1 ระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อประชาชนถูกสั่นคลอน

http://ruraldoctor.or.th/upload/pics/nhso2.jpg

ในช่วงปี 2558 มีเหตุการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบหลักประกันสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ โดย สปสช. ถูกตรวจสอบเรื่องการใช้จ่ายงบประมาณกองทุน การจำกัดงบประมาณสนับสนุนของรัฐต่อระบบหลักประกันสุขภาพ และการตรวจสอบการทำงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ เช่น สสส. ซึ่งรัฐบาลให้เหตุผลว่า มีการใช้งบกองทุน สสส. ที่ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ จนนำไปสู่การปลด บอร์ด สสส. ส่งผลให้องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมได้รับผลกระทบ ไม่สามารถดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นระยะเวลาหนึ่ง สร้างความกังวลให้กับภาคประชาสังคมว่า รัฐบาลมีแนวโน้มจะควบคุมบทบาทภาคประชาสังคมในการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพของไทย ซึ่งได้ปรับระบบการทำงานในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยหันมาเน้นการกระจายอำนาจและสร้างภาคีเครือข่าย เพื่อเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม หลายฝ่าย กำลังวิตกว่า หากภาครัฐพยายามดึงอำนาจในการบริหารจัดการระบบสุขภาพกลับเข้าสู่ระบบราชการแบบในอดีต ก็อาจส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพเพื่อประชาชน ที่พัฒนาขึ้นบนฐานสิทธิมนุษยชนและมุ่งสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมในการมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมระบบสุขภาพของประเทศ

ระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อประชาชน

นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินับเป็นความก้าวหน้าของรัฐไทยที่พัฒนามาจากการขับเคลื่อนขององค์กรและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งการกำหนดสิทธิของบุคคลเสมอกันในการรับบริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานตามข้อกำหนดในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 การเริ่มดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ผู้ยากไร้ของกระทรวงสาธารณสุข การผลักดันของนักวิชาการร่วมกับองค์กรเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อเสนอกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ของฝ่ายการเมือง จนนำไปสู่การออกกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเริ่มบังคับใช้เมื่อปี 2545 ทำให้คนไทยได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพโดยเสมอหน้ากัน

หลักการสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพคือการได้รับบริการด้านสาธารณสุขในฐานะสิทธิของประชาชน[1] โดยรัฐมีหน้าที่จัดบริการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานสำหรับทุกคน[2] ตามหลักการปฏิญญาสากลด้านสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ[3] เพื่อประกันว่าประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการเพื่อการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพ โดยมีหลักประกัน คือ ความมั่นคงด้านสุขภาพ (security)[4] ที่ให้แก่บุคคลด้วยการที่รัฐจัดสรรงบประมาณเพื่อสร้างหลักประกันดังกล่าวให้อย่างเพียงพอเหมาะสม ขณะเดียวกันรัฐต้องบริหารจัดการให้ประชาชนได้รับบริการตามความจำเป็นตามภาวะสุขภาพของแต่ละคนอย่างเท่าเทียม (equity) โดยไม่ให้ความสามารถในการจ่ายและค่าใช้จ่ายเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ระบบหลักประกันสุขภาพจึงต้องเป็นระบบเดียว มาตรฐานเดียว และมีคุณภาพต่อการดำรงชีวิต

การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพจึงเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งใหญ่ของประเทศ โดยปฏิรูปหลักการจากสิทธิด้านสุขภาพ ให้สิทธิด้านสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชนโดยเสมอหน้ากัน และการปฏิรูปการบริหารการคลังรวมหมู่โดยใช้ระบบภาษี[5] การแยกบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นหน่วยงานเฉพาะด้านการกำกับดูแลและจัดบริการสาธารณสุข ส่วนการบริหารด้านการเงินให้มีการบัญญัติกฎหมาย พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นให้มีคณะกรรมการที่ทำหน้าที่ในการบริหารงบประมาณเพื่อสร้างหลักประกันให้ประชาชน และการให้ประชาชนในภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพเป็นระบบสุขภาพเพื่อประชาชนอย่างแท้จริง

การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก่อให้เกิดการเปรียบเทียบกับระบบเดิมที่รัฐดำเนินการอยู่ คือการใช้เงินภาษีในการจัดสวัสดิการรักษาพยาบาลให้กับข้าราชการ ด้วยสัดส่วนเงินต่อหัวที่สูงกว่าที่จ่ายให้กับระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า และมากกว่าที่รัฐจ่ายสมทบให้กับระบบประกันสังคม (โดยรัฐจ่ายให้ประกันสังคมเพียง 1 ใน 3 เท่านั้น อีกสองส่วนมาจากการจ่ายสมทบโดยลูกจ้างกับนายจ้าง) ซึ่งก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการใช้ภาษีเพื่อจัดหลักประกันสุขภาพให้ประชาชน นอกจากนี้ระบบหลักประกันสุขภาพ ยังเป็นการลดทอนอำนาจการบริหารจัดการในระบบสาธารณสุข คือการแยกบทบาทการบริหารงบประมาณเพื่อการดูแลรักษาประชาชนออกจากความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข โดยให้กระทรวงฯ ทำหน้าที่เป็นผู้กำกับและให้บริการเป็นหลัก ขณะเดียวกันบุคลากรของโรงพยาบาลภาครัฐต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการใช้สิทธิที่เพิ่มขึ้นของประชาชน นอกจากนี้ยังส่งผลต่อความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการบริหารจัดการงบประมาณของโรงพยาบาลที่ได้รับค่าใช้จ่ายตามจำนวนผู้ใช้บริการไม่ใช่ตามขนาดของโรงพยาบาลอีกต่อไป และที่สำคัญกฎหมายหลักประกันสุขภาพสร้างความวิตกกังวลให้กับบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากกำหนดให้มีการช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้นกรณีประชาชนได้รับความเสียหายจากการรับบริการอาจส่งผลให้เกิดการฟ้องร้องแพทย์มากขึ้น[6] และทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้เปลี่ยนไป จากที่เคยเป็นแบบพึ่งพาระหว่างผู้รักษากับคนไข้ เป็นระบบผู้ให้บริการกับผู้รับบริการในเชิงพันธสัญญาแทน

ความเหลื่อมล้ำของระบบหลักประกันสุขภาพ

เมื่อ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีผลบังคับใช้ในปี 2545 ทำให้ปัจจุบันประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถึงร้อยละ 99.84 ของจำนวนประชากรทั้งหมด[7] โดยมีหน่วยงานบริหารจัดการ 3 หน่วยงานคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดูแลประชาชนทั่วไป กรมบัญชีกลางดูแลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ สำนักงานประกันสังคม ดูแลผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม อย่างไรก็ตามยังมีประชากรบางส่วนที่ไม่ได้รับหลักประกันสุขภาพ คือกลุ่มที่เป็นคนไทยตกสำรวจ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ระหว่างการรอพิสูจน์เพื่อได้รับสถานะบุคคล ในระหว่างนี้รัฐได้จัดสรรงบประมาณแยกต่างหากให้กระทรวงสาธารณสุขดูแลคนกลุ่มนี้เป็นการเฉพาะ แยกออกจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นระหว่างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพของ 3 หน่วยงาน ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่ต่างกัน ทั้งที่เป็นการใช้ภาษีเพื่ออุดหนุนเหมือนกัน โดยมีสาเหตุมาจาก

1) การที่ยังคงมีความคิดว่า สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการเป็นสิทธิพิเศษในฐานะเจ้าหน้าที่ของรัฐ

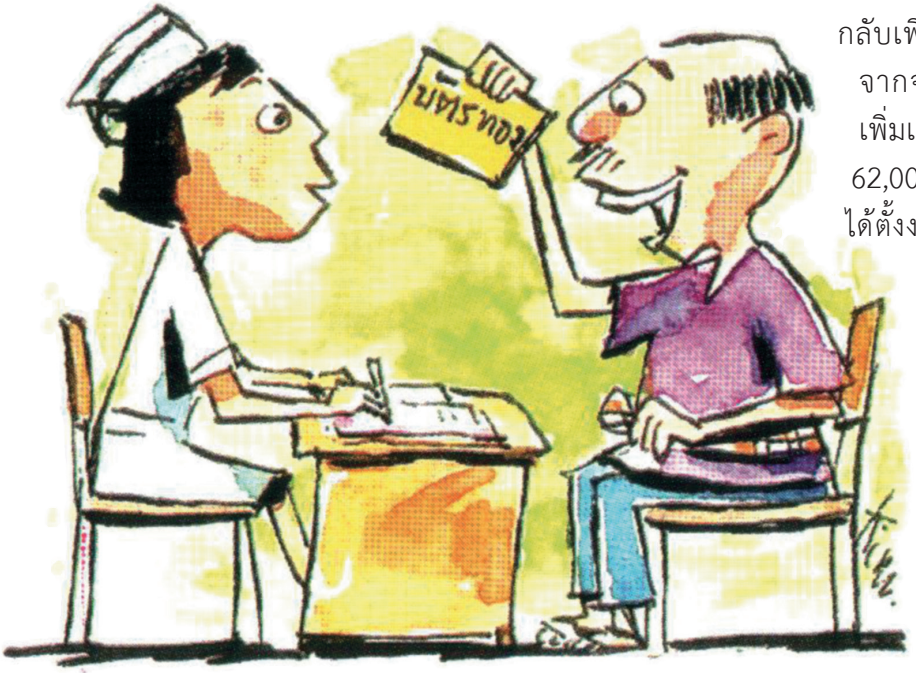
2) การมีหน่วยงานบริหารที่เป็นอิสระต่อกัน มีกฎหมายกฎระเบียบของแต่ละหน่วยงาน ก่อให้เกิดการจัดทำงบประมาณต่างกัน วิธีบริหารงบประมาณที่ต่างกัน การจัดชุดสิทธิประโยชน์ต่างกัน ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ
3) ไม่มีหน่วยงานกลางทำหน้าที่ด้านนโยบายและกำกับระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนให้ได้รับสิทธิโดยเท่าเทียมกัน และได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและมาตรฐานการดูแลรักษาเดียวกัน

ระบบหลักประกันสุขภาพ กับภาระด้านงบประมาณของประเทศ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าใช้งบประมาณสูงจนทำให้เป็นปัญหาต่องบประมาณโดยรวมของประเทศ พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี เคยกล่าวว่า โครงการ 30 บาท เป็นโครงการที่ทำให้งบด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอ เป็นโครงการประชานิยม[8] ซึ่งรัฐต้องจัดหางบอุดหนุนเพิ่มขึ้นตลอดเวลา นอกจากนี้ตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมา ได้มีการหารือร่วมกันระหว่างคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) กับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาแนวทางแก้ปัญหางบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีข้อเสนอให้ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพร่วมจ่ายร้อยละ 30-50 ของค่ารักษา[9] ทำให้เกิดกระแสคัดค้านจากภาคประชาชน ประกอบกับในช่วงปลายปี 2557 ได้เกิดความขัดแย้งระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. ในเรื่องการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงฯ วิจารณ์ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพทำให้โรงพยาบาลของรัฐเกิดวิกฤติทางการเงินอย่างรุนแรง[10] ระบบหลักประกันสุขภาพต้องใช้งบประมาณที่สูงขึ้นเรื่อยๆ เป็นปัญหาต่อการจัดหางบประมาณของรัฐ แต่งบประมาณที่ได้รับก็ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาการขาดทุนของโรงพยาบาล

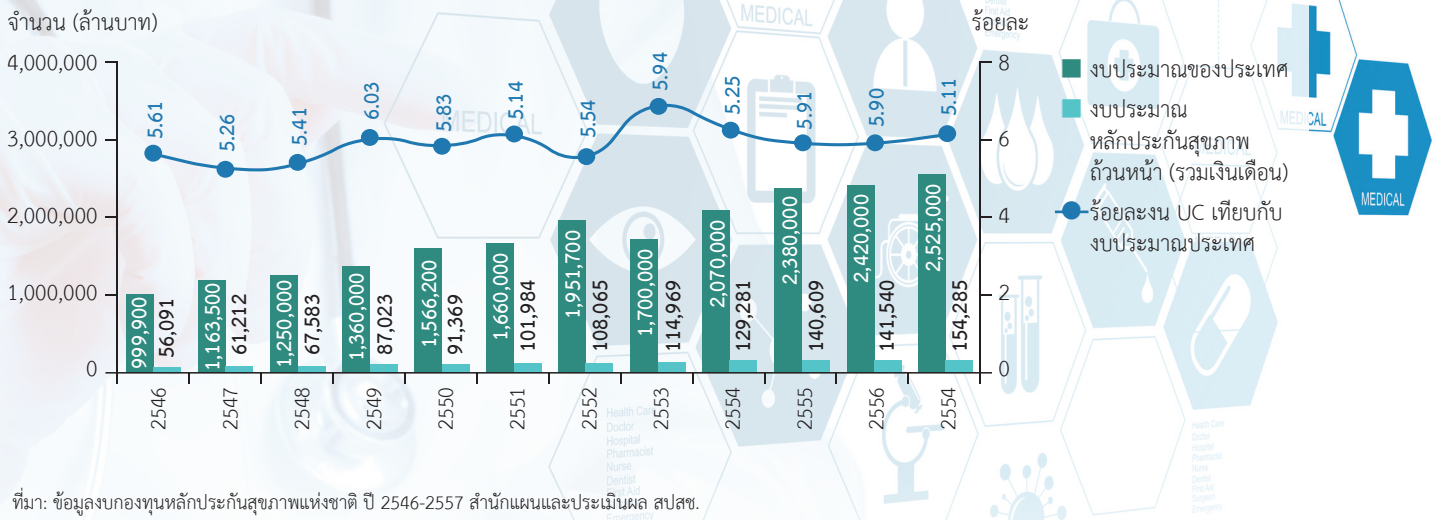
แต่โดยข้อเท็จจริง หากศึกษาข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างงบของระบบหลักประกันสุขภาพ กับงบประมาณประเทศ จะพบว่าเมื่อเริ่มต้นในปี 2546 ใช้งบประมาณจำนวน 56,091 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 5.6 ของงบประมาณประเทศ แต่เมื่อปี 2557 ใช้งบจำนวน 154,285 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 6.1 ของงบประมาณประเทศ เท่ากับว่าในระยะ 10 ปี สัดส่วนงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 0.5 ของงบประมาณประเทศ แต่จำนวนประชาชนที่ได้รับหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นประมาณ 3 ล้านคน จากจำนวน 47.34 ล้านคน ในปี 2547 เป็น 48.31 ล้านคน ในปี 2557

ในส่วนงบประมาณที่กรมบัญชีกลางจัดสรรให้กับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการกลับเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จากจำนวน 17,000 ล้านบาท ในปี 2547 เพิ่มเป็น 30,000 ล้านบาท ในปี 2550 และ 62,000 ล้านบาท ในปี 2554 สำหรับในปี 2557 ได้ตั้งงบประมาณไว้ที่ 60,000 ล้านบาท[11] โดยมีจำนวนข้าราชการและครอบครัวที่มีสิทธิรักษาพยาบาลจำนวนราว 4.28 ล้านคน โดยได้มีการตั้งงบประมาณคงที่มาตั้งแต่ปี 2556 ในส่วนค่าใช้จ่ายที่เกินงบประมาณนั้น ทางกรมบัญชีกลางจะนำเงินคงคลังมาชดเชยในปีถัดไป[12] คาดว่าในปี 2560 จำนวนผู้มีสิทธิจะเพิ่มเป็น 4.6 ล้านคน ดังนั้นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงจึงน่าจะยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง



http://www.jvkorat.go.th/newsite/images/stories/Other/right1-1[1].jpg

เปรียบเทียบงบประมาณของประเทศกับงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2557



ที่มา: ข้อมูลงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2546-2557 สำนักแผนและประเมินผล สปสช.

สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพภายใต้ประกันสังคม ค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตนที่เกี่ยวกับสุขภาพประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ค่ารักษาพยาบาลและค่าคลอด ซึ่งรัฐสมทบจากภาษีสำหรับค่าใช้จ่ายนี้เป็น 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ตามประกาศอัตราสมทบของกฎหมายประกันสังคม[13] ทั้งนี้ จำนวนผู้ประกันตนในแต่ละปีมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับอัตราการเข้าสู่ระบบ ในปี 2552 มีผู้ประกันตนจำนวน 8.68 ล้านคน มีค่าใช้จ่ายสุขภาพ 28,218.77 ล้านบาท[14] รัฐร่วมจ่าย 1 ใน 3 อยู่ที่ประมาณ 9,400 ล้านบาท ในปี 2557 มีผู้ประกันตนจำนวน 13,625,658 คน มีค่าใช้จ่ายสุขภาพ 41,214.22 ล้านบาท[15] รัฐร่วมจ่าย 1 ใน 3 อยู่ที่ประมาณ 13,700 ล้านบาท[16] ในส่วนประกันสังคม รัฐใช้ภาษีร่วมจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพที่ไม่สูงมาก เมื่อเทียบกับระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนทั่วไปและกลุ่มข้าราชการ โดยผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเป็นคนเพียงกลุ่มเดียวที่ต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลและต้องจ่ายล่วงหน้าก่อนการใช้บริการ

การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านหลักประกันสุขภาพของ 3 กลุ่มประชากร เป็นไปตามจำนวนประชากร และการบริหารจัดการงบประมาณสนับสนุนของรัฐที่แตกต่างกันไป

ตารางข้อมูลค่าใช้จ่ายจริง (ล้านบาท) ของการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ

ปีงบประมาณ	งบประมาณที่ได้รับ (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่ายจริง (ล้านบาท)
2547	17,000	26,043.11
2548	18,000	29,380.03
2549	20,000	37,004.45
2550	30,000	46,481.45
2551	38,700	54,904.48
2552	48,500	61,304.47
2553	48,500	62,195.57
2554	62,000	56,764.53*

ที่มา: กลุ่มงานสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง
*ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2554

การกำหนดค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพนั้น จำเป็นต้องมองภาพรวมของการใช้งบประมาณของทั้ง 3 กลุ่มประชากร บนหลักการสำคัญคือหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชนทุกคน ไม่ใช่เป็นสวัสดิการพิเศษเฉพาะของกลุ่มคนใดกลุ่มหนึ่ง โดยต้องบริหารการใช้จ่ายงบประมาณ

บนมาตรฐานเดียวกันเพื่อประกันมิให้เกิดความเหลื่อมล้ำ ทั้งเรื่องจำนวนเงินงบประมาณ การกำหนดขอบเขตสิทธิประโยชน์ที่ได้มาตรฐานเหมือนกัน อีกทั้งกำหนดวิธีการจ่ายเงิน และการจัดหางบประมาณเพิ่มขึ้นโดยไม่ส่งผลกระทบให้ประชาชนคนใดคนหนึ่งไม่สามารถเข้ารับบริการอันเนื่องจากไม่มีเงินจ่ายค่าบริการที่จุดรับบริการ

การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาระของรัฐและประชาชนร่วมกัน

ในการรายงานผลการดำเนินงานของรัฐบาลช่วงปลายปี 2558 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ข้อมูลว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอยู่ในอัตราร้อยละ 4.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)[17] โดยเป็นค่าใช้จ่ายที่มาจากภาครัฐร้อยละ 78 นอกนั้นเป็นส่วนที่ประชาชนร่วมสมทบและจ่ายเอง ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐคิดเป็นร้อยละ 17 ของงบประมาณแผ่นดิน สิ่งที่ต้องดำเนินการในปี 2559 คือต้องทำให้ระบบสุขภาพมั่นคงและยั่งยืน โดยประชาชนต้องร่วมคิดหาทางช่วยเหลือระบบจะปล่อยให้รัฐรับผิดชอบฝ่ายเดียวไม่ได้[18] ท่าทีดังกล่าวก่อให้เกิดความหวั่นวิตกของประชาชนหลายกลุ่ม ทั้งกลุ่มที่เห็นด้วยเรื่องร่วมจ่ายและกลุ่มที่ไม่เห็นด้วย โดยตัวแทนข้าราชการให้ความเห็นว่า ข้าราชการร่วมจ่ายอยู่แล้วหากต้องการความสะดวกรวดเร็ว โดยจ่ายเพิ่มจากสิทธิที่มี หรือวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์บางชนิดก็ไม่ได้อยู่ในสิทธิ จึงต้องจ่ายเพิ่ม ส่วนกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยมีความเห็นว่า ไม่ควรมีการร่วมจ่ายที่จุดบริการเพราะจะส่งผลทันทีต่อประชาชนที่มีรายได้น้อย ถือเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ[19]

ต่อมาได้มีข้อเสนอแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ โดยคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขตามมติ ครม. เมื่อ 20 เมษายน 2558[20] ได้เสนอแนวทางที่ยึดหลักการความมั่นคงยั่งยืน ความพอเพียง ความเป็นธรรม และการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการตั้งเป้าหมายภายในปี 2565 ให้มีการใช้งบประมาณด้านสุขภาพของรัฐไม่เกินร้อยละ 20 ของงบประมาณแผ่นดิน และสัดส่วนการใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ โดยมีข้อเสนอหลัก 2 ด้าน คือ (1) การระดมทรัพยากรจากการเพิ่มภาษีมูลค่าเพิ่ม ส่วนการร่วมจ่ายของประชาชนนั้นต้องเสมอภาคในทุกกลุ่ม คือหากจะร่วมจ่ายหรือไม่ร่วมจ่าย ก็ต้องเหมือนกันเพื่อความเป็นธรรม ทั้งประชาชนทั่วไป ข้าราชการ และผู้ประกันตน และหากจะมีการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ จะต้องดำเนินการเฉพาะกรณีที่ต้องการบริการที่สะดวกเป็นพิเศษเท่านั้น รวมทั้งยังกำหนดเงื่อนไขไว้อีกหลายประการ (2) การบริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการใช้ระบบเดียวกัน ทั้งการจัดงบประมาณปลายปิด กำหนดมาตรฐานการจ่ายเงินให้โรงพยาบาลในราคาเดียวทุกประเภทและทุกระดับบริการ และการกำหนดค่าใช้จ่ายรายหัวในอัตราที่ใกล้เคียงกัน ต่างกันไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าเฉลี่ยทั้ง 3 กลุ่ม นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอเรื่องการใช้ยาและเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม และการควบคุมราคายา จากนั้นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการอีกชุดหนึ่ง เพื่อศึกษาข้อเสนอข้างต้นในรายละเอียดต่อไป ทุกภาคส่วนจึงต้องติดตามต่อไปว่า รัฐจะเลือกแนวทางใดเพื่อคงไว้ซึ่งระบบบริการสุขภาพที่มั่นคง ยั่งยืน และเป็นธรรมกับประชาชนทุกกลุ่ม[21]

กระแสการรวมศูนย์อำนาจรัฐสั่นคลอนระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

ระบบสุขภาพเป็นเรื่องที่ประชาชนต้องตระหนักและมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสร้างเสริมสุขภาพตนเอง หลักการของระบบหลักประกันสุขภาพที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุน การร่วมดำเนินกิจกรรมโครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพ โดยองค์กรปกครองท้องถิ่นและประชาสังคม จึงเป็นหลักการสำคัญและเป็นฐานในการ

ดูแลสุขภาพให้ลดภาวะพึ่งพิงหมอ และประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา

ในด้านหนึ่ง การวิจารณ์ว่าระบบหลักประกันสุขภาพใช้งบประมาณสูง จำเป็นต้องจำกัดงบประมาณ หรือต้องให้ผู้ใช้บริการร่วมจ่ายมากขึ้น อีกทั้งการเรียกร้องให้คนรวยไม่ต้องใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ แต่ควรจ่ายเงินเอง[22] รวมทั้ง ข้อเรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุขบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพเองนั้น สะท้อนให้เห็นว่า รัฐและหน่วยงานของรัฐต้องการให้เกิดการรวมศูนย์อำนาจในการบริหารจัดการ นอกจากนี้ รัฐบาลยังเข้าตรวจสอบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยตรวจสอบความโปร่งใสของคณะกรรมการบริหารกองทุน การใช้คำสั่งตาม ม.44 ของรัฐธรรมนูญ 57 ย้าย เลขาธิการ สปสช. การแทรกแซงอำนาจคณะกรรมการโดยอ้างว่าคณะกรรมการใช้อำนาจเกินขอบเขตที่กฎหมายกำหนด[23] การออกคำสั่งของคณะกรรมการติดตามและตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณภาครัฐ (คตร.) ให้ระงับการใช้งบประมาณเพื่อสนับสนุนองค์กรสาธารณประโยชน์ องค์กรประชาชน มูลนิธิ สถาบันวิชาการ ที่ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงาน โดยวินิจฉัยว่าเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพสามารถใช้ได้กับหน่วยบริการเท่านั้น รวมถึงการตีความโดยกฤษฎีกาว่าสามารถจ่ายเป็นค่าบริการโดยตรงกับบุคคลเท่านั้น โรงพยาบาลของรัฐเมื่อรับเงินค่าบริการไปแล้วไม่สามารถนำไปจ่ายเป็นค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าล่วงเวลา ค่าจ้างพนักงานเจ้าหน้าที่ได้[24] ซึ่งเป็นการตีความที่ลดทอนอำนาจคณะกรรมการกองทุนฯ ต่างจากในอดีตที่ค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการถือเป็นสิทธิของหน่วยบริการนั้นๆ

นอกจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแล้ว ภาครัฐยังได้เข้าควบคุมองค์กรด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยปลดบอร์ดที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ[25] ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องมาตั้งแต่การที่ คตร. ตรวจสอบการใช้งบกองทุน สสส. ว่าไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ ทำให้ในเวลาต่อมา นายกรัฐมนตรีมีคำสั่งระงับการใช้งบประมาณดังกล่าว[26] ส่งผลให้องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมได้รับผลกระทบ ไม่สามารถดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติได้ ทั้งหมดนี้ส่งสัญญาณว่าบทบาทของภาคประชาสังคมที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมระบบสุขภาพกำลังถูกจำกัด คำถามในอนาคตคือ หากประเทศเข้าสู่การเลือกตั้ง ภาคประชาสังคมจะได้รับสิทธิในการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบสุขภาพมากน้อยเพียงใด ประเด็นนี้คงขึ้นอยู่กับเจตจำนงทางการเมืองที่ต้องเคารพสิทธิเสรีภาพและสิทธิด้านสุขภาพในฐานสิทธิมนุษยชนของทุกคน

ทิศทางของหลักประกันสุขภาพ

ในระยะเวลาที่ผ่านมาระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนได้รับการพัฒนาให้มีความเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จนทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับบริการที่มีคุณภาพบนมาตรฐานใกล้เคียงกัน มีความมั่นคง ยั่งยืน และเป็นธรรม โดยประเทศไทยสามารถบริหารจัดการงบประมาณเพื่อสุขภาพด้วยงบประมาณที่จำกัด อย่างไรก็ตาม ประชาชนเองจำเป็นต้องมีส่วนร่วมมากขึ้น เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีความยั่งยืน โดยต้องระดมทรัพยากรเพิ่มขึ้น ทั้งการร่วมจ่ายภาษีเพิ่มขึ้นตามความสามารถ การร่วมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคเพื่อยืดระยะเวลาการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล การเตรียมตัวเข้าสู่ภาวะสูงวัยที่มีสุขภาพดี และการเข้ามีส่วนร่วมในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ทั้งการเข้าเป็นกรรมการ และการดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ

ในส่วนของภาครัฐเอง ก็ควรจัดการกับปัญหาท้าทายต่างๆ อย่างจริงจัง อาทิ การลดความเหลื่อมล้ำของระบบหลักประกันสุขภาพของทุกกลุ่มประชากร การใช้งบประมาณรัฐกับประชาชนทุกกลุ่มอย่างเสมอภาคด้วยการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์เดียวกัน การจัดเก็บภาษีครอบคลุมกิจการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การส่งเสริมการจัดระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและระบบส่งต่อที่เหมาะสม[27] และการมีหน่วยงานกลางเพื่อบริหารระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศตามข้อเสนอของคณะกรรมการประสานระบบสุขภาพแห่งชาติ 3 กองทุน[28] เป็นต้น อีกทั้งควรส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาสังคมมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยมีความเข้าใจเรื่องสุขภาพในมิติที่กว้างกว่าสุขภาพกาย โดยหมายรวมถึงการจัดสภาวะแวดล้อมทางสังคม การเมืองและเศรษฐกิจ ที่เอื้อให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาวะด้วย