

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความพร้อมต่องานสาธารณสุขมูลฐานขององค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อม
2. การสาธารณสุขมูลฐาน
  - 2.1 ความหมาย และแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน
  - 2.2 กลวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
  - 2.3 องค์ประกอบงานสาธารณสุขมูลฐาน
  - 2.4 การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
3. องค์การบริหารส่วนตำบล
  - 3.1 การกระจายอำนาจสู่องค์กรส่วนท้องถิ่น
  - 3.2 โครงสร้าง อำนาจหน้าที่ของ อบต.
  - 3.3 การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ อบต.
  - 3.4 บทบาทของ อบต.ในงานสาธารณสุขมูลฐาน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อม

จากการศึกษาพบว่า มีผู้ให้ความหมายของความพร้อมไว้หลายท่านดังนี้

พรณี ข. เจนจิต (2528, หน้า 32 – 34) กล่าวว่า ความพร้อม หมายถึง "สภาวะของบุคคลที่จะเรียนรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างบังเกิดผล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ วุฒิภาวะ การได้รับการอบรม เตรียมตัว และความสนใจหรือแรงจูงใจ" ซึ่งสอดคล้องกับ สุชา จันทน์เอม (2521, หน้า 26) ที่กล่าวถึงความพร้อม(Readiness)ไว้ว่า "เป็นสภาวะของความเจริญเติบโตบวกกับความสนใจ และความรู้อ

อันเป็นพื้นฐานที่สูงพอที่จะช่วยให้เรียนรู้โดยสะดวก โดยส่วนประกอบที่ทำให้เกิดความพร้อมในการเรียน ได้แก่ วุฒิภาวะ (Maturity) ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิม

เดซี สวานานท์ (2512, หน้า 249) ให้ความหมายของความพร้อมไว้ว่า หมายถึง "สภาพการเตรียมตัวเพื่อสนองหรือเพื่อกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง"

ออบูเบล (อ้างใน สมจิต ธนสุกาญจน์, 2522, หน้า 132-133) กล่าวว่า "ความพร้อมคือ ผลผลิตของการพัฒนาการอันได้สะสมไว้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นอิทธิพลของสิ่งต่าง ๆ ที่แล้มา คือ ประสบการณ์ การเรียนรู้และสมรรถวิสัยของความรู้หรือระดับการใช้ความรู้ให้เป็นประโยชน์"

คาร์เตอร์ วี. กูด (Carter, 1973, p. 472) ให้ความหมายไว้ว่า ความพร้อมหมายถึง "ความสามารถตกลงใจตามความปรารถนาและความสามารถที่จะเข้าร่วมกิจกรรม และความพร้อมเกิดจากลักษณะวุฒิภาวะ ประสบการณ์ และอารมณ์ ความพร้อมจึงเป็นปัจจัยในการพัฒนาคนให้มีความสามารถที่จะเรียนหรือทำกิจกรรม"

ในส่วนความหมายของความพร้อมของ ออบต. นั้น ประยงค์ เต็มชวาลา (2540, หน้า 65) ได้กล่าวถึงความพร้อมขององค์กรส่วนท้องถิ่นในการรองรับการกระจายอำนาจทางสาธารณสุขไว้ว่า รัฐซึ่งจะต้องกำหนดยุทธวิธีการพัฒนาที่สอดคล้องเหมาะสมในอันที่จะลดหรือผ่อนคลายนโยบาย / ข้อจำกัดหรือปัจจัยต่าง ๆ อันได้แก่ การพัฒนาด้านโครงสร้างองค์กร ด้านกำลังคน งบประมาณ เทคโนโลยี และด้านนโยบายและแผน ซึ่งจะส่งผลให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีศักยภาพและความพร้อมที่จะดำเนินและพัฒนางานได้อย่างมีระบบและต่อเนื่องต่อไป

จากความหมายของความพร้อมและความพร้อมของ ออบต. ข้างต้น ผู้ศึกษาสรุปได้ว่า ความพร้อมหมายถึง ความสามารถที่จะเข้าร่วมกิจกรรม และความพร้อมเป็นปัจจัยที่จะพัฒนาคนให้มีความสามารถที่จะเรียนหรือทำกิจกรรม โดยส่วนประกอบที่ทำให้เกิดความพร้อม ได้แก่ ความรู้พื้นฐาน ประสบการณ์เดิม การเรียนรู้ และวุฒิภาวะ ส่วนความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลต่องานสาธารณสุขมูลฐานในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ว่าหมายถึง ความสามารถขององค์การบริหารส่วนตำบลที่จะบริหารจัดการและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐานของตำบลที่รับผิดชอบ

## 2. การสาธารณสุขมูลฐาน

### 2.1 ความหมาย และแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care, PHC.) หมายถึง "การดูแลสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคนและทุกครอบครัวในชุมชน โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคนด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศจะรับได้ นอกจากนี้

นั้นการสาธารณสุขมูลฐานยังเป็นส่วนผสมผสานของระบบบริหารสาธารณสุข และระบบการพัฒนาทางสังคม เศรษฐกิจของประเทศ" (WHO, 1978, p.34 อ้างในอุทัยทิพย์ เครือละม้าย และวินัย แก้วมณีวงศ์, 2543, หน้า18) เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขระดับตำบลและหมู่บ้านด้วยการผสมผสานการให้บริการ ทางด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินการและการประเมินผลโดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษา ฝึกอบรม และระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลักและอาศัยการพัฒนาสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาของกระทรวงหลักอื่น ๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และพึ่งตนเองได้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540, หน้า 3)

การสาธารณสุขมูลฐานเกิดจากแนวคิดที่มองเห็นปัญหาใหญ่ ๆ 2 ประการ คือ การครอบคลุมประชากรในด้านบริการสาธารณสุข และการผสมผสานงานบริการต่าง ๆ ตลอดจนความร่วมมือกับการพัฒนาสังคมด้านอื่น ๆ ในระยะเวลาที่ผ่านมาการเร่งรัดพัฒนาชนบทเป็นนโยบายที่สำคัญยิ่งในอันที่จะทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ซึ่งมีฐานะยากจน ด้อยการศึกษาและมีสถานะทางสุขภาพต่ำ มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น รัฐบาลเล็งเห็นว่าสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในชนบทซึ่งได้รับการสาธารณสุขไม่ทั่วถึง แม้ว่ารัฐจะพยายามสร้างสถานบริการสาธารณสุข พัฒนานุเคราะห์เทคโนโลยี ตลอดจนการแพทย์และการจัดบริการให้มีประสิทธิภาพเพียงใดก็ตาม ทำให้รัฐต้องหาวิธีแก้ไขปัญหามาโดยตลอด

แนวคิดในเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาทางหนึ่งซึ่งมีอยู่หลายแนวคิด สรุปได้คือ การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ประชาชนและชุมชนรับรู้ ทราบถึงปัญหาสาธารณสุขของชุมชน มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา การพิจารณาแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา และจัดทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนได้ เพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน โดยบริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้านคือ การให้การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขและวิธีการป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านั้น โดยกิจกรรมที่ประชาชนสามารถบริหารจัดการได้เอง คือ การส่งเสริมโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว การจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น การ

จัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน และสิ่งสำคัญที่จะทำให้การสาธารณสุขมูลฐานดำเนินไปได้และชุมชนมีสุขภาพที่ดีได้นั้น คือ ความร่วมมือของชุมชนและความสมัครใจที่จะทำงานเพื่อชุมชน การผสมผสานงานสาธารณสุขมูลฐานเข้ากับงานพัฒนาด้านอื่น ๆ อาทิ การเกษตรและสหกรณ์ การศึกษา และพัฒนาชุมชน การใช้เทคนิคและวิธีการง่าย ๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจ นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ สอดคล้องกับระบบชีวิตประจำวันของชุมชน มีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านการให้การสนับสนุน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษา การให้การศึกษาคือเรื่อง และการให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2544ก, หน้า 1-2)

จากข้อมูลแนวคิดที่กล่าวมานั้นงานสาธารณสุขมูลฐานนับจุดเริ่มต้นและเป็นหลักการดำเนินงานด้านสุขภาพของไทยที่เน้นที่จะทำให้ประชาชนเห็นว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องใกล้ตัวประชาชนไม่ใช่เป็นแต่เพียงผู้รับบริการอีกต่อไปแต่ประชาชนต้องเป็นผู้มีส่วนรับผิดชอบเรื่องสุขภาพของตนเองและเชื่อมั่นว่ามนุษย์สามารถพึ่งตนเองดูแลตนเองได้ แนวคิดการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในปัจจุบันและอนาคตจึงมุ่งสู่ลักษณะที่ทำให้ชุมชนสามารถจัดบริการสาธารณสุขด้วยชุมชนเองโดยความร่วมมือของประชาชนมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ในขณะที่เดียวกันก็จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการบริหารจัดการสาธารณสุขจากภาครัฐและส่งเสริมกลไกของสังคมทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

## 2.2 กลวิธีในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

ในการพัฒนางานสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขได้นำกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งได้มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดการพัฒนาไปจากเดิมคือ การที่ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้บริการมาเป็นผู้กระตุ้น ให้คำแนะนำและสนับสนุนให้ประชาชนเป็นผู้ริเริ่มบริการประชาชนด้วยตนเอง ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายสำคัญคือทำให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ ประชาชนสามารถกำหนดปัญหา และดำเนินการแก้ไขปัญหาของชุมชนเองโดยการบริหารจัดการของชุมชนเองทั้งในด้านทรัพยากรกำลังคน และงบประมาณ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2535) โดยกลวิธีในการปฏิบัติที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (people participation) ให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของและเข้าร่วมในการช่วยเหลืองานสาธารณสุขภายในชุมชน 2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (appropriate technology) เทคโนโลยีที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานควรเป็นเทคโนโลยีที่ง่าย ไม่ซับซ้อนและเหมาะสมกับสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้ ซึ่ง

หมายรวมถึงตั้งแต่วิธีการค้นหาปัญหา ขบวนการในการแก้ไขปัญหาและเทคนิคในการแก้ปัญหาโดยชุมชนเอง 3) การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐบาล (reoriented basic health service) ให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้เกิดการกระจายการครอบคลุมบริการให้ทั่วถึง การกระจายทรัพยากรลงสู่มวลชน การจัดระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และ 4) การผสมผสานกับงานพัฒนาของกระทรวงอื่น (intersectoral collaboration) ประสานและส่งเสริมความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และอื่น ๆ และหน่วยงานภาคเอกชน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2544ก)

### 2.3 องค์ประกอบงานสาธารณสุขมูลฐาน

องค์ประกอบหรือกิจกรรมหลักของงานสาธารณสุขมูลฐาน (PHC - Essential Element) ของประเทศไทย จะประกอบด้วยบริการบริการแบบผสมผสาน 4 ด้าน คือ ด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งได้กำหนดขึ้นให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในชนบทและมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขพื้นฐานซึ่งรัฐบาลเป็นผู้จัดให้แก่ประชาชน และเป็นงานที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองได้ 14 กิจกรรม ได้แก่ งานสุขศึกษา งานส่งเสริมโภชนาการ งานจัดหาน้ำสะอาด และสุขาภิบาล งานเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น งานภูมิคุ้มกันโรค งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น งานจัดหายาที่จำเป็นในหมู่บ้านงานอนามัยแม่และเด็ก งานสุขภาพจิต งานทันตสาธารณสุข งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานคุ้มครองผู้บริโภค งานป้องกันอุบัติเหตุ ฟื้นฟูผู้พิการ และงานป้องกันโรคเอดส์ (WHO, 1978 อ้างใน อุทัยทิพย์ เครือละม้าย และวินัย แก้วมณีวงศ์, 2543, หน้า 19)

### 2.4 การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน

การพัฒนาการสาธารณสุขเริ่มมาตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 เป็นต้นมาด้วยแนวคิดเพื่อส่งเสริมและขยายโอกาสการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้วยการสร้างและพัฒนาองค์กรประชาชนระดับหมู่บ้าน ในรูปแบบอาสาสมัคร ได้แก่ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยมีการฝึกอบรมให้ความรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือและจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยในเรื่องง่าย ๆ และพบป่วยในชุมชนได้ การให้สิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน กองทุนพัฒนาหมู่บ้าน เช่น กองทุนโภชนาการ กองทุนสุขาภิบาล กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต เป็นต้น นอกจากนั้นยังได้เร่งกระจายแนวคิดหลักการการสาธารณสุขมูลฐานให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

และประชาชนให้มากที่สุด ต่อมาในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 5 และ 6 การดำเนินก็ยังมียังมีลักษณะเช่นเดียวกับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 คือเร่งผลิต ผสส. และ อสม. ให้ครอบคลุมพื้นที่ แต่ได้เริ่มขยายโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนเขตเมืองบางส่วนและได้พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานได้สูงขึ้นอีกขั้นหนึ่ง รวมทั้งได้พัฒนาระบบการวางแผนโดยใช้กรอบการวางแผนที่เรียกว่า "ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน" (จปฐ.) ในการดำเนินงาน (ประสิทธิ์ สิริระพันธ์ เพ็ญประกา คิวโรจน์ และลักขณา เต็มศิริกุลชัย, 2544, 20 -23) นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรให้เข้ามามีส่วนในงานสาธารณสุขมูลฐานเพิ่มเติม โดยกำหนดให้มีการศึกษาและพัฒนาสมุนไพรทั้ง 5 ชนิดดังนี้ ว่านหางจระเข้ ฟ้าทะลายโจร ชุมเห็ดเทศ เสลดพังพอนตัวเมีย และขมิ้นชันเพื่อนำมาใช้เป็นยาอย่างครบวงจร ต่อมาในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 ได้มีการสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในทุกหมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพในการพึ่งตนเอง สนับสนุนให้ อสม. หมุนเวียนมาดำเนินงานบริการด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน ได้แก่ การชั่งน้ำหนักเด็กวัยก่อนเรียน การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การให้คำแนะนำสุขภาพ เป็นต้น สนับสนุนให้ ศสมช. เป็นศูนย์เผยแพร่และสนับสนุนการปลูก การใช้ และสาธิตด้านสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย โดยให้มีการจัดทำแปลงสาธิตสมุนไพร อย่างน้อย 5 ชนิดดังกล่าวข้างต้น ในทุก ศสมช. (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540, หน้า 25) จนกระทั่งในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมา รัฐได้มีการปฏิรูปการจตุรระบบประมาณในลักษณะหมวดเงินอุดหนุนทั่วไป โดยจัดสรรให้หมู่บ้านและชุมชนโดยตรงหมู่บ้านละ 7,500 บาท ต่อปี และกำหนดแนวกิจกรรมที่ต้องดำเนินการไว้ 3 กลุ่มกิจกรรม ได้แก่ กลุ่มกิจกรรมการพัฒนาคคนในชุมชนด้านสาธารณสุข กลุ่มกิจกรรมการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน และกลุ่มกิจกรรมการจั้ดบริการสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขชุมชน เพื่อส่งเสริมการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขสู่ชุมชนและท้องถิ่นและสนับสนุนการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในระดับชุมชนและครอบครัว จนกระทั่งปัจจุบันซึ่งอยู่ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545- พ.ศ.2549) ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางการปกครองในด้านการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2544ข, หน้า 2-3)

### 3. องค์การบริหารส่วนตำบล

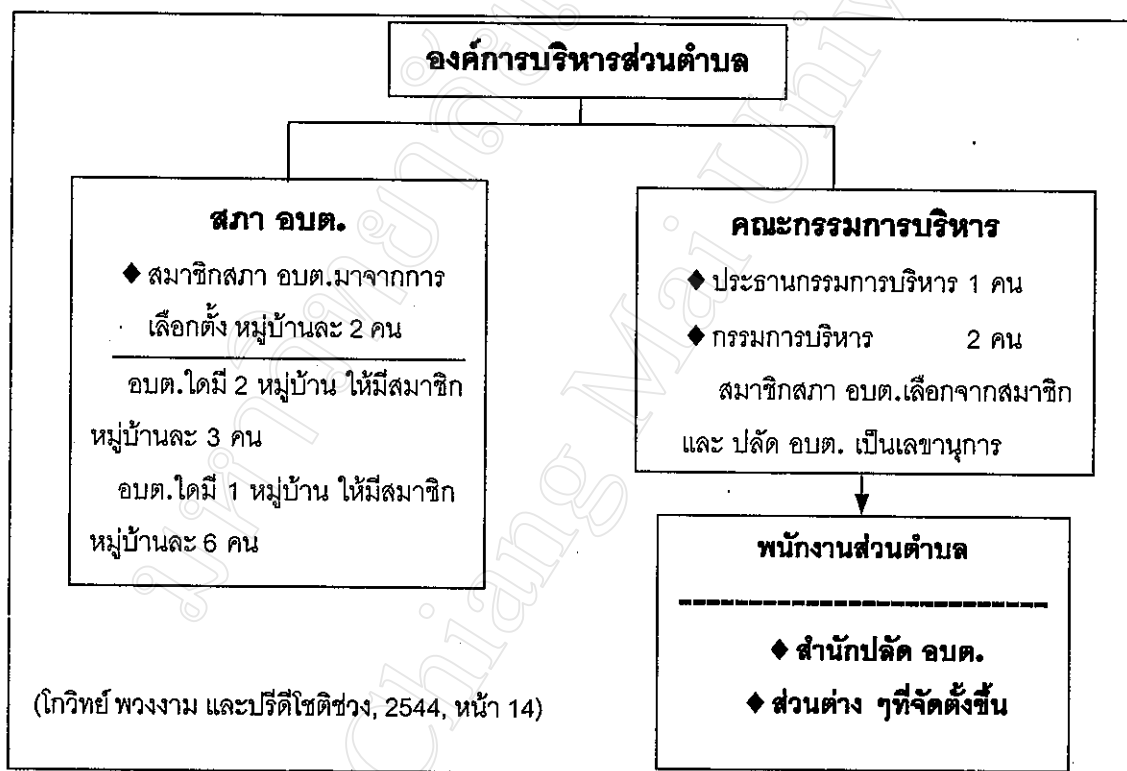
#### 3.1 โครงสร้าง อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล

การจัดรูปแบบการปกครองตำบลและหมู่บ้านมีมาตั้งแต่สมัยสุโขทัยแม้จะไม่ปรากฏคำว่า "ตำบล" อย่างชัดเจนก็ตาม แต่ต่อมาได้มีการปรับปรุงรูปแบบและบทบาทหน้าที่ชัดเจนมากขึ้นในสมัยกรุงศรีอยุธยา ใช้เป็นหลักการและรูปแบบการปกครองตลอดมาจนถึงสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น และมีความพยายามที่จะทำให้ตำบลเป็นการปกครองท้องถิ่นอย่างแท้จริงเริ่มขึ้น เมื่อ พ.ศ. 2499 โดยกระทรวงมหาดไทยได้ออกคำสั่งที่ 222/2499 ลงวันที่ 8 มีนาคม 2499 ให้ทุกจังหวัดจัดตั้งสภาตำบลซึ่งเป็นรูปแบบการปกครองที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารตำบลมากขึ้น และในเวลาต่อมาได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการส่วนตำบล พ.ศ. 2499 ให้จัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบลขึ้นเป็นหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่นขึ้นเป็นครั้งแรก แต่การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ จึงมีการปรับปรุงรูปแบบการบริหารราชการส่วนตำบลอีกหลายครั้ง (ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ, 2540, หน้า 40-44)

องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ได้ถูกจัดตั้งเป็นหน่วยการปกครองท้องถิ่นอย่างจริงจังอีกครั้งในปี พ.ศ. 2537 สมัยรัฐบาลนายชวน หลีกภัย ซึ่งได้มีการปรับปรุงระเบียบบริหารราชการระดับตำบลอีกครั้งหนึ่ง และประกาศใช้พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ขึ้น โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 111 ตอนที่ 153 ก ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2537 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม 2538 เพื่อยกฐานะสภาตำบลที่มีรายได้ไม่รวมเงินอุดหนุนในปีงบประมาณที่ล่วงมาติดต่อกัน 3 ปี เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าปีละ 150,000 บาท ขึ้นเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีฐานะเป็นนิติบุคคล สามารถบริหารงานท้องถิ่น กำหนดนโยบาย ตัดสินใจจัดทำแผนพัฒนาตำบลทำนิติกรรมที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โอน สงวนหรือระงับซึ่งสิทธิในทางกฎหมายด้วยตนเองได้อย่างมีอิสระภายใต้อำนาจที่กฎหมายกำหนด พระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดอำนาจและหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลไว้ 3 ลักษณะคือ หน้าที่ทั่วไป ได้แก่ การพัฒนาตำบลทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม หน้าที่ที่ต้องกระทำในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล เช่น การจัดให้มีและบำรุงรักษาทางน้ำและทางบก รักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะประโยชน์ รวมทั้งการกำจัดมูลฝอย สิ่งปฏิกูล ป้องกันโรค และควบคุมโรคติดต่อ ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ส่งเสริมการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม ฯลฯ และหน้าที่ที่ อบต. อาจดำเนินการได้ตามความจำเป็น เช่น การจัดให้มีน้ำเพื่อการอุปโภคบริโภค และการเกษตร จัดให้มีและบำรุงการไฟฟ้าหรือแสงสว่างโดยวิธีอื่นเหล่านี้ เป็นต้น (ดำรง วัฒนาและคณะ, 2544, หน้า 67)

ด้านโครงสร้างองค์กร พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.

2537 ได้กำหนดจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนที่จะให้ อบต.เป็นองค์กรปกครองท้องถิ่นพื้นฐานสำหรับพัฒนาไปสู่การปกครองในรูปเทศบาล อบต.จึงประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ 1) สภาองค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่เปรียบเสมือนฝ่ายนิติบัญญัติ มีสมาชิกซึ่งเป็นสมาชิกจากการเลือกตั้งหมู่บ้านละ 2 คน มีหน้าที่เห็นชอบแผนพัฒนาตำบล ร่างข้อบังคับตำบล ร่างข้อบังคับงบประมาณรายจ่ายประจำปี และควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหาร อบต. 2) คณะกรรมการบริหาร อบต.มีสมาชิก 3 คน ซึ่งสมาชิกสภา อบต.เลือกจากสมาชิกสภา อบต.ทั้งหมด และมีปลัด อบต.เป็นเลขานุการ คณะกรรมการบริหารทำหน้าที่เสมือนฝ่ายบริหารสภา อบต.มีหน้าที่บริหารงาน จัดทำแผนพัฒนาตำบล งบประมาณรายจ่ายประจำปี รายงานผลการปฏิบัติงานต่าง ๆ ตามกฎหมาย ดังที่แสดงในแผนภูมิที่ 1



### แผนภูมิที่ 1 ผังโครงสร้างองค์การบริหารส่วนตำบล

ด้านโครงสร้างบริหารนั้น อบต.ส่วนใหญ่จะมีเพียง 3 ฝ่ายได้แก่ 1) สำนักปลัด อบต. มีหน้าที่รับผิดชอบงานบริหารทั่วไป ด้านเจ้าหน้าที่บุคลากร ด้านสวัสดิการของพนักงานส่วนตำบล และลูกจ้างของ อบต. ด้านการประชุม ด้านการตราข้อบังคับตำบล ด้านนิติกร ด้านการพาณิชย์ รัฐพิธี ประชาสัมพันธ์ จัดทำแผนพัฒนาตำบล ฯลฯ 2) ฝ่ายการคลัง มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการเงิน



ของ อบต. และ 3) ฝ่ายการโยธา มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านโครงสร้างพื้นฐานของตำบล ทั้งนี้ ยกเว้น อบต. ชั้น 1 เท่านั้นที่มีส่วนสาธารณสุขด้วย (ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์, 2542, หน้า 6) แต่ผลจากการเตรียมการปรับปรุงโครงสร้างองค์กรของ อบต. เพื่อเตรียมการรับรองการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขโดยคณะกรรมการกลางพนักงานส่วนตำบล(ก.อบต.) ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดให้ อบต. มี 3 ระดับคือ ระดับใหญ่ ระดับกลาง และระดับเล็ก รวมทั้งกำหนดให้ อบต. ทุกแห่งมีส่วนราชการเพิ่มขึ้นจาก 3 ส่วน เป็นมีได้ตามสภาพความเป็นจริงของ อบต. และหนึ่งในส่วนราชการที่สามารถจัดตั้งขึ้นได้ทุก อบต. คือ ส่วนสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (สถิตย์ ฉัตรแก้วชูไทย อ่างใน คณะสาธารณสุขศาสตร์, 2544, หน้า 62-63)

ด้านกรอบอัตรากำลังพนักงานส่วนตำบลนั้นจำนวนมากน้อยต่างกันตามขนาด หรือ ลำดับชั้นของ อบต. ที่ยึดปริมาณงานและรายได้เฉลี่ยต่อปีที่จัดหาได้ของ อบต. เป็นเกณฑ์ ทั้งนี้ ไม่รวมเงินอุดหนุนจากรัฐบาล ดังนี้

ชั้นหนึ่ง อบต. ที่มีปริมาณงานมากและรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 20 ล้านบาทขึ้นไป มี อัตรากำลัง 21 ตำแหน่ง (18 สายงาน 21 อัตรา)

ชั้นสอง อบต. ที่มีปริมาณงานค่อนข้างมากและรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 12-20 ล้านบาท มีอัตรากำลัง 12 ตำแหน่ง (10 สายงาน 12 อัตรา)

ชั้นสาม อบต. ที่มีปริมาณงานปานกลางและรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 6-12 ล้านบาท มี อัตรากำลัง 6 ตำแหน่ง (6 สายงาน 6 อัตรา)

ชั้นสี่ อบต. ที่มีปริมาณงานค่อนข้างน้อยและรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 3-6 ล้านบาท มี อัตรากำลัง 4 ตำแหน่ง (4 สายงาน 4 อัตรา)

ชั้นห้า อบต. ที่มีปริมาณงานน้อยและรายได้เฉลี่ยต่อปีไม่เกิน 3 ล้านบาท มี อัตรากำลัง 3 ตำแหน่ง (3 สายงาน 3 อัตรา) (ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ, 2540, หน้า 46-47)

ด้านรายได้ อบต. มีรายได้โดยแบ่งตามแหล่งที่มาได้ดังนี้

(1) รายได้ที่ อบต. จัดเก็บเอง ได้แก่ ภาษีบำรุงท้องที่ ภาษีโรงเรือนและที่ดิน ภาษีป้าย อាកกรภาษีสัตว์และค่าธรรมเนียม รวมถึงผลประโยชน์อื่นอันเกิดจากการฆ่าสัตว์

(2) รายได้จากส่วนราชการอื่นจัดเก็บ และจัดสรรให้ อบต. ได้แก่ ภาษีและค่าธรรมเนียม รถยนต์และล้อเลื่อน ค่าธรรมเนียมตามกฎหมายว่าด้วยน้ำบาดาล เงินอากร ประทานบัตร ใบอนุญาต และอาญาบัตรตามกฎหมายว่าด้วยการประมง ค่าภาคหลวงและค่าธรรมเนียมตามกฎหมายว่าด้วยป่าไม้ และค่าธรรมเนียมจดทะเบียนสิทธิ และนิติกรรมตามประมวลกฎหมายที่ดิน ค่าภาคหลวงแร่

ตามกฎหมายว่าด้วยแร่ และค่าภาคหลวงปิโตรเลียมตามกฎหมายว่าด้วยการปิโตรเลียม เงินที่เก็บตามกฎหมายว่าด้วยอุทยานแห่งชาติในเขต อบต. และรายได้จากการที่ อบต. ออกข้อบังคับเพื่อเก็บภาษีและค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นไม่เกินร้อยละสิบของภาษีอากรและค่าธรรมเนียมประเภทใดประเภทหนึ่งหรือทุกประเภท ดังต่อไปนี้ คือ ภาษีธุรกิจเฉพาะ ตามประมวลรัษฎากรซึ่งสถานประกอบการตั้งอยู่ในเขต อบต. ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขายสุราตามกฎหมายว่าด้วยสุราซึ่งร้านสุราตั้งอยู่ในเขต อบต. ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตในการเล่นการพนันตามกฎหมายว่าด้วยการพนันซึ่งสถานที่เล่นพนันตั้งอยู่ในเขต อบต.

(3) รายได้จากเงินอุดหนุนจากรัฐบาลโดยตรง ได้แก่ โครงการของหน่วยงานราชการในระบบ กนภ. และโครงการเฉพาะกิจอื่น ๆ

(4) รายได้อื่น ๆ ได้แก่ รายได้จากทรัพย์สินของ อบต. รายได้จากสาธารณูปโภคของ อบต. รายได้จากกิจการที่เกี่ยวกับการพาณิชย์ของ อบต. รายได้จากค่าธรรมเนียม ค่าใบอนุญาต และค่าปรับ ตามที่กฎหมายกำหนด เงินและทรัพย์สินอื่นที่มีผู้อุทิศให้ รายได้อื่นที่รัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐจัดสรรให้ และเงินกู้ที่ อบต. กู้จากกระทรวง ทบวง กรม องค์การหรือนิติบุคคลต่าง ๆ โดยได้รับอนุญาตจากสภา อบต. และเป็นไปตามระเบียบของกระทรวงมหาดไทย (โกวิทย์ พวงงาม และปรีดี โชติช่วง, 2544, หน้า 45-48)

ด้านการดำเนินงานพัฒนาตำบลของ อบต. นั้น แผนพัฒนา อบต. เป็นส่วนที่มีความสำคัญมาก ซึ่งแผนพัฒนา อบต. ดังกล่าวประกอบด้วยแผน 2 ประเภท ตามระยะเวลาดำเนินการ ได้แก่ แผนระยะยาว 5 ปี และแผนประจำปี ซึ่งหลักการจัดทำแผนโดยเฉพาะแผนระยะยาว 5 ปี นั้นมีหลักการสำคัญข้อหนึ่งคือ เพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมเสนอปัญหาความต้องการ ข้อเสนอแนะ ร่วมกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา หรือแนวทางพัฒนา ร่วมตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของแผน ซึ่งจะช่วยให้ปัญหาและความต้องการของประชาชนได้ถูกเสนอให้ อบต. รับทราบเพื่อกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาได้ตรงกับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น โดย อบต. สามารถแปลงแนวทางการพัฒนาให้เป็นรูปธรรมในลักษณะของแผนงาน โครงการและกิจกรรมในการพัฒนาและใช้แผนพัฒนา อบต. เป็นเครื่องมือในการประสานการพัฒนา กับหน่วยงานการพัฒนาอื่น ๆ (กองราชการส่วนตำบล, 2544, หน้า 27-48)

### 3.2 การกระจายอำนาจสู่องค์กรส่วนท้องถิ่น

ปัจจุบันการจัดการบริหารราชการแผ่นดินของประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ราชการบริหารส่วนกลาง ได้แก่ สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ และส่วนราชการ

ที่ไม่สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวง ทบวง กรม 2) ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้แก่ จังหวัด และอำเภอ 3) ราชการส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และรูปแบบพิเศษคือ กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจปกครองสู่ท้องถิ่น โดยกำหนดให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ คือ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งมีสาระสำคัญในการกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองเป็นสำคัญ โดยกรอบแนวคิดการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ยึดหลักการสาระสำคัญ 3 ด้าน คือ 1) ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหารจัดการงานบุคคลและการเงินการคลังของตนเอง 2) ด้านการบริหารราชการแผ่นดินและการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น คือรัฐต้องกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของตนเองได้มากขึ้น 3) ด้านประสิทธิภาพการบริหารท้องถิ่นคือส่งเสริมให้ภาคประชาชน และชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมดำเนินงาน และติดตามตรวจสอบ

ในส่วนของรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจนั้นกฎหมายได้กำหนดไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้ (เมธี จันท์จารุภรณ์, 2543, หน้า 7-9)

1) ภารกิจที่ให้ท้องถิ่นดำเนินการเองเป็นภารกิจที่ท้องถิ่นสามารถรับโอนได้ทันทีและขอบเขตการทำงานอยู่ในพื้นที่ของท้องถิ่น

2) ภารกิจที่ท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับรัฐเป็นภารกิจที่รัฐโอนให้ท้องถิ่นทำและบางส่วนรัฐยังคงเป็นผู้ใช้อำนาจอยู่ จึงเป็นการทำงานร่วมกัน เช่น การดูแลรักษาแม่น้ำ เป็นหน้าที่ของท้องถิ่น แต่ภารกิจในการขุดลอกสันดอนยังคงให้รัฐเป็นผู้ดำเนินการ

3) ภารกิจที่รัฐยังคงทำแต่ท้องถิ่นสามารถจะทำได้ เป็นภารกิจที่แม้ว่าจะเข้าซ้อนในความหมายของข้อกฎหมาย (มาตรา 30) แต่การดำเนินการนั้นมีผลกระทบต่อประชาชนนอกเขตพื้นที่จังหวัดและอาจต้องลงทุนสูง เช่น การจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา เป็นต้น

ในด้านระยะเวลาการถ่ายโอน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะเวลาการถ่ายโอน 1- 4 ปี เริ่มตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2544-2547 โดยท้องถิ่นที่มีความพร้อมสามารถดำเนินการได้ทันที หรือยังไม่ถ่ายโอนแต่เริ่มเตรียมการเพื่อรับการถ่ายโอน หรือเอาระยะที่ 2 มาต่อเนื่องกันได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะเวลาถ่ายโอน 2-5 ปีตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545-2549 ระยะที่ 3 เป็นระยะเวลาถ่ายโอน 4-10 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547-2553 (วุฒิสภา ดันไชย, 2544, หน้า 44)

