสุข  
 อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐  
 โทรศัพท์ ๐๒-๙๕๑-๑๒๘๖ โทรสาร ๐๒-๙๕๑-๑๒๙๕  
 www.hsri.or.th

**บรรณาธิการ**

ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์ สายศิริ ด้านวัฒนธรรม  
 อารดา สุคนธสิทธิ์

**ประสานงาน**

จูติมา นวชินกุล อากาศกร ทิพย์วิภาพร

ออกแบบ วัฒนสินธุ์ สุวรรตนาบนนท์

พิมพ์ที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒน์ไพศาล

โทร. ๐๒-๔๓๒-๖๑๗๔-๕ แฟกซ์ต่อ ๑๐๔



๕๕

รองปลัด สธ. ขึ้นเวทีแจงทิศทาง  
สธ. เคนหน้าท่า รพ.สศ.  
ชี้เป็นการกระจายอำนาจรูปแบบหนึ่ง

ทีมนักวิจัย สวรส. เผยผลวิจัยพบเงื่อนตายเพียบ !  
หมอปริศนา แต้อรักษ์ นำทีมเสนอทางออกเชิงนโยบาย  
แนะตั้งสำนักงานกระจายอำนาจสาธารณสุขนอกกระทรวง

๕๖

๕๖

คำต่อคำ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ  
นำเวทีถกเถียง "ตกลงถ้าท้องถิ่นไม่พร้อม  
สธ. ไม่ต้องถ่ายโอน จริงไหม?"

ภาคผนวก

๗๘

the gap

ความเหลื่อมล้ำ  
เป็นธรรม

equity in health





# กระจายอำนาจ กับความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ

ปาฐกถาพิเศษ โดย  
รองศาสตราจารย์วุฒิสาร ตันไชย  
สถาบันพระปกเกล้า

ท่านผู้มีเกียรติที่เคารพครับ ก่อนอื่นในฐานะเจ้าของสถานที่ขอต้อนรับทุกท่านสู่ห้องประชุมของสถาบันพระปกเกล้า และต้องขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้เกียรติสถาบันร่วมจัดการประชุมวันนี้ ผมอยากจะพูดสัก ๒ - ๓ ประเด็น ในหัวข้อที่ให้โอกาสผมพูด คือเรื่อง การกระจายอำนาจกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

### ความเป็นธรรมด้านสุขภาพจะเกิดได้อย่างไร

ผมคิดว่าความเป็นธรรมด้านสุขภาพอย่างที่เราพยายามทำมาตลอด ทั้งที่กระทรวงสาธารณสุขทำร่วมกับภาคประชาสังคม ภาคเอกชน จนมีพัฒนาการต่างๆ ที่ตอบโจทย์เรื่องการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพอยู่พอสมควรในเชิงโครงสร้าง นั่นแปลว่าผมมองเห็นว่า เงื่อนไขสำคัญของการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ คือ การที่มีความแตกต่างไม่มากนักของโอกาสของคนที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน แม้ว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมจะมีความแตกต่างกัน ถิ่นฐานบ้านเรือนอยู่ใกล้ไกลแตกต่างกัน ก็มีโอกาสที่จะไม่มีความเหลื่อมล้ำกันมากเกินไป ผมไม่ได้พูดว่าเท่ากัน เพราะผมคิดว่า ความเป็นธรรมไม่ได้แปลว่าทุกอย่างต้องเท่ากัน แต่ความเป็นธรรมหมายถึงมีความเหลื่อมล้ำ หรือความแตกต่างที่อยู่ในระดับที่เราพอจะรับกันได้ เงื่อนไขความสำเร็จข้อนี้สิ่งสำคัญก็คือ การกระจายบริการที่มีความทั่วถึง

คำถามใหญ่คือว่า วันนี้การกระจายบริการที่ทั่วถึงนั้นในเชิงโครงสร้างที่เราออกแบบตั้งแต่เป็นปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ไปนั้น ประสบความสำเร็จมากน้อยแค่ไหน สัดส่วนของประชากร ต่อสถานบริการเป็นอย่างไร และเงื่อนไขความสามารถของสถานบริการที่จะดูแลพี่น้องประชาชนตามขอบเขตที่เราพยายามแบ่งตามกรอบคิดงานส่งเสริม ป้องกันและรักษาออกเป็นระดับต่างๆ เราประสบความสำเร็จหรือไม่ การที่เราออกแบบให้มีลำดับขั้นของการเข้าสู่การบริการ ตั้งแต่สถานเฝ้าระวัง มาสู่โรงพยาบาลชุมชน ไปสู่โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เราประสบความสำเร็จหรือไม่เพียงใด ผมคิดว่าในเชิงโครงสร้างและการกระจายตัวของสถานบริการนั้น ถ้ามองในเชิงปริมาณ ผมเห็นว่าทุกฝ่ายได้พยายามสร้างความเป็นธรรมและประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่ว่าสิ่งที่เราจำเป็นต้องเติมเพื่อทำให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้นก็คือ การสร้างโอกาสหรือความสามารถในการใช้โอกาสของคนที่ขาดโอกาส ซึ่งที่ผ่านมากระทรวงฯ ร่วมกับ สปสช. ได้พยายามคิดระบบนี้ขึ้นมาเพื่อเติมเต็มในหลายเรื่อง

ผมคิดว่า นอกจากมองในเชิงปริมาณแล้ว สิ่งที่มีความสำคัญมากกว่าก็คือเรื่องของคุณภาพของการให้บริการ คุณภาพการให้บริการขึ้นอยู่กับเงื่อนไข ๒ เรื่อง คือ ๑) เงื่อนไขทางอุปกรณ์ เครื่องมือและการกระจายตัวของเทคโนโลยีว่ามีกระจายตัวเหมาะสม



เพียงใด กับระบบในระนาบเดียวกัน ในสถานบริการประเภทเดียวกัน มีความแตกต่างกัน  
อย่างน้อยแค่ไหน ผมคิดว่าเงื่อนไขในเชิงวัตถุประสงค์อาจไม่ใช่เงื่อนไขสำคัญที่สุด

๒) เงื่อนไขทางบุคลากรสาธารณสุข สิ่งที่มีความสำคัญมากที่สุด สำหรับการสร้าง  
ความเป็นธรรมในเชิงคุณภาพการให้บริการคือ การกระจายตัวของบุคลากรสาธารณสุข เราอาจจะ  
ต้องตั้งคำถามว่า แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ และพยาบาลมีการกระจายตัวอย่างเป็นธรรม  
ในสถานบริการอย่างทั่วถึงหรือไม่ เพราะผมเชื่อว่าคุณภาพการให้บริการสุขภาพไม่ได้อยู่ที่วัตถุ  
แต่คุณภาพการให้บริการอยู่ที่บุคลากร เรามีระบบที่จะเปิดโอกาสให้คนที่ทุ่มเททำงานในระดับ  
ปฐมภูมิและทุติยภูมิสามารถยังชีพอยู่ได้ มีศักดิ์ศรีและมีความก้าวหน้าพอๆ กับคนที่อยู่ใน  
โรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือไม่อย่างไร

เราต้องยอมรับข้อเท็จจริงว่า วันนี้การกระจายตัวของพยาบาลวิชาชีพที่จะไปอยู่ในสถาน  
อนามัย ซึ่งวันนี้ก็เปลี่ยนชื่อใหม่แล้วเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) เราก็ค  
อ้างว่า “รพ.สต.” ไม่เกี่ยวกับสถานอนามัย เพราะฉะนั้นไม่ต้องถ่ายโอน ก็เป็นการอ้างที่ฟังดูดี  
ตกลง รพ.สต. เปลี่ยนไปแล้วเราจึงไม่ต้องถ่ายโอนไข้ใหม่ ผมเรียนว่าก็คล้ายๆ กับตอนเราเปลี่ยน  
ชื่อกรมต่างๆ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ก็อนุมานว่าของเดิมเป็นอย่างไรก็เปลี่ยนอัตโนมัติแบบนั้นละครับ  
เพราะฉะนั้นผมคิดว่า ตรรกะอันนี้อาจใช้อธิบายกันดีกว่า มาหาทางออกด้วยวิธีอื่นกันดีกว่า

ผมเคยเรียนกับคุณหมอสงวนตอนยังมีชีวิตว่า ผมสังเกตว่าแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาล  
จังหวัดมีจำนวนมาก เฉพาะค่าตอบแทนซี ๙ ก็สูงมาก แล้วแพทย์ที่เก่งทั้งหมดก็อยู่ที่จังหวัด  
ในขณะที่แพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลอำเภอ ก็อยู่เท่าที่ต้นทุน แล้วก็พยายามที่จะหาทางมาอยู่

เวทีวิชาการสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ  
ครั้งที่ 1  
สำนักงานด้านสุขภาพ... สัจจะหีบกาเรียนเพื่อค้นหาทางออกร่วมกัน  
ครั้งที่ 1 ธันวาคม 2553 ณ ห้อง... สถาบันพระปกเกล้า



โรงพยาบาลในเมืองเพราะว่าโอกาสมาก ทำไมเราไม่มีช่องทางที่ทำให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอที่สามารถทำให้คนป่วยน้อยลง หรือลดการระบาดได้ หรือทำให้คนเจ็บป่วยน้อย ประหยัดงบประมาณได้ ควรได้ซี ๑๐ ควรได้รับการยกย่องในฐานะที่เขาจัดการเรื่องนี้ได้ เพราะวันนี้คนที่ได้ซีสูงคือคนที่อาจจะทำเรื่องที่ยากแต่ทำปีหนึ่งทำ ๒ ครั้ง แต่คนที่ทำเรื่องยากในความขาดแคลนทรัพยากร ยากในการจัดการในพื้นที่แต่สามารถจัดการได้ ผมคิดว่าคนเหล่านี้

อยู่ได้และได้รับประโยชน์ตอบแทนที่ไม่แตกต่างกันเกินไปกับคนที่อยู่ในเมืองที่เจริญ ฉะนั้นระบบการกระจายตัววันนี้ของแพทย์ เกษัชกร ทันตแพทย์ พยาบาล วิชาชีพ วิทยาลัยแพทย์ ผมคิดว่าเป็นโจทย์ใหญ่ เป็นเงื่อนไขสำคัญของการทำให้คุณภาพการให้บริการในพื้นที่ห่างไกลนั้นมีคุณภาพมากขึ้น และนั่นคือโจทย์สำคัญของการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประเทศนี้

เงื่อนไขสำคัญของการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ คือ การที่มีความแตกต่างไม่มากนักของโอกาสของคนที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน แม้ว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมจะมีความแตกต่างกัน ถิ่นฐานบ้านเรือนอยู่ใกล้ไกลแตกต่างกัน



ต้องได้รับประโยชน์ แต่วันนี้ระบบของเราอาจจะไม่ได้เอื้อไปทางนั้น นี่นับเฉพาะความก้าวหน้าในตัวบุคคลที่จะเกิดขึ้น ยังไม่นับโอกาสของครอบครัว จะให้ลูกเรียนโรงเรียนมัธยมประจำอำเภอก็ใช่ที่ ก็ต้องกลับมาเรียนโรงเรียนประจำจังหวัด เพราะฉะนั้นก็ต้องย้ายมาอยู่จังหวัด เงื่อนไขเหล่านี้เราพูดกันมา ๓๐ - ๔๐ ปี เป็นเงื่อนไขสำคัญมากที่ทำให้เราไม่มีระบบที่จะสามารถรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพและมีจิตใจที่ยากทำงานในที่ไกลปืนเที่ยงให้อยู่ได้ในระบบ ข้อนี้อาจจะต้องเป็นโจทย์ใหญ่ของการคิดว่า เราควรมีช่องทางของบุคคล ๒ ประเภทใหม่ในเชิงวิชาชีพ ให้คนสามารถจะทำงาน

กระจายอำนาจ :

หนึ่งในมาตรการสร้างความเป็นธรรม

ผมคิดว่าเงื่อนไขสำคัญประการหนึ่งคือ การกระจายความรับผิดชอบให้คนอื่นช่วยทำ ผมใช้คำว่ากระจายความรับผิดชอบ แปลว่าเขาไปแล้วต้องรับผิดชอบด้วย ไม่ใช่เอาไปแต่อาคารสถานที่ แต่ต้องสามารถจัดการงานเหล่านี้ตามหน้าที่ความรับผิดชอบได้อย่างชัดเจน เพราะฉะนั้นการกระจายความรับผิดชอบเหล่านี้คือ การกระจายให้องค์กรอื่น หน่วยงานอื่น เข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระของกระทรวงฯ สืบไป วันนี้เราอาจจะมีความไม่ชัดเจน หรือเกรงกลัวว่า ถ้าหน่วยงาน

ต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขหลุดไปจากกระทรวงฯ แล้วกระทรวงฯ จะทำอะไรต่อไป อันนี้คือโจทย์ที่เป็นกรอบความคิดหรือเป็น mind set ที่ถูกปลูกฝังมานานมาก ผมว่าความเห็นหรือความคิดเรื่องนี้ไม่ได้สอดคล้องกันเสียทีเดียว ผมอยากนิยามว่า การกระจายอำนาจหรือการกระจายความรับผิดชอบในขอบเขตที่กว้างนั้นไม่ได้ติดอยู่กับกับดักว่า กระจายไปที่องค์กรท้องถิ่นอย่างเดียว ความจริงแล้วการ privatize ก็เป็นการกระจายอำนาจแบบหนึ่งซึ่งกระทรวงสาธารณสุขก็ privatize มานานแล้ว โดยยอมให้เอกชนจัดทำโรงพยาบาลได้ บทบาทนี้ชัดเจนว่า เรื่องกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไม่ใช่เรื่องใหม่ และไม่ได้อยู่แค่เรื่องขององค์กรท้องถิ่น



ความพยายามที่จะให้องค์กรชุมชน ภาคประชาสังคม จัดการกันเองในบางเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผมคิดว่านั่นเป็นการกระจายอำนาจ เพียงแต่ว่าวันนี้เราติดกับดักของคำว่า กระจายอำนาจตามกฎหมาย ติดกับดักของการกระจายอำนาจที่ต้องพูดคำว่า ถ่ายโอน แต่ถ้ากลับมาคิดจริงๆ รัฐได้กระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมานานพอสมควร ซึ่งไม่แตกต่างจากกระทรวงศึกษาธิการที่ได้กระจายอำนาจด้านการศึกษามานานพอสมควร ฉะนั้นถ้าเราคิดแบบนี้ อาจจะให้เราสบายใจขึ้น ว่าเรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่บังเอิญว่าการปรับบทบาทของกระทรวงฯ ที่จะเปลี่ยนแปลงจากคนที่เป็ทั้ง provider ทั้งผู้อำนาจในเรื่องเงิน วันนี้มี สปสช. เอาอำนาจเรื่องเงินไปแต่ก็ไม่หมด เข้าใจว่ายังค้างเรื่องเงินเดือน ถ้าเอาเงินเดือนไปด้วยควรจะจบเรื่องทั้งหมด แล้วกระทรวงฯ จะทำอะไร

การกระจายอำนาจวันนี้เป็นโจทย์ใหม่ที่ต้องกลับมาคิดว่า ถ้าจะสร้างความเป็นธรรม วันนี้เรา กำลังมีผู้เล่น ๒ คน ที่มีอำนาจและพลังคนละด้าน กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจ

และพลังด้านบุคลากรอยู่สูงมาก มีอำนาจในการสั่งการ มี authority ในฐานะที่เป็น regulator สูงในเชิงโครงสร้างทั้งหมดทั้งระบบ ซึ่งเดิมมีอดีตที่ยิ่งใหญ่เพราะดูทั้งคนและเงิน แต่วันนี้เรามีคนที่มี power ใหม่คือ สปสช. ซึ่งมี power เรื่องเงิน คำถามคือ ตกลงได้ทำเกลียวให้หมุนเข้ากันหรือยัง นี่เป็นโจทย์ข้อแรกของ step การกระจายอำนาจ ถ้าเราไม่สามารถทำให้ระบบ ๒ อันนี้ synchronize ต่อกันได้ ก็เป็นเรื่องที่ยาก สิ่งที่ต้องปรับเปลี่ยนใหญ่ที่สุดในระบบนี้ที่จะทำให้เกิดการ

เป็นความพยายามในการกระจายอำนาจ หรือแม้แต่การให้เอกชนมีบทบาทมากขึ้นในการจัดการเรื่องการกระจายอำนาจ ในการแข่งขันในตลาดเสรี เพราะเป็นเรื่องที่ดี และเป็นเรื่องที่สำคัญเพราะทำให้ลดการผูกขาดด้านสุขภาพลง ประโยชน์สูงสุดก็เกิดกับประชาชน แต่แน่นอนครับ ประชาชนในกลุ่มที่ไม่สามารถจะเข้าถึงการแข่งขันในตลาดแบบนี้ได้ ก็เป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องดูแลต่อไป

เงื่อนไขสำคัญประการหนึ่งคือ การกระจายความรับผิดชอบให้คนอื่นช่วยทำ ผมใช้คำว่า กระจายความรับผิดชอบ แปลว่าเอาไปแล้วต้องรับผิดชอบด้วย ไม่ใช่เอาไปแต่อาคารสถานที่ แต่ต้องสามารถจัดการงานเหล่านี้ตามหน้าที่ความรับผิดชอบได้อย่างชัดเจน เพราะฉะนั้นการกระจายความรับผิดชอบเหล่านี้ คือ การกระจายให้องค์กรอื่น หน่วยงานอื่น เข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระของกระทรวงฯ สืบไป



synchronize คือการเปลี่ยน mind set เปลี่ยน paradigm ความคิด ว่าประชาชนจะได้อะไรถ้าปรับระบบทั้งหมด ผมคิดว่าอันนั้น จะเปลี่ยนแปลงได้มาก แต่ถ้าเรายังมี mind set ที่ยึดอยู่ในกรอบเดิม ก็ลำบาก

ในความเห็นของผม ขอบเขตของการกระจายอำนาจไม่ได้อยู่แค่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่อยู่ตั้งแต่เรื่องการให้พลังองค์กรชุมชนในการดูแล ความพยายามที่จะสร้างกองทุนส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ที่มีระบบการสมทบ ความพยายามที่จะให้หมู่บ้านดูแลกันเอง ความพยายามที่จะให้องค์กรอาสาสมัครทั้งหลายจัดการเรื่องส่งเสริมสุขภาพกันเอง สิ่งเหล่านี้

**การกระจายอำนาจตามกรอบกฎหมาย :**

**อปท. คือกลไกที่ต้องไปถูกมองข้าม**

ต้องตั้งคำถามว่า วันนี้อะไรที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความพร้อมหรือไม่ ที่จะจัดการเรื่องการดูแลด้านสุขภาพ เรื่องการกระจายอำนาจเราคิดกันมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ครบ ๑๐ ปีพอดี ยังไม่มีคำตอบนะครับ แต่ผมเรียนว่า ความคิดเรื่องการกระจายอำนาจก่อนการมี สปสช. กับหลังการมี สปสช. นั้นมีความแตกต่างกันมากในบริบท เรามีสูตรแล้วก็คือศึกษาองค์ความรู้มาก เรามีระบบพวกใหญ่ทั้งพวก พวกเล็กบน พวกเล็กล่าง ถ้าพวกใหญ่ทั้งพวกก็เอาหมด โรงพยาบาลจังหวัด

โรงพยาบาลอำเภอ สถานีอนามัย ไปทั้งพวง ทั้งจังหวัด แล้วมี Area Board จัดการดูแล พวงเล็กบนเอาโรงพยาบาลจังหวัดกับโรงพยาบาลอำเภอไป หรือเก็บไว้แล้วให้สถานีอนามัยไป อย่างเดียว พวงเล็กล่างเอาโรงพยาบาลอำเภอกับสถานีอนามัยไป เรามีทดลองหมด คิดหมด มีการนำร่อง ๑๐ จังหวัด มี Area Health Board มีบทพิสูจน์ ๙ จังหวัดทำสำเร็จ มีเพียง ๑ จังหวัดที่ไม่สำเร็จ เราเอากกรณีความสำเร็จนั้นเป็นตัวอย่างแล้วบอกว่า ยังโอนไม่ได้ จังหวัดที่ไม่สำเร็จก็มีจังหวัดเดียวคือเชียงใหม่ แต่อีก ๙ จังหวัดดูไปได้ดีหมดเลย อันนี้ใช้หลักแบบ กต. ยุคเก่า คือ ๑ ขณะ ๔ ต้องเอกฉันท์ ความจริงไม่ได้ตกลงอย่างนั้นะครับว่า ทดลอง ๑๐ จังหวัด แล้วต้องตีเอกฉันท์จึงจะตัดสินใจ ความจริงแล้วผมคิดว่าการทำแผน ๑ ของการกระจาย อำนาจนั้นมีความยืดหยุ่นพอสมควรว่าจังหวัดใดพร้อมให้ไป แต่ว่าในที่สุดข้ออ้างใหม่ที่บอกว่า เงินไม่อยู่กับกระทรวงฯ แล้ว เงินไปอยู่กับ สปสช. ก็เปลี่ยนระบบ ตลอดระยะเวลา ๑๐ ปี เราค้นหารูปแบบ จนมาถึงจุดจุดหนึ่งที่มีความพยายามที่ต้องการเปลี่ยนแปลง

การถ่ายโอนงานด้านสุขภาพไม่เหมือนการถ่ายโอนการศึกษา การถ่ายโอนโรงเรียน stand alone ได้ เอาโรงเรียนไปแล้วจัดการได้ อาจจะมีปัญหาบ้างว่าเรื่องบุคลากรจะหมุนเวียนอย่างไร อันนี้ต้องหาทางออก แต่กระทรวงสาธารณสุขอ้างเรื่อง refer จริงๆ ก็ใช้ได้กับคนที่ไม่มีทางเลือก แต่ถ้าคนมีทางเลือกระบบ refer ก็ใช้ไม่ได้ การถ่ายโอนสถานีอนามัยแบบ stand alone มีปัญหามาก ต้องคิดระบบให้ได้ว่าจะไปอย่างไร แต่ต้องยอมรับว่านั่นเป็นการเมือง เกณฑ์สำคัญ ต้องกลับไปดูเรื่อง competency หรือขีดความสามารถที่จะ handle คนรอบๆ นั้นได้อย่างไร ไปแล้วจะมีระบบ subsidy ให้มีงบประมาณจัดการเรื่องนี้ได้อย่างไร เรื่องนั้นเป็นเรื่องที่ใหญ่กว่า การเอาสถานีอนามัยไป ๒๘ แห่งยังไม่ synchronize ในเชิงระบบว่าระบบจะเป็นอย่างไร ฉะนั้น ยังต้องคิดอีกมากครับว่า นอกจาก ๒ ผู้เล่นคือ กระทรวงสาธารณสุข กับ สปสช. ที่มีอำนาจแล้ว ต้องทำการ synchronize ระบบให้ได้ การกระจายอำนาจวันนี้ส่วนหนึ่งยังต้องกลับมาพูดเรื่อง องค์กรท้องถิ่น เพราะว่าวันนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีความรับผิดชอบอย่างน้อย ๓ เรื่อง คือ

10 ปีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ...  
สังเคราะห์บทเรียนเพื่อค้นหาทางออก  
วังบูรพาภิรมย์ 1 ธันวาคม 2553 ณ ห้องประชุมสถาบันพระปกเกล้า



๑. ความรับผิดชอบตามกฎหมาย อปท. มี legal accountability ชัดเจน ว่าเขามีหน้าที่ที่ต้องทำเรื่องนี้ เพราะฉะนั้นการมี accountability ทางด้านกฎหมาย ทำให้เขาสามารถจะจัดการใช้ทรัพยากรได้อย่างคล่องตัว เราต้องยอมรับว่า องค์กรท้องถิ่นมีความคล่องตัวสูงกว่ามาก กับระบบราชการ
๒. ความรับผิดชอบต่อสังคม อปท. มี accountability ทางสังคมที่ผมอยากจะใช้คำว่า เป็น social accountability เพราะว่าองค์กรท้องถิ่นต้องมีหน้าที่ในการทำให้คนที่เป็ประชาชน

ปัจจุบัน อปท. สามารถ respond ปัญหาต่างๆ ให้กับประชาชนได้เร็วและตรงจุดแล้วก็มีความหลากหลาย ถ้าเราคิดว่า อปท. จะจัดการด้านสุขภาพอนามัยตามความรับผิดชอบที่เขามี ผมคิดว่า วันนี้เป็นจุดที่จะต้องมีการตัดสินใจเรื่องการจัดการสุขภาพว่าจะไปอย่างไร คิดว่าแนวโน้มจากนี้ไป อปท. ก็จะไปพิจารณาสร้างศูนย์บริการสาธารณสุขของตัวเอง ข้อดีคือเกิดการแข่งขันมากขึ้น ตัวอย่างที่ชัดเจนมากในวันนี้คือ โรงเรียนอนุบาลของท้องถิ่นที่ตั้งขึ้นใหม่ ทำให้โรงเรียนอนุบาลของรัฐขาดทุน ถามว่า ถ้าเราปล่อยแบบนี้จะเป็นโอกาสดีไหมสำหรับ



ผมไม่เห็นด้วยเรื่องการถ่ายโอนแบบหีบบังคับถ่ายโอนทีละ ๓ แห่ง ๕ แห่ง ไปแล้วลอย ผมไม่เห็นด้วย ต้อง structure design กันใหม่ ผมเรียกร้องให้คิดแบบ zero based คิดกันใหม่ว่าจะเอาอย่างไร และไม่จำเป็นต้องอยู่ในรูปแบบเดียว

ของเขามีคุณภาพชีวิตที่ดี ผมเชื่อเรื่องของความรู้สึกที่เขาต้องอยากเห็นคนของเขาดี เขามีความรู้สึก เขามีความรู้จักคนของเขาดี นั่นคือ social capital อันหนึ่งที่มีความสำคัญมากในความหมายขององค์กรท้องถิ่น ซึ่งอาจจะมากกว่าองค์กรภาคราชการ

๓. ความรับผิดชอบทางการเมือง อปท. มี political accountability ความเป็นการเมืองมีข้ออ่อน คือ ทำอะไรก็เพื่อหาเสียง แต่การทำอะไรเพื่อหาเสียง ข้อดีก็คือ สามารถตอบสนองและแก้ปัญหาได้เร็ว และต้องคิดหาวิธีการที่ดีที่สุดให้ประชาชนได้ประโยชน์ นั่นคือการเมือง

ประชาชน ดีครับ แต่ในภาพรวมเศรษฐกิจของประเทศ อาจจะมีคำถามว่าทำไมเราถึงต้องจ่ายซ้ำจ่ายซ้อนที่สำคัญมากกว่านั้นคือ แล้วส่วนที่ปล่อย ส่วนที่ไม่มีคนมาใช้ จะเอาไปใช้อะไรต่อไป ผมคิดว่าแนวโน้มของการจัดบริการสุขภาพต่อไปในอนาคตจะเป็นระบบของการแข่งขัน วันนั้นครศรีธรรมราชกำลังทำศูนย์บริการสุขภาพของเทศบาลจำนวนมาก จ้างหมอกจากโรงพยาบาลเอกชนมาอยู่ แล้วต่อไปก็จะรับเงินจาก สปสช. ใครไป register มากก็ได้เงินมาก นี่เป็นระบบการแข่งขันที่ provider ในเชิง financing มีหน้าที่อย่างเดียวคือจ่ายถามว่าเราจะยอมเดินไปทางนี้ไหม หรือเราจะกลับมาทบทวนกันว่า งานของกระทรวงฯ ควรที่จะแบ่งให้องค์กร

ท้องถิ่นมากน้อยแค่ไหน จุดอ่อนของท้องถิ่น เช่น การ mobilize บุคลากรจะไปอย่างไร การ brush up บุคลากรทางด้านสุขภาพที่จะทำให้มี know-how ที่ทันสมัยอยู่เสมอจะ ทำอย่างไร ภาคราชการมักจะอธิบายว่า เมื่อเรื่องนี้ถ่ายโอนไปแล้วก็หมดหน้าที่ แต่ภาคราชการ ไม่ได้เข้าใจครับว่า ความจริงคุณยังมีหน้าที่ในฐานะที่เป็น regulator คุณยังมีหน้าที่ในฐานะที่เป็น technical advice เพราะฉะนั้นจุดเชื่อมหรือ land bridge ที่จะเชื่อมกันระหว่าง ๒ กลุ่มนี้ การกระจายอำนาจยังไม่สำเร็จ ซึ่งผมคิดว่าเป็นโจทย์ใหญ่เหมือนกันสำหรับกรณีด้านสุขภาพ ด้านการศึกษาอาจจะไม่ค่อยมีปัญหาเพราะขนาดของบุคลากรทางการศึกษาของท้องถิ่นเอง มีขนาดมากพอสมควร มี economy of scale ที่จะไปจัดการในเรื่องของการเติม know-how ให้เขาได้เอง และความซับซ้อนหรือความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีนั้น ไม่ได้ซับซ้อนมาก



เหมือนด้านสุขภาพ เพราะฉะนั้นถ้าท้องถิ่นจัดการด้านสุขภาพแบบ stand alone ก็อาจจะมี ปัญหาในระยะยาว

### กระจายอำนาจทำได้หลากหลายรูปแบบ

อาจจะต้องชวนให้ลองคิดกันใหม่เลย แต่คิดแบบ zero based บน mind set ที่บอกว่า จะหาทางออกให้กับการกระจายอำนาจ แต่ถ้ามี mind set ที่บอกว่าอะไรก็ได้ที่ต้องไม่โอน องค์กร ท้องถิ่นจำนวนมากจะไปในช่องทางที่กลายเป็นการแข่งขัน ซึ่งถ้าเรายอมอย่างนั้นก็อาจจะดี คือ ทำให้เกิด improvement ของภาครัฐเองที่จะต้องทำต่อไป แต่อย่าลืมนะครับ ภาครัฐวันนี้ ไม่เหมือนเก่าเพราะท่านไม่มี power ด้านเงิน ท่านจะ improve อย่างไร ท่านมีเฉพาะเงินเดือน เพราะว่า operation เกือบทั้งหมดเป็น capitation หมด เพราะฉะนั้นโจทย์วันนี้ คงจะได้ช่วยกัน คิดว่าเราจะหาทางออกอย่างไร วันนี้เรากำลังจะดำเนินการทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฉบับที่ ๓ คงต้องมีการทบทวนใหญ่เรื่องสุขภาพ ข้อมูลของกร

ประชุมวันนี้ น่าจะมีส่วนสำคัญมากในการที่จะกำหนดทิศทางในแผนกระจายอำนาจฉบับที่ ๓ ต่อไป

ส่วนตัวผมกราบเรียนแล้วครับว่า ผมไม่เห็นด้วยเรื่องการถ่ายโอนแบบหยิบบังคับถ่ายโอนทีละ ๓ แห่ง ๔ แห่ง ไปแล้วลอย ผมไม่เห็นด้วย ต้อง structure design กันใหม่ ผมเรียกร้องให้คิดแบบ zero based คิดกันใหม่ว่าจะเอาอย่างไร และไม่จำเป็นต้องอยู่ในรูปแบบเดียว ขึ้นอยู่กับสถานะ ภูมิสังคม ขึ้นอยู่กับความพร้อมด้านการเงิน การคลัง แล้วก็สามารถ pilot

ทางเลือกของเรานั้นมีหลายทาง เช่น การถ่ายโอนแบบเดิม ก็เขียนไปเลย ปีที่ ๑ เราไปเท่าไร ภายใน ๓ ปีไปไม่ได้ให้ไป อบจ. จะถ่ายโอนแบบ partnership ทำร่วมกันบ้าง สหการร่วมกัน องค์กรท้องถิ่นร่วมทุนแล้วกัน นี่ก็ทำได้ จะเปิดให้ อบต. เป็น provider แบบเอกชน แล้วมารับเงิน สปสช. แข่งกับระบบของสาธารณสุขเลยก็ได้ ไม่ควรจำกัดว่าแบบใดแบบหนึ่ง แต่ทั้งหมดนี้เราต้องคิดให้ทะลุ วันนี้เราคิดว่าเอาอย่างนี้ก่อนแล้วค่อยแก้ แต่ปัญหาที่เกิด

## ถ้าเราคิดว่าการกระจายอำนาจคือการแบ่งเบาความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพและสร้างความเป็นธรรมให้กับประชาชน ถ้าคิดด้วย mind set นี้ผมคิดว่าเรามีคำตอบครับ



ได้ แต่ต้องเดิน เพราะถ้าเราไม่ตัดสินใจเดินเพื่อให้เห็นแนวทางบ้าง องค์กรท้องถิ่นจำนวนมากก็จะไปจัดการอีกแบบ แล้วตรงนั้นก็ไม่เกิดประโยชน์เลยต่อภาพรวมของประเทศนี้ ดังนั้นการออกแบบที่เราเรียกว่าเป็น structure design ใหม่ภายใต้ระบบใหม่ คือระบบที่เงินอยู่กับคนหนึ่ง คนอยู่กับอีกคนหนึ่ง และอำนาจการให้ไปหรือไม่ให้ไปอยู่ที่คนเป็นเจ้าของคนนั้น ต้องมาคิดการบังคับด้วยกฎหมายไม่สำเร็จหรอกครับ ต้องตั้งโจทย์ว่า ทำแล้วเกิดประโยชน์สูงสุดกับชาวบ้านหรือเปล่า ระบบสุขภาพจะดีขึ้นจริงไหม จะกลับไปตอบโจทย์เรื่องความเป็นธรรมที่ผมตั้งไว้แต่แรกได้จริงหรือไม่

กลายเป็นตัวมาพันว่าเห็นไหม คิดไม่ดี ถ้าเราคิดว่าการกระจายอำนาจคือการแบ่งเบาความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพและสร้างความเป็นธรรมให้กับประชาชน ถ้าคิดด้วย mind set นี้ผมคิดว่าเรามีคำตอบครับ แต่ถ้าคิดใน mind set ที่บอกว่า เราจะได้รับผลกระทบของความเปลี่ยนแปลงอย่างไร ผมยืนยันว่า วันนี้เราไม่มีคำตอบ เพราะฉะนั้น โจทย์วันนี้ขึ้นอยู่กับ actor สำคัญที่สุดคือ กระทรวงสาธารณสุข ถ้าเรามีโจทย์ตรงกันว่าเราพยายามหาทางออก ผมคิดว่าคำตอบมีแล้ว ขอบพระคุณครับ





# การปฏิรูปการคลังท้องถิ่น ของไทยกับทางเลือก ในการกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพ

รศ.ดร.สกันธ์ วัชรกุลวัฒนา  
คณะเศรษฐศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ส.ดร.สกันธ์ วัชรกุล  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สวัสดิ์ท่านผู้มีเกียรติทุกท่านครับ โจทย์ที่ทางผู้จัดได้มอบให้ผมคือ เรื่องการกระจายอำนาจทางด้านการคลังกับทางเลือกในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

### กระจายอำนาจการคลังกับการดูแลสุขภาพ

ผมคิดว่า ปัญหาอันหนึ่งที่เกิดขึ้นกับเรื่องของการกระจายอำนาจการคลัง เรากำลังติดกับดัก กับดับที่สำคัญก็คือ เรามุ่งเฉพาะในเรื่องของการเพิ่มรายได้ให้กับท้องถิ่นเพียงอย่างเดียว ถ้าเราเอาเรื่องการทำหน้าที่ของท้องถิ่นมาเป็นตัวตั้ง ผมเชื่อว่าเราจะ breakthrough จะทะลายอุปสรรคอะไรได้หลายๆ อย่าง ในเรื่องสาธารณสุขนั้นก็เช่นเดียวกัน การออกแบบการให้เงินท้องถิ่นก็จะสอดคล้องกับเป้าหมายที่เราต้องการ

การกระจายอำนาจที่ผ่านมา นั้น ไม่ประสบความสำเร็จในเรื่องของการสร้างความสัมพันธ์ ความเชื่อมโยงกันในแต่ละระดับของการทำหน้าที่ระหว่างส่วนราชการกับท้องถิ่น สิ่งที่เราอยากเห็นมากๆ เขียนไว้แล้วในแผน ๑ แผน ๒ ของการกระจายอำนาจว่า ส่วนราชการทั้งหลาย ยังต้องมีหน้าที่อยู่ ทั้งในเรื่องการกำกับดูแล หน้าที่ช่วยเหลือทางด้านเทคนิค การเป็นพี่เลี้ยงในการทำหน้าที่ของท้องถิ่นหลังจากที่มีการถ่ายโอน ปรากฏว่า เราไม่มีกลไก ไม่มีวิธีคิดที่จะทำให้เกิดการร่วมไม้ร่วมมือในลักษณะดังกล่าวขึ้นมา ดังนั้นสิ่งที่เกิดขึ้นก็คือ ท้องถิ่นต้องไปช่วยตัวเอง สภาพการแข่งขันที่ไม่อยากให้เห็น ก็เป็นแนวโน้มที่เกิดขึ้นวันนี้ผู้บริหารท้องถิ่นหรือประชาชนในท้องถิ่นเองมีแรงจูงใจทางลบ ที่ไม่สามารถจะรอหรือไม่มีความมั่นใจในระบบบริการสาธารณะที่ได้จากส่วนราชการหรือจากภาคส่วนอื่นๆ นั้น บังคับให้ท่านผู้บริหารท้องถิ่นต้องมีการสร้างสถานบริการของเขาเองขึ้นมาแข่ง

