



เอกสารวิชาการส่วนบุคคล
(Individual Study)

แนวทางการดำเนินระบบสุขภาพของประเทศไทย
ให้สอดคล้องกับหลักประชาธิปไตย

จัดทำโดย ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุกฤษฎา วิไลลักษณ์
รหัส ๖๒๐๘๔๐

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการอบรม
หลักสูตรหลักนิติธรรมเพื่อประชาธิปไตย รุ่นที่ ๘
วิทยาลัยสาขารัฐธรรมนุญ

ลิขสิทธิ์ของสำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ

แนวทางการดำเนินระบบสุขภาพของประเทศไทย ให้สอดคล้องกับหลักประชาธิปไตย

แพทย์หญิงสฤพรพรรณ วิลัยลักษณ์^๑

บทนำ

สุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) หมายถึงการที่ประชาชนทุกคนและชุมชนทุกแห่ง ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นโดยไม่ต้องเดือตร้อนลำบากจากการแบกรับภาระด้านการเงินสำหรับบริการสาธารณสุขดังกล่าว ซึ่งสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน (fundamental right) ของทุกคน มนุษย์ทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นโดยไม่เกิดภาระและปัญหาด้านการเงิน หรือที่เรียกว่าสิทธิที่จะมีสุขภาพดี (Right to health) ซึ่งถือเป็นสิทธิที่ตรงกับหลักการที่สำคัญของหลักประชาธิปไตยคือรัฐต้องประกันสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาคของประชาชน อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐในประเทศไทย แม้ว่าจะดีขึ้นกว่าในอดีตที่ผ่านมา แต่ยังพบว่ามีความไม่เท่าเทียมกันในหลายๆ ด้าน บทความนี้จึงมุ่งศึกษาค้นหาหาแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาระบบสาธารณสุขในประเทศไทยโดยอิงกับหลักการประชาธิปไตยคือการประกันสิทธิเสรีภาพของประชาชนในประเทศให้ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน

หลักสุขภาพถ้วนหน้า

สุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) หมายถึงการที่ประชาชนทุกคนและชุมชนทุกแห่ง ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นโดยไม่ต้องเดือตร้อนลำบากจากการแบกรับภาระด้านการเงินสำหรับบริการสาธารณสุขดังกล่าว บริการสาธารณสุขที่จำเป็นดังกล่าวหมายความรวมถึงบริการสาธารณสุขที่ครบถ้วนทุกองค์ประกอบ มีคุณภาพ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมคุณภาพ จนถึงการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลประคับประคองแบบองค์รวมเพื่อป้องกันและลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้แล้ว หรือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

สุขภาพถ้วนหน้าจะทำให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพซึ่งมีความสำคัญถึงขนาดเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต รวมทั้งทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าคุณภาพของบริการเหล่านั้นดีเพียงพอที่จะทำให้ทุกคนได้รับบริการมีสุขภาพที่ดี

^๑ ผู้เข้าอบรมหลักสูตรหลักนิติธรรมเพื่อประชาธิปไตย (นรป.) รุ่นที่ ๘

การปกป้องประชาชนทุกคนจากภาวะด้านการเงินอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายด้านบริการสาธารณสุข จะช่วยลดความเสี่ยงที่ประชาชนและหรือครอบครัวจะต้องถูกผลักดันให้ตกอยู่ในความยากจน เนื่องจากตนเองหรือครอบครัวเจ็บป่วยโดยไม่ได้คาดหมายและต้องใช้เงินที่เก็บออมไว้ หรือขายทรัพย์สินเปลี่ยนเป็นเงิน รวมทั้งอาจต้องกู้ยืมเงินเพื่อนำมาใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลที่ต้องชำระด้วยตนเองนั้น หากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวนี้ย่อมทำลายอนาคตของคนนั้นและครอบครัว

สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน (fundamental right) ของทุกคน ตามธรรมนูญองค์การอนามัยโลกที่บัญญัติไว้ตั้งแต่ ค.ศ. 1948 ความว่า “มาตรฐานสุขภาพที่ดีที่สุดที่สามารถบรรลุได้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน (the highest attainable standard of health as a fundamental right of every human being)” การที่บุคคลไม่สามารถมีสุขภาพที่ดีได้ จึงเป็นการไม่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานตามสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งรัฐ ซึ่งประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ และสมาชิกองค์การอนามัยโลกต่างก็ให้คำรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานสำหรับทุกคนในฐานะที่เป็นมนุษย์ต่างต้องได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานเช่นกัน (“to which a person is inherently entitled simply because she or he is a human being”) องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกต่างก็หากกลยุทธ์ที่จะบรรลุเป้าหมายสุขภาพสำหรับทุกคน (Health for All) ซึ่งการบรรลุเป้าหมายดังกล่าวนี้ สมาชิกองค์การสหประชาชาติต่างก็เห็นตรงกันว่าจะต้องร่วมกันผลักดันให้เกิดสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ดังนั้นสุขภาพถ้วนหน้าจึงอยู่ในฐานะยุทธศาสตร์เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพที่ดีสำหรับทุกคน^๒

ดังกล่าวแล้วว่ามนุษย์ทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นโดยไม่เกิดภาระและปัญหาด้านการเงิน สิทธิที่จะมีสุขภาพดี (Right to health) นั้นประกอบด้วยหลักการ 2 ประการดังนี้

1. ความเป็นอิสระ (Freedoms) หมายถึง สิทธิที่จะควบคุมสุขภาพและร่างกายของตนเองรวมทั้งสิทธิในเรื่องเพศและการสืบพันธุ์ และต้องเป็นอิสระจากการรุกรานอื่น ๆ ตลอดจนเป็นอิสระจากการถูกทรมาน หรือการได้รับการรักษาพยาบาลหรือทดลองโดยไม่สมัครใจ
2. สิทธิหรือสิทธิประโยชน์ที่ควรต้องได้รับ (Entitlements) หมายถึง มีสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับการคุ้มครองจากระบบสุขภาพ ซึ่งให้ออกาสทุกคนที่จะมีสุขภาพที่ดีอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านบริการสาธารณสุข

^๒ ชาณวิทย์ ทรัพย์ เทพ, หน่วยที่ 11 การเข้าถึงสุขภาพถ้วนหน้า [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก <https://www.stou.ac.th/Schoolnew/polsci/UploadedFile/82427-11.pdf> (วันที่ค้นข้อมูล: 28 กันยายน 2563)

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าเป้าหมายหลักในการดำเนินการเรื่องสิทธิมนุษยชนคือสร้างความเท่าเทียมกันในทุกมิติรวมทั้งมิติด้านสุขภาพนั่นเอง^๓

ความหมายของสิทธิขั้นพื้นฐาน

ศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร. วรพจน์ วิศรุตพิชญ์ ได้ให้คำอธิบายไว้ว่า “สิทธิ” (Right) คืออำนาจที่กฎหมายรองรับให้แก่บุคคลในอันที่จะกระทำการเกี่ยวข้องกับทรัพย์สินหรือบุคคลอื่น เป็นต้นว่าอำนาจที่กฎหมายรับรองให้แก่บุคคลหนึ่งในอันที่จะเรียกร้องผู้อื่นคนหนึ่งหรือหลายคนกระทำการบางอย่างบางประการให้เกิดประโยชน์แก่ตน โดยคำว่า “สิทธิ” มักใช้คู่กับคำว่า “เสรีภาพ” (Liberty) ซึ่งหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่ไม่อยู่ภายใต้การครอบงำของผู้อื่น “ภาวะที่ปราศจากการถูกหน่วงเหนี่ยวขัดขวาง” บุคคลใดบุคคลหนึ่งย่อมมีเสรีภาพอยู่ตราบเท่าที่เขาไม่ถูกบังคับให้กระทำในสิ่งที่เขาประสงค์จะกระทำ กล่าวโดยสรุป เสรีภาพคืออำนาจของบุคคลที่จะกำหนดตนเอง (Self-determination) โดยอำนาจนี้ บุคคลย่อมเลือกวิถีชีวิตของตนได้ด้วยตนเอง เสรีภาพจึงเป็นอำนาจที่บุคคลมีอยู่เหนือตนเอง ดังนั้น เสรีภาพจึงแตกต่างกับสิทธิซึ่งเป็นอำนาจที่บุคคลใช้ในความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่น โดยการเรียกร้องให้ผู้อื่นกระทำการหรือละเว้นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งให้เป็นประโยชน์แก่ตน แม้การที่กฎหมายรับรองเสรีภาพอย่างใดอย่างหนึ่งให้แก่บุคคลย่อมมีผลก่อให้เกิดหน้าที่แก่บุคคลอื่นด้วยเช่นกัน แต่หน้าที่ที่เกิดขึ้นแก่ผู้อื่นอันเนื่องมาจากการที่กฎหมายรับรองเสรีภาพให้แก่บุคคลคนหนึ่งนี้เป็นแต่เพียงหน้าที่ที่จะต้องเคารพเสรีภาพของเขา ผู้ทรงเสรีภาพคงมีอำนาจตามกฎหมายแต่เพียงที่จะเรียกร้องให้ผู้อื่นละเว้นจากการรบกวนขัดขวางการใช้เสรีภาพของตนเท่านั้น หากได้มีอำนาจตามกฎหมายที่จะเรียกร้องให้ผู้อื่นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งมีลักษณะเป็นการส่งเสริมการใช้เสรีภาพของตน หรือเอื้ออำนวยให้ตนใช้เสรีภาพได้สะดวกขึ้นไม่

