

ระบบการคลัง กับการกระจายอำนาจทางสาธารณสุข

HEALTH FINANCING AND HEALTH SYSTEMS DECENTRALIZATION

• นพ. สุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
ฝ่ายวิชาการ
โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก
Dr. Supasit Pannarunothai
Technical Department
Buddhachinaraj Hospital,
Phitsanulok Province

จากการเสนอโครงร่าง

ศึกษาแนวทางการกระจายอำนาจการบริหารงาน
สาธารณสุขสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น โดยสถาบัน
ที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในราชการ ร่วมกับ
กระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2538

ณ วิทยาลัยการสาธารณสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ผ่านมานั้น พบว่า
ประเด็นการคลังสาธารณสุขมีความสลับซับซ้อน
และมีความสำคัญต่อการกระจายอำนาจ
ตลอดจนการเข้าแทรกแซงของรัฐบาลกลาง
ผู้เขียนจึงนำประเด็นดังกล่าวมาเสนอในรูปแบบ
บทความเพื่อเป็นแนวทางด้านการพัฒนา
การกระจายอำนาจทางสาธารณสุขที่อาศัยมาตรการ
ทางการคลังมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนา
ได้อย่างเหมาะสม

เป้าหมายการคลังสาธารณสุข

สรุป การคลังในที่นี้จะเน้นเฉพาะการคลังทาง
สาธารณสุขเท่านั้น นั่นก็คือ พิจารณาว่า
เงินที่เข้ามาสู่ระบบบริการสาธารณสุขมาจากแหล่งใดบ้าง
และจ่ายออกไปเพื่อการสาธารณสุขอย่างไร เป้าหมาย
การคลังสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ในปัจจุบันมี 3
ประการคือ เพื่อประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม และ
คุณภาพของบริการสาธารณสุข

ประสิทธิภาพของระบบการคลังที่สำคัญมีทั้งระดับ
มหภาคและระดับจุลภาค ระดับมหภาคคือ การใช้จ่าย
เงินด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศ (ทั้งเงินที่มาจากรัฐ
และเงินจากเอกชน) ต้องไม่สูงจนเกินไปจนเป็นผลเสียต่อ
ระบบเศรษฐกิจ และได้ผลด้านสุขภาพตามที่ต้องการ
ส่วนประสิทธิภาพของระบบการคลังระดับจุลภาค คือ
การลงทุนโครงการสาธารณสุขโครงการหนึ่ง ๆ (เช่น การ
ฉีดวัคซีนป้องกันโรค การรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ การ
รักษาโรคอุจจาระร่วง การฟื้นฟูสภาพผู้พิการ ฯลฯ) จะ
ต้องให้ผลตอบแทนที่สูงคุ้มค่ากับเงินที่ลงทุนไป

ความเป็นธรรมของระบบการคลังสาธารณสุข
เน้นมากที่ความเป็นธรรมระดับครัวเรือน กล่าวคือ
ประชาชนทุกคนหรือทุกครัวเรือนต้องได้รับบริการ
สาธารณสุขที่จำเป็นเมื่อมีความต้องการ โดยไม่มีปัญหา
อุปสรรคด้านฐานะการเงิน ฐานะทางสังคม หรือการ

คมนาคน พุดอย่างง่าย ๆ คือ การคลังสาธารณสุขที่ดีต้องสามารถจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ทุกครัวเรือนได้โดยไม่เลือกว่าจะยากดีมีจน หรืออยู่ในท้องที่ห่างไกล

เป้าหมายของระบบการคลังสาธารณสุขที่ดีต้องกระตุ้นให้เกิดคุณภาพของบริการด้วย คุณภาพนี้มองได้ทั้งแง่คุณภาพด้านวิชาการที่ตัดสินโดยผู้มีความรู้ดีในสาขานั้นๆ และคุณภาพที่ตัดสินจากประชาชนทั่วไปจากความพึงพอใจเมื่อไปรับบริการสาธารณสุข หรือพึงพอใจเพราะสามารถเลือกใช้บริการที่คิดว่าดีจากที่ใดก็ได้

เครื่องมือสำคัญของมาตรการทางการคลังสาธารณสุขก็คือ (1) การคลังรวมหมู่ (collective financing) เพื่อเฉลี่ยความเสี่ยงล่วงหน้า ไม่ว่าจะโดยวิธีเก็บภาษี หรือการประกันสังคมเพื่อให้ประชาชนส่วนใหญ่ได้มีหลักประกันทางสุขภาพ (2) การเก็บเงินเมื่อมารับบริการ (user charge) และ (3) การจ่ายเงินให้แก่สถานบริการและผู้ให้บริการสาธารณสุข ไม่ว่าจะโดยวิธีจ่ายเหมารายหัว (capitation) จ่ายตามกิจกรรมที่ทำได้ (fee-for-service) โดยจ่ายให้ล่วงหน้า (prospective payment) หรือจ่ายย้อนหลังตามความเป็นจริง (retrospective reimbursement) และการจ่ายเป็นเงินเดือน

ในประเทศไทย มาตรการทางการคลังสาธารณสุขที่ใช้จะโน้มเอียงไปทางการจ่ายเงินเมื่อมารับบริการสาธารณสุข (จ่ายประมาณ 40% ของต้นทุนเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ หรือจ่ายเต็มราคาเมื่อใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน) ส่วนการให้หลักประกันล่วงหน้ายังครอบคลุมประชาชนเป็นบางกลุ่ม ไม่ใช่ทั้งหมด และการจ่ายเงิน (หรือจัดสรรงบประมาณ) ให้แก่สถานบริการส่วนใหญ่ยังเป็นวิธีจ่ายย้อนหลังตามความเป็นจริง (ซึ่งมักไม่ค่อยเป็นจริง) จึงทำให้ค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศสูงถึง 5.9 % ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศในปี 2535 ซึ่งสูงกว่าประเทศเพื่อนบ้านที่อยู่ในระดับ 3-4 % ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศเท่านั้น นอกจากนั้น ประชาชนที่ยากจนยังต้องแบกรับค่า

รักษาพยาบาลที่สูง (เทียบกับรายได้ครัวเรือน) เมื่อเจ็บป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล จึงต้องพัฒนาปรับปรุงระบบการคลังสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและความเป็นธรรมยิ่งขึ้น

การกระจายอำนาจทางสาธารณสุข

สาเหตุที่ประเทศต่างๆ สนใจประเด็นกระจายอำนาจทางสาธารณสุขเพราะการกระจายอำนาจให้ประโยชน์หลายประการดังนี้⁽¹⁾

- สามารถจัดองค์การที่ดูแลด้านสุขภาพได้ง่ายขึ้น เมื่อกระจายอำนาจให้พื้นที่การปกครองช่วยรับผิดชอบกิจการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสาธารณสุขมูลฐาน การดูแลขั้นต้น
- การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการแก้ปัญหาสุขภาพมากขึ้น สามารถเลือกดำเนินโครงการเฉพาะที่แก้ปัญหาของท้องถิ่นได้
- การกระจายอำนาจสามารถลดรายจ่ายด้านสุขภาพลงได้ เพราะลดความซ้ำซ้อนของการจัดบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาโรคที่ซับซ้อน โดยให้บริการเฉพาะผู้ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ
- ช่วยลดความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค ระหว่างเมืองกับชนบท ทั้งความแตกต่างของสถานะสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยการเลือกวิธีจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม
- สามารถประสานกิจกรรมระหว่างภาครัฐ องค์การของรัฐ และองค์การภาคเอกชนได้อย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น
- กระทรวงสาธารณสุขสามารถกำหนดนโยบายและวางแผนงานสาธารณสุขได้อย่างเต็มที่ เพราะลดภาระด้านการบริหารและลดภาระงานประจำที่ไม่จำเป็นลงได้
- การนำแผนงานสาธารณสุขไปปฏิบัติสามารถทำได้ดียิ่งขึ้น เพราะลดกฎระเบียบควบคุมทางบริหารจากส่วนกลางลง

- ช่วยกระตุ้นการคลังของชุมชนและช่วยให้ชุมชนสามารถควบคุมกิจการตลอดจนบุคลากรของบริการสาธารณสุขขั้นต้นได้ดีขึ้น

