

**ชื่อวิทยานิพนธ์** การศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารสาธารณสุขเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจ

ด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

**ผู้วิจัย** นายมานิช อิมสมบัติ **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) **อาจารย์ที่**

**ปรึกษา(1)** รองศาสตราจารย์โกวิน วิวัฒน์พงศ์พันธ์ (2) รองศาสตราจารย์สมศักดิ์ บุตราช **ปีการศึกษา** 2545

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์เกี่ยวกับรูปแบบและปัญหาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ (2) จำแนกความแตกต่างในความคิดเห็นของผู้บริหารสาธารณสุขที่มีลักษณะประชากรแตกต่างกัน

ประชากรที่ทำการศึกษาประกอบด้วย ผู้บริหารสาธารณสุขทุกระดับในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และหน่วยงานเทศบาล จำนวน 232 คน ทำการทดสอบสอบถามเพื่อรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบและปัญหาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 รูปแบบ รูปแบบที่ 1 สถานพยาบาลทุกระดับขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด (กศจ.) ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ รูปแบบที่ 2 สถานพยาบาลแต่ละระดับขึ้นกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับ กศจ.ทำหน้าที่ในฐานะผู้ประสาน รูปแบบที่ 3 สถานพยาบาลทุกระดับขึ้นกับ กศจ. กศจ. ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารสถานพยาบาลโดยตรง รูปแบบที่ 4 สถานพยาบาลทุกระดับอยู่เป็นเครือข่ายในรูปแบบองค์กรมหาชน กศจ.ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้บริหารและทดสอบสมมติฐานของค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้บริหารที่มีลักษณะทางประชากรแตกต่างกัน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และการทดสอบด้วยวิธีเชฟเฟ ที่ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติ .05

ผลการศึกษาพบว่า (1) ผู้บริหารโดยรวมส่วนใหญ่เห็นว่า รูปแบบที่ 3 มีความเหมาะสมมากที่สุดในเรื่องประสิทธิภาพของระบบ ความเสมอภาค ความยั่งยืนและการยอมรับ สัดส่วนร้อยละสูงสุดของ ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาของรูปแบบที่ 1 คือ การรวมอำนาจไว้ที่ส่วนกลางทำให้เกิดระบบอุปถัมภ์และ ประชาชนมีส่วนร่วมน้อย เกี่ยวกับปัญหาของรูปแบบที่ 2 คือ หากท้องถิ่นขาดความเข้าใจ/ความไม่พร้อมในการใช้อำนาจที่ได้รับ อาจทำให้เกิดปัญหาการแทรกแซงทางการเมือง เกี่ยวกับปัญหาของรูปแบบที่ 3 คือ ความซับซ้อนของโครงสร้างทำให้เกิดความล่าช้าในการบริหารงาน/การประสานงาน และเกี่ยวกับปัญหาของรูปแบบที่ 4 คือ ความไม่มั่นใจในรูปแบบเพราะขาดความชัดเจนและยังไม่เคยทดลองปฏิบัติ และ (2) มีนัยสำคัญทางสถิติของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความคิดเห็นในผู้บริหารที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างผู้บริหารที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่าขึ้นไปและผู้บริหารที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี

**คำสำคัญ** รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการสุขภาพ

ระดับจังหวัด (กศจ.) ผู้บริหารสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

**Thesis title:** A STUDY OF PUBLIC HEALTH ADMINISTRATORS' OPINIONS ON HEALTH DECENTRALIZATION MODELS TO LOCAL ADMINISTRATIVE ORGANIZATIONS IN PRACHUAP KHIRI KHAN PROVINCE

**Researcher:** Mr. Manoj Immsombatti; **Degree:** Master of Public Health (Public Health Administration); **Thesis Advisors:** (1) Kowin Viwathpongpan, Associate Professor; (2) Somsak Butaraj, Associate Professor; **Academic year:** 2002

### ABSTRACT

The objectives of this survey research were (1) to study the opinions of public health administrators in Prachuap Khiri Khan Province about the models and relative problems of health decentralization to Local Administrative Organization, and (2) to determine differences in the opinions of public health administrators who have had different demographic characteristics.

The study population consisted of 232 public health administrators at all levels including those positions in Provincial Health Office, Provincial Hospital, Community Hospital, Health center, and Municipality Agencies. The questionnaires were sent to collect data on their opinions about four models of health decentralization to Local Administrative Organization, namely, Model I : health facilities at all levels reporting to the Ministry of Public Health, whereas a Provincial Health Board (PHB) serving as service purchaser; Model II : at each level, health facilities reporting to their respective local administrative organization, whereas the PHB serving as coordinator; Model III : all health facilities at all levels reporting to the PHB, directly serving as administrator of health facilities; and Model IV : all health facilities at all levels forming a network of public organization, whereas the PHB serving as service purchaser. Data were analysed to compare opinion means of the administrators about the elements of the four models, and to test hypothesis of the opinion means of the administrators who have had different demographic characteristics by using one-way ANOVA and Scheffe's, at 95% confidence interval.

The findings were (1) most of the entire administrators approved of Model III regarding its merits of system efficiency, equity, and sustainability and acceptance. The highest percent proportion of the responses to the relative problems of Model I were the centralization may enhance the patronage system and meanwhile lessen people participation; of Model II were if the Local Administrative Organization lacks understanding or is not ready to use the decentralized authority, the political interference will happen; of Model III were the complexity of the structure will delay the management and/or cooperation; and of Model IV were having no confidence in the structure regarding its lack of practical clarity; and (2) there was a statistically significant difference of opinion means among the administrators who have had different demographic characteristics, particularly between those who have attained Master Degree or equivalent or higher and those who have attained lower than bachelor degree.

**Keywords:** Model of health decentralization, Local Administrative Organization, Provincial Health Board (PHB), Public health administrator, Prachuap Khiri Khan Province.

## กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจากท่านอาจารย์ประธาน กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์รองศาสตราจารย์โกวิน วิวัฒน์พงศ์พันธ์ รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมมาธิราช และกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์สมศักดิ์ บุตรราช ผู้อำนวยการศูนย์วิทย พัฒนาการมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์นี้อย่างใกล้ชิดเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึก ซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ฐวิทย์ ลิขิตยี่งวรา สาธารณสุขนิเทศก์ สำนักตรวจราชการ การกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี และนายแพทย์ปรีดา แต่อารักษ์ รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนและรองผู้อำนวยการสำนัก งานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) ที่ได้ตรวจแบบสอบถามที่ใช้เป็น เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาสละ เวลาตอบแบบสอบถามให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

และขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ศุภวัณณ์ พลายน้อย คณะสังคมศาสตร์และ มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทันตแพทย์หญิงนภภรณ์ พานิช นักวิชาการสาธารณสุข 9 สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดชุมพร และ คุณสมศรี ศิริขวัญชัย ที่ได้ให้การสนับสนุน ประสานงาน แนะนำ และช่วย เหลือจนงานวิจัยนี้สำเร็จได้ตามกำหนด

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้ผู้สนใจเรื่องการกระจายอำนาจด้าน สุขภาพสู่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด

มานิช อิ่มสมบัติ

พฤศจิกายน 2545

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	12
การจัดระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน.....	12
หลักการปกครองส่วนท้องถิ่น.....	13
รัฐธรรมนูญกับการปกครองส่วนท้องถิ่น.....	26
อำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข.....	31
หลักการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....	41
แนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....	49
การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ.....	78
ผลกระทบต่อผู้บริหารสาธารณสุข.....	80
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	83

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	85
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	85
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	87
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	88
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา.....	91
การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจาย อำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....	107
ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัญหาและรูปแบบการกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....	123
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	129
สรุปการวิจัย.....	129
อภิปรายผลการวิจัย.....	134
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	144
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์.....	145
บรรณานุกรม.....	146
ภาคผนวก.....	155
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ(แบบสอบถาม).....	156
ข แบบสอบถาม.....	158
ประวัติผู้วิจัย.....	174

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบคุณสมบัติต่อระบบบริการสาธารณสุขของแต่ละรูปแบบ.....	58
ตารางที่ 2.2 การเปรียบเทียบทางเลือกการตัดสินใจต่างๆ.....	74
ตารางที่ 3.1 การได้รับคืนแบบสอบถามจากผู้บริหาร.....	87
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง.....	92
ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น.....	95
ตารางที่ 4.3 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่อรูปแบบการกระจาย อำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบที่ 1 จำแนกตาม ปัจจัยส่วนบุคคล.....	108
ตารางที่ 4.4 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่อรูปแบบการกระจาย อำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบที่ 2 จำแนกตาม ปัจจัยส่วนบุคคล.....	111
ตารางที่ 4.5 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่อรูปแบบการกระจาย อำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบที่ 3 จำแนกตาม ปัจจัยส่วนบุคคล.....	114
ตารางที่ 4.6 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่อรูปแบบการกระจาย อำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบที่ 4 จำแนกตาม ปัจจัยส่วนบุคคล.....	118
ตารางที่ 4.7 การทดสอบทางสถิติเพื่อหาความแตกต่างระหว่างกลุ่มระดับการศึกษาโดย ใช้วิธี Scheffe.....	122
ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงความคิดเห็นในเรื่องปัญหาของ รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละ รูปแบบ.....	125
ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงความคิดเห็นในเรื่องรูปแบบการ กระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เหมาะสม.....	127

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	8
ภาพที่ 2.1 โครงสร้างองค์การบริการส่วนจังหวัด.....	15
ภาพที่ 2.2 โครงสร้างเทศบาล.....	18
ภาพที่ 2.3 โครงสร้างองค์การบริการส่วนตำบล.....	20
ภาพที่ 2.4 โครงสร้างเมืองพัทยา.....	22
ภาพที่ 2.5 โครงสร้างกรุงเทพมหานคร.....	23
ภาพที่ 2.6 การแบ่งส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข.....	32
ภาพที่ 2.7 โครงสร้างการแบ่งส่วนราชการสาธารณสุขในราชการส่วนภูมิภาค.....	33
ภาพที่ 2.8 โครงสร้างส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข.....	37
ภาพที่ 2.9 โครงสร้างการแบ่งงานภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....	38
ภาพที่ 2.10 โครงสร้างการแบ่งงานภายในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป.....	39
ภาพที่ 2.11 โครงสร้างการแบ่งงานภายในโรงพยาบาลชุมชน.....	40
ภาพที่ 2.12 โครงสร้างสร้างการแบ่งส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุขตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น พ.ศ.2542.....	47
ภาพที่ 2.13 รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามรูปแบบที่ 1.....	50
ภาพที่ 2.14 รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามรูปแบบที่ 2.....	52
ภาพที่ 2.15 รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามรูปแบบที่ 3.....	54
ภาพที่ 2.16 รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามรูปแบบที่ 4.....	56
ภาพที่ 2.17 ทางเลือกรูปแบบเดียวที่เหมาะสมมากที่สุด.....	71
ภาพที่ 2.18 ทางเลือกรูปแบบที่หลากหลายระหว่างพื้นที่.....	72
ภาพที่ 2.19 ทางเลือกรูปแบบที่เหมาะสมในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลง.....	73

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขมีประวัติการก่อตั้งขึ้นในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ในปี พ.ศ. 2429 พระองค์เสด็จประพาสเมืองสิงคโปร์ ได้ทอดพระเนตรการจัดตั้งโรงพยาบาล จึงมีพระราชดำริให้มีโรงพยาบาลขึ้นในกรุงเทพมหานคร โดยทรงโปรดเกล้าให้ตั้งคณะกรรมการขึ้นเรียกว่า “คอมมิตติจัดการโรงพยาบาล” เพื่อจัดสร้างโรงพยาบาลวังหลัง จังหวัดธนบุรีด้วยพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ ขณะดำเนินการก่อสร้าง สมเด็จพระเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ พระราชโอรสสิ้นพระชนม์ จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าให้สร้างพระเมรุ ณ ท้องสนามหลวง โดยมีวัตถุประสงค์ว่าเมื่อเสร็จงานแล้วให้ตัดแปลงเป็นอาคารสำหรับโรงพยาบาล และยังได้มอบเงินของสมเด็จพระเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์เป็นจำนวน 56,000 บาท พระราชทานนามว่า “โรงพยาบาลศิริราช” ต่อมาเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2431 จึงได้จัดตั้งกรมพยาบาล นับว่าเป็นการเริ่มศักราชใหม่ของวงการแพทย์และการสาธารณสุขแผนปัจจุบันของไทย การแพทย์และการสาธารณสุขมีความเจริญก้าวหน้า มีการสร้างโรงเรียนแพทย์ จัดทำตำราแพทย์ ขยายการจัดการด้านแพทย์ออกไปสู่ต่างจังหวัด

ในปี พ.ศ. 2459 รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้เปลี่ยนชื่อกรมพยาบาลเป็นกรมประชาภิบาล สังกัดกระทรวงมหาดไทยประกอบด้วยกอง 4 กอง คือ กองบัญชาการเบ็ดเสร็จ กองสุขาภิบาล กองพยาบาล และกองเวชวัตถุ จนถึงปี พ.ศ. 2461 จึงได้จัดตั้งกรมสาธารณสุขขึ้นเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ออกกฤษฎีกาแบ่งการประกอบโรคศิลปะเป็นแผนปัจจุบันและแผนโบราณ และปี พ.ศ. 2469 ได้ปรับปรุงส่วนบริหารราชการใหม่โดยแบ่งกิจการออกเป็น 13 กอง คือ กองบัญชาการ กองการเงิน กองที่ปรึกษา กองบรรณาธิการ กองสุขาภิบาล กองวิศวกรรม กองสุขภาพ กองโสตสภากองยาเสพติดให้โทษ โรงพยาบาลคนเสียจริต กองส่งเสริมสุขาภิบาล กองแพทย์สุขาภิบาลแห่งพระนคร และวัชรพยาบาล



การดำเนินงานด้านสาธารณสุขต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2485 ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล รัฐบาลของนายกรัฐมนตรีจอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้จัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นด้วยเหตุผลคือ “โดยเหตุที่การสาธารณสุขและแพทย์ในเวลานี้ ยังกระจายอยู่ในกระทรวงและกรมหลายแห่ง งานบางอย่างทำซ้ำและก้าวก่ายกัน และบางอย่างก็ไม่เชื่อมประสานกัน เป็นเหตุให้ต้องเปลืองเจ้าหน้าที่และค่าใช้จ่ายไปในทางไม่ประหยัดจึงสมควรปรับปรุงเสียใหม่ เพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น”

ปี พ.ศ. 2517 ได้มีการปรับปรุงส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุขครั้งใหญ่ โดยแบ่งส่วนราชการในส่วนกลางเป็น 7 กรม ได้แก่ สำนักงานเลขาธิการรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรคติดต่อ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานอาหารและยา และมอบอำนาจการบริหารงานสู่ภูมิภาคและกระจายทรัพยากรที่มีจำกัดเพื่ออำนวยความสะดวกสูงสุดแก่ประชาชน(กระทรวงสาธารณสุข 2542: 3-4)

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้ขยายขอบข่ายงานด้านสาธารณสุขและการแพทย์ให้ครอบคลุมและกว้างไกลยิ่งขึ้น มีการปรับโครงสร้างการบริหาร การขยายอัตรากำลังโดยมีการแบ่งส่วนราชการตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2537 ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข 2542: 9)

1. สำนักงานเลขาธิการรัฐมนตรี
2. สำนักงานปลัดกระทรวง
3. กรมการแพทย์
4. กรมควบคุมโรคติดต่อ
5. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
6. กรมสุขภาพจิต
7. กรมอนามัย
8. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

นอกจากนี้ยังมีรัฐวิสาหกิจและสถาบันในกำกับดูแล 2 แห่งคือ องค์การเภสัชกรรม และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2534 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขไว้ว่า “กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ การสาธารณสุข การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัย การควบคุมอาหารและยา รวมทั้งสิ่งที่มีอาจเป็นพิษหรือเป็นภัยแก่สุขภาพอนามัยและการกำกับดูแลและส่งเสริมการกษาค ”

(กระทรวงสาธารณสุข 2542: 7)

กระทรวงสาธารณสุขมีภาระหน้าที่สำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน ควบคุม และประสานกิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวกับสุขภาพของกายและจิต ตลอดจนความเป็นอยู่ของประชาชนและการจัดให้มีบริการสาธารณสุขเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1. เพื่อให้ประชาชนชาวไทย มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งกายและจิต ตลอดจนอยู่ในสังคมได้ด้วยความสุข
2. เพื่อให้ประชาชนชาวไทย ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆอันอาจทำให้ทุกข์ยาก และทำให้เกิดการเสียแรงงาน หรือความพิการแก่ร่างกาย (ด้วยการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคแต่แรก เป็นการรักษาพยาบาลให้หายป่วยทันที การกำจัดความพิการและการปรับฟื้นคืนสภาพ)
3. เพื่อให้ประชาชนชาวไทย มีอายุยืนนาน ไม่เสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร
4. เพื่อรักษาสวัสดิภาพของประชาชน ให้พ้นจากอุบัติเหตุร้ายต่าง ๆ (ภัยจากสิ่งแวดล้อมเป็นพิษจากอาหาร หรือยาพิษ ฯลฯ)

การจัดระบบการสาธารณสุขจัดตามระเบียบการบริหารราชการแผ่นดิน โดยกระทรวงสาธารณสุขและกรมกองในสังกัดรับผิดชอบบริหารงานสาธารณสุขในส่วนกลาง ทั้งนี้ได้แบ่งอำนาจการบริหารราชการสาธารณสุขส่วนภูมิภาคให้ระดับจังหวัด และอำเภอผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยงานรองรับในระดับตำบลจัดแบ่งงานสาธารณสุขให้สถานอนามัยประจำตำบลดำเนินการ สำหรับการจรรูปแบบองค์กรสาธารณสุขในการบริหารส่วนท้องถิ่นไม่ได้กำหนดไว้ตายตัว ขึ้นอยู่กับพระราชบัญญัติและระเบียบข้อบังคับขององค์กรส่วนท้องถิ่นนั้นๆ อย่างไรก็ตามการบริหารส่วนท้องถิ่นทุกประเภทได้ระบุภาระหน้าที่และความรับผิดชอบด้านการจัดบริการสาธารณสุขและงานที่เกี่ยวข้องไว้อย่างชัดเจน ( ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ และคณะ 2540: 4)

ปี พ.ศ. 2545 ได้มีการปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม ตามพระราชบัญญัติ ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ประกาศ ณ วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ.2545 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนและราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข หรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการแบ่งส่วนราชการดังนี้

- 1.สำนักงานรัฐมนตรี
- 2.สำนักงานปลัดกระทรวง
- 3.กรมการแพทย์

- 4.กรมควบคุมโรค
- 5.การพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- 6.กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- 7.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- 8.กรมสุขภาพจิต
- 9.กรมอนามัย
- 10.สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจการปกครองส่วนท้องถิ่น ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหารบุคคล การเงินและการคลัง มีอำนาจหน้าที่ของตนเองโดยเฉพาะ โดยรัฐบาลมีหน้าที่กำกับดูแลเท่าที่จำเป็นภายในกรอบของกฎหมาย

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 เป็นกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญ ได้ตราขึ้นตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2540 มาตราที่ 78 มาตราที่ 282-290 (โดยเฉพาะมาตรา 284) พระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจทำให้บริการสาธารณะ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใน 4 ปี สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่พร้อมรับการถ่ายโอนภารกิจภายใน 4 ปี ให้ดำเนินการถ่ายโอนให้แล้วเสร็จภายใน 10 ปี โดยท้องถิ่นต้องเตรียมความพร้อมและส่วนกลางให้การสนับสนุนและนำด้านการบริหารและเทคนิควิชาการ

งานบริการสุขภาพที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในข่ายที่ต้องมีการถ่ายโอนเช่นเดียวกันตามมาตรา 16-19 ครอบคลุมถึงการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการควบคุมโรคติดต่อ

การกำหนดแผนและขั้นตอนในการกระจายอำนาจอยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการการกระจายอำนาจ(มาตรา 6 ) โดยต้องจัดทำแผนให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งปีนับตั้งแต่วันที่ที่คณะกรรมการเริ่มปฏิบัติหน้าที่(มาตรา 35) ขณะนี้รัฐบาลได้อนุมัติแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 เรียบร้อยแล้ว โดยสาระสำคัญหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนได้ระบุไว้ว่าการดำเนินการกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางด้านต้องการความชำนาญในวิชาชีพเฉพาะและความเป็นเอกภาพในการจัดบริการสาธารณะ เช่นการจัดการศึกษา การสาธารณสุข การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น จำเป็นต้องจัดให้มีคณะกรรมการเฉพาะด้านระดับจังหวัด โดยให้มีอำนาจ หน้าที่และความรับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและมาตรฐานการจัดบริการสาธารณะเรื่องนั้นในเขต

จังหวัด การจัดสรรทรัพยากร การกำกับดูแลและตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งประสานความร่วมมือระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข 2544: 2)

แม้ว่าการรวมอำนาจสู่ส่วนกลาง(Centralization) จะมีข้อดีที่ทำให้เกิดเอกภาพของการตัดสินใจ แต่มีข้อด้อยที่ทำให้เกิดปัญหาด้านประสิทธิภาพของการดำเนินการอันเนื่องมาจากความล่าช้าในการตัดสินใจเพราะการตัดสินใจแต่ละครั้งต้องผ่านขั้นตอนต่างๆจำนวนมากกว่าจะมาถึงผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจที่ส่วนกลาง การขาดความยืดหยุ่นของระเบียบ(เพราะเป็นระเบียบเดียวที่ต้องใช้เหมือนกันทุกพื้นที่) และข้อจำกัดในการตรวจสอบ เนื่องจากมีพื้นที่กว้างขวาง และหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นจำนวนมาก ปัญหาการตอบสนองความต้องการของชุมชน ผู้มีอำนาจตัดสินใจต้องใช้ภาพรวมของทุกพื้นที่ มีคำตอบหรือรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหารูปแบบเดียวสำหรับทุกพื้นที่ ทำให้การใช้ทรัพยากรในแต่ละพื้นที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และปัญหาสุดท้ายคือประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้ขาดความเป็นเจ้าของส่งผลให้การดำเนินการต่างๆขาดความต่อเนื่องและยั่งยืนและทำให้ชุมชนขาดการพัฒนา

การกระจายอำนาจจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหามาจากการรวมอำนาจดังกล่าวได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ(Efficiency)การเพิ่มความสอดคล้องและการตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่(Responsiveness)การเพิ่มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการตรวจสอบจากชุมชน(Community Participation and Social Accountability ) ทั้งหมดส่งผลให้คุณภาพของบริการ(Quality of Service)ดีขึ้นและได้รับการยอมรับมากขึ้นในที่สุด(สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2543: 7-8)

อำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามมาตรา 16 มาตรา 17 มาตรา 18 และมาตรา 19 ของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 เป็นภารกิจที่หน่วยงานของรัฐจะต้องถ่ายโอนให้ท้องถิ่นตามมาตรา 30(1)ของพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว การถ่ายโอนภารกิจในแต่ละภารกิจอาจมีโครงสร้างการบริหารและการกำกับดูแลที่แตกต่างกันได้รวมทั้งยังคงต้องมีระบบกำกับดูแลจากรัฐเพื่อเป็นหลักประกันในด้านคุณภาพการให้บริการ ความยุติธรรมและความเสมอภาคระหว่างประชาชนในแต่ละเขตพื้นที่ (สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2543: 9)

ปัจจุบันมีข้อเสนอรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพหลักๆ 4 รูปแบบคือ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2543: 19-20)

**รูปแบบที่ 1** สถานพยาบาลทุกระดับขึ้นกับ กระทรวงสาธารณสุข แต่ถ่ายโอนบางภารกิจที่เหมาะสมให้แก่ท้องถิ่น คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการจากสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข

**รูปแบบที่ 2** สถานพยาบาลแต่ละระดับขึ้นกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับ ภารกิจส่วนใหญ่โอนให้แก่ท้องถิ่น คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน ซึ่งจะสอดคล้องกับพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

**รูปแบบที่ 3** สถานพยาบาลทุกระดับขึ้นกับคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภารกิจบางอย่างโอนให้แก่ท้องถิ่นดำเนินการเอง คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารสถานพยาบาลโดยตรง

**รูปแบบที่ 4** สถานพยาบาลทุกระดับอยู่ในระดับเครือข่ายในรูปแบบองค์กรมหาชน ภารกิจบางอย่างโอนให้แก่ท้องถิ่นดำเนินการเอง คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ

หากพิจารณาตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะต้องมีการถ่ายโอนภารกิจของสถานพยาบาลหรือถ่ายโอนสถานพยาบาลของรัฐระดับต่างๆ ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับรับผิดชอบคือ สถานีอนามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลชุมชนให้เทศบาล และโรงพยาบาลจังหวัดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับจะรับผิดชอบบริหารสถานพยาบาลอย่างเบ็ดเสร็จแต่เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงการจัดการบริการ จะมีคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด(กสจ.) ทำหน้าที่ประสานการจัดการบริการของสถานบริการทั้งหมด รวมถึงการกำหนดนโยบายสุขภาพโดยรวมของจังหวัด

ปัญหาที่สำคัญของรูปแบบนี้คือ โอกาสที่จะเกิดปัญหาการบูรณาการของสถานพยาบาลระดับต่างๆ เนื่องจากความเป็นอิสระที่ไม่ขึ้นต่อกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ การที่ กสจ. มีลักษณะเป็นเพียงแค่องค์กรประสานงาน อาจไม่มีอำนาจหรือศักยภาพเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ปัญหาประสิทธิภาพของระบบบริหารของราชการส่วนท้องถิ่นและการยอมรับของบุคลากรในระบบ

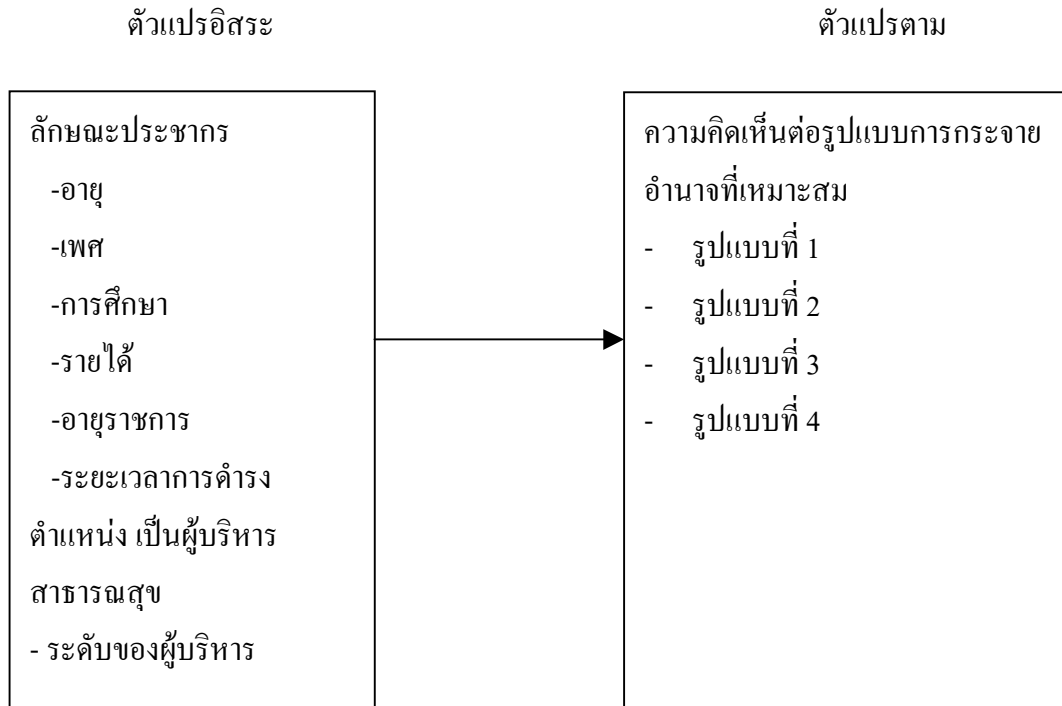
แม้ว่า พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 จะมีผลในทางปฏิบัติแล้วก็ตาม แต่ยังไม่มีการปฏิบัติตามกฎหมาย กระทรวงสาธารณสุขได้ทดลองการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน 10 จังหวัดซึ่งเป็นจังหวัดที่มีลักษณะต่างกันทั้งในแง่ความพร้อมและความไม่

พร้อม ทั้งส่วนของสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อหารูปแบบและข้อสรุปที่เหมาะสมในการกระจายอำนาจ การทดลองการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ใน 10 จังหวัดนั้นเพิ่งเริ่มดำเนินการ จึงยังไม่ได้รูปแบบที่เหมาะสมในขณะนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วประเทศและในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีความไม่แน่ใจและสับสนในเรื่องการกระจายอำนาจและรูปแบบของการกระจายอำนาจตามพระราชบัญญัติดังกล่าว ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ทำการวิจัยจึงทำการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ รูปแบบการกระจายอำนาจที่ได้รับการยอมรับจากผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์จะเป็นข้อเสนอต่อผู้มีอำนาจ และมีประโยชน์ในการเตรียมระบบย่อยที่เกี่ยวข้องทุกระบบ รวมทั้งเป็นการเตรียมบุคลากรในระบบและชุมชน ซึ่งจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการยอมรับมากขึ้น

## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 ศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์เกี่ยวกับรูปแบบและปัญหาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2.2 จำแนกความแตกต่างในความคิดเห็นของผู้บริหารสาธารณสุขที่มีลักษณะประชากรแตกต่างกัน

### 3. กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

### 4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ผู้บริหารสาธารณสุขที่มีอายุต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต่างกัน

4.2 ผู้บริหารสาธารณสุขที่เพศต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต่างกัน

4.3 ผู้บริหารสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต่างกัน

4.4 ผู้บริหารสาธารณสุขที่มีรายได้ต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต่างกัน

4.5 ผู้บริหารสาธารณสุขที่มีอายุราชการต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต่างกัน

4.6 ผู้บริหารสาธารณสุขที่มีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหารต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต่างกัน

4.7 ระดับของผู้บริหารที่ต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต่างกัน

## 5. ขอบเขตการวิจัย

5.1 ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

5.2 รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นรูปแบบที่นำเสนอโดยสำนักงานวิชาการสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข และสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

## 6. ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่เก็บมาจากแบบสอบถามจากผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์เท่านั้น

## 7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 **ความคิดเห็น** หมายถึง กิริยาท่าทีรวมๆ ของบุคคลที่เกิดจากความโน้มเอียงของจิตใจและแสดงออกต่อสิ่งเร้าหนึ่งๆ โดยแสดงออกในทางสนับสนุน มีความรู้สึกเห็นดีเห็นชอบต่อสิ่งเร้าหนึ่งๆ หรือ แสดงออกในทางต่อต้านซึ่งมีความรู้สึกที่ไม่เห็นดีเห็นชอบต่อสิ่งเร้าหนึ่งๆ

7.2 **ผู้บริหารสาธารณสุข** หมายถึง ผู้ที่มีส่วนในการกำหนดแผนงานโครงการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาต่างๆ บริหารงบประมาณ บริหารบุคคล ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ทั้งในส่วนของนโยบายสาธารณสุขและปัญหาสาธารณสุขของจังหวัด

7.3 **ผู้บริหารระดับสูง** หมายถึง คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและ สาธารณสุขอำเภอ



7.4 **ผู้บริหารระดับกลาง** หมายถึง ผู้ช่วยผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ฝ่ายการพยาบาล และฝ่ายบริหารของโรงพยาบาลประจำบริติช หัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้าฝ่ายต่างๆของโรงพยาบาลประจำบริติช เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุขจากเทศบาลต่างๆ

7.5 **ผู้บริหารระดับต้น** หมายถึง หัวหน้างานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ประจำบริติช หัวหน้าฝ่ายและหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์ใน โรงพยาบาล ชุมชน หัวหน้าสถานีอนามัย

7.6 **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** หมายถึง องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และ องค์กรบริหารส่วนตำบล

7.7 **การกระจายอำนาจ** หมายถึง การมอบหมายอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ และ อำนาจดำเนินการบริการสาธารณะบางเรื่องจากรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนกลางให้แก่หน่วยงาน ระดับรองลงไปซึ่งอยู่ในท้องถิ่น ทั้งนี้โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญที่จะให้หน่วยงานแต่ละระดับมีขีดความสามารถตัดสินใจและดำเนินการที่จำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประชาชนในท้องถิ่น นั้นๆ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และมีกลไกการตรวจสอบโดยภาค ประชาชน

7.8 **ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหารสาธารณสุข** หมายถึง ระยะเวลาที่ดำรง ตำแหน่งบริหาร นับเป็นปี

7.9 **อายุราชการ** หมายถึง ระยะเวลาทำงานตั้งแต่รับราชการจนถึงปัจจุบัน นับเป็นปี เศษของปีถ้าเกินถ้าเกิน 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี

7.10 **รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ** หมายถึง รูปแบบการกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพที่จัดทำโดยสำนักวิชาการ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานโครงการ ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

## 8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ได้รับการยอมรับจากผู้บริหารสาธารณสุข ในจังหวัดประจำบริติชจะเป็นข้อเสนอต่อสำนักงานสนับสนุนและการพัฒนาการกระจาย อำนาจด้านสุขภาพ(สพทส.) เพื่อเป็นรูปแบบและข้อสรุปที่เหมาะสมในการกระจายอำนาจ

8.2 รูปแบบที่ได้รับการยอมรับจากผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจำบริติชจะเป็น ตัวอย่างของรูปแบบการกระจายอำนาจที่ได้รับการยอมรับ เนื่องจากได้ทำการศึกษาเป็นแห่ง แรก และศึกษาจากผู้ปฏิบัติงานจริง ความคิดเห็นที่ได้รับจะมีผลสะท้อนให้ผู้รับผิดชอบทำแผน

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ นำไปศึกษาและวางกรอบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพต่อไปในอนาคต

8.3 ความคิดเห็นที่ได้รับจะเป็นบรรทัดฐานเบื้องต้นในการศึกษา ซึ่งสามารถนำไปขยายการศึกษาในจังหวัดอื่นๆ เพื่อนำมาเปรียบเทียบกัน ผลที่ได้รับอาจจะเป็นข้อสรุปที่เหมาะสมในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพต่อไป

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้บริหารสาธารณสุขเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาสนับสนุนและประกอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. การจัดระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน
2. หลักการปกครองส่วนท้องถิ่น
3. รัฐธรรมนูญกับการปกครองส่วนท้องถิ่น
4. อำนาจและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข
5. หลักการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
6. แนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
7. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ
8. ผลกระทบต่อผู้บริหารสาธารณสุข
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1.การจัดระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน

วัตถุประสงค์สำคัญของรัฐบาลในการบริหารประเทศคือ การบำบัดทุกข์ บำรุงสุข ตลอดจนการดูแล และพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในประเทศ

การบริหารประเทศให้บรรลุภารกิจดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับการจัดระเบียบราชการแผ่นดินที่ชัดเจน และเหมาะสม เพื่อให้สามารถปฏิบัติภารกิจหน้าที่ของรัฐบาลให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทั่วถึงทั้งประเทศ หลักการจัดระเบียบบริหารราชการแผ่นดินแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. หลักการรวมอำนาจปกครอง (Centralization)
2. หลักการแบ่งอำนาจปกครอง (Deconcentration)
3. หลักการกระจายอำนาจปกครอง (Decentralization)

แต่ละประเภทต่างๆ มีจุดอ่อนจุดแข็งต่างกัน ดังนั้นการจัดระเบียบบริหารราชการแผ่นดินแต่ละประเทศ จึงใช้วิธีประสาน 2 หรือ 3 ประเภท ดังกล่าวเข้าด้วยกัน เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดจากจุดอ่อนของประเภทหนึ่งด้วยจุดแข็งอีกประเภทหนึ่ง ซึ่งการที่จะจัดระเบียบบริหารราชการแผ่นดินอย่างไร และมีวิวัฒนาการไปในทิศทางใดขึ้นอยู่กับสภาพภูมิประเทศ ประวัติศาสตร์ทางการเมือง การปกครอง สังคม วัฒนธรรม สถานการณ์ และความเหมาะสมของประเทศนั้นๆ เป็นสำคัญ

สำหรับประเทศไทยได้มีการจัดการระเบียบการปกครอง หรือการจัดระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน ตาม พ.ร.บ. ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

1. **ราชการบริหารส่วนกลาง** ใช้หลักการรวมอำนาจไว้ที่ส่วนกลาง ประกอบด้วย กระทรวง ทบวง กรม และส่วนราชการอื่นที่ฐานะเทียบเท่ากรม
2. **ราชการบริหารส่วนภูมิภาค** ใช้หลักการแบ่งอำนาจส่วนกลาง โดยส่วนกลางส่งผู้แทนไปปฏิบัติงานในภูมิภาคต่างๆ ประกอบด้วย จังหวัด อำเภอ และกิ่งอำเภอ
3. **ราชการบริหารส่วนท้องถิ่น** ใช้หลักการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีผู้บริหารมาจากการเลือกตั้งของประชาชนในพื้นที่ สามารถบริหารงานได้โดยอิสระ ตามเจตนารมณ์ของประชาชน แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และรูปแบบพิเศษได้แก่ กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา (สมบุญ ๑ สุขสำราญ 2544: 1)

## 2. หลักการปกครองส่วนท้องถิ่น

การปกครองท้องถิ่นเป็นรากฐานของการปกครองระบอบประชาธิปไตย หมายถึง การที่รัฐบาลกลางยินยอมมอบ หรือการกระจายอำนาจการปกครองส่วนหนึ่งของประเทศไปให้ประชาชนในท้องถิ่นปกครองตนเองโดยที่รัฐบาลกลางยังสงวนอำนาจบางส่วนไว้ ในการปกครองท้องถิ่นจะต้องมีอำนาจอิสระในการปฏิบัติหน้าที่ตามสมควร แต่ไม่ส่งผลกระทบต่อความเป็นอธิปไตยของรัฐ

ราชการบริหารส่วนท้องถิ่น เป็นรูปแบบการปกครองตามหลักการกระจายอำนาจ โดยรัฐบาลกลาง กระจายอำนาจให้้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีผู้บริหารมาจากการเลือกตั้งของประชาชนในพื้นที่ ดำเนินการบริหารงานพัฒนาท้องถิ่นภายใต้การกำกับดูแลของรัฐบาลผ่านทางจังหวัด และอำเภอ เพื่อ

1. แบ่งเบาภาระของรัฐบาล เพื่อให้เกิดความทั่วถึงในการให้บริการและแก้ไขปัญหา หรือสนองความต้องการของประชาชน

2. เป็นการตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นอย่างแท้จริง และรวดเร็ว เพราะความต้องการของประชาชนในแต่ละท้องถิ่น ย่อมมีความแตกต่างกัน การรอรับบริการจากรัฐบาลแต่อย่างเดียว อาจไม่เป็นไปตามความต้องการที่แท้จริง และล่าช้า

3. ช่วยเหลือรัฐบาลในการประหยัดงบประมาณ หรือเป็นการลดค่าใช้จ่ายของรัฐบาล เพราะกิจการส่วนใหญ่ที่รับมอบจากรัฐบาล ท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้โดยรายได้ของตนเองซึ่งมาจากข้อกำหนดของกฎหมาย

4. ทำให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในหลักการ และรูปแบบของการปกครองระบอบประชาธิปไตยในเบื้องต้น เพราะเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปกครอง ไม่ว่าจะโดยการเลือกตั้ง การสมัครรับเลือกตั้ง หรือการตรวจสอบ กำกับดูแล การปฏิบัติหน้าที่ของสภาท้องถิ่น หรือคณะผู้บริหารท้องถิ่น ซึ่งจะมีผลให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบการปกครองในระดับประเทศ

**การจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ**

1. เป็นองค์กรนิติบุคคล ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยผลแห่งกฎหมาย มีพื้นที่ และขอบเขตการปกครองที่แน่นอน ตลอดจนมีอำนาจในการดำเนินนโยบาย และออกกฎหมายข้อบังคับ เพื่อให้มีการปฏิบัติตามนโยบายนั้น

2. สมาชิกสภา หรือ คณะผู้บริหารต้องมาจากการเลือกตั้งของประชาชนในท้องถิ่น ตามหลักการมีส่วนร่วม ของประชาชนในการปกครองตนเอง

3. มีการกระจายอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีรายได้ของตนเองเพียงพอที่จะบริหารงานพัฒนาท้องถิ่นได้

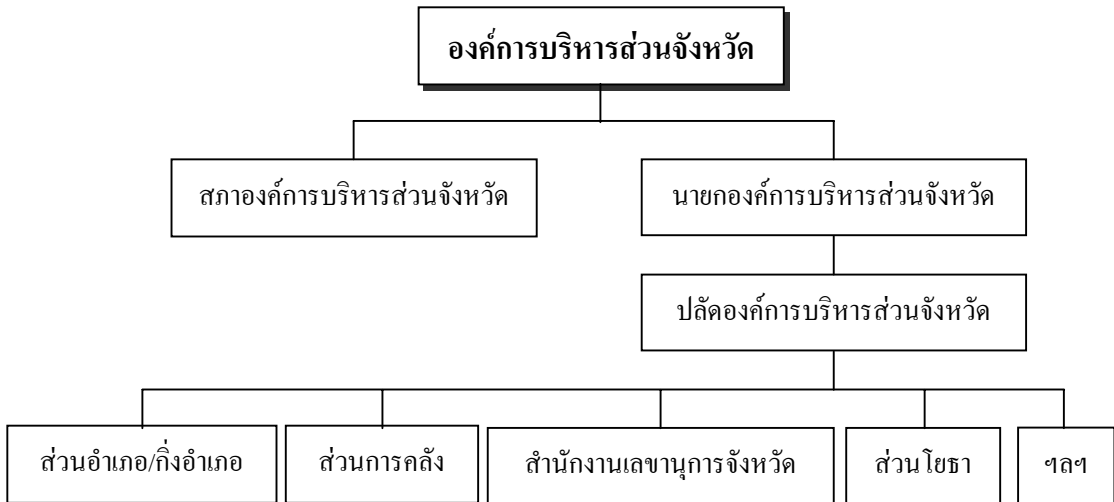
4. มีอิสระในการปกครองตนเอง สามารถใช้ดุลยพินิจในการปฏิบัติงานภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย แต่ยังอยู่ในการควบคุมกำกับดูแลของรัฐ เพื่อประโยชน์ในด้านความมั่นคงของรัฐ และประชาชนโดยส่วนรวม(สมบุรณ์ สุขสำราญ 2544: 2)

**ประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**

หน่วยการปกครองท้องถิ่น หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทยในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ องค์กรการบริหารงานส่วนจังหวัด เทศบาล องค์กรบริหารงานส่วนตำบล และการปกครองท้องถิ่น รูปแบบพิเศษ 2 ประเภท คือ เมืองพัทยา และ กรุงเทพมหานคร

## โครงสร้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (กรมการปกครอง กองราชการส่วนตำบล 2543: 97-106; สมบูรณ์ สุขสำราญ 2544: 6)



ภาพที่ 2.1. โครงสร้างองค์กรบริหารส่วนจังหวัด

ที่มา: สมบูรณ์ สุขสำราญ “การปกครองส่วนท้องถิ่นและการกระจายอำนาจ” เอกสารบรรยาย  
ในที่ประชุมราชบัณฑิตและภาคีสมาชิก สำนักธรรมศาสตร์และการเมือง  
ราชบัณฑิตสถาน 28 มิถุนายน 2544

### องค์กรบริหารส่วนจังหวัดประกอบด้วย

1. สภาองค์กรบริหารส่วนจังหวัด ประกอบด้วยสมาชิกสภาองค์กรบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งประชาชนเลือกตั้งขึ้น มีวาระ 4 ปี นับแต่วันเลือกตั้ง

2. นายกองค์กรบริหารส่วนจังหวัด สมาชิกสภาองค์กรบริหารส่วนจังหวัดเป็นผู้เลือกตั้งนายกองค์กรบริหารส่วนจังหวัด

### อำนาจและหน้าที่ขององค์กรบริหารส่วนจังหวัด

ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 17 ได้กำหนดให้้องค์กรบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองดังนี้

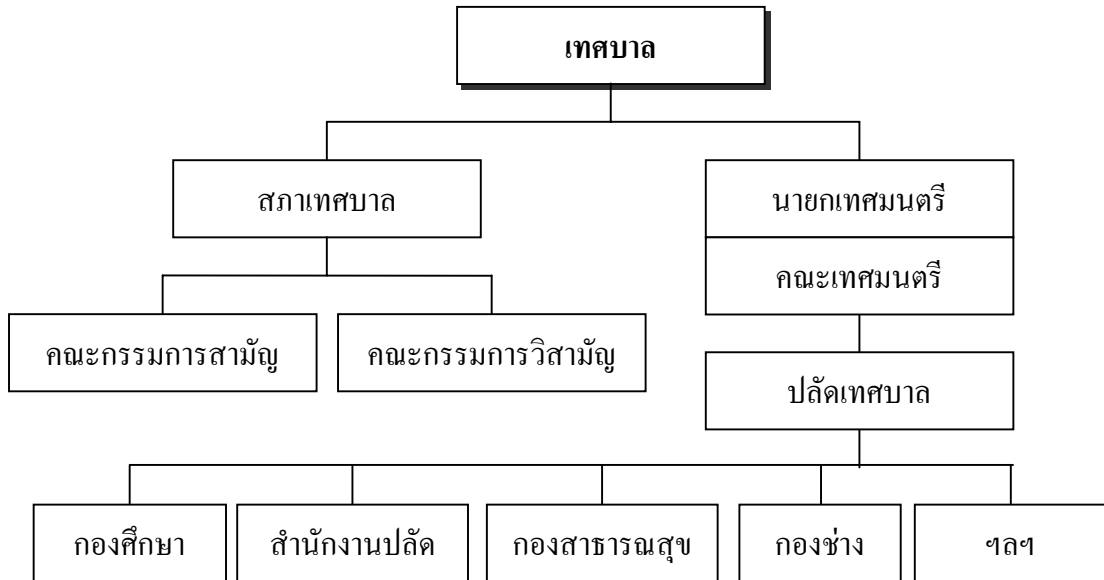
1. การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง และประสานการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดตามระเบียบที่คณะรัฐมนตรีกำหนด
2. การสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นในการพัฒนาท้องถิ่น
3. การประสานและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
4. การแบ่งสรรเงินซึ่งตามกฎหมายจะต้องแบ่งให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
5. การคุ้มครอง ดูแล และบำรุงรักษาป่าไม้ ที่ดิน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
6. การจัดการศึกษา
7. การส่งเสริมประชาธิปไตย ความเสมอภาค และสิทธิเสรีภาพของประชาชน
8. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของราษฎรในการพัฒนาท้องถิ่น
9. การส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสม
10. การจัดตั้งและดูแลระบบบำบัดน้ำเสียรวม
11. การกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลรวม
12. การจัดสิ่งแวดล้อมและมลพิษต่างๆ
13. การจัดการและดูแลสถานีขนส่งทั้งทางบกและทางน้ำ
14. การส่งเสริมการท่องเที่ยว
15. การพาณิชย์ การส่งเสริมการลงทุน และการทำกิจการไม่ว่าจะดำเนินการเองหรือร่วมกับบุคคลอื่นหรือจากสหการ
16. การสร้างและบำรุงรักษาทางบกและทางน้ำที่เชื่อมต่อระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
17. การจัดตั้งและดูแลตลาดกลาง
18. การส่งเสริมการกีฬา จารีตประเพณี และวัฒนธรรมอันดีงามของท้องถิ่น
19. การจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ
20. การจัดให้มีพิพิธภัณฑ์ และหอจดหมายเหตุ
21. การขนส่งมวลชนและการวิศวกรรมจราจร
22. การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
23. การจัดให้มีระบบรักษาความสงบเรียบร้อยในจังหวัด
24. จัดทำกิจการใดอันเป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่อยู่

ในเขตและกิจการนั้นเป็นการสมควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นร่วมกัน  
ดำเนินการหรือให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดทำ ทั้งนี้ตามที่คณะกรรมการ  
ประกาศกำหนด

25. สนับสนุนหรือช่วยเหลือส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการ  
พัฒนาท้องถิ่น
26. การให้บริการเอกชน ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือ  
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
27. การสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และ  
ผู้ด้อยโอกาส
28. จัดทำกิจการอื่นใดตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนด  
ให้เป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด
29. กิจการอื่นใดที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามที่คณะกรรมการ  
ประกาศกำหนด



## 2.เทศบาล (ทองปาน พาไรสงและสมเกียรติ ทาทอง ม.ป.ป: 3-12; สมบูรณ์ สุขสำราญ 2544: 6)



ภาพที่ 2.2 โครงสร้างเทศบาล

ที่มา: สมบูรณ์ สุขสำราญ “การปกครองส่วนท้องถิ่นและการกระจายอำนาจ” เอกสารบรรยาย  
 ในที่ประชุมราชบัณฑิตและภาคีสมาชิก สำนักธรรมศาสตร์และการเมือง  
 ราชบัณฑิตสถาน 28 มิถุนายน 2544

โครงสร้างของเทศบาลมี 2 ส่วนคือ

1. **สภาเทศบาล** มีหน้าที่ออกเทศบัญญัติใช้ในเขตเทศบาล และควบคุมการบริหารงานของคณะเทศมนตรี

### 2. คณะเทศมนตรี

**อำนาจและหน้าที่ของเทศบาล**

ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 ได้กำหนดให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองดังนี้

1. การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง
2. จัดให้มีและบำรุงรักษาทางบก ทางน้ำ และทางระบายน้ำ

3. การจัดให้มีและควบคุมตลาด ท่าเทียบเรือ ท่าข้าม และที่จอดรถ
4. การสาธารณสุขปศุสัตว์และการก่อสร้างอื่นๆ
5. การสาธารณสุขการ
6. การส่งเสริมกีฬา การฝึก และประกอบอาชีพ
7. การพาณิชย์ และการส่งเสริมการลงทุน
8. การส่งเสริมการท่องเที่ยว
9. การจัดการศึกษา
10. การสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส
11. การบำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น
12. การปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัดและการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย
13. การจัดให้มีและบำรุงรักษาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ
14. การส่งเสริมกีฬา
15. การส่งเสริมประชาธิปไตย ความเสมอภาค และสิทธิเสรีภาพของประชาชน
16. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของราษฎรในการพัฒนาท้องถิ่น
17. การรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง
18. การกำจัดมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และน้ำเสีย
19. การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล
20. การจัดให้มีและควบคุมสุสานและฌาปนสถาน
21. การควบคุมการเลี้ยงสัตว์
22. การจัดให้มีและควบคุมการฆ่าสัตว์
23. การรักษาความปลอดภัย ความเป็นระเบียบ และการอนามัย โรงมหรสพ และสาธารณสุขสถานอื่นๆ
24. การจัดการ การบำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากป่าไม้ ที่ดิน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
25. การผังเมือง
26. การขนส่งและการวิศวกรรมจราจร
27. การดูแลรักษาที่สาธารณะ
28. การควบคุมอาคาร

29. การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
30. การรักษาความสงบเรียบร้อย การส่งเสริมและสนับสนุนการป้องกันและรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
31. กิจการอื่นใดที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

### 3.องค์การบริหารส่วนตำบล

ตามพระราชบัญญัติสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2542 (กรมการปกครอง กองราชการส่วนตำบล 2543: 149-155; สมบูรณ์ สุขสำราญ 2544: 7)



ภาพที่ 2.3 โครงสร้างองค์การบริหารส่วนตำบล

ที่มา: สมบูรณ์ สุขสำราญ “การปกครองส่วนท้องถิ่นและการกระจายอำนาจ” เอกสารบรรยาย  
ในที่ประชุมราชบัณฑิตและภาคีสมาชิก สำนักธรรมศาสตร์และการเมือง  
ราชบัณฑิตสถาน 28 มิถุนายน 2544

โครงสร้างขององค์การบริหารส่วนตำบล แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

**1. สภาองค์การบริหารส่วนตำบล** เป็นฝ่ายนิติบัญญัติขององค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วยสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วยสมาชิกหมู่บ้านละ 2 คน องค์การบริหารส่วนตำบลใดมี 1 หมู่บ้าน ให้มีสมาชิก 6 คน องค์การบริหารส่วนตำบลใดมี 2 หมู่บ้าน ให้มีสมาชิกได้หมู่บ้านละ 3 คน

**2. คณะกรรมการบริหารส่วนตำบล** เป็นฝ่ายบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วย ประธานกรรมการบริหาร 1 คน คณะกรรมการบริหาร 2 คน โดยสภาองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้เลือก แล้วเสนอให้นายอำเภอแต่งตั้ง และให้ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นเลขานุการคณะกรรมการบริหาร

ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537กำหนดให้มีสำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหน่วยปฏิบัติงานภายใต้องค์การบริหารส่วนตำบล มีพนักงานส่วนตำบลเป็นเจ้าหน้าที่ประจำ โดยให้มีการจัดองค์กรย่อยบริหารงานภายในตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยระเบียบพนักงานส่วนตำบล กรอบอัตรากำลังพนักงานส่วนตำบลมีมากน้อยขึ้นอยู่กับขนาดหรือลำดับชั้นขององค์การบริหารส่วนตำบล การจัดลำดับชั้นขึ้นอยู่กับปริมาณงาน และรายได้เฉลี่ยต่อปีที่องค์การบริหารงานส่วนตำบลจัดหาได้เป็นเกณฑ์ ทั้งนี้ไม่รวมเงินอุดหนุนจากรัฐบาลดังนี้ (ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ 2540: 47)

ชั้น 1 องค์การบริหารส่วนตำบลที่มีปริมาณงานมากและมีรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 20 ล้านบาทขึ้นไป มีอัตรากำลัง 21 ตำแหน่ง (18 สายงาน 21 อัตรา)

ชั้น 2 องค์การบริหารส่วนตำบลที่มีปริมาณงานค่อนข้างมากและมีรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 12-20 ล้านบาท มีอัตรากำลัง 12 ตำแหน่ง (10 สายงาน 12 อัตรา)

ชั้น 3 องค์การบริหารส่วนตำบลที่มีปริมาณงานปานกลางและมีรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 6-12 ล้านบาท มีอัตรากำลัง 6 ตำแหน่ง (6 สายงาน 6 อัตรา)

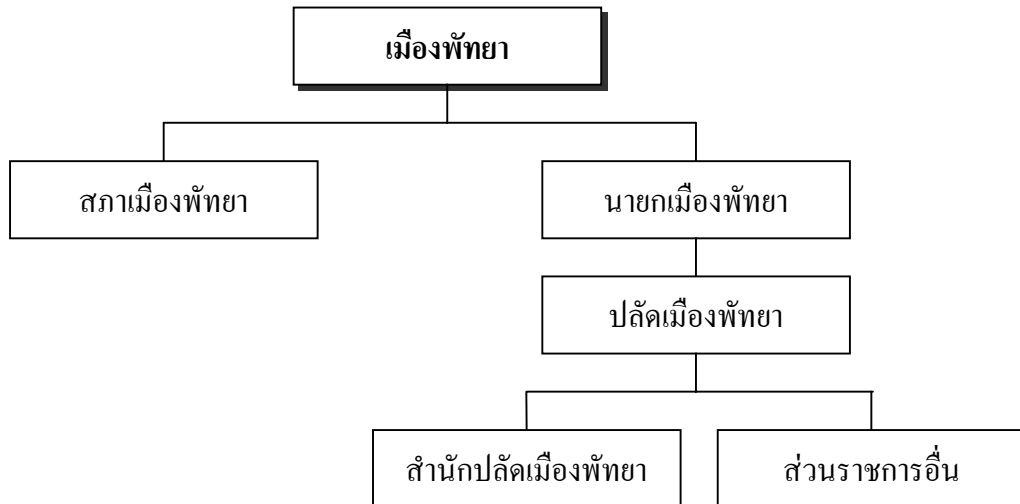
ชั้น 4 องค์การบริหารส่วนตำบลที่มีปริมาณงานค่อนข้างน้อยและมีรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 3-6 ล้านบาท มีอัตรากำลัง 4 ตำแหน่ง (4 สายงาน 4 อัตรา)

ชั้น 5 องค์การบริหารส่วนตำบลที่มีปริมาณงานน้อยและมีรายได้เฉลี่ยต่อปีไม่เกิน 3 ล้านบาท มีอัตรากำลัง 3 ตำแหน่ง (3 สายงาน 3 อัตรา)

**อำนาจและหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล**

เหมือนของเทศบาล

4. เมืองพัทยา ตาม พ.ร.บ. ระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา พ.ศ. 2542 (สมบูรณ์ สุขสำราญ 2544 : 7-8)



ภาพที่ 2.4 โครงสร้างเมืองพัทยา

ที่มา: สมบูรณ์ สุขสำราญ “การปกครองส่วนท้องถิ่นและการกระจายอำนาจ” เอกสารบรรยาย  
 ในที่ประชุมราชบัณฑิตและภาคีสมาชิก สำนักธรรมศาสตร์และการเมือง  
 ราชบัณฑิตสถาน 28 มิถุนายน 2544

การบริหารเมืองพัทยา ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. **สภาเมืองพัทยา** ประกอบด้วยสมาชิกสภา จำนวน 24 คน มาจากการเลือกตั้ง จากผู้มีสิทธิเลือกตั้งในเขตเมืองพัทยา มีวาระดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี มีประธานสภา 1 คน และรองประธานสภา 2 คน ปลัดเมืองพัทยาทำหน้าที่เลขานุการเมืองพัทยา

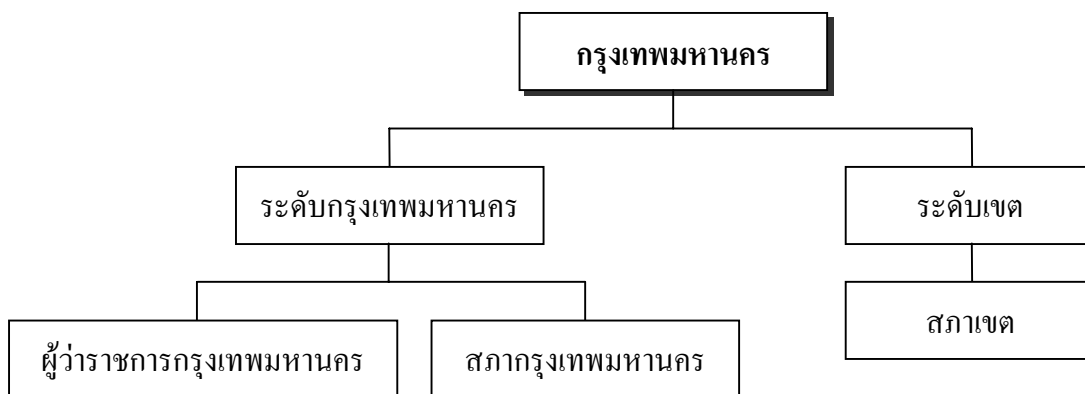
2. **นายกเมืองพัทยา** มาจากการเลือกตั้งจากผู้มีสิทธิเลือกตั้งในเขตเมืองพัทยา มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี

การจัดส่วนราชการของเมืองพัทยา แบ่งออกเป็น สำนักปลัดเมืองพัทยา และส่วนราชการอื่นๆตามที่ นายกเมืองพัทยาประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงมหาดไทย โดยมีปลัดเมืองพัทยา (เป็นพนักงานส่วนท้องถิ่น) รับผิดชอบควบคุมดูแลราชการประจำเมืองพัทยา ให้เป็นไปตามนโยบาย

## อำนาจและหน้าที่เมืองพัทยา

เหมือนของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล

5.กรุงเทพมหานคร (สมบุรณ์ สุขสำราญ 2544: 8)



ภาพที่ 2.5 โครงสร้างกรุงเทพมหานคร

ที่มา: สมบุรณ์ สุขสำราญ “การปกครองส่วนท้องถิ่นและการกระจายอำนาจ” เอกสารบรรยาย  
ในที่ประชุมราชบัณฑิตและภาคีสมาชิก สำนักธรรมศาสตร์และการเมือง  
ราชบัณฑิตสถาน 28 มิถุนายน 2544

โครงสร้างของกรุงเทพมหานครมี 2 ระดับ คือ ระดับกรุงเทพมหานคร และระดับเขต

1. **ระดับกรุงเทพมหานคร** ได้แก่ ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร และสภากรุงเทพมหานครซึ่งมาจากการเลือกตั้งโดยตรงจากประชาชน มีวาระดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี
2. **ระดับเขต** ได้แก่สภาเขต ประกอบด้วยสมาชิกสภาเขตมาจากการเลือกตั้งโดยตรงจากประชาชนในเขตนั้น ๆ ทำหน้าที่หลักเป็นที่ปรึกษาของผู้อำนวยการเขต และไม่มีอำนาจควบคุมการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการเขตโดยตรง

### อำนาจและหน้าที่ของกรุงเทพมหานคร

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 มาตรา 18 ได้กำหนดให้กรุงเทพมหานครมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองตามมาตรา 16 และ 17

## ปัญหาของการปกครองส่วนท้องถิ่น

การบริหารราชการแผ่นดินไทย เน้นหนักไปในทางรวมอำนาจมากกว่าการกระจายอำนาจ เนื่องจากปัญหาความมั่นคง ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการปกครองท้องถิ่น คือ

### 1. ปัญหาด้านโครงสร้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หลักการสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ ให้คนในท้องถิ่นปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น แต่ในอดีตได้มีกฎหมายหลายฉบับ กำหนดโครงสร้างการบริหารของท้องถิ่นไว้หลายรูปแบบ ทำให้เกิดความแตกแยก สับสน รวมทั้งการที่ผู้บริหารท้องถิ่นหรือสมาชิกสภาท้องถิ่นไม่ได้มาจากการเลือกตั้งของประชาชน จึงถูกมองว่าการบริหารกิจการของท้องถิ่นอาจไม่ตรงตามความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น อาทิเช่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด สุขาภิบาล เมืองพัทยา

### 2. ปัญหาด้านอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละรูปแบบ จะกำหนดอำนาจหน้าที่ไว้ อย่างชัดเจนในกฎหมายและมีอยู่หลายประการ แต่ในความเป็นจริงแล้ว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกลับมีอำนาจหน้าที่และการให้บริการสาธารณะแก่ประชาชนในท้องถิ่นของตนเองน้อย เนื่องจากมีหน้าที่ซ้ำซ้อนกับราชการบริหารส่วนภูมิภาค ประกอบกับบทบัญญัติที่ให้อำนาจหน้าที่แก่ท้องถิ่นทั้งหลาย มักจะบัญญัติให้อยู่ ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายอื่น เช่นการให้ท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่บำรุงทางบก ทางน้ำ แต่กรมทางหลวง กรมโยธา หรือ กรม รพช. ก็ยังคงทำหน้าที่ดังกล่าว หรือการจัดการศึกษาซึ่งกระทรวงศึกษาธิการก็ยังทำหน้าที่หลักอยู่ และยิ่งกว่านั้นการดูแลทางน้ำเป็นหน้าที่ของกรมเจ้าท่า โดยท้องถิ่นไม่มีอำนาจหน้าที่แต่อย่างใด

### 3. ปัญหาการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ปัญหาสำคัญในเรื่องนี้คือปัญหาเรื่องรายได้ของท้องถิ่นซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทยมีรายได้จากภาษีที่เหมือนกันจาก 3 ทางใหญ่ๆคือ

3.1 ภาษีที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเก็บเอง เช่น ภาษีโรงเรือนและที่ดิน ภาษีบำรุงท้องที่ ภาษีป้าย อากรฆ่าสัตว์

3.2 ภาษีที่เป็นของรัฐบาล รัฐบาลจัดเก็บเพิ่มและจัดสรรให้แก่ท้องถิ่น เช่น ภาษีมูลค่าเพิ่ม ภาษีสรรพสามิต

3.3 ภาษีที่เป็นของท้องถิ่น รัฐบาลจัดเก็บให้ท้องถิ่นได้แก่ ภาษีรถยนต์และล้อเลื่อน อย่างไรก็ตาม ปัญหารายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ มีรายได้ น้อยมาก ซึ่งอยู่ระหว่างร้อยละ 6-9 ของรายได้รัฐบาล จึงไม่เพียงพอต่อการให้บริการสาธารณะแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 4. ปัญหาด้านการบริหารงานบุคคลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พนักงานหรือข้าราชการท้องถิ่นเป็นผู้รับนโยบายของผู้บริหาร ไปปฏิบัติตามระเบียบ กฎหมาย อันก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในท้องถิ่น ฉะนั้น ขวัญ กำลังใจ และการพัฒนาบุคลากร จึงเป็นประเด็นที่สำคัญในการบริหารงานให้เกิดประสิทธิภาพ แต่เนื่องจากกฎหมายกำหนดให้มีองค์กรการบริหารงานบุคคลของท้องถิ่นแต่ละรูปแบบแตกต่างกัน ทำให้ไม่เอื้ออำนวยต่อการไหลเวียน และมีความเหลื่อมล้ำกันในความก้าวหน้า ขณะเดียวกันคณะกรรมการแต่ละคณะจะประกอบด้วยข้าราชการส่วนกลางเป็นจำนวนมาก เช่น ก.ท. มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน ปลัดกระทรวงมหาดไทย อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมโยธาธิการ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข เป็นกรรมการ เป็นต้น ฉะนั้น จึงถูกมองว่าการบริหารงานบุคคลของท้องถิ่นแต่ละคณะอยู่ภายใต้อำนาจของส่วนกลาง โดยที่ท้องถิ่นซึ่งรับผิดชอบการบริหารกิจการในท้องถิ่น แต่มีบทบาทดังกล่าวนี้้อยมาก

#### 5. ปัญหาด้านการกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หลักการปกครองท้องถิ่นคือ ต้องให้คนในท้องถิ่นตัดสินใจปัญหาต่างๆด้วยตนเอง ภายในกรอบของของกฎหมาย รัฐหรือผู้แทนของรัฐเข้าไปกำกับดูแลเท่าที่จำเป็นเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือประเทศชาติโดยรวม

แต่การปกครองท้องถิ่นไทยในอดีต ข้าราชการส่วนภูมิภาคจะเข้าไปมีบทบาทในฐานะผู้ควบคุมหรือผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยปฏิบัติงานเป็นผู้บริหารหรือพนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีกตำแหน่งหนึ่ง ทำให้การบริหารงานท้องถิ่นไม่มีอิสระเท่าที่ควร และมุ่งเน้นตอบสนองนโยบายของส่วนกลางหรือส่วนภูมิภาคมากกว่าความต้องการในท้องถิ่น

#### 6. ปัญหาด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน

ในอดีตที่ผ่านมา ประชาชนในท้องถิ่นจะมีส่วนร่วมในการปกครองท้องถิ่นของตนเองน้อยมาก การมีส่วนร่วมที่เป็นรูปธรรม คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนไปใช้สิทธิเลือกตั้งสมาชิกสภาท้องถิ่น แต่เมื่อเลือกตั้งเสร็จสิ้น มีสมาชิกสภาท้องถิ่น มีคณะผู้บริหารหรือผู้บริหารท้องถิ่นแล้ว ประชาชนจะไม่มีส่วนร่วมอย่างอื่นเลย ในกรณีที่ประชาชนสนใจจะมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ก็พบว่า ไม่มีช่องทางที่เปิดให้ประชาชนทำอะไรได้มากนัก ซึ่งทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดพลัง ขาดความร่วมมือ และขาดความสนใจจากประชาชน ส่งผลให้การปกครองท้องถิ่น ซึ่งเป็นการปกครองของคนในท้องถิ่น ประสบความล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง

(สมบุญ ฤกษ์สำราญ 2544: 13-14)



### 3. รัฐธรรมนูญกับการปกครองท้องถิ่น

การพัฒนาการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้กระทำอย่างต่อเนื่องแต่มีลักษณะการแก้ไขในส่วนปลีกย่อย ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในหลักการแนวคิดเกี่ยวกับการจัดระบบปกครองท้องถิ่นอย่างจริงจัง จึงไม่บังเกิดผลเท่าที่ควร จนกระทั่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้มีผลบังคับใช้ และได้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่นในทุกด้าน ซึ่งถือได้ว่าเป็นการปฏิรูปการปกครองท้องถิ่นไทยครั้งใหญ่

รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน มุ่งเน้นการกระจายอำนาจราชการการบริหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาคไปสู่ท้องถิ่นและให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและตรวจสอบกำกับดูแลและบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม กล่าวคือ

1. ท้องถิ่นจะมีความเป็นอิสระเพิ่มมากขึ้นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชน ทั้งนี้จะสามารถปฏิบัติงานตอบสนองตามความต้องการของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ (มาตรา 282)

2. มีอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหารงาน การบริหารงานบุคคล การเงินการคลัง และมีอำนาจหน้าที่ของตนโดยเฉพาะ โดยจะมีคณะกรรมการในลักษณะไตรภาคีเป็นผู้พิจารณากำหนดในเรื่องดังกล่าว รวมทั้งพิจารณากำหนดจัดสรรรายได้ให้กับท้องถิ่น ให้เหมาะสมตามภารกิจหน้าที่ และจะมีการพิจารณาทบทวนทุกระยะ 5 ปี (มาตรา 284)

กระทรวงมหาดไทยได้เสนอ พระราชบัญญัติ กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2542 มีหลักการสำคัญเกี่ยวกับการกำหนดวิธีการและขั้นตอนการปฏิบัติให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญมาตรา 284 ดังกล่าว

3. มีสมาชิกท้องถิ่นมาจากการเลือกตั้งและคณะผู้บริหารท้องถิ่น หรือผู้บริหารท้องถิ่นมาจากเลือกตั้งโดยตรงของประชาชนหรือความเห็นชอบของสภา ตามหลักการปกครองในระบอบประชาธิปไตย โดยสมาชิกสภาท้องถิ่น คณะผู้บริหารท้องถิ่น หรือผู้บริหารท้องถิ่นมีวาระการดำรงตำแหน่ง 4 ปี(มาตรา 285)

ทั้งนี้ กระทรวงมหาดไทยได้เสนอ พ.ร.บ. เปลี่ยนแปลงฐานะของสุขาภิบาลเป็นเทศบาล พ.ศ. 2542 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 25 พฤษภาคม 2542 เพื่อให้มีโครงสร้างสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ และได้เสนอ พ.ร.บ. เทศบาล(ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2542 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 11 มีนาคม 2542 เพื่อแก้ไขวาระการดำรงตำแหน่งสมาชิกสภาเทศบาลจาก 5 ปี เป็น 4 ปี

4. ประชาชนสามารถเข้ามาตรวจสอบกำกับดูแล การปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและมีส่วนร่วมในการบริหารงานท้องถิ่นโดยตรง โดยการลงคะแนนเสียงถอดถอนสมาชิกสภาท้องถิ่นและผู้บริหารท้องถิ่น ตลอดจนมีสิทธิเข้าชื่อร้องขอให้สภาท้องถิ่นออกข้อบัญญัติ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนเกิดความตื่นตัวที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการกำกับดูแล และตรวจสอบการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของประชาชน(มาตรา 286 /มาตรา 287)

กระทรวงมหาดไทยได้แก้ไขกฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับบทบาทดังกล่าวของประชาชนแล้ว และได้เสนอ พ.ร.บ. ว่าด้วยการเข้าชื่อเสนอข้อบัญญัติท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และ พ.ร.บ. ว่าด้วยการลงคะแนนเสียงเพื่อถอดถอนสมาชิกสภาท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งมีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2542 เพื่อกำหนดหลักการและแนวทางการปฏิบัติตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ ดังกล่าว

5. การบริหารงานบุคคลของพนักงานส่วนท้องถิ่นจะมีคณะกรรมการพนักงานส่วนท้องถิ่นในลักษณะไตรภาคี ทำหน้าที่ให้ความเห็นชอบการแต่งตั้ง และการให้พ้นจากตำแหน่งของพนักงานท้องถิ่นโดยทำหน้าที่ดูแลการบริหารงานบุคคลของท้องถิ่นให้เป็นไปตามที่กฎหมายได้กำหนดไว้ และที่สำคัญผู้บริหารท้องถิ่นจะมีบทบาทและอำนาจ ทางด้านการบริหารงานบุคคลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานเพื่อประชาชน(มาตรา 288)

ทั้งนี้ กระทรวงมหาดไทย ได้เสนอ พ.ร.บ. ระเบียบบริหารบุคคลท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2542 เพื่อกำหนดหลักการและแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ

6. ท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่เพิ่มขึ้นในการกำกับดูแล บำรุงศิลปะ จารีตประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ เพื่อให้การบริหารการพัฒนาท้องถิ่นมีความเหมาะสมตามลักษณะเฉพาะของแต่ละท้องถิ่น(มาตรา 289/มาตรา 290)

#### **ผลกระทบของรัฐธรรมนูญกับการบริหารราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น**

รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันซึ่งมุ่งเน้นการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แม้จะไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของระบบบริหารราชการแผ่นดินมากนัก แต่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของราชการบริหารส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นอย่างมาก คือ

1. ภารกิจหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการสาธารณะ การดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนและการพัฒนาท้องถิ่น จะถูกถ่ายโอนจากราชการบริหารส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค

ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้นอย่างมาก ซึ่งท้องถิ่นจะต้องเร่งปรับปรุงโครงสร้างองค์กรและพัฒนาประสิทธิภาพของบุคลากรเพื่อรองรับภารกิจดังกล่าว

2. ราชการบริหารส่วนกลางจะปรับบทบาทเป็นหน่วยงานวิชาการ กำหนดมาตรฐานหลักเกณฑ์วิธีการในการดำเนินการอย่างคร่าวๆ ในภาพรวม สำหรับให้ท้องถิ่นใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการ ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาด้านกฎหมาย และเทคนิควิชาการต่างๆ

3. ราชการบริหารส่วนภูมิภาค จะปรับบทบาทจากการเป็นหน่วยงานปฏิบัติมาเป็นหน่วยงานที่ปรึกษาด้านวิชาการ และด้านกฎหมาย ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนกำกับดูแลการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปตามกฎหมาย

### ผลกระทบของรัฐธรรมนุญกับการปกครองส่วนท้องถิ่น

ตามที่รัฐธรรมนุญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กำหนดแนวทางการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไว้ ตามมาตรา 282-290 ประกอบกับนโยบายรัฐบาลที่ได้เร่งรัดให้มีการกระจายอำนาจเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมอย่างแท้จริง ย่อมก่อให้เกิดผลต่อการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

1. ท้องถิ่นมีอิสระในการบริหารกิจการมากยิ่งขึ้นทั้งทางด้านการกำหนดนโยบาย การปกครอง การบริหาร การบริหารงานบุคคล การเงินการคลัง และมีอำนาจหน้าที่ของตนเองโดยเฉพาะ เหมาะสมกับลักษณะพื้นที่และประชากร รวมถึงได้รับการจัดสรรรายได้ให้เพิ่มมากขึ้น มีความเป็นธรรมและเหมาะสมกับการกิจอำนาจหน้าที่

2. ข้าราชการพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อรองรับภารกิจในการกระจายอำนาจ และปฏิบัติหน้าที่ด้วยความถูกต้องตามระเบียบกฎหมาย รวมทั้งสามารถสนองตอบนโยบายของคณะผู้บริหารท้องถิ่น ในการให้บริการสาธารณะหรือแก้ไขปัญหาความเดือดร้อน และตอบสนองความต้องการของประชาชน ผู้บริหารท้องถิ่นจะมีบทบาทในการบริหารงานบุคคลมากขึ้น จึงสามารถกำกับดูแลให้พนักงานส่วนท้องถิ่นปฏิบัติงานเพื่อสนองตอบนโยบายของคณะผู้บริหารและความต้องการของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น อันส่งผลให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ

3. ประชาชนมีความตื่นตัวและมีสำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบต่อส่วนรวมเพิ่มขึ้น โดยผลของกฎหมายการเข้าชื่อเสนอข้อบัญญัติท้องถิ่น และกฎหมายการลงคะแนนเสียงเพื่อถอดถอนสมาชิกสภาท้องถิ่นและผู้บริหารท้องถิ่น อันทำให้ประชาชนจะสามารถเข้ามีส่วนร่วมในการตรวจสอบและควบคุมการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่การเลือกตั้ง

การบริหารกิจการด้านงบประมาณ ส่งผลให้ผู้บริหารต้องบริหารกิจการด้วยความโปร่งใสและเพื่อประโยชน์สุขแก่ประชาชนโดยทั่วไป

4. โครงสร้างการบริหารจะเปลี่ยนรูปแบบเป็นแบบผู้บริหารมาจากการเลือกตั้งโดยตรงของประชาชน เพื่อให้ฝ่ายบริหารมีความเข้มแข็ง เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

**ผลกระทบของการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นตามรัฐธรรมนูญ และ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542**

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งมุ่งเน้นให้มีการกระจายอำนาจหน้าที่และรายได้จากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งกำหนดบทบาทอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะ จัดสรรสัดส่วนรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบตลอดจนกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการของรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง ส่งผลกระทบต่อการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมากคือ

1. **ด้านการบริหารงาน** บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ และ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทภารกิจหน้าที่ในการดูแลความเป็นอยู่ของประชาชน และการพัฒนาท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น โดยรับโอนภารกิจดังกล่าวมาจากราชการบริหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ซึ่งภารกิจเหล่านี้บางเรื่องเป็นภารกิจที่เดิม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำอยู่แล้วและรับโอนเพิ่มจากส่วนราชการอื่น แต่บางภารกิจก็เป็นงานใหม่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เคยดำเนินการ และกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติอาจไม่เอื้ออำนวยกับการปฏิบัติงานท้องถิ่น ซึ่งหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจจะต้องดำเนินการออกหรือปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ ในเรื่องดังกล่าวให้สอดคล้อง/รองรับกับการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจ

หากหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจ จะประสบปัญหาในการปฏิบัติงานอย่างมาก หน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจจึงต้องประชาสัมพันธ์ชี้แจง/ทำความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย ระเบียบ และแนวทางปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวให้ท้องถิ่นทราบ เพื่อให้ท้องถิ่นสามารถปฏิบัติภารกิจที่ได้รับโอนอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล

2. **ด้านบุคลากร** การกำหนดโครงสร้างและตำแหน่งของข้าราชการหรือพนักงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถือตามภารกิจหน้าที่เดิม และถูกจำกัดด้วยกรอบรายได้ขององค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจจากราชการบริหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ทำให้บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอยู่ไม่เพียงพอ และขาดโครงสร้างและการกำหนดตำแหน่งเพื่อรองรับงานใหม่ที่เพิ่มขึ้น(ขาดอัตรากำลัง) ประกอบกับการถ่ายโอนภารกิจในปัจจุบัน มีลักษณะเป็นเงินอุดหนุน มิได้ตัดโอนเงินมาให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรง ทำให้ไม่สามารถเพิ่มบุคลากรได้ นอกจากนี้การถ่ายโอนยังขาดการประสานงานระหว่างส่วนราชการที่จะถ่ายโอนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ประสบปัญหาการขาดการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการรองรับงานที่จะถ่ายโอน โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้เทคโนโลยีหรือความชำนาญ เฉพาะ อาทิเช่น งานด้านวิศวกรรม งานสาธารณสุข หรืองานการศึกษา เป็นต้น

**3. ด้านการเงิน** การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสามารถบริหารงานที่ได้รับการถ่ายโอนจากราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดนั้น ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งคือ งบประมาณ เนื่องจากในปัจจุบันรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนมากก็ไม่เพียงพอต่อการบริหารงานตามอำนาจหน้าที่อยู่แล้ว ดังนั้น หากหน่วยงานใดถ่ายโอนภารกิจหน้าที่การดำเนินการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบ โดยไม่มีการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะทำให้การบริหารงานที่ได้รับการถ่ายโอนขาดประสิทธิภาพ ไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายได้

#### แนวทางดำเนินการในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้การถ่ายโอนภารกิจของราชการบริหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาคไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นการถ่ายโอนภารกิจจึงควรมีการประสานงานกันอย่างใกล้ชิดระหว่างหน่วยงานที่จะถ่ายโอนภารกิจ กระทรวงมหาดไทยที่รับผิดชอบดูแลราชการบริหารส่วนท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(ไตรภาคี) โดย

1. มีคณะกรรมการร่วมระหว่างกระทรวงมหาดไทยกับกระทรวง/กรม ที่จะถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพิจารณาร่วมกันในแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการกำหนดลักษณะงานและขอบเขตงานที่จะถ่ายโอน การสนับสนุนงบประมาณในภารกิจที่ถ่ายโอน การเตรียมความพร้อมบุคลากรของท้องถิ่นเพื่อรองรับภารกิจที่จะถ่ายโอน ตลอดจนการออกแบบหรือปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบวิธีปฏิบัติ เกี่ยวกับการกิจดังกล่าวให้มีความสอดคล้อง สะดวก และเอื้ออำนวยต่อการที่ท้องถิ่นจะนำไปปฏิบัติ

2. มีคณะกรรมการร่วมระดับจังหวัด เพื่อนำผลการพิจารณาและการดำเนินการของคณะกรรมการชุดแรกไปชี้แจงทำความเข้าใจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ และเตรียมตัว

รองรับภารกิจที่จะถ่ายโอนร่วมกัน จัดเตรียมความพร้อมทั้งด้านการบริหารงาน บุคลากร และงบประมาณให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนการกำหนดแนวทางในการให้การสนับสนุนช่วยเหลือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระยะแรกของการรับโอน

การกระจายอำนาจลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากขาดการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการที่รอบคอบและรัดกุมแล้ว นอกจากจะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประสบความล้มเหลวในการบริหารงานที่ได้รับถ่ายโอนจากหน่วยงานต่างๆแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งความสำเร็จของการกระจายอำนาจดังกล่าว ย่อมขึ้นอยู่กับความจริงใจของหน่วยงานที่ถ่ายโอนภารกิจในการที่จะสนับสนุนช่วยเหลือ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความพร้อมในการรับโอนภารกิจดังกล่าว มาปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นและประเทศชาติโดยรวมเป็นสำคัญ (สมบูรณ์ สุขสำราญ 2544: 14-24)

#### 4. อำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข

ตามพระราชบัญญัติ ปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2534 ได้กำหนด อำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขไว้ว่า “กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ การสาธารณสุข การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัย การควบคุมอาหารและยา รวมทั้งสิ่งที่มีพิษ หรือเป็นภัยแก่สุขภาพอนามัย และการกำกับดูแล และส่งเสริมกาชาด”

(กระทรวงสาธารณสุข 2542: 7)

กระทรวงสาธารณสุขมีภาระหน้าที่สำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน ควบคุม และประสานกิจกรรม ทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกายและจิต ตลอดจนความเป็นอยู่ของประชาชน และการจัดให้มีบริการสาธารณสุข เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ 4 ประการคือ

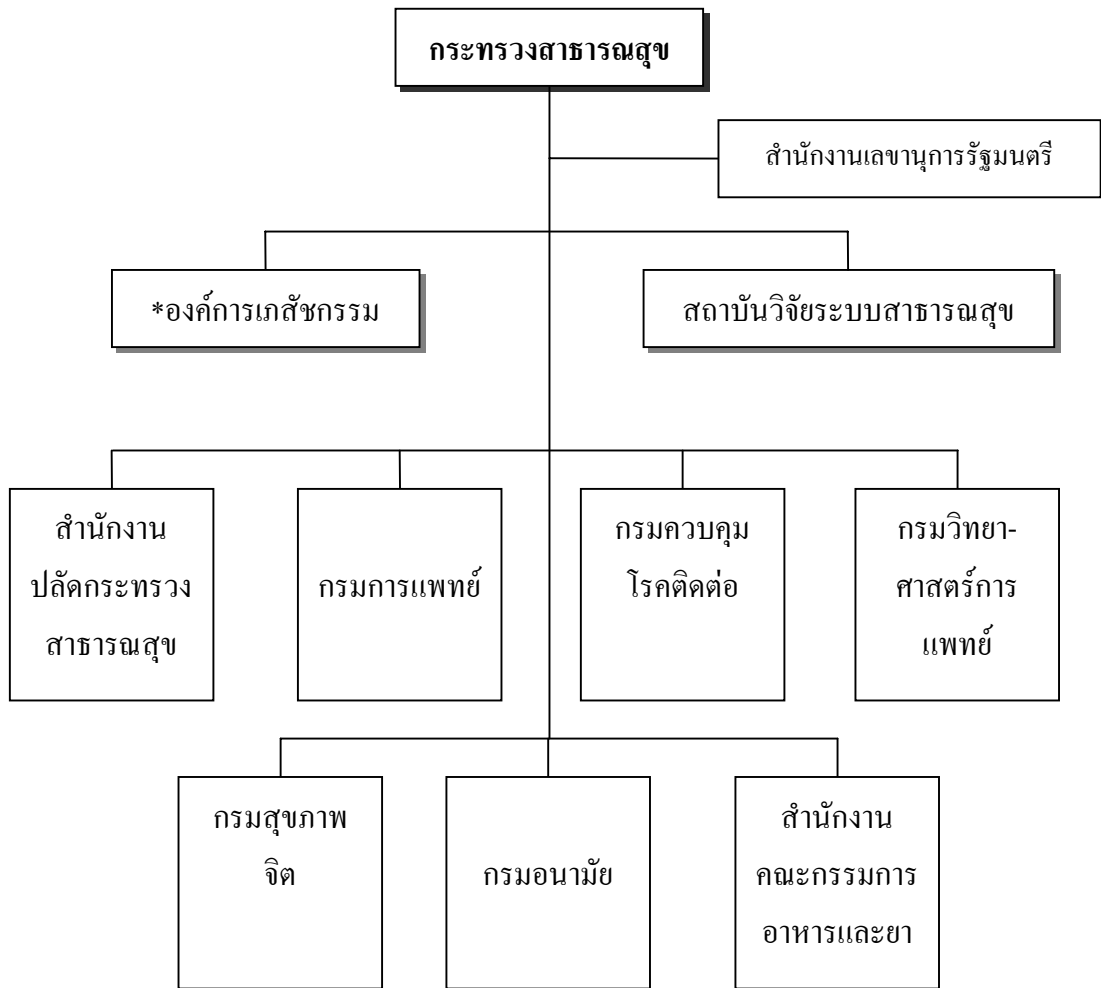
1. เพื่อให้ประชาชนชาวไทย มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งกาย และจิต ตลอดจนอยู่ในสังคมได้ด้วยความสุข

2. เพื่อให้ประชาชนชาวไทย ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ อันอาจทำให้ทุกข์ยาก และทำให้เกิดการสูญเสียแรงงาน หรือความพิการแก่ร่างกาย (ด้วยการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคแต่แรก เป็นการรักษาพยาบาลให้หายเจ็บป่วยได้ทันที การกำจัดความพิการ และการปรับฟื้นคืนสภาพ)

3. เพื่อให้ประชาชนชาวไทย มีอายุยืนนานไม่เสียชีวิต ก่อนถึงวัยอันสมควร

4. เพื่ออารักขาสวัสดิภาพของประชาชน ให้พ้นจากอุบัติเหตุร้ายต่างๆ (ภัยจากสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ จากอาหารเป็นพิษ ฯลฯ)

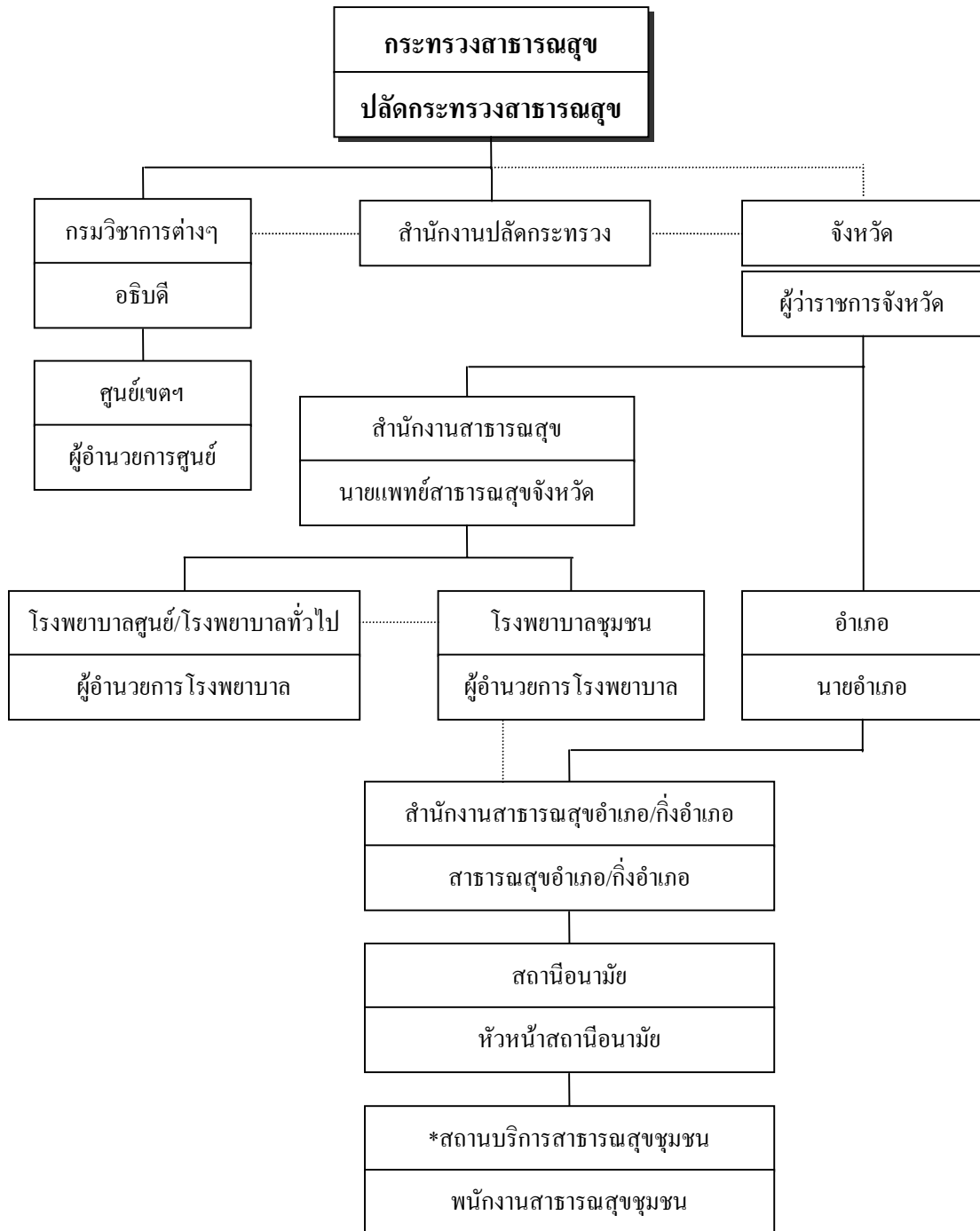
ก่อนมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 กระทรวงสาธารณสุข ก็มีการบริหารงานแบบรวมอำนาจเหมือนกระทรวงอื่นๆ โดยแบ่งส่วนราชการเป็น ราชการบริหารงานส่วนกลางดังภาพที่ 2.6 และการบริหารราชการส่วนภูมิภาค ดังภาพที่ 2.7



\*รัฐวิสาหกิจ

ภาพที่ 2.6 การแบ่งส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข

ที่มา: สาธารณสุข,กระทรวง การบริหารสาธารณสุขส่วนภูมิภาค(ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 6 พ.ศ.2542) กระทรวงสาธารณสุข 2542



ภาพที่ 2.7 โครงสร้างการแบ่งส่วนราชการสาธารณสุขในราชการส่วนภูมิภาค

ที่มา: สาธารณสุข,กระทรวง การบริหารสาธารณสุขส่วนภูมิภาค(ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 6

พ.ศ.2542) กระทรวงสาธารณสุข 2542



\* หน่วยงานมีเฉพาะบางพื้นที่

———— สายบังคับบัญชา ..... สายการนิเทศ/ประสานงาน

ต่อมาได้มีการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545 ประกาศ ณ วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ.2545 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มีดังนี้

## 1.อำนาจหน้าที่และส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข

1.1 มาตรา 42 กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1.2 มาตรา 43 กระทรวงสาธารณสุข มีส่วนราชการดังต่อไปนี้

1.2.1 สำนักงานรัฐมนตรี

1.2.2 สำนักงานปลัดกระทรวง

1.2.3 กรมการแพทย์

1.2.4 กรมควบคุมโรค

1.2.5 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1.2.6 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

1.2.7 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1.2.8 กรมสุขภาพจิต

1.2.9 กรมอนามัย

1.2.10 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

## 2.ภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขมี 3 กลุ่มภารกิจ(Cluster) ดังนี้

2.1 กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการจัดระบบความรู้และสร้างมาตรฐานการแพทย์

แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพ แข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

**2.2 กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข** มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค โดยการศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ

**2.3 กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ** มีภารกิจเกี่ยวกับการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ โดยพัฒนาระบบและกลไกที่เอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพ ระบบสุขภาพของประชาชน และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพและด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองและได้รับบริการจากหน่วยบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

สำหรับ **สำนักงานปลัดกระทรวง** มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและแผนด้านสุขภาพ บริหารจัดการด้านแผนงาน คน และงบประมาณของกระทรวง การกำกับดูแลและประสานงานสาธารณสุขในพื้นที่ การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพและการพัฒนางานสาธารณสุขระหว่างประเทศ

### 3. โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข

**3.1 โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง** ประกอบด้วย สำนักงานปลัดกระทรวง และอีก 3 กลุ่มภารกิจดังนี้

**3.1.1 สำนักงานปลัดกระทรวง** ราชการบริหารส่วนกลาง ประกอบด้วย 5 กอง/สำนัก คือ สำนักบริหารกลาง ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สถาบันพระบรมราชชนก สำนักตรวจและประเมินผล และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

**3.1.2 กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์** ประกอบด้วย 3 กรม ดังนี้

1) **กรมการแพทย์** ประกอบด้วย 21 กอง/สำนัก โดยเป็นหน่วยงานสนับสนุน 4 หน่วยงาน และหน่วยงานวิชาการ 17 หน่วยงาน

2) **กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** ประกอบด้วย 3 กอง/สำนัก โดยจำแนกเป็นหน่วยงานสนับสนุน 1 หน่วยงาน และหน่วยงานวิชาการ 2 หน่วยงาน

3) **กรมสุขภาพจิต** ประกอบด้วย 10 กอง/สำนัก และ 12 ศูนย์สุขภาพจิต โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 4 หน่วยงาน หน่วยงานวิชาการ 6 หน่วยงาน และหน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาค 12 แห่ง

**3.1.3 กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข** ประกอบด้วย 2 กรม ดังนี้

1) *กรมควบคุมโรค* ประกอบด้วย 12 กอง/สำนัก และ 12 สำนักงานป้องกันควบคุมโรค โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 4 หน่วยงาน หน่วยงานวิชาการ 8 หน่วยงาน และ หน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาค 12 แห่ง

2) *กรมอนามัย* ประกอบด้วย 12 กอง/สำนัก และ 12 ศูนย์อนามัย โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 4 หน่วยงาน หน่วยงานวิชาการ 6 หน่วยงาน หน่วยงานที่บูรณาการงานจากกองวิชาการ 2 หน่วยงาน และหน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาค 12 แห่ง

### 3.1.4 *กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนบริการสาธารณสุข* ประกอบด้วย 3 กรม ดังนี้

1) *กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ* ประกอบด้วย 7 กอง/สำนัก โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 1 หน่วยงาน และหน่วยงานสนับสนุนบริการและวิชาการ 6 หน่วยงาน

2) *กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์* ประกอบด้วย 10 กอง/สำนัก และ 12 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 2 หน่วยงาน หน่วยงานสนับสนุนบริการและวิชาการ 8 หน่วยงาน และหน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาค 12 แห่ง

3) *สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา* ประกอบด้วย 10 กอง/สำนัก โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 2 หน่วยงาน และหน่วยงานสนับสนุนวิชาการ 8 หน่วยงาน

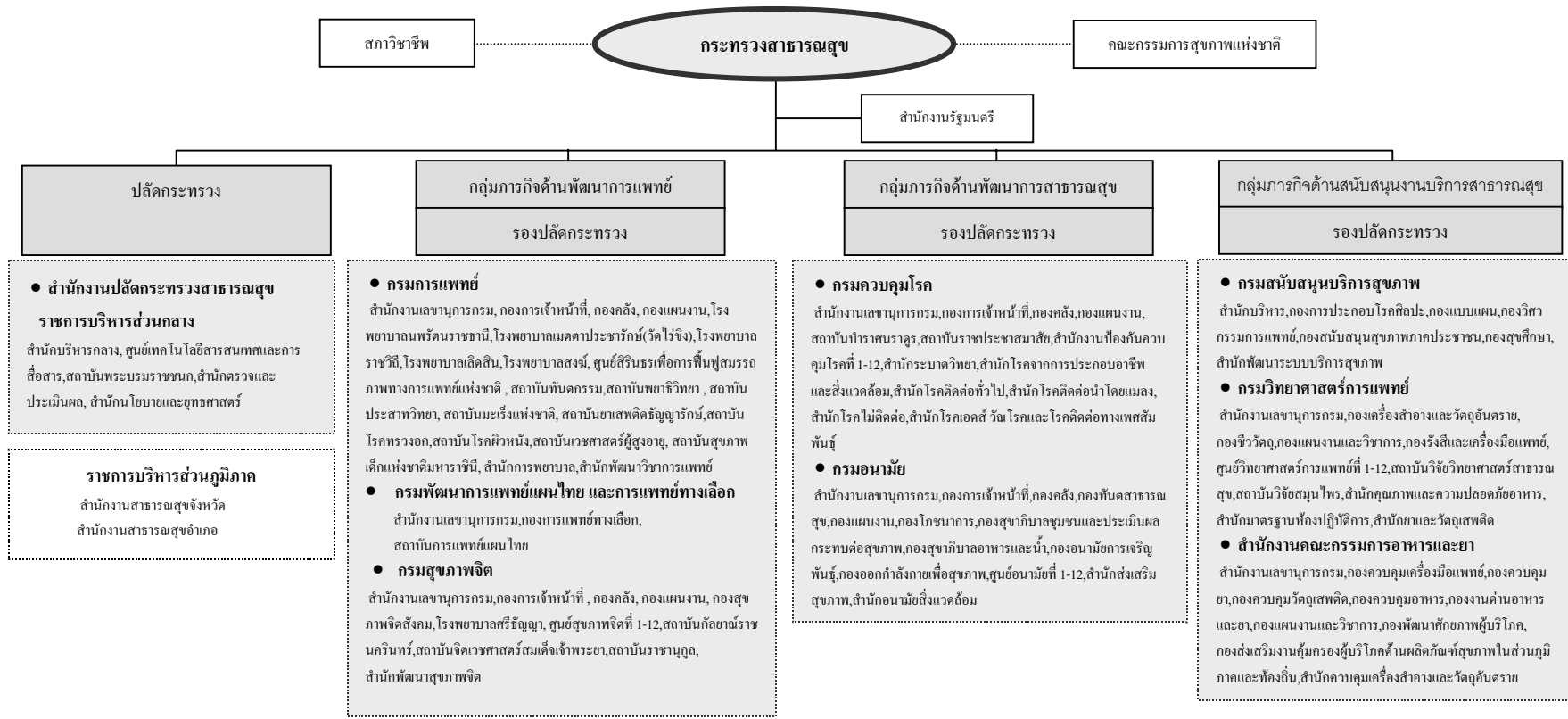
นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่ได้อยู่ภายใต้กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ ได้แก่

1. หน่วยงานที่ปรับเปลี่ยนเป็นองค์การมหาชน 4 หน่วยงานคือ สถาบันบริการสุขภาพ (โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน/สถานอนามัย) สถาบันการแพทย์เฉพาะทาง(อยู่ระหว่างออก พรฎ.) สำนักงานจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(อยู่ระหว่างออก พรฎ.) และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(อยู่ระหว่างออก พรฎ.)

2. หน่วยงานในกำกับ 5 หน่วยงาน คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(มี พ.ร.บ. แล้ว) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(อยู่ระหว่างออก พ.ร.บ.) สถาบันพระบรมราชชนก(อยู่ระหว่างจัดทำ พ.ร.บ.) สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข(อยู่ระหว่างออก พ.ร.บ.) และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รับโอนจากสำนักนายกรัฐมนตรีน (มี พ.ร.บ. แล้ว)

3. รัฐวิสาหกิจ คือ องค์การเภสัชกรรม

สรุปโครงสร้างส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุขดังภาพที่ 2.8



**หน่วยงานในกำกับ :**

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(อยู่ระหว่างออก พ.ร.บ.), สถาบันพระบรมราชชนก(อยู่ระหว่างจัดทำ พรบ.), สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข(อยู่ระหว่างออก พรบ.), สำนักงานสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (มี พรบ.แล้ว)

**รัฐวิสาหกิจ**

องค์การเภสัชกรรม

**องค์กรมหาชน :**

สถานบริการสุขภาพ, สถาบันการแพทย์เฉพาะทาง (อยู่ระหว่างออก พรฎ.), สำนักงานจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(อยู่ระหว่างออก พรฎ.), สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(อยู่ระหว่างออก พรฎ.)

ภาพที่ 2.8 โครงสร้างส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข

ที่มา : สาธารณสุข,กระทรวง “การปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545” **โครงสร้างส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข** [Online].(2002) Available:http://www.moph.go.th [Accessed November 13,2002].

### 3.2 โครงสร้างของหน่วยงานในส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย

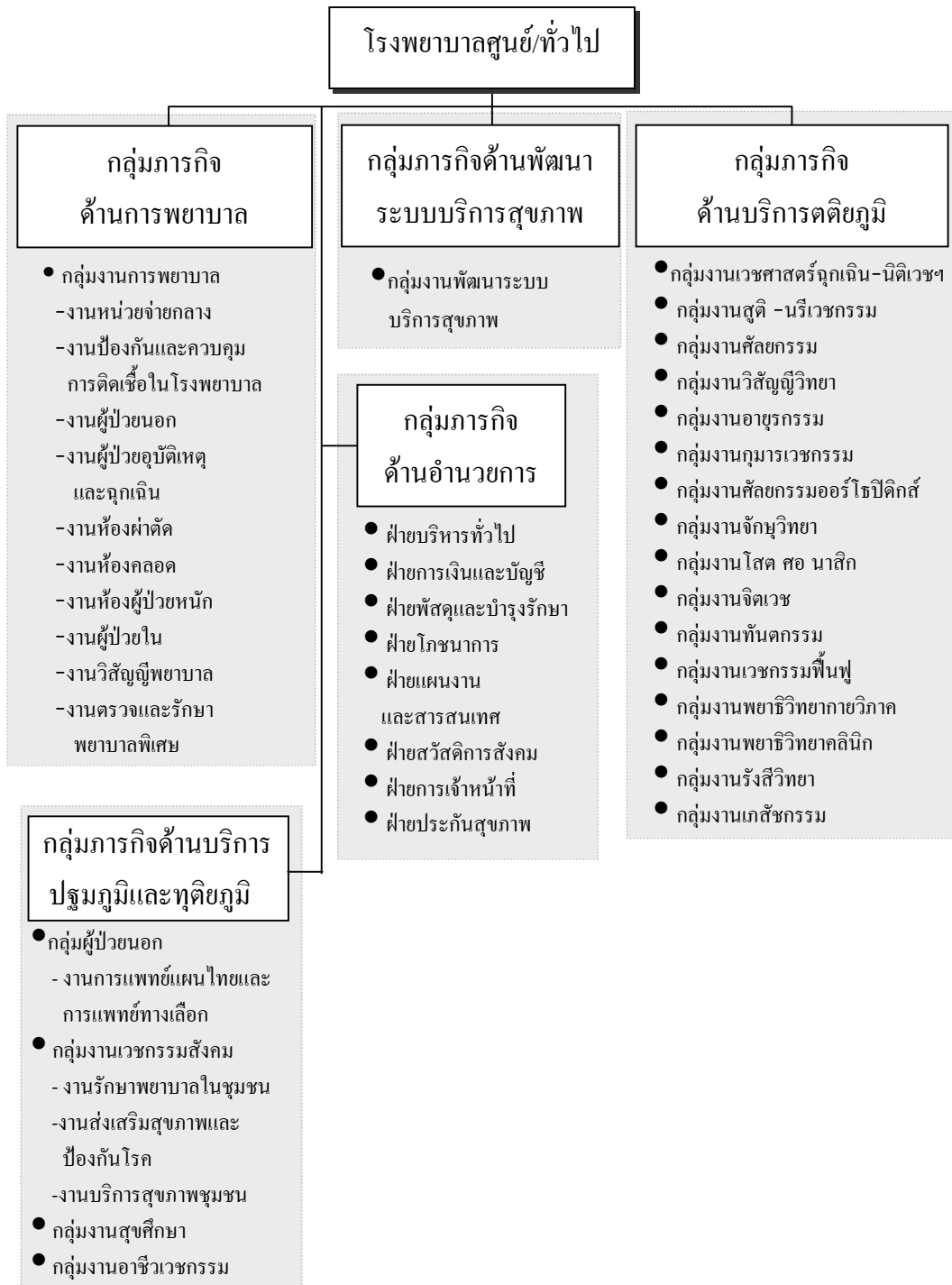
3.2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ภาพที่ 2.9) แบ่งงานภายในออกเป็น 1 ฝ่าย 4 กลุ่มงาน คือ ฝ่ายบริหารทั่วไป กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข กลุ่มสนับสนุนวิชาการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และกลุ่มงานประกันสุขภาพ



ภาพที่ 2.9 โครงสร้างการแบ่งงานภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ที่มา สาธารณสุข, กระทรวง “การปรับบทบาทภารกิจและ โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545” *โครงสร้างส่วนราชการของ กระทรวงสาธารณสุข* [Online].(2002) Available:<http://www.moph.go.th>[Accessed November 13,2002].

3.2.2 *โรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป* (ภาพที่ 2.10) แบ่งงานภายในออกเป็น 5 กลุ่มคือ กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ และกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ

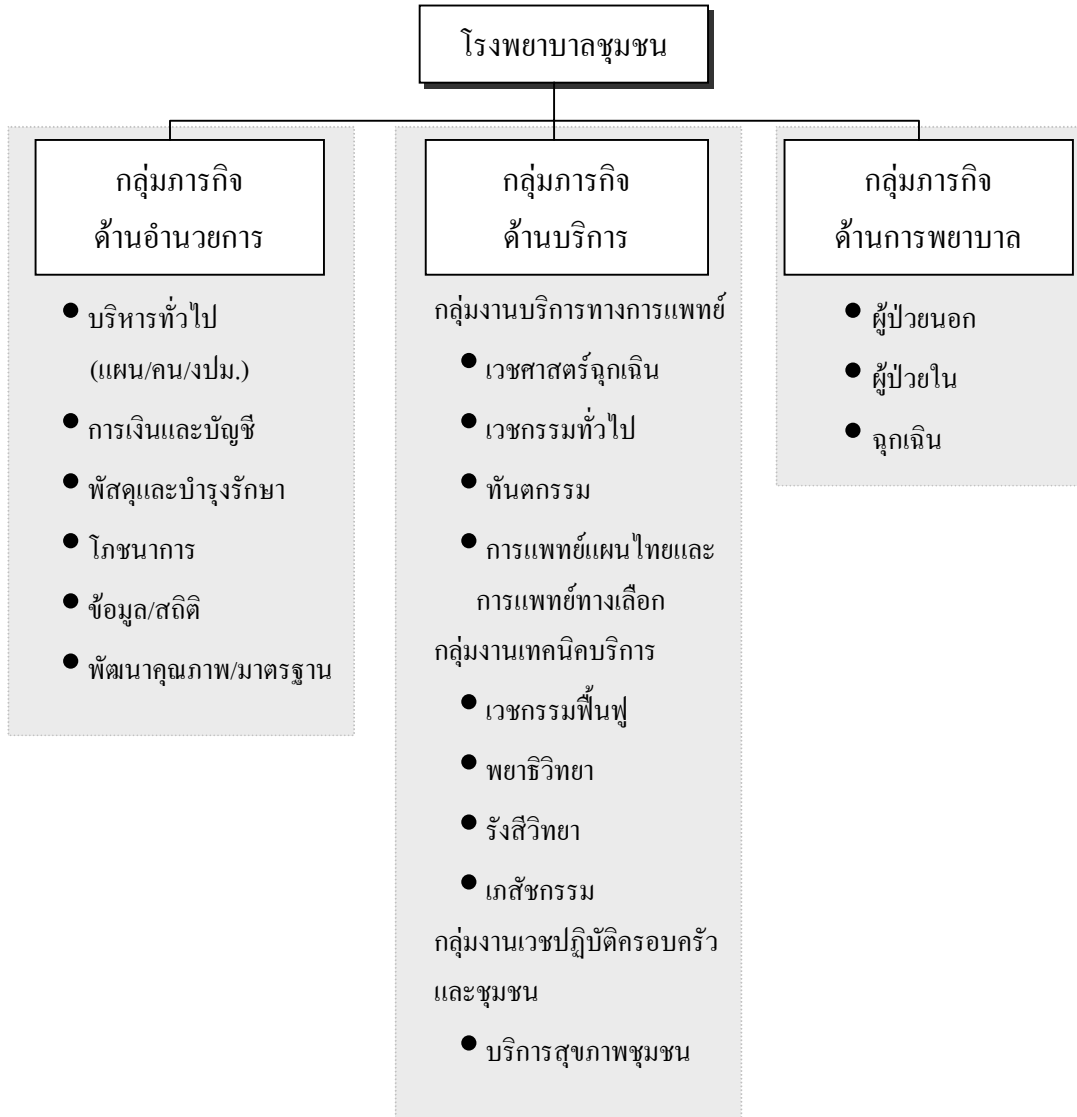


ภาพที่ 2.10 โครงสร้างการแบ่งงานภายในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

ที่มา สาธารณสุข,กระทรวง “การปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545” *โครงสร้างส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข*

[Online].(2002) Available:<http://www.moph.go.th>[Accessed November 13,2002].

3.2.3 *โรงพยาบาลชุมชน* (ภาพที่ 2.11) แบ่งงานภายในออกเป็น 3 กลุ่มภารกิจ คือ กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ กลุ่มภารกิจด้านบริการ และกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล



ภาพที่ 2.11 โครงสร้างการแบ่งงานภายในโรงพยาบาลชุมชน

ที่มา สาธารณสุข,กระทรวง “การปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545” *โครงสร้างส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข* [Online].(2002) Available:<http://www.moph.go.th>[Accessed November 13,2002].

### 3.2.4 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/สำนักงานสาธารณสุขกิ่งอำเภอ

### 3.2.5 สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน

## 5. หลักการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

### ความจำเป็นในการกระจายอำนาจ

แม้ว่าการรวมอำนาจสู่ส่วนกลาง (Centralization) จะมีข้อดีที่ทำให้เกิดเอกภาพของการตัดสินใจ แต่มีข้อด้อยหลายประการที่ทำให้เกิด

1. **ปัญหาด้านประสิทธิภาพของการดำเนินการ** อันเนื่องมาจากความล่าช้าในการตัดสินใจ เพราะการตัดสินใจแต่ละครั้งต้องผ่านขั้นตอนต่างๆ จำนวนมากกว่าจะมาถึงผู้มีอำนาจตัดสินใจที่ส่วนกลาง การขาดความยืดหยุ่นของระเบียบ เพราะเป็นระเบียบเดียวที่ต้องใช้เหมือนกันทุกพื้นที่ และข้อจำกัดในการตรวจสอบ เนื่องจากมีพื้นที่กว้างขวาง และหน่วยงานที่รับผิดชอบมีจำนวนมาก

2. **ปัญหาการตอบสนองความต้องการของชุมชน** ผู้มีอำนาจตัดสินใจมีโอกาสรับรู้ข้อมูล ความแตกต่างที่หลากหลายของพื้นที่ต่างๆ ได้น้อยมาก การตัดสินใจจึงใช้ภาพรวมของทุกพื้นที่ มีคำตอบหรือรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหารูปแบบเดียวสำหรับทุกพื้นที่ ทำให้การใช้ทรัพยากรแต่ละพื้นที่ไม่สอดคล้องของความต้องการของชุมชน

3. **ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ** ทำให้ขาดความเป็นเจ้าของ ส่งผลให้การดำเนินการต่างๆ ขาดความต่อเนื่อง ทำให้ชุมชนขาดการพัฒนา

การกระจายอำนาจจึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อแก้ไขปัญหามาจากการรวมอำนาจดังกล่าว ได้แก่การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ (Efficiency) การเพิ่มความสอดคล้อง และการตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่ (Responsiveness) การเพิ่มการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการตรวจสอบจากชุมชน (Community Participation and Social Accountability) ทั้งหมดส่งผลให้คุณภาพของการบริการ (Quality of Service) ดีขึ้น และได้รับการยอมรับมากขึ้นในที่สุด (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2543: 7-8)

ก่อนที่จะมีพระราชบัญญัติกำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 อาจกล่าวได้ว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในขอบเขตของกระทรวงสาธารณสุขนั้น เป็นการโอนย้ายหรือมอบอำนาจความรับผิดชอบจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาค(Deconcentration)แทบทั้งสิ้น โดยส่วนกลางยังมีอำนาจบังคับบัญชา ทั้งการบริหารบุคคล และการบริหารงบประมาณ (ชูชัย สุภวงศ์ 2544: 2-3)



ในปี พ.ศ. 2518 ได้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครั้งสำคัญในกระทรวงสาธารณสุข ทำให้สถานบริการสาธารณสุขในระดับภูมิภาคทั้งหมดอยู่ภายใต้การสั่งการโดยตรงของ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดรายงานตรงต่อสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข ทำให้การโอนย้ายหรือมอบอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาค ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากขึ้น

องค์การระบบราชการนับเป็นกลไกสำคัญที่มีความสำคัญยิ่งในการบริหารการพัฒนา ประเทศ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจะสัมฤทธิ์ผล และมีประสิทธิภาพได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับ สมรรถนะขององค์การระบบราชการเป็นสำคัญ โดยที่ในสภาวะการณ์ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลง ทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง จำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น มีการพัฒนาอุตสาหกรรม และ เทคโนโลยี ยังผลให้วิถีชีวิตความเป็นอยู่ ของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป อุปสงค์ของประชาชน เกี่ยวกับการบริการต่างๆมีเพิ่มขึ้น ภาระหน้าที่ของรัฐบาลที่จะตอบสนองต่ออุปสงค์ดังกล่าวจึงเพิ่มขึ้นด้วย องค์การระบบราชการจึงมีการขยายตัวมากขึ้น ทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ ซึ่งการขยาย ตัวของระบบราชการไทยนี้เป็นไปทั้งแนวดิ่ง และแนวราบ และได้เป็นภาระของงบประมาณค่าใช้จ่ายที่รัฐจะต้องจ่ายเป็นงบเงินเดือน และงบเงินเพิ่มพิเศษ สำหรับกำลังคนของระบบราชการที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยยังไม่มีทีท่าว่าจะมีแนวโน้มลดลงประการใด (ประยงค์ เต็มชวลา 2540ก: 123)

นอกเหนือจากระบบราชการจากการประสบปัญหา และข้อจำกัดเกี่ยวกับการขยายตัว จนอยู่ในสภาพอู้ย่ำเยอะเยอะ มีข้าราชการเกินความจำเป็นแล้ว ระบบราชการยังมีลักษณะที่ยึด ต่อกฎระเบียบ และพฤติกรรมการรวมศูนย์อำนาจการบังคับบัญชา และการตัดสินใจไว้ที่ส่วนกลาง โดยระบบราชการไทยได้ยึดหลักการรวมอำนาจเข้าส่วนกลางเป็นปรัชญาพื้นฐานในการปกครอง ทั้งนี้เพื่อเสถียรภาพ และเอกราช รวมทั้งลดการคุกคาม จากลัทธิอาณานิคม ของประเทศในแถบ ตะวันตกเป็นการสำคัญ ปัจจุบันเหตุการณ์ดังกล่าวก็ได้ผ่านไปแล้ว องค์การระบบราชการไทย ก็ไม่ได้เปลี่ยนแปลงปรัชญาให้สอดคล้อง หรือขนานรับการความเจริญของภาคเอกชน และของระบอบ ประชาธิปไตย กล่าวคือ การบริหารราชการแผ่นดินของประเทศยังคงรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลาง เป็นสำคัญ ซึ่งปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากการขาดความคล่องตัวในการบริหาร งานแล้วยังพบประเด็นปัญหาสำคัญอีกหลายประเด็นได้แก่

1. เป้าหมายและนโยบายของการบริหาร อาจจะไม่สอดคล้องเหมาะสม กับ ความต้องการของท้องถิ่น
2. ขาดการประสานการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพราะองค์การบริหารระดับต่างๆ ไม่สามารถจะใช้ดุลยพินิจตัดสินใจที่เหมาะสมและทันกาลได้ ทั้งนี้อำนาจการตัดสินใจต่าง ๆ นั้น ส่วนใหญ่อยู่ในราชการบริหารส่วนกลางแทบทั้งสิ้น

3. ประชาชนไม่มีโอกาสเข้ามามีส่วนในการบริหารจัดการ ทั้งด้านการวางแผน การดำเนินงาน การควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล เป็นเหตุให้ประชาชนขาดแนวคิดและประสบการณ์ในการบริหาร การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ (ประยงค์ เต็มชวลา 2540ข: 1118-1119)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ความจำเป็นที่จะต้องที่จะต้องปฏิรูประบบราชการ จึงเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นเรื่องที่เร่งด่วนที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งฝ่ายการเมือง และผู้บริหารรวมทั้งข้าราชการพึงต้องตระหนัก และให้ความสำคัญเป็นพิเศษ ทั้งยุทธศาสตร์ และยุทธวิธี ที่สำคัญของการปฏิรูประบบราชการไทยได้แก่ การกระจายอำนาจนั่นเอง (ประยงค์ เต็มชวลา 2540ก: 1)

**การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ**

การกระจายอำนาจ (Decentralization) มีความหมายโดยรวมถึง การถ่ายโอนอำนาจการตัดสินใจ และภารกิจจากภาครัฐส่วนกลางให้แก่ท้องถิ่นใด ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐส่วน ภูมิภาค องค์กรอิสระ องค์กรท้องถิ่นหรือแม้แต่ให้ออกชนไปดำเนินการแทน ซึ่งการถ่ายโอนดังกล่าวอาจมีลักษณะถ่ายโอนเฉพาะภารกิจ (Functional) ซึ่งเป็นการแบ่งภารกิจให้แก่องค์กรที่ได้รับการกระจายอำนาจดำเนินการ หรือเป็นการถ่ายโอน โดยยึดพื้นที่เป็นหลัก (Geographical) ซึ่งเป็นการแบ่งพื้นที่ให้เป็นหน่วยย่อยในการดำเนินการ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการ สาธารณสุข 2543: 6)

มีผู้อื่นให้ความเห็นเกี่ยวกับการกระจายอำนาจไว้ ซึ่งมีความหมายคล้ายๆกัน ได้แก่ Colling (1989 อ้างถึงในลือชา วนรัตน์และสมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชช์ 2543: 314-315) ได้ให้ความหมายของการกระจายอำนาจไว้ว่า โดยกว้างๆจะเป็นการโอนย้ายอำนาจ การวางแผน การตัดสินใจ และการจัดการเกี่ยวกับกิจกรรมจากระดับชาติ สู่อำเภอหรือหน่วยงานที่อยู่ระดับต่ำกว่า อาจรวมเข้าถึงกลุ่มสังคมและการเมือง เพื่อการตัดสินใจของการเมือง และการจัดสรรทรัพยากร

Mills(2000 อ้างถึงในลือชา วนรัตน์และสมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชช์ 2543: 315) ได้ให้ความหมายการกระจายอำนาจไว้ว่า เป็นการโอนย้ายอำนาจจากส่วนกลางสู่รัฐวิสาหกิจ จากหลักการเมืองสู่คณะกรรมการอิสระ เป็นการพัฒนาปัจจัยนำเข้าระดับเขตสู่การวางแผนระดับชาติ โดยการโอนย้ายหน้าที่การบริหารจัดการลงสู่ระดับล่าง ตามระดับชั้นบังคับบัญชาและปัญหา เป็นการโอนย้ายความรับผิดชอบสู่ระดับต่ำกว่าระดับชาติ ด้วยความคาดหวังว่า ประชาชนจะควบคุมการผลิตและการมีส่วนร่วมมากขึ้น

ประเภทของการกระจายอำนาจแบ่งได้ดังนี้คือ

1. การลดอำนาจบริหารจัดการจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค (Deconcentration) เป็นการกระจายอำนาจในการบริหาร และการตัดสินใจ จากหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง ให้แก่หน่วยงานภาครัฐส่วนภูมิภาค เพื่อเพิ่มความคล่องตัวในการบริหารจัดการ
2. การมอบอำนาจหน้าที่ให้แก่องค์กรของรัฐที่เป็นอิสระ (Delegation) เป็นการมอบหมายหน้าที่เฉพาะให้แก่องค์กรบริหารที่มีความเป็นอิสระภายใต้การกำกับจากภาครัฐ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดำเนินการ
3. การกระจายอำนาจปกครองให้แก่รัฐบาลส่วนท้องถิ่น (Devolution) เป็นการกระจายอำนาจเบ็ดเสร็จให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการกำหนดนโยบาย การจัดการรายได้ และทรัพยากร และการจัดบริการให้แก่ท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการสูงสุด
4. การมอบหน้าที่ให้แก่องค์กร หรือหน่วยงานของเอกชน (Privatization) เป็นการมอบหน้าที่บางอย่างให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินการ โดยภาครัฐเป็นผู้ควบคุมกำกับและตรวจสอบคุณภาพ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2543: 6-7)

การกระจายอำนาจเป็นมาตรการที่ซับซ้อน เช่นเดียวกับระบบสาธารณสุขที่ซับซ้อนยิ่งกว่า จึงจำเป็นต้องพิจารณานโยบายอย่างรอบคอบ โดยคำนึงถึงประวัติศาสตร์การปกครอง วิวัฒนาการของท้องถิ่น บทบาทของสังคม วัฒนธรรมและการเมือง รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เนื่องจากสุขภาพเป็นเรื่องของเจ้าของสุขภาพ ที่จะต้องปรับวิถีคิดให้เสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคก่อนเจ็บป่วย ตลอดจนต้องมีหลักประกันว่า ระบบบริการสุขภาพจะดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ เป็นธรรม และมีประสิทธิภาพ

การกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจตัดสินใจจัดบริการสาธารณะ จะต้องคำนึงถึงสมดุลของสิทธิ ความรับผิดชอบ และการบริหารจัดการที่โปร่งใส ตลอดจนการให้คำจำกัดความการกระจายอำนาจที่ตรงกันว่า กิจกรรมใดที่องค์กรส่วนท้องถิ่นควรทำเอง กิจกรรมใดที่ควรทำร่วมกับประชาชน และกิจกรรมใดที่ควรสนับสนุนให้ประชาชนทำ ที่จะต้องพิจารณาให้รอบคอบถึงความเป็นไปได้ และแยกงานบริหารจัดการออกจากงานบริการให้ชัดเจน

กิจกรรมที่ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะต้องสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับมีความแตกต่างกันสูงมาก มีความพร้อมด้านทรัพยากร การบริหารจัดการ และศักยภาพที่แตกต่างกัน ประการสำคัญที่ควรคำนึงถึงในเรื่องแนวคิด การมีส่วนร่วมของประชาชนคือ

1. รับรู้ปัญหาาร่วมกัน โดยการใช้ข้อมูลตามความจำเป็นพื้นฐาน และข้อมูลด้อยโอกาส

2. ร่วมคิดแก้ปัญหาโดยการวางแผนร่วมกัน
  3. ร่วมทำ เป็นการปฏิบัติหน้าที่ด้วยกัน
  4. ร่วมรับผิดชอบ คือการรับผิดชอบด้วยกัน
  5. ร่วมตรวจสอบ เพื่อความโปร่งใส ของการบริหารจัดการ
- (สุจิต ศรีประพันธ์ 2543 : 250)

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 เป็นกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญ ได้ตราขึ้นตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2540 ตามมาตราที่ 78 282-290 (โดยเฉพาะมาตราที่ 284) พ.ร.บ.ฉบับนี้ได้กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจการให้บริการสาธารณะแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใน 4 ปี สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่พร้อมรับการถ่ายโอนภารกิจภายใน 4 ปี ให้ดำเนินการถ่ายโอนให้แล้วเสร็จภายใน 10 ปี โดยท้องถิ่นต้องเตรียมความพร้อม และส่วนกลางให้การสนับสนุน แนะนำด้านการบริหาร และเทคนิควิชาการ

งานบริการสุขภาพที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในข่ายที่ต้องการถ่ายโอนเช่นเดียวกัน ตามมาตรา 16-19 ครอบคลุมถึงการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการควบคุมโรคติดต่อ

การกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ มีสาระสำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับองค์กรเพื่อรองรับการถ่ายโอน โดยได้ระบุว่า การดำเนินการกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บางด้านที่ต้องการความชำนาญในวิชาชีพเฉพาะ และความเป็นเอกภาพในการจัดบริการสาธารณะ เช่น การจัดการศึกษา การสาธารณสุข การจัดทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเป็นต้น จำเป็นต้องจัดให้มีคณะกรรมการเฉพาะด้านระดับจังหวัด โดยให้มีอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย และมาตรฐานการจัดบริการสาธารณะเรื่องนั้นๆ ในเขตจังหวัด การจัดสรรทรัพยากร การกำกับดูแล และตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งประสานความร่วมมือระหว่างรัฐกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง

การสาธารณสุข และการรักษาพยาบาลเป็นภารกิจที่มีความสำคัญ เกี่ยวข้องกับชีวิต ความรู้สึกทุกข์สุข ความกังวล ไปจนถึงความเป็นความตายของประชาชนตลอดเวลาทุกชั่วโมง นาที เป็นบริการที่มีความสลับซับซ้อน และต้องอาศัยความรู้ความเชี่ยวชาญทางเทคนิควิชาการเฉพาะด้าน ต้องการความเป็นเอกภาพในการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยทั้งจากระดับต้นสู่ระดับสูง หรือจากระดับสูงกลับสู่การดูแลใกล้บ้านหรือในชุมชน รวมถึงระบบการเฝ้าระวังโรคอย่างเข้มแข็ง มีความพร้อมตลอดเวลา สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ จึงต้องดำเนินการอย่างรอบคอบ และสอดคล้องกับหลักการตามระบุในแผนการกระจายอำนาจไว้ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผน 2544: 2-3)

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องสามารถตัดสินใจและควบคุมทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ สามารถรับประโยชน์จากการแก้ปัญหา และการจัดบริการได้มากที่สุด โดยมีการเชื่อมโยงกันในทุกระดับ

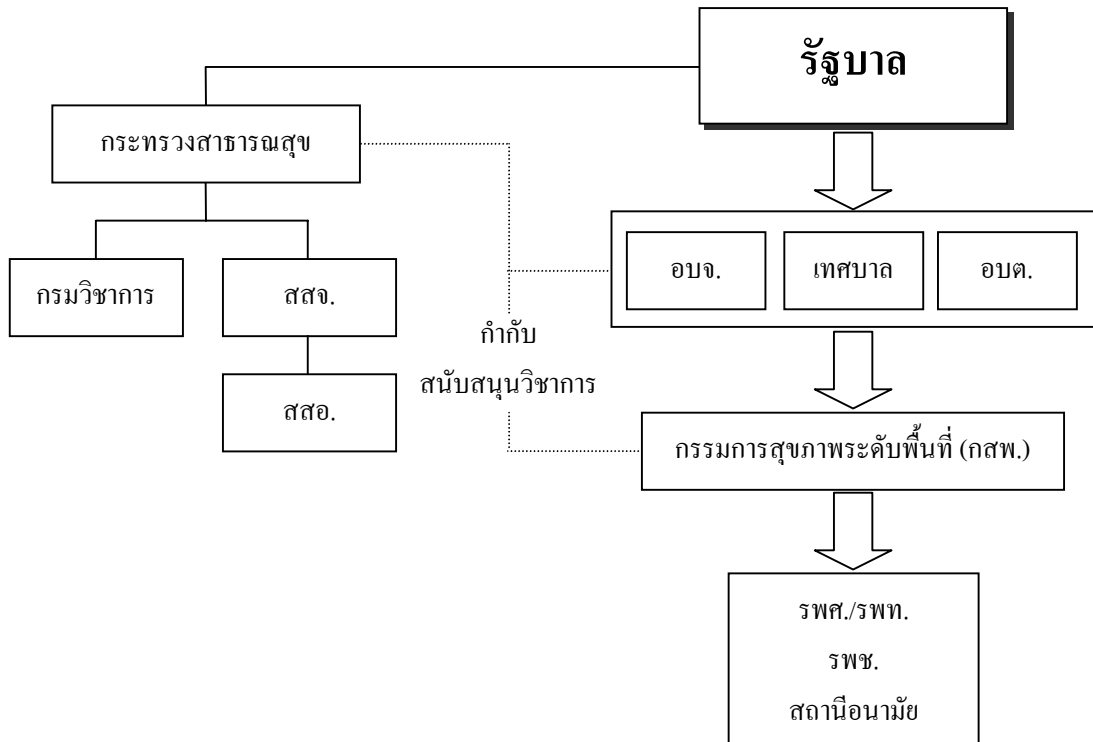
2. การบริหารจัดการระบบต้องมีความคล่องตัว และมีประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร ทั้งนี้ต้องมีความสะดวก มีประสิทธิภาพในการส่งต่อการให้บริการสุขภาพระหว่างระดับต่างๆแก่ประชาชนในพื้นที่ (รวมทั้งประสิทธิภาพการจัดการปัญหาสุขภาพที่ต้องควบคุมโดยเบ็ดเสร็จ และรวดเร็ว)

3. ทรัพยากรถูกใช้อย่างเหมาะสมในทุกด้าน ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ตลอดจน การดำเนินการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

4. ประชาชนในพื้นที่ มีบทบาท และโอกาสในการร่วมตัดสินใจ หรือตรวจสอบผลการดำเนินงานของระบบ

5. รัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุข จะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้กำหนดมาตรฐาน ผู้กำกับดูแล และเสนอแนะ รวมทั้งให้การสนับสนุนทางวิชาการแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เมื่อพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีผลในการปฏิบัติอย่างเต็มรูปแบบแล้ว จะทำให้โครงสร้างการแบ่งส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไป ดังภาพที่ 2.12



สสจ. = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รพศ. = โรงพยาบาลศูนย์  
 สสอ. = สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพท. = โรงพยาบาลทั่วไป  
 อบจ. = องค์การบริหารส่วนจังหวัด รพช. = โรงพยาบาลชุมชน  
 อบต. = องค์การบริหารส่วนตำบล

ภาพที่ 2.12 โครงสร้างการแบ่งส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุขตาม พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

ที่มา: สาธารณสุข,กระทรวง สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข **การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** กระทรวงสาธารณสุข 2544

**กรอบแนวคิด ระบบบริหาร และบริการด้านสุขภาพภายใต้การกระจายอำนาจ**

(กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผน 2544: 4)

1. รัฐบาล : รัฐบาลกำกับนโยบาย  
: จัดงบประมาณ อุดหนุนแก่ท้องถิ่น
2. กระทรวงสาธารณสุข

- กำหนดมาตรฐาน/ควบคุมกำกับ ให้การจัดบริการ เป็นไปตามมาตรฐาน
- สนับสนุนวิชาการ และข้อมูลข่าวสารทางวิชาการ และพัฒนาบุคลากรในระบบสุขภาพ

### 3. กรรมการสุขภาพระดับพื้นที่( กสพ.) มีหน้าที่

- วางแผน และบริหารงานด้านสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากร
- ดูแลกำกับ และบริหารจัดการสถานบริการสุขภาพในพื้นที่
- ออกกฎระเบียบตามที่ได้รับมอบอำนาจ

4. ท้องถิ่นแต่ละประเภท จัดสรรงบประมาณเพื่อสุขภาพให้แก่ กสพ. ควบคุมกำกับ ตรวจสอบสถานบริการ ร่วมกำหนดนโยบาย และสนับสนุนการบริหารงานสุขภาพ โดยผู้แทนของท้องถิ่นใน กสพ. และดำเนินกิจกรรมเพื่อสุขภาพ บางด้านในท้องถิ่นเอง

ราชการบริหารส่วนภูมิภาค จะมีโครงสร้างการบริหาร ที่เปลี่ยนไปเช่นเดียวกัน บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต้องปรับจากฐานะผู้กระทำ เป็นผู้กำกับ และผู้ช่วยเหลือทางวิชาการ ผู้สนับสนุนทางทรัพยากรมนุษย์มากขึ้น โดยมีบทบาทหน้าที่ดังนี้(สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากิจการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ 2544: ไบแทรก)

1. ประสานนโยบายพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ให้สอดคล้องกับมาตรฐาน และนโยบายพัฒนาสุขภาพของประเทศ
2. ตรวจสอบติดตามสถานบริการสุขภาพ และเครือข่ายผู้ให้บริการสุขภาพ ให้เป็นไปตามมาตรฐานทั้งนี้ โดยประสานกับองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบ เช่น สถาบันรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล
3. สนับสนุนและ บริการวิชาการที่เป็นความรู้ใหม่ๆในการพัฒนาสุขภาพ หรือการแก้ปัญหาสุขภาพ แก่ผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มประชากรในเรื่องที่เกี่ยวข้อง
4. ติดตามประเมินผลการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ นำเสนอส่วนกลางให้ดำเนินการมาตรการการเงิน หรือทางกฎหมาย เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง
5. ติดตามเฝ้าระวังโรคติดต่อ และปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่ โดยประสาน กสพ. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เกิดการป้องกัน และควบคุมโรค
6. ประสาน และสนับสนุน กลุ่มประชาคม และกลุ่มผู้บริโภคในแต่ละจังหวัดให้มีศักยภาพในการร่วมตรวจสอบติดตามการดำเนินงานแก้ปัญหาสุขภาพอนามัย ของประชาชน

7. ประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการตามกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพอนามัยของประชาชน

## 6.แนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นพ.ศ. 2542 ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2542 กำหนดให้หน่วยงานบริหารส่วนกลาง กระจาย อำนาจการบริหารงาน ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกำหนดให้ถ่ายเทกำลังคน จากหน่วย ราชการส่วนกลางไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยบังคับหน่วยราชการด้วยกลไกการเงิน

เมื่อพระราชบัญญัติฉบับนี้ประกาศไว้ ทำให้หน่วยบริหารส่วนกลางทุกกระทรวง ต้อง พิจารณาบทบาทภารกิจของตนตามข้อบังคับ มาตรา 30 เรื่องภารกิจที่รัฐดำเนินการซ้ำซ้อนกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภารกิจที่รัฐจัดบริการในเขตปกครององค์กรส่วนท้องถิ่น และกระทบ ถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ภารกิจที่เป็นการดำเนินงานตามนโยบายของรัฐบาล ให้ดำเนิน การถ่ายโอนให้เสร็จภายใน 4 ปี กรณีถ้าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดยังไม่พร้อม ให้ขยายเวลา เตรียมความพร้อมได้ภายใน 10 ปี โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องทำแผนเตรียมความพร้อม และ ราชการบริหารส่วนกลาง และราชการบริหารส่วนภูมิภาค ให้การสนับสนุนแนะนำด้านการ บริหารจัดการและเทคนิควิชาการ

นอกจากนี้ยังกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการสาธารณะของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองให้ชัดเจน รวมถึง กำหนดให้รัฐช่วยเหลือการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ

ภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขเป็นงานบริการสาธารณะของรัฐ และจัดบริการใน เขตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีความจำเป็นต้องพิจารณาภารกิจที่ ดำเนินการอยู่ เพื่อถ่ายโอนภารกิจตามข้อบังคับของกฎหมาย และกลไกบังคับทางการเงิน ซึ่ง กำหนดไว้ในมาตรา 30(4) ให้เพิ่มสัดส่วน การจัดสรรเงินให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นไม่ น้อยกว่าร้อยละ 20 ภายในปี 2544 และไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 ภายในปี 2549

### วิธีการกระจายอำนาจ

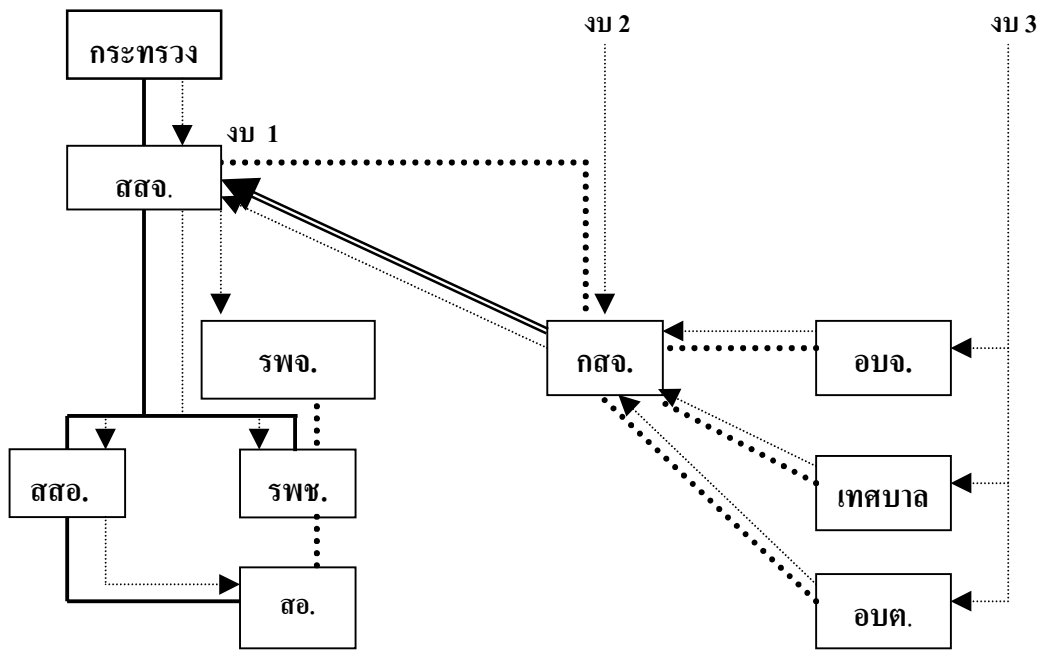
ปัจจุบันมีข้อเสนอรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ จากหน่วยงานต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้อง ที่สำคัญคือจากคณะกรรมการจัดทำแผนกระจายอำนาจ หน่วยงานในกระทรวงสา ธารณสุข เช่น สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข สำนักวิชาการ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริหารสาธารณสุข องค์กรอิสระ เช่น ชมรม



แพทย์ชนบท สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ฯลฯ การนำเสนอรูปแบบต่าง ๆ มีความเปลี่ยนแปลงไปเป็นระยะ ๆ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2543: 16)

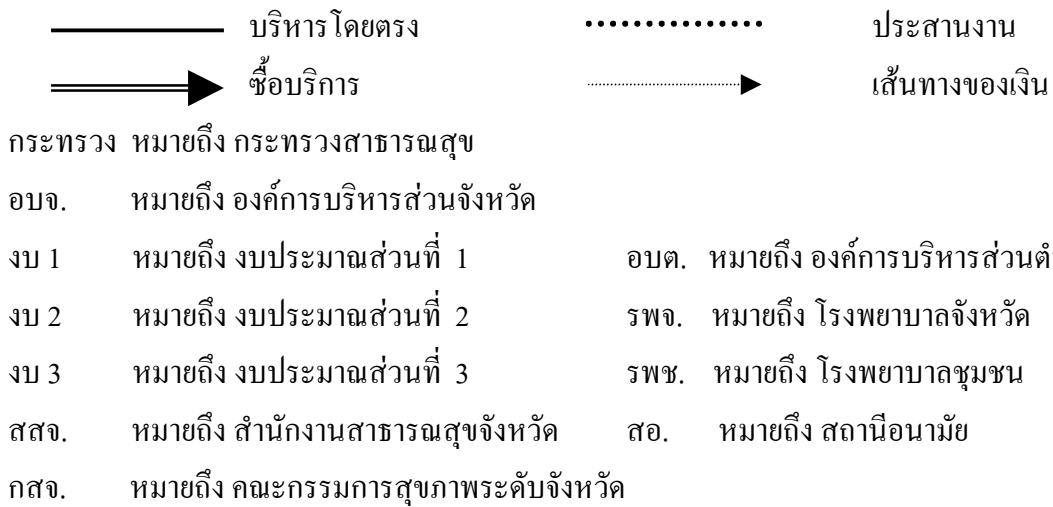
ข้อเสนอรูปแบบหลักการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ มี 4 รูปแบบ คือ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2543: 19-39)

**รูปแบบที่ 1** สถานพยาบาลทุกระดับขึ้นอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข แต่ถ่ายโอนบางภารกิจที่เหมาะสมให้แก่ท้องถิ่น คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการจากสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ดังภาพที่ 2.13



ภาพที่ 2.13 รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามรูปแบบที่ 1

ที่มา: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข  
 สำนักวิชาการสาธารณสุข *กระจายอำนาจด้านสุขภาพ ทางเลือกและการวิเคราะห์*  
 เอกสารวิชาการชุด “กระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ฉบับที่ 1 สำนักพิมพ์มูลนิธิ  
 โคมลศิริมทอง 2543



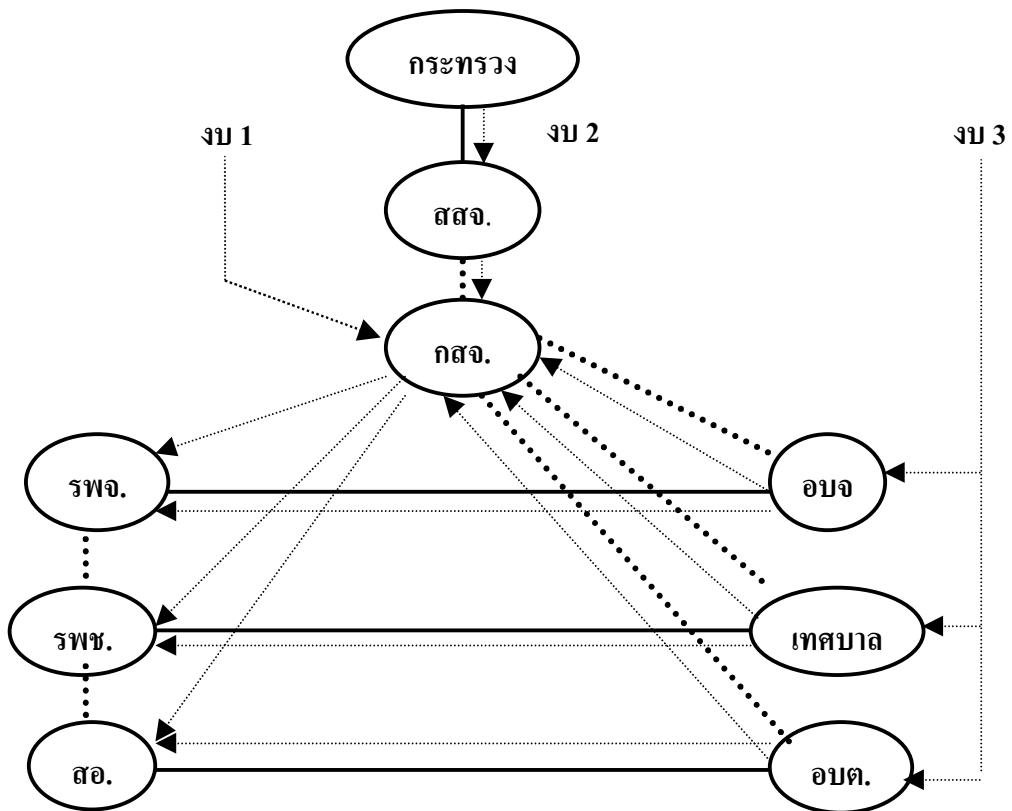
สถานพยาบาลทุกระดับยังขึ้นอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขตามโครงสร้างเดิม แต่ถ่ายโอนภารกิจบางอย่างให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เช่น งานสาธารณสุขมูลฐาน งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานส่งเสริมสุขภาพ ฯลฯ) มีคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด (กสจ.) หน้าที่กำหนดนโยบายสุขภาพในภาพรวม และจัดให้มีบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ โดยการซื้อบริการจากเครือข่ายสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข กสจ. จะซื้อบริการผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่ง สสจ. ในรูปแบบนี้จะทำหน้าที่เป็นผู้บริหารเครือข่ายสถานพยาบาลทั้งหมด ทั้งนี้งบประมาณเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขเคยได้รับเพื่อจัดสรรให้กับสถานพยาบาลต่างๆ จะถูกจัดสรรมาให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รวมกับเงินที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเก็บเองอีกส่วนหนึ่ง) โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะใช้งบประมาณจำนวนหนึ่งเพื่อจัดบริการบางประเภทเอง และจัดสรรงบอีกส่วนหนึ่งซึ่งเป็นงบส่วนใหญ่มาให้ กสจ. เพื่อบริหาร กสจ. ยังต้องติดตามควบคุมกำกับ และประเมินผลว่าสถานพยาบาลต่าง ๆ ได้ให้บริการตามนโยบายที่กำหนดโดย กสจ. หรือไม่

รูปแบบที่ 1 นี้ให้ความสำคัญกับการคงสถานภาพเดิมของสถานพยาบาลและหน่วยบริหารของกระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อยในระยะแรก (4-5 ปี) ของขั้นตอนการกระจายอำนาจ (เพื่อลดแรงต้านการเปลี่ยนแปลงจากบุคลากรในระบบ) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะได้รับการกระจายอำนาจการตัดสินใจด้านงบประมาณ และเป็นผู้ตัดสินใจด้านนโยบายสุขภาพในพื้นที่ (ผ่าน กสจ.)

ปัญหาสำคัญในรูปแบบนี้ แม้จะเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาตรา 21 ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการจัดบริการสาธารณะ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่อาจมีปัญหาการยอมรับของ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งอาจต้องการการกระจายอำนาจเบ็ดเสร็จโดยเร็ว และอาจมีปัญหาประสิทธิภาพการบริหาร และการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนของเครือข่ายสถานพยาบาลที่ยังขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุขเหมือนเดิม

**รูปแบบที่ 2** สถานพยาบาลแต่ละระดับขึ้นอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับ ภารกิจส่วนใหญ่โอนให้แก่ท้องถิ่น คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ทำหน้าที่เป็นผู้ประสาน ดังภาพที่ 2.14



ภาพที่ 2.14 รูปแบบการกระจายอำนาจตามรูปแบบที่ 2

- บริหารโดยตรง
- > บริการ
- ..... ประสานงาน
- .....> เส้นทางของเงิน

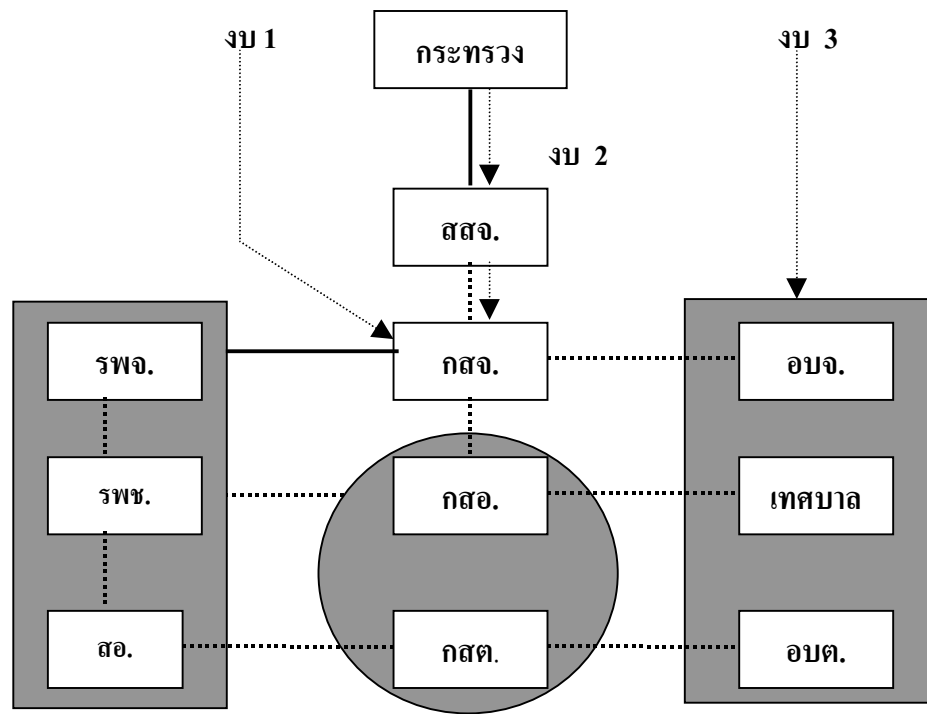
ที่มา:สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักวิชาการสาธารณสุข *กระจายอำนาจด้านสุขภาพ ทางเลือกและการวิเคราะห์* เอกสารวิชาการชุด“กระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ฉบับที่ 1 สำนักพิมพ์มูลนิธิโกลด์คิมทอง 2543

สถานบริการแต่ละระดับจะถูกถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับ  
 ดูแลรับผิดชอบ คือ สถานีอนามัย(สอ.) ให้องค์การบริหารงานส่วนตำบล(อบต.) โรงพยาบาล  
 ชุมชน(รพช.) ใหเทศบาล และโรงพยาบาลทั่วไป(รพท.) ให้องค์การบริหารงานส่วนจังหวัด  
 (อบจ.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ละแห่งจะรับผิดชอบบริหารสถานพยาบาลอย่างเบ็ดเสร็จ  
 ซึ่งจะทำให้เกิดการผสมผสานบริการประเภทต่างๆ ได้ดีขึ้น และสามารถตอบสนองความ  
 ต้องการของชุมชนย่อยต่างๆ ได้ดี แต่เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงการจัดบริการ จะมีกรมการสุขภาพ  
 ระดับจังหวัด(กสจ.) ทำหน้าที่ประสานการจัดบริการของสถานพยาบาลทั้งหมด รวมถึงการกำหนด  
 นโยบายสุขภาพโดยรวมของจังหวัด สถานพยาบาลจะได้รับงบประมาณบางส่วน(เช่นเงินเดือน  
 งบลงทุนบางส่วน)โดยตรงจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบางส่วน (เช่นงบดำเนินการต่างๆ)  
 ผ่าน กสจ. กสจ. จะทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณเพื่อให้เกิดความกลมกลืนระหว่างพื้นที่ และส่งเสริม  
 ให้เกิดการเชื่อมโยงของสถานพยาบาลระดับต่างๆ

รูปแบบที่ 2 นี้ให้ความสำคัญกับรูปแบบการกระจายอำนาจตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ใน  
 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจ จะมีการมีถ่ายโอนภารกิจ งบประมาณ และ  
 การบริหารงานบุคคล ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่เนื่องจากเห็นความสำคัญของการ  
 บูรณาการสุขภาพ จึงให้มี กสจ. ขึ้นเพื่อเป็นองค์กรประสาน

ปัญหาที่สำคัญของรูปแบบนี้คือ โอกาสที่จะเกิดปัญหาการบูรณาการของสถาน  
 พยาบาลระดับต่างๆ เนื่องจากเป็นอิสระที่ไม่ขึ้นต่อกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ  
 การที่กสจ. มีลักษณะเป็นเพียง องค์กรประสานงาน อาจไม่มีอำนาจหรือศักยภาพเพียงพอต่อการแก้  
 ไขปัญหาดังกล่าว ปัญหาประสิทธิภาพของระบบบริหารของราชการส่วนท้องถิ่น และการยอมรับ  
 ของบุคลากรในระบบ

**รูปแบบที่ 3** สถานพยาบาลทุกระดับขึ้นกับคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ภารกิจบางอย่างโอนให้แก่ท้องถิ่นดำเนินการเอง คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารสถานพยาบาลโดยตรง ดังภาพที่ 2.15



ภาพที่ 2.15 รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามรูปแบบที่ 3

บริหารโดยตรง  
 ให้บริการ  
 ประสานงาน  
 เส้นทางของเงิน

ที่มา: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข  
 สำนักวิชาการสาธารณสุข *กระจายอำนาจด้านสุขภาพ ทางเลือกและการวิเคราะห์*  
 เอกสารวิชาการชุด “กระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ฉบับที่ 1 สำนักพิมพ์มูลนิธิ  
 โคมลศิมทอง 2543

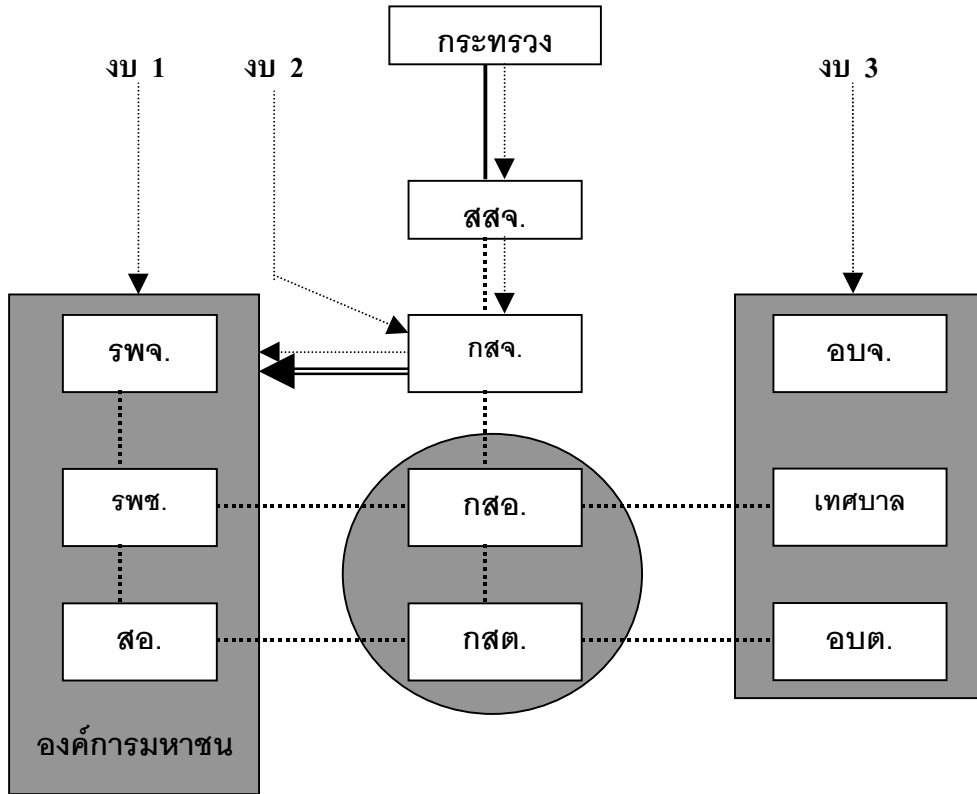
สถานพยาบาลทุกระดับรวมเป็นเครือข่ายขึ้นกับกสจ. กสจ. ทำหน้าที่บริหารเครือข่ายของสถานพยาบาลโดยตรงความสัมพันธ์เชิงบริหารของสถานพยาบาลแต่ละระดับและภายใน

ระดับเดียวกัน อาจจะเป็นรูปแบบการประสานบริการหรือการบังคับบัญชา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารงบประมาณเพื่อจัดบริการด้านสุขภาพบางประเภทเอง ขณะที่ประมาณส่วนใหญ่ร่วมกันบริหารผ่าน กศจ. เพื่อบริหารระบบบริการสุขภาพทั้งหมด กรณีที่พื้นที่และประชากรรับผิดชอบของจังหวัดมีขนาดใหญ่มาก จนโครงสร้างการบริหารงานของ กศจ. ไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึง ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาการตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นย่อย ๆ รวมทั้งส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบโดยรวมได้ กรณีนี้อาจพิจารณาให้จัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพที่ระดับพื้นที่ที่เกิดจากหลาย ๆ อำเภอรวมกันแทน กศจ. หรือภายใต้ กศจ. อาจพิจารณาให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (กสอ.) หรือคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล (กสต.) เพื่อเป็นองค์กรประสานงานสถานพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ย่อย ๆ เข้าด้วยกัน (บางข้อเสนอ เสนอให้ กสอ. และ กสต. เป็นนิติบุคคลเช่นเดียวกับ กศจ.)

รูปแบบที่ 3 นี้ ให้ความสำคัญกับการถ่ายโอนสถานพยาบาลให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ด้วยข้อจำกัดโครงสร้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปัจจุบัน ทำให้ต้องมีโครงสร้างใหม่ คือ กศจ. โดย กศจ. เป็นองค์กรที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นย่อยๆ ทั้งหมดและให้สถานพยาบาลทั้งหมดขึ้นกับ กศจ. แทน กศจ. จะบริหารสถานพยาบาลทั้งหมดเสมือนเป็นหน่วยงานภายใต้การบังคับบัญชา

ปัญหาที่สำคัญของรูปแบบนี้ก็คือ จะต้องมีการออกกฎหมายเฉพาะเพื่อให้มีการจัดตั้ง กศจ. ขึ้นเป็นองค์กรท้องถิ่นที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล (ซึ่งมีข้อเสนอว่าอาจจะเป็นส่วนหนึ่งของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่กำลังดำเนินการอยู่) ปัญหาการยอมรับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

**รูปแบบที่ 4** สถานพยาบาลทุกระดับอยู่เป็นเครือข่ายในรูปแบบองค์กรมหาชน การ  
 กิจบางอย่างโอนให้แก่ท้องถิ่นดำเนินการเอง คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อ  
 บริการ ดังภาพที่ 2.16



ภาพที่ 2.16 รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ตามรูปแบบที่ 4

————— บริหารโดยตรง      ..... ประสานงาน  
 ==> ซื้อบริการ                      .....> เส้นทางของเงิน

ที่มา:สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข  
 สำนักวิชาการสาธารณสุข *กระจายอำนาจด้านสุขภาพ ทางเลือกและการวิเคราะห์*  
 เอกสารวิชาการชุด “กระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ฉบับที่ 1 สำนักพิมพ์มูลนิธิ  
 โคมลคีเมทอง 2543

สถานพยาบาลแต่ละระดับรวมเป็นเครือข่ายบริหารจัดการในลักษณะองค์กรมหาชน มีคณะกรรมการบริหารประกอบด้วยผู้แทนจากรัฐบาลกลาง ผู้แทนจากท้องถิ่นหรือชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิ ฯลฯ ทำหน้าที่บริหารเครือข่ายของสถานพยาบาลทั้งหมด กรรมการสุขภาพระดับจังหวัด (กสจ.) ทำหน้าที่ซื้อบริการจากเครือข่ายดังกล่าว โดยได้รับงบประมาณส่วนใหญ่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บางส่วนอาจได้รับโดยตรงหรือจากกระทรวงสาธารณสุข (ผ่าน สสจ.) กสจ. จะทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐานบริการ จัดงบประมาณให้กับเครือข่ายสถานพยาบาล พร้อมทั้งควบคุมกำกับว่าเครือข่ายสถานพยาบาลได้ให้บริการตามเงื่อนไขหรือไม่ ในรูปแบบนี้อาจกำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (กสอ.) และคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล (กสต.) ช่วยประสานบริการกับชุมชนในระดับอำเภอ ตำบล

รูปแบบที่ 4 นี้ ให้ความสำคัญกับรูปแบบการบริหารงานหน่วยงานของรัฐในรูปแบบใหม่ คือรูปแบบองค์กรมหาชน เนื่องจากเห็นว่าน่าจะมีประสิทธิภาพ และความคล่องตัวในการบริหารจัดการมากกว่า อีกทั้งยังเปิดโอกาสให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารเครือข่ายของสถานพยาบาลด้วย โดยการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสถานพยาบาล ท้องถิ่นและชุมชนจึงมีส่วนร่วมในการกำหนดบริการมากขึ้น โดยผ่าน 2 กลไก คือ กสจ. และคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสถานพยาบาล การจัดตั้ง กสจ. สามารถจัดตั้งได้โดยอาศัยพระราชบัญญัติองค์กรมหาชน พ.ศ. 2542

ปัญหาสำคัญของรูปแบบนี้ก็คือ ความสามารถในการจัดซื้อบริการด้านสุขภาพของ กสจ. เนื่องจากการซื้อบริการเป็นบทบาทใหม่ในระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาและสะสมองค์ความรู้และประสบการณ์ดังกล่าวอยู่ในระยะเริ่มต้น บุคลากรที่มีความสามารถและทักษะในบทบาทดังกล่าวมีจำนวนจำกัดมากในระบบ ปัญหาความเข้าใจและการยอมรับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

### เปรียบเทียบคุณสมบัติในการตอบสนองเป้าหมายการจัดบริการสุขภาพของแต่ละรูปแบบ

จากข้อมูลรูปแบบต่างๆ มีหลากหลาย มีจุดแข็งและจุดอ่อนแตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อเปรียบเทียบแต่ละรูปแบบ โดยใช้จุดของประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริการสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการ ประสิทธิภาพการบริหาร ความเท่าเทียม การตอบสนอง ความต้องการ และการตรวจสอบได้ของชุมชน รวมทั้งความยั่งยืน โดยประเด็นทั้งหมดมี 13 ประเด็น และใช้การเปรียบเทียบนำหน้าระหว่างรูปแบบได้ ดังตารางที่ 2.1



ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบคุณสมบัติต่อระบบบริการสาธารณสุขของแต่ละรูปแบบ

ประเด็น	รูปแบบ ที่ 1	รูปแบบ ที่ 2	รูปแบบ ที่ 3	รูปแบบ ที่ 4
การเชื่อมโยงบริการของสถานพยาบาลแต่ละระดับ	++	+	+++	+++
การผสมผสานบริการแต่ละประเภท (รักษา ส่งเสริม ป้องกัน)	++	++	++	+
คุณภาพบริการตามมาตรฐานทางการแพทย์และ สาธารณสุข	+++	+	++	+++
ความเสมอภาคของประชาชนในการได้รับบริการที่มี คุณภาพ	+++	+	+++	+++
ประสิทธิภาพโดยรวมของระบบ	+	+	++	+++
ความคล่องตัวและยืดหยุ่นในการบริหาร	+	+	+	+++
การตอบสนองต่อนโยบายของประเทศ	+++	+	++	++
การตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน	+	+++	++	++
ประชาชนสามารถตรวจสอบระบบได้	+	++	++	+++
การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารระบบ	+	+	++	+++
ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	+++	+	+++	++
ความยอมรับของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข	+++	+	++	+++
การสอดคล้องกับกฎหมาย (พรบ.กำหนดแผนและ ขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพฯ)	+	+++	++	+

ที่มา: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

สำนักวิชาการสาธารณสุข *กระจายอำนาจด้านสุขภาพ ทางเลือกและการวิเคราะห์*

เอกสารวิชาการชุด “กระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ฉบับที่ 1 สำนักพิมพ์มูลนิธิ

โกลด์คิมทอง 2543

การให้น้ำหนักประเด็นต่าง ๆ พิจารณานบนพื้นฐานของสมมติฐานบางประการ ซึ่งบาง  
ประเด็นยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อยืนยัน ดังนั้น หากความเชื่อในสมมติฐานดังกล่าวเปลี่ยนไป  
น้ำหนักของประเด็นต่าง ๆ จึงอาจเปลี่ยนไปด้วย ข้อสมมติฐานที่สำคัญมีดังนี้ คือ

1. รูปแบบที่สถานพยาบาลรวมกันบริหารในลักษณะเครือข่ายจะช่วยทำให้การเชื่อมโยงบริการแต่ละระดับดีขึ้น โดยการเชื่อมโยงจะดีที่สุดเครือข่ายที่มีเอกภาพในการบริหารงานมากที่สุด (ในกรณีนี้รูปแบบที่ 2 ซึ่ง กสจ. เป็นเพียงองค์กรประสาน จะมีเอกภาพในการบริหารงานน้อยที่สุด ปัญหาสายการบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบที่ 1 ทำให้การเชื่อมโยงยังไม่ดีเท่าที่ควร) ความมีเอกภาพในการบริหารจัดการยังจะช่วยลดความแตกต่างๆ (ความเสมอภาค) ในระหว่างพื้นที่ด้วย

การกระจายอำนาจของรัฐบาลขณะนี้กำลังอยู่ในสถานะสับสนที่ส่วนราชการต่างๆ ต้องมาทำการปฏิรูปในส่วนของตน และไม่มีกรณีนำในระดับนโยบายสูงสุด การปฏิรูปต่างๆ เหล่านี้มักประสบปัญหาความล้าหลัง ชัดแย้งในเรื่องของบุคลากร ในเรื่องของการเงิน แต่ในประการสำคัญคือในเรื่องของรูปแบบการกระจายอำนาจ (เสน่ห์ จามริก 2544 : 40)

การรวมตัวกัน ร่วมคิด ร่วมทำ มีความรักต่อกัน มีการเรียนรู้ร่วมกัน มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน จุดประสงค์เดียวกัน ปรากฏว่าเมื่อมีการรวมตัวกันร่วมคิดร่วมทำกันแล้วเกิดความสำเร็จขึ้น ความหลากหลายเป็นสิ่งจำเป็น ความหลากหลายทำให้เกิดความยั่งยืน ความหลากหลายต้องเชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งเดียว ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญที่สุดของผู้นำ คือนำสังคมนาคิดร่วมกัน และกำหนดทิศทางร่วมกัน (ประเวศ วะสี 2544: 24; เสม พริ้งพวงแก้ว 2543: 9) รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจบริหารสุขภาพ ควรมีลักษณะที่เชื่อมโยงกัน ไม่ควรดำเนินการอย่างแยกส่วน มีกรรมการกลางที่ประกอบด้วยผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนภาคประชาชนและผู้แทนกระทรวง สาธารณสุข เข้าไปทำหน้าที่ทำการดูแลด้านการจัดสรรทรัพยากร กำกับและติดตามรูปแบบการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่แม้จะเป็นรูปแบบการกระจายอำนาจอีกรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้น และเป็นที่ยอมรับจากหลายกลุ่มในปัจจุบัน แต่การกระจายอำนาจด้านสุขภาพไม่ควรจะจำกัดอยู่ในเพียงรูปแบบเดียว ควรจะมีการพัฒนารูปแบบอื่นๆ ที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กรท้องถิ่นให้เกิดมากขึ้นในอนาคต

การถ่ายโอนภารกิจ อำนาจด้านสุขภาพ ควรให้พิจารณาตามความพร้อมและความเหมาะสมในท้องถิ่น โดยทั้งนี้ควรพิจารณาควบคู่ไปกับรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ โดยควรพิจารณาดำเนินการทดลองรูปแบบดำเนินการในบางพื้นที่ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในเชิงนโยบายในการดำเนินงานต่อไปในอนาคต (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ 2544 : 56) สอดคล้องกับการระดมความคิดเห็นของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขในภูมิภาค ผู้แทนนักการเมือง ผู้แทนองค์กรท้องถิ่นทุกระดับ ผู้แทนสื่อมวลชนทั้งประเทศ (ลี้อชา วรรัตน์, ปรีดา เต๋ออารักษ์และพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ อ่างถึงใน ลี้อชา วรรัตน์ และสมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชช์ 2543: 318) ที่เห็นพ้องว่า หน่วยบริการสาธารณสุขในภูมิภาคทุกระดับควรรวมเป็นองค์กรเดียวกันในแต่

ละจังหวัด และรวมจังหวัดใกล้เคียงเป็นเครือข่าย โดยใช้มาตรการทางกฎหมายจัดตั้งเป็นองค์กรอิสระในกำกับของรัฐในรูปแบบการมอบอำนาจ (Delegation) เพื่อประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ

บวรศักดิ์ อุวรรณโณ (2544 : 36) มีความเห็นว่า การที่ให้กรรมการสุขภาพระดับจังหวัดเป็นนิติบุคคล แล้วก็เป็นผู้บริหารส่วนที่เป็นโรงพยาบาลนั้นจะเป็นรูปแบบที่พูดไม่ชัดเรื่องบุคลากร แต่เดาเอาได้ในใจว่า เป็นรูปแบบที่ข้าราชการ ยังเป็นข้าราชการอยู่เหมือนเดิม ซึ่งก็จะเป็นปัญหาว่าถ้าข้าราชการยังเป็นข้าราชการอยู่เหมือนเดิม คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ถึงแม้มีองค์ประกอบจตุภาคี คือมาจากผู้ใช้บริการบางส่วน องค์กรปกครองท้องถิ่นบางส่วน ผู้ทรงคุณวุฒิบางส่วน และบุคลากรบางส่วนนั้น คนที่อยู่ในระบบทั้งหมดที่ว่านี้ จะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนจริงๆ อย่างไร พูดอีกนัยหนึ่งก็คือว่า การเป็นข้าราชการสังกัดอะไร ก็มีผลสำคัญถึงการตอบสนองต่อความต้องการของหน่วยงานนั้นๆ เหมือนกัน เพราะฉะนั้นองค์ประกอบของกสจ. ถือเป็นหัวใจสำคัญมากที่จะพูดถึงเรื่องการรับผิดชอบตอบสนองที่เรียกว่า

Responsiveness กับ Accountability

จอห์น อิงกากรณ์ (2543 : 43-44) เห็นด้วยกับการกระจายอำนาจให้ประชาชน แต่รูปแบบนั้นเป็นเรื่องที่ต้องคิดกันอย่างละเอียด ไม่ใช่้วยอะไรให้ อบต.หรือเทศบาลแล้ว จะกลายเป็นของประชาชนจริงๆ มันไม่ใช่เรื่องเปลี่ยนเจ้าของหนึ่งไปอีกที่หนึ่ง เช่น ไม่ใช่เปลี่ยนการดูแลจากกระทรวงสาธารณสุขไปให้ อบต. คูแผล ฉะนั้นการกระจายอำนาจจริงๆ อบต. อาจดูแลสอ. เทศบาลหรือ อบจ.อาจดูแล รพท. รพจ. หรืออาจร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ แต่ต้องอยู่ในรูปคณะกรรมการท้องถิ่นเป็นผู้เข้ามาบริหารโดยตรง ซึ่งกรรมการประกอบด้วย

1. ตัวแทนของบุคลากรในสถานทีนั้น
2. ประชาชนทั่วไป อาจเป็นคนที่มารับบริการเป็นประจำ เช่น ถ้ามีการรวมกลุ่มของผู้รับบริการอาทิกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ ก็ควรมีตัวแทนเข้าไปอยู่ตรงนั้น

3. ตัวแทนจากอบต.

ต้องมีกรรมการดูแลทั้งเรื่องนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านบริการสุขภาพในท้องถิ่น และด้านบริหารสถานบริการ

การจัดบริการสุขภาพเป็นบริการซึ่งจัดโดยบุคลากรวิชาชีพในสถานพยาบาลซึ่งมีลักษณะเฉพาะ ต้องการความต่อเนื่องในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ทูติยภูมิ (Secondary Care) และตติยภูมิ (Tertiary Care) ต้องมีเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (ไพโรจน์ นิงสานนท์ 2543: 28) ประเด็นที่เป็นห่วงว่าถ้ากระจายโรงพยาบาลทุกแห่งและสถานีอนามัยทุกแห่ง ไปสู่เทศบาล อบต. แบบแยกส่วนแล้ว จะเกิดปัญหาระบบการสนับสนุนและส่งต่อที่ไม่มี

ประสิทธิภาพแล้วยังมีเรื่องที่น่าเป็นห่วงอีกคือค่ารักษาจะแพงมากขึ้นอีกเพราะทุกโรงพยาบาลก็จะแข่งขันกันซื้อเครื่องมือราคาแพงๆ แทนที่จะประหยัดงบประมาณ แต่กลับสิ้นเปลืองอย่างยิ่ง เป็นไปได้ว่าโรงพยาบาลระดับหนึ่ง เช่นระดับอำเภออาจแยกบริการบางส่วนไปในเชิงพาณิชย์ เพื่อให้มีเงินใช้มากขึ้นทำให้เราใช้เงินของประเทศไปในเรื่องการรักษาพยาบาลมากขึ้นไปอีก ( นิธิ เอียวศรีวงศ์ 2543 : 33-34) การแบ่งแยกส่วนความรับผิดชอบของระบบบริการสุขภาพจะก่อผลกระทบทางลบต่อประสิทธิภาพการจัดสรรทรัพยากร และความเป็นธรรมของระบบส่งต่อ อีกทั้งการจัดบริการด้านป้องกันโรคติดต่อข้ามภูมิภาค/ประเทศเป็นเรื่องสลับซับซ้อน และต้องกำหนดความรับผิดชอบของสถานบริการระดับตำบล/เทศบาลให้ชัดเจน (Leberghe and Lafort อ้างถึงใน ลือชา วรรัตน์ และสมศักดิ์ ภัทรกุลวณิช 2543: 319) ปรีดา เต๋ออารักษ์ (2543 : 60-64) ได้สนับสนุนความเห็นนี้ว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องสามารถตัดสินใจและควบคุมทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์จากการแก้ปัญหา และการจัดบริการได้มากที่สุด โดยมีกลไกเชื่อมโยงกันในทุกระดับ การโอนสถานบริการสาธารณสุขให้ท้องถิ่นแต่ละประเภทแบ่งแยกส่วน จะทำให้ขาดความเชื่อมโยงการจัดบริการในระดับต่างๆ กันในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะกระทบต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชนที่ต้องการการดูแลอย่างบูรณาการและต่อเนื่อง การแยกสถานบริการอยู่คนละสังกัดจะทำให้เกิดปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย การสนับสนุนการปรึกษา และการช่วยเหลือกัน

2. การเชื่อมโยงผสมผสานบริการประเภทต่างๆ เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทมากขึ้นในงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน ดังนั้น รูปแบบที่องค์กรท้องถิ่นแต่ละแห่งมีบทบาทเข้ามาบริหารสถานพยาบาลโดยตรง น่าจะทำให้เกิดการผสมผสานบริการประเภทต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

ไพโรจน์ นิงสานนท์ (2543: 27-28) ได้เสนอหลักการสำคัญในการจัดองค์กรและกำหนดภารกิจในอนาคตของกระทรวงสาธารณสุขหลังการกระจายอำนาจไว้ว่า เมื่อกระจายอำนาจแล้ว ประชาชนบรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดีนั้น ต้องมีการจัดการใน 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับประชาชน ครอบครัว ชุมชน และองค์กรในชุมชน ต้องดำเนินการในพื้นที่การจัดการส่วนนี้ เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคเป็นหลัก เช่น การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาล อนามัยแม่และเด็ก อนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ งานสาธารณสุขมูลฐาน และการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการจัดการด้านสุขภาพ ด้านนี้ ควรจะให้ท้องถิ่นและชุมชนดำเนินการเองเป็นหลัก ท้องถิ่นมีความพร้อมแน่นอนในส่วนนี้ พร้อมจะรับทั้งงาน คน และสถานที่ในอนาคต แต่เขาอาจไม่รู้ชัดเจนว่าบทบาทหรือวิธีดำเนินการว่ามีอะไรบ้าง จึงเป็นหน้าที่ที่จะต้องแจกแจงให้เขารับรู้และรับภารกิจนี้ไป เรื่องเหล่านี้ต้องมีการถ่ายทอดเทคโนโลยีกัน

และไม่ยากเกินไปที่ชุมชนจะสามารถดำเนินการได้ ต้องให้เขาทำเองให้ได้ เป็นสิ่งที่ต้องสนับสนุนให้เกิดขึ้น ส่วนกลางอาจจัดทำแนวทางหรือคู่มือเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุขจำนวนหนึ่งซึ่งเคยมีบทบาทในภารกิจเหล่านี้ ก็ควรโอนให้ท้องถิ่นบริหารจัดการ

ส่วนที่ 2 เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพ บริการซึ่งจัดโดยบุคลากรวิชาชีพในสถานพยาบาลซึ่งมีลักษณะเฉพาะ และต้องมีความต่อเนื่องของบริการในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ทุติยภูมิ (Secondary Care) และตติยภูมิ (Tertiary Care) ต้องมีเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกันนอกจากนี้ จะต้องมีการผสมผสานอย่างเหมาะสมระหว่างส่วนแรกกับส่วนที่สอง การจัดการในด้านนี้ต้องมีคณะกรรมการในระดับจังหวัดขึ้น เพื่อประสานการจัดบริการ (ประกอบด้วยผู้แทนจากจาก อบจ. เทศบาล อบต. และผู้ทรงคุณวุฒิ) การกำหนดให้มีคณะกรรมการขึ้นระดับจังหวัด เนื่องจากเห็นว่า โครงสร้างระดับจังหวัดยังมีความสำคัญและมีบทบาทอยู่ คณะกรรมการจังหวัดจะมีอำนาจคือสั่งบรรจุ แต่งตั้ง โยกย้าย จัดสรรทรัพยากรได้ มีฐานะเป็นนิติบุคคล

3. มาตรฐานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข จะดีเมื่ออยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรที่มีความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะ (เช่น กระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบที่ 1) หรือโดยผ่านกระบวนการจัดซื้อบริการที่มีการกำหนดเงื่อนไขคุณภาพบริการไว้ชัดเจน (ในรูปแบบที่ 4) คุณภาพของการรักษาหรือบริการให้ผู้ป่วยพึงพอใจได้แก่ไหนั้น ขึ้นอยู่กับคุณภาพของงานบริการ ซึ่งโดยทั่วไปจะพิจารณาจากมาตรฐาน (Standardization) ไร้ข้อผิดพลาด (Zero Defect) ผลลัพธ์ที่ดี (Good Outcome) และเป็นที่น่าพอใจ (Satisfaction)

คุณภาพงานบริการสาธารณสุขขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งด้านความสามารถของผู้ให้บริการที่เกิดจากความรู้ที่ได้รับการพัฒนาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง มีประสบการณ์ มีขวัญกำลังใจ ความสามารถและวิสัยทัศน์ของผู้บริหารซึ่งเป็นสิ่งที่หน่วยงานจะต้องจัดเตรียมให้เจ้าหน้าที่ แต่ปัจจัยสำคัญที่จะกระตุ้นหน่วยงานให้ตื่นตัวพัฒนาคุณภาพคือมีการแข่งขัน (Competition) ในบริการที่เหมือนกัน การไม่มีคู่แข่งทำให้เกิดการผูกขาด (Monopoly) ทำให้การพัฒนาคุณภาพมีน้อย รัฐบาลจะยอมให้มีการผูกขาดในกรณีที่กิจการนั้นมีต้นทุนคงที่สูงมาก หากมีการแข่งขันจะทำให้การลงทุนไม่คุ้มค่า งานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่จัดโดยรัฐบาล รายได้จากบริการเป็นของรัฐบาล ผู้ให้บริการไม่มีส่วนได้ส่วนเสียจึงขาดการตื่นตัวถึงแม้จะมีคู่แข่งก็ตามและการแข่งขันอาจไม่ใช่ภาวะที่เหมาะสมที่จะใช้เป็นการพัฒนาคุณภาพงานบริการสาธารณสุข ซึ่งผู้ซื้อบริการไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะเลือกใช้บริการ (Imperfect Information) กล่าวคือ ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ใช้บริการไม่มีข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา คุณภาพการรักษา ราคาที่ต้องจ่ายก่อนเลือก

ใช้บริการ จึงทำให้ไม่สามารถตัดสินใจเลือกใช้บริการได้ถูกต้องสมเหตุสมผล ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ และสามารถตัดสินใจเลือกใช้บริการจากผู้ขายบริการ (Provider) ที่ดี (พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ 2543 : 88)

4. ประสิทธิภาพโดยรวมของระบบ จะขึ้นกับประสิทธิภาพในการบริหารจัดการของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง (Management or Technical Efficiency) และการมีนโยบายสุขภาพที่สนับสนุนการสร้างสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล (Allocative Efficiency) รูปแบบองค์การมหาชนจะมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการดีกว่ารูปแบบบริหารทั่วไป การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในต่างประเทศ ล้วนให้ความสำคัญกับการแยกอำนาจทางการคลังสุขภาพกับการจัดบริการสุขภาพออกจากกัน นั่นคือใช้รูปแบบของการแยกอำนาจผู้ซื้อ-ผู้ขายบริการ (Purchaser-provider Split) ผู้ซื้อบริการจะเป็นผู้รับชอบสถานะสุขภาพของประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่การปกครองนั้นๆ ส่วนผู้ขายบริการเป็นสถานพยาบาลที่ต้องการความคล่องตัวสูงในการทำงานจึงได้รับการถ่ายโอนอำนาจให้มีสถานภาพปกครองตนเองได้ (Self-governing Hospital) นอกจากนี้ประเทศต่างๆ ยังให้ความสำคัญกับการปฏิรูปการแพทย์ขั้นปฐมภูมิเพราะเป็นบริการที่ให้ผลตอบแทนคุ้มค่ากว่าการลงทุนสร้างโรงพยาบาล และประชาชนทุกระดับมีโอกาสเข้าถึงบริการขั้นปฐมภูมิได้มากกว่า (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และวินัย ลิสมิทธิ 2543ก : 272)

ส่วนทิศทางการปฏิรูประบบสาธารณสุขในประเทศไทย ที่เน้นความเป็นธรรมในด้านการคลังสุขภาพ (Equity) การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ (Efficiency) คุณภาพของบริการ (Quality) และความโปร่งใสรับผิดชอบต่อสังคม (Social Accountability) การกำหนดระดับของภารกิจดังกล่าวให้ชัดเจนทั้งที่ระดับรัฐบาลส่วนกลาง อบจ. อบต. และเทศบาลจึงเป็นการสร้างความโปร่งใส และรับผิดชอบต่อสังคมในทุกระดับ เป็นจุดกระตุ้นให้บริการขั้นปฐมภูมิที่มีคุณภาพไปสู่ระดับตำบล สร้างประสิทธิภาพด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่า และสร้างความเป็นธรรมให้กับประชาชนผู้ด้อยโอกาสในทุกระดับ นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดโอกาสให้การแพทย์ขั้นปฐมภูมิ (Primary Care) ก็กับการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ได้ผสมผสานกัน เพราะหน่วยจัดการงบประมาณอยู่ในที่เดียวกันคือระดับอบต. หรือเทศบาล (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ อ้างถึงใน ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และวินัย ลิสมิทธิ 2543: 54-55)

การแยกสถานบริการอยู่คนละสังกัด ดังในรูปแบบที่ 2 คือสถานีอนามัยใน อบต. โรงพยาบาลชุมชนใน อบต. เทศบาล โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปใน อบจ. จะลดประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดลงไปอีก และขาดเอกภาพในระบบบริการสาธารณสุข ทั้งเป็นการยากที่จะบริหารจัดการให้เท่าเทียมกันในด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการสาธารณสุข (ปรีดา เต๋ออารักษ์ 2543: 64)

5. รูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขยังมีบทบาทค่อนข้างสูงในการบริหารจัดการ (รูปแบบที่ 1) จะสามารถตอบสนองต่อนโยบายของประเทศได้ดีกว่ารูปแบบที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทบริหารระบบบริการสุขภาพโดยตรง (รูปแบบที่ 2) รูปแบบที่ กสจ. มีบทบาทในการบริหารค่อนข้างมาก (รูปแบบที่ 3 และ 4) จะสามารถตอบสนองต่อนโยบายของประเทศในระดับปานกลางเนื่องจากโครงสร้าง กสจ. มีผู้แทนของรัฐบาลเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุขจะมีบทบาทในการกำกับดูแล และบริหารจัดการระบบสุขภาพในภาพรวม เพื่อให้เกิดความเท่าเทียม ในแง่สถานะสุขภาพระหว่างประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากร นอกจากนี้ยังเป็นผู้ดูแลมาตรฐาน การดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน รวมทั้งการปฏิบัติตามเงื่อนไขต่างๆ ในกฎหมาย เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน

บทบาทที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การบริหารจัดการทรัพยากรเพื่อแก้ไขปัญหาและสาธารณสุขระดับชาติ เช่นการกำจัดความด่างโรครัดต่อบางชนิด การเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดของโรค การสาธารณสุขระหว่างประเทศ ปัญหาสาธารณสุขชายแดนและการแก้ปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ ที่สำคัญ นอกจากนี้ยังกำหนดระบบข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขที่จำเป็น (ปริดาแต่อาร์กซ์ 2543 : 70-71)

6. รูปแบบที่บริหารโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรง (รูปแบบที่ 2) จะสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนย่อยต่าง ๆ ได้ดีกว่ารูปแบบที่บริหารโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทางอ้อมโดยผ่าน กสจ. รูปแบบของกรมมหานจะสนับสนุนการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบมากกว่ารูปแบบอื่น ๆ

ท้องถิ่นมีโอกาสรับรู้ข้อมูลของตนเอง มีรูปแบบการแก้ไขปัญหาเฉพาะของพื้นที่ และการใช้ทรัพยากรสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของส่งผลให้การดำเนินการมีความต่อเนื่องยั่งยืนและมีการพัฒนา(สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2543 : 7-8) การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในกระบวนการสุขภาพจะก่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย เพราะทุกฝ่ายได้มีโอกาสแลกเปลี่ยน ต่อรองกอดันซึ่งกันและกัน ความเป็นธรรมที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายนี้เอง จะก่อให้เกิดความยั่งยืนของการปฏิรูประบบสุขภาพ

การมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นนั้นมีประโยชน์มากมายหลายประการคือ

ประการแรก ทำให้ทุกฝ่ายได้แลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นความรู้ เป็นการใช้ปัญญา ค้นหาทางออกที่ทุกฝ่ายรับได้ ไม่ใช่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดรับได้แต่เพียงฝ่ายเดียว แล้วอีกฝ่ายหนึ่งรับไม่ได้

ประการที่สอง ทำให้เกิดความเข้าใจต่อกัน ความหวังที่เกินความจริง ความกลัวที่ไม่มิมูลเหตุ และข้อจำกัดที่ทุกฝ่ายมี จะถูกนำมาแลกเปลี่ยนกัน การมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นของบุคคลใน

การปฏิรูประบบสุขภาพ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องด้วย จึงทำให้เกิดความเข้าใจตั้งแต่ต้น

ประการที่สาม ทศนคติที่ดีอันเกิดจากการมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นนี้ จะนำไปสู่ผลให้เกิดความร่วมมือในท้ายที่สุด

ส่วนร่วมของประชาชนและประชาสังคมจะต้องเกิดขึ้น ประชาชนต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในทุกระดับเพื่อก่อให้เกิดในสิ่งที่เรียกว่าการตอบสนอง การรับผิดชอบ (บวรศักดิ์ อุวรรณโณ 2544 : 31-37)

การมีส่วนร่วมของประชาชน จะทำให้รับรู้ปัญหาาร่วมกัน โดยการใช้ข้อมูลตามความจำเป็นพื้นฐานและข้อมูลค้อยโอกาส ร่วมคิดแก้ปัญหาโดยการวางแผนร่วมกัน ร่วมทำเป็นการปฏิบัติหน้าที่ด้วยกัน ร่วมรับผิดชอบคือการรับผิดชอบด้วยกัน ร่วมตรวจสอบ เพื่อความโปร่งใสของการบริหารจัดการ (สุจิต ศรีประพันธ์ 2543: 250; พิชายู เพชรรัตน์ 2544 : 59)

จน อังภากรณ์ (2543: 43) มีความเห็นว่า สถานบริการต่างๆ ควรอยู่ในความดูแลของประชาชน ที่เห็นชัดเจนเวลานี้ คนรับบริการต่างก็ไม่รู้สึกว่าเป็นเจ้าของสถานบริการ ไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในบริการที่ตัวเองได้รับ ผู้รับบริการรู้สึกว่า เป็นผู้รับบริการอย่างเดียว และก็ไม่ค่อยเข้าใจในเรื่องสิทธิต่างๆ เช่น คนไข้โรคเอดส์ เมื่อเขาเสนอความเห็นอะไร เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลก็ตอบเพียงว่า มันเป็นเรื่องของโรงพยาบาลเท่านั้น การกระจายอำนาจไปสู่ประชาชนเป็นเรื่องดีมาก เป็นทิศทางที่ควรจะต้องเกิดขึ้นตั้งนานแล้ว อยากให้ประชาชนเป็นเจ้าของสถานบริการ สามารถที่จะกำหนดรูปแบบการบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนได้

วิบูลย์ เข็มเฉลิม (2543 : 3) เน้นว่าประชาชนจะมีอำนาจอย่างแท้จริงได้ ต้องสร้างให้ประชาชนมีศักยภาพ มีความรู้ มีข้อมูล จากสภาพจริงของพื้นที่อย่างเพียงพอ จนถึงระดับมีความมั่นใจและกล้าตัดสินใจในการแก้ปัญหาในพื้นที่ของตนเอง

7. ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พิจารณาจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่ปัจจุบันโดยคำนึงถึงภาพรวมโดยเฉลี่ย (เนื่องจากปัจจุบันความพร้อมของแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก) รูปแบบที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเข้ามารับผิดชอบต่อในการบริหารจัดการโดยตรง (รูปแบบที่ 2) จึงน่าจะมีปัญหาด้านความพร้อมมากที่สุด (โดยเฉพาะ อบต. ชั้น 4-5 และเทศบาลชั้น 4-7 ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร) ในขณะที่การนำรูปแบบใหม่ในการบริหารการจัดการบริการด้วยการซื้อบริการ โดยที่องค์ความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ ยังมีไม่มากพอ นั้น น่าจะมีปัญหาด้านความพร้อมรองลงมา

บทสรุปผลจากการวิเคราะห์การบริหารการพัฒนางานสาธารณสุขทั้งในเชิงโครงสร้างและพฤติกรรมการบริหารขององค์กรพบว่า มีจุดแข็งและเอื้ออำนวยต่อการกระจายอำนาจเป็น



อย่างยิ่ง ซึ่งผลของการศึกษาวิจัยของสถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพระบบราชการก็พบค่อนข้างชัดเจนว่าราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาค มีแนวโน้มที่จะกระจายอำนาจด้านการบริหารงานสาธารณสุขไปยังราชการบริหารส่วนท้องถิ่น ขณะที่องค์กรการบริหารส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆก็มีความต้องการและมีศักยภาพ รวมทั้งมีความพร้อมที่จะดำเนินการด้วยตนเองด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ส่วนกลุ่มงานอื่นนอกเหนือจากนั้นจะมีความพร้อมเพียงบางพันธกิจ ซึ่งกรณีเดียวกันกับงานวิจัยเชิงสำรวจเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มแกนนำภาคเหนือตอนบน พบว่า แม้ว่าองค์การบริหารส่วนตำบลจะมีความต้องการที่จะดำเนินงานสาธารณสุขด้วยตนเองซึ่งได้แก่ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน กลุ่มงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมป้องกันและบำบัดยาและสารเสพติด และกลุ่มงานบริการทางการแพทย์สาธารณสุข แต่ก็ปรากฏว่ามีความพร้อมเป็นเพียงบางพันธกิจ ทั้งนี้อาจจะด้วยสาเหตุด้านปัจจัยในเรื่องโครงสร้างองค์กร หรือกำลังคนสนับสนุน หรืองบประมาณ หรือเทคโนโลยี หรือด้านนโยบาย และแผนด้านใดด้านหนึ่งหรือปัจจัยหลายๆด้านร่วมกัน (ประยงค์ เต็มชวลา 2540: 1120)

รัฐบาลกลางควรมีบทบาทสนับสนุนทั้งงบประมาณ และสร้างกลไกในการสนับสนุนในการเตรียมความพร้อมของผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีรูปธรรมอย่างชัดเจน สำหรับเจ้าหน้าที่ภาครัฐก็ควรจะมีการเตรียมพร้อมให้มีการปรับกระบวนการทำงาน ที่สามารถทำงานกับประชาชนในลักษณะของการทำงานร่วมกันในแนวราบมากกว่าในแนวตั้ง ดังลักษณะของการใช้คำสั่งอย่างที่เคยผ่านมาในอดีต (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ 2544 : 57)

กระบวนการแก้ไขปัญหาท้องถิ่น ถ้าทำในท้องถิ่นแล้ว กระบวนการนี้จะเร็วกว่า มีประสิทธิภาพมากกว่าและน่าจะเป็นธรรมกับท้องถิ่นมากกว่าด้วยโดยที่ไม่ต้องคำนึงถึงหรือพึ่งกลไกของรัฐอย่างเดียว (อานันท์ ปันยารชุน 2544 : 13; เสม พริ้งพวงแก้ว 2543 : 8)

ท้องถิ่นทั้งที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรชุมชน จะต้องมีบทบาทในการเสริมสร้างคุณภาพสุขภาพของประชาชนโดยใช้วิถีชีวิตของประชาชนเป็นตัวตั้ง รวมทั้งมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดสรรทรัพยากรการควบคุมตรวจสอบการดำเนินกิจการด้านสุขภาพ ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขควรจะเปลี่ยนบทบาทให้มีหน้าที่กำหนดนโยบายสุขภาพโดยรวมของประเทศ กำหนดมาตรฐาน และควบคุมกำกับ จัดสรรทรัพยากรจากส่วนกลางให้แก่ท้องถิ่น และเสริมสร้างศักยภาพองค์กรภาคประชาชน และองค์กรท้องถิ่นอย่างจริงจัง (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ : 2544 : 56)

ประเด็นที่มีผู้หวาดวิตกกังวลมากหากมีการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วจะได้ผู้มีอิทธิพลเข้ามาบริหารนั้น ความหวาดวิตกนี้เกิดขึ้นบนมูลฐานที่ไม่ใช่ข้อเท็จจริงหรือบนข้อมูลที่ถูกต้อง เรามักคิดว่า อบต. เลวไปหมด ความจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น อบต. มีหลายพันแห่ง อบต. ที่ดีก็มีมาก ที่ไม่ดีก็มีมาก ความหวาดวิตกน่าจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามาจับตาดูเพราะเป็นเรื่องการคานอำนาจ ซึ่งกันและกัน เราจะต้องเฝ้าตรวจสอบพฤติกรรมของเขาตลอดเวลาวิธีที่จะเข้าตรวจสอบก็คือ การมีส่วนร่วมทางด้านการเมืองมากขึ้น ไม่ใช่เพียงการมีส่วนร่วมในการเลือกตั้งเป็นผู้แทน แต่คือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการเมืองมากขึ้น ศึกษาตัวอย่างของรัฐธรรมนูญให้มากขึ้น เพื่อให้ทราบว่า รัฐธรรมนูญฉบับนี้ให้สิทธิเสรีภาพอย่างไร และสามารถ มีกระบวนการอย่างไรที่จะช่วยในการตรวจสอบ (อานันท์ ปันยารชุน 2544 : 13 -14)

งานวิจัยของปวริศ อินชัญญะ (2541) พบว่า หัวหน้าสถานีอนามัยมีความคิดเห็นที่ยังไม่เห็นด้วย ต่อการดำเนินงานสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล มีการประสานงานในการดำเนินงานสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลในระดับต่ำ มีปัญหาในการวางแผนงานด้าน สาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล มีปัญหาความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานสาธารณสุขตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล การวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การปกครองส่วนท้องถิ่น คือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ไม่ให้ความสำคัญกับการกิจด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมมากนัก (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ อ้างถึงใน ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และวินัย ลิสมิทธิ 2543:24) รวมทั้งการแบ่งขอบเขตการกระจายอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันที่มีอบต. เทศบาล และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ก็ไม่สมบูรณ์ ยังมีปัญหาที่ต้องการเปลี่ยนแปลงต่อไปอีก (Kammeier,1999 อ้างถึงใน ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และวินัย ลิสมิทธิ 2543: 24) ขณะนี้มี อบต. ประมาณ 6000 แห่ง มีผู้ไม่แน่ใจว่า มีอบต. ดีที่มีความพร้อม จำนวนสักเท่าไร คิดว่าอบต. ที่มีประสิทธิภาพมีน้อย (วิบูลย์ เจ็มเฉลิม 2543: 52)

การกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพ ควรดูความพร้อมของผู้รับอำนาจนั้นด้วย เนื่องจากขณะนี้หน่วยงานท้องถิ่นในขณะนี้ยังไม่มีประสบการณ์การทำงานทางด้านสุขภาพ หากยังไม่มีความพร้อมพอก็ควรจะเตรียมความพร้อมให้ดีกว่าก่อน เพราะกฎหมายรัฐธรรมนูญยังให้เวลาในการกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพถึงเวลา 10 ปี จึงมีเวลาที่จะเตรียมความพร้อมได้ อีกประเด็นหนึ่งคือ ความไม่พร้อมของการถ่ายโอนอำนาจจากบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะบุคลากรเหล่านี้ ยังไม่แน่ใจว่าองค์กรใหม่จะทำงานได้ดี (ชบ ยอดแก้ว 2543 : 59-62 ) ความคิดเห็นดังกล่าวสอดคล้องสอดคล้องกับการระดมความคิดเห็นของข้าราชการ

กระทรวงสาธารณสุขในภูมิภาค ผู้แทนนักการเมืองผู้แทนองค์กรท้องถิ่นทุกระดับ และผู้แทน สื่อมวลชนทั่วประเทศว่า ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัดและเทศบาลยังไม่พร้อมจะรับโอน หน่วยงานบริการสาธารณสุขในจังหวัด เพราะไม่มั่นใจที่จะบริหารจัดการให้ประชาชนพึงพอใจ ใช้ บริการ ผู้ปฏิบัติของงานสาธารณสุขเทศบาล ยินดีรับ โอนภารกิจ แต่มีเงื่อนไขต้องโอนทั้งกำลังคน และงบประมาณด้วย เพราะกำลังคนในเทศบาลนคร/เมือง โอนไปปฏิบัติงานในเทศบาลตำบลที่ตั้ง ขึ้นใหม่ 800 กว่าแห่ง (ลีธชา วนรัตน์และสมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์ 2543: 318)

แต่ผู้บริหารท้องถิ่นบางรายมีความเห็นว่า ท้องถิ่นมีความสามารถพร้อมรับการ กระจายอำนาจด้านสุขภาพเพราะท้องถิ่นมีความรู้ความเข้าใจประชาชนในท้องถิ่นของตนเองและ ท้องถิ่นเพียงแต่กำกับดูแลการบริการทางด้านสุขภาพ(อภิชาติ สังขชาติและวิระวัฒน์ ภัทรนิกร 2544: 5)

ความไม่พร้อมของหน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบลที่ดี ของชาวบ้านก็ดี สามารถ พุดได้แทบทุกกรณี และจะถูกต้อง ถ้าไม่พร้อมแล้วไม่ทำอะไรเลยใช่ไหม คำตอบคือคงไม่ใช่ ไม่ มีใครพร้อมสมบูรณ์ แต่อาจพร้อมมาก พร้อมน้อย แต่ประเด็นที่สำคัญคือ น่าจะตกลงกันว่า เรา จะเตรียมให้พร้อมร่วมกันได้อย่างไร โดยหลักใหญ่หมายถึง ทำอย่างไรให้ประชาชนทุกคนตัดสินใจเรื่องสุขภาพได้มากขึ้น (สุริชัย หวันแก้ว 2543 : 15; นิธิ เอียวศรีวงศ์ 2543 : 40) ความพร้อม หรือไม่พร้อมที่ประเมินไปนั้น ไม่ได้เป็นเงื่อนไขของการไม่ถ่ายโอน หากส่วนราชการเห็นว่าไม่ พร้อม ส่วนราชการก็ควรมีแผนไปเพิ่มความพร้อมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ (วุฒิสาร ตันไชย 2544: 4)

8. บุคลากรทางด้านสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบที่มี การปรับเปลี่ยนน้อยที่สุด(รูปแบบที่ 1) หากจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง จะยอมรับรูปแบบการ บริหารงานที่ยังมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ คือ รูปแบบองค์กรมหาชน (ในรูปแบบที่ 4)

รูปแบบที่ 1 นี้ กระทรวงสาธารณสุขยังคงเป็นเจ้าของสถานพยาบาลทั้งหมด รูปแบบ นี้ข้าราชการมีความสุข เพราะไม่ต้องโอนไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถ้าจะใช้รูปแบบที่ 3 คือสถานพยาบาลทั้งหมดโอนไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก็อาจมีการสะท้อนกันบ้าง (บวรศักดิ์ อุวรรณโณ 2544 : 36) คล้ายกับในเรื่องการปฏิรูปการศึกษา ครูรู้สึกไม่เห็นด้วยที่จะใน สังกัดของอบต. เนื่องจากอบต.มีการศึกษาต่ำ (สุริชัย หวันแก้ว 2543 : 12) วิชัย โปษยะจินดา (2543 : 21-22) ได้ย้ำเน้นความสำคัญของการพัฒนาคนซึ่งถือเป็นหัวใจที่กำหนดความสำเร็จของ ผลสัมฤทธิ์ในการกระจายอำนาจ การพัฒนาศักยภาพประชาชนต้องพัฒนาควบคู่ไปกับการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ถ้าพิจารณาให้ลึกซึ้งจะพบว่าคุณภาพของบริการมิได้เกิดขึ้นเพราะ กิจกรรมตามสั่งเท่านั้น แต่เกิดด้วยการยอมรับคำสั่งด้วยความเต็มใจ และความตั้งใจปฏิบัติด้วยน้ำ

ใจจริง ดังนั้นโครงสร้างที่ดีควรจะเป็นโครงสร้างที่สังคมของระบบเห็นชอบด้วย จึงจะเอื้อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ ถ้าบุคลากรในระบบที่เกี่ยวข้องทุกระดับไม่เห็นชอบกับการจัดโครงสร้างบริการก็คงจะมีคุณภาพได้ยาก น่าจะเข้าใจกันได้ว่า ผลของบริการเกิดจากคนเป็นสำคัญ การปรับโครงสร้างในกรอบการกระจายอำนาจ คงจะต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่บุคลากร สาธารณสุขด้วย โดยเฉพาะบทบาทหน้าที่ส่วนที่จะต้องดำเนินการร่วมกับประชาชนและองค์กรอื่นๆ อีก ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรทุกระดับ ควรต้องพิจารณาให้ดีเช่นเดียวกัน

9. การแทรกแซงจากการเมืองและโอกาสในการทุจริต การเตรียมรูปแบบขององค์กรที่เอื้อต่อการสร้างการตื่นตัวของประชาชนในพื้นที่ ต้องมีการประสานกับกลุ่มเครือข่าย องค์กรชาวบ้านต่างๆ ที่อยู่ในพื้นที่ เพื่อเตรียมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย แต่ถ้าให้ขึ้นกับอบต. โดยไม่มีกลุ่มผู้สนใจเรื่องนี้จริงๆ กล่าวคือ อบต. ถือครองอำนาจ มีผู้หวังเรื่องการมีการโกงกิน ซึ่งจะทำอย่างไร ไม่ให้สถานบริการนั้นเป็นที่แสวงหาผลประโยชน์ (จอห์น อิงภากรณ์ 2543 : 45) สอดคล้องกับจากรายงานเอกสารกองราชการส่วนตำบล กรมการปกครอง (2545) พบว่า ปัจจุบันมีเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับทุจริตคอร์รัปชันเกิดขึ้นในองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ก่อนข้างมาก ตั้งแต่ปี 2540 – 2544 มีการร้องเรียน อบต. เกี่ยวกับทุจริตคอร์รัปชันจำนวน 982 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 14.56 ของ อบต. ทั่วประเทศ (6745 แห่ง) และมีสถิติเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่สาเหตุของการร้องเรียนมีทั้งสิ้น 1,176 ประเด็น (จากเรื่องร้องเรียน 982 เรื่อง) โดยประเด็นการจัดซื้อจัดจ้างไม่ โปร่งใสเป็นประเด็นที่มีการร้องเรียนสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 64.37 รองลงไปได้แก่ การบริหารงาน/พฤติกรรม การเงิน/บัญชี ไม่ปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ 22.53 และ 13.10 ตามลำดับ

ผู้ถูกร้องเรียนมีจำนวน 1,160 ราย โดยกลุ่มประธานสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และกรรมการบริหาร อบต. เป็นกลุ่มที่ถูกร้องเรียนสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 49.31 รองลงไปได้แก่ องค์กร(อบต.) คิดเป็นร้อยละ 22.67 พนักงานส่วนตำบลคิดเป็นร้อยละ 16.72 สมาชิกสภาอบต. คิดเป็นร้อยละ 6.90 และข้าราชการ (ส่วนภูมิภาค) คิดเป็นร้อยละ 4.40 ตามลำดับ

นิธิ เอียวศรีวงศ์ (2543: 37) มีความเห็นว่า เวลานี้ อบต. บางส่วนคือผู้รับเหมา ถ้ารัฐบาลกระจายงบประมาณลงไปให้ อบต. จริงๆ จนถึง 25 % ขึ้นมาเมื่อไร ผลที่ตามมาจะกระทบกับชีวิตของชาวบ้าน ซึ่งลักษณะอบต. ที่เน้นแต่ก่อสร้างประเภทนี้จะค่อยๆ หายไป

วิบูลย์ เข็มเฉลิม (2543: 55) มีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า การกระจายอำนาจ ถ้ากระจายไปสู่องค์กร องค์กรก็จะแย่งกันมีอำนาจ เป็นหาประโยชน์ ซึ่งมีปรากฏการณ์หลายที่ที่ อบต. แย่งกันทำเรื่องก่อสร้าง

ถึงแม้ว่าพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจจะมีผลในทางปฏิบัติตั้งแต่วันที่ 18 พฤศจิกายน 2542 แต่ยังไม่มีการปฏิบัติตามกฎหมาย กระทรวงสาธารณสุข ได้ทดลองการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน 10 จังหวัดซึ่งเป็นจังหวัดที่มีลักษณะต่างๆกันทั้งในแง่ความพร้อมและความไม่พร้อม ทั้งส่วนของสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อหารูปแบบและข้อสรุปที่เหมาะสมในการกระจายอำนาจ โดยมุ่งเน้นการศึกษากลไกการดำเนินงานการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ภายใต้บริบทการบริหารงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) จังหวัดดังกล่าวได้แก่ภูเก็ต เชียงใหม่ พะเยา มหาสารคาม พระนครศรีอยุธยา นครราชสีมา แพร่ สงขลา ปัตตานีและนราธิวาส (สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ 2544: 4)

หากพิจารณาตาม พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องมีการถ่ายโอนภารกิจของสถานพยาบาลหรือถ่ายโอนสถานพยาบาลของรัฐระดับต่างๆให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับ รับผิดชอบคือ สถานีนามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลชุมชนให้เทศบาล และโรงพยาบาลจังหวัดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับจะรับผิดชอบบริหารสถานพยาบาลอย่างเบ็ดเสร็จแต่เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงการจัดบริการ จะมี คณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด (กสจ.) ทำหน้าที่ประสานการจัดบริการของสถานบริการทั้งหมด รวมถึงการกำหนดนโยบายสุขภาพโดยรวมของจังหวัด

ปัญหาที่สำคัญของรูปแบบนี้คือ โอกาสที่เกิดปัญหาการบูรณาการของสถานพยาบาลระดับต่างๆเนื่องจากความเป็นอิสระที่ไม่ขึ้นต่อกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ การที่ กสจ. มีลักษณะเป็นเพียงองค์กรประสานงาน อาจไม่มีอำนาจหรือศักยภาพเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ปัญหาประสิทธิภาพของระบบบริหารของราชการส่วนท้องถิ่นและการยอมรับของบุคลากรในระบบ

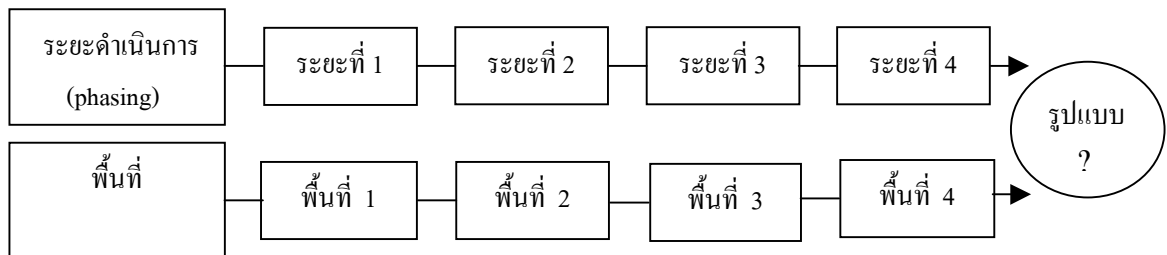
#### ทางเลือกการตัดสินใจ

จากทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ที่มีความหลากหลายของข้อเสนอเชิงโครงสร้างดังกล่าว อีกทั้งยังมีรายละเอียดปลีกย่อยในด้านการจัดการงบประมาณอีกเป็นจำนวนมาก ทำให้ทางเลือกรูปแบบต่าง ๆ มีรายละเอียดที่แตกต่างกันไปเป็นจำนวนมาก (ยังไม่รวมทางเลือกย่อย ๆ ที่เป็นไปได้ในรูปแบบอื่น ที่ไม่ใช่ทางเลือกหลัก) การตัดสินใจเลือกรูปแบบที่เหมาะสมในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ จึงมีทางเลือกเพื่อการตัดสินใจดังนี้

## ทางเลือกที่ 1

### เลือกรูปแบบเดียวที่เหมาะสมที่สุด

เลือกรูปแบบที่เหมาะสมที่สุด โดยคำนึงถึงความสามารถในการตอบสนองต่อเป้าหมายของการจัดระบบบริการสุขภาพของรูปแบบดังกล่าว อีกทั้งความเหมาะสมที่ดำเนินการได้ในทุกพื้นที่ โดยการเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียจากแง่มุมต่างๆ กำหนดแผนและขั้นตอนที่เหมาะสมในการดำเนินการ อาจจะเริ่มต้นจากบางพื้นที่แล้วขยายผลออกไปจนครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด



ภาพที่ 2.17 ทางเลือกรูปแบบเดียวที่เหมาะสมที่สุด

ที่มา: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข  
 สำนักวิชาการสาธารณสุข *กระจายอำนาจด้านสุขภาพ ทางเลือกและการวิเคราะห์*  
 เอกสารวิชาการชุด “กระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ฉบับที่ 1 สำนักพิมพ์มูลนิธิ  
 โคมลศิริทอง 2543

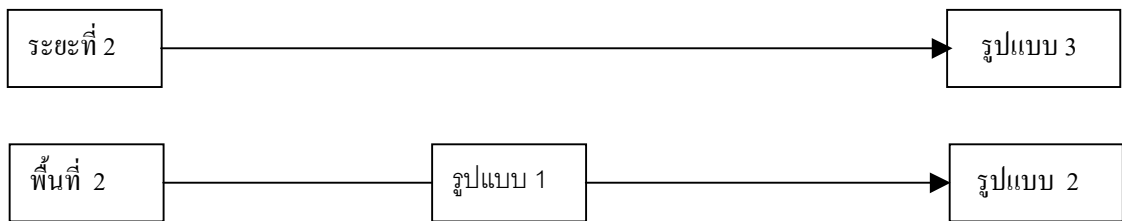
**ข้อดี :** มีความเป็นเอกภาพของระบบเนื่องจากใช้รูปแบบเดียวกัน การบริหารการเปลี่ยนแปลงทำได้ง่าย มีช่วงห่างให้เตรียมการในระหว่างเปลี่ยนแปลงโดยการแบ่งเป็นระยะของการดำเนินงาน หรือเริ่มจากพื้นที่ที่มีความพร้อมก่อนแล้วค่อยขยายออกไป

**ข้อจำกัด :** รูปแบบที่เลือกอาจไม่เหมาะสมกับข้อเท็จจริงที่แต่ละพื้นที่มีความหลากหลายค่อนข้างมาก การกำหนดเป้าหมายรูปแบบที่ตายตัว จะทำให้ขาดความยืดหยุ่นที่จะปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป กรณีที่รูปแบบที่เสนอแตกต่างจากโครงสร้างที่เป็นอยู่ปัจจุบันค่อนข้างมาก อาจมีปัญหาการปรับเปลี่ยนของพื้นที่ที่อยู่ในระยะดำเนินการระยะแรก ๆ เนื่องจากต้องเปลี่ยนแปลงอย่างมาก (Radical Change) โดยไม่มีรูปแบบในระยะผ่าน (Transitional Model)

## ทางเลือกที่ 2

### รูปแบบที่หลากหลายระหว่างพื้นที่

ทางเลือกนี้ยอมรับว่า พื้นที่ต่างๆ มีความแตกต่างที่หลากหลายและรูปแบบที่เหมาะสม (Optimal Model) กับแต่ละพื้นที่อาจจะแตกต่างกัน รูปแบบในแต่ละพื้นที่อาจจะมีการเปลี่ยนแปลง เมื่อเงื่อนไขต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงไป



ภาพที่ 2.18 ทางเลือกรูปแบบที่หลากหลายระหว่างพื้นที่

ที่มา: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข  
 สำนักวิชาการสาธารณสุข *กระจายอำนาจด้านสุขภาพ ทางเลือกและการวิเคราะห์*  
 เอกสารวิชาการชุด “กระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ฉบับที่ 1 สำนักพิมพ์มูลนิธิ  
 โคมลศิริทอง 2543

**ข้อดี :** มีความหลากหลายของรูปแบบทำให้สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นของแต่ละพื้นที่ มีความยืดหยุ่นที่จะเปลี่ยนแปลงรูปแบบ

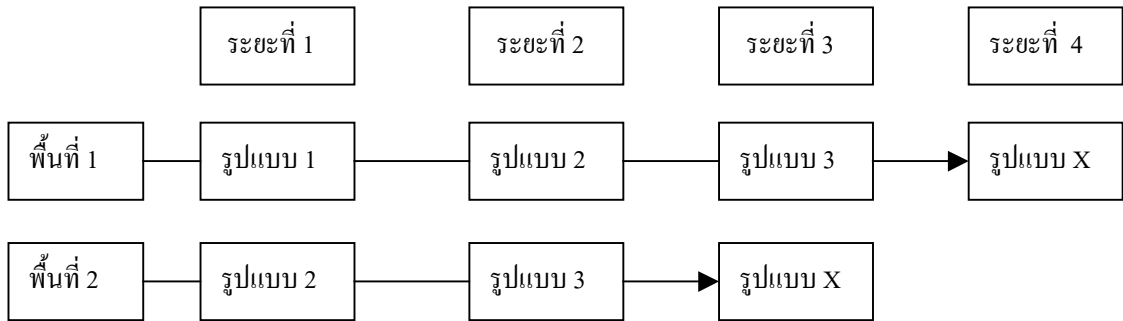
**ข้อจำกัด :** ขาดความเป็นเอกภาพของระบบ การบริหารการเปลี่ยนแปลงอาจจะยุ่งยาก เนื่องจากต้องการการเตรียมความพร้อมที่แตกต่างกัน อาจเกิดความสับสนในบทบาทของกลไกต่างๆ ของรัฐ ส่วนกลาง

## ทางเลือกที่ 3

### รูปแบบที่เหมาะสมในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลง

ทางเลือกนี้ มองรูปแบบต่าง ๆ ที่มีการนำเสนอว่ามีบางรูปแบบที่เหมาะสมที่สุด รูปแบบอื่นๆ จะเป็นรูปแบบในระยะผ่าน (Transitional Model) รูปแบบที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างน้อยที่สุดจะเป็นทางเลือกในระยะแรก ส่วนรูปแบบที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างมากที่สุดเป็นทางเลือกในระยะสุดท้าย โดยที่แต่ละพื้นที่สามารถเลือกรูปแบบได้ตามความเหมาะสม เมื่อถึง

กำหนดระยะเวลาจะต้องมีการเปลี่ยนโครงสร้างรูปแบบจนถึงระยะสุดท้าย ก็จะได้รูปแบบที่คาดหวังไว้ ดังตัวอย่าง



ภาพที่ 2.19 ทางเลือกรูปแบบที่เหมาะสมในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลง

ที่มา: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข  
 สำนักวิชาการสาธารณสุข *กระจายอำนาจด้านสุขภาพ ทางเลือกและการวิเคราะห์*  
 เอกสารวิชาการชุด “กระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ฉบับที่ 1 สำนักพิมพ์มูลนิธิ  
 โคมลคิมทอง 2543

**ข้อดี :** เป็นการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มีทางเลือกให้ตัดสินใจในแต่ละระยะของการเปลี่ยนแปลง มีโอกาสได้เลือกรูปแบบตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ มีรูปแบบที่เป็นเป้าหมายสุดท้ายที่ชัดเจนทำให้ง่ายต่อการเตรียมการ

**ข้อจำกัด :** การกำหนดรูปแบบที่เป็นเป้าหมายสุดท้ายอย่างตายตัว อาจมีปัญหาคงความยืดหยุ่นเมื่อสถานการณ์ต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป หรือเมื่อมีประสบการณ์และองค์ความรู้มากขึ้นจากการดำเนินงาน การกำหนดรูปแบบในระยะผ่านที่ตายตัว (เช่น กำหนดว่าจะต้องเปลี่ยนจากรูปแบบ 1 ไปเป็นรูปแบบ 2 และรูปแบบ 3... เท่านั้น) อาจเกิดปัญหาเนื่องจากการคิดแบบกลไกจนเกินไป การเปลี่ยนผ่านในแต่ละระยะอาจไม่เป็นการปรับเปลี่ยนที่สมบูรณ์แบบ อาจจะเป็นการผสมลักษณะของรูปแบบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างอิสระ

**เปรียบเทียบทางเลือกการตัดสินใจต่าง ๆ**

ทางเลือกการตัดสินใจต่าง ๆ หากพิจารณาเปรียบเทียบโดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่าง ความเป็นเอกภาพของระบบ (Unity) กับความหลากหลายและยืดหยุ่นของรูปแบบ



(Diversity and Flexibility) รวมทั้งความเป็นไปได้ (Feasibility) ทางด้านองค์กร ระยะเวลาและวัฒนธรรมการปฏิบัติ ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 การเปรียบเทียบทางเลือกการตัดสินใจต่างๆ

องค์ประกอบ	ทางเลือก ที่ 1	ทางเลือก ที่ 2	ทางเลือก ที่ 3
ความเป็นเอกภาพ (unity)	+++	+	++
ความหลากหลาย (diversity)	+	+++	++
ความยืดหยุ่นในการตัดสินใจ (flexibility)	+	+++	++
ความเหมาะสมกับพื้นที่ (locality)	+	+++	++
ความเหมาะสมกับเวลา (timing)	++	++	++
ความยากง่ายในการบริหารการเปลี่ยนแปลง(feasibility)	+++	+	++

ที่มา:สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข  
สำนักวิชาการสาธารณสุข *กระจายอำนาจด้านสุขภาพ ทางเลือกและการวิเคราะห์*  
เอกสารวิชาการชุด“กระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ฉบับที่ 1 สำนักพิมพ์มูลนิธิ  
โกมลคีมทอง 2543

#### กระบวนการและขั้นตอนที่สำคัญในการกระจายอำนาจ

นอกจากการเลือกรูปแบบและขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพแล้ว ยังมีกระบวนการและขั้นตอนอีกมากที่จะต้องดำเนินการเพื่อให้การกระจายอำนาจดังกล่าวเกิดขึ้นบนพื้นฐานของความพร้อมในระดับหนึ่ง การเตรียมการดังกล่าวยังเป็นการป้องกันผลกระทบทางลบ ที่อาจเกิดขึ้นจากความไม่พร้อมในการกระจายอำนาจที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้นนี้ กระบวนการดังกล่าวมีความจำเป็น ไม่ว่าจะเลือกรูปแบบใดในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพก็ตาม กระบวนการดังกล่าวได้แก่

1. การสร้างความเข้าใจกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลดีผลเสียของการกระจายอำนาจในลักษณะต่างๆ และพัฒนากลไกที่จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความเห็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างองค์กรในภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มประชาคมต่าง ๆ

2. การพัฒนาความเข้มแข็งและความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้คำนึงถึงความแตกต่างและความเฉพาะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ต่าง ๆ โดยใช้กระบวนการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

3. การจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นองค์กรพื้นฐานที่จำเป็นในทุกรูปแบบของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ บทบาทของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ที่สำคัญ คือ การระดมบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในพื้นที่ (ผู้แทนรัฐบาลกลาง ผู้แทนท้องถิ่น กลุ่มประชาคมต่าง ๆ ฯลฯ) มาร่วมกันกำหนดและบริหารนโยบายสุขภาพร่วมกัน การจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ จึงไม่ใช่การพยายามให้เกิดองค์กรทางนิติบัญญัติโดยมีกฎหมายรองรับเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงการสร้างวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีต่าง ๆ ด้วย

4. การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลทั้งในการปรับบทบาท ปรับเปลี่ยนโครงสร้าง และการปรับทัศนคติของบุคลากร ให้เอื้อต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบที่บริหารภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรมหาชน

5. การปรับโครงสร้างและระบบบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถบริหารได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส ประชาชนสามารถตรวจสอบได้ นอกจากนี้ยังต้องพัฒนาโครงสร้างให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่าง ๆ

6. การปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่ส่วนกลาง และหน่วยงานต่างๆ ที่อยู่ในส่วนภูมิภาค เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ศูนย์วิชาการต่างๆ ฯลฯ เพื่อให้สามารถสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรท้องถิ่นในบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. การปฏิรูประบบงบประมาณ และระบบบริหารบุคคล (โดยเฉพาะการบริหารบุคคลภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ให้เกิดความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ โดยสามารถจูงใจผู้บริหารหน่วยงานและบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานโดยใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เช่น การพัฒนาระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์ (Performance Based Budgeting System) โดยจัดสรรงบประมาณเป็น Block Grant การมีระบบบริหารบุคลากรสายอาชีพขึ้นเป็นการเฉพาะ (เช่น มีคณะกรรมการข้าราชการสาธารณสุข)

8. การปฏิรูประบบการเงินการคลังสุขภาพ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับระบบบริการสุขภาพ มีความจำเป็นต้องปฏิรูประบบการประกันสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพและเกิดความเท่าเทียม โดยสามารถครอบคลุมประชาชนทุกคนในที่สุด (Universal Coverage of Health Insurance) และมีกลไกที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการด้วย พร้อมกันนั้นต้องพิจารณาถึงกลไกที่ท้องถิ่นจะเข้ามามีส่วนร่วมในระบบดังกล่าวด้วย

## ประเด็นที่พิจารณาในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

### 1. ด้านคุณภาพบริการ (Quality of Service)

1.1 ความเชื่อมโยงระหว่างระดับของสถานบริการ (Linkage and Continuity of Care) รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน นิยมที่จะจัดแยกบริการเป็นระดับๆ ตามความยากง่าย และปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน คือแยกเป็นจัดบริการปฐมภูมิ (เช่นบริการที่จัดโดยสถานีอนามัย) ทติยภูมิ (รพ.อำเภอ) และตติยภูมิ (รพ.จังหวัด) แต่เชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) เป็นสิ่งที่เรียกกันว่า “ระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ” (Integrated Health Care System) ผู้ป่วยต้องได้รับการบริการขั้นแรกที่สถานีอนามัย หากความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินขีดความสามารถของสถานีอนามัย ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลจังหวัดตามลำดับ การเจ็บป่วยและความจำเป็นที่ต้องได้รับการบริการในแต่ละครั้ง จึงยากที่จะคาดเดาได้ว่าจะเป็นสิ้นสุดที่การบริการระดับใด ปัญหาการขาดความเชื่อมโยงของสถานพยาบาลจึงอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตามความจำเป็นได้

1.2 ความผสมผสานในการให้บริการ (Integration of Service) บริการด้านสุขภาพควรมีลักษณะที่ผสมผสานบริการรักษาพยาบาลกับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้การบริการมีลักษณะเบ็ดเสร็จโดยดูแลทั้งครอบครัว ไม่แยกการดูแลเป็นส่วนๆ (Fragmentation) รวมทั้งบริการควรมีลักษณะเป็นองค์รวม (Holistic Care) ที่ดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม

1.3 คุณภาพเชิงเทคนิค (Technical Quality) บริการสุขภาพเป็นบริการที่ต้องอาศัยความสามารถเชิงวิชาชีพสูง ประกอบด้วยบุคลากรหลายวิชาชีพที่ต้องทำงานร่วมกัน ภายใต้มาตรฐานที่เหมาะสม ประชาชนทั่วไปอาจจะเข้าใจมาตรฐานดังกล่าวได้ไม่มากนัก ดังนั้น การดูแล ควบคุม กำกับ และการพัฒนาคุณภาพโดยบุคลากร หรือองค์กรวิชาชีพ จึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สูงสุดต่อสุขภาพประชาชน

### 2. ด้านประสิทธิภาพของระบบ (System Efficiency)

2.1 ประสิทธิภาพเชิงขนาด (Economies of Scales) ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ ขนาดที่เหมาะสมในการดำเนินงานมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพ เนื่องจากหน่วยบริการที่มีขนาดใหญ่เพียงพอ จะช่วยลดต้นทุนต่อหน่วยบริการ โดยสามารถเฉลี่ยต้นทุนไปสู่ผู้รับบริการจำนวนมาก เป็นการเพิ่มความคุ้มค่า การจัดให้มีโรงพยาบาลเพื่อให้บริการแก่ชุมชนที่มีขนาดเล็ก (เช่น ประชาชนในระดับตำบล) จึงประเด็นที่ควรพิจารณา เพราะเป็นลงทุนที่สูง แต่จำนวนผู้ใช้บริการไม่มากนัก อาจเกิดปัญหาประสิทธิภาพในการลงทุน

2.2 ผลกระทบภายนอก (Externality) บริการสุขภาพที่จัดในพื้นที่หนึ่ง อาจส่งผลกระทบต่อทางด้านบวกหรือด้านลบ ต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ข้างเคียง เช่นการควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด การกระจายอำนาจการจัดบริการดังกล่าวซึ่งอาจกระทบต่อประสิทธิภาพของการจัดบริการ (เช่นการควบคุมโรคติดต่ออาจล้มเหลว หากพื้นที่หนึ่งดำเนินการ ขณะที่พื้นที่ข้างเคียงไม่ดำเนินการ

3. ด้านการตอบสนองความต้องการ และการตรวจสอบจากชุมชน (Responsiveness and Accountability)

3.1 ด้านการตอบสนองความต้องการของชุมชน (Responsiveness) ความต้องการด้านสุขภาพ(Demand) ของประชาชนอาจจะไม่ใช่ความจำเป็นทางด้านสุขภาพ (Health Need)ที่แท้จริงก็ได้เช่นประชาชนอาจต้องการได้รับยาฉีด หรือการวินิจฉัยบางอย่างเมื่อเจ็บป่วย (ตัวอย่างเช่น การตรวจเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์) ทั้งที่อาจจะเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องการเพียงการพักผ่อนที่เพียงพอเท่านั้น การกระจายอำนาจด้านสุขภาพจึงต้องระมัดระวัง ที่จะไม่ให้ระบบบริการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน โดยที่ไม่ใช่เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อสุขภาพ

3.2 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพไม่ได้เป็นหลักประกันว่าประชาชนและชุมชนจะสามารถมีส่วนร่วม และตรวจสอบการจัดบริการได้มากขึ้นเสมอไป ขึ้นอยู่กับว่าหน่วยงานที่รับการกระจายอำนาจมีระบบการบริหารงานที่โปร่งใส (Transparency) และเอื้อต่อการเข้ามามีส่วนร่วม และการตรวจสอบของชุมชนอย่างไร อีกด้านหนึ่งคือประชาชนเองในชุมชนนั้นมีความตื่นตัวตระหนักในสิทธิและหน้าที่ รวมทั้งศักยภาพเพื่อทำหน้าที่เหล่านั้นเพียงใด

4. ด้านความเสมอภาค (Equity)

ความเสมอภาค (Equity) การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ไม่ควรจะมีผลกระทบในด้านลบต่อความเสมอภาค ซึ่งประกอบด้วย ความเสมอภาคในการเข้าถึงและการใช้บริการตามความจำเป็นด้านสุขภาพ (ความเสมอภาคในแนวราบ-Horizontal Equity) หรือการที่ประชาชนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายตามความสามารถที่จะจ่าย (ความเสมอภาคในแนวตั้ง – Vertical Equity ) รัฐบาลกลางจึงจำเป็นต้องกำหนดมาตรฐาน และควบคุมกำกับแบบระบบสุขภาพโดยรวม ไม่ให้ประชาชนในพื้นที่ต่างๆ มีความแตกต่างด้านความเสมอภาคจนเกินไป

5. ด้านความยั่งยืนและการยอมรับ (Sustainability and Acceptability)

5.1 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ จะนำไปสู่ระบบสุขภาพที่มีความยั่งยืน หน่วยงานที่ได้รับการกระจายอำนาจจะต้องมีความมั่นคงพอสมควร ความมั่นคงขององค์กรจะขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการ ระบบการเมืองท้องถิ่นที่พัฒนาถึงระบบหนึ่ง ความอยู่รอดทางการเงิน และการมี

ส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน รวมทั้งการสนับสนุนจากรัฐ การกระจายอำนาจไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่พร้อม อาจนำไปสู่ระบบที่ขาดความมั่นคงในอนาคตได้

5.2 รูปแบบการกระจายอำนาจที่ได้รับการยอมรับจากบุคลากรสุขภาพ และการยอมรับจากประชาชนในชุมชนผู้รับบริการ จะมีอุปสรรคน้อยลง และจะนำไปสู่ระบบที่มีความยั่งยืนในที่สุด การกระจายอำนาจอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอน(Phasing) โดยมีการเตรียมการที่เหมาะสม ทั้งการเตรียมระบบย่อยที่เกี่ยวข้องทุกระบบไปจนถึงการเตรียมคนในระบบ และชุมชน จะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการยอมรับมากขึ้น (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2543: 9-12)

มีความเชื่อว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะทำให้บริการสุขภาพตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นต่างๆมากขึ้น และเกิดประสิทธิภาพในการจัดระบบสุขภาพ การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ.2542 ควรถือเป็น โอกาสในการสร้างหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าให้กับประชาชนไทยทุกคนพร้อมกันไปด้วย โดยเสนอทางเลือกว่า ควรกระจายอำนาจทางการคลังของการจัดซื้อบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนที่อยู่ภายใต้ สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัยและวินัย ลิสมิทธิ์ 2543ก: 268)

การกระจายอำนาจไม่ใช่ “เป้าหมาย” ของการเปลี่ยนแปลง การกระจายอำนาจเป็นเพียง “เครื่องมือบริหาร” เครื่องมือหนึ่ง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้นเท่านั้น โดยนำมาใช้แทนวิธีบริหารแบบรวมอำนาจที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เครื่องมือดังกล่าวจำเป็นต้องพิจารณาอย่างเหมาะสม โดยดูจากเงื่อนไขของโครงสร้างระบบและบุคคลที่เกี่ยวข้อง (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2543: 3)

## 7. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ

สาเหตุที่ประเทศต่างๆ สนใจประเด็นการกระจายอำนาจทางสาธารณสุข เพราะการกระจายอำนาจให้ประโยชน์หลายประการดังนี้ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย 2538: 196-197)

7.1 สามารถจัดองค์กรที่ดูแลสุขภาพได้ง่ายขึ้น เมื่อกระจายอำนาจให้พื้นที่ปกครอง ช่วยรับผิดชอบกิจการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสาธารณสุขมูลฐาน การดูแลเบื้องต้น

7.2 การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการแก้ปัญหาสุขภาพมากขึ้นสามารถเลือกดำเนินการ โครงการเฉพาะที่แก้ปัญหาของท้องถิ่นได้

7.3 การกระจายอำนาจสามารถลดรายจ่ายด้านสุขภาพลงได้ เพราะลดความซ้ำซ้อนของการจัดบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาโรคที่ซับซ้อน โดยให้บริการเฉพาะที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ

7.4 ช่วยลดความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค ระหว่างเมืองกับชนบท ทั้งความแตกต่างของสถานะสุขภาพ และการจัดบริการสาธารณสุข โดยการเลือกวิธีจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม

7.5 สามารถประสานกิจกรรมระหว่างรัฐ และองค์กรของรัฐ และองค์กรภาคเอกชนได้อย่างใกล้ชิดขึ้น

7.6 กระทรวงสาธารณสุขสามารถทำบทบาทงานนโยบายและวางแผนงานสาธารณสุขได้อย่างเต็มที่ เพราะลดภาระด้านการบริหาร และลดภาระงานประจำที่ไม่จำเป็นลงได้

7.7 การทำแผนงานสาธารณสุขไปปฏิบัติ สามารถทำได้ดียิ่งขึ้น เพราะลดกฎระเบียบควบคุมทางบริหารจากส่วนกลางลง

7.8 ช่วยกระตุ้นการคลังของชุมชน และช่วยให้ชุมชนสามารถควบคุมกิจการ ตลอดจนบุคลากรของการบริการสาธารณสุขขึ้นต้นได้ดีขึ้น

7.9 การประสานงานระหว่างสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่นดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะรัฐบาลส่วนท้องถิ่น และการพัฒนาชนบท

7.10 การกระจายอำนาจยังเหมาะสมกับพื้นที่ที่ห่างไกล เดินทางและติดต่อไม่สะดวก เพราะไม่ต้องรอการตัดสินใจจากส่วนกลาง

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ พบว่า กลุ่มประเทศ นอร์ดิค ได้แก่ นอร์เวย์ สวีเดน ฟินแลนด์ เดนมาร์ก และไอซ์แลนด์ ถือเป็นกลุ่มประเทศที่มีการกระจายอำนาจมากที่สุด โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ ระดับจังหวัด(County) จะรับผิดชอบภารกิจระดับโรงพยาบาล เนื่องจากครอบคลุมประชากรที่มากพอ ระดับเทศบาลท้องถิ่น(Municipality)รับผิดชอบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิบางส่วน และรับผิดชอบด้านบริการสังคมแก่ผู้เป็นโรคเรื้อรัง พิการ หรือสูงอายุ ประเทศฟินแลนด์ไม่มีระดับจังหวัด มีเทศบาลท้องถิ่นระดับเดียวซึ่ง ต้องรับผิดชอบ จัดหาบริการสุขภาพทั้งหมดให้แก่ประชาชนในเขต แต่ต้องรวมกันหลายเทศบาลท้องถิ่น จึงจะมีสัก 1 โรงพยาบาล และเทศไอซ์แลนด์ มีขนาดเล็กมาก การจัดการบริการระดับสูงกว่าปฐมภูมิจะเป็นหน้าที่ของรัฐบาลกลาง

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ไม่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชากร 40 ล้านคนยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ จะมีแบ่งภารกิจด้านสุขภาพระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลของมลรัฐ โดยรัฐบาลกลางรับผิดชอบเฉพาะการคลังสุขภาพของสวัสดิการรักษาสูงอายุ

(Medicare) ส่วนรัฐบาลของมลรัฐจะรับผิดชอบเฉพาะการคลังสุขภาพของสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย และผู้พิการ(Medicaid)

ประเทศอังกฤษมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐบาลกลางเป็นผู้รับผิดชอบด้านการคลังด้วยระบบภาษีอากรทั่วไป (General Tax) และรับผิดชอบการจัดบริการสุขภาพด้วย รัฐบาลท้องถิ่นมีบทบาทน้อยมาก จะรับผิดชอบเฉพาะการดูแลสวัสดิการสังคม เช่นการดูแลผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน

ประเทศสวีเดน รัฐบาลกลางรับผิดชอบนโยบายสาธารณสุข และสบทบเงินเพื่อสนับสนุนเพื่อการคลังสุขภาพแก่รัฐบาลท้องถิ่น รัฐบาลท้องถิ่นระดับจังหวัดรับโอนภารกิจด้านสุขภาพมาทั้งหมด

ประเทศออสเตรเลีย รัฐบาลกลางสร้างหลักประกันถ้วนหน้า ด้วยภาษีสุขภาพ (Health Tax) โดยคุ้มครองการจ่ายค่าธรรมเนียมแพทย์ ค่ายาผู้ป่วยนอก รัฐบาลท้องถิ่น (ระดับรัฐ) รับผิดชอบการคลังด้านสุขภาพของการดูแลผู้ป่วยใน และสมทบกับรัฐบาลกลางกรณีผู้ป่วยนอก (ศุภสิทธิ์ พรณารุ โณทัยและวินัย ลีสมิติ 2543ก: 268-270)

ประเทศฟิลิปปินส์ เริ่มมีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในปี 2535 ภายใต้กรอบกฎหมายโดยกระทำอย่างรวดเร็ว ร้อยละ 90 ของจำนวน โรงพยาบาลจะถูกถ่ายโอนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใน 7 ปี มีการเคลื่อนไหวในหมู่โรงพยาบาลที่ต้องการกลับเข้าสู่การปกครองส่วนกลาง(Re-centralization) เพื่อแก้ปัญหาหนี้สินของโรงพยาบาล และการบริหารจัดการที่เหมาะสมกว่า (ศุภสิทธิ์ พรณารุ โณทัย และวินัย ลีสมิติ 2543ข: 22)

## 8. ผลกระทบต่อผู้บริหารต่อการกระจายอำนาจ

ในภาพรวมการถ่ายโอนภารกิจของรัฐให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้พิจารณาถ่ายโอนทั้งภารกิจ งบประมาณ และบุคลากร ภายในช่วงเวลาที่กำหนดโดยไม่จำเป็นต้องดำเนินการถ่ายโอนไปพร้อมกัน

ภารกิจที่ต้องโอนถ่ายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วย การสาธารณสุข และการรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการควบคุมโรคติดต่อ เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจไปแล้ว จะต้องมีการถ่ายโอนงบประมาณ และบุคลากรตามไปด้วย เพราะภารกิจดังกล่าวจะใช้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน และที่สำคัญประการหนึ่งคือในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะไม่มีบุคลากรเหล่านี้อยู่เลย ยกเว้นเฉพาะเทศบาลซึ่งจะมีส่วนของงานสาธารณสุขอยู่ แต่ก็จะมีปฏิบัติงานในเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมเท่านั้น และ ไม่มีศักยภาพในการดูแลงานด้านการรักษาพยาบาลเลย

นอกจากจะมีศักยภาพในการดูแลงานด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอแล้ว จำนวนของบุคลากรก็มีจำนวนน้อยด้วย

บุคลากรสาธารณสุขที่จะถูกถ่ายโอนไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นับเป็นตัวแปรที่สำคัญในการกระจายอำนาจ เพราะบุคลากรด้านสาธารณสุขนับเป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่งของระบบสาธารณสุขที่จะเป็นพลังขับเคลื่อนให้กระทรวงสาธารณสุข สามารถบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐานสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

การปรับปรุงโครงสร้างองค์กรกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2515 และ 2517 นับได้ว่าเป็นการปฏิรูปโครงสร้างองค์กรที่มีความสำคัญ กล่าวคือ

**1. การกระจายอำนาจทางการบริหาร** กล่าวคือมีการแบ่งอำนาจจากราชการบริหารส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขไปให้ผู้ว่าราชการจังหวัด โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ

**2. มีเอกภาพในการบังคับบัญชา** โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับจังหวัดกล่าวคือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่เป็นผู้บริหาร และควบคุมการดำเนินงานสาธารณสุขภายในจังหวัดให้เป็นไปตามนโยบาย

หลังจากการปฏิรูปโครงสร้างขององค์กรในปีพ.ศ. 2517 แล้ว กระทรวงสาธารณสุขก็ไม่ได้มีการปฏิรูปงานสาธารณสุขทั้งระบบอีกเลย อาจจะมีการปรับปรุงระบบย่อยเช่นการปรับปรุงโครงสร้างองค์การของกรมสุขภาพจิต และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แม้ว่าทิศทาง และแนวโน้มของการบริหารการพัฒนาสาธารณสุขจะมีความพยายามที่จะมอบและกระจายอำนาจสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น แต่ข้อเท็จจริงนั้นองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเองยังขาดวิสัยทัศน์ ทักษะ และประสบการณ์ที่จะบริหารจัดการในงานสาธารณสุขให้สัมฤทธิ์ผลอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตัวเอง ทั้งนี้เพราะข้อจำกัดของโครงสร้างองค์กร ทรัพยากรและเครื่องมือช่วยในการบริหารจัดการ ฉะนั้นหากรัฐมีแนวนโยบายที่จะเร่งรัด และเอาจริงเอจัง ในการกระจายอำนาจของการบริหารงานสาธารณสุขให้สัมฤทธิ์ผล อย่างแท้จริง รัฐคงต้องลงทุนในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ทั้งในส่วนที่เป็นข้าราชการ และส่วนของประชาชน รวมทั้งต้องพยายามเสาะหาเครื่องมือช่วยในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อให้องค์กรท้องถิ่นได้มีวิสัยทัศน์ ทักษะ และประสบการณ์ที่จะจัดการบริหารจัดการท้องถิ่นตนเองให้สัมฤทธิ์ผลอย่างมีประสิทธิภาพ

ทัศนคติของข้าราชการบางส่วนอาจจะยังไม่พร้อมที่จะยอมรับกับแนวทางการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นรวมทั้งไม่พร้อมที่จะยอมรับกับกรอบแนวคิดที่ให้ท้องถิ่นมีอำนาจในการบริหาร และปกครองท้องถิ่นตนเองอย่างแท้จริง ฉะนั้นรัฐควรจะทำให้ความสนใจ และตระหนักถึงความ



สำคัญของข้อจำกัด รวมทั้งสรรหากลยุทธการที่เหมาะสม กับข้อจำกัดดังกล่าวนี้ด้วย (ประยงค์ เต็มชวลา 2540ก: 127)

เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจไปสู่องค์กรส่วนท้องถิ่นแล้ว กระทรวงสาธารณสุขจะต้อง

1. ปรับบทบาทที่ส่วนกลาง และหน่วยงานต่างๆที่อยู่ในส่วนภูมิภาค เช่นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์วิชาการต่างๆ เพื่อให้สามารถสนับสนุนการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การปฏิรูประบบงบประมาณ และระบบบริหารงานบุคคล (โดยเฉพาะการบริหารงานบุคคลภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ให้เกิดความคล่องตัว และมีประสิทธิภาพ โดยสามารถจูงใจผู้บริหารหน่วยงาน และบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานโดยใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เช่นการพัฒนาระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์ (Performance Based Budgeting System) โดยจัดสรรงบประมาณเป็น Block Grant การมีระบบบริหารบุคลากรสายวิชาชีพขึ้นมาเป็นการเฉพาะ

3. การปฏิรูประบบการเงินการคลังสุขภาพ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิดกับระบบบริการสุขภาพ มีความจำเป็นต้องปฏิรูประบบการประกันสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพและเกิดความเท่าเทียม โดยสามารถครอบคลุมประชาชนทุกคนในที่สุด (Universal Coverage of Health Insurance) และมีกลไกที่เสริมการพัฒนาคุณภาพบริการด้วย พร้อมกันนั้นต้องพิจารณาถึงกลไกที่ท้องถิ่น จะเข้ามามีส่วนร่วมในระบบดังกล่าวด้วย (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2543: 39)

ผลการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะทำให้บทบาทของผู้บริหารในระดับต่างๆเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทั้งด้านภารกิจ การบริหารบุคคล การบริหารงบประมาณ และจะต้องปรับบทบาทตนเองใหม่ ให้สามารถประสาน และทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อประชาชนจะได้รับการบริการสุขภาพสูงสุด

ในขณะเดียวกันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะต้องมีความพร้อมในการรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพด้วย แต่ในข้อเท็จจริงพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเอง ยังขาดวิสัยทัศน์ ทักษะ และประการณ์ที่จะบริหารจัดการในงานสาธารณสุขให้สัมฤทธิ์ผลอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ทั้งนี้เพราะข้อจำกัดของโครงสร้างองค์กร ทรัพยากร และเครื่องมือช่วยในการบริหารจัดการ (ประยงค์ เต็มชวลา 2540ก: 127)

## 9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 9.1 อายุ

การที่บุคคลจะใช้เหตุผลในการเลือกที่จะกระทำหรือการเลือกที่จะไม่กระทำ พฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งนั้นจะอาศัยการเรียนรู้ทางสังคมที่จะให้ค่าความสำคัญแก่ลักษณะของสถานการณ์โดยมีต้นเหตุมาจากอิทธิพลของสังคมหรือสิ่งแวดล้อม และนักทฤษฎีการเรียนรู้สามารถพิสูจน์ได้ว่า ความคิดเห็นและการกระทำต่างๆของมนุษย์นั้นสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามความเหมาะสมของสถานการณ์โดยไม่จำกัดอายุ กล่าวคือ ผู้มีอายุน้อยกับผู้มีอายุมากจะมีการรับรู้สิ่งใหม่ การตัดสินใจและความคิดเห็นที่แตกต่างกัน (ดวงเดือน พันธุพานิช 2526: 108; รัฐ จำปาทอง 2528: บทคัดย่อ; จีราวรรณ พิเศษสกุลกิจ 2534: 76-79)

### 9.2 เพศ

สังคมไทยมีแนวโน้มที่จะอบรมเลี้ยงดูเพศหญิงให้อ่อนโยน สุภาพ เรียบร้อย ในขณะที่เพศชายจะได้รับการอบรมให้มีความเข้มแข็ง และโดยธรรมชาติ เพศชายและเพศหญิงมีลักษณะแตกต่างกัน ทั้งโครงสร้าง ทางร่างกาย และจิตใจ ลักษณะเช่นนี้ย่อมมีผลต่อบุคลิกภาพ ทัศนคติ แนวคิด และพฤติกรรมที่แตกต่างกัน (จารุลักษณ์ ประเสริฐวณิช 2530: 94; วไลลักษณ์ โหระฐาน 2535: 148)

### 9.3 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษามีอิทธิพลมากต่อการแสดงความคิดเห็น เพราะเป็นการจัดประสบการณ์ให้กับบุคคล การเรียน การศึกษาเป็นแนวทางอันหนึ่งที่บุคคลจะเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้สึก ความคิดเห็น เพราะได้เรียนบางสิ่งบางอย่างเพิ่มเติม หรือเปลี่ยนความรู้ที่มีอยู่เดิม การคิดหรือกระทำกิจกรรมบางอย่างจึงผิดไปจากเดิม หรืออาจเปลี่ยนทัศนคติ ความคิดเห็นในบางเรื่องจากแนวคิดดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่า การศึกษาน่าจะเป็นปัจจัยที่มีผลก่อให้เกิดความแตกต่างในด้านความรู้ และความคิดเห็นของแต่ละบุคคล โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงกว่าย่อมมีความรู้ ความคิดเห็น ความพอใจ ความเชื่อ และการกระทำแตกต่างจากผู้ที่มีการศึกษาที่อยู่ในระดับต่ำกว่า (สุชา จันทร์อม 2527: 152; ศิริ ศิริวัลย์ 2532: 134; ชลธิชา ตั้งอัน 2534: 224)

### 9.4 รายได้ต่อเดือน

ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงเพียงพอต่อการดำรงชีพ จะมีความสุขทางกาย สบายใจต่อการปฏิบัติงาน ทำให้มีเวลาศึกษา ค้นคว้าข้อมูลข่าวสารใหม่ๆอยู่เสมอ ซึ่งจะสะสมประสบการณ์ทางความคิดมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำและไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว จะต้องขวนขวายหาทางประกอบอาชีพเสริมเพิ่มเติมนอกจากการทำงานประจำ ซึ่งจะทำให้มีเวลาศึกษา

หรือค้นคว้าข้อมูลข่าวสารใหม่ๆลดน้อยลง จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้มีรายได้อ่อนแอแตกต่างกัน จะมีความรู้ ความคิดเห็นในเรื่องหนึ่งๆแตกต่างกัน (รัฐ จำปาทอง 2528 : 124; สุริย์ ชัมเจริญ 2532:105; อรวรรณ เย็นใจ 2535 : 151)

### 9.5 อายุราชการ

ข้าราชการที่ทำงานเป็นระยะเวลานานจะสะสมประสบการณ์ทำงานได้มาก เนื่องจากต้องปฏิบัติในขั้นต้นตั้งแต่รับราชการใหม่ๆ ต่อมาทำงานแล้วมีผลงานที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานก็จะได้เลื่อนระดับในตำแหน่งสูงขึ้น เมื่อกาลเวลาเปลี่ยนไป วัฒนธรรม การเมือง และสังคมก็เปลี่ยนไปด้วยเช่นกัน ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าราชการที่มีอายุราชการมากกว่าจะมีความรู้ ความชำนาญ ความคิดเห็น การกระทำแตกต่างจากข้าราชการที่มีอายุราชการน้อยกว่า (จินตนา เลิศทวีสินธุ์ 2527: 88-89; สมพร อิทธิเดชพงษ์ 2530: 56)

### 9.6 ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง

ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งใดๆในระยะเวลาที่ต่างกันจะมีผลต่อความคิดเห็นต่อปัญหาและอุปสรรคในเรื่องนั้นแตกต่างกันไป เพราะว่าผู้ที่ดำรงตำแหน่งนานๆย่อมมีประสบการณ์ในการทำงานนาน จึงมีความรู้สึก และความคิดเห็นที่แตกต่างจากผู้ที่ยังดำรงตำแหน่งในระยะเวลาที่สั้นกว่า (สมโภชน์ สุวรรณรัตน์ 2523: บทคัดย่อ; ศรีปริญญา ฐปกระจ่าง 2529:บทคัดย่อ; สถาพร อิทธิพงษ์ 2536: บทคัดย่อ)

### 9.7 ความคิดเห็น

ความคิดเห็นเป็นการแสดงทางด้านความรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจ และความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยอาศัยพื้นฐานความรู้ การรับรู้ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อมเป็นส่วนช่วยในการแสดงความคิดเห็น ซึ่งความคิดเห็นของแต่ละบุคคลอาจจะเหมือนกันหรือแตกต่างกัน หรืออาจจะเป็นที่ยอมรับหรือปฏิเสธจากบุคคลอื่นก็ได้ (เรื่องเวทย์ แสงรัตน 2522: 20; สุโท เจริญสุข 2524: 58-59; ประสาท หลักลีลา 2529: 398-399)

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพผู้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ รายละเอียด การดำเนินการวิจัยมีดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล

#### 1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาความคิดเห็นเบื้องต้นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพผู้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งยังไม่มีการศึกษามาก่อน เก็บข้อมูลจากผู้บริหารสาธารณสุขทั้งหมดโดยใช้แบบสอบถาม เก็บข้อมูลครั้งเดียว (Cross – Sectional Study)

#### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ทั้งหมดจำนวน 232 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

2.1 ผู้บริหารระดับสูง ได้แก่คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 29 คน ประกอบด้วย

- |   |      |
|---|------|
| 2.1.1 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ | 1 คน |
| 2.1.2 นายแพทย์ 9 ด้านเวชกรรมป้องกัน           | 1 คน |
| 2.1.3 นักวิชาการสาธารณสุข 9 ด้านส่งเสริมพัฒนา | 1 คน |

2.1.4 เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 8	1 คน
2.1.5 หัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้างาน สสจ.ปช.	10 คน
2.1.6 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์	1 คน
2.1.7 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน	6 คน
2.1.8 สาธารณสุขอำเภอทั้งหมด	8 คน

## 2.2 ผู้บริหารระดับกลาง จำนวน 38 คน ประกอบด้วย

2.2.1 ผู้บริหารในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ 23 คน (ในกรณีที่บุคคลใดดำรงตำแหน่งหลายตำแหน่ง จะนับเฉพาะตำแหน่งสูงสุดเพียงตำแหน่งเดียว) ได้แก่

1) ผู้ช่วยผู้อำนวยการ	1 คน
2) รองผู้อำนวยการฝ่ายต่างๆ	3 คน
3) หัวหน้ากลุ่มงานและหัวหน้าฝ่าย	19 คน

2.2.2 ผู้อำนวยการกอง/หัวหน้าฝ่ายสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อม จากเทศบาลทุกระดับ ทั้งหมด จำนวน 15 คน

## 2.3 ผู้บริหารระดับต้น จำนวน 165 คน ประกอบด้วย

2.3.1 หัวหน้าสถานีอนามัย 80 คน

2.3.2 หัวหน้าฝ่ายและหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลชุมชน 49 คน

2.3.3 หัวหน้างานในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ 36 คน

ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 207 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 89.22 อัตราการตอบแบบสอบถามกลับคืนมาถือว่าอยู่ในระดับดีมาก เพราะได้กลับคืนมามากกว่าร้อยละ 70 (Babbie,1973:165อ้างถึงใน ธวัชชัย วรพงศธร 2543:303) แยกแบบสอบถามตามระดับผู้บริหาร พบว่า ผู้บริหารระดับสูงตอบกลับคืนมา 26 ฉบับ จากจำนวนทั้งหมด 29 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 89.66 ผู้บริหารระดับกลางตอบกลับคืนมา 30 ฉบับ จากจำนวนทั้งหมด 38 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 78.95 และ ผู้บริหารระดับต้นตอบกลับคืนมา 151 ฉบับ จากจำนวนทั้งหมด 165 คน คิดเป็นร้อยละ 91.52

ดังนั้นจึงได้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 207 คน ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 การได้รับคืนแบบสอบถามจากผู้บริหาร

ระดับผู้บริหาร	จำนวนแบบสอบถาม ที่ส่งไป (ฉบับ)	จำนวนแบบสอบถามที่ได้รับ กลับคืน(ฉบับ)	คิดเป็นร้อยละ
ผู้บริหารระดับสูง	29	26	89.66
ผู้บริหารระดับกลาง	38	30	79.85
ผู้บริหารระดับต้น	165	151	91.52
รวมทั้งหมด	232	207	89.22

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม(Questionnaire)ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป ด้านคุณลักษณะทางประชากรของผู้บริหารสาธารณสุข ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ การศึกษาสูงสุด รายได้ทั้งหมดต่อเดือน อาชวราชการ การดำรงตำแหน่งในปัจจุบัน สถานที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหารสาธารณสุข

**ส่วนที่ 2** เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อรูปแบบทั้ง 4 รูปแบบ เกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีข้อความคำถามที่ระบุงค์ประกอบที่เป็นประเด็นที่สำคัญของแต่ละรูปแบบที่ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น 7 องค์ประกอบ และแต่ละองค์ประกอบมีคำถามย่อยดังนี้

- |   |             |        |
|---|-------------|--------|
| 1) ด้านคุณภาพการบริการ                            | มีคำถามย่อย | 4 ข้อ  |
| 2) ด้านประสิทธิภาพของระบบ                         | มีคำถามย่อย | 11 ข้อ |
| 3) ด้านการตอบสนองความต้องการและการตรวจสอบของชุมชน | มีคำถามย่อย | 4 ข้อ  |
| 4) ด้านความเสมอภาค                                | มีคำถามย่อย | 4 ข้อ  |
| 5) ด้านความยั่งยืน และการยอมรับ                   | มีคำถามย่อย | 7 ข้อ  |
| 6) ด้านการบริหารบุคคล                             | มีคำถามย่อย | 11 ข้อ |

## 7) ดัชนีการเงินการคลัง

มีคำถามช้อย่อย

5 ข้อ

การให้คะแนนความคิดเห็นในแต่ละข้อคำถาม กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน

โดยผู้ตอบจะต้องแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในทุกรูปแบบและทุกองค์ประกอบ

มีข้อคำถามปลายเปิดอีก 2 ข้อ ที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ เกี่ยวกับปัญหาของแต่ละรูปแบบ และรูปแบบที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าเหมาะสมที่สุด พร้อมแสดงเหตุผลประกอบ

แบบสอบถามดังกล่าวได้นำไปทดสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญด้านการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้เพื่อทดสอบความเที่ยงคงที่กับผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดชุมพร ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ใช้วิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest Method) นำผลมาหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างผลสอบวัดครั้งแรกกับครั้งหลัง ด้วย Pearson's Product Moment Correlation ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความเที่ยง (Reliability Coefficient) เท่ากับ 0.838 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่ดี เพราะมีค่าสูงกว่า 0.75 (นิรรัตน์ อิมามิ 2543:148) จึงสามารถสรุปได้ว่าแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งความตรง และความเที่ยงสามารถนำไปสอบถามเพื่อใช้ในการวิจัยได้

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ชี้แจงรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้รายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับวิธีการตอบแบบสอบถาม แก่ผู้บริหารทุกระดับ โดยใช้โอกาสที่มีประชุมประจำเดือน ณ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาล

ประจวบคีรีขันธ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ(ซึ่งได้ข้อตกลงกับสาธารณสุขอำเภอไว้ก่อนแล้วว่า ขอให้เหลือเวลาประชุมสิ้นเดือนของแต่ละอำเภอ อย่าประชุมพร้อมกัน เพื่อผู้วิจัยจะได้มีโอกาสไปชี้แจง)

สำหรับหัวหน้าฝ่ายและหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลชุมชนนั้น ผู้วิจัยได้ขอร้องให้เข้าร่วมประชุม และรับฟังคำชี้แจงภายในห้องประชุมของแต่ละโรงพยาบาลชุมชนนั้นๆ

เมื่อผู้วิจัยได้เดินทางไปชี้แจงแบบสอบถามให้แก่ผู้บริหาร ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแต่ละอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชนแต่ละอำเภอนั้น ได้โทรศัพท์ประสานกับผู้อำนวยการหรือหัวหน้าฝ่ายสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อมกับเทศบาลทุกระดับในอำเภอนั้น นัดหมายเวลา และไปชี้แจงแบบสอบถามเป็นรายบุคคล จนครบทั้ง 15 เทศบาล

หลังจากประชุมและอธิบายแล้ว จึงแจกแบบสอบถามให้ไปคิดและพิจารณาพร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยไว้ด้วย หากมีข้อสงสัย จะได้โทรศัพท์สอบถามได้อีก นัดเก็บแบบสอบถามหลังจากนั้น 2 สัปดาห์ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามส่งกลับทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยได้ติดตามไปไว้เรียบร้อยแล้ว

เมื่อครบ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับมา 80 ฉบับ จึงได้ติดต่อ และอธิบายเพิ่มเติมถึงความสำคัญของแบบสอบถามต่อผู้วิจัย กรณีได้แบบสอบถามกลับคืนมาน้อยเกินไป จะทำให้วิเคราะห์ข้อมูลไม่ได้ โดยใช้เวลารออีก 2 สัปดาห์ ได้แบบสอบถามเพิ่มเติมมาอีก 127 ฉบับ

ส่วนแบบสอบถามอีก 25 ฉบับ ได้ติดต่อทางโทรศัพท์ และไปพบส่วนตัวอย่างน้อย 3 ครั้งผู้บริหารบางรายปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยตรงไปตรงมา บางรายสัญญาว่าจะตอบมาให้แน่นอน หลังจากให้เวลารออีก 2 สัปดาห์ ก็ไม่ได้รับแบบสอบถาม จึงได้ตัดออกจากการวิจัย สรุปใช้เวลาเก็บรวบรวมแบบสอบถามนาน 6 สัปดาห์

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลมาจนครบแล้ว นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของข้อมูล เตรียมข้อมูล ในกรณีที่ผู้บริหารตอบข้อมูลไม่ครบถ้วน จะติดต่อสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์จนได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ และลงรหัส เพื่อนำไปคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC<sup>+</sup>



5.1 วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับลักษณะทั่วไป ปัจจัยส่วนบุคคล และความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพผู้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่ามัธยฐานเลขคณิต( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 การทดสอบสมมติฐานของค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้บริหารสาธารณสุข ที่มีลักษณะทางประชากรแตกต่างกันด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวและการทดสอบด้วยวิธีเซฟเฟ ที่ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติ 0.05

5.3 วิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของประชากรต่อรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพผู้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เรื่อง “การศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์” โดยสรุปผลดังนี้

#### 1.สรุปการวิจัย

**1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย** การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และศึกษาปัจจัยลักษณะประชากรที่มีความสัมพันธ์ต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของผู้บริหารสาธารณสุข

**1.2 วิธีดำเนินการวิจัย** ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้บริหารในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ทั้งหมดจำนวน 232 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านและทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest Method) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความเที่ยง (Reliability Coefficient) เท่ากับ 0.838 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามส่งกลับทางไปรษณีย์ ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 207 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 89.22 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ One-Way Analysis Of Variance

**1.3 ผลการวิจัย** ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 45.9 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 36.2 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.6 ปี เพศหญิง 116 คน ร้อยละ 56 เพศชาย 91 คน ร้อยละ 44 ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือ เทียบเท่า ร้อยละ 52.2 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาโท หรือ เทียบเท่าขึ้นไป ร้อยละ 24.2 มีรายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 62.8 รองลงมาได้แก่กลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 21.7 โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 20,228.20 บาท

อายุราชการระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 54.1 รองลงมาได้แก่กลุ่มที่มีอายุราชการ 21-30 ปี ร้อยละ 26.1 โดยมีอายุราชการเฉลี่ย 18.6 ปี เป็นผู้บริหารระดับต้นร้อยละ 72.9 ระดับกลางร้อยละ 14.5 และระดับสูงร้อยละ 12.6 มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง 10 ปีและต่ำกว่าร้อยละ 79.2 รองลงมา มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง 11-20 ปี ร้อยละ 17.9 โดยมีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 7.1 ปี

### ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เหมาะสมมากที่สุดได้แก่ รูปแบบที่ 3 เพราะว่ามีข้อเด่นคือ ประสิทธิภาพของระบบ มีความเสมอภาค มีความยั่งยืน และการยอมรับ รองลงไปได้แก่ รูปแบบที่ 4 มีข้อเด่นคือ ด้านประสิทธิภาพของระบบ และด้านการเงินการคลัง รูปแบบที่ 1 มีข้อเด่นคือ ด้านคุณภาพการบริการ และด้านการบริหารบุคคล ส่วนรูปแบบที่ 2 มีข้อเด่นคือ ด้านการตอบสนองความต้องการ และการตรวจสอบของชุมชน เมื่อพิจารณาในรายละเอียด ในแต่ละรูปแบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดด้านแต่ละองค์ประกอบของแต่ละรูปแบบดังนี้

#### รูปแบบที่ 1

ลักษณะเด่น มีความเชื่อมโยงของการบริการระหว่างสถานบริการ การได้รับบริการด้วยความจำเป็น มีการผสมผสานในการให้บริการ มีคุณภาพเชิงเทคนิค ผู้บริหารมีความสามารถในการบริหารงานด้านสุขภาพ มีความประหยัดในขนาดดำเนินการ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ได้รับการกระจายอำนาจ มีผลกระทบภายนอกน้อยที่สุด การตอบสนองต่อนโยบายของประเทศ การดำเนินการมีความต่อเนื่องยั่งยืน ความพร้อมทางด้านทรัพยากรของท้องถิ่น การยอมรับของบุคลากรสาธารณสุข ความเหมาะสมที่จะได้บุคคลเข้ามาอยู่ในระบบ ระบบคุณธรรมในการเลื่อนขั้นเงินเดือน ความก้าวหน้าของบุคลากร ความเป็นธรรมในการโยกย้ายของบุคลากร ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติงานเหมาะสมกับความรู้ที่เรียนมา ความมั่นคงในหน้าที่การงาน แนวโน้มของค่าใช้จ่าย ในอนาคตน้อยที่สุด

ข้อจำกัด ในรูปแบบที่ 1 ได้แก่ ความรวดเร็วในการตัดสินใจในการแก้ปัญหา สาธารณสุข ความยืดหยุ่นของระเบียบปฏิบัติ การตรวจสอบ การมีส่วนร่วมของชุมชนในบริหารระบบ โอกาสรับรู้ข้อมูลของพื้นที่ตนเองของผู้บริหารท้องถิ่น การใช้ทรัพยากรแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน การตอบสนองความต้องการของชุมชน ประชาชนและชุมชนสามารถมีส่วนร่วมและตรวจสอบการจัดบริการ ความสามารถของท้องถิ่นในการบริหารงาน

ที่เท่าเทียมกัน ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความสอดคล้องกับ พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ การกระจายบุคลากรอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะงานที่รับผิดชอบ

## รูปแบบที่ 2

ลักษณะเด่น การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารระบบ ผู้บริหารท้องถิ่นมีโอกาสรับรู้ข้อมูลของพื้นที่ของตนเอง การใช้ทรัพยากรในแต่ละพื้นที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน การตอบสนองความต้องการของชุมชน ประชาชนและชุมชนสามารถมีส่วนร่วมและตรวจสอบการจัดบริการได้ ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความสอดคล้องกับ พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ

ข้อจำกัด ในรูปแบบที่ 2 ได้แก่ ความเชื่อมโยงของการให้บริการระหว่างสถานบริการ การได้รับบริการตามความจำเป็น ความผสมผสานในการให้บริการ คุณภาพเชิงเทคนิค ความสามารถของผู้บริหารในการบริหารงานด้านสุขภาพ ความประหยัดในขนาดดำเนินการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่รับการกระจายอำนาจ ประสิทธิภาพการทำงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด ความพร้อมของท้องถิ่นทางด้านทรัพยากร การกำหนดมาตรฐานด้านการให้บริการที่เท่าเทียมกัน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและใช้บริการตามความจำเป็นด้านสุขภาพ การดำเนินการที่มีความต่อเนื่องยั่งยืน การยอมรับของบุคลากรสาธารณสุข ความเหมาะสมที่จะได้บุคคลเข้ามาอยู่ในระบบ ระบบคุณธรรมในการเลื่อนขึ้นเงินเดือน ความก้าวหน้าของบุคลากร ความเป็นธรรมในการโยกย้ายบุคลากร ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน การได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติงานเหมาะสมกับความรู้ที่เรียนมา การใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพ ความเสมอภาค/ความเป็นธรรมของระบบการเงินการคลัง มีโอกาสในทุกจริตมากที่สุด ผลตอบแทนต่อการลงทุนด้านสาธารณสุข มีแนวโน้มของการใช้จ่ายในอนาคตมากที่สุด มีการแทรกแซงทางการเมือง

## รูปแบบที่ 3

ลักษณะเด่น คือ มีการประสานงานระหว่างหน่วยที่ได้รับการกระจายอำนาจ ประสิทธิภาพการทำงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด ความสามารถในการบริหารงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความพร้อมทางด้านทรัพยากรของท้องถิ่น การกำหนดมาตรฐานการให้บริการของท้องถิ่น ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและใช้บริการตามความจำเป็นด้านสุขภาพ

ข้อจำกัด ในรูปแบบที่ 3 ไม่มีข้อด้อยในระดับมากที่สุด

#### **รูปแบบที่ 4**

ลักษณะเด่น คือ ความรวดเร็วในการตัดสินใจแก้ปัญหาสาธารณสุข ความยืดหยุ่นของระเบียบปฏิบัติ การตรวจสอบความพร้อมของท้องถิ่นทางด้านทรัพยากร ความสามารถในการบริหารงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร ความเหมาะสมที่จะได้บุคคลเข้ามาอยู่ในระบบ ระบบคุณธรรมในการเลื่อนขั้นเงินเดือน ค่าตอบแทนที่เหมาะสม การกระจายบุคลากรอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะงานที่รับผิดชอบ การปฏิบัติงานเหมาะสมกับความรู้ที่เรียนมา การใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพ มีความเสมอภาค / ความเป็นธรรมของระบบการเงินการคลัง ให้ผลตอบแทนต่อการลงทุนด้านสาธารณสุขมากที่สุด มีโอกาสในการทุจริตน้อยที่สุด มีการแทรกแซงทางการเมืองน้อยที่สุด

ข้อจำกัด ของรูปแบบที่ 4 คือผลกระทบภายนอก และความมั่นคงในหน้าที่การงาน

**ความแตกต่างระหว่างความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล**

#### **รูปแบบที่ 1**

พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเห็นว่ารูปแบบที่ 1 เป็นรูปแบบที่เหมาะสมได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี เป็นเพศหญิง มีการศึกษาที่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 30,001 – 40,000 บาท มีอายุราชการระหว่าง 21 - 30 ปี เป็นผู้บริหารระดับต้น มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งผู้บริหารสาธารณสุข 21 – 30 ปี จากทดสอบทางสถิติพบว่าความแตกต่างในเรื่องปัจจัยส่วนบุคคลไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างในเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในรูปแบบที่ 1 แต่อย่างใด

#### **รูปแบบที่ 2**

พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเห็นว่ารูปแบบที่ 2 เป็นรูปแบบที่เหมาะสมได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี เป็นเพศชาย มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 30,001 – 40,000 บาท มีอายุราชการ 10 ปี และต่ำกว่า เป็นผู้บริหารระดับกลาง มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งผู้บริหารสาธารณสุข 10 ปี และต่ำกว่า จากการทดสอบทางสถิติพบว่าความแตกต่างในเรื่องปัจจัยส่วนบุคคลไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างในเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบที่ 2 แต่อย่างใด

### รูปแบบที่ 3

กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นว่า รูปแบบที่ 3 เป็นรูปแบบที่เหมาะสมได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี เพศชาย มีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่าขึ้นไป มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 40,000 บาท อายุราชการ 11 – 20 ปี เป็นผู้บริหารระดับสูง มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งผู้บริหารสาธารณสุข 10 ปี และต่ำกว่า จากการทดสอบทางสถิติพบว่าความแตกต่างในเรื่องปัจจัยส่วนบุคคลไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างในเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน รูปแบบที่ 3 แต่อย่างใด

### รูปแบบที่ 4

กลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นว่า รูปแบบที่ 4 เป็นรูปแบบที่เหมาะสม ได้แก่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี เป็นเพศชาย มีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่าขึ้นไป มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 40,000 บาท มีอายุราชการ 10 ปี และต่ำกว่า เป็นผู้บริหารระดับสูง มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งผู้บริหารสาธารณสุข 10 ปีและต่ำกว่า จากการทดสอบทางสถิติพบว่าความแตกต่างในเรื่องปัจจัยส่วนบุคคลไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างในเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในรูปแบบที่ 4 แต่อย่างใด ยกเว้นในเรื่องการศึกษาที่พบว่าความแตกต่างในเรื่องการศึกษาก่อให้เกิดความแตกต่างในเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือกลุ่มระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี กับกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาโท หรือเทียบเท่าขึ้นไป

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาของแต่ละรูปแบบ และรูปแบบที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าเหมาะสมจากคำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่แสดงความคิดเห็น ปัญหาส่วนใหญ่ในรูปแบบที่ 1 ได้แก่ เป็นการรวมอำนาจไว้ที่ส่วนกลาง เกิดระบบอุปถัมภ์ ประชาชนมีส่วนร่วมน้อย โครงสร้างซับซ้อน ทำให้เกิดความล่าช้า ในการบริหารงาน และประสานงาน ปัญหาในรูปแบบที่ 2 ได้แก่ การให้อำนาจท้องถิ่นสูง หากท้องถิ่นขาดความเข้าใจ และไม่พร้อม อาจทำให้เกิดปัญหาการแทรกแซงทางการเมือง การไม่ยอมรับจากบุคลากร เพราะกังวลในเรื่องความมั่นคง และการบริหารงานบุคคล ของท้องถิ่น ปัญหาในรูปแบบที่ 3 คือ โครงสร้างซับซ้อน ทำให้เกิดความล่าช้า ในการบริหารงาน และประสานงาน การไม่ยอมรับจากบุคลากร เพราะกังวลในเรื่องความมั่นคง และการบริหารงานบุคคลของท้องถิ่น การขาดความเชื่อมโยง และการประสานงาน ในแต่ละระดับ ขาดความชัดเจน และยังไม่เคยทดลองปฏิบัติ ปัญหาในรูปแบบที่ 4 ได้แก่ ยังไม่มั่นใจในรูปแบบ เพราะขาดความชัดเจน และยังไม่เคยทดลองปฏิบัติ เป็นการรวมอำนาจไว้ที่ส่วนกลาง เกิดระบบ

อุปถัมภ์ ประชาชนมีส่วนร่วมน้อย สำหรับรูปแบบที่เหมาะสมได้แก่ รูปแบบที่ 1 รูปแบบที่ 4 รูปแบบที่ 3 และรูปแบบที่ 2 ตามลำดับ

## 2. การอภิปรายผลการวิจัย

### 2.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

จากผลการศึกษาในภาพรวมพบว่า ผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัด

ประจวบคีรีขันธ์มีความเห็นว่ารูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เหมาะสมมากที่สุดได้แก่รูปแบบที่ 3 เนื่องจากมีข้อเด่นคือ ด้านประสิทธิภาพของระบบ ด้านความเสมอภาคของประชาชนในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ด้านความยั่งยืนและการยอมรับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของสำนักงานสนับสนุนและการพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (2544:6) ที่ได้เสนอรูปแบบการถ่ายโอนอำนาจด้านสุขภาพ การจัดบริการในส่วนภูมิภาคออกไปเป็นหน่วยงานบริการ โดยสถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป อยู่ในวงเดียวกัน ไม่ได้ขึ้นกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรง มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหลายๆส่วนทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชนและประชาชนเข้ามาบริหารจัดการ

รูปแบบที่เหมาะสมรองลงไปได้แก่ รูปแบบที่ 4 มีข้อเด่นคือ ด้านประสิทธิภาพของระบบ และด้านการเงินการคลัง รูปแบบที่ 1 มีข้อเด่นคือ ด้านคุณภาพการบริการ และด้านการบริหารงานบุคคล ข้อด้อยคือ การตอบสนองความต้องการ และการตรวจสอบของชุมชน และรูปแบบที่ผู้บริหารมีความเห็นว่าเหมาะสมน้อยที่สุด คือรูปแบบที่ 2 มีข้อเด่นคือด้านการตอบสนองความต้องการและการตรวจสอบของชุมชน มีข้อด้อยคือ ด้านคุณภาพบริการ ด้านประสิทธิภาพของระบบ ด้านความเสมอภาคของประชาชนในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ด้านความยั่งยืนและยอมรับ ด้านการบริหารบุคคล ด้านการเงินการคลัง

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นในแต่ละรูปแบบ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามรูปแบบที่ 1 นั้น สถานบริการทุกระดับยังขึ้นอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขตามโครงสร้างเดิม แต่ถ่ายโอนภารกิจบางอย่างให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น งานสาธารณสุขมูลฐาน งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานส่งเสริมสุขภาพ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด (กศจ.) ทำหน้าที่กำหนดนโยบายสุขภาพในภาพรวม และจัดให้มีบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ โดยการซื้อบริการจากเครือข่ายสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข

กสจ. จะซื้อบริการผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่งสสจ. ในรูปแบบนี้จะทำหน้าที่เป็น ผู้บริหารเครือข่ายสถานพยาบาลทั้งหมด ทั้งนี้ประมาณเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขเคยได้รับเพื่อ จัดสรรให้กับสถานพยาบาลต่าง ๆ จะถูกจัดสรรมาให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รวมกับเงินที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเก็บเองอีกส่วนหนึ่ง) โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะใช้งบ ประมาณ จำนวนหนึ่ง เพื่อจัดบริการบางประเภท และจัดสรรงบอีกส่วนหนึ่งซึ่งเป็นงบส่วนใหญ่ค่า ให้ กสจ. เพื่อบริหาร กสจ. ยังต้องติดตามควบคุมกำกับและประเมินผลว่าสถานพยาบาลต่างๆ ได้ให้ บริการตามนโยบายที่กำหนดโดย กสจ. หรือไม่

รูปแบบที่ 1 นี้ ให้ความสำคัญกับการคงสถานภาพเดิม ของสถานพยาบาลและหน่วย บริหารของกระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อยในระยะแรก (4-5 ปี) ของขั้นตอนการกระจายอำนาจ เพื่อลดแรงต้านการเปลี่ยนแปลงจากบุคลากรในระบบ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะได้รับการ กระจายอำนาจการตัดสินใจด้านงบประมาณและเป็นผู้ตัดสินใจด้านนโยบายสุขภาพในพื้นที่ (ผ่าน กสจ.)

ปัญหาสำคัญของรูปแบบนี้ แม้จะเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับ พรบ.กำหนดแผนและ ขั้นตอนการกระจายอำนาจ มาตรา 21 ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการจัดบริการสาธารณสุขโดยองค์ กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่อาจมีปัญหาการยอมรับ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งอาจ ต้องการการกระจายอำนาจเบ็ดเสร็จโดยเร็ว และอาจมีปัญหาประสิทธิภาพการบริหาร และการ ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนของเครือข่าย สถานพยาบาลนี้ยังขึ้นกับกระทรวงสา ธารณสุขเหมือนเดิม (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2543: 22-23)

ผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีความคิดเห็นว่ารูปแบบที่ 1 มี ลักษณะเด่นในด้าน

**คุณภาพบริการ (Quality of Service)** คือมีความเชื่อมโยงระหว่างระดับสถานพยาบาล (Linkage and Continuity of Care) รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน นิยมที่ แยกจัดบริการเป็นระดับ ตามความยากง่ายและปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน คือแยกเป็นจัด บริการปฐมภูมิ (เช่นบริการที่จัดโดยสถานีอนามัย) ทศตยภูมิ(รพ.อำเภอ) และตติยภูมิ (รพ.จังหวัด) แต่เชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) ผู้ป่วยควรได้รับบริการขั้นแรกที่สถานีอนามัย หากความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกิดขีดความสามารถ ของสถานีอนามัย ผู้ป่วยก็จะได้รับการส่งต่อไป ยังรพ.อำเภอและรพ.จังหวัดตามลำดับ การเจ็บป่วยและความจำเป็นที่จะต้องได้รับบริการในแต่ละ ครั้งจึงยากที่จะคาดเดาได้ว่าจะสิ้นสุดที่การให้บริการที่ระดับใด ปัญหาการขาดความเชื่อมโยงของ สถานพยาบาล จึงอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการตามความจำเป็นได้



ความผสมผสานในการให้บริการ (Integration of Service) บริการด้านสุขภาพควรมีลักษณะที่ผสมผสานบริการด้านการรักษาพยาบาลกับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้การบริการมีลักษณะเบ็ดเสร็จ โดยดูแลทั้งครอบครัว ไม่แยกการดูแลเป็นส่วนๆ (Fragmentation) รวมทั้งบริการควรมีลักษณะเป็นองค์รวม (Holistic Care) ที่ดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

**คุณภาพเชิงเทคนิค (Technical Quality)** บริการสุขภาพเป็นบริการที่ต้องอาศัยความสามารถเชิงวิชาชีพสูง ประกอบกับบุคลากรและวิชาชีพที่ต้องทำงานร่วมกัน ภายใต้มาตรฐานที่เหมาะสม ประชาชนทั่วไปอาจจะเข้าใจมาตรฐานดังกล่าวได้ไม่ถนัด ดังนั้น การดูแลควบคุม กำกับ และการพัฒนาคุณภาพโดยบุคลากรหรือองค์กรวิชาชีพ จึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญเพื่อให้เกิดผลลัพธ์สูงสุดต่ออย่างสุขภาพประชาชน

**ผู้บริหารมีความสามารถในการบริหารงานด้านสุขภาพ** ซึ่งในรูปแบบที่ 1 ผู้บริหารยังเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ความคิดเห็นของผู้บริหารในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ยังมีความเชื่อว่านายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้บริหารที่มีความสามารถในการบริหารงานด้านสุขภาพ

#### **ด้านประสิทธิภาพของระบบ (System Efficiency)**

มีประสิทธิภาพเชิงขนาด (Economies of Scale) ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ ขนาดที่เหมาะสมในการดำเนินการมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพ เนื่องจากหน่วยบริการที่มีขนาดใหญ่เพียงพอจะช่วยลดต้นทุนต่อหน่วยบริการ โดยสามารถเฉลี่ยต้นทุนไปสู่ผู้ใช้บริการจำนวนมาก เป็นการเพิ่มความคุ้มค่า การจัดให้มีโรงพยาบาลเพื่อให้บริการแก่ชุมชนที่มีขนาดเล็ก เช่น ประชาชนในระดับตำบลจึงเป็นประเด็นที่ควรพิจารณา เพราะเป็นการลงทุนที่สูง แต่จำนวนผู้ใช้บริการไม่มากนักอาจเกิดปัญหาประสิทธิภาพในการลงทุน

มีผลกระทบภายนอก (Externality) น้อยที่สุด เพราะบริการสุขภาพที่จัดในแต่ละพื้นที่จะเหมือนกัน

การตอบสนองต่อนโยบายของประเทศจะมีมากที่สุด เพราะสายการบริหารยังเหมือนเดิม

**ด้านการบริหารบุคคล** เนื่องจากรูปแบบยังเหมือนระบบเดิม ผู้บริหารยอมรับว่าในด้านการบริหารบุคคลยังมีความเหมาะสมทั้งในด้านความเหมาะสมที่จะได้บุคคลเข้ามาอยู่ในระบบระบบคุณธรรมในการเลื่อนขั้นเงินเดือน ความก้าวหน้าของบุคลากร ความเป็นธรรมในการโยกย้ายบุคลากร ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติงานเหมาะสมกับความรู้ที่เรียนมาความมั่นคงในหน้าที่การงาน แต่ที่ไม่เหมาะสมได้แก่ ค่าตอบแทนที่เหมาะสม

และมีการกระจายบุคลากรไม่สอดคล้องกับลักษณะงานที่รับผิดชอบ ยังมีกระจุกตัวของกำลังคนอยู่ในเมืองใหญ่ๆ ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคในระบบบริการสาธารณสุข

ผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีความคิดเห็นว่า รูปแบบที่ 1 มีลักษณะด้อยในด้าน

**ด้านประสิทธิภาพของระบบ** ยังมีความล่าช้าในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาสาธารณสุข เพราะการตัดสินใจแต่ละครั้งต้องผ่านขั้นตอนต่างๆ จำนวนมาก กว่าจะถึงผู้มีอำนาจตัดสินใจที่ส่วนกลาง การขาดความยืดหยุ่นของระเบียบ เพราะเป็นระเบียบเดียวที่ต้องใช้เหมือนกันทุกพื้นที่ และข้อจำกัดในการตรวจสอบ เนื่องจากมีพื้นที่กว้างขวาง และหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นจำนวนมาก

**การตอบสนองความต้องการของชุมชน** ผู้มีอำนาจตัดสินใจมีโอกาสรับรู้ข้อมูลความแตกต่างที่หลากหลายของพื้นที่ต่างๆ ได้น้อยมาก การตัดสินใจจึงต้องใช้ภาพรวมของทุกพื้นที่ที่มีคำตอบเดียวหรือรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหาแบบเดียวสำหรับทุกพื้นที่ ทำให้การใช้ทรัพยากรในแต่ละพื้นที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

**ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ** ทำให้ขาดความเป็นเจ้าของ ส่งผลให้การดำเนินการต่างๆ ขาดความต่อเนื่องยั่งยืน ทำให้ชุมชนขาดการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับความจำเป็นในการกระจายในการกระจายอำนาจ (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2543: 7)

รูปแบบที่ 2 จะเป็นรูปแบบที่สถานพยาบาลแต่ละระดับจะถูกถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับดูแลรับผิดชอบ คือ สถานีอนามัย ให้องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลชุมชนให้เทศบาล และโรงพยาบาลจังหวัดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งจะรับผิดชอบบริหารสถานพยาบาลอย่างเบ็ดเสร็จ แต่เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงการจัดบริการจะมี กสจ. ทำหน้าที่ประสานการจัดบริการของสถานพยาบาลทั้งหมด รวมถึงการกำหนดนโยบายสุขภาพโดยรวมของจังหวัด สถานพยาบาลจะได้รับงบประมาณบางส่วน (เช่น เงินเดือน งบลงทุนบางส่วน) โดยตรงจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และงบประมาณบางส่วน (เช่น งบดำเนินการต่างๆ) ผ่าน กสจ. กสจ. จะทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างพื้นที่ และส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมโยงของสถานพยาบาลระดับต่างๆ

ผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีความเห็นว่ารูปแบบที่ 2 เป็นรูปแบบที่เหมาะสม เพราะการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารระบบ ผู้บริหารท้องถิ่นมีโอกาสรับรู้ข้อมูลของพื้นที่ของตนเอง การใช้ทรัพยากรในแต่ละพื้นที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน การตอบสนองความต้องการของชุมชน ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รู้สึกเป็นเจ้าของ

ของและมีความสอดคล้องกับพรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ แต่รูปแบบที่ 2 มีข้อด้อยคือ

**ด้านคุณภาพบริการ** ขาดความเชื่อมโยงของการให้บริการระหว่างสถานบริการ การได้รับบริการตามความจำเป็น ความผสมผสานในการให้บริการ คุณภาพเชิงเทคนิค

**ด้านประสิทธิภาพของระบบ** ไม่มั่นใจในความสามารถของผู้บริหารในการบริหารงานด้านสุขภาพ ความประหยัดในขนาดดำเนินการ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่รับการกระจายอำนาจ ประสิทธิภาพการทำงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด

**ด้านความเสมอภาค** ท้องถิ่นขาดความพร้อมทางด้านทรัพยากร กำหนดมาตรฐานด้านการให้บริการ การเข้าถึงบริการ และการให้บริการตามความจำเป็นด้านสุขภาพ

**ด้านความยั่งยืนและการยอมรับ** ไม่มั่นใจการดำเนินงานที่มีความต่อเนื่องยั่งยืน ขาดการยอมรับของบุคลากรสาธารณสุข

**ด้านการบริหารบุคคล** ไม่มั่นใจในความเหมาะสมที่จะได้บุคคลเข้ามาอยู่ในระบบระบบคุณธรรมในการเลื่อนขั้นเงินเดือน ความก้าวหน้าของบุคลากร ความเป็นธรรมในการโยกย้ายบุคลากร ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติผลงาน การได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติงานเหมาะสมกับความรู้ที่เรียนมา อาจมีการแทรกแซงทางการเมือง

**ด้านการเงินการคลัง** ไม่มั่นใจในใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพ ความเสมอภาค/ความเป็นธรรมของระบบการเงินการคลัง มีโอกาสในการทุจริต ผลกระทบต่อการลงทุนด้านสาธารณสุข มีแนวโน้มของการใช้จ่ายในอนาคตมากที่สุด

รูปแบบที่ 3 สถานพยาบาลทุกระดับรวมเป็นเครือข่ายขึ้นกับกศจ. กศจ.ทำหน้าที่บริหารเครือข่ายของสถานพยาบาลโดยตรง ความสัมพันธ์เชิงบริหารของสถานพยาบาลแต่ละระดับ และภายในระดับเดียวกันอาจจะเป็นรูปแบบการประสานบริการ หรือการบังคับบัญชาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารงานประมาณเพื่อจัดบริการด้านสุขภาพบางประเภทเอง ขณะที่งบประมาณส่วนใหญ่ร่วมกันบริหารผ่าน กศจ. เพื่อบริหารระบบบริการสุขภาพทั้งหมด

ผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์เห็นว่า รูปแบบที่ 3 มีลักษณะเด่นในด้านการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่รับการกระจายอำนาจ ประสิทธิภาพการทำงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด ความสามารถในการบริหารงานของท้องถิ่น ความพร้อมทางด้านทรัพยากรของท้องถิ่น การกำหนดมาตรฐานการให้บริการของท้องถิ่น ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ และการใช้บริการตามความจำเป็นด้านสุขภาพ

ส่วนลักษณะค้อย ของรูปแบบที่ 3 นั้นไม่มี (ไม่มีข้อตอบใดในองค์ประกอบย่อยหรือในภาพรวมที่ได้คะแนนน้อยที่สุด) แต่จากคำถามปลายเปิด ผู้บริหารมีความเห็นว่ารูปแบบที่ 3 มีโครงสร้างซับซ้อนทำให้เกิดความล่าช้าในการบริหารงานและประสานงาน การไม่ยอมรับจากบุคลากรเพราะกังวลในเรื่องความมั่นคงและการบริหารงานบุคคลของท้องถิ่น การขาดความเชื่อมโยง และการประสานงานในแต่ละระดับ ขาดความชัดเจน และยังไม่เคยทดลองปฏิบัติ

รูปแบบที่ 4 มีลักษณะที่สถานพยาบาลแต่ละระดับรวมกันเป็นเครือข่ายบริหารจัดการในลักษณะขององค์กรมหาชน มีคณะกรรมการบริหารประกอบด้วยผู้แทนจากรัฐบาลกลาง ผู้แทนจากท้องถิ่นหรือชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิ ฯลฯ ทำหน้าที่บริหารเครือข่ายของสถานพยาบาลทั้งหมดกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด (กสจ.) ทำหน้าที่ซื้อบริการจากเครือข่ายดังกล่าว โดยได้รับงบประมาณส่วนใหญ่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบประมาณบางส่วนอาจได้รับโดยตรงหรือจากกระทรวงสาธารณสุข(ผ่านสสจ.) กสจ.จะทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐานบริการจัดงบประมาณให้กับเครือข่ายสถานพยาบาล พร้อมทั้งควบคุมกำกับว่าเครือข่ายสถานพยาบาลได้ให้บริการตามเงื่อนไขหรือไม่

ผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีความเห็นว่ารูปแบบที่ 4 มีลักษณะเด่นในด้านความรวดเร็วในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ความยืดหยุ่นของระเบียบปฏิบัติ การตรวจสอบ ท้องถิ่นมีความพร้อมทางด้านทรัพยากรที่เท่าเทียมกัน ความสามารถในการบริหารงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ความเหมาะสมที่จะได้บุคคลเข้ามาอยู่ในระบบ ระบบคุณธรรมในการเลื่อนขั้นเงินเดือน ค่าตอบแทนที่เหมาะสม การกระจายบุคคลอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับลักษณะงานที่รับผิดชอบ การปฏิบัติงานเหมาะสมกับความรู้ที่เรียนมา การใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพ มีความเสมอภาค/ความเป็นธรรมของระบบการเงินการคลัง ให้ผลตอบแทนต่อการลงทุนด้านสาธารณสุขมากที่สุด มีโอกาสในการทุจริตน้อยที่สุด มีการแทรกแซงทางการเมืองน้อยที่สุด

ส่วนข้อค้อยในรูปแบบที่ 4 ได้แก่ ผลกระทบภายนอก และความมั่นคงในหน้าที่การงาน จากคำถามปลายเปิด ผู้บริหารได้แสดงความคิดเห็นว่า ยังไม่มั่นใจในรูปแบบที่ 4 เพราะขาดความชัดเจน และยังไม่เคยทดลองปฏิบัติ เป็นการรวมอำนาจไว้ที่ส่วนกลาง เกิดระบบอุปถัมภ์ และประชาชนมีส่วนร่วมน้อย

ความคิดเห็นของผู้บริหารสาธารณสุข พิจารณานบนพื้นฐานของรูปแบบทั้ง 4 แบบ นำมาเปรียบเทียบกัน ซึ่งบางประเด็นยังไม่มีมูลเชิงประจักษ์เพื่อยืนยัน เนื่องจากรูปแบบทั้ง 4 รูปแบบ ยังไม่มีการปฏิบัติจริง ถ้าหากมีการปฏิบัติจริงแล้ว ผู้บริหารจะได้รับข้อมูลจริงจากการปฏิบัติงาน

เพื่อยืนยันจุดแข็งและจุดอ่อนของแต่ละรูปแบบ ความคิดเห็นของผู้บริหารในบางประเด็นอาจจะต้องเปลี่ยนไป ประเด็นที่สำคัญได้แก่

1. ผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์เห็นว่า รูปแบบสถานพยาบาลรวมกันบริหารในลักษณะของเครือข่าย จะช่วยทำให้การเชื่อมโยงบริการแต่ละระดับดีขึ้น โดยการเชื่อมโยงจะดีที่สุด ในเครือข่ายที่มีเอกภาพในการบริหารงานมากที่สุด ดังเช่นในรูปแบบที่ 1 รูปแบบที่ 3 และรูปแบบที่ 4 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2543 : 56) ไพโรจน์ นิงสานนท์ (2543 : 28) ปรีดา เต๋ออารักษ์ (2543 : 60-61)

ผู้บริหารสาธารณสุขมีความเห็นว่ารูปแบบที่ 2 ซึ่ง กศจ.เป็นเพียงองค์กรประสานจะมีเอกภาพในการบริหารงานน้อยที่สุด การโอนสถานบริการสาธารณสุขให้ท้องถิ่นแต่ละประเภท แบ่งแยกส่วน จะทำให้ขาดความเชื่อมโยงการจัดการบริการในระดับต่างๆ กันในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะกระทบต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชนที่ต้องการดูแลอย่างบูรณาการและต่อเนื่อง การแยกสถานบริการอยู่คนละสังกัด จะทำให้เกิดปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย การสนับสนุน การปรึกษา และการช่วยเหลือกัน ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของนิธิ เอียวศรีวงศ์ (2543 : 33-34) Leberghe และ Lafor (อ้างถึงใน ลือชา วรรัตน์และสมศักดิ์ ภัทรกุลวณิช 2543 : 319) ปรีดา เต๋ออารักษ์ (2543 : 64) และ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2543 : 56)

การปฏิบัติหน้าที่ของ กศจ. ในแต่ละรูปแบบ จะทำหน้าที่ต่างกัน ในรูปแบบที่ 1 และรูปแบบที่ 4 กศจ. จะทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ ในรูปแบบที่ 2 จะทำหน้าที่เป็นผู้ประสาน และในรูปแบบที่ 3 จะทำหน้าที่เป็นผู้บริหารสถานพยาบาล ผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีความเห็นว่า ในรูปแบบที่ 2 กศจ. จะมีประสิทธิภาพน้อยที่สุด เพราะเป็นเพียงแค่องค์กรประสาน

การกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ มีสาระสำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับองค์กรเพื่อรองรับการถ่ายโอนโดยได้ระบุว่า การดำเนินการกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บางด้านที่ต้องการความชำนาญในวิชาชีพเฉพาะ และความเป็นเอกภาพในการจัดบริการสาธารณะ เช่นการศึกษา การสาธารณสุข การจัดทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น จำเป็นต้องจัดให้มีคณะกรรมการเฉพาะด้านระดับจังหวัดโดยให้มีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย และมาตรฐานการจัดบริการสาธารณะเรื่องนั้นๆ ในเขตจังหวัด การจัดสรรทรัพยากร การกำกับดูแล และตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งประสานความร่วมมือ ระหว่างรัฐกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง สอดคล้องกับความคิดเห็นของ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2543 : 56) จอน

อิงภรณ์ (2543 : 43 – 44) และบรรศักดิ์ อูวรรณโณ (2543 : 36) ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในเรื่องของความรับผิดชอบของ กสจ.

2. บริการด้านสุขภาพ ควรมีลักษณะที่ผสมผสานด้านการรักษาพยาบาลกับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้เกิดบริการที่มีลักษณะเบ็ดเสร็จเป็นองค์รวม ( Holistic Care ) ที่ดูแล ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ยังมีความเชื่อว่า รูปแบบที่ 1 น่าจะตอบสนองการบริการสุขภาพได้ดีกว่ารูปแบบอื่น รองลงไปได้แก่รูปแบบที่ 3, รูปแบบที่ 4 และรูปแบบที่ 2 ตามลำดับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อเสนอของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ( 2543 :31 ) และไพโรจน์ นิงสานนท์ (2543 : 27- 28)ที่ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทมากขึ้นในงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในชุมชน ดังนั้น รูปแบบที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ละแห่งมีบทบาทเข้ามาบริหารสถานพยาบาลโดยตรงดังเช่นรูปแบบที่ 2 รูปแบบที่ 3 และรูปแบบที่ 4 น่าจะทำให้เกิดการผสมผสานบริการประเภทต่างๆ ได้ดีขึ้น

3. บริการสุขภาพเป็นบริการที่ต้องอาศัยความสามารถเชิงวิชาชีพสูง ประกอบด้วยบุคลากรหลายวิชาชีพที่ต้องทำงานร่วมกัน ภายใต้มาตรฐานที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน ผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีความเห็นว่า รูปแบบที่ 1 มีคุณภาพเชิงเทคนิคสูง (Technical Quality) สูง รองลงไปได้แก่รูปแบบที่ 4 ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2543 : 32) ที่ว่ามาตรฐานบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข จะดีเมื่ออยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ (เช่น กระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบที่ 1) หรือโดยผ่านกระบวนการจัดซื้อบริการที่มีการกำหนดเงื่อนไขคุณภาพบริการไว้ชัดเจน (ในรูปแบบที่ 4) และสอดคล้องกับความคิดเห็นของ พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ(2543: 88)

4. ผู้บริหารสาธารณสุขมีความเห็นว่ารูปแบบที่ให้ประสิทธิภาพโดยรวมของระบบได้แก่รูปแบบที่ 3 และรูปแบบที่ 4 ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข(2543 : 32) แต่ได้เสนอไว้รูปแบบเดียว คือรูปแบบที่ 4 โดยให้เหตุผลว่าประสิทธิภาพโดยรวมของระบบจะขึ้นกับประสิทธิภาพในการบริหารจัดการของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง (Management or Technical Efficiency) และการมีนโยบายสุขภาพที่สนับสนุนการสร้างสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล (Allocative Efficiency) รูปแบบองค์การมหาชน (รูปแบบที่ 4) จะมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการดีกว่ารูปแบบบริหารทั่วไป

ผู้บริหารสาธารณสุขยังมีความเห็นว่า รูปแบบที่ 3 เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพโดยรวมของระบบด้วย สอดคล้องกับการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในต่างประเทศ ซึ่งล้วน

ให้ความสำคัญกับการแยกอำนาจทางการคลังสุขภาพกับการจัดบริการสุขภาพออกจากกัน นั่นคือ ใช้รูปแบบของการแยกอำนาจผู้ซื้อ-ผู้ขายบริการ (Purchaser – provider Split) ผู้ซื้อบริการจะเป็นผู้รับผิดชอบสถานะสุขภาพของประชาชนทุกคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่การปกครองนั้นๆ ส่วนผู้ขายบริการซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่ต้องการความคล่องตัวสูงในการทำงาน จึงได้รับการถ่ายโอนอำนาจให้มีสถานภาพปกครองตนเองได้ (ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และวินัย ลิสมิทธิ 2543ก: 272)

ผู้บริหารสาธารณสุขมีความเห็นว่าประสิทธิภาพโดยรวมของระบบในรูปแบบที่ 2 จะมีประสิทธิภาพน้อยที่สุด สอดคล้องกับความคิดเห็นของ ปรีดา เต๋ออารักษ์ (2543: 64)

5. ผู้บริหารสาธารณสุขมีความเห็นว่า รูปแบบที่ 1 ซึ่งเป็นรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขยังมีบทบาทค่อนข้างสูงในการบริหารจัดการ จะสามารถตอบสนองต่อนโยบายของประเทศได้ดีกว่า รูปแบบที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทบริหารระบบบริการสุขภาพโดยตรง ดังเช่นในรูปแบบที่ 2 สอดคล้องกับข้อเสนอของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2543 : 52) และความคิดเห็นของ ปรีดา เต๋ออารักษ์ (2543 : 70 –71) ส่วนรูปแบบที่ กสจ. มีบทบาทในการบริหารค่อนข้างมากดังในรูปแบบที่ 3 และ 4 จะสามารถตอบสนองต่อนโยบายของประเทศในระดับปานกลาง เนื่องจากโครงสร้างของ กสจ. จะมีผู้แทนของรัฐบาล เป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบอยู่ด้วย

6. ผู้บริหารสาธารณสุขมีความเห็นว่า รูปแบบที่ 2 ซึ่งเป็นรูปแบบที่บริหารโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรง จะสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนย่อยต่างๆ ได้ดีกว่ารูปแบบที่บริหารโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทางอ้อมโดยผ่าน กสจ. ดังเช่น รูปแบบที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2543: 32) บวรศักดิ์ อูวรรณโณ (2544 : 31 –37) สุจริต ศรีประพันธ์ (2543:250) พิชายู เพชรรัตน์ (2544 : 59) และ จอน อึ้งภากรณ์ (2543 : 43)

7. ผู้บริหารสาธารณสุขมีความเห็นว่า รูปแบบที่ 2 ซึ่งเป็นรูปแบบที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเข้ามารับผิดชอบในการบริหารจัดการโดยตรง น่าจะมีปัญหาด้านความพร้อมทางด้านทรัพยากร เพื่อบริหารงานด้านสาธารณสุข สอดคล้องกับข้อเสนอของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2543 : 32) ประยงค์ เต็มชวาลา (2540ข:1120) ปวีศรี อินัยญะ (2541) สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (อ้างถึงในศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และวินัย ลิสมิทธิ 2543 : 24) Kammeier (อ้างถึงใน ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัยและวินัย ลิสมิทธิ 2543 : 24) และวิบูลย์ เข็มเฉลิม (2543 : 52)

8. ผู้บริหารสาธารณสุขมีความเห็นว่าการบริหารบุคคลในรูปแบบที่ 1 จะมีความเหมาะสมมากที่สุดเนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีการปรับเปลี่ยนน้อยที่สุด หากจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง

จะยอมรับรูปแบบการบริหารงานที่ยังคงความคล่องตัวในการบริหารจัดการคือรูปแบบองค์การมหาชน(ในรูปแบบที่ 4) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข(2543: 33) และบรรศักดิ์ อวรรณโณ(2544: 36)

ผู้บริหารสาธารณสุขมีความเห็นว่าการบริหารบุคคลดังในรูปแบบที่ 2 เป็นรูปแบบที่ไม่เหมาะสมในประเด็นการสรรหาบุคคลเข้ามาอยู่ในระบบ ระบบคุณธรรมในการเลื่อนขั้นเงินเดือน ความก้าวหน้าของบุคลากร ความเป็นธรรมในการโยกย้ายบุคลากรและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับความคิดเห็นของบรรศักดิ์ อวรรณโณ(2544: 36) และสุริชัย หวันแก้ว (2543: 12)

9. ผู้บริหารสาธารณสุขมีความเห็นว่ารูปแบบที่ 2 จะมีการแทรกแซงทางการเมืองและมีโอกาสในการทุจริตมากที่สุด สอดคล้องกับความคิดเห็นของจอน อึ้งภากรณ์(2543:45) กองราชการส่วนตำบล(2545) นิธิ เอียวศรีวงศ์(2543: 37) และวิบูลย์ เข็มเฉลิม(2543: 55)

## 2.2 ปัจจัยลักษณะประชากรที่ก่อให้เกิดความแตกต่างต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

จากผลการวิจัยพบว่าความแตกต่างในเรื่องปัจจัยลักษณะประชากรซึ่งได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ต่อเดือน อายุราชการ ระยะเวลาดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหารสาธารณสุข และระดับของผู้บริหารไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างในเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 4 รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆที่พบว่าบุคคลที่มีอายุต่างกัน(ดวงเดือน พันธุนาวิน2526:108; รัฐจำปาทอง 2528:บทคัดย่อ; จีราวรรณ พิเศษสกุลกิจ 2534:76-79) เพศต่างกัน(จารุภัทร์ ประเสริฐวณิช 2530:94; วไลลักษณ์ โหรฐาน 2535: 148) ระดับการศึกษาต่างกัน(สุชา จันท์เอม 2527:152; ศิริ ศิริวัลย์ 2532: 134; ชลธิชา ตั้งอัน 2534: 224) รายได้ต่างกัน(รัฐ จำปาทอง 2528:124; อวรรณ เย็นใจ 2535: 151; สุริย์ ชุ่มเจริญ 2532: 105) อายุราชการต่างกัน(จินตนา เลิศทวีสินธุ์ 2527: 88-89; สมพร อธิเดชพงษ์ 2530: 56) ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่งต่างกัน (ศรีปริญา ฐูประจ่าง 2529:บทคัดย่อ; สมโภชน์ สุวรรณรัตน์ 2523:บทคัดย่อ; สถาพร อธิพิพษ์ 2536:บทคัดย่อ) ต่างกัน จะมีความคิดเห็นต่อเรื่องหนึ่งๆแตกต่างกันไป ยกเว้นในรูปแบบที่ 4 ที่พบว่ากลุ่มผู้บริหารที่มีการศึกษาดำกว่าปริญญาตรี มีความคิดเห็นแตกต่างจากกลุ่มผู้บริหารที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่าขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารและแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งเป็นผู้มีการศึกษา



สูงพยายามออกไปอยู่นอกระบบแบบโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เพราะไม่ต้องการอยู่ภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพ 2544: 6; สุริชัย หวันแก้ว 2543:12)

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้บริหารสาธารณสุขบางรายยังไม่เข้าใจในรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพผู้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้ง 4 รูปแบบมีผลทำให้การตอบแบบสอบถามด้วยความไม่แน่ใจ ถ้าจะมีการวิจัยครั้งต่อไปเกี่ยวกับรูปแบบดังกล่าว ก็ควรที่จะอธิบายให้ผู้บริหารเข้าใจอย่างถ่องแท้ ทั้ง 4 รูปแบบก่อน จึงจะตอบแบบสอบถาม
2. รูปแบบที่นำไปสอบถามยังมีได้นำมาใช้ปฏิบัติจริง ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามอาจจะมีได้เข้าใจเนื้อหา รายละเอียดหรือทราบถึงผลดี ผลเสียของแต่ละรูปแบบอย่างกระจ่างชัด การให้ข้อมูลดังกล่าวของผู้ตอบแบบสอบถาม อาจทำให้ข้อมูลดังกล่าวมีความไม่สมบูรณ์เกิดขึ้นได้ จึงน่าจะได้มีการศึกษาซ้ำหลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขเลือกรูปแบบใช้ที่ชัดเจนแล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อจะได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด
3. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ทุกระดับมีความคิดเห็นว่า รูปแบบที่ 3 เหมาะสมที่สุดในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพผู้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงน่าที่จะทำการวิจัยในผู้ปฏิบัติว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบที่ 3 อย่างไร ความคิดเห็นที่ได้รับอาจจะเป็นประโยชน์ในการเตรียมบุคลากร เพื่อรับการเปลี่ยนแปลงต่อไป
4. เมื่อมีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพผู้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจริง และเวลาผ่านไประยะหนึ่งแล้ว น่าจะทำการวิจัยซ้ำเพื่อจะได้ทราบว่าความคิดเห็นของผู้บริหารยังเหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไปเช่นใด ผลที่ได้รับจะสามารถใช้เพื่อปรับปรุงระบบบริการสุขภาพต่อไป
5. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการโอนภารกิจงานสาธารณสุขบางงานให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ เช่นงานจัดหาน้ำสะอาด งานสาธารณสุขมูลฐาน งานควบคุมโรคติดต่อในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน โดยเฉพาะความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับโอนภารกิจดังกล่าว

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. เป็นข้อมูลให้หน่วยงานที่รับผิดชอบหรือผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขตัดสินใจเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์กับประชาชนมากที่สุด
2. เป็นข้อมูลในการเตรียมความพร้อมของบุคลากรรวมทั้งระบบย่อยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ภาคผนวก

**ภาคผนวก ก**

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ(แบบสอบถาม)

## ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ(แบบสอบถาม)

### 1. นายแพทย์ชูวิทย์ ลิขิตยี่งวรา

แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
 บริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
 นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
 สาธารณสุขนิเทศก์ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

### 2. นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา

แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
 รัฐประศาสนศาสตร์(การบริหารรัฐกิจ) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์  
 อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยาคลินิกของแพทย์  
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

### 3. นายแพทย์ปรีดา เต๋ออารักษ์

แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
 Master of Public Health(Health Development) Institute of Tropical Medicine Belgium  
 อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ป้องกัน แพทยสภา  
 รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข  
 รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพ(สพกส.)

**ภาคผนวก ข**

**แบบสอบถาม**

## แบบสอบถาม

ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
ของผู้บริหารสาธารณสุขในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

หมายเลขแบบสอบถาม

.....  
**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

**คำชี้แจง** โปรดเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงของท่าน หรือ  
เติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. ท่านมีอายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงปัจจุบัน)
2. เพศ                      ชาย                      หญิง
3. การศึกษาสูงสุด  
                                  ต่ำกว่าปริญญาตรี                      ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า  
                                  ปริญญาโทหรือเทียบเท่า                      ปริญญาเอก
4. รายได้ทั้งหมดต่อเดือน.....บาท
5. อายุราชการ..... ปี ..... เดือน
6. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง.....  
                                  สถานที่ปฏิบัติงาน.....
7. ระยะเวลาที่ท่านดำรงตำแหน่งนี้.....ปี..... เดือน

**ส่วนที่ 2** ความคิดเห็นต่อรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- คำชี้แจง**
- 1.ให้ท่านศึกษารูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้ง 4 รูปแบบ(ดังเอกสารที่แนบมา)
  - 2.ให้ท่านแสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบการกระจายอำนาจทั้ง 4 รูปแบบ โดยแสดงความคิดเห็น ในแต่ละรูปแบบ โดยให้คะแนน ดังนี้
 

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1	คะแนน
  - 3.ให้ท่านแสดงความคิดเห็นโดยให้คะแนน ทุกรูปแบบ

### ตัวอย่าง

ประเด็นที่ต้องการให้แสดงความคิดเห็น	รูปแบบ ที่ 1	รูปแบบ ที่ 2	รูปแบบ ที่ 3	รูปแบบ ที่ 4
<b>1.ด้านคุณภาพการบริการ</b>				
1. ความเชื่อมโยงของการให้บริการระหว่าง สถานบริการที่มีระดับต่างกัน	5	4	5	1

### คำอธิบาย

ในรูปแบบที่ 1 ท่านให้คะแนน 5 แสดงว่า ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ในรูปแบบที่ 2 ท่านให้คะแนน 4 แสดงว่า ท่านเห็นด้วย

ในรูปแบบที่ 3 ท่านให้คะแนน 5 แสดงว่า ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ในรูปแบบที่ 4 ท่านให้คะแนน 1 แสดงว่า ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง



ประเด็นที่ต้องการให้แสดงความคิดเห็น	รูปแบบ ที่ 1	รูปแบบ ที่ 2	รูปแบบ ที่ 3	รูปแบบ ที่ 4
<p><b>1. ด้านคุณภาพการบริการ</b></p> <p><b>1.1 ความเชื่อมโยงของการให้บริการระหว่างสถานบริการ (linkage and continuity of care) ที่มีระดับต่างกัน</b>            [คำอธิบาย-ในปัจจุบันรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่ใช้กันอยู่จะจัดบริการเป็นระดับๆ ตามความยากง่ายและปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชนคือแยกเป็นจัดบริการปฐมภูมิ(เช่นบริการที่จัดโดยสถานีอนามัย) ทุติยภูมิ(รพช.) ตติยภูมิ(รพท.) แต่เชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ(referral system)]</p>				
<p><b>1.2 การได้รับบริการตามความจำเป็น</b>            [ คำอธิบาย ผู้ป่วยจะสามารถได้รับการบริการตามความจำเป็นในกรณีที่เกิดขีดความสามารถของโรงพยาบาลชุมชน จะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า เช่น โรงพยาบาลจังหวัด / โรงพยาบาลศูนย์]</p>				
<p><b>1.3 ความผสมผสานในการให้บริการ(integration of service)</b>            [ คำอธิบาย-บริการด้านสุขภาพควรมีลักษณะที่ผสมผสานด้านการรักษาพยาบาลกับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้การบริการที่มีลักษณะเบ็ดเสร็จ เป็นองค์รวม (holistic care) ที่ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม]</p>				
<p><b>1.4 คุณภาพเชิงเทคนิค (technical quality )</b>            [คำอธิบาย-บริการสุขภาพเป็นการบริการที่ต้องอาศัยความสามารถเชิงวิชาชีพสูง ประกอบด้วยบุคลากรหลายวิชาชีพที่ต้องทำงานร่วมกัน ภายใต้มาตรฐานที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน]</p>				

ประเด็นที่ต้องการให้แสดงความคิดเห็น	รูปแบบ ที่ 1	รูปแบบ ที่ 2	รูปแบบ ที่ 3	รูปแบบ ที่ 4
<b>2. ด้านประสิทธิภาพของระบบ</b>				
<p><b>2.1 มีความรวดเร็วในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาสาธารณสุข</b> (ของเดิม-มีความล่าช้าในการตัดสินใจ เพราะการตัดสินใจแต่ละครั้งต้องผ่านขั้นตอนต่างๆจำนวนมากกว่าจะถึงผู้มีอำนาจตัดสินใจที่ส่วนกลาง)</p>				
<p><b>2.2 มีความยืดหยุ่นของระเบียบปฏิบัติ</b> (ของเดิม-มีระเบียบเดีวต้องใช้เหมือนกันทุกพื้นที่ )</p>				
<p><b>2.3 การตรวจสอบ</b> (ของเดิม-มีข้อจำกัดของการตรวจสอบ เนื่องจากมีพื้นที่กว้างขวางและมีหน่วยงานรับผิดชอบจำนวนมาก)</p>				
<p><b>2.4 ผู้บริหารมีความสามารถในการบริหารงานด้านสุขภาพ</b></p>				
<p><b>2.5 ความประหยัดในขนาดดำเนินการ(economy of scale )</b> (ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ ขนาดที่เหมาะสมในการดำเนินงานมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพเนื่องจากหน่วยบริการที่มีขนาดใหญ่เพียงพอจะช่วยลดต้นทุนต่อหน่วยบริการ โดยสามารถเฉลี่ยต้นทุนไปสู่ผู้ใช้บริการจำนวนมาก เป็นการเพิ่มความคุ้มค่า การจัดให้มีโรงพยาบาลเพื่อให้บริการแก่ชุมชนที่มีขนาดเล็กเช่นในระดับตำบลจะเป็นการลงทุนที่สูง ซึ่งผู้ใช้บริการไม่มากนัก อาจเกิดปัญหาประสิทธิภาพในการลงทุน)</p>				
<p><b>2.6 การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่รับการกระจายอำนาจ</b></p>				
<p><b>2.7 ผลกระทบภายนอก (EXTERNALITY)</b> (เช่นการควบคุมโรคติดต่ออาจล้มเหลว หากพื้นที่หนึ่งดำเนินการ ขณะที่พื้นที่ข้างเคียง ไม่ดำเนินการ)</p>				
<p><b>2.8 สถานพยาบาลต่างๆ มีการเชื่อมโยงกันในลักษณะเครือข่ายผู้ให้บริการ</b> (โดยการมีระบบส่งต่อ กรณีเกินขีดความสามารถ)</p>				
<p><b>2.9 ประสิทธิภาพการทำงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด ( กศจ. )</b></p>				
<p><b>2.10 การตอบสนองต่อนโยบายของประเทศ</b></p>				
<p><b>2.11 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารระบบ</b></p>				

ประเด็นที่ต้องการให้แสดงความคิดเห็น	รูปแบบ ที่ 1	รูปแบบ ที่ 2	รูปแบบ ที่ 3	รูปแบบ ที่ 4
<b>3. ด้านการตอบสนองความต้องการและการตรวจสอบ ของชุมชน</b>				
<b>3.1 โอกาสรับรู้ข้อมูลของพื้นที่ตนเองของผู้บริหารท้องถิ่น</b> (เดิม-ผู้มีอำนาจตัดสินใจมีโอกาสรับรู้ข้อมูลความแตกต่างที่หลากหลาย ของพื้นที่ต่างๆได้น้อยมาก การตัดสินใจจึงต้องใช้ภาพรวมของพื้นที่ มีค่าตอบแทนหรือรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหารูปแบบเดียวสำหรับทุก พื้นที่)				
<b>3.2 การใช้ทรัพยากรในแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับความต้องการ ของชุมชน</b>				
<b>3.3 การตอบสนองความต้องการของชุมชน</b> (มีการตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน)				
<b>3.4 ประชาชนและชุมชนสามารถมีส่วนร่วมและตรวจสอบการ จัดบริการได้</b>				
<b>4. ด้านความเสมอภาค</b>				
<b>4.1 ท้องถิ่นมีความสามารถในการบริหารงานที่เท่าเทียมกัน</b>				
<b>4.2 ท้องถิ่นมีความพร้อมทางด้านทรัพยากรที่เท่าเทียมกัน</b> (การเงินการคลังให้พิจารณาในข้อ 7)				
<b>4.3 ท้องถิ่นมีการกำหนดมาตรฐานด้านการให้บริการที่เท่าเทียมกัน</b>				
<b>4.4 ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและใช้บริการตามความจำเป็น ด้าน สุขภาพ</b> (ความเสมอภาคในแนวนอน – horizontal equity )				
<b>5. ด้านความยั่งยืนและการยอมรับ</b>				
<b>5.1 ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ</b>				
<b>5.2 ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของ</b>				
<b>5.3 การดำเนินการมีความต่อเนื่องยั่งยืน</b>				
<b>5.4 ความสามารถในการบริหารสาธารณสุขขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น</b>				
<b>5.5 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความพร้อมทางด้านทรัพยากร (คน งาน เงิน) เพื่อบริหารงานด้านสาธารณสุข</b>				

ประเด็นที่ต้องการให้แสดงความคิดเห็น	รูปแบบ ที่ 1	รูปแบบ ที่ 2	รูปแบบ ที่ 3	รูปแบบ ที่ 4
5.6 ความสอดคล้องกับ พระราชบัญญัติ กำหนด แผนและขั้นตอน การกระจายอำนาจ				
5.7 การยอมรับของบุคลากรสาธารณสุข				
<b>6. การบริหารบุคคล</b>				
6.1 ความเหมาะสมที่จะได้บุคคลเข้ามาอยู่ในระบบ(สรรหา,บรรจุ)				
6.2 ระบบคุณธรรมในการเลื่อนขั้นเงินเดือน				
6.3 ความก้าวหน้าของบุคลากร (การพัฒนาวิชาชีพ)				
6.4 ความเป็นธรรมในการโยกย้ายของบุคลากร				
6.5 ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน (คำอธิบาย : มีการสนับสนุนเครื่องมือและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน การสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก การปรับเปลี่ยนประเภทและอัตรา ค่าตอบแทนที่เหมาะสม)				
6.6 ค่าตอบแทนที่เหมาะสม (ผลตอบแทนทางการเงิน)				
6.7 การกระจายบุคลากรอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับลักษณะงาน ที่รับผิดชอบ (คำอธิบาย : เดิมมีการกระจุกตัวของกำลังคนอยู่ในเมืองใหญ่ๆ ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ)				
6.8 การแทรกแซงทางการเมือง (คำอธิบาย : ความต้องการทางการเมืองที่ต้องการกำลังคนมาก โดยไม่คำนึงถึงการจ้างงาน ทำให้เกิดการใช้กำลังคนที่ขาดประสิทธิ ภาพ ค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนสูง เงินที่ใช้ในการพัฒนากิจกรรมอื่นๆ ลดลง ทำให้ระบบขาดประสิทธิภาพ)				
6.9 การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (เนื่องจากวิทยาการและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลงอย่าง รวดเร็ว)				
6.10 การปฏิบัติงานเหมาะสมกับความรู้ที่เรียนมา (มีโรงพยาบาลบางแห่งใช้พยาบาลทำหน้าที่จ่ายยาให้ผู้ป่วย)				
6.11 ความมั่นคงในหน้าที่การงาน				

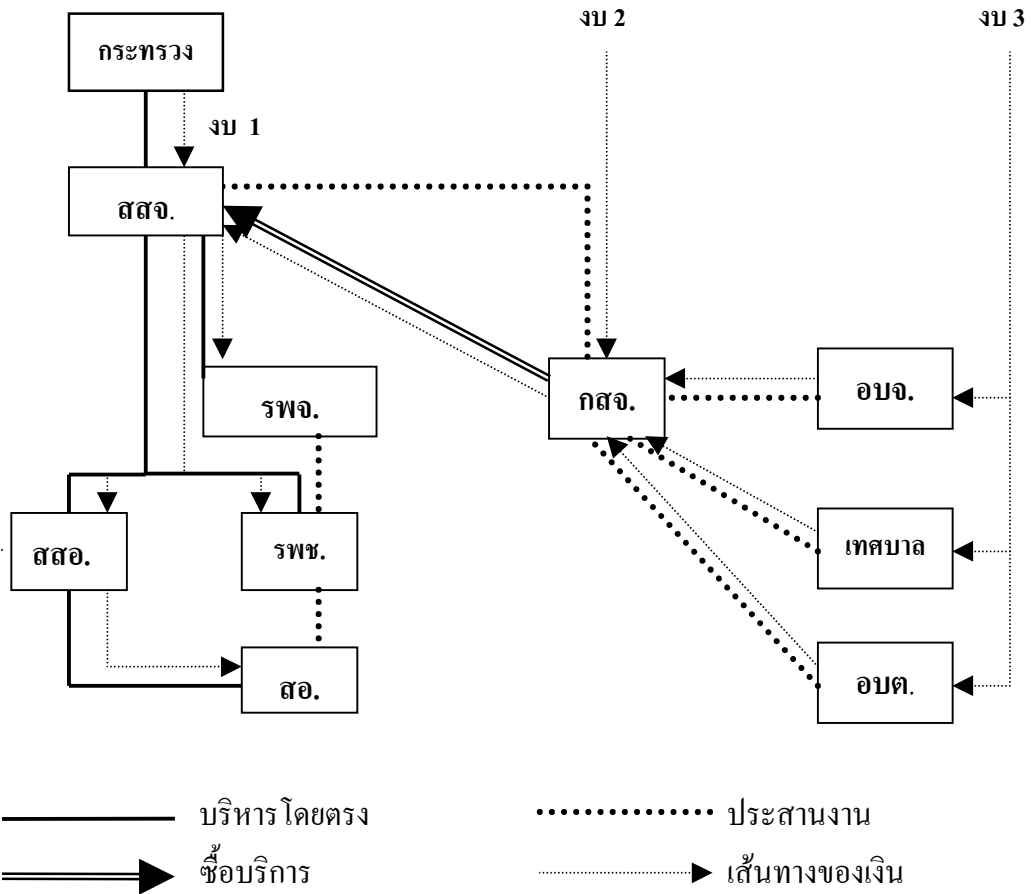
ประเด็นที่ต้องการให้แสดงความคิดเห็น	รูปแบบ ที่ 1	รูปแบบ ที่ 2	รูปแบบ ที่ 3	รูปแบบ ที่ 4
<b>7. การเงินการคลัง</b> <b>7.1 การใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพ</b> [ คำอธิบาย : ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ (operative efficiency) หมายถึง ความสามารถในการบริหารจัดการให้ทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรมานั้นก่อให้เกิดผลงานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้สูงสุด หรือผลที่เกิดขึ้นมี cost-effectiveness สูง ]				
<b>7.2 ความเสมอภาค / ความเป็นธรรมของระบบการเงินการคลัง</b>				
<b>7.3 โอกาสในการทุจริต</b>				
<b>7.4 ผลตอบแทนต่อการลงทุนด้านสาธารณสุข</b> [ คำอธิบาย : ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (allocative efficiency) หมายถึง ความสามารถในการจัดสรรทรัพยากรไปสู่กิจกรรมที่ให้ผลตอบแทนสูงกว่า เช่น กิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคนั้นให้ผลประโยชน์ต่อหน่วยของทรัพยากรที่ลงทุนสูงกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ]				
<b>7.5 แนวโน้มของการใช้จ่ายในอนาคต</b>				





รูปแบบที่ 1

สถานพยาบาลทุกระดับขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข แต่ถ่ายโอนบางภารกิจที่เหมาะสมให้แก่  
ท้องถิ่นคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการจากสถานพยาบาลของ  
กระทรวงสาธารณสุข



กระทรวง หมายถึง กระทรวงสาธารณสุข  
 งบ 1 หมายถึง งบประมาณส่วนที่ 1  
 งบ 2 หมายถึง งบประมาณส่วนที่ 2  
 งบ 3 หมายถึง งบประมาณส่วนที่ 3  
 สจ. หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
 กศจ. หมายถึง คณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด

อบจ. หมายถึง องค์การบริหารส่วนจังหวัด  
 อบต. หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบล  
 รพจ. หมายถึง โรงพยาบาลจังหวัด  
 รพช. หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน  
 สต. หมายถึง สถานีอนามัย

กศจ. หมายถึง คณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนรัฐบาล  
 ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนวิชัย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนจาก  
 องค์กรเอกชนและประชาคม



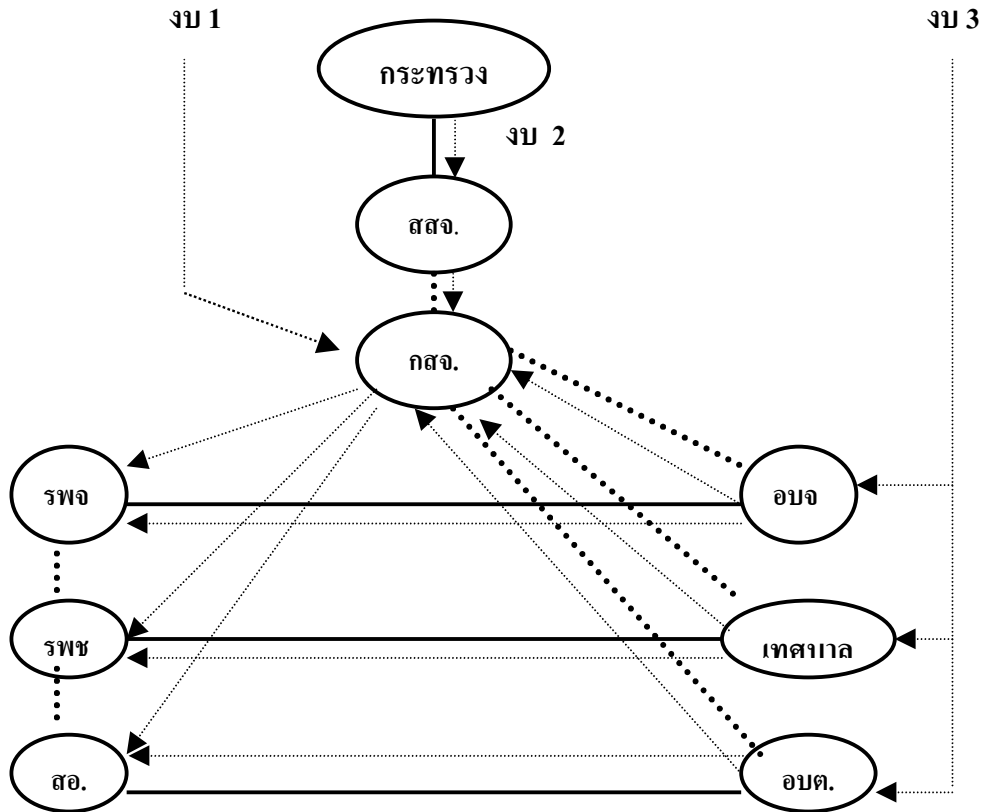
- กสจ. ทำหน้าที่**
1. บริหารจัดการสถานบริการ โดยตรงเบ็ดเสร็จ
  2. จัดสรรทรัพยากร เป็นผู้ซื้อบริการ กำหนดมาตรฐานและติดตามกำกับ
  3. ทำหน้าที่ในเชิงประสาน เพื่อให้เกิดความร่วมมือและเอกภาพ

### **คำอธิบายรูปแบบ**

สถานพยาบาลทุกระดับยังขึ้นอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขตามโครงสร้างเดิม แต่ถ่ายโอนภารกิจบางอย่างให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เช่น งานสาธารณสุขมูลฐาน งานอนามัย สิ่งแวดล้อม งานส่งเสริมสุขภาพ ฯลฯ) มีคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด (กสจ.) หน้าที่กำหนดนโยบายสุขภาพในภาพรวม และจัดให้มีบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ โดยการซื้อบริการจากเครือข่ายสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข กสจ.จะซื้อบริการผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่ง สสจ. ในรูปแบบนี้จะทำหน้าที่เป็นผู้บริหารเครือข่ายสถานพยาบาลทั้งหมด ทั้งนี้งบประมาณเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขเคยได้รับเพื่อจัดสรรให้กับสถานพยาบาลต่าง ๆ จะถูกจัดสรรมาให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รวมกับเงินที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเก็บเองอีกส่วนหนึ่ง) โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะใช้งบประมาณจำนวนหนึ่งเพื่อจัดบริการบางประเภทเอง และจัดสรรงบอีกส่วนหนึ่งซึ่งเป็นงบส่วนใหญ่มาให้ กสจ. เพื่อบริหาร กสจ. ยังต้องติดตามควบคุมกำกับ และประเมินผลว่าสถานพยาบาลต่าง ๆ ได้ให้บริการตามนโยบายกำหนดโดย กสจ. หรือไม่

รูปแบบที่ 2

สถานพยาบาลแต่ละระดับขึ้นอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับ ภารกิจส่วนใหญ่โอนให้แก่ท้องถิ่น คณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัดทำหน้าที่เป็นผู้ประสาน



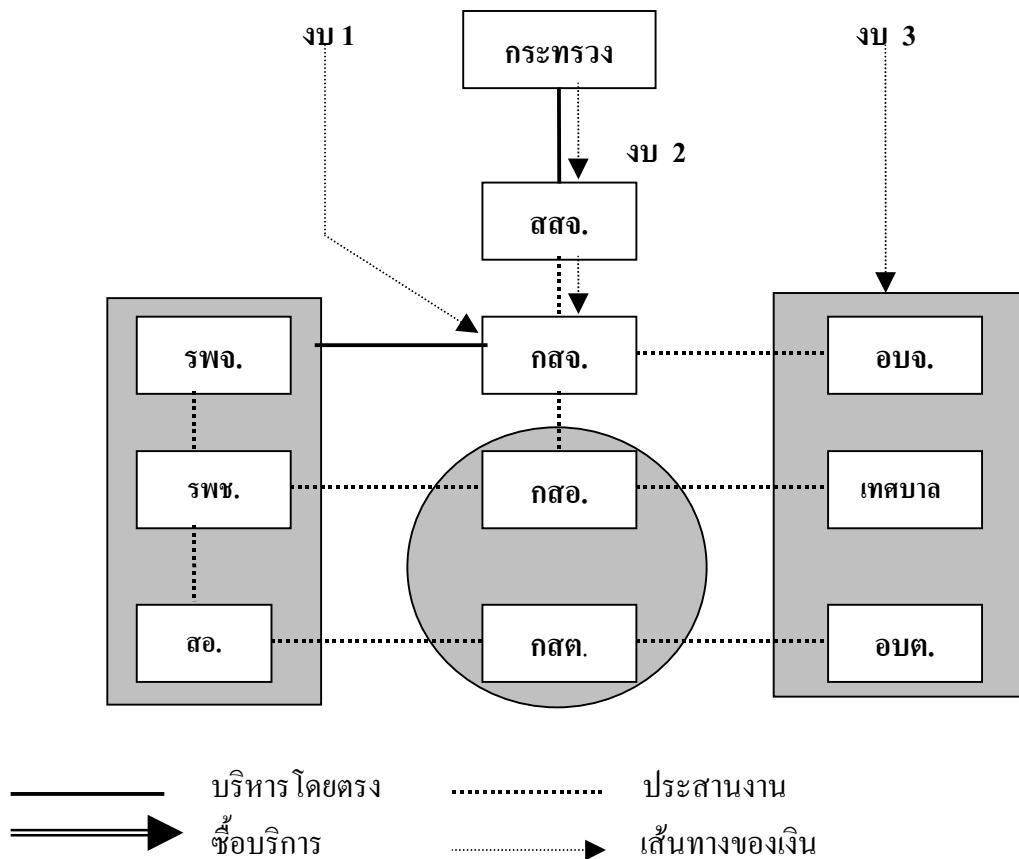
คำอธิบายรูปแบบ

สถานบริการแต่ละระดับจะถูกถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับดูแลรับผิดชอบ คือ สถานีอนามัย (สอ.) ให้องค์การบริหารงานส่วนตำบล (อบต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ให้เทศบาล และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ให้องค์การบริหารงานส่วนจังหวัด (อบจ.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ละแห่งจะรับผิดชอบบริหารสถานพยาบาลอย่างเบ็ดเสร็จซึ่งจะทำให้เกิดการผสมผสานบริการประเภทต่างๆ ได้ดีขึ้น และจะสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนย่อยต่างๆ ได้ดี แต่เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงการจัดบริการ จะมีคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด (กสจ.) ทำหน้าที่ประสานการจัดบริการของสถานพยาบาลทั้งหมด รวมถึงการกำหนดนโยบายสุขภาพโดยรวมของจังหวัด สถานพยาบาลจะได้รับงบประมาณบางส่วน (เช่น เงินเดือน

งบลงทุนบางส่วน) โดยตรงจากการปกครองส่วนท้องถิ่น และบางส่วน (เช่นงบดำเนินการต่างๆ) ผ่าน กสจ. กสจ.จะทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณเพื่อให้เกิดความธรรมระหว่างพื้นที่ และส่งเสริมให้เกิดการเชื่อมโยงของสถานพยาบาลระดับต่างๆ

**รูปแบบที่ 3**

สถานพยาบาลทุกระดับขึ้นกับคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด ภารกิจบางอย่างโอนให้แก่ท้องถิ่นดำเนินการเอง คณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัดทำหน้าที่เป็นผู้บริหารสถานพยาบาลต่างๆ โดยตรง



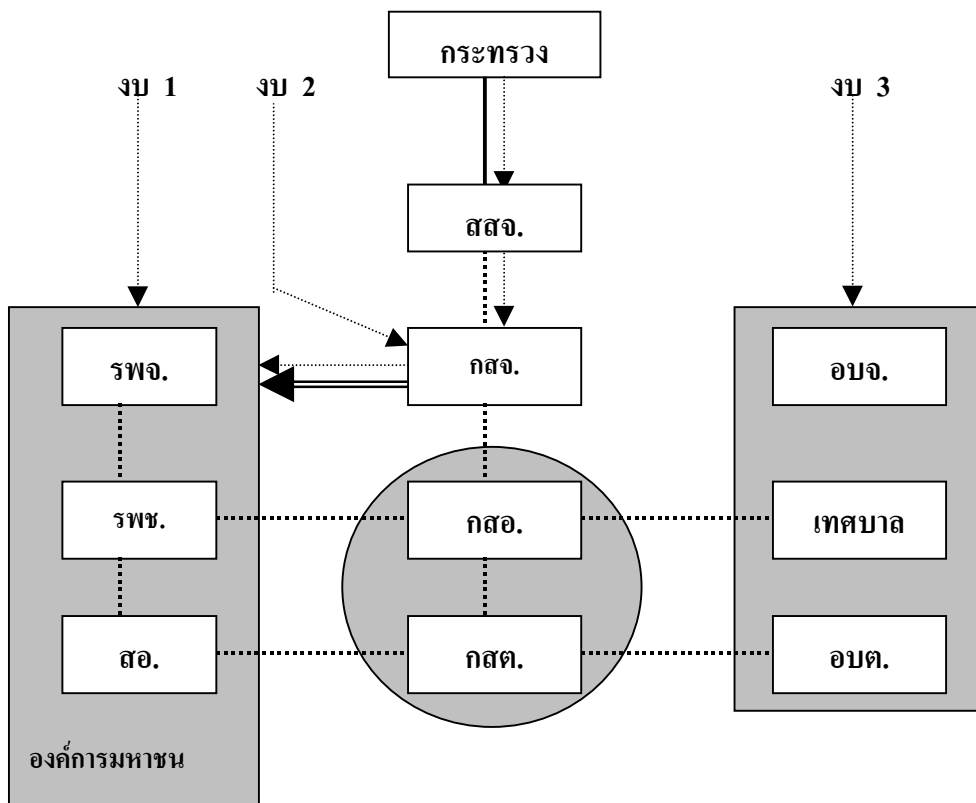
**คำอธิบายรูปแบบ**

สถานพยาบาลทุกระดับรวมเป็นเครือข่ายขึ้นกับกสจ. กสจ.ทำหน้าที่บริหารเครือข่ายของสถานพยาบาลโดยตรง ความสัมพันธ์เชิงบริหารของสถานพยาบาลแต่ละระดับและภายในระดับเดียวกัน อาจจะเป็นรูปแบบการประสานบริการหรือการบังคับบัญชา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารงบประมาณเพื่อจัดบริการด้านสุขภาพบางประเภทเอง ขณะที่งบประมาณส่วนใหญ่ร่วมกันบริหารผ่านกสจ. เพื่อบริหารระบบบริการสุขภาพทั้งหมด กรณีที่พื้นที่และประชากรที่รับ

ผิดชอบของจังหวัดมีขนาดใหญ่มาก จนโครงสร้างการบริหารงานของ กศจ. ไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึง ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาการตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นย่อย ๆ รวมทั้งส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบโดยรวมได้ กรณีนี้อาจพิจารณาให้จัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพที่ระดับพื้นที่ที่เกิดจากหลาย ๆ อำเภอรวมกันแทน กศจ. หรือภายใต้ กศจ. อาจพิจารณาให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (กสอ.) หรือคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล (กสต.) เพื่อเป็นองค์กรประสานงานสถานพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ย่อย ๆ เข้าด้วยกัน (บางข้อเสนอ เสนอให้ กสอ. และ กสต. เป็นนิติบุคคลเช่นเดียวกับ กศจ.)

**รูปแบบที่ 4**

สถานพยาบาลทุกระดับอยู่เป็นเครือข่ายในรูปแบบองค์กรมหาชน การกิจบางอย่างโอนให้แก่ท้องถิ่นดำเนินการเอง คณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ



### คำอธิบายรูปแบบ

สถานพยาบาลแต่ละระดับรวมเป็นเครือข่ายบริหารจัดการในลักษณะองค์การมหาชน มีคณะกรรมการบริหารประกอบด้วยผู้แทนจากรัฐบาลกลาง ผู้แทนจากท้องถิ่น หรือชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิ ฯลฯ ทำหน้าที่บริหารเครือข่ายของสถานพยาบาลทั้งหมด กรรมการสุขภาพระดับจังหวัด (กสจ.) ทำหน้าที่ซื้อบริการจากเครือข่ายดังกล่าว โดยได้รับงบประมาณส่วนใหญ่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บางส่วนอาจได้รับโดยตรงหรือจากกระทรวงสาธารณสุข (ผ่าน สสจ.) กสจ.จะทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐานบริการ จัดงบประมาณให้กับเครือข่ายสถานพยาบาลพร้อมทั้งควบคุมกำกับว่าเครือข่ายสถานพยาบาลได้ให้บริการตามเงื่อนไขหรือไม่ ในรูปแบบนี้ อาจกำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (กสอ.) และคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล (กสต.) ช่วยประสานบริการกับชุมชนในระดับอำเภอ ตำบล

## บรรณานุกรม

### บรรณานุกรม

- กรมการปกครอง กองราชการส่วนตำบล *รวมกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์อาสาศึกษาดินแดง 2543
- จอน อึ้งภากรณ์ “บทสัมภาษณ์นักการเมือง” ใน *นานาทศนะต่อกระบวนการกระจายอำนาจสู่ประชาชนไทย* หน้า 43-49 สุณี วงศ์คงคาเทพ และพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข กองบรรณาธิการ กระทรวงสาธารณสุข 2543
- จารุลาธิ์ ประเสริฐวิช “ความรู้และความคิดเห็นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตกรุงเทพมหานครเกี่ยวกับสภาพมลพิษทางสภาวะแวดล้อม” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2530
- จินตนา เลิศทวีสินธุ์ “ความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติของตำรวจจราจรเพื่อป้องกันอันตรายจากมลพิษทางอากาศและเสียงในกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2527
- จิราวรรณ พิเศษสกุลกิจ “ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการจัดสภาพแวดล้อมบริเวณโบราณสถาน:ศึกษากรณีป้อมพระกาฬ จังหวัดกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2534
- ชบ ยอดแก้ว “บทสัมภาษณ์ปราชญ์ชาวบ้าน” ใน *นานาทศนะต่อกระบวนการกระจายอำนาจสู่ประชาชนไทย* หน้า 59-62 สุณี วงศ์คงคาเทพ และ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข กองบรรณาธิการ กระทรวงสาธารณสุข 2543
- ชลธิชา ตั้งอัน “ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติของแม่บ้านในการกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล:ศึกษากรณีครัวเรือนริมคลองแสนแสบ กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2534
- ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ และคณะ *การกระจายอำนาจการบริหารงานสาธารณสุขมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ พี.เอ็น.การพิมพ์ 2540
- ชูชัย ศุภวงศ์ “กระทรวงสาธารณสุขในกระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” เอกสารวิชาการเสนอในเวทีวิชาการ:ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย ครั้งที่ 2 เรื่อง “การกระจายอำนาจกับอนาคตสุขภาพไทย” ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ 23-25 มกราคม 2544

- ดวงเดือน พันธุนาวิน *พฤติกรรมศาสตร์* เล่ม 2 จิตวิทยา จริยธรรม และจิตวิทยาภาษา  
กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช 2526
- ทองอาน พาไชสง และสมเกียรติ ทาทอง *รวมกฎหมายและระเบียบกระทรวงมหาดไทยเกี่ยวกับ  
สภาพเทศบาลและคณะเทศมนตรี* กรุงเทพมหานคร วิเจ 프린ติ้ง ม.ป.ป.
- นิธิ เอี้ยวศรีวงศ์ “บทสัมภาษณ์นักวิชาการ” ใน *นันททัศนะต่อกระบวนการกระจายอำนาจสู่  
ประชาชนไทย* หน้า 32-42 สุณี วงศ์คงคาเทพ และ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข  
กองบรรณาธิการ กระทรวงสาธารณสุข 2543
- นิรัตน์ อิมามี “หน่วยที่ 9 เครื่องมือการวิจัย” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา สถิติและระเบียบวิธีวิจัย  
ในงาน สาธารณสุข* หน้า 117-162 นนทบุรี สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช 2543
- บวรศักดิ์ อุวรรณโณ “การกระจายอำนาจกับการปฏิรูปสุขภาพ” ใน *รวมปาฐกถาและข้อเสนอเพื่อ  
การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ* เอกสารชุดวิชาการ “การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ”  
ฉบับที่ 6 หน้า 27-38 สุณี วงศ์คงคาเทพ และ บำรุง ตนะวัฒนา  
กองบรรณาธิการ กระทรวงสาธารณสุข 2544
- ประยงค์ เต็มชวลา “การกระจายอำนาจ: ยุทธศาสตร์การปฏิรูปงานสาธารณสุขไทย” *สารศิริราช*  
49 (พฤศจิกายน 2540) หน้า 1118-1123
- \_\_\_\_\_ “การกระจายอำนาจด้านการบริหารงานสาธารณสุขสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น: บทสรุปผล  
การศึกษารายวิจัย” *ลำปางเวชสาร* 18 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2540) หน้า 123-135
- ประเวศ วะสี “สังคมสมานฉันท์ กับสุขภาพของประชาชน” ใน *รวมปาฐกถาและข้อเสนอเพื่อ  
การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ* เอกสารชุดวิชาการ “การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ”  
ฉบับที่ 6 หน้า 17-26 สุณี วงศ์คงคาเทพ และ บำรุง ตนะวัฒนา กองบรรณาธิการ  
กระทรวงสาธารณสุข 2544
- ประสาธต์ หลีกศิลา *สังคมวิทยา* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ก้าวหน้า 2529
- ปรีดา เต๋ออารักษ์ “กระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ใน *การ  
กระจายอำนาจด้านสาธารณสุข* หน้า 60-73 ลือชา วรรณรัตน์และคณะ บรรณาธิการ  
กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร 2543
- ปวีศร อินัญญะ “ความรู้ความคิดเห็นและการประสานงานของหัวหน้าสถานีอนามัยในการ  
ดำเนินงานสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยา  
ศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2541



- พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
พ.ศ.2542 *ราชกิจจานุเบกษา* ล.116 (2542) หน้า 48-65
- พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 *ราชกิจจานุเบกษา* ล.119 (2545)  
หน้า 14-34
- พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.2534 *ราชกิจจานุเบกษา* ฉบับพิเศษ ล.108  
(2534) หน้า 1-41
- พิชาญ เพชรรัตน์ “ข้อเสนอจากประชาชนคนจนเพื่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ใน *รวม  
ปาฐกถาและข้อเสนอเพื่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ* เอกสารชุดวิชาการ “การ  
กระจายอำนาจสุขภาพ” ฉบับที่ 6 หน้า 59-60 สุณี วงศ์คงคาเทพ และ บำรุง  
ตนะวัฒนา กองบรรณาธิการ กระทรวงสาธารณสุข 2544
- พิสิษฐ์ ศรีประเสริฐ “การจัดบริการสาธารณสุขในอนาคตภายใต้บริบทของการกระจายอำนาจ”  
ใน *การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข* หน้า 74-92 ลือชา วรรัตน์ และคณะ  
บรรณาธิการ กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร 2543
- ไพโรจน์ นิงสานนท์ “บทสัมภาษณ์ประชาชนอาวุโส” ใน *นานาทัศนะต่อกระบวนการกระจาย  
อำนาจสู่ประชาชนไทย* หน้า 27-31 สุณีย์ วงศ์คงคาเทพ และ พงษ์พิสุทธิ  
จงอุดมสุข กองบรรณาธิการ กระทรวงสาธารณสุข 2543
- มหาดไทย,กระทรวง กรมการปกครอง กองราชการส่วนตำบล เอกสารกองราชการส่วนตำบล  
นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการป.ท. ครั้งที่ 9/2545 1 มีนาคม 2545
- รัฐ จำปาทอง “ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเมื่อบริโภคน้ำ: ศึกษากรณีแม่บ้านในเขต  
กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2528
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 *ราชกิจจานุเบกษา* ล.114 (2540)  
หน้า 1-99
- เรืองเวทย์ แสงรัตน “ความคิดเห็นและความสนใจของนักเรียนเตรียมทหารเกี่ยวกับอัตราการเพิ่ม  
ประชากรของประเทศไทย” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2522

- ลือชา วรรัตน์ ปรีดา แต่อาร์กซ์และพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ *การเตรียมความพร้อมการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข* นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข 2543 อ้างถึงใน ลือชา วรรัตน์และสมศักดิ์ ภัทรกุลวณิช “กระจายอำนาจหรือกระจายความรับผิดชอบด้านสาธารณสุข” *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 9 (กรกฎาคม-กันยายน 2543) หน้า 312-321
- ลือชา วรรัตน์และสมศักดิ์ ภัทรกุลวณิช “กระจายอำนาจหรือกระจายความรับผิดชอบด้านสาธารณสุข” *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 9 (กรกฎาคม-กันยายน 2543) หน้า 312-321
- วไลลักษณ์ โทธฐาน “ความคิดเห็นของประชาชนต่อการให้บริการเก็บขนมูลฝอยทางน้ำ ศึกษาเปรียบเทียบบริเวณริมคลองบางกอกน้อย เขตบางกอกน้อย และบริเวณคลองชักพระ เขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2535
- วิชัย โปษยะจินดา “บทสัมภาษณ์นักวิชาการ” ใน *นานาชาติต่อกระบวนการกระจายอำนาจสู่ประชาชนไทย* หน้า 20-26 สุณีย์ วงศ์คงคาเทพ และ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข กองบรรณาธิการ กระทรวงสาธารณสุข 2543
- วิบูลย์ เข็มเฉลิม “บทสัมภาษณ์ปราชญ์ชาวบ้าน” ใน *นานาชาติต่อกระบวนการกระจายอำนาจสู่ประชาชนไทย* หน้า 50-58 สุณี วงศ์คงคาเทพ และ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข กองบรรณาธิการ กระทรวงสาธารณสุข 2543
- วุฒิสาร ตันไชย “เสียงสะท้อน” *ทิศทางการกระจายอำนาจเพื่อคนไทย* 1 (เมษายน 2544) หน้า 4-7
- ศรีปริญญา ฐปกระจ่าง “การมีส่วนร่วมของการพัฒนากรในการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมในชนบท” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สิ่งแวดล้อม) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2529
- ศิริ ศิริวัลย์ “ความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวและประชาชนในเขตเทศบาลเมืองชัยนาทต่อสวนนกชัยนาท” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2532
- ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย “ระบบการคลังกับการกระจายอำนาจทางสาธารณสุข” *วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข* 3 (ต.ค.-ธ.ค. 2538) หน้า 195-202

- ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย และวินัย ลีสมีทธิ “กระจายอำนาจการคลังสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: บทพิสูจน์ความสามารถของท้องถิ่น” *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 9 (กรกฎาคม-กันยายน 2543) หน้า 267-274
- . “ทรัพยากรสาธารณสุขกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โอกาสในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย” *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 9 (มกราคม-มีนาคม 2543) หน้า 15-24
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ “สรุปสาระสำคัญและข้อเสนอเพื่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ใน *รวมปาฐกถาและข้อเสนอเพื่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ* เอกสารชุดวิชาการ “การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ฉบับที่ 6 หน้า 55-58 ศูนย์ วงศ์คงคาเทพ และ บำรุง ตนะวัฒนา กองบรรณาธิการ กระทรวงสาธารณสุข 2544
- . *ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย* พิมพ์ครั้งที่ 5 นนทบุรี สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2542 อ้างถึงใน ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย และ วินัย ลีสมีทธิ “กระจายอำนาจการคลังสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: บทพิสูจน์ความสามารถของท้องถิ่น” *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 9 (กรกฎาคม-กันยายน 2543) หน้า 267-274
- สถาพร อธิพิงษ์ “การมีส่วนร่วมของกรรมการสภาตำบลในการอนุรักษ์ป่าชายเลน: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอท่าใหม่และกิ่งอำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2536
- สาธารณสุข, กระทรวง *การบริหารสาธารณสุขส่วนภูมิภาค(ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 6 พ.ศ.2542)* กระทรวงสาธารณสุข 2542
- . *สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น* กระทรวงสาธารณสุข 2544
- . “การปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545” *โครงสร้างส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข* [Online].(2002) Available:http://www.moph.go.th[Accessed November 13,2002].
- สมบุญ สุธสาธิต “การปกครองส่วนท้องถิ่นและการกระจายอำนาจ” เอกสารบรรยายในที่ประชุมราชบัณฑิตและภาคีสมาชิก สำนักธรรมศาสตร์และการเมือง ราชบัณฑิตสถาน 28 มิถุนายน 2544

สมพร อธิติเดชพงษ์ “ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
ชุมชน” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร)  
สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2530

สมโภช สุวรรณรัตน์ “ทัศนคติของกรรมการสภาตำบลที่มีต่อโครงการสุพรรณบุรี” วิทยานิพนธ์  
ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล 2523

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ **บทวิเคราะห์การกระจายอำนาจและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข  
นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อ้างถึงใน ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และ  
วินัย ลิสมิทธิ์ ทรัพยากรกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขโอกาสสร้างหลัก  
ประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย วารสารวิชาการสาธารณสุข 9 (มกราคม-  
มีนาคม 2543) หน้า 267-274**

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักวิชา  
การสาธารณสุข **กระจายอำนาจด้านสุขภาพ ทางเลือกและการวิเคราะห์** เอกสารวิชา  
การชุด“กระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ฉบับที่ 1 สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง 2543

สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่น **แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
พ.ศ.2543** สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี 2543

สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ(สพกส) “กสพ.มีทาง แต่ไร้ทิศ”  
**ทิศทางการกระจายอำนาจเพื่อสุขภาพคนไทย 1** (กันยายน 2544) หน้า 4

สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ(สพกส) “สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใต้ระบบการกระจายอำนาจ” **ทิศทางการ  
กระจายอำนาจเพื่อสุขภาพคนไทย 1** (พฤษภาคม 2544) ไบแทรง

สุจริต ศรีประพันธ์ “การปฏิรูปสุขภาพ สิ่งที่ต้องทำ ควรทำ ควรระวัง ห้ามทำ” **วารสารวิชาการ  
สาธารณสุข 9** (กรกฎาคม-กันยายน 2543) หน้า245-252

สุชา จันท์เอม **จิตวิทยาทั่วไป** กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช 2527

สุโท เจริญสุข **หลักจิตวิทยาและพัฒนาการของมนุษย์** กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แพร่พิทยา  
2524

- สุริชัย หวันแก้ว “บทสัมภาษณ์นักวิชาการ” ใน *นานาทัศนะต่อกระบวนการกระจายอำนาจสู่ประชาชนไทย* หน้า 11-19 สุณี วงศ์คงคาเทพ และ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข กองบรรณาธิการ กระทรวงสาธารณสุข 2543
- สุริชัย ชัมเจริญ “ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อสวนสัตว์ดุสิต” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2532
- เสนห์ จามริก “อำนาจรัฐกระจายอย่างไร” ใน *รวมปรากฏการณ์และข้อเสนอเพื่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ* เอกสารชุดวิชาการ “การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ฉบับที่ 6 หน้า 39-47 สุณี วงศ์คงคาเทพ และ บำรุง ตนะวัฒนา กองบรรณาธิการ กระทรวงสาธารณสุข 2544
- เสม พริ้งพวงแก้ว “บทสัมภาษณ์ประชาชนอาวุโส” ใน *นานาทัศนะต่อกระบวนการกระจายอำนาจสู่ประชาชนไทย* หน้า 4-10 สุณี วงศ์คงคาเทพ และ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข กองบรรณาธิการ กระทรวงสาธารณสุข 2543
- อภิชาติ สังขชาติ และ วีระวัฒน์ ภัคตรนิกร “เสียงสะท้อน” *ทิศทางการกระจายอำนาจเพื่อสุขภาพคนไทย 1* (เมษายน 2544) หน้า 4-7
- อรวรรณ เย็นใจ “ความรู้และการปฏิบัติของประชาชนที่อาศัยบริเวณริมคลองกรุงเทพมหานคร เกี่ยวกับการกำจัดขยะมูลฝอยในครัวเรือน ศึกษาเฉพาะกรณีคลองโองอ่าง” วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2535
- อานันท์ ปันยารชุน “การบริหารที่ดีในการกระจายอำนาจ” ใน *รวมปรากฏการณ์และข้อเสนอเพื่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ* เอกสารชุดวิชาการ “การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” ฉบับที่ 6 หน้า 9-16 สุณี วงศ์คงคาเทพ และ บำรุง ตนะวัฒนา กองบรรณาธิการ กระทรวงสาธารณสุข 2544
- Babbie,E.R. *Survey Research Methods*. Belmont,California:Woodworht,1973 อ้างถึงใน ชวิชัย วรพงศธร *หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2543
- Colling,C. “Decentralization and the need for political and critical analysis” *Health Policy Planning* 1989;4:168-71 อ้างถึงใน ลือชา วนรัตน์ และสมศักดิ์ ภัทรกุลวณิช *การกระจายอำนาจหรือกระจายความรับผิดชอบด้านสาธารณสุข วารสารวิชาการสาธารณสุข* 9 (กรกฎาคม-กันยายน 2543) หน้า 312-320

- Kammeier,HD. "Thailand's incomplete decentralization process. Policy options for further local government reforms". *Regional Development Dialogue*;1999. P20,2, 77-118 อ้างถึงใน ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และ วินัย ลีสมิทธิ *ทรัพยากรกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขโอกาสสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย วารสารวิชาการสาธารณสุข 9* (มกราคม-มีนาคม 2543) หน้า 15-25
- Leberghe,WV and Lafort, Y. "The role of the hospital in the district:delivery or supporting primary health care ?" Geneva : *World Health Organization* (WHO/SHS/CC/90.2) อ้างถึงใน ลือชา วนรัตน์ และ สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิช *การกระจายอำนาจหรือกระจายความรับผิดชอบด้านสาธารณสุข วารสารวิชาการสาธารณสุข 9* (กรกฎาคม-กันยายน 2543) หน้า 312-321
- Mills,A et al. "Health system decentralization: concepts, issue and country experience." Geneva : *World Health Organization*;1990 อ้างถึงใน ลือชา วนรัตน์ และสมศักดิ์ ภัทรกุลวณิช *การกระจายอำนาจหรือกระจายความรับผิดชอบ วารสารวิชาการสาธารณสุข 9* (กรกฎาคม-กันยายน 2543) หน้า 312-320

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายมาโนช อิ่มสมบัติ
วัน เดือน ปี เกิด	8 กรกฎาคม 2499
สถานที่เกิด	กิ่งอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2522 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2524 ว.ว.กุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2531
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลกุยบุรี อำเภอกุยบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
ตำแหน่ง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล