หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น: ความเป็นไปได้ของการบรรลุความครอบคลุมถ้วนหน้า

(Universal Health Insurance and Decentralization:
A Feasibility for Universal Coverage Achievement)

วินัย ลีสมิทธิ์
Vinai Leesmidt
ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
Supasit Pannarunothai

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
เมษายน 2544
(รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น: ความเป็นไปได้ของการบรรลุความครอบคลุมถ้วนหน้า

(Universal Health Insurance and Decentralization:
A Feasibility for Universal Coverage Achievement)

วินัย ลีสมิทธิ์
Vinai Leesmidt
ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
Supasit Pannarunothai

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
เมษายน 2544
(รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์)

คำนำ

การกระจายอำนาจได้มีบทบาทสำคัญมากขึ้นในประเทศไทย องค์กรท้องถิ่นระดับต่างๆตั้งแต่องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด และองค์กรท้องถิ่นลักษณะพิเศษอย่างกรุงเทพมหานครล้วนมีการเจริญเติบโตและมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขได้ถูกกำหนดในกฎหมายเกี่ยวกับขั้นตอนการกระจายอำนาจ ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของประเทศอย่างยิ่ง แต่องค์ความรู้ต่างๆที่มีปัจจุบันกระจัดกระจายและไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีการศึกษาให้สามารถเข้าใจถึงแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมสำหรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้น

การสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนเป็นสิ่งสำคัญที่กระแสโลกได้มีมากขึ้น สำหรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้น การสร้างหลักประกันสุขภาพอาจเป็นทางเลือกที่ดีที่จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและเกิดความเป็นธรรมในการได้รับการดูแลด้านสุขภาพ ในขณะที่การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นกำลังเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วนั้น โอกาสเหล่านี้อาจเป็นจุดแข็งที่จะพัฒนาการมีหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนในประเทศได้

การศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาที่มุ่งจะหาข้อมูลองค์ความรู้ ที่จะช่วยพัฒนาการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขและการหาแนวทางในการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน อย่างไรก็ตามองค์ความรู้ที่ได้รับคงไม่สามารถตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจและการสร้างหลักประกันสุขภาพได้ทั้งหมด แต่ก็หวังว่าจะเป็นข้อมูลเบื้องต้น สำหรับการกำหนดทิศทางเชิงนโยบายและการช่วยให้เกิดการเรียนรู้และศึกษาต่อไปในเชิงวิจัย

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรุงเทพมหานคร และ ขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องที่กรุณาให้ความร่วมมือ ให้ข้อมูลและความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมทั้ง โครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก สำนักงานกองทุนสนันสนุนการวิจัย ที่ให้โอกาสไปศึกษาทบทวนวรรณกรรม ณ London School of Hygiene and Tropical Medicine ขอขอบคุณ Professor Anne Mills และผู้ทรงวุฒิที่ให้ความเห็นเพื่อปรับปรุงคุณภาพของรายงานการวิจัยจนได้ฉบับสมบูรณ์ที่ปรากฏต่อหน้าท่านขณะนี้

คณะผู้วิจัย

9 เมษายน 2544

สารบัญเรื่อง

	หน้า
คำนำ	i
สารบัญเรื่อง	ii
สารบัญตาราง	v
สารบัญภาพ	vi
บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร	vii
Executive Summary	ix
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 บทบาทองค์กรท้องถิ่นด้านสุขภาพ: ประสบการณ์ต่างประเทศ	
2.1 องค์กรท้องถิ่นคืออะไร?	7
2.2 ระดับชั้นขององค์กรท้องถิ่น	7
2.3 บทบาทขององค์กรท้องถิ่น	8
2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลกลางกับองค์กรท้องถิ่น (Central-Local Relations)	9
2.5 บทบาทองค์กรท้องถิ่นด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศนอร์ดิก	9
ประเทศเดนมาร์ก	9
ประเทศฟินแลนด์	10
ประเทศไอซ์แลนด์	11
ประเทศนอร์เวย์	12
ประเทศสวีเดน	12
ประเทศฟิลิปปินส์	14
บทที่ 3 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	
3.1 องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)	20
3.1.1 การวางแผนและการดำเนินการด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)	20
3.1.2 การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขและความพร้อมสำหรับการถ่ายโอนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)	22
3.1.3 การกำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ดูแลและจัดตั้งโรงพยาบาลจังหวัด	24
3.1.4 การบริหารงบประมาณและการจัดหารายได้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)	25
3.1.5 ปัญหาการดำเนินงานในส่วนรอยต่อขององค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.)กับองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)	27

สารบัญเรื่อง

หน้า

3.1.6 การบริหารงานบุคคลขององค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) กับ
การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข 27

3.1.7 แนวความคิดในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ
องค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) 28

3.2 เทศบาล 29

3.2.1 การวางแผน การบริหารจัดการ และ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของเทศบาล 30

3.2.2 การจัดเก็บภาษี รายได้ และ รายจ่ายเทศบาล 31

3.2.3 ปัญหารอยต่อของพื้นที่เทศบาลกับองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) 32

3.2.4 การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขแก่เทศบาล 33

3.2.5 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแนวคิดของเทศบาล 37

3.3 องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 39

3.3.1 การทดลองการกระจายอำนาจสู่องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) 39

3.3.2 การจัดหารายได้และรายจ่ายขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) 39

3.3.3 การบริหารบุคคลและการดำเนินงานในเขตรอยต่อขององค์การบริหาร
ส่วนตำบล(อบต.) 40

3.3.4 การดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) 41

3.3.5 แนวคิดการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขและงบประมาณที่เปลี่ยนแปลงของ
องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) 43

3.3.6 แนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขององค์การบริหารส่วนตำบล 44
(อบต.)

3.4 การบริหารงานส่วนท้องถิ่นกรุงเทพมหานคร(กทม.) 46

3.4.1 แนวคิดการบริการสาธารณสุขของผู้บริหารกรุงเทพมหานคร 46

3.4.2 โครงสร้าง บทบาทความรับผิดชอบ และปัญหาการจัดบริการสาธารณสุข
ในกรุงเทพมหานคร 47

3.4.3 การสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนของกรุงเทพมหานคร 48

3.4.4 แนวคิดการกระจายอำนาจสู่การปกครองส่วนท้องถิ่นกรุงเทพมหานคร 50

3.4.5 งบประมาณด้านสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร 51

3.5 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุขเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจ
ด้านสาธารณสุขแก่องค์กรท้องถิ่น 52

3.5.1 โครงสร้างหน่วยงานสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป 52

3.5.2 ระบบบริการที่น่าจะเป็นเมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขแก่
องค์กรท้องถิ่น 54

สารบัญเรื่อง

	หน้า
3.5.3 ภารกิจด้านสาธารณสุขที่ถ่ายโอนแก่องค์กรท้องถิ่น	54
3.5.4 ระดับองค์กรท้องถิ่นที่จะรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข	55
3.5.5 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ	57
3.6 โรงพยาบาลเทศบาล	58
บทที่ 4 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	
4.1 บทสรุปจากการศึกษาวิจัย	60
4.1.1 รูปแบบการกระจายอำนาจขององค์กรท้องถิ่นในประเทศไทย	60
4.1.2 การดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรท้องถิ่นระดับต่างๆ	61
4.1.3 การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขแก่องค์กรท้องถิ่น	61
4.1.4 การโอนสถานบริการให้องค์กรท้องถิ่นดูแล	62
4.1.5 ปัญหาการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในเขตรอยต่อขององค์กรท้องถิ่น	63
4.1.6 การวางแผน การบริหารบุคคล กับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขขององค์กรท้องถิ่น	63
4.1.7 การจัดหารายได้ และการบริหารงบประมาณขององค์กรท้องถิ่น	64
4.1.8 แนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขององค์กรท้องถิ่น	65
4.2 ข้อเสนอแนะ	66
4.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข	66
4.2.2 คำถามวิจัย	67
เอกสารอ้างอิง	68
เอกสารอ้างอิงภาษาไทย	68
เอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ	68
ภาคผนวก	72
แบบฟอร์มการสัมภาษณ์เชิงลึก	72

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 บทบาทองค์กรท้องถิ่นในด้านสุขภาพ 18

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบความคิดเพื่อการบรรลุความครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า 3

บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญเพื่อ (1)ให้สามารถเข้าใจรูปแบบการกระจายอำนาจ การดำเนินงานด้านสาธารณสุข และความพร้อมสำหรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ขององค์กรท้องถิ่นในประเทศไทย (2)เพื่อให้เข้าใจถึงบทบาทด้านการคลังขององค์กรท้องถิ่น เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพและความสามารถในการจัดหารายได้ขององค์กรท้องถิ่น ในการให้การสนับสนุนการสร้างความครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย และ (3)เพื่อให้เข้าใจถึงแนวคิดและทัศนคติขององค์กรท้องถิ่นในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขขององค์กรท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขของท้องถิ่นนั้นๆ จำนวน 30 คน จากจังหวัดที่เป็นตัวแทนในแต่ละภาคๆรวมทั้งกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาประกอบด้วยบทที่สำคัญ 4 บท ได้แก่ บทนำ การทบทวนวรรณกรรมเรื่องบทบาทขององค์กรท้องถิ่นด้านสาธารณสุข ผลการศึกษาวิจัย และบทสุดท้ายเป็นบทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายกับคำถามวิจัยที่ควรศึกษาต่อ

จากการทบทวนบทบาทด้านสาธารณสุขขององค์กรท้องถิ่นในกลุ่มประเทศนอร์ดิกและฟิลิปปินส์ พบว่าท้องถิ่นเองมีบทบาทหลากหลายทั้งด้านการบริการและการคลังสุขภาพ ด้านการบริการสุขภาพมีบทบาทตั้งแต่การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเบื้องต้น จนถึงการบริการทางการแพทย์ขั้นสูงในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ท้องถิ่นเองรับผิดชอบในการเป็นเจ้าของสถานบริการและโรงพยาบาล ด้านค่าใช้จ่ายท้องถิ่นในกลุ่มประเทศนอร์ดิกมีบทบาทอย่างมากในการรับผิดชอบจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นผู้ซื้อบริการอื่นๆให้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ นอกจากนี้ท้องถิ่นเองยังมีบทบาทให้บริการด้านสังคมสงเคราะห์อื่นๆในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบอีกด้วย อย่างไรก็ตามบทเรียนจากประเทศฟิลิปปินส์แสดงให้เห็นได้ว่าการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขต้องมีเวลาเตรียมการและต้องมีการวางแผนที่ดี เพราะสามารถสร้างผลกระทบทางลบต่อคุณภาพการบริการด้านสุขภาพที่มีได้

ผลจากการศึกษาสามารถจะสรุปเป็นประเด็นสำคัญ สำหรับใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขในประเทศไทย ได้ดังนี้

1. องค์กรท้องถิ่นในประเทศไทยมีรูปแบบการกระจายอำนาจ ที่เปลี่ยนแปลงไปจากรูปแบบการรวมศูนย์อำนาจที่เรียกว่า Integrated Deconcentration เป็นรูปแบบที่มีอำนาจและอิสระในการสร้างนโยบายและการบริหารจัดการทั้งด้านการเงินงบประมาณ การพัสดุ และการบริหารบุคคล ในรูปแบบที่เข้าได้กับการกระจายอำนาจแบบ Devolution
2. การดำเนินงานด้านสาธารณสุขนั้นท้องถิ่นได้มีการดำเนินการอยู่แล้ว เพียงแต่ดำเนินการในด้านสิ่งแวดล้อม การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเป็นสำคัญ ยกเว้นกรุงเทพมหานครที่มีการจัดบริการรักษาพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงขึ้น
3. นโยบายและแนวทางในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขนั้นไม่มีความชัดเจน ท้องถิ่นมีความคิดเห็นว่าควรถ่ายโอนภารกิจทั้งงบประมาณและบุคลากรด้านสาธารณสุขมาให้ท้องถิ่น ความพร้อมของท้องถิ่นก็ไม่ชัดเจนนักเช่นกัน และที่สำคัญท้องถิ่นเองขาดประสบการณ์ในการบริหารจัด

การด้านสาธารณสุขอย่างมาก

4. การสร้างหลักประกันสุขภาพนั้นแม้ท้องถิ่นจะเห็นด้วยว่าเป็นสิ่งที่ดี แต่ก็ไม่ได้แสดงความคิดเห็นที่แน่ชัดที่จะรับดำเนินการ เพียงแต่แสดงความเห็นที่จะยินดีให้การสนับสนุนด้านงบประมาณเท่าที่จะสามารถดำเนินการได้ การเป็นผู้ซื้อการบริการเป็นสิ่งที่ท้องถิ่นสนใจมากกว่าจะดำเนินการจัดบริการเอง การเก็บภาษีสุขภาพท้องถิ่นไม่ต้องการรับผิดชอบเนื่องจากกระทบต่อการเมืองท้องถิ่นและฐานเสียง

ข้อเสนอแนะนั้นเสนอให้มีการกำหนดนโยบายการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขที่ชัดเจนในประเทศไทย ขบวนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขต้องคำนึงถึงทั้งด้านการจัดบริการและการคลังสาธารณสุข เพราะมีผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน รวมทั้งความเป็นธรรมกับประสิทธิภาพของการบริการ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจเป็นทางเลือกที่จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่ดีได้ ซึ่งอาจจะช่วยป้องกันผลกระทบของการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพที่จะส่งผลเสียต่อระบบบริการสุขภาพของประชาชน อย่างไรก็ตามองค์ความรู้ที่มียังไม่สามารถตอบคำถามที่มีว่า หากท้องถิ่นสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ประชาชนแล้ว ท้องถิ่นควรมีบทบาทมากน้อยเพียงใด อย่างไร และความรับผิดชอบด้านการคลังสุขภาพท้องถิ่นเองควรเป็นอย่างไร มากน้อยแค่ไหน ซึ่งคงต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากการศึกษาวิจัยในอนาคต

Executive Summary

This qualitative study is an in-depth interview of the executive and field staff who are working in health sector of the local governments, and the health personnel who involves in health care decentralization in those local areas. The study aimed at (1) understanding the decentralization form, the health care implementation and the readiness for decentralization of the local governments, (2) understanding the financing role of the local governments in health care implementation and their capability of revenue raising to support the universal coverage in Thailand, and (3) understanding the concept and attitude of the local governments about the establishing of universal coverage in Thailand. The report of the study consists of 4 important chapters including introduction, literature review about the local government's roles in health, result of the study and, the summary and recommendations together with the future research questions.

The review of local government's roles in health in Nordic countries and Philippines showed that local governments have several roles in both health care provision and financing. In health care provision role, local governments are responsible for providing primary, secondary and tertiary health care services. They also own and manage health care facilities and hospitals. In health care financing role, the local governments in Nordic countries play a major role in paying for health care utilization. They are health care purchasers. They also have important role in providing social welfare services to the indigents and the elderly in their responsible areas. However the lesson learned from Philippines indicated that decentralization needs well preparation and a good plan because it can produce negative effect to the quality of the existing health care services.

The result of the study can be summarized to be as the important information for health care decentralization in Thailand as follows:

1. the form of decentralization of the local governments in Thailand has changed from the integrated deconcentration form to devolution form which processes more authority, flexibility, adaptability and freedom in policy setting and management in terms of financial, logistics and manpower management,
2. the health care provision provided by local governments already exists in their local areas but the services are confined to the areas of environmental health, primary medical care, health promotion and prevention. Except in the Bangkok Metropolitan area that the health care services involve higher level of medical services of secondary and tertiary care.

3. the policy and direction for health care decentralization in Thailand is not clear. Local governments suggested that the health care decentralization should include the transferring of both health care budget and manpower to local authorities. The readiness of local governments for receiving decentralized activities is not clear either. The importance is that local governments have very little experience in health care management.
4. although local governments accepted that universal coverage is a good health care policy, they are reluctant to take responsibility for implementing it. They just show their intention to support some budget for health care implementation as much as possible. More over the local governments are interested in being the health care purchasers rather than being the owners of the health care facilities. Health tax is not the policy of local governments because it can affect their local votes.

The recommendations suggested that there should be definite health care decentralization policy in Thailand. The decentralization process should concern both health care provision and financing because they can affect the access to health care utilization as well as the equity and the efficiency of health services. Universal coverage may be an alternative for helping people to more access to qualified health care. It may help protect people from negative effects of health care decentralization. However the existing knowledge cannot answer the questions that if local governments have established the universal coverage, what should be their roles in health, how much of their roles and what should be the local governments' health care financing roles. So the future research is necessary to be studied further.

บทที่ 1 บทนำ

1. หลักการและเหตุผล

การบริการสุขภาพเกี่ยวข้องกับปรัชญาที่สำคัญ 2 ประการ คือ ความเท่าเทียมและสิทธิมนุษยชน เป้าประสงค์ของการบริการสุขภาพก็เพื่อให้เกิด การบริการที่เท่าเทียมกัน การบริการที่มีคุณภาพ และ มีประสิทธิภาพ ความเท่าเทียมทางสุขภาพสามารถมีความหมายหลากหลายแตกต่างกัน แต่ความหมายของความเท่าเทียมทางสุขภาพที่เป็นรูปธรรมมากที่สุด คือ การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานอย่างเท่าเทียมกัน ในด้านสิทธิมนุษยชน การบริการทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นนั้นๆ

รัฐธรรมนูญแห่งประเทศไทยปีพ.ศ. 2540 วรรคที่ 52 กำหนดไว้ว่าคนไทยทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันที่ได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสมีสิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์โดยไม่คิดมูลค่า ที่จัดโดยรัฐอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นและภาคเอกชน ซึ่งเป็นการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนไทยทุกคน

ปัจจุบันประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพที่หลากหลาย ตั้งแต่การจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลแก่ผู้ด้อยโอกาส ประกันสังคม โครงการบัตรสุขภาพโดยความสมัครใจ สวัสดิการด้านรักษาพยาบาลแก่ข้าราชการลูกจ้าง และ พนักงานรัฐวิสาหกิจ กองทุนทดแทนการเจ็บป่วยจากการทำงาน โครงการประกันผู้เจ็บป่วยจากอุบัติเหตุจราจร และ การประกันสุขภาพเอกชน แต่ยังมีประชาชนไทยอีกประมาณ 20% ที่ขาดหลักประกันสุขภาพ (SUPACHUTIKUL 1996; SUJARIYAKUL 1999) นอกจากนี้ ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการอยู่มีปัญหามากมาย ทั้งด้านความไม่เป็นธรรมภายในและระหว่างระบบประกันสุขภาพต่างๆที่มีอยู่ การขาดประสิทธิภาพในระบบบริการทางการแพทย์ และ ขาดคุณภาพของการให้บริการ

ความครอบคลุมทั่วถึงของบริการทางสุขภาพนับว่า มีความสำคัญอย่างต่อการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของประชาชน และได้รับการยอมรับว่าเป็นกลวิธีที่สำคัญที่จะสร้างความเท่าเทียม การมีประสิทธิภาพ และ การมีคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทย อย่างไรก็ตามการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ได้ถูกกำหนดไว้เป็นนโยบายระดับประเทศสำหรับประเทศไทย ยิ่งไปกว่านั้น การประสบกับภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา กลับยิ่งทำให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรัฐเป็นผู้อุดหนุนนั้น เป็นไปได้ยาก เพราะ ขาดแคลนเงินงบประมาณในการดำเนินการ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องแสวงหาทางเลือกอื่นๆที่จะสามารถทำให้บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยต่อไป

การกระจายอำนาจสู่องค์กรท้องถิ่น นับว่าเป็นกลวิธีที่สำคัญในการนำมาใช้เพื่อปฏิรูปการบริการสุขภาพ ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เพราะการกระจายอำนาจถูกมองว่าอาจสามารถทำให้มีการสร้างโอกาสให้เกิดหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงขึ้นมาได้ และยังสามารถช่วยทำให้หลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงที่เกิดขึ้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น เพราะองค์กรท้องถิ่นจะตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ดียิ่งขึ้นกว่ารัฐบาลกลาง อย่างไรก็ดีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นก็ยังเป็นสิ่งที่สับสนสำหรับประเทศไทย

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ของประเทศไทยได้ให้ความสำคัญ ต่อสถาบันและองค์กรรัฐโดยประชาชน โดยได้กำหนดให้มีการส่งเสริมการปกครองตนเองโดยองค์กรท้องถิ่น และ สนับสนุนให้ชุมชนมี

ส่วนร่วม พร้อมกับมีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น ดังนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 จึงได้มีการจัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบลขึ้นมากกว่า 2,143 แห่ง และ เปลี่ยนแปลงสุขาภิบาล ทุกแห่งยกฐานะเป็นเทศบาลตำบล ตามนโยบายการกระจายอำนาจของการปกครองไทย (ลือชา วนรัตน์ และ คณะ 2540) อย่างไรก็ดีการบริหารจัดการ การกระจายอำนาจยังเป็นสิ่งที่สับสนอย่างยิ่ง กฎหมายพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ปีพ.ศ. 2542 ได้กำหนดไว้ว่า องค์กรท้องถิ่นจะได้รับจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานคิดเป็น 20% ของงบประมาณประเทศเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 และเพิ่มเป็น 35% ของแผนฉบับที่ 9 งบประมาณที่ได้รับเพิ่มจะถูกนำไปใช้ในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสังคมของชุมชน รวมทั้งด้านสุขภาพ ดังนั้นบทบาทขององค์กรท้องถิ่นในการดำเนินงานสร้างความครอบคลุมถ้วนหน้าด้านสุขภาพ จึงมีความสำคัญมากขึ้น แต่ปัจจุบันไม่มีใครทราบหรือตอบได้ว่าแท้จริงแล้วองค์กรท้องถิ่นควรมีบทบาทอย่างไร โดยเฉพาะด้านการแพทย์และสาธารณสุข การศึกษาโดยการวิจัยในประเด็นเหล่านี้จึงนับว่ามีความจำเป็นและสำคัญต่อ การตอบคำถามดังกล่าวแล้ว

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

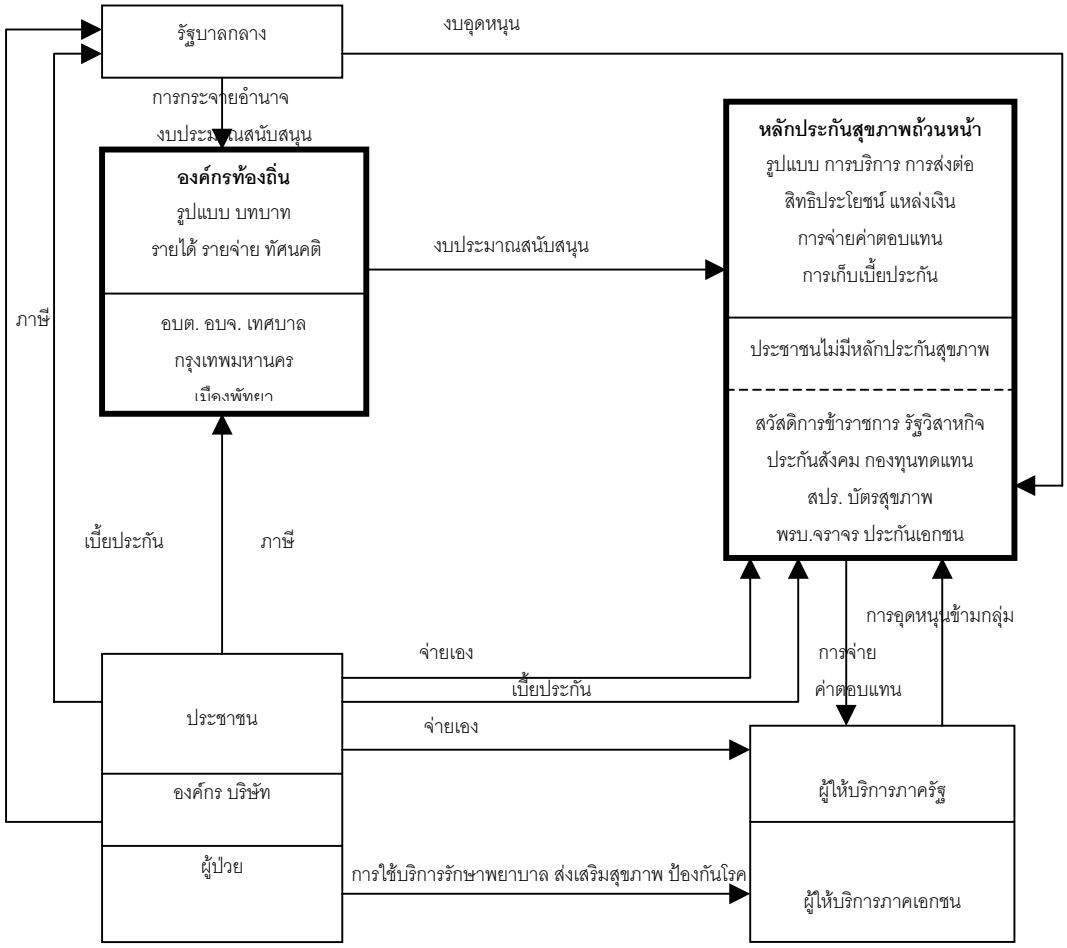
การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ความคิดเห็นของผู้บริหารองค์กรท้องถิ่น ทั้งที่มาจากการเมืองและข้าราชการประจำ ผู้รับผิดชอบด้านสาธารณสุข ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข โดยความคิดเห็นที่ต้องการศึกษาเกี่ยวข้องในด้านต่อไปนี้

- รูปแบบการกระจายอำนาจที่แท้จริงขององค์กรท้องถิ่นในประเทศไทย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของการกระจายอำนาจที่กฎหมายกำหนด สำหรับพิจารณาความพร้อมในการรับถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขขององค์กรท้องถิ่นในประเทศไทย
- ด้านการคลังขององค์กรท้องถิ่นเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน และความสามารถในการจัดหารายได้ขององค์กรท้องถิ่นในการให้การสนับสนุนการสร้างความครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย
- แนวคิดและทัศนคติขององค์กรท้องถิ่น ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

3. กรอบความคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้มีกรอบแนวคิดที่สามารถแสดงได้ดังภาพที่ 1 องค์กรท้องถิ่นรูปแบบต่างๆจะเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา โดยดูถึงความดำเนินงานขององค์กรท้องถิ่น โดยเฉพาะด้านการคลังท้องถิ่นที่จะช่วยให้การดำเนินงานในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สามารถบรรลุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนประกอบอื่นๆที่มีอยู่ในกรอบความคิดจะมีการศึกษาเฉพาะในส่วนที่จะเกี่ยวข้องกับองค์กรท้องถิ่น ในด้านที่จะมีผลต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภาพที่ 1 กรอบความคิดเพื่อการบรรลุความครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า



4. ระเบียบวิธีวิจัย

เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย การศึกษานี้จะใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพสำหรับเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารองค์กรท้องถิ่น ทั้งที่มาจากการเมืองและข้าราชการประจำ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบด้านสาธารณสุขในองค์กรท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขแก่ท้องถิ่นนั้นๆ นอกจากนี้การเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะได้จากการทบทวนข้อมูลทางเอกสารที่ได้รับจากท้องถิ่นที่ศึกษาอยู่เท่าที่จำเป็น และเกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์เจาะลึกนั้น ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิที่สัมพันธ์และสนับสนุนการศึกษาเชิงคุณภาพที่กล่าวแล้ว

องค์กรท้องถิ่นที่ศึกษาจะประกอบด้วยทุกระดับชั้นขององค์กร ตั้งแต่องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลทุกระดับ องค์การบริหารส่วนจังหวัด และกรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาเปรียบทียบความเข้มแข็งและอ่อนแอขององค์กรท้องถิ่นในระดับต่างๆ โดยมีการคัดเลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนในแต่ละภาคของประเทศไทย ซึ่งการคัดเลือกจังหวัดพิจารณาจากการที่เป็นจังหวัดนำร่องในการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรท้องถิ่น ที่รัฐบาลดำเนินการ อยู่พิจารณาจากความร่วมมือในการศึกษา และความหลากหลายของขนาดจังหวัด สภาพสังคม เศรษฐกิจ เขตเมืองและชนบท และ อื่นๆเป็นต้น รวมทั้งสิ้น 6 จังหวัด ได้แก่ พิจิตร เชียงใหม่ นครราชสีมา ปทุมธานี ตรัง และ

กรุงเทพมหานคร จากจังหวัดดังกล่าวจะมีการคัดเลือกองค์กรท้องถิ่นทุกระดับในจังหวัดเป็นตัวแทนในการศึกษาสัมภาษณ์ ทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล จนครบทุกระดับเพื่อให้สามารถศึกษาความแตกต่างและความเหมือน จากการคัดเลือกสามารถดำเนินการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้บริหารองค์กรท้องถิ่นทั้งที่มาจากการเมืองและข้าราชการประจำ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรท้องถิ่นที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบด้านสาธารณสุข รวมทั้งผู้บริหารสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในจังหวัดที่ได้ดำเนินการศึกษาวิจัยนั้นๆ รวมทั้งสิ้น 30 คน ประกอบด้วย

- ผู้บริหารด้านสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร 3 คน ได้แก่ รองปลัดกรุงเทพมหานครฝ่ายสาธารณสุข ผู้อำนวยการสำนักอนามัยและผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
- ประธานองค์การบริหารส่วนตำบล 4 คน
- นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล 4 คน
- นายกเทศมนตรีเทศบาลนคร 3 คน
- ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลนคร 1 คน
- นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด 5 คน
- ผู้บริหารสาธารณสุขระดับภูมิภาค 4 คน ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน 2 คน และ ตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทศบาล 1 คน
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับภูมิภาค 5 คน ได้แก่ นักวิชาการสำนักงานสาธารณสุข 1 คน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสถานีอนามัย 5 คน

การสัมภาษณ์ได้มีการจัดทำเครื่องมือ โดยการกำหนดหัวข้อการสัมภาษณ์และทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ในอนาคต ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นคำถามปลายเปิด แบบSemi-structured interview questions ในคำถามที่ตั้งไว้จะครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการทำงานขององค์กรท้องถิ่น บทบาทขององค์กรท้องถิ่นด้านสุขภาพและด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินศักยภาพการจัดหารายได้ขององค์กรท้องถิ่นในด้านต่างๆ เพื่อค้นหาถึงรูปแบบที่แท้จริงของการกระจายอำนาจขององค์กรท้องถิ่น โดยการพิจารณาถึงการบริหารจัดการขององค์กรท้องถิ่นทั้งด้านการวางแผน การบุคคล และงบประมาณ ศึกษาบทบาทขององค์กรท้องถิ่นที่มีในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข การรับผิดชอบด้านการใช้จ่ายขององค์กรท้องถิ่นด้านสุขภาพ ศักยภาพในการจัดหารายได้ขององค์กรท้องถิ่น และความคิดเห็นขององค์กรท้องถิ่นต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพ หัวเรื่องที่สัมภาษณ์จะประกอบด้วยหัวข้อต่างๆดังนี้

1.**บทบาทการทำงานขององค์กรท้องถิ่น** (Function) จะครอบคลุมประเด็นต่างๆได้แก่ (MILLS, VAUGHAN, SMITH and TABIBZADEH 1990):

- การออกกฎระเบียบทางด้านสาธารณสุข
- การจัดหารายได้ การตัดสินใจและดำเนินการเพื่อหาเงินเป็นรายได้แก่ระบบบริการสาธารณสุข
- วางนโยบาย ตัดสินใจนโยบายด้านสาธารณสุขทั้งแนวกว้างและรายละเอียด
- ควบคุมกำกับ การควบคุมทางอ้อมต่อการดำเนินงานของบริการภาคเอกชนและผู้ให้บริการ โดยใช้ขบวนการ การบริหารจัดการ เช่นการออกใบอนุญาต

- วางแผนและจัดสรรทรัพยากร การวางแผนระยะสั้นและยาวสำหรับพัฒนาสาธารณสุข
- บริหารองค์กร การตัดสินใจในงานประจำตั้งแต่การบริหารบุคคล งบประมาณ พัสดุ และ การบำรุงรักษา
- การประสานงานระหว่างหน่วยงาน การสื่อสารกับหน่วยงานอื่น หน่วยงานสาธารณสุขและการดำเนินงานในโครงการร่วม
- การประสานงานในองค์กร การประสานนโยบายและกิจกรรมระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขอื่นและกับผู้ให้บริการ
- การฝึกอบรม การตัดสินใจและดำเนินการในโครงการฝึกอบรมต่าง ๆ

2.บทบาทความรับผิดชอบขององค์กรท้องถิ่นภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Responsibility) ครอบคลุมประเด็นต่างๆที่สำคัญในการสัมภาษณ์ได้แก่:

- การจัดบริการสุขภาพและสาธารสุขแก่ชุมชนที่รับผิดชอบ
- การบริหารจัดการสถานบริการสุขภาพรัฐ เช่น สถานบริการสาธารณสุข โรงพยาบาล
- การเก็บภาษีเฉพาะ เช่น ภาษีสุรา
- การให้งบประมาณอุดหนุนการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.ศักยภาพการจัดเก็บรายได้ขององค์กรท้องถิ่น(Revenue Capability) จะครอบคลุมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดที่ใช้สำหรับการประเมินศักยภาพด้านรายได้ขององค์กรท้องถิ่น ได้แก่:

- การจัดเก็บภาษีท้องถิ่น
- ค่าใช้จ่ายและการจัดหารายได้ขององค์กรท้องถิ่น
- สถานะการคลังท้องถิ่น
- ความสามารถในการจัดหารายได้เป็นของตนเองขององค์กรท้องถิ่น

ในการศึกษาวิจัยนี้ประกอบด้วย 4 บทสำคัญ ได้แก่

บทที่ 1 เป็นบทนำที่กล่าวถึงหลักการและเหตุผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยระเบียบวิธีวิจัย กลุ่มประชากรเป้าหมายที่ต้องการศึกษา

บทที่ 2 เป็นบทที่นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์กรท้องถิ่น เพื่อให้เข้าใจความหมายองค์กรท้องถิ่น ระดับขององค์กรท้องถิ่นที่มีการจัดแบ่งในประเทศต่างๆของกลุ่มนอร์ดิก และฟิลิปปินส์ซึ่งเป็นประเทศที่ใกล้เคียงกับประเทศไทย ที่สำคัญบทนี้จะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรท้องถิ่นด้านสาธารณสุข ซึ่งกำหนดภายใต้การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศเหล่านี้ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในการเสนอแนวทางการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขของประเทศไทย

บทที่ 3 เป็นการนำเสนอข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงที่รวบรวมได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากองค์กรท้องถิ่นระดับต่างๆและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่เสนอเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเกี่ยวกับการบริหารจัดการ วางแผน และ นโยบายของท้องถิ่น การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของท้องถิ่น การบริหารงบประมาณ การจัดหารายได้และการจ่ายงบประมาณของท้องถิ่น แนวคิดการ

ถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่น ความพร้อมในการรับการถ่ายโอนภารกิจของท้องถิ่น และ สุดท้ายแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นเอง

บทที่ 4 เป็นการสรุปผลการศึกษาในประเด็นสำคัญต่างๆ เพื่อนำไปสู่การนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เหมาะสมในการดำเนินงานด้านการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศไทย และประเมินองค์ความรู้ที่ยังขาดเพื่อเป็นคำถามวิจัยในการศึกษาต่อไปในอนาคต

บทที่ 2 บทบาทองค์กรท้องถิ่นด้านสุขภาพ: ประสบการณ์ต่างประเทศ

ปัจจุบันองค์กรท้องถิ่นในหลายประเทศมีบทบาทสำคัญด้านสุขภาพโดยเฉพาะประเทศพัฒนา ขณะเดียวกันประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ ยังอยู่ในระยะของการสร้างองค์กรท้องถิ่นเพื่อรองรับการกระจายอำนาจ ความรู้และประสบการณ์การกระจายอำนาจ และบทบาทองค์กรท้องถิ่นด้านสุขภาพของประเทศต่างๆที่ได้ดำเนินการไปแล้ว น่าจะมีความสำคัญต่อ การวางแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจสู่องค์กรท้องถิ่นในประเทศไทยอย่างมาก บทความนี้ เริ่มด้วยการนิยามขององค์กรท้องถิ่น ภารกิจ และประสบการณ์การถ่ายโอนอำนาจในประเทศนอร์ดิก และฟิลิปปินส์ อย่างละเอียด เพื่อนำเป็นข้อมูลไปสู่ข้อเสนอแนะว่า ประเทศไทยควรเลือกเดินหนทางใด

2.1 องค์กรท้องถิ่นคืออะไร?

องค์การอนามัยโลก (WHO 1998) ได้กล่าวไว้ว่า ตามกฎบัตรยุโรปว่าด้วยองค์กรท้องถิ่น ถือว่าองค์กรท้องถิ่นเป็นสิทธิ์และความสามารถตามอำนาจที่ท้องถิ่นมีภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย เพื่อควบคุมและบริหารจัดการกิจการสาธารณะที่สำคัญ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของท้องถิ่นนั้น ให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นอย่างดีที่สุด

องค์กรท้องถิ่น มีลักษณะสำคัญหลายประการ เริ่มจากการมีฐานะเป็นนิติบุคคลทางการเมืองในระดับล่างกว่าระดับชาติ มีการจัดตั้งโดยกฎหมาย มีอำนาจ มีความอิสระ มีขอบเขตพื้นที่และประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน อำนาจท้องถิ่นรวมถึงอำนาจในการบริหารจัดการและการคลัง มีสภาท้องถิ่นที่มาจากการเลือกตั้งโดยประชาชนในท้องถิ่นนั้น อย่างไรก็ตามองค์กรท้องถิ่น ยังคงอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบสูงสุดของรัฐบาลกลาง

2.2 ระดับชั้นขององค์กรท้องถิ่น

ขนาดประชากร และความหลากหลายทางวัฒนธรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการจัดโครงสร้างขององค์กรท้องถิ่น ระดับขององค์กรท้องถิ่นสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1) ระดับเขต (2) ระดับจังหวัด, อำเภอ, หรือเมือง และ (3) ระดับเทศบาล

องค์กรท้องถิ่นระดับเขต ยังแบ่งเป็นหลายรูปแบบ ตามระดับของอำนาจ และความรับผิดชอบที่มี เช่น รัฐบาลเขตของอังกฤษ มีอำนาจการบริหารที่ส่วนกลางมอบให้เพียงเล็กน้อย แต่บางประเทศรัฐบาลเขตเกิดจากการรวมตัวกันของเทศบาลเพื่อให้มีการประสานงานของทุกระดับ หรือองค์กรท้องถิ่นเขตอาจเกิดขึ้นจาก ตัวแทนประชาชนที่มาจากการเลือกตั้งโดยตรง และมีอำนาจในการบริหารจัดการเรื่องสำคัญๆ ในรูปแบบ ที่มีความเข้มแข็งของการเมืองมากขึ้น องค์กรท้องถิ่นระดับเขตรูปแบบนี้ จะมีการเลือกตั้งสภาเขตขึ้น เพื่อทำหน้าที่ในการออกกฎหมายและควบคุมการบริหาร ในประเทศที่มีความเป็นอิสระอย่างมาก รัฐบาลเขตจะกลายเป็นรัฐอิสระ ดังเช่น ในสวิตเซอร์แลนด์ และ เยอรมนี

องค์กรท้องถิ่นที่ต่ำกว่ารัฐบาลเขต เป็นองค์กรท้องถิ่นในระดับกลาง (intermediate level) ซึ่งอาจมีรูปแบบเป็น อำเภอ (District) จังหวัด (Province) หรือ เมือง (County)* มักจะมีสภาท้องถิ่น ที่มาจากการเลือกตั้งโดยตรง รับผิดชอบในด้านงบประมาณ และนโยบาย องค์กรท้องถิ่นระดับนี้ จะได้รับการตรวจสอบภายใน จากสายบังคับบัญชาที่สูงกว่าและจากสภาท้องถิ่นเองด้วย จังหวัดเป็นรูปแบบที่พบได้บ่อยกว่าอำเภอ ส่วนเมืองมักเป็นองค์กรท้องถิ่น ที่แสดงถึงความเป็นอิสระในการมีอำนาจ โดยเฉพาะความอิสระในการเรียกเก็บภาษีท้องถิ่น รัฐบาลเมืองมีความสัมพันธ์กับรัฐบาลกลางในทางกฎหมายและการคลัง แต่ไม่ได้อยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของรัฐบาลกลาง เป็นรูปแบบที่พบได้ในประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวียซึ่งองค์กรท้องถิ่นมีบทบาทอย่างมากในการรับกระจายอำนาจทางสุขภาพ

องค์กรท้องถิ่นที่อยู่ระดับล่างสุด คือ เทศบาล เป็นองค์กรอิสระที่มีอำนาจและศักยภาพในขอบเขตที่กำหนด โครงสร้างของเทศบาลประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ สภาเทศบาลและหน่วยบริหาร โดยพื้นฐานสภาเทศบาลมีหน้าที่ 3 ประการ คือ (1) กำหนดนโยบายสำหรับกิจกรรมของเทศบาลและความสัมพันธ์กับหน่วยงานอื่นๆ (2) จัดทำงบประมาณและในบางพื้นที่เทศบาลมีอิสระที่จะกำหนดอัตราภาษีท้องถิ่น และ (3) ดูแล ติดตาม และทบทวนการดำเนินงานบริการต่างๆ ของเทศบาลว่า ปฏิบัติตามนโยบาย และข้อกำหนดที่มีหรือไม่ ส่วนหน่วยบริหารรับผิดชอบในการผลักดันให้นโยบายเกิดรูปธรรมในการดำเนินงาน นอกจากนี้หน่วยบริหารอาจเป็นผู้เริ่มการจัดทำงบประมาณและนโยบาย บนพื้นฐานข้อมูลทางเทคนิคและวิชาชีพ เพื่อให้สภาเทศบาลใช้เป็นทางเลือก และตัดสินใจ

2.3 บทบาทขององค์กรท้องถิ่น

การจัดแบ่งบทบาทองค์กรท้องถิ่น มีความยุ่งยาก เพราะบางบทบาทไม่สามารถแบ่งขอบเขตได้ชัดเจน เช่น สิ่งแวดล้อม บริการสังคม และสุขภาพ อย่างไรก็ดี บทบาทองค์กรท้องถิ่นจะมีความหมายยิ่งขึ้น หากพิจารณาถึงศักยภาพของอำนาจที่องค์กรท้องถิ่นมี และความสามารถในการนำศักยภาพของอำนาจมาใช้จัดบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่น

Leach และ Stewart (1992) ได้แบ่งบทบาทองค์กรท้องถิ่นเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ บทบาทปฐมภูมิ (primary functions) และ บทบาททุติยภูมิ (secondary functions)

บทบาทปฐมภูมิเป็นบทบาทพื้นฐาน ในการจัดบริการสาธารณะ ได้แก่

- การจัดบริการแก่ประชาชนโดยตรง
- การซื้อบริการให้ประชาชน โดยจ่ายค่าบริการกับผู้ให้บริการ
- การควบคุมพฤติกรรมทางเศรษฐศาสตร์ของบุคคลหรือขององค์กร ในการแลกเปลี่ยนและจัดบริการสินค้าหรือบริการ ให้ปฏิบัติตามมาตรฐาน กฎ ระเบียบ และ วิธีการที่กำหนดไว้

---

* คำว่าเมืองที่แปลจาก county ในที่นี้ ไม่ได้หมายถึงเฉพาะส่วนที่เป็นอำเภอเมืองเท่านั้น แต่หมายถึงเขตที่ครอบคลุมจังหวัดทั้งหมด โดยมี municipality หรือเทศบาลอยู่ระดับล่างกว่าเมือง

- สนับสนุน ส่งเสริม ชักชวน ให้มีการจัดกิจกรรม ที่สร้างประโยชน์แก่ท้องถิ่น ด้วยการให้เงินอุดหนุน(grants) ให้เงินกู้ (loans) ต่อรอง (bargaining) ชักชวน (persuasion) ส่งเสริม (promotion) และ สนับสนุน (advocacy)

บทบาททุติยภูมิ เป็นบทบาทที่องค์กรท้องถิ่นใช้อำนาจที่มีเพื่อจัดการให้เกิดกิจกรรมต่างๆ ได้แก่

- การวางแผน โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์(strategic plan) และแผนการบริการ (service plan) ตามบทบาทปฐมภูมิ
- การจัดหาและจัดสรรทรัพยากร เช่นการกำหนดค่าบริการ การเก็บค่าบริการ การจัดทำงบประมาณ และการกระจายงบประมาณ
- การจัดองค์กรภายใน ทั้งการเลือกรูปแบบของคณะกรรมการ และ แผนกต่างๆ ขององค์กรท้องถิ่น
- การตรวจสอบการจัดบริการและการใช้จ่ายงบประมาณทั้งจากประชาชน ผู้ใช้บริการ และรัฐบาลกลาง

2.4 **ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลกลางกับองค์กรท้องถิ่น** (Central-Local Relations)

ระบบบริการสุขภาพที่รัฐกระจายอำนาจ โดยภาครัฐมีบทบาททั้งเป็นผู้จ่ายค่าบริการและเป็นผู้ให้บริการด้วยนั้น รัฐบาลกลางจะควบคุมกำกับองค์กรท้องถิ่นได้ชัดเจนและมากกว่า ระบบบริการที่มีการวางความสัมพันธ์แบบภาครัฐกับภาคเอกชน (public-private mix) การควบคุมกำกับของส่วนกลางต่อท้องถิ่น เป็นไปด้วยวิธีการจัดงบประมาณสนับสนุน (funding) และการวางแผน (planning) ซึ่งเป็นมาตรการพื้นฐานสำคัญสองประการ

การจัดงบประมาณสนับสนุน (funding) เอื้อให้รัฐบาลกลางมีแนวทางที่ใช้กำกับดูแลท้องถิ่น ได้หลายแนวทาง ประกอบด้วย (BROGEN and BROMMELS 1990)

- ขนาดและวิธีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน
- การเบิกจ่ายงบประมาณจากส่วนกลาง โดยจัดให้สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน
- การควบคุมระดับเพดานภาษีท้องถิ่น
- การลงโทษทางการเงิน และ
- การให้ท้องถิ่นกู้ยืมเงิน

การวางแผน (planning) นั้น รัฐบาลกลางสามารถใช้การวางแผนควบคุมองค์กรท้องถิ่นโดยผ่านระบบการวางแผนงาน โครงการ รวมทั้งแผนงบประมาณ ซึ่งตัวแปรที่แสดงถึงอิทธิพลส่วนกลางต่อท้องถิ่น วัดได้จากปริมาณงบลงทุน การวางแผนด้านกำลังคน โดยส่วนกลางกำหนดเป้าหมายและเงื่อนไขให้ท้องถิ่น และให้มีการประเมินแผนงานเป็นระยะๆ เช่นรายปี หรือ ราย 4 ปี เป็นต้น

2.5 **บทบาทองค์กรท้องถิ่นด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศนอร์ดิก**

กลุ่มประเทศนอร์ดิก (Nordic) ได้แก่ ประเทศเดนมาร์ก ฟินแลนด์ ไอซ์แลนด์ นอร์เวย์ และ สวีเดน ที่มีพื้นฐานทางประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา ตลาดแรงงาน และ ประกันสังคมคล้ายคลึงกัน รัฐบาลเป็นผู้กำหนดกรอบการจัดบริการทางสุขภาพ อย่างไรก็ตาม บทบาทองค์กรท้องถิ่นในการจัดบริการสาธารณะของประเทศเหล่านี้ มีความหลากหลายอย่างชัดเจน (ดูตารางที่ 1 ประกอบ)

ประเทศเดนมาร์ก

เดนมาร์กมีประชากรหนาแน่นที่สุด 119 คน ต่อ ตร.กม. การปกครองท้องถิ่นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ประกอบด้วย 14 เมือง (county) และ 275 เทศบาล (municipality) (BROGEN and BROMMELS 1990)

ระบบบริการสุขภาพท้องถิ่น เกิดจากกฎหมาย Poor Law และ Sick Fund ที่กำหนดให้เทศบาลจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชน ในเขตรับผิดชอบโดยไม่คิดมูลค่า โดยรัฐบาลเมือง (County) เป็นผู้จ่ายค่าบริการรักษาพยาบาล แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและโรงพยาบาล ส่วนเทศบาลรับผิดชอบในการจัดการขนส่ง ให้แก่แพทย์และผดุงครรภ์ที่ถูกเรียกไปให้บริการ

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของค่าใช้จ่ายสำหรับโรงพยาบาล เป็นเหตุให้เกิดการปฏิรูปองค์กรท้องถิ่น (The Reform of Local Government) ในปี ค.ศ.1970 จำนวนเมืองและเทศบาลลดลง การปฏิรูปกำหนดให้รัฐบาลเมืองรับผิดชอบโรงพยาบาลเพียงผู้เดียว โดยรัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณให้ 65% ของค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลทั้งหมด รัฐบาลเมืองมีอำนาจตัดสินใจว่าจะจัดบริการประเภทใดในโรงพยาบาล และมีอิสระในการกำหนดนโยบาย การบริการในโรงพยาบาล นอกจากนี้รัฐบาลเมืองยังรับผิดชอบการอนุญาตให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถประกอบวิชาชีพในเมืองนั้นๆได้ โดยต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการร่วมที่ชื่อ The Joint Committee of the Public Health Security Service (JCPHSS) (JOHANSEN 1995)

ส่วนเทศบาลมีหน้าที่จัดนโยบายเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ทันตกรรมเด็ก และ พยาบาลเยี่ยมบ้าน การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่นอนามัยโรงเรียน โดยใช้งบประมาณท้องถิ่นที่เทศบาลเก็บ 50% และรัฐบาลกลางสนับสนุน 50% การจัดเก็บภาษีท้องถิ่นไม่มีการกำหนดเพดานภาษี

งบประมาณที่รัฐบาลกลางจัดสรรให้ท้องถิ่น ใช้ตัวแปรง่ายๆในการจัดสรร โดยอาศัยจำนวนประชากรตามกลุ่มอายุ ร่วมกับการคาดคะเนอัตราวันนอน จำนวนครั้งการตรวจรักษาของผู้ป่วยนอก และการบริโภคยา งบประมาณที่จัดสรรเป็นงบประมาณแบบเป็นก้อนที่ไม่กำหนดเงื่อนไข แต่รัฐบาลกลางควบคุมการใช้จ่าย โดยให้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ และการลงโทษทางการเงิน หากรัฐบาลท้องถิ่นใดไม่ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะที่รัฐบาลกลางมอบนโยบายให้ จะต้องจ่ายค่าปรับแก่รัฐบาลกลาง ค่าปรับจะถูกเก็บรักษาไว้ที่รัฐบาลกลางระยะหนึ่ง แล้วจะจ่ายคืนให้รัฐบาลท้องถิ่นโดยไม่มีดอกเบี้ย ปัจจุบันรัฐบาลเมืองได้เปลี่ยนแปลงการจัดทำงบประมาณ จากงบอุดหนุนแบบก้อน มาเป็นระบบงบประมาณที่กำหนดวัตถุประสงค์ โดยโรงพยาบาลทำสัญญากับรัฐบาลเมืองในการจัดบริการแก่ประชาชน หากมีการให้บริการที่มาก หรือน้อยกว่าที่ตกลงก็มีการปรับเพิ่มลดงบประมาณตามการบริการที่มี ซึ่งเป็นการควบคุมการผลิตการบริการ (production containment) และก่อให้เกิดประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร (allocative efficiency) (AIBAN and GRONVALD 1995)

ประเทศฟินแลนด์

ฟินแลนด์มีการกระจายของประชากรไม่หนาแน่น ประมาณ 15 คน ต่อ ตร.กม. ประเทศแบ่งเป็น 461 เทศบาล ซึ่งมีประวัติการปกครองท้องถิ่นที่มีการเลือกตั้งมานาน ประชาชนในแต่ละเทศบาลมีตั้งแต่จำนวนพันจนเป็นจำนวนแสน โดยเฉลี่ยจะมีประมาณ 6,000 คน (BROGEN and BROMMELS 1990; KOIVUSALO 1999) ในประเทศฟินแลนด์ไม่มีรัฐบาลเมือง (county)

บทบาทองค์กรท้องถิ่นด้านสุขภาพ เกิดขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยเริ่มจากศูนย์อนามัยแม่และเด็กเทศบาล จัดตั้งขึ้นเพื่อบริการฟรีแก่มารดาและเด็ก โดยพยาบาลและผดุงครรภ์ การบริการโรงพยาบาลที่ท้องถิ่น

เป็นผู้รับผิดชอบ เริ่มช่วงปี 1960 โดยการโอนกิจการโรงพยาบาลจากรัฐบาลกลางมาสู่เทศบาล และรัฐบาลกลางให้งบประมาณสนับสนุนโรงพยาบาลในอัตราคงที่

เทศบาลรับผิดชอบ การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ตามที่กฎหมาย Primary Health Care Act กำหนด มีการจัดตั้งสถานีอนามัยโดยเทศบาลเป็นเจ้าของ ได้รับงบประมาณอุดหนุนจากภาษีท้องถิ่น และ งบสนับสนุนสมทบจากรัฐบาลกลาง สถานีอนามัยมีการให้บริการผู้ป่วยในร่วมด้วย และมีการรักษาพยาบาลเฉพาะทางบางอย่าง แต่ส่วนใหญ่เป็นการบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

สถานีอนามัยและโรงพยาบาลเทศบาลได้ถูกรวมไว้ในการจัดทำแผน และงบประมาณของรัฐบาลกลาง การลงทุนทางสิ่งก่อสร้าง หรือเครื่องมือ ต้องได้รับความเห็นชอบจากรัฐบาลกลาง หากต้องการงบประมาณสนับสนุน การอุดหนุนของรัฐบาลกลางแก่เทศบาลกำหนดโดยกฎหมาย ที่ชื่อว่า The State Subsidy Act ซึ่งมีอัตราแตกต่างกันระหว่าง 29% ถึง 66% แล้วแต่ประเภทการบริการและฐานะการเงินของเทศบาล การกำหนดค่าบริการกำหนดจากส่วนกลางในระดับชาติ การสนับสนุนงบประมาณโดยรัฐบาลกลาง แต่เดิมเป็นการจัดสรรให้เป็นก้อนแบบมีเงื่อนไข (earmarked grants) แต่ปัจจุบันเป็นงบก้อนที่ไม่มีเงื่อนไข ซึ่งทำให้เทศบาลมีบทบาทเป็นผู้ซื้อบริการ มากขึ้นกว่าการเป็นเพียงผู้จัดหรือให้บริการ เทศบาลจ้างแพทย์ที่ให้บริการด้วยอัตราเงินเดือนเป็นส่วนใหญ่ ประมาณ 3 ใน 4 ส่วนน้อย ประมาณ 1 ใน 4 ของแพทย์ได้รับค่าตอบแทนผสม ระหว่างการได้รับเงินเดือน 60% รับแบบจ่ายรายหัว (capitation) 20% รับการจ่ายตามรายการบริการ (fee-for-service) 15% และ การจ่ายด้วยเบี้ยเลี้ยง (local allowance) 5% (HAKKINEN 1995; GUDFINNDOTTIR and GUNNARSSON 1995)

เทศบาลรับผิดชอบการบริการ ทั้งการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน และบริการโรงพยาบาล บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานประกอบด้วย การบริการผู้ป่วยนอก การป้องกันที่ติดต่อและไม่ติดต่อ การบริการทันตสุขภาพ การสาธารณสุข อาชีวอนามัยสำหรับเกษตรกร การบริการเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการดูแลผู้ป่วยในที่เป็นโรคเรื้อรัง

งบประมาณเทศบาลบริหารโดย สภาเทศบาลที่มาจากการเลือกตั้งทุกๆ 4 ปี มีการแต่งตั้งตัวแทนสภาเพื่อเป็นกรรมการในบอร์ดสาขาต่างๆ เช่นบอร์ดด้านสาธารณสุข การเก็บภาษีท้องถิ่นเทศบาลมีอำนาจในการจัดเก็บ และไม่มีการกำหนดเพดานภาษี การบริการทางสุขภาพได้รับงบประมาณเทศบาลประมาณ33% (HAKKINEN 1995) การบริการที่คิดค่ารักษาพยาบาลได้เฉพาะผู้ป่วยใน ทันตกรรมในผู้ใหญ่ และ กายภาพบำบัด เทศบาลมีอำนาจในการกำหนดค่าบริการ แต่เพดานค่าบริการสูงสุดกำหนดโดยส่วนกลาง เทศบาลยังมีอิสระในการจ้างและซื้อบริการ จากภาคเอกชนและองค์กรที่ไม่แสวงกำไร งบอุดหนุนที่ส่วนกลางจัดสรรเป็นงบประมาณที่เป็นก้อน ที่ไม่มีเงื่อนไข (KOIVUSALO 1999)

ประเทศไอซ์แลนด์

ไอซ์แลนด์มีความหนาแน่นประชากรน้อยที่สุดในกลุ่มประเทศ Nordic เพียง 2 คน ต่อ ตร. กม. แต่มีจำนวนเทศบาล 215 เทศบาล เกือบเท่ากับจำนวนเทศบาลในสวีเดน ไอซ์แลนด์ไม่มีองค์กรท้องถิ่นแบบรัฐบาลเมือง (county) เทศบาลจึงเป็นองค์กรท้องถิ่นระดับเดียวที่มี (BROGEN and BROMMELS 1990)

รัฐบาลกลางมีอิทธิพล ต่อการจัดบริการสุขภาพอย่างสูง การบริหารจัดการเป็นการร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลาง และเทศบาล เตียงโรงพยาบาลมากกว่าครึ่ง อยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาลกลาง เพื่อให้มีการประสานงานระหว่างเทศบาล ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา ซึ่งไม่มีอำนาจทางการเงิน รัฐบาลกลางให้การ

สนับสนุนงบประมาณด้านสุขภาพคิดเป็น 85% ของงบลงทุน และ 100% ของงบดำเนินการ งบลงทุนที่เหลืออีก 15% มาจากการอุดหนุนของเทศบาล งบประมาณที่อุดหนุนจากรัฐบาลทั้งสองระดับ เป็นเงินภาษีที่ ไม่ได้ระบุเงื่อนไข (non-earmarked taxes) การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปใช้ระบบแบบการจ่ายเงินเดือนร่วมกับเหมาจ่ายรายหัว ส่วนบุคลากรอื่นๆจ่ายเป็นเงินเดือน

ประเทศนอร์เวย์

นอร์เวย์มีความหนาแน่นประชากรคล้ายกับฟินแลนด์ ประมาณ 13 คน ต่อ ตร.กม. องค์กรท้องถิ่นแบ่งเป็น 2 ระดับ ประกอบด้วย 19 รัฐบาลเมือง (county) และ 454 เทศบาล เมืองหลวงมีสถานะเป็นทั้งเมืองและเทศบาล เทศบาลมีขนาดและจำนวนประชากรที่แตกต่างกันมาก บางแห่งมีประชากรเพียง 2,000คน แต่บางแห่งอาจมีประชากรมากกว่า 50,000 คน (ELSTAD 1990)

นโยบายด้านสุขภาพของประเทศนอร์เวย์ได้มีกระจายสู่ท้องถิ่น ในลักษณะของแนวทางดำเนินงาน (guidelines) ซึ่งรัฐบาลกลางเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด เพื่อให้นโยบายมีการดำเนินการจัดบริการขึ้น นอกจากนี้รัฐบาลกลางยังทำหน้าที่ในการควบคุม การจัดระบบบริการทางการแพทย์ที่จะเกิดขึ้นใหม่ รวมทั้งการลงทุนจัดซื้อเครื่องมือการแพทย์ที่มีราคาแพง ทั้งยังเป็นผู้เจรจาต่อรองค่าบริการทางการแพทย์ ในส่วนที่จ่ายโดยผู้ป่วยและจ่ายร่วมโดยประกันสังคม การแทรกแซงต่อการกำหนดความสำคัญและการตัดสินใจดำเนินงานของท้องถิ่นนั้น รัฐบาลกลางมีงบประมาณเพิ่มเติมพิเศษแบบกำหนดเงื่อนไข (extra earmarked fund) เพื่อให้มีการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ลดแถวคอยในการเข้าโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการประเมินผลของงบพิเศษนี้อย่างชัดเจน

รัฐบาลเมืองดูแลบริหารโรงพยาบาล และสถาบันทางการแพทย์ ยกเว้นบางแห่งที่รัฐบาลกลางยังเป็นผู้ดูแลอยู่เอง เทศบาลรับผิดชอบในการวางแผน การบริหารจัดการ และ จัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่การบริการทางแพทย์ขั้นพื้นฐาน การภาพบำบัด การพยาบาลสาธารณสุข การพยาบาลที่บ้าน รวมทั้งการบริการผู้สูงอายุ การป้องกันโรค และ ผู้ป่วยปัญญาอ่อน (SORENSEN, RONGEN and GRYTTEN 1997) รัฐบาลเมืองรับผิดชอบจัดงบประมาณสนับสนุนการบริการโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มาจากเมืองอื่นรัฐบาลเมืองนั้น เป็นผู้รับผิดชอบจ่ายให้โดยการเรียกเก็บ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลถูกจ้างด้วยเงินเดือนจากรัฐบาลเมือง

ประมาณ 40% ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นพนักงานเทศบาลที่จ้างด้วยเงินเดือน ที่เหลือเป็นแพทย์อิสระ และ 91% ของแพทย์อิสระมีสัญญากับเทศบาล ในการให้บริการและได้รับค่าตอบแทน

องค์กรท้องถิ่นใช้งบประมาณ ที่ได้รับจากการเก็บภาษีท้องถิ่น ร่วมกับงบประมาณที่รัฐบาลกลางสนับสนุนในการจัดบริการด้านสุขภาพ งบประมาณจัดสรรโดยใช้ขนาด และโครงสร้างประชากร นอกจากนี้ประเทศนอร์เวย์มีคณะกรรมการจัดสรรงบประมาณ (Resource Allocation Working Party, RAWP) โดยพิจารณาจัดสรรจากอัตราตาย และ ระยะทางที่ห่างจากโรงพยาบาล แล้วจัดสรรให้เป็นก้อนสู่ท้องถิ่น รายได้อื่นๆของท้องถิ่นอาจมาจากการขายสินค้าและบริการ เช่น ค่าไฟฟ้า เป็นต้น เทศบาลใช้เงินภาษีท้องถิ่นที่เก็บจากรายได้ประชาชน สำหรับอุดหนุนบริการสุขภาพ คิดเป็น 48% และงบสนับสนุนเป็นก้อนจากรัฐบาลกลาง 39% ที่เหลืออีก 13% เป็นเงินรายได้จากการขายบริการสาธารณะ

ประเทศสวีเดน

สวีเดนมีองค์กรท้องถิ่น ๒ ระดับเช่นเดียวกับเดนมาร์กและนอร์เวย์ ประกอบด้วย 23 รัฐบาลเมือง (county) และ 3 เทศบาลใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพเท่าเมือง ส่วนระดับที่ต่ำสุดเป็นเทศบาลที่มีอยู่ 288 เทศบาล

ประชากรในสวีเดนมีจำนวนมากที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่ม Nordic อื่นๆ แต่ความหนาแน่นมีเพียงประชากร 9 คน ต่อ ตร.กม.

สวีเดนมีการกระจายอำนาจมานาน สภาเมืองเกิดขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1862 โดยมีการเลือกตั้งสภาเมืองทุกๆ 4 ปี ระบบบริการสุขภาพเป็นบทบาทที่เด่นของรัฐบาลเมือง และเทศบาลขนาดใหญ่ ทั้ง 26 แห่ง แผนบริการสุขภาพเป็นบทบาทของแต่ละท้องถิ่นดำเนินการ การกระจายอำนาจของประเทศสวีเดนใช้เวลา มากกว่า 90 ปี โดยการถ่ายโอนภารกิจอย่างช้าๆ เริ่มจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลทางกาย ไปสู่โรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และระบบประสาท ต่อมาถ่ายโอนบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบางแห่งให้รัฐบาลเมือง (GARPENBY 1995)

รัฐบาลเมืองมีบทบาทสำคัญ ในการวางแผนดูแลสุขภาพประชาชน ตามกฎหมายที่ชื่อ The Swedish Health Care Act ทำให้รัฐบาลเมืองต้องส่งเสริมสุขภาพประชาชน และ ให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม โดยตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพ ของประชาชนในท้องถิ่น รัฐบาลเมืองมีอำนาจในการต่อรอง การจัดตั้งการบริการสุขภาพเอกชน และ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยจะได้รับบริการจากแพทย์เอกชนในแต่ละปี เพื่อทำสัญญาข้อตกลง ในการเรียกเก็บค่าบริการจากรัฐบาลเมือง สภาเมืองทำหน้าที่เป็นตัวแทนประชาชนผู้รับบริการ โดยเป็นผู้จ่ายค่าบริการกับเป็นเจ้าของผู้ให้บริการในเวลาเดียวกัน

ปีค.ศ. 1992 ได้มีการปฏิรูปสุขภาพที่เรียกชื่อว่า ADEL Reform บทบาทด้านสุขภาพของรัฐบาลเมืองได้ลดลง เทศบาลได้รับบทบาทการดูแลรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการบริการสังคมแก่ผู้พิการและผู้สูงอายุ ดูแลสถานบริการผู้พิการ ผู้สูงอายุ และ โรงพยาบาลโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการดูแลผู้ชรา บ้านพักคนชรา ได้มาอยู่ภายใต้การดูแลของเทศบาล (JOHANSSON 1997) อย่างไรก็ตามการบริการดังกล่าว ไม่รวมการบริการทางการแพทย์ ซึ่งยังเป็นบทบาทโรงพยาบาลของรัฐบาลเมือง ดังนั้นเทศบาลต้องจ่ายค่าบริการทางแพทย์ ให้กับรัฐบาลเมืองเมื่อผู้ป่วยมาใช้บริการ จากบทบาทดังกล่าวงบประมาณ 21% ของรายจ่ายสุขภาพของรัฐบาลเมืองจึงโอนมาให้เทศบาลบริหารจัดการ

เทศบาลรับผิดชอบ การจัดบริการสังคม อนามัยสิงแวดล้อม อนามัยโรงเรียน การพยาบาลที่บ้าน และการดูแลสุขภาพท้องถิ่น เทศบาลต้องจัดบ้านพักให้คนชรา ไม่ว่ากรณีใดๆก็ตามที่ผู้ชรานั้นไม่สามารถอยู่อาศัยในบ้านตนเองได้และยังจัดให้มีการบริการ ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้านตนเอง สำหรับการดูแลทำความสะอาด ปรุงอาหาร ซักรีด และการดูแลช่วยเหลือตนเองด้านอื่นๆ บริการช่วยเหลืออาจจัดให้เป็นช่วงเวลา หรือจัดให้ทั้งวันตามความจำเป็น โดยผู้สูงอายุอาจต้องจ่ายค่าบริการบ้างเล็กน้อย นอกจากนี้เทศบาลยังต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ เมื่อไปรับบริการในโรงพยาบาล (LINDGREN 1995)

รัฐบาลกลางรับผิดชอบดูแลว่า ระบบบริการสุขภาพได้รับการพัฒนา ไปในทิศทางที่กำหนดหรือไม่ ซึ่งองค์กรส่วนกลางที่รับผิดชอบดูแลระบบสุขภาพของประเทศ ประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญ คือ กระทรวงสาธารณสุข และ คณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการสังคม กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบในด้านนโยบาย และกฎหมาย ของระบบบริการสุขภาพ บริการสังคม และ การประกันสุขภาพ ส่วนกรรมการสุขภาพและสวัสดิการสังคม รับผิดชอบในการดำเนินงานตามนโยบายด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมดังกล่าว

รัฐบาลกลางมีอิทธิพลต่อระบบบริการสุขภาพผ่านทางระบบงบประมาณ อย่างไรก็ตามงบประมาณที่ส่วนกลางอุดหนุนท้องถิ่น นับว่ามีจำนวนที่น้อยมาก นอกจากนี้รัฐบาลกลางยังมีอำนาจในการกำหนดเพดานอัตราภาษีท้องถิ่น ที่รัฐบาลเมืองและเทศบาลเรียกเก็บ ซึ่งมาตรการนี้มีผลต่อท้องถิ่นอย่างมาก เพราะว่างบ

ประมาณ 70% ของการจัดบริการสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนจากภาษีท้องถิ่น (GARPENBY 1995) นอกจากนี้ รัฐบาลกลางยังใช้มาตรการอุดหนุนงบประมาณที่กำหนดเงื่อนไข สำหรับให้มีการบริการที่เฉพาะ หรือ ให้เกิดผลต่อพฤติกรรมการบริการของผู้ให้บริการ เช่น การจัดงบอุดหนุนให้ผ่าตัดต้อกระจก เปลี่ยนข้อตะโพก หรือ ผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มขึ้น ปีค.ศ.1994 งบประมาณด้านสุขภาพของสวีเดนคิดเป็น 15% ของค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยบริการสุขภาพ การศึกษา บำเหน็จบำนาญ เป็นต้น

รายได้หลักของรัฐบาลเมือง ได้มาจากภาษีรายได้ของท้องถิ่น และ 73% ของรายจ่ายสุขภาพมาจากภาษีรายได้ท้องถิ่นนี้ เงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลางคิดเป็น 11% อีก 16% ที่เหลือได้จากการเก็บค่าบริการจากผู้ป่วย (DIDERICHSEN 1999) รัฐบาลเมืองจ่ายเพื่อการจัดบริการสุขภาพประมาณ 59% ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด ในขณะที่เทศบาลจ่ายเพียง 7% (LINDGREN 1995) แม้ว่าการเก็บค่าบริการสูงสุดจะถูกควบคุมโดยรัฐบาลกลาง แต่รัฐบาลเมืองสามารถกำหนดอัตราค่าบริการของแต่ละเมืองได้เอง แต่ต้องไม่เกินเพดานที่กำหนด เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำ ทำให้รัฐบาลเมืองต้องรับภาระในการอุดหนุนการบริการสุขภาพอย่างมาก รัฐบาลเมืองจึงควบคุมค่าใช้จ่าย และหาเงินจากแหล่งอื่นมาอุดหนุน เป็นเหตุให้การลงทุนด้านสุขภาพลดลง และการกู้ยืมเงินของรัฐบาลเมืองสูงขึ้น ขณะเดียวกันก็มีการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการ โดยการเสนอรูปแบบที่เรียกว่า Dala Model ซึ่งเป็นการแยกหน้าที่ผู้ซื้อบริการ (purchaser) และผู้จัดบริการ (Provider) ของสภาเมืองออกจากกัน และสภาเมืองสามารถทำสัญญาซื้อบริการ จากโรงพยาบาลเอกชน

ประเทศฟิลิปปินส์

ประเทศฟิลิปปินส์ ประกอบด้วยเกาะมากกว่า 7,000 เกาะ มีภาษาท้องถิ่นถึง 25 ภาษา และ 63 เชื้อชาติชนกลุ่มน้อย ประชากรมีประมาณ 74.5 ล้านคน มีฐานะปานกลาง (WHO 2000) ปีค.ศ. 1999 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของฟิลิปปินส์มีประมาณ 2.43% ของรายได้ประชาชาติ (FLAVIER 1999) การกระจายอำนาจเกิดจากกฎหมายองค์กรท้องถิ่นชื่อ The Local Government Code (LGC) โดยหวังว่าท้องถิ่นจะตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดีกว่า และรวดเร็วกว่า การกระจายอำนาจเกิดขึ้นใน 5 หน่วยงาน ได้แก่ การเกษตร บริการสังคม การบำรุงสิ่งสาธารณะและทางหลวง การดูแลปกป้องสิ่งแวดล้อม และ ด้านสุขภาพ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงถ่ายโอนภารกิจและทรัพยากรให้ท้องถิ่น คิดเป็น 62%ของบุคลากร 42%ของงบประมาณด้านสาธารณสุขและ 93% ของโรงพยาบาลรัฐ ถ่ายโอนให้ 78 จังหวัด 65 เมือง 1,543 เทศบาล และ 41,924 หมู่บ้าน (RAMIRO, TAN-TORRES and CASTILLO et al 1999) และองค์กรท้องถิ่นมีอำนาจในการเก็บภาษีท้องถิ่น (WORLD BANK 1998) การกระจายอำนาจในฟิลิปปินส์ได้รับการต่อต้านอย่างรุนแรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรเอกชน ด้วยเหตุผลที่ว่า ทำให้ระบบบริการสุขภาพแตกแยก ท้องถิ่นไม่มีงบประมาณเพียงพอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีความมั่นคงในชีวิต และองค์กรท้องถิ่นไม่มีความพร้อมพอที่จะรับโอน นอกจากนี้ยังมีข้อวิจารณ์ว่ารัฐบาลกระจายอำนาจเพราะต้องการลดต้นทุนของรัฐบาลกลางลง โดยให้ท้องถิ่นเป็นผู้จัดหารายได้เอง

หลังการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นได้ 4 ปี มีการประเมิน พบว่า การกระจายอำนาจได้ก่อปัญหามากมาย เช่น เวชภัณฑ์รักษาพยาบาลขาดแคลน เจ้าหน้าที่ขาดขวัญและกำลังใจ การเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพการบริการและคุณภาพบริการไม่ได้มีการปรับปรุง ท้องถิ่นขาดแคลนงบประมาณทั้งๆ ที่งบประมาณที่ส่วนกลางจัดให้เพิ่มขึ้น สาเหตุที่งบประมาณไม่เพียงพอ เพราะ การจัดสรรงบประมาณไม่สัมพันธ์กับภารกิจ ที่ถ่ายโอนให้ท้อง

ถิ่น การจัดสรรใช้ตัวแปรจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ 50% พื้นที่รับผิดชอบ 25% และ สัดส่วนงบประมาณที่ท้องถิ่นสมทบ 25% งบประมาณจัดสรรให้ท้องถิ่นในรูปงบก้อนที่ไม่กำหนดเงื่อนไข จังหวัดรับผิดชอบเรื่องงบประมาณสูงเพราะดูแลโรงพยาบาล เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจราบรื่น ได้มีการจัดตั้งคณะทำงานชื่อ The Local Government Assistance and Monitoring Services (LGAMS) เพื่อดูแลการถ่ายโอนอำนาจให้เรียบร้อยและไม่เกิดขัดข้องในการดำเนินงานสุขภาพ

บทบาทสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขหลังการกระจายอำนาจ ประกอบด้วย (TORRES and LORENZO 1999)

- กำหนด พัฒนา และ ดำเนินการ นโยบาย แผนงาน และ โครงการ ระดับประเทศ
- กำหนด แนวทาง มาตรฐาน และ คู่มือ การดำเนินงานด้านสาธารณสุข
- ออกระเบียบ ข้อบังคับ และ การรับรองคุณภาพบริการ ตามที่กฎหมายกำหนด และ จัดตั้งมาตรฐาน ของการบริการสุขภาพของประเทศ รวมทั้งการกำหนดวัตถุประสงค์ ลำดับความสำคัญ และตัวชี้วัด
- พัฒนา โครงการพิเศษ เช่น การควบคุมโรคมาเลเรีย หนอนพยาธิ
- สนับสนุนการออกกฎระเบียบ ทั้งเชิงนโยบาย และ การจัดทำโครงการ

กระทรวงสาธารณสุขยังรับผิดชอบในการช่วยเหลือองค์กรท้องถิ่น ในด้านต่างๆ ได้แก่

- ช่วยติดตามและประเมินโครงการ การบริการ และ การวิจัย
- ควบคุมกำกับการดำเนินงาน ตามโครงการ การจัดบริการ และ การวิจัย
- ให้บริการด้านข้อมูลสารนิเทศ และ ข้อมูลเชิงสถิติ เพื่อใช้สำหรับเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข
- จัดตั้งระบบส่งต่อการบริการ เพื่อให้เข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง และ
- การช่วยเหลือองค์กรท้องถิ่นด้านอื่นๆ ที่จำเป็น
- สนับสนุนทางเทคนิค เพื่อให้เกิดการพัฒนาด้านข้อมูลข่าวสาร การศึกษา และสื่อสาร การวิจัยเพื่อการพัฒนา การฝึกอบรม การวางแผน และ การเป็นที่ปรึกษา
- ช่วยเหลือด้านการบริหารโครงการ การประสานงาน และ การบริหารจัดการอื่นๆ
- ช่วยเหลือการจัดเตรียมงบประมาณ การจัดหาเวชภัณฑ์รวม
- ช่วยเหลือในการระดมทรัพยากร จากภาครัฐ เอกชน และ องค์กรต่างประเทศ รวมทั้งการบริหารจัดการทรัพยากร ด้านการเงินการคลัง

องค์กรส่วนท้องถิ่น มีบทบาทหน้าที่สำคัญหลายประการ ได้แก่

- การจัดและบำรุง การบริการสุขภาพที่ได้รับถ่ายโอนภารกิจ แก่ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มสตรีและเด็ก
- แต่งตั้งตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข ในคณะกรรมการบริหารสาธารณสุขท้องถิ่น
- จัดทำและดำเนินการ ตามโครงการสาธารณสุขท้องถิ่น การวิจัย การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การศึกษาและการสื่อสาร ที่กฎหมายกำหนด
- ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ร่วมกับคณะกรรมการระดับชาติและต่างประเทศ โดยให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวก แก่คณะกรรมการดังกล่าว

บทบาทหน้าที่ท้องถิ่น ยังมีการกำหนดเฉพาะลงไปในแต่ละระดับขององค์กรท้องถิ่นโดย

- หมู่บ้าน รับผิดชอบให้บริการด้านสุขภาพและสังคม โดยผ่านทางศูนย์สุขภาพประจำหมู่บ้าน
- เทศบาล ดูแลด้านสาธารณสุขมูลฐาน อนามัยแม่และเด็ก การป้องกันโรคติดต่อและไม่ติดต่อ การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ การจัดซื้อเครื่องมือ และ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น
- จังหวัด ดูแลโรงพยาบาล และสถานบริการระดับตติยภูมิ
- เมือง รับผิดชอบ การจัดบริการสุขภาพในเขตเมือง ตามที่เทศบาลและจังหวัดรับผิดชอบ

เพื่อให้เกิดการประสานงานในระดับท้องถิ่น ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่น ชื่อ The Local Health Board (LHB) สำหรับให้เกิดการมีส่วนร่วม และ การพัฒนาระบบสุขภาพอย่างครอบคลุม คณะกรรมการสุขภาพนี้เป็นเพียงที่ปรึกษา โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานกรรมการ มีกรรมการประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาล ประธานคณะกรรมการสาธารณสุขของสภาท้องถิ่น ตัวแทนองค์กรเอกชน และ ตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข โดยคณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นทำหน้าที่ทบทวนแผนสาธารณสุข และงบประมาณประจำปี ติดตามการจัดทำแผน และดำเนินการตามแผนสาธารณสุขที่จัดทำ ให้คำปรึกษาในการเลือกสรรบุคลากร การเลื่อนระดับและเรื่องอื่นๆที่สำคัญในการบริหารบุคคล เป็นที่ปรึกษาในการจัดซื้อจัดจ้าง และมีส่วนในการเจรจาต่อรองการจัดทำสัญญา Comprehensive Health Care Agreement (CHCA) อย่างไรก็ตามพบว่า คณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่น ไม่ได้ทำให้เกิดการพัฒนาในการจัดทำนโยบายสุขภาพ แผนงานโครงการถูกกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขโดยคณะกรรมการไม่ได้มีส่วนร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตัดสินใจขึ้นอยู่กับผู้ว่าราชการจังหวัด และปริมาณงบประมาณที่จะมีเพียงพอหรือไม่ (LARIOSA, MANTALA and LORENZO 1999)

องค์กรท้องถิ่นมีอำนาจในการ จัดหารายได้ตนเอง จากการเก็บภาษีท้องถิ่น ค่าบริการ และ ค่าธรรมเนียมต่างๆ รวมทั้งเงินและสิ่งของบริจาค รัฐบาลกลางต้องการให้เกิดความมั่นใจว่า นโยบายที่กำหนดไว้ ท้องถิ่นได้มีการดำเนินการ จึงกำหนดให้งบประมาณด้านสุขภาพ จัดสรรสู่ท้องถิ่นโดยผ่านระบบการจัดทำสัญญา CHCA หรือ ผ่านทางกองทุนพัฒนาสุขภาพ ที่ชื่อว่า the Health Development Fund (HDF) หรือ กลไกอื่นๆที่คล้ายกัน

สัญญาCHCA เป็นสัญญาที่กระทรวงสาธารณสุขกับท้องถิ่นจัดทำเพื่อ รับรองว่าประชาชนในท้องถิ่นจะได้รับการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานโดยท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ โดยสัญญากำหนดบทบาทและวิธีการบริหารจัดการทรัพยากรไว้ โครงการหลัก 9 โครงการที่สัญญากำหนด ประกอบด้วย อนามัยเด็ก โภชนาการ อนามัยสตรีและหญิงมีครรภ์ การป้องกันและควบคุมวัณโรค อนามัยและสุขาภิบาลน้ำสะอาดและสิ่งแวดล้อม การบริหารโรงพยาบาล การก่อสร้างเพื่อการบริการสุขภาพ และ โครงการในท้องถิ่นที่จำเป็นตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นนั้น

การกระจายอำนาจของฟิลิปปินส์พบว่า มีผลให้การควบคุมวัณโรคเลวลง เพราะเจ้าหน้าที่ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน เนื่องจากเงินเดือนน้อยลง ขาดสิ่งสนับสนุน เจ้าหน้าที่สับสนในบทบาทของตนเอง อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์เหล่านี้เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านของการกระจายอำนาจเพียงชั่วคราว ซึ่งเป็นระยะการปรับตัวของระบบ (LARIOSA , MANTALA and LORENZO 1999)

กฎหมายกำหนดให้องค์กรท้องถิ่นของฟิลิปปินส์สร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการของประชาชนในท้องถิ่น เทศบาลและจังหวัด จึงมีหน้าที่ในการร่วมจ่ายค่าประกันสุขภาพแก่ผู้ประกันตนในโครงการประกัน

Medicare Program II ซึ่งประชาชนจ่ายเบี้ยประกัน 60% เทศบาลจ่ายร่วม 15% และ จังหวัดจ่ายร่วม 25% (PHILIPPINE LOCAL GOVERNMENT ACADAMY 1997) นอกจากนี้องค์กรท้องถิ่นยังมีบทบาท ในการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ผู้ด้อยโอกาส โดยเป็นผู้คัดกรองผู้ที่มีรายได้ยากจน (means-test) ในหมู่บ้าน ตามที่คณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ชื่อว่า The Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth) เป็นผู้กำหนดแนวทางไว้ องค์กรท้องถิ่นยังรับภาระร่วมกับ PhilHealth ในการจ่ายเบี้ยประกันให้ผู้ที่ยากจน โดยองค์กรท้องถิ่นที่มีฐานะระดับ 1 ถึง 3 ร่วมจ่ายเท่าๆ กันกับรัฐบาลกลาง แต่องค์กรท้องถิ่นระดับ 4 ถึง 6 เริ่มจากจ่ายเพียง 10% แล้วเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จน จ่ายในสัดส่วนเท่าๆกัน

สรุปว่าการกระจายอำนาจของฟิลิปปินส์ เกิดปัญหาทั้ง ด้านการบริหารจัดการและการเงิน เนื่องมาจากการเตรียมความพร้อมที่ไม่ดีพอ ซึ่งเป็นบทเรียนที่สำคัญสำหรับประเทศไทยและอื่นๆ (CAPUNO and SOLON 1996)

สรุป

องค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของประเทศกลุ่มนอร์ดิกและฟิลิปปินส์ สามารถรวบรวมเป็นข้อเปรียบเทียบ ระหว่างประเทศต่างๆที่มีบทบาทด้านสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจได้ดังแสดงในตารางที่ 1 และจากบทเรียนที่ได้รับจากการทบทวนประสบการณ์ของต่างประเทศ จะทำให้สามารถนำมาใช้ประยุกต์เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับประเทศไทย ในการพิจารณาดำเนินการเกี่ยวแนวทางการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นโดยเฉพาะด้านบริการสุขภาพโดยรวม บทเรียนดังกล่าวนี้จะเป็นข้อมูลที่แสดงถึงบทบาทที่สำคัญขององค์กรท้องถิ่นทั้งด้านการเป็นผู้จัดบริการและซื้อบริการ และที่สำคัญคือบทบาทในด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนในท้องถิ่นเอง องค์กรท้องถิ่นที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆที่กล่าวแล้วนั้นจะมีบทบาทหลายด้านที่สำคัญภายใต้การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่การเป็นผู้จ่ายค่าบริการ ผู้สนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดและซื้อบริการ การเป็นผู้คัดกรองผู้ด้อยโอกาสที่สมควรเกื้อกูล รวมทั้งการเป็นผู้ตรวจสอบและควบคุมคุณภาพบริการ จะเห็นได้ว่ากลุ่มประเทศนอร์ดิกเองมีความหลากหลายของบทบาทด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามพอสรุปเป็นบทเรียนสำหรับประเทศไทยได้ว่า

- องค์กรท้องถิ่นที่อยู่ในระดับสูงได้แก่รัฐบาลระดับเมืองจะมีบทบาทสำคัญด้านการคลังสาธารณสุข ซึ่งคงเป็นผลจากการมีศักยภาพสูงในการจัดเก็บรายได้ เมื่อเทียบกับรัฐบาลเทศบาลซึ่งอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า
- องค์กรท้องถิ่นในระดับล่าง ได้แก่เทศบาลขนาดเล็กๆ จะมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการแก่ประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะสวัสดิการสังคม อาจเป็นจากการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากกว่าองค์กรท้องถิ่นในระดับเมืองที่สูงกว่า
- การบริการที่องค์กรท้องถิ่นในระดับล่างจัดแก่ประชาชน ส่วนใหญ่จะเป็นการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน ในขณะที่องค์กรท้องถิ่นที่อยู่ในแลการบริการที่ซับซ้อนและมีราคาแพงๆ ได้แก่การรักษาพยาบาลในระดับทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ

จากบทเรียนดังกล่าวนี้หากนำมาเป็นข้อเสนอแนะสำหรับบทบาทด้านสุขภาพขององค์กรท้องถิ่นในประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่าองค์การบริหารส่วนจังหวัดและเทศบาลขนาดใหญ่ควรมีบทบาทคล้ายรัฐบาลระดับเมืองของประเทศนอร์ดิก ซึ่งควรมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการสุขภาพที่ซับซ้อนและราคาแพง ที่สำคัญเป็นการรับผิดชอบที่สำคัญด้านการคลังสาธารณสุข ส่วนเทศบาลขนาดเล็กและองค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย ควรมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการด้านสุขภาพรักษาพยาบาลพื้นฐาน การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านการคลังสาธารณสุขบางส่วน ซึ่งเหล่านี้ล้วนเป็นคำถามที่สำคัญสำหรับประเทศไทยว่า องค์กรท้องถิ่นในประเทศไทยนั้น แท้จริงจะมีบทบาทที่สำคัญดังกล่าวแล้วได้อย่างไร ซึ่งเป็นประเด็นที่นำเสนอในบทต่อไปสำหรับผลการวิจัยที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

ตารางที่ 1: บทบาทองค์กรท้องถิ่นในด้านสุขภาพ

	เดนมาร์ก	ฟินแลนด์	ไอซ์แลนด์	นอร์เวย์	สวีเดน	ฟิลิปปินส์
ประชากร (ล้าน)	5.2	5.1	0.246	4.3	8.8	74.5
ความหนาแน่น (คน/กม^2)	119	15	2	13	9	78 (จังหวัด)
จำนวนเมือง	14	0	0	19	26 (3 เทศบาลขนาดใหญ่)	78 (จังหวัด)
จำนวนเทศบาล	275	461	215	454	288	1,543
ความรับผิดชอบ	**เมือง**: 1.บริการขั้นทุติยภูมิและตติยภูมิ รวมทั้งเวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง 2.เป็นเจ้าของร.พ.เมือง ทั้งร.พ.ทางกายและจิตเวช 3. สนับสนุนการคลังร.พ.โดยระบบภาษีและเงินช่วยเหลือจากรัฐ 4.ควบคุมการเป็นสถาบันเฉพาะทางของร.พ. 5. ออกนโยบายสาธารณสุข **เทศบาล**: 1.ออกนโยบายสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการดูแลขั้นต้นของผู้สูงอายุ ทันตกรรมสำหรับเด็กและพยาบาลเยี่ยมบ้าน 2.รับผิดชอบการคลังสำหรับการป้องกันโรคอนามัยโรงเรียน การพยาบาลสาธารณสุข และการดูแลที่บ้าน	**เทศบาล**: 1.ให้บริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ ทั้งขั้นปฐมภูมิ ป้องกันควบคุมโรค ทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ทันตสาธารณสุข อนามัยโรงเรียน อาชีวอนามัยแก่เกษตรกร การดูแลพิเศษสำหรับโรคเรื้อรัง เช่น ความดันสูง การดูแลระยะยาว 2.เป็นเจ้าของร.พ.และสถานีอนามัย 3.รับผิดชอบการคลังสุขภาพของเทศบาลทั้งหมด 4.ทำสัญญาจ้างเหมาบริการจากภาคเอกชน	**เทศบาล**: 1.ให้บริการการแพทย์ขั้นปฐมภูมิ 2.สมทบการคลัง ด้านการลงทุนสิ่งก่อสร้างบางส่วน (15%).	**เมือง**: 1.เป็นเจ้าของร.พ.และสถาบันทางสุขภาพ 2.รับผิดชอบการคลังของร.พ. **เทศบาล**: 1.วางแผน จัดองค์กร และบริหารการบริการขั้นปฐมภูมิ รวมทั้งแพทย์ที่ให้การดูแล นักกายภาพบำบัด พยาบาลสาธารณสุข บริการผู้สูงอายุ การป้องกันและรักษาสำหรับคนปัญญาอ่อนและพิการทางจิต 2.มีส่วนรับผิดชอบการคลังสุขภาพของเทศบาล มากกว่า 50%.	**เมือง**: 1.ให้บริการสาธารณสุขบูรณาการ ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ 2.ควบคุมภาคเอกชนโดยการต่อรอง การสร้างร.พ.ใหม่ การทำสัญญาส่งผู้ป่วยให้ดูแลต่อปี 3.รับผิดชอบการคลังของบริการสุขภาพทุกอย่างของเมือง 4.ทำสัญญาซื้อบริการบางอย่างจากเอกชน เช่น การชันสูตร 5.กำหนดบัญชีค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บจากผู้ใช้บริการ **เทศบาล**: 1.ให้บริการดูแลระยะยาวแก่ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ร.พ.พักฟื้น สถานพักคนชรา การดูแลภาคกลางวัน (day care) ไม่รวมบริการที่แพทย์เป็นผู้ให้ 2.บริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ การเคหะ การช่วยเหลือที่บ้าน การทำความสะอาด อาหาร 3.การคลังของการดูแลระยะยาวทุกชนิด และการดูแลในสถาบัน.	**จังหวัด และเทศบาล ให้บริการสาธารณสุขบูรณาการ ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ การสาธารณสุข ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การบริหารจัดการ ร.พ. การออกบัตรรายได้น้อยให้กับผู้ยากจนในท้องถิ่นภายใต้การประกันสุขภาพแห่งชาติ**

บทที่ 3 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทนี้เป็นการนำเสนอข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ข้อมูลที่แสดงประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ ข้อเท็จจริงของการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นที่กำลังเกิดขึ้นอยู่ในปัจจุบัน และความคิดเห็นในมุมมองต่างๆที่แตกต่างและคล้ายคลึงกันของกลุ่มเป้าหมาย ต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวพันกับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น เพื่อให้สอดคล้องกับระบบการปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีในประเทศไทย การเสนอข้อมูลการศึกษาวิจัยจะนำเสนอตามประเภทของการองค์ปกครองส่วนท้องถิ่นเหล่านี้ อันได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และ การบริหารกรุงเทพมหานคร โดยแต่ละรูปแบบจะประกอบด้วยข้อเท็จจริงของการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น สถานการณ์ปัจจุบัน และ ข้อคิดเห็นของการปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในตอนท้ายจะเป็นการเสนอข้อคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติต่อการปกครองส่วนท้องถิ่น และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นนั้นๆ

3.1 องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม ตามกฎหมายพระราชบัญญัติการปกครองส่วนท้องถิ่นปีพ.ศ.2541 อย่างไรก็ตามงบประมาณที่อบจ.ได้รับไม่มีความชัดเจนเท่าองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)

3.1.1 การวางแผนและการดำเนินการด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

อบจ.มีการจัดทำแผนในระยะต่างๆ ทั้งแผนระยะสั้นและระยะยาว ในการเสนอแผนต่างๆทั้งแผน 5 ปี แผนระยะกลาง และ แผนปีนั้น แผนที่มีผลสัมฤทธิ์ที่สุดได้แก่แผนปี เพราะกระชับและมีงบประมาณที่ได้รับจัดสรรมาแล้ว แผน 5 ปีมักมีปัญหาเรื่องงบประมาณจึงทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้ตามที่เสนอ นอกจากนี้ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้แผนที่เสนอไว้ไม่สามารถดำเนินการได้ตามที่ตั้งเป้าหมาย มาจากการประสานงานระหว่างองค์กรท้องถิ่นด้วยกันเอง ค่อนข้างจะเป็นการประสานงานที่เป็นระยะๆ บางครั้งมีมุมมองที่แตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะกับอบต.ในพื้นที่เดียวกัน การประสานงานในส่วนหน่วยงานอื่นๆในภูมิภาคนั้น ในอนาคตจะเป็นการประสานงานกันเอง

เมื่อมีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นสาธารณสุข โยธาธิการจังหวัด หรือหน่วยงานอื่นๆ แต่ถ้าถามถึงความชัดเจนของงบประมาณในอนาคต รัฐบาลยังไม่มีความชัดเจนในการถ่ายโอนอำนาจ เพียงแต่มีการกล่าวว่าองค์กรท้องถิ่นโดยเฉพาะอบจ.จะมีการเข้าไปร่วมกับงานสาธารณสุขเท่านั้น อบจ.จึงดำเนินการได้เพียงการจัดสรรงบประมาณบางส่วนสนับสนุนในการแก้ปัญหาด้านสังคมที่เกี่ยวข้อง

โดยทั่วไปในความเห็นส่วนใหญ่ของอบจ.นั้น โครงการที่ดำเนินการจะเรียงตามความสำคัญดังนี้

- โครงการสาธารณูปโภคพื้นฐาน
- โครงการส่งเสริมอาชีพ
- การกีฬา
- การท่องเที่ยว

- การสาธารณสุข

แม้การสาธารณสุขจะอยู่ในลำดับที่ท้ายๆ แต่ว่ากิจกรรมหลายอย่างที่มีในโครงการต่างๆ ก็มีผลกระทบกับสาธารณสุขทางอ้อม เช่น การจัดหาน้ำสะอาด หรือ การออกกำลังการในการกีฬา เป็นต้น

แผนของอบจ.นั้นจะต้องมาจากนโยบายของจังหวัด โดยทั่วไปแผนที่อบจ.จัดทำมาจากระดับล่าง ในส่วนของชุมชน ตัวแทนของสมาชิกสภาจังหวัด (สจ.) ส่วนของข้าราชการที่ออกพื้นที่ และในส่วนของฝ่ายบริหารจะต้องนำมาปรับแผนร่วมกัน ได้มีการเชิญวิทยากรที่มีความรู้เรื่องการกระจายอำนาจ การบริหารงบประมาณมาเป็นที่ปรึกษาในการจัดทำแผน โดยแผนพยายามมองในมุมกว้าง มีการขอข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถทราบได้ว่า ส่วนใดบ้างที่จะให้อบจ.สนับสนุน

ปัจจุบันได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดให้กับสมาชิกสภาจังหวัด (สจ.) พยายามให้สมาชิกมีมุมมองที่จะดูแลด้านสังคมมากขึ้นกว่าการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐาน เช่นระบบสาธารณูปโภค ถนน คูคลอง แต่ก็มีปัญหาที่สมาชิกส่วนมากได้รับปากกับประชาชนในพื้นที่ว่าจะพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานให้กับประชาชน อย่างไรก็ตามคิดว่าในปีต่อๆไปควรมีแนวคิดที่จะเปลี่ยนมาสร้างสรรค์สังคม เมื่อมีหน่วยงานอื่นๆมาดำเนินการอยู่แล้ว โดยทั่วไปปัจจุบันงานในส่วนของด้านสาธารณสุขจะอยู่ในลำดับความสำคัญที่ 4 หรือ 5

ปัจจุบันงบประมาณที่ลงพื้นที่ จะมี 2 ลักษณะ ได้แก่งบประมาณที่ลงพื้นที่อบต.ในนามของโครงการของ อบจ. กับ งบประมาณที่อบจ.อุดหนุนให้อบต.ดำเนินการทำถนน คู คลอง รวมแล้ว ประมาณกว่า 90% ที่ลงพื้นที่อบต. เพราะพื้นที่อบจ.กับอบต.เป็นพื้นที่เดียวกัน

กรณีที่มีความซ้ำซ้อนของแผนที่จัดทำไว้นั้น คณะกรรมการจัดทำแผนต้องมีการจัดทำใหม่ และเสนอเพื่อขออนุมัติความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงแผน ในส่วนงบประมาณของท้องถิ่นเองนั้นสภาจังหวัดเป็นผู้มีอำนาจอนุมัติให้เปลี่ยนแปลง แต่หากเป็นงบประมาณที่รัฐบาลกลางจัดสรรให้ต้องมีการขออนุมัติจากรับบาลเอง

การเกิดอบต.นั้นในระยะแรกคงเป็นวิกฤติที่จะต้องมีการพัฒนา ให้อบต.มีศักยภาพ หากอบต.มีศักยภาพดีพอจะเป็นสิ่งที่ดีที่จะมีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น แนวทางที่สำคัญคือ ควรให้มีการประสานงานในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความไม่ซ้ำซ้อน และ เกิดประโยชน์สูงสุด อบจ.ควรมีบทบาทในการประสานงานโดยเฉพาะในส่วนรอยต่อของพื้นที่อบต.ต่างๆ และเทศบาล ซึ่งจะทำให้เกิดความเสมอภาคในการดูแลประชาชน รัฐบาลต้องมีการวิเคราะห์เพื่อดูความเหมาะสมในการกระจายอำนาจ และความสำเร็จของการกระจายอำนาจมาสู่ท้องถิ่น

ในการวางแผนของอบจ.นั้นมีความเป็นอิสระมาก แต่ส่วนกลางก็ยังดูแลกำกับในเรื่องการใช้งบประมาณให้ถูกต้อง ในการจัดทำแผนนั้นฝ่ายบริหารจะกลั่นกรองให้ภาพรวมเป็นสิ่งที่มีประโยชน์สูงสุด ในการถ่ายโอนอำนาจนั้น ข้าราชการท้องถิ่นมีความมั่นใจน้อย แต่องค์กรท้องถิ่นเชื่อมั่นว่าสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองหลายอย่าง

บทบาทด้านสาธารณสุขของอบจ.นั้น ในอดีตมีกิจกรรมที่อบจ.มีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นหลายสาขา ในส่วนสาธารณสุขที่ดำเนินการจะเป็นเรื่องน้ำดื่มน้ำใช้ และมีการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งจัดว่าเป็นสิ่งสำคัญเร่งด่วนรองลงมาจากการสร้างระบบคูคลองถนน มีการพัฒนาด้านสุขภาพ ดำเนินการด้านป้องกันยาเสพติดในกลุ่มนักเรียนร่วมกับศึกษาธิการจังหวัด ในอนาคตอบจ.จะต้องมีการวางแผนร่วมกับอบต.ในการวางแผนร่วมกันสำหรับการจัดหางบประมาณอุดหนุนทางด้านสาธารณสุข อย่างเช่นการสนับสนุนสถานีอนามัย และ โรงพยาบาลชุมชน

“อบจ.มีความเข้าใจประชาชนในท้องถิ่นของเขา เพราะว่าเป็นบุคคลที่มาจากท้องถิ่น จะสัมผัสกับประชาชนมากกว่ากระทรวงสาธารณสุข” (นายกอบจ.ปทุมธานี)

“อบจ.อยู่ในฐานะที่ไม่ค่อยได้ทำอะไรมากด้านสุขภาพ เพราะสจ.(สมาชิกสภาจังหวัด)มองปัญหาด้านโครงสร้างพื้นฐาน มีแต่เรื่องไฟฟ้า ถนน ชัดเจนกว่า” (นายกอบจ.ตรัง)

3.1.2 การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขและความพร้อมสำหรับการถ่ายโอนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

ในความเห็นของนายกอบจ.ส่วนใหญ่คิดว่า นโยบายการถ่ายโอนอำนาจรวมทั้งด้านสาธารณสุขนั้นไม่ชัดเจน ในการกระจายอำนาจนั้นคณะกรรมการพิจารณาเรื่องนี้ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีตัวแทนของอบจ. เทศบาล และ อบต.ยังไม่มีการพิจารณาเรื่องของสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นการพูดคุยในหน่วยงานของโยธาและ หน่วยงานโครงการเร่งรัดพัฒนาชนบท (รพช.) การถ่ายโอนงบประมาณนั้นคิดว่าน่าจะโอนให้อบต.เป็นผู้ดำเนินการ เพราะเทศบาลและอบต.ต้องดูแลพื้นที่ที่รับผิดชอบอยู่แล้ว แต่อำนาจในพื้นที่ทั้งหมดควรขึ้นกับอบจ. เพราะอบจ.ต้องดูแลพื้นที่ทั้งจังหวัดอยู่แล้ว รัฐบาลยังไม่ให้ความสำคัญแก่องค์กรท้องถิ่นมากเท่าที่ควร แตกต่างกับต่างประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ญี่ปุ่น งบประมาณต่างๆได้ส่งคืนแก่ท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ แต่ประเทศไทยงบประมาณที่องค์กรท้องถิ่นได้รับมีเพียง 7% เท่านั้น ซึ่งน้อยมาก

“ความคิดเห็นในเรื่องงบประมาณ ควรจะผลักดันเข้าอบต. เพราะทั้งเทศบาลและอบต.ต้องดูแลพื้นที่ทั้งจังหวัดอยู่แล้ว” (นายกอบจ.เชียงใหม่)

“ในความคิดของผมคิดว่ารัฐบาลยังไม่เห็นความสำคัญของท้องถิ่นเท่าที่ควร อย่างญี่ปุ่นงบประมาณแผ่นดินเข้าไปสู่ท้องถิ่นถึง 68% แต่ประเทศไทยได้ประมาณ 7% กำลังจะเพิ่มเป็น 20% ในปี 44 แต่ยังไม่แน่ใจว่า 20% จะได้หรือไม่” (นายกอบจ.เชียงใหม่)

“ซึ่งเรื่องนี้นโยบาย(ในการถ่ายโอนภารกิจ)จริงๆเรายังไม่ชัดเจนเท่าไร ที่ไปสัมมนาก็ให้นโยบายมาเรื่อยๆ” (นายกอบจ.นครราชสีมา)

“ในอนาคตในเรื่องสาธารณสุขไม่ค่อยชัดเจน ต้องดูว่าสาธารณสุขต้องการจะมาอยู่กับองค์กรส่วนท้องถิ่นหรือไม่...สำรวจสถาบันราชภัฏมากกว่าครึ่งที่ต้องการมาอยู่กับท้องถิ่น” (นายกอบจ.เชียงใหม่)

ด้านความพร้อมสำหรับการรับถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขนั้น ความพร้อมของอบจ.นั้นขึ้นกับรายได้ที่สามารถจัดเก็บได้ซึ่งส่วนใหญ่จะน้อยกว่าเทศบาล แต่ถ้ากล่าวถึงด้านศักยภาพแล้วอบจ.จะพร้อมที่จะรับดูแลด้านการศึกษาและด้านสาธารณสุขได้ กรณีที่จะมีการถ่ายโอนมาให้นั้น อบจ.คิดว่าสามารถรองรับได้ แต่ข้าราชการประจำต้องมีการพัฒนาศักยภาพให้สูงขึ้น มีความรู้มากขึ้น ต้องมีการฝึกอบรมซึ่งในการเสนอขอมานั้นไม่มีการขัดข้องและยินดีสนับสนุนให้มีการได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มเติมความรู้

องค์กรท้องถิ่นเองต้องดูศักยภาพของตัวเองว่ามีความพร้อมแค่ไหน อบจ.เองจะพูดว่าไม่พร้อมก็ไม่ได้ หากจะพูดว่าพร้อมก็ลำบากใจ อบจ.ทั้ง 75 แห่งเองก็ไม่เหมือนกันทั้งหมด ประมาณ 50% ของอบจ.ก็ยังมีปัญหาเรื่องงบประมาณและการประสานงานระหว่างฝ่ายค้านและฝ่ายบริหารของอบจ.เอง มีการเปลี่ยนตัวนายก อบจ.เป็นประจำ และตัวนายกอบจ.เองก็เป็นผู้ที่มีการศึกษาไม่สูงนัก บุคลากรที่โยกย้ายมาก็มีวุฒิการศึกษาที่สูงกว่าจึงทำให้มีปัญหาในการบริหาร บางอบจ.มีผู้ที่ใช้อำนาจในการบริหารและบริหารไม่เป็นก็ยิ่งทำให้เกิดปัญหา ปัจจุบันได้มีความพยายามสนับสนุนให้ผู้บริหารอบจ. ได้รับการศึกษาเพิ่มเติม อบจ.เองมี75 แห่งทั้งประเทศ การ

ประสานงานกันอาจจะทำได้ง่ายกว่าเทศบาลที่มีกว่าพันแห่ง และอบต.ที่มีมากกว่า 6000 แห่ง ซึ่งจะทำให้อบจ. มีศักยภาพในการรับภาระการถ่ายโอนอำนาจได้ดีกว่า

"อบต.เกิดใหม่และมีจำนวนมากจะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการมาก อบจ.มีจำนวนน้อยกว่าน่าจะใช้จ่ายน้อยกว่า" (นายกอบจ.ปทุมธานี)

การถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขเองนั้นไม่ชัดเจนนัก ต้องถามสาธารณสุขเองว่าต้องการมาอยู่กับองค์กรท้องถิ่นหรือไม่อย่างไร คงมีปัจจัยเรื่องศักยภาพของท้องถิ่นเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยตัดสินใจว่าจะมาอยู่กับท้องถิ่นหรือไม่ ปัญหาสำคัญในการถ่ายโอนอำนาจคือการสร้างความมั่นใจให้ข้าราชการที่จะย้ายมาอยู่ และสร้างความเป็นธรรมในการทำงานแก่ข้าราชการเดิมและที่มาใหม่ เพื่อให้เกิดการบริการประชาชนไปในทิศทางเดียวกัน

"ถ้าศักยภาพจริงๆผมว่าเราดีกว่าเทศบาล แต่เราก็ประสานกันอยู่แล้ว ซึ่งเราเป็นสายเดียวกันแม้แต่อบต." (นายกอบจ.พิจิตร)

"อบจ.ปทุมธานีมีความพร้อม ไม่ต่างกับเทศบาล เพราะมีรายได้สูง ภาษีแน่นอน แม้ภาษีน้ำมันจะมีปัญหาอยู่" (นายกอบจ.ปทุมธานี)

"ถ้าพูดว่าท้องถิ่นไม่พร้อมก็ไม่ได้เพราะจะไม่โต แต่ถ้าบอกว่าพร้อมก็ลำบากใจ แค่ดูที่อบจ.ทั้ง 75 แห่ง ยังมีศักยภาพไม่เหมือนกัน...ปัญหาใหญ่สุด คือ การศึกษาของตัวนายกอบจ.เอง จบการศึกษาไม่สูง ส่งผลให้บุคลากรที่จะย้ายโอนมาอยู่ด้วย นั้นวุฒิการศึกษา ระดับตำแหน่งเหนือกว่ามาก ถ้ามาอยู่กับผู้ที่การศึกษาไม่สูงพอ และพวกใช้อำนาจไม่เป็นก็จะก่อให้เกิดปัญหาได้" (นายกอบจ.เชียงใหม่)

แนวทางการกระจายอำนาจและถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขนั้น นายกอบจ.บางท่านมีความคิดเห็นว่าการกระจายอำนาจควรเริ่มจากการกระจายด้านการคลังก่อน เพราะแม้มีนโยบายแต่ขาดงบประมาณก็ไม่สามารถดำเนินการได้

"น่าจะเป็นการคลังก่อน ส่วนการบริหารเองน่าจะใช้เวลาพอสมควรเพราะบุคลากรไม่มีความเชี่ยวชาญเท่ากับของเดิม"(นายกอบจ.พิจิตร)

ในความพร้อมและการพิจารณาว่าควรมีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้อบจ.ดูแลนั้น อบจ.เองคิดว่ายังไม่ชัดเจนต้องใช้เวลาเรียนรู้ แต่ขณะที่ศึกษาก็สามารถให้การสนับสนุนโดยการเป็นที่ปรึกษาด้านนโยบายและการจัดงบประมาณช่วยสนับสนุน อย่างไรก็ตามองค์กรท้องถิ่นต้องใช้เวลาในการเรียนรู้งานด้านสาธารณสุขเพราะมีความซับซ้อนมากพอควรและต้องการความชำนาญประสบการณ์สูง

"สาธารณสุขจะแบ่งอะไรให้อบจ.ยังไม่ชัดเจน แต่วงเงินที่มีสามารถรองรับแผนงานโครงการด้านสาธารณสุขได้ แม้จะเรียนรู้อยู่เพราะยังรู้ไม่ถึงก็สามารถให้การสนับสนุนด้านงบประมาณได้และเป็นที่ปรึกษาด้านนโยบายได้" (นายกอบจ.ปทุมธานี)

"มันก็ต้องศึกษาดูพอควร อาจจะดูจากท่านสาธารณสุขจังหวัดบ้าง ในลักษณะที่เราจะให้ไปในด้านงบประมาณ ที่จะไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวคือ เข้าไปวุ่นวายในส่วนที่บุคลากรพร้อมอยู่แล้ว เพราะท่านมีความสามารถมากกว่าเรา" (นายกอบจ.พิจิตร)

3.1.3 การกำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ดูแลและจัดตั้งโรงพยาบาลจังหวัด

การดูแลสุขภาพประชาชนเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ท้องถิ่นต้องจัดทำอยู่แล้ว การสร้างโรงพยาบาลใหม่เป็นเรื่องที่ต้องใช้งบประมาณสูงจึงทำได้ยาก ในส่วนของโรงพยาบาลจังหวัดนั้น อบจ.คิดว่าสามารถร่วมกันทำงานได้

โดยการกำหนดนโยบายร่วมกัน การบริหารของโรงพยาบาลนั้นเป็นเอกเทศอยู่แล้ว อบจ.เพียงแค่มีบทบาทที่จะไปเสริมอย่างไรเท่านั้น อบจ.นั้นต้องดูแลประชาชนทั้งจังหวัด ดังนั้นอบจ.น่าจะได้เป็นผู้ที่ร่วมกำหนดนโยบายร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมากกว่าจะดูแลโรงพยาบาล ส่วนโรงพยาบาลนั้นให้เทศบาลดูแลน่าจะคล่องตัวกว่า ส่วนจะดูแลโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลชุมชนคงต้องพิจารณาอีกครั้ง แต่ในความเห็นของอบจ.บางแห่งก็ต้องการให้มีการโอนโรงพยาบาลมาอยู่ในการดูแลของอบจ.เลย มากกว่าที่จะให้เข้าไปเพียงการมีส่วนร่วมในการบริหารเท่านั้น เพราะจะทำให้ตรงกับบทบาทความรับผิดชอบในการประสานงานระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตามบางอบจ.ก็คิดว่าการที่โรงพยาบาลจังหวัดจะโอนมาอยู่ภายใต้อบจ.คงจะต้องมีปัญหา เพราะอบจ.ไม่รู้และไม่เข้าใจการดำเนินงานของโรงพยาบาลเลย

“ถ้าเป็นใจผม คือว่าจะให้เป็นการดูแลง่ายในส่วนที่เราทำให้ท้องถิ่นประสานกัน เราก็อยากที่จะรับผิดชอบในส่วนนี้ ให้มันโดยตรงกับอบจ.” (นายกอบจ.ปทุมธานี)

“ถ้าเป็นที่อบจ.เชียงใหม่ตอบได้ทันทีเลยรับได้ พร้อมที่จะขานรับ เพราะอบจ.มีความยืดหยุ่นในการบริหารงาน สามารถที่จะทำงานร่วมกับทุกหน่วยงาน แต่ก็ยังห่วงกับจังหวัดอื่นที่ยังไม่พร้อม ทุกสิ่งทุกอย่างต้องค่อยเป็นค่อยไป” (นายกอบจ.เชียงใหม่)

“การที่โรงพยาบาลตรังจะโอนมาอยู่ในอบจ.มีปัญหาแน่ เพราะอบจ.ไม่รู้งานเขา ไม่ทราบว่ามีหน้าที่อะไรบ้าง อย่างดีก็คงเป็นสถานีอนามัย เพราะตำบลเล็กและรู้จักพื้นที่...การศึกษามีการเคลื่อนไหวในการถ่ายโอนภารกิจมากกว่า อบจ.มีโครงการและจัดงบประมารสนับสนุนให้มากกว่าโดยใช้เงินของอบจ.เอง...เป็นบทบาทเสริม(ด้านสุขภาพ)จะดีกว่าที่จะดำเนินการเอง ต้องใช้เวลาในการสร้างความคิดเรื่องด้านสุขภาพ”(นายกอบจ.ตรัง)

ในการบริหารงานของโรงพยาบาลนั้นที่ผ่านมา อบจ.หลายแห่งคิดว่ามีความเป็นเอกภาพอยู่ดีแล้ว เพียงแต่การมีนโยบายที่เป็นกรณีที่แตกต่างออกไป อย่างไรก็ตามในอนาคตคิดว่าการบริหารงานของโรงพยาบาล จะต้องมีเครือข่ายของประชาคมมาดูแลกำกับ การจัดซื้อจัดจ้างของโรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลเองมีความรู้ความเชี่ยวชาญในอุปกรณ์สิ่งของที่จะซื้อ ซึ่งโรงพยาบาลน่าจะมีการดำเนินงานเช่นเดิม เพียงแต่การควบคุมกำกับงบประมาณที่ต้องเกิดความชัดเจนมากขึ้น

บางอบจ.ก็ไม่แน่ใจในการรับโอนโรงพยาบาล เพราะการที่ไม่รู้งานและโรงพยาบาลเองเป็นหน่วยงานที่ซับซ้อน เทียบกับสถานีอนามัยแล้วพื้นที่เล็กกว่ามาก และตำบลเองรู้พื้นที่ดีอยู่แล้ว อบจ.อาจมีบทบาทในการร่วมเป็นกรรมการบอร์ดได้

การดูแลกำกับโรงพยาบาลโดยอบจ.หรือเทศบาลไม่น่ามีปัญหาอะไร เทศบาลเองมีกองอนามัยอยู่แล้ว ซึ่งสามารถรองรับการดูแลได้ เห็นด้วยที่โรงพยาบาลชุมชนน่าจะให้เทศบาลดูแล อย่างไรก็ตามเทศบาล และอบต.บางแห่งก็ไม่มีศักยภาพเพียงพอ ดังจะเห็นได้ว่า บางเทศบาลบริหารงบประมาณไม่ทัน เพราะไม่มีแผนล่วงหน้าในมือ

“เห็นด้วยกับโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องให้เทศบาลดูแล แต่ก็จะมีปัญหาเรื่องพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งอยู่นอกพื้นที่เทศบาล”(นายกอบจ.พิจิตร)

รัฐบาลกลางควรมีบทบาทที่ดูแลภาพรวมของกระทรวงต่างๆ ในขณะที่ท้องถิ่นควรได้รับการกระจายอำนาจให้ดูแลการบริหารจัดการในพื้นที่นั้นๆ เช่น การร่วมมือกันของท้องถิ่นในการกำจัดขยะที่ต้องมีการประสานงาน เพื่อให้มีประโยชน์ในการดำเนินงานสูงสุด

โรงพยาบาลประจำจังหวัดน่าจะมาขึ้นกับอบจ. แต่มีความหนักใจที่ต้องบริหารแพทย์ที่มีสมองฉลาดคงต้องใช้ความอ่อนโยนในการปรึกษาหารือ การที่อบจ.มีความพร้อมในการรับดูแลโรงพยาบาลจังหวัดสูงเพราะว่า อบจ.มีความยืดหยุ่นสูงในการริหารงาน สามารถบริหารงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆได้เสมอทุกหน่วยงาน แต่ก็อาจมีบางจังหวัดที่ไม่พร้อม และต้องค่อยๆดำเนินการให้เกิดขึ้น

"การที่โรงพยาบาลจะมีการออกนอกระบบราชการเป็นองค์กรอิสระนั้น ไม่เห็นด้วย เพราะต้องขึ้นกับองค์กรใดองค์กรหนึ่ง งบประมาณที่ได้รับก็มาจากรัฐบาล การกระจายอำนาจกำหนดไว้ว่าบทบาทและหน้าที่ของส่วนกลางที่อยู่ตรงพื้นที่ใดที่ซ้ำซ้อนกับท้องถิ่น ก็สมควรต้องโอนมาให้ท้องถิ่นดำเนินการ ดังนั้นการที่โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจะแยกออกเป็นองค์กรอิสระนั้น ในอนาคตคงต้องมีการดำเนินงานร่วมกันอยู่ดี โดยเฉพาะในรูปของกรรมการบอร์ดที่ดูแลนโยบายร่วมกัน ซึ่งจะไม่มีผลกระทบในลักษณะงานประจำที่ดำเนินการอยู่เพียงแต่มีการตกลงดูแลในหลักการที่เป็นนโยบายมากกว่า" (นายกอบจ.พิจิตร)

บางอบจ.มีความเห็นที่ขัดแย้งว่า ไม่แน่ใจนักว่าการกระจายอำนาจจะทำให้การบริการสาธารณสุขมีคุณภาพดีขึ้น โดยเฉพาะการเมืองท้องถิ่นของประเทศไทยต้องได้รับการพัฒนาให้ดีกว่าปัจจุบัน เพราะนักการเมืองยังมีการศึกษาน้อยและขาดคุณภาพ นอกจากนี้นโยบายด้านสาธารณสุขและสุขภาพยังไม่ได้ถูกนำมาเป็นนโยบายในการหาเสียงเลือกตั้ง

"มองไม่ออกว่าการกระจายอำนาจให้งบด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพดีขึ้นหรือไม่ มีผู้มาร้องเรียนเรื่องผู้ยากจนว่าใครเป็นพรรคพวกกำนันผู้ใหญ่บ้านก็มีโอกาสมากกว่า" (นายกอบจ.ตรัง)

"นโยบายด้านสุขภาพไม่ได้เป็นประเด็นในการหาเสียงในระดับท้องถิ่นเท่าไหร่ เน้นเรื่องการศึกษาสภาพแวดล้อมมากกว่า" (นายกอบจ.ตรัง)

การที่โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจะแยกตัวออกนอกระบบเป็นโรงพยาบาลอิสระนั้น นายกอบจ.บางแห่งไม่เชื่อว่าจะเป็นไปได้ เพราะเป็นหน่วยงานรัฐต้องสังกัดองค์กรใดองค์กรหนึ่ง

"ดูแล้วไม่น่าจะเป็นไปได้ เพราะ(โรงพยาบาล)จะต้องขึ้นกับองค์กรใดองค์กรหนึ่ง แยกเป็นอิสระโดยเป็นนิติบุคคลเองนั้นเป็นไปไม่ได้ เพราะเรื่องงบประมาณทั้งหมดมาจากรัฐบาลในเรื่องการลงทุน ฝ่ายโรงพยาบาลจะต้องมาบริหารร่วมกับองค์กรที่ขึ้นด้วย"(นายกอบจ.เชียงใหม่)

3.1.4 การบริหารงบประมาณและการจัดหารายได้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.)

อบจ.ดำเนินงานในพื้นที่ของอบต.ประมาณ 90% จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีข้อมูลที่ชัดเจนว่า รัฐบาลกลางได้จัดงบประมาณอุดหนุนอะไรบ้างและสิ่งที่ต้องการยังขาดอะไร งบประมาณที่อบต.ได้รับมีความชัดเจนกว่าอบจ. เพราะกำหนดชัดเจนว่าเป็นงบอุดหนุนทั่วไป สามารถนำไปใช้ดูแลหลายสาขามากขึ้น แต่งบอบจ.เป็นงบอุดหนุนเฉพาะกิจ หรือ งบอุดหนุนพัฒนาเมืองเท่านั้น ที่รัฐบาลจะจัดสรรงบประมาณให้ท้องถิ่น 20% นั้น หากให้ท้องถิ่นดูแลเอง จะทำให้สามารถตั้งงบประมาณเองได้ ไม่จำเป็นต้องจัดสรรเป็นเงินอุดหนุน จะสามารถจัดสรรให้หน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งอบต.ได้คล่องตัว

"อบต.ได้งบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลางเป็นส่วนใหญ่ เพราะศักยภาพของข้าราชการ และสมาชิกของอบต.เองยังไม่เข้มแข็งมากนัก รัฐบาลจึงต้องประคับประคองมาก นอกจากนี้รัฐบาลเองเกรงว่างบประมาณที่จัดสรรให้อบต.จะไม่สร้างประโยชน์สูงสุด เพราะระบบควบคุมการเงินของอบต.ไม่ชัดเจนเท่าอบจ. ในส่วนของอบจ.ได้ดำเนินการควบคุม ดูแลงบประมาณค่อนข้างชัดเจนกว่า มีการตรวจสอบโดยสภาที่ชัดเจน" (นายกอบจ.พิจิตร)

การที่อบจ.ไม่ได้มีพื้นที่รับผิดชอบชัดเจนเหมือนเทศบาลหรืออบต.ไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาเรื่องการจัดหารายได้ เพราะรายได้ของอบจ.จะได้มาจากภาษีเหล้า บุหรี่ น้ำมัน และ ล้อเลื่อน เป็นสำคัญ

“การไม่มีพื้นที่ของอบจ.ละการจัดเก็บรายได้เป็นคนละส่วนกันไม่ก่อปัญหา...รายได้ส่วนใหญ่มาจากภาษีบุหรี่ น้ำมัน ล้อเลื่อน” (นายกอบจ.ตรัง)

“ถ้าสมัยก่อนรัฐยังไม่กระจายในเรื่องของการเก็บภาษี มันก็รายได้ไม่มาก แต่ตอนนี้เราจัดเก็บภาษีเองตอนนี้ก็น้ำมัน บุหรี่ โรงแรม แล้วก็ภาษีอีกหลายตัว” (นายกอบจ.นครราชสีมา)

เงินอุดหนุนที่อบจ.ได้รับจะได้ตามที่ขอรัฐบาลไว้แต่เป็นงบอุดหนุนเฉพาะ เงินอุดหนุนทั่วไปได้รับน้อย งบประมาณส่วนใหญ่ถูกนำไปจ่ายเพื่อเงินเดือนและค่าจ้าง

“งบประมาณของอบจ.นครราชสีมาปีนี้(2543) ตั้งไว้ 110 ล้านบาท เป็นงบท้องถิ่นซึ่งเป็นงบประจำ (เงินเดือน ค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า) 55 ล้านบาท ในส่วนที่เหลือเป็นงบพัฒนา” (นายกอบจ.นครราชสีมา)

“รายได้ของอบจ.ต่างกับเทศบาลมาก เงินเหลือจากเงินเดือนเพียง 20 ล้านบาทจากรายได้ 50 ล้านบาท”(นายกอบจ.ตรัง)

งบประมาณที่จะได้รับเพิ่มเป็น 20% นั้น รัฐบาลกลางจะเป็นผู้จัดแบ่งมาให้ องค์กรท้องถิ่นเองจะต้องมีแผนรองรับของตนเอง จึงจะสามารถใช้งบประมาณนี้ได้ การที่จะทำให้เงินงบประมาณนี้มีประโยชน์สูงสุดจะต้องมีการประสานงานกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการใช้งบประมาณ คณะกรรมการประสานแผนเองจะมีบทบาทสำคัญอันนี้ที่จะรวบรวมแผนที่เสนอเพื่อสามารถให้มีการประสานงาน และเกิดภาพที่จะมองเห็นส่วนขาดของโครงการในพื้นที่ต่างๆ คณะกรรมการปรานแผนเองไม่มีอำนาจใดๆที่จะกำหนดว่าสิ่งไหนควรทำหรือไม่ จะมีหน้าที่เพียงประสานไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดของท้องถิ่น

ส่วนใหญ่สถานการณ์การเงินของอบจ.จะเป็นบวก เพราะมีรายได้ที่เหลือเป็นเงินสะสมหลายสิบหลายร้อยล้าน ซึ่งสามารถนำออกมาใช้ได้เมื่อเกิดความจำเป็นเร่งด่วน งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากรัฐบาลนั้นส่วนใหญ่จะใช้หมดเพราะงบประมาณที่ได้รับอนุมัติมีการจัดทำแผนรองรับไว้หมดแล้ว งบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรเป็นการจัดสรรรายหัวประชาชน งบประมาณส่วนหนึ่งที่ท้องถิ่นจัดเก็บได้เองจะมีการนำมาใช้เพื่อการพัฒนาและสามารถเก็บสะสมไว้หากใช้ไม่หมด การจัดตั้งอบต.มีผลกระทบต่อการจัดเก็บรายได้ของอบจ.ซึ่งทำให้รายได้ลดลง

“พอมีอบต.ขึ้นมารายได้ลดลง 60-70%”(นายกอบจ.พิจิตร)

กระทรวงสาธารณสุขเองควรมีการจัดสรรงบประมาณมาให้องค์กรท้องถิ่นบ้าง แม้จะไม่มีการถ่ายโอนภารกิจก็ตาม เพราะองค์กรท้องถิ่นเองก็มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการช่วยดำเนินงานของด้านสาธารณสุข เช่น การออกหน่วยเคลื่อนที่และมีการแจกชุดเวชภัณฑ์แก่ประชาชนเพื่อดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น

ในส่วนงบประมาณที่รัฐบาลจะจัดสรรแก่องค์กรท้องถิ่นเพิ่มขึ้นเป็น 20% ของงบประมาณแผ่นดินนั้น คาดว่าคงเป็นไปได้ยาก เพราะรัฐบาลไม่มีงบประมาณเพียงพอ น่าจะเป็นเรื่องการเมืองที่รัฐบาลต้องการให้องค์กรท้องถิ่นไม่เกิดการต่อต้านมากกว่า

ในการพิจารณางบประมาณนั้น อบจงกับอบต.มักเกิดปัญหาความไม่เข้าใจกันบ่อยครั้ง ควรมีการจัดสรรงบประมาณโดยคณะกรรมการกลางที่มีตัวแทนขององค์กรท้องถิ่นเข้าไปดูแล เพราะบางจังหวัดอาจไม่มีปัญหา แต่บางแห่งจะมีปัญหาข้อขัดแย้งกันได้ง่าย

3.1.5 ปัญหาการดำเนินงานในส่วนรอยต่อขององค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.)กับองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)

การประสานงานระหว่างอบจ.กับอบต.ไม่มีปัญหา เนื่องจากอบต.เองต้องพึ่งพาอบจ.ในการสนับสนุนงบประมาณ และ สมาชิกสภาจังหวัดกับผู้นำท้องถิ่นก็มีความสัมพันธ์กันอย่างดี นอกจากนี้ในการจัดทำแผนงานโครงการนั้น อบจ.ทำหน้าที่ในการเป็นผู้ประสานแผนให้อบต.หลายๆแห่ง โดยมีคณะกรรมการประสานแผนจังหวัด ที่ประกอบด้วยองค์กรท้องถิ่นทั้งหมดในจังหวัด กับเจ้าหน้าที่ราชการที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานจังหวัด ผู้ตรวจราชการส่วนท้องถิ่น เป็นต้น มาเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานจัดทำแผน

“อบจ.ไม่มีปัญหาพร้อมจะประสานรอยเขตของอบต.ได้ที่ติดขัดเรื่องงบประมาณ หรือรอยต่อเทศบาลกับอบต. จะเห็นได้ว่าผู้ที่อยู่ในเทศบาลกับผู้ที่อยู่รอยต่อของเทศบาลและอบต. สิ่งอำนวยความสะดวกจะแตกต่างกัน จะทำอย่างไรให้เกิดความเสมอภาคกัน”(นายกอบจ.พิจิตร)

ในการทำงานด้านสาธารณสุขนั้น อบจ. เทศบาล และ อบต. สามารถดำเนินงานประสานกันได้ “อบต.เขาก็ดูแลในจุดแรก ซึ่งอย่างที่ผมเรียนเทศบาลก็ดูได้ ของอบจ.เราหน่วยงานบริการงานอาจเยอะ แต่ในภาพที่เราจะรวมกิจกรรมต่างๆของสาธารณสุข ดูแลนโยบายที่สูงกว่านั้นครับ เรายินดี เราคิดว่าทั้ง3 ส่วนไม่มีปัญหาอะไร” (นายกอบจ.พิจิตร)

“จะบอกได้เลยว่าในจังหวัดเชียงใหม่ ทั้งอบต.และอบจ.เป็นหนึ่งเดียวกัน เป็นความสัมพันธ์เราทำขึ้นมาเอง อบต.ชั้น 4-5 มีงบประมาณ 2-3 ล้าน ไม่สามารถที่จะทำอะไรได้ จ่ายเงินเดือนยังไม่ค่อยจะพอเลย การที่อบจ.ส่งเครื่องจักรไปช่วยนั้นโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ในส่วนนี้เป็นการสร้างความสัมพันธ์ให้กับท้องถิ่น การทำงานของเทศบาลก็ไปในทิศทางเดียวกันหมด” (นายกอบจ.เชียงใหม่)

3.1.6 การบริหารงานบุคคลขององค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) กับ การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข

เงินเดือนที่จ่ายแก่เจ้าหน้าที่อบจ.นั้น เป็นงบประมาณของท้องถิ่นเองโดยเฉลี่ยค่าจ้าง เงินเดือน ซึ่งเป็นงบรายจ่ายประจำนั้น คิดเป็น 40%-50% ของรายจ่ายของงบประมาณในปีที่ผ่านมา ในการรับเจ้าหน้าที่ใหม่ที่มาปฏิบัติงานนั้น เป็นหน้าที่โดยตรงของอบจ. มีขั้นตอนหลายขั้นตอน แต่ที่ผ่านมาไม่ค่อยมีการรับสมัครใหม่ มีเพียงเป็นการโยกย้ายแล้วมาพิจารณาว่าใครควรมีความเหมาะสมอย่างไร กับงานอะไรแล้วจึงโยกย้าย มีผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนยุบหน่วยงานที่ทำให้มีเจ้าหน้าที่มารวมกันในอบจ.เกินกรอบอัตรากำลัง ซึ่งจะกระจายออกไปยังไม่มีที่รองรับ ทำให้มีการใช้งบประมาณที่จัดหามาเพื่อจ่ายเป็นค่าเงินเดือน ค่าจ้างประจำมาก

“การถ่ายโอนอำนาจรัฐต้องเสนอพรบ.เกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลด้วย ปลัดอบต.ต้องมีความก้าวหน้าในอาชีพราชการ ปลัดอบต. เทศบาล อบจ.และกรุงเทพมหานคร ควรไปในทิศทางเดียวกัน”(นายกอบจ.)

3.1.7 แนวความคิดในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของอบจ.

โดยทั่วไปองค์กรท้องถิ่นแม้แต่ผู้บริหารเองมีความรู้ในเรื่องหลักประกันสุขภาพไม่มาก และขาดข้อมูลอาจเกิดจากขาดความเข้าใจและความตระหนักถึงความสำคัญแม้จะรู้ว่าเป็นสิ่งที่ดี “ผมว่าก็ดี ทำให้ประชาชนมีที่พึ่งอันหนึ่งนะครับ” (นายกอบจ.นครราชสีมา)

องค์กรท้องถิ่นมีความเห็นด้วยที่ประชาชนน่าจะต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ปัญหาต่างๆในอนาคตน่ามีแนวทางการแก้ไขที่ดีขึ้น การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่

ประชาชนนั้น หากรัฐบาลจะเป็นผู้ออกค่าบริการทั้งหมดเป็นรัฐสวัสดิการคิดว่าจะเป็นไปได้ยาก เพราะรัฐบาลไม่มีงบประมาณเพียงพอ “ถ้ารัฐบาลมารับภาระเองแล้ว ในกรณีนี้รายรับของรัฐบาลมีเพียงพอหรือไม่” (นายกอบจ.) ในการที่รัฐบาลออกให้บ้างบางส่วนนั้นจะมีข้อดีที่มีความยืดหยุ่นสามารถปรับเปลี่ยนได้ในแต่ละปี ตามที่สถานะทางการเงินของรัฐบาลดีหรือไม่ดีอย่างไร รัฐบาลอาจมอบหมายให้องค์กรท้องถิ่นเข้ามาดูแลโดยเหมาจ่ายรายหัวเพื่อป้องกันการสับสนมีหลายกรณีที่ข้อมูลจากระดับล่างมีความสับสนคลาดเคลื่อน ข้อมูลพื้นฐานจากระดับตำบลและอำเภอต้องชัดเจนกว่าเดิม การที่รัฐบาลโอนงบประมาณมาให้อบจ.ดูแลสามารถกระทำได้ แต่ต้องดูเรื่องรายได้ของรัฐบาล เพราะหากงบประมาณรัฐบาลลดลง งบประมาณองค์กรท้องถิ่นก็จะลดลงด้วย โดยเฉพาะ 2 ปีที่ผ่านมา ในปีพ.ศ.2542-43 นั้นงบประมาณได้รับการจำกัดอย่างมาก อย่างไรก็ตามองค์กรท้องถิ่นน่าจะมีศักยภาพที่เพียงพอสามารถดำเนินการได้ หากได้รับการโอนภารกิจมา อบจ.นั้นน่าจะมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมต่อระหว่างการสร้างหลักประกันสุขภาพที่เทศบาลและอบต.ดำเนินการ

งบประมาณที่จะนำมาใช้เพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น เบื้องต้นน่าจะเป็นเรื่องของงบอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้ อาจมาในงบประมาณ 20% ที่เพิ่มขึ้นมาก็ได้ แต่ต้องมีการกำหนดรายละเอียดของโครงการให้ชัดเจน มีความเป็นไปได้ที่งบประมาณที่อบจ.มีสามารถนำมาร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนในจังหวัด การจัดเก็บภาษีเพิ่มขึ้นเพื่อนำมาใช้สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น จะต้องมีการดำเนินการและใช้เวลาที่มากพอควร แต่ก็เห็นด้วยกับการเรียกเก็บภาษีฟุ่มเฟือย เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามในการจัดเก็บภาษีเพิ่มเติมนั้นจะทำได้ยากประชาชนไม่ยอมรับ ปัจจุบันการจัดเก็บภาษีเองก็ไม่ชัดเจนอยู่แล้ว อนาคตอาจจะกระทำได้

“ผมอยากให้รัฐออกมาเป็นเงินอุดหนุนทั่วไปก่อน เพื่อจะได้เปิดกว้าง” (นายกอบจ.พิจิตร)

การโอนงบประมาณผู้มีรายได้น้อยให้แก่องค์อบจงดำเนินการคล้ายกับกรุงเทพมหานครนั้น น่าเป็นสิ่งดีที่จะสามารถบริหารจัดการควบคู่ไปกับโครงการในสาขาอื่นๆ

ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น หากนำเงินสนับสนุนผู้มีรายได้น้อยมามอบให้แก่อบจ.ดำเนินการ คิดว่า น่าเป็นสิ่งที่ดีและเป็นไปได้ งบประมาณที่ขาดอบจ.เอง ก็จะสามารถสนับสนุนให้ได้โดยอาจมาจากงบประมาณที่เพิ่มขึ้นเป็น 20% นั้น ในขณะที่งบประมาณที่ส่วนกลางไม่เพียงพอนั้น ท้องถิ่นเองก็สามารถจะเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหายไปได้ แต่ความจริงที่กำหนดเป็นเพียงนโยบายที่ไม่มีเงิน หรือกำหนดตัวเลขที่เป็นเงินแต่ก็ไม่มีเงินที่จัดสรรมาให้ท้องถิ่นได้ดำเนินการ

“ครั้งที่แล้วตัวเลขไม่ได้เห็นจริงๆ แต่มีนโยบายออกมาแล้วว่าให้ 20% ของรายได้แผ่นดิน” (นายกอบจ.เชียงใหม่)

อย่างไรก็ตามการที่อบจ.ได้รับเงินมาดำเนินการ แต่ทางโรงพยาบาลไม่ยอมรับก็จะไม่เกิดประโยชน์ ควรได้มารวมกันคิดในการวางนโยบายน่าจะไม่เกิดปัญหาตามมา

“ถ้าให้อบจ.ถือเงินแต่ถ้าราชการไม่ยอมรับก็ไม่เกิดประโยชน์ แต่ถ้าเงินอบจ.ถือนโยบายมาช่วยกันคิดกันทำ การสั่งการมารวมกัน สสจ.(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ซึ่งอยู่ในบอร์ดด้วยไม่น่ามีปัญหา” (นายกอบจ.นครราชสีมา)

การถ่ายโอนภารกิจทางการคลังน่าจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นก่อน การถ่ายโอนภารกิจที่ให้อบจ.เป็นเจ้าของการบริการสุขภาพเลย เพราะการเป็นเจ้าของต้องใช้เวลาพอสมควร เพราะบุคลากรไม่มีความเชี่ยวชาญดีพอ ในการบริหารการคลังนั้น อบจ.มีความชำนาญพอควร เพราะมีประสบการณ์ในการบริหารการคลังให้แก่สภาตำบล

การประเมินโดยหน่วยงานตรวจสอบการเงิน เช่น ปปป. ก่อนเปลี่ยนเป็น ปปช. อบจ.มีความผิดพลาดน้อยมาก แต่อบจ.ที่มีขนาดใหญ่และมีประสบการณ์ทำงานเห็นว่า โรงพยาบาลนั้นน่าถ่ายโอนมาทั้งหมดให้อบจ.ดูแล เพราะมีความพร้อมและศักยภาพเพียงพอ การให้อบต.เป็นผู้ดำเนินการในเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพนั้น อบต.มีจำนวนมากและประสบการณ์น้อย จะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการสูงและขาดประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามอบต.เองก็สามารถรับผิดชอบกิจกรรมบางอย่างได้ เช่นการสาธารณสุขเบื้องต้น การบริหารโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อน มีอบจ.และท้องถิ่นส่วนมากเกรงว่าจะบริหารไม่ได้ดี แต่ก็น่าจะได้มีส่วนร่วมในการสร้างการบริการให้ถึงประชาชนได้ทั่วถึง อย่างไรก็ตามการที่จะโอนงบประมาณให้อบจ.เพื่อดำเนินการ โดยเฉพาะงบสปร.นั้น บางอบจ.เองก็ยังขาดความเข้าใจเรื่องการดำเนินงาน มองไม่เห็นว่างบประมาณที่ได้มาจะช่วยชาวบ้านได้มากน้อยอย่างไร งบประมาณที่อบจ.มีไม่สามารถนำมาสร้างหลักประกันสุขภาพได้ถ้วนหน้า เพราะต้องมีภารกิจอย่างอื่นที่ต้องดูแล โดยเฉพาะเรื่องความเป็นอยู่ โครงสร้างพื้นฐาน แต่กรณีที่งบประมาณส่วนกลางไม่เพียงพอก็สามารถสมทบเพิ่มเติมได้

“เป็นไปได้ที่หากงบประมาณผู้มีรายได้น้อยไม่เพียงพอ แต่ให้ท้องถิ่นสมทบเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” (นายกอบจ.ปทุมธานี)

หากอบจ.จัดหารายได้ไม่เพียงพอที่จะดูแลการประกันสุขภาพ การจัดเก็บภาษีเพิ่มเติมจากสินค้าที่ก่ออันตรายต่อสุขภาพ เช่น เหล้า บุหรี่ หรือ เก็บจากสินค้าฟุ่มเฟือยนั้นอบจ.เองก็ไม่คิดว่าจะสามารถดำเนินการได้เต็มที่ได้นัก เพราะมีปัญหาเรื่องระบบภาษีที่ไม่ชัดเจนและการไม่ยอมรับของประชาชน ซึ่งอาจส่งผลกระทบกับการเมืองท้องถิ่นได้

“ถ้าท้องถิ่นทำให้ประชาชนยอมรับได้ก็ไม่มีปัญหาเกิดความร่วมมือของประชาชนในท้องถิ่นได้ ถ้าเบื้องต้นเงินไม่พอแล้วไปจัดเก็บเพิ่มเติม ค่อนข้างยาก ทุกวันนี้การจัดเก็บภาษีความชัดเจนไม่เป็นรูปธรรม แม้แต่รัฐบาลจะเก็บภาษีให้ถูกต้องทั้งหมดยังไม่ได้” (นายกอบจ.นครราชสีมา)

3.2 เทศบาล

เมื่อมีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นนั้น ได้มีการปรับเปลี่ยนองค์กรท้องถิ่นที่เป็นสุขาภิบาลมาเป็นเทศบาลตำบลแทน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ก่อให้เกิดผลกระทบในการดำเนินงานของท้องถิ่นหลายประการโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริหารจัดการ เมื่อเทศบาลตำบลที่เปลี่ยนแปลงมาจากสุขาภิบาลนั้นก่อให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินงานกว่าเดิมมากเพราะสามารถตัดสินใจได้เอง ไม่ต้องรอขั้นตอนการอนุมัติตัดสินใจจากประธานสุขาภิบาลซึ่งเป็นไปตามขั้นตอนราชการซึ่งแต่เดิมประธานสุขภิบาลก็คือนายอำเภอ การใช้งบประมาณและการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ก็มีความคล่องตัวมากขึ้นกว่าเดิม การประสานสามารถดำเนินการได้โดยตรง แต่เดิมนั้นต้องผ่านปลัดอำเภอและนายอำเภอ จนกว่านายอำเภอจะอนุมัติจึงจะสามารถดำเนินการได้ นอกจากนี้เมื่อเปลี่ยนเป็นเทศบาลแล้ว ทางด้านหน่วยงานสาธารณสุขเองก็ให้ความสำคัญกับเทศบาลมากขึ้นกว่าเดิม การเปลี่ยนแปลงจากสุขาภิบาลมาเป็นเทศบาลนั้นไม่มีปัญหาเรื่องบุคลากร เพราะมีความพร้อมเพียงพอทั้งด้านอาคารสถานที่ บุคลากร ไม่มีการจ้างคนเพิ่ม มีการบริหารจัดการที่ไม่มีการแบ่งพรรคแบ่งพวกทำให้การดำเนินงานไม่มีปัญหา

“เทศบาลมีความคล่องตัวมากกว่า(สุขาภิบาล) เพราะสามารถตัดสินใจได้เอง ไม่ต้องรอประธาน คือนายอำเภอ” (นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล)

“เมื่อเป็นเทศบาลการประสานงานกับสาธารณสุขจะคล่องตัวมากกว่าที่เป็นสุขาภิบาล เพราะเป็นสายตรงเมื่อก่อนจะต้องผ่านนายอำเภอ ปลัดอำเภอ ต้องให้อำเภออนุมัติก่อน ท้องถิ่นจึงจะสามารถดำเนินการได้ ช่วงที่เป็นเทศบาลแล้ว สาธารณสุขเองก็ให้ความสนใจเทศบาลมากขึ้น” (นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล)

“ข้อดีในการบริหารงาน เพราะขั้นตอนจะน้อย บริหารงานได้คล่องตัวกว่า สามารถตัดสินใจได้ง่ายขึ้น เพราะระบบราชการปัจจุบันช้าหลายขั้นตอน กว่าจะอนุมัติโครงการได้หลายเดือน ส่งผลดีให้ประชาชน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัย)

3.2.1 การวางแผน การบริหารจัดการ และ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของเทศบาล

การวางแผนโครงการต่างๆของเทศบาลนั้น เทศบาลได้มีการสร้างส่วนร่วมให้ประชาชนเข้ามาแก้ปัญหาพื้นฐาน โดยจัดตั้งชุมชนเทศบาลขึ้นเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ แผนที่ใช้ดำเนินการมีการวางแผนโดยกรรมการชาวบ้าน แผนที่ดำเนินการมีการจัดทำมาตั้งแต่การเป็นสุขาภิบาล ส่วนโครงการใดที่สำคัญมีการนำมาเพิ่มเติมแผนงานโครงการด้านสาธารณสุขมีการประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอ เช่นโครงการร้านอาหารสะอาด การฉีดวัคซีนสุนัข การกำจัดยุงลาย เป็นต้น

ในการจัดทำแผนงานโครงการนั้น คณะผู้บริหารและผู้แทนชาวบ้านมีการจัดเวทีขึ้นมาปรึกษาว่า ตรงจุดไหนมีปัญหาอะไร มีวิสัยทัศน์เรื่องอะไร มีแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างไร จะมีแนวคิดร่วมกันระหว่างชาวบ้านกับเทศบาล ในลักษณะเช่นนี้มีการจัดทำในทุกๆด้านของโครงการ การจัดทำแผนเป็นแผน 5 ปี โดยตัวแทนทั้งจากอำเภอ เทศบาล และ ประชาชนร่วมกันร่างและจัดทำประชาพิจารณ์ ส่วนใหญ่แล้วชาวบ้านคิดกันเองแล้วให้เทศบาลเข้าไปร่วมดำเนินการ หน่วยงานอื่นๆก็มีส่วนเข้ามาร่วมดำเนินการ อย่างเช่น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนนั้น มีโรงเรียนทั้งในและนอกเขตเทศบาลมาร่วมดำเนินการ เช่นการป้องกันอัคคีภัย การรณรงค์จราจร ร่วมกับตำรวจจราจร เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีความสำเร็จเพราะผู้บริหารเทศบาลให้ความสำคัญ

“ส่วนใหญ่จะให้ชาวบ้านคิดกันเอง แล้วทางเทศบาลเข้าไปร่วมดำเนินการชี้แนะ” (รองนายกเทศมนตรีฝ่ายสาธารณสุข เทศบาลตำบล)

“การดำเนินงานตามแผนที่วางที่ประสบผลสำเร็จได้เพราะผู้บริหารเทศบาลเห็นความสำคัญ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ)

ในการทดลองกระจายอำนาจโดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มาร่วมปฏิบัติงานกับเทศบาลนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเห็นว่ามีความคล่องตัวดี สายบังคับบัญชาสั้นลง การจัดทำแผนงานโครงการต่างๆมีอิสระ

“การทำงานของสาธารณสุขเมื่อมาทำงานอยู่ร่วมกับเทศบาลมีความคล่องตัว บรรยากาศการทำงานเป็นกันเอง ส่วนใหญ่จะรู้จักกันดีอยู่แล้ว สายการบังคับบัญชาจะสั้นลงงานก็เร็วขึ้น มีอิสระในการจัดทำแผน... ท่านนายกให้แต่ละฝ่ายได้จัดทำแผนงาน สาธารณสุขเองก็ได้จัดทำแผนไปหลายโครงการ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัย)

“ตอนแรกก็ยังไม่มั่นใจ มีความกังวลเรื่องการทำงาน ในส่วนที่ต้องทำงานกับประชาชน แต่เมื่อมาปฏิบัติจริงๆก็ยังทำเหมือนเดิม แต่ในส่วนท้องถิ่นจะมีงบประมาณเสริมกิจกรรมที่สาธารณสุขไม่มี” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัย)

“การเสนอแผนต่างๆจะเป็นอิสระจากทุกๆฝ่าย รวมทั้งจากประชาชนในพื้นที่ จะฟังความคิดเห็นของประชาชน” (นายกเทศมนตรี)

ในการบริหารจัดการโดยเฉพาะการจัดซื้อจัดจ้างนั้น เป็นอำนาจของเทศบาลอยู่แล้ว ขั้นตอนการดำเนินงานเพียงแต่ผ่านปลัดเทศบาลเป็นผู้ดำเนินการเสนอนายกเทศมนตรีเพื่ออนุมัติ ตัวอย่างที่พบได้จากโรงเรียนเทศบาลที่มีการสนับสนุนจากงบประมาณท้องถิ่น เมื่อเปรียบเทียบกับโรงเรียนสังกัดอื่นๆแล้วแตกต่างกันมากพอควร ทำนองเดียวกันหากโรงพยาบาลมีการโอนมาสู่เทศบาล ก็มีความคล่องตัวในการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างโดยการอนุมัติจากนายกเทศมนตรีเพียงอย่างเดียว

“การประกวดราคา สอบราคา โดยฝ่ายปลัด ผู้ที่อนุมัติจะเป็นนายกคนเดียว” (นายกเทศมนตรี)

ปัจจุบันเทศบาลเองก็ไม่สามารถจะกำหนดหรือเลือกคนได้เต็มที่นัก ซึ่งยังคล้ายกับระบบราชการ ปัจจุบันที่กระทรวงมหาดไทยเป็นผู้กำหนดและส่งมาปฏิบัติงาน หากมีอัตรากำลังเหลือที่จะรับได้ มีการวิ่งเต้นเข้าไปปฏิบัติงานในส่วนกลางเหมือนกัน กรณีที่มีผู้ประสงค์จะโยกย้ายมาปฏิบัติงานเพราะมีตำแหน่งว่างก็สามารถมาติดต่อเพื่อขอโยกย้ายได้เช่นกัน

ในการจัดทำแผนงานโครงการต้องจัดทำตามช่วงเวลาที่เทศบาลกำหนด หากมีการประการออกเทศบัญญัติงบประมาณแล้วก็ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณให้ได้

ในการสนับสนุนงานสาธารณสุขที่สำคัญนั้น หากกรณีที่งบประมาณด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอ ก็มีแนวทางที่จะตัดงบประมาณส่วนอื่นๆมาช่วยสนับสนุน แม้แต่งบประมาณด้านสาธารณูปโภค

3.2.2 การจัดเก็บภาษี รายได้ และ รายจ่ายเทศบาล

เมื่อเปลี่ยนจากสุขาภิบาลมาเป็นเทศบาลนั้น มีรายได้เพิ่มขึ้น เพราะมีการจัดทำแผนที่ภาษีที่ละเอียดและชัดเจนมากกว่าเดิม ประชาชนบางคนร้องว่าภาษีแพงขึ้น จริงๆแล้วไม่แพงแต่เก็บละเอียดมากกว่าเดิม ได้มีการชี้แจงให้ประชาชนเข้าใจ ซึ่งบางคนที่ไม่สามารถจ่ายภาษีก็มีการผ่อนผันให้ การจัดทำแผนที่ภาษีนั้นใช้การถ่ายภาพทางอากาศ และการเดินสำรวจ แบ่งพื้นที่เป็นโซน ปัญหาการเสียภาษีนั้นเกิดจากกฎหมายที่กำหนดให้บริษัทที่ดำเนินการในพื้นที่สามารถเสียภาษีจากบริษัทแม่ที่มีการจดทะเบียนจัดตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร จึงทำให้ท้องถิ่นไม่มีโอกาสที่จะจัดเก็บภาษีด้วยตนเองทั้งๆที่โรงงานนั้นก่อปัญหาเรื่องอากาศและน้ำเสียในพื้นที่ อย่างไรก็ตามภาษีที่ส่วนกลางจัดเก็บให้ก็มีการจัดสรรคืนมาให้ท้องถิ่นเช่นกัน เช่นภาษีมูลค่าเพิ่ม เป็นต้น เพียงแต่การจ่ายคืนนั้นเป็นการจัดสรรในภาพรวมทั่วประเทศ การจัดสรรใช้เกณฑ์จากจำนวนประชากรและลักษณะพื้นที่

ในการจัดเก็บภาษีนั้น เทศบาลมีการแจกรางวัลแก่ผู้เสียภาษี แม้แต่ภาษีขยะก็มีการแจกคูปองแล้วมีการจับฉลากแจกรางวัล เงินรางวัลเป็นเงินพิเศษที่ผู้บริหารท้องถิ่นจัดหามาเอง รายได้ส่วนใหญ่ได้มาจากการเก็บภาษี จากโรงสีข้าว ภาษีมูลค่าเพิ่ม ภาษีที่ดิน ภาษีเงินฝากธนาคาร ภาษีเหล้า บุหรี่ สรรพสามิตเป็นผู้จัดเก็บแล้วจัดสรรแบ่งให้เทศบาล

“งานจัดเก็บภาษีไม่มีปัญหา รายได้หลักโรงเรือน ที่ดิน ภาษีมูลค่าเพิ่ม ส่วนภาษีป้ายล้อเลื่อน ภาษีสุราก็เก็บได้” (นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล)

“จะมีการแจกรางวัลแก่ผู้มาเสียภาษี แม้แต่ภาษีขยะก็แจกคูปองแล้วมาจับฉลาก เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มาเสียภาษีตามกำหนด” (นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล)

การจัดเก็บภาษีสุขภาพนั้นทำได้ยาก ประชาชนไม่ให้ความสำคัญและไม่พอใจ สิ่งสำคัญเรื่องการเมืองท้องถิ่นที่นักการเมืองท้องถิ่นต้องพยายามรักษาฐานเสียง โดยไม่ทำให้ประชาชนเกิดความไม่พึงพอใจ การจัดเก็บภาษีสุขภาพนั้น ผู้นำท้องถิ่นเทศบาลส่วนใหญ่คิดว่าต้องค่อยเป็นค่อยไป

“ส่วนภาษีสุขภาพค่อนข้างยาก แม้แต่การเก็บเงินค่าเก็บขยะยังมีปัญหา ประชาชนไม่พอใจ เมื่อเราเป็นนักการเมืองท้องถิ่น ก็ต้องรักษาฐานเสียงไว้บ้าง ต้องค่อยเป็นค่อยไป” (นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล)

“งบประมาณเทศบาลจะมีมากกว่าอบจ. เพราะเทศบาลจะมีพื้นที่เก็บภาษี ส่วนอบจ.จะเก็บภาษีโรงแรม ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ประชาชนต้องเสียภาษีซ้ำซ้อน เช่น เมื่อเสียภาษีบุคคลแล้วไปพักโรงแรม ซื้อสินค้าก็ต้องเสียภาษี” (ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาล)

รายจ่ายส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายประจำเพื่อค่าจ้าง และเงินเดือน ประมาณ เกือบ50% หรือมากกว่าของรายได้ทั้งหมดซึ่งเป็นรายได้ที่รวมจากรายได้ที่จัดหาและงบประมาณที่ได้รับอุดหนุนจากส่วนกลาง

“เทศบาล...มีการใช้จ่ายเป็นเงินเดือนเจ้าหน้าที่ 49% ...รายได้ส่วนใหญ่มาจากเงินภาษีโรงสีข้าว ภาษีมูลค่าเพิ่ม ภาษีเฉพาะกิจ เช่น ที่ดิน และเงินภาษีที่หักจากดอกเบี้ยที่ประชาชนนำไปฝากธนาคาร” (นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล)

“งบประจำประเภทเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าสาธารณูปโภค ประมาณ 70%-80% แต่ลดลงมาเป็น 60% เพราะมีการลดการรั่วไหล เช่นการซ่อมรถยนต์ ค่าน้ำมันรถ” (นายกเทศมนตรีนคร)

โดยทั่วไปเทศบาลขนาดใหญ่เช่นเทศบาลเมืองและนคร ที่มีการจัดตั้งและดำเนินการมานานและสามารถจัดหารายได้เป็นวงเงินที่สูงนั้น จะมีงบดุลรายรับสูงกว่ารายจ่ายทำให้มีเงินเหลือจ่ายและสามารถสะสมสำหรับใช้จ่ายเงินสะสมนี้ในปีต่อไปหากงบประมาณที่จัดหามาไม่เพียงพอ

“มีเงินสะสมอยู่ประมาณ 200-300 ล้านบาท” (นายกเทศมนตรีเทศบาลนคร)

3.2.3 ปัญหารอยต่อของพื้นที่เทศบาลกับองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)

การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นนั้น มีปัญหาความไม่เท่าเทียมของรอยต่อระหว่างเทศบาลกับอบต.เหมือนกัน ดังเห็นได้จากการทำความสะอาด เขตเทศบาลมีการรักษาความสะอาดดีกว่าเขตอบต. ขยะก็ไม่มี เทศบาลมีการจัดตั้งสารวัตรตรวจความสะอาดและมีการเก็บกวาดทำความสะอาดตลอดเวลา

ปัญหาของการให้บริการเกิดขึ้นในเขตรอยต่อระหว่างเทศบาลกับอบต.เช่นกัน เนื่องจากว่าสถานีอนามัยเองดูแลประชาชนในตำบล แต่ตำบลนั้นๆได้ถูกแบ่งพื้นที่ให้เทศบาลและอบต.ดูแลร่วมกัน ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่อบต.แต่ไม่มีสถานีอนามัยตั้งอยู่ จึงต้องเดินทางมารับบริการในเขตเทศบาล งบประมาณบางส่วนที่เทศบาลจัดสรรให้สถานีอนามัยจึงต้องใช้สำหรับบริการผู้มาจากพื้นที่อื่นๆด้วย ซึ่งไม่เพียงพอ

ในการแก้ปัญหาการใช้บริการข้ามเขตนั้น ผู้นำท้องถิ่นของเทศบาลเสนอว่าต้องพิจารณาทางด้านภูมิศาสตร์ในการเดินทางไปรับบริการเป็นหลัก ปัญหาการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่สำคัญมักมาจากศักยภาพในการให้บริการของสถานบริการที่แตกต่างกัน ปัญหาที่ตามมาก็คือการจ่ายเงินคืนสถานบริการว่าจะจัดสรรอย่างไร ยิ่งหากผู้บริหารท้องถิ่นมีความคิดเห็นแตกต่างกันยิ่งทำให้เกิดข้อขัดแย้งได้มากขึ้น

การประสานงานเพื่อดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตอบต.นั้นเทศบาลเองไม่มีปัญหามากนัก เนื่องจากปกติแล้วเทศบาลได้ให้การสนับสนุนแก่อบต.อยู่แล้ว

“เรื่องอบต.ไม่มีปัญหาสำหรับเทศบาลอยู่แล้ว เพราะทุกวันนี้เทศบาลเข้าไปสนับสนุนอบต.ตลอดเวลาและยังมีแนวทางจะให้อบต.ยุบรวมกับเทศบาล จะยกฐานะเป็นเทศบาลเมืองได้” (นายกเทศมนตรี)

อย่างไรก็ตามก็มีปัญหาเรื่องการใช้บริการข้ามเขตในส่วนของสถานีอนามัยที่อยู่ในเขตรอยต่อของท้องถิ่น เพราะประชาชนมีการเลือกที่มาใช้บริการในส่วนที่อยู่นอกเขตพื้นที่ของตนเอง ทำให้มีผลกระทบต่องบ

ประมาณที่ได้รับจัดสรรมาไม่เพียงพอ เพราะงบประมาณด้านสาธารณสุขได้จัดสรรให้ตามจำนวนประชากรรับผิดชอบในพื้นที่

“ก็กำลังมีปัญหาเหมือนกัน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบประมาณ ถ้าจัดสรรงบประมาณไปอีกที่แล้วประชาชนไม่ไปรับบริการ ทำให้สถานีอนามัยที่ประชาชนไปรับบริการงบประมาณไม่เพียงพอ ซึ่งตรงนี้ก็ตกลงกันไม่ได้ มีปัญหาทั้งจังหวัด” (นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล)

3.2.4 การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขแก่เทศบาล

โดยทั่วไปแล้วท้องถิ่นรวมทั้งเทศบาลเองยังมีความสับสน และไม่ชัดเจนในการกระจายอำนาจของรัฐบาล การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อการกระจายอำนาจที่ประกอบด้วยตัวแทนจากรัฐบาล ท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒินั้น ไม่ช่วยให้การดำเนินงานด้านการกระจายอำนาจเกิดประสิทธิภาพ เพราะคณะกรรมการเองก็ไม่สามารถตกลงกันได้ แม้แต่แนวทางการจัดสรรงบประมาณที่จัดในรูปของงบประมาณอุดหนุนพิเศษ ก็จะทำให้ท้องถิ่นที่ขาดประสบการณ์ในการบริหารงบประมาณ การจัดทำแผน และไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้จัดสรรงบประมาณไม่สามารถได้รับเงินที่ต้องการแก่ท้องถิ่น นอกจากนี้กฎหมายที่ร่างก็ยังเป็นการหวงอำนาจที่จะมอบให้ท้องถิ่น

“การกระจายอำนาจหากทำได้คงดีแน่ แต่ปัญหาอยู่ที่ว่ารัฐบาลมีความจริงใจที่จะกระจายอำนาจเพียงใด และการกระจายอำนาจมีความชัดเจนเพียงใด ยังมีความสับสนอยู่” (นายกเทศมนตรีนครตรัง)

องค์กรท้องถิ่นได้ดำเนินงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขมานาน ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2478 เทศบาลบางแห่งที่ใหญ่ๆ เช่นเทศบาลนครต่างๆ ได้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ จะเห็นได้ว่ามีการจัดสรรงบประมาณให้ถึง 20% ของงบประมาณทั้งหมดของเทศบาลนั้นๆ

“เทศบาลขนาดใหญ่ เช่นเทศบาลหาดใหญ่ เทศบาลนครราชสีมา เทศบาลนนทบุรี เทศบาลเชียงใหม่ จะจัดงบประมาณให้ 20% อย่างน้อยของงบประมาณทั้งหมด”(ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลนคร)

การดูแลเรื่องสุขภาพเป็นหน้าที่ของกองสาธารณสุขในเทศบาลโดยตรง ในขณะเดียวกันก็มีการดำเนินงานให้ชุมชนดูแลตนเอง ทั้งเรื่องขยะ สิ่งแวดล้อม และ สุขภาพ ในการถ่ายโอนภารกิจต้องมีขั้นตอน และต้องมีการแยกกิจกรรมที่ดำเนินการออกให้ชัดเจนว่าเป็นเรื่องการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งกิจกรรมต่างๆที่มีขั้นลำดับของความยากง่ายที่ต้องพิจารณาถ่ายโอน หากจะมีการถ่ายโอนให้ทั้งหมดคงต้องถ่ายโอนทั้งคนและงบประมาณ เพราะองค์กรท้องถิ่นนั้นมีงบประมาณและคนไม่เพียงพอแน่นอน การกระจายอำนาจไม่มีความชัดเจนนัก ปัญหาต่างๆรัฐบาลไม่จริงใจนักในการกระจายอำนาจ ยังหวงอำนาจอยู่เห็นได้จากการจัดสรรงบประมาณอุดหนุน ที่พยายามให้เป็นลักษณะอุดหนุนพิเศษ ไม่ใช่การอุดหนุนทั่วไป ขอบเขตการใช้งบประมาณจึงจำกัดกว่า

“ถ้าถามว่าถ้าจะถ่ายโอนให้ทั้งหมดได้หรือไม่ คงตอบว่าได้ ต้องยกให้ทั้งคนและเงิน แต่ถ้ายกให้ทั้งหมดขณะนี้คงรับไม่ได้” (ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลนคร)

งบประมาณที่เทศบาลดำเนินการด้านสาธารณสุขนั้น เทศบาลเป็นผู้จ่ายเองทั้งหมด ในการถ่ายโอนนั้นมาตรฐานการบริการเป็นเรื่องของกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้ว ท้องถิ่นเพียงแต่ดำเนินการตามมาตรฐานที่ตั้งไว้ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ประเมิน กำหนดนโยบาย แต่ท้องถิ่นเป็นผู้ปฏิบัติ

ศูนย์แพทย์ชุมชนในเขตเมืองนั้น ดำเนินกิจกรรมคล้ายศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล หากถ่ายโอนมาเทศบาลสามารถรับได้ทันที การกล่าวถึงรายละเอียดของโรงพยาบาลที่จะถ่ายโอนมาสู่ท้องถิ่นนั้นยังเป็นเรื่องไกล หากกล่าวเพียงว่ากิจกรรมใดที่ซ้ำซ้อนกับท้องถิ่นดำเนินการอยู่ เช่น การสาธารณสุขมูลฐาน ก็น่าจะมีการถ่าย

โอนได้ ซึ่งในเขตเทศบาลดูแลอยู่ก็เกิดการซ้ำซ้อนและงบประมาณควรผ่านมาทางเทศบาลมากกว่าทางกระทรวงสาธารณสุข ดังจะเห็นได้ว่ามีการอบรมผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขโดยทางเทศบาลเองก็ไม่ทราบเรื่อง เทศบาลน่าได้มีส่วนร่วมรับรู้ บางครั้งทำให้เข้าใจว่าเทศบาลเองทำได้ไม่ดี เทศบาลเองมีศูนย์บริการสาธารณสุขสำหรับดูแลเรื่องการเจ็บป่วยของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเทศบาลใหญ่ๆหลายแห่ง โดยเฉพาะเทศบาลนครได้พยายามพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขให้เป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียงเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้มีศักยภาพมากขึ้น

“เทศบาลมีศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่แห่งเดียว กำลังจะเปิดอีกหนึ่งแห่ง รักษาพยาบาลง่ายๆและมีแพทย์ไปอยู่ตรวจรักษา 5 วัน/สัปดาห์ โดยมีเทศมนตรีที่เป็นแพทย์มาตรวจร่วมกับแพทย์โรงพยาบาล... และมีคลีนิกนอกเวลา...ต้องการเปิดอีกแห่งเพื่อให้มีเตียง 10 เตียง รับผู้ป่วยไว้นอนพักรักษาแบบง่ายๆ เช่น การให้น้ำเกลือ และจ้างแพทย์ด้วยเงินของเทศบาล” (นายกเทศมนตรีเทศบาลนคร)

ภารกิจที่เทศบาลควรดำเนินการเองนั้น น่าจะเป็นกิจกรรมด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และรักษาพยาบาลเบื้องต้น แต่ก็ขาดบุคลากรไม่เพียงพอ ประชากรที่ศูนย์สาธารณสุขชุมชนที่ดูแลเทียบแล้วมากกว่าประกรที่สถานีอนามัยดูแล ถึง 5-10 เท่า ประมาณ 50,000 แสนคน ต่อ ศูนย์สาธารณสุขชุมชนเพียงแห่งเดียว

“สอ.แต่ละสอ.จะดูแลประชาชน 5,000 คน ถึง 10,000 คน แต่ศูนย์เทศบาล 3 ศูนย์ ต้องดูแลประชาชนตั้ง1.5 แสนคน ถ้ากระทรวงสาธารณสุขโอนภารกิจให้ก็ต้องโอนคน โอนเงินมาให้เรา” “ส่วน primary health care ควรให้ท้องถิ่นทำ” (ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลนคร)

อบจ.นั้นไม่มีกองสาธารณสุขจึงคิดว่าไม่น่าที่จะมาดูแลงานบริการด้านสาธารณสุข อบจ.เองไม่มีประสบการณ์เท่าเทศบาลในการดูแลด้านสาธารณสุข นอกจากนี้การจัดเก็บภาษีของเทศบาลก็ได้รายได้ที่มากกว่าอบจ.เพราะมีพื้นที่ในการจัดเก็บภาษีแต่อบจ.ไม่มี ในการดำเนินงานการบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานนั้นเทศบาลและอบต.สามารถดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ได้เอง ส่วนในการดูแลขั้นทุติยภูมิน่าเป็นการใช้พื้นที่ร่วมกัน โรงพยาบาลชุมชนที่อยู่นอกเขตเทศบาลนั้นเทศบาลสามารถร่วมกับอบต.ในการเข้าไปดูแลได้ อบต.เองนั้นยังไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะรับโอนโรงพยาบาลได้ โรงพยาบาลเองได้มีการเชิญเทศบาลเข้าร่วมในการเป็นกรรมการที่ปรึกษา โดยเฉพาะได้มีส่วนร่วมในการจัดหาเงินมาสนับสนุนในการขยายงานของโรงพยาบาล เช่น การสร้างตึกโดยร่วมกับทางวัด ในการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลให้แก่ทางเทศบาลนั้น งบประมาณที่จะเพิ่มในปีพ.ศ. 2544 เป็น 20% และ ปีพ.ศ. 2549 เป็น 35% นั้น เป็นตัวเงินที่คิดว่าไม่น่ามีปัญหาในการบริหารจัดการ ส่วนบุคลากรนั้นคิดว่าคงต้องมีการจ้างคนเพิ่มเพื่อให้รองรับการถ่ายโอนภารกิจที่จะมี

“อบต.นั้นศักยภาพคงจะรับดูแลโรงพยาบาลไม่ได้” (นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล)

“อบจ.ไม่มีพื้นที่ แต่คงให้ดูในเรื่องการท่องเที่ยว การเก็บขยะ ซึ่งสำคัญจะมีเรื่องการเมืองมาเกี่ยวข้อง” (ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลนคร)

ในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ทางเลือกที่เทศบาลจะเป็นเจ้าของโรงพยาบาลหรือเป็นเพียงเจ้าของเงินที่ใช้สำหรับบริการแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบนั้น มีความเห็นที่แตกต่างกันออกไป บางแห่งผู้บริหารเทศบาลก็ต้องการเป็นเจ้าของโรงพยาบาล แต่บางแห่งก็ต้องการเพียงเป็นผู้ซื้อบริการแก่ประชาชน ซึ่งเป็นแนวทางที่สะดวกและไม่เป็นภาระในการบริหารจัดการ โดยเฉพาะงบประมาณในการดูแลโรงพยาบาลที่อาจต้องใช้งบประมาณที่สูงมาก

การควบคุมเฉพาะเรื่องเงินกับการดูแลเป็นเจ้าของสถานบริการ เช่น โรงพยาบาล นั้นมีข้อดีและข้อด้อยต่างกัน การควบคุมทั้ง 2 อย่าง ก็อาจเป็นสิ่งดีที่เพราะสะดวกในการบริหารจัดการ แต่ก็จะมีปัญหามากในการ

บริหารและเป็นภาระที่มาก คุณภาพการบริการก่อนและหลังการถ่ายโอนอำนาจนั้น ไม่สามารถระบุได้ว่าจะดีขึ้นหรือเปล่า เพราะมีปัจจัยที่เกี่ยงข้องมาก โดยเฉพาะการยอมรับของบุคลากรเอง ดังจะเห็นได้ว่าเทศบาลเองก็มีตำแหน่งแพทย์แต่ก็ไม่มีใครย้ายมา อาจเนื่องมาจากความก้าวหน้าที่เทศบาลอาจไม่ดีเท่ากระทรวงสาธารณสุข

“ในความคิดของผมคิดว่า คุมเงินอย่างเดียวแบบประกันสังคม คิดว่าจะบริการประชาชนในเขตเทศบาลได้อย่างทั่วถึงกว่า เพราะถ้าโรงพยาบาลเป็นของเทศบาลจะต้องไปรับผิดชอบประชาชนนอกเขตอีก จะเกินขอบเขตความรับผิดชอบ” (นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล)

“ถ้าโอนมาก็ต้องโอนทั้งคนและเงินด้วย” “คิดว่าคงต้องคุมทั้งหมด เพื่อสะดวกในการบริหารจัดการ” (นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล)

“น่าจะโอนไปยังท้องถิ่นที่สามารถรับได้ ถ้าโอนมาเป็นภาระให้กับท้องถิ่นนั้น ยังพัฒนาด้านอื่นยังไม่หมด ก็จะทำให้เป็นปัญหาจะของบซื้ออะไรก็ไม่ได้” (นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล)

“คุณภาพการบริการของโรงพยาบาลก่อนและหลังการโอนจะแตกต่างหรือไม่คงตอบยาก เพราะเป็นเรื่องอนาคต แต่ถ้าคุยเข้าใจก็จะดี หากหมอประท้วงคงไม่ดีแน่ เทศบาลอยู่ใกล้ประชาชนน่าจะเข้าใจแก้ปัญหาได้ง่าย ถ้าร่วมมือกัน 100% จะดีกว่า” (นายกเทศมนตรีเทศบาลนครตรัง)

การถ่ายโอนภารกิจของสาธารณสุขนั้น ต้องมีการเตรียมพร้อมทั้งผู้รับและผู้โอน อาจจะต้องมีกิจกรรมที่เชื่อมโยงกันเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาและเชื่อมต่อให้เป็นสิ่งเดียวกันให้ได้ ข้อดีของการถ่ายโอนภารกิจจะเป็นเรื่องการบริหารงานที่ขั้นตอนจะน้อยลง ปัจจุบันการบริหารงานช้าเพราะมีขั้นตอนมาก กว่าจะมีการอนุมัติโครงการใช้เวลาหลายเดือน ประชาชนจะได้รับผลดีด้านความรวดเร็วในการดำเนินงาน แต่ต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรให้ดีพอทั้งผู้ที่รับโอนและถูกโอน เพราะการบังคับบัญชาจะเปลี่ยนไป เช่น แพทย์เคยเป็นผู้สั่งก็จะถูกสั่งแทน เป็นต้น ในด้านงบประมาณนั้น ไม่ได้หมายความว่าหากอยู่กับองค์กรท้องถิ่นแล้วงบประมาณจะมีปัญหา เพราะกระทรวงสาธารณสุขคงต้องมีการโอนงบประมาณมาตามภารกิจที่ถ่ายโอน นอกจากนี้ท้องถิ่นเองก็สามารถจัดหางบประมาณเพื่อใช้ในการสนับสนุน การโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขนั้นต้องมีการโอนมาทั้งคนและงบประมาณจึงจะดำเนินการได้ การถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ควรมีการถ่ายโอนไปสู่องค์กรท้องถิ่นที่สามารถรับการถ่ายโอนนั้นได้ หากท้องถิ่นนั้นยังไม่สามารถดูแลตัวเองได้ย่อมจะทำให้การพัฒนาด้านอื่นๆไม่สามารถทำได้ดี งบประมาณที่จะขอเพื่อการพัฒนาก็ไม่สามารถดำเนินการได้

ปัญหาเรื่องนโยบายที่ถูกกำหนดจากระดับประเทศและมอบหมายมาสู่ท้องถิ่น โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมโรคนั้นไม่น่ามีปัญหา เพราะการตัดสินใจควรให้ประชาชนในท้องถิ่นซึ่งรับทราบปัญหาได้ดีกว่าเป็นผู้ตัดสินใจจากประสบการณ์ที่ผ่านมาบางกรณีไม่ได้มีปัญหาในท้องถิ่น แต่ต้องดำเนินการเพราะเป็นนโยบายจากเบื้องบน ในส่วนการจัดทำรายงานนั้นไม่น่าเกิดปัญหา เพราะสามารถแยกแยะออกจากกันได้ว่าเรื่องการบริหารและวิชาการต้องแยกกัน กรณีโรคติดต่อ เช่น วัณโรค คงเป็นข้อมูลด้านวิชาการที่ต้องให้มีการถ่ายทอดข่าวสารเพื่อให้ทราบถึงปัญหาความรุนแรงของสถานการณ์โรค เป็นต้น ในสายวิชาการนั้นสามารถมีการประสานงานกันได้ทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ไม่ควรคำนึงถึงเฉพาะเรื่องโครงสร้างอำนาจ เพราะจะก่อให้เกิดปัญหาทันที เรื่องการดูแลควบคุมโรคติดต่อนั้น หากส่วนกลางมีนโยบายเช่นไร ทางท้องถิ่นคงต้องดำเนินการเพราะเป็นเรื่องทางวิชาการที่ท้องถิ่นเองคงปฏิเสธไม่ได้ ในการบริการประชาชนเทศบาลและอบต.ควรรับผิดชอบดูแลในขั้นปฐมภูมิ ในขั้นทุติยภูมินั้นอบจ.น่าจะมีบทบาทความรับผิดชอบในภาพรวม

“ในความคิดของผม คิดว่างานสาธารณสุขเป็นงานหาเสียง การถ่ายโอนตรงนี้น่าจะดีขึ้น ขั้นตอนจะสั้นขึ้น ประชาชนจะได้รับประโยชน์อย่างเห็นได้ชัด” (นายกเทศมนตรี)

การถ่ายโอนอำนาจนั้นที่คิดว่าน่าจะมีปัญหามากที่สุดคงเป็นเรื่องการบริหารบุคคล เพราะปลัดอบต. หรือปลัดเทศบาลนั้นยังเป็นข้าราชการที่อาวุโสน้อย ซีจะน้อยกว่าข้าราชการที่จะโอนย้ายมาซึ่งทำงานมานานและซีสูงกว่า การกระจายอำนาจสามารถสร้างเสริมให้เกิดคุณภาพบริการได้ เพราะหากผู้ให้บริการไม่สามารถให้บริการที่ดีมีคุณภาพได้ การโยกย้ายไปที่อื่นๆย่อมทำได้ยากและไม่ง่ายเหมือนระบบราชการเดิม ประชาชนสามารถร้องเรียนต่อผู้บริหารท้องถิ่น ซึ่งเป็นเรื่องที่ผู้บริหารท้องถิ่นต้องดำเนินการทันที การเตรียมความพร้อมในการโยกย้ายนั้นเทศบาลยังไม่มีข้อมูลว่ากระทรวงสาธารณสุขจะถ่ายโอนอะไร มากน้อยแค่ไหน ในส่วนงบประมาณที่เตรียมพร้อมก็ไม่มากนัก คงต้องมีคนในส่วนสาธารณสุขที่เข้ามาวางแผนและชี้แจงการจัดทำงบประมาณ การจัดทำข้อมูลด้านสาธารณสุขนั้นคิดว่าแผนที่ภาษีน่าจะนำมาประยุกต์ใช้สำหรับการทำแผนที่สาธารณสุขได้เช่นกัน

“เทศบาลมีกองสาธารณสุข หากโรงพยาบาลโอนมาอยู่ใต้เทศบาลต้องมาอยู่ใต้กองสาธารณสุข การ(ที่โรงพยาบาล)มาอยู่ใต้กองสาธารณสุขเทศบาลคงมีแรงต่อต้านส่วนบุคคล” (หัวหน้าฝ่ายสาธารณสุขเทศบาลตำบล)

ในความพร้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นแม้ไม่พร้อมก็ต้องปฏิบัติตามกฎหมายและคำสั่งราชการ “ก็คงต้องมาตามหน้าที่อยู่แล้ว เพราะปกติก็ทำงานเพื่อท้องถิ่นอยู่แล้ว ถ้ามีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงกฎระเบียบต่างๆ ทั้งด้านการป้องกัน ส่งเสริม ควบคุม และการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มจะดีขึ้น” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัย)

สำหรับการถ่ายโอนสถานีอนามัยนั้นมีความคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่า ถ้าเลือกระหว่างการไปอยู่กับเทศบาลหรืออบต.นั้น เลือกเทศบาลเพราะเหตุผลจากพื้นที่ที่สถานีอนามัยตั้งอยู่และผู้มารับบริการส่วนใหญ่มาจากพื้นที่เทศบาล

“ถ้าให้เลือกก็เลือกขึ้นกับเทศบาล เพราะตั้งอยู่ในเขตเทศบาล และผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ในเขตเทศบาล” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัย)

ในการทดลองนำงบประมาณบางส่วน ได้แก่งบประมาณรักษาพยาบาลผู้สมควรเกื้อกูล บัตรสุขภาพ และงบบริการ มาร่วมให้บริการแบบถ่ายโอนภารกิจสู่ท้องถิ่นเองนั้น ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและงบประมาณมีน้อย แต่คาดหวังว่าหากมีงบประมาณมากเพียงพอก็สามารถดูแลประชาชนถึงบ้าน ซึ่งเป็นการป้องกันโรคไม่ให้เกิดขึ้น ในการทดลองให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาทำหน้าที่ส่วนสาธารณสุขนั้น ได้กำหนดความรับผิดชอบให้ทำหน้าที่ต่างๆหลายประการ ตั้งแต่การประสานงานกับชุมชน ชี้แจงงบประมาณ จัดทำแผนสาธารณสุขและนำข้อมูลมาพิจารณาร่วมกัน

ในการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ท้องถิ่นเองต้องการทราบให้ชัดเจนว่ากระทรวงสาธารณสุขจะถ่ายโอนงบประมาณมากน้อยอย่างไร เพื่อทางเทศบาลจะได้วางแผนว่าจะใช้ดำเนินการอะไร มากน้อยแค่ไหน ในงบประมาณเท่าไร ปัจจุบันเทศบาลเองก็ยังไม่ทราบว่ากิจกรรมที่เทศบาลต้องดำเนินการด้านสาธารณสุขที่จะถ่ายโอนมานั้นมีอะไรบ้าง การถ่ายโอนงบประมาณที่จะเพิ่มขึ้น 20% นั้น น่าเป็นการโอนงบประมาณมาจากส่วนกลางโดยตรง จะสามารถวางแผนการดำเนินงานร่วมกับกระทรวงอื่นๆ

เมื่อมีการถ่ายโอนอำนาจแล้วอาจทำให้เกิดความห่างเหินกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงต้องมีการกระตุ้นจัดทำแผนประชุมวิชาการให้ครอบคลุมเทศบาล ซึ่งจะยิ่งก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

ในการถ่ายโอนอำนาจนั้น ด้านการศึกษาและการสาธารณสุขมีความตื่นตัวมากกว่าส่วนอื่นๆ แต่ในส่วนอื่นๆก็มีการถ่ายโอนกิจกรรมให้แก่ท้องถิ่นดำเนินการเช่นกัน ในความเห็นของท้องถิ่นนั้นส่วนใหญ่เข้าใจว่าการถ่ายโอนอำนาจนั้นเกิดขึ้นตามกฎหมายที่กำหนด แต่อย่างไรก็ตามบางท้องถิ่นยังให้ความสำคัญแก่ด้านการศึกษาว่าจะมีการถ่ายโอนมาก่อนด้านอื่นๆ

“เมื่อเทียบการถ่ายโอนภารกิจแก่ท้องถิ่นระหว่างการศึกษากับการสาธารณสุขแล้ว การศึกษาน่าทำกว่าเพราะถ้าคนไม่มีความรู้จะแก้ปัญหาได้ยาก และควรจัดให้ถึงขั้นอุดมศึกษา ประชาชนไม่ต้องเข้ากรุงเทพฯ และไม่แออัด...แต่ทั้งการศึกษาและการสาธารณสุขไม่อยากมาทั้งคู่” (นายกเทศมนตรีเทศบาลนคร)

3.2.5 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแนวคิดของเทศบาล

ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการจัดสรรเงินให้เทศบาลซื้อบริการ ซึ่งคล้ายประกันสังคมนั้น สามารถช่วยแก้ปัญหาเรื่องขอบเขตการให้บริการและการเป็นเจ้าของโรงพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อโรงพยาบาลไม่ได้อยู่ในเขตเทศบาล การซื้อบริการเทศบาลสามารถเลือกซื้อการบริการที่ดีได้ หากโรงพยาบาลรัฐไม่ดีก็สามารถไปซื้อบริการจากภาคเอกชนได้ด้วย การควบคุมเงินโดยไม่ต้องดูแลโรงพยาบาลและไม่เป็นเจ้าของโรงพยาบาลนั้น น่าจะทำให้สามารถจัดบริการให้ประชาชนทั้งในและนอกเขตเทศบาลได้อย่างทั่วถึงกว่า

“หากโอนงบประมาณผู้มีรายได้น้อยให้เทศบาลดำเนินการ คุณภาพและประสิทธิภาพการบริการน่าจะดีขึ้น เพราะใกล้ชิดประชาชน และเทศมนตรีมาจากการเลือกตั้ง” (นายกเทศมนตรีเทศบาลนครตรัง)

กรณีที่เงินอุดหนุนผู้มีรายได้น้อยที่มีจำกัดและไม่เพียงพอนั้น ผู้บริหารเทศบาลมีความเห็นว่าเทศบาลจะสามารถจัดหาเงินอุดหนุนช่วยเหลือได้โดยการจัดตั้งงบประมาณอุดหนุน เพราะเทศบาลเองมีหน้าที่ในการดูแลเรื่องการรักษาพยาบาลอยู่แล้วตามกฎหมายที่กำหนด ยิ่งเทศบาลขนาดใหญ่มีความเพียงพอแล้วสำหรับการที่จะนำงบประมาณไปจัดสร้างถนน จึงสามารถมีงบประมาณเหลือเพื่อการดูแลด้านสุขภาพมากขึ้น ในการจัดสรรงบประมาณผู้มีรายได้น้อยนั้นหากให้ผ่านทาง อบจ.เป็นผู้จัดสรรก็สามารถดำเนินได้ แต่ต้องมีการตรวจสอบที่ชัดเจน แต่จริงๆแล้วจัดสรรโดยตรงเลยจะดีกว่า

“ถ้าเป็นกรณีนั้น(งบผู้มีรายได้น้อยสำหรับรักษาพยาบาลไม่เพียงพอ) ต้องตั้งงบช่วยเหลือ เพราะเทศบาลมีหน้าที่ที่ต้องดูแลประชาชนในด้านการรักษาพยาบาลอยู่แล้ว เทศบาลใหญ่ๆการที่จะนำงบประมาณไปสร้างถนนก็น้อยลงเพราะได้จัดสร้างไปเรียบร้อยแล้ว จึงจะต้องตั้งงบประมาณในด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนไว้” (นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล)

การสร้างหลักประกันสุขภาพนั้น มีบางส่วนที่ประชาชนมีฐานะดีร่ำรวยซึ่งไม่เดือดร้อนในการรักษาพยาบาล เจ็บป่วยเองก็ไม่ได้เข้ารักษาพยาบาลในสถานบริการรัฐมักไปรับบริการจากสถานบริการเอกชนอยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องไปดูแลให้การรักษาพยาบาลฟรี

การออกบัตรรักษาพยาบาลฟรีนั้นท้องถิ่นเองสามารถดำเนินการได้อย่างรอบคอบ โดยผู้นำท้องถิ่นคิดเห็นว่าองค์กรท้องถิ่นจะสามารถกลั่นกรองได้อย่างดีกว่าเดิม วิธีการกลั่นกรองก็สามารถใช้ระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ตามเดิม แต่จะสามารถดำเนินการได้ดีกว่าส่วนที่กำนันและผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ดำเนินการเพราะจะครอบคลุมได้ดีกว่า องค์กรท้องถิ่นจะต้องมีความเป็นธรรมมากขึ้นเนื่องจากมีผลต่อการเลือกตั้งในสมัยหน้าและต่อๆไป

"ในความคิดแล้วการให้เทศบาลออกบัตร(สปร) น่าจะดีกว่าผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เพราะสามารถครอบคลุมได้อย่างทั่วถึง กรณีนี้เทศบาลไม่ลำเอียง เพราะจะมีผลสะท้อนกลับมา" (นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล)

"การจัดทำบัตรสปร.(สงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย) แจ้งทำได้ที่สาธารณสุขอำเภอและเทศบาล คณะกรรมการที่คัดเลือกใช้เกณฑ์ที่กำหนดโดยร่วมกับเทศบาล อำเภอ และ โรงพยาบาล มาร่วมกันคัดเลือก ในเขตเทศบาลนายกเทศมนตรีรู้ว่าใครยากจนหรือร่ำรวย" (หัวหน้าฝ่ายสาธารณสุข เทศบาลตำบล)

สิ่งที่สำคัญและยุ่งยากมากในการดำเนินการ เพื่อจัดเก็บภาษีสุขภาพ หรือ เบี้ยประกันสุขภาพนั้น คือ การกำหนดว่าใครจะเป็นคนมีฐานะอย่างไร ใครคือผู้ร่ำรวย หรือ ยากจนการประเมินด้วยตาคงเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ตัวแปรที่ใช้กำหนดเรื่องความจนหรือรวยนั้นปฏิบัติได้ยาก การจัดระดับการประกันสุขภาพดังเช่นการประกันรถยนต์ อาจจะทำให้สามารถกำหนดการจัดเก็บเบี้ยประกันได้ดีขึ้น ประชาชนเองก็สามารถมีทางเลือกในการจัดทำประกันสุขภาพที่ต้องการ ในการจัดเก็บเบี้ยประกันกรณีมีการประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น เป็นเรื่องยากที่จะให้เทศบาลเป็นผู้ประเมินควรมีกำหนดให้ชัดเจน ความเสมอภาคของประชาชนในประเทศนั้นคงเป็นไปได้ยาก เพราะขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นนั้นๆ ในการแก้ปัญหาเรื่องเหล่านี้รัฐบาลควรมีการเตรียมมาตรฐานขั้นต่ำไว้ก่อนที่จะมีการกระจายอำนาจ

บัตรสุขภาพในบางพื้นที่ของท้องถิ่นได้รับความนิยมมาก เพราะสามารถใช้ได้คุ้มค่าทั้งในสถานีอนามัยและโรงพยาบาล และสามารถรับบริการได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ แม้มีการกระจายอำนาจก็ไม่กระทบกระเทือน เพราะคิดว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ทำงานกันเต็มที่จึงทำให้ผู้ป่วยพอใจ ในการจัดสรรงบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพนั้น ควรใช้ประชากรเป็นหลักมากกว่าการบริการอย่างเดียว

แนวทางการสนับสนุนการมีหลักประกันสุขภาพนั้น เทศบาลดำเนินการในส่วนที่สนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดหาเวชภัณฑ์เพื่อบริการแก่ผู้มีรายได้น้อยในเขตรับผิดชอบ สนับสนุนเพิ่มเติมในการซื้อบัตรสุขภาพให้แก่สมาชิกเทศบาลและประชาชน โดยต้องมีการกำหนดรูปแบบการคัดกรองที่ดี

ในการบริการประชาชนนั้นอาจเป็นไปได้ที่ใช้บริการเอกชนเข้ามารองรับ โดยดำเนินการในแนวทางเดียวกับประกันสังคม โดยท้องถิ่นดูแลในเรื่องการบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน ในการบริการส่วนเอกชนนั้นต้องมีการควบคุมคุณภาพให้ได้ กระทรวงสาธารณสุขเองควรมีคณะกรรมการดูแลว่าประชาชนได้รับบริการตามมาตรฐานหรือไม่ ในการดำเนินงานของท้องถิ่นเองนั้นก็มีระบบตรวจสอบอยู่แล้ว ซึ่งท้องถิ่นเองต้องใช้เงินโดยรอบคอบและจำเป็นอย่างยิ่ง

3.3 องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

การเลือกตั้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นั้น เป็นเรื่องของการปกครองส่วนภูมิภาคที่ยังคงมีเช่นเดิม แต่อบต.การเลือกตั้งเป็นเรื่องของท้องถิ่นโดยตรง ซึ่งจะซ้อนกันอยู่ต้องมีการประสานงานกันตลอดเวลา

3.3.1 การทดลองการกระจายอำนาจสู่องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)

ในการทดลองการกระจายอำนาจสู่อบต.นั้น ได้เริ่มดำเนินในบางจังหวัดเป้าหมายตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2542 โดยการจัดตั้งส่วนสาธารณสุขขึ้นในอบต.แต่ไม่ได้ถ่ายโอนสถานีอนามัยให้อบต.อย่างเต็มรูปแบบ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยถูกสั่งให้มาปฏิบัติงานในส่วนสาธารณสุขของอบต.นี้ และได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารด้านสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข 3 คน ผู้นำชุมชน 3 คน ผู้แทนอบต. 3 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน รวมเป็น 13 คน คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่ความรับผิดชอบหลายประการได้แก่การ

- พิจารณาแผนงานโครงการ
- จัดทำแผนพัฒนาและปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข
- เสนอนโยบาย แผนงานด้านพัฒนาสาธารณสุขแก่อบต.
- ตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข
- สรุปปัญหาอุปสรรค และแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น
- ประสานความร่มมือกับองค์กรต่างๆ ด้านการพัฒนางานสาธารณสุข

3.3.2 การจัดหารายได้และรายจ่ายขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)

รายได้ส่วนใหญ่ของอบต.เป็นรายได้จากภาษีโรงเรือน ภาษีที่ดิน ภาษีป้าย และ ภาษีที่สรรพากรแบ่งให้ เปรียบเทียบการจัดเก็บภาษีระหว่างเมื่อเป็นสภาตำบลกับการเป็นอบต.นั้น อบต.สามารถจัดเก็บได้ตามเป้าที่กำหนดเพราะว่ามีเจ้าหน้าที่ที่ทำงานประจำและออกทำงานอย่างมีประสิทธิภาพจริงๆ นอกจากนี้ยังขอความร่วมมือกับทางกำนันและผู้ใหญ่บ้านให้ประชาสัมพันธ์กับประชาชนให้มาเสียภาษีตามที่กำหนด การที่อำเภอดำเนินการเก็บแต่ก่อนนั้นไม่มีการตรวจสอบ แต่อบต.เก็บภาษีเองจะสามารถตรวจสอบได้เองเพราะรู้ความเป็นไปในท้องที่ อย่างไรก็ตามอบต.บางแห่งก็ไม่สามารถจัดเก็บภาษีได้ตามที่กำหนดเพราะมีข้อจำกัดในการเก็บภาษี แผนที่ภาษีของอบต.ส่วนใหญ่อยู่ในระหว่างการพัฒนาและกำลังศึกษาอยู่ อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพในการจัดเก็บของอบต.ก็ดีกว่าส่วนกลางดำเนินการเพราะอยู่ใกล้ชิดประชาชนและสามารถตรวจสอบได้

“เดิมทีรายได้หลักเป็นภาษีที่ดิน ปัจจุบันภาษีที่ดินยังเป็นรายได้หลักแต่ลดลง มีภาษีโรงเรือนจากคลังน้ำมัน” (ประธานอบต.ลาดสวาย)

“ภาษีสามารถเก็บได้ตามเป้ามีเจ้าหน้าที่ประจำออกทำงานจริงๆ 2 คน อีกส่วนหนึ่งขอความร่วมมือจากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน” (ประธานอบต.สุเทพ)

“รายได้ในปีที่ผ่านมา 4.1 ล้านบาท รายได้ที่เก็บขึ้นเอง 4-5แสนบาท เนื่องจากมีข้อจำกัดในการพัฒนาด้านงบประมาณ” (ปลัดอบต.โคกสูง)

“แผนที่ภาษียังไม่มีการจัดทำจะดำเนินการในปีนี้ ถ้าไม่ได้นำมาใช้ก็ไม่เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะใช้ระบบคอมพิวเตอร์ น่าจะทำโดยใช้ข้อมูลที่จำเป็น ใช้มือทำก็คงเพียงพอ” (ประธานอบต.ลาดสวาย)

หากมีผู้เสียภาษีที่สงสัยก็สามารถมาสอบถามพูดคุยกันหรือมาตรวจสอบ นอกจากนี้ยังมีการใช้สื่อต่างๆเพื่อให้มีความเข้าใจและกระตุ้นเตือนประชาชนให้มาเสียภาษี การที่สามารถจัดเก็บภาษีได้ตามเป้านั้น เป็นตัวชี้วัดการทำงานของ อบต.เองด้วย เพราะว่าปีแรกๆจะไม่สามารถจัดเก็บภาษีได้เท่าที่ควร แต่ต่อมาเมื่อประชาชนมองเห็นผลการดำเนินงานของอบต.ก็ยินดีเสียภาษี เพราะว่าภาษีที่เสียก็จะย้อนกลับไปสู่ประชาชนการเก็บภาษีก็จะได้เร็วขึ้น

“ปัจจุบันการพัฒนาเต็มรูปแบบ การเก็บภาษีก็จะได้เร็วขึ้น เงินที่เสียสะท้อนกลับชุมชนเร็วขึ้น” (ประธานอบต.)

การจัดเก็บภาษีนิติกรรมที่ดินนั้น มีการเปลี่ยนแปลงมากในช่วงเศรษฐกิจตกต่ำและทำให้การคำนวณงบประมาณทำได้ยาก รายได้ที่จัดเก็บได้รวมกับเงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้นั้น ส่วนใหญ่มากกว่า 50% เป็นค่าใช้จ่ายประจำโดยเฉพาะค่าจ้าง เงินเดือน กรณีที่งบประมาณที่ตั้งไว้จากการจัดเก็บภาษีนั้น หากใช้ไม่หมดในปีงบประมาณสามารถเก็บสะสมไว้ เพื่อนำมาใช้จ่ายในปีที่ตั้งงบประมาณไว้สูงเกินไปและไม่สามารถจัด

เก็บได้ตามเป้า รายรับที่อบต.สะสมไว้มีแตกต่างกันแต่ก็มีจำนวนไม่น้อย เช่น บางแห่งมีเงินสะสมมากกว่า 10 ล้านบาท เป็นต้น เงินอุดหนุนจากรัฐบาลนั้นสำหรับอบต.ขนาดใหญ่นั้นมีจำนวนที่ไม่มากนักเมื่อเทียบกับรายได้ที่อบต.จัดเก็บได้เอง แต่สำหรับอบต.ขนาดเล็กก็เป็นจำนวนเงินที่มีสัดส่วนไม่น้อย

“งบประจำประเภทเงินเดือน ค่าจ้าง เทียบกับงบประมาณทั้งหมด 60%-70%” (ประธานอบต.ลาดสวาย)

“งบดุลรายจ่ายน้อยกว่ารายรับทำให้มีเงินสะสม แต่เก็บไว้ยังไม่กล้าใช้ มีประมาณ 10 กว่าล้านบาท” (ประธานอบต.ลาดสวาย)

หากประชาชนที่ต้องเสียภาษีแต่ไม่มาจ่ายภาษีตามกำหนด จะมีขั้นตอนการดำเนินการทางกฎหมายอยู่ แต่จริงๆแล้วจะใช้การเจรจาออมชอม อาจมีการออกหนังสือเตือนหรือใช้การโทรศัพท์พูดคุยกระตุ้นเตือน กรณีที่มีปัญหาของธุรกิจก็สามารถผ่อนผันให้ผ่อนชำระได้ และสุดท้ายหากไม่ปฏิบัติก็สามารถใช้อำนาจศาล แต่ที่ผ่านมายังไม่ต้องใช้วิธีการทางกฎหมายสามารถเจรจาได้สำเร็จ ในทางกฎหมายมีนิติกรที่ทำงานด้านนี้ โดยเฉพาะอบต.ขนาดใหญ่จะมีครบทั้งส่วนการคลัง โยธา สาธารณสุข นิติกรอยู่ในสำนักปลัดอบต.

ในการจัดเก็บภาษีของอบต.นั้น ควรเป็นการจัดเก็บภาษีที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เพราะเจ้าหน้าที่จัดเก็บภาษีของอบต.นั้นยังใหม่และขาดประสบการณ์ หากการจัดเก็บภาษีที่กระจายอำนาจมาสู่ท้องถิ่นซับซ้อนอาจเกิดข้อผิดพลาดได้ง่าย ส่วนกลางเองได้มีการจัดอบรมในเรื่องของการจัดเก็บภาษี ซึ่งทำให้สามารถเข้าใจวิธีการจัดเก็บได้ชัดเจนขึ้น ภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำทำให้การจัดเก็บรายได้ของอบต.ลดลง ประมาณ 30% ซึ่งภาษีที่ลดลงนั้นเป็นทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น ขอลดหย่อนภาษีโรงเรือน เป็นต้น การจัดทำแผนที่ภาษีนั้น อบต.ส่วนใหญ่ขาดองค์ความรู้และประสบการณ์ในการจัดทำ

3.3.3 การบริหารบุคคลและการดำเนินงานในเขตรอยต่อขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)

เจ้าหน้าที่ข้าราชการของอบต.นั้นมีการคัดเลือกมาจากส่วนกลางแล้วส่งมาบรรจุที่อบต. โดยเมื่อบรรจุแล้วก็มารับเงินเดือนในส่วนงบประมาณของอบต.เอง อัตราเงินเดือนกำหนดโดยคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) การส่งอัตรากำลังมาบรรจุก็จะดูอัตรากำลังของอบต.แต่ละแห่งว่าขาดแคลนอะไร โดยพิจารณาจากกรอบอัตรากำลังที่ถูกกำหนดไว้

อบต.มีอำนาจในการจ้างลูกจ้างชั่วคราวได้ สำหรับจ้างเพื่อทดแทนในตำแหน่งที่ว่างตามกรอบอัตรากำลังที่มีกำหนดโดยไม่ต้องขออนุมัติจากส่วนกลาง แต่ทั้งนี้ต้องดูจากความจำเป็นเพราะต้องระวังปัญหาเรื่องงบประมาณค่าจ้างที่อาจไม่เพียงพอ

“ต้องดูอนาคตด้วยว่าในอนาคตจะขยายงานหรือไม่ ถ้าขยายอัตรากำลังเต็มที่แล้วก็จะทำให้เสียดายงบประมาณ จะเปิดรับตามความจำเป็น เพราะอาจมีปัญหาเรื่องงบประมาณ” (ประธานอบต.)

ในการดำเนินงานที่เป็นรอยต่อหรือเป็นขอบเขตอบต.ที่เทศบาลต้องการมาดำเนินการนั้น จะต้องมีการปรึกษาและทำเรื่องขออนุญาตต่อกัน เช่น อบต.ต้องการดำเนินการในเขตเทศบาลต้องขออนุญาตจากเทศบาลก่อนและทำนองเดียวกันเทศบาลต้องขออนุญาตอบต.หากต้องการมาดำเนินการในเขตอบต. ซึ่งรวมถึงอบจ.ด้วยที่ต้องปฏิบัติในแนวทางเดียวกันนี้ ในส่วนพื้นที่ที่ซ้อนกับหน่วยราชการอื่นๆนั้น ก็มีการดำเนินงานที่แยกกันชัดเจน

“ส่วนของสนามบินที่อบต.เข้าไปดูแล ได้แก่สนามเด็กเล็กของทหารอากาศ งานพัฒนา ส่วนกองทัพจะรับผิดชอบในเรื่องการบริหารงาน อบต.เข้าไปดูแลในส่วนที่ขาด เช่น บ้านพักข้าราชการ เรื่องสิ่งแวดล้อม หรือถนน ไฟฟ้า ดีเข้าไปดูแล เพราะส่วนนี้กองทัพไม่มีงบประมาณดูแล” (ประธานอบต.)

การที่รัฐจะกระจายอำนาจในการเก็บภาษีนั้นเป็นสิ่งที่ดี แต่การเก็บภาษีที่ถ่ายโอนมานั้นต้องเป็นระบบภาษีที่ไม่ซับซ้อน “เจ้าหน้าที่ในอบต.เป็นเจ้าหน้าที่ที่ทำงานใหม่เกือบทั้งนั้น ถ้ารับโอนภาษีที่ซับซ้อนก็คงจะต้องมีปัญหาผิดพลาดได้” “มีการอบรม ตรวจสอบเรื่องภาษี ทำเลขที่ภาษี ซึ่งทำให้มองเห็นภาพได้ชัด การรั่วไหลน้อย” (ประธานอบต.)

3.3.4 การดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)

ในส่วนของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของเทศบาลนั้น มีเจ้าหน้าที่ส่วนสาธารณสุขของอบต.ที่จะทำงานประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยของกระทรวงสาธารณสุข การประสานงานกับสถานีอนามัยนั้นเป็นไปด้วยดีไม่ขึ้นกับสถานที่ตั้งว่าอยู่ใกล้ไกลจากกันหรือไม่ ทั้งนี้คงเป็นเพราะว่างานที่ประสานกันเป็นงานที่ต้องให้บริการประชาชนร่วมกัน โดยเฉพาะหากมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็งมาช่วยดำเนินการด้วยยิ่งทำให้การประสานงานเป็นไปอย่างดี อบต.เองก็ยังให้ความร่วมมือในการให้ใช้สถานที่ในการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขด้วย

งานด้านสาธารณสุขที่อบต.เข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินการนั้น ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการปรับปรุงการทำงานของสถานีอนามัย โดยเฉพาะการจัดซื้อเครื่องมือบางอย่าง เช่น ยูนิตทำฟัน มีการจัดตั้งงบประมาณไว้บางส่วนเมื่อสถานีอนามัยขอมาก็จัดให้ นอกจากนี้อบต.ยังมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาการบริการที่มี ได้แก่ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอ แต่เดิมอบต.คิดว่างบประมาณที่ได้รับจากรัฐบาลนั้นเพียงพอ แต่จริงๆแล้วได้ทราบข้อมูลภายหลังว่างบประมาณที่สถานีอนามัยได้รับเป็นค่าเวชภัณฑ์นั้นมีไม่เพียงพอจึงได้จัดสรรงบประมาณช่วย

“เมื่อก่อนคิดว่าอยู่ด้วยความสมบูรณ์ มีรัฐเกื้อหนุนในส่วนนี้” (ประธานอบต.)

“ส่วนใหญ่คนในเขตอบต.พูดถึงปัญหาโครงสร้างพื้นฐานทั่วๆไป เรื่องถนน น้ำ การศึกษา การสาธารณสุข” (ประธานอบต.โคกสูง)

นอกจากนี้ได้อบต.ยังมีการประชุมปรึกษากับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในการสนับสนุนส่วนอื่นๆที่ประชาชนเดือดร้อน และก่อประโยชน์แก่ชาวบ้าน ได้แก่การจัดหาเครื่องอบสมุนไพร เป็นต้น การช่วยเหลือที่อบต.มีให้แก่สถานีอนามัยนั้น อบต.มีความเห็นว่าเงินงบประมาณส่วนนี้เป็นเงินที่เก็บจากประชาชนก็ควรให้คืนแก่ประชาชน ประชาชนก็มีศรัทธาในการบริการของสถานีอนามัยมารับบริการมากขึ้น

ในส่วนอื่นๆนั้นอบต.เองมีการสนับสนุนงานกิจกรรมการป้องกันโรค เช่น การป้องกันยุงลาย โรคพิษสุนัขบ้า เพราะอบต.ใหญ่ๆที่มีการดำเนินการด้านโครงสร้างพื้นฐานได้ครบแล้ว ก็เริ่มคิดที่จะมีการพัฒนาด้านสังคมและคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตรับผิดชอบ ปัจจุบันมีปัญหาในเรื่องการจัดสรรงบประมาณอบต.ไปช่วยสถานีอนามัย เพราะสมาชิกอบต.หลายคนมองว่าเป็นการนำงบประมาณจากหน่วยงานเล็กกว่าไปช่วยหน่วยงานที่ใหญ่กว่า ซึ่งไม่ถูกต้องเพราะการช่วยเหลือสถานีอนามัยเป็นการช่วยประชาชนในท้องถิ่นมากกว่า ที่จะเป็นการช่วยกระทรวงสาธารณสุข ต้องชี้แจงทำความเข้าใจให้มองเห็นถึงความสำคัญของคุณภาพชีวิต ถ้าประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะต้องมีการศึกษาและสุขภาพอนามัยที่ดี ต้องค่อยๆเปลี่ยนแปลงนโยบายใหม่จากการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการเรื่องโครงสร้างพื้นฐานน้อยลง งานด้านสาธารณสุขที่อบต.สามารถดำเนินการนั้นไม่ควรเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้ที่เชี่ยวชาญมากนัก เช่น การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขต

รับผิดชอบ เป็นต้น โครงการส่วนใหญ่ของอบต.เป็นเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน น้ำดื่มน้ำใช้ และ การศึกษาโดยเฉพาะศูนย์เด็ก

" 4 ปีที่ผ่านมาได้พัฒนาค่อนข้างมากแล้ว พวก ถนน น้ำประปา ไฟฟ้า ทำไปแล้วประมาณ 70% จะมาเป็นเรื่องคุณภาพชีวิต การศึกษา สาธารณสุข เป็นหลัก" (ประธานอบต.)

การประสานงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับองค์กรท้องถิ่นนั้น ขึ้นอยู่กับระบบการประสานงานมากกว่า และทีมงานที่ร่วมกันทำงานโดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุข

"สถานที่อยู่ใกล้กันไม่น่ามีส่วน เพระดูจากที่อื่นหลายๆแห่งอยู่ไกลกันก็ประสานงานได้ดี น่าจะขึ้นอยู่กับระบบประสานงานมากกว่า เป็นเรื่องการบริการประชาชนในท้องถิ่น" (ประธานอบต.)

ในเรื่องคุณภาพบริการนั้น เจ้าหน้าที่อบต.คิดเห็นว่าการโอนภารกิจสถานีอนามัยมาให้อบต.ทั้งหมดน่าจะทำให้ดูแลเรื่องคุณภาพบริการได้ดีกว่า โดยด้านวิชาการกระทรวงสาธารณสุขเองต้องมีบทบาทที่จะดูแลคุณภาพอยู่แล้ว แต่ในเรื่องคุณภาพการจัดบริการเป็นเรื่องของท้องถิ่น อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองคิดเห็นว่าน่าจะเป็นการโอนภารกิจเพียงบางส่วนก่อนแล้วทดลองทำ เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง โดยเริ่มจากงานส่งเสริมสุขภาพ ให้ดำเนินการเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนและมีการประสานงานกัน

"ยังยืนยันความคิดเดิมว่าน่าจะถ่ายโอนภารกิจบางส่วนไปก่อน ทดลองทำไปก่อน" "ไม่น่ามีปัญหาเพราะจะประสานกันได้ แต่ต้องมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน แต่ไม่ใช่ซ้ำซ้อนเหมือนทุกวันนี้" (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัย)

"ไม่น่าแยกกัน เพราะอนาคตอัตรากำลังของท้องถิ่นจะมากขึ้น ส่วนของสถานีอนามัยจะลดลงซึ่งอาจมีปัญหาในเรื่องการทำแผนในอนาคต เพราะงานรักษาและส่งเสริมแยกกันไม่ออก" (ปลัดอบต.)

การให้บริการในส่วนรอยต่อของอบต.นั้นไม่มีปัญหา เพราะประชาชนสามารถเลือกไปใช้บริการในสถานบริการอื่นๆได้ และการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพนั้นประชาชนก็นิยมมาใช้บริการในเขตพื้นที่อบต.อยู่แล้ว

"ในการให้บริการผู้ป่วยในเขตรอยต่อไม่มีปัญหา ถ้าเป็นการรักษาพยาบาลชาวบ้านจะเข้าจังหวัด แต่ถ้าการส่งเสริมสุขภาพจะใช้บริการในพื้นที่" (ประธานอบต.โคกสูง)

3.3.5 แนวคิดการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขและงบประมาณที่เปลี่ยนแปลงขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)

การถ่ายโอนภารกิจนั้นต้องมีการพิจารณาและดำเนินการเป็นขั้นๆ เพราะอบต.แต่ละแห่งมีความพร้อมไม่เท่ากัน นโยบายการกระจายอำนาจเป็นสิ่งดีแต่ต้องมีการเตรียมความพร้อมให้ท้องถิ่น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขต้องมีแนวทางในการประเมินความพร้อมว่าสามารถดำเนินการได้หรือไม่ อบต.เองได้มีการเตรียมความพร้อมหลายด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านความรู้ ด้านประสบการณ์ การเตรียมหน่วยงานจัดแบ่งฝ่ายให้ชัดเจน อบต.บางแห่งเห็นว่าการบริหารอย่างเดิมดีอยู่แล้ว เพราะอบต.เองไม่มีความรู้และไม่เห็นว่าจะมีอะไรที่เปลี่ยนแปลงไปกว่าเดิม อบต.เองยังเล็กเกินไปที่จะแก้ปัญหาใหญ่ๆได้ดี

"ระบบการถ่ายโอนยังไม่สามารถจะทำได้มากนัก ต้องให้พี่เลี้ยงมาด้วย ไม่ใช่ให้งบประมาณมาอย่างเดียว" (ประธานอบต.โคกสูง)

"เป็นเจ้าของหมายถึงรับผิดชอบดูแลสถานีอนามัยทั้งหมดเลยใช่ไหม เคยสอบถามหมออนามัยทุกคนฟังแล้วไม่อยากโอนให้อบต. รายละเอียดยังไม่ได้คุย เพียงฟังๆถามๆแล้วเขาไม่อยากมา" (ประธานอบต.ลาดสวาย)

“จริงๆแล้วอบต.ยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ เพราะประสบการณ์น้อย บุคลากรน้อย งบประมาณน้อย ไม่ใช่เทศบาลที่มีประวัติเกิดมานาน ควรใช้เวลาสักนิดจะทำให้ดีขึ้น ส่วนกลางเพียงแต่บอกให้ส่วนล่างเข้มแข็ง แต่ไม่บอกว่าอย่างไร การกระจายอำนาจเริ่มต้นดี แต่พอดำเนินการไปมีข้อสงสัยว่าจะสำเร็จหรือไม่” (ประธานอบต.โคกหล่อ)

ในส่วนงบประมาณที่คาดว่าจะได้รับจัดสรรเพิ่มเป็น 20% และ 35% ในปีงบประมาณ 2544 และ 2549 นั้น อบต.เองได้มีการเตรียมบุคลากรเพื่อรองรับการดำเนินการในงบประมาณที่ได้รับเพิ่ม แต่จริงๆแล้วปัจจุบันไม่มีความชัดเจนนักว่างบประมาณที่จะเพิ่มเป็นอย่างไร แม้แต่การถ่ายโอนสถานีอนามัยว่าจะให้มาอยู่กับอบต.นั้นก็ไม่เร่งรัด เพียงแต่มีการเตรียมความพร้อมที่จะรองรับ โดยคาดหวังว่าการถ่ายโอนนั้นคงมีการถ่ายโอนมาทั้งงบประมาณและบุคลากรพร้อมๆกัน ไม่ได้มีการปรึกษากับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเรื่องการถ่ายโอนอำนาจ แต่คิดว่าหากเกิดขึ้นจริงคงเป็นภาวะจำยอมตามกฎหมายกำหนด เพราะส่วนราชการทั้งสาธารณสุข และส่วนอื่นๆยังไม่ยอมรับว่าอบต.จะสามารถบริหารงานได้ ซึ่งอบต.เองก็เข้าใจว่าเป็นหน่วยงานที่เกิดใหม่ประสบการณ์คงไม่ดีพอ ความเชื่อมั่นคงไม่ดี คงค่อยๆดำเนินการแทรกซึมเข้าไปเพื่อลดปัญหาการต่อต้านที่จะเกิด โดยเริ่มจากการเสริมในส่วนที่สาธารณสุขขาดอยู่ก่อน เช่น กิจกรรมต่อต้านยาเสพติด เป็นต้น ในการถ่ายโอนนั้นคงต้องค่อยๆดำเนินการ โดยต้องดูความพร้อมของอบต.ที่จะรับด้วยว่ามีศักยภาพเพียงใด ซึ่งคงต้องขึ้นอยู่กับงบประมาณที่จะสามารถเข้าไปดูแลได้ไหม

“อย่างโรงเรียนก็ต่อต้านเหมือนกัน ยังไม่ยอมรับว่าอบต.จะบริหารจัดการตรงนี้ได้ แต่ก็เห็นใจเพราะอบต.เป็นหน่วยงานที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ หน่วยงานอื่นๆเกิดมานานแล้ว” (ประธานอบต.)

“ในความเห็นของผมคิดว่าน่าจะถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยทั้งหมดให้อบต.” (ปลัดอบต.)

ในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจะต้องจัดให้มีการประสานเพิ่มขึ้น เพื่อให้มีการต่อเนื่องของวิชาการ “ถ้าถ่ายโอนมาให้อยู่กับอบต.ทั้งหมดก็จะห่วงในเรื่องการประสานงานและด้านวิชาการต่างๆ ที่จะได้รับเพิ่มเติมตลอดเวลา”(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัย)

ความพร้อมของอบต.ที่จะรับการถ่ายโอนสถานีอนามัยนั้น ประธานอบต.บางแห่งมีความเห็นว่า หากมองที่บุคลากรตัวเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยคงต้องมีความพร้อมด้วย งบประมาณที่ได้รับถ่ายโอนคงเข้าไปดูแลได้ การบริหารงานบุคคลไม่น่าเป็นปัญหา ในความคิดเห็นของอบต.บางคนคิดว่าปัญหาเรื่องระดับซีที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยสูงกว่าปลัดอบต.นั้นคงเป็นเรื่องความรู้สึกของบุคคลมากกว่า หากรู้จักทำงานและลดความขัดแย้งปัญหาเรื่องระดับสูงต่ำคงสามารถแก้ไขได้ เมื่อมีการถ่ายโอนมาแล้วโครงสร้างการบริหารคงต้องเป็นเรื่องของสายงานอบต.และคงต้องดูว่างานสาธารณสุขเดิมมีอะไรบ้าง งบประมาณนั้นรัฐคงโอนมาให้อยู่แล้ว

ในการถ่ายโอนโรงพยาบาลชุมชนนั้นอบต.คงต้องพิจารณาให้รอบคอบ เพราะการบริการของโรงพยาบาลนั้นซับซ้อนมากกว่าสถานีอนามัย โดยเฉพาะการเตรียมบุคลากรนั้น ต้องมีการเตรียมที่ยุ่งยากมากขึ้นในการตรวจสอบงบประมาณนั้น ใช้ตรวจสอบหลักฐานที่มีการจัดซื้อจัดจ้างเวชภัณฑ์ และการให้บริการควบคู่กันซึ่งจะพบว่าภาพรวมในการให้บริการนั้นมีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น สำหรับโรงพยาบาลนั้นอบต.หลายแห่งคิดว่าน่าจะอยู่สภาพเดิม เพราะการให้กระทรวงสาธารณสุขบริหารจะดีกว่าให้อบต.บริหาร ส่วนอบต.มีบทบาทเพียงเป็นผู้ให้การสนับสนุนกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือ การที่จัดสรรงบประมาณของสถานีอนามัยมาให้ผ่านอบต.นั้นอบต.สามารถดำเนินการได้รวมทั้งสามารถจัดสรรงบประมาณบางส่วนที่ขาดแคลนสนับสนุน ในการถ่ายโอนภารกิจกระทรวงสาธารณสุขนั้น อบต.เองต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าร่วมดำเนินการ เป็นพี่เลี้ยงให้อบต.

สามารถดำเนินการได้เองก่อน ถ้าอบต.มีส่วนสาธารณสุขในหน่วยงานอบต.ก็จะยิ่งเสริมให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขถ่ายโอนได้เร็วและการบริการดี

“ถ้าเขาอยู่อย่างเดิมการบริหารงานจะดีกว่า หากขาดเหลืออบต.ช่วยเหลือก็เหมาะสมแล้ว” (ประธานอบต.ลาดสวาย)

“การถ่ายโอนสถานีอนามัยมาอยู่กับอบต.นั้น จะเลือกสองอย่างผสมผสานกัน เพราะสถานีอนามัยรู้ข้อมูลอยู่แล้ว อบต.ยืมตัวข้าราชการมาดูแลเป็นพี่เลี้ยงสักพักพอเรียนรู้แล้วค่อยปล่อยให้ดำเนินการเอง ดีกว่าให้แต่เงินหรือสถานีอนามัยมาอยู่เลยล้วไม่เป็นพี่เลี้ยงให้เลย ระยะยาวจึงค่อยตัดสินใจอีกครั้งว่าสถานีอนามัยจะอยู่กับอบต.หรือไม่ ระยะแรกต้องมีการส่งเสริมวิชาการก่อน” (ประธานอบต.โคกหล่อ)

3.3.6 **แนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)**

การสร้างหลักประกันสุขภาพนั้นน่าเป็นการสร้างสวัสดิการแก่ประชาชน แต่คงดำเนินการได้ยากมาก เพราะงบประมาณไม่เพียงพอ ดังนั้นอบต.จึงพยายามทำให้สถานีอนามัยเป็นศูนย์กลางของการบริการประชาชน อบต.ทำหน้าที่ในการสนับสนุนเวชภัณฑ์ให้สถานีอนามัยได้มีเพียงพอแก่การให้บริการแก่ประชาชนที่มา โดยเฉพาะผู้ที่ด้อยโอกาสพยายามให้มีการใช้บริการอย่างทั่วถึง ขณะเดียวกันพยายามสร้างความเข้าใจแก่สมาชิกอบต.และทีมงานของอบต.เอง

การสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนนั้นอบต.เองไม่เคยทำในเรื่องนี้ หากต้องดำเนินการคงต้องพิจารณาหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แม้แต่การซื้อบัตรสุขภาพเองก็ยังไม่มั่นใจว่าจะทำได้สำเร็จ เนื่องจากมีแนวคิดที่แตกต่างกันในการสร้างหลักประกันสุขภาพ

“การสนับสนุนเวชภัณฑ์ก่อนน่าจะเป็นทางเลือกสำหรับอบต.ที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพ” (ประธานอบต.)

ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยการซื้อบริการ น่าเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายกว่าการที่จะเป็นเจ้าของสถานบริการโดยเฉพาะโรงพยาบาลเพราะไม่ต้องเตรียมบุคลากรมาก โดยเฉพาะแบบประกันสังคมนั้นอบต.คิดว่าสามารถดำเนินการได้เลย แต่หากจะให้อบต.ดำเนินการคงต้องมีบุคลากรด้านสาธารณสุขมาช่วย ซึ่งจะทำให้ได้ผลดีกว่าคนอื่นทำ

“คงเลือกซื้อบริการมากกว่า เพราะไม่ต้องเตรียมบุคลากรเพื่อรองรับในส่วนนี้ องค์กรต้องพร้อม ถ้าเป็นแบบประกันสังคมบุคลากรใช้น้อย” (ประธานอบต.)

“ถ้าโอนเงินสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยมาให้อบต.เป็นผู้มีอำนาจจัดทำบัตรและคุมเงิน คิดว่าทำได้ แต่บุคลากรอบต.ด้านสาธารณสุขน่าจะมีเกิดขึ้น เพราะปัจจุบันไม่มีข้าราชการส่วนสาธารณสุขมาดูแล ถ้ามีผู้มาดูแลคงจะสามารถทำได้ จะได้ผลดีกว่าให้ผู้อื่นทำ” (ประธานอบต.โคกหล่อ)

การซื้อบริการนั้นหากรัฐบาลไม่สามารถจัดสรรงบประมาณให้ได้ครบ ในความคิดเห็นของผู้นำท้องถิ่นแล้วประธานอบต.ทั้งหลายคิดว่าอบต.คงสามารถจัดสรรสนับสนุนได้บ้างบางส่วน โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อยนั้นอบต.คงต้องรับผิดชอบในเขตพื้นที่ แต่อบต.คงต้องมีแนวทางในการตรวจสอบและคัดเลือก คงต้องมีการกำหนดอัตราที่แน่นอนในแต่ละหมู่บ้าน ไม่สามารถให้ทุกคนที่ไม่ยากจนจริงๆ อยู่ที่ขบวนการกลั่นกรองที่โปร่งใสเป็นสำคัญ เรื่องความยากจนนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดเก็บภาษี เพราะคนจนมีทุกหมู่บ้าน

อย่างไรก็ดีบางอบต.ไม่เห็นด้วยกับการโอนเงินสปร.ให้อบต.ดำเนินการ เพราะอาจสร้างปัญหาให้แก่อบต.ที่ยากจนและขาดงบประมาณที่จะสนับสนุน แต่หากเทียบระหว่างการบริหารสถานีอนามัยกับการบริหาร

เงินอย่างเดียว อบต.ส่วนใหญ่คิดเก็นว่าการบริหารเงินเพียงอย่างเดียวจะเป็นสิ่งดีเพราะง่ายกว่าบริหารองค์กรการที่อบต.จะเข้าไปบริหารสถานบริการนั้นประสิทธิภาพการบริการก็รับรองไม่ได้อาจดีขึ้น เลวลง หรือเท่าเดิม ต่างกับเทศบาลที่มีฝ่ายสาธารณสุขดำเนินการมานาน น่าจะสามารถบริหารได้ดีกว่าอบต.

การจัดเก็บภาษีสุขภาพหรือภาษีสาธารณสุขนั้นอบต.ทุกแห่งคิดว่าทำได้ยาก เป็นสิ่งใหม่ที่คาดว่าจะต้องมีคนคัดค้านแน่นอน หากมีการกำหนดให้มีการจัดเก็บโดยกฎหมายอาจจะเป็นไปได้ แนวทางการจัดเก็บภาษีเพื่อสำหรับด้านสุขภาพนั้นเมื่อเทียบกับการจัดเก็บภาษีอื่นๆไม่ว่าจะจัดเก็บโดยท้องถิ่น สรรพากร หรือ ส่วนกลาง ควรมีแนวทางเดียวกัน แนวทางที่ควรเป็นควรดำเนินการแบบประกันสังคม เพราะเหมือนรัฐบาลได้มีส่วนในการช่วยเหลือผู้ยากจน ส่วนการกลั่นกรองสามารถให้ท้องถิ่นดำเนินการ

ในการออกบัตรรักษาพยาบาลฟรีโดยกำหนดว่า หากอบต.ไหนออกบัตรรักษาพยาบาลมากก็ควรจ่ายสมทบงบประมาณท้องถิ่นมากด้วยไม่เห็นด้วย เพราะอบต.ส่วนใหญ่มีขนาดเล็กที่งบประมาณก็ค่อนข้างน้อย แต่มีประชาชนที่ยากจนมาก พื้นที่กว้างและอยู่ในชนบทส่วนใหญ่ คงไม่สามารถทำได้ตามที่กำหนด ดังนั้นในการกำหนดแนวทางคงต้องดูถึงความพร้อมของ อบต.ด้วย เพราะจะมีโอกาสล้มเหลวมาก

ในการประเมินอบต.เพื่อดูถึงความพร้อมในการรับถ่ายโอนภารกิจนั้น สามารถทำได้หลายแนวทาง เช่น การแบบสอบถาม จากการหาข้อมูลจากส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง จากหน่วยงานอื่นๆและจากระบบราชการ เป็นองค์ประกอบในการตัดสินสำหรับการถ่ายโอนภารกิจ แต่ต้องพิจารณาถึงความพร้อมทั้งผู้รับและผู้โอน

ในการออกบัตรรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่านั้น อบต.มีความใกล้ชิดประชาชนสามารถระบุได้ว่าใครจนจริง ซึ่งถ้าให้อบต.ดำเนินการโดยประสานงานกับผู้นำท้องถิ่นก็จะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูง กลไกการคัดเลือกโดยหมู่บ้านในระบบเดิมอบต.หลายแห่งคิดว่ายังใช้ได้ดี เพียงแต่ต้องมีการประสานงานที่ใช้ข้อมูลที่ดีและถูกต้อง เช่น ข้อมูลในศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน เป็นต้น ภาษีที่จัดเก็บไม่สามารถระบุได้ว่าใครจนจริงหรือไม่ อย่างไรก็ตามอบต.บางแห่งเห็นว่าการดำเนินการจัดทำบัตรสปร.เดิมนั้น ก็สามารถดำเนินการได้ดีอยู่แล้ว หากหลักเกณฑ์ไม่เปลี่ยนแปลงก็ไม่เห็นว่าจะแตกต่างอย่างไร แต่อบต.เป็นผู้ทำจะดีกว่าในแง่ของการถูกตรวจสอบ เพราะถ้าข้าราชการเป็นผู้ดำเนินการไม่มีการตรวจสอบโดยประชาชน

“ในความคิดเห็นของผมการถ่ายโอนทั้งสาธารณสุขและการศึกษาไม่นานจะให้ทั้งหมด แต่ต้องดูความพร้อมของแต่ละอบต.แต่ละแห่ง กลัวว่ามีโอกาสล้มเหลวมาก” (ประธานอบต.)

“ดูจากภาษีบอกไม่ได้ว่าจนหรือไม่ เพราะคนที่ไม่จนบางทียังไม่มาเสียภาษี...ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านจะมีข้อมูล โดยผู้ใหญ่บ้านเป็นประธานโดยตำแหน่ง จะรู้ข้อมูลยกเว้นแต่ไม่สนใจ” (ประธานอบต.ลาดสวาย)

“(การจัดทำบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย) ถ้าประสานกันก็ดี โดยให้หมู่บ้านคัดเลือกมาให้อบตงคัดเลือกอีกที” (ประธานอบต.ลาดสวาย)

ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นอบต.น่าจะสามารถดำเนินการได้ ปัญหาที่จะเกิดคงเป็นเรื่องการบริหารจัดการซึ่งปัจจุบันอบต.เองยังไม่พร้อมที่จะทำ คงต้องอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินการระยะแรกๆ คุณภาพการบริการนั้นหากมีการถ่ายโอนมาให้อบต.ทั้งหมดแล้วอบต.ส่วนใหญ่คิดว่าน่าจะทำให้คุณภาพการบริการดีขึ้นเพราะมีการตรวจสอบได้ดีกว่า โดยเฉพาะคุณภาพในมุมมองของประชาชนที่ได้รับบริการอย่างน่าพอใจ

โดยทั่วไปแล้วอบต.ไม่ได้มีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกันสุขภาพของประชาชนในพื้นที่มากนัก แม้แต่โครงการผู้ที่รัฐสมควรเกื้อกูล อบต.ส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลผู้ที่มีหรือไม่มีหลักประกันสุขภาพในเขตรับผิดชอบ ประชาชนที่ได้รับความเดือดร้อนเรื่องการรักษาพยาบาลค่าใช้จ่ายสูง ก็ยังเคยชินกับการร้องขอความช่วยเหลือจากผู้นำท้องถิ่น เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และร้องขอความช่วยเหลือจากทางอำเภอเช่นแต่เดิม ไม่มีการร้องขอกับอบต.ที่ตนเองเลือกตั้งอาจเพราะว่าเข้าใจว่าไม่ใช่บทบาทของ อบต.ที่จะช่วยเหลือ

แนวคิดที่อบต.จัดซื้อบัตรสุขภาพให้แก่สมาชิกและประชาชนนั้น ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อบต.ไม่เห็นด้วยและไม่คิดว่าจะเกิดได้

“น่าจะให้ประชาชนช่วยตัวเองก่อน ถ้าช่วยทั้งหมดจะเกิดความเคยชินที่จะรับความช่วยเหลือตลอดเวลา...แต่ถ้าไม่มีเงินจริงๆก็จะออกบัตรสปร.ให้อยู่แล้ว” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัย)

“ก็มีปัญหาเวลาไม่เจ็บป่วยก็ไม่ซื้อบัตรสุขภาพ แต่เวลาเจ็บป่วยก็วิ่งมาซื้อบัตรจะใช้เลย พบบ่อยเหมือนกัน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัย)

3.4 การบริหารงานส่วนท้องถิ่นกรุงเทพมหานคร(กทม.)

กรุงเทพมหานครเป็นองค์กรท้องถิ่นที่มีลักษณะพิเศษ ได้แยกเป็นการปกครองส่วนท้องถิ่นที่พิเศษตั้งแต่ปีพ.ศ. 2498 เนื่องจากเป็นเมืองศูนย์กลางทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาประเทศ ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างไปจากจังหวัดอื่นๆ กรุงเทพมหานครมีสภาที่สมาชิกมาจากการเลือกตั้งและเข้ามาบริหารงาน โดยมีผู้ว่ากรุงเทพมหานครที่มาจากการเลือกตั้งเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารงานทั้งหมด มีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการและการจัดหารายได้เพื่อนำมาบริหารจัดการและพัฒนาพื้นที่ที่รับผิดชอบ

3.4.1 แนวคิดการบริการสาธารณสุขของผู้บริหารกรุงเทพมหานคร

ในความคิดเห็นของผู้บริหารกรุงเทพมหานครด้านสาธารณสุขนั้น ได้มีแนวคิดใหม่ๆเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพและระบบบริการ โดยแนวคิดใหม่ของการบริการสาธารณสุขต้องเปลี่ยนจากการรักษาพยาบาลด้วยเครื่องมือที่แพงและเป็นวิธีที่ยุ่งยาก มาเป็นการป้องกันโรคเพื่อไม่ให้ประชาชนเกิดโรค และให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองได้ ทั้งเรื่องอาหาร อากาศ ที่อยู่อาศัย โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุน ตัวอย่างเช่น การส่งเสริมให้มีอากาศบริสุทธิ์ ผักปลอดสารพิษ เป็นต้น

“ทางกทม.กำลังรณรงค์ในการดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม เป็นพื้นฐานนำไปสู่เรื่องการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ลดการเจ็บป่วย”(รองปลัดกรุงเทพมหานครฝ่ายสาธารณสุข)

เกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุข ในส่วนที่เป็นแนวคิดการออกนอกระบบของสถานบริการนั้น รองผู้ว่ากรุงเทพมหานครฝ่ายสาธารณสุขได้ให้ข้อคิดว่า “ทุกแห่งต้องคิดว่า ถ้าออกนอกระบบแล้วจะออกได้จริงหรือไม่ ถ้าออกไปจริงๆจะเดินไปสู่ระบบเอกชน ระบบสาธารณสุขจะลงไปสู่คนยากไร้ได้แค่ไหน ประชาชนจะต้อง support โรงพยาบาลทุกบาททุกสตางค์ จะเป็นปัญหาได้” (รองผู้ว่ากรุงเทพมหานคร ฝ่ายสาธารณสุข)

3.4.2 โครงสร้าง บทบาทความรับผิดชอบ และปัญหาการจัดบริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานครประกอบด้วยประชาชนรวม 3 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ ประชาชนที่เป็นคนในเขตกรุงเทพมหานครเองประมาณ 6 ล้านคน ประชาชนในเขตพื้นที่ปริมณฑลรอบๆประมาณ 1.2 ล้านคน และประชาชนต่างจังหวัดที่เดินทางมาทำงานในกรุงเทพมหานครเองประมาณ 1.8 ล้านคน รวมประมาณ เกือบ 10 ล้านคน

ซึ่งเป็นประชาชนที่กรุงเทพมหานครต้องให้การดูแลด้านสาธารณสุข โดยเขตทั้งหมด 50 เขต อย่างไรก็ตาม การบริการสาธารณสุขนั้นไม่ได้แบ่งตามเขตการปกครองเหล่านี้ แต่มีศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้ให้การดูแลการบริการด้านสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 60 ศูนย์ โดยศูนย์ต่างๆนี้ขึ้นอยู่กับสำนักอนามัยของกรุงเทพมหานคร และขณะเดียวกันได้จัดตั้งให้มีศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนที่เรียกว่า Mini Health Centre ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งในปัจจุบันมีอยู่ 1,083 ศูนย์ โดยได้ตั้งเป้าไว้ว่าต้องการให้มีถึง 1,200 ศูนย์ เพื่อให้ครอบคลุม 1,200 ชุมชน

สำนักอนามัยกรุงเทพมหานครดูแลรับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การควบคุมโรคระบาด ซึ่งแนวทางควบคุมโรคนั้น สำนักอนามัยเองก็สามารถกำหนดเป็นร่างกฎหมายเสนอต่อสภากรุงเทพมหานคร เช่น ข้อบังคับการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ข้อบัญญัติเกี่ยวกับการทิ้งขยะ เป็นต้น

ในส่วนของด้านการรักษาพยาบาลนั้น สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานครดูแลรับผิดชอบโดยรับผิดชอบให้บริการรักษาพยาบาลประมาณ 80% และส่งเสริมป้องกันโรคประมาณ 20% การรักษาพยาบาลดูแลตั้งแต่ primary care จนถึง secondary care และ tertiary care โดยมีโรงพยาบาลที่สังกัดกับกรุงเทพมหานครประมาณ 3,000 เตียง ซึ่งมีโรงพยาบาลที่มีขนาดเตียงหลายขนาดร่วมกันจัดบริการตั้งแต่โรงพยาบาลขนาด 30 เตียง จนถึง 60, 90, 600, 1,000 เตียง การบริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนในกรุงเทพมหานครนั้นมีโรงพยาบาลที่สังกัดหน่วยงานอื่นๆทั้งภาครัฐและเอกชนมาร่วมให้บริการ เช่น โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กองทัพบก กองทัพอากาศ และ ทบวงมหาวิทยาลัย เป็นต้น

ความเชื่อมโยงของระบบบริการสาธารณสุขนั้น เกิดขึ้นระหว่างศูนย์สาธารณสุขชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของกรุงเทพมหานคร และ เขต

เขตในกรุงเทพมหานครดูแลเรื่องพื้นฐานความเป็นอยู่ของเมือง โดยเจ้าหน้าที่ 3 ส่วนที่มีบทบาทความรับผิดชอบ ได้แก่

- กองอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาล ดูแลเรื่องสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม อาหาร บาทวิถี ผักปลอดสารพิษ
- พัฒนาชุมชน ดูแลด้ายกายภาพของชุมชน ความเป็นอยู่ สถานะครอบครัว ความต้องการที่รัฐสามารถสนับสนุน โดยเจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน
- สำนักสวัสดิการ ดูแลด้านนันทนาการ ด้านการกีฬา การสร้างอาชีพ การจัดงานนันทนาการ การรักษาวัฒนธรรมพื้นบ้าน ซึ่งเป็นการทำงานที่ไม่ได้ดูแลสุขภาพโดยตรงแต่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต

การดูแลด้านสุขภาพโดยตรงนั้นเป็นเรื่องของศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 60 ศูนย์ โดยดูแลลงไปถึงระดับแขวงที่อยู่ต่ำกว่าเขต โดยแขวงก็จะมีศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นผู้ให้การดูแลผ่านขึ้นมาสู่ระดับเขต โดยมีการกำหนดพื้นที่ดูแลที่ชัดเจนพร้อมๆกับหน้าที่ความรับผิดชอบ

โดยสรุปประชาชนที่มีทะเบียนราษฎร์ในเขต กรุงเทพมหานครจะต้องได้รับการดูแลทุกคน ยกเว้นผู้ที่ไม่มีทะเบียนราษฎร์ที่อาจไม่ครอบคลุมทั้งหมด แต่ถ้าอยู่ในแขวงก็ให้การดูแลเช่นกัน

“ตามกฎหมายแล้วเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของสำนักการแพทย์ในการให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนในกรุงเทพมหานครและรอบๆปริมณฑล แต่ในทางปฏิบัติจะมีหน่วยงานอื่นๆมาช่วย ซึ่งได้แก่โรงพยาบาลของ

มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลกองทัพต่างๆทั้งทหารอากาศภูมิพล ทหารเรือ โรงพยาบาลตำรวจ และสถาบันต่างๆที่ขึ้นอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน" (ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร)

พื้นที่กรุงเทพมหานครเองได้มีการแบ่งออกตามการบริการสาธารณสุขเป็น 7 โซน แต่ละโซนจะมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ตั้งแต่ 400 เตียงดูแล โรงพยาบาลที่ดูแลนี้เป็นโรงพยาบาลของกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาล วชิรพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และ โรงพยาบาลกลาง และที่เหลืออีก 3 แห่งเป็นโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และ โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี มีการจัดแบ่งเขตการับผิดชอบและระบบการส่งต่อที่ชัดเจน

3.4.3 การสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนของกรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานครได้ประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินงานโครงสวัสดิการรักษาพยาบาลแก่ผู้สมควรเกื้อกูลและโครงการบัตรสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข การจัดทำบัตรสุขภาพนั้นได้มีการแบ่งความรับผิดชอบตามกลุ่มผู้สมควรเกื้อกูล ออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อความรวดเร็วในการดำเนินการ ได้แก่:

- กลุ่มนักเรียนและเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี สำนักการแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ โดยการประสานงานกับโรงเรียนทั้งรัฐและเอกชน ซึ่งมีประมาณ 6-7 หมื่นคน
- กลุ่มผู้มีรายได้น้อย ที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน สำหรับคนโสด และ ต่ำกว่า 2,800 บาท/เดือน สำหรับครอบครัว นั้น ให้เขตเป็นผู้รับผิดชอบ เพราะต้องมีการคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติ โดยคณะกรรมการ 2 ชุด คือคณะกรรมการคัดเลือกตัวบุคคล กับ คณะกรรมการออกบัตร
- กลุ่มที่เหลือซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทหารผ่านศึก พระภิกษุสามเณร สำนักอนามัยโดยศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบออกบัตรให้

ซึ่งรวมทั้ง 3 กลุ่มแล้ว จะมีผู้ประกันตนประมาณ 1.8 ล้านคน แต่ปัจจุบันทำได้เพียง 5 แสนคนเท่านั้น

ในการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพนั้น กรุงเทพมหานครใช้การจำหน่ายบัตรเป็นรายบุคคลและมีการตรวจร่างกายผู้ต้องการซื้อบัตรสุขภาพ โดยขายให้บัตรละ 100 บาท ไม่เกิน 5 คนต่อครอบครัว

การรับบริการด้านการแพทย์ของสถานบริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่รัฐต้องช่วยเหลือเกื้อกูลโดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อย

"กลุ่มที่ต้องดูแลมากที่สุด คือ กลุ่มผู้มีรายได้น้อย ในกลุ่มชนชั้นกลางมารับบริการเรื่องการป้องกันมาก" (ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร)

"ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ประชาชนเสียภาษีให้รัฐบาลแล้ว รัฐบาลน่าจะรับผิดชอบให้การดูแล ทั้งภาครัฐและเอกชน การรับบริการขั้นพื้นฐานทั้งภาครัฐและเอกชนไม่ควรต้องเสียค่าบริการ การที่ไปสถานบริการเอกชนแล้วเสียค่าบริการเองหมดถือว่าเป็นการเอาเปรียบกัน"(ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร)

การบริหารจัดการเรื่องงบประมาณโครงการผู้สมควรเกื้อกูลนั้น เป็นความรับผิดชอบของสำนักการแพทย์ ซึ่งดำเนินการโดยไม่มีการคิดค่าบริหารจัดการ การจัดสรรใช้การเฉลี่ยให้แก่สถานบริการทุกแห่ง ตามผลงานการบริการ

"ตอนแรกได้มาตามรายจ่ายที่จ่ายจริงแต่ไม่หมดได้มาตามสัดส่วน แต่ปัจจุบันมีแนวคิดจะได้เป็นรายหัวๆละ 273 บาท เมื่อได้มาแล้วก็จัดสรรไป สำนักการแพทย์จะรับเป็นผู้ดำเนินการ โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายที่เป็นค่า

บริหารจัดการ” “เงิน 273 บาทต่อหัวเป็นตัวเลขที่ไม่ครอบคลุมแต่ก็ต้องทำ ได้มาเท่าไหร่ก็ยังดีกว่าไม่ได้ เพราะจะได้หรือไม่ได้ก็ต้องทำ” (ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร)

“ถ้ามีเงินมาก็จ่ายไปแต่ถ้าไม่มีเงินก็ใช้เงินของท้องถิ่น ซึ่งได้มาจากภาษีต่างๆ เช่น ภาษีน้ำมัน ภาษีบุหรี่ ภาษีอื่นๆที่ออกมาชัดเจนว่าเป็นภาษีท้องถิ่น และยังมีเงินจากการทำฌาปนกิจสงเคราะห์ หรือการให้บิการอื่นๆ ส่วนนี้เป็นเงินของกทม. หรือเป็นงบประมาณของกทม. แล้วกทม.ก็ส่งให้เป็นงบประมาณสำนักการแพทย์ซึ่งได้ปีละประมาณสองพันกว่าล้านบาท” (ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร)

มีประชาชนบางกลุ่มที่หลักประกันสุขภาพไม่ครอบคลุม ซึ่งในส่วนนี้กรุงเทพมหานครต้องใช้งบประมาณท้องถิ่นในการจัดบริการไม่คิดมูลค่า อย่างไรก็ตามงบประมาณผู้สมควรเกื้อกูลนั้นไม่เพียงพอ

แนวคิดการเก็บภาษีสุขภาพนั้นอาจเป็นไปได้ แต่คงมีคนต่อต้านว่าทำไมรัฐบาลไม่ออกให้ทั้งหมด ได้มีการเสนอแนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพโดยผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานครไว้ว่า ควรมีการสร้างหลักประกันสุขภาพทั้งแบบสมัครใจและภาคบังคับโดยใช้ระบบประกันสังคมที่ประชาชนและรัฐบาลร่วมกันจ่ายเบี้ยประกัน

“ก่อนที่จะเปลี่ยนระบบจากสปน. (สงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย) เป็นสปร.(สวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล) สำนักการแพทย์ (กรุงเทพมหานคร) จะจ่ายประมาณ 140 ล้านบาท ให้ประชาชนทั้งหมดที่มีบัตรและไม่มีบัตร แต่ได้จากกระทรวงสาธารณสุขประมาณ 90 ล้านบาท ต้องใช้เงินของเรา(กรุงเทพมหานคร)เพิ่มอีกประมาณ 50 ล้านบาท ในปี 40 หรือ 41” (ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร)

“ถ้าหลักประกันสุขภาพถือว่าเป็นสวัสดิการที่จัดให้แก่ประชาชนทุกคน ต้องมีงบประมาณเพียงพอ” (ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร)

“ต้องมีการเก็บค่าประกัน ไม่ทำให้เฉยๆ รัฐบาลจะออกค่าประกันให้ก็ได้ หรือรัฐบาลและประชาชนร่วมกันออกค่าประกันเหมือนประกันสังคม” (ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร)

ในการจัดเก็บเบี้ยประกันสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพในกรุงเทพมหานครนั้น ผู้อำนวยการสำนักอนามัยมีความเห็นว่า สำนักอนามัยและสำนักการแพทย์ ต้องร่วมมือกันในรูปของคณะกรรมการ แต่เรื่องการดำเนินงานด้านการเงินการคลังควรเป็นบทบาทของสำนักการคลัง

“ส่วนเรื่องการเก็บเบี้ยประกันสุขภาพ ทั้งสองสำนักจะต้องทำงานร่วมกันโดยคณะกรรมการ วางระเบียบแน่ชัดว่ารับประกันอย่างไร...รายได้น่าจะไปอยู่ที่สำนักการคลัง แต่ยังไม่ได้ตกลงกันชัดเจน ถ้าอยู่ที่คลังจะรู้เรื่องระเบียบการใช้เงิน” (ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร)

3.4.4 แนวคิดการกระจายอำนาจสู่การปกครองส่วนท้องถิ่นกรุงเทพมหานคร

ในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นด้านสาธารณสุขให้แก่กรุงเทพมหานครนั้น รองปลัดกรุงเทพมหานครฝ่ายสาธารณสุขให้ความเห็นว่า “กทม.มีความแตกต่างจากจังหวัดอื่น เพราะในกทม.มีโรงพยาบาลทั้งเอกชนและรัฐบาลเกือบ 400 แห่ง การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจึงซับซ้อนและต้องค่อยๆดำเนินการ โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขเองจะถ่ายโอนสู่กทม.หรือไม่ทั้งนี้คงต้องขึ้นอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งลักษณะการถ่ายโอนนั้นต้องชัดเจนว่าเป็นอย่างไร ซึ่งต้องถ่ายโอนทั้ง Hard Ware, Soft Ware และ People Ware ถ้าให้แต่งานไม่มีคนก็ไม่สามารถดำเนินการได้ งบประมาณที่ถ่ายโอนก็ใช้ประมาณการจากงบประมาณเดิมที่มีอยู่ การที่โรงพยาบาลออกนอกระบบนั้นอาจสร้างปัญหา เพราะโรงพยาบาลจะมีลักษณะคล้ายโรงพยาบาลเอกชนซึ่งเป็นผลเสียต่อประชาชนที่ยากจน”

"การซื้อบริการจากสถานบริการรัฐทั้งที่อยู่หรือออกนอกระบบไม่มีความแตกต่างกัน เป็นเพียงการเปลี่ยนผู้บริหารแต่ผลประโยชน์ประชาชนไม่ได้เปลี่ยนแปลง การออกนอกระบบอาจทำให้การบริหารไม่ได้ประสิทธิภาพเพราะองค์กรบริหารใหญ่กว่าเดิม และอาจก่อให้เกิดการแข่งขันเชิงการตลาด ซึ่งอาจจะทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรม การแข่งขันนั้นเป็นสิ่งดี แต่ต้องไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของการเอารัดเอาเปรียบกัน หากการแข่งขันไม่มีการควบคุมจะเกิดการสูญเสียในการลงทุนที่สิ้นเปลืองกับเครื่องมือราคาแพง เช่น เครื่องcomputor หรือ เครื่อง electronics อื่นๆ" (รองปลัดกรุงเทพมหานคร ฝ่ายสาธารณสุข)

ในความเห็นของผู้อำนวยการสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร เกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นด้านสาธารณสุข ว่ารูปแบบของกรุงเทพมหานครนั้นจะเหมาะสมกับต่างจังหวัดหรือไม่นั้น "ผมคิดว่าน่าจะแตกต่างกันพอสมควร เพราะจังหวัดเมื่อเทียบกับกทม.แล้วต่างกัน เพราะกทม.เหมือนนำเทศบาลมารวมกันใหญ่กว่าจังหวัด รูปแบบไม่ใช่ราชการส่วนภูมิภาค แต่เป็นราชการส่วนท้องถิ่น"

การถ่ายโอนภารกิจกระทรวงสาธารณสุขให้กรุงเทพมหานครนั้น ต้องมีการโอนงบประมาณและคนให้ด้วย ปัญหาที่สำคัญจะเป็นเรื่องของระดับผู้บริหารที่คงไม่ยอมถูกโอน ดังนั้นการโอนคงทำได้เพียงระดับหน่วยบริการ ซึ่งในต่างจังหวัดปัญหาการต่อต้านจะน้อยกว่า เพราะมีเพียงนายแพทย์สาธารณสุขเพียงคนเดียวที่มีตำแหน่งสูงสุด แต่ในกรุงเทพมหานครเองนั้นส่วนราชการต่างๆมีผู้บริหารระดับสูงมากมาย อีกประการรูปแบบของกรุงเทพมหานครเองนั้นคงนำไปใช้ในต่างจังหวัดไม่ได้โดยตรง เพราะกรุงเทพมหานครเป็นเหมือนเทศบาลเดียว แต่ต่างจังหวัดจะเป็นการรวมเทศบาลหลายๆเทศบาล ซึ่งปัญหาความเป็นเอกภาพจะมีมากกว่า

"อย่างไรก็ตามการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นของกทม.นั้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับต่างจังหวัดได้ เพราะมีความคล้ายคลึงกัน เช่น สมาชิกเขตเปรียบได้กับสมาชิกอบต.ที่มาจากการเลือกตั้ง ต่างกันที่ผู้บริหารสูงสุด คือผู้ว่าราชการจังหวัดมาจากการแต่งตั้ง แต่ผู้ว่ากทม.มาจากการเลือกตั้ง และการออกกฎหมายต่างจังหวัดไม่มีสภาเหมือนสภากรุงเทพมหานคร ซึ่งหากมีการเลือกตั้งผู้ว่าราชการจังหวัดก็จะเหมือนกัน" (รองปลัดกรุงเทพมหานคร ฝ่ายสาธารณสุข)

"ส่วนราชการทุกกรมกองอยู่ในกทม.หมด การบริการก็ต้องมีส่วนรับผิดชอบมากมาย ส่วนจังหวัดก็มีเพียงสาธารณสุขจังหวัดรับผิดชอบด้านสาธารณสุข การโอนให้ท้องถิ่นไม่น่ามีปัญหาเพราะมีคนเดียว มีสาธารณสุขจังหวัดใหญ่ที่สุดของจังหวัดนั้นๆ ไม่น่ายุ่งยาก แต่กทม.มีอธิบดีที่ตำแหน่งใหญ่ๆ พวกนี้จะไปอยู่ที่ไหน" (ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร)

"ขณะนี้กำลังทำแผนในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น โดยเฉพาะพรบ.บางครั้งอิงหลายฉบับ เช่นสุนัขจรจัดอยู่กับกรมปศุสัตว์ก็มี ของกระทรวงสาธารณสุขก็มี ทำไมไม่รวมกัน...พรบ.ก็น่าจะมารวมที่เดียวกัน ไม่ใช่ว่าแต่ละหน่วยงานต่างคนต่างทำ" (ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร)

"การถ่ายโอนภารกิจให้ท้องถิ่นนั้น ไม่แน่ว่าประชาชนจะได้รับบริการดีขึ้น เพราะปัจจุบันกทม.ก็รับผิดชอบประชาชนทุกคนในกทม.อยู่แล้วจะถ่ายโอนหรือไม่คงไม่แตกต่างนัก แต่ถ้าระบบบริการสาธารณสุขไปอยู่กับนักการเมืองท้องถิ่น นักการเมืองอาจช่วยในการนำข้อมูลมาให้ปรับปรุงการบริการได้ดีขึ้น ควรมีการทำงานที่ควบคู่กันไปมากกว่าจะเป็นเชิงนายกับลูกน้อง" (ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร)

3.4.5 งบประมาณด้านสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

งบประมาณด้านสาธารณสุขกรุงเทพมหานครนั้น บางส่วนมาจากรายได้ที่กรุงเทพมหานครจัดหาเองร่วมกับส่วนที่รัฐบาลจัดสรรให้ งบประมาณที่จัดทำขอนั้นจะมีการตัดลดทุกปี แต่ก็งบที่รัฐบาลอุดหนุนในโครง

การบางโครงการ เช่น โครงการป้องกันยาเสพติด หรือ อาจได้งบประมาณเสริมจากสภากรุงเทพมหานครที่แปรญัตติมาช่วย เพราะเห็นถึงความสำคัญของงานสาธารณสุข เช่น การออกให้บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ งบประมาณเมื่อเปรียบเทียบกับด้านกำลังคน มีความขาดแคลนบุคลากรมากกว่างบประมาณ บุคลากรทางการแพทย์ได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่นๆ รวมแล้วค่าตอบแทนสูงกว่าค่าตอบแทนของสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข

"รายได้(ของสำนักอนามัย)ก็ขึ้นกับรายได้ที่กทม.ได้รับจากรัฐบาลที่พึงได้ ส่วนในสำนักอนามัยก็จะทำเรื่องขอขึ้นไป ซึ่งจะเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับงานประจำหรืองานที่เตรียมไว้วางแผนที่จะปฏิบัติ ถ้าถามว่าพอหรือไม่เพราะมีการตัดลดทุกปีไม่ได้ตามที่ต้องการ" "งบที่สำนักอนามัยได้รับจากกทม.มากกว่าที่ส่วนกลางสนับสนุนครึ่งหนึ่งของงบประมาณจ่ายเป็นเงินเดือนข้าราชการ" (ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร)

งบประมาณในการใช้จ่ายด้านสาธารณสุขนั้น 60% มาจากงบประมาณของกรุงเทพมหานครโดยตรง โดยรัฐบาลกลางได้สนับสนุนเพิ่มเติม 40% งบดำเนินการของโรงพยาบาลนั้นมาจากการเก็บค่าบริการที่ผู้ป่วยมารับบริการ โดยเก็บเข้าเป็นเงินบำรุงโรงพยาบาล เงินบำรุงของโรงพยาบาลจะถูกส่งมาให้สำนักการแพทย์ทุกสิ้นปี เงินที่จัดส่งมาจะประมาณ 5% ของเงินบำรุงที่จัดหาได้ เป็นการสมทบกองทุนเพื่อสำหรับการบริหารจัดการและสนับสนุนโรงพยาบาลที่ขาดแคลนโดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เปิดดำเนินการใหม่ๆ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้มีการขยายการดำเนินการจนเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาล แล้วก็จะโอนจากสำนักอนามัยมาอยู่ในการดูแลของสำนักการแพทย์ สำหรับโรงพยาบาลที่เปิดใหม่นั้นไม่สามารถบรรจุเจ้าหน้าที่ได้ เพราะมีการจำกัดกรอบอัตรากำลังจึงต้องใช้การเกลี่ยอัตรากำลัง ซึ่งไม่เพียงพอ

"งบดำเนินการไม่ได้จัดหาเป็นรายได้พิเศษ แต่ได้มาจากการเก็บค่าตรวจรักษาพยาบาล ค่าlab ค่าน้ำยาค่าห้องพิเศษ ค่ายา แล้วเก็บมาเข้าเงินบำรุงโรงพยาบาล แล้วกลับมาใช้กับประชาชนที่มารับบริการ" (ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร)

ในการสนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรนั้น ได้มีการตั้งนโยบายที่จะให้แพทย์ได้มีการศึกษาต่อในระดับผู้เชี่ยวชาญ อัตรากำลังอื่นๆนั้นได้มีการบรรหารบุคลากรโดยสำนักเลขานุการของกทม. ซึ่งมีแนวทางในการพัฒนาเช่นเดียวกับสายงานแพทย์ ทุนที่สนับสนุนการศึกษานั้นเป็นงบประมาณของกทม.ที่จัดตั้งขึ้น เพื่อให้มีการศึกษาทั้งในและนอกประเทศรวมทั้งการอบรมระยะสั้นๆ กรุงเทพมหานครเองได้มีการผลิตพยาบาลเองเพื่อให้สามารถสนับสนุนอัตรากำลังที่ขาดแคลนได้

"สำนักการแพทย์มีนโยบายให้บุคลากรทุกระดับ ได้มีการพัฒนาบุคลากรทางวิชาการ ไม่ว่าจะซ่อมบำรุง การเงิน การบัญชี พัสดุ จะมีทุนให้ในระดับปริญญาตรี ปริญญาโท ในกรณีที่เป็นการเรียนการสอนจะมีถึงปริญญาเอก" (ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร)

3.5 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุขเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขแก่องค์กรท้องถิ่น

3.5.1 โครงสร้างหน่วยงานสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป

เมื่อเกิดการถ่ายโอนอำนาจแล้ว ความสัมพันธ์ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและท้องถิ่นคงต้องเปลี่ยนแปลง ซึ่งในส่วนที่เปลี่ยนแปลงนั้นอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานด้านการควบคุมโรค ซึ่งได้มีความคิดที่สนับสนุนว่าไม่น่าจะกระทบมากเพราะว่านโยบายในการควบคุมโรคนั้น ท้องถิ่นต้องดำเนินอยู่แล้วเพียงแต่มีการรับนโยบายมาสู่ท้องถิ่นแทนกระทรวงสาธารณสุข

“คิดว่าคงต้องทำตาม ทุกวันนี้ทางอำเภอหรือกรมมีนโยบายมา เจ้าหน้าที่ก็จะดำเนินการมาให้ นายกเทศมนตรีอนุมัติได้ ซึ่งต้องทำอยู่แล้วโดยเฉพาะโรคติดต่อ” (รองนายกเทศมนตรีฝ่ายสาธารณสุข เทศบาลตำบล)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงให้มีขนาดเล็กลงและเปลี่ยนบทบาทเป็นหน่วยงานวิชาการมากกว่าหน่วยงานการบริหาร “หากมีการโอนย้ายภารกิจจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่ท้องถิ่นหมด หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดคงเป็นหน่วยงานทางวิชาการ เป็นผู้นิเทศการปฏิบัติงาน ติดตามการดำเนินงาน ให้คำปรึกษาว่าควรแก้ไขอะไรบ้าง ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีต่อท้องถิ่นที่จะมีการตรวจสอบการดำเนินงานได้” (นักวิชาการ หัวหน้าฝ่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)

“ถ้ามีการจัดตั้ง provincial health board แยกสาขาการรักษาพยาบาลให้ MD (สายงานแพทย์) ส่วน non-MD (สายงานไม่ใช่แพทย์) ก็จะแยกไปงานป้องกันและส่งเสริม สายการรักษาพยาบาลเป็นรองประธาน board ดูแลเรื่องสายงานแพทย์ การรักษาพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ สถานีอนามัย ส่วนที่เหลือก็จะไปช่วยงานของป้องกัน ส่งเสริม ต้องเชื่อมต่อกัน” (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)

โรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลศูนย์ ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ควรมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นองค์กรอิสระที่สามารถให้บริการด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบบริการที่ไม่แยกส่วน "โรงพยาบาลน่าจะเป็นองค์กรอิสระที่อยู่ภายใต้กำกับรัฐ ซึ่งอาจเป็นส่วนท้องถิ่นที่มาดูแลหรือเป็นรัฐบาลกลางก็ได้ซึ่งต้องมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน” (แพทย์เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์)

ทางเลือกของโรงพยาบาลชุมชนที่ประกอบด้วย 3 ทางเลือก ได้แก่ 1)อยู่อย่างเดิม 2)เป็นองค์กรอิสระในกำกับของรัฐ และ 3)อยู่กับองค์กรท้องถิ่นดูแล นั้น ทางเลือกที่ 2 ที่แยกตัวเป็นอิสระเป็นสิ่งที่น่าจะเป็นที่สุด “เลือกแบบที่ 2 เป็นองค์กรอิสระอยู่ในกำกับของรัฐ เพราะระบบราชการก็ควรที่จะปฏิรูป” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน) การที่โรงพยาบาลน่าจะแยกออกมาเป็นอิสระนั้นเพราะ “สามารถบริหารงานตามนโยบายของตัวเราเองได้ เหมือนบริหารบ้านเรา ข้างนอกก็เป็นที่ปรึกษา” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน)

การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนคิดว่าปัจจุบันยังไม่ถึงเวลา ต้องใช้เวลาในการพัฒนาในด้านการเมือง วัฒนธรรม ประชาชนต้องเข้มแข็ง ก่อนที่ชุมชนจะเข้มแข็ง

“ในทางเลือกที่โรงพยาบาลต้องการนั้น คิดว่าการแยกตัวเป็นองค์กรอิสระน่าจะดีกว่าที่จะโอนให้องค์กรท้องถิ่นหรืออยู่ในสภาพเดิมโดยไม่เปลี่ยนแปลง แต่ถ้าต้องอยู่ภายใต้เทศบาลก็ไม่น่ามีปัญหา เพราะเทศบาลมีความเข้มแข็งและสามารถประสานงานโดยตรงกับผู้บริหารเทศบาลได้โดยตรง” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน)

สถานีอนามัยนั้นโครงสร้างการบริการด้านสุขภาพไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก เพราะสถานีอนามัยไม่มีความสามารถที่จะเลี้ยงตัวเองได้ คงต้องมีการอาศัยให้ท้องถิ่นดูแลหรือยังคงอยู่ในระบบบริการเดิมไปก่อน เพราะ ”สอ.ยังไม่สามารถที่จะบริหารตนเองได้” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน)

ในโครงสร้างการบริหารและบริการเดิมของหน่วยงานสาธารณสุข มีบางโครงสร้างที่ไม่สามารถจะกำหนดให้ชัดเจนว่าควรมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร “โครงสร้างสาธารณสุขมีการจัดตั้งคณะกรรมการระหว่างโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ที่ เรียกว่า คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ หรือ คปสอ. ซึ่งในการถ่ายโอนอำนาจแก่ท้องถิ่นนั้น เป็นสิ่งที่ยังมองไม่ออกว่าในอนาคตใครจะเป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องนี้ ดังนั้นในการถ่ายโอนภาระกิจแก่ท้องถิ่นนั้นควรมีคณะกรรมการที่ประสานงานทั้งระดับอำเภอ ตำบล และ เทศบาล” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ)

โครงสร้างการบริหารใหม่ของหน่วยงานสาธารณสุขนั้น ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการบอร์ดในระดับจังหวัดขึ้นมาดูแล “คณะกรรมการบอร์ดจังหวัด (Provincial Health Board) นั้น หมายถึงคณะกรรมการที่ดูแลการบริการทางการแพทย์ทั้งระดับ primary, secondary and tertiary care ซึ่งการบริการทั้ง 3 ระดับนั้นต้องอยู่ด้วยกัน ภายใต้ผู้ว่าราชการจังหวัด โดยคณะกรรมการชุดนี้มาจากการเลือกตั้ง มีตัวแทนของอบจ.และโรงพยาบาลที่แยกตัวเป็นอิสระ โดยหัวหน้าบอร์ดอาจจะเป็นแพทย์หรือไม่ก็ได้ นอกจากนี้ยังมีตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขที่มาเชื่อมต่อด้านนโยบาย และ การประเมินคุณภาพ ตามความเข้าใจสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเองเปรียบได้เหมือน Provincial Health Board เพียงแต่ประธานคณะกรรมการนั้นมาจากการแต่งตั้ง ไม่ใช่การเลือกตั้ง เมื่อมีคณะกรรมการบอร์ดแล้วนั้น ฝ่ายต่างๆในสำนักงานสาธารณสุขเองก็สามารถปรับเปลี่ยน โดยแบ่งออกเป็นสายการแพทย์และอื่นๆ ซึ่งสายแพทย์สามารถดูแลเรื่องการรักษาพยาบาลในส่วนของโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ส่วนอื่นๆที่ไม่ใช่สายการแพทย์ก็ดูแลเรื่องการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพโดยประสานกัน การที่คณะกรรมการบอร์ดที่กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขเป็นเพียงกรรมการและเลขานุการนั้น อาจไม่สามารถดำเนินการได้ดี เพราะว่าเลขาคณะกรรมการไม่สามารถดำเนินการได้ทั้งจังหวัด ก็จะเหมือนเดิมที่ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง แนวทางการจัดตั้งคณะกรรมการบอร์ดนั้นอาจเป็นแนวทางหนึ่งที่จะเป็นการลดขนาดของกระทรวงสาธารณสุขลงได้บ้าง” (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)

“เมื่อมีการจัดตั้งกรรมการบอร์ดจังหวัดแล้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเองต้องเป็นตัวแทนของรัฐบาลกลางในการสร้างความเข้มแข็งแก่กรรมการชุดนี้ กรณีที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นตัวแทนส่วนกลางการเป็นผู้ถือเงินสำหรับจัดบริการคงไม่สามารถคำนึงถึงประชาชนได้เท่ากับการที่จะให้อบจ.เป็นผู้ถือเงิน แต่ต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้ดีกว่านี้ รวมทั้งระบบข้อมูลด้านทรัพยากรบุคคลด้วย ดังนั้นหากมีกรรมการจังหวัดเกิดขึ้นก็จะสร้างความเป็นธรรมได้มากขึ้น ความแตกต่างที่มีกรรมการบอร์ดระดับจังหวัดเกิดขึ้นนั้น จะอยู่ที่การมีระบบตรวจสอบ แต่เดิมสำนักงานสาธารณสุขไม่ได้ต้องมีการตรวจสอบจากประชาชน แต่หากมีกรรมการบอร์ดจังหวัดก็สามารถตรวจสอบได้ชัดเจนขึ้น” (แพทย์เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์)

3.5.2 ระบบบริการที่น่าจะเป็นเมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขแก่องค์กรท้องถิ่น

ระบบบริการด้านสุขภาพเมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจนั้น ควรเป็นการตั้งเป้าให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ มีระบบส่งต่อ มีแผนงาน นโยบายที่ชัดเจน และการรับรองมาตรฐานบริการ โดยจัดให้มีการบริการที่เป็นเครือข่าย (networking)

“การถ่ายโอนอำนาจควรให้สาธารณชนได้รับรู้ โดยเฉพาะในเรื่องการได้รับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าการให้บริการนั้นสถานบริการควรเป็นระบบเครือข่ายการบริการ มีระบบส่งต่อ การกำหนดเครือข่ายต้องกำหนดให้ชัดเจนทั้งเรื่องขอบเขตบทบาทหน้าที่และงบประมาณ ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการบอร์ดของจังหวัด ที่ประกอบด้วยภาคราชการ ท้องถิ่น ผู้แทนประชาชน ผู้แทนสถานบริการทั้งรัฐและเอกชน ควรมีการควบคุมมาตรฐานบริการ กำหนดหลักเกณฑ์ในการจ่ายค่าตอบแทน” (แพทย์เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์)

ระบบบริการที่มีการถ่ายโอนภารกิจนั้นต้องมีการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดระบบบริการด้านสุขภาพ “ปัจจุบันในดูแลประชาชนนั้น กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้คิดเพียงผู้เดียว ประชาชนไม่มีโอกาสมาร่วมคิดซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่น่าจะให้ประชาชนได้เข้าใจเรื่องการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การรับรองมาตรฐานบริการเป็นต้น “ (แพทย์เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์)

3.5.3 ภารกิจด้านสาธารณสุขที่ถ่ายโอนแก่องค์กรท้องถิ่น

การถ่ายโอนอำนาจสู่ท้องถิ่นนั้นมีมุมมองที่แตกต่างกัน ระหว่างการพิจารณากระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ โดยเมื่อมองกระทรวงสาธารณสุขมักมองโครงสร้างหน่วยบริการ ที่เห็นชัดได้แก่การมองการโอนย้ายสถานีอนามัย หรือ โรงพยาบาล ในขณะที่กระทรวงอื่นๆจะมองเฉพาะกิจกรรม “แต่เวลาพูดกระทรวงอื่นจะพูดเฉพาะกิจกรรม เช่น กรมป่าไม้เอารักษาป่าไป พัฒนาชุมชนเอาศูนย์เด็กไป กรมทรัพยากรธรณีเอาเรื่องน้ำไป” “ให้มาดูทำความเข้าใจว่า 1000 กิจกรรมในสถานีอนามัยนั้นมีอะไรบ้าง การที่จะเป็นเจ้าของสถานบริการนั้นจะเป็นการมองการรักษาพยาบาลอย่างเดียว” (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)

กิจกรรมที่สามารถถ่ายโอนให้แก่องค์กรท้องถิ่นนั้น ควรเป็นการบริการด้านสุขภาพที่เป็นการรักษาพยาบาลในเบื้องต้นไม่ซับซ้อน เป็นการป้องกันโรค อนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านส่งเสริมเยาวชน “กิจกรรมที่โรงพยาบาลจะสามารถถ่ายโอนให้แก่เทศบาลเลย จะเป็นเรื่องขยะ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ด้านส่งเสริมสุขภาพเยาวชน งานส่งเสริมสุขภาพอื่นๆยังไม่มีการปรึกษากัน ปัจจุบันโรงพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติ เทศบาลเป็นที่ปรึกษา แต่คาดว่าในอนาคตเทศบาลคงเป็นผู้ปฏิบัติและโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษา” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน)

“ในเรื่องการควบคุมโรค อบต.อาจจะดีในเรื่องการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า อาจจะเป็นเพราะมีcaseโดยการสนับสนุนในเรื่องวัคซีน” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน)

“ในการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ท้องถิ่นนั้น ไม่ควรถ่ายโอนเป็นร้อยละหรือสัดส่วนของหน่วยงาน แต่ควรพิจารณาเรื่องกิจกรรมที่ดำเนินการและจะถ่ายโอนมากกว่า และมีหลายกิจกรรมที่สามารถถ่ายโอนจากสถานีอนามัยให้แก่อบต.ได้เลย ซึ่งไม่มีผลกระทบกับกระทรวงสาธารณสุข เช่น งบงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น และควรมีการจัดตั้งหน่วยงานสาธารณสุขขึ้นในส่วนท้องถิ่น เพราะอบต.ที่เล็กๆจะได้ไม่มีปัญหาเรื่องอัตรากำลัง” (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)

“การถ่ายโอนโรงพยาบาลให้เทศบาลดูแลนั้น ปัจจุบันคิดว่าท้องถิ่นยังไม่พร้อม แต่สามารถถ่ายโอนกิจกรรมบางอย่างให้แก่ท้องถิ่นได้ เช่น งานป้องกันโรคและงานคุ้มครองผู้บริโภค มีความเชื่อว่าท้องถิ่นสามารถพัฒนาด้านวิชาการได้ ดังนั้นไม่น่ามีปัญหาในเรื่องการควบคุมโรคบางชนิด เช่น วัณโรค ซึ่งมีกรอบนโยบายระดับประเทศอยู่แล้ว” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน)

"การที่จะให้ท้องถิ่นมาเป็นเจ้าของหน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลนั้น ต้องคำนึงถึงผลที่เกิดขึ้นเพราะจะทำให้ท้องถิ่นมองเห็นเพียงด้านการรักษาพยาบาลอย่างเดียว แต่จริงๆแล้วงานสาธารณสุขนั้นมีลักษณะที่แตกต่างจากกระทรวงอื่นๆหลายประการได้แก่:

- งานสาธารณสุขไม่ได้มีแต่เรื่องการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว
- งานสาธารณสุขเป็นงานที่ต้องใช้เทคโนโลยีที่ลึก การที่นำคนที่ไม่มีความรู้มาบริหารจะไม่สามารถดำเนินการได้
- งานสาธารณสุขไม่ได้เกิดเฉพาะพื้นที่เดียว ต้องดูแลพร้อมๆกันหลายพื้นที่ เช่น การควบคุมโรคติดต่อ และต้องมีการวางแผนล่วงหน้า” (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)

"โรงพยาบาลชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นที่ จะเข้าไปดูแลการสาธารณสุขแนวใหม่ที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนด้วย ซึ่งได้กำหนดแนวทางไว้ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเป็นการดูแลด้านนโยบาย การบริหารจัดการ กำกับ ส่วนระยะต่อไปก็เป็นเรื่องของการมอบให้พื้นที่ดูแล แต่ท้องถิ่นเองยังไม่มีความเข้าใจที่ดี ยังมองเรื่องการรักษาพยาบาลเป็นหลัก และขาดการมีส่วนร่วมที่ดี ชุมชนและท้องถิ่น

ได้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณร่วมในการดำเนินงานของศูนย์แพทย์ชุมชน ต้องการให้โรงพยาบาลเป็นสถานบริการที่รองรับการบริการทางการแพทย์ขั้นทุติยภูมิสูงกว่าศูนย์แพทย์ที่ท้องถิ่นจะมีบทบาทรับผิดชอบซึ่งต้องมีการกำหนดจัดระบบส่งต่อที่ดีด้วย" (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน)

การถ่ายโอนภารกิจการบริการสุขภาพ โดยการโอนงบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้สมควรช่วยเหลือเกื้อกูล(สปร)ให้แก่องค์กรท้องถิ่น เพื่อจัดหาซื้อบริการให้แก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบนั้น ยังคงมีปัญหาเพราะองค์กรท้องถิ่นมีความรู้และประสบการณ์ที่ไม่มากนัก และมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบการจัดสรรและใช้งบประมาณสปร.นี้น้อยมาก

"ตอนนี้เทศบาลเองเขาก็ไม่รู้ว่าเขาเป็นเจ้าของเงินสปร.นะ ตอนนี้สสจ.(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)ต่างหากที่ตัวเองคิดว่าเป็นเจ้าของเงินสปร. การโอนงบประมาณส่วนนี้ให้ท้องถิ่นดำเนินการทางสำนักงานสาธารณสุขเองอาจเป็นผู้ที่ไม่ยอม" (แพทย์เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์)

3.5.4 ระดับองค์กรท้องถิ่นที่จะรับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข

อบจ.สมควรเป็นองค์กรท้องถิ่นที่ดูแลกำกับโรงพยาบาลศูนย์ เพราะต้องดูแลประชาชนทั้งจังหวัดอยู่แล้วและไม่ก่อให้เกิดปัญหาเรื่องพื้นที่ดำเนินการ "องค์กรท้องถิ่นที่โรงพยาบาลศูนย์น่าจะอยู่ในการดูแลกำกับน่าจะเป็นอบจ. เพราะต้องดูแลประชาชนทั้งจังหวัด และสะดวกในเรื่องการให้การสนับสนุนโดยไม่ต้องคำนึงเรื่องพื้นที่" (แพทย์เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์)

อย่างไรก็ตามอบจ.เองก็ยังขาดองค์ความรู้ในการบริหารจัดการโรงพยาบาล ต้องมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้ซึ่งไม่ใช่สิ่งที่ง่ายที่จะดำเนินการ นอกจากนี้การที่อบจ.มีการจัดเก็บภาษีที่น้อยลงอาจเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลโรงพยาบาลศูนย์ รัฐบาลกลางต้องจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้เพียงพอ อบต.นั้นเป็นหน่วยงานที่เล็กเกินไปที่จะดูแลโรงพยาบาลศูนย์ได้ และเทศบาลเองก็ไม่ได้รับผิดชอบประชาชนทั้งจังหวัดเช่นอบจ. อย่างไรก็ตามอบต.เองบางแห่งอาจมีศักยภาพที่สามารถรับโอนการบริหารสถานีอนามัยได้ แต่ต้องเป็นอบต.ที่เข้มแข็งพอ "การถ่ายโอนสถานีอนามัยให้ท้องถิ่นนั้น อบต.ที่รับการถ่ายโอนน่าจะเป็นอบต.ที่เข้มแข็ง" (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน)

การกระจายอำนาจที่โรงพยาบาลจะถ่ายโอนไปสู่ท้องถิ่นนั้นหาก อยู่กับท้องถิ่นการบริหารงานคงจะคล่องตัวมากขึ้น การสนับสนุนงบประมาณของท้องถิ่นน่าจะทำได้คล่องตัวมากกว่ากระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนงบประมาณเพื่อเกลี่ยให้พอดี ท้องถิ่นเองเข้าใจว่ารัฐบาลกลางถือเงินไว้มากซึ่งควรจะสร้างความเข้าใจให้ท้องถิ่นได้รับรู้ว่าจริงๆแล้วรัฐบาลได้โอนงบประมาณที่จำเป็นมาให้เต็มที่แล้ว ซึ่งน่าเป็นเงื่อนไขในการเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานของท้องถิ่นเอง

ในการจัดบริการด้านสุขภาพนั้น ความจริงต้องจัดบริการแก่ประชาชนทั้งหมดทุกคนและโรงพยาบาลชุมชนเองก็ต้องให้บริการที่สูงกว่าในขั้นของ secondary care โดยท้องถิ่นเองน่าจะให้บริการ primary care และไม่เห็นด้วยที่โรงพยาบาลชุมชนจะไปขึ้นกับองค์กรท้องถิ่น เนื่องจากคิดว่าองค์กรท้องถิ่นแม้แต่เทศบาลเองก็ยังไม่มีความพร้อมในปัจจุบันที่จะรับการโอนความรับผิดชอบ ซึ่งต้องการองค์ความรู้อีกหลายอย่างในการรับถ่ายโอน เช่น ความรู้ด้านงบประมาณ ระบบงาน กฎหมายที่เอื้อต่อการดำเนินงาน เป็นต้น

"เพราะถ้าตั้งใจที่จะให้บริการทั้งหมดแล้วอย่างเต็มที่ มันไม่มีใครเป็นเจ้าของเด็ดขาด" "จริงๆแล้วต้องการให้เทศบาลทำทั้ง 3 ด้าน รักษา ป้องกัน ส่งเสริม แต่ไม่ใช่โรงพยาบาลไปอยู่กับเทศบาล แต่เป็นการดูแล primary care โรงพยาบาลเป็น secondary care คอยรับ refer จากเทศบาล" (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน)

“คิดว่า(เทศบาล)ยังไม่พร้อมที่จะรับ ในอนาคตน่าจะเป็นไปได้ แต่มันต้องขึ้นอยู่กับหลายอย่าง เช่น กฎหมาย ความชัดเจนของความเข้าใจในระบบต่างๆ งบประมาณ” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน)

การถ่ายโอนอำนาจสู่อบต.นั้นมีปัญหา เพราะเป็นเรื่องที่ท้องถิ่นต้องปฏิบัติตามที่ส่วนกลางกำหนด และยังมีปัญหาการขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในองค์กรอบต.เองผู้นำท้องถิ่นกับทีมงานประสานงานได้ไม่ดีพอ บางแห่งมีปัญหาขัดแย้งเรื่องพื้นที่ดำเนินการของโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ทั้งอบต.และเทศบาล “ที่สำคัญคือโรงพยาบาลชุมชนนั้น มีพื้นที่ที่รับผิดชอบอยู่ทั้งในส่วนของอบต.และเทศบาล ทำให้สับสนและขัดแย้งกันในการจัดบริการแก่ประชาชน” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน)

“อย่างไรก็ตามท้องถิ่นเองก็ให้ความร่วมมือดีแก่โรงพยาบาล เทศบาลมีทีมงานที่ประสานกันดีจึงสามารถให้การสนับสนุนแก่โรงพยาบาลได้ดีกว่า อบต.เองนั้นมีปัญหาภายในจึงไม่สามารถประสานงานกับโรงพยาบาลได้ดีนัก การถ่ายโอนอำนาจนั้นอบต.ไม่มีความกระตือรือร้นมากนัก ดูจากการเชิญประชุมก็ไม่ค่อยจะเข้าประชุมนัก” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน)

“การที่จะให้อบจ. หรือ อบต.มาเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานสาธารณสุขนั้น ต้องประกอบด้วย criteria หลายประการได้แก่:

- เป็นประชาธิปไตยจริงหรือไม่
- เป็นที่ยอมรับของประชาคมในระดับนั้นๆหรือไม่
- โปร่งใสและยุติธรรมหรือไม่

ในการดำเนินงานปัจจุบันต้องมีการดำเนินงานไปพร้อมๆกันหลายอย่าง ซึ่งประกอบด้วยเรื่องการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น การปฏิรูประบบราชการและภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ การที่ไม่ประสานกันจะไม่สามารถดำเนินการได้ชัดเจน” (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)

3.5.5 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ

การจัดให้มีหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนนั้นเป็นสิ่งที่ดี แต่การให้เป็นสวัสดิการแก่ประชาชนทุกคนนั้นไม่สามารถดำเนินการได้เพราะว่า งบประมาณไม่เพียงพอ การสร้างหลักประกันสุขภาพโดยความสมัครใจคงไม่สามารถทำได้ครบถ้วน ต้องแก้ไขเรื่องทัศนคติ “ต้องทำความเข้าใจกับการมีหลักประกันสุขภาพว่าคนจนได้รับการดูแลฟรี คนชั้นกลางมีการซื้อหลักประกัน คนรวยไม่ต้อง(ช่วยตัวเอง) ข้อมูลตรงนี้ต้องถูกต้องก็จะไปด้วยกันได้”(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)

ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีจำนวนมากที่ยังไม่หลักประกันสุขภาพ แม้จะเป็นพื้นที่ของประกันสังคมเองก็ตาม การสร้างหลักประกันสุขภาพนั้นได้พยายามให้ประชาชนซื้อบัตรสุขภาพมากขึ้น แต่บัตรสุขภาพเองก็สร้างปัญหาการบริการ เพราะส่วนใหญ่ผู้ที่มาซื้อบัตรเป็นคนป่วย การพัฒนาการบริการนั้นก็ต้องดำเนินการไปพร้อมกัน เพราะผู้ป่วยก็จะมาใช้บริการในโรงพยาบาลที่มีการบริการดีกว่าที่อื่นๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาได้เช่นกัน

การให้ท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบงบประมาณผู้สมควรเกื้อกูลและให้ซื้อหาบริการนั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนบางคนไม่เห็นด้วยเพราะเป็นเชิงการค้ามากเกินไป ควรเป็นลักษณะการมีส่วนร่วมแต่แรกทั้งการบริหารจัดการและงบประมาณ การนำเงินที่เก็บได้มาจัดบริการแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบคิดว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้อง แต่ควรมีการดำเนินงานร่วมกัน โดยโรงพยาบาลควรได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่แรกทั้งด้านการเงินและการจัดการ โดยเฉพาะการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะการที่องค์กรท้องถิ่นมีอำนาจในการซื้อ

บริการแต่ฝ่ายเดียวอาจสร้างปัญหาเพราะแม้โรงพยาบาลเองสามารถให้บริการที่ดี แต่ท้องถิ่นอาจไม่ซื้อบริการจากโรงพยาบาลก็ได้

"ไม่เห็นด้วย100%เพราะเหมือนการต่อรอง โดยใช้หลักของการค้ามากกว่าการดูแลสุขภาพ จริงๆแล้วน่าจะมามีส่วนร่วมตั้งแต่แรก ทั้งการบริหารจัดการและงบประมาณ ถึงโรงพยาบาลบริการดีแต่ท้องถิ่นไม่ซื้อบริการด้วยเหตุผลอะไรก็แล้วแต่ใครจะรับผิดชอบเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในการซื้อบริการ และเป็นการถูกควบคุมทางอ้อมด้วย" (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)

การสร้างหลักประกันโดยมีการจัดเก็บภาษีสุขภาพเพิ่มเติมเป็นสิ่งที่น่าดำเนินการและอาจเป็นไปได้ แต่ไม่ควรเป็นลักษณะของการซื้อขาย การที่ท้องถิ่นจะเก็บภาษีท้องถิ่นแล้วนำมาใช้จ่ายดูแลประชาชนในท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ถูกต้อง แต่องค์กรที่ดูแลน่าจะร่วมกันดูแล การกระจายอำนาจเองอาจก่อปัญหาในการดำเนินการ โดยทำให้องค์กรต่างๆอยู่แยกกันไม่ได้มีส่วนร่วมกันในการดำเนินงาน "องค์กรที่จะไปดูแลไม่น่าจะแยกกันชัดเจน น่าจะร่วมกันดูแลมากกว่า...ในรูปกรรมการน่าจะมีความมั่นคงแน่นอนกว่า ผลสุดท้ายก็อาจจะไม่ได้กระจายอำนาจต่างคนต่างอยู่ ส่วนราชการก็อยู่ส่วนราชการ อาจจะนำอำนาจมาใช้ผิดวิธีก็ได้" (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน)

ปัญหาของการสร้างหลักประกันสุขภาพปัจจุบัน ไม่มีการพิจารณาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การที่ provincial health board เป็นทั้งผู้ซื้อและให้บริการนั้น คิดว่ามีข้อดีมากกว่าข้อเสีย เพราะว่าสามารถวางแผนการใช้งบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากเป็นเพียงผู้ขายบริการและใครซื้อก็ขายจะทำให้เป็นการบริการด้านการรักษาพยาบาลมากกว่า ในการดูแลการบริการก็สามารถจัดทำได้หลายขั้นตอน องค์กรท้องถิ่นสามารถดูแลตรวจสอบการบริการ กระทรวงสาธารณสุขเองสามารถประเมินด้านวิชาการ ประชาชนที่เป็นตัวแทนในคณะกรรมการก็สามารถให้ข้อมูล feed back ให้คณะกรรมการได้รับทราบ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยกำหนดเป็นกฎหมายนั้น คงดำเนินการไม่ง่าย ควรเป็นการดำเนินงานที่ค่อยๆเปลี่ยนแปลงจะดีกว่า "ข้อดีคือจะรู้ เพราะกระทรวงสาธารณสุขทำมานานแล้ว กำหนดงบ กำหนดวิธีการบริหาร ให้บริการด้วย provincial health board ขยายกว้างขึ้น มีคนนอกเข้ามา จะมีคนบางส่วนที่ทำงานให้บริการ แล้วมาจัดสรรงบ ซึ่งก็ดีกว่าเก่ามาก...ไม่เห็นด้วยกับการบริการอย่างเดียวแล้วใครมาซื้อก็ขาย ส่วนใหญ่จะมีแต่การรักษาพยาบาลอย่างเดียว" (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)

3.6 โรงพยาบาลเทศบาล

โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลเทศบาลแห่งเดียวในประเทศไทย ส่วนสถานบริการอื่นๆของเทศบาลจะเป็นเพียงสถานบริการสาธารณสุขเท่านั้น ได้มีการให้บริการแก่ประชาชนในท้องถิ่นทั้งในและนอกเขตรับผิดชอบ มีการให้บริการที่มากขึ้นจนได้รับการอนุมัติโดยคณะบริหารของท้องถิ่นให้ขยายโรงพยาบาล มีการบริการทั้งผู้ป่วยนอกและใน มีเตียงรับผู้ป่วยในจำนวน 30 เตียง มีอัตรากำลังประกอบด้วยแพทย์และบุคลากรอื่นๆ ปัจจุบันมีแพทย์ 5 คน ไม่เต็มกรอบอัตรากำลังที่กำหนดไว้ 9 คน ทันตแพทย์ 2 คน มีความรับผิดชอบเช่นเดียวกับโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงของกระทรวงสาธารณสุข มีการให้บริการผู้ป่วยประเภทต่างๆ เช่นเดียวกับกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ ข้าราชการอื่นๆ ที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามกระทรวงการคลังกำหนด

การสนับสนุนได้รับงบประมาณจากองค์กรท้องถิ่นคือภาษีที่เทศบาลจัดเก็บ มีการกำหนดให้นำเงินรายได้จากการให้บริการมาใช้เป็นเงินกองทุนหมุนเวียนเพื่อใช้ในการซื้อเวชภัณฑ์ คล้ายเงินบำรุงของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีประมาณ 10 ล้านบาท ในขณะเดียวกันสถานบริการสาธารณสุขก็ยังมีกองทุน

หมุนเวียนในลักษณะเดียวกันนี้แต่มีขนาดที่เล็กกว่า ศูนย์บริการสาธารณสุขนั้นจะมีแพทย์หมุนเวียนไปตรวจผู้ป่วย 2 คน โดยเวียนไปทุกวันศุกร์ แพทย์ที่หมุนออกไปให้การบริการ เป็นอาจารย์แพทย์ของคณะแพทย์ โดยจ้างเป็นรายชั่วโมงๆ ละ 300 บาท คุณภาพการบริการนั้นประชาชนที่มารับบริการก็ยอมรับว่าดี ไม่มีกลไกการตรวจสอบคุณภาพการบริการที่ชัดเจนใช้เพียงดูจากปริมาณผู้มารับบริการที่มากขึ้นเรื่อยๆ การตรวจสอบมักมาจากการร้องเรียนของผู้มารับบริการที่ร้องทุกข์กับผู้บริหารท้องถิ่นมากกว่า แต่ปัจจุบันยังไม่มีเรื่องเกิดขึ้น ยกเว้นการร้องเรียนเล็กๆน้อยๆที่ได้รับก็นำมาแก้ไขข้อบกพร่อง

การปฏิบัติงานของแพทย์โรงพยาบาลท้องถิ่น เมื่อเปรียบเทียบกับกระทรวงสาธารณสุขแล้วไม้แตกต่างกันนัก การทำงานของแพทย์โรงพยาบาลท้องถิ่นมีสภาพการทำงานที่อิสระและคล่องตัวกว่า สามารถตัดสินใจได้ง่ายกว่าเช่นการตัดสินใจในการจัดระบบริการเป็นต้น

การขอรับการสนับสนุนเรื่องบุคลากร เครื่องมือทางการแพทย์ นั้น เป็นการขอตามเหตุผลที่ต้องการมากกว่าที่จะกำหนดเป็นกรอบอัตรากำลังหรือกรอบเครื่องมือ การขอสนับสนุนจะต้องดำเนินการเมื่อมีการเปิดสภา โดยเฉพาะในงบประมาณขนาดมากๆเป็นเงินล้านๆบาท งบประมาณที่ขอส่วนใหญ่เป็นเงินเดือนค่าจ้าง ระบบอัตราเงินเดือนก็เป็นระบบคล้ายกับของกระทรวงสาธารณสุข แต่สิทธิด้านอื่นๆในการตอบแทนนั้น จะต้องอ้างอิงกับระเบียบกระทรวงสาธารณสุขโดยต้องทำเรื่องอนุโลม ซึ่งใช้เวลาในการดำเนินหลายเดือนประมาณ 7-8 เดือน เพราะต้องเข้าที่ประชุมคณะกรรมการบริหารส่วนท้องถิ่น เปรียบเทียบกับกระทรวงสาธารณสุขแล้วสิทธิค่าตอบแทนจะน้อยกว่า ในการถ่ายโอนภารกิจกระทรวงสาธารณสุขอาจจะเล็กลง อย่างไรก็ตามระเบียบค่าตอบแทนควรเท่าเทียมกันและมีมาตรฐานที่เหมือนกัน

การฝึกอบรมหรือลาศึกษาต่อจะมีการพิจารณาว่าจะนำเอามาใช้ประโยชน์ได้อย่างไร แค่ไหน โดยมีการพิจารณาจากคณะอนุกรรมการ ซึ่งประกอบด้วยผู้อำนวยการกอง ปลัดเทศบาล รองปลัดเทศบาล นายกเทศมนตรี และ เทศมนตรี มาพิจารณาร่วมกัน แต่ข้อมูลจะอยู่ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นผู้ป้อนข้อมูลให้

ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลเทศบาลนั้น ส่วนใหญ่สามารถเก็บเงินได้ ที่ต้องให้บริการรักษาพยาบาลฟรีนั้นมีประมาณ 20% ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายให้ผู้ป่วยที่มีบัตรรักษาพยาบาลฟรีต้องจ่ายด้วยงบประมาณของท้องถิ่นเองก่อนแล้วได้รับงบประมาณคืนมาซึ่งก็ได้รับคืนเพียงพอกับที่จ่ายไป ส่วนที่ขาดไม่เพียงพอก็เบิกจ่ายจากเทศบาลคืน ค่าใช้จ่ายที่เทศบาลจ่ายในส่วนสาธารณสุขนั้นเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายอื่นจะน้อยมาก ที่เก็บค่ารักษาพยาบาลก็ไม่แพงมากนัก มีการคิดค่าบริการเพิ่มจากต้นทุนเพียง15% ซึ่งหากคิดแล้วยังขาดทุนอยู่ จำนวนผู้ที่มารับบริการมีผู้ป่วยนอกประมาณ 120 คน มีการให้บริการคลีนิกนอกเวลาสำหรับผู้ป่วยทันตกรรม

โรงพยาบาลเทศบาลอยู่ในการดูแลของกองการแพทย์ ทำหน้าที่เกี่ยวกับงานเวชกรรม จึงมีบทบาทส่วนใหญ่ในการรักษาพยาบาล แต่ศูนย์บริการสาธารณสุขจะขึ้นกับกองการสาธารณสุข ซึ่งรับผิดชอบในด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การฉีดวัคซีน ดูแลหญิงตั้งครรภ์ ควบคุมโรคติดต่อ สุขศึกษาและการวางแผนครอบครัว ซึ่งการทำงานคล่องตัวแต่การประสานงานอาจไม่ดี จึงมีการวางแผนที่จะรวมกองการแพทย์และกองการสาธารณสุขเข้าเป็นหน่วยงานเดียว เรียกว่าสำนักสาธารณสุข ซึ่งโรงพยาบาลเทศบาลจะเล็กลงมีบทบาทเพียงเป็นหน่วยงานหนึ่งในสำนักสาธารณสุขและอาจขึ้นตรงกับสำนักสาธารณสุขโดยตรง เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหาร ส่วนศูนย์บริการสาธารณสุขก็อยู่ในการดูแลของกองการสาธารณสุขอย่างเดิม

บทที่ 4 บทสรุปและข้อเสนอแนะ

บทที่4 เป็นการสรุปผลการวิจัยที่ได้ดำเนินการเพื่อให้ทราบข้อมูลที่ชัดเจนสำหรับแนวทางในการดำเนินการในอนาคต จากข้อมูลที่สรุปได้จะนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่จะสามารถนำไปสู่นโยบายในการปฏิบัติต่อไป ส่วนที่ขาดองค์ความรู้ก็จะถูกนำไปเป็นความรู้เบื้องต้นในการศึกษาวิจัยต่อไป

4.1 บทสรุปจากการศึกษาวิจัย

จากการศึกษาวิจัยที่ได้ดำเนินการมานั้น สามารถรวบรวมเป็นข้อสรุปที่สำคัญสำหรับประเด็นต่างๆขององค์กรท้องถิ่นทั้งอบจ. เทศบาล อบต. กรุงเทพมหานคร และ ส่วนสาธารณสุขที่อยู่ภายใต้ท้องถิ่น สำหรับเป็นแนวทางการปฏิบัติเพื่อการถ่ายโอนอำนาจด้านสาธารณสุข และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนในพื้นที่ ได้ดังนี้

- รูปแบบการกระจายอำนาจขององค์กรท้องถิ่น
- การดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรท้องถิ่นระดับต่างๆ
- การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขแก่องค์กรท้องถิ่น
- การโอนสถานบริการให้องค์กรท้องถิ่นดูแล
- ปัญหาการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในเขตรอยต่อขององค์กรท้องถิ่น
- การวางแผน การบริหารบุคคล กับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขขององค์กรท้องถิ่น
- การจัดหารายได้ และการบริหารงบประมาณขององค์กรท้องถิ่น
- แนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขององค์กรท้องถิ่น

4.1.1 รูปแบบการกระจายอำนาจขององค์กรท้องถิ่นในประเทศไทย

จากข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาพบว่า องค์กรท้องถิ่นทุกระดับในประเทศไทยนั้นมีอำนาจความรับผิดชอบที่เป็นอิสระมากกว่าเดิมจากระบบราชการไทย โดยส่วนที่สำคัญได้แก่อำนาจด้านการเงินการคลังที่มีอิสระมากขึ้น โดยสามารถจัดหารายได้จากการเรียกเก็บภาษีในพื้นที่ของตนเองได้ มีอำนาจในการอนุมัติการจ่ายเงินได้ตามแผนงานโครงการที่ท้องถิ่นกำหนดขึ้นเอง และสามารถเก็บสะสมเงินที่เหลือไว้ใช้ต่อไปในปีงบประมาณอื่นๆ ซึ่งเหล่านี้แสดงถึงความเป็นอิสระ อำนาจที่ได้รับถ่ายโอนที่สำคัญอีกประการได้แก่ การบริหารงานบุคคลที่ท้องถิ่นสามารถดูแลได้อิสระมากขึ้น แม้ต้องรับภาระการจ่ายค่าจ้างเงินเดือนที่มากกว่าครึ่งของงบประมาณที่มีจัดเก็บและได้รับอุดหนุน นอกจากนี้องค์กรท้องถิ่นระดับต่าง โดยเฉพาะขนาดใหญ่อย่างเช่นกรุงเทพมหานครเองก็ได้รับการกระจายอำนาจที่ผู้บริหารเป็นนักการเมืองที่มาจากการเลือกตั้ง ไม่ใช่การแต่งตั้ง สามารถกำหนดกฎระเบียบและข้อบังคับที่ใช้จัดระเบียบในพื้นที่ได้เอง อำนาจและความเป็นอิสระอื่นๆที่องค์กรท้องถิ่นได้รับยังมีหลายประเด็น เช่น ความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายของท้องถิ่น การมีอำนาจในการวางแผนที่ตอบสนองความต้องการของท้องถิ่นและส่วนกลาง การมีอำนาจในการประสานโดยตรงกับหน่วยงานอื่นๆ และ อำนาจในการจัดสรรทรัพยากรที่มี เป็นต้น เหล่านี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการปกครองของท้องถิ่นได้เปลี่ยนแปลงไปจากระบบรวมศูนย์อำนาจจากส่วนกลางที่เรียกว่า Integrated deconcentration ไปสู่การกระจายอำนาจที่ท้องถิ่นมีอิสระ

มากขึ้นที่เรียกว่า Devolution แม้จะเป็นในระดับการกระจายอำนาจที่ไม่มากเช่นกับประเทศอื่นๆที่มีการกระจายอำนาจมานานแล้ว (COLLINS 1994, MILL 1994)

จากความเป็นอิสระขององค์กรท้องถิ่นที่มีมากขึ้น ย่อมส่งผลให้บทบาทด้านการคลังสาธารณสุขและการจัดบริการมีความสำคัญมากกว่าเดิม ความเป็นอิสระที่มากขึ้นประกอบกับการมีศักยภาพในการจัดเก็บรายได้ขององค์กรท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่ๆ ได้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดและเทศบาลขนาดใหญ่ๆ จะยิ่งทำให้บทบาทในการสนับสนุนด้านการเงินการคลังสาธารณสุขและการซื้อบริการมีความสำคัญยิ่งขึ้น ในขณะที่องค์กรท้องถิ่นระดับล่างและขนาดเล็กๆเช่น เทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล ก็มีอิสระในการจัดบริการแก่ประชาชนในพื้นที่ยิ่งขึ้น เพียงแต่ว่าองค์กรท้องถิ่นเหล่านี้ให้ความสำคัญของกิจกรรมด้านสาธารณสุขมากน้อยเพียงใดเท่านั้น

4.1.2 การดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์กรท้องถิ่นระดับต่าง ๆ

โดยรวมแล้วองค์กรท้องถิ่นที่มีอยู่ในประเทศไทยปัจจุบันไม่ว่าอบต. เทศบาล อบจ. และ องค์กรท้องถิ่นแบบพิเศษอย่างกรุงเทพมหานครได้มีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขทุกระดับ ต่างกันเพียงแต่ลักษณะและปริมาณของกิจกรรมด้านสาธารณสุขเท่านั้น ส่วนใหญ่แล้วองค์กรท้องถิ่นจะดำเนินการด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และ สิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์กรท้องถิ่นที่ระดับต่ำๆ อาจเป็นเพราะว่าองค์กรท้องถิ่นมีบทบาทด้านอื่นๆที่เป็นปัญหาสำคัญและเร่งด่วนกว่า และมีความจำเป็นในการตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน เช่น การก่อสร้างโครงสร้างพื้นฐานประเภทถนน เป็นต้น นอกจากนี้การที่องค์กรท้องถิ่นดังกล่าวมีการดำเนินการด้านสาธารณสุขจำกัด อาจเป็นเพราะยังขาดแคลนด้านงบประมาณและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความรู้ความชำนาญในการจัดบริการ ยกเว้นแต่เทศบาลขนาดใหญ่และกรุงเทพมหานครที่มีสถานบริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลขนาดต่างๆ ที่มีศักยภาพสูงสำหรับให้บริการด้านรักษาพยาบาลในระดับทุติยภูมิขึ้นไปได้ อย่างไรก็ตามการบริการก็ไม่ครอบคลุมทั่วถึงจำเป็นต้องร่วมมือกับหน่วยบริการในสังกัดอื่นๆเพื่อให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่

การดำเนินงานด้านสาธารณสุข องค์กรท้องถิ่นเองคงไม่สามารถดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการขึ้นใหม่ได้ทุกพื้นที่เนื่องจากการมีทรัพยากรและงบประมาณจำกัด ยกเว้นองค์กรท้องถิ่นขนาดใหญ่ๆเช่นเทศบาลขนาดใหญ่บางพื้นที่ ที่อาจสามารถจัดตั้งหน่วยบริการขึ้นมาเองได้ องค์กรท้องถิ่นจึงสามารถดำเนินการได้โดยการเข้ามาดูแลกำกับหน่วยบริการที่มีอยู่เดิม ซึ่งแนวทางที่จะเข้ามาดูแลกำกับมีหลายแนวทาง ซึ่งควรดำเนินการแบบค่อยเป็นค่อยไป ตั้งแต่การเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารในคณะกรรมการบริหาร การกำกับดูแลโดยการซื้อบริการ และสุดท้ายกำกับดูแลอย่างเป็นหน่วยงานในสายบังคับบัญชาโดยตรงตามที่กฎหมายกำหนด

4.1.3 การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขแก่องค์กรท้องถิ่น

โดยทั่วไปนโยบายการถ่ายโอนภารกิจไม่ชัดเจนมีเพียงการกำหนดเป็นกฎหมายเท่านั้น แต่แนวทางการดำเนินงานก็ไม่มีทิศทางที่แน่ชัด แม้มีการจัดตั้งคณะกรรมการในการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจก็ไม่สามารถกำหนดแนวทางและทิศทางได้ชัดเจน ปัญหาการดำเนินงานที่ทั้งด้านนโยบายและแผนการดำเนินงานไม่แน่ชัดนั้นอาจเป็นจากสาเหตุที่สำคัญได้แก่ การไม่มีประสบการณ์ในการถ่ายโอนภารกิจ การขาดแคลนด้านงบประมาณ และการหวงอำนาจและบทบาทที่มีอยู่เดิมในส่วนราชการเดิมโดยเฉพาะในส่วนกลาง

จากความคิดเห็นของทั้งองค์กรท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ต้องการให้การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขนั้นมีการดำเนินการเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องและค่อยเป็นค่อยไป โดยพิจารณาถึงความพร้อมขององค์กรท้องถิ่นและกิจกรรมที่จะถ่ายโอน กิจกรรมที่จะถ่ายโอนนั้นควรเป็นกิจกรรมที่เป็นเรื่องที่ไม่ซับซ้อนและใช้ความรู้ความชำนาญที่ไม่ใช่วิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สูง ซึ่งน่าจะเริ่มจากกิจกรรมด้านป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และ กิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อมก่อน

ในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขนั้น องค์กรท้องถิ่นเองมีปัญหาขาดแคลนด้านงบประมาณและบุคลากรอย่างยิ่ง ดังนั้นในความเห็นขององค์กรท้องถิ่นจึงต้องการให้การถ่ายโอนภารกิจนั้นมีการมอบงบประมาณและคนมาให้ท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการในคราวเดียวกัน ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญอย่างยิ่งเพราะจะมีความสัมพันธ์กับการบริหารบุคคลที่จะเป็นปัญหาสร้างความต่อต้านและความขัดแย้งในการกระจายอำนาจ ในการจัดบริการด้านสุขภาพนั้น การกระจายอำนาจด้านการคลังนับว่าเป็นสิ่งที่องค์กรท้องถิ่นยอมรับว่ามีความเป็นไปได้ เพราะไม่ต้องการความรู้ความสามารถเฉพาะทางดังเช่นด้านการแพทย์และบุคลากรก็ไม่ต้องมีจำนวนมากนัก

แนวทางการถ่ายโอนภารกิจต้องมีการวางแผนให้สอดคล้องทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องมีการเตรียมทีมบริหารให้มีความพร้อม สามารถเข้าใจระบบบริการด้านสุขภาพและระบบการคลังสาธารณสุข ผู้บริหารที่เข้ามาบริหารองค์กรท้องถิ่นทั้งที่มาจากการเมืองและข้าราชการประจำ ควรมีวิสัยทัศน์ ความรู้ และความเข้าใจของการคลังสาธารณสุข โดยเฉพาะข้าราชการประจำควรมีประสบการณ์ในด้านการจัดบริการสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม ซึ่งจะทำให้เกิดการบริหารงานของหน่วยบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

4.1.4 การโอนสถานบริการให้องค์กรท้องถิ่นดูแล

ในการโอนสถานบริการให้ท้องถิ่นดูแลนั้นมีการกำหนดไว้ในกฎหมายที่ไม่ชัดเจน โดยทั่วไปองค์กรท้องถิ่นและผู้เชี่ยวชาญด้านการบริการสาธารณสุขมีความเห็นสอดคล้องกันว่า อบต.นั้นมีข้อจำกัดอย่างยิ่งทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร และความรู้ความสามารถ เพราะเป็นองค์กรท้องถิ่นที่จัดตั้งใหม่และศักยภาพยังไม่สูงพอที่จะบริหารจัดการสถานบริการด้านสาธารณสุขที่ซับซ้อนอย่างโรงพยาบาลได้ จึงมีความเหมาะสมในระดับเพียงที่จะดูแลบริหารจัดการสถานีอนามัยได้เท่านั้น โรงพยาบาลต้องการองค์กรท้องถิ่นที่มีศักยภาพสูงกว่าซึ่งน่าจะเป็นเทศบาลที่จะดูแลโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลชุมชนนั้นเทศบาลตำบลเองน่าจะสามารถดูแลบริหารจัดการได้ ซึ่งคงต้องพิจารณาถึงระดับเทศบาลเพราะหากเป็นเทศบาลที่มีขนาดเล็กๆก็อาจไม่สามารถเข้ามาดูแลได้เพราะไม่มีงบประมาณและบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเพียงพอ โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลทั่วไปคงต้องให้เทศบาลขนาดใหญ่เป็นผู้ดูแล ส่วนโรงพยาบาลศูนย์นั้นเป็นสถานบริการที่ให้บริการทางการแพทย์ที่ระดับตติยภูมิน่าจะให้กระทรวงสาธารณสุขบริการจัดการต่อไป เนื่องจาดต้องการงบประมาณและความรู้ความสามารถที่สูงมาก แม้องค์กรท้องถิ่นจะมีความเห็นต่อการโอนสถานบริการระดับต่างๆให้แก่องค์กรท้องถิ่นเพื่อดูแลก็ตาม ผู้บริหารองค์กรท้องถิ่นทุกระดับก็ยังไม่มีความมั่นใจในการที่จะดูแลสถานบริการต่างๆนั้นทันที ต้องมีการเรียนรู้และเจรจาสร้างความเข้าใจก่อนจะมีการถ่ายโอน

การโอนสถานบริการให้ท้องถิ่นดูแลนั้น บุคลากรด้านสาธารณสุขเองไม่เห็นด้วยที่จะให้มีการโอนแบบตัดตอนระดับสถานบริการให้แตกแยกออกจากกัน เนื่องจากจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบบริการและการส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาลที่ดีในอนาคต

การโอนสถานบริการจากรัฐบาลแก่องค์กรท้องถิ่น ต้องสร้างความมั่นใจให้แก่ทั้งผู้รับโอนและผู้ปฏิบัติ โดยผู้รับโอนต้องได้รับความเชื่อมั่นด้านงบประมาณและกำลังคนจากรัฐบาล ซึ่งงบประมาณด้านการลงทุนรัฐบาลกลางต้องมีบทบาทรับภาระในการสนับสนุน ขณะเดียวกันผู้ปฏิบัติต้องมีความมั่นใจว่ามีความมั่นคงในหน้าที่การงาน ไม่น้อยกว่าเดิมที่มีอยู่ หน่วยบริการเองควรมีความเป็นอิสระในการดำเนินงานแบบองค์กรอิสระที่จะทำให้ไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของการเมืองท้องถิ่น

4.1.5 ปัญหาการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในเขตรอยต่อขององค์กรท้องถิ่น

การดำเนินงานในเขตรอยต่อขององค์กรท้องถิ่นนั้น เป็นข้อกำหนดตามกฎหมายที่ต้องขออนุญาตเจ้าของพื้นที่เมื่อองค์กรท้องถิ่นหนึ่งต้องการที่จะเข้าไปดำเนินการในพื้นที่อีกแห่งหนึ่ง รวมทั้งการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเช่นกัน ปัญหาดังกล่าวจึงเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับทุกงานที่ท้องถิ่นจะดำเนินการแม้กิจกรรมด้านโครงสร้างพื้นฐาน

ปัญหาของอบจ.ที่ต้องดูแลประชากรทั้งจังหวัด หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ไม่มีพื้นที่เฉพาะของ อบจ.เอง จึงทำให้การดำเนินงานนั้นไม่ชัดเจน แต่ในทางตรงข้ามก็สามารถใช้เป็นจุดแข็งที่จะเป็นองค์กรประสานงานในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เช่น การจัดการเรื่องกำจัดขยะและน้ำเสียเป็นต้น

การดำเนินงานในส่วนรอยต่อนั้นมีผลมาจากความแตกต่างขององค์กรท้องถิ่น ทั้งด้านศักยภาพการบริหารงานและขนาดงบประมาณ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมระหว่างพื้นที่ขึ้น เช่น ประชาชนในเขตเทศบาลซึ่งมีทรัพยากรที่สมบูรณ์กว่าย่อมมีความเป็นอยู่ที่ดีกว่า อบต.ที่ใกล้เคียงแต่ขาดแคลนทรัพยากร ซึ่งด้านสาธารณสุขเองก็มีปัญหาในทำนองเดียวกัน เพราะหากองค์กรท้องถิ่นใดที่มีทรัพยากรที่พร้อมกว่าการบริการและการสนับสนุนทรัพยากรด้านสาธารณสุขก็จะมากกว่าและดีกว่า ซึ่งพบเห็นได้จากตัวอย่างที่แม้สถานีอนามัยเองก็มีงบประมาณในการจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ เช่น ยูนิตทำฟันราคาแพงมาไว้บริการและมีการจ้างแพทย์และทันตแพทย์มาให้บริการเป็นพิเศษ ในขณะที่องค์กรท้องถิ่นบางแห่งแม้งบประมาณด้านเวชภัณฑ์เองก็ไม่เพียงพอ ปัญหาที่สำคัญที่จะพบได้ในการกระจายอำนาจและหากเกิดการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขและสถานบริการ นั้น จะเกิดทันทีที่สถานบริการถูกมอบให้องค์กรท้องถิ่นแห่งหนึ่งดูแล และเกิดการใช้บริการข้ามเขตรอยต่อ ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นแน่นอนและหลีกเลี่ยงไม่ได้ องค์กรท้องถิ่นที่เป็นภาระรับผิดชอบต้องมีปัญหาเรื่องงบประมาณและการดูแลบริหารจัดการ ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อการบริการเพราะต้องเกิดการเรียกเก็บค่าบริการที่ผู้มาใช้บริการไม่ใช่ประชาชนในพื้นที่ ดังนั้นการถ่ายโอนภารกิจและสถานบริการด้านสาธารณสุขต้องมีการพิจารณาวางแผนการจัดบริการที่จะเกิดปัญหาเหล่านี้ด้วย

4.1.6 การวางแผน การบริหารบุคคล กับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขขององค์กรท้องถิ่น

องค์กรท้องถิ่นนั้นมีการจัดทำแผนงานโครงการต่างๆที่เกี่ยวข้องหลายด้านที่มีผลกระทบโดยตรง และโดยอ้อมต่อด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตามแผนงานสาธารณสุขจะอยู่ในลำดับความสำคัญที่ท้ายๆ เพราะส่วนใหญ่เรื่องแผนงานโครงการที่สำคัญจะเป็นเรื่องของการก่อสร้างโครงสร้างพื้นฐาน สิ่งแวดล้อม การจัดหาน้ำอาชีพ มากกว่าจะเป็นเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตเช่นด้านสาธารณสุข เพราะเป็นเรื่องที่นามธรรมกว่า ใช้เวลาและงบประมาณมากกว่า ไม่สามารถนำมาใช้เพื่อการหาเสียงการเมืองท้องถิ่นได้ การวางแผนขององค์กรท้องถิ่นนั้น เมื่อเทียบกับการดำเนินงานในระบบราชการปกติที่มีการรวมอำนาจในส่วนกลางนั้น มีความคล่องตัวกว่าและอิสระกว่า นอกจากนี้องค์กรท้องถิ่นเองยังกล่าวว่าจะสามารถถูกตรวจสอบด้วยประชาชนได้ดีกว่า ซึ่งความ

เป็นจริงการตรวจสอบมักเป็นเรื่องของระบบราชการมากกว่าประชาชน อย่างไรก็ตามรัฐบาลเองก็ยังไม่ให้อิสระแก่องค์กรท้องถิ่น ดังจะเห็นได้จากการจัดทำแผนงานโครงการที่ต้องมีส่วนกลางรับรู้และตรวจสอบ และ การจัดสรรงบประมาณก็จัดสรรในลักษณะที่เป็นงบอุดหนุนเฉพาะกิจ หรือ งบอุดหนุนทั่วไปที่มีข้อกำหนดไว้ตรวจสอบได้อย่างค่อนข้างเข้มงวด

การบริหารบุคคลนั้นองค์กรท้องถิ่นยังขาดบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างมาก แม้แต่องค์กรท้องถิ่นขนาดใหญ่ๆอย่างเทศบาลนครและอบจ.ก็ยังไม่มีบุคลากรที่รับผิดชอบอย่างเพียงพอ การที่จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพออาจมาจากการที่กำหนดภารกิจด้านสาธารณสุขขององค์กรท้องถิ่นมีไม่มาก และความสำคัญของงานสาธารณสุขได้รับการยอมรับที่ไม่มากเช่นกัน ปัญหาเหล่านี้ก็พบได้ในโรงพยาบาลเทศบาลและโรงพยาบาลของกรุงเทพมหานคร ที่มีบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ หรือแม้แต่มีอัตราตำแหน่งว่างก้ไม่มีผู้ขอย้ายมาปฏิบัติงานโดยเฉพาะสายงานแพทย์ สาเหตุของการขาดแรงจูงใจในการชักนำให้มาทำงานคงมาจากการได้รับผลตอบแทนเป็นเบี้ยเลี้ยงที่ไม่เท่ากับแพทย์กระทรวงสาธารณสุข และขาดแรงจูงใจทางด้านวิชาการในการศึกษาต่อเพื่อความก้าวหน้าในหน้าที่การงานและวิชาชีพ สำหรับการถ่ายโอนอำนาจนั้นการบริหารบุคคลนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทั้งองค์กรท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขไม่สามารถปรับความเข้าใจได้ดี เนื่องจากการไม่ยอมรับของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อผู้นำและศักยภาพองค์กรท้องถิ่น อีกทั้งขาดความมั่นใจในความก้าวหน้าของหน้าที่การงาน สวัสดิการและความมั่นคงในชีวิตการทำงาน เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเฉพาะกลุ่มวิชาชีพด้านการแพทย์เป็นผู้มีความรู้และตำแหน่งหน้าที่การงานในราชการที่สูงกว่ากลุ่มข้าราชการและผู้นำองค์กรท้องถิ่น

4.1.7 การจัดหารายได้ และการบริหารงบประมาณขององค์กรท้องถิ่น

รายได้ขององค์กรท้องถิ่นนั้นส่วนใหญ่ได้จากการจัดเก็บภาษีในพื้นที่ และการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางที่จัดสรรงบประมาณมาให้เพิ่มเติม ปัญหาของการจัดหารายได้นั้นแม้จะมีการจัดเก็บภาษีได้ผลมากขึ้นแต่ก็ยังไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่จริงๆ เนื่องจากองค์กรท้องถิ่นเองขาดองค์ความรู้และประสบการณ์ในการจัดเก็บภาษีโดยเฉพาะภาษีที่มีความซับซ้อน แม้จะมีการจัดทำแผนที่ภาษีแต่ก็ไม่ได้มีการจัดทำอย่างถูกต้องทั่วถึงทุกองค์กรท้องถิ่น รัฐบาลกลางเองก็ยังมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการจัดเก็บภาษีแทนท้องถิ่น และภาษีบางอย่างยังไม่มีการกระจายออกมาสู่ท้องถิ่น เช่น ภาษีค่าธรรมเนียมทรัพยากรธรรมชาติ ป่าไม่ แร่ธาตุเป็นต้น กฎหมายที่กำหนดการจัดเก็บภาษีก็ยังขาดการปรับปรุงให้ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เช่น บริษัทแม่ที่จัดตั้งในกรุงเทพมหานครสามารถจ่ายภาษีที่ส่วนกลางแทนการจ่ายภาษีแก่ท้องถิ่นมีการจัดตั้งโรงงานอยู่เป็นต้น ทำให้ท้องถิ่นเองมีข้อจำกัดในการเรียกเก็บภาษี ปัญหาเรื่องการจัดสรรภาษีคืนแก่ท้องถิ่นก็คงมีปัญหาเนื่องจากข้อมูลที่ใช้ในการจัดสรรงบประมาณนั้นใช้จำนวนประชากรในพื้นที่และการจัดเก็บรายได้ของท้องถิ่น ซึ่งข้อมูลที่ใช้ไม่ทันและตรงกับข้อมูลปัจจุบัน ทำให้การจัดสรรงบประมาณไม่ถูกต้องและไม่เป็นธรรม เช่น การนำข้อมูลปีพ.ศ. 2503 มาเป็นข้อมูลในการจัดสรรงบประมาณของปี 2542 เป็นต้น อย่างไรก็ตามข้อมูลที่มีไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในการวิเคราะห์ข้อมูลรายรับรายจ่ายขององค์กรท้องถิ่นทั้งประเทศ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ไม่ครอบคลุม

โดยทั่วไปแล้วองค์กรท้องถิ่นขนาดใหญ่ๆ เช่น เทศบาลขนาดใหญ่ และอบจ.จะมีการวางแผนบริหารงบประมาณ ทำให้งบประมาณที่ใช้น้อยกว่ารายได้ที่จัดเก็บได้ ทำให้มีเงินสะสมเหลือในแต่ละปีจนมีเงินสะสมเป็นสิบและร้อยล้านบาท ในขณะที่องค์กรท้องถิ่นที่เกิดใหม่อย่างอบต.งบประมาณไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่งบประมาณ

ที่ได้รับองค์กรท้องถิ่นจะนำไปใช้จ่ายเพื่อรายจ่ายประจำ ได้แก่เงินเดือน ค่าจ้าง เป็นต้น เป็นส่วนใหญ่ทำให้เหลืองบประมาณที่น้อยเพื่อใช้ในการพัฒนา

การกระจายอำนาจที่กำหนดให้องค์กรท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มเป็น 20% และ 35% ของงบประมาณรัฐบาลนั้น องค์กรท้องถิ่นเองเกือบทุกระดับไม่แน่ใจในความเป็นจริง เพราะทราบดีว่ารัฐบาลฐานะเงินไม่มั่นคงและจน ผู้นำองค์กรท้องถิ่นหลายคนเชื่อว่าน่าจะเป็นประเด็นการหาเสียงและลดแรงต่อต้านขององค์กรท้องถิ่นมากกว่า อย่างไรก็ตามองค์กรท้องถิ่นทุกระดับคิดว่า หากการเพิ่มขึ้นของงบประมาณเป็นจริงก็จะส่งผลดีต่อการพัฒนาท้องถิ่นเพราะสามารถนำมาใช้เพื่อการพัฒนาชุมชนในพื้นที่ของตนเองได้ มีผู้ที่เป็นห่วงว่าอาจจะก่อให้เกิดการทุจริตงบประมาณได้ซึ่งแนวทางการแก้ไขต้องใช้การตรวจสอบจากประชาชนเป็นใหญ่ ประสบการณ์ในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า ประชาคมที่เข็มแข็งสามารถช่วยในการตรวจสอบการทำงานของท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถลดปัญหาการทุจริตที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักการเมืองท้องถิ่นที่ตองอาศัยฐานเสียงในการเลือกตั้ง

4.1.8 **แนวคิดการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขององค์กรท้องถิ่น**

การสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนนั้นองค์กรท้องถิ่นทุกระดับยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดี แนวทางการจัดทำหลักประกันสุขภาพนั้นหากรับบาลจะให้เป็นแบบสวัสดิการสังคม ท้องถิ่นเองไม่แน่ใจว่าจะทำได้เพราะใช้งบประมาณสูงในขณะที่ประเทศไทยมีสภาวะเศรษฐกิจตกต่ำและยากจน สิ่งสำคัญคือผู้ด้อยโอกาสนั้นท้องถิ่นต้องดูแลอยู่แลและรัฐบาลคงต้องให้การดูแล ส่วนประชาชนที่สามารถดูแลตนเองได้นั้นควรช่วยเหลือตัวเอง แนวทางการช่วยเหลือตนเองนั้นหลักประกันสุขภาพแบบประกันสังคมเป็นสิ่งดีที่น่าจัดทำ การดำเนินงานบัตรสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขเองก็สามารถใช้ได้แต่คงไม่สามารถดำเนินการได้ทุกพื้นที่ เพราะความนิยมไม่เหมือนกันทั้งนี้ขึ้นกับคุณภาพและความสะดวกของการจัดบริการ

การจัดเก็บภาษีสุขภาพมีข้อโต้แย้งอย่างมากแม้ท้องถิ่นคิดว่าป็นสิ่งที่เป็นไปได้ และสามารถใช้เป็นทางเลือกเพื่อจัดหางบประมาณเพิ่มเติมสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน แต่การดำเนินการคงไม่ง่าย เพราะมีผลกระทบต่อการเมืองท้องถิ่น นอกจากนี้เป็นการจัดเก็บภาษีซ้ำซ้อนซึ่งรัฐบาลน่าจะดำเนินการในคราวเดียวกับการจัดเก็บภาษีอื่นๆ

การโอนอำนาจการคลังสุขภาพให้ท้องถิ่นดำเนินการ เพื่อสามารถจัดบริการและสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่นั้น แนวทางของประกันสังคมสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางดำเนินการเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้และคิดว่าสามารถดำเนินการได้ง่ายกว่าการเข้าไปดูแลสถานบริการ โดยทั่วไปแล้วท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินการด้านสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้ด้อยโอการและผู้ยากจนน้อยมาก ทั้งด้านการจัดทำบัตรสงเคราะห์และการเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารงบประมาณ ท้องถิ่นเองคิดว่าแนวทางเดิมของการจัดทำงบประมาณและการบริหารงบประมาณน่าจะสามารถใช้เป็นแนวทางดำเนินการได้ เพียงแต่หากท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการก็จะทำให้เกิดประสิทธิภาพดีขึ้น เพราะท้องถิ่นอยู่ใกล้ชิดประชาชนจะทราบปัญหาและความต้องการของประชาชนและมีการตรวจสอบได้ด้วยประชาชนมากกว่าระบบราชการเดิม แต่ความเป็นจริงการตรวจสอบมักเป็นเรื่องของทางราชการมากกว่า

กรณีที่งบประมาณของการสร้างหลักประกันสุขภาพไม่เพียงพอ ท้องถิ่นมีความเห็นว่าเป็นสิ่งที่ท้องถิ่นเองสามารถจัดหางบประมาณที่มีมาสนับสนุนได้ แต่สำหรับองค์กรท้องถิ่นที่ขนาดเล็กและงบประมาณน้องคงไม่สามารถดำเนินการได้ ปัจจุบันสิ่งที่ท้องถิ่นสามารถสร้างหลักประกันแก่ประชาชนในพื้นที่ได้ก็เพียงการสนับสนุน

งบประมาณเวชภัณฑ์บางส่วนให้ประชาชนสามารถได้รับบริการอย่างเพียงพอ แต่เดิมองค์กรท้องถิ่นเข้าใจว่าสถานบริการสาธารณสุขมีงบประมาณเพียงพอแต่จริงๆประชาชนมารับบริการมากจนงบประมาณขาดแคลน

4.2 **ข้อเสนอแนะ**

ผลการศึกษาที่ได้รับมีประเด็นที่น่าสนใจหลายประการ ที่สามารถนำมาประกอบเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการกระจายอำนาจและถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข รวมทั้งเป็นองค์ความรู้สำหรับใช้ในการศึกษาวิจัยค้นคว้าต่อไปในอนาคต

4.2.1 **ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข**

- นโยบายการกระจายอำนาจไม่ได้กำหนดการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไว้อย่างชัดเจน ซึ่งก่อปัญหาในการดำเนินงาน ตั้งแต่การวางแผนและการกำหนดกิจกรรม การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องกำหนดในรายละเอียดให้ชัดเจนว่าจะถ่ายโอนกิจกรรมอะไร อย่างไร เมื่อใด และ ใครมีส่วนต้องรับผิดชอบ มากกว่าจะกำหนดเป็นกฎหมายการปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงกว้างๆ นอกจากนี้การกำหนดกฎหมายนั้นต้องมีผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านสาธารณสุขเข้าไปมีส่วนร่วมด้วย จึงจะทำให้การกำหนดกิจกรรมนั้นๆสามารถถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงที่สามารถดำเนินการได้ การกำหนดนโยบายที่ชัดเจนต้องกระทำทั้งในระดับรัฐบาลกลาง ที่ต้องให้การสนับสนุนด้านงบประมาณและการเปิดโอกาสให้ประชาชนในท้องถิ่นได้แสดงความคิดเห็นในการกระจายอำนาจ
- นโยบายด้านบุคคลเป็นสิ่งที่มีความละเอียดอ่อนที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญ เพราะการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขนั้นมีผลกระทบอย่างมากต่อการบริหารบุคคล เนื่องจากกิจกรรมด้านสาธารณสุขนั้นเป็นการบริการที่ใช้บุคลากรจำนวนมาก การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพไม่เพียงแต่ต้องการงบประมาณในการดำเนินการ แต่ยังต้องการบุคลากรจำนวนมากที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ ดังนั้นการสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจ เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงในการปฏิบัติงานของบุคลากร นับว่าการบริหารบุคคลนี้ เป็นจุดแตกหักที่จะทำให้การถ่ายโอนกิจกรรมและการดำเนินงานด้านสาธารณสุขล้มเหลวหรือสำเร็จ ท้องถิ่นนั้นขาดแคลนบุคคลทั้งระดับบริหารและปฏิบัติ รัฐบาลต้องกำหนดแนวทางการจัดหาบุคลากรให้ท้องถิ่นที่ชัดเจนและเพียงพอ การกำหนดความก้าวหน้าและความมั่นคงในหน้าที่การงานให้แก่ผู้ปฏิบัติย่อมสร้างแรงจูงใจให้เกิดการโอนย้าย และการจัดการอบรมที่ตรงกับส่วนขาด ย่อมสามารถสร้างความเข้มแข็งแก่ท้องถิ่น
- การสร้างความเข้าใจกับท้องถิ่นเรื่องการรับผิดชอบด้านสาธารณสุขในกิจกรรมที่จะได้รับถ่ายโอนนับว่าเป็นเรื่องสำคัญ ท้องถิ่นเองควรมีความรู้ความเข้าใจว่างานด้านสาธารณสุขนั้นเป็นงานที่มีความสำคัญต่อประชาชน เพราะเป็นการสร้างความแข็งแรงและสมบูรณ์ของสุขภาพ ดังนั้นการดำเนินงานต้องมุ่งประโยชน์ของประชาชน การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไม่ใช่เป็นการเสริมความเข้มแข็งของท้องถิ่น แต่ท้องถิ่นต้องสร้างความเข้มแข็งเพื่อรองรับภารกิจที่มีมากและใช้เวลาในการดำเนินการนาน ดังนั้นการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจึงต้องมีการพิจารณาให้รอบคอบว่า องค์กรท้องถิ่นที่มารับโอนนั้น มีความพร้อมและเข้มแข็งดีพอหรือไม่อย่างไร ซึ่งไม่เพียงการมีงบประมาณเพียงพอเท่านั้นแต่ต้องมีพื้นฐานความคิดและความเข้าใจที่ถูกต้องด้วย

- การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขนั้น จำเป็นต้องพิจารณาให้เกิดการประสานงานของกิจกรรมทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง เพื่อให้เกิดการต่อเนื่องของกิจกรรมทุกด้านของสุขภาพ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และ สิ่งแวดล้อม การกำหนดแนวทางการประสานงานนั้น อาจทำให้การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขชัดเจนขึ้น เพราะจะทำให้เข้าใจว่าท้องถิ่นควรรับผิดชอบอะไร แค่ไหน และ อย่างไร ระดับใดของท้องถิ่นที่จะรับผิดชอบมากน้อยอย่างไร สถานบริการจำเป็นต้องให้ท้องถิ่นระดับไหนดูแลและมากน้อยแค่ไหน การถ่ายโอนสถานบริการแก่ท้องถิ่นแบบแยกส่วนดังในประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวียนจะก่อให้เกิดผลดีแก่ประเทศไทยจริงหรือไม่ เพราะประเทศไทยมีขนาดที่ใหญ่กว่ามาก ซึ่งอาจต้องการข้อมูลที่มากกว่าที่มีปัจจุบัน และ การศึกษาวิจัยในภายหน้าอาจมีความจำเป็นอย่างยิ่ง
- การกำหนดกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่จะถ่ายโอนนั้นจะมีผลกระทบต่อทั้งระบบบริการและการคลังสาธารณสุข ซึ่งการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพิจารณาระบบบริการและการคลังสาธารณสุข เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการดำเนินการด้านสาธารณสุขและลดปัญหาความไม่เป็นธรรมของการบริการสุขภาพ ซึ่งปัญหาการจัดบริการในเขตรอยต่อและการบริการข้ามเขต กับการส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาล มีความสำคัญอย่างยิ่ง
- การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับการสร้างหลักประกันของการได้รับบริการด้านสุขภาพที่ประชาชนควรได้รับ โดยเฉพาะในภาวะที่สับสนของการถ่ายโอนภารกิจ แต่เป็นสิ่งที่น่าวิตกว่านโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ไม่ได้ถูกกำหนดไว้ในระดับชาติหรือท้องถิ่นเลย จึงจำเป็นที่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรได้รับการพิจารณาและศึกษาให้ชัดเจนเพื่อให้เกิดการกำหนดนโยบายที่เป็นรูปธรรม
- การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น จำเป็นต้องมีการศึกษาอย่างมากโดยเฉพาะด้านการคลังสาธารณสุข เพื่อให้กำหนดได้ชัดเจนว่าภาระด้านการเงินที่จะเกิดตามมานั้นมีมากน้อยอย่างไร ใครต้องรับภาระ ประชาชนหรือรัฐบาล รัฐบาลระดับชาติและองค์กรท้องถิ่นควรมีบทบาทมากน้อยแค่ไหน และภาระด้านการเงินควรมีอย่างไร ซึ่งข้อมูลเหล่านี้คงต้องเป็นปัญหาทางการวิจัยที่ต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

4.2.2 **คำถามวิจัย**

จากองค์ความรู้ที่ไม่สมบูรณ์ทำให้มีคำถามที่ต้องการคำตอบเชิงวิจัยหลายประการ ได้แก่

- ภารกิจด้านสาธารณสุขอะไรบ้างที่ท้องถิ่นควรต้องรับผิดชอบ โดยเฉพาะหากต้องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ท้องถิ่นควรมีบทบาทด้านสาธารณสุขอะไร อย่างไร มากน้อยแค่ไหน ทั้งด้านการบริการและการคลังสาธารณสุข
- ภาระด้านการเงินการคลังเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ท้องถิ่นและรัฐบาลส่วนกลางมีความพร้อมอย่างไร แค่ไหน เพื่อร่วมกันกำหนดนโยบายการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประชาชนเองควรมีส่วนร่วมอย่างไร หากต้องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทางเลือกที่ดีของภาระด้านการเงินท้องถิ่นควรเป็นอย่างไร และสามารถดำเนินการได้เป็นรูปธรรมมากน้อยแค่ไหน

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงภาษาไทย

1. ชาชิวัฒน์ ศรีแก้ว และคณะ (2538) *พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 และความรู้เกี่ยวกับการบริหารราชการไทย* กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์พัฒนศึกษา
2. ลือชา วนรัตน์ และ คณะ (2540) *บทบาทของอบต.ในงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* กรุงเทพมหานคร: สำนักวิชาการ กรมอนามัย

เอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ

1. ABEL-SMITH B (1992) Health insurance in developing countries: lessons from experiences *HEALTH POLICY AND PLANNING* 2(3) pp215-226.
2. AIBAN A and GRONVALD L F (1995) *The Nordic Lights New Initiatives in Health Care System: The Danish Health Care Sector-Towards the Future* Edited by Anita Alban and Terkel Christiansen Odense University Press.
3. BIRD R M and SLACK E (1991*) LOCAL GOVERNMENT: AN INTERNATIONAL PERSPECTIVE; THE ROLE OF LOCAL TAXES AND USER CHARGES* Editors J. Owens and G. Panella pp 83-97 New York: ELSEVIRE SCIENCE PUBLISHING.
4. BOSSERT T (1996) *Health policy and systems development; An agenda for research: Decentralization* Edited by Katja Janovasky pp147-159 Geneva: WHO.
3. BROGEN P-O and BROMMELS M (1990) CENTRAL AND LOCAL CONTROL IN NORDIC HEALTH CARE: THE PUBLIC ORGANISATION SPECTRUM REVISED *INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT* Vol.5 pp.27-39.
4. CAPUNO J J and SOLON O (1996) THE IMPACT OF DEVOLUTION ON LOCAL HEALTH EXPENDITURES: ANECDOTES AND SOME ESTIMATES FROM THE PHILIPPINES *Philippine Review and Economics and Business* VolumeXXXIII No.2 December pp.283-318.
5. COLLINS C (1989) Decentralization and the need for political and critical analysis *HEALTH POLICY AND PLANNING 4(2)* pp 168-171
5. COLLINS C (1994) *MANAGEMENT AND ORGANIZATION OF DEVELOPING HEALTH SYSTEMS* Oxford: Oxford University Press.
6. COLLINS C (1996) *Health policy and systems development; An agenda for research: Decentralization* Edited by Katja Janovasky pp 161-178 Geneva: WHO.
7. COLLINS C and GREEN A (1994) DECENTRALIZATION AND PRIMARY HEALTH CARE: SOME NEGATIVE IMPLICATIONS IN DEVELOPING COUNTRIES *International Journal of Health Services* Volume4 Number3 pp 459-475.
8. CONYERS D (1983) Decentralization: the latest fashion in development administration? *PUBLIC ADMINISTRATION AND DEVELOPMENT Vol.3* pp 97-109.

9. DANIEL W W (1991) *BIOSTATISTICS: A FOUNDATION FOR ANALYSIS IN THE HEALTH SCIENCES FIFTH EDITION* New York: John Wiley&Sons.
6. DIDERICHSEN F (1999) Devolution in Swedish Health Care: Local government isn't powerful enough to control costs or stop privatisation *BMJ* Volume 318, 1 May pp.1156-1157.
7. ELSTAD J I (1990) HEALTH SERVICES AND DECENTRALIZED GOVERNMENT: THE CASE OF PRIMARY HEALTH CARE SERVICES IN NORWAY *International Journal of Health Services* Volume 20 Number 4 pp.545-559.
8. ERICHSEN V (1995) Health Care Reform in Norway: The End of the "Profession State"? *Journal of Health Politics, Policy and Law* Vol.20 No.3 Fall pp.719-737.
9. FLAVIER J D A (1999) *Some Philippine health financing issues* Manila (Unpublished).
10. GARPENBY P (1995) Health Care Reform in Sweden in the 1990s: Local Pluralism versus National Coordination *Journal of Health Politics, Policy and Law* Vol.20 No.3 Fall pp.695.
11. GRONVALD L F and AIBAN A (1995) *The Nordic Lights New Initiatives in Health Care System: Health Care in Denmark* Edited by Anita Alban and Terkel Christiansen Odense University Press.
12. GRYTTEN J, RONGEN G and SORENSEN R (1995) Can a Public Health Care Achieve Equity? The Norwegian Experience *MEDICAL CARE* Volume 33 Number 9 pp.938-951.
13. GUDFINNDOTTIR G K and GUNNARSSON D A (1995) *The Nordic Lights New Initiatives in Health Care System: Health Care in Iceland* Edited by Anita Alban and Terkel Christiansen Odense University Press.
14. HAKANSSON S and NORDLING S (1997) *HEALTH CARE AND REFORM IN INDUSTRIALIZED COUNTRIES: The Health System of Sweden* edited by Marshell W. Raffel The Pennsylvania State University Press.
15. HAKKINEN U (1995) *The Nordic Lights New Initiatives in Health Care System: Health Care in Finland* Edited by Anita Alban and Terkel Christiansen Odense University Press.
16. JOHANSEN A S (1995) *The Nordic Lights New Initiatives in Health Care System: Primary Care in Denmark* Edited by Anita Alban and Terkel Christiansen Odense University Press.
17. JOHANSSON L (1991) Elderly care policy, formal and informal care: The Swedish case *Health Policy* Aug. 18(3) pp.231-42.
18. JOHANSSON L (1997) Decentralisation from acute to home care setting in Sweden *Health Policy* 41 Suppl. pp. S131-S143.
19. KOIVUSALO M (1999) Decentralisation and equity of health care provision in Finland *BMJ* Volume 318, 1May pp.1198-1200.

20. LARIOSA T R, MANTALA M J and LORENZO M E (1999) *THE EFFECT OF DEVOLUTION ON THE NATIONAL TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAM: PHILIPPINE CASE STUDIES* University of Philippines, Manila.
21. LEACH S and STEWART M (1992) *LOCAL GOVERNMENT ITS ROLE AND FUNCTION* Joseph Rowntree Foundation.
22. LINDGREN B (1995) *The Nordic Lights New Initiatives in Health Care System: Health Care in Sweden* Edited by Anita Alban and Terkel Christiansen Odense University Press.
23. MILL A (1994) Decentralization and accountability in the health sector reform an international perspective: what are the choices? *PUBLIC ADMINSTRATION AND DEVELOPMENT* Vol.14 pp.281-292.
24. PHILIPPINE LOCAL GOVERNMENT ACADAMY (1997) *INNOVATION: EXCELLENCE IN LOCAL GOVERNANCE*.
25. RAMIRO L S, TAN-TORRES T L and CASTILLO F A et al (1999) *STRUCTURE, PROCESS AND OUTCOMES OF DECISION-MAKING IN HEALTH: CASE STUDIES ON THE EFFECTIVENESS OF CENTER-LOCAL MECHANISMS IN THE PHILIPPINES POST DEVOLUTION* University of Philippines (UP).
26. SALTMAN R B and FIGUERAS J (1997) *EUROPEAN HEALTH CARE REFORM: ANALYSIS OF CURRENT STRATEGIES* pp.43-58 WHO.
27. SORENSEN R, RONGEN G and GRYTTEN J (1997) LOCAL GOVERNMENT DECISION-MAKING AND ACCESS TO PRIMARY PHYSICIAN SERVICES IN NORWAY *Journal of Health Services* Volume 27 Number 4 pp.697-720.
28. SUJARIYAKUL A (1999) *Study on Family's Ability-to-pay (ATP) and Financially Catastrophic Illness (FCI) among inpatients in Songkhla Province, Thailand* (PhD Epidemiology) Prince of Songkhla University, Faculty of Medicine.
29. SUPACHUTIKUL A (1996) *Situational Analysis on Health Insurance and Future Development* Bangkok, Thailand: Thailand Health Research Institute.
30. TAN J G (1998) *Achieving Universal Coverage of Health Care: experiences from Philippines* pp.242-256 Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health, Thailand.
31. TORRES C E and LORENZO F M E (1999) *Policy Briefing Paper on HEALTH AND DEVOLUTION IN THE PHILIPPINES: An Overview* (unpublished).
32. UNDE A (1995) *The Nordic Lights New Initiatives in Health Care System: Health Care in Norway* Edited by Anita Alban and Terkel Christiansen Odense University Press.
33. WHO (2000) *The WORLD HEALTH REPORT 2000 Health System: Improving Performance* Geneva: WHO.

34. WHO (1998) *HEALTH AND GOVERNANCE IN EUROPEAN CITIES: A compendium of trend and responsibility for public health in 46 member states of the WHO European region* Geneva: WHO.

35. WORLD BANK (1998) *Health, Nutrition and Population Strategy Note*.

ภาคผนวก

แบบฟอร์มการสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิจัยเรื่อง การสร้างหลักประกันสุขภาพแบบทั่วถึง และ การกระจายอำนาจสู่องค์กรท้องถิ่น: ความเป็นไปได้ของการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หัวข้อคำถามการวิจัย

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์……

ตำแหน่ง……

อายุ……ปี เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในองค์กรท้องถิ่น……..ปี ……เดือน

ชื่อองค์กรท้องถิ่น……..

สถานที่ตั้ง: ตำบล……

อำเภอ/เขต……

จังหวัด……

ประเภทองค์กรท้องถิ่น: ( ) เขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร

( ) เทศบาล ตำบล/ เมือง/ นคร

( ) องค์การบริหารส่วนจังหวัด

( ) องค์การบริหารส่วนตำบล

บทบาทขององค์กรท้องถิ่นด้านต่าง ๆ:

1. **การออกกฎหมายเพื่อการดูแลด้านสาธารสุขและด้านอื่น ๆมีอย่างไร ขอบเขตแค่ไหน**?
2. **อำนาจหน้าที่ในการจัดหารายได้ท้องถิ่นมีหรือไม่ มากน้อยแค่ไหน และจัดหารายได้จากอะไร**? (**มีข้อมูลการจัดเก็บรายได้แต่ละปีอย่างไร จำนวนเท่าไร**?)
3. **ในการวางแผนการดำเนินงานมีอำนาจหน้าที่อย่างไร**? **ขบวนการในการวางแผนมีอย่างไร**?
4. **ด้านการกำกับดูแลทั้งด้านสาธารณสุขและด้านอื่น ๆ เช่นการศึกษามีหรือไม่**? **มากน้อยแค่ไหน**?
5. **อำนาจหน้าที่ในการวางแผนจัดสรรงบประมาณมีหรือไม่**? **อย่างไร**?
6. **การบริหารจัดการด้านบุคลากรมีอย่างไร**? **มากน้อยแค่ไหน ตั้งแต่ขบวนการจัดหา บรรจุแต่งตั้ง เลื่อนขั้นเงินเดือน การจ่ายค่าตอบแทน การลงโทษและการเลิกจ้าง**
7. **การบริหารจัดการด้านงบประมาณมีหรือไม่**? **มากน้อยแค่ไหน ตั้งแต่การจัดทำงบประมาณ การอนุมัติ การเปลี่ยนแปลงหมวดงบประมาณ และ การใช้จ่ายงบประมาณที่ได้รับจัดสรร**
8. **ด้านการพัสดุมีอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบการพัสดุอย่างไร**? **ในขบวนการจัดซื้อจัดจ้าง ตั้งแต่การวางแผนความต้องการ การจัดหา การคัดเลือก การตรวจรับ และการจำหน่าย จนถึงการอนุมัติจ่ายเงิน**

9. **การดูแลรักษาสถานที่ พัสดุ ครุภัณฑ์ มีบทบาทมากน้อยแค่ไหน และ รับผิดชอบอย่างไร? โดยเฉพาะการรับผิดชอบในการซ่อมบำรุง**
10. **การประสานการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีหรือไม่ มากน้อยแค่ไหน? มีการประสานงานแบบชั่วคราวเป็นครั้งคราว หรือ เป็นประจำ? มีการประสานงานด้านกำลังคนและงบประมาณหรือไม่? มากน้อยแค่ไหน? การประสานงานมีสภาพหรือปัญหาอุปสรรคด้านการบังคับบัญชาหรือไม่ อย่างไร และมากน้อยแค่ไหน?**
11. **มีการประสานงานในองค์กรหรือไม่? มากน้อยแค่ไหน? มีปัญหาอุปสรรคในการประสานงานอย่างไร? มากน้อยแค่ไหน?**
12. **ด้านการพัฒนาโดยการจัดฝึกอบรม มีบทบาทอย่างไร? มากน้อยแค่ไหน? และด้านใดบ้าง?**
13. **ในการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บทบาทขององค์กรท้องถิ่นดังกล่าวข้างต้นควรมีอะไรบ้าง อย่างไร? และเปลี่ยนแปลงจากเดิมมากน้อยแค่ไหน? บทบาทใดที่คิดว่าสำคัญในระบบการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า?**

ความรู้และทัศนคติต่อการมีหลักประกันสุขภาพแบบทั่วถึง:

1. ท่านเข้าใจการมีหลักประกันสุขภาพแบบทั่วถึงอย่างไร? หมายถึงอะไร? มีความสำคัญอย่างไร?
2. การสร้างหลักประกันสุขภาพแบบทั่วถึงของประเทศไทย ควรมีรูปแบบอย่างไร? แบบสวัสดิการสังคมโดยรัฐรับผิดชอบ หรือ แบบประกันสุขภาพคล้ายประกันสังคม? ท่านคิดว่าทั้งสองแบบมีข้อดีและด้อยอย่างไร?
3. แหล่งเงินของการสร้างหลักประกันสุขภาพแบบทั่วถึงของประเทศไทยควรมาจากแหล่งใด? จากภาษีรายได้รัฐ ภาษีสุขภาพ ภาษีเฉพาะ เช่น เหล้า บุหรี่ จากระบบการออม หรือ จากการจ่ายเบี้ยประกัน หากมาจากหลายแหล่งควรประกอบด้วยสัดส่วนต่างกันมากน้อยแค่ไหน?
4. การจัดเก็บเงินเบี้ยประกันควรเป็นบทบาทของใคร? อย่างไร? และองค์กรท้องถิ่นควรมีบทบาทอย่างไรในขบวนการจัดเก็บเบี้ยประกัน? มากน้อยแค่ไหน?
5. การจ่ายค่าตอบแทนการบริการแก่ผู้ให้บริการ ควรเป็นลักษณะใด? จ่ายล่วงหน้า หรือ จ่ายเมื่อมารับบริการ หรือ จ่ายหลังจากการรับบริการ เพื่อให้เกิดการบริการที่ดี และควรจ่ายแบบใด เช่นเหมาจ่าย จ่ายตามชนิดการบริการ หรือจ่ายตามชนิดโรคที่เจ็บป่วย หรือจ่ายตามความรุนแรงของการป่วย หรือจ่ายรวมหลายวิธี และมีหลักเกณฑ์การจ่ายอย่างไร?
6. การจัดบริการสาธารสุขในท้องถิ่น เช่น การกำจัดขยะ การดูแลความสะอาด การให้การวัคซีนป้องกันโรค การกำจัดน้ำเสีย ควรเป็นความรับผิดชอบขององค์กรท้องถิ่น หรือ องค์กรอื่นๆ มากน้อยแค่ไหน? อย่างไร?
7. สถานบริการสาธารสุขของรัฐ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล หากโอนมาอยู่ในการรับผิดชอบขององค์กรท้องถิ่น มีความเป็นไปได้มากน้อยแค่ไหน? เหมาะสมเพียงใด? และคิดว่ามีปัญหาอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดอะไรบ้าง?
8. องค์กรท้องถิ่นของท่านควรมีบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาการสร้างหลักประกันสุขภาพแบบทั่วถึงอย่างไร? มีศักยภาพมากน้อยแค่ไหน? โดยเฉพาะด้านการเงินและการบริหารจัดการ

ศักยภาพขององค์กรท้องถิ่น

1. การจัดเก็บภาษีท้องถิ่น มีภาษีอะไรที่เป็นรายได้หลักขององค์กรท้องถิ่น? หลักเกณฑ์ในการจัดเก็บมีอย่างไร? ใครกำหนด? เหมาะสมหรือไม่? (ข้อมูลการจัดเก็บภาษีย้อนหลัง 3 ปี)
2. รายจ่ายขององค์กรท้องถิ่นประกอบด้วยหมวดอะไร? มากน้อยแค่ไหน? ด้านสาธารณสุข หรือ สุขภาพ มากน้อยแค่ไหน เมื่อเทียบกับด้านโครงสร้างพื้นฐาน การศึกษา และอื่นๆ (ข้อมูลงบประมาณรายจ่ายย้อนหลัง3 ปี ในหมวด และด้านต่างๆ และข้อมูลที่จ่ายเพื่อการก่อสร้างโครงสร้างพื้นฐาน เช่นถนน เพื่อการจัดเก็บและทำลายขยะ การจัดหาน้ำสะอาด โครงการด้านสาธารณสุข อื่นๆ)
3. สถานะ การเงินการคลังและหนี้สิน เงินกู้ที่ผูกพัน (ถ้ามี) ขององค์กรท่านมีอย่างไร? ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลางหรือไม่? มากน้อยแค่ไหน?
4. การสร้างเงินรายได้ขององค์กรท้องถิ่นมีแนวโน้มอย่างไร? มีการดำเนินธุรกิจ ในเขตรับผิดชอบขององค์กรท้องถิ่นท่าน มากน้อยแค่ไหน? เศรษฐกิจมีการขยายตัวอย่างไร? ในเขตรับผิดชอบขององค์กรท่านมีแหล่งทรัพยากรอะไร? มากน้อยแค่ไหน? ก่อให้เกิดรายได้แก่องค์กรท้องถิ่นท่านหรือไม่? มากน้อยแค่ไหน?