- การประสานงานระหว่างสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่นดีขึ้น โดยเฉพาะกับรัฐบาลส่วนท้องถิ่น และการพัฒนาชนบท

- การกระจายอำนาจยังเหมาะสมกับพื้นที่ที่ห่างไกล เดินทางและติดต่อไม่สะดวก เพราะไม่ต้องรอการตัดสินใจจากส่วนกลาง

อย่างไรก็ตาม การกระจายอำนาจอาจก่อปัญหาด้านการคลังสาธารณสุขได้หลายประการได้แก่

- ถ้าประเทศมีแหล่งการคลังสาธารณสุขจากหลายแหล่งที่ขาดการประสานงานกันอย่างดี จะไม่สามารถควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพอย่างได้ผล

- งบประมาณตามโครงการที่จัดสรรจากส่วนกลางจะให้อิสระแก่ท้องถิ่นโยกย้ายตามความเหมาะสมอย่างเต็มที่หรือไม่

- การจัดสรรงบประมาณหรือเงินอุดหนุนจำเป็นต้องผ่านกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ กระทรวงสาธารณสุขอาจยืนยันให้ผ่านเพื่อติดตามและควบคุมโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การทำเช่นนี้จะลดความเป็นอิสระของท้องถิ่น

- จะจัดสรรงบประมาณหรือเงินอุดหนุนสู่ภูมิภาคหรือจังหวัดอย่างไร ใช้สูตรจัดสรรอย่างไรจึงจะลดความไม่เท่าเทียมลงได้

- หน่วยงานที่ได้รับกระจายอำนาจจะวางแผนและจัดบริการสาธารณสุขภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่จำกัดได้อย่างไร

ดังนั้น การกระจายอำนาจทางสาธารณสุขในประเทศหนึ่ง ๆ จึงมักใช้รูปแบบต่าง ๆ ประสมประสานกันเพื่อเพิ่มจุดดีและลดจุดด้อยของการกระจายอำนาจแต่ละรูปแบบ ประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมีสถาบันการเมืองที่เข้มแข็งทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลส่วนท้องถิ่น ใช้รูปแบบ

การกระจายอำนาจทั้งการกระจายอำนาจบริหาร (deconcentration) ให้แก่สำนักงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค รูปแบบกระจายอำนาจทางการเมือง (devolution) ให้แก่โรงพยาบาลของรัฐ ใช้รูปแบบการมอบหน้าที่ (delegation) แก่หน่วยงานองค์การของรัฐ และรูปแบบการให้เอกชนดำเนินการแทนรัฐ (privatisation) เช่นจ้างแพทย์อิสระให้ทำหน้าที่แพทย์ประจำตัว หรือให้โรงพยาบาลเอกชนบริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไป (ตารางที่ 1)

รูปแบบของการกระจายอำนาจการคลังสาธารณสุข

ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานหรือองค์กรที่ได้รับการกระจายอำนาจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เป้าหมายการคลังสาธารณสุขและข้อดีของการกระจายอำนาจบรรลุผล ยุทธศาสตร์สำคัญที่นำมาใช้สร้างความสัมพันธ์เหล่านี้ ได้แก่

1. การแยกอำนาจผู้ซื้อ-ผู้ให้บริการ (Purchaser-provider split)
2. โรงพยาบาลปกครองตนเอง (Self governing hospital)
3. การแข่งขัน (Competition)
4. การทำสัญญาจ้าง (Contracting)

การแยกอำนาจผู้ซื้อกับผู้ให้บริการ

การคลังสาธารณสุขที่แยกอำนาจผู้ซื้อและผู้ให้บริการ สามารถผสมผสานกันระหว่างการกระจายอำนาจแบบ deconcentration, devolution และ privatisation ได้ หน่วยงานสาธารณสุขภูมิภาคได้รับมอบอำนาจจากส่วนกลางให้จัดสรรงบประมาณที่ส่วนกลางจัดให้ตามรายหัว (weighted capitation) โดยตัดสินใจซื้อบริการจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนที่มีในท้องถิ่นนั้น การแยกอำนาจผู้ซื้อกับผู้ให้บริการนี้เกิดจากการที่

