

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศฟิลิปปินส์

จรวยพร ศรีศลักษณ์*

อรสา ไวยินท-**

การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น ได้มีการดำเนินงานมานานในประเทศฟิลิปปินส์ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๕. ส่วนประเทศไทยได้ริเริ่มผลักดันการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๕ จนกระทั่งสามารถนำมาดำเนินการได้ใน พ.ศ. ๒๕๕๐. อย่างไรก็ตาม การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่นยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มรูปแบบเช่นประเทศฟิลิปปินส์.

ดังนั้นการศึกษาศึกษาการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่นจากประสบการณ์ของประเทศฟิลิปปินส์ซึ่งดำเนินการมานานถึง ๑๗ ปี ที่มีผลกระทบต่อพัฒนาสุขภาพทั้งด้านบวกและลบ สามารถนำมาปรับปรุงให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันของประเทศไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนการดำเนินงานในรูปแบบของกระจายอำนาจ และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ.

Decentralization has fully materialized in the Philippines over a period spanning almost two decades. In Thailand, decentralization was initiated as early as 1932, but materialized only in 2007. However, decentralization process in the health sector has been delayed in the devolution of health service facilities from the central to local government levels.

Lessons learned from the Philippines, which has fully implemented decentralization for 17 years, will be very valuable lessons for learning about the positive and negative impacts arising from decentralization in order to provide policy options for Thailand so that it can avoid negative impacts and follow successful policy measures in support of the decentralization process of health services to the local government level.

ป ระเทศฟิลิปปินส์ ประกอบด้วยเกาะมากกว่า ๗,๐๐๐ เกาะ มีภาษาท้องถิ่นถึง ๒๕ ภาษา และ ๖๓ เชื้อชาติชนกลุ่มน้อย, มีประชากรประมาณ ๘๖ ล้านคน. ใน พ.ศ. ๒๐๐๖ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของฟิลิปปินส์ประมาณร้อยละ ๓.๒ ของ

รายได้ประชาชาติ. การกระจายอำนาจเกิดจากกฎหมายองค์กรท้องถิ่นชื่อ The Local Government Code โดยหวังว่าท้องถิ่นจะตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดีกว่า และรวดเร็วกว่า. การกระจายอำนาจเกิดขึ้นใน ๕ หน่วยงาน ได้แก่

*สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

**สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

การเกษตร, บริการสังคม, การบำรุงสิ่งสาธารณะและทางหลวง, การดูแลปกป้องสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพ. ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงถ่ายโอนภารกิจและทรัพยากรให้ท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ ๖๒ ของบุคลากร, ร้อยละ ๔๒ ของงบประมาณด้านสาธารณสุข และร้อยละ ๓๓ ของโรงพยาบาลรัฐ ถ่ายโอนให้ ๑๗ เขต, ๘๑ จังหวัด, ๑๑๗ เมือง, ๑,๔๙๔ เทศบาล และ ๔๑,๙๔๕ หมู่บ้าน. องค์กรท้องถิ่นมีอำนาจในการเก็บภาษีท้องถิ่น. การกระจายอำนาจในฟิลิปปินส์ได้รับการต่อต้านอย่างรุนแรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรเอกชน.^(๑) นอกจากนี้ยังมีข้อวิจารณ์ว่ารัฐบาลกระจายอำนาจเพราะต้องการลดต้นทุนของรัฐบาลกลางลง โดยให้ท้องถิ่นเป็นผู้จัดหารายได้เอง. หลังการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น ๔ ปี มีการประเมินพบว่า การกระจายอำนาจได้ก่อปัญหามากมาย เช่น เวชภัณฑ์รักษาพยาบาลขาดแคลน, เจ้าหน้าที่ขาดขวัญและกำลังใจ, การเข้าถึงบริการ, ประสิทธิภาพการบริการและคุณภาพบริการไม่ได้มีการปรับปรุง, ท้องถิ่นขาดแคลนงบประมาณทั้ง ๆ ที่งบประมาณที่ส่วนกลางจัดให้เพิ่มขึ้น. สาเหตุที่งบประมาณไม่เพียงพอ เพราะการจัดสรรงบประมาณไม่สัมพันธ์กับภารกิจที่ถ่ายโอนให้ท้องถิ่น. การจัดสรรใช้ตัวแปรจำนวนประชากรที่รับผิดชอบร้อยละ ๕๐, พื้นที่รับผิดชอบร้อยละ ๒๕, และสัดส่วนงบประมาณที่ท้องถิ่นสมทบร้อยละ ๒๕. งบประมาณจัดสรรให้ท้องถิ่นในรูปงบก้อนที่ไม่กำหนดเงื่อนไข จังหวัดรับผิดชอบเรื่องงบประมาณสูงเพราะต้องดูแลโรงพยาบาลขนาดใหญ่. นอกจากนั้นได้มีการจัดตั้งคณะทำงานในชื่อ The Local Government Assistance and Monitoring Services เพื่อดูแลการถ่ายโอนอำนาจให้เรียบริ้อยและไม่เกิดขัดข้องในการดำเนินงานสุขภาพ.^(๒)