ในปัจจุบันได้มีการใช้คำว่า “สิทธิ” และ “เสรีภาพ” ปนๆ กันไป เช่น เรียกบรรดาสิทธิและเสรีภาพที่มนุษย์แต่ละคนพึงจะมีในฐานะที่เกิดเป็นมนุษย์ว่า “สิทธิมนุษยชน” (Human Rights) ในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน เรียกบรรดาสิทธิและเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญรับรองให้แก่บุคคลรวมๆ กันว่า “สิทธิขั้นพื้นฐาน” (Grundrechte: Basic Rights/ Fundamental Constitutional Rights)

“สิทธิขั้นพื้นฐาน” หรือสิทธิและเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญรับรองให้แก่บุคคลดังกล่าว ซึ่งอาจเรียกอีกอย่างหนึ่งได้ว่า “สิทธิตามรัฐธรรมนูญ” ถือว่าเป็น “สิทธิตามกฎหมายมหาชน” หมายถึง อำนาจตามรัฐธรรมนูญหรือกฎหมายสูงสุดได้บัญญัติให้การรับรองคุ้มครองปกป้องบุคคลในอันที่จะกระทำการหรือไม่กระทำการใด การให้อำนาจแก่ปัจเจกบุคคลดังกล่าวก่อให้เกิดสิทธิเรียกร้องที่จะไม่ให้บุคคลใดแทรกแซงในสิทธิตามรัฐธรรมนูญของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรียกร้องต่อองค์กรของรัฐมิให้แทรกแซงในขอบเขตสิทธิของตน ในบางกรณีการรับรองดังกล่าวได้ก่อให้เกิดสิทธิเรียกร้องให้รัฐดำเนินการอย่างใด

^๓ เรื่องเดียวกัน

อย่างหนึ่ง สิทธิตามรัฐธรรมนูญยังหมายความรวมถึงการมุ่งคุ้มครองต่อสถาบันในทางกฎหมายเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น มุ่งคุ้มครอง “กรรมสิทธิ์” หรือ “วิชาการ” เป็นต้น ดังนั้น สิทธิตามรัฐธรรมนูญจึงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคลกับรัฐ และสิทธิตามรัฐธรรมนูญเป็นสิทธิที่ผูกพันองค์กรผู้ใช้อำนาจรัฐทั้งหลายที่จะต้องให้ความเคารพ ปกป้อง และคุ้มครองสิทธิตามรัฐธรรมนูญดังกล่าวเพื่อให้สิทธิตามรัฐธรรมนูญมีผลในทางปฏิบัติ

“สิทธิ” ถือเป็นหนึ่งในหลักการที่สำคัญของหลักประชาธิปไตย โดยประชาธิปไตยคือการปกครองโดยประชาชน ซึ่งสาระสำคัญของหลักประชาธิปไตยประกอบด้วยหลักการที่สำคัญ 3 หลักการ ได้แก่ หลักอำนาจอิสระสูงสุดเป็นของประชาชน หลักเสรีภาพและความเสมอภาค และหลักการปกครองโดยเสียงข้างมากที่คุ้มครองเสียงข้างน้อย ซึ่งโดยทั่วไปลักษณะเด่นๆ ของระบอบประชาธิปไตยมีดังต่อไปนี้

1. มีรัฐบาลที่มาจากทางเลือกตั้ง
2. ประชาชนได้รับการประกันสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาค
3. ประชาชนมีส่วนร่วมในการปกครองบริหารในมิติต่างๆ
4. มีการใช้หลักนิติธรรม (rule of law) ในการปกครองบริหารประเทศ
5. ผู้ใช้อำนาจจะต้องมีจิตวิญญาณเป็นประชาธิปไตย มีมารยาททางการเมือง ขณะเดียวกันประชาชนทั่วไปจะต้องมีจิตวิญญาณ ค่านิยมของความเป็นประชาธิปไตย

จะเห็นได้ว่า นอกจากการประกันสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาคของประชาชนจะเป็นหนึ่งในหลักการที่สำคัญของหลักประชาธิปไตยแล้ว ยังมีหลักการที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปกครองบริหารในมิติต่างๆ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การกระจายโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมทางการเมืองการบริหารเกี่ยวกับการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรของชุมชนและของชาติ ที่จะส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน การมีส่วนร่วมในการออกกฎหมายตลอดจนการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการใช้อำนาจหน้าที่ของรัฐ โดยมีวัตถุประสงค์คือ (1) เพื่อต้องการให้ประชาชนเกิดความผูกพัน รู้สึกรัก และมีจิตสำนึกเป็นเจ้าของท้องถิ่นร่วมกัน (2) เพื่อให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารงานด้วยความโปร่งใส ตรงกับความต้องการของประชาชนและรับผิดชอบต่อประชาชนให้มากขึ้น (3) เพื่อให้มีการตรวจสอบการบริหารจัดการของผู้บริหารและสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกชั้นตอน^๔

ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับหลักสิทธิมนุษยชน

^๔ ส่วนที่ 1 การมีส่วนร่วมของประชาชน [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก http://www.odloc.go.th/web/wp-content/uploads/2014/08/2km_001.pdf (วันที่ค้นข้อมูล: 28 กันยายน 2563)

สิทธิมนุษยชนเป็นข้อตกลงระหว่างประเทศต่างๆ กำหนดเป็นหลักการและแนวทางปฏิบัติร่วมกันทั้งในระดับโลกและระดับภูมิภาค อนุสัญญาและกฎบัตรต่างๆ หลายฉบับอ้างอิงถึงสิทธิของมนุษย์ที่จะได้รับการดูแลสุขภาพไว้ทั้งสิ้น ดังเช่น

ข้อ 25 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน

ข้อ 12 กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม

ข้อ 24 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก

ข้อ 5 อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติทุกรูปแบบ

ข้อ 12 และ 14 อนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ

ข้อ 25 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการ

ข้อ 14 อนุสัญญาต่อต้านการทรมานและการปฏิบัติหรือการลงโทษที่โหดร้ายไร้มนุษยชน หรือที่ย่ำยีศักดิ์ศรี

อาจกล่าวได้ว่าสุขภาพถือเป็นส่วนหนึ่งของหลักสิทธิมนุษยชนที่มีความสำคัญเพราะเป็นสิ่งพื้นฐานที่ทำให้มนุษย์ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ดังนั้น การมีระบบสาธารณสุขที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพราะเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศให้สามารถใช้ชีวิตได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การมีส่วนร่วมของประชาชนกับการกระจายอำนาจ

การกระจายอำนาจเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้รัฐสามารถจัดบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวได้จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งมีได้หมายความว่าความแก่การใช้สิทธิในการลงคะแนนเสียงเท่านั้น แต่หมายรวมถึงการที่ประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมรับรู้ในกิจกรรมต่างๆ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยประชาชนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมตรวจสอบ ดังนั้น ถ้าหากประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มกระบวนการตัดสินใจในการดำเนินการต่างๆ ของท้องถิ่นแล้ว จะทำให้บริการสาธารณสุขต่างๆ ที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นมากที่สุดด้วย^๕

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพในประเทศไทย

รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 และ 2550 รวมทั้งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พ.ศ. 2542 กำหนดให้มีการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีแผนดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้ อปท. ให้เสร็จภายในปี 2553 ผลการดำเนินการในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาจัดว่ายังไม่คืบหน้าและมีอุปสรรค

^๕ เรื่องเดียวกัน.

ด้านความพร้อมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีการถ่ายโอนสถานีนอมนายไปแล้ว 28 แห่ง จากที่ตั้งเป้าหมายนำร่อง 35 แห่ง ในส่วนที่ถ่ายโอนไปแล้ว มีทั้งที่ประสบผลสำเร็จสามารถดำเนินงานได้ แต่พบข้อจำกัด โดยเฉพาะเรื่องการประสานงานระหว่างพื้นที่ การส่งต่อ ส่งกลับ การสนับสนุนวิชาการและการโยกย้ายของบุคลากร ผลกระทบจากความล่าช้าและไม่ชัดเจนในนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดความหวั่นไหวไม่มั่นคงในอาชีพการทำงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งที่พร้อมจะดำเนินการจึงเริ่มจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขของตนเองขึ้นเพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการพัฒนาระบบประชาธิปไตยและการมีส่วนร่วมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ด้วยกลไก อปท. ซึ่งเป็นกลไกที่มาจากการเลือกตั้ง จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญว่า สำนักงานกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น (สกล.) หรือองค์กรวิชาการ เช่น สถาบันพระปกเกล้า ควรเป็นเจ้าภาพในการจัดกระบวนการเพื่อปรับมุมมองใหม่ให้ถือว่า หลักการสำคัญคือการถ่ายโอน “ความรับผิดชอบ” และ “อำนาจในการตัดสินใจ” ไปยังพื้นที่ โดยถือว่า “การโอนสถานบริการไปยัง อปท.” เป็นเพียงทางเลือกหนึ่งเท่านั้น และหาฉันทามติร่วมกันในประเด็นสำคัญ เช่น รูปแบบระยะเวลา ในการกระจายอำนาจ บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด และจัดกระบวนการสื่อสาร เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างรอบด้านและทั่วถึง ถึงเป้าประสงค์ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ^๖

เมื่อศึกษาค้นคว้าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในต่างประเทศพบว่า ประเทศอิตาลีมีระบบการให้บริการสุขภาพแบบถ้วนหน้า โดยประชาชนไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งรัฐบาลท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการเรื่องการให้บริการพื้นฐานตามที่กำหนดไว้ในการให้บริการถ้วนหน้า โดยอาศัยเครือข่ายขององค์กรบริหารด้านสุขภาพ หรือ Local Health Firm และโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองทั้งของรัฐและเอกชน รัฐบาลกลางมีหน้าที่ทำให้การทำงานของรัฐบาลท้องถิ่นเป็นไปตามหลักการและจุดประสงค์สำนักงานบริการสุขภาพแห่งชาติ โดยได้เริ่มมอบหมายหน้าที่ที่สำคัญให้เทศบาลตั้งแต่ ค.ศ. 1978 อย่างไรก็ตาม ในช่วงปลายทศวรรษ 1980 ได้เริ่มมีการโอนอำนาจให้รัฐบาลส่วนภูมิภาค ทั้งจากเทศบาลกลางและรัฐบาลกลางทำให้รัฐบาลส่วนภูมิภาคมีอำนาจในการใช้จ่ายงบประมาณตามที่เห็นสมควร และจัดโครงสร้างระบบบริการสุขภาพภายใต้กรอบของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

^๖ เอกสารประกอบการจัดเวทีวิชาการ สู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1 “10 ปี กระจายอำนาจด้านสุขภาพ สังเคราะห์บทเรียนเพื่อหาทางออกร่วมกัน” วันที่ 1 ธันวาคม 2553 ณ ห้องประชุมศักดิ์เดชน์ สถาบันพระปกเกล้า, ปลอดภัยตาย คลายปมคิด เรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก <https://www.hsri.or.th/sites/default/files/hs1759.pdf> (วันที่ค้นข้อมูล: 28 กันยายน 2563)

ในช่วงทศวรรษ 1990 ได้มีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง สำนักงานบริการสุขภาพแห่งชาติ ประกาศใช้กระบวนการ Aziendalizzazione หรือการมอบอำนาจให้องค์กรภายใต้การกำกับ มีผลให้หน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งรวมถึงโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นหน่วยงานอิสระ จุดมุ่งหมายสำคัญคือทำให้เกิดการแข่งขันภายใต้การจัดการระหว่างผู้ให้บริการด้วยกันและเกิดความหลากหลายในการเลือกซื้อของผู้ซื้อบริการ ซึ่งทำให้องค์กรเหล่านี้ มีความเป็นอิสระทางการเงินการคลังและในการตัดสินใจมากขึ้น และส่วนกลางมีความรับผิดชอบโดยตรงในการทำให้การบริการมีคุณภาพและการบริหารทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ในขณะที่ประเทศสเปนช่วงปี ค.ศ. 2002 ได้มีการถ่ายโอนการให้บริการสุขภาพไปให้แก่ชุมชนอิสระทั้งหมด พร้อมทั้งเปลี่ยนวิธีการให้บสนับสนุนด้านสุขภาพเป็นแบบไม่เฉพาะเจาะจง หรือ แบบอนุภูมิภาค เป็นก่อน ซึ่งภายหลังการถ่ายโอนมีผลกระทบต่างๆ ดังต่อไปนี้

- รัฐบาลท้องถิ่นมีอิสระในการพัฒนาหารูปแบบที่เหมาะสมในการจูงใจบุคลากรด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม อาจทำให้สหภาพแรงงานมีอำนาจในการต่อรองมากขึ้น
- การกระจายอำนาจในสเปนได้ก่อให้เกิดความขัดแย้งทั้งระหว่างรัฐบาลกลางและชุมชน และระหว่างนักการเมืองด้วยกัน เช่น มีการประท้วงโดยการไม่เข้าร่วมประชุมสภาชุมชนอิสระ (Inter-territorial Council หรือ CISNS) ของพื้นที่ที่พรรคฝ่ายค้านมีฐานเสียงอยู่
- กระบวนการถ่ายโอนได้ทำให้เกิดความชัดเจนในเรื่องหน้าที่ความรับผิดชอบของรัฐบาลแต่ละระดับ เช่น มีการจัดทำระเบียบในรัฐบาลของแต่ละชุมชนเพื่อรับประกันสิทธิของประชาชนต่อการได้รับบริการสุขภาพและมีผู้ตรวจการให้บริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีหน้าที่ในการตรวจสอบและรายงานต่อองค์กรของรัฐที่ดูแลเรื่องสุขภาพในพื้นที่ และต่อสภาท้องถิ่น
- เนื่องจากมีการกระจายอำนาจด้านการเมืองและการคลังประกอบกันมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนมีมากขึ้น ประชาชนจึงตรวจสอบรัฐบาลมากขึ้นและกดดันรัฐให้พัฒนาบริการสุขภาพให้ทัดเทียมกับพื้นที่ใกล้เคียง
- ประชาชนมีความเห็นว่า รัฐสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดีขึ้น

ปัญหาของสถานการณ์ด้านระบบสุขภาพในประเทศไทย

การพัฒนาหลักประกันสุขภาพของรัฐในปัจจุบัน แม้ว่าจะดีขึ้นกว่าในอดีตที่ผ่านมาโดยให้สิทธิในการเข้าถึงระบบสุขภาพที่จำเป็นแก่คนไทยทุกคนไว้ 3 สิทธิ ได้แก่ สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังคงพบว่ามีปัญหาไม่เท่าเทียมกันในการสนับสนุนงบประมาณภาครัฐต่อระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ อยู่ นอกจากนี้ แม้ว่ารัฐจะมีระบบการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะแล้ว แต่ก็ยังไม่พอเพียง โดยพบว่าการอพยพเข้าของแรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณชายแดน ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคที่ประเทศไทยเคยควบคุมได้แล้วในอดีต เช่น มาลาเรีย และเท้าช้าง เป็นต้น

ด้านระบบบริการสุขภาพนั้น พบว่ามีการแข่งขันสูงขึ้นในระบบบริการสุขภาพภาคเอกชน และพบว่ารายจ่ายบริการสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงยา ปัญหาการใช้ยาเกินจำเป็น และปัญหาเชื้อโรคดื้อยา รวมถึงปัญหาโรคอุบัติใหม่ ขณะเดียวกัน ปัญหาเรื่องการวางแผนด้านการผลิตและกระจายบุคลากรทางการแพทย์นั้นยังไม่ได้มีการจัดการอย่างเป็นระบบ กล่าวคือ ยังไม่ได้พิจารณาหรือคำนึงเรื่องการผลิตและกระจายบุคลากรแบบมีความหลากหลายและสมดุล (Skill mix) อย่างเหมาะสม^๗

นอกจากนี้ ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชาย และเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งสิ้นประมาณ 66 ล้านคน และมีจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ) จำนวน 11.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17 ซึ่งคาดว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เมื่อมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 20 ดังนั้น การวางแผนเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมไทย โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพและระบบสาธารณสุขที่หมายรวมถึงความพร้อม ในด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ วัฒนธรรม และสังคม ที่จะส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ สภาวะอารมณ์ และจิตใจ จึงเป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงเป็นอย่างยิ่ง^๘