เพราะฉะนั้น วันนี้เราคงต้องกลับมาทบทวนว่า เราต้องการอะไรแน่ ในเรื่องรูปแบบโครงสร้างการจัดการ การเงินการคลังของท้องถิ่น ถ้าพูดถึงเรื่องการพัฒนาศักยภาพทางการเงินการคลังของท้องถิ่นกับทางเลือกในการจัดการด้านสุขภาพที่เป็นโจทย์ใหญ่

ความเข้มแข็งด้านการคลังของท้องถิ่นผิดรูปไปจากเมื่อ ๑๐ ปีที่แล้ว วันนี้เหมือนกับเป็นการมาคุยกันว่า ความสำเร็จของการกระจายอำนาจโดยเฉพาะด้านการคลังนั้น เราประสบความสำเร็จมากน้อยแค่ไหน ซึ่งโดยส่วนตัว ผมคิดว่า เรามาไกลมาก จากเดิมเมื่อตอนเริ่มต้น พ.ศ. ๒๕๔๒ ท่านจะเห็นภาพท้องถิ่นรวมกันทั้งประเทศมีเงินไม่ถึง ๑ แสนล้านบาท มีประมาณ ๔-๕ หมื่นล้านบาท แล้วเกินครึ่งเป็นของ กทม. ด้วยซ้ำ แต่วันนี้ท้องถิ่นมีประมาณ ๔ แสนกว่าล้านบาท ผมคิดว่านี่คือความสำเร็จแล้ว แต่โจทย์ใหญ่ที่จะต้องคุยกันต่อคือ ทำอย่างไรให้เงิน ๔ แสนกว่าล้านบาทที่ให้กับท้องถิ่นนั้น ถูกใช้อย่างคุ้มค่า และถูกใช้ในทิศทาง นโยบาย ในความต้องการของประชาชนที่อยู่ในแต่ละท้องถิ่น กลับมามองว่า ภารกิจที่ท้องถิ่นต้องทำ มีอะไร แล้วภายใต้ภารกิจดังกล่าว นั้น จะมีเงิน หรือแหล่งเงินอันไหนมาช่วยสนับสนุน เป็นไปไม่ได้ครับที่เราจะคิดแต่เพียงว่าเอาไปให้ถึง ๓๕ เปอร์เซ็นต์ แล้วก็ปล่อยให้ท้องถิ่นไปคิดเอง ทำเอง มันเป็นการตัดตอนมองแยกส่วนระหว่างรัฐบาลกับท้องถิ่น เราต้องมองบริบทว่างานบางงานท้องถิ่นมีความสามารถ มีเงินตัวเอง ก็ไปทำเอง แต่งานบางงานต้องการอาศัยความเชื่อมโยง ความสนับสนุนจากรัฐบาลหรือส่วนราชการอื่นๆ ในการกระตุ้นให้ท้องถิ่นทำในสิ่งที่เป็นมิติในนโยบายระดับพื้นที่จังหวัด หรือในมิตินโยบายระดับชาติ

ท่านจะเห็นว่าในแผน ๑ แผน ๒ นั้นเขียนไว้ดีแล้ว เรื่องการถ่ายโอนภาระหน้าที่ ถ่ายโอนงบประมาณ ถ่ายโอนทรัพยากรต่างๆ ให้กับท้องถิ่น แต่สิ่งหนึ่งที่ไม่ได้ทำ หรือไม่มีโอกาสทำก็คือ เรื่องคุณภาพการให้บริการ ซึ่งอันนี้ไม่มีใครที่จะทำได้ ยกเว้นส่วนงานที่ดูแลภารกิจที่

ถูกถ่ายโอนไป อย่างเช่น ด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นคนคอยกำหนดคุณภาพ หรืออีกนัยหนึ่งคือมาตรฐานที่จะใช้ในการกำหนดขั้นต่ำของการให้บริการกับท้องถิ่น ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ทุกๆ ท้องถิ่นในประเทศควรจะมีการใช้ร่วมกัน อันนี้ผมอยากจะฝากไว้ว่า ในแผนการกระจายอำนาจฉบับที่ ๓ น่าจะมีการพูดถึงเรื่องนี้

๑๐ ปีที่ผ่านมา เราเห็นการเปลี่ยนแปลงของท้องถิ่น มีการพัฒนาการ มีวิวัฒนาการในหลายๆ เรื่อง บางแห่งท่านทำหน้าที่ดีมากเลย แต่การพัฒนา competency ของท้องถิ่นในเรื่องการบริหารจัดการในภารกิจต่างๆ ที่รับถ่ายโอน ไม่ว่าเรื่องของสุขภาพ เรื่องการศึกษา เรื่องโครงสร้างพื้นฐาน เรื่องสวัสดิการสังคมต่างๆ เหล่านี้ ยังมีพื้นที่ยังมีช่องว่างที่เราต้องให้ความสนใจในการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่น รวมทั้งผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ และสิ่งต่างๆ อีกมากมาย ที่สำคัญคือ ภาคประชาชน ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของภาคประชาชนต่อการทำหน้าที่ที่มีการสอดประสานกันเหล่านี้ เป็นเรื่องที่จะต้องมีการเสริมสร้างเข้าไปในแผนฉบับที่ ๓ ว่าเราทำกันอย่างไร เรื่องของการกำกับ การส่งเสริม ซึ่งตัวนี้เป็นกลไกที่จะไปช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ ความร่วมไม้ร่วมมือ ความไว้วางใจกัน ระหว่างท้องถิ่นกับส่วนราชการต่างๆ กับภาคประชาชนด้วยกัน ผมอยากให้เห็นว่าในแผน ๓ นั้น ๓ มุมมองเหล่านี้ได้ถูกบรรจุเอาไว้

วันนี้เราเห็นเรื่องการถ่ายโอนงานและงบประมาณที่เป็นจำนวนมหาศาลให้กับท้องถิ่น แต่ในเรื่องของการกำกับกีด เรื่องของการพัฒนาคุณภาพของท้องถิ่นเอง กีด ไม่มีใครพูดถึงว่า ทำอย่างไรให้ท้องถิ่นมีความเข้มแข็งทางการเงินของตัวเองให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น เรบอกแต่เพียง

ว่าทำอย่างไรให้ท้องถิ่นมีความสามารถในการรับการถ่ายโอน หรือรับการจัดสรรเงินจากรัฐบาลเพิ่มมากยิ่งขึ้น โจทย์ใหญ่ของการกระจายอำนาจจากวันนี้ไป ไม่ใช่เรื่องของจำนวนงานที่ลงไป แต่จะกลายเป็นเรื่องของการเงิน การคลังของท้องถิ่นว่ามีศักยภาพ มีความเข้มแข็งมากน้อยแค่ไหนที่จะทำให้เขาสามารถเอาทรัพยากรที่เขาไม่มีทำหน้าที่ตามที่เขา มีอยู่ เพราะฉะนั้นเราจะต้องร่วมกันคิดร่วมกันทำต่อไป

มาถึงประเด็นที่ผมอยากจะลงลึกในรายละเอียด หนึ่งคือ ความไวเนื้อเชื่อใจ ความร่วมมือ โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลสุขภาพ ดูแลสาธารณสุข วันนี้เราจะเห็นภาพจากสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเรื่องของ อสม. เรื่องของการถ่ายโอนสถานอนามัยออกไป เหมือนกับเป็นการตัดเยื่อใยกันระหว่างท้องถิ่นกับกระทรวงฯ ความไวเนื้อเชื่อใจ ถูกพังทลายไปหมดแล้ว เราจะแก้ไขระบบนี้อย่างไร วันนี้เราคงต้องดูเรื่องของการ re-design ระบบทั้งระบบ ใครจะทำอะไรตรงไหน ใครจะมีหน้าที่ตรงไหน ผมคิดว่าต้องกำหนดให้ชัดครับ ตัวอย่างกรณีเงิน อสม. นี่เป็นตัวอย่างให้เห็นชัดเจนว่า ถ้าการออกแบบระบบไม่ดี คุยแต่เรื่องเงิน ไม่ได้คุยเรื่องนโยบาย ไม่ได้คุยเรื่องของคุณสอดคล้องว่าเงินกับภาระหน้าที่ของท้องถิ่นจะเป็นอย่างไร มาคุยแต่เพียงว่าจะให้ใครทำอะไร อบจ. บอกเมื่อไรจะให้ผมเพิ่มมากกว่า ๑๐ เปอร์เซ็นต์ เทศบาลก็บอกทำไมต้องให้ผมต่อหัว ทำไม อบต. ต้องให้ดูตามจำนวนหมู่บ้าน ตามจำนวนประชากรแค่นั้น อันนี้คือสิ่งที่ทะเลาะกันมาตลอด ๑๐ ปี ผมพยายามเสนอหลายรอบแล้วว่า ทำไมไม่ดูภาระหน้าที่เป็นตัวตั้ง บางท่านบอกไม่ได้ ต้องดูตามกฎหมาย กฎหมายบอก ๒๕ เปอร์เซ็นต์ ก็ต้องเป็น ๒๕ เปอร์เซ็นต์ แล้วก็ให้ท้องถิ่นคิดเอง ทำเอง



โจทย์ใหญ่  
ของการกระจายอำนาจจากวันนี้ไป  
ไม่ใช่เรื่องของจำนวนงานที่ลงไป  
แต่จะกลายเป็นเรื่อง  
ของการเงินการคลังของท้องถิ่น  
ว่ามีศักยภาพ มีความเข้มแข็ง  
มากน้อยแค่ไหนที่จะทำให้เขาสามารถ  
เอาทรัพยากรที่เขา มีไปทำหน้าที่  
ตามที่เขา มีอยู่

คือเป็นการมองแยกส่วนกันอีกแล้ว เพราะฉะนั้น ต้องมองระบบใหญ่ทั้งหมดเลยว่า วันนี้เราต้องการอะไร ต้องการความสัมพันธ์ ความเชื่อมโยง ไม่ว่าในเรื่องเชิงนโยบาย เชิงมาตรฐาน เชิงการกำกับดูแล รวมถึงการทำงานร่วมกันต่างๆ ถ้าเรามีความชัดเจนเรื่องโครงสร้างแล้ว เรื่องของการออกแบบเหล่านี้ไม่ใช่เรื่องยาก

อีกเรื่องหนึ่งคือ การมองข้ามขีด มองข้ามไปสู่ชุมชน วันนี้เรามีส่วนกลางคือ รัฐบาล หน่วยงานกระทรวง กรม กองต่างๆ มีภาคท้องถิ่น คือ อบต. เทศบาล อบจ. ต่างๆ ขณะเดียวกันเรากำลังจะเริ่มให้ความเข้มแข็งกับชุมชนเพิ่มมากยิ่งขึ้น ขณะนี้จะมีการมองข้ามขีด คือมองจากรัฐบาลข้ามท้องถิ่นลงไปสู่ชุมชนโดยตรง อันนี้ก็ดีครับ แต่ภายในพื้นที่จังหวัดภายในพื้นที่ท้องถิ่น เราจะ มี อบต. อบจ. และชุมชน ซึ่งเดิมนั้นความเข้มแข็งของชุมชน คือความเป็นสังคมที่เขา มีอยู่ แต่วันนี้เรากำลังพยายามจะใส่งบประมาณ ใส่เงินเข้าไป คำถามคือ แล้วจะทำให้ท้องถิ่นกับชุมชนที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน ทำงานร่วมกันได้อย่างไร ในเมื่อตอนนั้ ทั้ง ๒ กลุ่มนี้มีทั้งอำนาจทางกฎหมาย อำนาจทางสังคม และกำลังจะมีอำนาจทางงบประมาณเข้ามาอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ผมคิดว่า ถ้าเราเดินหน้าแบบที่เป็นอยู่ในทุกวันนี้ ความขัดแย้งน่าจะเพิ่มสูงขึ้น

## การเงินการคลังของท้องถิ่น

โครงสร้างรายได้ของท้องถิ่นวันนี้ค่อนข้างจำกัดมาก มีภาษีโรงเรือน ภาษีที่ดิน ภาษีบำรุงท้องที่ ภาษีอากรฆ่าสัตว์ และค่าธรรมเนียมต่างๆ อีกบางส่วน มีรายได้จัดสรรเป็นส่วนใหญ่ กับเงินอุดหนุนอีกส่วนหนึ่งที่

ท้องถิ่นจัดเก็บเอง อบจ. เป็นท้องถิ่นขนาดใหญ่ดูแลพื้นที่ทั้งจังหวัด แต่เมื่อดูโครงสร้างรายได้ของ อบจ. นั้นค่อนข้างจำกัด วันนี้เราจะเสริมสร้างความเข้มแข็ง เสริมสร้างภารกิจหน้าที่ของท้องถิ่นเพิ่มมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการออกแบบใหม่เรื่องโครงสร้างการให้บริการของท้องถิ่น ถ้าเราบอกว่า การกระจายอำนาจ คือการทำให้ท้องถิ่นมีอิสระ มีความเข้มแข็งในการจัดการดูแลภารกิจหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้ แต่ อบจ. ยังต้องอาศัยเงินอุดหนุน อาศัยภาษีจัดสรรจากรัฐบาล คำถามคือ แล้วความเป็นอิสระ ความสามารถในการจัดการของท้องถิ่นที่จะให้บริการกับประชาชนในพื้นที่อย่างเหมาะสมอยู่ตรงไหน กฎหมายภาษีใหม่ของท้องถิ่นวันนี้ไม่ได้คิดเรื่องนี้ เราต้องมานั่งคิดใหม่ว่า ภารกิจใหม่ของท้องถิ่นคืออะไร แล้วแหล่งรายได้ใหม่ๆ ของท้องถิ่นที่เหมาะสมกับภารกิจหน้าที่ของเขาคืออะไร นี่เป็นโจทย์ใหญ่ที่ยังไม่มีคำตอบในวันนี้ว่า จะหาทางออกตรงนี้กันได้อย่างไร การออกแบบวิธีการให้บริการสาธารณะ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ด้านสาธารณสุข ต้องคิดว่า อบต. เป็นพื้นที่ชนบท เทศบาลเป็นพื้นที่เมือง ภารกิจหน้าที่ที่เหมาะสมกับเขาคืออะไร ให้งานเป็นตัวตั้ง ไม่ใช่เงินเป็นตัวตั้ง การออกแบบวันนี้ คือการแย่งชิงแหล่งรายได้ที่มีเหมือนกันเกือบทั้งหมด

เราอยากเห็นท้องถิ่นมีความเป็นอิสระ อยากเห็นท้องถิ่นมีความรับผิดชอบร่วมกันกับส่วนราชการ และที่สำคัญคือ กับประชาชนในพื้นที่ อย่าคิดว่าการหารายได้ของท้องถิ่นเป็นเพียงแค่การหาเงิน แต่จริงๆ แล้วกระบวนการกลไกเหล่านี้ การเก็บเงินหรือหาภาษีหารายได้ของท้องถิ่น จะสร้างความรู้สึกความเป็นเจ้าของของประชาชนในพื้นที่มากยิ่งขึ้น เพราะตราบไต่ที่

ชาวบ้านประชาชนยังรู้สึกว่ ทุกอย่างเป็นของฟรี เขาก็ไม่สนใจว่าคุณภาพจะเป็นอย่างไร ใครจะให้บริการเป็นอย่างไรก็ไม่สนใจ เพราะคิดว่าเป็นของฟรี แต่ถ้าเราออกแบบระบบ มีการเก็บภาษีหารายได้ที่เก็บโดยตรงของท้องถิ่นต่อประชาชน ผมเชื่อว่า จะเป็นกลไกช่วยเสริมสร้างความเป็นเจ้าของ ซึ่งอันนี้เป็นเป้าหมายใหญ่ของการกระจายอำนาจที่เราอยากให้เห็น ฉะนั้น เรื่องเหล่านี้เป็นประเด็นที่เราต้องคิดด้วยเหมือนกันว่า นับจากวันนี้ไปเราจะออกแบบระบบนี้อย่างไร

ท้ายที่สุดนี้ สิ่งที่จะเป็นก้าวต่อไปของการกระจายอำนาจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ระหว่างเรื่องการเงินการคลังกับเรื่องของการทำภารกิจหน้าที่ของท้องถิ่นนั้น เรื่องแรก คือการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางการคลังของท้องถิ่น ให้ท้องถิ่นมีอิสระ คิดเอง ทำเองให้มากยิ่งขึ้น ยอมรับในความหลากหลายและความแตกต่างของท้องถิ่น อันนี้เป็นเรื่องที่ผมต้องฝากท่านช่วยพิจารณา

เรื่องที่ ๒ ยังจำเป็นต้องมีการกำกับมาตรฐานในการทำงาน ดังนั้นใครจะเป็นคนกำหนดมาตรฐานในการทำหน้าที่ของท้องถิ่น เชื่อว่าคงต้องเป็นหน่วยราชการของรัฐ คือกระทรวงฯ คงต้องช่วยดูแล

รวมทั้งเรื่องการเร่งรัดพัฒนาการให้บริการ การสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นกับภาคประชาชนในการดูแล การกำกับให้บริการ แต่สิ่งสำคัญคือ กระบวนการในการทำงานร่วมกัน ใครจะทำอะไร แคไหน อย่างเป็นประเด็นที่เราต้องการการออกแบบ การ re-design ระบบใหม่ทั้งหมด



เราอยากเห็นท้องถิ่น มีความเป็นอิสระ  
อยากเห็นท้องถิ่นมีความรับผิดชอบ  
ร่วมกันกับส่วนราชการ และที่สำคัญคือ  
กับประชาชนในพื้นที่ อย่าคิดว่าการ  
หารายได้ของท้องถิ่นเป็น เพียงแค่การ  
หาเงิน แต่จริงๆ แล้วกระบวนการกลไก  
เหล่านี้ การเก็บเงินหรือภาษี  
หารายได้ของท้องถิ่น จะสร้างความ  
รู้สึกความเป็นเจ้าของของประชาชน  
ในพื้นที่มากยิ่งขึ้น

บททวนทางเลือก  
ของการกระจายอำนาจ  
แบบองค์การมหาชน

โดย พศ.ดร.วีระศักดิ์ พุทธาศรี  
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ  
ระหว่างประเทศ

จับประเด็นสำคัญ  
บนกระแสการเปลี่ยนแปลง  
และผลกระทบของการ  
กระจายอำนาจด้านสุขภาพ

โดย พศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี  
คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดำเนินการอภิปราย โดย  
นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



อภิปราย

“๑๐ ปีกระจายอำนาจ  
ด้านสุขภาพ :  
จากบทเรียนสู่ทางออก”

## มุมมองและความเข้าใจ ที่แตกต่างเรื่อง “กระจายอำนาจ”

โดย พศ.เวียงรัฐ เนติโพธิ์  
คณะรัฐศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ทบทวนทางเลือก ของการกระจายอำนาจ แบบเขตสุขภาพ

โดย นพ.วินัย สัมฤทธิ์  
โรงพยาบาลคลองขลุง  
จ.กำแพงเพชร



การอภิปรายในช่วงนี้เป็นการพยายามจะมองภาพ ๑๐ ปีที่ผ่านมา  
จากมุมมองของฝ่ายวิชาการ น่าจะเป็น input สำหรับการเขียนร่าง  
แผนปฏิบัติการฉบับที่ ๓ ที่จะเข้าสู่คณะกรรมการกระจายอำนาจ





**นพ.พงษ์พิสุทธ์ :** การอภิปรายในช่วงนี้เป็นการพยายามจะมองภาพ ๑๐ ปีที่ผ่านมาจากมุมมองของฝ่ายวิชาการ การประชุมวันนี้ส่วนหนึ่งตั้งใจว่า น่าจะเป็น input สำหรับการเขียนร่างแผนปฏิบัติการฉบับที่ ๓ ที่จะเข้าสู่คณะกรรมการกระจายอำนาจซึ่งท่านนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ผมขออนุญาตเริ่มต้นจากอาจารย์สงครามชัย ก่อนนะครับ เชิญครับ

**ผศ.ดร.สงครามชัย :** งานวิจัยของผมที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาประมาณ ๑๐ ปีของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยทำการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ นำเสนอเป็นข้อเสนอประกอบกับการวิเคราะห์และจับประเด็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้น ประการแรกที่สำคัญ เราต้องยอมรับว่า decentralization เป็น global trend เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโลก อันนี้เป็นสิ่งที่ยืนยันได้ หากเราดูตาม definition ของการกระจายอำนาจ ความหมายคือ เราจะทำอย่างไรที่จะ transfer authority ไปสู่หน่วยงานส่วนปลายที่ต่างไปจากระดับ national หรือ sub-national นี่คือหลักการที่สำคัญ ความจริงระบบการ transfer มีรูปแบบหรือ pattern อยู่หลาย pattern ด้วยกัน เท่าที่มีการ review ออกมา มีทั้งการแบ่งอำนาจการปกครอง (De-concentration), การมอบหมายภารกิจ (Delegation) การโอนหรือการมอบอำนาจ (Devolution) และ การให้เอกชนดำเนินการ (Privatization) จากการศึกษาในหลายประเทศเป็น

## Patterns of Decentralisation

- การลดอำนาจส่วนกลาง สู่ภูมิภาค (De-concentration) เพิ่มความคล่องตัวบริหารจัดการ
  - การมอบหน้าที่ (Delegation) ให้แก่องค์กรรัฐ หรือองค์กรกึ่งรัฐที่เป็นอิสระ (Autonomous body) เพื่อประสิทธิภาพสูงสุด
  - การกระจายอำนาจการปกครองให้รัฐบาลส่วนท้องถิ่น (Devolution) เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วม
  - การมอบอำนาจหน้าที่ให้แก่องค์กรหรือหน่วยงานเอกชน (Privatization) โดยรัฐควบคุมตรวจสอบ
- ข้อสังเกต: รูปแบบหลายรูปแบบอาจจะใช้ร่วมกันได้ในเวลาเดียวกัน

# LL

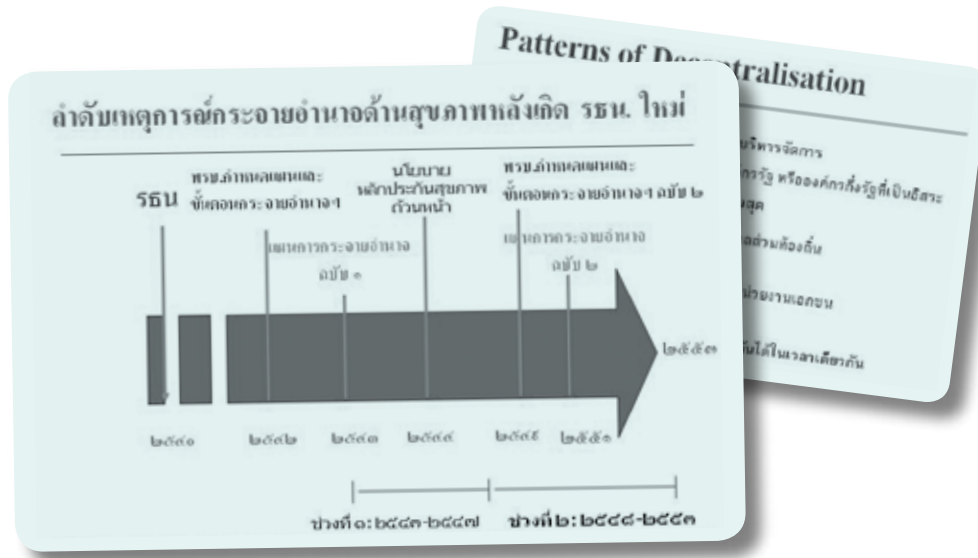
ในช่วงหลังรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. ๒๕๕๐ เรื่องการกระจายอำนาจ เป็นนโยบายที่สำคัญของรัฐ มีการเขียนไว้ชัดเจนว่า รัฐจะต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจการของท้องถิ่นตนเองได้เอง เป็นที่น่าสังเกตว่าในแนวทางการกระจายอำนาจที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญนั้น ไม่มีถ้อยคำที่จะเขียนว่า “ต้องโอนอำนาจเพียงอย่างเดียว” แสดงว่าในเรื่องการกระจายอำนาจนั้น สามารถดำเนินการหรือจัดการได้ในหลากหลายรูปแบบ



ที่น่าสังเกตว่าไม่ได้มี pattern ของการกระจายอำนาจที่เป็น pattern เดียวแบบหนึ่งตายตัวอยู่ในระบบเดียว ในระบบสุขภาพของประเทศหนึ่งอาจจะประกอบด้วยหลายๆ pattern ในกรณีของประเทศไทยก็ใช้รูปแบบการกระจายอำนาจทั้ง ๔ รูปแบบนี้เกือบครบเลย เช่น ในเรื่อง deconcentration เรามีวิธีการจัดระบบบริหารแบบสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ รูปแบบ delegation เราก็มีการตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น หรือการมอบอำนาจของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสถานีอนามัยได้ทำหน้าที่แทนด้านเวชกรรม เป็นต้น ในรูปแบบ devolution ก็มีการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้กับ อปท. หรือแม้กระทั่ง Privatization ก็มีรูปแบบการปรับเปลี่ยนโรงพยาบาลของรัฐให้เป็นหน่วยงานที่เรียกว่า Public Service Organization หรือปรับบทบาทหลักของกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางในหลายๆ เรื่องสู่การเป็นระบบเอกชน เป็นต้น เหล่านี้เป็นกรณีตัวอย่างที่เห็นได้ชัด

ผมขออนุญาตทบทวนภาพให้เห็น การกระจายอำนาจในประเทศไทย ช่วงก่อนรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. ๒๕๕๐ กับหลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ผมหยิบเอาการมีรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. ๒๕๕๐ มาเป็นประเด็นสำคัญในการเปลี่ยนผ่านของสังคมไทย เพราะว่าเป็นกฎหมายแม่บทที่เกิดขึ้นที่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของสังคมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดที่จะเอาประชาชนเป็นตัวตั้งเป็นสำคัญ ในความเป็นจริงรูปแบบการกระจายอำนาจก่อนหน้านั้นในสมัยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๕ ก็มีการจัดการแบบทั้งรวมอำนาจ และมีการแบ่งอำนาจอยู่ในตัว จะเห็นว่ามีการรวมอำนาจไว้ที่ส่วนกลางแล้วมีการ





จัดตั้งกระทรวง ทบวง กรมขึ้นมา มีการพูดถึงเรื่องการเกิดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นเทศบาล สภาจังหวัด สุขาภิบาล หรือการปกครองรูปแบบพิเศษต่างๆ อันนี้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนการประกาศใช้รัฐธรรมนูญปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งจะไม่กล่าวถึงมากนัก

ในช่วงหลังรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. ๒๕๕๐ เรื่องการกระจายอำนาจเป็นแนวนโยบายที่สำคัญของรัฐ มีการเขียนไว้ชัดเจนว่า รัฐจะต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจกิจการของท้องถิ่นตนเองได้เอง เป็นที่น่าสังเกตว่าในแนวทางการกระจายอำนาจที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญนั้น ไม่มีถ้อยคำที่จะเขียนว่า “ต้องโอนอำนาจเพียงอย่างเดียว” แสดงว่าในเรื่องการกระจายอำนาจนั้นสามารถดำเนินการหรือจัดการได้ในหลากหลายรูปแบบ รูปธรรมที่สำคัญคือ มีการตรากฎหมายฉบับหนึ่ง คือกฎหมายที่เรียกว่า พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งเป็นกฎหมายในรายละเอียดของการกระจายอำนาจก็ว่าได้ แม้ว่าต่อมาภายหลัง เมื่อรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ถูก

ยกเลิกไป และได้มีรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ออกมาใช้บังคับแทน แต่หลักการใหญ่ในเรื่องกระจายอำนาจยังคงเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญมากนัก

ถ้าเราลำดับเหตุการณ์ดูจะเห็นได้ชัดว่าตั้งแต่รัฐธรรมนูญปี พ.ศ. ๒๕๕๐ นั้นมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ มีกฎหมายว่าด้วยการกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ มีแผนการกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ ๑ และฉบับที่ ๒ และในแผนการกระจายอำนาจนั้นก็มีแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ซึ่งอาจจะเรียกได้ว่า แผนการกระจายอำนาจฯ นั้นเป็นเครื่องมือสำคัญที่กำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ และเป็นกลไกสำคัญในการที่จะผลักดันให้การกระจายอำนาจนั้นเกิดขึ้นจริง จะเห็นได้ว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในช่วงเริ่มแรกปี พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๓ เป็นช่วงที่มีการตื่นตัวอย่างมาก มีการเคลื่อนไหวที่สำคัญเกิดขึ้นหลายประการ แต่พอมาถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๔ มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ๒ ประการ คือการเกิดขึ้นของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ UC และการปรับปรุงโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขขนานใหญ่ จึงอาจทำให้การเปลี่ยนแปลง



แต่ความเปลี่ยนแปลงที่มีผลสำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงในยุคของรัฐมนตรีท่านนี้ (หมายถึง บพ.มจคค ณ สงขลา) ที่ท่านมาจากการเปลี่ยนแปลงการปกครอง ที่มโนนโยบายผลักดันสถานีอนามัยให้ไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างจริงจัง โดยการถ่ายโอนไปสังกัด อปท. อย่างสมบูรณ์ทั้งคนและหน่วยงาน โดยมีการตั้งเป้าหมายไว้ ๓๕ แห่ง ซึ่งนับจนปัจจุบันทำได้จริงเพียง ๗๕ แห่ง



ในประเด็นการกระจายอำนาจได้ลดความสำคัญและถูกกล่าวถึงน้อยลงไปบ้าง

เมื่อเราศึกษาดูระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจะเห็นว่า ระบบสุขภาพไทยก่อนที่จะเกิดนโยบาย UC นั้นนโยบายการจัดระบบสุขภาพไทยเป็น mixed model คือ มีทั้ง แนวคิดแบบตลาดเสรี (Free Market) และแนวคิดการประกันสังคมและรัฐสวัสดิการ (Social Insurance and Welfare Oriented) เราใช้แนวคิดทั้งสองรูปแบบผสมผสานกันอยู่ จะเห็นได้ว่าพจนานโยบายของระบบสาธารณสุขมีทิศทางอย่างนี้ แนวคิดการกระจายอำนาจในยุคเริ่มแรกนั้นก็เริ่มคิดรูปแบบการกระจายอำนาจแบบแยกส่วน คือการโอนสถานบริการให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น ประเด็นสำคัญของการเปลี่ยนแปลงในช่วงต้นๆ ที่มีแนวคิดที่จะโอนสถานบริการให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่นนั้น ก็มีข้อโต้แย้งกันว่ารูปแบบใดจะเหมาะสม มีความพยายามที่จะเกิดก่อแนวคิดใหม่ขึ้นมา โดยมีประเด็นการต่อสู้กันระหว่างความคิดว่า ถ้าอย่างนั้นเราออกแบบโดยยึดเอาความเชื่อมโยงและความประหยัดเชิงขนาดมาปรับใช้ดีกว่า ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีรูปแบบที่เกิดขึ้นขณะนั้นคือ Area Health Board หรือ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่

(กสพ.) ขึ้นมา แต่การเปลี่ยนแปลงตามประเด็นนี้ได้มีการหยุดชะงักไป เพราะว่านโยบายด้านระบบสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไป จากระบบที่เราใช้แนวคิดแบบ Free Market หรือใช้ แนวคิด Social Insurance หรือ Social Welfare ไปสู่ระบบใหม่ที่เรียกว่า ระบบสุขภาพแห่งชาติ หรือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) โดยมีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) เป็นเครื่องมือสำคัญ ในการเปลี่ยนแปลงตาม model นี้ เราใช้เครื่องมือที่สำคัญคือระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถ้วนหน้า หรือ UC ซึ่งหลักการของระบบการจัดสุขภาพแบบ NHS คือการรวมอำนาจอย่างแท้จริง ในอีกรูปแบบหนึ่ง แต่เป็นการรวมอำนาจมาไว้ที่ส่วนกลางแล้วจัดอำนาจใหม่ ซึ่งอาจจะเรียกว่า recentralization อีกรอบหนึ่ง

ในการ implement นโยบาย UC ในช่วงเริ่มแรกเรามีกลไกที่สำคัญคือ Internal Market ฉะนั้น Market Principle จึงเป็นเรื่องที่จะต้องพูดถึงอย่างแน่นอน มีการจัดระบบในเรื่องของการแยกผู้ซื้อและผู้จัดบริการออกจากกัน (The purchaser and provider split) ที่มี การแยกบทบาทกันระหว่าง สปสช. และ



สิ่งที่ยังถือเป็นประเด็นสงสัยของทุกฝ่ายและยังไม่  
คำตอบคือ สัญญาที่ไม่ชัดเจนของกระทรวง  
สาธารณสุข ว่าจะเอาอย่างไรแน่ในเรื่องการกระจาย  
อำนาจด้านสุขภาพ แน่นอนเมื่อเป็นเช่นนี้จึงส่งผล  
ทำให้เกิดการ Slow down ในเรื่องการถ่ายโอน  
สถานีนอมา



กระทรวงสาธารณสุข โดยแยกการทำงานตามบทบาทผ่าน  
ระบบคู่สัญญา (Contracting System) สิ่งเหล่านี้เป็น  
ระบบที่สำคัญที่ต้องพูดถึงว่า เมื่อเกิดนโยบายการจัดการ  
ระบบสุขภาพตามแนวคิดนี้ โดยมีการเปลี่ยนแปลงระบบ  
สาธารณสุขในลักษณะเช่นนี้ ดังนั้นแนวคิดการกระจาย  
อำนาจด้านสุขภาพควรจะต้องเป็นอย่างไร มีตัวอย่างการ  
เปลี่ยนแนวคิดสำคัญในช่วงหนึ่งในอดีตคือ การทดลองการ  
กระจายอำนาจในรูปแบบ กสพ. ใน ๑๐ จังหวัด และจาก  
การประเมินพบว่ามีความสำเร็จ ๘ จังหวัด และการปรับ  
เปลี่ยนโรงพยาบาลรัฐแนวใหม่ทำให้มีโรงพยาบาลแบบใหม่  
คือโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ซึ่งทั้งประเทศ  
มีอยู่แห่งเดียว รวมทั้งแนวคิดการให้มิกกองทุนหลักประกัน  
สุขภาพท้องถิ่น ซึ่งขณะนี้ สปสช. ผลักดันได้เกือบ  
ครอบคลุมทั่วทั้งประเทศแล้ว และนอกจากนี้มีการพูดถึง  
การโอนสถานีนอมาไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่  
เป็นรูปแบบการกระจายอำนาจอีกรูปแบบหนึ่งที่เป็น  
ประเด็นยากลำบาก (Controversial issue) ในขณะนี้ ซึ่ง  
ตอนนี้ทำสำเร็จอย่างเบ็ดเสร็จจริงๆ คือจำนวน ๒๘ แห่ง  
และพบว่าล่าสุดมีข้อเสนอของสมาคม อบจ. (แห่งประเทศไทย)  
ที่พูดถึงการกระจายอำนาจรูปแบบใหม่คือ เปลี่ยน



จากโอนสถานีนอนามัย มาเป็นการประสานการทำงานร่วมกันในพื้นที่ระดับจังหวัด โดยอ้างอิงเงื่อนไขจากแผนกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ ๒ แล้วต่อมาในที่สุดได้รับการพัฒนาเป็นรูปแบบที่มีหลายทางเลือกในระดับจังหวัด ซึ่งมีจังหวัดที่จะทดลองนำร่องอยู่ ๒๗ แห่งหรือ ๒๗ อบจ. นะครับ แต่จากการติดตามผลจริงๆ แล้วก็พบว่าขณะนี้ความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามรูปแบบนี้ยังไม่มีความก้าวหน้าอะไรมากมาย นอกจากการมีคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการประสานความร่วมมือการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดเท่านั้น ดังนั้นในประเด็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนี้ สิ่งที่จะวิเคราะห์ได้ถึงการกระจายอำนาจในสังคมไทยในเชิงรูปธรรมที่สุดเท่าที่เห็น จากการศึกษาคือ การถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้ท้องถิ่น

แนวคิดเรื่องการกระจายอำนาจโดยวิธีการถ่ายโอนสถานีนอนามัย เริ่มต้นจากการที่สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้ทำโครงการร่วมมือกับสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Program: UNDP) ในการผลักดันให้มีการกระจายอำนาจด้วยการถ่ายโอนภารกิจสำคัญในหน่วยงานราชการต่างๆ ซึ่งภารกิจที่กระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้คือทดลองการโอนภารกิจสถานีนอนามัย แต่ในความเป็นจริงก็ไม่ได้มีการถ่ายโอนตัวสถานีนอนามัยจริงๆ เป็นเพียงการถ่ายโอนภารกิจบางประการของสถานีนอนามัยเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างสถานีนอนามัยกับพื้นที่ โดยทดลองนำร่องใน ๓ จังหวัด (ราชบุรี มหาสารคาม และนครราชสีมา) ซึ่งผลการประเมินก็พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงอะไรมากมายนัก แต่ความเปลี่ยนแปลงที่มีผลสำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงในชุดของรัฐมนตรีท่านนี้ (หมายถึง นพ.มงคล ณ สงขลา) ที่ท่านมาจากการ

เปลี่ยนแปลงการปกครอง ที่มีนโยบายผลักดันสถานีนอนามัยให้ไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างจริงจังโดยการถ่ายโอนไปสังกัด อบต. อย่างสมบูรณ์ทั้งคนและหน่วยงาน โดยมีการตั้งเป้าหมายไว้ ๓๕ แห่ง ซึ่งนับจนปัจจุบันทำได้จริงเพียงแค่ ๒๘ แห่ง ยังเหลืออีก ๗ แห่ง ซึ่งขณะนี้ ๗ แห่งนั้นยังไม่แน่ใจว่าจะถ่ายโอนหรือไม่ บัญญัติความสำเร็จของการกระจายอำนาจในรูปแบบการถ่ายโอนสถานีนอนามัยมาจาก ๑) ภาวะผู้นำของผู้บริหาร ๒) การเลือกพื้นที่ปฏิบัติการเฉพาะ เป็นพื้นที่ อบต./เทศบาลที่ได้รางวัลธรรมาภิบาลดีเด่น ๓) ความสมัครใจของบุคลากรสาธารณสุขที่จะถ่ายโอนไป ซึ่งนับว่าการถ่ายโอนครั้งนี้เป็นจุดพักสขของทั้งประเทศ จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้เป็นผลสำเร็จ

ปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวผลักดันที่สำคัญคือ แผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ ที่ได้มีการกำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจในฉบับที่ ๒ ว่า ต้องโอนสถานีนอนามัยไปให้ท้องถิ่น ถ้ายังโอนไม่ได้หรือไม่เรียบร้อยภายในสิ้นแผนฯ คือปี พ.ศ. ๒๕๕๓ จะต้องโอนให้ อบจ. ตรงนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่ทำให้ อบจ. ได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งมีความพยายามที่จะผลักดันเรื่องนี้ในระยะที่ ๒ ต่อเนื่องจากที่ ระยะที่ ๑ ที่ได้มีการผลักดันให้ถ่ายโอนสถานีนอนามัยไป อบต. ได้ ๒๘ แห่ง ผลต่อเนื่องตรงนี้ได้มีการเวียนสอบถามความพร้อมของ อบต. และสถานีนอนามัยในรอบที่สองนี้ไปแล้ว และอยู่ในช่วงการประเมินความพร้อมในอีกหลายพื้นที่ แต่ในขณะเดียวกันสิ่งที่ยังเป็นประเด็นสงสัยของทุกฝ่ายและยังไม่มีคำตอบคือ สัญญาที่ไม่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุขว่าจะเอาอย่างไรแน่ในเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ แน่นนอนเมื่อเป็นเช่นนี้จึงส่งผลทำให้เกิดการ slow down ในเรื่องการถ่ายโอนสถานีนอนามัย และ

ประเด็นที่สำคัญจากการที่เราค้นพบคือ ขณะนี้ อปท. เปลี่ยนท่าทีใหม่ ตอนแรก อปท. ดูซึ่งขังอยากรับโอน สถานีนอนามัย แต่ตอนนี้ อปท. ได้ปรับท่าทีใหม่ หลายแห่งไม่สนใจจะรอรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัยแล้ว หลายแห่งพูดถึงการส่งนักเรียนทุนไปเรียนเองเพื่อหาคน มาทำงานในหน่วยงานเอง หลายแห่งพูดถึงการสร้าง สถานบริการเอง ซึ่งมีข้อมูลว่า อปท. เกือบ ๖๐๐ แห่ง ขณะนี้ ที่มีการสร้างสถานบริการเอง และ อปท. หลายแห่งก็ตั้งเงื่อนไขกับผู้ที่จะโอนไปเกี่ยวกับระบบ สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ต่างๆ หากเป็นประเด็น ที่ทาง อปท. ต้องรับผิดชอบมากก็จะไม่รับโอน เพราะ นั่นคือภาระงบประมาณของ อปท. ตรงกันข้ามหากรับ คนใหม่ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กใหม่ๆ ที่จบจาก School of Public Health จะจ่ายค่าจ้างถูกกว่า อีกทั้งปกครอง ง่ายกว่า อย่างนี้เป็นต้น

จากการที่ได้ทำการติดตามเรื่องนี้จากเวทีต่างๆ ทั้งเวทีสาธารณะที่สมาคมหมอนามัยได้จัดขึ้น และเวที วิชาการที่ผมได้มีส่วนร่วมในการวิจัย เห็นได้ชัดเจนว่า เราได้ข้อคิดเห็นที่สำคัญคือ กระจายอำนาจด้านสุขภาพ เป็นเรื่องที่ดี เป็นหลักการที่ยอมรับได้ว่า หากถ่ายโอน แล้วต้องดีขึ้นกว่าเดิม ผลการศึกษาหลายชิ้น พบว่า

สถานีนอนามัย ทั้ง ๒๘ แห่งที่โอนไป มีแนวโน้มด้านบวก เป็นส่วนใหญ่ มีความชัดเจนในการทำงาน มีสายการ บังคับบัญชาสั้นลง มีความคล่องตัวมากขึ้น แต่อย่างไร ก็ดี สิ่งที่เกิดขึ้นนั้นมีทั้งด้านดีและด้านที่ไม่ดี ด้านดีคือ ดังที่กล่าวไปแล้วว่าเป็นการสนับสนุนบทบาทและ ภารกิจของสถานีนอนามัยที่ชัดเจนมากขึ้นทั้งนโยบาย และทรัพยากร ด้านไม่ดีคือ ประชาชนเองยังไม่เห็น ความต่างระหว่างสถานีนอนามัยที่อยู่ใน อปท. กับสถานีนอนามัยที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตรงนี้เป็นประเด็น สำคัญที่ต้องตอบคำถามหลักให้ได้ว่าประชาชนได้อะไร จากการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไปท้องถิ่น ซึ่งตอนนี้ไม่มี ความแตกต่างหรือแตกต่างก็ไม่มีนัยสำคัญ ในประเด็น เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยเองมีบางส่วนก็ยังไม่มีความ มั่นใจต่อความเสถียรของการเมืองในระดับท้องถิ่น หลายคนยังหวั่นๆ ว่าหากเกิดการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร ระบบสนับสนุนจะยังคงเดิมอยู่หรือไม่ และที่ยังไม่โอนไป หลายคนก็หวาดกลัวกับภาพพจน์เดิมๆ ของนักการเมือง ในระดับท้องถิ่น ในหลายส่วนก็ได้มีการพูดถึงการ เตรียมการถ่ายโอนอนามัย แต่ในขณะเดียวกันประเด็น การเมืองในระดับท้องถิ่นก็ยังเป็นปัญหาที่สำคัญ สรุป คือ รูปแบบการกระจายอำนาจโดยการถ่ายโอนสถานีน

### ข้อเสนอแนะจากเวทีเสวนา

- การมีการลงนามขออนุญาตโอน อปท. สาธารณสุข ไม่ อธิปไตยหรือขอ อนุมัติ อนุญาตโอน รวบรวมเอกสารที่พร้อมโอนหรือ ปรึกษา
- การที่ควรมี สหพันธ์หรือสมาคมสุขภาพในระดับจังหวัดที่เข้มแข็ง ร่วมมือกับ สหพันธ์ สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น อภิบาล วิชาชีพสหเวชศาสตร์ รพ.สต.
- การศึกษาและ ระบุขีดจำกัดการถือครองทรัพย์สินของ อปท. หน่วยงาน หน่วยงาน อปท. สุขภาพ
- การมีคณะกรรมการสุขภาพหรือคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัดหรือระดับ อปท. เพื่อตรวจสอบและ อนุมัติ โอน
- มีไต่ถามว่าโอน อปท. หน่วยงานที่ใดบ้างแล้ว และโอนไปไหนบ้างแล้ว และโอนไปไหนบ้างแล้ว และโอนไปไหนบ้างแล้ว และโอนไปไหนบ้างแล้ว
- ข้อเสนอแนะ มี ส.ว. วิชาสาธารณสุข เป็นเรื่องมี ส่วนกับคณะกรรมการระดับจังหวัด

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ลงมือทันที Immediately Action ไม่ควรรอต่อไปอีกแล้ว
- ปรับกฎเกณฑ์ที่เอื้อต่อการลงมือทันทีที่ได้-ปรับแผนกระจายอำนาจ และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ
- ถ้ายังกังวลเรื่อง โสภณกิจหรือระบบสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้น ประการ ไม่ควรทำให้เกิดการแตกส่วนในระดับท้องถิ่นไปจนขาด ประสิทธิภาพ
- รูปแบบที่สนใจคือการจัดการระบบสุขภาพในระดับอนุภาค sub-region health area



ผมขออนุญาตสรุปตอนนี้ว่า การกระจายอำนาจนั้นมีหลายรูปแบบ ในสังคมไทยเรามีองค์ความรู้อยู่แล้วครับ การกระจายอำนาจหากจะเอาจริง อยากทำให้เกิดผลจริงจัง ควรจะต้องวางมือกำกับที่ได้แล้ว และควรจะต้องปรับกฎเกณฑ์ที่เอื้อต่อการวางมือกำครวนี้ให้ได้ สิ่งสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นเพนปฏิบัติกาการกระจายอำนาจ ควรจะต้องเอื้อต่อสิ่งนี้ **”** และควรคำนึงถึงความเชื่อมโยงและประโยชน์สูงสุดของประชาชน



อนามัยนั้น เป็นการกระจายอำนาจแบบแยกส่วน และมีหลายคนคิดว่า นี่เป็นคำตอบของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้จะเป็นทางเลือกที่ดี แต่ก็พบว่ายังมีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อระบบสาธารณสุข

โดยสรุปรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ได้ทำการทบทวนและนำเสนอไปแล้วมีหลายรูปแบบมาก และต่างรูปแบบก็มีบทเรียนและองค์ความรู้มาระดับหนึ่งแล้ว สิ่งที่จะต้องร่วมกันทำคือ ทบทวนแนวคิดและหลักการของการกระจายอำนาจเสียใหม่ว่าการกระจายอำนาจ คือการโอนอำนาจไปสู่หน่วยที่ย่อยกว่า ในระดับ nation ไปสู่ sub-nation และจะต้องคำนึงถึงเรื่อง economy of scale และการเชื่อมต่อบริการจากระบบเดิมไปสู่ระบบใหม่จะต้องราบรื่นเพียงพอประเด็นที่เป็นห่วงกันคือระบบส่งต่อแต่ละระดับของการบริการที่ต้องเชื่อมประสานกัน ผมขออนุญาตสรุปตอนนี้ว่า การกระจายอำนาจนั้นมีหลายรูปแบบ ในสังคมไทยเรามีองค์ความรู้อยู่แล้วครับ การกระจายอำนาจหากจะเอาจริง อยากทำให้เกิดผลจริงจัง ควรจะต้องลงมือทำทันทีได้แล้ว และควรจะต้องปรับกฎเกณฑ์ที่เอื้อต่อการลงมือทำครวนี้ให้ได้ สิ่งสนับสนุนไม่ว่าจะเป็น

แผนปฏิบัติการการกระจายอำนาจ ควรจะต้องเอื้อต่อสิ่งนี้ และควรคำนึงถึงความเชื่อมโยงและประโยชน์สูงสุดของประชาชน ไม่ให้เกิดระบบสุขภาพหรือหน่วยบริการสุขภาพที่แยกย่อยมากเกินไป การก้าวเดินด้วยแนวคิด recentralization เป็นรูปแบบที่น่าสนใจ ซึ่งขณะนี้มีความคิดในเรื่องของอนุภาค เช่น เขตสุขภาพ หรือ Area health เป็นต้น ประเด็นเหล่านี้เป็นข้อเสนอแนะที่เราได้จากการศึกษาและการทบทวนใน ๑๐ ปีครับ

**นพ.พงษ์พิสุทธ์ :** ผมขออนุญาตขยับไปท่านที่ ๒ ท่านศึกษาเกี่ยวกับเรื่องของการเมืองในระดับท้องถิ่นหลังการกระจายอำนาจว่า จริงๆ แล้วความสัมพันธ์ระหว่างผู้คนต่างๆ ที่เป็น stakeholder ที่สำคัญนั้นเป็นอย่างไรกันบ้าง และนำไปสู่ข้อคิดเห็นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องกระจายอำนาจอย่างไร อาจารย์มาจากคณะรัฐศาสตร์ ซึ่งตรงตามหัวข้อที่จะให้ดู คือกระบวนการทางการเมืองในการถ่ายโอนสถานีนอนามัย ขอเชิญอาจารย์เวียงรัฐ ครับ

**ผศ.เวียงรัฐ :** ในรอบปีที่ผ่านมา ดิฉันได้วิจัยเรื่องกระบวนการทางการเมืองในการถ่ายโอนสถานีนอนามัย



# LL

ใครที่มีอำนาจอยู่ก่อนแล้ว มีงบประมาณ มีกำลังคน มีการบริหารจัดการ มีความรู้ ความชำนาญ เฉพาะด้านที่ผ่านประสบการณ์มา เอาอำนาจไปยกให้กับคนที่ไม่เคยมีอำนาจมาก่อนเลย ในทางตรรกะเป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ ฉะนั้น คิดว่าด้วยเหตุนี้จึงพบ deadlock ในทุกๆ สถานการณ์

# ”

โดยเน้นกรณีศึกษาเฉพาะถ่ายโอนสถานีอนามัย ซึ่งทำการศึกษา ๒ ส่วน ได้แก่ ส่วนกลาง กับส่วนท้องถิ่น ในส่วนกลาง ศึกษาตั้งแต่ขั้นตอนทางกฎหมายจนถึงการดำเนินงาน ในส่วนท้องถิ่นได้เลือก อปท. ๕ แห่ง ได้แก่ อปท. ที่เชียงใหม่ ๒ แห่ง อุดรธานี ๑ แห่ง นครศรีธรรมราช ๑ แห่งและราชบุรี ๑ แห่ง เพื่อเป็นกรณีศึกษา โดยดูโครงสร้างทางการเมืองในระดับท้องถิ่น ดู political actor ว่าใครเป็นใคร สัมพันธ์กันอย่างไร ตอนแรกตั้งใจจะดูกระบวนการถ่ายโอนว่าเป็นการเมืองอย่างไร แต่ดูๆ ไปแล้วทุกแห่งพูดตรงกันว่า “ก็เขามาออกมาแล้ว เราได้ธรรมชาติ เราก็เลยถ่ายโอน” หมายความว่า ส่วนกลางเป็นฝ่ายลงไปถึงหน้าประตู อบต. ดิฉันทำการศึกษาทั้งหมด ไม่ใช่ศึกษาแค่กระบวนการทางกฎหมายอย่างเดียว พอไปดูแล้วจะเห็นว่าในขั้นตอนการเซ็นชื่อเพื่อสั่งการ ขั้นตอนไหนล่าช้า เมื่อกำลังจะเซ็นชื่อแล้วมีการเปลี่ยนเพื่อปรับให้เกิดประนีประนอมอย่างไร ดิฉันคิดว่าการเมืองเกิดขึ้นในทุกๆ ส่วน แม้แต่ในการประชุมประจำวันของเรา โดยสรุปแล้ว ๓๕ แห่งที่ออกมาเป็นการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รางวัล นั่นคือ การประนีประนอมที่สุดในการที่จะรักษาผลประโยชน์ของทั้ง ๒ ฝ่าย ทั้งส่วนกลาง และส่วนท้องถิ่น

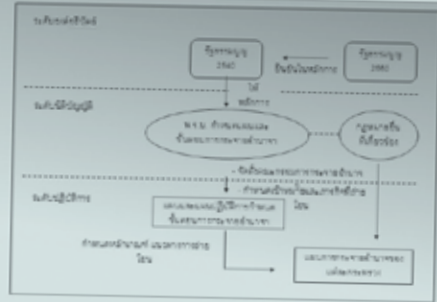
ในส่วนท้องถิ่น ดิฉันได้ศึกษาการเมือง ตัวแสดงทางการเมือง ความสัมพันธ์ต่างๆ ในส่วนท้องถิ่น ทั้งนายกเทศมนตรี นายก อบต. หัวหน้าสถานีอนามัย เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อสม.



ประธาน อสม. ประชาชนที่มาใช้บริการ โดยศึกษา และพูดคุยกับ อสม. แล้วเชื่อมโยงความสัมพันธ์ ซึ่งมี ข้อค้นพบที่น่าสนใจ คือ หลายๆ ครั้ง ไม่ใช่เป็นการ แลกเปลี่ยนความรู้ เพราะในท้องถิ่นแต่ละแห่งจะโยกกับ คนนั้นคนนี้ เพื่อที่จะให้เกิดการประสานงานกันในการ บริหารงานแบบใหม่หลังการถ่ายโอนสถานีนอามัย สิ่งที พบในการศึกษาครั้งนี้ ประเด็นแรกคือ ความกังวลใจ ของกระทรวงสาธารณสุขที่ว่า การขำนาญเฉพาะด้าน หรือการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข เป็นสิ่งที่กระทรวง สาธารณสุขทำได้ดี และทำมานานแล้ว ไม่สามารถ ปล่อยไปให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่ได้คุ้นเคย กับงานทางสาธารณสุข แต่ต้องไม่ลืมว่าองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นเป็นการปกครองที่ผู้บริหารมาจากการ เลือกตั้ง ซึ่งการเลือกตั้งคือประชาชนเลือกขึ้นมาเอง สมมุติในห้องนี้มีคนไม่ดีหมดเลย ก็จะไม่เลือกคนไม่ดีขึ้นมา ห้องนี้มีคนไม่ดีสัก ๖๐ คน จาก ๑๐๐ คน ก็จะเลือกคน ไม่ดีขึ้นมา แต่นี่คือหลักการของการกระจายอำนาจ ซึ่งจะขัดกันกับหลักการของประสิทธิภาพ ฉะนั้นเรา จะพบการสมดุล หรือข้อโต้แย้ง หรือความขัดแย้งทาง อุดมการณ์ ในจุดนี้อย่างเห็นได้ชัดจากกระบวนการต่างๆ ซึ่งทางออกคือ การหาวิธีประนีประนอม เพื่อขยายเวลา

ประเด็นสำคัญที่ดิฉันพบ คือ ความล้มเหลวใน การบังคับใช้กฎหมายขององค์กรภาครัฐ ประเด็นนี้ คุณหมอสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ อาจจะพูดได้ชัดเจน ที่สุด เรื่องนี้เหมือนกับเป็นเรื่องที่เราไม่เห็นความสำคัญ เพราะองค์กรภาครัฐก็ต้องทำไปตามความเหมาะสม จะมีข้ออ้างเสมอ ดังนั้น กฎหมายอาจจะออกมา ไม่เหมาะสมก็ได้ การบริหารงานจึงกลายเป็นข้อโต้แย้ง และบางครั้งที่กฎหมายระบุออกมามีกรอบระยะเวลา ชัดเจน แต่ไม่ได้ทำตามกรอบระยะเวลาที่กำหนดนั้น ก็ ไม่เกิดอะไรขึ้น ซึ่งเรื่องนี้ดิฉันคิดว่า เป็นข้ออ่อนข้าง

### ส่วนกลาง: จากกฎหมายสู่การปฏิบัติ



### พบอะไร?: ส่วนกลาง

- ความชำนาญเฉพาะด้าน VS ปกครองตนเองแบบ ประชาธิปไตย
- ทวีติประนีประนอม ชื่อเวลา
- ความล้มเหลวในการบังคับใช้กฎหมาย
- องค์กรภาครัฐไม่ปฏิบัติตามร้งบังคับ
- ให้ผู้มีอำนาจยอมมอบอำนาจ
- เป็นไปไม่ได้ จึง dead lock

สำคัญ แต่ดูเหมือนเป็นเรื่องไม่สำคัญในสังคมไทยที่ องค์กรภาครัฐต้องปฏิบัติตามกฎหมาย อีกประเด็น ที่สำคัญคือ การให้ผู้มีอำนาจ การกระจายอำนาจให้กับ ผู้ไม่มีอำนาจ ผู้มีอำนาจยอมมอบอำนาจให้ คือการ กระจายอำนาจไปเน้นที่ส่วนกลาง เพราะฉะนั้นจึง กลายเป็น deadlock ใครที่มีอำนาจอยู่ก่อนแล้ว มี งบประมาณ มีกำลังคน มีการบริหารจัดการ มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะด้านที่ผ่านประสบการณ์มา เอาอำนาจไปยกให้กับคนที่ไม่เคยมีอำนาจมาก่อนเลย ในทางตรรกะ เป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ ฉะนั้น คิดว่า ด้วยเหตุนี้จึงพบ deadlock ในทุกๆ สถานการณ์

## พบอะไร? ท้องถิ่น

- ความเป็นอิสระของท้องถิ่น
  - ไม่สามารถจัดการด้านสาธารณสุขเองได้ แม้จะมีศักยภาพ
- คอร์รัปชัน ผลประโยชน์ทางการเมือง
  - ปัญหาการบริหารจัดการ
  - ส่งผลกระทบต่อโครงการกระจายอำนาจ
- อุปสรรคด้านความรู้ความชำนาญด้านสาธารณสุข
  - ประสานงานระหว่างสถานีอนามัยกับชุมชน (อาศัยความสมัครใจส่วนตัว)
  - ขาดทีมผู้บริหาร

## เสนออะไร?

- ระดับรากฐานของปัญหา
  - เน้นเรื่องสิทธิ
  - ให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการกระจายอำนาจ
- ระดับประนีประนอม
  - สร้างความเข้าใจในแนวทางการจัดการเรื่องสาธารณสุขให้ตรงกัน
  - ส่งเสริมรูปแบบการบริหารจัดการที่มีจุดระหว่าง ความชำนาญ (ของ อบต.) กับความเป็นตัวแทนของประชาชน (ของ อบป.)
  - นำเสนอรูปแบบใหม่ที่สกัดกั้นจากการฉ้อโกงโดยอำนาจ
  - สร้างความยืดหยุ่นในระยะเปลี่ยนผ่าน

ในระดับท้องถิ่น สิ่งที่เราพบคือ ความเป็นอิสระของท้องถิ่น เราจะคิดว่าการ autonomy อาจจะไม่ไปด้วยประสิทธิภาพ แต่มีจุดที่ให้เห็นว่า ความเป็นอิสระของท้องถิ่นบางแห่งที่จัดการอะไรได้ ก่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ถ้ามีอิสระพอที่จะคิดอะไร นวัตกรรมใหม่ๆ หรือมีนโยบายมีการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ไม่ใช่เป็นกรอบที่กำหนดจากส่วนกลาง จะทำให้เกิดสิ่งใหม่ๆ และพัฒนาเกิดขึ้นใหม่ มีบางแห่งที่พูดว่าเป็นเรื่องคอร์รัปชัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการของสถานีอนามัยในแง่ที่ว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะเกิดความอึดอัด และกลายเป็นภาพพจน์ของการกระจายอำนาจ คือ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหลายแห่งจะพูดต่อๆ กัน

เวลาไปสัมภาษณ์แห่งที่เขาไม่ได้ถ่ายโอน เขาจะบอกว่า ตำบลนั้นถ่ายโอนไปแล้วมีปัญหา คือไปยุ่งกับการเมืองเลยไปไม่เป็นเลย และบางแห่งถึงขั้นขอโอนกลับประเด็นที่ทุกคนมองเรื่องคอร์รัปชันในแง่ลบ ดิจนกลับมองในแง่พลวัตร ไม่มีคอร์รัปชันที่ไหนเป็นแง่บวก แต่มองว่าทำไมเราเข้าไปหาสถานีอนามัยเพียงวันเดียว เราสามารถรู้เรื่องคอร์รัปชันได้ เราไปสถานีอนามัยที่มีฝ่ายตรงข้ามของการเมือง แล้วเขาเอาข้อมูลเปิดเผยให้เราเกิดพลวัตรแล้ว เราเป็นคนนอกพื้นที่เรายังได้เห็นข้อมูลเหล่านี้ แล้วคนในพื้นที่ที่เขาอยู่ เขาต้องเห็นข้อมูลมากขึ้น ดิจนคิดว่าเป็นด้านลบในระยะเปลี่ยน แต่ในระยะยาวต้องเกิดการแข่งขันแบบที่ท่านอาจารย์วุฒิสสารได้พูดตอนต้นว่าเป็น แนวโน้มของการแข่งขัน ประเด็นนี้ อยากให้มองอีกแง่มุมหนึ่งว่า คอร์รัปชันมาควบคู่กับความโปร่งใสหรือเปล่า เพราะว่าทำให้เกิดการแข่งขันเป็นการขุดข้อมูลขึ้นมาพูด ซึ่งมองในแง่ของการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวด้วย ขณะที่ปัญหาการขาดความชำนาญ ความรู้ด้านสาธารณสุข ถือเป็นเรื่องทั่วไป ซึ่งหลายท่านก็ทราบ ดิจนคิดว่า บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขแทนที่จะเป็นเจ้าของการให้บริการ หรือว่าการที่ยังมีอำนาจอยู่ น่าจะเป็นการให้ความรู้ให้กับนายกฯ ตั้งแต่เริ่มมีการหาเสียงเลยก็ได้ เรื่องนี้จะขึ้นอยู่กับผู้บริหาร ผู้บริหารคนไหนสนใจเรื่องสาธารณสุข สนับสนุนสถานีอนามัย พอถ่ายโอนมาแล้วเปลี่ยนผู้บริหารกลับกลายเป็นอีกเรื่องหนึ่ง

แนวโน้มที่ค้นพบ กลับกลายเป็นว่าส่วนกลางหมายถึง กระทรวงสาธารณสุข พยายามที่จะเปลี่ยนจาก de-centra-lization เป็น de-legation คือพยายามที่จะยังคงรักษาอำนาจของตัวเองไว้ และไม่มีกำหนดชัดเจน และปัญหาใหญ่คือ ขาดการประสานงานร่วมมือกัน ในส่วนกลางดิจนค้นพบว่า ไม่มีการพูดคุย

# LL



ข้อเสนอสุดท้ายดิฉันคิดว่า เน้นที่ระดับรากฐานของปัญหา เราต้องมีการรณรงค์เรื่องหลักนิติรัฐว่า องค์การภาครัฐต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ไม่อย่างนั้น กฎหมายจะไม่มีคามหมายอะไร เพราะในระยะยาวการเปลี่ยนแปลงจะไม่เกิดขึ้นได้ ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงกฎหมาย หรือปรับการกระจายอำนาจให้ อปท. เป็น ศูนย์กลาง



ในภาพรวมที่ประสานกันให้ชัดเจนในคณะกรรมการกระจายอำนาจ กรมส่งเสริมฯ และกระทรวงสาธารณสุขที่จะมาคุยกันเพื่อวางกำหนดที่ชัดเจน และมีเงื่อนไขที่ชัดเจน ข้อสังเกตอีกข้อ ซึ่งทุกท่านทราบดีว่า สปสช. จะมีอำนาจมากขึ้นแทนกระทรวงสาธารณสุข เพราะฉะนั้นคำถามสำคัญคือ สปสช. จะมีบทบาทในการกระจายอำนาจได้อย่างไร

แนวโน้มของท้องถิ่นมีความพยายามปรับตัวมากขึ้น มีความเปลี่ยนแปลง เช่น สถานีอนามัยอาจจะมีปัญหาไม่สามารถถ่ายโอนมาได้มาไม่ได้ หรือว่ามาแล้วเกิดปัญหา เขาก็จะคิดรูปแบบใหม่ๆ สร้างคลินิกของตัวเองขึ้นมา หรือว่าสร้างแรงจูงใจให้กับเจ้าหน้าที่ บางแห่งอาจให้โบนัสเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้รู้สึกว่าเป็นเจ้าหน้าที่ถ่ายโอนมาแล้วมีความมั่นคงมากขึ้น หรือใช้วิธีการทางการเมือง เช่น การเจรจาต่อรองแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ หรือใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัว หรือเน้นงานสาธารณสุขอื่นๆ ตามศักยภาพของท้องถิ่น เช่น เน้นออกกำลังกาย ดิฉันคิดว่าประเด็นที่เห็นในการเมืองคือ เกิดการแข่งขันมากขึ้น แต่เราจะเห็นความสับสนวุ่นวาย และเกิดกลุ่มการเมืองใหม่ๆ

ข้อเสนอสุดท้ายดิฉันคิดว่า เน้นที่ระดับรากฐาน

ของปัญหา เราต้องมีการรณรงค์เรื่องหลักนิติรัฐว่า องค์การภาครัฐต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ไม่อย่างนั้น กฎหมายจะไม่มีคามหมายอะไร เพราะในระยะยาวการเปลี่ยนแปลงจะไม่เกิดขึ้นได้ ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงกฎหมาย หรือปรับการกระจายอำนาจให้ อปท. เป็นศูนย์กลาง หมายความว่า เริ่มต้นที่ อปท. เลย ที่ จะดูว่าตัวเองมีศักยภาพอะไร มีนวัตกรรมอะไร ในการที่จะสร้างขึ้นมา ซึ่งหลายๆ แห่ง เราพบว่ามีความศักยภาพทำได้ เราจะเห็นคอร์รัปชั่นบางแห่ง เราจะเห็นความเข้มแข็งของบางแห่ง เพราะฉะนั้นตรงนี้จะทำอย่างไรให้ความเข้มแข็งของ อปท. ขยายมากขึ้น และลดบทบาทของการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัวลง

อีกประเด็นหนึ่งที่ดิฉันคิดว่า จำเป็นในการสร้างความยืดหยุ่นในระยะเปลี่ยนผ่าน เช่น ถ่ายโอนไปแล้วสามารถโอนกลับคืนมาได้ เพราะฉะนั้นการวิจัยครั้งนี้เป็นการค้นพบความสมดุลระหว่างทำอย่างไร ให้ผู้มีอำนาจกับผู้เริ่มมีอำนาจทำงานร่วมกันได้ ประสานกันได้อย่างไรให้ความชำนาญเฉพาะด้านไปด้วยกันกับหลักการกระจายอำนาจคือ การจัดการที่มีความยืดหยุ่น การสนองตอบต่อประชาชน และการมีส่วนร่วมของประชาชน

# LL

ถ้าถามว่าวันนี้กระทรวงสาธารณสุขควรจะมีบทบาทอย่างไรในการกระจายอำนาจ เราต้องมองหาทางออกว่า จริงๆ มีรูปแบบไหนเกิดขึ้น ในขณะที่เราบอกว่าเราจะถ่ายโอนสถานีนามาไปยัง อบจ. มีคนเสนอรูปแบบนี้มาก แต่ว่ามีบทเรียนจากต่างประเทศหลายแห่งกำลังล้มเรื่องรูปแบบของการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น กลับรอบเข้ามาให้ส่วนกลางไปดูแลทั้งหมด อย่างเช่น ในบอร์เนียว และเรียกใหม่ว่า “เขตสุขภาพ”

# ”

**นพ.พงษ์พิสุทธ์ :** ต้องเรียนว่า สัจธรรมบางอย่างที่เราอาจจะรู้อยู่แล้ว แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร คือ ไปขอให้ผู้มีอำนาจสลายอำนาจตัวเอง เป็นเรื่องที่สุดแล้วคงยาก ที่นี้จะมีรูปแบบอย่างไร ขอเชิญคุณหมอนวินัยครับ

**นพ.วินัย :** เมื่อ ๑๐ ปีที่แล้วเราพยายามที่จะกระจายอำนาจ ตอนนั้น ท้องถิ่นงงมาก ไม่รู้ว่าได้สถานีนามาแล้ว จะทำอย่างไร แต่ปัจจุบันปรากฏว่า ท้องถิ่นพัฒนาไปมากและสามารถทำงานร่วมกับสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี

ถ้าถามว่าวันนี้กระทรวงสาธารณสุขควรจะมีบทบาทอย่างไรในการกระจายอำนาจ เราต้องมองหาทางออกว่า จริงๆ มีรูปแบบไหนเกิดขึ้น ในขณะที่เราบอกว่าเราจะถ่ายโอนสถานีนามาไปยัง อบจ. มีคนเสนอรูปแบบนี้มาก แต่ว่ามีบทเรียนจากต่างประเทศหลายแห่งกำลังล้มเรื่องรูปแบบของการกระจาย



อำนาจไปสู่ท้องถิ่น กลับรวบรวมเข้ามาให้ส่วนกลางไปดูแลทั้งหมด อย่างเช่น ในนอร์เวย์ และเรียกใหม่ว่า “เขตสุขภาพ” ถ้าอย่างนั้นคำว่า เขตสุขภาพ สำหรับประเทศไทยคืออะไร ผมอยากให้ดูเรื่องทฤษฎีการกระจายอำนาจ ถ้าเป็นเขตสุขภาพ คือระบบสุขภาพแต่มองเรื่องของการพัฒนา หรือการบริหารในพื้นที่ไม่ใช่ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารคนเดียว กระทรวงสาธารณสุขบริหารคนเดียว หรือ สปสช.บริหารคนเดียว แต่ทุกคนจะต้องมีส่วนร่วม อันนี้เป็นหลักการของสหการอยู่แล้ว แต่ว่าสหการจะพูดในเรื่องของท้องถิ่น พอเข้ามาในเขตของสาธารณสุข เรามองว่าอาจจะต้องมีกรรมการชุดหนึ่งที่มีความเป็นอิสระขึ้นมา แล้วกำหนดพื้นที่ให้มีประชากรที่ชัดเจน ควรจะให้เกิดการบูรณาการ ท้องถิ่นไม่ได้ทำแค่สุขภาพอย่างเดียว ทำหลายอย่าง นั่นแปลว่า เขตสุขภาพที่เกิดขึ้น เราจะต้องมองในเรื่องของการบริการทางสังคม เรามีการสาธารณสุข และมีการบริการในเรื่องของการรักษาพยาบาลต่างๆ แบบบูรณาการ ซึ่งตัวนี้เป็น concept ที่ชัดเจน คือมองว่าประชาชนได้อะไร ทีนี้ถามว่า เขตสุขภาพสำหรับประเทศไทยมีความจำเป็นแค่ไหน เราพบว่าอันนี้เป็นเรื่องของการกระจายอำนาจชนิดหนึ่ง เพราะว่าเขตสุขภาพเป็นการให้อำนาจในพื้นที่ไปบริหารจัดการดูแลความเป็นอยู่ทั้งหมด แต่จริงๆ ภายใต้การบริหารจัดการตรงนี้มีเรื่องของการสร้างประสิทธิภาพ ประสิทธิผล แล้วลงมาเรื่องคุณภาพของประชาชน แต่ผมว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพไทยที่เป็นทางตันอันหนึ่ง คือปัจจุบันเรามีเรื่องของการแยกผู้ซื้อบริการผู้ขายบริการ เมื่อก่อนเป็นผู้จัด เดียวนี้กลายเป็นผู้ขายไปแล้ว คราวนี้ปัญหาเกิดขึ้นความขัดแย้งเกิดขึ้น ซึ่งอาจารย์วุฒิสสารก็พูดเมื่อเช้าว่า ตกลง สปสช. กับกระทรวงฯ จะจับมือกันอย่างไร ภายใต้การ

วิวัฒนาการมาใหม่ประชาชนมีความคาดหวังมากขึ้น แต่ขณะเดียวกันนโยบายสาธารณสุขมีความขัดแย้งเกิดขึ้น ยุทธศาสตร์ต่างๆ ก้าวไปไม่พร้อมกัน และข้อสุดท้ายคือ ความไม่เป็นธรรม ซึ่งเกิดขึ้นในการกระจายอำนาจตั้งแต่ต้นแล้ว หรือแม้กระทั่งในปัจจุบัน การกระจายบุคลากรต่างๆ ก็มีปัญหา

แต่ผมคิดว่าแรงผลักดันอันหนึ่งที่เกิดขึ้นในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมาคือ โรคระบาดที่เกิดขึ้น หลายๆ ท่านคงจะยอมรับว่าการกำจัดไข้หวัดนกต่างๆ ไข้หวัดถิ่นเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ถ้าประเทศไทยไม่มีระบบสาธารณสุขเดิมอยู่บวกกับท้องถิ่นปัจจุบัน เราอาจจะจัดการเรื่องไข้หวัดนกกับไข้หวัดใหญ่ ๒๐๐๙ ไม่ทัน แต่ผมมองต่างๆ ก็มีเรื่องทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น การแก้ปัญหาโรคอ้วน ไม่ใช่บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเดียว ต้องรวมท้องถิ่นด้วย ท้องถิ่นต้องแก้ปัญหาเรื่องความเป็นอยู่ เรื่องพฤติกรรมกรรมกรกินด้วย ทั้งหมดเป็นเรื่องสำคัญ

แล้วเขตสุขภาพจะอย่างไร จากการประชุมผู้ที่มีความรู้ ผู้เชี่ยวชาญ ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากกระทรวงต่างๆ เรามองว่า เขตสุขภาพมี ๓ มิติ

มิติที่ ๑ คือต้องมีการอภิบาลระบบเกิดขึ้น ต้องมีคณะกรรมการเข้ามาดูแล ตรงนี้ต้องไปบริหารจัดการให้มีความโปร่งใส ซึ่งสอดคล้องจากการศึกษาของอาจารย์เวียงรัฐกับอาจารย์สงครามชัยว่า ทุกอย่างต้องมีการจัดการที่ดีให้เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผล

มิติที่ ๒ เขตสุขภาพเป็นเรื่องของการกระจายอำนาจ แต่ภายใต้การกระจายอำนาจนั้นยังใช้กลวิธีของการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุขเป็นตัวนำที่สำคัญ เพราะฉะนั้นแปลว่า กระทรวงสาธารณสุขกับท้องถิ่นต้องจับมือกัน สหการเฉพาะท้องถิ่นอย่างเดียว



ถ้าประเทศไทยไม่มีระบบสาธารณสุขเต็มอยู่บวกกับท้องถิ่น ปัจจุบัน เราอาจจะจัดการเรื่องไข้หวัดนกกับไข้หวัดใหญ่ ๒๐๐๙ ไม่กัน แต่มุมมองต่างๆ ก็มีเรื่องทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น การแก้ปัญหาโรคอ้วน ไม่ใช่บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข อย่างเดียว ต้องรวมท้องถิ่นด้วย ท้องถิ่นต้องแก้ปัญหา เรื่องความเป็นอยู่ เรื่องพฤติกรรมมารักกันด้วย ทั้งหมดเป็นเรื่องสำคัญ

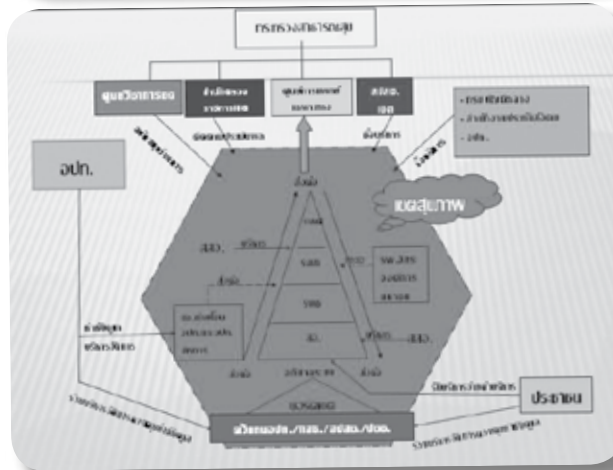


**แนวคิดเขตสุขภาพ**

ระดับ	มิติที่ ๑	มิติที่ ๒	มิติที่ ๓
ระบบ/โครงการ	ทรงภิบาล	การกระจายอำนาจ ด้านสาธารณสุข	การปรับ สุขภาพท้องถิ่น
องค์กร	คณะกรรมการ บอร์ด	กสธ. อปท.	สสจ. อปท.
บทบาทหน้าที่	กำกับควบคุม บริหารจัดการ	จัดบริการ สุขภาพ	ให้บริการ สุขภาพ

ไม่ได้ จะต้องมีการสหการข้ามเขตมาจับมือกับสาธารณสุข กับหน่วยงานต่างๆ

มิติที่ ๓ ในขณะที่เดียวกันเรายอมรับว่าบทบาทการซื้อมีอำนาจ อำนาจการซื้อของ สปสช. ปัจจุบันมีอำนาจมากที่จะบอกได้ว่าจะให้หมอ พยาบาลทำงานอย่างไร โรงพยาบาลจะบริการอย่างไร เพราะฉะนั้นเรื่องการซื้อบริการ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นบทบาทที่สำคัญในมิติหนึ่งที่จะต้องทำ ถ้าทั้งหมดนี้สามารถทำได้รวมกันในเขตเดียวกัน จึงจะเป็นเขตสุขภาพที่สมบูรณ์



ผมมีแนวคิดที่อยากจะเรียนให้ทราบว่าเป็นเรื่องเขตสุขภาพนั้น มีข้อดีคือ

๑. มีระบบการจัดบริการแบบชัดเจน เพราะความเข้มแข็งจะมีการส่งต่อทั้งขึ้นทั้งลง
๒. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะถ่ายโอนรูปแบบไหนก็ได้ เขตสุขภาพไม่กีดกัน แต่สุดท้ายคุณก็อยู่ในเขตบริหารจัดการโดยคณะกรรมการรูปแบบเดียวกัน เพราะฉะนั้นมีการจัดการในเรื่องทรัพยากรการกระจายทั้งหมด สร้างความเป็นธรรม

เพราะฉะนั้น สถานีอนามัยจะถ่ายโอน หรือไม่ถ่ายโอนก็ได้ แต่องค์ปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทสำคัญ เป็นตัวที่สร้างธรรมาภิบาล หรือการอภิบาลระบบ โดยร่วมอยู่ในคณะกรรมการ และประชาชนก็มีส่วนร่วม ถ้าประชาชนมีอำนาจ และมีการตัดสินใจที่ชัดเจน ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในนั้นะครับ ในขณะที่เดียวกัน ผมคิดว่า ผู้ซื้อ หรือผู้จัดบริการก็จะอยู่ในเขตสุขภาพเดียวกัน เพราะท้องถิ่น โรงพยาบาล กระทรวงฯ หรือแม้กระทั่งโรงพยาบาลที่เป็นองค์กรมหาชนแล้ว จะอยู่ตัวคนเดียวไม่ได้ ต้องร่วมกันเป็นเขตสุขภาพ ตอนนี้ถ้าเราจะทำเขตสุขภาพ มีคำถามที่ต้องตอบคือ

๑. เราจะใช้ประชากรเท่าไรในการกำหนดเขตพื้นที่ของเขตสุขภาพ
๒. กรรมการนั้นจะมีใครบ้าง แล้วจะมีจำนวนเท่าไรถึงจะพอดี
๓. จะผสมผสานการจัดบริการอย่างไรให้พอดี ต้องไปถามประชาชน
๔. เรื่องกลไกการจัดบริการ ผู้ซื้อบริการที่เกิดขึ้นนั้น จะทำให้เกิดลักษณะของการไม่ปั่นเกลียวได้อย่างไร
๕. กลไกตลาดที่ทำให้ระบบข้อมูลไปถึงประชาชน ควรจะมีกลไกที่สำคัญอย่างไร
๖. ท่านอาจจะคิดต่อยอดได้ แต่ถ้าท่านบอกว่าไม่เป็นไร ถ่ายโอนก็พอแล้ว ผมว่าแม้กระทั่งรูปแบบการถ่ายโอน ๕ คำถามนี้ก็ยังคงอยู่ในใจว่าเราจะใช้กลไกอะไร

**นพ.พงษ์พิสุทธ์ :** มีคำตอบอีกข้อหนึ่งที่เรเตรียมเผื่อไว้สำหรับทางเลือก การกระจายอำนาจคือรูปแบบขององค์กรมหาชน ซึ่งมีนำร่องแค่ที่เดียว จะเป็นคำตอบของการกระจายอำนาจได้ไหม เชิญอาจารย์วิเคราะห์อีกครั้งครับ

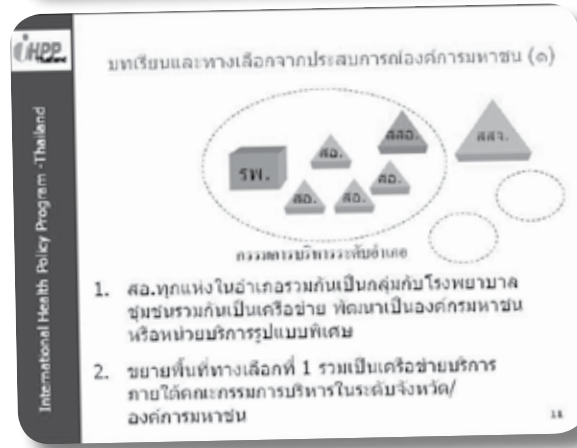




**ผศ.ดร.วิระศักดิ์ :** วันนี้ถือว่่านำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนกัน ว่า ที่ผมไปดูที่บ้านแพ้ว เราเจอข้อมูลอะไรบ้าง คิดว่า อาจจะเป็นประโยชน์สำหรับพวกเราในการที่จะร่วม อภิปรายรูปแบบของการบริหารจัดการ ตอนนีผมจะ พูดถึงองค์การมหาชนซึ่งเป็นส่วนหนึ่งเท่านั้นเอง ถ้า เราดูเรื่องของบ้านแพ้ว พระราชกฤษฎีกาบ้านแพ้วเป็น องค์การมหาชนในปี ๒๕๔๓ ตอนนีก็ ๑๐ ปีแล้ว เราจะ เห็นการเปลี่ยนแปลงพอสมควร ที่ผมให้ดูมาตรา ๖ คือ หน้าแรกของโรงพยาบาลก็ยังมีเหมือนเดิมคือ มีการรักษา พยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู ครอบ และนโยบาย ของภาครัฐ กับความต้องการของชุมชนต้องสอดคล้อง

ด้วย ต้องสอดคล้องกับพื้นที่ตรงนั้น มาตรา ๑๒ ดูว่า ใครที่จะเป็นคนดูแลรับผิดชอบโรงพยาบาล คือ กรรมการบริหารโรงพยาบาล จะมีกรรมการโดย ตำแหน่ง มีผู้แทนชุมชน มีผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นเลขานุการ นั่นคือเรื่องบริหาร จัดการข้างในโรงพยาบาล ซึ่งถ่ายโอนจากคนที่เป็ นผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอง มาเป็นรูปของบอร์ดแทน มาตรา ๔ และมาตรา ๔๑ ได้เขียนไว้ชัดเจนว่า กระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ยังมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบดำเนินงานตรงนี้อยู่ ถ้าพูดถึง แนวคิดการกระจายอำนาจเรื่องสุขภาพ ในมุมมองของ คนที่ทำวิจัยทางด้านระบบสุขภาพ ไม่ใช่เรื่องของการ กระจายอำนาจโดยตรง มองว่า ๑) เรื่องคุณภาพการจัด บริการเป็นอย่างไร ระบบดูแลยังดำเนินการแบบ ผสมผสานใหม่ การส่งต่อเป็นอย่างไรบ้าง ๒) เรื่อง ประสิทธิภาพ เป็นเรื่อง ที่เราอยากได้ เป็นอย่างไรบ้าง ๓) การตอบสนอง หรือการตรวจสอบจากชุมชน เป็น อย่งไร

ข้อดีขององค์การมหาชน โดยเฉพาะของ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว เราจะเห็นว่าข้อดีที่ค่อนข้าง ชัดเจนคือ ๑) เป็นตัวอย่างของการกระจายอำนาจแบบ หนึ่ง ๒) เน้นการมีส่วนร่วม คือ บอร์ดกรรมการจะมา จากภาคส่วนต่างๆ และมีกฎหมายรองรับความเป็น อิสระอย่างชัดเจนโดยออกพระราชกฤษฎีกา ๓) มี ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ๔) เป็นการลด งบประมาณภาครัฐ ๕) สอดคล้องกับนโยบายลดกำลังคน มีการตอบสนองต่อนโยบายรัฐ และประชาชน แต่ ข้อจำกัดบางอย่างขององค์การมหาชน เช่น องค์การ มหาชนไม่ใช่เรื่องของการถ่ายโอนความเป็นเจ้าของให้ อปท. และความสำเร็จของการทำงานในรูปแบบนี้ ผู้นำ องค์กรมีความสำคัญมาก ๆ ขอเน้นว่า มาก ๆ และ



# LL

แต่สภาพการเป็นองค์การมหาชนอาจจะ  
ไม่ค่อยเอื้อเท่าไร ในเรื่องทุนบริการปฐมภูมิ  
และการบริการเชิงรุก โดยเฉพาะสิ่งที่จะต้อง  
บ้านเชื่อมโยงกับระบบสถานีอนามัย

# ”

บทบาทของกรรมการเข้ามามีส่วนร่วมมากน้อยแค่ไหน ถ้า  
กรรมการมาเฉพาะกิจ หรือเชิญมา จะมีความสำเร็จน้อย แต่  
ถ้าเราไปทำองค์การมหาชนที่อื่น ๆ ซึ่งเศรษฐกิจในพื้นที่ไม่ค่อย  
ดีนัก เราจะมีรายได้ตรงไหน นี่ยังเป็นคำถามอยู่

ที่บ้านแพ้ว การตอบสนองต่อนโยบายรัฐ และนโยบาย  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ สปสช. ไม่ได้แตกต่างจาก  
ที่อื่น คือมีการตอบสนองการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล  
ที่บ้านแพ้วค่อนข้างดี คุณภาพบริการเท่าที่ประชาชนจับต้องได้  
คือ เขาจะเห็นว่าสภาพของโรงพยาบาลพัฒนาดูดีขึ้น มีความ  
พึงพอใจของผู้รับบริการ มีการเพิ่มบริการตติยกรรมมากขึ้น ใน  
ด้านการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของ ไม่ว่าจะเป็น  
บุคลากร เจ้าหน้าที่ รวมถึงประชาชนที่บ้านแพ้ว เขาจะรู้สึก  
ว่าบ้านแพ้วเป็นโรงพยาบาลของพวกเขา นอกจากนี้ยังมีความ  
คล่องตัวในการบริหารจัดการค่าตอบแทนซึ่งที่อื่นไม่มี มีความ  
ยืดหยุ่นของระเบียบการจัดซื้อจัดจ้าง แต่มีการตรวจสอบ  
ชัดเจน การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพงๆ ของ  
เราอาจจะต้องรอว่าจะต้องเขียนกรอบความต้องการว่า  
ต้องการของที่มีลักษณะอย่างไร แต่เขาจะมีช่องทางว่าจะ  
ร่วมมือกับภาคเอกชนอย่างไร ในการที่จะหาเครื่องมือมารับ

แต่สภาพการเป็นองค์การมหาชนอาจจะไม่ค่อยเอื้อ  
เท่าไร ในเรื่องงานบริการปฐมภูมิและการบริการเชิงรุก  
โดยเฉพาะสิ่งที่จะต้องนำงานเชื่อมโยงกับระบบสถานีอนามัย  
แต่บ้านแพ้วพยายามที่จะแก้ไขและจัดการด้วยตัวเอง คือ



**IHPP**  
International Health Policy Program - Thailand

บทเรียนและทางเลือกจากประสบการณ์องค์กรมหาชน (๑)

1. เพิ่มอำนาจตัดสินใจ ส่วนร่วมคิดมอบในระดับที่
2. สนับสนุนหลักการบริการองค์กร มีอิสระ คล่องตัว ประสิทธิภาพ
3. เดกภาพการบริการสุขภาพทุกระดับ รวมไปถึงอำเภอ/จังหวัด
4. สอดคล้องกับภารกิจในรูปแบบระบบแบบ CUP มีจรรยาบรรณ เช่น การสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายและสังคม ทั้งบริการและข้อมูล
5. มีบทบาทที่เอื้อต่อการบริการการแพทย์ และสาธารณสุข วัตถุประสงค์ชัดได้อย่างเป็นรูปธรรม

12

หากบุคลากรด้านสาธารณสุขมาทำหน่วยเคลื่อนที่กระจายออกไปเพื่อจะเติมผลการดำเนินงานตรงนี้ ด้านความสัมพันธ์กับหน่วยราชการ เห็นได้ชัดเจนว่าโรงพยาบาลจะสะท้อนภาพว่าเวลาเขาไปประชุมส่วนราชการที่ไหน ทุกคนจะมองว่าโรงพยาบาลนี้ไม่ใช่ราชการ นี่เป็นเอกชน ขณะเดียวกันเมื่อเขาไปคุยกับเอกชน เอกชนจะมองว่านี่เป็นโรงพยาบาลภาครัฐ คือเขาจะรู้สึกว่าเขาโดดเดี่ยวอยู่ตรงนั้น ไม่มีใครเหมือนเขาจะไปที่ไหนก็ไม่มีใครยอมรับ แต่สิ่งที่เขาบอกว่า เขาพึ่งตนเองในการแสวงหารายได้ คำถามคือ ความสมดุลอยู่ที่ตรงไหน ทำไมบ้านแพ้วมีสาขา มีการดำเนินกิจการนอกพื้นที่ ทำไม่ถึงเป็นแบบนั้น หรืออาจจะเป็นเรื่องของ การสื่อสาร สรุปว่ารูปแบบองค์กรมหาชนของบ้านแพ้ว คือ

๑. มีผู้นำเรื่องบริหารจัดการ และมีรายรับที่พึ่งตนเองได้
๒. ความสำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ จะต้องมีระบบตั้งแต่การสร้างมา จะหาอย่างไร การ

พัฒนาศักยภาพเขาจะทำอย่างไร รวมทั้งการที่จะดึงเขาให้อยู่ในระบบนี้จะทำอย่างไร การที่จะให้แพทย์อยู่ที่นี้จะต้องมีกระบวนการ ซึ่งกระบวนการตรงนี้ไม่ใช่เรื่องของเงินอย่างเดียว

๓. วัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งที่จะต้องทำ ไม่ให้มีความรู้สึกเหมือนกับราชการทำงานแบบเดิม เป็นวัฒนธรรมขององค์กรที่เขาจะต้องสร้างใหม่ และสร้างความรู้สึกความเป็นเจ้าของโรงพยาบาล ความรู้สึกตรงนี้ไม่ใช่บุคลากรในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่รวมถึงประชาชนข้างนอกด้วย ต้องสร้างความรู้สึกที่ นี่เป็นโรงพยาบาลของเรา ต้องมาช่วยกันทำมาช่วยกันสร้างกันครับ

สิ่งที่เป็นคำถามคือ การทำงานร่วมกับหน่วยราชการอื่นๆ ยังมีวัฒนธรรมที่ต่างกันอยู่ แม้กระทั่งสาธารณสุขอำเภอ เขาจะมีความรู้สึกว่ายังเป็นคนละพวกอยู่ และบุคลากรที่มาอยู่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จะย้ายไปอยู่โรงพยาบาลอื่นยาก เพราะว่าอยู่คนละระบบ ซึ่งมีคนทำทนายเหมือนกันว่า ที่บ้านแพ้วทำได้เนื่องจากใช้จำนวนหมอมากกว่าคนอื่นหรือเปล่า อันนั้นก็จริง เพียงแต่ว่าสิ่งที่เขาต้องทำคือ จะต้องหาบุคลากรมาใส่ แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลรัฐแห่งอื่นคือ พยายามไปวิ่งหาตำแหน่งมาใส่ก่อน ลักษณะจะไม่เหมือนกัน

ถ้ามาดูความสัมพันธ์เชิงระบบ ก่อนที่จะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๔ เราจะมีกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอำนาจไปที่ สสจ. และ รพช. ส่วนทีมสาธารณสุขอำเภอ กับสถานีอนามัย จะทำงานเชื่อมกัน เมื่อเปลี่ยนแปลงนโยบาย มี สปสช. และมีสายเชื่อมไปถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กับโรงพยาบาลชุมชนโดยตรง และสิ่งที่โรงพยาบาลชุมชนพยายามสร้างก็คือ เรื่องของศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ PCU เรื่องของบริการปฐมภูมิที่จะเชื่อมระหว่างสถานีอนามัยเชื่อมต่อเป็นหน่วย ถ้าใครอยู่

# LL

สิ่งที่เป็นคำถามคือ การทำงานร่วมกับหน่วยราชการอื่นๆ ยังมีวัฒนธรรมที่ต่างกันอยู่ แม้กระทั่งสาธารณสุขอำเภอ เขาก็มีความรู้สึกว่ายังเป็นคนละพวกอยู่ และบุคลากรที่มาอยู่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จะย้ายไปอยู่โรงพยาบาลอื่นยาก เพราะว่าอยู่คนละระบบ



# ”

ในพื้นที่ก็จะเห็นภาพตรงนี้ แต่ที่บ้านแพ้วมีความต่างคือ ความสัมพันธ์ของ สสจ. กับ รพช. ซึ่งเป็นสายสัมพันธ์เดิมที่เป็นสายบังคับบัญชาจะมีน้อย แต่มีกรรมการในบอร์ด และมีสายกำกับจากกระทรวงสาธารณสุขส่งมา และ สปสช. จะทำงานคล้ายๆ แบบเดิมลักษณะนั้น แต่ ๑๐ ปีผ่านมามีภาพที่เปลี่ยนคือ สัดส่วนของตติยภูมิที่บ้านแพ้วจะเพิ่มขึ้น ตติยภูมิเพิ่มขึ้นปฐมภูมิจะลดลง ด้วยเหตุผลว่า เขาพยายามที่จะแก้ปัญหาในสิ่งที่เขาส่งต่อผู้ป่วยไปแล้วมันติดขัด เขาพยายามจัดการด้วยตัวเอง ผมไม่รู้เป็นภาพที่เราอยากจะได้หรือไม่ เช่น เรื่องของไต เรื่องของตา ถ้าดูสัดส่วนการจัดบริการของบ้านแพ้ว เขาจะเพิ่มในส่วนนี้มากขึ้น

เมื่อดูว่า ถ้าเป็นบทเรียนหรือทางเลือกของตรงนี้จะทำอย่างไรให้องค์การมหาชน หรือรูปแบบในอำเภอที่จะเชื่อมโยงกลุ่มทำงานร่วมกัน หรือจะดูในภาพจังหวัดใหม่ว่า แต่ละอำเภอรวมกันลักษณะอย่างไร อาจจะ เป็นองค์การมหาชนหรือรูปแบบองค์การพิเศษก็ได้ สิ่งที่เราคิดว่าน่าจะเป็นจุดเด่นคือ การเพิ่มอำนาจการตัดสินใจ ความเป็นอิสระคล่องตัวมีประสิทธิภาพ ความเป็นเอกภาพในอำเภอ ในจังหวัด และสอดคล้องกับภาคบังคับที่ สปสช. พยายามที่จะจัดการครับ

## ผู้ดำเนินการอภิปรายสรุปประเด็น

**นพ.พงษ์พิสุทธิ :** ผมขอเพิ่มข้อมูลเล็กน้อย ถ้าดูตามโครงสร้างองค์การมหาชน รัฐมนตรีเป็นผู้รักษาการตามกฎหมายใช้ใหม่ ซึ่งถ้าดูอย่างนี้เหมือนว่ายังขึ้นอยู่กับรัฐบาลส่วนกลาง ผมคุยกับอาจารย์วุฒิสารว่า องค์การมหาชนที่เป็นของท้องถิ่น กฎหมายมีใหม่ เขาบอกว่าอยู่ระหว่างการร่างและกำลังจะมีการประกาศใช้ ซึ่งหมายความว่าถ้าจะเป็นองค์การมหาชนที่เข้าแนวคิดเรื่องการกระจายอำนาจ กฎหมาย พ.ร.บ.องค์การมหาชน พ.ศ. ๒๕๔๒ อาจจะต้องถูกปรับต่งนิตหนึ่งให้โครงสร้างของสิทธิ หรือคณะกรรมการนั้นสะท้อนการใช้อำนาจของคนในท้องถิ่น

สิ่งที่องค์การมหาชนเผชิญหน้าคือ ความรู้สึกโดดเดี่ยว จนกระทั่งต้องทำอะไรทุกอย่างด้วยตัวเอง คล้ายๆ กับสิ่งที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบอกพวกคุณไม่เอาเขา เขาก็ทำของเขาเอง ซึ่งอาจจะไม่ใช่ทางเลือกที่ดีใช้ใหม่ สร้างสถานพยาบาลเอง ทั้งๆ ที่มีโรงพยาบาลที่รับส่งต่ออยู่แล้ว อะไรต่างๆ เขาส่งไปมีแต่คนรังเกียจเดียดฉันท์ เขาก็เลยทำอะไรเสียอย่างนี้



คือ เรากำลังผลักดันให้คนทำในสิ่งที่ไม่ควรจะทำ หรือเปล่า อันนี้ก็เป็นคำถาม

แต่วัฒนธรรมองค์กรตรงนี้น่าสนใจ ท่านอดีต รัฐมนตรีท่านหนึ่งท่านเคยบอกอย่างนี้ ท่านไปเยี่ยม โรงพยาบาลของรัฐบาลแบบที่เป็นอยู่ปัจจุบันนี้ คนก็จะ มาหาบอกเงินไม่พอ คนไม่พอ งานหนัก ไปทุกที่ปน แบบนี้เหมือนกันหมด ท่านบอกว่าท่านไปเยี่ยมบ้านแพ้ว เจ้าหน้าที่วิ่งมาถาม ท่านครับผ่าตัดไต ผ่าตัดตา ผมทำได้ตามเกณฑ์แล้ว ท่านมีอะไรให้ผมทำอีกไหม คือต่างกัน คนวิ่งมาของาน กับคนที่บ่นว่าจะตายอยู่แล้ว น่าแปลกนะครับ เขากินเงินเท่ากับโรงพยาบาลของรัฐ โดยทั่วไป เพียงแต่ว่า ตกลงมีประสิทธิภาพหรือเปล่า เดี่ยวรอให้อาจารย์วิระศักดิ์ทำผลงานเสร็จแล้วมาเล่าให้ ฟังอีกครั้งหนึ่ง ตอนนี้เป็นเวทีให้ซักถามและอภิปราย ช่วงบ่ายเราจะมีคุณหมอปริดาช่วยสังเคราะห์ทั้งหมด แล้วดูว่า ตกลงเราเสนออะไรบ้าง

**ประเด็นซักถามและอภิปรายจากผู้เข้าร่วมประชุม**

**นพ.สัมฤทธิ์ (สวปก.) :** อยากเรียนถามอาจารย์สงคราม ชัย กับคุณหมอวิระศักดิ์ ประเด็นระหว่างกระทรวง สาธารณสุข กับสถานีอนามัยที่ถ่ายโอนไป หรือว่า บ้านแพ้ว ไม่ทราบว่ายังมีสายสัมพันธ์ หรือการ สนับสนุนทรัพยากร หรือว่าถูกตัดสายสะดือไปเรียบร้อยแล้วครับ

**นพ.ศักดิ์ชัย (สปสข. เขต ๙) :** มี ๒ ประเด็น ประเด็น ที่ ๑ เรื่องกระบวนการทัศน์ เป็นเรื่องที่สำคัญ และผมเชื่อว่าคนในวงการสาธารณสุขทุกคนชัดกับเรื่องนี้ ประเด็นที่ ๒ คือวิธี approach ต่อกระบวนการทัศน์ ๑๐ ปีที่ผ่านมา ผมคิดว่า ประเด็นหนึ่งที่เราพลาดคือ เราไป approach ในเรื่อง input กับ process เป็นหลัก คือ เรื่องของอำนาจ ข้อเสนอคือหลังจากนี้ไป วิธี approach ควรจะไป approach ที่ตัวเป้าหมาย คือ เรื่องของภารกิจ แล้วมาวางว่าบทบาทลักษณะใด กลไกใด รูปแบบใดที่จะไป serve ภารกิจเหล่านั้น ถ้าเราตั้ง รูปแบบ ไม่ว่าจะ เป็นเขตสุขภาพ สหการ หรือการ ถ่ายโอน แล้วไปกระทบเชิงอำนาจ คนมีอำนาจเขา ไม่ทำหรอกครับ เพราะฉะนั้นถ้าเราเริ่มทำให้มีความ กลมกลืนในเรื่องภารกิจให้มีความชัดเจน แล้ว scale จะเป็นระดับตำบล อำเภอ จังหวัด หรือเขตก็แล้วแต่



เช่น ระบบของ service ควรเป็นระดับเขต เพราะว่า เป็นภาพใหญ่ ระบบของปฐมภูมิอาจจะระดับ scale ของตำบลหรืออำเภอที่กว้างไป แล้วค่อยไปดูเรื่อง governance ว่าควรจะ governance แบบไหนถึงจะ เหมาะกับ situation แบบนั้น และเมื่อไปแล้วตัวนั้นจะเป็นคำตอบเองว่าโครงสร้างควรจะเป็นอย่างไร จะตาม กลับมาในเรื่องของ process และ input ขอเสนอ ๒ ประเด็นนี้

**นพ.กิตตินันท์ (สรพ.) :** มีข้อมูลว่าท้องถิ่นไปเปิดสถาน บริการแข่งกับกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลายร้อยแห่ง แล้ว ท่านผู้วิจัยที่ลงพื้นที่ได้มีการ observe ใหม่ว่าการ ที่เปิดแข่งกัน ผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่เป็น อย่างไรบ้างครับ

**นพ.ชูชัย (สปสข. เขต ๓) :** ที่เราพูดมานี้อาจจะออกไป ทางการแพทย์ค่อนข้างมาก ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิแต่ อยากถามว่า มีการศึกษาเรื่องการกระจายอำนาจไปสู่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น focus ลงไปเฉพาะการ สาธารณสุขไหม

**คุณนพดล (อบต.ดอนแก้ว) :** ในฐานะที่รับการถ่ายโอน สถานีอนามัยมา ผมว่าเรายังมองในเรื่องของการบริการ มากกว่า ท่านได้คิดเกี่ยวกับการป้องกันในเรื่องสุขภาพ

ใหม่ ซึ่งที่ตอนแรกเราเน้นในเรื่องการป้องกันสุขภาพ มากกว่า

**นพ.พงษ์พิสุทธ์ :** มีครับ จริงๆ มีการศึกษาของ ดร. ศิริวรรณ ที่เขาพูดถึงเรื่องบทบาทองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นกับเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพและการ ป้องกันโรค พอตัวนั้นท่านติดภารกิจก็เลยไม่ได้ มาร่วมนำเสนอด้วย

**นพ.สุธี (เทศบาลนครพิษณุโลก) :** มีบางประเด็นที่จะ แสดงความคิดเห็น เช่น คำว่า politic ไม่ทราบว่าเรา อาจจะมองต่างกันหรือเปล่า อาจจะมองว่า politic แปลว่า ถ้าใครทำต้องทำหมดเลย แต่ฟังดูเรื่องเขต สุขภาพแล้ว ผมว่าตรงนี้เป็นองค์รวมที่ชัด คือ เรามอง องค์รวมหมดเลย แล้วก็หลากหลาย จะทำอย่างไรก็ได้ จะมีภาคเอกชนก็ได้ หรืออะไรก็ได้ ถ้ามอง politic แบบนี้ผมว่าการแก้ไขต่อไปจะชัดเจนขึ้น แต่ถ้าเรา เข้าใจ politic แบบเดิมจะเป็น deadlock ว่า สาธารณสุขต้องทำหมดเลย หรือไม่อย่างนั้นให้องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นทำหมดเลย แต่ถ้ามอง politic แบบเขตสุขภาพ เราจะเห็นชัดเลยว่า อย่างกรณีของ บ้านแพ้ว เราจะมองคล้ายๆ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ก็ได้ แต่ก็เป็นส่วนหนึ่งขององค์รวม ซึ่งชัดเจนว่าจุดด้อย คือ primary health care ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



ของเราโดยเฉพาะอย่างยิ่งเทศบาล เรามองว่าบทบาทที่ นำทำและแบ่งเอามาทำตอนแรกน่าจะเป็นเรื่อง primary health care ซึ่งจะเน้นเรื่องการส่งเสริมป้องกัน และการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ ซึ่งตรงนี้เป้าเรายังไม่ได้ เลย แต่เราจะไป รพ.สต. แล้ว แคมมูมองที่เริ่มเปลี่ยน ผมว่าโอกาสที่จะคุยกันรู้เรื่องมากขึ้นครับ

**คุณสัญญาชัย (อบต.วังแวม) :** สถานีอนามัยทั้ง ๒ แห่ง ของตำบลวังแวมที่ได้รับการถ่ายโอน จะบังคับหรือ ไม่บังคับก็แล้วแต่ เมื่อมีการถ่ายโอนลงไปแล้ว บุคลากร ของสถานีอนามัยทั้ง ๒ แห่งไม่เพียงพอต่อการให้บริการ พี่น้องประชาชนในตำบลวังแวม ในเมื่อเรามีการกระจาย อำนาจออกไปแล้ว ทำไมต้องเลือกในสิ่งที่ปฏิบัติด้วย เจ้าหน้าที่ย้ายออกไปโดยไม่เข้าร่วมในโครงการของเรา ย้ายออกทันที เหลือเพียงแค่ ๒-๓ ท่านที่เป็นหัวหน้า สถานีอนามัย แต่ในขณะนี้ประกาศไม่มีตำแหน่ง ให้ ตำแหน่งมา ๖ ตำแหน่ง ได้ทันตแพทย์มาเพียง ๑ ตำแหน่ง ไม่ทราบว่าจะกระจายอำนาจแบบใดถึง ไม่กระจายให้สิ้นสุด ถึงไม่ให้ครอบคลุม ทำไมไม่ให้ บุคลากรตรงนั้นลงไปให้ครบเพื่อประสานงานต่อช่วง ในองค์กรที่เป็นลูกโซ่ระหว่างตำบล โรงพยาบาลตำบล สถานีอนามัย โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด ในส่วนตรงนี้คิดว่า คนเราเกิดมาก็ต้องทำงานเพื่อ

ประเทศไทย เพื่อพี่น้องชาวบ้าน ทำไมไม่มีบุคลากรตรงนี้ ให้ความสำคัญเรื่องนี้ให้มากขึ้น ขอบคุณครับ

**คุณธนกร (สมาคมหมออนามัย) :** ผมจากสมาคมหมออนามัย ถือว่าเป็นผู้ที่มีส่วนได้เสียโดยตรง จากการที่ผม เป็นประธานสมาคมหมออนามัยเครือข่ายภาคกลาง ได้ ศึกษาจากเพื่อนๆ หรือน้องๆ ที่ได้รับการถ่ายโอนไป แล้ว ๒๘ แห่ง เขาบอกว่าเวลามา present กัน ถามถึง เรื่องผลกระทบ ให้เจ้าหน้าที่ที่ถ่ายโอนไปอยู่ท้องถิ่นแล้ว มาขึ้นเวทีพูดเหมือนท่านวิทยากรแบบนี้ ไม่มีคนไหน ที่จะกล้าเอาความจริงมาพูดเต็มร้อยหรอกครับ เพราะ ว่า เจ้านายเขาคือนายกฯ คือท้องถิ่น ถ้าไปบอกว่าอยู่ ท้องถิ่นแล้วไม่ดี กลับไปท่านคิดว่า เขาจะอยู่ได้ อย่างไร ๒๘ แห่งที่ถ่ายโอนไป ผมเชื่อว่าผู้บริหารมี หลักธรรมาภิบาลที่ดี สถานีอนามัยถึงได้ถ่ายโอนไป แต่บางแห่งจะยึดหลักประชานิยมไว้ก่อน แล้วนโยบาย การบริหารจะเป็นระบบอุปถัมภ์ คือทำงานขัดใจนาย ไม่ได้เลย ใช้ระบบประชานิยมเป็นหลัก ตอนนี่ก่อนที่จะ ถ่ายโอนในขั้นต่อไป ท่านควรจะศึกษาจาก ๒๘ แห่ง ให้ต้องแท้ และข้อมูลที่ได้มาจริงๆ ผมอยากจะให้ศึกษา ในเชิงลึก แล้วในการให้ข้อมูลขอให้เป็นการลับ สักหน่อย จะได้พูดกันตรงๆ พูดเลยว่าไปแล้วไม่ดี อย่างไร ก็ฝากให้ศึกษาอย่างจริงจัง ก่อนที่พวกผมจะ ตามกันไปทั่วประเทศครับ



**คุณสามัคคี (สสอ.ศรีสะเกษ) :** เราใช้ concept ว่าระบบสาธารณสุขจะต้องเป็นพวง แบ่งแยกกันไม่ได้ เชื่อมกันโดยระบบส่งต่อ จนกระทั่งมาเป็น UC เราบอกว่าสร้างนำข้อม แต่พอทำจริงๆ ก็เป็นข้อมนำสร้าง ๔ - ๕ ปีที่ผ่านมา ระบบงานสร้างสุขภาพ คือความล้มเหลวหรือเปล่า ต้อง design ภารกิจให้ชัดเจนว่าท้องถิ่นควรจะมีภารกิจอะไร คนที่มาอยู่ภาคสร้างสุขภาพ ควรจะมีภารกิจอะไร ตอนนี้นำกำลังเกิดระบบเขตสุขภาพขึ้นมาอีก ก็เพราะเรามาใช้ concept ว่าระบบสาธารณสุขไม่ควรแบ่งแยกกันจริงๆ เป็นอย่างนั้นหรือเปล่า เคยศึกษาหรือเปล่า แล้วที่ล้มเหลวมาเพราะว่าเป็นอย่างนั้นหรือเปล่า ขอขอบคุณครับ

**คุณภานุวุธ (คณะกรรมการกระจายอำนาจ) :** มี ๓ ประเด็น คือ ๑) ที่บอกว่า กระจายอำนาจ ผมใช้คำว่า “ขอคืน” อำนาจ ได้ไหม ผมอยู่กับท้องถิ่น ผมรู้ว่าท้องถิ่นทำได้ ๒) แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ในส่วนของท้องถิ่นมองว่ารูปแบบไหนก็ได้ พวกผมรับทั้งนั้นถ้าเป็นประโยชน์กับพี่น้องประชาชน ๓) เรื่องความหลากหลายไม่ต้องผูกโยงกันเป็นพวง อันไหนที่ประชาชนได้ประโยชน์ทำเลย

เมื่อสักครู่ สสอ.จากศรีสะเกษ บอกว่าต้องทำเรื่องเชิงรุกเข้าไปด้วย ผมมองว่าน่าจะไปเชื่อมโยงระบบกับ สปสช. ด้วย แล้ว สข. เขาเอาเรื่องพวกนี้เข้าสู่คณะ

กรรมการกระจายอำนาจ มีกฎหมายกระจายอำนาจรองรับในเรื่องที่ สข. จะทำสมาชิกเรื่องสุขภาพ อันไหนที่เราโยงกันได้เราโยงกันให้เป็นระบบเลย อย่าไปคิดแยกส่วน แม้กระทั่งคนในสาธารณสุขเองก็ต้องคิดให้เป็นระบบรวมด้วยกัน เพราะการไปสร้างสุขภาพให้กับพี่น้องประชาชนนั้น ท้องถิ่นเป็นเครื่องมือแค่นั้นเอง และต้องไปโยงเรื่องกับกระทรวงศึกษาฯ ด้วย เพราะเรื่องนี้ต้องให้ความรู้กับประชาชนในการที่เขาจะคัดสรร แต่เอกสารเหล่านี้จะทำอย่างไรให้รู้ทั่วกัน ไม่ใช่รู้แค่นี้ในท้องถิ่นกับคนที่ทำ อันนี้คือโจทย์ ขอขอบคุณครับ

### วิทยาการตอบข้อซักถาม

**ผศ.ดร.สงครามชัย :** ประเด็นที่คุณหมอสัมฤทธิ์ถามคือกระทรวงสาธารณสุข กับสถานีอนามัยที่ถ่ายโอนไป ยังมีสายสัมพันธ์กันอยู่หรือไม่ เท่าที่ไป observe ดูชั้นอยู่กับ leadership ของแต่ละแห่ง หากเริ่มต้นด้วยการที่มี attitude เชิงบวกต่อการกระจายอำนาจและมีความเข้าใจต่อกันดี สายสัมพันธ์ก็ดี แต่ถ้าถามว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดกับระบบสาธารณสุขเดิม ตัวเขาเองพูดตามตรงขาดครับ แต่เนื่องจากว่าเจ้าหน้าที่ที่อยู่ภายใต้การดูแลของนายกฯ ดูแลดี ก็เลยไม่มีปัญหามากนัก มีการดูแลเพิ่มเติมอะไรต่างๆ กันอยู่ สรุปตรงๆ พันธลงเลยคือ รู้สึกว่าเขาขาดจากระบบเดิม



**ผศ.เวียงรัฐ :** ในข้อสังเกตที่ถ่ายโอนมาแล้วคือ ตัดจาก สสอ. และ สสจ. แต่ว่าความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลยังดี โดยผ่านระบบ UC ที่จะต้องเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาล และจะส่งหมอมาคูแล เพราะโรงพยาบาลยินดีที่จะแบ่งเบาภาระจากความหนาแน่นของโรงพยาบาล เพราะฉะนั้นเท่าที่ดูมา ๔ - ๕ แห่งความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลดีค่ะ

**นพ.วินัย :** ตอบคำถามของคุณหมอช่วยว่าที่ไหนมีศึกษาเรื่องกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขอย่างเดียว มีของประเทศแถบสแกนดิเนเวียเขาทำเรื่องท้องถิ่น ทำเรื่องสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ได้มีอย่างเดียว เพราะว่าท้องถิ่นต้องทำหลายอย่าง อันนั้นเป็นคำตอบ

ส่วนคำถามของคุณหมอสักดีช่วยว่า อย่าไปมองเรื่องรูปแบบ ทุกอย่างเป็นเครื่องมือ แต่ต้องไปดูว่าประชาชนได้อะไร แล้วเอาบทบาทตรงนั้นไปเติมเต็ม และหารูปแบบ เพราะฉะนั้นรูปแบบจะมีหลากหลาย แต่รูปแบบตัวนั้นต้องไปมองเรื่องของการมีธรรมาภิบาล แล้วท้องถิ่นก็มีส่วนร่วม

สุดท้ายคำตอบที่ผมจะทิ้งไว้คือ ไม่ว่าจะทำอะไรก็ตาม มันแยกมิติไม่ออก ท้องถิ่นใหญ่โตขึ้นมาก ประสบการณ์ของผมที่วังแกมอำเภอดีด้วยกัน ผมเรียนให้ทราบมาก่อนกระจายอำนาจ สอ. อยู่ภายใต้การดูแลของ สสอ. พอถ่ายโอนเสร็จแล้ว กลายเป็นว่าผมเป็นเจ้าของโรงพยาบาลไปดูแล สอ. แทน สสอ. เพราะว่าไม่มีใครไปอยู่ ผมก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ผมไปอยู่ มีตำแหน่งแต่ไม่มีใครไปโรงพยาบาลก็ต้องไปดูแล นั่นแปลว่า ถึงเวลาต้องร่วมมือกันทำ

**ผศ.ดร.วิระศักดิ์ :** กรณีบ้านแพ้ว เป็นตัวอย่างของการบริหารจัดการระบบบริการโรงพยาบาลหรือการแพทย์

ผมกล้าพูดได้ว่าเขาทำมา ๑๐ ปี เรื่องของโรงพยาบาลเขาทำได้ค่อนข้างดีมาก แต่สิ่งที่ผมให้ข้อมูลไปคือ การที่จะเชื่อมโยงประสานกับคนอื่น ๆ มีปัญหาอะไรบ้าง แต่ไม่ได้บอกว่าเป็นปัญหาหลักของเขา ขอตอบคำถามคุณหมอสัมฤทธิ์เกี่ยวกับเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับ สอ. ถ้าโดยระบบของ สปสช. ที่สนับสนุน สอ. ตัว สอ. เขาได้รับสนับสนุนงบประมาณเต็มที่ เจ้าหน้าที่ สสอ. กับ สอ. เขารู้สึกว่าเขามีความสุขพอใจกับเงินที่ได้มา ที่สำคัญเขากลับยังเห็นว่าความเข้มงวดของโรงพยาบาลจะไม่ค่อยมาก หรือตามผลเหมือนกับที่อื่นด้วยซ้ำ เพราะทุกคนบอกว่าคนละสังกัดแต่เรื่องของการสนับสนุนด้านอื่นเช่น มีการสนับสนุนเพิ่มจำนวนบุคลากรในระดับสถานีอนามัย ส่วนทางวิชาการนี้ตรงนี้ยังไม่ชัดเจนครับ

**นพ.พงษ์พิสุทธ์ :** มีข้อทักท้วงทุกข้อที่บอกถึงว่า จริงๆ นักวิชาการได้ข้อเท็จจริงมาจริงหรือเปล่า ที่เราไปบอกว่าดี ๆ อะไรต่าง ๆ บางทีเจ้าหน้าที่เกรงใจหรือเปล่า อันนี้ฝากนักวิจัยด้วยว่า จริงๆ แล้วเราได้ไปวิจัยและได้ข้อเท็จจริงมาจริงหรือไม่ ในสิ่งที่เรากำลังจะนำเสนอ อันนี้เป็นในเชิงวิชาการที่พัฒนาออกมาเป็นข้อเสนอจะมีหลากหลาย เพราะฉะนั้นเวทีช่วงเช้าไม่ได้ตั้งใจจะหาข้อยุติ แต่ช่วงบ่าย คือความพยายามที่จะเปิดเวทีให้ทุกท่านได้ช่วยเสนอความเห็นต่อข้อเสนอของฝ่ายวิชาการ เราเห็นข้อเท็จจริงแบบนี้ เราฝันออกมาแบบนี้ ท่านคิดว่าอย่างไร และจะช่วยกันขัดเกลาข้อเสนอของฝ่ายวิชาการให้ยับยั้งข้างหน้าโดยประชาชนได้ประโยชน์ได้อย่างไร คงจะมาช่วยกันระดมความเห็น เราจะเริ่มบ่ายโมงตรง โดยที่ท่านรองปลัดฯ จะมานำเสนอว่ากระทรวงฯ คิดอย่างไร ในช่วงนี้ขอให้ทุกท่านปรบมือให้กับวิทยากรอีกครั้งหนึ่งก่อนที่จะเราจะเลิกช่วงเช้าครับ ขอบพระคุณครับ



## ทิศทางของ กระทรวงสาธารณสุข กับการกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพ

โดย นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์  
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข



พี่สุวิทย์ที่เคารพ ท่านผู้มีเกียรติที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการกระจายอำนาจที่รัก  
ทุกๆ ท่าน ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาให้มีการกระจายอำนาจ  
เพื่อให้บริการถึงประชาชน ต้องขออนุญาตเรียนให้ทราบว่า ขณะนี้กระทรวง  
สาธารณสุขกำลังคิดอะไร ทำอะไรอยู่บ้าง

ในความรับผิดชอบของผมนี่ดูแลเรื่องการกระจายอำนาจ จากนโยบายรัฐบาล  
ของชุดปัจจุบันนี้พบว่า เรามี ๒ ข้อที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจคือ เรื่องการ  
สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับ อสม. ชุมชน ท้องถิ่น องค์กร  
พัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ซึ่งตรงนี้จะเป็นส่วนที่เป็น  
keyword ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะทำงานกับ อสม. ชุมชน ท้องถิ่น เพื่อให้เกิด  
การพัฒนาให้ชาวบ้านมีสุขภาพที่ดี ข้อต่อไปคือ นโยบายรัฐบาลชุดนี้ได้เขียนไว้  
ชัดเจนว่าจะปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุข โดยเน้นที่ระดับสถานีนามัยให้เป็น  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แล้วพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ  
เชื่อมโยงทั้งภาครัฐและเอกชน

### มุ่งสู่บริการที่ดี และกระจายไปยังท้องถิ่น

กระทรวงสาธารณสุขมาจับเรื่องระบบบริการปฐมภูมิ เพราะเป็นสิ่งที่  
ใกล้ชาวบ้านมากที่สุด เป็นสิ่งที่เชื่อมโยงง่ายและสามารถที่จะบูรณาการ  
ได้ง่าย ที่เราพูดทุกครั้งว่าบูรณาการคือ ทำเรื่องรักษา ส่งเสริม ป้องกัน  
และรวมถึงคุ้มครองผู้บริโภค ๕ ด้าน ให้เป็นลักษณะว่า ผู้ให้บริการ  
สามารถมาบูรณาการ โดยคนๆ เดียวให้บริการได้ ไม่ต้องมีผู้เชี่ยวชาญ  
มากมาย และให้บริการผู้ป่วยนอก เข้าถึงง่าย อยู่ใกล้บ้าน ดูแลโดย  
ชุมชน ชุมชนมีส่วนร่วม และเน้นเรื่องส่งเสริมสุขภาพเป็นเชิงรุก จึงมี

แนวคิดที่จะปรับปรุงให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล ในเรื่องการปรับสถานีนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เรื่องระบบปฐมภูมิ หรือ primary care ในประเทศไทย ตั้งแต่อดีตจนปัจจุบัน ทำโดยเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ใช่แพทยศาสตรบัณฑิตมาโดยตลอด เราพยายามที่จะปรับปรุงโรงพยาบาลอำเภอให้เป็นที่ที่มีคุณภาพในเรื่องปฐมภูมิ แต่ขณะเดียวกันเราก็พยายามที่จะเอาบริการทุติยภูมิคือ ผู้ป่วยในที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นนิดหน่อย ให้มาอยู่โรงพยาบาลอำเภอด้วย ที่ผ่านมาระพยายามทำกันอย่างจริงจัง เราเรียกโรงพยาบาลอำเภอว่า primary medical care คือปฐมภูมิทางการแพทย์ เพราะว่าเราไม่สามารถจะปรับมาเป็นบริการทุติยภูมิได้เต็มปาก จึงแบ่งระหว่างปฐมภูมิกับทุติยภูมิ ให้มีปฐมภูมิทางการแพทย์ด้วย ซึ่งทำให้เกิดความสับสนเมื่อเทียบเคียงกับต่างประเทศ แต่เราก็จำเป็นต้องทำ เพราะว่าแพทย์เราขาดแคลนมาก สถานบริการเราก็ยังไม่ทั่วถึง แต่ขณะนี้เปลี่ยนแปลงไปมาก เราพยายามที่จะปรับให้มีระบบปฐมภูมิลงไปอยู่ใกล้บ้านที่สุด ให้มีแพทย์ไปดูแลประชากรให้ได้ ๑ : ๑๐,๐๐๐ เป็นอย่างน้อย

วันนี้ที่ได้รับนโยบายรัฐบาลมาทำ โดยคิดว่าเราจะใช้คำว่าโรงพยาบาล กับส่งเสริมสุขภาพ คำว่าโรงพยาบาล หมายถึงถึงภารกิจหลักเรื่องรักษาและฟื้นฟู แต่คำว่าส่งเสริมสุขภาพ หมายความว่าถึงภารกิจหลักเรื่องส่งเสริม ป้องกัน และคุ้มครองผู้บริโภค ตรงนี้จึงทำให้เป็นปรัชญาของการสร้างชื่อขึ้นมาใหม่ว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แล้วเราบอกว่าจะถึงชาวบ้านให้มากที่สุด คือ อยู่ระดับตำบลด้วย ตรงนี้จึงเป็นที่มาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัตถุประสงค์คือ ในระดับปฐมภูมิเราจะให้มีการทำบริการเชิงรุก โดยให้เอาบ้านคนไข้เป็นเรือนพักผู้ป่วย สสอ.หล่มสักกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสักได้ทำต้นแบบที่ดี พวกเราไปเรียนกันมา เราเห็นแล้วว่าเป็นไปได้เราถึงใช้คำว่า โรงพยาบาล เพราะว่าเราเอาบ้านชาวบ้านให้เป็นเรือนพักผู้ป่วย และกำลังพัฒนาให้เป็น Homeward ซึ่งสำนักงานการพยาบาลพยายามที่จะดูว่า การให้บริการที่บ้านโดยการพยาบาลที่บ้านจะต้องทำอย่างไร ถ้าบ้านคนไข้เป็นเตียงจะต้องมีองค์ประกอบอย่างน้อยอะไรบ้าง

๒๒

สำรวจแล้วพบว่า  
สว.สต. ที่จะปรับจาก  
สถานีนามัย  
๙,๗๕๐ แห่ง  
ขณะนี้ มีแพทย์หรือ  
พยาบาลวิชาชีพ  
ลงไปหมุนเวียน  
๖,๐๐๐ กว่าแห่งแล้ว  
ซึ่งถ้าเราจัด  
เป็นเครือข่าย  
ให้มีการหมุนเวียน  
ไปพบไปดูแลชาวบ้าน  
ให้ครบถ้วนทุกแห่ง  
ใน ๙,๗๕๐ แห่ง  
เป็นไปได้อย่างยิ่ง

๒๒

ที่สำคัญคือ เราจะทำอะไรให้ปฐมภูมิมีคุณภาพที่ผ่านมา เราเอาสหวิทยาการที่ไม่ได้เรียนเวชปฏิบัติตรวจมาโดยตลอด ต่อไปนี้เราต้องเพิ่มเรื่องรักษาฟื้นฟู โดยให้มีแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติลงไปทำงานเต็มเวลา ๕ วัน วันละ ๘ ชั่วโมง ใน ๑ สัปดาห์ให้ได้ และเป้าหมายคือมีแพทย์เข้าไปเป็นบางวัน วันไหนไม่มีก็ต้องเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งสำรวจแล้วพบว่า รพ.สต. ที่จะปรับจากสถานีอนามัย ๙,๗๕๐ แห่ง ขณะนี้มีแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพลงไปหมุนเวียน ๖,๐๐๐ กว่าแห่งแล้ว ซึ่งถ้าเราจัดเป็นเครือข่าย ให้มีการหมุนเวียนไปพบไปดูแลชาวบ้านให้ครบถ้วนทุกแห่งใน ๙,๗๕๐ แห่ง เป็นไปได้อย่างยิ่ง เดี่ยวผมจะเรียนต่อไปว่าทำอะไร

แนวคิดที่ ๒ คือ แนวคิดเรื่องสาธารณสุขมูลฐานและอาสาสมัคร รัฐบาลชุดนี้ก็ได้นำเงินเป็นค่าป่วยการกับ อสม. ซึ่งไม่ใช่เป็นเงินเดือน และไม่ใช่เป็นค่าตอบแทนอะไรทั้งสิ้น เพราะว่าเขามาช่วยเราทำงาน ๓๐ - ๔๐ ปีที่ผ่านมา อสม. ไม่เคยได้เงิน ซึ่งเราไม่อยากให้เป็นเงินเดือน เพราะว่าเขาไม่ใช่เป็นลูกจ้าง ไม่ใช่ผู้มารับงานไปทำงานเป็นเดือนๆ แต่เขามาด้วยจิตใจอาสา แต่ว่าอย่าให้เขาลำบากนัก จึงมีเงินตอบแทนให้ และจะต้องให้เขาติดต่อทางปัญญาด้วย คือ จะต้องให้มีการฝึกอบรมให้องค์ความรู้ ส่วนใหญ่จะเน้นเรื่องการทำงานเป็นทีม และเรื่องทักษะผสมผสาน มีกระบวนการต่างๆ รวมถึงกระบวนการทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของหมู่บ้านที่เรียกว่า แผนพัฒนาตำบล แผนสุขภาพตำบล ซึ่งอาจารย์อมรภักดิ์พยายาม simplify เรื่อง strategic route mapping ให้เป็นเส้นทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อที่จะให้ อสม. เรายึดเกาะในการที่จะร่วมกับสถานีอนามัยหรือ รพ.สต.

## ทิศทางกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข

เราให้ความสำคัญมาก โดยเฉพาะรัฐบาลชุดนี้ ท่านรัฐมนตรีฯ เน้นว่าในสถานีอนามัยจะต้องให้มีการกระจายอำนาจไป โดยให้ตั้งเป็นคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล โดยผู้ที่เป็นประธานควรจะไม่ใช่ผู้อำนวยการ ไม่ใช่สาธารณสุขอำเภอ องค์ประกอบจะต้องมีอปท. ส่วนใหญ่จะเป็น อบต. มีเอกชน มีผู้แทนผู้ป่วย มีผู้แทน อสม. หรือว่าผู้ที่มีชื่อเสียง มีเกียรติยศ มีรายได้ มีเงินในพื้นที่เข้ามาร่วมพัฒนาโรงพยาบาล เหมือนกับว่าจะเป็น Advisory Board แต่จริงๆ แล้วไม่ Advise อย่างเดียวหรอกครับ ถ้าเมืองนอกเขาเรียกว่าเป็น Treasury Board เป็นบอร์ดที่จะอำนวยความสะดวกให้เกิดความมั่งคั่ง ให้ชาวบ้านได้รับบริการการที่ดีทุกทาง เพราะว่าลำพังเงินจากราชการคงไม่สามารถที่จะเลี้ยงลูกทุกๆ คนได้หมดในหมื่นแห่ง เพราะฉะนั้นท้องถิ่นก็มีส่วนร่วม โดยเฉพาะผู้ที่ทำธุรกิจในพื้นที่ก็มีรายได้มีกำไร ก็คงอยากให้ลูกหลานเขา ประชาชนที่อยู่ท้องถิ่นมีสุขภาพที่ดี เขาก็มีส่วนร่วมกัน ภาพอย่างนี้จึงเกิดเรื่องกระจายอำนาจในลักษณะมีส่วนร่วมอำนวยความสะดวก ไม่ได้กับว่ามาสั่งการในระเบียบราชการ แต่ว่ามาอำนวยความสะดวกให้เป็นไปตามทิศทางใหญ่ๆ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ จากคณะกรรมการกระจายอำนาจคือ เรื่องการทำเครือข่าย ถ้าเรารู้เบื้องลึกละเอียดแล้วเป็นเรื่องที่น่าห่วงมากเลย คือถ้าเราจะทำโรงพยาบาลภายใต้สถานีอนามัยที่มีคน ๓ คน จะเป็นอย่างไรรู้ไหมเราจะพัฒนาคุณภาพ ถ้าเราไม่ระดมสรรพกำลังลงไป เมื่ออาทิตย์นี้ผมไปเยี่ยมที่ลำพูน ไปโรงพยาบาล ๒ แห่ง ป่าซางและบ้านโฮ้ง ลองไปหาข้อมูลจริงๆ และลองคุยกับเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายดู ปรากฏว่าบ้านโฮ้งมีประชากรทั้งอำเภอประมาณ ๔๐,๐๐๐ คน มีสถานีอนามัยอยู่ ๙ แห่ง ใน ๕ ตำบล เพราะฉะนั้นในแต่ละตำบลก็จะมีสถานีอนามัย ๑-๒ แห่ง แต่ละแห่งจะ

มีเจ้าหน้าที่อยู่ ๓ คน อย่างนี้จะเป็นไปได้อย่างไร เพราะว่าประชากรแต่ละตำบลมีตั้งแต่ ๖,๐๐๐ - ๑๐,๐๐๐ คน ถ้าเราจะให้มีหมอไปอยู่ทุกสถานีอนามัยทั้ง ๙ แห่งเราจะหมดหมอดีไปทั้งโรงพยาบาล เพราะบ้านโง้งมีหมออยู่ ๓ คน แล้วเราจะทำอย่างไร แต่ภายใต้ความขาดแคลนนี้ กระทรวงสาธารณสุขก็คิดในลักษณะว่า ถ้าจะทำให้เปิดได้ในลักษณะ functional คือจะต้องมารวมกันเป็นเครือข่าย แล้วมีเกณฑ์ว่าในเครือข่ายหนึ่ง ถ้าเราจะเช็คว่าผ่านขั้นต่ำของโรงพยาบาลศูนย์คือ จะต้อง มี ๗ คน แล้ว ๑ ใน ๗ คนนั้นต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือหมอ ทำการ ๘ ชั่วโมง ๕ วันใน ๑ สัปดาห์ อย่างนี้โจทย์ก็จะง่ายขึ้น ดูแล้วมีความเป็นไปได้มากที่จะจัดเป็นกลุ่ม และนโยบายรัฐบาลเรื่อง รพ.สต. น่าจะเป็นจริงได้ แนวโน้มคือ ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม เราจะเช็กผ่านสถานีอนามัยมาเป็น รพ.สต. เราทุกแห่งภายใต้งบประมาณที่ใส่ลงไปปีนี้อีก ๗,๐๐๐ กว่าแห่ง ๕,๐๐๐ กว่าล้านบาท รัฐบาลชุดนี้ให้เงินกระทรวงสาธารณสุขใน priority นี้สูงมากที่สุด อันนี้ต้องคิดว่าเป็นโอกาสที่ดีมากๆ เลยที่ให้เงินถึง ๕,๕๐๐ กว่าล้านบาทให้กับ รพ.สต. ทั้งนี้แนวโน้มในอนาคต จะต้องรวมพลังบุคลากรมาอยู่ในโรงพยาบาลแห่งที่คิดว่าน่าจะเป็นศูนย์กลาง แล้วทำให้เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป รับซื้อ primary care ให้หมด และพยายามที่จะให้โรงพยาบาลอำเภอทำ primary care ให้ดี แล้วเป็นเครือข่าย primary care ในอำเภอนั้น แทนที่จะเอาพยาบาล ๕๐ คน มาหมุนเวียนบนบอร์ด อาจจะไม่จำเป็นแล้ว คือไป admit ไว้โรงพยาบาลทั่วไปที่หนึ่ง อีกครั้งหนึ่งจะได้ลงไปโรงพยาบาลตำบล เราจะต้องได้ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า รพ.สต. จะลดปริมาณการใช้บริการในโรงพยาบาลใหญ่ลงได้แน่นอน เพราะว่าเรากระจายไปให้บริการถึงบ้าน ลดค่าใช้จ่ายทั้งของประชาชนและของภาครัฐสำคัญที่สุดคือ เราเน้นการมีส่วนร่วมการกระจายอำนาจของท้องถิ่น อบต. ยกตัวอย่างของภูเก็ตที่ผมไปดูมา ปรากฏว่า อบต. เขามาเต็มที่แล้ว มาอยู่มาช่วย แต่ไม่ได้รับโอนไป จ้างคนมาช่วยทำงาน part time ให้ ดูแลให้ จ้างหมอบ้างเวลามาให้ ช่วยกันอำนวยความสะดวกให้เป็นไปได้โดยกรรมการ รูปกรรมการอย่างนี้เป็นสิ่งที่เป็นความฝันว่า ทำอย่างไรเวทีของ รพ.สต. เราจะเป็นเหมือนกับตลาดนัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการ คือ ใครมาใช้ก็ได้ เราอยากเห็นว่า รพ.สต. ของประชาชน สามารถบูรณาการการรักษา ฟันฟู ส่งเสริม ป้องกัน และคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างชัดเจน มีพยาบาลเวชหรือแพทย์ทำงานอย่างสมบูรณ์แบบ และสามารถที่จะยืนได้ด้วยตัวของตัวเอง โดยท้องถิ่น กับกระทรวงสาธารณสุข support ในทางเทคนิคและองค์กร อันนี้เป็นสิ่งที่คิดว่า น่าจะเป็นทิศทางการกระจายอำนาจที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณครับ



ท่านรัฐมนตรีฯ เน้นว่า  
ในสถานีอนามัยจะต้อง  
ให้มีการกระจายอำนาจไป  
โดยให้ตั้งเป็น  
คณะกรรมการพัฒนา  
โรงพยาบาลโดยผู้ที่  
เป็นประธาน ควรจะไม่ใช้  
ผู้อำนวยการ  
ไม่ใช่สาธารณสุขอำเภอ  
องค์ประกอบจะต้องมี  
อปท. ส่วนใหญ่จะเป็น  
อบต. มีเอกชน  
มีผู้แทนผู้ป่วย  
มีผู้แทน  
อสม. หรือว่า  
ผู้ที่มีชื่อเสียง  
มีเกียรติยศ มีรายได้  
มีเงินในพื้นที่เข้ามา  
ร่วมพัฒนาโรงพยาบาล



การอภิปราย :

ข้อเสนอเชิงนโยบาย  
ต่อการกระจายอำนาจ  
ด้านสุขภาพ :  
โอกาสและความเป็นไปได้  
ของระบบ  
สาธารณสุขไทย





เวทีวิชาการสู่ความเป็นธรรมด้านสิทธิภาพ  
ครั้งที่ 1

ย่นย่อด้านสิทธิภาพ... สังเคราะห์ปัญหาเรียนเพื่อค้นหาทางออกร่วมกัน

ครั้งที่ 1 ธันวาคม 2553 ณ ห้องสภธรรม สถาบันพระปกเกล้า





นำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย โดย

นพ.ปรีดา แต่อาרכת

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ ในนามตัวแทนนักวิจัย สวรส.

วิพากษ์ โดย

นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ศ.ดร.อุดม ทุมบอชิต

คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

นายรนา ยันตรโกวิท

กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น

นายวงศ์รัตน์ เพชรตึบ

สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย

นพ.สุธี อ้นตระกูล

สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย

นายกานนุจร บูรณพรหม

สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย

นายเกษิเดช ชันธรัตน์

สมาคมหมออนามัย

นายสามัคคี เดชเกล้า

ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

ดำเนินการอภิปรายโดย

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิจัย

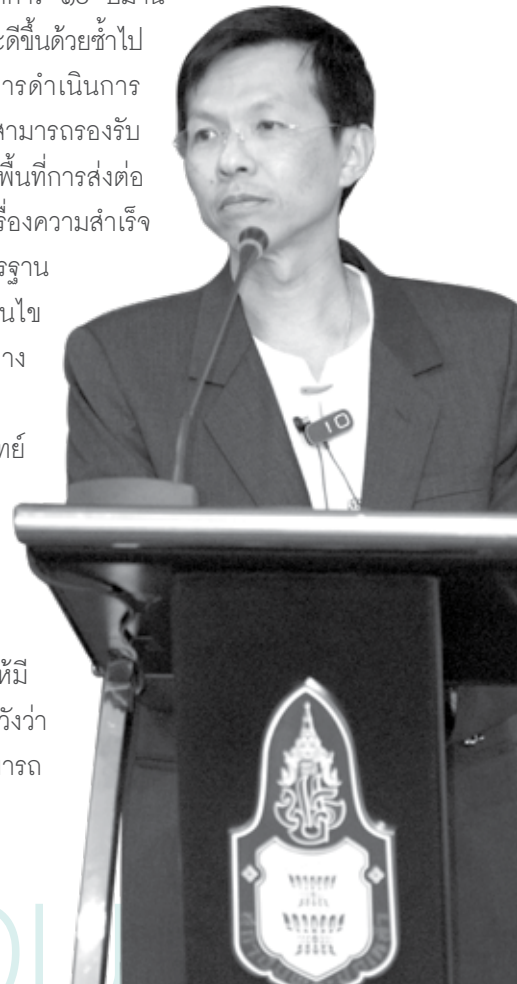
และพัฒนากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สวรส.

# นำเสนอ ข้อเสนอเชิงนโยบาย

**นพ.ปริดา:** เรียนท่านประธาน ขอเสนอข้อเสนอต่อการกระจายอำนาจ ผมคิดว่ามีความชัดเจนอยู่ ๔ ประเด็นคือ การให้ความสำคัญกับประชาชนในท้องถิ่น การให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการพึ่งตนเองและมีอิสระ ส่วนราชการที่ควรจะต้องเปลี่ยนบทบาท และบทบาทการปกครองส่วนท้องถิ่น

ถ้ามองต่อไปข้างหน้า ทำอย่างไรจึงจะพัฒนาให้ประชาชนในท้องถิ่นสามารถที่จะปกครองตนเองได้ สิ่งที่เราพบจากการรวบรวมมาจะเห็นว่า ๑๐ ปีนี้ความคืบหน้ายังไม่มากนัก บุคลากรสาธารณสุขคงมีความหวั่นไหวในเรื่องความก้าวหน้า เรื่องการสนับสนุนทางวิชาการ ๑๐ ปีนี้ถ่ายโอนสถานอนามัยไปได้ ๒๘ แห่ง ซึ่งดำเนินการไปได้เหมือนเดิม และอาจจะดีขึ้นด้วยซ้ำไป เพียงแต่จะมีปัญหาเรื่องระเบียบต่างๆ อปท. ที่รับถ่ายโอน เทศบาลที่มีการดำเนินการศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่แล้ว เขาสามารถดำเนินการได้อยู่แล้ว ส่วนใหญ่สามารถรองรับการบริการประชาชนได้ สิ่งที่เราพบคือ มีข้อจำกัดเรื่องการประสานระหว่างพื้นที่การส่งต่อส่งกลับ เพราะไม่ได้คุยกับส่วนเดิมทำให้ขาดข้อมูลอยู่หลายส่วนด้วยกัน ในเรื่องความสำเร็จของการถ่ายโอน มีทุกแห่งที่ไป เพียงแต่ว่าความสำเร็จที่เกิดขึ้นไม่ใช่เป็นมาตรฐานหรือบรรทัดฐาน แต่เป็นความสำเร็จที่เกิดขึ้นเฉพาะแห่งตามปัจจัยและเงื่อนไขต่างๆ ของแต่ละที่ ข้อเท็จจริงที่พบอีกอย่างคือ ต้องใช้ความรู้ในการจัดการทางด้านวิชาชีพเฉพาะ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่มีความพร้อมเรื่องงบประมาณ แต่ต้องมีความรู้อาจจะมียข้อจำกัดในเรื่องการบริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งกระบวนการถ่ายโอนอาจจะมีส่วนที่ล่าช้า จึงมีการจัดตั้งสถานบริการขึ้นเองอยู่หลายส่วนด้วยกัน

สิ่งที่พบระหว่างความคาดหวังและผลกระทบ คือ เหมือน ๒ ด้านที่คู่ขนานกัน ต้อง balance กันดูว่า ความคาดหวังในเรื่องของการปกครองส่วนท้องถิ่นทำอย่างไร การกระจายอำนาจให้องค์กรที่มาจากการเลือกตั้งให้มีประสิทธิภาพ มีการจัดการทรัพยากร มีความทั่วถึงเป็นธรรม ตรงนี้เราคาดหวังว่าถ้ากระจายลงไปในพื้นที่ การดูแลคนในพื้นที่เองจะเกิดความเป็นธรรม สามารถ



# ข้อเสนอเชิง

# ข้อเสนอเชิงนโยบาย

มองเห็นได้ว่าใครมีความต้องการจริงๆ เหมือนกับหลัก การประชาธิปไตย แต่ข้อเท็จจริงที่เราพบคือ การ ดำเนินการในลักษณะที่มีการตัดถ่ายโอนไปเป็นแห่งๆ จะพบปัญหาเรื่อง economy of scale เกิดการ เหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ พื้นที่ใดที่มีศักยภาพในการ จัดหารายได้ มีศักยภาพในทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองต่างๆ จะเกิดการบริการที่ดี ในขณะที่บางพื้นที่ มีข้อจำกัดก็อาจจะมีปัญหา เช่น การแทรกแซงทาง การเมือง อันนี้เป็นข้อกังวลที่พบว่าอาจจะเกิดขึ้นจริง การเชื่อมโยงของระบบ การเลื่อนไหลและการสนับสนุน ทางวิชาการของบุคลากร

ประสบการณ์การดำเนินการในต่างประเทศ เช่น สแกนดิเนเวียเขาเคยกระจายลงไปจนถึงระดับเทศบาล เขาพบว่า การให้เทศบาลหรือท้องถิ่นขนาดเล็ก ดำเนินการ เรื่องสุขภาพโดยลำพัง ก็มีผลกระทบต่อด้านลบ อาจจะไม่คุ้มค่าในการดำเนินงาน มีภาระเรื่องค่าใช้จ่าย เรื่องศักยภาพ เรื่องการประสานกับหน่วยงานต่างๆ ขณะที่บางประเทศ บุคลากรในหน่วยบริการมีปัญหา เรื่องการได้รับการสนับสนุนหรือการอบรมทางวิชาการ เพราะฉะนั้น บางประเทศจึงมีการออกกฎหมายกำหนด เอาไว้เป็นพื้นฐานเลยว่า เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล และสถานบริการต่างๆ จะต้องให้บุคลากรได้รับการ อบรม หรือว่าฟื้นฟูทางวิชาการไม่น้อยกว่าปีละกี่ครั้ง ก็ตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อเป็นการการันตีเรื่องของ มาตรฐานอย่างนี้ เป็นต้น

เราพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ก็ ดูแลสุขภาพอนามัย ส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม อยู่แล้ว ซึ่งหลายแห่งทำได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ ร่วมมือกับ สสส. มีหลักฐานที่ชัดเจนครับว่ามีศักยภาพ

ทำได้ หลายประเทศพบว่า พอกระจายไปมากๆ แล้ว เป็นเบี้ยหัวแตก จึงเริ่มมีการรวมศูนย์อำนาจกลับคืนมา แต่การรวมศูนย์อำนาจกลับคืนมาไม่ใช่กลับมาที่ ส่วนกลาง แต่มาอยู่ตรงกลางระหว่างรัฐบาลกลางกับ รัฐบาลท้องถิ่น เป็นลักษณะเรียกว่า region หรือแถบ บ้านเราอาจจะเรียกว่า ระดับภาค หรืออนุภาค คือ เป็นกลุ่มจังหวัด ตรงนี้เกิดขึ้นแล้วในหลายประเทศที่ ดำเนินการในลักษณะนี้ ทำให้การบริหารจัดการเรื่อง ทรัพยากรมีความคุ้มค่าในทางเศรษฐกิจในทางที่จะ ลงทุนมากขึ้น การรวมศูนย์ขณะนี้มีการพูดกันมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรวมศูนย์ในเรื่องการเฝ้าระวังและ ควบคุมโรค ซึ่งพบว่าจำเป็นต้องให้มีความเป็นเอกภาพ ในเรื่องของการจัดการ และสามารถทำได้ในบริบท ที่กว้างกว่านั้น เนื่องจากเป็นเรื่องการควบคุมโรคมีปัญหา โรคข้ามถิ่นข้ามพื้นที่

สิ่งที่พบคือ ๑๐ ปีก้าวไม่พ้นเรื่องกรอบคิดเรื่องการ ถ่ายโอน เรายังให้ความสำคัญและเน้นหนักเรื่องการ ถ่ายโอนนี้มาก แต่พบว่า อปท. ทำอยู่แล้วในหลายๆ เรื่อง เช่น การจัดบริการสุขภาพ เทศบาลหลายแห่งทำ อยู่แล้ว แต่ว่าที่จริงแล้วยังมีรูปแบบอื่นอีก เช่น องค์การ มหาชน การจัดทำสหการร่วมกันทางด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ซึ่งมีบริบทที่มีการจัดทำร่วมกันอยู่แล้วใน ระหว่าง อปท. การสร้างเสริมสุขภาพกับคนในพื้นที่ มี ประสบการณ์บางส่วนที่ สปสข. ดำเนินการ เช่น อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต มีการให้เม็ดเงินที่ เป็นก้อนลงไปที่เขต แล้วอนุกรรมการซึ่งประกอบ ไปด้วยหลายภาคส่วน มาตัดสินใจทางนโยบายในการ ที่จะจัดการกับทรัพยากรที่ลงไปนั้น ถ้าดูในระดับตำบล ก็จะมีกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่หรือตำบล เพราะ

ฉะนั้นรูปแบบต่างๆ ถ้ามีร่องรอยอยู่แล้วจะเดินหน้า  
ต่อใหม่ จะเดินหน้าอย่างไร

ข้อกังวลที่พบขณะนี้คือ ตอนนี้องค์กรคนละทาง  
สร้างดาวคนละดวง ความเชื่อระหว่างการกระจาย  
อำนาจ กับความเชื่อเรื่องประสิทธิภาพในการจัดบริการ  
เหมือนอยู่กันคนละฟาก จะ balance กันอย่างไร  
เราจะทำให้ไปสู่เป้าหมายร่วมได้อย่างไร คำถามที่ยัง  
ไม่ได้ตอบขณะนี้ หรือตอบแล้วยังไม่ชัด คือ อำนาจใน  
การตัดสินใจระหว่างจะถ่ายโอน ใครเป็นคนที่ควรจะมี  
อำนาจในการที่จะตัดสินใจ ใครจะเป็นผู้รับผิดชอบ  
ต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ตรงนี้ก็เป็นประเด็น  
สำคัญ ใครควรเป็นเจ้าของสถานบริการระดับใด จะมี  
บทบาทหรือมีความรับผิดชอบในบริการสาธารณสุข  
ภายใต้บริบทกระจายอำนาจหรือไม่ และถ้ามี จะมี  
อย่างไร มาถึงข้อเสนอเชิงนโยบายที่รวบรวมจาก  
ข้อคิดเห็นต่างๆ มีข้อเสนอดังนี้

