

# คำถามการวิจัยเพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ในประเทศไทย

จรวัยพร ศรีศัลักษณ์\*

มนเฒ่า มณีฉาย†

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์‡,§

## บทคัดย่อ

แม้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ระบุให้รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นเอง แต่ที่ผ่านมากลับไม่มีความก้าวหน้าที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ที่สำคัญคือยังขาดการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ และเพื่อวิเคราะห์ส่วนขาดองค์ความรู้เพื่อใช้กำหนดประเด็นที่ต้องการวิจัยและใช้ผลสนับสนุนการพัฒนานโยบายด้านการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทย วิธีการศึกษาหลักเป็นการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในช่วงปี 2540-2555 กำหนดกรอบประเด็นที่มีความสำคัญในเชิงนโยบาย แล้วเลือกประเด็นที่ตรงกับสถานการณ์การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศไทย จนเกิดเป็นคำถามและประเด็นวิจัยที่ยังขาดองค์ความรู้

ผลการศึกษา พบว่า มี 3 กรอบประเด็นคำถามการวิจัยที่สำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ คือ 1) การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการกระจายอำนาจ เช่น เขตสุขภาพ 2) การพัฒนาขีดความสามารถของ อปท. ให้มีความเข้มแข็งในการจัดการด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น การพัฒนากลไกของท้องถิ่นให้สามารถทำงานด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดทำคู่มือภารกิจงานด้านสาธารณสุขพื้นฐานสำหรับอปท.แต่ละระดับ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรของท้องถิ่น 3) รูปแบบการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการที่ดีภายใต้เงื่อนไขการกระจายอำนาจ เช่น บทบาท อปท. ในการสร้างความเป็นธรรม การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

**คำสำคัญ:** คำถามการวิจัย, การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

## Abstract Research questions for health decentralization in Thailand

Jaruayporn Srisasalux\*, Mano Maneechay†, Krit Pongpirul‡,§

\*Health Systems Research Institute, †Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, ‡Department of International Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

The Constitution of the Kingdom of Thailand mandated the decentralization of public services including health; however, not only has there been no significant progress, existing evidence has not been systematically synthesized. The purpose of this study is to identify the missing knowledge about health decentralization in Thailand. Documentary research was employed to create the initial research framework, which was then compared against the pool of existing evidence. The final framework was criticized in order to bring forward specific research questions.

Three main research areas for health decentralization in Thailand were identified: (1) Regional Health model development, (2) Capacity strengthening of local authority, and (3) People participation model in health decentralization.

**Keywords:** research questions, health decentralization, Thailand

\*สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

†ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

‡ภาควิชาสุขภาพระหว่างประเทศ มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์

## ภูมิหลังและเหตุผล

การกระจายอำนาจ (Decentralization) ในที่นี้หมายถึง การกระจายอำนาจการตัดสินใจ อำนาจทางสังคมและ ปัญหาที่ประชาชนพึงมี บางส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับอำนาจ รัฐส่วนกลางในด้านโครงสร้างและงบประมาณที่จำเป็นต้อง กระจายไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการให้ บริการสาธารณะต่างๆ ซึ่งรวมถึงการให้การศึกษาและบริการ สุขภาพ ตามที่ระบุไว้ในแผนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2551 โดยยึดหลักสามประการ คือ มุ่ง ประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน มุ่งระบบที่ยืดหยุ่นตามศักยภาพ และมุ่งระบบที่มีส่วนร่วม<sup>(1)</sup> ทั้งนี้ การกระจายอำนาจถือเป็น เพียง “เครื่องมือ” หนึ่งสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ประชาชน ไม่ใช่เป็น “เป้าหมาย”

การกระจายอำนาจมีหลายรูปแบบ ซึ่งอาจแบ่งออกได้ เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ แบบภายในองค์กร 4 รูปแบบ และ แบบออกไปนอกองค์กร 3 รูปแบบ รวมเป็น 7 รูปแบบที่ไม่ได้ แยกออกจากกันโดยเด็ดขาด และระบบหนึ่งๆ อาจมีรูปแบบ การกระจายอำนาจหลายอย่างผสมกันก็ได้

การกระจายอำนาจภายในองค์กร เป็นการถ่ายโอน อำนาจไปสู่หน่วยงานที่ระดับต่ำกว่าแต่ยังคงอยู่ในองค์กร เดิม<sup>(2)</sup> ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) การแบ่งอำนาจ (Deconcentration) เป็นการแบ่งการบริหารจัดการไปยังหน่วยงานขององค์กรใน ระดับที่ต่ำกว่า แต่อำนาจสูงสุดยังคงอยู่ที่ส่วนกลาง 2) การ มอบอำนาจ (Delegation) เป็นการโอนการดำเนินการและ ความรับผิดชอบในเรื่องที่กำหนด ให้แก่หน่วยงานที่มีอิสระ จากกฎข้อบังคับและกฎระเบียบของราชการทั้งการบริหารบุคคล การทำสัญญา การจัดทำงบประมาณ มีคณะกรรมการเป็น ผู้รับผิดชอบดูแล ความสัมพันธ์สายบังคับบัญชาแนวดิ่งกับ หน่วยงานรัฐบาลกลางแยกจากกัน แต่มีความสัมพันธ์แนวราบกับหน่วยงานรัฐอื่นๆ เป็นการลดขั้นตอนของระบบราชการ เกิดความยืดหยุ่นและเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ 3) การตั้งคณะกรรมการระดับเขตระหว่างส่วนกลางและท้องถิ่น ร่วมกัน (Regionalization) เป็นการโอนอำนาจการบริหาร

ไปให้คณะกรรมการในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนท้องถิ่น ที่มาจากการเลือกตั้งและตัวแทนที่แต่งตั้งโดยส่วนกลาง บาง ครั้งอาจมีตัวแทนนักการเมืองเข้าร่วมด้วย คณะกรรมการมี อิสระและเป็นนิติบุคคล สามารถวางแผนและดำเนินงาน พัฒนาในเขตรับผิดชอบ ควบคุมกำกับเจ้าหน้าที่ของกระทรวง ที่ปฏิบัติงานในเขตรับผิดชอบ จัดทำงบประมาณทั้งงบดำเนินการ และงบลงทุนตามแผนพัฒนาท้องถิ่น มีอำนาจออกกฎ ระเบียบและจัดหารายได้ด้วยตัวเอง 4) การใช้กลไกตลาด ภายในองค์กรรัฐ (Internal market) เป็นการนำกลไกตลาด มาใช้แทรกแซงภาครัฐในการจัดสรรทรัพยากร โดยหวังว่า กลไกตลาดจะเพิ่มประสิทธิภาพและเพิ่มความรับผิดชอบของ ผู้จัดบริการโดยใช้กลไกวิธีหลายอย่าง เช่น การแยกผู้ซื้อบริการ และผู้จัดบริการออกจากกัน หรือการทำสัญญาเงื่อนไขการจัด บริการต่างๆ

การกระจายอำนาจออกไปนอกองค์กร ประกอบด้วย 3 รูปแบบ<sup>(2)</sup> ได้แก่ 1) การถ่ายโอนหรือคลายอำนาจ (Devolution) มีนัยของการโอนอำนาจไปให้ภาคส่วนทางการเมืองใน ระดับที่ต่ำกว่า เช่น อปท. ซึ่งมีสภาพเป็นนิติบุคคลและมีความ เป็นอิสระจากส่วนกลาง มีขอบเขตพื้นที่ตามกฎหมายกำหนด สามารถจัดหารายได้ และจัดสรรงบประมาณได้เอง โดยการ อนุมัติของสภาท้องถิ่น มีบทบาทเป็นตัวแทนประชาชนในการ ร่วมวางแผนนโยบาย 2) การแปรรูปรัฐวิสาหกิจ (Privatization) เป็นการโอนภารกิจที่โดยปกติเป็นของภาครัฐการไปให้ภาค เอกชนเป็นผู้ดำเนินการ 3) การปกครองแบบสหพันธรัฐ (Federalism) โดยรัฐบาลกลางควบคุมรัฐบาลท้องถิ่นได้ตาม ระดับที่กำหนด

การดำเนินการตามนโยบายการกระจายอำนาจด้าน สุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมาถือเป็นรูปแบบ Delegation เช่น การเกิดองค์กร “ส” ต่างๆ การออกนอก ระบบของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ส่วนการถ่ายโอนสถานเอนามัย 39 แห่งไปยังอปท. ถือเป็นรูปแบบ Devolution ซึ่งยังมีความ คืบหน้าไม่มากเท่าที่ควร

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้การ กระจายอำนาจด้านสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ และ



เพื่อวิเคราะห์ส่วนขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทย และกำหนดประเด็นคำถามการวิจัยที่มีความสำคัญในเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพต่อไป

### ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีทบทวนเอกสาร (documentary research) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาการดำเนินงานด้านการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจากเอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เอกสารการประชุมวิชาการ เอกสารการประชุมกลุ่มย่อย เมื่อเรียบเรียงได้ระดับหนึ่งแล้วนำมาตรวจสอบข้อมูล แยกข้อมูลตามประเด็น และจัดทำกรอบประเด็นที่สมควรมีการรวบรวมและสร้างองค์ความรู้เพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทย และนำเสนอต่อคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิจัยและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ส่วนการทบทวนองค์ความรู้จากต่างประเทศใช้เครื่องมือ search engine เช่น google.com, scholar.google.com, yahoo.com และฐานข้อมูล (databases) เช่น PubMed, Scopus, Science Direct โดยใช้คำสืบค้นอย่างง่าย (keywords) เช่น decentralization, recentralization, health reform, health system, health policy, health services, health status, health outcomes, public health, regionalization, policy analysis, developing countries, political culture เป็นต้น

### กรอบการวิเคราะห์

พิจารณาจากการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ.2542 และ (ร่าง) แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 3) โดยเลือกประเด็นที่ค้ำถึงขีดความสามารถ ในการบริหารจัดการด้านสุขภาพของ อปท. ที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับโครงสร้าง ภารกิจหน้าที่ การคลัง และจำนวนบุคลากรของ อปท.

## ผลการศึกษา

### 1. ผลการทบทวนองค์ความรู้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาการกระจายอำนาจสุขภาพด้านสุขภาพในต่างประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษ อิตาลี สเปน นอร์เวย์ แอฟริกาใต้ รัสเซีย จีน ฮ่องกง โดยใช้คำสำคัญที่กล่าวไว้ในส่วนของระเบียบวิธีวิจัย พบว่าส่วนใหญ่จะเน้นศึกษาเรื่อง โครงสร้างองค์กร กระบวนการถ่ายโอนอำนาจ บทบาทหน้าที่ ผลกระทบด้านทรัพยากร งบประมาณและบุคลากร การจัดบริการ ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ การติดตามประเมินผลทางการเงินและคุณภาพบริการ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับตัวชี้วัดสถานะทางสุขภาพ เป็นต้น

ประเด็นการศึกษาในต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างและบทบาทของการกระจายอำนาจในรูปแบบต่างๆ กัน มีการใช้ตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพหรือระบบสุขภาพมาเป็นตัววัดประสิทธิผลของการดำเนินงานด้านกระจายอำนาจ เช่น อัตราการตายของทารก ความต้องการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การกระจายอำนาจด้านการเงินการคลังกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ การจัดการด้านทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ การประเมินรูปแบบการวางแผนงานด้านสุขภาพและการตัดสินใจ การประเมินการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นในมิติของการมีส่วนร่วมขององค์กรทางสังคมและการคำนึงถึงวัฒนธรรมทางการเมือง ประสิทธิภาพการใช้การกระจายอำนาจเป็นเครื่องมือในการปรับปรุงสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ<sup>(3-9)</sup> ตลอดจนประสิทธิภาพของประเทศนอร์เวย์ที่กระจายอำนาจไปแล้วพบปัญหาจนต้องกลับมารวมศูนย์<sup>(10)</sup>

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพกับความเป็นธรรมของการเข้าถึงบริการ การกระจายทรัพยากร การพัฒนาบุคลากร ซึ่งมีการศึกษาในกรอบบริหารจัดการ<sup>(11,12)</sup> แนวทางการพัฒนาสังคม และกลไกการตลาดของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม (civil groups) และ การนำกลไกตลาดมาใช้ในระบบสุขภาพ การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน (public-

private partnership) การแยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการออกจากกัน (purchaser-providers split) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการเลือกบริการ (customer choice) และการรับรองคุณภาพบริการ (quality assurance) ซึ่งเป็นผลกระทบของการสร้างระบบประกันสุขภาพทั้งประกันสังคมและประกันสุขภาพถ้วนหน้า<sup>(13-15)</sup> งานวิจัยอีกส่วนหนึ่งก็ศึกษาเกี่ยวกับการถ่ายโอนอำนาจบทบาทความรับผิดชอบ ผลกระทบของการกระจายอำนาจ ปัจจัยความสำเร็จของการกระจายอำนาจเกี่ยวกับภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วม ความสนใจของกลุ่มที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยต่อกระจายอำนาจ มีบางการศึกษาเป็นการวิเคราะห์เชิงนโยบาย<sup>(16)</sup> อย่างไรก็ตามระบบโครงสร้างการบริหารและนโยบายของแต่ละประเทศก็เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อปัญหาของการกระจายอำนาจ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของประเทศ

จากผลการศึกษาการกระจายอำนาจในต่างประเทศ พบว่าการกระจายอำนาจก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบต่อระบบสุขภาพ ผลกระทบด้านบวก ได้แก่ 1) การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพและรวดเร็วขึ้น 2) การบริหารจัดการมีความยืดหยุ่นและเอื้อต่อการดำเนินงานตามโครงการสุขภาพต่างๆ ได้ดีขึ้น 3) ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อการจัดการด้านสุขภาพมากขึ้น 4) การบริการสุขภาพมีความครอบคลุมทั่วถึง เกิดระบบบริการที่มีความเหมาะสมและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ภายใต้ขอบเขตพื้นที่หรือการบริหารจัดการอย่างเดียวกัน สามารถควบคุมต้นทุนและลดความซ้ำซ้อนของการจัดบริการ 5) การประสานงานระหว่างองค์กรดีขึ้น การดำเนินงานของภาครัฐและเอกชนผสมผสานกันได้ใกล้ชิดขึ้น 6) ลดความเหลื่อมล้ำระหว่างเขตและระหว่างท้องถิ่น โดยการจัดสรรทรัพยากรจากส่วนกลางให้เสมอภาคกัน 7) เกิดความเข้มแข็งในการดำเนินงานสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องมาจากเจ้าหน้าที่ระดับสูงมีเวลาว่างจากงานประจำมากขึ้น ส่วนผลกระทบด้านลบ ได้แก่ 1) บทบาทการจัดการของภาครัฐลดลง โดยเฉพาะการกระจายอำนาจแบบการขายโอนกิจการภาครัฐสู่ภาคเอกชน 2) บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารลดลง ส่งผล

ให้อำนาจในการต่อรองลดลง เนื่องจากอำนาจถูกกระจายไปในหน่วยย่อยๆ ทำให้มีกำลังซื้อลดลง ซึ่งอาจส่งผลให้สถานพยาบาลในหน่วยย่อยนั้นมีโอกาสที่จะได้รับหรือใช้เทคโนโลยีที่ไม่คุ้มค่าและเกิดการใช้งบประมาณไปในการลงทุนที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด 3) อาจเกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างคนรวยและคนจน และระหว่างเขตร่ำรวยกับยากจนในชนบท 4) การเมืองท้องถิ่นที่ไม่ดีมีอำนาจมากขึ้น<sup>(17)</sup> ซึ่งผลกระทบเชิงลบนี้เป็นข้อเท็จจริงที่พบได้ในทุกประเทศ ซึ่งเป็นความท้าทายว่าจะพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลอย่างไรที่จะสามารถควบคุมและจัดการกับปัญหานี้ได้

แม้วัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจ คือ ต้องการให้เกิดการบริหารจัดการที่สะดวกและยืดหยุ่น (flexible management) ตอบสนองความต้องการของประชาชน (responsiveness) และการมีส่วนร่วมของประชาชน (people participation) แต่การกระจายอำนาจอาจไม่ได้ผลตามที่คาดหวังไว้เสมอไป ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุ 3 ประการ ได้แก่ 1) การดำเนินการกระจายอำนาจผิดเพี้ยนไปจากที่วางแผนไว้ 2) มีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อสิ่งที่คาดหวังมากกว่าการกระจายอำนาจ 3) อำนาจถูกโอนไปสู่กลุ่มบุคคลที่ไม่เหมาะสม อาจเป็นผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจากส่วนกลางหรือกลุ่มอิทธิพลท้องถิ่น ทำให้ประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วม อย่างไรก็ตาม สาเหตุต่างๆ เหล่านี้ อาจป้องกันได้โดยยึดหลักในการสร้างสมดุลหรือคานอำนาจ (Local Autonomy) ซึ่งนำเอาองค์กรภาคประชาสังคม (NGOs) สภาชาวบ้าน (Citizen Councils) ผู้แทนผู้ป่วย (Patient Representatives) หรือหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภค เข้ามามีส่วนร่วมคิดและตัดสินใจในคณะกรรมการระดับท้องถิ่น ที่สามารถถ่วงถ่วงนโยบายระดับประเทศ ให้มีความเป็นไปได้ และสอดคล้องกับงบประมาณที่มีอยู่ ก่อนที่จะรับไปดำเนินการ<sup>(18)</sup> ซึ่งการสร้างดุลอำนาจในกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรนั้น นอกจากจะพิจารณา “ผู้เข้าร่วมกระบวนการ” แล้ว ยังควรพิจารณา “เกณฑ์” ในการตัดสินใจ รวมถึง “กระบวนการ” ที่มีความโปร่งใสประกอบด้วย ทั้งนี้ จากผลการศึกษาดังกล่าวมีความน่าสนใจที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย



สำหรับการศึกษาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ผ่าน มาในประเทศไทย ในช่วงแรกเป็นการเริ่มต้นศึกษาหาความ หมายเหตุผลและรูปแบบของการกระจายอำนาจ<sup>(19)</sup> ซึ่งเป็นการ ศึกษาก่อนการนำพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอน การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 มาบังคับใช้ ซึ่งเป็นช่วงที่มีการตื่นตัวน้อยและมีความสับสนใน เรื่องการกระจายอำนาจอย่างมาก ต่อมาเมื่อมีแผนการ กระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2543 ได้มีการตั้งเป้าว่าจะต้องมีการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจของ กระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ให้กับ อปท. ที่มีความพร้อมให้ เสร็จสิ้นภายใน 4 ปี ขณะนั้นรายละเอียดต่างๆยังไม่ชัดเจน มากนักว่าจะมีรูปแบบและวิธีการอย่างไร ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบ ของระบบสุขภาพใน อปท. ต่างๆ ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้อง เชื่อมโยงประสานเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรได้อย่างมี ประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลและได้รับ บริการในเรื่องสุขภาพได้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมากกว่า เพียงการเปลี่ยนผ่านอำนาจความรับผิดชอบจากราชการส่วน กลางมายังส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงทางดั่งงบประมาณและรายได้ของท้องถิ่น โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพ รวมทั้งความไม่ชัดเจนเรื่องบทบาทของรัฐบาลกลางในการ ดูแลเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการดูแลสุขภาพอนามัยของ ประชาชน ประเด็นความไม่ชัดเจนที่สำคัญที่สุดคือการพัฒนา บทบาทและศักยภาพของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็น อปท. หน่วยงานทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาคของ กระทรวงต่างๆ รวมทั้งภาคประชาชน ดังนั้นกระทรวง สาธารณสุขจึงจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนและพัฒนากการ กระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพทส.) ขึ้นโดยมีหน้าที่รับผิดชอบ ประสานงานเพื่อจัดทำรายละเอียดรูปแบบในการกระจาย อำนาจด้านสุขภาพ จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อการกระจายอำนาจ ประสานงานกับหน่วยงานและกลไกต่างๆที่เกี่ยวข้อง ดำเนิน การให้มีการศึกษาพัฒนาและวิจัย รูปแบบของระบบสุขภาพ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ ตลอดจนการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เพื่อนำ

ข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานของส่วนต่างๆที่ เกี่ยวข้อง บริหารจัดการเพื่อให้เกิดการฝึกอบรมและพัฒนา ศักยภาพกำลังคน เพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ กระจายข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ ตลอดจน การประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทางด้านสุขภาพและ สาธารณชนได้รับทราบ เข้าใจและมีส่วนร่วมในการกระจาย อำนาจด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามในช่วงเวลาหลังจากประกาศ ใช้แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับ อปท. ว่ามีความเข้มแข็ง ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพมากน้อยเพียงใด<sup>(20)</sup> รวมถึงมี การศึกษาการจัดระบบการรองรับภารกิจด้านสุขภาพ<sup>(21)</sup> แผน ปฏิบัติการการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อปท. พ.ศ.2544 ที่อิง แนวคิดและหลักการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ให้เป็นกลไกรองรับการกระจายอำนาจ และได้ทดลอง นำร่องรูปแบบ กสพ. ใน 17 จังหวัด และได้มีการติดตาม ประเมินผล เช่น จังหวัดเชียงใหม่<sup>(22)</sup> จังหวัดภูเก็ต<sup>(23)</sup> นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่ประเมินความก้าวหน้าของการกระจาย อำนาจจากส่วนกลางให้ท้องถิ่นและภูมิภาค<sup>(24-26)</sup> และมีการ ศึกษารูปแบบ แนวทาง ระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพใน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า<sup>(27)</sup> ส่วนการศึกษาการ กระจายอำนาจแบบมอบอำนาจ (delegation) ได้แก่ การ ศึกษากรณีโรงพยาบาลอิสระในกำกับรัฐ (Autonomous Hos- pital) และการเตรียมความพร้อม ซึ่งมีเพียงกรณีเดียวคือโรง พยาบาลบ้านแพ้ว<sup>(28)</sup> การศึกษาด้านการกระจายอำนาจที่มีผู้ ทำการศึกษากันมากได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ส่วนใหญ่เป็นกรณีศึกษา ไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบระบบ ที่ชัดเจน

## 2. การวิเคราะห์ส่วนขาดขององค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการ กระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทย

การศึกษาวิจัยการกระจายอำนาจด้านสุขภาพทั้งหมดที่ กล่าวมาข้างต้น อาจแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 การ วิจัยระดับแนวคิดและผลการดำเนินการกระจายอำนาจที่

ผ่านมา<sup>(29)</sup> และองค์ความรู้ที่ยังขาด<sup>(30)</sup> กลุ่มที่ 2 การวิจัยกลไกกระบวนการ และบทบาทของกลไกต่างๆที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุข<sup>(31)</sup> และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย<sup>(32)</sup> เพื่อให้ผู้บริหารระดับต่างๆเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงและมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ รวมทั้งการจัดกลไกการรองรับการกระจายอำนาจที่เหมาะสม<sup>(33)</sup> กลุ่มที่ 3 การวิจัยประเมินผลรูปแบบการกระจายอำนาจที่เกิดขึ้นแล้ว เช่น การบริหารจัดการของเทศบาล/อบต. ที่มีสถานื่อนามัยในความรับผิดชอบกระบวนการถ่ายโอนสถานื่อนามัยไปสังกัดท้องถิ่น<sup>(34,35)</sup> กลุ่มที่ 4 การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบหรือทางเลือกการกระจายอำนาจ<sup>(36)</sup>

การกระจายอำนาจที่เกิดขึ้น เป็นบริบทที่ควรทำการศึกษาในลักษณะที่เป็นพลวัต และควรศึกษาให้ครอบคลุมบริบทต่างๆ ทั้งด้านการเมือง สังคม และระบบอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจไม่ว่าจะเป็นด้านการเงินการคลัง ด้านโครงสร้าง เพื่อประโยชน์ต่อทิศทางการปฏิรูปประเทศไทย และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) ที่ต้องการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น

จะเห็นได้ว่าที่ผ่านมามีการทบทวนองค์ความรู้และชี้ประเด็นส่วนขาดของงานวิจัยไว้บ้างแล้ว แต่ขาดการเชื่อมโยงจัดกลุ่มเพื่อนำไปสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนั้นเอกสารนี้ จึงได้พยายามเชื่อมโยงกับประเด็นที่สามารถผลักดันเป็นนโยบายหรือเปลี่ยนแปลงสังคมได้ในเชิงปฏิบัติ ตามแนวทางของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้ข้อมูลสถานการณ์และการจัดการระดับพื้นที่ในการสังเคราะห์ข้อเสนอ

### 3. การกำหนดประเด็นคำถามการวิจัยเพื่อพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

จากการดำเนินงานของการวิจัยและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในช่วงที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่สามารถสร้างและจัดการความรู้เชิงระบบเพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบ

สุขภาพได้มากเท่าที่ควร อาจเป็นเพราะงานวิจัยที่มีไม่ตรงกับปัญหาที่พบ คุณภาพของงานวิจัยยังดีไม่พอ รวมทั้งยังมึ้งงานวิจัยไม่เพียงพอที่จะตอบโจทย์ของผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบาย อย่างไรก็ตาม มีการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเป็นจำนวนมากเพื่อนำเสนอต่อหน่วยงานภาครัฐ แต่ก็ไม่ได้รับการตอบสนอง ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ยังไม่ชัดเจน และจังหวะของการนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัตินั้นยังไม่เหมาะสมยังไม่สบกับหน้าต่างนโยบาย (Policy window)

อย่างไรก็ตามในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้เกิดการเคลื่อนไหวที่เป็นจุดเล็กๆในพื้นที่ต่างๆที่มุ่งไปสู่ทิศทางการบริหารจัดการสุขภาพโดยท้องถิ่น ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากความเข้มแข็งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเอง หรือเกิดจากการสนับสนุนขององค์กรต่างๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผ่านการตั้งกองทุนสุขภาพตำบล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มีการขับเคลื่อนแผนตำบลสุขภาพฯ ฯลฯ ความเคลื่อนไหวเหล่านี้ ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชนในการดูแลจัดการสุขภาพให้เป็นเครือข่ายที่กว้างขวางมากขึ้น

การศึกษาในระยะต่อไป จึงควรให้ความสนใจต่อสถานการณ์ที่กล่าวข้างต้น ซึ่งบางท้องถิ่นสามารถดำเนินการเองได้ โดยไม่จำเป็นต้องรอรับการถ่ายโอนภารกิจสุขภาพจากส่วนกลาง เพราะ(ร่าง)แผนการกระจายอำนาจฉบับที่ 3 กำหนดไว้ชัดเจนว่าท้องถิ่นสามารถจัดบริการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย และกรอบแนวคิดของกระจายอำนาจไม่ใช่เป็นเรื่องของการส่งการจากส่วนกลางไปยังพื้นที่

### ประเด็นที่ควรศึกษาวิจัยในอนาคต

ควรพิจารณาการกระจายอำนาจในมุมมองที่นอกเหนือไปจากอำนาจเดิมตามโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข และสร้างงานวิจัยที่เป็นการทบทวนแนวคิด ทบทวนรูปแบบการกระจายอำนาจตามทฤษฎี รวมทั้งศึกษาวิจัยเชิงพัฒนาในพื้นที่การกระจายอำนาจที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆกัน เพราะการกระจายอำนาจเป็นเพียงเครื่องมือ มิใช่เป็นเป้าหมาย การถ่ายโอน



สถานพยาบาลไปอยู่ภายใต้ อปท. เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเผื่อใจว่าจะบรรลุเป้าหมายที่มุ่งหวังหรือไม่ ทั้งนี้ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นชุดปัจจุบันได้ให้หลักการไว้ว่า การกระจายอำนาจไม่ควรยึดรูปแบบการถ่ายโอนแต่ใช้เป็นการสร้างระบบความสัมพันธ์ที่มีการบูรณาการระหว่างราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

นอกจากนี้ ประเทศไทยได้มีการกระจายอำนาจจากหน่วยงานส่วนกลางสู่หน่วยงานในภูมิภาคและท้องถิ่น ไม่ว่าจะในรูปแบบ สปสช. เขต หรือการถ่ายโอนสถานพยาบาลให้อปท. ส่วนรูปแบบสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ หรือคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งถือเป็นการกระจายอำนาจในระดับท้องถิ่นที่มีองค์ภาคประชาสังคม รวมทั้งชุมชนท้องถิ่น มาร่วมคิดและตัดสินใจในคณะกรรมการระดับท้องถิ่น ซึ่งรูปแบบแบบนี้ควรประเมินว่าผู้ที่มีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการ โดยเฉพาะที่มาจากภาคประชาสังคม หรือตัวแทนประชาชนได้ทำหน้าที่ตรงนี้มากน้อยเพียงใด มีพื้นที่ในการร่วมคิดและตัดสินใจในการบริหารงบประมาณด้านสุขภาพเป็นอย่างไร หรือแม้กระทั่งการนำมติสมัชชาสุขภาพหรือนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ นอกจากนี้ควรศึกษาข้อจำกัดหรือปัจจัยที่ขัดขวางผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสมัชชาสุขภาพด้วย

ผลการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า กรอบคำถามการวิจัยที่สำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมี 3 ประเด็น คือ 1) การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการกระจายอำนาจ เช่น เขตสุขภาพ 2) การพัฒนาขีดความสามารถของ อปท. ให้มีความเข้มแข็งในการจัดการด้านสุขภาพ เช่น การพัฒนากลไกของท้องถิ่นให้สามารถทำงานด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดทำคู่มือภารกิจงานด้านสาธารณสุขพื้นฐานสำหรับ อปท. แต่ละระดับ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรของท้องถิ่น 3) รูปแบบการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการที่ดีภายใต้เงื่อนไขการกระจายอำนาจ เช่น บทบาท อปท. ในการสร้างความเป็นธรรม การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

## คำถามวิจัยชุดที่ 1 การพัฒนารูปแบบการกระจายอำนาจแบบเขตสุขภาพ

บทเรียนจากต่างประเทศหลายแห่ง เช่น ประเทศนอร์เวย์ กำลังล้มเลิกการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นที่ดำเนินการไปแล้ว และหันกลับมารวบเข้าไปดูแลทั้งหมด และเรียกใหม่ว่า เขตสุขภาพ ที่มีการบริหารจัดการระดับพื้นที่โดยคณะกรรมการที่มีความเป็นอิสระภายใต้พื้นที่และประชากรที่กำหนดชัดเจน เพื่อให้เกิดบริการแบบบูรณาการ โดยเชื่อว่าจะทำให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพ ซึ่งประเทศนอร์เวย์เป็นประเทศหนึ่งที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการผ่านการกระจายอำนาจสู่การปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นระบบสุขภาพของนอร์เวย์จึงแบ่งเป็นระดับชาติ ระดับเขต และระดับเทศบาลตามโครงสร้างการปกครอง เมื่อปี 2002 รัฐบาลกลางได้รวมการจัดบริการสุขภาพและแบ่งเขตพื้นที่บริการออกเป็น 5 เขตพื้นที่ (Regional Health Authority) โรงพยาบาลถูกรวบเข้ามาสู่เขตพื้นที่เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน Health Enterprises ซึ่งเขตสุขภาพมีลักษณะพิเศษ มีอำนาจในการบริหารทรัพยากรและงบประมาณค่อนข้างอิสระ มีอำนาจในการกำหนดนโยบายสุขภาพ และเป้าหมาย/ตัวชี้วัดในระดับเขต

เขตสุขภาพอาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมสำหรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทย เนื่องจากปัจจุบันระบบสุขภาพของไทย ยังมีปัญหาในเชิงการบริหารจัดการมากมาย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาที่เกิดจากการแยกผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการออกจากกัน (purchaser-provider split) แต่มีปัญหาการปรับตัวของกลไกที่เกี่ยวข้อง จึงยังพบปัญหาการทับซ้อนบทบาทและการเผชิญหน้าระหว่างกลไกต่างๆบ่อยครั้ง<sup>(37)</sup> นอกจากนี้การขยายความต้องการบริการสุขภาพอันเนื่องมาจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้งบประมาณด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แรงผลักดันสำคัญที่เกิดขึ้นในช่วงสามปีที่ผ่านมาคือปัญหาโรคระบาดเกิดใหม่ที่รุนแรง เช่น ไข้หวัดนก/ไข้หวัดใหญ่ 2009 ซึ่งผ่านไปได้ด้วยระบบสาธารณสุขที่ได้อยู่เดิมร่วมกับท้องถิ่น อีกตัวอย่างหนึ่งคือประเด็นทางสังคม เช่น โรคอ้วน ยาเสพติด

การตั้งครุภักก่อนวัยอันควร ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและท้องถิ่น

จากการทบทวนเอกสารการปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 ได้มีข้อเสนอทางเลือกให้กระทรวงสาธารณสุขปรับบทบาทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ เนื่องจากปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขต้องดูแลสถานพยาบาลในสังกัดจำนวนมาก ทำให้กระทรวงสาธารณสุขเสียโอกาสในพัฒนาบทบาทด้านอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการอภิบาลระบบบริการสุขภาพในภาพรวม อีกทั้งปัจจุบันมีรูปแบบการบริหารงานสถานพยาบาลรัฐในรูปแบบใหม่ๆ เช่น การเป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐในลักษณะองค์การมหาชน และการถ่ายโอนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามกฎหมายกระจายอำนาจ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบัน ยังมีข้อจำกัดเรื่องศักยภาพอย่างมากในการรับถ่ายโอนสถานพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ ทำให้เกิดข้อเสนอล่าสุด คือ การจัดตั้ง "เขตสุขภาพ" ขึ้นเป็นกลไกที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของหน่วยงานเกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม กลไกเขตสุขภาพนี้ทำหน้าที่บริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการทั้งหมดในเขตนั้นๆ เพื่อให้สามารถจัดบริการพื้นฐานและบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของประชาชนในเขตนั้นๆ ได้

การที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเครือข่ายบริการ (Service plan) และมอบหมายผู้ตรวจราชการและสาธารณสุขนิเทศก์ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่บริการทั้ง 12 เครือข่ายบริการทำให้เกิดเงื่อนไขที่ดีในการพัฒนาแนวคิดเรื่องเขตสุขภาพให้เป็นรูปธรรมและเป็นทางเลือกสำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีการกระจายอำนาจออกไปในระดับพื้นที่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในการประชุมปรึกษาหารือแนวทางการดำเนินการรูปแบบเขตสุขภาพ ซึ่งมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ได้มีมติให้ดำเนินการพัฒนาเขตสุขภาพในรูปแบบ Regional Provider Network และมีคำถามการวิจัยเกี่ยวกับข้อเสนอรูปแบบและโครงสร้างเขตสุขภาพ องค์ประกอบและ

บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการเขตสุขภาพ โครงสร้างของสำนักงานเลขานุการ และระบบสนับสนุนต่างๆ เช่น ระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบการเงินการคลัง ฯลฯ ความสัมพันธ์กับกลไกและโครงสร้างอื่นในระดับเขต และข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่าน รวมถึงทางเลือกพัฒนาการของเขตสุขภาพในอนาคต

### คำถามวิจัยชุดที่ 2 การพัฒนาขีดความสามารถของ อปท. ให้มีความเข้มแข็งในการจัดการด้านสุขภาพ

จากการทบทวนเอกสาร(ร่าง)แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 3) ได้มีการกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ถ่ายโอนสถานีนามัย(สอ.) / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) หรือ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือ โรงพยาบาลทั่วไป(รพท.) พร้อมทั้งบุคลากรและงบประมาณให้กับ อปท. ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินความพร้อมภายในเดือนกันยายนของทุกปี โดย สธ. ต้องจัดฝึกอบรมและจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานให้กับ อปท. รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีอำนาจหน้าที่ในการส่งเสริมกำกับ ตรวจสอบ และประเมินคุณภาพงานสาธารณสุขของอปท. ส่วนด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน สธ. และ สปสช. ต้องกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านสุขภาพของ อปท. เทศบาล และ อบจ.<sup>(38)</sup> ดังนั้นการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาอปท. ให้สามารถทำงานด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดทำคู่มือภารกิจด้านสาธารณสุขพื้นฐานสำหรับอปท.แต่ละระดับ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของอปท.จึงเป็นสิ่งจำเป็น

คำถามวิจัยเพื่อสร้างความเข้มแข็งของ อปท. ในการจัดการด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพและบทเรียนของการบริหารจัดการของหน่วยบริการสุขภาพ ท้องถิ่น เครือข่ายสุขภาพ และชุมชนในแต่ละพื้นที่ ในระดับต่างกันมีรูปแบบการทำงาน ความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคอย่างไร 2) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่ อปท. ในแต่ละระดับมีบทบาทในการจัดการด้านสุขภาพในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการตอบสนองและจัดการกับปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นเป็นอย่างไร เกิดความ





เป็นธรรมชาติในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างไร การยกระดับความเข้มแข็งของชุมชนและท้องถิ่นทำให้การบริหารจัดการองค์กรและการเงินการคลังของระบบสุขภาพระดับพื้นที่เป็นอย่างไร 3) เหตุปัจจัยเชิงบริบท เช่น ลักษณะทางเศรษฐกิจ การเมืองของท้องถิ่น นโยบายและระบบการบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ที่สำคัญอะไรบ้าง ที่มีผลต่อความแตกต่างของรูปแบบและผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้น 4) ทางเลือกในการบริหารจัดการสุขภาพโดยท้องถิ่น และนัยต่อการพัฒนา นโยบายระบบกลไกและโครงสร้างการเงินการคลัง ระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ อันจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบต่างๆ ของการกระจายอำนาจสุขภาพสู่ท้องถิ่นมีอะไรบ้าง 5) ปัจจุบันท้องถิ่นจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขขึ้นเองเป็นจำนวนมาก สถานการณ์การจัดบริการด้านสาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ตั้งโดย อบท. เป็นอย่างไร เกิดความประหยัดเชิงขนาดหรือไม่ 6) ความร่วมมือในการจัดระบบสนับสนุนการบริการด้านสาธารณสุข ระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยงานบริการด้านสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการจัดระบบการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับอำเภอ สสอ./รพช. และ สสจ. ในการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นอย่างไร 7) การใช้บริการของประชาชนที่ศูนย์บริการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างไร ประชาชนพึงพอใจหรือไม่ 8) แนวทางของ อบจ. เทศบาล อบต. ในการดำเนินการพัฒนาสุขภาพในแต่ละระดับเป็นอย่างไร ทั้งด้านโครงสร้าง กลไก การระดมทรัพยากรและงบประมาณ การจัดการด้านบุคลากร การจัดการทางการเงิน การจัดระบบบริการ งานบริการสาธารณสุข (งานรักษาพยาบาล งานทันตกรรม งานอนามัยโรงเรียน) งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (งานเฝ้าระวังงานระบาดวิทยา งานโรคติดต่อและสัตว์นำโรค) งานส่งเสริมสุขภาพ (งานอนามัยชุมชน งานสาธารณสุขมูลฐาน งานส่งเสริมการออกกำลังกาย งานป้องกันยาเสพติด งานควบคุมมาตรฐานอาหารและยา) งานสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อม (งานอาชีวอนามัย งานสุขภาพิบาล งานควบคุมสิ่งปฏิกูล งานควบคุมมลพิษ งานติดตามสอบสวนโรค)

### คำถามวิจัยชุดที่ 3 รูปแบบการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการที่ดีภายใต้เงื่อนไขการกระจายอำนาจ

จากการทบทวนเอกสารทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ พบคำถามสำคัญเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของอปท. และประชาชนในการจัดการด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรภาคีต่างๆต่อการจัดทำแผนงานโครงการด้านสุขภาพหรือโครงการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพควรเป็นอย่างไร 2) บทบาทของอปท. ในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เช่น สถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การแบกรับภาระค่าใช้จ่าย ฯลฯ ควรเป็นอย่างไร 3) บทบาทและความสัมพันธ์ขององค์กรในระบบสุขภาพภายใต้บริบทการกระจายอำนาจ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการหน่วยงานด้านบริหารของกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยงานด้านวิชาการ เช่น กรมต่างๆ ควรเป็นอย่างไร

### วิจารณ์และสรุป

หากมองกระบวนการกระจายอำนาจคือความพยายามในการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบในการบริหารจัดการของรัฐให้แก่อปท. เพื่อให้อปท. มีความเป็นอิสระและสามารถบริหารจัดการตนเองได้อย่างคล่องตัวแล้ว อาจมองได้ว่ากระบวนการกระจายอำนาจเป็นกระบวนการทางการเมือง ซึ่งผลของการกระจายอำนาจย่อมทำให้บุคคลบางกลุ่มหรือองค์กรบางองค์กรได้ประโยชน์จากกระบวนการกระจายอำนาจ ในขณะที่เดียวกันก็ย่อมต้องมีบุคคลหรือองค์กรบางแห่งต้องสูญเสียประโยชน์จากกระบวนการกระจายอำนาจเช่นเดียวกัน การกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ผ่านมา เช่น การบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่ พบปัญหาการจัดการบริการโดยหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังมีความแออัด เกิดปัญหาด้านคุณภาพและประสิทธิภาพที่ยังไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมมือกัน โดยมีพื้นฐานความเชื่อว่ระบบสาธารณสุขเป็นเรื่อง

การบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกับท้องถิ่นจะต้องร่วมมือกัน จัดบริการในสถานการณ์ใหม่ในระดับพื้นที่เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่เหมาะสมที่สุด

หากมองในมุมที่การสาธารณสุขเป็นเรื่องของคนไทยทั้งประเทศที่ควรเป็นเจ้าของสุขภาพ ควรค้นหาพื้นที่ที่มีการดำเนินงานสำเร็จ (best practice) ด้วยตนเองเพื่อต่อยอดในการพัฒนาความเข้มแข็งภายใต้แนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ การวิจัยและพัฒนาารรูปแบบการระดมทรัพยากร จาก อบจ. สสส. สปสช. เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพระดับจังหวัด (model development) เชื่อมโยงระดับจังหวัดลงไประดับชุมชน ตำบล และจัดโครงสร้างระดับต่างๆ ก็เป็นประเด็นที่มีความน่าสนใจเช่นเดียวกัน การเชื่อมต่อกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและท้องถิ่นให้ร่วมกันพัฒนางานด้านสาธารณสุข และเชื่อมต่อกับหน่วยงานนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข เช่น สสส. และ สปสช. ในเรื่องการร่วมสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

นอกจากนี้ งานศึกษาวิจัยที่ควรทำเพิ่มเติม ได้แก่ การศึกษาด้านสาธารณสุขที่ท้องถิ่นทำได้ดีแล้วและที่ยังมีช่องว่างที่ควรจะไปส่งเสริมความเข้มแข็ง (strengthen) มีอะไรบ้าง การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขของท้องถิ่นควรทำอย่างไร รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่นกับภาคีต่างๆควรเป็นอย่างไร ประเด็นเหล่านี้ควรทำการศึกษาวิจัยในลักษณะวิจัยและพัฒนาไปด้วยกันทั้งสองส่วน

ส่วนประเด็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพในสถานะของ Regional Provider Network ที่แสดงความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเขตสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง เป็นงานวิจัยที่ควรริบดำเนินการเนื่องจากหน้าตางนโยบายกำลังเปิดอยู่ในขณะนี้

### เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการกำหนดคคโลก กระบวนการ หลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานอนามัย. 2550. คู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- Collins C. Management and Organization of Developing Health Systems. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- Montero-Granados R, et al. Decentralisation and convergence in health among the provinces of Spain (1980-2001). *Social Science Medicine* 2007;64:1253-64.
- De Vos P, et al. Shifting the demand for emergency care in Cuba's health system. *Social Science Medicine* 2005;60:609-16.
- Uchimura H, Johannes J. Fiscal decentralization, Chinese style: Good for health outcomes? *World Development* 2009;37:1926-34.
- Xiaoyun L, et al. Does decentralisation improve human resource management in the health sector? A case study from China. *Social Science Medicine* 2006;63:1836-45.
- Selma S, et al. Evaluation of Croatian model of polycentric health planning and decision making. *Health Policy* 2009;89:271-8.
- Atkinson S, et al. Going down to the local: incorporating social organization and political culture into assessments of decentralized health care. *Social Science Medicine* 2000;51:619-36.
- Mosca I. Is decentralisation the real solution? A three country study. *Health Policy* 2006;77:113-20.
- Magnussen J. Centralized or decentralized? A case study of Norwegian hospital reform. *Social Science Medicine* 2007;64:2129-37.
- McIntyre D, Klugman B. The human face of decentralisation and integration of health services: experience from South Africa. *Reproductive Health Matters* 2003;11:108-19.
- Sheaff R. Governance in gridlock in the Russian health system; the case of Sverdlovsk oblast. *Social Science Medicine* 2005; 60:2359-69.
- Tediosi F. Governing decentralization in health care under tough budget constraint: What can we learn from the Italian experience? *Health Policy* 2009;90:303-12.
- Grundy J, et al. Health system strengthening in Cambodia - A case study of health policy response to social transition. *Health Policy* 2009;92:107-15.
- Allen P. New localism in the English National Health Service: What is it for? *Health Policy* 2006;79:244-52.
- Atkinson S. Political cultures, health systems and health policy. *Social Science Medicine* 2002;55:113-24.
- Mills A. Decentralization and accountability in the health sector reform an international perspective: what are the choices? *Public Administration and Development* 1994;14:281-92.
- Exworthy M, Frosini F. Room for manoeuvre? Explaining local autonomy in the English National Health Service. *Health Policy* 2008;86:204-12.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. ประวัติศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขของไทย : บทวิเคราะห์การกระจายอำนาจและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข.



- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541.
20. โกวิทช์ พวงงาม. การศึกษาภารกิจ อบต. และความเข้มแข็งของประชาคมตำบล ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพชุมชนระดับตำบล. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544.
  21. ปรีวรรค อุดมศักดิ์. การจัดระบบการรับภารกิจกระจายอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบบริการสาธารณสุขของเทศบาลตำบลปากแพรง หุ่นสูง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
  22. ปรีชา อุปโยคิน. สถานการณ์และเงื่อนไขการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในท้องถิ่น : กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2547.
  23. ประสิทธิ์ ลีระพันธุ์. สถานการณ์และเงื่อนไขการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในท้องถิ่น : กรณีศึกษาจากการพัฒนานำร่องรูปแบบ กสพ. จังหวัดภูเก็ต. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
  24. คิเรก ปัทมศิริวัฒน์. การกระจายอำนาจจากส่วนกลางให้ท้องถิ่นและภูมิภาคประเมินความก้าวหน้า อุปสรรคและนัยต่อสุขภาพของประชาชน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2547.
  25. กิตติพัฒน์ แสนทวีสุข. รูปแบบความสัมพันธ์ของการบริหารราชการส่วนภูมิภาคและราชการส่วนท้องถิ่นอย่างมีธรรมาภิบาล. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
  26. คิเรก ปัทมศิริวัฒน์. การสนับสนุนธรรมาภิบาลของ อบต.และการมีส่วนร่วมของประชาชน : การเรียนรู้ร่วมกับท้องถิ่น ระยะที่ 2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
  27. วินัย ลีสมิทธี. การศึกษารูปแบบ แนวทาง ระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2552.
  28. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ผลกระทบของการออกนอกระบบราชการไปอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐต่อการจัดบริการทางสุขภาพภายในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
  29. สงครามชัย ลีทองดี. การประเมินความก้าวหน้าและวิเคราะห์ผลกระทบในการดำเนินงานตามแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
  30. ปรีดา เต๋ออารักษ์. การศึกษาบทบาทสถานการณ์การกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550.
  31. วินัย ลีสมิทธี. การศึกษาบทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
  32. เวียงรัฐ เนติโพธิ์. กระบวนการทางการเมืองในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข กรณีศึกษาการถ่ายโอนสถานีอนามัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
  33. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพและข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
  34. สมพันธ์ เตชะอธิก. สรุปรบทเรียนและติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552.
  35. Hawkin L, Srisasalux J, Osornprasop S. Devolution of health centers and hospital autonomy in Thailand: A rapid assessment. Health Systems Research Institute and World Bank; 2009.
  36. ปรีดา เต๋ออารักษ์. สังเคราะห์ทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
  37. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, จรยพร ศรีศัลักษณ์, สายศิริ ดำนวัฒน์. บทสังเคราะห์ข้อเสนอบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
  38. สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (ร่าง)แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 3 พ.ศ..... (อยู่ระหว่างกรณำเสนอคณะรัฐมนตรี)