ความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุข

นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป

(เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559-2562)

1.ความยากจน 2.ความเหลื่อมล้ำ 3.ความเปนธรรม 4.ระบบสุขภาพกับความเป็นธรรม 5.ความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุข 6.สาเหตุความเหลื่อมล้ำ 7.แนวทางการแก้ไข 8.ความท้าทายต่อการปฏิรูป

1.ความยากจน

ความยากจน หมายถึง ความขาดแคลนในเชิงเศรษฐกิจซึ่งพิจารณาที่ระดับรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคลว่ามีรายได้ไม่เพียงพอกับการดำรงชีพได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำ หรือมีรายได้ต่ำกว่ามาตรฐานคุณภาพชีวิตขั้นต่ำที่ยอมรับได้ในแต่ละสังคม

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันความหมายของความยากจนยังได้รับการพิจารณาครอบคลุมไปถึงมิติอื่นที่มิใช่ตัวเงินอีกด้วย กล่าวคือการขาดแคลนที่อยูอาศัย ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ขาดโอกาสด้านการศึกษา ไม่มีงานทำ การไร้ซึ่งอำนาจต่อรอง ตลอดจนการตกอยู่ในความเสี่ยงและความหวาดกลัว

ความยากจนสัมบูรณ์ (absolute poverty)หรือความยากจนข้นแค้น (destitution) หมายถึง บุคคลขาดแคลนสิ่งที่เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งโดยทั่วไปได้แก่น้ำดื่มและอาหารที่สะอาด ถูกโภชนาการ สาธารณสุข การศึกษา เครื่องนุ่งห่ม ที่พักอาศัยและยารักษาโรค มีการประเมินว่า ปัจจุบันยังมีประชากรทั่วโลกราว 1,700 ล้านคนอาศัยอยู่ในภาวะความยากจนสัมบูรณ์

ความยากจนสัมพัทธ์ (relative poverty) หมายถึง การขาดแคลนทรัพยากรหรือรายได้หรืออำนาจต่อรองตามปกติที่สังคมยอมรับ เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคมหรือประเทศ จนนำมาซึ่งความเหลื่อมล้ำในโอกาสการเข้าถึงทรัพยากรหรือบริการสาธารณะ

ความยากจนมักถูกวัดจากระดับรายได้หรือระดับการบริโภคของบุคคล โดยจะถือว่าบุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นคนจนต่อเมื่อระดับรายได้หรือระดับการบริโภคของบุคคลนั้นๆ ต่ำกว่าระดับรายได้หรือระดับการ

บริโภคขั้นต่ำที่จะสามารถบริโภคสินค้าและบริการจำเป็นพื้นฐานได้ โดยเรียกระดับรายได้หรือระดับการบริโภคขั้นต่ำดังกล่าวว่า“เส้นความยากจน” (World Bank, 2008)

ทั้งนี้ เส้นความยากจน(poverty line)จะแสดงระดับรายได้หรือรายจ่ายขั้นต่ำซึ่งเพียงพอต่อการซื้อหาสินค้าและบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีพของประชาชน ดังนั้นคนจนจึงหมายถึงคนที่มีระดับรายได้หรือระดับรายจ่ายเพื่อการบริโภคต่ำกว่าเส้นความยากจนนั่นเอง

ในกรณีของประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่คำนวณเส้นความยากจน โดยจะคำนวณเส้นความยากจนที่ปรับเปลี่ยนไปทุกๆ 2 ปี เริ่มครั้งแรกในปี พ.ศ.2531

2.ความเหลื่อมล้ำ

เมื่อพูดถึงความเหลื่อมล้ำ(Inequality) ส่วนใหญ่มักเปนการกลาวถึงความไมเทาเทียมกันระหวางผูที่มีโอกาสกับผูที่ขาดโอกาส ซึ่งโอกาสในที่นี้คือโอกาสในการเขาถึง ตอรองและจัดการทรัพยากรตางๆ ในสังคม

ภาพรวมการพัฒนาประเทศในชวงที่ผานมา สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนใหดีขึ้น ประชาชนมีงานทำและมีความมั่นคงในอาชีพมากขึ้น รายไดเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น ปญหาความยากจนลดลงและประชาชนเขาถึงบริการทางสังคมและสาธารณูปโภคอันเปนปจจัยจำเปนพื้นฐานในการดำรงชีวิตไดมากขึ้น

อยางไรก็ดี ยังมีความไมเทาเทียมกันของประชาชนในกลุมและพื้นที่ตางๆ เช่นคนในเมืองกับชนบท ยังมีช่องว่างในการเขาถึงบริการสาธารณะขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ รวมทั้งการเขาถึงสิทธิตางๆของกลุ่มประชากรเฉพาะในสังคมที่ยังไมเทาเทียมกัน ซึ่งเปนตัวสะทอนถึงความเหลื่อมล้ำที่เปนปญหาเชิงโครงสรางในสังคมไทย

จากสภาพปญหาดังกลาว อาจสรุปรูปแบบของความเหลื่อมล้ำในภาพรวมไดเป็น 3 รูปแบบ คือ

1.) ความเหลื่อมล้ำดานความมั่งคั่งและรายได (Wealth & Income Inequality) ซึ่งเกิดจากการพัฒนาที่มีลักษณะไมสมดุลหรือกระจุกตัวในบางพื้นที่หรือบางสาขาการผลิต สงผลใหผลประโยชนที่เกิดขึ้นจากการพัฒนากระจายไปไมทั่วถึง ทั้งในเชิงพื้นที่และกลุมบุคคล

2.) ความเหลื่อมล้ำดานการกระจายโอกาส(Opportunity Inequality)ของการเขาถึงโครงสรางพื้นฐานและบริการสาธารณะที่มีคุณภาพ ทั้งในดานการศึกษา การสาธารณสุข สวัสดิการสังคม และการเขาถึงแหลงทุนหรือปจจัยการผลิต

3.) ความเหลื่อมล้ำดานอำนาจ(Power Inequality) ทั้งดานสิทธิทางการเมือง อำนาจตอรองในการเขาถึงทรัพยากรและการมีสวนรวมในการกำหนดนโยบายและทิศทางในการพัฒนา ทั้งในระดับประเทศและระดับทองถิ่น ซึ่งสงผลใหการจัดสรรทรัพยากรเปนไปอยางไมเทาเทียมและอาจเกิดการเลือกปฏิบัติ(Discrimination)ตอกลุมที่มีอำนาจน้อยในสังคม

3.ความเปนธรรม

ความเปนธรรม (Equity) หมายถึง ทรัพยากรที่มีหรือที่มีการรวบรวมจากการแบงปนเอื้ออาทรชวยเหลือซึ่งกันและกันโดยผานกระบวนการตางๆ ทั้งทางกฎหมาย(บังคับ)หรือด้วยความรูสึกเห็นอกเห็นใจ ไมทอดทิ้งกัน(สมัครใจ) ทั้งในระดับประเทศและในระดับพื้นที่ ไดรับการบริหารจัดการ จัดสรรแบงปนจนสงผลใหเกิดความเปนธรรมใน 2 มิติ

1) ความเปนธรรมแนวดิ่ง (Vertical Equity) หมายถึง ประชาชนทุกคนที่อยูในระบบสามารถเขาถึงบริการที่มี“คุณภาพ” ตามความจำเปนของชีวิตโดยไมจำกัดสถานะทางการเงิน เพศ อายุ ความเชื่อขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ตลอดจนความหางไกลและความยากงายในการเดินทางมายังสถานบริการ กลาวคือถือว่าการเขาถึงบริการที่มีคุณภาพดังกลาวเปนสิทธิที่เทาเทียมกันของประชาชนในพื้นที่ทุกคน

2) ความเปนธรรมแนวราบ (Horizontal Equity) หมายถึง ผูใหบริการ สถานบริการและระบบบริการของแตละพื้นที่ ไดรับการจัดสรรทรัพยากรตามความจำเปนของการใชเพื่อคุณภาพชีวิต อยางมีหลักเกณฑ มีมาตรฐานและมีความเทาเทียมของประชาชน ทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

4. ระบบสุขภาพกับความเป็นธรรม

ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ยึดถือคำนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกในมิติกว้าง ที่ว่า "สุขภาพคือสุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคมและทางปัญญา ไม่ใช่เพียงการไม่มีโรคภัยไข้เจ็บหรือความแข็งแรงทางกายเท่านั้น”

ในเชิงบทบาทหน้าที่ ระบบสุขภาพจึงมิใช่แค่การรักษาพยาบาลเมื่อยามป่วยไข้เท่านั้น แต่มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาวะกายและจิตที่ดี ผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค ฟื้นฟูการทำงานของร่างกายและกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของการสาธารณสุขในการรับมือโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยพิบัติ

นอกเหนือการตอบสนองความคาดหวังของประชาชนดังกล่าวข้างต้น ระบบสุขภาพที่ดีควรเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของทุกคน ยึดมั่นในหลักศีลธรรม คุณธรรมจริยธรรมในการดำเนินการและให้ความเท่าเทียมด้านสิทธิประโยชน์แก่ชนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม

ระบบสุขภาพที่สมบูรณ์จึงมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง แวดล้อมด้วยกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริม ฟื้นฟูและธำรงสุขภาพของประชาชน กิจกรรมเหล่านี้ประกอบกันขึ้นเป็นระบบสุขภาพ ซึ่งจำแนกแยกย่อยได้เป็น 6 ระบบ ได้แก่ ระบบบริการ ระบบผู้ให้บริการ ระบบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ระบบการเงินการคลัง ระบบสารสนเทศและระบบอภิบาล

ประเทศไทยภายหลังจากที่มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้พัฒนาไปอย่างก้าวหน้า ในด้านการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน (Human Right) และด้านการสาธารณสุข โดยประชาชนชาวไทยเกือบทั้งหมดของประเทศได้รับสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลจากหนึ่งในสามระบบหลักตามสิทธิของตน คือ สวัสดิการขาราชการและรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพ

ถ้วนหน้า อีกทั้งยังได้รับสิทธิในการเข้ารับการบริการในกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่ต้องถามสิทธิและไม่ต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อน (Universal Coverage for Emergency Patient : โครงการ UCEP)

อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นท้าทายที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ควรมีการผลักดันเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้ดียิ่งขึ้น ทั้งในด้านการเข้ารับบริการสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพบริการและการสร้างความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการได้รับบริการ (Health Equity)ของผู้ที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

ในปัจจุบัน ทั้งสามระบบนี้ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนในสัดส่วนที่ต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการและครอบครัวประมาณ 5 ล้านคนและระบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนประมาณ 10 ล้านคน ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนที่นอกเหนือจาก 2 ระบบดังกล่าว ซึ่งมีเป็นจำนวนมากถึง 48 ล้านคน จึงเป็นที่ถกเถียงกันมานานเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน

Health Equity หรือความเสมอภาค ความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ หมายถึงการที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความแตกต่างกันในด้านสังคม ชนชั้น เชื้อชาติ เศรษฐานะ หรือถิ่นที่อยู่อาศัย ได้รับการบริการสุขภาพโดยปราศจากความแตกต่างที่หลีกเลี่ยงได้หรือลดความเหลื่อมล้ำได้ อีกทั้งหมายรวมถึงการปราศจากซึ่งการขัดต่อความยุติธรรมและสิทธิพึงได้ส่วนบุคคล

5. ความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุข

ในที่นี้ จะขอหยิบยกมาแสดงเพียง 4 สถานการณ์ใหญ่ๆ

สถานการณ์ที่ 1. บุคลากรโรงพยาบาลรัฐแบกภาระหนักมาก คุณภาพบริการมีความเหลื่อมล้ำ

นับตั้งแต่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คนไทยสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ดีขึ้น ทุกวันนี้มีคนไทยเจ็บป่วยไปโรงพยาบาลกันมากขึ้น ปี 2556 คนไทยป่วยเข้าโรงพยาบาลแบบคนไข้นอก 155 ล้านครั้ง โดยต่อมาในปี 2560 คนไข้นอกเพิ่มเป็น 300 ล้านครั้ง นอกจากนั้น จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยแบบคนไข้ในก็เพิ่มจาก 120 ล้านวัน/ปี เป็น 290 ล้านวัน/ปี

ปริมาณคนไข้ดังกล่าว ส่วนใหญ่จะมารักษากันที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีจำนวนมากและกระจายทั่วถึงที่สุด จากข้อมูลเฉพาะส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2561 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ในปีงบประมาณ 2561 มีผู้ป่วยนอกจำนวน 71.83 ล้านคน ตรวจรักษา 247.34 ล้านครั้ง (เฉลี่ย 3.44 ครั้ง/คน) สภาพคนไข้จึงล้นโรงพยาบาลรัฐ

เมื่อปริมาณคนไข้พุ่งทะยานเช่นนี้ โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข 896 แห่ง จึงเป็นส่วนที่รับภาระหนักที่สุด สภาพคนไข้ที่ล้นโรงพยาบาลรัฐ ทำให้บุคลากรไม่สามารถดูแลคุณภาพบริการได้เท่าที่ควร ในขณะที่มาตรการเพิ่มอัตรากำลังในระบบราชการก็ไม่สามารถทำได้ทัน ทั้งการผลิต การบรรจุเข้าทำงานและการรักษากำลังคนเอาไว้ล้วนมีปัญหาข้อจำกัด

สภาพความเหนื่อยล้าส่งผลต่อคุณภาพบริการที่ถดถอยลงไปตามปริมาณงาน ประชาชนนอกจากต้องรอคิวนานแล้ว แพทย์พยาบาลก็ไม่มีเวลาเอาใจใส่ ความไม่พึงพอใจจึงตามมา สถานการณ์เช่นนี้ ด้านหนึ่งเป็นความเหลื่อมล้ำทางภาระงานระหว่างบุคลากรต่างหน่วยงาน อีกด้านหนึ่งเป็นความเหลื่อมล้ำทางคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับ

สถานการณ์ที่ 2. โรงพยาบาลเอกชนสะดวกกว่า แต่ค่ารักษาแพงมากควบคุมราคาไม่ได้

สำหรับประชาชนส่วนหนึ่งที่พอมีกำลังจ่าย เมื่ออดทนรอคิวรับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐไม่ไหว จึงพากันไปรักษากับโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งก็ไปพบกับอีกปัญหาหนึ่งคือค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนที่แพงมาก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะภาคเอกชนเขาต้องลงทุนสร้างโรงพยาบาล เป็นการประกอบกิจการด้วยเงินส่วนตัวในระบบการค้าเสรี ย่อมมีความเสี่ยงและมุ่งหวังผลกำไรในเชิงธุรกิจ

ด้วยสถานการณ์ปัญหาปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมากมายและเกิดช่องว่างในด้านการบริการของรัฐ ปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนจึงเจริญเติบโตกันมาก โดยมักกระจุกตัวกันอยู่ตามเมืองใหญ่ มีเครือโรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นทั้งในระดับชาติและข้ามชาติ

นอกจากนั้น ยังมีปัญหาการชิงแย่งทรัพยากรบุคคลไปจากภาครัฐ โดยเฉพาะหมอพยาบาล ซึ่งเมื่อบุคลากรส่วนหนึ่งสมองไหลไปอยู่กับโรงพยาบาลเอกชน บุคลากรส่วนที่เหลืออยู่ในระบบราชการก็ต้องแบกภาระงานเพิ่มขึ้นไปอีก ยิ่งซ้ำเติมต่อคุณภาพบริการเป็นเสมือนงูกินหาง

ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้เผยแพร่งานวิจัยประเด็นค่ารักษา รพ.เอกชน จากกรณีการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ พบว่ารพ.เอกชนจำนวนไม่น้อยเรียกเก็บค่าบริการแพงจริง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบรายการยากับรพ.ศูนย์สังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีราคาแตกต่างกันตั้งแต่ 60-400 เท่า นอกจากนี้ รพ.เอกชนยังมีการตรวจวินิจฉัยเกินความจำเป็น สังคมตั้งข้อสังเกตว่าทำไมรัฐไม่เข้ามาแทรกแซงดูแลค่ารักษาโรงพยาบาลเอกชน ปล่อยปละละเลยธุรกิจทางการแพทย์ให้เปิดอย่างเสรี โดยโรงพยาบาลเอกชนสามารถเข้าตลาดหลักทรัพย์ จึงต้องทำกำไรให้มาก

อย่างไรก็ตาม เมื่อกลุ่มผู้บริโภคพากันเรียกร้องให้รัฐบาลเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหา ควบคุมราคาโรงพยาบาลเอกชน ในที่สุดกรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์ จึงได้เข้ามาดูแลโดยออกเป็นมาตรการให้โรงพยาบาลเอกชนทุกโรงต้องเปิดเผย แจกแจงโครงสร้างราคาค่าบริการ แต่ก็ยังไม่รู้ว่าวิธีนี้จะได้ผลแค่ไหน

สถานการณ์ที่ 3. แพทย์กระจุกตัวในเมืองใหญ่ ปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างภูมิภาค

ปี 2560 ประเทศไทยมีแพทย์ทั้งหมด 35,388 คน (ทั้งสังกัดรัฐและเอกชน) เมื่อเทียบกับจำนวนประชากร 66 ล้านคน สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาพรวมจะเท่ากับ 1 ต่อ 1,843 คน แต่ในความเป็นจริงแล้ว จำนวนแพทย์ต่อประชากรไม่ได้กระจายอย่างเท่ากันทุกพื้นที่

ยกตัวอย่างเช่น จ.บึงกาฬ มีแพทย์ทั้งหมด 84 คน ในขณะที่มีประชากรประมาณ 420,000 คน สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรเป็น 1 ต่อ 5,021 คน สูงที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ รองลงมาคือ จ.หนองบัวลำภู 1 ต่อ 4,864 คน และ จ.นครพนม มีสัดส่วน 1 ต่อ 4,804 คน ซึ่งภาพรวมทั้งภาคอีสานทุกจังหวัดล้วนมีแพทย์จำนวนน้อยเมื่อเทียบกับขนาดประชากร

ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีแพทย์ 8,865 คน คิดเป็นสัดส่วน 1 ต่อ 630 คน หรือในจังหวัดหัวเมืองต่างๆก็เช่นกัน เนื่องจากเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ในความเป็นจริงแล้วแพทย์ในจังหวัดเหล่านั้นก็ต้องดูแลผู้ป่วยที่เดินทางหรือถูกส่งตัวมาจากจังหวัดรอบๆด้วย

6. มีความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสามกองทุน

ทุกวันนี้ ประชาชนคนไทยกว่าร้อยละ 99.9 ต่างอยู่ในความคุ้มครองของระบบหลักประกันสุขภาพแบบใดแบบหนึ่ง ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) กองทุนประกันสังคม(สปส.) และกรมบัญชีกลางซึ่งดูแลข้าราชการทั้งประเทศ รวมทั้งยังมีอีกส่วนหนึ่งที่ซื้อประกันภัยกับบริษัทเอกชนเป็นตัวเสริม

แต่เนื่องจากทั้งสามระบบหลักของรัฐได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐไม่เท่ากัน จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในด้านคุณภาพการบริการสำหรับแต่ละกลุ่มประชากรตามมาด้วย กล่าวคือ สปสช.ได้รับงบประมาณเฉลี่ย 2,600 บาท/หัว สปส.ได้รับงบสนับสนุน 3,000บาท/หัว ส่วนข้าราชการรัฐจ่ายให้เฉลี่ย 13,000 บาท/หัว

ในเมื่อประชาชนต้องมาใช้บริการจากสถานพยาบาลในที่แห่งเดียวกัน แต่ต้องพบกับเงื่อนไขการใช้สิทธิจากบัตรหลักประกันของรัฐในระบบที่แตกต่างและนำไปสู่การได้รับบริการที่แตกต่าง จึงมีเสียงเรียกร้องกดดันให้มีการปฏิรูปเพื่อลดปัญหาความเหลื่อมล้ำดังกล่าว ซึ่งค่อนข้างดังมาก

ตารางที่1 แสดงรายละเอียดระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ปี 2556 (ที่มา : สภาปฏิรูปแห่งชาติ 5 สิงหาคม 2558)

	ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	**ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**	**ระบบประกันสังคม**	**ระบบประกันสุขภาพของภาคเอกชน**
1.ลักษณะพื้นฐาน	สวัสดิการสำหรับข้าราชการหรือครอบครัวราชการ	สิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนโดยการร่วมจ่าย ยกเว้นผู้ยากไร้	ความมั่นคงด้านสังคมต่อลูกจ้างภาคเอกชน	การประกันตนเอง
2.ผู้มีสิทธิ	ข้าราชการและผู้อาศัยสิทธิของข้าราชการ	ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในสิทธิของข้าราชการและประกันสังคม	หน่วยงานเอกชนที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป	ผู้ซื้อประกันภัยกับบริษัทประกันภัยภาคเอกชน
3.จำนวนผู้มีสิทธิ	5.5 ล้านคน	48.6 ล้านคน	10.7 ล้านคน	3.4 ล้านคน
4.แหล่งเงินหรือแหล่งรายได้	งบประมาณของรัฐ	งบประมาณของรัฐ	สมทบจากรัฐ นายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละเท่ากัน คือร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน โดยมีเพดานเงินเดือนสูงสุดที่ใช้คำนวณ 15,000 บาท	ผู้ซื้อประกันให้ตนเอง ประกันกลุ่ม หน่วยงานเอกชนซื้อให้พนักงาน
5.รูปแบบวิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล	กรณีผู้ป่วยนอก : จ่ายค่ารักษาพยาบาลตามจ่ายจริง กรณีผู้ป่วยใน : ตามรายโรคในอัตราที่กำหนด(กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)	เหมาจ่ายรายหัวสำหรับค่ารักษาพยาบาล จำกัดอัตราเบิกของผู้ป่วยตามรายโรค และจ่ายเพิ่มในกรณีโรคร้ายแรง	เหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและจ่ายเพิ่มกรณีภาระเสี่ยงและโรคร้ายแรง	ตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์

	ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ระบบประกันสังคม	ระบบประกันสุขภาพของภาคเอกชน
6.หน่วยงานรับผิดชอบ	กรมบัญชีกลาง กระทรวง การคลัง	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	สำนักงาน ประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	บริษัทประกันภัยภาคเอกชน
7.การเข้าถึงยา	ยาในบัญชียาหลัก และยานอกบัญชี ภายใต้กรอบการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	เฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นหลัก แต่ไม่จำกัดสิทธิการใช้ยานอกบัญชี	ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยานอกบัญชี ตามสิทธิในกรมธรรม์ประกันภัย

6. สาเหตุความเหลื่อมล้ำ

สถานการณ์และแนวโน้มภายในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยในภาพรวมยังขาดเอกภาพการทำงานและขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบ มีความเหลื่อมล้ำในการกระจายทรัพยากร ขณะเดียวกันประชาชนยังมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บเพิ่มสูงขึ้น และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ยังไม่เพียงพอ ได้รับสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของรายจ่ายด้านหลักประกันสุขภาพทำให้มีความเสี่ยงต่อการเงินการคลัง

อย่างไรก็ตาม ปัญหาและสาเหตุของความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุข มีลักษณะเชิงโครงสร้างและเชิงระบบที่ซับซ้อน ไม่สามารถวิเคราะห์แยกแยะปัจจัยสาเหตุออกมาแบบโดดๆ ในที่นี้จึงขอหยิบประเด็นสำคัญขึ้นมาวิเคราะห์เพื่อการคิดแบบเชื่อมโยง โดยเอาการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำเป็นใจกลาง ดังนี้

1)ระบบจัดการงบประมาณของ สปสช.แบบที่เป็นอยู่ ยังไม่ตอบโจทย์ลดความเหลื่อมล้ำระหว่างหน่วยบริการ

เมื่อครั้งที่มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมาในปี 2545 นอกจากมุ่งปฏิรูปเปลี่ยนแปลงให้มี สปสช.ขึ้นมาทำหน้าที่หน่วยงานบริหารงบประมาณบริการสุขภาพแทนกระทรวง

สาธารณสุข ตามหลักการ “purchaser-provider split” แล้ว ยังมีวัตถุประสงค์ที่จะสร้างระบบการจ่ายงบประมาณรายหัวประชากรให้ลงไปยังหน่วยบริการย่อยโดยตรง

การที่เลือกใช้แนวทางเช่นนี้เพราะหวังว่าระบบจะสร้างความเป็นธรรมต่อการดูแลประชาชนในพื้นที่ตามขนาดของประชากร ช่วยสร้างความเข้มแข็งของหน่วยบริการที่ฐานล่างและช่วยกำกับทิศทางให้บุคลากรทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขเกิดการกระจายตัวออกไปตามเป้าหมาย

แต่ในสถานการณ์จริงกลับพบว่ายังมีเหตุปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องอีกมากมาย ที่เป็นตัวแปรต่อการเลือกสถานที่ปฏิบัติงานและการตั้งถิ่นฐานของหมอและพยาบาล จนแม้นในปัจจุบันจะมีการผลิตบุคลากรเข้าสู่ระบบเป็นจำนวนมากเพื่อชดเชยกันให้ทัน แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาสมองไหลและการกระจุกตัวของบุคลากรได้

บัดนี้ เมื่อได้ดำเนินงานในระบบนี้มาแล้วถึง 15 ปี นอกจากไม่เกิดผลสัมฤทธิ์จริงแล้ว ยังพบกับสถานการณ์ใหม่คือการจ่ายงบประมาณไปที่หน่วยย่อยกลับกลายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเกลี่ยทรัพยากรระหว่างกัน จนเกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ของหน่วยบริการย่อยเหล่านั้น โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีประชากรน้อยแต่มีค่าใช้จ่ายบุคลากรและเทคโนโลยีสูงได้พากันตกอยู่ในภาวะลำบาก กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นต้นสังกัดก็ไม่สามารถใช้มาตรการอำนาจแบบแข็งเข้าไปแก้ไขได้ จึงต้องอาศัยการขออนุมัติงบกลางฉุกเฉินจากนายกรัฐมนตรี คราวละ 3,000-5,000 ล้านบาทไปเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

สำหรับในเรื่องระบบการจ่ายเงินซื้อบริการของ สปสช.ที่น่าจะเหมาะสมและลดเหลื่อมล้ำได้มากกว่า ซึ่งเป็นไปตามข้อเสนอของคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่ปรากฏในแผนปฏิรูปคือการให้จ่ายเงินซื้อบริการไปที่ “กลไกพวงบริการในระดับเขต” แทน ทั้งนี้เนื่องจากเขตสาธารณสุขปัจจุบันมีจำนวน 13 เขตพื้นที่ แต่ละเขตมีประชากรในความดูแลที่ใกล้เคียงกัน คือประมาณ 4-5 ล้านคน รวมทั้งทุกเขตมีหน่วยบริการที่พร้อมมูล ทั้งระดับรพ.ชุมชน รพ.ทั่วไปและรพ.ศูนย์ การทำวิธีนี้จะช่วยให้สามารถเกลี่ยทรัพยากร กำลังคนและพึ่งพาอาศัยกันในทางเทคโนโลยีต่างๆได้อีกด้วย

2)ระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลของกระทรวงสาธารณสุขอย่างที่เป็นอยู่ ยังไม่สามารถแก้ปัญหาสมองไหลและการกระจุกตัวของบุคลากรได้

หลักคิดและทิศทางของงานพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศที่มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ ในขณะนี้น่าจะถึงเวลาปฏิรูปใหญ่ ทั้งในมิติการผลิต การจ้างแรงงาน การรักษาอัตรากำลังและการพัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง

การที่หน่วยงานนโยบายสาธารณสุขของประเทศ(Health Authority)ได้เลือกทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพโดยมุ่งเน้นการเป็นระบบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นใหญ่ แม้ดูเผินๆจะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับระบบการแพทย์สมัยใหม่และโลกยุคปัจจุบัน แต่เนื่องจากเรายังเป็นประเทศกำลังพัฒนา จำนวนบุคลากรยังมีจำกัดเมื่อเทียบกับขนาดประชากร และระดับความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจยังต่ำกว่าเส้น ซึ่งถ้าปล่อยให้สวิงไปจนสุดโต่งอย่างที่เป็นอยู่ก็จะไม่สามารถแก้ปัญหาสมองไหลและการกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์ได้เลย

เพราะยิ่งผลิตกำลังคนให้เป็นผู้เชี่ยวชาญ ทำงานแบบแคบและลงลึก ผลิตเท่าไรก็ไม่เพียงพอ อีกทั้งจะยิ่งไปซ้ำเติมต่อเจตคติสังคมให้มีค่านิยมพึ่งพาผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น ค่าใช้จ่ายแพงขึ้น รวมทั้งพฤติกรรมการเสาะแสวงดิ้นรนเพื่อไปรักษาในโรงพยาบาลใหญ่ที่ยิ่งไกลบ้านออกไป เรื่อง“สร้างนำซ่อม”และเรื่อง “สถานพยาบาล ใกล้บ้านใกล้ใจ” ก็จะเป็นได้แค่เพียงวาทกรรมเท่านั้น

แม้ในเวลานี้ จะมีเจตนารมณ์รัฐธรรมนูญ 2560 ที่ระบุชัดเจนในเรื่องระบบการแพทย์ปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัว กระทั่งกระทรวงสาธารณสุขได้ออก พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 มารองรับเรียบร้อยแล้ว แต่ถ้าหากได้ศึกษาในรายละเอียดให้ดีก็จะพบว่า ทั้งหมดยังคงวนเวียนอยู่ในกรอบความคิดของระบบ “ผู้เชี่ยวชาญเป็นใหญ่”ไว้อย่างเหนี่ยวแน่น จึงเป็นเรื่องที่น่าเสียดายและน่าเป็นห่วง

3)ระบบงานของโรงพยาบาลเอกชนมีศักยภาพและประสิทธิภาพในการบริหาร แต่ยังขาดนโยบายที่จะนำมาใช้งานพัฒนาประเทศ

ปัจจุบัน ระบบโรงพยาบาลเอกชนไทยได้เติบโตและมีบทบาทอย่างมากต่อการให้บริการประชาชน ทั้งในส่วนที่ช่วยเติมเต็มภาครัฐและในด้านพัฒนาเศรษฐกิจการท่องเที่ยวสุขภาพของประเทศ สร้างรายได้ปีละจำนวนมาก

ขณะนี้ มีโรงพยาบาลเอกชนน้อยใหญ่ จำนวน 321 แห่ง มีการจ้างงาน 200,000 ตำแหน่ง มีบริการเตียงรักษาฯ 32,828 เตียง คิดเป็นสัดส่วนจำนวนเตียงที่มากถึงร้อยละ 25 ของทั้งหมด มีผู้ใช้บริการ 55 ล้านครั้ง/ปี ในจำนวนนี้เป็นชาวต่างชาติ 150,000 ครั้ง/ปี มีบทบาทช่วยเพิ่มคุณภาพบริการแก่ประชาชนตามระบบตลาด โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมือง นอกจากนั้นยังช่วยช่วยดึงดูดนักท่องเที่ยวสุขภาพชาวต่างชาติให้เข้ามาเพิ่มเศรษฐกิจรายได้แก่ประเทศในภาพรวม

แต่ในอีกภาพหนึ่ง โรงพยาบาลเอกชนยังคงมีศักยภาพในการดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์ออกไปจากระบบราชการจนเป็นสาเหตุทำให้สมองไหลออกจากภาครัฐมากที่สุด นอกจากนั้นยังมีปัญหาการควบคุมมาตรฐานค่ารักษาพยาบาล ที่ยังแก้ไขไม่ได้

ประเด็นจึงอยู่ที่ว่า ประเทศควรจะมีนโยบายแบบใดที่จะนำศักยภาพของโรงพยาบาลเอกชนให้เข้ามามีบทบาทในการร่วมเป็นหุ้นส่วนการพัฒนาประเทศ ไม่ควรมองแต่ด้านลบหรือทำให้รพ.เอกชนต้องตกเป็นจำเลยของสังคมหรือแพะรับบาปแต่ถ่ายเดียว เพราะภาคเอกชนก็เป็นคนไทย ต่างมีจิตวิญญาณของความรักประเทศชาติและต้องการร่วมพัฒนาบ้านเมืองเช่นกัน

ในเวลานี้ ประเทศต้องการการมีนโยบายที่จะส่งเสริมสนับสนุนบทบาทของโรงพยาบาลเอกชนในการดูแลสุขภาพประชาชนในลักษณะ Public-Private Partnership (PPP) รวมทั้งการเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบบริการสุขภาพในประเด็นการร่วมบริหารโรงพยาบาลของรัฐให้มีประสิทธิภาพ

การร่วมลงทุนผลิตและกระจายบุคลากรในการให้บริการประชาชนและขับเคลื่อนเศรษฐกิจประเทศและภูมิภาค-ท้องถิ่นสู่ยุคประเทศไทย 4.0

4)การบริหารงานหน่วยบริการประชาชนยังคงรวมศูนย์อำนาจอยู่ที่ส่วนกลาง ไม่ได้รับการทบทวนแก้ไขในเชิงโครงสร้าง

ในกระแสทิศทางการบริหารกิจการรัฐของประเทศประชาธิปไตยที่พัฒนาทั่วโลก ต่างยอมรับหลักการถ่ายโอนหรือกระจายให้งานบริการทั่วไปสำหรับประชาชนไปเป็นบทบาทภารกิจของหน่วยงานท้องถิ่น เพราะท้องถิ่นย่อมรู้สภาพปัญหาพื้นที่ได้ดีกว่าหน่วยงานส่วนกลาง อาทิ งานบริการสาธารณสุข การศึกษา สังคมสงเคราะห์ ระบบสาธารณูปโภค ความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน และการจัดการขยะมูลฝอย แต่ประเทศไทยกลับไม่เป็นอย่างนั้น

เพราะถึงแม้ว่าเราจะมี พรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 เพื่อใช้บังคับทิศทางให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ แต่เมื่อเวลาผ่านไปกว่า 20 ปี การถ่ายโอนสถานีอนามัยไปให้ท้องถิ่นเกิดขึ้นเพียง 50 แห่งเท่านั้น (จากทั้งหมดเกือบ 10,000 หน่วยทั่วประเทศ) สาเหตุก็มาจากข้าราชการไม่ต้องการการเปลี่ยนแปลงและมีแรงต้านจากผู้บริหารกระทรวงที่ส่งทอดกันมา รวมทั้งมีข้ออ้างความไม่พร้อมและความไม่เหมาะสมต่างๆนานา

การหวงหน่วยงานในระดับปฏิบัติเอาไว้กับระบบอำนาจรวมศูนย์เช่นนี้ ทำให้สังคมและประเทศเสียโอกาสที่งานบริการสาธารณสุขซึ่งไม่ยุ่งยากซับซ้อนหรือต้องการความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพที่ไม่สูงมากโดยเฉพาะงานในเชิงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพ แทนที่จะได้ถ่ายโอนไปให้ท้องถิ่นได้ช่วยพัฒนาในวิถีของคนพื้นที่ กลับยังคงวนเวียนบริหารอำนาจกันอยู่ในร่องเดิม คือทุกหน่วยต้องรอคอยการกำหนดนโยบายและการบริหารงานทุกอย่างที่สั่งไปจากส่วนกลาง ทั้งๆที่ปัญหาสังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในชุมชนท้องถิ่นเหล่านั้น มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและกระทบต่อประชาชนที่นั่นโดยตรง

5)ระบบหลักประกันสุขภาพสามกองทุน ขาดการบูรณาการด้านงบประมาณและสิทธิประโยชน์

ในภาพรวม งบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพของรัฐที่ผ่านระบบหลักประกันสุขภาพ 3 กองทุน ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี แต่ก็อยู่ในระดับที่สอดคล้องกับอัตราเงินเฟ้อและการเติบโตของ GDP อย่างไรก็ตาม ปัญหาการขาดสภาพคล่องของรพ.รัฐในระยะที่ผ่านมาเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่บ่งบอกถึงความไม่เพียงพอของงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแต่ละปี

คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข(คปสธ.)จึงมีข้อเสนอในการแสวงหาแหล่งงบประมาณเข้ามาเสริม อาทิ จากระบบภาษีเฉพาะรูปแบบใหม่ๆ การร่วมจ่ายหรือการบูรณาการกับระบบประกันภัยภาคเอกชน ฯลฯ

ส่วนในเรื่องสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างและเหลื่อมล้ำกันอยู่นั้น คปสธ.กำลังพัฒนาระบบชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ทุกกองทุนจะได้รับเหมือนกันหมด และชุดสิทธิประโยชน์เสริมซึ่งแต่ละกองทุนหรือผู้รับบริการสามารถเลือกได้

6) ประชาชนทั่วไปยังขาดทัศนคติ“สร้างนำซ่อม”และการรอบรู้เท่าทันสุขภาพ ในขณะที่งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอ่อนแรงลงไป

สถานภาพผลงานการแก้ปัญหาโรคติดต่อของประเทศไทยมีความโดดเด่น แต่คนไทยกำลังเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ(NCD)มากขึ้น จากข้อมูลปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีการสูญเสีย“ปีสุขภาวะ” (DALYs) จากโรคหรือการบาดเจ็บที่สามารถป้องกันได้ อาทิ การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน โรคซึมเศร้า

ทั้งนี้ อุบัติเหตุทางถนนถือเป็นสาเหตุ อันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะในประชาชนไทยอายุ 15 – 29 ปี และเมื่อพิจารณาอัตราการตาย ต่อหนึ่งแสนประชากรทั้งประเทศพบว่ายังไม่มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีอัตราการตายจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเท่ากับ ๒๒.๓ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งติดอันดับโลก

ทั้งหมดที่กล่าว ล้วนมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในด้านความตระหนักและรู้เท่าทันด้านสุขภาพของคนไทยในช่วงวัยและกลุ่มประชากรต่างๆ รวมทั้งวิธีคิด เจตคติและการปรับพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งต้องการระบบงานเสริมสร้างสุขภาพและการป้องกันโรคที่มีศักยภาพเข้มแข็ง

แต่จากข้อมูลบัญชีสุขภาพแหงชาติ ตั้งแตป 2551 พบวาคาใช้จายเพื่อการรักษาพยาบาลยังคงเปนคาใช้จายหลักของการใช้จายด้านสุขภาพทั้งหมด (ร้อยละ 78.4) ส่วนรายจ่ายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและปองกันโรคมีแนวโนมลดลงเปนลำดับ จากรอยละ 7.1 ในป พ.ศ. 2537 เหลือเพียงร้อยละ 4.5 ในป 2551

ตัวเลขเหลานี้สอดคล้องกับการกระจายงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะต่อๆมา ที่พบวางบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและปองกันโรคซึ่งครอบคลุมประชากรทั้งประเทศมีสัดสวนลดลงจากรอยละ 20 ของงบประมาณทั้งหมดในป 2545 เปนรอยละ 12 ในป 2553

นอกจากนั้น พบว่าในการจัดสรรงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยผ่านงบประมาณรายหัวของ สปสช.ในรอบสิบปีที่ผ่านมายังมีสัดส่วนที่น้อยเกินไป คือประมาณร้อยละ 10-13 เท่านั้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงสัดส่วนงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพของกองทุน สปสช. 2557-2563

	งบประมาณรวม (บาท/หัว ประชากร)	งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(บาท/หัว ประชากร)	**คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ(%)**	**จำนวนประชากรที่ดูแล(ล้านคน)**
2557	2,895.09	288.88	09.97	48.446
2558	2,895.09	383.61	13.25	48.606
2561	3,197.32	415.55	12.99	48.797
2562	3,426.56	431.143	12.58	
2563*	3,600.00	457.50	12.70	48.26

แม้ว่าแผนพัฒนาประเทศจะนโยบายที่ชัดเจนและมีกิจกรรมโครงการรณรงค์ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกันอย่างต่อเนื่องในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา แต่ในสภาพความเป็นจริงยังคงพบว่าสังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่ปรับเปลี่ยนวิธีคิด เจตคติและพฤติกรรมมาสู่ที่เรียกกันว่า“สร้างนำซ่อม” หรือ “ป้องกันดีกว่าแก้ไข”กันเท่าที่ควร

การที่งบประมาณภาครัฐที่ควรจะมุ่งเน้นไปในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความคุ้มค่าสูง แต่กลับนำไปลงทุนในด้านการรักษาพยาบาลอันเป็นการใช้เงินที่มีความคุ้มค่าต่ำกว่ามาก จึงเป็นแนวโน้ม ที่น่าเป็นห่วง เพราะถ้าหากไม่มีการแก้ไข ในวันหนึ่งก็อาจไมสมควรที่รัฐจะต้องสละการลงทุนพัฒนาในด้านอื่นๆมาเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพที่ไมคุ้มค่าอีกต่อไป

นอกจากนั้น เมื่อมีงบประมาณน้อยอยู่แล้ว มาประกอบเข้ากับข้อจำกัดอันเกิดจากการตีความที่ไม่ตรงกันระหว่างหน่วยปฏิบัติ(กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) กับหน่วยงาน

ตรวจสอบ (สตง.) ก็ยิ่งทำให้งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศในภาพรวมมีอาการสะดุดและมีสภาวะที่อ่อนยวบลงไปอย่างถนัดตา

ซึ่งในเรื่องทั้งหมดนี้ รายงานผลการศึกษาของสภาปฏิรูปแห่งชาติ(สปช.)ได้เคยเสนอแนะไว้ว่าสัดส่วนงบส่งเสริมสุขภาพของประเทศควรเพิ่มขึ้นให้อยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 20-25 และจัดให้เป็นกองทุนที่แยกออกมา

7)ขาดระบบสารสนเทศและข้อมูลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศยังขาดคุณภาพ ไม่ครอบคลุม มีความซ้ำซ้อนและขาดกระบวนการตรวจสอบคุณภาพ ขาดการบูรณาการข้อมูลของแต่ละระบบและไม่สามารถแลกเปลี่ยนกันข้อมูลกันระหว่างหน่วยงานได้ โดยเฉพาะมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ มาตรฐานกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของการใช้ข้อมูลสุขภาพ

นอกจากนี้ บุคลากรผู้ให้บริการต้องใช้เวลาจำนวนมากในการจัดทำรายงานข้อมูลและประชาชนไม่สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพสุขภาพของตน ระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลเท่าที่ใช้กันอยู่ล้วนเป็นระบบที่ใช้หน่วยบริการเป็นฐาน เป็นระบบของแต่ละโรงพยาบาลที่ใช้เฉพาะส่วนของตน การส่งต่อคนไข้จากโรงพยาบาลหนึ่งไปยังอีกโรงพยาบาลหนึ่งจึงมักมีช่องว่างและเกิดปัญหาหวงข้อมูล ทำให้คนไข้เสียประโยชน์ทั้งๆที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของตัวเอง

ในด้านวิชาการและการวางแผนพัฒนา ยังขาดระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลกลางของประเทศ ทำให้ไม่สามารถประมวลข้อมูลให้เห็นภาพรวมได้อย่างครอบคลุม แม้ว่าปัจจุบันจะมีระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่ของกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน แต่ก็ยังขาดการเชื่อมโยงให้เห็นภาพรวมได้แบบทันท่วงที

ปัจจุบันเป็นโลกยุคดิจิทัล แต่ระบบสารสนเทศและข้อมูลสุขภาพของประเทศยังไม่ได้มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาทั้งระบบอย่างจริงจังเพื่อให้สามารถสนับสนุนงานบริการประชาชนและการบริหารจัดการ คปสธ.จึงกำหนดให้มีประเด็นการปฏิรูประบบสารสนเทศและข้อมูลสุขภาพบรรจุไว้ในแผน

8)กลไกนโยบายและการบริหารงานด้านสาธารณสุขยังขาดสมดุลและความเป็นเอกภาพ

ประเด็นนี้น่าจะเป็นปัญหาที่ใหญ่ที่สุดของแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เพราะเป็นส่วนของการปฏิรูปโครงสร้างที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบอื่นๆทั้งหมด ซึ่งถ้าไม่มีการปฏิรูปในส่วนนี้อย่างจริงจังส่วนอื่นก็แทบจะไม่มีความหมาย เพราะจะกลายเป็นเพียงงานพัฒนาทั่วไปที่สามารถทำอย่างค่อยเป็นค่อยไปเมื่อไรก็ได้

เรื่องแรก เป็นปัญหาบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งควรที่จะหันกลับมาทำหน้าที่หน่วยกำหนดนโยบายและกำกับดูแล(regulator) และเอาใจใส่ต่อการบังคับใช้กฎหมาย 50 ฉบับที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของตนอย่างเข้มแข็ง โดยกระทรวงควรต้องละวางหรือถ่ายโอนภารกิจและบทบาทการเป็นหน่วยบริการสุขภาพ(provider)ไปให้แก่สถาบัน องค์การมหาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือภาคเอกชนอย่างเหมาะสม ทั้งงานด้านงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพราะการทำหน้าที่ทั้งสองอย่างในเวลาเดียวกัน จะเกิดขัดแย้งในบทบาทหน้าที่และไม่สามารถทำได้ดีสักอย่าง และขาดการตรวจสอบถ่วงดุล

เรื่องที่สอง ปัจจุบันมีองค์กรอิสระตระกูล ส.เกิดขึ้นหลายองค์กร ได้แก่ สสส.สปสช.สช.สวรส.สพฉ. และ สรพ. ซึ่งต่างคนต่างมีกฎหมายจัดตั้งเป็นการเฉพาะ มีสถานะเป็นองค์กรนิติบุคคลและมีคณะกรรมการนโยบายของตนเอง นอกจากนั้นแต่ละองค์กรล้วนแล้วแต่มีศักยภาพในระดับสูง มีผลงานเป็นที่ยอมรับยกย่องเป็นอย่างมากในระดับนานาชาติ เป็นหน้าเป็นตาของรัฐบาล

ในด้านหนึ่ง ด้วยความเป็นเอกเทศของแต่ละองค์กร ทำให้กระทรวงสาธารณสุขรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมดูแลให้เกิดความเป็นเอกภาพได้ จึงพยายามเสนอ(ร่าง)พรบ.คณะกรรมการนโยบายสุขภาพ

แห่งชาติ พ.ศ...เพื่อจัดตั้งกลไกอำนาจอำนาจแบบแข็งในลักษณะ super board ขึ้นมาดูแลเรื่องนี้เป็นการเฉพาะ แต่กระบวนการขับเคลื่อนของกระทรวงสาธารณสุข สปท.และสนช.ในช่วงที่ผ่านมาของรัฐบาล คสช. ก็ถูกกระทรวงและหน่วยงานอื่นตั้งคำถามถึงเหตุผลความจำเป็นในการจัดตั้ง การทับซ้อนกับอำนาจหน้าที่ของกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งคณะกรรมการกฤษฎีกาก็ตั้งคำถามถึงความซ้ำซ้อนกับพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่เป็นกลไกระดับนโยบายอยู่แล้ว

อย่างไรก็ตามในเรื่องนี้ ถ้าเพียงแค่กระทรวงสาธารณสุขได้หันกลับมาแสดงบทบาทเป็น Health Authority ทำหน้าที่ผู้กำหนดนโยบายและกำกับดูแลอย่างจริงจังและเข้มแข็งเท่านั้น ประเด็นเอกภาพในทางนโยบายดังกล่าวนี้ อาจจะหมดไปได้ โดยไม่เป็นต้องจัดตั้งกลไก super board แต่อย่างใด

หรือในกรณีที่ยังเห็นว่าจำเป็นที่ต้องมีกลไกนี้อีก ผู้เขียนขอเสนอให้ตีกรอบประเด็นอำนาจหน้าที่ของ super board ให้แคบลงอยู่ในเรื่องการแพทย์และการสาธารณสุขเท่านั้น เพราะการขยายกว้างไปเป็นเรื่องสุขภาพมิติกว้างซึ่งครอบคลุมถึงคุณภาพชีวิตนั้น จะไปทับซ้อนกับอำนาจหน้าที่ของอีกหลายกระทรวง รวมทั้งควรเปลี่ยนชื่อเป็น “คณะกรรมการนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ”แทน เพื่อไม่ให้ทับซ้อนหรือสับสนกับกลไก “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ”ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน

7. แนวทางการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุข

เพื่อบูรณาการการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างอย่างเป็นระบบ คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข(คปสธ.) ได้จัดทำแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ดังมีรายละเอียดตามที่รัฐบาลได้ประกาศไว้แล้วในราชกิจจานุเบกษา

คปสธ.เสนอแนวทางการปฏิรูปไว้ 4 ด้าน คือ ด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านความรอบรู้ และด้านงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย 10 ประเด็น ดังนี้

1)การจัดตั้งกลไกคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

เน้นเป้าหมายการสร้างความเป็นเอกภาพและบูรณาการนโยบายสำคัญด้านสุขภาพ ระหว่างหน่วยงานและองค์กรอิสระระดับชาติ โดยการจัดตั้งกลไกระดับชาติที่มีสมรรถนะสูง เพื่อกำหนดขับเคลื่อน ติดตามกำกับนโยบายและยุทธศาสตร์ในภาพรวมและด้านต่างๆ

2)การจัดให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขต

เน้นเป้าหมายการมีระบบบริการในเขตพื้นที่ที่ถูกออกแบบให้รองรับกับสภาพปัญหา มีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่าและมีระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ที่สามารถเกลี่ยใช้กันได้ในลักษณะพ่วงบริการ แทนการจ่ายงบประมาณลงไปยังหน่วยบริการย่อยโดยตรง และให้มีกลไกการบริหารเขตพื้นที่แบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

3)การวางระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ

เน้นเป้าหมายให้ระบบสาธารณสุข สถานบริการและสถานพยาบาลภาครัฐ มีและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ การวิเคราะห์และพัฒนางานการส่งต่อผู้ป่วย การใช้ระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเลกทรอนิกส์

4)ระบบแผนกำลังคนด้านสุขภาพในระยะยาว

เน้นเป้าหมายการออกแบบวางแผน กำหนดสัดส่วนบุคลากรสุขภาพต่อประชากรในระดับประเทศที่เพียงพอ สอดคล้องกับระดับการพัฒนา แก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการกระจายบุคลากรสุขภาพระหว่างเขตสุขภาพ รูปแบบการจ้างงานที่เหมาะสมและไม่มีพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรซ้ำซาก

5)ระบบบริการการแพทย์ปฐมภูมิ

เน้นเป้าหมายการมีระบบบริการการแพทย์ปฐมภูมิที่สมบูรณ์ครบถ้วน ใกล้บ้านใกล้ใจ รวมทั้งการผลิตบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้บริการ ลดภาระโรคโดยค่าใช้จ่ายต่อหัวไม่เพิ่ม

6)การพัฒนาระบบแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยเพื่อเศรษฐกิจ

เน้นเป้าหมายประเทศไทยมีความมั่งคั่งจากการนวดไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร การแพทย์แผนไทยมีความมั่นคงอยู่ในระบบบริการสุขภาพและพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน

7)ระบบการแพทย์และการสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉิน

เน้นเป้าหมายประชาชนเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลาและมีมาตรฐาน ประเทศมีระบบการสาธารณสุขฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ สามารถรองรับโรคระบาดและผลกระทบจากพิบัติภัยธรรมชาติขนาดใหญ่

8)การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เน้นเป้าหมายพัฒนาระบบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีเอกภาพและมีประสิทธิภาพให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น

9)การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ คุ้มครองผู้บริโภคและผู้ให้บริการ

เน้นเป้าหมายประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีทักษะในการเข้าถึงและประมวลข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง จัดระบบการเยียวยาผู้เกี่ยวข้องที่ได้รับผลกระทบจากการบริการด้านสุขภาพ และสร้างเสริมให้ผู้บริโภคมีความรู้เท่าทันการคุ้มครองบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านต่าง ๆ

10)ระบบความยั่งยืนและเพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพ

เน้นเป้าหมาย ประชาชนทุกกลุ่มมีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ มีกลไกหลักในการบริหารจัดการทางการคลังสุขภาพระดับชาติ โดยค่าใช้จ่ายด้านหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับที่การคลังของประเทศสามารถรองรับได้ และสถานพยาบาลใช้กรอบแนวคิดการจัดบริการที่เน้นความคุ้มค่า

มีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักสำหรับคนไทยทุกคน รวมทั้งชุดสิทธิประโยชน์เสริม และมีการประมาณการค่าใช้จ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมถึงแหล่งเงินสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพ คุ้มครองด้านสุขภาพแก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิซึ่งรวมทั้งผู้ที่ไม่ใช่ประชาชนไทย

8. ความท้าทายต่อการปฏิรูป

ในช่วงรอยต่อและระยะเปลี่ยนผ่านการบริหารประเทศ แม้ว่าจะมีแผนปฏิรูปและยุทธศาสตร์ชาติประกาศใช้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว แต่การขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติการในภาคสนามยังมีปัญหาความท้าทายต่อการดำเนินงานอยู่มากมาย ซึ่งผู้เขียนมีประเด็นความสนใจส่วนตัวบางประการ ดังนี้

1)ครม.ใหม่กับการปฏิรูป

หลังจากที่ใช้เวลาหมดไป 5 ปีในกระบวนการจัดทำแผนปฏิรูปประเทศและยุทธศาสตร์ชาติ บัดนี้เมื่อผ่านยุครัฐบาลคสช.มาเป็นรัฐบาลประยุทธ์(2)แล้ว จึงถึงเวลาที่จะต้องขับเคลื่อนการปฏิรูปสู่ภาคปฏิบัติการ แต่เนื่องจากระบบสาธารณสุขนั้นมีมิติที่หลากหลายและซับซ้อน การแก้ปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยมาตรการใดมาตรการหนึ่ง จึงต้องการความเข้าใจและร่วมมือกันของสังคมและผู้ที่เกี่ยวข้อง

ด้านหนึ่งมิให้คาดหวังอะไรที่ได้ผลรวดเร็วและยั่งยืนแบบเกินจริง ขณะเดียวกันอีกด้านหนึ่งก็ต้องร่วมขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงไปพร้อมๆกันอย่างเป็นระบบ ความสอดคล้องของนโยบายด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุขของรัฐบาลผสม 20 พรรค ที่จะประกาศต่อรัฐสภาและความเอาใจใส่ของนายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งทีมทำงาน จะเป็นสัญญาณสำคัญที่บอกว่าการปฏิรูปเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุขดังที่กล่าวทั้งหมดข้างต้น จะมีทิศทางความเป็นไปได้และความหวังได้มากน้อยเพียงไร

2)ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข

ต้องยอมรับเป็นเบื้องต้นก่อนว่าในช่วง 5 ปีของรัฐบาล คสช. มีข้อจำกัดอย่างยิ่งในเรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างการรับรู้ เรียนรู้ ออกแบบและแสดงความคิดเห็นการปฏิรูปสาธารณสุขในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มข้าราชการของกระทรวงสาธารณสุขเอง พนักงานองค์กรอิสระตระกูล ส.ที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่ายภาคประชาชน

ดังนั้น ในหลายๆประเด็นที่มีความคิดเห็นแตกต่างกันมากและมีความเสี่ยงต่อผลกระทบ จึงควรดำเนินการด้วยความระมัดระวัง เพราะอาจเกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกันและมีแรงต่อต้านจากฝ่ายข้าราชการประจำเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในเรื่องการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและการกระจายอำนาจ

ในสภาพการณ์เช่นนี้ จำเป็นต้องอาศัยภาวะการนำที่เหมาะสมของทั้งฝ่ายบริหารและฝ่ายนโยบาย

3)คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข(คปสธ.) เป็นกลไกที่มีหน้าที่จัดทำแผนปฏิรูปจนกระทั่งได้ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษาแล้ว

มาบัดนี้ ตามเจตนารมณ์ของกฎหมายก็ยังคงกำหนดให้มีกลไกนี้อยู่เพื่อกำกับติดตาม โดยในความเป็นจริงแล้วรัฐบาลและกระทรวงทบวงกรม คือหน่วยงานตัวจริงที่เป็นผู้ขับเคลื่อนแผนไปสู่การเปลี่ยนแปลง ในขณะเดียวกัน รัฐธรรมนูญก็ยังได้กำหนดให้มีสภาผู้แทนราษฎร(ส.ส.)และวุฒิสภา(ส.ว.) ให้เป็นกลไกกำกับ ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูปดังกล่าวไว้อีกทางหนึ่งด้วย

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ผู้เขียนพบว่ายังมีปัญหาความเข้าใจที่แตกต่างกันในรายละเอียดและหลักการแนวคิดของแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขอยู่ไม่น้อย ทั้ง 10 ประเด็นปฏิรูป โดยเฉพาะระหว่างกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข สมาชิกสภาที่เกี่ยวข้อง (สปช.สปท.สนช.)กับผู้บริหารหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข

บางเรื่องสนับสนุน บางเรื่องคัดค้าน บางเรื่องวางเฉย ตัวอย่างเช่น ประเด็นการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขต การปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุขไปเป็นผู้กำกับดูแลนโยบายเพียงอย่างเดียว รูปแบบการกระจายอำนาจและถ่ายโอนหน่วยบริการ ฯลฯ

ดังนั้นความท้าทายในเรื่องนี้คือ ทำอย่างไรจึงจะมีกระบวนการเรียนรู้และทำงานร่วมกัน และปรับเปลี่ยนกันไปด้วยความสันติสมานฉันท์

4)หน่วยงานอิสระด้านสุขภาพ

องค์กรอิสระตระกูล ส. เป็นหน่วยงานที่มีพรบ.การจัดตั้งและมีกลไกคณะกรรมการนโยบายของตนเอง นอกจากนั้นยังเป็นหน่วยงานเชิงนวัตกรรมที่มีบทบาทในการปฏิรูประบบสาธารณสุขและระบบสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง

แต่ในช่วงที่ผ่านมา องค์กรตระกูล ส.มีสภาพเหมือนถูกกีดกันออกไปจากกระบวนการทำงานพัฒนาและจัดทำแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ทั้งในขั้นตอนการแต่งตั้งและกระบวนการทำงานไม่ว่าจะโดยตั้งใจหรือไม่ก็ตาม ทั้งๆที่องค์กรเหล่านี้มีผลกระทบโดยตรง

ด้วยเหตุนี้เอง แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขจึงขาดการมีส่วนร่วมและสำนึกความเป็นเจ้าของจากองค์กรอิสระด้านสุขภาพที่มีศักยภาพเหล่านี้ไปอย่างน่าเสียดาย จึงนับเป็นอีกความท้าทายหนึ่ง และเป็นสิ่งควรได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง

5)บทบาทของวุฒิสภา

ด้วยกระบวนการสรรหาและวิธีคัดเลือกสมาชิกวุฒิสภา(ส.ว.)ในชุดปัจจุบันได้อาศัยฐานที่มาจากกลไกอำนาจรัฐแม่น้ำห้าสายในยุค คสช. ดังนั้น ส.ว.ส่วนใหญ่(ร้อยละ 80) ล้วนเป็นผู้ที่เคยมีบทบาทในกระบวนการจัดทำแผนปฏิรูปประเทศในด้านต่างๆกันมาก่อน ไม่ว่าจะเป็นในฐานะสมาชิกสภาปฏิรูป

แห่งชาติ(สปช.) สมาชิกสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ(สปท.) สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ(สนช.) คณะรัฐมนตรี(ครม.) คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติและคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านต่างๆ

ดังนั้น เมื่อมาอยู่ในฐานะส.ว.ที่ต้องมาทำหน้าที่ *“กำกับ ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการปฏิรูป”* โดยกฎหมายไม่อนุญาตให้เป็นผู้ก้าวก่ายแทรกแซงหรือลงมือดำเนินการด้วยตัวเอง ประเด็นท้าทายจึงอยู่ที่ว่า ส.ว.(ทั้งในฐานะปัจเจกและในฐานะองค์กร) จะแสดงบทบาทที่เหมาะสมอย่างไร จึงจะสามารถเกื้อหนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามแผนปฏิรูปอย่างมีผลสัมฤทธิ์ จะป้องกันมิให้เกิดการขัดแย้งขัดขากันระหว่างรัฐบาลผสมและรัฐมนตรีที่มาจากพรรคการเมืองที่หลากหลาย กับข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างไร รวมทั้ง คปสธ.และส.ว.ในฐานะที่ต่างต้องกำกับติดตาม จะทำงานร่วมกันแบบสานพลังได้หรือไม่

เอกสารอ้างอิง

ธนพล สราญจิตร. (2558). ปัญหาความยากจนในสังคมไทย Problem of Poverty in Thailand ใน วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม-สิงหาคม 2558.

ประสิทธิ์ วัฒนาภา. (2562). สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของประชาชนไทยในทศวรรษที่ผ่านมา. ค้นจาก http://www.constitutionalcourt.or.th/occ_web/ewt_dl_link.php?nid=1491)

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2558). ข้อเสนอรายงานการปฏิรูปด้านสาธารณสุข. ค้นจาก https://library2.parliament.go.th/giventake/content_nrcinf/nrc2557-pr38.pdf,)

มงคล ณ สงขลา. (2562). ผู้ป่วยล้นรพ. เหตุรัฐพัฒนาระบบไม่ทันความต้องการ แนะกระจายอำนาจ-ลงทุนโครงสร้างพื้นฐานสุขภาพ. ค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2015/07/10538

สุรีรัตน์ ตรีมรรคา. (2559). ผู้ป่วยล้น รพ. กำลังคนสุขภาพก็งานล้นมือ กระจายอำนาจเป็นคำตอบหรือไม่. ค้นจาก https://www.matichon.co.th/columnists/news_186586

บวรศม ลีระพันธ์. (2561). ลดคนล้นโรงพยาบาล ด้วยความคิดเชิงระบบ. ค้นจาก https://www.the101.world/system_thinking_health/

วิชิตวงศ์ ณ ป้อมเพชร.(2561). ทำความเข้าใจ “ความเหลื่อมล้ำ”. ค้นจาก https://www.prachachat.net/columns/news-168380

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.(2550).พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. ค้นจาก http://www.dms.moph.go.th/dms2559/dmsdoc/O35_13.pdf

กรมบัญชีกลาง. (2561). แผนงานบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ กระทรวงการคลัง. http://www.cgd.go.th/cs/Satellite?blobcol

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561. ค้นจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/strategymoph61_v10.pdf

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2561). บูรณาการแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ๑๐ ปีข้างหน้า . ค้นจาก https://www.nationalhealth.or.th/node/1751

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564).

สำนักนายกรัฐมนตรี. (2561). ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ. ค้นจาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/024_5/1.PDF

เอกสารอ้างอิงออนไลน์

https:th.
wikipedia.org/wiki/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%88%E0%B8%99 ค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2562

http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatSubDefault_Final.aspx?catid=13 ค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2562

https://www.hsri.or.th/researcher/classroom/detail/4741 ค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2562

https://www.nationalhealth.or.th/node/429 ค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2562

https://www.thairath.co.th/news/business/market-business/1583493 ค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2562

https://mgronline.com/qol/detail/9620000004605 ค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2562