

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
Health Systems Research Institute (HSRI)



โครงการวิจัยประเมินผลแผนการกระจายอำนาจให้แก่
อปท. ด้านสุขภาพ

วันที่ 14 มกราคม 2556

Novotel Siam Square

คณะผู้วิจัย

ผศ.ดร.ศุภสวัสดิ์ ชัชวาล (ที่ปรึกษาโครงการวิจัย)

อาจารย์ ดร.ศุภชัย ศรีสุชาติ (หัวหน้าโครงการวิจัย)

อาจารย์ ดร.แก้วขวัญ ตั้งติพงศ์กุล

อาจารย์ ดร.อนิณ อรุณเรืองสวัสดิ์

นายนรา เป้นประหยัด

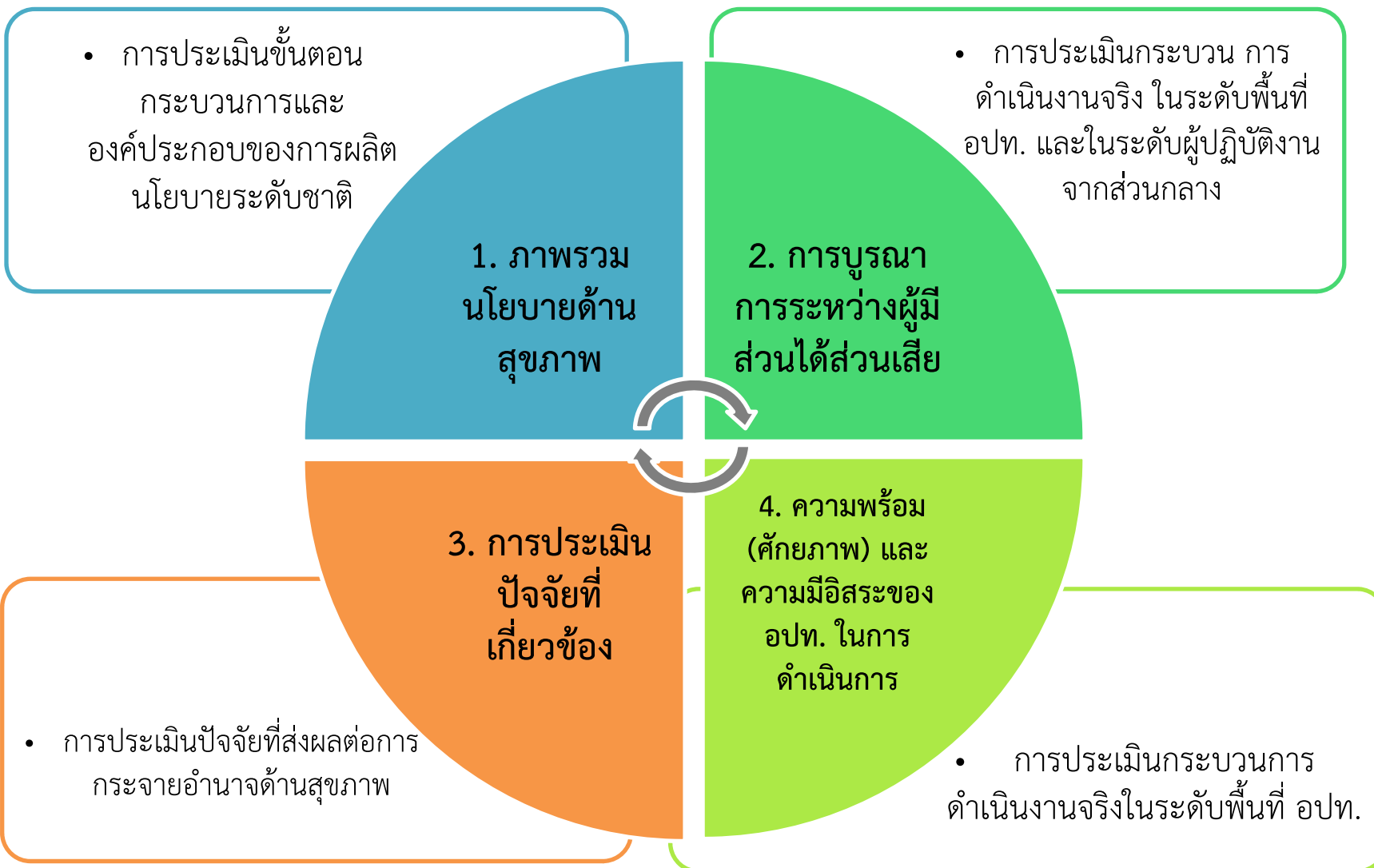
วัตถุประสงค์หลัก

- เพื่อประเมินผลแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. พ.ศ. 2542 แผนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. (ฉบับที่ 1 และ 2) ตลอดจนแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. (ฉบับที่ 1 และ 2) โดยเป็นการประเมินในส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ

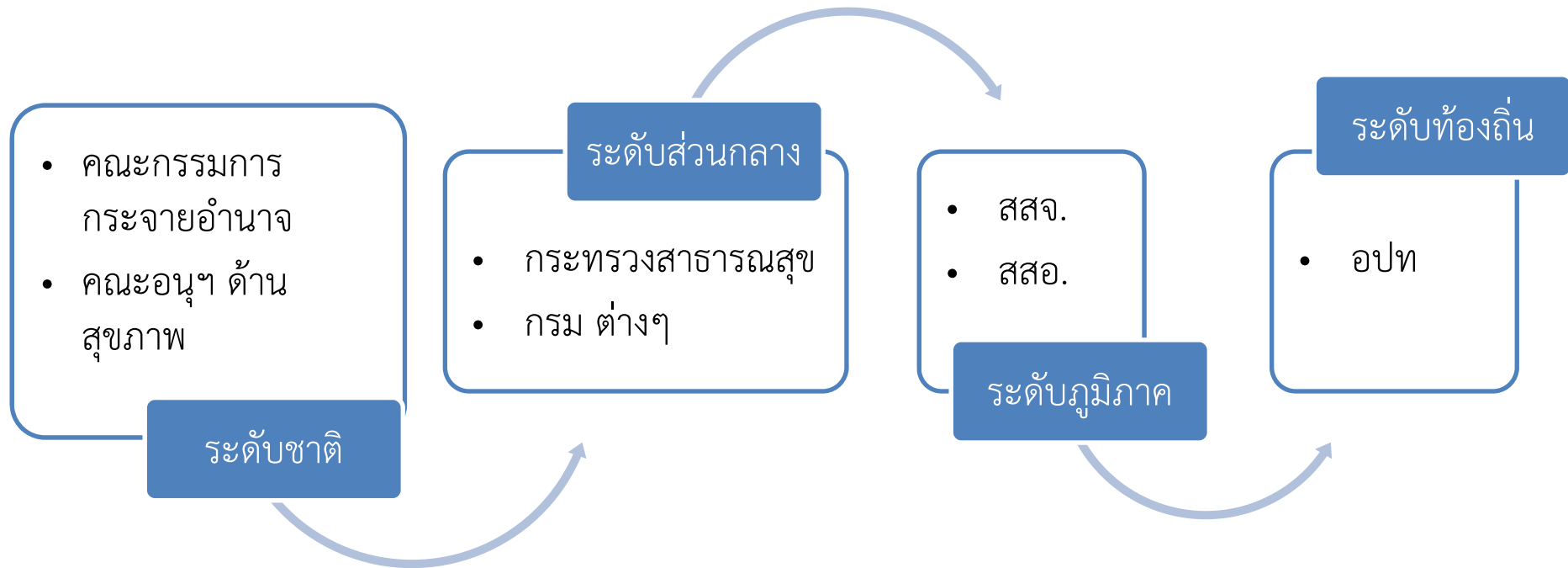
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ได้รับทราบว่ากระบวนการขับเคลื่อนแผนฯที่ผ่านมา มีปัญหาอุปสรรคเกิดจากโครงสร้างของการมีส่วนร่วมของส่วนราชการในการจัดทำแผนฯ หรือเป็นปัญหาที่เกิดจากตัวแผน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. (ฉบับที่ 3)

กรอบแนวทางในการประเมิน

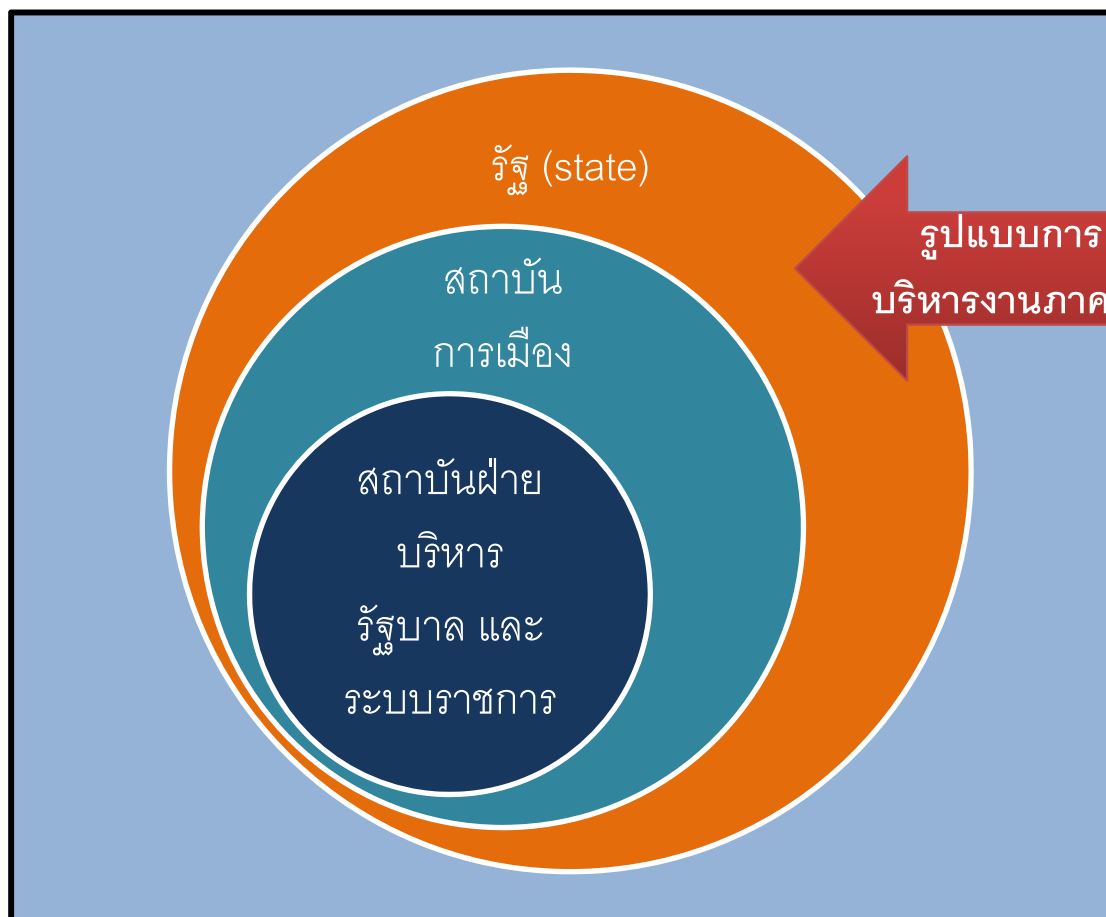


ความเชื่อมโยงในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ



ลักษณะสถาบันทางการเมืองการปกครอง

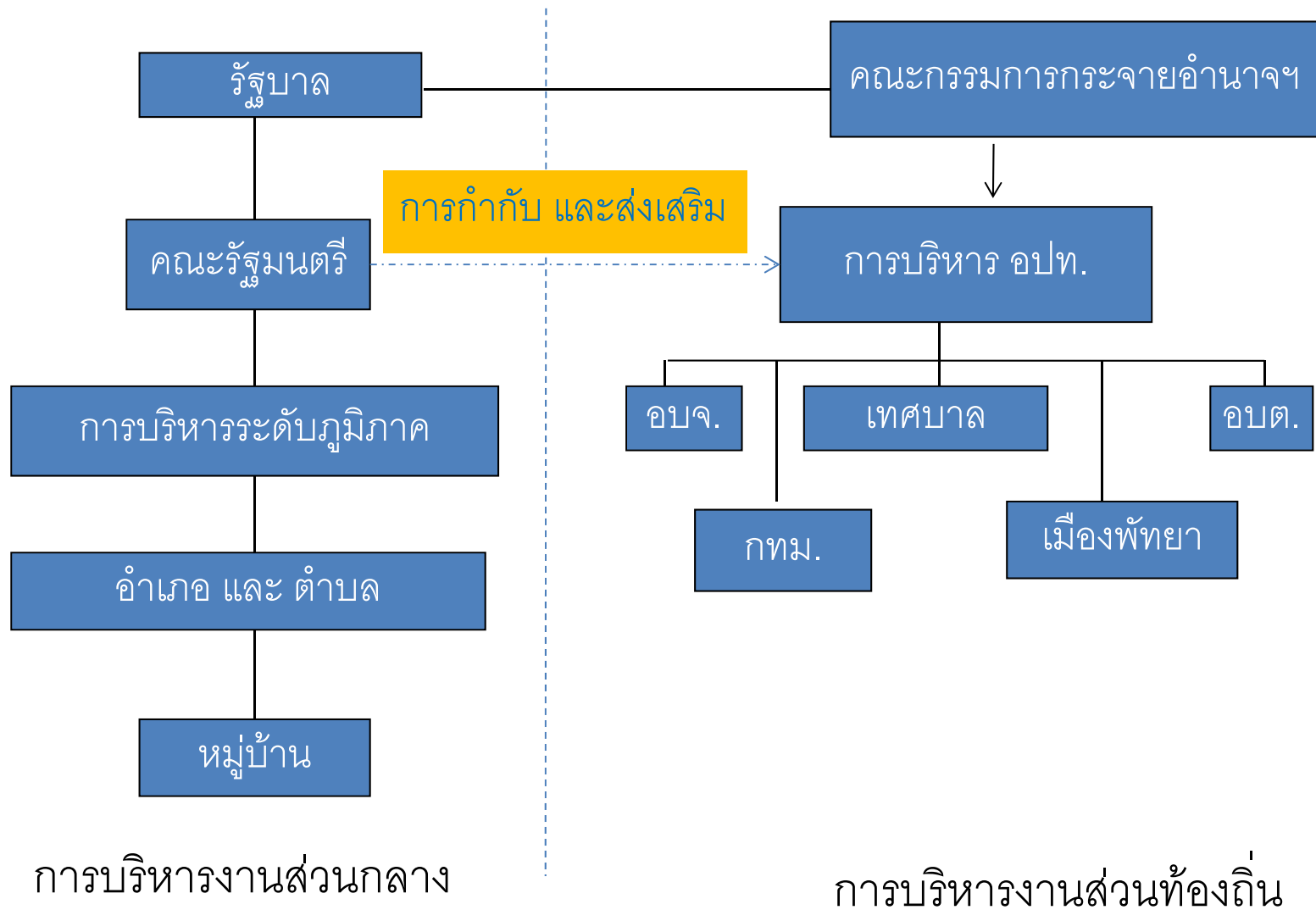
- การบริหารจัดการภาครัฐ ประกอบไปด้วยมิติทางการเมืองการปกครองหลายระดับ โดยในแต่ละระดับมีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ



ประเภทของการกระจายอำนาจ:

1. Decentralization by default
2. Privatization
3. Deconcentration / Administrative decentralization
4. Fiscal decentralization
5. Delegation
6. Devolution

โครงสร้างการบริหารภาครัฐในปัจจุบัน



เป้าหมายและข้อพึงระวังของการกระจายอำนาจ

● เป้าหมายทางเศรษฐศาสตร์

- การรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ
- การกระจายรายได้
- การจัดสรรทรัพยากร

● เป้าหมายทางทางรัฐศาสตร์

- ความเป็นอิสระของ อปท. ตามหลักการประชาธิปไตยทางตรง (Direct Democracy)
- หลักการพึ่งตนเอง (Voting with Feet)
- หลักความเป็นเจ้าของ (Subsidiarity Principle)

□ ข้อพึงระวัง

- ความแตกต่างระหว่างพื้นที่: ทรัพยากร ความสามารถ มาตรฐานการให้บริการ
- จุดสมมูลจากความประหยัดจากขนาด
- ความซ้ำซ้อนระหว่าง อปท. และ/หรือ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

“ช่องว่างทางนโยบาย และระบบ
การบริหารจัดการ และการถ่าย
โอนภารกิจ รองรับความแตกต่าง
ระหว่างพื้นที่ ???”

ระยะแรกของแผนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2543
และแผนปฏิบัติการ (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2545

- การถ่ายโอนอำนาจและหน้าที่ตามภารกิจต่างๆ จะต้องสอดคล้องกับการจัดสรร
ภาษีและอากร เงินอุดหนุนและรายได้อื่นให้แก่ อปท.
- ไม่เกินปี 2544 รายได้ อปท. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ต่อรายได้ของรัฐบาล
- ไม่เกินปี 2549 รายได้ อปท. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 และบุคลากรต้องไปตาม
ภารกิจ
- ปีงบประมาณ 2550 รายได้ อปท. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 โดยมีจุดมุ่งหมายให้
ได้รับไม่น้อยกว่าร้อยละ 35
- เงินอุดหนุนที่จัดสรรให้ต้องไม่น้อยกว่าเงินอุดหนุนที่ อปท. ได้รับในปีงบประมาณ
2549

ระยะที่สอง แผนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. พ.ศ. 2553 และ แผนปฏิบัติการ พ.ศ. 2545

- New Public Management + Performance Base Budgeting + Area Base Budgeting
- การทบทวนแผนการกระจายอำนาจฯ และแผนปฏิบัติการฯ ฉบับที่ 1
- การเสริมสร้างความพร้อมให้แก่ อปท. มีการบูรณาการร่วมกับส่วนราชการ
 - การจัดฝึกอบรม
 - คู่มือเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ
 - การให้คำปรึกษา
 - แนะนำช่วยเหลือทางด้านเทคนิควิชาการ
 - การติดตามประเมินผล
 - การส่งเสริมให้ อปท. จัดหารายได้ของตนเองเพิ่มมากขึ้น
- หลักการ “งานไป เงินไป ตำแหน่งไป” ด้วยความสมัครใจ สิทธิประโยชน์ความก้าวหน้าต้องได้รับไม่ต่ำกว่าที่เคยได้รับอยู่เดิม
- ส่งเสริมให้ อปท. จัดบริการสาธารณะได้ด้วยตนเอง

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

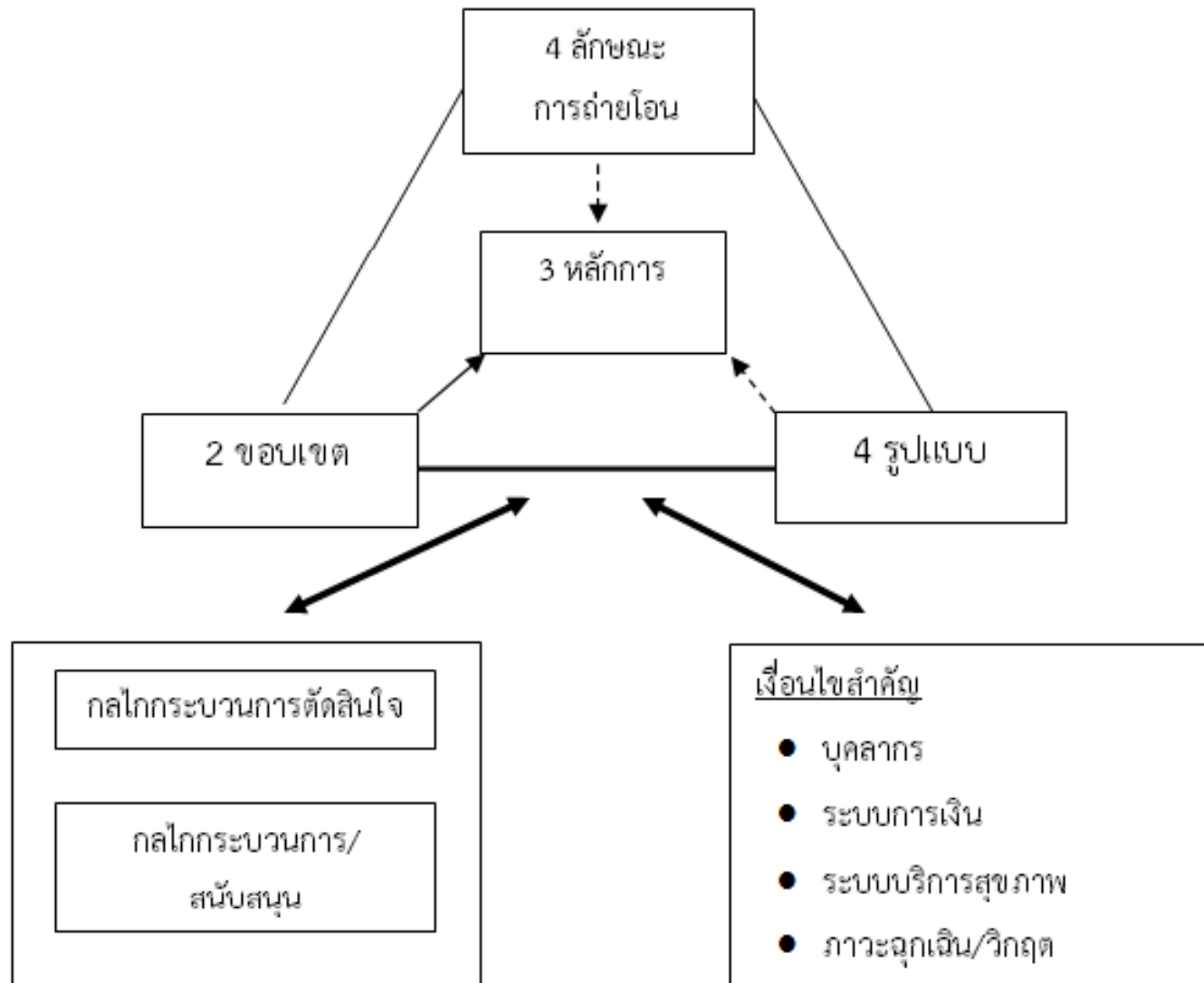
ข้อดีของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

- ความใกล้ชิดระหว่างผู้ตัดสินใจ และประชากรทำให้การบริหารจัดการดีขึ้น มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความพอใจให้กับผู้ใช้บริการ
- เจ้าหน้าที่ทราบและรู้ถึงปัญหาในพื้นที่
- ท้องถิ่นสามารถจ้างคนที่มีความรู้ที่เหมาะสมในการทำงานในพื้นที่
- สร้างโอกาสการเรียนรู้สำหรับการแก้ปัญหาในท้องถิ่น ลดอำนาจในการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมจากส่วนกลาง
- การสร้างบริการและการจ่ายเงินที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่ในท้องถิ่น

ข้อเสียของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

- เกิดความไม่เท่าเทียมกันทางการเงิน การให้บริการ และคุณภาพของระบบสาธารณสุขระหว่างท้องถิ่น
- ความเสี่ยงทางการเมืองจากบุคคลบางกลุ่มในท้องถิ่น
- พื้นที่ห่างไกลจ้างบุคลากรที่มีคุณภาพได้ยาก
- การร่วมมือและการส่งต่อคนไข้ระหว่างหน่วยงานต้องใช้ความสามารถที่มาจากส่วนกลาง
- การเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานยากที่จะเกิดขึ้นหากไม่มีส่วนกลางเป็นผู้ดูแล

