บทบาทและทางเลือกที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุข ภายหลัง 10 ปีของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

วินัย ลีสมิทธิ์*
ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย†

บทคัดย่อ ระยะ 10 ปีที่ผ่านมานั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอน 7 ภารกิจและสถานีอนามัย (สอ.) กว่า 30 แห่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีทั้งที่ประสบผลสำเร็จและล้มเหลว กระทรวงสาธารณสุขควรจะทบทวนกระบวนการถ่ายโอนดังกล่าวอย่างจริงจังเพื่อค้นหาทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับการกระจายอำนาจว่าควรเป็นอย่างไร

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาบทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรในสังกัดรวมทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคในท้องถิ่น รวมถึงการอภิบาลระบบโดยรวม วิธีวิจัยประกอบด้วยการทบทวนวรรณกรรม การระดมความคิดและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ร่วมระดมความคิดและผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกคือผู้เชี่ยวชาญที่เป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข องค์กรเอกชน อปท. และ สปสช. รวมทั้งสิ้น 22 คน ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและนำเสนอเชิงวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคเป็นบทบาทโดยตรงของ อปท. ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่และสมควรถ่ายโอนให้แก่ อปท. แต่การป้องกันโรคระบาดที่รุนแรงควรเป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง ทั้งนี้ หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้ง สปสช. ควรมีบทบาทสนับสนุนนโยบายสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่ง อปท. ก็สามารถเป็นแขนขาสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ทางเลือกที่เหมาะสมของการกระจายอำนาจ คือ การให้ผู้มีส่วนได้เสียเข้ามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคให้มากขึ้น นอกจากนี้ รูปแบบของเขตสุขภาพ จะเป็นอีกทางเลือกที่จะช่วยป้องกันระบบสุขภาพแยกเป็นส่วนๆ และทำให้เกิดการอภิบาลระบบแบบเครือข่ายมากขึ้น

คำสำคัญ: *กระจายอำนาจ, ป้องกันโรค, ส่งเสริมสุขภาพ, อภิบาล, เขตสุขภาพ*

Abstract **Appropriate Roles and Options of the Ministry of Public Health After 10 Years of Health Care Decentralization**

Vinai Leesmidt*, Supasit Pannarunothai†
**Khlongkhlung Hospital, †Centre for Health Equity Monitoring Foundation*

Over the past 10 years, the Ministry of Public Health (MOPH) has transferred her seven responsibilities and more than 30 health centres to local governments. The ministry faced both successful and failed experiences. It was necessary for the ministry to review what should be the appropriate roles and options for decentralization.

**โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร*
†มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

This study was a qualitative research. It aimed at analyzing appropriate roles of the MOPH and her sub-organizations together with the National Health Security Office (NHSO) in linking disease prevention and health promotion in local areas and the overall system governance. Research methodology used both literature review and brain storming as well as in-depth interview. The interviewees included 22 experts who were representatives from the MOPH, non-governmental organization, local government and the NHSO. The gathered data was analyzed by using content analysis and the results were presented by thematic analysis.

Results of the study showed that public health, disease prevention and health promotion were direct responsibilities of the local government for improving the quality of life of local people and these roles ought to be transferred to local authorities. But the prevention of serious disease epidemic should be remained the command of the MOPH at the central level. Other ministerial sub-organizations together with NHSO should play supportive roles of the health policies issued by the MOPH. Local government could be an arm-length extension of the MOPH to bring policies into practice. Options for decentralization should encourage stakeholders' participation in disease prevention and health promotion. The area health model became a more preferable solution because it could help align the fragmented health system and create better networking governance.

Keywords: *decentralization, disease prevention, health promotion, governance, area health*

ภูมิหลังและเหตุผล

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขต้องถ่ายโอนภารกิจและสถานีอนามัยหลายแห่งที่มีความพร้อมแก่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลตำบล โดยคาดหวังว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพให้เกิดบริการที่ดีขึ้นทั้งด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพและความเป็นธรรม แม้หลักฐานที่ว่าการพัฒนาที่ดีขึ้นของบริการสุขภาพเป็นผลโดยตรงมาจากการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจะยังไม่ชัดเจนนักก็ตาม แต่ประเทศต่างๆ ทั้งที่พัฒนาแล้วและที่กำลังพัฒนาต่างก็ยอมรับว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมีผลดีต่อระบบสุขภาพมากกว่าผลเสีย เช่น กรณีประเทศไนจีเรีย การกระจายอำนาจทำให้รัฐบาลท้องถิ่นสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้รวดเร็วขึ้น มีการนำงบประมาณมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพได้มากขึ้น แต่สำหรับประเทศฟิลิปปินส์ งบประมาณด้านสุขภาพถูกนำไปใช้เพื่อการก่อสร้างพื้นฐานอย่างเช่น ถนน ไฟฟ้า ทำให้การคุมกำเนิดและการควบคุมวัณโรคล้มเหลว[1-3,5,6] พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ของประเทศไทยได้ระบุให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนถ่ายโอนภารกิจและสถานีอนามัยแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นผลให้เกิดการถ่ายโอนภารกิจต่างๆ ให้แก่ อปท. เช่น การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์, การจัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด, การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม คือ แม่และเด็ก วัยเรียน เยาวชน วัยทำงานและผู้สูงอายุ ซึ่งถ่ายโอนสำเร็จในปีพ.ศ. 2547 ต่อมาปีพ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงแผนปฏิบัติการสำหรับขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข และปีพ.ศ. 2550 กระทรวงสาธารณสุขได้ทดลองถ่ายโอนสถานีอนามัย (หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) จำนวน 22 แห่งแก่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลตำบล ซึ่งปีพ.ศ. 2552 ได้ถ่ายโอนเพิ่มเติมอีก 6 แห่งรวมเป็น 28 แห่ง (จากทั้งหมดประมาณ 10,000 แห่ง) ระยะเวลา 10 ปีของการดำเนินงานที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้รับประสบการณ์จากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและเกิดการเรียนรู้ การทบทวนบทเรียนที่เกิดขึ้นทำให้กระทรวงสาธารณสุขเริ่มมองเห็นความสำคัญ ที่จำเป็นจะต้องกำหนดบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขให้ชัดเจนขึ้น ผลการศึกษาของดิเรก ปัทมสิริวัฒน์[7] พบว่า อปท. หลายแห่งโดยเฉพาะ อบต. ซึ่งเป็น อปท. ขนาดเล็กขาดประสบการณ์ด้านการบริหารจัดการและด้านการคลังสุขภาพ อีกทั้งงบประมาณที่ได้รับมาจากส่วนกลางก็ต้องใช้

จ่ายเป็นเงินเดือนค่าจ้างเกือบ 50% ทำให้งบประมาณด้านการพัฒนาไม่เพียงพอ เรื่องสุขภาพจึงเป็นเรื่องสุดท้ายที่ อปท. ให้ความสำคัญ[8] จึงมองเห็นได้ชัดถึงความไม่พร้อมของ อปท. ที่จะรับการถ่ายโอนหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาล (รพ.) ระดับสูงจนถึงศูนย์การแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องปรับบทบาทและมองหาทางเลือกใหม่ที่เหมาะสมเพื่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป

กระทรวงสาธารณสุขยังคงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนทุกคนในประเทศ มีหน่วยบริการในสังกัดจำนวนมากและหลายระดับ สมควรต้องปรับบทบาทและมองหาทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพ และสร้างการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม การกระจายอำนาจด้านสุขภาพอย่างจริงจัง จะมีผลให้กระทรวงสาธารณสุขได้รับผลกระทบในหลายมิติ ที่สำคัญ ได้แก่ ด้านกฎหมายและระเบียบ ด้านการควบคุมกำกับบังคับบัญชาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทั้งหมด ด้านงบประมาณที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้งแหล่งเงิน การจัดสรรและการนำไปใช้เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่ต้องการของประชาชน และด้านการบริหารจัดการทั่วไปและเชิงกลยุทธ์ในระบบสุขภาพ[9] จึงเกิดคำถามวิจัยว่า *"กระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้นควรมีบทบาทอย่างไร?"* ซึ่งคำตอบจะเป็นทิศทางของทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์หาบทบาทด้านสุขภาพที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้บริบทการกระจายอำนาจ สำหรับเชื่อมโยงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการด้านสุขภาพทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพในพื้นที่

