

ผลการวิจัย

เรื่อง

บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุข

ภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

(The Appropriate Roles of the Ministry of Public Health
within Health Care Decentralization)

โดย

วิชัย ลิ้มสมิทธิ์

(Vinai Leesmidt)

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

(Somsak Chunharas)

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนสถานื่อนามัยจำนวน 28 แห่งแก่อปท.จำนวน 28 แห่ง มีทั้งประสบผลสำเร็จและล้มเหลว อปท.ส่วนใหญ่ยอมรับว่าขาดศักยภาพทั้งด้านการจัดการและการเงิน เป็นเรื่องจำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุขต้องหาทางเลือกอื่น ๆ สำหรับกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขตามที่กฎหมายกำหนด เหล่านี้เป็นเหตุผลของการศึกษาวิจัยนี้ การศึกษากำหนดวัตถุประสงค์ไว้ 4 ประการ คือ 1)หาทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อการบริหารจัดการหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขหลังกระจายอำนาจ 2)วิเคราะห์บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขสำหรับเชื่อมโยงกับอปท.เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ 3)วิเคราะห์บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขหลังกระจายอำนาจ และ 4)วิเคราะห์การอภิบาลระบบโดยรวมหลังกระจายอำนาจเพื่อให้เกิดบริการที่ดีกว่าเดิม วิธีการศึกษาประกอบด้วยการศึกษาทบทวนประสบการณ์ทั้งในและต่างประเทศ กับการประชุมระดมความคิดของตัวแทนที่มาจากกระทรวงสาธารณสุข สปสช. อปท. องค์กรอิสระ นักวิชาการและชุมชน ข้อมูลที่ได้ถูกนำไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ นำเสนอเชิงพรรณนาประกอบตารางและภาพที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาพบว่าประเด็นสำคัญที่น่าสนใจอยู่ 6 ประการ คือ 1)การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในบริบทประเทศไทยเป็นกลวิธีไม่ใช่เป้าหมาย มีความหมายมากกว่าเพียงการถ่ายโอนหน่วยบริการแก่อปท.มุ่งเน้นผลประโยชน์ที่ประชาชนได้รับที่ดีขึ้น 2)เขตสุขภาพภายใต้คณะกรรมการบอร์ดอิสระและดูแลสนับสนุนโดยกระทรวงสาธารณสุขน่าจะเป็นทางเลือกสำหรับบริหารจัดการหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขที่เหมาะสม เพราะระบบสุขภาพเชื่อมโยงไม่แยกส่วนโดยเฉพาะระบบส่งต่อ มีความประหยัดต่อขนาด มีความยืดหยุ่นให้ทุกภาคส่วนสามารถเข้ามีส่วนร่วมทั้งการจัดการและบริการ พัฒนาระบบมาภิบาลได้ดี ไม่มีปัญหาการขัดแย้งเชิงความคิดนโยบายและการดำเนินงาน แต่ขาดกฎหมายและระเบียบรองรับและต้องการบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเข้ามาเป็นกรรมการบอร์ดซึ่งขาดแคลนในพื้นที่ 3)บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงกับอปท.เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควรเน้นด้านพัฒนาคุณภาพชีวิต การดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ การป้องกันโรคที่พบบ่อยในพื้นที่และด้านบริการสังคมที่เป็นตัวชี้วัดสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขต้องมีบทบาทควบคุมโรคที่เกิดระบาดรุนแรงและต้องการวิชาการที่ก้าวหน้า 4)บทบาทหลังการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขจะเปลี่ยนแปลงไปมาก กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญสำหรับกำหนดนโยบายการกำกับด้วยกฎหมายและประสานงานระดับชาติ ส่วนหน่วยงานระดับต่างๆของกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติโดยการวางแผน ติดตามประเมินผล จัดสรรทรัพยากร สนับสนุนวิชาการ และประสานงานกับหน่วยต่างๆ 5)การอภิบาลระบบโดยรวมต้องประกอบด้วยโครงสร้างบริหารราชการเดิม นำกลไกตลาดมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพ และสร้างเครือข่ายอภิบาลที่พัฒนาระบบมาภิบาลที่ดี และสุดท้าย 6)ข้อควรระวังในการกระจายอำนาจที่

กระทบการทำงานขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่และความไม่พร้อมของอปท. การศึกษาได้เสนอแนะว่า ควรมีการประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจในความหมายของการกระจายอำนาจแก่ประชาชน เขตสุขภาพน่าจะได้รับการศึกษาวิจัยพัฒนาเชิงลึกและนำไปสู่นโยบายที่ชัดเจนสมควรกำหนดจัดตั้งคณะกรรมการบอร์ระดับชาติขึ้นกำกับดูแล วางแผน และพัฒนาอย่างจริงจังต่อเนื่อง ควรทบทวนกฎหมายระเบียบที่เกี่ยวข้องและปรับปรุงหรือเพิ่มเติมให้เกิดการกระจายอำนาจที่คล่องตัวโดยเฉพาะการจัดตั้งเขตสุขภาพและการกำหนดบทบาทหน้าที่หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขหลังกระจายอำนาจ และสุดท้ายการศึกษาวิจัยระบบสุขภาพของเขตสุขภาพควรหาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง อำนาจ การจัดการ และบริการให้เห็นภาพได้ชัดเจน

Executive Summary

Since 1999, the Ministry of Public Health (MOPH) has transferred 28 health centers to 28 local governments (LGs). There were both success and failure. Most of LGs accepted that they lack capability in both health care management and financing. It was essential that MOPH find out other alternatives for decentralization as the law assigned. This was the rationale why needed a study. The research had four important objectives including 1) finding out the alternatives for managing health care units of the MOPH after decentralization. 2) analyzing the appropriate roles of the MOPH linking with the LGs for health promotion and disease prevention in local areas. 3) analyzing the roles of the MOPH's different organizations after decentralization and 4) analyzing the appropriate overall system governance after decentralization in order to achieve better health care. The research methods consisted of reviewing the national and international experiences on health care decentralization, and brainstorming of the representatives from MOPH, NHSO, LGs, NGOs, experts and community. The obtained data was analyzed with content analysis technique. Then the results of analysis was synthesized and presented descriptively, complementing with relevant tables and figures.

The result of the study pointed out six important issues comprising, first, health care decentralization in the Thai context was a means rather than an end. The definition was far more meaningful than just the transfer of health care units to LGs, concentrating on population's beneficiaries. Second, area health, under the responsibility of the area health board supporting by the MOPH, was the most appropriate option for decentralization since the health care system was united ,not fragmented, especially the referral system. There was economy of scale. The area health was very flexible allowing all stakeholders to join in both service administration and delivery. Good governance was feasibly developed. It could solve the problem of conflict of interest at both policy and operational levels. However, there was a lack of legal statute to support. The area health required expertise recruited as a board member which was very scarce in local area. Third, the appropriate roles of the MOPH connecting with LGs for health promotion and disease prevention should focus on quality of life improvement, the specific target group services, endemic disease control, and social services provision which were the social determinant of health. The MOPH needed to take responsibility for the pandemic disease control and advanced epidemiological technique development. Fourth, roles of the MOPH changed much after decentralization. The MOPH had

important roles in policy setting, law regulation and collaboration with international agencies. The units of the MOPH played an important role for putting the declared policy into practice via health care planning, monitoring and evaluation, resource allocation, technical support and coordination with other organizations. Fifth, the overall system governance needed a combination of formal bureaucratic system, market mechanism to improve efficiency, and partnership in health working for good governance. And, finally, it should be beware that there were some effects of decentralization concerning health personnel's tenure and motivation, and the incapability of some LGs. The study recommended that the meaningful definition of health care decentralization should be publicly advocated. The area health should be more deeply studied and proposed as a national policy. The national board of health care decentralization was essential that it needed to be taken into consideration for the sake of continuous decentralization planning and development. The relevant regulations and laws needed to be revised and mandated in order that the decentralization could be implemented flexibly, especially the establishment of area health and the designing of the new roles of MOPH and its organizations. Finally, it was recommended that the area health need urgently studied in terms of the relations of the structure, authority and service delivery to be clearly figured out.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) การศึกษาที่สำเร็จลุล่วงล้วนเป็นความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการและทีมงานในสถาบันทุกท่าน คณะวิจัยขอขอบคุณอย่างยิ่งในการอนุเคราะห์นี้ การศึกษาครั้งนี้ประสบผลสำเร็จอย่างสูงด้วยความกรุณาของผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน ทั้งผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการ ผู้อำนวยการสปสช. เขต ผู้บริหารสปสช. อาจารย์มหาวิทยาลัย ผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าหน้าที่ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)ทุกท่าน ที่ยอมเสียสละเวลาที่มีค่าให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกทุกประการแก่คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณทีมงานวิจัยที่ร่วมกันศึกษาและสร้างผลงานวิชาการเพื่อถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ที่ต้องการใช้ประโยชน์ต่อไป

สารบัญเรื่อง

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	i
กิตติกรรมประกาศ	v
สารบัญเรื่อง	vi
สารบัญภาพ	vii
สารบัญตาราง	viii
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา	3
1.3 วิธีการศึกษา	3
1.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอ	4
บทที่ 2 ผลการทบทวนวรรณกรรม	5
2.1 แนวคิดการกระจายอำนาจ	5
2.2 ความหมายของการกระจายอำนาจ	6
2.3 เหตุผลของการกระจายอำนาจ	6
2.4 รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข	7
2.5 ผลกระทบของการกระจายอำนาจ	13
2.6 บทบาทด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	15
2.7 การกระจายอำนาจกับการจัดการภาครัฐแนวใหม่	20
2.8 บทบาทด้านสาธารณสุขที่จำเป็น	21
2.9 ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	25
2.10 การอภิบาลระบบสุขภาพ	29
2.11 ธรรมนูญ	34
2.12 เขตสุขภาพกับการกระจายอำนาจ	36
บทที่ 3 ผลการศึกษา ข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะ	37
3.1 ความหมายของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในบริบทประเทศไทย	37
3.2 ทางเลือกและทางออกสำหรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขประเทศไทย	38
3.3 รูปแบบจำลองของการจัดตั้งเขตสุขภาพภายใต้คณะกรรมการบอร์ด	48
3.4 บทบาทที่เปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรในสังกัด	51
3.5 บทบาทกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่	59
3.6 การอภิบาลระบบสุขภาพหลังกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข	62
3.7 ข้อควรระวังและปัญหาอุปสรรคการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข	65
3.8 ข้อเสนอแนะและข้อเสนอแนะ	67
เอกสารอ้างอิง	69

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1.1 ผลกระทบของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขต่อกระทรวงสาธารณสุข.....	2
ภาพที่ 2.1 โครงสร้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเทศกำลังพัฒนา.....	28
ภาพที่ 2.2 คุณลักษณะของธรรมาภิบาล.....	35
ภาพที่ 3.1 ทางเลือกสำหรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขประเทศไทย	42
ภาพที่ 3.2 ระบบสุขภาพของเขตสุขภาพ.....	50
ภาพที่ 3.3 โครงสร้างระบบสุขภาพหลังการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข.....	52

สารบัญตาราง

ตารางที่ 2.1	รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข.....	9
ตารางที่ 2.2	เปรียบเทียบระดับความรับผิดชอบตามภารกิจกรมของการกระจายอำนาจ.....	10
ตารางที่ 2.3	บทบาทด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเทศนอร์ดิค.....	13
ตารางที่ 2.4	เปรียบเทียบบทบาทสาธารณสุขที่จำเป็นกับบทบาทกระทรวงสาธารณสุขที่ เปลี่ยนแปลงหลังกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....	24
ตารางที่ 2.5	เปรียบเทียบความแตกต่างของการอภิบาลระบบสุขภาพ.....	31
ตารางที่ 3.1	ข้อดีและด้อยของการโอนสถานีอนามัยแก่อบต.หรือเทศบาล.....	43
ตารางที่ 3.2	ข้อดีและด้อยของการโอนสถานีอนามัยและโรงพยาบาลแก่อบจ.....	44
ตารางที่ 3.3	ข้อดีและด้อยของการจัดตั้งเขตสุขภาพภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....	45
ตารางที่ 3.4	ข้อดีและด้อยของการจัดตั้งเขตสุขภาพภายใต้คณะกรรมการอิสระ.....	46
ตารางที่ 3.5	จุดดีและจุดด้อยของทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข.....	47
ตารางที่ 3.6	บทบาทกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดหลังการกระจายอำนาจ.....	58
ตารางที่ 3.7	เปรียบเทียบลักษณะสำคัญของบทบาทด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....	62
ตารางที่ 3.8	เปรียบเทียบคุณลักษณะธรรมาภิบาลระหว่างช่องทางการอภิบาลระบบ.....	65

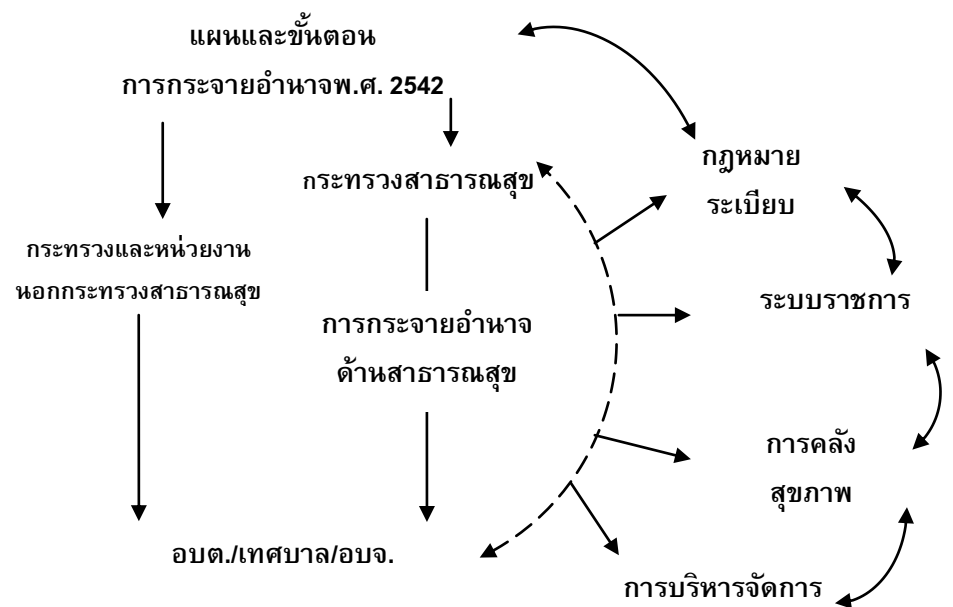
บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขถูกใช้เป็นกลไกปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศต่างๆ ทั่วโลกว่า โดยเข้าใจว่าสามารถเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพให้เกิดบริการที่ดีขึ้นทั้งด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพและเป็นธรรม แม้หลักฐานการศึกษาที่ยืนยันให้ชัดเจนว่าการพัฒนาที่ดีขึ้นของ บริการสุขภาพเป็นผลโดยตรงจากการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้นมีไม่หนักแน่นนักก็ตาม แต่ประเทศต่างๆ ทั้งที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้วก็ยอมรับว่าการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข มีผลดีต่อระบบสุขภาพมากกว่าผลเสีย ประเทศไทยเองก็ได้รับอิทธิพลจากแนวโน้มการกระจาย อำนาจผลักดันให้เกิดการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขขึ้น โดยประเทศไทยออกกฎหมาย พรบ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจพ.ศ. 2542 กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขรวมทั้ง กระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนไทย ต้องดำเนินการกระจาย อำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.)ตามที่กฎหมายกำหนด กระทรวงสาธารณสุขจึง จัดทำแผนกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปีพ.ศ.2543ขึ้น เป็นผล ให้เกิดการถ่ายโอนภารกิจ 7 ภารกิจแก่อปท.ได้แก่ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การจัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด การส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม คือ แม่และเด็ก วัยเรียน เยาวชน วัยทำงาน และผู้สูงอายุ ซึ่งถ่ายโอน สำเร็จในปีพ.ศ.2547 ปีพ.ศ.2549 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงแผนปฏิบัติการสำหรับ ขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ต่อมาปีพ.ศ.2550 กระทรวงสาธารณสุขได้ทดลอง ถ่ายโอนสถานอนามัยจำนวน 22 แห่งแก่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)และเทศบาลตำบล ซึ่งปีพ.ศ. 2552 ได้ถ่ายโอนเพิ่มเติมอีก 6 แห่งรวมเป็นทั้งสิ้น 28 แห่ง ระยะเวลา 10 ปีของการ ดำเนินงานที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้รับประสบการณ์การกระจายอำนาจด้าน สาธารณสุขส่วนหนึ่งและเกิดการเรียนรู้ การทบทวนบทเรียนที่เกิดขึ้นทำให้กระทรวง สาธารณสุขเริ่มมองเห็นความสำคัญที่จำเป็นต้องกำหนดบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขให้ ชัดเจนขึ้น เพราะกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทภารกิจสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนทุก คนในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยบริการในสังกัดจำนวนมากและหลายระดับ จาก การทบทวนประสบการณ์พบว่าอปท.หลายแห่งยังไม่พร้อมที่จะรับการถ่ายโอนหน่วยบริการ กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลทุกระดับถึงศูนย์การแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องปรับบทบาทและมองหาทางเลือกให้เกิดความเหมาะสมสมดุลที่ จะสร้างการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่ดีต่อไป

การประชุมระดมสมองเพื่อทบทวนแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ปีพ.ศ.2552 เกิดข้อเสนอทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น เพื่อให้กระทรวง สาธารณสุขสามารถดำเนินการตามที่พรบ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจพ.ศ.2542กำหนด

ทางเลือกดังกล่าวประกอบด้วย ทางเลือกเดิมโดยการถ่ายโอนสถานีแก๊บต.และเทศบาล และเพิ่มเติมการถ่ายโอนแก๊บต.การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) หรือเลือกร่วมดำเนินการกับอปท.ในรูปแบบคณะกรรมการสุขภาพ หรือเลือกตามที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.)เสนอแนะให้สถานีอนามัยถ่ายโอนแก๊บต. โรงพยาบาลชุมชนออกนอกระบบเป็นโรงพยาบาลอิสระที่อยู่ในกำกับของรัฐ ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์และหน่วยบริการที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางโอนไปให้แก๊บต.มหาวิทยาลัยสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ เพื่อทำหน้าที่เป็นสถานฝึกหัดและผลิตบุคลากรแบบโรงเรียนแพทย์ ทางเลือกเหล่านี้ล้วนสร้างกีดกันแก่กระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก เพราะไม่ว่าจะเลือกทางไหนย่อมส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพที่เป็นส่วนรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขทั้งนั้น จึงเกิดคำถามเชิงวิจัยว่า **“บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขควรเป็นอย่างไร?”** จะสามารถตอบโจทย์นี้ได้จำเป็นต้องมองภาพรวมทั้งหมดของผลกระทบที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับจากการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขครั้งนี้ดังภาพที่ 1 ข้างล่าง



ภาพที่ 1.1 ผลกระทบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขต่อกระทรวงสาธารณสุข
ที่มา: ดัดแปลงจาก LEESMIDT and PANNARUNOTHAI 2007

ภาพที่ 1.1 แสดงให้เห็นว่าเมื่อเกิดการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศไทยแล้วนั้น กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยนบทบาท 4 มิติที่สำคัญ ได้แก่ มิติด้านกฎหมาย ระเบียบและการควบคุมกำกับ มิติด้านระบบราชการเดิมในการกำกับดูแลบังคับบัญชาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสาธารณสุขทั้งหมด มิติด้านการเงินการคลังที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้งแหล่งเงิน การจัดสรรและการนำไปใช้เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่ต้องการของประชาชน สุดท้ายเป็น มิติการบริหารจัดการทั่วไปและเชิงกลยุทธ์ หากพิจารณาโจทย์วิจัยข้างต้นและเชื่อมโยงกับกรอบ

ความคิดที่เกิดขึ้นตามภาพที่ 1.1 สามารถกำหนดคำถามวิจัยย่อยเพื่อเป็นวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยสำหรับตอบโจทย์คำถามหลักดังนี้

1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์การศึกษาสำคัญ 5 ประการคือ

1. เพื่อศึกษาทางเลือกสำหรับบริหารหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขหลังการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข
2. เพื่อวิเคราะห์บทบาทกระทรวงสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับเชื่อมโยงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการป้องกันควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่
3. เพื่อวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เหมาะสมหลังกระจายอำนาจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักตรวจราชการสาธารณสุขเขต ศูนย์วิชาการเขตกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์ควบคุมโรคเขต ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต เป็นต้น และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่
4. เพื่อศึกษาการอภิบาลระบบโดยรวม (Overall System Governance) ที่เหมาะสมในการกำกับดูแลระบบสุขภาพหลังการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม
5. เพื่อเสนอแนวทางการปรับบทบาทใหม่ที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

1.3 วิธีการศึกษา

การวิจัยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพที่สำคัญ 2 วิธี คือ

1. การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง วรรณกรรมที่ทบทวนมาจากประสบการณ์ต่างประเทศและในประเทศไทย ผลจากการทบทวนวรรณกรรมจะนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการประชุมระดมความคิดเห็นในตอนต่อไป
2. การประชุมระดมความคิดเห็นต่อจากผลการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการประชุมผู้เชี่ยวชาญทั้งนักวิชาการและผู้บริหารในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ผลจากการระดมความคิดเห็นจะนำไปวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกับผลการทบทวนวรรณกรรม เพื่อสร้างแนวทางความคิดเห็นต้นแบบและนำเสนอเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการประชุมความคิดเห็นต่อไปในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการประชุมสำหรับผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับนักวิชาการทรงคุณวุฒิ ผลการประชุมจะนำไปสร้างแนวทางข้อเสนอความคิดเห็นเชิงนโยบายและปฏิบัติสำหรับการปรับเปลี่ยนบทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอ

ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการระดมสมอง นำมาวิเคราะห์โดยเนื้อหา (Content Analysis) โดยกำหนดแนวทางวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผลการวิเคราะห์จะถูกนำมาสังเคราะห์ให้เกิดองค์ความรู้ที่ตอบโจทย์คำถามวิจัยที่กำหนด ผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบเชิงพรรณนาที่ประกอบตารางและภาพที่วิเคราะห์และสังเคราะห์ขึ้น

รายงานการศึกษานี้ประกอบด้วยบทสำคัญ 3 บท ได้แก่ บทแรกคือบทนำแสดงถึงหลักการเหตุผลของการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา วิธีการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอข้อมูล บทที่ 2 เป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทฤษฎี แนวคิด ประสบการณ์ต่างประเทศและประเทศไทยในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขและประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ เพื่อโยนไปสู่การสร้างข้อมูลในการระดมความคิดตามวัตถุประสงค์การศึกษา บทที่ 3 เป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการศึกษา เพื่อตอบคำถามวิจัย ผลที่ได้รับนำไปสู่การวิพากษ์ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขประเทศไทยรวมทั้งแนวทางการพัฒนาประเด็นการศึกษาที่ต่อเนื่อง

บทที่ 2 ผลการทบทวนวรรณกรรม

บทที่ 2 เป็นการนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในและต่างประเทศ โดยเริ่มจากทฤษฎีการกระจายอำนาจทั้งเหตุผล แนวคิด แรงขับเคลื่อน คำจำกัดความ ความหมาย ข้อดีและข้อของการกระจายอำนาจ และรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข การทบทวนครอบคลุมถึงประสบการณ์การบริหารภาครัฐแนวใหม่ การอภิบาลระบบ ความสัมพันธ์ระหว่างการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขกับบริการสาธารณสุข ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยนำเสนอการทบทวนที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 20 ปีของการกระจายอำนาจ เพื่อให้เห็นถึงการพยายามผลักดันและพัฒนารวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น รายละเอียดของการทบทวนวรรณกรรมจะกล่าวโดยลำดับดังนี้

2.1 แนวคิดการกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจได้รับความนิยมนำมาเป็นกลไกสำคัญในการปกครองและการจัดการระบบตั้งแต่สมัยการสร้างอาณานิคม ต่อมามีการนำแนวคิดการจัดการภาครัฐที่เกิดขึ้นตามหลักการบริหารและเศรษฐศาสตร์จนสามารถแบ่งระยะเวลาของการนำเอาการกระจายอำนาจมาใช้ในระบบการเมืองการปกครองและบริการสาธารณะได้ 3 ระยะดังนี้ (COLLINS 1994) คือ

- ระยะการปกครองแบบอาณานิคมค.ศ.1950-1960 การกระจายอำนาจถูกใช้เป็นกลวิธีจัดตั้งรัฐอิสระและจัดบริการของรัฐในประเทศอาณานิคม หลักการสำคัญของการสร้างอาณานิคมเพื่อแบ่งแยกปกครองและให้การแก้ไขความขัดแย้งเกิดขึ้นในวงแคบ มองในแง่ดีเป็นการให้อำนาจการปกครองแก่พื้นที่เพื่อสามารถเข้าใจปัญหา แก้ไขปัญหาได้รวดเร็วและมีประสิทธิผลตามที่ประชาชนต้องการ
- ค.ศ.1960-1980 การกระจายอำนาจใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงความจำเป็นขั้นพื้นฐานและการมีส่วนร่วมของชุมชน การกระจายอำนาจถูกใช้เป็นวิธีการเพื่อการบริหารจัดการและการวางแผนให้เกิดประสิทธิภาพสำหรับการพัฒนาชนบทและกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นการส่งเสริมระบบประชาธิปไตย
- ทฤษฎีแนวคิดใหม่ ค.ศ.1980-1990 เป็นการนำแนวคิดการจัดการแนวใหม่และแนวคิดเศรษฐศาสตร์มาใช้บริหาร โดยการกระจายอำนาจถูกมองว่าสร้างการจัดการที่เกิดประสิทธิภาพที่ดีขึ้น การกระจายอำนาจถูกนำมาเชื่อมโยงกับการแปรรูปเอกชน แก้ไขข้อจำกัดของบทบาทรัฐที่มีการรวมศูนย์การวางแผนและพัฒนาระบบราชการที่ด้อยประสิทธิภาพ

จากการแบ่งระยะเวลาของการนำเอาการกระจายอำนาจมาใช้ จะเห็นการพัฒนาและวิวัฒนาการที่กล่าวได้ว่าการกระจายอำนาจเข้าไปมีส่วนสำคัญของการปฏิรูปการเมืองการ

ปกครองและการบริหารจัดการ จึงสมควรเข้าใจความหมายของการกระจายอำนาจที่ถูกนำไปใช้ในบริบทที่แตกต่างกันออกไป รวมทั้งเหตุผลของการนำเอาไปใช้

2.2. ความหมายของการกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขได้รับความนิยมนำไปว่าสามารถทำให้การบริหารจัดการและการบริการสุขภาพดีขึ้น เพราะเอื้อให้เกิดการแก้ปัญหาสุขภาพที่แท้จริง สร้างการปรับตัวมากขึ้นและยืดหยุ่นตามบริบทในพื้นที่ จนทำให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพสนองตอบความต้องการประชาชนที่เกิดขึ้นในพื้นที่จริง แต่ขณะเดียวกันการกระจายอำนาจก็สามารถสร้างปัญหาและผลเสียแก่ระบบสุขภาพหากไม่ได้นำไปใช้อย่างระมัดระวัง เช่น สร้างปัญหาความไม่เท่าเทียมของบริการสุขภาพในพื้นที่ยากจนและร่ำรวย เป็นต้น (MILLS 1990, COLLINS and GREEN 1994)

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมีความหมายที่เข้าใจหลากหลายแตกต่างกัน บางครั้งอาจถูกมองว่าเป็นเป้าหมาย (end) บางครั้งมองว่าเป็นกลวิธี (mechanism) การศึกษาค้นคว้ามองการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเป็นเสมือนกลไก (mechanism) ที่จะพัฒนาระบบสุขภาพให้เกิดบริการที่ดีกว่าเดิม เพื่อการเข้าใจเบื้องต้นที่ตรงกันการกระจายอำนาจในการศึกษานี้จะให้ความหมายว่า "เป็นการโอนย้ายอำนาจการวางแผน การตัดสินใจ และการจัดการเกี่ยวกับกิจกรรมรัฐจากระดับชาติสู่องค์กรหรือหน่วยงานที่อยู่ระดับต่ำกว่า รวมถึงโอนย้ายอำนาจของรัฐสู่รัฐวิสาหกิจ จากข้าราชการสู่คณะกรรมการที่มีอิสระกว่า ยังหมายความถึงการที่รัฐยอมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมจนถึงควบคุมเพื่อจะบรรลุคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า เนื่องจากมีการตัดสินใจทางการเมืองและการจัดสรรทรัพยากรที่ดี" (CONYERS 1983, MILLS 1990, COLLINS 1994)

จากความหมายดังกล่าวนี้สังเกตได้ว่าการกระจายอำนาจเป็นการบริหารจัดการของภาครัฐที่สร้างความเป็นอิสระและประชาชนมีโอกาสร่วม โดยสุดท้ายประชาชนได้บริการที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นโอนอำนาจบริหารจัดการทั้งแนวดิ่งและแนวนอนที่อิสระเพิ่มขึ้น ครอบคลุมทั้งแนวคิดของการบริหารสาธารณะ (public administration) เศรษฐศาสตร์ (economics) และการเมือง (politics) ซึ่งเป็นปรัชญาพื้นฐานสำหรับการพิจารณารูปแบบการกระจายอำนาจที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ และนำไปสู่การพิจารณาทางเลือกและการบริหารหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยต่อไป

2.3 เหตุผลของการกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้นมีแนวคิดที่แสดงถึงเหตุผลการนำไปใช้ในลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ด้านการเมือง ด้านการจัดการแนวใหม่ และด้านเศรษฐศาสตร์ แต่ละด้านจะสามารถอธิบายเหตุและผลที่การกระจายอำนาจถูกนำไปใช้โดยละเอียดดังนี้

เหตุผลด้านการเมือง

Collins(1989)และBurki, Perry and Dillinger (2002)พร้อมทั้งKhaleghian and Gupta (2004) ยืนยันอย่างหนักแน่นว่าการเมืองเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการกระจายอำนาจ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนา การกระจายอำนาจถูกนำมาเป็นใช้เป็นเครื่องมือทางการเมือง 4 รูปแบบ คือ

1. เพื่อลดบทบาทของรัฐบาลกลางในการจัดระบบสวัสดิการสังคม โดยหวังว่าลดภาระหนี้ของรัฐบาลกลางที่มีมากมาย ประเทศลูกหนี้ต้องมีการเจรจาต่อรองกับกองทุนการเงินระหว่างประเทศ(IMF) ข้อตกลงมักจะกำหนดให้สร้างความสมดุลระหว่างการค้า ควบคุมภาวะเงินเฟ้อ และลดภาระหนี้ของรัฐ การกระจายอำนาจถูกมองว่าเป็นแนวทางที่จะโอนย้ายกิจการรัฐให้แก่ภาคเอกชน รัฐควรวางมือจากกิจการบางประการเพื่อลดรายจ่าย แต่ผลเสียที่เกิดตามมาคือจะทำให้ความเชื่อมโยงของรัฐส่วนกลางกับองค์กรอื่นๆ ถูกตัดขาดออกไป
2. เพื่อลดความขัดแย้งทางสังคมและการเมือง เป็นนโยบายแบ่งแยกเพื่อปกครอง ทำให้ความรุนแรงทางการเมืองอยู่ในวงแคบๆนอกส่วนกลาง แต่ทำให้การประสานงานระหว่างองค์กรในแนวราบเกิดปัญหาขึ้นได้
3. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน แต่กลุ่มอิทธิพลทางการเมืองบางกลุ่มอาจครอบงำแทนที่ โดยเฉพาะองค์กรที่ได้รับการกระจายอำนาจรวมทั้งอปท. เจ้าของที่ดิน เศรษฐี และนายทุนมักจะเป็นผู้ชี้ชะตาของการเมืองท้องถิ่นโดยใช้ความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์
4. ถูกใช้ขยายอำนาจการปกครองของรัฐบาลกลางต่อประชาชนในท้องถิ่น เพื่อเสริมฐานอำนาจของรัฐบาลกลางหรือกลุ่มนักการเมืองที่ปกครองประเทศ อปท.ถูกควบคุมให้สร้างความมั่นคงแก่รัฐบาลกลาง เป็นการกระจายอำนาจเพื่อรวมศูนย์อำนาจ

เหตุผลด้านบริหารจัดการ

เชื่อว่าการกระจายอำนาจช่วยปรับปรุงการบริการสาธารณสุข สร้างความเป็นธรรม เพิ่มประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพบริการ และสร้างกระบวนการประชาธิปไตย รัฐบาลกลางและอปท.เจรจาต่อรองให้ทราบว่าจะแต่ละฝ่ายคาดหวังอย่างไรและร่วมกันกำหนดระดับที่เหมาะสมสำหรับการกระจายกิจกรรมและอำนาจความรับผิดชอบ (BOSSERT 1998, KJÆR 2004) อย่างไรก็ตาม Khaleghian and Gupta (2004) ได้ยืนยันชัดเจนว่าการกระจายอำนาจมีปัญหาอย่างยิ่งในการบริหารโครงการสาธารณสุข เพราะการกระจายอำนาจจะทำให้บริการสาธารณสุขเลวลงได้ และสร้างปัญหาที่บริการสาธารณสุขจะถูกทอดทิ้งละเลยเนื่องจากเป็นบริการสาธารณะ ที่ไม่ก่อรายได้ และมีความหลากหลายที่ต้องการวิชาการและการดำเนินงานที่รอบคอบ

เหตุผลทางเศรษฐศาสตร์

Owens and Norregaard 1991) กล่าวว่า โดยทั่วไปความต้องการบริการด้านสุขภาพของบุคคลมีแตกต่างกัน การกระจายอำนาจความรับผิดชอบจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการหลากหลายนั้นได้ และสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับการบริการสุขภาพของแต่ละคนมีข้อจำกัดซึ่งไม่เท่ากัน ทำให้ไม่สามารถจัดรูปแบบการบริการที่เป็นการรวมศูนย์ได้อย่างเท่ากัน

การกระจายความรับผิดชอบออกไปจะสามารถทำให้สิทธิประโยชน์ที่ต้องการของประชาชนมีข้อจำกัดน้อยลงและสามารถจัดบริการสุขภาพได้เหมาะสมกับความต้องการแต่ละคน การกระจายอำนาจจึงถูกมองว่าสามารถทำให้การดำเนินงานของโครงการต่าง ๆ สอดคล้องและตอบสนองต่อความต้องการในท้องถิ่นได้เหมาะสมดีกว่า ความพยายามที่จะส่งเสริมให้เกิดการประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานบริการควรมีอิสระเพียงพอที่ตอบสนองต่อทางเลือกของผู้ให้และรับบริการและระบบประกัน เป็นการสร้างประสิทธิภาพและความเป็นธรรมโดยผ่านทางเลือกของประชาชนและกลไกตลาด การกระจายอำนาจรูปแบบเป็นการกำกับกลไกตลาด (Regulated Market Model) เพื่อแก้ไขความล้มเหลวของกลไกตลาดที่มีต่อการบริการด้านสาธารณสุข (BOSSERT 1996)

2.4 รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข (Forms of Health Care Decentralization)

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมีรูปแบบแตกต่างกันตามระดับความอิสระในการบริหารจัดการ ดังนั้นรูปแบบการกระจายอำนาจจึงมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับโครงสร้างและการบริหารจัดการระบบบริการของหน่วยบริการ วิธีการแบ่งรูปแบบต่าง ๆ นั้นอาศัยแนวคิดพื้นฐาน 3 ประการ ของการบริหารสาธารณะ (Public Administration) เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics) และการจัดการสาธารณะแนวใหม่ (New Public Management) (MILLS 1990, COLLINS 1994, BOSSERT 1998) การกระจายอำนาจอาจเป็นไปตามแนวดิ่ง (Vertical Decentralization) หรือแนวนอน (Horizontal Decentralization) และอาจเป็นการกระจายอำนาจที่ยังคงอยู่ภายในองค์กรหรือออกนอกองค์กรเดิม ซึ่งสรุปได้ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่สำคัญ 7 รูปแบบ แบ่งเป็นรูปแบบที่กระจายอำนาจภายในองค์กร หมายถึงว่า เป็นการถ่ายโอนอำนาจไปสู่หน่วยงานที่ระดับต่ำกว่าแต่ยังคงอยู่ภายในองค์กรเดิม 4 รูปแบบ และกระจายอำนาจออกนอกองค์กรเดิม 3 รูปแบบ รูปแบบที่กระจายอำนาจยังคงอยู่ภายในองค์กรเดิมนั้นยังแบ่งออกเป็น การถ่ายโอนอำนาจเกิดตามสายบังคับบัญชาหรือแนวดิ่ง 1 รูปแบบ ได้แก่ Deconcentration เป็นการกระจายเพียงบทบาทงานประจำที่การตัดสินใจและการบริหารต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นและอำนาจสูงสุดคงอยู่ที่ส่วนกลางซึ่งแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบย่อย คือ Functional และ Integrated-Prefectoral Deconcentration ที่เหลืออีก 3 รูปแบบเป็นการกระจายอำนาจแก่หน่วยงานหรือองค์กรที่ไม่ได้อยู่ในสายบังคับบัญชาเดิม เป็นสายงานประสานที่เกิดขึ้นใหม่แต่ยังดำเนินการตามนโยบายที่กำหนดและอยู่ในขอบเขตองค์กรเดิม ประกอบด้วย Delegation, Decentralization to local body ซึ่งเทียบได้กับระบบสุขภาพเขตพื้นที่ (Regionalization) สำหรับคำว่าเขตพื้นที่หรือ regionalization ในที่นี้เป็นคำเรียกแบบทั่วไป (Generic Name) และที่เหลืออีกรูปแบบของการกระจายอำนาจในองค์กรเดิมแต่ไม่ได้อยู่ในสายบังคับบัญชาคือกระจายอำนาจโดยนำกลไกตลาดมาจัดการในภาครัฐที่เรียกชื่อว่า Decentralization through Internal Market within Public Organization ตารางที่ 2.1 ช่อกษา

เป็นรูปแบบการกระจายอำนาจที่ถ่ายโอนอำนาจออกไปสู่องค์กรอื่นๆ นอกองค์กรเดิม ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ Devolution, Privatization และ Federalism

เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบต่างๆข้างต้นจะเห็นได้ว่า 3 รูปแบบหลังนี้มีอิสระมากกว่า 4 รูปแบบแรก เพราะอยู่นอกขอบเขตภาครัฐหรือระบบราชการของรัฐบาลกลางที่มีกฎเกณฑ์ที่เข้มงวดและตีกรอบมียึดหยุ่น โดย Devolution เป็นการถ่ายโอนอำนาจการบริหารจัดการออกจากรัฐบาลกลางไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่างๆ ส่วน Privatization นั้นถ่ายโอนอำนาจโดยการขายโอนกิจการรัฐแก่เอกชนให้เอกชนเข้ามาดำเนินการแทนภาครัฐ รูปแบบ Federalism นั้น เป็นระบบรัฐบาลรัฐอิสระที่มีกฎหมายรัฐธรรมนูญแยกเฉพาะแต่ละรัฐ รูปแบบ Federalism นี้ บางผู้เชี่ยวชาญมองว่าไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความที่กำหนดข้างต้นที่กำหนดว่า การกระจายอำนาจเป็นถ่ายโอนอำนาจไปสู่หน่วยงานองค์กรรัฐที่มีหนึ่งเดียวไปสู่หน่วยงานที่ระดับต่ำกว่าเท่านั้น แต่บางผู้เชี่ยวชาญโต้แย้งว่าแม้จะเป็นรัฐอิสระแต่ยังคงอยู่ระดับต่ำกว่ารัฐบาลกลางที่เป็นรัฐบาลชาติเพียงรัฐเดียวเท่านั้นเหมือนกัน อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้จะกล่าวถึงเพื่อให้ครบถ้วนแต่จะไม่นำมาพิจารณาในกรณีบริบทประเทศไทยที่กฎหมายรัฐธรรมนูญกำหนดไว้ว่ามีรัฐบาลกลางเพียงรัฐบาลเดียว

ตารางที่ 2.1 รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

การกระจายอำนาจ	ภายในองค์กร	ออกนอกองค์กร
แนวตั้ง Vertical Decentralization	<ul style="list-style-type: none"> ● Deconcentration: -Functional Deconcentration -Integrated Prefectoral Deconcentration 	
แนวระนาบ Horizontal Decentralization	<ul style="list-style-type: none"> ● Delegation ● Decentralization to Local Body (regionalization) ● Decentralization through internal market within public organization 	<ul style="list-style-type: none"> ● Devolution ● Privatization ● Federalism

ดัดแปลงจาก: MILL 1990, COLLINS 1994.

การพิจารณาว่ารูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขใดมีอิสระ ข้อดี และด้อยแตกต่างกันอย่างไรมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะแสดงให้เห็นความแตกต่างของประโยชน์ที่ได้รับจากแต่ละรูปแบบ ซึ่งสามารถพิจารณากิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นในแต่ละรูปแบบดังนี้ (MILLS, VAUGHAN, SMITH and TABIBZADEH 1990):

- การออกกฎระเบียบทางด้านสาธารณสุข

- การจัดการรายได้ การตัดสินใจและดำเนินการเพื่อหาเงินเป็นรายได้แก่ระบบบริการสาธารณสุข
- วางนโยบาย ตัดสินใจนโยบายด้านสาธารณสุขทั้งแนวกว้างและรายละเอียด
- การควบคุมกำกับ การควบคุมทางอ้อมต่อการดำเนินงานของบริการภาคเอกชนและผู้ให้บริการ โดยใช้กระบวนการ การบริหารจัดการ เช่นการออกใบอนุญาต เป็นต้น
- การวางแผนและจัดสรรทรัพยากร การวางแผนระยะสั้นและยาวสำหรับพัฒนาสาธารณสุข
- การบริหารองค์กร การตัดสินใจในงานประจำตั้งแต่การบริหารบุคคล งบประมาณ พัสดุ และการบำรุงรักษา
- การประสานงานระหว่างหน่วยงาน การสื่อสารกับหน่วยงานอื่น หน่วยงานสาธารณสุข และการดำเนินงานในโครงการร่วม
- การประสานงานในองค์กร การประสานนโยบายและกิจกรรมระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขอื่น และกับผู้ให้บริการ
- การฝึกอบรม การตัดสินใจและดำเนินการในโครงการฝึกอบรมต่างๆ
กิจกรรมต่างๆข้างต้นเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันจะเห็นความแตกต่างของแต่ละรูปแบบการกระจายอำนาจดังตารางที่ 2.2 ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบของรูปแบบ Deconcentration, Devolution, Delegation และPrivatization

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบระดับความรับผิดชอบตามรายกิจกรรมของการกระจายอำนาจ

กิจกรรม	Deconcentration	Devolution	Delegation	Privatization
ออกกฎระเบียบ	-	++	-	-
จัดการรายได้	+	++	++	+++
จัดทำนโยบาย	-	++	++	++
ควบคุมกำกับ	-	++	+	-
วางแผน/จัดสรรทรัพยากร	++	++	+++	+++
บริหารจัดการ:				
-บุคคล	+	++	+++	+++
-งบประมาณ/รายจ่าย	++	++	+++	+++
-พัสดุ	+	++	+++	+++
-บำรุงรักษา	+	++	+++	+++
ประสานงานระหว่างองค์กร	+	+++	+++	+++
ประสานงานภายในองค์กร	+	++	+++	+++
การฝึกอบรม	+	++	+++	+++

ความรับผิดชอบ: -ไม่มี, + มีจำกัด, ++ มีไม่มาก, +++ มีมาก

ที่มา: MILLS, VAUGHAN, SMITH and TABIBZADEH (1990) หน้า 26

จากการวิเคราะห์รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขทั้ง 7 รูปแบบ จะสามารถตั้งข้อสังเกตได้ว่า

1. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมีแนวคิดมาจากปรัชญาของวิทยาศาสตร์การเมือง (Political Science) ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่อ่อนไหวทางการเมืองต้องระมัดระวังในการพิจารณาทั้งเชิงนโยบายและการนำไปปฏิบัติ
2. การกระจายอำนาจและการรวมอำนาจเป็นประเด็นเดียวกัน ต่างกันที่อยู่ที่คนละขั้วของเส้นตรงเดียวกัน และมีความต่อเนื่องกันไม่มีเส้นแบ่งแบบขาวดำ (Continuum) กล่าวคือ การกระจายอำนาจ (Decentralization) เป็นด้านตรงข้ามของการรวมอำนาจ (Centralization) รวมอำนาจน้อยลงเป็นการกระจายอำนาจมากขึ้น
3. การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขรูปแบบหนึ่งรูปแบบใดที่เกิดขึ้นไม่ได้ทำให้รูปแบบอื่นๆไม่สามารถเกิดขึ้นได้ (Mutually Exclusive) ดังนั้นในเวลาเดียวกันสามารถเกิดการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขได้หลายรูปแบบพร้อมๆกัน
4. การกระจายอำนาจแต่ละรูปแบบมีข้อเด่นและด้อยแตกต่างกัน ไม่ได้หมายความว่ารูปแบบหนึ่งรูปแบบใดจะดีกว่ารูปแบบอื่นๆ ดังนั้นการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจึงสามารถทำให้เกิดผลดีและผลเสียในเวลาเดียวกัน การใช้จุดแข็งของรูปแบบหนึ่งอาจช่วยแก้ไขจุดอ่อนของรูปแบบอื่นๆได้ หรืออาจทำให้เกิดผลเสียมากขึ้นได้เช่นกัน จึงมีความจะเป็นที่ต้องระมัดระวังในการนำไปปฏิบัติโดยเฉพาะการนำรูปแบบหลาย ๆ รูปแบบมาดำเนินการพร้อมๆกัน

บทเรียนต่างประเทศพบได้ว่า ประเทศที่มีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขโดยใช้รูปแบบเดียวพบได้น้อยกว่าประเทศที่มีหลายรูปแบบผสมผสานกัน ทางเลือกของประเทศไทยเพื่อกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขและจัดการหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขสามารถพิจารณาได้ 2 แนวทางนี้ คือ (1) เลือกที่จะกระจายอำนาจโดยรูปแบบเดียว และ (2) เลือกกระจายอำนาจแบบผสมผสานหลาย ๆ รูปแบบที่สร้างความสมดุล ซึ่งนิยมใช้กันในต่างประเทศ

การทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า การกระจายอำนาจรูปแบบเดียวที่นิยมมากคือ Devolution และ Regionalization ซึ่งเป็นการถ่ายโอนอำนาจแก่คณะกรรมการอิสระในพื้นที่ ซึ่งจะกล่าวอธิบายโดยละเอียดตามลำดับต่อไป ประเทศที่ใช้รูปแบบ Devolution มานานและบริการสุขภาพเป็นบทบาทสำคัญของอปท.งบประมาณจากภาษีท้องถิ่นเกือบทั้งหมดใช้เพื่อจัดบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มประเทศนอร์ดิก ประกอบด้วยประเทศนอร์เวย์ สวีเดน เดนมาร์ค ฟินแลนด์ และไอซ์แลนด์ (GUDFINNDOTTIR and GUNNARSSON 1995; HAKKINEN

1995; HAKKINEN, GUDFINNSDOTTIR and UNDE 1995; LINDGREN 1995; KOIVUSALO 1999; RISSANEN and HAKKINEN 1999) ประเทศเดนมาร์ก นอร์เวย์ สวีเดน มีระบบอปท.แบ่งเป็น 2 ระดับคือ county ระดับจังหวัดและ municipality หรือเทศบาลที่ระดับพื้นที่ต่ำกว่า ซึ่งเทียบเท่า อบจ.ที่จังหวัดและเทศบาลกับอบต.ระดับอำเภอและตำบล countyดูแลบริหารโรงพยาบาลทุติยภูมิ (secondary hospital) โรงพยาบาลปฐมภูมิ (primary hospital) และสถานอนามัย (health centre) ส่วนโรงพยาบาลตติยภูมิ (tertiary hospital) โรงพยาบาลโรคเรื้อรัง เช่น จิตเวช และโรงเรียนแพทย์เป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลกลาง อปท.ที่ศักยภาพสูง เช่น เทศบาลบางแห่งของสวีเดน บางแห่งสามารถรับผิดชอบบริหารเป็นเจ้าของโรงเรียนแพทย์ได้ แล้วแต่ความพร้อมและศักยภาพอปท.นั้น เทศบาลซึ่งเป็นอปท.ที่ระดับล่างสุดและใกล้ชิดประชาชนรับผิดชอบดูแลบริการปฐมภูมิ (primary care) การป้องกันโรค (preventive care) ส่งเสริมสุขภาพ (promotive care) บริการสังคม (social service) รวมถึงการสาธารณสุข (public health) จะเห็นได้ว่าการกระจายอำนาจของประเทศนอร์ดิกเน้นการถ่ายโอนกิจกรรมร่วมไปกับการกระจายอำนาจบริหารจัดการหน่วยบริการ มากกว่ากระจายอำนาจตามพื้นที่เพียงประการเดียว การกระจายอำนาจเบ็ดเสร็จนี้ทำได้ไม่ยากเพราะประเทศเหล่านี้ขนาดพื้นที่เล็กและประชากรไม่หนาแน่นมากเท่าประเทศไทย

รูปแบบการกระจายอำนาจแบบเขตพื้นที่สุขภาพเป็นการถ่ายโอนอำนาจไปสู่คณะกรรมการพิเศษในพื้นที่ ประเทศที่มีการแบ่งเขตสุขภาพชัดเจนมีหลายประเทศ ที่คล้ายคลึงประเทศไทยที่มีระบบสุขภาพแบบรัฐสวัสดิการและเป็นระบบสุขภาพแห่งชาติ คือ ประเทศนิวซีแลนด์ ซึ่งแบ่งเขตพื้นที่สุขภาพตั้งแต่ปีค.ศ. 1983 โดยกระทรวงสาธารณสุขดูแลบริการปฐมภูมิและบริการระดับชาติ ส่วนเขตสุขภาพดูแลโรงพยาบาลและจัดบริการทุติยภูมิกับตติยภูมิ เขตสุขภาพได้ปรับเปลี่ยนจนสุดท้ายคณะกรรมการของเขตพื้นที่มีสถานะเป็นหน่วยงานอิสระของรัฐ ทำหน้าที่ทั้งจัดและซื้อบริการในเวลาเดียวกัน คณะกรรมการบอร์ดประกอบด้วยสมาชิก 11 คนมีวาระคราวละ 3 ปี มีตัวแทนชนพื้นเมือง Maori ร่วมด้วย สมาชิกมาจากการเลือกตั้ง 7 คนและแต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข 4 คน โดยมีตัวแทนชนพื้นเมืองMaori อย่างน้อย 2 คนตามสัดส่วนประชากรที่อาศัยอยู่ (European Observatory on Health Care System 2001) การจัดเขตสุขภาพแบบ Regionalization เป็นที่นิยมมากขึ้นในหลายประเทศดังเห็นได้จากประเทศนอร์เวย์ ที่เปลี่ยนการบริหารระบบสุขภาพจาก Devolution (JOHNSEN 2006) ที่อปท.ดูแลบริการสุขภาพมาสู่การจัดเขตสุขภาพแบบ Regionalization โดยรวมการบริหารโรงพยาบาลจากรัฐบาล County มาจัดตั้งระบบเขตสุขภาพขึ้นเป็น 5 เขตสุขภาพ มีคณะกรรมการเขตสุขภาพทำหน้าที่ความรับผิดชอบดูแลกำกับบริหารจัดการ คณะกรรมการเริ่มจากการแต่งตั้งและปรับเปลี่ยนไปสู่การเลือกตั้ง รัฐบาล county ลดบทบาทลงทำหน้าที่ด้านสาธารณสุขทั่วไปและทันตสาธารณสุขเท่านั้น (NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH 2009) ประเทศสเปนเป็นอีกประเทศหนึ่งที่เดิมมีระบบสุขภาพแบบรวมศูนย์ ปัจจุบันได้ปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพแบบ

รวมศูนย์มาสู่การกระจายอำนาจแก่เขตสุขภาพที่มีอิสระ 17 เขตโดยดำเนินการเปลี่ยนแปลงมากกว่า 10 ปี (MOSCA 2006)

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่มีหลาย ๆ รูปแบบผสมผสานกันนั้น พบได้ทั่วไปการผสมรูปแบบต่าง ๆ ก็มีความแตกต่างกันหลากหลาย ประสบการณ์ของประเทศต่าง ๆ ที่เหมาะจะนำมาเป็นบทเรียนสำหรับประเทศไทยได้ชัดเจนนั้น ได้แก่ ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย อังกฤษ และอิตาลีซึ่งมีระบบสุขภาพคล้ายประเทศไทยเพราะเป็นรัฐสวัสดิการที่ใช้งบประมาณมาจากภาษีและเป็นระบบสุขภาพแห่งชาติ ประเทศแคนาดามีจังหวัดเป็นอปท.ดูแลโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลมีคณะกรรมการบริหารที่อิสระ ในจังหวัดมีการจัดตั้งเขตสุขภาพ (MARCHILDON 2005) ออสเตรเลียมีระบบรัฐบาลท้องถิ่นอปท.ดูแลบริหารจัดการโรงพยาบาล และจัดบริการทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ แต่ภายใต้รัฐบาลท้องถิ่นมีการจัดตั้งคณะกรรมการเขตพื้นที่ขึ้นแต่ละรัฐบาลท้องถิ่น (HEALY, SHARMAN and LOKUGE 2006) อังกฤษมีระบบรัฐบาลท้องถิ่นแม้ไม่มีบทบาทด้านสุขภาพมากนัก เพราะอังกฤษใช้ระบบแยกผู้ซื้อบริการและจัดบริการออกจากกัน (Purchaser-Provider Split) แต่ปัจจุบันอังกฤษมีการจัดบริการแบบเขตสุขภาพโดยคณะกรรมการที่เรียกว่า Primary Care Trust (PCT) ดูแลจัดบริการระดับพื้นที่ โดยเฉพาะบริการปฐมภูมิ ขณะเดียวกันมีคณะกรรมการพิเศษที่ดูแลด้านสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกับบริการสังคมอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่เรียกว่า Health Action Zone (HAZs) อังกฤษแบ่งเขตสุขภาพเป็น Regional Health Authority 8 พื้นที่ และเปลี่ยนแปลงการซื้อขายบริการให้เป็นการร่วมมือกันจัดบริการแก้ปัญหาที่เรียกว่า Commissioning (HUNTER and STOCKFORD 1997, European Observatory on Health Care System 1999, LEYS 1999) ประเทศอิตาลีใช้รูปแบบการกระจายอำนาจสู่อปท.และมีโรงพยาบาลที่เป็นองค์กรอิสระจำนวน 100 แห่งในระดับเดียวกับอปท.ระดับล่าง (MOSCA 2006)

ประเทศไทยเองเริ่มมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการกระจายอำนาจหลังมีพรบ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจพ.ศ. 2542 จากรูปแบบเดิมที่เรียกว่า Deconcentration ชนิด Integrated Prefectoral Deconcentration ที่มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้ากระทรวง มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้มีอำนาจตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัด มาสู่การกระจายอำนาจแก่อปท.ในรูปแบบ Devolution ขณะเดียวกันมีการกระจายอำนาจแบบ Delegation บางหน่วยงานเช่น โรงพยาบาลบ้านแพ้วที่เปลี่ยนเป็นองค์กรอิสระในกำกับรัฐ มีการใช้รูปแบบกลไกทางการตลาดหลังจากจัดตั้งโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2545 โดยผู้ซื้อบริการ (Health Care Purchaser) คือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่แยกออกจากผู้จัดบริการที่เป็นหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ ปัจจุบันเริ่มมีแรงกดดันให้เกิดการเคลื่อนไหวเพื่อให้เลือกูปแบบที่จะสร้างความสมดุลแก่ระบบสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก

2.5 ผลกระทบของการกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจสร้างผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อระบบบริการสุขภาพ ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่ได้มาจากการกระจายอำนาจเอง แต่เป็นผลที่มาจาก การนำ การกระจายอำนาจมาใช้ดำเนินการ Conyers (1983) ยืนยันว่าการกระจายอำนาจอาจไม่ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังไว้เสมอด้วยสาเหตุ 3 ประการ:

- ขอบเขตการกระจายอำนาจแท้จริงมีข้อจำกัด ทำให้ไม่สามารถดำเนินการอย่างที่ต้องการให้เป็น พบได้บ่อยว่าโครงการเริ่มต้นไม่ได้เตรียมไว้สำหรับการกระจายอำนาจในระยะยาว
- การกระจายอำนาจบางครั้งไม่ส่งผลต่อการวางแผนหรือการดำเนินงานของการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศเพราะผู้บริหารไม่สนับสนุน
- กระจายอำนาจไปสู่กลุ่มบุคคลที่ไม่ถูกต้อง บุคคลดังกล่าวอยู่ในส่วนกลางหรือเป็นกลุ่มอิทธิพลท้องถิ่นไม่เปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของประชาชน

การกระจายอำนาจสามารถส่งผลกระทบด้านบวกทั้งการบริหารและการบริการสุขภาพ สาธารณสุข ด้วยลักษณะต่างๆดังนี้ (MILLS, VAUGHAN, SMITH and TABIBZADEH 1990; COLLINS 1994; BURKI, PERRY and DILLINGER 2002):

- การบริหารจัดการปรับตัวดีขึ้น
- การบริหารจัดการยืดหยุ่นมากขึ้น
- มีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้น
- การครอบคลุมการบริการสาธารณสุขทั่วถึงมากขึ้น
- สนับสนุนให้เกิดการประสานงานระหว่างองค์กรในพื้นที่โดยเฉพาะเขตสุขภาพเดียวกัน
- ระบบบริการสุขภาพมีเหตุผลและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในขอบเขตพื้นที่หรือการบริหารจัดการอย่างเดียวกัน
- ควบคุมต้นทุนและลดความซ้ำซ้อนของการจัดบริการในระดับการบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
- ลดความไม่เป็นธรรมที่เกิดจากการจัดสรรทรัพยากรจากส่วนกลางที่ไม่เสมอภาคกัน เพราะการกระจายอำนาจจะทำให้พื้นที่ที่มีอำนาจสามารถจัดหารายได้ให้เหมาะสมกับความต้องการ
- รัฐเอกชนและชุมชนดำเนินการผสมผสานกันได้ใกล้ชิดขึ้น
- สร้างความเข้มแข็งกระทรวงสาธารณสุขเพราะทำให้เจ้าหน้าที่ระดับสูงมีเวลาว่างจากงานประจำมากขึ้น
- ประชาชนมีส่วนร่วมด้านการคลังสาธารณสุขชุมชน
- ลดปัญหาการดำเนินงานเนื่องจากการเดินทางที่ไกลลำบากและระบบขนส่งไม่ดี

อย่างไรก็ตามผลกระทบด้านลบไม่อาจละเลยเพราะการกระจายอำนาจสามารถนำไปสู่ผลเสียซึ่งสรุปได้ดังนี้ (CONYERS 1983, COLLINS 1994, COLLINS and GREEN 1994 KHALEGHIAN and GUPTA 2004):

- ระบบสุขภาพแตกแยกส่วนโดยเฉพาะนโยบายสุขภาพไม่สามารถเป็นหนึ่งเดียวได้หากขาดการประสานงานที่ดีและไม่มีข้อมูลที่ดี
- ทำให้บทบาทการจัดการของภาครัฐลดลงโดยเฉพาะการกระจายอำนาจแบบการขายโอนกิจการภาครัฐสู่ภาคเอกชน
- เกิดผลเสียต่อระบบบริการในกรณีที่กระจายอำนาจไปสู่อปท.ที่ไม่เข้มแข็ง ซึ่งอปท.ที่อ่อนแอขาดประสิทธิภาพการจัดการและบริการที่ดี
- ลดบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารบุคคลทำให้การกำหนดนโยบายและพันธะความรับผิดชอบของบุคลากรทางสุขภาพลดลง
- ลดอำนาจต่อรองของรัฐบาลกลางกับบริษัทเอกชนที่ผลิตวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ยาหรือเครื่องมือแพทย์
- สร้างความไม่เป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพระหว่างคนรวยและคนจน และระหว่างเขตร่ำรวยกับยากจนในชนบท
- เสริมให้การเมืองท้องถิ่นมีอำนาจมากขึ้นและเกิดคอร์รัปชันมากขึ้น
- บริการสาธารณสุขอ่อนแอลงเพราะเป็นบริการสุขภาพที่เป็นสินค้าสาธารณะไม่ก่อรายได้แก่ผู้จัดบริการ และสร้างผลเสียต่อการควบคุมป้องกันโรคที่รุนแรงและรวดเร็ว

แม้การกระจายอำนาจทำให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานสาธารณสุข แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศได้ทั้งหมด สิ่งเหล่านี้เป็นข้อเตือนให้ใช้ข้อดีและข้อจำกัดของการกระจายอำนาจในเชิงรูปธรรมมากที่สุด และไม่ได้หมายความว่าทั้งกลวิธีอื่นๆ สำหรับการพัฒนาสาธารณสุขไปเลย (CONYERS 1983)

2.6 บทบาทด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Lyons (2007 อ้างใน CAMPBELL 2010) กล่าวเปรียบเทียบอปท.เหมือน Place Shaper หมายถึงผู้ใช้อำนาจและอิทธิพลในเชิงสร้างสรรค์ที่สนับสนุนให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับชุมชนและประชาชนรับผิชอบ เห็นได้ชัดเจนว่า อปท.มีบทบาทหน้าที่สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ประชาชน การจัดบริการด้านสุขภาพเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นบทบาทพื้นฐานของอปท.ทุกประเภทและทุกระดับ David J Hunter (2010) ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดสุขภาพที่ดีหรือเลวร้ายนั้นซับซ้อนและประกอบด้วยหลายปัจจัย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยจากด้านสุขภาพโดยตรงหรือทางอ้อมเป็นปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ (Social Determinants of Health) เช่น บ้านที่สะอาดสิ่งแวดล้อมดีย่อมทำให้เกิดสุขภาพที่ดี เป็นต้น เหล่านี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ

ป้องกันควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพ อปท.เป็นตัวแปรและกุญแจสำคัญของความสำเร็จ บทบาทอปท.ด้านสุขภาพเป็นบทบาทเชิงบวกที่จะสร้างสุขภาพที่ดีก่อนเจ็บป่วย ในขณะที่บทบาททางการแพทย์เป็นบทบาททางลบที่ช่วยเหลือประชาชนเมื่อป่วยไข้แล้ว สิ่งนี้เป็นมิติที่กระทรวงสาธารณสุขควรปรับเปลี่ยนให้เกิดความเชื่อมโยงกับอปท.ในการป้องกันควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพ บทบาทอปท.เกี่ยวข้องกับหลายด้านตั้งแต่การศึกษา ขนส่ง สันทนาการ วางแผน จัดที่อยู่อาศัย ดูแลสิ่งแวดล้อมที่ดี และบริการสังคมอื่นๆ ซึ่งเกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับกระทรวงสาธารณสุขทั้งทางตรงและอ้อม อปท.มีบทบาทต่อการสาธารณสุขหลายสถานะ ตั้งแต่การเป็นผู้ว่าจ้าง(employer) เป็นผู้จัดบริการและการซื้อบริการแก่ประชาชน(commissions and delivers) การใช้อำนาจด้านกฎหมาย(regulatory power) เป็นผู้นำชุมชน(community leadership) และใช้อำนาจสร้างความเป็นอยู่ที่ดี(well-being power) ดังนั้นอปท.จึงมีบทบาทด้านสาธารณสุขหลากหลายที่ต้องการการพิจารณาอย่างละเอียด

Leach and Stewart (1992) อธิบายว่าอปท.มีบทบาทหน้าที่สำคัญสองแนวทาง คือ บทบาทปฐมภูมิในการจัดบริการสาธารณะประเภทต่างๆ และบทบาททุติยภูมิเพื่อประสานให้เกิดการจัดบริการสาธารณะให้เกิดผลตามบทบาทปฐมภูมิ บทบาทปฐมภูมิมี่ 4 บทบาทคือ 1) การจัดบริการแก่ประชาชนโดยตรง 2)การซื้อบริการให้ประชาชนโดยจ่ายค่าบริการแทนประชาชนแก่ผู้ให้บริการ 3)การควบคุมจัดบริการให้ได้ตามมาตรฐานกฎระเบียบและวิธีการที่กำหนด และ 4)สนับสนุน ส่งเสริม ชักชวน ให้มีการจัดกิจกรรมที่สร้างประโยชน์แก่ท้องถิ่น ด้วยการให้เงินอุดหนุน(grant) ให้เงินกู้(loan) ต่อรอง(bargaining) ชักชวน(persuasion) ส่งเสริม(promotion) และ สนับสนุน(advocacy) ส่วนบทบาททุติยภูมิจะเป็นบทบาทการจัดการ 4 บทบาทสำคัญได้แก่ 1)การวางแผนยุทธศาสตร์(strategic plan)และแผนการบริการ(service plan) 2)การจัดการและจัดสรรทรัพยากร เช่น การกำหนดค่าบริการ การเก็บค่าบริการ การจัดทำและกระจายงบประมาณ เป็นต้น 3)การจัดองค์กรภายในโดยเลือกรูปแบบคณะกรรมการและการจัดแผนต่างๆในองค์กร และ4)การตรวจสอบการบริการและการใช้จ่ายงบประมาณขององค์กรท้องถิ่นเอง นอกเหนือจากการถูกตรวจสอบโดยประชาชน และรัฐบาล เห็นได้ชัดเจนว่าการจัดบริการเป็นบทบาทปฐมภูมิของอปท.ซึ่งต้องใช้การจัดการที่ดีในบทบาททุติยภูมิ

ตารางที่ 2.3 บทบาทด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเทศนอร์ดิก

Roles in health	Denmark	Norway	Sweden	Finland	Iceland
Formulate local health policy	C, M	C, M	C, M	M	Central
Provide primary care and public health	M	M	C	M	M
Provide long-term care	M	M	M	M	M

Provide care for the disabled	C	C	M	M	Central
Provide social services for the elderly	M	M	M	M	Central
Provide 2 nd and 3 rd level hospital services	C	C	C	M	Central
Own health centres	C	C	C	M	Central
Own hospitals	C	C	C	M	Central
Own special institutes and university hospital	Central	Central	Central	Central	Central
Regulate hospital specialization	C	C	C	M	Central
Finance primary care services and public health	M	M	M	M	Central
Finance hospital services	C	C	C	Central, M	Central, M
Determine fee schedule	C	Central	C	Central	Central
Regulate private practice	C	C	C	M	Central
Purchase services	C	C	C, M	M	M

C = Counties, M = Municipalities, Central = Central Government

Sources: GUDFINNDOTTIR and GUNNARSSON 1995; HAKKINEN 1995; HAKKINEN, GUDFINNSDOTTIR and UNDE 1995; LINDGREN 1995; HAKANSSON and NORDLING 1997; KOIVUSALO 1999; RISSANEN and HAKKINEN 1999; HJORTSBERG and GHATNEKAR 2001

บทบาทของปท.ด้านสุขภาพจากต่างประเทศนั้นมีหลากหลาย ประเทศนอร์ดิกนับว่ามีความสมบูรณ์และเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับการนำมาศึกษาวิเคราะห์ดังตารางที่ 2.3 ประเทศนอร์ดิกแบ่งออกเป็นกลุ่มที่มีการปกครองท้องถิ่นแบบระดับเดียวคือ municipality และแบบสองระดับประกอบด้วยระดับกลางได้แก่ county เทียบเท่ากับ อบจ. ในประเทศไทย และระดับล่างได้แก่ municipality คล้ายเทียบเท่ากับเทศบาลและอบต. ของประเทศไทย กลุ่มประเทศนอร์ดิกแบบสองระดับประกอบด้วย ประเทศคือเดนมาร์ค สวีเดน และนอร์เวย์ จากการทบทวนบทบาทของปท. กลุ่มประเทศเหล่านี้พบว่า นโยบายสาธารณสุขระดับพื้นที่ การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการ

สาธารณสุขเป็นบทบาทสำคัญของทั้ง county และ municipality แต่บริการสังคมแก่กลุ่มผู้สูงอายุ และโรคเรื้อรังเป็นบทบาทของปท.ระดับล่างคือ municipality สำหรับผู้พิการความรับผิดชอบเป็นบทบาทของ county ในประเทศเดนมาร์กและนอร์เวย์ แต่สวีเดนให้เทศบาลรับผิดชอบ

รัฐบาลกลางของเดนมาร์ก สวีเดน และนอร์เวย์มีบทบาทสำคัญด้านกำหนดนโยบาย สุขภาพแห่งชาติ การจัดบริการการแพทย์ระดับสูง และการประสานงานในภาพรวม รัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดระเบียบ เช่น ค่าบริการกลางและกำกับควบคุมให้อปท.ดำเนินนโยบายและจัดบริการสอดคล้องกับนโยบายประเทศ การทบทวนพบว่าบทบาทของอปท.ที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศนั้นมีปัจจัยเกี่ยวข้องสำคัญ 4 ประการ คือ 1)โครงสร้างของระบบการปกครองอปท. ซึ่งทำให้มีระดับชั้นของอปท.ที่แตกต่างกัน 2)ความเข้มแข็งของการเมืองท้องถิ่นและการยอมรับทางการเมืองของประชาชนในท้องถิ่นโดยเฉพาะภาวะผู้นำของอปท. 3)ศักยภาพทางการคลังท้องถิ่นโดยเฉพาะศักยภาพของการจัดเก็บภาษีท้องถิ่น และ 4)สุดท้ายเป็นศักยภาพทางการบริหารจัดการของอปท.ที่จะสามารถจัดบริการด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุณภาพ และเป็นธรรม (วินัย ลีสมีทรี และ ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์ 2550)

มีบทเรียนที่พบว่าเกิดการผิดพลาดอย่างยิ่งจากประสบการณ์สำคัญของต่างประเทศในการดูแลด้านการสาธารณสุข (public health) โดยเฉพาะการควบคุมป้องกันโรคระบาดอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ เช่น ไข้หวัดนก (Avian Flu) และ ไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ 2009 (H1N1 2009) ที่เกิดระบาดอย่างรวดเร็วทั่วโลก ระบบสุขภาพที่มีการแข่งขันและแยกผู้ซื้อบริการ (Purchaser) กับผู้จัดบริการ (Provider) ออกจากกัน ทำให้เกิดการแข่งขันสำหรับจัดบริการส่วนบุคคลและการแพทย์คลินิกที่ก่อรายได้โดยไม่คิดถึงบริการสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ทำนองเดียวกันการกระจายอำนาจไปสู่อปท.อย่างมาก เช่น ประเทศนอร์ดิคซึ่งกระทรวงสาธารณสุขขาดแขนงที่ป้องกันและควบคุมโรคระบาดที่เกิดรวดเร็วและรุนแรง ทำให้เกิดผลเสียเพราะบทบาทการควบคุมป้องกันโรคระบาดที่รุนแรงอ่อนแอลงอย่างมาก กระทรวงสาธารณสุขของประเทศดังกล่าวขาดเครือข่ายและแขนงในการดำเนินงานที่รวดเร็ว ทำให้โรคระบาดแพร่กระจายอย่างรุนแรงและยากแก่การควบคุม ดังเช่นประสบการณ์ประเทศอังกฤษที่พบว่า NHS ของอังกฤษสร้างความอ่อนแอแก่ระบบสาธารณสุขเพราะสถานบริการและผู้ให้บริการคำนึงถึงค่าตอบแทนและแข่งขันกันเชิงการเงินมากกว่าจะมองการบริการที่ไม่สร้างรายได้ตอบแทน ดังนั้นปี 1988 รัฐบาลอังกฤษจึงแต่งตั้งคณะกรรมการทบทวนบทบาทและอนาคตของการสาธารณสุขอังกฤษ สรุปประเด็นปัญหาสำคัญได้ 5 ประการ คือ ขาดข้อมูลเรื่องสุขภาพของประชาชน, ขาดความตระหนักด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, สับสนในบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของแพทย์ด้านสาธารณสุข, สับสนเกี่ยวกับความรับผิดชอบของการป้องกันโรค และขาดข้อมูลด้านผลลัพธ์ที่จะบ่งบอกทางเลือกของบริการสุขภาพ จึงออกกฎหมาย The NHS and Community Act 1990 ให้บริการสาธารณสุขได้รับความสนใจและมีบทบาทเพิ่มขึ้น ซึ่งปรับเปลี่ยนจุดเน้นจากบริการทางการแพทย์เชิงคลินิกมาสู่บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ให้หน่วยบริการสุขภาพมีบทบาทเชิงกลยุทธ์ที่จะดูแลบำรุงรักษาและปรับปรุงสุขภาพ

ประชาชนในพื้นที่โดยรวม มีแผนกสาธารณสุข (department of health) ซึ่งมีแพทย์ผู้อำนวยการแผนกเป็นหัวหน้ารับผิดชอบและเป็นกรรมการคนหนึ่งของบอร์ดบริหาร Health Authority แผนกสาธารณสุขมีหน้าที่ความรับผิดชอบจะเป็นผู้ทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และวางแผนกลยุทธ์ในการปรับปรุงสุขภาพประชาชน มีหน้าที่เฉพาะในการป้องกันโรคติดต่อ รับผิดชอบประเมินความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้ Health Authority เพื่อนำไปซื้อบริการ ในแผนกสาธารณสุขจะมีแผนกส่งเสริมสุขภาพอยู่ด้วยเพื่อรับผิดชอบด้านส่งเสริมสุขภาพ อังกฤษกำหนดยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขให้เกิดการประสานงานรวมทั้ง Health Authority, รัฐบาลกลาง, อปท. และ องค์กรเอกชน ซึ่งการดำเนินงานจะผสมผสานระหว่างมิติสุขภาพ (health) ที่อยู่อาศัย (housing) และการจ้างงาน (employment) ซึ่งเป็นการผสมระบบสุขภาพและบริการทางสังคม การพัฒนาร่วมกันทำให้เกิดการจัดตั้งพื้นที่เป้าหมายที่เป็นประชาชนยากจนและมีปัญหาทางสุขภาพและสังคมที่เรียกว่า Health Action Zone (HAZs) (HUNTER and STOCKFORD 1997)

บริการสาธารณะที่เหมาะสมสำหรับกระจายไปสู่อปท. นั้นต้องเป็นบริการที่มีผลลัพธ์เป็นรูปธรรมชัดเจนต่อสาธารณะวัดผลได้ทั้งระดับบุคคลและชุมชนและไม่ซับซ้อน เช่น การศึกษา ซึ่งผู้ปกครองมีความสนใจและสามารถประเมินคุณภาพได้ไม่ยุ่งยากเหมือนบริการสุขภาพ โดยเฉพาะบริการสาธารณสุขที่ค่อนข้างจับต้องได้ยาก ประเมินผลซับซ้อนยุ่งยาก และผลประโยชน์จากบริการในระดับบุคคลและชุมชนประเมินได้ยาก ดังนั้นบริการสาธารณสุขที่จำเป็นจึงต้องดำเนินการและจัดการแบบรวมศูนย์แทนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นโดยเฉพาะในประเทศที่มีขนาดใหญ่และมีความแตกต่างอย่างยิ่งด้านสังคมและวัฒนธรรม แต่ในพื้นที่ก็สามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทได้ เห็นได้ว่าบริการสาธารณสุขจึงเหมาะสมกับรูปแบบการกระจายอำนาจ Deconcentration มากกว่าการถ่ายโอนสู่อปท. แบบ Devolution (KHALEGHIAN and GUPTA 2004) ซึ่งจะเป็นการป้องกันไม่ให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นถูกทอดทิ้ง อย่างไรก็ตามการรวมศูนย์บริการจะมีอิสระและความยืดหยุ่นไม่ดีเพราะติดกับระบบราชการที่เข้มงวดเกินไปจนขาดอิสระการดำเนินงาน แนวทางการแก้ไขสามารถดำเนินการได้โดยใช้การกำกับงบประมาณที่เป็นการอุดหนุนแบบเฉพาะที่มีวัตถุประสงค์ของเงินงบประมาณที่เฉพาะแบบ earmarked fund ร่วมกับการมีระบบข้อมูลที่ดีและมีตัวชี้วัดที่ชัดเจนซึ่งอย่างน้อยก็สามารถบอกได้ว่างบประมาณถูกนำไปใช้ในลักษณะใด บทบาทสำคัญของรัฐบาลกลางโดยกระทรวงสาธารณสุขนั้นเป็นผู้ประสานการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ โดยเฉพาะระหว่างอปท. ทั้งหลาย ดังเช่น ประสบการณ์ของประเทศออสเตรเลียรัฐบาลกลางได้ทำข้อตกลงที่จะร่วมกับรัฐบาลท้องถิ่นในการดำเนินงานสาธารณสุขเป็นโครงการร่วมมือระหว่างรัฐบาลกลางและท้องถิ่น เรียกว่า The National Public Health Partnership รัฐบาล Commonwealth จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการสาธารณสุข ให้แก่รัฐบาล State เพื่อดำเนินงานสาธารณสุขที่เรียกว่า Public Health Outcome Funding Agreements

และยังรับผิดชอบดูแลการสาธารณสุขเฉพาะพื้นที่ เช่น ชนกลุ่มน้อยเผ่าพื้นเมือง เป็นต้น (HEALY, SHARMAN and LOKUGE 2006)

ประเทศไทยเองก็มีบทเรียนจากการถ่ายโอนภารกิจและสถานีนามัยแก่อปท. รวมทั้งบทเรียนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบได้ว่า อปท.ประเทศไทยมีการพัฒนามากขึ้น โดยเฉพาะศักยภาพทางการบริหารจัดการ การคลังท้องถิ่น ภาวะผู้นำท้องถิ่น และการเรียนรู้ด้านสาธารณสุขกับการจัดบริการสาธารณะ ขณะที่อปท.เริ่มเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์ด้านสุขภาพ เช่น การจัดทำข้อมูลครัวเรือนรวมทั้งข้อมูลด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขกลับขาดข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและขาดความต่อเนื่องของข้อมูล เป็นต้น การสร้างระบบสุขภาพแยกผู้จัดบริการ (providers) ซึ่งเป็นหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ ออกจากผู้ซื้อบริการ (purchaser) ซึ่งเป็นบทบาทของสปสช.และเป็นผู้จัดการระบบ (system manager) ทำให้เกิดประสบการณ์ผิดพลาดซ้ำรอยประเทศอังกฤษที่การสาธารณสุขเกิดช่องว่างและอ่อนแอลง จึงสมควรจะต้องพิจารณาบทบาทกระทรวงสาธารณสุขที่จะเชื่อมโยงกับบทบาทอปท.ในการป้องกันควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพ (LEESMIDT and PANNARUNOTHAI 2007) ดังข้างล่าง

- บทบาทการเป็นผู้กำหนดนโยบายสุขภาพด้านควบคุมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจนเพื่อให้อปท.สามารถนำไปดำเนินการเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพโดยตรงและบริการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยอ้อม ดัง เช่นอังกฤษได้กำหนดชัดเจนเรื่องการป้องกันโรคอ้วนในประชาชน เป็นต้น
- บทบาทการกำหนดและออกกฎหมายที่สำคัญด้านสาธารณสุขและการป้องกันควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพ ประสบการณ์ที่ได้รับจากการดำเนินงานในท้องถิ่นอปท. ลังเลที่จะใช้มาตรการทางกฎหมายเพราะทำลายฐานเสียงในพื้นที่
- บทบาทผู้ประสานงานด้านสุขภาพระหว่างอปท.ระดับชาติ โดยการจัดตั้งคณะกรรมการและหน่วยงานที่สามารถประสานงานด้านการสาธารณสุขและการป้องกันควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพกับอปท.ทั้งระดับชาติ เขต จังหวัด และท้องถิ่น
- การเป็นผู้สนับสนุนวิชาการและติดตามผลการดำเนินงานแบบพันธมิตรทางสุขภาพ อย่างเช่น แผนกสาธารณสุขที่จัดตั้งในเขตพื้นที่ Health Authority ของประเทศอังกฤษ
- การสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินการด้านสาธารณสุขและการป้องกันควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็นเร่งด่วนและเป็นนโยบายสำคัญของชาติ ดังเช่นประสบการณ์ออสเตรเลียที่ทำข้อตกลงกับอปท.รัฐบาล State Government
- บทบาทศูนย์ข้อมูลด้านสาธารณสุขที่มีระบบการรวบรวม จัดเก็บ เข้าถึง เผยแพร่ และรายงานผลแก่อปท. และสาธารณะที่สามารถแสดงผลที่ปัจจุบันและผ่านการวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อสามารถนำไปแก้ปัญหาในพื้นที่และระดับชาติ และเสนอทางเลือกของการแก้ปัญหาแก่อปท.

- บทบาทการสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงของบริการสังคมและสุขภาพ และการสนับสนุนให้อปท.มองเห็นความสำคัญของการสาธารณสุข การป้องกันควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพซึ่งอปท.มักให้ความสำคัญด้านสุขภาพในลำดับที่น้อยกว่าด้านอื่นๆ เช่นการก่อสร้างโครงสร้างพื้นฐาน เป็นต้น

2.7 การกระจายอำนาจกับการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management)

กระแสการกระจายอำนาจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ เป็นแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management หรือ NPM) ซึ่ง Kjaer (2004) ได้อธิบายถึงการปฏิรูปการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM Reform) นั้น การกระจายอำนาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่น่ามาใช้โดยมุ่งให้เกิดการจัดการที่ดีขึ้น Devolutionเป็นรูปแบบการกระจายอำนาจที่ถูกนำมาใช้ในการปฏิรูปเพราะจะมีอำนาจจัดการที่อิสระยืดหยุ่นมากกว่าเดิม อำนาจการวางแผนตัดสินใจถ่ายโอนไปอยู่นอกระบบราชการส่วนกลางที่รวมศูนย์ อย่างไรก็ตามการปฏิรูปมีการนำกลวิธีอื่นๆมาาร่วมกับการกระจายอำนาจด้วยเสมอโดยเฉพาะการนำกลไกตลาดมาสู่ภาครัฐแบบสร้างการแข่งขันจริงๆ ที่เรียกว่า True Market Reform ได้แก่ การเก็บค่าบริการที่จุดบริการ (User charge) หรือ การแข่งขันระหว่างผู้จัดบริการ (Provider competition) กลไกตลาดอาจถูกนำมาสร้างภาพจำลองในการแข่งขันภาครัฐที่เรียกว่า Pseudo-market reform ได้แก่ การแยกผู้จัดและซื้อบริการออกจากกัน (Provider-purchaser split) การเปลี่ยนแนวทางการกำกับบริการแบบควบคุมสั่งการมาเป็นแบบการทำสัญญาเพื่อกระตุ้นกลไกตลาด (Contracting and market-stimulating reform) การนำกลไกตลาดและการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ถูกนำมาใช้ร่วมกับการกระจายอำนาจในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ ล้วนส่งผลต่อผลลัพธ์การกระจายอำนาจทั้งเชิงบวกและลบ ผลลัพธ์ที่ดีจะเป็นบริการที่สร้างรายได้ซึ่งเป็นบริการรายบุคคลแต่ส่งผลกระทบต่อบริการสาธารณะที่ไม่ก่อรายได้และเป็นบริการต่อกลุ่มชนทั่วไป ดังนั้นผลกระทบของการกระจายอำนาจที่มีอิทธิพลของกลไกตลาดร่วมด้วยจึงก่อให้เกิดความเสียหายในงานสาธารณสุขอย่างชัดเจน ดังที่ Khaleghian และ Gupta (2004) ได้ยกตัวอย่างประเทศต่างๆที่ประสบผลเสียของการปฏิรูประบบสุขภาพโดยใช้กลไกตลาดไว้ เช่น ประเทศNicaragua ขาดงบประมาณรุนแรงในการจัดบริการจึงกำหนดให้เก็บค่าบริการแก่ผู้มาใช้บริการ (Use charge)ทำให้การควบคุมไข้มาลาเรียล้มเหลวและเกิดโรคระบาดมากขึ้น ประเทศจีนนำกลไกตลาดมาสร้างการแข่งขันระหว่างผู้จัดบริการ บริการด้านรักษาพยาบาลได้รับการพัฒนาการสาธารณสุขกลับเลวลงโดยเฉพาะการป้องกันโรค ขาดการประสานงานเชื่อมต่อข้อมูลเพราะข้อมูลเป็นความลับของการแข่งขัน การติดตามควบคุมโรคเลวลง ไม่มีการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานระดับล่าง อัตราการฉีดวัคซีนลดลง เพราะไม่สร้างรายได้แก่ผู้ให้บริการ ไม่มีการสอบสวนโรคระบาดเพราะงบประมาณจำกัด การขาดแคลนงบประมาณและเน้นกลไกตลาดทำให้บริการด้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพถูกละเลย เมื่อมีการกระจายอำนาจลงไปยิ่งสร้างปัญหาการเชื่อมโยงระบบสุขภาพที่ขาดและแตกแยกออกจากกัน การที่จะนำงบประมาณส่วนที่ได้จากการ

รักษาพยาบาลมาสนับสนุนด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Cross-subsidy) จำเป็นต้องมีพันธะความรับผิดชอบและทัศนคติที่ดีอย่างมาก (High commitment) ต้องงานสาธารณสุข การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการบริการที่ดีและมีประสิทธิภาพเป็นกลไกที่ดีกลไกหนึ่ง กระตุ้นให้เกิดบริการตามที่ต้องการ หากกระจายอำนาจไปสู่หน่วยงานอิสระและอปท.กลไก บริการที่สร้างรายได้และมีแรงจูงใจให้เกิดรายได้ย่อมเป็นเป้าหมายการจัดบริการขณะที่บริการสาธารณะอื่น โดยเฉพาะการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพจะถูกทะเล่ทอดทิ้ง การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นไม่เพียงแต่ไม่สร้างรายได้ การสร้างตัวชี้วัดในการประเมินผลก็ทำได้ยุ่งยากกว่าการจัดบริการบุคคลที่เป็นการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ จึงเห็นได้ว่าการจัดการภาครัฐแนวใหม่และการกระจายอำนาจจำเป็นต้องอาศัยการอภิบาลระบบที่ครอบคลุมและดีพอ การอภิบาลระบบจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องนำมาทบทวนพิจารณาควบคู่ไปกับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขทั้งการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ สิ่งสำคัญที่จะกล่าวสำหรับการนำแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่มาสู่การกระจายอำนาจและปฏิรูประบบสุขภาพ จะเป็นเรื่องการมีพันธะความรับผิดชอบต่อองค์กร (Accountability) ที่เปลี่ยนแปลงไป ร่วมกับการพัฒนาองค์กรให้เปลี่ยนแปลงการดำเนินงานแบบเดิมสู่แนวจัดการใหม่ที่ดีพอ (Old Public Management Development)

พันธะความรับผิดชอบเชิงระดับชั้น (Hierarchical Accountability) ของการจัดการแบบเดิมที่เป็นระบบราชการโดยการให้รางวัลและลงโทษจะถูกเปลี่ยนแปลงไปเป็นพันธะความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Accountability) พันธะความรับผิดชอบเดิมในระบบที่ให้รางวัลตามผลงานทำให้ผู้ปฏิบัติงานมุ่งเน้นตัวเลขผลงานมากกว่าคุณภาพงานที่แท้จริง ซึ่งในบริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพนั้นตัวชี้วัดผลงานยุ่งยากซับซ้อนและประเมินยาก สร้างแรงจูงใจให้เกิดผลงานเท็จมากกว่าปฏิบัติงานแท้จริง Khaleghian และ Gupta (2004) ยกตัวอย่างการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อมาเลเรียเท็จโดยการใช้เลือดสุนัขแทนการตรวจเจาะหาเลือดผู้ป่วยในคนเพื่อเอาผลงานไปรับรางวัลโบนัสตั้งที่เกิดขึ้นในอินเดีย ดังนั้นการกระจายอำนาจไปสู่อปท.หรือหน่วยงานอื่นๆที่บทบาทการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพจะต้องถ่ายโอนไปดำเนินการในพื้นที่ การอภิบาลระบบจะต้องปรับเปลี่ยนการอภิบาลไปสู่พันธะความรับผิดชอบต่อสังคมด้วยช่องทางต่างๆ ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดการ (Community co-management) การเพิ่มโอกาสให้ผู้รับบริการเลือกการบริการได้มากขึ้น (Consumer choice) การแพร่กระจายข้อมูลข่าวสารและผลการดำเนินการตามเป้าหมายคุณภาพที่กำหนดแก่ประชาชนและชุมชน (Dissemination of information and expected standard) และการให้ประชาชนมีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็นและกำกับดูแล (Interactive and mutually reinforcement) จะเห็นได้ว่าการอภิบาลเปลี่ยนแนวจากแนวตั้งไปสู่แนวระนาบมากขึ้นแต่ไม่ได้หมายความว่าดีกว่าเดิมจนกระทั่งระบบเดิมอาจจำเป็นต้องนำมาประกอบกันทั้ง 2 ระนาบเพราะข้อดีและด้อยที่ต่างกัน

2.8 บทบาทด้านสาธารณสุขที่จำเป็น (Essential Public Health Functions)

ประสบการณ์ต่างประเทศที่กล่าวข้างต้นรวมทั้งผลเสียในการป้องกันโรคระบาดแสดงให้เห็นชัดว่า บริการสาธารณสุขโดยเฉพาะการป้องกันควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่กระทรวงสาธารณสุขในฐานะรัฐบาลกลางต้องรับผิดชอบ หากมีการกระจายอำนาจสู่อปท.ที่อ่อนแอและไม่พร้อมหรือมีปัจจัยของการคลังสุขภาพที่แยกผู้ซื้อและจัดบริการออกจากกันอย่างที่มุ่งเน้นแต่บริการทางการแพทย์ที่สร้างรายได้ อาจทำให้การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพถูกทอดทิ้งและล้มเหลวอย่างเช่นในประเทศอื่นๆ ดังนั้นจำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุขต้องพิจารณาถึงบทบาทความรับผิดชอบที่สำคัญจำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ และควรไตร่ตรองให้รอบคอบก่อนจะถ่ายโอนไปสู่อปท. ปีค.ศ.1999 PAHO/WHO ได้กำหนดบทบาทสาธารณสุขที่สำคัญจำเป็นขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับประเทศต่างๆ ใช้พัฒนาระบบสาธารณสุขและสร้างความเข้มแข็งแก่ระบบสาธารณสุข เครื่องมือนี้ดังกล่าวได้รับการพัฒนาจนพบว่าบทบาทสาธารณสุขที่สำคัญจำเป็นนั้นประกอบด้วย 11 บทบาทสำคัญดังนี้ (WHO 2003, RAMAGEM and RUALES 2008):

1. Monitoring, evaluation and analysis of health status
2. Surveillance, research and control of the risks and threats to public health
3. Health promotion
4. Social participation in health
5. Development of policies and institutional capacity for public health planning and management
6. Strengthening of public health regulation and enforcement capacity
7. Evaluation and promotion of equitable access to necessary health services
8. Human resources development and training in public health
9. Quality assurance in personal and population-based health services
10. Research in public health
11. Reduction of the impact of emergencies and disasters on health

เห็นได้ชัดว่าทั้ง 11 บทบาทนี้ กระทรวงสาธารณสุขต้องรับผิดชอบและพัฒนาในสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ หากต้องการถ่ายโอนบทบาทด้านสาธารณสุขไปสู่อปท. โดยเฉพาะการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำเอาบทบาททั้งหลายนี้มาประยุกต์และพัฒนาไปสู่การดำเนินการในพื้นที่ของอปท. ประเด็นสำคัญคือการกำหนดขอบเขตบทบาทที่จะกระจายอำนาจของบทบาทเหล่านี้ไปสู่อปท. อย่างไรและมากน้อยเพียงใด

กระทรวงสาธารณสุขหลังการกระจายอำนาจจะเกิดภาวะสุญญากาศของอำนาจขึ้นทั้งภายในและนอกกระทรวง กล่าวได้ว่าการกระจายอำนาจจะทำให้กระทรวงสูญเสียอำนาจสั่งการให้แก่อปท. หน่วยงานที่ถูกถ่ายโอนโดยเฉพาะหน่วยบริการ แต่ต้องสร้างแนวร่วมพันธมิตรทาง

สุขภาพกับภาคีประชาชนและชุมชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม (KJÆR 2004) บทบาทภารกิจ กระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญจะเปลี่ยนไปดังนี้ (วินัย ลีสmith์ และ ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุโณทัย 2545):

1. การกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขเน้นการกำหนดนโยบาย กติกามาตรฐาน ควบคุม กำกับและติดตามประเมินผลนโยบายที่กำหนด บทบาทภารกิจการดำเนินงานด้าน ต่างๆมอบภาระให้ภาคเอกชน องค์กรชุมชน และอปท.เป็นผู้ดำเนินการแทน
2. การจัดบริการสุขภาพลดบทบาทการเป็นผู้ให้บริการโดยตรง ถ่ายโอนสถานบริการไป อยู่ภายใต้การรับผิดชอบของอปท.และคณะกรรมการระดับพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุข เองรับผิดชอบสถาบันทางการแพทย์ชั้นสูง
3. การป้องกันและควบคุมโรค พัฒนานโยบายที่สำคัญต่อการป้องกันและควบคุมโรค โดยเฉพาะพัฒนาระบบวินิจฉัยและบุคลากรให้มีศักยภาพในการป้องกันโรคสาขาต่างๆ
4. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แก้ปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคและบูรณาการกลไกการควบคุมบังคับใช้กฎหมาย
5. การสร้างเสริมสุขภาพ สร้างความตระหนักให้อปท.เห็นความสำคัญของการสร้าง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพของ ประชาชน
6. สิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ พัฒนานโยบายด้านสิ่งแวดล้อม ควบคุมไปกับการวางระบบเฝ้า ระวังโรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ออกข้อบังคับ ศึกษาวิจัยองค์ความรู้ด้านสิ่งแวดล้อม และ พัฒนาบุคลากรอปท.ให้มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
7. การประกอบอาชีพ ประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจากการทำงานและประเมินสภาวะ สุขภาพหลังการเจ็บป่วยเพื่อกลับเข้าทำงานแก่อปท.
8. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาวิชาการ ศึกษาวิจัยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและ พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทั้งระดับชาติและพื้นที่
9. การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก พัฒนาระบบแพทย์ทางเลือก เทคโนโลยีการ ผลิตยาและเวชภัณฑ์สุขภาพ และเสริมสร้างศักยภาพ ความเข้มแข็งและอิสระในการ เลือกและพัฒนาระบบสุขภาพตามความต้องการของท้องถิ่น
10. พัฒนากำลังคน กำหนดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ กำหนดมาตรฐานและ พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่มี
11. กำหนดคุณภาพและมาตรฐานบริการ พัฒนาคุณภาพของสถานบริการและผลิตภัณฑ์ สุขภาพ การเผยแพร่ข่าวสารด้านคุณภาพ
12. การเงินการคลังสุขภาพ กำหนดนโยบายการคลังสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกัน โรค กลั่นกรองเทคโนโลยีราคาแพง และพัฒนาระบบบัญชีการเงินและบัญชีต้นทุนหน่วย บริการ

13. การวิจัยและพัฒนา กำหนดนโยบายการวิจัยสุขภาพ พัฒนาความสามารถนักวิจัย ควบคุมประสานงานการวิจัยร่วมกับต่างประเทศและพื้นที่

อปท.เองจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทความรับผิดชอบอย่างมากตามการเปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุขหากได้รับการถ่ายโอนภารกิจและหน่วยบริการสาธารณสุข ทั้งด้านการจัดการ การจัดบริการ และการสร้างองค์ความรู้ให้มากขึ้น การจัดการที่เกิดหลังการกระจายอำนาจจะแปรตามภารกิจด้านสุขภาพที่อปท.ได้รับถ่ายโอน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดทางเลือกเพื่อการบริหารจัดการที่สำคัญทั้งด้านการเงินและบุคคล

บทบาทกระทรวงสาธารณสุขที่ปรับเปลี่ยนไปจะเห็นได้ชัดเจนว่าไม่แตกต่างกับบทบาทสาธารณสุขที่จำเป็นของWHO กำหนด ซึ่งสามารถเปรียบเทียบได้ตามตารางที่ 2.4 สิ่งที่แตกต่างกันชัดเจนระหว่างบทบาทสาธารณสุขที่จำเป็นในมุมมองWHO ก็คือ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานสาธารณสุขให้เกิดผลและยั่งยืน ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยต้องต่อสู้กับระบบสุขภาพที่การคลังเป็นกลไกตลาด บทบาทด้านการคลังสาธารณสุขจึงถูกกำหนดไว้ในบทบาทสำคัญที่ต้องปรับเปลี่ยนหลังการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ส่วนการสาธารณสุขนั้นบริการเป็นสินค้าที่ไม่มีผลการสร้างรายได้และเป็นบริการสาธารณะที่รัฐต้องดำเนินการ ระบบการคลังสุขภาพเป็นเรื่องการจัดทำงบประมาณที่ไม่มีผลของกลไกตลาดเข้ามาสร้างการแข่งขัน บทบาทด้านการคลังจึงไม่ใช่บทบาทสำคัญของบริการสาธารณสุขดังกล่าวนี้

ตารางที่ 2.4 เปรียบเทียบบทบาทสาธารณสุขที่จำเป็นกับบทบาทกระทรวงสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงหลังกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทบาทสาธารณสุขที่จำเป็น (EPHF)	บทบาทกระทรวงสาธารณสุขที่ปรับเปลี่ยน
<ul style="list-style-type: none"> • M&E and analysis health status • Surveillance and control • Health promotion • Social participation • Development planning and management • Regulation and enforcement • Equitable access to health services • HRD and training • Quality assurance in health services 	<ul style="list-style-type: none"> • ประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ • ป้องกันและควบคุมโรค • สร้างเสริมสุขภาพ • การกำหนดนโยบาย • ให้บริการรักษาพยาบาลขั้นสูง • คุ่มครองผู้บริโภคร • นโยบายด้านสิ่งแวดล้อม • ศึกษาวิจัย • แพทย์ทางเลือก • พัฒนากำลังคน • คุณภาพและมาตรฐานบริการ

-
- Research in public health
 - การคลังสุขภาพ
 - Reduction of emergencies and disasters
 - พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
-

จากตารางที่ 2.4 เมื่อเปรียบเทียบอย่างละเอียดบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขแม้จะถูกปรับเปลี่ยนไปหลังการกระจายอำนาจแล้วก็ตามยังคงสอดคล้องคล้ายคลึงกับบทบาทสาธารณสุขที่จำเป็นที่ WHO เสนอแนะให้ดำเนินการ ตั้งแต่การประเมินติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ การค้นหาปัญหาสุขภาพและดำเนินการแก้ไข บริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตลอดจนสิ่งแวดล้อมและภัยพิบัติ ซึ่งเหล่านี้เป็นบทบาทพื้นฐานที่อปท.ดำเนินการจึงเห็นได้ชัดเจนว่าอปท.เองก็ถูกกำหนดให้มีบทบาทดูแลประชาชนและจัดบริการด้านสาธารณสุขตามที่กฎหมายกำหนดบางส่วนอยู่แล้ว ดังนั้นบทบาทสาธารณสุขด้านบริการสังคมและชุมชนคงเป็นเรื่องการมอบหมายที่สามารถเชื่อมต่อได้ ส่วนบทบาทที่เป็นบริการการแพทย์ระดับสูง การวิจัย และพัฒนาคงเป็นบทบาทหลักกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการเวลาพัฒนาศักยภาพอปท.ต่อไปดังที่พบได้ในกลุ่มประเทศนอร์ดิกดังกล่าวแล้ว

2.9 ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลกลางและองค์กรปกครองท้องถิ่น (central-local relation)

เมื่อกระจายอำนาจสู่อปท. ความสัมพันธ์ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและพื้นที่จะขาดการติดต่อและการประสานงานจะเกิดปัญหา ระบบบริการสุขภาพที่ภาครัฐเป็นทั้งผู้ให้บริการและจ่ายค่าบริการเองนั้นจะสนับสนุนให้รัฐบาลกลางมีอำนาจและบทบาทอย่างมากและชัดเจนในการควบคุมกำกับอปท. แต่หากระบบบริการสุขภาพที่เป็นแบบความสัมพันธ์ผสมระหว่างภาครัฐและเอกชน (public-private mix) อำนาจในการควบคุมกำกับองค์กรปกครองท้องถิ่นของรัฐบาลกลางก็จะน้อยลง อำนาจควบคุมของส่วนกลางที่ลดลงนั้นเนื่องมาจากบทบาทในการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน (funding) และบทบาทในการวางแผน (planning) ซึ่งเป็นมาตรการสำคัญสองประการที่ใช้ในการควบคุมกำกับอปท. ลดลงนั่นเอง

การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโดยรัฐบาลกลางนั้น เอื้อให้รัฐบาลกลางมีอำนาจความรับผิดชอบที่สามารถใช้กำกับท้องถิ่นโดยผ่านระบบการเงินการคลังได้หลายแนวทาง ตามที่ Brogen and Brommels (1990) กล่าวไว้รวม 5 แนวทางคือ กำหนดขนาดและวิธีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน กำหนดวิธีเบิกจ่ายงบประมาณที่ให้สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ควบคุมระดับเพดานภาษีที่ท้องถิ่นเรียกเก็บ ลงโทษทางการเงิน และให้ท้องถิ่นกู้ยืมเงิน

รัฐบาลกลางสามารถใช้ระบบการวางแผนเพื่อควบคุมอปท. แผนงานโครงการต่าง ๆ ที่อปท. จะต้องดำเนินการอาศัยการวางแผนที่สำคัญสามประการ ได้แก่ การวางแผนงบประมาณ

การวางแผนด้านกำลังคน และการประเมินแผนงาน รัฐบาลกลางสามารถกำหนดเป้าหมายและเงื่อนไขให้ท้องถิ่นปฏิบัติตามและจัดการประเมินเป็นระยะๆ เช่น รายปี รายสองปี และรายสี่ปี เป็นต้น

หลังการกระจายอำนาจกระทรวงสาธารณสุขจะมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการสั่งการกับหน่วยงานที่ถ่ายโอนเปลี่ยนแปลงไปแตกต่างกัน Stoker (1992) ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและอปท.ไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. Relative autonomy model อปท.มีอิสระแต่ยอมรับบทบาทของส่วนกลาง มีขอบเขตของอำนาจและหน้าที่ตามที่ส่วนกลางกำหนด ปฏิสัมพันธ์ที่มีเป็นความผูกพันตามกฎหมายกำหนด ส่วนกลางควบคุมได้อย่างจำกัดเพราะอิสระ งบประมาณมาจากภาษีท้องถิ่น อปท.สามารถกำหนดนโยบายได้อย่างสอดคล้องหรือแตกต่างจากนโยบายส่วนกลาง
2. Agency model อปท.เปรียบเสมือนหน่วยงานรัฐบาลกลางที่นำเอานโยบายไปปฏิบัติ ได้รับการมอบอำนาจโดยการออกกฎหมาย ระเบียบ และแผนดำเนินงาน งบประมาณจากส่วนกลางเป็นหลัก
3. Interactive model มีความสัมพันธ์แบบแลกเปลี่ยน แก้ปัญหาโดยการประชุมหารือ ข้อตกลง งบประมาณผสมทั้งส่วนกลางและภาษีท้องถิ่น

เห็นได้ชัดเจนว่ากระทรวงสาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยนบทบาทตามลักษณะสำคัญทั้งสามประการ คือ กฎหมาย งบประมาณ และการวางแผน ซึ่งระดับความเข้มของตัวแปรทั้ง 3 จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดต่างๆ หลังการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขระบบสุขภาพจะเปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงไม่ได้เกิดกับเฉพาะหน่วยบริการเท่านั้น แต่ยังสร้างผลกระทบต่อหน่วยบริหารจัดการและศูนย์วิชาการด้านสาธารณสุข บทเรียนจากการทบทวนวรรณกรรมทำให้สามารถแบ่งประเทศที่เกิดการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ กลุ่มประเทศพัฒนาที่มีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่ก้าวหน้าไปอย่างมาก กับกลุ่มประเทศที่ยังไม่พัฒนาหรือกำลังพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไม่ได้พัฒนาไปมากนักและกำลังเกิดการเรียนรู้ ลักษณะการกระจายอำนาจพัฒนามากน้อยเพียงไรอาศัยการพิจารณาปัจจัยสำคัญ 2 ประการได้แก่ความเป็นอิสระทางการเมืองกับการเงินการคลังทางเศรษฐกิจ การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเป็นประเด็นทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่จะถูกปัจจัยทางเมืองและเศรษฐกิจเป็นตัวผลักดัน อย่างน้อยที่สุดจะพบว่าการกระจายอำนาจที่พัฒนาแล้วจะเกิดธรรมาภิบาลที่ดี ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยการเมืองและเศรษฐกิจอย่างยิ่ง

กลุ่มประเทศที่พัฒนาจะมีโครงสร้าง บทบาทของหน่วยบริหาร วิชาการและการเงินการคลังสาธารณสุขแตกต่างกับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย กลุ่มประเทศพัฒนาแล้วการกระจายอำนาจก้าวหน้าไปมากอปท.จะมีบทบาทมากและบทบาทหน่วยงานด้าน

สาธารณสุขเดิมจะถูกโอนย้ายไปอยู่ในสังกัดอปท.แทน เช่น ประเทศแคนาดามีหน่วยงานที่เรียกว่า Department of Health และ Regional Health Authority ในโครงสร้างของรัฐบาลท้องถิ่น คือ Provincial and Territory Governments ขณะเดียวกันรัฐบาลกลางมีกระทรวงสาธารณสุขคือ Ministry of Health ซึ่งทั้งสอง โครงสร้างแยกจากกันชัดเจนทำหน้าที่แบบแยกกันตามระดับ (MARCHILDON 2005) ประเทศออสเตรเลียซึ่งมีรัฐบาล 3 ระดับ ในระดับชาติมีรัฐบาล Common Wealth ซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุขเรียกชื่อว่า Department of Health and Aged Care ทำหน้าที่ดูแลการสาธารณสุขประเทศ ร่วมกับหน่วยงานด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น The National Health and Medical Research Council (NHMRC) ระดับท้องถิ่น อปท.มีรัฐบาลท้องถิ่นเรียกชื่อ State Government มีหน่วยงานสาธารณสุขที่เรียก State Health Department ทำหน้าที่รับผิดชอบการสาธารณสุขของรัฐบาลท้องถิ่น ประเทศนอร์เวย์มีกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอิสระอื่นๆที่ดูแลด้านสุขภาพที่ระดับชาติได้แก่ Ministry of Health and Care Service, Norwegian Board of Health และ Norwegian Institute of Public Health(NIPH) ซึ่งทำหน้าที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกันมี Provincial Governor บริหารจัดการบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดโดยประสานงานกับ County Medical Officer ซึ่งเป็นหน่วยงานของ county (NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH 2009) ประเทศอังกฤษมี Department of Health คือ กระทรวงสาธารณสุขที่ระดับชาติ ทำหน้าที่องค์กรบริหารกำหนดนโยบาย แต่การบริหารระบบสุขภาพเป็นบทบาทของ NHS อปท.มีบทบาทน้อยมากไม่มีหน่วยงานบริหารจัดการที่ระดับพื้นที่ NHS มีหน่วยงานรูปแบบ Trust และ Authority แต่ปัจจุบันอังกฤษได้กระจายอำนาจลงสู่พื้นที่ที่กำหนดให้ PCT หรือ Primary Care Trust ทำหน้าที่บริหารจัดการและจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชน ทำหน้าที่วางแผนและจัดบริการที่เรียกว่า Planning and Commissioning ขณะเดียวกันมี FT หรือ Foundation Trust ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระไม่อยู่ในการกำกับของ NHS เป็นระบบการคลังแบบใหม่ที่อังกฤษนำมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นองค์กรสร้างผลกำไรของภาครัฐ ที่เรียกว่า Public Benefit Corporation มุ่งหมายที่จะสร้างควมมีประสิทธิภาพและยึดผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลาง (combining business efficiency and member benefit and offer a clearer customer focus) (ALLEN 2006) จากตัวอย่างดังกล่าวจะพบความคล้ายคลึงของประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย นอร์เวย์ และความแตกต่างอย่างยิ่งของประเทศอังกฤษ ซึ่งจะเป็นบทเรียนที่ศึกษาเปรียบเทียบสำหรับประเทศไทย

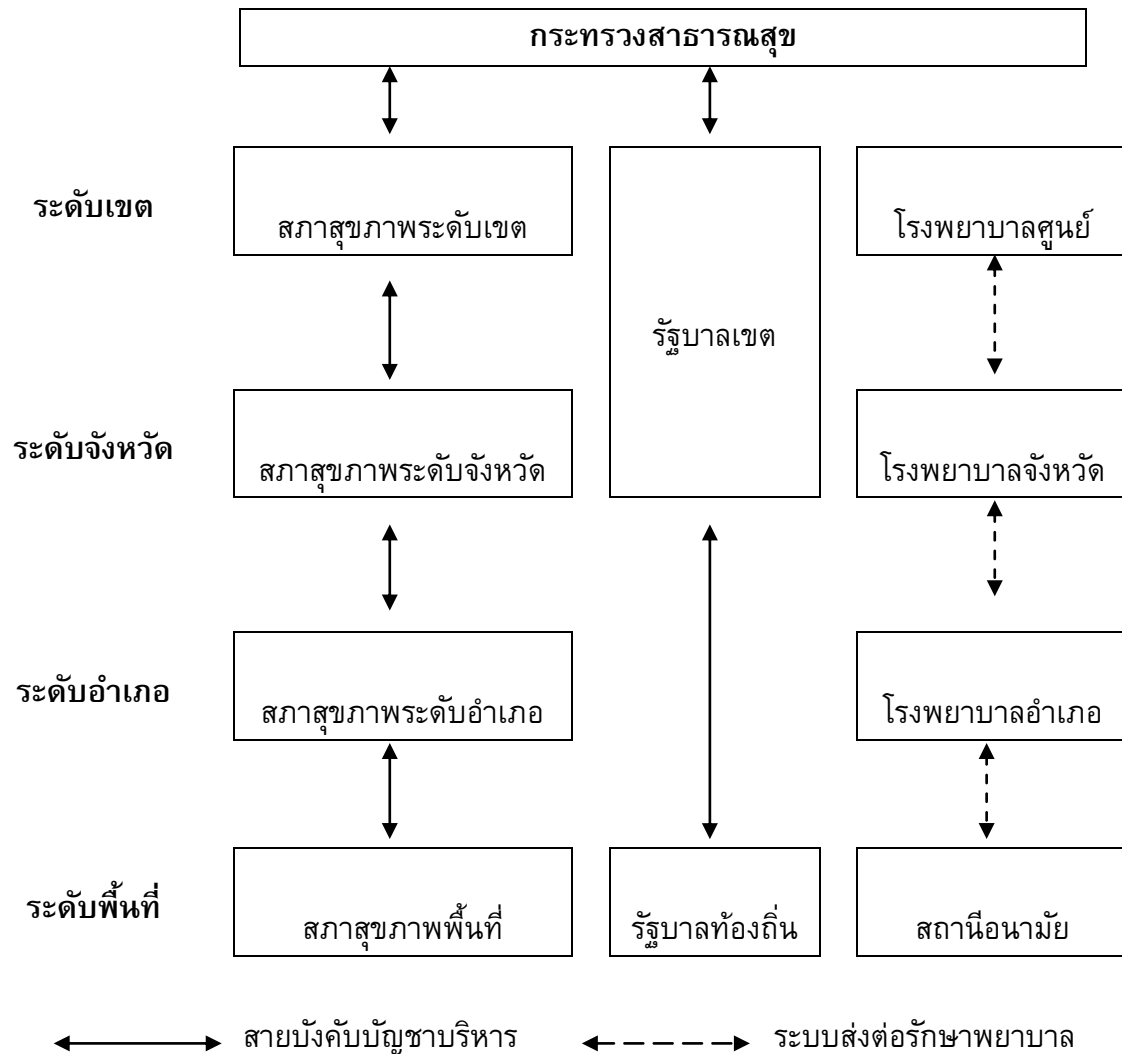
กลุ่มประเทศกำลังพัฒนานั้นการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขพัฒนาไปไม่ไกล คล้ายคลึงกับประเทศไทยซึ่งกำลังเริ่มผลักดันการกระจายอำนาจแต่บางส่วนก็แตกต่างออกไป เนื่องจากบริบทที่ไม่เหมือนกัน ประเทศในกลุ่มอเมริกาใต้ แอฟริกา หมู่เกาะแปซิฟิก และเอเชีย บางประเทศ ซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนามีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไม่แตกต่างกับประเทศไทยมากเหมือนประเทศตะวันตกในยุโรปที่กำหนดไปไกลแล้ว บทเรียนที่บทวนในประเทศกำลังพัฒนานี้จะเป็นผลการศึกษาจาก 11 ประเทศ ได้แก่ บราซิล แอฟริกาใต้ ยูกันดา

ปาปัวนิวกินี บอทสวานา ไนจีเรีย ชูदान อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ อินเดีย และ จีน ผลการทบทวนพบว่า การกระจายอำนาจที่เกิดขึ้นเป็นเหตุผลการเมืองเพื่อสร้างความมั่นคงในการปกครอง เป็นการลดภาระความรับผิดชอบจากส่วนกลางสู่อปท. และกล่าวอ้างว่าเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการจัดบริการเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของท้องถิ่น (COLLINS and GREEN 1994, KRISTIANSEN and SANTOSO 2006) หลังการกระจายอำนาจโครงสร้างระบบสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป ปรับเปลี่ยนโดยอาศัยโครงสร้างการปกครองเดิมเป็นหลัก ได้แก่ การจัดตั้งสภาท้องถิ่นขึ้นมาบริหารในโครงสร้างเดิม แต่อำนาจการตัดสินใจยังอยู่ในส่วนกลางโดยเฉพาะด้านการเงินและบุคคล สาเหตุที่ส่วนกลางยังคงอำนาจไว้สูงเพราะอปท. ไม่มีศักยภาพพร้อมที่จะเข้ามาดูแลบริหารจัดการทั้งหมด อปท. ต้องพึ่งพางบประมาณสนับสนุนส่วนใหญ่และองค์ความรู้จากส่วนกลาง ส่วนกลางไม่มั่นใจว่าอปท. จะสนองตอบนโยบายที่ส่วนกลางกำหนด โครงสร้างที่เปลี่ยนแปลงอาจเป็นระดับจังหวัด เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารจังหวัดในประเทศปาปัวนิวกินี หรือ สภาจังหวัดและกรรมการบริหารจังหวัดในประเทศชูดานและฟิลิปปินส์ เป็นต้น อาจมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารและสภาเขตในประเทศขนาดใหญ่ ๆ เช่น ไนจีเรีย เป็นต้น หรืออาจเป็นสภาระดับอำเภอและกรรมการบริหารอำเภอ เช่น ประเทศบอทสวานา เป็นต้น หรือ อาจเป็นเพียงการกระจายอำนาจของงานประจำให้จังหวัด แต่อำนาจทางการเงินและนโยบายยังเป็นอำนาจรัฐบาลกลาง อย่างเช่นประเทศจีน เป็นต้น แม้จะมีความแตกต่างกันในชื่อเรียกและโครงสร้างการบริหารจัดการซึ่งเป็นผลจากความแตกต่างกันในบริบททางการเมือง แต่ก็มีความคล้ายคลึงกันในรูปแบบการกระจายอำนาจ คือ มีสภาที่มาจากการเลือกตั้งในพื้นที่ และมีทีมคณะกรรมการบริหารที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่รัฐบาลกลางได้แก่หัวหน้าหน่วยงานกระทรวงในพื้นที่หรือตัวแทนส่วนกลางเป็นกรรมการ และมีผู้มีอำนาจในพื้นที่ซึ่งส่วนกลางแต่งตั้งเป็นผู้มีอำนาจแทนรัฐบาลกลางทั้งหมด โครงสร้างการบริการด้านสาธารณสุขเองยังคงขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุขเดิม เพียงแต่การถ่ายโอนกิจกรรมและบุคลากรและการมีอำนาจบริหารจัดการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแล้วดังภาพที่ 2.1

ภาพที่ 2.1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มประเทศกำลังพัฒนานั้นมีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเกิดขึ้น 2 รูปแบบ คือ แบบแรกการกระจายอำนาจเกิดจากการจัดตั้งองค์กรทางการเมืองที่จัดตั้งตัวแทนการบริหารทางเมืองในระดับเขตและท้องถิ่น เป็นคณะกรรมการผู้บริหารและมีสภาของตนเองแต่เกิดจากการแต่งตั้งและค่อยๆปรับเปลี่ยนไปเป็นการเลือกตั้ง ซึ่งบทบาทและความรับผิดชอบด้านสาธารณสุขได้ถ่ายโอนมาให้องค์กรดังกล่าว แต่การกำหนดนโยบายและการตัดสินใจโดยเฉพาะงบประมาณสนับสนุนยังเป็นอำนาจความรับผิดชอบของรัฐบาลกลาง เช่นเดิม การรวมศูนย์อำนาจไว้ในส่วนกลางเพื่อเป็นการมั่นใจว่านโยบายของรัฐบาลได้รับการสนองตอบและนำไปดำเนินการ และเป็นการสร้างความมั่นใจเพราะรัฐบาลและองค์กรท้องถิ่นยังไม่มีประสบการณ์และขาดองค์ความรู้ การที่ยังคงอำนาจการบริหารการเงินไว้ส่วนกลางเป็นการแก้ไขความไม่เท่าเทียมของพื้นที่ท้องถิ่นที่มีความร่ำรวยและยากจนแตกต่างกัน เช่น ประเทศ

ชุดานและบอทสะวันนา เป็นต้น (SMITH 1981; NORRIS 1983; ALASSAM 1983; REILLY 1990; TORRES and LORENZO 1999; RAMIRO, TORRES and CASTILLO et al 1999; BOSSERT and BEAUVAIS 2002)

ภาพที่ 2.1 โครงสร้างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเทศกำลังพัฒนา



ดัดแปลงจาก : SMITH 1981; NORRIS 1983; ALASSAM 1983; REILLY 1990;
 TORRES and LORENZO 1999, RAMIRO, TORRES and CASTILLO et al
 1999; BOSSERT and BEAUVAIS 2002; AZFAR, LIVINGSTON and
 MEAGHER 2006; BAIOCCHI 2006; KRISTIANSEN and SANTOSO 2006;
 WITTENBERG 2006

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่มีการถ่ายโอนอำนาจไปสู่อปท.อาจเกิดได้ 2 ลักษณะ คือ ถ่ายโอนโดยตรงทั้งหมดพร้อมกันครั้งเดียว เช่น ประเทศอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์

ที่ถ่ายโอนอำนาจด้านสาธารณสุขไปสู่อปท.ทันทีทั้งประเทศ (big-bang) หรือกระจายอำนาจแก่อปท.บางส่วนและค่อยๆพัฒนาไป อย่างเช่น ประเทศบราซิล และแอฟริกาใต้ เป็นต้น บางประเทศเป็นการกระจายอำนาจแก่อปท.แต่เพียงการดำเนินงานด้านสาธารณสุขแบบจัดบริการประจำ อำนาจทางการเงินการคลังและการกำหนดนโยบายยังคงรวมศูนย์ที่ส่วนกลาง เช่น ประเทศจีน (LIN, TAO and LIU 2006) เป็นต้น เนื่องจากเป็นประเทศที่พื้นที่กว้างและการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพให้ซึ่งประมาณมากยากต่อการควบคุมและรัฐบาลกลางยังต้องการเก็บภาษีไว้ส่วนกลาง การดำเนินงานจึงมอบให้อปท.แต่การจัดการรวมไว้ที่ศูนย์กลางรัฐบาลกลางระดับชาติ เช่น การดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิ การอนามัยแม่และเด็ก การฉีดวัคซีน เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขที่ส่วนกลางเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้ให้บริการมาเป็นผู้กำหนดนโยบายและนิเทศติดตามการดำเนินงาน การกระจายอำนาจแก่อปท.แบบนี้รัฐบาลกลางมีการจัดตั้งหน่วยงานกลางมาดูแลกำกับอปท.เพื่อให้มั่นใจว่านโยบายของรัฐบาลกลางได้รับการสนองตอบและนำไปดำเนินการ เช่น ตั้งหน่วยงานตรวจสอบองค์กรและหน่วยงานรัฐที่โอนแก่อปท. ในแอฟริกาใต้ที่เรียก Auditor General การกระจายอำนาจแก่หน่วยงานที่รัฐบาลกลางจัดตั้งและยังคงอยู่ในสายบังคับบัญชาหรือระบบราชการเดิมนั้น พบว่ามีปัญหาด้านกฎหมาย (Legal framework) ด้านการเงินการคลังที่มีการเก็บภาษีและแบ่งปันเงินภาษีที่เก็บได้ (Financial system) ด้านการบริหารจัดการบุคคล (Bureaucratic system) ที่บุคลากรยังเป็นข้าราชการของรัฐบาลกลางซึ่งอปท.และประชาชนไม่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานได้ และด้านการติดตามกำกับ (Monitoring mechanism) ที่ขาดการประสานงานระหว่างรัฐบาลกลางและอปท. จำเป็นต้องออกแบบการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน ปัญหาที่พบในพื้นที่ 2 ประการที่สำคัญหลังการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข คือ Health unit หรือหน่วยบริการรัฐขาดแรงจูงใจในการสร้างประสิทธิภาพต่อต้านทุน หรือ ขาดแรงจูงใจที่ตอบสนองต่อความต้องการในพื้นที่ และประการสุดท้ายคือการถูกแทรกแซงด้วยการเมืองท้องถิ่น ซึ่งการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของอปท.ที่รัฐบาลกลางกำหนดอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการของการเมืองท้องถิ่น (NORRIS 1983; AZFAR, LIVINGSTON and MEAGHER 2006; BAIOCCHI 2006; WITTENBERG 2006)

2.10 การอภิบาลระบบสุขภาพ

Governance เป็นคำที่ใช้และเข้าใจแตกต่างกันแต่ละบริบททำให้มีความหมายหลากหลาย ในที่นี้ใช้ตรงกับภาษาไทยคือคำว่า “การอภิบาล” ความหมายว่า เป็นกระบวนการนำเอาอำนาจและทรัพยากรขององค์กรที่ได้รับตามกฎหมายมาบริหารจัดการและแก้ปัญหาในกิจการสาธารณะของประชาชน เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ (Wikipedia 2006) Stoker(1998)ตั้งข้อสังเกตของความหมายการอภิบาลไว้ 5 ประการ เมื่อนำไปใช้ในบริการสาธารณะ ได้แก่

- ◆ การอภิบาลให้รวมหมายความถึงสถาบันและผู้กระทำที่อยู่ทั้งภายในและนอกภาครัฐ

- ◆ การอภิบาลแสดงให้เห็นขอบเขตที่ชัดเจนของความรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ
- ◆ การอภิบาลแสดงให้เห็นถึงการพึ่งพาอำนาจซึ่งกันและกันระหว่างสถาบันต่างๆ เพื่อให้เกิดการกระทำร่วมกัน
- ◆ การอภิบาลเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายของผู้กระทำที่เป็นอิสระต่อกัน
- ◆ การอภิบาลเล็งเห็นศักยภาพในการดำเนินงานโดยไม่ต้องอาศัยอำนาจรัฐที่จะสั่งการ

สรุปให้เห็นได้ว่าการอภิบาลต้องพิจารณาทั้งโครงสร้างและกระบวนการ การอภิบาลระบบโดยรวมเมื่อกระจายอำนาจนั้น จะต้องพิจารณาเพิ่มเติมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดตามมาด้วยเช่นกัน

การอภิบาลเกิดขึ้นโดยผ่าน 3 ช่องทางสำคัญ คือ (Wikipedia 2006, Sheaff 2005)

- ◆ ตามสายบังคับบัญชาของระบบราชการ(Hierarchies) จากบนสู่ล่าง (top-down method)
- ◆ ผ่านกลไกตลาด(market mechanism) ซึ่งเป็นการแข่งขันทางการตลาดสำหรับการกระจายทรัพยากร ภายใต้การควบคุมกำกับของรัฐ
- ◆ โดยเครือข่ายของภาครัฐและเอกชน (public-private network) หรือการร่วมมือของชุมชน

ช่องทางการอภิบาลทั้ง 3 แบบนี้สามารถอธิบายได้โดยการเปรียบเทียบตารางที่ 2.5 พบว่าการอภิบาลโดยอาศัยการบังคับบัญชานั้น มีความสัมพันธ์ของการอภิบาลแบบการจ้างงานที่ระดับต่ำกว่าขึ้นไปอยู่ในการบัญชาของระดับสูงกว่าคือเจ้านายหรือนายจ้าง ใช้การเกิดปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนกันด้วยอำนาจการสั่งการที่มี การแก้ปัญหาความขัดแย้งและการประสานงานใช้กฎระเบียบ เป็นระบบของชนชั้นของเจ้าขุนมูลนาย ส่วนการอภิบาลที่ใช้กลไกตลาดมาเป็นกลวิธีนั้น เคารพการสร้างพันธะสัญญาและสิทธิในทรัพย์สินที่เป็นเจ้าของ หน่วยต่างๆที่อยู่ในระบบเป็นอิสระไม่ขึ้นต่อกัน ใช้การแลกเปลี่ยนโดยระบบราคาที่เป็นกลไกตลาดเสรี การแก้ปัญหาความขัดแย้งและการประสานงานผ่านระบบต่อรองราคาและกระบวนการศาล ค่านิยมในการอภิบาลเป็นการแข่งขันซึ่งกันและกัน ช่องทางการอภิบาลสุดท้ายเป็นการสร้างเครือข่ายระหว่างภาครัฐกับเอกชนและสร้างความร่วมมือกับชุมชนเป็นเครือข่าย ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเป็นการแลกเปลี่ยนทรัพยากร แต่ละหน่วยไม่เป็นอิสระแบบแยกกันอยู่แต่มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องไม่แยกจากกันแบบเด็ดขาด ใช้ความเชื่อใจซึ่งกันและกันในการดำเนินการแลกเปลี่ยน การแก้ไขความขัดแย้งใช้กระบวนการเจรจาทางการทูต วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย และแลกเปลี่ยนแบ่งปันซึ่งกันและกัน จะเห็นได้ว่าทั้ง 3 รูปแบบมีความเด่นและด้อยแตกต่างกัน

ไม่ได้หมายความว่าแบบไหนจะดีกว่าแบบอื่น แต่เป็นการนำเอาไปเพื่อสร้างจุดแข็งของการอภิบาลระบบสุขภาพโดยรวมหลังการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

ตารางที่ 2.5 เปรียบเทียบความแตกต่างของการอภิบาลระบบสุขภาพ

	Hierarchies	Markets	Networks
Relationships	Employment	Contract and property rights	Resource exchange
Degree of Dependence	Dependent	Independent	Interdependent
Exchange media	Authority	Prices	Trust
Means of conflict resolution and coordination	Rules and Command	Haggling and the courts	Diplomacy
Culture	Subordination	Competition	Reciprocity

ที่มา: KJÆR A M (2004) หน้า 42

จากการทบทวนทฤษฎีระบบสุขภาพประเทศต่างๆพบว่ากระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานระดับชาติของรัฐบาลประเทศนั้นๆ เป็นองค์กรที่มีอำนาจรับผิดชอบโดยมีรัฐมนตรีมีตำแหน่งสูงสุด ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบและการกำกับดูแลครอบคลุมทั้งระบบ ดูแลหน่วยงานราชการและองค์กรอิสระในระบบสุขภาพ กำกับทั้งภาครัฐ และเอกชน และร่วมมือในการดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกับอปท. องค์กรอิสระและภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุขมีคำเรียกแตกต่างกันแต่ละประเทศ เช่น อังกฤษเรียกว่า Department of Health แต่ดูแลทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้จ่ายค่าบริการเป็นระบบแห่งชาติที่เรียกว่า NHS (LEYS 1999, EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS 1999) นอร์เวย์เรียกชื่อว่า Ministry of Health and Care Service ทำหน้าที่ดูแลกำกับระบบสุขภาพทั้งหมด (JOHNSEN 2006) แคนาดา มี Ministry of Health ของรัฐบาลกลางที่ดูแลกำกับทำงานในรูปแบบคณะกรรมการกับ Ministries of Health ของรัฐบาลจังหวัด (MARCHILDON 2005) จะเห็นได้ว่า การพิจารณาขอบเขตบทบาทความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขในการอภิบาลระบบจะต้องครอบคลุมทั้งประเทศ ทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องและทุกภาคส่วน ประเทศไทยเองการอภิบาลระบบของกระทรวงสาธารณสุขจึงไม่ได้หมายความว่าเพียงส่วนหนึ่งส่วนใด แต่ต้องรวมทุกภาคส่วนและครอบคลุมทั้งหมดเช่นกัน การอภิบาลด้วยช่องทางระบบราชการจากบนสู่ล่างนั้นเกิดตามระบบราชการ ช่องทางนี้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้อภิบาลหลักที่ใช้ช่องทางการบริหารสั่งการผ่านหน่วยงานตามลำดับ การอภิบาลแบบระบบราชการนี้มีความยืดหยุ่นน้อย การจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM) กล่าวโจมตีว่าไม่คล่องตัวและขาดประสิทธิภาพ อธิบายโดยทฤษฎีชื่อ Street-level Bureaucrat (MAY and WINTER 2007) กล่าวว่าการบริหารจัดการแนวใหม่นี้ควรให้ผู้

ปฏิบัติสามารถใช้อำนาจพิจารณาแยกแยะนโยบายตามที่ปัญหาเกิดขึ้นจริง มีความยืดหยุ่นทำตามที่ตนเองสนใจและตอบสนองนโยบาย ทำทาบกับสภาพแวดล้อมที่ทำงานอยู่ ให้โอกาสผู้ปฏิบัติสร้างผลงานทำทาบกับผู้มีส่วนกลาง ซึ่งการที่ผู้ปฏิบัติมีอำนาจในการปรับแตงนโยบาย เพราะเป็นกลุ่มวิชาชีพ(professionals)ที่มีความรู้ และมีความเชื่อมโยงในสายวิชาชีพที่มีอำนาจในตัวเองอยู่แล้วที่เรียกว่า Professional Authority (ERASMUS and GILSON 2008) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้มีส่วนกลาง จำเป็นต้องปรับแนวทางการอภิบาลเพื่อทำทาบหน่วยงานในเขตและจังหวัดโดยเฉพาะหน่วยบริการที่มีกลุ่มวิชาชีพต่างๆ อย่างเช่นแพทย์ ผ่านการกำหนดนโยบาย การที่จะทำให้นโยบายสู่การปฏิบัติก็ต้องอาศัยปัจจัยสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ อำนาจ (power) ทรัพยากร (resource) ความคิด (idea) และ เทคโนโลยี (technology) (Barker 1996) กระบวนการอภิบาลระบบโดยกระทรวงสาธารณสุขผ่านช่องทางราชการหลังการกระจายอำนาจจึงเป็นสิ่งทำทาบตามแนวการบริหารแบบใหม่นี้

การอภิบาลผ่านกลไกตลาด(market mechanism) เป็นการแข่งขันทางการตลาดเพื่อกระจายทรัพยากรภายใต้การควบคุมกำกับของรัฐ เห็นชัดเจนหลังการนำการจัดการภาครัฐแนวใหม่(NPM)ที่นำกลไกตลาดมาสร้างการแข่งขันแบบจำลอง(Pseudo-market competition) ที่แยกผู้จัดบริการและผู้ซื้อบริการ(provider-purchaser split)ออกจากกัน แนวคิดนี้เป็นการใช้กลไกตลาดภายในองค์กรรัฐของประเทศอังกฤษ (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS 1999) จะพบว่ากระบวนการระบบสุขภาพเกิดการแยกออกไป ข้อดีสร้างการแข่งขันแก่หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนในการบริการที่มีคุณภาพ สร้างการเข้าถึงบริการและมีประสิทธิภาพ แต่ข้อเท็จจริงการแข่งขันไม่เสรีเพราะหน่วยบริการส่วนใหญ่เป็นภาครัฐคือกระทรวงสาธารณสุขและเอกชนไม่เข้าร่วมโครงการ เครือข่ายบริการไม่มากเพียงพอจะสร้างการแข่งขัน (วินัย ลีสมีทธิ และ ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย 2549) ดังนั้นการอภิบาลระบบสุขภาพจึงเกิดปัญหาแยกส่วนที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งเชิงความเห็นและสร้างปัญหาปมติดขัดด้านนโยบาย (conflict of interest and policy grid-lock) ระหว่างผู้จัดบริการผู้ซื้อบริการดังประสพการณ์ที่ประเทศไทยได้รับหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (TANGCHAROENSATHIAN and JONGUDOMSUK 2004) ปัญหาความคิดเห็นขัดแย้งและเกิดปมติดขัดเกิดขึ้นทั้งที่ระดับเขตและจังหวัดในพื้นที่ดำเนินการก่อเกิดปัญหาจนมีปมติดขัดคลายไม่ออกจนเกิดความยุ่งเหยิงของการนำเอานโยบายมาปฏิบัติพบได้เพราะความสับสนในบทบาททั้งผู้จัดบริการและผู้ซื้อบริการในขณะเดียวกัน (LEESMIDT 2005) ลักษณะของการที่เกิดโครงสร้างการบริหารจัดการในรูปแบบการกระจายอำนาจที่มีนโยบายการดำเนินงานไม่ประสานและเกิดความขัดแย้งด้านความคิด ย่อมทำให้เกิดความยุ่งเหยิงของนโยบายที่เรียกว่า Policy Mess ดังเช่นประสพการณ์ประเทศรัสเซียที่ได้ประสพหลังการล่มสลายประเทศและเริ่มปฏิรูประบบสุขภาพ(SHEAFF 2005) ปัญหาความขัดแย้งที่มีจะซับซ้อนมากขึ้นเมื่อการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเกิดการแข่งขันสร้างรายได้จนเกิดผลเสียต่อระบบสุขภาพที่บริการสาธารณสุขการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ก่อรายได้และถูกละเลยจนทำให้การควบคุมโรคระบาด

รุนแรงอย่างใช้หัวदनกไม่สามารถดำเนินการได้ทันท่วงที และบริการสาธารณสุขไม่มีผู้รับผิดชอบอ่อนแออย่างมากดังพบได้จากประเทศอังกฤษที่ต้องปรับเปลี่ยนระบบบริการและการอภิบาลระบบใหม่เป็นแบบ Commissioning ที่บูรณาการและรวมผัจจัดและซื้อบริการมาอยู่ในองค์กรเดียวกันและพัฒนาไปจนถึงระดับชุมชนในพื้นที่ โดยการกระจายอำนาจไปสู่ระดับพื้นที่ให้เกิดการวางแผนและจัดบริการตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ (Planning and Commissioning) เป็นบทบาทขององค์กรใหม่ที่เรียกว่า Primary Care Trust (PCT) ซึ่งมีคณะกรรมการในพื้นที่มีบทบาทหน้าที่ดูแลบริการสุขภาพแก่ประชาชนรับผิดชอบ 50,000-100,000 คน งบประมาณ 75% ของ NHS ถูกจัดสรรสู่ PCT นี้ ขณะเดียวกันสร้างระบบการคลังสุขภาพใหม่เรียกว่า Foundation Trust (FT) ซึ่งแตกต่างไปจาก NHS Trust เพราะเป็นอิสระออกจาก NHS แต่บริหารจัดการด้วยองค์กรอิสระที่เรียกว่า Public Benefit Corporation มีความเป็นอิสระและให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม FT นี้มุ่งเน้นจัดบริการ NHS แก่ผู้ป่วยของ NHS เอง โดยไม่มีการผลประโยชน์แก่สมาชิกของ FT ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ FT และเจ้าหน้าที่ของ FT เองจะมีสิทธิ์เข้ามาเป็นสมาชิกของ FT และสามารถลงคะแนนเสียงเลือกกรรมการบอร์ด FT ได้ ซึ่งกรรมการบอร์ดจะเลือกประธานบอร์ดอีกที FT มีอิสระมากกว่า NHS Trust เพราะสามารถลงทุนด้วยตนเองและสามารถกำหนดค่าบริการได้บ้างแต่ต้องอ้างอิงค่าบริการกลางของประเทศ FT จะทำสัญญาเพื่อซื้อบริการจาก PCT โดยการทำสัญญาตามกฎหมาย อย่างไรก็ตาม FT จะอยู่ในการกำกับดูแลโดยรัฐบาลกลางเพราะ FT ต้องมีการจัดตั้งและจดทะเบียนกับรัฐบาลกลางทุกแห่งก่อนที่จะมีอำนาจตามกฎหมายกำหนด (ALLEN 2006) กรณีประเทศไทยการกระจายอำนาจตามกลไกตลาดไปสู่พื้นที่และชุมชนอาจเป็นความหวังการแก้ไขปัญหาคอขวดขัดแย้งเชิงความคิดที่เกิดอยู่เพราะมีการจัดตั้งและปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรที่ไม่สับสน

การอภิบาลโดยผ่านเครือข่ายเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการอภิบาลระบบสุขภาพโดยรวม จะต้องสร้างเครือข่ายการประสานงานและการดำเนินการ อาจเป็นเครือข่ายองค์กรหรือคณะกรรมการหรือกรรมการบอร์ดซึ่งแล้วแต่จะเรียกชื่อ การอภิบาลระบบโดยเครือข่ายพันธมิตรสุขภาพเหล่านี้สามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีการอภิบาลนโยบาย (Policy Governance) ที่ Carver (2001) กล่าวไว้ว่า การเชื่อมโยงระหว่างนโยบายสาธารณะ (Public Policy) กับการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (NPM) อาศัยบอร์ดเป็นตัวเชื่อมซึ่งมีชื่อเรียกแตกต่างกัน เช่น สภาเทศบาล (municipal councils) บอร์ดโรงเรียน (school boards) คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล (hospital trustee) ผู้ปกครองวิทยาลัยและมหาวิทยาลัย (college and university governors) เป็นต้น การเชื่อมโยงอภิบาล (governance) ระบบให้ดำเนินงานอย่างมีพลวัต ภาครัฐบอร์ดเปรียบเสมือนตัวแทนประชาชนที่เป็นเจ้าของกิจการสาธารณะ กล่าวได้ว่าบอร์ดคือเจ้าของกิจการสาธารณะ การมีบอร์ดจะทำให้ลดความซับซ้อนของโครงสร้างและเพิ่มความสมบูรณ์ของสิทธิประชาชนเพราะบอร์ดที่ดีจะเป็นตัวแทนที่ถูกเลือกขึ้นมา บทบาทของบอร์ดจึงประกอบด้วยอำนาจการตัดสินใจและการเป็นผู้นำของกลุ่มชนนั้นๆ บอร์ดทำหน้าที่บริหารกิจการและมีภาระหน้าที่พิจารณาสิ่งที่ประชาชนปรารถนาและทำให้สิ่งปรารถนานั้นสำเร็จลุล่วง ดังนั้นการ

อภิบาลระบบต้องพิจารณาความเชื่อมโยงบทบาทหน้าที่ที่บอร์ดีกับการบริหารจัดการมากกว่าการเป็นเพียงตรายางประทับ ภาระงานของบอร์ดีมีมากกว่าการเป็นเพียงผู้บริหาร การบริหารจัดการเป็นบทบาทสำคัญของผู้อำนวยการสูงสุด (CEO) การอภิบาลต้องก้าวกระโดดเกินปัญหาเพื่อไปสู่อุดมคติใหม่ๆ ที่ดีกว่า หลักการของอภิบาลนโยบายจึงคำนึงถึงการอภิบาลแบบมีคุณค่า กล่าวคือการตัดสินใจแต่ละครั้งของบอร์ดีต้องคำนึงถึงคุณค่าที่เกิดขึ้นและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน คุณค่าที่เกิดเป็นคุณค่าของผลลัพธ์ (end) และวิธีการ (means) ซึ่งบอร์ดีต้องให้ความสำคัญทั้งสองประการ การอภิบาลนโยบายบอร์ดีต้องกำหนดนโยบายที่สำคัญในการดำเนินงานเพื่อกำหนดอำนาจหน้าที่ผู้บริหารสูงสุดหรือCEO และมอบหมายอำนาจหน้าที่แก่ผู้รับผิดชอบ CEOทำหน้าที่เป็นประธานของผู้บริหารจัดการที่ได้รับมอบอำนาจเต็มจากบอร์ดี บทบาทต่างๆ ที่นอกเหนือภาระหน้าที่ที่บอร์ดีล้วนเป็นบทบาทสำคัญที่ประธานต้องรับไปดำเนินการ ดังนั้นสิ่งที่บอร์ดีจะมั่นใจได้ว่าองค์กรมีการดำเนินงานตามที่ต้องการโดยการติดตามข้อมูลจากรายงานที่ได้รับอย่างกระชับถูกต้องและสม่ำเสมอ การติดตามประเมินผลการดำเนินงานของกลุ่มบริหารจำเป็นต้องกำหนดตัวชี้วัดการปฏิบัติงานที่ชัดเจน การประชุมของบอร์ดีในการติดตามงานควรเป็นวาระการประชุมเพื่อการวางแผนนโยบาย ไม่ควรเพื่อการบริหารจัดการซึ่งจะทำให้หัวข้อการประชุมมีแต่รายละเอียดการดำเนินงานและการจัดการมากกว่าการพิจารณาในเชิงนโยบาย สมาชิกบอร์ดีคือกรรมการที่เป็นที่ปรึกษาไม่ใช่เป็นกรรมการผู้นำด้านการบริหารที่ทรงอำนาจ

ทฤษฎีอภิบาลนโยบายสามารถนำมาใช้เพื่อเป็นรูปแบบจำลองที่ดีของการอภิบาลระบบ โดยพิจารณาจากคุณลักษณะที่ดีหลายประการดังนี้ (Carver 1998)

- ◆ ช่วยชี้แนะบอร์ดีให้มองเห็นว่าประเด็นใดที่สำคัญที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณค่าที่ประเด็นนั้นๆ มีอยู่
- ◆ ช่วยสนับสนุนเกื้อกูลให้บอร์ดีที่มีภาวะผู้นำแท้จริงไม่ใช่เป็นเพียงตรายางประทับ
- ◆ ช่วยทำให้บอร์ดีแสดงออกถึงอำนาจที่ได้รับมาในการควบคุมกำกับโดยไม่แทรกแซงกิจการการบริหารจัดการ
- ◆ สร้างการมีปฏิสัมพันธ์ของบทบาทบอร์ดีที่มีอย่างมีเหตุผลทางตรรกะ
- ◆ เป็นพื้นฐานเพื่อใช้เปรียบเทียบในการประเมินบทบาทที่บอร์ดีพึงมีว่าสามารถแสดงบทบาทได้ครบถ้วนเพียงใด
- ◆ ให้ความยืดหยุ่นสำหรับคณะกรรมการบริหารในการบริหารจัดการในขณะเดียวกันยังคงไว้ซึ่งพันธะความรับผิดชอบต่อ (accountable) ที่มีต่อบอร์ดี
- ◆ ช่วยให้การใช้เวลาของบอร์ดีและการจัดการมีประสิทธิภาพ
- ◆ ช่วยเชื่อมโยงบอร์ดีกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง
- ◆ สามารถนำไปปรับใช้กับทั้งองค์กรเพราะมุ่งเน้นถึงความจริงที่มีและสถานการณ์โดยรวม มากกว่าข้อมูลที่ผิวเผินและสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง

อย่างไรก็ตามการนำเอาทฤษฎีอภิบาลนโยบายมาใช้ต้องศึกษาให้เข้าใจ และสร้างความสมดุลของการอภิบาลระบบ เพื่อพัฒนาไปสู่ธรรมาภิบาล (Good governance)

2.11 ธรรมาภิบาล (good governance) คืออะไร?

ความหมายและคุณค่าของธรรมาภิบาล หรือ good governance นั้นได้มีการแสวงหาอย่างมากหลังจากเป็นที่ยอมรับว่าธรรมาภิบาลเป็นกระบวนการที่จะประกันการพัฒนามนุษย์อย่างยั่งยืน โดยการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส ธรรมาภิบาลนั้นเป็นอุดมคติที่บรรลุได้ยากแต่ก็ควรจะต้องพยายามทำให้เกิดผลดีที่สุดแม้ไม่ได้ทั้งหมด

การจะเข้าใจว่าธรรมาภิบาลเป็นอย่างไรนั้นจะง่ายขึ้นหากรู้ว่าลักษณะที่เลวของการอภิบาลเป็นเช่นไร (bad governance) มีลักษณะและอาการที่ดูได้จากตัวชี้วัดหลายประการ ที่แสดงถึงลักษณะที่เลวของการอภิบาล โดยสรุปจะพบได้ว่าประชาชนในสังคมได้รับบริการสาธารณะที่ไม่มีคุณภาพจากหน่วยงานรับผิดชอบไม่ว่าภาครัฐหรือเอกชน เพราะองค์กรดังกล่าวขาดศักยภาพในการกำหนดหรือดำเนินนโยบาย หรือแม้แต่ตัดสินใจก็มักผิดพลาดและสับสนไม่ได้อยู่บนพื้นฐานหลักการและเหตุผล ขาดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล การกำหนดกฎระเบียบไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างจริงจัง การกำหนดกติกา ระเบียบ นำไปสู่การแสวงหาผลประโยชน์ของบุคคลบางกลุ่ม ขบวนการตัดสินใจไม่โปร่งใส และมีการแสวงหาผลประโยชน์จากทรัพย์สินสาธารณะ เนื่องจากไม่มีกลไกกติกาของสังคมและองค์กรที่จะควบคุม การบริหารจัดการทั้งภายในและภายนอกองค์กรนั้น เปรียบเสมือนร่างกายที่ขาดภูมิคุ้มกัน ซึ่งตรงกันข้ามระบบที่มีธรรมาภิบาล (good governance) จะเป็นองค์กรที่มีกลไกเป็นเครื่องยืนยันการบริหารจัดการที่มั่นคง ซึ่งธรรมาภิบาลจะเกิดขึ้นได้นั้นจะขึ้นอยู่กับปัจจัยทางวัฒนธรรม การเมือง ค่านิยมในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมนั้นมีการพัฒนาคน (human development) อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง

ธรรมาภิบาลมีคุณลักษณะที่สำคัญ 8 ประการ ดังแสดงในภาพที่ 3 ข้างล่าง (UNESCAP 2006, Wikipedia 2006) ได้แก่

- ◆ การมีส่วนร่วม (participation)
- ◆ หลักนิติธรรม (rule of law)
- ◆ ความโปร่งใส (transparency)
- ◆ การสนองตอบความต้องการ (responsiveness)
- ◆ หลักการมุ่งสู่ฉันทามติ (consensus orientation)
- ◆ ความเป็นธรรมและความถ่วงหน้า (equity and inclusiveness)
- ◆ ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ (effectiveness and efficiency)
- ◆ พันธะความรับผิดชอบ (accountability)



ภาพที่ 2.2 คุณลักษณะของธรรมาภิบาล (UNESCAP 2006)

2.12 เขตสุขภาพกับการกระจายอำนาจ

เขตสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข เกิดขึ้นมา นานตั้งแต่สมัยหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ค.ศ. 1962 โดยประเทศอังกฤษได้จัดแบ่งเขตสุขภาพ ขึ้นเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นเขตสุขภาพตามบริการโรงพยาบาลโดยมีโรงพยาบาลทั่วไป ครอบคลุมนาน 100,000 คน ถึง 150,000 คน ในขนาดเตียง 600-800 เตียง ต่อมาได้ใช้เขต สุขภาพเพื่อการจัดสรรงบประมาณและจัดบริการระดับพื้นที่ (European Observatory on Health Care System 1999) ประเทศนิวซีแลนด์ได้ออกกฎหมายชื่อ Area Health Board Act 1983 ขึ้นเพื่อจัดระบบการบริการสุขภาพแบบกระจายอำนาจทั้งประเทศ มีคณะกรรมการบอร์ด เขตสุขภาพเป็นผู้บริหารจัดการในเขตรับผิดชอบประชาชนในพื้นที่ตั้งแต่ขนาด 35,000 คนถึง 900,000 คน ซึ่งอย่างน้อยต้องมีโรงพยาบาลอำเภอ(District Hospital) อยู่ในเขตอย่างน้อยหนึ่ง แห่งโดยหวังว่าเป็นการกระจายอำนาจให้เกิดบริการที่ดีขึ้น(European Observatory on Health Care System 2001) ประเทศนอร์เวย์มีระบบการปกครองที่อปท.มีบทบาทสำคัญในการ จัดบริการสุขภาพตั้งแต่ค.ศ. 1967 ต่อมาในปี 2002 นอร์เวย์ได้ปฏิรูประบบสุขภาพจัดตั้งเขต สุขภาพขึ้นรวม 4 เขต ในปีค.ศ. 2002 รวมเวลาเกือบ 40 ปีที่อปท.มีบทบาทสำคัญด้านสุขภาพ หลังการแบ่งเขตสุขภาพนอร์เวย์ได้เปลี่ยนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจากอปท.มาสู่ คณะกรรมการเขตมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการและจัดบริการแก่ประชาชนในพื้นที่ (JOHNSEN J R (2006) เห็นได้ชัดเจนว่าเขตสุขภาพเป็นรูปแบบการกระจายอำนาจที่เป็น ทางเลือกสำหรับต่างประเทศในการปฏิรูประบบสุขภาพให้เกิดผลตามที่ต้องการ

จากบทเรียนของการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นชัดเจนว่า การกระจายอำนาจมี รายละเอียดมากมายในการพิจารณา เพื่อให้เกิดการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไทย อย่างไรก็ตามผลสุดท้ายที่การกระจายอำนาจต้องการนั้นเพื่อให้เกิดการบริการที่ดีแก่ประชาชน ดังนั้น การหาทางออกสำหรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสามารถนำเอาความรู้ที่เกิดจากการ

ทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศแล้วนำมาปรับแก้ให้เหมาะสมกับบริบทประเทศไทยต่อไปดัง
จะแสดงในบทที่ 3

บทที่ 3 ผลการศึกษา ข้อวิพากษ์และเสนอแนะ

บทที่ 3 เป็นผลการศึกษาที่เกิดจากการประชุมระดมสมองของผู้เชี่ยวชาญทั้งสองครั้ง ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการภาครัฐ ผู้บริหารและนักวิชาการของสปสช.เขตและส่วนกลาง นักวิชาการจากมหาวิทยาลัย ภาคเอกชน และองค์กรอิสระ จำนวน 22 คน การประชุมทั้งสองครั้งมีแนวทางระดมสมองในประเด็นคำถามวิจัยที่ตั้งไว้ในวัตถุประสงค์การศึกษา ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสองครั้งส่วนใหญ่เป็นคนเดิม แต่มีบางคนที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุมเพียงครั้งเดียวอาจเป็นครั้งแรกหรือครั้งหลัง ผลจากการระดมสมองถูกนำไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสังเคราะห์เพื่อวิพากษ์และนำไปสู่ข้อเสนอแนะต่อไปในบทที่ 3 นี้ ผลจากการศึกษาสามารถสรุปประเด็นการสังเคราะห์ได้ดังนี้

- ความหมายและความคิดพื้นฐานของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในบริบทไทย
- แนวทางการดำเนินงานและทางเลือกของรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข
- บทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข สำนักตรวจราชการเขตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และศูนย์วิชาการ
- บทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เชื่อมโยงระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและอปท.
- การอภิบาลระบบสุขภาพเมื่อดำเนินงานกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข
- ข้อควรระวังและทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่พบปัจจุบันและแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพหลังการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

ประเด็นต่างๆเหล่านี้มีความเชื่อมโยงที่ไม่สามารถแยกออกจากกันเด็ดขาด การอภิปรายจะเกี่ยวพันกัน แต่เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจและสามารถเชื่อมต่อได้อย่างชัดเจนจึงจัดแบ่งประเด็นออกเป็นตอนๆดังกล่าวนี

3.1 ความหมายของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในบริบทประเทศไทย

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเป็นกลไกสำคัญที่ปฏิรูประบบสุขภาพประเทศไทย ส่งผลทั้งด้านดีและเสียต่อระบบสุขภาพ สร้างการเปลี่ยนแปลงต่อการจัดการในระบบสุขภาพทั้งด้านทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ คำว่าถ่ายโอนหรือการกระจายอำนาจนั้นไม่ได้มีความหมายแทนกัน การกระจายอำนาจมีความหมายที่กว้างกว่าไม่ได้หมายความว่าเพียงถ่ายโอนสถานบริการแก่อปท.เท่านั้น ขณะเดียวกันการถ่ายโอนก็มีความหมายที่ลึกซึ้งและมีความหมายกว้างกว่าเพียงการโอนกิจกรรมบางอย่างให้อปท. การกระจายอำนาจต้องมองเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนว่าประชาชนได้ผลประโยชน์และได้รับบริการที่มีคุณภาพดีกว่าเดิมหรือไม่น้อยกว่าเดิม เข้าถึงบริการดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น และต้องไม่กระทบความเป็นธรรมทางสุขภาพ จาก

การทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศพบว่า การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมีการใช้และให้ความหมายแตกต่างกันในบริบทที่แตกต่าง สำหรับประเทศไทยมีบริบทเฉพาะของตนเอง การใช้และให้ความหมายของคำว่ากระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจึงแตกต่างจากประเทศอื่น ๆ ปัจจุบันไม่มีข้อสรุปและให้คำจำกัดความที่ชัดเจนสำหรับประเทศไทย จึงทำให้การใช้และความเข้าใจมีทั้งคล้ายกันและแตกต่างกันอยู่ทั่วไป สำหรับการศึกษาคั้งนี้การระดมความคิดเห็นพอจะสรุปได้ว่า

การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้นถือได้ว่าเป็นกลไกสำคัญที่ปฏิรูประบบสุขภาพประเทศไทยซึ่งส่งผลทั้งด้านดีและเสียต่อระบบสุขภาพ โดยรวมทุกคนยอมรับว่าการกระจายอำนาจมีการถ่ายโอนอำนาจไปสู่องค์กรอื่น ๆ ที่อิสระมากขึ้น มีความเปลี่ยนแปลงต่อการจัดการระบบสุขภาพทั้งด้านทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ

“ โจทย์การกระจายอำนาจ ประชาชนต้องได้ประโยชน์ที่ยั่งยืนระยะยาว มีการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการปรับปรุงขยายโครงสร้างการบริการและบูรณาการ ” นักวิชาการ

“ การกระจายอำนาจไม่ได้หมายความว่าต้องเอาโครงสร้างกสขไปยัดใส่ในโครงสร้างอปท.” นักวิชาการ

“กระทรวงศึกษาธิการได้พยายามบอกว่าเขตพื้นที่การศึกษาเป็นท้องถิ่น ซึ่งไม่ตรงกับเงื่อนไขกฎหมายรัฐธรรมนูญที่กำหนดคำว่าท้องถิ่น แต่ก็ถือว่าไม่ผิด” นักวิชาการ

เห็นได้ชัดเจนว่าในที่ประชุมมองการกระจายอำนาจเป็นเสมือนกลไกการปฏิรูประบบสุขภาพที่ให้เกิดการพัฒนาและดีขึ้นไม่ได้มองว่าการกระจายอำนาจเป็นเพียงแค่ถ่ายโอนสถานบริการและเป็นเป้าหมายเพียงเท่านั้น และสิ่งที่การประชุมเน้นย้ำเสมอคือการที่ประชาชนเป็นผู้ได้รับผลซึ่งผลที่เกิดจากการกระจายอำนาจประชาชนต้องได้ประโยชน์ที่ดีกว่าเดิม กล่าวคือ ได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพดีกว่าเดิมหรือไม่น้อยกว่าเดิม เข้าถึงบริการที่ดีขึ้น ระบบบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น และต้องไม่กระทบต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศไทย หากเป็นเช่นนี้ประเทศไทยควรมีทางออกสำหรับการกระจายอำนาจอย่างไรดี เป็นประเด็นสำคัญของการประชุมที่จะกล่าวถึงต่อไป

3.2 ทางเลือกและทางออกสำหรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขประเทศไทย

ประเด็นทางเลือกและทางออกสำหรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขประเทศไทยได้รับความสนใจของที่ประชุมครั้งนี้อย่างมาก ทุกคนแสดงความคิดเห็นเพื่อเสนอทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขของประเทศไทยปัจจุบัน และพยายามเสนอทางออกให้เกิดผลดีที่สุดสำหรับประชาชนผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการกระจายอำนาจนี้ จากข้อคิดเห็นสรุปได้ว่าทางออกสำคัญของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้นต้องคำนึงถึงข้อกำหนดในลักษณะของนิติธรรม ซึ่งได้กำหนดในรัฐธรรมนูญและพรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจที่ประชุมพยายามเสนอทางออกที่ไม่ขัดแย้งกับข้อกำหนดในกรอบของกฎหมายซึ่งนักวิชาการหลายท่านที่เกี่ยวข้องและเป็นผู้รู้ได้แสดงความเห็นชัดเจนว่ากฎหมายไม่ได้กำหนดตายตัวว่า

การกระจายอำนาจนั้นต้องถ่ายโอนไปสู่อปท.เท่านั้น แท้จริงแล้วการกระจายอำนาจสามารถคำนึงถึงความสมดุลของส่วนกลางและท้องถิ่นซึ่งอาจเป็นอปท.หรือโครงสร้างองค์กรอื่นๆที่สามารถขยายและต่อยอดออกไปให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

“การกระจายอำนาจควรเลือกชนิดและดุลอำนาจที่เหมาะสม สถานื่อนามัยเพียง 50% เท่านั้นที่ *matching* กับอปท. การเลือกรูปแบบนั้นอาจใช้หลายรูปแบบได้ การถ่ายโอนแล้วโอนกลับไปมาจะสร้างความวุ่นวาย” นักวิชาการ

จากความเห็นของที่ประชุมการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสามารถดำเนินการได้ทั้งเชิงกายภาพของพื้นที่ (*areal decentralization*) ที่เรียกว่า *territorial approach* และเชิงบทบาทของกิจกรรม (*functional decentralization*) แบบ *functional approach* ส่วนใหญ่มองเห็นตรงกันว่าการกระจายอำนาจในลักษณะใช้พื้นที่เห็นตัวน่าจะประสบปัญหาอุปสรรคมากกว่าการใช้บทบาทหน้าที่เป็นจุดเน้น โดยทั้งหมดเห็นตรงกันว่าอปท. นั้นเป็นกุญแจสำคัญของการมีบทบาทจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่เพราะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงและใกล้ชิดประชาชนที่สุด การถ่ายโอนสถานื่อนามัยซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุดไปสู่อบต.และเทศบาลตำบลจึงเหมาะสม และการถ่ายโอนยังสามารถสร้างแรงจูงใจดึงดูดให้บุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโอนย้ายไปสู่อปท.ได้ แต่สำหรับบุคลากรที่เป็นกลุ่มวิชาชีพเช่นแพทย์คงไม่สามารถสร้างแรงจูงใจได้เพียงพอในปัจจุบัน ที่ประชุมยังเห็นพ้องกันว่าแม้จะมีการใช้บทบาทหน้าที่เป็นจุดเน้นสำหรับกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข แต่ก็จำเป็นต้องมีโครงสร้างองค์กรที่สามารถเป็นจุดหลักของการกระจายอำนาจ ตามความเห็นแล้วที่ประชุมสรุปว่าโครงสร้างระดับจังหวัดมีความเหมาะสม เพราะเดิมจังหวัดเป็นแกนของส่วนกลางในการบริหารจัดการเช่นเดียวกันระบบสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขเองต้องอาศัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นโครงสร้างหลักในการบริหารหน่วยบริการแทนกระทรวง การเชื่อมต่อจากพื้นที่ผ่านระดับจังหวัดไปสู่ระดับเขตก็จะเหมาะสมในการประสานงานกับองค์กรอิสระอื่นๆ โดยเฉพาะกับสปสข.เขตในการอภิบาลระบบสุขภาพส่วนภูมิภาค

“ควรสร้างภาพที่กระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะกำหนด แล้วทำ *road map* เดินไป การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขควรต้องมีรูปแบบหลักและผสมหลายทางเลือก และปรับปรุงให้ดีขึ้นเรื่อยๆ” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“การแบ่งโครงสร้างบทบาทหน้าที่นั้น ให้ระดับท้องถิ่นเป็น *key actor* ส่วนจังหวัดเป็น *intermediate actor*” นักวิชาการ

“อปท.เป็น *key actor* ในการจัดบริการโดยเฉพาะในการดำรงชีพประจำวัน ระดับจังหวัดและอำเภอมีความเหมาะสมในการกระจายอำนาจมากกว่าระดับตำบล อบต.อยู่ไกลส่วนกลางจังหวัดและอำเภอเป็นกลไกที่ต้องกระจายอำนาจ เดิมจังหวัดและอำเภอเป็นตัวแทนส่วนกลางในการบริหาร” นักวิชาการ

“ปัจจุบันมีโครงสร้างการทำงานระดับจังหวัด ควรใช้โครงสร้างจังหวัด ควรเอาจุดแข็งอปท.และกระทรวงสาธารณสุข.มารวมกันให้ดำเนินการสำเร็จ ช่วยกันทำงาน” ผู้นำอปท.

“การกระจายอำนาจควรทำระดับจังหวัดซึ่งรวมถึงอำเภอ อบต. ใกล้เคียงกลางเกินไปและขนาดเล็ก นอกจากนี้ จังหวัดเป็นกลไกการปกครองเดิมอยู่แล้ว” นักวิชาการ

“... ควรใช้การบริหารภาครัฐแนวใหม่ ควรใช้ authority หลายอย่างเข้ามาจัดการแทนที่จะใช้ authority ภาครัฐแบบเดียว ทรัพยากรโดยเฉพาะคนเป็นเรื่องท้าทายที่จะทำให้เกิดการดำเนินงาน ควรผ่อนคลาย authority ภาครัฐและใช้ช่องทางอื่นๆ เช่นรพ.บ้านแพ้ว... การดำเนินงานค่อยๆเป็นไปได้ กระทรวงสาธารณสุข. เป็นกระทรวงชั้นนำที่สามารถทำได้” นักวิชาการ

ที่ประชุมมีความเห็นสอดคล้องกันว่า ทางเลือกหลักของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้นมีความเป็นไปได้ 2 ทางเลือกหลักแต่สามารถผสมผสานเป็นหลายรูปแบบทางเลือกย่อยๆได้แก่

1. กระจายอำนาจแบบพื้นที่เขตสุขภาพที่อาจเรียกรวมๆว่า regionalization โดยอาจมีโครงสร้างองค์กรแบบ health board หรือ health district หรือ คณะอนุกรรมการประสานความร่วมมือการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด ที่มีอุปท. กับตัวแทนรัฐบาลกลางและภาคส่วนอื่นๆ เช่น องค์กรอิสระ ตามที่มีการประกาศเป็นคำสั่งของรัฐบาล หรือกระจายอำนาจสู่เขตสุขภาพที่มีคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นใหม่ที่เป็นอิสระและมีผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) เข้ามามีส่วนร่วมบริหารจัดการและอภิบาลระบบ
2. กระจายโดยถ่ายโอนหน่วยบริการและกิจกรรมแก่อปท.ที่มีความพร้อม ดังที่รพ. แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจกำหนดไว้ สถานื่อนามัยถูกพิจารณาว่าเป็นหน่วยบริการที่เหมาะสมสำหรับถ่ายโอนแก่อปท.ไม่ว่าจะเป็นอบต., เทศบาล หรือ อบจ.ที่มีความพร้อม โรงพยาบาลขนาดและระดับต่างๆไม่ว่าโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) หรือ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) นั้นอปท.ยังไม่มีความพร้อมที่จะรับถ่ายโอน ดังนั้นจึงมีข้อเสนอว่าอาจทดลองให้โรงพยาบาลที่พร้อมออกนอกระบบเป็นองค์กรมหาชนแบบโรงพยาบาลบ้านแพ้ว แต่ต้องให้โรงพยาบาลได้รับการประเมินว่ามีความพร้อมและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลบ้านแพ้วชัดเจนสามารถนำมาเป็นบทเรียนสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆได้

ทั้งสองทางเลือกนี้ที่ประชุมเห็นตรงกันว่าต้องดำเนินการแบบค่อยๆเป็นอย่างมีระบบและแผ่ระวางอย่างต่อเนื่อง โดยมีคณะทำงานที่ชัดเจนและดำเนินการอย่างระมัดระวัง

“การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขไม่ควรยึดติดกับรูปแบบเดียวแต่ต้องมีรูปแบบหลัก” นักวิชาการ

“อปท.สามารถออกบัญญัติให้เกิดการดำเนินงาน...Health Board ที่มีกฎหมายรองรับจะมีนโยบายรองรับและมีโครงสร้างรองรับ ...Health district มีกฎหมายรองรับแต่ไม่มีรูปแบบ

Health district เป็นรูปแบบหนึ่งของท้องถิ่นและการให้บริการ และสามารถกำหนดขอบเขตการปกครองท้องถิ่นของอปท. ประเทศไทยสามารถกำหนดรูปแบบนี้โดยกฎหมายรัฐธรรมนูญที่สามารถกำหนดการปกครองรูปแบบพิเศษ ซึ่งสามารถทำได้” นักวิชาการ

“ท้องถิ่นมีความกระตือรือร้นในการดูแลประชาชน เหมาะสมที่จะดำเนินการกระจายอำนาจ...กระทรวงสาธารณสุขต้องคิดว่าบริการอะไรที่จำเป็นสำหรับประชาชน...การimplement ค่อยเป็นค่อยไปได้” ผู้นำอปท.

“อบจ.สามารถจัดตั้ง area health board ได้ แต่ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของอบจ. การที่มีกฎหมายรองรับจะทำให้เกิดการดำเนินงานที่กำหนดโดยกฎหมาย...อบจ.สามารถจัดตั้ง area health board ได้หรือไม่ สามารถถ่ายโอนสอ.ได้ไหม? คำตอบคือสามารถทำได้แต่จะเข้มแข็งแค่ไหน อาจเป็นเพียงแค่การปรึกษาหารือทำงานร่วมกัน” นักวิชาการ

“สปสช.ทดลองจัดตั้งเขตสุขภาพและอปท.มาเป็นกรรมการในบอร์ด” ตัวแทนสปสช.

“การกระจายอำนาจควรเริ่มจากการตั้งต้นให้เข้าใจกัน การกระจายอำนาจไม่ควรเอาส่วนที่ไม่ดีมาให้อปท. ...กระทรวงสาธารณสุขควรมองด้านบวก อปท.ไม่ได้อ่อนแอ ถ้าเชื่อบริบทในการกระจายอำนาจ ควรมองในด้านที่มั่นคง ผู้นำอปท.นั้นไม่แน่นอน” ผู้นำอปท.

“ควรมองระยะเปลี่ยนผ่านให้มีคุณภาพ ไม่ใช่มองผลลัพธ์เรื่องความเป็นธรรมหรือด้านประสิทธิภาพอย่างเดียว ควรระดับรองอปท.ให้ผ่านระยะถ่ายโอนได้...หากเชื่อว่าเปลี่ยนแล้วแย่งจะไม่สำเร็จในการดำเนินการ ระยะเวลากระจายอำนาจ 5-10 ปีไม่ใช่สาระสำคัญเท่ากับการร่วมมือทำงาน ไม่ควร focus เฉพาะนายกอปท.ควรมองที่ข้าราชการประจำ” ผู้นำอปท.

“...functional approach น่าจะเป็นไปได้ อปท.ควรได้รับการพัฒนาความรู้และเรียนรู้...ไม่ควรกดปุ่มทั้งหมดควรเรียนรู้กันไปทีละน้อย” ผู้นำอปท.

“กลไกที่นายกรัฐมนตรีตั้งที่จังหวัดมีความเหมาะสมในการทำให้ส่วนต่างๆทำงานร่วมกันและพัฒนาไปสู่การจัดและซื้อบริการแก่ประชาชน เป็นแบบ joint governance และต้องจัดการกับเงินด้วย...”นักวิชาการ

“กระทรวงสาธารณสุขเห็นด้วยที่จะใช้กลไก (การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข)นี้ให้เป็นประโยชน์ แต่ไม่มีการขับเคลื่อน และหากกลไกนี้จะถูกนำมาใช้ก็ต้องมีการทำแผนแผนพัฒนาอปท. จนถึงแผนพัฒนาสุขภาพที่มีอปท.มีส่วนร่วม”นักวิชาการ

“สปสช.เขตจัดตั้งที่เขตน่าจะพอ ระดับเขตไม่สามารถรองรับ(การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข)ได้ ต้องปรับกลไกที่จังหวัดขึ้นมาใหม่และให้เกิดองค์กรที่สามารถดำเนินการ สร้างกลไกขึ้นมาเพื่อรองรับการกระจายอำนาจ” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“(การกระจายอำนาจ)... รพ.น่าจะรอดดำเนินการ regionalization ในส่วนกลางน่าจะมีส่วนสุขภาพดูแล ระดับเขตเสนอให้ผู้ตรวจดูแลภาพรวมร่วมกับสปสช.เขต การกำกับการทำงานควร monitor ด้วยศูนย์วิชาการ” นักวิชาการ

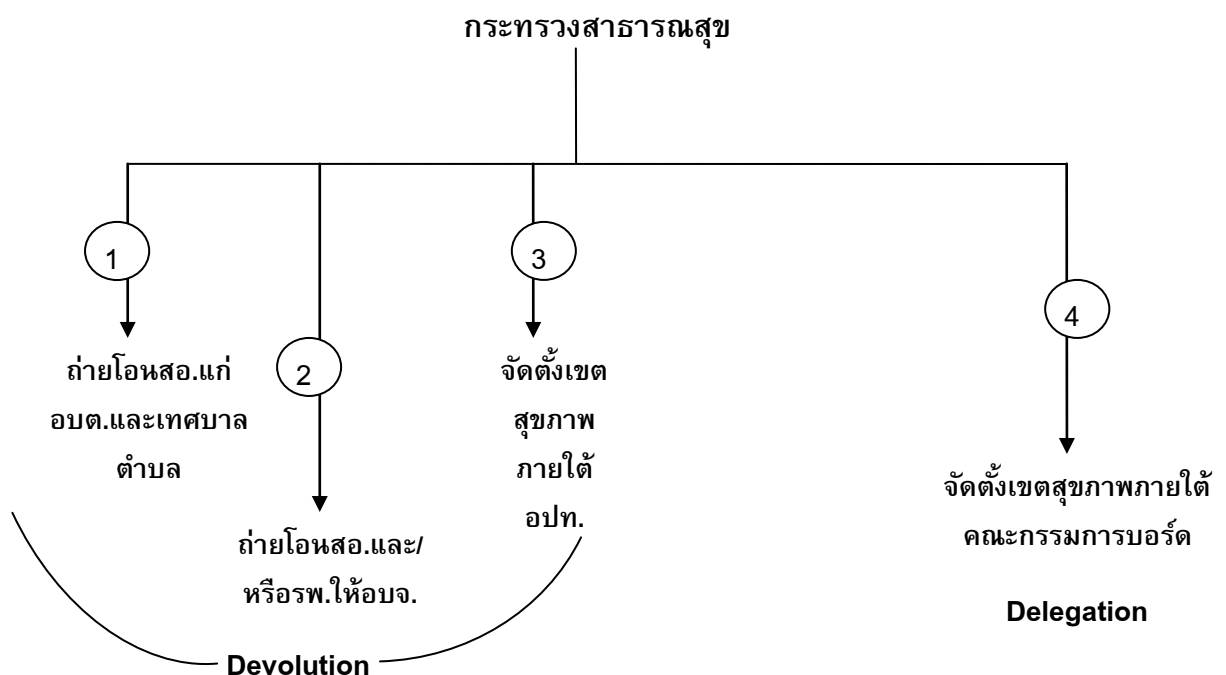
“บ้านแพ้ว... ภายใต้เงื่อนไขของ ADB ที่ต้องมีรพ.นอกระบบ... ควรเชิญจังหวัดที่สนใจ มาร่วมกันทำแผนรูปธรรมให้มีการจัดทำแผน P&P ระดับท้องถิ่น 5 จังหวัด ต่อไปจังหวัดอื่นๆ จะตื่นตัว” นักวิชาการ

“ควรมีการทำงานแบบไม่ทิ้ง...ปัจจุบันกฎหมายกำหนดแล้วก็ต้องปฏิบัติ แต่ต้องมีความรู้ ที่จะให้แก่ผู้ที่ต่อต้านเป็นกระบวนการ...ควรมีตัวชี้วัดที่แสดงถึงความพร้อมของอปท.... ต้องมี องค์การที่ให้ความรู้อปท....” ผู้ทรงคุณวุฒิ

การประชุมครั้งนี้มีความกังวลเกี่ยวกับอิทธิพลของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่มีต่อโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขเดิม ทั้งรูปแบบและบทบาทโดยเฉพาะกับตัวกระทรวงสาธารณสุขเองและองค์กรระดับจังหวัดคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง

ทางเลือกหลักของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสำหรับประเทศไทยนั้น มีได้ 4 ทางเลือกดังภาพที่ 3.1 ข้างล่าง

ภาพที่ 3.1 ทางเลือกสำหรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขประเทศไทย



ที่ประชุมได้สรุปทางเลือกไว้ทั้งหมด 4 ทางเลือก แบ่งตามรูปแบบการกระจายอำนาจออกเป็น 2 รูปแบบ คือ Devolution และ Delegation ซึ่ง 4 ทางเลือกประกอบด้วย

1. ถ่ายโอนสถานื่อนามัยที่เหลือต่อไปแก่อบต.และเทศบาลที่มีศักยภาพตามแผนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขกำหนดตั้งที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน

2. ถ่ายโอนสถานื่อนามัยและ/หรือโรงพยาบาลแก่อบจ.ตามข้อเสนอของกลุ่มอบจ.
3. จัดตั้งเขตสุขภาพที่อยู่ภายใต้กำกับของอปท. โดยการอาศัยกฎหมายการปกครองส่วนท้องถิ่นรองรับ
4. จัดตั้งเขตสุขภาพภายใต้คณะกรรมการบอร์ดอิสระที่ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้เสียเป็นตัวแทนภาคส่วนต่างๆ ของผู้ซื้อบริการ ผู้จัดบริการ อปท. ภาคเอกชน องค์กรอิสระ และประชาชนผู้ทรงคุณวุฒิ

ทางเลือกทั้ง 4 ทางเลือก สามารถนำมาเปรียบเทียบข้อดีและด้อยดังตารางที่ 3.1, 3.2, 3.2 และ 3.4 ซึ่งพออธิบายโดยละเอียดดังนี้

จากตารางที่ 3.1 การถ่ายโอนสอ.ไปให้อบต.และเทศบาลนั้นเป็นแนวทางเดิมของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการวางแผนไว้ ข้อเด่นของทางเลือกนี้มีกฎหมายแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจรองรับ มองในด้านดีของการกระจายอำนาจตามหลักการจะทำให้เกิดการบริการตอบสนองต่อประชาชนในพื้นที่ ประสพการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบ 10 ปีของการถ่ายโอนสถานื่อนามัย 28 แห่งไปสู่อบต.พบว่าการบริหารจัดการคล่องตัวขึ้น ผู้นำท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการนำพาการพัฒนาาระบบสุขภาพโยอาศัยภาษีท้องถิ่นอุดหนุน การเข้าถึงบริการง่ายขึ้นและกระตุ้นให้เกิดการซื้อและจัดบริการระดับพื้นที่ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขและระบบสุขภาพเชิงรุกดีขึ้นเพราะเป็นการสร้างฐานเสียงแก่นักการเมืองท้องถิ่น การเยี่ยมบ้านจะทำให้การเมืองท้องถิ่นสร้างฐานเสียงและมีข้อมูลเชิงลึกในการดำเนินงานด้านการเมืองนอกเหนือจากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามรูปแบบนี้มีจุดอ่อนมากหลายประการ โดยเริ่มจากการแยกเจ้าของสถานบริการทำให้เกิดการแยกระบบบริการออกขาดความเชื่อมโยง การเมืองท้องถิ่นมีอิทธิพลสูงต่ออาชีพราชการของเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย อาจทำให้เกิดระบบการรวมศูนย์อำนาจในระดับพื้นที่ ในพื้นที่ที่การเมืองขาดธรรมาภิบาลจะสร้างความเสียหายแก่ระบบสุขภาพเพราะการดำเนินงานสนองต่อนักการเมืองท้องถิ่นแทนความต้องการของประชาชนที่แท้จริง ในพื้นที่ที่ยากจนจะเป็นการซ้ำเติมสถานื่อนามัยที่ขาดแคลนงบประมาณและทรัพยากร ยิ่งทำให้การบริการไม่ได้มาตรฐานและขาดคุณภาพ การดูแลควบคุมโรคระบาดขาดการเชื่อมโยงทั้งนโยบายและการดำเนินงานจนทำให้โรคระบาดที่รุนแรงเกิดการระบาดแบบหยุดยั้งได้ยาก

ตารางที่ 3.1 ข้อดีและด้อยของการโอนสถานื่อนามัยแก่อบต.หรือเทศบาล

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อด้อย
สถานื่อนามัย	* กรอบกฎหมายรองรับ	* ระบบสุขภาพแยกส่วน
ถ่ายโอนไปอบต.	* ตอบสนองประชาชนพื้นที่	* เจ้าหน้าที่ไม่มีเส้นทางอาชีพที่

หรือเทศบาล	<ul style="list-style-type: none"> * บริหารคล่องตัวกว่าราชการเดิม * ผู้นำเข้มแข็งการพัฒนาไปเร็ว * ประชาชนมีส่วนร่วม * ภาษีพื้นที่ช่วยพัฒนา * เข้าถึงบริการได้ดีขึ้น * การซื้อบริการในพื้นที่ดีขึ้น * บริการสังคมและสุขภาพบูรณาการกันได้ดี * การเยี่ยมบ้านดีขึ้น * การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพมีผู้ดูแลกำกับดีขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> มั่นคง * สร้างความไม่เท่าเทียมระหว่างพื้นที่ * รวมศูนย์อำนาจในพื้นที่ * การเมืองท้องถิ่นกระทบความต่อเนื่องการทำงาน * การพัฒนาด้านสุขภาพอยู่ลำดับท้ายๆ * การสั่งการและประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุขมีกำแพงกัน * กระทบต่อการควบคุมโรคที่รุนแรงและระบาดรวดเร็ว * งบประมาณลงทุนไม่เพียงพอ
------------	---	---

สำหรับตารางที่ 3.2 เป็นการโอนสถานื่อนามัยและหรือโรงพยาบาลแก่อบจ.แทนการโอนแก่อบต.และเทศบาล การเลือกทางนี้เป็นการแก้ปัญหาที่อบต.และเทศบาลขาดศักยภาพทางการเงินและการจัดการ เพราะอบจ.มีภาระการเงินน้อยกว่าร่ำรวยกว่าในภาพรวมโดยเฉลี่ย อย่างไรก็ตามรูปแบบนี้ไม่ได้ห้ามหรือกีดกันการถ่ายโอนสถานื่อนามัยแก่อบต.และเทศบาลที่มีศักยภาพเพียงพอไม่มีปัญหาทางการเงิน ทางเลือกนี้จึงเป็นเสมือนทางเลือกเสริมทางเลือกเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ถ่ายโอนแก่อบต.และเทศบาล ดังนั้นการดำเนินงานจึงสามารถดำเนินการได้เลยเพราะที่ผ่านมากฎหมายรองรับและมีแผนดำเนินการเรียบร้อยแล้ว ข้อเด่นของทางเลือกนี้จึงคล้ายกับทางเลือกเดิมแต่ดีกว่าในภาระการเงินที่เข้มแข็งกว่า มีศักยภาพการบริหารจัดการที่มากกว่า การเชื่อมต่อของระบบบริการสามารถเชื่อมต่อในรูปแบบจังหวัดที่ต่อเนื่องและประสานงานกับส่วนกลางได้ง่าย แต่ข้อด้อยที่พบนอกจากจะคล้ายรูปแบบเดิมแล้ว เนื่องจากการบริหารอยู่ระดับที่สูงกว่าอบต.และเทศบาลการใกล้ชิดประชาชนในพื้นที่จะน้อยลง การกำกับดูแลสถานื่อนามัยระดับตำบลและโรงพยาบาลระดับอำเภอทำได้ไม่ครอบคลุม บุคลากรที่มีไม่เพียงพอที่จะดำเนินการติดตามกำกับ และอาจสร้างกำแพงบริการที่ไม่เชื่อมต่อระหว่างจังหวัดกีดกันการส่งต่อข้ามจังหวัด

ตารางที่ 3.2 ข้อดีและด้อยของการโอนสถานื่อนามัยและโรงพยาบาลแก่อบจ.

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อด้อย
ถ่ายโอนสถานื่อนามัย.และหรือ	* ข้อดีเช่นเดียวกับทางเลือกที่	* ข้อด้อยเช่นเดียวกับแบบถ่ายโอน

โรงพยาบาล ให้แก่อบจ.	ถ่ายโอนแก่อบต.และเทศบาล	แก่อบต.และเทศบาล
	* การเงินเข้มแข็งกว่า	* ห่างประชาชนในพื้นที่
	* บริการแบบสหการได้ทั้งจังหวัด	* การกำกับดูแลยาก
	* ระบบสุขภาพจังหวัดต่อเนื่อง	* บุคลากรที่สนับสนุนไม่เพียงพอ
	* ประสิทธิภาพบริหารมากกว่า	* กีดกันบริการข้ามจังหวัด
	* ประสานงานกับส่วนกลางง่าย	
	* บริการเท่าเทียมกันทั้งจังหวัด	

รูปแบบที่ 3 ในตาราง 3.3 นั้นพบว่าจะจะเป็นรูปแบบการกระจายอำนาจที่แตกต่างกับการถ่ายโอนไปสู่อปท.ใน 2 ทางเลือกแรกที่เป็นรูปแบบของ Devolution แต่เปลี่ยนแปลงมาเป็นรูปแบบที่ออกนอกระบบไปเป็นคณะกรรมการในพื้นที่มาดูแลกำกับแบบ Delegation ในรูปแบบทางเลือก 3 ของตารางที่ 3.3 นี้ คณะกรรมการที่ดูแลยังคงดำเนินการภายในอำนาจการจัดการและรับผิดชอบของอปท. ข้อเด่นคือสามารถดำเนินการได้เลย เพราะกฎหมายการปกครองส่วนท้องถิ่นให้อำนาจแก่อปท.ในการจัดตั้งคณะกรรมการระดับพื้นที่เข้ามาดำเนินงานบริการสาธารณะ ข้อดีของทางเลือกเขตสุขภาพระดับพื้นที่นี้คือระบบบริการเชื่อมโยงในเขตพื้นที่ไม่แยกส่วน สามารถขยายเขตได้โดยรวมสหการของอปท.เข้าด้วยกัน ระบบการส่งต่อจะดีและมีคุณภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการได้ดี การบริหารทรัพยากรจะเกิดประสิทธิภาพ สร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ การดูแลควบคุมโรคระบาดและดาราสาธารณสุขของเขตสุขภาพรวมจะดำเนินการต่อเนื่องมีคุณภาพ ข้อเสียด้านการประหยัดต่อขนาดอาจไม่ดีเพราะขนาดเขตสุขภาพอาจย่อยลงเล็กเกิน การจัดการข้ามเขตอปท.อาจมีปัจจัยการเมืองมาเกี่ยวข้องทำให้การจัดการลำบาก การเมืองท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทสูงจนเกิดปัญหาแทรกแซงระบบสุขภาพและความขัดแย้งระหว่างพื้นที่อาจทำให้การประสานงานในเขตล้มเหลว จนนำไปสู่ความขัดแย้งเชิงนโยบายและการปฏิบัติทำให้ความคล่องตัวหายไป ระบบข้อมูลในเขตต้องการการจัดทำแบบเป็นปัจจุบันซึ่งทำให้เกิดปัญหาด้านสารสนเทศ

ตารางที่ 3.3 ข้อดีและด้อยของการจัดตั้งเขตสุขภาพภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อด้อย
เขตสุขภาพ ภายใต้อปท.	* กฎหมายท้องถิ่นรองรับ	* อาจเกิดเขตสุขภาพขนาดเล็กหรือใหญ่เกินไป
	* ระบบสุขภาพไม่แยกส่วน	* การจัดการลำบากหากเกิดความขัดแย้ง
	* การประสานงานต่อเนื่อง	* การเมืองมีอิทธิพลสูง
	* ขยายเขตได้ใหญ่ขึ้น	
	* จัดการแบบสหการได้ง่าย	

* เข้าถึงบริการดีขึ้น	* ใช้ภาวะผู้นำที่สูงกว่าปกติ
* เกิดความเท่าเทียม	* นโยบายสุขภาพชัดเจนง่าย
* เพิ่มประสิทธิภาพ	* ความคล่องตัวลดลง
* การควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น	* การติดตามประเมินผลซับซ้อน
* ระบบส่งต่อดีขึ้น	* ปัญหาการถ่ายโอนสถานบริการระบบข้อมูลซับซ้อน

ทางเลือกสุดท้ายแบบที่ 3.4 เป็นการเสนอจัดตั้งเขตสุขภาพที่อยู่ในการดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแตกต่างกับแบบที่ 3 เพราะเขตสุขภาพในแบบที่ 3 อยู่ในเขตรับผิดชอบของอปท. แต่แบบทางเลือกที่ 4 ประเด็นสำคัญคือกระทรวงสาธารณสุขยังคงเป็นผู้มีอิทธิพลรับผิดชอบการดำเนินงานระบบสุขภาพ เขตสุขภาพที่คณะกรรมการมาจากทุกภาคส่วนที่มีส่วนได้เสียนี้ จะเกิดธรรมาภิบาลสูง ระบบบริการที่ดำเนินงานระบบเขตจะมีความเชื่อมโยงและการส่งต่อเกิดประสิทธิภาพมีคุณภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการแบบเท่าเทียมกันและง่ายขึ้นเพราะไม่มีปัจจัยทางเขตพื้นที่มาขัดกัน อิทธิพลการเมืองท้องถิ่นมารบกวนน้อยลง การประสานของทุกภาคส่วนสร้างการมีส่วนร่วมและการร่วมมือดำเนินงานย่อมประสบผลสำเร็จสูง การชัดเจนเชิงความคิด นโยบายและการปฏิบัติลดลง ข้อเสียของระบบเขตสุขภาพแบบนี้จะพบว่าการสั่งการเชิงนโยบายทำได้ยากและล่าช้าขึ้นเพราะต้องอาศัยกระบวนการเจรจาต่อรองและทำความเข้าใจ จนนโยบายอาจล่าช้าไม่ได้รับการตอบสนองทำให้การควบคุมโรคระบาดไม่ทันการเสียหาย จุดอ่อนของระบบเขตสุขภาพแบบภาพรวมได้กระทรวงสาธารณสุขนี้ต้องภาวะผู้นำที่เข้มแข็งและการร่วมมือระหว่างพื้นที่เขตต่างๆ หากมีความขัดแย้งกันการกำหนดนโยบาย การดำเนินงานและการกำกับดูแลทำได้ยากกว่า นอกจากนี้คณะกรรมการที่เข้าบริหารจัดการต้องการความร่วมมือและผู้มีความรู้ประสบการณ์ซึ่งระดับพื้นที่บางแห่งหาได้ไม่ง่ายและไม่เพียงพอ

ตารางที่ 3.4 ข้อดีและข้อด้อยของการจัดตั้งเขตสุขภาพภายใต้คณะกรรมการอิสระ

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อด้อย
เขตสุขภาพ ภายใต้ คณะกรรมการ อิสระ	* ระบบสุขภาพต่อเนื่องบูรณาการ	* การสั่งการโดยตรงยากขึ้น
	* ระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพดีขึ้น	* นโยบายอาจไม่ได้รับตอบสนอง
	* มีธรรมาภิบาลสูง	* การประสานงานแนวตั้งตัดขาด
	* อิทธิพลการเมืองท้องถิ่นน้อย	* การควบคุมโรคระบาดที่รุนแรงยากขึ้น
	* ตอบสนองความต้องการพื้นที่	* คณะกรรมการบอร์ดบางพื้นที่หา
	* ความชัดเจนเชิงนโยบายลดลง	

* เกิดประสิทธิภาพ	ได้ยาก
* เข้าถึงบริการได้ทั่วถึงเท่าเทียม	* อาจสร้างความขัดแย้งระหว่างส่วนและพื้นที่มากขึ้น
* สร้างการมีส่วนร่วม	
* การประสานงานชัดเจน	* ความแตกต่างระหว่างพื้นที่รวยและจนอาจเพิ่มขึ้น
* บริหารจัดการคล่องตัว	
* ความสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขสูงทำให้ความเป็นไปได้มาก	* การประสานงานต้องการภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง

จะเห็นได้ชัดเจนนว่าทางเลือกทั้ง 4 แบบมีข้อดีและด้อยแตกต่างกันไม่น้อย การที่จะเลือกทางเลือกใดย่อมต้องคำนึงถึงผลดีและเสียในรูปแบบนั้น นอกจากนี้ความเป็นไปได้และผลกระทบที่ตามมายังเป็นปัจจัยสำคัญของการเลือกทางเลือกนั้น หากนำเอาทางเลือกทั้ง 4 ทางเลือกมาเทียบเคียงผลดีและด้อยจะสามารถพบข้อแตกต่างที่ชัดเจนกว่าเดิมดังตารางที่ 3.5 ดังนี้ คือ อปท.เป็นต้นสังกัดของหน่วยบริการทั้ง 4 ทางเลือก ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นต้นสังกัดของหน่วยบริการเพียงทางเลือก 4 ทางเลือกเดียวที่เขตสุขภาพอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาเรื่องกฎหมายรองรับสภาพของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้น ทางเลือก 1-3 เป็นกฎหมายของการปกครองส่วนท้องถิ่นจึงไม่มีปัญหาการรับรองสภาพทางการ แต่รูปแบบที่ 4 นั้นจำเป็นต้องพิจารณาแนวทางกฎหมายที่จะนำมารองรับสภาพ อำนาจ หน้าที่ และบทบาททางกฎหมายของคณะกรรมการบอร์ดที่จะมาดูแล การดำเนินงานของทางเลือกที่ 1-3 จะเป็นรูปแบบร่วมทำระหว่างอปท.ที่เรียกว่าสหการซึ่งกฎหมายเปิดโอกาส แต่เขตสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบจะเป็นระบบบูรณาการที่ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนซึ่งทำได้ยากและทำลายภาวะผู้นำอย่างยิ่ง เรื่องความเป็นไปได้ว่ารูปแบบที่ 1 นั้นขีดวงจำกัดในพื้นที่ตนเองจึงไม่สามารถสร้างความเป็นธรรมและเท่าเทียมของการเข้าถึงบริการได้ระหว่างพื้นที่ แต่ทางเลือกที่ 2-4 นั้นเป็นการสร้างความเข้าถึงบริการที่เป็นธรรมและเท่าเทียมข้ามขอบเขตพื้นที่ตนเอง (across areas) จนเกิดความเท่าเทียมระหว่างเขตพื้นที่รับผิดชอบด้วย

ตารางที่ 3.5 จุดดีและจุดด้อยของทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

รูปแบบ 1	รูปแบบ 2	รูปแบบ 3	รูปแบบ 4
ถ่ายโอนสอ.แก่ อบต./เทศบาล	ถ่ายโอนสอ./ รพ.แก่อบจ.	เขตสุขภาพ ภายใต้อปท.	เขตสุขภาพ ภายใต้อปท. กระทรวงสาธารณสุข

ต้นสังกัด	อปท.	อปท.	อปท.	อปท./กสธ.
กม.รองรับ	กม.ท้องถิ่น	กม.ท้องถิ่น	กม.ท้องถิ่น	ไม่มี
ตอบสนองพื้นที่	มากที่สุด	มาก	มาก	มาก
ความคล่องตัว	มาก	มาก	มาก	มากที่สุด
อิทธิพลจากผู้นำ	มากที่สุด	มาก	มาก	น้อย
ประชาชนมีส่วนร่วม	มากที่สุด	มาก	มาก	มาก
ระบบบริการแตกแยก	มากที่สุด	มาก	มาก	น้อย
การเข้าถึงบริการ	ดีมาก	ดี	ดี	ดี
บริการP&P	ดีมาก	ดี	ดี	ดี
ประสานงาน	สหการ	สหการ	สหการ	บูรณาการ
ความเป็นธรรม	ในพื้นที่อปท.	ระหว่างอปท.	ระหว่างพื้นที่	ระหว่างพื้นที่
ระบบส่งต่อ	ไม่ดี	ดี	ดี	ดี
ธรรมาภิบาล	ไม่แน่นอน	ดี	ดี	ดีมาก
ประสิทธิภาพ	ปานกลาง	ดี	ดี	ดี

หากพิจารณาจุดเด่นของทุกทางเลือกการวิเคราะห์พบว่า ทางเลือกที่ 1 ของการถ่ายโอนสถานีนอนามัยแก่อบต.และเทศบาลนั้น จะสามารถตอบสนองความต้องการประชาชนในพื้นที่มากที่สุดเพราะอยู่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนที่สุด ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้มากที่สุด ประชาชนจะเข้าถึงบริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจมากที่สุด การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสามารถทำได้ดีมากเพราะข้อมูลได้รับแบบข้อมูลพื้นที่ที่แท้จริง แต่มีข้อเสียกว่าทางเลือกอื่นๆในด้านการได้รับอิทธิพลทางการเมืองท้องถิ่นซึ่งหากได้รับในทางบวกจะส่งเสริมการพัฒนาระบบสุขภาพ ไม่เช่นนั้นจะสร้างความเสียหายแก่ระบบสุขภาพระดับรากหญ้าได้อย่างรุนแรง ปัญหาสุขภาพที่แตกแยกเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องคำนึงที่สุด รูปแบบที่ 2-3 นั้นไม่มีจุดเด่นพิเศษอะไรในระดับสูงเกินรูปแบบที่ 1 และ 4 แต่รูปแบบที่ 4 นั้นมีจุดเด่นที่ระดับสูงมากด้านความคล่องตัวของการดำเนินงานทั้งการบริหารและการจัดบริการ เพราะคณะกรรมการบอร์ดมีอิสระได้รับการสร้างมีส่วนร่วมและประสานงาน ดังนั้นการกำหนดนโยบายสามารถพิจารณาตามสภาพสาเหตุพื้นที่และจัดบริการตามปัญหาที่เกิด การที่มีผู้มีส่วนได้เสียมาร่วมบริหารจัดการและสร้างความประสานงานแบบมีส่วนร่วมส่งเสริมให้เกิดธรรมาภิบาลระดับสูงกว่าทุกทางเลือก แต่ภายใต้ข้อจำกัดว่ามีทรัพยากรและผู้มีความรู้ความสามารถเพียงพอ

ทางเลือกทั้ง 4 นั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อนโยบายสุขภาพในพื้นที่ จึงมีความจำเป็นที่ สำคัญอย่างยิ่งสำหรับการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลกระทบและความเข้มข้นเชิงนโยบายของทั้ง 4 รูปแบบ โดยอาศัยแนวทางการชี้แนะของการวิเคราะห์นโยบายที่ Barker (1996) กล่าวไว้ในการ วิเคราะห์และศึกษา นโยบายสามารถพิจารณาประเด็นผลกระทบเชิงนโยบายของทางเลือกทั้ง 4 รูปแบบ ได้แตกต่างกันในประเด็นหลักๆต่างๆที่สำคัญ 10 ประการ ดังนี้ คือ ผลกระทบต่อ ประชาชนทุกคน แก่ปัญหาสนองตอบพื้นที่ มีความเป็นจริงทั้งเชิงเทคนิคและงบประมาณ ผลกระทบต่อการคลังหน่วยบริการ การสนับสนุนบริการภาคอื่น สร้างการเข้าถึงบริการดีขึ้นหรือ เลวลง สร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ ผลกระทบด้านประสิทธิภาพของบริการ สร้างคุณภาพ การบริการให้มากขึ้นหรือเลวลง และสร้างการประสานงานระหว่างองค์กรและหน่วยบริการ ประเด็นเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเมื่อต้องการกำหนดรูปแบบใด ๆก็ตามให้ เป็นนโยบายและวาระแห่งชาติ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถชี้ชัดได้เนื่องจากการศึกษาไม่มี ข้อมูลและอยู่นอกคำถามวิจัยที่กำหนด

3.3 รูปแบบจำลองของการจัดตั้งเขตสุขภาพภายใต้คณะกรรมการบอร์ด

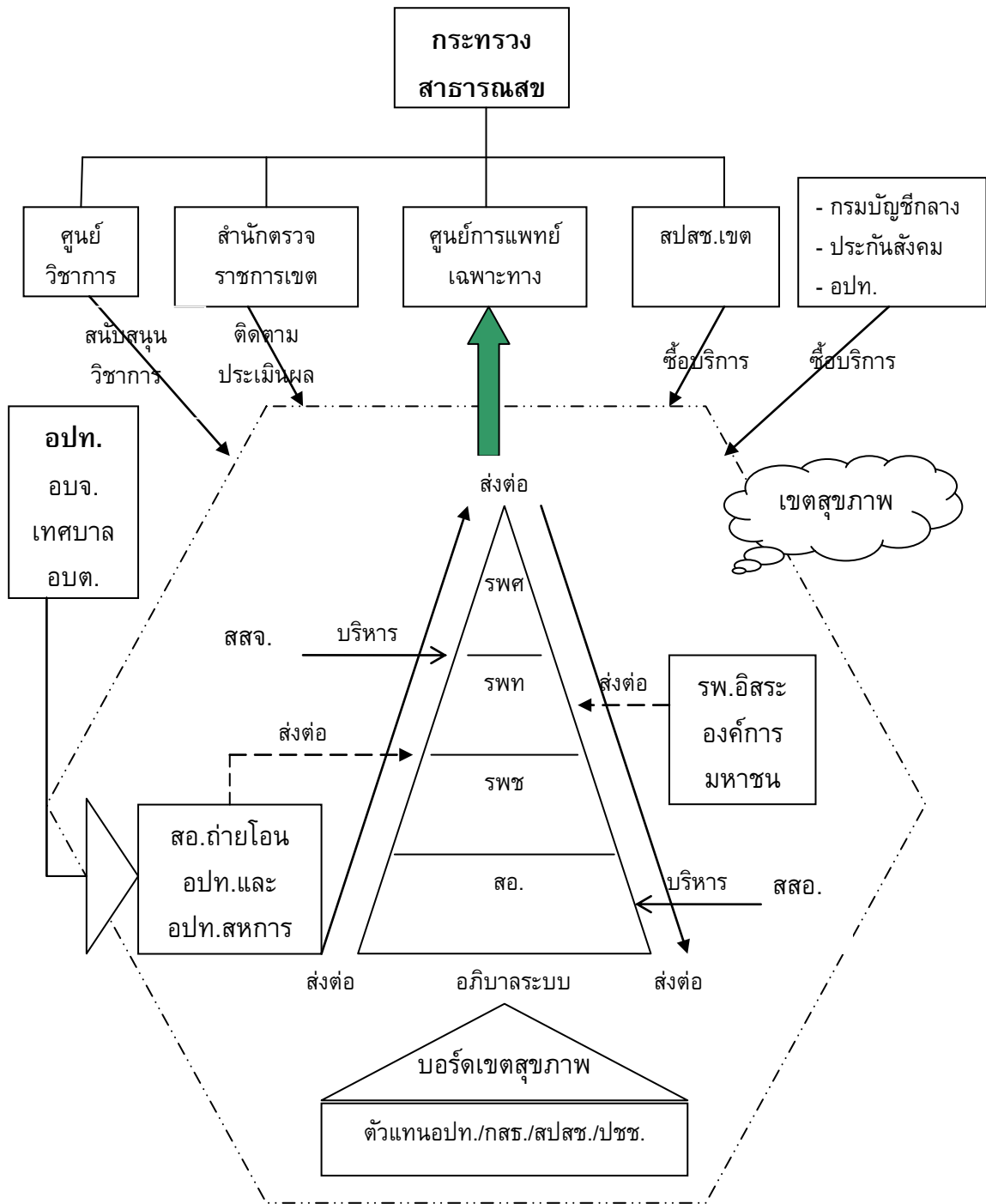
จากการประชุมระดมสมองของผู้บริหารและนักวิชาการพบว่า เขตสุขภาพที่จัดตั้ง ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขนั้น เป็นประเด็นที่น่าสนใจในการสร้าง ทางเลือกของการกระจายอำนาจ เพราะเป็นระบบสุขภาพที่เมื่อกระจายอำนาจแล้วกระทรวง สาธารณสุขยังคงเชื่อมั่นว่านโยบายสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและรับผิดชอบนั้น ได้รับการสนองตอบและดำเนินการ เพราะหน่วยบริการยังคงสภาพอยู่ในการดูแลกำกับหรืออยู่ ในคณะกรรมการที่กระทรวงสาธารณสุขเองมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทาง ระบบสุขภาพ ที่เกิดภายใต้การจัดการของคณะกรรมการบอร์ดเองประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆที่เข้ามามีส่วน มีส่วนร่วม มีส่วนร่วมในการแบบบูรณาการที่จะลดปัญหาความขัดแย้งทางความคิด นโยบายและการดำเนินงาน ของหน่วยนโยบายทั้งกระทรวงสาธารณสุขและสปสช. โดยเฉพาะหน่วยงานบริหารและหน่วย บริการที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ก็ไม่มีปัญหาเรื่องข้อขัดแย้งเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ในเขต สุขภาพระบบสุขภาพมีความเชื่อมโยงโดยเฉพาะระบบบริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่บริการปฐมภูมิไป ทุติยภูมิตติยภูมิและบริการการแพทย์เฉพาะทางขั้นสูง สามเหลี่ยมของระบบบริการและการส่งต่อ เดิมในระบบสุขภาพประเทศไทยไม่ได้ถูกแยกส่วนออกจากกัน การที่มีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน นอกจากสร้างการมีส่วนร่วมของภาครัฐ เอกชน องค์กรอิสระ อปท. และชุมชน ยังสร้างการ อภิบาลระบบโดยรวมอย่างแท้จริง สามารถพัฒนาต่อไปสู่ธรรมาภิบาลที่ปรารถนา ดังนั้นจึง คิดเห็นร่วมกันว่าเขตสุขภาพที่จัดตั้งภายใต้การรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีความ เป็นไปได้อย่างยิ่งเชิงนโยบายที่จะนำไปกำหนดเป็นวาระแห่งชาติ

เขตสุขภาพที่วาดภาพไว้สามารถจำลองรูปแบบได้ดังภาพที่ 3.2 สามารถอธิบายโดย ละเอียดได้ว่าภายใต้การกำกับดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข เขตพื้นที่จะมีหน่วยงานสำคัญของ กระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมต่อกับส่วนกลางสู่พื้นที่โดยสำนักตรวจราชการสาธารณสุขเขต

และสปสช.เขต สำหรับสปสช.นั้นแม้จะเป็นองค์กรอิสระแต่ก็ยังคงอยู่ในขอบเขตของกระทรวงโดยรัฐมนตรีเจ้ากระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีอำนาจสูงสุด ขณะเดียวกันศูนย์แพทย์เฉพาะทางที่เป็นหน่วยบริการตติยภูมิยังคงบริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพในพื้นที่มีคณะกรรมการบอร์ดที่เป็นองค์กรอิสระดูแลสนับสนุน ให้การช่วยเหลือและบริหารจัดการหน่วยบริการตั้งแต่ระดับสอ.รพช.รพท.และหรือรพศ. ความสำคัญของเขตสุขภาพคือได้มีการจัดบริการตั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีระบบส่งต่อที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยง และมีบริการผสมผสานทั้งสุขภาพส่วนบุคคล บริการรพ. บริการสังคม และการสาธารณสุข ความยืดหยุ่นของเขตสุขภาพคือหน่วยบริการยังสามารถอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข เช่นเดิมไม่ว่าสอ.รพช.รพท.หรือรพศ. ขณะเดียวกันสอ.และรพ.บางส่วนหรือทั้งหมดสามารถถ่ายโอนไปสู่รพท.หรือออกนอกระบบเป็นองค์กรอิสระได้ สิ่งเหล่านี้สามารถขจัดความขัดแย้งเชิงนโยบายและปฏิบัติ และปลดทันทันของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเพราะไม่จำกัดเพียงการถ่ายโอนหน่วยบริการเท่านั้นแต่สามารถให้อปท.และหน่วยงานอื่นๆร่วมการดำเนินงานประสานการทำงานได้

องค์กรที่ต้องปฏิสัมพันธ์กับเขตสุขภาพประกอบด้วยผู้ทำหน้าที่ซื้อบริการแทนประชาชน สปสช.เป็นผู้ซื้อบริการแก่ประชาชนในเขตสุขภาพรายใหญ่ที่สุดเพราะงบประมาณมากที่สุดและผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนใหญ่ในเขตสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีกรมบัญชีกลางที่ทำหน้าที่จ่ายค่าบริการแก่ข้าราชการ พนักงานรัฐและลูกจ้างประจำในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและลูกจ้างประจำของรัฐ สำนักงานประกันสังคมทำหน้าที่จ่ายค่าบริการแก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม อปท.จ่ายค่าบริการสุขภาพแก่เจ้าของระบบปกครองส่วนท้องถิ่นและหากอปท.ที่มีศักยภาพก็ยังสามารถซื้อบริการแก่ประชาชนในพื้นที่เพิ่มเติม หน่วยงานที่สนับสนุนด้านวิชาการนั้นเป็นบทบาทสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขผ่านมาทางกรมวิชาการต่างๆ เช่น กรมอนามัยกรมควบคุมโรค เป็นต้น โดยการมอบหมายให้ศูนย์วิชาการเขตต่างๆเป็นผู้ดำเนินการและติดตามประเมินผล สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตเป็นองค์กรตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขที่จะติดตามนโยบายต่างๆที่กำหนดว่าได้รับการดำเนินการตอบสนองตามนโยบายที่กำหนดไว้เพียงไรในรูปแบบของการนิเทศติดตามงาน

ภาพที่ 3.2 ระบบสุขภาพของเขตสุขภาพ



จะเห็นว่าเขตสุขภาพมีความสมดุลขององค์ประกอบที่บูรณาการและยืดหยุ่นมากกว่าทางเลือกแบบการถ่ายโอนไปสู่อปท.หรือการจัดตั้งเขตสุขภาพในกำกับดูแลของอปท.ที่มีขอบเขตไม่ยืดหยุ่นและมีอิทธิพลทางการเมืองท้องถิ่นสูง นอกจากนี้เขตสุขภาพที่เสนอแนวคิดนี้ยังมีความเด่นที่ขนาดต่อพื้นที่ไม่เล็กและใหญ่เกินไปเป็นการประหยัดต่อขนาดจึงมีประสิทธิภาพ

เขตสุขภาพที่เสนอรูปแบบนี้ยังสามารถเชื่อมโยงประสานงานในโครงสร้างการบริหารและการปกครองเดิมได้อย่างดี

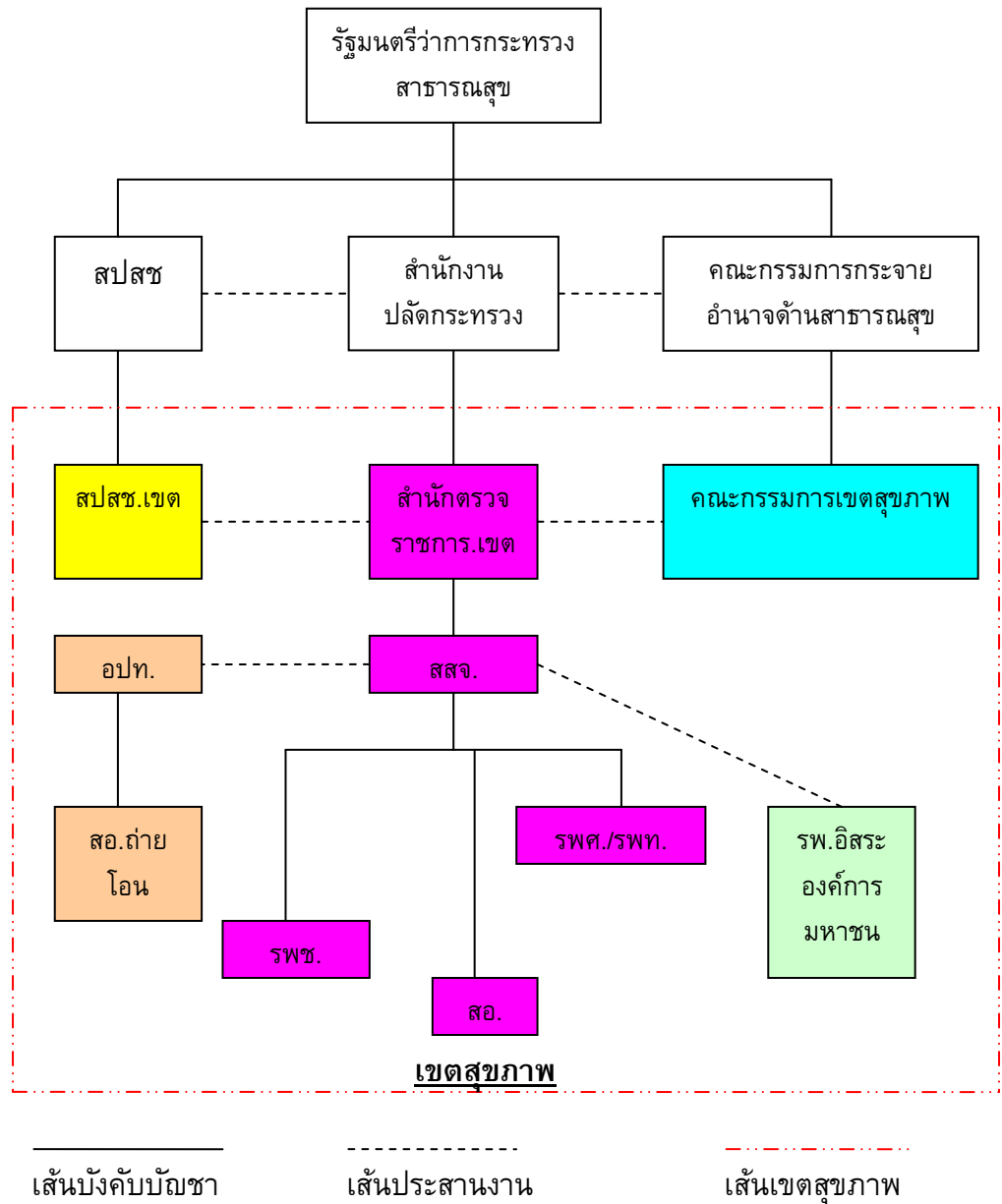
3.4 บทบาทที่เปลี่ยนแปลงของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรในสังกัด

เมื่อเกิดการกระจายอำนาจไม่ว่าจะไปสู่อปท.หรือเขตสุขภาพ โครงสร้างและความสัมพันธ์เชิงบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขย่อมเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบทบาททั้งกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดทุกระดับ จึงสมควรที่จะต้องนำมาเป็นประเด็นสำคัญพิจารณา ร่วมกับการสร้างทางเลือกการกระจายอำนาจ

หลังการกระจายอำนาจระบบสุขภาพจะเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจนดังภาพที่ 3.3 จะเห็นได้ว่าเมื่อจัดตั้งเขตสุขภาพและมีโครงสร้างคณะกรรมการบอร์ดที่มาดูแลการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขจะประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงอำนาจการบริหาร 3 สายงาน ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ด้านการบริหาร บริการ และกำหนดนโยบายสาธารณสุข เช่นเดิม สปสช.ยังคงเป็นองค์กรอิสระที่เป็นผู้มีอำนาจด้านซื้อบริการแทนประชาชนเช่นระบบปัจจุบัน แต่มีคณะกรรมการบอร์ดระดับชาติที่ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลและดำเนินงานนโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ ทั้ง 3 สายงานประสานการทำงานภายใต้การบริหารจัดการของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเกิดเขตสุขภาพโครงสร้างดังกล่าวจากระดับชาติมาสู่เขต 3 ช่องทางคือ สปสช.เขต สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต และคณะกรรมการบอร์ดเขตสุขภาพ เพียงแต่การได้มาซึ่งคณะกรรมการและองค์กรบริหารแตกต่างกัน สปสช.เขตมาจากการคัดเลือกแต่งตั้งโดยสปสช. สำนักตรวจราชการเขตของกระทรวงสาธารณสุขมาจากการคัดเลือกแต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข แต่คณะกรรมการบอร์ดเขตสุขภาพมาจากหลายภาคส่วนประกอบด้วย การคัดเลือกแต่งตั้งโดยตำแหน่งของกระทรวงสาธารณสุขและสปสช.และหน่วยราชการอื่นที่เกี่ยวข้องและบางส่วนมากจากการคัดเลือกและเลือกตั้งโดยกลุ่มตัวแทนที่เกี่ยวข้องเช่นภาคเอกชน อปท. ภาคองค์กรอิสระและผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นต้น การได้มาและกำหนดขนาดบทบาทและความรับผิดชอบของคณะกรรมการเขตสุขภาพเป็นโจทย์คำถามเชิงวิจัยและพัฒนาในลำดับต่อไป ภายในเขตสุขภาพจะประกอบด้วยหน่วยบริหารและหน่วยบริการทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศูนย์วิชาการเขต หน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สถานีอนามัย หรือศูนย์การแพทย์อื่นๆบางสาขา เช่น สถาบันจิตเวช สถาบันมะเร็ง เป็นต้น ยังประกอบด้วยหน่วยงานอปท.ทั้งอบจ. เทศบาลขนาดต่างๆ และอบต. และหน่วยบริการที่อปท.เป็นผู้ดูแลและเป็นเจ้าของ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นต้น รวมทั้ง สอ.ที่ถ่ายโอนแก่อปท. ยังประกอบด้วยโรงพยาบาลที่แยกออกเป็นองค์กรอิสระมหาชน หน่วยบริการของส่วนราชการอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลกระทรวงกลาโหมและสถานบริการเอกชนต่างๆ จะเห็นได้ว่าเขตสุขภาพมีความซับซ้อนมากกว่าเพียงแค่การถ่าย

โอนสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขไปสู่อปท. และกำหนดว่าเป็นการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข แต่เขตสุขภาพเป็นระบบสุขภาพในพื้นที่ที่ต้องการการจัดการแบบเฉพาะและเป็นองค์รวมแบบบูรณาการซึ่งหากพิจารณาร่วมกับภาพที่ 3.2 จะเข้าใจในความซับซ้อนเชิงอำนาจและการจัดบริการมากขึ้น

ภาพที่ 3.3 โครงสร้างระบบสุขภาพหลังการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข



จากการประชุมได้มีข้อเสนอว่าระดับชาตินั้นการกระจายอำนาจมีจุดต้องพัฒนาสำคัญคือ ขาดองค์กรที่ดูแลการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขอย่างจริงจัง ควรมีโครงสร้างบอร์ดหรือคณะกรรมการอิสระระดับประเทศที่กำกับดูแลติดตามในลักษณะของบอร์ดกระจายอำนาจด้าน

สาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Decentralization Board) ขณะเดียวกันที่ประชุมยังตั้ง
เสนอข้อสังเกตไว้ว่า บทบาทการดูแลเรื่องกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนี้ควรเป็นบทบาทของ
กระทรวงสาธารณสุขหรือเป็นบทบาทขององค์อิสระที่จัดตั้งใหม่ บทบาทหน้าที่ของบอร์ดนี้จะมี
ประเด็นอะไรขัดแย้งกับบทบาทสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.)หรือไม่ มี
นักวิชาการบางคนให้ความเห็นว่าสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) นั้นควรมี
บทบาทกลั่นกรองนโยบายสุขภาพโดยรวมเสนอต่อรัฐบาลเสมือนการดำเนินงานขาขึ้น ส่วน
กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการตามนโยบายที่รัฐบาลกำหนดในกระบวนการนโยบายขา
ลง อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถสรุปได้ว่าองค์กรใดที่ควรเป็นผู้รับผิดชอบดูแลการกระจายอำนาจ
ด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขเองคงต้องมีส่วนรับผิดชอบเพราะเป็นผู้ดำเนินการตาม
นโยบายและกฎหมายกำหนด แต่ก็ยังคงมีความไม่ชัดเจนว่าหน่วยงานใดของกระทรวง
สาธารณสุขที่รับผิดชอบ องค์กรที่สมควรจะเป็นผู้รับผิดชอบนั้นอาจจะเป็นส่วนกันนโยบายและ
ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข หรือคณะกรรมการสนับสนุนการกระจายอำนาจด้าน
สาธารณสุขที่เคยจัดตั้งแต่หมดบทบาทลงไปอย่างมาก หรือคณะทำงานโครงสร้างใหม่ใน
กระทรวงสาธารณสุขที่จัดตั้ง ทั้งหมดยังไม่มีความชัดเจน

“กระทรวงสาธารณสุขควรเป็น Mobilizer ระดับชาติ policy maker ระดับชาติแต่ควรทำ
ในลักษณะการมีส่วนร่วมของ national health board หรือ councilระดับชาติต้องเป็นpolicy body
และ regulator” นักวิชาการและผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“การที่มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) ไม่ได้แทนที่กระทรวง
สาธารณสุข สช.ควรทำหน้าที่แทนกรม. และรู้ว่าประเทศไทยควรมีอะไรต้องทำ ทำหน้าที่ดู
นโยบายและแผน...” นักวิชาการ

จากการระดมความคิดเห็นพบว่าผู้เข้าประชุมมีความคิดเห็นตรงกันว่า กระทรวงสาธารณสุข
นั้นควรแสดงบทบาทระดับชาติในการกำหนดนโยบาย ดูแลการจัดสรรทรัพยากร ควบคุมกำกับ
ให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ และสร้างแนวทางการกระจายทรัพยากรให้เหมาะสมที่สุด
การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขนั้นกระทรวงสาธารณสุขต้องแสดงบทบาทผู้นำการ
ดำเนินงานและเสนอรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขเห็นว่าเหมาะสมที่สุด แนวทางที่นักวิชาการ
เสนอสำหรับบทบาทของคณะอนุกรรมการประสานความร่วมมือดำเนินการด้านสาธารณสุข
ระดับจังหวัดนั้น กระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลควรให้อำนาจแก่คณะอนุกรรมการนี้ สำหรับ
บทบาทหน้าที่การจัดทำแผนและใช้งบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สปสช.โอนมา
ให้จังหวัดในการดำเนินงาน เป็นเรื่องที่คิดนอกกรอบและทำลายให้จังหวัดที่สนใจและจังหวัด
อื่นๆตื่นตัวจนสามารถดำเนินการได้ทั่วประเทศ กระทรวงสาธารณสุขและสปสช.ควรยึดหยุ่นการ
ใช้งบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนี้ตามสภาพปัญหาของพื้นที่ เพราะคนพื้นที่
สามารถมองเห็นความจำเป็นและความเป็นไปได้มากกว่าเจ้าหน้าที่ส่วนกลาง ที่ประชุมเสนอ
กระทรวงสาธารณสุขมอบอำนาจให้พื้นที่ได้มีบทบาทแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดและประสบใน
พื้นที่ท้องถิ่น ให้พื้นที่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยบริบทของตนเอง มากกว่าที่จะเป็นลักษณะสั่ง

การจากส่วนกลางและแก้ปัญหาแบบเหมือนกันรูปแบบเดียวโดยไม่ปรับเปลี่ยนตามบริบทที่แท้จริง

“กระทรวงสาธารณสุขไม่ควรทำบริการ ควรเป็น *policy body, regulator, key mobilizer* เป็นผู้กำหนดมาตรฐานการบริการและเคลื่อนย้ายทรัพยากรให้เกิดบริการที่เท่าเทียมเสมอภาค การจัดสรรงบประมาณให้เกิดการกระจายที่เป็นธรรม เวชภัณฑ์ โรคติดต่อต่างๆ” นักวิชาการ
บทบาทกระทรวงสาธารณสุข คือสรรหารูปแบบและเสนอให้เกิดการกระจายอำนาจ เรื่อง *primary care* ควรให้อปท.ทำ แต่เรื่องบริการสุขภาพที่ซับซ้อนกระทรวงสาธารณสุข.ทำไป” ผู้นำอปท.

“...(ให้)คณะกรรมการชุดนี้(คณะอนุกรรมการประสานความร่วมมือการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด) สามารถใช้งบประมาณ P&P และ OP อาจมีการเปิดช่องให้เกิดการทดลองทำและต่อมาก็อาจมีการนำร่อง และทำให้จังหวัดอื่น ๆ ตื่นตัวและดำเนินการ มีตัวอย่างรูปธรรมที่จังหวัดตื่นตัวและ *active* ในการดำเนินการ มีแผนพัฒนาสุขภาพที่อปท.มีส่วนร่วม กระทรวงสาธารณสุข.ควรจะจัดการกับโอกาสเหล่านี้” นักวิชาการ

“ในจังหวัดการดำเนินงานไม่ได้ทำเฉพาะสาธารณสุข จะทำพร้อม ๆ กันหลายหน่วยงาน ไม่จำเป็นต้องทำเหมือนกันทุกจังหวัด แต่ควรให้จังหวัดคิดเองทำเองไม่ต้องทำเหมือนกัน ควรแก้ปัญหาได้เอง เช่น กำหนดให้มีนักกายภาพบำบัดทุกอำเภอเพื่อดูแลผู้พิการ แต่กระทรวงสาธารณสุขทำไม่ได้ เป็นต้น คนอยู่ในพื้นที่จะมองแตกต่างออกไปกับส่วนกลาง” ผู้นำอปท.

จากความเห็นประเด็นบทบาทกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีการแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย แต่ความคิดเห็นสำหรับหน่วยบริหารระดับเขตและจังหวัดนั้นมีการแสดงความคิดเห็นน้อยไม่ชัดเจน เพียงแต่เน้นบทบาทจังหวัดว่าเป็นจุดเหมาะสมที่จะดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขและเป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขในการช่วยเหลือ ดำเนินการ กำกับและติดตามให้สำเร็จ อย่างไรก็ตามที่ประชุมมองเห็นประเด็นความร่วมมือกับพื้นที่ซึ่งหมายความว่ารวมทั้งอปท.และชุมชนในการแก้ปัญหาเรื่องโรคติดต่อและไม่ติดต่อ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งสามารถกล่าวถึงรายละเอียดต่อไป

เห็นได้ชัดเจนว่ากระทรวงสาธารณสุขจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทตามลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ กฎหมาย งบประมาณ และการวางแผน ซึ่งระดับความเข้มของตัวแปรทั้ง 3 จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดต่างๆ พอสรุปได้ดังนี้

บทบาทกระทรวงสาธารณสุข

1. กำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติและต่างประเทศ
2. กำหนดกฎหมายที่เกี่ยวข้องและการบังคับใช้ทั้งกฎระเบียบและการขึ้นทะเบียนใบอนุญาต
3. บริหารและพัฒนาบริการตติยภูมิ
4. จัดบริการระดับสูงทั้งทุติยภูมิและตติยภูมิ

5. จัดสรรงบประมาณลงทุนที่ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก
6. Equalization of fund และกระจายทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพเป็นธรรม
7. การวางแผนผลิตและพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุขร่วมกับแหล่งผลิตและฝึก
8. การร่วมมือกับองค์กรสุขภาพต่างประเทศ
9. เป็นศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศทางสุขภาพ
10. การควบคุมกำกับภาคเอกชน
11. การประสานงานกับ NGO ทั้งในและต่างประเทศ
12. การควบคุมป้องกันโรคระบาดที่รุนแรงและเกิดระหว่างประเทศ
13. การป้องกันอุบัติภัยระดับชาติร่วมกับหน่วยงานอื่นๆทั้งภาครัฐและเอกชน
14. ศูนย์กลางสำรองเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์ทางสาธารณสุขอื่นๆ สำหรับการป้องกันโรคระบาดและอุบัติภัยที่รุนแรง
15. ติดตามประเมินผลระดับประเทศร่วมกับกระทรวงอื่นๆสำหรับการติดตามนโยบายที่รัฐบาลกำหนด
16. ร่วมมือกับสปสช. สำหรับการดำเนินงาน Commissioning ในพื้นที่ต่างๆทั่วประเทศ
17. กำหนดมาตรฐานการจัดบริการ พร้อมกับการพัฒนาและการติดตามประเมินผลให้ได้ตามมาตรฐาน
18. การศึกษาวิจัยทางสุขภาพรวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ในระดับชาติ
19. การควบคุมกำกับมาตรฐานของเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพ
20. กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนควรได้รับตามความจำเป็นพื้นฐาน ด้วยราคาบริการที่เป็นธรรม

บทบาทสำนักตรวจราชการสาธารณสุขเขต

1. กำหนดนโยบายระดับเขตเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและถ่ายทอดไปสู่พื้นที่
2. ติดตามประเมินผลนโยบายตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
3. ประสานงานกับสปสช.เขตเพื่อจัดระบบบริการในเขตพื้นที่ (Commissioning)
4. จัดทำแผนการกระจายอำนาจระดับเขตให้ดำเนินการต่อเนื่องทั้งการถ่ายโอนสถานีนอนมัย รพ. อิศระมหาชน หรือการวางแผนประสานงานในลักษณะเขตสุขภาพ
5. การเฝ้าระวังโรคระบาดที่รุนแรงในพื้นที่เขตและการเตรียมความพร้อมในการป้องกันควบคุมโรค
6. อภิบาลระบบสุขภาพในเขตในฐานะผู้จัดบริการ รวมทั้งการสร้างพันธมิตรทางสุขภาพกับ NGO และเอกชน
7. ประสานงานการดำเนินงานด้านสุขภาพระหว่างจังหวัดในเขต เช่น การจัดระบบส่งต่อในเขตให้เกิดประสิทธิภาพ โดยให้อปท.มีส่วนร่วม

8. กระจายทรัพยากรและงบประมาณให้เกิดประสิทธิภาพเชิงการจัดสรรและเป็นธรรม
9. สนับสนุนการฝึกอบรมและเรียนรู้แก่สถานบริการและบุคลากรในเขต รวมทั้งบุคลากรทางสาธารณสุขของอปท.
10. ศูนย์กลางข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการเข้าใจและนำข้อมูลที่มีไปวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ

บทบาทสปสข.เขต

1. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและอปท.ในการจัดบริการแบบบูรณาการ(Commissioning)
2. จัดสรรงบประมาณให้เกิดประสิทธิภาพ คุณภาพ และเป็นธรรม
3. จัดสรรงบประมาณแก่สถานบริการที่ถ่ายโอนตามที่กำหนดไว้โดยกำกับวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน (earmarked budget)
4. พัฒนาคุณภาพและกำกับมาตรฐานบริการให้ได้ตามที่กำหนดให้ได้มาตรฐานเดียวกัน
5. ติดตามกำกับและประเมินผลการดำเนินงานงบประมาณไปดำเนินการให้แก่ประชาชนในพื้นที่
6. สร้างความเป็นธรรมของการคลังสุขภาพระหว่างพื้นที่ร่ำรวยและยากจน (Equalization of Funds)
7. อภิบาลระบบโดยใช้อำนาจการซื้อบริการให้เกิดธรรมาภิบาลโดยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและอปท.ในการอภิบาลระบบโดยรวม
8. สร้างแรงจูงใจการจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการในพื้นที่ โดยมาตรการทางการเงินและการใช้ข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่
9. ดูแลกำกับระบบบริการที่มีส่วนผสมทั้งภาครัฐและเอกชนแบบ Public/Private Mix
10. สนับสนุนและประสานการดำเนินงานของอปท.ในลักษณะเขตสุขภาพและสหการ
11. ขยายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ครอบคลุมทั้งบริการส่วนบุคคล โรงพยาบาล การป้องกันโรคส่งเสริมสุขภาพและการสาธารณสุข เพื่อสามารถประสานกับพื้นที่ได้
12. จัดตั้งศูนย์ข้อมูลและติดตามด้านการคลังสุขภาพเพื่อสามารถนำไปวางแผนและประเมินผลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพ

บทบาทศูนย์วิชาการเขตกระทรวงสาธารณสุข

1. สนับสนุนวิชาการสุขภาพแก่หน่วยบริการโดยเฉพาะที่ถ่ายโอนแก่อปท.
2. ลดช่องว่างความรู้ระหว่างหน่วยบริการอปท.กับกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดเวทีการให้ความรู้ สัมมนาวิชาการและเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ๆ
3. สนับสนุนการศึกษาวิจัยค้นคว้าแก่หน่วยบริการ
4. ติดตามประเมินผลและเผยแพร่องค์ความรู้แก่หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง
5. ฝึกอบรมบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขเพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพทั้งภาครัฐ เอกชน และอปท.

6. คิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อการพัฒนาองค์ความรู้ การบริการและวิชาการที่เกี่ยวข้อง
7. ร่วมมือกับอปท. ในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในแก่อปท. เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและสังคมสุขภาพ
8. พัฒนาทักษะของอปท. ในการวางแผนดำเนินการและประเมินผลด้านสุขภาพ

บทบาทสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1. การกำหนดนโยบายสุขภาพจังหวัดให้สอดคล้องกับส่วนกลางและความต้องการของพื้นที่
2. ประสานงานกับอปท. ต่างๆ ให้เกิดบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงต่อเนื่องทั้งระบบส่งต่อการดูแลกลุ่มประชาชนเป้าหมาย
3. การสาธารณสุขในจังหวัดที่ต้องการอปท. มีส่วนร่วม
4. การป้องกันควบคุมโรคระบาดที่รุนแรงในพื้นที่จังหวัด
5. สนับสนุนวิชาการและเทคนิคการบริการแก่สถานบริการที่อยู่ในสังกัดและถ่ายโอนหรือออกนอกระบบ
6. การอภิบาลระบบสุขภาพจังหวัดโดยผ่านช่องทางบังคับบัญชาและการสร้างเครือข่าย
7. เป็นศูนย์รวมสำรองเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการป้องกันควบคุมโรคที่ระบาดรุนแรงและรวดเร็ว
8. ติดตามบังคับใช้กฎหมายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
9. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและประสานงานกับอปท. โดยเฉพาะ อบจ. และเทศบาลเมืองและนคร ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ด้านสังคมและคุณภาพชีวิต
10. ชักชวนสนับสนุนอปท. ให้เกิดความรู้ความเข้าใจในงานสาธารณสุขและมองเห็นความจำเป็นและสำคัญในการลงทุนทางสุขภาพ

บทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

1. เป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขในการประสานงานกับอปท. ให้กำหนดนโยบายและสามารถดำเนินการสอดคล้องตามนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
2. เป็นหน่วยงานเชื่อมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อปท. และประชาชนในการกำหนดกลยุทธ์การแก้ปัญหาสุขภาพ การวางแผน และติดตามประเมินผล
3. การเป็นผู้สนับสนุนวิชาการและเทคนิคการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อมและการสาธารณสุขชุมชน แก่อปท.
4. การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อให้จังหวัด เขต กระทรวงสาธารณสุข และอปท. สามารถเข้าใจตรงกัน

5. ร่วมเป็นคณะกรรมการในระดับอำเภอ เพื่อร่วมในการดำเนินงานภารกิจที่ถ่ายโอนสัมฤทธิ์ผลตามเจตนารมณ์การกระจายอำนาจ
6. การร่วมกำกับดูแลและพัฒนาสถานื่อนามัยในพื้นที่และการสนับสนุนการดำเนินงานของสถานื่อนามัย
7. การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพซึ่งอปท.ยังขาดผู้เชี่ยวชาญและประสบการณ์การดำเนินงานสุขภาพ
8. การสะท้อนปัญหาการบริการแก่จังหวัด เขต และอปท. เพื่อให้เกิดการพัฒนา
9. การอภิบาลระบบสุขภาพและระบบการกระจายอำนาจให้เกิดธรรมาภิบาลที่ดีในอำเภอพื้นที่
10. ค้นคว้าเรียนรู้วิจัยด้านสาธารณสุขในพื้นที่ แบบ area based research and study
11. สนับสนุนและชักชวนให้อปท. จัดหาหรือซื้อบริการที่จำเป็นแก่ประชาชนในพื้นที่

ตารางที่ 3.6 บทบาทกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดหลังการกระจายอำนาจ

บทบาท	กสธ.	สำนักตรวจเขต	สสจ.	สสอ.	ศวช.	สปสช.เขต
นโยบายสุขภาพ	ระดับชาติ	ระดับเขต	ระดับจังหวัด	ระดับอำเภอ	วิชาการสนับสนุน	การคลัง
บริการปฐมภูมิ ทดตีตุมิ โรค เรือรั้ง และกลุ่ม เจเพาะเซ่นผู้พิการ	กำหนดนโยบาย	นิเทศติดตาม	กำกับดูแล	กำกับดูแล	วิชาการ	แหล่งเงิน
บริการสังคม	กำหนดนโยบาย	นิเทศติดตาม	ประสานอปท.	ประสานอปท.	สนับสนุนวิชาการ	จัดงบประมาณ
สถานื่อนามัย โรงพยาบาล ศูนย์การแพทย์	กำหนดนโยบาย	นิเทศติดตาม	กำกับดูแล	กำกับดูแล	วิชาการ	กำกับคุณภาพ
ทรัพยากร สาธารณสุข	กำหนดนโยบาย	จัดสรรกำกับดูแล	จัดสรรกำกับดูแล	กำกับดูแล	ประสาน	กำกับคุณภาพ
กฎหมาย	กำหนดบังคับใช้	กำกับการใช้	กำกับการใช้	กำกับการใช้	ประสานวิชาการ	กำกับดูแลการคลัง

						สุขภาพ
ภาคเอกชน	กำกับ ควบคุม	ประสาน	ประสาน	ประสาน	ประสาน วิชาการ	กำกับ คุณภาพ

เมื่อนำเอาบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดมาพิจารณาเปรียบเทียบ จะทำให้มองภาพเด่นชัด 2 ประการ คือ ลำดับชั้นของบทบาทที่มีและขอบเขตความรับผิดชอบ ในระบบสุขภาพ ซึ่งจะทำให้สามารถมองภาพการกำหนดนโยบายและแผนงานในการจัดบริการสุขภาพพื้นที่หลังกระจายอำนาจได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังตารางที่ 3.6 พบได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดนโยบายบริการสุขภาพและถ่ายทอดนโยบายไปสู่ระดับเขตจังหวัดอำเภอ ด้านวิชาการศูนย์วิชาการเขตเป็นผู้สนับสนุนวิชาการให้หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขและอปท. สปสช.เป็นผู้กำหนดนโยบายด้านการคลังในฐานะผู้ซื้อบริการแทนประชาชน ขณะเดียวกันสปสช.เป็นผู้กำกับดูแลคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการที่จ่ายแก่หน่วยบริการ การจัดการเป็นบทบาทหลักกระทรวงสาธารณสุขในทุกระดับกระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายการจัดการ สำนักงานตรวจราชการเขตเป็นผู้เฝ้าติดตามงานตามนโยบายกำหนด สจ.และสสอ.เป็นผู้กำกับดูแลให้หน่วยบริการดำเนินการตามนโยบาย ศูนย์วิชาการสนับสนุนด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องและติดตามประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ส่วนสปสช.เป็นแหล่งเงินที่มีอำนาจการซื้อบริการและติดตามคุณภาพตามที่ต้องการ ความสัมพันธ์กับเอกชนพบว่ากระทรวงสาธารณสุขกำกับดูแลภาคเอกชนให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและคุ้มครองความปลอดภัยแก่ประชาชนแม้จะไม่สามารถกำกับดูแลได้มากนักแต่ก็สามารถควบคุมพฤติกรรมบริการโดยผ่านระเบียบและกฎหมายที่ได้รับอำนาจในฐานะเจ้าของส่วนราชการ สปสช.เองกำกับคุณภาพบริการหน่วยบริการเอกชนที่เป็นคู่สัญญาในฐานะเจ้าของเงินที่จ่ายแก่สถานบริการเอกชน ซึ่งบทบาทน้อยกว่ากระทรวงสาธารณสุข

3.5 บทบาทกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่

ความคิดเห็นของที่ประชุมพบว่า บทบาทส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นเป็นความรับผิดชอบที่สอดคล้องกันของทั้งกระทรวงสาธารณสุขและอปท.ตามกฎหมายบัญญัติ ที่น่าสนใจมากคืออปท.เองได้เกิดการร่วมกันดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อม การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพแบบสหการ แม้ไม่มีกฎหมายสหการรองรับ

“กฎหมายสหการยังไม่ออกแต่ทุกคนเห็นชอบแนวทางการดำเนินการ(แบบสหการ)”

นักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิ

“อปท.ควรมีการจัดสรรทรัพยากรร่วมกันอาจเป็นทรัพยากรที่มีอยู่เดิมแล้วจัดสรรใหม่ การเปลี่ยนแปลงอาจเริ่มจากดีกรีที่น้อยแล้วค่อยๆให้เกิดการพัฒนา” นักวิชาการ

มีการเสนอความเห็นและเสนอข้อมูลที่แสดงว่าอปท.ได้ดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ผลดีหลายกรณีศึกษา เช่น การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก และ

สตรีเป็นต้น การควบคุมป้องกันโรคระบาดทั้งที่เป็นโรคท้องถิ่น เช่น ไข้เลือดออก หรือโรคอุบัติใหม่อย่างเช่นไข้หวัดนก หรือไข้หวัดใหญ่2009 เป็นต้น มีหลักฐานที่แสดงถึงการความร่วมมือของอปท.กับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และปศุสัตว์อำเภอในการแก้ไขและป้องกันการระบาดของไข้หวัดนกในท้องถิ่น อปท.ให้การสนับสนุนงบประมาณและการดำเนินการเชิงรุกด้านสุขภาพแก่สถานีอนามัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่นการป้องกันโรคเอดส์และยาเสพติด เป็นต้น มีโครงการของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขที่กระตุ้นให้อปท.เข้ามารับรู้ข้อมูลและเข้าใจการป้องกันควบคุมโรค และนำเสนอประกวดการใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาสำหรับป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดต่อในพื้นที่ เหล่านี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในท้องถิ่นนั้นสามารถประสบความสำเร็จอย่างดีโดยความร่วมมือกับอปท. ดังนั้นที่ประชุมจึงเห็นตรงกันว่า การปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุข สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เหมาะสมกับบทบาทอปท.จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ

“กรมควบคุมโรคได้พยายามสร้างภาพ แล้วทำ road map เพื่อเดินให้ถึง ระดับชาติต้องทำ policy formulation...manager และ coordinator เพื่อให้เกิดการประสานงานในแต่ละภาคส่วน” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“บริบทปัจจุบันที่จะเสนอควรสอดคล้องกับพรบ.กระจายอำนาจและพรบ.สุขภาพ นำเป็นเรื่องส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อปท.สามารถทำ primary care ได้และเป็นบทบาทของอปท.” ผู้นำอปท.

“ในความเป็นจริงอปท.ดูแลการส่งเสริมป้องกันโรคและบริการสังคมอยู่แล้ว ต้องดูความสอดคล้องกับพรบ.สุขภาพ” ผู้นำอปท.

จากประสบการณ์ที่ประเทศไทยสามารถสกัดกั้นการระบาดของโรคไข้หวัดนกและไข้หวัดใหญ่2009 ได้ผลดีนั้น เป็นผลของการมีโครงสร้างการบริการและการจัดการด้านสาธารณสุขที่ดีของกระทรวงสาธารณสุข สิ่งสำคัญคือการรวมศูนย์การป้องกันโรคแบบเป็นระบบสอดคล้องรับกันทั้งประเทศที่กระทรวงสาธารณสุขสามารถสั่งการและดำเนินการได้ทันที ดังนั้นที่ประชุมจึงมีความเห็นว่าการสาธารณสุขและการป้องกันโรคที่มีการระบาดรวดเร็วรุนแรงและเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ไม่มียอดความรู้มาก่อนต้องเป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในระดับชาติ แต่อปท. และท้องถิ่นสามารถเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการได้

“บทบาทของกสธ.อะไรบางอย่างที่ควรกระจาย สำนักระบาดวิทยาไม่ควรกระจาย แต่ต้องขยายบทบาทให้กว้างขวางไปสู่จังหวัด โรคพื้นที่ๆทั่วไปให้อปท.ดูแลแต่เรื่องที่ซับซ้อนให้ส่วนกลางรับผิดชอบ” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

การที่สามารถเข้าใจและเชื่อมโยงบทบาทกระทรวงสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เข้าได้กับบทบาทด้านสาธารณสุขของอปท.นั้น สมควรพิจารณาบทบาทอปท.ควบคู่ไปกับบทบาทกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งที่ประชุมได้เสนอแนวคิดดังกล่าวไว้ 3 แนวทางคือ

- * บทบาทที่อุปถ. รับผิดชอบพัฒนาคุณภาพชีวิต กลุ่มเป้าหมายเฉพาะเช่นผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก และสตรีเป็นต้น จะเป็นเรื่องการพัฒนาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น สิ่งแวดล้อมที่ดีชุมชนน่าอยู่ หรือ การกำจัดน้ำเสีย เป็นต้น บทบาทเหล่านี้กระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนไม่ต้องดำเนินการเอง
- * บทบาทที่อุปถ. สามารถดำเนินการได้แต่กระทรวงสาธารณสุขต้องช่วยพัฒนาและผลักดัน บทบาทนี้เป็นเรื่องการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในประชาชนเป็นชุมชนใหญ่ เป็นเรื่องของบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น อาหารและน้ำสะอาด เป็นต้น เหล่านี้กระทรวงสาธารณสุขต้องให้ความรู้และกระตุ้นโดยใช้มาตรฐานการบังคับกฎหมายที่จำเป็น
- * บทบาทระดับชาติที่กระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการเองและไม่สมควรเสี่ยงต่อความเสียหายได้แก่ การควบคุมโรคระบาดระดับชาติหรือระหว่างประเทศ โรคระบาดที่อุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำที่รุนแรงรวดเร็ว กระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นหลักดำเนินการโดยอาศัยอุปถ. เป็นองค์การพหุที่จะเร่งการดำเนินงานให้ลุล่วงโดยรวดเร็ว อย่างกรณีโรคไข้หวัดนกและไข้หวัด 2009 ที่เกิดขึ้น

จากแนวทางที่กล่าวข้างต้นทำให้สามารถแจกแจงบทบาทสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่จะเชื่อมโยงไปสู่อุปถ. สำหรับป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพได้ดังนี้

1. กำหนดนโยบายการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของชาติและระหว่างประเทศ สร้างกลวิธีให้นโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่อุปถ.
2. รับผิดชอบควบคุมป้องกันโรคที่ระบาดรุนแรงรวดเร็วและอุบัติใหม่ เช่น ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ 2009 แต่สร้างเครือข่ายการประสานงานในพื้นที่ทั้งภาคส่วนรัฐ อุปถ. และเอกชน
3. ประสานการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ โดยเฉพาะระหว่างอุปถ. ทั้งหลายให้เกิดการทำงานแบบสหการที่มีประสิทธิภาพ
4. จัดสรรงบประมาณร่วมกับอุปถ. ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเช่นผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ หรือ ชนกลุ่มน้อยเผ่าพื้นเมือง เป็นต้น ในโครงการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและป้องกันภาวะตั้งครภ์ก่อนวัยอันควร (HEALY, SHARMAN and LOKUGE 2006)
5. สนับสนุนวิชาการและติดตามผลการดำเนินงานแบบพันธมิตรทางสุขภาพ อย่างเช่น แผนกสาธารณสุขที่จัดตั้งในเขตพื้นที่ Health Authority ของประเทศอังกฤษ
6. อภิบาลเชิงระบบโดยผ่านการวางแผนและการกำกับงบประมาณที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามนโยบายที่ต้องการโดยเฉพาะงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายไว้ชัดเจน
7. เป็นศูนย์ข้อมูลทางสุขภาพให้เกิดการเรียนรู้การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอให้อุปถ. มองเห็นประเด็นความต้องการประชาชนในพื้นที่เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

8. การฝึกอบรมแก่อปท.ให้เกิดความรู้ทักษะและการนำไปใช้เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเกิดประสิทธิผล เช่น ระบาดวิทยา การวางแผน และการประเมินผล
9. การบังคับใช้กฎหมายที่จำเป็นเพื่อให้เกิดผลทางปฏิบัติโดยไม่กระทบฐานเสียงทางการเมือง เช่น เขตปลอดบุหรี่ สารพิษและการกำจัดสารพิษน้ำเสีย เป็นต้น

เหล่านี้แสดงให้เห็นชัดเจนว่ากระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทอย่างมากเพื่อเชื่อมโยงกับอปท. สำหรับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่อปท. ที่น่าสนใจและท้าทายคือการสร้างพันธมิตรหรือการกำหนดโครงสร้างในการร่วมมือ ดังที่ประเทศอื่นๆ ใช้ในการทำข้อตกลงในประเทศนอร์เวย์ จัดตั้งองค์กรที่ประสานงานร่วมอย่างอิสระเต็มที่ หรือแม้แต่ในรูป Trust ของอังกฤษ (MARCHILDON 2005, NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH 2009, ALLEN 2006)

เมื่อนำเอาบทบาทกระทรวงสาธารณสุขและบทบาทอปท. มาเปรียบเทียบจะเห็นความเหมือนและแตกต่างอย่างชัดเจน ซึ่งผลการเปรียบเทียบจะนำไปสู่แนวทางการกำหนดทิศทางการเชื่อมโยงบทบาทและการถ่ายโอนภารกิจบริการสุขภาพไปสู่อปท. ได้ชัดเจนมากขึ้น ดังตารางที่ 3.7 จากตารางที่ 3.6 นี้ เป็นการเปรียบเทียบบทบาทด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและอปท. จะเห็นได้ว่าบทบาทกระทรวงสาธารณสุขด้านนโยบายและการบริการจะเป็นภาพรวมประเทศและประสานงานกับต่างประเทศ แต่อปท. จะเป็นการนำนโยบายสู่การปฏิบัติและตอบสนองในพื้นที่ งบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจะกำหนดเป็นงบประมาณเฉพาะ ส่วนอปท. สามารถนำงบประมาณส่วนท้องถิ่นมาจัดบริการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม กระทรวงสาธารณสุขจะมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนวิชาการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะและความรู้ ในขณะที่อปท. จะเป็นการฝึกปฏิบัติการภาคสนามและเตรียมรับมือในการควบคุมโรคระบาด กระทรวงสาธารณสุขเป็นศูนย์ข้อมูลที่จะนำข้อมูลทั้งประเทศมาวิเคราะห์สังเคราะห์และส่งต่อไปสู่พื้นที่แต่อปท. นั้นเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการและนำข้อมูลที่เกิดมาสู่ระบบที่จัดตั้งในพื้นที่และระบบทั้งประเทศ การอภิบาลระบบบริการกระทรวงสาธารณสุขจะดูและระบบใหญ่ที่ต้องใช้ข้อมูลงบประมาณและวิชาการที่เข้มแข็งในลักษณะที่พันธะ ความรับผิดชอบเป็นระดับชั้น (Hierarchical accountability) ขณะที่อปท. นั้นอภิบาลการจัดการให้เกิดคุณภาพประสิทธิภาพและเป็นธรรมเป็นการอภิบาลระบบพื้นที่แนวระนาบต่อประชาชน (Horizontal accountability) กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดและออกระเบียบกฎหมายในภาพรวมประเทศ แต่อปท. มีอำนาจออกกฎหมายระเบียบระดับพื้นที่ในท้องถิ่นตามที่มีอำนาจและสอดคล้องไม่ขัดแย้งกับกฎหมายของประเทศและกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เมื่อพิจารณาขอบเขตบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและอปท. ดังกล่าวนี้แล้ว ก็สามารถกำหนดทิศทางและแนวทางการปฏิบัติงานของทั้งสองส่วนกลางและท้องถิ่นในพื้นที่ได้ชัดเจนขึ้น อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าอปท. จะไม่สามารถดำเนินการได้มากกว่าที่เปรียบเทียบเพราะอปท. หลายแห่งมีทั้งศักยภาพด้านงบประมาณ

บุคลากร และวิชาการ ดังนั้นอปท.เองสามารถพัฒนาการดำเนินงานที่ก้าวหน้ากว่าที่กำหนดนี้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องจัดทำแผนและทิศทางไว้ให้ชัดเจน

ตารางที่ 3.7 เปรียบเทียบลักษณะสำคัญของบทบาทด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทบาท	กระทรวงสาธารณสุข	อปท.
กำหนดนโยบาย	ระดับชาติและระหว่างประเทศ	ตามกสธ.กำหนดและตอบสนองพื้นที่
การป้องกันโรค	โรคระบาดรุนแรงทั้งอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ	โรคระบาดในพื้นที่ตามฤดูกาล
การส่งเสริมสุขภาพ	ครอบคลุมทั้งประเทศ เช่น ชาติลีซ่า เมีย บุหรี่	คุณภาพชีวิต, บริการสังคมด้านสุขภาพ, การดูแลที่บ้าน
งบประมาณ	สนับสนุนแบบงบประมาณเฉพาะเจาะจง	พัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม
วิชาการ	ฝึกอบรมและสนับสนุนวิชาการ	ซ้อมรับมือโรคระบาดและการประสานงาน
ศูนย์ข้อมูล	ศูนย์กลางข่าวสารแลเผยแพร่และนำไปวางนโยบาย	การรวบรวมและวิเคราะห์เสนอ ส่วนกลางและนำมาพัฒนา
การอภิบาล	ระดับนโยบายและระบบ	ระดับปฏิบัติและดำเนิน
กฎหมาย	ออกกฎหมายและบังคับใช้	แปลงสู่ปฏิบัติและออกกฎหมายในพื้นที่

3.6 การอภิบาลระบบสุขภาพหลังกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

การอภิบาลระบบโดยรวมเป็นเรื่องสำคัญที่นำมาให้ที่ประชุมแสดงความคิดเห็น ซึ่งที่ประชุมได้แสดงความคิดเห็นร่วมไปกับประเด็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข การอภิบาลระบบนั้นที่ประชุมเน้นถึงผลประโยชน์ของประชาชนที่ได้รับจากการกระจายอำนาจ และต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและติดตามประเมินผล ที่ประชุมเสนอเน้นการปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขโดยควรเริ่มจากการหน่วยงานที่ทำหน้าที่วางแผนและกำหนดนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขต้องเริ่มต้นตัวในการวางแผนทั้งระยะสั้น กลางและยาวให้สอดคล้องกับบริบทการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพ รูปธรรมที่สามารถมองเห็นนั้นคือการปรับปรุงรูปแบบกลไกการทำงานที่มีแนวคิดเชิงการเมืองที่เหมาะสม การอภิบาลระบบที่ระดับเขตและจังหวัดนักวิชาการเสนอให้ใช้โครงสร้างเดิมแต่ให้เกิดการต่อยอดและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือสำหรับดูแลจัดการระบบสุขภาพ จังหวัดสามารถอภิบาลระบบ

ได้โดยต้องสนับสนุนการทำงานอปท.ชัดเจน ระดับพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการและเป็นผู้อภิบาลระบบโดยเฉพาะการดูแลตรวจสอบการทำงานของอปท.

“... กสธ.มีกลไกอะไรมาดูแลเป็นเรื่องต้องศึกษา มีนโยบายอะไรที่เงินจะมาจากไหน นอกจากสปสช. แผน 5 ปีก็ฟังไม่ได้ ธุรกรรมก็คือปรับปรุงรูปแบบกลไกการทำงาน ต้องมี political initiative” นักวิชาการ

“อภีบาลมอบให้ประชาชนดูแล แม้จะเป็นการสร้างฐานเสียงก็ควรทำความเข้าใจ ดังนั้น primary care น่าจะไปอยู่กับอปท. และเป็นเจ้าของ” ผู้นำอปท.

ประเด็นว่าจะมีการอภิบาลระบบอย่างไรนั้นที่ประชุมไม่ได้ให้ความเห็นชัดเจนนัก ที่ประชุมเน้นประเด็นการอภิบาลที่สำคัญว่ายึดผลประโยชน์ที่ประชาชนได้รับเป็นจุดศูนย์กลาง การสร้างความโปร่งใสในการดำเนินการ ความเป็นธรรมทางสุขภาพโดยเฉพาะผลกระทบของการเกิดความไม่เป็นธรรมระหว่างพื้นที่จากการกระจายอำนาจ การมีพันธะความรับผิดชอบ (accountability) และประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ซึ่งสามารถใช้เป็นกรอบการพิจารณาแนวทางกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะการพิจารณาทางเลือกที่ควรเป็นและเหมาะสม

การอภิบาลระบบโดยรวมจำเป็นต้องสร้างความเหมาะสมของทั้งระบบที่ประกอบด้วย

1. การอภิบาลโดยระบบราชการในกระทรวงสาธารณสุขตามสายบังคับบัญชาจากกระทรวงสู่เขตจังหวัดและอำเภอ แต่มีข้อด้อยที่ขาดการสร้างการมีส่วนร่วมของอปท. และประชาชน
2. อภิบาลโดยผ่านกลไกตลาด โดยอาศัยอำนาจซื้อบริการที่สปสช.มี สร้างแรงจูงใจแต่สร้างปัญหาของการไม่คำนึงถึงประชาชนนอกจากเป็นการแสวงหาผลตอบแทนงบประมาณที่สปสช.กำหนด ทำให้ละทิ้งการสาธารณสุขและการส่งเสริมป้องกันโรคที่รุนแรง และขาดการประสานงานกับอปท.ในบทบาททางสังคม
3. ผ่านการสร้างเครือข่ายพันธมิตรทางสุขภาพ ซึ่งสร้างความร่วมมือของฝ่ายต่างๆทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข แต่อ่อนแอในการนำกฎหมายมารองรับการดำเนินงาน และการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะการมีอิทธิพลของการเมือง

เห็นได้ชัดแจ้งว่าการอภิบาลระบบโดยรวมแตกแยกออกไปตามระบบการจัดการสุขภาพที่อิงกับการปกครอง เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และการจัดการภาครัฐแนวใหม่ การอภิบาลระบบให้ครบองค์ประกอบจำเป็นต้องกำหนดกลไกที่มีตัวแทนของผู้มีส่วนได้เสียและมีบทบาทสำคัญในช่องทางการอภิบาลทั้ง 3 เห็นสมควรให้เกิดกลไกคณะกรรมการที่มีความรับผิดชอบแต่ละช่องทาง ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วก็ดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอนคือ คณะกรรมการประสานงานและร่วมมือในระยะแรกโดยการแต่งตั้งในจำนวนกรรมการที่พอเหมาะตามสัดส่วน และขั้นตอนต่อไปพัฒนาให้เกิดคณะกรรมการที่มีอิสระมาจากการเลือกตั้งและมีความรับผิดชอบที่รองรับด้วยกฎหมายชัดเจน

หากพิจารณามิติธรรมาภิบาลที่มีคุณลักษณะ 10 ประการ ที่ปรารถนา(UNESCAP 2006, Wikipedia 2006) โดยนำมาเป็นตัวแปรสำคัญสำหรับเปรียบเทียบช่องทางการอภิบาลทั้ง 3 ช่องดังกล่าวแล้ว คือ ผ่านระบบราชการ กลไกตลาด และเครือข่ายระหว่างภาครัฐเอกชนและชุมชน จะพบลักษณะที่แตกต่างและคล้ายคลึงกันดังตารางที่ 3.8 พบได้ว่า ช่องทางการอภิบาล โดยระบบราชการซึ่งหลังการกระจายอำนาจจะต้องอาศัยระบบการปกครองส่วนภูมิภาคเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ และระบบการปกครองส่วนท้องถิ่นของอปท. เห็นได้ว่าช่องทางระบบราชการเข้มงวดในคำสั่งการของผู้บังคับบัญชา จึงเป็นช่องทางที่ให้หน่วยบริการต่างๆปฏิบัติตามคำสั่งนโยบายและกฎระเบียบ มุ่งผลตามเป้าหมายกำหนดและสั่งการจึงดูเสมือนมีประสิทธิผลมาก ขณะเดียวกันก็ไม่สร้างหรือเปิดโอกาสให้ชุมชน เอกชนและองค์กรอิสระมีส่วนร่วม ตรวจสอบยากด้วยระบบราชการ การสั่งการโดยอำนาจทางการบังคับบัญชา ทำให้ไม่ต้องการความเห็นแบบประชาคม และมีพันธะความรับผิดชอบต่อผู้บังคับบัญชามากกว่า ประชาชนที่รับบริการหรือต้องการความช่วยเหลือ ส่วนกลไกตลาดดังกล่าวแล้วจะผ่านกลไกตลาดเทียม (Pseudo-market) ที่แยกผู้ซื้อและผู้จัดบริการออกจากกัน การอภิบาลระบบผ่านกลไกอำนาจการซื้อบริการ มุ่งเน้นสร้างประสิทธิภาพทางการคลังสุขภาพ การอภิบาลระบบจึงสร้างประสิทธิภาพการบริการสูงสุดโดยมองความคุ้มค่าของเงินงบประมาณที่ใช้จ่าย หน่วยบริการเน้นสร้างบริการที่ก่อรายได้ จึงไม่ก่อให้เกิดการตอบสนองความต้องการของชุมชน ไม่สร้างการมีส่วนร่วม แม้ตรวจสอบโปร่งใสกว่ากลไกทางราชการแต่การเข้าถึงข้อมูลบริการ โดยเฉพาะการจัดการทำได้ยาก บริการเน้นกลุ่มเป้าหมายที่ก่อรายได้อาจทำให้เกิดความไม่เท่าเทียม ไม่เป็นธรรม และไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรต่างๆ โดยเฉพาะบริการสาธารณสุขที่เป็นบริการสาธารณะ ที่ต้องให้บริการแบบไม่คิดมูลค่า จะถูกละเลย เพราะหน่วยบริการต้องการการอยู่รอดทางด้านการเงินมากกว่าการตอบสนองต่อประชาชน พันธะความรับผิดชอบต่อหน่วยบริการจึงตอบสนองต่อนโยบายของผู้มีอำนาจการซื้อ เป็นผู้จ่ายค่าตอบแทน เป็นผู้จ่ายเงินค่าบริการแทนที่จะมีพันธะความรับผิดชอบต่อชุมชนและประชาชนในพื้นที่

การอภิบาลระบบโดยใช้เครือข่ายพันธมิตรระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชน จะต้องใช้กลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อาศัยระบอบประชาธิปไตยที่เข้มแข็งของเสียงส่วนใหญ่เป็นการตัดสินใจ เลยพยายามตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของพื้นที่ที่แท้จริง เพราะมีตัวแทนของประชาชนเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง บริการที่เกิดขึ้นจึงมีความเท่าเทียมครอบคลุมทุกความต้องการ และทุกกลุ่มประชากรที่แท้จริง เพราะนโยบายแผนงานและการดำเนินงานมาจากปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ดังนั้นการอภิบาลด้วยการสร้างเครือข่ายจึงมีคุณลักษณะที่ดีของการสร้างการมีส่วนร่วม โปร่งใสตรวจสอบได้ ตอบสนองความต้องการประชาชนที่แท้จริง อาศัยระบบประชาธิปไตยที่มีความคิดเห็นมาจากส่วนใหญ่ที่ถูกต้อง สร้างความเท่าเทียมเป็นธรรมทางสุขภาพและจัดบริการให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนและกลุ่มชนโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส พันธะความรับผิดชอบต่อมุ่งเน้นความต้องการและปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่มากกว่าการตอบสนองแก่รัฐบาลกลาง อปท.และผู้จ่ายค่าบริการ จึงนับว่าเป็นการอภิบาลระบบที่เกิดจาก

บทบาทหน้าที่โดยตรง (Functional governance) มากกว่าอภิบาลระบบแบบโครงสร้าง (Structural governance) ซึ่งเป็นการอภิบาลที่จะพัฒนาไปสู่ธรรมาภิบาลที่ต้องการ

ตารางที่ 3.8 เปรียบเทียบคุณลักษณะธรรมาภิบาลระหว่างช่องทางการอภิบาลระบบ

มิติธรรมาภิบาล	ระบบ ราชการ	กลไก ตลาด	เครือข่าย พันธมิตร
Participation (การมีส่วนร่วมของชุมชน)	+	++	+++
Rule of law (ปฏิบัติตามกฎระเบียบ)	+++	++	+
Transparency (โปร่งใสตรวจสอบได้)	+	++	+++
Responsiveness (สนองความต้องการชุมชน)	++	+	+++
Consensus orientation (ประชามติที่ถูกต้อง)	+	++	+++
Equity and inclusiveness (เป็นธรรมและ ครอบคลุม)	++	+	+++
Effectiveness (สร้างประสิทธิผลตามเป้าหมาย)	+++	++	+
Efficiency (ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร)	++	+++	+
Accountability (พันธะรับผิดชอบต่อประชาชน)	+	++	+++

หมายเหตุ: + น้อย ++ปานกลาง +++มาก

3.7 ข้อควรระวังและปัญหาอุปสรรคการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

ที่ประชุมได้เสนอ ประเด็นข้อควรระวังและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นที่ต้องประเมินคู่ขนานไปกับการดำเนินงานการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยเสนอจากประสบการณ์จริงที่ได้รับในทศวรรษที่ผ่านมา ประกอบด้วย ประเด็นความไม่พร้อมของอปท. ความไม่ได้เป็นไปตามที่คาดหวังหลังเจ้าหน้าที่ถ่ายโอนไปสู่อปท. การเมืองท้องถิ่นที่ผู้นำไม่มีความแน่นอนแต่มีอำนาจเต็ม ความไม่เต็มใจของกระทรวงสาธารณสุขในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ผลกระทบต่อความไม่เป็นธรรมของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็มีการนำเสนอข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาศักยภาพของอปท. ผลตอบแทนที่เจ้าหน้าที่ที่ถ่ายโอนไปอปท. ได้รับเพิ่มขึ้นเช่นโบนัสที่ได้รับมากกว่าเดิม ผลการศึกษาที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลแสดงความประสงค์ที่จะโอนไปสู่อปท. แม้จะมีบางส่วนไม่ต้องการให้ถ่ายโอน เป็นต้น

“การเปลี่ยนแปลงจะเกิดความสูญเสียอำนาจและสถานะ (ของกระทรวงสาธารณสุข) นอกจากกฎหมายมีปัจจัยอะไรบางอย่างที่จะขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสร้างโอกาสให้เกิดได้ การกระจายอำนาจสร้างการแข่งขันและสร้างความไม่เป็นธรรมในระหว่างพื้นที่” นักวิชาการ

“เรื่องกระจายอำนาจเป็นเรื่องวิชาการง่ายแต่การปฏิบัติทำยาก การออกกฎหมายกระจายอำนาจไม่มีการปรึกษาผู้ถ่ายโอนเพราะยอมไม่เห็นด้วยโดยรวมควรเห็นผลทางบวกของการเปลี่ยนแปลง ควรมีการเปลี่ยนแปลงเล็กๆน้อยๆเพื่อให้มีแรงต่อต้านลดลง แต่แม้จะมีแนวคิดทางบวกแต่ไม่มีแรงกดดันก็ไม่มีเปลี่ยนแปลง” ตัวแทนผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“เรื่องการออกนอกกรอบของรพ. ไม่ต้องเสนอผู้บริหารระดับสูงแต่ให้ทำเลย เพราะเสนอไปก็ไม่มีใครพูดถึง” นักวิชาการ

“ประเด็นการกระจายอำนาจเกิดการต่อต้านจากบุคลากรมาก ปัญหาสำคัญเรื่องความเป็นอิสระและการช่วงชิงทรัพยากร บุคลากรยังยึดติดกับการเป็นข้าราชการและมองความมั่นคงในอนาคต” นักวิชาการ

“มีการถ่ายโอนสอ. ไปอปท. แต่มีปัญหาที่อยู่ไม่ได้และขอกลับสุดท้ายไม่มีเงินท. อยู่ ควรมีการเตรียมความพร้อมเพราะบางที่ผู้นำอปท. มีภาวะผู้นำไม่ดี ทำงานต้องทำทั้งด้านสาธารณสุขและด้านอื่น ๆ ด้วย การถ่ายโอนต้องมีการคิดให้เหมาะสมและต้องคิดให้รอบคอบ” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“ปี 50 โอน 22 สอ. และปัจจุบัน 28 สอ. ใช้ภาวะผู้นำผู้บริหารระดับสูง พื้นที่ที่โอนพิเศษเป็นความสมัครใจทั้ง 2 ฝ่าย ไม่เป็นธรรมชาติมีการเฝ้ามองให้ต้องทำอย่างดี” นักวิชาการ

“สอ. 28 แห่งที่ถ่ายโอนมีมุมมอง ด้านบวก เรื่องการดำเนินงาน โบนัส ด้านที่ไม่ชัดเจนคือไม่มั่นใจอปท. ไม่มั่นใจส่วนกลาง ประชาชนไม่ทราบความเปลี่ยนแปลง การเชื่อมต่อกับระบบเดิมไม่ชัดเจน โอนกลับไม่ได้ง่ายๆ บทบาทเจ้าหน้าที่ไม่ชัดเจนและความก้าวหน้าไม่ชัดเจน ควรมีการพัฒนาบุคลากร ไม่ควรถ่ายโอนทั้งหมดแต่ทำตามความพร้อม” นักวิชาการ

“ภาคเหนือ รวมกันเป็นพวงไปอบจ. ภาคอีสาน รวมกันเป็นพวงไปอบจ. ภาคใต้สอ. ไปอบจ. ภาคกลางรวมกลุ่มไปอบจ.” นักวิชาการ

นอกจากข้อเท็จจริงที่แสดงถึงประสบการณ์ที่เป็นห่วงแล้ว ผู้ร่วมประชุมได้เสนอข้อแก้ไขที่จะทำให้การกระจายอำนาจประสบผลดี ได้แก่ประเด็นการเตรียมความพร้อมทั้งส่วนอปท. และกระทรวงสาธารณสุขและประเด็นการสร้างความรู้เข้าใจในการดำเนินงาน นอกจากนี้ที่ประชุมยังแสดงความเห็นว่าปัจจุบันแม้จะมีคณะกรรมการประสานความร่วมมือดำเนินการด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดตามที่นายกรัฐมนตรีมีคำสั่งแต่งตั้ง บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่กำหนดก็ไม่มีที่ชัดเจนและนำไปปฏิบัติได้ยาก จำเป็นต้องระมัดระวังและดำเนินการอย่างรอบคอบ

“การแก้ไข 1. ใช้การสร้างความรู้เข้าใจให้เกิดกระแสรยอมรับ นอกจากนี้ต้องหา authority เดิมเพื่อให้เกิดการยอมรับและเป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลง 2. หาทางเลือกอื่น ๆ ที่จะแก้ปัญหา เช่น เรื่องคนต้องผ่อนคลายนโยบาย authority และหาทางเลือกอื่น ๆ” นักวิชาการ

“การกระจายอำนาจเป็นกระแสที่เป็นประโยชน์จริงหรือไม่ ประชาชนจะได้อะไรชัดเจนแค่ไหน ไม่เหมือน UC ที่ชัดเจน” นักวิชาการ

“การกระจายอำนาจต้องชัดเจนพอ ถ้าจะผลักดันต้องเคลื่อนไหวให้ประชาชนทราบ” ผู้นำอปท.

“อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการที่แต่งตั้งโดยนายกขกว้างแต่ดำเนินการยาก เพราะไม่รู้จะทำอะไร” นักวิชาการ

“การเสนอแนวทางปฏิบัติต้องมีจุดผลักดันที่จะมีการดำเนินการ จังหวัดน่าจะเป็นจุดผลักดันให้เกิดกลไกที่สามารถดำเนินการไปได้ควรมีหน่วยงานที่สำคัญในการผลักดันเชิงนโยบาย” นักวิชาการ

“กลไกยังไม่ถูกขับเคลื่อนเท่าที่ควร ควรใช้ *body district health* หรือ *health board* หรือ *strategic body* เป็นกลไกขับเคลื่อนไม่เช่นนั้นก็จะลดยไปตามพรบ.กฎหมายต่างๆ กลไกที่จัดตั้งควรมีอำนาจพอและมองเรื่องคนด้วย ควรเป็นเรื่องการสมัครใจไม่ใช่บังคับ” นักวิชาการ

3.8 ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากการทบทวนวรรณกรรมและการประชุมระดมสมองของผู้บริหารและนักวิชาการสามารถสรุปประเด็นสำคัญและข้อเสนอแนะในประเด็นสำคัญนั้นๆ ได้ตามลำดับดังนี้

1. ความหมายของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในบริบทประเทศไทยนั้นมีความหมายมุ่งผลประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่ ไม่ได้มุ่งว่าจะต้องถ่ายโอนหน่วยบริการแก่อปท.เท่านั้น ดังนั้นสมควรที่รัฐบาล อปท. และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจและสร้างความรู้ความเข้าใจแก่หน่วยบริการ เจ้าหน้าที่ และประชาชนให้สื่อความหมายได้ตรงกันด้วยวิธีการทางสื่อต่างๆ
2. ทางเลือกของการกระจายอำนาจและการจัดการหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขนั้น เขตสุขภาพภายใต้การกำกับดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นทางเลือกที่ทุกฝ่ายที่เข้าร่วมประชุมเห็นชอบว่าเป็นทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดและสมควรเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่สุด แต่ก็ไม่ได้หมายความว่ากีดกันการถ่ายโอนหน่วยบริการทั้งสถานีนอมาลัยโรงพยาบาลและหน่วยบริการอื่นๆที่เหมาะสมไปสู่อปท. รวมทั้งยังเปิดโอกาสให้สถานบริการโดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีความพร้อมสามารถออกนอกระบบเป็นองค์กรอิสระมหาชนในกำกับรัฐ
3. ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงกับการกระจายอำนาจอย่างเป็นทางการและอิสระเป็นงานรับผิดชอบโดยตรง ไม่ใช่เป็นความรับผิดชอบที่ไม่ชัดเจน เพื่อจัดทำแผนและทิศทางที่ชัดเจนทั้งระยะสั้นและยาว ควรมีกฎหมายรองรับโครงสร้างที่เป็นทางการและมีอำนาจกำหนดไว้อย่างเป็นทางการ เพื่อให้สามารถดำเนินการและรับผิดชอบได้เต็มที่ หน่วยงานดังกล่าวสมควรอยู่ในส่วนกระทรวงสาธารณสุขมากกว่าส่วนราชการอื่น ๆ

เพื่อให้เกิดการประสานงานและรับผิดชอบตามกฎหมายกำหนดว่าเป็นบทบาทกระทรวง
สาธารณสุขในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

4. บทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานที่รับผิดชอบตั้งแต่เขตตรวจราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศูนย์วิชาการเขต หน่วย
บริการ สปสช. อปท. และคณะกรรมการบอร์ดต่างๆ หลังกระจายอำนาจต้องมีกำหนด
ขอบเขตความรับผิดชอบที่ชัดเจนทั้งเชิงโครงสร้างและอำนาจทั้งแนวดิ่งและแนวนอน
และมีการรับรองด้วยระเบียบปฏิบัติหรือกฎหมายที่จำเป็น ไม่เป็นการอาศัยเพียง
กฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือกฎหมายที่มีอยู่เดิมที่ไม่ทันสมัยและมี
ข้อจำกัด ข้อเสนอแนะควรมีการทบทวนศึกษากฎหมายระเบียบและแนวทางปฏิบัติที่มี
อยู่เดิม และวิเคราะห์หาช่องว่างและจุดอ่อนรวมทั้งความต้องการด้านกฎระเบียบที่
จำเป็น โดยเฉพาะกฎหมายที่รับรองสถานภาพของคณะกรรมการบอร์ดเขตสุขภาพและ
เขตสุขภาพเอง
5. การอภิบาลระบบโดยการสร้างเครือข่ายนั้นเป็นการอภิบาลที่มีข้อดีมากกว่าช่องทาง
อื่นๆ แต่อย่างไรก็ตามการอภิบาลโดยระบบราชการเดิมและกลไกตลาดของการซื้อและ
จัดบริการยังมีข้อดี การผสมผสานอภิบาลระบบเข้าด้วยกัน โดยให้ระบบราชการยังคงมี
บทบาทแต่ให้เกิดการกระจายอำนาจการตัดสินใจสู่พื้นที่ และสนับสนุนให้เกิดระบบ
กลไกตลาดที่เน้นคุณภาพบริการมากกว่าการมุ่งหาผลตอบแทนทางการเงินโดยการบูร
ณาการบริการสุขภาพให้ดำเนินการโดยรวมแทนบริการที่สร้างรายได้ และสร้าง
เครือข่ายพันธมิตรของการอภิบาลระบบโดยใช้แนวทางของธรรมาภิบาลที่ต้องการ จะ
ก่อให้เกิดความสัมพันธอันดีและประสานการดำเนินงานได้ผลลัพธ์ที่ดี
6. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนาในพื้นที่การกระจายอำนาจที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆกันกับการ
กระจายอำนาจที่ดำเนินการอยู่ เพราะการกระจายอำนาจเป็นเพียงเครื่องมือมากกว่าจะ
เป็นเป้าหมายเพียงการถ่ายโอนสถานบริการ โดยเฉพาะการจัดตั้งเขตสุขภาพ
จำเป็นต้องศึกษาวิจัยและพัฒนาร่วมไปกับการดำเนินงานกระจายอำนาจ เพราะการ
เลือกทางเลือกเขตสุขภาพนั้นต้องการรายละเอียดทั้งทางโครงสร้างและความสัมพันธ์
ทางอำนาจและบริการซึ่งในบริบทประเทศไทยยังไม่มีคำตอบ และการดำเนินงานก็มี
ปัจจัยของบริบทแวดล้อมมามีอิทธิพลอย่างมาก การดำเนินงานในพื้นที่หนึ่ง ๆ อาจต้อง
ปรับแก้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถตอบ
คำถามเหล่านี้ได้เนื่องจากข้อมูลที่ศึกษาไม่มีรายละเอียดและความลึกซึ้งเพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

1. พรชัย รัตมีแพทย์ (2541) หลักกฎหมายการปกครองท้องถิ่นไทย (PRINCIPLE OF THAI LOCAL GOVERNMENT LAW) กรุงเทพมหานคร: สุโขทัยธรรมมาธิราช
2. วินัย ลิสมิทธิ และ ศุภสิทธิ พรธรรุโณทัย (2545) การกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่นในประเทศไทย: การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศไทย
กรุงเทพมหานคร: สถาบันพระปกเกล้า หน้าที่ ๒๑๙-๒๗๔.
3. วินัย ลิสมิทธิ และ ศุภสิทธิ พรธรรุโณทัย (2549) การซื้อบริการสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร (Purchasing Health Care Services of the National Health Security Office: A Case Study of the Bangkok Branch) วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๒ มีนาคม-เมษายน ๒๕๕๐ หน้าที่ ๒๐๑-๒๑๒
4. วินัย ลิสมิทธิ และ ประภาพรรณ อุ่นอบ (2550) โครงการประเมินผลการบริหารงานหลักประกันสุขภาพผ่านกลไกคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
5. วินัย ลิสมิทธิ และ ศุภสิทธิ พรธรรุโณทัย (2550) สารพันหลักประกันสุขภาพไทย: ภูมิแจ้งการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในประเทศไทย นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; หน้า 15-25
6. สมนึก เกตุชาติ (2539) การศึกษาเปรียบเทียบการบริหารท้องถิ่นระหว่างเทศบาลกับองค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร: สถาบันพระปกเกล้า
7. ALASSAM M (1983) Regional government in the Sudan PUBLIC ADMINISTRATION AND DEVELOPMENT 3 pp111-120.
8. ALLEN P (2006) New localism in the English National Health Service: What is it for? Health Policy 79 pp244-252.
9. AZFAR O, LIVINGSTON J and MEAGHER P (2006) Decentralization in Uganda in Bardhan P and Mookherjee D (eds.) Decentralization and Local Governance in Developing Countries: A Comparative Perspective London: The MIT Press; pp222-255.
10. BAIOCCHI G (2006) Inequality and Innovation: Decentralization as an Opportunity Structure in Brazil in Bardhan P and Mookherjee D (eds.) Decentralization and Local Governance in Developing Countries: A Comparative Perspective London: The MIT Press; pp332-355.
11. BARKER C (1996) The Health Care Policy Process London:SAGE.

12. BROGEN P-O and BROMMELS M (1990) CENTRAL AND LOCAL CONTROL IN NORDIC HEALTH CARE: THE PUBLIC ORGANISATION SPECTRUM REVISED INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT Vol.5 pp.27-39.
13. BOSSERT T (1996) Health policy and systems development; An agenda for research: Decentralization Edited by Katja Janovasky. Geneva: WHO pp147-159.
14. BOSSERT T (1998) ANALYZING THE DECENTRALIZATION OF HEALTH SYSTEMS IN DEVELOPING COUNTRIES: DECISION SPACE, INNOVATION AND PERFORMANCE Soc. Sci. Med. 47 (10) pp1513-1527.
15. BOSSERT T and BEAUVAIS J C (2002) decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space HEALTH POLICY AND PLANNING 17(1) pp14-31.
16. BURKI S J, PERRY G E and DILLINGER W R (2002) BEYOND THE CENTER: DECENTRALIZING THE STATE Washington D.C.: the World Bank.
17. CAMPBELL F (2010) Editor's introduction In Fiona Campbell(ed.): The social determinants of health and the role of local government pp5-10 www.idea.gov.uk
18. CAPUNO J J and SOLON O (1996) THE IMPACT OF DEVOLUTION ON LOCAL HEALTH EXPENDITURES: ANECDOTES AND SOME ESTIMATES FROM THE PHILIPPINES Philippine Review and Economics and Business XXXIII (2) December pp283-318.
19. CARVER J (1998) Is Policy Governance the One Best Way? Board Leadership No.37, May-June p: 25-34
20. CARVER J (2001) A theory of Governing the Public's Business: Redesigning the Jobs of Boards, Councils, and Commissions Public Management Review Vol.3 Issue 1, Mar p :3-24.
21. COLLINS C (1994) MANAGEMENT AND ORGANIZATION OF DEVELOPING HEALTH SYSTEMS Oxford: Oxford University Press.
22. COLLINS C and GREEN A (1994) DECENTRALIZATION AND PRIMARY HEALTH CARE: SOME NEGATIVE IMPLICATIONS IN DEVELOPING COUNTRIES International Journal of Health Services 4 (3) pp459-475.
23. CONYERS D (1983) Decentralization: the latest fashion in development administration? PUBLIC ADMINISTRATION AND DEVELOPMENT Vol.3 pp97-109.

24. ERASMUS E AND GILSON L (2008) How to start thinking about investigating power in the organizational setting of policy implementation Health Policy and Planning 23: 361-368.
25. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (1999) Health Care System in Transition: United Kingdom
<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>
26. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (2001) Health Care System in Transition: New Zealand
<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>
27. GUDFINNDOTTIR G K and GUNNARSSON D A (1995) Health Care in Iceland in Alban A and Christiansen T (eds) The Nordic Lights: New Initiatives in Health Care System Odense: Odense University Press.
28. HAKKINEN U (1995) Health Care in Finland in Alban A and Christiansen T (eds) The Nordic Lights: New Initiatives in Health Care System Odense: Odense University Press.
29. HAKKINEN U, GUDFINNSDOTTIR GK and UNDE A (1995) Overview of the Structures of the Nordic Health Care Systems in Alban A and Christiansen T (eds) The Nordic Lights: New Initiatives in Health Care System Odense: Odense University Press, pp14-28.
30. HAKANSSON S and NORDLING S (1997) The Health System of Sweden in Raffel M W (ed) HEALTH CARE AND REFORM IN INDUSTRIALIZED COUNTRIES Pennsylvania.
31. HEALY J, SHARMAN E and LOKUGE B (2006) Health Systems in Transition: Australia in Healy J (ed.) The European on Health Systems and Policies: WHO.
32. HJORTSBERG C and GHATNEKAR O (2001) Sweden 2001 in Rico A, Wisbaum W and Cetani T (eds) Health Care System in Transition Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
33. JOHNSEN J R (2006) Health Systems in Transition: Norway in Bankauskaite V (ed.)
<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>
34. KHALEGHIAN P (2003) DECENTRALIZATION AND PUBLIC SERVICES: THE CASE OF IMMUNIZATION Washington DC: the World Bank.
35. KHALEGHIAN P and GUPTA M D (2004) Public Management and the Essential Public Health Functions Washington, D.C.: World Bank.

36. HSU (2000) Three models in health care reform in Sweden Stockholm: the Ministry of Health and Social Welfare.
37. HUNTER D J and STOCKFORD D (1997) Health Care Reform in the United Kingdom in Sanguan Nitayarumphong (ed.): Health Care reform At the Frontier of Research and Policy Decision. Nonthaburi: Office of Health Care Reform pp 77-100.
38. HUNTER D J (2010) What makes people healthy and what makes them ill? In Fiona Campbell(ed.): The social determinants of health and the role of local government pp11-15 www.idea.gov.uk
39. JOHNSEN J R (2006) Health Systems in Transition: Norway in Bankauskaite V (ed.) <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>
40. KJÆR A M (2004) Governance Cambridge: Polity Press.
41. KOIVUSALO M (1999) Decentralisation and equity of health care provision in Finland BMJ 318 1May pp1198-1200.
42. KRISTIANSEN S and SANTOSO P (2006) Surviving decentralization? Impacts of regional autonomy on health service provision in Indonesia Health Policy 77 pp247-259.
43. LEACH S and STEWART M (1992) LOCAL GOVERNMENT ITS ROLE AND FUNCTION Joseph Rowntree Foundation.
44. LEESMIDT V (2005) Assessment of the purchasing functions in the Thai Universal Coverage scheme for health care: Governance, Management and Decentralization Nonthaburi: NHSO; pp 18-30.
45. LEESMIDT V and PANNARUNOTHAI S (2007) Health Care Decentralization in Thailand: Situational Review and Future Policy Direction WHO.
46. LEYS C (1999) The NHS after devolution BMJ Vol.318 1 May pp 1155-1156.
47. LIN J Y, TAO R and LIU M (2006) Decentralization and Local Governance in China's Economic Transition in Bardhan P and Mookherjee D (eds.) Decentralization and Local Governance in Developing Countries: A Comparative Perspective London: The MIT Press; pp306-327.
48. LINDGREN B (1995) Health Care in Sweden in Alban A and Christiansen T The Nordic Lights: New Initiatives in Health Care System Odense: Odense University Press.
49. MARCHILDON G P (2005) Health Systems in Transition: Canada in Allin S and Mossialos E (eds.) <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>

50. MAY P and WINTER S C (2007) Politicians, Managers, and Street-Level Bureaucrats: Influences on Policy Implementation Journal of Public Administration Research and Theory Advance Access October 25 pp1-24.
51. MILLS A (1990) Introduction in Mills A, Vaughan J P, Smith D L and Tabibzadeh I (eds) HEALTH SYSTEM DECENTRALIZATION: concepts, issues and country experience Geneva: WHO pp11-39.
52. MOSCA I (2006) Is decentralization the real solution?: A three countries study Health Policy 77 pp113-120.
53. NORRIS M W (1983) Local Government and decentralization in the Sudan PUBLIC ADMINISTRATION AND MANAGEMENT 3 pp209-222.
54. NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH (2009) Norway and Health: An Introduction www.helsedirektoratet.no.
55. PUTNAM R D (1993) MAKING DEMOCRACY WORK: CIVIC TRADITIONS IN MODERN ITALY New Jersey: Princeton University Press.
56. RAMAGEM C and RUALES J (2008) The Essential Public Health Functions as a Strategy for Improving Overall Health Systems Performance: Trends and Challenges since the Public Health in the American Initiative, 2000-2007 Washington: PAHO/WHO.
57. RAMIRO L S, TAN-TORRES T L and CASTILLO F A et al (1999) STRUCTURE, PROCESS AND OUTCOMES OF DECISION-MAKING IN HEALTH: CASE STUDIES ON THE EFFECTIVENESS OF CENTER-LOCAL MECHANISMS IN THE PHILIPPINES POST DEVOLUTION University of Philippines (unpublished).
58. REILLY Q (1990) Experience of decentralization in Papua New Guinea in Mills A, Vaughan J P, Smith D L and Tabibzadeh I HEALTH SYSTEM DECENTRALIZATION:concept, issues and country experience Geneva: WHO, pp95-105.
59. RISSANEN P and HAKKINEN U (1999) Priority-setting in Finnish health care Health Policy 50 pp143-153.
60. SHEAFF R (2005) Governance in gridlock in the Russian health system; the case of Sverdlovsk oblast. Social Science & Medicine 2005;60: 2359-2369.
<http://www.elsevier.com/locate/socscimed>.
61. SMITH B C (1981) The Powers and Functions of Local Government in Nigeria 1966-1980 IRAS 4 pp325-331.

62. STOKER G (1998) "Governance as Theory: Five Propositions." International Social Science journal Vol.50 No.1: 17-28.
63. TORRES C E and LORENZO F M E (1999) Policy briefing paper on health and devolution in the Philippines: an overview Manila: DOH.
64. TANGCHAROENSATHIAN V and JONGUDOMSUK P (2004) Future challenges in Tangcharoensathian V and Jongudimsuk P (eds): From Policy to Implementation: Historical Events During 2001-2004 of Universal Coverage in Thailand, Bangkok: S.R.C. Envelope; pp 153-167.
65. WHO (2003) ESSENTIAL PUBLIC HEALTH FUNCTIONS: A three-country study in the Western Pacific Region WHO Regional Office for the Western Pacific.
66. WIKIPEDIA (2006) Governance.
<http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Governance>.
67. WITTENBERG M (2006) Decentralization in South Africa in Bardhan P and Mookherjee D (eds.) Decentralization and Local Governance in Developing Countries: A Comparative Perspective London: The MIT Press; pp332-355.