

การศึกษาเชิงเปรียบเทียบกฎหมายของประเทศอังกฤษและฝรั่งเศส: กฎหมายเกี่ยวกับการ
ถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
A Comparative Legal Study of England and France: Laws Concerning the
Transfer of Sub-district Health Promoting Hospital Functions to Provincial
Administrative Organizations

พิทยุตม์ บุญธรรม

หลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขากฎหมายมหาชน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

E-mail: pitthayut.boon@dome.tu.ac.th

Pitthayut Boontham

The degree of Master of Laws Public Law Faculty of Law, Thammasat University

E-mail: pitthayut.boon@dome.tu.ac.th

รับเข้า : 18 พฤษภาคม 2569 แก้ไข : 16 กรกฎาคม 2569 ตอรับ : 20 กรกฎาคม 2569

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายและอุปสรรคในทางปฏิบัติที่เกิดจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศเพื่อเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาทางกฎหมาย อันจะนำไปสู่การยกระดับการจัดทำบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาพบปัญหาทางกฎหมายที่สำคัญ ได้แก่ ประการแรก ปัญหาความเหลื่อมล้ำแห่งสถานะทางกฎหมายและการบริหารงานบุคคล และประการที่สอง ปัญหาและอุปสรรคทางกฎหมายในการบริหารจัดการงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับภารกิจสาธารณสุข โดยที่ปัญหาทั้งสองประการมีลักษณะเชื่อมโยงกัน จากการศึกษาเปรียบเทียบกับอารยประเทศจำนวน 2 ประเทศ ได้แก่ ประเทศอังกฤษ และประเทศฝรั่งเศส ผู้เขียนจึงเสนอแนวความคิดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยวิธีการงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2563 และการจัดทำบัญชีตำแหน่งวิชาชีพสาธารณสุขในองค์การบริหารส่วนจังหวัด รวมทั้งการพัฒนาสูตรจัดสรรงบประมาณตามความต้องการของแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ: การถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด

Abstract

This article aims to analyze the legal problems and practical obstacles arising from the enforcement of the Determining Plans and Process of Decentralization to Local Government Organization Act, B.E. 2542 (1999) and related legislation concerning the transfer of Sub-district Health Promoting Hospitals to Provincial Administrative Organizations (PAOs). By employing a comparative legal approach, this study proposes solutions to these legal issues in order to elevate the quality and efficiency of primary public health service provision. The findings reveal two key interconnected legal issues: first, the inequality regarding legal status and personnel administration; and second, the legal impediments in budgetary management that fail to align with public health missions. Based on a comparative analysis of two developed nations-namely, the United Kingdom and France - the author proposes resolving these issues by amending the Ministry of Interior Regulation on Local Government Organization Budgeting, B.E. 2563 (2020), establishing a specific public health professional position registry within PAOs, and developing a localized budget allocation formula tailored to the distinct needs of each area.

Keywords: Transfer of Functions, Sub-district Health Promoting Hospitals, Provincial Administrative Organization

บทนำ

นับแต่พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มีผลใช้บังคับจนถึงปัจจุบัน องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกฎหมายฉบับดังกล่าวได้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ งบประมาณ และบุคลากรจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น หนึ่งในภารกิจสำคัญที่มีความพยายามในการถ่ายโอนมาอย่างยาวนานและส่งผลกระทบในวงกว้าง คือ การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด แม้กฎหมายจะกำหนดกรอบเวลาและขั้นตอนไว้ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบปัญหาและอุปสรรคทางกฎหมายหลายประการเมื่อพิจารณาตัวเลขเชิงสถิติจากกลไกการขับเคลื่อนการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระลอกใหญ่ พบว่าในปีงบประมาณ 2566 มีการก้าวกระโดดของการถ่ายโอนจำนวนถึง 3,263 แห่งไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด 49 แห่ง ทว่าแนวโน้มดังกล่าวกลับชะลอตัวลงอย่างมีนัยสำคัญในระยะเวลาต่อมา โดยในปี 2567 มีการถ่ายโอน 933 แห่ง ในปี 2568 ลดลงเหลือ 256 แห่ง และล่าสุดในปี 2569 มีความประสงค์ถ่ายโอนเพิ่มเพียง 22 แห่งเท่านั้น ส่งผลให้ปัจจุบันมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งสิ้น 4,559 แห่ง (ร้อยละ 46.2) ในขณะที่อีก 5,318 แห่ง (ร้อยละ 53.8) จากทั้งหมด 9,877 แห่งทั่วประเทศ ยังคงเลือกที่จะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ตัวเลขที่ชะลอตัวลงอย่างรวดเร็วนี้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและอุปสรรคในระยะเปลี่ยนผ่านที่

ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของทั้งฝั่งผู้โอนและผู้รับโอน (กลุ่มวิเคราะห์งบประมาณ 3 สำนักงบประมาณของ
รัฐสภา, 2567; ณาญา ตัญญาพัฒนกุล, 2569)

สาเหตุสำคัญที่ทำให้การถ่ายโอนเกิดความชะงักงันมาจากช่องว่างทางนโยบายและข้อจำกัดทางกฎหมายที่
ยังไม่สอดคล้องกัน ประการแรก คือ กฎหมายวางหลักการให้ถ่ายโอนภารกิจ งบประมาณ และตำแหน่ง ไปยังองค์การ
บริหารส่วนจังหวัด แต่ใช้หลักการสมัครใจ การเปิดโอกาสให้บุคลากรตัดสินใจเลือกสังกัดได้เองก่อให้เกิดสภาวะ
ความไม่แน่นอนของโครงสร้างกำลังคนและเสี่ยงต่อการขาดแคลนบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ประการที่สอง คือ การขาด
แนวทางปฏิบัติทางกฎหมายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดซื้อและเวชภัณฑ์ ซึ่งเป็นสินค้าควบคุมที่องค์การบริหารส่วน
จังหวัดไม่มีประสบการณ์และไม่มีโครงสร้างรองรับ และประการสุดท้ายคือ ความขัดแย้งของระเบียบการเงินการ
คลัง โดยเฉพาะเงินงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ที่ไม่สามารถโอนข้ามสังกัดจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุขไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดท้องถิ่นได้โดยตรง ทำให้ต้องอาศัยกลไกการทำ
บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระดับพื้นที่ที่ปราศจากเกณฑ์ราคากลาง นำมาซึ่งความขัดแย้งความล่าช้า และ
ความเหลื่อมล้ำในการจัดสรรงบประมาณ ซึ่งประเด็นปัญหาเชิงโครงสร้างเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญในการ
จัดทำบริการสาธารณะด้านสุขภาพ (ณาญา ตัญญาพัฒนกุล, 2569)

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542
เป็นกฎหมายแม่บทที่กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจของรัฐจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่นรวมทั้งสิ้น 245 ภารกิจนั้น ได้
กำหนดให้ภารกิจด้านสาธารณสุขเป็นหนึ่งในภารกิจสำคัญที่ต้องถ่ายโอน โดยมีประกาศคณะกรรมการการกระจาย
อำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2564 เป็นกลไกแม่แบบในการดำเนินการ อย่างไรก็ตาม ในทาง
กฎหมายและในทางปฏิบัติ กระบวนการดังกล่าวกลับพบอุปสรรคสำคัญหลายประการ ได้แก่ ข้อจำกัดทางกฎหมาย
ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล ปัญหาการทับซ้อนของภารกิจระหว่างราชการส่วนกลางและองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น ข้อจำกัดทางงบประมาณ และปัญหาในการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งล้วนส่งผลกระทบโดยตรงต่อความสำเร็จ
ของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (พระราชบัญญัติกำหนดแผน
และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542)

ดังนั้น ผู้เขียนจึงหยิบยกปัญหาดังกล่าวขึ้นมาศึกษาในมุมมองทางกฎหมายด้วยวิธีการศึกษา
ในเชิงคุณภาพ (Qualitative Approach) โดยมุ่งเน้นการศึกษาค้นคว้าทางนิเทศศาสตร์จากเอกสาร (Documentary
Research) เป็นหลัก โดยกำหนดกรอบการศึกษาวเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างถูกต้องเหมาะสม
และเพื่อเกิดประโยชน์ในทางวิชาการ รวมทั้งเป็นแนวทางให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในภายภาคหน้าต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

2. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดำเนินตามหลักเกณฑ์แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฉบับต่าง ๆ และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

3. เพื่อศึกษาวิเคราะห์แนวทางในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการกระจายอำนาจรวมถึงการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในทางกฎหมาย กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เปรียบเทียบกับต่างประเทศ เพื่อช่วยยกระดับการดำเนินกิจการบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิให้มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น

