

ปัจจัยผลักดันระบบที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Key System Drivers : KSD

นโยบายการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ พรบ.สุขภาพแห่งชาติกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเทศไทย

วิชัย ลีสมิตร

ประเด็นที่น่าสนใจ

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จะมีบทบาทสำคัญมากขึ้นในการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ในขณะที่บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจะลดลงและเปลี่ยนแปลงรูปแบบไป
- การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นส่งผลต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย 4 มิติ ได้แก่ (1) ด้านกฎหมาย ซึ่งในด้านสาธารณสุขยังมีน้อย (2) ด้านการปฏิรูประบบราชการ ซึ่งขณะนี้ยังขาดทิศทางและแนวทางดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน (3) ด้านการคลังสุขภาพ ซึ่ง อปท.จะได้รับงบประมาณด้านนี้มากขึ้น แต่อาจขาดประสบการณ์ในด้านการจัดการทางสุขภาพ (4) การบริหารจัดการทั่วไป ซึ่งอาจมีขอบเขตพื้นที่จัดบริการที่ไม่สอดคล้องกันและมีปัญหาการทับซ้อนของพื้นที่
- แม้ว่าอาจทำให้การตอบสนองความต้องการของท้องถิ่นมีประสิทธิภาพสูงขึ้น แต่มีผลกระทบด้านการคลังจากความเสี่ยงต่อการสูญเสียงบประมาณเพื่อใช้ในกิจกรรมสาธารณสุขในภาพรวมของระบบ การบั่นทอนประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณเนื่องจากขาดประสิทธิภาพเนื่องจากขนาด และความไม่เหมาะสมของการใช้เงินทำให้เกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อนและมีการแข่งขันในการให้บริการที่ไม่จำเป็น นอกจากนี้อาจส่งผลต่อความเป็นธรรมในการสร้างหลักประกันสุขภาพอันเนื่องมาจากความสามารถและศักยภาพของ อปท.แต่ละพื้นที่ที่ไม่เท่ากัน

บทนำ

ระบบสุขภาพประเทศไทยปฏิรูปรวดเร็วมากหลังปี พ.ศ. 2542 ด้วยปัจจัยผลักดันสำคัญ 3 ประการ คือโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ การปฏิรูปสร้างการเปลี่ยนแปลงและมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพประเทศไทยอย่างมาก ซึ่งสมควรศึกษาทบทวนผลกระทบของปัจจัยทั้ง 3 นั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนนโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และ พรบ.สุขภาพแห่งชาติที่ส่งผลให้เกิดการสนับสนุนการมีส่วนร่วมและการแสดงบทบาทของประชาชนและ อปท.ด้านสาธารณสุข จนกระทบต่อการกำหนดนโยบายและโครงสร้างการบริหารหน่วยบริการในระบบสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยการศึกษาเน้นถึงสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในระยะ 10 ปีหรือมากกว่า ที่จะส่งผลกระทบต่อค่านิยมสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการ ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ประสิทธิภาพ และ คุณภาพของบริการสุขภาพ



การนำเสนอการทบทวนจะแยกประเด็นต่างๆออก เริ่มจากปัจจัยของการผลักดันให้เกิดการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศไทย ผลกระทบของการกระจายอำนาจต่อระบบสุขภาพเดิมและเปลี่ยนแปลงไป บทบาทหน้าที่และช่องว่างแนวโน้มการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่ท้องถิ่นปัจจุบัน ซึ่งเกิดจากการเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศนอร์ดิกที่พัฒนาและกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาเหมือนประเทศไทย บทบาทพรบ.สุขภาพแห่งชาติกับนโยบายสุขภาพที่กระทบต่อระบบประกันสุขภาพ แนวโน้มทางเลือกการกระจายอำนาจและผลกระทบต่อค่านิยมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สุดท้ายเป็นข้อเสนอแนะการปรับตัวของทั้ง สปสช.และกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการสร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดีในอนาคต

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขประเทศไทย

พรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจไปสู่ อปท.ทั้ง 5 รูปแบบ (แท้จริงแล้วหมายถึง อบจ. เทศบาล 3 ระดับ และ อบต.เป็นหลัก มากกว่า กทม.และเมืองพัทยา) ตามความพร้อมทั้ง 2 ฝ่ายแต่ภายในปี พ.ศ. 2549⁽¹⁾ การเปลี่ยนจากรูปแบบการแบ่งอำนาจ (deconcentration) ไปสู่การคลายอำนาจ (devolution)^(2,3) อปท.จะมีบทบาทด้านสาธารณสุขที่สำคัญมากขึ้นในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขจะลดลงและเปลี่ยนแปลงไป แสดงให้เห็นชัดว่าปัจจัยทางการเมืองเป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้เกิดการกระจายอำนาจในประเทศไทย ตรงกันข้ามเมืองที่เปลี่ยนแปลงและไม่มั่นคงสามารถทำให้การกระจายอำนาจชะงักงันและเกิดผลเสียต่อระบบสุขภาพได้โดยเฉพาะหากนำการกระจายอำนาจไปใช้ในทางที่ไม่ถูกไม่ควร เช่น เพื่อการรวมศูนย์อำนาจมากขึ้น เป็นต้น⁽⁴⁾ ชัดเจนว่าการกระจายอำนาจมีความไวทางการเมืองอย่างยิ่ง^(5,6) ประเทศไทยเองการเคลื่อนไหวของการกระจายอำนาจเกิดขึ้นรวดเร็วแต่เจียบลงจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและนโยบายการปกครองด้วยผู้ว่าราชการจังหวัดที่เป็นผู้มีอำนาจสูงสุดในจังหวัด (CEO)⁽⁷⁾ และชะงักอีกครั้งเมื่อเกิดปฏิวัติเดือนกันยายน พ.ศ.2549 การกระจายอำนาจจึงดำเนินการตามกฎหมายอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีทิศทางชัดเจน

ผลกระทบจากการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นต่อระบบสุขภาพไทย

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมีผลกระทบให้เปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพไทยสำคัญ ๔ มิติ ได้แก่ ด้านกฎหมาย การปฏิรูประบบราชการ การคลังสาธารณสุข และการจัดการทั่วไป การเปลี่ยนแปลงมีวิวัฒนาการมาตั้งแต่ปี 2542-ปัจจุบัน

ด้านกฎหมาย

การกระจายอำนาจเกิดขึ้นจากกฎหมาย ทำนองเดียวกันก็มีผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงกฎหมายและระเบียบต่างๆ แต่กฎหมายที่เกิดใหม่และเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับ อปท. กฎหมายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงน้อยมาก ยังอาศัยกฎหมายและแนวทางปฏิบัติเดิม เช่น พรบ.สาธารณสุขพ.ศ.2535 เป็นต้น กฎหมายที่เปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระดับการดำเนินงานและการบริหารจัดการของอปท. เช่น พรบ.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบ เป็นต้น



⁽⁸⁾ เห็นได้ว่าในอนาคตการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายสำหรับการถ่ายโอนภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขไปสู่อปท.มีความจำเป็นเร่งด่วน โดยเฉพาะกฎหมายระเบียบต่างๆสำหรับให้องค์กรดำเนินการ และเป็นเครื่องมือเพื่อการจัดการที่สอดคล้องกันทั้งระบบกับนโยบายการกระจายอำนาจ

การปฏิรูประบบราชการ

การกระจายอำนาจสู่อปท.ก่อให้เกิดการปฏิรูประบบราชการทั้งส่วนกลางและท้องถิ่น การปฏิรูปขึ้นกับรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจ หากกระทรวงสาธารณสุขตัดสินใจถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่ อปท. (แม้ปัจจุบันเป็นเพียงการทดลอง) ซึ่งได้แก่ อบต.เป็นส่วนใหญ่และเทศบาลตำบลบางแห่ง⁽⁹⁾ สถานีนามัยที่โอนไป อบต.และเทศบาลตำบลจะเปลี่ยนแปลงจากระบบราชการส่วนภูมิภาคไปสู่ราชการส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นระบบราชการที่แตกต่างด้วยระเบียบและสายบังคับบัญชาและตัดขาดจากเดิม อปท.ต้องจัดโครงสร้างองค์กรและกำหนดแนวทางปฏิบัติใหม่หลังการถ่ายโอน การตัดขาดของสายบังคับบัญชาไปสู่ระบบใหม่อาจกระทบต่อทั้งคุณภาพบุคลากร บริการ และระบบประกันสุขภาพ เพราะต้องกำหนดแนวทางใหม่ทั้ง สปสช.กับ อปท. เพราะการถ่ายโอนมีผลลัพธ์ตามมามากกว่าเพียงการสร้างส่วนร่วมแบบทั่วไปอย่างกรณีกองทุนตำบลเท่านั้น⁽¹⁰⁾ ขณะเดียวกันระบบราชการเดิมก็ต้องมีการปฏิรูปใหม่ทั้งส่วนกลางและภูมิภาค เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่โดยเฉพาะระดับเดียวกับท้องถิ่นที่มีการถ่ายโอนสถานีนามัยไปให้ อปท.หรือที่กำลังจะถ่ายโอน ปัญหาสำคัญคือทั้งกระทรวงสาธารณสุข อปท.และ สปสช.เองยังขาดแนวทางดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ย่อมกระทบระบบประกันสุขภาพอย่างเลี่ยงไม่ได้และขาดทิศทางที่ชัดเจน

ด้านการคลังสุขภาพ

หลังการถ่ายโอนสถานบริการ เช่น สถานีนามัย เป็นต้น ไปสู่ อปท.จะมีผลกระทบอย่างมากต่อการคลังสุขภาพ ตั้งแต่การเก็บรวบรวมเงินรายได้ (revenue collection) การรวมเงินสู่กองทุน (fund pooling) และการซื้อบริการ (purchasing health care)⁽¹¹⁾ แหล่งเงินระบบประกันสุขภาพหลังการกระจายอำนาจยังคงมาจากค่าหัวที่ สปสช.จัดสรรตามผู้ลงทะเบียน แต่จะมีเงินท้องถิ่นที่ อปท.สนับสนุนร่วม แต่ อปท.ส่วนใหญ่ก็อาศัยงบประมาณส่วนกลางมากกว่าเงินท้องถิ่นจัดหาเอง ดังนั้นงบประมาณระบบประกันสุขภาพยังคงมาจากภาษีส่วนกลางจัดสรรให้เป็นหลัก ความอิสระการเงินของ อปท. มีทั้งข้อดีและข้อด้อยต่อการคลังและงบประมาณในระบบประกันสุขภาพ เพราะถ้าหาก อปท.นำงบประมาณค่าหัวไปเปลี่ยนแปลงเป็นค่าใช้จ่ายภาคส่วนอื่น ๆ นอกเหนือสุขภาพ เช่น ก่อสร้างถนน เป็นต้น ย่อมกระทบความมั่นคงทางการเงินของระบบประกันแน่นอน การกำหนดเงื่อนไขของเงินงบประมาณค่าหัวและสัดส่วนงบประมาณท้องถิ่นด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นในระยะแรกนี้⁽¹²⁾ กองทุนประกันสุขภาพเดิมดำเนินการโดย สปสช.สาขาจังหวัดเป็นหลัก บางส่วนและอาจมากขึ้นที่จะเปลี่ยนเป็นกองทุนของ อปท. ดำเนินการแทน การที่เกิดกองทุนจำนวนมากและเล็กเกินจำเป็นไม่เป็นการประหยัดต่อขนาด กรณีมีกองทุนมากมายจะสิ้นเปลืองค่าบริหารจัดการ สภาพกองทุนจะแย่งหากบริหารจัดการโดย อปท.ที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านประกันสุขภาพน้อยหรือไม่มีเลยจะเกิดผลเสียต่อระบบประกันสุขภาพ การ



รวมกองทุนให้มีขนาดพอเหมาะเป็นเรื่องที่ต้องคิดถึงปัจจัยต่างๆ และเป็นสิ่งดี ดังที่ประเทศต่างๆ ได้ดำเนินการเพื่อลดความสิ้นเปลืองและสร้างความมั่นคง⁽¹³⁾ การซื้อบริการเป็นประเด็นสำคัญในการปฏิรูปการคลังสุขภาพเพราะเป็นบทบาทหลักของ สปสช. เมื่อบทบาทการซื้อบริการถ่ายโอนไปสู่ อปท. การซื้อบริการแทนประชาชนจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ อปท. ต้องเรียนรู้ การขาดประสบการณ์จะทำให้เกิดความสับสนและคุณภาพบริการที่ได้ไม่สามารถรับประกันได้ เป็นเรื่องที่ สปสช. ต้องสนับสนุนโดยร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขพัฒนา อปท. ต่อเนื่อง^(14,15)

การบริหารจัดการทั่วไป

บทบาทกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารระบบสุขภาพหลังการกระจายอำนาจต้องเปลี่ยนแปลงจากเดิมจากที่เป็นผู้จัดบริการรายใหญ่ มาเป็นผู้กำหนดนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงานของ อปท. โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้เฝ้ากับการบริการและฝึกหัดเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ อปท. จะทำหน้าที่จัดการระบบบริการ การบริหารงบประมาณและบุคลากรที่ถ่ายโอน เพื่อให้เกิดการบริการเช่นเดิมที่ก่อนถ่ายโอนมา สิ่งที่เป็นปัญหาสำคัญและเกิดขึ้นหลังการถ่ายโอน คือ ขอบเขตพื้นที่จัดบริการไม่สอดคล้องกันและเกิดปัญหาการทับซ้อนและรอยต่อของการบริการที่ อปท. อยู่พื้นที่ติดกัน กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ต้องจัดการปัญหาเหล่านี้เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพสามารถดำเนินการได้ไม่เกิดผลเสีย และไม่กระทบการเข้าถึงบริการประชาชนผู้มีสิทธิ เมื่อหน่วยบริการสาธารณสุข เช่น สถานีอนามัย ถ่ายโอนไปสู่ อปท. อาจทำให้เกิดการแยกประชาชนเดิมไปอยู่คนละพื้นที่ทำให้เกิดการใช้บริการข้ามพื้นที่ของ อปท. ซึ่งสร้างความไม่เท่าเทียมและขาดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ศักยภาพการบริหารจัดการของ อปท. ตั้งแต่ปี 2542-ปัจจุบัน พัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว ศักยภาพสูงมากขึ้นทั้งด้านการคลังและบริหารจัดการทั่วไป เพราะผู้บริหาร อปท. ปัจจุบันเป็นผู้มีความรู้ความสามารถสูงขึ้น มีระดับการศึกษาที่สูง มีหลาย อปท. ที่ผู้บริหารจบปริญญาโทและเอก นักการเมืองท้องถิ่นมาจากผู้มีประสบการณ์บริหาร หลายคนมาจากนักการเมืองอาชีพระดับประเทศ ขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนมากขึ้นและมีคุณภาพเพราะมีประสบการณ์และชำนาญในบทบาทด้านต่างๆ รวมทั้งด้านสาธารณสุข บุคลากรจากภาคส่วนอื่นๆ แยกกันโอนย้ายไปสู่ท้องถิ่นมากขึ้นเพราะต้องการมาอยู่ในเขตเมืองที่เจริญและ อปท. สร้างแรงจูงใจเรื่องสวัสดิการ เช่น โบนัส การเดินทางดูงาน เป็นต้น เป็นปัญหาของการไหลของสมองภายใน ซึ่งย่อมกระทบการจัดบริการระยะสั้นและยาวที่ขาดบุคลากรในชนบท เป็นประเด็นสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ ที่ผลิตบุคลากรต้องประเมินผลกระทบดังกล่าวในระยะสั้นกลางและยาว

บทบาทหน้าที่และช่องว่างภารกิจด้านสาธารณสุขสำหรับถ่ายโอนสู่ท้องถิ่น

บทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุขหลังจากถ่ายโอนทั้งของ อปท. และกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องกำหนดขอบเขตให้ชัดเจนกว่าปัจจุบัน (ซึ่งต้องพิจารณาบทบาทภาครัฐอื่นๆ และเอกชนไปพร้อมๆ กัน) จากประสบการณ์ต่างประเทศ อปท. มีบทบาทกว้างขวางมาก ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบบทบาทด้านสาธารณสุขประเทศไทย กลุ่มนอร์ดิกและประเทศกำลังพัฒนา

บทบาท	ประเทศไทย					กลุ่มนอร์ดิก			อื่นๆ
	อบจ.	เทศบาลนคร/เมือง	เทศบาลตำบล	อบต.	กสธ.	เดนมาร์ก	นอร์เวย์	สวีเดน	
นโยบาย	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	+
บริการสาธารณสุข	+++	+++	+++	+++	++++	+++	+++	+++	+++
บริการบุคคล	-	+	-	-	++++	+++	+++	+++	+
สวัสดิการสุขภาพสังคม	-	-	-	-	++	+++	+++	+++	+
อุดหนุนเงิน	+	++	+	+	++++	++++	++++	++++	+
เจ้าของสถานบริการ	-	+	-	-	+++	++++	++++	++++	+
ควบคุมกำกับ	-	-	-	-	+++	+++	+++	+++	-
ซื้อบริการ	-	-	-	-	-	++	++	++	-

+ น้อย ++มีบ้าง +++มีค่อนข้างมาก ++++ มีมาก

วินัย ลีสmith์ และศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, 2546

จากตารางที่1 พบว่าช่องว่างของบทบาทด้านสาธารณสุขระหว่าง อปท.กับกระทรวงสาธารณสุขมีมาก และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาในกลุ่มนอร์ดิก เห็นชัดว่า อปท.ไทยสามารถจะพัฒนาบทบาทได้อย่างมากในอนาคต และก่อให้เกิดผลดีต่อระบบประกันสุขภาพ โดยจะทำให้เกิดครบวงจรของระบบบริการที่จำเป็น ถ้าหาก อปท.สามารถพัฒนาและแสดงบทบาทด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพผลครบสมบูรณ์ย่อมทำให้ระบบประกันสุขภาพสมบูรณ์ทั้งด้านความครอบคลุม เป็นธรรม สร้างประสิทธิภาพ และเกิดคุณภาพตามที่ต้องการ

ทางเลือกของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมีส่วนสำคัญต่อการกำหนดทิศทางการพัฒนาบทบาท อปท. อย่างมาก (โรงพยาบาลอาจแยกตัวออกเป็นองค์กรอิสระในกำกับรัฐซึ่งเป็นการกระจายอำนาจคนละรูปแบบกับถ่ายโอนสู่ท้องถิ่น) ทางเลือกปัจจุบันถ่ายโอนแบบแยกส่วนเพราะทดลองถ่ายโอนสถานอนามัย 22 แห่งไปให้ อบต. และเทศบาล ซึ่งมีข้อดีกว่าถ่ายโอนแบบทั้งเครือข่ายสถานบริการด้วยการถ่ายโอนแยกส่วนเกิดได้ง่าย ค่อยๆเปลี่ยนแปลง เลือกเฉพาะ อปท.และสถานบริการที่พร้อมลดปัญหาการต่อต้าน แต่ข้อเสียที่เกิดคือทำให้การจัดบริการแตกแยก สร้างความไม่เป็นธรรมและเกิดรูปธรรมเครือข่ายบริการที่ไม่ชัดเจน⁽¹⁶⁾