ปัญหาของระบบสุขภาพในประเทศไทย เช่น ปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านบริการการแพทย์และสาธารณสุข การกระจายทรัพยากรสุขภาพการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การกระจายสถานพยาบาลและเครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพงที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ของเขตเมืองและเขตชนบท ปัญหาประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ความคุ้มค่าการใช้ทรัพยากร การจัดบริการสาธารณสุข เน้นการรักษา มากกว่าป้องกัน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคยังได้รับงบประมาณที่น้อยมาก ปัญหาคุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัยของระบบบริการ ที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ระบบการกำกับและตรวจสอบคุณภาพยังทำได้ไม่ครบถ้วน ปัญหาการประสานงานของระบบบริการและระบบหลักประกันสุขภาพ การวางแผน กำกับ

^๗ สำนักพัฒนาวิชาการและการจัดการความรู้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, สรุปสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน, [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก phpp.nationalhealth.or.th > item > download (วันที่ค้นข้อมูล: 28 กันยายน 2563)

^๘ สำนักกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ, รายงานพิจารณาศึกษา เรื่อง ปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: <https://www.senate.go.th/assets/portals/28/fileups/146/files/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%B1%E0%B8%8D%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%94%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E.pdf> (เข้าถึงเมื่อ 29 กันยายน 2563)

การจัดบริการ และการอภิบาลภาพรวมอย่างเป็นระบบ เนื่องจากอยู่ในการกำกับของหลากหลายสังกัด เป็นระบบตั้งรับ คือ รอให้เจ็บป่วยจึงมารับการรักษา^๙ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องจำนวนเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขไม่เพียงพอโดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ด้านวิชาชีพอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับรองรับปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทวีจำนวนมากขึ้น เช่น นักกายภาพบำบัด อาชีวบำบัด รวมถึงบุคลากรที่ไม่ใช่สายวิชาชีพ เช่น ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น^{๑๐}

ปัญหาอีกประการที่มีความสำคัญ คือความสมดุลระหว่างบริการสุขภาพที่ให้แก่ประชาชน กับ ระบบการบริหารการเงินของรัฐ หรือในกำกับของรัฐที่ให้แก่โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสม/เพียงพอ จะทำให้เกิดปัญหาการเงินในระดับมหภาค (Macro) ต่อประเทศได้

แนวทางการแก้ไขปัญหาสถานการณ์ด้านระบบสุขภาพ และดำเนินระบบสุขภาพของประเทศไทยให้สอดคล้องกับหลักประชาธิปไตย

เมื่อพิจารณาปัญหาของระบบสุขภาพในประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาเกี่ยวกับ บุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน รวมถึงการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เป็นระบบ การเติบโตของสถานพยาบาลเอกชน นอกจากนี้ ปัญหาเรื่องสัดส่วนงบประมาณที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการรักษาพยาบาล มากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ยังได้รับงบประมาณที่น้อยมาก ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านระบบสาธารณสุขในประเทศไทย

แนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อให้สอดคล้องกับหลักประชาธิปไตยที่มุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับการ ประกันสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาครวมถึงมีส่วนร่วมในการปกครองบริหารในมิติต่างๆ จึงควรมีการ วางแผนการกระจายอำนาจด้านการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและบริการ เพื่อให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดระบบประกันสุขภาพ รวมถึงควรมีการส่งเสริมระบบสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะ使得ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นโดยรัฐสนับสนุน และบริหารจัดการเรื่องงบประมาณและการเงินให้เหมาะสม ให้เกิดความสมดุล เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพซึ่งมีความสำคัญถึงขนาดเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและ เสียชีวิต รวมทั้งทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าคุณภาพของบริการเหล่านั้นดีเพียงพอที่จะทำให้ทุกคนได้รับบริการ มีสุขภาพดีขึ้น และประชาชนไทยไม่ว่าจะอยู่ภาคส่วนใดของประเทศจะมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

^๙ จารุวรรณ ธาดาเดช และ ปิยธิดา ตรีเดช, ระบบสุขภาพ[ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก:

http://www.elfit.ssr.u.ac.th/rapat_ek/pluginfile.php/65/mod_page/content/71/%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E.pdf (เข้าถึงเมื่อ 29 กันยายน 2563)

^{๑๐} ปัญหาสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก:

<https://sites.google.com/site/thatsawanza/thatsawan-123> (เข้าถึงเมื่อ 29 กันยายน 2563)

ได้อย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงรัฐควรดำเนินการประกันสิทธิในการเข้าถึงระบบสาธารณสุขของประชาชนให้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย

นอกจากนี้ รัฐควรส่งเสริมการให้งบประมาณแก่ระบบสาธารณสุขท้องถิ่นมากขึ้น รวมถึงการสรรหาบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์กระจายไปยังส่วนภูมิภาคให้ทั่วถึง หรือจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านระบบสาธารณสุข ส่งเสริมให้ท้องถิ่นสามารถหารายได้ได้เอง เพื่อนำรายได้มาพัฒนาระบบสาธารณสุขในท้องถิ่นเพิ่มเติมจากงบประมาณที่ได้รับจากทางภาครัฐแก้ปัญหากรณีที่มีปัญหาเรื่องงบประมาณไม่เพียงพอเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการสาธารณสุขภายในท้องถิ่นตน

สรุป

ปัญหาของระบบสุขภาพในประเทศไทย เช่น ปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านบริการการแพทย์และสาธารณสุข ปัญหาประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ปัญหาคุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัยของระบบบริการ ปัญหาการประสานงานของระบบบริการและระบบหลักประกันสุขภาพ รวมถึงการเป็นระบบตั้งรับ คือ รอให้เจ็บป่วยจึงมารับการรักษา จะเห็นได้ว่าปัญหาส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของงบประมาณ การขาดแคลนบุคลากรรวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงระบบสาธารณสุขของประชาชน ดังนั้น แนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่มีความสอดคล้องกับหลักการประชาธิปไตย คือ รัฐควรประกันสิทธิด้านทางสาธารณสุขของประชาชนให้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างแท้จริงและประชาชนในประเทศควรอยู่ภายใต้ระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงการส่งเสริมการสนับสนุนงบประมาณแก่ระบบสาธารณสุขท้องถิ่น และส่งเสริมให้ท้องถิ่นสามารถหารายได้ได้เองเพื่อนำรายได้มาพัฒนาระบบสาธารณสุขในท้องถิ่นเพิ่มเติมซึ่งถือเป็นการพึ่งพาตนเองด้วย

บรรณานุกรม

ข้อมูลออนไลน์

จารุวรรณ ธาดาเดช และ ปิยธิดา ตรีเดช, ระบบสุขภาพ[ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก:

http://www.elfit.ssru.ac.th/rapat_ek/pluginfile.php/65/mod_page/content/71/%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E.pdf (เข้าถึงเมื่อ 29 กันยายน 2563)

ชาญวิทย์ ทรเทพ,หน่วยที่ 11 การเข้าถึงสุขภาพถ้วนหน้า [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก

<https://www.stou.ac.th/Schoolnew/polsci/UploadedFile/82427-11.pdf> (วันที่ค้นข้อมูล: 28 กันยายน 2563)

ปัญหาสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก:

<https://sites.google.com/site/thatsawanza/thatsawan-123> (เข้าถึงเมื่อ 29 กันยายน 2563)

ส่วนที่ 1 การมีส่วนร่วมของประชาชน [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก http://www.odloc.go.th/web/wp-content/uploads/2014/08/2km_001.pdf (วันที่ค้นข้อมูล: 28 กันยายน 2563)

สำนักกรรมาธิการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ, รายงานพิจารณาศึกษา เรื่อง ปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: <https://www.senate.go.th/assets/portals/28/fileups/146/files/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%B1%E0%B8%8D%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%94%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E.pdf> (เข้าถึงเมื่อ 29 กันยายน 2563)

สำนักพัฒนาวิชาการและการจัดการความรู้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, สรุปสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน, [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก php.nationalhealth.or.th > item > download (วันที่ค้นข้อมูล: 28 กันยายน 2563)

เอกสารประกอบการจัดเวทีวิชาการ สู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1 “10 ปี กระจายอำนาจด้านสุขภาพ สักเคราะห์บทเรียนเพื่อหาทางออกร่วมกัน” วันที่ 1 ธันวาคม 2553 ณ ห้องประชุมศักดิเดชน์ สถาบันพระปกเกล้า, ปลอดภัยตาย คลายปมคิด เรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก <https://www.hsri.or.th/sites/default/files/hs1759.pdf> (วันที่ค้นข้อมูล: 28 กันยายน 2563)