

## การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย

### ๑. ความเป็นมา

๑.๑ ประเทศไทยได้พัฒนาและปฏิรูประบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ/สุขภาวะมาตั้งแต่ปี ๒๕๒๐ เริ่มจากการรับแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในเรื่องการสาธารณสุข การปรับระบบการเงินการคลังเพื่อสุขภาพโดยจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในปี ๒๕๔๔ และจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี ๒๕๔๕ การปรับปรุงระบบการอภิบาลระบบสุขภาพโดยออกกฎหมายสุขภาพแห่งชาติในปี ๒๕๕๐ ซึ่งนำไปสู่การจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ที่เป็นกลไกสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบเน้นการมีส่วนร่วม และการทดลองถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จนกระทั่งล่าสุดในปี ๒๕๕๖ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นกลไกหลักในการอภิบาลระบบสุขภาพโดยรัฐ (Governance by Government) ได้ปรับบทบาทหน้าที่และโครงสร้างภายใน มีการจัดเขตบริการสาธารณสุข เน้นการใช้ทรัพยากรร่วมกันของสถานพยาบาลต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เดียวกัน เป็นต้น (ลำดับเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพปรากฏตามเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑๐ / ผผนวก ๑)

๑.๒ “คณะกรรมการปฏิรูป” (คปร.) และ “คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป” (คสป.) ที่จัดตั้งขึ้นในปี ๒๕๕๓ ได้พัฒนาข้อเสนอสำหรับการปฏิรูปประเทศไทยจำนวน ๑๘ เรื่อง และมติสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ ๑-๓ พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ จำนวน ๒๑ มติ ในจำนวนนี้คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปเห็นว่า เรื่องสำคัญที่หากสามารถดำเนินการให้สำเร็จโดยเร็วจะช่วยลดเงื่อนไขความขัดแย้ง สามประการ ได้แก่ การกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ชุมชนท้องถิ่น การลดความเหลื่อมล้ำในสังคม และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของพลังพลเมือง (สรุปข้อค้นพบโดยย่อตามเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / ร่างมติ ๙ / ผผนวก ๑ การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / ร่างมติ ๙ / ผผนวก ๒ รายชื่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ข้อเสนอจากคณะกรรมการปฏิรูป และมติสมัชชาปฏิรูประดับชาติ)

๑.๓ ต่อมาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้เสนอผลการประชุมระดมสมองระหว่างกลุ่มผู้แทนเครือข่ายภาคีทุกภาคส่วน เมื่อวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพและการปฏิรูปประเทศไทย ต่อคณะอนุกรรมการบริหาร ภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ปี ๒๕๕๖ ซึ่งได้มีมติเห็นชอบให้บรรจุระเบียบวาระ “ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย” เพิ่มเติมอีก ๑ ระเบียบวาระ (ตามหลักเกณฑ์ข้อ ๑๒ ของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖) เพื่อให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ร่วมกันพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับหลักคิด ทิศทาง และแนวทางสำคัญ ๆ สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทยต่อไป

## ๒. ภาพรวมบริบทและแนวโน้มของสถานการณ์ประเทศไทย

**๒.๑ มิติด้านการเมืองและนโยบาย** ประเทศไทยยังคงเผชิญกับความไม่แน่นอนและความขัดแย้งทางการเมือง สังคมไม่ยอมรับการใช้อำนาจที่ไม่ชอบ ฉ้อฉล ทุจริตคอร์รัปชันด้วยรูปแบบต่าง ๆ พลังพลเมืองและประชาสังคมจะมีบทบาทมากขึ้น มีความตระหนักในสิทธิและหน้าที่ เรียกร้องประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมเพื่อร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะที่กระทบต่อความเป็นอยู่ ชีวิตและสุขภาพประชาชนมากขึ้น ร่วมตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม เรียกร้องการกระจายอำนาจให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง/จัดการกันเอง ดังนั้น เพื่อลดความขัดแย้งในสังคมจึงจำเป็นต้องมีระบบนโยบายสาธารณะที่เปิดให้มีการมีส่วนร่วมมากขึ้น

**๒.๒ มิติด้านเศรษฐกิจ** ภูมิภาคเอเชียจะทวีความสำคัญในเชิงเศรษฐกิจโลกเพิ่มขึ้น การรวมกลุ่มเศรษฐกิจประชาคมอาเซียนจะทำให้ประเทศสมาชิกพัฒนาก้าวหน้าขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี ๒๕๕๖ หากเศรษฐกิจไทยขยายตัวตามศักยภาพ คาดว่าอัตราการเติบโตของผลผลิตมวลรวมของประเทศจะอยู่ที่ร้อยละ ๕.๓ หากยังคงติดกับดักปัญหาทางการเมืองต่อไป อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจจะอยู่ในช่วงร้อยละ ๓.๓ ถ้ามีการปรับโครงสร้างทั้งการศึกษา สังคม เศรษฐกิจและการเมือง ประเทศไทยจะมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเพิ่มเป็นประมาณร้อยละ ๖.๖ และสามารถก้าวสู่การเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว<sup>๑</sup> อย่างไรก็ตาม การเติบโตทางเศรษฐกิจจากการเร่งกระตุ้นการบริโภคไม่เพียงบั่นทอนศักยภาพในการพึ่งตนเองของสังคมชนบท ยังทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำมากยิ่งขึ้น และขาดความมั่นคงในสังคม ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมา ได้แก่ ปัญหาเยาวชน ยาเสพติด อาชญากรรม ความรุนแรง สถาบันครอบครัวอ่อนแอลง ระบบคุณธรรม จริยธรรมและค่านิยมที่ดีเสื่อมลง ชีวิตคนเมืองแออัด เร่งรีบ แข่งขัน นำไปสู่การมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ ขาดสมดุลในชีวิต มีความเครียดสูง ผนวกกับแนวโน้มของการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น โรคระบาด และอุบัติเหตุจากการเดินทาง ที่เป็นผลข้างเคียงจากการมีโครงข่ายการคมนาคมขนส่งทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายผู้คนและสินค้าข้ามพรมแดนอย่างสะดวก

**๒.๓ มิติด้านสังคม** ประเทศไทยจะมีภาระการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มขึ้น โดยคาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ๑ ใน ๔ ของประชากรไทยจะเป็นผู้สูงอายุ ในขณะที่วิถีชีวิตเริ่มเปลี่ยนเป็นสังคมเมืองและเลียนแบบประเทศตะวันตกมากขึ้น ตามกระแสโลกาภิวัตน์มากขึ้น โดยสังคมคนชั้นกลางจะเติบโตมากขึ้น ประชาชนจะเข้าถึงทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร มีการศึกษา มีอาชีพและรายได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การเคลื่อนย้ายประชากรเข้าเมืองทั้งจากชนบทและการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติที่เข้าออกประเทศง่ายและมากขึ้น มีผลกระทบต่อสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการจัดบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง แบบแผนความต้องการบริการสุขภาพจะเปลี่ยนจากเดิมทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ โดยจะมีหลากหลายประเภทและซับซ้อนกว่าเดิม เช่น ต้องการบริการดูแลผู้สูงอายุ ต้องการบริการเพื่อความงามและบริการส่วนเสริมต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ประชาชน/ผู้ป่วยจะรู้จักเรียกร้องและรักษาสิทธิมากขึ้น

**๒.๔ มิติด้านเทคโนโลยี** เทคโนโลยีการสื่อสารที่พัฒนาและขยายครอบคลุมรวดเร็วทำให้ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศง่ายและกว้างขวางมากขึ้น สามารถสื่อสารเชื่อมโยงเครือข่ายได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวางรับและส่งข้อมูลข่าวสารแยกตามกลุ่มความสนใจเฉพาะ แต่ก็อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ผลกระทบ

<sup>๑</sup> สมชัย จิตสุชน สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (สกุลพาณิชย์, จิตสุชน และ ประสิทธิ์ศิริผล, ๒๕๕๖)

ในทางลบ เช่น การติดเทคโนโลยี การหลอกลวงชักจูงต่าง ๆ ผ่านการโฆษณาสินค้า ผลิตภัณฑ์ และบริการที่ไม่เหมาะสม ด้านบวก เช่น ช่วยให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างไม่มีขีดจำกัด สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพและลดช่องว่างการเข้าถึงบริการทางกายภาพ การสร้างความรู้ความเข้าใจ สร้างกลุ่มผู้บริโภคที่เข้มแข็ง สื่อสารเนื้อหาสาระเฉพาะกลุ่มได้ลึก เกิดชุมชนเสมือนจริง มีโอกาสในการเสริมงานด้านสุขภาพ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดด้านความครอบคลุมโครงข่ายโทรคมนาคมพื้นฐานที่ยังไม่เพียงพอทำให้คนในพื้นที่ห่างไกล คนจน คนด้อยโอกาสยังเข้าถึงได้ยาก

**๒.๕ มิติด้านสิ่งแวดล้อม** สภาวะโลกร้อนที่ส่งผลกระทบต่อรุนแรงมากขึ้นและแผ่ขยายไปทั่วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศ เสี่ยงต่อการเกิดภัยธรรมชาติที่รุนแรง ได้แก่ ปัญหาคลื่นความร้อน น้ำท่วมรุนแรง ภัยแล้ง พายุ แผ่นดินไหว ดินถล่ม สึนามิ ภัยธรรมชาติอื่นที่ร้ายแรง เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศและห่วงโซ่อาหาร เกิดการขาดแคลนทรัพยากร มีการใช้พลังงานมากขึ้น และจะทำให้พลังงานมีราคาแพงขึ้น ซึ่งกระทบชีวิตความเป็นอยู่และจะเกิดเป็นปัญหาใหม่ ๆ ที่กระทบต่อสุขภาพ ประเทศมหาอำนาจซึ่งมีความรู้และโอกาสมากกว่าจะแก่งแย่งชิงทรัพยากร ทั้งที่ดิน น้ำ และอื่น ๆ เกิดเป็นความขัดแย้ง นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปทำให้เชื้อโรคมิวิวัฒนาการตามไปด้วย โรคจากสัตว์สู่คนจะมากขึ้น ชับซ้อนขึ้น ควบคุมได้ยากขึ้น เพราะคนและสัตว์เข้ามาอยู่ใกล้ชิดกันมากกว่าในอดีต

### ๓. สถานการณ์และแนวโน้มของระบบสุขภาพ

#### ๓.๑ ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ<sup>๒</sup> การควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลอย่างสำคัญต่อระบบสุขภาพในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า ได้แก่ โครงสร้างประชากรที่กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การเพิ่มขึ้นของชุมชนเมือง การเกิดภัยธรรมชาติที่จะมีความรุนแรงและมีความถี่มากขึ้น ความหลากหลายทางชีวภาพลดลง การเพิ่มความสำคัญกับเรื่องความมั่นคงและปลอดภัยของอาหาร การเกิดโรคอุบัติใหม่ในพืชและสัตว์ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คนมีแนวโน้มซับซ้อน รุนแรง ควบคุมยากขึ้น การเคลื่อนย้ายของประชากร การเข้ามาทำงานของแรงงานต่างชาติ ล้วนมีผลต่อแบบแผนการจัดการ ระบบการเฝ้าระวัง สร้างเสริมป้องกันโรค

นอกจากนี้ ปัจจัยคุกคามสุขภาพส่วนหนึ่งยังเกิดจากการดำเนินนโยบายของรัฐ เช่น การพัฒนาอุตสาหกรรม การสัมปทานเหมืองแร่ การส่งเสริมเกษตรที่ทำให้มีการใช้สารเคมีมากขึ้น เป็นต้น ในขณะที่ระบบการควบคุมการโฆษณาประชาสัมพันธ์ไม่เข้มแข็ง จึงต้องพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมด้วย

#### ๓.๒ ระบบบริการสุขภาพ ระบบคุณภาพ การแพทย์แผนไทย และการคุ้มครองผู้บริโภค

ภาระโรคของประชากรไทยมีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังมากขึ้นเรื่อย ๆ (ยกเว้นผู้ชายมีโรคที่เกิดจากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และอุบัติเหตุเป็นโรคที่มีการสูญเสียมากที่สุด) โรคติดต่ออุบัติใหม่ (รวมเชื้อโรคดื้อยา) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน โดยเฉพาะสัตว์ป่า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและมีผู้ใช้บริการได้มากขึ้น จำเป็นต้องเน้นการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิและบริการสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น การบริหารจัดการโรงพยาบาลของรัฐยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน ยังมีปัญหาด้านการบริหารจัดการในการประสาน

<sup>๒</sup> คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพในเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑๐ / ผนวก ๔ นิยามศัพท์

ส่งต่อผู้ป่วย สถานบริการในชนบทยังคงประสบปัญหาเรื้อรังจากการขาดแคลนแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทห่างไกล ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ของไทยส่วนใหญ่เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ<sup>๓</sup> จึงมีแนวโน้มจะทำให้ระบบบริการสาธารณสุขกลายเป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การส่งเสริมนโยบายความเป็นเลิศด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในภูมิภาคเอเชียมีแนวโน้มจะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศผนวกกับแนวโน้มการแพทย์เชิงธุรกิจและการทำเวชปฏิบัติเสริมความงามที่ขยายตัวเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย/ญาติกับแพทย์และโรงพยาบาล นำไปสู่การฟ้องร้องแพทย์และโรงพยาบาลที่ยังมีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดเวชปฏิบัติแบบปกป้องตนเอง จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพและระบบบริการควบคู่กันไป และจะต้องพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็งควบคู่ไปด้วย

การแพทย์แผนไทยได้ถูกนำมาใช้ในบริการสุขภาพมากขึ้น จึงต้องพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน พัฒนาบุคลากรเพื่อขยายบริการให้มากขึ้น ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะยาว ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีความจำเป็นมากขึ้นตามลำดับ

### ๓.๓ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ<sup>๔</sup> และหลักประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพถ้วนหน้านับตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีแนวโน้มดีขึ้น ทว่าสภาพสังคมในอนาคตจะเปลี่ยนไปจากปัจจุบัน การเคลื่อนย้ายประชากรข้ามแดนที่มากขึ้นมีผลต่อความต้องการบริการสุขภาพ<sup>๕</sup> และการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ปัจจุบันคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมายและเป็นแรงงานในระบบจะมีหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสังคม ในส่วนคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย แม้ได้รับการผ่อนผันตามมติคณะรัฐมนตรีนั้น แต่ยังมีจำนวนมากที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ ปัญหาสุขภาพอาจสร้างผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ได้ (Externalities) ระบบหลักประกันสุขภาพจึงควรครอบคลุมทุกคนบนแผ่นดินไทย

การอุดหนุนและสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังเหลื่อมล้ำกันอยู่ ซึ่งจะต้องบริหารจัดการให้เป็นธรรมมากยิ่งขึ้น จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สัดส่วนรายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ ๑๖.๙ ของรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด นับเป็นภาระทางการคลัง โดยอัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมของประเทศสูงกว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ ภาระรายจ่ายของระบบบริการสุขภาพจะกระทบความยั่งยืนทางการคลังหากการขยายตัวทางเศรษฐกิจ

<sup>๓</sup> ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ จำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีร้อยละ ๘๖.๒ ในจำนวนนี้ถ้าหักแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (เฉพาะวุฒิบัตร) และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ป้องกันซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๕.๑ แล้ว จะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญร้อยละ ๘๑.๑ (แพทยสภา Download ที่ website <http://www.tmc.or.th/statistics๐๓.php>)

<sup>๔</sup> ภาพรวมของการคลังสุขภาพจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติมีอัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงกว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ ทั้งในส่วนของการคลังด้านสุขภาพภาครัฐและค่าใช้จ่ายการประกันสุขภาพเอกชน โดยค่าเฉลี่ยรายจ่ายจากแหล่งการคลังภาครัฐอยู่ที่ร้อยละ ๗๖ ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพ (THE) ส่วนใหญ่มาจากระบบภาษี สัดส่วนค่าใช้จ่ายประกันสุขภาพเอกชนโดยสมัครใจอยู่ที่ร้อยละ ๘ โดยรายจ่ายสุขภาพรวมในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ คิดเป็นร้อยละ ๓.๙ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ซึ่งถือได้ว่าไม่มากนัก แต่เป็นภาระทางการคลังพอสมควรกับรัฐบาล เนื่องจากเป็นรายจ่ายภาครัฐในระดับร้อยละ ๑๖.๙ ของรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด

<sup>๕</sup> งานวิจัยในประเทศอังกฤษมีการคาดการณ์ว่า ประชาชนจะมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ต้องการทางเลือกในการรับบริการสุขภาพ บุคลากรสุขภาพเปลี่ยนบทบาทเป็นที่ปรึกษามากกว่าผู้ตัดสินใจ โดยเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เทคโนโลยีชีวภาพ เป็นตัวผลักดันการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ รวมทั้งรูปแบบการบริการสุขภาพเฉพาะตัวเป็นรายบุคคล (Wanless, ๒๐๐๒)

ของประเทศมีต่ำกว่าร้อยละ ๓.๓<sup>๖</sup> ปัจจุบันนี้ การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์จะได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาพบว่า มีการเก็งกำไรในการจ่ายค่าชดเชย มีหลักเกณฑ์การจ่ายเงินที่ยุ่งยากซับซ้อน จนกลายเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและลูกจ้างต้องรับภาระมากขึ้น ในขณะที่บริษัทเอกชนซึ่งเป็นผู้เก็บเบี้ยประกันกลับไม่ต้องจ่ายเงินชดเชย อีกทั้งระบบการบริหารจัดการของบริษัทประกันภัยเอกชนเน้นผลกำไรทางธุรกิจมากกว่าประโยชน์ต่อสังคม นอกจากนี้ การชดเชยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ประสบภัยจากการทำงานตามกฎหมายทดแทนของผู้ประกันตนยังมีความยุ่งยากในการพิสูจน์ว่าเป็นโรคจากการทำงาน<sup>๗</sup> จึงจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพพร้อมกับการปฏิรูปกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐเพื่อช่วยลดภาระทางการคลังของรัฐ

### ๓.๔ การอภิบาลระบบสุขภาพและนโยบายสาธารณะ

นับแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพ เป็นกลไกหลักในการพัฒนานโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐ ตามแนวทางการอภิบาลโดยรัฐ โดยหน่วยงาน องค์กร ภาคอื่น ๆ มีบทบาทเป็นผู้ร่วม ส่วนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นหน่วยงานประสานและสนับสนุนการดำเนินงาน ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ ได้แก่ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตามแนวทางการอภิบาลระบบโดยเครือข่าย ในอนาคตระบบสุขภาพมีแนวโน้มที่ซับซ้อนและสัมพันธ์เชื่อมโยงกับภาคส่วนอื่น รวมทั้งได้รับอิทธิพลของกลไกตลาดและโลกาภิวัตน์ที่บางนโยบายอาจก่อผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพ ซึ่งภาคสาธารณสุขอาจมีอำนาจต่อรองจำกัด จึงจำเป็นต้องเชื่อมโยงการอภิบาลระบบสุขภาพโดยรัฐ โดยเครือข่าย และโดยตลาด บูรณาการการทำงานของส่วนต่าง ๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติให้หนุนเสริมการทำงานซึ่งกันและกันอย่างสร้างสรรค์ เพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในทิศทางสร้างนำซ่อม รวมทั้งกระจายอำนาจและทรัพยากรให้ชุมชนท้องถิ่นทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพ พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และจัดการงานด้านสุขภาพด้วยตนเองได้มากขึ้น

## ๔. ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย

ปลายปี ๒๕๕๖ ต่อเนื่องถึงปี ๒๕๕๗ ประเทศไทยเกิดวิกฤตทางการเมืองครั้งใหญ่ ซึ่งเป็นผลจากความฉ้อฉลและความล้มเหลวในการบริหารประเทศอย่างรุนแรง ทำให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในการเมืองการปกครองตามระบบประชาธิปไตยแบบตัวแทน เกิดความแตกแยกทางความคิดของคนในชาติ การสื่อสารสมัยใหม่จะทำให้

<sup>๖</sup> สมชัย จิตสุชน สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (สกุลพาณิชย์, จิตสุชน และ ประสิทธิ์ศิริผล, ๒๕๕๖)

<sup>๗</sup> ที่มา : <http://ilaw.or.th/node/3218> การอภิบาลระบบสุขภาพมีสามรูปแบบ ได้แก่ การอภิบาลโดยรัฐ การอภิบาลโดยตลาด และการอภิบาลโดยเครือข่าย ที่ผ่านมา รัฐเป็นผู้อภิบาลระบบสุขภาพส่วนที่เป็นระบบสาธารณสุข (Public Health System) โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลัก ระบบตลาดมีอิทธิพลมากขึ้นในการอภิบาลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการบริการสุขภาพที่เติบโตอย่างรวดเร็ว การอภิบาลสุขภาพโดยเครือข่ายเริ่มชัดเจนขึ้น เมื่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. เฉพาะ เช่น สช./สวรส./สปสช./สสส./สพฉ./สรพ. ได้เปิดโอกาสและสนับสนุนบทบาทองค์กรภาคีอื่น ๆ ทั้งมูลนิธิ สมาคม และชมรมต่าง ๆ ให้ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น สำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแบ่งได้ ๒ ส่วน คือ นโยบายด้านสาธารณสุข (Public Health Policy) และนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ดูนियามศัพท์ในภาคผนวก ๔

ผู้คนเข้าถึงและรับรู้ข้อมูลข่าวสารเท่าเทียมกันมากขึ้น ทำให้สังคมโลกเชื่อมโยงกัน ทุกภาคส่วนเรียกร้องให้ปฏิรูประบบและโครงสร้างต่าง ๆ ของประเทศ เพื่อแก้วิกฤตนี้โดยเร็ว ระบบสุขภาพ (ที่ครอบคลุมทั้งระบบการแพทย์และสาธารณสุข และระบบสุขภาพทางสังคม) ไม่ได้เป็นระบบที่แยกอยู่อย่างโดด ๆ เมื่อบริบทสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป จึงเป็นการสมควรที่จะได้ทบทวน เตรียมความพร้อม และเตรียมการปฏิรูประบบสุขภาพให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม

## ๕. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / ร่างมติ ๙ การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย

### บรรณานุกรม

๑. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ภาพอนาคตระบบสุขภาพ. ๒๕๕๖
๒. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, สังเคราะห์สถานการณ์ระบบสุขภาพ ๒๕๕๖
๓. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ “พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐” ธันวาคม ๒๕๕๒
๔. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒” ธันวาคม ๒๕๕๒
๕. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ – ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕, ๒๕๕๖
๖. สำนักงานปฏิรูป, รวมเล่มเอกสารหลักและมติสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ ๑-๓ พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ โดยคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป, ๒๕๕๖
๗. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ประเมินและทบทวนแนวคิดธรรมนูญสุขภาพ, ไม่ระบุปีที่พิมพ์
๘. คณะกรรมการปฏิรูป, สำนักงานปฏิรูป, แนวทางการปฏิรูปประเทศไทย ข้อเสนอต่อพรรคการเมืองและผู้มีสิทธิเลือกตั้ง, ๒๕๕๔
๙. Richard Wilkinson and Kate Pickett, “The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone” ความ(ไม่)เท่าเทียม : สฤณี อาชวานันทกุล แปล. สำนักพิมพ์ Openworlds ตุลาคม ๒๕๕๕ หน้า ๔๕.
๑๐. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สัดส่วนรายได้ของประชากร จำแนกตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๑ - ๒๕๕๒, ๒๕๕๓
๑๑. สถาบันวิจัยประชาชนและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, โครงการสุขภาพคนไทย ๒๕๕๖ ปฏิรูปประเทศไทย ปฏิรูปโครงสร้างอำนาจเพิ่มพลังพลเมือง. สุขภาพคนไทย ๒๕๕๖ (หน้า ๑๕๔-๑๗๗) นครปฐม ๒๕๕๕
๑๒. สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (LDI) สำนักงานประสานการพัฒนาสังคมสุขภาพ (สปส.) (๒๕๕๗). ประชาชนจัดการตนเอง : ๕ กรณีศึกษาจากภาคสนาม. ข้อเสนอจากเวทีภาคีพัฒนาประเทศไทย ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๖. บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด. กทม.

๑๓. ข้อเสนอการปฏิรูปการศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อการเรียนรู้ศตวรรษที่ ๑๑ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ๒๕๕๖
๑๔. ระดับการพัฒนาตามดัชนีความก้าวหน้าของคนในแต่ละจังหวัดมาจาก UNDP ๒๐๐๙. Thailand Human Development Report ๒๐๐๙. และ ๒) งบลงทุนทั้งหมดรายจังหวัด มาจากข้อมูลของ ดร.สกันธ์ วรรณัญญา วัฒนา จากรายงาน “Decentralization and the Budget for Social Services at TAO Level” (๒๐๐๘) สนับสนุนโดย UNICEF และ NESDB
๑๕. รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๔๐, กรมการสาธารณสุข วุฒิสภา, ๒๕๔๓.
๑๖. พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕.
๑๗. พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔.
๑๘. สมชัย จิตสุชน สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (สกุลพานิชย์, จิตสุชน และ ประสิทธิ์ศิริผล, ๒๕๕๖)
๑๙. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และคณะ. รายงานภาวะโรคระดับเขตและภูมิภาคของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๒. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, ๒๕๕๖.