แนวคิด ทฤษฎี และกรอบแนวคิดในการวิจัย

ข้อความคิดว่าด้วยหลักการกระจายอำนาจ

1. สาระสำคัญของหลักการกระจายอำนาจ

หลักการกระจายอำนาจทางปกครองถือเป็นกลไกสำคัญในการจัดระเบียบบริหารราชการแผ่นดินที่มุ่งเน้นการโอนอำนาจการตัดสินใจและภารกิจในการจัดทำบริการสาธารณะจากราชการบริหารส่วนกลางไปยังองค์กรอื่นที่มีความอิสระในการดำเนินงาน องค์กรเหล่านี้มักอยู่ในรูปแบบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นนิติบุคคลที่มีอำนาจปกครองตนเองภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย โดยความอิสระดังกล่าวไม่ได้หมายถึงความเป็นเอกราชจากรัฐ องค์กรเหล่านี้ยังคงต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐส่วนกลางเพื่อรักษาความเป็นปึกแผ่นของรัฐและประโยชน์สาธารณะในภาพรวม (ประยูร กาญจนดุล, 2538) การกระจายอำนาจมีลักษณะสำคัญสองประการ คือ การกระจายอำนาจทางพื้นที่ (Decentralization by Territory) เป็นการกระจายอำนาจทางพื้นที่มุ่งเน้นไปที่การจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีเขตแดนรับผิดชอบชัดเจน มีเจ้าหน้าที่และงบประมาณเป็นของตนเอง และที่สำคัญคือต้องมีความเชื่อมโยงกับราษฎรในพื้นที่ผ่านระบบการเลือกตั้ง และการกระจายอำนาจทางกิจการ (Decentralization by Service) เป็นกรณีที่รัฐมอบภารกิจบริการสาธารณะเฉพาะด้านให้แก่องค์กรที่มีได้สังกัดราชการส่วนกลางไปดำเนินการบริหารจัดการอย่างเป็นอิสระ โดยส่วนใหญ่มักเป็นภารกิจที่มีความใกล้ชิดกับราษฎรหรือต้องการความคล่องตัวในการบริหารจัดการสูง (นันทวัฒน์ บรมานันท์, 2552)

เจตนารมณ์ของการกระจายอำนาจในประเทศไทยได้รับการรับรองไว้อย่างเป็นรูปธรรมผ่านพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งถือเป็นกฎหมายแม่บทที่กำหนดทิศทางและกลไกในการโอนภารกิจ งบประมาณและบุคลากรจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาคสู่ท้องถิ่น กฎหมายฉบับนี้กำหนดให้มีคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ก.ก.อ.) ทำหน้าที่จัดทำแผนการกระจายอำนาจและพิจารณาภารกิจที่ท้องถิ่นควรเข้าดำเนินการแทนรัฐบาล โดยมุ่งหมายให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณะที่ใกล้ชิด

ประชาชน (สมคิด เลิศไพฑูรย์, 2565) ในบริบทของภารกิจด้านสุขภาพ พระราชบัญญัติดังกล่าวได้กำหนดชัดเจนในมาตราที่เกี่ยวข้องกับอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและเทศบาล ให้มีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาล อันนำมาสู่การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในเวลาต่อมา อย่างไรก็ตาม การกระจายอำนาจที่สมบูรณ์มิใช่เพียงการมอบอำนาจตามกฎหมายเท่านั้น แต่ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพและโครงสร้างรองรับเพื่อให้ท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการบริการสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพและมาตรฐานไม่ต่ำกว่าเดิมตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องการลดความเหลื่อมล้ำและสร้างการเข้าถึงบริการสาธารณะอย่างทั่วถึง (จรวยพร ศรีศัลลักษณ์ และคณะ, 2568) จากการจัดระเบียบบริหารราชการแผ่นดินภายใต้หลักการกระจายอำนาจที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนผ่านบทบาทหน้าที่จากส่วนกลางสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการใช้อำนาจของท้องถิ่นนั้นมิใช่วัตถุประสงค์สูงสุดเพื่อการจัดทำบริการสาธารณะที่ตอบสนองต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะบริการสาธารณะด้านสุขภาพซึ่งเป็นบริการที่มีลักษณะเฉพาะและต้องยึดมั่นในหลักการพื้นฐานที่เคร่งครัด

2. รูปแบบการกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจสามารถจำแนกออกเป็น 5 ลักษณะ ดังนี้

- การกระจายอำนาจโดยจำเป็นหรือโดยปริยาย (Decentralization by default)
- การแปรรูปบริการสาธารณะของรัฐ (Privatization)
- การกระจายอำนาจภายใต้หลักการแบ่งอำนาจปกครอง (Deconcentration)
- การกระจายอำนาจภายใต้หลักการมอบอำนาจ (Delegation)
- การกระจายอำนาจภายใต้หลักการโอนอำนาจ (Devolution)

การกระจายอำนาจภายใต้หลักการโอนอำนาจถือเป็นรูปแบบการกระจายอำนาจทางการเมืองที่สมบูรณ์ที่สุด โดยรัฐบาลกลางโอนอำนาจเด็ดขาดในการตัดสินใจให้แก่องค์กรตัวแทนของพื้นที่ซึ่งมีสถานะเป็นนิติบุคคลแยกต่างหากจากรัฐ มีฝ่ายบริหารและสภาที่มาจากการเลือกตั้งของประชาชน โดยรัฐบาลกลางมีอำนาจแทรกแซงจำกัดเฉพาะเรื่องความมั่นคง ซึ่งจำแนกเป็น 2 ระดับ ได้แก่

การโอนอำนาจทางปกครอง (Administrative Devolution) สอดคล้องกับหลัก การปกครองตนเอง (Local Self-Government) มีความโดดเด่นคือท้องถิ่นมีอิสระในการจัดทำบริการสาธารณะเพื่อตอบสนองชุมชน มีความเป็นอิสระเด็ดขาดทางการคลังและการบริหารงานบุคคล

การโอนอำนาจทางนิติบัญญัติ (Legislative Devolution) ขั้นสูงสุดของการกระจายอำนาจในระบบรัฐเดี่ยวที่มีลักษณะเข้าใกล้ระบบสหพันธรัฐ โดยเปิดโอกาสให้ท้องถิ่นกำหนดเจตจำนงทางการเมืองตนเอง มีสภาท้องถิ่นทำหน้าที่ตรากฎหมายบังคับใช้ภายในพื้นที่หรือท้องถิ่นของตน แต่ไม่ถึงขั้นแบ่งแยกหรือร่วมใช้อำนาจอธิปไตยกับรัฐบาลกลางดังเช่นระบบสหพันธรัฐ (นครินทร์ เมฆไตรรัตน์, 2553)

หลักการจัดทำบริการสาธารณะด้านสุขภาพ

การจัดทำและการให้บริการด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยสถานพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานอื่นของรัฐล้วนเป็นการจัดทำบริการสาธารณะให้แก่ประชาชน เรียกว่า บริการสาธารณะ (Public Service) โดยปัจจุบันในทางวิชาการได้จัดกลุ่มบริการสาธารณะแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ บริการสาธารณะทางปกครอง บริการสาธารณะทางอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรม และบริการสาธารณะทางสังคมและวัฒนธรรม หลักการดังกล่าวเป็นรากฐานสำคัญในจัดทำบริการสาธารณะด้านสุขภาพ บริการสาธารณะด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในภารกิจของรัฐที่ดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่เข้าร่วมจัดทำบริการสาธารณะ ซึ่งอยู่ภายใต้หลักการพื้นฐานในการจัดทำบริการสาธารณะที่สำคัญ 3 ประการ คือหลักความเสมอภาค (E'galité) หลักความต่อเนื่อง (Continuité) และหลักว่าด้วยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Adaptation) (นิรมัย พิชแซ มั่นจิตร, 2563) การจัดทำบริการสาธารณะ ถือเป็นภารกิจหลักของรัฐฝ่ายปกครองในการตอบสนองความต้องการของประชาชน ซึ่งในทางกฎหมายมหาชนนั้น บริการสาธารณะ หมายถึง กิจกรรมที่อยู่ในความอำนาจหรือในความควบคุมของฝ่ายปกครองเพื่อสนองความต้องการส่วนรวมของประชาชนโดยมีหลักการพื้นฐานที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งตามทฤษฎีของหลุยส์ รอลอง (Loi de Louis Rolland) คือ หลักความต่อเนื่องของบริการสาธารณะ (The Principle of Continuity) กล่าวคือ บริการสาธารณะเป็นกิจการที่จำเป็นต่อการดำรงชีพของประชาชน จึงต้องดำเนินการไปอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะหยุดชะงักมิได้ (นนทวัฒน์ บรมานันท์, 2560)

ข้อจำกัดในการถ่ายโอนภารกิจในบริบทของประเทศไทย

จากการศึกษาที่มาและความสำคัญของปัญหาประกอบกับการวิเคราะห์หลักการและข้อควรพิจารณาทั้งข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ภาพรวมการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด แม้จะมีกฎหมายแม่บทตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ให้อำนาจไว้ แต่ในทางปฏิบัติกลับเผชิญข้อจำกัดเชิงโครงสร้างจากความไม่สอดคล้องของกฎหมายหลายฉบับ ในบทความนี้จะกล่าวถึงปัญหาแรก คือ ข้อจำกัดด้านการบริหารงานบุคคลและสถานะของบุคลากร ที่เกิดจากความขัดแย้งระหว่างพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 กับพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ส่งผลให้บุคลากรที่โอนย้ายมาต้องเผชิญความเหลื่อมล้ำทางสิทธิประโยชน์และเส้นทางอาชีพ รวมถึงเกิดอุปสรรคในการขอย้ายกลับต้นสังกัดเดิมจนทำให้การถ่ายโอนระลอกหลังชะลอตัวลงอย่างชัดเจน และประการที่สอง คือ ข้อจำกัดด้านการบริหารงบประมาณ การเงิน และการจัดหาเวชภัณฑ์ ซึ่งเกิดความลักลั่นระหว่างระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยวิธีการงบประมาณขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2563 ที่เน้นการควบคุมการใช้จ่ายงบประมาณอย่างเป็นขั้นตอน ส่งผลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดไม่สามารถจัดการงบประมาณด้านสุขภาพได้อย่างเป็นเอกภาพ และมีข้อจำกัด

ในการรับเงินอุดหนุน ดังนั้น ปัญหาทั้งสองด้านนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่า การปะทะกันของกฎหมายหลายฉบับที่บังคับใช้ในการปฏิบัติงานเดียวกันทำให้เกิดความทับซ้อนในแง่ของหลักการอันเป็นอุปสรรคสำคัญที่บั่นทอนประสิทธิภาพในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ปัญหาเหล่านี้จะถูกลำไ้ไปวิเคราะห์เปรียบเทียบกับแนวคิดของต่างประเทศในหัวข้อถัดไป

สาระสำคัญว่าด้วยการจัดทำบริการสาธารณะด้านสุขภาพและการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในต่างประเทศ

ในการศึกษาปัญหาและแนวทางการแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขของประเทศไทย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับรูปแบบและพัฒนากฎหมายของต่างประเทศ เพื่อนำมาเป็นฐานความคิด และบทเรียนในการออกแบบระบบกฎหมายที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ผู้เขียนได้คัดเลือกกรณีศึกษาจากต่างประเทศจำนวน 2 ประเทศ ได้แก่ ประเทศอังกฤษ และประเทศฝรั่งเศส ซึ่งมีรายละเอียดโดยสรุป ดังนี้

1. ประเทศอังกฤษ

ถือเป็นต้นแบบที่น่าสนใจในแง่ของการปฏิรูปโครงสร้างครั้งสำคัญผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพและการดูแลทางสังคม ค.ศ. 2012 หรือ Health and Social Care Act 2012 ซึ่งมีสาระสำคัญในการโอนคืนภารกิจด้านสาธารณสุขจากระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) กลับคืนสู่ความรับผิดชอบของท้องถิ่นอีกครั้ง เพื่อให้การแก้ไขปัญหาสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับปัจจัยทางสังคมในระดับพื้นที่ โดยมีสาระสำคัญที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กร คือ ยกเลิกหน่วยงานบริหารจัดการเดิมในระดับพื้นที่ ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Health Authorities) และหน่วยงานดูแลปฐมภูมิ (Primary Care Trusts: PCTs) ซึ่งเดิมทำหน้าที่เป็นผู้จัดซื้อบริการและดูแลสุขภาพประชากร การยุบเลิกหน่วยงานดังกล่าวส่งผลให้ภารกิจด้านการรักษาพยาบาลถูกถ่ายโอนไปยังกลุ่มผู้ให้บริการทางคลินิก (Clinical Commissioning Groups: CCGs) ในขณะที่ภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคถูกถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และยกเลิกหน่วยงานบริหารจัดการเดิมในระดับพื้นที่ ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Health Authorities) และหน่วยงานดูแลปฐมภูมิ (Primary Care Trusts: PCTs) ซึ่งเดิมทำหน้าที่เป็นผู้จัดซื้อบริการและดูแลสุขภาพประชากร การยุบเลิกหน่วยงานดังกล่าวส่งผลให้ภารกิจด้านการรักษาพยาบาลถูกถ่ายโอนไปยังกลุ่มผู้ให้บริการทางคลินิก ในขณะที่ภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Public Health) ถูกถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Department of Health, n.d.)

ส่วนมาตรการด้านการบริหารงานบุคคลและการคุ้มครองสิทธิเพื่อให้การดำเนินภารกิจด้านสาธารณสุขโดยท้องถิ่นเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและมีความเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพระดับชาติ กฎหมายได้บัญญัติกลไกการบริหารงานบุคคลที่สำคัญไว้ใน Article 30 แห่ง Health and Social Care Act 2012 ซึ่งเพิ่มเติม Article 73A เข้าไปใน National Health Service Act 2006 (Department of Health & Social

Care, 2023) โดยมีสาระสำคัญว่า ให้ท้องถิ่นแต่ละแห่งต้องแต่งตั้งบุคคลเพื่อดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการสาธารณสุข (Director of Public Health: DPH) โดยต้องดำเนินการแต่งตั้งร่วมกันกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งจะมีสถานะเป็นเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนสถานะจากเดิมที่เคยสังกัด NHS มาเป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่นและในมติกฎหมายแรงงาน การโอนย้ายบุคลากรจาก NHS ไปยังท้องถิ่นอยู่ภายใต้ความคุ้มครองของกฎระเบียบ TUPE (Transfer of Undertakings (Protection of Employment) Regulations) ซึ่งคุ้มครองให้บุคลากรยังคงสิทธิประโยชน์และสภาพการจ้างเดิมที่มีอยู่ ณ วันที่โอนย้าย แต่มีข้อจำกัดคือจะไม่คุ้มครองการปรับขึ้นเงินเดือนในอนาคตที่เกิดขึ้นภายใต้โครงสร้างเดิมของ NHS นอกจากนี้ การเปลี่ยนสถานะมาเป็นพนักงานท้องถิ่นอาจส่งผลกระทบต่อสิทธิในกองทุนบำเหน็จบำนาญหากมีการย้ายตำแหน่งงานภายในท้องถิ่นในอนาคต (Social Partnership Forum, 2023)

สำหรับการบริหารงบประมาณและการคลังท้องถิ่น การถ่ายโอนภารกิจตาม Health and Social Care Act 2012 มาพร้อมกับการจัดสรรงบประมาณในรูปแบบ เงินอุดหนุนเฉพาะกิจ (Ring-fenced public health grant) เพื่อให้มั่นใจว่าท้องถิ่นจะนำงบประมาณไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ด้านสาธารณสุขเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์ที่สำคัญ ดังนี้ 1) สูตรการจัดสรรงบประมาณตามความจำเป็น (Needs-based Formula) แทนที่จะใช้การจัดสรรตามฐานรายจ่ายเดิมเพียงอย่างเดียว ประเทศอังกฤษได้มอบหมายให้คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านการจัดสรรทรัพยากร (ACRA) พัฒนาสูตรการจัดสรรงบประมาณใหม่ โดยใช้ดัชนีอัตราตายมาตรฐานของผู้มีอายุต่ำกว่า 75 ปี (Standardised Mortality Ratio under 75: SMR<75) เป็นตัวชี้วัดหลักในการคำนวณความจำเป็นด้านสุขภาพโดยมีการให้น้ำหนักแบบทวีคูณเพื่อจัดสรรงบประมาณให้แก่พื้นที่ที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงมากกว่าพื้นที่อื่น ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ (Department of Health, n.d.) 2) นโยบายการปรับเปลี่ยนอย่างค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจากการเปลี่ยนจากฐานรายจ่ายเดิมมาเป็นสูตรใหม่ตาม SMR<75 อาจทำให้งบประมาณของบางท้องถิ่นเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน รัฐบาลจึงใช้นโยบาย Pace of Change เพื่อลดผลกระทบโดยกำหนดเพดานการเติบโตของงบประมาณและพื้นที่ขั้นต่ำไว้ เช่น ในปีงบประมาณ 2013-2014 ท้องถิ่นที่ได้รับงบต่ำกว่าเกณฑ์ความจำเป็นจะได้รับการปรับเพิ่มสูงสุดไม่เกินร้อยละ 10 เพื่อให้ระบบการคลังท้องถิ่นสามารถปรับตัวได้ (Coventry: Coventry City Council, 2015)

2. ประเทศฝรั่งเศส

การศึกษาระบบการจัดทำบริการสาธารณสุขและการกระจายอำนาจของประเทศฝรั่งเศสมีความสำคัญอย่างยิ่งในฐานะต้นแบบของรัฐเดี่ยวที่เคยมีการรวมศูนย์อำนาจแต่ได้เกิดการปฏิรูปโครงสร้างครั้งประวัติศาสตร์ผ่านการตรารัฐบัญญัติ Loi Defferre ในปี ค.ศ. 1982 หรือเรียกโดยย่อว่า Loi n° 82-213 (ผู้เขียนแปลว่า รัฐบัญญัติ เลขที่ 82-213 ลงวันที่ 2 มีนาคม ค.ศ. 1982 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของเทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด และภาค) ซึ่งถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่มุ่ง “คืนอำนาจรัฐให้แก่ประชาชน” โดยลดบทบาทการกำกับดูแลล่วงหน้าของผู้ว่าราชการจังหวัดหรือพรีเฟค (Préfet) และเปลี่ยนเป็นการตรวจสอบความชอบด้วยกฎหมายในภายหลังแทนโครงสร้างการปกครองส่วนท้องถิ่นของฝรั่งเศสตามระบบดังกล่าวถูก

แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เทศบาล (Commune) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (Département) และภาค (Région) (สมคิด เลิศไพฑูรย์, 2565) ซึ่งแต่ละระดับต่างมีอิสระในการบริหารและไม่มีความสัมพันธ์เชิงบังคับบัญชาระหว่างกัน โดยในด้านสาธารณสุข เทศบาลขนาดเล็กมักประสบข้อจำกัดด้านศักยภาพในการจัดการปัญหาเมืองสมัยใหม่ที่ซับซ้อน ในขณะที่องค์กรระดับองค์การบริหารส่วนจังหวัดและภาค ได้รับการยกระดับให้มีอำนาจหน้าที่และงบประมาณในการจัดบริการทางสังคมรวมถึงการบริหารจัดการเชิงพื้นที่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น รัฐบาลกลางยังคงรักษากฎเกณฑ์การกำกับดูแลมาตรฐานระบบสุขภาพระดับชาติผ่านหน่วยงานสาธารณสุขระดับภูมิภาค (Agences Régionales de Santé - ARS) ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและบูรณาการการวางแผนระบบบริการสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อแก้ไขปัญหาความทับซ้อนและสถานะต่างคนต่างทำอันเกิดจากโครงสร้างการปกครองที่มีรูปแบบ “โครงสร้างสถาบันทางการปกครองที่ซับซ้อนหลายชั้น” (Millefeuille Institutionnel Français) พลวัตและประสบการณ์ของฝรั่งเศสจึงให้บทเรียนเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญต่อการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในประเด็นความตระหนักถึงข้อจำกัดด้านขีดความสามารถของท้องถิ่นขนาดเล็ก การกำหนดขอบเขตอำนาจหน้าที่ระหว่างรัฐและท้องถิ่นให้ชัดเจนเพื่อหลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อน ตลอดจนความจำเป็นในการสร้างกลไกตรวจสอบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการผูกขาดโดยเครือข่ายอุปถัมภ์หรือชนชั้นนำทางการเมืองระดับท้องถิ่น (Local Notables) อันจะนำไปสู่การกระจายอำนาจที่ตอบสนองต่อสุขภาวะของประชาชนได้อย่างแท้จริง (Joseph, n.d.)

จากการศึกษา พบประเด็นที่น่าสนใจ คือ ระบบการบริหารงานบุคคลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศฝรั่งเศสถูกจัดตั้งขึ้นอย่างเป็นระบบภายใต้กฎหมาย Loi n 84-53 du 26 janvier 1984 ว่าด้วยสถานะของข้าราชการส่วนท้องถิ่น (Statut de la Fonction Publique Territoriale) ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการกระจายอำนาจ กฎหมายฉบับนี้กำหนดให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมถึงบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ของท้องถิ่นมีสถานะเป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่นที่แยกต่างหากจากข้าราชการพลเรือนของรัฐหรือข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางแม้ข้าราชการส่วนท้องถิ่นจะมีสิทธิและหน้าที่พื้นฐานที่เทียบเคียงได้กับข้าราชการส่วนกลางแต่โครงสร้างการบังคับบัญชาและการบริหารจัดการจะขึ้นอยู่กับผู้บริหารท้องถิ่นโดยตรงเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ (CNFPT, 2013)

ส่วนกลไกการโอนบุคลากรและสิทธิในการเลือกสถานะของข้าราชการ (Droit option) นั้น มีสาระสำคัญ คือ เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจ (Transfert de Compétences) ด้านสาธารณสุขหรือบริการสังคมจากรัฐบาลกลางไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกลไกทางกฎหมายของฝรั่งเศสได้กำหนดกระบวนการถ่ายโอนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับภารกิจนั้นให้ไปสังกัดท้องถิ่นด้วย โดยคำนึงถึงการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของข้าราชการเป็นสำคัญ กระบวนการนี้กำหนดให้ข้าราชการของรัฐที่ถูกถ่ายโอนมีสิทธิในการเลือกสถานะ (Droit Option) โดยปกติจะมีระยะเวลาให้ตัดสินใจเป็นเวลาสองปีนับตั้งแต่ภารกิจถูกถ่ายโอน ข้าราชการสามารถ

เลือกที่จะโอนย้ายขาดเพื่อบุคลากรเข้าเป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่นโดยสมบูรณ์หรือเลือกที่จะคงสถานะข้าราชการของรัฐไว้แล้วใช้วิธีการยืมตัวหรือช่วยราชการ (Détachement) ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลไกสิทธิในการเลือกนี้ช่วยลดแรงเสียดทานและข้อกีดขวางของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเกี่ยวกับความก้าวหน้าในสายอาชีพเมื่อต้องเปลี่ยนต้นสังกัด (Doligé and Jeanerot, 2010)

สำหรับการบริหารงานบุคคลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในฝรั่งเศสได้รับการสนับสนุนจากสถาบันระดับชาติและระดับจังหวัดเพื่อลดข้อจำกัดด้านขีดความสามารถของท้องถิ่นขนาดเล็ก หน่วยงานแรก คือ ศูนย์บริหารงานบุคคลระดับจังหวัด (Centre De Gestion หรือ CDG) ซึ่งทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะท้องถิ่นที่มีบุคลากรน้อยกว่า 350 คน จะต้องเข้าร่วมเป็นสมาชิกของศูนย์นี้ ศูนย์บริหารงานบุคคลระดับจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการจัดการทรัพยากรบุคคลอย่างครบวงจรเช่นการจัดสอบคัดเลือกการขึ้นบัญชีผู้สอบผ่านการให้คำปรึกษาด้านกฎหมายสถานะข้าราชการรวมถึงการดูแลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขท้องถิ่นในขณะเดียวกันมีหน่วยงานระดับชาติ คือ ศูนย์แห่งชาติว่าด้วยข้าราชการส่วนท้องถิ่น (Centre National de la Fonction Publique Territoriale หรือ CNFPT) ทำหน้าที่หลักในการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพข้าราชการส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ และรับผิดชอบการจัดสอบคัดเลือกข้าราชการระดับบริหารชั้นสูง การมีหน่วยงานคู่ขนานทั้งสองระดับนี้ช่วยให้ท้องถิ่นสามารถจัดบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่ต้องแบกรับภาระงานธุรการด้านบุคคลเพียงลำพัง (Emploi-collectivites, 2025)

นอกจากนี้ โครงสร้างและหลักการของระบบเงินอุดหนุนทั่วไป (Dotation Globale de Fonctionnement) หรือ DGF ถือเป็นเงินอุดหนุนหลักจากรัฐผ่านไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศฝรั่งเศส ทรัพยากรทางการเงินส่วนนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินงานเนื่องจากคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 14 ของรายได้ดำเนินการจริงสำหรับเทศบาลร้อยละ 18 สำหรับองค์กรความร่วมมือระหว่างเทศบาล และร้อยละ 11 สำหรับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด ในปี ค.ศ. 2026 รัฐบาลฝรั่งเศสได้จัดสรรงบประมาณส่วนนี้รวมทั้งสิ้น 27,400 ล้านยูโร โดยจัดสรรให้แก่เทศบาล 12,900 ล้านยูโร องค์กรบริหารส่วนจังหวัด 8,300 ล้านยูโร และองค์กรความร่วมมือระหว่างเทศบาล 6,200 ล้านยูโร หลักการสำคัญของการบริหารเงินอุดหนุนประเภทนี้ประกอบด้วยเป้าหมายหลักสองประการ ได้แก่ การสร้างหลักประกันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีทรัพยากรที่ค่อนข้างมั่นคงและคาดการณ์ได้ในแต่ละปี และการดำเนินการเกลี่ยรายได้แนวดิ่งเพื่อให้ความช่วยเหลือเป็นพิเศษแก่ท้องถิ่นที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูงแต่ขาดแคลนทรัพยากรทางการเงินที่เพียงพอ การกระจายทรัพยากรใช้วิธีการจัดสรรงบประมาณในกรอบวงเงินปิดซึ่งหมายความว่า การจัดสรรเงินให้แก่ท้องถิ่นแต่ละแห่งจะต้องพิจารณาเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดของท้องถิ่นแห่งอื่น ๆ ด้วย โดยความมั่งคั่งที่ลดลงของท้องถิ่นแห่งหนึ่งอาจนำไปสู่การได้รับเงินอุดหนุนที่ลดลงได้หากความมั่งคั่งของท้องถิ่นอื่น ๆ ที่นำมาเปรียบเทียบนั้นลดลงในอัตราที่มากกว่า (Direction Générale des Collectivités Locales, 2026) โครงสร้างของเงินอุดหนุนสำหรับเทศบาลถูกแบ่งออกเป็นสองส่วนหลักเพื่อตอบสนองต่อลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ได้แก่ เงินอุดหนุนแบบเหมาจ่าย

และเงินอุดหนุนเพื่อการเกื้อหนุนได้ สำหรับองค์กรระดับจังหวัดโครงสร้างงบประมาณจะมีความคล้ายคลึงกัน โดยประกอบด้วยเงินอุดหนุนแบบเหมาจ่าย เงินอุดหนุนเพื่อการชดเชย และเงินอุดหนุนเพื่อการเกื้อหนุนได้ซึ่งมีการจัดสรรตามเงื่อนไขให้แก่จังหวัดในเขตเมืองและเขตชนบทอย่างเป็นระบบ กระบวนการกำหนดหลักเกณฑ์และการแจกจ่ายงบประมาณนี้มีคณะกรรมการการเงินท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการให้ตัวแทนผู้บริหารท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมหารือกับรัฐบาลกลางเกี่ยวกับการเงินท้องถิ่นอย่างรอบด้าน (Rossat-Mignod, 2024)

บทวิเคราะห์การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เปรียบเทียบกับต่างประเทศ

1. ปัญหาความเหลื่อมล้ำแห่งสถานะทางกฎหมายและการบริหารงานบุคคล

ในระบบของกระทรวงสาธารณสุขเดิม มีโครงสร้างการพัฒนาศูนย์บริการที่เป็นระบบครบวงจร ประกอบด้วย การฝึกอบรมประจำปี การศึกษาต่อในสายวิชาชีพ และการส่งเสริมให้ได้รับใบอนุญาตวิชาชีพในระดับที่สูงขึ้น แต่เมื่อถ่ายโอนมาสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดแล้ว กลับไม่มีกลไกทางกฎหมายหรืองบประมาณที่กำหนดไว้เป็นการเฉพาะสำหรับการพัฒนาศูนย์บริการสายวิชาชีพสาธารณสุข ต่างจากบุคลากรสายทั่วไปขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกรอบการพัฒนาตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่นรองรับ ความบกพร่องนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในระยะยาว นอกจากนี้ หลักเกณฑ์การกำหนดอัตราค่าจ้างตามขนาดสถานพยาบาลกำหนดกรอบอัตราค่าจ้างให้แปรผันตามขนาดประชากรในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้ (1) ขนาดสถานพยาบาลจำนวนประชากรในความรับผิดชอบรอบจำนวนบุคลากรขนาดเล็กน้อยกว่า 3,000 คน 7 อัตรา (2) ขนาดกลาง 3,000 - 8,000 คน 12 อัตรา (3) ขนาดใหญ่มากกว่า 8,000 คน 14 อัตรา ยังเป็นการจำกัดกรอบอัตราค่าจ้างที่ไม่ยืดหยุ่นเพราะไม่มีการกำหนดคุณลักษณะของพื้นที่และประชากร ซึ่งในแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกันออกไป เช่น บางพื้นที่มีความทุรกันดาร เป็นเกาะ เป็นภูเขา ทำให้บุคลากรไม่เพียงพอ บางพื้นที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และแรงงานต่างด้าวอยู่ปริมาณมาก ย่อมทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในท้องถิ่นนั้นมีภาระที่หนักกว่า การระบุจำนวนอัตรา 7, 12, 14 อัตรา โดยไม่ได้กำหนดสัดส่วนโครงสร้างตำแหน่งตามความจำเป็นของวิชาชีพหรือไม่มีเกณฑ์ให้ปรับเปลี่ยนตามบริบทสาธารณสุขยุคใหม่ เช่น การเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัย และการแพทย์ทางไกล ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์การบริหารส่วนจังหวัดไม่สามารถปรับเปลี่ยนประเภทตำแหน่ง อาทิ การเพิ่มนักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข หรือแพทย์แผนไทย ให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพเฉพาะถิ่นได้ การกำหนดตัวเลขตายตัวเช่นนี้จึงกลายเป็นการตีกรอบที่ขัดต่อหลักการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่นซึ่งมีประสิทธิภาพและมีความเป็นอิสระ ผู้เขียนเห็นว่าข้อมูลปัจจุบันประเทศไทยอัตราตายค่าจ้างแซงหน้าอัตราการเกิด ดังนั้น การแก้ไขปัญหานี้ควรใช้ดัชนีภาระงานที่นำข้อมูลจำนวนประชากร สัดส่วน

ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และความยากง่ายของพื้นที่มาคำนวณร่วมกันเพื่อกำหนดกรอบอัตราค่าล้างที่เป็นสูตรแปรผันตรงตามความจำเป็นแท้จริงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง

ปัญหาอีกประการหนึ่งที่ทับซ้อนอยู่กับสถานะทางกฎหมายของบุคลากร คือ กลไก “สิทธิเลือก” หรือ Droit Option ที่กำหนดไว้ในข้อ 7 ของประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2564 ซึ่งมีรายละเอียดปรากฏในแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยเปิดโอกาสให้บุคลากรวิชาชีพสาธารณสุขแต่ละรายมีสิทธิเลือกที่จะถ่ายโอนตามภารกิจหรือคงสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป แม้กลไกดังกล่าวจะมีเจตนารมณ์ที่ดีในแง่การคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของบุคลากร แต่ในทางปฏิบัติกลับส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอนด้านอัตราค่าล้าง เนื่องจากในหลายพื้นที่บุคลากรระดับวิชาชีพที่มีทักษะสูงเลือกไม่ถ่ายโอน ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้ถ่ายโอนไปแล้วขาดแคลนผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์จนไม่สามารถจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ตามมาตรฐานที่กำหนด และยิ่งไปกว่านั้น กลไกดังกล่าวยังไม่มีบทบัญญัติรองรับผลทางกฎหมายในระยะยาว เช่น หากบุคลากรที่ไม่ถ่ายโอนเกษียณอายุราชการในเวลาต่อมา ก็ไม่มีกลไกทางกฎหมายที่กำหนดให้มีการทดแทนอัตราค่าล้างนั้นในฝั่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดโดยอัตโนมัติ

ปัญหาดังกล่าวยังมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาถึงระบบความก้าวหน้าในอาชีพและสิทธิประโยชน์ของบุคลากรวิชาชีพสาธารณสุขที่ถ่ายโอน กล่าวคือ พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และแผนอัตราค่าล้างขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ประกาศตามมติคณะกรรมการกลางข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด มิได้กำหนด “บัญชีตำแหน่งวิชาชีพสาธารณสุข” ไว้เป็นการเฉพาะ ส่งผลให้บุคลากรที่ถ่ายโอนมาไม่สามารถเลื่อนตำแหน่งหรือได้รับการประเมินสมรรถนะในสายงานวิชาชีพได้อย่างเท่าเทียมกับข้าราชการในระบบสาธารณสุขเดิม ข้อเท็จจริงนี้ก่อให้เกิดความไม่พอใจในหมู่บุคลากรและเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการสร้างแรงจูงใจในการถ่ายโอน

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดก่อให้เกิดปัญหาสำคัญประการหนึ่ง คือ ความเหลื่อมล้ำในสถานะทางกฎหมายของบุคลากรที่ถูกถ่ายโอน กล่าวคือ ข้าราชการสาธารณสุขที่ถ่ายโอนมาปฏิบัติงานภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ยังคงมีฐานะเป็น “ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข” ตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 อยู่ต่อไป โดยมีได้มีการโอนสังกัดหรือเปลี่ยนสถานะทางกฎหมายให้เป็น “ข้าราชการส่วนท้องถิ่น” แต่อย่างไรก็ตาม ผลที่ตามมาคือเกิดสถานะการแยกส่วนระหว่างสังกัดและที่ปฏิบัติงานซึ่งทำให้การบังคับบัญชา การประเมินผลงาน และการกำหนดค่าตอบแทนอยู่ในสภาพที่ไม่สอดคล้องกัน เนื่องจากผู้บังคับบัญชาตามสายงานคือปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ขณะที่สังกัดตามกฎหมายยังอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับประเทศอังกฤษ พบว่ากฎหมาย Health and Social Care Act 2012 และ Health and Care Act 2022 วางกลไกที่เป็นหลักประกันสถานะของบุคลากรสาธารณสุขในการถ่ายโอนไว้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะการนำ TUPE Regulations 2006 (Transfer of Undertakings Protection of Employment) มาใช้บังคับโดยอนุโลม เพื่อให้สัญญาจ้างงาน เส้นทางความก้าวหน้า และสิทธิประโยชน์ที่มีอยู่ก่อนการถ่ายโอนยังคงผูกพันนายจ้างใหม่ (คือหน่วยงานท้องถิ่น) ต่อไปโดยอัตโนมัติ นอกจากนี้ยังมีการจัดทำยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข (Public Health Workforce Strategy) ซึ่งเป็นกลไกระดับชาติที่กำหนดมาตรฐานการพัฒนาสมรรถนะและเส้นทางอาชีพของบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้การเปลี่ยนแปลงสังกัดมิได้กระทบต่อสิทธิและเส้นทางวิชาชีพของบุคลากรแต่อย่างใด

ส่วนประเทศฝรั่งเศสมีกลไกที่น่าสนใจในการรับมือกับปัญหานี้ผ่านระบบ Droit Option ที่บัญญัติไว้ใน Loi n° 84-53 โดยกำหนดให้ข้าราชการที่ถูกถ่ายโอนมีสิทธิเลือกระหว่าง (1) การโอนสังกัดมาเป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่น (Fonctionnaire Territorial) อย่างสมบูรณ์ หรือ (2) การคงสังกัดรัฐและถูกยืมตัวไปปฏิบัติงาน (Mise à Disposition) ในหน่วยงานท้องถิ่น ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเลือกทางใด สิทธิประโยชน์และเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพก็ได้รับการคุ้มครองอย่างชัดเจนผ่าน Centre De Gestion (CDG) และ Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT) ซึ่งทำหน้าที่พัฒนาบุคลากรท้องถิ่นทั่วประเทศ นอกจากนี้ Agence Régionale de Santé (ARS) ยังมีบทบาทในการกำกับมาตรฐานวิชาชีพสาธารณสุขโดยไม่คำนึงว่าบุคลากรนั้นสังกัดหน่วยงานใด

เมื่อพิจารณาในมิติของกฎหมายแม่บท จะพบว่าปัญหาสถานะบุคลากรในส่วนนี้สะท้อนช่องว่างของพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งมาตรา 30 กำหนดให้ถ่ายโอนงบประมาณและบุคลากรพร้อมภารกิจแต่ไม่ได้บัญญัติกลไกคุ้มครองสถานะและเส้นทางอาชีพของบุคลากรวิชาชีพไว้โดยเฉพาะ ต่างจากระบบของฝรั่งเศสที่ Loi Defferre บัญญัติร่วมกับ Loi n° 84-53 เพื่อกำหนดสายอาชีพท้องถิ่นและสิทธิเลือกในระดับรัฐบัญญัติ ทำให้บุคลากรที่ถ่ายโอนได้รับการคุ้มครองอย่างมีผลบังคับทางกฎหมายอย่างแท้จริง

2. ปัญหาและอุปสรรคทางกฎหมายในการบริหารจัดการงบประมาณ

ปัญหาพื้นฐานประการแรกของการบริหารจัดการงบประมาณในการกิจสาธารณสุขที่ถ่ายโอน คือ ข้อจำกัดที่ปรากฏในข้อ 25 ของระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยวิธีการงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2563 ที่กำหนดให้การเบิกจ่ายเงินงบประมาณต้องเป็นไปตามข้อบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีที่ได้รับอนุมัติจากสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัดเท่านั้น ระเบียบดังกล่าวออกแบบมาสำหรับภารกิจทั่วไปที่สามารถวางแผนล่วงหน้าเป็นรายปีได้ แต่ภารกิจสาธารณสุขมีลักษณะพิเศษที่แตกต่างออกไป กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์มีความผันแปรตามสถานการณ์โรคระบาด ค่าตอบแทนบุคลากรวิชาชีพต้องจ่าย

ตามอัตราที่กำหนดโดยคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ไม่ใช่ระเบียบท้องถิ่น และมีภารกิจฉุกเฉินที่ไม่สามารถรอกระบวนการสภาได้

ข้อจำกัดใน ข้อ 25 และ ข้อ 35 ของระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยวิธีการงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2563 ถือเป็นข้อผูกมัดทางกฎหมายที่ลดทอนอิสระทางการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดย ข้อ 25 ทำให้กระบวนการตรางบประมาณรายจ่ายต้องขึ้นอยู่กับการกำกับดูแลและอนุมัติจากผู้แทนส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เช่น นายอำเภอ หรือ ผู้ว่าราชการจังหวัดซึ่งบั่นทอนอำนาจการตัดสินใจของสภาท้องถิ่น ส่วนข้อ 35 แม้จะเป็นบทบัญญัติที่ยกเว้นให้ใช้จ่ายเงินนอกงบประมาณ (เงินอุดหนุนเฉพาะกิจ เงินกู้ เงินสะสม) ได้โดยไม่ต้องตราเป็นเทศบัญญัติหรือข้อบัญญัติแต่กลับมีเงื่อนไขเป็นการตีกรอบให้ต้องใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ที่ส่วนกลางกำหนดไว้เป็นการเฉพาะเท่านั้นทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถบริหารจัดการเม็ดเงินก้อนใหญ่เหล่านี้เพื่อตอบสนองหรือใช้ในการจัดทำภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอนมาอย่างยืดหยุ่นได้

ผู้เขียนเห็นว่าแนวทางการแก้ไขข้อ 25 นั้น ควรจะปรับปรุงเพื่อจำกัดขอบเขตอำนาจการอนุมัติและการตีความของผู้ว่าราชการจังหวัดหรือนายอำเภอ ให้คงเหลือเพียงการตรวจสอบความชอบด้วยกฎหมายเท่านั้น ไม่ควรก้าวล่วงถึงดุลพินิจเชิงการบริหารและนโยบายรวมถึงการตีความความจำเป็นในการใช้เงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อคืนความเป็นอิสระให้แก่สภาท้องถิ่นอย่างแท้จริงส่วนแนวทางการแก้ไขข้อ 35 เห็นควรปรับปรุงถ้อยคำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจทางกฎหมายในการโอนเปลี่ยนแปลงหรือถัวเฉลี่ยเม็ดเงินจากเงินอุดหนุนเฉพาะกิจและเงินสะสมมาใช้ในการกิจของที่ได้รับโอนมาจากส่วนกลางได้ตามสถานการณ์หน้าที่ที่เกิดขึ้นจริงตลอดจนผลักดันให้เปลี่ยนรูปแบบการจัดสรรงบประมาณจากเงินอุดหนุนเฉพาะกิจที่มีลักษณะเป็นการกำหนดเป้าหมายล่วงหน้า มาเป็นเงินอุดหนุนทั่วไปแทน

การแก้ไขกฎหมายทั้งสองข้อนี้ จะส่งผลให้กลไกการคลังขององค์กรบริหารส่วนจังหวัดซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นชั้นบนสามารถดำเนินภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้นและพร้อมสำหรับการรับภารกิจจากการกระจายอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเปลี่ยนภาพลักษณ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากเดิมที่เป็นเพียงหน่วยใช้จ่ายเงินตามเงื่อนไขที่ส่วนกลางกำหนดไปสู่การเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอิสระทางการคลัง ซึ่งสามารถออกแบบการใช้เงินและแก้ไขปัญหางบประมาณ สะท้อนความต้องการที่แท้จริงของประชาชนในพื้นที่ ส่งผลให้ภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการสานต่อและพัฒนาอย่างยั่งยืนภายใต้หลักวินัยทางการคลังที่ยืดหยุ่นและมีระบบการตรวจสอบประสิทธิภาพสูง

ปัญหาประการต่อมา คือ มาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 หรือ ที่เรียกกันในภาษาพูดว่า “กฎเหล็กร้อยละ 40” ถือเป็นปัญหาสำคัญที่ขัดขวางการกระจายอำนาจ เนื่องจากเมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจขนาดใหญ่จากส่วนกลางอย่าง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ย่อมส่งผลให้บุคลากรเพิ่มขึ้นตามไปด้วย เป็นเหตุให้องค์กรบริหารส่วนจังหวัดมีค่าใช้จ่ายประจำพุ่งชนเพดานกฎเหล็กอย่างรวดเร็วจนไม่สามารถจ้างงานเพิ่มหรือพัฒนาพื้นที่เพิ่มเติมได้ อันเป็นการขัดต่อหลัก

ความเป็นอิสระทางการคลัง เป็นหนึ่งในเหตุผลที่ทำให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดหลายแห่งปฏิเสธการรับโอนภารกิจเนื่องจากรายได้ในแต่ละท้องถิ่นที่มีความแตกต่างกัน การหาแนวทางการแก้ไขกฎหมายเพื่อคลี่คลายปัญหานี้ ผู้เขียนเห็นว่าควรเน้นไปที่ 3 ทางหลัก คือ ทางที่หนึ่ง การกำหนดช้อยกเว้นไม่นำงบบุคลากรที่เกิดจากการถ่ายโอนภารกิจเข้ามาอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์สัดส่วนร้อยละ 40 ทางที่สอง คือ การปรับสูตรฐานงบประมาณโดยการนำเงินอุดหนุนทั่วไปมารวมคำนวณเป็นฐานรายได้ด้วย เพื่อขยายเพดานเม็ดเงินให้สะท้อนความเป็นจริง และทางที่สามการเปลี่ยนเป็นเพดานแบบยืดหยุ่นที่สามารถปรับสัดส่วนร้อยละตามประเภทและลักษณะงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งที่มีความแตกต่างการใช้ทรัพยากรบุคคลในการจัดทำบริการสาธารณะดังที่กล่าวไว้ข้างต้น

ผู้เขียนเห็นว่า การแก้ไขปรับปรุงมาตรา 35 ตามแนวทางดังกล่าว หากใช้ข้อเสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นละเลยวินัยทางการคลัง หากแต่เป็นการยกระดับกฎหมายให้ยืดหยุ่นและเอื้อต่อการกระจายอำนาจอย่างแท้จริงและสอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจภายใต้หลักการโอนอำนาจ (Devolution) และสอดคล้องกับหลักการจัดทำบริการสาธารณะด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีความพร้อมในการรับโอนภารกิจจากส่วนกลาง โดยเปลี่ยนมุมมองวินัยทางการคลังจากการ “จำกัดเพดานการใช้เงิน” เป็น “วัดความคุ้มค่าและประสิทธิภาพ” ของการส่งมอบบริการสาธารณะด้านสุขภาพและสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ทั้งนี้ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ได้อย่างอิสระและยั่งยืนต่อไป

ปัญหาด้านงบประมาณข้างต้นสะท้อนให้เห็นอีกครั้งว่าพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 17 (29) และมาตรา 30 บัญญัติหลักการถ่ายโอนงบประมาณพร้อมภารกิจไว้อย่างกว้าง แต่ไม่ได้บัญญัติให้มีกลไกทางการเงินเฉพาะสำหรับภารกิจวิชาชีพสาธารณสุขไว้ในกฎหมายระดับพระราชบัญญัติ ต่างจากประเทศอังกฤษที่ Health and Social Care Act 2012 กำหนด Ring-Fenced Public Health Grant ไว้ ผลที่ตามมาคือเงื่อนไขการเบิกจ่ายและการรับเงินอุดหนุนขององค์การบริหารส่วนจังหวัดยังถูกควบคุมโดยกฎหมายเดิมที่ออกแบบมาสำหรับภารกิจทั่วไป ซึ่งไม่อาจแก้ไขได้ด้วยกฎหมายลำดับรองเพียงอย่างเดียว

ปัญหาด้านงบประมาณมีการเชื่อมโยงกับปัญหาโครงสร้างและบุคลากรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากข้อ 25 ของระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยวิธีการงบประมาณขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2563 กำหนดให้ค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุขต้องผ่านกระบวนการอนุมัติของสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในขณะที่อัตราค่าตอบแทนถูกกำหนดจากส่วนกลาง สถานการณ์เช่นนี้ทำให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตกอยู่ในสภาวะเจ้าของภารกิจแต่ไม่ใช่เจ้าของงบประมาณ ต้องรับผิดชอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ แต่ไม่มีอำนาจเบิกจ่ายที่สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของภารกิจสาธารณสุข ประกอบกับมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 เป็นข้อจำกัดด้านการคลังที่สำคัญขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่ในการวางแผนจัดการอัตราค่าจ้างคน

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อมูลของต่างประเทศ พบว่ากลไกการเงินสาธารณสุขท้องถิ่นของ ประเทศอังกฤษมีลักษณะที่น่าสนใจ คือ ภายหลังจากการปฏิรูปตาม Health and Social Care Act 2012 รัฐบาล กลางได้จัดสรร Ring-Fenced Public Health Grant ให้แก่ท้องถิ่นโดยตรง โดยเงินอุดหนุนนี้มีลักษณะเป็น เงินวงกลมล้อม (Ring-Fenced) ที่ท้องถิ่นต้องใช้เฉพาะภารกิจสาธารณสุขเท่านั้น ไม่สามารถนำไปใช้ภารกิจ อื่นได้ สูตรการจัดสรรอิงตาม Needs-based Formula ที่คำนวณจากดัชนี SMR<75 (Standardized Mortality Ratio อายุต่ำกว่า 75 ปี) โดยคณะกรรมการ Advisory Committee on Resource Allocation (ACRA) และมีกลไก Pace of Change ที่กำหนดเพดานและพื้น (Ceiling/Floor) $\pm 10\%$ ต่อปี เพื่อไม่ให้ ท้องถิ่นใดได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสูตรอย่างฉับพลัน อย่างไรก็ตาม กลไกนี้ก็ไม่ปราศจากปัญหา เนื่องจากงบประมาณสาธารณสุขท้องถิ่นของอังกฤษถูกตัดลดลงในช่วงที่รัฐบาลต้องรัดเข็มขัดจนส่งผลต่อขีด ความสามารถในการจัดทำบริการสาธารณะ

ส่วนประเทศฝรั่งเศส ระบบการเงินสาธารณสุขท้องถิ่นมีความซับซ้อนแต่มีโครงสร้างที่รัดกุม Dotation Globale de Fonctionnement (DGF) เป็นเงินอุดหนุนทั่วไปจากรัฐบาลกลางผ่านไปยังองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศฝรั่งเศส หลักการสำคัญของการบริหารเงินอุดหนุนประเภทนี้ประกอบด้วย เป้าหมายหลักสองประการ ได้แก่ การสร้างหลักประกันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีทรัพยากรที่ค่อนข้าง มั่นคงและคาดการณ์ได้ในแต่ละปี และการดำเนินการเกลี่ยรายได้แนวดิ่งเพื่อให้ความช่วยเหลือเป็นพิเศษให้แก่ ท้องถิ่นที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูงแต่ขาดแคลนทรัพยากรทางการเงินที่เพียงพอ การกระจายทรัพยากรใช้วิธีการ จัดสรรงบประมาณในกรอบวงเงินปิดซึ่งหมายความว่า การจัดสรรเงินให้แก่ท้องถิ่นแต่ละแห่งจะต้องพิจารณา เปรียบเทียบกับตัวชี้วัดของท้องถิ่นแห่งอื่นๆ ด้วย โดยความมั่งคั่งที่ลดลงของท้องถิ่นแห่งหนึ่งอาจนำไปสู่การ ได้รับเงินอุดหนุนที่ลดลงได้หากความมั่งคั่งของท้องถิ่นอื่นๆ ที่นำมาเปรียบเทียบนั้นลดลงในอัตราที่มากกว่า สิ่ง ที่ทำให้ระบบของประเทศฝรั่งเศสแตกต่างจากประเทศไทย คือ บทบาทของ Agence Régionale de Santé (ARS) ในฐานะองค์กรกำกับดูแลระดับภูมิภาคที่ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างงบประมาณสาธารณสุข ส่วนกลางกับการดำเนินงานของท้องถิ่น ARS มีอำนาจในการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขโดยตรง กำกับดูแล คุณภาพบริการ และประสานระหว่างภาคส่วน นอกจากนี้ ศาลตรวจเงินแผ่นดินภาค หรือ Chambre Régionale des Comptes (CRC) ทำหน้าที่ตรวจสอบประสิทธิภาพการใช้จ่ายตาม Loi NOTRe art. 107 ซึ่งมีการรายงานว่ากลไก ดังกล่าวมีประสิทธิภาพและการตอบสนองจริงอยู่ที่ร้อยละ 77

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

1. บทสรุป

จากการศึกษาเปรียบเทียบกลไกการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขของ 2 ประเทศ ได้แก่ ประเทศไทย และประเทศฝรั่งเศส ผู้เขียนค้นพบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับหลักการร่วมทั้ง 2 ประการ ประเทศไทยยังขาดองค์ประกอบสำคัญในด้านบุคลากร กล่าวคือ ไม่มีการกำหนดกรอบสายอาชีพวิชาชีพสาธารณสุขแยกต่างหากในองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ต่างจาก TUPE ของประเทศอังกฤษ Fonction Publique Territoriale ของประเทศฝรั่งเศส) และในด้านการเงิน ประเทศไทยไม่มีกลไกทางการเงินเฉพาะสำหรับภารกิจสาธารณสุข ไม่มีสูตรจัดสรรตามความต้องการ และไม่มีกลไกตรวจสอบผลลัพธ์ทางสุขภาพ (ต่างจาก Ring-fenced Grant/SMR<75 ของประเทศอังกฤษ และ DGF/CRC ของประเทศฝรั่งเศส) ข้อเท็จจริงเหล่านี้ล้วนเป็นพื้นฐานแนวคิดที่สำคัญของข้อเสนอแนะที่จะได้นำเสนอในส่วนถัดไป

2. ข้อเสนอแนะ

2.1 ข้อเสนอแนะในการแก้ไขกฎหมาย

ประการที่หนึ่ง ผู้เขียนขอเสนอให้แก้ไขระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยวิธีการงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2563 ดังนี้

ข้อ 25 จากเดิมบัญญัติว่า “การพิจารณาให้ความเห็นชอบร่างงบประมาณรายจ่ายของสภาท้องถิ่น และการพิจารณาให้ความเห็นชอบหรืออนุมัติร่างงบประมาณรายจ่ายของผู้มีอำนาจให้ความเห็นชอบหรืออนุมัติให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ระเบียบ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบ”

แก้ไขเป็น

ข้อ 25 “การพิจารณาให้ความเห็นชอบร่างงบประมาณรายจ่ายของสภาท้องถิ่นและการพิจารณาให้ความเห็นชอบหรืออนุมัติร่างงบประมาณรายจ่าย ให้สภาท้องถิ่นเป็นผู้มีอำนาจดำเนินการ กรณีที่ผู้มีอำนาจกำกับดูแลเห็นว่าร่างงบประมาณรายจ่ายนั้นขัดหรือแย้งต่อกฎหมายหรือระเบียบ ให้ส่งคืนสภาท้องถิ่นพร้อมเหตุผลเพื่อพิจารณาทบทวนภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ได้รับคืน หากสภาท้องถิ่นมีมติยืนยันตามร่างเดิมด้วยคะแนนเสียงไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวนสมาชิกสภาท้องถิ่นทั้งหมด ให้ร่างงบประมาณรายจ่ายนั้นเป็นอันบังคับใช้ได้”

ประการที่สอง ผู้เขียนขอเสนอให้คณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ก.จ.) ออกประกาศเพื่อจัดทำ “บัญชีตำแหน่งวิชาชีพสาธารณสุข” ในโครงสร้างตำแหน่งขององค์การบริหารส่วนจังหวัดแยกจากสายงานบริหารทั่วไป ประกาศดังกล่าวควรกำหนดกรอบความก้าวหน้าในสายอาชีพสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิชาชีพ ได้แก่ สายแพทย์ สายพยาบาล สายเภสัชกรรมและสายสาธารณสุขชุมชน ในลักษณะเดียวกับ Fonction Publique Territoriale ของฝรั่งเศสตาม Loi n° 84-53 du 26 Janvier 1984 ที่กำหนด Cadres D'emplois (กรอบตำแหน่ง) ไว้เฉพาะสำหรับข้าราชการท้องถิ่นแต่ละสายวิชาชีพ นอกจากนี้ ควรกำหนดให้สิทธิในการเลือกสังกัด (Droit Option) ตามประกาศคณะกรรมการการกระจาย

อำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนมายเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2564 เป็นสิทธิการ ไม่ใช่ทางเลือกชั่วคราวที่จำกัดระยะเวลาพร้อมกำหนดให้ข้าราชการที่เลือกถ่ายโอนได้รับการรับรองคุณวุฒิและความอาวุโสจากสังกัดเดิมอย่างต่อเนื่อง ในลักษณะเดียวกับ TUPE ของอังกฤษที่คุ้มครองเงื่อนไขการจ้างงานเดิมทั้งหมด

2.2 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ผู้เขียนขอเสนอให้พัฒนา “วิธีการคำนวณจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขตามความต้องการ” สำหรับการจัดสรรเงินอุดหนุนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด โดยควรอิงจากดัชนีสุขภาพประชากรในพื้นที่ เช่น อัตราตายก่อนวัยอันควร อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความหนาแน่นของประชากร และสัดส่วนประชากรสูงอายุ ในลักษณะเดียวกับสูตร SMR<75 (Standardised Mortality Ratio อายุต่ำกว่า 75 ปี) ที่คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านการจัดสรรทรัพยากร (Advisory Committee on Resource Allocation (ACRA)) ของประเทศอังกฤษใช้จัดสรรเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ (Ring-fenced Public Health Grant) หรือสูตร DGF ของประเทศฝรั่งเศส สูตรดังกล่าวควรมีกลไกนโยบายการปรับเปลี่ยนอย่างค่อยเป็นค่อยไป (Pace of Change) ในลักษณะเดียวกับประเทศอังกฤษที่กำหนดเพดานและพื้นที่การเปลี่ยนแปลงงบประมาณไม่เกินร้อยละ 10 ต่อปี เพื่อให้ท้องถิ่นใดได้รับผลกระทบจากการปรับสูตรอย่างฉับพลัน หลักการเหล่านี้จะช่วยให้ผู้จัดสรรงบประมาณมองเห็นภาพรวมความต้องการงบประมาณของแต่ละองค์กรบริหารส่วนจังหวัดซึ่งแต่ละพื้นที่ที่มีความต้องการงบประมาณการจัดทำบริการสาธารณะด้านสุขภาพที่แตกต่างกันไปอย่างสิ้นเชิง

ผู้เขียนขอเสนอให้มีการปรับปรุงกลไกการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด โดยอาศัยระบบงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอยู่ในปัจจุบัน กล่าวคือ รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในรูปแบบของเงินอุดหนุนทั่วไปกำหนดวัตถุประสงค์ หลักการนี้จะสอดคล้องกับแนวคิดเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ (Ring-fenced Public Health Grant) ของประเทศอังกฤษ ที่รับประกันว่างบประมาณก้อนนี้จะถูกจำกัดไว้ใช้สำหรับภารกิจสาธารณสุขเท่านั้น ไม่สามารถนำไปใช้ในภารกิจอื่นได้ เมื่อประเมินความเป็นไปได้ในทางกฎหมายและวิธีการงบประมาณแล้ว ข้อเสนอสามารถทำได้จริงและมีความเหมาะสมอย่างยิ่ง เนื่องจากกลไกเงินอุดหนุนทั่วไปกำหนดวัตถุประสงค์เป็นรูปแบบที่มีการใช้อยู่แล้วในระบบการคลังท้องถิ่นของไทย การใช้กลไกนี้จะช่วยให้องค์กรบริหารส่วนจังหวัดมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการงบประมาณด้านสาธารณสุขภายใต้ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยวิธีการงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2563 ได้ โดยที่กระบวนการเบิกจ่ายยังคงต้องผ่านการพิจารณาอนุมัติจัดทำเป็นข้อบัญญัติงบประมาณจากสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัดตามปกติซึ่งเป็นการเคารพหลักการกระจายอำนาจและการตรวจสอบโดยสภาท้องถิ่น แทนที่จะเสนอให้ข้ามขั้นตอนของสภาท้องถิ่น ซึ่งอาจขัดต่อหลักการบริหารงานท้องถิ่น นอกจากนี้ ควรบังคับให้องค์กรบริหารส่วนจังหวัดตั้งงบประมาณรายจ่ายก้อนนี้แยกไว้ในแผนงานสาธารณสุขอย่างชัดเจนในเอกสาร

งบประมาณ เพื่อให้สามารถติดตาม ตรวจสอบ และประเมินความคุ้มค่าของการใช้จ่ายด้านสุขภาพระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- กลุ่มวิเคราะห์งบประมาณ 3 สำนักงบประมาณของรัฐสภา. (2567). ข้อเสนอเพื่อการจัดสรรงบประมาณและ
การบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งกรณีที่ไม่ถ่ายโอนและกรณีที่ต้อง
ถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สำนักงบประมาณของรัฐสภา.
https://web.parliament.go.th/assets/portals/82/news/1578/1_1578.pdf
- จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์ และ เพ็ญญา หงษ์ทอง. (2568). การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในบริบทการถ่ายโอน
รพ.สต. ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด: บทเรียนจากพื้นที่ (พิมพ์ครั้งที่ 1). เรือนแก้วการพิมพ์.
- ณรงญา ตัญญาพัฒน์กุล. (2569). ภารกิจไป แต่ไม่ให้แนวทางบริหาร 'ยา-คน-งบ': 'ช่องว่าง' ระหว่างการถ่าย
โอน รพ.สต. [https://www.the101.world/challenges-on-the-transfer-of-sub-district-
health-promoting-hospitals/](https://www.the101.world/challenges-on-the-transfer-of-sub-district-health-promoting-hospitals/)
- นครินทร์ เมฆไตรรัตน์. (2553). การกระจายอำนาจ. [https://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=การกระจาย
อำนาจ](https://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=การกระจายอำนาจ)
- นันทวัฒน์ บรมานันท์. (2552). การปกครองส่วนท้องถิ่น (พิมพ์ครั้งที่ 5). วิญญูชน.
- นันทวัฒน์ บรมานันท์. (2560). หลักกฎหมายปกครองเกี่ยวกับบริการสาธารณะ (พิมพ์ครั้งที่ 5). วิญญูชน.
- นิรมัย พิศแซ มั่นจิตร. (2563). กฎหมายว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยและการจัดทำบริการทางด้านสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 1). วิญญูชน.
- ประยูร กาญจนดุล. (2538). คำบรรยายกฎหมายปกครอง (พิมพ์ครั้งที่ 4). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สมคิด เลิศไพฑูรย์. (2565). หน้าที่และอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามระบบกฎหมายไทย (พิมพ์
ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- CNFPT. (2013, May 16). *Notions clés sur les acteurs de la fonction publique territoriale*.
[https://encyclopedia.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/bin/view/fiches/Fiche%2026%20Not
ions%20cl%C3%A9s%20sur%20les%20acteurs%20de%20la%20fonction%20publiqu
e%20territoriale/](https://encyclopedia.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/bin/view/fiches/Fiche%2026%20Notions%20cl%C3%A9s%20sur%20les%20acteurs%20de%20la%20fonction%20publique%20territoriale/)
- Coventry City Council. (2015, November). *Briefing paper on the public health ring-fenced
grant*. Coventry City Council.
[https://edemocracy.coventry.gov.uk/documents/s26176/Public%20Health%20Ringf
enced%20Grant.pdf](https://edemocracy.coventry.gov.uk/documents/s26176/Public%20Health%20Ringfenced%20Grant.pdf)

Dashboard การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. (ม.ป.ป.). *Dashboard การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.*

<https://hsiu.hsri.or.th/transfer/dashboard>

Department of Health. (n.d.). *Exposition book: Public health allocations 2013–14 and 2014–15: Technical guide 2013.*

<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a755dace5274a3cb2869dd2/Public-Health-Weighted-Capitation-FormulaTechnical-Guide-v0.13.pdf>

Department of Health & Social Care. (2023, June 29). *Directors of public health in local government: Roles, responsibilities and context.* GOV.UK.

<https://www.gov.uk/government/publications/role-of-the-director-of-public-health-in-local-authorities/directors-of-public-health-in-local-government-roles-responsibilities-and-context>

Direction générale des collectivités locales. (2026, March). *Guide pratique: La dotation globale de fonctionnement.* [https://www.collectivites-](https://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/2.%20G%C3%A9rer%20les%20finances%20publiques%20locales/2.%20L'ex%C3%A9cution%20des%20recettes%20et%20des%20d%C3%A9penses/4.%20R%C3%A9gies%20d'avances%20et%20de%20recettes/Guide%20pratique%20DGF%202026.pdf)

[locales/2.%20L'ex%C3%A9cution%20des%20recettes%20et%20des%20d%C3%A9penses/4.%20R%C3%A9gies%20d'avances%20et%20de%20recettes/Guide%20pratique%20DGF%202026.pdf](https://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/2.%20G%C3%A9rer%20les%20finances%20publiques%20locales/2.%20L'ex%C3%A9cution%20des%20recettes%20et%20des%20d%C3%A9penses/4.%20R%C3%A9gies%20d'avances%20et%20de%20recettes/Guide%20pratique%20DGF%202026.pdf)

Doligé, É., & Claude, J. (2010, November 18). *Transferts de personnels de l'État vers les collectivités territoriales: Un pari réussi, des perspectives financières tendues.* Sénat.

https://www.senat.fr/rap/r10-117/r10-117_mono.html

Emploi-collectivites. (2025, September 30). *Les Centre de gestion (CDG) – dans la fonction publique territoriale.* <https://www.emploi-collectivites.fr/cdg-blog-territorial>

Joseph, J. (n.d.). *The Loi Defferre: Decentralizing France without democratizing it.*

<https://www.joejerome.com/documents/FrenchDecentralizationJerome.pdf>

Rossat-Mignod, G. (2024, April). *Lutter contre les déserts médicaux.* Banque des Territoires.

[https://www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/2024-](https://www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/2024-05/Banque_des_Territoires_Etude_d%C3%A9serts_m%C3%A9dicaux_2024_0.pdf)

[05/Banque_des_Territoires_Etude_d%C3%A9serts_m%C3%A9dicaux_2024_0.pdf](https://www.banquedesterritoires.fr/sites/default/files/2024-05/Banque_des_Territoires_Etude_d%C3%A9serts_m%C3%A9dicaux_2024_0.pdf)

Social Partnership Forum. (n.d.). *Green route: You are employed in the NHS and transferring to a job in a local authority.*

<https://www.socialpartnershipforum.org/system/files/2023-10/green-route-%2830%29.pdf>