

รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

ข้อเสนอสำหรับประเทศไทย

โดย

นายพีระ ตันติเศรษฐี

เทศมนตรีนครสงขลา

อ.เมือง จ.สงขลา

มีนาคม 2544

ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บริบททางการเมืองของการกระจายอำนาจ	1
บทสรุป	1
มุมมองและทัศนะเบื้องต้นต่อการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไทย	5
ประสบการณ์สากลเรื่องการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข	6
- บริบททางประวัติศาสตร์ของการกระจายอำนาจ	6
- แนววิถีของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข	7
- ความสำคัญของการเมืองในการกระจายอำนาจ	14
- ประเด็นที่น่าสนใจ	14
ข้อเสนอสำหรับประเทศไทย	20
- พัฒนาการของระบบสุขภาพไทย	20
- พลวัตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทย	23
- เค้าโครง/ข้อเสนอสำหรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไทย	26
จะอย่างไรดี	30
บรรณานุกรม	31

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข : ข้อเสนอสำหรับประเทศไทย

โดย พิระ ตันติเศรณี เทศมนตรีนครสงขลา

บริบททางการเมืองของการกระจายอำนาจ

“ต้นตอหลักของการพัฒนาที่พลิกผันการ ความไม่ยุติธรรมเชิงโครงสร้างไม่ใช่เพียงเพราะการมีนักการเมือง เทคโนโลยี หรือ กลุ่มทุนที่ชั่วร้าย มุ่งสมคบกันให้เกิดภาวะดังกล่าว แต่สาเหตุสำคัญที่สุดก็คือ ความคิดที่ผิดพลาดว่า ในประเทศไทยมีอำนาจ เดียวคืออำนาจรัฐ ในความเป็นจริงในทุกสังคมมี ๓ อำนาจซ้อนทับกันอยู่ตลอดเวลา คือ อำนาจของปัจเจกบุคคล อำนาจของ ชุมชนและสังคม(ทั้งในรูปตัวบุคคล สถาบัน กลไกสังคม สื่อมวลชนต่าง ๆ) และอำนาจของรัฐ ถ้าจะให้ดี ๓ อำนาจนี้ ต้องมีดุลยภาพ สังคมจึงจะพัฒนาไปได้อย่างรอบคอบยุติธรรมและเกิดผลเสียน้อยที่สุด

ในประวัติศาสตร์การเมืองไทย ได้ผ่านขั้นตอนความคิดการใช้อำนาจในการปกครองประเทศมา ๔ ขั้นตอนด้วยกัน คือ ขั้นแรก การเมืองแบบรวมอำนาจสมัยเผด็จการทหาร ขั้นสอง การเมืองแบบการใช้อำนาจแบบตัวแทนหลังสมัย 14 ตุลาคม 2516 ขั้นสาม การใช้อำนาจแบบตัวแทนแต่เพิ่มอำนาจตรวจสอบหลังการปฏิรูปการเมืองใช้รัฐธรรมนูญฉบับรชช. ขั้นสี่ การ เมืองแบบที่เน้นการใช้อำนาจร่วมกันระหว่างรัฐ สังคม และประชาชน นี่เป็นแนวความคิดการเมืองที่พัฒนามาอีกขั้นหนึ่ง

แน่นอนว่า การใช้อำนาจแบบใหม่นี้จะไม่ทำให้ประเทศตัดสินใจนโยบายโครงการใหญ่ๆ หรือพัฒนาเศรษฐกิจแบบรวดเร็วทันใจเหมือนสมัยเผด็จการอีกต่อไป แต่ถ้าเราเร่งให้โอกาสประชาชน สังคม ซึ่งเป็นเจ้าของแผ่นดิน เจ้าของทรัพยากรที่แท้จริง ได้ฝึกฝนการใช้อำนาจเช่นนี้ เราจะได้การพัฒนาที่รอบคอบ ระมัดระวัง และยั่งยืนต่อไปได้ การใช้อำนาจรูปแบบใหม่นี้ไม่ได้ หมายความว่าทุกเรื่องจะเป็นไปอย่างที่ชาวบ้านต้องการ เพราะการใช้อำนาจไม่ว่าจะเป็นระบบใด ๆ ประชาชนมีส่วนร่วมหรือ เป็นเจ้าของหรือไม่ จะต้องมีการกำกับความโปร่งใส และมีองค์กรตรวจสอบกำกับดูแลอีกชั้นหนึ่ง

การต่อสู้ของประชาชนก็ต้องอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์นี้ สิ่งที่คนจนกำลังต่อสู้ขณะนี้ ได้ให้แก่สังคมไทยมากกว่าที่เขาเรียกร้อง จากสังคมไทย เพราะคนจนกำลังเสนอให้เสนอให้ประเทศไทยได้ก้าวเดินต่อไปในเส้นทางปฏิรูปเป็นก้าวที่สองต่อจากการปฏิรูป การเมือง คือ การปฏิรูปอำนาจและความยุติธรรม ซึ่งเป็นการปฏิรูปพื้นฐานมากกว่ากรณี ๑๔ ตุลา การปฏิรูปการเมือง ๒๕๓๗ ที่ผ่านมา”

ธีรยุทธ บุญมี, ปาฐกถาเรื่อง “การต่อสู้ของประชาชน ชีตติทางทรงคุณค่าแก่สังคมไทย”, ๒๖ สค. ๒๕๔๓.

บทสรุป

สำหรับประเทศไทย เมื่อคำนึงถึงบริบทเชิงประวัติศาสตร์ของการพัฒนาระบบสุขภาพและพลวัตขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งความสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและพรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการ กระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ขอเสนอดังนี้

(๑) การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในช่วงสี่ปีแรก(๒๕๔๔- ๒๕๔๗) ซึ่ง พรบ.ฯ กำหนดให้เป็นช่วงปรับปรุงระบบบริหารภายในขององค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่นและราชการส่วนภูมิภาค และสร้างความพร้อมในการถ่ายโอน รวมทั้งช่วงถ่ายโอนอย่างสมบูรณ์ในปี
หลัง(๒๕๔๔-๒๕๕๓) ควรถือเป็นระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Period) ที่ทั้งฝ่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ราชการส่วนกลาง-ภูมิภาค และภาคประชาชนได้เรียนรู้และความร่วมมือกันในกระบวนการกระจายอำนาจ

(๒) โครงสร้างและรูปแบบเชิงสถาบัน/การจัดองค์การในระยะเปลี่ยนผ่านสี่ปีแรก ควรเป็นดังรูป ๑

รูปที่ ๑ โครงสร้างและรูปแบบองค์กรระยะผ่านในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขของไทย

(ภาคีหลัก)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชน/ประชาสังคม ราชการส่วนกลาง-ส่วนภูมิภาค

(บทบาทภารกิจของแต่ละภาคี)

บริการสุขภาพปฐมภูมิ	ควบคุม ตรวจสอบ และถ่วงดุล	สนับสนุน นิเทศ และประเมิน
ภารกิจแบบองค์รวม	คุ้มครองสิทธิผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ	ให้บริการสุขภาพขั้นสอง/ขั้นสาม
	ข้อเรียกร้องด้านสุขภาพในท้องถิ่น	โครงการนำร่องด้านสุขภาพ
	กระตุ้นการดูแลสุขภาพตัวเอง	โครงการพิเศษ(เอ็ดส์ ฯลฯ)

(โครงสร้าง/รูปแบบองค์กร)

องค์การบริหารส่วนจังหวัด	คณะกรรมการสุขภาพจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
เทศบาล	คณะกรรมการสุขภาพเทศบาล	โรงพยาบาล/คณะกรรมการรพ.
องค์การบริหารส่วนตำบล	คณะกรรมการสุขภาพตำบล สถานีอนามัย(สอ.)	

เครือข่ายกลุ่มและองค์กรคู่ขนานภาคประชาชน(Parallel People Movements)

โครงสร้างและรูปแบบในระยะผ่านที่เสนอมีภาคีหลัก ๓ ฝ่าย ได้แก่ ราชการส่วนกลาง-ส่วนภูมิภาค
(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และสถานีอนามัย) องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น(องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล) และภาคประชาชน/ประชาสังคม การ
กระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่นในระยะผ่าน ได้แก่ การถ่ายโอนภารกิจการให้บริการ
สุขภาพขั้นต้น (primary care) ซึ่งเป็นภารกิจที่ซ้ำซ้อนให้แก่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ในการนี้สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด และเครือข่ายหน่วยงานในสังกัดปรับบทบาทมาเป็นการสนับสนุน หรือดำเนิน
การได้ในลักษณะโครงการบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นต้นแบบให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยไม่เน้นการครอบ
คลุมประชากร ข้อเสนอในเบื้องต้นมีดังนี้

๒.๑) ให้เครือข่ายโรงพยาบาลทั่วไป(รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ยังคงอยู่ในสังกัดเดียว
กัน เพราะระบบเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐนี้มีพัฒนาการที่มีลักษณะเฉพาะที่ดึกดำบรรพ์คือ มีบูรณาการสูง
และมีโครงสร้างลำดับชั้น(integrated hierarchical structure) ที่กลายเป็นระบบกลั่นกรองและส่งต่อ(referral system) ใน

การรักษาพยาบาลที่ควรคงไว้และพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้นเพื่อประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาล หากแยกส่วนไปคนละสังกัดก็จะทำลายข้อดีอันนี้และก่อให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงได้ในอนาคต สำหรับ สถานีนอนามัยซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิอาจถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนตำบล หรือหากอยู่ในสังกัดเดียวกับ เครือข่ายโรงพยาบาลก็ให้มีหน้าที่เสมือนสาขาของโรงพยาบาลชุมชน คือ เน้นการพัฒนาขีดความสามารถในการกลั่นกรอง screening) ผู้ป่วย ขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลขยายงานด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ หลังปี ๒๕๔๗ (ช่วงหกปีหลัง) เครือข่ายโรงพยาบาลภาครัฐนี้มีทางเลือก ๔ ทางในการสังกัด ได้แก่

- (๑) สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดิม
- (๒) สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามพรบ.๙ กำหนดหน้าที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดว่า จัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด แต่เครือข่ายโรงพยาบาลควรคงอยู่ในสังกัดเดียวกัน (หรือเป็นพวกเดียวกัน ทั้งโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) ในการรับโอนเครือข่ายโรงพยาบาลเข้าไปในสังกัด ควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง อบจ. เทศบาล และอบต. จัดตั้งโครงสร้างร่วมกันเพื่อบริหารเครือข่ายโรงพยาบาลที่รับโอนเข้ามา (ในรูปสหการหรือรูปแบบอื่น ๆ)
- (๓) แปรสภาพเป็นองค์กรมหาชนอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ (ส่วนกลาง)
- (๔) สังกัดองค์กรประกันสุขภาพแห่งชาติหากเกิดขึ้นในอนาคต

๒.๒) ควรมีคณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่น (Local Health Board) ที่สอดคล้อง (match) กับพื้นที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (มีโซ่กับระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลอย่างทีละขั้น) ได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพจังหวัด คณะกรรมการสุขภาพเทศบาล และคณะกรรมการสุขภาพตำบล โดยมุ่งที่จะพัฒนาเป็นองค์กรที่ตรวจสอบและถ่วงดุลทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขรวมทั้งเครือข่ายโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีบทบาทด้านคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ผู้ใช้บริการ และประชาชน รวมทั้งการรับข้อร้องเรียนและกำหนดวาระสุขภาพท้องถิ่น คณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นที่ควรมีฐานะเป็นนิติบุคคลและเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายทั่วประเทศโดยการสนับสนุนของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติหรือกองทุนส่งเสริมสุขภาพระดับชาติ ทั้งควรกำหนดให้รัฐสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นอย่างเพียงพอ องค์ประกอบของคณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นให้มีตัวแทนจากภาคประชาชนท้องถิ่นอย่างน้อยหนึ่งและให้ตัวแทนประชาชนหรือราษฎรผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธาน ให้ผู้บริหารท้องถิ่นเป็นรองประธาน และผู้บริหารโรงพยาบาล/สถานีนอนามัยในท้องถิ่นนั้นเป็นเลขานุการ

(๓) การมีคณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นหาใช้หลักประกันให้เกิดระบบตรวจสอบความรับผิดชอบทั้งในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานรัฐด้านสาธารณสุขรวมทั้งเครือข่ายโรงพยาบาลในท้องถิ่นได้ (Local Accountability) ควรให้มีคณะกรรมการโรงพยาบาลที่คล้ายคณะกรรมการสถานศึกษาตาม พรบ.การศึกษาแห่งชาติมาเสริม ที่สำคัญยิ่งก็คือระบบตรวจสอบความรับผิดชอบและการเพิ่มอำนาจของภาคประชาชนที่มีผลมากที่สุดจากประสบการณ์สากลจะเกิดขึ้นได้ก็โดยยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวภาคประชาชนในรูปการจัดตั้งเป็นเครือข่ายกลุ่มหรือองค์กรคู่ขนาน (parallel organization) กับองค์กรภาครัฐ

(๔) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแม้จะคล้ายข้อจำกัดทางอำนาจการคลัง และบุคลากร ซึ่งมีผลเพิ่มศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามพรบ.๙ แต่คงมีสภาพไม่ลงตัวเรื่องบทบาทหน้าที่รูปธรรมระหว่างองค์กร

บริหารส่วนจังหวัดกับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล นับเป็นเรื่องหนึ่งที่ต้องได้รับการปฏิรูปต่อไปโดยเฉพาะในเรื่องการจำแนกบทบาทอย่างชัดเจนระหว่างอบจ. – เทศบาลและอบต.

(๕) ควรจัดความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลกลางกับองค์กรปกครองท้องถิ่นใหม่ โดยให้องค์กรปกครองท้องถิ่นมีอิสระมากขึ้นในการดำเนินนโยบายการพัฒนาและการบริหารงานบุคคล ปัจจุบันกรอบอัตรากำลังด้านสาธารณสุขผสมสภาพล้าหลังมากทำให้ขาดบุคลากรที่เหมาะสมกับภารกิจการให้บริการสุขภาพ ทั้งควรพิจารณาแยกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากการควบคุมดูแลของกระทรวงมหาดไทย ด้วยการตั้งสำนักงานคณะกรรมการกิจการท้องถิ่นสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีหรือทบวงกิจการท้องถิ่นขึ้นมาดูแลแทน นอกจากนี้ ควรปรับปรุงกระบวนการงบประมาณอุดหนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของกระทรวงทบวงกรมต่าง ๆ ปัจจุบันกระบวนการนี้ใช้เวลา ๒ ปี ทำให้ไม่สามารถดำเนินโครงการได้ทันกับความจำเป็นของท้องถิ่น

(๖) ควรเร่งดำเนินการเรื่องระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากมีหลักการรายละเอียดหลายประการที่เกี่ยวข้องกับสถานบริการสุขภาพภาครัฐรวมทั้งภารกิจการให้บริการสุขภาพและบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นหลักการที่ดีควรเป็นกองทุนประกันสุขภาพระดับชาติตามหลักประกันความเสี่ยงและหลักความเสมอภาคซึ่งทำให้โครงการประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือกองทุนประกันสุขภาพท้องถิ่นเป็นเรื่องไม่สอดคล้องกับหลักการสากล รวมทั้งหลักการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อบริการกับผู้ขายบริการมิให้สังกัดเดียวกัน ซึ่งมีผลต่อการกำหนดความเป็นเจ้าของเครือข่ายโรงพยาบาลภาครัฐ กล่าวคือ หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ซื้อบริการเครือข่ายโรงพยาบาลก็ไม่ควรสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากรัฐบาลกลางเป็นผู้ซื้อบริการเครือข่ายโรงพยาบาลควรสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อนุสติเพื่อการกระจายอำนาจไทย – เหตุเกิดในสยามประเทศ

“ความผิดพลาดที่ร้ายแรงที่สุดของนักปฏิรูป คือ การมองการกระจายอำนาจว่าเป็นเพียงการดำเนินการในเชิงการบริหารจัดการ (managerial exercise) โดยไม่คำนึงถึงมูลเหตุและผลที่เกิดขึ้นในทางการเมือง (political causes and consequence)”

B. C. Smith, (1997).

“ประเทศอื่น ๆ ราษฎรเป็นผู้ขอให้ทำ เจ้าแผ่นดินจำใจทำ ในเมืองเรานี้เป็นแต่พระเจ้าแผ่นดินคิดเห็นว่าควรจำเพราะจเป็นการเจริญแก่บ้านเมืองและเป็นความสุขแก่ราษฎรทั่วไปจึงได้คิดทำ”

พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว, ทรงแถลงพระบรมราชาธิบายแก่ไขการปกครองแผ่นดิน ๒๔๓๐.

“ข้าพเจ้าเห็นว่า สิทธิเลือกตั้งของประชาชนควรจะเริ่มต้นที่การปกครองท้องถิ่นในรูปเทศบาล ข้าพเจ้าเชื่อว่าประชาชนควรมีสติที่มีเสียงในกิจการท้องถิ่นก่อน...ข้าพเจ้าเห็นว่าเป็นการผิดพลาด ถ้าเราจะมีกรปกครองระบบรัฐสภาก่อน ก่อนที่ประชาชนจะมีโอกาสเรียนรู้และมีประสบการณ์อย่างดีเกี่ยวกับสิทธิเลือกตั้งในกิจการปกครองท้องถิ่น”

พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว, พระราชทานสัมภาษณ์แก่ นสพ.นิวยอร์ก ไทมส์, ๒๔ เม.ย. ๒๔๗๔.

