

การสร้างกลไกป้องกันการทำทุจริตในกระทรวงสาธารณสุข: กรณีศึกษาการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการ ประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ (สปร.) และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ (สปร.)*

โดย อัญชนา ณ ระนองและวิโรจน์ ณ ระนอง

กรณีศึกษาการปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ เกื้อกูล (สปร.) ครอบคลุมการสำรวจและวิเคราะห์ความพยายามของกระทรวงสาธารณสุขในอันที่จะปฏิรูปส่วนสำคัญของระบบสาธารณสุข ได้แก่ระบบการเงินการคลังจากระบบปิดที่มีผู้ร่วมในระบบตัดสินใจจำนวนน้อยมาเป็นระบบกระจายอำนาจที่มีผู้เกี่ยวข้องกว้างขวาง เป็นความสำเร็จของการปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการ สปร. ซึ่งเจ้าหน้าที่ระดับบริหารและปฏิบัติการจำนวนหนึ่งได้ผลักดันเมื่อปี 2540 จนนำมาสู่การออกระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการ สปร. ในปีต่อมา

"สังคมดี เพราะคนเลวท้อแท้"

— ข้อความในเว็บบอร์ดแห่งหนึ่ง ไม่ปรากฏชื่อผู้เขียน —

1. บทนำ

ในช่วงสองปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขประสบกับเรื่องอื้อฉาวในกรณีทุจริตยา 1,400 ล้านบาท ซึ่งมีผลต่อภาพลักษณ์ของกระทรวงพอสมควร แต่ในขณะที่ภาพใหญ่ที่ปรากฏออกมาจะเป็นภาพด้านลบนั้น ก็มีภาพด้านบวกที่ปรากฏออกมาพร้อมกันด้วย กล่าวคือ การเปิดโปงการทุจริตครั้งนี้ไม่ได้เกิดจากการขุดคุ้ยโดยสื่อมวลชนหรือนักการเมืองฝ่ายค้านดังเช่นที่เกิดขึ้นในอดีตที่ผ่านมา แต่เกิดจากเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานภายในกระทรวงเองจำนวนมากปฏิเสธที่จะทำตาม "ใบสั่ง" หรือคำสั่งของนักการเมืองหรือผู้บังคับบัญชา และ

หลังจากเหตุการณ์ดังกล่าวก็มีความพยายามของเจ้าหน้าที่และอดีตข้าราชการอาวุโสในกระทรวง (รวมทั้งชมรมจริยธรรมสาธารณสุข) ออกมาเคลื่อนไหวต่อต้านการทุจริตและผลักดันให้มีการปฏิรูปกระทรวงนี้ แต่ในขณะเดียวกัน เจ้าหน้าที่ในกระทรวงสาธารณสุขหลายรายก็ยอมรับว่าการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุขไม่ใช่เป็นเรื่องใหม่ที่เพิ่งจะเกิดขึ้น¹ แต่บางรายก็มีสมมุติฐานต่อไปด้วยว่าสาเหตุที่การทุจริตยาคครั้งนี้ถูกต่อต้านอย่างมากเกิดจากการที่นักการเมืองที่เกี่ยวข้องพยายามหาผลประโยชน์ในอัตราที่สูงเกินปกติจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจำนวนมากไม่สามารถทนดูตาได้ จึงได้ใช้ช่องทางและองค์กรที่ไม่เป็นทางการที่มีอยู่ในการปรึกษากันและร่วมกันออกมาเปิดโปงการทุจริตครั้งนี้ข้อสังเกตประการหนึ่งก็คือ กลุ่มผู้ที่ออกมาเปิดโปงการทุจริตครั้งนี้เชื่อว่าการทุจริตมีความเกี่ยวข้องกับบบของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ซึ่งเป็นบุดหนุนก้อนใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุข² โดยมีหลักฐานแวดล้อมบ่งชี้ว่ามีการพยายามโยกย้ายและเปลี่ยนหมวดงบประมาณเพื่อที่จะได้ไม่ต้องจัดสรรงบประมาณและหลักเกณฑ์การจัดสรรงบ สปร. (ดูรายละเอียดในกรอบที่ 1 และ 2)

บทความนี้เสนอมุมมองเพิ่มเติมจากประเด็นต่างๆ ที่ได้รับการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางในเรื่องการทุจริตยาคครั้งนี้โดยชี้ให้เห็นว่า สาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเปิดโปงการทุจริตครั้งนี้เกิดจากความสำเร็จของการปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนและผู้ที่ยากจน (สปร.) ซึ่งเจ้าหน้าที่ระดับบริหารและปฏิบัติการจำนวนหนึ่งได้ผลักดันให้เกิดขึ้นในช่วงปี 2540 จนนำมาสู่การออกระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนและผู้ที่ยากจน พ.ศ. 2541 ซึ่งกำหนดสัดส่วนและวิธีการจัดสรรงบนี้ลงไปสู่จังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน และกำหนดให้จัดตั้งคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (กสปร. กลาง) และคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนจังหวัด (กสปร. จังหวัด) ขึ้นมากำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบลงไปสู่จังหวัดและการจัดสรรภายในจังหวัด ทำให้อำนาจการจัดสรรงบนี้ที่เคยอยู่ที่ส่วนกลางและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดถูกกระจายออกไปสู่ระดับโรงพยาบาลชุมชนเป็นหลัก การหาผลประโยชน์จากงบ สปร. เป็นเงินก้อนใหญ่จึงไม่สามารถทำได้ในวงแคบโดย

อาศัยผู้สมรู้ร่วมคิดเพียงไม่กี่คนอีกต่อไป ผู้ที่ต้องการแสวงหาผลประโยชน์จึงต้องเล็งไปใช้วิธีอื่น แต่วิธีใหม่ที่ถูกนำมาใช้ก็ยังเป็นวิธีที่ต้องใช้ “ใบสั่ง” จำนวนมาก และยังคงมีการ “เดินสาย” และการ “ประสานงาน” ของผู้ที่เกี่ยวข้องไปถึงระดับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งวิธีนี้เกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่จำนวนมากเมื่อเจ้าหน้าที่จำนวนมากถูกบีบให้ร่วมมือทำในสิ่งที่ไม่ชอบมาพากลก็ทำให้มีเจ้าหน้าที่จำนวนมากพอที่ไม่ยอมปฏิบัติตามและออกมารวมตัวกันเปิดโปงการทุจริตครั้งนี้ในที่สุด

การที่การปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ครั้งนี้มีส่วนช่วยในการป้องกันปราบปรามการทุจริตและยังนำไปสู่การเปิดโปงกรณีทุจริตยา 1,400 ล้านบาท ทำให้การปฏิรูปครั้งนี้ไม่เพียงแต่จะน่าสนใจเฉพาะในด้านผลที่มีต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการด้านสาธารณสุขเท่านั้น หากยังน่าสนใจอย่างยิ่งในด้านผลของการปฏิรูปที่มีต่อการป้องกันปราบปรามทุจริตในวงราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิรูปครั้งนี้เกิดขึ้นภายในระบบราชการ จากการผลักดันของเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเอง เป็นการปฏิรูปโดยการสร้างกลไกป้องกันการทุจริตขึ้นมาในระบบราชการ กรณีนี้จึงเป็นกรณีศึกษาที่ควรจะได้นำเสนอขึ้นมาเป็นตัวอย่างเพราะนอกจากจะเป็นตัวอย่างของการปฏิรูปกลไกการบริหารการเงินที่ดีสำหรับหน่วยราชการอื่นๆ แล้วยังเป็นตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมที่น่าจะจุดประกายความหวังสำหรับผู้ที่สิ้นหวังในระบบราชการและข้าราชการของประเทศไทยด้วยว่า ในระบบราชการนั้น ยังมีข้าราชการที่ดีที่พยายามทำหน้าที่ของตนและในบางกรณีก็ทำเกินหน้าที่ของตนเสียด้วยซ้ำเพื่อหาทางรักษาผลประโยชน์ของประชาชน

บทความนี้มี 5 ตอน ตอนที่สองของบทความนี้นำเสนอความเป็นมาของโครงการ สปร. และวิเคราะห์ถึงความเกี่ยวพันของกรณีทุจริตยา 1,400 ล้านบาทกับการปฏิรูปการบริหารการเงินการคลังของโครงการ สปร. ซึ่งตอนที่สามกล่าวถึงสาเหตุความเป็นมาของการปฏิรูปแนวทางการปฏิรูป และกลไกต่างๆที่เกิดขึ้นจากการปฏิรูปตลอดจนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ตอนที่สี่เป็นการนำเสนอข้อพิจารณาและข้อเสนอแนะของผู้วิจัยที่มีต่อการปฏิรูปครั้งนี้ ตอนที่ห้าเป็นบทสรุป

2. ความเป็นมาของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล สำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล(สปร.)

ความพยายามสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในประเทศไทยเริ่มจากโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) ซึ่งเริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2518 จะเริ่มมีการออกบัตรสำหรับผู้มีรายได้น้อย (บัตร สปน.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 เป็นต้นมา โครงการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีรายได้น้อยได้มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการ การแพทย์และสาธารณสุข โดยสามารถเข้ารับบริการจากสถานบริการของรัฐ โดยไม่เสียค่าบริการ ต่อมาในปี พ.ศ.2537 โครงการนี้ได้ขยายความคุ้มครองไปยังกลุ่มอื่นๆ ที่รัฐเห็นควรให้การช่วยเหลือเกื้อกูล อันได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึก และครอบครัว ตลอดจนพระภิกษุ สามเณร และผู้นำศาสนาอื่นๆ และเปลี่ยนชื่อโครงการเป็นโครงการสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)

โครงการนี้เริ่มมีการออกบัตรสำหรับผู้มีรายได้น้อยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 เป็นต้นมา ในระยะแรกนั้น หัวหน้าสถานพยาบาลจะเป็นผู้พิจารณาว่าบุคคลใดสมควรได้รับการสงเคราะห์ โดยคุณสมบัติของผู้สมควรได้รับการสงเคราะห์ของโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (สปน.) จะต้องมียาได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 2,000 บาท หรือเป็นคนโสดซึ่งบรรลุนิติภาวะต่ำกว่าเดือนละ 1,500 บาท ซึ่งเป็นเส้นแบ่งระดับความยากจนที่ใช้ตั้งแต่ปี 2524 ต่อมาเปลี่ยนแปลงเป็นรายได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 2,800 บาทหรือคนโสดซึ่งบรรลุนิติภาวะต่ำกว่าเดือนละ 2,000 บาทตั้งแต่ปี 2537 ถึงปัจจุบัน³ หลังจากนี้โครงการนี้ได้ขยายความคุ้มครองไปยังกลุ่มอื่นๆ ที่รัฐเห็นควรให้การช่วยเหลือเกื้อกูล อันได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้พิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว ตลอดจนพระภิกษุ สามเณรและผู้นำศาสนาอื่นๆ แล้ว โครงการนี้ครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิถึงประมาณร้อยละ 45 ของประชากรทั้งประเทศ

โครงการนี้ ได้รับการอุดหนุน เงินภาษีทั้งหมด

กรอบที่ 1 ความเป็นมาของการ “แปลงงบ สปร.” ในกรณีทุจริตยา 1400 ล้านบาท

หลังจากที่เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ รัฐบาลได้ปรับลดงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2541 รวม 4 ครั้ง สำหรับกระทรวงสาธารณสุขนั้น งบสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ถูกตัด 2 ครั้ง โดยในร่าง พ.ร.บ. งบประมาณประจำปี 2541 เดิม นั้น โครงการ สปร. ได้รับการจัดสรรงบ 9,532 ล้านบาท (หรือเท่ากับ 370 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิหนึ่งคน) การตัดงบครั้งแรกตัดเหลือ 8,452 ล้านบาท (328 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ) และการตัดงบครั้งที่สองตัดเหลือ 7,030 ล้านบาท (273 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ) รวมเป็นยอดงบ สปร. ที่ถูกตัดในปีงบประมาณดังกล่าว 2,504 ล้านบาท

ต่อมาคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2541 อนุมัติจัดสรรงบประมาณคืนให้แก่ส่วนราชการต่างๆ จำนวน 30,000 ล้านบาท เพื่อบรรเทาผลกระทบด้านสังคมอันเนื่องมาจากวิกฤตเศรษฐกิจและลดผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงอัตราแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรรคืนจำนวน 2,704 ล้านบาท ในจำนวนนี้เป็นงบในแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพงานรักษาพยาบาลผู้ที่มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล หมวดเงินอุดหนุน 1,400 ล้านบาท แต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอในที่ประชุมคณะรัฐมนตรีให้นำงบ 1,400 ล้านบาทนี้ มาจัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคเพื่อนำไปชำระหนี้ค้ำยาแทน ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้อนุมัติในหลักการ ต่อมาผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขได้ประชุมร่วมกับสำนักงานงบประมาณโดยทางกระทรวงฯ เสนอให้แบ่งงบนี้เป็นสองส่วนคือ จัดสรรให้งานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด (โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไประดับจังหวัด) 560 ล้านบาท และงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย) 840 ล้านบาท โดยกำหนดให้จัดสรรเป็นงบค่าเวชภัณฑ์ในหมวดค่าใช้สอย เพื่อนำไปชำระหนี้ค้ำยาและจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์เท่านั้น จากนั้นสำนักงานงบประมาณได้นำเรื่อง

เข้าคณะรัฐมนตรี หลังจากที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติแล้ว ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ทำหนังสือถึงสำนักงานประมาณ เพื่อขออนุมัติเปลี่ยนแปลงงบประมาณ 1,400 ล้านบาท จากงบประมาณแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ งานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล หมวดเงินอุดหนุน (800) มาเป็นหมวดค่าตอบแทนใช้สอย วัสดุ งานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ (300) (โปรดดูรายละเอียดลำดับเหตุการณ์ในกรอบที่ 2)

ตามปกติแล้ว งบหมวดเงินอุดหนุน (หมวด 800) เป็นบงที่มีความยืดหยุ่นสูง เนื่องจากหน่วยงานที่ได้รับบงดังกล่าวจะสามารถนำบงไปใช้ได้หลายทาง และในทางปฏิบัติ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่จะนำบง สปร. ไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดอยู่แล้ว การจัดสรรบงให้สถานพยาบาลไปใช้หนี้ค้ายาหรือซื้อยา จึงไม่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนหมวดงบประมาณเป็นหมวดค่าตอบแทนใช้สอย วัสดุ (หมวด 300) แต่อย่างใด ซึ่งทำให้มีผู้ตั้งข้อสงสัยถึงเจตนาของการแปลงบงครั้งนี้

คำตอบของเรื่องนี้่อมาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนกรณีทุจริตยาคครั้งนี้ เพียงไม่กี่เดือน กล่าวคือ ในเดือนมกราคม 2541 ได้มีการออกระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541 และในเดือนกุมภาพันธ์ได้จัดตั้งคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (กสปร. กลาง) ขึ้นมากำกับการจัดสรรบง สปร. ยังผลให้บง สปร. เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.5 ของบงในแต่ละงวด) จะถูกจัดสรรไปสู่จังหวัดทันทีตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงการคลังและที่ กสปร. กลางกำหนดเพิ่มเติม ส่วนบงที่เหลือนั้น ร้อยละ 2.25 ถูกกันเอาไว้เพื่อจ่ายเป็นเงินอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลรายการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และที่เหลือร้อยละ 0.25 เป็นเงิน

อุดหนุนเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการกรณีมีเหตุจำเป็นพิเศษ (ซึ่ง กสปร. กลางมอบให้สำนักงานปลัดฯ เป็นผู้พิจารณาจ่าย แล้วรายงานให้ กสปร. กลาง ทราบทุกครั้ง) ส่วนในระดับจังหวัดนั้น งบ สปร. ร้อยละ 90 จะต้องจัดสรรไปให้สถานพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการภายในจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะกันบงอีกร้อยละ 9

