

**ความพร้อมของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการด้านสุขภาพ
กรณีศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนในประเทศไทย
Local Communities' Preparedness for Health Management:
A Case of Local Administrative Organizations in the Upper Northeast
in Thailand**

อัครณัฐ วงศ์ปรีดี¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อวิเคราะห์ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์กรปกครองท้องถิ่น) ในประเทศไทยในการจัดการสุขภาพ ซึ่งจะพิจารณาใน 2 ประเด็น ได้แก่ ความสามารถในการเชิงองค์การ (Institutional Capacity) และความสามารถของภาคชุมชน (Community Capacity) โดยอาศัยข้อมูลปฐมภูมิจากเอกสารทางราชการที่เกี่ยวข้องกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มย่อยกับผู้บริหารท้องถิ่น ตัวแทนข้าราชการท้องถิ่น และตัวแทนภาคประชาชนที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับกิจกรรมด้านสุขภาพ ทั้งนี้ แม้ว่าประเทศไทยจะยังไม่มีมีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอย่างเต็มรูปแบบ แต่คณะวิจัยจะทำการศึกษาเปรียบเทียบ องค์กรปกครองท้องถิ่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 3 แห่งที่มีผลงานโดดเด่นในด้านการจัดการสุขภาพ โดยเปรียบเทียบกับองค์กรปกครองท้องถิ่น ภายในจังหวัด ข้างเคียงที่มีลักษณะทางด้านประชากรคล้ายคลึงกันจำนวน 3 แห่ง

ผลการศึกษาพบว่า องค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีความโดดเด่นด้านการจัดการสุขภาพ มีความพร้อมเชิงองค์การที่สูงกว่าองค์กรปกครองท้องถิ่นที่ตกเป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบ เนื่องจากมีผู้บริหารที่มีทัศนคติในเชิงบวกต่องานด้านสาธารณสุขและมีเจตคติที่ดีต่อการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคประชาชนและหน่วยงานภายนอกพื้นที่ นอกจากนี้้องค์กรปกครองท้องถิ่น เหล่านี้ยังมีโครงสร้างองค์กรและระบบการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขอีกด้วย ในขณะที่ ภาคประชาชนขององค์กรปกครองท้องถิ่น ที่มีความโดดเด่นด้านสุขภาพก็มีความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง และมีการรวมกลุ่มและองค์กรทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมด้านสุขภาพมากกว่าภาคประชาชนในพื้นที่องค์กรปกครองท้องถิ่น ที่นำมาเปรียบเทียบ

Abstract

This study analyzes the capacity and preparedness of local administrative organizations and communities in taking over the healthcare responsibilities from the national government. The local health management capacity is divided into two elements: institutional capacity and community capacity. Document research, in-depth interview, and focus group discussion were used to gain insights into local public health capacity in six local administrative organizations in Northeast Thailand. Key informants

¹ รองศาสตราจารย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

include local government executives, local government bureaucrats, and representatives from social groups that are actively involved in local public health activities.

This study finds that the three “model communities” —the Nongbua Lumphu Provincial Administrative Organization, Udorn Thani Nakhon Municipality, and Naphu Tambon Administrative Organization—demonstrate more institutional capacity than the other three local administrative organizations. Regarding the community capacity, the model communities are more prepared than the other three local administrative organizations. This is due to the diversity and enthusiasm of civil organizations that offer a variety of health-related activities in the model communities. Such diversity and enthusiasm come from a wide range of news media outlets and other information sources that make local citizens aware of the importance of maintaining a healthy lifestyle. Also, the local healthcare personnel’s proactive approach plays an important role in inculcating health awareness among local citizens.

คำสำคัญ: ความพร้อม การจัดการสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น การกระจายอำนาจ

Keywords: Preparedness Health Management, Local Government, Decentralization

บทนำ

ตลอดระยะเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมา ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนาต่างมีนโยบายผลักดันให้เกิดการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นมากขึ้น ตามคตินิยมที่ว่า “การปกครองท้องถิ่นคือ แบบจำลองของระบอบประชาธิปไตยและการบริหารภาครัฐในหน่วยที่เล็กและใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด” (Wei, 2000) โดยนับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) อย่างเต็มรูปแบบ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 และกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญยังได้กำหนดให้หน่วยงานส่วนกลาง ต้องกระจายอำนาจด้านการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนมาให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งรวมถึงด้านการจัดการสุขภาพด้วย แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจทั้งที่ระบุไว้ในกฎหมายและแผนการกระจายอำนาจ ยังไม่มีความชัดเจนในเชิงปฏิบัติ จนกระทั่งก่อให้เกิดความซ้ำซ้อนของบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่าง ๆ รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐส่วนภูมิภาคด้วย (สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2552)

ทั้งนี้ หนึ่งในประเด็นสำคัญของการจัดการสุขภาพภายในชุมชนท้องถิ่น คือ กระบวนการถ่ายโอนสถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่นำร่องตามแผน การกระจายอำนาจฉบับที่ 1 และ 2 ถือเป็นจุดหักเหที่สำคัญของการกระจายอำนาจด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ท้องถิ่น แม้ว่ากระบวนการถ่ายโอนต้องหยุดชะงักลงเนื่องจากรัฐบาลของพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร ให้มีการปรับปรุงโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขเป็นนโยบายหลัก และต่อมากลุ่มชมรมแพทย์ชนบทจะเรียกร้องให้รัฐบาลทบทวนแผนการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยังท้องถิ่นก็ตาม แต่ก็มีผลการศึกษาหลายชิ้นได้ชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จด้านการจัดการสุขภาพของหลาย

ชุมชน โดยพบว่า คุณภาพของการบริการด้านสุขภาพอนามัยภายหลังการถ่ายโอนไม่ได้ด้อยไปกว่าเดิม (กระทรวงสาธารณสุข, 2551; จรวยพร ศรีศลักษ์, จเร วิชาไทย และร่ำไพ แก้ววิเชียร, 2552; Sudhipongpracha, 2013)

แต่ในขณะเดียวกัน ก็มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำทางด้านความพร้อมในการบริหารงานด้านสุขภาพขององค์กรปกครองท้องถิ่นทั่วประเทศ (ศรีสุตา รัตมีพงศ์, ศศิธร วรรณพงษ์ และจารุวรรณ ไม้ตระกูล, 2553) อย่างไรก็ตาม แม้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทยยังไม่มีวี่แวงที่ชัดเจนเท่าที่ควร แต่ก็มีแนวโน้มที่องค์กรปกครองท้องถิ่นหลายแห่งที่มีความคิดริเริ่มในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนจนได้รับรางวัลธรรมาภิบาลและรางวัลที่เกี่ยวกับนวัตกรรมการบริหารภาครัฐ (ปริดา เต๋ออารักษ์, 2553; Sudhipongpracha, 2013) “วัตถุประสงค์หลักของบทความนี้จึงเป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบขององค์กรปกครองท้องถิ่น ที่มีผลงานโดดเด่นในด้านการจัดการสุขภาพชุมชนซึ่งหมายถึงรวมถึงการมีสถานบริการด้าน สุขภาพอนามัยในสังกัดของตน และองค์กรปกครองท้องถิ่นที่ยังไม่มีความโดดเด่นในด้านสุขภาพอนามัยและงานสาธารณสุข” ทั้งนี้เพื่อทราบถึงปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้องค์กรปกครองท้องถิ่น ในประเทศไทยมีความสามารถในการรองรับภารกิจถ่ายโอนด้านสุขภาพอนามัยจากส่วนกลาง เพราะถ้าหากองค์กรปกครองท้องถิ่นยังปราศจากความพร้อมในการบริหารงานด้านสุขภาพ หน่วยงานส่วนกลางก็ไม่ควรกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไปสู่ท้องถิ่นอย่างเต็มรูปแบบในทันที เพราะจะทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพในการบริการ (Lyons, 2007) หรือแม้แต่ในกรณีที่องค์กรปกครองท้องถิ่นมีความพร้อมและได้รับการถ่ายโอนบทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพ แต่หน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานส่วนกลาง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปข.) ก็ยังคงมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในฐานะ “ผู้อภิบาล” หรือ “ผู้สนับสนุนและกำกับมาตรฐาน” ของการบริการด้านสาธารณสุขท้องถิ่น ตลอดจนเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนงานวิจัยและพัฒนาและการผลิตบุคลากรทางด้านการแพทย์ (Khaleghian & Das Gupta, 2005)

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษา บทความนี้จะประกอบไปด้วย 4 ส่วนหลัก โดยจะเริ่มต้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสุขภาพของชุมชนท้องถิ่นเพื่อนำไปสู่การกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาเปรียบเทียบความพร้อมด้านการจัดการสุขภาพขององค์กรปกครองท้องถิ่น ที่ตกเป็นกรณีศึกษา หลังจากนั้น ส่วนที่ 2 จะเป็นการอธิบายหน่วยวิเคราะห์วิธีการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา และการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนที่ 3 จะนำเสนอผลการศึกษาเปรียบเทียบความพร้อมขององค์กรปกครองท้องถิ่น ที่มีความโดดเด่นด้านการจัดการสุขภาพ กับองค์กรปกครองท้องถิ่น ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันแต่ไม่มีความโดดเด่นในด้านการจัดการสุขภาพ โดยองค์กรปกครองท้องถิ่น ที่ตกเป็นกรณีศึกษาทั้งหมดตั้งอยู่ใน จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดหนองบัวลำภู ในตอนท้าย จะเป็นการอภิปรายผลการศึกษาเปรียบเทียบ เพื่อนำไปสู่บทสรุปและข้อเสนอแนะสำหรับกระบวนการกระจายอำนาจและหน้าที่รับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัยให้แก่ท้องถิ่นในประเทศไทย

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น

ภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัยนั้นถือเป็นการบริการสาธารณะมีความสลับซับซ้อนสูงสำหรับการบริหารจัดการ (Akin, Hutchinson, & Strumpf, 2001) ดังนั้น การกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ไม่ได้กระบวนการพิจารณาและการเตรียมความพร้อมที่ละเอียดรอบคอบย่อมจะก่อให้เกิดผลกระทบที่

เป็นลบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน อาทิเช่น ความไม่ทั่วถึงของบริการด้านสุขภาพอนามัย และมาตรฐานที่ไม่เท่าเทียมกันในการให้บริการ เป็นต้น ในขณะเดียวกัน การบริหารงานด้านสาธารณสุขในรูปแบบการรวมศูนย์อำนาจก็สามารถทำให้การกระจายทรัพยากรเกิดความไม่เป็นธรรมได้เช่นกัน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม (Manor, 1999)

จากประสบการณ์การกระจายอำนาจในประเทศไทยที่ผ่านมา แม้ว่าคุณภาพการให้บริการของรพ.สต. ในสังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่น ที่เป็นพื้นที่นำร่องจะมีคุณภาพไม่ด้อยไปกว่าเมื่อครั้งยังอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (ปริดา แต่อารักษ์, 2553) แต่ก็มีผลการศึกษาหลายชิ้นที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาในการบริหารจัดการขององค์กรปกครองท้องถิ่น ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ความพร้อมในเชิงโครงสร้างและระบบการบริหารงานองค์กร (Sudhipongpracha, 2013) และ 2) ความพร้อมของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในองค์กรปกครองท้องถิ่น (ศรีสุตา รัตมีพงศ์, ศศิธรวรรณพงษ์ และจารุวรรณ ไผ่ตระกูล, 2553)

สำหรับประเด็นความพร้อมในเชิงโครงสร้างและระบบการบริหารงานองค์กรนั้น ปริดา แต่อารักษ์ (2553) ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีหน่วยงานภายในองค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีหน้าที่เฉพาะด้านสาธารณสุขและ สุขภาพอนามัย เนื่องจากงานบริการด้านสุขภาพอนามัยและสาธารณสุขจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางและต้องอาศัยความต่อเนื่องของระบบสนับสนุนทั้งในด้านงบประมาณและด้าน ความเพียงพอของบุคลากรต่อความต้องการของประชาชน (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ อัจฉริยา ชวงค์เลิศ, 2550)

ปัญหาความพร้อมของบุคลากรท้องถิ่นในด้านสาธารณสุขและการจัดการสุขภาพนั้นถือเป็นปัญหาหลักขององค์กรปกครองท้องถิ่น ในประเทศไทย โดยนอกเหนือไปจากข้อก้ำกัของนักวิชาการและหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางต่อความไม่เพียงพอของจำนวนบุคลากรท้องถิ่นที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพแล้วยังพบว่า บุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยส่วนใหญ่มีทัศนคติที่เป็นลบต่อระบบการบริหารงานบุคคลขององค์กรปกครองท้องถิ่น โดยเฉพาะในเรื่องสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ถึงแม้้องค์กรปกครองท้องถิ่นหลายแห่งในปัจจุบันจะมีการปฏิรูปโครงสร้างและกำหนดอัตรากำลังบุคลากร โดยจัดทำแผนขยายกรอบอัตรากำลังเพื่อรองรับบุคลากรที่โอนย้ายมาจากส่วนกลาง แต่ความเชื่อมั่นของบุคลากรสาธารณสุขต่อองค์กรปกครองท้องถิ่น ก็ยังอยู่ในระดับต่ำ

ทั้งนี้ โครงสร้างองค์กรเพื่อสนับสนุนงานด้านสาธารณสุข ระบบงบประมาณ ระบบบริหารทรัพยากรบุคคลล้วนขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์และเจตคติของคณะผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่นต่อภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพ (Brown, LaFond, & MacIntyre, 2001) เนื่องจากตามโครงสร้างองค์กรปกครองท้องถิ่นในปัจจุบัน ผู้บริหารฝ่ายการเมืองเป็นผู้กำหนดทิศทางการทำงานขององค์กรปกครองท้องถิ่น ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อวัฒนธรรมองค์กร ความยั่งยืนด้านงบประมาณ และความต่อเนื่องของการให้บริการสาธารณะด้านต่าง ๆ

การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายภายนอกพื้นที่ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพ ในการทำงานด้านสุขภาพของท้องถิ่น โดยเฉพาะในการระดมทรัพยากรงบประมาณ องค์ความรู้ทางวิชาการ และบุคลากรมาใช้ในการจัดระบบการให้บริการด้านสุขภาพในพื้นที่ชุมชนท้องถิ่น (ดำรง วัฒนา, 2547) ทั้งนี้ เนื่องจากมีการกิจด้านสุขภาพอนามัยบางภารกิจที่ไม่มีความประหยัดจากขนาด (Diseconomies of Scale) องค์กรปกครองท้องถิ่นจึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทั้งในด้านงบประมาณและด้านเทคนิควิชาการจากหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะ

ในการกิจด้านการป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลขั้นทุติยภูมิ และการรักษาพยาบาลขั้นตติยภูมิ

นอกจากนี้ การเตรียมความพร้อมของประชาชนก็เป็นสิ่งสำคัญในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับความรู้ความเข้าใจของประชาชนในความสำคัญของการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง (Minkler, 2005) โดยองค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนท้องถิ่นและภาคประชาชน เพื่อให้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่านิยมสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย (WHO, 1986) ซึ่งหัวใจสำคัญ คือ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสุขภาพ ไม่ใช่การนำไปบังคับใช้หรือมอบให้ประชาชน (Heritage & Dooris, 2009) ตัวบ่งชี้ความพร้อมด้านสุขภาพอนามัยของภาคประชาชนจึงได้แก่ ความสามารถในการกำหนดปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ อัจฉริยา ชูวงศ์เลิศ, 2550) และความรู้ความเข้าใจของประชาชนในความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย (Smithies & Webster, 1998; Laverack & Wallerstein, 2001)

ผลงานวิจัยและแนวคิดเกี่ยวข้องกับความพร้อมด้านการจัดการสุขภาพของ องค์การปกครองท้องถิ่นและภาคประชาชนดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ 2 ประเด็นหลัก คือ **ประเด็นที่ 1 ความพร้อมเชิงองค์กร (Institutional Capacity)** อันประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำและเจตคติของผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่น 2) โครงสร้างของระบบสนับสนุนภายใน องค์การปกครองท้องถิ่น และความเพียงพอของบุคลากรด้าน สาธารณสุขต่อจำนวนประชากร และ 3) ความพร้อมทางด้านการคลังขององค์กรปกครองท้องถิ่น และ **ประเด็นที่ 2 ความพร้อมของชุมชน (Community Capacity)** อันประกอบด้วย 2 มิติ ได้แก่ 1) ทักษะคติของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นต่อการรักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์แข็งแรง และ 2) รูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน โดยทั้งสองประเด็นหลักและมิติองค์กรประกอบของแต่ละประเด็นเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษานี้

วิธีการศึกษา

หน่วยวิเคราะห์

หน่วยวิเคราะห์ในการศึกษานี้ คือองค์กรปกครองท้องถิ่น ที่มีผลงานโดดเด่นในด้านการบริหารจัดการสุขภาพด้วยตนเองในเขตพื้นที่จังหวัดอุดรธานีและจังหวัดหนองบัวลำภู ประกอบไปด้วยการมีสถานบริการสุขภาพขององค์กรปกครองท้องถิ่นเอง และมีโครงการและกิจกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยที่โดดเด่น จนได้รับการยอมรับจากหน่วยงานภาครัฐ อาทิเช่น สถาบันพระปกเกล้า สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เป็นต้น โดยสำหรับ อบจ. อุดรธานีนี้มีผลงานที่โดดเด่นคือ การจัดตั้งกองทุนส่งเสริมคุณภาพชีวิตและฟื้นฟูสมรรถนะทางการแพทย์ของผู้พิการ เทศบาลนครอุดรธานีมีการลงทุนก่อสร้างโรงพยาบาลของเทศบาลเอง และยังมีโครงการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนที่หลากหลาย ในขณะที่ อบต. นาโพธิ์ เป็นหนึ่งในองค์กรปกครองท้องถิ่น นาร่องที่ได้รับการถ่ายโอน รพ.สต. และงบประมาณด้านการจัดการสุขภาพในระดับปฐมภูมิจากส่วนกลาง โดยคณะวิจัยทำการเปรียบเทียบองค์กรปกครองท้องถิ่น ทั้งสามแห่งนี้ กับองค์กรปกครองท้องถิ่น ในบริเวณพื้นที่จังหวัดเดียวกันที่ไม่มีความโดดเด่นในด้านการงานสาธารณสุขและสุขภาพอนามัย ทั้งนี้ รายละเอียดข้อมูลขององค์กรปกครองท้องถิ่น ที่ตกเป็นกรณีศึกษามีปรากฏในตารางที่ 1

วิธีการศึกษา

รูปแบบแผนการศึกษาสำหรับการศึกษานี้ คือ Most Similar Systems Design (MSSD) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยที่เน้นการเปรียบเทียบกรณีศึกษาที่มีลักษณะสำคัญคล้ายคลึงกัน แต่มีความแตกต่างกันใน ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ที่ต้องการศึกษา สำหรับรูปแบบการวิจัยนี้ ลักษณะสำคัญที่คล้ายคลึงกัน คือ ตัวแปรควบคุม (Control Variable) โดยผู้วิจัยจะทำการศึกษา “ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)” ที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ หรือ “ตัวแปรตาม (Dependent Variable)” ซึ่งในการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยได้คัดเลือกองค์กรปกครองท้องถิ่นอย่างละประเภทจากบริเวณพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนเพื่อทำ การวิเคราะห์เปรียบเทียบกับท้องถิ่นต้นแบบในการจัดการงานด้านสุขภาพอนามัย ตามกรอบแนวคิดของการศึกษาที่ระบุ ไว้ข้างต้น โดยมีตัวชี้วัดดังปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 หน่วยวิเคราะห์และรูปแบบการวิจัย

ระดับของ องค์กรปกครองท้องถิ่น	จังหวัดอุดรธานี	จังหวัดหนองบัวลำภู
อบจ.	อบจ. อุดรธานี	อบจ. หนองบัวลำภู*
เทศบาล	เทศบาลนครอุดรธานี*	เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู
อบต.	อบต. นาโพธิ์ อ.เพ็ญ*	อบต. นาฮี อ.สุวรรณคูหา

หมายเหตุ * องค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีผลงานโดดเด่นในการบริหารจัดการงานด้านสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดของตัวแปรตามกรอบแนวคิดการศึกษา

ประเด็นความพร้อม	ตัวแปร	ตัวชี้วัด
ความพร้อมเชิง องค์การของ องค์กร ปกครองท้องถิ่น	ภาวะผู้นำและทัศนคติของ ผู้บริหาร	- เจตคติต่องานด้านสุขภาพอนามัย - ทัศนคติต่อการประสานงานและระดมความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอกพื้นที่
	โครงสร้างองค์กรและ กระบวนการงาน	- การจัดองค์กรมี/ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบด้าน สาธารณสุข - จำนวนบุคลากรทั้งหมดและเฉพาะด้านสาธารณสุข - จำนวนและประเภทสถานบริการที่รับผิดชอบ - ความเพียงพอของบุคลากรด้านสาธารณสุข
ความพร้อมของ ชุมชน/ภาคประชาชน	ความพร้อมด้านการคลัง	- สัดส่วนรายได้ (ที่ไม่รวมเงินกู้และงบอุดหนุน) ต่อ รายได้ทั้งหมด - สัดส่วนงบประมาณรายจ่ายทางด้านการพัฒนา สุขภาพอนามัยและสาธารณสุขต่อรายจ่ายประจำปี ทั้งหมด
	- ทัศนคติของภาคประชาชน ต่อการจัดการสุขภาพ - รูปแบบการมีส่วนร่วมของ ภาคประชาชน	- เจตคติต่อ “สุขภาพอนามัย” และความตระหนักใน บทบาทหน้าที่พลเมือง - มีการเสนอโครงการ/กิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ อนามัยต่อองค์กรปกครองท้องถิ่น เพื่อขอรับการ จัดสรรเงินสนับสนุน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เป็นแบบสำรวจข้อมูลทุติยภูมิซึ่งประกอบไปด้วยด้วยประเด็นด้านงบประมาณรายจ่ายประจำปีและแหล่งรายได้ขององค์กรปกครองท้องถิ่น ตลอดจนข้อมูลทั่วไปขององค์กรปกครองท้องถิ่น

ชุดที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ ตัวแทนชุมชนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดการด้านสุขภาพขององค์กรปกครองท้องถิ่น โดยแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ 1) โครงสร้างขององค์กรปกครองท้องถิ่น 2) ความเข้มแข็งและการยอมรับของการเมืองท้องถิ่น 3) ศักยภาพด้านการบริหารจัดการขององค์กรปกครองท้องถิ่น และ 4) ศักยภาพด้านการจัดเก็บภาษีและจัดหารายได้ท้องถิ่น

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิด้วยเครื่องมือชุดที่ 2 โดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนบุคลากรฝ่ายข้าราชการการเมืองและฝ่ายข้าราชการประจำในองค์กรปกครองท้องถิ่น นอกจากนี้ยังมีการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนและตัวแทนภาคประชาชนในพื้นที่กรณีศึกษาด้วย สำหรับข้อมูลทุติยภูมิในเครื่องมือชุดที่ 1 นั้น คณะผู้วิจัยวิเคราะห์เอกสารต่าง ๆ ที่สำคัญขององค์กรปกครองท้องถิ่น อาทิเช่น ข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติงบประมาณ แผนพัฒนาท้องถิ่น เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมสนทนากลุ่มจะนำมาวิเคราะห์เนื้อหาตามวัตถุประสงค์การศึกษา และนำเสนอในเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติงบประมาณ และรายงานประจำปีขององค์กรปกครองท้องถิ่นจะนำมาวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเบื้องต้น ได้แก่ ร้อยละ แปรผลและทำเสนอการวิเคราะห์ออกมาเป็นกราฟและตาราง

ผลการศึกษา

สาเหตุหลักของความล่าช้าในการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพไปยังองค์กรปกครองท้องถิ่นในประเทศไทย คือ ข้อก้ำกัวในความพร้อมขององค์กรปกครองท้องถิ่น และภาคประชาชนในการจัดการชุมชนท้องถิ่นของตนเอง แต่ทั้งนี้ปรากฏว่าเมืององค์กรปกครองท้องถิ่นหลายแห่งที่มีผลงานโดดเด่นในด้านการจัดการสุขภาพและการเมืองภาคประชาชน การวิเคราะห์ความพร้อมขององค์กรปกครองท้องถิ่นและภาคประชาชนในด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการรองรับการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพในส่วนนี้จะเสนอผลการศึกษาเปรียบเทียบความพร้อมด้านการจัดการสุขภาพขององค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีความโดดเด่นด้านการจัดการสุขภาพและองค์กรปกครองท้องถิ่นข้างเคียง ตามประเด็นตัวชี้วัดที่ระบุไว้ในกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

ความพร้อมเชิงองค์การขององค์กรปกครองท้องถิ่นที่ตกเป็นกรณีศึกษา

ในด้านภาวะผู้นำและทัศนคติของผู้บริหารท้องถิ่นต่อการกิจหน้าที่ด้านการจัดการสุขภาพพบว่าผู้บริหารในองค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีผลงานโดดเด่นในด้านสุขภาพมีเจตคติต่องานด้านสุขภาพอันามัยที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ การฟื้นฟูสุขภาพ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในขณะที่ผู้บริหารในองค์กรปกครองท้องถิ่นกรณีเปรียบเทียบมีเจตคติ

ต้องงานด้านสุขภาพอนามัยที่ไม่ครอบคลุมทุกมิติ โดยมองว่าภารกิจด้านสุขภาพไม่ใช่บทบาทหน้าที่โดยตรงขององค์กรปกครองท้องถิ่น หรือในบางกรณีก็กล่าวว่างานด้านสุขภาพอนามัยขององค์กรปกครองท้องถิ่นมีเพียง ด้านเดียวเท่านั้น คือ การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ส่วนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยเป็นหน้าที่ของหน่วยงานส่วนกลางและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) และเมื่อพิจารณาเจตคติของผู้บริหารท้องถิ่นต่อการทำงานเชิงภาคีเครือข่ายกับองค์กรภาคส่วนอื่นและกลุ่มประชาชน แม้ว่าส่วนใหญ่จะเล็งเห็นถึงความสำคัญในการทำงานร่วมกับ หน่วยงานอื่น แต่ทว่าผู้บริหารในพื้นที่ซึ่งมีผลงานโดดเด่นจะสามารถระบุประเภทของกิจกรรมและโครงการ ที่กระทำร่วมกับหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และเครือข่ายภาคประชาชนได้ชัดเจนมากกว่า

สำหรับด้านโครงสร้างองค์กรและระบบสนับสนุนงานด้านสุขภาพขององค์กรปกครองท้องถิ่น ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าองค์กรปกครองท้องถิ่นต้นแบบมีผลงานภายในที่ปฏิบัติหน้าที่เฉพาะด้านงานสาธารณสุขและยังมีสัดส่วน จำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อจำนวนบุคลากรทั้งหมดสูงกว่าพื้นที่เปรียบเทียบ ซึ่งสัดส่วนนี้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเพียงพอของบุคลากรด้านสุขภาพในการให้บริการประชาชน โดยพบว่า บุคลากรด้านสุขภาพ 1 คนในพื้นที่ต้นแบบมีจำนวนประชากร ที่อยู่ในความรับผิดชอบน้อยกว่าบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่เปรียบเทียบ (ตารางที่ 3) ข้อสังเกตที่สำคัญ คือ เทศบาลนครอุดรธานีและเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู มีสัดส่วนจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพต่อบุคลากรทั้งหมดที่ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยเทศบาลนครอุดรธานีมีสัดส่วนดังกล่าวที่สูงกว่าเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู นอกจากนี้ทั้งสองเทศบาลก็มีสัดส่วนจำนวนประชากรที่บุคลากรด้านสุขภาพ 1 คนรับผิดชอบที่ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 สัดส่วนและจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขท้องถิ่นในองค์กรปกครองท้องถิ่นที่ตกเป็นกรณีศึกษา

องค์กรปกครองท้องถิ่นที่ตกเป็นกรณีศึกษา	สัดส่วนจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพต่อบุคลากรทั้งหมด	จำนวนประชากรที่บุคลากรด้านสุขภาพ 1 คนรับผิดชอบ
อบจ. หนองบัวลำภู	18%	17,265
อบจ. อุดรธานี	3%	385,819
เทศบาลนครอุดรธานี	38%	453
เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู	31%	445
อบต. นาโพธิ์	13%	2,704
อบต. นาฮี	-	-

นอกเหนือจากนี้ เมื่อพิจารณาจำนวนสถานบริการสุขภาพและศูนย์เด็กเล็กในสังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่น คณะวิจัยพบว่า เทศบาลนครอุดรธานีซึ่งเป็นองค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีผลงานโดดเด่นในด้านสุขภาพมีจำนวนสถานบริการด้านสุขภาพอนามัยในรูปแบบศูนย์สุขภาพชุมชนและศูนย์เด็กเล็กในความรับผิดชอบมากกว่าเทศบาลเมืองหนองบัวลำภู ในทำนองเดียวกัน อบต. นาโพธิ์ซึ่งเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านการจัดการสุขภาพก็มีจำนวนสถานบริการสุขภาพและศูนย์เด็กเล็กในสังกัดมากกว่า อบต. นาฮี อย่างไรก็ตาม พบว่าทั้ง อบจ. หนองบัวลำภู และ อบจ. อุดรธานี ไม่มีสถานบริการสุขภาพอนามัยและ

ศูนย์เด็กเล็กในสังกัดแต่อย่างใด ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัยที่ดีและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นนั้นไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่หลักของ อบจ. ตามกฎหมาย

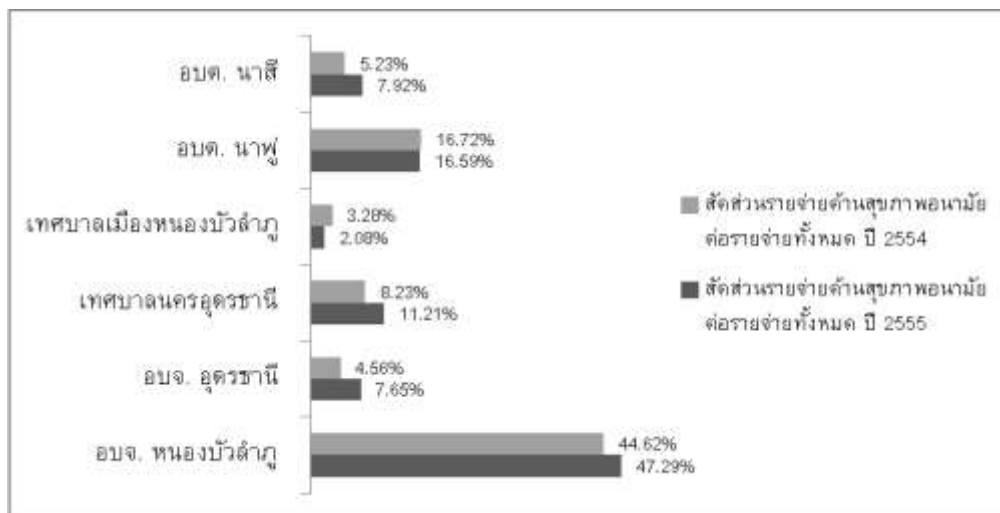
อย่างไรก็ตาม การที่ องค์รปกครองท้องถิ่นไม่มีหน่วยบริการสุขภาพในความรับผิดชอบหรือมีอยู่เป็นจำนวนน้อย อาจไม่ได้หมายความว่าองค์รปกครองท้องถิ่นนั้นปล่อยปละละเลยภาระหน้าที่ด้านสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม คณะผู้วิจัยพบว่า แม้องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภูจะไม่มีสถานพยาบาลในกำกับดูแล แต่ก็เป็นหนึ่งในพื้นที่ชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพที่มีการจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ดังนั้น การพิจารณาความพร้อมด้านสุขภาพขององค์รปกครองท้องถิ่น จึงจำเป็นต้องพิจารณาประเด็นการจัดสรรเงินงบประมาณ เพื่อสนับสนุนโครงการและกิจกรรมด้านสุขภาพด้วย

ตารางที่ 4 จำนวนสถานบริการสุขภาพอนามัยและศูนย์เด็กเล็กในสังกัด อบท. ที่ตกเป็นกรณีศึกษา

องค์รปกครองท้องถิ่นที่ตกเป็นกรณีศึกษา	สถานบริการสุขภาพ	ศูนย์เด็กเล็ก	รวม
อบจ. หนองบัวลำภู	-	-	-
อบจ. อุดรธานี	-	-	-
เทศบาลนครอุดรธานี	4	3	7
เทศบาลเมืองหนองบัวลำภู	1	3	4
อบต. นาพู่	2	1	3
อบต. นาสี	-	-	-

ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ความพร้อมทางด้านการคลังขององค์รปกครองท้องถิ่นที่ตกเป็นกรณีศึกษา ได้ชี้ให้เห็นว่าระหว่างปี พ.ศ. 2545 - 2555 องค์รปกครองท้องถิ่นที่มีผลงานด้านสุขภาพโดดเด่นมีการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขคิดเป็นสัดส่วนต้องงบประมาณรายจ่ายประจำปีทั้งหมดสูงกว่าองค์รปกครองท้องถิ่นที่นำมาเป็นกรณีเปรียบเทียบ (ภาพที่ 1) แต่คณะผู้วิจัยก็ยังพบปัญหาทางด้านการเงินการคลังภายในองค์รปกครองท้องถิ่นที่มีผลงานโดดเด่นด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นความเพียงพอของรายได้ที่นำมาใช้ในการสนับสนุนงานด้านสุขภาพของ อบต. นาพู่ ซึ่งถึงแม้จะเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านการจัดการสุขภาพ แต่ก็มีจำนวนเงินรายได้ที่จัดเก็บเอง (เช่น ภาษีโรงเรือน ภาษีบำรุงท้องที่ เป็นต้น) ในสัดส่วนที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้จากเงินอุดหนุนที่รัฐจัดสรรให้ และที่สำคัญเงินอุดหนุน ส่วนใหญ่เป็นเงินอุดหนุนเฉพาะกิจที่มีเงื่อนไขในการใช้จ่าย ในขณะที่ อบต. นาสี กลับไม่ได้เงินอุดหนุนเฉพาะกิจในสัดส่วนที่เทียบเท่ากับ อบต. นาพู่ ความเหลื่อมล้ำในการจัดสรรเงินอุดหนุนเฉพาะกิจดังกล่าวจึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้การจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยสามารถช่วยเหลือองค์รปกครองท้องถิ่นที่มีระดับความพร้อมด้านการจัดการสุขภาพต่ำ

ภาพที่ 1 สัดส่วนรายจ่ายด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัยและสาธารณสุขต่องบประมาณรายจ่ายประจำปีทั้งหมด ปี พ.ศ. 2554-2555



ที่มา รายงานผลปฏิบัติราชการประจำปี พ.ศ. 2554-2555 ขององค์กรปกครองท้องถิ่นที่ตกเป็นกรณีศึกษาทั้ง 6 แห่ง

ความพร้อมของชุมชนและภาคประชาชนในองค์กรปกครองท้องถิ่นที่ตกเป็นกรณีศึกษา

สำหรับตัวชี้วัดที่ 1 ทัศนคติของภาคประชาชนต่อการจัดการสุขภาพ เป็นที่ประจักษ์ชัดว่า ในเขตพื้นที่เทศบาลนครอุดรธานีและ ออบต. นาพู่ ซึ่งมีความโดดเด่นทางด้านการจัดการสุขภาพ ประชาชนมีระดับความรู้ความเข้าใจในความสำคัญของการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์ ไม่ว่าจะเป็นการบริโภคอาหารให้ถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามหลักโภชนาการ ตลอดจนการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ เป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่บุคลากรขององค์กรปกครองท้องถิ่นมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ไปสู่ภาคประชาชนในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ และมีความสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของชาวบ้าน เช่น การเข้าไปมีส่วนร่วมใน งานบุญประเพณี เป็นต้น

สำหรับตัวชี้วัดที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมทางของภาคประชาชนชี้ให้เห็นถึงพลวัตทางการเมืองภาคประชาชนที่แตกต่างระหว่างเทศบาลนครอุดรธานี และ ออบต. นาพู่ กล่าวคือความเข้มแข็งของภาคประชาชนในเขตเทศบาลนครอุดรธานีเป็นผลสืบเนื่องมาจากความต้องการในการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่แข็งแรงของแต่ละปัจเจกบุคคลซึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านช่องทางสื่อสารที่หลากหลายจนก่อให้เกิดการรวมกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการ โดยกลุ่มหรือชมรมอย่างไม่เป็นทางการเหล่านี้เป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนให้แก่กระบวนการตัดสินใจนโยบายของคณะผู้บริหารเทศบาล ในทางตรงกันข้าม ความเข้มแข็งของภาคประชาชนในเขตพื้นที่ ออบต. นาพู่ เป็นผลสืบเนื่องมาจาก ความชัดเจนของนโยบายด้านสุขภาพของนายก อบต. ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนจากนโยบายของนายก อบต. นาพู่ ในการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มเยาวชนสร้างเสริมสุขภาพะที่ดีในเขตพื้นที่ตำบลนาพู่

จึงกล่าวได้ว่า ออบต. นาพู่ ทำหน้าที่เชื่อมโยงและขับเคลื่อนกลุ่มก้อนต่าง ๆ ที่จัดตั้งขึ้นโดยภาคประชาชนในพื้นที่ให้ดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพไปในทิศทางเดียวกัน ด้วยบทบาทความเป็นผู้นำ

การเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) ของนายก อบต. นาพู่ ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสุขเป็นไปในลักษณะการสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรภาคประชาชนมากกว่าเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเอง ยกตัวอย่างเช่น การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมของเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การให้เครือข่ายเยาวชนยืมพื้นที่ของสถานีนามัยประจำตำบลหรืออาคารสำนักงานในจัดกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น

แม้ว่าการมีส่วนร่วมทางการเมืองของภาคประชาชนในเทศบาลนครอุดรธานีและ อบต. นาพู่จะมีลักษณะแตกต่างกัน แต่พลวัตทางการเมืองภาคประชาชนในท้องถิ่นทั้งสองก็สะท้อนให้เห็นกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพที่มีประชาชนเป็นตัวละครหลักและเมืองคกรปกครองท้องถิ่นเป็นฝ่ายสนับสนุน แต่สำหรับภาคประชาชนในเขตเทศบาลเมืองหนองบัวลำภูและ อบต. นาสีนั้น พบว่าภาคประชาชนยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่พลเมืองของตนเองในระดับที่เพียงพอต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะในท้องถิ่น

อภิปรายผล

แม้ประเทศไทยจะมีการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นมาเป็นระยะเวลาเกือบ 2 ทศวรรษแล้วก็ตาม แต่การถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ในด้านบริการสาธารณะก็ยังคงเป็นไปอย่างล่าช้า โดยสาธารณสุข นักวิชาการและเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้องต่างมีข้อกังวลต่อความพร้อมขององค์กรปกครองท้องถิ่นสำหรับในการศึกษานี้ ได้ชี้ให้เห็นว่าสำหรับในด้านการจัดการสุขภาพ ภาวะผู้นำของผู้บริหารท้องถิ่นและความพร้อมในเชิงโครงสร้างองค์กร และระบบบริหารบุคลากรถือเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของความพร้อมขององค์กรปกครองท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่สอดคล้องกับงานวิจัยด้านสาธารณสุขชนในต่างประเทศ อาทิเช่น Brown, LaFond, & MacIntyre (2001) และ Akin, J., P. Hutchinson, & K. Strumpf (2001) เป็นต้น โดยพบว่าผู้บริหาร ท้องถิ่นในองค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีผลงานโดดเด่นในด้านการจัดการสุขภาพล้วนแล้วแต่มีทัศนคติในเชิงบวกต่องานด้านสาธารณสุขและมีเจตคติที่ดีต่อการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคประชาชนและหน่วยงานภายนอกพื้นที่ ทัศนคติที่เป็นบวกดังกล่าวได้ปรากฏออกมาเป็นโครงสร้างองค์กรและระบบการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขขององค์กร เช่น การจัดให้มีส่วนงานภายในที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพอนามัยโดยเฉพาะซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของ ปรีดา แต่อารักษ์ (2553) และจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของประชาชน ซึ่งเป็นข้อค้นพบของ สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ อัจฉริยา ขวรงค์เลิศ (2550).

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาได้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านการเงินการคลังขององค์กรปกครองท้องถิ่นในประเทศไทยในปัจจุบัน ถึงแม้ว่า อบต. นาพู่จะมีความเข้มแข็งในด้านการจัดการสุขภาพ แต่ก็มีปริมาณรายได้ที่จำกัด เกือบหนึ่งในสี่ส่วนที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับเงินอุดหนุนที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐบาล โดยเฉพาะเงินอุดหนุนเฉพาะกิจที่สัดส่วนสูงกว่าเงินอุดหนุนทั่วไป ซึ่งเป็นสถานการณ์ทางด้านการคลังที่เป็นปกติธรรมดาขององค์กรปกครองท้องถิ่นในประเทศไทย โดยเฉพาะในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามที่ Sudhipongpracha & Wongpredee (2015) ได้ข้อค้นพบในการศึกษาวิจัยเรื่องความเหลื่อมล้ำของสถานะทางการเงินการคลังท้องถิ่นและจำนวนเงินอุดหนุนทั่วไปในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และด้วยเหตุที่เงินอุดหนุนเฉพาะกิจนั้นเป็นโครงการตามนโยบายของรัฐบาล ทำให้หน่วยงานภาครัฐส่วนกลางยังคงสามารถควบคุมการทำงานของ อบต. นาพู่ได้โดยผ่านกฎระเบียบการใช้จ่ายเงินอุดหนุน

เฉพาะกิจเพื่อส่งเสริมงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองท้องถิ่น เพราะการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนเฉพาะกิจนั้นจำเป็นต้องเป็นไปตามรายละเอียดรายการ กิจกรรม และโครงการตามที่สำนักงานงบประมาณกำหนด อาทิเช่น รายจ่ายครุภัณฑ์ รายจ่ายค่าก่อสร้าง และรายจ่ายเงินเดือนและสวัสดิการบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขที่โอนย้ายไปยังองค์กรปกครองท้องถิ่น เป็นต้น ซึ่งตรงกับข้อสังเกตของ Wongpreedee (2012) ที่ได้ศึกษาถึงอุปสรรคในการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองท้องถิ่นในประเทศไทยยุคกระจายอำนาจ

แม้ประเด็นปัญหาการเงินการคลังท้องถิ่นจะถือเป็นความท้าทายที่สำคัญในการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ด้านสุขภาพไปสู่องค์กรปกครองท้องถิ่น ด้วยข้อกังวลที่ว่าท้องถิ่นอาจจะมีเงินรายรับที่ไม่เพียงพอในการสนับสนุนกิจกรรมและโครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของประชาชน แต่หากพิจารณาในอีกแง่มุมหนึ่ง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องก็สามารถที่จะกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข (โดยเฉพาะการถ่ายโอน รพ.สต.) ไปให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่นได้ทันที โดยไม่ต้องมีข้อกังวลใด เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางก็ยังสามารถควบคุมและกำกับดูแลการใช้สอยเงินงบประมาณด้านสุขภาพ และควบคุมคุณภาพการให้บริการขององค์กรปกครองท้องถิ่นผ่านระบบเงินอุดหนุนเฉพาะกิจได้

สำหรับตัวชี้วัดความพร้อมและศักยภาพของภาคประชาชนในด้านสุขภาพนั้น พื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพทั้ง 3 พื้นที่มีองค์กรภาคประชาชนที่หลากหลายและต่างมีความกระตือรือร้นในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ความหลากหลายขององค์กรภาคประชาชนและกิจกรรมด้านสุขภาพล้วนเป็นผลสืบเนื่องมาจากช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลายของประชาชนอันก่อให้เกิดความตระหนักรู้ในความสำคัญของการรักษาสุขภาพอนามัย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Smithies และ Webster (1998) และ Laverack & Wallerstein (2001) ที่ได้ชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของภาคประชาชนในชุมชนท้องถิ่นในต่างประเทศที่มีความก้าวหน้าในการจัดการสุขภาพ

นอกจากนี้ ความเข้มแข็งของภาคประชาชนในองค์กรปกครองท้องถิ่นต้นแบบทั้ง 2 แห่งมีส่วนเกี่ยวข้องไปถึง การทำงานเชิงรุกของบุคลากรด้านสาธารณสุขของท้องถิ่นที่ถึงแม้จะยังไม่ได้รับการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ด้านสุขภาพอย่างเต็มที่ แต่ก็มีการใช้ช่องทางที่ไม่เป็นทางการและความสัมพันธ์กับชุมชนท้องถิ่นในการแทรกซึมองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพให้แก่ชาวบ้าน สอดคล้องกับทัศนะของ Heritage และ Dooris (2009) ที่มองว่า การทำงานร่วมกับประชาชนมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงชุมชนท้องถิ่นมากกว่าการบังคับหรือการสั่งการ และสิ่งสำคัญคือ บทบาทของผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่นที่ทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนให้ภาคประชาชนเป็นตัวละครหลักในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพมากกว่าเป็นผู้ปฏิบัติเสียเอง สอดคล้องกับหลักการบริหารภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) ที่กล่าวว่า ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leader) จำเป็นต้องกำกับทิศทางของเรือมากกว่าเป็นผู้พายเรือเสียเอง (Steering rather than Rowing) (Osborne & Gaebler, 1992)

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความพร้อมในการจัดการด้านสุขภาพขององค์กรปกครองท้องถิ่นมีทั้งสิ้น 2 ประเด็นหลัก คือ 1) ความพร้อมเชิงองค์การซึ่งวัดได้จากทัศนคติของผู้บริหารท้องถิ่นต่องานด้านสุขภาพและการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โครงสร้างองค์กรและระบบสนับสนุนงานด้านสุขภาพ และการจัดสรรเงินงบประมาณด้านสุขภาพให้เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน 2) ความพร้อม

ของชุมชนซึ่งวัดได้จากทัศนคติของประชาชนต่อการรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรง และรูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมืองท้องถิ่นขององค์กรภาคประชาชนและประชาชนทั่วไป

จากผลการศึกษาี้ รัฐควรให้ความสำคัญกับการปลูกฝังค่านิยมและทัศนคติที่ต่องานด้านสุขภาพให้แก่ผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่น ตลอดจนประชาชนทั่วไป และควรสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรปกครองท้องถิ่นปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพในเชิงรุก โดยเริ่มต้นจากการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีหน่วยงานเฉพาะด้านสาธารณสุขและการจัดการสุขภาพ นอกจากนี้ รัฐก็ควรมีแนวนโยบายที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านการคลังท้องถิ่น โดยการปรับปรุงโครงสร้างรายได้ของท้องถิ่นให้องค์กรปกครองท้องถิ่นสามารถพึ่งพาตนเองทางการคลังได้อย่างเหมาะสม หรือควรมีความชัดเจนในการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ซึ่งมีความสอดคล้องกับปริมาณเม็ดเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ

สำหรับในประเด็นการบริหารจัดการการคลังเพื่อสนับสนุนงานด้านสาธารณสุขท้องถิ่นนั้น ประเด็นคำถามการวิจัยที่ควรมีต่อไป คือ อะไรเป็นรากเหง้าของปัญหาของระบบการจัดเก็บรายได้ขององค์กรปกครองท้องถิ่น และโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบเงินอุดหนุนจากรัฐซึ่งจากผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าเป็นการ “สร้าง” มากกว่า “แก้ไข” ความเหลื่อมล้ำทางด้านการคลังท้องถิ่น ประเด็นคำถามการวิจัยดังกล่าวจำเป็นต้องมีการบูรณาการองค์ความรู้ทางเศรษฐศาสตร์และการจัดการการเงินควบคู่ไปกับองค์ความรู้ทางด้านบริหารรัฐกิจและสาธารณสุขศาสตร์ ตลอดจนควรมีการขยายขอบเขตการศึกษาไปยังภูมิภาคอื่นที่มีการดำเนินโครงการนำร่องถ่ายโอน รพ.สต. เพื่อจะได้เกิดความรู้ความเข้าใจในบริบททางด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น ซึ่งบริบททางด้านสังคมที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อพลวัตของการเมืองภาคประชาชน ตลอดจนแนวทางการบริหารงานขององค์กรปกครองท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2551). รายงานการติดตามประเมินผลการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- จรรยาพร ศรีสลักษ์, จเร วิชไทย และรำไพ แก้ววิเชียร. (2552). ประสพการณ์การกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขในรูปแบบการถ่ายโอนสถานีนอนามัย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 3, 16-24.
- ดำรง วัฒนา. (2547). การประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอนและความเหมาะสมของภารกิจที่จะถ่ายโอน. กรุงเทพมหานคร: กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น.
- ปรีดา แต่อารักษ์. (2553). สังเคราะห์ทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และอัญญิยา ชวงค์เลิศ. (2550). สมรรถนะในการวางแผนและความสามารถขององค์การบริหารส่วนตำบลในการปฏิบัติการกิจหน้าที่: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์, 37, 35 – 72.
- สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประเทศไทย. (2552). เสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการกระจายอำนาจและธรรมาภิบาลท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประเทศไทย.

- ศรีสุตา รัศมีพงศ์, ศศิธร วรรณพงษ์ และจารุวรรณ ไผ่ตระกูล. (2553). ศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ภาคกลางในการมีส่วนร่วมผลิตพยาบาลของชุมชน. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 5, 162 – 168.
- Akin, J., P. Hutchinson, & K. Strumpf. (2001). *Decentralized and Government Provision of Public Goods: the Public Health Sector in Uganda*. North Carolina: University of North Carolina and Carolina Population Center.
- Aldershot, A., G. Laverack, & N. Wallerstein. (1998). Measuring Community Empowerment: A Fresh Look at Organizational Domains. *Health Promotion International*, 16, 179 – 185.
- Brown, L., A. LaFond, & K. MacIntyre. (2001). *Measuring Capacity Building*. Chapel Hill, North Carolina: Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill.
- Heritage, Z. & M. Dooris. (2009). Community Participation and Empowerment in Healthy Cities. *Health Promotion International*, 24, 45 – 55.
- Khaleghian, P. & M. Das Gupta. (2005). Public Management and the Essential Public Health Functions. *World Development*, 33, 1083 – 1099.
- Laverack, G. & N. Wallerstein. (2001). Measuring Community Empowerment: A Fresh Look at Organizational Domains. *Health Promotion International*, 16, 179-185.
- Lyons, M. (2007). *Place-Shaping: A Shared Ambition for the Future of Local Government: Final Report*. Norwich, UK: Office of Public Sector Information.
- Manor, J. (1999). The Political Economy of Democratic Decentralization. Washington, D.C.: The World Bank, Directions in Development Series.
- Minkler, M. (2005). Improving Health through Community Organization and Community Building: A Health Education Perspective. In: M. Minkler (Ed.), *Community Organizing and Community Building for Health* London (pp. 30-52). New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Osborne, D. & T. Gaebler. (1992). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. New York: Penguin Books.
- Smithies, J. & G. Webster. (1998). *Community Involvement in Health*, From Passive Recipients to Active Participants.
- Sudhipongpracha, T. (2013). Measuring Community Empowerment as A Process and An Outcome: Preliminary Evaluation of the Decentralized Primary Health Care Programs in Northeast Thailand. *Community Development*, 44, 551-566.
- Sudhipongpracha, T., & A. Wongpredee. (2015). Disequalizing Equalization Transfers: Assessment of the Relationship between Equalization Grant and Local Fiscal Capacity in Northeast Thailand. *Asian Affairs: An American Review*, 42, 1-23.

- Wei, Y.D. (2000). *Regional Development in China: States, Globalization, and Inequality*. London and New York: Routledge.
- Wongpredee, A. (2012). Local Fiscal Problems in Thailand: The Perceptions of Municipal Mayors. *NIDA Journal of Public and Private Management* , 19, 1-27.
- World Health Organization (WHO). (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.