“รัฐบาลนี้เห็นว่าวิธีการปกครองโดยรวมศูนย์อำนาจและหน้าที่การปกครองทั่วประเทศให้มาอยู่ในจุดศูนย์กลางเดียวอย่างเช่นเดี๋ยวนี้อย่างไรก็ได้ผลดีกว่าที่จะแบ่งอำนาจและหน้าที่ให้ไปอยู่ในเฉพาะท้องถิ่นที่เสียบ้าง เพื่อว่าการปกครองในเฉพาะท้องถิ่นหนึ่งจะได้มุ่งอยู่ในผลประโยชน์ของท้องถิ่นนั้น ๆ วิธีการจัดให้มีการปกครองท้องถิ่นขึ้นก็โดยวิธีจัดให้มีผู้แทนราษฎรในท้องถิ่นนั้น ๆ จัดการกันเอง วิธีการเช่นนี้ เราทำกันอยู่แล้วในนานาประเทศ”

นโยบายของรัฐบาลคณะราษฎรแถลงในเดือนธันวาคม ๒๔๗๕

“รัฐจะต้องให้ความอิสระแก่ท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหลายย่อมมีอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหาร การบริหารงานบุคคล การเงินและการคลัง และมีอำนาจหน้าที่ของตนเองโดยเฉพาะ โดยมีรัฐบาลเป็นผู้มีหน้าที่กำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่าที่จำเป็นภายในกรอบของกฎหมาย และเพื่อกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

ความสรุปจากมาตรา ๒๔๒-๒๔๐ ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราชไทย ๒๕๔๐.

“ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ระบบการปกครองท้องถิ่นเกิดขึ้นก่อนที่จะมีการปกครองระบอบประชาธิปไตยและ...เป็นพื้นฐานของการปกครองระบอบประชาธิปไตย..ประเทศไทยเป็นประเทศที่ไม่มีพื้นฐานของการปกครองท้องถิ่นที่เป็นอิสระมาก่อน และตามประวัติศาสตร์ของประเทศไทย เราเป็นประเทศที่รวมอำนาจไว้กับส่วนกลางมาตลอด”

อมร จันทรมบูรณ์, คอนสตีติวชันแนลลิสม์: ทางออกของประเทศไทย, ๒๕๓๗.

ภาคผนวก – เอกสารหลัก

บทความนี้เขียนขึ้นใหม่จากเนื้อหาบางส่วนของรายงานเรื่อง “การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข : ประสพการณ์นานาชาติ” ซึ่งผู้เขียนนำเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อให้สั้นและง่ายต่อการอ่าน รายงานฉบับนั้นเป็นบทสังเคราะห์ประสพการณ์นานาชาติในเรื่องการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ประเด็นใจกลางของการศึกษา/สำรวจ/สังเคราะห์ ได้แก่ การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือที่เรียกในภาษาอังกฤษว่า Local Government ซึ่งในกรณีประเทศไทย ก็คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) แต่ก็ไม่ได้มีมิติและแบบวิถีการกระจายอำนาจ (Mode of Decentralization) อื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อนำมาพิจารณาร่างเค้าโครงข้อเสนอการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสำหรับประเทศไทยที่เป็นการเพิ่มอำนาจ (empower) ให้แก่ประชาชนและเพิ่มความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ (accountability) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๑)

มุมมองและทัศนะเบื้องต้นต่อการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไทย

ควรทำความเข้าใจการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศไทยในฐานะการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงหนึ่งในเรื่องราวและกระแสการเคลื่อนไหวทั้งหมด ซึ่งมีอยู่มากมายทั้งในไทยเองและทางสากล ตรงนี้เองจำเป็นต้องอาศัยการมองแบบองค์รวม (holistic view) การมองที่เหมือนนกบินสูงเห็น (bird's eyes view) และต้องมองแบบพลวัต (dynamics) ด้วย อาทิเช่น การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไทยเป็นเพียงหนึ่งของการปฏิรูปสุขภาพไทย การปฏิรูปสุขภาพไทยก็เป็นเพียงเพียงเดียวของการเปลี่ยนแปลงปฏิรูประบบประเทศไทย ซึ่งหากไม่ปฏิรูปก็จะล้มล้างและขาดความสามารถในการแข่งขันบนเวทีโลก (Competitiveness) ไม่เท่าทันกระแสโลก หลายคนอยากให้การกระจายอำนาจเป็นการเพิ่มอำนาจให้ประชาชนและเพิ่ม accountability ซึ่งเป็นไปไม่ได้ทั้งหมด แต่มีการปฏิรูปหรือ

ดำเนินการด้านอื่น ๆ อีก (การเลือกตั้งนายกเทศมนตรีโดยตรง ปปช. คตช. การเคลื่อนไหวประชาสังคม) บางคนห่วงเรื่อง “โง่และโกง” หรือศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นสถานการณ์ในระบบการเมืองการปกครองแบบเก่าและอำนาจหน้าที่และข้อจำกัดทางการคลังในอดีตและปัจจุบัน แต่ในอนาคตภายใต้ระบบการเมืองการปกครองแบบใหม่อาจจะเป็นหนึ่งคนละม้วน เป็นต้น ที่สำคัญต้องมองและทำอย่างสร้างสรรค์หรือเชิงบวก รวมทั้งรู้จัก “การทะเลาะอย่างสันติ” ด้วย

(๒)

ประสบการณ์สากลเรื่องการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

๒.๑) บริบททางประวัติศาสตร์ของการกระจายอำนาจ

มักจะพูดกันว่า การกระจายอำนาจในโครงสร้างและการจัดการระบบสาธารณสุข เป็นประเด็นสำคัญ (key issue) สำหรับหลายประเทศ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “Health for all by the year 2000” และในการพัฒนาสาธารณสุขมูล จวบจนวันนี้ ปี ๒๐๐๐ ยี่สิบปีผ่านไป ผู้ที่อยู่ในวงการสาธารณสุขคงตระหนักดีว่า การกระจายอำนาจไม่ได้เป็น Leading Issue/Agenda แต่อย่างใด ทั้งยังเป็นประเด็นที่ถูกกละเลยมมากที่สุด (หรืออาจไม่กล้า/อยากเล่น เพราะยอมกระทบการเมืองของแต่ละประเทศ หรือเฉพาะประเทศไทยที่ละเลย?) เอกสารที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลกเองแทบไม่ปรากฏในรายการบรรณานุกรมนอกจากชิ้นเดียวที่พิมพ์ปี ๑๙๙๐ เรื่อง “Health System Decentralization. Concepts, Issues and Country Experience” เขียนโดย Anne Mills และคณะ กลับเป็นเอกสารของธนาคารโลกที่เริ่มมาจับเรื่องการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข และการปฏิรูปภาคสาธารณสุข (Health Sector Reform) อย่างจริงจังและต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา

Anne Mills (1990) เองยอมรับว่า การกระจายอำนาจไม่เพียงแต่เป็นเรื่อง (theme) ที่สำคัญในการจัดการด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นเรื่องที่สับสน (confused) ด้วย การกระจายอำนาจกับการรวมศูนย์ (centralization) เป็นการเคลื่อนย้ายไประหว่างสองขั้ว (poles) ทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นล้วนจำเป็นต้องมีในระบบสาธารณสุขหนึ่ง ๆ ประเด็นอยู่ที่ว่า ความสมดุลอยู่จุดใด ประเทศหนึ่งควรจะมุ่งไปทางไหน และโดยวิธีการใด นโยบายการกระจายอำนาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (power relationship) ระหว่างระดับต่าง ๆ ของรัฐบาล และต้องอธิบายด้วยชุดตัวแปรที่ซับซ้อน (complex set of factors)

๒.๑.๑) ประเทศกำลังพัฒนา

แนวโน้มการกระจายอำนาจในประเทศกำลังพัฒนามีอยู่ ๒ ช่วง ช่วงแรก ได้แก่ ทศวรรษที่ ๑๙๕๐ และ ๑๙๖๐ ตอนต้น การกระจายอำนาจในรูปของระบบรัฐบาลท้องถิ่น (local government) ซึ่งส่งเสริมโดยการปกครองอาณานิคม (colonial administration) โครงสร้างที่เกิดขึ้นอาศัยต้นแบบรัฐบาลท้องถิ่นของอังกฤษและฝรั่งเศส แต่จำกัดอำนาจและหน้าที่ ช่วงที่สองเกิดขึ้นในทศวรรษที่ ๑๙๗๐ และ ๑๙๘๐ บางประเทศโดยเฉพาะในแอฟริกา รัฐบาลมั่นใจในเสถียรภาพจึงสนใจที่จะคลายการยึดกุมอำนาจและการตัดสินใจให้แก่องค์กรท้องถิ่น การกระจายอำนาจจึงเป็นการผลักดันจากส่วนกลางมากกว่าการเรียกร้องของท้องถิ่น ซึ่งตรงกันข้ามกับประเทศที่พัฒนา

แล้ว ยกเว้นบางประเทศโดยเฉพาะในแถบแปซิฟิก ซึ่งการกระจายอำนาจเกิดจากแรงกดดันที่ต้องการอิสระของกลุ่มคนท้องถิ่นหรือภูมิภาค ประเทศที่ได้มีการปฏิรูปองค์กรไปแล้วก่อนปี ๑๙๙๐ ได้แก่ Botswana, Ghana, Kenya, Nigeria, Senegal, Sudan, Tanzania, และ Zambia ในอาฟริกา Nepal และ Sri Lanka ในเอเชียใต้ และ Papua New Guinea กับ Vanuatu ในแถบแปซิฟิก ในละตินอเมริกาเพิ่งเริ่มปฏิรูปการบริหารโดยกระจายอำนาจให้แก่หน่วยงานรัฐระดับท้องถิ่น ในจีนและยูโกสลาเวียซึ่งมีระบบรัฐรวมศูนย์แต่ให้ความสำคัญแก่องค์กรชุมชนมาก ส่วนประเทศกำลังพัฒนาที่เหลือกำลังพยายามเพิ่มความเข้มแข็งให้การบริหารระดับท้องถิ่นภายใต้โครงสร้างระบบรัฐเดิม

๒.๑.๒) ประเทศที่พัฒนาแล้ว

ประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนมากจะมีโครงสร้างรัฐบาลท้องถิ่นที่เข้มแข็งมานานในประวัติศาสตร์ ซึ่งมีภารกิจให้บริการที่มีขอบข่ายกว้าง และมักจะดำเนินการด้วยรายได้ท้องถิ่น (local funds) รัฐบาลกลางพยายามควบคุมรัฐบาลท้องถิ่น เพื่อเพิ่มความเสมอภาคในการได้รับการบริการสาธารณะ โดยใช้นโยบาย มาตรการควบคุม และบุดหนุนของรัฐบาลกลางเอง ในการจัดสรรทรัพยากรตามพื้นที่ ในสวีเดนและอังกฤษช่วงที่เศรษฐกิจตกต่ำและต้องการควบคุมรายจ่ายสาธารณะ รัฐบาลกลางได้พยายามลดอำนาจของท้องถิ่น ในประเทศเหล่านี้จึงมีกระแสให้รวมศูนย์อำนาจ (centralizing trend) และวิวัฒนาการเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับท้องถิ่น (Central-Local Relations)

๒.๑.๓) วิวัฒนาการของบริการสาธารณสุข

ประเทศกำลังพัฒนามักจะมีโครงสร้างบริการสาธารณสุขที่รวมศูนย์มาก (centralized structure) โดยเฉพาะในอาฟริกาและเอเชียอาคเนย์ บริการสาธารณสุขได้ขยายตัวจากการริเริ่มของรัฐส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่นมักจะมีบทบาทน้อยในการจัดบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในชนบท นโยบายการให้บริการสาธารณสุขก็มีลักษณะรวมศูนย์มากขึ้นไป ขณะที่ความสามารถในการบริหารในระดับท้องถิ่นยังอ่อนแอ ปัจจุบันประเทศเหล่านี้จึงสนใจเรื่องการบริหารจัดการที่เป็นการกระจายอำนาจ โดยเฉพาะการเพิ่มความเข้มแข็งขององค์กรให้บริการสาธารณสุขระดับเขตหรืออำเภอ อย่างไรก็ตาม รัฐบาลก็ไม่อาจผูกขาดการจัดให้บริการสุขภาพได้ จึงมีภาคเอกชน อาสาสมัคร และองค์กรศาสนา มีบทบาทร่วมอยู่ด้วย

๒.๒) แนวปฏิบัติของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

ในแง่การจัดองค์กร การกระจายอำนาจ หมายถึง การตัดสินใจเลือกเอารูปแบบสถาบันสาธารณะที่มีหลายหลายในแง่พื้นที่ (areas) ของขอบเขตอำนาจและวิธีกำหนดทางภูมิศาสตร์, ขอบข่ายภารกิจ (functions) ที่มอบอำนาจให้สถาบันท้องถิ่นและที่มา (recruitment method) ของผู้บริหาร จึงเกิดสถาบัน (institutions) ที่อาจจะมีการมาจากการเลือกตั้งทางการเมืองหรือจากการแต่งตั้งทางราชการ หรือจากการผสมทั้งสองแบบ

ในระดับภาคกลางมา (sub-national level) จะมีทางเลือกมากมาย สถาบันที่จะกระจายอำนาจอาจจะสร้างขึ้นโดยมีวิธีการได้มาของฝ่ายบริหาร ๒ วิธีหลัก ได้แก่ การเลือกตั้ง และการแต่งตั้ง อย่างไรก็ตาม อาจกำหนดแบบละเอียดยโดยการผสมผสาน (combination) จากวิธีการได้มาของฝ่ายบริหาร การจัดสรรภารกิจ และการกำหนดพื้นที่ภารกิจ โครงสร้างการกระจายอำนาจแต่ละแบบอาจสร้างขึ้นได้ในระดับภาค อำเภอ หรือหมู่บ้านชุมชน ในแต่ละ

ระดับก็อาจใช้รูปแบบการกระจายอำนาจได้หลายแบบ โดยเฉพาะเมื่อมีการโอนอำนาจ (devolution) ควบคู่ไปกับการแบ่งอำนาจ (deconcentration) ให้แก่หน่วยงานระดับสนาม (field administration) (Mogedal et al., 1995)

ประสบการณ์นานาชาติแสดงให้เห็นพหุลักษณะของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข แบบวิถีของการกระจายอำนาจ (Mode of Decentralization) ด้านสาธารณสุขที่ปรากฏนั้น Smith(1997) ได้สำรวจและแจกแจงรูปแบบเชิงสถาบัน (institutional forms) ของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขได้ถึง ๘ รูปแบบแต่มีวิธีหลักมีอยู่เพียง ๓ ลักษณะ ได้แก่ (๑) การโอนอำนาจ (devolution) เป็นการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบอย่างสิ้นเชิง ซึ่งตรงกับเจตนารมณ์ของพรบ.กระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น ซึ่งในทางสากลมักโอนอำนาจให้แก่รัฐบาลท้องถิ่น (local government) หรือองค์กรนอกภาครัฐอื่น ๆ เช่น สมาคมสุขภาพซึ่งเป็นนิติบุคคล องค์กรท้องถิ่นที่กรรมการได้มาด้วยวิธีการผสมทั้งเลือกตั้งและแต่งตั้ง เป็นต้น แต่ไม่ปรากฏการโอนอำนาจให้องค์กรนอกภาครัฐที่ไม่หวังผลกำไร (non-profit organization) หรือองค์กรภาคประชาชนซึ่งเป็นรูปแบบที่น่าสนใจมาก (๒) การมอบอำนาจ (delegation) เป็นการมอบหมายให้ทำแทนแต่ความรับผิดชอบยังอยู่ที่รัฐบาลกลาง เช่น การมอบอำนาจแก่คณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่น (ซึ่งเป็นรูปแบบองค์กรที่ WHO เสนอในปี ๑๙๙๒) หรือ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล (management boards) เป็นต้น (๓) การแบ่งอำนาจ (deconcentration) เป็นการกระจายอำนาจภายในหน่วยงานรัฐ เช่น หน่วยงานสนาม (field administration) ทีมงานสาธารณสุข (health teams) คณะกรรมการระหว่างสาขา (interdepartmental committee) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม หากสำรวจโดยขยายความ แบบวิถีของการกระจายอำนาจน่าจะรวมถึงอีก ๒ ลักษณะ คือ (๔) การแปรรูปให้เอกชน (privatization/corporatization) ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ในนโยบายสุขภาพของมาเลเซีย (๕) การแปรรูปเป็นองค์กรมหาชนอิสระ (autonomous organization)

อย่างกรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

ในบทความนี้ ใคร่ยกเอาบางแบบวิถีของการกระจายอำนาจเฉพาะที่เห็นว่าสอดคล้องกับบริบทการกระจายอำนาจกรณีประเทศไทย เพื่อพิจารณาในรายละเอียดแง่มุมจากประสบการณ์นานาชาติดังต่อไปนี้

๒.๒.๑) การโอนอำนาจแก่องค์กรพหุประสงค์ (Devolution : the multi-purpose council)

องค์กรท้องถิ่นพหุประสงค์ (multi-purpose local authority) ซึ่งผู้บริหารมาจากการเลือกตั้ง ได้แก่ โครงร่างรัฐบาลท้องถิ่นโดยทั่วไป อำนาจที่โอนให้มีความอำนาจด้านสาธารณสุข รวมถึงอำนาจการจัดเก็บภาษีและรายได้อื่นๆ เช่น ค่าบริการ ตัวอย่างเช่น รัฐบาลจังหวัด (provincial government) ในปาปัวนิวกินี คณะกรรมการอำเภอ (district councils) ในแทนซาเนียและบอตสวานา และ Philippines Local Government Code of 1991 ในประเทศที่ใช้ระบบสหพันธรัฐ (federal system) ตัวอย่างเช่น เม็กซิโก รัฐบาลระดับภูมิภาคจะรับผิดชอบการให้บริการสุขภาพ

การโอนอำนาจก่อให้เกิดปัญหาที่ควรตระหนักและเตรียมแผนรองรับไว้ล่วงหน้า ได้แก่ (๑) เจ้าหน้าที่กระทรวงระดับสูงจะมีความลำบากมากขึ้นในการเปลี่ยนบทบาทจากการสั่งการมาเป็นการให้คำแนะนำในทางเทคนิค แก่องค์กรพหุประสงค์ในระดับจังหวัดหรืออำเภอ (๒) การโอนอำนาจมักจะทำคู่ขนานไปกับโครงสร้างเดิมที่ยังอยู่หรือควบคู่ไปกับการแบ่งอำนาจ (deconcentration) ในโครงสร้างเดิมให้ภาระการให้บริการสาธารณสุข ควบคู่กันไป ทำให้แนวความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ (line of accountability) มีความสับสนเพราะมีโครงสร้าง (hierarchies of professional & managerial staff) ๒ โครงสร้างดำรงอยู่ (๓) คุณภาพของผู้นำจากการเลือกตั้งจะแปรผันมาก ซึ่งจะส่ง

ผลถึงคุณภาพของบุคลากร การตัดสินใจ และการจัดบริการสุขภาพครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องสร้างให้ผู้ให้บริการ (clients) ผู้ป่วย (patient) และผู้รับประโยชน์ (beneficiaries) มีบทบาท (role) ในการเลือก การประเมินผลงาน และการควบคุมวินัยผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนซึ่งอาจจะชี้แจงหรือทำงานไร้ประสิทธิภาพแต่เป็นญาติหรือหัวหน้าคณะของกรรมการหรือสมาชิกสภาท้องถิ่นที่มาจากการเลือกตั้ง (๔) รัฐบาลท้องถิ่นดั้งเดิม (conventional) อาจจะไม่ดีพอต่อการเอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างอื่นซึ่งมีประโยชน์ต่อการให้บริการสุขภาพ เช่น การระดมความร่วมมือจากกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน หรือ การให้กลุ่มผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสถานบริการสุขภาพ (Reilly, 1990) ตรงนี้ควรแทรกโครงสร้างระหว่าง (insertion of intermediate tier) ที่เป็นการเพิ่มอำนาจให้แก่ชุมชนท้องถิ่น หรือการจัดโครงสร้างเพื่อการมีส่วนร่วมของชุมชน (arrangements of community participation) แบบอื่นขึ้นมา ตัวอย่างเช่น คณะกรรมการบริหารสถานบริการสุขภาพ (management board for health facilities) เนื่องจากลำพังรัฐบาลท้องถิ่นยังไม่สามารถให้การสนับสนุนและนิเทศก์ต่อพื้นที่ย่อย ๆ ได้ ในประเทศจีน เคาน์ตี (ประชากร ๑๐๐๐,๐๐๐-๓๐๐,๐๐๐ คน) ยังไม่อาจให้การสนับสนุนเชิงบริหาร การฝึกอบรม การควบคุม และการนิเทศก์แก่หมู่บ้านหรือตำบลที่คอมมูนยังเป็นระบบเกษตรกรรมแบบรวมหมู่ได้ (๕) การโอนอำนาจการจัดเก็บรายได้จากก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมระหว่างพื้นที่เนื่องจากหลักเกณฑ์การจัดหารายได้ที่แตกต่างกัน หรือความไม่เท่าเทียมระหว่างชุมชนต่าง ๆ เนื่องจากความแตกต่างทางด้านสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ รายการด้านสาธารณสุขของรัฐบาลท้องถิ่นก็ขยายตัวในอัตราที่แตกต่างกันขึ้นกับความสามารถในการจัดหารายได้ (Collins and Green, 1994) (๖) เนื่องจากปัญหาความจำกัดด้านทรัพยากรและขีดความสามารถในการบริหาร รัฐบาลท้องถิ่นที่รับโอนอำนาจมักจะทำหน้าที่คล้ายเป็นหน่วยงานของรัฐบาลกลาง ดำเนินตามนโยบายของรัฐบาลกลางมากกว่าจะริเริ่มสร้างสรรค์ขึ้นมาเอง อย่างเช่นที่เกิดขึ้นในกรณีปาปัวนิวกินี (Newbrander et al., 1991) ตามตรรกะของการโอนอำนาจนั้น รัฐบาลท้องถิ่นที่รับโอนอำนาจอาจเลือกใช้ง่ายในบริการอื่น ๆ นอกเหนือจากบริการสุขภาพ ซึ่งทำให้ทรัพยากรด้านสุขภาพขาดแคลนมากกว่าที่ทางรัฐบาลกลางต้องการ หรือรัฐบาลท้องถิ่นอาจจะเน้นด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกันซึ่งไม่สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของรัฐบาลกลาง (๗) ในการโอนอำนาจอาจเกิดความขัดแย้งหลักในการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ความขัดแย้งระหว่างความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้กับลำดับความสำคัญ (priorities) ระหว่างการมีส่วนร่วมในระดับย่อยกับประสิทธิภาพในการบริหารจัดการในระดับใหญ่ ระหว่างความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้กับความเป็นธรรม (Cassels, 1995)

๒.๒.๒) การโอนอำนาจให้แก่องค์กรเอกประสงค์ (Devolution : single-purpose council)

ในภาวะที่รัฐบาลท้องถิ่นอ่อนแอ ทางเลือกที่เหมาะสมคือการกระจายอำนาจการบริหารบริการสุขภาพ ให้แก่องค์กรซึ่งมีภารกิจเดียว (single function) และประกอบด้วยตัวแทนของประชาชน ตัวอย่างเช่น สมาคมสุขภาพระดับภาคและท้องถิ่น (regional and cantonal health associations) ใน Alajuela คอสตาริกา ในทศวรรษที่ ๑๙๘๐ ซึ่งเป็นองค์กรที่มีกฎหมายรองรับสมาชิกมาจากการเลือกตั้งแบบประชาธิปไตยมีวาระหนึ่งปี และรับผิดชอบการจัดกิจกรรมสาธารณสุขชุมชน ได้แก่ การบริหารงานสถานอนามัย และการให้สุขศึกษา

สภาหรือคณะกรรมการในรูปแบบนี้มักจะได้รับการจัดตั้งขึ้นในระดับหมู่บ้านเพื่อวางแผนและดำเนินโครงการระดับท้องถิ่น ตัวอย่างเช่น คณะกรรมการสุขภาพระดับหมู่บ้านของคาเมรูนซึ่งมีหน้าที่แก้ปัญหาในท้องถิ่น คณะกรรมการสุขภาพของกัวเตมาลาซึ่งรับผิดชอบการคัดเลือกและปลดพนักงานสาธารณสุขชุมชนเป็นต้น

การกระจายอำนาจหลายสาขา (multi-sectoral decentralization) มีความจำเป็นเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน Rifkin(1986) ได้สำรวจโครงการสาธารณสุขมูลฐานกว่า ๒๐๐ โครงการ พบว่า การดำเนินงานที่มุ่งส่งเสริมบริการสาธารณสุขและบริการที่เกี่ยวข้องมักจะขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน เพราะสุขภาพอาจจะไม่ใช่เรื่องสำคัญสุด จุณิษฐ์ให้เห็นว่า จำเป็นต้องโอนอำนาจแบบพหุประสงค์ (multi-purpose devolution)

๒.๒.๓) การมอบหมายหน่วยงานบริหาร (Delegation : executive agencies)

องค์กรรูปแบบหนึ่งที่เสนอโดยกลุ่มศึกษาของ WHO ในปี ๑๙๙๒ และถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง ได้แก่ คณะกรรมการเขต (district council) ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนท้องถิ่น (local representatives) ที่มาจากการเลือกตั้งโดยตรงและโดยอ้อม กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับบริหารในพื้นที่ คณะกรรมการสุขภาพระดับเขต (district health council) เป็นองค์กรทางการเมืองและการบริหารซึ่งรับผิดชอบการกำหนดนโยบายสาธารณสุขอนุมัติงบประมาณสาธารณสุขของเขต ตรวจสอบการใช้จ่ายเงิน และประเมินผลงานสาธารณสุข กรรมการประกอบด้วยผู้แทนชุมชนที่มาจากการเลือกตั้ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำเขต เช่น การศึกษา ด้านเกษตร ด้านสังคม และผู้บริหารเขต (WHO, 1992) รูปแบบองค์กรแบบนี้ถูกนำไปใช้ที่ซิมบับเว สวาซีแลนด์ ชูดาน เม็กซิโก และไนจีเรีย (WHO, 1994)

๒.๒.๔) การมอบหมายคณะกรรมการจัดการ (Delegation : management boards)

รูปแบบการกระจายอำนาจที่เพิ่มขึ้นเกิดขึ้นเมื่อผู้แทนจากกลุ่มผู้ใช้บริการ (client groups) มาจัดตั้งเป็นองค์กรการจัดการ (managing bodies) สำหรับสถาบันชุมชนท้องถิ่น (โรงพยาบาลหรือสถานอนามัย World Bank(1994) ระบุว่า “การมีบทบาทของชุมชนในการจัดการ (management) สถานบริการสุขภาพได้กลายเป็นลักษณะสำคัญของระบบสุขภาพระดับเขต (district – based health systems) ของหลายประเทศในแอฟริกา” การกระจายอำนาจรูปแบบนี้เพิ่มความสามารถตรวจสอบ (accountability) ให้แก่ชุมชนหรือกลุ่มผู้ใช้บริการโดยผ่านสมาชิกที่เป็นกรรมการ WHO(1993) มองรูปแบบนี้ว่า เป็นวิธีการสำหรับ “ส่งเสริมการรับผิดชอบต่อผู้บริโภค (consumer preference)” คณะกรรมการที่ว่ามีหน้าที่วางแผนระยะยาว กำกับคุณภาพบริการ แต่งตั้ง และเลื่อนขั้นบุคลากร กำหนดค่าบริการ และการจัดซื้อจัดจ้าง เป็นต้น โรงพยาบาลและสถานบริการชุมชนต่าง ๆ จะมีการจัดการอย่างมีอิสระและอาจจะขายบริการให้กับผู้ซื้อบริการในระบบสุขภาพ ตัวอย่างเช่น แพทย์ประจำครอบครัว (family doctors) จะใช้เงินอุดหนุน (grants) จากรัฐบาลซื้อบริการขั้นต้นและขั้นสองให้แก่ผู้ป่วยของเขา (Lacey, 1997)

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอโดยผ่านคณะกรรมการบริหารจัดการชุมชน ควรเพิ่มความสามารถในการตรวจสอบผู้ให้บริการความร่วมมือในการแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมก่อให้เกิดความเป็นเจ้าของมาตรการในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่น ความใกล้ชิดและเชื่อถือระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการสาธารณสุข (World Bank, 1994)

๒.๒.๕) การแบ่งอำนาจให้กรรมการระหว่างสาขา (Deconcentration : interdepartmental committee)

ด้วยด้านสาธารณสุขเพียงลำพังไม่สามารถยกระดับสุขภาพของประชาชนได้ดีเท่าที่ควร จะต้องเน้นด้านการศึกษา การจัดหาน้ำสะอาด สุขาภิบาล โภชนาการ และด้านรายได้ ความร่วมมือและประสานระหว่าง

สาขา (inter-sectoral) และระหว่างหน่วยงาน (inter-departmental) จึงมีการใช้รูปแบบคณะกรรมการหว่างสาขา (intersectoral committee) เป็นกลไกทางการ (formal mechanism) เพื่อดึงเจ้าหน้าที่หน่วยงานส่วนกลางกระทรวงต่าง ๆ ซึ่งมีภารกิจที่มีนัยยะต่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมาทำงานร่วมกัน (WHO, 1988)

อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์จากบอตสวานาชี้ว่า ความร่วมมือกันระหว่างสาขา (intersectoral collaboration) จะเกิดขึ้นดีกว่าเมื่อใช้วิธีที่ให้มีบุคลากรสาธารณสุขท้องถิ่น (local health personal) ในสังกัดองค์กรท้องถิ่น (local authority) อันได้แก่ สภาอำเภอและเมือง (district and town councils) เปรียบเทียบกับคณะกรรมการพัฒนาและทีมเจ้าหน้าที่จากส่วนกลางซึ่งมักจะขาดอำนาจและอิสระในการตัดสินใจ (Maganu, 1990)

๒.๒.๖) การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในละตินอเมริกา

ประเทศในแถบละตินอเมริกามีบทเรียนที่น่าสนใจโดยเฉพาะสำหรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ กระบวนการเหล่านี้เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษที่ ๑๙๙๐ บริบทโดยรวมกล่าวคือ ประเทศเหล่านี้อยู่ในภาวะการสถาปนา ระบบประชาธิปไตยหลังจากการครอบงำทางการเมืองของเผด็จการทหาร ทศวรรษดังกล่าวจึงมีความพยายามสร้างรัฐบาลท้องถิ่นซึ่งได้แก่ มลรัฐ(state) จังหวัด และเทศบาล ขณะเดียวกัน ช่วงเวลาดังกล่าว หลายประเทศเผชิญวิกฤติเศรษฐกิจฟองสบู่แตกอย่างรุนแรง ก่อให้เกิดวิกฤตการคลังของรัฐบาล เหตุผลเบื้องหลังของการเร่งกระจายอำนาจ จึงอยู่ที่การลดภาระการคลังของรัฐบาลกลางพร้อมๆกับการปรับระบบการเมืองการปกครองให้เป็นแบบประชาธิปไตย อย่างไรก็ตาม กระบวนการกระจายอำนาจในประเทศเหล่านี้เกิดขึ้นก่อนประเทศไทยนับสิบปี และมีรูปแบบที่หลากหลายไปในแต่ละประเทศ ในที่นี้ จะสรุปภาพที่ดำเนินการใน ๖ ประเทศละตินอเมริกา

อาร์เจนตินา – จากการผูกขาดโดยส่วนกลางสู่การผูกขาดระดับจังหวัด(Provincial Monopoly)

ในอาร์เจนตินา การกระจายอำนาจจะลอกแรกเกิดขึ้นในปี ๒๕๒๑ โดยพุ่งเป้าไปที่ระดับจังหวัดมากกว่าระดับเทศบาล เบื้องหลังเป็นการลดภาระการคลัง(fiscal burden)ของรัฐบาลกลางมากกว่าที่จะคำนึงถึงประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม ความรับผิดชอบในการดำเนินงานสถานบริการสุขภาพและงบประมาณถูกถ่ายโอนไปให้จังหวัด แต่ทรัพยากรที่ถูกโอนจากรัฐบาลกลาง(federal)ให้จังหวัดไม่ถูกระบุ(earmarked)เจาะจงให้ใช้เฉพาะด้านสุขภาพ จึงขึ้นอยู่กับ การเลือกจัดสรรของระดับจังหวัด

การกระจายอำนาจจะลอกสองเกิดขึ้นในช่วงต้นทศวรรษที่ ๑๙๙๐ โดยการถ่ายโอนโรงพยาบาลของ รัฐบาลกลางที่เหลือให้แก่เทศบาลบัวโนสไอเรส และถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขบางส่วนของจังหวัด(โดยเฉพาะ บริการสาธารณสุขมูลฐาน)ให้แก่เทศบาล ในระลอกสองนี้มีการใช้แนวคิดโรงพยาบาลในฐานะองค์กรมหาชนอิสระ (autonomous public hospital) แต่การปรับใช้ก็ไม่ราบรื่นนัก และเป็นไปอย่างเชื่องช้า มีสองจังหวัดที่ปฏิเสธที่จะดำเนินการ และมีเพียงจังหวัดเดียวที่ยอมให้โรงพยาบาลอิสระมีอำนาจควบคุมการบริหารบุคคลากร

เม็กซิโก – จาก Deconcentration สู่ Decentralization

เริ่มกระจายอำนาจในปี ๒๕๒๖ โดยการแบ่งอำนาจ (deconcentration) ให้กับรัฐบาลประจำมลรัฐต่างๆ วัตถุประสงค์เพื่อลดภาระการคลังของรัฐบาลกลาง ปรับปรุงโครงสร้างการให้บริการและการจัดการ ดำเนินการใน ๑๔ รัฐจาก ๓๒ รัฐและในขอบเขตที่จำกัด ไม่มีการถ่ายโอนอำนาจด้านสุขภาพและสถานบริการสาธารณสุข การ

บริหารงบประมาณยังคงมีลักษณะรวมศูนย์ที่ส่วนกลาง สัดส่วนงบประมาณที่บริหารในระดับรัฐไม่แตกต่างกันระหว่างรัฐที่ได้รับการกระจายอำนาจกับรัฐอื่นๆ (ร้อยละ ๒๔ กับ ร้อยละ ๒๑ ในปี ๒๕๓๘ ตามลำดับ)

การกระจายอำนาจระยะที่สองเริ่มขึ้นในปี ๒๕๓๙ ครั้งนี้ดำเนินการในทุกมลรัฐ และมีการแบ่งสรรภารกิจและความรับผิดชอบในระดับต่างๆ ชัดเจนขึ้น แต่ยังคงอำนาจทางกฎหมายและสถานบริการสาธารณสุขไว้เช่นเดิม ในระยะที่สองนี้มีการตั้งหน่วยงานรัฐกึ่งอิสระที่เรียกว่า “decentralized public organisms(OPD)” ซึ่งมีคณะกรรมการบริหารประกอบด้วยผู้ว่าการรัฐ ตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข ตัวแทนสหภาพการค้า และผู้บริหารสาธารณสุขของรัฐ มีการจัดสรรทรัพยากรจากรัฐบาลกลางให้แก่มลรัฐตามเกณฑ์(criteria) เช่น การถ่ายโอนบุคลากรจากส่วนกลางสู่มลรัฐขึ้นอยู่กับความต้องการกับสภาพของเจ้าหน้าที่รัฐ มีการถ่ายโอนโครงสร้างพื้นฐานและครุภัณฑ์ให้แก่รัฐ ฯลฯ โดยมีสภาสุขภาพแห่งชาติ(National Health Council)คอยกำกับและแก้ไขข้อขัดแย้ง การปฏิรูปครั้งนี้ มลรัฐได้รับการกิจการให้บริการสุขภาพสำหรับประชาชนที่ไม่มีการประกันสุขภาพราว ๔๒ ล้านคน(unsinsured population) งบประมาณด้านสุขภาพที่มลรัฐได้รับการถ่ายโอนเพิ่มจาก ๔.๘ ล้านเปโซในปี ๒๕๓๘ เป็น ๑๖.๔ ล้านเปโซในปี ๒๕๔๒ ส่วนกระทรวงสาธารณสุขมีการปรับบทบาทใหม่และลดค่าใช้จ่ายลงจาก ๑๒.๒ ล้านเปโซ เหลือ ๙.๕ ล้านเปโซในระยะเดียวกัน

ในส่วนของสถาบันประกันสังคม(IMSS)ซึ่งมีเครือข่ายสถานบริการสุขภาพของตนสำหรับประชาชนที่ได้รับประกันสังคมราว ๔๑.๕ ล้านคน ได้กระจายอำนาจ(deconcentration)ได้ตั้งเขตทางการแพทย์(medical zone) ๑๓๙ เขตในปี ๒๕๔๐ (แต่ละเขตให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนราว ๑๐๐,๐๐๐ - ๒๐๐,๐๐๐ คน) เขตบริการทางการแพทย์เหล่านี้จะกลายเป็นพื้นที่บริหารจัดการอย่างอิสระทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และมีแผนที่จะแยกบทบาทผู้ให้บริการกับผู้ซื้อบริการ(purchaser-provider split)โดยIMSSจะเป็นผู้ซื้อบริการและการจ่ายทดแทนให้แก่ผู้ให้บริการ(reimbursement)โดยหลักการแบบrisk-adjusted capitation และDiagnostic Related Group(DRG)

โบลิเวีย – การถ่ายโอนให้แก่เทศบาล

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในช่วงคริสต์ทศวรรษที่ ๑๙๘๐ แต่ล้มเหลว กระบวนการนี้ตั้งต้นใหม่โดยกฎหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนปี ๒๕๓๗ ให้มีการถ่ายโอนทรัพย์สินของสถานอนามัยและโรงพยาบาลให้แก่เทศบาล ๓๑๑ แห่ง จากนั้นในปี ๒๕๓๙ มีกฎหมายกระจายอำนาจทางการบริหารออกมาให้อำนาจให้การบริหารบุคลากรบางส่วนแก่ระดับกรม การบริหารบุคลากรแม้ในระดับสถานอนามัยยังคงกำหนดโดยส่วนกลาง ผู้บริหารเทศบาลไม่มีอำนาจในเรื่องนี้

การกระจายอำนาจในโบลิเวียจึงเป็นการแบ่งบทบาทและความรับผิดชอบกันระหว่างเทศบาลกับหน่วยงานระดับกรม โดยเทศบาลรับผิดชอบการซ่อมบำรุงอุปกรณ์และสถานบริการสุขภาพ และกรมรับผิดชอบการบริหารบุคลากร นอกจากนี้ยังให้มีส่วนอำนวยการสุขภาพท้องถิ่น(local health directorates)ประกอบด้วยตัวแทนจากเทศบาล กรม และชุมชนท้องถิ่น ทำหน้าที่ (๑) เตรียมและเสนอแผนการลงทุนและงบประมาณประจำปีด้านสุขภาพของเทศบาล (๒) ตีกรอบกันเรื่องบุคลากรสาธารณสุข (๓) ร่างสัญญาการให้บริการสุขภาพระหว่างหน่วยงานต่างๆ

ตัวแบบของโบลิเวียส่งผลให้เทศบาลเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้น แต่สถานบริการสุขภาพก็สูญเสียความเป็นอิสระทางการเงิน เพราะเทศบาลได้เข้าไปจัดการเงินค่ารักษาพยาบาล

บราซิล – รัฐเป็นผู้ซื้อบริการ เอกชนเป็นผู้ให้บริการ

กระบวนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของบราซิลเกิดขึ้นในปี ๒๕๓๑ โดยการสถาปนา ระบบสุขภาพรวม(Unified Health System – Sistema Unice de Saude-SUS) ซึ่งรวมสำนักงานประกันสังคม ที่ให้บริการสุขภาพแก่ลูกจ้างในเมืองเข้ากับกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการแก่คนชนบทและคนจน SUS ดำเนินการให้ประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าโดยจ่ายเงิน(reimbursement)แก่สถานบริการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคลินิก และโรงพยาบาลเอกชน

โดยทั่วไปสถานบริการสุขภาพของรัฐดำเนินการโดยเทศบาล และมีกระบวนการให้เทศบาล จัดการระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ของตนเอง แต่งบประมาณสำหรับบริการรักษาพยาบาลต้องผ่านการรับรองจากรัฐบาลกลาง และรัฐต้องให้การช่วยเหลือทางเทคนิคและงบประมาณแก่เทศบาลอยู่ เนื่องจากเงินจ่ายเงินจาก SUSยังต่ำกว่าต้นทุนการจัดบริการ

ชิลี – เทศบาลเป็นผู้ให้บริการ ส่วนกลางเป็นผู้ซื้อบริการ

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของชิลีเริ่มกระบวนการในช่วงต้นทศวรรษที่ ๑๙๘๐ โดยมีการ ถ่ายโอนสถานบริการและบุคลากรด้านสาธารณสุขมูลฐานให้แก่เทศบาล ผลกระทบสำคัญ ๒ ประการ ได้แก่ (๑) การถ่ายโอนบุคลากรให้แก่เทศบาลทำให้บุคลากรรู้สึกสูญเสียสถานภาพข้าราชการ ในช่วงหลังจึงมีแรงกดดัน ให้โอนกลับสังกัดส่วนกลาง(recentralize) (๒) มีการเปลี่ยนแปลงระบบงบประมาณสนับสนุนสถานบริการสุขภาพจากเดิมที่ยึดตามรายการใช้จ่าย(line item budget allocation)มาเป็นยึดตามผลลัพธ์หรือปริมาณและคุณภาพของบริการที่จัด โดยคาดหวังว่า เทศบาลจะขยายการครอบคลุมของบริการและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรมากขึ้น

แม้เทศบาลในชิลีจะมีอำนาจควบคุมสถานบริการสาธารณสุขมูลฐานมากกว่าประเทศอื่นๆใน แถบละตินอเมริกา แต่อำนาจอิสระนี้ก็ขึ้นอยู่กับงบประมาณสนับสนุนด้านสาธารณสุขมูลฐานจากกระทรวง สาธารณสุข นอกจากนี้ รัฐบาลชิลีได้สนับสนุนการประกันสุขภาพเอกชน ประชากรที่มีประกันสุขภาพของ เอกชนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๗ ในปี ๒๕๔๐ จากที่ไม่มีเลยในช่วงสิบปีก่อน) สัดส่วนเตียงโรงพยาบาลรัฐลดลง จากร้อยละ ๙๐ เหลือ ๗๕

โคลัมเบีย – ระหว่างการกระจายอำนาจกับการแปรรูปให้เป็นเอกชน

ในปี ๒๕๓๓ กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการถ่ายโอน(devolution)สถานบริการ ปฐมภูมิ บุคคลากร และงบประมาณ ให้แก่เทศบาล พร้อมทั้งถ่ายโอนโรงพยาบาลระดับสอง-สามให้แก่รัฐบาล ระดับจังหวัด(departamentos) ปลายปี ๒๕๓๖ ก็เริ่มดำเนินแนวทางการแยกบทบาทผู้ซื้อบริการออกจาก การให้บริการ การให้มีการแข่งขันระหว่างผู้ให้ประกันกับผู้ให้บริการ และการให้อุดหนุนต่อกลุ่มยากจน มีแผนการ ประกันสุขภาพออกมา ๒ แผน คือ แผนสำหรับลูกจ้างและคนทำงานอิสระ กับแผนอุดหนุนคนจน

แผนอุดหนุนคนจน(subsidized plan)ให้เงินอุดหนุนโดยตรง(direct subsidy)สำหรับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน(basic package) บริหารและจัดการการคลังผ่านเทศบาล ซึ่งรับผิดชอบ (๑) ระบุคนจนผู้รับประโยชน์ (๒) เชื่อมผู้รับประโยชน์กับบริษัทประกันของเอกชนหรือรัฐ (๓) กำหนดการชำระค่าเบี้ยประกัน โรงพยาบาลของรัฐถูกปรับเปลี่ยนให้เป็นองค์กรอิสระ(autonomous enterprises)แต่ในทางปฏิบัติยังขาดความชัดเจนเรื่องกรอบเวลา การจัดการทรัพยากร และภาระเงินบำนาญ เช่นเดียวกับการถ่ายโอนบุคลากรที่เป็นไปอย่างเชื่องช้า

๒.๓) ความสำคัญของการเมือง (Primacy of Politics) ในการกระจายอำนาจ

Smith (1997) ชี้ว่า ความผิดพลาดที่ร้ายแรงที่สุดของนักปฏิรูป คือ การมองการกระจายอำนาจว่าเป็นเพียงแค่ปฏิบัติการทางการบริหารจัดการ (managerial exercise) โดยไม่คำนึงถึงมูลเหตุและผลที่เกิดขึ้นในทางการเมือง (political cause and consequence)

ในกรณีปาปัวนิวกินี การกระจายอำนาจมักเกี่ยวข้องกับกระบวนการทำให้เป็นการเมือง (politicization) มากขึ้น การโอนอำนาจเปิดโอกาสสำหรับการคอร์รัปชันและระบบอุปถัมภ์ทางการเมือง (political patronage) การเมืองเชิงอำนาจ (power politics) มักจะเผยตัวออกมาไม่ว่าจะเลือกรูปแบบการปกครองแบบใด ในเซเนกัล คณะกรรมการสุขภาพตกเป็นเหยื่อในการหาเสียงของพรรคการเมือง ปัญหาสาธารณสุขจึงกลายเป็น “การทะเลาะกันส่วนบุคคล (personal quarrels)” อีกฐานะหนึ่ง (Ndiaye, 1990) การมีส่วนร่วมทุกรูปแบบอาจเพิ่มความขัดแย้งทางสังคมและทางการเมือง การมีส่วนร่วมถูกมองว่าเป็นปัญหาหนึ่งของประเทศยากจน เนื่องจากความไม่เสมอภาคและการพึ่งพิงทางการเมือง ทำให้ปฏิบัติของข้าราชการและวิชาชีพ การรวมศูนย์ทางการเมือง และการสร้างภาพทางการเมือง (tokenism) “ชุมชน (communities)” ก็หาใช่มีลักษณะเนื้อเดียวกัน (homogenous) และยิ่งความไม่เท่าเทียมกันมีมากเท่าไร การมีส่วนร่วมก็เกิดขึ้นยากเท่านั้น โครงการที่มุ่งสร้างความเข้มแข็งให้คนจนอาจจะทวีความขัดแย้งกับชนชั้นนำระดับชาติและระดับท้องถิ่น ผู้นำชุมชนเองก็ไม่ได้ทำเพื่อประโยชน์ส่วนรวมเสมอไป

๒.๔) ประเด็นที่น่าสนใจ

ในประสบการณ์นานาชาติ มีประเด็นที่น่าสนใจแต่อาจจะเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย แต่เป็นเรื่องที่ต้องเผชิญหลังการกระจายอำนาจ ผู้เรียนให้ความสนใจบทเรียนต่างชาติที่มีนัยยะต่อการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขใน ๔ ประเด็น กล่าวคือ (๑) ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Central-Local Government Relation) (๒) การเพิ่มอำนาจผู้ป่วย (patient empowerment) (๓) การเพิ่มอำนาจให้ประชาชนและการสร้างประชาสังคมด้านสุขภาพ (people/citizen empowerment) และ (๔) ความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (local accountability) แต่ด้วยข้อจำกัดด้านเวลาจึงต้องตัด ๒ ประเด็นหลังออกไป

๒.๔.๑) ความสัมพันธ์รัฐบาลกลาง-ท้องถิ่น (Central-Local Government Relation)

ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับรัฐบาลท้องถิ่น (local government) ที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่ง คือ ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลท้องถิ่น (Central-Local Relation or Intergovernment Relation) ในที่นี้จะเสนอตัวอย่างที่เป็นอยู่ในบางประเทศ

แบบแผน (patterns) การควบคุม (control) ของรัฐบาลกลางและอิสระ (discretion) ของรัฐบาลท้องถิ่นนั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ รวมทั้งแตกต่างกันไปตามนโยบายแต่ละด้าน (policy areas) แม้ในประเทศเดียวกัน (Bennett 1990 ; Page 1991) นักวิชาการพยายามอธิบายความแตกต่างอันนี้ด้วยลักษณะประจำชาติ (National Characteristics) อันได้แก่ พัฒนาการของรัฐสวัสดิการ ระบบพรรคการเมือง พัฒนาการของเมือง แบบแผนที่มาของรัฐบาลพล หรือ เบื้องหลังทางประวัติศาสตร์ของระบบรัฐบาลท้องถิ่น (Sharpe 1988 ; Chandler 1993) เหล่านี้อาจจะอธิบายความแตกต่างระหว่างประเทศได้ แต่ก็อาจจะอธิบายความแตกต่างระหว่างสาขาโยบาย (cross-sectoral difference) ได้

การศึกษาชิ้นหนึ่งที่มีกรอบทฤษฎีน่าสนใจ ได้แก่ Blom-Hansen (1990) ที่ศึกษาดุลยภาพ (balancing) ระหว่างความเป็นอิสระของรัฐบาลท้องถิ่น (local autonomy) การควบคุมของรัฐบาลกลางโดยนโยบายเศรษฐกิจมหภาค (macroeconomic control) และการกำหนดเป้าหมายนโยบายสาขา (sectoral policy goals) ในกระบวนการกำหนดนโยบายของรัฐบาลกลาง-รัฐบาลท้องถิ่น (Central-Local Policy-Making) เขาผนวกแนวคิดเครือข่ายนโยบาย (Policy Network / Policy Community Approach) กับตัวแบบผู้เล่น (Model of the Actor) ในการอธิบาย

ในการศึกษาชิ้นนั้น ผู้เล่น (actors) ในกระบวนการกำหนดนโยบายมี ๓ ฝ่าย ได้แก่ (๑) ฝ่ายองค์กรส่วนท้องถิ่น หรือ “topocrats” เช่น สมาคมของรัฐบาลท้องถิ่นในประเทศตะวันตก ซึ่งมีบทบาทพิทักษ์ผลประโยชน์และความเป็นอิสระของส่วนท้องถิ่นในเวทีการเมืองระดับชาติ (๒) ฝ่ายเรียกร้องงบประมาณ (expenditure advocates) ซึ่งได้รับประโยชน์จากมาตรการ/โครงการสาธารณะต่าง ๆ โดยเฉพาะนโยบายสาขา เช่น กลุ่มผลประโยชน์ กระทรวงสาขา และกรรมาธิการสภาในสาขานั้น ๆ (๓) ฝ่ายควบคุมงบประมาณ (expenditure guardians) เช่น กระทรวงการคลัง และกรรมาธิการงบประมาณของสภา นโยบายจะออกมาอย่างไรมันขึ้นอยู่กับดุลยภาพในอำนาจการต่อรองของทั้งสามฝ่ายเหล่านี้ในกระบวนการกำหนดนโยบาย

ที่น่าสนใจ คือ ในเดนมาร์ก นอร์เวย์ สวีเดน ฟินแลนด์ เนเธอร์แลนด์ และสหราชอาณาจักร (ช่วงทศวรรษที่ ๑๙๗๐) ต่างมีระบบที่เรียกว่า “formal agreements” ระหว่างรัฐบาลกลางกับสมาคมของรัฐบาลท้องถิ่น (เทศบาลและ Counties/Countries)

ในกรณีเดนมาร์ก ปี ๑๙๗๐ เกิดการปฏิรูปรัฐบาลท้องถิ่นโดยมีการโอนภารกิจจากรัฐบาลกลางให้แก่เทศบาลและ Counties พร้อมๆ กับการขยายรัฐสวัสดิการ ต้นทศวรรษที่ ๑๙๗๐ เป็นต้นมา ทุกๆ ปี รัฐบาลกลางกับสมาคมของเทศบาล (ชื่อ Kommunernes Landsforening) และสมาคมของ Counties (ชื่อ Amstradsforeningen) จะมีข้อตกลง “ความร่วมมือด้านงบประมาณ (budgetary cooperation)” กำหนดการจัดเก็บภาษีทั่วไปและระดับ

รายจ่ายของรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นกลไกปกติ (general mechanisms) ของความสัมพันธ์ส่วนกลาง-ส่วนท้องถิ่น ในช่วงทศวรรษที่ ๑๙๘๐ และ ๑๙๙๐ รัฐบาลเสียงข้างน้อยของเดนมาร์ก จะนำนโยบายใหม่ๆ ไปตกลงกับสมาคมฯ ก่อนที่จะเสนอเข้ามา

ในกรณีสวีเดน มีธรรมเนียมปฏิบัติที่ให้สมาคมของเทศบาล (ชื่อ Svenska Kommunförbundet) และสมาคมเคาน์ตี (ชื่อ Landstingsförbundet) เข้าไปร่วมในการกำหนดนโยบาย เช่น การวางมาตรฐานระบบบัญชีของระบบส่วนท้องถิ่นในทศวรรษที่ ๑๙๕๐ การควบคุมโรงเรียนรัฐบาลช่วงปลายทศวรรษที่ ๑๙๕๐ การปฏิรูปโรงเรียนมัธยมในปี ๑๙๖๔ การโอนบริการฟื้นฟูจิตใจให้แก่เคาน์ตีในปี ๑๙๖๗ และการยกระดับบริการปฐมวัยช่วงงานด้านสาธารณสุขของเคาน์ตีมาอยู่ในรูปเงินอุดหนุนทั่วไปก้อนเดียว (one general block grant) จำนวนเงินอุดหนุนขึ้นกับการต่อรองรายปีระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสมาคมของเคาน์ตี ซึ่งจะรวมไปถึงการริเริ่มนโยบายสุขภาพต่างๆ ด้วย

หากศึกษานโยบายด้านสาธารณสุข ทั้งเดนมาร์ก นอร์เวย์ และสวีเดน บริการสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของเคาน์ตีและคันทรี (counties/Countries-เขตท้องถิ่นระดับกลางเหนือเทศบาล เหมือนองค์การบริหารส่วนจังหวัดของไทย) ซึ่งเป็นเจ้าของและบริหารโรงพยาบาล รัฐบาลกลางควบคุมโดยใช้กฎหมาย โรงพยาบาลมีแหล่งของเงินทุนจากภาษีรายได้ของท้องถิ่นและเงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง โดยให้บริการรักษาพยาบาลฟรีเป็นเหตุให้อุปสงค์มากกว่าอุปทาน รายการผู้ป่วยที่รอรับบริการ (waiting lists) จึงเป็นปรากฏการณ์ที่พบอยู่เสมอและกลายเป็นปัญหาทางการเมืองอันหนึ่ง ในทศวรรษที่ ๑๙๙๐ รัฐบาลกลางพยายามแก้ปัญหาโดยใช้ “การรับประกันเวลาที่รอรับบริการ (waiting-time guarantees)”

ในสวีเดน รัฐบาลกลางรับประกันสิทธิผู้ป่วยที่รอรับบริการศัลยกรรม ๑๒ ชนิดว่าจะได้รับการภายใน ๓ เดือน จากโรงพยาบาลของเคาน์ตี หากเกิน ๓ เดือน ก็มีสิทธิรักษาฟรีได้ที่โรงพยาบาลของเคาน์ตีอื่นหรือโรงพยาบาลเอกชน การรับประกันเวลาที่รอรับบริการจะอยู่ในรูปข้อตกลงรายปีระหว่างรัฐบาลกลางกับสมาคมของสภาเคาน์ตี ซึ่งมีไช้ข้อบังคับทางกฎหมาย แต่เป็นเพียงข้อเสนอแนะ แต่ทุกเคาน์ตีก็เข้าร่วมข้อตกลงนี้ทุกปีตั้งแต่ ๑๙๙๒-๑๙๙๖

ที่นอร์เวย์ รัฐบาลกลางรับประกันสิทธิผู้ป่วยที่มีอาการร้ายแรงว่าจะได้รับการภายใน ๖ เดือน หากเกิน ๖ เดือนก็มีสิทธิรักษาฟรีได้ที่โรงพยาบาลของเคาน์ตีอื่น โดยรัฐบาลกลางออกเป็นกฎหมายบังคับเคาน์ตีตั้งแต่นั้นปี ๑๙๙๐-๑๙๙๗

ส่วนเดนมาร์ก รัฐบาลกลางรับประกันว่าจะได้รับการโรงพยาบาลทุกประเภทภายในเวลา ๓ เดือนก่อนที่จะถึงปี ๑๙๙๖ โดยอยู่ในรูปข้อตกลงระหว่างรัฐบาลกลางกับสมาคมของสภาเคาน์ตี ซึ่งไม่ใช่ข้อบังคับทางกฎหมาย

แต่นโยบายนี้ประสบความสำเร็จในทั้งสามประเทศ ทั้งเวลาที่รอและจำนวนผู้ป่วยที่รอรับบริการกลับมากขึ้น รัฐบาลกลางทั้งสามประเทศต่างพยายามแก้ รัฐบาลกลางสวีเดนหันมาตกลงกับสมาคมของสภาเคาน์ตีว่าจะประกันเวลารอรับบริการโรงพยาบาลทุกประเภทภายใน ๓ เดือน โดยให้เงินอุดหนุนเป็นก้อน (block grants) เพิ่มเติมในปี ๑๙๙๙ รัฐบาลนอร์เวย์ปรับข้อกฎหมายในปี ๑๙๙๗ ประกันเวลาที่รอเหลือ ๓ เดือน แต่นิยามอาการร้าย

แรงเข้มงวดขึ้น โดยสนับสนุนเคาน์ตีในรูปแบบเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ (earmarked grants) พร้อมกับ matching grants สัดส่วนเกือบครึ่งของค่าใช้จ่ายดำเนินการของโรงพยาบาลเคาน์ตี และพร้อมที่จะจัดขีดเงินพิเศษให้อีก ส่วนรัฐบาลเดนมาร์กยอมแพ้

สำหรับนโยบายการดูแลเด็กเล็ก ศูนย์เด็กเล็กเป็นของและบริหารโดยเทศบาลตามกฎหมาย เงินทุนที่ใช้มาจากภาษีรายได้ของเทศบาล เงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง และค่าบริการที่ผู้ปกครองจ่ายในราคาต่ำมาก จึงเกิดภาวะอุปสงค์ล้นเกินอุปทาน กลายเป็นประเด็นทางการเมือง รัฐบาลกลางของทั้งสวีเดน นอร์เวย์และเดนมาร์ก จึงใช้ “การรับรองเรื่องการดูแลเด็กเล็ก (child care guarantees)” ในทศวรรษที่ ๑๙๘๐ และ ๑๙๙๐ รัฐบาลกลางสวีเดนออกคำประกาศในปี ๑๙๘๕ ให้เทศบาลจัดบริการเด็กเล็กให้ได้หมดในปี ๑๙๙๑ โดยรัฐบาลกลางอุดหนุนในรูปแบบ earmarked grants รัฐบาลกลางนอร์เวย์ประกาศในปี ๑๙๘๗ ให้เทศบาลจัดบริการเด็กก่อนวัยเรียนทุกคนให้ได้ในปี ๒๐๐๐ อุดหนุนโดย earmarked grants จากรัฐบาลกลาง ส่วนรัฐบาลกลางเดนมาร์กประกาศในปี ๑๙๙๓ โดยให้เริ่มมีผลในปี ๑๙๙๖ ทั้งสวีเดนและเดนมาร์ก นโยบายนี้ล้มเหลว ที่สวีเดน earmarked grant ถูกยกเลิกมีการปฏิรูปการคลังท้องถิ่นในปี ๑๙๙๓ รัฐบาลกลางต้องออกกฎหมายบังคับเทศบาลให้จัดบริการเด็กเล็กให้เพียงพอในปี ๑๙๙๕ ส่วนเดนมาร์กพรรคฝ่ายขวาล้มข้อเสนอของพรรคฝ่ายซ้ายที่ให้จัดเงินอุดหนุนให้เพียงพอต่อการจัดบริการเด็กเล็กให้ครอบคลุมทั้งหมดแก่เทศบาล โดยอ้างว่า กระทบต่อรายจ่ายสาธารณะ และรัฐบาลท้องถิ่นไม่ยอมรับ

๒.๔.๒) การเพิ่มอำนาจของผู้ป่วย (Patient Empowerment)

ท่ามกลางกระแสการเคลื่อนไหวปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สิทธิการเลือกของผู้ป่วย (patient choice) กลายเป็นประเด็นกันแค้นประเด็นหนึ่งโดยเฉพาะในหมู่ประเทศยุโรปตอนเหนือ ในระบบสุขภาพที่ดำเนินการเชิงสาธารณะ (publicly operated health systems) อย่างเช่น อังกฤษ และกลุ่มประเทศนอร์ดิก เรื่องบทบาทที่แน่นอน (proper role) ของผู้ป่วยในการโต้แย้งแพทย์และผู้ให้บริการวิชาชีพอื่น รวมทั้งผู้บริหารสาธารณสุข กลายเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ขณะที่ในระบบสุขภาพแบบเสรีนิยมที่มีการประกันสังคมเป็นฐาน (liberal, social-insurance-based systems) ที่ใช้ในแถบภาคพื้นยุโรป เช่น เนเธอร์แลนด์ ฝรั่งเศส และเยอรมัน ระดับอำนาจและ/หรือการเลือกของผู้ป่วยในประเด็นทางคลินิกและเครื่องมืออุปกรณ์/เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ก็ได้กลายเป็นปมคำถามที่เกี่ยวข้องกับต้นทุนที่เพิ่มขึ้น (cost-related questions)

การค้นหาคำตอบใหม่ของผู้ป่วยสะท้อนถึงสิ่งที่เรียกว่า “กระแสกระบวนทัศน์ (paradigm flux)” ในระยะปัจจุบัน ซึ่งส่งผลต่อการจัดให้บริการสุขภาพ (health service delivery) ในบรรดาประเทศอุตสาหกรรมที่ก้าวหน้า (OECD, 1992 ; Saltman, 1994) ระบบสุขภาพกำลังเผชิญกับภาวะการทำทลายรอบข้างจากการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร (ผู้สูงอายุ) ด้านเทคโนโลยี (การใช้เทคโนโลยีใหม่อย่างเข้มข้น) และเชิงเศรษฐกิจ (การลงทุนระดับมหภาค) ทำให้ระบบสุขภาพต้องประเมินขีดความสามารถภายในเพื่อการผลิตบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น ระบบสุขภาพที่ดำเนินการเชิงสาธารณะก็ต้องยกระดับการมีส่วนร่วมและเพิ่มอำนาจของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมรายวันของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ (โดยเฉพาะแพทย์) และผู้บริหารโรงพยาบาล

การเพิ่มอำนาจการเลือกของผู้ป่วยเป็นเสมือนดาบสองคม ตัวอย่างเช่น การให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแพทย์บริการเริ่มต้นหรือปฐมภูมิ (primary care physician) จากบรรดาแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) หรือทีมบริการ

ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้นำ (GP-led primary care team) ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าแพทย์ “ของเขา” (his or her doctor) ไม่ใช่เป็นเพียงแค่ the doctor บริการที่ต่อเนื่องและผสมผสานทั้งการป้องกัน และการรักษาเกิดขึ้นได้ การวินิจฉัยและให้บริการที่รู้จักผู้ป่วยดีรวมถึงการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยจากความสัมพันธ์แบบนี้จะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (health care cost)

ในทางตรงกันข้าม ในสหรัฐ และบางประเทศในภาคพื้นยุโรป ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (subspecialists or specialist) เป็นแพทย์บริการปฐมภูมิของเขาโดยการจ่ายค่าบริการเองบริการที่ได้รับ มักจะเป็นบริการที่ราคาแพง ใช้เทคโนโลยีสูง และเน้นการรักษา ผลรวมของการตระเวนใช้บริการจากบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของผู้ป่วย (patient hopping) กับการหาถิ่นของแพทย์จากค่าบริการรักษาและการวินิจฉัยพิเศษ ก็คือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูง

ดังนั้น สิทธิการเลือกของผู้ป่วยเป็นประเด็นที่พิจารณาเรื่องบทบาทผู้ป่วยโดยคำนึงถึง (๑) บริบทด้านโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง (structural context) (๒) ผลได้ทางสุขภาพ ทางสังคม และทางการเงิน (๓) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบ ได้แก่ การแปรรูปสถานบริการ (privatization) การใช้ระบบประกันจ่าย (voucher systems) สำหรับบริการภาคเอกชน และการลดการควบคุมการบริหารโดยตรงโดยปราศจากกลไกและมาตรการประเมินและกำกับที่เข้มงวดขึ้น มิเช่นนั้น การให้สิทธิเลือกแก่ผู้ป่วยก็อาจเกิดผลร้ายขึ้นได้

ทุกวันนี้ “การเพิ่มอำนาจให้ผู้ป่วย (patient empowerment)” เป็นสามัญศัพท์ของวงการสาธารณสุขในประเทศพัฒนาแล้ว รูปที่ ๒ เสนอถึงตัวอย่างของการเพิ่มอำนาจให้แก่ผู้ป่วยของ Saltman (1994) จากระดับต่ำสุดไปสู่ระดับสูงสุด ได้แก่ (๑) การได้รับบริการที่มีจริยธรรม (moral suasion) หรือ ความสามารถที่จะชักถาม (๒) การควบคุมทางการเมืองอย่างมีรูปการ (ความสามารถในการเลือกใช้บริการ) และ (๓) อำนาจการโต้ตอบ (countervailing power) หรือ ความสามารถในการควบคุมชะตากรรมของตนเองอย่างมีการจัดตั้ง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเลือกแพทย์และโรงพยาบาล ส่วนพลเมือง (citizens) เลือกโครงการประกันสุขภาพ (insurance packages) และเลือกข้าราชการการเมือง (political officials)

จุดสำคัญสุดของการเพิ่มอำนาจให้ผู้ป่วย คือ ระดับอำนาจของปัจเจกบุคคลที่มีต่อการตัดสินใจจัดบริหารที่เฉพาะเจาะจง (specific service delivery decision) ในทางปฏิบัติ อำนาจในการกำหนดงบประมาณ (budgetary authority) และอำนาจในการจัดสรรทรัพยากรถือเป็นอำนาจในเชิงองค์กร (organizational power) อย่างแท้จริง ดังนั้น เพื่อให้มีอำนาจ ผู้ป่วยต้องตั้งเอาการควบคุมกลไกทางการเงิน (financial mechanism) อย่างแท้จริงทั้งสองกลไกมาจากแพทย์และผู้บริหารสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมีความสามารถในการฝ่าฝืนการกำหนดเพดานงบประมาณในระดับภาคหรือระดับชาติ ประสบการณ์จากสวีเดนในเขตรัฐบาลท้องถิ่นของ stockholm country เขตตะวันตก, Malmohus และเขตใต้ของ Bohuslan ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยสามารถมีบทบาทในการจัดสรรทรัพยากรเข้มแข็งโดยไม่มีผลต่อเพดานทางการเงินที่ตั้งไว้ก่อน แต่ต้องระวังอันตรายที่เกิดจากการจัดการเงินทุนโดยไม่กำหนดเพดาน (open-ended financing) อย่างกรณีระบบสุขภาพของสหรัฐที่ยังคงทุ่มเทความพยายามทั้งหมดเพื่อจำกัดค่าใช้จ่าย ยกเว้นนักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขบางคน นักวิชาการทั่วไปจะมองว่า ไม่มีเหตุผลเชิงตรรกะสนับสนุนแนวคิดที่ว่า บทบาทที่เข้มแข็งของผู้ป่วยในการจัดสรรทรัพยากรภายในระบบ (intrasystem) จำเป็นต้องมีการรุกคืบไปสู่

การควบคุมค่าใช้จ่ายโดยรวมทั้งระบบอย่างมีรูปการทางการเมือง (collective or formal political control of overall system-level expenditures) จุดนี้ได้กลายเป็นแง่มุมวิพากษ์เรื่องบริการสุขภาพที่สำคัญทั่วยุโรปในปัจจุบัน และเป็นเรื่องโต้แย้งกันระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ในภาคสุขภาพ

อำนาจในการจัดสรรทรัพยากรของผู้ป่วยอาจจะเป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างความยอมรับและความยั่งยืนในทางการเมืองระยะยาวซึ่งมีต่อยุทธศาสตร์การปฏิรูปปัจจุบันและตัวแบบระบบสุขภาพใหม่ (new health system model) นักวางแผนด้านสาธารณสุขในสวีเดน ฟินแลนด์ และอังกฤษได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า ในเมื่อกระแสความคาดหวังของพลเมืองเปลี่ยนไป (shift in citizen's expectation) ระบบสุขภาพที่ดำเนินการเชิงสาธารณะ (หรือโดยรัฐ) จะดำรงอยู่ไม่ได้โดยการย้ายแต่ถ้อยแถลงโบราณ เรื่อง “ความรับผิดชอบของประชาชน (population responsibility)” และ “สาธารณสุขเชิงป้องกัน (preventive public health) และจะยังคงถูกวิจารณ์ถึงพฤติกรรมหวงห้ามข้อตัวเองของรัฐ การ (self-serving bureaucratic behavior) ในปัจจุบัน ต้องแสวงหากลไกที่ทรงประสิทธิภาพซึ่งทำให้ประชาชนมีอำนาจตอบโต้ภายใน (inside) โครงสร้างที่ดำเนินการโดยรัฐที่เป็นอยู่ ไม่เช่นนั้น อนาคตของระบบบริการโดยรัฐและการเข้าถึงบริการถ้วนหน้า (universal access) กับเอกภาพทางสังคม (social solidarity) ก็จะไม่ยืนยาวนัก

รูปที่ ๒ A typology of patient empowerment. (Saltman 1994)

COUNTERVAILING POWER



FORMAL POLITICAL CONTROL



MORAL SUASION

- 7) Patient choice of physician and hospital (with budget links)
 - Some Swedish Country Councils (Stockholm, Malmohus, Bohus)
- 6) Patient influence over treatment modality
 - requests for second opinions
 - participation in M.D. decisions
 - choosing alternative specialists
- 5) Elected democratic control over finance and provision
 - at municipal level via boards of health (Finland)
 - at country level (Sweden, Denmark)
 - at national level, through legislative accountability (U.K.)
- 4) Patient choice of physician and hospital (without budgetary link)
 - most Swedish Country Councils
 - pre-1989 official possibility in U.K.
 - parallels to school choice in U.S.
- 3) Annual patient selection of insurance carrier
 - HMO model (U.S.)
 - Dekker/Simons plan (Netherlands)
- 2) Legal remedies
 - malpractice lawsuits (U.S.)
 - no-fault patient compensation (Sweden)
 - national physician discipline board (Sweden)
- 1) Patient advice and appeals
 - Community Health Councils (U.K.)
 - Public sector ombudsman (Sweden)
 - patient association (U.K., Sweden, etc.)

(๓)

ข้อเสนอสำหรับประเทศไทย

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมีอาจมุ่งเฉพาะการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่นแต่เพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องมีกระบวนการ/ระบบ/วิธีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นการเพิ่มอำนาจให้ผู้ป่วย/ประชาชน/ชุมชน/ประชาสังคมด้วย และคำนึงถึงประวัติศาสตร์และบริบทต่าง ๆ อย่างรอบด้าน ตรงนี้เอง คือ การปฏิรูประบบสุขภาพที่จำเป็นต้องยึดหลักบูรณาการ (integration) และการมองแบบองค์รวม (holistic view) เพราะหากไม่เป็นเช่นนั้น กระบวนการ/ระบบ/วิธีการ/นวัตกรรมที่เป็นผลผลิตจากการปฏิรูปก็จะกลายเป็นอัตลักษณ์อย่างใหม่ของสังคมไทย เป็นการแก้ปัญหาที่ก่อปัญหาอย่างใหม่ขึ้นมา กลายเป็นเรื่องที่ต้องการการปฏิรูปหลังการปฏิรูปไปเรื่อย ๆ หรืออาจจะเผชิญกับแรงเหวี่ยงกลับของสังคม แม้ความเป็นไปเหล่านี้จะเป็นธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงตามหลักไตรลักษณ์ (อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา) ทางพุทธศาสตร์ แต่กระบวนการภูมิปัญญาของสังคมควรมีบทบาทบรรเทาการเปลี่ยนแปลงด้านร้ายที่จะเกิดขึ้นไว้มาก่อน

ในที่นี้ จะฉายภาพให้เห็นพัฒนาของระบบสุขภาพไทยและพลวัตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทย เพื่ออธิบายถึงบริบททางประวัติศาสตร์ ก่อนที่นำเข้าสู่ข้อเสนอแนะในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับประเทศไทย

๓.๑) พัฒนาการของระบบสุขภาพไทย

๓.๑.๑) ภาพรวม

ในเชิงประวัติศาสตร์ ระบบสุขภาพไทยดั้งเดิมเริ่มต้นจากการดูแลสุขภาพตัวเองในครอบครัวและชุมชน ในรูปของการสงเคราะห์ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม โดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านทางการแพทย์หรือการแพทย์แผนไทยเป็นรากฐาน หมอชาวบ้าน หมอตำแย พระภิกษุ และแพทย์หลวงในราชสำนักต่างทรงบทบาทสำคัญ การแพทย์แผนตะวันตกในนามการแพทย์สมัยใหม่หรือแผนปัจจุบันเริ่มเข้ามามีบทบาทตั้งแต่ยุคล่าอาณานิคม และได้ขยายตัวเข้าครอบงำสังคมไทยภายใต้การส่งเสริมของรัฐบาลไทย การก่อตั้งโรงพยาบาลแห่งแรก คือ โรงพยาบาลศิริราช นับเป็นจุดเริ่มของขยายกลไกรัฐด้านสุขภาพโดยใช้การแพทย์แผนตะวันตก ในสมัยรัชกาลที่ ๖ มีการเปลี่ยนแปลงหลักสูตรการสอนแพทย์และพยาบาลของประเทศไทย(โดยการแนะนำของผู้เชี่ยวชาญอเมริกันของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์) นับเป็นการวางรากฐานวิชาการแพทย์สมัยใหม่ ทำให้การพัฒนาภูมิปัญญาทางการแพทย์แผนไทยชะงักงันลง ประเทศไทยหลังจากนั้นได้ดำเนินการขยายบริการและกลไกด้านสุขภาพตามแนวการแพทย์แผนใหม่ จากกรมสาธารณสุขในกระทรวงมหาดไทย (จัดตั้งปี ๒๔๖๑) มาเป็นกระทรวงสาธารณสุข (สถาปนามี ๒๔๗๖) จากโอสถศาลามาเป็นสถานีนามัย และโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในปัจจุบัน

แม้หน่วยงานและสถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่จะขยายตัวโดยรัฐบาลกลาง (กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าของหลัก) แต่ธุรกิจด้านสุขภาพค่อย ๆ เติบโตมากขึ้นในรูปร้านขายยา คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลเอกชน ในช่วง ๑-๒ ทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว จำนวนโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นจาก ๑๔๐ แห่งเป็น ๔๒๐

แห่งในช่วงปี ๒๕๓๐-๒๕๔๐ เช่นเดียวกัน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารนำเข้าเพิ่มขึ้นจาก ๗๕ ชนิดเป็น ๖๓๐ ชนิด และผลิตภัณฑ์ที่ผลิตในประเทศเพิ่มจาก ๖๕ ชนิดเป็น ๗๕๒ ชนิดในปี ๒๕๔๒ ธุรกิจด้านสุขภาพนี้เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้เกิดค่านิยมในการเทคโนโลยีทางการแพทย์ผ่านกลไกตลาดและการโฆษณา

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา กระแสใหม่ด้านสุขภาพที่น่าสนใจในสังคมไทย ได้แก่ การแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) เช่น ชีวจิต Macrobiotics Megavitamins อาหารเสริม ผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ การฝังเข็ม ที่นอนแม่เหล็ก การนวด โยคะ โยเร การใช้โอโซน สมุนไพร ฯลฯ พร้อมกันนี้ การแพทย์แผนไทยเริ่มได้รับการสนใจและฟื้นฟูอีกครั้ง

ปัจจุบัน ธุรกิจด้านสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกเริ่มทวีบทบาทในระบบสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในเชิงสถาบัน สถานบริการสุขภาพภาครัฐยังคงความสำคัญอยู่มาก ในปีงบประมาณ ๒๕๓๗ ครัวเรือนใช้สอยรายจ่ายทางสุขภาพให้สถานบริการของรัฐร้อยละ ๓๔ และให้สถานบริการของเอกชนร้อยละ ๖๖ ในรายจ่ายทางสุขภาพทั้งหมด ร้อยละ ๓๒.๔ เป็นของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๔๔.๔ เป็นของครัวเรือน และส่วนราชการบริหารท้องถิ่นมีเพียงร้อยละ ๔.๓ เท่านั้น ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า ในระบบสุขภาพไทย มีรัฐ ธุรกิจสุขภาพ และประชาชนต่างแสดงบทบาทสำคัญ ประชาชนดูแลสุขภาพตัวเองในทางเลือกต่าง ๆ งานส่งเสริมสุขภาพของรัฐกับกลยุทธการตลาดการโฆษณาต่างมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยาจากร้านขายยา และรับบริการจากคลินิกเอกชน ถ้าไม่หายหรืออาการรุนแรงขึ้นก็ไปใช้บริการสถานบริการทั้งของรัฐและเอกชน ทำให้รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนถึงร้อยละ ๖๖ จ่ายให้สถานบริการเอกชน แนวโน้มในอนาคต ธุรกิจสุขภาพน่าจะมีบทบาทมากขึ้นขณะที่บริการสุขภาพภาครัฐหดเล็กลง

ไทยเป็นประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพและระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอยู่หลายระบบ (pluralistic) ระบบที่สำคัญได้แก่ สวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ต้องช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.- ๒๗ ล้านคน) ระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ (๖.๔ ล้านคน) ระบบประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน (๗.๒๕ ล้านคน) บัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (๘.๑ ล้านคน) และการประกันสุขภาพภาคเอกชน (๕.๙ ล้านคน) ในปี ๒๕๓๘ สำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุขได้สำรวจภาวะอนามัยรายจังหวัดพบว่า ร้อยละ ๓๑ ของประชากรยังไม่มีหลักประกันทางสุขภาพ การประกันสุขภาพเป็นกลไกและวาระที่สำคัญอันหนึ่งในการปฏิรูประบบสุขภาพไทย

เมื่อมองพัฒนาการของระบบสุขภาพไทย ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหลายประการ ได้แก่ (๑) อำนาจและบริการสาธารณสุขภาครัฐที่ควรโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และควรคงไว้เป็นอำนาจภารกิจของรัฐบาลกลางมีอะไรบ้าง เพื่อลดความซ้ำซ้อน ขณะเดียวกันก็ต้องคำนึงถึงหลักการประสิทธิภาพ ความเหมาะสม สอดคล้อง ความเสมอภาค และประสิทธิผลของการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขของสังคมโดยรวม โดยเฉพาะปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นที่หลายประเทศตระหนักกันอยู่ (๒) บทบาทและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลควบคุมธุรกิจสุขภาพ การสนับสนุนการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนไทย การดูแลตนเองของประชาชนและประชาสังคมสุขภาพ (๓) การประกันสุขภาพท้องถิ่น กองทุนสุขภาพท้องถิ่น ภายใต้แผนประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

๓.๑.๒) ระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ

หลังการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๔๗๖ ประเทศไทยได้ขยายโครงสร้างพื้นฐานและเครือข่ายสถานบริการของรัฐซึ่งเป็นการวางรากฐานโดยใช้ระบบการแพทย์และเทคโนโลยีแผนตะวันตก ปี ๒๕๐๐ มีโรงพยาบาลจังหวัดครบทุกจังหวัด ปี ๒๕๑๘ เริ่มสร้างโรงพยาบาลในระดับอำเภอ

โรงพยาบาลชุมชนมีพัฒนาการอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงทศวรรษก่อนวิกฤตเศรษฐกิจจาก ๕๔๓ แห่ง (๑๐,๗๐๐ เตียง) ในปี ๒๕๓๑ เป็น ๗๑๒ แห่ง (๒๗,๑๘๐ เตียง) ในปี ๒๕๔๒ ซึ่งเป็นขยายตัวทั้งอาคารสถานที่ จำนวนเตียง และเครื่องมือเครื่องมือเป็นเท่าตัวในช่วงแค่หนึ่งทศวรรษ เช่นเดียวกับกำลังคนในโรงพยาบาลชุมชน ข้าราชการเพิ่มจาก ๒๒,๗๘๑ คน ในปี ๒๕๓๓ เป็น ๔๙,๑๕๗ คน ในปี ๒๕๔๒ โรงพยาบาลชุมชนขยายบทบาทในงานการรักษาพยาบาลมากเป็นการพัฒนาในแบบตั้งรับและเป็นเอกเทศ (stand alone) อย่างชัดเจน จำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มจาก ๑๑.๑ ล้านคน ในปี ๒๕๒๔ เป็นสามเท่า คือ ๓๓.๙ ล้านคน ในปี ๒๕๔๑ อย่างไรก็ตาม การพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการทำงานเชิงรุกในชุมชนได้รับการพัฒนาบ้างแต่ไม่มากและไม่ชัดเจนเท่าการรักษาพยาบาล การทำงานสนับสนุนสถานีนอามัย องค์การท้องถิ่น และงานสาธารณสุขมูลฐานลดน้อยลงอย่างชัดเจน (อำพล, ๒๕๔๓)

ส่วนสถานีนอามัยซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในระดับตำบล มีการพัฒนาบริการมากขึ้น แต่เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนยังห่างกันมากและมีลักษณะการแข่งขันกันเอง ไม่ได้เป็นระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (district health service system) ที่ควรผสมผสานกันอย่างกลมกลืน โรงพยาบาลมีการสนับสนุนสถานีนอามัยบ้าง เช่น การเป็นคลังยาอำเภอ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สถานีนอามัย เป็นต้น แต่บทบาทการนิเทศงาน การเป็นพี่เลี้ยง และการพัฒนาระบบส่งต่อให้มีคุณภาพ โรงพยาบาลชุมชนทำลดลงไปอย่างมาก (อำพล, ๒๕๔๓)

พัฒนาการของระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ เป็นขยายสถานบริการไปจนถึงระดับตำบล ลักษณะเด่นคือ เครือข่ายสถานีนอามัย-โรงพยาบาลชุมชน-โรงพยาบาลทั่วไป-โรงพยาบาลศูนย์ ที่กลายเป็นระบบกลั่นกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นเอกภาพและมีลักษณะบูรณาการสูงมาก ระบบที่เป็นลำดับขั้นนี้ทำให้ประชาชนมีสถานบริการรักษาพยาบาลที่ใกล้บ้านเป็นทางเลือก รวมทั้งหากมีประสิทธิภาพในการกลั่นกรองผู้ป่วยก็จะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของสังคมไทยไปมาก นอกจากนี้เครือข่ายดังกล่าวที่ผ่านมามีแนวโน้มทำให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล หรือเป็นทางเลือกการรักษาพยาบาลราคาถูกแก่ประชาชนแข่งขันกับสถานบริการเอกชนราคาแพง แต่ประสิทธิภาพในการกลั่นกรองผู้ป่วยของสถานีนอามัยยังมีปัญหาจึงมีการข้ามผ่าน (bypassing) สถานีนอามัยไปที่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตามโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขแบบนี้เน้นเป็นผลงานโดดเด่นของงานกระทรวงสาธารณสุข และเป็นโครงสร้างที่ประชาชนที่เจ็บป่วยได้พึ่งพามาตลอด และช่วยรักษาระดับค่ารักษาพยาบาลในประเทศไม่ให้สูงเกินไป โครงสร้างนี้ต่างจากหลายประเทศที่สถานบริการสาธารณสุขมีความหลากหลายเจ้าของและไม่เป็นลำดับขั้น และเติบโตในภาคเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น ควรรักษาภาพโครงสร้างเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขอย่างนี้ไว้

แต่หากมองในมุมนกลับ การขยายสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐของไทยก็ใช้ทรัพยากรไปมหาศาลเช่นกัน ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรภาครัฐเรื่องนี้ถูกตั้งคำถามเช่นกันถึงความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์ทางเลือกอื่นอย่างเช่น การส่งเสริมให้เอกชนขยายบริการสาธารณสุข รัฐทำหน้าที่ซื้อบริการให้ประชาชนโดยใช้การ

ประกันสุขภาพในค่าประกันสุขภาพที่รัฐอุดหนุนแทนที่จะจัดบริการเอง จะเป็นทางเลือกที่ดีกว่าหรือไม่ภายใต้สมมุติฐานที่ว่าเอกชนใช้ทรัพยากรมีประสิทธิภาพมากกว่าภาครัฐ ในอนาคตผู้เขียนเชื่อว่า ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการสถานบริการภาครัฐจะสูงขึ้นมากโดยเฉพาะหมวดเงินเดือนข้าราชการโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเพิ่มจำนวนถึงสามเท่าในช่วงสิบปีที่ผ่านมาภาวะนี้จะตอกแค้นองค์กรปกครองท้องถิ่นหากรับโอนสถานบริการเหล่านี้เข้าอยู่ในสังกัด

๓.๒) พลวัตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทย

ในสมัยโบราณ พื้นที่ประเทศไทยปัจจุบันเป็นแหล่งของชุมชนพื้นบ้านที่กระจายและเป็นอิสระต่อกัน สมัยพุทธศตวรรษที่ ๑๙ (ราว พ.ศ. ๑๘๐๐) รัฐบาลได้เริ่มสถาปนาขึ้นด้วยระบบราชาธิปไตยขึ้นต้น (“พญา” “เจ้า” “พ่อขุน” สมัยสุโขทัยตอนต้น) สู่ระบบราชาธิปไตยแบบสมมุติเทพและระบบศักดินา (สมัยสุโขทัยตอนปลายจนถึงรัชกาลที่ ๕ แห่งกรุงรัตนโกสินทร์) รูปแบบการปกครองหลักอยู่ในรูปกษัตริย์ทรงปกครองเมืองหลวงและหัวเมืองใกล้เคียงเอง หัวเมืองห่างไกลและประเทศราชก็ทรงแบ่งปันอำนาจ (deconcentration) ให้เชื้อพระวงศ์หรือขุนนางหรือเจ้าประเทศราชปกครอง (“กินเมือง”) สมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ (๑๙๙๑-๒๐๓๑) ได้ทรงปฏิรูปราชการตามวัฒนธรรมเขมรโดยใช้ระบบศักดินา สังคมไทยภายใต้ระบบดังกล่าวจึงมีแต่ชนชั้นสูง ไพร่และทาส แต่ไม่มีเสรีชน เมืองเป็นที่อยู่ของเจ้านาย ขุนนาง และข้าราชการบริวาร ส่วนไพร่ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ชนบท ผู้นำท้องถิ่น ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน นายอำเภอหรือนายแขวง ล้วนแต่งตั้งโดยเจ้าเมือง เป็นลักษณะการปกครองท้องถิ่นแบบเมืองขึ้น (colonial local government) (ธเนศวร์, ๒๕๔๒) ชนบทต้องเลี้ยงดุเมือง เจ้าเมืองและเจ้านายเอาผลผลิตจากแรงงานไพร่และทาสไปใช้สังสมบุญบารมีและส่งราชสำนักติดกับชนบทในประเทศตะวันตกที่เจ้านายอยู่ในเขตชนบทที่เรียกว่า เมเนอร์ (manor) คอยควบคุมไพร่พล ขณะที่เมืองมีเสรีชนที่ค้าขาย ในศตวรรษที่ ๑๒ หลายเมืองในยุโรปมีศาลท้องถิ่น ผู้พิพากษาเลือกจากคนในเมืองมีอำนาจอิสระในการปกครองตนเอง เมืองต้องจัดการป้องกันตัวเองเพราะทางการไม่จัดให้ เช่น การสร้างกำแพงเมืองโดยจ่ายเงินกันเองทำให้เกิดการจัดองค์กรทางการเมืองกลายเป็นภาษีชุมชน การจัดตั้งท่าเทียบเรือและตลาด สร้างสะพานและโบสถ์ท้องถิ่น ไม่ช้าก็มีการตั้งสภาเทศบาลในหลายเมือง เช่น ในเนเธอร์แลนด์ กรรมการสภาเมืองทำหน้าที่ศาลและบริหารเมืองด้วย ที่ยกมานี้ก็คือ กำเนิดของเมืองในยุโรปตะวันตกในช่วงที่สุโขทัย เชียงราย เชียงแสน ยังไม่ปรากฏ แสดงถึง อำนาจอิสระในการปกครองตนเองของท้องถิ่นที่พัฒนาการเคียงคู่อการขยายตัวของเมือง แต่เมืองในสังคมไทยอยู่ในการปกครองของเจ้านายที่แต่งตั้งจากราชสำนักและมีพ่อค้าจำนวนน้อยจากต่างแดนมาค้าขาย ไม่มีเสรีชนและอิสระในการปกครองตนเอง ทำให้พัฒนาการของเมืองแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง

ร้อยกว่าปีที่แล้วคือเมื่อปี ๒๕๔๐ รัชกาลที่ ๕ ทรงมีพระราชดำริให้ทดลองจัดตั้งหน่วยการปกครองท้องถิ่นที่เรียกว่า สุขาภิบาลกรุงเทพฯ หลังจากได้เสด็จประพาสยุโรปและเมืองขึ้นของอังกฤษ เช่น พม่า หลายครั้ง และได้ทรงทอดพระเนตรบทบาทของหน่วยงานท้องถิ่นในการดูแลท้องถิ่นของตนเองในประเทศเหล่านั้น แต่แทนที่จะเป็นแบบการปกครองตนเองในระดับท้องถิ่น (local self government) เช่น ในยุโรปที่สมาชิกสภาและนายช่าง และนายแพทย์ ซึ่งเป็นการลอกแบบการบริหารท้องถิ่นในเมืองขึ้น (พม่า) มาใช้ในประเทศไทย สิบปีหลังจากนั้น ก็มีการจัดตั้งสุขาภิบาลตามหัวเมืองต่าง ๆ กระจายไปถึง ๓๕ แห่ง โดยมีข้าราชการส่วนภูมิภาคเป็นกรรมการ และคงจำนวนเพียงแค่นั้นจนถึงสมัยรัชกาลที่ ๙ หลังการปฏิวัติ ๒๔๗๕ การปกครองท้องถิ่นอาจช่วงการพัฒนาออกได้เป็น ๔ ช่วงด้วยกัน (ธเนศวร์, ๒๕๔๒) ได้แก่

ช่วงที่หนึ่ง (๒๔๗๖-๒๔๙๕) รัฐบาลคณะราษฎรมีนโยบายชัดเจนที่จะกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นด้วยการปกครองตนเองในระดับท้องถิ่นเยี่ยงประเทศตะวันตก โดยออกพรบ.จัดระเบียบเทศบาล เริ่มที่ยกฐานะสุขาภิบาล ๓๕ แห่งที่มีอยู่เป็นเทศบาลและจัดตั้งเพิ่มเติม นโยบายขณะนั้นมุ่งที่จะพัฒนาการปกครองท้องถิ่นเพียงรูปแบบเดียวคือ เทศบาล และหวังที่จะยกฐานะทุกตำบลให้เป็นเทศบาล อย่างไรก็ตาม ในปี ๒๔๙๕ ปรากฏว่ามีเทศบาลทั่วประเทศเพียง ๑๑๗ แห่ง

ช่วงที่สอง (๒๔๙๕-๒๔๙๙) เป็นการสถาปนาการปกครองท้องถิ่นโดยข้าราชการประจำ โดยจอมพลป.จัดตั้งสุขาภิบาลขึ้นมาใหม่ปี ๒๔๙๕ เป็นแบบการปกครองท้องถิ่นในเขตนอกเมือง แต่ย้อนยุคไปใช้รูปแบบเก่าคือ ตั้งข้าราชการประจำไปควบคุม เช่นเดียวกับการจัดตั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในปี ๒๔๙๘ และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในปี ๒๔๙๙ ซึ่งฝ่ายบริหารมาจากการแต่งตั้ง และสมาชิกสภาจากการเลือกตั้ง

ช่วงที่สาม (๒๕๐๔-๒๕๓๕) เป็นช่วงชะงักงันของการปกครองท้องถิ่น กล่าวคือ ข้าราชการส่วนภูมิภาคมีบทบาทควบคุมทั้งอบจ. อบต. และสุขาภิบาล เทศบาลมีอำนาจจำกัด ปี ๒๕๐๙ มีการยกเลิกอบต.ตั้งเป็นคณะกรรมการสภาตำบล ซึ่งโดยรูปแบบแล้วเป็นหน่วยงานของราชการส่วนภูมิภาค ปี ๒๕๑๕ ตั้งกรุงเทพมหานคร (กทม.) ที่ผู้ว่าฯ มาจากการเลือกตั้ง และปี ๒๕๒๑ ให้เมืองพัทยาเป็นองค์กรปกครองท้องถิ่นที่คล้ายกับระบบผู้จัดการเมืองในสหรัฐ

ช่วงที่สี่ (๒๕๓๕-ปัจจุบัน) เป็นช่วงการเรียกร้องให้ปฏิรูปการปกครองท้องถิ่น กระแสเรียกร้องให้กระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นมีมากขึ้น เช่น การเลือกตั้งผู้ว่าราชการจังหวัด จนที่สุด รัฐบาลต้องปรับปรุงอบจ.ด้วย การให้นายกอบจ.มาจากสจ.ไม่ให้ผู้ว่าฯ เป็นนายก อบจ.อีกต่อไป ในปี ๒๕๓๘ มีการบังคับใช้ พรบ.สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล ปีนั้นมีอบต.เพิ่มขึ้นเป็น ๒,๗๖๐ แห่ง

ย้อนกว่าปีที่ผ่านมา ประเทศไทยเป็นรัฐที่ขยายกลไกแบบรวมศูนย์ ระบบราชการส่วนกลาง-ส่วนภูมิภาค-การปกครองท้องถิ่น (กำนันและผู้ใหญ่) กลายเป็นกลไกที่มึนหมกหมุ่นและรับเหมาภารกิจการพัฒนาในทุกเรื่อง ชุมชนและกลุ่ม/องค์กรประชาชน รวมทั้งสถาบันชุมชนดั้งเดิม (เช่น วัด องค์กรศาสนา) ค่อยหดหายบทบาทในสังคมไทย ระบบราชการแบบรวมศูนย์นี้ถูกตั้งข้อสงสัยในเรื่องศักยภาพ ประสิทธิภาพ ความโปร่งใส และความสอดคล้องกับสภาพบ้านเมืองและโลกที่พัฒนาไปมาก แต่ที่ชัดเจนก็คือค่าใช้จ่ายภาครัฐทั้งเงินเดือนและสวัสดิการข้าราชการ/ลูกจ้างมีจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว การปฏิรูประบบราชการก็ดำเนินการอย่างเชื่องช้า

องค์กรปกครองท้องถิ่นที่ริเริ่มมานานอยู่ในสภาพล้มลุกคลุกคลานในรูปแบบที่ผิดเพี้ยนไปจากต้นแบบตะวันตกและแนวคิดการปกครองตนเองอย่างอิสระของท้องถิ่น อบจ.เองเพิ่มให้มีนายกฯ มาจากสจ.โดยการเลือกตั้งทางอ้อม อบต.ก็เริ่มให้มีนายกฯ มาจากการเลือกตั้งทางอ้อม เทศบาลซึ่งมีการพัฒนาอย่างคงเส้นคงวาก็ใช้รูปแบบการเลือกตั้งทางอ้อมมาโดยตลอด ทั้งอบจ. เทศบาล และอบต.ถูก “เลี้ยงแบบบอนไซ” หรือมีสภาพเหมือน “เด็กดอง” กล่าวคือ ถูกจำกัดอำนาจการคลัง อำนาจการบริหารบุคลากร และอำนาจหน้าที่และให้อยู่ดูแลควบคุมของกรมการปกครอง ภาวะที่ถูกจำกัดอำนาจการคลังทำให้รายได้ท้องถิ่นมีน้อยมาก เป็นเหตุให้การขยายจำนวนถูกจำกัดไปด้วย (เพราะไม่ผ่านเกณฑ์ระดับรายได้ที่กรมการปกครองกำหนด) เมื่อรายได้ที่จัดเก็บได้เองมีน้อย องค์กรปกครองก็ต้อง “วิ่งเต้น” ขอเงินอุดหนุนจากส่วนกลางทำให้มีลักษณะขึ้นต่อและเป็นบริวาร นี่เป็น “แม่ไม่มหาดไทย” ในการควบคุมองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น ขณะเดียวกันก็ขยายกลไกราชการส่วนกลาง/ภูมิภาคไปปฏิบัติภารกิจที่ซ้ำซ้อนกับส่วนท้องถิ่น งบประมาณรัฐส่วนใหญ่ถูกจัดสรรไปให้หน่วยราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

ภายใต้บริบทดังกล่าว องค์การปกครองท้องถิ่นที่ขยายจำนวนอย่างรวดเร็วในช่วงสองสามปีที่ผ่านมาจึงอยู่ในสภาพที่ด้อยศักยภาพและความพร้อมในการให้บริการสาธารณะแก่ประชาชนในเขต งบประมาณและทรัพยากรที่จัดสรรไปให้หน่วยงานส่วนกลาง/ภูมิภาคปฏิบัติภารกิจที่ซ้ำซ้อนและที่ควรเป็นอำนาจหน้าที่ของท้องถิ่น เป็นสาเหตุให้ประชาชนไม่เห็นความสำคัญของท้องถิ่นและเพิกเฉยต่อการเลือกตั้งท้องถิ่น เป็นที่มาของผู้บริหารท้องถิ่นแบบ “โง่และโกง”

ในกรณีประเทศไทยที่ผ่านมา องค์การปกครองท้องถิ่นถูกจำกัดอำนาจหน้าที่ อำนาจการคลัง และอำนาจการบริหารบุคลากรภายใต้การควบคุมของรัฐบาลกลางผ่านกรมการปกครอง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเกือบทั้งหมดต้องพึ่งเงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง บางคนเปรียบเป็นความสัมพันธ์แบบอุปถัมภ์ (patrol-client relationship) บ้างเนศวร์ (๒๕๔๒) อธิบายสภาพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นไทยว่าเป็นรัฐบาลท้องถิ่นแบบเมืองขึ้น (colonial local government) ผู้เขียนเห็นว่า สังคมไทยไม่เคยมีองค์การปกครองท้องถิ่นในรูปแบบรัฐบาลท้องถิ่นในแบบรัฐบาลท้องถิ่นอย่างตะวันตกหรือญี่ปุ่นซึ่งมีอำนาจอิสระ (discretion หรือ autonomy) ในการปกครองตนเอง (self governing) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นไทยเป็นเพียง “รัฐบาลท้องถิ่นจำแลงหรือจอมปลอม” โดยเนื้อแท้เป็นการปกครองท้องถิ่นรูปแบบหนึ่งเช่นเดียวกับกลไกกำนัน ผู้ใหญ่บ้านในสมัยก่อน กล่าวคือ เป็นกลไกแขนงหนึ่งของรัฐบาลกลาง (กรมการปกครอง) ในการปกครองท้องถิ่น “แนบเนียนแต่ไทย” ที่ใช้ควบคุมองค์การปกครองท้องถิ่น ได้แก่ ระบบเงินอุดหนุนทั่วไปและเฉพาะกิจที่ผู้บริหารท้องถิ่นต้อง “วิ่งเต้น” และ “มีเส้นสาย” รวมถึง “ระบบส่วย” และ “การรับรอง” ที่ผู้บริหารท้องถิ่นบางคนต้องใช้เพราะรายได้ที่ตนเองจัดเก็บได้น้อย กระบวนการแผน/งบประมาณที่มี้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทำ “แผนห้าปี” บ้าง แผนปฏิบัติการคุณภาพสิ่งแวดล้อมบ้าง ให้สอดคล้องกับแผนและนโยบายการพัฒนาของรัฐบาลกลาง เป็นต้น ประเด็นที่น่าสนใจคือ หลังการกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว รัฐบาลไทยจะจัดความสัมพันธ์และวิธีการแบบไหนกับองค์การปกครองท้องถิ่นเพื่อให้นโยบายของรัฐบาลกลางมีประสิทธิภาพโดยไม่กระทบต่อความเป็นอิสระขององค์การปกครองท้องถิ่น

อย่างไรก็ตาม บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญฉบับล่าสุดและกฎหมายลูกที่นำโดยพรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองท้องถิ่น ๒๕๔๒ ได้กำหนดอำนาจหน้าที่และอำนาจการคลังรวมทั้งการจัดสรร/ถ่ายโอนภารกิจ งบประมาณ และบุคลากรให้แก่องค์การปกครองท้องถิ่น หากดำเนินการตามนี้อีกสิบปีข้างหน้า สังคมไทยจะมีองค์การปกครองท้องถิ่นที่มีภารกิจในการให้บริการสาธารณะอย่างมีศักยภาพพอสมควร ขณะที่กลไกรัฐส่วนกลาง-ส่วนภูมิภาคจะมีขนาดเล็กลง (downsizing) แต่ทรงประสิทธิภาพมากขึ้นและมีบทบาทให้การสนับสนุนให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเด็นที่น่าห่วงใยในปัจจุบันมีอยู่อย่างน้อย ๒ ประการ ได้แก่ (๑) จะพัฒนาศักยภาพให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างไรพร้อมๆ กับการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ งบประมาณ และบุคลากร (๒) จะปรับปรุงโครงสร้างขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างไรโดยเฉพาะอำนาจหน้าที่ซ้อนทับและไม่ลงตัวกันระหว่างอบจ. เทศบาล และอบต. ที่สำคัญก็คือ ปัจจุบันทั่วประเทศเต็มไปด้วยองค์การปกครองท้องถิ่นระดับตำบล (ทั้งเทศบาลและอบต.) แต่ภารกิจในการให้บริการสาธารณะส่วนหนึ่งจะข้ามตำบล (เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน ฯลฯ) จะทำอย่างไร อบจ.จะมีบทบาทหน้าที่และการดำเนินงานอย่างไรโดยไม่ทับซ้อนกับอบต. และเทศบาล

๓.๓) เค้าโครง/ข้อเสนอสำหรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไทย

สำหรับกรณีประเทศไทย การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเด็นที่ต้องพิจารณาโดยคำนึงถึงพัฒนาการของระบบสุขภาพและพลวัตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีดังต่อไปนี้

(ก) ข้อเสนอเรื่องรูปแบบ/โครงสร้างทางเลือกของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งอาจจำแนกย่อย ๆ เป็น ๓ ทางเลือกตามประสบการณ์นานาชาติ ดังนี้

(๑) โครงสร้างแบบเดิม (centralized national structure) สถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดรัฐบาลกลางโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจัดเป็นตัวอย่างของโครงสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีลักษณะรวมศูนย์มาก หรือหากมองในอีกแง่หนึ่ง ก็จะมีลักษณะบูรณาการสูงมาก (highly integrated health care system) ในกรณีประเทศไทย โครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขดั้งเดิมมีลักษณะรวมศูนย์สูงมากภายใต้กระทรวงสาธารณสุข จึงมีลักษณะบูรณาการสูงไปด้วย ต่างจากกรณีประเทศอังกฤษ ซึ่งมีระบบสุขภาพที่มีบูรณาการสูง (integrated health system) แต่เป็นบูรณาการที่เกิดจากการที่เกิดจากการจัดระบบและการจัดการภายใต้กฎหมายองค์กรสุขภาพแห่งชาติที่เรียกว่า “National Health Service – NHS” ในปี ๑๙๔๗ NHS มีพนักงานถึง ๑ ล้านคน และใช้งบประมาณถึง ๔๕,๐๐๐ ล้านปอนด์

(๒) โครงสร้างแบบหลวม (loose national structure) ซึ่งเป็นโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ (ยุโรปและอเมริกา ยกเว้นอังกฤษ) กล่าวคือ มีความหลากหลายเจ้าของ (diversity of ownership) และการจัดการแบบแยกส่วน (fragmented management) โครงสร้างที่กระจัดกระจายแบบนี้เกิดขึ้นจากประวัติศาสตร์ที่สถานบริการสุขภาพเป็นของและจัดการอย่างอิสระโดยรัฐบาลท้องถิ่น หน่วยงานศาสนา และองค์กรสาธารณะกุศล ในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศเหล่านั้น จึงมักมีข้อเสนอให้บูรณาการระบบบริการสุขภาพที่กระจัดกระจายอยู่ ในกรณีประเทศไทย หากมีการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างสุดโต่งตามพรบ.กำหนดขั้นตอนและแผนการกระจายอำนาจฯ โดยไม่มีกลไกหรือระบบหรือหลักเกณฑ์ใดเพื่อบูรณาการมารองรับ ก็จะมีโครงสร้างแบบหลวม ตรงนี้จึงเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ ประเด็นนี้ในวงการวิชาการตะวันตกมีวิวาทะกันมากระหว่างนักวิชาการสายท้องถิ่นนิยมหรือกระจายอำนาจนิยม (Localism/Decentralism) กับสายรวมศูนย์นิยม (Centralism)

(๓) โครงสร้างบูรณาการระดับภาค (Regionalized structure) เนื่องจากโครงสร้างแบบแยกส่วนที่เป็นอยู่ในบรรดาประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ถูกมองว่า ไม่สอดคล้องกับแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบใหม่ จึงมีการเรียกร้องให้มีการจัดระบบบริการสุขภาพที่อิสระและกระจัดกระจายให้เป็นระบบบริการที่ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive) แก่ประชาชนในระดับภาคหรือกลุ่มชุมชนหลายชุมชน ข้อเสนอที่ถือเป็น “การบูรณาการระดับภาค (Regionalization)” ของโครงสร้างบริการสุขภาพแบบหลวม

ควรใช้แนวคิด “การบูรณาการบริการสาธารณสุขระดับภูมิภาค หรือ Regionalization” ซึ่งเป็นข้อเรียกร้องจากประสบการณ์ของประเทศพัฒนาแล้ว (ทางเลือกที่สาม) ตรงนี้ มีประเด็นในทางปฏิบัติ กล่าวคือ ในบริบทของระบบบริการสาธารณสุขไทย คำว่า “regionalization” ควรจะเป็นบูรณาการ บริการสุขภาพระดับ “เขต” หรือ ระดับ “จังหวัด” ผู้เขียนเห็นว่า ควรบูรณาการระดับเขต ซึ่งเป็นการบูรณาการ เครือข่ายหน่วยงานและสถานบริการสุขภาพภายในเขต เช่น ศูนย์เขตต่าง ๆ เครือข่าย รพศ. รพท. รพช. และสสจ. สสอ. และสถานอนามัย ในโครงสร้างเดียวกันภายใต้การ

บริหารของสำนักงานสาธารณสุขเขต พร้อมๆ กับมีการกระจายอำนาจและงบประมาณในลักษณะ “block grant” แก่สำนักงานสาธารณสุขเขตภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข อีกทางเลือกหนึ่ง คือ การบูรณาการระดับจังหวัด ทั้งรพท. รพช. สสจ. สสอ. และสอ. อยู่ในโครงสร้างเดียวกันภายใต้การบริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อดีของบูรณาการ ทั้งสองทางเลือกคือ เอกภาพในการให้บริการ ขณะที่การบูรณาการระดับเขตได้รวมเอาศูนย์เขตฯ ต่าง ๆ เข้ามาด้วย แต่การบูรณาการระดับจังหวัดจะกระทำได้เร็วกว่าจึงลดขั้นตอนการบังคับบัญชาได้มากกว่า

ประเด็นเรื่องบูรณาการบริการสุขภาพนี้ เป็นเหตุผลสนับสนุนให้ รพท. รพช. สสจ. สสอ. และสอ. ยังจัดเป็นหน่วยงานของราชการส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) แต่ต้องมีการกระจายอำนาจในรูปการมอบอำนาจ (delegation) ให้แก่สำนักงานสาธารณสุขเขตในกรณีทางเลือกแรก และให้แก่อำนาจสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในทางเลือกหลัง

(ข) ข้อเสนอเรื่องการดำเนินการในระยะผ่าน (transitional period) ขึ้นตอนและแผนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ในระยะห้าปีแรกควรถือเป็นรูปแบบโครงสร้างในระยะผ่าน (transitional period) ที่ควรให้มีหลากหลายและทดลองใช้ แล้วประเมินผลเพื่อค้นหาและนำไปสู่รูปแบบโครงสร้างที่จะนำไปใช้ในระยะห้าปีต่อไป ข้อดีของการมีรูปแบบโครงสร้างในระยะผ่าน ได้แก่ (๑) รูปแบบโครงสร้างที่ใช้ไม่ก่อกระแสต้านจากวิชาชีพสาธารณสุขมากนัก (สถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขยังคงอยู่ในกำกับของราชการส่วนกลาง แต่ต้องมีการบูรณาการและกระจายอำนาจภายในกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบการมอบอำนาจ (delegation) ให้แก่ระดับเขตและระดับจังหวัด) (๒) ระยะห้าปีแรกควรเน้นการเพิ่มศักยภาพและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยค่อย ๆ ถ่ายโอนภาระกิจที่ซ้ำซ้อนและเป็นภาระกิจที่ส่วนท้องถิ่นพร้อมที่จะดำเนินการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยราชการส่วนกลางในระดับท้องถิ่นค่อยเป็นพี่เลี้ยงและสนับสนุน

(ค) ข้อเสนอเรื่องคณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่น (Local Health Board) ควรให้มีโครงสร้างและบทบาทที่มาของคณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นที่สอดคล้อง (match) กับโครงสร้างระดับของอบจ. เทศบาลและอบต. คือให้มีคณะกรรมการสุขภาพจังหวัด เทศบาล และตำบล (Provincial/Municipal/Sub-district Health Board) ซึ่งต่างจากข้อเสนอของไพโรจน์ ภัทรธำกุล และคณะ(๒๕๔๓) ที่เสนอให้มีคณะกรรมการสุขภาพ จังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งอิงกับโครงสร้างราชการส่วนภูมิภาค เหตุผลก็คือ เมื่อต้องการเพิ่มบทบาทหน้าที่และเพิ่มการรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ (accountability) แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ควรให้มีคณะกรรมการสุขภาพที่มีโครงสร้างสอดคล้องกับบทบาทของคณะกรรมการสุขภาพแต่ละระดับคือ การเสนอแนะ ประสานความร่วมมือ และตรวจสอบ (check and balance) แผนพัฒนา/งบประมาณและการดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานส่วนกลางด้านสุขภาพในท้องถิ่นนั้นไม่ถึงกับมีอำนาจในการจัดสรรงบประมาณอย่างเต็มที่หลายท่านเสนอ (ซึ่งน่าจะขัดกับเจตนารมณ์ของพรบ.๙) องค์ประกอบของคณะกรรมการได้แก่ ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น ตัวแทนองค์กรวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนองค์กรประชาชน โดยใช้วิธีการสรรหาล้างคณะกรรมการเขตการศึกษาตามพรบ.การศึกษาฯ รวมทั้งให้ตัวแทนประชาชนและผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธาน ผู้บริหารท้องถิ่นเป็นรองประธาน และผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขเป็นเลขานุการ ในขณะเดียวกัน ควรให้มีคณะกรรมการสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่งเพื่อให้ท้องถิ่นและชุมชนมีบทบาทในการกำหนดและตรวจสอบนโยบายการให้

บริการสุขภาพ โดยประยุกต์แนวทางคณะกรรมการสถานศึกษาตามพรบ.การศึกษา มาใช้ ในระดับอบต. คณะกรรมการสุขภาพตำบลและคณะกรรมการสถานีนานาอาจจะเป็นชุดเดียวกัน

(ง) ข้อเสนอเรื่องภาพรวมโครงสร้างและรูปแบบระบบบริการสุขภาพที่เป็นการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น (หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายบริการสุขภาพของราชการส่วนกลาง/ส่วนภูมิภาค และประชาชน/ประชาสังคม) ในระยะผ่าน ภาพรวมที่เสนอดังรูปที่ ๓ ภาคีหลักมี ๓ ภาคี ได้แก่

(๔) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้อบต. และเทศบาลมีบทบาทภารกิจในการให้บริการปฐมภูมิ (primary care) และบริการผสมผสานในแบบองค์รวม (integrated development) ส่วนอบจ. ให้มีบทบาทนำในภารกิจที่ต้องคาบเกี่ยวพื้นที่การให้บริการข้ามตำบลโดยร่วมกับ อบต.หรือเทศบาลที่เกี่ยวข้อง

รูปที่ ๓ แผนภูมิแนวคิดเบื้องต้นในการจัดโครงสร้างและรูปแบบองค์กรในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของไทย

(ภาคีหลัก)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	ประชาชน/ประชาสังคม	ราชการส่วนกลาง
(บทบาทภารกิจของแต่ละภาคี)		
Primary Care	Control, Check & Balance	Supervise/Advise/Evaluate
Integrated Development/Service	Local/National Agenda	Information/Technical Support
	Consumer/Patient Right/Protect	2 nd /3 rd Care Provision
	Alternative/Self-Reliance	Pilot R&D, Special Program

(การจัดองค์กรในการกระจายอำนาจ)

อบจ.	Provincial Health Board	สสจ./รพ./กก.รพ.
เทศบาล	Municipal Health Board	สสอ./รพ./กก.รพ./ศูนย์แพทย์ชุมชน
นายกเทศมนตรี	ประธาน-ราษฎร/ผู้ทรงคุณวุฒิ	
สำนัก/กอง/ฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม	รองประธาน-นายกรัฐมนตรี	
ศูนย์บริการสาธารณสุข	เลขานุการ-ผอ.รพ./สสอ.	
อบต.	Sub-District Health Board	สอ.

เครือข่ายกลุ่ม/องค์กรคู่ขนานภาคประชาชน

(๒) หน่วยราชการและสถานบริการสาธารณสุขส่วนกลาง-ภูมิภาคในท้องถิ่น ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลและสถานอนามัยมีบทบาทในการแนะนำ นิเทศ ตรวจสอบมาตรฐาน ประเมินผล และให้การสนับสนุนทางวิชาการแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลและสถานอนามัยรวมเป็นเครือข่ายสถานบริการสุขภาพของรัฐ (เป็นพวงเดียวกัน) ตรงนี้เป็นลักษณะเด่นที่ดี ของระบบบริการรักษาพยาบาลภาครัฐที่สถาปนาโดยกระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ เป็นระบบเครือข่ายที่มีลำดับขั้นทำ หน้าที่กลั่นกรองส่งต่อผู้ป่วยทำให้เกิดการให้บริการที่ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรด้านสุขภาพ (cost-effectiveness) ซึ่งควรคงไว้และปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ต่างกับสถานบริการสุขภาพของประเทศไทยที่พัฒนา แล้วส่วนใหญ่ซึ่งมีการพัฒนาอย่างไม่เป็นระบบ หลากหลายเจ้าของ และจัดกระจาย รวมทั้งให้อิสระแก่ผู้ป่วย จนเป็น สาเหตุหนึ่งของปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศสูงเกินควร (rising cost) กลายเป็นปัญหานักห่วงในช่วงทศ วรวรรษที่ ๑๙๗๐ เป็นต้นมา ระบบเครือข่ายโรงพยาบาล-สถานอนามัยนี้ควรคงไว้ทั้งหมดในสังกัดเดียวกัน ในระยะผ่านนี้ เสนอให้ยังคงสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะยาวอาจไปสังกัดเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสังกัดองค์กร ประกันสุขภาพแห่งชาติที่อาจจัดตั้งขึ้นในอนาคต (คล้าย NHS ของอังกฤษ) หรือปรับสถานภาพเป็นสถานบริการสุ ขภาพอิสระในกำกับรัฐ (autonomous hospital) ทั้งเครือข่าย ในระยะผ่านนี้ ควรตัดภารกิจการให้บริการปฐมภูมิหันมา พัฒนางานรักษาพยาบาลและประสิทธิภาพการกลั่นกรองส่งต่อ หากทำก็ให้จำกัดพื้นที่และให้เป็นเพียงโครงการ ตัวอย่างหรือต้นแบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่านั้น รวมทั้งเน้นพัฒนาบทบาทที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไว้ ศักยภาพหรือไม่เหมาะที่จะทำ เช่น งานระบาดวิทยา งานควบคุมโรคติดต่อ โรคเอดส์ ฯลฯ จุดนี้อาจพิจารณาถ่ายโอน สถานอนามัยซึ่งให้บริการปฐมภูมิเป็นหลักให้แก่เทศบาลหรืออบต. ที่มีความพร้อมไปก่อนได้ เทศบาลหรืออบต. เองอาจ เลือกรับเป็นผู้ให้บริการแทนที่จะขยายบริการเองก็ได้ กล่าวคือ จ้างเครือข่ายสถานบริการนอกสังกัดให้บริการต่อ ประชาชนในเขตพื้นที่ รูปแบบรายละเอียดทางเลือกเหล่านี้รอและคณะ (๒๕๔๒) แห่งกระทรวงสาธารณสุขได้วิจัย และนำเสนอไว้แล้ว

(๓) ผู้ป่วย/ประชาชน/ประชาสังคม แม้รูปแบบคณะกรรมการสุขภาพท้องถิ่นและคณะ กรรมการสถานบริการสาธารณสุขในข้อเสนอที่ (ค) จะเปิดโอกาสให้ตัวแทนผู้ป่วย/ประชาชน/ผู้แทนชุมชน มีบทบาท เพื่อตรวจสอบถ่วงดุลการดำเนินงานด้านสุขภาพของทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงาน-สถานบริการสุขภาพส่วน กลางในท้องถิ่น แต่หาใช่หลักประกันที่เป็นการเพิ่มอำนาจให้ประชาชนอย่างแท้จริง ประสบการณ์จากหลายประเทศชี้ ว่า ต้องให้ภาคประชาชน/ประชาสังคมสร้างกลุ่มหรือองค์กรของผู้ป่วย/ประชาชน/ชุมชน ขึ้นมาเองในรูปองค์กรคู่ขนาน ที่เป็นเครือข่าย ตรงนี้ควรเป็นนโยบายของรัฐที่ต้องสนับสนุนงบประมาณซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเองเคยดำเนินการ บ้างแล้วในการสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพ

(๔) ข้อเสนอเรื่อง การประกันสุขภาพท้องถิ่นภายใต้แผนการประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปัจจุบันมี การดำเนินการโครงการบัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โครงการสปร. และโครงการประกันสังคม แม้โดย หลักการกระจายความเสี่ยง (risk sharing) และสิทธิความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงฐานะ ทางการเงิน ควรดำเนินการภายใต้แผนประกันสุขภาพแห่งชาติในกำกับของราชการส่วนกลางแต่ตรงนี้อาจเป็นทาง เลือกทางนโยบายท้องถิ่นทางเลือกหนึ่ง กล่าวคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจดำเนินนโยบายสุขภาพด้วยการให้หลัก ประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนในท้องถิ่นของตน การประกันสุขภาพท้องถิ่นถือเป็น Local Health Financing

Mechanism ซึ่งองค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นเจ้าของกองทุนสุขภาพท้องถิ่น (Local Fund) ดังนั้น แทนที่องค์กรปกครองท้องถิ่นจะจัดบริการสุขภาพขึ้นมาเอง อาจใช้วิธีการซื้อบริการประกันสุขภาพจากเครือข่ายสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข หากเป็นเช่นนี้ ผู้ซื้อบริการ (purchaser) และผู้ให้บริการ (provider) ก็จะเป็นคนละองค์กรกันตามหลักการที่ควรจะเป็น

(๔)

จะทำอย่างไรดี

ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง ตามธรรมชาติย่อมเกิดวิวาทะระหว่างผู้เห็นด้วยกับผู้คัดค้าน ในประเทศตะวันตกที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้มแข็งและเป็นอิสระ กลับมีกระแสเรียกร้องให้มีการรวมศูนย์อำนาจ (centralizing trend) จนมีวิวาทะระหว่างแนวคิดนิยมการรวมศูนย์ (centralism) กับแนวคิดนิยมกระจายอำนาจ (decentralism/localism) สะท้อนถึงอันิจจังลักษณะของการเปลี่ยนแปลง

จุดอ่อนของบ้านเราก็คือ ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนรับรู้และร่วมกำหนดการเปลี่ยนแปลงน้อยเกินไป ระดับบนและคนจำนวนน้อยกลายเป็นผู้กำหนดชะตากรรมของคนหมู่มาก

การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบการปกครองครั้งใหญ่ของประเทศ ทั้งที่โดยหลักการแล้ว ควรจะวางรากฐานการปกครองที่มีทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นมาตั้งแต่การปฏิวัติ ๒๔๗๕ เป็นอย่างน้อย และพัฒนาเคียงคู่กัน รวมทั้งจัดความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลกลางกับองค์กรปกครองท้องถิ่นอย่างเหมาะสม มิใช่การขยายกลไกราชการส่วนกลาง-ส่วนภูมิภาคจนกลายเป็นองค์กรที่หมิ่นซ้ำซ้อนทำตัวเป็น “คุณพ่อรู้ดี” แต่นับวันยิ่งไร้ประสิทธิภาพและเชิงซ้ำในการพัฒนาประเทศและตอบสนองความต้องการของประชาชนอันเป็นธรรมชาติขององค์กรใหญ่ทุกองค์กรมิใช่เพียงระบบราชการเท่านั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกลับถูกดองทั้งอำนาจหน้าที่และอำนาจการคลัง การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงเป็นการวาดภาพอนาคตระบบการปกครองประเทศใหม่ ภาระหน้าที่ของเราคือเข้าร่วมกำหนดการเปลี่ยนแปลงอย่างเข้าใจและสร้างสรรค์ อย่างน้อยก็ต้อง “ทะเลาะกันอย่างสันติ” การพยายามเข้าใจพลวัตขององค์กรปกครองท้องถิ่น รวมทั้ง ความตั้งใจดำเนินการเพิ่มศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขจำนวนหนึ่ง นับเป็นท่าทีที่สร้างสรรค์ยิ่ง

อย่างไรก็ตาม ประเด็นหัวใจของการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ที่ทุกฝ่ายต้องคิดและหาคำตอบ ก็คือ “ประชาชนต้องการอะไร? ได้อะไร? และกำหนดอย่างไร? ในการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นครั้งนี้”

บรรณานุกรม

- Bennett, R. (1990). *Decentralization, Local Governments and Markets; Towards a Post-Welfare Agenda*.
- Blom-Hansen, J. (1999). 'Policy-Making in Central-Local Government Relation : Balancing Local Autonomy, Macroeconomic Control, and Sectoral Policy Goals', *Journal of Public Policy*, 19,3:237-264.
- Cassels, A. (1995). 'Health sector reform : key issues in less developed countries' , *Journal of International Development*,7,no.3.
- Chandler, J. (1993). *Local Government in Liberal Democracies*.
- Collins, C. and Green, A. (1994). 'Decentralization and primary health care : some negative implications in developing countries', *International Journal of Health Services*,24,no.3.
- Compos-Outcalt, D. (1995). 'Decentralization of health services in Western Highlands Province, Papua New Guinea', *Social Science and Medicine*, 40, no.8.
- Donahue, J. (1986). 'Planning for primary health care in Nicaragua : a study in revolutionary process', *Social Science and Medicine*,23,no.2.
- Lacey, R. (1997). 'Internal Market in public sector : The case of the British National Health Service', *Public Administration and Development*, 17,no.1.
- Maganu, E. (1990). 'Decentralization of health services in Botswana', in Mills et al. (1990).
- Mills, A. (1990). 'Decentralization concepts and issues : A review', in Mills, A. et al. (eds), *Health System Decentralization. Concepts, Issues and Country Experience*, WHO, Geneva.
- Mogedal, S. et al. (1995). 'Health sector reform and organizational issues at the local level', *Journal of International Development*,7,no.3.
- Ndiaye, J.(1990). 'Decentralization of health services in Senegal', in Mills et al. (1990).
- Newbrander, W. et al. (1991). 'Performance of health system under decentralization', in Thomason, J. et al.(eds), *Decentralization in a Developing Country. The Experience of Papua New Guinea and its Health Services*, Australian National University.
- OECD(1992). *The Reform of Health Care : A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*.
- Page, E. (1991). *Localism and Centralism in Europe*.
- Reilly, E. (1991). 'Experience of decentralization in Papua New Guinea', Mills, A. et al.(eds).
- Saltman, R. (1994). 'A conceptual overview of recent health system reforms.' *Eur. J. Public Health*.
- Saltman, R. (1994). 'Patient Choice and Patient Empowerment in Northern European Health Systems : a Conceptual Framework', *International Journal of Health Services*, 24,2 : 201-229.
- Sharpe, L. (1988), 'The Growth and Decentralization of the Modern Democratic State', *European Journal of Political Research*, 16 : 365-380.

Smith, B. (1997), 'The decentralization of health care in developing countries : organizational options', *Public Administration and Development*, 17 :399-412.

World Bank (1994), *Better Health in Africa. Experience and Lessons Learned*.

WHO (1992), *The Hospital in Rural and Urban Districts*.

WHO (1994), *Health Development Structures in District Health System. The Hidden Resource*.

ธเนศวร์ เจริญเมือง(๒๕๔๒), ๑๐๐ ปี การปกครองท้องถิ่นไทย พ.ศ.๒๔๔๐-๒๕๔๐, โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

นรา นาควัฒนานุกูล และคณะ (๒๕๔๒), โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข : ระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมืองในปี ๒๕๖๓, วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข, ๒ : ๒, เมย.-มิย.

ไพโรจน์ ภัทรนรานุกูลและคณะ (๒๕๔๓), การปฏิรูปบทบาทภารกิจเพื่อการจัดการสาธารณสุข, เอกสารประกอบการสัมมนาสาธารณสุข

อำพล จินดาวัฒนะ (๒๕๔๓), "โรงพยาบาลชุมชน จะไปทางไหนดี", วารสารโรงพยาบาลชุมชน, ๒, ๒.