ประเด็นแรกคือ แนวคิด หลักการ และเป้าหมายร่วม  
ถ้าจะให้มีหน่วยงานที่เป็นกลางที่ประสานทุกๆ ฝ่าย  
ได้ ควรจะอยู่ที่ สกถ. หรือสถาบันพระปกเกล้าต้องเป็น  
เจ้าภาพในการจัดกระบวนการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง  
กระบวนการในการหาฉันทามติ หรือสานเสวนาเพื่อ  
ปรับมุมมอง มุมมองที่สำคัญขณะนี้ยังแตกต่างกันอยู่  
ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอำนาจกับความรับผิดชอบ เรามองที่  
ตรงไหนแน่ และอำนาจในการตัดสินใจที่ให้พื้นที่คือ  
อำนาจอะไร เป็นอำนาจทางการเมือง อำนาจการตัดสินใจ  
ในการใช้ทรัพยากรหรือบริหารจัดการหรือไม่ การโอน  
สถานบริการไปยัง อปท. จะเป็นเพียงทางเลือกหนึ่ง  
หรือเป็นทางเลือกเดียว หรือเป็นทางเลือกหลัก ทั้งหมดนี้  
ต้องไปหาฉันทามติร่วมกันในประเด็นที่สำคัญๆ

เราพบว่า  
องค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่น  
ส่วนใหญ่ก็ดูแล  
สุขภาพอนามัย  
ส่งเสริมสุขภาพ  
และสิ่งแวดล้อมอยู่แล้ว  
ซึ่งหลายแห่งทำได้ดี  
โดยเฉพาะอย่างยิ่ง  
ที่ร่วมมือกับ สสส.  
มีหลักฐานที่ชัดเจนครับ  
ว่ามีศักยภาพทำได้



ระหว่างความเชี่ยวชาญเฉพาะ หลักประกันทางด้านบริการที่ต้องการเอกภาพ กับการให้อำนาจตัดสินใจในการใช้ทรัพยากร หรือการกระจายอำนาจจากส่วนกลางลงสู่พื้นที่ รูปแบบและระยะเวลาในการกระจายอำนาจจะเอาอย่างไร ระยะเวลาประมาณไหน บทบาท และผู้เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขจะเปลี่ยนบทบาทไปอย่างไร พื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะปรับบทบาทตัวเองอย่างไร สถานบริการจะอย่างไร และเรื่องการจัดกระบวนการสื่อสาร ทั้งหมดนี้ต้องเอามาคิดเป็นเรื่องหลัก ต้องคุยกันตรงนี้ให้เข้าใจก่อน เสร็จเรียบร้อยถึงจะเดินหน้าต่อไปได้ครับ

ประเด็นที่สองคือรูปแบบ การถ่ายโอนเป็นรูปแบบหนึ่งในหลาย ๆ รูปแบบหรือไม่ และอาจจะยังมีรูปแบบอื่นๆ ที่ยังต่อยอดได้ ซึ่งได้นำเสนอไปบ้างแล้ว และหากเลือกว่า การถ่ายโอนเป็นเส้นทางที่สำคัญ เราจะคิดถึงเรื่องนี้อย่างไร และต้องตอบใจหทัยว่า กระจายอำนาจกับประสิทธิภาพของระบบคืออะไร ถ้าจะคิดรูปแบบใดจะต้องอยู่บนพื้นฐานตรงนี้ว่า ๑) ให้อำนาจหรือให้ความสำคัญกับพื้นที่ ๒) ยังคงเอกภาพหรือยังคงประสิทธิภาพของระบบไว้ได้ โดยพิจารณาแล้วรูปแบบที่ควรดำเนินการมากที่สุด ถ้าจะโอนควรจะถ่ายโอนสถานบริการ อาจจะเป็นสถานีอนามัยหรือสูงกว่านั้นไปให้ อปท. ทั้งหมดพร้อมกัน เป็นพื้นที่ทั้งจังหวัดเป็นอย่างน้อย ถ้าสูงกว่านั้นอาจจะเป็นระดับอนุภาค หมายถึงเป็นกลุ่มจังหวัด อาจจะมีรูปแบบของสหการ หรือรูปแบบกรมการ บริหารระดับจังหวัดเข้ามา เพื่อที่จะมารับผิดชอบหน่วยบริการที่เป็นเครือข่ายนั้น แล้วโจทย์ที่จะตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ระดับตำบลจะอย่างไร เรื่องโครงสร้างการทำงานร่วมกันอาจจะต่อยอดจาก

รูปแบบ รพ.สต. ใหม่ เป็นคำถามที่จะต้องหาคำตอบร่วมกันเพื่อจะเดินไปต่อ

ข้อเสนอนี้จะสวนทางกับที่ สกถ. ทำอยู่ คือ ขอให้ถ่ายโอนไปอบจ. ก่อน และถ้าท้องถิ่นเล็กๆ พร้อมให้ถ่ายโอนไปให้ท้องถิ่นเล็กๆ แต่อันนี้จะกลับกันคือท้องถิ่นเล็กๆ ถ้าจะทำ พร้อมไปก่อน ทำก่อนก็ได้ไม่เป็นไร แต่อย่างไรก็ตาม เป้าหมายปลายทางควรจะทำร่วมกันในระดับใหญ่คือ จังหวัดหรือกลุ่มจังหวัดขึ้นไปมากกว่า เพื่อคงความสมดุลในเรื่องของเอกภาพในเชิงระบบ ในขณะที่เดียวกันก็ตอบสนองเรื่องการกระจายอำนาจ เพราะมีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางลงไปสู่ระดับพื้นที่ เพียงแต่พื้นที่นั้นไม่ใช่เป็นพื้นที่เฉพาะเป็นแห่งเล็กๆ ไป ยังมีรูปแบบอื่นอีกที่เกิดขึ้นท่ามกลางตอนวิเคราะห์ เช่น เขตสุขภาพ กรรมการบริหาร รพ.สต. องค์การมหาชน กองทุนสุขภาพตำบล ตอนนี้มีรูปแบบอื่นๆ อีก แต่ที่สำคัญคือ ภาคประชาชนจะมีที่ยืนอย่างไร

สำหรับกลไกนโยบาย ควรจะตั้งสำนักงานมาเป็นเรื่องเป็นราวมากกว่านี้ และควรจะอยู่ภายใต้ สกถ. เพื่อจะประสานนโยบายในภาพใหญ่ ถ้าเป็นไปได้ควรจะกำหนดพื้นที่ปฏิบัติการร่วมกันเดินหน้าในพื้นที่ระดับจังหวัดเป็นอย่างน้อย เพราะตอนนี้องค์ความรู้ในเรื่องนี้ในส่วนของเราเองยังไม่ชัดเจน ร้อยร่อยมีอยู่แล้วต่อยอดได้ แต่ยังไม่ได้เริ่มลงมือทำ ต่อไปจัดทำแผนปฏิบัติการ ส่วนที่เสนอเพิ่มเติม คือ เสนอว่า ๑ ปีคุยกัน สามเสนา อะไรต่างๆ พอเห็นทิศทางร่วมกัน มีเป้าหมายร่วม มีวิสัยทัศน์ร่วม แล้วเราค่อยมามองว่าระยะจากนั้นอีก ๑๐ ปี เดินหน้ากันไปในรูปแบบที่เราเห็นว่าจะสามารถทำได้ ระยะที่ ๑ ไข่เวลาสัก ๒ ปีเพื่อสังเคราะห์ หลังจากนั้น ๓-๕ ปี จึงขยายผลไป แล้วครึ่งเทอมก็ประเมินผลใหญ่

# ข้อซักถาม และอภิปรายจากวิทยากรบนเวที

และปรับใน ๖ - ๑๐ ปี เพราะฉะนั้นถ้าเป็นอย่างนี้ ผมคิดว่าสามารถที่จะเดินหน้าไปได้ และเราสามารถทำ เรื่องกระจายอำนาจได้ครบนะครับ

**นพ.สุวิทย์ :** ขอบคุณมากครับ คุณหมอปรีดา ก่อนจะ ตั้งคำถามขอถามคุณหมอปรีดา ก่อนว่าที่เสนอทั้งหมดนี้ มีอะไรใหม่กว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันบ้าง ยกมาสัก ๒ เรื่องที่ใหม่ ที่ขณะนี้ไม่มีอยู่

**นพ.ปรีดา :** อย่างเช่น เรื่องสหการ คือ สหการมีแต่พูด แต่ว่ายังไม่มีการลงมือจริงๆ ถ้าสมมุติว่าต้องการให้ อบท. มาร่วมมือกันทำจริงๆ ต้องคิดต่อในเรื่องสหการ ซึ่งมีทฤษฎี แต่ยังไม่ได้เริ่มเลยว่าจะเอาอย่างไร

เรื่องที่ ๒ คือ recentralization ขณะนี้เรากำลัง บอกว่าจะไป แต่ข้อเสนอมีหลายเรื่อง แล้วต้องกลับมา ทั้งๆ ที่ยังไม่ได้ไป ต้องกลับมาแล้ว คือ ถ่ายโอน หรือ ไม่ถ่ายโอน แล้วตอนนี้กลับมาคิดว่ารูปแบบไหนดี มี ๒ เรื่องครับ

**นพ.สุวิทย์ :** อบท. ทำร่วมกันนี้ ผมว่ามีอยู่ในแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุข เสนอแล้ว กกท. approve ไปแล้วเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๘ รูปแบบที่ว่า re-centralization แล้วเป็น

กรรมการระดับอนุภูมิภาค อันนั้นคือ กสพ. ที่อยู่ใน แผน ๑ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๖ ในนี้ผมเห็นเรื่องใหม่ ๒ เรื่อง ๑) งดถ่ายโอนสถานีอนามัยให้ อบต. ชัดเจน เรื่องนี้คือเรื่องใหม่ ทั้งๆ ที่ข้างหน้าบอกว่าถ่ายโอนไปแล้วดี บางอันดีกว่าเก่าด้วย แต่อันนี้บอกให้งัด เพราะมี เหตุผลของเขา เขาบอกไปแล้วเหตุผลเขาชัดเจนว่า ทำไมถึงงด ๒) ขอซื้อเวลาอีก ๑๐ ปี อันนี้คือที่เห็นใหม่ที่เหลือผมไม่เห็นใหม่ สามัคคีฟังดูทั้งหมดแล้วมีอะไร ใหม่กว่านี้ไหม นอกจากที่ผมเห็น ๒ ข้อ

**คุณสามัคคี :** ไม่เห็นครับ ก็เป็นเรื่อง เดิมๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ไม่มี อะไรเปลี่ยนแปลง ที่เปลี่ยนแปลง คือ มีการ design รูปแบบ คณะกรรมการที่จะขับเคลื่อนที่ ชัดเจน ที่มีคณะกรรมการที่ร่วม ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข ที่จะดูแลการถ่ายโอนอย่าง เป็นจริงเป็นจังครับ



**นพ.สุวิทย์ :** ผมจำไม่ได้ว่าตอนปี พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๔๗ ที่คุณหมอซูชัยทำแผนการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขฉบับแรก เขียนว่า กรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ หมายถึง ระดับจังหวัด ผมเข้าใจว่าในนั้นไม่ได้เขียนว่าระดับไหน เพียงแต่บอกให้กระทรวงสาธารณสุขไปออกกฎหมายให้มี กสพ. เสร็จแล้วกระทรวงสาธารณสุขก็ไม่ได้ออก ท่านรองพรเทพแผน ๑ เขียนไว้ชัดเจนเลยบอกว่าไม่ให้ถ่ายโอนไปให้ อปท. โดยตรง เพราะว่าถ่ายโอนไปแล้วคงจะมีปัญหา ขอให้มารวมเป็นกลุ่มดีกว่า เป็นระดับพื้นที่ แต่พื้นที่นี้กำหนดว่าเป็นจังหวัดด้วยหรือเปล่า เป็นจังหวัดด้วยใช่ไหม

**นพ.พรเทพ :** เป็นจังหวัดครับ หมายความว่าของเดิมที่เสนอไว้สูงสุดคือ จังหวัด ต่ำสุดคือ พื้นที่ย่อย ๒ - ๓ พื้นที่

**นพ.สุวิทย์ :** อันนี้เสนอให้สูงกว่าจังหวัด

**นพ.พรเทพ :** อันนี้ต่ำสุดคือ จังหวัด แล้วก็สูงกว่านั้น

**นพ.สุวิทย์ :** ที่นี้ กสพ. ก็อยู่ในแผนแรก เสร็จแล้วกระทรวงสาธารณสุขก็ไม่ทำ ทำไม่ถึงไม่ทำ ท่านรองพรเทพ

**นพ.พรเทพ :** ตอนนั้นผมเป็นรองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ท่านเป็นรองปลัดฯ ไม่ใช่หรือครับ

**นพ.สุวิทย์ :** ตอนนั้นผมถูกปลดจากรองปลัดฯ ไปแล้ว ถ้าไม่ถูกปลดทำเนฯ เลย

**นพ.พรเทพ :** ผมก็จำไม่ได้เหมือนกัน ผมอยู่กรมสุขภาพจิต ตอนนั้นดูแลโรงพยาบาลศรีธัญญาอยู่ครับ

**นพ.สุวิทย์ :** นี่เขาจะมาเสนอใหม่อีกแล้ว เสนอใหม่เหมือนกันเลย เพียงแต่ว่าเปลี่ยนจากว่า กสพ. ระดับจังหวัด ก็เป็น กสพ. ระดับจังหวัดหรือสูงกว่าจังหวัด ตอนปี พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๖ ก็เสนอแล้วอยู่ในแผน ๑ แล้ว แล้วก็ไม่ได้ทำ มีอะไรกันที่ว่าเสนอแล้ว คราวนี้จะทำ ท่านอาจารย์อุดมครับ อาจารย์เป็น กกถ. กระทรวงเขาเบี้ยว กกถ. มาตลอดเวลาไม่เห็น กกถ. มีน้ำยาอะไรเลย

**อ.อุดม :** ผมเข้าใจว่าคณะกรรมการกระจายอำนาจให้เกียรติกับส่วนราชการ และมองเห็นว่ากิจกรรมการกระจายอำนาจบางเรื่อง ตัดสินใจแล้วเกิดการกระจายได้เลย เช่น การให้อำนาจในการอนุมัติหรือไม่อนุมัติเรื่องหนึ่งเรื่องใด คือพวกที่ทำงานง่าย แต่ก็มีกลุ่มที่ทำงานยาก คือ สาธารณสุข การศึกษา ที่ทำงานยากเพราะว่า ไม่ได้โอนบริการอย่างเดียว แต่โอนชีวิตคน โอนความก้าวหน้าของคน โอนงบประมาณตามไปด้วย เพราะฉะนั้นเป็นโจทย์หิน กระทรวงสาธารณสุขคงไม่ได้ปฏิเสธการกระจายอำนาจ แต่งง ผมว่ากระทรวงสาธารณสุขยังหาคำตอบไม่ได้ว่าจะกระจายอย่างไร ประชาชนจึงได้รับบริการที่ดีกว่า ผมคิดว่าหลายปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขให้บริการประชาชนยังไม่ดีพอ ส่วนที่ขาดไปนั้นเกินกำลังกระทรวงสาธารณสุขไหนจะข้อจำกัดเรื่องวิชาชีพ ข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ สรรพัต บัดนี้มีท้องถิ่นเพิ่มขึ้นมาอีก ๗,๐๐๐ กว่าแห่ง เป็นพวกกระทรวงสาธารณสุขที่จะช่วยทำบริการ

คำถามคือว่ากระทรวงสาธารณสุขคิดจะร่วมมือกับท้องถิ่น  
อย่างไร นี่เป็นโจทย์ที่ผมจะถามกระทรวงสาธารณสุขมากกว่า

**นพ.สุวิทย์ :** คำถามของผมคือว่า กระทรวงก็ commit แผน ๑  
จะมี กสพ. ก็ไม่ทำ แผน ๒ จะถ่ายโอนสถานีนอนามัยไปให้  
อบต. ถ้าไม่โอนก็จะให้ อบจ. ก็ไม่ทำ แต่ กกถ. ไม่เห็น  
ทำอะไร นี่คือคำถามของผม

**อ.อุดม :** เขาพยายามจะทำ ผมจำได้ตอนอาจารย์หอมมงคล  
ท่านก็พยายามที่จะทำ แต่ผมคิดว่า สงสัยว่ากระทรวงฯ คง  
ยังงงๆ ว่าโจทย์ตรงนี้จะออกในรูปแบบไหน อย่างไร จึงจะ  
ได้ผลดีที่สุด

**นพ.สุวิทย์ :** ผมลองถามน้องมาจากปลายแถวดีกว่า ปลายแถวนี้  
ไม่ใช่ห่วยนะครับ ปลายแถวแต่สำคัญที่สุด เพราะใกล้  
ชาวบ้านมากที่สุด ต้องถามคุณกษิธิษว่ากระทรวงฯ งงจริง  
หรือเปล่า

**คุณกษิธิษ :** ขอบคุณทาง สวรส. ที่เปิดโอกาสให้ผมออนามัย  
ได้มาชี้แจงด้วย คือเราอยู่ปลายสาย แรกๆ เราก็ตื่นเต้น  
ตกใจ บางท่านก็ดีใจที่จะได้โอนไปอยู่กับ อบท. เพราะเขา  
อยู่ร่วมกันมานาน บางท่านอยู่กันจนมีลูกมีเด้าแล้ว พอไปๆ  
มาๆ บอกจะไป ๓๕ ก็ไป ๒๒ แล้วเป็น ๒๘ ตอนนี้ออกว่า  
จะไป ๕๐๐ ก็ยังไม่ไปสักแห่ง กลายเป็นว่าตอนนี้เลยระงับ  
ความตื่นเต้นหมดแล้ว ไม่ตื่นเต้นแล้ว กลายเป็นความเคยชิน  
และชินใจไปแล้ว ข้อเสนอจากทางวิจัยบอกว่า นโยบาย  
ไม่ชัดเจน ทำให้เราไม่ชัดเจนไปด้วยว่าเราจะไปหรือไม่ไปดี  
คนที่อยากไปตอนนี้ก็พยายามทำเรื่องที่จะไป แต่ยังไม่ไป  
เหมือนกัน กลายเป็นว่ารอฟังดีไหมว่ากระทรวงตกลงจะเอา  
อย่างไรดี แล้วจากเวทีวันนี้เราก็พบว่า ณ เวลานี้ยังไม่ชัดเจน  
อยู่ครับ

กลุ่มที่ท้าทาย คือ  
สาธารณสุข การศึกษา  
ที่ท้าทายเพราะว่า  
ไม่ได้โอนบริการอย่างเดียว  
แต่โอนชีวิตคน  
โอนความก้าวหน้าของคน  
โอนงบประมาณ  
ตามไปด้วย  
เพราะฉะนั้นเป็นโจทย์หิน



ศึกษาระบบเวที



ไม่ตื่นเต้นแล้ว  
กลายเป็นความเคยชิน  
และซาฮินไปแล้ว  
ข้อเสนอจาก  
ทางวิจัยบอกว่า  
นโยบายไม่ชัดเจน  
ทำให้เราไม่ชัดเจน  
ไปด้วยว่า  
เราจะไปหรือไม่ไปได้



**นพ.สุวิทย์ :** คือ งบประมาณที่อาจารย์อุดมว่า เห็นด้วยใช่ไหม

**คุณกษิติษฐ :** โกลั้เคียงกับอาจารย์อุดม เพราะฟังมาด้วยกัน ตั้งแต่ต้น ผมก็อยู่ร่วมมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เหมือนกัน ครับ

**คุณภานุวสุ :** ผมเป็นคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ โจทย์ คือว่า ท้องถิ่นอยากรับทั้งหมดเป็นบริการสาธารณะ ปัญหา คือฝ่ายการเมือง ถ้าไปศึกษาบริบทของคณะกรรมการ กระจายอำนาจเปลี่ยนบ่อยมาก บางคนมาแบบไม่เข้าใจเลย ว่ากระจายอำนาจคืออะไร ไม่เข้าใจท้องถิ่นคืออะไรด้วย อันนี้คือโจทย์ คนที่จะบังคับเรื่องนี้ได้คือ รัฐบาลกลาง เราคุยกันอยู่ว่าหาโอกาสที่จะฟ้องเรื่องรัฐธรรมนูญเรื่อง ไม่กระจาย คือ ไม่มีบทลงโทษ คนที่เป็นอุปสรรคไม่ใช่ พวกเรา แต่คือ คณะรัฐมนตรี ทุกส่วนที่มาคือ เขาไม่มี ผลทางการปฏิบัติ อย่างงบประมาณบอกว่า ๓๕ เปอร์เซ็นต์ ตอนนี้มีมติคณะรัฐมนตรีเขาจะลอปไป เลยมีผลกับกระทรวงฯ

เพราะฉะนั้นแผนฉบับ ๓ จะถูกบังคับโดยรัฐธรรมนูญ ก็ต้องมาดูกันใหม่ว่า เอาจริงเอาจังกันเสียที ผมว่ากระทรวง สาธารณสุขเป็นกระทรวงที่ขยับไว ถ้าเกิดเขาจะกระจาย ออกไป เราจะทำอะไร แต่ท้องถิ่นคิดอย่างนี้ว่า ไม่กระจาย ไม่เป็นไร เราทำเอง แต่ทำเองก็จะมีปัญหาสู้กันเรื่องเงิน ซึ่งจะมีผลกระทบต่องบประมาณ เพราะรัฐบาลไม่จริงจังกับ เรื่องพวกนี้ ฉะนั้นพวกเราต้องมาคุยกัน ใครอยากไปก็ไป ซึ่งในตัวเองวิจัย ผมเห็นดีด้วย ต้องขอบคุณทาง สรรส. กับ คณะวิจัย ถึงแม้จะมีอะไรที่ติดๆ ขัดๆ ก็ยังมีเรื่องที่เราจะ ไปพูดคุยกับทางคณะกรรมการกระจายอำนาจได้

ข้อซักถาม และ

**นพ.สุวิทย์ :** แล้วเขาจะไม่ให้ ข้อเสนอเมื่อสักครู่นี้ไปขม เขาหยกๆ เขาบอกว่าไม่ให้ถ่ายโอนมาให้ อบต.

**คุณภานุจุ :** คือพวกเราไปอย่างไรก็ได้ ผมมีข้อสังเกต เรื่องเงินจะเป็นตัวบ่งชี้ชนิดหนึ่ง คือท้องถิ่นรู้เรื่องนี้ เพราะรัฐธรรมนูญกำหนดไว้ เพราะฉะนั้นใน ๓๕ เปอร์เซนต์ ส่วนมากอยู่ที่สาธารณสุขกับการศึกษา

**นพ.สุวิทย์ :** ผมเคยคำนวณ ถ้าถ่ายโอนเฉพาะสถานีนอนามัย ๑๐,๐๐๐ แห่งไปหมดอย่างเดียวนั้นประมาณ ๔ เปอร์เซนต์ ยังไม่รวมโรงพยาบาลอำเภอ เฉพาะสถานีนอนามัยอย่างเดียว ทั้งเงินเดือน ทั้งงบประมาณประจำปี ไปให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าไปเกือบๆ ๔ เปอร์เซนต์

**คุณภานุจุ :** ไปบวกกับกระทรวงศึกษาฯ คือตัวเลข ๓๕ มันคิดมาเรียบร้อย อย่างที่อาจารย์อุดมได้นำเสนอว่า เป็นเรื่องของคน เป็นเรื่องของความรู้สึก เป็นเรื่องของอำนาจ เป็นเรื่องหลายๆ เรื่องที่กระจาย

**นพ.สุวิทย์ :** คุณภานุจุกลับมาคำถามเขาก่อน ทางนี้เขาบอกว่าเขาจะไม่ให้คุณแล้ว เขาเสนอบอกว่าไม่ให้ไปเล็กๆ ไม่เอา คุณว่าอย่างไร

**คุณภานุจุ :** พูดถึงตัวท้องถิ่นไม่มาไม่เป็นไร เราก็ทำของเรา แต่ใจจริงเราอยากให้มีมา

**นพ.สุวิทย์ :** พี่สุจินต์ด้วย เพราะเขาบอกว่าไม่ให้ถ่ายโอนไปให้ อบต. ขนาดเล็กๆ เทศบาลของพี่ใหญ่ แต่มีเทศบาลตำบลเล็กๆ เหมือนกัน เขาก็ไม่ให้เหมือนกัน

**นพ.สุธี :** จริงๆ เทศบาลใหญ่ ถ้ามติกาบอกไม่ให้ เอาคืนไปก็คืนไป เราไม่ได้เถียงตรงนั้น เราต้องการความชัดเจน ให้ทำก็ทำ ไม่ให้ทำก็ไม่ทำ

**นพ.สุวิทย์ :** ยังไม่ชัดอีกหรือครับ ทั้งรัฐธรรมนูญ ทั้ง พ.ร.บ. แผนชั้นตอนกระจายอำนาจ ทั้งแผนกระจายอำนาจประกาศในราชกิจจานุเบกษา

**นพ.สุธี :** ก็ชัดว่าจะโอน แต่ไม่โอนครับ

**นพ.สุวิทย์ :** แล้วทำไมไม่ไปฟ้องศาลปกครอง

**นพ.สุธี :** ผมไม่ฟ้อง เพราะว่าผมทำไปแล้วครับ

**นพ.สุวิทย์ :** ภานุจุทำไมคุณไม่ไปฟ้องศาลปกครอง เขาไม่โอนให้คุณ

**คุณภานุจุ :** เดี่ยวเป็นปัญหา คือเรื่องการศึกษาเรายังพอ โอ.เค. เพราะบุคลากรมาก เราผลิตครูได้ แต่ผลิตหมอ ผลิตแพทย์ ผลิตคนที่ทำเรื่องเชิงเทคนิค เรามีความกังวลใจ ก็เลยเป็น priority ถัดไป

**นพ.สุวิทย์ :** ถ้าม อบจ. บ้าง เขาบอกว่าถ้าจะถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้ไปกองๆ รวมกันไว้ที่จังหวัดเล็กๆ ไม่เอาคุณวงศ์รัตน์ว่าอย่างไรครับ

**คุณวงศ์รัตน์ :** ผมเรียนอย่างนี้ เรื่องขององค์การบริหารส่วนจังหวัด แผน ๒ ที่อาจารย์ตะตะไปเมื่อสักครู่นี้บอก ว่า ภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ถ้าไม่ไป อบต. ไม่ไปเทศบาล ก็ต้องมาที่ อบจ.

# อภิปรายจากวิทยากรบนเวที

พอกฎหมายเป็นอย่างนี้  
ถามว่าพวกเราต้องกิน  
นึ่งดูตายหรือครับ  
เราระดมความคิดเห็น  
จากผู้มีส่วนได้เสีย  
จัดสัมมนาระดมความคิด  
เห็นกันที่มีราเคิลแกรนด์  
สุดท้ายเราบอกว่า  
อย่าฟันใจกันเลย  
มาอยู่ร่วมกันก่อนดีกว่า  
ก่อนแต่งมาทำงานร่วมกัน



**นพ.สุวิทย์ :** เขาก็ไม่ให้

**คุณวงศ์รัตน์ :** แต่เราเป็นคนทำงาน เรายึดติดตรงที่ว่า  
พี่น้องประชาชนจะเป็นอย่างไร เราต้องการที่จะสร้างเสริม  
สุขภาพให้คนในท้องถิ่นของเรา จะเป็น รพ.สต. หรือจะเป็น  
สอ. ได้ทั้งนั้น ถามว่าเราจะฟ้องไหม งานอย่างอื่นที่องค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องทำมาก เพราะฉะนั้น ถ้าหากว่า  
ระบบสุขภาพมาอยู่กับท้องถิ่นเราก็จะดูแลให้ดีที่สุด ถ้า  
ระบบสุขภาพถ่ายโอนมาอยู่กับท้องถิ่น ท่านนายกเทศบาล  
นายก อบต. นายก อบจ. ไม่ได้เป็นคนทำ เพราะฉะนั้น  
องค์ความรู้ไม่จำเป็นต้องอยู่ที่นายก แต่อยู่ที่คนที่ทำจริง ๆ  
ก็คือท่านทั้งหลายซึ่งเป็นบุคลากรของสาธารณสุขนั้นแหละ  
ถ้ามาอยู่กับท้องถิ่น ผู้บริหารท้องถิ่นบอกว่า คุณไปคิดวิธีการ  
ที่จะทำให้คนในพื้นที่ของเรามีความสุขเพิ่มขึ้น เมื่อคนในท้องถิ่น  
สุขภาพดี มีการป้องกันโรคที่ดี ท่านจะได้จัดงานวิจัยอย่างอื่น  
ไม่ต้องมากังวลเรื่องการรักษาพยาบาล

**นพ.สุวิทย์ :** ผมฟังดูทั้ง อบจ. ทั้งเทศบาล ทั้ง อบต.  
ไม่ฟ้อง สรุปแล้วไม่ฟ้อง

**คุณวงศ์รัตน์ :** ไม่ฟ้องครับ

**นพ.สุวิทย์ :** ถ้าอย่างนั้นกระทรวงฯ สบาย คุณเขียนมาก็แผน  
ผมก็ไม่ถ่าย ถามในท้องถิ่นมีมาจาก อบจ. อบต. เทศบาล ที่  
คิดจะฟ้องไหม ไม่มี รับรองว่าถ่ายโอนไม่เกิดขึ้นอีกแน่นอน

**คุณวงศ์รัตน์ :** พอกฎหมายเป็นอย่างนี้ ถามว่าพวกเราท้องถิ่น  
นึ่งดูตายหรือครับ เราระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้เสีย  
จัดสัมมนาระดมความคิดเห็นกันที่มีราเคิลแกรนด์ สุดท้าย  
เราบอกว่า อย่าฟันใจกันเลย มาอยู่ร่วมกันก่อนดีกว่า ก่อนแต่ง

ข้อซักถาม และ

มาทำงานร่วมกัน ก็ออกมาเป็นระบบพื้นที่เหมือนกับของอาจารย์ที่ศึกษามาในรูปแบบที่ ๒ คือมาทำงานร่วมกัน ใช้ระบบการรวมงบประมาณกัน อบจ. เอมาลงเทศบาลเอมาลง อบต. เอมาลง ดูและระดับจังหวัดกัน นี่คือต้นแบบที่คณะทำงานด้านสาธารณสุขของสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย โดยนายแพทย์สำเริง แหยมกระโทก นายก อบจ. นครราชสีมา เสนอไว้ ขอขอบคุณครับ

**นพ.สุวิทย์ :** พี่สุธีเดิมหน้อยหนึ่ง

**นพ.สุธี :** ถามว่าเทศบาลทำไมไม่ฟ้อง ที่ผมไม่ฟ้อง ต้องเรียนอย่างนี้ ในเขตเมือง เดิมไม่มี สอ. อยู่เลย เขาใช้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด

**นพ.สุวิทย์ :** วันนี้มาในฐานะสมาคมสันนิบาตเทศบาล มีเทศบาลตำบลอยู่จำนวนมากที่มีสถานีนอนามัย

**นพ.สุธี :** สิ่งที่มาสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย ทำคืออย่างนี้ครับ เช่น เทศบาลนครพิษณุโลกไม่มี PCU เรายกมือเข้า สปสช. รับทำบัตรทองทั้งหมดดูแลทั้งหมดเลย เราบอกสมาชิกเราว่า ถ้ายังไม่พร้อม ทำกองทุนสุขภาพตำบลก่อน แต่ถ้าพร้อม โดดไปรับทำเต็มทีเลย ไม่เห็นต้องไปฟ้องอะไร พร้อมทั้งทำเลย ผมสร้าง PCU เองเลย ทำบันทึกข้อตกลงกับ สปสช. เลย เพราะไม่มี สอ. ในพื้นที่อยู่ก่อน

**นพ.สุวิทย์ :** ที่คุณหมอปริดาไปค้นเจอ บอกว่า ไม่ถ่ายโอน ฉันทักเอง

**นพ.สุธี :** คนละประเด็นครับ คือถ้ามี สอ. อยู่แล้ว ไปทำแข่ง แต่ของผมไม่มีเลย ไม่มีสัก สอ. ผมถึงลองสร้าง สอ. เอง

**นพ.สุวิทย์ :** ก็เขามีโรงพยาบาลจังหวัดจะไปแย่งคนจากโรงพยาบาลจังหวัดมาขึ้นทะเบียนตรงนี้

**นพ.สุธี :** เพราะว่า สปสช. เขาชัดเจนว่า ถ้าจะทำก็ต้องทำ PCU เพราะฉะนั้น เราก็เจรจากับโรงพยาบาล ศูนย์เลยว่า คุณจะทำ PCU หรือจะให้ผมทำ เขาก็ตกลงกันได้ว่า โอเค. ให้ท้องถิ่นทำ

**นพ.สุวิทย์ :** ชาวดีครับ ท่านรองพรเทพ เขาไม่ฟ้องแล้ว จึงเราก็ไม่ต้องถ่ายโอนแล้วสิ

**นพ.พรเทพ :** ไม่ใช่ครับ คือ ถ้าประชาชนต้องการ ท้องถิ่นพร้อม เจ้าหน้าที่เราอยากไป แล้วเราไม่มีทางทำบริการได้ดีเต็มที่ อย่างไรก็เอาไม่อยู่ แต่ขณะนี้ถ้าที่ไหนพร้อมเจ้าหน้าที่เราพร้อม พร้อมหมายความว่า คุณสามารถทำหน้าที่บูรณาการได้หมด รักษา ส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูครบนะครับ แล้วมีคนครบ พร้อม เอาไปเลย เพราะว่าอย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ลงไปถึงสถานีนอนามัยเล็กๆ อย่างนั้น ไม่ได้ไปตั้งหัวหน้าสถานีนอนามัยไม่ได้เกี่ยวกับเงินต่างๆ เงินเดือนปีหนึ่งนิดเดียวเอง ไม่มีเกี่ยวข้องกับกระทรวงฯ เท่าไร แต่ว่าถ้าเราทำไม่ดีชาวบ้านเดือดร้อน อย่างนี้เราจะเอาไว้ทำไม

**นพ.สุวิทย์ :** มีท่านหนึ่งยังไม่ได้พูดเลย แต่ว่าสาเหตุหนึ่งตอนที่ทำเรื่องกระจายอำนาจ ผู้บริหารระดับสูงของ

# อภิปรายจากวิทยากรบนเวที

จะถ่ายโอนหรือ  
จะไม่ถ่ายโอนอย่างไร  
หลักการการทำงานร่วมกัน  
ฉันพี่น้องต้องอยู่  
ต้องเป็นพื้นฐาน  
การทำงาน  
แล้วรูปแบบการทำงาน  
ร่วมกันมีหลากหลาย



กระทรวงฯ หลายท่านบอกว่า ถ่ายโอนไป อปท. ก็คือ โอนจากกระทรวงสาธารณสุขไปให้มหาดไทย เพราะว่า อปท. ขึ้นอยู่กับมหาดไทย กรมส่งเสริมการปกครอง ส่วนท้องถิ่นคุมทุกอย่าง แม้แต่ระเบียบใช้เงินอะไรต่างๆ ก็คุมหมดเลย คุณธนาวาอย่างไร จริงไหม คือโอนจาก กระทรวงสาธารณสุขไปอยู่มหาดไทยมากกว่า ไม่ได้ไปอยู่กับทั้ง ๓ ท่านนี้หรอก

**คุณธนา :** จริงๆ แล้วไม่ใช่หรอกครับ เพราะว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเขาก็มีความเป็นอิสระ เราแค่ดูแลกฎ กติกา กฎระเบียบต่างๆ เราก็ปรับปรุงจากกฎระเบียบของ กระทรวงสาธารณสุขทั้งสิ้น เรื่องที่ว่าไปอยู่กระทรวงไหน ผมว่าไม่ใช่สาระ เพราะว่าต่อไปกรมส่งเสริมการปกครอง ส่วนท้องถิ่นอาจจะไม่อยู่กับกระทรวงมหาดไทยก็ได้ อาจจะ ยุบทิ้งไปก็ได้ เพราะฉะนั้น สิ่งสำคัญอยู่ที่ระดับพื้นที่มากกว่า ว่าเขาบริการประชาชนได้มากน้อยขนาดไหน ผมมอง อย่างนี้ครับว่า สิ่งที่เราจะต้องใช้เป็นฐานในการทำงานของเรา คือ ความเป็นพี่น้องกัน ซึ่งในพื้นที่เขามีอยู่แล้ว แล้วเราก็ ต้องขยายจุดนี้ให้เป็นจุดแข็งของการถ่ายโอน คือ จะถ่ายโอน หรือจะไม่ถ่ายโอนอย่างไร หลักการทำงานร่วมกันฉันพี่น้อง ต้องอยู่ ต้องเป็นพื้นฐานการทำงาน แล้วรูปแบบการทำงาน ร่วมกันมีหลากหลาย ถ้าจะต้องถ่ายโอนให้ท้องถิ่น ท้องถิ่น เขาอาจจะไม่ต้องรับอย่างเดียว อย่างที่คุณหมอเสนอเรื่อง สหการ จริงๆ สหการเป็นเรื่องที่ยากที่สุด กฎหมายเขียน เอาไว้ตั้งแต่ พ.ร.บ. เทศบาล ที่ ๑๐ ปีแล้ว แต่ไม่เคยเกิดขึ้น ในประเทศ สหการเท่ากับการตั้งรัฐวิสาหกิจขึ้นใหม่ ๑ แห่ง ตอนนี้เราก็ศึกษาอยู่ และมีการทำงานร่วมกันของท้องถิ่นอยู่ หลายรูปแบบ เช่น ตกกลางกัน วางแผนร่วมกัน ตั้งงบประมาณ ร่วมกัน อะไรต่างๆ มีขั้นตอน มีความเข้มข้นอยู่ ๔-๕ ระดับ

ข้อซักถาม และ

อย่างที่คุณหมอสุธีพูด หรือรายงานการวิจัยพูดถึงคือ ถ้าไม่โอนให้ แล้วท้องถิ่นไปตั้งเองก็จะเกิดปัญหา economy of scale ใหม่นะครับ แต่จริงๆ แล้ว ผมคิดว่าท้องถิ่นเขาไม่ได้คิดถึงตรงนั้น เขา economy of speed มากกว่า ชาวบ้านจะมารับบริการได้รวดเร็วแค่ไหน ตรงนั้นเป็นหัวใจของท้องถิ่น เพราะฉะนั้นเรื่องเศรษฐศาสตร์และอื่นๆ เป็นองค์ประกอบแค่นั้นเอง ผู้บริหารท้องถิ่นจะตอบแต่ว่า ทำอย่างไรให้ชาวบ้านได้รับบริการเร็วที่สุด

**นพ.สุวิทย์ :** อันนี้สำคัญ เพราะว่าพอพูดถึงเศรษฐศาสตร์ คนคิดถึงแต่ประสิทธิภาพ ไม่ได้คิดถึงความสะดวก เศรษฐศาสตร์คู่กันประสิทธิภาพและความสะดวก ถ้าคนกรุงเทพฯ เดินข้ามถนนไปถึงคลินิกได้ แต่คนต่างจังหวัดต้องวิ่งเข้าเมืองจากหมู่บ้าน อันนี้เป็นเรื่องของท้องถิ่นที่ว่า economy of speed คือให้เกิดความสะดวก ถึงแม้ว่าจะแพงหน่อย แต่ก็ต้องลงทุนเพื่อให้คนเข้าถึง

**คุณวงศ์รัตน์ :** ผมว่ามาทีดี ไม่มาทีดี แต่หลักการของการกระจายอำนาจเพื่อที่จะสนองต่อความต้องการของประชาชนต้องยึดเอาไว้ก่อน ผมขอท่านรองฯ ว่า ให้สังคมได้รับทราบด้วยว่า หลักเกณฑ์การที่จะยกฐานะ สอ. ขึ้นไป รพ.สต. นั้นมีอะไรบ้าง ให้ทุกคนรู้ สาธารณะรู้ สังคมรู้ คนที่จะถูกประเมินก็รู้ แต่วันนี้ผมแค่รู้อย่างเดียวว่า วันนี้เรามี รพ.สต. แล้วนะ แต่ผมยังไม่รู้ว่า สอ. ตรงนี้ เมื่อ ๒ ปีที่แล้วมาขอเครื่องฟันทมอกควันจาก อบต. แล้วหัวหน้าสถานีอนามัยบอกว่า ทีมงานที่ขอเครื่องฟันทมอกควันมา ๔ ปีแล้วตอนที่อยู่กับ

สาธารณสุข ไม่ได้เลย พอมี อบต. ได้ทันที เพราะเราสนองตอบว่า จำเป็นต่อระบบสุขภาพของคนในพื้นที่ เพราะเรายึดโยงอยู่กับประชาชน เพราะฉะนั้นสิ่งนี้เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ถ้าเรายึดโยงอยู่กับประชาชน เราต้องทำอะไรสิ่งดีๆ ให้กับประชาชน สอ. มาอยู่กับเรา ถ้าทำไม่ดีเหมือนผูกคอตาย เชื้อเถอะครับ

**นพ.สุวิทย์ :** เรื่อง รพ.สต. วันก่อนผมไปที่เชียงใหม่แล้ว ผ่านไปสถานีอนามัยแห่งหนึ่ง ปรากฏว่าป้ายสถานีอนามัยใหญ่โตเป็นหินอ่อนตัวสีทอง แล้วมีกล่องไฟอยู่ข้างบนอันหนึ่งเขียนว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก็ถามเจ้าหน้าที่ว่าแล้วอย่างอื่นเป็นอย่างไร เขาบอกว่า เหมือนเดิมครับ กษัตริย์อย่างไร จริงหรือเปล่า

**คุณกษัตริย์ :** บางแห่งก็เปลี่ยนป้ายครับ แต่บุคลากรปฏิบัติงานยังเท่าเดิม ตอนนี้มีบางแห่งจ้างนักวิชาการเพิ่มได้ในงบประมาณที่มี บางแห่งบริหารจัดการได้ดี ก็มีหลายแห่ง เขาสามารถที่จะหานักวิชาการเพิ่มพยาบาลวิชาชีพมาเพิ่มลงไปได้ในบางแห่ง โดยเฉพาะที่เป็น CUP เมือง ซึ่งมีศักยภาพสูง ผมเรียนเพิ่มเติมอีกนิดระหว่างการศึกษา กับสถานีอนามัย การถ่ายโอนจะแตกต่างกัน เพราะโรงเรียนจะดูแลเป็นช่วงชั้น แต่หมออนามัยจะแตกต่างกัน เพราะเราดูแลตั้งแต่ยังไม่เกิดจนตาย เพราะฉะนั้นแม้ว่าคุณจะไปไหนก็ตาม เราส่งคุณไปโรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด กลับมาก็อยู่ที่เราเหมือนเดิม เพราะฉะนั้นข้อแตกต่างจะอยู่ที่ตรงนี้ อบต. บางแห่งเลยเลือกที่จะอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข เช่น มี อบต. หลายแห่งที่ซื้อแม้กระทั่งเครื่องชุดทำฟัน ๔ แสนกว่าบาทให้สถานีอนามัย ซื้อ

# อภิปรายจากวิทยากรบนเวที

กรอบอัตรากำลัง  
รพ.สต. เสร็จแล้ว  
ผ่านสำนักงานปลัด  
จะมีทั้งตำแหน่ง  
ใน รพ.สต.  
ไม่ใช่เปลี่ยนป้าย  
อย่างเดียว



รถยนต์ให้สถานีอนามัย คือ ไม่เลือกถ่ายโอน เลือกอยู่ด้วยกัน และบางแห่งก็ไปทำคลินิกชุมชนอบอุ่นแทนที่จะเลือกถ่ายโอนมาแล้วอยู่ด้วยกัน อย่างนั้นก็ยังมีอีกทางหนึ่งที่อยู่กันอย่างมีความสุข แต่ว่าถ้าอยู่กันไปรักใคร่ชอบพอกอดคอกัน ดีวันดีคืนไปด้วยกัน ก็ว่ากันอีกรอบ ถ้าทาง อบต. เทศบาล อบจ. ทั้งหมด ท่านเห็นว่าจะจะเป็น รพ.สต. เหมือนกัน ก็คงจะต้องมีข้อต่อรองเข้ามา ในส่วนนี้มี รพ.สต. เกือบทุกแห่ง

**นพ.สุวิทย์ :** รพ.สต. ทำให้ผมนึกถึงตอนปี พ.ศ. ๒๕๑๙ ผมจบแพทย์ออกมาทำงานใหม่ๆ มาอยู่ที่ศูนย์การแพทย์และอนามัย ไปวันแรกเลยป้ายชื่อ ศูนย์การแพทย์อนามัย ไม่กี่เดือน กระทรวงฯ สั่งเปลี่ยนชื่อแล้วเปลี่ยนป้ายใหม่เป็น ศูนย์การแพทย์อนามัยชนบท ดีก่่า คนเก่า ระบบเก่าเหมือนเดิมทุกอย่าง ผ่านไปอีกปีหนึ่งเขาเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลอำเภอ ผมไปอยู่ ๒ ปีเปลี่ยนป้าย ๓ ที ทุกอย่างเหมือนเดิม แต่นั่นคือจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงใหญ่ตามมาหลังจากนั้น ผมเชื่อว่า รพ.สต. ก็คล้ายๆ กัน นักการเมืองที่อยู่ตอนนี้เป็น momentum คือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไป คนก็จะมากขึ้น วิชาชีพสูงขึ้น บริการก็จะดีขึ้น แต่อย่าไม่รู้ว่าจะโอนมาให้ อบต. หรือเปล่า พี่สุธี

**นพ.สุธี :** ผมว่าอยู่ที่ว่า หลักการคืออะไร การให้คนมาช่วยทำงานมากๆ แล้วดีกับประชาชนไหม เราเอาหลักการตรงนั้น ไม่ต้องพูดเรื่องทุจริต เพราะมีทุกวงการ มากน้อย ไม่ใช่ประเด็น ประเด็นหลักคือ ทำอย่างไร ถ้าการถ่ายโอนภารกิจไม่ดี อยู่อย่างเก่าดี แก่รัฐธรรมนูญแก้กฎหมายเสียเลย เราไม่ได้แย้ง โอนมาก็ดี เราไม่ได้มีข้อโต้แย้งตรงนั้น ถ้าประชาชนได้ประโยชน์

บ่อชกถาม และ

**นพ.พรเทพ :** ยังมาอยู่เลยว่า รพ.สต. แค่เปลี่ยนป้ายที่ท่านโฆษกพูด อยากเรียนนิดหนึ่งว่าไม่ใช่เป็นอย่างนั้น เพราะว่าการเปลี่ยนเป็น รพ.สต. เราทุ่มเงินไป ๕,๐๐๐ ล้าน ปีที่แล้ว ๑,๗๐๐ ล้าน เกือบ ๗,๐๐๐ ล้านแล้ว ทุ่มลงไปเพื่อปรับโครงสร้าง และอบรมคน เดียวนี้ทุกปี เราจะอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติลงไปยัง รพ.สต. ให้ครบทุกที่ มีหลักสูตรพัฒนาเจ้าหน้าที่ ที่สำคัญเราคิดว่า ถ้าเรามีกระบวนการติดตามเอากลับ พยาบาลจากโรงพยาบาลอำเภอที่จะลงไปโรงพยาบาลตำบล เพราะว่าเรามีค่าตอบแทนเพิ่มให้ ที่สำคัญคือ กรอบอัตรากำลัง รพ.สต. เสร็จแล้วผ่านสำนักงานปลัด จะมีทั้งตำแหน่งใน รพ.สต. ไม่ใช่เปลี่ยนป้ายอย่างเดียว ตอนนี้มีแพทย์แผนไทย ๑๐๐ กว่าแห่งแล้ว ต่อไปมีทั้งแพทย์แผนไทย มีพยาบาลวิชาชีพ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีผู้อำนวยการสถานีนอามัย จะต้องจบปริญญาโท จะเป็นซี ๔ มีกรอบอัตรากำลังอย่างนี้ กรอบวางแล้ว เรากำลังจะวางว่ามีคุณสมบัติอย่างไร ใครอยากไปก็ติดตาม ทั้งตัวทั้งเก้าอี้ก็ไปเลยครับ จัดการได้เลย เพราะว่าเป็นนโยบาย

**นพ.สุวิทย์ :** คุณสามัคคี สถานีนอามัยไปอยู่ อบต. เงินสปสข. ก็ไม่ผ่านสาธารณสุขอำเภอ แล้ววันๆ คุณทำอะไร ตอนนี้สาธารณสุขอำเภอทำอะไรวันๆ หนึ่ง

**คุณสามัคคี :** ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยนายอำเภอด้านสาธารณสุขครับ สถานีนอามัยจะไปอยู่ที่ไหน ความรู้สึกของสาธารณสุขเราก็ชินชาแล้ว เพราะที่ผ่านมาก็อยู่ในสภาพหวานอมขมกลืนมาตลอด ก็ทำใจได้ เพราะว่าเดิมเขาอยู่กระทรวงสาธารณสุข ระบบงบประมาณเขาก็ผ่านมาที่กระทรวงสาธารณสุข ลงไปที่

สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ทำงานด้วยกันด้วยเชิงรุก พอปี พ.ศ. ๒๕๔๔ UC มา เงินผ่านไปโรงพยาบาลตำบล ไม่ว่าจะเป็นเงินในระบบก็ไปที่นั่นแล้วจู่ๆ ก็ไปอยู่ที่กองทุนตำบล ผมไม่แน่ใจว่าจริงๆ แล้วทางกระทรวงฯ จะ design ให้สาธารณสุขอำเภอ มีบทบาทภารกิจที่แท้จริงคืออะไร จะวางไว้ตรงไหน ถ้าในกฎกระทรวงก็มีหน้าที่เหมือนสาธารณสุขจังหวัดเลย เรื่องในภาพรวมทั้งหมดที่ผมจะทำ ไม่ได้มีสตางค์ให้ผมเลย

**นพ.สุวิทย์ :** ฟังแล้ว อย่างที่อาจารย์อุดมว่า งง อาจารย์ครับ นอกจากตั้งคำถามกระทรวงฯ งงแล้ว อาจารย์มีคำถามอะไรอีกไหมครับ

**อ.อุดม :** คือพยายามที่จะถามว่า ถ้ากระทรวงสาธารณสุขบ้ายเบี่ยงไม่โอน จะมีมาตรการเด็ดขาดใหม่ คำตอบก็คือ มี แต่สมควรจะใช้ไหม ยังไม่สมควร มาตรการเด็ดขาดคือ ฟ้อง ผมได้ปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านกฎหมายปกครอง โอกาสจะชนะ ๘๐ เปอร์เซ็นต์ เพราะรัฐธรรมนูญเขียนไว้แล้วว่าการให้บริการกับประชาชนหลักก็คือ เป็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โอกาสตรงนี้มีมาก แต่ทำไม กกด. ไม่ตัดสินใจให้ strong กว่านี้ คำตอบง่าย ๆ คือ กกด. ไม่อยากใช้วิธีบังคับ เพราะว่า กกด. ให้รางวัลธรรมาภิบาลกับ อบต. ทั่วประเทศถึง ๑,๐๐๐ แห่ง แสดงว่าที่เหลือไม่มีธรรมาภิบาล นั่นก็เป็นปัญหาและเป็นโจทย์ ผมถึงบอกว่าทิ้งไม่ทิ้งงเงเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการกระจายอำนาจถึง สมมุติว่าเราฟ้องแล้วได้มา ถามว่า จะทำอย่างไรต่อไป เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดี

# อภิปรายจากวิทยากรบนเวที



กกก. ไม่อยากใช้วิธีบังคับ  
เพราะว่า กกก. ใ้รางวัล  
ธรรมาภิบาลกับ อบต.  
ทั่วประเทศถึง ๑,๐๐๐ แห่ง  
แสดงว่าที่เขสือ  
ไม่มีธรรมาภิบาล  
นั้นก็ป็นปัญหาและเป็นโจทย์  
ผมถึงบอกว่าทั้ง  
ไม่ใช่งงเฉพาะกระทรวง  
สาธารณสุข  
คณะกรรมการ  
กระจายอำนาจกึ่ง



ใครมีคำตอบใหม่ และถ้าฟ้องมาแล้วจะได้อะไร ผมพูดเสมอว่า  
กระทรวงสาธารณสุขให้บริการนานมาก โดยเป้าหมาย คือ  
ประชาชนมีสุขภาพดี แต่ผมมองไม่เห็นว่าจะถึงเป้าหมายนั้นได้  
อย่างไร แต่บัดนี้มีข้อเสนอว่า มืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
เพิ่มขึ้นไปอีก ๗,๐๐๐ กว่าแห่ง ช่วยในเรื่องกำลังคน ช่วยใน  
เรื่องทรัพยากร ช่วยในเรื่องสารพัด แล้วคุณสมบัติที่ดียิ่งของ  
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็คือ เขาเข้ากับประชาชนได้ดี  
เขามีความถนัดที่จะดูแล life style ของประชาชน ปัญหา  
สาธารณสุขไม่ใช่ปัญหาความเจ็บป่วยไข้หรือไม่ ปัญหาฐาน  
รากจริงๆ อยู่ที่ life style ของประชาชนใหม่ ที่เขาให้ถ่าย  
โอนเพื่อจะให้เป็นต้นแบบในการคิด function ต่อไป ซึ่ง  
หวังว่ากระทรวงสาธารณสุขที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนี้จะ  
ช่วยกันคิดเรื่องนี้ ร่วมกับคณะกรรมการกระจายอำนาจ  
แต่ว่าเป็นที่น่าเสียดาย พูดกันไม่ค่อยจะเข้าใจได้ตลอด  
ทั้งหมด แต่ผมเห็น สรรส. พยายามเหลือเกิน นี่เป็นมุมที่ดี  
ผมคิดว่าเราคิด shot เดียวไม่ได้ ต้องคิดแบบต่อเนื่อง  
ต้อง base on ความสบายใจทั้ง ๒ ฝ่าย โดยเฉพาะคนที่  
สำคัญที่สุด คือคนที่จะถูกกระทบมาก จะเป็นสถานีอนามัย  
ก็ดี นุคกลางทางด้านสาธารณสุขก็ดี เมื่อโอนไปแล้วต้อง  
ไม่ตกกระท่ำลำบาก เงินทองที่จะมาใช้ในการบริการต้องดีขึ้น  
ท้องถิ่นมีเงินเท่าไรที่จะมาแชร์ กระทรวงสาธารณสุขมีเงิน  
เท่าไรที่จะมาแชร์ การบริหารจัดการต้องเคารพการตัดสินใจ  
ของท้องถิ่นเขาด้วย หลักการกระจายอำนาจที่แท้จริงคือ  
การกระจายการตัดสินใจออกไป เพื่อให้เขาเลือกในสิ่งที่เขา  
เห็นว่าดี แต่ถ้าเราเห็นว่าไม่ดี เราแนะนำได้ ผมคิดว่าจะ  
เป็นอย่างนั้น แล้วทำต่อเนื่องกันไปทั้งในแผน ๓ แผน ๔  
หมายถึงแผนกระจายอำนาจ จนกว่าสุขภาพของประชาชน  
จะดี เพราะฉะนั้นผมเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขกับ  
คณะกรรมการกระจายอำนาจ ต้องทำต่อไปเรื่อยๆ หลังจาก

ข้อช้กถาม และ

พวกเราลงจากเวทีไปนี้ พวกพี่น้องเราก็คงจะมาทำกันต่อไป แต่หน้าที่ของเราก็คือ วางหลักการที่ถูกต้องไว้ให้ผมคิดอย่างนี้ แล้วหวังว่าวันหนึ่งจะสำเร็จนะครับ

**นพ.สุวิทย์ :** ท่านอาจารย์อุดมนี้เป็นทันตแพทย์ ท่านอยู่กระทรวงสาธารณสุข แล้วท่านก็ไปเป็นคนบดีคณะทันตแพทย์ที่ มอ. แล้วก็ย้ายไปอยู่นิด้า ไปสอนทางด้านรัฐประศาสนศาสตร์ไปแล้ว

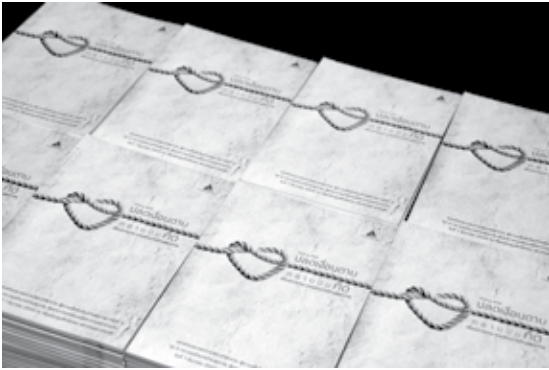
## ข้อซักถามและอภิปราย จากผู้เข้าร่วมประชุม

**คุณเกษร :** วันนี้ตั้งใจที่จะมาฟังเรื่องนี้เพราะ ๙ ปีที่ดิฉันทำเรื่องของการกระจายอำนาจ ได้ทดลองทำโดยที่เราไม่ได้สนใจว่าจะไปหรือจะอยู่กับ อปท. แต่เราหารูปแบบที่จะให้คำตอบกับประเทศว่า สิ่งที่หล่มลึกจับมือกันทำกับ อปท. นั้น เราทำภายใต้ความร่วมมือและการเป็นเจ้าของอย่างแท้จริง รวมถึงการตัดสินใจทุกรูปแบบ แต่ต้องมีทิศทางในการเดิน มีความเข้าใจเหมือนที่อาจารย์อุดมพูด เราวางแผนเมื่อ ๙ ปีที่แล้วร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๒๒ อบต. พัฒนาสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลตำบล คัดเลือกเด็กของเราไปเรียน เพราะเรารู้ว่าปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขคือ ขาดแคลนบุคลากร เราแก้ไขโดยการคัดเลือกเด็กไปเรียนแล้วกลับมารับใช้บ้านเกิด ๓๘ คน บรรจุส่วนหนึ่ง โดย อปท. ช่วยเรื่องค่าจ้าง และใช้กองทุนจากภาคประชาชน กองทุน ๒ บาท ลงมาร่วมพัฒนา เพราะฉะนั้นคุณภาพได้ ศรีธธาได้ ความร่วมมือเป็นทีมทั้ง ๓ ภาคส่วนนี้ได้ แม้ว่าไม่กระจายอำนาจ

แต่ถ้าเราร่วมมือกัน เอาผลประโยชน์ของประชาชนเป็นตัวตั้ง เรายังสามารถลดค่าใช้จ่ายให้กับภาคประชาชนปีหนึ่ง ๔๐๐-๕๐๐ ล้าน สำคัญที่สุดดิฉันคิดว่า การให้เกียรติซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะทาง อปท. หรือภาคประชาชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถ้าสมัครใจใครอยากโอนไปก็ไป แต่ถ้าไม่สมัครใจ อย่างบังคับเลย แม้ว่าท่านจะฟ้อง ท่านก็จะได้แต่กฎหมาย แต่ท่านจะไม่ได้หัวใจของเรา

**คุณนิวัฒน์ :** สถานีอนามัยบ่อทอง ตำบลวังแฉม กำแพงเพชร ซึ่งเป็นหนึ่งใน ๒๘ แห่งที่โอนรุ่นแรก แต่เดิมสถานีอนามัยของผมกับ อบต. ก็ทำงานด้วยกันอยู่แล้ว หลังจากที่เราถ่ายโอนมาเราก็ทำงานด้วยกันดีกว่าเดิมขึ้น การทำงานทุกอย่างคล่องตัวขึ้น สิทธิที่เราควรได้แต่เดิม เรายังได้เหมือนเดิม การ Refer คนไข้ การเบิกยาเบิกวัคซีนจากโรงพยาบาลชุมชน เรายังทำเหมือนเดิมปกติ การประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอก็ยังคงเดิม ยังมีการประชุมประจำเดือนเหมือนเดิม แล้วสถานีอนามัยของผมก็ให้บริการฟื้นฟู ส่งเสริม ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเหมือนเดิม ให้ Family planning ฉีดวัคซีนเด็กเหมือนเดิม เป็นเลือดสาธารณสุขก็ทำงานของสาธารณสุขเหมือนเดิมนะครับ ผมว่าการไปอยู่ อบต. นั้น ถ้าบริบทของแต่ละพื้นที่ที่ไหนเหมาะสมแล้ว ก็ควรจะเป็นอย่างนั้นต่อไป ปัญหาอย่างหนึ่งคือ เจ้าหน้าที่อนามัยโดยส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยรับทราบข้อมูล โดยสิ่งที่สำคัญคือ เรื่องสิทธิประโยชน์ของตัวเอง สิทธิ กบข. ฌาปนกิจ ยังงงกันอยู่ ซึ่งความจริงแล้วได้เหมือนเดิมครับ

# อภิปรายจากวิทยากรบนเวที



**คุณนพดล :** ผม นพดล จากเชียงใหม่ ที่ได้รับโอนสถานีนอนามัยด้วย นำเรียนว่าในการที่ถ่ายโอนสถานีนอนามัย ทะเลาะกับ สสจ.เชียงใหม่ก็ปึกว่า เขาก็บอกว่า อปท. ยังไม่พร้อม ผมว่าไม่พร้อมตรงไหน เพราะเป้าหมายคือ ประชาชนคนๆ เดียวกัน แต่อยู่คนละหน่วยงาน คำสั่งออกมาคนละอย่าง ท้องถิ่นก็มีกองสาธารณสุข ทั้ง ๒ ก็จบสถาบันเดียวกันใช่ไหม การทำงานไม่ได้อยู่ที่ผม งานทั้งหมดอยู่ที่เจ้าหน้าที่ของท่านที่จะถ่ายโอนมา เพียงแต่เปลี่ยนสังกัด บอกตรงๆ คุณจะมาหรือไม่มาไม่เกี่ยว แต่เป็นเรื่องของกฎหมายที่จะต้องถ่ายโอน พื้นที่ของผมมีศูนย์แพทย์ ซึ่งทำร่วมกับ

ของโรงพยาบาลนครพิงค์มา ๑๐ ปี ตอนนี้โรงพยาบาลถอนเจ้าหน้าที่ทั้งหมดออก จังหวัดที่เราถ่ายโอนสถานีนอนามัย ตอนนี้จึงให้เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยเป็นคนดูแลทั้งหมดแทนโรงพยาบาล ในเรื่องของการรักษาทั้งหมดเลย โดยใช้เหมือนกับที่โรงพยาบาลนครพิงค์ทำ ซึ่งตอนนี้เราก็ก้าวไปจนถึงขั้นที่ว่าเราจะเปิดโรงพยาบาลของชุมชนเองเป็นของ อบต. ทำเอง ตอนนี้ในส่วนของสถานีนอนามัยซึ่งผมถ่ายโอนรุ่นแรกไม่มีงบตามมา แต่ได้รับงบประมาณจากรกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และปรับปรุงใหม่ทั้งหมดเป็นแพทย์แผนไทยที่จะเปิดในเร็วๆ วันนี้ต้องบอกว่ากลุ่มเป้าหมายของเราทั้งหมดอยู่ที่ประชาชน เพราะฉะนั้นไม่มีอะไรอย่างอื่น ถึงมาหรือไม่มา ท่านก็บริการประชาชนคนๆ เดียวกัน ทำไมต้องไปแยกในเรื่องของงบประมาณ เรื่องของอำนาจ คำสั่งคนละส่วนนะครับ

**นพ.กิตตินันท์ :** ความรู้สึกผม ประเด็นแรกจะถ่ายโอนหรือไม่ถ่ายโอน ประชาชนไม่รู้สักอะไร ไม่มีข้อมูลอะไรที่บอกว่าประชาชนเชียร์หรือไม่เชียร์ ประการที่ ๒ การพยายามจะดันเรื่องนี้ด้วยกฎหมาย ไม่น่าจะเหมาะกับบริบท ณ ขณะนี้ ข้อเสนอของผมมี ๒ อย่าง ๑) คือ ส่วนกลางอย่าไปออกกติกาทหรือระเบียบอะไรที่ทำให้กลไก demand-supply ในพื้นที่ทำงานไม่ได้ กลไกพวกนี้จะเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ๒) demand-supply จะทำงานได้ ส่วนกลางต้องยอมให้มีการแข่งขันได้ อย่ามองว่าการที่ท้องถิ่นตั้งหน่วยงานสาธารณสุขขึ้นมาเป็นการซ้ำซ้อน ต้องมองว่านั่นคือ กลไกในพื้นที่ demand-supply จะทำงานเองสักพัก แล้วจะหาจุดลงตัวเองได้

ข้อชกถาม และ

**คุณธนกร :** สมาคมหมออนามัยภาคกลาง อยากจะเรียนถามท่านรองฯ พรเทพ กรณีที่ท่านบอกว่า การที่สนับสนุนสถานีนอนามัยให้เป็น รพ.สต. มีพยาบาลเวชปฏิบัติอยู่จำนวน ๖,๐๐๐ กว่าท่าน ผมอยากจะทราบ ว่าในจำนวน ๖,๐๐๐ กว่าแห่งที่ว่ามีพยาบาลเวชปฏิบัติ ท่านบอกว่ากำหนดครบไว้ทุกแห่งแล้ว แต่ตอนนี้อัตรา กำลังท่านได้กำหนดไว้ให้หรือเปล่า อยากจะเรียนให้ท่านทราบว่า เจ้าหน้าที่อนามัยเรานี้ สมมุติจบผดุงครรภ์ มาหรือจบพยาบาลเทคนิคมา เขาก็ไปเรียนต่อจนจบ พยาบาลเวชปฏิบัติ แล้วมาทำงานในตำแหน่งพยาบาลเวช แต่ตำแหน่งเขาพวกนั้น บางที่เป็นหัวหน้าอนามัยบ้าง เป็นนักวิชาการบ้าง ทำให้กระทรวงสาธารณสุขไม่ปรับ ตำแหน่ง ไม่กำหนดให้เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติครับ เพราะเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่อนามัยอยากไป อยู่กับท้องถิ่น สิ่งที่ผมพูดเหมือนจะแสดงว่ากระทรวง สาธารณสุข บางครั้งไม่ค่อยมีความจริงจังในการ สนับสนุนเกี่ยวกับเรื่องความก้าวหน้าของเจ้าหน้าที่ ยกตัวอย่างกระทรวงศึกษา ถ้าบุคลากรเขาไปเรียนจบ ในระดับสูงๆ เขาก็จะได้รับการเพิ่มวุฒิแล้วก็ปรับวุฒิ ของกระทรวงสาธารณสุข เรียนจบมาก็จะได้แค่เพิ่มวุฒิ คือ เพิ่มวุฒิใน ก.พ. ๗ แต่ไม่มีการปรับวุฒิ อยากจะเรียนท่านรองฯ ครับ

**นพ.พรเทพ :** อันนี้ไม่ใช่อำนาจหน้าที่ของกระทรวง ก.พ. เขากำหนดว่า ถ้าคุณมีพยาบาลเทคนิคเรียนจบมา จะเป็นพยาบาลวิชาชีพ คุณต้องยื่นอีกตำแหน่งหนึ่งมา รวมกันเพื่อเพิ่มซี เป็นเรื่องเงิน เรื่องกฎหมายระเบียบ ของ ก.พ. ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตาม เรื่องนี้เป็นเรื่องเงิน เราบอกว่าจากพยาบาลเทคนิคเป็น

พยาบาลวิชาชีพ เงินก็เพิ่มมา สมมุติว่าร้อยคนเพิ่มมา แต่เงินในกระเป๋าเราเท่าเดิม เขาจะต้องมาคิดว่าเราจะ จัดการเรื่องนี้กันอย่างไรต่อไป ที่ถามมา กรอบออกแล้ว ภายในในกลางเดือนหน้า มีหนังสือเวียนไปแล้ว จัดคน ลงตามกรอบ ก็รวมทั้ง สสจ. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดทั้งหมดเลย จะจัดคนลงไปตาม กรอบนั้น

**คุณยุวภาพ :** ชมรมสถานีนอนามัยแห่งประเทศไทยจะฝาก ทาง สวรส. ๔ เรื่องกับคณะผู้วิจัยที่ทำเรื่องการศึกษา กรณีของการกระจายอำนาจ ซึ่งข้อเด่นชัดของการวิจัย ก็ออกมาแล้วว่า ๑) เรื่อง policy maker ผู้กำหนด นโยบายเชิงยุทธศาสตร์ ไม่ว่าจะ เป็นกระทรวงฯ คณะ กรรมการการกระจายอำนาจ หรือแม้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ถ้ามีความจริงจังเกี่ยวกับเรื่องการกระจาย ภารกิจด้านสุขภาพลงสู่พื้นที่ ก็จำเป็นต้องฟ้องอย่าง ที่ อาจารย์บอก เพราะทุกคนมีบทบาทมีหน้าที่ แต่ถาม ว่าการถ่ายโอนสถานีนอนามัยนั้น ไม่จำเป็นจะต้อง ถ่ายโอนก็ได้ แต่ภารกิจควรที่จะมอบหมายให้ท้องถิ่น เขาทำ เช่น การคุ้มครองผู้บริโภค ไม่จำเป็นต้องใช้ specialist ไม่ต้องใช้แพทย์ ไม่ต้องใช้พยาบาลใช้ใหม่ครับ ใช้เทคนิค ใช้เจ้าหน้าที่หลัก ใช้อะไรที่เป็น accessory ที่อยู่ตามท้องถิ่น ๒) เรื่องการสื่อสารกับสถานีนอนามัย ทั่วประเทศ ผมคิดว่าคงมีองค์ความรู้เรื่องการกระจาย อำนาจไม่ได้เต็มที่เท่าไรนัก เพราะขาดช่องทางในการที่ จะเรียนรู้ และเวทีในการแลกเปลี่ยน คนที่ไปก็บอกว่าดี คนที่กลับมา ก็บอกว่าไม่ดี ก็เลยงงๆ อย่างที่อาจารย์ บอก ๓) เรื่องการ management การบริหารจัดการ ไม่ว่าจะ เป็นของกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม บอกว่ามี

# อภิปรายจากวิทยากรบนเวที

สำนักงานกระจายอำนาจ แต่ก็มีคนอยู่ ๑-๒ คน หรือแม้กระทั่ง สสจ. ก็เหมือนกัน เป็นงานต่งเล็ก ๆ ในงานยุทธศาสตร์ ซึ่งขอมาก็ทำ ไม่ขอมาก็ไม่ได้ชวนขวยในการที่จะปฏิบัติการกิจตรงนี้ หรือแม้กระทั่ง อปท. ในส่วนของ อบจ. ก็ตาม บางแห่งบางจังหวัดยังไม่มีกองสาธารณสุขเลย ต้องจัดหน่วยบริหารจัดการในส่วนขององค์กรที่เกี่ยวข้องให้เป็นรูปธรรม ๔) เรื่องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน คือ ไม่ถามประชาชนว่าต้องการให้ออนามัยอยู่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ใกล้บริการ ใกล้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจที่สิ้นที่สุดหรือไม่ ขอฝาก ๕ เรื่องนี้ให้กับเวทีนี้กลับไปคิดว่า ทำอย่างไรจะ create ให้ไปเป็น concept เดียวกัน ขอขอบคุณครับ

**คุณมงคล :** เห็นด้วยกับอาจารย์อุดมที่ว่า รพ.สต. เป็นนโยบายทางการเมือง นโยบายนี้ออกมาค่อนข้างดี แต่ว่าการสั่งการจากส่วนกลางไม่ชัดเจน แล้วจังหวัดก็ไม่กล้าตัดสินใจ ส่วนกลางสั่งไปบอกว่า ให้หัวหน้าสถานีอนามัยเป็นผู้อำนวยการ รพ.สต. ผมก็ถาม สสจ. สสจ. บอกยังไม่ชัดเจนและยังไม่แต่งตั้ง แล้วมีหนังสือจากกระทรวงฯ มาอีกว่า ให้ รพ.สต. ออกใบเสร็จในนาม รพ.สต. ส่งเสริมสุขภาพ ผมถามว่าจังหวัดจะเอาอย่างไร จังหวัดบอกว่ายังไม่ชัดเจน คือหลายๆ อย่างยังไม่ชัดเจนครับ

### ตอบข้อซักถามและอภิปราย โดยวิทยากร

**นพ.ปริดา :** ปรากฏว่า ที่ประชุมเสนอมา ไม่ได้เกี่ยวกับที่ผมนำเสนอเลย จึงมองได้ ๒ ประเด็น คือ ๑) แสดงว่าเห็นด้วยเต็มที่ เลยไม่วิพากษ์วิจารณ์อะไร ๒)

คิดว่าเสนอไปก็เหมือนๆ เดิม คงไม่มีการเปลี่ยนแปลงอะไร แต่ประเด็นอยู่ตรงที่ว่า เราจะมาช่วยกันหาคำตอบอย่างไร ถ้าเรามีความเชื่อร่วมกันก่อนว่าอยากเห็นอะไรในพื้นที่ เชื่อไหมว่าส่วนกลางไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึง ถ้าเชื่ออย่างนั้น ก็มีพื้นที่ในการที่จะให้เขาได้ช่วยดูแลตนเองให้มากขึ้น ถ้าเห็นพ้องต้องกัน ประเด็นที่ต้องไปทำต่อจากนี้ คือส่วนที่เกี่ยวข้องไปนั่งพูดคุยให้เข้าใจก่อนว่า เชื่อตรงกันไหม แล้วจะเดินไปอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้ความสำคัญกับพื้นที่หรือ area base ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการตัดสินใจ การมีส่วนร่วม เรื่องความรับผิดชอบ ตรงนี้จะออกแบบอย่างไร แล้วจะ balance กับตัวเอกภาพและประสิทธิภาพของระบบที่เป็นห่วงกันอย่างไร แต่ข้อสำคัญผมว่า จากนี้ไปน่าจะมีการพูดคุยซึ่งก็หวังว่า สกถ. ต้องออกแรงมากกว่านี้ในเชิงของการทำให้มีกลไก แล้วจะไปเชื่อมกับแผน ๓ อย่างไร ถ้าจะทำเป็นแผน ๓ ก็บรรลุลงแผน แต่ถ้าแผน ๓ ออกมาแล้วไม่ชัดเจน ผมคิดว่า ๑๐ ปี เราทำได้ ๒๕ แห่ง คำนวนดูแล้วจะใช้เวลาประมาณ ๓๐๐ ปี จึงจะได้ถึง ๙,๐๐๐ แห่ง ซึ่งคิดว่ายังทำได้อีกนาน ไม่ต้องกังวลตกงาน ก็อยากจะฝากประเด็นอย่างนี้ต้องช่วยกัน

### สรุปการอภิปรายและปิดการประชุม

**นพ.สุวิทย์ :** ขอขอบคุณมากคุณหมอบริดาครับ ในฐานะผมใกล้เกษียณ อยู่กระทรวงสาธารณสุขมา ๓๓ ปี ที่เห็นชัดๆ สิ่งที่เกิดขึ้นเขาเรียกว่า การต่อสู้เชิงอำนาจ ซึ่งแก้ได้ยากด้วยการพูดคุยและหาฉันทามติ แล้วกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารไม่มีใครอยากกระจายอำนาจ ท่านไม่เชื่อผมก็ไม่ว่าอะไร แต่ความจริงคืออย่างนั้น แล้วก็ไม่ต้องไปโกรธเขา คุณดูกระทรวง

สาธารณสุข กระทรวงฯ ที่ผมรักมาก เมื่อก่อนเงินทางด้านสุขภาพอยู่ที่เราหมด ตอนนี้ สปสช. เอาไปแล้ว ๑๒๐,๐๐๐ ล้านบาท กระทรวงสาธารณสุขมีงบประมาณเหลืออยู่ประมาณ ๕๐,๐๐๐ ล้านบาท เกือบทั้งหมดคือเงินเดือน สาธารณสุขจังหวัดเดียวนี้ได้เงินจากกระทรวงปีละ ๓ ล้าน ๕ ล้าน อย่างเก่งๆ ก็ ๗ ล้าน ใครจะไปฟังกระทรวง แต่ก็ยังต้องฟัง เพราะว่าเดี๋ยวถูกย้าย อย่างที่คุณสามีคิดบอกอำนาจในการบริหารบุคคลยังอยู่ แต่ว่าอำนาจเงินหายไปแล้ว ต้องมาขอเงิน สสส. สปสช. ใช้ แล้วคุณยังจะเอาอำนาจรัฐจากผมไปอีกหรือ สถานีนอนามัย โรงพยาบาลต่างๆ นี่คืออำนาจรัฐของผม ผมก็ต้องสู้ตาย ไม่สู้ตายผมจะอยู่ได้อย่างไร พออำนาจเงินไปอำนาจปัญญาไปด้วย ไปดูใน สปสช. คนเก่งๆ ของกระทรวงสาธารณสุขทั้งนั้นอยู่ที่นั่น ขณะนี้ปลัดรองปลัด อธิบดี หันจะหามือดีๆ มาทำงานหาซ้ายหาขวาไม่มีแล้ว หายากแล้ว แปลว่า อำนาจเงินก็หาย อำนาจปัญญาก็หดแล้วคุณยังจะเอาอำนาจรัฐไปจากผมอีกหรือ แล้วผมจะเหลืออะไร เพราะฉะนั้นสิ่งที่เรากำลังทำขณะนี้ทวนกระแส

แต่ผมเชื่อว่า โครงสร้างอำนาจต้องแก้ด้วยอำนาจ แต่แก้โดยอำนาจแล้วอาจจะเกิดผลเสียหายตามมา เพราะฉะนั้นเรื่องของจิตวิญญาณ การรักกัน เป็นพี่เป็นน้องกัน จะร่วมมือกันทำงานได้โดยไม่ต้องกระจายอำนาจ ไม่ต้องถ่ายโอน แต่ถ่ายโอนแล้วก็ยังทำได้ ถ้าพวกเราในพื้นที่รักษาจิตวิญญาณของการทำงานร่วมกันไว้อย่างนี้ เพราะฉะนั้นที่หลายๆ ท่าน พูดเรื่องหัวใจจิตใจเป็นพี่น้องกันทำงานด้วยกันสำคัญที่สุด ถ้าถ่ายโอนก็ถ่ายโอนกันไปด้วยความรัก ถ่ายโอนไปด้วยความเต็มใจ ถ้าไม่เต็มใจก็ไม่ต้องไป เพราะฉะนั้นขอให้เป็นหลักการนี้ไป แล้วค่อยๆ ทำไป จะ ๑๐๐ ปี ก็ไม่เป็นไร

ต้องขอบคุณทาง สวรส. ที่อยู่กับเรื่องนี้มาตลอด และพยายามดึงอาจารย์ทางโน้นทางนี้มาเพื่อจะมาช่วย ขอขอบคุณอีกครั้งหนึ่ง ขอให้ทุกท่านเดินทางกลับโดยสวัสดิภาพครับ ขอปิดการอภิปรายในวาระนี้แต่เพียงเท่านี้ ขอขอบคุณทุกๆ ท่านครับ

เพราะฉะนั้นที่หลายๆ ท่าน  
พูดเรื่องหัวใจ  
จิตใจเป็นพี่น้องกัน  
ทำงานด้วยกันสำคัญที่สุด  
ถ้าถ่ายโอนก็ถ่ายโอนกันไป  
ด้วยความรัก  
ถ่ายโอนไปด้วยความเต็มใจ  
ถ้าไม่เต็มใจก็ไม่ต้องไป  
เพราะฉะนั้นขอให้  
เป็นหลักการนี้ไป  
แล้วค่อยๆ ทำไป  
จะ ๑๐๐ ปี ก็ไม่เป็นไร



## ข้อเสนอเชิงนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

### หลักการ (Rational)

วิสัยทัศน์การกระจายอำนาจนั้นคือประชาชนในท้องถิ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจ การกำกับดูแลและการตรวจสอบ ตลอดจนการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเต็มที่ ในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีการพัฒนาศักยภาพทางด้านการบริหารจัดการและการคลังท้องถิ่นที่พึ่งตนเองและเป็นอิสระมากขึ้น ผู้บริหารและสภาท้องถิ่นจะเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีวิสัยทัศน์ในการบริหาร ราชการบริหารส่วนภูมิภาคจะเปลี่ยนบทบาทจากฐานะผู้จัดทำบริการสาธารณสุขมาเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือทางวิชาการและกำกับดูแลการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่าที่จำเป็นภายใต้ขอบเขตที่ชัดเจน และการปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นการปกครองตนเองของประชาชนในท้องถิ่นอย่างแท้จริง

การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ด้วยการถ่ายโอนภารกิจต่างๆ ของรัฐจากการบริหารจัดการส่วนกลางไปยังการบริหารจัดการส่วนท้องถิ่น ตามที่รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. ๒๕๔๐ และ ๒๕๕๐ รวมทั้งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพจำนวนหนึ่งพร้อมงบประมาณไปยังอปท. แล้ว แต่ไม่มีการถ่ายโอนบุคลากรตามไป และล่าสุดคือการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปยังอปท. โดยมีแผนดำเนินการ ให้เสร็จภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ตามที่กำหนด

ไว้ในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. (ฉบับที่ ๒)

### ข้อเท็จจริง (Findings)

๑. การดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ในระยะเวลา ๑๐ ปี ที่ผ่านมาจัดว่ายังไม่คืบหน้าและมีอุปสรรคด้าน “ความพร้อม” ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

๒. บุคลากร สธ. อยู่ในภาวะที่หวั่นไหวเรื่องความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงานและการสนับสนุนทางวิชาการ

๓. มีการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปแล้ว ๒๘ แห่ง ส่วนใหญ่สามารถดำเนินงานได้เช่นเดิม แต่พบปัญหาด้านระเบียบต่างๆ และการประสานงานกับหน่วยบริการอื่นๆ ในระยะแรกพบว่า อปท.สามารถบริหารจัดการต่อจาก สธ.ได้ การสนับสนุนจากระดับท้องถิ่นพบว่าส่วนใหญ่ “เหมือนเดิมหรือดีขึ้น” คุณภาพการบริการประชาชนยังไม่พบว่าแตกต่างจากเดิมเนื่องจากเพิ่งเริ่มโอนไป อปท.

๔. ในส่วนที่ดำเนินการถ่ายโอน สอ. ไป อปท. แล้ว พบว่าด้านศักยภาพของ อปท. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพนั้น อปท. ที่รับการถ่ายโอนสถานีอนามัยรวมทั้งเทศบาลที่มีการดำเนินการศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่ก่อนแล้ว สามารถดำเนินการได้ มีศักยภาพในการดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การสุขภาพาลสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี และตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ระดับหนึ่ง แต่จะมีข้อจำกัดเรื่องการประสานงานระหว่างพื้นที่ การส่งต่อ ส่งกลับ การสนับสนุนวิชาการและการโยกย้ายของบุคลากร

๕. ความสำเร็จในการถ่ายโอนที่ผ่านมาของ แต่ละแห่งขึ้นอยู่กับบริบท สถานการณ์ เงื่อนไข ปัจจัย ต่างๆ ของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งความสัมพันธ์ที่ต่อกันของ สถานีอนามัยและ อบต./เทศบาลทั้งก่อนถ่ายโอนและ การอยู่ร่วมกัน

๖. เนื่องจากงานบริการสาธารณสุขต้องอาศัย ความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาวิชาชีพ ในขณะที่อปท. ส่วนใหญ่ มีความพร้อมด้านงบประมาณสนับสนุนแต่ ขาดองค์ความรู้ด้านการบริหารการแพทย์และสาธารณสุข

๗. สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วคือ อปท. หลายแห่ง ที่พร้อมจะดำเนินการแต่เมื่อการถ่ายโอนจากกระทรวง สาธารณสุขไม่ราบรื่น หรือล่าช้า อปท.หลายแห่งจัดตั้ง สถานบริการสาธารณสุขของตนเองขึ้นเพื่อที่จะตอบสนอง ต่อความต้องการของประชาชน

๘. ข้อเท็จจริงที่ต้องยอมรับจึงมีอยู่ว่า แม้ทุกฝ่าย จะคาดหวังว่าการกระจายอำนาจให้กับองค์กรที่มาจาก การเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตยว่าจะสามารถ ทำให้เกิด ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร มีความทั่วถึงและเป็นธรรมในการบริการ มีการตอบสนอง ต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ของตนเอง แต่ ในความเป็นจริง การแยกส่วนกันทำมากเกินไปก็อาจเกิด ปัญหาไม่ประหยัดในขนาด (Economy of scales) เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างเขตพื้นที่ต่างๆ มีการ แทรกแซงทางการเมือง และอาจขาดความเชื่อมโยงของ ระบบบริการแต่ละระดับ รวมทั้งข้อจำกัดด้านบุคลากร เช่น การสนับสนุนทางวิชาการ ความก้าวหน้า การโยกย้าย ฯลฯ

๙. ในภาพรวมนั้น ไม่ว่าจะเลือกกระจายอำนาจ ด้วยรูปแบบใดก็จะมีข้อดีและข้อเสียเห็นต่าง ได้เสมอ เนื่องจากในพื้นที่มีบริบทที่ต่างกัน และไม่ว่าจะ ดำเนินการรูปแบบใดจะมีมักพบทั้งข้อดีและข้อจำกัด ควบคู่กันเสมอ

๑๐. จากประสบการณ์การกระจายอำนาจด้าน สุขภาพของหลายประเทศ จะเห็นว่า การให้ อปท. ขนาดเล็กดำเนินการเรื่องบริการสุขภาพโดยเฉพาะด้าน

รักษาพยาบาลโดยลำพังมีผลกระทบด้านลบมากทั้งเรื่อง ความคุ้มค่าในการดำเนินงาน ภาระค่าใช้จ่าย การพัฒนา ศักยภาพ การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ บุคลากร มีแนวโน้มจะไม่ได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการเท่าที่ควร บางประเทศจึงกำหนดในกฎหมายให้บุคลากรต้องได้รับ อบรมอย่างน้อยตามเกณฑ์ที่กำหนด อปท. ส่วนใหญ่ ดูแลด้านสุขอนามัยทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อม เป็นต้น หลายประเทศจัดระบบให้มีการ จัดการในพื้นที่ที่ใหญ่ขึ้น เช่น ระดับภาคหรืออนุภาค โดยมีการจัดตั้งองค์กรขึ้นมารับผิดชอบโดยเฉพาะ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของประเทศ บางประเทศเริ่ม “รวมศูนย์” (recentralization) การ จัดการในบางเรื่อง เช่น การเฝ้าระวังและควบคุมโรค การบริหารโรงพยาบาล เป็นต้น

๑๑. ปัจจุบันแนวนโยบายการกระจายอำนาจ ยัง เน้นไปที่การถ่ายโอนสถานบริการเป็นหลัก แต่ในความเป็นจริง ภายใต้บริบทการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ มีประสบการณ์จริงในประเทศไทยอยู่แล้ว และ อปท. ได้เข้ามาดำเนินการหรือมีส่วนร่วมในการดำเนินการใน หลายรูปแบบ เช่น ๑) การจัดบริการสุขภาพโดยสถาน บริการของเทศบาลและกทม. ๒) โรงพยาบาลองค์การ มหาชน (บ้านแพ้ว) ๓) การจัดการด้านสุขภาพภิบาล สิ่งแวดล้อม ๔) การสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน ในพื้นที่ ๕) อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต ๖) กองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ เป็นต้น ซึ่งมีรูปแบบ หลากหลายที่สามารถต่อยอดหรือเลือกดำเนินการต่อไปได้

๑๒. ข้อขัดแย้งและข้อกังวลของผู้มีส่วนได้เสีย พอสรุปได้เป็นประเด็นหลักๆ ดังนี้

๑๒.๑ ทักษะ หรือความเข้าใจต่อแนวคิด หลักการและรูปแบบการกระจาย อำนาจที่แตกต่างกันระหว่างส่วน ราชการ อปท. และภาคประชาชน (ฝ่ายคณะกรรมการกระจายอำนาจให้ แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเน้นการ



ถ่ายโอนสถานบริการ และความเป็น  
เจ้าของสถานบริการ ฝ่าย สช. เห็นว่า  
ยังมีรูปแบบอื่นๆ ที่สอดคล้องกับการ  
กระจายอำนาจโดยไม่จำเป็นต้องโอน  
สถานบริการ ขณะที่ประชาชนเน้นการ  
เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม)

๑๒.๒ มีคำถามว่า อำนาจการตัดสินใจควร  
อยู่ที่ใด ระหว่างผู้ถ่ายโอน (กระทรวง  
สาธารณสุข) และผู้รับโอน (อปท.)

๑๒.๓ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของ  
ประชาชนในพื้นที่ควรเป็นขององค์กรใด  
เป็นหลัก และใครควรเป็นเจ้าของ  
สถานบริการระดับใด

๑๒.๔ มีการยึดถือหลักการในการกระจาย  
อำนาจด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน  
ระหว่างบริการคุณภาพ ประสิทธิภาพ  
ความคุ้มค่าโดยการจัดการของฝ่าย  
วิชาชีพซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ กับ  
การตอบสนองต่อความต้องการของ  
ประชาชนในพื้นที่ด้วยกลไก อปท.  
คำถามคือ หากในพื้นที่นั้นมีองค์กรอื่น  
ที่ไม่มีอำนาจทางการเมืองตามกฎหมาย  
เช่นเดียวกับ อปท. เช่น องค์กรชุมชน  
องค์กรการกุศล ที่มีศักยภาพพอ  
องค์กรเหล่านี้จะมีบทบาทหรือความ  
รับผิดชอบระบบบริการสุขภาพภายใต้  
บริบทกระจายอำนาจได้หรือไม่?  
อย่างไร?

## ข้อเสนอเชิงนโยบาย

### (Policy Recommendation)

#### ๑. ประเด็นแนวคิด หลักการ และเป้าหมายร่วม

๑.๑ สำนักงานกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

(สกถ.) หรือองค์กรวิชาการ เช่น สถาบัน  
พระปกเกล้า ควรเป็นเจ้าภาพในการจัด  
กระบวนการสานเสวนา ระหว่างผู้มีส่วนได้  
ส่วนเสีย เพื่อปรับมุมมองใหม่ ให้ถือว่า  
หลักการสำคัญคือการถ่ายโอน “ความ  
รับผิดชอบ” และ “อำนาจในการตัดสินใจ”  
ไปยังพื้นที่ ทั้งนี้ให้ถือว่า “การโอน  
สถานบริการไปยัง อปท.” เป็นเพียง  
ทางเลือกหนึ่งเท่านั้น

๑.๒ หากฉันทามติร่วมกันในประเด็นสำคัญๆ  
เช่น

๑.๒.๑ ความสมดุลระหว่าง การอภิบาล  
ระบบบริการที่มีคุณภาพและ  
ประสิทธิภาพ กับการกระจาย  
อำนาจจากส่วนกลางสู่พื้นที่

๑.๒.๒ รูปแบบ ระยะเวลา ในการ  
กระจาย อำนาจ

๑.๒.๓ บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง  
ทั้งหมด

๑.๓ จัดกระบวนการสื่อสาร เพื่อสร้างความ  
เข้าใจที่ตรงกันให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ  
อย่างรอบด้านและทั่วถึง ถึงเป้าประสงค์  
ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

#### ๒. ประเด็นรูปแบบการกระจายอำนาจด้าน สุขภาพ

๒.๑ ยืนยันว่า การถ่ายโอนสถานบริการให้  
อปท. เป็นเพียงรูปแบบหนึ่งของการ  
กระจายอำนาจ แต่ยังมีรูปแบบอื่นๆ อีก  
ที่สอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานการกระจาย  
อำนาจ เช่น

๒.๒ หากเลือกการถ่ายโอนสถานบริการเป็น  
ส่วนหนึ่งของการกระจายอำนาจ ดังนั้น  
เพื่อ ตอบโจทย์เรื่องการกระจายอำนาจ  
โดยที่ยังคงประสิทธิภาพและคุณภาพของ

ระบบไว้ได้ รูปแบบที่ควรดำเนินการมากที่สุดคือ โอนสถานีนอนาเมียให้ อปท. ทั้งหมดพร้อมกันเป็นพื้นที่ทั้งจังหวัด เป็นอย่างน้อย หรืออาจกว้างกว่านั้น เช่น ระดับอนุภาคโดย ร่วมกันจัดตั้งสหการระหว่าง อปท. จัดตั้งหน่วยงานบริหารที่เป็นอิสระหรือในกำกับ ภายใต้กรรมการบริหารระดับจังหวัดที่มีฝ่าย อปท. หรือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธาน และมีนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขมืออาชีพ (CEO) บริหารจัดการ โดยโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) อาจารย์ร่วมกันเป็นเครือข่ายสังกัดคณะกรรมการระดับจังหวัดหรือระดับอนุภาค หรือรวมกับสถานีนอนาเมียในพื้นที่เป็นเครือข่ายเดียวกันภายใต้ อปท. ก็ได้

๒.๓ สำหรับ อปท. ในระดับอบต.และเทศบาล ซึ่งต้องมีความรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขอยู่แล้ว อาจจะมีการจัดรูปแบบอื่นๆ ที่สอดคล้องกับพื้นที่ และอาจจัดให้มีโครงสร้างที่ทำงานร่วมกับสถานีนอนาเมียเพื่อให้เกิดบูรณาการด้านสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

๒.๔ ควรระงับหรือหลีกเลี่ยงการให้ อปท. ขนาดเล็กจัดตั้งหรือดูแลสถานบริการสาธารณสุขโดยลำพัง เพราะจะเกิดปัญหาความไม่คุ้มค่า และเกิดช่องว่างทางการประสานงาน การจัดระบบส่งต่อระบบข้อมูล รวมทั้งเกิดช่องว่างในการดำเนินการควบคุมโรคกรณีเกิดโรคระบาดร้ายแรง เป็นต้น

๒.๕ อาจมีรูปแบบอื่นๆ ได้ตามบริบทของพื้นที่

### ๓. ประเด็นกลไกนโยบายและแผนการดำเนินงาน

๓.๑ จัดตั้งสำนักงานเพื่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะอยู่ภายใต้สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สกถ.) มีหน้าที่สนับสนุนกลไกคณะกรรมการเพื่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขระดับประเทศ ให้มีทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างพอเพียง และมีอำนาจจริงในการสั่งการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติตาม ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตลอดจนจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อให้การดำเนินการอย่างจริงจัง

๓.๒ สกถ. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุขร่วมกันกำหนดให้มีพื้นที่ปฏิบัติการระดับจังหวัด เพื่อทดลองศึกษารูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณ บุคลากร ทรัพยากร กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตามบริบทของแต่ละพื้นที่

๓.๒.๑ จัดทำแผนปฏิบัติการให้แล้วเสร็จ ในระยะเวลาไม่เกิน ๑ ปี

๓.๒.๒ แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ ๓ ใช้เวลาดำเนินงานทั้งสิ้น ๑๐ ปี โดยวางแผนเป็น ๓ ระยะคือ

ระยะที่ ๑ ใช้เวลา ๒ ปี นำร่องปฏิบัติการตามแนวทางที่ได้รับการเห็นชอบและสรุปผลเพื่อเข้าสู่ระยะที่ ๒

ระยะที่ ๒ ปีที่ ๓ - ๕ ขยายผล ดำเนินการ และสรุปปรับแผนในปีที่ ๕

ระยะที่ ๓ ปีที่ ๖ - ๑๐ ดำเนินการให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

ข้อเสนอเชิงนโยบายจากทีมวิจัย	ข้อวิพากษ์ หรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
<p><b>๑. ประเด็นแนวคิด หลักการ และเป้าหมายร่วม</b></p> <p>๑.๑ สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สกถ.) หรือสถาบันพระปกเกล้า ควรเป็นเจ้าภาพในการจัดกระบวนการสานเสวนา ระหว่าง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อปรับมุมมองใหม่ ให้ถือว่า หลักการสำคัญคือการถ่ายโอน “ความรับผิดชอบ” และ “อำนาจในการตัดสินใจ” ไปยังพื้นที่ ทั้งนี้ให้ถือว่า “การโอนสถานบริการไปยัง อปท.” เป็นเพียงทางเลือกหนึ่งเท่านั้น</p>	<p>เห็นด้วยและสนับสนุนเต็มที่ และควรจัดหลายครั้งและในหลายพื้นที่</p>
<p>๑.๒ หาฉันทามติร่วมกันในประเด็นสำคัญๆ เช่น</p> <p>๑.๒.๑. ความสมดุลระหว่าง การอภิบาลระบบบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ กับ การกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่พื้นที่</p> <p>๑.๒.๒. รูปแบบ ระยะเวลา ในการกระจายอำนาจ</p> <p>๑.๒.๓. บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด</p>	<p>เป็นเรื่องยากที่จะได้ความคิดที่เป็นเอกฉันท์ การถ่ายโอนภารกิจ จะเกิดขึ้นอย่างแน่นอนและหลากหลายท้ายที่สุด อปท. จะสร้างใหม่เองได้เมื่อมีทรัพยากรการคลัง คนส่วนกลางมักจะคิดในอำนาจ/ภารกิจแบบเดิม แต่ความจริงมีอำนาจและภารกิจแบบใหม่เสมอ</p>
<p>๑.๓ จัดกระบวนการสื่อสาร เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างรอบด้านและทั่วถึง ถึงเป้าประสงค์ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ</p>	<p>เห็นด้วย</p>
<p><b>๒. ประเด็นรูปแบบ</b></p> <p>๒.๑ ยืนยันว่า การถ่ายโอนสถานบริการให้ อปท. เป็นเพียงรูปแบบหนึ่งของการกระจายอำนาจ แต่ยังมีรูปแบบอื่นๆ อีกที่สอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานการกระจายอำนาจ</p>	<p>เห็นด้วย</p>

ข้อเสนอเชิงนโยบายจากทีมวิจัย	ข้อวิพากษ์ หรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
<p>๒.๒ หากเลือกการถ่ายโอนสถานบริการเป็นส่วนหนึ่งของการกระจายอำนาจ ดังนั้นเพื่อตอบโจทย์เรื่องการกระจายอำนาจโดยที่ยังคงประสิทธิภาพและ คุณภาพของระบบไว้ได้ รูปแบบที่ควรดำเนินการมากที่สุดคือ โอนสถานี อนามัยให้ อปท.ทั้งหมดพร้อมกันเป็นพื้นที่ทั้งจังหวัด เป็นอย่างน้อย หรือ อาจกว้างกว่านั้น เช่นระดับอนุภาคโดย ร่วมกันจัดตั้งสหการระหว่าง อปท. จัดตั้งหน่วยงานบริหารที่เป็นอิสระหรือในกำกับ ภายใต้กรรมการบริหาร ระดับจังหวัดที่มีฝ่าย อปท. หรือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธาน และมีนักบริหาร การแพทย์และสาธารณสุขมืออาชีพ (CEO) บริหารจัดการ โดยโรง พยาบาลทั่วไป (รพท.) และ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) อาจ รวมกันเป็น เครือข่ายสังกัดคณะกรรมการระดับจังหวัดหรือระดับอนุภาค หรือรวมกับ สถานอนามัยในพื้นที่เป็นเครือข่ายเดียวกันภายใต้ อปท. ก็ได้</p>	<p>เห็นด้วย นำทดลองโดยเริ่มจาก ๓-๔ จังหวัดก็ได้ ไม่จำเป็นต้อง เริ่มจากหนึ่งเดียว</p>
<p>๒.๓ สำหรับ อปท. ในระดับ อบต. และเทศบาลซึ่งต้องมีความรับผิดชอบ งานด้านสาธารณสุขอยู่ด้วยแล้ว อาจจะมีการจัดรูปแบบอื่นๆ ที่สอดคล้อง กับพื้นที่และอาจจัดให้มีโครงสร้างที่ทำงานร่วมกับสถานอนามัยเพื่อให้ เกิดการบูรณาการด้านสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง</p>	<p>เห็นด้วย นวัตกรรมบริการ เกิดขึ้นแน่นอน และมีหลายรูปแบบ</p>
<p>๒.๔ ควรระงับหรือหลีกเลี่ยงการให้ อปท. ขนาดเล็กจัดตั้งหรือดูแลสถานบริการ สาธารณสุขโดยลำพัง เพราะจะเกิดปัญหาความไม่คุ้มค่า และเกิดช่องว่าง ทางการประสานงาน การจัดระบบส่งต่อ ระบบข้อมูล รวมทั้งเกิดช่องว่าง ในการดำเนินการควบคุมโรคกรณีเกิดโรคระบาดร้ายแรง เป็นต้น</p>	<p>ไม่เห็นด้วย เพียงแค่ไม่ส่งเสริมก็พอ เพราะว่า อปท. มีอิสระที่จะคิด ได้เอง ขนาดเล็กเกินไป เขาอาจจะ ไม่ทำ ให้เขาเป็นคนตัดสินใจเอง</p>
<p>๒.๕ อาจมีรูปแบบอื่นๆ ได้ตามบริบทของพื้นที่</p>	
<p><b>๓. ประเด็นกลไกนโยบายและแผนการดำเนินงาน</b></p> <p>๓.๑ จัดตั้งสำนักงานเพื่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะอยู่ ภายใต้สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (สกล.) มีหน้าที่สนับสนุนกลไกคณะกรรมการเพื่อการถ่ายโอน ภารกิจด้านสาธารณสุขระดับประเทศ ให้มีทรัพยากรในการดำเนินงาน อย่างพอเพียง และมีอำนาจจริงในการสั่งการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้อง ปฏิบัติตาม ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตลอดจนจัดทำแผนปฏิบัติ การเพื่อให้การดำเนินการอย่างจริงจัง</p>	<p>ไม่แน่ใจว่าควรเป็นสำนักงานหรือไม่ แต่ว่าควรจะมีการเอาจริงเอาจัง โดยคณะกรรมการหรืออนุกรรมการ ทำวิจัยและเอกสารให้ชัดเจน ทำ กิจกรรมเชื่อมระหว่างผู้ถ่ายโอน กับ อปท. ก็น่าจะพอเพียง</p>

ข้อเสนอเชิงนโยบายจากทีมวิจัย	ข้อวิพากษ์ หรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
<p>๓.๒. สกถ. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุขร่วมกัน กำหนดให้มีพื้นที่ปฏิบัติการในระดับจังหวัด เพื่อทดลองศึกษารูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณ บุคลากร ทรัพยากร กฎหมายที่เกี่ยวข้องตามบริบทของแต่ละพื้นที่</p>	<p>เห็นด้วย ขอให้มากกว่า ๑ พื้นที่ ควรจะมีประมาณ ๔-๘ พื้นที่เพื่อเปรียบเทียบกันระหว่างนำร่อง</p>
<p>๓.๓. จัดทำแผนปฏิบัติการให้แล้วเสร็จในระยะเวลาไม่เกิน ๑ ปี</p>	<p>เห็นด้วย</p>
<p>๓.๔. แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ ๓ ใช้เวลาดำเนินงานทั้งสิ้น ๑๐ ปี โดยวางแผนเป็น ๓ ระยะคือ</p> <p>๓.๔.๑. ระยะที่ ๑ ใช้เวลา ๒ ปี นำร่องปฏิบัติการตามแนวทางที่ได้รับการเห็นชอบร่วมกันแล้วและสรุปผลเพื่อเข้าสู่ระยะที่ ๒</p> <p>๓.๔.๒. ระยะที่ ๒ ปีที่ ๓ - ๕ ขยายผล ดำเนินการและสรุปปรับแผนในปีที่ ๕</p> <p>๓.๔.๓. ระยะที่ ๓ ปีที่ ๖ - ๑๐ ดำเนินการให้ครอบคลุมทั่วประเทศ</p>	<p>เห็นด้วย</p>

๑. ปรีดา แต่อารักษ์. สังเคราะห์ทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๓.
๒. วินัย ลีสมิทธิ และสมศักดิ์ ชุนทร์ศรี. บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๓.
๓. สงครามชัย ลีทองดี. การประเมินความก้าวหน้าและวิเคราะห์ผลกระทบในการดำเนินงานตามแผนกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๓.
๔. เวียงรัฐ เนติโพธิ์. กระบวนการทางการเมืองในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข: ศึกษากรณีการถ่ายโอนสถานีอนามัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๓.
๕. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, จิรบูรณ์ โดสงวน, หทัยชนก สุมาลี. บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพและข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๓.
๖. Hawkins, L, จรวยพร ศรีศศลักษณ์, สุธยุด ใสสรประสงค์. การศึกษาแบบเร่งด่วนในการถ่ายโอนสถานีอนามัยและโรงพยาบาลนอกระบบ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๒. ๓(๒) : ๒๑๔-๒๒๘.
๗. สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ. สรุบบทเรียนและติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๒.
๘. ปรีดา แต่อารักษ์, นิภาพรณ สุขศิริ, รำไพ แก้ววิเชียร, กิรณา แต่อารักษ์. ทบทวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระหว่างปี ๒๕๔๒-๒๕๕๐. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๑.
๙. จรวยพร ศรีศศลักษณ์, จเร วิชาไทย, รำไพ แก้ววิเชียร. ประสพการณ์การกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขในรูปแบบการถ่ายโอนสถานีอนามัย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๒. ๓(๑) : ๑๖-๓๔.

## วิทยากร

- รศ.วุดมิสาร ตันไชย
- รศ.ดร.สกนธ์ วรรณภูววัฒนา
- นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
- นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
- นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข
- นพ.ปรีดา เต๋ออารักษ์
- นพ.วินัย ลิสมิทธิ
- ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี
- ผศ.เวียงรัฐ เนติโพธิ์
- ผศ.ดร. วีระศักดิ์ พุทธาศรี
- ศ.ดร.อุดม ทุมโมษิต
- นพ.สุธี อัมตระกุล
- นายชนา ยันตรโกวิท
- นายกษิติช ษัณธ์รัตน์
- นายสามัคคี เดชกล้า
- นายวงษ์รัตน์ เพชรตีบ
- นายภาณุวุธ บุรณพรม
- สถาบันพระปกเกล้า
- คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิจัยและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สวรส.
- รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘
- โรงพยาบาลคลองขลุง จ.กำแพงเพชร
- คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย
- กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น
- สมาคมหมออนามัย
- ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
- สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย
- สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย

## ผู้เข้าร่วมประชุม

- ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์
- นางสายศิริ ตำนันวัฒนะ
- ศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์
- นายแพทย์ พยอมยนต์
- นายสุนทร คล้ายสุพรรณ
- นายวิชัย สัตยชัยวรรณ
- น.ส.พรพิมล ชีวขัน
- นางอนิศรา อารมณีนันท์
- นายวิชัย บ้านสวน
- นายชูศักดิ์ วสันต์
- นายวรรณดี เมืองแก้ว
- นางจारी ศรีพาร์ตัน
- นายหาญชัย พันธุ์งาม
- นางนิชาณี พันธุ์งาม
- นางสุปราณี จันทรัตนวงศ์
- นางเยาวมาลย์ เสือแสงทอง
- น.ส.สารศิริ อาจคงหาญ
- นายทองดี มุ่งดี
- นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์
- นางดารณี อ่อนชมจันทร์

๒๑. น.ส.พัทตร์เพ็ญ อินทุโส  
๒๒. น.ส.อารีวรรณ ทับทอง  
๒๓. ศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย  
๒๔. นพ.ลีอชา วนรัตน์  
๒๕. นายกังวาล กาญจนะกัณโธ  
๒๖. นพ.เทียม อังสาชน  
๒๗. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี  
๒๘. น.ส.ดวงพร เฮงบุญพันธ์  
๒๙. นางอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์  
๓๐. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา  
๓๑. นางยศวดี อึ้งวิเชียร  
๓๒. นายณัฐสุชน อินทรารุช  
๓๓. ศ.เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ  
๓๔. นางกรณิกา บัญญาอมรวัฒน์  
๓๕. นายครรชิต หนากลาง  
๓๖. นางพิรารวรรณ เก่งสงวนสิทธิ์  
๓๗. นางจงกล อินทศาสตร์  
๓๘. นางเกษร วงษ์มณี  
๓๙. ศ.นพ.เทพ ทิมะทองคำ  
๔๐. นางสุภาวดี นุชรินทร์  
๔๑. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ  
๔๒. พญ.วัชรา รวีไพบูลย์  
๔๓. ญ.พรพิศ ศิลขุฑูร์  
๔๔. ภก.สรชัย จำเนียรดำรงการ  
๔๕. นางพนิต มโนการ  
๔๖. นายธีรชัย กันตมาระ  
๔๗. น.ส.ณัฐภัทร์ สุกุโณภม  
๔๘. นายประสงค์ ชัยชนะ  
๔๙. นายมานอช ตรีรัตน์ยนต์  
๕๐. นางพรทิพย์ มิ่งมณฑีเยร  
๕๑. นายนิวัฒน์ เดชะผล  
๕๒. นายนพดล ณ เชียงใหม่  
๕๓. นายสุริยัน แพรสี  
๕๔. นางเดือนเพ็ญ โยเอื้อง

๕๕. นางภมล ทองดี  
๕๖. นพ.ชูชัย ศรธานี  
๕๗. นพ.สมลินธุ์ ฉายวิจิตร  
๕๘. นพ.กรรชิต คุณาภูมิ  
๕๙. นพ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา  
๖๐. นพ.ปริญญา ชมวงษ์  
๖๑. นายยุวภาพ กระเป่าทอง  
๖๒. นายก่อเดช ยะลา  
๖๓. นายธนกร ธนกรขวฤทธิ์  
๖๔. นางสุภาวดี บุญญารักษ์  
๖๕. นายวิสุทธิ์ รอดคำ  
๖๖. นายณรงค์ ตั้งศิริชัย  
๖๗. นายมงคล เงินแจ่ม  
๖๘. นายประเสริฐ สุภภูมิ  
๖๙. น.ส.สกาเดือน ระดมกิจ  
๗๐. ดร.นงลักษณ์ พะโกยะ  
๗๑. น.ส.เพ็ญนภา หงษ์ทอง  
๗๒. นายอภิชาติ จันทนิสร  
๗๓. นายกฤษฏา ว่องวิญญู  
๗๔. นายกฤตภาพ จันทรวงศ์  
๗๕. นางสุกัญญา คงงาม  
๗๖. นางสาวัญญา กิตติเจริญกานต์  
๗๗. นางปาเหน็บ กฤษณะ  
๗๘. นายปลาย ชันแสงผจญ  
๗๙. นพ.พงศ์พิชญ์ วงศ์มณี  
๘๐. นางสาวมาลี ประทุมรัตน์  
๘๑. นางวันเพ็ญ ทินนา  
๘๒. นางสาววรรณพร บุญเรือง  
๘๓. นางสาวพัชราภรณ์ พัฒนภูติวงศ์  
๘๔. นางสาวธนภร ทองศรี  
๘๕. นางฉัตรทิพย์ วงษ์ปิ่นแก้ว  
๘๖. นางสาวบุศราภรณ์ เพชรรุ่ง  
๘๗. นางสาวจิตติมา นวชินกุล



บทหลัง

# สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร ๓ ชั้น ๕ ตึกกรมสุขภาพจิต ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๒๙๕๑ ๑๒๘๖

[www.hsri.or.th](http://www.hsri.or.th)



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ดาวน์โหลดหนังสือเล่มนี้ และงานวิจัยอื่นๆ ของ สวรส. และเครือข่ายได้ที่  
คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส. และองค์กรเครือข่าย <http://kb.hsri.or.th>