แนวทางกระจายอำนาจสาธารณสุขของไทย



แนวทางกระจายอำนาจสาธารณสุขของไทย (ต่อ)

- หลักการถ่ายโอน
 - อปท. ผู้ซื้อบริการ
 - อปท. ดำเนินการร่วมกับส่วนกลาง/ภูมิภาค
 - อปท. ดำเนินการเองบางส่วน
 - อปท. ดำเนินการเองทั้งหมด
- หลักการ: (1) มุ่งประโยชน์สูงสุด (2) มีระบบที่ยืดหยุ่น และ (3) มีส่วนร่วม
- ขอบเขตการถ่ายโอน: (1) การรักษา (2) การป้องกัน (3) การฟื้นฟู และ (4) บริการเฉพาะครอบครัว บุคคลหรือชุมชน
- รูปแบบ: (1) ถ่ายโอนแบบแยกส่วน (2) เป็นเครือข่ายบริการ (3) องค์การมหาชน และ (4) SDU

แนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

- **แผนกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ 1 (2545-2550)**
 - การถ่ายโอนสาธารณสุข และบริหารจัดการผ่านการบริหารงานของ กสพ.
 - การปฏิรูปโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินใหม่
 - การให้บริการสาธารณสุขแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ซึ่งทำให้การถ่ายโอนสถานีนอนามัยเป็นไปอย่างล่าช้า
- **แผนกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ 2 (2551-2555)**
 - ฉบับที่ 2 มีหลักการกำหนดวิธีการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับภารกิจที่เกี่ยวข้องกับงานการส่งเสริม ป้องกันโรค
 - การถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้ขึ้นอยู่กับความพร้อม
 - มีมาตรการในการประเมินความพร้อมจากกระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบคณะกรรมการพิเศษในระดับพื้นที่

สถานการณ์ปัจจุบันของการกระจายอำนาจ
ด้านสุขภาพ

ความก้าวหน้าในการถ่ายโอนภารกิจ

ด้าน	ภารกิจที่ระบุ ต้องถ่ายโอน	ถ่ายโอนแล้ว/ ทยอยถ่ายโอน	ยังไม่มี การถ่ายโอน	หมายเหตุ
1. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน	87	71	16	
2. ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต	103	69	34	
3. ด้านการจัดระเบียบชุมชน/สังคม และการรักษาความสงบเรียบร้อย	17	9	8	
4. ด้านการวางแผน การส่งเสริมการ ลงทุน พาณิชยกรรมและการท่องเที่ยว	19	14	5	
5. ด้านการบริหารจัดการและการ อนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม	17	15	1	ถอน 1 เรื่อง เนื่องจากไม่มี ภารกิจถ่ายโอน
6. ด้านศิลปะ วัฒนธรรมจารีต ประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น	2	2	--	
รวม	245	180	64	1

การถ่ายโอนสถานีนอนามัย

- รอบแรก ปี 2550 (ภายใต้แผน 2) มีการถ่ายโอนสถานีนอนามัย 22 แห่ง
- รอบสอง ปี 2551 มีการถ่ายโอนเพิ่มเติม 6 แห่ง รวมเป็น 28 แห่ง
- รอบสาม ปี 2554 มีการถ่ายโอนเพิ่มเติม 11 แห่ง **รวมทั้งสิ้น 39 แห่ง**
- คิดเป็นร้อยละ 0.40 ของสถานีนอนามัยทั้งหมด (จำนวนสถานีนอนามัย 9,762 แห่ง)
- คิดเป็นร้อยละ 22.54 ของ อปท. ที่เสนอขอรับการถ่ายโอน ในปี 2553 (173 แห่ง)

การถ่ายโอนบุคลากรทางการแพทย์

	ข้าราชการ	ลูกจ้างประจำ	ลูกจ้างเงินบำรุง	ลูกจ้างภารกิจ	พนักงานจ้างทั่วไป	ลูกจ้างสปสช.	รวม
สถานีนอนามัย 39 แห่งที่ถ่ายโอน	132	20	70	61	10	1	294

ปัญหาอุปสรรค การดำเนินการที่ผ่านมาของ
แผนการกระจายอำนาจฯ ด้านสาธารณสุข

ปัญหาอุปสรรค การดำเนินการที่ผ่านมาของแผนการกระจายอำนาจ

- การกระจายอำนาจ เป็นเรื่องการต่อรองทางการเมือง ทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่
- การทับซ้อนของภารกิจหน้าที่ระหว่างราชการส่วนกลางและราชการส่วนท้องถิ่น
- ด้านโครงสร้างองค์กร และความไม่พร้อมด้านบุคลากรของ อปท.

กระบวนการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ

- การเปลี่ยนแปลงนโยบายของรัฐบาล มีผลต่อคณะกรรมการ กกถ.
- โครงสร้างรายได้ และการจัดสรรงบประมาณระหว่างรัฐบาล และ อปท.
- ความจริงจังในการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่
- ปัญหาความต่อเนื่องเชิงนโยบายจากระดับชาติไปยังระดับกระทรวง
 - การส่งสัญญาณที่ชัดเจนไปยังหน่วยงานภายใต้ในระดับพื้นที่
- การสื่อสาร และบูรณาการความร่วมมือระหว่างส่วนภูมิภาค และ อปท.

การทับซ้อนของภารกิจหน้าที่ระหว่างราชการส่วนกลางและ ราชการส่วนท้องถิ่น

- ความรับผิดชอบ (Accountability) ไม่ชัดเจน
- ต่างมีภารกิจที่ต้องดำเนินงานใกล้เคียง หรือเหมือนกัน จึงทำงานทับซ้อน ทั้งในเชิงพื้นที่ แผนงาน งบประมาณ และเป้าหมายให้บริการ
- ความสอดคล้องระหว่างงบประมาณ และภารกิจหน้าที่
- ปัญหาสะท้อนจากความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับ อปท. และระหว่าง อปท. กับประชาชน ชุมชนท้องถิ่น และภาคส่วนอื่นๆ

ด้านโครงสร้างองค์กร และบุคลากร

- ความไม่พร้อมด้านบุคลากรของ อปท. ในกรณีภารกิจที่ต้องใช้ทักษะสูง
- ไม่มีการวิเคราะห์กรอบอัตรากำลังตามภารกิจที่ถ่ายโอน บุคลากรไม่ไปตามภารกิจ
- ไม่มีระบบ Competency ของท้องถิ่น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

นโยบายระดับชาติ

- การเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการ กกต. ไม่ควรกระทบต่อความ
สอดคล้องและต่อเนื่องของแผนการกระจายอำนาจ
 - ความชัดเจน และความพร้อมของคณะทำงานฯ ที่รองลงมาจากผู้กำหนดนโยบาย
ที่มาจากทุกภาคส่วนและทำงานร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนระบบ
 - การออกแบบกลไกเชิงกำกับดูแล และการสนับสนุน ทั้งระดับส่วนกลาง และระดับ
พื้นที่

หน่วยงานส่วนกลาง กระทรวง กรม

- กระทรวง กรม ต้องปรับ อำนาจ บทบาท และ หน้าที่ ต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป
- บทบาทในการประเมินก่อนการถ่ายโอน และต่อเนื่องไปยังการรักษา
มาตรฐานการให้บริการ หลังการถ่ายโอน
 - มาตรการกำกับ/ควบคุม
 - มาตรการจูงใจ
- กรณีตัวอย่าง: การถ่ายโอนสถานีอนามัย มีไม่มาก เนื่องจากประเมินไม่ผ่าน
เกิดความคลางแคลงใจของ อปท. ในระดับพื้นที่ถึงความชอบธรรม และ
มาตรฐานในการประเมินความพร้อมเพื่อรับการถ่ายโอนสถานีอนามัยในแต่ละ
จังหวัด

บุคลากรด้านสาธารณสุข

- บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความไม่มั่นใจในการโอนย้าย ได้แก่ อัตราค่าตอบแทนในกรณีแพทย์ของ อปท. ยังน้อยกว่าค่าตอบแทนเดิมที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข
- ความไม่มั่นใจว่าการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์จะถูกแทรกแซงจากฝ่ายการเมืองทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานนอกเหนือจากการปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว
- ในกรณีที่โอนย้ายไปทำงานในท้องถิ่นที่อยู่ห่างไกล และมีความจำเป็นต้องนำครอบครัวย้ายไปด้วย อาจเกิดความไม่มั่นใจในชีวิตความเป็นอยู่ และระบบสาธารณูปโภคต่างๆ ที่ครอบครัวจะได้รับ

บุคลากรด้านสาธารณสุข

- กรณี อปท. ขนาดเล็กปัญหาสำคัญในด้านบุคลากรสาธารณสุข คือ การที่ อปท. ขนาดเล็กไม่สามารถขยายอัตรากำลังได้เนื่องจากความขาดแคลนงบประมาณ (รวมถึง เงินไขเพดานเงินเดือนร้อยละ 40 ของงบประมาณ อปท.) เป็นตัวแปรสำคัญและมีผลลบมากขึ้นในอนาคตส่งผลโดยตรงต่อการรักษาคุณภาพการให้บริการในระยะยาวของ อปท.

ความแตกต่างทางการเงินที่จะได้รับของบุคลากรต่างสังกัด

- ข้าราชการพลเรือนมีการแบ่งในชั้นเงินเดือนที่ 1-24
- ข้าราชการส่วนท้องถิ่นมีการแบ่งในชั้นเงินเดือนที่ 1-26
- ระดับซี 1-6 ของข้าราชการพลเรือนกับของ อปท. ไม่แตกต่างกัน ทั้งชั้นสูงและชั้นต่ำ
- ข้าราชการส่วนท้องถิ่นมีชั้นเพิ่มขึ้นมากกว่าข้าราชการพลเรือน ตั้งแต่ระดับซี 7 ขึ้นไป
- อปท. มีโบนัส

ผู้บริหาร อปท.

- วิสัยทัศน์ของผู้บริหาร อปท. ก็เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาความต่อเนื่องของการให้บริการสาธารณะในพื้นที่
- การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในระดับท้องถิ่นส่งผลต่อการให้ความสำคัญในภารกิจหลักของ อปท. ที่เปลี่ยนแปลงไป
- ความมีเสถียรภาพทางการเมืองย่อมส่งผลต่อการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ของ อปท. รวมถึงแรงชักจูงใจของผู้บริหารท้องถิ่นในการสมัครใจรับถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการถ่ายโอนสถานีนอนามัย เพราะถือเป็นบริการที่ต้องใช้เทคนิค และงบประมาณสูง

โครงสร้างทางการคลัง

- ความเพียงพอของงบประมาณของ อปท เพื่อให้ได้มาตรฐานการให้บริการด้านสุขภาพ
- ระบบข้อมูลรายจ่ายยังไม่เชื่อมโยงไปยังผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
- ขาดการประเมินความมีประสิทธิภาพในการใช้จ่ายด้านสุขภาพ
- ความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการใช้งบประมาณอย่างบูรณาการ

สรุปการประเมินที่สำคัญ

- งานส่งเสริม สุขอนามัย และป้องกัน: ท้องถิ่นทำได้ดีตามศักยภาพ แต่ส่วนหนึ่งเป็นงานที่มีการดำเนินงานอยู่เดิมในด้านการสุขาภิบาล ดังนั้นความชัดเจนจากแผนจึงเป็นสิ่งสำคัญ
- งานรักษา:
 - การศึกษาไม่ได้ประเมินคุณภาพของการรักษาก่อนหรือหลังการกระจายอำนาจ ซึ่งเชื่อว่าไม่น่ามีความแตกต่างกัน
 - แต่การประเมินจำนวนของการถ่ายโอนสถานีนีออนามัย และปัญหาที่เกิดขึ้น แสดงถึงจุดอ่อนในกระบวนการถ่ายโอนตามเป้าหมายของแผน 1 และ 2

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับแผน 3

- แนวคิดของการจัดทำแผน
 - หลักการของการสร้างความรับผิดชอบ (Accountability)
 - การแบ่งภารกิจที่ชัดเจน นำมาสู่ การร่วมรับผิดชอบที่ชัดเจน เช่น ตามประโยชน์ที่ได้รับ
 - แนวคิดประสิทธิภาพและเสมอภาค
 - การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างหน่วยงาน
 - การกำหนดภารกิจระหว่างท้องถิ่นกับกระทรวงสาธารณสุข

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับแผน 3

- แนวคิดของการจัดทำแผน
 - การทำตามศักยภาพของท้องถิ่น ด้วยการมีรูปแบบที่หลากหลาย
 - การประเมินความพร้อม ธรรมชาติบาล
 - การสร้างการมีส่วนร่วม โดยการให้ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง
 - กระบวนการติดตาม ประเมินผล

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับแผน 3

- **ขั้นการดำเนินการ**
 - การรองรับของข้อกำหนด ระเบียบ ข้อบังคับ
 - งบประมาณ และ Flow ของเงิน
 - คู่มือการปฏิบัติงาน การบริหารความเสี่ยง
 - การติดตาม ประเมินผล

สรุปและข้อเสนอแนะสำหรับแผน 3

- องค์ความรู้และฐานข้อมูล
 - การขับเคลื่อนฐานของความรู้ ประชาชน และภาคการเมือง
 - การมีฐานข้อมูลที่น่าไปใช้เพื่อการวางแผนและการตัดสินใจ และการสร้าง Benchmark ตัวชี้วัดที่เหมาะสม

การกระจายฯ มิใช่เครื่องหมายรับประกันว่าเมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจ
ไปแล้วจะทำให้เกิดควมมีประสิทธิภาพและยังประโยชน์แก่พื้นที่โดยสมบูรณ์

กลไกที่จะช่วยส่งเสริมการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ คือ การสร้าง
ระบบการถ่ายโอนที่เอื้อให้การถ่ายโอนบริการสาธารณะเป็นไปอย่างคล่องตัว
และส่งเสริมให้ดำเนินการอย่างมีมาตรฐาน

ภารกิจที่ท้าทายในอนาคต คือ การสร้างบรรยากาศความรับรู้เข้าใจ
อันดีต่อกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง