

บททวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๕๐

ปรีดา แต่อารักษ์*

นิภาพรรณ สุขศิริ*

ร่ำไพ แก้ววิเชียร†

กัธญา แต่อารักษ์‡

บทคัดย่อ

การทบทวนเรื่องนี้เพื่อศึกษาความเป็นมา สถานการณ์และบริบทต่าง ๆ ของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข รวมทั้งเสนอแนะการดำเนินการก่อนการทดลองถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยทบทวนจากเอกสารการดำเนินงาน ข่าวสาร งานวิจัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องย้อนหลังไปจนถึง พ.ศ. ๒๕๔๒ และสัมภาษณ์ผู้บริหาร/ผู้แทนกลุ่ม/องค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ปฏิบัติงาน ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๕๐ พบว่าการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้นการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจล่าช้า ขาดการเตรียมความพร้อมให้แก่อปท. ทั้งด้านโครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุข และศักยภาพทางวิชาการ. ในขณะที่อปท. มีจุดแข็ง คือ ผู้บริหารมีความรู้ความสามารถ สนใจการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนมากขึ้น, งบประมาณมีมากขึ้น, รู้ปัญหาของประชาชน, บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถโอนย้ายเข้าอปท.มากขึ้น, องค์กรไม่ซับซ้อนมีความคล่องตัว และจัดระบบการตรวจสอบได้ง่าย. จุดอ่อน คือ มีข้อสงสัยเรื่องความไม่โปร่งใส, บุคลากรที่มีอยู่ยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ส่วนใหญ่ยังไม่มีโครงสร้างงานสาธารณสุข. สำหรับโอกาสคือการเปลี่ยนแปลงระบบหลักประกันสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ, การปฏิรูประบบสุขภาพ เกื้อหนุนต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับพื้นที่, การตรวจสอบการทำงานของท้องถิ่นโดยองค์กรอื่นหรือภาคประชาชนทำได้ง่ายกว่าการบริหารโดยส่วนกลาง. ส่วนอุปสรรคคือรัฐบาลไม่ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจอย่างจริงจัง, ผู้ว่าเบ็ดเสร็จ (CEO) เป็นโครงสร้างการปกครองที่อาจขัดแย้งกับการปกครองท้องถิ่นในระดับจังหวัดได้, ขาดความร่วมมือจากข้าราชการประจำในระดับต่างๆ, บุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจ.

ข้อเสนอ ต้องมีกรอบแนวคิดชัดเจน: ๑) การให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ท้องถิ่น, ๒) ประสิทธิภาพและเอกภาพเชิงระบบ, ๓) ความเป็นธรรมทางสุขภาพ, ๔) ธรรมภิบาล โปร่งใส ตรวจสอบได้, ๕) การมีส่วนร่วมและการตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน, ๖) การจัดความสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่นกับรัฐบาล การกำหนดบทบาทองค์กรต่าง ๆ ให้ชัดเจน. กระทรวงสาธารณสุขจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้กำหนดมาตรฐาน ผู้กำกับดูแล สนับสนุนและบริการทางวิชาการแก่อปท. ให้อปท. เป็นผู้จัดบริการสาธารณะแก่ประชาชนในพื้นที่โดยตรงอย่างสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ การถ่ายโอนไปตามความพร้อมและประเมินผลควบคู่ไปด้วย ต้องพัฒนาศักยภาพและสร้างความพร้อมแก่อปท., พัฒนากุศลกรสาธารณสุขให้สามารถสนับสนุนอปท.ได้เป็นอย่างดี, ปรับปรุงระเบียบกฎหมายให้เหมาะสม ถ่ายโอนสถานบริการพร้อมประเมินผลควบคู่ไปด้วย. ในการกำกับติดตามและประเมินผล ต้องยึดเอาวัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจ เรื่องความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ มีธรรมภิบาล, มีประสิทธิภาพ, มีคุณภาพมาตรฐาน และประชาชนมีความพึงพอใจ.

คำสำคัญ: กระจายอำนาจ, สาธารณสุข, การถ่ายโอนสถานีอนามัย

*สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

†สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

‡วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

**Abstract Review of Decentralization in Public Health, 1999-2007****Preeda Taearak*, Niphapan Suksiri*, Ramphai Kaewwichian†, Kirana Taearak‡**

*Office of Health Assurance, †Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, ‡Sirinthorn's College of Public Health, Khon Kaen Province

This is a report of a review of the situation of decentralization in health and to recommendations for further steps that need to be taken. Documents, news and information from 1999 to 2007 were reviewed. Key persons from the organization concerned were interviewed. The study revealed that the decentralization process was operated slowly and that the infrastructure among the local administrative organizations to support decentralization was not well prepared and well established. The analysis showed that decentralization still has **strengths** and **advantages** because of the higher local administrators' capability, the increase in budget and a transfer of some public health personnel to the local level. Moreover, monitoring and external audits could be easily conducted since the local authorities' structures and functions are less complex compared with that of the government structure. On the contrary, there are **some weaknesses** in decentralization. These weaknesses include questions of transparency and lack of skill in public health affairs among the existing staff. Also, the public health division has not yet been structured in most sub-district administrative organizations. To consider opportunities, a health security system and health promotion system from the Thai Health Promotion Foundation, as well as a health-care reform system that could be possibly established, all would increase the opportunities of the public to participate in health-care initiation at local levels. An internal audit of the system by the community and the general public was also counted as an opportunity. Nevertheless, there can also be some **obstacles**. Currently, the Thai government does not pay much attention to decentralization and does not really focus on decentralization management. Therefore, it is possible that the "CEO Governor" system could be a system that hinders and interferes with the local administration system. Moreover, there is a lack of cooperation among government officers, and currently many public health personnel still have no confidence in decentralization.

A clear conceptual framework is therefore needed. Recommendations are: (1) Decision-making should be done by the local administrative organizations; (2) the system needs to be efficient and autonomous; (3) equity in health is needed; (4) good governance, transparency and accountability are very important; (5) Public participation and responses to community needs should be focused; and (6) the relationship between local authorities and the government need to be well established. Additionally, it is recommended that the Ministry of Public Health be changed into a "standardization authority" with the roles and responsibilities of monitoring, advising, and providing technical support to local administrative organizations. At the same time, the local administrative organizations should be authorized with clear roles and responsibilities to provide suitable public health services directly and specifically for the population in their own areas. In addition, it is necessary to strengthen capacity-building among local administrative organizations and capability development of public health personnel to support a good public health system at the community level. Revision of laws and regulations also needs to be focused and carried out together with the decentralization process among well-prepared local organizations. For monitoring the outcomes, the ultimate goal of "health-care services with equity, good governance, efficiency, good quality, and satisfactory standards" should be used as indicators for the evaluation.

Key words: decentralization, public health, health center transfer

เมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอแนวทางกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นหลักการที่ได้จากการประชุมระดมสมองภาคีที่เกี่ยวข้อง ต่อคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) เห็นชอบและถือเป็นแนวทางปฏิบัติ. ในการดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนี้ จำเป็นที่จะต้องทบทวนความ

เป็นมา, สถานการณ์ และบริบทต่าง ๆ ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในช่วงก่อนดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอมาลัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เห็นภาพรวม, การเปลี่ยนแปลง, พลวัต, รวมทั้งวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นอยู่และเสนอแนะสิ่งที่จะควรดำเนินการในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

ความสำคัญและความเป็นมา ของการกระจายอำนาจ

รัฐธรรมนูญไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ หมวด ๕ แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา ๗๘ กำหนดให้รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเอง และตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น และระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ตลอดทั้งโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึง และเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น^(๑-๓)

พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งเป็นกฎหมายลูกได้กำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง, การจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยคำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองเป็นสำคัญ, โดยกำหนดให้มีการมอบอำนาจหรือถ่ายโอนภารกิจบริการสาธารณะให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใน ๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๗). หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดยังไม่พร้อมรับการถ่ายโอนภารกิจภายใน ๔ ปี ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๕๓), โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเตรียมความพร้อม และราชการส่วนกลางให้การสนับสนุนแนะนำด้านการบริหารและเทคนิควิชาการ. นอกจากนี้ พ.ร.บ. ได้กำหนดให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน พ.ศ. ๒๕๔๔ จะต้องมียาได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของรายได้ของรัฐบาล และสัดส่วนต้องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ภายใน พ.ศ. ๒๕๔๙ จะต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕, และกำหนดให้มีคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่จัดทำแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น^(๔).

แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พ.ศ. ๒๕๔๓ กำหนดช่วง ๔ ปีแรก คือ พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๗ จะเป็นช่วงของการปรับปรุงระบบการบริหารงานภายในของอปท., ราชการบริหารส่วนกลาง และราชการบริหารส่วนภูมิภาค, การพัฒนายุทธศาสตร์, การสร้างความพร้อมในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจ บุคลากร งบประมาณ และทรัพย์สิน รวมทั้งการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง, มีทั้งการถ่ายโอนภารกิจและบุคลากรจำนวนหนึ่งไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.

หลังจากช่วง ๔ ปีแรกถึงปีที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๓) เป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน มีการปรับบทบาทของราชการบริหารส่วนกลาง, ราชการบริหารส่วนภูมิภาค, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนที่จะเรียนรู้ร่วมกันในการถ่ายโอนภารกิจ, มีการปรับดุลยภาพความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับราชการบริหารส่วนภูมิภาคอย่างกลมกลืน, รวมทั้งปรับปรุงกฎหมายที่ทำให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินกิจการสาธารณะที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นดีขึ้น, และทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสามารถพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความโปร่งใส.

หลังจากปีที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นต้นไป) ประชาชนในท้องถิ่นจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม, ประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจ การกำกับดูแลและการตรวจสอบ ตลอดจนการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเต็มที่. ในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีการพัฒนาศักยภาพทางด้านการบริหารจัดการและการคลังท้องถิ่นที่พึ่งตนเองและเป็นอิสระมากขึ้น. ราชการบริหารส่วนภูมิภาคจะเปลี่ยนบทบาทจากฐานะผู้จัดทำบริการสาธารณะมาเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ และกำกับดูแลการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่าที่จำเป็นภายใต้ขอบเขตที่ชัดเจน, และการปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นการปกครองตนเองของประชาชนในท้องถิ่นอย่างแท้จริง.

กรอบแนวคิดการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง



ส่วนท้องถิ่น ยึดหลักการและสาระสำคัญ ๓ ด้านคือ ๑) ความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ, ๒) การบริหารราชการแผ่นดินและการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น, ๓) ประสิทธิภาพการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๓ ลักษณะ คือ ภารกิจที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเอง, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับรัฐ, และภารกิจที่รัฐยังคงดำเนินการอยู่แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจะดำเนินการได้.

ทั้งนี้จะต้องมีการกำกับดูแลและติดตามประเมินผล ประกอบด้วยผู้แทนส่วนราชการ, ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิ, มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และประชาชน, โดยมีกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการที่รวดเร็ว ให้มีการศึกษา พัฒนา และปรับปรุงกระบวนการ วิธีการ รูปแบบ และแนวทางในการถ่ายโอนภารกิจอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และทันเหตุการณ์.

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

อปท. มีอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณสุข ให้เป็นไปอย่างทั่วถึง สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ มาตรา ๑๖-๒๒, โดยในระยะเริ่มต้นของการกระจายอำนาจ แนวคิดในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่อปท. นั้นอิงแนวคิดหลักการที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่หรือ กสพ.^๕ ขึ้นเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบบริหารระบบบริการสาธารณสุข, โดยหน่วยบริการจะมีการถ่ายโอนมาอยู่กับท้องถิ่นในลักษณะเป็นเครือข่ายบริการภายใต้ กสพ. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและ

ศักยภาพในการบริหารจัดการ, การควบคุมกำกับบริการสาธารณสุข ตลอดจนการวางแผน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนในแต่ละท้องถิ่นอย่างครบวงจรมากที่สุด, โดย กสพ.เป็นคณะกรรมการร่วมระหว่างองค์กรท้องถิ่นภายในจังหวัด และมีผู้แทนจากรัฐบาล, ผู้ทรงคุณวุฒิ, ผู้แทนประชาคมด้านสุขภาพ หรือส่วนอื่น ๆ ที่เหมาะสมเข้าร่วมในลักษณะพหุภาคี โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่สำนักงานเลขานุการ. การถ่ายโอนงานด้านสาธารณสุขจะถ่ายโอนไปยัง กสพ. รูปแบบดังกล่าว เริ่มนำร่องในบางจังหวัดแต่ยังไม่ได้มีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง มีผลให้การกระจายอำนาจโดยรวมและด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างล่าช้าและไม่มีความชัดเจน.

วิสัยทัศน์และเป้าหมายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

การกระจายอำนาจมิใช่เป้าหมายสุดท้าย แต่เป็นเพียงเครื่องมือหรือเงื่อนไขที่จะนำไปสู่การปกครองแบบประชาธิปไตยที่มีประสิทธิภาพเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน. ทั้งนี้จะมีการกระจายอำนาจได้มากเพียงใดขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม, สถานการณ์และเงื่อนไขของแต่ละประเทศ โดยความรับผิดชอบของรัฐบาลไม่ลดลง ประชาชนต้องมีส่วนร่วม^(๕-๗). ข้อห่วงใยที่สำคัญในการกระจายอำนาจ คือ ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและความไม่โปร่งใส ซึ่งก็มีข้อโต้แย้งเช่นกันว่าการจัดการที่ส่วนกลางก็ไม่อาจปฏิเสธถึงความไม่โปร่งใส^(๘,๙), และอีกประการหนึ่งที่น่าห่วง คือ ท้องถิ่นเองอาจไม่ได้ให้ความสำคัญกับงานด้านสาธารณสุขเท่าที่ควรดังเช่นที่ปรากฏในงานวิจัยต่าง ๆ.

กล่าวโดยสรุปแล้วการดำเนินการใด ๆ เกี่ยวกับระบบสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขควรเป็นไปเพื่อเกิดผลที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน คือ การ

^๕ ในแผนการกระจายอำนาจ ๒๕๕๓ ระบุว่าภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางด้านต้องการความชำนาญในวิชาชีพเฉพาะ และความเป็นเอกภาพในการจัดบริการสาธารณะเช่น การศึกษา การสาธารณสุข การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จำเป็นต้องจัดให้มีกรรมการเฉพาะด้านระดับจังหวัด โดยมีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและมาตรฐานการบริการสาธารณสุขเรื่องนั้น ๆ ในเขตจังหวัด, การจัดสรรทรัพยากร, การกำกับดูแลและตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, รวมทั้งประสานความร่วมมือระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง.

บริการต้องมีคุณภาพมาตรฐานตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนอย่างเท่าเทียม, ประชาชนมีความพึงพอใจ, การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้, ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การจัดการ การสะท้อนข้อคิดเห็นต่าง ๆ, และบุคลากรด้านสาธารณสุขมีความสุขในการปฏิบัติงาน^(๑๐,๑๑).

การดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๕๐

ในระยะแรก ๆ สามารถดำเนินการตามเป้าหมายได้ระดับหนึ่ง. ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้คัดเลือก ๑๐ จังหวัดที่มีความพร้อม คือ เชียงใหม่ แพร่ พะเยา นครราชสีมา มหาสารคาม อุดรธานี ชลบุรี สงขลา ภูเก็ต และปัตตานี เข้าร่วมโครงการนำร่องกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๕ ใช้แนวคิดการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในพื้นที่, ทดลองศึกษารูปแบบ บทบาทหน้าที่ และโครงสร้างคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่(กสพ.), แนวทางการพัฒนาบุคลากร, การปรับตัวและความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ในพื้นที่. เมื่อปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น (นพ.มงคล ณ สงขลา) เกษียณอายุราชการ เกิดข้อจำกัดที่สำคัญคือความไม่ชัดเจนในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข, อีกทั้งรัฐบาลใหม่ไม่ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ เป็นการซ้ำเติมสถานการณ์ลงไปอีกทำให้ขาดการเตรียมความพร้อมให้แก่อปท.ในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจต่าง ๆ, หน่วยงานในพื้นที่เกิดความลังเล. นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ ไม่เห็นความชัดเจนในเรื่องความก้าวหน้าและความมั่นคง หากต้องโอนมาอยู่กับอปท. ทำให้ไม่ต้องการถ่ายโอนมาท้องถิ่น^(๑๒).

รัฐบาลกับการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๙

นโยบายการปกครองและการบริหารราชการส่วนภูมิภาค

เมื่อวันที่ ๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๔๔ คณะรัฐมนตรีมีมติ

ให้ปรับเปลี่ยนบทบาทและอำนาจหน้าที่ของผู้อำนวยการจังหวัด เป็นผู้บริหารหัวหน้าของจังหวัด (Chief Executive Officer : CEO) สามารถบังคับบัญชาสั่งการหัวหน้าส่วนราชการต่าง ๆ ภายในจังหวัดได้อย่างเบ็ดเสร็จโดยตรง. กรณีดังกล่าวนี้ได้ดำเนินการอย่างจริงจังเรื่อยมา ทำให้เกิดคำถามอย่างมาก เรื่องการทำงานคู่ขนานกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือ อบจ. ที่มีหน้าที่ในการดูแลประชาชนในขอบเขตจังหวัดเช่นกัน และนโยบายการบริหารราชการแผ่นดินของรัฐบาลแถลงเมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๔๘ ทั้ง ๙ ข้อล้วนเป็นการจัดบริการสาธารณะที่ดำเนินการโดยรัฐบาลกลาง มุ่งตรงลงสู่ชุมชนในระดับรากหญ้า โดยมีได้ปรากฏถึงการส่งเสริมหรือสร้างความร่วมมือกับอปท.ให้เข้าจัดบริการสาธารณะเท่าใดนัก นอกจากการกำจัดขยะ. ส่วนเรื่องการกระจายอำนาจฯไม่มีในนโยบาย และมีรูปธรรมหลายอย่างที่สะท้อนถึงการไม่ให้ความสำคัญในเรื่องนี้^(๑๓) รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณให้อปท.ยังห่างเป้าหมายมากโดย พ.ศ. ๒๕๔๙ เป้าหมายสัดส่วนรายได้ของท้องถิ่นต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕ ของรายได้รัฐบาล แต่ได้รับการจัดสรรเพียงเพียงร้อยละ ๒๔ เท่านั้น^(๑๔).

การปรับปรุงโครงสร้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การปรับปรุงโครงสร้างอปท.เพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างเชื่องช้าและไม่มีการจัดเป้าหมายที่ชัดเจน และในส่วนของอปท.ก็มิได้เคลื่อนไหวในเรื่องดังกล่าวอย่างเป็นทางการ. ทั้งนี้ อบจ.ยังไม่มีโครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขโดยตรง ขณะที่เทศบาลมีโครงสร้างกองอนามัยสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (และมีศูนย์บริการสาธารณสุขรองรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขได้). สำหรับ อบต. เฉพาะ อบต.ชั้น ๑ เท่านั้นที่มีส่วนสาธารณสุขรองรับ แม้ว่าปัจจุบันการปรับปรุงโครงสร้างองค์กรในอปท.ได้มีความยืดหยุ่นมากขึ้นโดยอปท.สามารถจัดตั้งส่วนงานเพิ่มเติมได้โดยขออนุมัติกรรมการระดับจังหวัดเท่านั้นก็ไม่เกิดผลเท่าที่ควร. ส่วนอบต.ขนาดเล็กแม้จะมีการปรับโครงสร้างให้มีส่วนสาธารณสุข แต่ก็ยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการดำเนินการ.



การดำเนินงานของรัฐบาลปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่อปท. (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๙ ตราขึ้นเมื่อวันที่ ๒๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ มีการแก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่อปท. พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๓๐ (๔), แก้ไขข้อบัญญัติที่กำหนดให้มีการจัดสรรงบประมาณให้อปท.เพิ่มขึ้น จนถึงร้อยละ ๓๕ ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ เป็นต้นแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นต้นไป ให้อปท. มีรายได้คิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้สุทธิของรัฐบาลไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕ และมีจุดมุ่งหมายที่จะให้อปท.มีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้สุทธิของรัฐบาลในอัตราไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕ โดยการจัดสรรสัดส่วนที่เป็นธรรมแก่อปท. และคำนึงถึงรายได้ของอปท. นั้นด้วย.

การเคลื่อนย้ายบุคลากรสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๔ - มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ มีบุคลากรสาธารณสุขที่ขอโอนย้ายไปยังอปท. โดยไม่ได้ผลประโยชน์และความก้าวหน้าตามหลักเกณฑ์ที่ถูกต้องกำหนดไว้ในแผนการกระจายอำนาจ ทั้งสิ้น ๖๙๓ ราย. ส่วนใหญ่เป็นเจ้าของพนักงานสาธารณสุขชุมชนร้อยละ ๒๗.๕, รองลงมาเป็นนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ ๒๔.๗. ระดับที่ขอโอนมากที่สุดคือระดับ ๖ และระดับ ๕ ร้อยละ ๔๑.๙ และ ๓๑.๖ ตามลำดับ. ปีที่มีการโอนย้ายมากที่สุดคือ พ.ศ. ๒๕๔๙ ร้อยละ ๔๐ โดยร้อยละ ๔๖ เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานอนามัย และอปท. ที่ขอโอนไปมากที่สุดคือเทศบาลร้อยละ ๖๕.๔. จากข้อมูลไม่ปรากฏว่ามีบุคลากรจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปขอโอนไปอปท.เลย และในส่วนของ อปท. นั้น เทศบาลจะมีความพร้อมรับการถ่ายโอนมากที่สุด เพราะมีทั้งโครงสร้างหน่วยงานบริหารงานด้านสาธารณสุข (กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม) และศูนย์บริการสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานเช่นเดียวกับสถานอนามัยหรือศูนย์สาธารณสุขชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพ.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ กับ การกระจายอำนาจ^(๑๕)

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในส่วนที่เกี่ยวกับการปกครองท้องถิ่นนั้น เนื้อหาส่วนใหญ่มาจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๔๐ โดยมีสาระสำคัญที่กำหนดให้รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ, และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและจัดบริการสาธารณสุข โดยยังคงเจตนารมณ์และแนวทางการกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๔๐ ซึ่งได้กำหนดให้รัฐต้องส่งเสริมให้อปท.เป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณสุข (หมายรวมถึงบริการด้านสาธารณสุขด้วย) และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ให้มีมาตรฐานกลางในการดำเนินงานเพื่อให้อปท.ปฏิบัติได้เอง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความแตกต่างในระดับการพัฒนาและประสิทธิภาพในการบริหารของอปท., จัดให้มีการตรวจสอบการดำเนินงานโดยประชาชนเป็นหลัก และอปท.ต้องรายงานการดำเนินงานต่อประชาชนในเรื่องการจัดทำงบประมาณ, การใช้จ่าย และผลการดำเนินงานในรอบปี เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและกำกับการบริหารจัดการของอปท.

ทั้งนี้ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๒ ยังมีผลต่อไปตามบทบัญญัติมาตรา ๓๐๓.

การเคลื่อนไหวด้านสังคมและสุขภาพที่มีผลกระทบต่อ การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข^(๑๖)

การปฏิรูประบบสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติประกาศใช้แล้วเมื่อวันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยมุ่งวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งมีองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำ

ไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนสามารถดูแลแก้ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง. ทั้งนี้หน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งอปท.ต้องปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้ด้วยเช่นกัน^(๑๗).

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สสส. มีหน้าที่ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในสังคม ในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อ และการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อคุณภาพชีวิต. กระบวนการเคลื่อนไหวได้รับความร่วมมือจากภาคีต่าง ๆ และได้รับการสนับสนุนจากสังคมอย่างกว้างขวาง. ขณะเดียวกันก็มีแผนงานสร้างสุขภาพในระดับตำบลโดยการมีส่วนร่วมของอปท.หลายพื้นที่ ซึ่งจะมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพในท้องถิ่นอย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต.

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เริ่มต้นโครงการในกลางปีงบประมาณ ๒๕๔๔ จนถึงปัจจุบัน มีการพัฒนาไปอย่างต่อเนื่องจนปัจจุบันมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มีการพัฒนามาตรการต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ทั่วถึงและเท่าเทียมมากขึ้น. ในการดำเนินงานนั้น อปท.มีส่วนเกี่ยวข้องข้อในด้านต่าง ๆ เช่น มีผู้แทนในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ, คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด, คณะกรรมการควบคุมคุณภาพระดับจังหวัด, คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ มีส่วนในการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานด้านหลักประกันต่าง ๆ ในหลายพื้นที่ รวมทั้งดำเนินการเองหลายแห่ง, และนับตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็นต้นมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพร่วมกับอปท.กว่า ๘๐๐ แห่ง สมทบงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกันจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล, มีคณะกรรมการจากอปท. สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย ประชาชน ร่วมกันบริหารกองทุน, มีโครงการดี ๆ เกิดขึ้นในหลายพื้นที่ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพสุขภาพของประชาชนในพื้นที่.

สถานการณ์ พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐ และข้อเสนอเพื่อการดำเนินการในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอ กกถ. มีมติเห็นชอบแผนการดำเนินการถ่ายโอนฯ เมื่อวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๙ โดยมีหลักการสำคัญคือ มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน, มีความยืดหยุ่นมีพลวัต และมีส่วนร่วม. รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจอาจมีได้หลายแบบ สามารถปรับตามความเหมาะสมของพื้นที่และสถานการณ์ เช่น ถ่ายโอนแบบแยกส่วน โดยถ่ายโอนสถานบริการให้แก่อปท. ในระดับต่าง ๆ เช่น โอนสถานีอนามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.), โอนโรงพยาบาลให้เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.), ถ่ายโอนเป็นเครือข่ายบริการ (เป็นพวงบริการ หลายระดับ) โดยรวมสถานีอนามัยและโรงพยาบาลในพื้นที่เป็นเครือข่าย แล้วถ่ายโอนทั้งเครือข่ายให้อปท.หรือคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งอปท.มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการจัดตั้งเป็นองค์การมหาชน โดยอปท.ร่วมในการบริหาร และอาจเป็นองค์การมหาชนเฉพาะสถานบริการหรือเฉพาะเครือข่ายบริการ หรือให้กสพ.เป็นองค์การมหาชนจัดตั้งหน่วยให้บริการรูปแบบพิเศษ (Service Delivery Unit: SDU).

เมื่อวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๐ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการลงนามส่งมอบภารกิจสถานีอนามัยกลุ่มแรกจำนวน ๒๒ แห่ง ให้แก่อปท. และได้ออกสมุดปกขาวเพื่อชี้แจงข้อสงสัยในประเด็นต่าง ๆ ด้วย.

ความพร้อมของท้องถิ่นในการรับถ่ายโอนงานด้านสาธารณสุข

ในภาพรวมอปท.มีพัฒนาการมาโดยลำดับแม้ว่าจะไม่เป็นไปอย่างรวดเร็วก็ตาม. โดยในช่วงก่อน พ.ศ. ๒๕๔๒ หรือก่อนมี พ.ร.บ.กำหนดแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ความไม่พร้อมในการถ่ายโอนภารกิจของอปท.จะมีมาก เนื่องจากสาเหตุสำคัญคือ ปัญหาด้านโครงสร้าง, การขาดความรู้ด้านการพัฒนา สุขภาพ และการขาดทักษะในด้านการวางแผนการบริหารจัดการโครงการ^(๑๘-๒๒). ในช่วงหลัง พ.ศ. ๒๕๔๒ เป็นต้นมา ข้อมูลจากการศึกษาต่าง ๆ ได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพ



และความพร้อมของ อบต. พัฒนาด้านสาธารณสุข โดยพบว่า อบต. มีความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขในบางภารกิจ/พันธกิจเท่านั้น ทั้งนี้เพราะ อบต. ยังไม่มีความพร้อมด้านโครงสร้างองค์กร, งบประมาณ, ความรู้ และเทคโนโลยี พบว่า ผู้บริหารของ อบต. ยังขาดวิสัยทัศน์ของการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม^(๒๓-๒๕). แต่มีปัจจัยเสริมที่ทำให้ อบต. มีความพร้อมในการพัฒนาด้านสุขภาพมากขึ้น คือ การมีประสบการณ์ด้านการพัฒนาด้านสุขภาพ อันได้แก่ เคยเป็น อสม. เคยได้รับการอบรม และเคยเป็นกรรมการหมู่บ้านด้านสาธารณสุขมาก่อน. นอกจากนี้ผลการศึกษายังได้แสดงให้เห็นถึงความพร้อมของ อบต. ที่แตกต่างกัน โดยพบว่าเทศบาลจะมีความพร้อมมากกว่า อบจ. และ อบต. และขนาด/ระดับของ อบต. มีผลต่อความพร้อมของการรับถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพด้วย.

ปัจจุบัน อบต. มีส่วนในการพัฒนาสุขภาพประชาชนมากขึ้น มีประสบการณ์ในการจัดบริการและร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพมากขึ้นเป็นลำดับ^(๒๖,๒๗), ถึงแม้ว่าจะมีเพียงบางแห่งหรือบางด้าน^(๒๘-๒๙), แต่นับเป็นสัญญาณที่ดีในการต่อยอดสู่การดูแลสุขภาพประชาชนในท้องถิ่นอย่างเต็มรูปแบบต่อไปในอนาคต. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขคงต้องดำเนินการในลักษณะค่อยเป็นค่อยไปตามสภาพความพร้อมของท้องถิ่นแต่ละแห่ง^(๓๐-๓๓).

การถ่ายโอนงานด้านสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันโรค, การคุ้มครองผู้บริโภคนั้น กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๓ แต่มิได้มีการถ่ายโอนงานด้านรักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถ่ายโอนสถานบริการมายัง อบต. รวมทั้งการถ่ายโอนบุคลากร. อย่างไรก็ตามเนื่องจาก อบต. ทั่วประเทศมีลักษณะและความพร้อมต่อการรับถ่ายโอนภารกิจแตกต่างกัน. ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ดำเนินการถ่ายโอนสถานอนามัยให้อบต. ตามแผนการกระจายอำนาจที่ชะลอมานาน ก็ได้มีการตั้งคณะกรรมการในการจัดทำเกณฑ์ความพร้อม

ของอบต. ที่สามารถรับการถ่ายโอน, โดยหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินความพร้อม ประกอบด้วย ๕ องค์ประกอบหลัก (๘ ตัวชี้วัด) ดังนี้^(๓๔)

๑. ประสิทธิภาพของอบต. ในการจัดการหรือมีส่วนร่วมจัดการด้านสาธารณสุข มี ๔ ตัวชี้วัด คือ

- ระยะเวลาที่อบต. จัดหรือมีส่วนร่วม หรือส่งเสริมสนับสนุนการจัดการด้านสาธารณสุข จนถึงปัจจุบัน.
- ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข.
- ความร่วมมือของชุมชนกับอบต. ในการดำเนินการด้านสาธารณสุข เช่น ด้านทรัพย์สิน, วิชาการ, บริการ, กิจกรรม.
- อบต. ให้การส่งเสริมสนับสนุนสถานอนามัยก่อนขอรับโอน.

๒. มีแผนการเตรียมความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุขหรือแผนพัฒนาการสาธารณสุข ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมด้านต่าง ๆ ที่เหมาะสมในการจัดการด้านสาธารณสุข มี ๑ ตัวชี้วัด คือ

- การมีแผนลักษณะแผนกลยุทธ์หรือแผนงานโครงการ/กิจกรรมในการจัดการด้านสาธารณสุข และ/หรือการมีแผนพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยและมีแผนรองรับ ในภาวะวิกฤตและการติดต่อของโรคระบาดรุนแรง และ/หรือการมีแผนในการวางระบบควบคุม กำกับ ตรวจสอบนำไปสู่การสร้างเชื่อมั่นว่าจะจัดการด้านสาธารณสุขได้อย่างมีมาตรฐาน.

๓. วิธีการบริหารและการจัดการด้านสาธารณสุข มี ๑ ตัวชี้วัด คือ

- มีรูปแบบวิธีการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข.
๔. การจัดสรรรายได้เพื่อการสาธารณสุข มี ๑ ตัวชี้วัด คือ
- สัดส่วนการใช้รายได้ (รวมเงินอุดหนุนทั่วไปและเงินกู้ แต่ไม่รวมเงินอุดหนุนเฉพาะกิจจากรัฐ) เพื่อการสาธารณสุขเฉลี่ย ๓ ปีงบประมาณย้อนหลัง (ไม่รวมปีงบประมาณที่ประเมิน).

๕. ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อความพร้อมในการจัดบริการด้านสาธารณสุขของอบต. มี ๑ ตัวชี้วัด คือ

● ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเขตบริการของ อบต. ต่อความพร้อมในการจัดบริการด้านสาธารณสุขของ อบต. ทั้งนี้ สิ่งที่ อบต. จะต้องดำเนินการหลังผ่านเกณฑ์การประเมินความพร้อมและก่อนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย

๑. การกระจายอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สถานีนอมาลัย ในด้านต่อไปนี้

๑.๑ กำหนดระเบียบเงินบำรุงของหน่วยบริการสาธารณสุขในอบต.

๑.๒ กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสาธารณสุขในอบต.

๑.๓ กำหนดหลักเกณฑ์ แนวทางมอบอำนาจในการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยบริการสาธารณสุขในอบต.

๑.๔ กำหนดแนวทางการใช้เงินงบประมาณตามโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในหน่วยบริการสาธารณสุขของอบต.

๒. การจัดโครงสร้างองค์กรภายในรองรับการบริหารจัดการสาธารณสุข ดังนี้

๒.๑ กำหนดโครงสร้างรองรับภารกิจด้านสาธารณสุขของอบต.ทั้งในด้านบริหารและหน่วยบริการสาธารณสุข.

๒.๒ การกำหนดกรอบอัตรากำลังในหน่วยบริการสาธารณสุขของอบต.

๓. การจัดระบบบริหารงานบุคคลเพื่อการสาธารณสุข โดยกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการบรรจุ แต่งตั้ง โยกย้าย เลื่อนระดับ และการประเมินเข้าสู่ตำแหน่งเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งทั่วไป วิชาชีพและวิชาชีพเฉพาะ.

วิเคราะห์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการรองรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

จุดแข็ง

ผู้บริหารอบต.มีความรู้ความสามารถมากขึ้นกว่าในอดีต, งบประมาณของอบต.มีมากขึ้น, มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการทำให้การดำเนินโครงการต่าง ๆ รวดเร็ว เพราะสามารถตัดสินใจเบ็ดเสร็จได้เอง, รัฐบาลของประชาชนอย่างดี. หน่วย

งานสาธารณสุขมากขึ้นกับอบต. หน่วยบริการก็ต้องทำงานตอบสนองต่อประชาชนให้ดีที่สุด, ประชาชนสามารถสะท้อนปัญหาการบริการกับผู้บริหารอบต.ได้โดยตรง, บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ โอนย้ายเข้าอบต.มากขึ้น, ขนาดองค์กรไม่ใหญ่ การจัดการองค์กรและระบบไม่ซับซ้อนทำให้สามารถจัดระบบการตรวจสอบได้ง่าย.

จุดอ่อน

ข้อสงสัยเรื่องการความไม่โปร่งใสยังเป็นข้อโต้แย้งที่สำคัญสำหรับฝ่ายที่เห็นว่า การกระจายอำนาจไม่เกิดผลดีแต่จะเป็นการกระจายการฉ้อราษฎร์บังหลวงมากกว่า. ศักยภาพของบุคลากรที่มีอยู่เดิมยังมีข้อจำกัด ยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข. ผู้บริหารท้องถิ่นอาจมีการใช้อำนาจไปในทางมิชอบ เอื้อประโยชน์ให้กับตนเองและพวกพ้อง, อาจใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ทางการเมืองโดยไม่เกิดประโยชน์ต่อประชาชนจริงจัง เช่น การมุ่งออกหน่วยเคลื่อนที่รักษาพยาบาลเป็นหลัก โดยไม่สนใจการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเท่าที่ควร, องค์กรบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ยังไม่มีส่วนงานสาธารณสุขซึ่งจะเป็นหน่วยสำคัญในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเมื่อรับการถ่ายโอนงานด้านสาธารณสุขมาจากกระทรวงสาธารณสุข.

โอกาส

รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. ๒๕๕๐ ยังคงให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ในการบริหารงานของอบต. ประกอบกับประชาชนตื่นตัวและรู้จักบทบาทหน้าที่ของอบต.มากขึ้น ทำให้มีโอกาสที่จะเข้ามามีส่วนร่วม. ผู้บริหาร อบต.ต้องทำงานตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนเพื่อให้ได้รับเลือกตั้ง. การเปลี่ยนแปลงระบบหลักประกันสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ (โดย สสส.) การเกิดขึ้นของการปฏิรูประบบสุขภาพโดยสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ ล้วนเกื้อหนุนต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับพื้นที่ทั้งสิ้น. งบประมาณยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นโอกาสสำคัญในการใช้ทรัพยากร หรืองบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาใช้ในการแก้



ปัญหาสุขภาพของประชาชน. ผู้บริหารอปท.ในปัจจุบันหันมาสนใจการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนมากขึ้น อาจเนื่องมาจากการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ถนน ไฟฟ้า ฯลฯ เริ่มพอเพียงแล้ว. การตรวจสอบการทำงานของท้องถิ่นโดยองค์กรอื่นหรือภาคประชาชนทำได้ง่ายกว่าการบริหารโดยส่วนกลางซึ่งตรวจสอบได้ยาก.

อุปสรรค

รัฐบาลไม่ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจอย่างจริงจัง ไม่มีการส่งสัญญาณที่ชัดเจนในการเร่งรัดให้เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจ ทำให้หน่วยงานต่าง ๆ ไม่ใส่ใจ ส่งผลให้ออปท.ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเท่าที่ควร. ผู้ว่าราชการบุรีรัมย์หรือผู้ว่า CEO จะเป็นโครงสร้างการปกครองที่ขัดแย้งกับการปกครองท้องถิ่นในระดับจังหวัดได้ หากจัดการเรื่องอำนาจหน้าที่และความสัมพันธ์ไม่ดี, อาจขาดความร่วมมือจากข้าราชการประจำในระดับต่าง ๆ และ บุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจความก้าวหน้า และเกรงว่าอาจไม่ได้รับความเป็นธรรม.

ข้อเสนอสำหรับก้าวต่อไปของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

กรอบแนวคิดต้องชัดเจน

ต้องตอบคำถามให้ชัดเจนว่า ทำไมต้องกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข (ด้านสุขภาพ), ได้ประโยชน์อะไร, ดีกว่าไม่กระจายอย่างไร, หากต้องกระจาย จะกระจายอะไร ให้ท้องถิ่นใด, จะกระจายอย่างไร และต้องระวังอะไรบ้าง.

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ต้องดำเนินการอย่างรอบคอบโดยยึดแนวคิด

- ๑) ให้อำนาจในการตัดสินใจแก่ท้องถิ่นในระดับที่เหมาะสม.
- ๒) การบริหารจัดการต้องมีประสิทธิภาพ และเกิดเอกภาพเชิงระบบ.
- ๓) ต้องมีความเป็นธรรมทางสุขภาพ.
- ๔) มีธรรมาภิบาล โปร่งใส ตรวจสอบได้.
- ๕) การมีส่วนร่วมและการตอบสนองต่อความต้องการ

การของชุมชน.

๖) การจัดความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างท้องถิ่นกับรัฐบาล. กระทรวงสาธารณสุข จะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้กำหนดมาตรฐาน, ผู้กำกับดูแลและเสนอแนะ รวมทั้งให้การสนับสนุนและบริการทางวิชาการแก่ออปท. ในขณะที่อปท.จะเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดบริการสาธารณะแก่ประชาชนในพื้นที่โดยตรง ^(๓,๕-๗,๑๐,๑๑,๑๓,๑๖,๓๕)

ต้องกำหนดรูปแบบระบบบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ต้องมีการกำหนดแนวทางในการดำเนินการในกรณีต่างๆ ให้ชัดเจน เช่น ระบบการส่งต่อผู้ป่วย, ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, ระบบการเฝ้าระวังโรค, ระบบการควบคุมโรค, การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข, ระบบข้อมูลข่าวสาร, ระบบรายงานต่าง ๆ.

ต้องกำหนดบทบาทองค์กรต่างๆ ภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้ชัดเจน

บทบาทขององค์กรต่าง ๆ ควรเป็นดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข

มีบทบาทในการกำหนดนโยบายกำกับดูแลระบบสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในแง่สถานะสุขภาพของประชาชนในระหว่างพื้นที่, รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ, เพื่อให้การจัดสรรและกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสม. นอกจากนี้ยังเป็นผู้ดูแลในด้านมาตรฐานการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน รวมทั้งการปฏิบัติตามเงื่อนไขต่าง ๆ ในกฎหมาย เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน, เป็นองค์กรพี่เลี้ยง, คัดคว้าด้านวิชาการและการพัฒนารูปแบบแนวทางในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ, การกำหนดบทบาทในการดำเนินการ และการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขของท้องถิ่น, อีกทั้งบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อให้เกิดการดำเนินงานในการแก้ปัญหาสุขภาพ เช่น การกำจัดกวางค้ำโรคติดต่อบางชนิด, การเฝ้าระวังโรค และการแก้ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่สำคัญของประเทศ. นอกจากนี้ยังต้องกำหนดระบบข้อมูลและรายงานด้านสาธารณสุขที่จำเป็นด้วย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จะเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ไปเป็นผู้กำกับดูแล ตรวจสอบ และให้การสนับสนุนทางวิชาการ, รวมทั้งการสร้างความรู้ความเข้าใจและความเข้มแข็งแก่ประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพ และมีบทบาทในการเป็นส่วนหนึ่งในการสร้าง กำกับ และตรวจสอบการบริหารจัดการของปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ว่าได้คุณภาพมาตรฐานหรือไม่, รวมทั้งประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรต่าง ๆ และเปิดเผยให้ประชาชนได้รับทราบ.

กรมและหน่วยงานด้านวิชาการ

ยังคงมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนวิชาการแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และคณะกรรมการสุขภาพจังหวัด (หากมีการจัดตั้ง) ต่อไป, แต่อาจต้องมีการปรับปรุงโครงสร้าง และการบริหารจัดการเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป, โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่อปท.ให้สามารถดำเนินงานด้านสาธารณสุขได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ.

หน่วยงานด้านการศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานจัดการศึกษา เช่น วิทยาลัยพยาบาล, วิทยาลัยสาธารณสุข ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขนั้นยังมีความจำเป็นที่จะต้องผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ และจัดการศึกษาต่อเนื่องสำหรับบุคลากรสุขภาพสาขาต่างๆ ให้สอดคล้องกับความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ที่มีความเหมาะสมกับการทำงานด้านสุขภาพแบบองค์รวมในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)

ทำหน้าที่บริหารงานหลักประกันสุขภาพต่อไปในฐานะผู้บริหารระบบหลักประกันสุขภาพ (Health Security System Manager) และมีบทบาทในการซื้อบริการสุขภาพให้กับประชาชนโดยการกำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็น. ทั้งนี้จะต้องมีกลยุทธ์การบริหารงานหลักประกันสุขภาพในระดับชาติ ระดับเขตพื้นที่ ระดับจังหวัด และมีกลยุทธ์การ

ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับตำบลด้วย เป็นสิ่งที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.)

เป็นองค์กรใหม่ที่ได้รับผิดชอบในการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีขอบข่ายการทำงานด้านสุขภาพในมิติที่กว้างขวางกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขและสปสช. ดำเนินการอยู่. ทั้งนี้ต้องมีการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ จัดให้มีหรือสนับสนุนให้มีการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม, การประเมินผลระบบสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ. บทบาทหลักน่าจะเป็นการเชื่อมประสานหน่วยงาน รวมทั้งภาคประชาชนในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์มากกว่าการลงมือทำเอง ซึ่งจะต้องแบ่งบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบไม่ให้ทับซ้อนกับกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

บทบาทของหน่วยบริการที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงกลาโหม ยังคงให้สังกัดกระทรวงกลาโหมต่อไป เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการทหาร และความมั่นคงของประเทศ. หน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ยังคงให้อยู่กับมหาวิทยาลัยต่อไป เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนและการวิจัย. หน่วยบริการสาธารณสุขอื่น ๆ เช่น องค์กรเอกชน, ภาคเอกชน อปท.อาจทำความเข้าใจหน่วยงานเหล่านั้นจัดบริการที่นอกเหนือไปจากการบริการขั้นพื้นฐานที่หน่วยงานของรัฐหรืออปท.สามารถทำได้ หรือเป็นส่วนหนึ่งในเครือข่ายการจัดบริการที่มีเงื่อนไขและระบบย่อยที่กำหนดไว้ชัดเจน.

ทางเลือกในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ลักษณะกิจกรรมหรือภารกิจที่อปท.ต้องเกี่ยวข้อง แบ่งเป็น

๑) ภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการบริการส่วนบุคคล

เป็นการให้บริการแก่บุคคลโดยตรง ทั้งในสถานบริการหรือในชุมชน เช่น การรักษาพยาบาล, การส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคล, การให้วัคซีนป้องกันโรค, การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน



เหล่านี้ต้องมอบให้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการ.

๒) ภารกิจที่ดำเนินการในบริบทของชุมชน ภารกิจนี้เป็นการทำกิจกรรมด้านสุขภาพทั่วไปที่มีได้ให้แก่บุคคลโดยตรง ตัวอย่างเช่น การสาธารณสุขมูลฐาน, การควบคุมป้องกันโรคในชุมชน ต่าง ๆ, การอนามัยสิ่งแวดล้อม, การส่งเสริมสุขภาพในประชาชนทั่วไป. กิจกรรมเหล่านี้ยังคงต้องอาศัยเทคนิควิชาการเช่นกัน แต่ความสลับซับซ้อนจะน้อยกว่าภารกิจในข้อที่ ๑. ส่วนใหญ่อปท.สามารถดำเนินการได้เองโดยไม่ต้องมีสถานบริการของตนเอง.

หากพิจารณาตามระดับความรับผิดชอบในการจัดบริการของ อปท. จะเห็นว่า อปท.สามารถดำเนินการได้ในหลายระดับ เช่น ๑) การสนับสนุนการจัดบริการ โดยการสมทบงบประมาณในการดำเนินการ, การสนับสนุนอาคารสถานที่ และการพัฒนากำลังคน, ๒) การจัดระบบบริการเองโดยมีหน่วยบริการเป็นของตนเอง ดังเช่น กรุงเทพมหานครมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่และศูนย์บริการสาธารณสุข, เทศบาลนครเชียงใหม่ และเทศบาลนครศรีธรรมราชมีโรงพยาบาลขนาด ๓๐ เตียง, เทศบาลหลายแห่งมีศูนย์บริการสาธารณสุขให้บริการแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบมายาวนาน. กองทุนชุมชนและอบต.บางแห่งเริ่มมีแนวคิดในการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชนและจ้างแพทย์หรือพยาบาลไปให้บริการรักษาพยาบาลแก่สมาชิกชุมชน, หรือ ๓) การซื้อบริการจากหน่วยบริการ กองทุนชุมชนบางแห่งจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่สมาชิกโดยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากกองทุนได้ เช่นกลุ่มออมทรัพย์ที่อำเภอจะนะ. กองทุนชุมชนและอบต.บางแห่งแสดงความจำนงในการใช้งบประมาณของตนเองสมทบกับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเพื่อให้มีการจัดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ.

ความเป็นไปได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

มิติที่ ๑ ด้านองค์กร ขึ้นกับ ๑)ระดับของอปท. คือ อบจ. เทศบาล อบต. มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และความพร้อมที่แตกต่างกัน และขึ้นกับความสมัครใจในการดำเนินงาน

ของอปท.แต่ละแห่ง, และ ๒) ความเข้มแข็งของภาคประชาชน องค์กรภาคประชาชนที่มีบทบาทในพื้นที่ มีมากน้อยเพียงใด, เน้นกิจกรรมลักษณะใด และความพร้อมหรือความสมัครใจในการดำเนินงาน หรือการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือการตรวจสอบการทำงานของอปท.และหน่วยบริการ.

มิติที่ ๒ ด้านรูปแบบในการดำเนินงาน มีทางเลือก เช่น การสนับสนุนทรัพยากร, การจัดบริการ, การวางแผนการบริหารจัดการ. ทางเลือกในการจัดการในภาพรวมของประเทศ อาจเป็นรูปแบบเดียว หรือหลายรูปแบบ, อาจทำพร้อมกันทั้งประเทศ หรือตามความพร้อมของอปท.เป็นแห่ง ๆ ไป.

ในภาพรวม อบจ.อาจรับผิดชอบการคลังด้านสุขภาพในระดับจังหวัด, เทศบาลและ อบต.รับผิดชอบการคลังสุขภาพบางส่วนเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ แม้ว่า อบจ. ถูกมองว่ายังขาดความพร้อมในการรองรับภารกิจด้านสุขภาพก็น่าจะมีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพได้. ภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคนั้น อปท.มีการดำเนินการอยู่แล้ว แต่ประเภทและขอบข่ายภารกิจอาจยังไม่ครอบคลุม. การถ่ายโอนภารกิจจะทำให้อปท.มีการดำเนินการที่กว้างขวาง ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น. ส่วนงานรักษาพยาบาลนั้น เทศบาลส่วนใหญ่มีการดำเนินการอยู่แล้ว.

การบริหารระบบสาธารณสุขในจังหวัดภายใต้การกระจายอำนาจ

จัดตั้งกลุ่ทุ์การบริหารระบบสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมจากพหุภาคี

พิจารณากรอบแนวคิด ที่เน้นอำนาจการตัดสินใจในระดับท้องถิ่นโดยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน แล้ว น่าจะมีการสร้างกลุ่ทุ์ที่ให้ทุกภาคส่วนสามารถทำงานร่วมกันได้ซึ่งในแผนการกระจายอำนาจ พ.ศ. ๒๕๔๓ ได้เสนอรูปแบบ “คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่(กสพ)” เพื่อเป็นเวทีในการบริหารระบบสุขภาพภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วม แต่แผนการกระจายอำนาจฯ ที่กำลังมีการปรับปรุงใหม่ไม่ได้กล่าวถึงเรื่องดังกล่าว.

การบริหารระบบสุขภาพภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมนี้ ได้มีการดำเนินการมาแล้วภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้มีคณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพระดับเขต ระดับจังหวัด. คณะกรรมการดังกล่าวประกอบด้วยส่วนราชการ อปท. หน่วยบริการ และภาคประชาชน. ประสบการณ์การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ที่มีคณะกรรมการบริหารกองทุนฯโดยนายกอบต.เป็นประธาน และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนเป็นกรรมการ ซึ่งน่าจะเป็นต้นแบบของการสร้างกลยุทธิการบริหารจัดการระบบสุขภาพในภาพรวมได้ ซึ่งอาจจัดตั้งใหม่ หรือขยายบทบาทของคณะกรรมการที่มีอยู่แล้วก็ได้ โดยให้อปท.มีบทบาทหลักในการบริหารจัดการ แทนที่จะเป็นภาคสาธารณสุขดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบันน่าจะช่วยให้สอดคล้องกับทิศทางการกระจายอำนาจ และเกิดความเป็นเอกภาพในระบบสุขภาพในภาพรวมต่อไป. การจัดตั้งคณะกรรมการในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัดและให้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายทิศทางการสอดคล้อง กับนโยบายระดับชาติ จะทำให้เกิดความรับผิดชอบในระดับพื้นที่มากขึ้น. บางพื้นที่หากจะดำเนินการให้มีกลยุทธิในระดับหมู่บ้านก็สามารถทำได้ในพื้นที่ที่มีความพร้อมสูง.

การเตรียมความพร้อมและการดำเนินการในการถ่ายโอนภารกิจ

การพัฒนาศักยภาพและสร้างความพร้อมแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีการพัฒนาโครงสร้างและศักยภาพของท้องถิ่นต่างๆ ให้มีความพร้อมที่จะรับการถ่ายโอนภารกิจได้อย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ, มีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของงานด้านสุขภาพ. หลักสูตรระยะสั้นที่ควรจัดเพื่อพัฒนาศักยภาพอปท. คืองานสาธารณสุขมูลฐาน, งานอนามัยสิ่งแวดล้อม, กฎหมายที่เกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุขที่อปท.ต้องรู้, การวางแผนโครงการและการประเมินผล และการจัดทำงบประมาณและเรื่องหลักประกันสุขภาพ^(๓๖).

การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้สามารถสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เป็นอย่างดี

กระทรวงสาธารณสุขต้องสร้างความตระหนักแก่บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหารในพื้นที่ เช่น สาธารณสุขจังหวัด, สาธารณสุขอำเภอ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ให้สามารถเป็นผู้สนับสนุนที่ดี ให้คำปรึกษา นิเทศ ติดตามประเมินผลการดำเนินการของอปท.ได้อย่างมีประสิทธิภาพ.

การปรับปรุงระเบียบกฎหมายที่เป็นอุปสรรคในการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ต้องมีการปรับปรุงระเบียบกฎหมายต่าง ๆ ที่ล้าสมัย ไม่สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และยังยึดโยงกับอำนาจของส่วนราชการเป็นหลัก โดยเพิ่มอำนาจและหน้าที่ให้แก่อปท.สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ. ประเด็นสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขต้องให้ความสนใจและเร่งดำเนินการให้เกิดความชัดเจนโดยเร็วคือ ขอบเขตการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเรื่องการรักษาผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันจำเป็นต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยปฏิบัติงานภายใต้ความรับผิดชอบของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด. แต่หากต้องโอนไปขึ้นกับอปท.โดยเฉพาะอบต.นั้นไม่มีแพทย์กำกับดูแล จะทำให้เป็นประเด็นทางกฎหมายตามมาได้.

การถ่ายโอนสถานบริการ

การที่กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนสถานีอนามัยกลุ่มแรกจำนวน ๒๒ แห่ง ให้แก่อปท. นับเป็นจังหวะก้าวที่สำคัญที่จะนำไปสู่ก้าวต่อไป. การดำเนินการต้องไม่ทำในรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ และถ่ายโอนตามความพร้อมของทั้งฝ่ายสาธารณสุขและฝ่ายอปท. ทั้งนี้จะต้องมีการจัดระบบบริการ บริการ วิชาการ ให้สามารถสนับสนุน เชื่อมโยงกันได้ตลอดเวลาทั้งการเฝ้าระวังโรค, ป้องกันควบคุมโรค, การส่งเสริมสุขภาพ, การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ, ต้องมีการเก็บข้อมูล ศึกษาวินิจฉัยประเมินผลควบคู่ไปด้วยเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการในระยะต่อไป และควรเตรียมการในส่วนของการถ่ายโอนโรงพยาบาลด้วยว่าจะมีหรือไม่ หากจะมีจะต้องดำเนินการควรเตรียมการเสียแต่เนิ่น ๆ.

**การกำกับติดตามและประเมินผล^(๓๗-๓๙)**

กรอบแนวคิดในการกำกับติดตามและประเมินผล ต้องยึดเอาวัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจเป็นที่ตั้ง ที่ต้องการให้เกิดความเป็นธรรมในระบบสุขภาพของประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น, การบริหารจัดการที่มีธรรมาภิบาล มีประสิทธิภาพของอปท., การบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และประชาชนมีความพึงพอใจ.

ข้อมูลและตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามและประเมินผล ครอบคลุมหลักธรรมาภิบาลและหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี^(๔๐,๔๑), เป้าหมายของระบบสุขภาพ, ระบบบริการสุขภาพ, ระบบหลักประกันสุขภาพ^(๔๒,๔๓) ซึ่งมุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึงเท่าเทียม, และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ประชาชนมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ ขณะที่ผู้ให้บริการมีความสุขด้วย^(๑๑,๓๔,๓๕). ทั้งนี้จะต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา โดยอาจต้องใช้เวลาสักกระยะหนึ่งกว่าที่ระบบข้อมูลข่าวสารจะเชื่อถือได้.

การประเมินผลอย่างน้อยควรคำนึงถึงองค์ประกอบต่อไปนี้

๑. การประเมินบริบท และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และประเมินองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม. บทบาทขององค์กรต่าง ๆ เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด, กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานด้านสาธารณสุขในสังกัดอื่น ๆ ในพื้นที่, หน่วยราชการและองค์กรเอกชนต่างๆ ในพื้นที่. ทั้งนี้ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อผลลัพธ์การดำเนินงานของอปท.ทั้งสิ้น.

๒. ปัจจัยนำเข้าและทรัพยากรต่าง ๆ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์, จำนวนโครงการหรืองบประมาณด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น กระบวนการในการดำเนินงานต่าง ๆ ทั้งในสถานบริการ และในชุมชน ได้แก่ การพัฒนาบุคลากร, ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร, ธรรมาภิบาล, ความโปร่งใส ตรวจสอบได้, การมีส่วนร่วมของภาคีและประชาชน.

๓. ผลผลิต ผลงาน หรือการใช้บริการของประชาชน.

ผลการบริการต่าง ๆ เช่น บริการผู้ป่วยนอก, ผลงานการให้วัคซีน, ความครอบคลุมการดูแลหญิงมีครรภ์, อัตราการติดเชื่อจากการบริการ. การตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนอย่างเท่าเทียม เช่น อัตราการใช้บริการของประชาชนสิทธิต่าง ๆ, การเข้าถึงการบริการของผู้ด้อยโอกาส. ความพึงพอใจของประชาชน ตัวชี้วัด เช่น อัตราการร้องเรียน, อัตราความพึงพอใจของประชาชน ในประเด็นการบริการของสถานบริการหรือการบริหารจัดการงานด้านสุขภาพของอปท.

๔. ผลลัพธ์ ผลกระทบทางสุขภาพ เช่น อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สำคัญ, อัตราตายของมารดาและทารก. การวัดผลลัพธ์นี้อาจต้องใช้เวลาที่มากกว่า ๑ ปีขึ้นไปจึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงหรือมีข้อสรุปที่ชัดเจนได้.

๕. การประเมินในมิติอื่น เช่น ต้นทุนและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการขององค์กร, ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวมภายใต้การจัดการของอปท., การทบทวนและประเมินรูปแบบการกระจายอำนาจหรือระบบสุขภาพท้องถิ่นที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยและบริบทแต่ละพื้นที่.

๖. ระดับของตัวชี้วัด และกรอบระยะเวลาในการประเมิน ตัวชี้วัดในระยะแรก ๆ เช่น ๑ ปี ประเมิน ปัจจัยนำเข้า ทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร กระบวนการทำงาน กิจกรรมต่าง ๆ ผลผลิต เป็นหลัก. ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น อัตราการเกิดโรค. การลดลงหรือเพิ่มขึ้นของโรคที่สำคัญ ในท้องถิ่นนั้นอาจไม่เห็นชัดเจน การพิจารณาตัวชี้วัดผลลัพธ์ จึงควรเน้นหนักในปีที่ ๒-๓ เป็นต้นไป. ส่วนการวัดผลกระทบทางด้านสุขภาพของประชาชน เช่น อัตราตายทารก นั้นต้องใช้เวลานานขึ้น เช่น ๕-๑๐ ปี จึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนได้.

สรุป

แม้ว่ากระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไม่คืบหน้าเท่าที่ควร ไม่ต่อเนื่องขึ้นกับนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละยุคสมัยโดยไม่ให้ความสำคัญกับการดำเนินการตามกฎหมาย แต่หากได้ตระหนักถึงการเติบโตของ

ท้องถิ่นและเตรียมความพร้อมให้แก่อปท.อย่างจริงจังก็น่าจะดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ประชาชนในเขตพื้นที่ต่างๆ ได้รับประโยชน์จากการกระจายอำนาจดังเจตนารมณ์ภายใต้หลักความรับผิดชอบร่วมกันโดยมีอปท.เป็นแกนนำที่สำคัญ.

เอกสารอ้างอิง

๑. มุลินธิสังเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. รวมกฎหมายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: มุลินธิสังเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น; ๒๕๔๕.
๒. นันทวัฒน์ บรมานันท์. การปกครองส่วนท้องถิ่น ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิญญูชน; ๒๕๔๕.
๓. ชูชัย สุภวงค์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, พินิจ ฟ้าอำนวยผล, ปริดา เต๋ออาร์กย์, นิภาพรรณ สุขศิริ. ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า (๒๕๔๔-๒๕๕๓). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ; ๒๕๔๔.
๔. สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. คู่มือการปฏิบัติงานด้านการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น; ๒๕๔๕.
๕. ปริดา เต๋ออาร์กย์, นิภาพรรณ สุขศิริ, ธราดล สุขศิริ (บรรณาธิการ). การกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่น. นนทบุรี: สำนักงานสนับสนุนและกระจายอำนาจด้านสุขภาพ(สพท.); ๒๕๔๕.
๖. โครงการส่งเสริมการบริหารจัดการที่ดี โดยการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น สำนักงานก.พ. บทความและแนวคิดการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ก.พ.; ๒๕๔๑.
๗. จรัส สุวรรณมาลา. รัฐบาล-ท้องถิ่น: ใครควรจัดบริการสาธารณะ?. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานของประชาชนกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.); ๒๕๔๒.
๘. ลีนเป็นพิชอบต.เค็ดอนหนักได้รัฐมากกว่าทำมาหากิน. ๒๑ ตุลาคม ๒๕๔๕ [สืบค้นเมื่อ ๑๕ ก.ย. ๒๕๕๐] : แหล่งข้อมูล : URL; http://www.thaipost.net/index.asp?bk=thaipost&post_date=23/Oct/2545&news_id=61565&cat_id=501
๙. ประกอบ คุปรัตน์. การคอร์ปชั่นอย่างซื่อสัตย์. ๖ กันยายน ๒๕๔๖ [สืบค้นเมื่อ ๑๕ ก.ย. ๒๕๕๐] : แหล่งข้อมูล : URL; <http://www.itie.org/old/colTopicView.php?brd=9&top=19>.
๑๐. บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. การกระจายอำนาจกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. ปาฐกถา พีร์ คำทอน เอกสารการประชุมวิชาการโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ, ๒๐ กันยายน ๒๕๔๓. ณ โรงแรมรามการ์เด้น กรุงเทพมหานคร. มปท.; ๒๕๔๓: ๑๘-๒๑
๑๑. จิรัศม์ ศรีรัตนบัลล์. ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.; ๒๕๔๓.
๑๒. สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ๑ ปี การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ: กรณีศึกษา ๑๐ จังหวัด. นนทบุรี: ยุทธวิธีนทร์การพิมพ์; ๒๕๔๕.
๑๓. วีระศักดิ์ เครือเทพ. ทิศทางการปกครองท้องถิ่นไทย. [สืบค้นเมื่อ ๑๕ ก.ย. ๒๕๕๐] : แหล่งข้อมูล : URL;http://www.trf.or.th/tips/x.asp?Art_ID=93
๑๔. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๕. [สืบค้นเมื่อ ๑๕ ก.ย. ๒๕๕๐] : แหล่งข้อมูล : URL; <http://203.170.239.216/dlocT/rule/index.aspx>
๑๕. คณะกรรมาธิการยกร่างรัฐธรรมนูญ สภาร่างรัฐธรรมนูญ. ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช....ฉบับรับฟังความคิดเห็น. [สืบค้นเมื่อ ๑๕ ก.ย. ๒๕๕๐] : แหล่งข้อมูล: URL; http://www.nccc.go.th/constitution/Document/constitution_draft.pdf
๑๖. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. ระบบสุขภาพในท้องถิ่น: อนาคตระบบสุขภาพไทย. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๔๕.
๑๗. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ(สปรส). ธรรมนูญสุขภาพพลคนไทย ของคนไทย โดยคนไทย เพื่อคนไทย. ฉบับปรับปรุง ๒๔ กันยายน ๒๕๔๕. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๔๕.
๑๘. ส่วนแผนงานและทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถานภาพและความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และสถานีอนามัย (สอ.) ในการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขเพื่อรองรับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๓๕.
๑๙. ประยงค์ เต็มชวลา. การกระจายอำนาจด้านบริหารงานสาธารณสุขสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง ๒๕๓๕: ๔-๑๔.
๒๐. เมธี จันทจำรุงธม, เพียงพร กัณหาภิ. การศึกษารูปแบบการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานในองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง ๒๕๔๑.
๒๑. ประยงค์ เต็มชวลา. การกระจายอำนาจ : ยุทธศาสตร์การปฏิรูปงานสาธารณสุขไทย. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนากการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง; ๒๕๔๐.
๒๒. กฤษณา ศิริวิบูลยภิติ. บทบาทองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ต่อการพัฒนางานสาธารณสุขระดับตำบล ตำบลท้ายตลาด อำเภอเมืองจังหวัดลพบุรี. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง ๒๕๔๐;๕:๓๐-๓๑.



๒๓. วณิดา วิระกุล, ถวิล เลิกชัยภูมิ. สถานการณ์การบริหารจัดการงานสาธารณสุขของ อบต. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพมหานคร : คลังนานาวิทยา; ๒๕๔๓.
๒๔. สุดเขตต์ เข้มไพบ. อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในการดำเนินงานภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร). สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์ และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๐.
๒๕. สำนักงานคณะกรรมการมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น. ผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารส่วนท้องถิ่น (ที่มาจากการเลือกตั้ง) สมาชิกสภาท้องถิ่น ข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น และประชาชนผู้รับบริการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการปฏิบัติงานของข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น. [สืบค้นเมื่อ ๒๒ ก.ย. ๒๕๕๐]. แหล่งข้อมูล : <http://www.local.moi.go.th/webst/menu52a.htm>
๒๖. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.สสส.ชู “เพื่อนช่วยเพื่อน” ดึง อบต. ร่วมดูแลคนพิการ[สืบค้นเมื่อ ๒๒ ก.ย. ๒๕๕๐]. แหล่งข้อมูล <http://www.thaihealth.or.th/cms/detail.php?id=4310>
๒๗. วีระศักดิ์ เกรือเทพ. นวัตกรรมสร้างสรรค์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; ๒๕๔๘.
๒๘. ลือชา วนรัตน์. บทบาทหน้าที่ของ อบต. ในงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. นนทบุรี : สำนักงานวิชาการ กรมอนามัย. ๒๕๔๐.
๒๙. ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน.กระบวนการกระจายอำนาจงานสาธารณสุขมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคอีสาน ๒๕๔๔; ๑๖:๓๘-๔๖.
๓๐. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. (เอกสารอัดสำเนา). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; ๒๕๔๕.
๓๑. วิวัฒน์ เชาธรรมทรศน์, แพรวพรรณ ตันสกุล, สิริวรรณ เดียวสุนทร. รูปแบบการร่วมมือกันจัดบริการสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานภาครัฐและองค์กรส่วนท้องถิ่นในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่และ เทศบาลตำบลบ้านพรุก่อนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๓๒. วณิดา วิระกุล. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ. (เอกสารรอกการตีพิมพ์) ๒๕๕๐.
๓๓. สุภสิทธิ์ พรธรรมาโรทัย, วินัย ลีสมิตร. ทรัพยากรสาธารณสุขกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โอกาสในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของคนไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๓; ๗:๑๕-๒๕.
๓๔. คณะกรรมการกำหนดกติกา กระบวนการ หลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการกระจายอำนาจ. คู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๐.
๓๕. พรพันธุ์ บุญญรัตน์. การปฏิรูประบบสุขภาพ : ผลกระทบและทิศทางการพัฒนาสุขภาพบุคลากรและงานสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมในการประชุมวิชาการสาธารณสุขแห่งชาติเรื่อง การกระจายอำนาจ : ผลกระทบและทิศทางการพัฒนาสุขภาพ; ๒๕๔๔.
๓๖. เนาวรัตน์ สุวรรณผ่อง. การประชุมระดมความคิดเห็นเรื่องการเตรียมความพร้อมขององค์กรสาธารณสุขทุกระดับ : สมรรถนะของบุคลากรในโครงสร้างการกระจายอำนาจ; ๒๕๔๔. หน้า ๕๕-๘.
๓๗. จรัส สุวรรณมาลา, ชาญฉวี ไซรักษา. การกำหนดตัวชี้วัดระดับและประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกระจายอำนาจ. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า; ๒๕๔๗.
๓๘. บุญศรี พรหมมาพันธุ์, สมคิด พรหมจ้อย, เสน่ห์ จุ้ยโต, จันทร์พร พรหมมาศ. การพัฒนาเรื่องชี้วัดสำหรับการประเมินการบริหารบุคคลส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา; ๒๕๔๗.
๓๙. สำนักงานก.พ. เครื่องมือวัดความโปร่งใสและการตรวจสอบได้ของหน่วยงาน (เบื้องต้น) สำหรับผู้ประเมิน. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง ดัชนีชี้วัดธรรมาภิบาล จัดโดยสถาบันวิจัยสาธารณสุข วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๐ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๒ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.
๔๐. ต่อตระกูล ยมนา. ใครมีธรรมาภิบาลดีแค่ไหน รู้ได้ วัดได้แล้ว. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง “ดัชนีชี้วัดธรรมาภิบาล” วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๐, ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๒ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
๔๑. สถาบันพระปกเกล้า. โครงการขยายผลเพื่อนำตัวชี้วัดการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีระดับองค์กรไปสู่การปฏิบัติ. นนทบุรี : สถาบันพระปกเกล้า; ๒๕๔๘.
๔๒. ปรีดา เต๋ออารักษ์. ตัวชี้วัดเพื่อประเมินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกคน). นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผน, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๔๓. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๐. นนทบุรี. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๕๐.