

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข : ความเป็นมา สถานการณ์และแนวโน้มในอนาคต

จักรกฤษณ์ วังราษฎร์*

บทคัดย่อ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ และ ๒๕๕๐ รวมถึงพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการกระจายอำนาจรัฐจากส่วนกลางไปยังท้องถิ่น เฉพาะการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น มีแผนดำเนินการถ่ายโอนสถานอนามัยให้ อปท.ภายในปี ๒๕๕๓ แต่จนกระทั่งปัจจุบันซึ่งล่วงเลยมาแล้ว ๑๐ ปี ความคืบหน้ายังไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ และยังคงพบ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอยู่มากพอสมควร ที่ผ่านมามีการถ่ายโอนสถานอนามัยนำร่องไปแล้ว ๒๘ แห่ง จากที่ได้มีการตั้งเป้าไว้ ๓๕ แห่ง ซึ่งจากจำนวนที่ถ่ายโอนไปแล้วนั้นบางแห่งก็ประสบความสำเร็จ สามารถดำเนินการต่อไปได้ แต่บางแห่งก็พบปัญหาในการดำเนินงานมากมาย เช่น ความไม่ชัดเจนในนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และการประสานงานระหว่างพื้นที่ รวมถึงการส่งต่อและการส่งกลับ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดความไม่มั่นใจในการทำงาน ดังนั้นเพื่อให้กระบวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข สามารถดำเนินการต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตาม วัตถุประสงค์ของรัฐธรรมนูญนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุขหรือกรมส่งเสริมการปกครอง ส่วนท้องถิ่น ตลอดจนหน่วยงาน องค์กรอื่นๆต้องหันหน้าเข้าหากัน ร่วมมือ และหาทางออกที่adir่วมกันต่อไป

คำสำคัญ: การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข สถานอนามัย

Abstract Public Health Decentralization: Background, Situation and Future Trends Jukkrit Wungrath*

*Faculty of Public Health, Chiangrai College

Abstract The Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2540 and B.E. 2550, including Determining Plans And Process Of Decentralization Act, B.E. 2542 is regarded as the starting point of the decentralization of the state to local administrative organizations, and determined the public health decentralization to local administrative organizations. These plans included the transfer of the health center (sub-district level) to local administrative organizations within 2010. Until now, 10 years gone from the above mentioned, the progress is still unsatisfactory with a lot of problems and barriers during the operation. In the preceding time, 28 health centers had already been transferred from 35 health centers targeted. Among these, some of them were successful while some others faced many obstacles or restrictions in the implementation, such as uncertainty of the policy and guidelines, coordination between the organizations, and referring system. These made the health personnels feel insecure in their work. In order to run the process of the public health decentralization effectively and comply with the Constitution, the related agencies such as Ministry of Public Health, the Department of Local Government, including other organizations must solve the problem seriously together to find the best solution.

Keywords: Public Health decentralization, Health center

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ภูมิหลังและเหตุผล

จุดเริ่มต้นของการกระจายอำนาจในประเทศไทยมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงระบบการเมืองการปกครองระบอบประชาธิปไตยโดยคณะราษฎร เกิดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นครั้งแรกในรูปแบบเทศบาล ตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. ๒๔๗๖ ในระยะแรกการกระจายอำนาจมีลักษณะเป็นเพียงการมอบอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาค กระทั่งผ่านเหตุการณ์ “พฤษภาทมิฬ” พ.ศ. ๒๕๓๕ นำไปสู่การกระจายอำนาจเพื่อให้การเมืองไทย มีความเข้มแข็ง โปร่งใส ตรวจสอบได้ และให้ประชาชนมีส่วนร่วม ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ ทำให้เกิดกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สำคัญ คือ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒^(๑) ได้กำหนดให้คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรที่มีอำนาจและหน้าที่จัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยถ่ายโอนภารกิจ “การจัดบริการสาธารณะของรัฐ” ที่ดำเนินการอยู่ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ ในระยะที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๔๗) เป็นช่วงแรกของการกระจายอำนาจ ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๓) เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านของการกระจายอำนาจ และระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นต้นไป) เป็นการกระจายอำนาจที่สมบูรณ์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ดูแลบริการสาธารณะที่ต้องมีการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๓ ทั้งนี้แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้จัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ใน ๕๒ จังหวัด เป็นกลไกในการรองรับการกระจายอำนาจในระดับพื้นที่และมีการดำเนินการในจังหวัดน่านร่อง ๑๐ จังหวัด ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๔ และมีคณะทำงานระดับจังหวัดประกอบด้วยภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และสถาน

บริการด้านสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ^(๒)

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข เริ่มจากการมอบอำนาจความรับผิดชอบโดยตรงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. ๒๔๘๔ และพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ในปัจจุบันกำหนดให้มีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นมากขึ้น อีกทั้งได้ใช้แนวทางสาธารณสุขมูลฐานให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเอง^(๓) ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุน ทั้งนี้ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ทบทวนและประสานให้กระทรวงสาธารณสุขปรับปรุงแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้เป็นไปในทางปฏิบัติให้มากขึ้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการหาฉันทมติจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากเวทีอภิปรายหลายครั้ง และได้พยายามศึกษาและพัฒนาการกระจายอำนาจหลายรูปแบบ โดยมีการตั้งคณะทำงานศึกษาพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนสถานบริการสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ (Service Delivery Unit - SDU) และคณะทำงานพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลเป็นองค์การมหาชน (Autonomous Public Organization) การดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นรูปธรรมมากที่สุด คือ การถ่ายโอนสถานีอนามัยให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นับเป็นการถ่ายโอนแบบแยกส่วน กล่าวคือ ถ่ายโอนสถานบริการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆ เช่น ถ่ายโอนสถานีอนามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ถ่ายโอนโรงพยาบาลให้เทศบาลตำบลหรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด ต่อมาในปี พ.ศ.๒๕๔๔ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำหน้าที่กำหนดแนวทางและวางแผนงานในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเฉพาะเรื่องการถ่ายโอนแบบแยกส่วน และเริ่มดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลเท่านั้น รวมทั้งเสนอหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่



ทดลองต่อคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีองค์การบริหารส่วนตำบลที่จะสมัครเข้าร่วมโครงการจะต้องดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและจะต้องมีประวัติเคยได้รับรางวัลด้านการบริหารจัดการดีเด่นจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นภายในช่วงเวลาสองปีก่อนเข้าร่วมโครงการ ทำให้มีองค์การบริหารส่วนตำบลทั่วประเทศที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้เพียง ๑๑๐ แห่ง นอกจากนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลและสถานีอนามัยจะต้องสมัครใจเข้าร่วมโครงการด้วย ดังนั้นในเบื้องต้นจึงมีสถานีอนามัยเข้าร่วมโครงการเพียง ๓๕ แห่ง ต่อมาเมื่อการถอนตัวขององค์การบริหารส่วนตำบลด้วยสาเหตุและปัจจัยหลายประการ จึงมีสถานีอนามัยกลุ่มแรกเพียง ๒๒ แห่งใน ๑๖ จังหวัดเท่านั้นที่เข้าร่วมทดลองถ่ายโอนในปี พ.ศ.๒๕๕๐^(๓) และได้มีการเร่งรัดให้ขยายผลต่อไป โดยให้ทุกจังหวัดดำเนินการตามคู่มือที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเห็นชอบ มีสาระสำคัญ เช่น การถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นไปตามหลักการ “สถานีอนามัยไป บุคลากรสมัครใจ อัตราตามตัวไป” มีการจัดตั้งกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมภายใต้ อปท.เพื่อรองรับงานของสถานีอนามัย ในส่วนของงบประมาณมีการกำหนดให้สถานีอนามัยที่โอนไปยัง อปท. มีรายได้จากงบประมาณรายได้ท้องถิ่นและงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ สปสช. เป็นต้น^(๓)

อย่างไรก็ตามในสถานการณ์จริงของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ ซึ่งรัฐบาลได้มีความพยายามแก้ไขและพัฒนาระบบและกลไกต่างๆรองรับกระบวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมมากที่สุด ซึ่งจะต้องอาศัยระยะเวลา ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขของประเทศไทย อีกทั้งยังได้เสนอแนวคิดในมุมมองของผู้เขียนซึ่งเป็นนักวิชาการที่มีความสนใจในประเด็น

ดังกล่าว เพื่อใช้เป็นแหล่งความรู้ทางวิชาการแก่ผู้สนใจศึกษาประวัติความเป็นมา วิวัฒนาการและการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาต่อไป

วิธีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

บทความนี้เป็นบทความทบทวนสถานการณ์การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศไทย ซึ่งค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร บทความวิชาการ ตำราและสิ่งตีพิมพ์ที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในเชิงวิชาการ นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา เรียงลำดับเหตุการณ์พร้อมทั้งเสนอแนวคิดที่เกี่ยวข้องสอดคล้องตามความเหมาะสม