ตารางที่ 1 รูปแบบต่างๆ ของการกระจายอำนาจ

รูปแบบการกระจายอำนาจ

	Deconcentration	Devolution	Delegation	Privatisation
คำจำกัดความทางปฏิบัติ	กระจายอำนาจบริหาร	กระจายอำนาจทางการเมือง	มอบหน้าที่การทำงานแก่หน่วยงาน	มอบหน้าที่การทำงานแก่เอกชน
ข้อดี	ลดแรงกดดันต่อส่วนกลาง	ประสานและตอบสนองต่อชุมชนดี	คล่องตัวและปลอดภัยจากการเมือง	คล่องตัวและปลอดภัยจากการเมืองมาก
ข้อเสียหรือข้อจำกัด	ไม่ประสานหรือไม่ตอบสนองต่อชุมชน	ต้องพึ่งเงินจากส่วนกลางจึงไม่อิสระ	ขาดการประสานกับหน่วยงานอื่น	ต้องใช้มาตรการควบคุมมาตรฐาน
ตัวอย่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	โรงพยาบาล และ คณะกรรมการเขต	สำนักงานราคากลาง อุบัติเหตุ	แพทย์ประจำตัว โรงพยาบาลเอกชน

จาก Malcolm LA. Decentralization of health service management: a review of the New Zealand experience. ⁽²⁾

นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขอเมริกันชื่อ Enthoven⁽³⁾ วิเคราะห์ระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติของอังกฤษ พบว่าขาดรูปแบบของการตลาดเนื่องจากบริการสาธารณสุขทุกอย่างรัฐจัดให้แก่ประชาชนทุกคนโดยไม่คิดราคาจึงด้อยประสิทธิภาพ (มีผู้ป่วยขึ้นบัญชีเพื่อรอคิวรักษาเป็นจำนวนมาก) Enthoven เสนอรูปแบบของตลาดภายใน (internal market) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการภาครัฐ

การแยกอำนาจระหว่างผู้ซื้อกับผู้ขายบริการ ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพขึ้น เพราะผู้ซื้อจะทำหน้าที่พิทักษ์ผลประโยชน์ของประชาชน และมีความรับผิดชอบต่อรัฐ ใช้หลักวิชาการทางระบาดวิทยาจนถึงการพัฒนาชุมชน วางแผนการซื้อบริการและจัดสรรงบประมาณเพื่อให้ตรงต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในเขตที่รับผิดชอบ ส่วนผู้ขายหรือผู้ให้บริการก็ต้องมีความรับผิดชอบต่อลูกค้าหรือผู้รับบริการ พยายามผลิตบริการที่มีคุณภาพ และเสนอขายในราคาที่แข่งขันกับผู้ขายรายอื่นได้ ผู้ซื้อกับผู้ขายจะมีแรงจูงใจและความชำนาญต่างๆ แตกต่างกันไป ผู้ซื้อเชี่ยวชาญการวิเคราะห์ความต้องการของชุมชน ส่วนผู้ขายบริการเชี่ยวชาญการบริหารลูกค้า

และสร้างงานที่มีประสิทธิภาพ (ตารางที่ 2)

บทบาททางการคลังของผู้ซื้อบริการ คือ ต้องจัดงบประมาณที่ได้มาให้เหมาะสมกับปัญหาสาธารณสุขของประชาชนที่ตนรับผิดชอบ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ (ประสิทธิภาพเชิงมหภาค) ส่วนบทบาททางการคลังของผู้ขายบริการคือ จัดบริการรักษาโรคที่มีคุณภาพสูงด้วยต้นทุนที่ต่ำ (ประสิทธิภาพเชิงจุลภาค) จึงเป็นการผสมผสานระหว่างประสิทธิภาพของทั้ง 2 ระดับ ผู้ทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการนี้ไม่จำเป็นต้องเป็นรูปแบบ deconcentration ผ่านองค์กรของรัฐ แต่อาจมอบหน้าที่ให้เอกชนทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อแทนก็ได้ (privatisation) เช่นรูปแบบของกลุ่มแพทย์ผู้ถืองบประมาณ (GP fund-holder) ในอังกฤษอนุญาตให้กลุ่มแพทย์ประจำตัว (general practitioners) ที่มีประชากรขึ้นทะเบียนมากกว่า 8,000 คน เสนอตัวเป็นผู้ถืองบประมาณรายหัวแทน ทำหน้าที่ซื้อบริการจากโรงพยาบาลและจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลแทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดังนั้นองค์กรเอกชนก็สามารถรับกระจายอำนาจให้ดำเนินงานตามภารกิจที่มอบหมายได้

ตารางที่ 2 ความแตกต่างที่สำคัญระหว่าง ผู้ซื้อ และ ผู้ขาย

	ผู้ซื้อ	ผู้ขาย
มีความรับผิดชอบต่อ	รัฐหรือชุมชน	ผู้รับบริการหรือลูกค้า
บทบาท	วางแผนและประสานการจัดทรัพยากร	ดำเนินการและให้บริการ
ความชำนาญ	ระบาดวิทยา วิเคราะห์และพัฒนาชุมชน	บริหารบุคคลและประสิทธิภาพของงาน
จุดเน้นหรือปรัชญา	ค้นหาความต้องการของชุมชน	สร้างองค์กรที่ให้บริการอย่างมีคุณภาพและคุ้มค่า
คุณค่า	เป็นองค์กรตัวแทนหรือเป็นการให้ความร่วมมือ	ยึดลูกค้าเป็นหลักหรือยึดการกระทำ
โครงสร้างองค์กร	สนใจการเมืองและกลุ่มสนใจพิเศษ	ไม่ใช่องค์กรการเมืองและทุ่มเทให้องค์กร

จาก Ellis P. Purchaser versus providers-defining roles in a regionalized health system. ⁽⁴⁾

โรงพยาบาลปกครองตนเอง

โรงพยาบาลปกครองตนเอง เป็นสถานภาพคล่องตัวที่โรงพยาบาลของรัฐได้รับเพื่อปฏิบัติหน้าที่ผู้ขาย บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพในรูปแบบของการแยกอำนาจผู้ซื้อกับผู้ขายบริการ เพราะในการขายบริการอาจต้องแข่งขันกันระหว่างรัฐกับเอกชน หรือแข่งกับภาครัฐด้วยกันเอง เช่น โรงพยาบาลทั่วไปแข่งกับโรงเรียนแพทย์ เพื่อชนะประมูลสัญญารักษาโรคด้วยคุณภาพที่เท่ากันแต่ราคาต่ำกว่า แต่การจะเป็นโรงพยาบาลที่สามารถปกครองตนเองได้นั้นจะต้องมีคุณสมบัติที่พิสูจน์ได้ว่าสามารถบริหารงานอย่างเป็นอิสระได้ ในประเทศอังกฤษ มาตรการพิจารณาให้เป็นโรงพยาบาลปกครองตนเองได้ ประกอบด้วย ⁽⁵⁾

1. การเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลปกครองตนเองจะต้องแสดงให้เห็นว่าได้ประโยชน์อย่างชัดเจน และเป็นการเพิ่มคุณภาพของการบริการผู้ป่วย
2. คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลมีทักษะและความสามารถ ตลอดจนมีภาวะผู้นำ เข้มแข็งพอที่จะบริหารการเงิน บริหารบุคคล และมีระบบข้อมูลข่าวสารที่ดีพอสำหรับการบริหารอย่างได้ผล
3. สมาชิกอาวุโส โดยเฉพาะแพทย์ที่ปรึกษา

จะต้องเข้ามาเป็นหนึ่งในคณะกรรมการบริหาร

4. ต้องแสดงให้เห็นว่าสามารถอยู่รอดทางการเงินได้ เช่น อธิบายได้ว่า

- จะจัดการอย่างไรกับต้นทุนที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ซึ่งมักเพิ่มสูงกว่าอัตราเงินเพื่อ
- การเขียนแผนเพิ่มประสิทธิภาพงาน
- การเขียนแผนเพิ่มรายได้
- ผลกระทบด้านการเงินของแผนการลงทุน

โรงพยาบาลปกครองตนเองจะต้องกำหนดเป้าหมายวงเงินจากแหล่งภายนอก (External financing limit) ซึ่งอาจมีค่าเป็น บวก ศูนย์ หรือ ลบก็ได้ (วงเงินจากแหล่งภายนอกนี้หมายถึง เงินกู้ก้อนใหม่ ลบด้วย เงินจ่ายคืนเงินกู้ในปีนั้น แล้วบวกด้วยยอดสุทธิของเงินฝากและบัญชีทรัพย์สินหมุนเวียน)

ความรับผิดชอบด้านการเงินของโรงพยาบาลปกครองตนเอง

1. ต้องดำเนินงานเข้าเป้าหมายทางการเงิน คือได้ผลตอบแทนจากทรัพย์สินสุทธิก่อนคำนวณดอกเบี้ยในอัตรา 6%
2. รายรับสมดุลกับรายจ่ายปีต่อปี ภายหลังจากจ่ายค่าดอกเบี้ย และจ่ายคืนเงินกู้ให้แก่รัฐแล้ว

การแข่งขันทางการคลังสาธารณสุข

การแข่งขันทางการคลังสาธารณสุข เกิดจากทฤษฎีที่เชื่อว่า ที่ใดที่มีการแข่งขันจะทำให้คุณภาพและประสิทธิภาพของบริการดีขึ้น รวมทั้งทำให้ราคาลดต่ำลง ทางด้านการคลังสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบของการแข่งขันมาใช้ได้ แม้กับระบบการประกันสุขภาพภาคบังคับซึ่งมีลักษณะคล้ายกับว่าจะมีการผูกขาด

ประเทศเนเธอร์แลนด์มีรายจ่ายด้านสุขภาพมาจากการประกันสุขภาพภาคบังคับถึง 2 ใน 3 และงบประมาณจากภาษีอากรสมทบเพียง 10% เนื่องจากกฎหมายของเนเธอร์แลนด์กำหนดให้การประกันสุขภาพภาคบังคับเป็นกิจการของบริษัทเอกชนไม่แสวงกำไร ปี 2528 มีบริษัทประกันในตลาดถึง 135 บริษัท ปี 2529 รัฐบาลแต่งตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่ง มีนายเด็ทเกอร์ อดีตกรรมการผู้จัดการของบริษัทไฟฟ้าฟิลิปส์เป็นประธานเพื่อวิเคราะห์และเสนอแนะระบบประกันสุขภาพที่ให้ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ เสนอระบบเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กรประกันและผู้ให้บริการ และเสนอระบบที่รัฐสามารถวางแผนสาธารณสุขและควบคุมติดตามอย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁶⁾ การเปลี่ยนแปลงหลังจากนั้นคือ จำนวนบริษัทประกันลดลงครึ่งหนึ่งในเวลา 8 ปี หรือบริษัทประกันแบบไม่แสวงกำไรลดจาก 53 กองทุน เหลือ 25 กองทุน⁽⁷⁾ ทั้งนี้เพราะเกิดการแข่งขันกันด้านบริการ และค่าเบี้ยประกันที่ต่ำกว่า

การทำสัญญาจ้าง

มาตรการสำคัญของการกระจายอำนาจทางการคลังสาธารณสุขอีกอย่าง คือการทำสัญญาจ้าง การทำสัญญาจ้างมีหลายรูปแบบ ทั้งการจ้างให้ดำเนินงานบริการที่ไม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง และการจ้างเพื่อให้ดูแลผู้ป่วย คู่สัญญาอาจเป็นระหว่างรัฐด้วยกัน รัฐกับเอกชน หรือเอกชนกับรัฐก็ได้ ตัวอย่างสัญญาจ้างระหว่างรัฐกับรัฐ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำ

สัญญากับโรงพยาบาลปกครองตนเองรับรักษาผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากแพทย์ประจำตัว สัญญาจ้างของรัฐกับภาคเอกชน เช่น รัฐบาลอังกฤษจ้างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทำหน้าที่เป็นแพทย์ประจำตัว ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกคนก่อนที่จะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สัญญาจ้างระหว่างเอกชนกับรัฐ เช่น กองทุนประกันในเนเธอร์แลนด์ทำสัญญาจ้างให้โรงพยาบาลรัฐรักษาผู้ป่วยที่ส่งต่อจากแพทย์ประจำตัวคนไข้ ฯลฯ

ประเด็นที่ซับซ้อนของการทำสัญญาจ้างเพื่อดูแลผู้ป่วย คือจะจ่ายเงินค่าดูแลให้กับสถานพยาบาลคู่สัญญาในอัตราเท่าไร และจะให้ประชาชนหรือผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจ่ายหรือไม่เท่าไร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความเท่าเทียมกันในการรับบริการ องค์กรประกันอาจจ่ายย้อนหลังตามการจ่ายจริง (retrospective reimbursement model) หรือจ่ายล่วงหน้าตามการเหมาจ่ายรายหัว (capitation) หรือจ่ายล่วงหน้าตามที่ระบุในสัญญา (prospective payment system) ซึ่งอาจจ่ายตามอัตราเหมาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group, DRG) ที่แบ่งตามความรุนแรงของโรคที่เข้ารับการรักษา วิธีนี้จะกระตุ้นให้โรงพยาบาลรักษาโรคอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะโรงพยาบาลจะได้รับเงินในอัตราที่แน่นอนแม้จะรักษาผู้ป่วยด้วยค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า ส่วนโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพก็จะได้รับผล "กำไร" จากผลต่างระหว่างส่วนที่กองทุนฯจ่ายให้ กับส่วนที่ใช้จ่ายไปจริงเพื่อรักษาผู้ป่วย

สัญญาการจ้างโรงพยาบาล (ทั้งรัฐและเอกชน) ให้ดูแลผู้ป่วยในหลายประเทศในปัจจุบันมักจะมีผลผสมผสานวิธีจ่ายเหมาตามความรุนแรงของโรค กับการกำหนดยอดงบประมาณสูงสุดของแต่ละปี (global budget) เข้าด้วยกัน เพราะสามารถกระตุ้นโรงพยาบาลให้ดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันก็สามารถควบคุมรายจ่ายรวมของประเทศมิให้สูงเกินกว่าเกณฑ์ที่วางแผนไว้ เช่นที่ถือปฏิบัติในออสเตรเลีย และได้หวัน เป็นต้น

บทเรียนสำหรับประเทศไทย

การกระจายอำนาจทางสาธารณสุขกับการคลังสาธารณสุขในประเทศไทย ได้ดำเนินมาเป็นระยะ แต่ก็ไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงของระบบสังคมและระบบบริการสาธารณสุข การกระจายอำนาจบริหารเงินบำรุงให้ส่วนภูมิภาคและมอบแก่โรงพยาบาลอีกชั้นหนึ่งยังไม่สามารถแก้ปัญหาความคล่องตัวของการจัดบริการรักษาพยาบาลให้ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้ หากแต่ยังต้องพบกับความขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนที่รัฐยังไม่มียุทธวิธีหนึ่งของการพัฒนานั้น

รูปแบบของการจ้างเหมาบริการทางการแพทย์ก็เกิดขึ้นบ้างในโครงการประกันสังคมที่กองทุนประกันสังคมทำสัญญาจ้างกับโรงพยาบาลรัฐและเอกชนให้ดูแลผู้ประกันตน ด้วยอัตราจ่ายเหมารายหัว การประกันสังคมจึงเป็นแหล่งของเงินรายจ่ายด้านสุขภาพแบบการคลังรวมหมู่ (collective financing) อีกแหล่งหนึ่งที่สนับสนุนรูปแบบการแยกอำนาจผู้ซื้อกับผู้ให้บริการสาธารณสุขเนื่องจากกองทุนฯ ไม่ได้เป็นเจ้าของเครือข่ายให้บริการเองและทดลองรูปแบบที่มีผู้ซื้อรายเดียวแต่ผู้ขายมากมายและผู้ซื้อรู้จักใช้อำนาจนี้ในการต่อรองราคาและคุณภาพ (Monopsonistic power)

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวคงยังไม่เพียงพอเพราะการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพยังต้องมีอีกมาก ระบบการคลังสาธารณสุขของไทยที่ยังด้อยประสิทธิภาพไม่เป็นธรรม และไม่กระตุ้นคุณภาพของบริการ ยังต้องพัฒนาอีกต่อไป การกระจายอำนาจทางสาธารณสุขเป็นยุทธวิธีหนึ่งของการพัฒนานั้น

ในมุมมองของการกระจายอำนาจทางการคลังสาธารณสุข จึงมีข้อพิจารณาหลายประการได้แก่

- การคลังสาธารณสุขที่กระจัดกระจาย เป็นรากฐานของการด้อยประสิทธิภาพ แม้จะกระจายอำนาจโดยรูปแบบต่างๆ ได้ดีอย่างไร แต่การคลังสาธารณสุขยังกระจัดกระจาย การคลังรวมหมู่ยังไม่ครอบคลุมมากพอ

ก็ไม่อาจบรรลุเป้าหมายประสิทธิภาพระดับมหภาคและความเป็นธรรมได้เต็มที่

- ควรกระจายอำนาจให้ระบบการคลังรวมหมู่ เพื่อให้สามารถวางแผนซื้อบริการสาธารณสุข หรือจัดสรรงบประมาณเพื่อสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การคลังรวมหมู่นี้ รวมถึงหน่วยงานวางแผนสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ เช่น ประกันสังคม ประกันคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

- แยกอำนาจผู้ซื้อกับผู้ขายบริการสาธารณสุขให้ชัดเจน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการให้ประชาชนทั้งจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพอาจรวมตัวกับสาธารณสุขอำเภอ เป็นหน่วยงานถืองบประมาณระดับอำเภอ ทำหน้าที่นี้แทนจังหวัด

- โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ตลอดจนโรงพยาบาลเทียบเท่าของหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีศักยภาพ ปรับฐานะเป็นโรงพยาบาลปกครองตนเอง โดยมีอิสระในการบริหารการเงิน และบริหารบุคคลได้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการรักษาพยาบาล ซึ่งมีราคาสูงและแข่งขันกับโรงพยาบาลรัฐอื่น ๆ หรือโรงพยาบาลเอกชนในที่นั้นทำสัญญาให้บริการกับหน่วยซื้อบริการ

- ส่งเสริมให้มีการทำสัญญาจ้างทั้งบริการที่ไม่ใช่การแพทย์ และบริการทางการแพทย์ เพื่อให้มีมาตรฐานตรวจสอบและควบคุมคุณภาพของงาน ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน การทำสัญญาจ้างงานรักษาพยาบาลโดยใช้ราคากลางของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เป็นทางเลือกที่ดีอย่างหนึ่งนอกเหนือจากการจ้างเหมาจ่ายรายหัว หรือการจ่ายย้อนหลังตามการจ่ายจริง

สรุป

การกระจายอำนาจทางสาธารณสุข อาจมีรูปแบบได้หลายประการ แต่ประเด็นสำคัญไม่ว่าจะกระจายอำนาจไปสู่การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือส่วนภูมิภาค

การรวมอำนาจทางการคลังรวมหมู่เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้อง
กระทำ ซึ่งอาจมอบหมายให้องค์กรอิสระของรัฐทำหน้าที่นี้
แล้วจึงกระจายอำนาจแก่ผู้ซื้อและผู้ขายบริการทางการ
แพทย์อีกต่อหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Vaughan JP. Lessons from experience. In: Mills A, et al, eds. Health system decentralization. Geneva: World Health Organization, 1990.
2. Malcolm LA. Decentralization of health service management: a review of the New Zealand experience. In: Mills A, et al, eds. Health systems decentralization. Geneva: World Health Organization, 1990.
3. Enthoven AC. Reflection on the management of the national health services. An American looks at incentives to efficiency in health services management in the UK. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1985.
4. Ellis P. Purchaser versus providers - defining roles in a regionalized health system. Health care Management Forum 1993;6:53-55.
5. HMSO NHS Trusts: A working guide. London: HMSO, 1993.
6. Ham C, Robinson R, Benzeval M. Health check: health care reforms in an international context. London: King's Fund Institute, 1990.
7. Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs. Care in the Netherlands 1994. Rijswijk: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1994.

