

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นับตั้งแต่ประเทศไทยเริ่มใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 เป็นต้นมา อาจกล่าวได้ว่ายุทธศาสตร์หลักของการพัฒนาประเทศได้มุ่งเน้นการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งก็ประสบความสำเร็จตลอดระยะเวลาของการพัฒนาในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยเศรษฐกิจของประเทศขยายตัวเพิ่มขึ้น ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนขึ้นมาได้อีกระดับหนึ่ง ทำให้สัดส่วนคนยากจนต่อประชากรทั้งประเทศลดลงจากร้อยละ 26.3 ในปี 2529 เหลือร้อยละ 13.7 ในปี 2535 และธนาคารโลกได้ประกาศให้ประเทศไทยหลุดพ้นจากประเทศที่ยากจนแล้ว (รายได้เฉลี่ยเกิน 1,500 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี) (ประชาชาติธุรกิจ, 2539 : 4)

อย่างไรก็ตามผลอีกด้านหนึ่งของการพัฒนาได้ก่อให้เกิดปัญหาตามมา ทั้งทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งล้วนแต่ทำให้คุณภาพชีวิตของคนในสังคมเสื่อมโทรมลงเป็นลำดับ ปัญหาเหล่านี้ได้แก่ (1) ปี 2539 พบว่า ช่องว่างการกระจายรายได้ยังมีแนวโน้มสูง กลุ่มครัวเรือนที่มีรายได้สูงสุด 20 % แรก มีสัดส่วนในรายได้รวมสูงถึง 76.6 % และแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ครัวเรือนมีรายได้ต่ำ 60 % มีสัดส่วนรายได้ 23.4 % และลดลงอย่างต่อเนื่อง (2) ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมลง ไม่ว่าจะเป็นป่าไม้ ดิน คุณภาพของน้ำ อากาศ เสียง ปริมาณฝุ่นละออง ในอากาศและความแออัดของชุมชนในเขตเมือง (3) สังคมมีความสับสนและเป็นวัตถุนิยมมากขึ้น คนในสังคมเกิดปัญหาการปรับตัวในท่ามกลางระบบเศรษฐกิจแบบใหม่และยุคโลกาภิวัตน์ ขณะเดียวกันปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและภาวะเจริญพันธุ์ลดลงทำให้โครงสร้างครอบครัวมีแนวโน้มว่าจะมีขนาดเล็กลงเป็นลำดับ ทั้งในสังคมเมืองและชนบท ระบบความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวก็ได้เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ก่อให้เกิดปัญหาเยาวชนและปัญหาสังคมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งมีการอพยพเข้าเมืองสูงขึ้น

ส่วนด้านการสาธารณสุขการขยายบริการสาธารณสุขมูลฐานของรัฐและความก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์ นอกจากจะทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับแล้ว ภาวะการเจ็บป่วยของคนไทยกำลังค่อย ๆ เปลี่ยนไปจากโรคติดเชื้อตามธรรมชาติมาเป็นโรคสมัยใหม่ที่มีลักษณะซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เช่น อุบัติเหตุ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเอดส์ โรคจากความเครียดต่าง ๆ โรคเหล่านี้เป็นสาเหตุของการตายหลักของคนไทยในปัจจุบันและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต เนื่องจากสภาพบีบคั้นทางจิต ปัญหามลพิษที่สะสม ความแออัดของชุมชนเมือง

ส่วนสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาการพัฒนาตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น พอสรุปให้เห็นได้ คือ (1) การพัฒนาที่ผ่านมา มุ่งเน้นการขยายตัวทางเศรษฐกิจเพื่อแสวงหารายได้ที่เป็นตัวเงินเป็นหลักมากเกินไปจนไม่ได้คำนึงถึงต้นทุนทางด้านทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม สังคมเท่าที่ควร พิจารณาคนเป็นเพียงปัจจัยการผลิต เพื่อสนองต่อความต้องการของตลาดแรงงานและมุ่งเพียงรับการถ่ายทอดเทคโนโลยีจากภายนอก มองข้ามคุณค่าของความเป็นมนุษย์ที่สามารถพัฒนาได้เต็มศักยภาพ บนรากฐานของภูมิปัญญา และวิถีชีวิตความเป็นอยู่ในท้องถิ่นของตนเอง ขาดการให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการพัฒนาเพื่อต่อยอดฐานความรู้ที่มีอยู่แล้วของตนเอง (2) ระบบการศึกษาและกระบวนการเรียนรู้ที่อ่อนแอ และขาดความต่อเนื่อง ไม่เอื้อต่อการสร้างภูมิปัญญาที่เกิดประโยชน์แก่วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชนอย่างแท้จริง นอกจากนี้กระบวนการคิดของคนในสังคมยังคงเป็นวิธีการคิดแบบแยกส่วน ซึ่งนำไปสู่ความขัดแย้งในสังคมเพราะมุ่งแก้ปัญหาโดยการเรียกร้องเฉพาะในส่วนของคนเท่านั้น (3) โครงสร้างระบบบริหารงานของรัฐมีลักษณะเป็นรูปแบบแยกส่วนความรับผิดชอบ ทำให้ไม่สามารถร่วมกันแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะขาดกลไกของความร่วมมือที่จะสนองตอบความต้องการหรือแก้ไขปัญหในสังคมได้อย่างทันการณ์ ขณะที่กระบวนการวางแผนและตัดสินใจเป็นการรวมศูนย์อำนาจและมองปัญหาจากส่วนกลางเป็นหลัก ทำให้ไม่สามารถเข้าใจปัญหาในชุมชนท้องถิ่นได้อย่างถ่องแท้ (4) ระบบการเมืองไม่ได้เป็นเสาหลักและสอดคล้องกับการพัฒนาด้านอื่นๆและที่ผ่านมาไม่ตระหนักถึงความสำคัญและความสัมพันธ์เชื่อมโยงของการพัฒนาทางการเมือง การปกครองและระบบราชการเท่าที่ควร (ขวัญทรง อติโพธิ์, 2538 : 19-20 ; ประชาชาติธุรกิจ, 2539 : 12-16) จากสภาพปัญหาและการพัฒนาประเทศดังกล่าว จึงเป็นเรื่องท้าทายด้านการบริหารการพัฒนาในอันที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (Good Life) (รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์, 2540 :135) และนำประเทศเปลี่ยนแปลงไปสู่ความก้าวหน้าสู่จุดหมายของการพัฒนาในท่ามกลางกระแสของยุคโลกาภิวัตน์ (เกรียงศักดิ์ เชื้อวยิง, 2539 : 1) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทิศทางของการพัฒนาประเทศที่สำคัญจะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงแนวคิด และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้มีเป้าหมายหลักในการพัฒนา “คน” กล่าวคือ มุ่งพัฒนาศักยภาพของคนให้มีขีดความสามารถในการพัฒนาทั้งตนเอง สังคม และประเทศชาติโดยส่วนรวมโดยในการเน้นเป้าหมายดังกล่าว ยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนาจึงต้องพัฒนาอย่างผสมผสานไปกับเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการบริหาร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในเรื่องการบริหารการพัฒนาของ อนันต์ เกตุวงษ์ (2523 : 28-29) และภายใต้ยุทธศาสตร์ในด้านการพัฒนาสังคมและการบริหารจัดการงานพัฒนาชนบท เพื่อสนับสนุนเป้าหมายดังกล่าว รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์ (2540 : 144) และ ชาญชัย แสงวงศ์ (2539 : 76) ชี้ให้เห็นว่าต้องการให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนประชาชนเข้ามาร่วมในการพัฒนาโดยกำหนดมาตรการที่ชัดเจน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนในเรื่องดังกล่าวอีกทั้งต้องปฏิรูประบบราชการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับกระแสสังคมที่ระบุถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและท้องถิ่นอย่างจริงจัง เพื่อสร้างสรรค์ให้สังคมเกิดความเคลื่อนไหว และร่วมมือพัฒนา

ท้องถิ่นของตนเองทั้งในรูปของพหุภาคี เครือข่ายการพัฒนาต่าง ๆ และความเคลื่อนไหวในลักษณะประชาสังคม (ธีระยุทธ บุญมี, 2536 : 188-189 ; ประเวศ วะสี, 2538 : 6-8)

การพัฒนาสาธารณสุขเป็นเพียงระบบย่อยระบบหนึ่งภายใต้ระบบที่ใหญ่กว่าคือ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม (ชนินทร์ เจริญกุล, 2538 : 49) โดยการพัฒนาสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสังคม (อนุชาติ พวงสำลี, 2539 : 135) ซึ่งหมายถึงการปรับปรุงชีวิตตามความเป็นอยู่ของประชาชนในสังคม และการพัฒนาสาธารณสุขมีจุดมุ่งหมายหลักที่สำคัญใน 3 ประการ กล่าวคือ จุดมุ่งหมายการจัดบริการสาธารณสุข (Health Service Objectives) ให้มีความครอบคลุมและเป็นธรรม จุดมุ่งหมายการให้การศึกษาในเรื่องสุขภาพ (Health Education Objectives) และท้ายสุดจุดมุ่งหมายทางสุขภาพอนามัย (Health Outcome Objectives) อันเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดที่ต้องการให้คนมีสุขภาพดีทั้งกาย จิต และดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีปกติสุข (อารี สันทรวี, 2533 : 57) และประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรแห่งสหประชาชาติ ในการประชุม ณ เมือง Alma Ata ประเทศสหภาพโซเวียตรัสเซีย ในปี พ.ศ. 2521 โดยในข้อตกลงดังกล่าวต้องการให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกจัดระบบบริการสาธารณสุขอย่างผสมผสาน เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2000 (Health for All by the year 2000) โดยใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน (WHO, 1978 : 34) และได้บรรจุเป็นนโยบายการสาธารณสุขแห่งชาติในแผนพัฒนาสาธารณสุข ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) (กระทรวงสาธารณสุข, 2535 : 3) โดยทศวรรษแห่งการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2539 : 16-21) ได้ระบุถึงความสำเร็จในการพัฒนาโครงสร้างทางการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งในที่นี้หมายถึง กำลังคน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำสาธารณสุขมูลฐานอื่น ๆ การส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) จนครอบคลุมหมู่บ้านในเขตชนบทเต็มพื้นที่ทั่วประเทศ และในเขตเมืองครอบคลุมร้อยละ 58.7 โดยการพัฒนาเหล่านี้ได้กลายเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนส่งผลให้ระดับความสำเร็จของการพัฒนางานสาธารณสุขสูงขึ้น ขณะเดียวกันในปัจจุบันและอนาคตการพัฒนาสุขภาพมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น เพราะสภาพปัญหาสาธารณสุขไทยอยู่ในลักษณะที่กำลังเผชิญกับทั้งโรคที่เกิดในหมู่คนจน โรคในหมู่นรยและโรคที่เกิดจากสาเหตุของพฤติกรรม และ สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมมีเพิ่มสูงมากขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (สำนักงานนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข, 2539 : 36)

จากความสำเร็จและสภาพปัญหาดังกล่าว ได้บ่งบอกถึงการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาสุขภาพอนามัยที่ไม่อาจจำกัดเฉพาะบทบาทของภาครัฐและชุมชนเพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องประสานความร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด โดยมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนทั้งชีวิตมากกว่ามุ่งพัฒนาเพียงด้านใดด้านหนึ่ง ดังนั้น การพัฒนารูปแบบของความร่วมมือจากทุกฝ่ายจึงมีความสำคัญมากขึ้นจากการศึกษาของ เทียนฉาย กิระนันท์ (2537:63-79) ซึ่งพบความเป็นเอกภาพในการบริหารงานทั้งส่วนกลางและภูมิภาค ทำให้ระบบบริหารการ สาธารณสุขเป็นแนวทางเดียวกันสูง แต่อย่างไรก็ตาม

พบว่าขาดการประสานความเชื่อมโยงการบริการและการพัฒนาสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานของรัฐด้วยกันเองและภาคเอกชนที่จะทำให้เกิดเป็นระบบสาธารณสุขแห่งชาติอย่างแท้จริง สภาพการวางแผนเพื่อพัฒนานโยบายและกลวิธี รวมทั้งการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชน บทบาทหลักยังคงเป็นของกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว งานวิจัยของ ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ (2539 : 164-166) ซึ่งให้เห็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในอนาคตว่า 1) ควรมอบหมายภารกิจบางอย่างให้กับองค์กรพัฒนาเอกชนดำเนินการ โดยรัฐสนับสนุนทั้งสถาบันและการเงิน 2) มอบอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสาธารณสุขพื้นฐาน และการสาธารณสุขมูลฐาน โดยการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและกระทรวงสาธารณสุข 3) จัดระบบของความร่วมมือและประสานการนำนโยบายและแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการปฏิรูประบบราชการ (ปรัชญา เวสารัชช์ และอภิชัย พันธเสน, 2540:51) ที่ต้องการให้ประชาชนดูแลผลประโยชน์ของตนเอง ด้วยการกระจายอำนาจการตัดสินใจและอำนาจการคลังให้ไปอยู่ในหน่วยงานระดับล่างและหน่วยงานนอกภาครัฐให้มากที่สุด และลดบทบาทที่ไม่จำเป็นของภาครัฐลง และในการศึกษาสภาพปัญหาการพัฒนาสาธารณสุขและรายงานผลการวิจัยของสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ (2539 : 13-14) เพื่อกำหนดแผนพัฒนาการสาธารณสุขภายใต้แผนฯ 8 ย้ำถึงปัญหาของการพัฒนาที่ผ่านมาคือ ขาดการประสานความร่วมมือในการพัฒนาสาธารณสุขและสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะความร่วมมือในการกำหนดนโยบาย การวางแผนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งหมายถึงประสิทธิภาพในการจัดกลไกความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน

ดังนั้นในแผนฯ 8 (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539 : 5,7,9-10,69,77-78,87,91-92,305-315) ซึ่งได้กำหนดแนวทางในการพัฒนาโดยมีเป้าหมายที่คน และเน้นให้คนเป็นทั้งผู้รับประโยชน์และเป็นผู้พัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยภายใต้เป้าหมายดังกล่าวได้กำหนดแนวทางการปฏิรูประบบการบริหารจัดการสาธารณสุข และมีสาระสำคัญในการส่งเสริมการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการ กระจายทรัพยากรสู่ภูมิภาคท้องถิ่น ชุมชนและองค์กรเอกชน อีกทั้งส่งเสริมให้มีเครือข่ายการทำงานร่วมกันทุกระดับทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชน องค์กรประชาชน ภาคธุรกิจ นักวิชาการ และสื่อมวลชน ให้เข้ามาร่วมกันกำหนดทิศทางและบริหารการสาธารณสุขของท้องถิ่นนั้น ๆ นอกจากนี้เน้นให้มีการปรับปรุง การประสาน การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยปรับปรุงบทบาทและเพิ่มประสิทธิภาพการวางแผนปฏิบัติระดับจังหวัด โดยมีส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชนเป็นผู้ร่วมรับผิดชอบและบริหารแผนร่วมกัน ซึ่งถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการประสานความร่วมมือเพื่อนำนโยบายและแผนไปสู่การปฏิบัติ และยังเน้นพัฒนากลไกที่มีประสิทธิภาพของความร่วมมือ

ส่วนแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนฯ 8 ภายใต้สาขาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข ได้มีเป้าหมายอย่างชัดเจนในการส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข

มูลนิธิแก่งค้ำบึงปลาและพัฒนาร่วมมือของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสนับสนุนชุมชนในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน โดยภายใต้แผนงานดังกล่าวกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนไปพร้อม ๆ กับการส่งเสริมการกระจายอำนาจการให้บริการสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายพัฒนาให้ครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ และชุมชนพึ่งตนเองได้ทางสาธารณสุขมูลฐาน อีกทั้งประชาชนบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

เห็นได้ว่า การพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนนั้นเป็นกระแสหลักของการพัฒนาในปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ในการพัฒนาชุมชนและท้องถิ่น (รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์, 2540 :134 ; ประเวศ วะสี , 2538 :4) บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการพัฒนาประเทศในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาได้สะท้อนภาพถึงการยื่นเคียงข้างประชาชน ด้วยการปกป้องสิทธิและส่งเสริมศักยภาพของประชาชนและชุมชนให้เข้มแข็ง ดังจะเห็นได้จากการเข้าไปมีส่วนร่วมกับประชาชนในการทำทาบกับอำนาจรัฐและทุน (เอนก นาเคบุตร, 2536:16) เพื่อก่อให้เกิดดุลยภาพใหม่ของการพัฒนา ซึ่งปรากฏความสำเร็จให้เห็นในหลายกรณี เช่น การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม การแก้ไขปัญหาดินทำกิน การแก้ไขปัญหายุทธกรร ปัญหาดึกและเขวชน ปัญหาสตรี การร่วมพัฒนาเมืองน่าอยู่ เป็นต้น (ขวัญทรวง อติโพธิ์, 2538 : 46-224)

ปัจจุบันองค์กรพัฒนาเอกชนไทยมีจำนวนทั้งสิ้น 1,463 องค์กร (สำนักงานวัฒนธรรมแห่งชาติ, 2540) ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสาธารณสุขในทุกด้านรวม 436 องค์กร (ทำเนียบองค์กรพัฒนาเอกชน สาธารณะประโยชน์ กระทรวงสาธารณสุข, 2540) ซึ่งองค์กรเหล่านี้มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการพัฒนาสุขภาพสิ่งแวดล้อม (38 องค์กร) การพัฒนาด้านเอดส์ (158 องค์กร) การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ การวางแผนครอบครัว การพัฒนาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย (89 องค์กร) โดยทำงานในนามสมาคมแพทย์แผนไทย (28 องค์กร) (มาโนช วาamanan, 2540 : 1-3) นอกจากนี้ยังมีบทบาทด้านอื่น ๆ ซึ่งในการพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานได้ส่งเสริมให้มีการจัดกลไกของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน ด้วยการจัดตั้งศูนย์ประสานงานภาครัฐและเอกชนเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานทั้งในระดับประเทศและระดับภาคภายใต้การพัฒนาดังกล่าว พบปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในหลายประการ ได้แก่ ปัญหาการประสานนโยบายและแผน ปัญหาด้านทรัพยากรและความต่อเนื่องของกิจกรรม อีกทั้งขาดการพัฒนาเพื่อจัดรูปแบบความร่วมมือ โดยเฉพาะในระดับจังหวัดและท้องถิ่น เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงการพัฒนาาร่วมกับชุมชน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540 : 1-4) สอดคล้องกับข้อเสนอขององค์กรพัฒนาเอกชน ที่ต้องการให้เกิดรูปแบบการประสานความร่วมมืออย่างแท้จริงและเหมาะสม ในการสนับสนุนเครือข่ายองค์กรประชาชนและชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง (คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชนภาคอีสาน, 2539 : 4-8)

ความสำเร็จในการพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ อันได้แก่ ประการแรก เป็นเรื่องของพัฒนาบรรยากาศของความร่วมมือภายใต้ความจริงใจซึ่งกันและกัน ประการที่สอง การจัดกลไกและรูปแบบของความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพสนองตอบต่อปัญหาและความต้องการของแต่ละท้องถิ่น ประการสุดท้าย การพัฒนาการสนับสนุนทางการบริหาร เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายความร่วมมือและความต่อเนื่องในการพัฒนา (คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชนภาคอีสาน, 2539 : 4-16 ; เสวตลักษณ์ หนูรักษา, 2539 : 56 ; ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ , 2540 : 6-8 ; เรวัตร ชาตรีวิศิษฐ์, 2539 : 116-117,119-120) โดยความคาดหวังของความร่วมมือในระดับสูงสุด คือ การก่อให้เกิดความเป็นทีมและสามารถพัฒนางานได้อย่างบรรลุผลตามเป้าหมายร่วมกัน (เรวัตร ชาตรีวิศิษฐ์, 2539 : 120)

จากความเป็นและความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงให้ความสนใจต่อการพัฒนารูปแบบความร่วมมือระหว่างภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน โดยเฉพาะรูปแบบความร่วมมือในการนำนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานไปสู่การปฏิบัติระดับจังหวัด ด้วยเหตุผลที่สรุปให้เห็นในเบื้องต้น ซึ่งจากการศึกษาจะทำให้ทราบสภาพปัจจุบัน ปัญหา ความต้องการและความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน และนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้สร้างรูปแบบความร่วมมือเพื่อใช้เป็นข้อเสนอแนะทางการบริหารในการพัฒนาความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนให้สามารถนำนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานไปสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความร่วมมือระหว่างภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ในการนำนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานไปสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน จากข้อเสนอที่สามารถแก้ปัญหาได้ในการนำนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานไปสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด

1.3 บรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3.1 แนวความคิดเกี่ยวกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง

1.3.1.1 ความหมายและความสำคัญของนโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะ คือ นโยบายที่ถูกกำหนดขึ้นโดยรัฐบาล ซึ่งอาจจะเป็นองค์กรหรือตัวบุคคลที่มีอำนาจหน้าที่โดยตรงตามกฎหมายภายใต้ระบบการเมืองนั้น ๆ ทั้งนี้ นโยบายสาธารณะจะครอบคลุม

ตั้งแต่สิ่งที่รัฐบาลตั้งใจว่าจะกระทำหรือไม่กระทำ การตัดสินใจของรัฐบาลในการแบ่งสรรทรัพยากร หรือคุณค่าต่างๆ ในสังคม กิจกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของรัฐบาล รวมจนถึงผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง อันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นคิดตามมาจากการดำเนินงานของรัฐบาล (Thomas R. Dye, 1984 : 1 ; Robert L. Lineberry, 1981 : 8)

ความสำคัญของนโยบายสาธารณะนั้นมีหลายประการกล่าวคือช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ ก่อให้เกิดการประสานงานและช่วยให้ผู้บริการสามารถมอบอำนาจหน้าที่ได้ตรงกับสมรรถภาพขององค์การ และความจำเป็นในการพัฒนา ซึ่งก่อให้เกิดความมั่นคงและความร่วมมือเพราะผู้เกี่ยวข้องเข้าใจถึงทิศทางและเป้าหมาย (Joseph L. Massie และ John Douglas ; อ้างใน ประชุม รอดประเสริฐ, 2539 : 17)

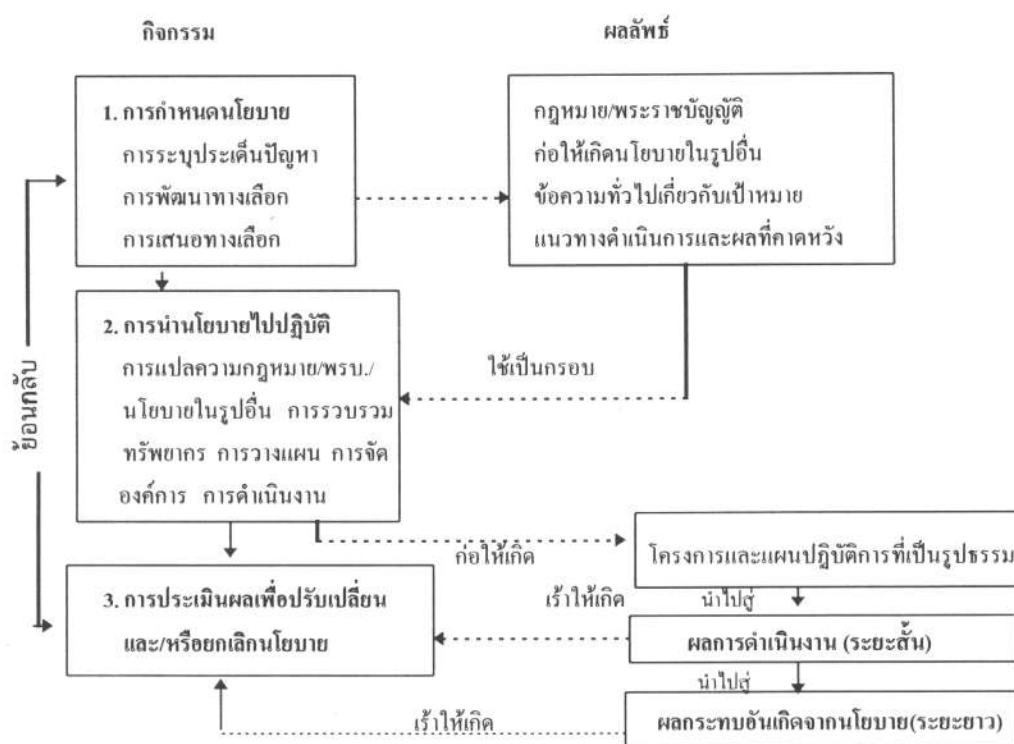
ส่วนลักษณะของนโยบายสาธารณะที่ดีควรจะต้องมีองค์ประกอบสองส่วนกล่าวคือในส่วนแรกจะต้องมีความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของนโยบายว่าจะทำอะไร เมื่อไหร่ ทำใด และอย่างไร เพื่อให้นโยบายดังกล่าวสามารถถูกนำไปปฏิบัติให้บรรลุผลต่อไป ในส่วนที่สองจะต้องสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคมโดยรวม และสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมด้านต่าง ๆ อันจะมีผลกระทบต่อความต้องการของประชาชนและสังคมในอนาคต (ทศพร ศิริสัมพันธ์, 2539 : 13-15)

กระบวนการนโยบายสาธารณะ ทศพร ศิริสัมพันธ์ (2539 : 122-124) ได้จำแนกลำดับขั้นตอนหรือช่วงวงจรชีวิตของนโยบายสาธารณะเป็นขั้นตอนใหญ่ ๆ 5 ขั้นตอน โดยสรุปให้เห็นดังนี้ (1) ขั้นตอนการก่อตัวของนโยบาย (policy formation) : การก่อตัวของนโยบายอาจจะมาจากการผลักดันหรือนำเสนอประเด็นปัญหาโดยบุคคลและกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สภาพปัญหาและความต้องการ รวมทั้งสภาพการณ์ต่าง ๆ อันเป็นปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดนโยบาย (policy determinants) (2) ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย (policy formulation) : การกำหนดนโยบายเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการระบุประเด็นปัญหา การพัฒนาทางเลือกต่าง ๆ (policy alternatives) เพื่อทำการพิจารณาตัดสินใจและอนุมัติเห็นชอบในขั้นสุดท้าย โดยผู้กำหนดนโยบายที่มีอำนาจหน้าที่อย่างเป็นทางการ (3) ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (policy implementation) : เป็นการแปลความ การรวบรวมทรัพยากร วางแผน จัดองค์กร การดำเนินงาน (4) ขั้นตอนการประเมินผลนโยบาย (policy evaluation) : การประเมินผลนโยบายเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่คิดตามมาจากหรือนำเอาไปปฏิบัติว่าบรรลุผลตรงตามประสงค์ที่วางไว้หรือไม่ อย่างไร และยังคงครอบคลุมถึงการพิจารณาตรวจสอบถึงผลกระทบ (impact) ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบที่เกิดขึ้นจริง รวมทั้งความคุ้มค่าด้านต่างๆ (cost-effectiveness) ของตัวนโยบาย (5) ขั้นตอนการต่อเนื่อง การทดแทนและการสิ้นสุดนโยบาย (policy maintenance succession & termination) : การต่อเนื่อง ทดแทน และสิ้นสุดนโยบายนี้จะเกี่ยวข้องกับการพิจารณาบทวนเพื่อทำการคงสภาพหรือเปลี่ยนแปลง และยกเลิกสิ้นสุดตัวนโยบาย โดยการพิจารณาดังกล่าวนี้นี้มักจะอาศัยข้อเท็จจริงจากการประเมินผลนโยบาย ในกรณีที่มีการยกเลิกสิ้นสุดนโยบาย หมายความว่าวงจรชีวิตของนโยบายได้จบลง ส่วนในกรณีที่มีการทดแทนนโยบาย หมายความว่า

วงจรชีวิตของนโยบายกำลังจะเริ่มต้นขึ้นใหม่ อย่างไรก็ตาม นโยบายสาธารณะโดยส่วนใหญ่มักจะได้รับการต่อเนื่องหรือแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิมเพียงเล็กน้อย

1.3.1.2 การนำนโยบายไปปฏิบัติและปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ : ประชุม รอดประเสริฐ (2535 : 52) ให้ความหมายว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกระบวนการ ในการถ่ายทอดแนวคิดที่ได้รวบรวมไว้แล้วอย่างมีระบบไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และ สุรนาท ขมะณะรงค์ (2539, 129) ให้ข้อสังเกตใน 2 ประการ (1) การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเป็นกระบวนการที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และแต่ละขั้นตอนมีความสัมพันธ์กันตลอดเวลา (2) การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นการดำเนินการให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายของนโยบาย นั่นคือ ก่อนที่จะนำไปปฏิบัติต้องมีต้นนโยบายก่อนมีเป้าหมาย และวัตถุประสงค์กำหนดไว้ และได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติกับขั้นตอนอื่นในกระบวนการนโยบาย มีดังแผนภูมิต่อไปนี้ (สุรนาท ขมะณะรงค์, 2539 : 138)



แผนภูมิที่ 1 : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการนำนโยบายไปปฏิบัติกับขั้นตอนอื่นในกระบวนการนโยบาย

จากความสัมพันธ์ดังกล่าว ชี้ให้เห็นองค์ประกอบสำคัญของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย (1) การแปลความนโยบาย (2) การรวบรวมทรัพยากร (3) การวางแผน (4) การจัดองค์การ (5) การดำเนินงาน ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับลักษณะพิเศษที่สำคัญของการนำนโยบาย

ไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมี 5 ประการ คือ (Riplay and Franklin, อ้างใน สุรนาท ขมะณรงค์, 2539 : 130-136) (1) มีผู้เกี่ยวข้องมากมาย เนื่องจากนโยบายเป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อทุกคน ทุกกลุ่ม ดังนั้นจึงเปิดกว้างเสรีให้คนทุกกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมและเลือกฝ่ายที่เป็นแนวร่วม ร่วมกำหนดวิธีการของตนเอง (2) ผู้เกี่ยวข้องเหล่านี้มักมีวัตถุประสงค์ที่หลากหลายและแตกต่างกันในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากหลายประการและในทางปฏิบัติแล้วไม่มีวัตถุประสงค์ใดในค่านโยบายที่ทุกคนทุกกลุ่มเห็นพ้องต้องกันทั้งหมด (3) ในการนำนโยบายไปปฏิบัติในระยะต่อมามีการขยายขอบเขตของนโยบาย (4) มีความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานจากหลายหน่วยในหลายระดับ (5) ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์และปัจจัยภายนอกด้วย

ซึ่งการนำนโยบายไปใช้หรือไปปฏิบัตินั้น ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงและเกี่ยวข้องในหลายประการได้แก่ (Hogwood & Gunn, 1984 : 197)

1. กำลังคน (Manpower) และความรู้ความสามารถรวมทั้งทักษะที่จะใช้หรือปฏิบัติในแต่ละโครงการย่อย (Program) ของนโยบายสอดคล้องกับข้อสังเกตของ ทรอปแมนและคลูไฮ (Tropman & Dluhy, อ้างใน ทศพร ศิริสัมพันธ์, 2539 : 144) ที่ว่าความสำคัญหรือความล้มเหลวของการปฏิบัติตามนโยบายขึ้นอยู่กับทรัพยากรมนุษย์ที่มีความสามารถ และ ลอง (Norton Long) ได้ให้การสนับสนุนด้วยว่า การนำนโยบายไปใช้ด้วยความสำเร็จได้นั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการบริหารของหน่วยงานนั้น นอกจากนี้ยังจะต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษกับการจูงใจทรัพยากรมนุษย์เหล่านั้นด้วย ต้องพยายามทำให้กำลังคนเหล่านั้นปฏิบัติตามหรือใช้นโยบายอย่างมีทักษะชนิดมืออาชีพ (Professional skill) และผูกพันดำเนินการกับนโยบายนั้นจนบรรลุเป้าหมายที่ปรารถนาหรือกำหนดไว้

2. แหล่งที่มาและการสนับสนุน ทั้งทางด้านทุนทรัพย์ที่เป็นเงิน ที่เป็นกำลังงาน องค์การหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และยังคงจัดระบบการควบคุมกำกับให้มีประสิทธิภาพ

3. ความสัมพันธ์กับสถาบัน หน่วยงาน และกลุ่มผู้สนใจจากภายนอก โดยพยายามให้หน่วยงานอื่น ๆ ร่วมมือ (Cooperation) สนับสนุนนโยบายหรือโครงการที่ได้กำหนดไว้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวย่อมจะประกันได้ว่านโยบายที่ปฏิบัติหรือนำมาใช้นั้นจะประสบกับผลสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสุรนาท ขมะณรงค์ (2539, 147-149)

4. ผลประโยชน์ของกลุ่มบุคคลเป้าหมาย ได้รับจากโครงการหรือนโยบายหรือไม่มีความเป็นจริงเพียงใด หรือตรงกับความต้องการมากน้อยเพียงใด

บังกอร์ (Douglas R.Bunker, 1976:137-138, อ้างใน ประชุม รอดประเสริฐ, 2539 : 54) ได้เสนอกระบวนการในการนำนโยบายไปใช้หรือนำไปปฏิบัติดังต่อไปนี้ (1) กำหนดเฉพาะเจาะจงจุดมุ่งหมายย่อยในเชิงปฏิบัติของนโยบาย (2) ระบุถึงทักษะที่จำเป็นและบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติหรือผู้ใช้นโยบายนั้นโดยชัดเจน (3) กำหนดมาตรฐานในการสรรหาและการพัฒนาทักษะของผู้ปฏิบัติหรือผู้ใช้นโยบายนั้น (4) กำหนดเฉพาะเจาะจงถึงโครงสร้างและวิธีการในการควบคุมนโยบาย (5) เลือกเฉพาะ

เป้าหมายที่มีความสำคัญมาก ๆ แล้วนำไปปฏิบัติก่อนหลังตามลำดับโดยถือตามความจำเป็นและความเหมาะสมเป็นหลัก (6) กำหนดเฉพาะเจาะจงถึงสัมพันธภาพกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ

สรุปได้ว่าการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัตินั้นเป็นกระบวนการที่มีผู้เกี่ยวข้องมากมาย และต้องผสมผสานแนวคิดต่าง ๆ ให้สอดคล้องทั้งความสามารถของบุคคลหรือองค์กร รวมทั้งทรัพยากร แล้วพยายามให้นโยบายที่นำไปปฏิบัติบรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจ

ส่วนประเด็นที่มักจะประสพอยู่ทั่วไปเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ ก็คือ ปัญหาช่องว่างของการนำนโยบายไปปฏิบัติหรือความไม่สมบูรณ์ของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดและความไม่แน่นอนของสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติไม่ประสบความสำเร็จได้แก่ (ทศพร ศิริสัมพันธ์, 2539 : 145)

1. เกิดจากปัญหาในการบริหารงาน (bad execution) ของหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น ขาดระบบการวางแผนและการควบคุมผลงานที่ดี ขาดสมรรถภาพด้านต่างๆ มีจำกัด เกิดความขัดแย้งภายในและผู้ปฏิบัติต่อต้านไม่ยอมรับ เป็นต้น

2. เกิดจากปัญหาในด้านนโยบาย (bad policy) ซึ่งก่อให้เกิดความยุ่งยากในการนำไปปฏิบัติ เช่น ต้องอาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลหลายฝ่ายเป็นอย่างมาก บุคคลฝ่ายต่างๆ ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาขัดขวางข่มขู่ประทุษร้ายการปฏิบัติตามนโยบาย เป็นต้น หรือด้านนโยบายเองมีความสับสนขัดแย้งกัน และขาดหลักเหตุผลที่ถูกต้องในการเชื่อมโยงทรัพยากร กิจกรรม ผลผลิต และผลลัพธ์ของนโยบายเข้าด้วยกัน

3. เกิดจากการที่โชคไม่เข้าข้าง (bad luck) โดยเฉพาะสถานการณ์ต่าง ๆ ทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมไม่เอื้อต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น น้ำท่วม ภัยแล้ง เกิดจากความผันผวนทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรงหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เป็นต้น

นอร์ตัน ลอง (Norton Long), อ้างใน ประชุม รอดประเสริฐ, 2539 : 51-52) ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแรก (1) ปัญหาจากการขาดการสนับสนุนอย่างแท้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงและนักการเมือง ซึ่งจะทำให้นำนโยบายไปใช้ไม่สามารถปฏิบัติตามนโยบายนั้นได้ (2) ปัญหาจากการที่มีได้คาดการณ์ไว้ก่อนล่วงหน้า (3) ปัญหาจากการขาดทรัพยากรที่จำเป็นในการนำนโยบายไปใช้ เช่น การขาดทุนทรัพย์ ขาดผู้มีความรู้ ความชำนาญ และรวมไปถึงการขาดโครงสร้างในการบริหารนโยบายนั้น (4) ปัญหาขาดมาตรฐานที่แน่นอนในการติดตามผลการใช้นโยบาย

เมื่อพิจารณาจากปัจจัยส่งเสริมและปัญหาอุปสรรคในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีหลายประการที่สำคัญ คือ ความชัดเจนของนโยบาย สมรรถนะขององค์กร การยอมรับสนับสนุน และความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และผู้รับผลประโยชน์จากนโยบายการสนับสนุนทางการบริหารของรัฐ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนั้นๆ อีกทั้ง

สถานการณ์แวดล้อม ซึ่งความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเป็นส่วนสำคัญของการศึกษานี้

1.3.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการนำนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานไปสู่การปฏิบัติ

1.3.2.1 พัฒนาการของแนวความคิดในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน

จากความเป็นมาของการสาธารณสุขมูลฐาน โดยประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรแห่งสหประชาชาติ ในการประชุม ณ เมือง Alma-Ata ประเทศสหภาพโซเวียตรัสเซีย ว่าด้วยการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างผสมผสาน เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี ค.ศ. 2000 (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2527 : 13-14) และได้บรรจุเป็นนโยบายการสาธารณสุขแห่งชาติในแผนพัฒนาสาธารณสุข ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) อีกทั้งยืนยันในนโยบายดังกล่าวมาจนถึงปัจจุบัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2535 : 46-50 ; สำนักงานนโยบายและแผน, 2540 : 2)

ส่วนความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคนและทุกครอบครัวในชุมชน โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคน ด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศจะรับได้ นอกจากนี้ การสาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนผสมผสานของระบบบริการสาธารณสุข และระบบการพัฒนาทางสังคม เศรษฐกิจของประเทศ โดยมีหลักการในการปฏิบัติที่สำคัญคือ (1) การมีส่วนร่วมของชุมชน : ให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุข (2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม : มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้ (3) การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน : ระบบบริการของรัฐ (Basic Health Service) และระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐ จะต้องปรับให้เชื่อมต่อและรองรับระบบการสาธารณสุขมูลฐาน (4) การผสมผสานกับงานอื่น ๆ : การสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานการพัฒนาในทุกด้าน อีกทั้งประสานและส่งเสริมความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน (WHO, 1978 : 34)

ในแง่ของพัฒนาการด้านแนวคิดในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน หัวใจสำคัญ คือ การพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน (Self-Care) โดยในอดีตการพัฒนาที่ผ่านมา หากวิเคราะห์ตามการกำหนดกรอบระดับความเข้มของการมีส่วนร่วม ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ (บุญชร แก้วส่อง, 2537 : 112) **ระดับที่ 1** ระดับการมีส่วนร่วมเทียม (Pseudo-participation) หรือการมีส่วนร่วมแบบถูกกระทำ (Passive participation) คือ ผู้เข้าร่วมไม่มีอำนาจใดๆ ในการตัดสินใจ แต่เป็นฝ่ายกระทำการตัดสินใจของบุคคลอื่นเท่านั้น **ระดับที่ 2** ระดับการมีส่วนร่วมบางส่วน (Partial participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้ ผู้เข้าร่วมมีส่วนในการเสนอความคิดเห็น แต่อำนาจในการตัดสินใจจะอยู่ที่บุคคลอื่น **ระดับที่ 3** ระดับการมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine participation) ซึ่งความคิดเห็นของบุคคลที่เข้าร่วมได้รับการรับฟังและยอมรับเป็นส่วนใหญ่ แสดงให้เห็นว่าอำนาจการตัดสินใจอยู่ที่ผู้เข้าร่วม ผลงานวิจัย

ที่ผ่านมาในช่วงสองทศวรรษจนถึงปัจจุบันยังชี้ให้เห็นว่าคุณภาพของการมีส่วนร่วมของประชาชนส่วนใหญ่ในการพัฒนาการสาธารณสุข ยังอยู่ในระดับที่เป็นผู้ร่วมกระทำ (ระดับ 1 : ตามแนวคิดของ บัญชร แก้วส่อง) โดยบทบาทชั้นนำและตัดสินใจส่วนใหญ่อยู่ที่เจ้าหน้าที่ของรัฐ (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2531 : 40 ; ธงชัย สาระกุล , 2538 : 20-24 ; สำนักนโยบายและแผนและคณะ, 2539 : 119)

พัฒนาการด้านแนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานและการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ถูกพัฒนามาตลอดกล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2521 คำว่า “การมีส่วนร่วมของชุมชน” (Community Participation) เริ่มใช้เป็นครั้งแรกภายหลังการประชุมองค์การอนามัยโลก ณ กรุง Alma-Ata ซึ่งหมายถึงกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีบทบาทรับผิดชอบด้านสวัสดิการและด้านสาธารณสุขของตนเองรวมทั้งชุมชนของตนเอง ทั้งนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ล่วงหน้า จะเห็นว่า ความหมายดังกล่าวมุ่งไปที่ผลของการมีส่วนร่วม (ซึ่งหลายกรณีองค์กรภายนอกชุมชนเป็นผู้กำหนดผลที่ต้องการให้เกิดขึ้น) มากกว่าการให้ความสำคัญที่กระบวนการของการมีส่วนร่วม (WHO, 1978 : 34)

ในปี พ.ศ. 2532 “การเข้าร่วมของชุมชน” (Community Involvement) เริ่มนิยามมากกว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน เพราะสามารถแสดงถึงความร่วมมือของบุคคลในเชิงลึกมากกว่าและกว้างกว่า องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการเข้าร่วมของชุมชนว่า “เป็นกระบวนการที่ประชาชน (หมายถึงบุคคลหรือกลุ่มบุคคล) แสดงถึงสิทธิของเขาโดยมีบทบาทโดยตรง (direct role) และเป็นฝ่ายกระทำ (active role) ต่อการพัฒนาสาธารณสุขขั้นมูลฐาน” หรืออีกนัยหนึ่งจะหมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วน (partnership) ระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคลกับองค์กรภาครัฐและองค์กรภาคเอกชน ในการวางแผนการดำเนินงานและการควบคุมกิจการสาธารณสุข โดยใช้ทรัพยากรทั้งในและนอกท้องถิ่น ในความหมายทั้ง 2 นัย แสดงให้เห็นว่า “การเข้าร่วมของชุมชน” คาดหวังว่าบุคคลและครอบครัวจะมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง รวมทั้งสุขภาพและสวัสดิการของชุมชนและพวกเขาพร้อมที่จะพัฒนาศักยภาพเพื่อสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพของชุมชนตนเอง (Oakley, 1989) ต่อมาในปี พ.ศ. 2536 แนวคิดเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลกเสนอให้สมาชิกส่งเสริมการปฏิบัติการด้านสาธารณสุขของชุมชน (community action for health) โดยความหมายของ “การปฏิบัติการด้านสาธารณสุขของชุมชน” ไม่ได้แสดงถึงความเป็นหุ้นส่วนระหว่างชุมชนกับองค์กรด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังแสดงถึงบทบาทกระทำการก่อน (pro-active role) ของชุมชน และภารกิจกับวัตถุประสงค์ที่แน่นอนขององค์กรด้านสาธารณสุขที่จะแบ่งอำนาจ (power-sharing) มากกว่าจะสนับสนุนการมีส่วนร่วมในบริบทของการปฏิบัติการด้านสาธารณสุขของชุมชน (WHO, 1993) และในปี พ.ศ. 2539 องค์การอนามัยโลกได้ใช้คำขวัญ “Healthy Cities” เพื่อปลุกเร้าให้ประเทศทั่วโลกสนับสนุนการพัฒนาให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีบทบาทอย่างเต็มที่ในการพัฒนาตนเอง โดยความหมายและลักษณะของเมืองน่าอยู่ คือ เมืองที่มีการสร้างสรรค์และปรับปรุงทั้งด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมสังคมอย่างต่อเนื่อง ร่วมระดมทรัพยากรชุมชน และประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยมีเป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดี (WHO, 1995:1) และเมืองจะน่าอยู่หรือเมืองสุขภาพดี

ถ้วนหน้า เกิดจากการพัฒนาทั้งสุขภาพและคุณภาพชีวิตไปพร้อมๆ กัน ภายใต้ความร่วมมือของชุมชนของท้องถิ่นและประเทศชาติโดยรวม (ไชยยันต์ กัมปนาทแสนยากร, 2538 : 2)

จะเห็นได้ว่าพัฒนาการของแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานในปัจจุบันและอนาคตมุ่งสู่ลักษณะที่ชุมชนสามารถจัดบริการสาธารณสุขด้วยชุมชนเอง (Community Action for Health) โดยความร่วมมือของประชาชนผู้มีความรู้ความสามารถ (Individual Health Self Care) และครอบครัวที่มีความพร้อมในการดูแลสุขภาพของครอบครัวตนเอง (Health Self Care at Home) ไปพร้อม ๆ กับการสนับสนุนการบริหารจัดการและบริการสาธารณสุข อีกทั้งส่งเสริมกลไกของสังคมโดยเฉพาะในระดับท้องถิ่นเข้ามาร่วมมือกัน ดังจะเห็นได้จากแนวคิดการพัฒนาเมืองน่าอยู่ (Healthy Cities) หรือเมืองสุขภาพดีนั่นเอง (กระทรวงสาธารณสุข, 2535: 16-18 ; สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540 : 19-26 ; คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข , 2539 : 309) จากแนวคิดดังกล่าวอธิบายให้เห็นว่า จากบทบาทในอดีตที่ภาครัฐพยายามให้ประชาชนหรือภาคอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา เปลี่ยนแปลงไปสู่ความพยายามเข้าร่วมกับชุมชนและหน่วยงานอื่นๆ ที่นอกเหนือจากภาครัฐในการพัฒนาภายใต้อำนาจที่เท่าเทียมกัน ภายใต้การส่งเสริมยุทธศาสตร์การพัฒนาชุมชนและท้องถิ่น (รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์, 2540 : 141)

1.3.2.2 วิวัฒนาการของการบริหารจัดการ เพื่อนำนโยบายสาธารณสุขมูลฐานไปสู่การปฏิบัติ

จากการศึกษาและอธิบายวิวัฒนาการของการนำนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานไปสู่การปฏิบัติเพื่อความเข้าใจที่แจ่มชัดมากขึ้น ผู้ศึกษาได้ศึกษาเฉพาะการบริหารจัดการและแบ่งยุคของการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญเป็น 3 ยุค คือ

ยุคแรก แผนฯ 4 (พ.ศ. 2520-2524) - แผนฯ 5 (พ.ศ. 2525-2529) : ยุคของการบริหารจัดการเพื่อพัฒนากำลังคนและกระจายแนวคิดด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ระดมทรัพยากรจากชุมชน ศึกษานวัตกรรม (Inovation) และจัดระบบสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาด้านอื่นๆ

โดยในยุคนี้เป็นจุดเริ่มของนโยบายการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งบรรจุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเกิดขึ้นในการพัฒนากำลังคน เพื่อให้เข้าใจการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน โดยขบวนการพัฒนาครูฝึกทางการสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ครูฝึกเหล่านี้มีบทบาทสำคัญทั้งในการกระจายแนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐาน อีกทั้งส่งเสริมการฝึกอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสข.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดมทรัพยากรในการจัดบริการสาธารณสุขจากชุมชน ภายใต้ภาวะที่รัฐมีข้อจำกัด คือการจัดตั้งกองทุนยาประจำหมู่บ้าน สภาพการบริหารจัดการในยุคนี้จึงเป็นการคัดเลือกผู้มีความรู้ความสามารถเข้าร่วมในการบริหารโครงการสาธารณสุขมูลฐาน โดยคัดเลือกจากกองสาธารณสุขภูมิภาค กองสุขศึกษา กองฝึกอบรม และกองแผนงานสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นผู้ประสานงานส่วนกลาง ขณะเดียวกันได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ เพื่อเป็นองค์การบริหาร

ค่านโยบาย แผนงาน และควบคุมกำกับประเมินผล (ปีพ.ศ. 2522) และตั้งสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (พ.ศ. 2523) ความสำเร็จของการพัฒนาในยุคนี้จึงเป็นเรื่องของทรัพยากรบุคคลและกระจายความครอบคลุมการบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกัน ผสส. และ อสม. ได้รับการอบรมจำนวนครอบคลุมทุกจังหวัดของหมู่บ้านทั้งหมดทั่วประเทศ และมีกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านกระจายอยู่ทั่วไป อีกทั้งเพิ่มนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการพัฒนา และเพิ่มองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานจาก 8 องค์ประกอบเป็น 10 องค์ประกอบ

ยุคที่สอง แผนฯ 6 (พ.ศ. 2530-2534) - แผนฯ 7 (พ.ศ. 2535-2539) : ยุคแห่งการกระจายอำนาจการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานสู่จังหวัด และปรับปรุง แนวคิดด้านการสาธารณสุขมูลฐาน และในส่วนปลายของยุคนี้เป็นการปรับปรุงคุณภาพของการสาธารณสุขมูลฐาน ยกระดับ ผสส. เป็น อสม. ทั่วประเทศ ส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองและเร่งรัดให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า

โดยในช่วงแผนฯ 6 (พ.ศ. 2530-2534) : เป็นช่วงของการพัฒนาการกระจายอำนาจการบริหารสาธารณสุขมูลฐานสู่จังหวัดและอำเภอ และส่งเสริมการกระจายอำนาจด้วยการปรับปรุงการบริหารและสนับสนุนทรัพยากร โดยเฉพาะงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์แก่จังหวัดรวมทั้งชุมชน ในช่วงปลายของยุคนี้ แผนฯ 7 (พ.ศ. 2536-2537) ได้ปรับปรุงโครงสร้างการบริหารจัดการพัฒนาระบบการประสานงานในระดับเขต โดยแบ่งเขตนิเทศงานสาธารณสุขออกเป็น 12 เขต และปรับปรุงองค์การบริหารภายใต้โครงการเร่งรัดพัฒนาการสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าโดยอาศัยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขต 12 เขต ปรับปรุงและพัฒนาคณะกรรมการจังหวัด อำเภอ ตำบล ความสำเร็จของยุคนี้ คือ การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมีรูปธรรมมากขึ้น มีการกำหนดเครื่องชี้วัดการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าทั้งในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัดและประเทศ ส่งผลต่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าของชุมชนโดยแยกเป็น ชนบท ร้อยละ 82.5 เขตเมือง ร้อยละ 45.8 ส่วนปัญหาอุปสรรคในยุคนี้เป็นรอยต่อที่สำคัญของการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งปัญหาที่พบและสำคัญ ได้แก่ คุณภาพของการมีส่วนร่วม ปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการเพื่อส่งเสริมชุมชนและท้องถิ่นในการพัฒนาสุขภาพเพื่อพวกเขาเอง รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและแผนงานสาธารณสุขในระดับชาติ และปัญหาความร่วมมือในการนำนโยบายและแผนดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติโดยเฉพาะในระดับจังหวัด (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540 : 1-4 ; กระทรวงสาธารณสุข, 2535:29-32 ; สำนักนโยบายและแผนและคณะ, 2539:40)

ยุคปัจจุบัน แผนฯ 8 (พ.ศ. 2540-2544) : เน้นคุณภาพของความร่วมมือ โดยปรับปรุงแนวคิดการสาธารณสุขที่เน้นให้ชุมชนปฏิบัติการพัฒนาสาธารณสุขด้วยชุมชนเอง (Community Action For Primary health Care) และพัฒนาให้ครอบครัวมีสุขภาพดี โดยครอบครัวพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ (Family Health Self Care at Home) และเน้นเป้าหมายที่ชัดเจนมากขึ้นเพื่อสร้างความครอบคลุม

องค์กรส่วนกลางในระดับกระทรวง : มีคณะกรรมการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกและประสานการสนับสนุน ทั้งทางวิชาการและทรัพยากรของกรมและกองต่าง ๆ โดยมีแนวคิดที่ว่า คณะกรรมการดังกล่าวมีผู้แทน ประกอบด้วย กรมต่าง ๆ สำนักตรวจราชการ โดยมีสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นเลขานุการกองโรงพยาบาลภูมิภาค กองสาธารณสุขภูมิภาค กองสุขศึกษา ฯลฯ

องค์กรระดับเขต : มีคณะกรรมการประสานงานพัฒนาสาธารณสุขระดับเขต (คปสข.) มีศูนย์วิชาการต่างๆ ผู้แทนกรม กอง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นองค์ประกอบ ทำหน้าที่ประสานงานสนับสนุนด้านวิชาการและทรัพยากรแก่จังหวัดในเขตของตน

องค์กรระดับจังหวัด : มีคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลและตัวแทนกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (กระทรวงสาธารณสุข, มหาดไทย (กรมพัฒนาชุมชน), ศึกษาธิการ, เกษตรและสหกรณ์, อุตสาหกรรม, แรงงานและสวัสดิการสังคม) รวมทั้งภาคเอกชนมีหน้าที่จัดทำแผนและดำเนินการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในจังหวัด

องค์กรระดับอำเภอและตำบล : เน้นบทบาทของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อันประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (สสอ.) ควบคุมไปกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน หากในระดับอำเภอมีหน่วยปกครองส่วนท้องถิ่นก็ใช้ คปสอ. เป็นผู้ประสานงาน

อาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรชุมชน : เน้นการปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนมากกว่าการเป็นกลไกส่วนหนึ่งของภาครัฐ โดยมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล, องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น) และกรรมการหมู่บ้านเป็นองค์กรหลักในระดับชุมชน

2) กระจายอำนาจการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานไปสู่ระดับจังหวัด และท้องถิ่น โดยมอบอำนาจการบริหารจัดการให้แก่จังหวัด และจัดสรรงบประมาณในหมวดเงินอุดหนุนทั่วไป คิดเป็นหน่วยต่อชุมชน (Unit cost) ในส่วนของภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้พยายามพัฒนารูปแบบของความร่วมมือ และเพิ่มขีดความสามารถของท้องถิ่นในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540 : 9)

ในด้านแนวคิดการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในระดับจังหวัด ปัจจุบันได้นำเอาแนวคิดของบราวน์ (Lori Diprete Brown, 1993) มาใช้ โดยแนวคิดดังกล่าว เขียนไว้ในเอกสาร Primary Health Care Management Advancement Module มีองค์ประกอบสำคัญของการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน 8 องค์ประกอบ กล่าวคือ (1) การวางแผน (Planning) : เป็นการกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหาและกำหนดวัตถุประสงค์แนวทางสำหรับการบริหารเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์เหล่านั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำแผนความต้องการพัฒนาด้านต่างๆ ทั้งในส่วนแผนค่าของงบประมาณ แผนปฏิบัติรายปี และแผนการพัฒนางานสาธารณสุขที่รับผิดชอบ ซึ่งจะเป็นแนวทางให้เห็นการทำงานที่เป็นระบบและสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ที่จะต้องดำเนินการเร่งด่วน

เพื่อนำไปสู่การบริหารงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีประสิทธิภาพ (2) **การบริหารงานบุคคล** (Personnel Management) : การดำเนินการเกี่ยวกับทรัพยากรบุคคล เพื่อให้มีความพอเพียง และมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน (3) **การฝึกอบรม** (Training) : กระบวนการพัฒนาความรู้ ทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงาน (4) **การนิเทศติดตาม** (Supervision) : การแนะนำ การสนับสนุน การช่วยเหลือให้การบริหารงานตามหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (5) **การจัดการสิ่งสนับสนุน** (Logistics management) : การจัดหา การเก็บรักษาและการสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ในการทำงาน (6) **การจัดการงบประมาณ** (Financial management) : การระดมทรัพยากรเพื่อใช้ดำเนินงาน (7) **การจัดการข้อมูลข่าวสาร** (Information management) : การรวบรวมข้อมูล รายงานและการใช้ข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารงาน (Management Information System : MIS) (8) **การจัดองค์กรชุมชน** (Community organization) หมายถึง การดำเนินการเกี่ยวกับชุมชนเพื่อให้ชุมชนเกิดความร่วมมือในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานในรูปแบบที่เหมาะสม

กล่าวโดยสรุป จากพัฒนาการของแนวคิดและวิวัฒนาการของการบริหารจัดการ ในการนำนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานไปสู่การปฏิบัติ และแนวคิดการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการของแนวคิดที่สำคัญใน 3 ประการ ตั้งแต่ระดับชุมชนไปจนถึงฝ่ายสนับสนุน กล่าวคือ (1) การปฏิบัติการสาธารณสุขของชุมชน (Community Action For Primary Health Care) (2) การสนับสนุนอย่างเข้มแข็งของท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภายใต้ความร่วมมือจากทั้งภาครัฐและเอกชน ตามแนวคิดของเมืองน่าอยู่ (Healthy Cities) (3) การส่งเสริมการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับจังหวัด ด้วยวิธีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการและพัฒนาความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการปฏิรูประบบราชการและการกระจายอำนาจการตัดสินใจของจิรัส สุวรรณมาลา (2538 : 10-11,26-28) ส่วนประเด็นปัญหาสำคัญของการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐานที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาตามแนวคิดใน 3 ประการนั้นคือ การขาดกลไกที่มีประสิทธิภาพในการบริหารและพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะในระดับจังหวัดและท้องถิ่น

1.3.3 แนวความคิดเกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ในการนำนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานไปสู่การปฏิบัติ

1.3.3.1 ความสำคัญของความร่วมมือกับการบริหารการพัฒนา

จากการศึกษาทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ (Structure-Functional Theory) โดยในทางสังคมวิทยาถือว่าสังคมเป็นระบบย่อยอันหนึ่ง ประกอบด้วยระบบย่อยๆ เป็นขั้นๆ (Hierarchy of Subsystem) และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Interdependental) (Talcott Parson, อ้างใน สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2536 :69-77) Parson ได้อธิบายถึงระบบการกระทำว่า ทุกระบบไม่ว่าจะเป็นระบบวัฒนธรรม ระบบสังคม บุคลิกภาพ และระบบอินทรีย์ภาพจะมีการสร้างสมดุลย์เพื่อให้อยู่รอด คือ 1) มีการปรับตัว (Adaptation)

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการกระทำ 2) มีการบูรณาการเพื่อรวมหน่วย (Intergration) เพื่อให้เกิดความร่วมมือและพึ่งพากัน 3) มีการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Goal Achievment) ซึ่งหมายถึงการระดมทรัพยากรต่าง ๆ รวมทั้งหาวิธีการเพื่อก่อให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายและ 4) การคงไว้ซึ่งแบบแผน และลดความตึงเครียด (Pattern Main Tenance and Tension Management) หมายถึง การกระทำซึ่งกันและกันของระบบ หรือกลุ่มจะต้องรักษาแบบแผนของการปฏิบัติ หรือการโต้ตอบซึ่งกันและกัน และลดความตึงเครียดของการรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์และความรู้สึกของสมาชิก เพื่อความมั่นคงของระบบ

จะเห็นได้ว่าข้อสมมติฐานของทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ที่สำคัญคือ การรักษาความสมดุลของสังคมส่วนรวม คือ ถ้าส่วนประกอบหนึ่งของสังคมเปลี่ยนแปลงไป ส่วนประกอบอื่นจะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปด้วย ซึ่งสามารถนำมาใช้อธิบายความสัมพันธ์ของระบบความร่วมมือที่ทุกสังคมประกอบด้วย บูรณาการการรวมหน่วยต่าง ๆ หรือส่วนประกอบ หรือองค์ประกอบต่าง ๆ ทางสังคม ทุกองค์ประกอบทางสังคมจะมีแต่ละส่วนทำหน้าที่หรือทำประโยชน์ซึ่งกันและกันเพื่อความสัมพันธ์และความอยู่รอด โดยอาจมีการปรับตัวเข้าหากัน การร่วมกันกระทำเพื่อรักษาดุลยภาพ และความมั่นคงของสังคมนั่นเอง

ส่วนคำว่า “หน้าที่” (Functional) หมายถึง บทบาทของสมาชิกที่มีต่อกลุ่ม หรือแนวประพฤติปฏิบัติที่โต้ตอบซึ่งกันและกันของบุคคลในฐานะที่เป็นสมาชิกของกลุ่มหรือของสังคมนั้น โดย Merton (อ้างใน สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2536 : 77) ได้แบ่งหน้าที่ออกเป็น 2 ประเภท คือ หน้าที่อันเป็นวัตถุประสงค์โดยตรง คือหน้าที่ที่มุ่งให้เกิดผลจากการกระทำโดยตรง ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับตัวของระบบ และหน้าที่แฝง คือหน้าที่ที่ก่อให้เกิดผลโดยไม่ได้ตั้งใจ ภายใต้สถานการณ์เดียวกัน

ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ช่วยอธิบายระบบความสัมพันธ์ที่มีต่อซึ่งกันและกัน อีกทั้งพัฒนาการทางสังคมที่พยายามสร้างสรรค์ขบวนการการพัฒนาเพื่อตอบสนองต่อปัญหา และความจำเป็น ดังจะเห็นได้จากพัฒนาการของสังคมในการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ หรือการพัฒนาประชาสังคม ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวนี้ส่วนหนึ่งช่วยอธิบายให้เห็นการเปลี่ยนแปลงว่า โดยเฉพาะทางโครงสร้าง ซึ่ง Parsons อธิบายถึงขั้นตอนของวิธีการศึกษากลุ่มตามทฤษฎีดังกล่าว มีขั้นตอน ดังต่อไปนี้ คือ (1) ระบบต่างๆ จะสามารถดำรงอยู่ได้ก็ต่อเมื่อมีการปฏิบัติหน้าที่ให้มีประสิทธิผล กล่าวคือต้องศึกษาว่าอะไรคือลักษณะจำเป็นในระดับต้น ๆ ในการพัฒนากลุ่ม (2) ต้องศึกษาเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้าง และกระบวนการในการปฏิบัติหน้าที่ตามความจำเป็นที่จะต้องตอบสนอง (3) ถ้าไม่สามารถตอบสนองความจำเป็นได้ จะต้องหากลไกอื่นมาทดแทนเพื่อให้ระบบสามารถทำงานได้ตามปกติ (4) ต้องศึกษาโครงสร้างที่จะทำให้ระบบสามารถทำงานได้

ระบบสาธารณสุขเป็นเพียงระบบย่อยระบบหนึ่งภายใต้ระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ระบบสามารถตอบสนองต่อความต้องการและการพัฒนาสุขภาพของประชาชนโดยส่วนรวม โดยภายใต้การพัฒนาระบบสาธารณสุขดังกล่าวยังมีความสัมพันธ์

กับระบบอื่นๆ โดยเฉพาะระบบการบริหารการพัฒนาประเทศ หากระบบใดเกิดการเปลี่ยนแปลงก็ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขด้วย (อำพล จินดาวัฒนะ, 2534 : 36 ; ชรินทร์ เจริญกุล, 2538 : 9) ดังนั้นในกระบวนการพัฒนาภายใต้ระบบสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายเพื่อให้เกิดคุณภาพทางการพัฒนาและรักษาระบบความมั่นคงทางสังคม อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนตามหลักการของทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ และแนวคิดหลักในการพัฒนาประเทศ

1.3.3.2 ความหมายและความสำคัญของความร่วมมือ

ความหมายของความร่วมมือนั้น Dubrion & Ireland (1993 : 86-87) ได้สรุปไว้ว่าเป็นการที่คนตั้งแต่สองคนขึ้นไปหรือสองหน่วยงาน/องค์กร มีปฏิสัมพันธ์ และร่วมปฏิบัติการกิจ อาจจะเป็นแบบรูปเป็นมาเดียวกันหรือคนละเป้าหมายก็ได้ด้วยการระดมทรัพยากรร่วมกัน ร่วมกันกำหนดแนวปฏิบัติและลงมือปฏิบัติ อีกทั้งมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการปฏิบัติและ/หรือร่วมรับผลประโยชน์จากการปฏิบัติภายใต้การปฏิบัติร่วมกันดังกล่าวตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อตกลงและความเป็นอิสระโดยไม่ขึ้นต่อกัน

โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างกันและกันมาจากสาเหตุใน 3 ประการ (Dubrion & Ireland, 1993: 125) คือ (1) มีลักษณะจะต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันบ้างบางส่วน (2) ขอมรับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน (3) มีการแสดงออกซึ่งความจำเป็นหรือความต้องการพึ่งพาอาศัยกันในระดับปฏิบัติการ และ Human (อ้างใน อรุณ รักธรรม, 2527 : 140-141) กล่าวถึงปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลรวมกลุ่มว่า มี 3 ประการคือ (1) การมีกิจกรรมร่วมกันหมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่บุคคลได้กระทำร่วมกัน เช่น การตัดสินใจ การเจรจา การทำนิติกรรมสัญญา เป็นต้น (2) การปฏิบัติโต้ตอบซึ่งกันและกัน หมายถึง มีการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกันของมวลสมาชิก ซึ่งเป็นการตอบสนองบุคคลที่มีกิจกรรมร่วมในกลุ่ม (3) มีความรู้สึกทางอารมณ์ หมายความว่า ความรู้สึกต่าง ๆ ในความต้องการรวมกลุ่ม เช่น ความคิด ความเชื่อ ความหวัง ซึ่งเป็นลักษณะภายในของแต่ละบุคคล และเป็นผลมาจากการปฏิบัติโต้ตอบซึ่งกันและกัน

Philip H. Coombs (1981 : 41) อธิบายว่า ต้องแยกให้เห็นชัดเจนระหว่าง “ความร่วมมือ” กับ “การประสานงาน” เพราะความร่วมมือมีความหมายและขอบเขตที่กว้างและลึกซึ้งกว่า การประสานงานเป็นเพียงการกำหนดข้อตกลงร่วมกันที่จะไม่ก้าวก่ายซึ่งกันและกัน อีกทั้งลดความซ้ำซ้อนหรือส่งเสริมการทำงาน แต่ความร่วมมือเป็นเรื่องของการตั้งเป้าหมายและปฏิบัติงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด

นิตยา เงินประเสริฐศรี (2540 : 274) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการที่องค์กรได้ร่วมมือกับองค์กรอื่น ๆ ในสภาพแวดล้อมเพื่อความมุ่งหมายเฉพาะเจาะจง โดยมีการ กระทำร่วมกัน ซึ่งการกระทำร่วมกันระดับต่ำสุดคือ การเจรจาแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และบริการต่าง ๆ ซึ่งกันและกันระดับสูงขึ้นมาคือ การตั้งหน่วยงานต่าง ๆ มาร่วมงานด้วย หรือเข้ามาเป็นพวก และการรวมกำลัง ซึ่งเป็นระดับของการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน จัดเครือข่ายการทำงาน (Net-working) และบทบาทหน้าที่ รวมทั้งเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของงานร่วมกัน (Sense of belonging) สอดคล้องกับแนวคิดของ Thompson (1958 : 23-31)

อาจสรุปความหมายของความร่วมมือตามแนวความคิดที่กล่าวมาข้างต้นได้ว่า เป็นการร่วมกันปฏิบัติงานของทั้งบุคคล กลุ่มหรือหน่วยงาน เพื่อให้บรรลุทั้งวัตถุประสงค์ของงานหรือหน่วยงาน โดยอาศัยลักษณะการร่วมกันคิดตัดสินใจหรือกำหนดวิธีการ หรือเอื้ออำนวยความสะดวกในทรัพยากรร่วมกัน เพื่อให้งานประสบความสำเร็จ

ส่วนความสำคัญของความร่วมมือในการบริหาร นอกจากจะสำคัญตามนัยยะของการร่วมแรงร่วมใจกันปฏิบัติงาน การระดมและใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพคุ้มค่า ลดความซ้ำซ้อนและก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมใหม่เพื่อใช้ในการบริหารและการพัฒนาแล้ว จากการศึกษาของ เรวัตร์ ชาตรีวิศิษฐ์ (2539 : 115) อธิบายว่า องค์การซึ่งทำหน้าที่ปฏิบัติการอยู่ในพื้นที่เดียวกัน หรือมีลักษณะที่ให้บริการแก่ประชาชนด้วยกัน หากมีความสัมพันธ์ระหว่างองค์การเป็นไปในทางร่วมมือกันแล้ว จะมีผลดีในแง่ที่ทรัพยากรถูกใช้ไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด ลดความซ้ำซ้อนของบริการที่มีต่อประชาชน และไม่ก้าวถ่วงซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ความคิดริเริ่มในโครงการใหม่ๆ จะเกิดขึ้นได้อย่างสะดวก ทั้งนี้เพราะไม่ต้องเกรงว่าจะต้องไปแย่งชิงทรัพยากรกับองค์การอื่นๆ โดยที่ต่างคนต่างไม่รู้ว่ใครกำลังทำอะไรอยู่ก่อนแล้ว จึงเท่ากับลดอุปสรรคในการทำงานลงได้ และในการศึกษาของ Dubrion & Ireland (1993,124-125) เกี่ยวกับผลกระทบที่องค์การหนึ่งแต่งตั้งสมาชิกของอีกองค์การหนึ่งให้เข้าร่วมอยู่ในคณะกรรมการที่ปรึกษา โดยวิธีการเข้าร่วมคณะกรรมการได้ช่วยก่อให้เกิดประสิทธิผลในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างองค์การ มากกว่าองค์การที่ไม่มีการสร้างความสัมพันธ์ และยังมีการวิจัยพบว่า การสร้างระบบ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์การ ทำให้การปฏิบัติงานของแต่ละองค์การเกิดประสิทธิผลมากขึ้น (อุไรวรรณ คณิงสุเกษม , 2532 : 53)

1.3.3.3 จุดมุ่งหมายของความร่วมมือ

จากการศึกษาวิจัยของศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2540 : 1) พบว่าความคาดหวังต่อความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องใน 3 ส่วนคือ **ส่วนที่ 1 :** องค์การประชาชนต้องการให้ความร่วมมือนำไปสู่การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการพัฒนาและการประสานงานทางวิชาการ อีกทั้งก่อให้เกิดเครือข่ายการทำงานระหว่างรัฐ องค์การพัฒนาเอกชน องค์การประชาชน และส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการระดมทรัพยากรซึ่งทำให้การทำงานสาธารณสุขในระดับชุมชนดีขึ้น **ส่วนที่ 2 :** องค์การพัฒนาเอกชนต้องการให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างรัฐและองค์การเอกชน และผลักดันให้เกิดการประสานทรัพยากรร่วมกันอำนวยความสะดวกด้านข้อมูลข่าวสารและวิชาการ **ส่วนที่ 3 :** ความคาดหวังของรัฐต้องการให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามามีบทบาทในการทำงานร่วมกับรัฐ ทั้งบทบาทในเรื่องการวางแผน การปฏิบัติงาน และร่วมติดตามตรวจสอบโครงการ ส่วนข้อสรุปร่วมกันอันเป็นจุดมุ่งหมายของความร่วมมือทั้ง 3 ส่วน คือ ภายใต้ความร่วมมือในการพัฒนาควรมีจุดมุ่งหมายที่จะยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้น ยอมรับในข้อแตกต่างและวิธีการทำงานของทั้งสองฝ่าย เอื้ออำนวยความสะดวกให้ซึ่งกันและกัน ทั้งข้อมูลข่าวสาร วิชาการ และทรัพยากร และก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน

และร่วมกันพิจารณาแผนงาน โครงการที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยกลุ่มคณะกรรมการร่วม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ มงคล คำนานินทร์ และคณะ (2533, 119-120) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การทำงานระหว่างภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนควรที่จะกำหนดจุดมุ่งหมายให้แน่ชัด โดยจุดมุ่งหมายดังกล่าวควรตั้งอยู่บนพื้นฐานความคาดหวังในความสำเร็จและวิธีการพัฒนาของแต่ละองค์กร โดยภายใต้จุดมุ่งหมายของความร่วมมือที่น่าที่จะมุ่งประสานกิจกรรม ทรัพยากรและข้อมูลข่าวสารให้ทุกฝ่ายร่วมมือกันทำงานอย่างประสานสอดคล้อง เพื่อบรรลุผลสำเร็จตามนโยบายและเป้าหมายที่ทั้งสองส่วนได้ตั้งเอาไว้

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า จุดมุ่งหมายของความร่วมมือ คือ การร่วมกันปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่แต่ละองค์กรมีและเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน โดยกำหนดกรอบของการปฏิบัติภายใต้ความร่วมมือร่วมกันทั้ง นโยบาย เป้าหมาย ทรัพยากร วิธีการทำงาน และข้อมูลข่าวสาร เพื่อที่จะทำงานผสมผสาน สอดคล้อง ลดความซ้ำซ้อน มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดประโยชน์ร่วมแก่ทุกฝ่าย

1.3.3.4 หลักการและแนวปฏิบัติของความร่วมมือ

ในการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนที่จะก่อให้เกิดความสำเร็จตามที่ต้องการนั้น สิ่งจำเป็นคือต้องวางแนวทางในการทำงานร่วมกัน ซึ่งหลักเกณฑ์ในการทำงานร่วมกันและขั้นตอนการทำงานมีดังนี้

ในด้านหลักการทำงาน (เรวัตร์ ชาตรีวิศิษฐ์, 2539 : 117-119) ทำการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการทำงานร่วมกัน มี 3 ประการ คือ

(1) จัดตั้งคณะทำงานหรือกลุ่มทำงาน เพื่อให้การประสานงานได้สะดวกและยังเป็นการพิจารณาหรือกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน

(2) กำหนดแผนการและวิธีการประสานงานรวมถึงวิธีปฏิบัติให้แน่ชัดและแจ้งให้กับผู้ปฏิบัติงานหรือผู้เกี่ยวข้องทั้งสองฝ่ายได้ทราบเพื่อความถูกต้องในการปฏิบัติงาน

(3) ลดปัญหาการขัดแย้งและปรับวิธีการทำงานเข้าหากัน เนื่องจากระบบการทำงานและระเบียบการปฏิบัติงานของทั้งสองหน่วยงานมีข้อแตกต่างกันมาก ทั้งในทางคล่องตัว ความยืดหยุ่น ข้อบังคับและกฎหมาย อันอาจจะเป็นอุปสรรคของการทำงาน จึงจำเป็นต้องปรับตัวด้วยกันทั้งสองฝ่าย ซึ่งบางครั้งอาจจะเกิดปัญหาหรือข้อขัดแย้ง ทั้งสองฝ่ายจะต้องประนีประนอมเข้าหากัน

ส่วนแนวคิการทำงานภายใต้ความร่วมมือนั้น เรวัตร์ ชาตรีวิศิษฐ์ (2539 : 120) กล่าวว่า ความคาดหวังของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน คือการสร้างการทำงานเป็นทีมและสามารถพัฒนาได้อย่างบรรลุเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของทีม ที่อาจสรุปความหมายได้ว่า ทีม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ปฏิบัติหน้าที่ร่วมกัน ด้วยการมีส่วนร่วมทั้งในการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย จัดระบบและขบวนการบริหารจัดการ เพื่อให้การบริหารจัดการบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน (Flitcher, 1996 : 1-2 ; สุทธิวรรณ ดันดิรจนาวงศ์, 2535 : 1-2 ; ประยูร อาษานาม, 2538 : 72-73) โดยองค์ประกอบของการทำงานเป็นทีม มีดังนี้