

...งานวิจัยหลายชิ้นชี้ประเด็นสำคัญว่า
ปัญหาเรื่องความต่างในวิธีคิด
และความเชื่อเรื่องการกระจายอำนาจ
มันนำไปสู่ ทางตัน
หรือที่อาจจะใช้คำว่า dead lock...

ข้อเสนอเชิงนโยบายในคราวนี้
ควรจะเป็นข้อเสนอที่ค้นหา
หรือเสนอแนะแนวทาง
ในท่ามกลาง dead lock นี้ให้ได้...



Policy Brief

ปลดเงื่อนไข

คลายปม **คิด**
เรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

เอกสารประกอบการจัดเวทีวิชาการ สู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1
“10 ปี กระจายอำนาจด้านสุขภาพ สังเคราะห์บทเรียนเพื่อหาทางออกร่วมกัน”
วันที่ 1 ธันวาคม 2553 ณ ห้องประชุมศักดิ์ิเดชน์ สถาบันพระปกเกล้า

เอกสารประกอบการจัดเวทีวิชาการ สู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1
“10 ปี กระจายอำนาจด้านสุขภาพ สังเคราะห์บทเรียนเพื่อหาทางออกร่วมกัน”



Policy Brief

ปลดเงื่อนไข คลายปมคิด

สรุปประเด็นข้อค้นพบจากงานวิจัย
และข้อเสนอเชิงนโยบาย
เรื่อง การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

วันที่ 1 ธันวาคม 2553
ณ ห้องประชุมศักดิ์เดชน์ สถาบันพระปกเกล้า

จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข
สถาบันพระปกเกล้า และ คณะรัฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



...การกระจายอำนาจ
ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
การสร้างการมีส่วนร่วม
ของชุมชนและประชาชน
ในการจัดการระบบสุขภาพ
สิ่งเหล่านี้ห้อมล้อมและเป็นปัจจัยนำไปสู่
ระบบสุขภาพที่มีความเป็นธรรม
และยั่งยืน...

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)	5
สามประเด็นปัญหาว่าด้วยการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	9
สาวถึงราก อุปสรรคของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	19
ถึงเวลาช่วยกัน “ปลดเงื่อนตาย” การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	27
เริ่มต้นด้วยการ “คลายปมคิด”	31
ข้อเสนอเชิงนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	45
เอกสารอ้างอิง	54

บทสรุปผู้บริหาร

[Executive Summary]



รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 และ 2550 รวมทั้งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้มีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีแผนดำเนินการถ่ายโอนสถานีนานามัยให้อปท.ให้เสร็จภายในปี 2553 ผลการดำเนินการในระยะเวลา 10 ปี ที่ผ่านมามีความก้าวหน้าและมีอุปสรรคด้านความพร้อมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีการถ่ายโอนสถานีนานามัยไปแล้ว 28 แห่ง จากที่ตั้งเป้าหมายนำร่อง 35 แห่ง ในส่วนที่ถ่ายโอนไปแล้ว มีทั้งที่ประสบผลสำเร็จสามารถดำเนินงานได้ แต่พบข้อจำกัด โดยเฉพาะเรื่องการประสานงานระหว่างพื้นที่ การส่งต่อ ส่งกลับ การสนับสนุนวิชาการและการโยกย้ายของบุคลากร ผลกระทบจากความล่าช้าและไม่ชัดเจนในนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดความหวັนไหวไม่มั่นคงในอาชีพการทำงาน อปท.หลายแห่งที่พร้อมจะดำเนินการจึงเริ่ม

จัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขของตนเองขึ้นเพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

ที่ผ่านมา แนวนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ยังเน้นไปที่การถ่ายโอนสถานบริการเป็นหลัก แต่ในความเป็นจริง ภายใต้บริบทการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ มีประสบการณ์จริงในประเทศไทยอยู่แล้ว และอปท.ได้เข้ามาดำเนินการหรือมีส่วนร่วมในการดำเนินการในหลายรูปแบบ ที่สามารถต่อยอดหรือเลือกดำเนินการต่อไปได้ ผลการศึกษาวิจัยและประสบการณ์หลายประเทศ ชี้ว่า แม้ทุกฝ่ายจะคาดหวังว่าการกระจายอำนาจให้กับองค์กรที่มาจากการเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตย จะสามารถทำให้เกิด ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร มีความทั่วถึงและเป็นธรรมในการบริการ มีการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ แต่ในความเป็นจริง การแยกส่วนกันทำมากเกินไปก็อาจเกิดปัญหาไม่ประหยัดในขนาด (Economy of scales) เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างเขตพื้นที่ต่างๆ มีการแทรกแซงทางการเมือง และอาจขาดความเชื่อมโยงของระบบบริการแต่ละระดับ รวมทั้งข้อจำกัดด้านบุคลากร เช่น การสนับสนุนทางวิชาการ ความก้าวหน้า การโยกย้ายฯลฯ

ดังนั้น ในสถานการณ์ปัจจุบันที่หลายฝ่ายมีทัศนะและยึดถือหลักการในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะการยึดหลัก คุณภาพ ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าโดยการจัดการของฝ่ายวิชาชีพซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ กับหลักการพัฒนาระบอบประชาธิปไตยและการมีส่วนร่วมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ด้วย

กลไกอปท. ซึ่งเป็นกลไกที่มาจากการเลือกตั้ง จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญว่า สำนักงานกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น (สกก.) หรือองค์กรวิชาการ เช่น สถาบันพระปกเกล้า ควรเป็นเจ้าภาพในการจัดกระบวนการเพื่อปรับมุมมองใหม่ ให้ถือว่า หลักการสำคัญคือการถ่ายโอน “ความรับผิดชอบ” และ “อำนาจในการตัดสินใจ” ไปยังพื้นที่ โดยถือว่า “การโอนสถานบริการไปยังอปท.” เป็นเพียงทางเลือกหนึ่งเท่านั้น และหาฉันทามติร่วมกันในประเด็นสำคัญๆ เช่น รูปแบบ ระยะเวลา ในการกระจายอำนาจ บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด และจัดกระบวนการสื่อสาร เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างรอบด้านและทั่วถึง ถึงเป้าประสงค์ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ในประเด็นรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ยืนยันว่า การถ่ายโอนสถานบริการให้อปท. เป็นเพียงรูปแบบหนึ่งของการกระจายอำนาจ ยังมีรูปแบบอื่นๆ อีกที่สอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานการกระจายอำนาจ และหากเลือกการถ่ายโอนสถานบริการ รูปแบบที่ควรดำเนินการมากที่สุดคือ โอนสถานอนามัยให้อปท.ทั้งหมดพร้อมกันเป็นพื้นที่ทั้งจังหวัด เป็นอย่างน้อย หรืออาจกว้าง สำหรับอปท.ในระดับอบต.และเทศบาลซึ่งต้องมีความรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขอยู่ด้วยแล้ว อาจจะมีการจัดรูปแบบอื่นๆ ที่สอดคล้องกับพื้นที่ และอาจจัดให้มีโครงสร้างที่ทำงานร่วมกับสถานอนามัยเพื่อให้เกิดบูรณาการด้าน สุขภาพในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง รวมทั้งควรระงับหรือหลีกเลี่ยงการให้อปท. ขนาดเล็กจัดตั้งหรือดูแลสถานบริการสาธารณสุขโดยลำพัง เพราะจะเกิดปัญหาความไม่คุ้มค่า และเกิดปัญหาจากระบบที่แยกส่วน

ในประเด็นกลไกนโยบายและแผนการดำเนินงาน เสนอให้จัดตั้งสำนักงานเพื่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะอยู่ภายใต้สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สกล.) มีหน้าที่สนับสนุนกลไกคณะกรรมการเพื่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขระดับประเทศ ให้มีทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างพอเพียงและมีอำนาจจริงในการสั่งการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติตามทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตลอดจนจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อให้การดำเนินการอย่างจริงจัง และเสนอให้ สกล. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุขร่วมกันกำหนดให้มีพื้นที่ปฏิบัติการในระดับจังหวัด เพื่อทดลองศึกษารูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณ บุคลากร ทรัพยากร กฎหมายที่เกี่ยวข้องตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยทั้งหมดนี้ ควรจัดทำแผนปฏิบัติการให้แล้วเสร็จในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี

สามประเด็นปัญหาว่าด้วย การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ



การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นภารกิจที่จะต้องมีการดำเนินการตามที่ถูกกฎหมายบัญญัติไว้ กล่าวคือ รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 กำหนดให้มีการกระจายอำนาจ จากรัฐบาลส่วนกลางไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- หมวด 5 ว่าด้วยแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 78 “รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง...”
- และ หมวด 9 การปกครองส่วนท้องถิ่น มาตรา 282 - 290 อีกทั้งมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และแม้ว่าจะมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ใน พ.ศ. 2550 แต่หลักการกระจายอำนาจก็ยังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลง
- พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มาจากการเลือกตั้ง ให้มีการบริหารงานที่เป็นอิสระ และให้

ประชาชนมีส่วนร่วมในการปกครองมากที่สุดเพื่อเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในท้องถิ่นอย่างแท้จริง โดยให้มีการกระจายถ่ายโอนภารกิจ 6 ด้าน รวมทั้งด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตซึ่งรวมถึงงานด้านสาธารณสุขด้วย

แต่เมื่อเวลาผ่านไปจนถึง 10 ปี ผลการดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพยังไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในแผนการกระจายอำนาจ และยังเกิดปัญหาหลายด้านตามมา ซึ่งสรุปปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบันได้เป็น 3 ประเด็นใหญ่ๆ คือ

1. การถ่ายโอนสถานีนามัยไปยังท้องถิ่นไม่เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจ
2. รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพขาดความหลากหลาย
3. ผลกระทบตามมาที่ไม่คาดคิดซึ่งอาจทำให้เสียระบบโดยรวม

ปัญหาประการที่ 1

การถ่ายโอนสถานีนามัยไปยังท้องถิ่นไม่เป็นไปตามแผน

นโยบายกระจายอำนาจมีการเร่งรัดในช่วงท้ายของแผนการกระจายอำนาจฉบับที่ 1 คือประมาณปี 2549 - 2550 และมีทิศทางที่เน้นการถ่ายโอนสถานีนามัย (สอ.) ให้ อบต. เป็นหลัก ส่งผลในแผนการกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ 2 (ประกาศใช้ในปี 2551) มีการกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขทำการถ่ายโอนสถานีนามัย 35 แห่ง ไปยัง อบต. ให้แล้วเสร็จภายในระยะสุดท้ายของแผนฯ คือ ในปี พ.ศ. 2553

ปัจจุบันกระทรวงฯ ได้ทำการถ่ายโอนสถานีนามัยจำนวน 28 แห่ง ให้กับ อบต. ทั้ง 24 แห่ง ที่ผ่านการประเมินความพร้อม นั้นหมายความว่า การถ่ายโอนไม่บรรลุตามเป้าหมายของแผนฯ และยังมีสถานีนามัยอีกกว่า 9,000 แห่ง ที่ยังไม่ได้ทำการถ่ายโอนและเฝ้ารอความชัดเจนทางนโยบาย

จากรายงานการศึกษาเรื่อง การประเมินความก้าวหน้าและวิเคราะห์ผลกระทบในการดำเนินงานตามแผนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดย ผศ.ดร.สงครามชัย ลิ้มทองดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และนักวิจัย สวรส. พบว่า

- ภายหลังการประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจฯ ฉบับแรก ในปี พ.ศ. 2543 นโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ยังไม่มีความก้าวหน้าที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากนัก แม้ว่าจะมีการกำหนด

ภารกิจด้านสาธารณสุขให้มีการถ่ายโอนให้กับ อปท. แต่จากการติดตามประเมินผล พบว่าไม่มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับขั้นตอนและวิธีการที่กำหนดไว้ในแผนฯ เท่าที่ควร

- คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) ในฐานะองค์กรนโยบายระดับชาติที่ทำหน้าที่กำกับและติดตามการกระจายอำนาจ ได้ติดตามและทวงถามการดำเนินงานในประเด็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมาโดยตลอด และส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งเป็นช่วงปลายแผนฯ 1 ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญเกิดขึ้น คือการเสนอรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เหมาะสมกับความพร้อมและสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ โดยเสนอไว้ 4 รูปแบบ คือ 1) ถ่ายโอนแบบแยกเป็นแห่งๆ 2) ถ่ายโอนเป็นเครือข่ายบริการ 3) จัดตั้งเป็นองค์การมหาชน และ 4) จัดตั้งหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ สำหรับกรณีรูปแบบการถ่ายโอนแบบแยกเป็นแห่งๆ ได้มีการเสนอให้ถ่ายโอนสถานบริการในพื้นที่ไปสังกัด อปท. ในระดับต่างๆ ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่ได้มีแนวคิดที่เสนอให้มีถ่ายโอนสถานอนามัยไปสู่ อปท. ในระดับต่างๆ
- ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2550 ได้มีการขับเคลื่อนอย่างเข้มข้นและจริงจังที่อาศัยแรงผลักดันทางการเมืองและภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ถือเป็นช่วงที่โอกาสทางนโยบายเปิดและมีปัจจัยหนุนเสริมจากกลุ่มที่เห็นด้วยกับการกระจายอำนาจ ทำให้ต่อมาในแผนการกระจายอำนาจฯ ฉบับที่ 2 ที่ประกาศใช้ในปี พ.ศ.

2551 ได้มีการระบุถึงประเด็นการถ่ายโอนสถานอนามัยไป อปท. อย่างชัดเจนและมีการกำหนดเงื่อนไขเวลาดำเนินการถ่ายโอนสถานอนามัยจำนวน 35 แห่ง ให้ อปท. ให้แล้วเสร็จในระยะเวลาสุดท้ายของแผนฯ 2 คือ พ.ศ. 2553 ซึ่งหากไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จก็ให้ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

เมื่อเป็นเช่นนี้ ทำให้นับตั้งแต่ปี 2551 เป็นต้นมาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจึงมุ่งไปที่ประเด็นการถ่ายโอนสถานอนามัยไป อปท. เป็นสำคัญ โดยมีการถ่ายโอนสถานอนามัยไป อปท. อย่างสมบูรณ์รวม 28 แห่ง

ปัญหาประการที่ 2

รูปแบบการกระจายอำนาจขาดความหลากหลาย

รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ผ่านมานั้น มุ่งเน้นไปที่เพียงรูปแบบเดียวคือ รูปแบบการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไป อปท. ซึ่งผลการวิจัยของนักวิจัย สวรรส และผลการติดตามประเมินผลการถ่ายโอนฯ โดยกระทรวงสาธารณสุขเอง ต่างมีข้อเสนอแนะในทิศทางเดียวกันว่า รูปแบบการกระจายอำนาจในอนาคตควรมีความหลากหลาย

จากการวิเคราะห์นโยบายการถ่ายโอนสถานีนอนามัย ให้ อปท. ผศ.เวียงรัฐ เนติโพธิ์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และนักวิจัย สวรรส. ชี้ว่า มีการตีความและแปลความหมายของนโยบายที่สับสนและส่งผลกระทบต่อความไม่ชัดเจนในการพัฒนารูปแบบการกระจายอำนาจที่เหมาะสม ซึ่งการจัดการระบบสุขภาพนั้น ในความเป็นจริงสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบมากกว่าการถ่ายโอนสถานบริการ

- ทั้งนี้ การที่นโยบายการกระจายอำนาจในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ช่วงเริ่มต้นมีการพัฒนาอย่างช้าๆ และมาเร่งรัดในปลายแผนกระจายอำนาจแผนที่ 1 และเมื่อมีการนำข้อเสนอให้ถ่ายโอนสถานบริการในพื้นที่ไปสู่ อปท. ในระดับต่างๆ มาบรรจุในแผน ก็ได้กลายเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่ทำให้ทุกฝ่ายต้องพยายามเดินตามกรอบแคบๆ ที่ถูกกำหนดไว้

งานวิจัยของ ผศ.ดร.สงครามชัย ลิทองดี ระบุว่า แม้ว่าการกระจายอำนาจที่เกิดขึ้นในระบบสาธารณสุขไทยจะได้มีความพยายามจัดรูปแบบมาแล้วหลากหลายรูปแบบ แต่ที่ผ่านมามีการโอนสถานีนอนามัยไปสังกัดอปท. กลับเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจและจับตามองมากกว่า ทั้งที่อาจจะมีทางเลือกในการจัดระบบเพื่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทและสภาพความเป็นจริงกับบริการด้านสุขภาพที่มีความเฉพาะและเป็นสินค้าสาธารณะที่มีผลกระทบต่อสังคมมากกว่า

- รูปแบบอื่นๆ ที่มีการพยายามทำมาแล้วและน่าจะนำบทเรียนมาขยายผล ได้แก่ รูปแบบที่มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) หรือ รูปแบบโรงพยาบาลองค์การมหาชน เช่น ในกรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้ว หรือ การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น เป็นต้น

สอดคล้องกับ รายงานการสรุปบทเรียนและติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดย อ.สมพันธ์ เตชะอธิก และรายงานการติดตามประเมินผลการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อปท. โดยกลุ่มสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 ที่ระบุว่าก่อนตัดสินใจถ่ายโอนสถานีนอนามัยที่เหลือควรจะได้มีการศึกษาและทดลองการกระจายอำนาจหลายรูปแบบ ไม่ควรกำหนดรูปแบบที่ตายตัวเนื่องจากลักษณะบริบทของพื้นที่ และความพร้อมของแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน

ปัญหาประการที่ 3

เกิดผลกระทบที่ไม่คาดคิดซึ่งในระยะยาว

จะทำให้เสียระบบโดยรวม

เมื่อมีความล่าช้าและไม่ราบรื่นในการดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนามัย ส่งผลให้แนวโน้มทำกำไรของ อปท. ในปัจจุบันเริ่มที่จะไม่ยอมรับโอน สอ. จาก กระทรวงสาธารณสุข แต่มุ่งจัดตั้งสถานพยาบาลหรือหน่วยงานสุขภาพในสังกัดของตนเองขึ้นมา เนื่องจากคิดว่าจัดการง่ายกว่า โดยปัจจุบันเท่าที่สำรวจได้ พบว่า อปท. มีการจัดตั้งสถานบริการสุขภาพของตนเองแล้วมากกว่า 600 แห่ง ซึ่งในระยะยาวจะเกิดปัญหาต่อระบบสุขภาพในภาพรวม เช่น เกิดความซ้ำซ้อน ความไม่เท่าเทียมระหว่างพื้นที่ และ ความไม่ประหยัดในขนาด (Economy of scale) นอกจากนี้ ในส่วนของสถานีนอนามัยที่ถ่ายโอนไปแล้วแบบแยกส่วนก็พบว่ามีจุดอ่อนมากมาย

งานวิจัยของ ศศ.ดร.สงครามชัย ลิทองดี ระบุว่า ประเด็นการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไป อปท. เป็นเรื่องที่น่าสนใจและได้รับการเฝ้ามองจากผู้เกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก เมื่อวิเคราะห์แล้ว พบว่าในระยะแรกของการถ่ายโอนมีปัญหาอุปสรรคในลักษณะของการเชื่อมต่อบริการที่ยังไม่เรียบร้อยหลายประการ แต่ก็สามารถแก้ไขและจัดการได้ดีในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังพบปัญหาหลายประการ เช่น

- **ยังขาดการวางแผนและแก้ไขปัญหายังเป็นระบบ** การพัฒนาความเข้มแข็งและศักยภาพของ อปท. ทั้งระดับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติการ ในการบริหารงานสาธารณสุข รวมทั้งความไม่ชัดเจน และการสนับสนุนนโยบายที่ยังไม่ดีเพียงพอ ทำให้เจ้าหน้าที่ที่ถ่ายโอนส่วนหนึ่งล้มเหลวเพราะขาดความมั่นคงในอาชีพราชการ การทำงานขึ้นอยู่กับการเมืองท้องถิ่น และที่สำคัญคือ เมื่อถูกถ่ายโอนไปอย่างแยกส่วนทำให้ขาดความสัมพันธ์กับระบบสาธารณสุขเดิม
- ผลที่ตามมา คือ **ทำให้สถานีนอนามัยจำนวน 7 แห่งที่เป็นเป้าหมายการโอนในระยะแรก ได้มีการยกเลิกการถ่ายโอน** ซึ่งมีสาเหตุทั้งด้วยเหตุผลจากทางผู้โอนและผู้รับโอนประกอบกัน และการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไป อปท. ในระยะต่อมาก็ไม่ได้มีการขับเคลื่อนอย่างจริงจังและชัดเจนอย่างเพียงพอจากผู้เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
- อปท. ที่จะเป็นผู้รับโอนเกิดความไม่มั่นใจและไม่แน่ใจต่อความยั่งยืนของนโยบาย มี อปท. หลายพื้นที่ได้รับเปลี่ยนท่าทีจากการยินดีรับโอนไปสู่การปรับโครงสร้างกรอบอัตรากำลังและจัดสร้างสถานบริการสาธารณสุข รวมถึงหาทางในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาพรวมต่อประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของการจัดการทรัพยากรสาธารณสุขของประเทศในที่สุด

สาวลึกถึงราก

อุปสรรคของการกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพ



...ความไม่ราบรื่น
ในกระบวนการกระจายอำนาจ
เป็นเรื่องที่พบได้โดยปกติ
เพราะมีความเกี่ยวข้อง
กับการเมือง

ผลการศึกษาหลายชิ้น เผยอุปสรรคสำคัญของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพหลายด้าน เช่น ทางด้านความไม่ชัดเจนในนโยบายและการตีความคำว่ากระจายอำนาจที่แตกต่างกัน ด้านความล่าช้า เพราะภารกิจของกระทรวง ด้านกฎระเบียบราชการที่ยังไม่เอื้อหรือทำให้ติดขัด ทางด้านวิชาการที่ยังต้องการการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ขาดการสื่อสารและเรียนรู้ร่วมกัน ที่สำคัญคือประเด็นที่อาจถือว่าเป็นรากของปัญหา คือแนวคิดหรือความเข้าใจร่วมกันต่อทิศทางของสังคม และเนื่องจากการกระจายอำนาจเป็นกระบวนการทางการเมือง จึงมีอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับหลายระดับด้วยกัน คือ ความล้มเหลวในการบังคับใช้กฎหมาย การยึดถือหลักวิชาชีพมากกว่าหลักการกระจายอำนาจ และปัญหาความไม่เป็นอิสระของ อปท.

ข้อค้นพบจากงานวิจัยของ ผศ.เวียงรัฐ เนติโพธิ์ เรื่อง กระบวนการทางการเมืองในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข: ศึกษากรณีการถ่ายโอนสถานีนอนามัย ระบุว่า จากการศึกษาขั้นตอนการถ่ายโอนสถานีนอนามัยนั้น มีความล่าช้าในทุกขั้นตอน นับจากขั้นตอนการรับหลักการตามกฎหมายจนไปถึงการปฏิบัติในพื้นที่

อุปสรรคของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันจึงเกี่ยวข้องกับหลายมิติและหลายระดับด้วยกัน คือ

ปัญหาระดับวิธีคิดต่อกิจทางของสังคม

- ปัญหาสำคัญคือการที่ฝ่ายต่างๆ ขาดความเป็นเอกภาพในวิธีคิดและความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับทิศทางของสังคมและการเมืองที่ควรจะเป็นในอนาคต

ปัญหาที่เกี่ยวกับมิติทางอำนาจและการเมือง

- เนื่องจากการกระจายอำนาจเป็นกระบวนการทางการเมือง และเกี่ยวพันกับความเป็นประชาธิปไตย เพราะอยู่บนพื้นฐานที่ว่ากระบวนการให้ได้มาซึ่งอำนาจโดยผ่านการเลือกตั้งและการมีส่วนร่วมทางการเมือง ถึงแม้ทุกฝ่ายจะให้ความสำคัญกับการพัฒนาสังคม เช่น การพัฒนาสุขภาพ แต่เมื่อมาเกี่ยวข้องกับอำนาจทางการเมือง ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงอำนาจในการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ก็ย่อมจะหนีไม่พ้นที่จะไป

กระทบกับประเด็นความสัมพันธ์และโครงสร้างอำนาจระหว่างกลุ่มต่างๆ ในสังคม ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่จะทำให้เกิดขึ้นอย่างราบรื่น

ปัญหาในระดับนโยบายของส่วนกลาง

- ในระดับกระทรวงสาธารณสุข การกระจายอำนาจไม่ได้ถูกนำมาผลักดันในลำดับความสำคัญอันดับต้นๆ โดยในช่วงเวลาเดียวกันมีการปฏิรูประบบสุขภาพหลายด้านโดยเฉพาะการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการที่เกิปัญหาค่าบริการแพะระบาดของโรคภัยแรงหลายครั้ง
- นอกจากนี้ ผู้มีอำนาจตัดสินใจตำแหน่งสำคัญๆ ไม่ได้เอื้อหรือสนับสนุนเนื่องจากขัดกับผลประโยชน์ขององค์กร
- แนวคิดต่างๆ ในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างผู้มีอำนาจตัดสินใจหลายๆ ฝ่าย จนเกิดการถกเถียงแลกเปลี่ยนและออกมาในรูปการประนีประนอมและยืดเวลา

ปัญหาความสัมพันธ์ในการบังคับใช้กฎหมาย

- การกระจายอำนาจได้ผ่านขั้นตอนกฎหมายและการวางโครงสร้างองค์กรไปแล้ว เหลือแต่เพียงการปฏิบัติตามกฎหมายคือการถ่ายโอนอำนาจ แต่ก็ยังเป็นเรื่องยากที่จะเกิดขึ้น เพราะกฎหมายไม่สามารถบังคับใช้อย่างได้ผลในทางการเมืองในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับองค์กรภาครัฐ ทำให้ผู้มีอำนาจไม่ยกอำนาจของตนให้ผู้อื่น ในประเด็นเรื่องสาธารณสุขนั้น คือ กระทรวงสาธารณสุขไม่ยกอำนาจในการบริหารจัดการสถานบริการซึ่งถือว่าเป็นบริการสาธารณะให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีหน้าที่ในเรื่องดังกล่าวตามกฎหมาย

ปัญหาการยึดถือหลักวิชาชีพ/หลักประสิทธิภาพมากกว่าหลักการกระจายอำนาจตามระบอบประชาธิปไตย

- ประเด็นนี้ จะเห็นได้จากข้อเสนอต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการหาทางออก ที่สะท้อนความพยายามปรับจากการกระจายอำนาจ (decentralization) เป็นการมอบอำนาจ (delegation) และการยกเอาเหตุผลความกังวลเรื่องคุณภาพ ประสิทธิภาพของงานสาธารณสุข เช่น ประเด็น ที่ว่า อปท.ขาดความพร้อมในการจัดการงานสุขภาพ มาใช้เป็นเหตุผลหลัก ในขณะที่เจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และ 2550 ต้องการให้การกระจายอำนาจเป็นเครื่องมือในการสร้างความเข้มแข็งและการพึ่งตนเองได้ของท้องถิ่น และเพื่อการพัฒนาระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมอันเป็นฐานรากของการพัฒนาสังคมและประเทศ
- ประกอบกับงานด้านสาธารณสุขมีความเป็นวิชาชีพเฉพาะ และบุคลากรสาธารณสุขเชื่อว่าตนสามารถดูแลงานได้ดีกว่าภาคส่วนอื่น ทำให้บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องถ่ายโอนอำนาจการจัดการงานสาธารณสุขไปให้ใครด้วยเหตุผลที่ว่า จะทำให้คุณภาพประสิทธิภาพของงานดีขึ้น หากจะให้ใครเข้ามาทำอะไรก็จะเป็นไปเพื่อการแบ่งเบาภาระของตนเอง โดยที่กระทรวงจะยังคงอำนาจในการกำกับดูแล และวางมาตรฐานไว้เช่นเดิม

ปัญหาเรื่องความไม่เป็นอิสระของ อปท.

- ทั้งๆ ที่อปท.นั้น เป็นผู้ที่มาจากการเลือกตั้งหรือเป็นตัวแทนที่ประชาชนไว้วางใจ และมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ดังนั้น

อปท.น่าจะมีศักยภาพในการเป็นผู้นำในการกระจายอำนาจ แต่ในความเป็นจริง อปท.กลับต้องรอรับนโยบายและภารกิจที่ส่วนกลางมอบให้บริหารจัดการ อันเนื่องจากผูกพันเรื่องงบประมาณจากการจัดสรรจากส่วนกลาง ทำให้ อปท.ไม่สามารถที่จะเป็นอิสระและริเริ่มอะไรได้ด้วยตัวเอง ในกรณีการดูแลและพัฒนาทางด้านสาธารณสุขนั้นเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในการพัฒนาท้องถิ่น (และสามารถในการใช้เป็นเครื่องมือรักษาความนิยมของนักการเมืองท้องถิ่นด้วย) แต่ อปท.ก็ยังคงรอรับนโยบายและอำนาจที่ส่วนกลางมอบให้

ปัญหาการพัฒนานโยบายไม่เหมาะสม

งานวิจัยของ ผศ.ดร.สงครามชัย ลิทองดี ระบุว่า ในความเป็นจริงปัญหาของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเท่าที่ปรากฏในปัจจุบัน คือ

- 1) ภารกิจบางประการที่ยังไม่พร้อมที่จะถ่ายโอนกลับไป ถูกกำหนดให้ต้องถ่ายโอน ส่งผลให้เกิดภาวะสับสนในการดำเนินงานต่อไป อาทิ โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งหากมีการแยกส่วนออกไปต่างสังกัดในแต่ละพื้นที่ที่มีความสับสนและยากลำบากในการพัฒนาและอภิบาลระบบส่งต่อและเครือข่ายบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก กลับมีการกำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการฯ ให้มีการถ่ายโอนทั้งที่ยังไม่มีการศึกษาอย่างรอบด้านอย่างเพียงพอ
- 2) ภารกิจที่ควรจะต้องถ่ายโอนแต่ไม่ได้กำหนดให้ถ่ายโอน ซึ่งทำให้เกิดการรวมศูนย์การทำงานในส่วนกลางมากยิ่งขึ้น อาทิ เรื่องการจัดระบบบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจัดคนหรือบุคลากรด้านสุขภาพ การบริหารกฎหมายสาธารณสุขในพื้นที่ เป็นต้น

- 3) ภารกิจที่จำเป็นต้องถ่ายโอนแต่ยังไม่ถ่ายโอนอย่างจริงจัง อาทิภารกิจเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ ซึ่งเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของพื้นที่กลับไม่มีการผลักดันอย่างจริงจัง เป็นต้น

ปัญหาการขาดการสื่อสารสองทางและการสื่อสารข้อเท็จจริง

นอกจากนี้งานวิจัยของ ผศ.ดร.สงครามชัย ยังระบุอีกว่า สาเหตุหลักของความล่าช้ามาจากผู้เกี่ยวข้องทั้งสองฝ่ายขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและข้อเท็จจริง เนื่องจากไม่มีระบบการจัดการกระบวนการเรียนรู้ จึงไม่สามารถเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงได้ ยังไม่มีการจัดทำฐานข้อมูลการเรียนรู้ และขาดการสื่อสารให้ข้อเท็จจริงแก่ผู้เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล เกรงกลัวต่อการกระจายอำนาจ ไม่กล้าเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังมีการตั้งข้อสังเกตว่ามีการสร้างโจทย์ให้การกระจายอำนาจเป็นเรื่องที่น่ากลัว มีการสร้างสถานการณ์ให้เกิดความผิดพลาดและล้มเหลวในการกระจายอำนาจเกิดขึ้น เพื่อจะนำไปใช้เป็นเหตุผลคัดค้านการกระจายอำนาจทั้งระบบ ประเด็นเหล่านี้สามารถแก้ไขหรือบรรเทาโดยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน

ปัญหาในการปฏิบัติงานระดับพื้นที่

รายงานการติดตามประเมินผลการถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่อปท. โดยกลุ่มสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 สะท้อนปัญหาในระดับพื้นที่ เช่น

- มีปัญหาเรื่องจำนวนบุคลากรที่โอนไปยัง อปท.มีจำนวนน้อยถ่ายโอนไม่หมด และบางแห่งหน่วยงานต้นสังกัดเดิมไม่สนับสนุนการปฏิบัติงาน หรือคล้ายตัดขาดออกไปจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- มีปัญหาเรื่องกฎระเบียบการบริหารบุคคล ไม่มีความชัดเจนในสิทธิสวัสดิการ และค่าตอบแทนของบุคลากรที่ถ่ายโอนมา อปท.
- ระเบียบหลายอย่างยังปรับปรุงไม่แล้วเสร็จ เช่น ระเบียบเงินบำรุงรวมทั้งขาดแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกันที่ดีในเรื่องการจัดทำบัญชีหรือรายงานต่างๆ

ถึงเวลาช่วยกัน “ปลดเงื่อนตาย” การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ



อาจเกิดการฟ้องร้องตามกฎหมาย
ถ้าไม่มีการถ่ายโอน...
ในขณะที่การถ่ายโอนแบบแยกส่วนมีจุดอ่อน
เพราะเกิดช่องว่างในการประสานงาน
การส่งต่อ และระบบข้อมูล

จากสถานการณ์ปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น มีความชัดเจนว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ อยู่ในภาวะที่ต้องการการพัฒนาอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะในประเด็นการปรับแนวคิด ความเข้าใจ และหาฉันทามติร่วมกันของฝ่ายต่างๆ ที่มีอำนาจการตัดสินใจในมุมต่างๆ กัน เพราะหากยังขาดความชัดเจน ขาดฉันทามติที่เห็นพ้องต้องกันแล้ว ก็จะส่งผลให้การดำเนินการกระจายอำนาจเต็มไปด้วยอุปสรรคปัญหา และเกิดผลเสียต่อประเทศและประชาชน

รายงานการสังเคราะห์ทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ของ นพ.ปริดา แต่อารักษ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และนักวิจัย สวรส. ชี้ให้เห็นว่า หากยังปล่อยสถานการณ์เป็นไปเช่นเดิม จะเกิดผลเสียตามมา เช่น

- **อาจเกิดการฟ้องร้องให้ถ่ายโอน** หากไม่มีการถ่ายโอนตามกฎหมาย อาจเกิดการฟ้องร้องให้ถ่ายโอนดังที่เคยเกิดขึ้นกับการกระจายอำนาจ ด้านการศึกษามาแล้ว
- **ถ่ายโอนแบบแยกส่วนมีจุดอ่อน** หากรูปแบบการกระจายอำนาจยังเป็นเช่นเดิม คือ หากมีการเดินหน้ารูปแบบการกระจายอำนาจด้วยการถ่ายโอนแบบแยกส่วนต่อไป (หมายถึงมีการโอนสถานีนอมาลัยให้กับ อบท. เป็นรายแห่ง) อาจเกิดผลเสียซ้ำรอยกับที่เคยเกิดขึ้นกับประเทศอื่นๆ มาแล้ว
- **อาจเกิดผลเสียร้ายแรงในอนาคต** ทั้งนี้ จากประสบการณ์หลายประเทศ พบว่า การให้ อบท.ขนาดเล็กดำเนินการเรื่องบริการสุขภาพโดยเฉพาะด้านรักษาพยาบาลโดยลำพังมีผลกระทบด้านลบมากทั้งเรื่องความคุ้มค่าในการดำเนินงาน ภาระค่าใช้จ่าย การพัฒนาศักยภาพ การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ และบุคลากรมีแนวโน้มจะไม่ได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการเท่าที่ควร หลายประเทศจัดระบบให้มีการจัดการในพื้นที่ที่ใหญ่ขึ้น เช่น ระดับภาคหรืออนุภาค โดยมีการจัดตั้งองค์กรขึ้นมารับผิดชอบโดยเฉพาะ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของประเทศ บางประเทศที่เคยกระจายอำนาจออกไปแบบแยกส่วน เช่น ประเทศสหราชอาณาจักร เริ่มกลับมา “รวมศูนย์” (recentralization) การจัดการในบางเรื่อง เช่น การเฝ้าระวังและควบคุมโรค การบริหารโรงพยาบาล เป็นต้น และ อบท.ส่วนใหญ่ดูแลด้านสุขอนามัยทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

จากสถานการณ์ปัจจุบันการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทยมาถึงจุดที่จะต้องสังเคราะห์บทเรียนและตัดสินใจเกี่ยวกับทางออกงานวิจัยหลายชิ้นได้ชี้ทิศไปสู่การกระจายอำนาจ ที่เป็นไปได้จริง” โดยประการสำคัญคือ การ “ปลดเงื่อนไขตาย” ด้วยการหันมาพิจารณา รูปแบบการกระจายอำนาจที่หลากหลายกว่าการถ่ายโอนสถานบริการ ซึ่งความคืบหน้าจะเกิดขึ้นได้ต้องการปัจจัยหลายด้าน

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการกระจายอำนาจ

งานวิจัยของ ผศ.ดร.สงครามชัย ลิทองดี ระบุถึงปัจจัยที่จะทำให้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจะบรรลุผลสำเร็จได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจกันหลายฝ่าย เพราะเป้าหมายสูงสุดของการกระจายอำนาจคือการสร้างสุขภาวะให้กับประชาชน ภายใต้ความร่วมมือในระดับพื้นที่ จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการกระจายอำนาจ มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success Factors) ที่สำคัญ กล่าวคือ

1. ทิศทางเชิงนโยบายของผู้บริหารระดับสูงและความจริงใจของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ
2. วัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ วัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้
3. ระบบการสื่อสารสองทาง การสื่อสารข้อเท็จจริง
4. ระบบวิธีงบประมาณที่ยืดหยุ่นที่เป็นฐาน ลดความซ้ำซ้อน เน้นประสิทธิภาพ
5. เทคนิคและกระบวนการทำงานร่วมกันของหลายฝ่าย

6. ความรู้ ความเข้าใจและความเชื่อของผู้เกี่ยวข้อง
7. ความสนใจและความใส่ใจของประชาชนต่อการดูแลสุขภาพ
8. ระบบกฎหมายและกฎกติการ่วม
9. องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดเป็นภาคราชการ ในอนาคตควรจะมีองค์กร ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม

และต้องสร้าง “ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ” (Change Agents) ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มองเห็นประโยชน์สาธารณะเป็นที่ตั้ง มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง บนฐานคิดที่ว่า เราจะร่วมมือกันทำงานอย่างไรให้เกิดความสุขแก่ประชาชนมากกว่า การตั้งคำถามว่าถ่ายโอนหรือกระจายอำนาจไปแล้วใครได้อะไร โดยการนำการเปลี่ยนแปลงในเบื้องต้นควรเป็นบทบาทของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้เอื้ออำนวยให้เกิดบรรยากาศ แห่งการเรียนรู้และการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง

เริ่มต้นด้วยการ “คลายปมคิด”



การพิจารณารูปแบบการกระจายอำนาจที่หลากหลายกว่าการถ่ายโอนสถานบริการจะเกิดขึ้นได้ หากทุกฝ่ายหันมาทำความเข้าใจและปรับวิธีคิดในประเด็นต่างๆ ที่เคยขมวดปมเป็นเงื่อนไขหรือกรอบคิดที่เรียวแคบ ซึ่งกลายเป็นอุปสรรคปัญหาของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมาตลอดระยะเวลาหนึ่งทศวรรษ

รายงานการศึกษาเรื่องบทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดย นพ.วินัย ลิสมิทธิ รพ. คลองขลุง จ.กำแพงเพชร และนักวิจัย สวรส. ได้ทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศ และชี้แนวทางความคิดที่จำเป็นต้องปรับให้ตรงกัน คือ

- การกระจายอำนาจเป็นกลวิธีไม่ใช่เป้าหมาย

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในบริบทประเทศไทยเป็นกลวิธี

ไม่ใช่เป้าหมาย มีความหมายมากกว่าเพียงการถ่ายโอนสถานบริการให้แก่อปท. และมุ่งเน้นผลประโยชน์ที่ประชาชนได้รับที่ดีขึ้น

- **ผลกระทบของการกระจายอำนาจมีทั้งทางบวกและทางลบ**

ผลกระทบของการกระจายอำนาจนั้นมีทั้งทางบวกและทางลบต่อระบบบริการสุขภาพ ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่ได้มาจากตัวของการกระจายอำนาจเอง แต่เป็นผลที่มาจากการนำการกระจายอำนาจมาใช้ดำเนินการ

- **คำว่าถ่ายโอนกับคำว่ากระจายอำนาจไม่ได้มีความหมายแทนกัน**
คำว่าถ่ายโอนกับคำว่ากระจายอำนาจนั้นไม่ได้มีความหมายแทนกัน การกระจายอำนาจมีความหมายที่กว้างกว่าการถ่ายโอนสถานบริการให้แก่อปท.

- **การถ่ายโอนมีความหมายลึกซึ้งกว่าการโอนกิจกรรมบางอย่างให้อปท.**

ขณะเดียวกันการถ่ายโอนก็มีความหมายที่ลึกซึ้งและมีความหมายกว้างกว่าเพียงการโอนกิจกรรมบางอย่างให้อปท. การกระจายอำนาจต้องมองเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนว่าประชาชนได้ผลประโยชน์และได้รับบริการที่มีคุณภาพดีกว่าเดิมหรือไม่น้อยกว่าเดิม เข้าถึงบริการดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น และต้องไม่กระทบความเป็นธรรมทางสุขภาพ

- **การกระจายอำนาจคือการกระจายภารกิจหรือกระจายภาระความรับผิดชอบไปให้ท้องถิ่น** มีความจำเป็นที่จะต้องแสวงหา

รูปแบบการกระจายอำนาจในรูปแบบใหม่หรือหลากหลายที่เป็นการลดความสำคัญในการดำเนินการเองของส่วนกลาง แล้วเสริมสร้างศักยภาพและบทบาทของส่วนท้องถิ่นให้มากขึ้น

- **ควรหาทางออกที่ไม่ขัดเจตนารมณ์กฎหมายและไม่ทำร้ายระบบสุขภาพ**

ทางออกสำคัญของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้นต้องคำนึงถึงทางออกที่ไม่ขัดแย้งกับข้อกำหนดในกรอบของกฎหมาย นักวิชาการหลายท่านที่เกี่ยวข้องและผู้รู้ได้แสดงความเห็นชัดเจนว่ากฎหมายไม่ได้กำหนดตายตัวว่า การกระจายอำนาจนั้นต้องถ่ายโอนสถานบริการให้แก่อปท.เท่านั้น

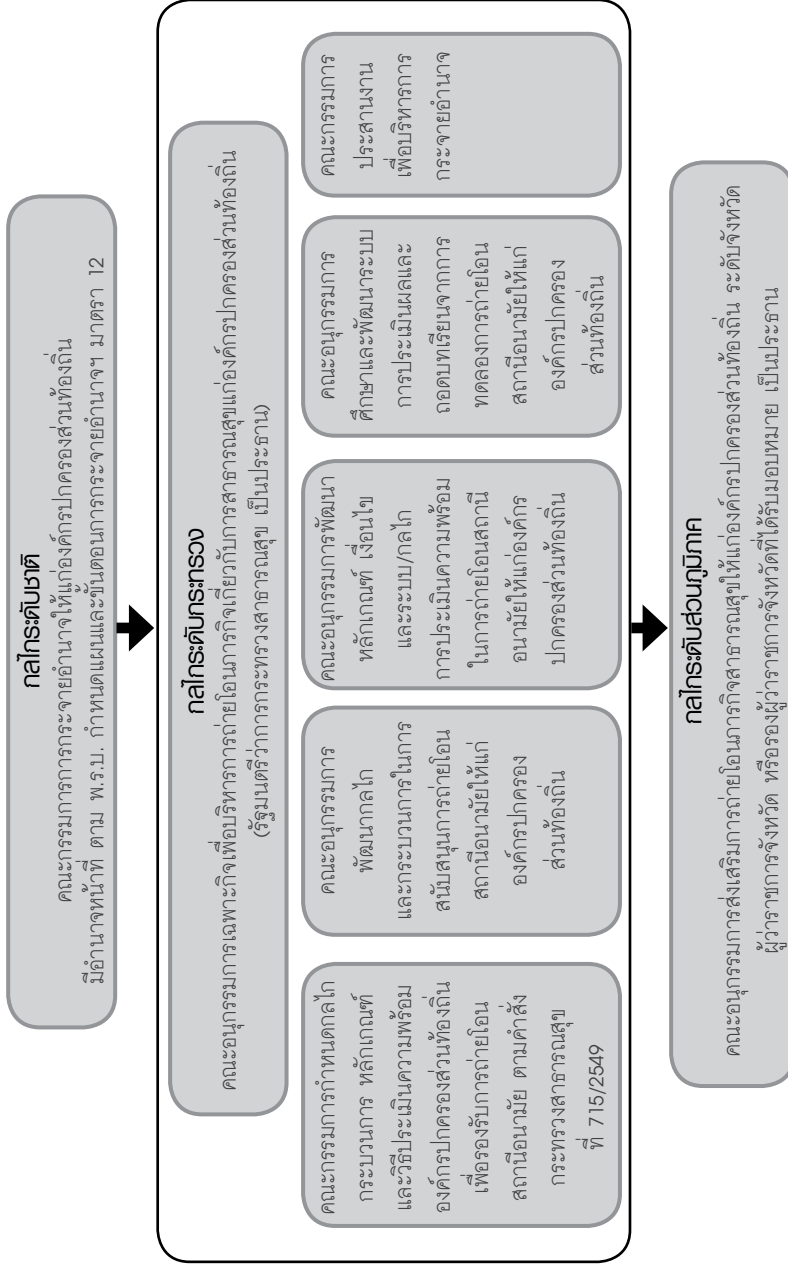
ปมคิดหนึ่งที่สำคัญคือ การกระจายอำนาจควรถูกใช้เพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาสุขภาพ ซึ่ง คำว่า สุขภาพ นี้ หมายถึง “สุขภาวะ” ซึ่งต้องคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ ที่มีผลต่อสุขภาพ (Social Determinants of Health) ร่วมด้วย การติดตามวัดผลลัพธ์จากการดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ จึงควรนำเอามิติด้านความเข้มแข็งของชุมชน และความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน เข้ามาเป็นตัวชี้วัดร่วมกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ คุณภาพ ประสิทธิภาพ ของงานสาธารณสุข

จากงานวิจัยของ นพ.วินัย สีสmith นั้น พบว่าการใช้การกระจายอำนาจเป็นเครื่องมือพัฒนาสังคมอาจนำไปสู่ผลทางบวกและทางลบก็ได้ ขึ้นอยู่กับการนำมาใช้ ดังผลการศึกษาทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศที่มีทั้งผลทางบวกและลบ

ผลทางบวก	ผลทางลบ
การกระจายอำนาจสามารถส่งผลกระทบต่อด้านบวกทั้งการบริหารและการบริการสุขภาพสาธารณสุข ด้วยลักษณะต่างๆ ดังนี้ • การบริหารจัดการปรับตัวดีขึ้น • การบริหารจัดการยืดหยุ่นมากขึ้น • มีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้น • การครอบคลุมการบริการสาธารณสุขทั่วถึงมากขึ้น • สนับสนุนให้เกิดการประสานงานระหว่างองค์กรในพื้นที่โดยเฉพาะเขตสุขภาพเดียวกัน • ระบบบริการสุขภาพมีเหตุผลและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในขอบเขตพื้นที่หรือการบริหารจัดการอย่างเดียวกัน • ควบคุมต้นทุนและลดความซ้ำซ้อนของการจัดบริการในระดับการบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ	อย่างไรก็ตามผลกระทบด้านลบไม่อาจละเลยเพราะการกระจายอำนาจสามารถนำไปสู่ผลเสียซึ่งสรุปได้ดังนี้ • ระบบสุขภาพแตกแยกส่วนโดยเฉพาะนโยบายสุขภาพไม่สามารถเป็นหนึ่งเดียวได้หากขาดการประสานงานที่ดีและไม่มีข้อมูลที่ดี • ทำให้บทบาทการจัดการของภาครัฐลดลงโดยเฉพาะการกระจายอำนาจแบบการขายโอนกิจการภาครัฐสู่ภาคเอกชน • เกิดผลเสียต่อระบบบริการในกรณีที่กระจายอำนาจไปสู่อปท.ที่ไม่เข้มแข็ง ซึ่ง อปท.ที่อ่อนแอขาดประสบการณ์การจัดการและบริการที่ดี

ผลทางบวก	ผลทางลบ
• ลดความไม่เป็นธรรมที่เกิดจากการจัดสรรทรัพยากรจากส่วนกลางที่ไม่เสมอภาคกัน เพราะการกระจายอำนาจจะทำให้พื้นที่มีอำนาจสามารถจัดหารายได้ให้เหมาะสมกับความต้องการ • รัฐเอกชนและชุมชนดำเนินการผสมผสานกันได้ใกล้ชิดขึ้น • สร้างความเข้มแข็งกระทรวงสาธารณสุขเพราะทำให้เจ้าหน้าที่ระดับสูงมีเวลาร่วมจากงานประจำและสามารถพัฒนาเชิงคุณภาพมากขึ้น • ประชาชนมีส่วนร่วมด้านการคลังสาธารณสุขชุมชน • ลดปัญหาการดำเนินงานเนื่องจากการเดินทางที่ไกลลำบากและระบบขนส่งไม่ดี	• ลดบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารบุคคล ทำให้การกำหนดนโยบายและพันธะความรับผิดชอบของบุคลากรทางสุขภาพลดลง • ลดอำนาจต่อรองของรัฐบาลกลางกับบริษัทเอกชนที่ผลิตวัสดุอุปกรณ์การแพทย์หรือเครื่องมือแพทย์ • สร้างความไม่เป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพระหว่างคนรวยและคนจน และระหว่างเขตร่ำรวยกับยากจนในชนบท • เสริมให้การเมืองท้องถิ่นมีอำนาจมากขึ้นและเกิดคอร์รัปชันมากขึ้น • บริการสาธารณสุขอ่อนแอลงเพราะเป็นบริการสุขภาพที่เป็นสินค้าสาธารณะไม่ก่อรายได้แก่ผู้จัดบริการ และสร้างผลเสียต่อการควบคุมป้องกันโรคที่รุนแรงและรวดเร็ว

กลไกและโครงสร้างการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในปัจจุบัน (Existing policies and mechanisms)



ทางเลือกเชิงนโยบายเกี่ยวกับรูปแบบการกระจายอำนาจ (Policy options) และข้อดีข้อด้อยของแต่ละทางเลือก

รูปแบบ	ข้อดี	ข้อด้อย
รูปแบบที่ 1 ถ่ายโอนสถานีอนามัย ให้ อบต. หรือเทศบาล เป็นแห่งๆ อย่างที่เคยดำเนินการมาแล้ว	- การถ่ายโอนทำได้ง่าย - อปท.แต่ละแห่งสามารถบูรณาการงานต่างๆ ได้สะดวกและเป็นรูปธรรม - อปท.ที่รับสถานบริการไปสามารถรับผิดชอบและดูแลสามารถตั้งงบประมาณดำเนินการได้ตามอำนาจหน้าที่ - มีความใกล้ชิดชุมชน - การตอบสนองต่อปัญหาของคนในพื้นที่ดี - ความรวดเร็วในการบริหารจัดการ	- ข้อจำกัดของ อบต. ในการบริหารงานด้านรักษาพยาบาลที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะ - มีปัญหาในระบบการส่งต่อ และการควบคุมป้องกันโรคที่ต้องอาศัยการจัดการระหว่างท้องถิ่นซึ่งเกินขอบเขตของสถานีอนามัยหรือ อบต. - อาจเกิดการแทรกแซงทางการเมืองได้ง่าย - อาจไม่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลหรือ สสจ. สสช. เพราะถือว่าแยกสังกัดออกไปแล้ว - มีข้อจำกัดในการโยกย้ายบุคลากร

รูปแบบ	ข้อดี	ข้อด้อย
รูปแบบที่ 2 ถ่ายโอนสถานีอนามัย โดยรวมกลุ่มทั้งจังหวัดหรือบางอำเภอหรือบางกลุ่มให้อบจ. โดยมีคณะกรรมการบริหาร สถานีอนามัย ในระดับจังหวัด มีนายก อบจ. เป็นประธานกรรมการ และมีคณะกรรมการมาจากหลายภาคส่วน	• การประสานงานและการช่วยเหลือกันระหว่างหน่วยบริการระดับสถานีอนามัยด้วยกันทำได้ง่าย • การปรับเปลี่ยนโยกย้ายบุคลากรทำได้ง่าย • สามารถกระจายทรัพยากรไปช่วยที่ขาดแคลนให้เกิดความเป็นธรรมในระดับพื้นที่ได้ • การแทรกแซงทางการเมืองทำได้ยากขึ้น	• การถ่ายโอนทำได้ยากกว่าการโอนเป็นแห่งๆ • อาจมีปัญหาในระบบการส่งต่อไปโรงพยาบาลการควบคุมป้องกันโรคที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากโรงพยาบาล(คนละสังกัด) • การสนับสนุนด้านวิชาการจากสถานบริการระดับสูงอาจมีข้อจำกัดเพราะอยู่ต่างสังกัด
รูปแบบที่ 3 สถานอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป รวมเป็นเครือข่ายบริการขึ้นต่อคณะกรรมการบริหารในระดับจังหวัด มีนายก อบจ. เป็น	• การประสานงานและการช่วยเหลือกันระหว่างหน่วยบริการทุกระดับทำได้ง่าย • การปรับเปลี่ยนโยกย้ายทำได้ง่าย • การกระจายทรัพยากรไปช่วยที่ขาดแคลนให้เกิดความเป็นธรรมภายในพื้นที่ได้	• การถ่ายโอนเกิดขึ้นได้ยากต้องเตรียมการมาก • ข้อจำกัดด้านความพร้อมของอปท. ในการบริหารโรงพยาบาลและระบบบริการเฉพาะด้านซึ่งมีความซับซ้อน

รูปแบบ	ข้อดี	ข้อด้อย
ประธานกรรมการและมีคณะกรรมการจากหลายภาคส่วน	• การแทรกแซงทางการเมืองทำได้ยากขึ้น	
รูปแบบที่ 4 สถานีอนามัยหลายแห่งรวมกันเป็นกลุ่ม หรือสถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนรวมกันเป็นเครือข่ายไปขึ้นต่อคณะกรรมการบริหารที่พัฒนาไปเป็นองค์กรมหาชน (Autonomous) หรือหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ	• การประสานงานและการช่วยเหลือกันระหว่างหน่วยบริการทุกระดับทำได้ง่าย • การปรับเปลี่ยนโยกย้ายทำได้ง่าย • การกระจายทรัพยากรช่วยที่ขาดแคลนได้ เกิดความเป็นธรรมในระดับพื้นที่ได้ • การแทรกแซงทางการเมืองทำได้ยาก • ไม่ติดระเบียบแบบแผนราชการ เกิดประสิทธิภาพ คล่องตัว	• อาจถูกคัดค้านว่าไม่เป็นไปตามพ.ร.บ.การกระจายอำนาจฯ (อาจแก้ได้หากให้อยู่ในกำกับของอปท.) • อาจเกิดการแสวงหากำไร • สังคมไทยยังไม่คุ้นเคยกับการบริหารงานในรูปคณะกรรมการบริหารที่ต้องทำหน้าที่บริหารจริง (ส่วนใหญ่มีประสบการณ์เพียงคณะกรรมการปรึกษา หรือพัฒนาเท่านั้น)
รูปแบบที่ 5 รูปแบบการบริหารร่วม โดย สปสช. โอนงบประมาณมายัง อบจ. และอบจ. นำเงินรายได้	• สามารถดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพได้ทันทีและมีรูปธรรมชัดเจน เพราะโครงสร้างชัดเจนและองค์กรมีประสบการณ์	• งบประมาณทั้งหมดจะถูกถ่ายโอนไปที่ อบจ. เป็นการสร้างอำนาจทางการเงินในฐานะผู้ซื้อบริการและอบจ. มีอำนาจต่อรองสูง

รูปแบบ	ข้อดี	ข้อด้อย
ของ อบจ.มา สบทบแล้วซื้อ บริการจากสถาน บริการสุขภาพของ รัฐในสังกัด กระทรวง สาธารณสุข (รพ. และ สอ.)	- ลดขั้นตอนการบริหารจัดการด้านสุขภาพในพื้นที่ให้สั้นลง - ประชาชนในพื้นที่สามารถเลือกบริการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และสนองความจำเป็นได้ - เกิดการแข่งขันในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่หลากหลายเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ส่งผลต่อการซื้อบริการมากขึ้น	- การซื้อบริการขึ้นกับ อบจ. ซึ่งอาจไม่มีความเข้าใจในระบบสุขภาพอย่างลึกซึ้ง ส่งผลให้การซื้อบริการสุขภาพไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ หรือไม่สอดคล้องกับความเป็นทางเทคโนโลยี - การบริหารจัดการงบประมาณด้านสุขภาพอาจมีการอ้างอิงผลประโยชน์ด้านการเมืองมากขึ้น
รูปแบบที่ 6 โรงพยาบาล องค์การมหาชน	- เป็นรูปแบบการกระจายอำนาจเน้นการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน - มีกฎหมายรองรับ - มีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการ - ลดการพึ่งพางบประมาณภาครัฐ	- ไม่เข้าหลักเกณฑ์การกระจายอำนาจให้แก่ อบต. - ความสำเร็จขึ้นอยู่กับผู้นำองค์กร และกรรมการบริหาร - ต้องพึ่งพาตนเองด้านรายได้และขึ้นกับเศรษฐกิจพื้นที่

รูปแบบ	ข้อดี	ข้อด้อย
	- ลดกำลังคนภาครัฐ - ตอบสนองนโยบายรัฐและประชาชน	เกิดแยกส่วนหากโรงพยาบาลอยู่เป็นองค์การมหาชนเดี่ยวๆ โดยไม่ครอบคลุมงานสาธารณสุขทั้งระบบในพื้นที่นั้น
รูปแบบที่ 7 การจัดตั้งเขต สุขภาพระดับ จังหวัด อยู่ภายใต้ กำกับของอปท. โดยการอาศัย กฎหมายการ ปกครองส่วน ท้องถิ่นรองรับ โดยคณะกรรมการ ที่ดูแลยังคงดำเนินการ ภายใต้อำนาจ การจัดการและ รับผิดชอบของ อปท.	สามารถดำเนินการได้เลย เพราะกฎหมายการปกครองส่วนท้องถิ่นให้อำนาจแก่ อบต. ในการจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดเข้ามาดำเนินงานบริการสาธารณสุขข้อดีของทางเลือกเขตสุขภาพระดับจังหวัดคือระบบบริการเชื่อมโยงในเขตพื้นที่ไม่แยกส่วน สามารถขยายเขตได้โดยรวมสหการของอปท. เข้าด้วยกันระบบการส่งต่อจะดีและมีคุณภาพประชาชนเข้าถึงบริการได้ดี การบริหารทรัพยากรจะเกิด	ด้านการประหยัดต่อขนาดอาจไม่ดีเพราะขนาดเขตสุขภาพอาจย่อยลงเล็กเกินการจัดการข้ามเขต อบต. อาจมีปัจจัยการเมืองมาเกี่ยวข้องทำให้การจัดการลำบาก การเมืองท้องถิ่นเข้ามาบีบบทบาทสูงจนเกิดปัญหาแทรกแซงระบบสุขภาพและความขัดแย้งระหว่างพื้นที่อาจทำให้การประสานงานในเขตล้มเหลว จนนำไปสู่ความขัดแย้งเชิงนโยบายและการปฏิบัติทำให้ความคล่องตัวหายไป ระบบข้อมูลในเขตต้องการการจัดทำแบบ

รูปแบบ	ข้อดี	ข้อด้อย
	ประสิทธิภาพ สร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ การดูแลควบคุมโรคระบาดและการสาธารณสุขของเขตภาพรวมจะดำเนินการต่อเนื่องมีคุณภาพ	เป็นปัจจุบันซึ่งทำให้เกิดปัญหาด้านสารสนเทศ
รูปแบบที่ 8 การจัดตั้งเขตสุขภาพภายใต้คณะกรรมการบอร์ดอิสระที่ประกอบด้วยมีผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วนทั้งผู้ซื้อบริการ ผู้จัดบริการ อปท. ภาคเอกชน องค์กรอิสระ และประชาชน ผู้ทรงคุณวุฒิ	กระทรวงสาธารณสุข ยังคงเป็นผู้มีอิทธิพลรับผิดชอบการดำเนินงานระบบสุขภาพ เขตสุขภาพที่คณะกรรมการ มาจากทุกภาคส่วนที่มีส่วนได้เสียนี้ จะเกิดธรรมาภิบาลสูง ระบบบริการที่ดำเนินงานระบบเขตจะมีความเชื่อมโยงและการส่งต่อเกิดประสิทธิภาพมีคุณภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการแบบเท่าเทียมกันและง่ายขึ้นเพราะไม่มีปัจจัยทางเขตพื้นที่มาถ่วงถ่วงอิทธิพลการเมืองท้องถิ่น มารบกวนน้อยลง การ	การสั่งการเชิงนโยบายทำได้ยากและล่าช้า เพราะต้องอาศัยกระบวนการเจรจาต่อรองและทำความเข้าใจจนนโยบายอาจล่าช้าไม่ได้รับการตอบสนองกรณีโรคระบาดหรือเหตุฉุกเฉินอาจแก้ไขไม่ทันการ จุดอ่อนของระบบเขตสุขภาพแบบภาพรวมได้กระทรวงสาธารณสุขนี้ต้องการภาวะผู้นำที่เข้มแข็งและการร่วมมือระหว่างพื้นที่เขตต่างๆ หากมีความขัดแย้งกันการกำหนดนโยบาย การดำเนินงาน และการกำกับดูแลทำได้ยากกว่า นอกจากนี้

รูปแบบ	ข้อดี	ข้อด้อย
	ประสานของทุกภาคส่วนสร้างการมีส่วนร่วมและการร่วมมือดำเนินงานย่อมประสบผลสำเร็จสูง การขัดแย้งเชิงความคิดนโยบายและการปฏิบัติลดลง	คณะกรรมการที่เข้าบริหารจัดการต้องการความร่วมมือและผู้มีความรู้ประสบการณ์ซึ่งระดับพื้นที่ทำได้ไม่ง่ายและไม่เพียงพอ
รูปแบบที่ 9 ไม่มีการถ่ายโอนสถานोनามัย โดยให้กระทรวงสาธารณสุขดูแลงานด้านการบริการรักษาพยาบาล และให้ อปท. รับผิดชอบเฉพาะด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค	อปท. มุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลักซึ่งไม่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะ สามารถบริหารจัดการได้ง่ายและอาจดีกว่าเดิมเพราะ อปท. มีความใกล้ชิดเข้าถึงชุมชน	- ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์และแผนการกระจายอำนาจฯ ต้องมีการปรับแก้แผนการกระจายอำนาจ - การบริหารสถานोनามัยและสถานบริการต่างๆ ขาดการมีส่วนร่วมจากชุมชน ซึ่ง อปท. อาจแก้โดยการกำหนดให้มีคณะกรรมการบริหารสถานบริการที่มี อปท. และชุมชนเข้าร่วม

ข้อเสนอเชิงนโยบาย การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ



อำนาจการตัดสินใจควรอยู่ที่ใด
ระหว่างผู้ถ่ายโอน (กระทรวงสาธารณสุข)
และผู้รับโอน (อปท.)
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
ควรเป็นขององค์กรใดเป็นหลัก
และใครควรเป็นเจ้าของสถานบริการระดับใด

หลักกม (Rational)

วิสัยทัศน์การกระจายอำนาจนั้นคือประชาชนในท้องถิ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจ การกำกับดูแลและการตรวจสอบ ตลอดจนการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเต็มที่ ในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีการพัฒนาศักยภาพทางด้านการบริหารจัดการและการคลังท้องถิ่นที่พึ่งตนเองและเป็นอิสระมากขึ้น ผู้บริหารและสภาท้องถิ่นจะเป็นผู้มีความรู้ความสามารถและมีวิสัยทัศน์ในการบริหาร ราชการบริหารส่วนภูมิภาคจะเปลี่ยนบทบาทจากฐานะผู้จัดทำบริการสาธารณะมาเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ และกำกับดูแลการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่าที่จำเป็นภายใต้ขอบเขตที่ชัดเจน และการปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นการปกครองตนเองของประชาชนในท้องถิ่นอย่างแท้จริง

การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ด้วยการถ่ายโอนภารกิจต่างๆ ของรัฐจากการบริหารจัดการส่วนกลางไปยังการบริหารจัดการส่วนท้องถิ่น ตามที่รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 และ 2550 รวมทั้งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพจำนวนหนึ่งพร้อมงบประมาณไปยังอปท.แล้ว แต่ไม่มีการถ่ายโอนบุคลากรตามไป และล่าสุดคือการถ่ายโอนสถานีนามัยไปยังอปท. โดยมีแผนดำเนินการให้เสร็จภายในปี 2553 ตามที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. (ฉบับที่ 2)

ข้อเท็จจริง (Findings)

1. การดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในระยะเวลา 10 ปี ที่ผ่านมา จัดว่ายังไม่คืบหน้าและมีอุปสรรคด้าน “ความพร้อม” ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
2. บุคลากร สธ. อยู่ในภาวะที่หวั่นไหวเรื่องความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงานและการสนับสนุนทางวิชาการ
3. มีการถ่ายโอนสถานีนามัยไปแล้ว 28 แห่ง ส่วนใหญ่สามารถดำเนินงานได้เช่นเดิม แต่พบปัญหาด้านระเบียบต่างๆ และการประสานงานกับหน่วยบริการอื่นๆ ในระยะแรกพบว่า อปท.สามารถบริหารจัดการต่อจาก สธ.ได้ การสนับสนุนจากระดับท้องถิ่นพบว่าส่วนใหญ่ “เหมือนเดิมหรือดีขึ้น” คุณภาพการบริการประชาชนยังไม่พบว่าแตกต่างจากเดิมเนื่องจากเพิ่งเริ่มโอนไปอปท.

4. ในส่วนที่ดำเนินการถ่ายโอนสอ.ไป อปท.แล้ว พบว่าด้านศักยภาพของอปท.ในการดำเนินงานด้านสุขภาพนั้น อปท. ที่รับการถ่ายโอนสถานีนามัย รวมทั้งเทศบาลที่มีการดำเนินการศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่ก่อนแล้ว สามารถดำเนินการได้ มีศักยภาพในการดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การสุขภาพสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี และตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ระดับหนึ่ง แต่จะมีข้อจำกัดเรื่องการประสานงานระหว่างพื้นที่ การส่งต่อ ส่งกลับ การสนับสนุนวิชาการและการโยกย้ายของบุคลากร
5. ความสำเร็จในการถ่ายโอนที่ผ่านมาของแต่ละแห่งขึ้นอยู่กับบริบทสถานการณ์ เจือปนไข ปัจจัยต่างๆ ของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งความสัมพันธ์ที่ต่อกันของสถานีนามัยและอบต./เทศบาลทั้งก่อนถ่ายโอนและการอยู่ร่วมกัน
6. เนื่องจากงานบริการสาธารณสุขต้องอาศัยความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขาวิชาชีพ ในขณะที่อปท.ส่วนใหญ่ มีความพร้อมด้านงบประมาณสนับสนุนแต่ขาดองค์ความรู้ด้านการบริหารการแพทย์และสาธารณสุข
7. สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วคือ อปท.หลายแห่งที่พร้อมจะดำเนินการแต่เมื่อการถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุขไม่ราบรื่น หรือล่าช้า อปท.หลายแห่งจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขของตนเองขึ้นเพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน
8. ข้อเท็จจริงที่ต้องยอมรับจึงมีอยู่ว่า แม้ทุกฝ่ายจะคาดหวังว่าการกระจายอำนาจให้กับองค์กรที่มาจากการเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตยว่าจะสามารถทำให้เกิด ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร มีความทั่วถึงและเป็นธรรมในการบริการ มีการตอบสนองต่อความ

ต้องการของประชาชนในพื้นที่ของตนเอง แต่ในความเป็นจริง การแยกส่วนกันทำมากเกินไปก็อาจเกิดปัญหาไม่ประหยัดในขนาด (Economy of scales) เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างเขตพื้นที่ต่างๆ มีการแทรกแซงทางการเมือง และอาจขาดความเชื่อมโยงของระบบบริการแต่ละระดับ รวมทั้งข้อจำกัดด้านบุคลากร เช่น การสนับสนุนทางวิชาการ ความก้าวหน้า การโยกย้าย ฯลฯ

9. ในภาพรวมนั้น ไม่ว่าจะเลือกกระจายอำนาจด้วยรูปแบบใดก็จะมีข้อได้เปรียบและความเห็นต่างได้เสมอเนื่องจากในพื้นที่มีบริบทที่ต่างกัน และไม่ว่าจะดำเนินการรูปแบบใดจะมีมักพบทั้งข้อดีและข้อจำกัดควบคู่กันเสมอ

10. จากประสบการณ์การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของหลายประเทศจะเห็นว่า การให้อปท.ขนาดเล็กดำเนินการเรื่องบริการสุขภาพโดยเฉพาะด้านรักษาพยาบาลโดยลำพังมีผลกระทบด้านลบมากทั้งเรื่องความคุ้มค่าในการดำเนินงาน ภาระค่าใช้จ่าย การพัฒนาศักยภาพการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ บุคลากรมีแนวโน้มจะไม่ได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการเท่าที่ควร บางประเทศจึงกำหนดในกฎหมายให้บุคลากรต้องได้รับอบรมอย่างน้อยตามเกณฑ์ที่กำหนด อปท.ส่วนใหญ่ดูแลด้านสุขอนามัยทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น หลายประเทศจัดระบบให้มีการจัดการในพื้นที่ที่ใหญ่ขึ้น เช่น ระดับภาคหรืออนุภาค โดยมีการจัดตั้งองค์กรขึ้นมารับผิดชอบโดยเฉพาะ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของประเทศ บางประเทศเริ่ม “รวมศูนย์” (recentralization) การ

จัดการในบางเรื่อง เช่น การเฝ้าระวังและควบคุมโรค การบริหารโรงพยาบาล เป็นต้น

11. ปัจจุบัน แนวนโยบายการกระจายอำนาจ ยังเน้นไปที่การถ่ายโอนสถานบริการ เป็นหลัก แต่ในความเป็นจริง ภายใต้บริบทการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ มีประสบการณ์จริงในประเทศไทยอยู่แล้ว และอปท.ได้เข้ามาดำเนินการหรือมีส่วนร่วมในการดำเนินการในหลายรูปแบบ เช่น 1) การจัดบริการสุขภาพโดยสถานบริการของเทศบาลและกทม. 2) โรงพยาบาลองค์การมหาชน (บ้านแพ้ว) 3) การจัดการด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม 4) การสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ 5) อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต 6) กองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ เป็นต้น ซึ่งมีรูปแบบหลากหลายที่สามารถต่อยอดหรือเลือกดำเนินการต่อไปได้

12. ข้อขัดแย้งและข้อกังวลของผู้มีส่วนได้เสียพอสรุปได้เป็นประเด็นหลักๆ ดังนี้

12.1 ทิศนะหรือความเข้าใจต่อแนวคิดหลักการและรูปแบบการกระจายอำนาจที่แตกต่างกันระหว่างส่วนราชการ อปท. และภาคประชาชน (ฝ่ายคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเน้นการถ่ายโอนสถานบริการ และความเป็นเจ้าของสถานบริการ ฝ่าย สธ. เห็นว่ายังมีรูปแบบอื่นๆ ที่สอดคล้องกับการกระจายอำนาจโดยไม่จำเป็นต้องโอนสถานบริการ ขณะที่ประชาชนเน้นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม)

- 12.2 มีคำถามว่า อำนาจการตัดสินใจควรอยู่ที่ใด ระหว่างผู้ถ่ายโอน (กระทรวงสาธารณสุข) และผู้รับโอน (อปท.)
- 12.3 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ควรเป็นขององค์กรใดเป็นหลัก และ ใครควรเป็นเจ้าของสถานบริการระดับใด
- 12.4 มีการยึดถือหลักการในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่แตกต่าง ระหว่างบริการคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า โดยการจัดการของฝ่ายวิชาชีพซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ กับ การตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ด้วยกลไกอปท. คำถามคือ หากในพื้นที่นั้นมีองค์กรอื่นที่ไม่มีอำนาจทางการเมืองตามกฎหมายเช่นเดียวกับ อปท. เช่น องค์กรชุมชน องค์กรการกุศล ที่มีศักยภาพพอ องค์กรเหล่านี้จะมีบทบาทหรือความรับผิดชอบต่อระบบบริการสุขภาพภายใต้บริบทกระจายอำนาจได้หรือไม่? อย่างไร?

ข้อเสนอเชิงนโยบาย (Policy Recommendation)

1. ประเด็นแนวคิด หลักการ และเป้าหมายร่วม

- 1.1. สำนักงานกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น (สกถ.) หรือองค์กรวิชาการ เช่น สถาบันพระปกเกล้า ควรเป็นเจ้าภาพในการจัดกระบวนการสานเสวนา ระหว่าง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อปรับมุมมองใหม่ให้ถือว่า หลักการสำคัญคือการถ่ายโอน “ความรับผิดชอบ” และ “อำนาจในการตัดสินใจ” ไปยังพื้นที่ ทั้งนี้ให้ถือว่า “การโอนสถานบริการไปยังอปท.” เป็นเพียงทางเลือกหนึ่งเท่านั้น

- 1.2. หาฉันทามติร่วมกันในประเด็นสำคัญๆ เช่น
 - 1.2.1. ความสมดุลระหว่าง การอภิบาลระบบบริการที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ กับการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่พื้นที่
 - 1.2.2. รูปแบบ ระยะเวลา ในการกระจายอำนาจ
 - 1.2.3. บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด
- 1.3. จัดกระบวนการสื่อสาร เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างรอบด้านและทั่วถึง ถึงเป้าประสงค์ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

2. ประเด็นรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

- 2.1. ยืนยันว่า การถ่ายโอนสถานบริการให้อปท. เป็นเพียงรูปแบบหนึ่งของการกระจายอำนาจ แต่ยังมีรูปแบบอื่นๆ อีกที่สอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานการกระจายอำนาจ
- 2.2. หากเลือกการถ่ายโอนสถานบริการเป็นส่วนหนึ่งของการกระจายอำนาจ ดังนั้นเพื่อตอบโจทย์เรื่องการกระจายอำนาจโดยที่ยังคงประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบไว้ได้ รูปแบบที่ควรดำเนินการมากที่สุดคือ โอนสถานอนามัยให้อปท. ทั้งหมดพร้อมกันเป็นพื้นที่ทั้งจังหวัด เป็นอย่างน้อย หรืออาจกว้างกว่านั้น เช่น ระดับอนุภาคโดย ร่วมกันจัดตั้งสหการระหว่างอปท. จัดตั้งหน่วยงานบริหารที่เป็นอิสระหรือในกำกับ ภายใต้กรรมการบริหารระดับจังหวัดที่มีฝ่ายอปท. หรือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธาน และ มีนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขมืออาชีพ (CEO) บริหาร

จัดการ โดยโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) อาจรวมกันเป็นเครือข่ายสังกัดคณะกรรมการระดับจังหวัดหรือระดับอนุภาค หรือรวมกับสถานีนามัยในพื้นที่เป็นเครือข่ายเดียวกันภายใต้ อปท. ก็ได้

- 2.3. สำหรับอปท.ในระดับอบต.และเทศบาลซึ่งต้องมีความรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขอยู่ ด้วยแล้ว อาจจะมีการจัดรูปแบบอื่นๆ ที่สอดคล้องกับพื้นที่ และอาจจัดให้มีโครงสร้างที่ทำงานร่วมกับสถานีนามัยเพื่อให้เกิดบูรณาการด้าน สุขภาพในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง
- 2.4. ควรรับหรือหลีกเลี่ยงการให้ อปท. ขนาดเล็กจัดตั้งหรือดูแลสถานบริการสาธารณสุขโดยลำพัง เพราะจะเกิดปัญหาความไม่คุ้มค่า และเกิดช่องว่างทางการประสานงาน การจัดระบบส่งต่อ ระบบข้อมูล รวมทั้งเกิดช่องว่างในการดำเนินการควบคุมโรคกรณีเกิดโรคระบาดร้ายแรง เป็นต้น
- 2.5. อาจมีรูปแบบอื่นๆ ได้ตามบริบทของพื้นที่

3. ประเด็นกลไกนโยบายและแผนการดำเนินงาน

- 3.1 จัดตั้งสำนักงานเพื่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะอยู่ภายใต้สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สกล.) มีหน้าที่สนับสนุนกลไกคณะกรรมการเพื่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขระดับประเทศ ให้มีทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างพอเพียง และมี

อำนาจจริงในการสั่งการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติตามทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตลอดจนจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อให้การดำเนินการอย่างจริงจัง

- 3.2 สกล. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุขร่วมกันกำหนดให้มีพื้นที่ปฏิบัติการในระดับจังหวัดเพื่อทดลองศึกษารูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณ บุคลากร ทรัพยากร กฎหมายที่เกี่ยวข้องตามบริบทของแต่ละพื้นที่
- 3.2.1 จัดทำแผนปฏิบัติการให้แล้วเสร็จในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี
- 3.2.2 แผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับที่ 3 ใช้เวลาดำเนินงานทั้งสิ้น 10 ปี โดยวางแผนเป็น 3 ระยะคือ
ระยะที่ 1 ใช้เวลา 2 ปี นำร่องปฏิบัติการตามแนวทางที่ได้รับการเห็นชอบร่วมกันแล้วและสรุปผลเพื่อเข้าสู่ระยะที่ 2
ระยะที่ 2 ปีที่ 3 - 5 ขยายผล ดำเนินการ และสรุปปรับแผนในปีที่ 5
ระยะที่ 3 ปีที่ 6 - 10 ดำเนินการให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

เอกสารอ้างอิง

ปรีดา แด่อารักษ์. สังเคราะห์ทางเลือกรูปแบบการกระจายอำนาจด้านบริการสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553.

วินัย ลิสมิทธิ และสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553.

สงครามชัย ลิทองดี. การประเมินความก้าวหน้าและวิเคราะห์ผลกระทบในการดำเนินงานตามแผนกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553.

เวียงรัฐ เนติโพธิ์. กระบวนการทางการเมืองในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข: ศึกษากรณีการถ่ายโอนสถานีนอนามัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553.

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, จิรบูรณ์ ไตสงวน, หทัยชนก สุมาลี. บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพและข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553.

Hawkins, L. จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์, สุธยุด โอสรประสพ. การศึกษาแบบเร่งด่วนในการถ่ายโอนสถานีนอนามัย และโรงพยาบาลนอกระบบ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2552(2) : 214-228.

สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ. สรุปบทเรียนและติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สถาบันวิจัยสาธารณสุข. 2552.

ปรีดา แด่อารักษ์, นิภาพรณ สุขศิริ, รำไพ แก้ววิเชียร, กิรณา แด่อารักษ์. ทบทวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระหว่างปี 2542-2550. สถาบันวิจัยสาธารณสุข. 2551.

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ.2542

ที่ปรึกษา

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข นพ.ดร.วินัย ลิสมิทธิ ผศ.ดร.สงครามชัย ทองดี ผศ.ดร.วีระศักดิ์ พุทธาศรี ผศ. เวียงรัฐ เนติโพธิ์

ผลิตและเผยแพร่โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ในกระทรวงสาธารณสุข

อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02 9511286 โทรสาร 02 9511295

www.hsri.or.th

สังเคราะห์และเรียบเรียงโดย

นพ.ปรีดา แด่อารักษ์ ดร.จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์ สายศิริ ด่านวัฒนะ

บรรณาธิการ

สายศิริ ด่านวัฒนะ

กองบรรณาธิการ

ฐิติมา นวชินกุล อากาศ ทิพย์วิภาพร

ออกแบบ

วัฒนสินธุ์ สุวรรตนาพันธ์

พิมพ์ที่

ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒนไพศาล

ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ [http:// www.hsri.or.th](http://www.hsri.or.th)