



การประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: สังเคราะห์
บทเรียนจากพื้นที่ 51 แห่งและทางเลือกในเชิงนโยบาย

Evaluation of the Devolved Health Centers: Synthesis Lesson Learnt from 51
Health Centers and Policy Options

นพ.อานนท์	กุลธรธรรมานุสรณ์
นพ.นิธิวัชร	แสงเรือง
นางสาวเยาวลักษณ์	แหวนวงษ์
พญ.หทัยรัตน์	โกษิยาภรณ์
ภญ.วรรณัน	วิทยาพิภพสกุล
ผศ.ดร.จรรยาพร	ศรีศศลักษณ์
ผศ.ดร.ทพ.วีระศักดิ์	พุทธาศรี
ดร.ภญ.วัลย์พร	พัชรนฤมล

Anond	Kulthanmanusorn
Nithiwat	Saengruang
Yaowaluk	Wanwong
Hathairat	Kosiyaporn
Woranan	Witthayapipopsakul
Jaruayporn	Srisasalux
Weerasak	Putthasri
Walaiporn	Patcharanarumol

มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
28 กุมภาพันธ์ 2561

“โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)”

บทคัดย่อ

การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหนึ่งในหลายรูปแบบของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วทั้งสิ้น 51 แห่ง จากจำนวน 9,787 แห่งทั่วประเทศ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิและประเมินผลการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาว่ามีจุดแข็ง จุดอ่อนตลอดจนปัจจัยสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไร รวมถึงจัดทำข้อเสนอแนะในการจัดบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในอนาคต โดยใช้การศึกษาเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการคัดกรองโรคของหน่วยบริการปฐมภูมิและข้อมูลจากแบบสอบถามที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนเป็นผู้ประเมิน การสัมภาษณ์เชิงลึกและจัดการสนทนากลุ่มใน 4 พื้นที่

ผลการศึกษาพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีค่าเฉลี่ยอัตราการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ถ่ายโอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.0400, 0.0438 และ 0.0000 ตามลำดับ) ส่วนอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.1974)

ด้านงบประมาณ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และสถานที่พบว่าเพียงพอต่อการให้บริการ บางแห่งยังประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การทำงานบางแห่งมีบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้นจากแบบสอบถาม 41 ฉบับ พบว่าเจ้าหน้าที่ร้อยละ 75.61 เห็นว่าคุณภาพการให้บริการประชาชนในพื้นที่และการตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ดีขึ้น การบริหารงานที่มีสายบังคับบัญชาสั้นเป็นทั้งข้อดีที่จะทำให้บริหารงานได้คล่องตัว แต่ก็มีข้อเสียเนื่องจากเจ้าหน้าที่กังวลปัญหาการเมืองท้องถิ่นส่งผลต่อการปฏิบัติงาน หลังการถ่ายโอนยังคงมีความสัมพันธ์กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ใกล้ชิด แต่มีเพียง 19 แห่งที่ได้รับการนิเทศงานจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็นประจำ มีเจ้าหน้าที่ 7 แห่งต้องการย้ายกลับกระทรวงสาธารณสุข และกระบวนการถ่ายโอนที่ผ่านมาพบว่าไม่มีส่วนร่วมจากประชาชนในพื้นที่และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฏิบัติงาน

ในอนาคตหากต้องการให้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพประสบความสำเร็จ รัฐบาลจะต้องมีนโยบายที่ชัดเจนในการกระจายอำนาจ โดยกรปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับในการบริหารราชการแผ่นดินให้สอดคล้องกับการกระจายอำนาจ กระทรวงสาธารณสุขควรมีการติดตามการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปแล้วอย่างต่อเนื่อง หากพบปัญหาในการให้บริการควรมีแนวทางการแก้ปัญหาพร้อมกันอย่างชัดเจน ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่ได้ถ่ายโอนต้องถ่ายโอนไปให้เฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมเท่านั้น และควรส่งเสริมให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการถ่ายโอนหน่วยบริการ

คำสำคัญ: การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข การถ่ายโอนสถานีนอกรมัย การอภิบาลระบบสุขภาพ

Abstract

The devolution of health centers to Local Government Units (LGUs) in Thailand has been one of the many tools that the Ministry of Public Health (MOPH) used in its healthcare decentralization policy. Fifty-one out of 9,787 health centers have been devolved since 2007. This study aimed to (1) understand devolution process; (2) evaluate outcomes of the devolution; (3) analyze strengths, weaknesses, enabling factors, and threats of the devolution of health centers in Thailand and (4) make policy recommendations on the provision of primary health care that fits with the Thai context. The study employed qualitative and quantitative approaches consisting of literature review, data analyses of four selected quality indicators and self-administered questionnaires by health personnel at devolved health centers, in-depth interviews and focus-group discussions in four representative provinces.

The study showed that the rates of screening for diabetes mellitus, hypertension, and cervical cancer in devolved health centers were lower than those in non-devolved health centers (p-value = 0.0400, 0.0438, and 0.0000 respectively). The analysis found no statistically significant result for the rate of early access to antenatal care (p-value = 0.1974).

The findings from 41 questionnaires suggested that budgets, medical supplies and equipments, and facilities in devolved health centers were sufficient although some health centers still lacked adequate health personnel. Some devolved health centers could extend the range of their medical services. 75.61 percent of the respondents reported that quality of care and responsiveness were improved after the devolution. The short chain of command between LGUs and devolved health centers could contribute to less bureaucratic management but might also involve local politics. Although the relationship between devolved health centers and Public Health Organizations remained close after the devolution, only 19 devolved health centers reported to have routine audit by Public Health Organizations. Seven respondents indicated they would prefer to move back to MOPH. Lastly, it was reported that the devolution process lacked the participation from people and frontline health personnel.

Successful healthcare decentralization requires clearer devolution policy and supportive laws and regulations from the government. The MOPH should maintain its roles of

supervision and regulation in all devolved health centers and collectively address any arising challenges with the LGUs. The devolution of health centers should maintain within the LGUs with sufficient capacities and people participation must be strongly promoted.

Keyword: decentralization in health care, devolved health center, health system governance

บทสรุปผู้บริหาร

นับตั้งแต่มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2542 รัฐบาลไทยได้เริ่มมีการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหนึ่งในหลายรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 จนถึงปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปแล้วทั้งสิ้น 51 แห่ง จากจำนวน 9,787 แห่งทั่วประเทศ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินผลการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมา 2) ศึกษากระบวนการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ 3) ศึกษาจุดแข็งและจุดอ่อนตลอดจนปัจจัยสำเร็จและอุปสรรคของการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ และ 4) จัดทำข้อเสนอแนะในการจัดบริการปฐมภูมิในอนาคต โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการคัดกรองของหน่วยบริการและข้อมูลจากแบบสอบถามที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนเป็นผู้ประเมิน การสัมภาษณ์เชิงลึกและจัดการสนทนากลุ่มใน 4 พื้นที่

ผลการศึกษาที่สำคัญ

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ (Quality and Outcome Framework, QOF) ปีงบประมาณ 2560 พบว่าอัตราการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็งปากมดลูกของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่ำกว่าของหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลการแปลผลควรเป็นไปด้วยความระมัดระวัง
2. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจ บทบาทหน้าที่ด้านงานสาธารณสุขไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ส่วนใหญ่ประชาชนเข้าถึงบริการง่ายขึ้นเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่เพียงพอ มีอุปกรณ์ทางการแพทย์และสถานที่พร้อม บางแห่งมีบริการเพิ่มมากขึ้น เช่น มีแพทย์มาประจำ มีนักกายภาพบำบัดมาให้บริการ เป็นต้น การทำงานด้านชุมชนและงานบริการสังคมตามนโยบายของท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น จากแบบสอบถาม 41 ชุด เจ้าหน้าที่ร้อยละ 75.61 เห็นว่าคุณภาพการให้บริการและการตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ดีขึ้น
3. การทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้วภายใต้อปท.มีข้อดีคือมีสายบังคับบัญชาที่สั้นกว่าเมื่ออยู่กับกระทรวงสาธารณสุข จึงสามารถบริหารจัดการได้รวดเร็วกว่า สามารถทำงานในแนวราบได้อย่างรอบด้านทุกภาคส่วนของอปท. มีความเข้าใจบริบทของพื้นที่เป็นอย่างดี และมีความใกล้ชิดกับประชาชนและเครือข่ายภาคประชาสังคมต่างๆ แต่มีข้อกังวลเรื่องความไม่แน่นอนทางการเมืองและอิทธิพลของการเมืองท้องถิ่นต่อการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

4. ภายหลังจากที่หน่วยบริการปฐมภูมิถ่ายโอนแล้ว ทุกแห่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นปีละอย่างน้อย 1 ล้านบาท นอกจากนี้ยังอาจได้รับสนับสนุนโดยตรงจากรายได้ของอปท. ทำให้มีสถานที่ เครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์ต่างๆ เพียงพอ
5. บางแห่งสามารถจัดหาบุคลากรสายวิชาชีพเพิ่มเติมมากกว่ากรอบที่กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทยแต่บางแห่งยังขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพ ซึ่งอปท.ไม่สามารถจัดหาบุคลากรได้ เนื่องจากระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดให้มีอัตราค่าจ้างไม่เกินร้อยละ 40 ของรายได้ และบางพื้นที่ไม่สามารถหาผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตามตำแหน่งที่ต้องการได้
6. บุคลากรที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนมีความพึงพอใจต่อค่าตอบแทน สวัสดิการ ภาระงานและบรรยากาศการทำงานแต่ยังมีข้อกังวลเกี่ยวกับการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการของบุคลากรและความก้าวหน้าในอาชีพที่ไม่ชัดเจน จากแบบสอบถามพบว่าเจ้าหน้าที่ร้อยละ 17.07 ระบุว่าต้องการย้ายกลับมาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
7. หลังการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีความสัมพันธ์ที่ดีกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ แต่มีเพียงร้อยละ 42.50 ที่ได้รับการนิเทศงานจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็นประจำ ในขณะที่อีกร้อยละ 10 ไม่เคยได้รับการนิเทศงานจากหน่วยสาธารณสุขเลย การประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขด้านการส่งต่อผู้ป่วย และการตอบสนองต่อปัญหาฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี
8. กระบวนการถ่ายโอนที่ผ่านมายังไม่มีส่วนร่วมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฏิบัติงาน และประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ไม่ทราบข้อมูลที่จำเป็นต่อการตัดสินใจถ่ายโอน และมีเสียงสะท้อนถึงความจริงใจและจริงใจของกระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุนนโยบายการถ่ายโอน
9. การถ่ายโอนมีการดำเนินการตามหลักเกณฑ์ต่างๆ แต่หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาการถ่ายโอนเมื่อเริ่มต้น ไม่สามารถยืนยันได้ว่าจะส่งผลดีหลังจากการถ่ายโอนในระยะยาวหรือไม่ ทั้งนี้ ขึ้นกับการปรับตัวร่วมกันของทั้งอปท.ที่รับโอนและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนที่ต้องปรับวัฒนธรรมการทำงานให้เข้ากันได้ด้วยดี
10. ประชาชนในพื้นที่ไม่ได้ให้ความสนใจว่ารูปแบบการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิจะขึ้นกับสังกัดใด ประชาชนต้องการให้หน่วยงานบริการปฐมภูมิเป็นสถานพยาบาลที่ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก บริการมีคุณภาพ และเป็นมิตร
11. เมื่อถ่ายโอนแล้ว ปัจจัยสำคัญมาก คือ ระบบธรรมาภิบาล ระหว่าง อปท. หน่วยบริการปฐมภูมิ และประชาชน ต้องสร้างกรอบความรับผิดชอบ (Accountability) ของอปท.และหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความรับผิดชอบต่อประชาชน และมีความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบ การทำงานสาธารณสุขที่มุ่งประโยชน์ของประชาชนสามารถเป็นเกราะป้องกันการแทรกแซงทางการเมืองให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิได้

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการติดตามการปฏิบัติงานและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ รวมทั้งต้องมีกลไกและกระบวนการนำผลการประเมินส่งกลับให้อปท.และหน่วยบริการปฐมภูมินำกลับไปใช้พัฒนาและปรับปรุงการทำงาน และควรสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการประเมินหน่วยบริการ กลไกหนึ่งที่ใช้ได้ คือ ให้ประชาชนเข้าเป็นส่วนหนึ่งคณะทำงานประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประเมินผลการทำงานภายหลังการถ่ายโอน
2. สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้วและมีปัญหาที่ทำให้การดำเนินงานไม่ราบรื่น กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุขต้องร่วมกันจัดการปัญหาเหล่านี้ และควรมีช่องทางให้หน่วยบริการหรือเจ้าหน้าที่ย้ายกลับมาอยู่กระทรวงสาธารณสุขถ้าหากประสบปัญหาที่รุนแรงจนต้องย้ายสังกัด
3. หน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่ได้ถ่ายโอน หากที่ใดพร้อมทั้งสองฝ่ายก็ควรดำเนินการถ่ายโอนต่อไป เนื่องจากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ยังมีผลบังคับใช้อยู่ และการถ่ายโอนภารกิจมักทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับทรัพยากรเพิ่มมากขึ้น ทั้งด้านงบประมาณ สถานที่ อุปกรณ์ และกำลังคน แต่ควรต้องมีการปรับปรุงดังต่อไปนี้
 - เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในกระบวนการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดการรับรู้ในวงกว้างของชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชน
 - มีข้อตกลงร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยในการร่วมมือกันพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกระทรวงสาธารณสุขยังต้องนิเทศติดตามการทำงานด้านสาธารณสุขและสนับสนุนด้านวิชาการ ส่วนกระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่ในการสนับสนุนทรัพยากรในการให้บริการในพื้นที่อย่างเพียงพอ โดยต้องมีคณะทำงานร่วมกันในการประเมินการปฏิบัติงานและประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นประจำ
 - ทั้งกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยต้องมีการปรับปรุงแก้ไขระเบียบบริหารราชการแผ่นดินให้เอื้อต่อการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น แนวทางปฏิบัติการณึ่งงบประมาณสำหรับจัดบริการสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพที่สปสข. โอนไปให้โรงพยาบาลแม่ข่าย กรอบอัตรากำลังและเงินเดือนของข้าราชการที่ถ่ายโอนไปพร้อมกับการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นต้น
4. บทเรียนจากบางประเทศ เช่น ฟิลิปปินส์ แสดงให้เห็นถึงปัญหาในการติดตามและรวบรวมข้อมูลสุขภาพในภาพรวมของประเทศภายหลังการถ่ายโอน ซึ่งประเทศไทยควรระมัดระวังไม่ให้เกิดปัญหาเช่นนี้ขึ้น ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานที่มีภารกิจหลักด้านสุขภาพของประเทศ (National Health Authority) จึงมีหน้าที่ในการกำหนดทิศทางการทำงานของระบบสุขภาพ

การรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน และการกำกับติดตามผลการทำงานด้านสุขภาพที่สำคัญ ในขณะเดียวกัน หน่วยบริการทุกสังกัดต้องมีหน้าที่ในการส่งข้อมูลให้กับกระทรวงสาธารณสุข

5. รูปแบบการทำงานด้านสุขภาพร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้มีเพียงการถ่ายโอนรูปแบบเดียว ในหลายพื้นที่อปท.ให้การสนับสนุนการทำงานของรพ.สต. อย่างมาก ทำงานได้อย่างสอดคล้องและเสริมหนุนกันแม้ไม่ได้มีการถ่ายโอนภารกิจ กองทุนสุขภาพ ตำบลเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการทำงานร่วมกัน ดังนั้น การทำงานร่วมกันระหว่างท้องถิ่นและสาธารณสุขมีได้หลายรูปแบบตามบริบทและความพร้อมของพื้นที่ หากทำการขยายวงการทำงานร่วมกันด้วยรูปแบบต่างๆ เหล่านี้ ก็เท่ากับเป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างท้องถิ่นกับสาธารณสุขในการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น
6. การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งของการกระจายอำนาจ ยังมีการจัดระบบบริการสุขภาพอีกหลายรูปแบบที่เป็นการกระจายอำนาจ อย่างไรก็ตาม ในขณะที่บริบทของประเทศไทยยังมีแรงหนุนและแรงต้านเรื่องการกระจายอำนาจ ประเทศไทยยังไม่พร้อมกับการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิภาคบังคับ ควรเป็นอย่างสมัครใจในพื้นที่ที่พร้อมรับถ่ายโอน
7. ประสบการณ์จากต่างประเทศแสดงให้เห็นว่านโยบายการกระจายอำนาจได้ผลดีก็ต่อเมื่อชุมชนในท้องถิ่นต้องเข้มแข็ง หากเป้าหมายคือการกระจายอำนาจ ทุกภาคส่วนจำเป็นต้องร่วมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคประชาชน ด้วยช่องทางและวิธีการที่หลากหลายไม่เฉพาะเพียงด้านสาธารณสุขเท่านั้น

บทสรุปเพื่อสื่อสารต่อสาธารณะ

การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหนึ่งในหลายรูปแบบของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วทั้งสิ้น 51 แห่ง จากจำนวน 9,787 แห่งทั่วประเทศ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิและประเมินผลการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาว่ามีจุดแข็ง จุดอ่อนตลอดจนปัจจัยสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไร รวมถึงจัดทำข้อเสนอแนะในการจัดบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในอนาคต โดยใช้การศึกษาเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการคัดกรองโรคของหน่วยบริการปฐมภูมิและข้อมูลจากแบบสอบถามที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนเป็นผู้ประเมิน การสัมภาษณ์เชิงลึกและจัดการสนทนากลุ่มใน 4 พื้นที่

หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีค่าเฉลี่ยอัตราการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ถ่ายโอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลการแปลผลควรเป็นไปด้วยความระมัดระวัง ด้านงบประมาณ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และสถานที่พบว่าเพียงพอต่อการให้บริการ บางแห่งสามารถจัดหาบุคลากรสายวิชาชีพเพิ่มเติมมากกว่ากรอบที่กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่บางแห่งยังขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพซึ่งอุปสรรคไม่สามารถจัดหาบุคลากรได้ ด้านการให้บริการบางแห่งมีบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น จากแบบสอบถามพบว่าเจ้าหน้าที่ร้อยละ 75.61 เห็นว่าคุณภาพการให้บริการประชาชนในพื้นที่ และการตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ดีขึ้น หลังการถ่ายโอนยังคงมีความสัมพันธ์กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ใกล้ชิดแต่ขาดการนิเทศงานจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็นประจำ การทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้วภายใต้อปท.มีข้อดีคือมีสายบังคับบัญชาที่สั้นกว่าเมื่ออยู่กับกระทรวงสาธารณสุข จึงสามารถบริหารจัดการได้รวดเร็วกว่า สามารถทำงานในแนวราบได้อย่างรอบด้านทุกภาคส่วนของอปท. มีความเข้าใจบริบทของพื้นที่เป็นอย่างดี และมีความใกล้ชิดกับประชาชนและเครือข่ายภาคประชาสังคมต่างๆ แต่มีข้อกังวลเรื่องความไม่แน่นอนทางการเมืองและอิทธิพลของการเมืองท้องถิ่นต่อการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ บุคลากรที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนมีความพึงพอใจต่อค่าตอบแทน สวัสดิการ ภาระงานและบรรยากาศการทำงานแต่ยังมีข้อกังวลเกี่ยวกับการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการของบุคลากรและความก้าวหน้าในอาชีพที่ไม่ชัดเจน และยังมีเจ้าหน้าที่ 7 แห่ง จาก 41 แห่ง ต้องการย้ายกลับกระทรวงสาธารณสุข

กระบวนการถ่ายโอนมีการดำเนินการตามหลักเกณฑ์ต่างๆ แต่หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาการถ่ายโอนเมื่อเริ่มต้น ไม่สามารถยืนยันได้ว่าจะส่งผลดีหลังจากการถ่ายโอนในระยะยาวหรือไม่ และกระบวนการถ่ายโอนที่ผ่านมาพบว่าไม่มีส่วนร่วมจากประชาชนในพื้นที่และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฏิบัติงาน

รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในปัจจุบันยังสมควรดำเนินการต่อไปอย่างสมัครใจทั้งสองฝ่าย เนื่องจากประเทศไทยยังไม่พร้อมกับการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิภาคบังคับแต่รูปแบบไม่จำกัดเฉพาะ การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิเท่านั้น อีกทั้งประชาชนในพื้นที่ไม่ได้ให้ความสนใจว่ารูปแบบการบริหาร จัดการหน่วยบริการจะขึ้นกับสังกัดใด ประชาชนต้องการให้หน่วยงานบริการที่ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก บริการมีคุณภาพ และเป็นมิตรต่อประชาชน ในอนาคตหากต้องการให้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพประสบความสำเร็จ รัฐบาลจะต้องมีนโยบายที่ชัดเจนในการกระจายอำนาจ โดยการปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับในการบริหารราชการแผ่นดินให้สอดคล้องกับการกระจายอำนาจ กระทรวงสาธารณสุขควรมี การติดตามการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปแล้วร่วมกับกระทรวงมหาดไทยอย่างต่อเนื่อง หากพบปัญหาในการให้บริการควรมีแนวทางการแก้ปัญหาพร้อมกันอย่างชัดเจน ควรส่งเสริมให้ภาคประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการถ่ายโอนหน่วยบริการ และเพื่อความสำเร็จในระยะยาวทุกภาคส่วนจำเป็นต้อง ร่วมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคประชาชนด้วยช่องทางและวิธีการที่หลากหลายไม่เฉพาะเพียงด้าน สาธารณสุขเท่านั้น

สารบัญ

บทคัดย่อ	i
บทสรุปผู้บริหาร	iv
บทสรุปเพื่อสื่อสารต่อสาธารณะ	viii
บทที่ 1 บทนำและวิธีการศึกษา	3
1.1 หลักการและเหตุผล	3
1.2 คำถามการวิจัย	6
1.3 วัตถุประสงค์	6
1.4 ระเบียบวิธีวิจัย	6
1.5 วิธีการศึกษา	7
1.6 การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	10
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	11
2.1 ความหมายและรูปแบบของการกระจายอำนาจ	11
2.2 ความเป็นมาของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทย	12
2.3 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ	17
บทที่ 3 ผลการศึกษา	23
ตอนที่หนึ่ง ผลของการถ่ายโอน	23
3.1 ผลการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ข้อมูลตัวชี้วัด QOF 4 ตัวชี้วัด	23
3.2 ข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตอบแบบสอบถาม	28
3.3 ผลลัพธ์การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ	30
ตอนที่สอง กระบวนการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	43
ตอนที่สาม จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของการถ่ายโอน	46
ตอนที่สี่ ข้อเสนอรูปแบบการจัดการจัดการบริการสุขภาพในระดับท้องถิ่น	48
บทที่ 4 ข้อจำกัดของการศึกษา สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	52
4.1 ข้อจำกัดของการศึกษา	52
4.2 สรุปผลการวิจัย	53
4.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	54

บรรณานุกรม	58
ภาคผนวก	61
ภาคผนวก 1 แบบสอบถาม	61
ภาคผนวก 2 แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์	68

บทที่ 1 บทนำและวิธีการศึกษา

บทที่หนึ่งประกอบด้วยเนื้อหา 5 ส่วน ได้แก่ หลักการและเหตุผล คำถามการวิจัย วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย และวิธีการศึกษา

1.1 หลักการและเหตุผล

การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดจากหลักคิดการกระจายอำนาจของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่มีบทบัญญัติให้รัฐกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น เพื่อให้ท้องถิ่นพึ่งตนเอง และตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง ต่อมาสภาผู้แทนราษฎรจึงได้ออกพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งกำหนดให้มีการกระจายอำนาจด้านการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัวและการรักษาพยาบาลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีแผนการดำเนินการถ่ายโอนสถานอนามัยให้แล้วเสร็จภายในปี พ.ศ. 2553 แต่นับจนถึงปีพ.ศ. 2560 มีหน่วยบริการปฐมภูมิเพียง 51 แห่ง จากจำนวน 9,787 แห่งทั่วประเทศ ที่ได้รับการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2556 พบว่า การสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิจากท้องถิ่น ส่วนใหญ่ยัง “เหมือนเดิมหรือดีขึ้น” คุณภาพการบริการประชาชนยังไม่แตกต่างจากเดิม ซึ่งปัญหาหลักคือ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่ชัดเจน ฝ่ายการเมืองไม่มีการยืนยันหรือมีมาตรการที่เข้มข้นเพียงพอในการกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อน ขณะที่ข้าราชการประจำทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคไม่ได้แสดงความกระตือรือร้นในการกระจายอำนาจรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง งานวิจัยดังกล่าว สรุปว่า 1) การดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระยะเวลาที่ผ่านมามีจุดที่ยังไม่คืบหน้าและมีอุปสรรคด้าน “ความพร้อม” ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง 2) บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในภาวะที่หวัดไหวเรื่องความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน รวมถึงการสนับสนุนทางวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอน 3) สถานอนามัยถ่ายโอนส่วนใหญ่สามารถดำเนินงานได้เช่นเดิม แต่พบปัญหาด้านระเบียบต่างๆ และการประสานงานกับหน่วยบริการอื่นๆ 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิและเทศบาลที่มีการสร้างศูนย์บริการสาธารณสุขขึ้นมาเอง แต่จะมีข้อจำกัดเรื่องการประสานงานระหว่างพื้นที่ การส่งต่อ การส่งกลับ การสนับสนุนวิชาการและการโยกย้ายของบุคลากร 5) ความสำเร็จในการถ่ายโอนที่ผ่านมาของแต่ละแห่งขึ้นอยู่กับบริบท สถานการณ์ เงื่อนไข ปัจจัยต่างๆ ของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งความสัมพันธ์ที่ติดต่อกันของหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งก่อนถ่ายโอนและการอยู่ร่วมกัน 6) เนื่องจากงานบริการสาธารณสุขต้องอาศัยความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาวิชาชีพ ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่มีความพร้อมด้านงบประมาณสนับสนุน แต่ขาดองค์ความรู้ด้านการบริหารการแพทย์และการสาธารณสุข 7) มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งที่พร้อมจะดำเนินการด้านสาธารณสุข แต่เมื่อพบอุปสรรคในการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิจากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเหล่านั้นจึงจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขของตนเองขึ้นเพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน 8) ปัจจุบันแนวทางการกระจายอำนาจ เน้นไปที่การถ่ายโอนสถานบริการเป็นหลัก แต่ในความเป็นจริงแล้วการกระจายอำนาจด้านสุขภาพยังมีอีกหลายรูปแบบ ซึ่งประเทศไทยมีประสบการณ์จริงอยู่แล้ว เช่น การจัดบริการสุขภาพโดยสถานบริการของเทศบาลและกรุงเทพมหานคร การจัดตั้งโรงพยาบาลเป็นองค์การมหาชน (โรงพยาบาลบ้านแพ้ว)

การจัดการด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ การมีส่วนร่วมเป็น คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ หรือการมี ส่วนร่วมในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หลังจากมีการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ รุ่นแรกไป 28 แห่ง ในปีพ.ศ. 2551 มีหน่วยบริการปฐมภูมิถ่ายโอนไปยังอปท. อีกเป็นระยะๆ จนกระทั่ง ปัจจุบันปีพ.ศ. 2561 มีหน่วยบริการปฐมภูมิถ่ายโอนไปทั้งสิ้นเพียง 51 แห่ง ดังรายละเอียดในตารางที่ 1.1 และ 1.2

ตารางที่ 1.1 รายชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ข้อมูล ณ ต.ค. 59)

จังหวัดที่รับโอน	อปท.ที่รับโอน	สอ./รพ.สต.ที่โอน	ปีที่ถ่ายโอน
กาญจนบุรี	ทต.วังศาลา อ.ท่าม่วง	สอ.วังศาลา	2551
กาฬสินธุ์	ทต.ทุ่งคลอง อ.คำม่วง	สอ.บ้านเก่าเตี๋ย	2551
กำแพงเพชร	อบต.วังแฉม อ.คลองขลุง	สอ.วังแฉม	2551
		สอ.บ่อทอง	2551
	อบต.ปางตาไว อ.ปางศิลาทอง	รพ.สต.คลองปลาสร้อย	2555
		รพ.สต.เพชรเจริญ	2555
อบต.หินดาด อ.ปางศิลาทอง	รพ.สต. หินดาด	2559	
จันทบุรี	ทต.เกาะขวาง อ.เมือง	สอ.เกาะขวาง	2551
ชลบุรี	ทต.หนองปรือ อ.บางละมุง	รพ.สต.มาบประชัน	2555
	เมืองพัทยา อ.บางละมุง	รพ.สต.บ้านเกาะล้าน	2557
เชียงราย	ทต.ท่าข้าวเปลือก อ.แม่จัน	รพ.สต.ท่าข้าวเปลือก	2557
เชียงใหม่	ทต.สุเทพ อ.เมือง	สอ.สุเทพ	2551
	ทต.ท่าผา อ.แม่แจ่ม	สอ.บ้านป่าแดด	2551
	ทต.สันนาเม็ง อ.สันทราย	สอ.บ้านสันนาเม็ง	2551
	อบต.ดอนแก้ว อ.แม่ริม	สอ.ดอนแก้ว	2551
ตาก	อบต.วังหมัน อ.สามเงา	สอ.วังหวาย	2551
		รพ.สต.ท่าสายลวด	2555
	อบต.แม่ต๋น อ.แม่ระมาด	รพ.สต.บ้านคำหวัน	2555
		สสข.บ้านห้วยหมาบ้า	2555
		สสข.บ้านห้วยมะพร้าว	2555
		สสข.บ้านห้วยสีนา	2555
		สสข.บ้านห้วยโป่ง	2555
		สุขศาลาบ้านเกร็ดมอคี	2555
		สุขศาลาบ้านห้วยน้ำเย็น	2555
	ทต.แม่กู่ อ.แม่สอด	รพ.สต.แม่กู่	2557
รพ.สต.แม่กู่เหนือ		2557	
นครศรีธรรมราช	ทต.ปากพูน อ.เมือง	สอ.บ้านศาลาบางปู	2551
		สอ.บ้านปากพูน	2551

น่าน	อบต.ฝายแก้ว อ.ภูเพียง	รพ.สต.ฝายแก้ว	2555
		รพ.สต.บ้านบุปผาราม	2555
		สสข.บ้านดงป่าสัก	2555
ปทุมธานี	ทม.บึงยี่โถ อ.ธัญบุรี	ศูนย์การแพทย์ (วัดเขียนเขต)	2551
บุรีรัมย์	ทต.หนองแวง อ.ละหานทราย	สอ.หนองตาเยา	2551
		สอ.หนองหว่า	2551
พระนครศรีอยุธยา	ทต.บางนมโค อ.เสนา	สอ.บางนมโค	2551
พิษณุโลก	อบต.สมอแข อ.เมือง	รพ.สต.สมอแข	2555
เพชรบุรี	อบต.บ้านหม้อ อ.เมือง	สอ.บ้านหม้อ	2551
ราชบุรี	อบต.ด่านทับตะโก อ.จอมบึง	สอ.โกรกสิ่งขร	2551
	ทต.บ้านซ้อง อ.โพธาราม	สอ.ต.บ้านซ้อง	2551
		รพ.สต.บ้านเก่า	2555
ทต.หลุมดิน อ.เมือง	รพ.สต.หลุมดิน	2555	
ลพบุรี	ทม.เขาสامยอด อ.เมือง	สอ.เขาสامยอด	2551
	อบต.เขาสมอคอน อ.ท่าม่วง	รพ.สต.บ้านเขาสมอคอน	2555
ลำปาง	ทต.ลำปางหลวง อ.เกาะคา	สอ.ลำปางหลวง	2551
สระแก้ว	อบต.พระเพลิง อ.เขาฉกรรจ์	สอ.นาคันหัก	2551
		สอ.คลองตาสูตร	2551
		สอ.คลองหินปูน	2551
สมุทรสงคราม	อบต.บ้านปรก อ.เมือง	สอ.บ้านปรก	2551
สุราษฎร์ธานี	ทต.เพชรพะงัน อ.เกาะพะงัน	สอ.บ้านโกลกหล้า	2551
อุดรธานี	อบต.นาปู่ อ.เพ็ญ	สอ.นาปู่	2551
อุทัยธานี	ทต.หาดทะนง อ.เมือง	สอ.ต.หาดทะนง	2551
23 แห่ง	36 แห่ง	51 แห่ง	

หมายเหตุ สถานบริการสาธารณสุขที่ถ่ายโอน รวม 51 แห่ง

- 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอน 44 แห่ง
- 2) สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสข.) ที่ถ่ายโอน 5 แห่ง
- 3) สุขศาลาที่ถ่ายโอน 2 แห่ง

ตารางที่ 1.2 จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแยกรายปี

ปีที่ถ่ายโอน (พ.ศ.)	จำนวน (แห่ง)
2551	28
2555	18
2557	4
2559	1
รวม	51

จึงเป็นที่สนใจ ว่าการถ่ายโอนไปแล้ว 51 แห่งนั้นมีผลของการถ่ายโอนเป็นอย่างไร ดีขึ้นหรือไม่ กระบวนการการถ่ายโอนมีส่วนร่วมหรือไม่ เพื่อให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงพอ สำหรับเป็นข้อเสนอประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย การดำเนินการเรื่องการกระจายอำนาจในรูปแบบการถ่ายโอนหน่วยบริการ ปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

- 1) ผลการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างไร มีจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยสำเร็จ และอุปสรรคอะไรบ้าง
- 2) กระบวนการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
- 3) แนวทางการจัดบริการในพื้นที่ในอนาคตควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อประเมินผลการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมุ่งเน้นผลที่เกิดขึ้นในด้านการบริหารองค์กร การบริหารงบประมาณด้านสุขภาพ การจัดการปัญหาในพื้นที่ ผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่ ประชาชน และ ชุมชน รวมทั้งแสดงพลวัตของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนอง (หรือไม่ตอบสนอง) ต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่
- 2) เพื่อถอดบทเรียนกระบวนการถ่ายโอนและการมีส่วนร่วมในการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการจัดการด้านความพร้อมของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับถ่ายโอน
- 3) เพื่อศึกษาจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคของการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 4) เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เกี่ยวกับทางเลือกของรูปแบบ ในการจัดการบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ท้องถิ่น

1.4 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2560 – 28 กุมภาพันธ์ 2561 รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Study) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) โดยใช้วิธีการศึกษาทั้งหมด 4 วิธี เนื่องจากต้องใช้หลายวิธีผสมผสานกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ วิธีการศึกษา ได้แก่

- 1) การทบทวนวรรณกรรม (Review Literature) เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 4
- 2) การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากข้อมูล Quality and Outcome Framework (QOF) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปีพ.ศ. 2560 (1 เมษายน 2559 – 31 มีนาคม 2560) เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1
- 3) การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ จากการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้ว 51 แห่ง เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 และ 3
- 4) การลงพื้นที่ 4 แห่ง เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง และการจัดเวทีเสวนาระดับจังหวัด เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 2 3 และ 4

1.5 วิธีการศึกษา

1) การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ

- 1.1. เอกสารในประเทศ รวบรวมและทบทวนวรรณกรรมจากกฎหมาย หนังสือ บทความตีพิมพ์ และ รายงานผลการวิจัยในประเทศ เพื่อทำความเข้าใจบริบทที่เกี่ยวข้อง และผลการศึกษาที่เคยมีมาแล้ว รวมทั้งการกระจายอำนาจรูปแบบต่างๆ
 - กฎหมาย หนังสือ และเอกสารราชการที่เกี่ยวข้อง สืบค้นจากหลายแหล่งข้อมูล อาทิเช่น สอบถามผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานด้านการถ่ายโอนสถานีนามัยที่ผ่านมา สืบค้นจาก ห้องสมุดและ website ที่เกี่ยวข้อง ทำการสืบค้นช่วงเวลาตั้งแต่มีการออกพระราชบัญญัติ กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 จนถึง พ.ศ. 2560
 - หนังสือ บทความ และรายงานวิจัย ทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลของสถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข ห้องสมุด และ website ที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาที่สืบค้น ตั้งแต่พ.ศ. 2542 – พ.ศ. 2560 โดยใช้คำค้นว่า การกระจายอำนาจ การถ่ายโอนอำนาจ การถ่ายโอนสถานีนามัย
- 1.2. เอกสารต่างประเทศ รวบรวมและทบทวนวรรณกรรมจากรายงาน บทความตีพิมพ์ หรือผลการ ศึกษาวิจัยต่างประเทศ เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบ กระบวนการ และผลลัพธ์ของการกระจาย อำนาจด้านสุขภาพจากประสบการณ์ต่างประเทศ สืบค้นเอกสารจากฐานข้อมูล Pubmed กำหนดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2550 – 2560) โดยใช้คำสืบค้นว่า decentralization, devolution, primary care, health center and local government ผนวกกับประเทศ Canada, New Zealand, Japan, Denmark, Philippines and Indonesia ซึ่งเป็นการระบุ ประเทศแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นประเทศพัฒนาแล้ว 4 ประเทศ และประเทศกำลังพัฒนา 2 ประเทศ เนื่องจากต้องการศึกษารูปแบบการกระจายอำนาจในประเทศนั้นๆ

2) การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากตัวชี้วัด QOF

แหล่งข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ ได้แก่ ข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ (Outputs) โดยใช้ตัวชี้วัดด้านสุขภาพปฐมภูมิที่จ่าย ตามผลงานบริการ (Quality and Outcome Framework, QOF) ปีงบประมาณ 2560 4 ตัวชี้วัด ได้แก่

- ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับ น้ำตาลในเลือด
- ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง
- ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์
- ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี

โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กับหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

3) การเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง (Self-Administrative Questionnaire)

จัดทำแบบสอบถามเพื่อให้ตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำไปทดสอบกับหน่วยบริการปฐมภูมิตัวอย่าง โดยผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ผู้บริหารหรือตัวแทนเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งละ 1 ชุด (หนึ่งแบบสอบถามต่อหน่วยบริการปฐมภูมิหนึ่งแห่ง) รวมทั้งสิ้น 51 ชุด ทำการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งจำนวน 51 แห่ง และให้ผู้ตอบแบบสอบถามส่งกลับมาตามระยะเวลาที่กำหนด โดยจะมีการติดตามด้วยโทรศัพท์เป็นระยะๆ และมีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่สะดวกในการส่งแบบสอบถามกลับคืน ดูภาคผนวก 1

4) การลงพื้นที่ 4 แห่ง เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) โดยเลือกจากพื้นที่ที่มีหน่วยบริการที่ถ่ายโอน และหน่วยบริการที่ยังไม่ถ่ายโอนแต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเคยแสดงความจำนงอยากรับถ่ายโอน 4 พื้นที่ ดังนี้ พื้นที่ภาคกลาง-สังคมชนบท, ตะวันตก-สังคมชนบท, ตะวันออก-สังคมเมือง, และ ปริณทล-สังคมเมือง ดังแสดงในตารางที่ 1.3 โดยทำการศึกษาใน 2 รูปแบบ ได้แก่

4.1 การสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 60 นาที มีการบันทึกเสียงและถอดเทปโดยขออนุญาตผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อนทุกครั้ง และไม่บันทึกเสียงถ้าหากผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ต้องการให้บันทึกเสียงการสัมภาษณ์กระทำที่สถานที่ปฏิบัติงานของผู้ถูกสัมภาษณ์ หรือเชิญมาที่หน่วยงานราชการที่ใกล้เคียงในพื้นที่ ประเด็นคำถามสัมภาษณ์ มีการกำหนดโครงสร้างคำถามสำหรับให้ผู้สัมภาษณ์ใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ในประเด็น กระบวนการถ่ายโอน ผลลัพธ์การถ่ายโอนทั้งกระบวนการทำงานและผลงาน แรงจูงใจที่ทำให้ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบัน การจัดการบริการสาธารณสุขขนาดต เป็นต้น (ดูภาคผนวก 2) แต่คำถามอาจจะปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ รวมถึงบทบาทและหน้าที่ของผู้ถูกสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธี Content Analysis โดยการรวบรวมเนื้อหาสาระจากการสัมภาษณ์ แล้วจำแนกเป็นกลุ่มตามประเด็นต่างๆตามแนวคิดที่ตั้งไว้ล่วงหน้า (thematic approach) ได้แก่ ประเด็นหลักและประเด็นรอง ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ข้อมูลนำเข้า (input) มีประเด็นย่อยหกด้านตามองค์ประกอบของระบบสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ (ระบบธรรมภิบาล การเงินการคลัง กำลังคน ยาวัสดุอุปกรณ์ ข้อมูล และการจัดการบริการ)

ประเด็นหลักที่ 2 กระบวนการถ่ายโอนหน่วยบริการ (process) มีประเด็นย่อย ได้แก่ วิธีการถ่ายโอนเริ่มต้นอย่างไร ผู้ดำเนินการหลักคือใคร การมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ (เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อปท. รพ.สต. โรงพยาบาล) เป็นอย่างไร การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นอย่างไร

ประเด็นหลักที่ 3 ผลการดำเนินงาน (output)

ประเด็นหลักที่ 4 จุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยสำเร็จ และอุปสรรค

ตารางที่ 1.3 ลักษณะพื้นที่เก็บข้อมูล

พื้นที่	พื้นที่เก็บข้อมูล
พื้นที่ A ภาคกลาง สังคมชนบท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง หน่วยงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ 4 แห่ง หน่วยบริการที่ถ่ายโอน 1 แห่ง, ไม่ถ่ายโอน 8 แห่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับถ่ายโอน 1 แห่ง (องค์การบริหารส่วนตำบล) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่รับถ่ายโอน 1 แห่ง (เทศบาลตำบล)
พื้นที่ B ภาคตะวันออก สังคมเมืองท่องเที่ยว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง หน่วยงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ 4 แห่ง หน่วยบริการที่ถ่ายโอน 1 แห่ง, ไม่ถ่ายโอน 11 แห่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับถ่ายโอน 2 แห่ง (รูปแบบพิเศษ 1 แห่ง และเทศบาลเมือง 1 แห่ง) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่รับถ่ายโอน 1 แห่ง (เทศบาลตำบล)
พื้นที่ C ภาคตะวันตก สังคม ชนบท	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง หน่วยงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ 5 แห่ง หน่วยบริการที่ถ่ายโอน 4 แห่ง, ไม่ถ่ายโอน 2 แห่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับถ่ายโอน 3 แห่ง (เทศบาลตำบล 2 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 1 แห่ง) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่รับถ่ายโอน 1 แห่ง (เทศบาลตำบล)
พื้นที่ D ปริมณฑล สังคมเมือง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง หน่วยงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ 1 แห่ง หน่วยบริการที่ถ่ายโอน 1 แห่ง, ที่ไม่ถ่ายโอน 2 แห่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับถ่ายโอน 1 แห่ง (เทศบาลเมือง) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่รับถ่ายโอน 1 แห่ง (เทศบาลนคร) หน่วยบริการสาธารณสุขของเทศบาล(ไม่ได้ถ่ายโอน) 1 แห่ง

4.2 การจัดเวทีเสวนาระดับจังหวัด

เริ่มการเสวนาโดยการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ภายในจังหวัดนั้นๆ เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการจัดเสวนาระดับจังหวัด เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ได้ข้อเสนอแนะหรือทางเลือกในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ว่าควรเป็นอย่างไร โดยมีคำถาม 2 คำถามเป็นแนวทางการเสวนาเพื่อให้ผู้ร่วมเสวนาเสนอความคิดเห็น ได้แก่ 1) ส่วนราชการ ท้องถิ่น และชุมชนจะมีส่วนร่วมกันในการพัฒนาการบริการสุขภาพในพื้นที่อย่างไรและใครควรมีบทบาทใด 2) หากจะดำเนินการตามบทบาทดังกล่าวปัจจัยใดจะทำให้ดำเนินการได้สำเร็จ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธี Content Analysis ด้วยวิธีการคล้ายคลึงกับการวิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์ แต่ประเด็นของการวิเคราะห์แตกต่างกัน ประเด็นหลักของการวิเคราะห์ ได้แก่

- ประเด็นหลักที่ 1 รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพของส่วนราชการภาคสาธารณสุข
- ประเด็นหลักที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเด็นหลักที่ 3 รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพของท้องถิ่นและชุมชน
 ประเด็นหลักที่ 4 ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

การสัมภาษณ์และจัดเวทีเสวนากับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด
 ระดับอำเภอ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอน และยังไม่
 ถ่ายโอน ประชาชนในพื้นที่ จำนวน 136 คน และจัดเวทีเสวนาระดับจังหวัดมีผู้เข้าร่วม 63 คน ตารางที่
 1.4

การแสดงผลการศึกษาจะแสดงในภาพรวม โดยไม่แสดงข้อมูลรายบุคคลที่ทำให้ทราบว่าเป็น
 ข้อมูลจากท่านใด ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัย

ตารางที่ 1.4 จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในการลงพื้นที่

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	พื้นที่ A	พื้นที่ B	พื้นที่ C	พื้นที่ D	รวม
ผู้ให้สัมภาษณ์					
ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	1	1	1	1	4
ผู้บริหารระดับอำเภอ	4	4	6	1	15
เจ้าหน้าที่หน่วยบริการที่ถ่ายโอนแล้ว	1	4	8	1	14
เจ้าหน้าที่หน่วยบริการที่ยังไม่ถ่ายโอน	9	14	2	2	27
ผู้บริหาร อปท. ที่ถ่ายโอนแล้ว	1	4	6	1	12
ผู้บริหาร อปท. ที่ยังไม่ถ่ายโอน	1	2	2	2	7
ตัวแทนภาคประชาชน	7	12	30	8	57
รวม	24	41	55	16	136
ผู้เข้าร่วมเสวนาระดับจังหวัด					
ตัวแทนภาคสาธารณสุข	9	4	4	-	17
ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	10	9	3	-	22
ตัวแทนภาคประชาชน	12	6	6	-	24
รวม	31	19	13	-	63

1.6 การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก
 สถาบันการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) ปี 2560 ที่สคม. 1017/2560 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2560

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ความหมายและรูปแบบของการกระจายอำนาจ ความเป็นมาของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทย และการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ ซึ่งประกอบด้วยประเทศแคนาดา เดนมาร์ก อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น ฟิลิปปินส์ และนิวซีแลนด์

2.1 ความหมายและรูปแบบของการกระจายอำนาจ

เมื่อกล่าวถึงการกระจายอำนาจ (Decentralization) มักมีการเข้าใจผิดว่าเป็นการกระจายอำนาจ อธิปไตย แต่ความจริงแล้วหมายถึงกระบวนการถ่ายโอนอำนาจในการตัดสินใจ ทรัพยากร และการทำงานจากรัฐบาลกลางไปยังองค์กรอื่นที่ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐบาลกลาง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรมหาชน บริษัทเอกชน เป็นต้น การกระจายอำนาจเป็นเครื่องมือในการพัฒนาการอภิบาลระบบ (Governance) อย่างหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ภารกิจที่สำคัญบางประการไม่สามารถกระจายอำนาจไปจากรัฐบาลกลางได้ เช่น การต่างประเทศ การป้องกันประเทศ¹

การกระจายอำนาจอาจแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบคือ การกระจายอำนาจด้านภารกิจ (Functional Decentralization) ซึ่งหมายถึงการกระจายหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างใดอย่างหนึ่งไปยังองค์กรภาครัฐหรือไม่ใช่ภาครัฐที่มีความเชี่ยวชาญและการกระจายอำนาจตามพื้นที่ (Geographic Decentralization) ซึ่งหมายถึงการกระจายอำนาจในด้านบริการสาธารณะไปยังองค์กรระดับท้องถิ่นที่มีขอบเขตพื้นที่รับผิดชอบชัดเจน²

เมื่อกำหนดถึงภารกิจของรัฐบาลในด้านต่างๆ การกระจายอำนาจอาจแบ่งตามภารกิจได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่¹

- 1) การกระจายอำนาจด้านการบริหาร (Administration Decentralization) เป็นการกระจายอำนาจด้านการวางแผน การเงิน และการจัดการงานสาธารณะจากรัฐบาลกลางไปยังหน่วยงานในท้องถิ่น ทั้งรัฐบาลท้องถิ่น หรือองค์กรภายใต้การกำกับของรัฐ
- 2) การกระจายอำนาจด้านงบประมาณ (Fiscal Decentralization) เป็นการกระจายอำนาจด้านการเงินไปยังหน่วยงานในท้องถิ่นให้สามารถจัดการรายได้ของตนเองผ่านการจัดเก็บภาษี และการเก็บค่าบริการ
- 3) การกระจายอำนาจด้านการเมือง (Political Decentralization) เป็นการมอบอำนาจในด้าน การตัดสินใจงานสาธารณะให้กับประชาชนผ่านการเลือกตั้งผู้แทนเข้ามาบริหารจัดการ

นอกจากนี้ หากพิจารณาตามระดับของอำนาจ ยังแบ่งการกระจายอำนาจได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้^{2,3}

- 1) **การแบ่งอำนาจ (De-concentration)** เป็นการแบ่งอำนาจในการตัดสินใจในเรื่องที่เฉพาะเจาะจง จากส่วนกลางไปยังหน่วยงานที่อยู่ในระดับต่ำกว่าภายใต้โครงสร้างเดียวกัน หน่วยงานในระดับต่ำกว่านี้ จะมีอิสระในการบริหารจัดการระดับหนึ่ง แต่ไม่มีสิทธิในการตัดสินใจทางการเมือง การแบ่งอำนาจเป็นการกระจายอำนาจในระดับที่ต่ำที่สุด และเป็นการกระจายอำนาจจากบนลงล่าง เช่น การแบ่งอำนาจการบริหารงานจากปลัดกระทรวงสาธารณสุขไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด การกระจายอำนาจประเภทนี้เกิดขึ้นทั่วไปในประเทศกำลังพัฒนา

- 2) **การมอบอำนาจ (Delegation)** เป็นการมอบอำนาจการตัดสินใจ การบริหารจัดการของรัฐไปให้องค์กรที่มีความเป็นอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ ผู้บริหารขององค์กรนั้นจะมีอิสระมากกว่าการแบ่งอำนาจ สามารถบริหารจัดการได้เป็นอิสระภายใต้ขอบเขตภารกิจที่รัฐมอบไว้ให้ รัฐบาลกลางก็ยังมีอำนาจทางกฎหมายในการควบคุมกำกับในทางอ้อม เช่น การจัดตั้งเป็นองค์การมหาชนของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เป็นต้น
- 3) **การโอนอำนาจ (Devolution)** เป็นการกระจายอำนาจที่รัฐบาลกลางมอบอำนาจไปให้รัฐบาลท้องถิ่นที่มีผู้บริหารที่มาจากเลือกตั้งโดยประชาชนในพื้นที่และมีอิสระในการบริหารจัดการ เมื่อมีการถ่ายโอนอำนาจ รัฐบาลท้องถิ่นจะมีอำนาจในการตัดสินใจทั้งในด้านการบริหารจัดการ การกำหนดนโยบาย การออกกฎหมาย การจัดหาและจัดสรรงบประมาณ การโอนอำนาจเป็นการกระจายอำนาจระดับสูงสุด รัฐบาลกลางมีอำนาจในการควบคุมกำกับอย่างจำกัด เช่น การถ่ายโอนสถานีอนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ลักษณะเฉพาะของการโอนอำนาจ มี 5 ประการ ได้แก่
 - (1) รัฐบาลท้องถิ่นมีอิสระ เป็นหน่วยงานของรัฐอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งรัฐบาลกลางมีอำนาจในการสั่งการน้อย หรือไม่มีอำนาจสั่งการโดยตรง
 - (2) รัฐบาลท้องถิ่นมีพื้นที่รับผิดชอบทางภูมิศาสตร์ของตนเองชัดเจน ที่มีอำนาจในการบริหารจัดการ และให้บริการสาธารณะ
 - (3) รัฐบาลท้องถิ่นมีสถานะและอำนาจในการจัดการทรัพยากรและดำเนินภารกิจของตน
 - (4) มีการพัฒนารัฐบาลท้องถิ่นให้ประชาชนในพื้นที่รับรู้ว่าเป็นหน่วยงานที่จะให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง
 - (5) มีการประสานงานและแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น
- 4) **การแปรรูปกิจการของรัฐ (Privatization)** เป็นการโอนอำนาจของรัฐไปให้องค์กรเอกชนที่แสวงหาผลกำไร หรือที่ไม่แสวงหากำไรบริหารจัดการแทน โดยรัฐมีหน้าที่ควบคุมกำกับการดำเนินงาน เช่น การแปรรูปรัฐวิสาหกิจจากการปิโตรเลียมแห่งประเทศไทยไปเป็นบริษัท ปตท. จำกัด(มหาชน)

สำหรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (Decentralization of Health Care Service) เป็นการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการ การเงิน การวางแผนด้านการให้บริการสุขภาพจากรัฐบาลกลาง หรือองค์กรของรัฐบาลกลางไปยังรัฐบาลท้องถิ่น หน่วยงานภายใต้การกำกับของรัฐ หรือบริษัท โดยมุ่งหวังที่จะเพิ่มความเท่าเทียม และประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ¹

2.2 ความเป็นมาของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทย

2.2.1 การกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทยมีประวัติศาสตร์การก่อตั้งมายาวนานนับตั้งแต่รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวที่ทรงโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชกำหนดสุขาภิบาลกรุงเทพ ร.ศ. 116 (พ.ศ. 2440) 8 ปีต่อมากระทรวงมหาดไทยก็ได้มีการจัดตั้งสุขาภิบาลท่าฉลอมเป็นสุขาภิบาลส่วนภูมิภาคแห่งแรกของประเทศไทย และนำไปสู่การประกาศใช้พระราชบัญญัติจัดการสุขาภิบาลตามหัวเมือง ร.ศ. 127 (พ.ศ. 2451) ทำให้เกิดสุขาภิบาลตามกฎหมายนี้ทั้งหมด 35 แห่ง ภายหลังเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นระบอบประชาธิปไตยของคณะราษฎรเมื่อพ.ศ. 2475 ได้มีการจัดรูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่เป็นเทศบาล โดยการตราพระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ. 2476 ส่งผลให้สุขาภิบาลทั้ง 35 แห่ง

เปลี่ยนเป็นเทศบาลไปโดยปริยายถือเป็นครั้งแรกที่มีคำว่า “เทศบาล” เกิดขึ้นนับเป็นจุดเริ่มต้นของการกระจายอำนาจในประเทศไทย^{4,5}

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้บัญญัติเรื่องการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไว้ในหมวดที่ 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 78 และหมวดที่ 9 การปกครองส่วนท้องถิ่น รวม 9 มาตรา ตั้งแต่มาตรา 282 จนถึงมาตรา 290 ถือเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกให้ความสำคัญต่อการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น⁶ ต่อมารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ก็ยังบัญญัติเรื่องนี้ไว้ในหมวดที่ 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 78 และหมวดที่ 12 การปกครองส่วนท้องถิ่น รวม 10 มาตรา ตั้งแต่มาตรา 281 จนถึงมาตรา 290 แม้ในรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2560 ที่ใช้ในปัจจุบันไม่ได้กล่าวถึงการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นในหมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐก็ตาม แต่ก็มีบัญญัติเรื่องการปกครองส่วนท้องถิ่นไว้ในหมวด 14 รวม 6 มาตรา ตั้งแต่มาตรา 249 จนถึงมาตรา 254 โดยได้กำหนดอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะต้องดูแล และจัดบริการสาธารณะให้แก่ประชาชนในท้องถิ่น

มาตรา ๒๕๐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการสาธารณะและกิจการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการศึกษาให้แก่ประชาชนในท้องถิ่น ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การจัดทำบริการสาธารณะและกิจการสาธารณะใดที่สมควรให้เป็นหน้าที่และอำนาจโดยเฉพาะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบ หรือให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการใด ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติซึ่งต้องสอดคล้องกับรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามวรรคสี่ และกฎหมายดังกล่าวอย่างน้อยต้องมีบทบัญญัติเกี่ยวกับกลไกและขั้นตอนในการกระจายหน้าที่และอำนาจ ตลอดจนงบประมาณและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่และอำนาจดังกล่าวของส่วนราชการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย⁷

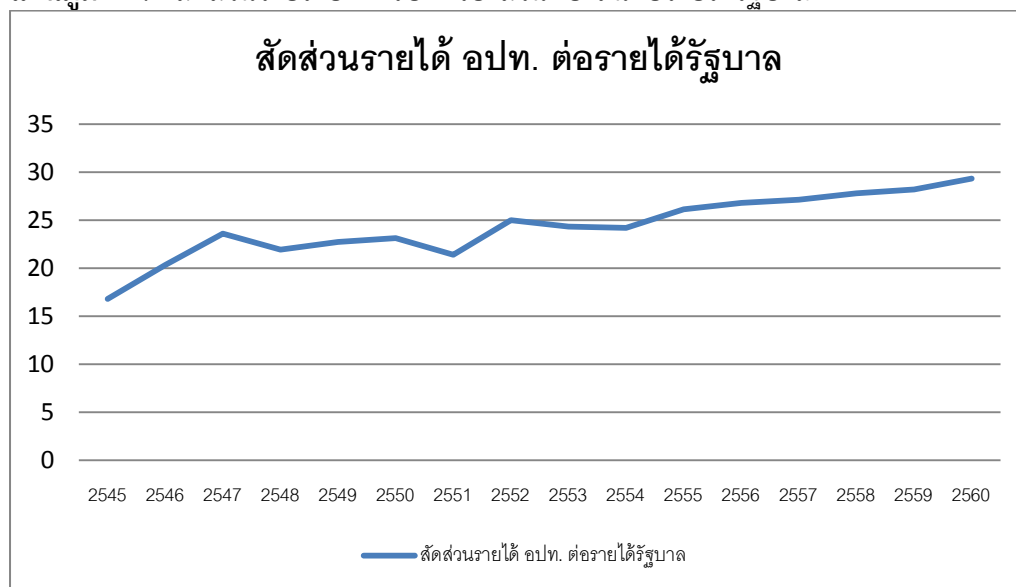
พระราชบัญญัติกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้บัญญัติขึ้นตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้⁸

- 1) กำหนดให้มีคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ประกอบไปด้วย คณะกรรมการ 36 คน ประกอบด้วยข้าราชการส่วนกลาง 11 คน ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 12 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ 12 คน โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีหน้าที่จัดทำแผนและแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ กำหนดขั้นตอนและหลักเกณฑ์การถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และออกกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ
- 2) กำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไว้ในหลายด้าน โดยส่วนที่เกี่ยวกับด้านสาธารณสุขได้กำหนดไว้ใน มาตรา 16 ข้อ 19 โดยระบุให้งานด้านการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล เป็นขอบเขตอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3) กำหนดการจัดเก็บภาษีและรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกำหนดให้รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้บัญญัติไว้ โดยกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้คิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้ของรัฐบาลไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 ภายในปี พ.ศ. 2549

- 4) กำหนดให้มีแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแผนปฏิบัติการเพื่อกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การกระจายอำนาจเป็นไปตามขั้นตอนและระยะเวลาที่กำหนดกล่าวคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พร้อมให้ถ่ายโอนภารกิจบริการสาธารณะไปใน 4 ปี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่พร้อมให้ถ่ายโอนภายใน 10 ปี

การกระจายอำนาจในช่วงเวลาที่ผ่านมาพบว่า มีประเด็นที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ ในช่วง 15 ปีแรกของการกระจายอำนาจสามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณะได้อย่างทั่วถึง ประชาชนพึงพอใจต่อการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มรากฐาน และมีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง 15 ปี แต่ก็ยังพบว่า การถ่ายโอนภารกิจ บุคลากร และงบประมาณหยุดชะงักในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารจัดการปัญหาในพื้นที่ได้อย่างจำกัด⁹ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่า ในปีงบประมาณ 2560 สัดส่วนรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อรายได้ของรัฐบาล คิดเป็นร้อยละ 29.36 ของรายได้ของรัฐบาล แม้จะเป็นไปตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ใน พระราชบัญญัติกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2549 แต่ก็ยังเป็นสัดส่วนที่น้อยเมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ใน พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ฉบับแรก ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 35 ภายในปี 2549 แม้จะมีแนวโน้มที่สูงขึ้นกว่าปีงบประมาณ 2557, 2558 และ 2559 ที่เป็นร้อยละ 27.37, 27.8 และ 28.16 ตามลำดับ^{10,11} และการขาดการปรับปรุงแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ที่ได้ประกาศใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งในปัจจุบัน คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกด.) อยู่ระหว่างการจัดทำพรบ.กระจายอำนาจและหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 3) และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 3)

แผนภูมิที่ 2.1 สัดส่วนรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อรายได้รัฐบาล



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น¹²

ปัญหาและอุปสรรคที่ขัดขวางกระบวนการกระจายอำนาจในประเทศไทย ได้แก่ 1) การขาดความต่อเนื่องในระดับนโยบายจากความไม่แน่นอนทางการเมือง 2) รูปแบบการกระจายอำนาจที่ผิดพลาดในการถ่ายโอนภารกิจส่วนใหญ่ไปให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็กซึ่งไม่มีศักยภาพเพียงพอ 3) รัฐบาลยังขาดการพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4) นโยบายการถ่ายโอนภารกิจด้วยความสมัครใจส่งผลให้ไม่มีการผลักดัน ลงโทษ หรือจูงใจเท่าที่ควร⁹

2.2.2 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทย

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศไทยเกิดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2542 ไล่เลี่ยกับการเกิดพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 แต่ไม่ได้เป็นการกระจายอำนาจไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐบาลกระจายอำนาจโดยใช้รูปแบบของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (Autonomous Hospital) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนรูปแบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐให้มีความคล่องตัวมากขึ้นและยังคงไม่แสวงหาผลกำไร โดยเป็นไปตามพันธะสัญญาที่รัฐบาลไทยจะต้องปฏิบัติตามเพื่อให้สามารถกู้เงินจากธนาคารระหว่างประเทศ¹³ จึงมีการออกพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2543 ขึ้น โรงพยาบาลบ้านแพ้วจึงได้แปรรูปเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐและบริหารงานภายใต้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลที่ประกอบไปด้วยตัวแทนจากข้าราชการ ประชาชนในพื้นที่ซึ่งได้รับการเสนอชื่อจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีประธานกรรมการมาจากการสรรหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ปรากฏอยู่ใน พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 ข้อ 19 โดยระบุให้งานด้านการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล เป็นขอบเขตอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต่อมาเมื่อประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1) ได้กำหนดภารกิจด้านสาธารณสุขที่จะถ่ายโอนไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 ด้าน ได้แก่ 1) การสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล 2) การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ¹⁴ กระทรวงสาธารณสุขจึงถ่ายโอนภารกิจไปให้ยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 11 ภารกิจ จาก 4 กรม¹⁵ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2.1

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทยมีเป้าหมาย ดังนี้

- 1) มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ให้ อปท. มีศักยภาพระยะยาวในการตัดสินใจ และดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพให้เกิดผลดียิ่งขึ้นกว่าก่อนการถ่ายโอน และเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เสมอภาค มีประสิทธิภาพ และคุณภาพดี และ
- 2) มุ่งระบบที่มีส่วนร่วม โดยการสร้างกลไกและกระบวนการที่มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง ทั้งจากส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนในท้องถิ่น โดยตัดสินใจร่วมกันด้วยกระบวนการปรึกษาหารือบนพื้นฐานของความปรารถนาดี ความรัก ความเมตตา และขันติ หลีกเลียงอัตตา และความยึดมั่นในความคิดของ ตนเอง

ตารางที่ 2.1 ภารกิจที่กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปีพ.ศ. 2545

กรมที่ถ่ายโอนภารกิจ	ภารกิจที่ถ่ายโอน	หน่วยงานรับถ่ายโอน
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	การผลิตสื่อและหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา	กทม./พทยา
	การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคด้านความรู้ในการบริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม	กทม./พทยา
	การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของผู้บริโภคในท้องถิ่น	กทม./พทยา
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	การบริการตรวจวิเคราะห์โดยห้องปฏิบัติการ (การตรวจเบื้องต้น)	กทม./พทยา
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	สนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	เทศบาล/อบต.
กรมอนามัย	การแก้ไขปัญหาเด็กน้หนักต่ำกว่าเกณฑ์	เทศบาล/อบต.
	การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก	เทศบาล/อบต.
	การส่งเสริมสุขภาพเด็กกลุ่มวัยเรียนและเยาวชน	เทศบาล/อบต.
	ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน	เทศบาล/อบต.
	ส่งเสริมสุขภาพเด็กและกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	เทศบาล/อบต.
	งานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	เทศบาล/อบต./กทม./พทยา

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น¹⁵

ในปีพ.ศ. 2551 คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) กำหนดภารกิจด้านสาธารณสุขที่จะถ่ายโอนไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 ด้าน ได้แก่ 1) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น 2) การรักษาพยาบาล โดยรายละเอียดในแผนปฏิบัติกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ที่ประกาศใช้พร้อมกัน ได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมในระยะแรก และสุดท้ายหากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่พร้อมให้ถ่ายโอนไปให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ด้านโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปถ่ายโอนไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความประสงค์จะรับถ่ายโอน และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะทางให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยดำเนินการ ด้านบทบาทกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้เป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ กำหนดนโยบายและกำกับติดตามประเมินผลการให้บริการของหน่วยบริการในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น¹⁶ โดยตั้งแต่ประกาศใช้แผนฉบับดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นสถานอนามัยจำนวน 44 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขชุมชน 5 แห่ง และสุขศาลา 2 แห่ง จากหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด 9,783 แห่ง (ข้อมูล ณ กุมภาพันธ์ 2561) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 36 แห่ง ใน 23 จังหวัด โดยมีการถ่ายโอนมากที่สุดจำนวน 28 แห่งในพ.ศ. 2551 ต่อมา มีการถ่ายโอนอีก 18 แห่งใน พ.ศ. 2555 มีการถ่ายโอนอีก 4 แห่งใน พ.ศ. 2557 และอีก 1 แห่งใน พ.ศ. 2559 (ดูตาราง 1.1)

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดให้กระบวนการถ่ายโอนดำเนินการในระดับภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ประสงค์จะขอรับโอนหน่วยบริการ ต้องได้รับความเห็นชอบจากมติของสภาท้องถิ่น และผ่านประชาพิจารณ์ในพื้นที่ จากนั้นยื่นคำร้องและเอกสารเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด โดยคณะกรรมการดังกล่าวมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ และภาคประชาชนเข้าไปเป็นกรรมการเพียง 2 ตำแหน่งจากคณะกรรมการทั้งหมด 12 ตำแหน่ง มีหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัด ดำเนินการประเมินผลก่อนและหลังการถ่ายโอน กำกับติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และยังมีอำนาจในการแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีตัวแทนจาก 3 ภาคส่วนได้แก่ ฝ่ายสาธารณสุข 3 คน ฝ่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เพื่อเป็นผู้ประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขอรับถ่ายโอนหน่วยบริการ และยังมีประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการที่ถ่ายโอน ในการประเมินความพร้อมของอปท. ใช้กรอบการประเมินที่จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุขมี 5 องค์ประกอบ โดยมี 8 ตัวชี้วัด ประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังนี้ ประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แผนการเตรียมความพร้อมการจัดการด้านสาธารณสุข วิธีการบริหารและการจัดการสาธารณสุข การจัดสรรรายได้เพื่อการสาธารณสุข และความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ถ้าผ่านการประเมินจึงส่งคำร้องไปให้กระทรวงสาธารณสุขเพื่อดำเนินการถ่ายโอนภารกิจทรัพย์สิน และบุคลากร ส่วนการประเมินหลังการถ่ายโอนกำหนดให้มีการติดตามทุก 2 เดือนในปีแรกของการถ่ายโอนหน่วยบริการ

2.3 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ

2.3.1 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศแคนาดา

ประเทศแคนาดาจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง ประกอบด้วย 10 มลรัฐ และ 3 เขต มีประชากร 36 ล้านคน^{17,18} ระบบสุขภาพของประเทศแคนาดาเป็นระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (Universal Public Insurance Program) ที่ครอบคลุมประชากรและผู้อาศัยที่ถูกต้องตามกฎหมายทุกคน มีแหล่งเงินหลักมาจากภาษี และมีการบริหารจัดการแบบกระจายอำนาจทั้งด้านระบบธรรมาภิบาล โครงสร้างหน่วยงาน และการจัดบริการสุขภาพ¹⁹ รัฐบาลกลางมีหน้าที่ร่วมสมทบงบประมาณรายหัวประชากรให้กับมลรัฐและเขตที่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งแคนาดา ปีค.ศ. 1984²⁰ กำกับดูแลความปลอดภัยและประสิทธิภาพของยา เครื่องมือแพทย์ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ สนับสนุนงบประมาณสำหรับงานวิจัยด้านสุขภาพ บริหารงานสาธารณสุขบางประเภท รวมถึงบริหารจัดการบริการสุขภาพให้กับประชาชนบางกลุ่ม เช่น ชนพื้นเมือง ทหาร ทหารผ่านศึก ผู้ลี้ภัย นักโทษในเรือนจำของรัฐบาลกลาง เป็นต้น^{19,21}

มลรัฐและเขตมีความรับผิดชอบหลักในการจัดสรรงบประมาณ บริหารจัดการ จัดบริการสุขภาพและบริการสาธารณสุข รวมถึงการกำกับดูแลผู้ให้บริการ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งแคนาดา ปีค.ศ. 1984 (The Canada Health Act 1984)^{18,21} โดยทั่วไป มลรัฐหรือเขตจะทำสัญญากับผู้ให้บริการในภาคเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแบบไม่หวังผลกำไร ในบางมลรัฐหรือเขตจะมีการจัดบริการระดับโรงพยาบาลเอง กระทรวงสุขภาพของแต่ละมลรัฐหรือเขตมีหน้าที่ต่อรองและกำหนดราคา (Fee Schedule และ global budget) กับแพทยสมาคมของแต่ละมลรัฐหรือเขตหรือโรงพยาบาล และจ่ายค่าตอบแทนโดยตรงกับผู้ให้บริการโดยวิธี Fee-for-service และมีการจ่ายแบบอื่น เช่น Capitation หรือ Pay-for-performance บ้างในบางมลรัฐ

หรือเขต^{18,19} นอกจากนี้มลรัฐหรือเขตยังมีหน้าที่กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ให้กับประชากรของตน โดยบริการพื้นฐาน ได้แก่ บริการทางการแพทย์ที่จำเป็น การตรวจวินิจฉัย บริการระดับโรงพยาบาล และยาสำหรับผู้ป่วย ใน ส่วนสิทธิประโยชน์อื่นๆ อาจแตกต่างกันในแต่ละรัฐ เช่น ยาสำหรับผู้ป่วยนอก การดูแลสุขภาพจิตที่ไม่ได้ทำโดยแพทย์ บริการทันตกรรม บริการทางจักษุ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงบริการสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น วัคซีน อีกด้วย²¹ ประเทศแคนาดาไม่อนุญาตให้เก็บค่าบริการส่วนต่าง (Balance Billing) จากผู้ป่วย และไม่กำหนดเพดานสำหรับค่าใช้จ่ายของบริการที่ไม่ครอบคลุม บางมลรัฐหรือเขตอาจยกเว้นค่าใช้จ่ายของบริการเหล่านี้ให้ประชากรบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่ได้รับความช่วยเหลือทางสังคม เป็นต้น

นอกจากนี้ภาคเอกชนในประเทศแคนาดามีบทบาทหน้าที่สำคัญในระบบสุขภาพ ได้แก่ การจัดการบริการสุขภาพ การอภิบาลระบบสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพเอกชนจะมีอิสระในการทำงานสูง (High Autonomy) และกำกับดูแลตนเองภายใต้กฎหมายของมลรัฐหรือเขต¹⁹ สมาคมสนับสนุนผู้ป่วย กลุ่มอุตสาหกรรม องค์กรวิชาชีพต่างๆ ยังทำหน้าที่ขึ้นทะเบียนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพให้กับบุคลากรสุขภาพและกำหนดมาตรฐานในการประกอบวิชาชีพ ส่วนสถาบันรับรองคุณภาพแคนาดา (Accreditation Canada) ทำหน้าที่รับรองคุณภาพสถานพยาบาลในแบบตามความสมัครใจ^{19,21}

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของแคนาดาส่งผลให้มีความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างประชากรในแต่ละมลรัฐ²² แต่ก็มีผลทำให้รัฐบาลกลางไม่มีอำนาจเด็ดขาดในการตัดสินใจเชิงนโยบายเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เนื่องจากรัฐบาลกลางต้องพึ่งพาเอกชนในการจัดการบริการสุขภาพ ประกอบกับผู้ให้บริการเอกชนมีอำนาจในการตัดสินใจสูง และกำกับดูแลตนเอง ประกอบกับแพทย์สมาคมเป็นผู้ต่อรองอัตราค่าตอบแทนส่งผลให้นโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และการประสานงานกันน้อย ทั้งระหว่างผู้ให้บริการด้วยกันและระหว่างผู้ให้บริการกับภาครัฐ ทำให้การพัฒนากระบวนการปฏิรูปที่มีประสิทธิภาพสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นเกิดขึ้นได้ยาก

2.3.2 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศเดนมาร์ก

ประเทศเดนมาร์กปกครองด้วยระบอบประชาธิปไตยโดยมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข มีประชากร 5.7 ล้านคน ใช้การบริหารราชการแบบกระจายอำนาจทั้งด้านการเมือง การเงิน และการบริหารจัดการไปให้หน่วยงานในพื้นที่ หน่วยงานสาธารณสุขของประเทศเดนมาร์กมี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับเทศบาล การปฏิรูปโครงสร้างการบริหารระดับประเทศเมื่อปีพ.ศ. 2550 ที่ผ่านมามีทำให้เกิดการรวมศูนย์การทำงานมากขึ้นเนื่องจากลดจำนวนหน่วยงานในภูมิภาคจาก 14 แห่ง เหลือเพียง 5 แห่ง และลดหน่วยงานระดับท้องถิ่นจาก 275 แห่ง เหลือ 98 แห่ง และมีหน่วยงานระดับประเทศที่จัดตั้งเพื่อการกำกับการทำงานและออกมาตรฐานการทำงานด้านสุขภาพมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดเป็นหน่วยงานในระดับชาติที่ดูภาพรวมของระบบสาธารณสุขในประเทศ รวมถึงการกำกับดูแลในด้านการจัดการและจัดเตรียมการให้บริการทางการแพทย์ สิทธิผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ การผลิตยา การให้วัคซีน และการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก เป็นต้น นอกจากนี้ยังควบคุมกำกับการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ โดยใช้กรอบการทำงานด้านการเงินและการกำกับติดตามระดับชาติ (The Financial and National Regulatory Framework) ระดับภูมิภาคบริหารงานโดยผู้บริหารที่มาจากเลือกตั้ง รัฐบาลภูมิภาคมีหน้าที่บริหารจัดการโรงพยาบาล ให้บริการทางการแพทย์ และกำกับดูแลผู้ให้บริการเอกชนทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง ระดับเทศบาลมีหน้าที่รับผิดชอบงานให้บริการทางการแพทย์ในชุมชน เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Nursing Care) การกายภาพบำบัด บริการทันตกรรม การบำบัด

ยาเสพติด งานอนามัยโรงเรียน เป็นต้น ด้านการบริหารการเงินการคลังในระบบสุขภาพใช้ระบบการจ่ายเงินที่
ละรายการ (Single Payment) โดยรัฐบาลภูมิภาคได้รับเงินในการบริหารจัดการจากภาษีของรัฐบาลกลางและ
การจ่ายเงินสบทบของเทศบาลตามผลงานการให้บริการ ส่วนเทศบาลได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลางและ
ภาษีของตนเอง โดยการจัดสรรจะจัดสรรเป็นประจำทุกปีโดยคณะกรรมการกลางที่มาจากทั้งกระทรวง
สาธารณสุข รัฐบาลภูมิภาค และเทศบาล^{23,24}

2.3.3 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศอินโดนีเซีย

ประเทศอินโดนีเซียปกครองโดยระบอบประชาธิปไตย ที่มีประธานาธิบดีเป็นประมุข มีประชากร 240
ล้านคน สภาพภูมิประเทศเป็นหมู่เกาะ เริ่มมีการกระจายอำนาจของทุกหน่วยงานรัฐตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 เป็น
การกระจายอำนาจทางการเมือง และอำนาจทางเศรษฐกิจ โดยการกระจายรายจ่ายและบริการของภาครัฐไป
ยังรัฐบาลระดับจังหวัดและพื้นที่ ประชาชนมีสิทธิที่จะเลือกตั้งผู้บริหารท้องถิ่นของตนเอง ได้แก่ ผู้ว่าราชการ
จังหวัด ผู้ว่าระดับอำเภอ และผู้บริหารระดับตำบล นอกจากนี้ยังมีสิทธิเลือกตั้งฝ่ายนิติบัญญัติในพื้นที่ ได้แก่
สมาชิกสภาจังหวัด และสมาชิกสภาอำเภอ^{25,26} การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของอินโดนีเซียทำสำเร็จในปี
พ.ศ. 2544 เป็นการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งใหญ่และรวดเร็วทำให้ไม่มีการเตรียมความพร้อมด้านรายละเอียด
เช่น หน้าที่ ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานทำให้เกิดความสับสนในการประสานงานของหน่วยงานระดับ
จังหวัดและอำเภอ ส่งผลให้ผลการดำเนินงานในบางตัวชี้วัดลดลง¹

อินโดนีเซียใช้การกระจายอำนาจแบบโอนอำนาจ(Devolution)ไปยังท้องถิ่นที่กล่าวคือ กระทรวง
สาธารณสุขมีหน้าที่ควบคุมกำกับการทำงาน กำกับการบริหารทรัพยากรและกำลังคนด้านสุขภาพ และกำกับ
ดูแลกองทุนประกันสังคม นอกจากนี้ยังดูแลโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิบางแห่ง นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานใน
ส่วนกลางที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขแต่ไม่ขึ้นตรงกับกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ องค์การอาหารและยา
(Food and Drug Control Agency) องค์การสวัสดิการสังคม(Social Security Agency) คณะกรรมการ
ประชากรและการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ (National Population and Family Planning Board)
รัฐบาลท้องถิ่นระดับจังหวัดมีโรงพยาบาลเป็นของตนเอง และบริหารจัดการโดยผ่านสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดซึ่งเป็นทั้งผู้บริหารงาน ประสานงานกับหน่วยงานด้านสุขภาพอื่นทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด และภูมิภาค
รัฐบาลท้องถิ่นระดับอำเภอมีโรงพยาบาลและศูนย์บริการปฐมภูมิของตนเอง และบริหารจัดการผ่านสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ²⁵

จากการศึกษาที่ผ่านมาการดำเนินงานด้านสุขภาพภายหลังการกระจายอำนาจของอินโดนีเซียพบว่า
การเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กเพิ่มขึ้นเล็กน้อยใน 10 อำเภอ ในเขตชวตตะวันออกและชวากลาง²⁷ แต่ก็
พบปัญหาหลายประการ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางขาดอำนาจในการประสานงานกับส่วนภูมิภาค
ปัญหาขาดความเชื่อมต่อด้านข้อมูลสุขภาพจากระบบรายงานที่แยกส่วน และประสบปัญหาความครอบคลุม
ของวัคซีนในระดับตำบล และมีความแตกต่างกันในระดับภูมิภาค ซึ่งเกิดจากการลดบทบาทของรัฐบาลกลาง
ทั้งการจัดซื้อวัคซีน การกำหนดนโยบาย การติดตามและประเมินผล การควบคุมคุณภาพ^{25,28} นอกจากนี้ยัง
พบว่าสุขภาวะของประชาชนมีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ขึ้นอยู่กับความสามารถของรัฐบาลท้องถิ่น
และการคอร์รัปชันในพื้นที่²⁶ จากประสบการณ์ของอินโดนีเซีย จำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดแนวทางการกำกับ
ติดตามให้ชัดเจน แบ่งบทบาทของรัฐบาลท้องถิ่นและรัฐบาลกลางให้ชัดเจน และมีการประสานงานระหว่าง
ทั้งสองหน่วยงานที่ดี²⁸

2.3.4 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ปกครองด้วยระบอบประชาธิปไตย โดยมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 47 จังหวัด แต่ละจังหวัดจะมีอำนาจการบริหารจัดการตนเอง²⁹ โดยเน้นการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นหลัก ส่วนด้านอื่น ๆ ขึ้นกับความต้องการของแต่ละเขตการปกครอง ซึ่งการดำเนินงานทั้งหมดจะอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาลกลาง การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่น มีกระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการญี่ปุ่น เป็นหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบ³⁰ แบ่งการดูแลออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับชาติ ระดับเขตการปกครองจังหวัด และระดับเมือง ด้านการบริหารงาน กระทรวงจะทำหน้าที่ออกกฎหมาย พระราชบัญญัติหรือแนวทางปฏิบัติให้แต่ละเขตการปกครองนำไปปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของบุคลากรทางการแพทย์ จำนวนเตียง มาตรฐานการให้บริการ จุดที่มุ่งเน้นในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ยกตัวอย่างเช่น แผนบริการทางการแพทย์ (Medical Care Plans) ที่เริ่มใช้ตั้งแต่ปีพ.ศ.2549 มีการปรับปรุงทุก 5 ปี โดยเขตการปกครองจะมีตัวแทนเข้าไปร่วมร่างกฎหมายร่วมกับสมาคมวิชาชีพแพทย์ พยาบาล

สำหรับด้านการเงินการคลัง ประเทศญี่ปุ่นมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการญี่ปุ่น จะเป็นหน่วยงานที่รับภาระด้านค่าใช้จ่ายการรักษาส่วนที่เกินมา เพื่อให้ประชาชนไม่ได้รับผลกระทบจากการรักษา สำหรับด้านข้อมูลสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการญี่ปุ่น จะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพทั้งหมด มาวิเคราะห์เพื่อวางแผนการพัฒนาต่อไป จึงเห็นได้ว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น ได้ให้อำนาจในการบริหารจัดการแก่การปกครองในระดับท้องถิ่น โดยรัฐบาลกลางมีหน้าที่สนับสนุนทรัพยากรในส่วนที่การปกครองระดับท้องถิ่นไม่สามารถสนับสนุนได้และควบคุมให้การดูแลสุขภาพประชาชนเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

2.3.5 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศฟิลิปปินส์

ประเทศฟิลิปปินส์ เป็นประเทศที่ปกครองด้วยระบอบประชาธิปไตยแบบสาธารณรัฐ โดยมีประธานาธิบดีเป็นประมุข แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 17 เขต 80 จังหวัด เริ่มมีการกระจายอำนาจตามประมวลกฎหมายรัฐบาลท้องถิ่นตั้งแต่ปีพ.ศ.2534 (Local Government Code 1991)³¹ โดยรัฐบาลท้องถิ่นจะมีอำนาจการบริหารจัดการตนเอง ทั้งในด้านงบประมาณและนโยบาย ด้านการบริหารงาน ระดับเมืองและเทศบาลจะดูแลด้านการส่งเสริมป้องกันโรคเป็นหลักใน Barangay Health Stations และ Rural Health Units ส่วนระดับจังหวัดจะดูแลโรงพยาบาลอำเภอและจังหวัดเป็นหลัก โดยมีกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) เป็นผู้ควบคุมให้ปฏิบัติตามนโยบายและมาตรฐานผ่านทาง Regional Centres for Health and Development (CHDs) สำหรับกระทรวงสาธารณสุขจะรับผิดชอบโรงพยาบาลบางส่วน และโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้นไป คือ ระดับทุติยภูมิและโรงพยาบาลเฉพาะทาง ด้านบุคลากรจะขึ้นกับนโยบายระดับชาติ (Strategic Plan for HRH Development) ซึ่งควบคุมด้านการผลิตบุคลากร การจ้างงาน การกระจายตัวของบุคลากร ด้านทรัพยากรที่สนับสนุน เช่น อาคาร อุปกรณ์การแพทย์ จะขึ้นกับ Philippine Health Facility Enhancement Programme (HFEP) ภายใต้ Health Facilities Development (NCHFD) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมุ่งให้ประชาชนได้รับบริการอย่างเท่าเทียมและได้คุณภาพ เช่น การกระจายตัวของโรงพยาบาล การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Accreditation)

สำหรับด้านการเงินการคลัง ประเทศฟิลิปปินส์แบ่งระบบประกันสุขภาพออกเป็นประกันสังคม (Social Health Insurance) ประกันสุขภาพของเอกชนและผู้ที่มีรายได้น้อย (Sponsored Programme) ทั้งหมดอยู่ภายใต้การดูแลของ PhilHealth ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลเรื่องการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล รัฐบาลท้องถิ่น

จะได้รับเงินสนับสนุนค่ารักษาบางส่วนจากรัฐบาลกลางและต้องร่วมดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยด้วย แต่ภายหลังการกระจายอำนาจทำให้ค่าใช้จ่ายด้านส่งเสริมป้องกันโรคลดลง และเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้น²⁸

สำหรับด้านระบบสารสนเทศ พบว่ายังมีปัญหาการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างระดับท้องถิ่นและระดับชาติ รวมถึงข้อมูลจากภาคเอกชน เนื่องจากไม่มีระบบฐานข้อมูลที่ได้มาตรฐาน โดยสรุปคือ ประเทศฟิลิปปินส์มีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ชัดเจน ทั้งในเรื่องของงบประมาณและการกำหนดนโยบายระดับท้องถิ่น แต่ยังมีปัญหาเรื่องการควบคุมดูแลและการนำนโยบายจากส่วนกลางไปใช้ ทั้งในเรื่องของระบบข้อมูล การเก็บค่ารักษาพยาบาล การขาดแคลนบุคลากร เป็นต้น

2.3.6 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศนิวซีแลนด์

ประเทศนิวซีแลนด์ ปกครองแบบประชาธิปไตย มีประชากร 4.49 ล้านคน มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐบาลจัดสรรเงินจากภาษี หน่วยงานด้านสาธารณสุขมี 2 ระดับ ได้แก่ ระดับประเทศ และระดับพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดเป็นผู้กำกับการทำงาน วางนโยบาย วางแผนอัตรากำลัง จัดสรรงบประมาณให้คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอซึ่งส่วนมากจะเป็นงบประมาณด้านการรักษา ฟื้นฟู แต่งบประมาณด้านงานสาธารณสุขและผู้พิการกระทรวงสาธารณสุขยังเป็นผู้รับผิดชอบ งานด้านสาธารณสุขกระจายอำนาจให้คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอเป็นผู้บริหาร มีทั้งหมด 20 แห่ง โดยสมาชิกมาจากการเลือกตั้ง 7 ตำแหน่ง และมาจากการแต่งตั้ง 4 ตำแหน่ง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสามารถควบคุมกำกับการทำงานของกรรมการได้โดยมีอำนาจถอดถอน หรือแต่งตั้งกรรมการได้ คณะกรรมการชุดนี้บริหารงบประมาณด้านสาธารณสุข 3 ใน 4 ของประเทศ โดยมีหน้าที่เป็นทั้งผู้ให้บริการ ผู้จัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพไปให้ผู้ให้บริการภาครัฐ เอกชนหรือองค์กรไม่แสวงหากำไรในพื้นที่ และวางแผนการให้บริการในพื้นที่ ตามกรอบนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดในแต่ละปี

ในด้านการให้บริการสาธารณสุขท้องถิ่นจะมีหน่วยบริการทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิของตนเอง ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิและงานชุมชนจะร่วมมือกับผู้ให้บริการเอกชนและองค์กรไม่แสวงหากำไรในการจัดบริการ ด้านการลงทุนด้านสุขภาพต้องทำแผนไปขอความเห็นชอบจากกระทรวงสุขภาพและกระทรวงการคลัง ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน หรือให้คำแนะนำกรรมการในด้านนโยบายได้ แต่อย่างไรก็ตามบางพื้นที่ที่กรรมการสุขภาพก็ประสบปัญหาขาดแคลนงบประมาณเนื่องจากมีการแบ่งเขตทั้งหมด 20 เขต แต่มีประชากรประมาณ 4 ล้านคน นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มการบริหารแบบรวมศูนย์มากขึ้น เช่น การจัดตั้งหน่วยงาน Health Benefits Limited ขึ้นมาเป็นหน่วยงานกลางเพื่อเป็นฝ่ายสนับสนุนคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอในการจัดซื้อยา อุปกรณ์การแพทย์ และงานด้านบริหารเพื่อลดต้นทุนส่งผลให้เป็นการลดอำนาจ ในการตัดสินใจของหน่วยงานในพื้นที่³²⁻³⁴

สรุป

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพใน 6 ประเทศที่ได้ทำการศึกษา พบว่าเป็นการถ่ายโอนอำนาจ (Devolution) ไปให้หน่วยงานในท้องถิ่น โดยกระจายไปทั้งอำนาจการบริหารจัดการ อำนาจการจัดสรรงบประมาณ และอำนาจทางการเมือง รัฐบาลท้องถิ่นจะเป็นผู้ให้บริการหรือจะซื้อบริการบางประเภทจากภาคเอกชน หรือองค์กรไม่แสวงหากำไร แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศแต่สิ่งหนึ่งที่คล้ายกันคือรัฐบาลกลางหรือกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจและหน้าที่กำกับดูแลการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขทั้งหมดในประเทศ ไม่ว่าจะเป็คุณภาพการให้บริการ กำหนดตัวชี้วัดด้านสุขภาพบางรายการที่ และจัดระบบ

สนับสนุนการให้บริการ เช่น อัตราค่าจ้าง การจัดหายาและวัคซีนที่จำเป็น การจัดการข้อมูลสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น ซึ่งการกำกับนี้มีรูปแบบที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ปัญหาที่พบเหมือนกันในประเทศที่กำลังพัฒนาทั้ง 2 ประเทศ คือ การกระจายอำนาจที่เกิดขึ้นพร้อมกันทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุข นอกจากนี้ยังประสบปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ อำนาจในการกำกับดูแลนโยบายระดับประเทศ สำหรับประเทศไทยการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการกระจายอำนาจในระดับการถ่ายโอนอำนาจ (Devolution) ที่มอบให้ทั้งภารกิจด้านการบริหารจัดการ ภารกิจด้านการจัดการงบประมาณ และอำนาจทางการเมือง สอดคล้องกับหลายประเทศที่มีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ แต่ในประเทศไทยยังไม่มี การถ่ายโอนหน่วยบริการระดับอื่น เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางไปยังหน่วยงานในท้องถิ่น จึงควรที่จะมีการพิจารณา รูปแบบที่จะกระจายอำนาจหน่วยงานดังกล่าวต่อไป

บทที่ 3 ผลการศึกษา

การรายงานผลการศึกษาในครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 ตอน ตอนที่หนึ่ง ผลลัพธ์ของการถ่ายโอน ตอนที่สอง กระบวนการถ่ายโอน ตอนที่สาม ข้อดี ข้อเสีย ปัจจัยสำเร็จ และ อุปสรรคของการถ่ายโอน และ ตอนที่สี่ ข้อเสนอการจัดการบริการสุขภาพในระดับท้องถิ่น

ตอนที่หนึ่ง ผลของการถ่ายโอน

3.1 ผลการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ข้อมูลตัวชี้วัด QOF 4 ตัวชี้วัด

The World Health Report 2008: Primary Health Care – now more than ever ขององค์การอนามัยโลก ได้เน้นย้ำการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิต้องเป็นการจัดการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างผสมผสานและบูรณาการ (Comprehensive and integrated response)³⁵ ส่วนหนึ่งของการบริการเป็นการมุ่งเน้นการป้องกันโรค เช่น การตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นจึงใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นข้อมูลตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ (Quality and Outcome Framework, QOF) ที่รายงาน ณ วันที่ 31 มีนาคม 2560 เป็นผลงานตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2559 – 31 มีนาคม 2560 (เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่ สปสช. ต้องนำผลงานมาจัดสรรเงิน) ทำการคัดเลือกข้อมูล 4 ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่

- 1) ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด (สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ)
- 2) ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง (สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ)
- 3) ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี (สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ)
- 4) ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ (ทุกสิทธิ)

ทำการคัดเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกัน ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่นับรวมหน่วยบริการปฐมภูมิที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งเพื่อบริการประชาชนในพื้นที่เอง ได้มาทั้งหมด 9,930 แห่ง แต่ทำการคัดออก 90 แห่ง เนื่องจากข้อมูลไม่สมบูรณ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด คงเหลือหน่วยบริการ 9,840 แห่ง โดยเป็นหน่วยบริการที่ถ่ายโอนไปยังอปท. แล้ว 49 แห่ง (ไม่มีข้อมูลสุขศาลา 2 แห่งที่ถ่ายโอนแล้ว) และไม่ได้ถ่ายโอน 9,791 แห่ง ดูตารางที่ 3.1

จากนั้นทำการคัดเลือกเฉพาะหน่วยบริการที่อยู่อำเภอเดียวกันกับหน่วยบริการที่ถ่ายโอนมาเป็นกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน จำนวนทั้งหมด 497 แห่ง จำแนกเป็นหน่วยบริการที่ไม่ถ่ายโอน 448 แห่ง และถ่ายโอน 49 แห่ง (ไม่มีข้อมูลของสุขศาลาที่ถ่ายโอน 2 แห่ง) ดูแผนภูมิที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 หน่วยบริการปฐมภูมิที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล QOF 4 ตัวชี้วัด

	ถ่ายโอน (ร้อยละ)	ไม่ถ่ายโอน (ร้อยละ)	รวม
จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ	49 (0.50)	9,791 (99.50)	9,840
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	19 (0.19)	9,726 (99.81)	9,745
สถานีอนามัย	24 (100)	0 (0.00)	24
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	4 (5.80)	65 (94.20)	69
ศูนย์บริการสาธารณสุข	2 (100)	0 (0.00)	2
ค่าเฉลี่ยอัตราการคัดกรองโรค (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			
เบาหวาน	53.58% (28.88)	69.36% (21.19)	69.29% (21.26)
ความดันโลหิตสูง	56.15% (27.32)	70.05% (20.78)	69.98% (20.84)
มะเร็งปากมดลูกสะสม 5 ปี	31.81% (18.17)	47.54% (17.16)	47.46% (17.20)
ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	47.91% (20.01)	53.70% (19.17)	53.68% (19.18)

ที่มา: นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิจากข้อมูล QOF ของสปสช. (1 เม.ย. 2559 – 1 มี.ค. 2560)

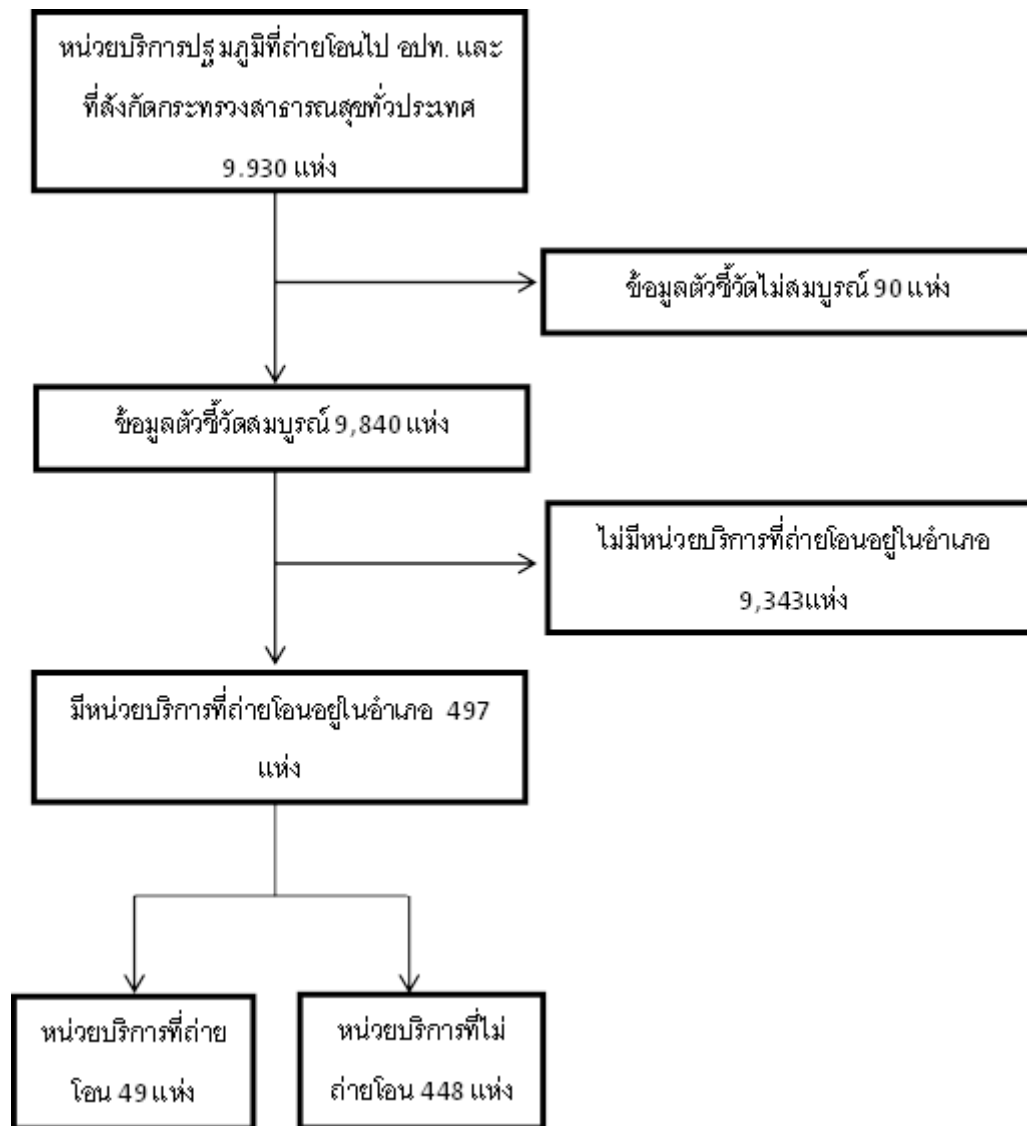
การเปรียบเทียบกับสถิติเชิงพรรณนา พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังอปท. ทั้ง 49 แห่ง มีค่าเฉลี่ยอัตราการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและมะเร็งปากมดลูกสะสม 5 ปี น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของหน่วยบริการกลุ่มควบคุม แต่มีค่าเฉลี่ยอัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์สูงกว่าค่าเฉลี่ยของหน่วยบริการกลุ่มควบคุม ดูตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน 4 ตัวชี้วัดระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนกับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่อำเภอเดียวกันแต่ไม่ได้ถ่ายโอน

	ถ่ายโอน (ร้อยละ)	ไม่ถ่ายโอน (ร้อยละ)	รวม
จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ	49 (10.94)	448 (90.14)	497
● รพ.สต.	19 (4.11)	443 (95.89)	462
● สถานีอนามัย	24 (100)	0 (0.00)	24
● สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	4 (44.44)	5 (55.56)	9
● ศูนย์บริการสาธารณสุข	2 (100)	0 (0.00)	2
ค่าเฉลี่ยอัตราการคัดกรองโรค (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			
เบาหวาน	53.58% (28.88)	63.33% (25.74)	62.36% (26.20)
ความดันโลหิตสูง	56.15% (27.32)	64.77% (24.84)	63.92% (25.19)
มะเร็งปากมดลูกสะสม 5 ปี	31.81% (18.17)	42.90% (17.42)	41.80% (17.79)
ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	47.91% (20.01)	44.14% (19.37)	44.50% (19.44)

ที่มา: นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิจากข้อมูล QOF ของสปสช. (1 เม.ย. 2559 – 1 มี.ค. 2560)

แผนภูมิที่ 3.1 แสดงขั้นตอนการจัดการข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์



จากการพิจารณาการกระจายตัวของข้อมูลพบว่า ข้อมูลอัตราการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็งปากมดลูกสะสม 5 ปี ในกลุ่มประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการกระจายตัวไม่เป็นแบบปกติ (Non-normal Distribution) จึงใช้การคำนวณสถิติเชิงอนุमानด้วย Wilcoxon ranksum test เพื่อเปรียบเทียบอัตราการคัดกรองโรคทั้งสามระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนกับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่อำเภอเดียวกันแต่ไม่ได้ถ่ายโอน ผลการวิเคราะห์พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังอปท. มีค่ามัธยฐานอัตราการคัดกรองโรครดดังกล่าวน้อยกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ถ่ายโอน โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.0400, 0.0438 และ 0.0000 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3.3

ข้อมูลอัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ทุกสิทธิการรักษา มีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal Distribution) จึงใช้การคำนวณสถิติเชิงอนุमानด้วย t test พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังอปท. มีค่าเฉลี่ยอัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ มากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ถ่ายโอนในอำเภอเดียวกัน แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.1974) ดังแสดงในตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานอัตราการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งปากมดลูก และค่าเฉลี่ยของอัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน

ค่าเฉลี่ยอัตราการคัดกรองโรค	ค่าสถิติ	ถ่ายโอน	ไม่ถ่ายโอน	รวม	P value
เบาหวาน*	Median (Q1-Q3)	55.49 (31.11-79.20)	71.73 (53.21 - 81.77)	70.93 (50.94-81.62)	0.0400
ความดันโลหิตสูง*	Median (Q1-Q3)	58.54 (36.20-78.84)	72.09 (56.02 - 82.20)	71.79 (52.89-81.93)	0.0438
มะเร็งปากมดลูกสะสม 5 ปี*	Median (Q1-Q3)	27.58 (20.28-37.93)	40.97 (29.36 - 54.18)	39.96 (28.18-52.14)	0.0000
ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์**	Mean (95%CI)	47.91 (42.16-53.66)	44.14 (42.34-45.93)	44.50 (42.79-46.22)	0.1974
จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ		49	448	497	

หมายเหตุ: * Wilcoxon ranksum test, ** t test

ที่มา: นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิจากข้อมูล QOF ของสปสช (1 เม.ย. 2559 – 1 มี.ค. 2560)

เมื่อทำการศึกษาต่อในระดับที่เล็กลง โดยคัดเลือกเฉพาะตำบลที่มีหน่วยบริการทั้งถ่ายโอนไปยัง อปท. และไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ในตำบลเดียวกัน ได้หน่วยบริการจำนวนทั้งหมด 34 แห่ง ในพื้นที่ 12 ตำบล จำแนกเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอน 14 แห่ง และไม่ถ่ายโอน 20 แห่ง หากภายในตำบลนั้นมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ได้ถ่ายโอนหลายแห่งจะนำค่าเฉลี่ยของหน่วยบริการปฐมภูมิดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอน ได้ผลดังต่อไปนี้

- หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอน 2 แห่ง มีผลงานดีกว่า ได้แก่ Devolved 6 และ 11 (อัตราการตรวจคัดกรองตั้งแต่สามตัวชี้วัดขึ้นไปของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้วมีค่าสูงกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ถ่ายโอน)
- หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอน 4 แห่ง มีผลงานใกล้เคียงกัน ได้แก่ Devolved 1, 7, 9 และ 10 (อัตราการตรวจคัดกรองสองตัวชี้วัดมีค่าสูงกว่าและอีกสองตัวชี้วัดมีค่าต่ำกว่าที่ไม่ถ่ายโอน)
- หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอน 8 แห่ง มีผลงานน้อยกว่า ได้แก่ Devolved 2 – 5, 8, 12 – 14 (อัตราการตรวจคัดกรองตั้งแต่สามตัวชี้วัดขึ้นไปของหน่วยบริการที่ถ่ายโอนแล้วมีค่าต่ำกว่าที่ไม่ถ่ายโอน ดังแสดงในตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 เปรียบเทียบอัตราการคัดกรองโรคและฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอน และไม่ถ่ายโอนในตำบลเดียวกัน

ตำบล	จำนวน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน	จำนวน รพ.สต. ที่ไม่ได้ถ่ายโอน	รพ.สต.ถ่ายโอน (Devolved) / ไม่ถ่ายโอน (Non)	DM	HT	PAP	ANC	4 ตัวชี้วัด
ก	1	1	Devolved 1	78.54	77.24	6.06	50.00	2
			Non	60.46	86.02	27.14	37.50	
ข	1	3	Devolved 2	14.32	14.70	22.99	53.70	1
			Non*	82.98	83.12	31.55	47.70	
ค	1	1	Devolved 3	22.47	20.89	32.27	34.15	1
			Non	72.42	72.74	45.43	31.03	
ง	2	4	Devolved 4	11.92	12.81	15.13	66.67	0
			Devolved 5	48.46	48.73	9.32	53.33	0
			Non*	77.21	78.49	37.61	73.45	
จ	1	1	Devolved 6	94.40	93.82	40.30	57.58	4
			Non	92.45	91.78	34.86	50.00	
ฉ	1	1	Devolved 7	6.34	43.84	30.56	66.67	2
			Non	27.71	31.00	37.44	63.64	
ช	1	1	Devolved 8	24.03	27.87	35.01	62.50	1
			Non	72.38	70.34	36.17	36.36	
ซ	2	2	Devolved 9	88.44	85.50	60.17	26.67	2
			Devolved 10	86.55	82.68	65.49	55.56	2
			Non*	85.00	81.69	78.44	68.75	
ญ	1	1	Devolved 11	80.96	82.78	33.18	31.58	3
			Non	72.73	67.62	29.30	52.94	
ฎ	1	3	Devolved 12	82.29	82.06	24.29	34.62	0
			Non*	82.79	82.58	43.47	44.24	
ฏ	1	1	Devolved 13	52.56	58.54	27.16	27.27	1
			Non	55.03	59.56	20.26	38.46	
ถ	1	1	Devolved 14	48.34	47.69	22.52	66.67	1
			Non	73.74	71.64	22.15	67.74	

หมายเหตุ: * มีหลายหน่วยบริการที่ไม่ถ่ายโอนในตำบล จึงใช้ค่าเฉลี่ย

ที่มา: นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิจากข้อมูลตัวชี้วัด QOF ของสปสช (1 เม.ย.2559 – 1 มี.ค. 2560)

โดยสรุป จากข้อมูลทุติยภูมิ QOF 4 ตัวชี้วัด การตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งปากมดลูก และการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่าการบริการปฐมภูมิด้านการตรวจคัดกรองโรคของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้วไม่ได้ดีกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ได้ถ่ายโอน

3.2 ข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตอบแบบสอบถาม

ทำการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 51 แห่ง แห่งละหนึ่งชุด แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของทั้งอปท. และหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) ความคิดเห็นต่อทรัพยากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ งบประมาณที่ได้รับ อัตราค่าจ้าง การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ การพัฒนาวิชาการ ว่าเพียงพอขาดแคลนหรือมากเกินไป 3) ความเห็นต่อกระบวนการ ได้แก่ การบริหารจัดการและความเป็นผู้นำรูปแบบการให้บริการประชาชนที่เปลี่ยนไป การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ 4) ความเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการทำงานภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านต่างๆ ผลลัพธ์การให้บริการประชาชน และ 5) ประเด็นอื่นๆ เช่น จุดแข็ง จุดอ่อนของการถ่ายโอนสถานบริการปฐมภูมิที่ผ่านมา และข้อเสนอต่อการถ่ายโอนในอนาคต (ภาคผนวก 1)

จากจำนวน 51 แห่ง หน่วยบริการปฐมภูมิตอบแบบสอบถามแล้วส่งกลับมาทั้งหมด 41 แห่ง คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 80.39 โดยแบ่งเป็นศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานอนามัย 40 แห่ง และสสช. 1 แห่ง โดยหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 1, 6, 7, 8, 9 ตอบกลับแบบสอบถามมาครบ ในขณะที่หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 2 ตอบกลับมาเพียงร้อยละ 50 ตามตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.5 จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตอบแบบสอบถามแยกตามเขตบริการสุขภาพ

เขตบริการสุขภาพ	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอน (แห่ง)	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตอบแบบสอบถาม (แห่ง)	ร้อยละที่ตอบแบบสอบถาม
1	9	9	100.00
2	12	6	50.00
3	6	5	83.33
4	4	3	75.00
5	7	6	85.71
6	6	6	100.00
7	1	1	100.00
8	1	1	100.00
9	2	2	100.00
11	3	2	66.67
รวม	51	41	80.39

ที่มา: นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 46.05 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 46.34 เพศหญิงร้อยละ 53.66 โดยร้อยละ 75.61 ของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้บริหารในหน่วยบริการปฐมภูมิ และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.29) มีอายุราชการมากกว่า 20 ปี และส่วนใหญ่มีระยะเวลาทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิปัจจุบันมากกว่า 10 ปี และระหว่าง 6-10 ปี (ร้อยละ 34.15 และ 29.27 ตามลำดับ)

มากกว่าครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 51.22 หรือ 21 แห่ง) สังกัดองค์กรบริหารส่วนตำบล โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระยะทางห่างจากศาลากลางจังหวัดมากกว่า 50 กิโลเมตร ถึงร้อยละ 46.34 (19 แห่ง) (ดูตารางที่ 3.6) มีประชากรในเขตรับผิดชอบของอปท. อยู่ในช่วง 7,001-15,000 คน ร้อยละ 51.22 (21 แห่ง) และรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในช่วง 20-100 ล้านบาท ร้อยละ 75.61 (31 แห่ง) รายได้มากกว่า 100 ล้านบาท ร้อยละ 12.20 (5 แห่ง)

ตารางที่ 3.6 ข้อมูลพื้นฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่หน่วยบริการปฐมภูมิสังกัด

ต้นสังกัด	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ* (แห่ง)	พื้นที่รับผิดชอบเฉลี่ย* (ตารางกิโลเมตร)	จำนวนประชากรเฉลี่ย** (คน)	จำนวนประชากรน้อยสุด-มากที่สุด** (คน)
1. องค์กรบริหารส่วนตำบล	21	121.25	10,474	8,110 - 15,486
2. เทศบาลตำบล	16	59.80	10,365	4,840 - 23,620
3. เทศบาลเมือง	3	43.42	52,638	31,375 - 73,901
4. อปท.รูปแบบพิเศษ	1	22.20	115,840	-
รวม	32	99.52	16,361	4,840 - 115,840

ที่มา: * นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ, **ข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลแม่ข่ายน้อยกว่า 10 กิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 46.34 (19 แห่ง) รับผิดชอบประชากร 3,001-8,000 คน (เทียบเท่ารพ.สต.ขนาด M) ร้อยละ 43.90 (18 แห่ง) (ตารางที่ 3.7) รับผิดชอบหมู่บ้านน้อยกว่า 10 แห่ง ร้อยละ 75.61 (31 แห่ง) รับผิดชอบหมู่บ้าน 10-20 แห่ง ร้อยละ 24.39 (10 แห่ง)

ตารางที่ 3.7 แสดงประชากรรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตอบแบบสอบถาม

ต้นสังกัด	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ* (แห่ง)	จำนวนประชากรที่หน่วยบริการรับผิดชอบ		
		<3,000 คน	3,001-8,000 คน	>8,000 คน
1. องค์กรบริหารส่วนตำบล	21	6	11	4
2. เทศบาลตำบล	16	4	7	5
3. เทศบาลเมือง	3	0	0	3
4. อปท.รูปแบบพิเศษ	1	1	0	0
รวม	32	7	15	10

ที่มา: นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ

3.3 ผลลัพธ์การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อมูลความเห็นเรื่องทรัพยากร และการดำเนินงานจากแบบสอบถามนำเสนอควบคู่ไปกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูล โดยทำการอธิบายตามกรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ หกองค์ประกอบ (Six Building Blocks of Health Systems) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แก่ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ (Financing) ระบบการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforces) ระบบการจัดการยาและเครื่องมือทางการแพทย์ (Medicines) ระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพ (Information) ระบบการจัดบริการสุขภาพ (Service Delivery) และภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leadership and Governance)³⁶ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพที่ดี ที่จะส่งมอบงานบริการสุขภาพตามความจำเป็นของประชาชน ดังนั้น การถ่ายโอนก็ควรส่งผลให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้วมีองค์ประกอบทั้งหกอย่างที่ดีด้วย

1. ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ (Financing)

หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนได้รับเงินจาก 3 แหล่ง ได้แก่ (ก) งบประมาณจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น งบประมาณส่วนนี้เป็นเงินค่าบริหารจัดการรายปี เงินเดือนข้าราชการท้องถิ่น และเงินจัดสรรให้ตามโครงการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเสนอไป ซึ่งส่วนมากจัดสรรให้เป็นงบประมาณสำหรับก่อสร้างและจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ (ข) งบประมาณจากรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดสรรตามข้อบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรายปีงบประมาณ งบประมาณส่วนนี้จัดสรรให้เป็นค่าจ้างสำหรับลูกจ้าง ค่าใช้จ่ายในสำนักงาน ค่าสาธารณูปโภค ค่าวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ และ (ค) งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นงบประมาณรายหัวที่จัดสรรให้ผ่านโรงพยาบาลแม่ข่ายขึ้นกับการตกลงกันภายในอำเภอ และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับจัดสรรต้องสมทบเงินในการจัดทำโครงการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อมูลหุติยภูมิในตารางที่ 3.8 แสดงให้เห็นชัดเจนว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้วได้รับงบประมาณสนับสนุนจากอปท. เป็นจำนวนเม็ดเงินสะสมสูงถึง 726.59 ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 28 – 43 แห่ง ภายในเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2552-2561) หรือคิดเป็นค่าเฉลี่ย 1.94 ล้านบาทต่อหน่วยบริการปฐมภูมิต่อปี

“เทศบาลเรามีเงินงบประมาณเยอะ...สาธารณูปโภค ถนน น้ำ มันทำไปหมดแล้ว ก็เอาเงินตัวนี้ไปเท กับคุณภาพชีวิตคน” [04 06 ผู้บริหารระดับอำเภอ]

“ท่านนายกสนับสนุน ทุกอย่าง งบประมาณ ถ้าอยากได้อะไรนี้เราทำขออนุมัติ ไม่เคยปฏิเสธ” [03 05 รพ.สต. ถ่ายโอน]

ผลการวิเคราะห์แบบสอบถาม พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ 38 แห่ง (ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ได้ลงข้อมูล 3 ชุด) มีสัดส่วนรายได้มาจากเงินอุดหนุนจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นมากที่สุดเฉลี่ยร้อยละ 53.83 รองลงมาเป็นเงินสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นสังกัด กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตามลำดับ ดูตารางที่ 3.9

ตารางที่ 3.8 งบประมาณเงินอุดหนุนเฉพาะกิจเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานีนอนามัยที่ถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ปีงบประมาณ	จำนวนเงิน (บาท)	จำนวนจังหวัด	จำนวน อปท.	จำนวนหน่วย บริการปฐม ภูมิ	เฉลี่ย บาท/หน่วยบริการ ปฐมภูมิ/ปี
2552	23,441,000	19	24	28	837,179
2553	21,077,000	19	24	28	752,750
2554	50,127,437	19	24	28	1,790,266
2555	56,000,000	19	24	28	2,000,000
2556	78,000,000	22	32	40	1,950,000
2557	70,800,000	22	32	40	1,770,000
2558	124,212,000	22	32	40	3,105,300
2559	117,362,400	23	32	41	2,862,498
2560	43,000,000	23	34	43	1,000,000
2561	142,570,200	23	34	43*	3,315,586
รวม	726,590,037				1,938,358

หมายเหตุ: รพ.สต.หินดาดเพิ่งถ่ายโอนมาปีงบประมาณ2560 ยังไม่ได้รับจัดสรรงบประมาณ ที่มา: สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนได้รับเงินจัดสรรจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นปีละ 1,000,000 บาท ทำให้การบริหารจัดการทรัพยากรง่ายขึ้น สามารถนำมาใช้เป็นเงินบำรุงของหน่วยบริการฯ เช่น การจ้างบุคลากร จ่ายค่าตอบแทนนอกเวลา แต่ก็ยังมี ความกังวลจากรพ.สต.และอปท. ถึงความแน่นอนและยั่งยืนของเงินสนับสนุนก้อนนี้ว่าจะได้รับอย่างต่อเนื่องประจำทุกปีหรือไม่ ถ้าหากไม่มีการจัดสรรเป็นประจำต่อเนื่องทุกปีจะทำให้บริหารงานประสบปัญหาได้ และหากมีการถ่ายโอนมายังอปท. ทั้งหมดก็พบว่าแห่ง กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจะยังสามารถจ่ายเงินก้อนนี้ให้กับทุกแห่งได้หรือไม่

“มีงบของกรมที่สนับสนุนมาให้เลยจ้างได้ แต่อนาคตไม่รู้จะเป็นอย่างไร ถ้าหยุดให้ เด็ๆ ก็ตงานหมดเลย” [03 04 รพ.สต.ถ่ายโอน]

ตารางที่ 3.9 ส่วนรายได้เฉลี่ยของหน่วยบริการปฐมภูมิจากแหล่งต่างๆ

ต้นสังกัด	จำนวน *(แห่ง)	งบจาก อปท.	งบจากกรม ส่งเสริมการ ปกครองส่วน ท้องถิ่น	งบจากรพ. แม่ข่าย	กองทุน หลักประกัน สุขภาพพื้นที่	กองทุน ประกันสังคม	เก็บจาก ผู้รับบริการ
1. องค์กร บริหารส่วน ตำบล	19	18.03%	49.88%	19.13%	6.79%	1.12%	5.05%
2. เทศบาล ตำบล	15	12.82%	60.18%	13.90%	8.45%	1.80%	2.85%
3. เทศบาล เมือง	3	13.20%	34.70%	30.05%	8.68%	1%	12.37%
4. อปท. รูปแบบ พิเศษ	1	4%	90%	5%	1%	0%	0%
รวม	38	15.22%	53.83%	17.56%	7.44%	1.35%	4.60%

หมายเหตุ* ไม่ตอบแบบสอบถาม 3 แห่ง

ที่มา: นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. ระบบจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้วส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่มากขึ้น เพียงพอต่อความต้องการเนื่องจาก อปท. สามารถจัดสรรตำแหน่งได้เอง แต่ก็ยังมีบางพื้นที่ที่ประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากร เนื่องจากอปท. ไม่สามารถจ้างเจ้าหน้าที่เพิ่มได้จากข้อจำกัดด้านงบประมาณสำหรับจ่ายค่าตอบแทนของบุคลากรต้องไม่มากกว่าร้อยละ 40 ของรายได้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 บางแห่งแม้จะเปิดรับสมัครแต่ไม่สามารถหาบุคลากรที่เหมาะสมได้ เนื่องจากไม่ใช่ตำแหน่งข้าราชการจึงทำให้ขาดความมั่นคงในอาชีพ นอกจากนี้ตำแหน่งข้าราชการที่ถ่ายโอนมาพร้อมหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นตำแหน่งที่ติดตัวข้าราชการ ดังนั้นการโยกย้าย เกษียณอายุ หรือลาออกจะส่งผลให้หน่วยบริการประสบปัญหาขาดตำแหน่งข้าราชการ อปท. ต้องกำหนดตำแหน่งขึ้นมาใหม่และใช้เงินของ อปท. ในการจ่ายเงินเดือน ทั้งนี้มี 1 แห่งใช้วิธีการจ้างโรงพยาบาลเอกชนเข้ามาดำเนินงานด้วยอัตราค่าจ้างที่สูงกว่าการจ้างงานของราชการอย่างมาก ทำให้แก้ปัญหาการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ได้ และมีแพทย์มาประจำอยู่ตลอด 24 ชั่วโมง แต่ก็ประสบปัญหาอัตราการลาออกของเจ้าหน้าที่สูงเนื่องจากความลำบากของพื้นที่ ความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ

“ท้องถิ่นเนี่ยสะดวกสบายมากในเรื่องของการกำหนดตำแหน่ง สมมติว่าผมอยากได้พยาบาล ผมก็กำหนดตำแหน่งได้เลย” [03 14 ผู้บริหารอปท. ถ่ายโอน]

“น้ำคิดว่าอนามัยควรจะเพิ่มหมอบ จริงๆนะ เพราะทุกวันนี้คนป่วยกันเยอะ หิวยากันยังกะหิวขนมเห็นแล้วท้อใจเลย หมอบไม่พอ ที่นี้อยากได้หมอบเพิ่ม” [02 13 ประชาชน พื้นที่ถ่ายโอน]

“ตัวท้องถิ่นเองมี พรบ.บริหารงานบุคคลกำหนดไว้ ค่าจ้างค่าตอบแทนของท้องถิ่นจะมีได้ไม่เกิน 40% ทำให้ท้องถิ่นไม่สามารถสรรหาบุคลากร เพิ่มได้ทั้งตัวของเทศบาลเอง ถ้าเทศบาลเองมีงบประมาณตรงนี้เหลือท่านนายกฯ ให้อยู่แล้วครับ ไม่ว่าจะป่วยยาบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อเอาไปปฏิบัติงานได้” [02 09 ผู้บริหารท้องถิ่น ถ่ายโอน]

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่าปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนมีจำนวนเจ้าหน้าที่เฉลี่ย 12.41 คน/แห่ง (น้อยที่สุด 3 คน ในสังกัดเทศบาลตำบล และจำนวนมากที่สุด 46 คนในสังกัดอปท. รูปแบบพิเศษ) รูปแบบการจ้างงานพบว่ามีข้าราชการเฉลี่ย 3.95 คน/แห่ง หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 30 แห่ง มีข้าราชการน้อยกว่า 5 คน และหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 11 แห่งมีข้าราชการเท่ากับหรือมากกว่า 5 คน ตารางที่ 3.10

ตารางที่ 3.10 จำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ต้นสังกัด	จำนวน (แห่ง)	จำนวนเจ้าหน้าที่เฉลี่ย (คน)	จำนวนข้าราชการเฉลี่ย (คน)	จำนวนเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด (คน)	จำนวนเจ้าหน้าที่มากที่สุด (คน)
1. องค์การบริหารส่วนตำบล	21	11.86	3.67	5	25
2. เทศบาลตำบล	16	9.94	3.88	3	32
3. เทศบาลเมือง	3	18.33	7.33	4	35
4. อปท.รูปแบบพิเศษ	1	46	1	-	-
รวม	41	12.41	3.95	3	46

ที่มา: นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิชาชีพที่กำหนดว่าจำเป็นต้องมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และ ทันตภิบาล ข้อมูลจากแบบสอบถาม พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหลายแห่งมีบุคลากรนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ เช่น มีแพทย์/ทันตแพทย์ 4 แห่ง เกษษกร/จพ.เกษษกรรม 4 แห่ง นักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัด 9 แห่ง แพทย์แผนไทย 20 แห่ง แพทย์แผนจีน 1 แห่ง นักจิตวิทยา 1 แห่ง เจ้าหน้าที่เอ็กซเรย์ 1 แห่ง เวชกิจฉุกเฉิน 1 แห่ง

หน่วยบริการ 28 แห่งจาก 41 แห่ง รู้สึกว่าขาดแคลนบุคลากรสายวิชาชีพ ในขณะที่อีก 18 แห่งจาก 41 แห่ง รู้สึกว่าขาดแคลนบุคลากรสายสนับสนุน และมีหน่วยบริการ 15 แห่ง จาก 41 แห่ง รู้สึกว่ายังขาดแคลนบุคลากรทั้งสายวิชาชีพและสายสนับสนุน นอกจากนี้ พบว่าเจ้าหน้าที่ที่ตอบแบบสอบถาม คิดว่าได้รับการพัฒนาวิชาการที่เพียงพอร้อยละ 63.41 (26 แห่ง) ไม่เพียงพอร้อยละ 36.59 (15 แห่ง) (ตารางที่ 3.11) ด้านอิสระการทำงานด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้รับอิสระอย่างเต็มที่ แต่บางแห่งมีอิสระน้อยลง เนื่องจากต้องทำงานตอบสนองนโยบายของผู้บริหารท้องถิ่นส่งผลต่อการทำงานของวิชาชีพตนเอง ซึ่งต้องหาทางปรับตัวให้อยู่รอด สอดคล้องกับผลจากแบบสอบถามที่พบว่า ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอิสระ

ในการทำงานในพื้นที่ ร้อยละ 68.29 (28 แห่ง) มีอิสระปานกลางร้อยละ 21.95 (9 แห่ง) และมีอิสระน้อย ร้อยละ 7.32 (3 แห่ง)

ตารางที่ 3.11 ความคิดเห็นเรื่องอัตรากำลัง และการพัฒนาความรู้วิชาการในหน่วยบริการปฐมภูมิ 32 แห่ง ภายหลังจากถ่ายโอน

ทรัพยากร	ขาดแคลน (แห่ง)	เพียงพอ (แห่ง)	มากเกินไป (แห่ง)	รวม (แห่ง)
1. บุคลากรสายวิชาชีพ	68.29%(28)	31.71% (13)	0	41
2. บุคลากรสายสนับสนุน	43.90% (18)	56.10%(23)	0	41
3. การพัฒนาทางวิชาการ	36.59% (15)	63.41%(26)	0	41

ที่มา: นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้วและยังไม่ถ่ายโอน และเจ้าหน้าที่อปท. แสดงความเป็นห่วงด้าน ‘วิชาชีพ’ ทั้งการฝึกอบรม เพิ่มพูนทักษะ และการให้คำแนะนำ ปรึกษาด้านวิชาการ ว่าการถ่ายโอนไปยังอปท. ในขณะนี้ มีข้อจำกัดทำได้ตามบทบาทหน้าที่ของอปท. เท่านั้น ซึ่งไม่มีความเข้มข้นเท่ากับกระทรวงสาธารณสุข หรือ สมาคมวิชาชีพต่างๆ ส่วนใหญ่ยังได้ไปอบรมร่วมกับหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่บางครั้งก็ประสบปัญหาว่าไม่ได้รับหนังสือเชิญ หนังสือเชิญมาช้า หรือติดภารกิจร่วมกับท้องถิ่น บางแห่งมีแผนประชุมประจำปีให้เจ้าหน้าที่รายบุคคล

“เรา (อปท.) ก็ทำได้แค่นี้ เรารับเขามาก็ดูแลเขาอย่างดีเท่าที่ทำได้ แต่จะให้เหมือนที่เขาอยู่กับสาธารณสุข คงไม่ได้ เราก็ไม่รู้งานสาธารณสุขมากนัก” [01 07 อปท. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน]

“เรามีการพัฒนาความรู้นะ เวลาอยู่ใน CUP ก็มีการอบรมให้ความรู้ แต่ถ้าไปอยู่ตรงนั้นก็ไม่ได้ไปนะ ที่ผ่านมามากแล้วเหมือนไม่มีหน่วยงานไหนเชิญไป และบางที่ผู้บริหารก็ไม่ได้ให้ไป” [02 05 รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน]

การถ่ายโอนมีผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ต้องปรับตัวกับวัฒนธรรมการทำงานที่แตกต่างออกไป ผู้ที่สามารถปรับตัวได้และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็จะสามารถทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ แต่บางคนที่ไม่สามารถที่จะทำงานร่วมกันได้ต้องย้ายออกจากพื้นที่และไม่สามารถย้ายกลับไปกระทรวงสาธารณสุขได้ ส่งผลให้หน่วยบริการบางแห่งไม่มีเจ้าหน้าที่ที่ย้ายมาช่วงถ่ายโอนเหลืออยู่ในหน่วยบริการเลย และเนื่องจากมีความไม่แน่นอนทางการเมืองสูงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงต้องวางตัวเป็นกลางเพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง บางแห่งยังประสบปัญหาเกี่ยวกับความไม่โปร่งใสในการใช้จ่ายงบประมาณของผู้บริหารอปท. ทำให้มีความลำบากใจในการทำงาน และต้องเข้าชี้แจงต่อสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน

“ฝั่งสาธารณสุข ทำงานแบบพี่น้อง แต่ฝั่งอปท. ทำงานแบบเจ้านายลูกน้อง”

[02 07 รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน]

“เราเกี่ยวพันกับนักการเมือง ก็อาจจะมีปัญหาบ้างถ้าเราเข้ากับคนกลุ่มนั้นไม่ได้”

[03 04 รพ.สต. ถ่ายโอน]

“เราให้บริการประชาชน นายกาก็ได้คะแนนเสียงไป ผมไม่เดือดร้อน” [04 07 รพ.สต. ถ่ายโอน]

“งานของเราจะไปส่งเสริมฐานเสียงของเค้า win-winทั้งคู่ เราทำงานของเรา ประชาชนได้ประโยชน์ นายกาก็ได้ผลงาน” [02 05 รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน]

ด้านสวัสดิการ แม้จะประสบปัญหาด้านสวัสดิการในช่วงแรกที่มีการถ่ายโอน แต่ปัจจุบันสวัสดิการต่างๆ ไม่แตกต่างจากเดิม แต่ยังมีข้อสงสัยในด้านความก้าวหน้าในอาชีพ เช่น การปรับตำแหน่ง ที่ไม่ทราบข้อมูลและไม่มีแนวทางที่ชัดเจน

ด้านความพึงพอใจในการทำงาน จากแบบสอบถามพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม 40 คน จากแบบสอบถาม 41 ชุด (งดแสดงความเห็น 1 ชุด) มีความพึงพอใจในการทำงานปัจจุบันเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (3.78 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) โดยพึงพอใจบรรยากาศการทำงานมากที่สุด (3.95 คะแนน) รองลงมาเป็นค่าตอบแทนที่ได้รับ (3.93 คะแนน) สวัสดิการที่ได้รับ (3.80 คะแนน) ภาระงานและความก้าวหน้าในอาชีพ (3.50 คะแนน) ตามลำดับ ตารางที่ 3.12 แต่ก็ยังมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องการย้ายกลับมาสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่ 7 แห่ง หรือร้อยละ 17.07 โดยเหตุผลที่ต้องการย้ายกลับเนื่องจากการเมืองท้องถิ่นเข้ามาแทรกแซงการทำงาน ขาดแคลนกำลังคน และการทำงานไม่มีความชัดเจน

ตารางที่ 3.12 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ปัจจัย	ไม่พึงพอใจมาก (1)	ไม่พึงพอใจ (2)	พึงพอใจปานกลาง (3)	พึงพอใจ (4)	พึงพอใจมาก (5)	รวม	คะแนนเฉลี่ย
1. ค่าตอบแทนที่ได้รับ	0	1	9	22	8	40	3.93
2. สวัสดิการที่ได้รับ	0	4	7	22	7	40	3.80
3. ภาระงานที่ทำ	2	3	13	17	5	40	3.50
4. บรรยากาศการทำงาน	0	1	10	19	10	40	3.95
5. ความก้าวหน้าในอาชีพ	2	6	8	18	6	40	3.50
6. ความพึงพอใจโดยรวมของเจ้าหน้าที่	0	0	7	26	7	40	4.00

ที่มา: นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ

3. ระบบการจัดการยาและเครื่องมือทางการแพทย์ (Medicines)

หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้วในพื้นที่ที่ทำการสัมภาษณ์ทุกแห่ง แจ้งว่าได้รับสนุนยาเวชภัณฑ์ ไม่ใช่ยาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเพียงพอ ได้รับสนุนงบประมาณในการก่อสร้างอาคารและปรับปรุงสถานที่ใหม่ ได้รับเครื่องมือแพทย์จากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเพียงพอ แต่มีข้อสังเกตด้านความคุ้มค่าของการใช้เครื่องมือเนื่องจากบางอุปกรณ์ยังไม่จำเป็นต้องใช้ในหน่วยบริการเนื่องจากไม่มีแพทย์ประจำ เช่น เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง เป็นต้น

“ที่ถ่ายโอนมาแล้ว ดีขึ้นเยอะเลย เครื่องมือพร้อมหมดเลย เครื่องมืออย่างเช่นทำฟัน คือได้หลายอย่างครบอะค่ะ เดิมนอนคนใช้สมัยก่อนไม่ค่อยมี แต่เดี๋ยวนี้อะไรก็มีให้ ดูแลผู้ป่วยดีดีเยอะค่ะ คือได้งบจากท้องถิ่น” [03 19 ประชาชน พื้นที่ถ่ายโอน]

“เครื่อง EKG ตั้งแต่อยู่มายังไม่เคยได้ใช้เลย ไม่รู้คนเก่าขอมาทำไม” [03 05 รพ.สต. ถ่ายโอน]

สอดคล้องกับแบบสอบถามที่พบว่า ภายหลังการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และสิ่งก่อสร้างเพียงพอ แต่ยังขาดแคลนบุคลากรสายวิชาชีพ ในขณะที่มี 1 แห่งที่มีครุภัณฑ์ทางการแพทย์มากเกินความจำเป็น ตารางที่ 3.13

ตารางที่ 3.13 ความเพียงพอของทรัพยากรในหน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอน

ทรัพยากร	ขาดแคลน (แห่ง)	เพียงพอ (แห่ง)	มากเกินจำเป็น (แห่ง)	รวม (แห่ง)
1. งบประมาณ	12.20% (5)	87.80% (-36)	0	41
2. ยาและเวชภัณฑ์	21.95%(9)	78.05%(32)	0	41
3. ครุภัณฑ์การแพทย์	17.07% (9)	80.49%(31)	2.44%(1)	41
4. สิ่งก่อสร้าง	14.63% (6)	85.37% (35)	0	41

แหล่งข้อมูล: นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ

4. ระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพ (Information system)

หน่วยบริการปฐมภูมิมีการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดต่างๆ แต่มีจำนวนไม่มากเท่าตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเจ้าหน้าที่มองว่าตัวชี้วัดบางตัวไม่จำเป็นสำหรับพื้นที่ มักเน้นเก็บตัวชี้วัดที่ส่งผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณของ สปสช. และตัวชี้วัดที่ คปสอ. ให้ความสำคัญเท่านั้น สอดคล้องกับข้อมูลจากแบบสอบถามพบว่า เจ้าหน้าที่ทำงานด้านการส่งข้อมูลตัวชี้วัดด้านสุขภาพลดลงร้อยละ 39.02(16 แห่ง) ดูตารางที่ 3.14

“ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขหุ้รหามากเลยครั้บ แต่ถามว่าประชาชนได้อะไร มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจริงหรือ” [04 07 รพ.สต. ถ่ายโอน]

เจ้าหน้าที่บางท่านให้ความเห็นว่ามีสุขภาพจิตดีขึ้นเนื่องจากไม่ต้องทำงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด และยังได้ลงพื้นที่ทำงานร่วมกับชุมชนมากขึ้น ซึ่งตรงกับความเห็นของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหลายท่านที่เห็นว่าเจ้าหน้าที่อนามัยต้องทำงานตอบตัวชี้วัดจำนวนมาก และต้องทำผลงานให้ผู้บริหารพึงพอใจ มีข้อสังเกตจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนบางแห่งว่าผลงานของ รพ.สต. ที่ไม่ถ่ายโอนมีค่าสูง ซึ่งอาจเป็นค่าสูงเกินจริงเนื่องจากต้องส่งข้อมูลเพื่อตอบสนองนโยบายของผู้บริหาร

นอกจากนี้เจ้าหน้าที่บางท่านของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้ว มองว่าตนเองไม่มีความรู้เรื่อง การจัดการข้อมูลสุขภาพ เช่น การลงรหัสโรค การใช้โปรแกรม แต่ก็ไม่มีโอกาสที่จะพัฒนาความรู้ด้านนี้เหมือนเจ้าหน้าที่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

“อยู่สาธารณสุขบางตัวเขาคิดมาให้เราเสร็จ ... ให้เรามาปรับใช้ ... แต่ถ้ามาอยู่กับท้องถิ่นคือเราคิดของเราจากต้นตอ เราสามารถทำงาน ทำโครงที่ตรงประเด็นกับชาวบ้านมากกว่า...”
[03 12 ผู้บริหารอปท. ถ่ายโอน (อดีตเจ้าหน้าที่ รพ.สต.)]

“พี่ไม่ขุดคนตายขึ้นมาวัดความดัน” [03 06 รพ.สต.ถ่ายโอน]

“มุมมองของพี่ มันเป็นตัวเลขที่คุณ (เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข) นั่ง Make กันเอง”
[03 04 รพ.สต.ถ่ายโอน]

5. ระบบการจัดบริการสุขภาพ (Service Delivery)

จากการสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งที่ถ่ายโอนแล้ว และยังไม่ถ่ายโอนพบว่าภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ บทบาทหน้าที่ด้านงานสาธารณสุขยังไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ยังมีบทบาททั้งการรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ และควบคุมโรค ส่วนใหญ่การเข้าถึงบริการง่ายขึ้น เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่เพียงพอ มีอุปกรณ์ทางการแพทย์และสถานที่พร้อม มีบางพื้นที่ให้บริการได้แยกลง เนื่องจากปัญหาความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการขาดแคลนอัตรากำลัง

“หน่วยงานไม่เปลี่ยน แต่ภาระงานเป็นสองเท่าเพราะต้องทำเพิ่มจากทั้งตัวชี้วัดกระทรวง และจากนโยบาย อบต ตัวไหนไม่มีเงินก็ไม่ทำหรอก” [01 07 รพ.สต. ถ่ายโอน]

บริการที่ดีขึ้นมักเป็นการให้บริการรักษาพยาบาล และการส่งต่อผู้ป่วย โดยมีสหวิชาชีพมาให้บริการผู้ป่วย เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ ทันตภิบาล แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด นักเวชกิจฉุกเฉิน บางพื้นที่มีการตั้งศูนย์ล้างไตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับประชาชนในพื้นที่

ด้านการส่งเสริมป้องกัน มีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ในพื้นที่ที่คิดว่าทำสะดวกขึ้นเนื่องจากมีการประสานงานกับชุมชนได้ง่ายขึ้น จากการมีเครือข่ายท้องถิ่น ผนวกกับเจ้าหน้าที่มีเวลาว่างจากการลงข้อมูลที่ลดลง แต่บางพื้นที่ให้บริการได้แยกลงเนื่องจากปัจจัยที่แตกต่างกันไปในแต่ละหน่วยบริการ เช่น ขาดแคลนอัตรากำลัง ปัญหาการบริหารภายใน หรือการหมุนเวียนของเจ้าหน้าที่ทำให้ไม่ทราบบริบทพื้นที่ มี 1 พื้นที่ ที่มีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านชุมชนเป็นประจำเนื่องจากสภาพพื้นที่ที่ทุรกันดารและการจ้างงานแบบเอกชน ทำให้งานด้านชุมชนและความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ยังประสบปัญหาอสม.

ที่ให้สัมภาษณ์เห็นว่าตนเองขาดความเข้มแข็งและถูกลดบทบาทลง เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่ให้สัมภาษณ์ก็ประสบปัญหาการทำงานเข้าถึงชุมชน

“ดูแลประชาชนในพื้นที่ได้ดีกว่าเดิม เราเน้นทำงานในชุมชนมากกว่าเน้นตัวเลข”

[03 06 รพ.สต. ถ่ายโอน]

“พอคนเยอะขึ้น มันก็สามารถแบ่งงานกันได้ ไม่ต้องรอ แต่ก่อนคนมันน้อยออกไปทั้งหมดก็ไม่ได้ คนเข้ามาแล้วไม่เจอเราก็โดนว่าอีก” [03 03 รพ.สต. ถ่ายโอน]

ด้านการควบคุมโรคทำได้ไม่ต่างจากเดิม ทำได้ดีขึ้นในส่วนที่ต้องมีการประสานงานกับท้องถิ่น เช่น พนยากำจัดยุงลาย ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ บางแห่งทำได้ไม่ต่างจากเดิม บางแห่งทำได้มากกว่าเดิมเนื่องจาก มีนักกายภาพบำบัด มีแพทย์แผนไทยมาให้บริการผู้ป่วย

“อย่างควบคุมโรค เมื่อก่อนยังไม่ถ่ายโอนพอเกิดโรคที่ เราก็ต้องมาประสานท้องถิ่นให้ไปพ่นยุง ขอทราย ซึ่งมันอาจจะได้ไม่เต็มที่เพราะเขาคิดว่าเรามาได้เป็นส่วนหนึ่งกะเขา คุณอยู่สาธารณสุขก็ไปขอสาธารณสุขสิ แต่เดี๋ยวนี้เราอยู่ เราก็ได้มาอยู่ใน (กอง) สาธารณสุข เราก็บริหารเอง”

[03 12 ผู้บริหารอปท. ถ่ายโอน (อดีตเจ้าหน้าที่ รพ.สต.)]

ข้อมูลจากแบบสอบถามพบว่าสอดคล้องกับข้อมูลจากการลงพื้นที่ที่กล่าวคือการบันทึกข้อมูลและการจัดทำรายงานสุขภาพลดลง ในขณะที่ทำงานด้านชุมชน เช่น Long term care และงานบริการสังคมตามนโยบายของท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น ตารางที่ 3.14

ตารางที่ 3.14 ความเห็นปริมาณงานต่างๆของหน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนเปรียบเทียบกับก่อนการถ่ายโอน

ปริมาณงานบริการสุขภาพ	ลดลง (แห่ง)	เท่าเดิม (แห่ง)	เพิ่มขึ้น (แห่ง)	รวม (แห่ง)
1. บริการผู้ป่วยนอก (รวมทันตกรรมและแพทย์แผนไทย)	22	7	9	38
2. บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	11	14	13	38
3. บริการเยี่ยมบ้าน	6	19	13	38
4. บริการ Long term care	2	11	25	38
5. บริการฟื้นฟูสุขภาพ และกายภาพบำบัด	16	12	11	38
6. การบันทึกข้อมูล และจัดทำรายงาน	22	7	9	38
7. งานบริการสังคมตามนโยบายท้องถิ่น	11	14	13	38

หมายเหตุ: มีผู้ไม่ตอบ 1 แห่ง และเจ้าหน้าที่ที่ตอบแบบสอบถามไม่ทราบข้อมูลก่อนการถ่ายโอน 2 แห่ง ที่มา: นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อมูลจากแบบสอบถาม 41 ชุด (มีผู้ไม่ตอบข้อ 4 การมีส่วนร่วมของชุมชนฯ จำนวน 1 ชุด) เรื่องความเห็นต่อคุณภาพการให้บริการประชาชน ส่วนใหญ่ (31 แห่ง) เห็นว่าคุณภาพการดีขึ้น มีเพียง 6 แห่ง เห็นว่าคุณภาพเท่าเดิม และมีเพียง 2 แห่ง เห็นว่าคุณภาพลดลง การตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน ส่วนใหญ่ (31 แห่ง) เห็นว่าตอบสนองได้เพิ่มขึ้น การบริหารจัดการภายในหน่วยงาน ส่วนใหญ่ (27 แห่ง) เห็นว่าจัดการได้เพิ่มขึ้น ส่วนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ส่วนใหญ่ (21 แห่ง) ให้ความเห็นว่าคุณภาพเพิ่มขึ้น ตารางที่ 3.15

ตารางที่ 3.15 ความเห็นต่อการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิหลังการถ่ายโอนเปรียบเทียบกับก่อนการถ่ายโอน

หัวข้อ	ลดลง (แห่ง)	เท่าเดิม (แห่ง)	เพิ่มขึ้น (แห่ง)	รวม (แห่ง)
1. คุณภาพการให้บริการประชาชนในพื้นที่	9.76% (4)	14.63% (6)	75.61% (31)	41
2. การตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่	0	24.39% (10)	75.61% (31)	41
3. การบริหารจัดการภายในหน่วยบริการ	14.63% (6)	19.51% (8)	65.86% (27)	41
4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาสาธารณสุขภายในพื้นที่*	2.5% (2)	45.00% (18)	52.50% (21)	40

หมายเหตุ*: มีผู้ไม่ตอบ 1 แห่ง

ที่มา: นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ

การสัมภาษณ์ประชาชน มีความเห็นแตกต่างกัน บางส่วนเห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้ว ให้บริการได้ดีขึ้นกว่าเดิม บางส่วนตอบว่าไม่เห็นความแตกต่างก่อนและหลังการถ่ายโอน และมีบางส่วนที่ตอบว่า ทำงานได้แย่ลงกว่าเดิม แต่ส่วนมากเห็นตรงกันว่า มีความสะดวกสบายมากกว่าเดิมเนื่องจากมีอาคารสถานที่ อุปกรณ์ และเจ้าหน้าที่ให้บริการที่มากขึ้น ประชาชนสามารถเสนอข้อร้องเรียนหรือความต้องการของชุมชนต่อหน่วยบริการได้สะดวกขึ้นโดยผ่านทางผู้บริหารท้องถิ่นโดยตรง เช่น ร้องเรียนการบริการ หรือการของบประมาณทำโครงการ มี 1 พื้นที่ ที่ประชาชนขาดความเชื่อมั่นและเห็นว่าอปท. ไม่มีความพร้อม และการบริหารจัดการไม่ดี เช่น มีการซ่อมแซมอาคารแต่ไม่ได้จัดสถานที่ให้บริการที่เหมาะสมให้ การปิดสถานบริการโดยให้ประชาชนย้ายไปรับบริการที่สถานบริการอื่นใกล้เคียง ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

“ที่ผมเห็นมาตั้งแต่ยังเด็ก เห็นสอ. หลังเลิกข้างหลังที่ตอนนี้เป็นโรงเรียนเด็กเล็ก แต่ตอนนี้อยู่กับอบต. มีตึก มีลานอเนกประสงค์ มีตึกกายภาพ มีรถ ambulance มีนักกายภาพมาอยู่ มันเป็นโอกาส สอ. แต่ละที่จะเห็นเป็นโอกาสหรือเปล่า” [01 07 ประชาชน พื้นที่ถ่ายโอน]

“อยากได้อะไรก็ทำโครงการเสนอไป เพราะคนในพื้นที่ย่อมรู้ความต้องการของชาวบ้านได้ดีกว่าคนในกระทรวง” [03 21 ประชาชน พื้นที่ไม่ถ่ายโอน]

“ในชุมชนเนี่ย ถ้าบริการไม่ดี เบอร์นายกเขาจะรู้กันทุกคนนะ ประชาชนเนี่ย ถ้าเราบริการไม่ดี ประชาชนก็โทรหานายกโดยตรง” [04 09 ผู้บริหารอปท. ถ่ายโอน]

6. ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leadership and Governance)

ภายหลังจากการถ่ายโอนแล้ว การบริหารงานของหน่วยบริการปฐมภูมิต้องขึ้นตรงต่ออปท. ที่รับถ่ายโอน โดยมีนายกอปท. เป็นผู้บริหารสูงสุด และมีหัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเป็นผู้กำกับดูแล การสัมภาษณ์พบว่า การอยู่ภายใต้อปท. ทำให้มีสายบังคับบัญชาที่สั้นกว่าการอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข การบริหารภายในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถทำได้รวดเร็วกว่าการรอการตัดสินใจจากผู้บริหารที่อยู่ในส่วนกลาง เช่น การจ้างบุคลากร การจัดสรรงบประมาณ

“ทำงานกับกระทรวงมหาดไทยมันรวดเร็ว ทำอะไรก็ได้ ทำกับกระทรวงสาธารณสุขมันช้า มีหลายขั้นตอน” [03 04 รพ.สต. ถ่ายโอน]

“ส่วนมากที่นี่ ถือว่าโชคดี ท่านนายกฯไม่ได้เข้ามาก้าวก่าย ปล่อยให้ทำกันไป ท่านจะบอกว่าท่านไม่รู้เรื่องการสาธารณสุข หมอทำกันไปเลย แต่จะให้ช่วยอะไรก็บอก แต่นโยบายด้านของเทศบาลมีอะไรเราก็ให้ความร่วมมือเต็มร้อย” [03 03 รพ.สต. ถ่ายโอน]

“วงบริหารมันแคบลง อนามัยขึ้นตรงปลัด/นายกเลย แล้วการทำงานก็คือ เราทำงานได้ตรงจุดของประชาชน กับตรงจุดที่เราคิดว่ามันเหมาะสม โดยที่เราเป็นคนคิดเองทำเอง แล้วเสนอขึ้นมา แต่มันต้องอยู่ในกรอบที่เราทำได้ แล้วมันลดการสั่งการจากเดิมไปเยอะ” [03 12 ผู้บริหารอปท. ถ่ายโอน (อดีตเจ้าหน้าที่ รพ.สต.)]

อย่างไรก็ตาม รพ.สต. ทั้งที่ถ่ายโอนแล้วและยังไม่ถ่ายโอน เห็นตรงกันว่า การมีสายบังคับบัญชาที่สั้นมีข้อดีในแง่ความสะดวกรวดเร็ว แต่มีข้อกังวลหลายประการ เช่น ความไม่แน่นอนทางการเมืองเนื่องจากนายกอปท. มาจากการเลือกตั้ง อำนาจเบ็ดเสร็จอยู่ที่นายกอปท. มีความไม่มั่นใจในการได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพจาก อปท. เนื่องจากขึ้นกับความพร้อมของอปท. และความใส่ใจของนายก อปท.

“แต่ก็กังวลนะ หากไม่ใช่นายกคนนี้ แล้วจะเป็นยังไง เขาขึ้นขึ้นขึ้นตายได้เลยนะ เขาอยู่ใกล้ เดินมานิดเดียวก็ถึงแล้ว เดี่ยว เดี่ยว เขาก็มา ก็กังวลอยู่นะ เพราะอำนาจอยู่ที่คนคนเดียวเลย ไม่มีอำนาจแนวราบอะไรมาจัดการได้เลย” [01 07 รพ.สต. ถ่ายโอน]

“การเมืองมีความไม่แน่นอน สี่ปี แปดปีก็ไป อาจมีคนใหม่มา แต่เราต้องอยู่ตลอด ขึ้นกับนายกคนเดียวว่าสนใจงานสุขภาพหรือเปล่า หลายที่ทำเรื่องถนน เกษตร ให้เต็มก่อน แล้วจึงค่อยมาทำด้านสังคม สุขภาพ การเมืองต้องการอะไรที่เห็นเป็นรูปธรรม เช่น รถไฟ รถเกี่ยว ถนน แต่งงานสุขภาพฯ เป็นงานน้ำซึมบ่อทราย ไม่ใช่เรื่องให้เห็นจะจะ” [01 01 รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน]

สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้ว มีแค่เพียง 1 จังหวัด จากจำนวน 4 จังหวัด ที่เก็บข้อมูลที่มีการกำกับดูแลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยการทำ MOU ร่วมกัน และลงนิเทศงานเป็นประจำทุกปี เพื่อติดตามการทำงานและให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน แต่อย่างไรก็ตาม อำนาจในการสั่งการหน่วย

บริการปฐมภูมิต้องขึ้นกับอำนาจของผู้บริหาร อปท. ส่วนการประสานงานภายในอำเภอนั้น ทำการประสานงานผ่านที่ประชุม คปสอ. แต่การทำงานต้องใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวที่ติดต่อกันเพื่อให้การทำงานราบรื่น

“จังหวัดต้องไม่ทอดทิ้ง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนแล้ว เพราะสุดท้ายเค้าเหล่านั้นก็ดูแลคนในชุมชนเหมือนกัน” [02 16 ผู้บริหารระดับจังหวัด]

“ถ้าไม่ทำเราก็กวากับเค้าไม่ได้ จะส่งหรือไม่ส่ง เราก็คจะทำอะไรไม่ได้ ข้อมูลตรงนั้นก็หายไป” [02 01 ผู้บริหารระดับอำเภอ]

ข้อมูลจากแบบสอบถาม 40 ชุด (มีผู้ไม่ตอบ 1 ชุด) พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิจoinความร่วมมือและการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นสังกัดในระดับดีมากร้อยละ 80 (32 แห่ง) ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 72.5 (29 แห่ง) ส่วนความสัมพันธ์กับหน่วยงานสาธารณสุขอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 65% (26 แห่ง) โดยภายหลังการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการนิเทศงานจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็นประจำเพียงร้อยละ 42.5 (17 แห่ง) ในขณะที่อีกร้อยละ 10 (4 แห่ง) ไม่เคยได้รับการนิเทศงานจากหน่วยสาธารณสุขเลย การประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขด้านการส่งต่อผู้ป่วย และการตอบสนองต่อปัญหาฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ส่วนการจัดทำแผนสุขภาพ การบริการโดยสหสาขาวิชาชีพ การให้คำแนะนำด้านวิชาการ และการส่งข้อมูลตัวชี้วัดด้านสุขภาพมีทั้งพื้นที่ที่มีความร่วมมือดีมาก และมีความร่วมมือบ้าง ตารางที่ 3.16

ตารางที่ 3.16 แสดงความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการที่ถ่ายโอนกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ความร่วมมือกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	ไม่มีความร่วมมือ (แห่ง)	มีความร่วมมือบ้าง (แห่ง)	มีความร่วมมือดีมาก (แห่ง)	รวม (แห่ง)
1. การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่ศักยภาพสูงกว่า และการส่งกลับมาให้บริการในชุมชน	0	0	100% (40)	40
2. การตอบสนองต่อปัญหาฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น โรคระบาด อุบัติเหตุหมู่ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ	0	20% (8)	80% (32)	40
3. การจัดทำแผนสุขภาพ	7.50% (3)	35% (14)	57.50% (23)	40
4. การให้บริการประชาชนโดยสหสาขาวิชาชีพ	7.50% (3)	40% (16)	52.50% (21)	40
5. การให้คำแนะนำด้านวิชาการ	5% (2)	40% (16)	55% (22)	40
6. การส่งข้อมูลตัวชี้วัดด้านสุขภาพ	5% (2)	35% (14)	60% (24)	41

หมายเหตุ: มีผู้ไม่ตอบ 1 แห่ง

ที่มา: นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ

อย่างไรก็ตามในมุมมองของประชาชนที่ให้สัมภาษณ์ ประชาชนอาจไม่ทราบและไม่สนใจโครงสร้างการอภิบาลระบบของหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ประชาชนต้องการการบริการที่ดี มีคุณภาพ เข้าถึงได้ง่าย และเป็นมิตร

โดยสรุป พิจารณาตามทงองค์ประกอบของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้วมีองค์ประกอบด้านกายภาพดีขึ้นอย่างชัดเจน เช่น อาคาร สถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ เงินงบประมาณ จำนวนบุคลากร มีมากขึ้น แต่ก็มีข้อสังเกตของการมีประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร ในขณะนี้ ความไม่เพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ และข้อกังวลเรื่องความเพียงพอของงบประมาณ หากมีการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดเกินกว่าแห่งไปยังอปท. ส่วนองค์ประกอบที่เป็นมิติด้านสังคมและความสัมพันธ์นั้น มีข้อห่วงใย เช่น ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ ซึ่งขึ้นกับนายกอปท. อย่างมาก รวมไปถึงวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพของผู้นำสูงสุด การได้ให้ความสำคัญต่องานด้านสุขภาพ วิชาชีพของบุคลากรในหน่วยบริการ และความเข้าใจการจัดการบริการสุขภาพที่ผสมผสานและบูรณาการที่ตอบสนองปัญหาในท้องถิ่น เป็นต้น

ตอนที่สอง กระบวนการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดเห็นว่ากระบวนการถ่ายโอนที่ผ่านมา ไม่ได้เกิดการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ของอปท. ท่านอื่นๆ นอกจากผู้บริหารอปท. ที่ประสงค์รับโอน และในส่วนของประชาชนในพื้นที่ ถึงแม้จะมีการทำประชาคม แต่เป็นการทำประชาคมที่ไม่ทั่วถึง ประชาชนได้รับข้อมูลแต่เพียงว่าผู้บริหารท้องถิ่นต้องการรับการถ่ายโอนหน่วยบริการ

“คนส่วนใหญ่ของคนส่วนน้อยเห็นด้วย ประชาคมจึงผ่าน” [02 12 ประชาชนพื้นที่ถ่ายโอน]

ที่ผ่านมา กระบวนการถ่ายโอนในพื้นที่ เกิดจากผู้บริหารอปท. ที่สนใจงานด้านสาธารณสุขเป็นผู้ผลักดัน และ ดำเนินการร่วมกับสาธารณสุข ซึ่งขาดการสื่อสารที่ดีจากกระทรวงสาธารณสุขไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่มีข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่ทราบว่ามีการถ่ายโอนอย่างไร และต้องทำอย่างไรบ้าง

“พี่เหมือนโดนหลอก (เรื่องการถ่ายโอน) แต่เราก้ผิดที่ศึกษาไม่ดี” [03 06 รพ.สต. ถ่ายโอน]

สอดคล้องกับข้อมูลจากแบบสอบถามที่พบว่า เหตุผลที่หน่วยบริการถ่ายโอนไปยังอปท. อันดับหนึ่งคืออปท. มีความตั้งใจในการดูแลสุขภาพประชาชน ร้อยละ 73.17 รองลงมาเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิน่าจะสามารถบริการได้ดีกว่าเดิมร้อยละ 68.29 ส่วนที่น้อยที่สุดคือประชาชนต้องการให้เกิดการถ่ายโอน และ ค่าตอบแทนบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้น ร้อยละ 12.20 และ 9.76 ตามลำดับ ตารางที่ 3.17

ตารางที่ 3.17 ความเห็นเรื่องเหตุผลที่หน่วยบริการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เหตุผล	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
1. อปท.มีความตั้งใจในการดูแลสุขภาพประชาชน	30	73.17
2. หน่วยบริการปฐมภูมิน่าจะสามารถบริการได้ดีกว่าเดิม	28	68.29
3. หน่วยบริการปฐมภูมิน่าจะมีความยืดหยุ่นในการทำงานมากกว่าเดิม	15	36.59
4. เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความก้าวหน้ามากขึ้น	14	34.15
5. ปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข	13	31.71
6. ประชาชนต้องการให้เกิดการถ่ายโอน	5	12.20
7. ค่าตอบแทนบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้น	4	9.76
8. อื่นๆ เช่น ไม่ชอบการทำงานแบบกระทรวงสาธารณสุข ไม่อยากย้ายที่ทำงานไปไกลบ้าน	7	17.07

ที่มา: นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ

หลังการถ่ายโอน ประสบปัญหาความไม่พร้อมของอปท. ด้านกฎระเบียบการทำงาน และค่าตอบแทน ทำให้เจ้าหน้าที่บางท่านเสียประโยชน์ต่อสวัสดิการที่ควรจะได้รับ เช่น การเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ เป็นต้น ท้องถิ่นบางแห่งได้รางวัลสรรมาภิบาลจริง แต่ไม่มีศักยภาพในการดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างแท้จริง เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านความเข้าใจระบบสุขภาพ และ งานบริการสุขภาพ นอกจากนี้ อปท. บางแห่งยังไม่ได้จัดตั้งกองสาธารณสุขขึ้นมาดูแลหน่วยบริการที่ถ่ายโอน ทำให้เกิดปัญหาติดขัดในการทำงาน

ระยะแรก ด้านกระทรวงสาธารณสุขไม่มีการเตรียมพร้อมกับหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น สสอ. รพ. แม่ข่าย หรือ สสจ. ทำให้ไม่เข้าในบทบาทและหน้าที่ในการทำงานร่วมกัน อีกทั้งเจ้าหน้าที่ยังรู้สึกว่าการกระทรวงสาธารณสุขไม่สนใจเหลือวแลหน่วยบริการที่ถ่ายโอนไปแล้ว

“ปรากฏว่าไม่เป็นดังที่เราพูดเลย พอมาเสร็จ 6 เดือน แรกเงินเดือนก็ไม่ตั้งให้เรา จังหวัดก็บอกถ่ายโอนแล้วเงินเดือนเบิกให้ไม่ได้ ท้องถิ่นก็ยังไม่มื้อมือก็ตั้งเรื่องเงินเดือนให้เราไม่ได้ สหกรณ์สาธารณสุขของจังหวัดก็บังคับให้ออก...งบ CUP ก็ตัด บอกว่าเราถ่ายโอนไปแล้ว สสอ. รพ. ก็บอกเราอยู่นอกระบบแล้วนะ เขาก็ไม่สนใจเราเลย ปีแรกใช้เลือดออกกระบาดเขาก็ไม่ส่งทีม ไม่อะไรเลย ตัดเราออกแบบสิ้นเชิง มาท้องถิ่นก็ยังไม่มื้อมืออะไรรองรับ”

[03 12 ผู้บริหารรพท. ถ่ายโอน (อดีตเจ้าหน้าที่ รพ.สต.)]

“รุ่นแรกพอถ่ายโอนปุ๊บสาธารณสุขไม่เอา ตัดหางปล่อยัด ไม่สนใจเลย มีอะไรไม่ประสาน ไปประชุมเหมือนไม่มีตัวตน...” [03 05 รพ.สต. ถ่ายโอน]

การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่ถ่ายโอน พบว่าส่วนใหญ่ไม่ต้องการถ่ายโอนไปรพท. เนื่องจากวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างกัน ความก้าวหน้าที่ไม่ชัดเจน ขาดโอกาสพัฒนาความรู้ด้านวิชาการ ไม่มั่นใจในสวัสดิการ และไม่มั่นใจในระบบบรรณาภิบาลและผู้นำสูงสุดว่ามีความเข้าใจงานสาธารณสุขมากเพียงใด จึงต้องการอยู่แบบมีระยะห่างเพื่อมั่นใจว่าสามารถทำงานวิชาชีพโดยไม่มีการเมืองท้องถิ่นแทรกแซง

“อยู่แบบนี้ดีกว่า อยู่แบบเว้นช่องว่างไว้” [02 05 รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน]

“พี่ว่าหลักๆ อยู่ที่วิสัยทัศน์ผู้บริหารอย่างเดียวเลย ถ้าวิสัยทัศน์กว้างและเปิดรับมากกว่านี้ก็น่าไป แต่ตอนนี้เล่นพรรคเล่นพวก พอตีพวกที่อยู่ในพื้นที่ๆ คุณแล้วผู้บริหารไม่โอเค มันก็เลยเกิด Conflict”

[01 03 รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน]

ความเห็นจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขไม่มีความจริงจังและจริงใจในการถ่ายโอนสถานีนอนามัย และไม่ให้เกิดวิสัยทัศน์ผู้บริหารท้องถิ่นมองว่าไม่มีความรู้เพียงพอในการที่จะบริหารงานด้านสาธารณสุข แม้ปัจจุบันผู้บริหารท้องถิ่นหลายพื้นที่มีความรู้ และให้ความสนใจด้านคุณภาพชีวิตประชากรเพิ่มมากขึ้น

“เรียนตรงๆ ว่า ลืม (เรื่องการถ่ายโอนนอนามัย) ไปแล้ว เพราะว่าเราเจอความไม่จริงใจกับกระทรวงสาธารณสุข เราก็เลยไม่รู้จะใส่ใจไว้ทำอะไร” [02 10 ผู้บริหารท้องถิ่น ถ่ายโอน]

“ต้องให้เกียรติซึ่งกันและกัน ก็จะทำงานได้ แต่อย่างไรก็ตามดูถูกว่าท้องถิ่นไม่มีศักยภาพ ท้องถิ่นไม่พร้อมโดยเอาเกณฑ์ของสาธารณสุข ซึ่งแยกส่วนอยู่ละเอียดใจไหม ไม่ได้เป็นบูรณาการอย่างแท้จริงอะ มองแค่ตัวเองเป็นหลักอะว่าตัวเองเก่งที่สุด มีอะไรอย่างนี้อะไม่ได้ ต้องยอมรับซึ่งกันและกัน”

[04 02 ผู้บริหารท้องถิ่น ถ่ายโอน]

ข้อเสนอเพื่อให้เกิดการถ่ายโอนจากผู้ให้สัมภาษณ์สรุปได้ว่า กระทรวงสาธารณสุขควรที่จะชัดเจน ในนโยบาย และแนวปฏิบัติ มีการกำหนดให้สวัสดิการเหมือนเดิมหรือดีขึ้น เช่น ให้ทุนเรียนต่อ เพิ่มเงินเดือน มีการกำหนดมาตรการป้องกันนักการเมืองท้องถิ่นกลับกลั่นแกล้งข้าราชการ ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเดิมให้ย้าย กลับมายังกระทรวงสาธารณสุขได้หลังการถ่ายโอน และควรทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ในทุกระดับตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังการถ่ายโอนให้ทราบบทบาท หน้าที่ และระเบียบปฏิบัติต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องมีความพร้อมด้านการจัดการ การให้บริการ และงบประมาณ อีกทั้งต้องส่งเสริมการพัฒนาความรู้ให้ เจ้าหน้าที่ ผู้บริหารอปท. ต้องเข้าใจงานสาธารณสุขและมีธรรมาภิบาล

กระทรวงมหาดไทยควรมีระเบียบของตนเองที่เอื้อต่อการทำงานสาธารณสุข กระบวนการถ่ายโอนควร ลดขั้นตอนในการถ่ายโอนลง การเลือกพื้นที่ถ่ายโอนควรจะเริ่มจาก อปท. ที่มีความพร้อม เพื่อลดโอกาสความ ล้มเหลวจากความไม่พร้อมของทรัพยากร

“สมมติว่าเป็นผมที่เป็นคนตัดสินใจเลือกว่าจะถ่ายโอนใคร เป็นผม ผมก็จะเลือกจากใหญ่ไปเล็กเพราะ ในแง่ของความพร้อมงบประมาณ เรื่องบุคลากร เรื่องบริหารจัดการเนี่ย เล็กๆมันจะไปทำได้อย่างไรอะ บุคลากรก็ไม่มี” [04 02 ผู้บริหารอปท. ไม่ถ่ายโอน]

“ต้องตอบปัญหาให้ได้ว่าถ่ายโอนไปทำไม กระบวนการต้องชัดเจน และวิเคราะห์ผลดีผลเสียของ เจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน ถ้าพร้อมจริงผู้บริหารก็สั่งมาให้ถ่ายโอนได้เลย” [02 05 รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน]

“สวัสดิการที่จะให้ต้องมีความชัดเจน ซึ่งสวัสดิการของข้าราชการอปท. จะต่ำกว่าข้าราชการทั่วไป แต่ตอนนี้เค้าก็พยายามจะทำให้เท่าแต่ยังไม่เท่าเพราะยังมีข้อจำกัดหลายๆอย่าง...ความคล่องตัว ในการบริหารจัดการและไม่ยึดติดกับผู้บริหารคนเดียวเพื่อไม่ให้เกิดความบิดเบี้ยว การดำเนินการ ต้องเป็นไปตามความต้องการของประชาชน” [01 03 รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน]

โดยสรุป รูปแบบ กระบวนการ และวิธีการถ่ายโอนที่ผ่านมา ไม่ได้ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นว่าได้มี การสร้างกลไกและกระบวนการที่มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของ ทั้งจากส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และ ภาคประชาชนในท้องถิ่นอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นการยากในการสร้างความเชื่อมั่น (Trust) ทั้งการดำเนินงาน ในส่วนที่มีการถ่ายโอนแล้ว และ ส่วนที่จะมีการถ่ายโอนในอนาคตให้เป็นไปอย่างราบรื่นและตอบสนอง ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ตอนที่สาม จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของการถ่ายโอน

1. จุดแข็ง (Strengths)

การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีจุดแข็งเนื่องจากงานสาธารณสุขเป็นบริการสาธารณะต้องทำให้เป็นของประชาชน เมื่อเปลี่ยนนักรการเมืองก็ไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือล้มเลิกได้ อีกทั้งงานสาธารณสุขช่วยเสริมสามารถส่งผลต่อภาพลักษณ์ที่ดีของนักรการเมืองท้องถิ่นได้จึงทำให้มีโอกาสได้รับการสนับสนุนจากนักรการเมือง นอกจากนี้ อปท. มีงบประมาณสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิมากกว่ากระทรวงสาธารณสุขจึงสามารถทำให้สามารถลงทุนในด้านสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ทางการแพทย์หรือการจ้างบุคลากรได้มากขึ้น ด้านการบริหารจัดการมีสายบังคับบัญชาที่สั้นซึ่งเป็นทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์ ภาวะผู้นำ และการบริหารจัดการของผู้บริหาร ในการใช้ให้เป็นคุณหรือเป็นโทษ ด้านงานชุมชนท้องถิ่นมีเครือข่ายในชุมชนมาก เช่น สมาชิกรวมทั้งท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ทำให้สามารถทำงานกับชุมชนได้ดี อีกทั้งเจ้าหน้าที่มีเวลาทำงานชุมชนมากขึ้นเนื่องจากไม่ต้องกังวลกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

2. จุดอ่อน (Weaknesses)

การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบนี้ก็มีจุดอ่อนเนื่องจากการบริหารงานของท้องถิ่นขึ้นอยู่กับนักรการเมืองท้องถิ่นเป็นสำคัญ ในปัจจุบันท้องถิ่นบางแห่งยังขาดระบบการวางแผนดูแลอำนาจที่ดี นักรการเมืองท้องถิ่นมีอิทธิพลสูง และบางพื้นที่ประชาชนขาดการมีส่วนร่วม ต้องระมัดระวังไม่ทำให้การถ่ายโอนเป็นการส่งอำนาจทั้งหมดไปกระจุกที่นายกอปท. ซึ่งอยู่ใกล้ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข ด้านการจัดบริการสาธารณะเนื่องจากอปท. ต้องบริหารจัดการทุกเรื่องในท้องถิ่น จึงยังมีความไม่แน่นอนเรื่องลำดับความสำคัญของงานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่น อีกทั้ง อปท. บางแห่งมีความเข้าใจงานด้านสาธารณสุขและระบบสุขภาพน้อยกว่ากระทรวงสาธารณสุข ด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแม้จะมีสวัสดิการใกล้เคียงกับการอยู่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่หลังการถ่ายโอนยังไม่ชัดเจนเรื่องความก้าวหน้าในวิชาชีพ

3. ปัจจัยสำเร็จ (Enabling factors)

ความสำเร็จของการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ปัจจัยภายในที่สำคัญคือธรรมาภิบาลของหน่วยงาน ความเข้าใจและให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข และการให้อิสระในการทำงานด้านวิชาการต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของผู้บริหาร นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทุกภาคส่วนในท้องถิ่น (ผู้บริหารอปท. เจ้าหน้าที่ อปท. เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆ และประชาชน) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การทำงานราบรื่น เกิดการประสานงานที่ดี และตอบสนองปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่นได้ อีกทั้งความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเกราะป้องกันปัญหาทางการเมืองให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ด้านเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการหากมีความตั้งใจในการทำงานสาธารณสุข มีประสบการณ์ทำงานในชุมชน และเคยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็จะส่งผลให้การทำงานได้ประสบความสำเร็จ เนื่องจากเข้าใจบริบทของทั้งสองหน่วยงานทำให้ประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอได้ดี ปัจจัยภายนอกที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งของประชาชนในท้องถิ่นเป็นปัจจัยสำคัญเนื่องจากนักรการเมืองท้องถิ่นมักให้ความสำคัญกับเสียงของประชาชน และการกำกับติดตามของสาธารณสุขจังหวัดผ่านการนิเทศงานจะช่วยให้การทำงานของหน่วยบริการที่ถ่ายโอนเป็นไปตามมาตรฐานของสาธารณสุขได้

4. อุปสรรค (Threats)

การบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอุปสรรคในหลายประเด็นเนื่องจากปัญหา ระเบียบ ราชการและปัญหาการตีความการใช้เงินของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินทำให้การใช้จ่ายงบประมาณของท้องถิ่นประสบปัญหา เช่น การพิจารณาเรื่องการฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า นอกจากนี้ท้องถิ่นบางแห่งยังประสบปัญหาการจ้างบุคลากร เนื่องจากพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ที่กำหนดอัตราค่าจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เกินร้อยละ 40 ของรายได้ท้องถิ่น ทำให้ท้องถิ่นประสบปัญหาการจ้างบุคลากรทางการแพทย์เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้บางแห่งต้องจ้างบุคลากรเป็นลูกจ้างเทศบาลซึ่งไม่มีความมั่นคงทำให้ขาดคนมาสมัครในตำแหน่งที่สำคัญ เช่น พยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ตำแหน่งข้าราชการที่ถ่ายโอนมาจากกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรของท้องถิ่นเนื่องจากจัดสรรงบประมาณมาจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นเป็นตำแหน่งที่ติดตัวบุคลากรรายนั้น หากมีการโยกย้าย เกษียณอายุ หรือเปลี่ยนตำแหน่งส่งผลให้ตำแหน่งข้าราชการหายไปจากหน่วยบริการ ท้องถิ่นต้องกำหนดตำแหน่งเองและใช้เงินเดือนของท้องถิ่นนั้นยังส่งผลให้บางหน่วยบริการขาดแคลนบุคลากรสายวิชาชีพ ด้านการกำกับติดตามแม้จะมีการกำกับดูแลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ไม่มีอำนาจในการกำกับติดตามได้ทำให้ปัญหาบางอย่างไม่ได้รับการแก้ไขจากท้องถิ่น

โดยสรุป การถ่ายโอนมีทั้งข้อดี และข้อเสีย การถ่ายโอนที่ผ่านมามีทั้งปัจจัยที่ทำให้สำเร็จและอุปสรรค ดังนั้นต้องระมัดระวังไม่ให้การถ่ายโอนเป็นการส่งอำนาจที่เคยอยู่ไกล (ที่นนทบุรี) ไปกระจุกอยู่ในมือนายกอปท. ซึ่งอยู่ใกล้ผู้ปฏิบัติมาก ต้องวางกรอบระบบธรรมาภิบาลที่ให้ทุกภาคส่วน (ท้องถิ่น สาธารณสุข ประชาชน รวมทั้งภาคส่วนอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือจากการศึกษานี้ เช่น ศึกษา เกษตร คมนาคม) ได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ทั้งกรอบความรับผิดชอบระหว่างกัน (Accountability framework) ความโปร่งใสตรวจสอบได้ (Transparency) และการกำกับดูแล (Monitoring and evaluation) ที่ต้องส่งผลให้บริการดีขึ้นกว่าเดิม ให้ประชาชนได้ประโยชน์ มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี และสิ่งสำคัญคือ บุคลากรที่ทำงาน ทำงานด้วยความภาคภูมิใจและอยู่อย่างมีความสุข

ตอนที่สี่ ข้อเสนอรูปแบบการจัดบริการสุขภาพในระดับท้องถิ่น

ไม่มีข้อสรุปว่าควรมีการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไปหรือไม่ บางส่วนเห็นว่าหน่วยบริการที่ถ่ายโอนแล้วให้บริการได้ดีขึ้น แต่บางส่วนเห็นว่าไม่ควรถ่ายโอนหน่วยบริการไปยังท้องถิ่น เนื่องจากความแตกต่างกันของบริบทในแต่ละพื้นที่และประสบการณ์ส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ประชาชนแม้ว่าจะมีความเห็นแตกต่างเรื่องการถ่ายโอนสถานีนอนมายไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่าการจัดบริการสุขภาพไม่ว่าจะอยู่ใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือสังกัดกระทรวงมหาดไทยก็ตามควรจะเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน และพัฒนารูปแบบบริการให้ตอบสนองต่อปัญหาด้านสุขภาพของคนทุกกลุ่ม อีกทั้งยังต้องเพิ่มการเข้าถึงบริการปฐมภูมิในชุมชนเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล

“สิ่งสำคัญระบบบริการที่อยู่ในพื้นที่ เรื่องของการใกล้บ้านใกล้ใจ อยากรายกระดับให้ชัดเจน ระบบปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่และระบบบริการให้ชัดเจน มันจะไม่ไปแออัดอยู่ในโรงพยาบาลระดับอำเภอ”

[01 09 ตัวแทนประชาชนในเวทีเสวนา]

“ฝากทั้ง 2 ส่วนราชการทางสาธารณสุขและท้องถิ่นต้องมองถึงประโยชน์ของประชาชนจริงๆ หากมีการถ่ายโอน แต่การถ่ายโอนต้องมีการพูดคุยกันอย่างจริงจัง คือ หากชาวบ้านไม่รู้ก็จะไม่เกิดประโยชน์อะไรเลย” [02 17 ตัวแทนประชาชนในเวทีเสวนา]

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเห็นว่างานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหลากหลายบทบาทหน้าที่ และแต่ละด้านก็ต่างมีความเชื่อมโยงกับงานด้านสาธารณสุข และท้องถิ่นมีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ดังนั้นท้องถิ่นควรมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ เพื่อที่จะจัดบริการได้ตรงกับความต้องการของประชาชนและปัญหาสุขภาพในพื้นที่ หลายท่านเห็นด้วยต่อการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยต้องพิจารณาความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่บางท่านก็มองว่าไม่จำเป็นต้องมีการถ่ายโอนสถานีนอนมายแต่กระทรวงสาธารณสุขต้องเปิดช่องให้ท้องถิ่นแสดงบทบาทการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และบูรณาการงานของกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ทำงานประสานกันได้

“ถ้ากระทรวงสาธารณสุขไม่ให้ก็ต้องทำเอง เราหยุดไม่ได้เรื่องการดูแลสุขภาพประชาชน”

[02 15 อปท. รับถ่ายโอน]

“อบต. ที่มีความพร้อมก็ต้องเป็นลักษณะของเครือข่าย มันไม่สำคัญว่าต้องโอนมานะคะ ถ้าทัศนคติมันยังไม่เชื่อมั่นในท้องถิ่นก็ไม่ต้องถ่ายโอน แต่ต้องทำงานในลักษณะของเครือข่าย”

[04 02 อปท. ไม่ได้รับถ่ายโอน]

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ยังไม่ถ่ายโอนแม้มีบางท่านที่เห็นด้วยกับการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังท้องถิ่น แต่ส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมที่จะถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนมายไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเนื่องจากกังวลด้านการงานและสวัสดิการในอนาคต และยังไม่ทราบความจำเป็นในการถ่ายโอนดังกล่าว แต่ในหลายพื้นที่มองเห็นว่ารูปแบบการให้บริการปัจจุบัน และการทำกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ทำให้ท้องถิ่น

เริ่มเข้ามามีบทบาทในการกิจด้านส่งเสริมสุขภาพ และเป็นระยะห่างที่ดีในการปฏิสัมพันธ์กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

“ตอนนี้ไม่ว่าจะถ่ายไอออนหรือไม่ถ่ายไอออนส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับอปท.ค่อนข้างจะประสานกันได้ดีกว่าแต่ก่อน ฉะนั้นการร่วมมือกันก็จะเพิ่มขึ้นไปเรื่อยๆ” [02 05 รพ.สต. ไม่ถ่ายไอออน]

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ถ่ายไอออนแล้วมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เคยพบในการทำงานที่ผ่านมา แต่ทั้งหมดมีความเห็นตรงกันว่า การจะถ่ายไอออนหน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องพิจารณาตามบริบทของพื้นที่ ไม่ควรที่จะถ่ายไอออนไปหมดพร้อมกันเนื่องจากทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการมีความพร้อมที่แตกต่างกันไป

“มันขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่ ต้องให้ออปท. พร้อมและเข้าใจ และ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ตัดสินใจเอง (ว่าจะถ่ายไอออนหรือไม่)” [03 06 รพ.สต. ถ่ายไอออน]

“จะเป็นของสาธารณสุขหรือท้องถิ่นก็ได้ ถ้าให้บริการประชาชนได้ครบถ้วน ถ้าผู้บริหารสนับสนุน” [03 05 รพ.สต. ถ่ายไอออน]

ผู้บริหารฝ่ายสาธารณสุขทั้งระดับกระทรวง ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ แม้จะมีความเห็นแตกต่างกันในเรื่องการถ่ายไอออนสถานีอนามัย แต่หลายท่านมองว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็น และท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการดูแลประชาชนในพื้นที่ จำเป็นต้องมีการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขออกไปให้หน่วยงานในพื้นที่ แต่ก็ยังมีความกังวลใจเรื่องการเชื่อมโยงกันของระบบสุขภาพ จำเป็นต้องมีการวางบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขให้สามารถที่จะควบคุมกำกับนโยบายสุขภาพของประเทศได้ และต้องมีระบบข้อมูลด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยบริการในพื้นที่ และระดับนโยบายในกระทรวงสาธารณสุข

“ถ้าท้องถิ่นพร้อม เจ้าหน้าที่ที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น ทำงานตามภารกิจเดิม ประชาชนได้ประโยชน์ ก็ควรให้เขาไป แต่ถ้าไปแล้วอยู่ไม่ได้ต้องมีช่องให้เขากลับ ไม่อย่างนั้นประชาชนตายหมด” [03 22 ผู้บริหารระดับจังหวัด]

“สมมติบางที่ไม่ให้ความร่วมมือ ก็จะขาดการติดต่อระบบ เครือข่ายมันจะขาดหมด คือมันขาด เครือข่ายที่ขึ้นไปศูนย์กลาง กระทรวง กรม กอง จะหายไปหมดเลย มันจะอยู่ที่เมืองใคร เมืองมันเทศบาลใครของมัน ใครจะไปบังคับเขา” [04 06 ผู้บริหารระดับอำเภอ]

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ถ่ายไอออน ตอบแบบสอบถามเรื่องข้อเสนอต่อผู้กำหนดนโยบายเรื่องการถ่ายไอออน หน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไว้ในหลายประเด็น ได้แก่

- 1) กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยควรร่วมกันแก้ไขกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิถ่ายไอออน โดยเฉพาะเรื่องความก้าวหน้าของเจ้าหน้าที่ และกรอบอัตรากำลังสายวิชาชีพ

- 2) กระทรวงสาธารณสุขต้องมีความจริงใจและมีนโยบายที่ชัดเจนในการถ่ายโอน และต้องมีการนิเทศติดตามการทำงานของหน่วยบริการที่ถ่ายโอน
- 3) กระทรวงมหาดไทยต้องทำความเข้าใจเรื่องการถ่ายโอนให้แก่เจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ และสร้างกลไกป้องกันการแทรกแซงการทำงานจากผู้บริหารท้องถิ่น
- 4) ไม่ควรมีการบังคับให้หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะท้องถิ่นหลายๆแห่งยังไม่มีความพร้อมในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข แต่หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความพร้อมก็สามารถดำเนินการได้ดีกว่ากระทรวงสาธารณสุข
- 5) ควรมีแนวทางการทำงานหรือตัวชี้วัดสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะ

ผู้เข้าร่วมเสวนาหลายท่านเห็นว่าการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไม่ควรที่จะพิจารณาเฉพาะการถ่ายโอนสถานีนามั้ยไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ควรที่จะพิจารณาในภาพรวมของการกระจายอำนาจทั้งหมด เนื่องจากว่ามองการถ่ายโอนสถานีนามั้ยเป็นแค่เครื่องมือหนึ่งในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขควรที่จะปรับบทบาทของตนเองเพื่อให้ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในปัจจุบันซึ่งงานด้านสาธารณสุขมูลฐานและรูปแบบการให้บริการในปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้ และควรที่จะร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ ในการจัดการปัญหาสุขภาพดังกล่าว จากบทเรียนการถ่ายโอนสถานีนามั้ยที่ผ่านมาพบว่า

- 1) การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขควรที่จะยึดหลักการของการกระจายอำนาจทั้ง 3 ข้อ ได้แก่ การบริหารจัดการที่ยืดหยุ่น (Flexible management) การตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน (Responsiveness) และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน (People Participation)
- 2) ควรเปิดโอกาสให้ภาคส่วนอื่นสามารถมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพได้มากขึ้น ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร ภาคเอกชนที่แสวงหาผลกำไร ภาคประชาชน และควรมีการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ เช่น คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ศูนย์ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คลินิกโรคเอดส์ขององค์กรไม่แสวงหาผลกำไร กองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ เป็นต้น
- 3) ควรมีการวางบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพให้ชัดเจน ว่าภารกิจใดที่ควรจะให้ใครเป็นผู้รับผิดชอบ แต่กระทรวงสาธารณสุขอย่างน้อยควรจะมีบทบาทเป็นผู้กำกับติดตามนโยบายในระดับประเทศ
- 4) กระจายอำนาจไปให้หน่วยงานที่เป็นนิติบุคคลที่มีความพร้อม ไม่จำกัดขอบเขตขอบการกระจายอำนาจแค่หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ควรรวมถึงภารกิจอื่นด้วย โดยจะต้องมีอิสระในการบริหารจัดการ มีทรัพยากรทั้ง บุคลากร อุปกรณ์ และงบประมาณที่เพียงพอที่จะดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง และมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Economy scale) โดยไม่ต้องทำพร้อมกันทั่วประเทศแต่ให้ทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป ขึ้นกับความพร้อมของพื้นที่
- 5) กระทรวงสาธารณสุขควรมีระบบสนับสนุนที่เหมาะสม เช่น การจัดการอัตรากำลังด้านสุขภาพ การควบคุมคุณภาพการให้บริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ การกำกับติดตามโดยหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เป็นต้น

- 6) ควรมีระบบข้อมูลด้านสุขภาพ ที่สามารถเชื่อมโยงได้จากบนไปล่าง และจากล่างขึ้นบน มีการกำหนดตัวชี้วัดที่จำเป็นสำหรับหน่วยบริการในระดับต่างๆและมีปริมาณตัวชี้วัดที่เหมาะสม
- 7) หากมีการถ่ายโอนหน่วยบริการไม่ว่าจะระดับใด ควรมีระบบการติดตามการทำงาน และเปิดโอกาสให้ถ่ายโอนกลับคืนมากระทรวงสาธารณสุขหากไม่ประสบความสำเร็จ

โดยสรุป การถ่ายโอนไปแล้วในขณะนี้ มีทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ ในส่วนที่ประสบความสำเร็จต้องดำเนินการต่อเนื่องและหาทางพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นไป ส่วนที่ไม่ประสบความสำเร็จต้องการความร่วมมือจากอปท. และสาธารณสุขร่วมกันพัฒนาระบบการบริการให้เหมาะสมหรือวางระบบรองรับการถ่ายโอนกลับถ้าหากจำเป็น ไม่มีข้อสรุปเรื่องการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิที่เหลือ แต่อย่างไรก็ตามการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเป็นสิ่งที่สำคัญที่ควรดำเนินการต่อ และไม่ควรมองแค่การถ่ายโอนสถานีนอนามัยซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งในหลายองค์ประกอบของระบบสาธารณสุข แต่ควรมองทั้งระบบสุขภาพให้รอบด้าน คำนึงถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อประชาชน และผู้ทำงานทำงานอย่างมีศักดิ์ศรีและเป็นสุข

บทที่ 4 ข้อจำกัดของการศึกษา สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

4.1 ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อมูลตัวชี้วัด QOF ที่นำมาศึกษาเป็นข้อมูลภาคตัดขวางเฉพาะที่สปสช.นำมาใช้ในการจัดสรรงบประมาณปีพ.ศ. 2560 เท่านั้น ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่สามารถเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนและหลังการถ่ายโอนได้ ข้อมูลตัวชี้วัด QOF ที่นำมาศึกษาเลือกใช้เพียง 4 ตัวชี้วัดที่วัดผลการดำเนินงานด้านการตรวจคัดกรองโรค ทั้งนี้ เพื่อมุ่งเน้นงานบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่ป้องกันได้ (Preventable Diseases) โรคที่ตรวจพบได้เร็วจะช่วยลดการสูญเสียได้มาก เช่น โรคมะเร็งปากมดลูก และเป็นภาระโรค (Burden of Disease) ลำดับต้นๆ ของประเทศ แต่ยังไม่ได้ศึกษาเชิงลึกต่อเนื่อง เช่น เมื่อตรวจคัดกรองเจอผู้ป่วยแล้ว มีการรักษาหรือส่งต่อหรือไม่อย่างไร ผลการรักษาหรือการควบคุมโรคได้ผลหรือไม่ อย่างไร นอกจากนี้ ยังไม่ได้นำข้อมูลการให้บริการด้านอื่นมาวิเคราะห์อย่างรอบด้าน เช่น การให้บริการผู้ป่วยนอก การให้บริการวัคซีน การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสังคมอื่นๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิต่างหน่วยงานภายหลังจากการถ่ายโอนแล้วได้ทำการพัฒนาการให้บริการต่างๆ เพิ่มขึ้น

ด้านความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้น QOF เป็นข้อมูลที่หน่วยบริการปฐมภูมิส่งไปยัง สปสช.เพื่อจัดสรรงบประมาณ ข้อมูลอาจมีความครบถ้วนและเชื่อถือได้ หากหน่วยบริการปฐมภูมิจัดเก็บและส่งตามความเป็นจริง แต่ข้อมูลอาจมีความไม่ถูกต้องและไม่น่าเชื่อถือ หากหน่วยบริการปฐมภูมิจัดเก็บและส่งข้อมูลตามผลของคำตอบแทนแต่เพียงอย่างเดียว เช่น ข้อมูลที่สูงเกินความเป็นจริงเพราะหวังผลต่อรายได้ของหน่วยบริการ หรือข้อมูลที่ต่ำกว่าความเป็นจริงเพราะไม่สนใจรายได้ เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิมิรายได้เพียงพอล้วนแต่อย่างไรก็ตาม ในขณะนี้ไม่มีผู้ใดทราบว่าข้อมูล QOF มีลักษณะของข้อมูลเป็นอย่างไร ครบถ้วน ถูกต้อง และเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และไม่ถ่ายโอนในพื้นที่ที่แม้จะพยายามคุมปัจจัยด้านพื้นที่ แต่ก็มีบริบทบางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น นโยบายผู้บริหาร การผลัดเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

ดังนั้น การใช้ข้อมูล QOF เฉพาะข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคจากการศึกษาครั้งนี้ ต้องเข้าใจบริบทดังกล่าว และต้องใช้ข้อมูลด้วยความรอบคอบและระมัดระวัง

กระทรวงสาธารณสุขมีการเก็บข้อมูล Health Data ของสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย ในอนาคตควรทำการศึกษาโดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นข้อมูลอีกแหล่งหนึ่ง เพื่อให้ได้ความชัดเจนของผลการดำเนินงานมากขึ้น และหากเป็นไปได้ควรทำการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการถ่ายโอน

แบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับจำนวน 41 แห่ง ไม่ครบทั้ง 51 แห่ง และเป็นการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งเป็นความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเพียงผู้เดียว ไม่ใช่ความเห็นของบุคลากรทุกคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ อีกทั้งเป็นการสอบถามเพียงหน่วยบริการที่ถ่ายโอนฯแต่ไม่มีมีการเปรียบเทียบกับหน่วยบริการอื่นในพื้นที่เดียวกัน จึงทำให้ไม่สามารถอนุมานว่าผลลัพธ์ที่ได้เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนหน่วยบริการหรือไม่

ด้วยข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรของการศึกษา ทำให้ลงพื้นที่ได้ 4 แห่ง ซึ่งมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้ว 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 16 ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนทั้งหมด 51 แห่ง โดยทั้ง 8 แห่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตภาคกลาง ตะวันออก และ ตะวันตก โดยไม่ได้ศึกษาหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ การศึกษาครั้งนี้ จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนทั้งหมดได้ อีกทั้งแต่ละพื้นที่ มีบริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบริบทด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน และไม่ได้ศึกษาในมุมมองของประชาชนว่าประชาชนมีความพึงพอใจหรือได้อะไรจากการถ่ายโอน

การศึกษานี้ทำการศึกษาเฉพาะการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังอปท. ไม่ได้ทำการศึกษาในประเด็นการถ่ายโอนภารกิจอื่นที่นอกเหนือจากเรื่องสุขภาพ เช่น ภาคการศึกษา สาธารณูปโภค จึงไม่สามารถนำไปใช้ในการแปลผลเรื่องการกระจายอำนาจโดยรวมได้

4.2 สรุปผลการวิจัย

ภายหลังจากที่หน่วยบริการปฐมภูมิถ่ายโอนแล้ว ทุกแห่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นปีละอย่างน้อย 1 ล้านบาท นอกจากนี้ยังอาจได้รับสนับสนุนโดยตรงจากรายได้ของอปท. ทำให้มีสถานที่ เครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์ต่างๆ เพียงพอ บางแห่งสามารถจ้างบุคลากรสายวิชาชีพเพิ่มเติมมากกว่ากรอบที่กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น แพทย์ทันตแพทย์ เกสเซอร์ นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย แต่บางแห่งยังมีความขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพซึ่งอปท. ยังไม่สามารถหาบุคลากรมาทดแทนเจ้าหน้าที่เดิมที่เปลี่ยนสายงานหรือย้ายได้ด้วยหลายสาเหตุ

บุคลากรที่ทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนมีความพึงพอใจในการทำงานทั้งเรื่องค่าตอบแทนที่ได้รับ สวัสดิการที่ได้รับ ภาระงานที่ทำ และบรรยากาศการทำงาน เนื่องจากส่วนใหญ่มีจำนวนเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น มีคนแบ่งเบาภาระการทำงาน การทำเอกสารตัวชี้วัดต่างๆ ลดลง แต่ยังมีข้อกังวลเกี่ยวกับการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการของบุคลากรที่อาจไม่ได้มากเท่ากับบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาข้อมูลตัวชี้วัด QOF ภาคตัดขวางปีพ.ศ. 2560 พบว่าการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งปากมดลูก และการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ได้มีผลงานดีกว่า (หลายแห่งแย่กว่า) หน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลการแปลผลควรเป็นไปด้วยความระมัดระวัง

กระบวนการถ่ายโอนที่ผ่านมา มีเสียงสะท้อนจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการที่ถ่ายโอน และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถึงความจริงใจและจริงจังของกระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุนการถ่ายโอน ถึงแม้การถ่ายโอนมีการดำเนินการตามหลักเกณฑ์ต่างๆอย่างเป็นระบบ แต่หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาการถ่ายโอนเมื่อเริ่มต้น ไม่สามารถยืนยันผลการถ่ายโอนได้ว่าจะส่งผลดีหลังจากการถ่ายโอนในระยะยาวหรือไม่ ทั้งนี้ ขึ้นกับการปรับตัวร่วมกันของทั้งอปท. ที่รับโอนและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนที่ต้องปรับวัฒนธรรมการทำงานให้เข้ากันได้ด้วยดี

อปท. มีจุดแข็งหลายประการ ทั้งการทำงานด้วยสายบังคับบัญชาที่สั้นกระชับรวดเร็ว การทำงานในแนวราบอย่างรอบด้านทุกภาคส่วนของท้องถิ่น เช่น ความเป็นอยู่ของประชาชน สาธารณูปโภค คมนาคม เกษตร แรงงาน ศึกษา สังคม และด้านสุขภาพ ซึ่งต้องสร้างความมั่นใจว่าสุขภาพได้รับความสำคัญในลำดับต้นๆของอปท. นอกจากนี้อปท. มีความเข้าใจบริบทของท้องถิ่นเป็นอย่างดี ความใกล้ชิดประชาชนและเครือข่ายต่างๆ ในขณะที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่เคยอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขมายาวนานมีจุดแข็งของความรู้

ความเข้าใจด้านสาธารณสุขและสุขภาพในแนวคิดอย่างลึกซึ้งโดยเฉพาะสายงานวิชาชีพสาธารณสุขซึ่งเป็นวิชาชีพที่มีประชาชนให้ความเชื่อถือและให้เกียรติ

เมื่อถ่ายโอนแล้ว ปัจจัยสำคัญมาก คือ ระบบธรรมาภิบาล ระหว่าง อปท. หน่วยบริการปฐมภูมิ และประชาชน ต้องสร้างกรอบความรับผิดชอบ (Accountability) ของอปท. และหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความรับผิดชอบต่อประชาชน (ไม่ใช่หน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นตรงและตอบสนองต่อผู้บริหารอปท.เท่านั้น) และต้องมีความโปร่งใส ให้ประชาชนตรวจสอบได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว การทำงานสาธารณสุขที่มุ่งประโยชน์ของประชาชนเป็นเกราะป้องกันปัญหาทางการเมืองให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิได้

ภายหลังการถ่ายโอนคณะกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด ควรทำการประเมินผลการถ่ายโอน เป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ (ที่ผ่านมา พบว่าไม่มีการประเมินอย่างเป็นระบบ) ควรทำการประเมินการปฏิบัติงานขององค์กรและของบุคคล ประเมินผลการให้บริการแก่ประชาชนตามกลุ่มเป้าหมาย และ ประเมินผลความพึงพอใจของทั้งบุคลากรและประชาชน เป็นต้น พร้อมทั้งมีการมีกลไกนำผลการประเมินไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงการทำงานของอปท. ที่รับโอน และหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้ว

การสนับสนุนด้านวิชาการและการกำกับติดตามของกระทรวงสาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องมีภายหลังจากการถ่ายโอนแล้ว การกำกับติดตามของสาธารณสุขจังหวัดผ่านการนิเทศงานจะช่วยให้การทำงานของหน่วยบริการที่ถ่ายโอนเป็นไปตามมาตรฐานของสาธารณสุขได้ อีกประการที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนดทิศทางและการกำกับติดตามงานสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศ การกำหนดทิศทางของประเทศ เช่น การจัดการโรคที่ป้องกันได้ แต่อาจไม่ใช่ความสนใจของอปท. ที่จะทำ ยกตัวอย่างเช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น งดสูรา งดบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดเป็นทิศทางของประเทศและกำหนดให้หน่วยงานบริการปฐมภูมิทุกแห่งดำเนินการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นที่หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งไม่ว่าจะสังกัดหน่วยงานใดก็ต้องจัดส่งให้แก่กระทรวงสาธารณสุข

ถึงแม้เป็นการลงพื้นที่เพียง 4 แห่ง ประชาชนในพื้นที่ไม่ได้ให้ความสนใจว่ารูปแบบการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิจะขึ้นกับสังกัดใด อปท. หรือ กระทรวงสาธารณสุข หรือ หน่วยงานใด ประชาชนต้องการให้หน่วยงานบริการปฐมภูมิเป็นสถานพยาบาลที่ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก บริการมีคุณภาพ และเป็นมิตรและยังสะท้อนให้เห็นว่าการทำให้มีประชาชนมีสุขภาพที่ดี ไม่ได้ขึ้นกับหน่วยบริการปฐมภูมิเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มาจากหลายภาคส่วน (Social Determinants of Health) ซึ่งต้องการจัดการอย่างรอบด้าน

4.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

4.3.1 หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปแล้ว

กระทรวงสาธารณสุขมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศกว่า 9,780 แห่ง ได้รับการถ่ายโอนไปแล้ว 44 แห่ง รวมการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขชุมชนและสุขศาลาด้วยรวมทั้งสิ้น 51 แห่ง ที่ผ่านมา ภายหลังการถ่ายโอน ไม่ได้มีการประเมินการปฏิบัติงานและผลการปฏิบัติงานหลังการถ่ายโอนอย่างเป็นรูปธรรม เป็นการประจำ สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง มีการประเมินผลหลังการถ่ายโอนจากหน่วยงานต่างๆ เช่น สวรส. มหาวิทยาลัยต่างๆ แบบกระจัดกระจาย ตามวาระและโอกาสที่นักวิจัยและแหล่งทุนให้ความสนใจ ดังนั้น ต้องมีการติดตามประเมินการปฏิบัติงานและผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นประจำ ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

รวมทั้งต้องมีกลไกและกระบวนการนำผลการประเมินส่งกลับให้ออปท. และหน่วยบริการปฐมภูมินำกลับไปใช้พัฒนาและปรับปรุงการทำงานต่อไป

กลไกหนึ่งที่ใช้ได้ คือ คณะทำงานประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประเมินผลการทำงานภายหลังการถ่ายโอนที่เคยมีโครงสร้างอยู่แล้ว (โดยได้รับแต่งตั้งจากคณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้ออปท. ระดับจังหวัดโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน) ควรต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนองค์ประกอบของคณะทำงานจากเดิมที่มีองค์ประกอบ 3 ฝ่าย ได้แก่ ออปท. สาธารณสุข และผู้ทรงคุณวุฒิ ฝ่ายละ 3 คน ควรต้องเพิ่มให้เป็น 4 ฝ่าย โดยให้มีภาคประชาชน 3 คน เข้าไปเป็นคณะทำงานด้วย

สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้ว และมีปัญหาอุปสรรคดำเนินงานได้ไม่ราบรื่น กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุขควรต้องร่วมมือกันจัดการปัญหาเหล่านี้ เนื่องจากปัจจุบันเจ้าหน้าที่ต้องจัดการปัญหาต่างๆด้วยตนเอง หากปัญหาเข้าขั้นวิกฤติ และหน่วยบริการปฐมภูมิมีความประสงค์ต้องการโอนกลับมายังกระทรวงสาธารณสุขควรมีแนวทางให้ดำเนินการร่วมกันระหว่าง 2 กระทรวง

4.3.2 หน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่ได้ถ่ายโอน

ยังมีหน่วยบริการปฐมภูมิอีกจำนวนมากในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ยังไม่ได้ถ่ายโอน หากที่ใดพร้อมทั้งสองฝ่ายก็ควรดำเนินการถ่ายโอนต่อไป ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เนื่องด้วยพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ยังมีผลบังคับใช้อยู่ อีกทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้ว ส่วนใหญ่ได้รับทรัพยากรเพิ่มมากขึ้น ทั้งด้านงบประมาณ สถานที่ อุปกรณ์ และกำลังคน ถึงแม้การบริการตรวจคัดกรองโรคจะได้ผลไม่ดีกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบกับไม่มีข้อมูลว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไม่สามารถจัดบริการสาธารณสุขได้ รูปแบบการถ่ายโอนรพ.สต. ในปัจจุบันจึงยังสามารถดำเนินการได้ แต่ควรต้องมีการปรับปรุง ดังต่อไปนี้

- เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนานามัยที่มี 5 องค์ประกอบ 8 ตัวชี้วัด³⁷ นั้นเป็นหลักเกณฑ์ที่ดีควรนำไปใช้ต่อไป แต่องค์ประกอบของคณะทำงานประเมินความพร้อมระดับจังหวัดควรต้องเพิ่มให้มีภาคประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมด้วย เพื่อให้เกิดการรับรู้ในวงกว้างของชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชน
- มีข้อตกลงร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยในการร่วมมือกันพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกระทรวงสาธารณสุขยังต้องนิเทศติดตามการทำงานด้านสาธารณสุขและส่งเสริมการทำงานด้านวิชาการให้แก่หน่วยบริการถ่ายโอนต่อไปเหมือนกับหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัด ส่วนกระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่ในการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร วัสดุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างในการให้บริการในพื้นที่อย่างเพียงพอ โดยต้องมีคณะทำงานประเมินการปฏิบัติงานและประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อนำผลการประเมินมาใช้ในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างเป็นทางการประจำ
- มีการปรับปรุงแก้ไขระเบียบบริหารราชการแผ่นดินให้เอื้อต่อการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ความไม่ชัดเจนของแนวทางปฏิบัติการเงินสำหรับจัดบริการสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพที่สปสข.โอนไปให้โรงพยาบาลแม่ข่าย ยังมีบางแห่ง

ไม่สามารถโอนเงินไปให้หน่วยปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ เนื่องจากอ้างว่าระเบียบเงินบำรุงของกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถถ่ายให้กับหน่วยบริการนอกสังกัดได้ หรือหาเรื่องกรอบอัตรากำลังของข้าราชการที่ถ่ายโอนไปพร้อมกับการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิตำแหน่งและเงินเดือนจะย้ายตามตัว หากมีการย้าย เปลี่ยนสายงาน ลาออกหรือเกษียณอายุราชการจะทำให้หน่วยบริการปฐมภูมินั้นขาดบุคลากรในการปฏิบัติงาน ซึ่งต้องจ้างจากรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทดแทน เป็นต้น

4.3.3 การทำงานร่วมกันระหว่างท้องถิ่นและสาธารณสุข

บทเรียนจากบางประเทศ เช่น ฟิลิปปินส์ และอินโดนีเซีย ภายหลังจากถ่ายโอน มีปัญหาอย่างมากเรื่องข้อมูลในภาพรวมของประเทศ ประเทศไทยจึงต้องเรียนรู้จากบทเรียนดังกล่าว ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข ต้องมีบทบาทเป็น National Health Authority ในการกำหนดทิศทางการทำงานของประเทศ การรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน และการกำกับติดตามผลการดำเนินงานด้านสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะการป้องกันโรคที่จำเป็น ในขณะที่เดียวกัน หน่วยบริการต้องมีหน้าที่ส่งข้อมูลให้กับกระทรวงสาธารณสุข

รูปแบบการทำงานด้านสุขภาพระหว่างท้องถิ่นและสาธารณสุขไม่ได้มีเพียงการถ่ายโอนอย่างเดียว ในหลายพื้นที่อปท. ให้การสนับสนุนการทำงานของรพ.สต. อย่างมาก ทำงานได้อย่างสอดคล้องและเสริมหนุนกัน หลายพื้นที่มีกองทุนสุขภาพตำบลซึ่งเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการลงขันร่วมกัน

ดังนั้น การทำงานร่วมกันระหว่างท้องถิ่นและสาธารณสุขมีได้หลายรูปแบบ ไม่จำเป็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิต้องถูกโอนไปเป็นของอปท. เท่านั้น ยังมีการทำงานร่วมกัน ทั้งแนวดิ่ง (การทำงานสุขภาพตามนโยบายระดับประเทศ รวมทั้งการส่งข้อมูล) และแนวนราบ (การร่วมกันทำงานแต่ไม่ได้เป็นเจ้าของ) คงเป็นลักษณะตามบริบทและความพร้อมของพื้นที่ หากทำการขยายวงการทำงานร่วมกันด้วยรูปแบบต่างๆ เหล่านี้ ก็เท่ากับเป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างท้องถิ่นกับสาธารณสุขในการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น

ขณะนี้การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังอปท. ถือเป็นการถ่ายโอนแบบสมัครใจตามบริบทและความพร้อมของแต่ละพื้นที่ อีกทั้งมีตัวอย่างให้เห็นว่าการถ่ายโอนไปเมื่อยังไม่พร้อมและความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก่อให้ประสบปัญหาในการทำงานได้ ดังนั้น **ประเทศไทยยังไม่พร้อมกับการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิภาคบังคับ** แต่ควรให้เกิดการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิที่พร้อม ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พร้อมเพื่อบรรยากาศการทำงานที่ดีร่วมกันในพื้นที่

4.3.4 เป้าหมายการกระจายอำนาจ

ในปัจจุบันบริบทของประเทศไทยยังมีแรงหนุนและแรงต้านเรื่องการกระจายอำนาจ แรงต้านการกระจายอำนาจ เช่น ข้อมูลด้านลบของการกระจายอำนาจ ข้อมูลการทุจริต การเมืองท้องถิ่นที่ไม่โปร่งใส เสถียรภาพทางการเมืองในระดับประเทศ แรงหนุนการกระจายอำนาจ เช่น กระแสสากลของการกระจายอำนาจทั้งจากประเทศต่างๆ และองค์กรระหว่างประเทศ กระแสการปฏิรูปประเทศด้วยแรงหนุนจากภาคประชาสังคม³⁸ ถ้าหากยังมีแรงหนุนและแรงต้านดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขควรที่จะดำเนินการถ่ายโอนหน่วยบริการต่อไปอย่างมีเงื่อนไขดังที่ได้กล่าวถึงในข้อ 4.3.2 แต่หากแรงต้านด้านการกระจายอำนาจลดลง และแรงหนุนการกระจายอำนาจมีมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขควรที่จะพัฒนารูปแบบการกระจายอำนาจในลักษณะอื่นคู่ขนานกันไปไม่จำกัดเพียงแต่การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิต่างนั้น เนื่องจากการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งของการกระจายอำนาจ ยังมีการจัดระบบบริการสุขภาพอีกหลายรูปแบบที่เป็นการกระจายอำนาจ โดยมีเป้าหมายให้เกิดการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อปัญหาของ

ประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง นอกจากนี้ประสบการณ์จากต่างประเทศ เห็นได้ว่านโยบายการกระจายอำนาจได้ผลดีก็ต่อเมื่อชุมชนท้องถิ่นต้องเข้มแข็ง³⁹ ทุกภาคส่วนจำเป็นต้อง**สร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอย่างแท้จริง** ด้วยหลายช่องทางและด้วยวิธีการที่หลากหลายไม่เฉพาะเพียงด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่จำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกด้าน เพื่อให้การกระจายอำนาจประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

บรรณานุกรม

1. Bandung RS. Decentralization of Health-Care Services in the South-East Asia Region. 2010;(July):6-8.
2. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. Health system decentralization: concepts, issues and country experience. *World Heal Organ*. 1990:151. doi:ISBN 92 4 156137 8.
3. Undp-government J. DECENTRALIZATION: A SAMPLING OF DEFINITIONS (Working paper prepared in connection with the Joint UNDP-Government of Germany evaluation of the UNDP role in decentralization and local governance) DECENTRALIZATION: A SAMPLING OF DEFINITIONS. 1999;(October).
4. มรุต วันทนการตรุณี หมั่นสมักร. ประวัติและความเป็นมาของเทศบาล. <http://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=ประวัติและความเป็นมาของเทศบาล>. Accessed February 14, 2018.
5. โครงการเวทีภาคีพัฒนาประเทศไทย. ปฏิรูประบบการปกครองและกระจายอำนาจ. 1st ed. (เป็นประทีปพลเดช, ed.). กรุงเทพมหานคร; 2557.
6. จรวยพร ศรีศศลักษณ์สายสิริ อิศระชาญวณิชย์. การปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. 1st ed. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2558.
7. ราชกิจจานุเบกษา. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560. กรุงเทพมหานคร; 2560:เล่มที่ 134 ตอนที่ 40 ก.
8. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร; 2542:เล่มที่ 116 ตอนที่ 114 ก.
9. Krueathep W et al. ประเมินผลการกระจายอำนาจของไทยระยะ 15 ปี: สังคมไทยได้อะไร ก้าวหน้าไปถึงไหน และจะเดินต่อไปกันอย่างไร? สถาบันพระปกเกล้า. 2014;12(3):82-122.
10. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. รายงานการประชุมคณะกรรมการการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครั้งที่ 1/2559. กรุงเทพมหานคร; 2559.
11. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. รายงานการประชุมคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครั้งที่5/2560. กรุงเทพมหานคร; 2560.
12. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. 15 ปี การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา; 2558.
13. วีระศักดิ์ พุทธาศรีนุตราพร เกษสมบุรณ์, สุรศักดิ์ สุนทรอรณัชชา เซ็นโซ, เส็งคำภาปิยะอร แดงพยนต์ และ กนกวรรณ. การประเมินผล10ปี โรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์กรมหาชน). 1st ed. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2554.

14. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543. 2544. <http://www.atsc.doae.go.th/wp-content/uploads/2016/11/2.%25E0%25B9%2581%25E0%25B8%259C%25E0%25B8%2599%25E0%25B8%2581%25E0%25B8%25B2%25E0%25B8%25A3%25E0%25B8%2581%25E0%25B8%25A3%25E0%25B8%25B0%25E0%25B8%2588%25E0%25B8%25B2%25E0%25B8%25A2%25E0%25B8%25AD%25E>.
15. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. การกิจที่ถ่ายโอนแล้วตามแผนปฏิบัติการฯ (ฉบับที่ 1) พ.ศ.2545. <http://www.odloc.go.th/web/wp-content/uploads/2015/05/รายงานสรุปการถ่ายโอนภารกิจตามแผน-๑.pdf>. Accessed February 12, 2018.
16. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่2) พ.ศ.2551. 2551.
17. Bank TW. World Development Indicators. <https://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>. Published 2018. Accessed February 10, 2018.
18. HUTCHISON B, LEVESQUE J-F, STRUMPF E, COYLE N. Primary Health Care in Canada: Systems in Motion. *Milbank Q.* 2011;89(2):256-288.
19. Allin S, Rudoler D. Canada : International Health Care System Profiles. The Commonwealth Fund.
20. Eisen B, Barua B, Clemens J, Lafleur S. *Less Ottawa, More Province: How Decentralization Is Key to Health Care Reform*. Fraser Institute; 2016.
21. Marchildon GP. Canada: Health System Review. Health Systems in Transition.
22. Zhong H. The impact of decentralization of health care administration on equity in health and health care in Canada. *Int J Health Care Finance Econ.* 2010;10(3):219-237. doi:10.1007/s10754-010-9078-y.
23. Healthcare Denmark D, Ministry of Health D. *Healthcare in Denmark.*; 2016. https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Denmark.
24. García-armesto S, Abadía-taira MB, Hernández-quevedo C, Bernal-delgado E. Health system review. 2010;12(4).
25. The Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. *The Republic of Indonesia Health System Review*. Vol 7.; 2017.
26. Sujarwoto. Essays on decentralisation, public services and well-being in Indonesia. 2013.
27. Heywood P, Choi Y. Health system performance at the district level in Indonesia after decentralisation. *Biomed Cent Int Heal Hum Rights.* 2010;10:1-12.

28. Khaleghian P. Decentralization and public services: The case of immunization. *Soc Sci Med.* 2004;59(1):163-183. doi:10.1016/j.socscimed.2003.10.013.
29. Ikawa H. 15 Years of Decentralization Reform in Japan. *COSLOG (institute Comp Stud Local Governance) Up-to-date Doc Local Auton Japan, Natl Grad Inst Policy Stud.* 2008;(4):33.
30. Tataru K, Okamoto E. Japan Health System Review. *Health Syst Transit.* 2009;11(5):1-164.
31. Romualdez Jr. AG, dela Rosa JFE, Flavier JD a., et al. The Philippines Health System Review. *Health Syst Transit.* 2011;1(2):1-114.
http://www.wpro.who.int/asia_pacific_observatory/Philippines_Health_System_Review.pdf.
32. Cumming J, McDonald J, Barr C, Martin G, Gerring Z, Daubé J. New Zealand Health System Review. *Health Syst Transit.* 2014;4(2):1-200.
33. New Zealand Ministry of Health. The structure of the New Zealand health and disability sector Private and NGO providers New Zealand health and disability support service users New Zealand population and businesses. 2008.
34. Gauld R. Improving New Zealand's health system performance: Challenges for the way forward. *Eurohealth (Lond).* 2010;15(3):32-35.
35. WHO. *The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More than Ever.* Geneva; 2008.
36. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. *Production.* 2007:1-56. doi:10 July 2012.
37. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (กระบวนการถ่ายโอน รพ.สต. สู่อปท.). นนทบุรี; 2559.
38. วีระศักดิ์ เครือเทพ และคณะ. ประเมินผลการกระจายอำนาจของไทยระยะ 15 ปี. วารสารสถาบันพระปกเกล้า. 2557:82-122.
39. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการถ่ายโอนสถานีนอนมายส์สู่อปท. บทเรียนและข้อเสนอแนะ. *HSRI forum.* 2555;1(2).

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 แบบสอบถาม

แบบสอบถามหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง “การประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: สังเคราะห์บทเรียนจากพื้นที่ 51 แห่งและทางเลือกเชิงนโยบาย” สร้างขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หนึ่งแบบสอบถามต่อหนึ่งรพ.สต. แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตอนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตอนที่ 4 การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ ปี

3. ลักษณะงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผู้ปฏิบัติงานโดยตรงต่อผู้ป่วย

ผู้ปฏิบัติงานสนับสนุนบริการ

อื่นๆ (ระบุ).....

4. สถานภาพการจ้างงานในปัจจุบัน

ข้าราชการตั้งแต่ก่อนถ่ายโอน

ข้าราชการภายหลังถ่ายโอน

ลูกจ้างประจำ

พนักงานราชการ

ลูกจ้างชั่วคราว

อื่นๆ (ระบุ).....

5. อายุการทำงานด้านสาธารณสุข

< 10 ปี 10-20 ปี 20-30 ปี > 30 ปี

6. ระยะเวลาการทำงานในหน่วยบริการแห่งนี้

< 3 ปี 3-5 ปี 6-10 ปี > 10 ปี

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

7. ประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนตำบล

เทศบาลตำบล

เทศบาลเมือง

เทศบาลนคร

องค์กรปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ

8. ระยะห่างของรพ.ตจ.จากศาลากลางจังหวัด

< 10 กิโลเมตร

11-30 กิโลเมตร

31-50 กิโลเมตร

> 50 กิโลเมตร

9. พื้นที่รับผิดชอบ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตารางกิโลเมตร

10. สภาพภูมิประเทศส่วนใหญ่

ที่ราบทั่วไป

ที่ราบลุ่มแม่น้ำ

ที่ราบสูง

ภูเขา

เกาะ

11. จำนวนประชากรที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- [] < 5,000 คน [] 5,000-7,000 คน
 [] 7,001-15,000 คน [] 15,001-50,000 คน
 [] > 50,000 คน
12. รายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รวมเงินอุดหนุน)
 [] < 20 ล้านบาท [] 20-50 ล้านบาท
 [] 51-100 ล้านบาท [] > 100 ล้านบาท
 [] ไม่ทราบ
13. สัดส่วนงบประมาณด้านสาธารณสุขต่อรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 [] < 5% [] 5-10% [] 11-15% [] 16-20% [] >20% [] ไม่ทราบ
14. ระยะเวลาการมีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (ถ้าไม่มีข้ามไปตอบข้อ 16) ปี
15. สัดส่วนเงินสมทบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
 [] 30% [] 31-40% [] 41-50% [] 51-60% [] >60%
16. จำนวนเจ้าหน้าที่ในกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (รวมผู้อำนวยการกอง)
 [] 1-5 คน [] 5-10 คน [] 10-15 คน [] >15 คน
17. จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 [] 1 แห่ง [] 2 แห่ง [] 3 แห่ง [] > 3 แห่ง
18. นโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ชัดเจนต่อเรื่องการค้าแรงงานด้านสุขภาพ
 [] ไม่มี [] มีแต่ไม่ชัดเจน [] มีอย่างชัดเจน

ตอนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการปฐมภูมิ

19. ชื่อ
- ประเภทสถานบริการ [] สถานีอนามัย/รพ.สต. [] ศูนย์สาธารณสุขชุมชน/สุขศาลา [] อื่นๆ ระบุ
- ตำบล.....
- อำเภอ.....
- จังหวัด.....
20. ระยะทางจากหน่วยบริการปฐมภูมิจนถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย
 [] < 10 กิโลเมตร [] 11-30 กิโลเมตร
 [] 31-50 กิโลเมตร [] > 50 กิโลเมตร
21. จำนวนประชากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิรับผิดชอบ
 [] < 3,000 คน [] 3,001-8,000 คน [] > 8,000 คน
22. จำนวนหมู่บ้านหรือชุมชนที่หน่วยบริการปฐมภูมิรับผิดชอบ
 [] < 10 หมู่บ้าน [] 10-20 หมู่บ้าน [] > 20 หมู่บ้าน
23. หน่วยบริการปฐมภูมิถ่ายโอนมาสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเมื่อ พ.ศ.....
24. เหตุผลที่หน่วยบริการของท่านถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 [] อปท.มีความตั้งใจในการดูแลสุขภาพประชาชน [] ประชาชนต้องการให้ถ่ายโอน
 [] สามารถให้บริการประชาชนได้ดีขึ้นกว่าเดิม [] มีความยืดหยุ่นในการทำงานมากกว่าเดิม
 [] ค่าตอบแทนดีขึ้นกว่าเดิม [] เพื่อความก้าวหน้าในอาชีพของเจ้าหน้าที่
 [] ปฏิบัติตามนโยบายของผู้บริหารกระทรวง [] อื่นๆ (ระบุ).....

25. จำนวนเจ้าหน้าที่แยกตามวิชาชีพ (รวมผู้บริหาร)

- แพทย์/ทันตแพทย์ คน
- เภสัชกร คน
- พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค คน
- นักวิชาการสาธารณสุข คน
- นักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัด คน
- แพทย์แผนไทย คน
- จพ.ทันตสาธารณสุข คน
- จพ.เภสัชกรรม คน
- จพ.สาธารณสุข คน
- ผู้ช่วยเภสัชกร คน
- ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย คน
- อื่นๆ (ระบุ)

26. จำนวนเจ้าหน้าที่แยกตามลักษณะการจ้างงาน (รวมผู้บริหาร)

- ข้าราชการ คน
- ลูกจ้างประจำ คน
- พนักงานราชการ คน
- ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน คน
- ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน คน
- อื่นๆ (ระบุ)

27. จำนวนเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการก่อนการถ่ายโอน คน

28. จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ย้ายมาสังกัด อปท. พร้อมการถ่ายโอนสถานบริการ คน

29. จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ย้ายสังกัดมาและปัจจุบันยังทำงานอยู่ในหน่วยบริการที่ถ่ายโอน คน

ตอนที่ 4 การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

30. งบประมาณที่หน่วยบริการของท่านได้รับมาจากแหล่งใดบ้าง และเป็นสัดส่วนเท่าไรของงบประมาณทั้งหมด

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น %
- กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น %
- โรงพยาบาลแม่ข่าย/คปสอ. %
- กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น %
- กองทุนประกันสังคม %
- ค่ารักษาพยาบาลที่เก็บจากผู้รับบริการ %
- อื่นๆ (ระบุ)

31. งบประมาณที่ได้รับในปัจจุบันเทียบกับก่อนถ่ายโอนภารกิจ

- [] มากขึ้น [] เท่าเดิม [] ลดลง

32. อัตรากำลังในปัจจุบันเมื่อเทียบกับก่อนถ่ายโอน

- มากขึ้นและเพียงพอในการให้บริการ
- มากขึ้นแต่ยังไม่เพียงพอในการให้บริการ
- เท่าเดิม
- ลดลงแต่เพียงพอในการให้บริการ
- ลดลงและไม่เพียงพอในการให้บริการ

33. รูปแบบการจัดหายาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา

- ได้รับจากโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย
- ได้รับจากโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยคิดค่าใช้จ่าย
- จัดหาเองโดยร.พ.สต. หรือ อปท.
- อื่นๆ (ระบุ).....

34. หากท่านจัดหายาและเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาเอง ท่านพบปัญหาการบริหารจัดการหรือไม่

- ไม่พบ
- พบแต่สามารถจัดการได้
- พบปัญหา (ระบุ).....

35. ท่านคิดว่าทรัพยากรที่มีอยู่เพียงพอต่อการให้บริการหรือไม่

ทรัพยากร	ขาดแคลน	เพียงพอ	มากเกินไป จำเป็น
35.1 งบประมาณ			
35.2 ยาและเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา			
35.3 ครุภัณฑ์ทางการแพทย์			
35.4 สิ่งก่อสร้าง			
35.5 บุคลากรสายวิชาชีพ			
35.6 บุคลากรสายสนับสนุน			
35.7 การพัฒนาวิชาการของบุคลากร			

33. สัดส่วนการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนของหน่วยงานของท่าน ก่อนและหลังการถ่ายโอน

การบริการสุขภาพ	ก่อนการถ่ายโอน 1 ปี ระบุ ปี	ปี พ.ศ. 2560
• ให้บริการผู้ป่วยนอก % %
• ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค % %
• เยี่ยมบ้าน % %
• Long term care % %
• การบันทึกข้อมูลสุขภาพ จัดทำ รายงานต่างๆ % %
• งานอื่นๆ ระบุ..... % %
• งานอื่นๆ ระบุ..... % %
• งานอื่นๆ ระบุ..... % %
รวม	100 %	100 %
หมายเหตุ : ให้เทียบการทำงานทั้งหมดในหน่วยงานของท่านเป็น 100% และประมาณการสัดส่วนการทำงานด้านต่างๆเป็นเท่าไร		

37. ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. มีงานบริการหรือบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งดีขึ้น และลดลงอย่างไร กรุณายกตัวอย่างสาม ตัวอย่าง เช่น มีนักกายภาพมาประจำที่ รพ.สต. มีรพพยาบาลให้บริการผู้ป่วย เป็นต้น

บริการที่ดีขึ้น

ตัวอย่างที่หนึ่ง

ตัวอย่างที่สอง

ตัวอย่างที่สาม

บริการที่ลดลง

ตัวอย่างที่หนึ่ง

ตัวอย่างที่สอง

ตัวอย่างที่สาม

38. บทบาทการให้บริการในปัจจุบันเทียบกับก่อนถ่ายโอน

[] ให้บริการประชาชนได้มากขึ้น [] ให้บริการประชาชนได้เท่าเดิม [] ให้บริการประชาชนได้น้อยลง

39. คุณภาพการให้บริการประชาชนในพื้นที่ในปัจจุบันเทียบกับก่อนถ่ายโอน

[] ดีกว่าเดิม ระบุ.....

[] เหมือนเดิม

[] ลดลง ระบุ.....

40. การตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ในปัจจุบันเทียบกับก่อนถ่ายโอน

[] ดีกว่าเดิม ระบุ.....

[] เหมือนเดิม

[] ลดลง ระบุ.....

41. การบริหารจัดการภายในหน่วยงานในปัจจุบันเทียบกับก่อนถ่ายโอน

[] ดีกว่าเดิม ระบุ.....

[] เหมือนเดิม

[] แย่ลง ระบุ.....

42. ความร่วมมือของชุมชนในการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่ในปัจจุบันเทียบกับก่อนถ่ายโอน

[] ดีกว่าเดิม ระบุ.....

[] เหมือนเดิม

[] แย่ลง ระบุ.....

43. ความร่วมมือและการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นสังกัด

[] ไม่มีความร่วมมือ [] มีความร่วมมือบ้าง [] มีความร่วมมือดีมาก

44. ความสัมพันธ์กับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นสังกัด

[] ความสัมพันธ์ดี [] ไม่มีปัญหาแต่ไม่เป็นเนื้อเดียวกัน

[] พบปัญหาในการทำงาน ระบุ.....

45. อิสระในการทำงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่เป็นอย่างไร

[] มาก ผู้บริหารให้อิสระเต็มที่ในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ

[] ปานกลาง ผู้บริหารให้อิสระปานกลางในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ

[] น้อย ผู้บริหารมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ

46. ความสัมพันธ์กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

[] ความสัมพันธ์ดี [] ไม่มีปัญหาแต่ไม่เป็นเนื้อเดียวกัน

[] พบปัญหาในการทำงาน ระบุ.....

47. หน่วยบริการของท่านมีความร่วมมือกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพช. รพท. สสอ. สสจ.) เป็นอย่างไร

ความร่วมมือกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	ไม่มีความร่วมมือ	มีความร่วมมือบ้าง	มีความร่วมมือดีมาก
47.1 การส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่ศักยภาพสูงกว่า และการส่งกลับมาให้บริการในชุมชน			
47.2 การตอบสนองต่อปัญหาฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น โรคระบาด อุบัติเหตุหมู่ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ			
47.3 การจัดทำแผนสุขภาพ			
47.4 การให้บริการประชาชนโดยสหสาขาวิชาชีพ			
47.5 การให้คำแนะนำด้านวิชาการ			
47.7 การส่งข้อมูลตัวชี้วัดด้านสุขภาพ			
47.8 อื่นๆ ระบุ.....			

48. ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ หน่วยบริการของท่านได้รับการนิเทศงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือไม่ อย่างไร

- [] ไม่เคยได้รับการนิเทศ [] ได้รับการนิเทศแค่ช่วงแรกที่ถ่ายโอน
 [] ได้รับการนิเทศงานเป็นประจำ ปีละ _____ ครั้ง

49. ในความเห็นของท่าน ท่านพึงพอใจการทำงานในปัจจุบันเพียงใด

ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่	ไม่พึงพอใจมาก	ไม่พึงพอใจ	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจ	พึงพอใจมาก
49.1 รายได้ที่ได้รับ					
49.2 สวัสดิการที่ได้รับ					
49.3 ภาระงาน					
49.4 บรรยากาศการทำงาน					
49.5 ความก้าวหน้าในอาชีพ					
49.6 ความพึงพอใจโดยรวมของการทำงานในรพ.สต. แห่งนี้					

50. ถ้าหากเป็นไปได้ ท่านต้องการให้หน่วยงานของท่านย้ายกลับไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ เพราะเหตุใด

- [] ไม่ต้องการ [] ต้องการ

เหตุผล

51. ท่านคิดว่าจุดแข็ง จุดอ่อนของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคืออะไร

จุดแข็ง

.....

จุดอ่อน

.....
.....
.....
.....
52. ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารที่กำหนดนโยบายระดับประเทศเรื่องการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอนาคต

.....
.....
.....
.....
หากท่านมีคำถามใดเกี่ยวกับการสำรวจนี้ กรุณาติดต่อผู้รับผิดชอบโครงการ

1. นพ.อนันท์ กุลธรรมานุสรณ์
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี
โทรศัพท์ 087-508-9458 หรือ email: Anond@ihpp.thaigov.net
2. นพ. นิธิวัชร แสงเรือง
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี
โทรศัพท์ 086-655-1982 หรือ email: Nithiwat@ihpp.thaigov.net

ขอขอบคุณในความร่วมมือกรอกแบบสำรวจเป็นอย่างยิ่ง

ภาคผนวก 2 แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์

Interview Guideline

แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังอปท.แล้ว

ประเด็นที่ต้องการข้อมูล	คำถาม
1. เหตุผลหรือแรงจูงใจในการเลือกที่จะถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ	<ul style="list-style-type: none"> ○ เหตุผลหรือแรงจูงใจในการเลือกที่จะถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิคืออะไร ○ ก่อนการถ่ายโอน ทางเจ้าหน้าที่รพ.สต. มีความคาดหวังอย่างไรกับการถ่ายโอน
2. กระบวนการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมา	<ul style="list-style-type: none"> ○ ขั้นตอนการถ่ายโอนเป็นอย่างไร ○ ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการถ่ายโอนนานเท่าใด ถ้าใช้เวลานาน อะไรคืออุปสรรค ○ ใครเป็นคนขับเคลื่อนให้เกิดการถ่ายโอนในพื้นที่ของท่าน และชุมชนหรือประชาชนในพื้นที่มีบทบาทอย่างไรในการถ่ายโอนการประสานงานจากอปท. และหน่วยงานสาธารณสุขอื่นในช่วงการถ่ายโอนเป็นอย่างไร ○ กระบวนการถ่ายโอนมีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร
3. กระบวนการทำงานในพื้นที่ภายหลังจากการถ่ายโอนหน่วยบริการแล้ว	<ul style="list-style-type: none"> ○ การจัดทำแผนสาธารณสุขในปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ใครมีบทบาทในการจัดทำแผนบ้าง และมีบทบาทอย่างไร ○ การจัดการทรัพยากรทั้งงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ เป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับอดีตที่ผ่านมา ○ นโยบายของ อปท. มีผลต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพในหน่วยบริการของท่านอย่างไร ○ การประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างไร <ul style="list-style-type: none"> ▪ การพัฒนาวิชาการ ▪ การจัดการปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น การส่งต่อผู้ป่วย การจัดการภาวะฉุกเฉิน การจัดการโรคระบาด ▪ การส่งข้อมูลตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ○ ประชาชนในพื้นที่มีบทบาทในการจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่อย่างไรเมื่อเทียบกับก่อนการถ่ายโอน ○ หลังจากการถ่ายโอนภารกิจ มีการเปลี่ยนผู้บริหาร อปท. หรือไม่ ถ้ามีการเปลี่ยน มีปัญหาและอุปสรรคใดหลังจากมีการเปลี่ยนแปลง ○ การบริหารงานกองทุนสุขภาพตำบลของ สปสช. เป็นอย่างไร (ใครมีบทบาทโครงการที่ทำเป็นอย่างไร ประชาชนมีส่วนร่วมแค่ไหน)
4. ผลลัพธ์ของการถ่ายโอนภารกิจ	<ul style="list-style-type: none"> ○ จุดเด่นและโอกาสพัฒนาของการถ่ายโอนภารกิจไปยัง อปท. ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ○ ท่านคิดว่าการทำงานในปัจจุบันสามารถตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุขและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้เป็นอย่างไร เมื่อเทียบกับก่อนการถ่ายโอน ○ ท่านคิดว่าสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ของท่านเป็นอย่างไร เมื่อเทียบกับก่อนการถ่ายโอน
5. ความคิดเห็นต่อการจัดบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> ○ ท่านคิดว่ารูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่นในปัจจุบันเป็นอย่างไร ○ ท่านคิดว่าการจัดบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่นในอนาคต ควรเป็นอย่างไร

	<ul style="list-style-type: none"> ○ อะไรคือสิ่งที่คุณอยากสื่อสารไปยังผู้บริหาร หรือผู้วางนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและมหาดไทยเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ
--	---

แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประเด็นที่ต้องการข้อมูล	คำถาม
1. เหตุผลหรือแรงจูงใจในการเลือกที่จะรับถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ	<ul style="list-style-type: none"> ○ เหตุผลหรือแรงจูงใจในการเลือกที่จะรับถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ คืออะไร ○ ก่อนการถ่ายโอน ทางผู้บริหารอปท. มีความคาดหวัง หรือตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างไร
2. กระบวนการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมา	<ul style="list-style-type: none"> ○ ขั้นตอนการถ่ายโอนทั้งการเตรียมเอกสาร เตรียมความพร้อม และขั้นตอนการประเมินเป็นอย่างไร ○ ใครเป็นคนขับเคลื่อนให้เกิดการถ่ายโอนในพื้นที่ของท่าน และชุมชนหรือประชาชนในพื้นที่มีบทบาทอย่างไรในการถ่ายโอนระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการถ่ายโอนนานเท่าใด ถ้าใช้ระยะเวลานาน อะไรคืออุปสรรค ○ การประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในช่วงการถ่ายโอนเป็นอย่างไร ○ กระบวนการถ่ายโอนมีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร
3. กระบวนการทำงานในพื้นที่ที่ถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิแล้ว	<ul style="list-style-type: none"> ○ นโยบายหลักของ อปท. ของท่านคืออะไร เกี่ยวกับการกิจด้านสุขภาพอย่างไร ○ ในปีที่ผ่านมางบประมาณที่จัดสรรให้หน่วยบริการที่ท่านรับผิดชอบเป็นสัดส่วนเท่าไรของงบประมาณทั้งหมด ○ ท่านมีการกำกับติดตามการทำงานของหน่วยบริการที่ท่านรับผิดชอบอย่างไร ○ การประสานงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆเป็นอย่างไร ○ ประชาชนในพื้นที่มีบทบาทในการจัดการปัญหาสุขภาพของพื้นที่อย่างไร ○ การบริหารงานกองทุนสุขภาพตำบลของ สปสช. เป็นอย่างไร (ใครมีบทบาทโครงการที่ทำเป็นอย่างไร ประชาชนมีส่วนร่วมแค่ไหน)
4. ผลลัพธ์ของการถ่ายโอนภารกิจ	<ul style="list-style-type: none"> ○ จุดเด่นและโอกาสพัฒนาของการรับถ่ายโอนสถานีนอนามัย ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ○ ประชาชนในพื้นที่มีความพึงพอใจต่อการทำงานด้านสาธารณสุขของท่านอย่างไร
5. ความคิดเห็นต่อการจัดบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> ○ ท่านคิดว่ารูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่นในปัจจุบันเป็นอย่างไร ○ ท่านคิดว่าการจัดบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่นในอนาคต ควรเป็นอย่างไร ○ อะไรคือสิ่งที่คุณอยากสื่อสารไปยังผู้บริหาร หรือผู้วางนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและมหาดไทยเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ

แนวคำถามสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่ได้ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเด็นที่ต้องการข้อมูล	คำถาม
1. เหตุผลที่ยังไม่ถ่ายโอนภารกิจ	<ul style="list-style-type: none"> ○ ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ยังไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจ ○ ข้อเสนอแนะเพื่อลดอุปสรรคและทำให้การถ่ายโอนภารกิจประสบความสำเร็จ
2. ความคาดหวังจากการถ่ายโอนภารกิจ	<ul style="list-style-type: none"> ○

	<ul style="list-style-type: none"> ○ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ท่านคิดว่า อปท. ในพื้นที่ของท่านพร้อมที่จะรับถ่ายโอนสถานีนอนามัยหรือไม่ เพราะเหตุใด ○ ถ้า อปท. ในพื้นที่ของท่านได้รับการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ ท่านคิดว่า การดูแลสุขภาพประชาชนจะเป็นอย่างไร
3. ความคิดเห็นต่อการจัดบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> ○ ท่านคิดว่ารูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่นในปัจจุบันเป็นอย่างไร ○ การบริหารงานกองทุนสุขภาพตำบลของ สปสช. เป็นอย่างไร (ใครมีบทบาทโครงการที่ทำเป็นอย่างไร ประชาชนมีส่วนร่วมแค่ไหน) ○ ท่านคิดว่าการจัดบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่นในอนาคต ควรเป็นอย่างไร ○ อะไรคือสิ่งที่ท่านอยากสื่อสารไปยังผู้บริหาร หรือผู้วางนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและมหาดไทยเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ

แนวคำถามสำหรับ อปท. ที่ยังไม่ได้รับการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประเด็นที่ต้องการข้อมูล	คำถาม
1. เหตุผลที่ยังไม่รับถ่ายโอนภารกิจ	<ul style="list-style-type: none"> ○ ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ยังไม่ได้รับถ่ายโอนภารกิจ ○ ข้อเสนอแนะเพื่อลดอุปสรรคและทำให้การถ่ายโอนภารกิจประสบความสำเร็จ
2. ความคาดหวังจากการรับถ่ายโอนภารกิจ	<ul style="list-style-type: none"> ○ ○ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ท่านคิดว่า อปท. ของท่านพร้อมที่จะรับถ่ายโอนสถานีนอนามัยหรือไม่ เพราะเหตุใด ○ ถ้า อปท. ของท่านได้รับการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ ท่านคิดว่า การดูแลสุขภาพประชาชนจะเป็นอย่างไร
3. ความคิดเห็นต่อการจัดบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> ○ ท่านคิดว่ารูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่นในปัจจุบันเป็นอย่างไร ○ การบริหารงานกองทุนสุขภาพตำบลของ สปสช. เป็นอย่างไร (ใครมีบทบาทโครงการที่ทำเป็นอย่างไร ประชาชนมีส่วนร่วมแค่ไหน) ○ ท่านคิดว่าการจัดบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่นในอนาคต ควรเป็นอย่างไร ○ อะไรคือสิ่งที่ท่านอยากสื่อสารไปยังผู้บริหาร หรือผู้วางนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและมหาดไทยเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ

แนวคำถามสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน และ สาธารณสุขอำเภอ

ประเด็นที่ต้องการข้อมูล	คำถาม
1. การประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> ○ หน่วยงานของท่านมีการทำงานร่วมกับหน่วยบริการที่ถ่ายโอนอย่างไรบ้าง ○ มีปัญหาอุปสรรคในการประสานงานกับหน่วยบริการที่ถ่ายโอนแล้วอย่างไรบ้าง
2. ผลลัพธ์ของการถ่ายโอนภารกิจ	<ul style="list-style-type: none"> ○ จุดเด่นและโอกาสพัฒนาของการถ่ายโอนภารกิจไปยัง อปท. ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
3. ความคาดหวังจากการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ	<ul style="list-style-type: none"> ○ ○ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ท่านคิดว่า อปท. ในพื้นที่ของท่านพร้อมที่จะรับถ่ายโอนสถานีนอนามัยหรือไม่ เพราะเหตุใด ○ ถ้า อปท. ในพื้นที่ของท่านได้รับการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ ท่านคิดว่า การดูแลสุขภาพประชาชนจะเป็นอย่างไร
4. ความคิดเห็นต่อการจัดบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ○ ท่านคิดว่ารูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่นในปัจจุบันเป็น

สาธารณสุขในระดับท้องถิ่น	<p>อย่างไร</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ท่านคิดว่าการจัดบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่นในอนาคต ควรเป็นอย่างไร ○ อะไรคือสิ่งที่ท่านอยากจะสื่อสารไปยังผู้บริหาร หรือผู้วางนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและมหาดไทยเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ
--------------------------	---

แนวคำถามสำหรับผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ประเด็นที่ต้องการข้อมูล	คำถาม
1. การประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> ○ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการกำกับดูแลและการทำงานร่วมกับหน่วยบริการที่ถ่ายโอนอย่างไรบ้าง มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร
2. ผลลัพธ์ของการถ่ายโอนภารกิจ	<ul style="list-style-type: none"> ○ จุดเด่นและโอกาสพัฒนาของการถ่ายโอนภารกิจไปยัง อปท. ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
3. ความคิดเห็นต่อการจัดบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> ○ ในอนาคตบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรจะเป็นอย่างไร ○ ส่วนราชการ ท้องถิ่น และชุมชนจะมีส่วนร่วมกันในการพัฒนาการบริการสุขภาพในพื้นที่อย่างไร ใครควรมีบทบาทใด

แนวคำถามสำหรับตัวแทนภาคประชาชน

ประเด็นที่ต้องการข้อมูล	คำถาม
1. บทบาทของ อปท. ในปัจจุบัน	<ul style="list-style-type: none"> ○ ในปัจจุบันการทำงานของ อปท. ในพื้นที่ของท่านเป็นอย่างไร ○ อปท. ของท่านมีบทบาทอย่างไรในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
2. ผลลัพธ์ของการถ่ายโอนภารกิจ	<ul style="list-style-type: none"> ○ ในปัจจุบันบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่านเป็นอย่างไร และ เมื่อเทียบกับก่อนถ่ายโอนสถานีนอ้ายแตกต่างกันอย่างไร ○ ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมอย่างไรในการจัดการกองทุนสุขภาพตำบล (สปสช)
4. ความคิดเห็นต่อการจัดบริการสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นในอนาคต	<ul style="list-style-type: none"> ○ การจัดบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่นในอนาคต ควรเป็นอย่างไร