ความเป็นมาของการกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจ หมายถึง การถ่ายโอนอำนาจของส่วนราชการจากผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง (Political Official) ไปยังคณะกรรมการอิสระ (Autonomous Board) การถ่ายโอนหน้าที่ความรับผิดชอบขององค์กรส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดจากระดับการบริหารจัดการที่สูงกว่าสู่ระดับที่ต่ำกว่า โดยจัดตั้งองค์กรนิติบัญญัติขนาดย่อยและถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบไปสู่องค์กรระดับท้องถิ่นเหล่านั้น^(๔) หนึ่งในรูปแบบของการกระจายอำนาจ คือ การถ่ายโอน (Devolution) หมายถึง การตั้งหรือเพิ่มความแข็งแกร่งให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความเป็นอิสระในการทำงานค่อนข้างมาก โดยที่องค์กรเหล่านั้นมักจะมีสถานะทางกฎหมายอาณาเขตและขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจนเป็นอิสระจากส่วนกลาง^(๔) เพื่อให้การกระจายอำนาจบรรลุตามเจตนารมณ์ที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ จึงต้องยึดหลักการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย มีกระบวนการที่ยืดหยุ่น และสามารถปรับวิธีการให้สอดคล้องกับสถานการณ์และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ได้มีการกำหนดกรอบแนวคิดไว้ ๓ ด้านคือ ๑) ด้านอิสรภาพในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ โดยยังคงรักษาความเป็นรัฐเดี่ยวและความมีเอกภาพของประเทศ การมีสถาบันพระมหากษัตริย์เป็นประมุขและความมั่นคงของชาติเอาไว้ได้ ตลอดจนการส่งเสริมให้

ประชาชนมีส่วนร่วมในการเมืองการปกครองท้องถิ่นภายใต้ระบอบประชาธิปไตย ๒) ด้านการบริหารราชการแผ่นดินและการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นโดยปรับบทบาทให้ส่วนท้องถิ่นเข้ามารับผิดชอบการบริหารราชการแทนส่วนกลาง เท่าที่ความสามารถจะดำเนินการได้ และให้ส่วนกลางยังคงทำหน้าที่กำกับดูแล ๓) ด้านประสิทธิภาพการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณะที่ดีขึ้นหรือไม่ต่ำกว่าเดิม มีคุณภาพมาตรฐาน การบริหารมีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพ และรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ภาคประชาสังคมและชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมดำเนินงานและติดตามตรวจสอบ^(๕)

สถานการณ์การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

การถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขที่กลายเป็นจุดเปลี่ยนในการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกภาคส่วน เช่น ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน องค์กรสงฆ์ และประชาชน ภายใต้รัฐธรรมนูญที่ให้อำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้บริการที่เป็นสาธารณะ โดย สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นหน่วยงานหลัก มีคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารแผนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการผลักดันให้เกิดการถ่ายโอนสถานีนอนามัยอย่างต่อเนื่องและให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากการรายงานความก้าวหน้าการถ่ายโอนภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละปีงบประมาณ พบว่า การถ่ายโอนภารกิจประกอบด้วย ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ด้านการจัดระเบียบชุมชนสังคมและการรักษาความสงบเรียบร้อย และด้านการบริหารจัดการและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม ซึ่งภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขส่วนหนึ่งอยู่ในด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้วย

การถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นการเริ่มต้นถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวงสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีกำหนดภายใน ๔ ปีและให้แล้วเสร็จภายใน ๑๐ ปี ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องผ่านการประเมินความพร้อมตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินความพร้อมไว้ และ มีการสอบถามความสมัครใจของบุคลากรในสถานีนอนามัยที่จะถ่ายโอน^(๕) พบว่าการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างชัดเจนเมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๐ คือ เริ่มถ่ายโอนสถานีนอนามัยนำร่องจำนวน ๒๒ แห่ง ใน ๑๖ จังหวัด ด้วยความร่วมมือทั้งจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.) และภาคประชาชน มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการประสานความร่วมมือการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดพิจารณารูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่จังหวัด ๔ รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ ๑ ถ่ายโอนสถานีนอนามัยและบุคลากรมาทั้งหมด รูปแบบที่ ๒ ถ่ายโอนสถานีนอนามัยมาทั้งหมดแต่บุคลากรมาเพียงบางส่วน รูปแบบที่ ๓ ถ่ายโอนสถานีนอนามัยมาเพียงบางแห่งแต่บุคลากรมาทั้งหมด รูปแบบที่ ๔ ถ่ายโอนสถานีนอนามัยและบุคลากรมาเพียงบางส่วน โดยแต่ละรูปแบบนั้นจะทำให้เกิดระบบการบริหารจัดการและการดำเนินงานด้านต่างๆที่แตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะเป็นด้านการบริหารบุคคล การบริหารการเงิน เป็นต้นซึ่งแต่ละพื้นที่ต้องพิจารณาบริบท ปัจจัยแวดล้อมและความเหมาะสมให้ดีกว่าก่อนที่จะเลือกรูปแบบใดๆในการถ่ายโอน^(๕)

การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยึดถือหลักการมุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน มุ่งระบบที่มีความยืดหยุ่น มีพลวัตและการมีส่วนร่วม มีเป้าหมายถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมด้านการจัดการสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ เทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล สำหรับในกรณีที่เทศบาลตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลไม่มีความพร้อมด้านการจัดการสาธารณสุข ให้ถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ดังจะเห็นได้จากกรณีที่ คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจ



เพื่อบริหารแผนกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีมติให้สอบถามความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีสถานื่อนามัยอยู่ในพื้นที่ ตามเกณฑ์ประเมินความพร้อมด้านการจัดการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น^(๓) ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวประกอบด้วย ๑) ประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหรือมีส่วนร่วมจัดการด้านสาธารณสุข ๒) ด้านแผนการเตรียมความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุขหรือแผนการพัฒนากิจการด้านสาธารณสุข ๓) วิธีการบริหารจัดการและจัดการด้านสาธารณสุข ๔) การจัดสรรงบประมาณเพื่อการสาธารณสุข และ ๕) ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องได้รับความเห็นชอบจากสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจะขอรับการถ่ายโอนสถานื่อนามัย และส่งคำร้องขอประเมินความพร้อมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดก่อนวันเริ่มต้นปีงบประมาณไม่น้อยกว่า ๑๘๐ วัน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด^(๓) โดยหลักการ หากกระบวนการถ่ายโอนอำนาจสามารถเกิดขึ้นได้จริง จะมีผลดีตามมาหลายประการ ได้แก่ เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ (Participation) ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน (Responsiveness) เป็นการตัดสินใจและมีมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและเป็นเงื่อนไขตามการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล (Good governance) ส่วนผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดจากการถ่ายโอนสถานื่อนามัย ได้แก่ ความไร้เอกภาพและเสถียรภาพทางการเมือง ความไร้เสถียรภาพทางการคลัง และอาจนำไปสู่ความไม่เสมอภาคทางสังคมในที่สุด

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประสบความสำเร็จ คือ การสื่อสารความเข้าใจของประชาชนในการถ่ายโอนสถานื่อนามัย ปัจจัยสนับสนุนคือ ปัจจัยด้านแรงจูงใจของบุคลากรสาธารณสุข เช่น มีงบประมาณในการทำงานมากขึ้น มีอัตราตำแหน่งมากขึ้นหรือมีความก้าวหน้าสูงขึ้น หรือมีสายบังคับบัญชาที่สั้นลง

ทำให้ปฏิบัติงานได้สะดวกยิ่งขึ้น และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรที่มีอยู่เดิมหรือความพร้อมที่บังเกิดขึ้นในระหว่างการเตรียมการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น^(๓) เมื่อพิจารณาผลการวัดความรู้ ความเข้าใจ ในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขของกลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า อยู่ในระดับพอใช้และไม่น่าพอใจ เนื่องจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังขาดองค์ความรู้ในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ซึ่งอาจจะมีผลต่อการจัดบริการด้านสาธารณสุขโดยท้องถิ่นในอนาคต^(๓) จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มีการสอบถามความคิดเห็นถึงความพร้อมสำหรับการถ่ายโอนสถานื่อนามัยมาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่พบว่า บุคลากรสาธารณสุขยังไม่พร้อมในการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้กลายเป็นปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุขจะได้จัดตั้งกลุ่มสนับสนุนและพัฒนากิจการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเพื่อสร้างความเข้าใจแก่สถานื่อนามัยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว และหน่วยงานในพื้นที่หลายแห่งก็เร่งประชาสัมพันธ์กระบวนการดังกล่าวให้ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องได้เข้าใจและคุ้นเคย เช่น จังหวัดน่าน ได้จัดทำเว็บไซต์ “กระจายอำนาจฯ สู่อปท.” เป็นต้น แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการสร้างความเข้าใจในการถ่ายโอนสถานื่อนามัยในระดับพื้นที่^(๓) นั้นแสดงให้เห็นว่า ผู้รับผิดชอบทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขและ อปท. ยังคงต้องใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่องที่จะทำให้ประชาชนทุกระดับเข้าใจและยอมรับในกระบวนการกระจายอำนาจได้อย่างเต็มที่

ปัญหาและอุปสรรคในการกระจายอำนาจ

จากการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่าปัญหาของการกระจายอำนาจคือ การขาดความรู้ ความเข้าใจในหลักการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัญหาด้านการเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจ ปัญหาด้านกฎระเบียบต่างๆที่เกี่ยวข้องและปัญหาด้านการประสานงาน^(๓) โดย

เฉพาะปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการถ่ายโอนสถานื่อนามัยส่วนใหญ่เป็นเรื่องระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยที่ต้องปรับเข้าหากันในการบริหารจัดการ^(๕) ดังจะเห็นได้จาก ปัญหาระเบียบเงินบำรุงของสถานื่อนามัยไม่สอดคล้องกับระเบียบเงินบำรุงสถานบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างดำเนินการแก้ไข ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความสับสน ปัญหาระเบียบงานบุคลากรของข้าราชการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความแตกต่างกับข้าราชการในสถานื่อนามัย กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากบุคลากรสถานื่อนามัยเป็นไปตามระบบแห่ง ในขณะที่ข้าราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นไปตามระบบซี อีกทั้งยังไม่มีชัดเจนของการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น บางแห่งต้องลดข้าราชการที่ถ่ายโอนเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การบรรจุและแต่งตั้งบุคลากรที่เป็นนักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อขวัญกำลังใจของบุคลากรสถานื่อนามัยในพื้นที่ที่เป็นเป้าหมายในการถ่ายโอนสถานื่อนามัย อีกทั้งปัญหาความล่าช้าของการโอนเงินเดือน ค่าตอบแทน สิทธิประโยชน์และสวัสดิการของข้าราชการที่ถ่ายโอนจากกรมบัญชีกลางมายังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องใช้เวลาถึง ๖ เดือน ทำให้เกิดความเดือดร้อนอย่างชัดเจน นอกจากนี้บุคลากรยังมีความกังวลในเรื่องอื่นๆอีก เช่น ความไม่ชัดเจนในการจัดสรรงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับสถานื่อนามัยที่ถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปแล้ว นโยบายปรับปรุงสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ทันสมัยโดยยกฐานะสถานื่อนามัยสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำให้การถ่ายโอนไม่สามารถกำหนดเป้าหมายต่อไปได้

ทางออกสำหรับปัญหา/อุปสรรคที่ผ่านมาและสำหรับการดำเนินงานในอนาคต

ดังนั้น การทำความเข้าใจประเด็นการกระจายอำนาจในรูปแบบการถ่ายโอนสถานื่อนามัยต้องเกิดขึ้นในทุกระดับตั้งแต่ต้นนโยบายส่วนกลางจนถึงระดับท้องถิ่น การถ่ายโอนสถาน

อนามัยไม่ควรดำเนินการแบบเร่งรัดเกินไป ควรสื่อสารกันตลอดเวลาและร่วมกันหาทางออกที่ดีที่สุด ควรคำนึงถึงความสอดคล้องระหว่างอัตรากำลังกับภารกิจใหม่ให้มาก และควรมีศูนย์บริหารจัดการถ่ายโอนระดับจังหวัดทำหน้าที่ประสานงานให้ความช่วยเหลือในทุกๆด้าน รวมทั้งต้องมีระบบสนับสนุนการดำเนินงานในทุกระดับทุกระยะตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนมีระบบติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง^(๑๐,๑๑) ในด้านรูปแบบการกระจายอำนาจ ควรเริ่มจากการดำเนินการและตัดสินใจร่วมกันในแบบคณะกรรมการไตรภาคี ประกอบด้วย ภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคสาธารณสุข ร่วมกันบริหารจัดการงบประมาณการส่งเสริมและป้องกันโรค (PP) และงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนเป็นอันดับแรก ในส่วนของการบริหารจัดการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีคณะกรรมการบริหารระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ โดยมีสัดส่วนของคณะกรรมการที่มาจากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในจำนวนเท่ากัน ทั้งนี้ควรวางบทบาทให้คณะกรรมการบริหารระดับจังหวัดเป็นองค์กรกำกับดูแลการดำเนินงานของคณะกรรมการระดับตำบลหรือระดับพื้นที่ ซึ่งคณะกรรมการระดับตำบลหรือระดับพื้นที่ ก็จะทำหน้าที่บริหารจัดการด้านระบบสาธารณสุขและงบประมาณระดับตำบลหรือระดับพื้นที่ ซึ่งก็จะทำให้กระบวนการบริหารจัดการ ควบคุม ติดตาม เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นไปได้ในการถ่ายโอนสถานื่อนามัยก็จะมีความเพิ่มขึ้น ประชาชนผู้รับบริการในพื้นที่ก็จะเป็นผู้ที่ได้รับผลประโยชน์จากการถ่ายโอนอย่างเต็มที่สมตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญอย่างแท้จริง^(๑๒)

จากการหารือและระดมความคิดเห็นในประเด็นการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา มีแนวคิดจากนักวิชาการจำนวนหนึ่งที่เสนอให้มีการพิจารณาการปรับเปลี่ยนรูปแบบของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข จากเดิมซึ่งมุ่งเน้นไปที่การถ่ายโอนสถานื่อนามัย โดยพยายามชี้ให้



มีการมองหารูปแบบอื่นๆที่มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการ^(๑๒) โดยสามารถสรุปได้ ๔ แนวทางหลักคือ แนวทางที่หนึ่ง ที่ยังให้ความสำคัญของการถ่ายโอนสถานีนอนาเมย์ แต่เสนอให้มีการถ่ายโอนสถานีนอนาเมย์ทั้งหมดพร้อมกันทั้งจังหวัด เป็นอย่างน้อย หรืออาจกว้างกว่านั้น เช่นระดับอนุภาค มีการจัดตั้งหน่วยงานบริหารที่เป็นอิสระหรือในกำกับภายใต้การบริหารระดับจังหวัดที่มีฝ่าย อปท.หรือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธาน มีนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขมืออาชีพ และให้โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนาเมย์ในพื้นที่ รวมกันเป็นเครือข่ายสังกัดคณะกรรมการระดับจังหวัดหรือระดับอนุภาค ควรหลีกเลี่ยงการให้อปท.ขนาดเล็กจัดตั้งหรือดูแลสถานบริการสาธารณสุขโดยลำพัง เพราะอาจจะเกิดปัญหาความไม่คุ้มค่าและเกิดช่องว่างระหว่างการประสานงาน การจัดระบบต่างๆ เช่นการส่งต่อ ระบบข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น เรียกแนวทางนี้ว่าการกระจายอำนาจแบบก้าวหน้า แนวทางที่สอง เสนอให้ถ่ายโอนสถานีนอนาเมย์ให้อปท.หรือ เทศบาลที่พร้อม โดยกำหนดระยะเวลาให้แน่ชัด และในที่สุดต้องมีการถ่ายโอนให้กับท้องถิ่นระดับจังหวัด(อบจ.ขึ้นไป) ทั้งหมด หรืออาจจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่หรือจัดตั้งเป็นสหการเรียกแนวทางนี้ว่า การกระจายอำนาจแบบกึ่งก้าวหน้า และแนวทางที่สาม เป็นแนวทางกึ่งอนุรักษ์ ซึ่งจะไม่มีมีการถ่ายโอนสถานบริการ ยังคงให้สถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ต้องมีกลไกในการเจรจาระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้บริบทการกระจายอำนาจให้ชัดเจน อาจ ให้กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่จัดบริการ หรือจัดบริการร่วมกันก็ได้ในรูปของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ หรือรูปแบบผสมผสานและให้คณะกรรมการมีบทบาทในการวางนโยบาย กำกับดูแลบริหารสถานบริการ รวมถึงบริหาร รพ.สต และกองทุนหลักประกันด้วย และแนวทางที่สี่ เป็นทางเลือกเพิ่มเติมที่เสนอให้มีการจัดตั้งเป็น องค์การมหาชน บริหารจัดการในลักษณะเครือข่ายทั้งระบบ ตั้งแต่ระดับสถานีนอนาเมย์ไปจนกระทั่งถึงโรงพยาบาลระดับสูง และให้ อปท. ทำหน้าที่กำกับดูแล

องค์การมหาชนที่จัดตั้งขึ้น^(๑๓)

บทเรียนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในต่างประเทศ

อาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่มีอิสรภาพในการตัดสินใจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศต่างๆ ได้แก่ ขนาดของประเทศ ระดับของการกระจายอำนาจ ส่วนประกอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน แหล่งเงินทุนและวิธีการจัดสรรด้านการเงิน การควบคุมงบประมาณและค่าใช้จ่าย วิธีการกำกับดูแล ความรับผิดชอบในการวางแผนด้านสาธารณสุข ทัศนคติของข้าราชการ และประสานงานระหว่างองค์กร^(๑๔)

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในต่างประเทศ กรณีในประเทศโปรตุเกส สเปน อิตาลี เม็กซิโก และสหราชอาณาจักร พบว่า การให้บริการสุขภาพและระบบสุขภาพโดยรวมหลังการปฏิรูปดีขึ้น เช่น ในประเทศโปรตุเกส การกระจายอำนาจจากส่วนกลางทำให้สภาวะด้านสุขภาพของประชาชนดีขึ้นอย่างมาก ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้ง่ายยิ่งขึ้น ขณะที่ประเทศอิตาลีและสหราชอาณาจักร พบว่า ทำให้เกิดความคล่องตัวและมีอิสระในการทำงานของหน่วยงานท้องถิ่นมากขึ้นอันเนื่องมาจากการที่สายบังคับบัญชาสั้นลง เช่น อิสระในการซื้อบริการจากผู้ให้บริการอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพมากกว่า ทั้งนี้ ในอิตาลีและสหราชอาณาจักรได้มีการทำให้เกิดตลาดภายในระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดการแข่งขันพัฒนาตนเองเพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากขึ้น ปัญหาที่พบจากการกระจายอำนาจในแต่ละประเทศ เช่น ปัญหาความขัดแย้งทางการเมือง ปัญหาความไม่เป็นธรรมในลักษณะต่างๆ ปัญหาการตอบสนองในระบบการกระจายอำนาจออกจากส่วนกลางและในระบบตลาดภายในก็มีปัญหาเรื่องภาวะตลาดที่ยังไม่เอื้อให้เกิดการแข่งขัน และปัญหาเรื่องความชัดเจนของคุณภาพในตัวสัญญาระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ^(๑๕) เป็นต้น ในกรณีของประเทศฟิลิปปินส์ ซึ่งเป็นประเทศในภูมิภาคอาเซียน

และมีบริบทหลายอย่างที่คล้ายคลึงกับประเทศไทยนั้น ได้มีการดำเนินการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจากส่วนกลางไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งประสบปัญหาทั้งด้านการบริหารจัดการและการเงินการคลัง เนื่องจากการเตรียมความพร้อมที่ไม่ดีพอ ในทางกลับกัน ปัจจัยที่ผลักดันให้บางพื้นที่ประสบผลสำเร็จ คือ ความตั้งใจด้านการเมืองและความเป็นผู้นำของผู้บริหารท้องถิ่นที่มาจากการเลือกตั้งที่ให้ความสำคัญกับด้านสุขภาพ^(๙)

สรุปและข้อเสนอแนะ

เมื่อเกิดการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะใช้รูปแบบใดก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นเจ้าของหน่วยงานที่ถูกถ่ายโอนแต่เดิมย่อมเกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งเชิงโครงสร้างและการบริหารจัดการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงมีความสำคัญและจำเป็นยิ่งที่ต้องนำประเด็นดังกล่าวมาร่วมพิจารณาควบคู่ไปกับประเด็นหลักในการกระจายอำนาจ โดยประเด็นที่ชัดเจนที่สุดคืออำนาจที่ถูกตัดทอนลงไปที่กระทรวงสาธารณสุข เพราะเมื่อใดก็ตามที่เกิดกระบวนการกระจายอำนาจสู่เขตสุขภาพใหม่ นั้นหมายถึงจะมีหน่วยงานสังกัด อปท. เข้ามามีบทบาทในกระบวนการบริหารจัดการและดำเนินการ ซึ่งจะทำให้เกิดระบบและกลไกที่ซับซ้อนเชิงอำนาจมากขึ้น ดังนั้นเพื่อให้การกระจายอำนาจที่เกิดขึ้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และกระทรวงสาธารณสุข ยังคงมีบทบาทไม่ถูกลดทอนอำนาจลงไปในนั้น นักวิชาการและนักวิจัยด้านนโยบายสาธารณสุขได้เสนอแนะให้ กระทรวงสาธารณสุขยังคงทำหน้าที่เป็น ผู้วางนโยบาย (Policy Maker) และ ชับเคลื่อน (Mobilizer) นโยบายระดับชาติ ดูแลจัดสรรทรัพยากรควบคุมกำกับ และรักษาความเป็นธรรมทางสุขภาพอีกทั้งหน่วยงานต่างๆในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขในฐานะของผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเชิงวิชาการที่เฉพาะด้าน ควรทำหน้าที่ในการสนับสนุนทางวิชาการการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ และการควบคุม กำกับติดตามการดำเนินงาน^(๑๐)

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขของประเทศไทยผ่านกระบวนการดำเนินการมาแล้วมากกว่า ๑๐ ปีแต่ความคืบ

หน้ายังไม่น่าพึงพอใจ ซึ่งปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญนั้นอยู่ที่ความพร้อมของหน่วยงานภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรสาธารณสุขเองที่เกิดความไม่มั่นใจ วิตกกังวลในความมั่นคงในหน้าที่ หรือกระทั่งหน่วยงานรับโอนอย่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก็ยังไม่มั่นใจในศักยภาพของตนที่จะรับดูแลภารกิจด้านสาธารณสุขของประชาชนภาพรวม เนื่องจากงานด้านการสาธารณสุขหรือการจัดการบริการด้านสุขภาพนั้น จำเป็นที่จะต้องใช้ความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์เฉพาะสาขาวิชาชีพ ซึ่งในความเป็นจริง อปท. มีความพร้อมด้านงบประมาณสนับสนุน แต่ขาดความรู้ด้านการบริหารการแพทย์และการสาธารณสุข แม้ที่ผ่านมามีการถ่ายโอนสถานีอนามัยนำร่องไปบ้างแล้วก็ตาม แต่ก็ยังพบว่าปัญหาภายหลังการถ่ายโอนเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านการประสานงานกับหน่วยบริการ ปัญหาด้านระเบียบข้อบังคับต่างๆ ทำให้ผลการสำรวจความเห็นของประชาชนที่มีต่อการถ่ายโอนอำนาจพบว่า ประชาชนยังไม่เห็นคุณภาพของการให้บริการนั้นเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมแต่อย่างใด^(๑๑) ในส่วนของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นควรจะต้องประสานกับกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มีพื้นที่ตัวอย่างหรือทดลองปฏิบัติการระดับจังหวัด เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานต่างๆ เช่น การบริหารจัดการงบประมาณ บุคลากร ทรัพยากร กฎหมายระเบียบและข้อบังคับต่างๆที่เกี่ยวข้องและขยายผลสู่ท้องถิ่น เพื่อให้เป็นต้นแบบของการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพต่อไป เพราะการกระจายอำนาจไม่ใช่การแย่งอำนาจ แยกอำนาจหรือลดทอนอำนาจ หากแต่เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้อง ให้ดำเนินคู่ขนานกันไป และอีกกระบวนการหนึ่งซึ่งอาจจะถือได้ว่ามีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการพัฒนากระบวนการกระจายอำนาจ คือ การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจที่ดีและที่ถูกต้องให้กับบุคคลทั่วไป ทั้งบุคลากรของ อปท. และประชาชนซึ่งจะเป็นผู้ได้รับบริการภายหลังการกระจายอำนาจในอนาคต ว่าการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขคืออะไร มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตของเขาอย่างไร และเขาจะได้รับประโยชน์อย่างไร มากน้อยเพียงใดจากการดำเนินการดังกล่าวนี้ อีกทั้งทุกฝ่ายควร



จะต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดและมุมมอง เป็นต้นว่า อปท.จะรับโอนสถานบริการเมื่อใด เป็น อปท.จะมีบทบาทในการสร้างสุขภาพภายหลังการรับโอนสถานบริการอย่างไร อีกทั้ง อปท.อาจจะต้องพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขให้มากขึ้น เพื่อให้สามารถมองบริบทของงานสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุมรอบด้าน ลดข้อวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องความไม่เชี่ยวชาญจากสังคมที่มีต่อ อปท. โดยความพยายามทั้งหลายไม่ว่าจะจากส่วนใด หน่วยงานใด สุดท้ายแล้วคงไม่สามารถละเลยแนวคิดเริ่มต้นของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าเป้าหมายสูงสุดคือการสร้างสุขภาพให้กับประชาชน อย่างเป็นธรรมชาติทั่วถึง และมีส่วนร่วมนั่นเอง

เอกสารอ้างอิง

๑. สุมาลี สิงหนิยม, วชิระ สิงหะเคนทร์. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเพื่อความแข็งแรง ของประชาชนในท้องถิ่น. วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย ๒๕๔๕:๒:๕๔-๖๐.
๒. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการสร้างรูปแบบการรองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในท้องถิ่น กรณีศึกษา: จังหวัดเชียงราย; ๒๕๔๘.
๓. จรยพร ศรีศัลักษณ์, จเร วิหาไทย, ราไฟ แก้ววิเชียร. ประสบการณ์การกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขในรูปแบบการถ่ายโอนสถานอนามัย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๒:๓:๑๖-๓๔.
๔. จิรบูรณ์ ไตสงวน, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, หทัยชนก สุมาลี. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๓:๔:๘๕-๑๐๐.
๕. สมพันธ์ เดชะอริก, พะเยาว์ นาคำ. สรุปบทเรียน และติดตามผล เพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานอนามัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๒:๓:๑๑๓-๓๐.
๖. Furniss N. The practical significance of decentralization. J Politics 1974;36:958-82.
๗. จังหวัดน่าน (ออนไลน์). สืบค้นจาก : <http://www.nno.moph.go.th/> [๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๓]
๘. จรยพร ศรีศัลักษณ์, ราไฟ แก้ววิเชียร. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศฟิลิปปินส์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๐:๒:๑๖๘-๑๗๑.
๙. ศรีประพิศ บุญเจริญ. ความคาดหวังของบุคลากรสถานอนามัยในการถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเชียงราย (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; ๒๕๕๑.
๑๐. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. Health system decentralization: Concept, issues and country experience. England: World Health Organisation; 1990.
๑๑. Bankauskaite V, Dubois HFW, Saltman RB. Patterns of decentralization across European health systems. In: Saltman RB, editor. Decentralisation in health care. England: Open University Press; 2005. p. 22-43.
๑๒. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ปลอดภัยตาย คลายปมคิด เรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. เอกสารประกอบการจัดเวทีวิชาการ ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ครั้งที่ ๑. วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๓ ณ ห้องประชุมศักดิ์เดชน์ สถาบันพระปกเกล้า; ๒๕๕๓.
๑๓. ปรีดา เต๋ออารักษ์. สังเคราะห์ทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ รายงานการวิจัย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๓.
๑๔. วินัย ลิสมิทธิ, สมศักดิ์ ชูณหรัศม์. บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข รายงานการวิจัย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๓.