

**การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ  
ไปสู่องค์กรบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย**

THE IMPLEMENTATION OF THE DECENTRALIZED PUBLIC HEALTH POLICY IN  
SUB-DISTRICT ADMINISTRATIVE ORGANIZATIONS IN THAILAND

สันติ ทวยมีฤทธิ์<sup>1</sup>, รศ.ดร.ปฐม มณีโรจน์<sup>2</sup>, ดร.ภทริยา สุมะโน<sup>3</sup>, ดร.จารุรัตน์ แหงกระโทก<sup>3</sup>

.....  
**บทคัดย่อ**

งานวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีกรณีศึกษา โดยเลือกองค์กรบริหารส่วนตำบล จำนวน 3 แห่ง มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัจจุบันการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติขององค์กรบริหารส่วนตำบลในประเทศไทยจากการกระจายอำนาจและเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสม โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องและอภิปรายเปรียบเทียบผลการศึกษา สังเคราะห์แนวทางที่เหมาะสมกับบริบท

ผลการศึกษาพบว่า องค์กรบริหารส่วนตำบลมีระดับการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติที่แตกต่างกันภายใต้ 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ นโยบายสุขภาพขององค์กร ทรัพยากรองค์กร สิ่งแวดล้อมภายนอกองค์กร การบริหารงานองค์กร การสื่อสารองค์กร และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งพบว่าแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติ คือ (1) ต้องกำหนดเป้าหมายชัดเจนด้านสุขภาพตามหลักวิชาการด้านสุขภาพ (2) พัฒนากำลังคนและสมรรถนะพร้อมทั้งงบประมาณและทรัพยากรต่างๆ (3) วิเคราะห์และปรับเปลี่ยนสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและการเมืองท้องถิ่น (4) จัดโครงสร้างการบริหารองค์กรเน้นภาวะผู้นำและมาตรฐานงานด้านสุขภาพ (5) เน้นสื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์กรพร้อมกับการสื่อสารมวลชน (6) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ดังนั้น รัฐบาลทั้งจากกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุขควรร่วมกันพัฒนากระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพและเพิ่มพูนความรู้การนำนโยบายด้านสุขภาพไปปฏิบัติ ให้กับผู้บริหารองค์กรพร้อมกับพัฒนาโครงสร้างส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมให้เข้มแข็งและมีศักยภาพ

**คำสำคัญ:** นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ, การนำนโยบายไปปฏิบัติ, องค์กรบริหารส่วนตำบล,  
การกระจายอำนาจ

.....  
<sup>1</sup> นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์

<sup>2</sup> อาจารย์ประจำหลักสูตรและอาจารย์ที่ปรึกษา

<sup>3</sup> อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

## ABSTRACT

This research is qualitative in the case study approach and 3 sub-district administrative organizations are selected. The aims to study, analyze, and synthesis a appropriate guideline on the current state of public health policy implementation by decentralization to sub-district administrative organizations in Thailand. In-depth interview with non-participant observation, documentary analysis, the results comparing, and synthesis approach for suitable context, which are operated in this study

The results show that the implementation of the decentralized public health policy in sub - district administrative organizations in Thailand are different. The 6 main elements are presented such as health policy, resource, outside environment, administration, communication, and participating. The suitable guideline comprise (1) establish explicit health policy consistent with the health principle (2) develop a human, competency, budget, and resources (3) analyze and modify the local of the economy, society, culture, and politics (4) manage focused organization structure on leadership and health standards (5) focus on both internal – external and mass communications (6) establish participatory of associate network

Thus, The Ministry of the Interior and Ministry of Public Health should be jointly develop health paradigm and enhance knowledge of health policy implementation for executive officers within develop the public health and the environment structure to be strength and potential

**KEYWORDS:** HEALTH PUBLIC POLICY, POLICY IMPLEMENTATION, SUB-DISTRIC ADMINISTRATIVE ORGANIZATIONS, DECENTRALIZATION

### บทนำ

การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติจากอดีตถึงปัจจุบันในประเทศไทย มักมุ่งเน้นการศึกษานโยบายเฉพาะเรื่อง ณ จุดปฏิบัติการ แต่ยังขาดการสร้างแนวทางหรือตัวแบบที่มีความสมบูรณ์เพียงพอในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากเรื่องดังกล่าวมีความสำคัญและมีความซับซ้อนที่จะต้องศึกษา จึงต้องวิธีการศึกษาที่ต้องอาศัยความรู้ในหลายๆด้านหรือหลากหลายสาขาแบบสหวิทยาการ (วรเดช จันทรศร, 2551: 31; สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2555: 395; กล้า ทองขาว, 2548: 33-34; อุทัย เลาหวิชัย, 2550: 46)

การกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี พ.ศ.2540 ทำให้รัฐบาลได้สร้างนโยบายสาธารณะด้านต่างๆจำนวนมาก ซึ่งหนึ่งในนั้นมีนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพรวมอยู่ด้วย (ศุภชัย ยาวะประภาส, 2555: 99; เอนก เหล่าธรรมทัศน์, 2543:18) ผลตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ.2542 ทุกกระทรวงต้องมีการถ่ายโอนภารกิจต่างๆไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ ถือ

เป็นสองกระทรวงหลักที่เป็นเป้าหมายในการถ่ายโอนภารกิจ และยังมีปัญหาในการถ่ายโอนภารกิจ (เอนก เหล่าธรรมทัศน์, 2543:31) โดยที่กระทรวงสาธารณสุขต้องถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพต่างๆ รวมทั้งสถานบริการสุขภาพ อันได้แก่ สถานิอนามัยซึ่งปัจจุบันได้เปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนภารกิจไปแล้ว 7 ภารกิจ ส่วนภารกิจที่ยังไม่มีการถ่ายโอน มีจำนวน 27 ภารกิจ เมื่อวันที่ 25 เมษายน พ.ศ.2550 คณะกรรมการถ่ายโอนภารกิจ (กทอ.) มีมติให้ถ่ายโอนสถานิอนามัย 35 แห่งให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 30 แห่ง ใน 23 จังหวัด โดยเป็นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของกระทรวงสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว และยึดหลักการถ่ายโอนสถานิอนามัยไปให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารงานนั้น ให้ถ่ายโอนบุคลากรที่สมัครใจ โดยให้ตัดอัตราตำแหน่งและเงินเดือนตามตัวไปขึ้นกับองค์การบริหารส่วนตำบลด้วย แต่ผลการดำเนินงานยังพบว่ายังมีข้อจำกัดในการดำเนินงานและความไม่ชัดเจนอยู่หลายประการ อาทิเช่น ระบบส่งต่อผู้ป่วย ระบบการควบคุมโรคอุบัติใหม่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และนอกจากนั้นยังมีข้อโต้แย้งและปัญหาที่เกิดขึ้นหลายประการ โดยเฉพาะประเด็นการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นความชัดเจนของวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายนโยบายด้านสุขภาพ การมีและการสนับสนุนทรัพยากรที่ไม่ชัดเจนและ มากพอ โครงสร้างองค์การ ที่ไม่สนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพ การสื่อสารข้อความที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ สมรรถนะของบุคลากรท้องถิ่นที่ขาดองค์ความรู้ด้านสุขภาพ การขาดประสบการณ์ในการบริหารงานด้านสุขภาพของผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือแม้กระทั่งวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น การถูกแทรกแซงจากการเมืองท้องถิ่น การมีสถานะทางเศรษฐกิจ สังคมที่ไม่อำนวย ฯลฯ ทำให้มีการคาดการณ์กันว่าเมื่อสถานบริการสาธารณสุขโอนเข้าไปสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วการบริหารทรัพยากรต่างๆ จะขาดประสิทธิภาพ รวมถึงความไม่มั่นใจในสวัสดิการบำเหน็จบำนาญ และผลประโยชน์อื่นๆ ที่บุคลากรจะได้รับ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2554:45-87; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550: 26-31)

จากที่กล่าวมาจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาองค์ประกอบเหล่านี้ให้มีความชัดเจน ทั้งนี้ หากยังไม่มีดำเนินการใดๆ การนำนโยบายด้านสุขภาพไปปฏิบัติขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย อาจประสบปัญหาความล้มเหลวของนโยบาย หรือการนำนโยบายด้านสุขภาพไปปฏิบัติอาจส่งผลเสียต่อประชาชน สังคม และประเทศชาติโดยรวมได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาวิจัยในเรื่อง “การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย” โดยเป็นกรณีศึกษาในองค์การบริหารส่วนตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนสถานิอนามัยไปอยู่ในสังกัดเป็นที่เรียบร้อยแล้วในช่วง 10 ปี เพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงวิชาการและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อรัฐบาลในการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนและประเทศชาติต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัจจุบันการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในประเทศไทย นับตั้งแต่เกิดกฎหมายกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลตั้งแต่ พ.ศ. 2540 จนถึงปัจจุบัน

2. เพื่อเสนอแนวทางการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบลที่เหมาะสมกับบริบทการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย

## แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

**การนำนโยบายไปปฏิบัติ** การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกระบวนการทางการเมือง เป็นกระบวนการของกลยุทธ์ที่แสดง การปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มผลประโยชน์ทั้งหลาย ในอันที่จะต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งการบรรลุเป้าหมายของกลุ่มตนเอง ซึ่งสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับเป้าหมายของนโยบาย โดยการสังเกตปรากฏการณ์ จริงที่เกิดขึ้น หรือถูกกระทำให้เกิดขึ้นในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อเป็นการแสวงหาคำอธิบายว่ามีอะไรเกิดขึ้นบ้าง เกิดขึ้นอย่างไร เพราะเหตุใด มีความสัมพันธ์กับสาระนโยบายอย่างไร (สุกชัช ยวาระประภาย, 2555 : 91) และเป็นกระบวนการจัดการกับแบบแผนการนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยตรงตามเป้าหมายนโยบาย โดยยอมรับต่อข้อกำหนดที่เกิดขึ้นจากการ ตัดสินใจไปก่อนแล้วหรือยอมรับวิธีปฏิบัติเฉพาะเรื่องนั้นๆ (จุมพล หนิมพานิช, 2554 : 12) การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นขั้นตอนสำคัญ เนื่องจากการตัดสินใจในนโยบายที่ได้กำหนดไว้ไปปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จ เป็นการร่วมกันทำงานภายใต้กฎหมายที่ผ่านความเห็นชอบของฝ่ายนิติบัญญัติหรือคำสั่งของฝ่ายบริหาร ซึ่งการตัดสินใจนโยบาย คือการบ่งชี้ปัญหา การกำหนดวัตถุประสงค์ และการกำหนดโครงสร้างกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยประกอบด้วยขั้นตอนหลายขั้นตอน เริ่มด้วยการกำหนดกฎพื้นฐานสำหรับการปฏิบัติ การคาดหมายผลลัพธ์ การยินยอมปฏิบัติตามของกลุ่มเป้าหมาย การพิจารณาผลกระทบจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่เจตนาและไม่ได้เจตนา ผลกระทบการตัดสินใจของหน่วยปฏิบัติ และการปรับปรุงกฎระเบียบที่ใช้ในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เหมาะสมกับกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Mazmanian and Sabatier, 1981: 538)

**การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ** การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นไทยที่เกิดจากการถ่ายโอนภารกิจในรูปแบบนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทยนำไปปฏิบัติ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 เป็นต้นมา โดยในปี พ.ศ. 2550 เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2550 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการลงนามส่งมอบภารกิจสถานีนอมาัยจำนวน 35 แห่ง ใน 23 จังหวัดให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของกระทรวงสาธารณสุข โดยยึดหลักการสถานีนอมาัยไป บุคลากรสมัครใจ อัตราตำแหน่งและเงินเดือนตามตัวไป การถ่ายโอนต้องมีความยืดหยุ่น คล่องตัว (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2555 : 87) จากผลการประเมินความพร้อมของท้องถิ่นในการรับการถ่ายโอนภารกิจ พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการรับ

ถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข แต่เป็นความพร้อมในบางภารกิจเท่านั้น การเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปปฏิบัติ ก่อนข้างเป็นปัญหาไม่พบการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบของเจ้าหน้าที่/ผู้บริหารของท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจ การทำงานของสถานีนามัยในพื้นที่ที่ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปปฏิบัติ ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงหรือแตกต่างไปจากเดิม อัตราค่าจ้าง ได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่น โดยส่วนมากยังเป็นตำแหน่งสนับสนุนในภาพรวม ไม่มีปัญหา ทางด้านทรัพยากรในรูปของงบประมาณ และพบว่ายังมีข้อขัดข้องในเชิงระบบ และการตีความ เพื่อแก้ปัญหา การถ่ายและเทียบโอนตำแหน่ง การสนับสนุนจาก CUP (contacting unit for primary care) และความสัมพันธ์กับระบบสาธารณสุข มีหลากหลายรูปแบบทั้งความสัมพันธ์อันดีเหมือนเดิม และความสัมพันธ์ในลักษณะเฉยชา การพัฒนาทางด้านวิชาการของบุคลากรยังไม่ต่อเนื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้บริหารและการเมืองท้องถิ่นถือว่าอยู่ร่วมกันได้ การรับรู้ในตัวตนของเจ้าหน้าที่ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น เข้าใจธรรมชาติการทำงานในระดับท้องถิ่นมากขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือ ให้กรมการปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการเตรียมความพร้อม ทั้งส่วนท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายให้ชัดเจนที่ระบุให้ CUP มีหน้าที่รับผิดชอบในการสนับสนุนทรัพยากร ความรู้ทางวิชาการ และการติดตามดูแลด้านมาตรฐานบริการทางวิชาการแก่สถานีอนามัยที่ถ่ายโอน เกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ควรให้ความสำคัญกับความเห็นของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการที่จะถ่ายโอนฯ ขนาดพื้นที่จำนวนหมู่บ้านหรือประชากรรับผิดชอบ ความพร้อมในเชิงงบประมาณของท้องถิ่น ความรู้ ความเข้าใจ และความสนใจของผู้บริหารท้องถิ่นต่องานด้านสุขภาพ (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2555: 102)

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### กระบวนการ

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยวิธีกรณีศึกษา (case study approach ) เน้นกระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) และทางการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง (documentary research)

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดเลือกตามคุณสมบัติในงานวิจัยกำหนดจากตัวแทนขององค์การบริหารส่วนตำบลในแต่ละภาค จำนวน 3 ภูมิภาค ได้แก่ (1) องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุตรดิตถ์ (2) องค์การบริหารส่วนตำบลด่านทับตะโก อำเภอบึงสามพัน จังหวัดราชบุรี (3) องค์การบริหารส่วนตำบลวังหมัน อำเภอสางแก้ว จังหวัดตาก โดยทั้ง 3 องค์การมีคุณสมบัติตามที่งานวิจัยกำหนด คือ เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลางหรือมีรายได้ในระดับ 6-20 ล้านบาท และอยู่ระหว่างการนำนโยบายด้านสุขภาพไปปฏิบัติโดยได้รับการถ่ายโอนสถานีอนามัยหรือปัจจุบันเรียกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปบริหารงานเอง ในระหว่างปี พ.ศ. 2550-2556

### **เครื่องมือที่ใช้**

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษามากที่สุด เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยผสมผสานระหว่างแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structure interview) และแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (non structure interview) จำนวน 2 แบบ เพื่อใช้สัมภาษณ์ 2 กลุ่ม ได้แก่ หน่วยวิเคราะห์ในการศึกษา และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ข้อคำถามแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ประวัติผู้ตอบ คำถามเพื่อสร้างความคุ้นเคย คำถามสืบค้นแนวความคิดของผู้ตอบ และคำถามเจาะ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ สนทนาพูดคุยด้วยคำพูดของเขาเอง คำถามเจาะ จะใช้คำถามแบบเจาะหักมุม การเปรียบเทียบ การสร้างสถานการณ์สมมติ หรืออาจกระตุ้นด้วยสิ่งของภาพนิ่ง (นิศา ชูโต, 2551:183) (2) แบบสังเกตพฤติกรรมแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบบมีโครงสร้าง เพื่อให้การสังเกตเป็นไปอย่างมีระบบ การสังเกตนี้ผู้วิจัยจะเฝ้าสังเกตอยู่ข้างนอก กระทำตนเป็นบุคคลภายนอกโดยไม่เข้าไปร่วมในกิจกรรมที่ทำอยู่ เพื่อไม่ให้ผู้ถูกสังเกตรู้สึกว่าจะถูกรบกวน (นิศา ชูโต, 2551:141-142) ผู้วิจัยสร้างแบบสังเกตพฤติกรรม เพื่อมุ่งเน้นการสังเกตพฤติกรรมที่เป็นระบบ โดยใช้กรอบการสังเกตพฤติกรรมในปรากฏการณ์ต่างๆ ได้แก่ การกระทำ (acts) กิจกรรม (activities) ความหมาย (meanings) การมีส่วนร่วม (participation) ความสัมพันธ์ของบุคคลต่างๆ (relationship) สถานที่ (settings) ตามแนวทางของ Lofland (อ้างถึงในนิศา ชูโต, 255:141; อ้างถึงในสุภางค์ จันทวานิช, 2554:48-49) (3) แนวทางการวิเคราะห์เอกสาร (documentary research) โดยกำหนดประเด็นและเกณฑ์ในการคัดเลือกเอกสารเพื่อให้ได้คุณภาพตามต้องการ โดยประเด็นและเกณฑ์นั้นเน้นเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติของ อบต. (4) ตัวผู้วิจัย ในการวิจัยเชิงคุณภาพถือว่าผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บข้อมูล การจดบันทึกข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล (นิศา ชูโต, 2551:5-6 ; สุภางค์ จันทวานิช, 2554:177) ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวได้รับการตรวจสอบและปรับปรุงทั้งในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้านการใช้ภาษา (wording) ด้านความแม่นยำตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และรูปแบบ (format)

### **การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผล**

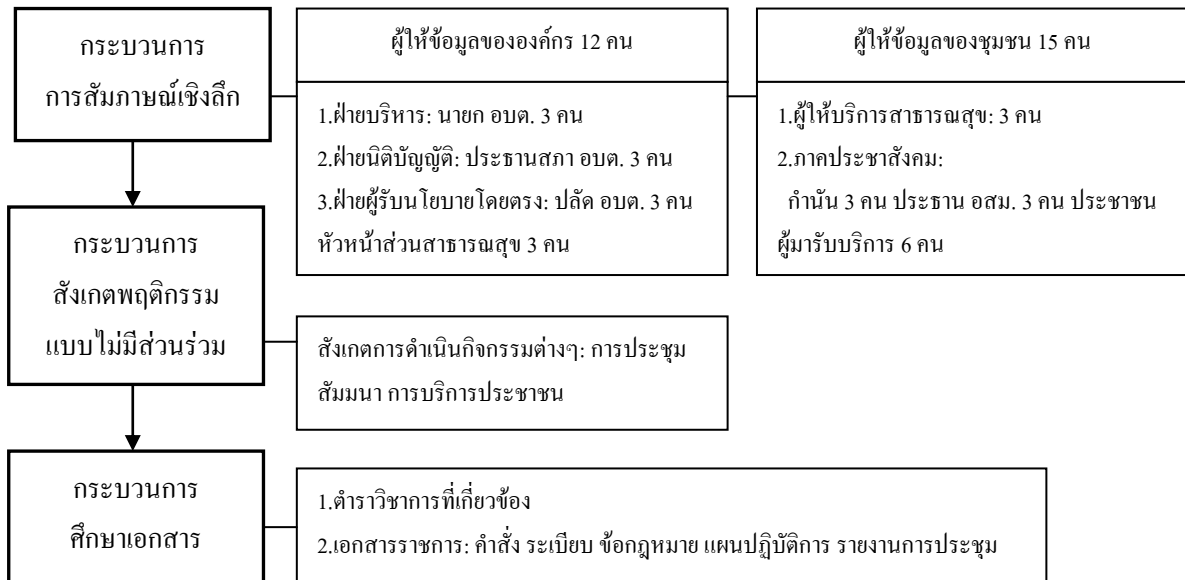
การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) การสังเกตพฤติกรรมแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participative observation) และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ถูกนำมาใช้เพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกให้ได้มากที่สุด โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกบุคคลในกรณีศึกษา 3 กรณีศึกษา คือ บุคคลที่กำหนดเป็นหน่วยวิเคราะห์ในการศึกษาและบุคคลที่กำหนดเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 12 ราย ดังนี้ (1) กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ นายก อบต.จำนวน 3 ราย (2) กลุ่มนิติบัญญัติ ได้แก่ ประธานสภา อบต.จำนวน 3 ราย (3) กลุ่มผู้รับนโยบายไปปฏิบัติโดยตรง ได้แก่ ผู้ที่ทำหน้าที่รับนโยบายและรับมอบหมายจากกลุ่มผู้บริหารและกลุ่มนิติบัญญัติโดยตรง ได้แก่ ปลัด อบต.จำนวน 3 ราย รองลงมาได้แก่ หัวหน้าส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมหรือหัวหน้าสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 3 ราย และเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมครบถ้วน

และทบทวนข้อมูลกันได้ จึงได้เลือกสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติของ อบต.หรือเรียกว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) ใน 3 กรณีศึกษา จำนวน 12 ราย ดังนี้ (1) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานที่สถานบริการสาธารณสุข ที่จะต้องร่วมรับนโยบายและรับมอบหมายงานเพื่อนำไปปฏิบัติ จำนวน 3 ราย (2) กลุ่มภาคประชาสังคม ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และมีส่วนร่วมในกระบวนการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติของ อบต. ได้แก่ กำนันประจำตำบล จำนวน 3 ราย และประธาน อสม.ตำบล จำนวน 3 ราย (3) กลุ่มผู้รับบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ ประชากรที่ได้รับบริการด้านสุขภาพที่เกิดจากการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติของ อบต. โดยผู้วิจัยจะเลือก ประชาชนที่เป็นหัวหน้าครอบครัวและพร้อมให้สัมภาษณ์ พื้นที่ละ 2 ราย รวม 6 ราย ดังนั้น ในการวิจัยนี้ จึงใช้กรณีศึกษา 3 กรณีศึกษา โดยกำหนดบุคคลให้เป็นหน่วยวิเคราะห์ในการศึกษา จำนวน 12 ราย และกำหนดผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) จำนวน 15 ราย

การสังเกตพฤติกรรมแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participative observation) โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมแบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งเป็นการสังเกตที่ผู้วิจัยจะเฝ้าสังเกตอยู่นอกและไม่เข้าไปร่วมในกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ เพื่อไม่ให้ผู้ถูกสังเกตรู้สึกรู้ว่าถูกรบกวน ตามแนวทางของ Denzin (อ้างถึงในสุภางค์ จันทวานิช, 2554:48-49) ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยออกแบบให้เป็นการสังเกตโดยตรง แต่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของผู้ถูกสังเกต โดยแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และเข้าไปสังเกตเงียบๆ เพื่อให้ผู้ถูกสังเกตรู้สึกรู้ว่าเป็นเรื่องปกติ ภายใต้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมนี้ (ภัทริยา สุมะโน, 2550:102) เป็นการปรับกระบวนการทัศน์ เพื่อความรู้และความเข้าใจอันจะเป็นข้อมูลสำคัญที่เป็นคำตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย รูปแบบหรือกระบวนการนำนโยบายด้านสุขภาพไปปฏิบัติของ อบต.ในกรณีศึกษา ทั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้วิธีจดบันทึกข้อมูลแบบย่อในสมุดโน้ต ก่อนนำไปลงรายละเอียดและเรียบเรียงในแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมฉบับสมบูรณ์ โดยกระทำในวันเดียวกันเพื่อป้องกันการลืมข้อมูล

การศึกษาเอกสาร ผู้วิจัยจะศึกษาจากตำราวิชาการ เอกสารการติดต่อราชการ คำสั่ง ระเบียบ กฎหมาย แผนปฏิบัติการ ข้อบัญญัติ รายงานการประชุมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติของ อบต.ที่เป็นกรณีศึกษา 3 กรณีศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลองค์ประกอบต่างๆ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในกระบวนการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยจะใช้แนวทางการพิจารณาจัดระบบจำแนกประเภทข้อมูลโดยยึดเนื้อหาข้อมูลเป็นเกณฑ์ตามแนวทางของ Holsti (อ้างถึงในสุภางค์ จันทวานิช, 2554:152) นำข้อมูลที่ค้นคว้าได้ทั้งหมดมาจัดกลุ่ม และหมวดหมู่ จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูล ควบคู่ไปด้วยโดยเน้นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบตามกรอบแนวคิดการวิจัยเบื้องต้น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการดำเนินการทั้งสามวิธี ใช้อุปกรณ์ด้านโสตทัศนศึกษาช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ กล้องถ่ายรูป กล้องถ่ายวิดีโอ เครื่องบันทึกเสียง เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ ไม่ตกหล่นเนื่องจากนักวิจัยไม่อาจจดบันทึกรายละเอียดของเหตุการณ์หรือถ้อยคำได้ทันทั่วทั้งที่ ตามแนวทางการใช้อุปกรณ์ช่วยรวบรวมข้อมูลของนักวิชาการหลายท่าน (Patton, 1982: 249-251; นิศา ชูโต, 2511: 167)

โดยผู้วิจัยได้เข้าไปอยู่เป็นส่วนหนึ่งในพื้นที่ ทั้งนี้ การสัมภาษณ์เจาะลึกจะทำการนัดหมายไว้ก่อน และเน้นบรรยากาศการสัมภาษณ์ที่เป็นการพูดโต้ตอบแบบเป็นกันเอง (นิสา ชูโต, 2555:166) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับเรื่องที่ต้องการศึกษามากที่สุด โดยสัมภาษณ์เจาะลึกจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา สามารถแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามกระบวนการและขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 แสดงแนวทางการเก็บข้อมูลในการวิจัย

### ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า การนำนโยบายด้านสุขภาพไปปฏิบัติประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ นโยบายสุขภาพองค์กร ทรัพยากรองค์กร สิ่งแวดล้อมองค์กร การบริหารงานองค์กร การสื่อสารองค์กร และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยพบว่า

**องค์ประกอบหลักแรก** คือ นโยบายสุขภาพองค์กร ซึ่งภายใต้องค์ประกอบหลักมีองค์ประกอบรองที่น่าสนใจ คือ เป้าหมายสุขภาพที่เสริมสร้างรายได้ เป้าหมายสุขภาพที่ขนาดและกิจกรรมชัดเจน และการมีหลักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขและหลักวิชาการอื่นๆ จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า อบต. ทั้ง 3 แห่ง มีการกำหนดเป้าหมายสุขภาพแตกต่างกันไป แต่เป็นไปตามภารกิจด้านสุขภาพภายใต้กฎหมาย พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 และพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 6) พ.ศ.2552 โดยให้ความสำคัญในด้าน เป้าหมายสุขภาพที่สร้างรายได้คล้ายกัน แต่นโยบายสุขภาพไม่เสริมสร้างรายได้ คราวเรือน ก็ไม่ประสบผลสำเร็จเนื่องจากประชาชนไม่ให้ความสนใจ ในขณะเดียวกัน หาก อบต. กำหนดเป้าหมายหรือแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพที่ขนาดใหญ่เกินไป กำหนดกิจกรรมที่หลากหลายเกินไป หรือกิจกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายมากเกินไป หรือขัดแย้งกับความรู้สึกรู้สึกชาวบ้าน ก็



อาจทำให้นโยบายไม่ประสบผลสำเร็จได้ ต้องกำหนดขนาดกลุ่มเป้าหมาย กำหนดกิจกรรมกลุ่มเป้าหมาย ให้มีความชัดเจน เหมาะสม จึงจะส่งผลต่อความสำเร็จ สามารถประเมินผลกระทบนโยบายได้ และสุดท้าย การมีหลักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และหลักวิชาการอื่นๆ พบว่า หากเป้าหมาย สุขภาพหรือแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ มีความสอดคล้องและใช้หลักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหลัก จะมีความเป็นไปได้สูงในทางปฏิบัติ ซึ่งพบว่า อบต.ทั้ง 3 แห่งไม่เคยผ่านการอบรม การบริหารระบบการแพทย์และสาธารณสุขหรือการบริหารระบบสุขภาพจากหน่วยงานใดมาก่อน แต่เกิดจากประสบการณ์ตรงในพื้นที่และการเรียนรู้ร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่

**องค์ประกอบหลักที่สอง** การบริหารงานองค์การ ซึ่งมีองค์ประกอบรองที่ค้นพบ ได้แก่ ภาวะผู้นำ ทักษะผู้นำ โครงสร้างส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม วิธีปฏิบัติงานและมาตรฐานงานด้านสุขภาพ การควบคุมกำกับและประเมินผล ผลการศึกษาสรุปได้ว่าในด้าน ภาวะผู้นำ ทักษะผู้นำ อบต.ทั้ง 3 แห่ง มีผู้นำที่มีความจริงใจ ตั้งใจและมุ่งมั่นในการทำงาน มีอุดมการณ์ ใช้หลักการทำงานแบบมีส่วนร่วม ให้ ความสำคัญกับงานด้านสุขภาพโดยส่วนใหญ่ผ่านกลไกคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล และพร้อม สนับสนุนทรัพยากรในการทำงานด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่าผู้นำชุมชนและประชาชน พอใจในการ บริหารงานของผู้นำ อบต. ถึงแม้ว่ายังมีโอกาสพัฒนางานด้านสุขภาพในอีกหลายเรื่องก็ตาม ในส่วนด้าน โครงสร้างสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม พบว่า อบต.ทั้ง 3 แห่ง ให้ความสำคัญในเรื่องโครงสร้างและ องค์ประกอบที่จะรองรับงานด้านสุขภาพรวมไปถึง รพ.สต.ที่ถ่ายโอนฯ จึงมีการจัดตั้งโครงสร้าง สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ครบทุกแห่ง ให้รับผิดชอบภารกิจด้านสุขภาพทั้งระบบและ รพ.สต. ส่วน บุคลากรด้านสุขภาพพบว่ามีจำนวนและลักษณะวิชาชีพ แตกต่างกันไปตามภารกิจหรือนโยบายด้าน สุขภาพที่ อบต.กำหนด แต่ละแห่งจึงมีความเพียงพอไม่เท่ากัน มีแหล่งเงินงบประมาณหลายแห่ง แหล่ง เงินงบประมาณหลักได้แก่ กองทุนสุขภาพตำบล ส่วนแหล่งเงินงบประมาณตามข้อบัญญัติท้องถิ่น มัก เน้นเรื่องการลงทุนด้านสุขภาพ การจ้างบุคลากรด้านสุขภาพ และพบว่ามีเงินบำรุงของ รพ.สต.เพื่อใช้จ่าย เป็นค่าตอบแทน ค่าปฏิบัติงานล่วงเวลา ค่าเวชภัณฑ์ ส่วนในด้านการกำหนดวิธีปฏิบัติงานและมาตรฐาน งานด้านสุขภาพ พบว่ามี อบต.สองแห่งมีการดำเนินงานเรื่องนี้ในระดับหนึ่ง อีกหนึ่งแห่งยังไม่ ดำเนินการ ถือได้ว่าเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เป็นเรื่องเกี่ยวกับความ เจ็บป่วยและการระบาดของโรค รวมทั้ง นายก อบต.ก็เป็นเจ้าพนักงาน ด้วย การกำหนดวิธีปฏิบัติงาน หรือมาตรฐานด้านสุขภาพร่วมกันระหว่าง หัวหน้าส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ผอ.รพ.สต.กับ นายก อบต.และทีม บริหาร อบต.จึงเป็นสิ่งสำคัญและต้องดำเนินการ เพื่อใช้เป็นแนวทาง วิธีปฏิบัติงาน และมาตรฐานงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพร่วมกัน ที่พบใน อบต.ที่ดำเนินการ อาทิเช่น วิธีปฏิบัติงานและมาตรฐานในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน วิธีปฏิบัติงานและมาตรฐานในการ ควบคุมโรคไข้เลือดออก วิธีปฏิบัติงานและมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ฯลฯ และสุดท้าย การควบคุมกำกับและประเมินผลพบว่า อบต. ทั้ง 3 แห่งใช้กลไกในการควบคุม กำกับ และประเมินผล ไม่เหมือนกัน บางแห่งใช้กลไกคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล บางแห่งใช้การแต่งตั้งคณะกรรมการ

เฉพาะกิจติดตามประเมินผล แต่ทั้งนี้ไม่มีเป้าหมายเดียวกัน คือ เพื่อติดตามความก้าวหน้าแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ขององค์การของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อประเมินประสิทธิภาพหรือผลกระทบที่เกิดขึ้น และนำมาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

**องค์ประกอบหลักที่สาม** ทรัพยากรองค์การ ประกอบด้วยองค์ประกอบรองที่สำคัญ คือ จำนวนและสมรรถนะบุคลากร งบประมาณกองทุนตำบล และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ในด้าน จำนวนและสมรรถนะบุคลากร พบว่า อบต.ทั้ง 3 แห่ง มีการเพิ่มจำนวนและสาขาวิชาชีพในส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เท่ากัน ยังมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอในบางแห่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกรอบอัตรากำลัง ที่เป็นไปตามภารกิจด้านสุขภาพที่ อบต.กำหนด มีการเปิดกรอบอัตรากำลังไว้อีกหลายตำแหน่งเพื่อรอการถ่ายโอนฯหรือบรรจุเพิ่ม พบว่าบุคลากรที่มีอยู่ มีความรู้ มีความขยัน มีความสามารถต่อการทำงานด้านสุขภาพ ส่วนด้านงบประมาณกองทุนตำบล พบว่า อบต.ทั้ง 3 แห่ง มีงบประมาณกองทุนตำบล เป็นแหล่งเงินงบประมาณหลักในการดำเนินงานตามนโยบายสุขภาพหรือแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ซึ่งหากพัฒนากองทุนตำบลได้ดี จะเป็นกองทุนสุขภาพที่ชัดเจนและมีประโยชน์มากในระดับตำบล และมีเงินงบประมาณตามข้อบัญญัติ อบต. เป็นเงินงบประมาณที่สนับสนุนการลงทุนด้านสุขภาพ อาทิเช่น การลงทุนด้านครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง การจ้างบุคลากรด้านสุขภาพ โดยมีเงินบำรุงสถานบริการ เป็นค่าใช้จ่าย ค่าแวร ค่าตอบแทน และค่าเวชภัณฑ์ ส่วนด้านสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ อบต.ทั้ง 3 แห่ง มีการสนับสนุนสิ่งก่อสร้าง ปรับปรุงอาคารสถานที่ สนับสนุนครุภัณฑ์สำนักงานและยานพาหนะ ครุภัณฑ์การแพทย์ ตามแผนความต้องการของส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ทำให้มีความสะดวก และมีมาตรฐานในการทำงาน

**องค์ประกอบหลักที่สี่** การสื่อสารองค์การ องค์ประกอบรองที่เด่นชัด คือ การสื่อสารภายในองค์การ การสื่อสารภายนอกองค์การ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า อบต. 1 แห่ง มีการสื่อสารภายในองค์การที่ไม่ซับซ้อนมากนัก เนื่องจากจำนวนบุคลากรมีไม่มาก จึงไม่กล่าวถึงเรื่องนี้ อบต. อีก 2 แห่ง มีการสื่อสารแบบเป็นทางการหรือระบบราชการ อาทิเช่น หนังสือราชการ คำสั่งปฏิบัติการ ฯลฯ มีการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ อาทิเช่น การโทรศัพท์ โทรสาร การพูดคุย ฯลฯ และมีการสื่อสารในภาวะวิกฤติหรือเมื่อมีโรคระบาด อาทิเช่น โทรศัพท์ โทรสาร ฯลฯ เพื่อการสร้างความรู้ความเข้าใจและทัศนคติของบุคลากร ในการนำนโยบายด้านสุขภาพขององค์การไปปฏิบัติ บางแห่งมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้ เข้าใจในนโยบายด้านสุขภาพขององค์การผ่านวิทยุชุมชน หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน บางแห่งมีการลงเยี่ยมครัวเรือนของเจ้าหน้าที่หรือ อสม.เชี่ยวชาญต่างๆ เพื่อให้ประชาชนได้ทราบความเคลื่อนไหว ทราบการทำงานด้านสุขภาพขององค์การหรือภาคีเครือข่าย ส่วนในด้าน การสื่อสารภายนอกองค์การ อบต.ทั้ง 3 แห่ง ใช้หลักการผสมผสานระหว่างการสื่อสารแบบเป็นทางการและการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ

**องค์ประกอบหลักที่ห้า** สิ่งแวดล้อมภายนอกองค์การ องค์ประกอบรองที่น่าสนใจ คือ สภาพเศรษฐกิจ สภาพสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น การเมืองท้องถิ่นและผู้มีอำนาจท้องถิ่น ผลการศึกษาสรุป

ได้ว่า อบต. ทั้ง 3 แห่งมีสภาพเศรษฐกิจ สภาพสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น ที่แตกต่างกัน เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ แต่มีผลต่อวิถีคิด วิถีปฏิบัติ ของทีมผู้บริหาร ทีมผู้ปฏิบัติ ที่จะต้องกำหนดนโยบายด้านสุขภาพหรือแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับสภาพสังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่น และต้องเกื้อหนุนต่อสภาพเศรษฐกิจของประชาชนให้ดีขึ้นอย่างเจาะจง หรือตั้งใจที่จะให้เป็นไปตามนั้น อันจะนำมาสู่การสนับสนุน และความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่ ส่วนองค์ประกอบรองด้านการเมืองท้องถิ่นและผู้มีอำนาจท้องถิ่น ด้วย อบต. ทั้ง 3 แห่ง มีลักษณะการเมืองท้องถิ่นไม่เหมือนกัน มีการเมืองท้องถิ่นแบบทีมเดียวบริหาร อบต. มาอย่างต่อเนื่องยาวนาน มีนักการเมืองแบบหลายกลุ่มสลับสับเปลี่ยนกันเป็นผู้บริหาร อบต. ในขณะที่เดียวกันการเมืองระดับชาติในพื้นที่ มีทั้งแบบสนับสนุนพรรคเดียวและแบบสนับสนุนหลายพรรค จึงเหมือนเป็นแรงเสริมความเป็นนักการเมืองท้องถิ่นให้เข้มแข็ง หรืออ่อนแอได้ด้วยเช่นกัน สิ่งที่เห็นร่วมทั้ง 3 อบต. ได้แก่ ประชาชนจะให้ความสำคัญกับผลงาน เชิงประจักษ์ในพื้นที่ของนายก อบต. และนายก อบต. จะเดินทางทำงานตามนโยบายที่ได้กำหนด ซึ่งนโยบายด้านสุขภาพเป็นเรื่องหนึ่งที่จะต้องทำให้ประชาชนเห็นผลกระทบในเชิงบวกยิ่งบวกในหลายๆ เรื่อง หลายๆ ด้านยิ่งดี เพราะจะมีอิทธิพลในการตัดสินใจของผู้นำชุมชน ของประชาชนในสมัยต่อไป พื้นที่ อบต. โดยมีนักการเมืองท้องถิ่นหลายกลุ่ม ก็จะมีการแข่งขันกันในเรื่องสุขภาพมากยิ่งขึ้น ประกอบกับผู้นำชุมชนในพื้นที่ มักกลายเป็นผู้มีอิทธิพล เนื่องจากเป็นนักปกครองในพื้นที่ นโยบายด้านสุขภาพใดสร้างผลงานได้ถูกใจ ก็จะได้รับการยอมรับจากประชาชนและผู้นำชุมชนด้วย

**องค์ประกอบหลักสุดท้าย** การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า อบต. ทั้ง 3 แห่ง ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เรื่องของสุขภาพไม่ใช่เรื่องของ อบต. หรือ รพ.สต. แต่เป็นเรื่องของทุกคนที่ต้องช่วยกันคิด ช่วยกันดำเนินการ ช่วยกันรับผิดชอบ ดังนั้น อบต. ทั้ง 3 แห่ง ได้มุ่งเน้นการสร้างเครือข่าย การพัฒนาเครือข่าย ให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบงานด้านสุขภาพ โดยพบว่าในพื้นที่ อบต. ที่เครือข่ายมีความเข้มแข็งอยู่แล้ว อบต. ก็สนับสนุนผ่านแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโดยกองทุนตำบลเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณในทุกๆ ปี ในพื้นที่ อบต. ที่เครือข่าย ยังไม่เข้มแข็ง ก็ใช้วิธีเชิญชวน ชักชวนประสานงานให้หน่วยงานภายนอกเข้ามาร่วมพัฒนางานด้านสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ บางเครือข่ายมีผลกำไร ก็คืนผลกำไรบางส่วน ไปพัฒนา รพ.สต. ไปพัฒนาสังคม นอกจากนั้นยังได้ประสานงานกับหน่วยงานภายนอกหรือองค์กรภายนอก เพื่อให้มาร่วมพัฒนางานด้านสุขภาพในพื้นที่ เสริมงานส่วน สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม หรือ รพ.สต. ให้เข้มแข็งมากขึ้น หรือแบ่งเบาภารกิจ รพ.สต. ที่บุคลากรไม่เพียงพอ ด้วยวิธีการทำบันทึกข้อตกลงความเข้าใจ (MOU: Memorandum of Understanding) กับหน่วยงานนั้นๆ หรือด้วยวิธีแต่งตั้งคณะกรรมการร่วมกันโดยกองทุนตำบล หรือ อบต. เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายตลอดทั้งปี

## อภิปรายผล

แนวทางการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่เหมาะสมกับบริบทของการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติของ อบต. ในประเทศไทย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ นโยบายสุขภาพองค์การ ทรัพยากรองค์การ สิ่งแวดล้อม องค์การ การบริหารงานองค์การ การสื่อสารองค์การ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดย

**ประการแรก** อบต. เป็นรูปแบบการปกครองที่รัฐบาลมุ่งเน้นการกระจายอำนาจไปสู่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตชนบท เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมหรือเข้ามามีบทบาทในการดูแลบริหารบ้านเมืองด้วยตนเอง เป็นนิติบุคคล โดยมีอิสระในการตัดสินใจในกิจการของตนเอง พร้อมอำนาจหน้าที่รอบด้าน เพื่อสนองตอบความต้องการของท้องถิ่นหรือทำให้ความใฝ่ฝันของคนท้องถิ่นเป็นจริงมากขึ้น (อเนก เหล่าธรรมทัศน์, 2543: 18) พัฒนาบ้านเมืองตนเองตามความใฝ่ฝัน ตามความสร้างสรรค์ของตนเอง ได้มากขึ้น โดยเป็นไปตามภารกิจ ที่กฎหมายกำหนด ซึ่งมีกฎหมายที่กำหนดภารกิจ อำนาจหน้าที่ของ อบต. ไว้หลายฉบับเรื่องสุขภาพประชาชนก็เป็นภารกิจหนึ่งที่ผู้บริหาร อบต. จะต้องนำไปปฏิบัติ ภายใต้อาณาเขตทางภูมิศาสตร์ อันได้แก่ ลักษณะพื้นที่ ประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ประเพณีที่แตกต่างกัน แต่ทั้งนี้ต้องมุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งพบว่า อบต. ในประเทศไทยมีระดับการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติที่แตกต่างกัน (อเนก เหล่าธรรมทัศน์, 2555: 20)

**ประการที่สอง** การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติของ อบต. มักเป็นไปตามมติ คณะกรรมการถ่ายโอนภารกิจไปสู่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (กทอ) ครั้งที่ 2/2550 วันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2550 ภายใต้อำนาจพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นนโยบายที่ค่อนข้างเร่งด่วน และเร่งรัดในระยะเวลาและเป้าหมายพื้นที่ในระดับส่วนกลาง เป็นเหตุให้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติของ อบต. ยังไม่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ ส่งผลกระทบต่อต่างๆ ที่เป็นหัวใจสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ยังมีความจำเป็นต้องให้เวลาในกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ทำความเข้าใจร่วมกัน ประกอบกับรัฐบาล ยังขาดรูปธรรมที่ชัดเจนในการสนับสนุน ติดตาม กำกับ แก้ไขปัญหา การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติของ อบต. ด้วย จึงทำให้ต้องใช้ประสบการณ์ และภาวะผู้นำที่มีอยู่ ดำเนินการไปตามสถานการณ์จริงในพื้นที่

**ประการที่สาม** การพัฒนาบุคลากรของ อบต. ให้มีความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพ ยังไม่มีรูปแบบที่เป็นรูปธรรมชัดเจน อบต. ทั้ง 3 แห่ง ยังไม่เคยได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขหรือการบริหารระบบสุขภาพจากหน่วยงานใดมาก่อน ยังคงใช้หลักการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ด้านสุขภาพผ่านกระบวนการสื่อสารแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการภายในองค์การเป็นสำคัญ ใช้ความเป็นผู้นำและเป็นทีมบริหาร ปฏิบัติเป็นแบบอย่างหรือกระตุ้นการทำงานภายใต้ประสบการณ์ ความรู้ความสามารถที่สั่งสมมา และยังใช้ความสัมพันธ์เดิม

กับกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอยู่ ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าควรเพิ่มองค์ความรู้ดังกล่าวให้สมบูรณ์มากขึ้น

**ประการที่สี่** จากผลการวิจัยพบองค์ประกอบหลักและองค์ประกอบรองที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติของ อบต. ในประเทศไทย ดังนี้

**องค์ประกอบหลักแรก** นโยบายสุขภาพองค์การ องค์ประกอบรองที่สำคัญได้แก่ เป้าหมายสุขภาพที่เสริมสร้างรายได้ เป้าหมายสุขภาพที่ขนาดและกิจกรรมชัดเจน และการมีหลักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขและหลักวิชาการอื่นๆ ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติของ อบต. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภารกิจด้านสุขภาพตามกฎหมายที่ให้ อบต. นำไปปฏิบัติมีจำนวนมาก ดังนั้นผู้บริหาร อบต. จึงเลือกกำหนดนโยบายสุขภาพที่ตรงใจและถูกใจประชาชน หรือถึงประชาชนนิยม การกำหนดขนาดเป้าหมายชัดเจน กิจกรรมชัดเจน และเป็นไปตามหลักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขและหลักวิชาการอื่นที่ชัดเจน จะช่วยให้ประชาชนสนับสนุน บุคลากรผู้ปฏิบัติจะให้ความร่วมมือและพร้อมนำนโยบายไปปฏิบัติมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้นโยบายดังกล่าวประสบผลสำเร็จได้ สอดคล้องกับ ทองใบ สุคชารี (2546 : 297) กล้า ทองขาว (2534 : 302-303) ที่พบว่า นโยบายองค์การ กลุ่มเป้าหมายชัดเจน รูปแบบและกิจกรรมที่ชัดเจน การมีทฤษฎีและวิชาการรองรับที่เหมาะสมเป็นองค์ประกอบรองที่ส่งผลสำเร็จในการนำนโยบาย และ Mazmanian and Sabatier (1981) ที่ได้เสนอตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยกล่าวถึง นโยบายองค์การ : วัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบาย ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสาระนโยบาย ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ

**องค์ประกอบหลักที่สอง** การบริหารงานองค์การ พบองค์ประกอบรองได้แก่ ภาวะผู้นำทักษะผู้นำ โครงสร้างส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม วิธีปฏิบัติงานและมาตรฐานงานด้านสุขภาพ และการควบคุมกำกับและประเมินผล ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติของ อบต. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้นำ อบต. มาจากการเลือกตั้ง มาจากเสียงของประชาชนทุกๆ 4 ปี จึงมีความกระตือรือร้นในการทำงานเพื่อพัฒนาบ้านเกิดเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว สำหรับโครงสร้างสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ถือว่าเป็นโครงสร้างและองค์ประกอบที่สำคัญ หากไม่มีส่วนงานนี้ถือว่างานด้านสุขภาพอาจไม่ปรากฏในแผนปฏิบัติการของ อบต. เนื่องจากไม่มีผู้ปฏิบัติก็อาจเป็นไปได้ ส่วนวิธีปฏิบัติและมาตรฐานงานด้านสุขภาพ และการควบคุมกำกับและประเมินผล ถือเป็นเครื่องมือหรือแนวทางที่สำคัญในการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ลดความขัดแย้ง ลดการทำงานที่ล่าเส้นซึ่งกันและกันได้เป็นอย่างดี ซึ่งพบว่ายังดำเนินการไม่มากนัก อาจเป็นเพราะเรื่องของสุขภาพ เรื่องการบริหารงานสุขภาพ ผู้บริหารอาจต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขในระดับดีพอสมควร แต่พบว่าผู้บริหาร อบต. กลับไม่ได้รับการอบรมการบริหารงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพ จากหน่วยงานใดๆ การบริหารงานองค์การ จึงส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติของ อบต. สอดคล้องกับ กล้า ทองขาว (2534 : 302-303) ซึ่งพบว่า การบริหารงานองค์การ เป็น

องค์ประกอบหลักที่ส่งผลสำเร็จในการนำนโยบาย การรณรงค์เพื่อการเรียนรู้หนังสือแห่งชาติไปปฏิบัติ การดูแลสุขภาพเด็กไปปฏิบัติในรัฐต่างๆ ในสหรัฐอเมริกา

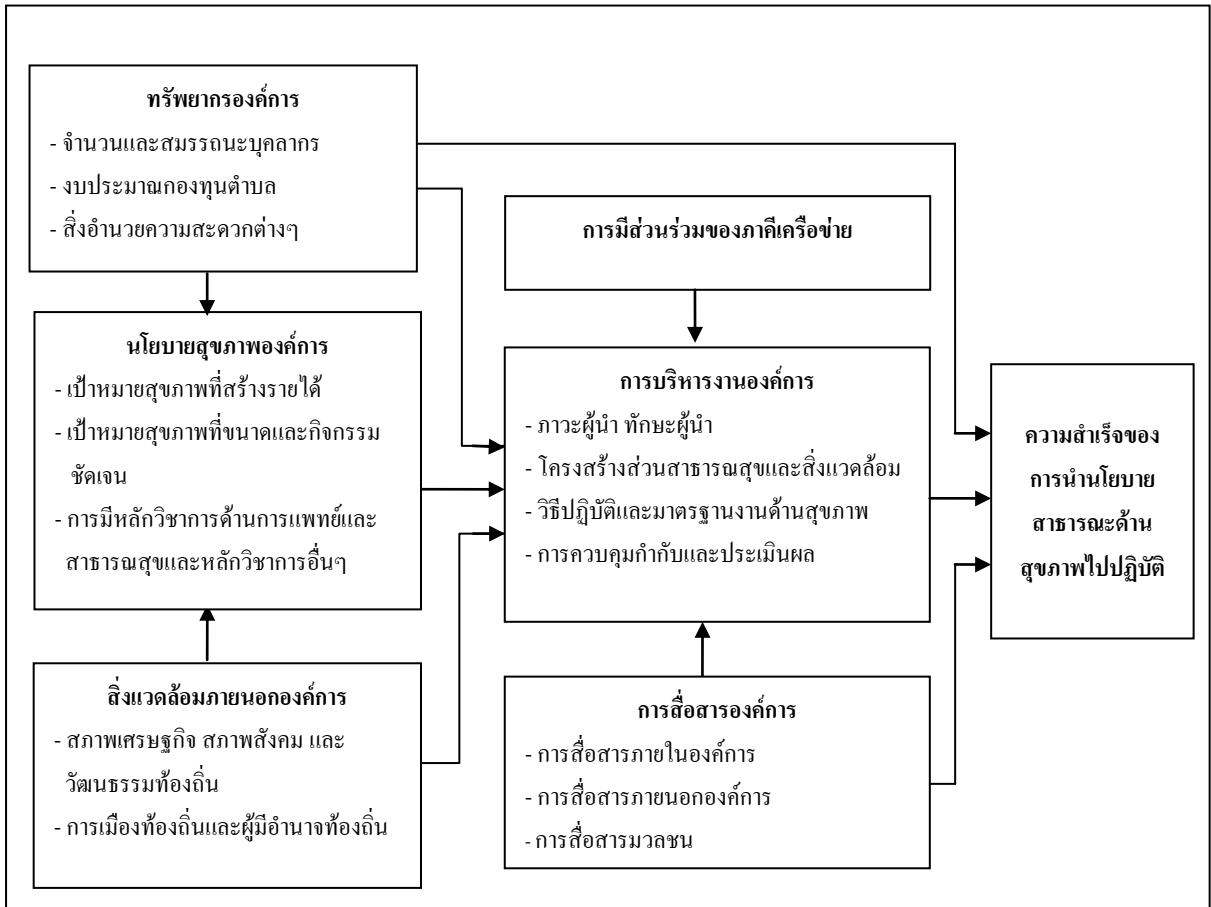
**องค์ประกอบหลักที่สาม** ทรัพยากรองค์การพบองค์ประกอบรอง ได้แก่ จำนวนและสมรรถนะบุคลากร งบประมาณกองทุนตำบล และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติของ อบต. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะทรัพยากรเป็นองค์ประกอบหลักสำคัญในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ถ้าปราศจากทรัพยากรองค์การ นโยบายที่กำหนดก็ไม่ถูกนำไปปฏิบัติ โดยเฉพาะ อบต. ด้วยแล้ว ทรัพยากรองค์การยังเป็นสิ่งสำคัญ สอดคล้องกับ ทองใบ สุดชาติ (2546 : 297) วรเดช จันทรร (2551 : 248) พบว่าทรัพยากรองค์การ: งบประมาณ, บุคลากรและสมรรถนะบุคลากร, สิ่งอำนวยความสะดวก เป็นองค์ประกอบหลักที่ส่งผลสำเร็จในการนำนโยบาย การนำหลักสูตรวิทยาลัยครูไปปฏิบัติของสหวิทยาลัยอีสานใต้ การนำนโยบายสาธารณสุขด้านสาธารณสุขมูลฐานและยาเสพติดไปปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข การประเมินองค์ประกอบความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

**องค์ประกอบหลักที่สี่** การสื่อสารองค์การพบองค์ประกอบรอง ได้แก่ การสื่อสารภายในองค์การ การสื่อสารภายนอกองค์การ ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติของ อบต. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในยุคปัจจุบันระบบเทคโนโลยีการสื่อสารมีความเจริญอย่างรวดเร็ว ทุกหลังคาเรือนมีโทรศัพท์มือถือ ทุกหน่วยงานมีโทรสาร โทรศัพท์ และอินเทอร์เน็ตการสื่อสารจึงสะดวกขึ้นมากในยุคปัจจุบัน จึงทำให้การสื่อสารสร้างความเข้าใจร่วมกับผู้ปฏิบัติ และการสื่อสารกับหน่วยงานภายนอก องค์การภายนอก มีความสะดวกมากขึ้น สอดคล้องกับ ทองใบ สุดชาติ (2546: 297) ที่พบว่า การสื่อสารองค์การ เป็นองค์ประกอบหลักที่ส่งผลสำเร็จในการนำนโยบาย การนำหลักสูตรวิทยาลัยครูไปปฏิบัติของสหวิทยาลัยอีสานใต้ และกิตติ บุญนาค (2536: 268) พบว่า การสื่อสารประชาสัมพันธ์ไม่มากพอ มีผลต่อความล้มเหลวในการนำนโยบาย การใช้ภาษีมูลค่าเพิ่มไปปฏิบัติในกิจการธุรกิจ โรงแรมการให้บริการสุขภาพในผู้ที่คิดเชื่อเอชไอวีไปปฏิบัติในพื้นที่ชนบทประเทศจีน

**องค์ประกอบหลักที่ห้า** สิ่งแวดล้อมภายนอกองค์การ พบว่าองค์ประกอบรองที่พบคือสภาพเศรษฐกิจ สภาพสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น การเมืองท้องถิ่นและผู้มีอำนาจท้องถิ่น ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติของ อบต. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ลักษณะภูมิประเทศ ประชากร สภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่นที่แตกต่างกันของ อบต. การเมืองท้องถิ่นอื่นๆ การเมืองระดับชาติ เป็นแบบอย่างการแบ่งพรรคแบ่งพวก และในปัจจุบัน อบต. มีบทบาทที่สำคัญมากขึ้นในพื้นที่ชนบท สิ่งเหล่านี้มีผลต่อวิถีคิด วิถีปฏิบัติ ของ อบต. และส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติด้วย สอดคล้องกับ วรเดช จันทรร (2551: 248) ทองใบ สุดชาติ (2546: 297) กล้า ทองขาว (2534: 303) พบว่า สิ่งแวดล้อมองค์การ: สภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมท้องถิ่น การเมือง เป็นองค์ประกอบรองที่ส่งผลสำเร็จในการนำนโยบาย การนำนโยบายสาธารณสุขด้านสาธารณสุขมูลฐานและยาเสพติดไปปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข

*องค์ประกอบหลักสุดท้าย* การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่าองค์ประกอบหลัก การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติของ อบต. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในสภาพปัจจุบันเรื่องของคุณภาพท้องถิ่น อบต.หน่วยงานเดียว ไม่สามารถทำให้ประชาชนในพื้นที่ตำบลสุขภาพดีได้ ไม่สามารถทำให้ตำบลปราศจากโรคติดต่อต่างๆ ได้ การดึงภาคีเครือข่ายในพื้นที่หรือนอกพื้นที่ มาร่วมพัฒนางานสุขภาพ น่าจะเป็นแนวทางที่ถูกต้องและยั่งยืน สอดคล้องกับ สำเร้ง แหงกระโทก (2545: 95-96) พบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายด้านสุขภาพไปปฏิบัติ และ สมพันธ์ เตชะอธิก (2551: 75-76) ได้ศึกษาการนำนโยบายด้านสุขภาพไปปฏิบัติของ อบต. จังหวัด นครราชสีมา พบว่าการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ การใช้กลไกภาคีต่างๆ ร่วมมือกันทำงาน ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ Dzakula (2008: 88) ได้ศึกษารูปแบบและความท้าทายในการนำนโยบายด้านสุขภาพไปปฏิบัติภายใต้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศโคเอเชีย พบว่าการไม่จัดระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมมีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งหลักการมีส่วนร่วมถือเป็นแนวทางของหลักธรรมาภิบาลนั่นเอง

ทั้งนี้ จากผลการวิจัยและข้อค้นพบทั้งหมดสามารถนำมาสังเคราะห์แนวทางสำหรับการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบลให้เหมาะสมตามบริบทการบริหารราชการของรัฐบาล ดังภาพ 2



ภาพ 2 แนวทางการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบล  
ที่มา : จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ตามแนวทางการวิจัย

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ**

1. จัดโครงการฝึกอบรมการนำนโยบายด้านสุขภาพไปปฏิบัติให้กับทีมบริหาร อบต. ด้วยข้อค้นพบงานวิจัย พบว่า การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติของ อบต. ในประเทศไทย ที่เกิดจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้น มีการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติที่มีความแตกต่างกัน โดยเป็นไปตาม 6 องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบรองที่สำคัญได้แก่ การกำหนดนโยบายสุขภาพองค์การ การบริหารองค์การ ทรัพยากรองค์การ การสื่อสารองค์การ การจัดการสิ่งแวดล้อมภายนอกองค์การ การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดังนั้นเพื่อให้บุคคลที่จะทำหน้าที่บริหารงาน อบต. ได้แก่ นายก อบต. ปลัด อบต. ประธานสภา อบต. หัวหน้าส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สามารถที่จะบริหารงานด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องเพิ่มความรู้ สมรรถนะต่างๆ เหล่านี้ ให้พร้อมมากยิ่งขึ้น การฝึกอบรมครั้งนี้ควรเป็นรูปแบบของการจัดการความรู้ สร้างการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เสริมด้วยการจัดให้มีการศึกษาดูงาน อบต. ที่ประสบผลสำเร็จในการ



บริหารงานด้านสุขภาพ ควรกำหนดการอบรมเป็นรุ่นๆ มีระยะเวลาในการอบรมต่อเนื่อง โดยจัดเป็นโครงการประจำที่ผู้บริหาร อบต.ควรผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรนี้

2. พัฒนาโครงสร้างส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ของ อบต.ให้เข้มแข็งและมีศักยภาพในการทำงานด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น ด้วยโครงสร้างส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ที่มีปลัด อบต.หรือหัวหน้าส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เป็นผู้บริหารนั้น ถือเป็นหัวใจสำคัญของการบริหารงานด้านสุขภาพในอบต. เพราะเป็นส่วนงานที่ให้การสนับสนุนและร่วมตัดสินใจกับนายก อบต.ในการนำนโยบายด้านสุขภาพไปปฏิบัติ ดังนั้น จำเป็นต้องเพิ่มความรู้หลักการบริหารงานด้านสุขภาพ การมอบอำนาจในการสั่งการและการตัดสินใจในระดับที่เหมาะสม การเพิ่มจำนวนบุคลากรและลักษณะสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพให้เพียงพอกับภารกิจที่องค์กรกำหนด สนับสนุนหรือจัดงบประมาณในการทำงานด้านสุขภาพให้เพียงพอ และกำหนดวิธีปฏิบัติงานและมาตรฐานงานด้านสุขภาพ ให้ครอบคลุมงานด้านสุขภาพที่จำเป็น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการทำงานด้านสุขภาพร่วมกับ อบต.หรือภาคีเครือข่ายต่างๆ จะส่งผลให้การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติของ อบต.ประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น

#### **ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย**

1. กระทรวงมหาดไทยโดยกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขควรร่วมมือกันในการพัฒนา อบต. ให้ก้าวไปข้างหน้าในการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ เพื่อการตอบโจทย์ “สุขภาพของท้องถิ่นโดยท้องถิ่นเพื่อท้องถิ่น” ทั้ง 2 กระทรวงควรถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบสำคัญ ในการสร้างความพร้อมขององค์ประกอบต่างๆ ในการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติของ อบต. ให้ตรงประเด็นสร้างนโยบายชัดเจน เสริมประสิทธิภาพการบริหารงาน สนับสนุนทรัพยากรให้พร้อม เสริมการสื่อสาร และสร้างการมีส่วนร่วมให้ดียิ่งขึ้น ให้ อบต.รู้สึกพึงพอใจและทำทาบกับสิ่งใหม่ๆ ในสภาวะความเปลี่ยนแปลงที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่ควรปล่อยให้ไปทำตามประสพการณ์ของพื้นที่ หรือละเลยการสนับสนุนในสิ่งที่พื้นที่ต้องการ

2. กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรเปิดโอกาสให้ อบต. ได้รับการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพในระดับตำบลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบริหารงานเอง โดยลดขั้นตอนกระบวนการประเมินความพร้อมของ อบต.จากคณะกรรมการประเมินความพร้อมขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีขั้นตอนและระยะเวลาดำเนินการที่ค่อนข้างซับซ้อนและยุ่งยาก เพื่อให้ อบต.ได้มีสถานบริการสุขภาพระดับตำบลเป็นของตนเองมากขึ้น สามารถพัฒนาทางด้านสุขภาพได้ครบทั้งระบบมากขึ้น เพื่อเป็นไปตามความต้องการของประชาชน และตามเจตนารมณ์ของกฎหมายรัฐธรรมนูญ ฉบับปัจจุบัน

3. หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติ โดยเฉพาะคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆ ควรต้องร่วมมือกันในการติดตาม สนับสนุน ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ

ไปปฏิบัติของ อบต. ควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ การศึกษาข้อเท็จจริงให้ครอบคลุมองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

### **ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาขั้นตอนการกำหนดนโยบาย (policy formulation) และการศึกษาขั้นตอนการประเมินผลนโยบาย (policy evaluation) ซึ่งทั้ง 2 ขั้นตอนนี้จำเป็นต้องได้รับการค้นคว้าเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมต่อการกำหนดนโยบายและการประเมินผลต่อไป

2. แม้จะเป็นวิจัยเชิงคุณภาพแต่การวิจัยเชิงปริมาณควรมีการดำเนินควบคู่ไปด้วย ดังนั้น การหาอิทธิพลของปัจจัยต่อองค์ประกอบโดยใช้หลักการทางสถิติจึงมีความจำเป็น เพื่อเป็นการยืนยันผลการวิจัยได้เป็นอย่างดี

3. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไปปฏิบัติเท่านั้น ยังมีนโยบายสาธารณะที่สำคัญอีกจำนวนมากที่ อบต.ควรนำไปปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันซึ่งควรต้องมีการศึกษาเช่นกัน

### **กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ปฐม มณีโรจน์ ดร.ภัทริยา สุมะโน และ ดร.จากรัตน์ แหงกระโทก ที่กรุณาเป็นกรรมการที่ปรึกษาคุณูปการในครั้งนี้

### **เอกสารอ้างอิง**

กล้า ทองขาว. *การนำนโยบายและแผนการศึกษาไปปฏิบัติ: แนวคิดทฤษฎีและแนวการดำเนินงาน*.

นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชนนทบุรี, 2548.

กิตติ บุญนาถ. “การนำนโยบายภาษีมูลค่าเพิ่มไปปฏิบัติ: การศึกษาวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์

ในธุรกิจโรงแรม.” *คุณูปการหลักสูตรปริญญาพัฒนบริหารศาสตร์, คณะรัฐประศาสนศาสตร์, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2536.*

จุมพล หนิมพานิช. *การวิจัยเชิงคุณภาพในทางรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.

จุมพล หนิมพานิช. *การวิเคราะห์นโยบายขอบข่าย แนวคิด ทฤษฎี และกรณีตัวอย่าง*. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.

ทองใบ สุดซารี. “การนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติ : กรณีศึกษาสวิทยาลัยอีสานใต้.”

*คุณูปการหลักสูตรปริญญาพัฒนบริหารศาสตร์, คณะรัฐประศาสนศาสตร์, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2546.*

นิตยา ชูโต. *การวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพรินต์โพร จำกัด, 2551.

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 . สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.):

สหพัฒนาไพศาล ห้างหุ้นส่วนจำกัด, 2550.

- ภัทริยา สุมะโน. “กลยุทธ์การสื่อสารของผู้ว่าราชการจังหวัดแบบบูรณาการของไทย.” *คุณฉันทน์พนธ์*  
 หลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (รัฐประศาสนศาสตร์), มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2550.
- ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ. “การประเมินผลท้องถิ่นกับการพัฒนาระบบสุขภาพในบริบทการกระจาย  
 อำนาจ: การสังเคราะห์บทเรียนและข้อเสนอเชิงนโยบาย”, *ภาควิชาสังคมและสุขภาพ*  
 คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ, 2555.
- วรงค์ จันทรร. *ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. สมาคมนักวิจัยมหาวิทยาลัย  
 (TURA), กรุงเทพมหานคร: บริษัทพริกหวานกราฟฟิคจำกัด, 2551.
- ศุภชัย ยาวะประภาส และปิยภร หวังมหาพร. *นโยบายสาธารณะ ระดับท้องถิ่นไทย*. กรุงเทพมหานคร:  
 บริษัทจุดทองจำกัด, 2555.
- สมบัติ ชำรงธัญวงศ์. *นโยบายสาธารณะ แนวคิดการวิเคราะห์และกระบวนการ*. กรุงเทพมหานคร :  
 สำนักพิมพ์สมาธรรม, 2555.
- สมพันธ์ เตชะอธิก. “การศึกษาการพัฒนาสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
 ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดนครราชสีมา.” *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*  
*กระทรวงสาธารณสุข*, 2551.
- สำเร็จ แหงกระโทก. “การศึกษาการนำนโยบายด้านสุขภาพไปขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น  
 ภายใต้กฎหมายกระจายอำนาจ จังหวัดนครราชสีมา.” *สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด*  
*นครราชสีมา*, 2545.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. *รูปแบบโครงสร้างองค์การเพื่อรองรับการกระจาย*  
*อำนาจของกระทรวงสาธารณสุข*. ศูนย์บริการวิชาการสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2550.
- สุภางค์ จันทวานิช. *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร:  
 โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. *การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข, การสาธารณสุขไทย 2551-2553*.  
 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2554.
- เอนก เหล่าธรรมทัศน์. *วิสัยทัศน์การปกครองท้องถิ่นและแผนการกระจายอำนาจ*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์  
 มิติใหม่, 2543.
- เอนก เหล่าธรรมทัศน์. *การกระจายอำนาจ=การคืนอำนาจสู่การจัดการตนเองของชุมชน ท้องถิ่น*  
*และสังคม*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา, 2555.
- อุทัย เลาหวิเชียร. *รัฐประศาสนศาสตร์ : ลักษณะวิชาและมิติต่าง ๆ*. พิมพ์ครั้งที่ 19. กรุงเทพมหานคร:  
 สมาธรรม, 2550.
- Dzakula Aleksandar, and Sogoric Selma, Sklebar Ivan. “Implementation of Health Care in  
 Croatia - Teaching Model and Challenges.” *Medicinski Glasnik*, 5 (1),  
 January, 2008.

- Mazmanian, Daniel A, and Paul A.Sabatier. *The Implementation of Public Policy : A Framework of Analysis. Effective Policy Implementation.*Lexington, Massachusetts: D.C.Heath, 1981.
- Patton, Michael Quinn. *Qualitative Evaluation Methods.* Sage Publication Ltd : United States of America, 1982.