ภายหลังจากการกระจายอำนาจ ๑๗ ปี พบว่าในระดับองค์กรท้องถิ่นที่มีรายได้สูง, สามารถบริหารจัดการในด้านต่างๆ ได้ดี^(๓) ทำให้มีการพัฒนาสุขภาพและการเข้าถึงบริการดีขึ้น, ดังเช่นการพัฒนาในจังหวัดและเมืองที่ผู้เขียนมีโอกาสไปศึกษาดูงานที่จังหวัด Bulacan ที่ประสบความสำเร็จในการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น, และเมือง Marikina ที่ประสบความสำเร็จจากการกระจายอำนาจและเป็นเมืองที่เป็นตัวอย่างของ

นครสุขภาพ โดยมีดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพดีขึ้น, อย่างไรก็ตาม อัตราการเพิ่มประชากรของประเทศฟิลิปปินส์ยังคงสูง และครึ่งหนึ่งของประชากรมีอายุต่ำกว่า ๒๑ ปี และสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกคลอดเท่ากับ ๖๗ ปี ในผู้ชาย และ ๗๓ ปี ในผู้หญิง. สถานะสุขภาพในด้านต่าง ๆ มีแนวโน้มดีขึ้น เช่น อัตราการตายของทารกมีแนวโน้มลดลง, อัตราการตายของมารดามีแนวโน้มลดลง แต่ยังสูงสุดในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. นอกจากนั้น สถานะทางสุขภาพค่อนข้างมีความหลากหลายในแต่ละเขตของประเทศ. ปัญหาด้านโรคติดเชื้อเป็นปัญหาสำคัญ โรคที่ป่วยมากที่สุดคือโรคติดเชื้อทางหายใจส่วนล่าง. ส่วนโรคไม่ติดเชื่อที่เป็นสาเหตุการตายหลักได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ. อย่างไรก็ตาม ประเทศฟิลิปปินส์ยังมีปัญหาการเข้าถึงระบบบริการ เนื่องจากการลงทุนของรัฐในด้านสุขภาพค่อนข้างน้อย, คิดเป็น ร้อยละ ๓.๒ ของรายได้ประชาชาติ ทำให้เกิดปัญหาด้านประสิทธิภาพและความเท่าเทียมในการใช้บริการ^(๔,๕).

สรุปบทเรียนจากฟิลิปปินส์

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศฟิลิปปินส์ประสบกับปัญหาทั้งด้านการบริหารจัดการ และการเงินการคลัง เนื่องจากการเตรียมความพร้อมที่ไม่ดีพอ ซึ่งเป็นบทเรียนที่ประเทศไทยควรตระหนักถึง. ผลกระทบในด้านบวกของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในชุมชนในการคิดแผนงานด้านสุขภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นการวางแผนที่เป็นความต้องการของท้องถิ่น, มีการระดมทรัพยากรในท้องถิ่นมาช่วยในงานด้านสุขภาพมากขึ้น. การดูแลสุขภาพประชาชนในบางพื้นที่ดีขึ้น, หากพื้นที่นั้นได้รับงบประมาณจากการเก็บภาษีเป็นจำนวนมาก, ทำงานตอบสนองระบบสุขภาพได้เท่าทันกับปัญหา. อีกทั้งประชาชนหรือตัวแทนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาสุขภาพและทำการเสนอแผนและจัดสรรงบประมาณแก้ปัญหาสุขภาพได้ตรงจุดสามารถของงบประมาณสร้างอาคารใหม่, ซื้อมาและเวชภัณฑ์ได้โดยใช้อำนาจการตัดสินใจของท้องถิ่น, ถือเป็นลดขั้นตอน



มีอิสระไม่ต้องรอรับคำสั่งจากส่วนกลางในการบริหารจัดการระบบสุขภาพท้องถิ่น.

ส่วนผลกระทบในด้านลบจากการกระจายอำนาจมีหลายแง่มุม เช่น การกระจายอำนาจทำให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการแตกแยก, บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน. ในช่วงแรกของการกระจายอำนาจ มีการต่อต้านของบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมาก. เมื่อเกิดการกระจายอำนาจขึ้น สูญเสียสิทธิประโยชน์ ขาดโอกาสที่จะได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินการได้เอง. บางครั้งถูกการเมืองระดับท้องถิ่นแทรกแซงการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรสาธารณสุขทำงานได้ค่อนข้างลำบาก. ปัญหาที่พบอื่นๆ เช่น เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ขาดแคลนในบางพื้นที่, การเข้าถึงบริการ ตลอดจนประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการไม่ได้มีการปรับปรุงจากเดิมที่ยังไม่ได้มีการกระจายอำนาจ, ขาดบูรณาการของระบบสุขภาพหลังการกระจายอำนาจ, งานรักษาพยาบาลซึ่งให้บริการโดยโรงพยาบาลที่อยู่กำกับของรัฐบาลท้องถิ่นระดับจังหวัด ถูกแยกบริหารจากงานบริการพื้นฐานอื่น ๆ ซึ่งให้บริการโดยศูนย์สาธารณสุขชุมชนประจำหมู่บ้าน (Baran-gay Health Station : BHS) และสถานีอนามัยเขตชนบท (Rural Health Unit : RHU) ที่ดูแลโดยท้องถิ่นระดับเทศบาล, มีการวางแผนการลงทุนด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในบางพื้นที่ที่อยู่ห่างไกล, การลงทุนด้านสุขภาพเพื่อขยายโรงพยาบาลจังหวัดถือเป็นภาระของท้องถิ่นที่จะต้องรับผิดชอบซึ่งประชาชนอาจต้องรับภาระในการจ่ายค่าภาษีที่เพิ่มขึ้นหรือถูกเรียกเก็บค่าบริการในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นได้. ส่วนปัญหาอื่น ๆ เช่น การจัดสรรงบประมาณไม่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่. การจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลาง (Internal Revenue Allotment: IRA) ซึ่งเป็นแหล่งงบประมาณที่สำคัญที่สุดของรัฐบาลท้องถิ่นนั้นไม่สอดคล้องกับภารกิจและสถานบริการสุขภาพที่องค์กรท้องถิ่นต้องรับผิดชอบ.^(๖) จำนวนงบประมาณที่จัดสรรให้กับท้องถิ่นต่าง ๆ ไม่ได้คำนึงถึงจำนวนสถานบริการสุขภาพที่แต่ละท้องถิ่นได้รับการถ่ายโอนไป ทำให้บางท้องถิ่นมีสถานบริการสุขภาพจำนวนมากต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย. จากข้อมูลของรัฐมนตรีกว่าการ

กระทรวงสาธารณสุขกล่าวว่าภาพรวมประเทศฟิลิปปินส์มีการใช้จ่ายด้านสุขภาพค่อนข้างน้อย. ท้องถิ่นบางแห่งที่รับภาระค่าใช้จ่ายไม่ไหวจึงเริ่มขอถ่ายโอนโรงพยาบาลคืนให้กับกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๓๐ แห่ง. ส่วนใหญ่จะเป็นค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรสูงที่สุดของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของท้องถิ่น. ท้องถิ่นขาดแคลนงบประมาณทั้ง ๆ ที่ส่วนกลางจัดให้เพิ่มขึ้น.

ปัจจัยเอื้อความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศฟิลิปปินส์ ได้แก่ ภาวะผู้นำ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้นำท้องถิ่น, และเช่นเดียวกันปัจจัยที่เอื้อความล้มเหลวคือการขาดวิสัยทัศน์ของผู้นำท้องถิ่น. ประเด็นอื่น ๆ เช่น หน้าที่ที่ได้รับมอบหมายกับความสามารถของบุคคลไม่สอดคล้องกัน, การตั้งกติกาท้องถิ่นโดยขาดการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในท้องถิ่นแต่เป็นกติกาก่อนที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งให้, ความอ่อนแอของกฎหมาย และที่สำคัญที่สุดคือการฉ้อราษฎร์บังหลวงที่เกิดขึ้นมาอย่างยาวนาน, อีกทั้งการใช้ทรัพยากรที่มีคุณค่าอย่างไม่ระมัดระวัง โดยไม่คำนึงถึงทรัพยากรที่จะนำมาพัฒนาประเทศในอนาคต.

เปรียบเทียบประเทศฟิลิปปินส์ที่ดำเนินการตามกฎหมายการถ่ายโอนชัดเจน กับประเทศไทยที่กฎหมายหลายประการยังไม่พร้อม ต้องให้กระทรวงสาธารณสุขอำนวยความสะดวกให้การจัดการให้เรียบร้อย อาจดูรูปแบบของ Baraygay Health Worker Act 1995, Magna Carta of Public Health Workers ๑๙๙๒ (RA. 7307) ของประเทศฟิลิปปินส์ และนำมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย และที่สำคัญที่สุดเมื่อถ่ายโอนแล้วต้องสอบถามความคิดเห็นประชาชน, ผู้นำท้องถิ่น, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, สาธารณสุขอำเภอ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย, เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงแนวทางการสนับสนุนให้สอดคล้องกับหลักการนโยบายการกระจายอำนาจ และมีการหนุนเสริมการปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม. อีกทั้งพัฒนาวิสัยทัศน์, ความคิด ความรู้ไปพร้อมๆกับการปฏิบัติการของบุคลากรในพื้นที่ ทั้งในส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอน เพื่อให้การถ่ายโอนมีประสิทธิภาพ

ยิ่งขึ้น.

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการปรับโครงสร้างที่เหมาะสมกับภารกิจตามอัตรารอบกำลัง และความรับผิดชอบเพื่อรองรับการถ่ายโอน^(๗) โดยให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการถ่ายโอนน้อยที่สุด, ควรมีการสื่อสารถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นหลังจากมีการถ่ายโอนภารกิจสุขภาพไปอยู่กับท้องถิ่นให้กับกลุ่มประชาชนผู้รับบริการได้รับทราบเพื่อสร้างความเข้าใจและสะท้อนกลับข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงได้, รวมถึงสามารถนำไปสู่การปรับปรุงของผู้ปฏิบัติงานด้วยเช่นกัน เช่น หลังการกระจายอำนาจจะส่งผลดีในแง่ของสายการบังคับบัญชาเนื่องจากสายการบังคับบัญชาจะสั้นลง เอื้อให้เกิดการปฏิบัติงานแบบฉับไว ทันสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นได้.

ปัจจัยที่สำคัญของประเทศฟิลิปปินส์ที่ผลักดันให้บางพื้นที่ประสบความสำเร็จคือความตั้งใจด้านการเมือง และความเป็นผู้นำของผู้บริหารท้องถิ่นที่มาจากการเลือกตั้งที่ให้ความสำคัญกับด้านสุขภาพ. สำหรับบทบาทด้านสุขภาพขององค์กรท้องถิ่นในประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่าองค์กรบริหารส่วนจังหวัดและเทศบาลขนาดใหญ่ควรมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการสุขภาพที่ซับซ้อนและราคาแพง โดยดูแลด้านการคลังสาธารณสุข, ส่วนเทศบาลขนาดเล็กและองค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทยควรมีบทบาทสำคัญในการจัดบริการ

ด้านสุขภาพรักษาพยาบาลพื้นฐาน, การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรค และให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของผู้นำท้องถิ่นให้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาสุขภาพโดยรวม.

เอกสารอ้างอิง

๑. Mar Wynn CB. Overview of the Philippines health systems and the framework for health reforms. Document prepared. Department of Health, Philippines; 2008.
๒. Juanito DT. Decentralization of health services in the Philippines. Document prepared. Department of Health, Philippines; 2008.
๓. Mario CV. Formula one for health handbook. 1st Ed. Manila: European Commission, Department of Health; 2008.
๔. Health Policy Development and Planning Bureau. Annual Report 2006. Manila: World Health Organization; 2008.
๕. Macky MM. Plaridel health profile 2007. Document prepared. Department of Health, Philippines; 2008.
๖. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, พินิจ ฟ้าอำนาจผล, วิทยา กุลสมบูรณ์. เพลียมองประสบการณ์การกระจายอำนาจที่ประเทศฟิลิปปินส์. เอกสารวิชาการชุดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ฉบับที่ ๓. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง; ๒๕๔๓.
๗. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒. ประกาศราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม ๑๑๖ ตอนที่ ๑๔๖ก, วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๔๒.