

ประชาไท

การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม บันเทิง ต่างประเทศ แรงงาน สิ่งแวดล้อม ความมั่นคง ไอซีที

ปฏิรูป อปท. กระจายอำนาจด้านสุขภาพ เหลียวดูเขาแล้วย้อนดูตัวเรา

Published on Sun, 2017-10-15 21:53

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข

ผมได้ยินข่าวมาว่ากำลังจะมีการปฏิรูปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยการยุบ/เปลี่ยนแปลงการบริหารส่วนตำบล (อบต.) ทั้งหมดเป็นเทศบาล การเปลี่ยนแปลงครั้งนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ เพื่อไปสู่ประเทศไทย 4.0 แต่ไหนๆ ก็เปลี่ยนแปลงโครงสร้างแล้ว ก็ควรคำนึงถึงบทบาทที่จะเปลี่ยนไปด้วย บทบาทที่จะกล่าวถึงในบทความนี้คือ บทบาทด้านสุขภาพ โดยนำตัวอย่างของต่างประเทศมาเป็นตัวอย่าง ประเทศที่เลือกมาเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นประเทศขนาดเล็ก (ประชากรไม่เกิน 10 ล้านคน) 2 ประเทศ ประเทศใหญ่ 2 ประเทศ กระจายอยู่ทั่วภูมิภาค และขอเรียก อปท. ของต่างประเทศว่า "รัฐบาลท้องถิ่น" ข้อมูลต่างๆ แสดงดังตาราง

ประเด็นที่พิจารณเกี่ยวกับ อปท. ไทย

1. จำนวนเมื่อเทียบกับประชากร

ในประเทศที่มีขนาดใหญ่ คือ ญี่ปุ่น (127 ล้านคน) และแคนาดา (36 ล้านคน) ต่างก็มีรัฐบาลท้องถิ่น 1,766 และ 3,710 แห่ง เทียบกับประเทศไทยที่มีประชากร 66 ล้านคน กลับมี อปท. สูงถึง 7,853 แห่ง ซึ่งทำให้ อปท. ต่อประชากรน้อยเกินไป (บางแห่งมีไม่ถึงพันคน) จะทุ่มเทงบประมาณและบุคลากรไปพัฒนา อปท. ให้เจริญ ก็ลำบากเพราะไม่เกิดความประหยัดต่อขนาด (economy of scale) ดังนั้นการยุบ อบต. บางแห่งที่มีจำนวนประชากรน้อยก็เป็นสิ่งที่ถูกต้อง

ในข้อเสนอของคณะกรรมการปฏิรูปฯ เห็นว่าจะยุบ อบต. ที่มีประชากรน้อยกว่า 7,000 คน มีรายได้ต่ำกว่า 20 ล้านบาท ทำให้เหลือ อปท. เพียง 4,000 แห่ง (ซึ่งก็พอๆ กับประเทศญี่ปุ่นแต่เขามีประชากรมากกว่าเป็น 2 เท่า) นี่เป็นข้อเสนอที่เหมาะสม

2. ส่วนภูมิภาคยังจำเป็นหรือไม่

ประเทศที่ยกมาเป็นตัวอย่าง นอกจากประเทศแคนาดาจะบริหารในรูปแบบสหพันธรัฐ (นอกจากรัฐบาลกลาง มีรัฐบาลท้องถิ่นพร้อมสภาฯ) แล้ว นอกนั้นจะเป็นรัฐเดี่ยว แต่จะมีการกระจายอำนาจให้รัฐบาลท้องถิ่นมาก แต่ไม่มีประเทศใดมีกลไกส่วนภูมิภาคเหมือนประเทศไทยซึ่งเป็นรัฐเดี่ยวประเทศหนึ่งเลย ประเทศไทยมีเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล เป็นกลไกส่วนกลาง (การบริหารส่วนภูมิภาค) ทำงานคู่ขนานกับ อปท. (อบจ. เทศบาล อบต.) เหตุผลที่ต้องมีส่วนภูมิภาคอาจจะเป็น 1) รัฐบาลกลางยังไม่ไว้วางใจใน อปท. จึงต้องมีกลไกกำกับดูแล 2) รัฐบาลทำหน้าที่เตรียมความพร้อมในการกิจต่างๆ ของ อปท. ถ้าเป็นข้อ 1) และ 2) เมื่อ อปท. มีความพร้อมมากขึ้นแล้วมีแนวคิดที่จะยกเลิกการบริหารส่วนภูมิภาคหรือไม่ หรือจะคงอยู่เพื่อทำหน้าที่อะไร จะยกเลิกจังหวัดแล้วเปลี่ยนเป็นเขตหรือไม่ เพราะปัจจุบันก็มีการใช้โครงสร้างระดับเขตในหลายหน่วยงาน เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) ฯลฯ

3.สถานพยาบาลรัฐอยู่ที่ไหน

ประเทศที่ยกมาเป็นตัวอย่าง มีรูปแบบการบริหารจัดการสถานพยาบาลหลากหลายแตกต่างกัน ตั้งแต่โอนให้ท้องถิ่นเลย (เดนมาร์ก) หรือให้ท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่คือ จังหวัดบริหาร (แคนาดา) หรือคงอยู่กับรัฐบาลกลางแต่บริหารผ่านกลไกพิเศษ (นิวซีแลนด์) บางประเทศผู้ให้บริการเป็นเอกชน และบริหารผ่านการเป็นคู่สัญญาระบบประกันสุขภาพ (ญี่ปุ่น) สำหรับประเทศไทยเราเคยถกเถียงในประเด็นนี้มานาน แล้วมีข้อสรุปเบื้องต้นให้โอน รพ.ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ไปให้ออบต. แต่ก็สามารถโอนไปได้จำนวนน้อยมาก (51 แห่งจากทั้งหมด 9,780 แห่ง) ส่วน รพ.รัฐ มีแนวโน้มจะให้เป็น รพ.อิสระในกำกับของรัฐ แต่ก็ทำสำเร็จเพียงแค่แห่งเดียว ส่วนอนาคตจะเป็นอย่างไร

- 1) อยู่กับ กสธ. เหมือนเดิม แต่จัดรูปแบบบริหารเป็นกลุ่มองค์กรมหาชน (เป็นกลุ่ม รพ.) เหมือนญี่ปุ่น
- 2) ไปอยู่ที่เขต (หากมีการจัดตั้งเป็น อปท.) แล้วบริหารโดยคณะกรรมการคล้าย DHB ของนิวซีแลนด์
- 3) ไปอยู่ที่จังหวัด หากมีการจัดตั้งเป็น อปท. และเป็น singer payer เหมือนแคนาดา

การเสนอข้อที่ 1-3 แทนที่จะเสนอให้แต่ละสถานพยาบาลเป็นองค์กรมหาชนตามข้อเสนอเดิม เพราะเกรงปัญหาเรื่องการประสานงานระหว่างสถานพยาบาล หากแยกกันเป็นองค์กรอิสระทั้งหมด และที่ไม่เสนอให้ รพ. ทั้งหมดอยู่กับ กสธ. เหมือนเดิม เพราะเป็นรูปแบบรวมศูนย์ที่อ่อนประสิทธิภาพ

4.งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันอยู่ที่ไหน

ประเทศเดนมาร์กและญี่ปุ่น เทศบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เน้นวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม เช่น การดื่มสุราและสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การกินอาหาร ฯลฯ สำหรับญี่ปุ่นเพิ่มเรื่องการขึ้นทะเบียนประชากรและครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การดูแลและกำจัดของเสียในครัวเรือน ขณะที่ประเทศนิวซีแลนด์ แคนาดา และญี่ปุ่นใช้โครงสร้างในระดับสูงขึ้นไป โดยประเทศนิวซีแลนด์ ใช้ District Health Board^[1] ขณะที่แคนาดาและญี่ปุ่นใช้ "จังหวัด" ในการจัดการน้ำสะอาด และกำจัดน้ำเสีย การทำให้อาหารปลอดภัย การควบคุมป้องกันโรค การรักษาสีสิ่งแวดล้อม การให้บริการสังคมตั้งแต่บริการในสถานบริการ การเยี่ยมบ้านและการให้เงินช่วยเหลือ การดูแลเด็กที่พิการ การให้บริการสุขภาพระยะประจําวัน การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคและการบาดเจ็บ การปกป้องด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังและการเตรียมพร้อมสำหรับเหตุฉุกเฉินและโรคระบาด (กิจกรรมแต่ละประเทศอาจแตกต่างกัน)

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้นการเปลี่ยนวิถีชีวิต การรักษาสีสิ่งแวดล้อม และการดูแลปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) เป็นเรื่องใหม่ที่สำคัญยิ่งสำหรับสังคมไทย ส่วนหนึ่งผลักดันโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (สสส.) ขณะที่สถานบริการปฐมภูมิมีจะเน้น "บริการส่งเสริม-ป้องกัน" เช่น บริการวัคซีน ฝากครรภ์ การดูแลพัฒนาเด็ก การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ฯลฯ ซึ่งก็มีความสำคัญแต่เป็นการเน้นที่ระดับบุคคลไม่ใช่ประชากรทั้งกลุ่ม

อปท. ไทย(จะเป็น อบต.หรือเทศบาล) ควรจะทำอะไรสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- 1) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้นการเปลี่ยนวิถีชีวิต การรักษาสีสิ่งแวดล้อม การดูแลปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ
- 2) สำหรับ อปท. ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิประจำหรือเป็นเครือข่ายฯ ให้ "บริการส่งเสริม-ป้องกัน" แก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย และทำตามข้อ 1 (ส่วน อปท. ทุกแห่งควรมีสถานพยาบาลหรือไม่ คงต้องแลกเปลี่ยนกัน)

5.เงินรายได้มาจากไหนและใช้อย่างไร

รัฐบาลท้องถิ่นต่างประเทศ และ อปท. ของไทย ต่างมีแหล่งที่มารายได้ไม่แตกต่างกัน (อาจแตกต่างกันในมูลค่า) คือ เงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลางเพื่อเสริมความเท่าเทียมระหว่างท้องถิ่น เงินภาษีที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นและอื่นๆ ประเทศไทยมีการโอนเงินส่วนใหญ่เป็น "เงินอุดหนุนทั่วไป" (โชะไรก็ไต) แต่ก็มีส่วนหนึ่งซึ่งมีเป้าหมายที่เป็นนโยบายชาติชัดเจน เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและคนพิการ (600-1,000 บาทต่อเดือน) ค่าตอบแทน อสม. (600 บาทต่อเดือน) แทรกมาเป็น "เงินอุดหนุนเฉพาะกิจ" ให้กับ อปท. ซึ่งหมายความว่า อปท. ไม่สามารถนำเงินนี้ไปใช้ในกิจการอื่นได้ และเงื่อนไขการใช้เงินต่างๆ ก็มีระเบียบกระทรวงมหาดไทยมาบังคับ ทำให้การใช้จ่ายเงินเป็นไปด้วยความยากลำบากยิ่ง เรียกว่า อปท. แทบไม่มีความมีอิสระ (autonomy) เลย

ประเด็นหนึ่งที่มีการถกเถียงกันว่า อปท. จะทำหรือสมควรทำหรือไม่ คือ การที่ สปสข. ชักชวน อปท. จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยการแชร์เงินกันทั้งสองฝ่าย แล้ว อปท. ก็ต้องทำงานตามที่กำหนดไว้ หากล่าช้าก็ถูกติดตาม เหมือนเป็นลูกจ้าง สปสข. แทนที่จะเป็น อปท. ซึ่งเป็นผู้แทนประชาชนในท้องถิ่น แต่เหตุผลที่อธิบายประกอบคือ

- 1) เป็นการดำเนินงานโดยสมัครใจ และเงินกองทุนที่ได้ก็สามารถใช้ได้ตามวัตถุประสงค์ซึ่งกำหนดไว้กว้างๆ ซึ่งครอบคลุมบทบาทหน้าที่ของ อปท. ทั้งหมด
- 2) เป็นการชักชวนให้ อปท. หันมาสนใจงานด้านสุขภาพมากขึ้น จากเดิมที่อาจใช้งบประมาณไปในกิจการอื่นๆ
- 3) สนับสนุนการสร้างระบบการอภิบาลแบบเครือข่าย (governance by network) โดยการพิจารณาอนุมัติงบประมาณแต่ละโครงการทำโดยกรรมการที่มาจากฝ่ายต่างๆ

ในอนาคต หวังว่า อปท. จะมีงบประมาณของตนเองเพียงพอที่จะดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และเห็นว่าการนี้สำคัญ ไม่ควรละเลย เพราะประชาชนจะเดือดร้อน ซึ่งจะกระทบต่อคะแนนนิยมของผู้บริหาร อปท.

ประเทศ	ประชากร	การกระจายอำนาจ (รัฐบาลท้องถิ่น)	สถานพยาบาล		การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	การเงินการคลัง
			ปฐมภูมิ/GP	รพ.		

เดนมาร์ก	5.7 ล้านคน	5 เขต (region)	98 เทศบาล(municipality)	เป็นภาคเอกชน ให้บริการและรับเงินจากเขต	เขตเป็นเจ้าของ รพ. รัฐบาลรับผิดชอบ	เทศบาลดูแลส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต สิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะเรื่องของการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การกินอาหาร จนกระทั่งเป็นโรคอ้วน	ภาษีเงินได้ 8% โดย 75% โอนให้เขต (region)
นิวซีแลนด์	4.7 ล้านคน	12 สภาเขต (regional council)	73 สภาท้องถิ่น (territorial council)	มีทั้งรัฐ-เอกชน รัฐบาลกลางบริหารผ่าน DHB และ 31 primary health organization (PHO) [2]	มีทั้งรัฐ-เอกชน รัฐบาลกลางบริหารผ่าน 20 District Health Board (DHB)	DHB จำนวนหนึ่ง (12 แห่ง) มี public health unit ซึ่งทำหน้าที่สาธารณสุขพื้นฐาน เช่น การกำจัดน้ำเสีย การทำอาหารปลอดภัย การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมป้องกันโรค การดื่มสุร การรักษา สิ่งแวดล้อม ฯลฯ GP ที่อยู่ในพื้นที่ก็ช่วยในแง่การให้วัคซีน การให้สุขศึกษา	ส่วนที่รับโอนจากรัฐบาลคิดเป็น 24.7% ที่เหลือจัดเก็บโดยท้องถิ่นเอง (ภาษีทรัพย์สิน 49% ภาษีการค้า 18.3%)

ญี่ปุ่น	127 ล้านคน	47 จังหวัด (prefecture)	1,719 เทศบาล (municipality)	1 ใน 3 เป็นของรัฐ นอกนั้นเป็นเอกชน โดยรับเงินผ่านระบบประกันสุขภาพ	15% เป็นของรัฐบาลกลาง และท้องถิ่นนอกนั้นเป็นเอกชน (non for profit) รับเงินผ่านระบบประกันสุขภาพ	จังหวัดรับผิดชอบให้บริการสังคมตั้งแต่บริการในสถานบริการ การเยี่ยมบ้าน การให้เงินช่วยเหลือ การดูแลเด็กที่พิการ การให้บริการสุขภาพประจำวัน การควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม ฯลฯ เทศบาลรับผิดชอบขึ้นทะเบียน ประชากร/ครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การดูแลและกำจัดของเสียในครัวเรือน	ส่วนใหญ่รับเงินโอนจากรัฐบาลกลาง (ประมาณ 50%) และภาษีที่จัดเก็บเอง (ประมาณ 45%)
---------	------------	-------------------------	-----------------------------	---	--	--	--

แคนาดา	36 ล้านคน	10 จังหวัด (province)	3,700 เทศบาล (municipality)	ส่วนใหญ่เป็นของเอกชนรับเงินจาก payer system	รพ.รัฐและเอกชนและรับเงินหลักจากจังหวัดและจาก RHA ^[3]	จังหวัดรับผิดชอบตรวจสุขภาพประชากร การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค และการบาดเจ็บ การปกป้องด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังและการเตรียมพร้อมสำหรับเหตุฉุกเฉินและโรคระบาด ส่วนเทศบาลมีหน้าที่ที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	ภาษีที่เก็บจากท้องถิ่นบวกด้วยเงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง
--------	-----------	-----------------------	-----------------------------	---	---	---	--

เชิงอรรถ

[1] District health board (DHB) เป็นกรรมการที่แต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมทุกพื้นที่ (อาจไม่สอดคล้องกับพื้นที่ของรัฐบาลท้องถิ่น) ทำหน้าที่วางแผนและจัดบริการสุขภาพแก่ประชากรให้ครอบคลุม โดยการทำสัญญาและจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ และ รพ,

[2] Primary care organization (PHO) เป็นกลไกระดับพื้นที่ที่รวบรวม Network of GPs และ primary care providers อื่นๆ PHO ได้รับงบประมาณดำเนินงานจาก DHB

[3] Regional Health Authority (RHA) เป็นโครงสร้างระดับเขตเพื่อทำให้เกิด vertical integration โดยบริหารในขอบเขตที่กว้างขึ้น และเพื่อให้เกิดความประหยัดของขนาด (economy of scale) รับเงินบริหารจากรัฐบาลกลางและจังหวัด

Tags: บทความ การเมือง คุณภาพชีวิต สังคม การกระจายอำนาจ ปฏิรูป อปท.การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ พงษ์สิทธิ์ จงอุดมสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น