### 3.3 การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรท้องถิ่นนั้นกฎหมายที่เกี่ยวข้องได้แก่ พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ที่มีส่วนราชการที่เกี่ยวข้องคือ กระทรวงสาธารณสุขโดยมีหน่วยงานท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอนคือ กรุงเทพมหานคร เทศบาล เมืองพัทยา และอบต. ลักษณะภารกิจที่ถ่ายโอนเป็นภารกิจที่ซ้ำซ้อน รัฐเข้าไปดำเนินการในท้องถิ่น และมีรูปแบบการถ่ายโอนคือให้ท้องถิ่นดำเนินการเองหรือท้องถิ่นร่วมกันดำเนินการ มีขอบเขตการถ่ายโอนดังนี้ งานสาธารณสุขมูลฐานทั้งระดับการรักษาและป้องกัน ได้แก่ สถานีอนามัย ให้ถ่ายโอนให้เทศบาล เมืองพัทยา อบต. (อบต. ชั้น 3 ชั้น 4 และชั้น 5 เวลาการถ่ายโอนขึ้นอยู่กับคณะกรรมการเป็นผู้พิจารณาในเขตพื้นที่) โรงพยาบาลชุมชน ถ่ายโอนให้เทศบาล โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ให้ถ่ายโอนให้ อบจ. หรืออาจให้ อบจ. ดำเนินการร่วมกับเทศบาลในเขตพื้นที่ โดยมีระยะเวลาการถ่ายโอนดังนี้ ระยะที่ 1 เริ่มถ่ายโอนตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 และไม่เกินปีงบประมาณ 2545 โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด และถ่ายโอนงานสถานีอนามัยให้ อบต.ชั้น 1 และ ชั้น 2 สำหรับบุคลากรจะโอนไปสังกัดท้องถิ่นหรือยังคงสังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ ซึ่งอาจจะมีนโยบายในการจูงใจ ระยะที่ 2 เริ่มในปีงบประมาณ 2545 –2549 ยังคงมีคณะกรรมการระดับจังหวัดและมีการถ่ายโอนงานสถานีอนามัย และโรงพยาบาลให้ท้องถิ่น ตามความสมัครใจและความพร้อมของท้องถิ่น บุคลากรถ่ายโอนมาสังกัดท้องถิ่น ระยะที่ 3 เริ่มปีงบประมาณ 2547-2553 ยังคงมีคณะกรรมการระดับจังหวัดและมีการถ่ายโอนงานสถานีอนามัย และโรงพยาบาลให้ท้องถิ่นทั้งหมด บุคลากรโอนมาสังกัดท้องถิ่นทั้งหมด (เมธี จันทร์สุวรรณ, 2543, หน้า 11-12)

สำหรับการกระจายอำนาจการบริหารสาธารณสุขมูลฐานสู่องค์กรบริหารส่วนตำบลนั้น ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ (2540) เห็นว่าควรกระจายอำนาจให้ อบต.บริหารจัดการในรูปแบบรัฐควบคุมทุกขั้นตอน คืองานสาธารณสุขมูลฐานที่เกี่ยวกับการอบรม อสม. และการศึกษาต่อเนื่องของ อสม. การกำหนดโครงสร้างและมอบหมายบทบาท หน้าที่ให้ อสม. รวมทั้งการจัดสิ่งสนับสนุน จัดสิ่งตอบแทน และสวัสดิการแก่ อสม. นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางการกระจายอำนาจฯ คือกระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายการกระจายอำนาจการบริหารงานสาธารณสุขในระดับตำบลให้ชัดเจน โดยให้ อบต.จัดการได้โดยอิสระ และในบางกิจกรรมให้อยู่ภายใต้คำแนะนำของ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปก่อน แล้วค่อยถ่ายโอนอำนาจในภายหลัง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2543) ที่สอบถามข้อมูลจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในภูมิภาคทุกระดับ เกี่ยวกับโครงสร้างและการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของหน่วยงานรัฐ พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 60) ของทุกระดับเห็นว่าโครงสร้างองค์กรที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีความเหมาะสมแล้ว ยกเว้น ในระดับจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่เห็นว่าโครงสร้างองค์กรของจังหวัดยังไม่เหมาะสมและควรได้รับการปรับปรุงแก้ไข โดยต้องมีการปรับนโยบายแผนงาน และงบประมาณใหม่ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะการจัดตั้ง อบต. ในชุมชนทั่วประเทศและคาดหวังว่า อบต. ควรเข้ามามีบทบาทในเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานโดยตรงด้วย ส่วนหน่วยงานการต้องพิจารณาเรื่องการประสานงานและการสนับสนุนเป็นสำคัญ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่า การกระจายอำนาจการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขสู่ อบต. โดยเฉพาะงานสาธารณสุขมูลฐานนั้นโดยหลักการการกระจายอำนาจแล้วมีความเหมาะสมและจะเป็นประโยชน์แก่ประชาชนมาก แต่ในทางปฏิบัติจะพบว่าไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะดำเนินการได้ทันทีในการถ่ายโอนภารกิจต่าง ๆ ด้านสาธารณสุขมูลฐานให้ อบต. ดำเนินการแทนรัฐ เพราะจากการศึกษาพบว่า อบต. ส่วนใหญ่ยังมีความไม่พร้อมในหลาย ๆ ด้าน ในการที่จะรับการถ่ายโอนงานด้านต่าง ๆ จากรัฐ โดยเฉพาะงานพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างการสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินการบริหารจัดการเองได้ เพราะต้องใช้ระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ จากหน่วยงานของรัฐที่จะช่วยสนับสนุนให้ อบต. มีศักยภาพเพิ่มมากขึ้นจนสามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 3.4 บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในงานสาธารณสุขมูลฐาน

จากบทบาทและการดำเนินงานของ อบต. ที่ผ่านมานั้นพบว่า อบต. ส่วนใหญ่ใช้งบประมาณส่วนใหญ่และให้ความสำคัญลำดับต้น ๆ ไปในการดำเนินการด้านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น การสร้างถนน และแม้ว่า อบต. ส่วนใหญ่จะมีการจัดทำแผนด้านสาธารณสุขของตำบล และการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขน้อยกว่าด้านอื่น ๆ และการจัดลำดับความสำคัญปัญหาด้านสาธารณสุขนั้น อบต. ส่วนใหญ่มักจัดไว้เป็นลำดับ 4-6 ซึ่งงานสาธารณสุขส่วนที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมคือ งานด้านสิ่งแวดล้อม เช่นการกำจัดขยะเท่านั้น (อุทัยทิพย์ เจริญละม้ายและวินัย แก้วมณีวงศ์, 2543; กฤษณา ศิริวิบูลยภิตติและคณะ, 2540; ยุภาพรพรณ วรณชัยวงศ์และอุษณีย์ กุหลาบขาว, 2543) นอกจากนี้ พันธุ์ทิพย์ รามสูต (2540) ยังได้สรุปถึงบทบาท อบต. ในงานสาธารณสุขมูลฐานไว้ในงานศึกษาเรื่อง สัจพยากรณ์ การสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษหน้าว่าผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสาธารณสุขได้ให้ข้อคิดเห็นต่อบทบาทของ อบต.

ในงานสาธารณสุขมูลฐานว่า อบต.ยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน และเชื่อว่า อบต.ในอีก 5-10 ปีจะไม่เข้มแข็งที่จะเข้ามารองรับงานสาธารณสุขมูลฐานเพราะงานสาธารณสุขมูลฐานไม่ใช่ปัญหาหลักของ อบต.และ อบต.ยังไม่มีความสามารถในการวางแผนและจัดการเรื่องทางสังคมโดยเฉพาะงานสาธารณสุขได้ ทั้งนี้บทบาทของ อบต.ต้องงานสาธารณสุขมูลฐานจะเข้มแข็งหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ สถานะทางการเงิน งบประมาณที่สนับสนุน ความสามารถในการบริหาร คุณค่าของระบบประชาธิปไตย ตลอดจน จริยธรรมอุดมการณ์และความคิด ความตั้งใจของผู้บริหารที่จะทำเพื่อประชาชน

ภารกิจบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขภารกิจแรก ๆ ที่รัฐจะต้องถ่ายโอนให้ อบต. ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในเวลา 4-10 ปีตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 คือ ภารกิจด้านสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะกิจกรรมตามแนวการพัฒนาสาธารณสุขภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ที่รัฐกำหนดไว้ พร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณลงสู่ทุกหมู่บ้านในเขต อบต. โดยตรง หมู่บ้านละ 7,500 บาท ซึ่งยังต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไปในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 แม้ว่าผลจากการประชุมสัมมนาระดับผู้บริหารด้านสาธารณสุขมูลฐานจะมีมติในปีงบประมาณ 2545 ให้คงการจัดสรรงบประมาณดังกล่าวลงสู่หมู่บ้านโดยตรง ไม่ต้องถ่ายโอนให้กับ อบต.เพื่อให้เกิดการถ่วงดุลอำนาจในหมู่บ้าน เกิดเครือข่ายและเกิดการดำเนินงานในลักษณะประชาคมทั้งหมู่บ้านและตำบล แต่ให้มีการปรับเปลี่ยนผู้บริหารจัดการจากเดิมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในตำบลร่วมดำเนินการกับชมรม อสม.ในหมู่บ้านมาเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ทั้งนี้เพื่อให้การกระจายอำนาจในการบริหารจัดการด้านสุขภาพเป็นไปตามความมุ่งหมายของรัฐ ดังนั้น อบต.จึงต้องเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการดำเนินกิจกรรมหลักทั้ง 14 กิจกรรมของงานสาธารณสุขมูลฐาน และงานพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานตามแนวกิจกรรมที่รัฐกำหนดไว้ร่วมกับองค์กรชุมชนที่ดำเนินการอยู่เดิมซึ่งได้แก่ อสม. และชมรม อสม.ขณะที่ระยะแรกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลยังต้องให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ แก่ อบต.เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2544ฯ, หน้า 2-3)

แนวกิจกรรมที่กำหนดให้ต้องปฏิบัติดังกล่าวประกอบด้วย 3 กลุ่มกิจกรรม ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542, หน้า15-18)

**กลุ่มที่หนึ่ง** กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพคนในชุมชน ได้แก่ การเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ และทักษะด้านการจัดบริการงานสาธารณสุขมูลฐานให้แก่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กลศ.) และผู้นำชุมชน โดยมีแนวกิจกรรมดังนี้

1. การพัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงาน การให้บริการและบริหารจัดการแก่ผู้นำชุมชน อสม. และผู้นำอื่น ๆ ด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสม โดยมีแนวดำเนินการดังนี้

- (1) สํารวจข้อมูล และจัดทำทะเบียน อสม. ในหมู่บ้าน
  - (2) จัดอบรมสัมมนา อสม. ต่อเนื่องทุกเดือน อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อให้ความรู้และทักษะในด้านสุขภาพแก่ อสม. โดยเฉพาะนโยบายและแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน และแนวทางการดำเนินงาน 14 กิจกรรมหลักงานสาธารณสุขมูลฐาน
  - (3) ฝึกอบรมและทบทวนการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)
  - (4) สนับสนุนและพัฒนาการศึกษาให้แก่ อสม. เช่น สนับสนุน อสม. ให้สำเร็จการศึกษาภาคบังคับโดยสมัครเรียนกับการศึกษานอกโรงเรียน
  - (5) จัดอบรมและคัดเลือก อสม. ใหม่ / ทดแทน
  - (6) เสริมสร้างขวัญและกำลังใจ อสม. โดยการสำรวจจำนวน อสม. ที่เป็นไปตามเกณฑ์ที่จะได้รับเข็มเชิดชูเกียรติ และจัดพิธีมอบเข็มเชิดชูเกียรติแก่ อสม.
  - (7) จัดอบรมและจัดทำทะเบียนแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.)
  - (8) ส่งเสริม สนับสนุนให้ อสม. และกสค. ได้เข้าร่วมประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และจัดทำแผนงานโครงการของหมู่บ้านร่วมกับหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ของหมู่บ้าน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิก อบต. เป็นต้น
2. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการศึกษาดูงานในพื้นที่ที่มีการจัดการงานสาธารณสุขได้ดี
3. จัดโครงการพัฒนาความรู้ ทักษะด้านสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยให้กับกลุ่มผู้นำหรือผู้สนใจในชุมชน
4. สนับสนุนและพัฒนาบทบาทด้านสาธารณสุขของกลุ่มผู้นำศาสนา กลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้านและองค์กรชาวบ้านอื่น ๆ โดยให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนและเลือกแนวทางแก้ปัญหาของชุมชนได้
5. กิจกรรมอื่น ๆ เช่น จัดให้มีการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข ด้วยสื่อต่าง ๆ เช่น หอกระจายข่าวของหมู่บ้าน จัดให้มีกองทุนด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น กองทุนยา กองทุนพัฒนาสาธารณสุข

**กลุ่มที่สอง** การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. การวิเคราะห์และจัดทำแผนงาน โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของประชาชน
2. การรณรงค์และจัดทำโครงการเพื่อดำเนินกิจกรรมตาม 14 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน
3. ติดตาม นิเทศงานและประเมินผลโครงการและการพัฒนางานสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง
4. การสร้างความสามัคคีและส่งเสริมคุณธรรมของกลุ่ม / ชมรม อสม. และกลุ่มในชุมชนเพื่อช่วยเหลือกันเองด้านสุขภาพ เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคหัวใจ) จัดกิจกรรมกีฬา กิจกรรมการเข้าค่ายสุขภาพ กลุ่มนวดแผนไทย
5. การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการวางแผน การปฏิบัติการและการประเมินผลระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรที่เกี่ยวข้องหรือการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน
6. กิจกรรมการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เช่น สนับสนุนให้มีการปลูกและใช้พืชสมุนไพรในชุมชน
7. กิจกรรมอื่น ๆ

**กลุ่มที่สาม** การจัดบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. การจัดหา สนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (การจัดหา การกระจายยาและการส่งเสริมการใช้ยาที่จำเป็นและเหมาะสมในชุมชน)
2. สนับสนุนให้ อสม. ดำเนินการงานด้านรักษาพยาบาลขั้นต้น (การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ) และมีการวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ การชั่งน้ำหนัก ฯลฯ โดยการหมุนเวียนกันมาปฏิบัติงานใน ศสมช.
3. การจัดบริการสมุนไพร และการแพทย์แผนไทยในชุมชน
4. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล
5. กิจกรรมอื่น ๆ

นอกจากนี้ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2542, หน้า 30-34) ได้ศึกษาบทบาทองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและแนวการส่งเสริมพัฒนา โดยศึกษาในจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า บทบาทที่ อบต. ควรดำเนินการได้แก่



- (1) ให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรโดยเฉพาะงบประมาณแก่โครงการ กิจกรรมของหมู่บ้าน องค์กรชุมชนในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพ
- (2) ส่งเสริมให้ประชาชน องค์กรชุมชนและหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาตำบล
- (3) ร่วมพัฒนาและส่งเสริมเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับหมู่บ้าน องค์กรชุมชน
- (4) ส่งเสริมการพัฒนาผู้นำชุมชน อสม. หรือผู้สนใจ กลุ่มภูมิปัญญาสุขภาพของหมู่บ้าน ให้มีความรู้ เพิ่มบทบาทความเป็นผู้นำ เพิ่มทักษะและความสามารถในการบริหารจัดการ และให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว โดยการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เพื่อให้เป็นเครือข่ายในการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง
- (5) ดำเนินกิจกรรมการแก้ไขปัญหา พัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็นนอกเหนือจากที่หมู่บ้าน องค์กรชุมชนสามารถดำเนินการเองได้
- (6) ประสานความร่วมมือและอำนวยความสะดวกให้เจ้าหน้าที่ของรัฐและนักวิชาชีพด้านสุขภาพและผู้รู้ ผู้มีประสบการณ์ ที่จะเป็นส่วนสำคัญในการให้ข้อมูล เพื่อให้ชุมชนสามารถตัดสินใจเลือกกิจกรรมหรือโครงการที่เหมาะสม
- (7) พัฒนากฎระเบียบต่าง ๆ ของตำบล จัดองค์กรและบทบาทหน้าที่เพื่ออำนวยความสะดวกให้ประชาชน องค์กรชุมชนและหมู่บ้านเข้าร่วมในการพัฒนาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการติดตามประเมินผลการพัฒนาสุขภาพในระดับครอบครัว องค์กรชุมชนและหมู่บ้านเพื่อประเมินภาพรวมของตำบล พัฒนากองทุนและการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มคนจน กลุ่มผู้ประสบปัญหา และส่งเสริมการสร้างหลักประกันสุขภาพ พัฒนากฎระเบียบของท้องถิ่นในการส่งเสริมประชาชนเข้าร่วมพัฒนาสุขภาพ การปกป้องคุ้มครองสุขภาพและสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพแก่คนในตำบล
- (8) จัดเครือข่ายความร่วมมือระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้าน ตำบล เช่น พัฒนากลุ่มย่อยต่าง ๆ ในชุมชน ให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาสุขภาพ
- (9) พัฒนาประชาคมสุขภาพตำบล โดยส่งเสริมให้ประชาชน องค์กรชุมชนในหมู่บ้าน องค์กร อสม. องค์กรพัฒนาเอกชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนักพัฒนา เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ในการพัฒนาสุขภาพของตำบล ร่วมวางแผน ระดมทรัพยากร ดำเนินการติดตามสนับสนุนและสรุปบทเรียนในการพัฒนาร่วมกัน
- (10) แสวงหาพันธมิตรโดยเข้าร่วมกับประชาคมต่าง ๆ หรือเข้าร่วมเครือข่ายกิจกรรม

กับกลุ่มทางสังคม ส่งเสริมให้สมาชิกในตำบลเข้าร่วมกับกลุ่มองค์กรนอกชุมชน

ดังนั้นบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของ อบต. ตามกฎหมายและพระราชบัญญัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจึงเน้นให้ อบต. มีการบริหารจัดการให้ครอบคลุมบริการสาธารณะทุกด้าน โดยเฉพาะด้านบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของประชาชน เช่น ด้านการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล และการป้องกันโรค ซึ่งการจัดบริการสาธารณสุขของ อบต. ที่สำคัญ ควรเน้น การส่งเสริมประชาชนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุขของท้องถิ่น โดยเฉพาะการส่งเสริมให้หมู่บ้าน ชุมชนในความรับผิดชอบมีการจัดและให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นทางสุขภาพแก่ประชาชน เช่น การสาธารณสุขมูลฐาน การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพและการรักษาพยาบาล เพื่อให้ได้มาซึ่งการพัฒนาที่พึงประสงค์ คือ 1)บุคคลและครอบครัวพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ และ 2) ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ทางสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่การที่ชุมชนมีศักยภาพและความสามารถในการบริหารจัดการและพัฒนาสาธารณสุขเพื่อให้ทุกคนในชุมชนมีสุขภาพดี

อบต.จึงเป็นหน่วยงานท้องถิ่นที่จะมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานของตำบล ตามกฎหมายเมื่อ อบต.มีความพร้อม ในอนาคต แต่รัฐต้องให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ อบต.มีความเข้าใจในหลักการและแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและความตระหนักในความสำคัญของการพัฒนาด้านสุขภาพของประชาชนและมีความต้องการที่จะบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานในลำดับต้น ๆ ของการดำเนินงานและบริหารกิจกรรมของ อบต.เอง รวมถึงรัฐควรกำหนดนโยบาย และแนวกิจกรรมที่ อบต.ต้องดำเนินการเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานให้เป็นรูปธรรมมากขึ้นและสามารถปฏิบัติได้

## 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัย ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุข และงานสาธารณสุขมูลฐานมีสาระโดยสรุปดังนี้

ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ (2540) ศึกษาการกระจายอำนาจการบริหารงานสาธารณสุขมูลฐานสู่องค์การบริหารส่วนตำบลในกลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 1 ตำบลที่สุ่มจาก 3 จังหวัด ได้แก่ ชัยภูมิ หนองคาย และร้อยเอ็ด พบว่าสมาชิกสภา อบต. มีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถบริหารจัดการชุมชนได้ในระดับปานกลางโดยเห็นว่าคุณลักษณะงานที่ อบต. มีความพร้อมมากคือ การประสานงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร การประเมินค่าใช้จ่าย การจัดตั้งงบประมาณ และกำกับให้เป็นไปตามแผนงานโครงการ ส่วนงานที่มีความพร้อมน้อยได้แก่ การจัดสรรงบประมาณ การจัดทำบัญชี การประเมินผล การตั้งฎีกา การเบิกจ่ายเงิน การวางแผนโครงการ การมอบหมายงานภายในองค์กร

การวิเคราะห์กำหนดความต้องการของชาวบ้าน การลำดับความสำคัญ การกำหนดทิศทางการพัฒนาและการระดมทรัพยากรในท้องถิ่นมาใช้แก้ไขปัญหา และในส่วนของ 14 กิจกรรมหลักของงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น พบว่ากิจกรรมที่ สมาชิก อบต.เห็นว่า อบต.ทำได้น้อยและเห็นว่าไม่ควรอยู่ในความรับผิดชอบของ อบต. คือ การจัดให้มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนและกลุ่มผู้สูงอายุ และการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการ ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของอุทัยทิพย์ เครือละม้าย และวินัย แก้วมณีวงศ์ (2543) ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของ อบต. พบว่ากลุ่มปลัด อบต. ประธานคณะกรรมการ อบต.และประธานสภา อบต. มีความเห็นว่าอบต.มีระดับความพร้อมระดับปานกลาง ในการดำเนินกิจกรรมตามบทบาทต่าง ๆ ดังนี้ บทบาทการจัดทำแผนเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของตำบล บทบาทด้านการจัดหาและจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาสาธารณสุขของตำบล ด้านการจัดให้มีข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข ด้านการจัดให้มีและรับผิดชอบต่อดูแลการจัดบริการสาธารณสุขระดับหมู่บ้าน ด้านการร่วมติดตามตรวจสอบและประเมินผลงานสาธารณสุขมูลฐานของตำบล ด้านการบริหารจัดการงบประมาณงานสาธารณสุข ด้านการจัดสวัสดิการสาธารณสุขเพื่อช่วยเหลือกลุ่มด้อยโอกาสและผู้ประสบปัญหาเรื่องสุขภาพและส่วนใหญ่เห็นว่า อบต. จะมีความพร้อมในการดำเนินงานสาธารณสุขตาม พ.ร.บ. ขั้นตอนการกระจายอำนาจสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2542 ภายใน 3 ปี และพร้อมดำเนินการได้ทันทีในสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ ระหว่างร้อยละ 19.5 - 30.3

อดิศร วงศ์คงเดช (2541) ศึกษาการสนับสนุนการพัฒนาด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า อบต. ที่ศึกษาทั้งหมด 17 แห่ง ไม่มีการจัดทำแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขเลย มีเพียง 2 แห่ง (ร้อยละ 11.2) ที่มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาด้านสาธารณสุขโดยตรง และมีบุคลากรของ อบต. ร้อยละ 71.7 ที่มีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาด้านสาธารณสุข และพบอีกว่าปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสาธารณสุขของ อบต. ได้แก่ ความสับสนในระเบียบการเงินและงบประมาณ การขาดความรู้ความสามารถด้านสาธารณสุขของบุคลากรใน อบต. การขาดประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกฤษณา ศิริวิบูลยภิตติ และคณะ (2540) ที่ศึกษาบทบาทของ อบต.ต่อการพัฒนางานสาธารณสุขระดับตำบล ต.ท้ายตลาด อ.เมือง จ.ลพบุรี โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากสมาชิกสภา อบต.ทั้งหมด คณะกรรมการสนับสนุนการปฏิบัติงานพัฒนาชนบทระดับตำบล และตัวแทนประชาชนจาก 7 หมู่บ้านในตำบลท้ายตลาด พบว่า บทบาทด้านสาธารณสุขของ อบต. ที่มีการดำเนินการอย่างเป็นทางการและเป็นไปได้ดี คือ งานด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การกำจัดขยะซึ่งมีบางส่วนอาจมีกิจกรรมซ้ำซ้อนกับภารกิจของสถานีอนามัย และผู้วิจัยเห็นว่าบทบาทด้านสาธารณสุขของ อบต.มี

ความจำเป็นต้องกำหนดให้ชัดเจนบนพื้นฐานความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และสอดคล้องกับผล การศึกษาของยุภาพรรณ วรรณชัยวงศ์และอุษณีย์ กุหลาบขาว (2543) ที่ศึกษาเรื่องความคิดเห็น ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดทำแผนพัฒนาตำบลด้านสาธารณสุข เฉพาะกรณี จังหวัดสระแก้ว โดยสอบถามจากสมาชิก อบต.จำนวน 347 คนในจังหวัดสระแก้ว พบว่า บทบาท และผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่แสดงออกจริงของ อบต. มีน้อย กิจกรรมแก้ไขปัญหาของ อบต. ส่วนใหญ่เน้นด้านงานโยธา สมาชิก อบต. มีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองไม่ชัดเจน และงบประมาณที่ อบต. สนับสนุนงานสาธารณสุขมีเพียงเล็กน้อย และมักขาดการติดตามประเมินผล การดำเนินงาน