สำหรับการเรียกจ่ายระหว่างสถานพยาบาล และที่เหลือร้อยละ 1 สำหรับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งมีเพียงงบส่วนหลังสุดร้อยละ 1 เท่านั้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถใช้ดุลยพินิจในการจ่ายเอง (ดูรายละเอียดเรื่องระเบียบและกระบวนการจัดสรรงบ สปร. ในตอนที่ 3 ของบทความนี้) ซึ่งระเบียบและกฎเกณฑ์เหล่านี้ได้จำกัดอำนาจนักการเมืองและผู้บริหารของกระทรวงรวมทั้งผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการใช้ “ดุลยพินิจ” ในการจัดสรรงบ สปร. ไปแทบจะหมดสิ้น ทำให้งบหมวด สปร. กลายมาเป็นงบที่ไม่เป็นที่ต้องการของผู้ที่มุ่งหาผลประโยชน์ในทางมิชอบ และน่าจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้มีการผลักดันให้ “แปลงงบ” 1,400 ล้านบาทก่อนหน้านี้ การแปลงงบทำให้นักการเมืองและ/หรือผู้บริหารในส่วนกลางและกรมกองต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ “ดุลยพินิจ” ในการจัดสรรงบลงไปสู่จังหวัดต่างๆ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกลับมามีอำนาจในการใช้ “ดุลยพินิจ” ในการจัดสรรงบภายในจังหวัดอีกครั้งหนึ่ง (รวมทั้งสามารถซื้อยาหรือเวชภัณฑ์เพื่อแจกจ่ายไปให้สถานพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดได้ด้วย)

ในแง่นี้ อาจถือได้ว่า เหตุการณ์ “แปลงงบ” ดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากความสำเร็จของการปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการ สปร. ซึ่งได้ออกระเบียบกระทรวงการคลังฯ มากำหนดวิธีการจัดสรรงบไปที่จังหวัดต่างๆ ตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิในจังหวัดนั้น และกำหนดด้วยการให้เงินสนับสนุนเพิ่มเติมแก่หน่วยบริการใดๆ จะต้องผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (กสปร. กลาง) ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามระเบียบกระทรวงการคลังฯ เมื่อต้นปี 2541 และเป็นที่ทราบกันดีว่ากรมการส่วนใหญ่ใน กสปร. กลางชุดนั้น (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรมการที่มาจากโรงพยาบาลชุมชนและกรมการที่เป็นบุคคลภายนอก) ต่างก็ถูกเลือกสรรมาจากข้าราชการในกระทรวงและบุคคลอื่นๆ ที่สนับสนุนแนวทางการปฏิรูปการเงินด้านสาธารณสุขให้มีความโปร่งใสแทบทั้งสิ้น

<p>กรอบที่ 2 ลำดับเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงงบประมาณหมวดเงินอุดหนุน (หมวด 800) มาเป็นหมวดค่าตอบแทนใช้สอย วัสดุ (หมวด 300)</p>	
<p>26 พ.ค. 41</p>	<p>คณะรัฐมนตรีมีมติรับหลักการและรายละเอียดของหนังสือแจ้งความ จ้างขอรับความช่วยเหลือทางวิชาการจากกองทุนการเงินระหว่าง ประเทศ (IMF) ฉบับที่ 4 ซึ่งกำหนดให้ปรับเป้าหมายงบประมาณ ของปี 2541 จากที่ต้องมีงบประมาณเกินดุลมาเป็นขาดดุลไม่เกิน ร้อยละ 1 ของ GDP และมอบหมายให้สำนักงานงบประมาณพิจารณา จัดสรรเงินคืนให้กับงาน โครงการ หรือรายการที่เคยถูกปรับลดงบ ประมาณ</p>
<p>2 มิ.ย. 41</p>	<p>คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติจัดสรรงบประมาณคืนให้ส่วนราชการต่างๆ 30,000 ล้านบาทเพื่อบรรเทาผลกระทบด้านสังคมอันเนื่องมาจาก วิกฤตเศรษฐกิจและลดผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงอัตราแลกเปลี่ยน เงินตราต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรรงบคืน 2,704 ล้านบาท โดยได้รับคืนในแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกัน สุขภาพ งานโรงพยาบาลผู้ที่มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือ เหลือเกิน งบเงินอุดหนุน 1,400 ล้านบาท</p> <p>รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้อภิปรายเสนอ ในที่ประชุมคณะรัฐมนตรีให้นำเงิน 1,400 ล้านบาท มาจัดสรร ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคเพื่อ นำไปชำระหนี้ค้ำยาแทน</p>
<p>คณะรัฐมนตรีอนุมัติในหลักการ ให้สำนักงานงบประมาณ ประสานงานกับกระทรวงต่างๆ ในการจัดสรรงบประมาณคืน</p>	

<p>9 มิ.ย. 41</p>	<p>สำนักงานประมาณเสนอแนวทางการจัดสรรงบประมาณคืนต่อคณะรัฐมนตรีตามข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเสนอให้แบ่งงบนี้เป็นสองส่วน โดยจัดสรรให้งานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด (โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไประดับจังหวัด) จำนวน 560 ล้านบาท และงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย) จำนวน 840 ล้านบาท โดยกำหนดให้จัดสรรเป็นงบค่าเวชภัณฑ์ในหมวดค่าใช้สอย เพื่อนำไปชำระหนี้ค่ายาและจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์เท่านั้น</p> <p>คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติการจัดสรรงบประมาณตามข้อเสนอย่างต้น</p>
<p>12 มิ.ย. 41</p>	<p>เลขาธิการคณะรัฐมนตรีทำหนังสือแจ้งการจัดสรรคืนงบประมาณประจำปี 2541 ถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ที่ นร. 0205/ว.103 วันที่ 12 มิถุนายน 2541)</p>
<p>6 ก.ค. 41</p>	<p>ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค ทำเรื่องถึงปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านรองปลัดฯ แจ้งการจัดสรรงบประมาณ 840 ล้านบาท ในหมวดค่าตอบแทนใช้สอยวัสดุ (เพิ่มเติม) (หมวด 300) โดยจะจัดสรรงบประมาณลงในบางจังหวัด* (บันทึกข้อความเลขที่ สธ.0212/23/4162 ลงวันที่ 6 กรกฎาคม 2541)</p>
<p>- 10 ก.ค. 41</p>	<p>กองโรงพยาบาลภูมิภาคทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปแจ้งการจัดสรรงบประมาณ 560 ล้านบาท ในแผนงานบริการสาธารณสุข งานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด หมวดค่าตอบแทนใช้สอย วัสดุ (300) (ที่ สธ.0211/051 ว.442 วันที่ 10 ก.ค. 2541)</p>

<p>16 ก.ค. 41</p>	<p>ผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาคทำเรื่องถึงปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขออนุมัติเปลี่ยนแปลงงบประมาณปี 2541 จากแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ งานโรงพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล หมวดเงินอุดหนุน (800) เป็นแผนงานบริการสาธารณสุข งานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ หมวดค่าตอบแทนใช้สอย วัสดุ (300) จำนวน 560 ล้านบาท (บันทึกข้อความเลขที่ สธ. 0211/05/1081 ลงวันที่ 16 ก.ค. 2541)</p> <p>กระทรวงสาธารณสุขทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ เพื่อขออนุมัติเปลี่ยนแปลงงบประมาณ 1,400 ล้านบาท จากงบประมาณแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ งานโรงพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล หมวดอุดหนุน (800) เป็นงานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอ หมวดค่าตอบแทนใช้สอย วัสดุ (300) (หนังสือที่ สธ.0211/05/916 ลงวันที่ 16 ก.ค. 2541)</p>
-------------------	---

หมายเหตุ:

*ถ้าเป็นงบ สป.ร.ง.บ.ในแต่ละงวดจะต้องจัดสรรให้ทุกจังหวัดตามกฎหมายที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงการคลังฯ พ.ศ. 2541 และตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลส่วนกลาง (กสปร. กลาง) (ดูตอนที่ 3)

ที่มา:

รวบรวมและสรุปจาก (1) ปปป. "รายงานการสืบสวนสอบสวนเรื่องการกล่าวหา ร้องเรียน เลขดำเลขที่ 41011217 กรณีทุจริตการจัดซื้อยา และเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข กรณีข้าราชการการเมือง" (2) กระทรวงสาธารณสุข "ข้อเท็จจริงงบประมาณ 1400 ล้านบาท" (ฉบับที่ 1: กันยายน 2541) และ (3) เอกสารสรุปของเครือข่าย 30 องค์กรพัฒนาเอกชน

3. การปฏิรูปการบริหารระบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการ ประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (พ.ศ. 2541 ถึงปัจจุบัน)

ในอดีต การจัดสรรงบประมาณของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ทำโดยทางกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรงบนี้ลงไปยังจังหวัดต่างๆ ตามหลักเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด หลักเกณฑ์การจัดสรรงบให้แก่จังหวัดต่างๆ ได้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงหลายครั้ง เช่น ในปี พ.ศ. 2536 ถึง 2537 ใช้วิธีจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรในจังหวัด จำนวนผู้มีบัตรสงเคราะห์ในจังหวัด หรือผลงานการบริการ ในปี พ.ศ. 2538 ใช้วิธีแยกบออกเป็นสองส่วน โดยบส่วนแรกจัดสรรให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และบส่วนที่สองจัดสรรให้โรงพยาบาลชุมชนและสถานีนามัย โดยการจัดสรรบทั้งสองส่วนนี้มาจากส่วนกลางโดยตรง ในปี พ.ศ. 2539 ถึง 2540 ใช้วิธีจัดสรรงบประมาณตามค่าใช้จ่ายของจังหวัดในการให้บริการแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยประเมินภาระค่าใช้จ่ายของแต่ละจังหวัดจากตัวแปรต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย โดยใช้ผลจากการประมาณการสมการถดถอยพหุ (multiple regression estimation) อย่างไรก็ตาม การจัดสรรงบประมาณของโครงการ สปร. ในช่วงดังกล่าวอาศัยแต่เพียงกลไกของระบบราชการส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขเป็นสำคัญ ซึ่งในหลายกรณีการจัดสรรงบนี้ไปยังแต่ละจังหวัดไม่ได้ขึ้นกับกฎเกณฑ์ที่วางไว้ทั้งหมด หากยังขึ้นกับดุลยพินิจของฝ่ายการเมืองและเจ้าหน้าที่ระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขด้วย โดยในบางครั้งมีการจัดสรรเงินไว้โดยผู้บริหารเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้บริหารเองหรือเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติตามนโยบายเฉพาะของผู้บริหารซึ่งไม่ได้เกี่ยวข้องกับโครงการโดยตรง⁹ และอาจกลายมาเป็นช่องทางในการทุจริตได้ด้วย

การทิ้งงบประมาณของโครงการ สปร. มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนปัจจุบันกลายมาเป็นบอดหนุนก้อนใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข (ปีละเกือบหมื่นล้านบาท) และการที่โครงการ สปร. ครอบคลุมผู้มีสิทธิถึงครึ่งประเทศ ทำให้มีความพยายามที่จะสร้างกลไกการจัดสรรบ สปร. ที่มีกฎกติกาที่ชัดเจนและเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ) ทั้งในระดับประเทศและในระดับจังหวัด เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสรรบนี้

ทั้งนี้ การปฏิรูปวิธีการบริหารจัดการระบบการเงินการคลังของโครงการ สปร. ครั้งสำคัญเกิดขึ้น โดยการผลักดันให้มีการออกระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ.2541⁵ ระเบียบนี้กำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลทั้งในระดับประเทศ (คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง หรือ กสปร. กลาง) และระดับจังหวัด (คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนจังหวัด หรือ กสปร. จังหวัด) ขึ้นมาเมื่อต้นปี 2541 โดยคณะกรรมการในทั้งสองระดับประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง และใน กสปร. กลางมีตัวแทนของประชาชนผู้มีสิทธิและตัวแทนจากสื่อมวลชน (สภาการหนังสือพิมพ์) ด้วย คณะกรรมการทั้งสองชุดมีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรเงินงบประมาณ แนวทางการปฏิบัติงานและหลักเกณฑ์การให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ ควบคุมตรวจสอบ และแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ ทั้งนี้ แนวทางหลักเกณฑ์ที่กำหนดโดย กสปร. จังหวัดจะต้องไม่ขัดกับข้อกำหนดของ กสปร. กลาง

นอกจากการสร้างกลไกที่จะจัดสรรงบ สปร. ที่มีกฎกติกาที่ชัดเจนและให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ) เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสรรงบนี้แล้ว ยังมีความพยายามที่จะให้เจ้าหน้าที่จากกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงบประมาณ และกรมบัญชีกลาง เข้ามาร่วมกำกับกำกับการใช้งบ สปร. ซึ่งเป็นวิธีที่ก่อให้เกิดระบบการถ่วงดุลย์ระหว่างกระทรวงขึ้นมาด้วย

3.1 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนและผู้ที่ยากจนและผู้ที่ยากจน พ.ศ. 2541

ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนและผู้ที่ยากจนและผู้ที่ยากจน พ.ศ. 2541 มีข้อกำหนดบางประการที่เป็นหัวใจของการปฏิรูปการใช้งบ สปร. ในระยะนี้ ได้แก่

- การกำหนดให้ใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ในการจัดสรรงบ สปร. ให้แต่ละจังหวัด โดยให้เปลี่ยนจากการจัดสรรแบบเดิมมาใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ 2541 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ในปีงบประมาณ 2542 และใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2543 เป็นต้นไป⁶

- การกำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีเงินสำรองไว้ที่ส่วนกลางไม่เกินร้อยละ 2.5 ของ วงเงินประจำงวด เพื่อใช้จ่ายเป็นเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด และเพื่อเป็นเงินสนับสนุนเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการกรณีมีเหตุจำเป็นพิเศษตามที่ กสปร. กลาง อนุมัติ

- การกำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีเงินสำรองในส่วนจังหวัดไม่เกินวงเงินที่ กสปร. กลางกำหนด เพื่อใช้สำรองจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลให้หน่วยงานนอกเขตอำเภอหรือจังหวัดหรือหน่วยบริการนอกสังกัดนอกกระทรวงสาธารณสุขในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยหรือในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน และเพื่อใช้จ่ายในการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค

- การกำหนดให้สามารถเบิกจ่ายงบ สปร. ในลักษณะค่าตอบแทนใช้สอยและวัสดุทำให้เงิน สปร. มีลักษณะคล้ายกับเงินอุดหนุนทั่วไป ทำให้หน่วยบริการมีความคล่องตัวในการบริหารการเงินสูงขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็มีการกำหนดข้อห้ามในการใช้จ่ายเงินที่ชัดเจนคือห้ามใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการต่างประเทศ

- การกำหนดให้มีกลไกในการจัดสรรงบ สปร. ที่มีกฎกติกากำกับที่ชัดเจนและเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และตัวแทนประชาชน) เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสรรงบนี้ โดยจัดตั้งคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลส่วนกลาง (กสปร. กลาง) และคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนจังหวัด (กสปร. จังหวัด) ขึ้นมากำหนดหลักเกณฑ์และจัดสรรเงินงบ สปร. ในระดับประเทศและในระดับจังหวัด

- การออกระเบียบกระทรวงการคลังมากำกับการบริหารและการจัดสรรงบ สปร. แทนการใช้ระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการสร้างหลักประกันให้กับกระบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุข ก่อให้เกิดระบบการถ่วงดุลระหว่างกระทรวง และลดโอกาสที่การปฏิรูปจะถูกล้มเลิกจากเปลี่ยนแปลงทางการเมืองหรือการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขเอง

การออกระเบียบกระทรวงการคลังฉบับนี้ เป็นการกำหนดกรอบการใช้จ่ายงบ สปร. ที่ต่างจากในอดีตมาก โดยระเบียบนี้กำหนดว่าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2543 เป็นต้นไป ทางส่วนกลางจะต้องจัดสรรงบเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.5) ให้กับแต่ละจังหวัดตามสัดส่วนของประชากรผู้มีสิทธิ ทำให้ทั้งฝ่ายการเมืองและข้าราชการประจำในกระทรวงหนึ่งใดจะไม่สามารถเข้ามาใช้ "ดุลยพินิจ" ในการจัดสรรงบนี้ไปในจังหวัดต่างๆ "ตามความเหมาะสม" อีกต่อไป และในจำนวนร้อยละ 2.5 ที่เหลือนั้น เงินส่วนใหญ่จะถูกใช้เป็นเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด และในกรณีอื่นๆ ที่ใช้เป็นเงินสนับสนุนเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการที่มีเหตุจำเป็นพิเศษก็จะต้องผ่านการอนุมัติโดย กสปร. กลาง

ในทำนองเดียวกัน ในระดับจังหวัดนั้น งบ สปร. ส่วนใหญ่จะต้องกระจายไปสู่หน่วยงานที่ให้บริการ โดยจะมีงบส่วนที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถเก็บเป็นเงินสำรองจ่ายสำหรับกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยหรือในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน และเพื่อใช้จ่ายในการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคในวงเงินหรือสัดส่วนที่ กสปร. กลางกำหนด

การปฏิรูประบบการจัดสรรงบ สปร. ในลักษณะนี้สะท้อนแนวคิดเรื่องการทำหน้าที่ด้านบริหาร (ในระดับประเทศคือกระทรวงสาธารณสุข และในระดับจังหวัดคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) เป็นผู้ซื้อบริการจากหน่วยงานที่ให้บริการ มากกว่าที่จะเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการเอง (ถึงแม้ว่าในกรณีนี้จะเป็นการ “ซื้อบริการ” จากหน่วยงานของรัฐด้วยตนเอง โดยการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยงานเหล่านี้ก็ตาม) โดยการจัดสรรผลงบ สปร. ตามระเบียบนี้ ทำให้ทั้งสำนักงานปลัดกระทรวงและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นผู้ส่งผ่านเงินไปให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่บริการและประสานงานในการเรียกเก็บค่าบริการข้ามหน่วยงานและในกรณีที่มูลค่าใช้จ่ายสูง และลดบทบาทด้านบริการลง ทำให้หน่วยงานบริหารเหล่านี้ไม่มีความจำเป็นต้องใช้งบประมาณด้านการบริการเป็นจำนวนมากอีกต่อไป ซึ่งจะเห็นได้ว่าการปฏิรูปการบริหารการเงินของโครงการ สปร. ครั้งนี้ ได้เปลี่ยนแปลงบทบาทและอำนาจการใช้จ่ายเงินของหน่วยงานสายบริหารของกระทรวงสาธารณสุขครั้งใหญ่ ซึ่งต่างจากในอดีตที่หน่วยงานเหล่านี้สามารถใช้มีดุลยพินิจในการใช้จ่ายงบประมาณค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีเงินงบประมาณส่วนใหญ่อยู่ในมือ การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่และอำนาจการใช้งบ สปร. ของหน่วยงานสายบริหารและสายบริการก่อให้เกิดคำถามหรือข้อท้วงติงจากบางฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (เช่น มีข้อท้วงติงว่าการที่ส่วนกลางมีหนังสือแจ้งให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบอำนาจในการบริหารงบประมาณให้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและการกำหนดให้สถานีอนามัยเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชนเป็นวิธีที่ไม่สอดคล้องกับระเบียบวิธีบริหารราชการแผ่นดิน)⁷ แต่เมื่อพิจารณาจากผลการดำเนินงานและปัญหาการบริหารจัดการงบประมาณในกระทรวงสาธารณสุขของหน่วยงานสายบริหารจากกรณีการทุจริตยา 1,400 ล้านบาท ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดถึง 34 แห่งแล้ว ก็น่าจะถือได้ว่าการปฏิรูปการบริหารการเงินการคลังของงบ สปร. ตามระเบียบกระทรวงการคลังฉบับนี้เป็นการปฏิรูปที่มีความจำเป็นและมีความสมเหตุสมผลในตัวเอง

การจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวอาจดูไม่เป็นธรรมนักสำหรับจังหวัดที่มีปัญหาเฉพาะด้าน เช่น ทางด้าน demographic หรือมีปัญหาเรื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางโรคมากเป็นพิเศษ แต่การกำหนดระเบียบให้สามารถเบิกกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูงจากงบที่กันเอาไว้ที่ส่วนกลางก็เป็นแนวทางหนึ่งที่จะนำมาใช้แก้ปัญหานี้ได้ นอกจากนี้ ในปัจจุบันจังหวัดที่มีปัญหาเฉพาะด้านก็มักจะดึงพิเศษจากส่วนกลาง เช่น งบโรคเอดส์ และงบชาวเขา เป็นต้น แต่ในอนาคต ถ้ามีการสร้างระบบประกันสุขภาพในลักษณะของการรวมกองทุนต่างๆ มาเป็นผู้ซื้อบริการรายเดียว (single purchaser) ก็อาจมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนระบบจากการเหมาจ่ายรายหัวมาเป็นระบบที่มีความยืดหยุ่นมากขึ้น (ตัวอย่างเช่น การเหมาจ่ายรายหัวในอัตราที่ต่างกัน หรือ differential capitation⁸) แต่การจัดสรรงบประมาณภายใต้กรอบและข้อจำกัดต่างๆ ในปัจจุบันนั้น มีความจำเป็นต้องคำนึงถึงการแลกกัน (trade-off) ความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณกับการแก้ปัญหาการรั่วไหลของงบประมาณจำนวนมากที่ถ้ารั่วไหลไปแล้วย่อมจะไม่ให้ประโยชน์ใดใดแก่ประชาชนผู้มีสิทธิเหล่านั้น ทำให้การประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการจะต้องคำนึงถึงบริบทที่กว้างไปกว่าประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณ และจะต้องให้น้ำหนักกับความสามารถในการลดการรั่วไหลของเงินงบประมาณด้วย ซึ่งถ้าประเมินในบริบทหลังนี้ การปฏิรูปตามแนวทางที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541 ก็น่าจะเป็นแนวทางปฏิรูปที่จะนำประโยชน์ไปสู่ผู้มีสิทธิมากกว่าแนวทางอื่น อย่างน้อยก็ในระยะแรกซึ่งการปฏิรูปตามแนวทางนี้สามารถเปลี่ยนจากระบบที่การจัดสรรงบประมาณเคยขึ้นกับดุลยพินิจของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงมาเป็นระบบที่มีกฎกติกาและคณะกรรมการผู้คุมกฎที่มีความชัดเจนมากขึ้น แต่ทั้งนี้ ประสิทธิภาพในการจัดสรรงบ สปร. ไปสู่ประชาชนผู้มีสิทธิตามแนวทางนี้ มีส่วนที่ถูกกำหนดอย่างมากจากประสิทธิภาพของกลไกที่ระเบียบนี้สร้างขึ้นมากเพื่อกำกับการจัดสรรงบ สปร. ซึ่งกลไกเหล่านี้ได้แก่ กสปร. กลาง และ กสปร. จังหวัด

3.2 คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ส่วนกลาง (กสปร. กลาง)

องค์ประกอบและกระบวนการคัดเลือกคณะกรรมการ

ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541 กำหนดให้ตั้งคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (กสปร. กลาง) ซึ่งมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานและมีหน้าที่แต่งตั้งคณะกรรมการนี้ โดยคณะกรรมการส่วนที่มาจากหน่วยงานราชการต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นรองประธาน อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัย อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ และผู้อำนวยการสำนักประกันสุขภาพ คณะกรรมการภาครัฐท่านอื่นๆ ประกอบด้วย ผู้แทนสำนักงบประมาณ ผู้แทนกรมบัญชีกลาง ผู้แทนกรมประชาสัมพันธ์ ผู้แทนสถานพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และผู้แทนกรุงเทพมหานคร ซึ่งตามปกติแล้วหน่วยงานต้นสังกัดจะเป็นผู้คัดเลือกและส่งชื่อกรรมการมาเองโดยไม่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข

กรรมการอีกส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญคือกรรมการจำนวน 12 คนจากหน่วยงานส่วนภูมิภาค ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข อันได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จำนวน 4 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 4 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 4 คน ซึ่งมาจากการแต่งตั้งของปลัดกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าในทางปฏิบัติปลัดกระทรวงสาธารณสุขอาจขอให้ต้นสังกัดส่งรายชื่อมา (เช่น ให้กองโรงพยาบาลภูมิภาค ส่งรายชื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 4 คนมาให้ เป็นต้น)

นอกจากนี้ ก็มีตัวแทนจากหน่วยงานเอกชน คือ ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ผู้แทนสภาการหนังสือพิมพ์จำนวน 1 คน และผู้แทนผู้มีสิทธิจำนวนไม่เกิน 3 คน ซึ่งในกรณี

จะเห็นได้ว่า ถึงแม้ว่าโดยโครงสร้างของ กสปร. กลางจะให้ความสำคัญกับการมีตัวแทนของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง แต่ยังคงขาดกระบวนการสรรหาที่จะสร้างหลักประกันว่าจะได้ตัวแทนที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ตัวอย่างเช่น การเลือกผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 4 คนจากจำนวนเกือบหนึ่งพันคน หรือในกรณีของตัวแทนผู้มีสิทธิ ซึ่งระเบียบไม่ได้กำหนดไว้เสียด้วยซ้ำว่าเป็นตัวแทนของผู้มีสิทธิกลุ่มใดใน 6 กลุ่ม ดังนั้น ถึงแม้ว่าการจัดตั้ง กสปร. กลาง จะสะท้อนถึงความพยายามที่จะให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางและการจัดสรรงบประมาณมากขึ้น แต่ที่มาของกรรมการและลักษณะขององค์กรของ กสปร. กลางก็ไม่ต่างจากคณะกรรมการอื่นๆ ของภาครัฐ ซึ่งกรรมการส่วนที่เป็นตัวแทนของภาครัฐจะรับผิดชอบ (accountable) ต่อผู้บังคับบัญชาตามสายงานของตน แต่จะไม่ต้องรับผิดชอบต่อผู้มีสิทธิ และไม่ถูกตรวจสอบโดยหน่วยงานระดับปฏิบัติการที่มีส่วนได้เสียกับการจัดสรรงบ

การมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ของกรรมการ กสปร. กลาง

จากการสัมภาษณ์กรรมการ กสปร. กลางบางท่าน (และจากการที่ผู้วิจัยได้เข้าไปสังเกตการณ์ในที่ประชุม กสปร. กลางหนึ่งครั้ง) สามารถสรุปจุดอ่อนบางประการในด้านการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ของกรรมการในการประชุม กสปร. กลาง มาเป็นตัวอย่างโดยสังเขปคือ

- กรรมการที่เป็นบุคคลภายนอก (รวมทั้งตัวแทนผู้มีสิทธิบางท่าน) แทบจะไม่ได้มาร่วมประชุมเลย ทั้งๆ ที่ได้มีการทบทวนก่อนที่จะมีการแต่งตั้งแล้ว ซึ่งอาจจะเป็นเพราะเนื้อหาการประชุมมีประเด็นทางเทคนิคที่ค่อนข้างซับซ้อน ทำให้ผู้ที่ไม่มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรงไม่สามารถตามประเด็นได้ทันหรือสามารถเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นฝ่ายกระทำได้
- กรรมการบางท่านมีความเห็นว่ามี ความขัดแย้งหรือแบ่งเป็นฝักฝ่ายระหว่างกรรมการภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง ในบางกรณีก็เป็นความขัดแย้งระหว่างสายบริหารกับสายบริการ

- ฝ่ายเลขานุการมีบทบาทที่สำคัญมากในการประชุม แต่ในระยะสองปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากรในสำนักงานประกันสุขภาพค่อนข้างมาก ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของ กสปร. กลาง

บทบาทและมติของ กสปร. กลางในด้านการปฏิรูปการจัดสรรงบ สปร.

ในการประชุม กสปร. กลางในระหว่างปี 2541-42 นั้น กสปร. กลางได้มีพิจารณาและมีมติและประกาศที่สำคัญในด้านการปฏิรูประบบการบริหารการเงินของโครงการ สปร. ดังนี้

- การกำหนดแนวทางการใช้เงินสำรองที่กั้นไว้ที่ส่วนกลางในวงเงินไม่เกินร้อยละ 2.5 ของวงเงินประจำงวด โดย กสปร. กลางมีมติให้นำมาใช้จ่ายเป็นเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และใช้เป็นเงินสนับสนุนเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการกรณีมีเหตุจำเป็นและฉุกเฉินไม่เกินร้อยละ 10 ซึ่งเงินส่วนหลังนี้มอบให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้พิจารณาจ่ายแล้วรายงานให้ กสปร. กลาง ทราบทุกครั้ง (มติ กสปร. กลาง ครั้งที่ 2/2541)

- การกำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีเงินสำรองในส่วนจังหวัดไม่เกินร้อยละ 10 ของงบ สปร. ของจังหวัด เพื่อใช้สำรองจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลให้หน่วยงานนอกเขตอำเภอหรือจังหวัดหรือหน่วยบริการนอกสังกัดนอกกระทรวงสาธารณสุขในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยหรือในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน และเพื่อใช้จ่ายในการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค ทั้งนี้ ให้ กสปร. จังหวัด เป็นผู้พิจารณาวางเงินเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค และเกลี่ยงบที่เหลือคืนให้หน่วยบริการ (มติ กสปร. กลาง ครั้งที่ 2/2541) ต่อมาในปีงบประมาณ 2542 ได้กำหนดให้จัดสรรงบเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคไม่เกินร้อยละ 10 ของงบที่กั้นไว้ (หรือเท่ากับร้อยละ 1 ของงบ สปร. ของจังหวัด)

- การกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเงินชดเชยสำหรับการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการข้ามจังหวัดหรือนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้ยังไม่ต้องมีการจ่ายชดเชยข้ามหน่วยงานในปีงบประมาณ 2541 และ 2542 โดยให้สำนักงานประกันสุขภาพเตรียมร่างระเบียบสำหรับปีงบประมาณ 2543 แต่ให้มีการจ่ายเงินชดเชย

สำหรับระหว่างหน่วยบริการภายในจังหวัดเดียวกันตามดุลยพินิจของ กสปร. จังหวัด โดยอาจพิจารณาใช้น้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่สำนักงานประกันสุขภาพทำขึ้น (มติ กสปร. กลาง ครั้งที่ 2/2541)

- การกำหนดแนวทางเฉพาะเรื่อง เช่นการออกบัตร สปร.การจัดสรรงบนักเรียนการให้สิทธิทหารผ่านศึก การพิจารณาสิทธิในการใช้ห้องพิเศษอวัยวะเทียมและการล้างไตเป็นต้น

โดยภาพรวมแล้ว การดำเนินการของ กสปร. กลางในช่วงสองปีแรก (2541-42) มีบทบาทที่สำคัญในการผลักดันการปฏิรูปตามแนวทางที่กำหนดเอาไว้ในระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือ เกื้อกูล พ.ศ. 2541 อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรก ตัวอย่างเช่น ในการประชุม กสปร. กลาง ครั้งที่ 2/2541 เพียงครั้งเดียว ได้มีมติหลายประการออกมากำกับกับการปฏิรูประบบการเงินของบ. สปร. ตามแนวทางที่กำหนดเอาไว้ในระเบียบกระทรวงการคลังฉบับนี้

3.3 คณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนจังหวัด (กสปร. จังหวัด)

ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541 กำหนดให้ผู้ว่าราชการจังหวัดตั้งคณะกรรมการจัดสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลส่วนจังหวัด (กสปร. จังหวัด) โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน เทศมนตรีผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขของเทศบาลทุกแห่ง ประธานสภาจังหวัด ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปหนึ่งคน ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนหนึ่งคน ผู้แทนสถานพยาบาลนอกสังกัดที่เป็นหน่วยราชการหนึ่งคนและที่เป็นเอกชนหนึ่งคน ผู้แทนกรรมการในองค์การบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอหนึ่งคน ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรมป้องกันเป็นกรรมการและเลขานุการ และหัวหน้างานประกันสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่หลักๆ ของ กสปร. จังหวัดที่ระบุไว้ในระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541 ได้แก่ (1) กำหนดแนวทาง วิธีปฏิบัติงาน หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการบริการผู้มีสิทธิ โดยไม่ขัดแย้งกับหลักเกณฑ์ที่ กสปร. กลาง ประกาศ (2) พิจารณาคัดเลือกหน่วยบริการนอกสังกัด เข้าร่วมโครงการเสนอ กสปร. กลาง ให้ความเห็นชอบ (3) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจัดสรรเงินอุดหนุนให้หน่วยบริการในและนอกสังกัด และการใช้จ่ายเงินอุดหนุนเพื่อสนับสนุนการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ผู้มีสิทธิ โดยไม่ขัดแย้งกับหลักเกณฑ์ที่ กสปร. กลาง ประกาศ

บทบาทและปฏิสัมพันธ์ของฝ่ายต่างๆ ใน กสปร. จังหวัด

จากการเดินทางไปศึกษาเบื้องต้นและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน 6 จังหวัด ได้ภาพที่ค่อนข้างตรงกันคือ

- กสปร. จังหวัดเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทค่อนข้างน้อย หลายจังหวัดจัดประชุม กสปร. จังหวัดเพียงปีละครั้งเพื่อจัดสรรงบ สปร. เพียงเพื่อให้เป็นไปตามข้อบังคับที่กำหนดในระเบียบกระทรวงการคลังฉบับนี้
- เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่มาจากหน่วยงานอื่นไม่สนใจมาร่วมประชุม หรือถ้ามาก็ไม่ค่อยออกความคิดเห็น ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากความรู้สึกว่าเป็น “คนนอก” และ “ไม่อย่ากล้าแดน”
- ตัวแทนสถานพยาบาลเอกชนไม่ค่อยสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการเนื่องจากเห็นว่าเป็นเงินน้อย (ในขณะที่เดียวกัน กสปร. กลางเองก็มีมติให้ชดเชงการใช้บริการจากสถานบริการเอกชนเอาไว้ก่อนด้วย)
- ตัวแทน อบต. มักจะไม่สนใจเข้ามา มีบทบาทในงานด้านการรักษาพยาบาล เพราะเห็นว่าเป็นงานด้านที่ตนไม่มีความรู้หรือความถนัด
- ตัวแทนเทศบาลเริ่มหันมาสนใจโครงการนี้มากขึ้น ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากเหตุผลด้านงบประมาณของโครงการ

4. ข้อพิจารณาในการปฏิรูปตามแนวทางนี้

แม้ว่าการปฏิรูปการบริหารระบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลบนพื้นฐานของการออกกระเปียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541 โดยการสร้างกลไก (กสปร. กลาง และ กสปร. จังหวัด) ขึ้นมากำกับ จะประสบความสำเร็จในหลายด้าน แต่ก็ยังมีข้อพิจารณาหลายประการที่ควรคำนึงถึง และมีจุดอ่อนบางประการที่ควรได้รับการแก้ไขปรับปรุง ตัวอย่างประเด็นเหล่านี้ได้แก่

- ถึงแม้ว่าในปัจจุบันบ สปร. เป็นบอุดหนุนทั่วไปที่การใช้เงินมีความคล่องตัวมากขึ้นแต่การที่บ สปร. ยังคงมีสถานะเป็นเงินงบประมาณ และยังมีข้อจำกัดในการใช้เงินบางประการ (ซึ่งก็มีส่วนที่มีความจำเป็นถ้าเราต้องการควบคุมความตรงของงบประมาณ) ทำให้สถานพยาบาลยังคงนิยม “แปลงเงิน” สปร. เป็นเงินบำรุง โดยนำบ สปร. ไปซื้อยาและเวชภัณฑ์สำหรับทั้งสถานพยาบาล และเก็บรายได้เข้าไปไว้ในบัญชีเงินบำรุงของโรงพยาบาล แทน ซึ่งปัญหานี้จะยังคงอยู่ตราบที่การปฏิรูประบบการประกันสุขภาพยังไม่สามารถเกิดขึ้นพร้อมกันทั้งระบบ (อย่างไรก็ตาม แนวทางการรวมกองทุน และการให้มีผู้ซื้อบริการรายเดียว หรือ single purchaser น่าจะช่วยแก้ปัญหานี้ลงไปได้บ้าง)

- ความสมดุลของการรวมศูนย์และการกระจายอำนาจ ความพยายามที่จะแก้ปัญหการรั่วไหลของงบประมาณทำให้เกิดการสร้างระบบที่ต้องการควบคุมที่รัดกุม ระบบนี้จึงให้ความสำคัญกับ กสปร. กลางค่อนข้างมาก ขณะที่ยังให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจค่อนข้างน้อย หน่วยงานระดับกลางและประชาชนผู้มีสิทธิมีบทบาทในการตัดสินใจค่อนข้างน้อย ในทางปฏิบัติประชาชนผู้มีสิทธิส่วนใหญ่ไม่ได้รับโอกาสในการเลือกสถานพยาบาลของตนเองเสียด้วยซ้ำ

- กสปร. กลาง และ กสปร. จังหวัดถูกตั้งขึ้นมาเพื่อให้ฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการควบคุมการใช้บ สปร. โดยพยายามตั้งตัวแทนฝ่ายต่างๆ เข้ามาร่วม แต่องค์กรทั้งสอง (รวมทั้งองค์กรในระดับอำเภอ เช่น คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ หรือ คปสอ.) ยังเป็นคณะกรรมการแบบราชการ ซึ่งฝ่ายบริหารในกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้แต่งตั้งกรรมการ

ยังเป็นคณะกรรมการแบบราชการ ซึ่งฝ่ายบริหารในกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้แต่งตั้งกรรมการเกือบทั้งหมด (ในกรณีของ กสปร. กลาง) หรือเป็นผู้ทำเรื่องเสนอแต่งตั้ง (กสปร. จังหวัด) ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างกรรมการส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในเชิงอำนาจการบริหารเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย และยิ่งขาดกระบวนการสรรหาที่จะทำให้ได้กรรมการที่มีความรู้ความสามารถและรักษาผลประโยชน์ของประชาชนผู้มีสิทธิให้ดีที่สุด ทำให้ยังไม่มีหลักประกันที่ชัดเจนที่จะสามารถป้องกันไม่ให้ฝ่ายการเมืองหรือผู้บริหารของกระทรวงฯ เข้ามาแทรกแซงการทำงานของคณะกรรมการเหล่านี้ในอนาคต ในระยะยาว จึงควรผลักดันให้มีการกำหนดคุณสมบัติและกระบวนการสรรหาหรือเสนอชื่อกรรมการ จากหน่วยงานระดับล่างและประชาชนผู้มีสิทธิกลุ่มต่างๆ อย่างเป็นระบบและรัดกุมมากขึ้น เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะได้กรรมการที่มีความรู้ความสามารถและรักษาผลประโยชน์ของประชาชนผู้มีสิทธิให้ดีที่สุด และจะสามารถป้องกันไม่ให้ฝ่ายการเมืองหรือผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสามารถใช้อำนาจที่ตนมีอยู่มาสร้างให้ กสปร. กลางกลายเป็นตรายางหรือเครื่องมือในการแสวงหาผลประโยชน์ได้

- ความพยายามแก้ปัญหาความตรงของงบประมาณ (ป้องกันไม่ให้งบประมาณถูกนำไปใช้ในด้านอื่นที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้มีสิทธิในโครงการ) โดยผูกกับระเบียบกระทรวงการคลังฯ เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่มีประสิทธิผล แต่คงไม่สามารถสร้างหลักประกันให้กับการปฏิรูปในระยะยาวได้เหมือนกับกรณี พรบ. มารองรับ¹⁰ ดังนั้นในระยะยาวผู้ที่เกี่ยวข้องควรผลักดันให้มี พรบ. สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลขึ้นมาแทนระเบียบกระทรวงการคลัง/ระเบียบสำนักนายกฯ (หรือผลักดัน พรบ. สุขภาพแห่งชาติ ในกรณีที่แนวทางการปฏิรูปจะมุ่งไปสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนทั้งประเทศในอนาคต)

- การปฏิรูปที่ผ่านมามุ่งเน้นที่การขจัดปัญหาการรั่วไหลของเงินงบประมาณที่เกิดขึ้นในส่วนกลางที่อาจเกิดจากนักการเมืองหรือผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงฯ อย่างไรก็ตามเมื่อทรัพยากรถูกกระจายลงไปสู่ระดับท้องถิ่นมากขึ้น ก็มีความจำเป็นที่ต้องมีหลักเกณฑ์การใช้หรือจัดสรรเงินที่ชัดเจนเพื่อป้องกันการรั่วไหลที่อาจเกิดขึ้นในระดับท้องถิ่นมากขึ้น ในระยะยาวนั้น ถ้าโรงพยาบาลยังอยู่ในระบบราชการ กระทรวงสาธารณสุขควรสร้างกลไกในการกำกับดูแลการใช้จ่ายเงินให้มีความรัดกุม แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องพยายามรักษาความคล่องตัว

ในการทำงานของหน่วยงานระดับล่าง ทางเลือกทางหนึ่งที่เป็นไปได้คือการสร้างระบบให้มีการตรวจสอบและคานอำนาจกันเองในหน่วยงานระดับล่างที่เกี่ยวข้อง ในปัจจุบันแม้ว่าการจัดสรรงบประมาณ สปร. ของแต่ละจังหวัดในแต่ละระดับนั้น จะมีองค์กกรกลาง (เช่น คปสอ. ในระดับอำเภอ) ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากสถานพยาบาลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่อำนาจการต่อรองและการคานอำนาจของสถานพยาบาลเหล่านั้นยังไม่เท่าเทียมกัน เช่น สถานีอนามัยกับโรงพยาบาลชุมชน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบปัจจุบันซึ่งโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้กุมเงิน สปร. สำหรับอำเภอนั้นๆ) ดังนั้น การตรวจสอบกันเองจึงเกิดขึ้นได้ยาก

5. สรุป

แม้ว่าจะเป็นที่เชื่อกันอย่างกว้างขวางว่าการทุจริตจะสามารถทำให้ลดน้อยลงไปได้โดยการสร้างระบบและกลไกขึ้นมาป้องกัน แต่ที่ผ่านมา ความพยายามสร้างกลไกในการป้องกันการทุจริตในระบบราชการมักจะถูกกล่าวถึงอย่างเป็นทางการ สื่อมวลชน หน่วยงานที่อยู่นอกระบบราชการ หรือจากหน่วยงานราชการอื่นๆ ที่ไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับหน่วยงานราชการนั้นโดยตรงเป็นส่วนใหญ่ และในหลายกรณีไม่ผู้จะได้รับความสนใจจากหน่วยงานราชการเองนัก ซึ่งผู้สังเกตการณ์ภายนอกก็มีความเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่แต่ละหน่วยงานจะพยายามรักษามวลประโยชน์และไม่ต้องการ “ทุบหม้อข้าว” ของตนเอง

ในแง่นี้ การผลักดันการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โดยเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเองจึงเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง เป็นที่น่าสังเกตว่าการปฏิรูปครั้งนี้ได้พยายามสร้างกลไกขึ้นมาในระบบราชการเอง และพยายามสร้างระบบการมีส่วนร่วมและการถ่วงดุลอำนาจระหว่างกระทรวงรวมทั้งการสร้างกลไกภายในกระทรวงเองที่เปลี่ยนจากการตัดสินใจโดยดุลยพินิจของรัฐมนตรีหรือผู้บริหารระดับสูงมาเป็นการตั้งคณะกรรมการซึ่งมีองค์ประกอบที่แน่ชัดมาทำหน้าที่กำหนดกฎเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณ และพยายามดึงเอาผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการเข้ามามีส่วนร่วมในคณะกรรมการชุดต่างๆ ด้วย

บทความนี้ยังไม่สามารถประเมินผลความสำเร็จของการปฏิรูประบบการเงินการคลังของโครงการ สปร. ที่มีต่อการให้บริการด้านสาธารณสุขอย่างรอบด้าน แต่ได้ชี้ให้เห็นว่าอย่างน้อยที่สุดการปฏิรูปครั้งนี้ประสบความสำเร็จในการป้องกันการทุจริต และกลายเป็นเครื่องมือสำคัญที่ชัดเจนไม่ให้ผู้มีอำนาจสามารถเบียดบังงบประมาณส่วนนี้ไปใช้ได้ง่าย ๆ ยังผลให้ผู้พยายามหาผลประโยชน์นี้ต้องหาทาง “แปลงบ” และต้องเลือกใช้วิธีที่มีความเสี่ยงมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การเปิดโปงการทุจริตฯ 1,400 ล้านบาทในที่สุด

Note

ข้อมูลที่ใช้ในบทความนี้มาจากผลการวิจัยของ “โครงการวิจัยประเมินผลการปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล” ซึ่งเป็นโครงการวิจัยภายใต้โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข (Health Care Reform in Thailand) โครงการนี้อยู่ภายใต้การดูแลของมูลนิธิสาธารณสุขไทย และได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากสหภาพยุโรป ผู้เขียนขอขอบคุณ นพ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นพ. สัมฤทธิ์ ศรีธีรวงศ์ นพ. วราวุธ สุรฤกษ์ และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยในหลายจังหวัดที่ได้กรุณาให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ อาจารย์อัมมาร สยามวาลา กรุณาอ่านฉบับร่างของบทความนี้และให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์หลายประการ

- 1 ดู มงคล ณ สงขลา และ ดำรงค์ บุญยืน ‘แถลงข่าว “ตู้กระทรวงสาธารณสุข”’ นอกจากนั้น การที่ชมรมแพทย์ชนบทเคยออกมาระบุในปี 2541 ว่ามีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดถึง 49 จังหวัดที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทุจริตฯ 1,400 ล้าน และการตั้งคณะกรรมการสอบสวนข้อเท็จจริงการซื้อขายแพ่งผ่านองค์การเภสัชกรรมของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดถึง 34 จังหวัดเมื่อกลางปี 2543 ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นว่าการทุจริตเกี่ยวข้องกับบุคคลากรของกระทรวงจำนวนมาก น่าจะเป็นข้อมูลแวดล้อมที่ชวนให้สงสัยว่าการทุจริตไม่ใช่ปรากฏการณ์ใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในกระทรวงสาธารณสุข
- 2 ในปีงบประมาณ 2541 โครงการ สปร. ได้รับการจัดสรรงบ 9,532.2 ล้านบาท หลังจากเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ ถูกตัดงบประมาณครั้งเหลือ 7,029.8 ล้านบาท (ดูรายละเอียดในกรอบที่ 1)
- 3 จะสังเกตได้ว่าเส้นความยากจนที่ใช้ในโครงการนี้มีความแตกต่างจากเส้นความยากจนเส้นต่างๆ ที่ทางราชการและนักวิชาการมักอ้างถึง ดูรายละเอียดเรื่องนี้เพิ่มเติมใน อัญชนา (2542) และอัญชนาและคณะ (2541)
- 4 ดู สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ “ปฏิรูปบริษัทยาผู้มีรายได้น้อย: คนจนได้ประโยชน์อะไร” มติชน 2541.
- 5 แม้ว่าจะระบียบดังกล่าวจะเป็นระเบียบของกระทรวงการคลัง แต่การผลักดันให้เกิดการออกระเบียบดังกล่าวมีจุดเริ่มมาจากเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข
- 6 ทั้งนี้ ในช่วงที่ยังไม่ได้ใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวทั้งหมดในปี 2543 นั้น การจัดสรรงบ สปร. ไปสู่จังหวัดต่างๆ

- ก็ต้องดำเนินตามแนวทางและเกณฑ์ที่ กสปร. กลาง กำหนด
- 7 ดูบันทึกการประชุม กสปร. กลาง ครั้งที่ 2/2542
 - 8 แต่ในขณะที่เดียวกันก็ควรพิจารณาประเด็นที่จะกล่าวถึงในย่อหน้าถัดไปด้วย
 - 9 ถึงแม้ว่า กรรมการเหล่านี้อาจต้องตอบคำถามกรรมการเสียงส่วนน้อยที่เป็นตัวแทนของผู้มีสิทธิใน กสปร. กลาง ด้วยก็ตาม
 - 10 หลังจากที่ได้มีการใช้ระเบียบกระทรวงการคลังเพียงหนึ่งปี ทางกระทรวงสาธารณสุขก็ได้เตรียมที่จะเสนอแก้ไขระเบียบกระทรวงการคลัง ถึงแม้ว่าการเสนอแก้ไขในบางประเด็นจะมีเหตุผลพอสมควร และการแก้ไขจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกระทรวงการคลัง แต่ก็เป็นเรื่องบ่งชี้ว่าการที่มีระเบียบกระทรวงการคลังอาจจะไม่ใช่หลักประกันที่เพียงพอเสมอไป

บรรณานุกรม

- กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข. 2537. *วิเคราะห์ผลการให้บริการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ด้านการรักษาพยาบาล*. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ "ปฏิรูปงบบุคลากรผู้มีรายได้น้อย: คนจนได้ประโยชน์อะไร" *มติชน*. 2541. สัมฤทธิ์ ศรีธารงสวัสดิ์. "ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการปฏิรูประบบการการเงินการคลัง : โครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล". *วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข*, 1 (มกราคม - มีนาคม) : 24-42.
- สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2537. *เอกสารประกอบการประชุมกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การพิจารณาจัดสรรงบประมาณสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล (สปร.) ปีงบประมาณ 2538*. 12 ธันวาคม.
- _____. 2540. *คู่มือการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล*. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- _____. 2540b. *เอกสารเตรียมการชี้แจงต่อคณะกรรมการพิจารณา พรบ. งบประมาณ 2541 งานสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล สำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล*. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- _____. 2541. *คู่มือการบริหารงบประมาณและการบัญชีปฏิบัติงานรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล*. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- อัญชานา ณ ระนอง. 2542. "แนวคิดและวิธีวัดความยากจนในประเทศไทย" *วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์ ฉบับพิเศษ 60 ปีอาจารย์อัมมาร สยามวาลา*.
- อัญชานา ณ ระนอง มัทนา พานานิรามย์ และปริญญาวัฒน์ เลี้ยงเจริญ. 2541. *โครงการพัฒนาแบบสำรวจเพื่อการสำรวจประชากรกลุ่มเฉพาะ (กลุ่มยากจนในเมืองและในชนบท)*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย