



เอกสารวิชาการส่วนบุคคล
(Individual Study)

หลักประชาธิปไตย กับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

จัดทำโดย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิศิษฎ์ วามวาณิชย์
รหัส ๖๓๐๘๓๕

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการอบรม
หลักสูตรหลักนิติธรรมเพื่อประชาธิปไตย รุ่นที่ ๘
วิทยาลัยศาลรัฐธรรมนูญ

ลิขสิทธิ์ของสำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ

หลักประชาธิปไตยกับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิศิษฐ์ วามวาณิช

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีระบบบริการสุขภาพดีประเทศหนึ่งในโลก ดังจะเห็นได้จากการที่องค์การอนามัยโลกจัดอันดับให้ไทยเป็นประเทศที่จัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อได้ดีเยี่ยมเป็นอันดับ ๓ ของโลก และอันดับ๑ของอาเซียนในปี ๒๕๖๐ และรับรองให้ไทยเป็นประเทศแรกในเอเชีย และประเทศที่ ๒ ของโลกที่สามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูกได้สำเร็จ นอกจากนี้ประเทศไทยยังสามารถจัดการควบคุมการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ที่มีการระบาดหนักทั้งโลกได้ดี มีจำนวนผู้ติดเชื้อในประเทศต่ำและอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าหลายๆประเทศ

ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายคือสุขภาพที่ดีของประชาชน ซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ โดยมีความท้าทายหลายประเด็นในการจัดระบบให้บรรลุเป้าหมาย

แนวคิดการปกครองตามระบอบประชาธิปไตย ซึ่งเป็นการปกครองที่เป็นของประชาชน โดยประชาชน และเพื่อประชาชน โดยมีหลักการที่สำคัญได้แก่ หลักอำนาจอธิปไตยของปวงชน หลักเสรีภาพ หลักความเสมอภาค หลักการใช้เหตุผล หลักการมีส่วนร่วม และหลักนิติธรรม จึงเป็นหลักการที่จำเป็นในการสร้างระบบสาธารณสุขที่ดี และต้องมีการพัฒนารูปแบบของการนำหลักการต่างๆ เหล่านี้ไปใช้เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และพฤติกรรมของประชาชนที่เปลี่ยนไป

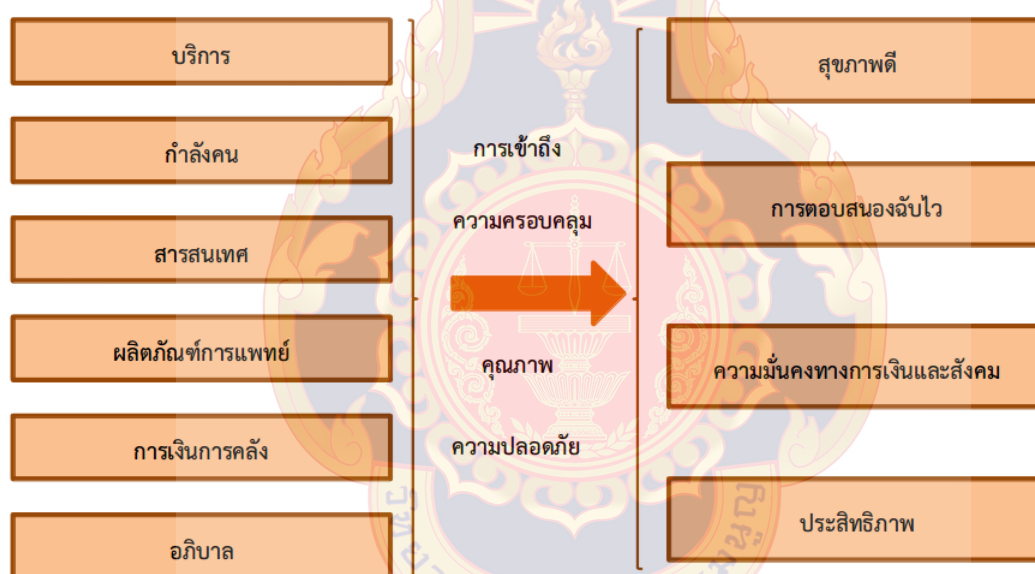
ระบบบริการสุขภาพ

ระบบสุขภาพอาจนิยามจากบทบาทหน้าที่ หรือ องค์ประกอบ ในเชิงบทบาทหน้าที่ ระบบสุขภาพมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค ฟื้นฟูการทำงานของร่างกาย และกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของสาธารณสุขในการรับมือโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และภัยพิบัติ นอกเหนือการตอบสนองความคาดหวังของประชาชนดังกล่าวข้างต้น ระบบสุขภาพที่ดีควรเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของทุกคน ยึดมั่นในหลักศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรมในการดำเนินการ และให้ความเท่าเทียมด้านสิทธิประโยชน์ แก่ชนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม

หากมองจากความมุ่งหวังข้างต้น ระบบสุขภาพที่สมบูรณ์จึงมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง แวดล้อมด้วยกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริม ฟื้นฟู และธำรงสุขภาพของประชาชน กิจกรรมเหล่านี้ประกอบกันขึ้นเป็นระบบสุขภาพ ซึ่งจำแนกแยกย่อยได้เป็น ๖ ระบบ ดังนี้

๑. ระบบบริการ หมายถึง บริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไป

๒. ระบบผู้ให้บริการ หมายถึง กำลังคนที่เพียงพอ มีความรู้ มีสัดส่วนของความชำนาญที่เหมาะสม ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างเท่าเทียมและครอบคลุม
๓. ระบบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ หมายถึง เวชภัณฑ์ วัคซีน อุปกรณ์การวินิจฉัย และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน คุณภาพ ความปลอดภัย มีระบบการขนส่งที่ดี มีข้อบ่งชี้ในการใช้
๔. ระบบการเงินการคลัง หมายถึง ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม ลดภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐ และส่วนบุคคล ผ่านการระดมเงินทุน จัดสรร และบริหารงบประมาณที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ
๕. ระบบสารสนเทศ หมายถึง ความพร้อมและการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา แนวโน้ม ความต้องการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการบรรลุตัวชี้วัดในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ทั้งถึง เป็นธรรม
๖. ระบบอภិบาล หมายถึง การกำกับดูแลให้องค์กรสุขภาพดำเนินการกิจอย่างเป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการที่มุ่งแก้ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน และคาดการณ์ปัญหาในอนาคต



จะเห็นว่าทุกกิจกรรมหรือ “องค์ประกอบ” ไม่ได้อยู่โดดเดี่ยว แต่มีปฏิสัมพันธ์กัน แต่ละองค์ประกอบเปรียบเสมือนระบบย่อยที่ประกอบกันขึ้นเป็นระบบสุขภาพใหญ่ แต่ละระบบย่อยยังมีระบบที่แยกย่อยลงไปอีก อาทิ ภายในระบบสุขภาพมีระบบบริการ ภายในระบบบริการมีระบบสถานบริการ ภายในระบบสถานบริการมีระบบห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

ทุกระบบทำงานเชื่อมประสาน ทั้งภายในระบบและระหว่างระบบ โดยมี คน เป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อน ระบบจะเดินหน้าหรือถอยหลังจึงขึ้นอยู่กับ คน ซึ่งหมายรวมทุกรูปแบบ ทั้งแบบเดี่ยวและหมู่คณะ กล่าวคือ ปัจเจกบุคคล ประชาชน สมาคม องค์กร ผู้ให้บริการ ผู้บริหารสถานพยาบาล ผู้กำหนดนโยบาย

เอกสารชิ้นสำคัญที่ไดเเสนอกรอบแนวคิดของระบบสุขภาพในอุดมคติและเปเนฐานในการผลักดันการปฏิรูป ระบบสุขภาพของไทยคือ “รายงานสุขภาพประชาชาติ” ของคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภาในปพ.ศ. ๒๕๔๓ ซึ่งมี ศ.นพ.ประสพ รัตนากร ประธานกรรมการเปเนประธาน

คณะทำงาน โดยมี นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นหัวหน้า คณะทำงาน ในรายงานฉบับนี้ได้อธิบายความมุ่งหมายและเจตนารมณ์ของระบบสุขภาพว่า “ระบบสุขภาพแห่งชาติต้อง เป็นไปเพื่อพัฒนาคนไทยทุกคนให้มีสุขภาพะทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพ มากกว่าการซ่อมแซมสุขภาพ สุขภาพดีจึงเป็นสิทธิและความรับผิดชอบของคนไทยทุกคน รัฐมีหน้าที่ในการสร้าง นโยบาย และระบบเพื่อให้เกิดหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง และเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” และได้เสนอวาระระบบสุขภาพควรมีหลักการสำคัญ ๖ ประการ ได้แก่

๑. เป็นระบบสุขภาพเพื่อทุกคนและทุกคนมีหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพของตนเอง (Health for all, All for Health)
๒. ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ของสมาชิกในครอบครัว ของชุมชน (participatory)
๓. ระบบสุขภาพมีความเสมอภาค โดยคนไทยทุกคนสามารถบรรลุสุขภาพดีเข้าถึงบริการโดยเสมอภาคกัน เมื่อมีความต้องการสุขภาพ (equity)
๔. การลงทุน และใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพ มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า และให้ผลตอบแทนสุขภาพที่ดี (macroeconomic efficiency)
๕. ระบบบริการสุขภาพ มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ เพียงพอและทั่วถึง เข้าถึงสะดวก (equity, standards, efficiency, adequacy, wide coverage and accessible)
๖. ระบบสุขภาพมีลักษณะผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน แผนไทย และแผนอื่น ๆ (integrative)

ความท้าทายในระบบบริการสุขภาพ

ศาสตราจารย์ William Kissick ผู้มีบทบาทในการจัดตั้งระบบสุขภาพ Medicare ซึ่งรัฐบาลกลางให้การสนับสนุนการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ ทูพลาทอป และผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เสนอ แนวคิดเรื่อง สามเหลี่ยมเหล็กของระบบบริการสุขภาพ (Iron Triangle of Healthcare) ซึ่งกล่าวถึง มิติที่สำคัญทางสุขภาพ ๓ ด้านที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างซับซ้อน และเป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการจัดระบบบริการสุขภาพ มิติดังกล่าวได้แก่



๑. ต้นทุน Cost หรือ เงินทุนที่จำเป็นในการจัดให้มีระบบบริการสุขภาพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการป้องกันรักษา ฟันฟู ดูแลระยะยาว เป้าหมายในการจัดการคือให้มีต้นทุนในการจัดการให้ต่ำที่สุด เพื่อที่จะทำให้ระบบสามารถให้บริการครอบคลุมประชาชนมากที่สุด ทำให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก แต่การดำเนินการดังกล่าวจำเป็นต้องลดทอนคุณภาพในการให้บริการลง เนื่องจากการให้บริการที่มีคุณภาพที่ดี มักต้องมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า การที่มีข้อจำกัดของต้นทุนในการจัดระบบบริการสาธารณสุขจึงมักส่งผลต่อ มาตราฐานและทางเลือกในการรักษาพยาบาล
๒. คุณภาพ Quality คือคุณภาพในการจัดระบบบริการให้แก่ประชาชน ซึ่งระบบการบริการสุขภาพเป็นระบบใหญ่และซับซ้อน ดังนั้น มิติด้านคุณภาพจึงมองได้หลายแง่มุม เช่น หากพิจารณาในแง่ของบุคลากร ยา หรือ อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่เป็นปัจจัยนำเข้าให้เกิดการบริการสุขภาพ อาจพิจารณาจากความเชี่ยวชาญของแพทย์ พยาบาล คุณภาพของยา ความทันสมัยของเครื่องมือแพทย์ หรืออาจพิจารณาจากผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพ เช่น ผลการรักษา เช่น อัตราการรอดชีวิต อัตราการกลับเป็นซ้ำ ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพ หรือคุณภาพชีวิตภายหลังการรักษา การพิจารณาเรื่องคุณภาพ เป็นเรื่องที่ซับซ้อน เพราะเป็นการเปรียบเทียบในภาวะโรคหรือความเสี่ยงของสุขภาพที่แตกต่างกันไปในแต่ละคน แต่สิ่งที่แน่ชัดก็คือ คุณภาพที่สูงขึ้นมักจะเกิดขึ้นจากต้นทุนที่สูงขึ้นและมักจะทำให้มีการเข้าถึงได้น้อยลง
๓. การเข้าถึง Access คือ ความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มิติดังนี้ครอบคลุมการกระจายตัวของสถานพยาบาล การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการส่งต่อการเข้าถึงระบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การดูแลรักษาระยะยาว การเข้าถึงยาและวิธีการรักษาที่จำเป็น ซึ่งโดยทั่วไป การจัดระบบบริการสุขภาพให้เกิดการเข้าถึงได้สะดวก ต้องใช้เงินลงทุนและค่าใช้จ่ายรวมทั้งการบริหารจัดการสูง หากต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่ยังคงต้องการให้เกิดการเข้าถึงจึงมักจะลดทอนคุณภาพหรือลดทอนทางเลือกในการรักษาพยาบาลลงความสัมพันธ์ระหว่างมิติที่กล่าวมาทั้ง ๓ ข้างต้น ส่งผลถึงทางเลือกในการบริการสุขภาพ (Choice) ซึ่งอาจจะพิจารณาเป็น มิติสำคัญ มิติที่ ๔ ซึ่งมีผู้เสนอว่าปัจจัยที่กำหนดรูปแบบการให้บริการสุขภาพ มี ๔ ปัจจัยคือ ต้นทุน คุณภาพ การเข้าถึงและทางเลือก เกิดเป็น สี่เหลี่ยมเหล็กของการบริการสุขภาพ (Iron rectangle of Healthcare)

จะเห็นได้ว่า ทางเลือกในการบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งผู้ที่ได้รับผลกระทบสุดท้ายคือประชาชน การที่ประชาชนหรือผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการบริการรักษาพยาบาล โดยได้รับข้อมูลทางการแพทย์ การสาธารณสุขและข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องที่เหมาะสมและเพียงพอในการตัดสินใจ เป็นไปตามหลักการบริการสุขภาพที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Healthcare) ฉะนั้น การนำหลักการประชาธิปไตยมาใช้ในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพจึงน่าจะเหมาะสมที่สุด เพราะเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างผู้มีส่วนได้เสียและทำให้ระบบเกิดความยั่งยืน

หลักประชาธิปไตย

ประชาธิปไตย หมายถึง การปกครองที่เป็นของประชาชน โดยประชาชน และเพื่อประชาชน ตลอดจนเป็นหลักในการดำเนินชีวิตของคนในการอยู่ร่วมกันโดยสันติ ภายใต้ความเชื่อที่ว่า คนเราเกิดมาเท่าเทียมกันคือ ได้รับการคุ้มครองจากรัฐตามกฎหมาย และโอกาสที่จะได้รับการบริการต่าง ๆ

ในกฎหมาย รัฐธรรมนูญ ประชาธิปไตย คือ การที่รัฐบาลเป็นของประชาชน โดยประชาชน เพื่อประชาชน หรือ ประชาธิปไตยคือ สังคมที่ประชาชนมีเสรีภาพ สมภาพ และภราดรภาพ

ประชาธิปไตยมีพื้นฐานอยู่บนความเชื่อในความสำเร็จและศักดิ์ศรีของปัจเจกบุคคล ความเชื่อในความเสมอภาคของมนุษย์ และความเชื่อในความจำเป็นที่จะต้องมีความเป็นอิสระเสรี ประชาธิปไตยจึงประกอบด้วยหลักการต่างๆ ดังต่อไปนี้

๑. เสรีภาพ (Liberty) คืออิสรภาพของบุคคลที่จะกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งตามความประสงค์ของตนโดยไม่อยู่ภายใต้การกดขี่ของรัฐ เว้นแต่อยู่ภายใต้กรอบกติกาที่กฎหมายกำหนดไว้ เพื่อป้องกันการล่วงละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ในหลักประชาธิปไตย เสรีภาพคือกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ความก้าวหน้าของสังคม

๒. ความเสมอภาค (Equality) คือความเท่าเทียมกันของคนในสังคม เป็นความเท่าเทียมกันในความเป็นมนุษย์ และเท่าเทียมกันในฐานะที่เป็นสมาชิกของสังคมเหมือนกัน มีศักดิ์ศรี เกียรติยศ และมีคุณค่าในความเป็นคนอย่างเดียวกัน ความเสมอภาคประกอบไปด้วย

- ๒.๑ ความเสมอภาคในความเป็นมนุษย์
- ๒.๒ ความเสมอภาคตามกฎหมาย
- ๒.๓ ความเสมอภาคในด้านโอกาส
- ๒.๔ ความเสมอภาคในทางการเมือง
- ๒.๕ ความเสมอภาคในการใช้สิทธิเลือกตั้ง
- ๒.๖ ความเสมอภาคในการสมัครรับเลือกตั้ง
- ๒.๗ ความเสมอภาคในทางเศรษฐกิจ

๓. อำนาจอธิปไตยเป็นของปวงชน (Popular Sovereignty) คือ ปัจจัยที่เชื่อว่าสังคมก่อตั้งขึ้นโดยความยินยอมของประชาชน ในการที่จะให้อำนาจอธิปไตยของสังคมส่วนรวมเข้ามาแทนที่เสรีภาพธรรมชาติ โดยทุกคนจะมีส่วนร่วมในอธิปไตยนั้นๆ เท่าเทียมกัน ตามหลักการนี้ การปกครองในระบอบประชาธิปไตยจึงเป็นการปกครองที่ประชาชนเป็นทั้งผู้ปกครอง และผู้ถูกปกครอง ในระบอบประชาธิปไตย เนื่องจากผู้ปกครองมาจากการเลือกตั้งโดยยึดหลักการเสียงข้างมาก จึงมีสิทธิอำนาจอันชอบธรรมในการปกครองประเทศเพราะได้รับสิทธิจากผู้ถูกปกครองโดยตรง

๔. หลักการเสียงข้างมากที่คุ้มครองเสียงข้างน้อย (The Rule of Majority) เนื่องจากในระบอบประชาธิปไตย ประชาชนทุกคนมีสิทธิในการตัดสินใจปัญหาบ้านเมืองไม่ว่าจะโดยตรงหรือผ่านผู้แทนราษฎร ซึ่งในความเป็นจริงประชาชนทุกคนย่อมมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน ดังนั้นเพื่อเป็นการตัดสินใจปัญหาจึงต้องยึดเสียงข้างมากที่มีต่อเรื่องนั้นๆ เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ ถึงอย่างไรก็ตาม เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาคของเสียงข้างน้อย หลักประชาธิปไตยจึงต้องประกอบด้วยหลักการคุ้มครองเสียงข้างน้อย (minority right) ด้วย ทั้งนี้ การตัดสินใจโดยล่วงละเมิดสิทธิพื้นฐานของเสียงข้างน้อย ถือว่าเป็นการปกครองโดยระบอบเผด็จการเสียงข้างมาก (Dictatorship of the Majority)

การปกครองโดยระบอบประชาธิปไตยสามารถจำแนกออกเป็น ๒ ประเภท ดังนี้

๑. ประชาธิปไตยโดยตรง (Direct Democracy) หรือประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) เป็นรูปแบบการปกครองที่ให้ประชาชนทั่วประเทศเป็นผู้ใช้อำนาจในการปกครอง

โดยตรง ด้วยการประชุมร่วมกัน เพื่อพิจารณาตัดสินปัญหา และเลือกตั้งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานของรัฐ
ราษฎรมีบทบาทในการตัดสินใจในกิจการของบ้านเมืองโดยไม่ต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน

๒. ประชาธิปไตยโดยทางอ้อม (Indirect Democracy) หรือประชาธิปไตยแบบมีตัวแทน

(Representative Democracy) เป็นรูปแบบการปกครองที่ให้อำนาจประชาชนเลือกตั้งตัวแทนเข้าสู่ที่
ประชุม เพื่อพิจารณาตัดสินใจแก้ไขปัญหาของรัฐ และบริหารกิจการบ้านเมืองตามกรอบนโยบายของรัฐ

จะเห็นได้ว่าหลักการปกครองตามระบอบประชาธิปไตย น่าจะเป็นหลักการที่ตอบสนองในการ
จัดการบริการสาธารณสุขได้ดีที่สุด เพราะเป็นการให้เสรีภาพในการเลือกการรักษา ให้ความเสมอภาคใน
การเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นของประชาชนทุกกลุ่ม โดยไม่ทอดทิ้งกลุ่มเปราะบางและผู้ด้อยโอกาส
แต่ความท้าทายคือจะจัดการอย่างไรให้ประชาชนเป็นผู้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย
หรือจัดระบบบริการสาธารณสุขให้เกิดความสมดุล ให้ประชาชนมีสุขภาพดี ได้รับบริการที่ฉับไว
มีประสิทธิภาพ และมีความมั่นคงทางการเงินของประเทศ และในส่วนตัวประชาชนเอง การใช้วิธีการ
ประชาธิปไตยทางตรงหรือแบบมีส่วนร่วมมีข้อจำกัดคือ จำนวนประชาชนมีจำนวนมาก การจัดให้มีการ
ลงมติต้องใช้เวลาและงบประมาณมาก หากเป็นประเด็นปัญหาสำคัญๆ หรือประเด็นหลักก็พอจะทำได้
แต่ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวกับระบบสาธารณสุขมีความซับซ้อนทั้งทางด้านเนื้อหา ปริมาณ และ มีการ
เปลี่ยนแปลงตามสภาวะการณ์ของโลกและเทคโนโลยี ซึ่งทำให้ประชาชนอาจไม่สามารถร่วมตัดสินใจได้
อย่างรอบคอบ การใช้วิธีการประชาธิปไตยทางอ้อมจึงอาจจะเป็นทางออกโดยการเลือกตั้งตัวแทนที่มี
ความรู้ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการจัดการระบบสุขภาพ มีทัศนคติ และแนวทางการจัดระบบที่ตรง
กับแนวคิดของประชาชนผู้เลือก ให้ไปจัดการระบบ หรือเลือกพรรคการเมืองที่นำเสนอแนวทางในการ
จัดการระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองกับความต้องการของตนให้เข้าไปบริหารจัดการระบบบริการ
สุขภาพ และประชาชนยังสามารถตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้แทนของตนจากผลงาน หากพอใจก็
สนับสนุน หรือหากไม่พอใจก็สามารถเปลี่ยนไปเลือกตั้งตัวแทนคนอื่นหรือพรรคอื่นในการเลือกตั้งครั้งใหม่

วิวัฒนาการการจัดการระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว(พ.ศ. ๒๔๕๓-๒๔๖๘) การพัฒนาระบบ
สาธารณสุขไทยมุ่งเน้นไปที่การควบคุมโรคติดต่อ เช่น โรคไข้มาลาเรีย โรคคุดทะราด รวมไปถึงการพัฒนา
แหล่งน้ำที่สะอาดและสุขอนามัย และการขยายบริการทางสาธารณสุข ไปสู่พื้นที่ห่างไกลโดยหน่วย
บริการเคลื่อนที่ต่างๆ ซึ่งต่อมาได้กลายเป็น หน่วยบริการถาวร นอกจากนี้รัฐบาลยังจัดตั้งมหาวิทยาลัย
ต่างๆ เพื่อผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย ในช่วงทศวรรษ ๑๙๗๐ (พ.ศ. ๒๕๑๓-๒๕๒๓) ได้
เกิดสงครามอินโดจีนขึ้นและมีความขัดแย้งระหว่างประเทศสังคมนิยมคอมมิวนิสต์กับประเทศเสรีนิยม
ประชาธิปไตยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลว่าประเทศไทยจะตกอยู่
ภายใต้การปกครองระบอบคอมมิวนิสต์ตามทฤษฎีโดมิโน ส่งผลให้รัฐบาลออกนโยบายเพื่อต่อสู้กับความ
ยากจนด้วยการพัฒนาชนบท พัฒนาระบบสุขภาพ การศึกษา และการเกษตร ซึ่งต่อมาได้เป็นรากฐาน
สำคัญในการ พัฒนาชนบทและการลดความยากจน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระยะห้าปี
มีการวางรากฐานสำคัญด้านสาธารณสุข เช่น นโยบายการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๑๓ และ
นโยบายขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. ๒๕๑๙ การลงทุนขนาดใหญ่ด้านโครงสร้างพื้นฐานใน

พื้นที่อำเภอ และตำบลเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๐ ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๔ จากผลการดำเนินการดังกล่าว ทำให้การจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอจนประสบความสำเร็จใน พ.ศ. ๒๕๓๓ ตามมาด้วยทศวรรษของการพัฒนาสถานีอนามัย ในช่วง พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๔๔ ทำให้มีสถานีอนามัยครบทุกตำบลในช่วงทศวรรษ๒๐๐๐ (พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๕๓) องค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทย ได้แก่ ระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยสถานีอนามัยหลายแห่งและโรงพยาบาลชุมชนหนึ่งแห่ง โดยทั่วไป สถานีอนามัยหนึ่งแห่ง มีทีมพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ประมาณ ๓-๕ คน ให้การดูแล ประชากรประมาณ ๓,๐๐๐-๕,๐๐๐ คน ส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง มีทีมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ๓-๔ คน พยาบาล ๓๐ คน เภสัชกร ๒-๓ คน ทันตแพทย์๑-๒ คน และเจ้าหน้าที่อื่นๆ อีกประมาณ ๒๐ คน ให้การดูแลประชากรประมาณ ๓๐,๐๐๐-๕๐,๐๐๐ คน โรงพยาบาลชุมชนมีขนาดแตกต่างกันไประหว่าง ๓๐-๑๕๐ เตียงขึ้นกับจำนวนประชากรในพื้นที่ สถานีอนามัยเป็นด่านแรกที่ประชาชนเข้ารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย มีการจัดบริการรักษาพยาบาลปฐมภูมิแก่ผู้ป่วย เช่น บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข ส่วนโรงพยาบาลชุมชนจัดบริการที่ครอบคลุมบริการรักษาพยาบาลระดับตติยภูมิ การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรค ส่วนบริการเฉพาะทาง สูตินรีเวชศาสตร์ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์และกุมารเวชศาสตร์มีการจัดบริการในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลจังหวัดในทุกๆจังหวัด จัดบริการระดับตติยภูมิ และรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน ในยุคของการลงทุนและพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนนั้น โรงพยาบาลจังหวัดได้รับการสนับสนุน ด้านอาคารสถานที่น้อยลงกว่าที่เคยได้รับ แต่เน้นการพัฒนาศักยภาพทางคลินิกโดยการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่าสถานพยาบาลเอกชนมีการขยายตัวมากในรอบหลายปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนในเขตเมือง แต่สถานพยาบาลภาครัฐยังคงมีจำนวนมากกว่าและมีบทบาทสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพของไทย

นอกจากการเพิ่มความครอบคลุมของสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ในขณะเดียวกันก็มีนโยบายเพิ่มความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนโดยใช้วิธีการขยายหลัก ประกันสุขภาพ ตามกลุ่มเป้าหมาย (targeted approach) ใน พ.ศ. ๒๕๑๘ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย หรือ สปร. โดยใช้วิธีการประเมินรายได้ของครัวเรือน (means testing) เทียบกับเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ไม่ได้ใช้เกณฑ์เส้นความยากจนของประเทศเนื่องจากต่ำเกินไป) หากครัวเรือนมีรายได้น้อยกว่าเกณฑ์จะได้รับบัตร สปร. เพื่อรับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หลังจากนั้นมีการขยายความครอบคลุมของ โครงการ สปร. ไปยังกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และเด็กอายุต่ำกว่า ๑๒ ปี โครงการ สปร. ใช้งบประมาณจากเงินภาษี โดยสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณประจำปีตามจำนวนครัวเรือนที่มีบัตร สปร. ที่ลงทะเบียนกับสถานพยาบาล สิทธิประโยชน์ในการรักษาครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทันตกรรม และยา แต่ไม่ครอบคลุมการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงบางรายการ ใน พ.ศ. ๒๕๒๖ กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการบัตรประกันสุขภาพซึ่งเป็นการซื้อประกันสุขภาพแบบสมัครใจโดยต้องจ่ายเงินสมทบ ๕๐๐ บาทต่อครัวเรือนต่อปีซึ่งครอบคลุมสมาชิกไม่เกิน ๕ คน สิทธิการรักษาของโครงการประกันสุขภาพภาคสมัครใจคล้ายคลึงกับโครงการ สปร. ข้อดีของโครงการประกันสุขภาพภาคสมัคร

ใจคือผู้ที่ซื้อประกันส่วนมากเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีอัตราการใช้บริการสูง ในขณะที่กลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรงมักไม่ซื้อประกันนี้ ดังนั้น ใน พ.ศ. ๒๕๓๗ กระทรวงสาธารณสุขจึงร่วมอุดหนุนงบประมาณ ๕๐๐ บาทต่อบัตรประกันสุขภาพ เพื่อให้เป็นแรงจูงใจให้ประชาชนร่วมซื้อบัตรประกันสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม งบประมาณที่ได้เพิ่มขึ้นก็ยังน้อยกว่ารายจ่าย

นอกจากการจัดระบบบริการสุขภาพให้แก่ผู้มีรายได้น้อย รัฐบาลยังจัดให้มีสวัสดิการรักษายาบาลให้แก่ข้าราชการมานานแล้ว ตั้งแต่ก่อน พ.ศ. ๒๕๒๓ แต่ได้ออกเป็นพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๓ ซึ่งครอบคลุมการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และครอบครัว ซึ่งรวมถึงพ่อแม่ คู่สมรส และบุตรที่อายุต่ำกว่า ๑๘ ปี สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้ระบบเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลตามจำนวนบริการด้วยอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (fee-for-service) จากกรมบัญชีกลาง โดยใช้งบประมาณจากภาษี สวัสดิการนี้เป็นการชดเชยเงินเดือนของข้าราชการที่ถือว่าน้อย

สำหรับกลุ่มลูกจ้างภาคเอกชน รัฐบาลได้ตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เพื่อให้สิทธิประกันครอบคลุมสิทธิประโยชน์ ๗ กรณีได้แก่ เจ็บป่วยทุพพลภาพ ตาย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน กองทุนประกันสังคมมีรายได้จากเงินสมทบจ่ายเท่าๆกันของ ๓ ฝ่าย ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บริหารจัดการกองทุนสิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน ครอบคลุมทั้งการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงจากสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน โดยใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวอัตราเดียว ทั้งนี้สิทธิประกันสังคมเป็นระบบแรกที่นำวิธีเหมาจ่ายรายหัวมาใช้ในประเทศไทย ซึ่งได้รับการยอมรับอย่างดีจากสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน โดยสามารถให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพพอสมควรแก่ผู้ประกันตน สิทธิประกันสังคมจึงเป็นผู้บุกเบิกการใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวในประเทศไทย ซึ่งเป็นต้นแบบสำหรับสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาตินำไปใช้ต่อไป ด้วยวิธีเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอก และการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้เพดานงบประมาณ (diagnostic-related group payment within a global budget) สำหรับการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยใน

ที่ผ่านมา การขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพแต่ละสิทธิมีที่มาแตกต่างกัน จึงทำให้มีการออกแบบสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน นำไปสู่ความไม่มีประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในภาพรวมและเกิดความไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการ รวมทั้งยังมีประชาชนมากถึงร้อยละ ๓๐ ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ โอกาสทางการเมืองเกิดขึ้นเมื่อมีการเลือกตั้งทั่วไปใน พ.ศ. ๒๕๔๔ พรรคไทยรักไทยได้เสนอนโยบาย "๓๐ บาท รักษาทุกโรค" ในการหาเสียงของพรรค และเมื่อได้รับเลือกเป็นรัฐบาลแล้วจึงมีการทำโครงการนำร่องหลักประกันสุขภาพ ๖ จังหวัด ในเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๔๔ และขยายทั่วประเทศในเดือนเมษายนปีต่อมา ในขณะที่เดียวกันมีการผลักดันกระบวนการทางกฎหมายจนกระทั่ง ประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๕

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นการรวมผู้ที่เคยมีบัตร สปร. บัตรประกันสุขภาพ และประชากรอีกร้อยละ ๓๐ ที่ยังไม่มีประกันสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินี้บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ดังนั้น การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยจึงเป็นความสำเร็จของการ

ดำเนินงานร่วมกันของสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ถึงแม้ว่าแหล่งที่มาของเงินรายละเอียดชุดสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายเงินของระบบทั้งสามมีความแตกต่างกันบ้าง แต่ก็สามารถทำให้คนไทยทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด ได้แก่ แรงงานนอกระบบ ทั้งนี้เนื่องจากการเก็บเบี้ยประกันจากกลุ่มแรงงานนอกระบบนั้นเป็นไปได้ยากเพราะมีรายได้จากการทำงานไม่สม่ำเสมอ ประกอบกับงบประมาณที่ต้องใช้ยังอยู่ในวิสัยที่รัฐบาลรับได้ รัฐบาลขณะนั้นจึงตัดสินใจใช้งบประมาณจากภาษีสำหรับสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติตามพันธสัญญาที่ได้ให้ไว้กับประชาชนในการเลือกตั้งทั่วไปในปี พ.ศ.๒๕๔๔ และข้อเสนอของนักวิชาการและนักเคลื่อนไหวการปฏิรูป การตัดสินใจใช้งบประมาณปลายปิด (การเบิกจ่ายค่าบริการภายใต้การจ่ายรายหัว และการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้เพดานงบประมาณ) ทำให้สามารถประมาณการงบประมาณที่ต้องใช้และวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการใช้งบประมาณ

หัวใจสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาจากการตัดสินใจของภาคการเมือง ที่ทำการปฏิรูปนโยบายครั้งใหญ่ภายใต้การนำของรัฐบาลที่ชนะการเลือกตั้งด้วยคะแนนท่วมท้น และได้รับการสนับสนุนข้อมูลทางเลือกเชิงนโยบายจากเครือข่ายข้าราชการที่เป็นนักปฏิรูปภายในกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายองค์กรต่างๆที่ทำงานร่วมกันและมีประสบการณ์การทำงานในระบบสาธารณสุขโดยเฉพาะในชนบท นอกจากนี้ ความสำเร็จในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังเกิดจากศักยภาพของสถานพยาบาลที่มีบุคลากรผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขต่างๆที่พร้อมและเพียงพอ และมีฐานะทางการเงินที่มั่นคงเพียงพอให้ดำเนินการไปได้ในระยะแรก รวมถึงการมีฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรที่เป็นระบบตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๙ ที่สามารถตรวจสอบสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบรวมทั้งการปรับเปลี่ยนสถานะสมาชิกระหว่างระบบทั้งสามด้วย

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถเพิ่มโอกาสและการกระจายการใช้บริการสุขภาพให้แก่สมาชิกได้ดี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและสตรี และยังมีไม่มีหลักฐานบ่งชี้ถึงการใช้บริการโดยไม่จำเป็น (moral hazard) เช่น การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงมากขึ้น หรือ การลดการป้องกันโรค เป็นต้น การเพิ่มสิทธิ ประโยชน์เข้าไปในชุดสิทธิประโยชน์ เช่น การบำบัดทดแทนไตในชุดสิทธิประโยชน์เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๑ ช่วยเพิ่มความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ การช่วยรักษาชีวิต และการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินของครัวเรือนมากขึ้น

คุณภาพของการให้บริการสุขภาพ

การควบคุมคุณภาพของการให้บริการสุขภาพได้รับการส่งเสริม โดยในปีพ.ศ. ๒๕๕๐ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกระเบียบค่าตอบแทนตามระดับขั้นที่สถานพยาบาลผ่านการประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) โดยสถานพยาบาลที่ผ่านการประเมินแล้วได้รับค่าตอบแทนสูงที่สุด ส่วนสถานพยาบาลที่ยังอยู่ในขั้นตอนและกระบวนการพัฒนาคุณภาพได้รับค่าตอบแทนน้อยลดหลั่นลงไป กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้สถานพยาบาลเกือบทั้งหมดได้รับการตรวจหรือได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลใน พ.ศ. ๒๕๕๕ นอกจากนี้ มีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขที่มีตัวแทนจากภาครัฐ องค์กรเอกชน องค์กรวิชาชีพ และผู้ทรงคุณวุฒิ ทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิและทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ

ค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพและการควบคุม

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งหมายถึงสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลัก ช่วยลดโอกาสที่ครัวเรือนต้องล้มละลายหรือต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เปรียบเสมือนตาข่ายคุ้มครองทางการเงินให้กับทุกคนจนและคนรวย การขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงเป็นการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินของประชาชนมากขึ้น แต่การขยายชุดสิทธิประโยชน์นั้นส่งผลให้มีความต้องการงบประมาณเพิ่มขึ้นด้วย ถึงแม้การรักษาบางอย่างจะมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขก็ยังไม่ถูกรับรองอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เช่น ฟันเทียมแบบฝังราก เนื่องจากการให้บริการสามารถทำได้เพียงแคในเขตเมือง หากนำไปเป็นชุดสิทธิประโยชน์ จะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการมากขึ้น

กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติควบคุมค่าใช้จ่ายโดยจ่ายเงินให้สถานพยาบาลด้วยวิธีผสมผสาน โดยที่มากกว่าร้อยละ๘๐ เป็นการจ่ายแบบปลายปิด(คือการใช้การจ่ายแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัวและกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้แพดานงบประมาณ) วิธีที่เหลืออื่นๆ เป็นการจ่ายด้วยอัตราคงที่(fixed fee) สำหรับการบริการทางการแพทย์บางประเภท เช่น การล้างไตและการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงอื่นๆ การใช้วิธีการจ่ายแบบปลายปิดสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้เป็นอย่างดีและกระตุ้นให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานได้เนื่องจากจำกัดโอกาสที่สถานพยาบาลจะเหนี่ยวนำให้เกิดการใช้บริการมากขึ้นโดยอาจไม่มีความจำเป็น (supplier-induced demands) การใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัวเป็นการสร้างวินัยในการสั่งยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ สำหรับผู้ป่วยของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งแตกต่างจากสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ใช้วิธีจ่ายตามจำนวนบริการด้วยอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (fee-for-service) ส่งผลให้เกิดการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมากกว่าสำหรับผู้ป่วยนอกของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้บริหารกองทุนขนาดใหญ่ จึงมีอำนาจการต่อรองราคาได้มากด้วยคุณภาพของยาและผลิตภัณฑ์เท่าเทียม ทำให้สามารถประหยัดเงินและนำไปใช้จัดบริการให้กับผู้ป่วยได้มากขึ้น

การใช้งบประมาณปลายปิดมีข้อดีในการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ แต่มีความเสี่ยงที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่สามารถเพิ่มขึ้น การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ อาจไม่เพียงพอที่จะใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคซับซ้อน ซึ่งเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ ทำให้โรงพยาบาลเหล่านั้น ได้รับการชดเชยค่าบริการในอัตราที่ต่ำกว่าต้นทุนการบริการ และประสบปัญหาวิกฤตทางการเงินจนบางครั้งไม่สามารถจ่ายค่าตอบแทนให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เสียขวัญและกำลังใจ เกิดภาวะสมองไหลคือการลาออกของบุคลากรการแพทย์ภาครัฐเพื่อไปทำงานในภาคเอกชน ทำให้ขาดแคลนบุคลากรและคุณภาพในการรักษาของสถานบริการของรัฐลดลง นอกจากนี้ วิทยาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้นและความต้องการสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มขึ้นทำให้การหาจุดเหมาะสมของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเป็นเรื่องยาก ทำให้ต้องเพิ่มงบประมาณภาครัฐเข้ามาในกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง

การบริหารจัดการให้รูปแบบการเงินการคลังของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถคงอยู่ได้ เป็นสิ่งที่ท้าทาย ในปัจจุบันนี้ สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้เป็นระบบของพรรคการเมืองที่เริ่มต้นโครงการนี้ขึ้นมา แต่ได้กลายเป็นระบบที่มีประชาชนเป็นเจ้าของ ผลลัพธ์ที่ดีของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติในการเพิ่มการเข้าถึงบริการและการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินของครัวเรือนทำให้รัฐบาลจากทุกพรรคการเมืองต้องให้การสนับสนุนสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

การตัดสินใจด้านงบประมาณถูกจัดทำด้วยกระบวนการที่มีส่วนร่วม มีความโปร่งใส และมีประสิทธิผลมากขึ้น โดยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติการกำหนด ที่มีองค์ประกอบการมีส่วนร่วมของประชาชนคือ

(๑) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ

(๒) ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และผู้อำนวยการ สำนักงานงบประมาณ

(๓) ผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภท คัดเลือกกันเอง

(๔) ผู้แทนองค์กรเอกชนซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไรและดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้องค์กรละหนึ่งคน โดยการคัดเลือกกันเองในแต่ละกลุ่มให้เหลือกลุ่มละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าว คัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนหาคน

(ก) งานदानเด็กหรือเยาวชน

(ข) งานदानสตรี

(ค) งานदानผู้สูงอายุ

(ง) งานदानคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช

(จ) งานदानผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น

(ฉ) งานदानผู้ใช้แรงงาน

(ช) งานदानชุมชนแออัด

(ซ) งานदानเกษตรกร

(ฌ) งานदानชนกลุ่มน้อย

(๕) ผู้แทน ผู้ประกอบอาชีพदानสาธารณสุขจำนวนหาคน ไตแก่ ผู้แทนแพทยสภา สภาการพยาบาลสภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ดานละหนึ่งคน

(๖) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนเจ็ดคนซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การเงินการคลัง กฎหมาย และ สังคมศาสตร์ดานละหนึ่งคนองค์กรเอกชนตาม (๔) ต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่าหนึ่งปีและได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานกอนครบกกำหนดสิบหาวันนับแต่วันที่มีเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการ ถาองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกกรรมการตาม (๓) และ (๔) ให้เป็นไปตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด ให้กรรมการตาม (๑) (๒) (๓) (๔) และ (๕) ดำเนินการสรรหาและพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิสเสนอให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นกรรมการตาม (๖)

การจัดทำงบประมาณประจำปีใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากข้อมูลการใช้บริการและราคาต่อหน่วย โดยกรรมการที่เป็นตัวแทนมาจากองค์กรเอกชน ที่เป็นกลุ่มเปราะบางในสังคม ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรวิชาชีพ เป็นการสร้างธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ ช่วยปกป้อง

ผลประโยชน์ของสมาชิกสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ และทำให้การดำเนินการของกองทุนมีประสิทธิภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

เนื่องจากความท้าทายที่สำคัญในการจัดระบบสุขภาพคือ การทำให้เกิดความสอดคล้องของนโยบายและการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพทั้งจากภายในและภายนอกระบบสุขภาพ เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายทางสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและระบาดวิทยา รวมทั้งผลกระทบจากการพัฒนาเศรษฐกิจสังคม ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นของประชาชนต่อการได้รับการรักษาแบบใหม่ ที่มีราคาแพงและต้องใช้ทรัพยากรมากขึ้น ฉะนั้น การป้องกันก่อนเกิดโรคด้วยการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของโรคจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการช่วยตัดสินใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และช่วยวางนโยบายและจัดการจึงจะสำเร็จ

พระราชบัญญัตินี้จึงเป็น “วิศวะกรของสังคม” ในการออกแบบระบบสุขภาพของประเทศไทย ในอนาคต กฎหมายนี้เป็นการเปลี่ยนแนวคิดในการบริหารจัดการงานด้านสุขภาพของประเทศ จากเดิมที่เป็นหน้าที่ของรัฐ มาเปิดพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมกับรัฐในการกำหนดนโยบายและการจัดการต่างๆ ในระบบสุขภาพตามแนวคิดที่ว่า สังคมจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ ไม่ใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนในสังคมที่จะต้องร่วมกันสร้างขึ้นมาโดยใช้ “สุขภาพหรือสุขภาพ” เป็นเป้าหมายที่สังคมจะต้องไปให้ถึง ผ่านกระบวนการสานพลัง สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา

เครื่องมือในการสร้างสรรค์นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกอบด้วย ๔ ช่องทางหลักๆ คือสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยช่องทางต่างๆ มีภาคประชาชน นักวิชาการ เครือข่ายภาคต่างๆ นำไปใช้ในการพัฒนากฎหมายและนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่างๆ มากมาย เช่น

๑) สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ซึ่งบัญญัติเรื่องสิทธิและหน้าที่ไว้ในมาตรา ๕-๑๒ โดยสิทธิด้านสุขภาพที่พระราชบัญญัตินี้ได้บัญญัติไว้แบ่งออกเป็น ๗ ประการ คือสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สิทธิในสุขภาพของหญิง เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มคนต่างๆ ที่มีความจำเพาะต้องได้รับการคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม สิทธิในข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเมื่อเข้ารับบริการบริการสาธารณสุข สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเมื่อเข้าร่วมงานวิจัย สิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ สิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตตน และ หน้าที่ด้านสุขภาพอีกหนึ่งประการคือ ตามมาตรา ๕วรรคสอง หน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยมี การนำสิทธิและหน้าที่ต่างๆ ไปพัฒนาเป็นกฎหมายเฉพาะ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องรวมทั้งทำให้เกิดการปรับปรุงและ พัฒนากฎหมายที่มีอยู่ เช่น พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคารตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับเด็กทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นต้น

๒) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรอบและแนวทางกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แม้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ไม่มีสภาพบังคับทางกฎหมาย แต่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ได้วางกลไกที่จะสร้างความผูกพันของหน่วยงาน ของรัฐไว้เพื่อให้เกิดผลอย่างจริงจัง

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ที่ คณะรัฐมนตรีเห็นชอบเมื่อ ๙ สิงหาคม ๒๕๕๙ ได้สะท้อนภาพอนาคตของ ระบบสุขภาพในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า และกำหนดแนวทางในการรับมือหรือแก้ปัญหาภัยคุกคามสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น เช่น โรคอุบัติใหม่ โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ การเข้าสู่สังคมสูงวัย ผลกระทบจากความเป็นเมือง ฯลฯ โดยธรรมนูญ ฉบับที่ ๒ นี้ สอดรับกับร่างแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) ของรัฐบาล โดยที่ระบบสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนมีความมั่นใจในชีวิต สนับสนุนการสร้างทุนมนุษย์ ทุนปัญญา ทุนทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมที่จะก่อเกิดความมั่งคั่ง และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อการพัฒนาในทุกระดับอย่างสมดุล มีเสถียรภาพและยั่งยืน ยึดแนวทางตามปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง ขณะเดียวกันก็สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ในยุทธศาสตร์ต่างๆ ไม่ใช่เพียงเรื่องสุขภาพกาย แต่ยังรวมถึงสุขภาพในมิติของ จิตใจ ปัญญาและสังคม

๓) สมัชชาสุขภาพ คือ กระบวนการที่ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม สมัชชาสุขภาพมี ๓ ระดับ คือ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การจัดสมัชชาในลักษณะดังกล่าวเป็นนวัตกรรม ทางสังคมที่สร้างให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ บนพื้นฐานทางปัญญา เป็นเวทีทางสังคมมากกว่าเวทีการมีส่วนร่วมทางการเมือง การจัดสมัชชาไม่ใช่การประชุมเชิงวิชาการหรือประชุมสัมมนา แต่เป็นกระบวนการที่สร้างสรรค์ที่พยายามให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันจากฐานความคิดที่แตกต่าง จากพื้นฐานทางเศรษฐกิจสังคม องค์กรความรู้ และพื้นฐานในวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิด ข้อเสนอสรุปร่วมกันของทุกฝ่าย โดยมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเหล่านี้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้ร่วมกันนำไปขับเคลื่อนส่งผลให้เกิดรูปธรรมต่างๆ เช่น การพัฒนากฎหมาย และการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมาใช้ในการพัฒนานโยบายของ รัฐที่ส่งผลกระทบต่อสังคมมากมาย

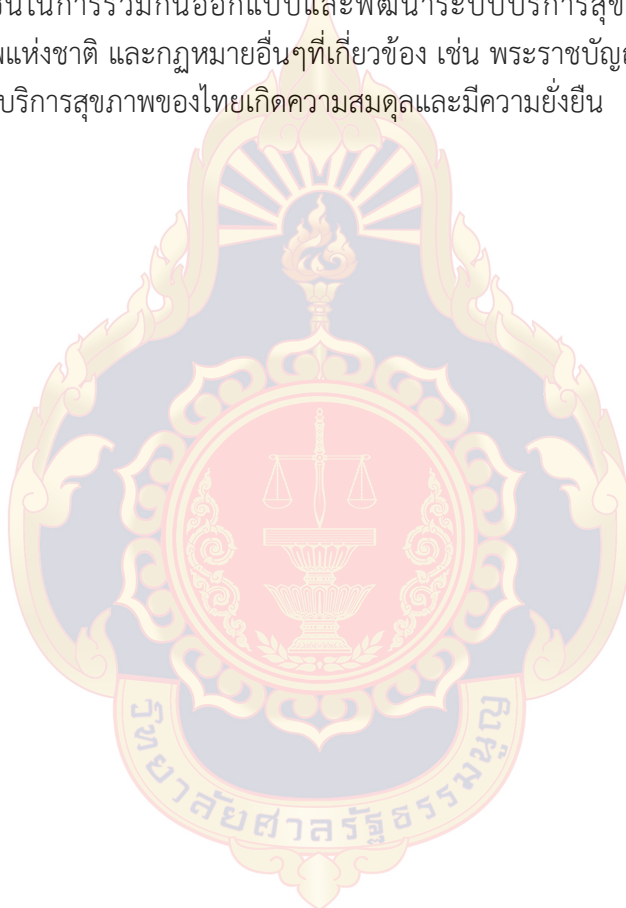
๔) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) เป็นกระบวนการที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งสำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพโดยการคาดการณ์ถึงผลกระทบของการดำเนิน กิจกรรม โครงการ แผน และนโยบายต่างๆ ที่มีต่อสุขภาพ ของประชากร โดยให้นำปัจจัยทางสุขภาพของมนุษย์มาใช้ ในกระบวนการตัดสินใจ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้กำหนดนโยบายในทุกระดับ เพื่อตัดสินใจ ทางเลือกนโยบายที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชน ให้มากที่สุด

บทสรุป

หลักประชาธิปไตยเป็นหลักการที่เหมาะสมในการจัดการระบบสาธารณสุข เนื่องจากเป็นหลักการที่ยึดความเท่าเทียมกันในความเป็นมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรี เกียรติยศ และมีคุณค่าในความเป็นคนอย่างเดียวกัน และหลักการเสียงข้างมากที่คุ้มครองเสียงข้างน้อย ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นหลักประกันในการ

คุ้มครองกลุ่มผู้เปราะบางในสังคม จึงเป็นแนวทางที่น่าจะทำให้บรรลุเป้าหมายสำคัญในการจัดระบบบริการสุขภาพ อันได้แก่ การมีสุขภาพที่ดี การตอบสนองที่ฉับไว การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และการมีความมั่นคงทางการเงินและสังคม

สำหรับประเทศไทยนั้น ระบบบริการสุขภาพมีวิวัฒนาการไปพร้อมกับพัฒนาการของระบอบประชาธิปไตย รัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้งชูนโยบายทางการจัดระบบบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในการหาเสียงและผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขโดยได้รับความร่วมมือจากนักวิชาการ ผู้บริหารหน่วยงานของรัฐ ข้าราชการ และ ภาคเอกชน จนสามารถบริหารจัดการความท้าทายอันได้แก่ คุณภาพการรักษา การเข้าถึงบริการและต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการให้บริการได้ดีในระดับหนึ่ง การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการร่วมกันออกแบบและพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแนวทางของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และกฎหมายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิ เป็นต้น จะช่วยทำให้ระบบบริการสุขภาพของไทยเกิดความสมดุลและมีความยั่งยืน



บรรณานุกรม

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส).“ระบบสาธารณสุข”

<https://www.hsri.or.th/researcher/classroom/detail/๔๗๔๑>

ประสิทธิ์ วัฒนาภา. “ระบบประชาธิปไตยกับการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล”

https://www.constitutionalcourt.or.th/occ_web/ewt_dl_link.php?nid=๑๔๕๖

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย:รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *Lancet*. ๓๑ มกราคม ๒๕๖๑

วิรุฬ ลิ้มสวาท. การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย หลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐: กรอบแนวคิด พัฒนาการและข้อเสนอเพื่อการพัฒนา. *รายงานวิจัยภายใต้ทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*. ๒๕๕๒.

โครงการสุขภาพคนไทย. ๒๕๖๐. หนึ่งทศวรรษ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติสู่กฎหมายเพื่อสุขภาพของไทย *สุขภาพคนไทย ๒๕๖๐* (หน้า ๗๘-๗๙). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