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2542) ศึกษาบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการพัฒนางาน สาธารณสุขมูลฐานและแนวทางการส่งเสริมพัฒนา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า อบต. มี สภาพที่เอื้ออำนวยและมีความพร้อมในด้านโครงสร้าง อำนาจหน้าที่ ด้านการเงินและงบประมาณ สนับสนุนจากภาครัฐและด้านความรู้ความสามารถของบุคลากรในจัดทำแผนพัฒนาเพื่อการ บริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน และสามารถปรับระบบการทำงานให้รองรับการถ่ายโอน ภารกิจจากภาครัฐได้ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้ศึกษาสถานภาพและความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และสถานีอนามัย (สอ.) ในการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขเพื่อรองรับการกระจายอำนาจในช่วงระยะปีพ.ศ. 2538- 2539 โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 579 คนใน 12 จังหวัด 12 เขต พบว่ากลุ่มงานอันดับแรก ที่ อบต.ต้องการดำเนินการคือ กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่ อบต. ส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมและยังมี ศักยภาพน้อยในการดำเนินงานตามกฎหมายกำหนดด้านสาธารณสุข ยกเว้น งานกำจัดขยะ อบต. ร้อยละ 63.63 ไม่สามารถจะดำเนินงานด้านการควบคุม ป้องกัน และระงับโรคติดต่อได้โดยลำพัง ไม่มีศักยภาพในด้านการให้คำแนะนำ สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ และยังศึกษาพบว่า มี อบต. ร้อยละ 59.5 ที่ทราบถึงปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชนชนที่รับผิดชอบ และส่วนใหญ่ยังขาดความ ตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข และพบว่า อบต.ร้อยละ 50 สามารถดำเนิน กิจกรรมด้านสาธารณสุขได้ทุกกิจกรรม แต่มีเงื่อนไขว่าจะต้องได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จาก รัฐบาลส่วนกลางก่อน และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของประยงค์ เต็มชวาลา (2540) ศึกษาการกระจายอำนาจ : ยุทธศาสตร์การปฏิรูปงานสาธารณสุขไทย โดยสัมภาษณ์กลุ่มแกนนำ ของ อบต.จาก 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน จำนวน 33 คน โดยศึกษาถึงงานที่ท้องถิ่นต้องการและ พร้อมที่จะรับไปดำเนินการ 6 กลุ่มงาน ได้แก่กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มงานป้องกันและ ควบคุมโรคเอดส์ กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน กลุ่มงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ กลุ่มงาน

ควบคุมป้องกันและบำบัดสารเสพติด และกลุ่มงานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แม้ว่ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและกลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานจะเป็นกลุ่มงานแรก และกลุ่มงานลำดับที่ 2 ที่อบต.มีความต้องการที่จะดำเนินการด้วยท้องถิ่นเอง ตามลำดับ แต่เมื่อศึกษาในรายละเอียดก็พบว่า อบต.ยังไม่พร้อมที่จะดำเนินงานทั้งหมดในทุกพันธกิจของทั้ง 2 กลุ่มงานด้วยตนเอง โดยอาจมีบางพันธกิจเท่านั้นที่มีความพร้อมดำเนินการ ทั้งนี้เป็นความไม่พร้อมทางด้านโครงสร้างองค์กร กำลังคน นโยบายและแผนงบประมาณ และเทคโนโลยี

เกรียงศักดิ์ อัดตประเสริฐกุล, 2539 (อ้างใน อุทัยทิพย์ เครือละม้ายและ วินัย แก้วมณีวงศ์, 2543 หน้า 33) วิจัยเรื่อง อบต.กับการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน : ความเชื่อมั่นและคาดหวังของชุมชน โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม ได้แก่ ประชาชน อสม. ข้าราชการและสมาชิกสภา อบต. พบว่า สมาชิกสภา อบต.ส่วนใหญ่เห็นว่า อบต.สามารถดำเนินการได้ในระดับปานกลางในเรื่องการบริหารงานทั่วไป ซึ่งได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา และความต้องการของชุมชน การลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนโครงการ การมอบหมายงาน การบริหารการเงิน การคลัง การระดมทรัพยากรท้องถิ่น การประสานงาน และการควบคุมกำกับ การ ประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่า อบต.ควรรับผิดชอบดำเนินการกิจกรรมการบริหารจัดการสาธารณสุขมูลฐานในเรื่อง การกำหนดทิศทางและนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขของตำบล การจัดทำแผน การบริหารสถานีอนามัย การคัดเลือดและดูแล อสม. การจัดทำงบประมาณ การจัดทำข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ดูแลการทำงานของ ศสมช. การจัดสวัสดิการและการจัดการกองทุนในหมู่บ้าน ยกเว้นเรื่องการบริหารการฝึกอบรม อสม. โดยสมาชิกสภา อบต.ส่วนใหญ่ ประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 10 กิจกรรมข้างต้น อยู่ในระดับพอทำได้เท่านั้น

สถาบันดำรงราชานุภาพ (2540) ศึกษา อบต. ที่จัดตั้งใน ปี 2538 พบว่า โครงการพัฒนาส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐาน แทบไม่มีโครงการเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนด้านอื่น ๆ เลย อบต.ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับแผนพัฒนาตำบล และสืบสานเรื่องการทำแผนพัฒนาตำบลกับแผนพัฒนา อบต. และปัญหาการบริหารงานของ อบต. ด้านการจัดโครงสร้างและระบบงาน ได้แก่ สมาชิกสภา อบต.ยังไม่ค่อยเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง ปัญหาด้านการบริหารงานบุคคลพบว่า อบต.ยังขาดแคลนบุคลากรที่จำเป็นในบางตำแหน่ง ปัญหาด้านการบริหารการคลังและงบประมาณ ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจ ในการจัดทำและกระบวนการจัดทำแผน ขาดข้อมูลจึงไม่อาจคาดการณ์เรื่องการบริหารจัดเก็บรายได้ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด และอบต.บางแห่งยังไม่ทราบถึงแหล่งที่มาของงบประมาณที่ได้รับจัดสรรมาจากหน่วยงานใด จำนวนเท่าใด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาลักษณะการดำเนินงาน บทบาท

อำนาจหน้าที่ของ อบต. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ของ เศรษฐา โมลิกรัตน์, 2539 (อ้างใน อุตัยทิพย์ เครือละม้ายและ วินัย แก้วมณีวงศ์, 2543 หน้า 31) ที่พบว่า กิจกรรมที่ อบต. ที่ศึกษา ดำเนินการและใช้งบประมาณส่วนใหญ่ไปในเรื่องการพัฒนาสาธารณูปโภค การบริหารงานและ กิจกรรมของ อบต. ยังอยู่ในวงจำกัด และเป็นเรื่องของสมาชิกสภา อบต. และคณะกรรมการบริหาร อบต. ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ได้สนใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานของ อบต. เป็นต้น

ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ เพ็ญประภา ศิริโรจน์ และลักขณา เต็มศิริกุลชัย (2544) ศึกษาเรื่อง การประเมินสองทศวรรษของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย พบว่าการพัฒนาศักยภาพของ อสม.อย่างต่อเนื่องนั้นจัดทำโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นหลัก ส่วน อบต. ยังไม่มีความชัดเจน และรูปธรรมในแนวคิดและรูปแบบการดำเนินงานที่จะเชื่อมโยงกับ อสม. และการสาธารณสุขมูลฐาน นอกจากนี้ยังพบว่า ในด้านศักยภาพและความสามารถนั้น อสม. มีพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มผู้นำ ชุมชนและประชาชนทั่วไปในเรื่องพฤติกรรมในการดูแลและรักษาตนเองในเมืองต้น และการรับรู้ต่อ แนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐาน

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่างานสาธารณสุขมูลฐานเป็น งานบริการสาธารณสุขที่สำคัญที่ต้องจัดให้ประชาชนอย่างทั่วถึง และการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐานจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยความร่วมมือของประชาชนร่วมกับกลวิธีที่เหมาะสม และ อบต. จะต้อง มีบทบาทและความพร้อมตามหลักการกระจายอำนาจเพื่อรองรับการถ่ายโอนงานสาธารณสุข มูลฐานได้ การเตรียมความพร้อมแก่ อบต. จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่รัฐต้องดำเนินการ แต่จาก งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานและความพร้อมในการดำเนินงานของ อบต. ในด้านต่าง ๆ ที่มี อยู่ชี้ให้เห็นว่า อบต. ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นดำเนินงานในด้านการก่อสร้างโครงสร้างพื้นฐานหรือ สาธารณูปโภคมากกว่าที่จะมีการจัดทำแผน และดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะการ ดำเนินงานตามแนวกิจกรรมภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ทั้ง 3 กลุ่มที่จะเป็นงานที่รัฐจะถ่ายโอน ให้ อบต. ดำเนินการในอันดับต้น ๆ ตามหลักการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ดังนั้นการศึกษาคือความพร้อม ของ อบต. ในครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาความพร้อมต่องานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่ม กิจกรรมตามแนวกิจกรรมที่รัฐกำหนดภายใต้ระบบงบประมาณแนวใหม่ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพ ด้านสาธารณสุขของคนในชุมชน การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ของชุมชน และการจัดบริการสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน