

กิตติกรรมประกาศ

งานวิทยุฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ในการนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณประธาน กรรมการ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา แพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอนที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ขอขอบคุณสำนักวิจัยและส่งเสริมวิชาการการเกษตรที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย ในปีงบประมาณ 2549

ขอขอบคุณคุณวรพล อัฐวงศ์ คุณวรารักษ์ ดวงแสง และคุณพรวิสาข์ วงศ์เกษม ที่ช่วยประสานงานในการวิจัยครั้งนี้ ทำยที่สุดนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณฝ่ายประสานงานวิจัยที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

คณะผู้วิจัย



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	1
Abstract	3
กิตติกรรมประกาศ	6
บทที่ 1 บทนำ	7
ความสำคัญที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย	7
วัตถุประสงค์โครงการ	10
ผลสำเร็จของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับและหน่วยงานที่จะนำผลการวิจัยไปใช้	10
บทที่ 2 การตรวจเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
แนวคิดเกี่ยวกับการปกครองส่วนท้องถิ่น	12
แนวคิดในการกระจายอำนาจ	17
การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	21
องค์การบริหารส่วนตำบล	49
องค์ประกอบหลักของงานสาธารณสุขมูลฐาน	55
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	66
ข้อสรุปเชิงทฤษฎีและกรอบแนวคิดในการดำเนินโครงการ	74
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	76
สถานที่ดำเนินโครงการวิจัย	76
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง	76
กระบวนการในการดำเนินโครงการ	77
ขอบเขตของการวิจัย	78
ระยะเวลาทำการวิจัยและสถานที่เก็บข้อมูล	78
เครื่องมือในการวิจัย	78
การทดสอบเครื่องมือ	79
การวิเคราะห์ข้อมูล	80
บทที่ 4 ผลการวิจัย	82
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	82

ตอนที่ 2 สภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล	88
ตอนที่ 3 ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและ ระบบบริการสุขภาพชุมชน	104
ตอนที่ 4 รูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล	125
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	133
สรุป	133
ข้อเสนอแนะ	137
ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	137
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	137



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แสดงการจัดสรรงบประมาณให้กับ สสจ. และ กสพ.	29
2	แสดงบทบาทของ สสจ. และ สสอ. ที่ต้องปรับเปลี่ยน	37
3	แสดงบทบาทหน้าที่ใหม่ของ สสจ. และความสัมพันธ์กับส่วนกลาง และท้องถิ่น	37
4	แสดงความสัมพันธ์ของ กสพ. กับเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ 3 ระดับ	39
5	แสดงความสัมพันธ์เชิงหน้าที่ของเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ ในการจัดบริการด้านสุขภาพ	40
6	แสดงความสัมพันธ์เชิงหน้าที่ ของ สสจ. และกระทรวงสาธารณสุข ในการสนับสนุนทางวิชาการ และติดตามประเมินผล	41
7	แสดงความสัมพันธ์ของสถานบริการสุขภาพ กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคณะกรรมการสุขภาพ ระดับพื้นที่/อำเภอ/ตำบล	42
8	แสดงความสัมพันธ์ ความเชื่อมโยงของโครงสร้าง และกลไกในการทำงาน ระหว่างสำนักประกันสังคม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กับ กสพ. และเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่	43
9	แสดงความสัมพันธ์ และความเชื่อมโยงของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สภาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่	45
10	แสดงการจัดสรรงบประมาณให้กับ สสจ. และ กสพ.	47
11	แสดงโครงสร้าง และความสัมพันธ์ของกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)	48

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละขององค์การบริหารส่วนตำบลจำแนกตามระดับชั้นขององค์การบริหารส่วนตำบล	82
2	จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามเพศ	83
3	จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามอายุ	83
4	จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามระดับการศึกษา	84
5	จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามตำแหน่งปัจจุบัน	85
6	จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามตำแหน่งปัจจุบัน	86
7	จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามวาระการดำรงตำแหน่ง	87
8	จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามวาระการดำรงตำแหน่ง	87
9	จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน	88
10	จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามสภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล	91

ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล
ในการพัฒนาระบบสุขภาพและบริการสุขภาพชุมชน
READINESS OF DISTRICT ADMINISTRATIVE ORGANIZATIONS FOR
THE DEVELOPMENT OF COMMUNITY HEALTH SYSTEM AND
COMMUNITY HEALTH SERVICE

อดิศร คันทรธ¹ เฉลิมชัย ปัญญาดี²

ADISORN KHUNTHAROSE CHALERMCHAI PANYADEE

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพและบริการสุขภาพชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการบริหารจัดการด้านการบริการสุขภาพในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล 2) ศึกษาความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชน และ 3) เสนอรูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล ในครั้งนี้ได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) หน่วยในการวิจัย (unit of analysis) ครั้งนี้มีหน่วยเป็น องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ให้ข้อมูล คือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลและ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ครอบคลุมในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคเหนือตอนบน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น ผลการวิจัยปรากฏดังต่อไปนี้

องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับชั้นขนาดเล็ก ผลการศึกษาสภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโดยภาพรวม พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีสภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่ในระดับมากในด้านการจัดให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 4.01) จัดให้มีการรักษา

¹ คณะศิลปศาสตร์

² วิทยาลัยบริหารศาสตร์

ความสะอาดและความเป็นระเบียบของชุมชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.65) การจัดให้มีการควบคุม และป้องกันโรคของคนในชุมชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 4.17) การจัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพของคน ในชุมชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.96) การจัดให้มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.90) การจัดให้มีการป้องกันมลภาวะและสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.88) การจัดให้มีการเฝ้าระวัง และแก้ปัญหาภาวะโภชนาการ (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.79) การจัด ให้มีการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.80) การจัดให้มีการควบคุม ป้องกัน และระงับโรคติดต่อ (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 4.10) การจัดให้มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ค่าเฉลี่ย ถ่วงน้ำหนัก 3.69) การจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน และกลุ่มผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ยถ่วง น้ำหนัก 3.70) การจัดให้มีการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.75) การจัดให้มีการป้องกันอุบัติเหตุ และอุบัติภัย (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.77) ส่วนประเด็นอื่นๆนั้น มี สภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่ในระดับปานกลาง

การศึกษาความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชน โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อม ในระดับมาก ในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.76) การ กำหนดแผนปฏิบัติงานด้านสุขภาพของชุมชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.62) การเปิดโอกาสให้ ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.71) การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของชุมชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.88) การดำเนินการ ด้านสุขภาพของชุมชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.84) การติดตาม และควบคุมด้านสุขภาพของชุมชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.78) การประเมินผลด้านสุขภาพของชุมชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.68) การ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในสำนักงานในด้านสุขภาพของชุมชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.87) การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ในการใช้คน งบประมาณ การดำเนินงาน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 4.08) การสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมทางสาธารณสุขในหมู่บ้าน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 4.01) การจัดหายาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นไว้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุขของชุมชน (ศสมช.) (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.72) การดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาที่จำเป็นและเหมาะสมแก่ประชาชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.69) การดำเนินงานด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในศูนย์บริการ สาธารณสุขของชุมชน (ศสมช.) (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.74) การให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ ประชาชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.85) การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิด การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.65) การดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนา ความร่วมมือระหว่าง อบต. กับชุมชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 4.09) การร่วมจัดทำประชาคม สุขภาพเพื่อค้นหาปัญหาสาธารณสุขของชุมชนร่วมกับประชาชน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.83) มี ความพร้อมในการดำเนินการจัดทำทะเบียนข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (ค่าเฉลี่ยถ่วง

หน้า 3.74) การจัดการประชุมเพื่อให้หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.87) การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลและสนับสนุนนโยบายสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.93) ส่วนประเด็นอื่นๆ นั้นมีความพร้อมในระดับปานกลาง

รูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบลควรเป็นลักษณะของภาคีความร่วมมือระหว่างสมาชิกในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ที่เน้นการเปิดโอกาสให้สมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสุขภาพให้มากขึ้น โดยเน้นกลยุทธ์ด้านการให้ความรู้ด้านสุขภาพ กลยุทธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดีอยู่เสมอ มากกว่ากลยุทธ์ด้านการรักษา และฟื้นฟูสุขภาพหลังเจ็บป่วย องค์การบริหารส่วนตำบล ควรแต่งตั้งผู้ประสานงานหลักซึ่งอาจอยู่ในรูปคณะกรรมการสุขภาพชุมชน เปิดโอกาสให้สมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม อาจประกอบด้วยสมาชิก อบต. ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร. ทำงานร่วมกันเพื่อประสานงานและดำเนินการให้ครอบคลุมทุกยุทธศาสตร์ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และควรมีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ซึ่งได้แก่โรงพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุขและสถานีนานามัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่สมาชิกในชุมชนนั่นเอง

ABSTRACT

The objectives of this study were to investigate the following : 1) managerial administration condition on health service in the area of district administrative organizations ; 2) readiness of district administrative organizations for the development of community health system and community health service system ; and 3) form of health managerial administration suited to district administrative organizations. Quantitative research and unit of analysis were used in this study. A set of questionnaires passing reliability test was used for data collection. Respondents in this study consisted of presidents and vice-presidents of district administrative organizations as well as members of district administrative organizations covering 7 uppers – northern provinces.

Results of the study revealed that most of the district administrative organizations were small ones. As a whole, it was found that the district administrative organizations had a high level of health managerial administration in terms of the following : 1) management on the

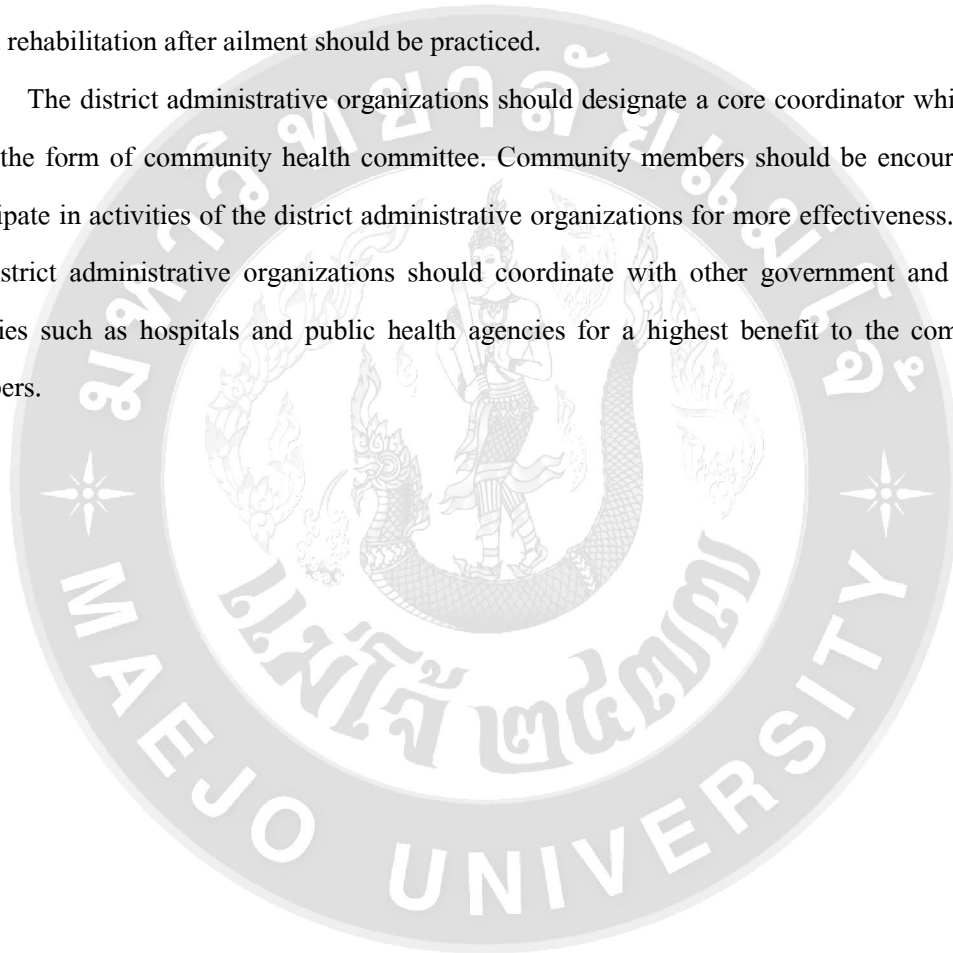
development of quality of life of the youth, women, elderly people , and people having less opportunity (weight mean score = 4.01) ; 2) cleanliness maintenance and tidiness of the community (weight mean score = 3.65) ; 3) disease prevention and control of the community (weight mean score = 4.17) ; 4) provision of health promotion (weight mean score = 3.96) ; 5) provision of knowledge on sanitary for local people (weight mean score = 3.90) ; 6) prevention of environmental pollution (weight mean score = 3.88) ; 7) awareness of nutrition problem (weight mean score = 3.79) ; 8) provision of infectious disease prevention and control (weight mean score = 4.10) ; 9) promotion of disease immunity (weight mean score = 3.96) ; 10) provision of activities promoting mental health for local people (weight mean score = 3.70) ; 11) provision of AIDS prevention and control (weight mean score = 3.75) ; 12) provision of accident and accidental calamity prevention (weight mean score = 3.77). Other aspects were found to be in a moderate level in terms of health managerial administration condition.

Results of study also revealed that the district administrative organizations had a high level of readiness in the development of community health system and community health service system based on the following ; 1) the determination of community health policy (weight mean score = 3.76) ; 2) the determination of action plan on health community (weight mean score = 3.62) ; 3) provision of people participation in the determination of community health policy (3.88) ; 5) operation on community health (weight mean score = 3.84) ; 6) monitoring and community health (weight mean score = 3.78) ; 7) assessment of community health (weight mean score = 3.68) ; 8) potential development of personal of community health offices (weight mean score = 3.87) ; 9) coordination with other agencies on personal , budget , and operation (weight mean score = 4.08) ; 10) support the establishment of public health activities (weight mean score = 4.01) ; 11) provision of needed medicines and medical supplies for the community public health center (weight mean score = 3.72) ; 12) promotion of medicines necessary for local people (weight mean score = 3.69) ; 13) operation on basic first – aid in the community public health center (weight mean score = 3.74) ; 14) giving suggestions on health to local people (weight mean score = 3.85) ; 15) development of policy and strategy on health for continual operation (weight mean score = 3.65) ; 16) holding activities for development with the community (weight mean score = 4.09) ; 17) participation in the preparation of community forum on health for finding public health problems (weight mean score = 3.83) ; 18) readiness for the preparation of data registration on public health volunteers (weight mean score = 3.74) ; 19) holding meetings for various agencies or organizations to participate in an analysis of public

health of the community (weight mean score = 3.87) ; 20) coordination with concerned agencies on the support of health policy of the community (weight mean score = 3.93). Other aspects were found to be in a moderate level.

With regards to the form to health managerial administration suited to the district administrative organizations, it should have coordination among community members, district administrative organizations, and concerned government agencies. Besides, it should focus on local people participation in health managerial administration. This must also focus on strategies on the provision of health knowledge and health maintenance rather than healing. Not only this, health rehabilitation after ailment should be practiced.

The district administrative organizations should designate a core coordinator which may be in the form of community health committee. Community members should be encouraged to participate in activities of the district administrative organizations for more effectiveness. Lastly, the district administrative organizations should coordinate with other government and private agencies such as hospitals and public health agencies for a highest benefit to the community members.



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นหน่วยการปกครองท้องถิ่นที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล และเป็นส่วนราชการส่วนท้องถิ่นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 282-290 ได้บัญญัติให้มีการกระจายอำนาจให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหารจัดการในท้องถิ่นของตนเองได้ การให้บริการแก่ประชาชนในท้องถิ่นตนเองทางด้านการศึกษา และสุขภาพอนามัยชุมชน การดูแล ทำนุบำรุง พัฒนาบ้านเมือง ตลอดจนการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเห็นว่า ขอบเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลนั้น ครอบคลุมและเกี่ยวข้องกับงานของส่วนราชการส่วนกลางหลายกระทรวง หลายกรม หลายกอง ที่ได้ปฏิบัติราชการมาเป็นเวลายาวนาน ที่ประสบการณ์ในการทำงานการให้บริการมากมาย การกระจายอำนาจ กระจายงาน มอบหมายภารกิจหน้าที่ งบประมาณโอนจากราชการส่วนกลางมามอบให้องค์การบริหารส่วนตำบลจึงนับว่ามีความสำคัญ แม่นว่าตามหลักการบริหารราชการแผ่นดินโดยการกระจายอำนาจให้ประชาชนได้มีโอกาสปกครองตนเอง ตามความเชื่อมั่นที่ว่า องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหน่วยงานส่วนท้องถิ่นที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดย่อมได้รับทราบปัญหาของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง สามารถบริหารจัดการเพื่อแก้ปัญหาของประชาชนได้รวดเร็วและตรงกับความต้องการของประชาชนมากที่สุด แต่ถ้ามอบอำนาจจากราชการส่วนกลางมายังส่วนท้องถิ่นโดยที่องค์การบริหารส่วนตำบลยังขาดความพร้อมในการรับมอบงาน ขาดบุคลากร ขาดงบประมาณ บุคลากรที่มีอยู่ยังขาดความรู้ ประสบการณ์เฉพาะทาง เช่น งานทางด้านการบริหารการศึกษาและงานบริหารการสาธารณสุข ซึ่งถือได้ว่าเป็นงานที่จะต้องอาศัยบุคลากรเฉพาะทางที่มีความรู้ ประสบการณ์และจำเป็นต้องใช้งบประมาณในการบริหารจัดการเป็นจำนวนมาก

ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งแต่เดิม กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานราชการส่วนกลาง รับผิดชอบ ได้กำหนดนโยบายงานสาธารณสุขออกเป็น 1) งานเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรค เช่น โรคไข้หวัดนก โรคเอดส์ โรคไข้เลือดออก โรคโปลิโอ เป็นต้น เพื่อกำหนดแผนงานป้องกันการติดต่อของโรคจนเกิดเป็นโรคระบาด เช่น การใช้วัคซีนเพื่อป้องกันการเกิดโรคโปลิโอ การตัดวงจรการติดต่อไข้หวัดนกจากสัตว์ปีกสู่คน การกำจัดยุงหลายพาหะนำเชื้อโรคไข้เลือดออก การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชน เป็นต้น 2) งานวินิจฉัยโรค ให้การรักษาฟื้นฟูสุขภาพให้กลับมี

สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเป็นปกติ 3) งานส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนให้ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพที่ดี การเสริมสร้างสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ โดยความเชื่อที่ว่า เมื่อประชาชนมีสุขภาพดีเป็นทรัพยากรมนุษย์ของชาติที่มีคุณภาพ สามารถทำงานเลี้ยงชีพ เลี้ยงครอบครัวให้มั่นคงยั่งยืนส่งผลให้มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต และชำระค่าภาษี บำรุงท้องที่ประเทศชาติก็ได้ประโยชน์มั่นคง

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยงานที่ให้การสาธารณสุขหลายระดับ คือ งานนโยบายระดับชาติกระทรวงเป็นผู้รับผิดชอบ กำหนดนโยบาย แผนงาน โดยมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดูแลงานทางด้านงานเฝ้าระวังโรค งานป้องกันการเกิดโรค งานส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน ส่วนโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยตำบล ดูแลงานวินิจฉัยโรค ให้การรักษาโรคเมื่อตรวจวินิจฉัยว่าประชาชนป่วยเป็นโรคอะไร มีการดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพให้กลับมีสุขภาพดีเช่นเดิม

ในส่วนขององค์การบริหารส่วนตำบล ได้รับการถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 1) งานเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรค เมื่อพบว่าท้องถิ่นของตนเอง ผู้ป่วยโรคติดต่อบางโรค เช่น โรคไข้หวัดนก โรคซาร์ ต้องรีบรายงานให้กระทรวงสาธารณสุขผ่านหน่วยงานของรัฐ เช่น ที่ว่าการอำเภอ หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัด เป็นต้น 2) ให้บริการรักษาโรคโดยสถานีอนามัยตำบล ซึ่งวางแผนโอนมาให้องค์การบริหารส่วนตำบลบริหารจัดการ บางแห่งยังไม่พร้อมที่จะรับโอนมาดำเนินการ 3) งานส่งเสริมสุขภาพชุมชน มีโครงการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนที่ดีหลายโครงการ เช่น โครงการสร้างน้าสะอาด เป็นการรณรงค์ให้ประชาชนออกกำลังกายอยู่เสมอ จะเห็นประชาชนรวมตัวกันออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ การเต้นแอโรบิก (Aerobic Dance) การถีบจักรยานเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหาร ลานอเนกประสงค์ของชุมชน ในตอนเช้าหรือช่วงเวลาเย็นหลังจากเสร็จภาระกิจการทำงานแล้ว จากภารกิจที่ได้รับมอบหมาย พบว่ามีปัญหาในการบริหารจัดการหลายๆ ด้าน เช่น ขาดบุคลากรที่มีความรู้ ประสบการณ์ เป็นผู้นำทางด้านสาธารณสุขที่จะบริหารจัดการระบบสุขภาพชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลยังขาดความรู้ความเข้าใจที่แท้จริงในการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน ขาดการพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชนให้มีความก้าวหน้า มีการจัดการอย่างต่อเนื่องยั่งยืน ขาดงบประมาณสนับสนุนในการจัดระบบสุขภาพทุกด้าน ทั้ง 3 ภารกิจที่กล่าวมาขององค์การบริหารส่วนตำบลบางแห่งไม่มีแผนการปฏิบัติงานระยะ 1 ปี 5 ปี หรือการวางแผนระยะยาว

ในปัจจุบันได้มีการกระจายอำนาจไปยังหน่วยต่างๆ ซึ่งหน่วยที่เล็กที่สุดที่มีการกระจายอำนาจไปก็คือ องค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งนับว่าเป็นหน่วยงานที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ด้วยความใกล้ชิดนี้จึงทำให้รับทราบปัญหาตลอดจนความต้องการที่แท้จริง

ของประชาชน อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าองค์การบริหารส่วนตำบลจะมีความใกล้ชิดกับประชาชนและสามารถรับรู้ปัญหาและความต้องการของประชาชน ซึ่งในการถ่ายโอนภารกิจนั้นได้มีการถ่ายโอนงานจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาคไปยังองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งภารกิจในการถ่ายโอนมี 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ด้านการจัดระเบียบชุมชน/สังคม และการรักษาความสะอาดเรียบร้อย ด้านการวางแผน การส่งเสริมการลงทุน พาณิชยกรรม และการท่องเที่ยว ด้านการบริหารจัดการ และการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้านศิลปวัฒนธรรม จารีตประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น

หัวใจของการกระจายอำนาจ คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการงานต่างๆเพื่อชุมชนเอง แต่ดูเหมือนว่าไม่ว่ารูปแบบใด ไม่เห็นบทบาทและกระบวนการของประชาชนในการร่วมกำหนดบริการและร่วมสร้างแบบแผนของสุขภาพเลย การกระจายอำนาจเป็นสิ่งที่ดี แต่ถ้าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีความพร้อมที่จะรับ ประชาชนไม่พร้อมตรวจสอบ และอำนาจนั้นควบคุมไม่ได้ การกระจายอำนาจนั้นอันตรายมาก ถ้ากระจายแล้วมันและ สังคมจะเกิดแรงเหวี่ยงสะท้อนกลับมา เห็นว่าการรวมศูนย์อำนาจดีกว่าการกระจาย การกระจายที่ดี ควรค่อยๆกระจาย ไม่ใช่ปล่อยมือตูมเดียว ในอนาคตอันใกล้ งบประมาณ 2 แสนล้านบาท และภารกิจการจัดบริการ 20-30 อย่างจะไปอยู่ในมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งน่าเป็นห่วงมาก เพราะอาจเป็นการออกจากกรอบของราชการส่วนกลางมาเป็นราชการส่วนท้องถิ่นแทน และไม่ใช่เป็นการกระจายอำนาจที่มีประสิทธิภาพในการจัดการอย่างแท้จริง (ปิติ ทฤษฎีกุณ และ พิษญา ตันติเศรณี, 2547: ระบบออนไลน์)

ปัญหาที่สำคัญในระยะเปลี่ยนผ่าน คือการเติบโตอย่างรวดเร็วทิศทาง โดยเฉพาะในระดับสถานีอนามัย จะมีการขยายบริการของสถานีอนามัยจากที่ควรเน้นบริการทางการแพทย์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมาเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก และนำไปสู่ความสับสนในการจัดหาเครื่องมือแพทย์อีกมากมาย ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพจะสูงขึ้นอีก แทนที่จะไปเน้นการสร้างเสริมสุขภาพคนในชุมชนด้วยการสร้างสวนสาธารณะ , ส่งเสริมการออกกำลังกาย , ดูแลงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค , จัดการปัญหาสิ่งแวดล้อม , สนับสนุนแพทย์พื้นบ้านและการใช้สมุนไพรเป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจไม่ได้รับการให้ความสำคัญจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่าที่ควร เพราะทำไปก็ไม่เห็นผลงานเท่าการสนับสนุนการซ่อมสุขภาพ ด้วยงานรักษาพยาบาล การปฏิรูประบบสุขภาพให้คนไทยมีโอกาสของการมีสุขภาพดีขึ้น นอกจากการกระจายอำนาจทางสาธารณสุขอย่างเหมาะสมแล้ว ยังต้องมีการปฏิรูประบบอื่นๆ อีกมากมายด้วย เช่นการปฏิรูประบบยา , การปฏิรูประบบการแพทย์ในมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมากกว่าแพทย์เฉพาะทาง , การปฏิรูประบบการเงินการคลังให้เกิดความเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ , การปฏิรูปบทบาทภาพประชาชนในการมีส่วนร่วม

อย่างใกล้ชิด รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อม , การศึกษา , สังคม , การเมืองและวัฒนธรรมด้วย (ปิติ ทฤษฎีคุณ และ พิชญา ตันติเศรณี, 2547: ระบบออนไลน์)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาถึงความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารจัดการสุขภาพในชุมชน ในประเด็นการรับโอนภารกิจในระบบบริการสุขภาพชุมชน และการพัฒนาระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการ ปัญหาทางด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งคณะผู้วิจัยได้จัดทำโครงการศึกษาระบบบริหารสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล โดยคาดหมายว่า ผลของการศึกษาวิจัยจะเป็นแนวทางในการบริหารจัดการสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์โครงการ

โครงการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพและบริการสุขภาพชุมชน ซึ่งโครงการได้กำหนดวัตถุประสงค์ย่อยดังนี้

1. เพื่อศึกษาสภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล
2. เพื่อศึกษาความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชน
3. เพื่อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล

ผลสำเร็จของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับและหน่วยงานที่จะนำผลการวิจัยไปใช้

1. การดำเนินโครงการมุ่งศึกษาระบบสุขภาพชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบล โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่องค์การบริหารส่วนตำบลดำเนินการเช่น งานเฝ้าระวังและป้องกันโรค งานบริการวินิจฉัยและรักษาโรค ส่วนที่ 2 เป็นส่วนที่ดำเนินการโดยประชาชนในชุมชนรวมตัวกันได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล เช่นงานส่งเสริมสุขภาพชุมชน ตามความสนใจและต้องการของประชาชน
2. การดำเนินโครงการมุ่งศึกษาปัญหาบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
3. ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่เป็นมาตรฐาน มีคุณภาพ ตรงกับความต้องการของคนในชุมชน

4. หน่วยงานที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ประกอบด้วย

- 1) องค์การบริหารส่วนตำบล
- 2) กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัด
- 3) โรงพยาบาล สถานีอนามัย
- 4) มหาวิทยาลัยแม่โจ้
- 5) ผู้สนใจทั่วไป



บทที่ 2

การตรวจเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินโครงการครั้งนี้อาศัยแนวคิดเกี่ยวกับการกระจายอำนาจแนวคิดเกี่ยวกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาเป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งผลการตรวจเอกสารแนวคิดทฤษฎีและการวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยสรุปตามประเด็นดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการปกครองส่วนท้องถิ่น
2. แนวคิดในการกระจายอำนาจ
3. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
4. องค์การบริหารส่วนตำบล
5. องค์ประกอบและหลักการของงานสาธารณสุขมูลฐาน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. ข้อเสนอเชิงทฤษฎีและกรอบแนวคิดในการดำเนินโครงการ

แนวคิดเกี่ยวกับการปกครองท้องถิ่น

แนวความคิดในการกระจายอำนาจส่งผลให้มีการจัดตั้งองค์การเพื่อการดำเนินงานการปกครองท้องถิ่นในรูปแบบของการปกครองตนเอง (Local self government) ตามหลักการของการกระจายอำนาจ ทั้งนี้เนื่องจากการปกครองท้องถิ่น คือ รูปแบบการปกครองที่จำเป็น และมีความสำคัญในทางการเมือง การปกครองชุมชนต่าง ๆ ให้สมบูรณ์ที่สุด เพื่อให้องค์การปกครองท้องถิ่นเป็นสถาบันการเมืองระดับพื้นฐานที่จะฝึกฝนให้พลเมืองเกิดความเข้าใจในกลไกและกระบวนการการเมืองการปกครองประชาธิปไตยอย่างแท้จริง และเพื่อให้องค์การการปกครองท้องถิ่นแบ่งเบาภาระของรัฐบาลกลางมาปฏิบัติจัดทำสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพและถูกเป้าหมาย (ประหยัด หงส์ทองคำ 2526 : 7) ซึ่งจะนำเสนอรายละเอียดของการปกครองท้องถิ่นดังนี้

ความหมายของการปกครองท้องถิ่น

Denell Wit ได้ให้ความหมายของการปกครองท้องถิ่นว่า เป็นการปกครองที่รัฐบาลกลางให้อำนาจหรือกระจายอำนาจออกไปให้หน่วยการปกครองท้องถิ่น เพื่อเปิดโอกาสให้

ประชาชนในท้องถิ่นได้มีอำนาจในการปกครอง และร่วมรับผิดชอบทั้งหมด หรือเพียงบางส่วนในการบริหารท้องถิ่นตามแนวความคิดที่ว่า ถ้าอำนาจการปกครองมาจากประชาชนในท้องถิ่นแล้ว รัฐบาลของท้องถิ่นก็ย่อมจะเป็นรัฐบาลของประชาชนโดยประชาชน และเพื่อประชาชน ดังนั้นการบริหารการปกครองท้องถิ่นจึงจำเป็นต้องมีองค์การของตนเอง อันเกิดจากการกระจายอำนาจของรัฐบาลกลาง โดยให้องค์การอันมิได้เป็นส่วนหนึ่งของราชการบริหารส่วนกลางมีอำนาจในการตัดสินใจ และบริหารงานภายในท้องถิ่นในเขตอำนาจของตน (Denell Wit, 1967:1 ในอุทัย หิรัญโต 2523 : 19)

Harris G. Mongtague ได้ให้ความหมายของการปกครองท้องถิ่นว่าการปกครองซึ่งหน่วยงานการปกครองท้องถิ่นได้มีการเลือกตั้งโดยอิสระ เพื่อเลือกผู้ที่มีหน้าที่บริหารการปกครองท้องถิ่นมีอำนาจอิสระ พร้อมมีความรับผิดชอบซึ่งตนเองสามารถที่จะใช้ได้โดยปราศจากการควบคุมของหน่วยราชการบริหารส่วนกลาง หรือภูมิภาค แต่ทั้งหน่วยงานการปกครองท้องถิ่นยังอยู่ภายใต้บังคับบัญชาด้วยอำนาจสูงสุดของประเทศ ไม่ได้กลายเป็นรัฐอิสระแต่อย่างใด (Harris G. Mongtague 1984 : 574 ในอุทัย หิรัญโต 2523 : 19)

อุทัย หิรัญโต ได้กล่าวการปกครองท้องถิ่น (Local government) มีความหมายเป็น 2 นัย โดยนัยแรก คือ หมายถึงการปกครองท้องถิ่นที่รัฐบาลมอบหมาย ให้หน่วยงานการปกครองหน่วยใดหน่วยหนึ่งของรัฐบาลท้องถิ่นด้วย หรือทำหน้าที่เป็นสองฐานะ คือ เป็นหน่วยงานการปกครองที่ได้รับอำนาจจากรัฐบาลตามหลักการแบ่งอำนาจ (Deconcentration) และขณะเดียวกันก็ทำหน้าที่ในฐานะเป็นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย เช่น ประเทศฝรั่งเศส อังกฤษ ญี่ปุ่น นัยที่สอง Local self government หมายถึงการปกครองท้องถิ่นในรูปที่รัฐกระจายอำนาจให้ประชาชนในท้องถิ่นใดท้องถิ่นหนึ่ง มีอำนาจปกครองตนเอง มีหน่วยการปกครองซึ่งตามกฎหมายของรัฐ มีฐานะเป็นหน่วยการปกครองที่มีอำนาจอิสระของตัวเอง เช่น ประเทศอเมริกา รัสเซีย มาเลเซีย แคนาดา (อุทัย หิรัญโต 2523 : 19)

จากความหมายการปกครองท้องถิ่น สามารถสรุปเป็นแนวความคิดที่ว่าด้วยการปกครองท้องถิ่นได้ 6 แนวคิด คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับสังคมวิทยา

ปัจจัยทางสังคมมีอิทธิพลต่อการปกครองท้องถิ่นในอันที่จะเสริมสร้างจิตสำนึกและความรู้สึกร่วมกันในการพัฒนาท้องถิ่นให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งแนวคิดที่เกี่ยวกับสังคมวิทยาเป็นการที่อธิบายถึงพัฒนาการของการปกครองท้องถิ่นในแต่ละแห่ง โดยพยายามมุ่งเน้นว่าความรู้สึกผูกพันในพื้นที่นั้นมักจะเกิดขึ้นมาจากบุคคลที่อยู่ในพื้นที่นั้น หรืออาจกล่าวได้ว่า แนวคิดการปกครองท้องถิ่นก็เพื่อที่จะสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์การในการบริหารการปกครองท้องถิ่นให้มากที่สุด

2. แนวคิดทางเศรษฐกิจ

ปัจจัยทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อการปกครองท้องถิ่นในอันที่จะตอบสนองต่อการแก้ปัญหาความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นดังกล่าว คือ ประชาชนในท้องถิ่นจะมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกันไปตามลักษณะและสภาพชุมชนนั้น ๆ

3. แนวคิดทางภูมิศาสตร์

แนวคิดนี้จะมีอิทธิพลต่อการจัดรูปแบบแต่ละโครงสร้างของการบริหารการปกครองท้องถิ่นในแต่ละแห่งแตกต่างกัน กล่าวคือ ในกรณีที่อาณาเขตกว้างขวาง แต่มีความหนาแน่นของประชากรน้อยการจัดรูปแบบของหน่วยการปกครองท้องถิ่นก็อาจจะเป็นไปแบบหนึ่งหรือกรณีประชากรมีความหนาแน่นมากก็จะเป็นไปอีกแบบหนึ่งก็ได้

4. แนวคิดทางกฎหมาย

ในการบริหารการปกครองท้องถิ่น เมื่อพิจารณาถึงลักษณะที่สำคัญของการปกครองท้องถิ่นแล้วจะเป็นการจัดรูปแบบการปกครองในฐานะที่เป็นนิติบุคคลซึ่งจัดตั้งโดยกฎหมายแยกจากรัฐบาลหรือส่วนกลาง มีขอบเขตการปกครองที่มีคณะผู้บริหารที่ได้รับการเลือกตั้งมาจากประชาชนในท้องถิ่นนั้น อาจกล่าวได้ว่า ระบบการบริหารการปกครองท้องถิ่น มีลักษณะที่เป็นไปตามตัวบทกฎหมายที่กำหนดไว้

5. แนวคิดทางกับการเมือง

การบริหารการปกครองท้องถิ่นจะเกี่ยวข้องกับประเด็นทางการเมืองโดยตรง คือ ท้องถิ่นจะเข้าไปเกี่ยวข้องกับการจัดสรรผลประโยชน์และคุณค่าทางสังคมอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม คือ จะมีลักษณะเป็นกระบวนการแสวงหาและใช้อำนาจในท้องถิ่น ซึ่งคณะผู้บริหารของหน่วยการปกครองท้องถิ่นมักจะได้รับการเลือกตั้งมาจากประชาชน ซึ่งที่มาของผู้บริหารจำเป็นที่จะต้องผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน

6. แนวคิดทางการบริหาร

เมื่อมีการจัดองค์การขึ้นมาตามกฎหมาย การบริหารองค์การดังกล่าวจำเป็นที่จะต้องอาศัยหลักการแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการบริหารมาประยุกต์ใช้ในวันที่จะบริหารงานขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากการบริหารและการเมืองไม่สามารถแยกขาดออกจากกันได้เด็ดขาด เปรียบเสมือนว่าการเมืองและการบริหารเป็นเสมือนคนละหน้าของเหรียญเดียวกัน แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารทั่วไป เช่น การวางแผน การจัดองค์การ การจัดคนเข้าทำงาน

หลักการปกครองท้องถิ่น

ประยัด หงส์ทองคำ และพรศักดิ์ ผ่องแผ้ว (2529 : 108) ได้กล่าวถึงหลักการปกครองท้องถิ่นไว้อย่างละเอียดสรุปได้ว่า

1. การปกครอง หมายถึง การปกครองชุมชนหนึ่ง ซึ่งชุมชนเหล่านั้นอาจมีความแตกต่างกันในด้านความเจริญ จำนวนประชากร หรือขนาดพื้นที่ เช่น หน่วยการปกครองท้องถิ่นไทยแบ่งการปกครองกรุงเทพมหานคร เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบล

2. การปกครองท้องถิ่น องค์การปกครองท้องถิ่นจะต้องมีอำนาจอิสระ (Autonomy) ในการปฏิบัติหน้าที่ตามความเหมาะสม กล่าวคือ อำนาจของหน่วยการปกครองท้องถิ่นจะต้องมีขอบเขตพอสมควรที่ไม่สมเจตนาของกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น หากมีอำนาจมากเกินไปไม่มีขอบเขต หน่วยการปกครองนั้นก็กลายเป็นรับอธิปไตยเอง เป็นผลเสียต่อความมั่นคงของรัฐบาลกลาง อำนาจของท้องถิ่นมีขอบเขตที่แตกต่างกันออกไปตามลักษณะความเจริญ และความสามารถของประชาชนในการพิจารณาการกระจายอำนาจในหน่วยการปกครองท้องถิ่นระดับใดจึงเหมาะสม

3. องค์การปกครองท้องถิ่นจะต้องมีสิทธิตามกฎหมาย (Legal right) ที่จะดำเนินการปกครองตนเองสิทธิตามกฎหมายแบ่งออกได้ สองประเภท คือ องค์การปกครองท้องถิ่นมีสิทธิที่จะตรากฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ ขององค์การปกครองท้องถิ่นนั้น เช่น เทศบัญญัติ ข้อบังคับสุขาภิบาล ข้อบังคับตำบล เป็นต้น และสิทธิในการดำเนินการบริหารท้องถิ่น คือ อำนาจในการกำหนดงบประมาณเพื่อบริหารธุรกิจตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยการปกครองท้องถิ่น

4. มีองค์การที่จำเป็น (Necessary organization) ในการปกครองตนเอง องค์การที่จำเป็นของท้องถิ่นแบ่งออกเป็นสองฝ่าย คือ องค์การฝ่ายบริหาร และฝ่ายนิติบัญญัติ เช่น การปกครองท้องถิ่นแบบเทศบาลจะมีคณะกรรมการบริหาร และสภาองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

5. ประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการปกครองท้องถิ่น ตลอดจนแนวคิดที่ว่าประชาชน ในท้องถิ่นเท่านั้นที่จะรู้ปัญหา และวิธีการแก้ไขของตนเองอย่างแท้จริง องค์การปกครองท้องถิ่นจึงจำเป็นต้องมีคนในท้องถิ่น ซึ่งมุ่งเน้นในการที่ประชาชนสามารถเลือกตัวแทนเข้าไปทำหน้าที่แทนตน นอกจากนั้นยังเป็นการฝึกให้ประชาชนในท้องถิ่นเข้าใจในระบบ และกลไกของประชาธิปไตยอย่างแท้จริงอีกด้วย

องค์ประกอบของการปกครองท้องถิ่น

อุทัย หิรัญโต (2523: 22) สรุปว่า ระบบการปกครองท้องถิ่นต้องประกอบด้วย องค์ประกอบ 8 ประการ โดยประการแรก สถานะตามกฎหมาย (Legal status) หมายความว่า หากประเทศใดกำหนดเรื่องการปกครองท้องถิ่นไว้ในรัฐธรรมนูญของประเทศ การปกครองท้องถิ่นในประเทศนั้นจะมีความเข้มแข็งกว่าการปกครองท้องถิ่นที่จัดตั้งโดยกฎหมายอื่น เพราะข้อความที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญเป็นการแสดงให้เห็นว่า ประเทศนั้นมีนโยบายที่จะกระจายอำนาจอย่างแท้จริง ประการสอง คือ พื้นที่และระดับ (Area and level) ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการกำหนดพื้นที่ และระดับของหน่วยการปกครองท้องถิ่นมีหลายประการ เช่น ปัจจัยทางภูมิศาสตร์ ประวัติศาสตร์ เชื้อชาติ และความสำนึกในการปกครองตนเองของประชาชน จึงได้กฎเกณฑ์ ที่จะกำหนดพื้นที่และระดับของหน่วยการปกครองท้องถิ่นออกเป็น 2 ระดับ คือหน่วยการปกครองท้องถิ่นขนาดเล็ก และขนาดใหญ่สำหรับขนาดพื้นที่

จากการศึกษาขององค์การสหประชาชาติ โดยองค์การอาหาร และเกษตรแห่ง สหประชาชาติ(FAO) องค์การศึกษาวิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรม(UNESCO) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความเห็นว่าหน่วยการปกครองท้องถิ่นที่สามารถให้บริการและบริหารสังคมอย่างมีประสิทธิภาพได้ ควรมีประชากร ประมาณ 50,000 คน แต่ก็มีปัจจัยอื่นที่ต้องพิจารณาด้วยเช่น ประสิทธิภาพในการบริหารรายได้ และบุคลากรเป็นต้น ประการที่3 คือการกระจายอำนาจและหน้าที่ การที่จะกำหนดให้ท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ที่มากนักน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับนโยบายทางการเมือง และการปกครองของรัฐบาลเป็นสำคัญ ประการที่สี่ คือองค์การนิติบุคคลจัดตั้งขึ้นโดยผลแห่งกฎหมายแยกจากรัฐบาลกลาง หรือรัฐบาลแห่งชาติมีขอบเขตการปกครองที่แน่นอนมีอำนาจในการกำหนดนโยบาย ออกกฎ ข้อบังคับ ควบคุมให้มีการปฏิบัติตามนโยบายนั้น ๆ ประการที่ห้า คือ การเลือกตั้งสมาชิกขององค์การ หรือคณะผู้บริหารจะต้องได้รับเลือกตั้งจากประชาชนในท้องถิ่นทั้งหมดหรือบางส่วนเพื่อแสดงถึงการเข้ามีส่วนร่วมทางการเมืองการปกครองของประชาชน โดยเลือกผู้บริหารท้องถิ่นของตนเอง ประการที่หก คือ อิสระในการปกครองท้องถิ่น สามารถใช้ดุลพินิจของตนเองในการปฏิบัติกิจการภายในของเขตของกฎหมายโดยไม่ต้องขออนุมัติจากรัฐบาลกลาง และไม่อยู่ในสายการบังคับบัญชาของหน่วยงานของทางราชการ ประการที่7 คืองบประมาณของตนเอง มีอำนาจในการจัดเก็บรายได้ และการจัดเก็บภาษีตามกฎหมายให้อำนาจการจัดเก็บ เพื่อให้ท้องถิ่นมีรายได้เพียงพอที่จะทำนุบำรุงท้องถิ่นให้เจริญก้าวหน้าต่อไป ประการสุดท้ายคือ การควบคุมดูแลของรัฐ เมื่อได้รับการจัดตั้งขึ้นแล้วยังคงอยู่ในการดำเนินการกำกับดูแลของรัฐเพื่อประโยชน์ และความมั่นคงของรัฐ และประชาชนโดยรวม โดยการมีอิสระในการดำเนินงานของหน่วยการปกครองท้องถิ่น ทั้งนี้ได้หมายความว่ามิอิสระเต็มที่ทีเดียว คงหมายถึงอิสระใน

การดำเนินงานเท่านั้นเพราะมีฉะนั้นแล้วท้องถิ่นจะกลายเป็นรัฐอธิปไตย รัฐจึงต้องสงวนอำนาจในการควบคุมดูแลอยู่

นอกจากนี้ คณะกรรมการปรับปรุงระบบการบริหารการปกครองท้องถิ่น โดยนายชวน หลีกภัย นายกรัฐมนตรี ได้มีคำสั่งที่ 262/2535 ลงวันที่ 11 ธันวาคม 2535 เพื่อศึกษาระบบการบริหารการปกครองท้องถิ่นไทยที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันในทุกรูปแบบ หาแนวทางและข้อเสนอในการปรับปรุงโครงสร้างอำนาจหน้าที่ การคลัง และงบประมาณตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาล หน่วยงานส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค กับหน่วยงานปกครองท้องถิ่นโดยกล่าวถึงองค์ประกอบของการปกครองท้องถิ่นไว้ดังนี้ (กรมการปกครอง กองวิชาการและแผนงาน 2537:12-15)

1. เป็นองค์กรที่ฐานะเป็นนิติบุคคล
2. มีสภา และผู้บริหารท้องถิ่นมาจากการเลือกตั้ง
3. มีอิสระในการปกครองตนเอง
4. มีเขตการปกครองที่ชัดเจน และเหมาะสม
5. มีงบประมาณรายได้เป็นของตนเองอย่างเพียงพอ
6. มีบุคลากรปฏิบัติงานของตนเอง
7. มีอำนาจหน้าที่ที่เหมาะสมต่อการให้บริการ
8. มีอำนาจออกข้อบังคับเป็นกฎหมายของท้องถิ่นภายใต้ขอบเขตของกฎหมายแม่บท
9. มีความสัมพันธ์กับส่วนกลางในฐานะหน่วยงานรองของรัฐ

แนวคิดในการกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจ (Decentralization) เป็นการโอนกิจการบริการสาธารณะบางเรื่องจากรัฐหรือองค์การปกครองส่วนกลาง ไปให้ชุมชนที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่นต่าง ๆ ของประเทศ หรือหน่วยงานบางหน่วยงานรับผิดชอบจัดทำอย่างอิสระจากองค์การปกครองส่วนกลาง ซึ่งจะนำเสนอในประเด็นต่าง ๆ ของการกระจายอำนาจ ดังนี้

ความหมายของการกระจายอำนาจ

ธเนศวร์ เจริญเมือง (2540 : 60) ได้ให้ความหมายว่า การกระจายอำนาจ หมายถึงระบบการบริหารประเทศที่เปิดโอกาสให้ท้องถิ่นต่าง ๆ มีอำนาจในการจัดการดูแลกิจการ

หลาย ๆ ด้านของตนเอง ไม่ใช่ว่าปล่อยให้รัฐบาลกลางรวมศูนย์อำนาจในการจัดกิจกรรมแทบทุกอย่างของท้องถิ่น กิจกรรมที่ท้องถิ่นมีสิทธิจัดการดูแลมักจะ ได้แก่ ระบบสาธารณสุข ปลอดภัย การศึกษา ศิลปวัฒนธรรม การดูแลชีวิตทรัพย์สิน และการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม ส่วนกิจการใหญ่ ๆ 2 อย่างที่รัฐบาลกลางควบคุมไว้เด็ดขาดก็คือ การทหาร และการต่างประเทศ

ความสำคัญของการกระจายอำนาจ

ลิติต ธีรเวคิน ได้ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ โดยกล่าวว่า “การกระจายอำนาจการปกครองมีความสำคัญในทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม โดยสรุปเป็น 2 ประเด็น ใหญ่ ๆ ดังนี้

1. การกระจายอำนาจเป็นรากแก้วของระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตย เนื่องด้วยประชาธิปไตยต้องประกอบด้วยโครงสร้างส่วนบนคือ ระดับชาติ และโครงสร้างส่วนล่างคือ ระดับท้องถิ่น การปกครองตนเองในรูปแบบของการปกครองท้องถิ่นอย่างแท้จริง คือ รากแก้วเป็นฐานเสริมสำคัญยิ่งของการพัฒนาระบอบการเมืองการปกครองในระบอบประชาธิปไตย
2. การกระจายอำนาจมีความสำคัญในทางเศรษฐกิจ และสังคม ในด้านการพัฒนาชนบท โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นได้ก็ต้องมีการกระจายอำนาจอย่างแท้จริง

หลักการกระจายอำนาจ

สถาบันดำรงราชานุภาพ ได้สรุปหลักการกระจายอำนาจว่าประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการคือ

1. มีความเป็นนิติบุคคล (Artificial person) การกระจายอำนาจการปกครองนั้นจะต้องมีองค์การเป็นนิติบุคคลต่างหากจากองค์กรของรัฐบาลกลาง การมีองค์การเป็นนิติบุคคลก็เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเององค์การเหล่านี้จะต้องมีงบประมาณ ทรัพย์สิน หนี้สิน และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเป็นของตนเอง
2. มีอำนาจอิสระในการบริหารงาน (Autonomy) ความมีอิสระในการปฏิบัติหน้าที่ เป็นหลักการที่สำคัญประการหนึ่งของการกระจายอำนาจปกครอง เพราะหากองค์กรนั้นไม่มีอำนาจอิสระในการปฏิบัติหน้าที่ที่จะต้องรอคำสั่งจากรัฐบาลกลางอยู่เสมอองค์การเช่นนี้ก็จะมีความไม่ผิดไปจากหน่วยการปกครองส่วนภูมิภาค ซึ่งมีฐานะเป็นตัวแทนของรัฐบาลกลางที่ประจำอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ จนกระทั่งประเทศ องค์การปกครองท้องถิ่นจะต้องมีอำนาจอิสระในการปฏิบัติภารกิจของตนเองตลอดจนมีอิสระพอสมควรในการกำหนดนโยบายหรือการตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้แต่มีข้อสังเกตว่าอำนาจอิสระขององค์การปกครองท้องถิ่นจะต้องมี

พอสมควรไม่มากเกินไป จนทำให้เกิดความกระทบกระทั่งต่อเอกภาพและอธิปไตย(Unity and sovereignty)ของประเทศหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งองค์การปกครองท้องถิ่นมิใช่เป็นสถาบันการเมืองที่มีอำนาจอธิปไตยของตนเอง หากแต่ควรมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายกำหนดให้และให้องค์กรที่จำเป็นสำหรับทำหน้าที่ทางด้านนิติบัญญัติและการบริหารกิจการเป็นหน้าที่ของตนเอง

3. มีประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการเลือกผู้บริหาร และผู้ทำหน้าที่นิติบัญญัติการมีส่วนร่วมในการปกครองของตนเองในท้องถิ่นของประชาชนนั้น อาจจะทำให้หลายระดับแล้วแต่ความสามารถและความสนใจของประชาชนนั้นเป็นสำคัญ เช่น ประชาชนบางคนอาจจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมของท้องถิ่นเฉพาะการไปใช้สิทธิ์ออกเสียงเลือกตั้งตัวแทนของตนเองเข้าไปปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งต่าง ๆ ขององค์การปกครองท้องถิ่น เท่านั้น แต่บางคนอาจมีความสนใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมการปกครองท้องถิ่นมากกว่านั้น ถึงกับสมัครเข้ารับเลือกตั้งเป็นตัวแทนของประชาชน เพื่อให้ได้มีโอกาสเข้ามามีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมอันเป็นหน้าที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองก็อาจจะทำได้

4. มีงบประมาณของตนเององค์การปกครองท้องถิ่นต้องมีอำนาจในการบริหารงบประมาณที่ได้มานั้นด้วย การให้องค์การปกครองท้องถิ่นมีอำนาจในการจัดเก็บ และการบริหารรายได้ด้วยตนเองนี้ เป็นการมอบอำนาจการตัดสินใจให้องค์การปกครองท้องถิ่นทั้งหมดตั้งแต่การวางแผนปฏิบัติงาน การจัดเก็บรายได้ การบริหาร และการบริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (สถาบันดำรงราชานุภาพ, 2539 : 12-13)

โกวิทย์ พวงงาม ได้อธิบายลักษณะสำคัญของหลักการกระจายอำนาจการปกครองดังนี้

1. ได้รับการจัดตั้งขึ้นโดยผลแห่งกฎหมาย ให้มีส่วนเป็นนิติบุคคลหน่วยการปกครองท้องถิ่นเหล่านี้มีหน้าที่ งบประมาณ และทรัพย์สินของตนเองต่างหาก และไม่ขึ้นตรงต่อหน่วยการปกครองส่วนกลางส่วนกลางเพียงกำกับดูแล

2. มีการเลือกตั้งสภาท้องถิ่นและผู้บริหารท้องถิ่นทั้งหมด เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนในท้องถิ่นได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการปกครองตนเอง

3. มีอำนาจอิสระในการบริหารงาน จัดทำกิจกรรมและวินิจฉัยสั่งการได้เองพอสมควรด้วยงบประมาณ และเจ้าหน้าที่ของตนเอง

4. หน่วยการปกครองท้องถิ่น ต้องมีอำนาจในการจัดเก็บรายได้ เช่น ภาษีอากรค่าธรรมเนียมต่างๆ ตามที่รับอนุญาต เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนั้นยังได้อธิบายเพิ่มเติมถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของหลักการกระจายอำนาจโดยจุดแข็งประการแรก คือ ทำให้มีการสนองความต้องการของแต่ละท้องถิ่นได้ดีขึ้น เพราะผู้บริหารที่มาจาก การเลือกตั้งในท้องถิ่นจะรู้ปัญหาและความต้องการของตนเองได้ดีกว่า ประการที่สอง เป็นการแบ่งเบาภาระของ

หน่วยการบริหารราชการส่วนกลาง ประการสุดท้าย เป็นการส่งเสริม และพัฒนาการเมืองในระดับท้องถิ่นของตนเองมากขึ้น ส่วนจุดอ่อนประการแรก คือ อาจก่อให้เกิดการแก่งแย่งแข่งขันระหว่างท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อเอกภาพทางการเมือง และความมั่นคงของประเทศ ประชาชนในแต่ละท้องถิ่นอาจมุ่งแต่ประโยชน์ของท้องถิ่นตน ไม่ให้ความสำคัญกับส่วนร่วม ประการต่อมา ผู้ได้รับการเลือกตั้งอาจใช้อำนาจบังคับกดขี่คู่แข่งหรือประชาชนที่ไม่ได้อยู่ฝ่ายเดียวกับตน และประการสุดท้าย คือ ทำให้เกิดการสิ้นเปลืองงบประมาณเพราะต้องมีเครื่องมือเครื่องใช้และบุคลากรประจำอยู่ทุกหน่วยการปกครอง ไม่มีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนเหมือนการบริหารราชการส่วนกลาง (โกวิท วัฒนกุล, 2543 : 28)

ขอบเขตการกระจายอำนาจด้านวัฒนธรรม

1. รัฐเป็นผู้ดำเนินการในการบริหารจัดการมรดกทางศิลปวัฒนธรรมของชาติ
2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาขึ้นพื้นฐานโดยรัฐให้การสนับสนุน
3. รัฐสนับสนุนให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำให้มีพิพิธภัณฑ์และหอจดหมายเหตุท้องถิ่น
4. ความหมายคำว่า โบราณสถาน โบราณวัตถุ ศิลปวัตถุ เป็นไปตามพระราชบัญญัติโบราณสถานโบราณวัตถุ ศิลปวัตถุ และพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ พ.ศ. 2504 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535
5. ให้ถ่ายโอนอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการโบราณสถาน โบราณวัตถุ ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์และสำคัญระดับชุมชนและท้องถิ่นให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้กรมศิลปากรดำเนินการดังนี้
 - 5.1 ตั้งคณะกรรมการจัดลำดับความสำคัญของโบราณสถาน โบราณวัตถุ ที่มีระดับความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ในระดับชาติและระดับท้องถิ่น
 - 5.2 จัดทำหลักเกณฑ์ วิธีการเงื่อนไข ขอบเขต เทคนิค เพื่อสนับสนุนให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการได้ รวมทั้งโบราณสถาน โบราณวัตถุ ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ และสำคัญระดับชาติที่ตั้งอยู่ในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาจมอบให้ท้องถิ่นดูแลได้

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ในด้านการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โครงการตำรา สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2547: ระบบออนไลน์) ได้กล่าวถึง การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. รัฐธรรมนูญกับการกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ท้องถิ่น

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ การปกครองไปสู่ท้องถิ่น โดยได้กำหนดไว้ใน หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 78 กำหนดให้รัฐต้องกระจายอำนาจ ให้ท้องถิ่นพึ่งตนเอง และตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น และระบบสาธารณสุขปโภค และสาธารณสุขการ ตลอดจนทั้งโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศ ในท้องถิ่นให้ทั่วถึง และเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อม ให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ ของประชาชนในจังหวัดนั้น

ในด้านการปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้กำหนดไว้ใน หมวด 9 รวม 9 มาตรา ตั้งแต่มาตรา 282 ถึงมาตรา 290 สรุปได้ว่า รัฐจะต้องให้ความสำคัญแก่ท้องถิ่น ตามหลักแห่งการปกครองตนเอง ตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหลาย ย่อมมีอิสระในการกำหนดนโยบาย การปกครอง การบริหารการปฏิบัติงานบุคคล การเงิน และการคลัง และมีอำนาจหน้าที่ของตนเอง โดยเฉพาะ โดยรัฐบาลเป็นผู้กำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เท่าที่จำเป็นภายในกรอบของกฎหมาย และเพื่อกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

รัฐธรรมนูญได้กำหนดหลักการสำคัญหลายประการดังนี้

1. สิทธิปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของท้องถิ่น (มาตรา 282 และ 283 วรรคหนึ่ง)

2. ความเป็นอิสระของท้องถิ่น ซึ่งแสดงออกโดย

ประการแรก ความเป็นอิสระในการเลือกสภาท้องถิ่น และผู้บริหารท้องถิ่น ซึ่งหมายรวมถึง การห้ามข้าราชการ และเจ้าหน้าที่อื่นของรัฐ ดำรงตำแหน่งในองค์กรปกครองท้องถิ่น (มาตรา 285)

ประการที่สอง ความเป็นอิสระในการบริหารจัดการท้องถิ่น การเงิน การคลัง และการบริหารงานบุคคล โดยกำหนดกลไกสำคัญคือ กฎหมายกำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้ มีการจัดสรรอำนาจหน้าที่ กิจการภาษีอากร ทุกระยะห้าปี โดยคณะกรรมการไตรภาคี ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากรัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิ

3. การกำหนดให้การกำกับดูแลการปกครองท้องถิ่น ต้องทำเท่าที่จำเป็น ตามกฎหมาย เพื่อคุ้มครองประโยชน์ประชาชนในท้องถิ่น หรือประโยชน์ของประเทศชาติเป็นส่วนรวม และจะกระทบต่อสาระสำคัญแห่ง หลักการปกครองตนเอง ตามเจตนารมณ์ประชาชนมิได้ (มาตรา 283 วรรคสอง)

4. การกำหนดให้ราษฎรในท้องถิ่น มีส่วนร่วมกับองค์กรปกครองท้องถิ่น ในการบริหารกิจการท้องถิ่น โดยเปิดโอกาสให้เสนอร่างข้อบัญญัติท้องถิ่นได้ เสนอถอดถอน สมาชิกสภาท้องถิ่น และผู้บริหารท้องถิ่นได้ และมีส่วนร่วมจากชุมชนท้องถิ่น และบุคคล ในการทะนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมด้วย (มาตรา 46, 286, 287, 289, 290)

เพื่ออนุวัติตามมาตรา 284 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 จึงได้ตรา พระราชบัญญัติกำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2543 ขึ้น ซึ่งมีสาระสำคัญ ในการกำหนดอำนาจ และหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะ ส่วนท้องถิ่นด้วยกัน การจัดสรรส่วนภาษี และอากรระหว่างรัฐ กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคำนึงภาระหน้าที่ของรัฐ กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง เป็นสำคัญ และตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดให้ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอำนาจและหน้าที่จัดทำแผนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแผนปฏิบัติการ เพื่อขอความเห็นชอบ จากคณะรัฐมนตรี และรายงานต่อรัฐสภา โดยในบทเฉพาะกาล มาตรา 35 ของพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดให้ในวาระเริ่มแรก ให้คณะกรรมการจัดทำแผนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแผนปฏิบัติการให้แล้วเสร็จ ภายในหนึ่งปี นับแต่วันที่กรรมการ เริ่มปฏิบัติหน้าที่ (2 กุมภาพันธ์ 2543 หรือภายในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2544)

อย่างไรก็ตาม ในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2544 เป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนรัฐบาล รัฐบาล ชวน หลีกภัย สามารถจัดทำแผนการกระจายอำนาจฯ (แผนแม่บท) แล้วเสร็จ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 118 ตอนพิเศษ 4 ง ลงวันที่ 17 มกราคม 2544 แต่ไม่สามารถจัดทำแผนปฏิบัติการ การกระจายอำนาจฯ (พ.ศ.2544-2553) ได้แล้วเสร็จ ทั้งนี้ เนื่องจากแผนปฏิบัติการในบางกรม บางกระทรวงไม่สามารถตกลงกันได้ ทั้งในประเด็นรายละเอียด และหลักการ

2. รัฐธรรมนูญกับสิทธิการมีสุขภาพดี

สิทธิในการมีสุขภาพดี เป็นส่วนหนึ่งของสิทธิในชีวิต และร่างกาย ในทางกฎหมาย จึงเป็นสิทธิที่ในระบอบรัฐธรรมนูญ และกฎหมายให้การรับรอง และคุ้มครองมากกว่าสิทธิอื่นหลายเท่า เพราะเสรีภาพอื่น ถึงแม้จะจำเป็น ถึงแม้สมควรจะมี แต่ก็ไม่ใช่หัวใจของความเป็นมนุษย์ เท่าสิทธิในชีวิต ในร่างกาย และในสุขภาพะที่มนุษย์แต่ละคนพึงจะมี ตามที่ปรากฏในปณิญาสาถลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนในข้อ 25 เป็นกฎหมายจารีตประเพณีระหว่างประเทศของโลก ในการรับรองสิทธิในสุขภาพ ข้อ 22 สิทธิในความมั่นคงทางสังคม อันหมายถึง การประกันสังคมยามเจ็บป่วย และข้อ 24 การพักผ่อน และการมีเวลาว่าง ของมนุษย์เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี นั่นคือ หลักสากลที่แสดงถึงสุขภาพะ อันเป็นสิทธิส่วนหนึ่งในชีวิตมนุษย์

ซึ่งสิทธิในสุขภาพของบุคคล ที่รัฐธรรมนูญไทย พ.ศ.2540 รับเอาไว้ มีอย่างน้อยที่สุด 6 สิทธิ

1. สิทธิรับรู้เรื่องที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย
2. สิทธิแสดงความคิดเห็นของประชาชน ในเรื่องที่จะกระทบต่อสุขภาพอนามัย
3. สิทธิร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ในเรื่องคุณภาพสิ่งแวดล้อม
4. สิทธิร่วมเข้าชื่อเสนอกฎหมาย ที่คุ้มครองสุขภาพะของคนไทย
5. สิทธิในการร่วมรับบริการด้านสุขภาพ ในมาตรา 52 และมาตรา 86 กำหนดเรื่องการป้องกันโรค และการบำบัดรักษา หลักสำคัญ 7 ประการ ได้แก่
 - 5.1) ความเป็นธรรม และเท่าเทียม
 - 5.2) บริการสาธารณสุขต้องได้มาตรฐาน
 - 5.3) บุคคลมีสิทธิที่ได้รับจากรัฐอย่างทั่วถึง
 - 5.4) บริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ที่ไม่ใช่ซ่อมสุขภาพ ต้องสร้างสุขภาพ และมีประสิทธิภาพในเชิงบริหารจัดการด้วย
 - 5.5) หลักการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชนภายใต้การกำกับของรัฐ
 - 5.6) หลักการประกันสังคม ที่จะยกเลิกระบบประกันสังคมไม่ได้ แต่จะต้องขยายไป และจัดการให้มีประสิทธิภาพ
 - 5.7) สิทธิของบุคคลพิเศษบางจำพวก เช่น เด็ก เยาวชน บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ บุคคลซึ่งพิการ หรือทุพพลภาพ เป็นต้น จะต้องได้รับการบริการด้านสุขภาพ ที่มีลักษณะพิเศษ ตามจำเป็นแห่งสภาวะของตน
6. สิทธิตรวจสอบกระบวนการ ในการบริการด้านสุขภาพ ทั้งของรัฐและเอกชน โดยผ่านองค์กรที่เรียกว่า องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค

3. ธรรมนูญแห่งสิทธิหน้าที่เกี่ยวกับสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จำเป็นจะต้องเกิดขึ้น ในฐานะเป็นธรรมนูญแห่งสิทธิหน้าที่ในสุขภาพทั้งของบุคคล ของชุมชน ขององค์กรท้องถิ่น ของเอกชน และของรัฐ เพราะความจำเป็นต้องปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากความจำเป็น 4 ประการ คือ

1. รัฐธรรมนูญวางหลักการ เรื่อง ความร่วมมือร่วมใจกันทางสังคม อันเป็นหน้าที่ของบุคคล ที่จะเสริมสร้างสุขภาพให้กับตนเอง และคนอื่นร่วมกัน วางสิทธิทั้งหลายทั้งมวลกระจายอยู่ในบทมาตรต่างๆ ซึ่งเป็นกระบวนการใหม่ที่ไม่เคยมีมา ในระบบการบริหาร และบริการสุขภาพในกฎหมายไทยในอดีต จึงจำเป็นต้องจัดทำกฎหมายฉบับใหม่ขึ้นมา เพื่อให้สอดคล้องต้องกันกับ หลักสิทธิตามรัฐธรรมนูญ ฉบับ พ.ศ.2540

2. การปรับวิธีคิด หรือ "ทริจ" เรื่องสุขภาพ นอกเหนือจากการใช้กระบวนการทางการศึกษา และใช้ระบบการทำความเข้าใจในสังคม จำเป็นต้องมีกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเชื่อมโยงกฎหมายเก่า กับเจตนารมณ์ใหม่ ของการปฏิรูประบบสุขภาพ ให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้

3. การมีพระราชบัญญัติสุขภาพใหม่ เท่ากับเป็นการจัดสรรผลประโยชน์ระบบใหม่ให้กับสังคม

4. การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น และเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ต้องทำโดยมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ต้องมีคนรับผิดชอบ ต้องมีการก่อตั้งโครงสร้างองค์กร กระบวนการ และกลไกที่จะให้สังคม ทั้งในฐานะที่เป็นผู้มีหน้าที่ ที่จะต้องจูนเจือผู้อื่น ตามหลักความร่วมมือร่วมใจกันทางสังคม และสิทธิการรับบริการ จำเป็นต้องมีกรอบกฎหมาย ให้สามารถกระทำได้

4. ขอบเขตการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข

1. กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาท ในการกำกับดูแล และบริหารจัดการระบบสุขภาพในภาพรวม เพื่อให้เกิดความเท่าเทียม ในแง่สถานะสุขภาพ ระหว่างประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพของท้องถิ่น กำหนดมาตรฐานกลาง มาตรฐานบริการ ควบคุมคุณภาพ และตรวจสอบ

2. คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยกรอบหลักให้เป็นการถ่ายโอนไปให้เขตพื้นที่ระดับจังหวัด โดยสามารถจัดให้มีเขตพื้นที่ ที่มีขนาดย่อมลงมากกว่าจังหวัดได้ หากมีความจำเป็น ทั้งนี้ คณะกรรมการ กสพ. จะประกอบด้วยผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนส่วนราชการ ผู้บริหารวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนภาคประชาสังคม ที่จะเข้ามาทำหน้าที่ร่วมกัน อำนวยการหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ คือ อำนวยการหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย และแผนพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ และแผนความต้องการทรัพยากร รวมทั้งงบประมาณ และบุคลากร กำหนดหลักเกณฑ์ และจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะด้านงบประมาณ รวมทั้งการกำหนด

หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขในการบริการ ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานกลางของประเทศ ที่กำหนดโดย กระทรวงสาธารณสุข การกำกับดูแล การตรวจสอบ ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงานด้าน สุขภาพ ในระดับพื้นที่ หรือจังหวัดนั้นๆ ด้วย ตามที่กำหนดไว้ในแผนกระจายอำนาจ

กสพ. มีอำนาจหน้าที่ในการพิจารณา ถ่ายโอนภารกิจที่เห็นว่า สามารถถ่ายโอน ให้ท้องถิ่นปฏิบัติเองได้ โดยโอนให้ อบต. หรือเทศบาล และอยู่ภายใต้การกำกับ ดูแลมาตรฐานการ ให้บริการโดย กสพ. เช่น งานส่งเสริมสุขภาพ หรืองานป้องกันโรคบางเรื่อง รวมทั้งงาน รักษาพยาบาล หรือฟื้นฟูสภาพอย่างง่าย ๆ และงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น

สำหรับสถานบริการจะถ่ายโอนไปทั้งระบบ เป็นเครือข่ายที่ประกอบด้วย สถานพยาบาล 3 ระดับ โดยงานบริการสุขภาพ ที่ต้องใช้เทคนิควิชาชีพ และต้องการระบบส่งต่อ ให้ดำเนินการทั้งระบบ เป็นเครือข่ายสถานบริการ ภายใต้การควบคุมกำกับของ คณะกรรมการ สุขภาพระดับพื้นที่ โดยยึดหลักให้มีความคล่องตัว และมีอำนาจในการตัดสินใจ เพื่อการ บริหารงานทั้งระบบ เป็นเครือข่ายบริการ และอาจพัฒนาไปสู่ การเป็นองค์กรที่มีการบริหารงาน เป็นอิสระ อย่างเต็มรูปแบบ ภายใต้การกำกับของท้องถิ่น (Local Autonomous Body)

หากท้องถิ่นมีความพร้อม และร้องขอให้มีการโอนสถานบริการ กสพ. จะโอนให้ เมื่อผ่านเกณฑ์ความพร้อม ทั้งนี้ โดยยึดหลักว่า ท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการ สถานบริการ สุขภาพเป็นเครือข่าย และสถานบริการสุขภาพมีความคล่องตัว ในการบริหารจัดการภายใน อย่าง มีประสิทธิภาพ

3. ถ่ายโอนงานด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ ให้ กสพ. และให้ กสพ. พิจารณามอบหมายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการดำเนินงาน พัฒนาสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะงานด้านส่งเสริม ควบคุม และป้องกัน ตามขีดความสามารถที่ เป็นจริง โดยคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่

4. ให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะกรรมการ การกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการให้เกิด กสพ. ขึ้น และกำหนดเกณฑ์ความพร้อม และวิธีประเมิน ความพร้อม ของท้องถิ่น สำหรับการถ่ายโอนสถานบริการ ตามหลักการ และเป้าหมายที่ระบุไว้ใน ข้อ 2)

หมายเหตุ

ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขได้มีความเห็นเสนอให้เพิ่ม ข้อ 5) และ 6) บรรจุไว้เป็น เหมายเหตุ ในแผนปฏิบัติการ โดยทางคณะกรรมการการกระจายอำนาจฯ ไม่ได้มีมติให้ความ เห็นชอบ แต่ได้ให้บันทึกไว้ในช่องหมายเหตุเป็นข้อสังเกต หรือความเห็นของกระทรวงสาธารณสุข

ในแผนปฏิบัติการที่จะเสนอคณะรัฐมนตรี ทางกระทรวงสาธารณสุขเสนอให้เพิ่มเติมข้อความ ข้อ 5) และ 6) ดังนี้

5. ในระยะเฉพาะหน้า เพื่อให้ กสพ. ปฏิบัติหน้าที่ในการบริหารจัดการงบประมาณ ให้มีการตรากฎหมาย จัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และเครือข่ายบริการสุขภาพขึ้นเป็นการเฉพาะ ให้มีฐานะเป็น นิติบุคคล มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ คล่องตัว มีอิสระ มีลักษณะเป็น องค์การมหาชนท้องถิ่น เพื่อจัดทำบริการสาธารณะ โดยไม่มุ่งแสวงหากำไรเป็นหลัก

ทั้งนี้ ให้ตรากฎหมายขึ้นก่อนวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2548 เพื่อรองรับงบประมาณจากรัฐ รองรับสถานบริการสุขภาพทุกระดับในพื้นที่ ตลอดจนรองรับการถ่ายโอนข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ โดยข้าราชการดังกล่าว มีสถานภาพเป็นพนักงานของรัฐ ภายใต้การกำกับ กสพ.

6. ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีกรรมกรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งเป็น กสพ. และให้กรรมกรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เลือกกันเอง เพื่อเป็นประธาน และรองประธาน กสพ. ทั้งนี้ กสพ. เป็นกลไกของท้องถิ่น ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยให้มีผู้แทนของรัฐ ผู้แทนภาคประชาสังคม ผู้แทนสถานบริการ และผู้ทรงคุณวุฒิ มีส่วนร่วม

5. สรุปภาพรวมของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

1. กสพ. เป็นกลไกของท้องถิ่น ที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าของร่วมกัน ไม่ใช่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดเป็นเจ้าของ กสพ. ไม่ได้อยู่ภายใต้ อบจ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยังคงทำหน้าที่เป็นสำนักงาน กสพ. ไปก่อน หรือหากมีการจัดตั้งสำนักงาน กสพ. ก็ยังเป็นส่วนหนึ่งของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงาน กสพ. ไม่ได้อยู่ภายใต้ อบจ. หรือไปตั้งอยู่ที่ อบจ.

กสพ. ในสถานการณ์ปัจจุบัน ยังคงเป็น คณะกรรมการที่ปรึกษา (Advisory Committee) โดยอาศัยคำสั่ง กระทรวงสาธารณสุข จึงทำหน้าที่เฉพาะให้คำปรึกษา แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้น

2. การกำหนดให้มีกลไกร่วม ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับคณะกรรมการการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดเกณฑ์ความพร้อม และวิธีประเมินความพร้อมของท้องถิ่น สำหรับการถ่ายโอนสถานบริการ มิได้หมายความว่า จะมีการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพ ที่ละแห่งสองแห่ง อบจ. หรือเทศบาล หรือ อบต. เพราะต้องยึดหลักการที่ว่าท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการ สถานบริการสุขภาพ มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการภายในอย่างมีประสิทธิภาพ

3. สถานภาพของข้าราชการกระทรวง ยังคงเป็นข้าราชการต่อไป ไม่ใช่พนักงานท้องถิ่น ภายใต้ อบจ. หรือเทศบาล หรือ อบต. รวมทั้งไม่ใช่พนักงานของรัฐภายใต้ กสพ. เพราะในแผนปฏิบัติการ การถ่ายโอนภารกิจ ไม่ได้มีการระบุถึงสถานภาพของบุคลากร รวมทั้งสถานภาพของ กสพ.

4. การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ยังคงจัดสรรไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อย่างไรก็ตาม ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ได้กำหนดว่า ในปีงบประมาณ 2549 จะต้องจัดสรรงบประมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 ของรายได้รัฐบาล ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ดังนั้น ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงได้เสนอให้มีการตรากฎหมายจัดตั้ง กสพ. และเครือข่ายบริการสุขภาพ ขึ้นเป็นการเฉพาะ ให้มีฐานะเป็น นิติบุคคล มีลักษณะเป็น องค์กรมหาชนท้องถิ่น เพื่อรองรับงบประมาณ แต่ทางคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ไม่ยินยอมให้กำหนดสถานภาพที่ชัดเจน ของ กสพ. ลงไปในแผนปฏิบัติการ

สิ่งที่ต้องจับตามองเป็นพิเศษ คือ มีความพยายามจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ผ่าน อบจ. และให้ อบจ. เป็นหน่วยรับเบิกจ่าย และจัดสรรงบประมาณได้โดยตรง หลังจากถ่ายโอนงานและเงินแล้ว จึงมีการถ่ายโอนให้ไปเป็นพนักงานท้องถิ่น ภายใต้ อบจ. ต่อไป กระบวนการตัดสินใจเช่นนี้ ไม่ควรให้เน้นการเมืองระดับชาติ หรือท้องถิ่นใช้อำนาจตัดสินใจโดยลำพัง ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนองค์กรภาคประชาสังคม นักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิควรมีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าว โดยคำนึงถึงสุขภาพของคนในพื้นที่เป็นสำคัญซึ่งมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2544 ก็ไม่ยินยอมให้กำหนดสถานภาพ กสพ. เป็นนิติบุคคล ลงในแผนปฏิบัติการฯ ตามข้อเสนอของ กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องตั้งคำถาม ต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขว่า หากไม่ยินยอมให้ กสพ. เป็นนิติบุคคลแล้ว สถานภาพของ กสพ. จะเป็นเช่นไร จะให้อยู่ภายใต้ อบจ. ใช่หรือไม่ และข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขจะต้อง ไปเป็นพนักงานท้องถิ่น ภายใต้ อบจ. ใช่หรือไม่

6. แผนปฏิบัติการการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1) ภารกิจที่ต้องถ่ายโอน

ภารกิจหลักที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต้องถ่ายโอนคือ การจัดการบริการสุขภาพในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล นั่นก็หมายความว่า การบริการสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์ (25 แห่ง) โรงพยาบาลทั่วไป (67 แห่ง) โรงพยาบาลชุมชน (714 แห่ง) และสถานเฝ้าระวัง (9,661 แห่ง) จะต้องถูกถ่ายโอนให้อยู่ในความดูแล รับผิดชอบของท้องถิ่น ซึ่งขณะนี้ได้ข้อตกลง

เบื้องต้นร่วมกันแล้วว่า ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งเป็นกลไกของท้องถิ่น เป็นผู้กำกับดูแลเครือข่าย สถานบริการสุขภาพ ทั้ง 3 ระดับ โดยไม่มีการแยกส่วนว่า สถานีนามียกให้ อบต. โรงพยาบาลชุมชนยกให้เทศบาล หรือโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ยกให้ อบจ.

2) งบประมาณที่ต้องถ่ายโอน

งบประมาณบริการสุขภาพจะต้องถ่ายโอน ไปตามภารกิจ ซึ่งแต่เดิมงบประมาณ จะอยู่ภายใต้แผนงาน โครงการต่างๆ ที่ทางสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้จัดทำคำขอ เช่น แผนงานบริการสาธารณสุขระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด แผนงานสวัสดิการสาธารณสุข และ ประกันสุขภาพ โครงการประกันสุขภาพ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้น้อย และผู้ที่สังคมควร ช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นต้น

เมื่อรัฐบาลมีนโยบายประกันสุขภาพ (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) จึงได้นำ งบประมาณที่แยกย่อย ตามแผนงานและโครงการต่างๆ มารวมกันเป็นงบประมาณ (งบ 30 บาท) นอกจากนี้ยังได้รวมเองงบประมาณ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคล และ ครอบครัวของกรมต่างๆ มารวมไว้ในงบประมาณด้วย แล้วจัดส่งงบประมาณไปที่ สสจ. ดังปรากฏในแผนภูมิที่ 1 นอกจากนี้ อาจมีงบท้องถิ่น (อบจ./เทศบาล/อบต.) จัดสรรไปให้ กสพ. พิจารณาดำเนินการในโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม งบประมาณในเรื่องการก่อสร้างสถานบริการสุขภาพขึ้นใหม่ หรือ การจัดหาครุภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ของโรงพยาบาล ยังคงจัดตั้งงบประมาณไว้ที่ส่วนกลาง เพราะ ต้องกระจายงบประมาณไปให้ มีความครอบคลุมทั่วถึง และเท่าเทียมกันของพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ นอกจากนี้ ส่วนกลางยังต้องทำหน้าที่ในการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานการก่อสร้าง และ คุณลักษณะของครุภัณฑ์ เพื่อให้ทาง กสพ. หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำการจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อก่อสร้าง หรือจัดหาครุภัณฑ์ ให้แก่สถานบริการสุขภาพ ทั้งนี้จะต้องให้มีผู้แทนจากหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง และผู้แทนจากภาคประชาสังคม เข้าไปมีส่วนร่วม ในการกำกับ และตรวจสอบการ ดำเนินการ ตลอดจนต้องเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชน

สำหรับงบประมาณในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่เคยมีการจัดสรร โดยตรง ให้หมู่บ้านละ 7,500 บาทนั้น จะยังคงให้มีการจัดสรรงบประมาณก้อนนี้ ตรงไปที่หมู่บ้าน เช่นเดิม เพราะถือว่า เป็นการกระจายอำนาจโดยตรงให้หมู่บ้าน

3) บทบาทของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องปรับเปลี่ยน

ดังที่ได้กล่าวไว้ในตอนต้นว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ จะมีผลให้เกิดการ ปรับเปลี่ยนระบบ โครงสร้าง กลไกกระบวนการ และวิธีการทำงานในพื้นที่ นอกจากนี้ จะยังส่งผล กระทบต่อการปรับองค์กร ในกระทรวงสาธารณสุขเอง เช่น การรวมกองโรงพยาบาลภูมิภาค กับ กองสาธารณสุขภูมิภาค เป็นสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับเครือข่าย

บริการสุขภาพในพื้นที่ โดยสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพที่จัดตั้ง โดยคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ในการสนับสนุนวิชาการ และการพัฒนามาตรฐานสถานบริการสุขภาพ ในส่วนภูมิภาค

2. กรมอนามัย

1) การกิจที่ต้องถ่ายโอน

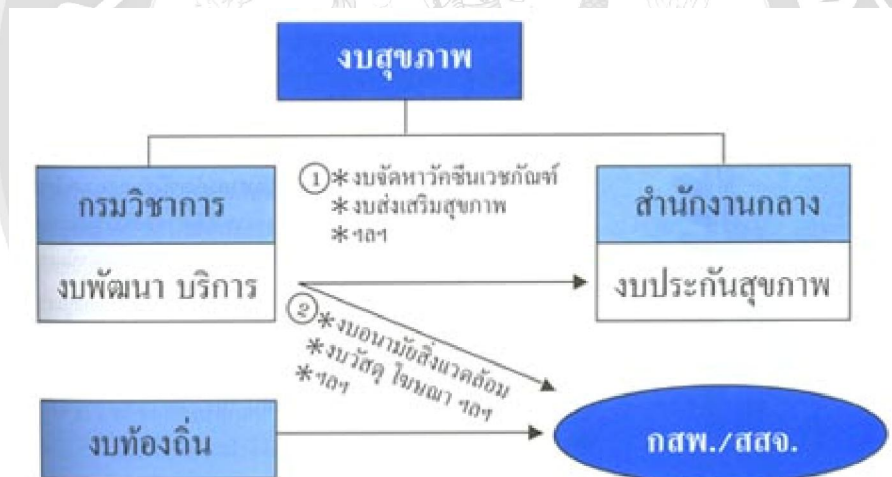
การกิจที่กรมอนามัยได้ดำเนินการจัดตั้งงบประมาณไว้ที่กรม แล้วจัดส่งให้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต และศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขต การกิจเหล่านี้เดิมที่จะถูกถ่ายโอน ให้ กสพ. และหรือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ต่อมาเมื่อรัฐบาลมีนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค) งบประมาณเหล่านี้ จึงถูกรวมไว้ที่ส่วนกลาง การกิจเหล่านี้ได้แก่

1. การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
2. ส่งเสริมสุขภาพเด็กกลุ่มวัยเรียนและเยาวชน
3. ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก
4. ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน
5. ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ
6. ท้นตสาธารณสุข
7. งานโภชนาการ
8. งานวางแผนครอบครัว และพัฒนาประชากร
9. งานส่งเสริมการออกกำลังกาย
10. การพัฒนาอนามัยชุมชนในพื้นที่สูง
11. สนับสนุนเงินอุดหนุนพี่เลี้ยงเด็ก ในศูนย์สาธิตเพื่อการพัฒนาเด็กเล็ก
1. สนับสนุนเงินอุดหนุนภาคเอกชน ที่ให้บริการทำหมัน
2. งานเฝ้าระวัง และพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. จัดหา และพัฒนาน้ำสะอาด
4. งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
5. งานสุขาภิบาลอาหาร
6. งานพัฒนาอาชีพอนามัย และอาชีพเวชกรรม
7. งานคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษ

หากจัดกลุ่มภารกิจ หรืองานใน 18 หัวข้อ จะพบว่า มีกลุ่มหลักๆ ดังนี้

1. งานส่งเสริมสุขภาพ (ข้อ 1 ถึงข้อ 12)
2. งานอนามัยสิ่งแวดล้อม (ข้อ 13, 15 และ 18)
3. งานจัดหาน้ำสะอาด (ข้อ 14)
4. งานสุขาภิบาลอาหาร (ข้อ 16)
5. งานอาชีวอนามัย (ข้อ 17)

งบประมาณในงานส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด เดิมได้กำหนดให้จัดสรรไปให้ กสพ. หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต่อมาเมื่อมีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค จึงถูกรวบรวมไว้ที่ ส่วนกลางในงบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยเหตุผลที่ว่า เป็นงบที่ใช้ในการส่งเสริมป้องกันส่วนบุคคล และครอบครัว (ภารกิจในข้อ 1 ถึง 12) ในที่สุดบงกัอนนี้ก็จะส่งไปยัง สสจ. หรือ กสพ. ต่อไป (ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของงบส่งเสริมสุขภาพ 175 บาท/คน/ปี) สำหรับงบประมาณด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับชุมชน เช่น งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานจัดหาน้ำสะอาด งานสุขาภิบาลอาหาร งานอาชีวอนามัย เป็นต้น ได้จัดสรรโดยตรงไปยัง สสจ. หรือ กสพ. ต่อไป (ดูแผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 แสดงการจัดสรรงบประมาณให้กับ สสจ. และ กสพ.

ด้วยกระบวนการจัดสรรงบประมาณที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้กรมอนามัยไม่ต้องทำหน้าที่ ในการจัดทำคำของบประมาณ รวมทั้งการบริหารติดตามงบประมาณ รวมทั้งการบริหารติดตามงบประมาณ ในส่วนนี้อีกต่อไป

2) บทบาทของกรมอนามัยที่ควรเป็น

ดังที่ได้กล่าวแล้วในตอนต้นว่า สำนักงานปลัดกระทรวงฯ กรมวิชาการ รวมทั้งองค์การรัฐที่เป็นอิสระภายใต้กำกับ กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ในการพัฒนาวิชาการ สนับสนุนการพัฒนาวิชาการ สร้างองค์ความรู้ สร้างและพัฒนานโยบาย พัฒนาเทคโนโลยี กำหนดมาตรฐาน กำกับดูแล ตลอดจนประเมินผล ในที่นี้จะขอยกตัวอย่าง บทบาทของกรมอนามัยที่เป็นรูปธรรม ดังต่อไปนี้

1. งานส่งเสริมการออกกำลังกาย

ทางกรมอนามัยจำเป็นต้องสร้าง และพัฒนาองค์ความรู้ เรื่อง การออกกำลังกาย การบริหารร่างกาย ในกลุ่มอายุต่างๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันไป เช่น การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายสำหรับแม่หลังคลอด เป็นต้น นอกจากนี้ การออกกำลังกาย หรือการบริหารร่างกายสำหรับคนอ้วน ผู้ป่วยโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หรือในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น เหล่านี้ต้องอาศัยความรู้ เทคโนโลยีการออกกำลังกายทั้งสิ้น

2. งานโภชนาการ และสุขาภิบาลอาหาร

ทางกรมอนามัยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการทำการสำรวจ และหรือตรวจสุขภาพ เพื่อให้ทราบถึงสภาวะโภชนาการในพื้นที่ (ทำการสำรวจร่วมกันกับการสำรวจ สถานะสุขภาพของคนในพื้นที่) รวมทั้งการวิเคราะห์สถานการณ์ของความสะอาด และความปลอดภัยของอาหาร เป็นการวิเคราะห์ระบบอาหาร ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพ ทำให้ทราบถึงสถานการณ์ ของแหล่งปลูกพืช / เลี้ยงสัตว์ แหล่งฆ่า / ซ้ำแหละ การขนส่งอาหาร การจัดเก็บวางอาหารเพื่อจำหน่าย การปรุงและจำหน่ายอาหาร เป็นต้น โดยนำเสนอข้อมูลทั้งหมดให้ กสพ. เพื่อนำไปสู่การวางนโยบาย และแผนด้านอาหาร และโภชนาการในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล หรือในชุมชนพื้นที่เฉพาะที่มีปัญหา และมีความเสี่ยงสูง นอกจากนี้ ยังทำการศึกษาวิจัยทางด้านโภชนาการ ของอาหารในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ ทำให้ทราบถึงองค์ประกอบที่สำคัญ ของอาหารในท้องถิ่นทั่วประเทศ ที่เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในพื้นที่นั้นๆ

3. งานจัดหา และพัฒนาน้ำสะอาด หรืองานประปาชนบท

ในการจัดหาน้ำสะอาดนั้น มีหน่วยงานส่วนกลางหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมโยธาธิการ กรมอนามัย กรมการเร่งรัดพัฒนาชนบท กรมทรัพยากรธรณี กรมการปกครอง เป็นต้น เป็นที่น่ายินดีที่ กรมอนามัยเคยได้รับการยกย่อง จากนักการเมือง และประชาชนในท้องถิ่นว่าสามารถดำเนินงานประปาชนบท ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ภารกิจเช่นนี้ เป็นภารกิจที่ต้องถ่ายโอนให้ท้องถิ่น ดำเนินการได้เองทั้งสิ้น

กรมอนามัยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาท ในการสนับสนุนการจัดหา และพัฒนาน้ำสะอาด หรืองานประปาชนบทด้านต่างๆ เช่น การกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในเรื่อง การผลิตน้ำประปา คุณภาพน้ำประปา มาตรฐานผู้ดูแล และผู้บริหารกิจการประปาหมู่บ้าน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนท้องถิ่น การกำหนดหลักเกณฑ์ และมาตรฐานการทำงาน ให้ อบต. และ อบจ. ใช้เป็นคู่มือประกอบการทำงาน ทั้งนี้กรมอนามัยต้องประสานงาน กับกรมหน่วยงานอื่นๆ ในส่วนกลาง ในการจัดบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม ในการสนับสนุนท้องถิ่นต่อไป โดยไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนดังที่ผ่านมา เช่น กรมทรัพยากรธรณีมอบอำนาจ การอนุญาตการขุดเจาะบ่อบาดาล ตามกฎหมายว่าด้วยน้ำบาดาลให้ อบจ. โดยกรมทรัพยากรธรณีมาแสดงบทบาทใหม่ ในการกำหนดมาตรฐานการก่อสร้าง และบำรุงรักษา รวมทั้งกำกับดูแล การดำเนินการของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นไปตามที่รับมอบอำนาจ หรือกรมการเร่งพัฒนาชนบท มอบภารกิจการซ่อม และปรับปรุงระบบประปาชนบท ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยทางกรมอนามัยปรับบทบาท เป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุน ให้คำปรึกษา และติดตามประเมินผล เป็นต้น

3) กรมควบคุมโรคติดต่อ

1. ภารกิจที่ต้องถ่ายโอน

ภารกิจของกรมควบคุมโรคติดต่อที่ต้องถ่ายโอนนั้น รูปแบบการถ่ายโอนเป็นลักษณะของการร่วมมือกัน ระหว่างส่วนกลางกับ กสพ. หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แล้วแต่กรณี ภารกิจที่ถ่ายโอนมีดังนี้

1. การพัฒนาบุคลากร และชุมชนเพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ
2. การปฏิบัติการเฝ้าระวังดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น
3. การวินิจฉัย และรักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น กิจกรรมการค้นหาเจาะโลหิต ตรวจในหองปฏิบัติการ การจ่ายยาสำหรับโรคมาลาเรีย และโรคเท้าช้าง เป็นต้น
4. จัดหาเวชภัณฑ์ และวัสดุวิทยาศาสตร์ เช่น ยาต่อต้านเชื้อไวรัสเอดส์ วัคซีน เป็นต้น

5. การสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเรื้อรัง

งบประมาณจะต้องถูกถ่ายโอนไปที่ สสจ. หรือ กสพ. ตามภารกิจในข้อ 1-5 ยกเว้นภารกิจข้อ 4 จะถูกนำไปรวมไว้ในงบประมาณสุขภาพ ที่จะต้องดำเนินการในส่วนกลาง เพื่อให้มีอำนาจต่อรองสูง (Central Bargaining) อย่างไรก็ตาม ในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง ควร มีตัวแทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนจากภาคประชาสังคม ในฐานะผู้ใช้ (user) เวชภัณฑ์ และวัสดุวิทยาศาสตร์ดังกล่าว เข้ามาเป็นกรรมการ เพื่อให้การดำเนินงานมี

ประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ หรืออาจมีการต่อรองในส่วนกลาง แล้วให้มีการจัดซื้อจัดจ้าง ในท้องถิ่น เพื่อเป็นการควบคุมราคา และคุณภาพของเวชภัณฑ์ และวัสดุวิทยาศาสตร์ กลไกในการให้ได้มา ซึ่งยาเวชภัณฑ์ และวัสดุวิทยาศาสตร์ จำเป็นต้องสร้าง และพัฒนาอย่างเร่งด่วน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อคนในท้องถิ่นต่อไป

2. บทบาทของกรมที่ต้องปรับเปลี่ยน

กรมควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด จะต้องร่วมมือกับท้องถิ่น ในการเฝ้าระวัง การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบรายงาน โรคติดต่อ ของท้องถิ่น รวมทั้งให้คำปรึกษาทางวิชาการ กับท้องถิ่น ส่วนกลางจะต้องมีบทบาท ที่สำคัญ ในการกำหนดเครื่องชี้วัดของการป้องกันโรคติดต่อ ไม่ว่าจะเป็นตัวชี้วัดทางระบาด (Epidemiology Indicators) หรือตัวชี้วัดทางปฏิบัติการ (Operational Indicators) นอกจากนี้ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีความรู้ความเข้าใจ บทบาทตาม พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ.2535 พ.ร.บ.ควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ.2523 และกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสร้าง และพัฒนากลไกในการจัดหา เวชภัณฑ์ และวัสดุวิทยาศาสตร์ ให้มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ เพื่อให้ได้คุณภาพมาตรฐาน และราคาไม่สูงกว่าราคากลาง ที่ส่วนกลางกำหนด

สำหรับโครงการควบคุมโรคบางโครงการ ที่ทางกรมยังดำเนินการในลักษณะเป็น "โครงการจากส่วนกลาง" (Vertical Programme) ทั้งนี้ เพื่อความมีประสิทธิภาพในการควบคุมโรค อย่างไรก็ดีตาม ทางกรมจะต้องเตรียมการในการพัฒนาบุคลากร และอุปกรณ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่นทุกโรค ให้เกิดประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

4) กรมการแพทย์

ดังที่ได้กล่าวไว้ในตอนต้นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นผู้ดำเนินการ ในเรื่องบริการสาธารณะ (General Services) ส่วนกลางจึงต้องถ่ายโอนบริการสุขภาพ ที่เป็นบริการ ทั่วไป ให้กับท้องถิ่น นั่นก็หมายความว่า โรงพยาบาลในกรมแพทย์ เช่น โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ โรงพยาบาลสงฆ์ สถาบันสุขภาพเด็ก เป็นต้น โรงพยาบาลเหล่านี้ จะต้องถ่ายโอนบริการสุขภาพ ที่เป็นบริการทั่วไป ให้กับ กทม. หรือ กสพ. จังหวัดนครปฐม สำหรับกรณีโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง จ. นครปฐม) คงเหลือไว้เฉพาะบริการ ที่เป็นลักษณะเฉพาะทาง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาล หรือสถาบัน ทางการแพทย์ ในกรมการแพทย์พัฒนาไปเป็น โรงพยาบาล หรือสถาบันเฉพาะทาง (Specialized Hospital) โดยอาจออกไปเป็นองค์การมหาชน ภายใต้ พ.ร.บ.องค์การมหาชน พ.ศ.2542

อย่างไรก็ตาม การถ่ายโอนบริการทั่วไป นอกจากต้องถ่ายโอนงานภารกิจ ระบบประมาณตามภารกิจแล้ว ยังจะต้องถ่ายโอนคน รวมถึงทรัพยากรด้านอื่น เช่น ตัวอาคาร

เครื่องมือแพทย์ เป็นต้น ทางกรรมการแพทย์จึงมีเวลาเตรียมการเพียง 2 ปี (พ.ศ.2544-2546) [ทางกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอต่อคณะกรรมการการกระจายอำนาจ ว่า ควรให้กรรมการแพทย์มีเวลาเตรียมตัวไม่น้อยกว่า 3 ปี (พ.ศ.2544-2548) แต่คณะกรรมการการกระจายอำนาจ ให้เวลาเพียง 2 ปี] เพื่อทำการศึกษาข้อมูล ว่าด้วยสัดส่วนงบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรอื่นๆ ที่โรงพยาบาลของกรรมการแพทย์ ต้องปรับลด และโอนให้ กทม. และ กสพ. จังหวัดนครปฐม นอกจากนี้ ทาง กทม. จะต้องทำการเจรจากับทาง กทม. และจัดทำแผนลดบริการคนไข้นอกงบตามลำดับ ซึ่งต้องออกแบบระบบบริการใหม่ (Redesign) ให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่จะจัดสรรใหม่ (Reallocate) ตลอดจนต้องเตรียมการประชาสัมพันธ์ ให้สาธารณชนได้รับทราบเป็นระยะๆ

5) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

1. ภารกิจที่ต้องถ่ายโอน

อย. ต้องถ่ายโอนงาน และงบประมาณด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้วยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (อาหาร เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย) ดังนี้

1. การผลิตสื่อ และหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา
2. การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภค ความรู้ในการบริโภค และเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม
3. การสร้างและขยายเครือข่าย การมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุข (คปส.) ของผู้บริโภคในท้องถิ่น
4. การตรวจสอบติดตาม คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุใน พ.ร.บ.แต่ละประเภท

2. บทบาทของ อย. ที่ต้องปรับเปลี่ยน

การถ่ายโอนภารกิจ ให้กับ กสพ. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังกล่าว ทาง อย. จะต้องจัดเตรียมแผนสนับสนุน เช่น แผนการพัฒนาฝึกอบรมบุคลากร ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และอำเภอ ตลอดจนบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้มีความพร้อมในการได้รับแต่งตั้งเป็น พนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทใหม่ ในการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ อย. ยังจะต้องจัดทำแผนการสัมมนา ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการเตรียมการแก้ไขกฎหมาย กฎกระทรวง และประกาศเพื่อให้การดำเนินงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค สอดคล้องกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพต่อไป

บทบาทที่สำคัญของ อย. ที่จะร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อีกประการหนึ่ง คือ การขอให้คำปรึกษาทางวิชาการ การนิเทศติดตามส่งเสริมการปฏิบัติงานของบุคลากรต่างๆ ที่

เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค สนับสนุนการส่งเสริมการดำเนินงานของกลุ่ม ชมรม สมาคม ประชาคมต่างๆ ในพื้นที่ให้มีการทำงานเชื่อมโยงกัน เป็นเครือข่าย รวมทั้งการประเมินผลงาน ด้าน คุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่เป็นระยะๆ

6) กรมสุขภาพจิต

1. การปฏิบัติงานที่ต้องถ่ายโอน

ทางกรมสุขภาพจิตจะต้องถ่ายโอนภารกิจ และงบประมาณให้ กสพ. กทม. และ เมืองพัทยา ในเรื่องงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย โดยมี กิจกรรมต่างๆ เช่น การผลิตสื่อเพื่อการประชาสัมพันธ์ การสำรวจวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ทราบถึง สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต ของคนและชุมชนในพื้นที่

สำหรับงานด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ทางจิตเวชนั้น ทางกรมสุขภาพจิต จะต้องจัดทำแผน ร่วมกับเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ 3 ระดับ เพื่อการบูรณาการ เข้ากับการ ตรวจผู้ป่วยนอกทั่วไป โรงพยาบาลจิตเวชควรรับเฉพาะ ผู้ป่วยจิตเวชในระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ซึ่งการจัดทำแผนบริการเช่นนี้ จะนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณใหม่ (Reallocate) ที่ เหมาะสมต่อไป

7) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

1. การปฏิบัติงานที่ต้องถ่ายโอน

อาจมีการถ่ายโอนการตรวจตัวอย่าง (Specimen) ไปให้หน่วยงานขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อทำการควบคุมโรค หรือเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ อย่างมี ประสิทธิภาพ อย่างไรก็ดีตาม เช่นเดียวกับทางกรมการแพทย์ การถ่ายโอนงาน และงบประมาณ ควรใช้เวลาประมาณ 3 ปี (พ.ศ.2544-2547) เพื่อให้ทางกรมได้มีเวลาศึกษา เรื่อง สัดส่วน งบประมาณ บุคลากรที่ใช้ในการตรวจตัวอย่าง (Specimen) ตลอดจนงานบริการใด ที่กรม รับผิดชอบ ที่สามารถถ่ายโอนไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้

ทั้งนี้ ในช่วงการถ่ายโอนระยะที่ 1 (พ.ศ.2544-2547) ทางกรมยังจำเป็นต้อง ให้บริการ โดยไม่คิดมูลค่า ในการตรวจตัวอย่างให้กับสถานบริการสุขภาพเช่นเดิมไปก่อน

7. โครงสร้างและกลไกการทำงานด้านสุขภาพ เพื่อรองรับการกระจาย อำนาจด้านสุขภาพ

1. โครงสร้างและกลไกการทำงานในระดับพื้นที่

1) คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)

นับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 เป็นต้นไป จะมีการจัดตั้ง กสพ. ใน 75 จังหวัด โดยอาศัยคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข โดยให้ กสพ. ทำหน้าที่ ให้คำปรึกษา แก่สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเท่านั้น กสพ. มีองค์ประกอบในลักษณะพหุภาคี โดยมีผู้แทนขององค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนสถานบริการสุขภาพ ผู้แทนภาคประชาสังคม และ
ผู้ทรงคุณวุฒิ มีหน้าที่ดังนี้

1. หน้าที่

1. กำหนดนโยบาย และวางแผนด้านสุขภาพของพื้นที่ โดยสอดคล้องกับ
นโยบาย และแผนพัฒนาสุขภาพของประเทศ
2. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ ในการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่
3. กำหนดหลักเกณฑ์ และจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ ให้แก่สถานบริการ
สุขภาพ ตามกรอบนโยบายที่กำหนด
4. กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณา เลือกสถานบริการสุขภาพ และจัดสรร
งบประมาณให้สถานบริการสุขภาพ อย่างเหมาะสม ทั้งถึง และเท่าเทียมกัน
5. กำหนดมาตรฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพใน
พื้นที่

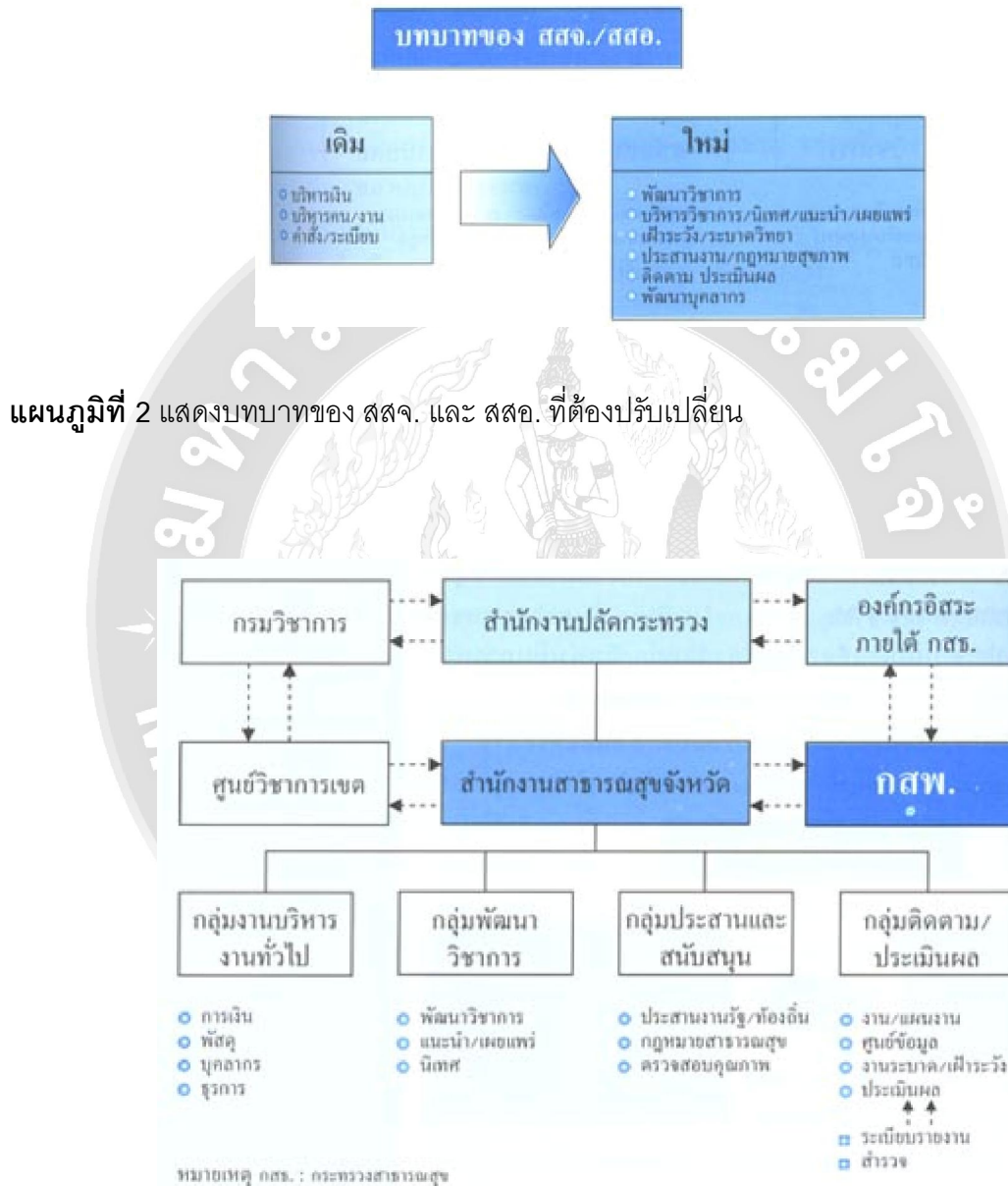
6. กำกับ ดูแล ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่

2. องค์ประกอบ จำนวน และที่มา

1. ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (1 คน) เป็นประธานกรรมการ
 2. ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (1 คน) เป็นรองประธานกรรมการ
 3. ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (7 คน) เป็นกรรมการ
 4. ผู้ทรงคุณวุฒิ (3 คน) และผู้แทนภาคประชาสังคม (3 คน) เป็นกรรมการ
 5. ผู้แทนสถานบริการสุขภาพ (ไม่เกิน 4 คน) เช่น
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงเรียนแพทย์ และรพ.
- ของรัฐสังกัดอื่นๆ (ถ้ามี) เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง
- ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน (1 คน) เป็นกรรมการ
 - ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน (1 คน) เป็นกรรมการ
 - ผู้แทนหัวหน้าสถานีอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล (1 คน) (ถ้ามี)
- เป็นกรรมการ
6. ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข (1 คน)
 - นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (1 คน) เป็นกรรมการและเลขานุการ
 - ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรมป้องกัน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ
 - ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน (1 คน) เป็นกรรมการ
 - ผู้แทนหัวหน้าสถานีอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล (1 คน) (ถ้ามี)
- เป็นกรรมการ

2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)

บทบาทและหน้าที่ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่ต้องปรับเปลี่ยน (ดูแผนภูมิที่ 2 และ 3) มีดังนี้



แผนภูมิที่ 3 แสดงบทบาทหน้าที่ใหม่ของ สสจ. และความสัมพันธ์กับส่วนกลาง และท้องถิ่น

1. **ประสานนโยบายพัฒนาสุขภาพในพื้นที่** ให้สอดคล้องกับมาตรฐาน และนโยบายพัฒนาสุขภาพของประเทศ

2. **ตรวจสอบติดตามสถานบริการสุขภาพ และเครือข่ายผู้ให้บริการสุขภาพ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน** ทั้งนี้โดยประสานกับองค์การที่มีหน้าที่รับผิดชอบ เช่น สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส.) สำนักมาตรฐานสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลป์ เป็นต้น

3. **สนับสนุนและบริการวิชาการ** ที่ เป็นความรู้ใหม่ๆ ในการพัฒนาสุขภาพ หรือการแก้ไขปัญหาสุขภาพ แก่ผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มประชาชนในเรื่องที่เกี่ยวข้อง

4. **ติดตามประเมินผลการพัฒนาสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มต่างๆ ในแต่ละพื้นที่** นำเสนอส่วนกลางให้ดำเนินมาตรการทางการเงิน หรือทางกฎหมาย เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง

5. **ติดตามเฝ้าระวังโรคติดต่อ และปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในแต่ละพื้นที่** โดยประสานงานกับ กสพ. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เกิดการป้องกัน และควบคุมโรค

6. **ประสานและสนับสนุนองค์กรภาคประชาสังคม ในแต่ละจังหวัด** ให้มีศักยภาพในการร่วมตรวจสอบ ติดตาม การดำเนินงานแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน

7. **ประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการตามกฎหมายต่างๆ** ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของประชาชน

สำหรับโครงสร้างของ สสจ. และสสอ. อาจมีการเปลี่ยนแปลงตามบทบาท และหน้าที่ที่เปลี่ยนไป (ดูแผนภูมิที่ 3)

3) เครือข่ายสถานบริการสุขภาพ 3 ระดับ

การถ่ายโอนภารกิจของการบริการสุขภาพ ให้มีการถ่ายโอนให้เครือข่าย สถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ (ทั้งกลุ่ม หรือพวงของสถานบริการ) โดยเครือข่ายบริการสุขภาพ อยู่ภายใต้กำกับของ กสพ. (ในอนาคต) และอาจกำหนดให้มีคณะกรรมการ บริหารเครือข่ายสถานบริการ ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ต่อผู้อำนวยการเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ ในการบริหารจัดการ บริการสุขภาพ ทั้ง 3 ระดับ โดยอาจมีขอบเขตอำนาจหน้าที่ และองค์ประกอบที่สำคัญ (ดูแผนภูมิที่ 4) ดังนี้

- 4) ดังนี้
 1. **อำนาจหน้าที่**
 1. กำหนดเกณฑ์การจัดบริการสุขภาพในพื้นที่
 2. จัดบริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ

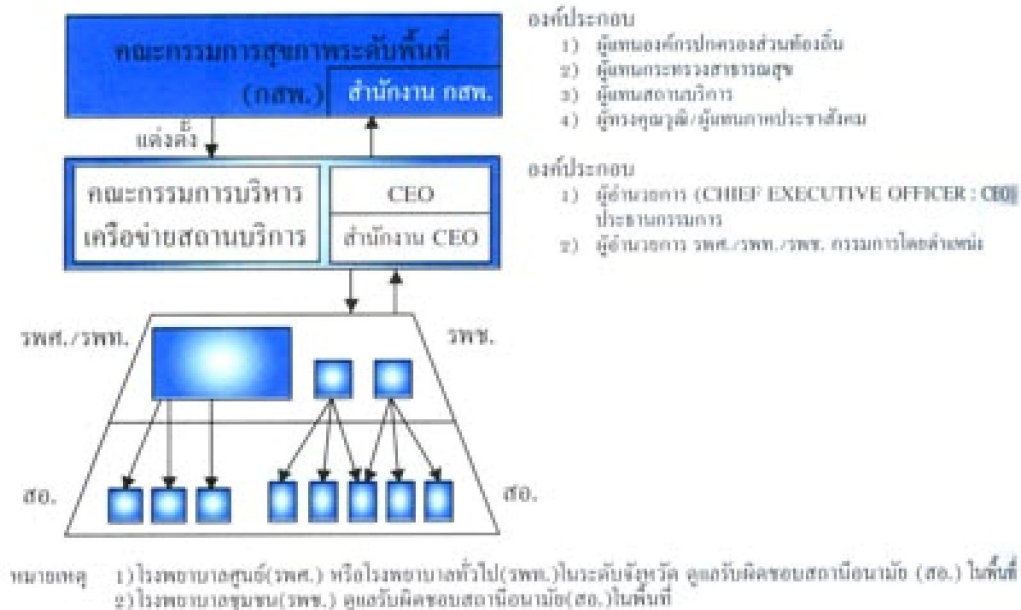
3. บริการจัดการทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ ของเครือข่ายสถานบริการ

สุขภาพ

2. องค์ประกอบ

1. ผู้อำนวยการเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ (CEO) (โดยการสรรหา)
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (โดยตำแหน่ง)

อย่างไรก็ตาม การกำหนดรูปแบบการบริหารจัดการ และความสัมพันธ์ของ เครือข่าย สถานบริการสุขภาพ 3 ระดับ ตลอดจนการจัดความสัมพันธ์ ระหว่าง กสพ. กับเครือข่าย สถานบริการสุขภาพ รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยังจำเป็นต้องอาศัย การศึกษาวิจัย และ พัฒนา (R&D) ตลอดจนการพัฒนาและวิจัย (D&R) ต่อไปในอนาคต เพื่อให้ได้ระบบบริการ สุขภาพที่พึงประสงค์ ของคนในพื้นที่ต่อไป



แผนภูมิที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ ของ กสพ. กับเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ 3 ระดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง กสพ. กับ สสจ. และเครือข่ายสถานบริการ

สุขภาพ

1. ความสัมพันธ์ของ กสพ. กับ เครือข่ายสถานบริการสุขภาพ

คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ มีหน้าที่ในเรื่องนโยบาย และแผนพัฒนา สุขภาพระดับพื้นที่ กำหนดทิศทางของการจัดระบบสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่ง จะต้องมองภาพรวมของสถานะสุขภาพ ของผู้คนในพื้นที่ ซึ่งจะต้องมองภาพรวมของสถานะ

สุขภาพของผู้คนในพื้นที่ กสพ. สามารถใช้อำนาจในการแต่งตั้ง ถอดถอน (Governance Control) ผู้อำนวยการ (Chief Executive Officer : CEO) และกรรมการบริหารเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ (ผู้อำนวยการ รพศ./รพท./รพช.) รวมทั้งใช้อำนาจทางการเงิน (Financing Control) ในการเลือกซื้อบริการ จากสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณ ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อดำเนินงานด้านสุขภาพ

ในการจัดบริการ และการบริหารจัดการในเครือข่าย สถานบริการสุขภาพนั้น (Health Provision and Management) กสพ. ไม่ควรมีอำนาจใด ที่จะไปก้าวก่าย การบริหารจัดการ ภายในสถานบริการสุขภาพดังกล่าว (ดูแผนภูมิที่ 4 และ 5)

Health service provision and Management	กสพ.	เครือข่ายสถานบริการ	กสธ. สสจ.
- กำหนดการจัดบริการ	+	+++	-
- บริหารการบริการสาธารณสุข	++	+++	-
- บริหารงบประมาณ	++	+++	-
- ให้บริการสาธารณสุข	-	+++	-
- แก้ไขปัญหาสาธารณสุข	+	++	-

หมายเหตุ + น้อย ++ ปานกลาง +++ มาก

กสธ. : กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 5 : แสดงความสัมพันธ์เชิงหน้าที่ของเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ ในการจัดบริการด้านสุขภาพ

ความสัมพันธ์ของ กสพ. กับ สสจ. ในเรื่องนโยบาย และแผน

2. บทบาทหลัก ของ กสพ. คือ การกำหนดนโยบาย และวางแผนการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ (Policy and Planning) (ดูจากแผนภูมิที่ 6) โดยสอดคล้องกับนโยบาย และแผนพัฒนาสุขภาพของประเทศ ในเรื่องการจัดสรรทรัพยากร และงบประมาณ (Resource allocation) ก็เช่นกัน กสพ. มีอำนาจหน้าที่พิจารณาให้เกิดการจัดสรร ที่ครอบคลุมทั่วถึง และเท่าเทียมกัน

Policy, Planning and Resource allocation	กสพ.	เครือข่ายสถานบริการ	กสธ. สสจ.
- กำหนดนโยบาย	+++	-	++
- วางแผนพัฒนาสุขภาพ	+++	+	+
- จัดสรรทรัพยากร	+++	+	++
- จัดสรรงบประมาณ	+++	+	++
- กำหนดภารกิจให้สถานพยาบาล	+++	+	-
- กำหนดภารกิจให้องค์กรท้องถิ่น	+++	+	-

หมายเหตุ + น้อย ++ ปานกลาง +++ มาก

กสธ. : กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 6 : แสดงความสัมพันธ์เชิงหน้าที่ ของ กสพ. ในเรื่องนโยบาย การวางแผน และการจัดสรรทรัพยากร

2. ความสัมพันธ์ของ กสพ. กับ สสจ. ในเรื่องการสนับสนุนวิชาการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข จะมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนทางวิชาการ และการติดตามประเมินผล (Technical support and Monitoring & Evaluation) ตลอดจนการกำหนดมาตรฐาน (ดูจากแผนภูมิที่ 7)

Technical support and Monitoring & Evaluation	กสพ.	เครือข่ายสถานบริการ	กสธ. สสจ.
- สนับสนุนวิชาการ & พัฒนาบุคลากร	-	-	+++
- นิเทศติดตาม และควบคุมคุณภาพ	++	+	+++
- กำหนดมาตรฐาน	-	-	+++
- กำหนดเกณฑ์ประเมินผล	-	-	+++
- ประเมินผล	++	+	+++

หมายเหตุ + น้อย ++ ปานกลาง +++ มาก

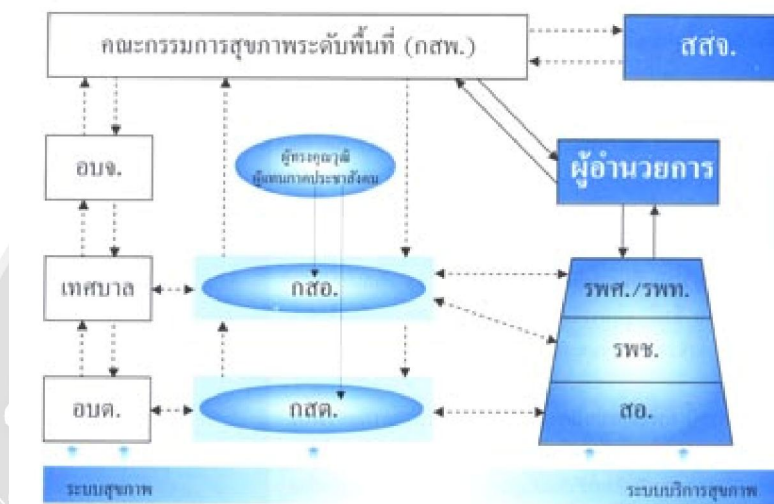
กสธ. : กระทรวงสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 7 : แสดงความสัมพันธ์เชิงหน้าที่ ของ สสจ. และกระทรวงสาธารณสุข ในการสนับสนุนทางวิชาการ และติดตามประเมินผล

4. ด้วยความสัมพันธ์ดังที่ปรากฏ ในแผนภูมิที่ 7 จะนำไปสู่การทำงานใน **ลักษณะพหุภาคี** ซึ่งนำไปสู่การรวมพลังสร้างสรรค์ มีพลังมากกว่าการทำงานฝ่ายเดียว การทำงานในลักษณะพหุภาคีต้อง **เอาชุมชนท้องถิ่น หรือเอาพื้นที่เป็นตัวตั้ง** หน่วยงานราชการเป็นฝ่ายสนับสนุน

5. การกำหนดให้มีโครงสร้าง และกลไกในการทำงานในระดับจังหวัด (กสพ.) ในระดับอำเภอ (คณะกรรมการสุขภาพระดับ อำเภอ : กสอ.) ในระดับตำบล (คณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล : กสต.) โดยที่กลไกในแต่ละระดับ มีองค์ประกอบที่เป็นผู้แทนภาคประชาสังคม (ผู้แทนของกลุ่ม/ชมรม/ประชาคม/สหกรณ์/ฯลฯ) ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วม (Participation Democracy) นับเป็นการพหุภาคีกำลังทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของชุมชน ซึ่งเป็น **ทุนทางสังคม** ที่นำไปสู่การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน **ความเข้มแข็งของชุมชน จะเป็นรากฐานที่สำคัญในการรองรับการกระจายอำนาจ**

6. นอกจากนี้ การออกแบบโครงสร้าง กลไก กระบวนการ และวิธีการทำงาน ที่ **มองสุขภาพแบบองค์รวม** ไม่ได้มองสุขภาพ ในความหมายที่แคบ หรือเป็นเพียงเรื่องของการเจ็บป่วย แล้วต้องพึ่งมดหมอหยา วิทยา โรงพยาบาล เครื่องมือทันสมัยราคาแพง แต่**มุ่งเน้นการสร้างมากกว่าซ่อม** มุ่งเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพ ที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะทำให้ค่าใช้จ่าย หรือการลงทุนมีผลตอบแทนที่คุ้มค่า



แผนภูมิที่ 8 : แสดงความสัมพันธ์ของสถานบริการสุขภาพ กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ คณะกรรมการสุขภาพ ระดับพื้นที่/อำเภอ/ตำบล

8. โครงสร้างและกลไกการทำงานในกระทรวงสาธารณสุข กับ กสพ. และ เครือข่ายสถานบริการสุขภาพ

สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 นำไปสู่การปฏิรูปทางการเมือง ระบบราชการ ตลอดจนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรชุมชนท้องถิ่น ซึ่งทำให้มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง ระบบ และ กระบวนการครั้งสำคัญ ในกระทรวงสาธารณสุข

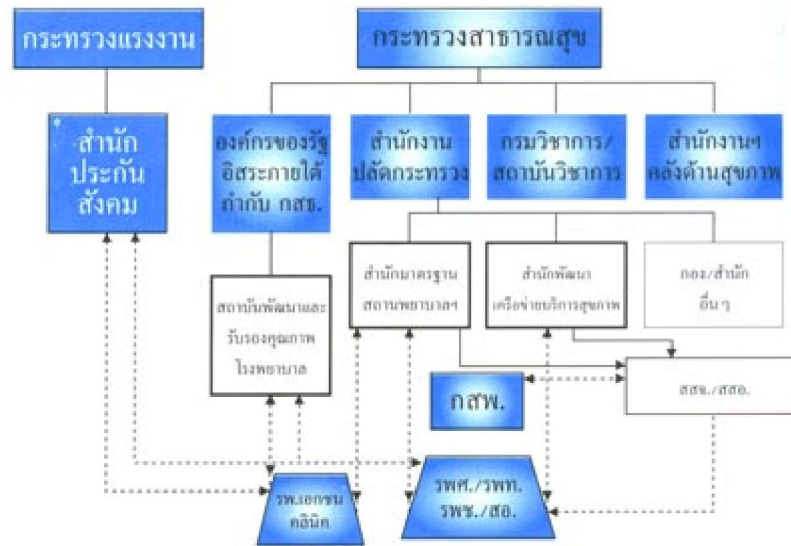
ในแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ หรือแผนปฏิบัติการการถ่ายโอนภารกิจบริการสุขภาพ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (พ.ศ.2544-2553) ได้กำหนดให้มีการจัดตั้ง กสพ. และถ่ายโอนภารกิจบริการสุขภาพ ไปเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง และกลไกการทำงาน ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส.) (Provincial Health Development Bureau)

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งที่ 500/2544 ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2544 ตั้ง "สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส.)" โดยรวมกองโรงพยาบาลภูมิภาค และ กองสาธารณสุขภูมิภาค สคส. ทำหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. สนับสนุนด้านบริหาร และวิชาการแก่หน่วยงานบริหาร และหน่วยงานบริการ ในส่วนภูมิภาค
2. กำหนดมาตรฐาน และสนับสนุนการพัฒนามาตรฐาน สถานบริการสุขภาพ ในส่วนภูมิภาค
3. ประสานความร่วมมือด้านสุขภาพในส่วนภูมิภาค
4. จัดหาความช่วยเหลือทั้งภายใน และภายนอกประเทศ เพื่อพัฒนาเครือข่าย บริการสุขภาพ ในส่วนภูมิภาค
5. ปฏิบัติงานร่วมกัน หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย
6. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย จากปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ก่อนหน้านี้ กองโรงพยาบาลภูมิภาค มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล โรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 67 แห่ง มีการจัดทำคำของบประมาณที่แยกจาก กองสาธารณสุขภูมิภาค สำหรับกองสาธารณสุขภูมิภาค มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล โรงพยาบาลชุมชน 714 แห่ง ทั่วประเทศ สถานีอนามัย 9,661 แห่ง ทั่วประเทศ และสถานบริการชุมชน 360 แห่ง เมื่อแผนปฏิบัติการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้กำหนดให้ ถ่ายโอนเครือข่ายไปทั้ง เครือข่าย ไม่มีการแยกส่วนสถานบริการสุขภาพ ออกไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ละระดับ ดังนั้น การปรับโครงสร้างองค์กร โดยการตั้ง สคส. ตลอดจนการรวมงบประมาณของทั้ง 2 กอง ไปรวมเป็นงบประมาณสุขภาพ พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพในส่วนภูมิภาค หรือในระดับพื้นที่ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการบริการปฐมภูมิ (Primary Care Model Development) ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพการบริการทั้งเครือข่าย (Development for Accreditation) แทนการพัฒนาเฉพาะสถานบริการ (ดูแผนภูมิที่ 9)



แผนภูมิที่ 9 : แสดงความสัมพันธ์ ความเชื่อมโยงของโครงสร้าง และกลไกในการทำงาน ระหว่าง สำนักประกันสังคม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กับ กสพ. และเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่

2. สำนักงานมาตรฐานสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งที่ 586/2544 ลงวันที่ 16 กรกฎาคม 2544 จัดตั้งสำนักงานมาตรฐานสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ

โดยมีหลักการและเหตุผลว่า เพื่อการพัฒนามาตรฐาน สถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีความเข้มแข็ง สามารถ คัดกรองประชาชน ผู้บริโภค ให้ได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ มาตรฐาน และเป็นธรรม สสนองตอบเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 57 บัญญัติให้สิทธิของบุคคล ซึ่งเป็นผู้บริโภค ย่อมได้รับการคุ้มครอง โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่ประชาชนเล็งกบริโภค และเพื่อให้การเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ได้ จึงเห็นสมควรจัดตั้ง "สำนักงานมาตรฐานสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ" เพื่อให้เป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ในการดูแล กำกับ มาตรฐานสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ ตลอดจนจัดทำนโยบาย แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ ของประเทศต่อไป

สำนักงานมาตรฐานสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ มีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

1. เป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในการกำกับ ดูแลมาตรฐานสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะทั่วประเทศ
2. จัดทำนโยบายแผนงาน และดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพ
3. เป็นแหล่งข้อมูลของงานสถานพยาบาลเอกชน การประกอบโรคศิลปะ และงานคุ้มครองผู้บริโภค
4. พัฒนาและปรับปรุงกฎหมาย/ประกาศ/ระเบียบต่างๆ ที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 และพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 สืบสวน สอบสวน และดำเนินคดี เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ
5. เป็นศูนย์กลางงานรับเรื่องราวร้องทุกข์ เกี่ยวกับสถานพยาบาล ตลอดจนควบคุมการโฆษณา
6. ปฏิบัติงานให้ความร่วมมือ และสนับสนุนองค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ที่ปฏิบัติเกี่ยวกับ การส่งเสริมพัฒนาคุณภาพ
7. ปฏิบัติงานร่วมกับสภานิติวิชาชีพ สาขาต่างๆ ทุกสาขา ในการพัฒนาวิชาการ กล่าวโดยสรุป สำนักงานแห่งนี้ จะทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภค ด้านบริการสุขภาพ โดยการจัดทำนโยบาย และแผนงาน และดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ สำนักมาตรฐานสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ ยังเป็นช่องทางให้ประชาชนได้ร้องทุกข์ จากการได้รับบริการสุขภาพที่ไม่ได้คุณภาพ ไม่เป็นธรรม ไม่ทั่วถึง จากสถานบริการ ทั้งภาครัฐ และเอกชน นอกจากนี้ยังต้องกำกับดูแลมาตรฐาน สถานพยาบาลเอกชน (โรงพยาบาลเอกชน และคลินิก) ทั่วประเทศ

3. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีแนวโน้มที่จะพัฒนาไปเป็นองค์การมหาชน ภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข ตาม พ.ร.บ.องค์การมหาชน พ.ศ.2542 ซึ่งจะทำให้ **สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล** ทำการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ของโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการประเมินตนเอง ร่วมกับการประเมินจากภายนอก เป็นกลไกกระตุ้นที่สำคัญ

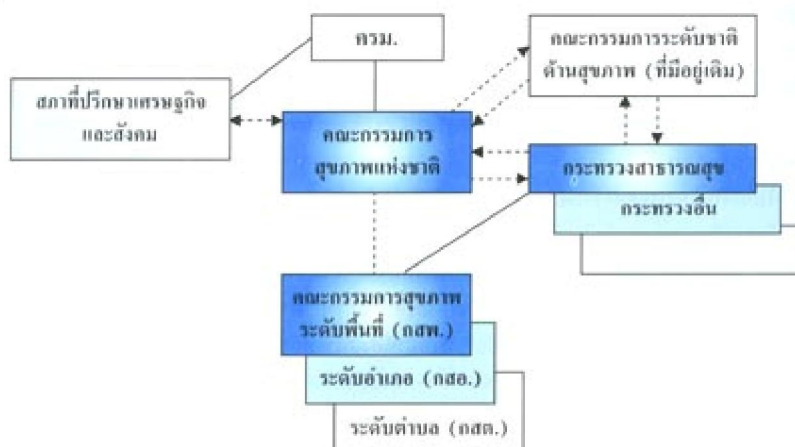
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มีหลักการเกี่ยวกับบริการสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่รัฐต้องจัดบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพให้แก่ประชาชน ให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึง และได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน ผู้ให้บริการจะต้องสามารถถูกตรวจสอบได้ จะต้องส่งเสริมให้ประชาชน และภาคเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะทำได้

สถาบันฯ จึงได้จัดทำโครงการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ขึ้น ในลักษณะของการวิจัย และพัฒนามาตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 มีการจัดตั้งภาคีพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้ขยายออกไปอย่างกว้างขวาง ขณะนี้ได้รูปแบบของการพัฒนาคุณภาพ รูปแบบของการประเมินตนเอง และประเมินจากภายนอก และได้กำกับ ขยายโครงการไปในโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ คาดว่า หากมีนโยบายที่ชัดเจน ในการกำหนดเงื่อนไขว่า หากโรงพยาบาลแห่งใดไม่ได้ HA (รับรองคุณภาพมาตรฐาน) จะไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากรัฐได้ จะทำให้เป้าหมาย โรงพยาบาลที่ได้รับรอง HA อาจเพิ่มขึ้นเป็น 300 แห่ง ภายในปี พ.ศ.2544

9. โครงสร้างการทำงานในระดับมหภาค

1. ความสัมพันธ์ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กับ กสพ.

ในกระบวนการจัดทำร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้มีข้อเสนอกลไกระดับชาติ ในการกำหนดนโยบาย โดยเสนอให้มี "คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ" เป็นกลไกกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติ ของภาครัฐที่มีฝ่ายการเมือง ฝ่ายราชการประจำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ ฝ่ายวิชาชีพ และฝ่ายผู้ทรงคุณวุฒิต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่สังเคราะห์องค์ความรู้ต่างๆ กำหนดทิศทางนโยบายด้านสุขภาพ ติดตามกำกับการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพ และประเมินระบบสุขภาพ เพื่อดูแลให้ระบบสุขภาพเป็นไปอย่างสอดคล้อง กับสภาพการณ์ และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา โดยกลไกนี้เป็นกลไกของรัฐ เพื่อให้รัฐแสดงความรับผิดชอบ ต่อการกำหนดนโยบาย และต่อการดำเนินงานของระบบสุขภาพให้ชัดเจน และต่อเนื่อง (ดูแผนภูมิที่ 10)

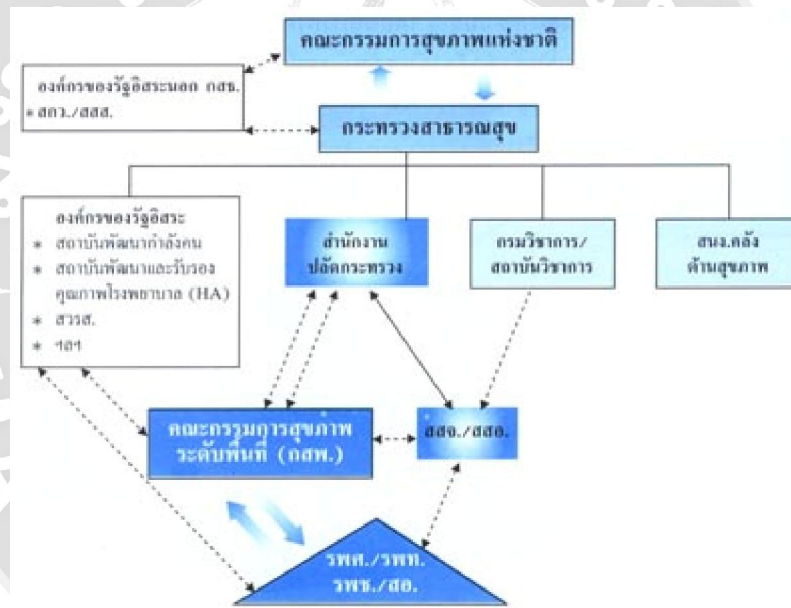


แผนภูมิที่ 10 : แสดงความสัมพันธ์ และความเชื่อมโยงของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สภาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่

สำหรับคณะกรรมการระดับชาติด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น ด้านโภชนาการ ด้านการบริโภคนาสุขภาพ ด้านอุบัติเหตุจราจร เป็นต้น ยังคงทำหน้าที่เชื่อมโยง ในเรื่องข้อมูล ความรู้ การพัฒนานโยบาย กับกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเชื่อมโยงประสานกับ คณะกรรมการสุขภาพระดับชาติ ที่อาจเกิดขึ้นใหม่ในอนาคตอันใกล้ เพื่อให้การกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ มีความชัดเจนสอดคล้องกับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่แปรเปลี่ยนไป กลไกระดับชาติที่อาจเกิดขึ้นใหม่ จากการปฏิรูประบบสุขภาพ จะเอื้ออำนวยให้มีการสร้าง และพัฒนาระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ โดยมีประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

2. กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขจะมีการปรับเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ครั้งใหญ่ ใน 5-10 ปี ข้างหน้า (ดูแผนภูมิที่ 11)



แผนภูมิที่ 11 : แสดงโครงสร้าง และความสัมพันธ์ของกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)

โดยกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นกลไกของรัฐส่วนกลาง ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบสุขภาพ และระบบสุขภาพในภาพรวม ให้เป็นไปตามนโยบาย และแผนที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนด สนับสนุนทรัพยากรตามนโยบาย และแผนพัฒนาสนับสนุนการพัฒนาวิชาการ กำหนดและพัฒนามาตรฐาน ประสาน สนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งการประเมินผลการดำเนินงาน ในส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะเชื่อมต่อกับสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ เพื่อทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพ ในภาพรวม แผนการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ ตลอดจนการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเหมาะสม ทัวถึง และเท่าเทียมกัน ซึ่งอาจมีหน่วยงานใหม่ คือ สำนักคณะกรรมการคลังด้านสุขภาพ มาทำหน้าที่ในการวางมาตรฐาน หลักเกณฑ์การใช้ และจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพในภาครัฐ

สำหรับกรมต่างๆ จะปรับบทบาทจากที่เคยทำงานปฏิบัติการในพื้นที่ มาเป็น สถาบันวิชาการ สนับสนุนงานเทคนิควิชาการ และอื่นๆ ดังกล่าวแล้วข้างต้น กรมบางกรมอาจปรับเปลี่ยนเป็นองค์การมหาชน ภายใต้ พ.ร.บ. องค์การมหาชน พ.ศ.2542 เช่น องค์การด้านอาหาร และยา สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) โรงพยาบาลเฉพาะทางของกรมการแพทย์ และกรมควบคุมโรคติดต่อ เป็นต้น

องค์การมหาชนที่เป็นอิสระอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานนายกรัฐมนตรี (ซึ่งได้รับงบประมาณจากการหักภาษี 2% ของบุหรี่ และเหล้า) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานนายกรัฐมนตรี หรือองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค ที่กำลังจะเกิดขึ้นตามมาตรา 57 ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 องค์กรอิสระเหล่านี้ จะช่วยสนับสนุนให้กลไกต่างๆ ในพื้นที่มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

องค์การบริหารส่วนตำบล

องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นรูปแบบการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 ซึ่งมีใช้ผลบังคับตั้งแต่ 2 มีนาคม 2538 กฎหมายรับรองให้สถานเป็นนิติบุคคล และเป็นราชการบริหารส่วนท้องถิ่นทำให้ถือว่าองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจอิสระ มีศักดิ์และสิทธิเช่นเดียวกับการปกครองรูปแบบอื่นๆ นอกจากนั้นการกำหนดโครงสร้างขององค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วย ฝ่ายนิติบัญญัติที่มาจากการเลือกตั้งของประชาชนส่วนหนึ่ง และฝ่ายบริหารที่มาจากการคัดเลือกจากสมาชิกสภา อบต. ทำให้โครงสร้างของอบต. มีลักษณะคล้ายกับเทศบาลและคล้ายกับรูปแบบรัฐบาลจนมีการเปรียบเทียบให้เป็น “เทศบาลจิว” ซึ่งถือได้ว่า มีความเป็นประชาธิปไตยพอสมควร (นิสิต จันทรสมวงศ์ และปรีชา เวียงจันทร์, 2541: 3)

ประวัติการจัดตั้ง

องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีวิวัฒนาการและความเป็นมาเช่นเดียวกับสภาตำบล เหตุที่มีการจัดตั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัดส่วนตำบลขึ้นมาใหม่นั้น เนื่องจากรัฐบาลในช่วงเวลาดังกล่าวมีนโยบายที่จะกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ประชาชนให้มากขึ้น จึงได้พิจารณาปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับ “สภาตำบล” ที่มีอยู่แต่เดิมเสียใหม่ และได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 โดยให้มีการยกฐานะสภาตำบลที่มีรายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบใหม่ เรียกว่า “องค์การบริหารส่วนตำบล” และต่อมาได้มีการแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัตินี้มาจนถึง ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2543

องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) คือหน่วยการปกครองท้องถิ่นที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล และเป็นราชการส่วนท้องถิ่น โดยประชาชนมีอำนาจในการตัดสินใจการบริหารงานของตำบล ตามที่กฎหมายกำหนดไว้ (โกวิทย์ พวงงาม และ ปรีดี โชติช่วง, 2539: 1) ซึ่งจากการยกฐานะสภาตำบลที่มีรายได้โดยไม่รวมเงินอุดหนุนในปีงบประมาณที่ล่วงมา ติดต่อกันสามปี เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าปีละ 100,000 บาท (หรือตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด) ประกาศจัดตั้งเป็น อบต. โดยให้ทำเป็นประกาศกระทรวงมหาดไทย และให้ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา ระบุชื่อ และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล หลังจากที่มีพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงฐานะของ องค์การปกครองในระดับตำบล ออกเป็น 2 รูปแบบ (โกวิทย์ พวงงาม และ ปรีดี โชติช่วง, 2539: 1) ได้แก่ สภาตำบลให้มีฐานะเป็นนิติบุคคล และองค์การบริหารส่วนตำบลให้มีฐานะเป็นนิติบุคคล และเป็นราชการส่วนท้องถิ่น

เมื่อพิจารณาการจัดตั้ง อบต. เพื่อแก้ปัญหาด้านประสิทธิภาพของสภาตำบลตามกฎหมายเดิม และนโยบายของรัฐบาลแล้ว เห็นได้ว่าเจตนารมณ์ของรัฐบาลของการจัดตั้ง อบต. (กองราชการส่วนตำบล, 2539: 43) มีดังนี้

1. เพื่อกระจายอำนาจการตัดสินใจแก้ไขปัญหาในตำบล และสนองตอบความต้องการของประชาชนให้แก่ อบต. อย่างไรก็ตาม อำนาจที่ของ อบต. ที่ได้รับนั้น เป็นอำนาจที่ฝ่ายบริหารของประเทศ คือ คณะรัฐบาลเป็นผู้มอบให้ อำนาจของ อบต. จึงเกิดขึ้นอย่างมีขอบเขต และข้อจำกัด ตามที่รัฐกำหนด มิใช่เป็นอำนาจโดยอิสระแต่ประการใด

2. เพื่อเปิดโอกาสให้หน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ได้มีโอกาสปกครองตนเอง และรัฐบาลได้มอบอำนาจหน้าที่และกิจกรรมเพื่อการพัฒนาและบริหารตามสมควร ดังนั้น เพื่อให้มีการปกครองตนเองที่เข้มแข็ง และเป็นการแบ่งเบาภาระของรัฐบาล รัฐบาลจึงได้กำหนดให้ อบต. มีรายได้หลายทาง ซึ่งรวมทั้งเงินอุดหนุนให้มีทรัพยากรทางการบริหารอย่างเพียงพอ

3. เพื่อเสริมสร้างแนวคิดแบบประชาธิปไตย โดยมีการถ่วงดุลระหว่างฝ่ายสภา กับฝ่ายบริหาร และที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในตำบลอย่างกว้างขวาง โดยการ เสนอปัญหาและคำแนะนำต่าง ๆ รวมถึงการตรวจสอบการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นในรูปของ อบต.

หลักเกณฑ์การจัดตั้ง

องค์การบริหารส่วนตำบลจัดตั้งจาก สภาตำบลที่มีรายได้ไม่รวมเงินอุดหนุนใน ปีงบประมาณที่ ล่วงมาติดต่อกัน 3 ปี เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าปีละ 150,000 บาท หรือตามเกณฑ์รายได้ เฉลี่ยที่มีการเปลี่ยนแปลง (ซึ่งทำเป็นประกาศกระทรวงมหาดไทย และประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา) การประกาศยกฐานะ สภาตำบลเป็น องค์การบริหารส่วนตำบลต้องทำเป็น ประกาศ กระทรวงมหาดไทย และประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา โดยในประกาศให้ระบุชื่อและเขต ของ องค์การบริหารส่วนตำบลไว้ด้วย

การยุบรวมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

1. องค์การบริหารส่วนตำบลใดมีจำนวนประชากรไม่ถึง 2,000 คน ทั้งเป็นเหตุไม่ สามารถที่จะดำเนินการบริหารงานพื้นที่นั้นให้มีประสิทธิภาพในลักษณะขององค์การบริหารส่วน ตำบลได้ ให้กระทรวงมหาดไทยประกาศยุบองค์การบริหารตำบลดังกล่าว โดยให้รวมพื้นที่เข้ากับ องค์การบริหารส่วนตำบลอื่นที่มีเขตติดต่อกันภายในเขตอำเภอเดียวกัน หรือให้ตราพระราช กฤษฎีกายุบองค์การบริหารส่วนตำบลดังกล่าว โดยให้รวมพื้นที่เข้ากับหน่วยการบริหารราชการ ส่วนท้องถิ่นที่มีเขตติดต่อกันภายในเขตอำเภอเดียวกัน ตามเจตนารมณ์ของประชาชนในเขตตำบล นั้นภายใน 90 วัน นับแต่วันที่มิเหตุดังกล่าว

2. สภาตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลอาจรวมกับองค์การบริหารส่วนตำบล ที่ มีเขตติดต่อกันภายในเขตอำเภอเดียวกันได้ตามเจตนารมณ์ของประชาชนในเขตตำบลนั้นได้

3. สภาตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลอาจรวมกับหน่วยการบริหารราชการส่วน ท้องถิ่นที่มีเขตติดต่อกันภายในเขตอำเภอเดียวกันได้ตามเจตนารมณ์ของประชาชนในเขตตำบล นั้นโดยตราเป็นพระราชกฤษฎีกาและให้กำหนดเขตใหม่ของหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ไว้ในพระราชกฤษฎีกาด้วย

อำนาจหน้าที่

องค์การบริหารส่วนตำบล มีหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายดังนี้

1. อำนาจหน้าที่ทั่วไป

พัฒนาตำบลทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม

2. หน้าที่ที่กฎหมายบังคับให้ทำ

- (1) จัดให้มีและบำรุงรักษาทางน้ำและทางบก
- (2) รักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งกำจัดมูลฝอย และ สิ่งปฏิกูล
- (3) ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ
- (4) ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- (5) ส่งเสริมการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม
- (6) ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุและผู้พิการ
- (7) คุ้มครองดูแลและบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- (8) บำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น

ท้องถิ่น

(9) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ทางราชการมอบหมาย โดยจัดสรรงบประมาณหรือบุคลากรให้ตามความจำเป็นและสมควร

3. หน้าที่ที่ไม่บังคับให้ทำ

- (1) ให้มีน้ำเพื่อการอุปโภค บริโภคและการเกษตร
- (2) ให้มีและบำรุงการไฟฟ้าหรือแสงสว่างโดยวิธีอื่น
- (3) ให้มีและบำรุงรักษาทางระบายน้ำ
- (4) ให้มีและบำรุงสถานที่ประชุม การกีฬา การพักผ่อนหย่อนใจและสวนสาธารณะ
- (5) ให้มีและส่งเสริมกลุ่มเกษตรกรและกิจการสหกรณ์
- (6) ส่งเสริมให้มีอุตสาหกรรมในครอบครัว
- (7) บำรุงและส่งเสริมการประกอบอาชีพของราษฎร
- (8) การคุ้มครองดูแลและรักษาทรัพย์สินอันเป็นสาธารณสมบัติของแผ่นดิน
- (9) หาผลประโยชน์จากทรัพย์สินขององค์การบริหารส่วนตำบล
- (10) ให้มีตลาด ท่าเทียบเรือ และท่าข้าม
- (11) กิจการเกี่ยวกับการพาณิชย์
- (12) การท่องเที่ยว
- (13) การผังเมือง

องค์การบริหารส่วนตำบลอาจออก ข้อบังคับตำบล เพื่อใช้บังคับภายในตำบลได้เท่าที่ไม่ขัดต่อกฎหมายหรืออำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล โดยจะกำหนดค่าธรรมเนียมหรือกำหนดโทษ ปรับได้ไม่เกิน 500 บาท

รูปแบบการบริหาร

องค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วย สภาองค์การบริหารส่วนตำบลและคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล

การบริหารงาน

การบริหารงานองค์การบริหารส่วนตำบลมีพนักงานส่วนตำบลและมีโครงสร้างการบริหารงาน ดังนี้

1. สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
2. ส่วนต่างๆ ที่องค์การบริหารส่วนตำบลได้ตั้งขึ้น

นอกจากนี้เพื่อประโยชน์แก่กิจกรรมขององค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลอาจร้องขอให้ข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้างของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นไปดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติกิจการขององค์การบริหารส่วนตำบลเป็นการชั่วคราวได้

รายได้

1. รายได้จากภาษี

(1) ภาษีบำรุงท้องที่ ภาษีโรงเรือนและที่ดิน ภาษีป้าย อากรการฆ่าสัตว์และค่าธรรมเนียม รวมถึงผลประโยชน์อื่นอันเกิดจากการฆ่าสัตว์

(2) ภาษีและค่าธรรมเนียมรถยนต์และล้อเลื่อนที่จัดเก็บได้ในจังหวัด แล้วจัดสรรให้องค์การบริหารส่วนตำบล

(3) องค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจออกข้อบังคับตำบล เพื่อเก็บภาษีอากรและค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นไม่เกินร้อยละ 10 ของภาษีอากรและค่าธรรมเนียมประเภทใดประเภทหนึ่งหรือทุกประเภท ดังต่อไปนี้

- ภาษีธุรกิจเฉพาะตามประมวลรัษฎากร ซึ่งสถานประกอบการการตั้งอยู่ในองค์การบริหารส่วนตำบล

- ค่าธรรมเนียม ใบอนุญาตขายสุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ซึ่งร้านขายสุราตั้งอยู่ใน องค์การบริหารส่วนตำบล

(4) รายได้จากอากรตามกฎหมายว่าด้วยน้ำบาดาล เงินจากประทานบัตร ใบอนุญาตและอาชญาบัตรตามกฎหมายว่าด้วยการประมง ค่าภาคหลวงและค่าธรรมเนียมตามกฎหมายว่าด้วยป่าไม้ และค่าธรรมเนียมจดทะเบียนสิทธิ และนิติกรรมตามประมวลกฎหมายที่ดิน ที่เก็บในองค์การบริหารส่วนตำบล

(5) ค่าภาคหลวงแร่ตามกฎหมายว่าด้วยแร่และค่าภาคหลวงปิโตรเลียม ทั้งนี้ ในองค์การบริหารส่วนตำบลใดเมื่อได้มีการจัดเก็บตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น แล้วให้จัดสรรแก่องค์การบริหารส่วนตำบลนั้น ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

(6) เงินที่เก็บตามกฎหมายว่าด้วยอุทยานแห่งชาติในองค์การบริหารส่วนตำบลใด ให้แบ่งให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลนั้นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

(7) องค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจออกข้อบังคับตำบลเพื่อเก็บภาษีมูลค่าเพิ่ม โดยให้กำหนดเป็นอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มเพิ่มขึ้นจากอัตราที่เรียกเก็บตามประมวลรัษฎากร ดังต่อไปนี้

- ในกรณีที่ประมวลรัษฎากรเรียกเก็บภาษีมูลค่าเพิ่มในอัตราร้อยละศูนย์ ให้องค์การบริหารส่วนตำบลเก็บในอัตราร้อยละศูนย์

- ในกรณีที่ประมวลรัษฎากรเรียกเก็บภาษีมูลค่าเพิ่มขึ้นในอัตราอื่น ให้องค์การบริหารส่วนตำบลเก็บหนึ่งในเก้าของอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มที่เรียกเก็บตามประมวลรัษฎากร ภาษีมูลค่าเพิ่มที่เก็บเพิ่มขึ้นนี้ ให้ถือเป็นภาษีมูลค่าเพิ่มตามประมวลรัษฎากร

2. รายได้อื่นๆ

- (1) รายได้จากทรัพย์สินขององค์การบริหารส่วนตำบล
- (2) รายได้จากสาธารณูปโภคขององค์การบริหารส่วนตำบล
- (3) รายได้จากกิจการเกี่ยวกับการพาณิชย์ขององค์การบริหารส่วนตำบล
- (4) ค่าธรรมเนียม ค่าใบอนุญาต และค่าปรับตามที่จะมีกฎหมายกำหนด
- (5) เงินและทรัพย์สินอื่นที่มีผู้อุทิศให้
- (6) รายได้อื่นตามที่รัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐจัดสรรให้
- (7) เงินอุดหนุนจากรัฐบาล
- (8) รายได้อื่นตามที่จะมีกฎหมายกำหนดให้เป็นขององค์การบริหารส่วนตำบล

การกำกับดูแล

1. นายอำเภอ มีอำนาจกำกับดูแลการปฏิบัติหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลให้เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของทางราชการ โดยนายอำเภอมีอำนาจเรียกสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการบริหาร พนักงานส่วนตำบลและลูกจ้างของ

องค์การบริหารส่วนตำบลมาชี้แจงหรือสอบสวน ตลอดจนเรียกการและเอกสารใดๆ จากองค์การบริหารส่วนตำบลมาตรวจสอบได้

2. เพื่อคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล หรือประโยชน์ของประเทศเป็นส่วนรวม นายอำเภอจะรายงานเสนอความเห็นต่อผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อยุบสภาองค์การบริหารส่วนตำบล

3. หากปรากฏว่าคณะกรรมการบริหาร กระทำการฝ่าฝืนต่อความสงบเรียบร้อย หรือสวัสดิภาพของประชาชน หรือละเลยไม่ปฏิบัติตามหรือปฏิบัติการไม่ชอบด้วยอำนาจหน้าที่ ผู้ว่าราชการจังหวัดอาจสั่งให้คณะกรรมการบริหารทั้งคณะหรือกรรมการบริหารบางคน พ้นจากตำแหน่งได้ตามคำแนะนำของนายอำเภอ

องค์ประกอบและหลักการของงานสาธารณสุขมูลฐาน

ในช่วงเวลา 2 ทศวรรษที่ผ่านมา เป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกแล้วว่า การสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่สุดที่จะช่วยให้ทุกประเทศสามารถจัดบริการสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าตามยุทธศาสตร์สากลขององค์การอนามัยโลก โดยขึ้นอยู่กับเงื่อนไขแห่งเวลาทรัพยากร เครื่องชี้วัด เป้าหมาย และประสิทธิภาพของกลไกการบริหารงานตามแผนงาน โดยเฉพาะของแต่ละประเทศ ทั้งนี้ในกลยุทธ์ของการสาธารณสุขมูลฐานนั้น ชุมชนนับเป็นกุญแจสำคัญที่จะไขไปสู่ความสำเร็จ พิจารณาได้จากคำประกาศแห่ง อัลมา-อะตา (Declaration of Alma-Ata) ซึ่งเป็นผลงานของการประชุมระหว่างประเทศครั้งประวัติศาสตร์ เรื่อง การสาธารณสุขมูลฐาน ณ เมือง อัลมา-อะตา ในสหภาพโซเวียต เมื่อ พ.ศ. 2521 ซึ่งระบุไว้ตอนหนึ่งว่า (WHO, 1978: 8-9) “การสาธารณสุขมูลฐาน คือ บริการสาธารณสุขอันจำเป็นแก่การดำรงชีวิตของมนุษย์ที่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ สอดคล้องกับความเป็นอยู่และเป็นที่ยอมรับของสังคม เข้าถึงชุมชนครอบคลุม และตัวบุคคล โดยที่ชุมชนได้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และสามารถทำนุบำรุงให้เจริญก้าวหน้าต่อไปได้อย่างมั่นคงตามหลักการพึ่งตนเองและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้จะต้องได้รับการเชื่อมต่อให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศโดยถือว่าเป็นกลไกสำคัญยิ่งของการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของชุมชน ที่จะนำบริการเข้าไปให้ถึงประชาชน ณ ที่อยู่อาศัยและที่ทำงานให้ดีที่สุดเท่าที่สามารถจะกระทำได้” การสาธารณสุขมูลฐาน ได้ถูกนำมาใช้เป็นกลยุทธ์ให้บรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน คือมุ่งให้ประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มอายุ ทุกกลุ่มอาชีพ มีสิทธิ มีโอกาสและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ตลอดจนได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การ

รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ อันจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีถึงระดับที่จะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่าทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม นายแพทย์อมร นนทสุต (2531: 8-15) ได้สรุปแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานไว้หลายประการ ที่สำคัญคือ การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบลและหมู่บ้านโดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชน ซึ่งรัฐมีหน้าที่สนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาวางแผน และจัดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ และงานสาธารณสุขมูลฐานสามารถผสมผสานกับงานพัฒนาชุมชนด้านอื่นๆ รวมถึงมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยสรุป การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง บริการสาธารณสุขในระดับตำบลและหมู่บ้านหรือชุมชนในเขตเมือง ที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจนถึงระดับที่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้านหรือชุมชนของตนได้ ส่วนเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองในด้านสุขภาพได้

2.1 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน (Essential Element of Primary Health Care)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกิจกรรมจำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ 8 กิจกรรมซึ่งประเทศไทยได้เริ่มนำมาใช้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) ต่อมาได้เพิ่มเติมอีก 2 กิจกรรม เป็น 10 กิจกรรม ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) และในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) ได้เพิ่มอีก 4 กิจกรรม รวมเป็น 14 กิจกรรม (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 2543: 19 -20) ซึ่งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญที่จะต้องช่วยเหลือสนับสนุนให้ชุมชนสามารถดำเนินกิจกรรมเหล่านี้เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน ได้แก่

2.1.1 การสุขศึกษา (Health Education)

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชน (เช่น ผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน ผู้นำเยาวชน กรรมการชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น) ให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่นและสามารถเผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพและให้คำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือเมื่อเจ็บป่วยแล้วประชาชนสามารถดูแลรักษาโรคขั้นต้นได้อย่างถูกต้อง และไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อจำเป็น รวมถึงการให้สุขศึกษาเพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ซึ่งการพัฒนาศักยภาพและการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนสามารถดำเนินงานสุขศึกษา อาจอยู่ในรูปของการประชุม การกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยฝึกอบรม การพาไปศึกษาดูงาน การสนับสนุนข้อมูลความรู้เรื่องสุขภาพและสื่อสุขศึกษาในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในท้องถิ่น

2.1.2 โภชนาการ (Nutrition)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชน (เช่น ผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน แม่ตัวอย่าง อาสาสมัครนมแม่) ให้มีความรู้ และทักษะในการดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการในชุมชน รวมถึงสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดส่วนสูง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนเหล่านั้น ทำหน้าที่เฝ้าระวังทางโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี หญิงตั้งครรภ์ผู้สูงอายุ รวมถึงให้ความรู้ กระตุ้นเตือนให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาโภชนาการที่เกิดขึ้น เช่น เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย โรคขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี โรคอ้วน เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโภชนาการของชุมชนเช่น การจัดทำหรือจัดหาอาหารเสริมให้แก่กลุ่มที่ขาดสารอาหาร หรือจัดกิจกรรมส่งเสริมการบริโภคอาหารสุขภาพ การควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกายให้กับประชาชนกลุ่มที่มีโภชนาการเกิน หรือมีโรคอ้วน เป็นต้น

2.1.3 การจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล (Water Supply and Sanitation)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทที่ต้องเข้าไปช่วยเหลือให้ชุมชนมีน้ำสะอาดเพียงพอต่อการบริโภคและอุปโภค และมีสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและอาหารที่ดี แต่การดำเนินงานดังกล่าวต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชนด้วยเช่นกัน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและความยั่งยืนในการพัฒนาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมของชุมชนโดยพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนอื่นๆ ให้สามารถให้ความรู้ และสร้างความตระหนักตลอดจนเป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมให้ประชาชนร่วมมือกันจัดสิ่งแวดล้อมทั้งในครัวเรือนและในชุมชนให้ถูกสุขลักษณะ มีการจัดเก็บขยะ แยกขยะอย่างถูกวิธี รวมถึงช่วยกันลดปริมาณขยะของชุมชน การอบรมช่างสุขาภิบาลประจำหมู่บ้านให้มีหน้าที่ช่วยเหลือในการฝึกอบรมและสอนงานแก่ครัวเรือนที่ต้องการสร้างโถ้วเก็บกักน้ำ สร้างส้วม หรือภาชนะกักเก็บขยะ การฝึกอบรมผู้ประกอบการร้านค้าอาหาร แผงลอย ผู้ค้าในตลาดสดให้ร่วมมือกันดูแลสุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อมในตลาดและบริเวณค้าขายให้สะอาด เป็นระเบียบ ถูกสุขอนามัย

2.1.4 การเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น (Surveillance for Local Disease Control)

การป้องกันและระงับโรคติดต่อ เป็นหน้าที่สำคัญประการหนึ่งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน และเฝ้าระวังโรคเพื่อที่จะสามารถควบคุมการระบาดของโรคได้อย่างทันทั่วถึงที่ เช่น โรคไข้เลือดออก ไข้หวัดนกโรคอุจจาระร่วง ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนอื่นๆ ให้สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่นรวมถึงวิธีป้องกันและควบคุมโรคในช่วงฤดูกาลที่มักมีการระบาดและระดมความร่วมมือของชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดโรค โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการควบคุมโรคให้แก่ชุมชน เช่น ทราเยอะเบท ปลากินลูกน้ำ น้ำยาฆ่าเชื้อ เป็นต้น นอกจากนี้หากบุคคลมีอาการน่าสงสัยว่าจะป่วยเป็นโรคติดต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชนจะช่วยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในการส่งต่อให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว รวมทั้งให้มีการส่งทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปสอบสวนโรคและดำเนินการควบคุมการแพร่กระจายของโรคโดยเร็ว

2.1.5 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization)

ถึงแม้การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจะเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องดูแลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับภูมิคุ้มกันโรคเพื่อมิให้เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันด้วยวัคซีน โดยสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งมีความใกล้ชิดกับครอบครัวที่มีเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี และหญิงตั้งครรภ์มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ชี้แจงให้ประชาชนทราบถึงความสำคัญของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ รวมถึงนัดหมายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกไปให้บริการแก่ประชาชนตามจุดนัดพบต่างๆ ในกรณีที่ชุมชนอยู่ห่างไกลและประชาชนไม่สะดวกที่จะเดินทางไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข

2.1.6 การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว (Maternal Child Health and Family Planning)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การพัฒนาสตรี เด็ก และเยาวชน ซึ่งนอกจากภาครัฐจะมีหน้าที่จัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการรับฝากครรภ์ ดูแลขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอดแล้ว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยท้องถิ่นจำเป็นต้องสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนอื่นๆ เช่น ผู้นำกลุ่มสตรี แม่ตัวอย่างอาสาสมัครนมแม่ ให้มีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์การไปฝากครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์

การดูแลหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลเลี้ยงดูลูกอย่างถูกวิธี รวมถึงการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีการที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อยังไม่มีความพร้อม การเว้นระยะห่างของการตั้งครรภ์ หรือเมื่อมีบุตรเพียงพอแล้ว

2.1.7 การรักษาพยาบาลง่าย ๆ (Simple Treatment)

ถึงแม้บริการรักษาพยาบาลจะเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน ให้สามารถให้บริการรักษาพยาบาลง่ายๆ แก่ประชาชนในชุมชน โดยการจัดฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชนใหม่ และอบรมฟื้นฟูอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชนเก่าเป็นประจำทุกปี เพื่อให้การปฐมพยาบาลช่วยเหลือขั้นต้นแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเล็กน้อย สามารถวัดความดันโลหิตเพื่อตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิต และตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะเพื่อคัดกรองโรคเบาหวานได้ รวมถึงการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพหรือส่งต่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อไป นอกจากนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ และยาที่จำเป็นไว้ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน นำมาใช้ในการให้บริการแก่ประชาชน

2.1.8 การจัดหายาที่จำเป็นในหมู่บ้าน (Essential Drugs)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้การสนับสนุนยาที่จำเป็นไว้ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยเฉพาะหมู่บ้านในเขตชนบทที่ตั้งในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกลสถานพยาบาล เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน ให้บริการรักษาพยาบาลเมื่อประชาชนที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ หรือบรรเทาอาการเมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ไม่สามารถเดินทางไปใช้บริการที่สถานพยาบาลได้ในทันที ซึ่งยาที่จำเป็นมีทั้งรูปแบบของยาสามัญประจำบ้าน เช่น ยาแก้ไอ ยาแก้ปวดท้อง ผงเกลือแร่ ยาใส่แผล เป็นต้น และยาสมุนไพรที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่อาจเป็นสมุนไพรสดที่ปลูกในชุมชน หรือสมุนไพรแปรรูป ทั้งนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจสนับสนุนให้ชุมชนมีการบริหารจัดการในลักษณะจัดตั้งเป็นกองทุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีการระดมทุนจากประชาชนมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเงินการจัดซื้อหาและแบ่งกำไรให้กับสมาชิก

2.1.9 สุขภาพจิต (Mental Health)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนอื่นๆ เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา กรรมการชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น สามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มต่างๆ ในชุมชน รวมถึง

ช่วยค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยในชุมชน เพื่อจะได้รับการแนะนำและส่งต่อเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง

2.1.10 ทันตสาธารณสุข (Dental Health)

การส่งเสริมสุขภาพปากและฟันมีความสำคัญในทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะในวัยเด็กที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ หากรอให้เกิดปัญหาจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงและเกิดการสูญเสียฟันอย่างถาวร ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงควรให้การสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนอื่น ๆ สามารถชี้แจงและให้ความรู้กับประชาชนถึงความสำคัญของการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากและฟัน การส่งต่อหรือนัดหมายประชาชนให้ไปรับบริการในสถานบริการสาธารณสุขหรือเมื่อมีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่เข้ามาในชุมชน

2.1.11 การอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการลดการก่อมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม และเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนอื่นๆ เช่น ผู้นำชุมชนแกนนำเยาวชน ผู้นำกลุ่มเกษตรกร เป็นต้น เพื่อให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อมกับประชาชน และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดกิจกรรมพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน รวมถึงจัดตั้งกลุ่มเฝ้าระวังมิให้มีการกระทำที่ก่อให้เกิดมลภาวะ หากพบผู้กระทำผิดให้ประสานงานแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเพื่อดำเนินการกับผู้กระทำผิดดังกล่าว

2.1.12 การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ผู้แทนผู้ประกอบการร้านอาหาร ร้านค้ากรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยแผนกฉวย แกนนำกลุ่มแม่บ้าน แกนนำเยาวชนที่ทำหน้าที่ อย. น้อย ในสถานศึกษา เป็นต้น ให้มีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การให้ความรู้เรื่องการบริโภคแก่ประชาชน เป็นกรรมการสำรวจร้านอาหาร ร้านค้า แผงลอย และตรวจสอบสารปนเปื้อน 6 ชนิดในอาหาร (ได้แก่ สารบอแรกซ์ สารฟอกขาว สารกันรา ยาฆ่าแมลง พอร์มาลีน และสารเร่งเนื้อแดง) ร่วมกับเจ้าหน้าที่ช่วยกันสอดส่องการจัดจำหน่ายบูหรืของร้านค้าไม่ให้มีการโฆษณาหรือขายให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นต้น เพื่อที่จะสามารถแจ้งข้อมูลการกระทำที่ไม่ถูกต้องให้แก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องเข้ามาดำเนินการรวมทั้งการประชาสัมพันธ์ให้ผู้บริโภคในชุมชนได้รับทราบข้อมูลและเลือกบริโภคอาหารปลอดภัย สินค้าที่ได้มาตรฐาน มีเครื่องหมาย อย.

2.1.13 การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อ (Accident and

No communicable Disease Control)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้ประกอบการรับจ้างสาธารณะมีส่วนร่วมในการรณรงค์ให้ทั้งผู้ใช้รถใช้ถนนคำนึงถึงความปลอดภัย และลดการเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงการช่วยกันเฝ้าระวังและแจ้งตำแหน่งถนนหรือจุดเสี่ยงภัย เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปดำเนินการปรับปรุงซ่อมแซม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังสามารถสนับสนุนให้ชุมชนจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัยหรือช่วยเหลือผู้ประสบภัย โดยจัดฝึกอบรมอาสาสมัครให้มีความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลและเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ เพื่อนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย ซึ่งจะช่วยลดความพิการและเสียชีวิตของผู้ประสบภัยได้จำนวนมาก สำหรับโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถตรวจคัดกรองโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็งเต้านมได้ สามารถให้คำแนะนำและส่งต่อผู้ที่พบความผิดปกติให้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยโดยละเอียด และรับการรักษาต่อไป ในขณะเดียวกันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนควรได้รับการสนับสนุนให้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ตลอดจนสร้างเสริมความมีน้ำใจและเอื้ออาทรต่อผู้พิการในชุมชนและร่วมกันฟื้นฟูสภาพผู้พิการ

2.1.14 การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (AIDS)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชน ให้สามารถเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญ และความจำเป็นในการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และร่วมกันจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องในเรื่องพฤติกรรมทางเพศ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ตลอดจนมีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ ให้สามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้ โดยชุมชนให้การยอมรับ และไม่แพร่กระจายโรคเอดส์สู่คนอื่นในชุมชน

องค์ประกอบงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 14 ด้านเป็นกิจกรรมการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน อย่างไรก็ตาม อาจมีกิจกรรมพัฒนาสุขภาพชุมชนบางอย่างที่มีประเด็นนอกเหนือจาก 14 องค์ประกอบดังกล่าว แต่เป็นปัญหาสุขภาพของท้องถิ่นและสามารถใช้กลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา เช่น การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดของชุมชน ถึงแม้จะไม่มีชื่อใน 14 องค์ประกอบที่กล่าวมาแล้ว แต่กิจกรรมการแก้ไขปัญหาเสพติดได้มีการใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนหลายกลุ่มเข้ามามีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาเสพติดของชุมชน จึงนับเป็นงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งที่จริงแล้วการดำเนินงานเรื่อง

ปัญหาสุขภาพที่ดีจะมีความเชื่อมโยงกับองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การคุ้มครองผู้บริโภค และการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จะเห็นได้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำชุมชนกลุ่มต่างๆ สามารถดำเนินการจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพประชาชนในชุมชนของตน หากชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพและมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง จะทำให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน

2.2 หลักการในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน หลักการสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน บรรลุความสำเร็จได้มี 4 ประการ คือ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

2.2.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation หรือ Community Involvement) หมายถึง การที่ชุมชนเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั่นเอง เป็นผู้วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาชุมชน รวมทั้งได้ร่วมประเมินผลการแก้ไขปัญหานั้น ๆ เนื่องจากชุมชนจะเป็นผู้รู้และตระหนักถึงปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม ชุมชนที่จะมีส่วนร่วมได้ดีจะต้องมีทักษะในเรื่องดังกล่าวตั้งแต่ระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา นอกจากนี้ชุมชนยังต้องมีความสามารถในการแยกแยะว่า วิธีการแก้ปัญหาใดที่ชุมชนสามารถร่วมมือกันแก้ไขได้เอง และวิธีการใดที่อยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชนที่จำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้ดำเนินการแก้ปัญหาให้ภายใต้ความร่วมมือของประชาชน

2.2.2 การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) หมายถึง การใช้เทคนิควิธีการดำเนินงานที่ง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก และมีความเหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น โดยประชาชนสามารถปฏิบัติได้ เทคนิควิธีการในที่นี้จะหมายถึงวิธีการดำเนินงาน ตั้งแต่วิธีการค้นหาปัญหาซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการวางแผนงานสาธารณสุขชุมชน รวมถึงวิธีการแก้ไขปัญหาและการประเมินผลการดำเนินงานโดยชุมชนเอง เช่น การใช้สมุนไพรในชุมชนในการรักษาโรคการจัดทำระบบประปาในหมู่บ้านโดยใช้พลังน้ำไหล การสร้างโถเก็บน้ำสะอาด เป็นต้น โดยวิธีการเหล่านี้อาจเป็นความรู้ดั้งเดิมที่คนในชุมชนมีอยู่ หรือเป็นความรู้ใหม่ที่ไม่ยุ่งยากซึ่งได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ

2.2.3 การปรับระบบบริการสาธารณสุขพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented Basic Health Service) การพัฒนาสุขภาพส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในครอบครัวและชุมชนระดับหมู่บ้าน ซึ่งเป็นงานสาธารณสุขมูลฐานที่สามารถดำเนินการโดย

ประชาชนในชุมชนนั้นเองส่วนระบบบริการของรัฐ ซึ่งอยู่ในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด จะเน้นการบริการสุขภาพที่นอกเหนือหรือเกินจากความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่รัฐจะต้องปรับระบบบริการสาธารณสุขรวมทั้งการบริหารจัดการที่รัฐมีอยู่ให้สามารถเชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในกรณีที่ประชาชนต้องการบริการ ดูแลรักษาที่เกินกว่าบริการพื้นฐานของชุมชนเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการ จึงจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน

2.2.4 การผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานพัฒนาสังคมโดยรวม

(Intersectional Collaboration) งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จได้ต้องผสมผสานการทำงานร่วมกับการพัฒนาสังคมด้านอื่นๆ เนื่องจากการพัฒนาสุขภาพจะเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการพัฒนาในด้านอื่นๆ ซึ่งไม่สามารถแยกขาดจากกันได้ เช่น การส่งเสริมให้ประชาชนมีการศึกษามากขึ้น การพัฒนาการเกษตรและอาชีพให้ประชาชนมีรายได้หรือเศรษฐกิจพอเพียง การส่งเสริมการปกครองในระบบประชาธิปไตยที่ให้ประชาชนมีบทบาทในการบริหารและพัฒนาชุมชนของตนมากขึ้น เป็นต้นหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ รวมทั้งองค์กรเอกชน และภาคเอกชนจึงต้องร่วมมือและประสานงานกันให้การพัฒนาในด้านต่างๆ สอดคล้อง และส่งเสริมการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนด้วย

2.3 แนวคิดที่จำเป็นในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากหลักการในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน 4 ประการ ที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังมีแนวคิดที่จำเป็นต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้ประสบความสำเร็จดังต่อไปนี้คือ

2.3.1 แนวคิดเรื่องสุขภาพ ที่มีความหมายกว้างมากขึ้นกว่าเดิมที่มองแค่การไม่เจ็บป่วยเป็นโรค แต่ปัจจุบันมอง “สุขภาพ” ว่าเป็นสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ คือ การมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ไม่เจ็บป่วยและไม่พิการโดยไม่สมควร มีปัจจัยในการดำรงชีวิตที่เพียงพอ มีจิตใจเบิกบาน มีปัญญาดี ไม่เครียด ไม่ถูกบีบคั้น ครอบครัวอบอุ่นสิ่งแวดล้อมดี ชุมชนเข้มแข็ง สังคมเป็นปกติสุข มีความเสมอภาคและสมานฉันท์ ได้ทำความดีมีศาสนาธรรม เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ (อำพล จินดาวัฒนะ 2546: 16) ซึ่งการที่จะพัฒนาให้ประชาชนมีสุขภาพะดังกล่าวต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ทั้งหน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ และโดยเฉพาะภาคประชาชนที่ต้องมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง มิใช่มองว่าสุขภาพเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐแต่เพียงฝ่ายเดียว

2.3.2 แนวคิดเรื่องการสาธารณสุขแนวใหม่ที่เน้นกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter, 1986) เน้นที่การเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ และส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดี โดยบุคคลจะสามารถกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีซึ่งกิจกรรมสำคัญ 5 ประการ ในการส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี ได้แก่

1) **การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)** ในการกำหนดนโยบาย ข้อบังคับ หรือแผนงาน/โครงการพัฒนาต่างๆ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นต้องให้ความสำคัญว่านโยบายเหล่านั้นจะต้องไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามต้องส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชน เช่น การอนุมัติการก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรมซึ่งจะต้องให้ความสำคัญกับการศึกษาผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ การกำหนดนโยบายควบคุมอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพในศูนย์เด็กเล็ก การกำหนดนโยบายพัฒนากลุ่มอาชีพต่างๆ ในชุมชนโดยให้ความสำคัญกับอาชีพที่ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ การกำหนดสัดส่วนของงบประมาณเพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในท้องถิ่น เป็นต้น

2) **การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Healthy Environment)** องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์หาส่วนขาดและพยายามพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เป็นที่ช่วยสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เช่น การจัดสร้างสวนสาธารณะและสนับสนุนให้เกิดกลุ่มออกกำลังกายแบบต่างๆ ในชุมชน เพื่อเป็นการเอื้ออำนวยให้ประชาชนมีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดกิจกรรมต่างๆ ให้วัยรุ่นในชุมชนได้แสดงออกในเชิงสร้างสรรค์ การส่งเสริมให้มีร้านขายอาหารและผลิตภัณฑ์ส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นต้น

3) **การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthening Community Action)** โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องให้การส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีการรวมตัวกันเกิดเป็นองค์กรชุมชน หรือเชื่อมโยงกลุ่มต่างๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชนให้มารวมตัวกันเป็นเครือข่ายในการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ ซึ่งการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการ และบริหารจัดการ รวมถึงการประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน จะเป็นการเพิ่มศักยภาพให้ชุมชนได้เรียนรู้ การแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยมีการระดมทรัพยากรในชุมชน ทำให้สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ และพัฒนากลายเป็นชุมชนที่เข้มแข็งในที่สุด

4) **การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Personal Skill Development)** เป็นการพัฒนาทักษะให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมของตนและครอบครัวที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน แกนนำชุมชน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ประชาชนกลุ่มวัยต่างๆ ฯลฯ ให้มีความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และดูแลรักษาเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว และยังใช้ในการช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชนอีกด้วย

5) การปรับระบบบริการสุขภาพ (Reorient Health Service) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ ต้องปรับเปลี่ยนบริการของตนเอง จากเดิมที่มองว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่ที่ต้องเป็นผู้จัดบริการให้กับประชาชนโดยประชาชนเป็นผู้รับ และเน้นการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลหรือการซ่อมสุขภาพเป็นหลัก แต่แนวคิดใหม่ต้องให้ความสำคัญกับการสร้างสุขภาพ คือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคควบคู่กับการรักษาพยาบาล และการปรับบทบาทของเจ้าหน้าที่มาเป็นผู้สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการพัฒนาศมรรถนะด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนพร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน

2.3.3 แนวคิดเรื่องประชาคม ประชาคมเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรสาธารณสุขประโยชน์ และประชาชน เข้ามาร่วมงานพัฒนาชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารกันหรือการรวมกลุ่มกัน มีความเอื้ออาทรกัน มาเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำให้บางสิ่งบางอย่าง ประชาคมจึงเป็นยุทธศาสตร์สุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่ง เพราะการรวมกลุ่มกันทำให้เกิดพลังงานทางสังคมอย่างมหาศาลที่ส่งผลต่อองค์รวมของสุขภาพ คือทั้งด้านจิตใจ การช่วยเหลือด้านวัตถุ การเกื้อหนุนทางสังคม และการสร้างปัญญาให้แก่คนในชุมชน (ประเวศ วะสี 2541 : 31-36 ก) อย่างไรก็ตามการจะเป็นประชาคมต้องมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน คือ 1) การรวมตัวกันด้วยความรัก เอื้ออาทร และยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพื่อที่จะเรียนรู้หรือแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ร่วมกัน 2) มีการรวมกลุ่มกันซึ่งอาจเป็นการชั่วคราวเฉพาะเรื่องหรือต่อเนื่องก็ได้ 3) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือและมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการเชื่อมโยงสมาชิกเข้าด้วยกัน การนำกระบวนการประชาคมมาใช้ในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพชุมชนจะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทำให้เกิดพลังขับเคลื่อนการดำเนินงานเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างฝ่ายต่างๆ เกิดการพัฒนาสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของชุมชนและมีการบูรณาการเข้ากับการพัฒนาด้านอื่นๆ ก่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนานำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนและการพึ่งตนเองได้ (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย, มปป: 7-18)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิตติมา วงศ์อาษา (2547, หน้า ง) ได้ศึกษา การมีส่วนร่วมของโรงเรียนเอกชนที่จัดการศึกษาขั้นพื้นฐานจังหวัดลำพูน พบว่า โดยภาพรวมผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีส่วนร่วมในด้าน การวางแผนการจัดองค์กร การนำ และการควบคุม ส่วนความต้องการมีส่วนร่วมพบว่า มีความต้องการในระดับปานกลางจะเห็นได้ว่าทุกฝ่ายมีความต้องการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหาร และการจัดการศึกษา เจ้าหน้าที่ที่จะเข้ามาร่วมรับผิดชอบให้เข้าใจถึงบทบาทและหน้าที่ของตนเองให้ชัดเจน ถูกต้องตรงกัน จะทำให้การศึกษาได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและตรงกับความ ต้องการของชุมชน

ยุทธพงศ์ ไชยสร (2535) ได้ศึกษาทัศนคติของผู้นำท้องถิ่นในจังหวัดลำพูน ต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และแพทย์ประจำตำบล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้นำท้องถิ่น ที่มีต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติ ซึ่งมีผลต่อความรู้ความเข้าใจของผู้นำท้องถิ่นและเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงหน้าที่ตลอดจนโครงสร้างขององค์การบริหารส่วนจังหวัดให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติของผู้นำองค์การบริหารส่วนจังหวัดอยู่กึ่งกลางระหว่างบวกและลบ ผู้นำท้องถิ่นมีแนวโน้มที่เห็นด้วยกับการกระจายอำนาจความแตกต่างในจำนวนโครงการและงบประมาณ ทำให้ทัศนคติแตกต่างกันคุณสมบัติส่วนบุคคล ไม่มีผลต่อความรู้ความเข้าใจ ใน องค์การบริหารส่วนจังหวัด และผู้นำท้องถิ่น มีความรู้ความเข้าใจต่อการดำเนินงานและ โครงสร้างองค์ประกอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ในระดับปานกลางระหว่างชุมชนกับ โรงเรียนดัง ต่อไปนี้และปฏิบัติงานด้านการศึกษาในท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

สำนักการศึกษากรุงเทพมหานคร (2540: 3 - 4) กล่าวถึง บทบาท กรุงเทพมหานครที่มีต่อการจัดการศึกษาและได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาการศึกษาของกรุงเทพฯ เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 จนถึงปัจจุบัน จำนวน 5 ฉบับ ปัจจุบันฉบับที่ 5 พ.ศ. 2540 – 2544 สำนักคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ (2543: 57 - 58) ได้ศึกษา บทบาทของผู้มีส่วนร่วม ในการจัดการศึกษาและประโยชน์ที่ทุกฝ่ายจะได้รับสรุปได้คือการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนสำคัญที่สุด มีลักษณะเด่นประการหนึ่ง คือ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญนอกจากครูแล้วยังมีผู้เกี่ยวข้องสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จหลายฝ่าย ด้วยกัน แม้แต่ผู้เรียนเองก็ ต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังด้วย

วีระพงษ์ เดชบุญ และคณะ (2540) ทำวิจัย เรื่อง ความพร้อมในการมีส่วนร่วมจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน 12 ปี ขององค์การบริหารส่วนตำบล เขตการศึกษา 10 ผลการวิจัยพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบล มีความพร้อมในการมีส่วนร่วมจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน 12 ปี ด้วยการเห็นประโยชน์ของการศึกษาอยู่ในระดับมาก ส่วนการมีความรู้เรื่องการศึกษาด้านการมี

ส่วนร่วมจัดการศึกษา และด้านความพร้อมในการมีส่วนร่วม จัดการการศึกษาพื้นฐาน 12 ปี โดยรวมจำแนกตามตำแหน่งผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา ของผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล และกลุ่มอายุของผู้นำองค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมจัดการศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

พงษ์ศักดิ์ ศรีวรกุล (2541) ทำวิจัย เรื่องศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินการจัดการศึกษา ตามแนวทางปฏิรูปการศึกษา ของกระทรวงศึกษาธิการเขตการศึกษา 9 ผลการวิจัยพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลยังไม่มีศักยภาพเพียงพอ ในการดำเนินการจัดการศึกษาหากได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานกลางจะสามารถดำเนินการจัดการศึกษาได้ และส่วนใหญ่รับรู้เข้าใจสภาพปัญหาและแนวทางการพัฒนาการศึกษาในท้องถิ่น แต่ยังไม่แสดงบทบาทในการดำเนินกิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาการศึกษาส่วนเรื่องที่ต้องดำเนินการในขณะนี้คือการออกข้อบังคับของสภาองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรวบรวมรับรู้และเข้าใจ ในแนวทางการดำเนินการจัดการศึกษา การเสริมบทบาทอำนาจหน้าที่ เตรียมความพร้อมก่อนการดำเนินการจัดการศึกษา การให้มีส่วนร่วมในการกำหนดหลักสูตร การจัดระบบการเรียนการสอน การส่งเสริม มีปัญญาชาวบ้านอย่างแท้จริงและนำภูมิปัญญามาใช้ในการเรียนการสอน การให้ผู้บริหารโรงเรียน ครู อาจารย์ อุทิศเวลาให้กับราชการมากกว่าที่เป็นอยู่ และการจัดหลักสูตรวิชาชีพระยะสั้น ให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้

กมล วงษ์ชัย และคณะ (2543) ได้ศึกษาบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลต่อการส่งเสริมการศึกษาขั้นพื้นฐาน กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรฝ่ายสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และคณะกรรมการบริหารส่วนตำบล จังหวัดตาก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลต่อการส่งเสริมการศึกษาขั้นพื้นฐานผลการวิจัยพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมส่งเสริมการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในสถานศึกษามีความพร้อมอยู่ในระดับน้อย ด้านการพัฒนาอาคารสถานที่ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ต่าง ๆ และสาธารณูปโภคของสถานศึกษามีความพร้อมอยู่ในระดับน้อย ส่วนคณะกรรมการส่วนตำบล มีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลางและด้านการมีส่วนร่วม ส่งเสริมในการจัดสภาพท้องถิ่นให้มีความพร้อม ในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก

กรรณิกา กาไหลทองและคณะ (2543) ได้ศึกษาความต้องการมีส่วนร่วมของตัวแทนท้องถิ่นในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้บริหารสถานศึกษาสังกัดสำนักงานและกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดอุดรธานี จำนวน 115 คน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความต้องการ มีส่วนร่วมของตัวแทนท้องถิ่น ใน

การจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานจังหวัดอุดรดิตถ์ และเพื่อเปรียบเทียบความต้องการ มีส่วนร่วมของตัวแทนท้องถิ่นในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยจำแนกตามตัวแปร วุฒิการศึกษา และอายุ ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการมีส่วนร่วมของตัวแทนท้องถิ่น ในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานจังหวัดอุดรดิตถ์ มีความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ความต้องการมีส่วนร่วมของตัวแทนท้องถิ่น ในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดอุดรดิตถ์ ที่มีวุฒิการศึกษาต่างกัน โดยภาพรวมมีความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติความต้องการมีส่วนร่วมของตัวแทนท้องถิ่น ในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดอุดรดิตถ์ที่มีอายุต่างกัน โดยภาพรวมมีความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจิตร เก่งบุรี และคณะ (2543) ได้ศึกษาความพร้อมต่อการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตการศึกษา 7 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ประธานองค์การบริหารส่วนตำบล และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตการศึกษา 7 จำนวน 316 คนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความพร้อมในการจัดการศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตการศึกษา 7 และเพื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานของบริหารส่วนตำบลในเขตการศึกษา 7 ผลการวิจัยพบว่า ความพร้อมต่อการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน ขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตการศึกษา 7 ตามทฤษฎีของประธานกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลมีความเห็นว่าองค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ส่วนการเปรียบเทียบ ความพร้อมการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน ขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตการศึกษา 7 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เกียรติกมล ภูมรา และคณะ (2543) ได้ศึกษาความพร้อมในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ คณะกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบล ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ประกอบด้วยประธานกรรมการบริหาร ประธานสภาและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ที่สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อม ในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัด นครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่า ด้านงบประมาณองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครสวรรค์ มีความพร้อมในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานในระดับน้อย ด้านบุคลากร องค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์ มีความพร้อมในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในระดับปานกลาง ด้านอาคารสถานที่องค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครสวรรค์ มีความพร้อมใน

การจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในระดับปานกลาง และด้านวัสดุอุปกรณ์การศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครสวรรค์ มีความพร้อมในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานในระดับน้อย

ชลัษณ์ นราศรี และคณะ (2543) ได้ศึกษาบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมการปฏิรูปการศึกษาสังกัดสำนักงานประถมศึกษาจังหวัดพิษณุโลกกลุ่มเป้าหมายได้แก่ผู้บริหารสถานศึกษาและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ที่มีบทบาทต่อการปฏิบัติจริง จำนวน 425 คน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบบทบาท ขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการส่งเสริมการปฏิรูปการศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่า บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการส่งเสริมการปฏิรูปการศึกษาสังกัด สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดพิษณุโลก ตามความคิดเห็นของ ผู้บริหารสถานศึกษาและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ชัยวุฒิ ศรีอุตวงศ์ และคณะ (2543) ได้ศึกษาความพร้อมเกี่ยวกับการจัดการศึกษาปฐมวัยตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ขององค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มเป้าหมายได้แก่ บุคลากรขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกำแพงเพชร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการจัดการศึกษาระดับปฐมวัย ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ขององค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดกำแพงเพชร และเพื่อเปรียบเทียบความพร้อม การจัดการศึกษาระดับปฐมวัยตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ขององค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดกำแพงเพชร จำแนกตามระดับชั้นขององค์การบริหารส่วนตำบล ผลการวิจัย พบว่า ความพร้อมในภาพรวมของทุกด้าน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

มณฑนา เป็งจันทร์ (2544) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานขององค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอสนทราย กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอสนทราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นและปัญหาของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลอำเภอสนทราย เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน ผลการวิจัยพบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลอำเภอสนทราย มีความคิดเห็นในด้านกิจกรรมของท้องถิ่น ที่พบประการสำคัญคือ ประชาชนที่มีส่วนร่วม ในการจัดการศึกษา ยังขาดความรู้ ความพร้อม ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ รวมทั้งเวลา และฐานะทางเศรษฐกิจของสมาชิก

กิตติพงษ์ หาญพล (2544) ศึกษาเรื่อง การประเมินความพร้อมขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการรองรับการกระจายอำนาจ : ศึกษากรณี อบต. ในเขตจังหวัดตราด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของมาตรการกระจายอำนาจ สู่

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ผลกระทบที่มาจากการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) ทักษะของประธานองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล และนักวิชาการศึกษาที่มีต่อการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการวิจัยเอกสารและวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็น ในการเก็บข้อมูลสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลความถี่ร้อยละเป็นเครื่องมือ ในการใช้ตัวแบบการจัดการ การมีส่วนร่วมของประชาชนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลยังขาดบุคลากร งบประมาณ เครื่องมือเครื่องใช้ที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูงในการรองรับงานขนาดใหญ่ ยังต้องพา หน่วยส่วนภูมิภาคช่วยเหลือด้านเทคนิคต่าง ๆ ทำให้ไม่มีอิสระที่แท้จริงในการดำเนินกิจกรรมการถ่ายโอนจากการมอบสมรรถนะขององค์กรทำให้สรุปได้ว่าองค์การบริหารส่วนตำบลยังไม่พร้อมในการรองรับการกระจายอำนาจ แต่ในด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนกลับมีศักยภาพสูงขึ้น

ผดุงศักดิ์ อุบายลับ (2544) ทำวิจัยเรื่อง ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการรับโอนงานด้านการจัดการศึกษาสู่ท้องถิ่น : ศึกษากรณี องค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดลพบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการรับโอนงานด้านการจัดการศึกษา และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อม ในการโอนงานด้านการจัดการศึกษาจากองค์การบริหารส่วนตำบล 144 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการรองรับงานด้านการจัดการศึกษาโดยภาพรวมค่อนข้างน้อย ด้านที่มีความพร้อมมากที่สุด คือ ด้านบุคลากร รองลงมา คือ ด้านการจัดงบประมาณ และด้านวัสดุอุปกรณ์ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการรับโอนงานด้านการจัดการศึกษา คือ รายได้ องค์การบริหารส่วนตำบลที่มีรายได้มาก ก็จะมีความพร้อมในการรับโอนงานด้านการจัดการศึกษามากกว่า องค์การบริหารส่วนตำบลที่มีรายได้น้อย ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการรับโอนงานด้านการจัดการศึกษา ได้แก่ ความห่างไกลจากชุมชน และประสบการณ์ขององค์การรัฐบาลควรปรับนโยบายเพื่อเพิ่มรายได้ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดการของท้องถิ่นในด้านต่าง ๆ เพิ่มสวัสดิการ ค่าตอบแทนค่าจ้างครู ให้มีความเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ สร้างความเข้าใจในหลักเกณฑ์ และวิธีการในการดำเนินงานถ่ายโอนให้ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

พวงแก้ว จุ่งลก (2544) ศึกษาวิจัย เรื่อง การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานในจังหวัดตรังการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความต้องการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน เรื่องการวางแผนการจัดหาและจัดสรรทรัพยากร การกระตุ้นการทำงาน การประสานงาน และการประเมิน 2) เปรียบเทียบระดับความต้องการมีส่วนร่วมแต่ละเรื่องของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล จำแนกตามอายุระดับการศึกษา และตำแหน่ง

และ 3) ศึกษาข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดตรัง จำนวน 255 คน จาก 85 ตำบล เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนค่าวิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวและการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe การทดสอบความแตกต่างใช้ระดับความมีนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิจัยมีดังนี้

1. คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลต้องการมีส่วนร่วมในระดับมาก ในเรื่องการวางแผน การกระตุ้นการทำงาน และการประสานงาน ส่วนเรื่องการจัดหาและจัดสรรทรัพยากร และการประเมิน ต้องการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง

2. เมื่อเปรียบเทียบระดับความต้องการ มีส่วนร่วม 5 เรื่อง ของคณะกรรมการบริหาร จำแนกตามอายุ และตำแหน่งปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่พบความแตกต่างกันเฉพาะเรื่องการประสานงาน โดยผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ต้องการมีส่วนร่วมมากกว่าผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ

3. ในด้านข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดตรัง ต้องการให้โรงเรียนเชิญองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงาน และควบคุมการดำเนินงานของโรงเรียน

จันทวรรณ ปัสมนรินทร์ (2545) ทำวิจัยเรื่องรูปแบบและความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในการถ่ายโอนภารกิจการจัดการศึกษา: ศึกษากรณีจังหวัดนครปฐม มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความคิดเห็น ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีต่อรูปแบบและความพร้อมในการจัดการศึกษา วิจัยเปรียบเทียบระหว่างคุณสมบัติ ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลกับความรู้ ความเข้าใจพระราชบัญญัติการศึกษา และความคิดเห็นต่อสภาพปัญหาการเตรียมความพร้อมในการจัดการศึกษา พร้อมทั้งข้อเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้น จากการถ่ายโอนภารกิจในการจัดการศึกษา ใช้กลุ่มตัวอย่าง 120 คน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ความเข้าใจเรื่องพระราชบัญญัติการศึกษา ทิศนะการกระจายอำนาจบริหารการศึกษาและความคิดเห็นต่อสภาพปัญหาการเตรียมความพร้อมในการจัดการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง

ปวีณา ฐปทอง (2546) ศึกษาวิจัย เรื่อง ความพร้อมในการจัดการศึกษาระดับปฐมวัยขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอเมือง เชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อทราบความคิดเห็นที่มีต่อความพร้อมในการจัดการศึกษาระดับปฐมวัยของ อบต. ในเขต อ.เมือง เชียงใหม่ ของสมาชิกสภา อบต. กับผู้บริหารสถานศึกษา 2) เพื่อทราบระดับความรู้เกี่ยวกับการกระจายอำนาจและการจัดการศึกษาระดับปฐมวัยของกรรมการบริหารและบุคลากรของ อบต. ในเขต อ.เมือง เชียงใหม่ 3) เพื่อทราบศักยภาพในการกำหนดนโยบายหรือแผนงานด้านการจัด

การศึกษาของ อบต. ในเขต อ.เมือง เชียงใหม่ และ 4) เพื่อเสนอแนวทางเตรียมความพร้อมในการจัดการศึกษา สำหรับอบต.

การศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย การวิจัยเชิงเอกสารและการวิจัยเชิงสำรวจ โดยการวิจัยเชิงสำรวจ โดยการวิจัยเชิงเอกสารดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก อบต. 3 แห่ง ในเขต อ.เมือง เชียงใหม่ ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง และการวิจัยเชิงสำรวจดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกสภา อบต. ผู้บริหารและพนักงานส่วนตำบลใน อบต. และผู้บริหารสถานศึกษาในสังกัด สปอ. เมืองเชียงใหม่ รวมทั้งหมด 100 คน ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ผู้บริหารสถานศึกษาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่ไม่เห็นด้วยต่อความพร้อมในการจัดการศึกษาระดับปฐมวัย อบต. ในเขตอำเภอเมือง เชียงใหม่ ขณะที่สมาชิกสภา อบต. ส่วนใหญ่เห็นด้วย
2. กรรมการบริหารและพนักงานส่วนตำบลของ อบต. ในเขต อ.เมือง เชียงใหม่ มีความรู้เกี่ยวกับการกระจายอำนาจและการจัดการศึกษาระดับปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง
3. อบต. ในเขต อ.เมือง เชียงใหม่ มีศักยภาพในการกำหนดนโยบายหรือแผนงานด้านการจัดการศึกษาระดับต่ำ
4. ความคิดเห็นที่มีต่อความพร้อมในการจัดการศึกษามีความสัมพันธ์กับความแตกต่างของอาชีพ คือ สมาชิกสภา อบต. กับผู้บริหารสถานศึกษา อย่างมีนัยสำคัญ โดยสมาชิกสภา อบต. ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นไปในทางเห็นด้วย แต่ผู้บริหารสถานศึกษาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นไปในทางที่ไม่เห็นด้วย

วิธีตรา คำนึงธรรม (2546) ศึกษาวิจัย ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการรองรับการกระจายอำนาจ การบริหารการจัดการศึกษา เขตพื้นที่การศึกษาสุพรรณบุรี เขต 1

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการรองรับ การกระจายอำนาจการบริหารการจัดการศึกษา เขตพื้นที่การศึกษาสุพรรณบุรีเขต 1 2) เปรียบเทียบระดับความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการรองรับการกระจายอำนาจการบริหารการจัดการศึกษา ตามทัศนคติของบุคคลกลุ่มต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้บริหาร อบต. ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้แทนกระทรวงที่เกี่ยวข้องและผู้นำชุมชน รวม 296 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามมาตรฐานค่าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าความเที่ยง 0.92 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแปรปรวนและการทดสอบรายคู่ด้วยวิธีการ เชฟเฟ ผลการวิจัยพบว่า 1) องค์การบริหารส่วนตำบล มีความพร้อมในการรองรับการกระจายอำนาจการบริหาร

การจัดการศึกษาในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านโครงสร้างพื้นฐานการบริหาร การศึกษา ด้านระบบการวางแผนการศึกษา ด้านระบบบัญชีทางการศึกษาและด้านระบบการ ติดตามตรวจสอบงานการศึกษา มีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านระบบงบประมาณ การศึกษา ด้านระบบการบริหารงานบุคคลทางการศึกษา และด้านระบบข้อมูลการศึกษามีความ พร้อมอยู่ในระดับน้อยและ2) ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการรองรับการ กระจายอำนาจการบริหารจัดการศึกษาตามทัศนะของผู้บริหาร อบต. ผู้บริหารสถานศึกษาผู้ แทนกระทรวงที่เกี่ยวข้องและผู้นำชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ บริหาร อบต. มีทัศนะว่า อบต. มีความพร้อมในการรองรับการกระจายอำนาจ การบริหารการ จัดการศึกษามากกว่า ผู้บริหารสถานศึกษาส่วนกลุ่มอื่นมีทัศนะไม่แตกต่างกัน

พันธ์ คำพรรษา (2546, บทคัดย่อ) ได้ดำเนินการศึกษาเรื่อง ตัวบ่งชี้การ กระจายอำนาจการบริหารและการจัดการศึกษาไปยังสถานศึกษา : กรณีสำนักงานคณะกรรมการ การประถมศึกษาแห่งชาติพบว่า สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ มิได้ ดำเนินการหรือเตรียมการที่จะดำเนินการกระจายอำนาจการบริหารและการจัดการศึกษาไปยัง โรงเรียนภายใต้สังกัดแต่อย่างใด หากจะมีหลักฐานหรือร่องรอยของการกระจายอำนาจใดๆอยู่ บ้าง ก็เป็นการกระจายอำนาจที่มีอยู่ก่อนหน้าช่วงเวลาที่ศึกษานี้แล้วหรือไม่ก็ไม่มี ความเกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจตามมาตรา 39 เบื้องต้นโดยตรง ถึงแม้ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานจะมี การพูดถึงอยู่บ้างก็ตามข้อค้นพบดังกล่าวเป็นเสมือนตัวบ่งชี้ให้เห็นว่า สำนักงานคณะกรรมการ การประถมศึกษาแห่งชาติดูเหมือนจะไม่ให้ความสำคัญเท่าใดนักกับเรื่องของการกระจายอำนาจ ตามมาตรา 39 ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ทั้ง ๆ ที่เรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องสำคัญยิ่งเรื่องหนึ่ง ของการบริหารและการจัดการศึกษาในยุคปฏิรูปการศึกษา ตลอดจนเป็นเรื่องที่ต้องเร่งทำความเข้าใจ และให้ความรู้กับบุคลากรภายใต้สังกัดและเตรียมความพร้อมให้กับทุกฝ่ายขององค์กร เพื่อที่เมื่อ เวลาสำคัญมาถึงจริง สถานศึกษาจะมีความพร้อมระดับหนึ่งและสามารถบริหารและจัดกิจการ ของสถานศึกษาด้วยอำนาจที่ได้รับมาอย่างมีประสิทธิภาพกล่าวโดยสรุปได้ว่า การถ่ายโอนการ จัดการศึกษาให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีภาระหน้าที่ที่จะก่อให้เกิดความร่วมมืออย่างดี ระหว่างสมาชิกฝ่ายต่าง ๆ ขณะเดียวกันภาครัฐเองก็จะต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่จากการ เป็นผู้ปฏิบัติมาสู่การเป็นผู้จัดการ อำนาจความสะดวก ติดตาม กำกับดูแลและส่งเสริมสนับสนุน รวมทั้งให้ความรู้ด้านวิชาการ เทคนิคต่างๆ แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนการศึกษาหยุดนิ่ง เทอะทะ ไม่คล่องตัว ขาดความยืดหยุ่น ทำให้การศึกษาขาดการพัฒนาอย่างกระจายอำนาจไปสู่ สถานศึกษา ชุมชน ท้องถิ่น และจังหวัดให้สามารถริเริ่มสร้างสรรค์มีทั้งข้อดีและข้อเสียซึ่ง

สมคิด เลิศไพฑูรย์ (2546, 199) ได้วิจัยสถานภาพและบทบาทของราชการบริหารส่วนภูมิภาคในอนาคต ประเด็น การปรับปรุงการบริหารราชการส่วนภูมิภาคในระยะที่มีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างค่อนข้างสมบูรณ์แล้ว (ในช่วงหลัง 10 ปี) พบว่าในส่วนของการข้อดีได้แก่ สอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพราะว่าตามแนวทางนี้จะมีการแบ่งงานของภูมิภาคออกจากงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างชัดเจนและจะทำให้ขอบเขตงานของราชการส่วนภูมิภาคนั้นลดน้อยลงและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นในส่วนของการข้อเสียได้แก่ กระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ยังอาจไม่มีความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งในภาวะการณ์เช่นนี้ย่อมเท่ากับว่าการปรับปรุงตามแนวทางนี้ย่อมเป็นไปได้ยากเช่นเดียวกันและเมื่อกลับมาพิจารณาถึงในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจพบว่าในระยะเวลาสิบปีข้างหน้าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ยังไม่มีความพร้อมที่จะรับการถ่ายโอนงานทำให้ในความเป็นจริงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมิได้เป็นผู้จัดทำบริการสาธารณะทุกรูปแบบในพื้นที่ซึ่งนั้นย่อมเท่ากับว่า งานจำนวนหนึ่งก็ยังคงต้องให้ราชการส่วนภูมิภาคเป็นผู้ดำเนินการแม้จะมีการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับขององค์การบริหารส่วนตำบลเป็นอย่างมากแล้วก็ตาม แต่ทว่าในความเป็นจริงในแต่ละตำบลและหมู่บ้านประชาชนได้ให้ความสำคัญและยอมรับในตัวของท่านั้น ผู้ใหญ่บ้าน มากกว่าที่เขาให้ต่อองค์การบริหารส่วนตำบลจะเห็นว่า แนวคิดการบริหารและการจัดการศึกษาดังได้นำมากล่าวไว้ข้างต้น ทำให้เกิดกระแสความคิดแตกต่างกันอย่างหลากหลายในสังคมของคนในวงการศึกษาและคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษามีทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย มีทั้งยอมรับและไม่ยอมรับ คนที่ต้องการและคนที่ไม่ต้องการ อันอาจจะทำให้เกิดปมด้อยต่อวงการการศึกษาของไทย ไม่เชื่อมั่นและไม่มั่นใจต่อการบริหารและการจัดการศึกษาของไทยในอนาคต คุณภาพของคนไทยจะเป็นอย่างไรในอนาคต การขัดแย้งกันทางความคิดจะทำให้การจัดการศึกษาดำเนินไปอย่างมีคุณภาพในอนาคต หรือจะเป็นเหตุทำให้การจัดการศึกษาของไทยถอยหลังลงคลอง ต่างคนต่างทำ กลับคืนไปสู่อดีตที่ผ่านมา

ข้อสรุปเชิงทฤษฎีและกรอบแนวคิดในการดำเนินโครงการ

ปัจจุบันได้มีการกระจายอำนาจไปยังหน่วยต่างๆ ซึ่งหน่วยที่เล็กที่สุดที่มีการกระจายอำนาจไปก็คือ องค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งนับว่าเป็นหน่วยงานที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ด้วยความใกล้ชิดนี้จึงทำให้รับทราบปัญหาตลอดจนความต้องการที่แท้จริง

ของประชาชน อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าองค์การบริหารส่วนตำบลจะมีความใกล้ชิดกับประชาชนและสามารถรับรู้ปัญหาและความต้องการของประชาชน หัวใจของการกระจายอำนาจ คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการงานต่างๆเพื่อชุมชนเอง แต่ดูเหมือนว่าไม่ว่ารูปแบบใด ไม่เห็นบทบาทและกระบวนการของประชาชนในการร่วมกำหนดบริการและร่วมสร้างแบบแผนของสุขภาพเลย การกระจายอำนาจเป็นสิ่งที่ดี แต่ถ้าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีความพร้อมที่จะรับ ประชาชนไม่พร้อมตรวจสอบ และอำนาจนั้นควบคุมไม่ได้ ปัญหาที่สำคัญในระยะเปลี่ยนผ่านคือการเติบโตอย่างไร้ทิศทาง โดยเฉพาะในระดับสถานีอนามัย จะมีการขยายบริการของสถานีนามาจากที่ควรเน้นบริการทางการแพทย์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมาเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กและนำไปสู่ความสับสนเปลี่ยนในการจัดหาเครื่องมือแพทย์อีกมากมาย ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพจะสูงขึ้นอีก แทนที่จะไปเน้นการสร้างเสริมสุขภาพคนในชุมชนด้วยการสร้างสวนสาธารณะ , ส่งเสริมการออกกำลังกาย , ดูแลงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค , จัดการปัญหาสิ่งแวดล้อม , สนับสนุนแพทย์พื้นบ้านและการใช้สมุนไพรเป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจไม่ได้รับการให้ความสำคัญจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่าที่ควร เพราะทำไปก็ไม่เห็นผลงานเท่าการสนับสนุนการซ่อมสุขภาพ ด้วยงานรักษาพยาบาล การปฏิรูประบบสุขภาพให้คนไทยมีโอกาสของการมีสุขภาพะนั้น นอกจากการกระจายอำนาจทางสาธารณสุขอย่างเหมาะสมแล้ว ยังต้องมีการปฏิรูประบบอื่นๆ อีกมากมายด้วยการปฏิรูประบบยา , การปฏิรูประบบการแพทย์ในมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมากกว่าแพทย์เฉพาะทาง , การปฏิรูประบบการเงินการคลังให้เกิดความเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ , การปฏิรูปบทบาทภาพประชาชนในการมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อม , การศึกษา , สังคม , การเมืองและวัฒนธรรมด้วย (ปิติ ทฤษฎิกุล และ พิชญา ตันติเศรณี, 2547: ระบบออนไลน์) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาถึงความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารจัดการสุขภาพในชุมชน

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารจัดการ
สุขภาพในชุมชน ครั้งนี้ได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ซึ่งมี
รายละเอียดการวิจัยดังนี้

สถานที่ดำเนินโครงการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารจัดการ
สุขภาพในชุมชน ทำการศึกษาครอบคลุมทุกจังหวัดในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่
เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา แพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

หน่วยในการวิจัย (unit of analysis) ครั้งนี้มีหน่วยเป็นองค์การบริหารส่วน
ตำบล ผู้ให้ข้อมูล คือ ประธาน กรรมการ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ที่สามารถให้
ข้อมูล จำนวน 768 องค์การบริหารส่วนตำบล ครอบคลุมในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคเหนือ
ตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา แพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน ใน
การวิจัยครั้งนี้จึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัย โดยใช้การสุ่ม
ตัวอย่างตามแบบ Taro Yamane (1973: 886-887) ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์ให้
ขนาดกลุ่ม ตัวอย่างที่เหมาะสม 263 องค์การบริหารส่วนตำบล โดยการคำนวณมี
รายละเอียดดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

โดย n คือ ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม

N คือ ขนาดประชากร

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

$$\text{จากสูตร } n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

$$n = \frac{768}{1 + 768(0.05)^2}$$

$$n = \frac{768}{1 + 1.92}$$

n = 263.01 หรือประมาณ 263 องค์การบริหารส่วนตำบล

กระบวนการในการดำเนินโครงการ

เพื่อให้การดำเนินการศึกษาความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารจัดการสุขภาพในชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลการดำเนินงานเป็นไปตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ดำเนินการจัดทำเครื่องมือในการวิจัย จากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบเที่ยงตรงในเนื้อหา (content validity) และความเชื่อมั่น (reliability)
2. เมื่อได้เครื่องมือในการวิจัยแล้วจึงทำการสุ่มตัวอย่าง องค์การบริหารส่วนตำบลที่ทำการเก็บข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ทำการสุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมทุกจังหวัดโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นภูมิ
3. ทำการเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่ทำการสุ่มตัวอย่าง ใน 7 จังหวัดภาคเหนือตอนบน จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for the Social Science หรือ SPSS/PC)

ขอบเขตของการวิจัย

หน่วยในการวิเคราะห์ (unit of analysis) ครั้งนี้เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลคือ ประธานหรือคณะกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบล ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชน ตลอดจนรูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล

ระยะเวลาทำการวิจัยและสถานที่เก็บข้อมูล

การดำเนินโครงการใช้เวลา 12 เดือน (ปีงบประมาณ 2549) โดยเริ่มตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2548 ถึง เดือนกันยายน 2549

เครื่องมือในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งใน องค์การบริหารส่วนตำบล ปีพ.ศ.ที่เข้ารับตำแหน่งใน องค์การบริหารส่วนตำบล วาระการดำรงตำแหน่ง ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในวาระปัจจุบันและรายได้ต่อเดือนของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 สภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่ ลักษณะคำถามเป็นการประมาณค่าแบบให้ค่า (Likert Scale) จำแนกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2543)

เกณฑ์การให้คะแนน

มากที่สุด	5	คะแนน
มาก	4	คะแนน

ปานกลาง	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน
น้อยที่สุด	1	คะแนน

ส่วนที่ 3 ความพร้อมของ องค์การบริหารส่วนตำบล ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชน ประกอบไปด้วยข้อคำถามต่อความพร้อมของ องค์การบริหารส่วนตำบล ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชนลักษณะคำถามเป็นการประมาณค่าแบบให้ค่า (Likert Scale) จำแนกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2543)

เกณฑ์การให้คะแนน		
มากที่สุด	5	คะแนน
มาก	4	คะแนน
ปานกลาง	3	คะแนน
น้อย	2	คะแนน
น้อยที่สุด	1	คะแนน

การทดสอบเครื่องมือ

การทดสอบเครื่องมือ อันได้แก่ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อนำไปทดสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหา (content validity) และความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามมาทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) จากนั้นจึงนำไปทดสอบกับ องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 30 แห่ง ผลที่ได้มีความคงที่ (stability) มีความถูกต้อง (accuracy) และไม่เปลี่ยนแปลง (consistency) แล้วจึงนำผลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยวิธีการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นตามวิธีของ Cronbach's alpha โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า (coefficient of alpha) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ค่าความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.97 แล้วนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถาม นำมาจัดเตรียมเพื่อนำข้อมูลเข้ามามีวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for the Social Science หรือ SPSS/PC) ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
2. บันทึกคะแนนของแต่ละข้อลงในแบบลงรหัส (coding form)
3. นำข้อมูลจากแบบลงรหัสไปบันทึกเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม

SPSS/PC⁺ และดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) ซึ่งได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายเชิงพรรณนาข้อมูลด้านข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งใน องค์การบริหารส่วนตำบล ปีพ.ศ.ที่เข้ารับตำแหน่งใน องค์การบริหารส่วนตำบล วาระการดำรงตำแหน่ง ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งในวาระปัจจุบัน และรายได้ต่อเดือนของผู้ตอบแบบสอบถาม

3.2 วิเคราะห์สภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) ซึ่งได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายเชิงพรรณนาในด้านสภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณน้ำหนักค่าคะแนนเฉลี่ย (weight mean score) โดยอาศัยเกณฑ์การแปลผลดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	หมายถึง
4.21-5.00	มากที่สุด
3.41-4.20	มาก
2.61-3.40	ปานกลาง
1.81-2.60	น้อย
1.00-1.80	น้อยที่สุด

โดยใช้สูตรค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก

$$5f_1 + 4f_2 + 3f_3 + 2f_4 + 1f_5$$

$$WMS = \frac{\quad}{\quad}$$

TNR

โดย	WMS	คือ	ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก
	f1	คือ	จำนวนผู้ตอบมากที่สุด
	f2	คือ	จำนวนผู้ตอบมาก
	f3	คือ	จำนวนผู้ตอบปานกลาง
	f4	คือ	จำนวนผู้ตอบน้อย
	f5	คือ	จำนวนผู้ตอบน้อยที่สุด
	TNR	คือ	จำนวนประชากรทั้งหมด

3.3 วิเคราะห์ความพร้อมของ องค์การบริหารส่วนตำบล ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชน โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) ซึ่งได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายเชิงพรรณนาในด้านสภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณน้ำหนักค่าคะแนนเฉลี่ย (weight mean score) โดยอาศัยเกณฑ์การแปลผลดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	หมายถึง
4.21-5.00	มีความพร้อมในระดับมากที่สุด
3.41-4.20	มีความพร้อมในระดับมาก
2.61-3.40	มีความพร้อมในระดับปานกลาง
1.81-2.60	มีความพร้อมในระดับน้อย
1.00-1.80	มีความพร้อมในระดับน้อยที่สุด

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพและบริการสุขภาพชุมชน ซึ่งโครงการได้กำหนดวัตถุประสงค์ย่อยดังนี้

1. เพื่อศึกษาสภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล
2. เพื่อศึกษาความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชน
3. เพื่อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล

การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 สภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบล

ตอนที่ 3 ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชน

ตอนที่ 4 รูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ระดับชั้นขององค์การบริหารส่วนตำบล

จากการศึกษาพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ร้อยละ 55.1 อยู่ในระดับชั้นขนาดเล็ก และร้อยละ 44.9 อยู่ในระดับชั้นขนาดกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละขององค์การบริหารส่วนตำบลจำแนกตามระดับชั้นขององค์การบริหารส่วนตำบล

ระดับชั้นขององค์การบริหารส่วนตำบล	องค์การบริหารส่วนตำบล (n=263)	
	จำนวน	ร้อยละ
กลาง	118	44.9
เล็ก	145	55.1
รวม	263	100.0

เพศ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ร้อยละ 67.7 เป็นเพศชาย และร้อยละ 32.3 เป็นเพศหญิง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามเพศ

เพศ	ผู้ให้ข้อมูล (n=263)	
	จำนวน	ร้อยละ
หญิง	85	32.3
ชาย	178	67.7
รวม	263	100.0

อายุ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ร้อยละ 47.0 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี รองลงมาร้อยละ 30.0 มีอายุมากกว่า 40 ปี และร้อยละ 22.8 มีอายุไม่เกิน 30 ปี ผู้ให้ข้อมูลมีอายุเฉลี่ย 38 ปี โดยมีอายุสูงสุด 57 ปี และต่ำสุด 24 ปี ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามอายุ

อายุ	ผู้ให้ข้อมูล (n=263)	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เกิน 30 ปี	60	22.8
31-40 ปี	124	47.1
มากกว่า 40 ปี	79	30.0
รวม	263	100.0

ค่าสูงสุด = 24.00

ค่าต่ำสุด = 57.00

ค่าเฉลี่ย = 38.0951

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=9.17236

ระดับการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.5 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี รองลงมาร้อยละ 13.3 สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 11.0 สำเร็จการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 9.1 สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

ปวช.หรือเทียบเท่า ร้อยละ 2.3 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า มีเพียงร้อยละ 0.8 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ผู้ให้ข้อมูล (n=263)	
	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	2	.8
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	6	2.3
มัธยมศึกษาตอนปลายปวช.หรือเทียบเท่า	24	9.1
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	35	13.3
ปริญญาตรี	167	63.5
สูงกว่าปริญญาตรี	29	11.0
รวม	263	100.0

ตำแหน่งปัจจุบัน

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ร้อยละ 23.9 ดำรงตำแหน่งประธานคณะกรรมการบริหาร รองลงมาร้อยละ 21.3 ดำรงตำแหน่งปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 12.5 ดำรงตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ร้อยละ 12.2 ดำรงตำแหน่งประธานสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 8.4 ดำรงตำแหน่งเจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน ร้อยละ 7.2 ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 4.2 ดำรงตำแหน่งนักวิชาการศึกษา ร้อยละ 1.6 ดำรงตำแหน่งหัวหน้ากองสาธารณสุข ร้อยละ 3.8 ดำรงตำแหน่งนักพัฒนาชุมชน และเลขานุการนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 1.9 ดำรงตำแหน่งนิติกรมีเพียงร้อยละร้อยละ 0.8 ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองสาธารณสุข และลูกจ้างประจำ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามตำแหน่งปัจจุบัน

ตำแหน่งปัจจุบัน	ผู้ให้ข้อมูล (n=263)	
	จำนวน	ร้อยละ
ประธานสภาองค์การบริหารส่วนตำบล	32	12.2
ประธานคณะกรรมการบริหาร	63	23.9
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล	56	21.3
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข	2	0.8
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	19	7.2
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	33	12.5
เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน	22	8.4
นักพัฒนาชุมชน	10	3.8
นิติกร	5	1.9
นักวิชาการศึกษา	11	4.2
เลขานุการนายกองค์การบริหารส่วนตำบล	10	3.8
รวม	263	100.0

ปีที่เข้ารับตำแหน่ง

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.1 เข้ารับตำแหน่งในปี 2548 รองลงมา ร้อยละ 15.6 เข้ารับตำแหน่งในปี 2549 ร้อยละ 12.2 เข้ารับตำแหน่งในปี 2539 ร้อยละ 8.4 เข้ารับตำแหน่งในปี 2540 ร้อยละ 8.0 เข้ารับตำแหน่งในปี 2547 ร้อยละ 5.7 เข้ารับตำแหน่งในปี 2546 ร้อยละ 3.8 เข้ารับตำแหน่งในปี 2543 และปี 2550 ร้อยละ 3.1 เข้ารับตำแหน่งในปี 2541 ร้อยละ 1.9 เข้ารับตำแหน่งในปี 2545 และร้อยละ 1.5 เข้ารับตำแหน่งในปี 2544 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามปีที่เข้ารับตำแหน่ง

ปีที่เข้ารับตำแหน่ง	ผู้ให้ข้อมูล (n=263)	
	จำนวน	ร้อยละ
2539	32	12.2
2540	22	8.4
2541	8	3.1
2542	-	-
2543	10	3.8
2544	4	1.5
2545	5	1.9
2546	15	5.7
2547	21	8.0
2548	95	36.1
2549	41	15.6
2550	10	3.8
รวม	263	100.0

วาระการดำรงตำแหน่ง

จากการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ 64.3 ไม่มีวาระการดำรงตำแหน่ง รองลงมา ร้อยละ 22.1 ดำรงตำแหน่งเป็นวาระที่ 1 ร้อยละ 11.8 ดำรงตำแหน่งเป็นวาระที่ 2 และ ร้อยละ 1.9 ดำรงตำแหน่งเป็นวาระที่ 3 ทั้งนี้เนื่องมาจาก ผู้ให้ข้อมูลประกอบไปด้วยข้าราชการการเมืองซึ่งมีวาระการดำรงตำแหน่งและข้าราชการประจำซึ่งไม่มีวาระการดำรงตำแหน่ง ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามวาระการดำรงตำแหน่ง

วาระการดำรงตำแหน่ง	ผู้ให้ข้อมูล (n=263)	
	จำนวน	ร้อยละ
วาระที่ 1	58	22.1
วาระที่ 2	31	11.8
วาระที่ 3	5	1.9
ไม่มีวาระการดำรงตำแหน่ง	169	64.3
รวม	263	100.0

ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ร้อยละ 46.8 ไม่ระบุระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง รองลงมาร้อยละ 25.9 มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง 2 ปี ร้อยละ 13.3 มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง 11 ปี ร้อยละ 8.7 มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง 4 ปี ร้อยละ 2.7 มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง 3 ปี ร้อยละ 2.3 มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง 1 ปี และร้อยละ 0.4 มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง 5 ปี ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง

ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง	ผู้ให้ข้อมูล (n=263)	
	จำนวน	ร้อยละ
1 ปี	6	2.3
2 ปี	68	25.9
3 ปี	7	2.7
4 ปี	23	8.7
5 ปี	1	0.4
11 ปี	35	13.3
ไม่ระบุ	123	46.8
รวม	263	100.0

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ร้อยละ 39.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาท รองลงมาร้อยละ 34.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 15.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001 – 20,000 บาท และร้อยละ 10.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ผู้ให้ข้อมูล (n=263)	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เกิน 10,000 บาท	91	34.6
10,001 – 15,000 บาท	105	39.9
15,001 – 20,000 บาท	40	15.2
มากกว่า 20,000 บาท	27	10.3
รวม	263	100.0

ตอนที่ 2 สภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล

การศึกษาสภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลได้ศึกษาในประเด็นต่างๆ เพื่อให้ครอบคลุมสภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล ผลการศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การจัดให้มีการควบคุมตลาดสด

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.5 จัดให้มีการควบคุมตลาดสดในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 20.2 จัดให้มีการควบคุมตลาดสดในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 17.1 จัดให้มีการควบคุมตลาดสดในระดับน้อยและมาก ร้อยละ 12.2 จัดให้มีการควบคุมตลาดสดในระดับมากที่สุด โดยภาพรวมแล้วพบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการควบคุมตลาดสดในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 2.84)

การจัดให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.2 จัดให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาสในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 25.5 จัด

ให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาสในระดับมากที่สุด ร้อยละ 18.3 จัดให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาสในระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 3.0 จัดให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาสในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาสในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 4.01)

การจัดให้มีการปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัด และการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 31.2 จัดให้มีการปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัด และการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 29.7 จัดให้มีการปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัด และการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.1 จัดให้มีการปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัด และการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 16.3 จัดให้มีการปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัด และการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยในระดับมากที่สุด ร้อยละ 5.7 จัดให้มีการปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัด และการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัด และการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.24)

การจัดให้มีการบำรุงรักษาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.5 จัดให้มีการบำรุงรักษาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.7 จัดให้มีการบำรุงรักษาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 20.9 จัดให้มีการบำรุงรักษาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในระดับน้อย ร้อยละ 8.0 จัดให้มีการบำรุงรักษาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในระดับน้อยที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการบำรุงรักษาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.54)

การจัดให้มีการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบของชุมชน

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.8 จัดให้มีการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบของชุมชนในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 33.8 จัดให้มีการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบของชุมชนในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.5 จัดให้มีการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบของชุมชนในระดับมากที่สุด ร้อยละ 4.6 จัดให้มีการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบของชุมชนในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 2.3 จัดให้มีการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบของชุมชนในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การ

บริหารส่วนตำบลจัดให้มีการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบของชุมชนในระดับมาก
(ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.65)



ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามสภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล

สภาพการบริหารจัดการสุขภาพ ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล	ระดับความคิดเห็น										ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปล ผล
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. การจัดให้มีการควบคุมตลาดสด	32	12.2	45	17.1	88	33.5	45	17.1	53	20.2	2.84	1.270	ปาน กลาง
2. การจัดให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิต เด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส	67	25.5	140	53.2	48	18.3	8	3.0			4.01	.749	มาก
3. การจัดให้มีการปรับปรุงแหล่งชุมชน แออัด และการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่ อาศัย	43	16.3	82	31.2	78	29.7	15	5.7	45	17.1	3.24	1.287	ปาน กลาง
4. การจัดให้มีการบำรุงรักษาสถานที่ พักผ่อนหย่อนใจ	55	20.9	78	29.7	96	36.5	21	8.0	13	4.9	3.54	1.062	มาก
5. การจัดให้มีการรักษาความสะอาด และความเป็นระเบียบของชุมชน	46	17.5	110	41.8	89	33.8	6	2.3	12	4.6	3.65	.948	มาก

การจัดให้มีการเก็บขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และน้ำเสีย

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.0 จัดให้มีการเก็บขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และน้ำเสียในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 30.8 จัดให้มีการเก็บขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และน้ำเสียในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.4 จัดให้มีการเก็บขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และน้ำเสียในระดับมากที่สุด ร้อยละ 11.0 จัดให้มีการเก็บขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และน้ำเสียในระดับน้อย ร้อยละ 3.8 จัดให้มีการเก็บขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และน้ำเสียในระดับน้อยที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการเก็บขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และน้ำเสียในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.55)

การจัดให้มีการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.5 จัดให้มีการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาลในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 20.2 จัดให้มีการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาลในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.2 จัดให้มีการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาลในระดับมากที่สุด ร้อยละ 5.3 จัดให้มีการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาลในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 3.8 จัดให้มีการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาลในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาลในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.71)

การจัดให้มีการควบคุมการเลี้ยงสัตว์

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.3 จัดให้มีการควบคุมการเลี้ยงสัตว์ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 36.5 จัดให้มีการควบคุมการเลี้ยงสัตว์ในระดับมาก ร้อยละ 10.6 จัดให้มีการควบคุมการเลี้ยงสัตว์ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 8.0 จัดให้มีการควบคุมการเลี้ยงสัตว์ในระดับน้อยที่สุด และร้อยละ 7.6 จัดให้มีการควบคุมการเลี้ยงสัตว์ในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการควบคุมการเลี้ยงสัตว์ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.34)

การจัดให้มีการอนามัยในโรงพยาบาล และสาธารณสุขบ้านตึกต่างๆ

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 26.6 จัดให้มีการอนามัยในโรงพยาบาล และสาธารณสุขบ้านตึกต่างๆ ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 25.1 จัดให้มีการอนามัยในโรงพยาบาล และสาธารณสุขบ้านตึกต่างๆ ในระดับมาก ร้อยละ 23.6 จัดให้มีการอนามัยในโรงพยาบาล และสาธารณสุขบ้านตึกต่างๆ ในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 15.2 จัดให้มีการอนามัย

ในโรงแรมสรรพ และสาธารณบันเทิงต่างๆในระดับมากที่สุด และร้อยละ 9.5 จัดให้มีการอนามัยในโรงแรมสรรพ และสาธารณบันเทิงต่างๆในระดับน้อยโดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการอนามัยในโรงแรมสรรพ และสาธารณบันเทิงต่างๆในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 2.99)

การจัดให้มีการควบคุม ตรวจสอบร้านจำหน่ายอาหารสำเร็จรูป สะอาดและปลอดภัย

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.7 จัดให้มีการควบคุม ตรวจสอบร้านจำหน่ายอาหารสำเร็จรูป สะอาดและปลอดภัยในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 31.2 จัดให้มีการควบคุม ตรวจสอบร้านจำหน่ายอาหารสำเร็จรูป สะอาดและปลอดภัยในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.5 จัดให้มีการควบคุม ตรวจสอบร้านจำหน่ายอาหารสำเร็จรูป สะอาดและปลอดภัยในระดับมากที่สุด ร้อยละ 10.3 จัดให้มีการควบคุม ตรวจสอบร้านจำหน่ายอาหารสำเร็จรูป สะอาดและปลอดภัยในระดับน้อยที่สุด และร้อยละ 5.3 จัดให้มีการควบคุม ตรวจสอบร้านจำหน่ายอาหารสำเร็จรูป สะอาดและปลอดภัยในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการควบคุม ตรวจสอบร้านจำหน่ายอาหารสำเร็จรูป สะอาดและปลอดภัยในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.45)

การจัดให้มีการควบคุม และป้องกันโรคของคนในชุมชน

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.8 จัดให้มีการควบคุม และป้องกันโรคของคนในชุมชนในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 35.7 จัดให้มีการควบคุม และป้องกันโรคของคนในชุมชนในระดับมากที่สุด ร้อยละ 16.0 จัดให้มีการควบคุม และป้องกันโรคของคนในชุมชนในระดับปานกลาง และร้อยละ 1.5 จัดให้มีการควบคุม และป้องกันโรคของคนในชุมชนในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการควบคุม และป้องกันโรคของคนในชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 4.17)

ตารางที่ 10 (ต่อ)

สภาพการบริหารจัดการสุขภาพ ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล	ระดับความคิดเห็น										ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปล ผล
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
6. การจัดให้มีการเก็บขยะมูลฝอย สิ่ง ปฏิกูล และน้ำเสีย	51	19.4	92	35.0	81	30.8	29	11.0	10	3.8	3.55	1.047	มาก
7. การจัดให้มีการสาธารณสุข การ อนามัยครอบครัว และการ รักษาพยาบาล	40	15.2	146	55.5	53	20.2	10	3.8	14	5.3	3.71	.952	มาก
8. การจัดให้มีการควบคุมการเลี้ยงสัตว์	28	10.6	96	36.5	98	37.3	20	7.6	21	8.0	3.34	1.036	ปาน กลาง
9. การจัดให้มีการอนามัยในโรงพยาบาล และสถานบันเทิงต่างๆ	40	15.2	66	25.1	70	26.6	25	9.5	62	23.6	2.99	1.380	ปาน กลาง
10. การจัดให้มีการควบคุม ตรวจสอบ ร้านจำหน่ายอาหารสำเร็จรูป สะอาด และปลอดภัย	46	17.5	94	35.7	82	31.2	14	5.3	27	10.3	3.45	1.151	มาก
11. การจัดให้มีการควบคุม และ ป้องกันโรคของคนในชุมชน	94	35.7	123	46.8	42	16.0	4	1.5			4.17	.743	มาก

การจัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.1 จัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 25.1 จัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนในระดับมากที่สุด ร้อยละ 18.6 จัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนในระดับปานกลาง ร้อยละ 2.3 จัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนในระดับน้อย และร้อยละ 1.9 จัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนในระดับน้อยที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.96)

การจัดให้มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.4 จัดให้มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 25.9 จัดให้มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.0 จัดให้มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในระดับมากที่สุด และร้อยละ 3.8 จัดให้มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.90)

การจัดให้มีการป้องกันมลภาวะและสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.5 จัดให้มีการป้องกันมลภาวะและสิ่งแวดล้อมในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 25.9 จัดให้มีการป้องกันมลภาวะและสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ร้อยละ 22.8 จัดให้มีการป้องกันมลภาวะและสิ่งแวดล้อมในระดับมากที่สุด ร้อยละ 3.8 จัดให้มีการป้องกันมลภาวะและสิ่งแวดล้อมในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 3.0 จัดให้มีการป้องกันมลภาวะและสิ่งแวดล้อมในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการป้องกันมลภาวะและสิ่งแวดล้อมในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.88)

การจัดให้มีการเฝ้าระวัง และแก้ปัญหาภาวะโภชนาการ

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.0 จัดให้มีการเฝ้าระวัง และแก้ปัญหาภาวะโภชนาการ ในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 25.5 จัดให้มีการเฝ้าระวัง และแก้ปัญหาภาวะโภชนาการ ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 16.0 จัดให้มีการเฝ้าระวัง และแก้ปัญหาภาวะโภชนาการ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 8.4 จัดให้มีการเฝ้าระวัง และแก้ปัญหาภาวะโภชนาการ ในระดับน้อย และร้อยละ 4.2 จัดให้มีการเฝ้าระวัง และแก้ปัญหาภาวะโภชนาการ ใน

ระดับน้อยที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการเฝ้าระวัง และแก้ปัญหา
ภาวะโภชนาการ ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.79)



ตารางที่ 10 (ต่อ)

สภาพการบริหารจัดการสุขภาพ ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล	ระดับความคิดเห็น										ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปล ผล
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
12. การจัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพของ คนในชุมชน	66	25.1	137	52.1	49	18.6	6	2.3	5	1.9	3.96	.837	มาก
13. การจัดให้มีการให้ความรู้ด้าน สุขภาพอนามัยแก่ประชาชน	63	24.0	122	46.4	68	25.9	10	3.8			3.90	.802	มาก
14. การจัดให้มีการป้องกันมลภาวะและ สิ่งแวดล้อม	60	22.8	117	44.5	68	25.9	8	3.0	10	3.8	3.88	.881	มาก
15. การจัดให้มีการเฝ้าระวัง และ แก้ปัญหาภาวะโภชนาการ เช่น การ สนับสนุนแม่เด็กขาดสารอาหารใน หมู่บ้าน	67	25.5	121	46.0	42	16.0	22	8.4	11	4.2	3.79	.955	มาก

การจัดให้มีการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.3 จัดให้มีการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กในระดับมาก ร้อยละ 36.9 จัดให้มีการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กในระดับมากที่สุด ร้อยละ 19.0 จัดให้มีการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.0 จัดให้มีการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กในระดับน้อย และร้อยละ 0.8 จัดให้มีการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กในระดับน้อยที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.80)

การจัดให้มีการควบคุม ป้องกัน และระงับโรคติดต่อ

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.0 จัดให้มีการควบคุม ป้องกัน และระงับโรคติดต่อในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 32.3 จัดให้มีการควบคุม ป้องกัน และระงับโรคติดต่อในระดับมาก ร้อยละ 23.2 จัดให้มีการควบคุม ป้องกัน และระงับโรคติดต่อในระดับมากที่สุด ร้อยละ 9.1 จัดให้มีการควบคุม ป้องกัน และระงับโรคติดต่อในระดับน้อย และร้อยละ 0.4 จัดให้มีการควบคุม ป้องกัน และระงับโรคติดต่อในระดับน้อยที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการควบคุม ป้องกัน และระงับโรคติดต่อในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 4.10)

การจัดให้มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.9 จัดให้มีการจัดให้มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 22.1 จัดให้มีการจัดให้มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับมาก ร้อยละ 16.3 จัดให้มีการจัดให้มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับมากที่สุด ร้อยละ 12.9 จัดให้มีการจัดให้มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับน้อย ร้อยละ 3.8 จัดให้มีการจัดให้มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับน้อยที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการจัดให้มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.69)

การจัดให้มีการตรวจและส่งเสริมทันตสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.8 จัดให้มีการตรวจและส่งเสริมทันตสุขภาพในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 26.6 จัดให้มีการตรวจและส่งเสริมทันตสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.7 จัดให้มีการตรวจและส่งเสริมทันตสุขภาพในระดับมากที่สุด ร้อยละ 9.9 จัดให้มีการตรวจและส่งเสริมทันตสุขภาพในระดับน้อย โดยภาพรวม

พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการตรวจและส่งเสริมทัศนตสุขภาพในระดับปานกลาง
(ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.34)



ตารางที่ 10 (ต่อ)

สภาพการบริหารจัดการสุขภาพ ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล	ระดับความคิดเห็น										ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
16. การจัดให้มีการส่งเสริมอนามัยแม่ และเด็ก เช่น การแนะนำให้หญิง ตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์กับ สถานพยาบาล	97	36.9	106	40.3	50	19.0	8	3.0	2	0.8	3.80	1.044	มาก
17. การจัดให้มีการควบคุม ป้องกัน และระงับโรคติดต่อ เช่น สนับสนุน เครื่องและน้ำยาพ่นยุงลาย	61	23.2	85	32.3	92	35.0	24	9.1	1	0.4	4.10	.862	มาก
18. การจัดให้มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรค เช่น การแนะนำให้เด็กได้รับวัคซีน ครบ	43	16.3	58	22.1	118	44.9	34	12.9	10	3.8	3.69	.942	มาก
19. การจัดให้มีการตรวจและส่งเสริม ทันตสุขภาพ	44	16.7	123	46.8	70	26.6	26	9.9	-	-	3.34	1.021	ปาน กลาง

การจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน และกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.8 จัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน และกลุ่มผู้สูงอายุในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 26.6 จัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน และกลุ่มผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.7 จัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน และกลุ่มผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด และร้อยละ 9.9 จัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน และกลุ่มผู้สูงอายุในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน และกลุ่มผู้สูงอายุในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.70)

การจัดให้มีการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.2 จัดให้มีการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ในชุมชนในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 27.0 จัดให้มีการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ในชุมชนในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.0 จัดให้มีการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ในชุมชนในระดับมากที่สุด และร้อยละ 8.7 จัดให้มีการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ในชุมชนในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ในชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.75)

การจัดให้มีการป้องกันอุบัติเหตุ และอุบัติภัย

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.0 จัดให้มีการป้องกันอุบัติเหตุ และอุบัติภัยในระดับมาก ร้อยละ 31.6 จัดให้มีการป้องกันอุบัติเหตุ และอุบัติภัยในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.9 จัดให้มีการป้องกันอุบัติเหตุ และอุบัติภัยในระดับมากที่สุด และร้อยละ 4.6 จัดให้มีการป้องกันอุบัติเหตุ และอุบัติภัยในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการป้องกันอุบัติเหตุ และอุบัติภัยในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.77)

การจัดให้มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 34.2 จัดให้มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยาในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 31.6 จัดให้มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยาในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.5 จัดให้มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยาในระดับมากที่สุด ร้อยละ 8.0 จัดให้มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยาในระดับน้อย และร้อยละ 5.7 จัดให้มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยาในระดับน้อยที่สุด โดย

ภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยาในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.56)

การจัดให้มีการคุ้มครองประชาชนด้านการรักษาพยาบาล

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.4 จัดให้มีการคุ้มครองประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 31.2 จัดให้มีการคุ้มครองประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.1 จัดให้มีการคุ้มครองประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในระดับมากที่สุด ร้อยละ 7.6 จัดให้มีการคุ้มครองประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในระดับน้อย และ ร้อยละ 5.7 จัดให้มีการคุ้มครองประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในระดับน้อยที่สุด โดยภาพรวมพบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการคุ้มครองประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในระดับมาก(ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.54)



ตารางที่ 10 (ต่อ)

สภาพการบริหารจัดการสุขภาพ ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล	ระดับความคิดเห็น										ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปล ผล
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
20. การจัดให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพจิตในชุมชน และกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย การรวมกลุ่มพบปะพูดคุย	44	16.7	123	46.8	70	26.6	26	9.9			3.70	0.862	มาก
21. การจัดให้มีการป้องกัน และควบคุมโรค เอดส์ในชุมชน	50	19.0	119	45.2	71	27.0	23	8.7			3.75	0.865	มาก
22. การจัดให้มีการป้องกันอุบัติเหตุ และ อุบัติเหตุ	47	17.9	121	46.0	83	31.6	12	4.6			3.77	0.792	มาก
23. การจัดให้มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้าน อาหารและยา	54	20.5	90	34.2	83	31.6	21	8.0	15	5.7	3.56	1.079	มาก
24. การจัดให้มีการคุ้มครองประชาชนด้านการ รักษาพยาบาล เช่น การจัดทำบัตรประกัน สุขภาพของประชาชนอย่างครอบคลุม	45	17.1	101	38.4	82	31.2	20	7.6	15	5.7	3.54	1.044	มาก

ตอนที่ 3 ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชน

การศึกษความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชนผู้วิจัยได้ศึกษาในประเด็นต่างๆ เพื่อให้ครอบคลุมความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชน ผลการศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความพร้อมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชน

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.0 มีความพร้อมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 30.0 มีความพร้อมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชนในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.9 มีความพร้อมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมากที่สุด และร้อยละ 6.10 มีความพร้อมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชนในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.76)

ความพร้อมในการกำหนดแผนปฏิบัติงานด้านสุขภาพของชุมชน

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.0 มีความพร้อมในการกำหนดแผนปฏิบัติงานด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 25.9 มีความพร้อมในการกำหนดแผนปฏิบัติงานด้านสุขภาพของชุมชนในระดับปานกลาง ร้อยละ 11.8 มีความพร้อมในการกำหนดแผนปฏิบัติงานด้านสุขภาพของชุมชนในระดับน้อย และร้อยละ 11.4 มีความพร้อมในการกำหนดแผนปฏิบัติงานด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมากที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการกำหนดแผนปฏิบัติงานด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.62)

การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชน

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.6 มีการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 30.4 มีการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชนในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.3 มีการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม

ในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมากที่สุด และร้อยละ 7.6 มีการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชนในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.71)

ความพร้อมในการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของชุมชน

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.5 มีความพร้อมในการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 25.1 มีความพร้อมในการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมากที่สุด ร้อยละ 24.0 มีความพร้อมในการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของชุมชนในระดับปานกลาง และร้อยละ 6.5 มีความพร้อมในการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของชุมชนในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.88)

ความพร้อมในการดำเนินการด้านสุขภาพของชุมชน

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.7 มีความพร้อมในการดำเนินการด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 29.7 มีความพร้อมในการดำเนินการด้านสุขภาพของชุมชนในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.3 มีความพร้อมในการดำเนินการด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมากที่สุด ร้อยละ 5.3 มีความพร้อมในการดำเนินการด้านสุขภาพของชุมชนในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการดำเนินการด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.84)

ความพร้อมในการติดตาม และควบคุมด้านสุขภาพของชุมชน

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.2 มีความพร้อมในการติดตาม และควบคุมด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก ร้อยละ 28.5 มีความพร้อมในการติดตาม และควบคุมด้านสุขภาพของชุมชนในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.7 มีความพร้อมในการติดตาม และควบคุมด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมากที่สุด และร้อยละ 7.6 มีความพร้อมในการติดตาม และควบคุมด้านสุขภาพของชุมชนในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการติดตาม และควบคุมด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.78)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามระดับความพร้อมในการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล

ประเด็นด้านความพร้อม	ระดับความพร้อม										ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปล ผล
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน			
1. ความพร้อมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ ของชุมชน	47	17.9	121	46.0	79	30.0	16	6.1	-	-	3.76	.816	มาก
2. ความพร้อมในการกำหนดแผนปฏิบัติงาน ด้านสุขภาพของชุมชน	30	11.4	134	51.0	68	25.9	31	11.8	-	-	3.62	.840	มาก
3. การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชน	43	16.3	120	45.6	80	30.4	20	7.6	-	-	3.71	.830	มาก
4. ความพร้อมในการจัดสรรงบประมาณด้าน สุขภาพของชุมชน	66	25.1	117	44.5	63	24.0	17	6.5	-	-	3.88	.859	มาก
5. ความพร้อมในการดำเนินการด้านสุขภาพของ ชุมชน	64	24.3	107	40.7	78	29.7	14	5.3	-	-	3.84	.854	มาก
6. ความพร้อมในการติดตาม และควบคุมด้าน สุขภาพของชุมชน	57	21.7	111	42.2	75	28.5	20	7.6	-	-	3.78	.872	มาก

ความพร้อมในการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ด้านการบริหารงานบุคคล การบริหารงบประมาณ และการบริหารจัดการการดำเนินงาน

ความพร้อมในการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมทางสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มนวดแผนไทย

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.2 มีความพร้อมในการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมทางสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กลุ่มออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ กลุ่มนวดแผนไทยในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 25.5 มีความพร้อมในการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมทางสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กลุ่มออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กลุ่มนวดแผนไทยในระดับมากที่สุด ร้อยละ 18.3 มีความพร้อมในการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมทางสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กลุ่มออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กลุ่มนวดแผนไทยในระดับปานกลาง และร้อยละ 3.0 มีความพร้อมในการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมทางสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กลุ่มออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กลุ่มนวดแผนไทยในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมทางสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กลุ่มออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กลุ่มนวดแผนไทยในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 4.01)



ตารางที่ 11 (ต่อ)

ประเด็นด้านความพร้อม	ระดับความพร้อม										ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
7. ความพร้อมในการประเมินผลด้านสุขภาพของชุมชน	48	18.3	106	40.3	87	33.1	22	8.4	-	-	3.68	.867	มาก
8. ความพร้อมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในสำนักงานของท่านในด้านสุขภาพของชุมชน	70	26.6	108	41.1	65	24.7	20	7.6	-	-	3.87	.896	มาก
9. ความพร้อมในการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ด้านการบริหารงานบุคคล การบริหารงบประมาณ และการบริหารจัดการการดำเนินงาน	78	29.7	131	49.8	50	19.0	4	1.5	-	-	4.08	.744	มาก
10. ความพร้อมในการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมทางสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กลุ่มออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กลุ่มนวดแผนไทย	67	25.5	140	53.2	48	18.3	8	3.0	-	-	4.01	.749	มาก

ความพร้อมในการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาที่จำเป็นและเหมาะสมแก่ประชาชน

ความพร้อมในการดำเนินงานด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในศูนย์บริการสาธารณสุข
ของชุมชน (ศสมช.)

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.7 มีความพร้อมในการดำเนินงานด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในศูนย์บริการสาธารณสุขของชุมชน (ศสมช.) ในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 32.7 มีความพร้อมในการดำเนินงานด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในศูนย์บริการสาธารณสุขของชุมชน (ศสมช.) ในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.8 มี

ความพร้อมในการดำเนินงานด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในศูนย์บริการสาธารณสุขของชุมชน (ศสมช.) ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 6.8 มีความพร้อมในการดำเนินงานด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในศูนย์บริการสาธารณสุขของชุมชน (ศสมช.) ในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการดำเนินงานด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในศูนย์บริการสาธารณสุขของชุมชน (ศสมช.) ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.74)

ความพร้อมในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชน

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.4 มีความพร้อมในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชนในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 27.0 มีความพร้อมในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชนในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.7 มีความพร้อมในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชนในระดับมากที่สุด และร้อยละ 4.9 มีความพร้อมในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชนในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.85)



ตารางที่ 11 (ต่อ)

ประเด็นด้านความพร้อม	ระดับความพร้อม										ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปล ผล
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน			
11. ความพร้อมในการจัดหาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นไว้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุขของชุมชน (ศสมช.)	47	17.9	126	47.9	60	22.8	29	11.0	1	0.4	3.72	.898	มาก
12. ความพร้อมในการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาที่จำเป็นและเหมาะสมแก่ประชาชน	47	17.9	112	42.6	80	30.4	23	8.7	1	0.4	3.69	.879	มาก
13. ความพร้อมในการดำเนินงานด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในศูนย์บริการสาธารณสุขของชุมชน (ศสมช.)	52	19.8	107	40.7	86	32.7	18	6.8	-	-	3.74	.855	มาก
14. ความพร้อมในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชน	57	21.7	122	46.4	71	27.0	13	4.9	-	-	3.85	.815	มาก

ความพร้อมในการสนับสนุนให้มีการบริการสมุนไพร และแพทย์แผนไทยในชุมชน

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.7 มีความพร้อมในการสนับสนุนให้มีการบริการสมุนไพร และแพทย์แผนไทยในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 22.8 มีความพร้อมในการสนับสนุนให้มีการบริการสมุนไพร และแพทย์แผนไทยในชุมชน ในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.7 มีความพร้อมในการสนับสนุนให้มีการบริการสมุนไพร และแพทย์แผนไทยในชุมชน เช่น การนวด การอบสมุนไพรในระดับมากที่สุด ร้อยละ 15.6 มีความพร้อมในการสนับสนุนให้มีการบริการสมุนไพร และแพทย์แผนไทยในชุมชน ในระดับน้อย ร้อยละ 1.1 มีความพร้อมในการสนับสนุนให้มีการบริการสมุนไพร และแพทย์แผนไทยในชุมชน ในระดับน้อยที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการสนับสนุนให้มีการบริการสมุนไพร และแพทย์แผนไทยในชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.59)

ความพร้อมในการดำเนินการจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยจากหมู่บ้านต่อไปยังสถานพยาบาล

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.9 มีความพร้อมในการดำเนินการจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยจากหมู่บ้านต่อไปยังสถานพยาบาลในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 26.2 มีความพร้อมในการดำเนินการจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยจากหมู่บ้านต่อไปยังสถานพยาบาลในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.3 มีความพร้อมในการดำเนินการจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยจากหมู่บ้านต่อไปยังสถานพยาบาลในระดับน้อย ร้อยละ 10.6 มีความพร้อมในการดำเนินการจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยจากหมู่บ้านต่อไปยังสถานพยาบาลในระดับมากที่สุด และร้อยละ 1.9 มีความพร้อมในการดำเนินการจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยจากหมู่บ้านต่อไปยังสถานพยาบาลในระดับน้อยที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการดำเนินการจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยจากหมู่บ้านต่อไปยังสถานพยาบาลในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.46)

ความพร้อมในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.6 มีความพร้อมในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 33.8 มีความพร้อมในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.3 มีความพร้อมในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะ

พื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นในระดับมากที่สุด ร้อยละ 7.2 มีความพร้อมในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.56)

กระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.0 มีกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 37.6 มีกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระดับมาก ร้อยละ 14.4 มีกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระดับมากที่สุด และร้อยละ 0.8 มีกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระดับน้อยที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.65)

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ประเด็นด้านความพร้อม	ระดับความพร้อม										ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน			
15. ความพร้อมในการสนับสนุนให้มีการบริการสมุนไพร และแพทย์แผนไทยในชุมชน เช่น การนวด การอบสมุนไพร	44	16.7	115	43.7	60	22.8	41	15.6	3	1.1	3.59	.980	มาก
16. ความพร้อมในการดำเนินการจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยจากหมู่บ้านต่อไปยังสถานพยาบาล	28	10.6	118	44.9	69	26.2	43	16.3	5	1.9	3.46	.952	มาก
17. องค์การบริหารส่วนตำบลของท่านมีความพร้อมในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น	43	16.3	112	42.6	89	33.8	19	7.2	-	-	3.56	.982	มาก
18. องค์การบริหารส่วนตำบลของท่านมีกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	38	14.4	99	37.6	100	38.0	24	9.1	2	.8	3.65	.860	มาก

การกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพ
แห่งชาติและผลกระทบจากนโยบายสาธารณะทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.9 มีการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบจากนโยบายสาธารณะทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 31.6 มีการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบจากนโยบายสาธารณะทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติในระดับมาก ที่สุด ร้อยละ 19.8 มีการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบจากนโยบายสาธารณะทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.6 มีการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบจากนโยบายสาธารณะทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติในระดับน้อย และร้อยละ 1.1 มีการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบจากนโยบายสาธารณะทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและ

ผลกระทบจากนโยบายสาธารณะทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.56)

การแต่งตั้งบุคคลรับผิดชอบงานด้านสุขภาพของชุมชน

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.8 มีการแต่งตั้งบุคคลรับผิดชอบงานด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 29.7 มีการแต่งตั้งบุคคลรับผิดชอบงานด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมากที่สุด ร้อยละ 12.9 มีการแต่งตั้งบุคคลรับผิดชอบงานด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมากที่สุด ร้อยละ 9.9 มีการแต่งตั้งบุคคลรับผิดชอบงานด้านสุขภาพของชุมชนในระดับน้อยและร้อยละ 5.7 มีการแต่งตั้งบุคคลรับผิดชอบงานด้านสุขภาพของชุมชนในระดับน้อยที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีการแต่งตั้งบุคคลรับผิดชอบงานด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.57)



ตารางที่ 11 (ต่อ)

ประเด็นด้านความพร้อม	ระดับความพร้อม										ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปล ผล
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน			
19. การเปิดโอกาสให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	53	20.2	104	39.5	61	23.2	29	11.0	16	6.1	3.68	.832	มาก
20. การกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบจากนโยบายสาธารณะทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ	83	31.6	105	39.9	52	19.8	20	7.6	3	1.1	3.56	.876	มาก
21. การแต่งตั้งบุคคลรับผิดชอบงานด้านสุขภาพของชุมชน	34	12.9	110	41.8	78	29.7	26	9.9	15	5.7	3.57	1.113	มาก

มีความพร้อมในการดำเนินการด้านกองทุนด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กองทุนยา กองทุนพัฒนาสาธารณสุขในระดับน้อย และร้อยละ 13.3 มีความพร้อมในการดำเนินการด้านกองทุนด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กองทุนยา กองทุนพัฒนาสาธารณสุขในระดับมากที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการดำเนินการด้านกองทุนด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กองทุนยา กองทุนพัฒนาสาธารณสุขในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.58)

ความพร้อมในการดำเนินการจัดทำทะเบียนข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.6 มีความพร้อมในการดำเนินการจัดทำทะเบียนข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 32.7 มีความพร้อมในการดำเนินการจัดทำทะเบียนข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.0 มีความพร้อมในการดำเนินการจัดทำทะเบียนข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 4.9 มีความพร้อมในการดำเนินการจัดทำทะเบียนข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในระดับน้อย และร้อยละ 0.8 มีความพร้อมในการดำเนินการจัดทำทะเบียนข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในระดับน้อยที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการดำเนินการจัดทำทะเบียนข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในระดับมาก

ความพร้อมในการจัดการประชุมเพื่อให้หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.6 มีความพร้อมในการจัดการประชุมเพื่อให้หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 28.1 มีความพร้อมในการจัดการประชุมเพื่อให้หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านในระดับปานกลาง ร้อยละ 22.4 มีความพร้อมในการจัดการประชุมเพื่อให้หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านในระดับมากที่สุด และร้อยละ 3.8 มีความพร้อมในการจัดการประชุมเพื่อให้หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านในระดับน้อย โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการจัดการประชุมเพื่อให้หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.87)

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ประเด็นด้านความพร้อม	ระดับความพร้อม										ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน			
22. ความพร้อมในการดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความร่วมมือระหว่าง องค์การบริหารส่วนตำบล กับชุมชน เช่น การจัดกิจกรรมการแข่งขันกีฬา	90	34.2	116	44.1	48	18.3	9	3.4	-	-	4.09	.810	มาก
23. ความพร้อมในการร่วมจัดทำประชาคมสุขภาพเพื่อค้นหาปัญหาสาธารณสุขของชุมชนร่วมกับประชาชน	50	19.0	134	51.0	64	24.3	15	5.7	-	-	3.83	.798	มาก
24. ความพร้อมในการดำเนินการด้านกองทุนด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กองทุนยา กองทุนพัฒนาสาธารณสุข	35	13.3	121	46.0	69	26.2	38	14.4	-	-	3.58	.895	มาก
25. ความพร้อมในการดำเนินการจัดทำทะเบียนข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	50	19.0	112	42.6	86	32.7	13	4.9	2	0.8	3.74	.848	มาก
26. ความพร้อมในการจัดการประชุมเพื่อให้หน่วยงานองค์กรต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน	59	22.4	120	45.6	74	28.1	10	3.8	-	-	3.87	.802	มาก

การจัดทำแผนงานหลัก แผนการดำเนินงาน ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
และระบบบริการสุขภาพชุมชน

ความพร้อมในการดูแลและให้บริการในด้านระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชน

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.3 มีความพร้อมในการดูแลและให้บริการในด้านระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชนในระดับ

ปานกลาง รองลงมาร้อยละ 35.4 มีความพร้อมในการดูแลและให้บริการในด้านระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชนในระดับมาก ร้อยละ 16.0 มีความพร้อมในการดูแลและให้บริการในด้านระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชนในระดับมากที่สุด ร้อยละ 8.0 มีความพร้อมในการดูแลและให้บริการในด้านระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชนในระดับน้อย และร้อยละ 3.4 มีความพร้อมในการดูแลและให้บริการในด้านระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชนในระดับน้อยที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการดูแลและให้บริการในด้านระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.52)

การมีระบบเสริมสร้างสุขภาพให้ประชาชนอย่างสมบูรณ์

จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ ร้อยละ 31.9 มีระบบเสริมสร้างสุขภาพให้ประชาชนอย่างสมบูรณ์ในระดับปานกลางและระดับมาก รองลงมาร้อยละ 19.0 มีระบบเสริมสร้างสุขภาพให้ประชาชนอย่างสมบูรณ์ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 12.2 มีระบบเสริมสร้างสุขภาพให้ประชาชนอย่างสมบูรณ์ในระดับน้อย และร้อยละ 4.9 มีระบบเสริมสร้างสุขภาพให้ประชาชนอย่างสมบูรณ์ในระดับน้อยที่สุด โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีระบบเสริมสร้างสุขภาพให้ประชาชนอย่างสมบูรณ์ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.48)

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ประเด็นด้านความพร้อม	ระดับความพร้อม										ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปล ผล
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน			
27. การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน การดูแลและสนับสนุนนโยบายสุขภาพของ ชุมชน	42	16.0	93	35.4	98	37.3	21	8.0	9	3.4	3.93	.968	มาก
28. การจัดทำแผนงานหลัก แผนการดำเนินงาน ที่ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน และระบบบริการสุขภาพชุมชน	34	12.9	110	41.8	78	29.7	26	9.9	15	5.7	3.46	1.025	มาก
29. ความพร้อมในการดูแลและให้บริการในด้าน ระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพ ชุมชน	42	16.0	93	35.4	98	37.3	21	8.0	9	3.4	3.52	.968	มาก
30. การมีระบบเสริมสร้างสุขภาพให้ประชาชน สมบูรณ์	50	19.0	84	31.9	84	31.9	32	12.2	13	4.9	3.48	1.083	มาก

ตอนที่ 4 รูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพในชุมชนที่เหมาะสมสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล

จากการวิจัยคณะผู้วิจัยพบว่า รูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพในชุมชนที่เหมาะสมสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล ควรมีหน่วยงานประจำ และเจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบโดยตรงและควรร่วมกันวางแผนทำงานเป็นทีม เป็นลักษณะของภาคีความร่วมมือระหว่างสมาชิกในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นพัฒนาระบบการบริหารจัดการบริการสุขภาพ เพิ่มขีดความสามารถจัดการสุขภาพในชุมชน พัฒนาเครือข่ายหน่วยงาน/บุคลากรในการบริหารจัดการสุขภาพและพัฒนากลุ่มมีส่วนร่วมของประชาชนในองค์การบริหารส่วนตำบล การเปิดโอกาสให้สมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสุขภาพให้มากขึ้น โดยจะประกอบด้วย แผนกลยุทธ์ 4 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. กลยุทธ์ด้านการให้ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรค เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันโรคต่างๆ ซึ่งอาจอยู่ในรูปของคณะกรรมการด้านสุขภาพชุมชนประกอบด้วยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และสมาชิกในชุมชนที่มีความสนใจ ควรมีการจัดกิจกรรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ทันต่อเหตุการณ์ ครอบคลุมทุกด้านของสุขภาพ ทั้งในด้านโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ อาทิ โรคเอดส์ วัณโรค ใช้เลือดออก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความรู้แก่คณะกรรมการด้านสุขภาพชุมชน เพื่อนำความรู้ไปเผยแพร่ การให้ความรู้และคำแนะนำแก่สมาชิกในชุมชน

2. กลยุทธ์ด้านการเสริมสร้างสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบล ควรจัดโครงการเพื่อการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนการตรวจวัดสมรรถภาพทางร่างกาย ให้บริการตรวจร่างกายแก่สมาชิกในชุมชน โดยเป็นความร่วมมือกับหน่วยงานทางราชการที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานสาธารณสุข โรงพยาบาล องค์การบริหารส่วนตำบล จัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพ เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ แอโรบิคแดนซ์ โยคะ ในตอนเช้า และตอนเย็นเป็นประจำ

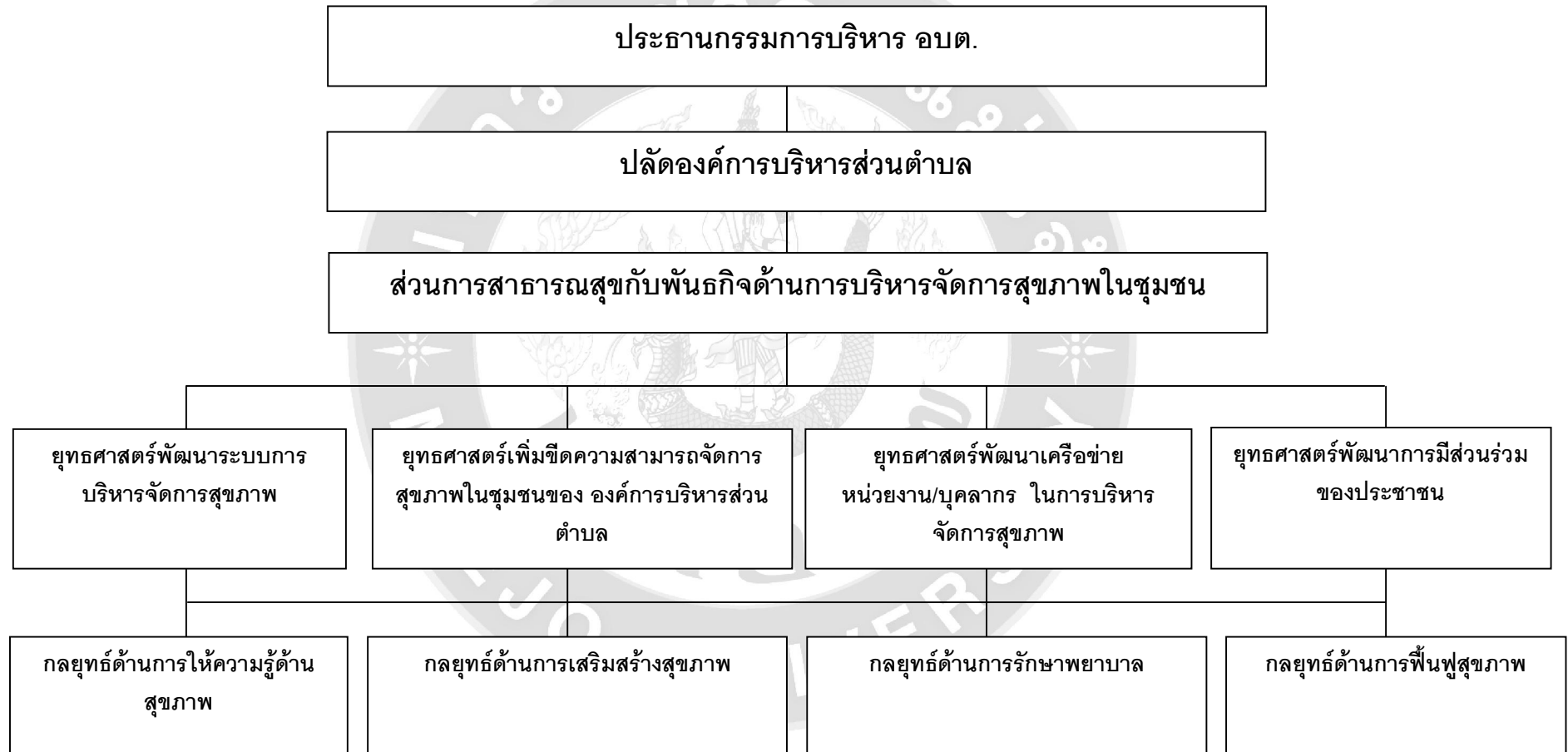
3. กลยุทธ์ด้านการรักษาพยาบาล องค์การบริหารส่วนตำบลควรมีบทบาทในการให้การรักษาเบื้องต้นที่เจ็บป่วยไม่ร้ายแรง การปฐมพยาบาลกรณีเกิดอุบัติเหตุโดยบุคลากรสาธารณสุข ก่อนนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา นอกจากนี้คณะกรรมการด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล ควรมีบทบาทในการดูแลและเฝ้าระวัง ในกรณีที่เกิดโรคระบาด โดยคณะกรรมการฯ ทำหน้าที่รายงานการเกิดการระบาดของโรคตามข้อกำหนดทางกฎหมาย

ประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น โรงพยาบาล หน่วยสาธารณสุข และหน่วยงานทางปกครองเข้ามาดูแลและดำเนินการป้องกันการเกิดโรคระบาดอย่างทัน่วงที

4. กลยุทธ์ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ การดำเนินงานช่วยฟื้นฟูกำลังใจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง โดยคณะกรรมการฯ ควรมีบทบาทในการตรวจเยี่ยม หรือการส่งทีมงาน ได้แก่ ผู้นำชุมชนและสมาชิกในชุมชน ไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วย เป็นกิจกรรมทางสังคมที่ดื่งามและยังช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนอีกด้วย ในขั้นนี้การดูแลและฟื้นฟูสุขภาพทางกายและจิตใจภายหลังการเข้ารับการรักษา ตลอดจนจัดกิจกรรมเยี่ยมเยียนผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อให้กำลังใจ เช่น ผู้ป่วยอัมพาต พิการ เป็นต้น คนเหล่านี้ถือเป็นสมาชิกชุมชน ซึ่งองค์การบริหารส่วนตำบล ควรให้ความสำคัญในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพทางกายและจิตใจ ไม่ให้เป็นภาระแก่ชุมชน



จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถเขียนเป็นแผนภาพอธิบายเพื่อความชัดเจนได้ดังนี้



จากแนวทางที่เหมาะสมในการบริหารจัดการสุขภาพในชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบล ได้นำมากำหนด กรอบแนวคิด วิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ปัจจัยแห่งความสำเร็จ กลยุทธ์และเครื่องมือในการขับเคลื่อน แนวทางการบริหารจัดการสุขภาพในชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)

แนวทางในการบริหารจัดการสุขภาพในชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบล ตั้งอยู่บนหลักการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขของประชาชน โดยประชาชน เพื่อประชาชน กล่าวคือ ปัญหาของประชาชนในชุมชนที่องค์การบริหารส่วนตำบลรับผิดชอบดูแล ท้องถิ่นจะรู้ปัญหาของตนเองดีที่สุด ประชาชนมีส่วนร่วมในการร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ในการดำเนินการแก้ปัญหาตามมาตรฐานสาธารณสุขมูลฐาน

2. วิสัยทัศน์

“ประชาชนในองค์การบริหารส่วนตำบลมีสุขภาพดีถ้วนหน้า”

3. พันธกิจ

- 3.1 เพิ่มขีดความสามารถของ องค์การบริหารส่วนตำบล ในการบริหารจัดการสุขภาพในชุมชน
- 3.2 พัฒนาระบบการบริหารจัดการสุขภาพในชุมชนของ องค์การบริหารส่วนตำบล
- 3.3 สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน บุคลากร ด้านสาธารณสุข ผู้นำชุมชนในการบริหารจัดการสุขภาพในชุมชนของ องค์การบริหารส่วนตำบล
- 3.4 เพื่อสร้างวัฒนธรรมในชุมชนให้เกิดคุณภาพชีวิต และความสมดุลระหว่างสุขภาพกับการจัดการสิ่งแวดล้อม

4. วัตถุประสงค์

- 4.1 เพื่อให้ผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย โครงการ/กิจกรรม และการบริหารจัดการและดำเนินงานด้านการบริการสุขภาพชุมชน
- 4.2 เพื่อให้ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน (อสม.) ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพชุมชนตามมาตรฐานของสาธารณสุขมูลฐาน

5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- 5.1 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชน
- 5.2 ผลักดันให้พัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
- 5.3 เพิ่มประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบริการสุขภาพชุมชน ทั้งด้านพัฒนาบุคลากร เพิ่มงบประมาณดำเนินการ และแก้ไขกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เป็นอุปสรรค
- 5.4 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้นำชุมชน เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน

6. หลักการจัดการสุขภาพในชุมชน

- 6.1 ความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานของรัฐ กับหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขกับประชาชนและผู้นำชุมชน พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือของประชาชน ในการดำเนินการจัดการสุขภาพชุมชน
- 6.2 การเน้นกลยุทธ์ด้านการให้ความรู้ด้านสุขภาพ กลยุทธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดีอยู่เสมอ มากกว่ากลยุทธ์ด้านการศึกษา และฟื้นฟูสุขภาพหลักจากที่ประชาชนเจ็บป่วย
- 6.3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพของชุมชนให้เป็นไปตามมาตรฐานสาธารณสุขมูลฐาน และบริการอย่างสะดวกทั่วถึงทั้งชุมชน

7. กลยุทธ์ในการขับเคลื่อน ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ คือ

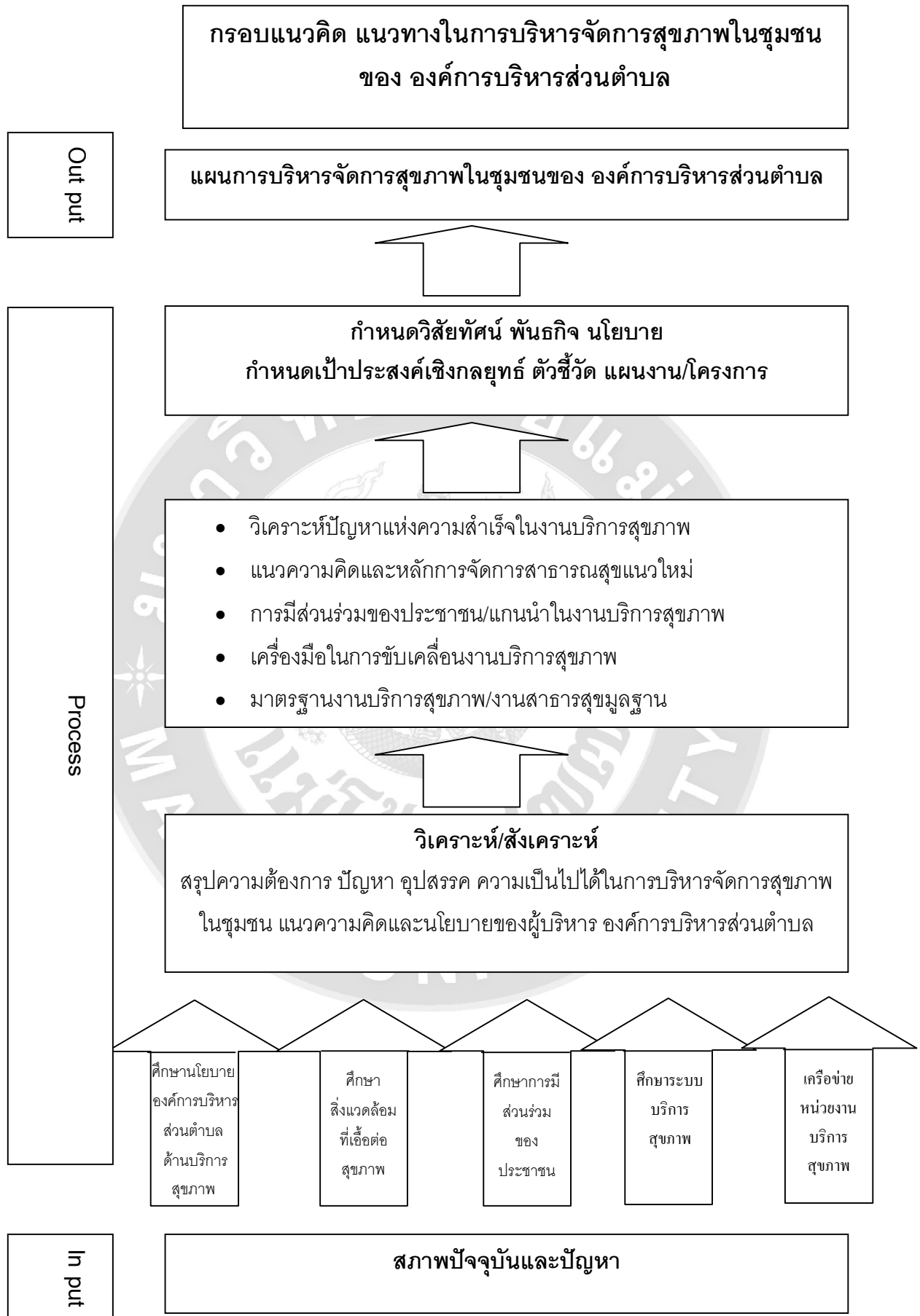
- 7.1 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและสร้างภูมิปัญญาร่วมกันของภาคีต่างๆ
- 7.2 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน ตามมาตรฐานสาธารณสุขมูลฐาน
- 7.3 การขับเคลื่อนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นผู้รองรับภาระกิจการจัดการสุขภาพส่วนชุมชน
- 7.4 สร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอปราศจากโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อในชุมชน
- 7.5 จัดหาเครื่องมือ เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการบริการสุขภาพในชุมชน
- 7.6 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

8. เครื่องมือในการขับเคลื่อน

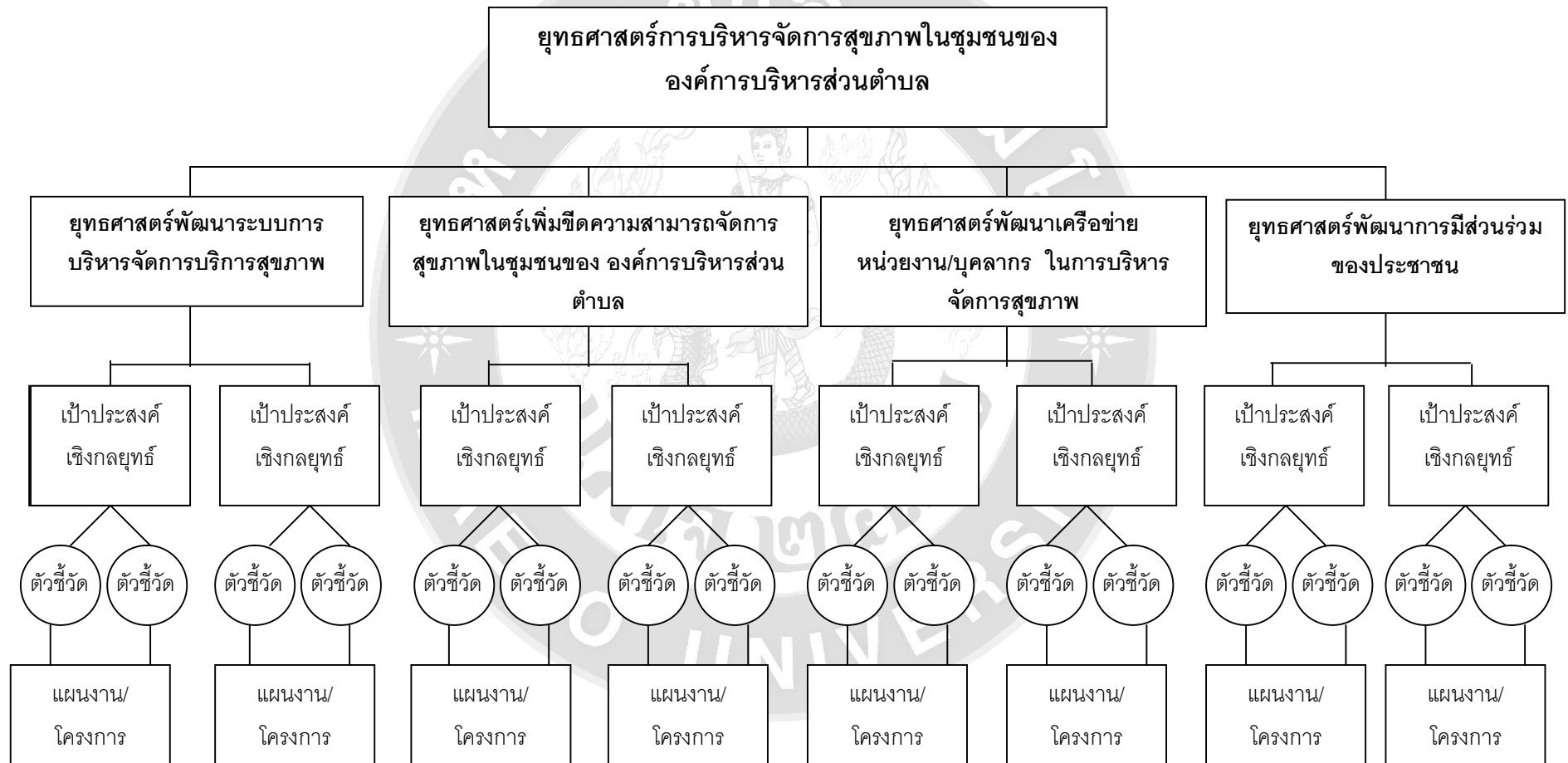
การขับเคลื่อนกลยุทธ์ มีเครื่องมือในการบริหารจัดการสุขภาพชุมชน ที่ควรนำมาใช้ร่วมกัน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลัก คือ

- 8.1 การบริหารจัดการ กำกับ ดูแล ติดตาม รายงานผล ประเมิน ทบทวน และพัฒนาการ
บริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพยิ่ง ๆ ขึ้น
- 8.2 การจัดสรรงบประมาณ ให้เพียงพอต่อการขับเคลื่อนภารกิจด้านการบริการสุขภาพ
ชุมชน
- 8.3 การสร้างเครือข่าย ความร่วมมือทางสังคม ระหว่างองค์กรบริการส่วนท้องถิ่น ผู้นำ
ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนให้มีความเข้มแข็ง
- 8.4 เครื่องมือสนับสนุน ได้แก่ การจัดการองค์ความรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพ การถ่ายทอด
องค์ความรู้สู่ชุมชน การจัดหาเครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เหมาะสมกับการ
บริการสุขภาพชุมชน





แผนยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการสุขภาพในชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบล กับ
ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตัวชี้วัด และแผนงานโครงการ



บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การวิจัยเรื่อง ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารจัดการสุขภาพในชุมชน ครั้งนี้ได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) หน่วยในการวิจัย (unit of analysis) ครั้งนี้มีหน่วยเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ให้ข้อมูล คือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ปฏิบัติหน้าที่โดยตรงและสามารถให้ข้อมูลได้ตรงกับสภาพปัญหาและการดำเนินงานได้ จำนวน 768 อบต. ครอบคลุมในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา แพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัย โดยใช้การสุ่มตัวอย่างตามแบบ Taro Yamane (1973: 886-887) ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจำนวน 263 อบต. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น ในการวิจัยครั้งนี้แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างสูง หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทำการเก็บข้อมูล สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

จากการศึกษาพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับชั้นขนาดเล็ก เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 38 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ดำรงตำแหน่งประธานคณะกรรมการบริหาร เข้ารับตำแหน่งในปี 2548 ไม่มีวาระการดำรงตำแหน่งและไม่ระบุระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาท

สภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล

การศึกษาสภาพการบริหารจัดการสุขภาพในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโดยภาพรวม พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการควบคุมตลาดสดในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 2.84) จัดให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาสในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 4.01) จัดให้มีการปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัด และการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.24) จัดให้มีการบำรุงรักษาสถานที่

พักผ่อนหย่อนใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.54) จัดให้มีการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.65)

องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการเก็บขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และน้ำเสียในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.55) จัดให้มีการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาลในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.34) จัดให้มีการควบคุมการเลี้ยงสัตว์ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.34) จัดให้มีการอนามัยในโรงพยาบาล และสาธารณสุขบ้านตึกต่างๆในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 2.99) จัดให้มีการควบคุม ตรวจสอบร้านจำหน่ายอาหารสำเร็จรูป สะอาดและปลอดภัยในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.45) จัดให้มีการควบคุม และป้องกันโรคของคนในชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 4.17)

องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.96) จัดให้มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.90) จัดให้มีการป้องกันมลภาวะและสิ่งแวดล้อมในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.88) จัดให้มีการเฝ้าระวัง และแก้ปัญหาภาวะโภชนาการ ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.79)

องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.80) จัดให้มีการควบคุม ป้องกัน และระงับโรคติดต่อในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 4.10) จัดให้มีการจัดให้มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.69) จัดให้มีการตรวจและส่งเสริมทันตสุขภาพในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.34)

องค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน และกลุ่มผู้สูงอายุในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.70) จัดให้มีการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ในชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.75) จัดให้มีการป้องกันอุบัติเหตุ และอุบัติเหตุภัยในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.77) จัดให้มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยาในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.56) จัดให้มีการคุ้มครองประชาชนด้านการรักษาพยาบาลในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.54)

ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชน

การศึกษาความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชน โดยภาพรวมพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อม

ในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.76) มีความพร้อมในการกำหนดแผนปฏิบัติงานด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.62) มีการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.71) มีความพร้อมในการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.88) มีความพร้อมในการดำเนินการด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.84) มีความพร้อมในการติดตาม และควบคุมด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.78)

นอกจากนั้น องค์การบริหารส่วนตำบลยังมีความพร้อมในการประเมินผลด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.68) มีความพร้อมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในสำนักงานในด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.87) มีความพร้อมในการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ด้านการบริหารงานบุคคล การบริหารงบประมาณ และการบริหารจัดการการดำเนินงานในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 4.08) มีความพร้อมในการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมทางสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กลุ่มออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กลุ่มนวดแผนไทยในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 4.01)

องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการจัดหาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นไว้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุขของชุมชน (ศสมช.) ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.72) มีความพร้อมในการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาที่จำเป็นและเหมาะสมแก่ประชาชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.69) มีความพร้อมในการดำเนินงานด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในศูนย์บริการสาธารณสุขของชุมชน (ศสมช.) ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.74) มีความพร้อมในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.85)

องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการสนับสนุนให้มีการบริการสมุนไพรและแพทย์แผนไทยในชุมชน ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.57) มีความพร้อมในการดำเนินการจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยจากหมู่บ้านต่อไปยังสถานพยาบาลในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.46) มีความพร้อมในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.56) มีกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.65)

องค์การบริหารส่วนตำบลมีการเปิดโอกาสให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.68) มีการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบจากนโยบายสาธารณะทั้งในระดับนโยบายและระดับ

ปฏิบัติในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.56) มีการแต่งตั้งบุคคลรับผิดชอบงานด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.57)

องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความร่วมมือระหว่าง อบต. กับชุมชน เช่น การจัดกิจกรรมการแข่งขันกีฬาในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 4.09) มีความพร้อมในการร่วมจัดทำประชาคมสุขภาพเพื่อค้นหาปัญหาสาธารณสุขของชุมชนร่วมกับประชาชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.83) มีความพร้อมในการดำเนินการด้านกองทุนด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กองทุนยา กองทุนพัฒนาสาธารณสุขในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.58) มีความพร้อมในการดำเนินการจัดทำทะเบียนข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.74) มีความพร้อมในการจัดการประชุมเพื่อให้หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.87)

องค์การบริหารส่วนตำบลมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลและสนับสนุนนโยบายสุขภาพของชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.93) มีการจัดทำแผนงานหลัก แผนการดำเนินงาน ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.46) มีความพร้อมในการดูแลและให้บริการในด้านระบบสุขภาพชุมชนและระบบบริการสุขภาพชุมชนในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.52) มีระบบเสริมสร้างสุขภาพและระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก 3.48)

รูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล

รูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับองค์การบริหารส่วนตำบลควรเป็นลักษณะของภาคีความร่วมมือระหว่างสมาชิกในชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ที่เน้นการเปิดโอกาสให้สมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสุขภาพให้มากขึ้น โดยจะประกอบด้วย การป้องกัน สร้างเสริม การนำซ่อม และการดูแลหลังการรักษา โดยองค์การบริหารส่วนตำบล ควรแต่งตั้งผู้ประสานงานหลักซึ่งอาจอยู่ในรูปคณะกรรมการสุขภาพชุมชน เปิดโอกาสให้สมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม อาจประกอบด้วยสมาชิกอบต.และสมาชิกชุมชน อสม. ทำงานร่วมกันเพื่อประสานงานและดำเนินการให้ครอบคลุมถึงกระบวนการ การป้องกัน สร้างเสริม การนำซ่อม และการดูแลหลังการรักษา ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควรมีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐซึ่งได้แก่โรงพยาบาลและสถานอนามัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่สมาชิกในชุมชนนั่นเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. จากการศึกษา พบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ด้านการบริหารงานบุคคล การบริหารงบประมาณ และการบริหารจัดการการดำเนินงานในระดับมาก ดังนั้นในการบริหารจัดการด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลจึงควรใช้ความพร้อมในด้านนี้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดำเนินการด้านสุขภาพ ควรมีประสานงานร่วมกันกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในด้านบุคลากร นอกจากนั้นความพร้อมในการประสานงานในด้านงบประมาณยังทำให้การดำเนินงานมีสภาพคล่อง องค์การบริหารส่วนตำบลควรนำจุดเด่นนี้มาใช้ให้เกิดประโยชน์กับชุมชนสูงสุด
2. จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมทางสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กลุ่มออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กลุ่มนวดแผนไทยในระดับมาก ดังนั้นองค์การบริหารส่วนตำบล ควรจัดตั้งกลุ่มกิจกรรมทางสาธารณสุขในหมู่บ้านเพื่อทำงานในด้านการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม
3. จากการศึกษา พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความร่วมมือระหว่าง อบต. กับชุมชน เช่น การจัดกิจกรรมการแข่งขันกีฬาในระดับมาก ดังนั้นองค์การบริหารส่วนตำบล ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความร่วมมือระหว่าง อบต. กับชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพและบริการสุขภาพชุมชน ซึ่งยังมีข้อจำกัดไม่ได้ศึกษาในมิติของชุมชน ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบสุขภาพและบริการสุขภาพชุมชน เพื่อจะได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น
2. การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ครอบคลุม 7 จังหวัดในภาคเหนือตอนบน ในการศึกษาครั้งต่อไปควรขยายพื้นที่ในการศึกษาให้ครอบคลุมในภูมิภาคอื่นๆ ต่อไป
3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ศึกษาในมิติของความพร้อมและนำเสนอรูปแบบที่เหมาะสม ผลการศึกษายังพบว่า ในบางประเด็นองค์การบริหารส่วนตำบลควรได้รับการพัฒนาขีดความสามารถในการพัฒนาระบบสุขภาพและบริการสุขภาพชุมชน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อจะได้ครอบคลุมและพัฒนาขีดความสามารถของ

องค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนาระบบสุขภาพและบริการสุขภาพชุมชนได้มีประสิทธิภาพ
ยิ่งขึ้น



เอกสารอ้างอิง (Referent)

- กมล วงษ์ชัย และคณะ. 2543. บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลต่อการส่งเสริมการศึกษาขั้นพื้นฐาน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมการปกครอง กองวิชาการและแผนงาน. 2537. องค์การบริหารส่วนตำบล. กรุงเทพฯ: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.
- กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. มปป. มาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย.
- กรรณิกา กาไหลทองและคณะ. 2543. ความต้องการมีส่วนร่วมของตัวแทนท้องถิ่นในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดอุดรธานี
- กองราชการส่วนตำบล. 2539. กรมการปกครอง. กฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับองค์การบริหารส่วนตำบล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น กรมการปกครอง.
- กิตติพงษ์ หาญพล. 2544. การประเมินความพร้อมขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการรองรับการกระจายอำนาจ : ศึกษากรณี อบต. ในเขตจังหวัดตราด
- เกียรติกมล ภูมิรา และคณะ. 2543. ความพร้อมในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครสวรรค์.
- โกวิทย์ พวงงาม และ ปรีดี โชติช่วง. 2539. อะไร ทำไม อย่างไร อบต. ประชาธิปไตยของประชาชนในชนบท. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- โกวิทย์ พวงงาม. 2546. การกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน.
- โครงการตำรา สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2547. สาระสำคัญของแผนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2543. ระบบออนไลน์: (แหล่งที่มา). <http://www.moph.go.th/ngo/oddh/question.htm> (1 พฤศจิกายน 47)
- จันทรภรณ์ ไช้สมบุญ. 2545. รูปแบบและความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในการถ่ายโอนภารกิจจัดการศึกษา: ศึกษากรณีจังหวัดนครปฐม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- จิตติมา วงศ์อาษา . 2547. การมีส่วนร่วมของโรงเรียนเอกชนที่จัดการศึกษาขั้นพื้นฐานจังหวัดลำพูน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชลัษฏ์รัตน นราศรี และคณะ. 2543. บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมการปฏิรูปการศึกษาสังกัดสำนักงานประถมศึกษาจังหวัดพิษณุโลก

- ชัยวุฒิ ศรีอุตวงศ์ และคณะ. 2543. ความพร้อมเกี่ยวกับการจัดการศึกษาปฐมวัยตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ขององค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดกำแพงเพชร
- ธเนศวร์ เจริญเมือง. 2540. 100 ปี การปกครองท้องถิ่นไทย พ.ศ. 2440-2540. กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- นิสิต จันทรสมวงศ์ และปรีชา เรืองจันทร์. 2541. “อบต. กับบทบาทฝ่ายปกครองในฐานะภูมิภาคที่ต้องเปลี่ยนไป”. รัฐสภาสาร. (มีนาคม): 1-21.
- ประหยัด หงษ์ทองคำ. 2528. การปกครองท้องถิ่นไทย. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- ปวีณา รูปทอง. 2546. ความพร้อมในการจัดการศึกษาระดับปฐมวัยขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอเมือง เชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิติ ทฤษฎิคุณ และ พิชญา ตันติเศรณี. 2547. การกระจายอำนาจ การบริหารงานสาธารณสุขท้องถิ่น ระบบออนไลน์ (แหล่งที่มา) <http://www.rdhc.net>
- ผดุงศักดิ์ อุบายลับ. 2544. ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล ในการรับโอนงานด้านการจัดการศึกษาสู่ท้องถิ่น : ศึกษากรณี องค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดลพบุรี
- พงษ์ศักดิ์ ศรีวรกุล. 2541. ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินการจัดการศึกษาตามแนวทางปฏิรูปการศึกษา ของกระทรวงศึกษาธิการเขตการศึกษา 9. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงแก้ว จุลก. 2544. การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานในจังหวัดตรัง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พันธ์ คำพรรษา. 2546. ตัวบ่งชี้การกระจายอำนาจการบริหารและการจัดการศึกษาไปยังสถานศึกษา : กรณีสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ
- มัทนนา เป็งจันทร์. 2544. การมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานขององค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอสันทราย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุทธพงศ์ ไชยสร. 2535. ทัศนคติของผู้นำท้องถิ่นในจังหวัดลำพูน ต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิศรา คำนึ่งธรรม. 2546. ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการรองรับการกระจายอำนาจ การบริหารการจัดการศึกษา เขตพื้นที่การศึกษาสุพรรณบุรี เขต 1
- วิจิตร เก่งบุรี และคณะ. 2543. ความพร้อมต่อการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตการศึกษา 7
- วีระพงษ์ เดชบุญ และคณะ. 2540. ความพร้อมในการมีส่วนร่วมจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน 12 ปีขององค์การบริหารส่วนตำบล เขตการศึกษา 10. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วุฒิสาร ตันไชย. 2544. การกระจายอำนาจการปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สถาบันดำรงราชานุภาพ . รายงานการวิจัยเรื่องการเพิ่มขีดสมรรถนะ กรอ. จังหวัดใน การพัฒนา
เศรษฐกิจ และสังคมของจังหวัด. กรุงเทพฯ : สถาบันดำรงราชานุภาพ สำนักงาน
ปลัดกระทรวง กระทรวง มหาดไทย.

สมคิด เลิศไพฑูรย์. 2546. สถานภาพและบทบาทของราชการบริหารส่วนภูมิภาคในอนาคต.
กรุงเทพฯ : ฟอ์เพรส พับลิชชิง เฮ้าท์.

อุทัย หิรัญโต. 2523. การปกครองท้องถิ่น. กรุงเทพฯ . โอเดียนสโตร์