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีวิจัยที่สำคัญ 2 วิธี คือ (1) การทบทวนวรรณกรรมทั้งประสบการณ์จากต่างประเทศและประเทศไทย การทบทวนวรรณกรรมใช้การสืบค้นจากหนังสือ เอกสารวิชาการและเอกสารดิจิตอลทางอินเตอร์เนตจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น Science Direct Journal Bank สืบค้นจากคำสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและบทบาทด้านสุขภาพของ อปท. เช่น "Decentralization" "Local Government" "Governance" "New Public Management" "Local Health System" "Public Health" "Roles in Health Care" ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมใน 3 กลุ่มประเทศ ได้แก่กลุ่มประเทศนอร์ดิก คือ นอร์เวย์ สวีเดน เดนมาร์ก ฟินแลนด์ และไอซ์แลนด์ ซึ่งบทบาทด้านสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญที่สุดของ อปท. ในประเทศเหล่านี้ กลุ่มที่ 2 เป็นประเทศที่ อปท. มีบทบาทด้านสุขภาพแต่ไม่ใช่บทบาทหลัก ได้แก่ อังกฤษ นิวซีแลนด์ ออสเตรเลียและแคนาดา กลุ่มสุดท้ายเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่พยายามกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ได้แก่ ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย บราซิล ไนจีเรียและประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 14 ประเทศ เลือกทบทวนเอกสารและวรรณกรรมเฉพาะที่ตีพิมพ์ในช่วงเวลาระหว่างปีค.ศ. 1990 จนถึงปัจจุบัน ประเด็นที่ทบทวนประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ รูปแบบการกระจายอำนาจ โครงสร้างองค์กรด้านสุขภาพ โครงสร้างและบทบาทด้านสุขภาพของ อปท. ปัญหาและอุปสรรคของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และการอภิบาลระบบ (2) การประชุมระดมความคิดและสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข 8 คน ผู้บริหารและนักวิชาการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 5 คน นักวิชาการที่มีประสบการณ์และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจากองค์กรอิสระและมหาวิทยาลัย 4 คน และตัวแทน อปท. จาก อบจ. เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และ อบต. แห่งละหนึ่งคนรวม 5 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 22 คน ระยะเวลาในการศึกษารวม 12 เดือน ระหว่างช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2553 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2554 การระดมสมองและการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้

รับการยินยอมให้บันทึกเสียงเพื่อนำไปถอดเสียงและจดบันทึกนำเสนอผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ประกอบภาพเพื่อความเข้าใจ

ผลการศึกษา

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่คัดเลือกจำนวน 67 ฉบับร่วมกับข้อมูลจากการระดมความคิดและสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ 22 คน ได้รับการนำมาตรวจสอบยืนยันผล (validation) โดยเปรียบเทียบจากแหล่งข้อมูลที่มาต่างกัน (triangulation) เพื่อความถูกต้องน่าเชื่อถือ จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และนำมาสรุปสาระสำคัญโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) จนสามารถสรุปได้ 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ รูปแบบการกระจายอำนาจและผลกระทบต่อบทบาทการป้องกันโรคระบาด บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดสำหรับเชื่อมโยงกับบทบาทด้านสุขภาพของ อปท. ในพื้นที่การจัดการภาครัฐแนวใหม่กับบทบาทกระทรวงสาธารณสุข ทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โครงสร้างองค์กรในรูปแบบเขตสุขภาพและการอภิบาลระบบโดยรวมที่เหมาะสมภายใต้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

รูปแบบการกระจายอำนาจกับผลกระทบต่อการป้องกันโรคระบาด

การกระจายอำนาจแก่ อปท. ของประเทศไทย เป็นรูปแบบที่เรียกว่า Devolution (การคลายอำนาจ) พบเห็นได้ชัดเจนในกลุ่มประเทศนอร์ดิก ได้แก่ สวีเดน เดนมาร์ก ฟินแลนด์ และไอซ์แลนด์ ซึ่งบทบาทด้านสุขภาพเป็นภารกิจที่สำคัญของ อปท. และงบประมาณท้องถิ่นเกือบทั้งหมดใช้เพื่อจัดบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพและบริการสุขภาพสังคม เช่น การดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มประเทศนอร์ดิกมีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้แก่ อปท. มายาวนานนับศตวรรษ แต่เป็นสิ่งใหม่สำหรับประเทศไทย[10-12]

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศต่างๆ นั้น แท้ที่จริงแล้ว จะประกอบด้วยหลายรูปแบบผสมผสานในคราวเดียวกัน[13] ประเทศไทยเองก็มีหลายรูปแบบปะปนกันดังตารางที่ 1 โดยผสมผสานทั้งรูปแบบการกระจายอำนาจแบบดั้งเดิมที่เรียกว่า Deconcentration (การแบ่งอำนาจ) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขยังคงเป็นผู้รับผิดชอบทั้งงบประมาณและการจัดบริการเพียงผู้เดียว แต่ภายหลังเมื่อมี พรบ. แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 กระทรวงสาธารณสุขก็ได้เริ่มถ่ายโอนภารกิจและสถานีอนามัยแก่ อปท. ซึ่งเป็นการกระจายอำนาจในรูปแบบ Devolution ขณะเดียวกันมีการกระจายอำนาจในรูปแบบ Delegation (การมอบอำนาจ) เช่น การจัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นองค์กรอิสระในกำกับของรัฐ นอกจากนี้ ในระยะต่อมา กระทรวงสาธารณสุขก็ยังได้ถูกกำหนดให้ใช้กลไกทางการตลาดภายใน (internal market) แทนระบบการคลังสุขภาพแบบเดิมหลังจากที่ได้ริเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่ซื้อบริการจากผู้จัดบริการที่เป็นหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ[14,15]

ผลกระทบจากการกระจายอำนาจมีทั้งด้านดีและด้านไม่ดีหลายประการ ในความคิดของผู้เชี่ยวชาญทุกฝ่ายมองการกระจายอำนาจเป็นกลไกการปฏิรูประบบสุขภาพที่ทำให้การบริการสุขภาพดีกว่าเดิม หรืออย่างน้อยไม่เลวกว่าเดิม[16-18] อย่างไรก็ตาม ได้มีบทเรียนที่สำคัญในต่างประเทศที่สะท้อนว่าการกระจายอำนาจสามารถก่อให้เกิดผลเสียต่อการสาธารณสุข (public health) สำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (immu-

ตารางที่ 1 รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

	Within organization	**Outside organization**
Vertical decentralization	Deconcentration	
Horizontal decentralization	- Delegation - Local committee - Internal market	- Devolution - Privatization

Sources: Collins 1994, Mills 1994.

nization) อย่างเช่น ประเทศฟิลิปปินส์ที่งบประมาณถูกนำไปก่อสร้างถนนจนการให้บริการวัคซีนไม่เพียงพอ และเกิดผลเสียต่อการควบคุมป้องกันโรคระบาดอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ เช่น ไข้หวัดนก (Avian Flu) ที่เกิดระบาดอย่างรวดเร็วทั่วโลก เพราะการถ่ายโอนสถานบริการแก่ อปท. ทำให้ระบบสุขภาพถูกแบ่งแยกออกเป็นส่วนๆ จนทำให้ระบบสั่งการอ่อนแอลง แขนขาของกระทรวงสาธารณสุขที่เคยสั่งการได้สำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระบาดที่เกิดขึ้นรุนแรงและรวดเร็ว ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทันการณ์[19] การแยกผู้ซื้อบริการออกจากผู้จัดบริการเพื่อหวังให้เกิดการแข่งขันในการบริการนั้น เกิดเฉพาะบริการส่วนบุคคลและการแพทย์ที่ก่อรายได้ ทอดทิ้งบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน เช่นกรณีประเทศอังกฤษพบว่า สถานบริการและผู้ให้บริการคำนึงถึงค่าตอบแทนและแข่งขันเชิงการเงินที่เกิดจากการรักษาพยาบาลมากกว่า ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สับสนในบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของแพทย์ในด้านการป้องกันโรค และขาดข้อมูลด้านสาธารณสุข จนทำให้การสาธารณสุขและการป้องกันโรคระบาดที่รุนแรงรวดเร็วอ่อนแอลง อังกฤษจึงกำหนดยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขให้เกิดการประสานงานร่วมทั้งรัฐบาลกลาง อปท. และองค์กรเอกชน ผสมผสานระหว่างมิติสุขภาพ (health) ที่อยู่อาศัย (housing) และการจ้างงาน (employment) ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างระบบสุขภาพกับบริการทางสังคม สร้างทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขแบบใหม่ ส่งผลให้การสาธารณสุขมีและใช้ข้อมูลในการดำเนินงานมากขึ้น การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นและประชาชนได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมมากกว่าเพียงการรักษาพยาบาลที่มีค่าตอบแทน[20,21]

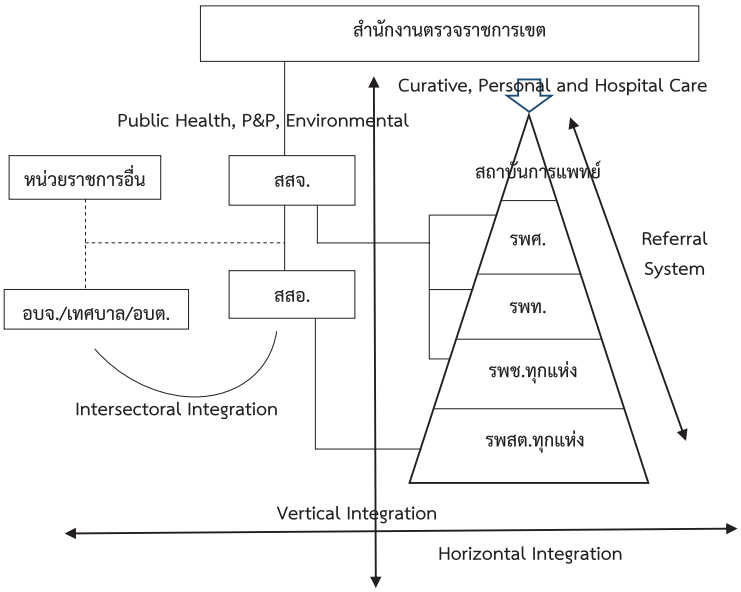
บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดสำหรับเชื่อมโยงกับพื้นที่

ประเทศที่กระจายอำนาจด้วยรูปแบบ devolution แต่บทบาทด้านสุขภาพไม่ใช่บทบาทสำคัญของ อปท. ดังเช่น อังกฤษ[22] หรือประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย ประเทศเหล่านี้จะถ่ายโอนภารกิจสู่ อปท. น้อยมาก บทบาทการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพที่เป็นภารกิจพื้นฐานที่ถ่ายโอนให้ อปท. รับผิดชอบในทุกประเทศที่มีการกระจายอำนาจ การป้องกันควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพมักเป็นบทบาทที่กระทรวงสาธารณสุขในฐานะรัฐบาลกลางต้องรับผิดชอบโดยตรง หากถ่ายโอนแก่ อปท. ที่อ่อนแอและไม่พร้อม หรือมีปัจจัยของการคลังสุขภาพที่มุ่งเน้นแต่บริการทางการแพทย์ที่สร้างรายได้ อาจทำให้การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพถูกทอดทิ้งและล้มเหลว อปท. เองจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทความรับผิดชอบอย่างมากตามการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งด้านการบริหารจัดการ การจัดบริการ และการสร้างองค์ความรู้ ทั้งนี้ การค้นหาปัญหาสุขภาพและดำเนินการแก้ไข การบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตลอดจนสิ่งแวดล้อมและภัยพิบัติ เป็นบทบาทพื้นฐานที่ อปท. ดำเนินการ สำหรับบทบาทด้านสุขภาพและสังคมนั้น ยังต้องการเวลาในการพัฒนาศักยภาพของ อปท. เพราะต้องการองค์ความรู้ที่มากกว่า[23] ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างกลุ่มประเทศนอร์ดิก ภาษีท้องถิ่นถูกนำมาใช้เพื่อบริการสุขภาพทั้งหมด สามารถรับผิดชอบโรงเรียนแพทย์และจัดบริการทั้งการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการสังคมด้านสุขภาพ เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน[24]

ในกระบวนการถ่ายโอนภารกิจและหน่วยบริการสุขภาพแก่ อปท. นั้น ประเทศไทยประสบปัญหาคล้ายคลึงกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ในประเด็นสำคัญ 2 ประการได้แก่ (1) กระแสต่อต้านจากกลุ่มวิชาชีพต่างๆ และผู้บริหารระดับสูงบางคนในกระทรวงสาธารณสุข เพราะการกระจายอำนาจคุกคามความก้าวหน้าในตำแหน่งและสถานะอำนาจเดิมของบุคลากรวิชาชีพและผู้มีอำนาจในกระทรวงสาธารณสุข (2) ความกลัวว่าจะขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินงาน เพราะ อปท. ขนาดเล็กย่อมมีงบประมาณน้อย กระทรวงสาธารณสุขจึงถ่ายโอนเพียงความรับผิดชอบด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีผลกระทบกลุ่มวิชาชีพและเจ้าหน้าที่น้อยและเป็นบทบาทที่ไม่ซับซ้อนยุ่ง

ยากเท่าการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล[25] บทบาทกระทรวงสาธารณสุขหลังการกระจายอำนาจที่จะเชื่อมโยงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่สามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญๆ ได้ 5 ประการได้แก่ (1) การกำหนดนโยบาย กติกา มาตรฐาน การควบคุมกำกับและการติดตามประเมินผล (2) การพัฒนาระบบและบุคลากรให้มีศักยภาพในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (3) การส่งเสริมให้ อปท. เห็นความสำคัญของการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (4) การวางระบบเฝ้าระวังโรค และ (5) การศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ ภายใต้หลักการที่สำคัญว่า กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดทั้งนโยบาย วิชาการ ระเบียบ กฎหมายและการควบคุมกำกับติดตามประเมินผล ในขณะที่ อปท. มีบทบาทในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม[26]

หน่วยงานสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ในโครงสร้างปัจจุบันที่เหมาะจะเชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพกับ อปท. สำหรับการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วยหลายองค์กรตามลำดับบังคับบัญชา ตั้งแต่สำนักตรวจราชการเขตกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และศูนย์วิชาการเขตของกรมต่างๆ เช่น ศูนย์ควบคุมโรคเขต รวมทั้ง สปสช. สาขาเขตพื้นที่ ที่เป็นหน่วยงานคู่ขนานในฐานะผู้ซื้อบริการในพื้นที่ องค์กรเหล่านี้จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทตามกระทรวงสาธารณสุขหลังการกระจายอำนาจเพื่อให้สอดคล้องกัน สำนักตรวจราชการเขตกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบการถ่ายทอดนโยบายไปสู่พื้นที่ ติดตามประเมินผลตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เฝ้าระวังและเตรียมความพร้อมในการป้องกันควบคุมโรคระบาด ประสานงานระหว่างจังหวัดในเขต เช่น การจัดระบบส่งต่อโดยให้ อปท. ได้มีส่วนร่วมกระจายทรัพยากรและงบประมาณให้เกิดประสิทธิภาพและเป็นธรรม สนับสนุนการฝึกอบรมและการเรียนรู้แก่สถานบริการและบุคลากรในเขต รวมทั้งบุคลากรของ อปท. และเป็นศูนย์กลางข้อมูลสารสนเทศเพื่อให้เกิดการเข้าใจและนำข้อมูลกลับลงพื้นที่เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ ส่วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเชื่อมต่อจากระดับเขตสู่พื้นที่จังหวัด มีบทบาทตั้งแต่การป้องกันควบคุมโรคระบาดที่รุนแรงในพื้นที่จังหวัด การสนับสนุนวิชาการและเทคนิคการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ การเป็นศูนย์สำรองเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการป้องกันควบคุมโรคที่ระบาดรุนแรงและรวดเร็ว ติดตามบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุน อปท. ให้เกิดความรู้ความเข้าใจในงานสาธารณสุขและเล็งเห็นความสำคัญในการลงทุนเพื่อการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพส่วนในระดับอำเภอนั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยงานสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิด อปท. ที่สุด จึงมีความสำคัญที่จะเป็นตัวกลางในการเชื่อมต่อระหว่าง อปท. กับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และประชาชนในการกำหนดกลยุทธ์การแก้ปัญหาสุขภาพ การวางแผนในการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล นอกจากนี้ ยังเป็นผู้สนับสนุนวิชาการและเทคโนโลยีด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อมและการสาธารณสุขแก่ อปท. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อให้จังหวัด เขต กระทรวงสาธารณสุขและ อปท. เข้าใจตรงกัน สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพแก่ อปท. และแนะนำ อปท.ในการจัดหาหรือซื้อบริการที่จำเป็นสำหรับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ ส่วนบทบาทของศูนย์วิชาการเขตสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น มุ่งเน้นการสนับสนุนด้านวิชาการแก่ อปท.และหน่วยงานสาธารณสุข คิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อการพัฒนาบริการที่เกี่ยวข้องและพัฒนาทักษะของ อปท. ในการวางแผนดำเนินการและประเมินผลด้านสุขภาพ สปสช. เขตร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขและ อปท. ในการจัดบริการแบบบูรณาการโดยการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ คุณภาพและเป็นธรรม ติดตามกำกับและประเมินผลการใช้งบประมาณไปบริการให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ประสานการบริการระหว่างภาครัฐและเอกชน (public private partnership) ขยายบทบาทการคลังสุขภาพให้ครอบคลุมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการบริการอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพและคุณภาพสูงสุดในเขตพื้นที่[27,28] ดังภาพที่ 1



รูปที่ 1 การบูรณาการบทบาทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ดัดแปลงจาก: Peabody, LEE and BICKEL 1995)

การจัดการภาครัฐแนวใหม่กับบทบาทกระทรวงสาธารณสุข

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศไทยทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยนทั้งบทบาทและโครงสร้าง โดยเฉพาะหน่วยบริการในสังกัด การเริ่มกระจายอำนาจโดยใช้บทบาทด้านสุขภาพเป็นจุดนำ (functional led decentralization) โดยร่วมกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างหน่วยบริการในกระทรวงสาธารณสุขจะทำให้เกิดการประสานงานที่ดีกับ อปท. และลดการต่อต้านที่รุนแรงจากกลุ่มวิชาชีพได้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีความเหมาะสมสำหรับรับผิดชอบการถ่ายโอนบทบาทด้านการสาธารณสุข (public health) สู่ อปท. เพราะเป็นบทบาทหลักที่กฎหมายรองรับอำนาจและรับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนทุกคน พร้อมกับควบคุมกำกับหน่วยงานและบุคลากรทุกคนของกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัด เป็นหน่วยงานบริหารระดับจังหวัดที่อยู่ระหว่างอำเภอและเขต ดังนั้นจึงสามารถเชื่อมต่อจากพื้นที่จังหวัดไปสู่ระดับเขตได้อย่างเหมาะสม การประสานงานกับองค์กรอิสระอื่นๆ โดยเฉพาะกับ สปสช.เขต อปท.ทุกระดับ ส่วนราชการสังกัดกระทรวงต่างๆ และเอกชนในการอภิบาลระบบสุขภาพส่วนภูมิภาคก็สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุม[29]

กระแสการกระจายอำนาจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการเป็นแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management หรือ NPM) เป็นการปฏิรูปการจัดการ (management reform) เพราะ NPM เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการโดยใช้กลไกการจัดการ (management mechanism) ร่วมกับกลไกทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (health economics mechanism) มาจัดการให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพดีขึ้น[30,31] การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นกลไกหนึ่งของ NPM โดยนำกลไกการจัดการที่มีการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนมาสร้างประสิทธิภาพในการจัดบริการ เพื่อให้เกิดคุณภาพ เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น[32,33] Devolution เป็นรูปแบบหนึ่งของการกระจายอำนาจที่ถูกนำมาใช้ในการปฏิรูป เพราะจะมีอำนาจจัดการที่อิสระยืดหยุ่นมากกว่าเดิมแม้การจัดการจะยังอยู่ในรั้วของภาครัฐ โดยอำนาจการวางแผนตัดสินใจและการเงินการคลังถูกถ่ายโอนไปอยู่ในระบบราชการส่วนท้องถิ่น แยกออกจากการปกครองส่วนกลางที่รวมศูนย์

เพื่อให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้จัดบริการ (provider competition) กลไกตลาดจึงถูกนำมาสร้างเป็นภาพจำลองในการแข่งขันภาครัฐที่เรียกว่า Pseudo-market Reform ได้แก่

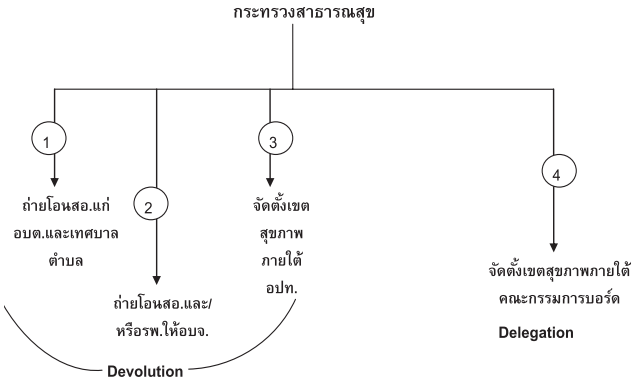
การแยกผู้ซื้อและผู้จัดบริการออกจากกัน (purchaser - provider split) เกิดการเปลี่ยนแนวทางการกำกับบริการแบบควบคุมสั่งการมาเป็นแบบการทำสัญญาเพื่อกระตุ้นกลไกตลาด (contracting and market-stimulating reform) กลไกตลาดและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนถูกนำมาใช้ร่วมกับการกระจายอำนาจในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ การที่จะนำงบประมาณส่วนที่ได้จากการรักษาพยาบาลมาอุดหนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (cross-subsidy) จำเป็นต้องมีพันธะความรับผิดชอบและทัศนคติที่ดีอย่างมากต่องานสาธารณสุข จึงเห็นได้ว่า การจัดการภาครัฐแนวใหม่โดยผ่านการกระจายอำนาจนั้น จำเป็นต้องอาศัยการอภิบาลโดยการติดตามควบคุมกำกับระบบที่ครอบคลุมและดีพอ การอภิบาลระบบโดยการใช้อำนาจจากระบบราชการกำกับดูแลจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องนำมาทบทวนพิจารณาควบคู่ไปกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะกับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ตั้งแต่การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ สิ่งสำคัญสำหรับการนำแนวคิดการกระจายอำนาจเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ จะเป็นเรื่องการมีพันธะความรับผิดชอบต่อองค์กร (accountability) ที่เปลี่ยนแปลงไป ร่วมกับการพัฒนาองค์กรให้เปลี่ยนแปลงการดำเนินงานจากแบบเดิมสู่แนวจัดการใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น[34-36]

ทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

จากการระดมความคิดและการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่า ทางเลือกหลักของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศไทย น่าจะเป็นไปได้ 2 ทางเลือก คือ (1) กระจายอำนาจแบบเขตที่เรียกรวมๆ ว่า regionalization โดยใช้โครงสร้างองค์กรแบบคณะกรรมการเขตที่ตั้งขึ้นใหม่อย่างเป็นอิสระ กรรมการคือผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) แต่งตั้ง และ/หรือ คัดเลือกเข้ามามีส่วนร่วมอภิบาลระบบ (2) ถ่ายโอนแบบเดิมโดยต้องประเมิน อปท. ว่ามีความพร้อมมากน้อยเพียงใด ตั้งแต่ความรับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ สถานีอนามัยเป็นหน่วยบริการที่มีขนาดเหมาะสมและระบบบริการไม่ซับซ้อนเหมาะสำหรับถ่ายโอนแก่ อปท. ขนาดเล็ก เช่นเทศบาลตำบลและ อบต. โรงพยาบาลระดับต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) หรือ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) สมควรให้ออกนอกระบบเป็นองค์การมหาชนดังเช่นโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งเป็นรูปแบบการกระจายอำนาจที่เรียกว่า delegation (ดูภาพที่ 1 ประกอบ) การกระจายอำนาจในรูปแบบนี้มีข้อเด่นคือได้รับผ่อนปรนข้อจำกัดจากระเบียบราชการที่เข้มงวด มีคณะกรรมการดูแลสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่นๆ ซึ่งเป็นการเสริมสร้างคุณภาพบริการ แต่การสั่งการจากกระทรวงยังมีความเชื่อมโยงเพราะโรงพยาบาลยังสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นโยบายและการสั่งการยังมีความเชื่อมต่อโดยตรง ข้อเสียของ delegation คือเจ้าหน้าที่ไม่ได้เป็นข้าราชการ จึงหมดสภาพที่จะได้รับสวัสดิการข้าราชการ อาจทำให้เกิดกระแสต่อต้านจากบุคลากรและกลุ่มวิชาชีพ นอกจากนี้ เมื่อเป็นองค์กรอิสระแล้ว แม้จะหารายได้เองแต่ก็อาจสร้างรายได้แบบเอกชนจนเกิดกำแพงการเงินที่กีดกั้นการเข้าถึงบริการ

ทั้งสองทางเลือกนี้ต้องดำเนินการแบบค่อยๆ เป็นอย่างมีระบบและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยคณะทำงานที่ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้เสียจะต้องติดตาม กำกับและประเมินผลอย่างชัดเจนใกล้ชิด เพื่อลดปัญหาสำคัญคือการขาดความเข้าใจและเกิดการต่อต้านจากข้าราชการกลุ่มวิชาชีพ หรือมีปัญหางบประมาณของ อปท. ไม่เพียงพอ จากทางเลือกรูปแบบหลัก 2 ทางเลือกข้างต้นสามารถแบ่งทางเลือกย่อย 4 แนวทางดังภาพที่ 2 คือ ถ่ายโอนสถานีอนามัย (หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ที่เหลือต่อไปแก่ อบต.และเทศบาลที่มีศักยภาพ ถ่ายโอนสถานีอนามัยและ/หรือโรงพยาบาลแก่ อบจ. จัดตั้งเขตสุขภาพที่อยู่ภายใต้การกำกับของ อปท. และจัดตั้งเขตสุขภาพภายใต้คณะกรรมการอิสระที่ประกอบด้วยมีผู้มีส่วนได้เสียเป็นตัวแทนภาคส่วนต่างๆ ซึ่งทางเลือกทั้ง 4 ข้อ ดีและด้อยแตกต่างกัน

ทางเลือกที่ 1 เป็นการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้ อบต.และ



รูปที่ 2 รูปแบบทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสุขภาพประเทศไทย

เทศบาล มีข้อเด่นที่มี พรบ. แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 รองรับ ในรอบ 10 ปีของการถ่ายโอนสถานีอนามัยหลายแห่งไปสู่ อบต. และเทศบาล พบว่ามีการบริหารจัดการที่คล่องตัวขึ้น เช่น การกำหนดนโยบาย การวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพและการดำเนินการอนุมัติโดยตรงจาก อปท. จึงใช้เวลาสั้นและดำเนินการได้รวดเร็วขึ้น อปท. มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน ประชาชนคือฐานเสียงทางการเมืองของ อปท. ทำให้ อปท.ฟังเสียงและปัญหาของคนในพื้นที่มากขึ้น เป็นผลให้ อปท. มองเห็นและยอมรับความสำคัญของงานด้านสาธารณสุขและระบบสุขภาพเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้าน นอกจากแก้ปัญหาให้ประชาชนได้แล้ว ยังช่วยประชาสัมพันธ์ผลงานสร้างฐานเสียงของ อปท. ไปในเวลาเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ทางเลือกนี้มีจุดอ่อนหลายประการ ได้แก่ ทำให้ระบบบริการเดิมแยกออกจากกัน การประสานงานและการสั่งการจากกระทรวงสาธารณสุขจะผ่านทาง อปท. ทำให้การเมืองท้องถิ่นมีอิทธิพลสูงต่ออาชีพราชการของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ซึ่งมีทั้งข้อดีและไม่ดี อปท.ที่ดี ย่อมส่งผลให้เกิดการจัดบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ แต่หากการเมืองท้องถิ่นไม่ดี ย่อมทำลายขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน และสำหรับพื้นที่ยากจนนั้น สถานีอนามัยจะยิ่งขาดแคลนงบประมาณและทรัพยากร เพราะประชาชนมักจะให้ความสำคัญกับสิ่งที่เป็นรูปธรรม เช่น สิ่งก่อสร้าง อปท.จึงต้องสร้างผลงานที่ประชาชนต้องการมากกว่าเรื่องสุขภาพที่เป็นรูปธรรมน้อยและใช้เวลานาน จึงทำให้งานบริการด้านสุขภาพขาดแคลนงบประมาณและขาดคุณภาพ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ยึดปัญหาสุขภาพในพื้นที่เป็นใหญ่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะได้รับการมีส่วนร่วมและได้รับการสนับสนุนที่ดีทั้งการกำหนดนโยบาย การดำเนินงาน และงบประมาณที่จำเป็น เพราะสิ่งที่เกิดขึ้นจะเป็นผลลัพธ์สุขภาพที่ดีของประชาชน ทำให้ความเชื่อมั่นของประชาชนที่มีต่อ อปท. เพิ่มสูงขึ้นได้

ทางเลือกที่ 2 โดยการโอนสถานีอนามัยและ/หรือโรงพยาบาลแก่ อบจ. แทนการโอนแก่ อบต.และเทศบาล ซึ่งจะเป็นการแก้ปัญหาของ อบต.และเทศบาลที่ขาดศักยภาพทางการเงินและการจัดการ เนื่องจากอบจ. มีภาระการเงินน้อยกว่าหรือมีฐานะการเงินมั่นคงกว่า ทางเลือกนี้จึงเป็นการเสริมทางเลือกเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ถ่ายโอนสถานีอนามัยแก่ อบต.และเทศบาล การถ่ายโอนภารกิจแก่ อบจ. มีกฎหมายกำหนดบทบาทของ อบจ. รองรับและ อบจ. เองก็มีแผนดำเนินการเรียบร้อยแล้วโดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการจัดตั้งหรือเป็นเจ้าของโรงพยาบาล อบจ. มีศักยภาพการบริหารจัดการที่สูงมาก การเชื่อมต่อของระบบบริการกับกระทรวงสาธารณสุขจะเชื่อมผ่านเขตได้ง่ายกว่า เพราะเป็นการประสานจากหน่วยงานเดียว แต่มีข้อเสียที่การใกล้ชิดประชาชนในพื้นที่จะน้อยลงเพราะอยู่ระดับจังหวัด และอาจสร้างกำแพงกีดกันการส่งต่อข้ามจังหวัดดังที่มีประสบการณ์ในการแบ่งเขตบริการของกรุงเทพมหานคร ที่แบ่งเขตบริการและจ่ายเงินตามผู้ป่วยแบบตามจ่าย ซึ่งทำข้อตกลงการดูแลข้ามเขตหากผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทาง[37]

ทางเลือกที่ 3 เป็นรูปแบบเขตสุขภาพแตกต่างจากรูปแบบการถ่ายโอนแก่ อปท. เพราะมีคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน ทั้งผู้จัดบริการ ผู้รับบริการ อปท. ภาคประชาชนและผู้ทรงคุณวุฒิ มีการเลือกประธานจากคณะกรรมการ คณะกรรมการทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและติดตามประเมินผล แต่คณะกรรมการยังคงดำเนินการภายในกรอบอำนาจการจัดการและรับผิดชอบของ อปท. คณะกรรมการเขตสุขภาพนี้แตกต่างจากคณะกรรมการเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

(รูปแบบของกระทรวงนั้น คณะกรรมการประกอบด้วยบุคลากรเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุขและผู้ตรวจราชการเขตกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน) แต่คล้ายคลึงกับคณะกรรมการเขตสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพราะประธานคณะกรรมการเป็นผู้ทรงคุณวุฒินอกระบบสุขภาพ ข้อเด่นของทางเลือกนี้คือกฎหมายการปกครองส่วนท้องถิ่นให้อำนาจแก่ อปท. ในการจัดตั้งคณะกรรมการระดับพื้นที่เข้ามาดำเนินงานบริการสาธารณะ ซึ่งสามารถดำเนินการได้เลย ทางเลือกนี้ระบบบริการสามารถเชื่อมโยงในเขตพื้นที่ไม่แยกส่วน สามารถขยายเขตแบบสหการของ อปท. ทำให้ระบบการส่งต่อดีและมีคุณภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการได้ดี การบริหารทรัพยากรจะเกิดประสิทธิภาพ สร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ การดูแลควบคุมโรคระบาดและการสาธารณสุขของเขตในภาพรวมจะกระทำได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ แต่ข้อเสียคือการประหยัดต่อขนาดอาจไม่ดี เพราะขนาดเขตสุขภาพเล็กและมีจำนวนมากทำให้เป็นภาระทางค่าใช้จ่ายในการบริหาร การจัดการคร่อมพื้นที่เขตของ อปท. เดิมทำให้การจัดการลำบาก ความขัดแย้งระหว่างพื้นที่อาจทำให้การประสานงานในเขตล้มเหลว จนนำไปสู่ความขัดแย้งเชิงนโยบายและการปฏิบัติทำให้ความคล่องตัวหายไป

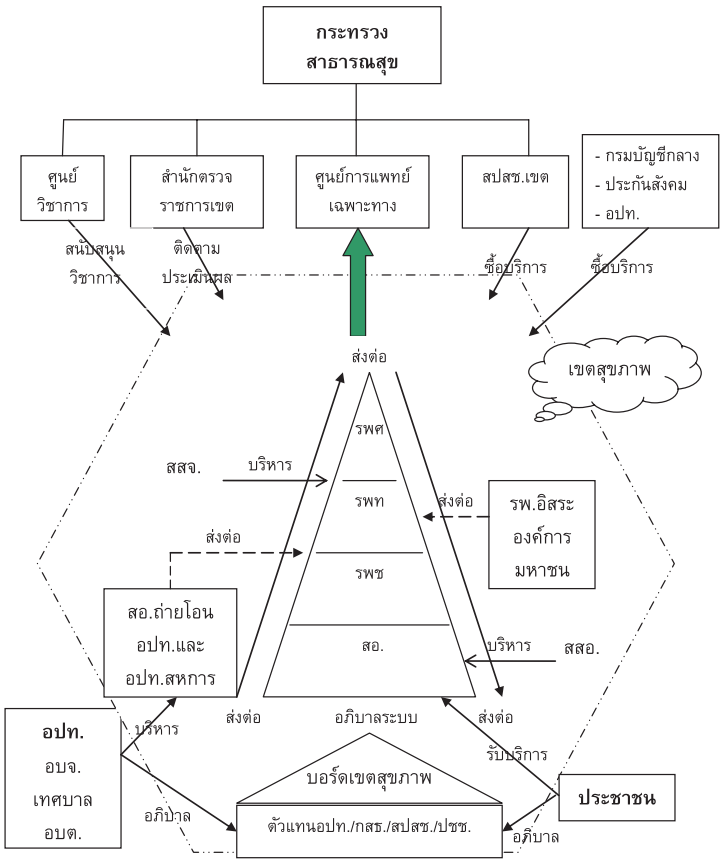
ทางเลือกสุดท้ายเป็นการเสนอจัดตั้งเขตสุขภาพแต่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดตั้งคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากทุกภาคส่วนที่มีส่วนได้เสีย ซึ่งมีข้อดีเพราะเกิดธรรมาภิบาลหรือการอภิบาลที่ดีหลายประการตั้งแต่การมีส่วนร่วม ความโปร่งใส การแก้ปัญหา การรับฟังความคิดเห็นอย่างประชาธิปไตยและเป็นข้อตกลงร่วม การแก้ปัญหาเหมาะสมกับสถานการณ์จริง เป็นต้น ระบบสุขภาพมีความเชื่อมโยงทั้งแนวดิ่งระหว่างหน่วยบริการ กระทรวงสาธารณสุขและพื้นที่ และทั้งแนวนอนที่ประสานระหว่างภาครัฐอื่นๆ อปท. และภาคเอกชน การส่งต่อเกิดประสิทธิภาพและมีคุณภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายอย่างเท่าเทียมกัน เพราะไร้รอยต่อของเขตพื้นที่ อิทธิพลการเมืองท้องถิ่นรบกวนน้อยลง ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การขัดแย้งเชิงความคิดหรือนโยบายและการปฏิบัติลดลง ซึ่งอาจเป็นทางออกสำคัญของการแก้ปัญหาผลประโยชน์ขัดกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ที่ไม่สามารถจัดตั้งเขตสุขภาพได้ แม้จะมีการกำหนดพื้นที่เขตสุขภาพแบบภูมิศาสตร์ให้สอดคล้องกัน[38,39] ระบบเขตสุขภาพนี้ คณะกรรมการมีอิสระในระดับหนึ่ง ทำให้การสั่งการเชิงนโยบายทำได้ยากและล่าช้าขึ้นเพราะต้องสร้างความเข้าใจ ทำให้การควบคุมโรคระบาดที่รวดเร็วอาจช้าลง นอกจากนี้ คณะกรรมการยังต้องมีภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง ต้องเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ซึ่งระดับพื้นที่บางแห่งหาได้ไม่ง่ายและไม่เพียงพอ[40]

รูปแบบจำลองเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพที่จัดตั้งภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขนั้น เป็นประเด็นที่น่าสนใจในการสร้างทางเลือกของการกระจายอำนาจ เพราะเป็นระบบสุขภาพที่เมื่อกระจายอำนาจแล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังคงเชื่อมั่นได้ว่า นโยบายสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขจะได้รับการสนองตอบและนำไปดำเนินการ หน่วยบริการยังคงสภาพอยู่ในการดูแลกำกับหรืออยู่ในคณะกรรมการที่กระทรวงสาธารณสุขเองมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทาง การดำเนินงานแบบบูรณาการจะลดปัญหาความขัดแย้งด้านผลประโยชน์ รวมทั้งปัญหาทางความคิด นโยบาย และการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ภายในเขตสุขภาพนั้น ระบบสุขภาพจะมีความเชื่อมโยงตั้งแต่บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิที่มีบริการการแพทย์เฉพาะทางชั้นสูง สามเหลี่ยมของระบบบริการและการส่งต่อเดิมในระบบสุขภาพประเทศไทยไม่ได้ถูกแยกส่วนออกจากกัน สร้างการมีส่วนร่วมของภาครัฐ เอกชน องค์กรอิสระ อปท.และชุมชน สร้างการอภิบาลระบบโดยรวมอย่างแท้จริง เขตสุขภาพมีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนที่เป็นผู้มีส่วนได้เสีย ทำให้สามารถพัฒนาไปสู่ธรรมาภิบาลได้ เขตสุขภาพที่จัดตั้งภายใต้การรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขจึงน่าจะมีความเป็นไปได้อย่างยิ่งในเชิงนโยบายที่จะนำไปกำหนดเป็นวาระแห่งชาติ อย่างไรก็ตามเขตสุขภาพที่จำลองยังมีข้อจำกัดและปัญหาที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ การหาผู้มีความเหมาะสมในการเป็นกรรมการในคณะ

กรรมการเขตอาจไม่ง่าย โดยเฉพาะในเขตที่ขาดแคลนบุคลากรและผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งจะส่งผลให้ขาดระบบการกำกับดูแลและติดตามที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วนอาจไม่ได้รับความสนใจ โดยเฉพาะจากภาคเอกชนที่มีเป้าหมายการบริการเป็นกลไกตลาดที่สร้างกำไร หรือแม้แต่จากภาครัฐอื่นๆ เช่นกระทรวงกลาโหมที่พันธกิจการบริการเป็นสวัสดิการเฉพาะกลุ่มเท่านั้น ซึ่งเป็นสิ่งท้าทายให้กระทรวงสาธารณสุขแสดงบทบาทเป็นผู้มีอำนาจสั่งการด้านสุขภาพของชาติ (national health authority) สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การกำหนดอำนาจที่กฎหมายรองรับ ซึ่งจะต้องทบทวนแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องไม่น้อย แม้จะเป็นภารกิจที่ยาก แต่มีความเป็นไปได้ดังประสบการณ์ของประเทศนอร์เวย์ หลังปีค.ศ. 2012 มีการปฏิรูปเปลี่ยนระบบสุขภาพจากการที่ อปท.เป็นผู้รับผิดชอบหลัก มาสู่รูปแบบเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพขึ้นมารับผิดชอบโดยบัญญัติกฎหมายขึ้นมารองรับ หรือประสบการณ์การจัดตั้งเขตสุขภาพประเทศนิวซีแลนด์ที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีอำนาจสั่งการและถ่ายโอนอำนาจให้คณะกรรมการเขตสุขภาพที่เป็นองค์กรอิสระรับผิดชอบ เป็นต้น[41,42]

เขตสุขภาพสามารถจำลองรูปแบบได้ดังรูปที่ 3 ซึ่งอธิบายได้ว่า ภายใต้การกำกับดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุขนั้น เขตพื้นที่จะมีหน่วยงานสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมต่อจากส่วนกลางสู่พื้นที่โดยสำนักตรวจราชการสาธารณสุขเขตและ สปสช. เขต ศูนย์แพทย์เฉพาะทางที่เป็นหน่วยบริการตติยภูมิยังคงดูแลกำกับโดยกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพมีคณะกรรมการที่มีอำนาจอิสระให้คำปรึกษา ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการหรือดูแลจัดการแล้วแต่ขอบเขตการมอบหมายของกระทรวงสาธารณสุข สถานบริการตั้งแต่ระดับ สอ. รพช. รพท. และ/หรือ รพศ.จัดบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ มีระบบส่งต่อที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันเป็นอย่างดี และมี



รูปที่ 3 แบบจำลองเขตสุขภาพ

บริการผสมผสานทั้งสุขภาพส่วนบุคคล บริการโรงพยาบาล การสาธารณสุขและบริการสังคม สอ. และ รพ. ที่อยู่ในกำกับของ อปท. ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และ รพ. ที่ออกนอกระบบเป็นองค์กรอิสระสามารถเข้ามาร่วมการดำเนินงานประสานเพื่อจัดบริการได้ ในเขตสุขภาพผู้ทำหน้าที่ซื้อบริการแทนประชาชนได้แก่ สปสช. กรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคม ซึ่งทำหน้าที่จ่ายค่าบริการแก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพ อปท. อาจทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ของ อปท. เองได้เช่นเดียวกัน หน่วยงานวิชาการของกรมวิชาการต่างๆ เป็นผู้สนับสนุนวิชาการและติดตามประเมินผล สำนักตรวจราชการสาธารณสุขเขตเป็นองค์กรตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขที่จะติดตามนโยบายต่างๆ ว่าได้รับการดำเนินการตอบสนองตามที่กำหนดไว้หรือไม่

การอภิบาลระบบ

การอภิบาลระบบหมายถึงการที่กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้มีอำนาจสั่งการด้านสุขภาพ (national health authority) ได้นำอำนาจและทรัพยากรที่รับรองตามกฎหมายมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของประชาชน โดยผ่านช่องทางของระบบราชการ (bureaucratic system) กลไกตลาด (market system) และการสร้างเครือข่าย (network system) การกระจายอำนาจด้านสุขภาพทำให้พันธะความรับผิดชอบเชิงระดับชั้น (hierarchical accountability) ของระบบราชการซึ่งโดยการให้รางวัลและการลงโทษ เปลี่ยนแปลงไปเป็นพันธะความรับผิดชอบต่อสังคม (social accountability) ที่สำคัญต้องยึดผลประโยชน์ที่ประชาชนได้รับเป็นจุดศูนย์กลาง มิติการอภิบาลระบบที่สำคัญประกอบด้วยความโปร่งใสในการดำเนินการ ความเป็นธรรมทางสุขภาพ พันธะความรับผิดชอบ (accountability) และประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ สมควรนำมาเป็นกรอบการพิจารณาแนวทางการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่เหมาะสม การอภิบาลระบบโดยรวมจะอิงกับการปกครอง เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการจัดการภาครัฐแนวใหม่ ประเทศไทยใช้การอภิบาลระบบสุขภาพผ่านทั้ง 3 ช่องทาง (ระบบราชการ กลไกตลาด และเครือข่ายความร่วมมือของผู้มีส่วนได้เสีย) การอภิบาลโดยระบบราชการซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทเป็นช่องทางที่ให้หน่วยบริการต่างๆ ปฏิบัติตามคำสั่ง นโยบายและกฎระเบียบ แต่หลังการกระจายอำนาจจะต้องนำกลไกการมีส่วนร่วมเข้ามาใช้โดยการสร้างเครือข่าย ซึ่งมีข้อดีคือ โปร่งใสตรวจสอบได้ ตอบสนองความต้องการประชาชนอย่างแท้จริง พันธะความรับผิดชอบมุ่งเน้นความต้องการและปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่มากกว่าการตอบสนองแก่รัฐบาลกลาง นับว่าเป็นการอภิบาลระบบที่เกิดจากบทบาทหน้าที่โดยตรง (functional governance) มากกว่าการอภิบาลระบบแบบโครงสร้าง (structural governance) และเป็นการอภิบาลที่จะพัฒนาไปสู่ธรรมาภิบาลที่ต้องการได้[43-45]

วิจารณ์และข้อยุติ

บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขมีหลายมิติทั้งด้านการจัดการ การบริการและวิชาการ การถ่ายโอนภารกิจสู่ อปท. จะต้องมองรวมทุกมิติโดยเฉพาะบทบาทด้านสาธารณสุขที่จำเป็น (essential public health functions) ที่ประกอบด้วยการกำหนดนโยบาย การจัดบริการต่างๆ การกำหนดระเบียบกฎหมายที่สำคัญตลอดจนถึงการวิจัยค้นคว้า การที่จะมอบภารกิจดังกล่าวมากน้อยเพียงใดให้ อปท.รับผิดชอบ จะต้องพิจารณาถึงศักยภาพและความพร้อมของ อปท. ทั้งด้านการจัดการและงบประมาณที่ อปท.จะสามารถดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญคือ กระทรวงสาธารณสุขจะต้องประเมินร่วมกับ อปท. รวมถึงการที่จะต่อรองและตัดสินใจว่าจะแบ่งปันภารกิจและบทบาทหน้าที่กันอย่างไร[46,47]

การที่จะเข้าใจถึงความเชื่อมโยงของกระทรวงสาธารณสุขกับ อปท. และภาคส่วนอื่นนอกระบบสุขภาพได้ดีนั้น ต้องพิจารณาบทบาทความรับผิดชอบของ อปท. ควบคู่ไปกับบทบาทกระทรวงสาธารณสุขและปฏิสัมพันธ์กับภาคส่วนอื่นๆ ใน 3 แนวทางคือ

● อปท.มีบทบาทรับผิดชอบพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส ได้แก่ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก และสตรี เป็นการพัฒนาสังคมด้านสุขภาพ เช่น สิ่งแวดล้อมที่ดี ชุมชนน่าอยู่ หรือ การกำจัดน้ำเสีย บทบาทเหล่านี้กระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนโดยไม่ต้องดำเนินการเอง

● บทบาทที่ อปท. สามารถดำเนินการได้แต่กระทรวงสาธารณสุขต้องช่วยพัฒนาและผลักดัน บทบาทนี้เป็นเรื่องการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพในประชาชนกลุ่มใหญ่ เช่น อาหารและน้ำสะอาด เหล่านี้กระทรวงสาธารณสุขต้องให้ความรู้และกระตุ้นโดยใช้มาตรฐานการบังคับกฎหมายที่จำเป็น

● บทบาทระดับชาติที่กระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการเอง ได้แก่ การควบคุมโรคระบาดระดับชาติหรือระหว่างประเทศ โรคระบาดที่อุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำที่รุนแรงรวดเร็ว กระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นหลักดำเนินการโดยอาศัย อปท. เป็นองคาพยพที่จะเร่งการดำเนินงานให้ลุล่วงโดยรวดเร็ว ดังเช่นกรณีโรคไข้หวัดนกและไข้หวัด 2009 ที่เกิดขึ้นมาแล้ว

การอภิบาลระบบสุขภาพหลังการกระจายอำนาจเกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับรูปแบบทางเลือกที่กระทรวงสาธารณสุขจะปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับ พรบ. แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ซึ่งต้องพิจารณาถึงแนวโน้มสถานการณ์การกระจายอำนาจและการปฏิรูประบบสุขภาพในเวทีโลกหรือในต่างประเทศด้วย ที่พบว่าการถ่ายโอนภารกิจของส่วนกลางสู่พื้นที่หรือที่เรียกว่าการกระจายอำนาจนั้น อปท. มีบทบาทด้านสาธารณสุขลดลง แต่มีแนวโน้มการกระจายอำนาจแก่คณะกรรมการที่เป็นอิสระ มีผู้มีส่วนได้เสียเข้ามาร่วมรับผิดชอบมากขึ้นในรูปแบบเขตสุขภาพ แม้การแยกผู้ซื้อและผู้จัดบริการจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนไปสู่การตั้งคณะกรรมการที่ผู้มีส่วนได้เสียเข้ามาควบคุมดูแลในพื้นที่ที่เรียกว่า Commissioning ดังกล่าวเหล่านี้เป็นแนวโน้มของระบบอภิบาลที่เปลี่ยนแปลงจากระบบราชการแบบ Hierarchical Governance และการใช้กลไกตลาดที่เรียกว่า Marketing Governance ไปสู่การมีพันธะร่วมกันแบบเครือข่ายที่มีภาคส่วนต่างๆ ที่เป็นผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมแบบ Networking Governance ซึ่งเป็นการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่หรือ New Public Management (NPM)[48,49] ภาพเหล่านี้จะเป็นจริงได้ ถ้ากระทรวงสาธารณสุขปรับบทบาทให้เป็นผู้ควบคุมนโยบายหรือเป็นผู้มีอำนาจสั่งการแห่งชาติ (national health authority) ถ่ายโอนการจัดบริการให้แก่คณะกรรมการเขตสุขภาพ เปลี่ยนบทบาทของผู้จัดบริการ (provider) มาเป็นผู้ควบคุมติดตาม (regulator) ซึ่งการที่กระทรวงสาธารณสุขไม่กำหนดบทบาทให้ชัดเจนดังเช่น สปสช. ที่กำหนดบทบาทเป็นผู้ซื้อบริการแทนประชาชน (purchaser) ทำให้เกิดความสับสนจนกลายเป็นการขัดแย้งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพเป็นบทบาทที่ อปท. รับผิดชอบโดยอำนาจหน้าที่ได้ตามกฎหมาย หากเพียงความเหมาะสมที่จะมอบจากกระทรวงสาธารณสุขแก่ อปท. นั้นต้องมองถึงศักยภาพความพร้อมด้านการจัดการและงบประมาณของ อปท. ร่วมกับความรับผิดชอบเชิงนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขต้องดูแลและต้องรวมศูนย์ไว้ในส่วนกลาง เช่น การป้องกันควบคุมโรคระบาดที่รุนแรงรวดเร็ว หรือประเด็นสุขภาพในเวทีโลก รวมทั้งการคงไว้ด้วยระบบบริการที่เชื่อมโยงระดับชั้นการบริการที่เริ่มตั้งแต่รากหญ้าจากชุมชน ไปสู่บริการปฐมภูมิของ รพสต. ทุติยภูมิของ รพช. ตติยภูมิใน รพท. และ รพศ.จนสู่การแพทย์ชั้นสูงในสถาบันการแพทย์ต่างๆ ซึ่งจะเป็นแนวทางพิจารณาต่อรองทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในอนาคต และเป็นเหตุผลที่เขตสุขภาพถูกมองว่าอาจเป็นทางเลือกสำคัญทางเลือกหนึ่งที่กระทรวงสามารถนำมาปฏิรูประบบสุขภาพและแก้ปัญหาทางตันของการกระจายอำนาจสู่ อปท. ตาม พรบ. แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542

บทบาทกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจยังได้รับอิทธิพลจาก พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดบริการ ในขณะที่ สปสช. ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการแทนประชาชน ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา การใช้อำนาจการซื้อจูงใจการทำงานของสถานบริการทำให้เกิดความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ที่เป็นอุปสรรคต่อการขับเคลื่อนนโยบาย (policy gridlock)[50] เพราะสถานบริการจำเป็นต้องดำเนินการสนองตอบนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้บังคับบัญชา แต่ก็ต้องทำผลงานบริการเพื่อแลกเงินจาก

สปสช. ทำให้เกิดความสับสนในการจัดบริการโดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งเป็นงานที่ไม่ได้ค่าตอบแทน ดังนั้น บทบาทการเป็นผู้ควบคุมกำกับระบบ (system regulator) ของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องชัดเจน บทบาทการจัดบริการ (service provider) ควรเป็นบทบาทของหน่วยบริการและ อปท. ซึ่งหน่วยบริการสมควรมีอิสระในการจัดบริการให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบท ปัญหาต่างๆ ที่ผ่านมามีพื้นฐานสาเหตุจากการขาดการนำข้อมูลเชิงประจักษ์มากำหนดแนวทางและบทบาทการทำงาน ซึ่งหากมีการร่วมมือศึกษาค้นหารูปแบบการทำงานและกำหนดบทบาทระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ก็จะเกิดการสร้างจุดร่วมการทำงาน จะทำให้กระทรวงสาธารณสุข สปสช. อปท. คณะกรรมการเขตสุขภาพ และภาคส่วนอื่นๆ ที่มีส่วนได้เสียสามารถกำหนดบทบาทได้อย่างชัดเจนและมีปฏิสัมพันธ์เชื่อมโยงต่อกัน จนเกิดการอภิบาลระบบโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพที่พึงปรารถนา

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูล ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะทั้งหมด ทั้งผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข อปท. องค์กรอิสระ และ สปสช. ที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Bossert T, Beauvais JC. Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. Health Policy and Planning 2002;17(1):14-31.
2. Burki SJ, Perry GE, Dillinger WR. Beyond the center: decentralizing the state. Washington D.C.: the World Bank; 2002.
3. Smith B C. The powers and functions of local government in Nigeria 1966-1980. IRAS 1981; 4:325-31.
4. Capuno JJ, Solon O. The impact of devolution on local health expenditures: anecdotes and some estimates from the Philippines. Philippine Review and Economics and Business XXXIII 1996;2:283-318.
5. Kolehmainen-Aitken R-L, Newbrander W. Lesson from FPMD: decentralizing the management of health and family planning. Boston: Management Sciences for Health; 1997.
6. Lariosa TR, Mantala MJ, Lorenzo ME. The effect of devolution on the national Tuberculosis control program: Philippine case studies. Manila: University of Philippines; 1999.
7. Pattamasiriwat D. Local finance. Bangkok: PA Living; 2006. (in Thai).
8. Weist D. Thailand's decentralization: progress and prospects. In King Prajadhipok's Institute, editor. Decentralization and local government in Thailand. Bangkok: Thammada Press; 2002: p. 425-56.
9. Collins C, Green A. Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. International Journal of Health Services 1994;4(3):459-75.
10. Brogen PO, Brommel SM. Central and local control in Nordic health care: the public organization spectrum revised. International Journal of Health Planning and Management 1990;5:27-39.
11. Hakkinen U, Gudfinnsdottir GK, Unde A. Overview of the structures of the Nordic health care systems. In: Alban A, Christiansen T, editors. The Nordic lights: new initiatives in health care system. Odense: Odense University Press; 1995: p. 14-28.
12. Johnsen JR. Health systems in transition: Norway [Internet]. 2006 [cited 2019 April 10]. Available from: http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage.
13. Conyers D. Decentralization: the latest fashion in development administration? Public Administration and Development; 1983:3:97-109.
14. Collins C. Management and organization of developing health systems. Oxford: Oxford University Press; 1994.
15. Mills A. Introduction. In: Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I, editors. Health system decentralization: concepts, issues and country experience. Geneva: WHO; 1994. p. 11-39.
16. Mosca I. Is decentralization the real solution? : a three countries study. Health Policy 2006;77:113-20.
17. Koivusalo M. Decentralization and equity of health care provision in Finland. BMJ 1999;318:1198-200.
18. Kristiansen S, Sanitoso P. Surviving decentralization? Impacts of regional autonomy on health service provision in Indonesia. Health Policy 2006;77:247-59.
19. Khaleghian P. Decentralization and public services: the case of immunization. Washington DC: the World Bank; 2003.
20. Hunter DJ. What makes people healthy and what makes them ill? In: Campbell F. editor. The social determinants of health and the role of local government [Internet]. 2010 [cited 2001 September 12]: p 11-15. Available from: www.idea.gov.uk.
21. Leys C. The NHS after devolution. BMJ 1999;318:1155-56.

22. European Observatory on Health Care Systems. Health Care System in Transition: United Kingdom [Internet]. 1999 [cited 2001 September 15]. Available from: http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage.
23. Leach S, Stewart M. Local government: its role and function. Joseph Rowntree Foundation; 1992.
24. Hjortsberg C, Ghatnekar O. Sweden 2001. In: Rico A, Wisbaum W, Cetani T, editors. Health care system in transition. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems; 2001.
25. Nelson MH. Thailand: problem with decentralization?. In: King Prajadhipok's Institute, editor. Decentralization and local government in Thailand. Bangkok: Thammada Press; 2002: p. 459-95.
26. Khaleghian P, Gupta MD. Public management and the essential public health functions. Washington: World Bank; 2004.
27. Lin JY, Tao R, Liu M. Decentralization and local governance in China's economic transition. In: Bardhan P, Mookherjee D, editors. Decentralization and local governance in developing countries: a comparative perspective. London: MIT Press; 2006: p. 306-27.
28. Peabody JW, Lee SW, Bickel SR. Health for all in the Republic of Korea: one country's experience with implementing universal health care. Health Policy 1995;31:29-42.
29. Ramagem C, Ruales J. The essential public health functions as a strategy for improving overall health systems performance: trends and challenges since the public health in the American Initiative, 2000-2007. Washington: PAHO/WHO; 2008.
30. Kjær AM. Governance. Cambridge: Polity Press; 2004.
31. Ewalt JAG. Theories of governance and new public management: links to understanding welfare policy implementation. Paper prepared for presentation at the annual conference of the American Society for Public Administration Network; 2001 March 12.
32. Wikipedia. Governance [Internet]. 2006 [cited 2019 February 15]. Available from: http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Governance.
33. Sheaff R. Governance in gridlock in the Russian health system; the case of Sverdlovsk oblast. Social Science Medicine [Internet]. 2005 [cited 2019 April 10]; 60:2359-69. Available from: http://www.elsevier.com/locate/socscimed.
34. Carver J. Is Policy governance the one best way? Board Leadership 1998;37(May-June):25-34.
35. Carver J. A theory of governing the public's business: redesigning the jobs of boards, councils and commissions. Public Management Review 2001;3(1):3-24.
36. May P, Winter SC. Politicians, managers and street-level bureaucrats: influences on policy implementation. Journal of Public Administration Research and Theory Advance Access 2007;October 25:1-24.
37. Leesmidt V. Pannarunothai S. Purchasing health care services of the National Health Security Office: a case study of the Bangkok Branch. Journal of Health Science 2006;16(2):201-12.
38. Freedman D. Clinical governance-bridging management and clinical approaches to quality in the UK. Clinical chimica acta 2002;319:133-41.
39. Wittenberg M. Decentralization in South Africa. In: Bardhan P, Mookherjee D, editors. Decentralization and local governance in developing countries: a comparative perspective. London: The MIT Press 2006;332-55.
40. Collins C, Green A. Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. International Journal of Health Services 1994;4(3):459-75.
41. Norwegian Directorate of Health. Norway and health: an introduction [monograph online]. 2009 [cite 2019 April 16]. Available from: www.helsedirektoratet.no/English.
42. European Observatory on healthcare system. Health care system in transition: New Zealand [Monograph]. 2001 [cite 2019 April 18]. Available from: http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage.
43. Eeckloo K. Van Herck G, Van Hulle C, Vleugels A. From corporate governance to hospital governance: authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. Health Policy 2004;68:1-15.
44. UNESCAP. What is good governance? [Internet]. 2006 [cited 2019 April 10]. Available from: http://www.unescap.org/pdd/index.asp.
45. Stoker G. Governance as theory: five propositions. International Social Science Journal 1998;50(1):17-28.
46. Collins C, Araujo J, Barbosa J. Decentralizing the health sector: issues in Brazil. Health Policy 2000;52:113-27.
47. WHO. Essential public health functions: a three-country study in the Western Pacific Region. WHO Regional Office for the Western Pacific; 2003.
48. Boyle S. United Kingdom (England): health system review 2011 [monograph online]. 2012 [cited 2019 April 13]. Available from: http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/publication-request-forms.
49. Palmer K. NHS reform: getting back on track. London: King's fund:2006.
50. Tangcharoensathian V, Jongudomsuk P. Future challenges. In: Tangcharoensathian V, Jongudimsuk P, editors. From policy to implementation: historical events during 2001-2004 of Universal Coverage in Thailand. Bangkok: S.R.C. Envelope 2004:153-67.