

# ๕ ปีของการถ่ายโอนสถานอนามัยให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล: การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔

เยาวมาลัย เสือแสงทอง\*

รำไพ แก้ววิเชียร\*

## บทคัดย่อ

เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วง ๕ ปีของการถ่ายโอนสถานอนามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)และเทศบาล เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ ในการประมวลและสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการระยะต่อไป โดยการศึกษาเอกสารการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การวิจัยประเมินผลของนักวิจัยหลากหลายมุมมอง และการตรวจเยี่ยมติดตามและประเมินผลการถ่ายโอนสถานอนามัยให้อบต.และเทศบาลอย่างต่อเนื่องจากกลุ่มผู้บริหารท้องถิ่น กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนไปอยู่กับอปท. และกลุ่มประชาชนที่เข้ารับบริการจากสถานอนามัยถ่ายโอน รวมทั้งการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมในกระบวนการถ่ายโอนสถานอนามัยให้อบต.และเทศบาล ในฐานะเป็นหน่วยงานบริหารจัดการ ผลการศึกษาใน ๓ มิติประกอบด้วย ๑)ความก้าวหน้าการถ่ายโอนสถานอนามัยถึงปัจจุบัน ในช่วง ๕ ปีชี้ให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของท้องถิ่น ส่วนใหญ่มีพัฒนาการในทิศทางที่เติบโต มีผลการดำเนินงานสาธารณสุขท้องถิ่นที่สนองตอบความต้องการของชุมชน ๒๖ แห่ง มีเพียง ๒ แห่งที่การถ่ายโอนบุคลากรไปเพียง ๑ คน ซึ่งน้อยเกินไปและการสรรหาคูคนเพิ่มเติมของท้องถิ่นมีข้อจำกัดเนื่องจากบริบทพื้นที่ ๒)บทเรียนที่ได้จากการถ่ายโอนทั้งแบบเฉพาะกรณีและบทเรียนร่วมของหลายท้องถิ่นเป็นชุดข้อมูลที่สามารถนำไปประกอบการพิจารณาทั้งเชิงนโยบายและปฏิบัติการ ๓)ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อกระทรวงสาธารณสุขและสภท. สำหรับทางเลือกการถ่ายโอน คือ ๑)ถ่ายโอนแบบเดิม ต้องปรับปรุงหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และขั้นตอนกระบวนการ เพื่อป้องกันผลเสีย กำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจนขึ้นและให้มีกลไกดำเนินการที่เป็นอิสระ ๒)การถ่ายโอนแบบใหม่ กระทรวงต้องจริงจังในการทดลองนำร่องและสรุปบทเรียน สภท.จะต้องมีกลไกและวิธีการที่สนับสนุนอย่างเข้มแข็งเพียงพอ ๓)ไม่ถ่ายโอนแต่ทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและอปท. โดยมีกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายให้ชัดเจน

*คำสำคัญ:* การถ่ายโอนสถานอนามัย, งานสาธารณสุขท้องถิ่น, การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

**Abstract** Five Years of Transferring Health Centers to Tambon Administrative Organizations and Municipalities: Health Decentralization, 2007-2011

Yaovaman Suasangtong\*, Rampai Kaewvichien\*

\*Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health

This study was conducted to learn of the changes that had occurred during the five-year period of the transfer of subdistrict (tambon) health centers to Tambon Administrative Organizations (TAOs) and municipalities. Both quantitative and qualitative data were collected from primary and secondary sources; and then data were processed and policy recommendations were synthesized for submission to high-level administrators of the Ministry of Public Health (MoPH) and other relevant agencies in the next

\*สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

phase. Documentary review was conducted on program implementation documents of agencies concerned, various evaluative research papers, and reports on program monitoring and evaluation carried out continuously by administrators of the local government organizations (LGOs), the transferred health officials, and the people who had received health services from the health centers before and after the transfer, and the participatory observation of the transfer process especially to the LGOs as the management agencies. The results in the three dimensions are as follows: (1) The progress of the transfer, over the past five years, have shown positive changes in most of the local health programs as their services are responsive to the needs of the communities. Of all 26 transferred health centers, only 2 health centers had only 1 health official transferred to each of them, which was too few and the recruitment of additional staff by the local agencies was constrained by the local context. (2) The lessons learned from transfer with regard to specific cases and overall common lessons are the information that can be used for consideration for policy and operation improvements. (3) The policy recommendations for MoPH and the Office of the Decentralization to Local Government Organizations Committee (DLOC) regarding the options of transfer are: (a) transfer in the old pattern, but with the revision of criteria, conditions, and process to prevent negative effects; and the roles and responsibilities of relevant agencies have to be made clearer by an independent mechanism; (b) the new model of transfer, i.e. MoPH has to take this matter seriously especially in the pilot-scale decentralization and the synthesis of lessons learned; and the DLOC has to have a strong and adequate support mechanism and procedures; and (c) non-transfer but working together collaboratively by MoPH and LGOs with clearly specified roles and responsibilities.

*Key words: transfer of health center, local health programs, health decentralization*

### ภูมิหลังและเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.)ภายใต้กรอบกฎหมายว่าด้วยการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี ๒๕๔๒ ในการดำเนินการให้เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจและแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ ฉบับที่ ๒ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแนวทางในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข กระบวนการมีส่วนร่วมและมีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับอย่างกว้างขวางโดยยึดหลักการและวัตถุประสงค์ที่สอดคล้องกับกฎหมายว่าด้วยการกระจายอำนาจให้แก่อปท. นำเสนอต่อกกต.และใช้เป็นแนวทางดำเนินการนับแต่ที่ประชุมกกต.มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๔๙ เป็นต้นมา<sup>(๑)</sup>

ต่อมา กกต.ได้มีมติเมื่อวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๕๐ ให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่อปท. ทั้งนี้เพื่อเร่งรัดการเพิ่มสัดส่วนรายได้ของอปท.ให้ได้ถึงร้อยละ ๓๕ ตามที่กฎหมายกำหนด โดยให้มีการทดลองดำเนินการนำร่อง ๓๕ แห่ง ปลายปีเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุข

สามารถดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่อบต. และเทศบาล จำนวน ๒๒ แห่ง และเพิ่มอีก ๖ แห่งในกลางปี พ.ศ.๒๕๕๑ รวมเป็น ๒๘ แห่ง<sup>(๒)</sup> นับถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา ๕ ปีแล้ว

หลังการถ่ายโอน กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)ดำเนินการติดตามประเมินผลและถอดบทเรียนในช่วงการดำเนินการถ่ายโอนและหลังถ่ายโอน ๑ เดือน, ๖ เดือน และ ๑ ปี หลังจากนั้นสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ได้มีการวิจัยติดตามประเมินผลในปี ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๔ ซึ่งมีลักษณะเป็นภาคตัดขวาง ไม่ได้มีการเปรียบเทียบผลคืบหน้าและการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการจึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องศึกษา รวบรวมข้อมูลปรากฏการณ์ ความเปลี่ยนแปลง การดำเนินการ ขั้นตอน กระบวนการ ปัญหาอุปสรรคและผลกระทบอย่างเป็นระบบและมีรายละเอียดเชิงลึก เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข และเป็นข้อมูลเสนอต่อกกต. เพื่อยกร่างแผนการกระจายอำนาจฯ และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ(ฉบับที่ ๓)พ.ศ....



## ระเบียบวิธีศึกษา

วิธีการศึกษา มุ่งเน้นเรียนรู้จากกระบวนการดำเนินการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่อบต.และเทศบาล ควบคู่ไปกับติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนากระบวนการถ่ายโอน โดยกำหนดประเด็นหลัก ๕ ประเด็นที่มุ่งศึกษา คือ ๑)ระบบงานสาธารณสุขท้องถิ่น ๒)บุคลากรสาธารณสุข ๓)ระบบงบประมาณด้านสาธารณสุข ๔)ผลกระทบทั้งเชิงบวกและลบ และ ๕)ข้อมูลทั่วไป สภาพและบริบทเฉพาะพื้นที่ในการบริหารการถ่ายโอน โดยแต่ละประเด็นหลักผู้วิจัยนำไปแตกประเด็นย่อยและสร้างคำถามขึ้นให้เหมาะกับแหล่งข้อมูล กลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Key informant) แต่ละกลุ่มและวิธีการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้มาซึ่งภาพความเปลี่ยนแปลงและปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นใน ๕ ประเด็นนี้ ในแต่ละประเด็นหลัก จึงมีคำถามย่อยหลายข้อแตกต่างกัน โดยครอบคลุมสาระที่ต้องการ ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสนทนากลุ่มร่วมกับการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณได้จากการสอบถามหรือสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย มีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

๑. การศึกษาข้อมูลเอกสาร (Documentary study) ผ่านการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและภาคีที่เกี่ยวข้อง ทั้งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ เช่น งานวิจัยและเอกสารวิชาการ การสรุปบทเรียนจากกระบวนการดำเนินงาน บันทึก รายงานผลการดำเนินงาน การติดตามประเมินผลและการพัฒนาระบบสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

๒. การศึกษาภาคสนาม (Field Study) โดยการตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามประเมินผลการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่อบต.และเทศบาล รับทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และการจัดบริการสาธารณสุขของอบต.และเทศบาล ๒ ครั้ง ในปี ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๔ เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลง วิเคราะห์ปัญหา เพื่อสนับสนุนกระบวนการและแก้ไขปัญหา/อุปสรรคร่วมกับกลไกทุกระดับ ในการตรวจเยี่ยมนั้น มีการลงพื้นที่ทุกแห่งที่มีกรถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้ อบต.และเทศบาล รวม ๑๔ จังหวัด พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

ซึ่งเป็นข้อมูลที่สะท้อนจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม (Focus groups discussion) ผู้บริหารสาธารณสุขและคณะทำงานดำเนินการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่อบต.ทุกระดับในจังหวัด กลุ่มผู้บริหารท้องถิ่น กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนไปพร้อมสถานื่อนามัย และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ร่วมกับการตอบแบบสอบถามในกลุ่มประชาชนผู้รับบริการในพื้นที่ถ่ายโอน

๓. การรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เช่น การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการในการประสาน ระหว่างดำเนินการถ่ายโอน การเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำการดำเนินการแก่คณะทำงานจังหวัด เจ้าหน้าที่เทศบาล อบต.และสอ.ที่ถ่ายโอนในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ การตรวจเยี่ยมรับฟังการบรรยายสรุปในพื้นที่ การรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และสถานื่อนามัย ในพื้นที่จังหวัดที่ถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อยืนยันข้อมูลที่เก็บรวบรวมอย่างเป็นทางการ

๔. การจัดประชุมสัมมนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ถ่ายโอนไปอยู่กับอบต.และเทศบาล เพื่อรับฟังความเห็น สรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะจากการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่อบต.และเทศบาล

๕. การจัดทำรายงานผลการศึกษาและความก้าวหน้าการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้แก่อบต.และเทศบาลเพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการต่อไป ให้เห็นความเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าของอบต.ด้านสาธารณสุข และบทเรียนสำคัญจากการถ่ายโอน

๖. การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(กทอ.)

## ผลการศึกษา

### ๑. ความก้าวหน้าของงานสาธารณสุขท้องถิ่นในช่วง ๕ ปี

ระยะที่ ๑ ช่วงเตรียมการถ่ายโอนและดำเนินการถ่ายโอน ปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๑

ถือเป็นช่วงการดำเนินการถ่ายโอนและปรับบทบาท เนื่องจากมีการเตรียมความพร้อมและการกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข กลไก กระบวนการ วิธีการ และขั้นตอนการดำเนินงาน ทั้งระดับชาติที่ส่วนกลางและระดับพื้นที่ในจังหวัดไว้ โดยเงื่อนไขระบุมความพร้อมทั้งฝ่ายโอนไป(สอ.)และฝ่ายรับโอน(อบต.และเทศบาล) ซึ่งปัจจัยที่หนุนเสริมกระบวนการถ่ายโอนที่สำคัญ คือ ความสมัครใจของเจ้าหน้าที่สถานีนอมาลัย เจ้าหน้าที่ที่ถ่ายโอนส่วนใหญ่ทำงานร่วมกันในพื้นที่รู้จักคุ้นเคย มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด สะท้อนการมีเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพประชาชนร่วมกัน และเห็นโอกาสในการทำงานสนองตอบประชาชนในพื้นที่ได้ดีกว่า<sup>(๔)</sup>

ในขณะนี้จึงเห็นการทำงานร่วมกันเป็นไปในลักษณะถ้อยทีถ้อยอาศัย ต่างฝ่ายต่างแสดงออกซึ่งการสนับสนุนซึ่งกันและกัน จึงมีนักวิชาการบางคนวิจารณ์ว่าเป็นช่วง Honey moon period โดยปรากฏการณ์สำคัญ คือ

๑) งานสาธารณสุขท้องถิ่น มีความพยายามสร้างผลงานด้านการบริการสุขภาพ โดยการกำหนดแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขร่วมกันระหว่างผู้บริหารอบต./เทศบาลกับบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอน อบต./เทศบาลสนับสนุนกิจกรรมการพัฒนางานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมอย่างชัดเจน มีความกระตือรือร้นในการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนอมาลัย ประกอบกับการสนับสนุนจากส่วนกลาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพอย่างชัดเจน เช่น การปรับปรุงอาคารสถานที่ ปรับภูมิทัศน์และขยายพื้นที่จัดบริการเพิ่ม

๒) บุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอน ผู้บริหารท้องถิ่น มีการดูแลด้านขวัญและกำลังใจแก่บุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอน ทั้งเรื่องการจ่ายโบนัสประจำปี การพิจารณาความดีความชอบและการสนับสนุนให้เข้าสู่ตำแหน่งบริหารของท้องถิ่น แต่บุคลากรต้องปรับตัวเข้าสู่ระบบงานใหม่ ท่ามกลางระเบียบวิธีปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน

๓) การบริหารจัดการ ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ ทรัพย์สิน วัสดุและเวชภัณฑ์ มีข้อติดขัดอันเนื่องมาจากระเบียบกฎหมาย วิถีปฏิบัติที่เป็นเรื่องใหม่ ไม่มีการดำเนินการมาก่อน ระเบียบกฎหมายที่ไม่ชัดเจน และแตกต่างกัน

ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย ภาวะติดขัดนี้มีการแก้ไขและหาทางออกเป็นรายกรณีไป โดยผู้เกี่ยวข้องทั้งฝ่ายสนับสนุน ฝ่ายดำเนินการ ต่างก็ตีความกฎระเบียบต่างๆที่มีอยู่ และไม่กล้าตัดสินใจในทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง จนกว่าจะได้มีการศึกษาหรืออภิปรายกันจนรอบคอบดีแล้ว ทำให้การแก้ไขปัญหาข้อติดขัดล่าช้า และสร้างความกังวลแก่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ<sup>(๕)</sup> การลงไปติดตามประเมินของส่วนกลาง ทั้งจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุขและสภท. รวมทั้งนักวิจัยหลายคณะที่ลงพื้นที่ไปรวบรวมข้อมูล ต่างได้รับเสียงสะท้อนปัญหาอุปสรรคสภาพการทำงานที่มีความสับสนและไม่มีความปฏิบัติที่ชัดเจน การประสานของส่วนกลางและจังหวัดจึงมีมากขึ้น อาศัยความร่วมมือและความพยายามในการแก้ปัญหา/อุปสรรค ช่วงนี้จึงเป็นช่วงที่มีการเรียนรู้และการปรับตัวต่อระบบค่อนข้างสูง แต่ละท้องถิ่นจะมีปรากฏการณ์แตกต่างกันไป ส่วนใหญ่นุเคราะห์จะเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ เกรงว่าจะปฏิบัติไม่ถูกต้องผิดระเบียบ

๔) การถ่ายโอนงบประมาณ สถานีนอมาลัยมีเงินบำรุงซึ่งจัดเก็บเงินรายได้จากการจัดบริการและสปสช.จ่ายผ่านโรงพยาบาลแม่ข่าย มีระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการใช้จ่ายเงินบำรุง เมื่อถ่ายโอนแล้วจึงเกิดความสับสนว่าจะใช้ระเบียบใดรองรับ ส่วนกลางแนะนำให้ใช้ตามระเบียบเดิมโดยอนุโลม แต่มีข้อติดขัดเรื่องผู้มีอำนาจใช้จ่ายตามระเบียบนี้ ส่วนเงินเดือนของข้าราชการถ่ายโอน มีข้อติดขัดในวิธีปฏิบัติทำให้เกิดความล่าช้า อบต.บางแห่งต้องยืมเงินทროงจ่ายไปพลางก่อน ซึ่งก็ไม่มีกฎ ระเบียบรองรับ

๕) ผลการถ่ายโอน ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับที่สะท้อนจากการสำรวจความเห็นประชาชน ในช่วงแรกนี้ประชาชนเห็นความเปลี่ยนแปลงในเรื่องการบริการที่ดีขึ้นเพียงเล็กน้อย การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพจะแสดงผลในช่วงหลังจากนี้เมื่ออบต.และเทศบาลได้สนับสนุนการดำเนินการปรับปรุงอาคารสถานที่ จัดหาวัสดุอุปกรณ์เพิ่ม ขยายหรือเพิ่มกิจกรรมบริการใหม่ๆ ซึ่งในช่วงที่อยู่ในการถ่ายโอน การดำเนินการเรื่องเหล่านี้กำลังริเริ่มดำเนินการ ส่วนการมีส่วน



ร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีน้อย การรับรู้เรื่องการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้อบต./เทศบาลไม่เป็นที่ทราบโดยทั่วไป

**ระยะที่ ๒** ช่วงการเรียนรู้หลังการถ่ายโอนระยะแรก(พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒)

หลังการถ่ายโอน ๑๘ เดือน เป็นช่วงการปรับแนวคิดและวัฒนธรรมการทำงาน เป็นช่วงที่อบต.และเทศบาลเริ่มแสดงบทบาทความเป็นเจ้าของสถานื่อนามัย และคาดหวังการทำงานที่เห็นผลงานเป็นรูปธรรมและสร้างความพึงพอใจแก่ประชาชนในพื้นที่ ดังจะเห็นได้ว่า

๑) งานสาธารณสุข มีการให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์สุขภาพท้องถิ่น เนื่องจากเป็นงานที่ตอบสนองความต้องการประชาชนและส่งผลในเชิงบวกต่อผู้บริหารท้องถิ่น แผนงานและงบประมาณของอบต.และเทศบาลที่รับโอนสอ.ส่วนใหญ่มีการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุข โดยบรรจุในแผน ๓ ปี ตามข้อบัญญัติและเทศบัญญัติงบประมาณมากบ้างน้อยบ้างแตกต่างกันไป โดยมีสัดส่วนตั้งแต่ร้อยละ ๑๐ - ๓๐ มีอบต./เทศบาลเพียง ๒-๓ แห่งเท่านั้นที่ไม่มีการจัดสรรงบประมาณแก่อปท.ตามข้อบัญญัติและเทศบัญญัติงบประมาณ แต่ก็มี การสนับสนุนตามสภาพปัญหาในพื้นที่ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่

๒) การบริหารจัดการ อบต.และเทศบาลส่วนใหญ่มีความพยายามที่จะปรับกรอบโครงสร้างอัตรากำลังเพื่อรองรับภารกิจสาธารณสุขและส่งเสริมความก้าวหน้าของบุคลากรสาธารณสุขที่รับโอน รวมทั้งการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร แต่การดำเนินการยังมีข้อจำกัด ทั้งเรื่องการขาดแคลนบุคลากรทดแทน กรณีไปฝึกอบรม หรือการสนับสนุนเชิงระบบ เช่น การพัฒนาศักยภาพเชิงเทคนิควิชาการเฉพาะด้าน ไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานวิชาการ/หน่วยราชการเดิมในการช่วยเหลือพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขของท้องถิ่น<sup>(๕)</sup> การขาดความรู้ความเข้าใจในการสนับสนุนเรื่องความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ หรือการขาดอิสระในการกำหนดกรอบอัตรากำลัง รวมถึงการมีขั้นตอนดำเนินการที่มี

คณะกรรมการท้องถิ่นระดับจังหวัดในการกำหนดตำแหน่งงานใหม่ ทำให้การสนับสนุนความก้าวหน้าและการสร้างแรงจูงใจในการทำงานมีปัญหา

๓) บุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอน จากปัญหาเรื่องการจัดการส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนรู้สึกว่าจะไม่มีการดูแลอย่างเป็นระบบในเรื่องสิทธิประโยชน์ต่างๆที่กฎหมายว่าด้วยการกระจายอำนาจระบุว่าต้องไม่น้อยกว่าเดิม และขาดความมั่นใจเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพ ระบบการทำงานที่มีวัฒนธรรมและความคาดหวังที่แตกต่างกันระหว่างบุคลากรของท้องถิ่นและบุคลากรสาธารณสุข เกิดความเลื่อมล้ำในด้านการทำงาน ค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์ โดยไม่มีความเข้าใจพื้นฐาน ความเป็นมา และขาดการสร้าง ความเข้าใจอย่างเป็นระบบของหน่วยสนับสนุนจากส่วนกลาง ที่สำคัญกรอบงบประมาณที่ท้องถิ่นจะใช้จ่ายในการจ้างบุคลากรไม่เกินร้อยละ ๔๐ ของรายได้อปท.เป็นข้อจำกัด แม้ว่าอปท.จะพยายามปรับแก้ด้วยการจ้างเหมาบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับงานที่ไม่ซับซ้อน เช่นเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล พนักงานเก็บขยะ หรือจ่ายค่าตอบแทนในการทำงานของอสม. แต่งานดูแลสุขภาพที่ต้องอาศัยบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพและมีค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้นอปท.ต้องมีรายได้มากพอ จึงจะทำให้การสนับสนุนงานสาธารณสุขท้องถิ่นบังเกิดผลดีส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

๔) การถ่ายโอนด้านงบประมาณ ปัญหาเรื่องระเบียบเงินบำรุงได้รับการแก้ไข โดยส่วนกลางประสานจัดการให้มีการออกระเบียบเงินบำรุงของสถานบริการสาธารณสุขของอปท.<sup>(๖)</sup> งบประมาณที่สปสข.สนับสนุนผ่านโรงพยาบาลเครือข่ายไม่แตกต่างจากเดิม เพียงบางแห่งที่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อน การอุดหนุนงบประมาณจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นขึ้นอยู่กับแผนงานและการเสนอโครงการที่ขอรับการสนับสนุน จึงได้รับแตกต่างกันตั้งแต่ ๐.๔ - ๒.๕ ล้านบาท เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขที่รับถ่ายโอน ทำให้ปัญหาด้านงบประมาณมีน้อยมาก

๕) ประชาชนในพื้นที่ถ่ายโอน ร้อยละ ๘๐ ทราบว่ามีการถ่ายโอนสถานื่อนามัยให้อบต.หรือเทศบาลในพื้นที่ การ

บริการของสถานอนามัยดีขึ้นทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ในการติดตามประเมินผลสถานอนามัยที่ถ่ายโอนให้แก่อปท.ระบุว่า ผู้มารับบริการร้อยละ ๖๒ ให้ข้อมูลว่าการบริการดีขึ้น ร้อยละ ๓๗ ให้ข้อมูลว่าการบริการเหมือนเดิม มีเพียงร้อยละ ๑ ที่บอกว่าบริการแย่ลง นอกจากนี้ ประชาชนร้อยละ ๖๐ ระบุว่า มีบุคลากรสาธารณสุขให้บริการน้อยเกินไป การยอมรับในความรู้ความสามารถ ความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนไปอปท. และพึงพอใจต่อการบริการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สะดวก รวดเร็วและประหยัดถึงร้อยละ ๘๖<sup>(๓)</sup>

**ระยะที่ ๓** ช่วงการสรุปบทเรียนและปรับระบบสาธารณสุขท้องถิ่น ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๔

ปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการคลัสเตอร์ เป็นช่วงการเรียนรู้และพัฒนาขีดความสามารถ

๑) งานสาธารณสุขท้องถิ่น มีการบูรณาการกับงานอื่นของอปท.มากขึ้น อปท./เทศบาลทุกแห่งดำเนินงานสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข งานบริการสาธารณสุขไม่แตกต่างจากสอ.อื่นที่ไม่ได้ถ่ายโอน เนื่องจากยังเป็นเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลและทำข้อตกลงตามที่สปสข.กำหนด แต่การดำเนินงานสาธารณสุขท้องถิ่นมีขอบข่ายงานกว้างขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากรวมเองงานด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและสุขภาพไว้ด้วยกันเป็นกองสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม ภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนไปอปท. ซึ่งไม่มีบุคลากรอยู่เดิมจึงเพิ่มขึ้น

๒) ด้านกำลังคน บุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนไปเริ่มสรุปบทเรียนว่าสิทธิประโยชน์ถ่ายโอนติดตามตัวไม่ว่าจะย้ายไปอปท.อื่นหรือเกษียณจึงมีความมั่นคงในหน้าที่การงานและเกิดการปรับตัวยอมรับความแตกต่าง รวมทั้งมีความก้าวหน้า การเลื่อนระดับและปรับเข้าสู่ตำแหน่งบริหารท้องถิ่นเริ่มบริหารความคาดหวังของกันและกันไปในทิศทางที่สร้างสรรค์ ทำให้การทำงานร่วมกันเป็นระบบและมีทิศทางที่ดีขึ้น แต่มีบางแห่งที่มีการเปลี่ยนผู้บริหารเนื่องจากครบวาระและมีการเลือกตั้งผู้บริหารท้องถิ่นใหม่ทำให้ต้องมีการปรับแนวคิดกันใหม่

ในขณะที่ปัญหาเรื่องบุคลากรที่ถ่ายโอนไปไม่เพียงพอในการรับภารกิจด้านสาธารณสุขของอบต.หรือเทศบาลที่รับโอนยังคงดำรงอยู่เพราะมีข้อจำกัดในเรื่องกำลังคนที่ขาดแคลนเป็นปัญหาแม้แต่ในระบบราชการเดิม อบต.ที่มีจำนวนบุคลากรถ่ายโอนน้อยมีปัญหาการเปิดกรอบอัตราและประกาศรับสมัครบุคลากรบรรจุใหม่เนื่องจากติดขัดเรื่องอัตราค่าตอบแทนที่แตกต่างระหว่างอปท.และกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งขีดสมรรถนะของบุคลากรบรรจุใหม่ที่จะมาเริ่มงานในบางท้องถิ่นที่ไม่มีบุคลากรรุ่นพี่เป็นพี่เลี้ยงสอนงาน ถือเป็น การปรับตัวของท้องถิ่น ซึ่งเห็นว่าการยอมเสียเวลารอ ๔ ปี คุ่มค่ากว่า และได้กำลังคนของท้องถิ่นอย่างแท้จริง

๓) ด้านงบประมาณ มีอบต.เพียง ๑ แห่งที่ไม่ได้รับเงินอุดหนุนการทำงานที่สปสข.จ่ายผ่านโรงพยาบาลเครือข่าย เนื่องจากการสื่อสารทำความเข้าใจในระดับปฏิบัติการไม่ดีพอ ประกอบกับมีการย้ายเครือข่ายบริการ เมื่อมีการประสานชี้แจงแล้ว โรงพยาบาลก็ได้จ่ายให้ตามปกติ แต่อบต.ก็เสียโอกาสที่จะได้งบประมาณมาบริการประชาชนถึง ๒ ปี สำหรับเงินบำรุงของสถานอนามัยที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเฉพาะที่ถ่ายโอนตามกฎหมายว่าด้วยการกระจายอำนาจนั้น กระทรวงมหาดไทยได้กำหนดหลักเกณฑ์ว่าด้วยการนำเงินรายได้ของศูนย์บริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอนไปใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๕๒ และมีหนังสือจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นแจ้งให้ทราบและถือปฏิบัติตั้งแต่วันที่ ๒๕๕๒ แล้ว ทำให้การทำงานมีระเบียบปฏิบัติรองรับและลดความตึงเครียดลง รวมทั้งคาดหวังการพัฒนาระบบสนับสนุนของจากหน่วยงานกำกับนโยบายระดับชาติ คือสกท.ในการแก้ปัญหาเชิงระบบ ที่จะส่งผลดีต่อบุคลากรที่ถ่ายโอนไปแล้ว และอาจมีการถ่ายโอนได้อีกในอนาคต

๔) การบริหารจัดการการถ่ายโอน ในระดับพื้นที่ จังหวัดและอำเภอส่วนใหญ่การติดตามและช่วยแก้ปัญหาอย่างไม่เข้มแข็งเพียงพอ อย่างไรก็ตามการติดตามผลการถ่ายโอนของหน่วยงานส่วนกลาง ทั้งกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน



ท้องถิ่น(สภท.) และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ทำให้การแก้ปัญหาเชิงระบบที่เกี่ยวข้องกับระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ มีแนวโน้มจะได้รับการแก้ไขให้สมบูรณ์ขึ้นเรื่อยๆ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลาง ทั้งกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข และสภท. ได้มีการเรียนรู้และประสานจัดการ แก้ไขปัญหาในเชิงระบบในส่วนที่เป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน ขณะเดียวกันก็ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการนำร่องถ่ายโอนสถานีนอนามัย เพื่อรักษาลิทธิประโยชน์ของบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนให้ได้เท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้นตามที่กฎหมายกำหนดไว้ในพ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้อปท.พ.ศ.๒๕๔๒

๕) การมีส่วนร่วม มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้มากขึ้นว่ามีการถ่ายโอนสอ.ให้อปท./เทศบาล แต่การมีส่วนร่วมของประชาชนส่วนใหญ่เป็นระบบผ่านตัวแทน คือกลุ่มผู้นำชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)เป็นตัวเชื่อมระหว่างกลุ่มผู้นำและประชาชน ในเชิงปริมาณนั้นประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น แต่ก็ยังนับว่าอยู่ในระดับต่ำ

ในปี ๒๕๕๔ จะเห็นความเปลี่ยนแปลงของท้องถิ่น เช่นการพัฒนาและขยายตัวของอปท./เทศบาล มีอปท.ยกฐานะเป็นเทศบาลตำบลและเทศบาลเมืองภายหลังการถ่ายโอนทั้งหมด ๑๒ แห่ง ซึ่งทำให้เห็นถึงการขยายขอบข่ายภารกิจ โครงสร้างงบประมาณและขีดสมรรถนะขององค์กรและกำลังคนตามมา เช่น อปท.บึงยี่โถ อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี ปัจจุบันยกฐานะเป็นเทศบาลเมือง(ทม.) เป็นข้อบ่งชี้ของการปรับระบบเพื่อรองรับความต้องการของชุมชนที่เติบโตอย่างรวดเร็ว ซึ่งราชการส่วนกลางทำได้ยากและช้ากว่ามาก ผู้วิจัยได้สรุปเป็นภาพรวมตามตารางที่ ๑

ข้อมูลเชิงปริมาณมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพดังตารางเปรียบเทียบข้อมูล ร้อยละจากการสัมภาษณ์และสอบถามรายบุคคลที่รวบรวม ๒ ครั้ง ในปี ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๔ (เป็นค่าเฉลี่ยจากต่ำสุดและสูงสุดของคำถามซึ่งมีหลายข้อในแต่ละประเด็น) เพื่อสรุปเป็นภาพรวม จะเห็นว่าส่วนใหญ่มีความเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นดังตารางที่ ๒

## ๒. บทเรียนสำคัญ

บทเรียนสำคัญจากการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้อปท./เทศบาล ทั้งที่เป็นบทเรียนร่วมกันของหลายแห่ง และบทเรียนเฉพาะพื้นที่ มีทั้งเป็นกรณีที่ดี เป็นแบบอย่างการเรียนรู้ให้กันที่อื่นๆ และบทเรียนที่ล้มเหลวเพื่อให้การดำเนินการต่อไปมีจุดที่ต้องทำด้วยความระมัดระวังรอบคอบมากขึ้น เพื่อมิให้เกิดผลเสียต่อบุคลากรสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน ซึ่งสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ได้รวบรวมรายละเอียดทั้งหมดเป็นฐานข้อมูลเพื่อการเรียนรู้สรุปได้ดังนี้

๑. อปท.ทุกแห่งที่รับโอนสอ.มีการปรับโครงสร้างองค์กร โดยเพิ่มส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และกำหนดกรอบอัตรากำลังรองรับการถ่ายโอน ทำให้สามารถดูแลงานด้านสาธารณสุข มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถปฏิบัติงาน ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในเรื่องการเตรียมการรองรับ ทำให้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบที่ชัดเจนขององค์กรตามกฎหมาย

๒. บุคลากรที่ถ่ายโอนไปไม่เสียสิทธิประโยชน์ ได้รับสิทธิประโยชน์ไม่ด้อยไปกว่าเดิม หรือได้มากกว่าในบางกรณี เช่นสิทธิการเป็นสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ(กบข.) ได้คงเดิม และสามารถรับสิทธิการเป็นสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการท้องถิ่น(กบท.)เพิ่มเติมด้วย สิทธิประโยชน์ในเรื่องเงินและสวัสดิการจะตัดโอนติดตามตัวไปตลอดชีวิตของข้าราชการถ่ายโอน โดยกรมบัญชีกลางได้ยืนยันและชี้แจงระเบียบ กฎหมายที่เกี่ยวข้องให้ทราบในปี ๒๕๕๔

๓. การมีส่วนร่วมของประชาชนน้อย ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่รับรู้การถ่ายโอนสถานีนอนามัยมาอยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านการประชาสัมพันธ์ และผ่านกลุ่มแกนนำชาวบ้าน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข แต่ความคิดริเริ่มในการถ่ายโอนสถานีนอนามัย มักจะเกิดจากผู้บริหารท้องถิ่นและบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานร่วมกันมาก่อน และเห็นโอกาสที่จะได้พัฒนางานสาธารณสุขท้องถิ่น การผลักดันให้การถ่ายโอนเดินหน้าจึงไม่มีประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม

ตารางที่ ๑ ความเปลี่ยนแปลงด้านงานสาธารณสุขท้องถิ่นของอปท.ที่รับโอนสอ.(พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔)

๑๕ จังหวัด	อบต.และเทศบาล ๒๔ แห่ง	สถานีอนามัย	งานสาธารณสุข ท้องถิ่น	บุคลากร สาธารณสุข	งบประมาณ ด้าน สธ.
๑. กำแพงเพชร	๑. อบต.วังเขมม อ. คลองขลุง	๑. วังเขมม ๒. บ่อทอง	+ +	+ +	+ +
๒. ตาก	๒. อบต.วังหมัน อ. สามเงา	๓. วังหวาย	+	+	+
๓. ลำปาง	๓. ทต.ลำปางหลวง อ.เกาะคา	๔. ลำปางหลวง	+	+	+
๔. บุรีรัมย์	๔. ทต.หนองแวง อ. ละหานทราย	๕. หนองตาเยา ๖. หนองหว้า	+	+	+
๕. อุตรดิตถ์	๕. อบต.นาพู่ อ.เพ็ญ	๗. นาพู่	+	+	+
๖. พระนครศรีอยุธยา	๖. ทต.บางนมโค อ.เสนา	๘. บางนมโค	+	+	+
๗. ปทุมธานี	๗. ทม. บึงอีโต้ อ.ธัญบุรี	๘. บึงอีโต้	++	+	++
๘. ลพบุรี	๘. ทม. เขาสามยอด อ.เมือง	๑๐. เขาสามยอด	-	-	+
๙. กาญจนบุรี	๙. ทต. วังศาลา อ.ท่าม่วง	๑๑. วังศาลา	+	๐	+
๑๐. สมุทรสงคราม	๑๐. ทต. บ้านปรก อ.เมือง	๑๒. บ้านปรก	++	๐	+
๑๑. จันทบุรี	๑๑. อบต. เกาะขวาง อ. เมือง	๑๓. เกาะขวาง	++	๐	++
๑๒. ราชบุรี	๑๒.อบต.ด่านทับตะโก อ.จอมบึง ๑๓. ทต.บ้านฆ้อง อ.โพธาราม	๑๔. ด่านทับตะโก ๑๕. บ้านฆ้อง	+ ++	๐ ๐	+ ++
๑๓. เพชรบุรี	๑๔.อบต.บ้าน-หม้อ อ.เมือง	๑๖. บ้านหม้อ	+	-	+
๑๔. สระแก้ว	๑๕.อบต.พระ-เพลิง อ.เขาฉกรรจ์ ๑๖. อบต.คลองหินปูน อ.วังน้ำเย็น	๑๗. นาคันหัก ๑๘. คลองตาสูตร ๑๙. คลองหินปูน	++ ๐ ๐	+ ๐ ๐	++ ๐ ๐
๑๕. อุทัยธานี	๑๗.อบต.หาด-ทนาง อ.เมือง	๒๐. หาดทนาง	++	+	++
๑๖. นครศรีธรรมราช	๑๘.อบต.ปากพูน อ.เมือง	๒๑. บ้านศาลาบางปู ๒๒. สอ. บ้านปากพูน	++ ++	๐ ๐	++ ++
๑๗. เชียงใหม่	๑๙.อบต.สุเทพ อ.เมือง ๒๐.อบต.ท่าผา อ.แม่แจ่ม ๒๑.อบต.สันนาเม็ง อ.สันทราย ๒๒.อบต.คอนแก้ว อ.แม่อริม	๒๓. สุเทพ ๒๔. บ้านป่าแดด ๒๕. บ้านสันนาเม็ง ๒๖. คอนแก้ว	+ ๐ + ++	+ ๐ + +	+ + + ++
๑๘. กาฬสินธุ์	๒๓.อบต.ทุ่งคลอง อ.คำม่วง	๒๗. บ้านเก่าเคื่อ	๐	*	+
๑๙. สุราษฎร์ธานี	๒๔.อบต.เกาะพะงัน อ.เกาะพะงัน	๒๘. บ้านโลก หล้า	๐	+	+

+ = มีการเพิ่มหรือขยายประเภท/ชนิดงานบริการ ไม่นับการเพิ่มปริมาณงาน เช่น เพิ่มบริการคลินิกทันตกรรม (จัดซื้ออุปกรณ์ และจัดบริการโดยทันตภิบาลและทันตแพทย์) บริการด้านการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือก มีการเพิ่มกำลังคนที่ปฏิบัติงานซึ่งรวมถึงลูกจ้างที่อปท.จัดหา/จัดจ้างตำแหน่งงานสนับสนุนงานบริการสาธารณสุข เช่น พนักงานบันทึกข้อมูล เป็นต้น และมีการสนับสนุนงบประมาณจากอปท.มากขึ้น ฯลฯ

++ = มีการเพิ่ม ขยายประเภทชนิดงานบริการตาม (+) และการขยายโครงสร้างสถานบริการ มีแพทย์/ทันตแพทย์มาให้บริการหรือมีการจัดหาวัดอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่มากขึ้น เช่น จัดให้มีรถบริการรับส่งผู้ป่วยและเยี่ยมบ้าน จัดให้มีคลินิกพิเศษทั้งในและนอกเวลาราชการ ฯลฯ

๐ = ไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงหลังการถ่ายโอน

- = มีการลดงานบริการบางอย่างที่เคยจัดบริการ จำนวนผู้ปฏิบัติงาน งบประมาณที่อปท.สนับสนุนลง เนื่องจากเหตุผลความจำเป็นที่แตกต่างกันไปของแต่ละพื้นที่ เช่น อบต.บ้านหม้อ หัวหน้า สอ.เข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าส่วนสาธารณสุข มีงานด้านสุขภาพภิบาลสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น แต่งานบริการที่สถานีอนามัยลดลง

\* บุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอน ปัจจุบันย้ายไปปฏิบัติงานที่อปท.อื่น





ตารางที่ ๒ ข้อมูลจากการสอบถามและสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ถ่ายโอน

ผู้ให้ข้อมูล	ประเด็นสอบถาม/สัมภาษณ์	ข้อมูลปี ๒๕๕๒ (ร้อยละ)	ข้อมูลปี ๒๕๕๔ (ร้อยละ)
ผู้บริหารท้องถิ่น (นายก อบต./นายกเทศมนตรี/ปลัด อบต./ปลัดเทศบาล) ที่ถ่ายโอน สอ.	สภาพทั่วไป/บริบทเฉพาะ เช่น ผู้บริหารให้ความสำคัญ/สนับสนุน/มียุทธศาสตร์และแผนพัฒนาสุขภาพ/ข้อบัญญัติงบประมาณ เป็นต้น	๓๑-๕๒	๘๓-๕๖
ปี ๒๕๕๒ จำนวน ๒๓ คน (นายกเท่านั้น)	ระบบงานสาธารณสุข เช่น ขยายขอบเขต	๓๕-๕๔	๓๖-๘๒
ปี ๒๕๕๔ จำนวน ๔๑ คน (นายกและปลัด)	บุคลากรสาธารณสุข (การส่งเสริมขวัญและกำลังใจ การพัฒนาศักยภาพ การส่งเสริมความก้าวหน้า) งบประมาณด้านสาธารณสุข มีความพร้อม/ มีการสนับสนุน/ เพียงพอต่อการจัดบริการ ประโยชน์ต่อประชาชนด้านต่างๆ เท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้น	๕๐-๕๕ ๘๐-๘๖ ๘๐-๕๕	๕๗-๑๐๐ ๕๐-๑๐๐ ๕๗-๑๐๐
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขถ่ายโอน	สภาพทั่วไป/บริบทเฉพาะ เช่น ผู้บริหารให้ความสำคัญ/สนับสนุน/มีความรู้ความสามารถในการนำองค์กร	๖๒-๖๕	๖๖-๖๕
ปี ๒๕๕๒ จำนวน ๗๖ คน	ระบบงานสาธารณสุข เช่น ขยายขอบเขต ภาระงานเพิ่ม	๔๘-๕๖	๖๖-๗๓
ปี ๒๕๕๔ จำนวน ๖๘ คน	บุคลากรสาธารณสุข (การส่งเสริมขวัญและกำลังใจ การพัฒนาศักยภาพ การส่งเสริมความก้าวหน้า) งบประมาณด้านสาธารณสุข มีความพร้อม/ มีการสนับสนุน/ เพียงพอต่อการจัดบริการ ประโยชน์ต่อประชาชนเพิ่มขึ้น	๕๕-๖๓ ๘๕-๕๐ ๕๐-๖๐	๖๓-๗๔ ๕๒-๑๐๐ ๖๕-๘๕
คณะกรรมการบริหารการถ่ายโอน ระดังจังหวัด/อำเภอ	สภาพทั่วไป/บริบทเฉพาะ เช่น ผู้บริหารให้ความสำคัญ/สนับสนุน/มีความรู้ความสามารถในการนำองค์กร	๖๕-๗๖	๗๕-๘๑
ปี ๒๕๕๒ จำนวน ๑๓๒ คน	ระบบงานสาธารณสุข เช่น ขยายขอบเขต ภาระงานเพิ่ม	๓๓-๔๘	๕๕-๖๓
ปี ๒๕๕๔ จำนวน ๑๑๕ คน	บุคลากรสาธารณสุข (การส่งเสริมขวัญและกำลังใจ การพัฒนาศักยภาพ การส่งเสริมความก้าวหน้า) งบประมาณด้านสาธารณสุข มีความพร้อม/ มีการสนับสนุน/ เพียงพอต่อการจัดบริการ ประโยชน์ต่อประชาชนเพิ่มขึ้น	๔๐-๔๖ ๗๐-๗๕	๖๕-๗๕ ๘๓-๘๖
ประชาชนในพื้นที่ถ่ายโอน	การรับรู้เรื่องการถ่ายโอน	๓๖-๓๘	๕๓-๕๖
ปี ๒๕๕๒ สุ่มถาม ๔๑๗ คน	การมีส่วนร่วม	๓๒-๓๖	๓๐-๔๔
ปี ๒๕๕๔ สุ่มถาม ๒๑๑ คน	ความพึงพอใจบริการหลังการถ่ายโอน	๗๔-๘๐	๘๑-๘๘

๔. งานสาธารณสุขท้องถิ่นมีพัฒนาการ เกิดการขยายบทบาทหน้าที่ของอบต.และเทศบาลที่รับโอนสถานีอนามัย ในขณะที่สถานีอนามัยได้เปิดมุมมองการทำงานเพื่อประชาชน และวัฒนธรรมการทำงานกับท้องถิ่น ทำให้เป็นการสร้าง

ศักยภาพและความเข้มแข็งให้กับท้องถิ่น

๕. ปัญหาการบริหารจัดการ ในกระบวนการถ่ายโอนที่มีข้อติดขัดต่างๆในแนวปฏิบัติ ระเบียบกฎหมายทำให้เกิดความล่าช้า และบุคลากรถ่ายโอนได้รับผลกระทบเรื่องสิทธิประโยชน์

มีบทเรียนรายละเอียดที่ทำให้ฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการทุกระดับได้เรียนรู้และปรับปรุงแก้ไขไป จนทำให้เกิดความมั่นใจได้ระดับหนึ่งแล้วว่า หากมีการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ให้อปท. ในครั้งต่อไป ปัญหาติดขัดในกระบวนการจัดการได้ราบรื่นขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาเชิงระบบที่ต้องแก้ไข ซึ่งจะต้องอาศัยแนวนโยบายที่เข้มแข็งและการผลักดันอย่างจริงจังจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะปัญหาเรื่องระบบบริหารงานบุคคล ซึ่งขณะนี้ข้าราชการพลเรือนรับเป็นระบบแท่ง ข้าราชการท้องถิ่นยังคงใช้ระบบเดิม(ระดับซี) เพดานเงินเดือนเต็มขั้นมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากกระทรวงสาธารณสุข ยังมีสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน(ก.พ.)ดูแลสิทธิประโยชน์ข้าราชการที่ถ่ายโอน กรมบัญชีกลางดูแลการตัดโอนเงินเดือนและสวัสดิการติดตามตัวตลอดชีวิตของข้าราชการถ่ายโอน กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ(กบข.)ดูแลเรื่องการออมเพื่อชีวิตหลังเกษียณ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและสภท. ต้องร่วมกันพัฒนาแนวทางปฏิบัติให้เกิดความชัดเจนและมีขั้นตอนดำเนินการที่รวดเร็วเพื่อรองรับการถ่ายโอนและเพื่อให้ข้าราชการที่มีความประสงค์ถ่ายโอนมีสิทธิประโยชน์และเงินเดือนไม่น้อยกว่าเดิมตามที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้อปท. และเพื่อสร้างความมั่นใจให้ข้าราชการที่สมัครใจจะถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะเงื่อนไขสำคัญของการถ่ายโอนคือความสมัครใจของบุคลากรสาธารณสุข หากบุคลากรขาดความมั่นใจ การถ่ายโอนจะเป็นไปได้ยาก การเดินทางตามกฎหมายว่าด้วยการกระจายอำนาจก็就会有ความล่าช้าต่อไป การพัฒนาศักยภาพให้แก่ท้องถิ่นคงต้องใช้ระยะเวลายาวนาน

### สรุปและวิจารณ์ผลการศึกษา

การถ่ายโอนสถานอนามัยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแล การกระจายอำนาจในลักษณะนี้พบได้ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนใหญ่ อปท.ยังไม่มีขีดสมรรถนะเพียงพอ

หรือมีอำนาจบริหารจัดการด้านสุขภาพจำกัด ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วอย่างฟินแลนด์ นอร์เวย์ การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพเป็นทางเลือกของอปท. ซึ่งสร้างภาระทางการเงินสูงมาก จึงต้องการความช่วยเหลือจากรัฐบาลกลางเป็นอย่างมาก การประสานงานระหว่างอปท.กับรัฐบาลกลางต้องมีประสิทธิภาพสูง<sup>(๙)</sup>

๑) ความเป็นอิสระและการกำกับโดยรัฐ ยังไม่มีความชัดเจน สำหรับอบต.และเทศบาลที่รับถ่ายโอนสถานอนามัย ยังไม่ได้แสดงบทบาทนำอย่างอิสระในการกำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพท้องถิ่น และมีการบริหารจัดการสถานอนามัยที่รับถ่ายโอนมาดูแล ให้เป็นไปตามนโยบายสุขภาพท้องถิ่นอย่างชัดเจน ทั้งนี้ รายได้ที่สนับสนุนการจัดบริการของสถานอนามัย มีที่มาจากมาตรการทางการเงินของสปสช. ที่ซื้อบริการแบบมุ่งผลตอบแทนชัดเจนเป็นรายโรค/กลุ่มโรค (Pay for Performance) ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมบริการ ทำให้เกิดการมุ่งเน้นบางด้านและละเลยประเด็นปัญหาสุขภาพบางด้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ถ่ายโอนไปบางแห่งจึงมีบทบาทนำในการกำหนดแผนการจัดบริการสุขภาพ ในขณะที่ผู้บริหารท้องถิ่นสนับสนุนให้เป็นไปตามทิศทางที่เจ้าหน้าที่สอ.กำหนด เช่น การสนับสนุนกำลังคนเพื่อทำหน้าที่บันทึกข้อมูลบริการ ซึ่งจะส่งผลต่อการได้รับงบประมาณตอบแทนจากสปสช. ก็จะส่งผลดีในการเร่งรัดและทำให้เจ้าหน้าที่วิชาชีพได้ทำงานที่ใช้ทักษะความรู้ความสามารถ แม้ว่าประเด็นปัญหาสุขภาพในบางพื้นที่อาจถูกละเลยจากผู้บริหารของอปท.<sup>(๑๐)</sup>

๒) การใช้ข้อมูลการบริหาร การจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานของอปท.แต่ละแห่งไม่มีความต่อเนื่อง ไม่ครอบคลุมรอบด้านและไม่เป็นเอกภาพหรือระบบเดียวกันในภาพระดับประเทศ การวางแผนสุขภาพท้องถิ่นของอบต.และเทศบาลที่รับโอนสถานอนามัย ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพมาจากสถานอนามัยที่ถ่ายโอน มีการเก็บข้อมูลตามที่กระทรวงสาธารณสุข/สปสช.กำหนด เช่น ข้อมูล ๑๘ แฟ้ม แต่ยังไม่มีการพัฒนาระบบข้อมูลสาธารณสุขของท้องถิ่นเพื่อการตัดสินใจของฝ่ายบริหาร<sup>(๑๑)</sup> อย่างไรก็ตาม ขณะนี้มีการพัฒนาระบบข้อมูลท้องถิ่น โดยที่อบต.ปากพูนได้ริเริ่มใช้ FAP. Model (Family and



community Assessment Program) และกำลังร่วมพัฒนากับเครือข่ายตำบลสุขภาพะ โดยทุนสนับสนุนจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)

๓) การบริหารจัดการการถ่ายโอน การกระจายอำนาจที่ขับเคลื่อนโดยผู้มีอำนาจเป็นการสวนทาง ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและสภท.จึงควรเป็นฝ่ายเดินหน้าดำเนินการสนับสนุนอปท.ในช่วงแรกๆ โดยมีเครือข่ายประชาชนในพื้นที่สนับสนุน ควรต้องเร่งรัดให้มีการเสริมสร้างให้อปท.มีขีดสมรรถนะสูงขึ้น โดยทบทวนภารกิจและเร่งจัดทำมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับการดำเนินงานสาธารณสุข ซึ่งเป็นภารกิจที่ต้องทำของอปท. และมาตรฐานกลางเพื่อเป็นแนวทางสำหรับภารกิจที่เลือกทำ การนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปใช้เพื่อการสร้างนโยบายสุขภาพท้องถิ่น จะช่วยสร้างการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมท้องถิ่น และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลท้องถิ่นของตนเอง

๔) นโยบายสุขภาพและทิศทางระดับประเทศอปท.แต่ละพื้นที่มีบริบทเฉพาะที่แตกต่าง หลากหลาย กรณีที่มีความพร้อมดีที่สุดในอนาคตอาจเป็นหลักประกันว่าจะส่งผลในการพัฒนาบริการสุขภาพในทิศทางทางบวกได้ ผู้บริหารท้องถิ่นที่มีวิสัยทัศน์ ความรู้ความสามารถสูง มีความสำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุขท้องถิ่นให้เป็นที่พึงของประชาชนในท้องถิ่นได้ จึงควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้บริหารท้องถิ่น อย่างไรก็ตามประชาชนในพื้นที่จะเรียนรู้และพัฒนาการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การรักษาอำนาจในการจัดบริการสุขภาพไว้ที่ส่วนกลาง จะทำให้ชุมชนท้องถิ่นอ่อนแอ และรัฐส่วนกลางต้องแบกภาระเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อถึงจุดที่เดินหน้าไม่ได้จะยิ่งเป็นปัญหาที่ใหญ่และซับซ้อนมากกว่าปัจจุบัน<sup>(๑๒)</sup> นโยบายกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ควรให้มีความชัดเจน เพื่อให้ทุกฝ่ายทุกระดับที่เกี่ยวข้องได้ขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน และไม่เกิดความสับสน

๕) กลไกการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจไม่ได้เป็นไปตามบทบัญญัติของ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ พ.ศ.๒๕๔๒ ที่กำหนดให้รัฐบาลกระจายเงิน

ให้ออปท. เพื่อให้สัดส่วนรายได้เพิ่มเป็นร้อยละ ๓๕ ภายในปี ๒๕๔๙ ซึ่งภายหลังได้แก้ไข พ.ร.บ.นี้ โดยไม่มีเงื่อนไขเวลาที่แน่นอนกำหนดไว้ อย่างไรก็ตามบทบัญญัติของกฎหมายมีเจตนารมณ์ให้อปท.มีบทบาทในการจัดบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ราชการส่วนกลางลดบทบาทลง ไม่ใช้การขยายตัวทั้งสองส่วน ซึ่งจะทำให้ภาครัฐใหญ่เกินไป ซึ่งจะส่งผลถึงภาวะภาษีของประชาชน สัดส่วนงบประมาณให้อปท.ได้รับจัดสรร จึงควรเป็นข้อพิจารณาความพอเพียงต่อการจัดบริการต่างๆ มีคุณภาพและมาตรฐานด้วย<sup>(๑๓)</sup>

๖) ด้านกำลังคนสาธารณสุข ราชการส่วนกลางควรส่งเสริมและศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบระยะยาว โดยเฉพาะประเด็นที่บุคลากรถ่ายโอนเกษียณราชการไป อัตรากำลังและเงินเดือนจะตัดตามตัว ซึ่งอปท.จะต้องจัดหาบุคลากรทดแทนด้วยงบประมาณของอปท.เองอาจจะมีผลกระทบกรณีที่รายได้ของอปท.ไม่มาก และมีกรอบการใช้จ่ายด้านกำลังคนไม่เกินร้อยละ ๔๐ รวมทั้งการขาดแคลนกำลังคนในระบบกับภารกิจของอปท.ที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต

### ข้อเสนอจากการวิจัย

จากการศึกษานี้ มีข้อเสนอว่า การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขอาจทำได้ใน ๓ ลักษณะ คือ

๑) การถ่ายโอนแบบเดิม คือถ่ายโอนรพ.สต./สอ.ให้อปท.หรือเทศบาลในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้อปท.(ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๑<sup>(๑๖)</sup> ซึ่งยังมีผลบังคับใช้ต่อไปแม้จะมีการประกาศใช้ฉบับที่ ๓ แล้วก็ตาม จากบทเรียนการถ่ายโอนสถานอนามัย ๒๘ แห่ง มีข้อสรุปว่า งานสาธารณสุขท้องถิ่นส่วนใหญ่มีการพัฒนาปรับปรุงบริการดีขึ้น การบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับสามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค การดำเนินงานสาธารณสุขท้องถิ่นทุกแห่งเป็นไปตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และมีรูปแบบและขอบเขตบริการเป็นไปตามข้อตกลงกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยบริการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อจำกัดของการถ่ายโอนรูปแบบนี้ คือเรื่อง บริบท

ทางการเมืองท้องถิ่น กฎระเบียบที่เป็นอุปสรรค การสมัครใจของบุคลากรที่มีจำนวนคนถ่ายโอนจำกัด เมื่อมองภาพรวมแล้วสามารถแก้ไขจุดอ่อนเหล่านี้ได้ หากมีนโยบายที่เข้มแข็งเพียงพอ

๒) การถ่ายโอนรูปแบบอื่นๆที่ไม่มีการดำเนินการมาก่อน เช่น อาจเป็นรูปแบบเครือข่ายรพ.สต.ทั้งอำเภอหรือทั้งจังหวัด(ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชน) หรือเครือข่ายรพ.สต.พื้นที่เขต(หลาย รพ.สต.รวมกัน) หรือรวมกันเป็นสหการรพ.สต. ซึ่งเป็นเครือข่ายแนวระนาบหรือเครือข่ายบริการแบบพวงบริการที่รวมเอาเครือข่ายสถานบริการทุกระดับ ถ่ายโอนลักษณะนี้มีการเสนอรูปแบบพร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียไว้แล้วโดยนักวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข<sup>(๘)</sup> การถ่ายโอนแบบนี้จะต้องทำการศึกษาแบบจำลองอย่างจริงจัง และให้มีการทดลองดำเนินการ เพื่อสรุปทริเยน และพิจารณาความพร้อมทุกด้านอย่างละเอียดรอบคอบก่อนการถ่ายโอนจริง

๓) การทำงานร่วมกันโดยไม่ต้องถ่ายโอนสถานบริการ โดยทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมคิด ร่วมบริหาร ร่วมลงทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การบริหารภายใต้คณะกรรมการฯ ซึ่งจะมีข้อดีคือ เป็นข้อตกลงที่ทุกฝ่ายมีความคิดเห็นร่วมกัน เมื่อเกิดปัญหาอุปสรรคสามารถช่วยแก้ไขปัญหาก็ไม่เป็นภาระของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ลดความขัดแย้ง และมีการระดมสมอง ในการดำเนินการจากมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย หากการทำงานในรูปแบบนี้เป็นไปได้ดีก็ไม่ต้องถ่ายโอนสถานบริการแต่จะมีข้อเสียในด้านการดำเนินการที่ล่าช้า ขาดความคล่องตัว เพราะต้องรอการตัดสินใจจากคณะกรรมการ ที่สำคัญถือว่าไม่เป็นการกระจายอำนาจให้แก่อปท. แต่เป็นช่วงของการพัฒนาศักยภาพท้องถิ่นให้เข้มแข็งขึ้น จนกว่าจะเห็นพ้องต้องกันของทุกฝ่ายจึงกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการร่วม

การดำเนินการทั้ง ๓ ลักษณะดังกล่าวจะเป็นไปได้อย่างไรบ้าง จำเป็นจะต้องมีความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนความชัดเจนในแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติการ รวมทั้งการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยข้อมูลจากการประเมินผลอย่างจริงจัง และมีความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนแผนและขั้นตอนการ

ดำเนินการ ดังนั้น จึงมีข้อเสนอเกี่ยวกับการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

#### ข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข

๑) ในการดำเนินการถ่ายโอนรพ.สต.ให้อปท.หรือเทศบาล จะต้องทบทวนและปรับปรุง หลักเกณฑ์ เงื่อนไข กลไก วิธีการ และการประเมินความพร้อม คือ

- อปท.ที่รับโอน ควรเพิ่มเงื่อนไขการมีศักยภาพด้านการเงินการคลัง มีการจัดเก็บและจัดหารายได้ของอปท. กำหนดฐานรายได้ของอปท.ให้ชัดเจน เพื่อเป็นหลักประกันการพัฒนาที่ยั่งยืน

- รพ.สต.ที่ถ่ายโอนควรมีกำลังคนที่ถ่ายโอนไปเพิ่มขึ้น กรณีที่มีบุคลากรปฏิบัติงานอยู่เพียง ๑ คน ควรให้มีการเพิ่มหรือรับย้ายบุคคลมาบรรจุในอัตราว่างก่อนการถ่ายโอน

- การปรับปรุงคู่มือและแนวทางปฏิบัติต่างๆ เพื่อแก้ไขจุดอ่อนจากบทเรียนการถ่ายโอนสถานอนามัย ๒๘ แห่งในรุ่นแรก

- กำหนดให้มีพันธะสัญญาในการดำเนินการทุกระดับ กำหนดให้หน่วยงานและบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการบริหารจัดการการถ่ายโอน โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดผลงานบุคคลและหน่วยงาน พร้อมทั้งการให้รางวัลหรือการลงโทษแก่หน่วยงานและผู้ดำเนินการทั้งในระดับกระทรวง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

- หน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัดและอำเภอ จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถเป็นที่เลี้ยงให้การสนับสนุนทั้งเชิงวิชาการและบริหารจัดการ แก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆให้แก่สถานบริการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้

๒) การถ่ายโอนรูปแบบอื่นๆที่ยังไม่เคยมีการดำเนินการมาก่อน กระทรวงสาธารณสุขจะต้องแสดงความชัดเจนในการสนับสนุนให้มีการทดลอง เรียนรู้และสรุปทริเยน โดยค้นหาผู้นำการเปลี่ยนแปลง และสนับสนุนอย่างเข้มแข็งให้มีการศึกษาแบบจำลองและดำเนินการนำร่อง โดยให้มีลักษณะการทำงานที่ยืดหยุ่นและเปิดกว้าง มีทรัพยากรการทำงานเพียงพอ

๓) การทำงานร่วมกันโดยไม่ต้องถ่ายโอน ปัจจุบัน



ถือว่ามีการทำงานร่วมกันและได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่นมากขึ้นกว่าในอดีตมาก ในการยกฐานะสอ.เป็นรพ.สต. กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำคู่มือฯ ซึ่งมีแนวทางการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการทำงานผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ มีข้อกำหนดให้มีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพตำบลร่วมกัน การจัดตั้งคณะกรรมการกองทุนให้มีผู้แทนจากอปท. ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นกรรมการร่วมกัน หรือสร้างนโยบายสุขภาพท้องถิ่นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขามาใช้ในการทำงานในพื้นที่ เป็นวิธีที่น่าจะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของทุกฝ่ายในท้องถิ่น การทำงานในรูปแบบนี้ กระทรวงสาธารณสุขควรมีการประเมิน สรุปผลและถอดบทเรียน หากเป็นรูปแบบที่ดีและทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์ ควรมีข้อเสนอให้กกถ.เห็นชอบ และพัฒนาการดำเนินการในรูปแบบดังกล่าว โดยถือเป็นการกระจายอำนาจไปให้ท้องถิ่นทำงานร่วมกัน อาจมีความสมดุลของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่มีดุลยภาพเหมาะสมกับบริบทสังคมไทยอีกรูปแบบหนึ่ง

**ข้อเสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**

๑) การถ่ายโอนรพ.สต.ให้อบต.หรือเทศบาลแบบเดิม สกถ.ต้องให้ความสำคัญในการสนับสนุนกลไกบริหารจัดการ โดยจัดตั้งศูนย์ประสานงานหรือสำนักบริหารจัดการกลางที่มีอำนาจจริงในการสั่งการ เพื่อประสานการดำเนินการ และแก้ไขปัญหา อุปสรรคได้อย่างรวดเร็วเป็นอิสระ เนื่องจากขณะนี้ มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการมาก ระดับส่วนกลาง หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน(ก.พ.) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย(กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น) กระทรวงการคลัง(กรมบัญชีกลาง)

ระดับจังหวัด ผู้ที่เกี่ยวข้องมีผู้ว่าราชการจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คลังจังหวัด ระดับอำเภอมี นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายของรพ.สต.ที่ถ่ายโอนและระดับพื้นที่มีอบต. เทศบาล และ

รพ.สต.ที่ถ่ายโอน การประสานงานที่มีทั้งแนวราบและแนวตั้งหลายช่วงชั้น ต้องการการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัวและรวดเร็ว มีอำนาจและทรัพยากรในการจัดการ สกถ.จึงควรเป็นหน่วยงานที่สนับสนุนให้มีกลไกอิสระดำเนินการในส่วนนี้

๒) การถ่ายโอนในรูปแบบอื่นที่ยังไม่มีการดำเนินการมาก่อน จะต้องมีการศึกษาทดลองเพื่อให้เกิดความรอบคอบ ป้องกันความเสียหาย การดำเนินการนี้ควรได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสกถ.ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการเพื่อศึกษา หากให้กระทรวงสาธารณสุขซึ่งงบประมาณปกติของกระทรวง ซึ่งไม่เพียงพอต่อภารกิจหน้าที่ จึงไม่สามารถจัดสรรงบประมาณมาสนับสนุนการดำเนินการด้านสนับสนุนการกระจายอำนาจ การดำเนินการภายใต้โครงสร้างและงบประมาณที่มีอยู่เป็นไปอย่างล่าช้าและมีอุปสรรคมากขึ้นไป ดังที่มีบทเรียนจากการดำเนินการถ่ายโอนสถานื่อนามัยมาแล้ว หรือหากไม่สามารถสนับสนุนงบประมาณแก่กระทรวงสาธารณสุขได้ อาจจัดตั้งกลไกดำเนินการภายใต้การดูแลของสกถ.ขึ้นเองเพื่อดำเนินการดังกล่าวนี้

๓) ในลักษณะการทำงานร่วมกัน สกถ.ควรเปิดกว้างให้มีการศึกษาผลที่เกิดขึ้นหากเป็นรูปแบบที่ประชาชนได้ประโยชน์ อาจให้มีการพัฒนาาร่วมกันและให้อปท.เรียนรู้และเติบโตขึ้น เช่น เมืองานสาธารณสุขท้องถิ่นขยายขอบเขตการดำเนินการ อปท.สามารถเปิดกรอบอัตรา ขยายโครงสร้าง และทำงานร่วมกับรพ.สต. และการเพิ่มเติมกำลังคนที่ รพ.สต. ให้เป็นหน้าที่ของอปท. โดยกระทรวงสาธารณสุขถูกจำกัดการบรรจุกำลังคนในพื้นที่ ในระยะยาวกำลังคนด้านสาธารณสุขในพื้นที่จะเป็นกำลังคนของอปท.ทั้งสิ้น

การสนับสนุนให้มีการเรียนรู้ในรูปแบบนี้ การวิจัยพัฒนาและจัดทำข้อเสนอ ให้เป็นหน้าที่ของสกถ.ในการจัดการงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการ และกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งในความกรุณาของ นพ.ทรงยศ ชัยชนะ ผู้ตรวจราชการ เขต ๑๘ ซึ่งได้รับมอบ

หมายจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข(ตลอด ๕ ปีที่ศึกษา)เป็นผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมประชุมกกถ. เป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ การดำเนินการ และร่วมทีมลงพื้นที่ ในฐานะหัวหน้าทีมตรวจเยี่ยม ในการสร้างความเข้าใจกับฝ่ายต่างๆในพื้นที่ ลดความรู้สึกของผู้บริหารท้องถิ่นที่มีมุมมองว่ากระทรวงสาธารณสุขไม่สนับสนุนการกระจายอำนาจ ทำให้เกิดความร่วมมือที่จะพัฒนากระบวนการถ่ายโอนร่วมกันในเชิงบวก นอกจากนั้นยังแนะนำแนวทางแก้ไขปัญหา อุปสรรค และให้คำปรึกษาเชิงวิชาการด้านบริหารจัดการ ตลอดจนร่วมอำนวยความสะดวกการประชุมสัมมนาบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนไปอปท. เพื่อรับฟังความเห็นและสรุปบทเรียนด้วย จึงขอขอบคุณอย่างสูง มา ณ ที่นี้

#### เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข. ใน : สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ(บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย ๒๕๕๑-๒๕๕๓. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ๒๕๕๔. ๔๑๕-๔๓๘.
๒. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: ๒๕๕๐.
๓. กลุ่มสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การติดตามประเมินผลการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.และเทศบาล). สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๒.
๔. สมพันธ์ เตชะอธิก, พะเยาว์ นาคำ, และคณะ. สรุปบทเรียนและติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๒.
๕. ส่วนนโยบายและแผนการกระจายอำนาจ สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สรุปผลโครงการติดตามการดำเนินงานถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. เอกสารอัดสำเนา ๒๕๕๑.
๖. กลุ่มสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การชี้แจงการดำเนินงานการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขอรับโอน รพ.สต. ประจำปี ๒๕๕๔. เอกสารอัดสำเนาเย็บเล่ม ๒๕๕๔.
๗. สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. แผนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. (ฉบับที่ ๒) และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๑.
๘. ปรีดา เต๋ออารักษ์. สังเคราะห์ทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๓.
๙. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษดิ์, จิรบูรณ์ โดสงวน และหทัยชนก สุมาลี. ๒๕๕๓. บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพและข้อเสนอเรื่องการกระจายอำนาจด้านการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๓.
๑๐. ไพบุญ สุริยวงษ์ไพศาล. ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาบริการสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๔.
๑๑. เวียงรัฐ เนติโพธิ์. กระบวนการทางการเมืองในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข: กรณีศึกษาการถ่ายโอนสถานีนอนามัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๓.
๑๒. ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ และคณะ. รูปแบบโครงการสร้างองค์การเพื่อรองรับการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๐.
๑๓. นครินทร์ เมฆไตรรัตน์ และคณะ. รายงานผลการศึกษาความก้าวหน้าของการกระจายอำนาจในประเทศไทย. โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย; ๒๕๕๒.
๑๔. คณาธิป มุดเจริญ และคณะ. ข้อเสนอรูปแบบการถ่ายโอน สอ.สู่ อปท. จากการศึกษารูปแบบและผลกระทบ: กรณีพื้นที่นำร่อง จังหวัดแพร่ ปี ๒๕๕๓. สมาคมสาธารณสุขจังหวัดแพร่. “ไม่ได้ตีพิมพ์”; ๒๕๕๓.
๑๕. วินัย ลิสมิทธิ, สมศักดิ์ ชูณหรัสมิ์. บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข; ๒๕๕๓.
๑๖. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; ๒๕๕๔.