

# การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย: ความก้าวหน้าและความท้าทาย

ศรวณีย์ อวนศรี\*

กมลพัฒน์ มากแจ้ง<sup>\*,†</sup>

สมรนิช โชติช่วงฉัตรชัย\*

ศศิวิมล อ่อนทอง\*

นิจันท์ ปาณะพงศ์\*

ธนิษฐ์ พัฒนศิริ\*

ผู้รับผิดชอบบทความ: กมลพัฒน์ มากแจ้ง

## บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการทบทวนเอกสาร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความก้าวหน้าของการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 รวมถึงหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2564 ผลการศึกษาพบว่า หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการถ่ายโอนภารกิจสถานบริการสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย จากอดีตถึงปัจจุบันมีการปรับปรุงให้มีความชัดเจนและยืดหยุ่นมากขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเกณฑ์การประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการแบ่งระดับเป็นชั้น เพื่อให้ทุกองค์กรสามารถรับการถ่ายโอนภารกิจได้ตามศักยภาพของตนเอง อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ยังคงเป็นความท้าทายมาโดยตลอดก็คือกฎหมายและระเบียบรองรับการดำเนินงาน เช่น การควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและอื่นๆ การถ่ายโอนบุคลากรทุกประเภท การบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างหน่วยบริการประจำและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอน แต่ยังคงพบปัญหาอุปสรรค คือขาดความต่อเนื่องในการจัดทำแผนการกระจายอำนาจและการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ ข้อยกจำกัดด้านงบประมาณ

\* มุลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

† หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Received 25 January 2024; Revised 23 May 2024; Accepted 9 August 2024

**Suggested citation:** Uansri S, Markchang K, Chotchoungchatchai S, Ontong S, Panapong N, Pattanasiri T. The transfer of sub-district health promoting hospitals to local government organizations: progress and challenges. Journal of Health Systems Research 2024;18(3):314-30.

ศรวณีย์ อวนศรี, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, สมรนิช โชติช่วงฉัตรชัย, ศศิวิมล อ่อนทอง, นิจันท์ ปาณะพงศ์, ธนิษฐ์ พัฒนศิริ. การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย: ความก้าวหน้าและความท้าทาย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(3): 314-30.

ข้อจำกัดด้านกฎหมาย ส่วนปัญหาด้านการถ่ายโอนบุคลากร พบปัญหาความไม่ชัดเจนในการแบ่งหน้าที่ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การศึกษานี้มีข้อเสนอเชิงนโยบาย คือ 1) ควรพิจารณาทบทวน ปรับปรุงและแก้ไขกฎระเบียบของกระทรวงมหาดไทย ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพที่ถูกถ่ายโอน เพื่อให้การบริหารจัดการและการให้บริการมีประสิทธิภาพ 2) ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุงกฎระเบียบต่างๆ ในการเพิ่มกรอบอำนาจกำลังบุคลากรเพื่อให้สถานบริการสุขภาพที่ถ่ายโอน ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความยืดหยุ่นและคล่องตัวตามบริบทของตน ตามปัญหาและข้อจำกัดในแต่ละพื้นที่ภายใต้กรอบวงเงินงบประมาณด้านบุคลากร และ 3) ควรมีการจัดสรรงบประมาณตามภาระงานที่สถานบริการสุขภาพที่ถ่ายโอน ไปในแต่ละพื้นที่ต้องรับผิดชอบ เพื่อสถานบริการเหล่านั้นจะได้มีความมั่นคงด้านรายได้ในระดับหนึ่ง รวมทั้งสามารถวางแผน การจัดการทรัพยากรและรายได้ของตนเองเพื่อจัดบริการสาธารณะให้แก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าและ เกิดประสิทธิผล

**คำสำคัญ:** การถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี, การกระจายอำนาจ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

## The Transfer of Sub-District Health Promoting Hospitals to Local Government Organizations: Progress and Challenges

Sonvane Uansri<sup>\*</sup>, Kamolphat Markchang<sup>\*†</sup>, Somtanuek Chotchoungchatchai<sup>\*</sup>, Sasivimol Ontong<sup>\*</sup>, Nitjanan Panapong<sup>\*</sup>, Thanin Pattanasiri<sup>\*</sup>

<sup>\*</sup> International Health Policy Program Foundation

<sup>†</sup> Doctor of Philosophy Program in Political Science, Faculty of Political Science, Thammasat University

*Corresponding author:* Kamolphat Markchang, kamolphat@ihpp.thaigov.net

### Abstract

This qualitative research reviewed documents to investigate the progress of health facility decentralization according to sequential plans, decrees following revisions of the Decentralization Plan Act. Specifically, this research examined the criteria and procedures of transferring the Chaloem Phra Kiat 60 Years Nawamintrachini Health Centers and sub-district health promoting hospitals to local government organizations in 2021. The results reveal continuous improvements in the clarity and flexibility of the transfer criteria and conditions. Notably, the transfer criteria have been segmented into stages to evaluate the readiness and potential of local government organizations for the expected responsibilities. However, significant challenges persist, particularly regarding the laws and regulations governing the operations of medical and health professionals, including all other categories of human resources, and budgetary management by the National Health Security Office related to primary health care function of the transferred facilities. These challenges were compounded by a lack of continuity in decentralization and operational plans, budgetary constraints, legal issues encountered in the transfer of human resources, and an unclear division of duties between related units. The study offers policy proposals as follows: 1) review and amend the Ministry of Interior's regulations regarding the operations of transferred health facilities to enhance efficient management and service delivery. 2) Amend regulations to increase workforce flexibility of transferred health facilities to local government organizations taking account of local contexts, issues, and limitations within the personnel budget framework. 3) Allocate budgets according to the responsibilities of transferred health facilities to ensure stable income to attain self-managed revenues for effective health service delivery.

**Keywords:** health facility transfer, sub-district health promoting hospitals, Chaloem Phra Kiat 60 Years Nawamintrachini Health Center, decentralization, local government organization

## ภูมิหลังและเหตุผล

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น มีการดำเนินงานมาเป็นระยะเวลานานกว่า 20 ปี นับตั้งแต่การตราพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ที่ก่อให้เกิดกลไก “คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.)” เพื่อทำหน้าที่จัดทำ “แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ซึ่งฉบับแรกเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2543 และฉบับที่ 2 (ฉบับปัจจุบัน) เกิดในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งทั้ง 2 ฉบับ ต่างระบุเรื่องการถ่ายโอนภารกิจและสถานบริการสุขภาพมาโดยตลอด เช่น การแก้ไขปัญหาคัดค้านักค้ากว่าเกณฑ์ การส่งเสริมสุขภาพเด็กกลุ่มวัยเรียนและเยาวชน การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน การควบคุมโรคติดต่อ หรือการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพ

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือในขณะนั้นเป็นที่รู้จักกันดีในชื่อ “สถานีอนามัย” ที่มีความพยายามในการกำหนดหลักเกณฑ์การถ่ายโอนที่เหมาะสมมาโดยตลอด แต่ก็ยังไม่สามารถถ่ายโอนไปให้ท้องถิ่นได้อย่างเต็มที่เต็มกำลังอย่างที่คาดหวังไว้ ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 มีการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งสิ้นเพียง 84 แห่งเท่านั้น จากประมาณ 1 หมื่นแห่งทั่วประเทศ

นอกจากนี้ ตลอดช่วงเวลากว่า 20 ปี มานี้ ได้มีเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นมากมายที่เป็นพัฒนาการของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น การปฏิรูปสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การปฏิรูประบบราชการรวมทั้งการเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้มีผลต่อการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิมาโดยตลอดและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการศึกษาและเข้าใจบริบทของการถ่ายโอนระบบสุขภาพ ในปัจจุบันมีการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพปฐม-

ภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากถึง 4,196 แห่ง (กว่าร้อยละ 42.5)

จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความก้าวหน้าของการถ่ายโอนภารกิจสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนับตั้งแต่อดีต พร้อมทั้งศึกษาวิเคราะห์ความท้าทายของการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

## ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative approach) โดยการทบทวนสถานการณ์การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย ซึ่งค้นคว้าและรวบรวมจากเอกสาร บทความวิชาการ คู่มือและสิ่งตีพิมพ์ที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในเชิงวิชาการ นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา

## แหล่งข้อมูล

การศึกษานี้ได้ทบทวนเอกสาร (literature review) สำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2543 และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และ ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

## การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และนำเสนอข้อมูลแบบอนุกรมเวลา (time series) และแบบพรรณนา (descriptive)

## มาตรฐานจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2565 เลขที่ สคม. 076/2565

## ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเสนอความก้าวหน้าของการถ่ายโอนภารกิจสถานบริการสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตั้งแต่การประกาศใช้ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และนำเสนอผลการวิเคราะห์ความท้าทายและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งถือเป็นการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพครั้งใหญ่ที่สุด นับตั้งแต่มีการถ่ายโอนมา

### 1. การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากอดีตถึงปัจจุบัน

การกระจายอำนาจในประเทศไทยมาพร้อมกับการเริ่มต้นของระบบการปกครองในระบอบประชาธิปไตยโดยคณะราษฎร ซึ่งเกิด อปท. ครั้งแรกในรูปแบบเทศบาลตาม พ.ร.บ. เทศบาล พ.ศ. 2476 ต่อมาหลังเหตุการณ์ “พฤษภาทมิฬ” พ.ศ. 2535 ได้นำไปสู่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยเมื่อ พ.ศ. 2540 ซึ่งได้พัฒนาการกระจายอำนาจเพื่อการเมืองไทยที่เข้มแข็ง โปร่งใส ตรวจสอบได้ และประชาชนมีส่วนร่วม โดยการตรากฎหมาย พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร

พ.ศ. 2542 และเกิดกลไก “คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.ถ.)” เพื่อทำหน้าที่จัดทำ “แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ในการถ่ายโอนภารกิจ “การจัดบริการสาธารณสุขของรัฐ” ให้ท้องถิ่นดำเนินการ<sup>(1)</sup> รัฐบาลต้องจัดสรรให้ อปท. มีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 ต่อรายได้สุทธิของรัฐบาล<sup>(2)</sup>

### แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2543

แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 1 เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2543 และกำหนด “แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ฉบับที่ 1 ขึ้นในปี พ.ศ. 2545 โดยในปีนั้น รัฐบาลมีการจัดสรรรายได้ให้แก่ อปท. ในสัดส่วนร้อยละ 22 ของรายได้รัฐทั้งหมด<sup>(3)</sup> และกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐให้ อปท. ดำเนินการ 6 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านโครงสร้างพื้นฐาน (2) ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต (3) ด้านการจัดระเบียบชุมชน/สังคม และการรักษาความสงบเรียบร้อย (4) ด้านการวางแผนการส่งเสริมการลงทุน พาณิชยกรรมและการท่องเที่ยว (5) ด้านการบริหารจัดการและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และ (6) ด้านศิลปะ วัฒนธรรม จารีตประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น โดย “การสาธารณสุข” เป็นส่วนหนึ่งในงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ต้องมีการถ่ายโอนภารกิจ ซึ่งเกี่ยวกับ “การสาธารณสุข การรักษาพยาบาล และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ”<sup>(4)</sup>

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขตามแผนปฏิบัติการฯ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2545 ได้กำหนดไว้ 2 กลุ่ม คือ

1) การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่ อปท. รวม 7 ภารกิจ (จาก 34 ภารกิจของ 7 กรม) ได้แก่ สำนักงาน

<sup>†</sup> การถ่ายโอนภารกิจ หมายถึง การที่ราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาคจะลดหรือยุติบทบาทจากผู้ปฏิบัติ เปลี่ยนไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ปฏิบัติแทน และจะต้องมีการถ่ายโอนงาน เงิน และจัดสรรบุคลากรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเหมาะสม การตั้งงบประมาณไว้ที่ส่วนราชการดังที่เคยปฏิบัติมาไม่ใช่การถ่ายโอนภารกิจที่แท้จริง การถ่ายโอนภารกิจจะต้องเชื่อมโยงกับเรื่องการเงิน การคลัง งบประมาณ และการแบ่งรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย



ปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1 ภารกิจ คือ การสนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และกรมอนามัย 6 ภารกิจ ได้แก่ การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การจัดหาและพัฒนา น้ำสะอาด การส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน และการส่งเสริมสุขภาพเด็กและผู้สูงอายุ<sup>(5)</sup> ซึ่งภารกิจดังกล่าวอยู่ภายใต้หน่วยบริการสุขภาพคือสถานีนามัย

2) การมุ่งเน้นให้เกิดกลไกระดับจังหวัดที่เรียกว่า “คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)” เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพและงานหลักประกันสุขภาพ (30 บาท) ในลักษณะ “เครือข่ายบริการ” โดยมีเป้าหมายให้เกิดการรวมศูนย์ของระบบสุขภาพในระดับจังหวัด ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการให้ กสพ. เป็นนิติบุคคลตามกฎหมายที่มีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ คล่องตัว มีอิสระ มีลักษณะเป็นองค์กรมหาชนท้องถิ่นที่จัดบริการสาธารณะโดยไม่มุ่งแสวงหาผลกำไร แต่ก็ยังไม่สามารถดำเนินการได้สำเร็จในขณะนั้น<sup>(4)</sup> โดยมีการจัดตั้ง กสพ. นำร่อง 10 จังหวัด<sup>(6-8)</sup> ทว่าการดำเนินการได้หยุดชะงักลง เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายเร่งด่วนเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงสร้างการบริหารของกระทรวง ทบวง กรมที่มีอยู่ในขณะนั้นไม่เอื้ออำนวยและเป็นอุปสรรคต่อการกระจายอำนาจไปยัง อปท.<sup>(7-9)</sup> การถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างเป็นไปด้วยความล่าช้าและถูกเร่งรัดจาก ก.ก.ถ. มาโดยตลอดจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอแนวทางการถ่ายโอนสถานีนามัยไปยัง อปท. ที่มีหลายรูปแบบ ทั้งแบบแยกส่วน (เช่น ถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่ อบต.) แบบเครือข่ายบริการ แบบองค์กรมหาชนและแบบการตั้งหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ (service delivery unit: SDU) เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด<sup>(10)</sup> นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยัง

ได้จัดตั้ง “คณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” เพื่อกำหนดแนวทางและวางแผนงานในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเฉพาะเรื่องการถ่ายโอนแบบแยกส่วน โดยเริ่มดำเนินการถ่ายโอนภารกิจเฉพาะสถานีนามัยให้แก่ อบต. และมีการเสนอหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ทดลอง โดย อบต. ที่เข้าร่วมโครงการจะต้องดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเคยได้รับรางวัลการบริหารจัดการดีเด่นจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สอ.) ภายใต้หลักเกณฑ์นี้มี อบต. ที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 110 แห่ง ทั้งนี้ สถานีนามัยจะต้องสมัครใจเข้าร่วมโครงการด้วย โดยในปี พ.ศ. 2550 มีสถานีนามัยที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 35 แห่งจากทั้งหมดเกือบ 1 หมื่นแห่ง<sup>(11)</sup> และในท้ายที่สุดมีสถานีนามัยกลุ่มแรกที่ถ่ายโอนให้แก่ อบต. จำนวนทั้งสิ้น 22 แห่ง โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการควบคุมป้องกันโรค ศึกษาราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ลงนามส่งมอบภารกิจสถานีนามัยให้แก่ อบต. ทั้ง 22 แห่ง ในวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 กระทรวงสาธารณสุข<sup>(10)</sup> มีการถ่ายโอนอีก 6 แห่ง รวมเป็น 28 แห่งในปี พ.ศ. 2551<sup>(8)</sup>

การส่งมอบภารกิจสถานีนามัยให้แก่ อบต. ทั้ง 22 แห่ง ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการถ่ายโอนสถานีนามัยไปยัง อบต. ซึ่งเกิดประเด็นคำถามและข้อกังวลขึ้นมากมาย กระทั่งกระทรวงสาธารณสุขต้องออกหนังสือปกขาว “10 ประเด็นสำคัญ เกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” เพื่อชี้แจงและสื่อสารข้อเท็จจริงในวงกว้าง ตัวอย่างเช่น ประเด็นการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับ พ.ศ. 2550 และมีข้อกังวลว่าการส่งมอบภารกิจสถานีนามัยให้แก่ อบต. ทั้ง 22 แห่ง จะชอบด้วยกฎหมายหรือไม่ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณาแล้วว่า รัฐธรรมนูญแห่ง



ราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ยังคงกำหนดเรื่องการกระจายอำนาจไว้ตามเดิม โดยระบุไว้ในหมวด 14 มาตรา 281-290 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังคงเจตนารมณ์และแนวทางการกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ไว้ ประกอบกับ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ยังคงมีผลบังคับใช้อยู่ ดังนั้น การดำเนินการส่งมอบภารกิจสถานีนามัยให้แก่ อปท. ทั้ง 22 แห่ง ในวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 จึงเป็นไปโดยชอบด้วยกฎหมายทุกประการ หรือประเด็นเรื่องของการบริหารจัดการเงินบำรุงของสถานีนามัยว่าหลังจากถ่ายโอนไปแล้วจะใช้ระเบียบของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขหรือกระทรวงมหาดไทย ซึ่ง สส. ได้แจ้งเวียนว่า ถ้าสถานีนามัยได้รับเงินจากหน่วยบริการแม่ข่ายที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ก็ให้ใช้ระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขต่อไปโดยอนุโลม ซึ่งหากในท้ายที่สุดแล้วมีปัญหาเกิดขึ้นจนส่งผลเสียหายต่อประชาชนและทุกฝ่ายไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็ได้ กระทรวงสาธารณสุขก็พร้อมจะรับโอนภารกิจคืน เป็นต้น<sup>(10)</sup>

### แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551

จากการปฏิรูประบบราชการภายใต้ พ.ร.บ. ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2545 พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 และการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานของภาครัฐ การจัดระบบการทำงานของผู้ว่าราชการจังหวัดแบบบูรณาการ และมีการกำหนดวิธีการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์จังหวัด กลุ่มจังหวัด และนโยบายของรัฐบาลในเรื่องต่างๆ มีการปรับปรุงและประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และ “แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” (ฉบับที่ 2) พ.ศ.

2551<sup>(3)</sup> โดยกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล โดยประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งกำหนดให้ถ่ายโอนภารกิจไปพร้อมกับสถานีนามัยไปยัง อปท. ที่มีความพร้อม และ 2) การรักษาพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ให้เป็นทางเลือกของ อปท. ที่มีความพร้อมสูงกว่า โดยอาจดำเนินการในรูปแบบสหการ<sup>(9)</sup> อย่างไรก็ตาม ด้วยหน่วยรับการถ่ายโอนเป็น อบต. และเทศบาล ซึ่งเป็น อปท. ขนาดเล็ก ดังนั้น จึงยังไม่มี การถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลเกิดขึ้น

ในปี พ.ศ. 2552 เกิดการปฏิรูปสถานีนามัยครั้งสำคัญขึ้น โดยนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ (นายกรัฐมนตรี) และนายวิทยา แก้วภราดัย (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) ในขณะนั้น ได้ดำเนินนโยบาย “ยกระดับสถานีนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)” ภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง พ.ศ. 2555 เพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์จากเดิมที่มุ่งเน้นการรักษาเป็นการส่งเสริมสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ สะดวกและรวดเร็ว โดยรัฐบาลเพิ่มงบค่าใช้จ่ายรายหัวในการส่งเสริมสุขภาพเป็น 200 บาทต่อคน และจัดกลุ่ม รพ.สต. เป็น 3 ขนาดตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ พร้อมปรับโครงสร้างอัตรากำลังประจำตามขนาด รพ.สต. และมีพยาบาลเวชปฏิบัติประจำทุก รพ.สต. ทำหน้าที่ตรวจรักษาโรคพื้นฐานและทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ โดยคาดว่าจะการปฏิรูป รพ.สต. จะใช้เวลาดำเนินการ 3 ปี<sup>(12)</sup>

ตาม “คู่มือการปฏิบัติงานตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต การถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ปี พ.ศ.

2553) โดยสำนักงาน ก.ก.ถ. ต่อไปนี้จะใช้คำว่า “คู่มือปี 2553” ซึ่งกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น พร้อมทั้งสถานีอนามัย (ในปัจจุบันคือ รพ.สต.) ให้กับ อปท. ที่มีความพร้อม โดยในขั้นตอนแรกเจตนารมณ์ของแผนปฏิบัติการฯ คือ ถ่ายโอน รพ.สต. ให้กับเทศบาลและ อบต. ซึ่งเป็น อปท. ที่มีภารกิจหน้าที่ชัดเจนในระดับพื้นที่และมีความใกล้ชิดกับการดำรงชีวิตของประชาชนมากที่สุด และระยะสุดท้ายหาก อปท. ใดไม่พร้อมรับการถ่ายโอน ให้ดำเนินการถ่ายโอนให้ออบจ. ดำเนินการ นอกจากนี้ การถ่ายโอนภารกิจ

ให้ยึดหลัก “งานไป เงินไป ตำแหน่งไป” โดยให้อปท. กำหนดโครงสร้างขององค์กรเพื่อรองรับการถ่ายโอน ทั้งนี้ สิทธิและสวัสดิการของข้าราชการที่ถ่ายโอนต้องไม่ต่ำกว่าเดิม อย่างไรก็ตาม การจัดตั้ง กสพ. ไม่ได้ถูกกล่าวถึงมากนัก อาจเนื่องมาจากแนวการถ่ายโอน รพ.สต. ในช่วงนี้เป็นแบบแยกส่วนถ่ายโอนเฉพาะระดับเทศบาลหรือ อบต. ในขณะที่ กสพ. เป็นกลไกระดับจังหวัด ภายใต้คู่มือปี 2553 ได้กำหนดหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมของ อปท. ในการจัดการด้านสาธารณสุขไว้ 5 องค์ประกอบ รวม 8 ตัวชี้วัด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดการประเมินความพร้อมของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ตามคู่มือปี 2553

5 องค์ประกอบ	8 ตัวชี้วัด
1. ประสบการณ์ของ อปท. ในการจัดการหรือการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุข	1.1 ระยะเวลาที่ อปท. จัดหรือมีส่วนร่วมหรือส่งเสริมสนับสนุนการจัดการงานสาธารณสุขถึงปีที่ประเมิน 1.2 ผลการดำเนินงานสาธารณสุข 1.3 ความร่วมมือของชุมชนในการจัดการงานสาธารณสุขของ อปท. เช่น ด้านทรัพย์สิน ด้านวิชาการ ด้านบริการ และกิจกรรมด้านอื่นๆ 1.4 การส่งเสริมสนับสนุนแก่สถานีอนามัยก่อนการขอรับโอน เช่น ด้านทรัพย์สิน/ ด้านวิชาการ/ ด้านบริการและกิจกรรม/ ด้านอื่นๆ
2. แผนการเตรียมความพร้อมในการจัดการงานสาธารณสุขหรือแผนพัฒนาการจัดการงานสาธารณสุขซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมด้านต่างๆ ที่เหมาะสมกับระดับ ประเภท และรูปแบบการจัดการงานสาธารณสุข	2.1 เทศบาลและ อบต. มีแผนกลยุทธ์หรือแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม และ/หรือ แผนพัฒนาระบบส่งต่อ/แผนรองรับภาวะวิกฤติ/โรคติดต่อระบาดรุนแรง และ/หรือ แผนในการวางระบบกำกับควบคุม ตรวจสอบเพื่อนำไปสู่ความเชื่อมั่นว่าจะจัดการงานสาธารณสุขได้อย่างมีมาตรฐาน
3. วิธีการบริหารและการจัดการงานสาธารณสุข	3.1 รูปแบบวิธีการบริหารและการจัดการงานสาธารณสุข
4. การจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดบริการด้านสาธารณสุข	4.1 สัดส่วนการใช้งบประมาณ (รวมเงินอุดหนุนทั่วไปและเงินกู้ แต่ไม่รวมเงินอุดหนุนเฉพาะกิจจากรัฐ) เพื่อการจัดการงานสาธารณสุขเฉลี่ย 3 ปีงบประมาณย้อนหลัง (ไม่รวมปีงบประมาณที่ประเมิน)
5. ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อความพร้อมในการจัดการงานสาธารณสุขของ อปท.	5.1 ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการงานสาธารณสุขในเขตบริการของสถานีอนามัยของ อปท. (ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ใช้ได้เป็นเวลา 2 ปี นับแต่วันประมวลผล)

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (2553)<sup>(7)</sup>

อบต. = องค์การบริหารส่วนตำบล, อปท. = องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

คณะกรรมการประเมินความพร้อมของ อปท. ในการจัดการงานสาธารณสุขเป็นรูปไตรภาคี มีจำนวน 9 คน ประกอบด้วย ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัด จำนวน 3 คน ผู้แทน อปท. จำนวน 3 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน (ที่ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขระดับจังหวัด และผู้แทน อปท. จังหวัดนั้นร่วมกันเสนอ โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเสนอเจ้าหน้าที่ของตนเป็นเลขานุการของคณะกรรมการ 1 คน และ อปท. เสนอเจ้าหน้าที่ของตนเป็นผู้ช่วยเลขานุการของคณะกรรมการ 1 คน) โดยวิธีการประเมินให้คำนวณจากคะแนนของตัวชี้วัดทั้ง 8 ตัว เป็นค่าน้ำหนักคะแนนจากคะแนนเต็มและเปรียบเทียบเป็นร้อยละ 100 โดย อปท. ที่ได้รับการประเมินต้องมีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 70 ขึ้นไป จึงจะสามารถรับการถ่ายโอนสถานีนอนาถาครอบคลุมากรกิจทั้ง 4 มิติไปดำเนินการได้ ได้แก่ การควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ<sup>(7)</sup>

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา มีการถ่ายโอนสถานีนอนาถาหรือ รพ.สต. ให้แก่เทศบาลและ อบต. อย่างต่อเนื่องแต่ในจำนวนที่น้อย โดยมีการถ่ายโอนในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 18 แห่ง ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 4 แห่ง ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 1 แห่ง ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 6 แห่ง ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 8 แห่ง<sup>(13)</sup> และปี พ.ศ. 2564-2565 มีการถ่ายโอนเพิ่มอีก 19 แห่ง รวมจากอดีตถึงปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 84 แห่ง (จาก 9,878 แห่ง)<sup>(14)</sup> โดยมีปัจจัยสำคัญจากตัวชี้วัดและหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมของ อบต. ที่ยังคงเข้มงวด<sup>(15)</sup> (แม้ว่าจะยืดหยุ่นกว่าหลักเกณฑ์เดิมก็ตาม) และยังมีปัญหาความพร้อมของ อบต. ที่จะรับถ่ายโอน อย่างไรก็ดี ผลของแผนปฏิบัติการฯ ดังกล่าว พบว่าการถ่ายโอนที่ผ่านมาให้ผลกระทบในแง่บวก เช่น งบประมาณ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และสถานที่ที่มีความเพียงพอต่อการให้บริการ<sup>(16)</sup> การบริหารจัดการมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ระบบตอบสนองต่อชุมชนและผู้รับบริการมากขึ้น<sup>(8,17)</sup> และการมีส่วนร่วมของชุมชนมีเพิ่มมากขึ้น<sup>(8)</sup> ทั้งนี้

ยังพบผลกระทบในแง่ลบ เช่น รพ.สต. บางแห่งประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ บางแห่งได้รับการนิเทศงานจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ลดลง และการบริการสุขภาพมีค่าเฉลี่ยลดลง ได้แก่ การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็งปากมดลูก<sup>(16)</sup>

ระบบบริการปฐมภูมิ (primary care service) มีความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมและเป็นธรรมมากขึ้น รวมทั้งสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลหลายแห่งได้มากขึ้น ประเทศไทยมีนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เมื่อมีการกำหนดสาระสำคัญในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 หมวดที่ 5<sup>(18)</sup> ให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยและพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562<sup>(19)</sup> กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ประกอบด้วย 6 หมวด และบทเฉพาะกาล รวมทั้งหมด 43 มาตรา โดยมาตรา 10 บัญญัติให้คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิมีหน้าที่และอำนาจ เสนอนโยบายยุทธศาสตร์และแผนเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปปฏิบัติ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ. 2564-2575) ซึ่งเป็นการกำหนดระยะเวลาของแผน 10 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มาตรา 43 ที่บัญญัติไว้ภายใน 10 ปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้สำนักงานจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ



เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการและลักษณะพื้นที่

การกระจายอำนาจยังอยู่ในช่วงของแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 แม้ว่าจะจะมีการพัฒนา (ร่าง) แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563-2565 แล้ว โดยกำหนดให้ถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและแจ้งงานการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด (สายด่วน 1669) แก่ อบจ. และกรุงเทพมหานคร (กทม.) แต่แผนดังกล่าวยังไม่ถูกประกาศใช้อย่างเป็นทางการในปัจจุบัน<sup>(2)</sup>

ในปี พ.ศ. 2565 รัฐบาลได้จัดสรรรายได้ให้ อบท. เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.6<sup>(17)</sup> แต่การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยังเทศบาลและ อบต. ยังคงเป็นไปอย่างล่าช้า ซึ่งแผนปฏิบัติการฯ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ได้กำหนดไว้ว่า ในระยะสุดท้ายหาก อบท. ใดไม่พร้อมรับการถ่ายโอน ให้ถ่ายโอนให้ อบจ. ดำเนินการแทน ดังนั้น “คณะอนุกรรมการบริหารแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการถ่ายโอนภารกิจ” ภายใต้ ก.ก.ถ. จึงมีคำสั่งแต่งตั้ง “คณะทำงานการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด” ขึ้น เพื่อพิจารณาจัดทำแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. มีการจัดเวทีรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน 5 ภูมิภาค ได้แก่ จ.ขอนแก่น จ.ชลบุรี จ.เชียงใหม่ จ.สงขลา และ จ.สุพรรณบุรี<sup>(13)</sup> และได้เสนอต่อ ก.ก.ถ. ประกาศเป็น “หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด” เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2564

ประกาศ ก.ก.ถ. เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2564

ท้ายประกาศ ก.ก.ถ. ฉบับนี้ได้กำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2564 ซึ่งต่อไปนี้จะใช้คำว่า “คู่มือปี 2564” ที่มีความชัดเจนและยืดหยุ่นมากขึ้นตั้งแต่การวางโครงสร้างและการดำเนินการก่อนการถ่ายโอนภารกิจ กลไกและกระบวนการถ่ายโอน ตัวชี้วัดและหลักเกณฑ์การประเมินความพร้อมของ อบท. และการดำเนินการหลังการถ่ายโอนภารกิจ ซึ่งในแต่ละส่วนได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบจ. สด. สปสช. กระทรวงสาธารณสุข อย่างค่อนข้างชัดเจน โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1) ตัวชี้วัดและหลักเกณฑ์ประเมินความพร้อมมีความยืดหยุ่นมากขึ้น (ตารางที่ 2) โดยคู่มือปี 2564 ได้กำหนดตัวชี้วัดไว้ 4 หมวด รวม 6 ตัวชี้วัด (ลดลงจากเดิม) มีเนื้อหา มุ่งเน้นที่โครงสร้าง กลไก และทรัพยากรที่เพียงพอต่อการรองรับภารกิจและประสบการณ์ของ อบจ. ในการดำเนินการด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ในหลักเกณฑ์การประเมินยังผ่อนคลายจากเกณฑ์เดิมลงอย่างมาก โดยไม่มีการตัดช่วงคะแนนที่ไม่ได้ถ่ายโอน แต่ใช้วิธีแบ่งระดับเป็น “ระดับดี” (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 70) หากถ่ายโอนภารกิจได้ อำเภอละ 1 แห่ง หรือรวมแล้วไม่เกิน 30 แห่ง “ระดับดีมาก” (คะแนนร้อยละ 71-90) หากถ่ายโอนภารกิจได้ อำเภอละ 2 แห่ง หรือรวมแล้วไม่เกิน 60 แห่ง และ “ระดับดีเลิศ” (คะแนนมากกว่าร้อยละ 90) หากสามารถถ่ายโอนภารกิจได้ทุกแห่งในพื้นที่จังหวัดนั้นๆ<sup>(13)</sup>

## ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดการประเมินความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัดตามคู่มือปี 2564

4 หมวด	6 ตัวชี้วัด
1. โครงสร้างองค์กร	1.1 อบจ. มีผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจนสำหรับ (1) งานด้านสาธารณสุข (2) งานด้านคุณภาพชีวิต
2. บุคลากร	2.1 อบจ. มีการบริหารงานบุคคลด้านสาธารณสุข คือ (1) มีแผนการจัดกรอบอัตรากำลังของบุคลากรด้านสาธารณสุข (2) มีแผนการจัดกรอบอัตรากำลังของบุคลากรด้านสาธารณสุข ที่มีการระบุตำแหน่งและจำนวนของบุคลากรของโครงสร้างอัตรากำลังอย่างชัดเจน
3. การเงินและการจัดสรรทรัพยากร	3.1 อบจ. มีแผนบริหารจัดการงบประมาณด้านคุณภาพชีวิตและด้านสาธารณสุข ดังนี้ (1) แผนบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิตในปีงบประมาณที่ขอรับการประเมิน (2) แผนบริหารจัดการงบประมาณด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิตภายใน 3 ปีงบประมาณย้อนหลัง (นับรวมปีที่ขอรับการประเมินด้วย) 3.2 อบจ. มีความมั่นคงทางสถานะการเงิน การคลังและงบประมาณ โดยพิจารณา ดังนี้ (1) มีการบันทึกข้อมูลการเงินการคลังและงบประมาณในระบบบัญชีคอมพิวเตอร์ของ อบจ. (e-LAAS) และระบบบริหารการเงินการคลังของภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS) อย่างครบถ้วนและถูกต้อง (2) มีการวิเคราะห์เสถียรภาพทางการเงิน การคลังและงบประมาณของ อบจ. และมีแนวทางการบริหารวินัยทางการเงินการคลังอย่างชัดเจน
4. แผนพัฒนางานด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต	4.1 อบจ. มีแผนงานหรือโครงการด้านคุณภาพชีวิตและสาธารณสุขปรากฏในแผนพัฒนา อบจ. 5 ปี ที่ครอบคลุมงานต่อไปนี้ (1) งานส่งเสริมคุณภาพชีวิต (2) งานส่งเสริมสุขภาพ (3) งานควบคุมและป้องกันโรค (4) งานรักษาพยาบาล (5) งานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (6) งานคุ้มครองผู้บริโภค (7) งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 4.2 อบจ. ได้นำแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิตไปปฏิบัติ โดยมีประเด็นในการพิจารณา ดังนี้ (1) อบจ. ได้นำแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิตตามแผนพัฒนา อบจ. 5 ปี ไปบรรจุไว้ในแผนดำเนินงานประจำปีของ อบจ. (2) อบจ. ได้นำแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและด้านคุณภาพชีวิตตามแผนพัฒนา อบจ. 5 ปี ไปบรรจุไว้ในข้อบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีของ อบจ. (3) อบจ. ได้ดำเนินการกำกับ ติดตามและประเมินผลสัมฤทธิ์ของแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต พร้อมทั้งรายงานผลต่อสภา อบจ.

ที่มา: คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (2564)<sup>(13)</sup>

อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด, e-LAAS = electronic local administration accounting system, GFMS = government fiscal management information system



2) การกำหนดโครงสร้างและจัดตั้งกลไกในการดูแลภารกิจที่ถูกถ่ายโอน โดยกำหนดให้มีการจัดตั้ง “กองสาธารณสุข” ใน อบจ. เพื่อรองรับการถ่ายโอน รพ.สต. เป็นการเฉพาะ และให้มี “คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)” ระดับจังหวัด ซึ่งจะต้องจัดตั้งขึ้นอีกครั้งหลังจากหยุดชะงักไปในแผนการกระจายอำนาจ ฉบับที่ 1 โดยโครงสร้าง กสพ. ประกอบด้วย นายก อบจ. เป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นรองประธาน ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษา และมีหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งจากภาครัฐและภาคประชาชนเป็นกรรมการ มีกองสาธารณสุขเป็นสำนักงานเลขานุการ โดย กสพ. มีหน้าที่สำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแลและประเมินผลการปฏิบัติงานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และอื่นๆ ทั้งนี้ กสพ. มิได้ถูกกำหนดให้จำเป็นต้องเป็นนิติบุคคลเหมือนในครั้งก่อนหน้า

3) การจัดทำ “แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่” ของ อบจ. อย่างน้อยต้องประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 6 ด้าน ได้แก่ (1) การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน (2) การควบคุมโรคติดต่อ (3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (4) การส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (5) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และ (6) การบริหารจัดการและพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบการส่งต่อผู้ป่วย

4) การกำหนดให้จัดสรรงบประมาณ (มักนิยมเรียกว่า งบ SML, small medium large) ให้แก่ รพ.สต. ไม่น้อยกว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปก่อนหน้านี้ (แห่งละ 1 ล้านบาท/ปี โดยไม่แบ่งขนาด) ให้จัดสรรตามขนาดของ รพ.สต.<sup>§</sup> โดยขนาดเล็ก (S) ให้จัดสรร 1 ล้านบาท/ปี ขนาดกลาง (M) ให้จัดสรร 1.5 ล้านบาท/ปี และขนาดใหญ่ (L) ให้จัดสรร 2 ล้านบาท/ปี อย่างไรก็ตาม ด้วยสถานการณ์ทางการเงินการ

คลังของประเทศไทยที่มีข้อจำกัด คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2565 และในวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 อนุมัติงบประมาณให้เพียง 4 แสนบาท/ปี (S) 6.5 แสนบาท/ปี (M) และ 1 ล้านบาท/ปี (L) (ตามลำดับขนาด รพ.สต.) เท่านั้น

ผลจากคู่มือปี 2564 ที่มีความยืดหยุ่นมากขึ้นและศักยภาพของ อบจ. ที่มีสูงกว่าเทศบาลหรือ อบต. ทำให้มี อบจ. ยื่นขอประเมินความพร้อมและผ่านการประเมินจำนวน 49 จังหวัด จาก 76 จังหวัด มี รพ.สต. ที่ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 จำนวนทั้งสิ้น 3,263 แห่ง หรือประมาณร้อยละ 33 ของ รพ.สต. ทั่วประเทศ (มากที่สุดนับตั้งแต่มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยและ รพ.สต.) และมีการถ่ายโอนต่อเนื่องในปี งบประมาณ 2567 อีกจำนวน 933 แห่ง (ร้อยละ 9.5)

## 2. ความท้าทายของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

จากการติดตามสถานการณ์ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 นับตั้งแต่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. พบความท้าทายและอุปสรรคหลายประการ ซึ่งสรุปเป็นรายประเด็น ดังนี้

### มิติด้านกำลังคน

การจัดจ้างบุคลากรถ่ายโอนประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) ที่ระเบียบหลักเกณฑ์ของกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการสุขภาพยังไม่รองรับ ซึ่งในปัจจุบันกระทรวงมหาดไทยได้แก้ไขปัญหานี้ด้วยการให้ อบจ. ทำ MOU (memorandum of understanding) กับผู้ว่าราชการจังหวัด<sup>(1)</sup> เพื่อขอใช้ระเบียบหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย

<sup>§</sup> ขนาดเล็ก (S) รับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 3,000 คน, ขนาดกลาง (M) รับผิดชอบประชากร 3,000-8,000 คน และขนาดใหญ่ (L) รับผิดชอบประชากร 8,000 คนขึ้นไป

เงินบำรุงของสถานบริการในการจัดจ้าง พกส. ไปก่อน โดยอนุโลม<sup>(20)</sup> ใดๆก็ดี กระทรวงมหาดไทย จำเป็นต้องปรับปรุงระเบียบหลักเกณฑ์ต่างๆ ให้เอื้อต่อการจัดจ้างบุคลากรประเภทดังกล่าวอย่างชัดเจนและให้เป็นไปตามคู่มือปี 2564 ต่อไป ส่วนวิชาชีพที่ขาดแคลน ได้แก่ พยาบาลและแพทย์แผนไทย และการจัดจ้างบุคลากรอื่นๆ อบจ. สามารถจัดสรรบุคลากรให้ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนได้ทันที และการจัดจ้างโดย อบจ. ในลักษณะข้าราชการท้องถิ่นมีข้อจำกัดตามมาตรา 35 แห่ง พระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ค่าใช้จ่ายด้านบริหารงานบุคลากรที่กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 40 ของงบประมาณทั้งหมดของ อบจ. และหาก อบจ. จะจัดหาบุคลากรเพิ่มเติมกรอบอัตรากำลังต้องดำเนินการขอเปิดกรอบ ซึ่งมีกระบวนการหลายขั้นตอน<sup>(21,22)</sup>

### มิติด้านการเงินและการคลัง

ก่อนการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. การจัดสรรงบประมาณจาก สปสช. ให้ รพ.สต. จะผ่านหน่วยบริการประจำ (contracting unit of primary care, CUP) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าในคู่มือปี 2564 จะกำหนดให้หน่วยบริการประจำ (CUP) ต้องบริหารจัดการงบประมาณดังกล่าวกับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนโดยมิให้แตกต่างจากก่อนการถ่ายโอนและมีให้ใกล้เคียงกับ รพ.สต. อันที่ไม่ได้ถ่ายโอนก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติ งบกองทุน สปสช. ที่ถูกจัดสรรไปจะถูกโอนเข้าบัญชีของหน่วยบริการประจำ (CUP) ซึ่งหากพิจารณาว่าการเบิกจ่ายเงินในบัญชีอยู่ภายใต้ระเบียบว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีได้ให้อำนาจหน่วยบริการดำเนินการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ไปยังหน่วยงานนอกสังกัดได้ ดังนั้น สปสช. จึงแก้ไขปัญหานี้โดยกำหนดกลไกการเงินที่หลากหลายรูปแบบภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงในแต่ละพื้นที่ว่าจะจัดสรรเงินอย่างไร (ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ ครั้งที่ 2/2565) เช่น บางจังหวัดตกลงให้ สปสช. จัดสรรงบประมาณเหมือนเดิมโดยการโอนงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับแม่ข่ายไปให้หัวหน้าแม่ข่าย จากนั้นต้องทำการตกลงกับ รพ.สต. ว่าจะโอนเงินเท่าใด ด้วยวัตถุประสงค์อะไรบ้าง หรือบางพื้นที่ให้ สปสช. โอนตรงไปที่ รพ.สต. ให้ดำเนินการจัดการเอง ซึ่ง สปสช. จะดำเนินการจ่ายค่าบริการให้กับหน่วยที่เป็นผู้จัดบริการหรือ รพ.สต. โดยตรง ได้แก่ บริการกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่าย (outpatient accident and emergency, OPAE), บริการปฐมภูมิไปที่ไหนก็ได้ (OP anywhere), แพทย์แผนไทย, การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์, บริการเบิกจ่ายตามรายการที่กำหนด (fee schedule) ส่วนบางบริการที่เป็นค่าดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยบริการแม่ข่ายและ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน จะมีการกำหนดสัดส่วนการจ่ายให้ชัดเจน เช่น การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care), คลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster, PCC), fee schedule (บางรายการ), งบเบาหวานความดัน ทั้งนี้ ในระดับพื้นที่จะมี กสพ. ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายแผนพัฒนาสาธารณสุขของพื้นที่ แผนความต้องการใช้ทรัพยากร รวมถึงรูปแบบในการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อขับเคลื่อนการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ สำหรับข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับกลไกการสนับสนุนค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน แม้ว่ารูปแบบและกลไกของการจ่ายเงินให้กับสถานบริการมีความหลากหลายก็จริง แต่ยังมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการและหลักเกณฑ์ รวมถึงการติดตามประเมินผลของรูปแบบการจัดสรรต่างๆ

การบริหารจัดการงบประมาณของ รพ.สต. ภายใต้สังกัด อบจ. มีความยืดหยุ่นพอสมควร ประกอบกับการได้รับงบ SML เพิ่มเติม ทำให้มีเม็ดเงินเพียงพอที่จะทำให้อุปสรรคต่อการบริการประชาชน เมื่อเปรียบเทียบกับ



ก่อนการถ่ายโอนและหลังการถ่ายโอนมายัง อบจ. ระบบการบริหารงบประมาณมีข้อดี คือ 1) รพ.สต. ได้รับเงินงบประมาณประเภทต่างๆเพิ่มเติมทำให้ช่วงหลังถ่ายโอนมีเงินเพียงพอ ไม่กระทบต่อการบริการ 2) อบจ. แต่ละจังหวัดได้จัดสรรงบประมาณของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาบุคลากรขาดแคลนในช่วงถ่ายโอนและจัดสรรเงินสวัสดิการให้แก่บุคลากรถ่ายโอนเพื่อไม่ให้เกิดกระทบต่อการบริหารงานบุคคลของ รพ.สต. 3) ระบบการบริหารจัดการด้านงบประมาณของ อบจ. มีความยืดหยุ่นคล่องตัว ทำให้การเบิกจ่ายเงินของ รพ.สต. ทำได้รวดเร็วขึ้น

### มิติด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซ่ยา

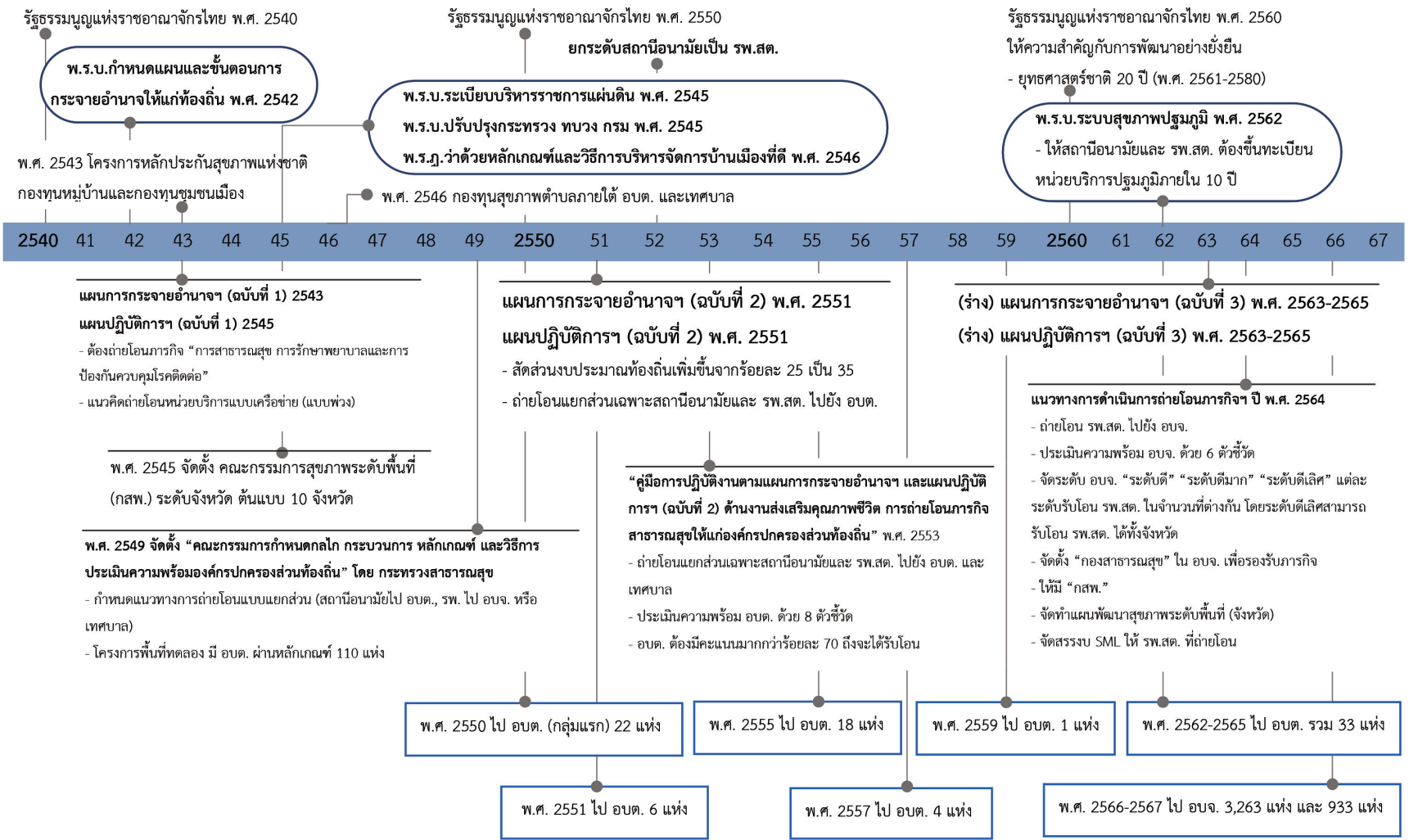
การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซ่ยาได้ถูกกำหนดไว้ในคู่มือปี 2564 โดยแต่เดิมยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซ่ยาของ รพ.สต. จะถูกบริหารจัดการแบบเครือข่ายหน่วยบริการ โดยมีหน่วยบริการประจำ (CUP) ซึ่งเป็นแม่ข่ายของ รพ.สต. นั้นๆ ทำหน้าที่จัดหาและบริหารคลังยา เนื่องจากมีทรัพยากรทางการแพทย์และศักยภาพเพียงพอที่จะดำเนินการ (โดยเฉพาะการมีเภสัชกรประจำหน่วย) และจัดสรรให้แก่ รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยบริการลูกข่าย อย่างไรก็ตาม คู่มือปี 2564 มิได้กำหนดขั้นตอนหรือแนวปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวไว้ ดังนั้น อบจ. ซึ่งมีฐานะเป็นต้นสังกัดของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนจะสามารถดำเนินการเป็นผู้บริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซ่ยาด้วยตนเองและจากการติดตาม

สถานการณ์การถ่ายโอนในช่วงที่ผ่านมาพบว่า อบจ. บางแห่งได้พัฒนาแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่และเริ่มกำหนดเรื่องการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซ่ยาด้วยตนเองบ้างแล้ว ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการมีแนวปฏิบัติในการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซ่ยาของหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ อบจ. สามารถนำไปใช้เพื่อการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีโซ่ยาให้เกิดประโยชน์กับประชาชนได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพต่อไป

### มิติด้านการกำกับดูแลและประเมินผล

การปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในการควบคุมการบริการสุขภาพปฐมภูมิใน รพ.สต. ถ่ายโอน แม้ว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอนยังคงถูกกำหนดให้จัดบริการปฐมภูมิตามคู่มือการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุขตามเดิมโดยอนุโลม เช่น การจัดบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัย การให้บริการสุขภาพครอบคลุม 5 มิติ การบริการส่งต่อ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขจะไม่มีหน้าที่ในการกำกับติดตามและประเมินผลในลักษณะของการเป็นต้นสังกัดดังเช่นแต่ก่อน แต่จะมีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานและวิชาการ เช่น การจัดทำมาตรฐานและระบบประกันคุณภาพบริการสาธารณสุข การจัดทำแนวทางการสั่งการ รพ.สต. ในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน หรือการจัดทำแนวทางการกำกับดูแลและประเมินผลดำเนินงานของ รพ.สต.





หมายเหตุ: ปรับปรุงจาก Jongudomsuk P et al. (2015)<sup>(8)</sup>, กสพ. = คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่, พรฎ. = พระราชกฤษฎีกา, พรบ. = พระราชบัญญัติ, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด, อบต. = องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

**ภาพที่ 1** ความก้าวหน้าและเหตุการณ์สำคัญของการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

## วิจารณ์และข้อยุติ

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะการถ่ายโอนสถานพยาบาลได้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการถ่ายโอนให้มีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด เพื่อเป็นปัจจัยให้เกิดการถ่ายโอนหน่วยบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลกระทบต่อค่าบริการประชาชนในช่วงเปลี่ยนผ่านให้น้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นถือเป็นเป้าหมายและความท้าทายที่สำคัญ และถือเป็นเจตนารมณ์หลักของการกระจายอำนาจตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่ระบุว่า การบริการสาธารณะต่างๆ ที่ถ่ายโอนไปต้องมีประสิทธิภาพดีขึ้นหรืออย่างน้อยต้องไม่แย่กว่าเดิมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นผู้รับการถ่ายโอนภารกิจ ผู้ส่งมอบภารกิจหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสมควรที่จะต้องประสานความร่วมมือกันตามบทบาทหน้าที่ที่ตนเองได้รับ โดยมีเป้าหมายเพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพถือเป็นกระบวนการที่ใหม่ในท้องถิ่นจากเดิมที่เคยรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลางก็ถูกปรับเปลี่ยนมาให้ท้องถิ่นมีอำนาจในการบริหารจัดการ ซึ่งในช่วงต้นของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถือว่าการเรียนรู้ถ่ายทอดประสบการณ์เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข ส่วนกระบวนการทำงานยังมีความท้าทายในการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในด้านต่างๆ คือ

- 1) ด้านบุคลากร อบจ. ยังมีข้อจำกัดและประสบปัญหาเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณในการจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุข แม้ว่า อบจ. จะจ้างบุคลากรด้านสาธารณสุขมาปฏิบัติงานเพิ่มเพื่อรองรับปริมาณงานบริการสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้น แต่ติดเพดานวงเงินงบประมาณรายจ่ายด้านบุคลากรที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 40 ของงบประมาณทั้งหมด ตามมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542
- 2) ด้านงบประมาณแหล่งรายได้ของ รพ.สต. ที่จัดสรรโดย สปสช. มีกลไก

การเงินหลากหลายรูปแบบภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงในแต่ละพื้นที่ว่าจะจัดสรรเงินอย่างไรและมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการและหลักเกณฑ์ รวมถึงการติดตามประเมินผลของรูปแบบการจัดสรรต่างๆ 3) ด้านการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา พบว่า ยังขาดแนวปฏิบัติในการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของ อบจ. 4) ด้านการกำกับดูแลและประเมินผล พบว่า ยังขาดแนวทางการกำกับดูแลและประเมินผลดำเนินงานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ดังนั้น เพื่อให้เกิดการถ่ายโอนภารกิจของหน่วยบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลกระทบต่อค่าบริการประชาชนในช่วงเปลี่ยนผ่านให้น้อยที่สุด การศึกษานี้จึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

- 1) สก. ควรพิจารณาทบทวน และเสนอให้มีการปรับปรุง/แก้ไขกฎระเบียบเกี่ยวกับการดำเนินงานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้แก่ อบจ. เพื่อให้สามารถบริหารจัดการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ กฎระเบียบต่างๆ ควรมีความสอดคล้องกับกฎระเบียบที่ใช้กับ รพ.สต. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือดีขึ้นกว่าเดิม

- 2) กระทรวงมหาดไทย ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุงกฎระเบียบต่างๆ ในการเพิ่มกรอบอัตรากำลังบุคลากรเพื่อให้ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้แก่ อบจ. มีอิสระ ยืดหยุ่น และคล่องตัวตามสภาพแวดล้อม ตามปัญหาและข้อจำกัดในแต่ละพื้นที่ภายใต้กรอบวงเงินงบประมาณด้านบุคลากรที่ได้รับจัดสรร ตามข้อมูลต้นทุนมาตรฐานตามประเภท/ขนาดของ รพ.สต. และตามความรับผิดชอบต่อเป้าหมายที่สามารถติดตามประเมินผลหรือวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม

- 3) อบจ. ควรพิจารณาจัดสรรงบประมาณเป็นเงินอุดหนุนให้แก่ รพ.สต. เช่น เงินอุดหนุนทั่วไป เงินอุดหนุนเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุข เงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนบุคลากร รพ.สต. ตามปริมาณงานซึ่งกำหนดจากเป้าหมายงานหรือตามภาระงานที่ รพ.สต. ต้องรับผิดชอบในท้องถิ่นแต่ละพื้นที่เพื่อให้ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน มีความมั่นคงด้านรายได้ในระดับหนึ่ง รวมทั้งสามารถ

วางแผนการจัดการทรัพยากรและรายได้ของตนเองเพื่อจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าและเกิดประสิทธิผล

4) อบจ. กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีอายุของ อบจ. และ แนวทางการกำกับดูแลและประเมินผลการดำเนินงานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้การดำเนินการตามภารกิจด้านสาธารณสุขมีคุณภาพ มีมาตรฐาน เป็นไปตามความต้องการด้านสุขภาพในระดับพื้นที่และสอดคล้องไปกับเป้าหมายด้านสุขภาพของประเทศ

### กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการหน่วยประมวลสถานการณ์ระบบสุขภาพ: กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งดำเนินการโดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ โดยได้งบประมาณสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

### References

1. Singhaniyom S, Singhakachen W. Decentralization of health for the strength of local people. *Quality of Life and Law Journal*. 2006;2:54-70. (in Thai)
2. Determining Plans and Process of Decentralization to Local Government Organization Act, B.E. 2542 (1999). Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. *The Government Gazette Volume 134*. (in Thai)
3. Office of the Decentralization Commission for Local Administrative Organizations. Information on revenue allocation to local administrative organizations during the fiscal year 2009-2013. Bangkok: Office of the Permanent Secretary, Office of the Prime Minister. Government House; 2013. (in Thai)
4. Announcement of the Committee on Decentralization to Local Administrative Organizations on the Action Plan to Determine the Procedures for Decentralization to Local Administrative Organizations [internet]. *The Government Gazette Volume 119*. (Mar 13, 2002). [cited 2024 May 29]. Available from: <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER20/DRAWER059/GENERAL/DATA0000/00000042.PDF>. (in Thai)
5. The Committee Determines Mechanisms, Criteria, and Methods for Evaluating the Readiness of Local Government Organizations to Support the Transfer of Public Health Center. Guidelines for transferring public health to local administrative organizations. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2007. (in Thai)
6. Wangrat C. Decentralization of public health: background, situation, and future trends. *Public Health System Research Substance*. 2011;5(4):530-8. (in Thai)
7. Office of the Decentralization Commission for Local Administrative Organizations. Manual for operating according to the plan for decentralization to local government organizations (2<sup>nd</sup> ed.) 2008 and the action plan specifying the steps for decentralization to local government organizations (2<sup>nd</sup> ed.) in the area of promoting quality of life. Transferring public health missions to local government organizations. Bangkok: Office of the Decentralization Commission for Local Administrative Organizations; 2010. (in Thai)
8. Jongudomsuk P, Srithamrongsawat S, Patcharanarumol W, Limwattananon S, Pannarunothai S, Vapatanavong P, et al. The Kingdom of Thailand Health System Reivew. Tangcharoensathien V, editor. Geneva: World Health Organization; 2015.
9. Announcement of the Committee on Decentralization to Local Government Organizations regarding the enforcement of the decentralization plan for local government organizations (No. 2) B.E. 2551 (2008) and the action plan specifying the steps for decentralization to local administrative organizations (No. 2) B.E. 2551 (2008). (in Thai)
10. Ministry of Public Health. Facts on 10 important issues regarding the transfer of health center missions to local government organizations (Local Administrative Organizations) and health decentralization guidelines. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2007. (in Thai)
11. Srisasalux J, Vichathai C, Kaewwichian R. Experience with public health decentralization: the health center transfer model. *Journal of Health Systems Research*. 2009;3(1):16-34. (in Thai)
12. Center for Information and Investigative News for Civil Rights. Until 2016, the transfer of ‘Subdistrict Health Promoting Hospitals’ (Subdistrict Health Promoting Hospitals) to local administration was only 51 out of a total of 9,787 [internet].



- 2017 [cited 2024 May 29]. Available from: <https://www.tcijthai.com/news/2017/9/scoop/7326>. (in Thai)
13. Announcement of the Committee on Decentralization to Local Administrative Organizations on the criteria and procedures for transferring the missions of the Chaloem Phrakiat 60<sup>th</sup> Anniversary Nawaminthrachini Health Station and Sub-district Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization, (2021). (in Thai)
  14. Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. Mission information transferred according to the action plan specifying the process of decentralizing power to local administrative organizations, Issues 1 and 2: Health station information [internet]. 2022 [cited 2024 May 29]. Available from: <http://bit.ly/3XatLQE>. (in Thai)
  15. Sudhipongpracha T, Chotsetakij W, Phuripongthanawat P, Kittayasophon U, Sathatham N, Onphothong Y. Policy analysis and policy design for the transfer of subdistrict health promotion hospitals to provincial administrative organizations (PAOs). Bangkok: Thammasat University, College of Interdisciplinary Studies; 2021. (in Thai)
  16. Kulthanmanusorn A, Saengruang N, Wanwong Y, Kosiyaporn H, Witthayapipopsakul W, Srisasalux J, et al. Evaluation of the devolved health centers: synthesis lesson learnt from 51 health centers and policy options. Nonthaburi: International Health Policy Program Foundation; 2018. (in Thai)
  17. Parliamentary Budget Office. Budget analysis for fiscal year 2022: local government organizations. Bangkok: Office of the Secretariat of the House of Representatives; 2022. (in Thai)
  18. Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560 (2017) [internet]. Available from: [https://cdc.parliament.go.th/draftconstitution2/more\\_news.php?cid=128](https://cdc.parliament.go.th/draftconstitution2/more_news.php?cid=128). (in Thai)
  19. Primary Health Care Act B.E.2562 (2019) [internet]. Available from: <http://www.https://ratchakittha.soc.go.th/documents/17087273.pdf>. (in Thai)
  20. Letter No. MT. 0819.3/W 3380 Subject: Guidelines for hiring Ministry of Public Health employees and other types of employees transferred according to the mission of the Chaloem Phrakiat 60<sup>th</sup> Anniversary Nawamintharachini Health Station and Subdistrict Health Promoting Hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. to the Provincial Administrative Organization Fiscal year 2023, (2022 Oct 21). (in Thai)
  21. Narattharaksa K, Narattharaksa T, Sirilak P, Sirilak S. A study of duties and powers of the Phitsanulok Provincial Administrative Organization regarding the transfer of subdistrict health promotion hospitals to Phitsanulok Provincial Administrative Organization Case study to make recommendations for reforming the law and amending related provisions. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2023. (in Thai)
  22. Sornkasetrin A, Sriyasak A, Chandra R, Krirkulthorn T, Nimwatanakul S, Thanyaporn Chuenklin, et al. Policy proposal for health manpower management during the transition period from the transfer of subdistrict health promotion hospitals to the Provincial Administrative Organization. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. (in Thai)