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

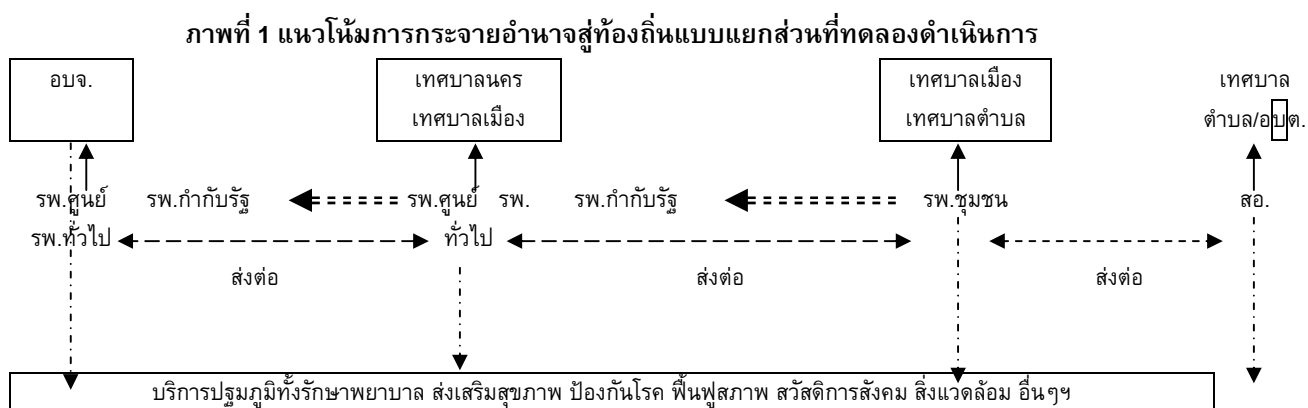
พรบ.สุขภาพแห่งชาติเป็นกฎหมายเชิงนโยบายที่กำหนดสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพของประชาชนมีส่วนร่วมที่สำคัญที่จะสร้างระบบประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และมีคุณภาพ หลายประเด็นที่กล่าวไว้ใน พรบ.เกี่ยวข้องกับค่านิยมที่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าพึงมีและต้องสร้างให้เกิดรูปธรรม เช่น สิทธิอันชอบธรรมของผู้รับและจัดบริการ การกำหนดความต้องการด้านสุขภาพที่ประชาชนพึงได้รับ เป็นต้น ประเด็นเหล่านี้จะช่วยเสริมจุดเด่นและลดจุดอ่อนของการกระจายอำนาจ การกระจาย



อำนาจอาจก่อให้เกิดผลเลวร้ายลงเมื่อขาดทิศทางการจัดบริการที่จำเป็น เพราะ อปท.มีอิสระมากในการดำเนินการอาจจัดบริการที่ไม่จำเป็น ไม่คุ้มค่าและซ้ำซ้อนกัน แต่พรบ.สุขภาพแห่งชาติจะเสริมความเท่าเทียมประชาชนให้ได้รับบริการตามความจำเป็นเท่าเทียมและเป็นธรรมเมื่อการบริการนั้นตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนตาม พรบ.สุขภาพแห่งชาติกำหนดให้มีสมัชชาสุขภาพสำหรับกำหนดนโยบายที่ต้องการเป็นระยะๆ⁽¹⁷⁾ ดังนั้นการกระจายอำนาจ พรบ.สุขภาพและระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความสัมพันธ์ที่สำคัญในการสร้างค่านิยมที่ดีในระบบประกันสุขภาพไทย

แนวโน้มการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นในอนาคตและผลกระทบต่อค่านิยมระบบประกันสุขภาพ

บทเรียนต่างประเทศชี้ชัดว่าการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพสู่ อปท.ใช้เวลานานมาก การคาดคะเนช่วงเวลา 10 ปีอาจสั้นไป เช่น สวีเดนใช้เวลาเกือบ 100ปี⁽¹⁸⁾ แนวโน้มประเทศไทยคงต้องมองไกลออกไปมากกว่าตามที่กระทรวงสาธารณสุขทดลองถ่ายโอนสถานีนอนามัยแก่ อปท.สามารถสรุปทางเลือกดังภาพที่ 1 และตารางที่ 2 ข้างล่าง



จากทางเลือกดังกล่าวพบว่าสถานีนอนามัยจะค่อยๆ ถูกถ่ายโอนไปสู่ อปต.และเทศบาลที่พร้อม (ตามที่กระทรวงสาธารณสุขประเมินโดยเกณฑ์ตัวชี้วัดที่สร้างขึ้นในคู่มือ) รพ.ชุมชน รพ.ทั่วไปและ รพ.ศูนย์มีทางเลือก 2 ทาง คือ อาจจะออกนอกระบบราชการเป็นองค์อิสระในกำกับรัฐ ซึ่งเป็นรูปแบบการมอบอำนาจ (delegation) หรือถ่ายโอนไปให้เทศบาลที่พร้อมรับ ส่วน อปจ.เองมีบทบาทสำคัญที่ต้องดูแลทั้งพื้นที่จังหวัด จึงมีความเหมาะสมที่จะดูแลบริการปฐมภูมิโดยรวมเพื่อให้เกิดความครอบคลุมและเป็นธรรม แต่ขณะเดียวกัน รพ.ทั่วไปและ รพ.ศูนย์อาจถ่ายโอนให้ อปจ.ที่พร้อมดำเนินการได้ โดยระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงทั้งระบบเป็นเครือข่ายเดียวกัน

ตารางที่ 2 บทบาทองค์กรปกครองท้องถิ่นตามทางเลือกแบบแยกส่วน

บทบาทด้านสาธารณสุข	อบจ.	เทศบาล	อบต.	สธ.
การกำหนดนโยบายการบริการด้านสุขภาพ	++	++	++	++
การบริการขั้นปฐมภูมิโดยการรักษาพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป	-	++	++	+
การส่งเสริมสุขภาพ เช่น อนามัยโรงเรียนและการเยี่ยมบ้าน	++	+	+	-
การป้องกันโรคทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ	++	+	+	+
การฟื้นฟูสมรรถภาพ	++	+	+	+
การรักษาพยาบาลขั้นทุติยภูมิและตติยภูมิโดยแพทย์เฉพาะทาง	-	+	+	++
การดูแลพิเศษสำหรับโรคเรื้อรังและการเจ็บป่วยระยะยาว	++	+	+	+
บริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สมควรเกื้อกูล	++	++	++	-
เป็นเจ้าของสถานอนามัย	-	++	++	-
เป็นเจ้าของโรงพยาบาลทางกาย	+	++	++	+
เป็นเจ้าของโรงพยาบาลทางจิตเวช	-	+	+	++
ควบคุมภาคเอกชนโดยการกำกับดูแลการจัดบริการ	+	+	+	++
ซื้อบริการจากเอกชนและองค์กรไม่แสวงกำไร	++	++	++	+
จ่ายค่าบริการทางแพทย์คืนแก่สถานบริการ	++	++	++	+
สมทบการคลังด้านการลงทุนสิ่งก่อสร้าง	+	+	+	++

- ไม่มีบทบาท + มีบทบาทน้อย ++ มีบทบาทมาก

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นได้ว่าแม้การถ่ายโอนจะแยกส่วนเพื่อให้เกิดความง่ายและคล่องตัวกับการกระจายอำนาจ บทบาทหน้าที่ของ อบต.แต่ละระดับและรูปแบบ และกระทรวงสาธารณสุขเองก็ไม่สามารถแยกจากกันได้ มีบทบาทบางส่วนคล้ายกันและซ้ำซ้อนบ้างเพียงแตกต่างกันด้านเนื้อหาความเข้มข้น เห็นชัดว่านโยบายการบริการนั้นจำเป็นต้องเกิดสอดคล้องกัน การบริการขั้นปฐมภูมินั้น อบต. และเทศบาลจำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่รับผิดชอบ แต่ระยะยาว อบจ.สมควรดูแลทั้งระบบเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและครอบคลุม การดูแลสุขภาพที่ค่าใช้จ่ายสูงเช่นบริการตติยภูมิ โรคเรื้อรัง และการลงทุนด้านเครื่องมือก่อสร้าง เป็นต้น สมควรให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลร่วมกับ อบต.ที่เข้มแข็งทางการคลังและขนาดใหญ่พอ เช่น เทศบาลนครหรือ อบจ. การบริการสวัสดิการสังคมเป็นเรื่องที่ท้องถิ่นต้องดูแลเพราะอยู่ใกล้ชิดประชาชน อบต.ทุกรูปแบบทำหน้าที่ซื้อบริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน เทศบาลและ อบต.ที่มีศักยภาพสามารถดูแลบริหารจัดการสถานบริการซึ่งจะทำให้เกิดประสิทธิภาพและการพัฒนา หาก อบต.มีศักยภาพทางการบริหารและการเงินมากขึ้น ซึ่งแนวโน้มก็มีการพัฒนามากขึ้นด้วย เพราะข้อกำหนดของ พรบ.เรื่องงบประมาณ อบต.ที่กำหนดไว้ถึง 35% ของงบประมาณประเทศ (แม้ปัจจุบันจะไม่ถึง 35% ก็มีจำนวนมากกว่าเดิม) และการที่มีสถาบันที่มีชื่อเสียงที่เกี่ยวข้องเข้ามาดูแล เช่น สถาบันพระปกเกล้า เป็นต้น สถานบริการที่ศักยภาพสูงไม่ว่า รพ.ชุมชน รพ.ทั่วไป รพ.ศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุขมีทางเลือกไปสู่การเป็นองค์กรอิสระในกำกับรัฐอีกทางเลือกหนึ่งที่เป็นไปได้ องค์กรอิสระสามารถสร้างเครือข่ายบริการที่มีการแข่งขันได้ดีเช่นกัน ขณะเดียวกัน อบต.ที่มีทรัพยากรและความพร้อมอาจจะสร้างหรือซื้อสถานบริการไว้จัดบริการซึ่งปัจจุบันมีเกิดขึ้นหลายจังหวัด แต่ระยะยาว



การแข่งขันกับกระทรวงสาธารณสุขและภาคเอกชนอาจไม่เกิดผลดีเพราะทำให้ซ้ำซ้อนขาดประสิทธิภาพ ปัจจุบันการบริการที่แออัดตาม รพ.ทั่วไปและรพ.ศูนย์ การที่ อปท.จัดสร้างหรือซื้อไว้จัดบริการ อาจเป็นการแบ่งเบาภาระที่สามารถสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผล ถ้าหากมีการดูแลและจัดการให้เกิดเครือข่ายบริการที่ไม่ซ้ำซ้อน สปสช.และกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในการดูแลสิ่งเหล่านี้ การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขที่กล่าวในตารางที่ 2 ไม่สามารถดำเนินการทันทีพร้อมกัน ดังนั้นผลกระทบด้านบวกและลบเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแน่นอน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยกลไกสำคัญทั้งระดับประเทศและท้องถิ่นเข้ามาแก้ไขพร้อมๆกัน ผลกระทบดังกล่าวที่ชัดเจนพอสรุปได้ดังนี้

ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นกระทบความเท่าเทียมและเป็นธรรมทางสุขภาพ ทั้ง 2 ด้าน คือ ขณะที่ทำให้เกิดความเท่าเทียมขึ้น เช่นประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบได้รับบริการที่เท่าเทียมครอบคลุม แต่จะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมระหว่างพื้นที่ใกล้เคียงและห่างไกล สิ่งเหล่านี้อาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความไม่เท่าเทียมด้านวิสัยทัศน์การพัฒนาด้านสาธารณสุขของผู้บริหารท้องถิ่น ฐานะการเงิน และศักยภาพด้านการบริหาร เป็นเรื่องสำคัญที่ อปท.ระดับสูงขึ้นไปโดยเฉพาะ อบจ.ซึ่งมีบทบาทประสาน อปท.ต่างๆ ในจังหวัด และส่วนกลางทั้งกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช.ต้องเข้ามาดูแลแก้ไข เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมตั้งแต่ความครอบคลุมบริการ การเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการ รวมทั้งการส่งต่อที่เหมาะสมและเชื่อมโยง ความเป็นธรรมมีการศึกษาและวัดหลายมิติ เช่น การจัดสรรและกระจายงบประมาณที่เป็นธรรม⁽¹⁹⁾ การใช้บริการและเข้าถึงบริการ^(20,21)

ประสิทธิภาพการบริการ

การแข่งขันบริการเป็นสิ่งที่ดี การที่อปท.มีส่วนร่วมขยายเครือข่ายบริการทำให้เกิดการแข่งขันและสร้างทางเลือกแก่ประชาชน โดยเฉพาะ อปท.ที่การคลังเข้มแข็งงบประมาณมากสามารถลดภาระการลงทุนที่ส่วนกลางและ สปสช. แต่ทั้งหมดต้องการนโยบายที่ไม่สร้างความซ้ำซ้อนของการแข่งขันจนขาดประสิทธิภาพ บทบาทส่วนนี้ต้องอาศัยกระทรวงสาธารณสุขและส่วนกลางที่จะกำหนดแนวทางการพัฒนามิฉะนั้นจะเกิดสถานบริการตติยภูมิที่ทับซ้อนและขาดประสิทธิภาพ การวัดประสิทธิภาพมีการวัดโดยตัวชี้วัดทางเศรษฐศาสตร์ เช่น ต้นทุนต่อประสิทธิผล (cost-effectiveness) เป็นต้น⁽²²⁾ อาจใช้วัดประสิทธิภาพการจัดการทรัพยากรเช่นบุคลากร⁽²³⁾

คุณภาพบริการ

ผลกระทบของการกระจายอำนาจต่อคุณภาพบริการเป็นเรื่องโต้เถียงเสมอ เนื่องจากความเชื่อว่าการกระจายอำนาจจะทำให้บริการใกล้ชิดประชาชนและตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชน สำคัญที่ประชาชนสามารถตรวจสอบให้เกิดคุณภาพที่ดีเพราะนักการเมืองท้องถิ่นต้องการคะแนนเสียง จึงมีการวัดคุณภาพบริการทั้งผลลัพธ์บริการ(output)และผลกระทบ(outcome) ทั้งทางตรงและทางอ้อม^(24,25) อย่างไรก็ตามไม่มีผลพิสูจน์ชัดเจนว่าคุณภาพบริการนั้นดีขึ้นหรือเลวลงเพราะปัจจัยการกระจายอำนาจเพียงประการเดียว



การปรับตัวของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสร้างความซับซ้อนของระบบประกันสุขภาพที่ไม่ได้มีเพียง สปสช.ที่เป็นผู้ซื้อรายใหญ่และกระทรวงสาธารณสุขผู้จัดบริการรายใหญ่นั้น ทั้งการซื้อและจัดบริการมีอุปท.ที่ศักยภาพสูงมาร่วมในการซื้อและจัดบริการ หรือแม้แต่การเป็นผู้จัดการระบบ การเป็นผู้มีส่วนร่วมและพร้อมด้วยศักยภาพที่มีแนวโน้มจะพัฒนาสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งด้านการเงินและการจัดการ และความยืดหยุ่นของอำนาจบริหารที่มากกว่า เป็นทั้งโอกาสและการสิ่งคุกคามแก่ทั้ง สปสช.และกระทรวงสาธารณสุขสำหรับการสร้างระบบประกันสุขภาพและการจัดบริการที่ดี เป็นเรื่องที่ต้องตัดสินใจว่าจะดำเนินการอย่างไรให้เกิดการอภิบาลระบบได้อย่างราบรื่น เพราะทั้ง 3 องค์กรอยู่ภายใต้โครงสร้างการกระจายอำนาจที่แตกต่างกัน การประสานงานภายใต้ระบบราชการที่อาศัยอำนาจบริหารและการออกคำสั่งไม่สามารถดำเนินการได้ แต่จำเป็นต้องใช้การสร้างเครือข่ายความร่วมมือภายใต้นโยบายสุขภาพของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ และจัดการด้วยความรู้ความเข้าใจของปัญญาที่มี

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 116. ตอนที่ 114ก. 17 พฤศจิกายน 2542. กรุงเทพมหานคร;48-66.
2. MILLS A. Introduction. in Mills A, Vaughan J P, Smith D L and Tabibzadeh I (eds). HEALTH SYSTEM DECENTRALIZATION: concepts, issues and country experience. Geneva: WHO;1990. pp11-39.
3. COLLINS C. MANAGEMENT AND ORGANIZATION OF DEVELOPING HEALTH SYSTEMS. Oxford: Oxford University Press; 1994.
4. COLLINS C. GREEN A. (DECENTRALIZATION AND PRIMARY HEALTH CARE: SOME NEGATIVE IMPLICATIONS IN DEVELOPING COUNTRIES. International Journal of Health Services. 4 (3); 1994. pp 459-475.
5. BOSSERT T. BEAUVAIS J C. decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. HEALTH POLICY AND PLANNING. 17(1); 2002. p.14-31.
6. BURKI S J. PERRY G E. DILLINGER W R. BEYOND THE CENTER: DECENTRALIZING THE STATE. Washington D.C.: the World Bank; 2002.
7. WEIST D. Thailand's Decentralization: Progress and Prospects. in King Prajadhhipok's Institute (ed). Decentralization and local government in Thailand. Bangkok: Thammasa Press; 2002. p.425-456.
8. FRENK J. Dimension of health system reform. Health Policy. 27 ; 1994. p.19-34.
9. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2550



10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น). นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2549.
11. MOSSIALOS E. DIXON A. Funding health care: an introduction. in Mossialos E, Dixon A, Figueras J and Kutzin J (eds). Funding health care: options for Europe. Buckingham: Open University Press. 2002; p.1-30.
12. RAMIRO L S. STRUCTURE, PROCESS AND OUTCOMES OF DECISION-MAKING IN HEALTH: CASE STUDIES ON THE EFFECTIVENESS OF CENTER-LOCAL MECHANISMS IN THE PHILIPPINES POST DEVOLUTION. Manila: University of Philippines; 1999.
13. GARPENBY P. Health Care Reform in Sweden in the 1990s: Local Pluralism versus National Coordination. Journal of Health Politics, Policy and Law. 20 (3) Fall. 1995; p.695-717.
14. KOLEHMAINEN-AITKEN R-L. NEWBRANDER W. LESSONS FROM FPMD: DECENTRALIZING THE MANAGEMENT OF HEALTH AND FAMILY PLANNING PROGRAMS. Boston: Management Sciences for Health; 1997.
15. LARIOSIA T R. MANTALA M J. LORENZO M E. THE EFFECT OF DEVOLUTION ON THE NATIONAL TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAM: PHILIPPINE CASE STUDIES. Manila: University of Philippines; 1999.
16. วินัย ลีสมีทธิ์. ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการปฏิรูประบบสุขภาพประเทศไทย: ทางเลือกการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารสาธารณสุข. ฉบับที่ 12. เล่มที่1; 2546. หน้า27-41.
17. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่๑๒๔. ตอนที่ ๑๖ก. ๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐. กรุงเทพมหานคร; ๑-๓๔.
18. HJORTSBERG C. GHATNEKAR O. Sweden 2001. in Rico A. Wisbaum W. Cetani T. (eds). Health Care System in Transition. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems; 2001.
19. BOSSERT T J. et al. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. Bulletin of the World Health Organization. 81: 2. 2003; p.95-100.
20. CHARLES H. An evaluation of decentralization of health services in Zimbabwe. <http://www.insp.mx/ichsri/narra/w2.html>; 1999.
21. Rune Sorensen R.Rongen G. Grytten J. Local government decision – making and access to primary physician services in Norway. International Journal of Health Services. 27:4. 1997: p.697 – 720.
22. Jansson S. Anell A. The impact of decentralized drug – budgets in Sweden – a survey of physicians' attitudes towards costs and cost – effectiveness. Health Policy. 76. 2006; p299-311.



23. Liu X. Martineau T. Chen L. et al. Dose decentralization improve human resource management in the health sector ? A case study from China. *Social Science Medicine*. 63. 2006; p.1836 – 1845.
24. Harris E. Wills J. Developing healthy local communities at local government level: Lessons from the past decade. *Australian and New Zealand journal of public health*. 21:4. 1997; p.403 – 412.
25. GRUNOW D. Customer-oriented service delivery in German local administration. in Barley R and Stoker G (eds). *Local government in Europe: trends and development*. London: Macmillan Press; 1991. p.73-88.

