

# การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ

จิรบูรณ์ โดสงวน\*

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์\*

หทัยชนก สุมาลี\*

## บทคัดย่อ

การกระจายอำนาจเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพที่อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เช่น เพิ่มประสิทธิภาพ ทำให้มีการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้รวดเร็วและตรงจุดมากขึ้น, ตรวจสอบง่ายขึ้น. Rondinelli<sup>(๑)</sup> แบ่งการกระจายอำนาจออกเป็น ๔ แบบ คือ การกระจายออกจากส่วนกลาง เป็นการมอบอำนาจสู่องค์กรภายใต้การบังคับบัญชา, การถ่ายโอน, การมอบหมาย เป็นการมอบอำนาจสู่องค์กรภายใต้การกำกับ, และการแปรรูปองค์กรของรัฐให้เอกชน. ในประเทศไทย สืบเนื่องมาจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๔๐ และ พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการกระจายอำนาจมากขึ้น โดยได้พัฒนาแผนปฏิบัติการในการกระจายอำนาจใน พ.ศ. ๒๕๔๔ และแผนปฏิบัติการและขั้นตอนการถ่ายโอนหน้าที่สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งจะมีการถ่ายโอนภาระหน้าที่ด้านการให้บริการสาธารณะสู่ อปท. รวมถึงการถ่ายโอนด้านสาธารณสุขที่จะต้องถ่ายโอนโครงสร้างพื้นฐานและการให้บริการด้วย. การศึกษานี้เป็นการทบทวนบทเรียนจากประเทศโปรตุเกส, สเปน, อิตาลี, เม็กซิโก และสหราชอาณาจักร ในการกระจายอำนาจด้านระบบสุขภาพ พบว่า การให้บริการสุขภาพและระบบสุขภาพโดยรวมภายหลังการปฏิรูปดีขึ้น อย่างเช่นในประเทศโปรตุเกส การกระจายอำนาจจากส่วนกลางทำให้สถานะด้านสุขภาพของประชาชนดีขึ้นเป็นอย่างมาก ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ง่ายยิ่งขึ้น, ขณะที่ในอีกหลายประเทศ พบว่า ทำให้เกิดความคล่องตัวและมีอิสระในการทำงานของหน่วยงานท้องถิ่นมากขึ้นอันเนื่องมาจากการที่สายงานบังคับบัญชานั้นลดลง เช่น อิสระทางการเงินการคลัง (สเปน, อิตาลี, เม็กซิโก, สหราชอาณาจักร), อิสระในการตัดสินใจเรื่องบุคคล (สเปน, สหราชอาณาจักร), อิสระในการซื้อบริการจากผู้ให้บริการอื่นที่มีประสิทธิภาพมากกว่า (สหราชอาณาจักร, อิตาลี). ทั้งนี้ ในอิตาลีและสหราชอาณาจักรได้มีการทำให้เกิดตลาดภายในระบบสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ และการแยกผู้ซื้อกับผู้ให้บริการออกจากกัน. โดยกลวิธีทั้งสองอย่างนี้ ทำให้เกิดการแข่งขันกันพัฒนาตนเองเพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากขึ้น. อย่างไรก็ตาม การกระจายอำนาจในแต่ละประเทศต่างก็ประสบกับปัญหาในเรื่องต่างๆ เช่น ปัญหาความขัดแย้งทางการเมือง, ปัญหาความเป็นธรรมในลักษณะต่างๆ, ปัญหาการตอบสนองในระบบการกระจายอำนาจออกจากส่วนกลางและในระบบตลาดภายในก็มีปัญหาเรื่องภาวะตลาดที่ยังไม่เอื้อให้เกิดการแข่งขัน และปัญหาเรื่องความชัดเจนของคุณภาพในตัวสัญญาระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ.

**คำสำคัญ:** การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

## Abstract

### Health Decentralization in Five Countries

Jiraboon Tosanguan\*, Siriwan Pitayarangarit\*, Hathaichanok Sumalee\*

\*International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand

Decentralization is one of the tools for the development of a health system which can produce many benefits, such as improvements in technical and allocative efficiency, and improvements in the responsiveness of the health system in meeting the needs of the people. According to Rondinelli<sup>(1)</sup>, decentraliza-

\*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข



tion has been categorized into deconcentration, devolution, delegation and privatization. In Thailand, an increasing emphasis has been put on community participation and decentralization following the Constitution of B.E. 2540 and the Decentralisation Act of B.E. 2542 which has led to the development of the Decentralization Plan of B.E. 2544 and the Devolution Plan to Local Administrative Organizations in B.E. 2545. These plans dictated that the provision of public services was to be devolved to LAO, and this includes the transfer of infrastructure and the authority to provide health and health promotion services. This study examines these issues by reviewing the international experience of Portugal, Spain, Italy, Mexico, and the United Kingdom in health system decentralization.

From the review, after the reform, decentralization has led to many benefits in the provision of health services and in the health system as a whole. In Portugal, it was found that the health status of the population improved significantly after improvements were effected in access to care. Furthermore, the local authority has become more autonomous and more flexible in being more responsive and efficient. Also, in Italy and the United Kingdom, the internal market and the purchaser-provider split have been introduced in order to improve efficiency, quality and service satisfaction. However, problems related to decentralization were also found. For example, the occurrence of political conflicts from the reform, inequity which emerged in many forms, problems relating to responsiveness in the deconcentration system, and problems with unfavorable conditions and contracts in the internal market system.

*Key word: health decentralization*

## ภูมิหลังและเหตุผล

๖๖ แนวคิดในการกระจายอำนาจมีพื้นฐานที่หนักแน่นว่าองค์กรขนาดเล็กหากมีโครงสร้างและมีการกำหนดทิศทางที่เหมาะสม องค์กรนั้นจะมีความคล่องตัวและตรวจสอบได้ง่ายกว่าองค์กรขนาดใหญ่. ในสังคมปัจจุบันส่วนใหญ่แล้ว องค์กรขนาดใหญ่เป็นผู้ควบคุมการทำงานต่างๆ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน, ในภาวะที่เศรษฐกิจถดถอยและต้นทุนการให้บริการด้านสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ (ทำให้รัฐต้องใช้จ่ายในเรื่องสุขภาพมากขึ้น ขณะที่ทรัพยากรที่รัฐมีกลับถูกจำกัดลงเรื่อยๆ) จึงทำให้แนวคิดในเรื่องการกระจายอำนาจมีความน่าสนใจเป็นอย่างมากในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพ. นอกจากนี้ ในสังคมประชาธิปไตย การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนถือเป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งการกระจายอำนาจจะมีผลส่งเสริมกระบวนการนี้.

ในประเทศไทย รัฐธรรมนูญฉบับพ.ศ. ๒๕๔๐ ได้ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ นำไปสู่การผ่านกฎหมายพรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ และแผนปฏิบัติการในการกระจายอำนาจ พ.ศ. ๒๕๔๔ ซึ่งกำหนดให้มีการดำเนินการ

ถ่ายโอนภารกิจการให้บริการสาธารณะ ซึ่งรวมถึงบริการสาธารณสุข ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการการกระจายอำนาจ ซึ่งมีหน้าที่หลายอย่างซึ่งรวมถึงการจัดทำแผนการกระจายอำนาจและแผนปฏิบัติการแก่ อปท. โดยการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมีหลักการคือ มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน, มุ่งระบบพลวัตที่ยืดหยุ่นตามศักยภาพและตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป, และ มุ่งระบบที่มีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ.

เพื่อให้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเป็นไปตามหลักการดังกล่าว การทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศในเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็น การศึกษาและเรียนรู้รูปแบบ, ข้อดีข้อเสีย และ ข้อจำกัดในบริบทต่างๆ ของต่างประเทศ จะช่วยให้ข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องรูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมีความรอบคอบมากขึ้น. การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

๑. เพื่อรวบรวมแนวคิดและกฎหมายเกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของต่างประเทศ รวมทั้งผลการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ทั้งที่ประสบความสำเร็จและที่ล้มเหลว.

๒. เพื่อวิเคราะห์แนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศ นำมาสังเคราะห์และนำเสนอแนวคิดและรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในปัจจุบัน.

นิพนธ์ต้นฉบับนี้ ประกอบด้วย การทบทวนกรอบทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง, คำจำกัดความ, รูปแบบต่างๆ, และเหตุผลของการขับเคลื่อนการกระจายอำนาจ และการทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศในเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพทั้งหมด ๕ ประเทศ คือ โปรตุเกส, อิตาลี, สเปน, เม็กซิโก และ สหราชอาณาจักร โดยจำแนกรูปแบบการกระจายอำนาจตาม Rondinelli<sup>(๑)</sup>.

### ระเบียบวิธีศึกษา

ทำการรวบรวม และ วิเคราะห์ เอกสารทั้งในประเทศและต่างประเทศทั้งที่เผยแพร่และไม่เผยแพร่ ที่มีสาระเกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ, การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ตั้งแต่ระดับแนวคิด, หลักการ, นโยบาย, การดำเนินการ, ผลผลิต และผลลัพธ์ต่อประชากรเป้าหมายและระบบบริการสุขภาพ.

### ผลการศึกษา

#### ๑. ความหมาย, รูปแบบ, เหตุผล, และ ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายอำนาจ

##### ๑.๑ ความหมายของการกระจายอำนาจ

Furniss<sup>(๒)</sup> ได้ให้คำจำกัดความของคำ "กระจายอำนาจ" ไว้กว้างๆ ว่า "การกระจายอำนาจอาจหมายถึง การโอนถ่ายอำนาจของหน่วยราชการจากผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง (political official) ไปยังคณะกรรมการอิสระ (autonomous board), การถ่ายโอนหน้าที่ความรับผิดชอบขององค์กรส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดจากระดับการบริหารจัดการที่สูงกว่าสู่ระดับที่ต่ำกว่า, การจัดตั้งองค์กรนิติบัญญัติขนาดเล็ก และ การถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบไปสู่องค์กรระดับท้องถิ่นเหล่านั้น".

เช่นเดียวกับ Rondinelli<sup>(๓)</sup> ซึ่งกล่าวว่าการกระจายอำนาจอาจหมายถึงการโอนถ่ายอำนาจ การแบ่งอำนาจในการวางแผน บริหารจัดการ และการตัดสินใจจาก

ระดับการบริหารที่สูงสู่ระดับที่ต่ำกว่า.

##### ๑.๒ รูปแบบการกระจายอำนาจ

จากความแตกต่างในเรื่องของบริบทและวัตถุประสงค์ในการกระจายอำนาจทำให้เกิดรูปแบบต่างๆ ของการกระจายอำนาจ โดยในกลุ่มนักวิชาการต่างก็มีการจำแนกรูปแบบที่แตกต่างกันออกไปและในบางรูปแบบก็ยังไม่เป็นที่ยอมรับและยังเป็นข้อถกเถียงกันอยู่ว่ารูปแบบนี้ถือเป็นการกระจายอำนาจหรือไม่.

Mills et al.<sup>(๔)</sup> ได้จำแนกการกระจายอำนาจออกเป็น ๒ ลักษณะ คือ การกระจายอำนาจตามหน้าที่ความรับผิดชอบ และการกระจายอำนาจตามท้องที่.

การกระจายอำนาจตามหน้าที่ความรับผิดชอบคือการที่อำนาจในการปฏิบัติงานอย่างหนึ่งได้ถูกโอนถ่ายไปให้องค์กรส่วนท้องถิ่นที่เชี่ยวชาญ ในขณะที่ การกระจายอำนาจตามท้องที่ คือการโอนถ่ายอำนาจหน้าที่เพื่อสาธารณะโดยรวมไปให้องค์กรท้องถิ่นที่รับผิดชอบพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง. ในการให้บริการสุขภาพ การกระจายอำนาจอาจเกิดขึ้นได้ทั้งสองรูปแบบแต่การกระจายแบบตามหน้าที่นั้น กระทรวงสุขภาพจะสามารถระบุหรือเปลี่ยนแปลงขอบเขตของอำนาจที่จะโอนถ่ายไปให้องค์กรท้องถิ่นได้ง่ายกว่า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของรัฐเพียงประเภทเดียว.

Rondinelli<sup>(๑)</sup>, Vrangbaek<sup>(๕)</sup> ได้จำแนกการกระจายอำนาจ ดังนี้

ก. การกระจายออกจากส่วนกลาง เป็นการมอบอำนาจสู่องค์กรไต่บังคับบัญชา หมายถึงการโอนถ่ายอำนาจความรับผิดชอบที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการให้กับสำนักงานที่เป็นสาขาส่วนท้องถิ่นของกระทรวง เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ. ทั้งนี้ทั้งนั้น การโอนถ่ายอำนาจในประเภทนี้เป็นเพียงการโอนถ่ายหน้าที่ด้านบริหารจัดการเท่านั้น ไม่ได้รวมไปถึงอำนาจด้านการเมืองและถือเป็นการกระจายอำนาจในระดับที่ต่ำที่สุด. การกระจายอำนาจประเภทนี้พบมากในประเทศที่กำลังพัฒนา.

ข. การถ่ายโอน หมายถึงการตั้งหรือเพิ่มความแข็งแกร่งให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความเป็น



อิสระในการทำงานค่อนข้างมาก โดยที่องค์กรเหล่านี้มักจะมีสถานะทางกฎหมาย อาณาเขตและขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน ที่เป็นอิสระจากส่วนกลาง. นอกจากนี้ยังมีอำนาจในการหารายได้เข้าองค์กรเพื่อนำไปใช้ในโครงการต่างๆ ที่ได้ผ่านความเห็นชอบแล้ว. การกระจายอำนาจในลักษณะนี้พบได้ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศพัฒนาแล้ว. แต่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนใหญ่ องค์กรการบริหารส่วนท้องถิ่นจะยังไม่มีความสามารถเพียงพอหรือมีอำนาจในการบริหารจัดการทางด้านสุขภาพจำกัด ในขณะที่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ฟินแลนด์ และ นอร์เวย์ การถ่ายโอนด้านสุขภาพเป็นทางเลือกที่ทำให้องค์กรส่วนท้องถิ่นมีภาระทางการเงินสูงมาก จึงต้องการความช่วยเหลือจากรัฐบาลกลางเป็นอย่างมาก และการประสานงานระหว่างส่วนท้องถิ่นและส่วนกลางก็ต้องมีประสิทธิภาพสูง<sup>(๔)</sup>.

#### ค. การมอบอำนาจสู่องค์กรภายใต้การ

**กำกับ** หมายถึงการโอนถ่ายความรับผิดชอบทางด้านจัดการสำหรับหน้าที่บางอย่างที่ได้กำหนดไว้ไปสู่อีกองค์กรหนึ่งที่มีได้ขึ้นอยู่กับรัฐบาลกลางโดยตรงแต่อาจมีอิทธิพลทางอ้อมกับองค์กรนี้ได้. โดยการโอนถ่ายความรับผิดชอบในลักษณะนี้อาจทำให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีขึ้น มีความยืดหยุ่นและตอบสนองความต้องการของรัฐได้ดียิ่งขึ้น. อย่างไรก็ตาม รูปแบบนี้อาจถูกมองว่าไม่เป็นการกระจายอำนาจหากเป็นการถ่ายโอนให้กับองค์กรใดองค์กรหนึ่งในส่วนกลางโดยมิได้ก่อให้เกิดการบริหารจัดการในระดับท้องถิ่น.

**ง. การแปรรูปองค์กรของรัฐ** หมายถึงการโอนถ่ายหน้าที่ของรัฐให้กับองค์กรที่สมัครใจอื่นๆ เช่น องค์กรเอกชนที่แสวงหากำไร และ องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร โดยมีกฎหมายและระเบียบต่างๆ คอยควบคุมการทำงานขององค์กรเหล่านี้. การกระจายอำนาจในลักษณะนี้เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยหาแหล่งทุนอื่นๆ ในการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพ เช่น การเก็บค่าใช้จ่ายบางส่วนจากผู้ใช้บริการ หรือ ให้ภาคเอกชนมาลงทุน. นอกจากนี้ ยังเป็นการให้ภาคเอกชนมีบทบาทมากขึ้นในการให้บริการสุขภาพซึ่งเป็นการทำให้เกิด

การแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการไปในตัว. อย่างไรก็ตาม การแปรรูปองค์กรของรัฐ มิได้แปลว่าบทบาทของภาครัฐนั้นลดน้อยลง แต่ภาครัฐจะต้องมีบทบาทที่สำคัญในการเข้าไปกำกับดูแลผู้ประกอบการเอกชนนั้นๆ ทั้งในเรื่องคุณภาพและปริมาณตามความต้องการของประชาชน.

Mills et al.<sup>(๕)</sup> ได้กล่าวถึงอำนาจหน้าที่ตามรูปแบบต่างๆ ข้างต้นและได้สรุปออกมาดังตารางที่ ๑

การกระจายอำนาจแบบถ่ายโอนไปสู่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นนั้น ถึงแม้ว่าจะต่างกันไปในแต่ละประเทศ แต่โดยหลักการแล้ว จะเป็นการโอนหน้าที่ความรับผิดชอบทุกเรื่องตั้งแต่เรื่องการออกกฎหมาย, การเก็บภาษี, การจัดสรรงบประมาณ, การพัฒนานโยบาย, การบริหารจัดการ และ อื่นๆ แต่ละระดับและขอบเขตของความรับผิดชอบอาจจะไม่ใช่ทั้งหมด (กล่าวคือ อาจเป็นการรับผิดชอบร่วมกับส่วนกลาง โดยท้องถิ่นมีหน้าที่ในการทำแผน ส่วนทางส่วนกลางมีหน้าที่ทบทวนและอนุมัติแผนดังกล่าว หรือ เป็นการแบ่งหน้าที่ เช่น ท้องถิ่นรับผิดชอบในเรื่องการให้บริการสุขภาพในชุมชน ในขณะที่ส่วนกลางมีหน้าที่ในการควบคุมโรคติดต่อและประสานงาน เป็นต้น). แม้ว่าจะไม่ต้องรับผิดชอบหรือมีความรับผิดชอบน้อยในเรื่องการออกกฎหมายและกฎระเบียบ แต่การกระจายอำนาจในลักษณะของ**การมอบอำนาจให้องค์กรภายใต้กำกับ และการแปรรูปองค์กรของรัฐ** ก็มีอิสระเป็นอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากที่ต้องรับผิดชอบในเรื่องอื่นๆ อีกมาก.

#### ๑.๓ เหตุผลในการกระจายอำนาจ

ในแต่ละประเทศต่างก็มีบริบทและความต้องการที่แตกต่างกันไป ทำให้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของแต่ละประเทศไม่เหมือนกัน โดยที่ Bankauskaite & Saltman<sup>(๖)</sup> ได้สรุปออกมาดังตารางที่ ๒.

ในประเทศไทย วัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจคือการทำให้เกิดความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ, การทำให้องค์กรตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดีขึ้น และ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น<sup>(๗)</sup> ซึ่งทั้งหมดนี้จะทำให้เกิดผลดี เช่น การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดสรรบริการหรือการเลือกชนิดของบริการที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์

ตารางที่ ๑ อำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบตามประเภทต่างๆ ของระบบการกระจายอำนาจ

หน้าที่	Deconcentration	Devolution	Delegation	Privatisation
ด้านกฎหมาย	-	**	-	-
การหารายได้	*	**	**	***
การกำหนดนโยบาย	-	**	**	**
การควบคุมดูแล	-	**	*	-
การวางแผนและจัดสรรทรัพยากร	**	**	***	***
การบริหารจัดการ				
- บุคลากร	*	**	***	***
- งบประมาณ และการใช้จ่าย	**	**	***	***
- การจัดซื้อ	*	**	***	***
- การดูแลรักษา	*	**	***	***
การร่วมมือกันระหว่างภาคส่วน	*	***	***	***
การประสานงานระหว่างองค์กร	*	**	***	***
การฝึกอบรม	*	**	***	***

\*\*\*ผู้รับโอนมีความรับผิดชอบในเรื่องนี้มาก  
\*ผู้รับโอนมีความรับผิดชอบเรื่องนี้อย่างจำกัด

\*\*ผู้รับโอนมีความรับผิดชอบเรื่องนี้อย่าง  
- ผู้รับโอนไม่มีความรับผิดชอบเรื่องนี้

ต่อประชาชนสูงสุด และการส่งเสริมให้มีความคิดริเริ่มในการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อพัฒนาการให้บริการสุขภาพ.

อย่างไรก็ตาม การกระจายอำนาจยังมีประเด็นปัญหาต่างๆ (ตารางที่ ๒) ที่จะต้องได้รับการแก้ไข หรือในบางกรณีก็อาจหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้กำหนดนโยบายจะต้องระบุให้ชัดเจนถึงลำดับความสำคัญของการปฏิรูปเพื่อที่จะได้มีการพัฒนาที่ตรงจุดและมีประสิทธิผล.

#### ๑.๔ ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความมีอิสระภาพในการตัดสินใจขององค์กรท้องถิ่น. Mills et al.<sup>(4)</sup> ได้ระบุถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการกระจายอำนาจ ได้แก่ ขนาดของประเทศ, ระดับของการกระจายอำนาจ, ส่วนประกอบขององค์กรส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, แหล่งเงินทุนและวิธีการจัดสรรด้านการเงิน, การควบคุมงบประมาณและค่าใช้จ่าย, วิธีการกำกับดูแล, ความรับผิดชอบในการวางแผนด้านสุขภาพ, ทัศนคติของข้าราชการ,

และการประสานงานระหว่างองค์กร.

### ๒. บทเรียนจากต่างประเทศ

#### ๒.๑ การกระจายออกจากส่วนกลางหรือ การมอบอำนาจให้ผู้ได้บังคับบัญชา

ในประเทศโปรตุเกส สถานะสุขภาพของประเทศได้พัฒนาขึ้นเป็นอย่างมาก อัตราการตายในเด็ก ลดลงจาก ๕๘ รายต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ ราย ใน ค.ศ. ๑๙๗๐ เหลือเพียง ๔.๑ รายต่อ ๑,๐๐๐ ใน ค.ศ. ๒๐๐๓ เนื่องจากมีการกระจายอำนาจไปสู่เทศบาลใน ค.ศ. ๑๙๗๔ ทำให้การเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการดีขึ้น<sup>(๕)</sup>. ในโปรตุเกสมีเครือข่ายผู้ให้บริการปฐมภูมิครอบคลุมทุกพื้นที่ และร้อยละ ๙๐ ของประชากรอยู่ห่างจากโรงพยาบาลเขตไม่เกิน ๖๐ นาที ผู้ให้บริการเหล่านี้เป็นผู้ให้บริการของรัฐ อย่างไรก็ตาม หน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆ ในเรื่อง การวางแผน, การเงินการคลัง, และ การตรวจสอบประเมินผล ยังเป็นหน้าที่ของส่วนกลาง ทำให้ท้องถิ่นมีอิสระน้อยมาก จึงพบว่าการกระจายอำนาจของโปรตุเกสมีข้อจำกัดต่างๆ ดังต่อไปนี้



ตารางที่ ๒ วัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจ

วัตถุประสงค์	หลักการ	ปัญหาและประเด็น
เพื่อให้ประสิทธิภาพทางด้านเทคนิค เพิ่มขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระดับของการปกครองน้อยลง และองค์กรท้องถิ่นตระหนักมากขึ้นในเรื่องของคุณค่าของทรัพยากรที่มีอยู่</li> <li>- แยกหน้าที่ “ผู้ซื้อ” และ “ผู้ให้บริการ” ออกจากกัน ในลักษณะความสัมพันธ์แบบตลาด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อาจต้องมีบริบทบางอย่างที่เหมาะสมในการบรรลุวัตถุประสงค์นี้</li> <li>- ต้องมีแรงจูงใจสำหรับผู้บริหาร</li> <li>- ความสัมพันธ์แบบตลาดอาจทำให้เกิดผลเสีย</li> </ul>
เพื่อให้ประสิทธิภาพทางด้านการจัดสรรบริการ ดีขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดบริการสาธารณะตามความต้องการของท้องถิ่น</li> <li>- ผู้ป่วยสามารถให้ความคิดเห็นในเรื่องบริการได้ดีขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เกิดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างพื้นที่</li> <li>- เกิดความขัดแย้งระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น และระหว่างรัฐบาลท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่</li> </ul>
เพื่อให้อำนาจแก่รัฐบาลท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ท้องถิ่นมีส่วนร่วมมากขึ้น</li> <li>- เพิ่มขีดความสามารถขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนวคิดในเรื่องการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นยังไม่ชัดเจน</li> <li>- ความต้องการของรัฐบาลท้องถิ่นเองอาจถูกมองว่าเป็นความต้องการของท้องถิ่น ซึ่งอาจแตกต่างกัน</li> </ul>
เพื่อสนับสนุนให้มีความรับผิดชอบมากขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปรับนวัตกรรมต่างๆ ให้เข้ากับท้องถิ่นของตน</li> <li>- ให้อิสระภาพแก่รัฐบาลและองค์กรท้องถิ่นให้มากขึ้น</li> <li>- ให้สาธารณะมีส่วนร่วมมากขึ้น</li> <li>- แปรรูปแบบบทบาทของรัฐบาลกลาง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพิ่มความไม่เท่าเทียมกัน</li> <li>- แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของสาธารณะยังไม่ชัดเจน</li> <li>- ความรับผิดชอบต้องมีการจำกัดความที่ชัดเจนว่ามีความรับผิดชอบเรื่องอะไร? ต่อใคร?</li> </ul>
เพื่อพัฒนาคุณภาพของบริการสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการสุขภาพรวมตัวกันและพัฒนาเรื่องระบบสารสนเทศ</li> <li>- ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพดีขึ้นสำหรับกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยง</li> </ul>	
เพื่อพัฒนาในเรื่องความเป็นธรรม (Equity)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดสรรทรัพยากรตามความต้องการของพื้นที่</li> <li>- องค์กรท้องถิ่นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มคนบางกลุ่มได้ดีขึ้น โดยการกระจายทรัพยากรให้กับพื้นที่หรือกลุ่มที่ถูกละเลยหรือด้อยโอกาส</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ลดความเป็นอิสระของท้องถิ่น</li> <li>- การกระจายอำนาจอาจทำให้ตัวชี้วัดเรื่องความเป็นธรรมดีขึ้นในบางตัว แต่ก็อาจมีผลข้างเคียงทำให้ตัวชี้วัดบางตัวแย่ลง</li> </ul>

- มีความหนาแน่นมากเกินไปของทรัพยากรจากภาครัฐและเอกชนในชุมชนเมือง<sup>(๙)</sup> โดยเฉพาะใน ๓ เมืองใหญ่ (Lisbon, Porto และ Coimbra) ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ซึ่งเกิดจากการจัดสรรทรัพยากรที่ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร<sup>(๑๐)</sup>.

- การวางแผนและการตัดสินใจที่เป็นแบบรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลาง ทำให้ท้องถิ่นไม่มีความเป็นอิสระในการ

ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่ ซึ่งอาจแตกต่างจากการตัดสินใจของส่วนกลางโดยสิ้นเชิง<sup>(๙)</sup>.

- การจัดสรรงบประมาณเป็นลักษณะการจัดสรรตามที่เคยทำในอดีต ซึ่งไม่ได้เป็นการจัดสรรตามสภาวะทางสังคม ประชากร หรือ ตามอุบัติการณ์โรค จึงทำให้เกิดการจัดสรรที่ไม่เหมาะสม<sup>(๑๐)</sup>. อย่างไรก็ตาม ได้มีการเปลี่ยนแปลงระบบการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการ โดยจัดสรรตามรายหัวเพิ่ม

ขึ้นมาเป็นสัดส่วนครึ่งหนึ่ง ทำให้ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพระหว่างพื้นที่ลดลง<sup>(๑๑)</sup>.

- การจัดบริการสาธารณสุขไม่สามารถที่จะปรับตัวเพื่อให้บริการกับชุมชนที่มีอุปสงค์เพิ่มขึ้นได้ แม้ว่าระยะเวลาการรอการรักษาโดยเฉลี่ยจะลดลงจาก ๙ เดือน (๒๐๐๒) เหลือ ๒.๗ เดือน (๒๐๐๓) แต่จำนวนผู้ป่วยที่รอการรักษาเพิ่มขึ้นจาก ๑๑๐,๙๔๔ ราย เป็น ๑๒๘,๖๖๒ ราย<sup>(๑๒)</sup>.

### ๒.๒ Devolution หรือ การถ่ายโอน

ประเทศสเปน ถูกแบ่งการปกครองออกเป็น "ชุมชนอิสระ" ทั้งหมด ๑๕ แห่ง โดยรัฐธรรมนูญ ค.ศ. ๑๙๗๘ ได้กำหนดให้ชุมชนอิสระเหล่านี้เป็นผู้บริหารจัดการบริการสาธารณสุขต่างๆ โดยที่ทางรัฐบาลกลางจะเป็นผู้ออกกฎหมายพื้นฐานและมีหน้าที่ในการประสานงานระหว่างพื้นที่. หลังจากนั้น ใน ค.ศ. ๒๐๐๑ ได้มีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรทรัพยากรใหม่โดยได้มีการแบ่งภาษีบางส่วน (เช่นภาษีมูลค่าเพิ่ม และ ภาษีเงินได้) ให้แก่พื้นที่ และ ให้อิสระแก่พื้นที่ในการจัดสรรเงินที่ได้มาไปใช้ทำกิจกรรมด้านต่างๆ ซึ่งทำให้ชุมชนมีความยืดหยุ่นทางการเงินการคลัง และต่อมาใน ค.ศ. ๒๐๐๒ ได้มีการถ่ายโอนการให้บริการสุขภาพไปให้แก่ชุมชนอิสระทั้งหมด พร้อมทั้งเปลี่ยนวิธีการให้งบประมาณสนับสนุนด้านสุขภาพเป็นแบบไม่เฉพาะเจาะจง หรือ แบบอนุมัติเป็นก้อน.

ภายหลังการถ่ายโอน มีผลกระทบต่างๆ ดังต่อไปนี้

- รัฐบาลท้องถิ่นมีอิสระในการพัฒนาหารูปแบบที่เหมาะสมในการจูงใจบุคลากรด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม อาจทำให้สหภาพแรงงานมีอำนาจในการต่อรองมากขึ้นไป<sup>(๑๓)</sup>

- การกระจายอำนาจในสเปนได้ก่อให้เกิดความขัดแย้งทั้งระหว่างรัฐบาลกลางและชุมชน และระหว่างนักการเมืองด้วยกัน เช่น มีการประท้วงโดยการไม่เข้าร่วมประชุมสภาชุมชนอิสระ (Inter-territorial Council หรือ CISNS) ของพื้นที่ที่พรรคฝ่ายค้านมีฐานเสียงอยู่<sup>(๑๓)</sup>

- กระบวนการถ่ายโอนได้ทำให้เกิดความชัดเจนในเรื่องหน้าที่ความรับผิดชอบของรัฐบาลแต่ละระดับ เช่น มีการจัดทาระเบียบในรัฐบาลของแต่ละชุมชนเพื่อรับประกันสิทธิของประชาชนต่อการได้รับบริการสุขภาพและมีผู้ตรวจการให้

บริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีหน้าที่ในการตรวจสอบและรายงานต่อองค์กรของรัฐที่ดูแลเรื่องสุขภาพในพื้นที่ และต่อสภาท้องถิ่น<sup>(๑๒)</sup>

- เนื่องจากมีการกระจายอำนาจด้านการเมืองและการคลังประกอบกับการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนมีมากขึ้น ประชาชนจึงตรวจสอบรัฐมากขึ้นและกดดันรัฐให้พัฒนาบริการสุขภาพให้ทัดเทียมกับพื้นที่ใกล้เคียง<sup>(๑๒)</sup>.

- ประชาชนมีความเห็นว่า รัฐสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดีขึ้น<sup>(๑๓)</sup>.

### ๒.๓ การมอบอำนาจให้องค์กรภายใต้การกำกับ

ประเทศอิตาลีมีระบบการให้บริการสุขภาพแบบถ้วนหน้า โดยประชาชนไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งรัฐบาลท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการเรื่องการให้บริการพื้นฐานตามที่ได้กำหนดไว้ในกาให้บริการถ้วนหน้า โดยอาศัยเครือข่ายขององค์กรบริหารด้านสุขภาพ หรือ Local Health Firm และโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองทั้งของรัฐและเอกชน. รัฐบาลกลางมีหน้าที่ทำให้การทำงานของรัฐบาลท้องถิ่นเป็นไปตามหลักการและจุดประสงค์สำนักงานบริการสุขภาพแห่งชาติ<sup>(๑๔)</sup> โดยได้เริ่มมอบหมายหน้าที่ที่สำคัญให้เทศบาลตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๗๘. อย่างไรก็ตาม ในช่วงปลายทศวรรษ ๑๙๘๐ ได้เริ่มมีการโอนอำนาจให้รัฐบาลส่วนภูมิภาค ทั้งจากเทศบาลและรัฐบาลกลาง ทำให้รัฐบาลส่วนภูมิภาคมีอำนาจในการใช้จ่ายงบประมาณตามที่เห็นสมควร และจัดโครงสร้างระบบบริการสุขภาพภายใต้กรอบของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ<sup>(๑๒)</sup>.

ในช่วงทศวรรษ ๑๙๙๐ ได้มีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้งสำนักงานบริการสุขภาพแห่งชาติประกาศใช้กระบวนการ Aziendalizzazione หรือการมอบอำนาจให้องค์กรภายใต้การกำกับ มีผลให้หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งรวมถึงโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นหน่วยงานอิสระ. จุดมุ่งหมายสำคัญคือทำให้เกิดการแข่งขันภายใต้การจัดการระหว่างผู้ให้บริการด้วยกันและเกิดความหลากหลายในการเลือกซื้อของผู้ซื้อบริการ ซึ่งทำให้องค์กรเหล่านี้ มีความเป็นอิสระทางการเงินการคลัง และในการตัดสินใจมากขึ้น และส่วนกลางมีความรับผิดชอบโดยตรงในการทำให้การบริการมีคุณภาพและการบริหาร



ทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ.

ภายหลังการมอบอำนาจให้องค์กรภายใต้การกำกับมีผลกระทบบังคับต่อไปนี้

- การแข่งขันด้านการจัดการ ทำให้เกิดการนำเอาวิธีการด้านการตลาดมาใช้มากขึ้น และมีการแข่งขันกันระหว่างผู้ให้บริการของรัฐและเอกชน<sup>(๑๕)</sup> ซึ่งทำให้ต้องมีการพัฒนาความสามารถด้านต่างๆ ขององค์กรเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และผู้ให้บริการพึงพอใจ.

- การศึกษาของ Donatini et al.<sup>(๑๔)</sup> พบว่า ยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่เป็นอย่างมาก โดยพื้นที่ที่ขาดแคลนทรัพยากรต้องอาศัยการเพิ่มอัตราภาษี ซึ่งทำให้การเก็บภาษีเป็นแบบถดถอยโดยคนที่มีรายได้น้อยต้องจ่ายภาษีมาก.

- การแก้ไขรัฐธรรมนูญใน ค.ศ. ๒๐๐๑ ได้ก่อให้เกิด “ระดับการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น” (ELHC) ซึ่งรัฐบาลส่วนภูมิภาคจะเป็นผู้กำหนด และถือเป็นสิทธิทางสังคมของพลเมือง โดยรัฐบาลกลางมีหน้าที่รับรองและประเมินผลว่าได้มาตรฐานหรือไม่ หากรัฐบาลภูมิภาคดำเนินการไม่ถึงเกณฑ์ อาจสูญเสียอิสระในการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพชั่วคราว<sup>(๑๖)</sup>

- ยังมีความแตกต่างในด้านมุมมองเรื่องงบประมาณที่จะจัดสรรให้สำหรับการให้บริการ โดยรัฐบาลกลางเห็นว่ารัฐบาลส่วนภูมิภาคมีสิทธิที่จะได้รับงบประมาณตามการวิเคราะห์และการประเมินความต้องการด้านสุขภาพของภูมิภาค ส่วนรัฐบาลภูมิภาคเห็นว่า ระบบการจัดสรรยังไม่ดีเพราะเงินที่ได้รับไม่เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพของชุมชนของตน<sup>(๑๖)</sup>.

ประเทศเม็กซิโกเป็นประเทศสาธารณรัฐที่ประกอบด้วย ๓๑ มลรัฐ ที่มีอิสระมาก เมืองหลวงเป็นที่ตั้งของรัฐบาลกลาง แต่ละมลรัฐมีผู้ว่าการมลรัฐและแบ่งออกเป็นเทศบาลต่างๆ ซึ่งมีอิสระในการทำงาน เพราะฉะนั้น เม็กซิโกจึงมีรัฐบาล ๓ ระดับคือ รัฐบาลกลาง, รัฐบาลมลรัฐ และองค์กรปกครองระดับเทศบาล.

การกระจายอำนาจมีจุดมุ่งหมายในการทำให้สังคมมีความเท่าเทียมกันมากยิ่งขึ้นโดยมอบอำนาจการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ในระดับการปกครองที่เหมาะสมมากที่สุด อำนาจ

หน้าที่ความรับผิดชอบของรัฐบาลทั้งสามระดับในเรื่องการให้บริการสุขภาพถูกระบุไว้ในรัฐธรรมนูญและกฎหมายลูก รวมถึงไปถึงสิทธิของประชาชนในเรื่องการเข้าถึงบริการและเรื่องอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของเม็กซิโกมีวัตถุประสงค์ คือ

๑. เพื่อรวมระบบการให้บริการสุขภาพที่มีอยู่ ๒ ระบบ (ระบบประกันสังคม และระบบการให้บริการประชาชนทั่วไป) ให้เป็นระบบเดียว.

๒. เพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งในการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพในรัฐบาลระดับมลรัฐ.

๓. เพื่อเชื่อมโยงแผนด้านสุขภาพเข้ากับแผนการพัฒนาประเทศ.

Mills et al.<sup>(๔)</sup> กล่าวว่า เม็กซิโกมีการกระจายอำนาจการมอบอำนาจให้องค์กรภายใต้การกำกับในเรื่องการให้บริการทางการแพทย์. องค์กรที่เกิดจากการกระจายอำนาจที่ได้รับมอบอำนาจให้ดูแลในเรื่องการให้บริการสาธารณะต่างๆ มีโครงสร้างการทำงานแบบสภา. องค์กรที่ได้รับการแต่งตั้งแต่ละที่ต่างก็มีคณะกรรมการ, แหล่งเงินทุน และสถานะทางกฎหมายของตนเอง.

จากการศึกษาของ Gutierrez<sup>(๑๖)</sup> พบว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของเม็กซิโกมีปัญหาที่สำคัญอยู่ ๓ เรื่อง คือ

๑. สหภาพแรงงานกังวลด้านความมั่นคงในหน้าที่การงานของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ

๒. การสนับสนุนด้านการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพใหม่ๆ

๓. ความล่าช้าในการโอนงบประมาณ

เพื่อที่จะแก้ปัญหานี้ ส่วนกลางได้เพิ่มความยืดหยุ่นทางการเงินการคลังโดยโอนหน้าที่ในการจัดสรรทรัพยากรให้แก่รัฐบาลมลรัฐและโอนหน้าที่ความรับผิดชอบในเรื่องบุคคลไปให้หัวหน้าฝ่ายการให้บริการสุขภาพในระดับรัฐ. นอกจากนี้ ยังได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของกระทรวงสุขภาพ เพื่อให้สามารถประสานงานระหว่างองค์กรต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น โดยมีการเพิ่มตำแหน่งรองปลัดกระทรวงเพื่อดูแลเรื่องการวางแผน, การให้บริการสุขภาพ, และการวิจัยและพัฒนาโดยเฉพาะ



พร้อมทั้งลดขนาดขององค์กรลง.

## ๒.๔ การแปรรูปองค์กรของรัฐ

จากการทบทวน พบว่ามีการแปรรูปองค์กรของรัฐในสหราชอาณาจักร ๔ แบบ คือการแปรรูปเต็มที่, การจ้างให้เอกชนให้บริการแทน, องค์กรพันธมิตร (เช่น องค์กรมหาชน, Public-Private Partnership : PPP), และการปรับระบบการทำงานในองค์กรของรัฐให้ดีขึ้นโดยที่องค์กรยังอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ.

### ๒.๔.๑ การแปรรูปองค์กรของรัฐเต็มพิกัด

ตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๘๓ ได้มีการแปรรูป NHS ของสหราชอาณาจักรอย่างเป็นระบบ เริ่มจากระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ที่เป็นเอกชน. นอกจากนี้ยังมีบริการอื่นๆ ที่ให้บริการโดยเอกชน เช่น บริการทันตกรรม, บริการวัดสายตา, และ บริการสุขภาพนอกเวลาทำงาน<sup>(๑๗)</sup>. การแปรรูปที่สำคัญๆ เกิดขึ้นในส่วนของบริการระยะยาว โดยที่ภายหลังจากการออกกฎหมาย NHS and Community Care Act ใน ค.ศ. ๑๙๙๐ ได้มีการถ่ายโอนการให้บริการระยะยาวไปสู่องค์กรท้องถิ่นและยังมีนโยบายที่จะให้บริการทางด้านนี้ฟรีแก่ผู้สูงอายุ จึงทำให้เกิดการลดเตียงผู้ป่วยระยะยาวลงเป็นจำนวนมาก ในขณะที่ในภาคเอกชนมีการเพิ่มจำนวนเตียงผู้ป่วยเพื่อให้บริการด้านนี้ จาก ๓๓,๐๐๐ เตียง เป็น ๓๖๐,๐๐๐ เตียง ในช่วง ค.ศ. ๑๙๙๐-๑๙๙๙ อันเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของอุปสงค์ของบริการ<sup>(๑๘)</sup>. การศึกษาของ Atun<sup>(๑๗)</sup> พบว่ามูลค่าของตลาดในอุตสาหกรรมการให้บริการชนิดนี้มีมูลค่ามากกว่า ๑๐,๐๐๐ ล้านปอนด์ต่อปี ซึ่งเท่ากับว่าการให้บริการชนิดนี้เป็น การแปรรูปองค์กรของรัฐไปโดยปริยาย.

### ๒.๔.๒ การจ้างให้ภาคเอกชนเป็นผู้บริการแทน

NHS ของสหราชอาณาจักร ได้พยายามลดจำนวนผู้ป่วยที่รอรับการรักษา โดยให้ภาคเอกชนรับทำการผ่าตัดในกรณีที่ไม่เร่งด่วน<sup>(๑๙)</sup>. ต่อมาได้ขยายการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในด้านอื่นๆ เช่น การวินิจฉัยโรค, การให้บริการผู้ป่วยนอกระดับตติยภูมิ ภายใน ค.ศ. ๒๐๐๘<sup>(๒๐)</sup> และปรับระบบการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ ให้มีความเท่าเทียมกัน

ระหว่างผู้ให้บริการที่เป็นของเอกชนและของรัฐ<sup>(๒๑)</sup>. อย่างไรก็ตาม Appleby & Dixon<sup>(๒๒)</sup> กล่าวว่ายังไม่มี ความชัดเจนว่าโครงการนี้ส่งผลในทางบวกในด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ, ความเป็นธรรม, ประสิทธิภาพ หรือ การให้ทางเลือกแก่ประชาชน.

### ๒.๔.๓ องค์กรพันธมิตร

ก่อนการปฏิรูปด้านสุขภาพใน ค.ศ. ๑๙๙๑ โรงพยาบาลในสหราชอาณาจักรเป็นโรงพยาบาลของรัฐและบริหารจัดการโดยหน่วยงานสุขภาพระดับเขต (อำเภอ). หลังจากการปฏิรูป มีการจัดตั้งองค์กรและคณะกรรมการที่เรียกว่า NHS Hospital Trust เพื่อมาดูแลและบริหารจัดการ โรงพยาบาล ภายใต้สังกัดของ NHS ต่อมาใน ค.ศ. ๒๐๐๐ มีการจัดตั้งกองทุนบริบาลปฐมภูมิ เพื่อมาดูแลเครือข่ายการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ NHS ทั้งหมด โดยทั้ง ๒ องค์กรนี้มีอิสระในการบริหารจัดการและในด้านการเงินการคลังโดยมีอำนาจเต็มที่ในการบริหารเงินทุนที่มีเกือบร้อยละ ๘๐ ของกองทุนสุขภาพทั้งหมดซึ่งจะนำไปใช้ซื้อบริการสุขภาพต่างๆ (ปฐมภูมิและอื่นๆ). หลังจากนั้นใน ค.ศ. ๒๐๐๓ ได้มีการออกกฎหมาย The Health and Social Care Bill ซึ่งทำให้รัฐบาลแทบจะหมดอำนาจในการควบคุม NHS เนื่องจากได้มีการตั้งกองทุนมูลนิธิต่างๆ ขึ้นมาเพื่อให้บริการแก่ NHS. กองทุนมูลนิธิเหล่านี้เป็นองค์กรอิสระที่มีอำนาจในการตัดสินใจของตนเองในการเลือกทำธุรกิจใดๆ หรือกับใครๆ ก็ได้ และจะต้องแข่งกับผู้ให้บริการอื่นๆ ในการทำธุรกิจกับกองทุนบริบาลปฐมภูมิ, กองทุนมูลนิธิมีรายได้จากผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง และหาเงินทุนจากภาคเอกชน ซึ่งรวมถึงจากตลาดเงินทุนด้วย<sup>(๒๓)</sup>. กองทุนมูลนิธิถูกกำกับดูแลโดยองค์กรอิสระที่ไม่ขึ้นกับรัฐบาล.

สหราชอาณาจักรมีประสบการณ์อย่างยาวนานในเรื่องการพัฒนาความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน หรือ Public-Private Partnership (PPP) โดยผ่านกลไกที่เรียกว่า Private Finance Initiative (PFI). ความร่วมมือนี้เกิดขึ้นเพื่อให้ภาคเอกชนเข้ามาลงทุนและมีส่วนร่วมในโครงการต่างๆ ของรัฐ เช่น การสร้างโครงสร้างพื้นฐานในภาคโรงพยาบาลและผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ, การลงทุนในเรื่องระบบข้อมูล



และเครื่องตรวจวินิจฉัยโรค, และการจัดตั้งหน่วยล้างไต โดยเอกชนจะเป็นผู้ออกแบบ, สร้าง และส่วนใหญ่จะเป็นผู้บริหารจัดการ. สัญญามักจะมีอายุไม่เกิน ๓๐ ปี หลังจากนั้น สิ่งก่อสร้างและทรัพย์สินต่างๆ จะถูกโอนคืนให้ภาครัฐ.

แม้ว่า PFI จะเป็นที่น่าสนใจสำหรับเอกชนและเป็นวิธีหนึ่งในการระดมทุนเพื่อใช้ในโครงการต่างๆ โดยไม่ต้องอาศัยงบประมาณจากรัฐทั้งหมด แต่ก็ได้มีความเห็นต่างๆ ที่แสดงถึงความไม่มั่นใจในเรื่องความเหมาะสมและประโยชน์ที่จะได้รับ ดังต่อไปนี้

- การศึกษาของ Pollock et al<sup>(๒๔)</sup> และ Gaffney et al<sup>(๒๕)</sup> ได้แสดงให้เห็นว่าสิ่งก่อสร้างหรือหน่วยให้บริการใหม่ที่สร้างขึ้นโดยส่วนใหญ่จะมีขอบขีดความสามารถในการทำงานที่น้อยกว่าของที่มีอยู่เดิม, การทำสัญญาในลักษณะนี้ทำให้โครงการมีราคาแพงและไม่โปร่งใสเรื่องความลับทางการค้า, และด้วยเหตุนี้ ทำให้เหตุผลทางด้านเศรษฐศาสตร์ที่จะทำโครงการในลักษณะนี้มีคุณค่าน้อยลง.

- Green & Propper<sup>(๒๕)</sup> ศึกษาเรื่องผลกระทบของ PFI ต่อประสิทธิภาพของภาครัฐในประเทศกลุ่ม OECD สรุปว่า แทบจะไม่พบว่ามีสิ่งบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพที่มากขึ้นของ NHS ที่เกิดจาก PFI.

- ในด้านความยั่งยืนของกลไกนี้ Atun & McKee<sup>(๒๖)</sup> เห็นว่า PFI อาจมีปัญหาในเรื่องกฎหมายที่ทาง EU ได้จำกัดสัดส่วนของการกักตุนของประเทศสมาชิกเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางการคลัง โดยในปัจจุบัน PFI ไม่ได้ถือว่าเป็นหนี้สาธารณะแต่ถือเป็นธุรกรรมนอกงบดุล. อย่างไรก็ตาม สำนักงานสถิติแห่งชาติของสหราชอาณาจักร อาจเปลี่ยนแปลงเรื่องนี้ในอนาคตทำให้ความสามารถในการทำ PFI ลดลง.

๒.๔.๔ การปรับระบบองค์กรโดยรัฐยังคงควบคุมอยู่

ในสหราชอาณาจักร ได้มีการทำให้เกิดตลาดภายใน ใน ค.ศ. ๑๙๙๑ โดยมีการแยกผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการออกจากกัน ซึ่งมีองค์กรสุขภาพ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ผู้ถือหุ้นเป็นผู้ซื้อบริการ มีโรงพยาบาลและคลินิกแพทย์ปฐมภูมิเป็นผู้ให้บริการ<sup>(๒๗)</sup>. นอกจากนี้ยังมีการทำสัญญาบริการ

สำหรับโรงพยาบาลและหน่วยให้บริการสุขภาพปฐมภูมิต่างๆ โดยให้ค่าตอบแทนตามปริมาณของการให้บริการ และ ตามเป้าหมายการทำงานที่ตั้งไว้ เพื่อที่จะพัฒนาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการ และ ขยายขอบเขตและความหลากหลายของบริการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ<sup>(๒๘)</sup>.

ข้อที่น่าสังเกตเกี่ยวกับ ตลาดภายในของสหราชอาณาจักร มีดังนี้

- การแข่งขันในตลาดนี้ยังค่อนข้างจำกัดและยังขาดเงื่อนไขที่สำคัญที่จะทำให้เกิดภาวะตลาดที่เอื้อต่อการแข่งขัน<sup>(๒๙)</sup>

- เนื้อหาของสัญญาที่สร้างขึ้นไม่ได้เสริมสร้างให้เกิดความรับผิดชอบและการตรวจสอบของผู้ให้บริการ และสัญญาที่สร้างขึ้นโดยผู้ซื้อ (Health Authority และ GP Fundholder) มิได้ระบุถึงรายละเอียดของคุณภาพการบริการที่ชัดเจน<sup>(๓๐)</sup>

- มีการเพิ่มขึ้นของผลผลิตในส่วนโรงพยาบาลและผู้ให้บริการปฐมภูมิ, มีการขยายขอบเขตของบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นข้อดี แต่ก็ยังมีปัญหาในเรื่องของความไม่เป็นธรรม เพราะผู้ให้บริการในแต่ละแห่งอาจมีความสามารถไม่เท่ากัน<sup>(๓๑)</sup>

## สรุป

จากการทบทวนการกระจายอำนาจในประเทศโปรตุเกส, สเปน, อิตาลี, เม็กซิโก และสหราชอาณาจักร พบว่า มีการจำแนกการกระจายอำนาจออกเป็น ๔ แบบ คือ การกระจายออกจากส่วนกลาง, การถ่ายโอน, การมอบอำนาจให้องค์กรภายใต้กำกับและการแปรรูปองค์กรของรัฐ. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการปฏิรูปส่วนใหญ่เป็นไปในทางบวก เช่น ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น การทำงานคล่องตัวและมีอิสระมากขึ้น เป็นต้น ส่งผลให้ภาวะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น.

การปรับระบบที่น่าสนใจคือการทำให้ระบบสุขภาพมีตลาดภายใน เพื่อทำให้เกิดการแข่งขันขึ้นมาระหว่างผู้ให้บริการด้วยตนเอง และการแยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการออกจากกัน

ทำให้เกิดการแข่งขันและพัฒนาตนเองเพื่อให้บริการมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ. อย่างไรก็ตาม การกระจายอำนาจในแต่ละประเทศก็ยังคงประสบกับปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาในเรื่องความเป็นธรรมซึ่งขัดแย้งกับทฤษฎี. ทั้งนี้เป็นเพราะข้อจำกัดของขีดความสามารถและปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่างกันในแต่ละพื้นที่ทำให้เกิดความแตกต่างของคุณภาพและขอบเขตของบริการ ความไม่เป็นธรรมระหว่างชุมชนเมืองและชนบทในเรื่องของทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรและเกิดการเก็บภาษีแบบถดถอย ปัญหาที่สำคัญและพบมากก็คือ ปัญหาในเรื่องของกำลังคน ที่อาจนำไปสู่การต่อต้านการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากความรู้สึกไม่มั่นคงในหน้าที่การงานหรือเนื่องจากความขัดแย้งทางการเมือง. นอกเหนือจากนี้ ในบางประเทศ ยังมีการรวมศูนย์อำนาจในเรื่องนโยบายและแผน, และการเงินการคลังอยู่ ทำให้การตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนไม่ดี ทั้งในเรื่องปริมาณและขอบเขต ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้อำนาจในการตัดสินใจและอิสระในเรื่องการเงินการคลังเป็นเรื่องสำคัญหากต้องการให้มีการตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ.

### เอกสารอ้างอิง

๑. Rondinelli DA. Decentralisation in developing countries, Staff Working Paper 581. Washington DC: World Bank; 1983.
๒. Furniss N. The practical significance of decentralization. *J Politics* 1974;36:958-82.
๓. Rondinelli DA. Government decentralization in comparative theory and practice in developing countries. *Internat Rev Admin Sci* 1981;47:133-45.
๔. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. Health system decentralization: Concept, issues and country experience. England: World Health Organisation; 1990.
๕. Vrangbaek K. Towards a typology for decentralization. In: Saltman RB, editor. *Decentralisation in health care*. England: Open University Press; 2007. p. 44-62.
๖. Bankauskaite V, Saltman RB, editorials. Central issues in the decentralisation debate, In: *Decentralisation in health care*. England: Open University Press; p. 9-21.
๗. Hawkins L, จรวยพร ศรีศศลักษณ์, ศ. โอสถประสพ. Devolution of Health Centres and Hospital Autonomy in Thailand: A Rapid Assessment. Presented during the Stakeholder Meeting for the rapid assessment of health decentralization. Health System Research Institute, Ministry of Public Health, Thailand; 2009.
๘. Koivusalo M, Wyss K, Santana, P. Effects of decentralization and recentralization on equity dimensions of health systems, In: Saltman R B, editor. *Decentralisation in health care*. England: Open University Press, 2007. p. 189-205.
๙. Santana P, Vaz A, Fachada M. Measuring health inequities in Portugal in the 90s. Paper presents at International Conference Poverty, Food and Health in Welfare. Current issues, future perspectives, 1-4 July, 2003, Lisbon.
๑๐. Oliveira MD, Bevan G. Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs. *Health Policy* 2003;66:227-293.
๑๑. Tranquada S, Martins M, Sousa M. Critérios de financiamento dos cuidados de saúde primários: O exemplo P rtugu-s. Paper presented at VII Encontro Nacional de Economia da Saúde, Lisbon, 16, 17 November 2000.
๑๒. Maino F, Blomqvist P, Bertinato L, Santasusagna LB, Garrido R M U, Shishkin S. Effects of decentralization and recentralization on political dimensions of health systems. In: Saltman RB, editor. *Decentralisation in health care*. England: Open University Press, 2007; p. 120- 40.
๑๓. Rico A, Pérez Nieves S. La satisfacción de los usuarios con la gestión autonomic de sus servicios de salud. In: López Casanovas G, Rico A, editors. *Evaluaci\_n de las pol\_ticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonom\_as II, Catalu\_a, Fundaci\_n BBV*; 2001.
๑๔. Donatini A, Rico A, D'Ambrosio M G. Health care systems in transition: Italy. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems; 2001.
๑๕. Taroni F. Devolving responsibility for funding and delivering health care in Italy. *Euro Observer* 2000;2:1-2.
๑๖. Gutierrez RA. Implementing decentralization of health services: a case-study from Mexico, In: Mill A, editor. *Health system decentralization: Concept, issues and country experience*. England: World Health Organisation, 1990. p. 64-70.
๑๗. Atun RA. Opportunities in the UK health care market: a strategic analysis. London: The Financial Times; 1998.
๑๘. Gaffney D, Pollock A M, Price D, Shaoul J. The politics of the private finance initiative and the new NHS. *Br Med J* 1999;319:249-53.
๑๙. NHS 2000. The NHS national plan (<http://www.nhs.uk/nationalplan/contents.htm> (accessed 5 June 2009).
๒๐. Secretary of State for Health. The NHS improvement plan: putting people at the heart of public services. London, Stationery Office;



- 2004.
๒๑. Department of Health. NHS reference costs 2003 and national tariffs 2004 (payment by results). London:Department of Health; 2004.
๒๒. Appleby J, Dixon J. Patient choice in the NHS: having choice may not improve health outcome. *Br Med J* 2004;329:61-2.
๒๓. House of Commons. Health and Social Care (Community Health and Standards) Bill. London, Stationery Office; 2003.
๒๔. Pollock AM, Dunnigan M, Gaffney D, Macfarlane A, Majeed F A. What happens when the private sector plans hospital services for the NHS: three case studies under the private finance initiative. *Br Med J* 1997;314:1266-71.
๒๕. Green K, Propper C. A larger role for the private sector in financing UK health care: the arguments and the evidence. *J Soc Policy* 2001;4:685-704.
๒๖. Atun RA, McKee M. Is the private finance initiative dead? *Br Med J* 2005;331:792-3.
๒๗. Department of Health. Working for patients: the health service in the 1990s. Cm 555. London, HMSO; 1989.
๒๘. Secretary of State. Promoting better health: the government's programme for improving primary health care. London, HMSO; 1987.
๒๙. Le Grand J, Mays N, Mulligan J, editors. Learning from the NHS internal market: a review of the evidence. London, The King's Fund; 1998.
๓๐. Allen P. A socio-legal and economic analysis of contracting in the NHS internal market using a case study of contracting for district nursing. *Soc Sci Med* 2002;54:255-66.
๓๑. Robinson R, Le Grand J. Evaluating the NHS reforms. London, The King's Fund; 1994.