

## กระบวนทัศน์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย Paradigm of Health System Evolution in Thailand

พัชรี มณีไพโรจน์<sup>1</sup>

Putcharee Maneepairoj<sup>1</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไคร้ จังหวัดกาฬสินธุ์<sup>1</sup>

Thakrai Sub-District Health Promoting Hospital, Kalasin<sup>1</sup>

Email : putcharee.man@gmail.com

### บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษากระบวนทัศน์การพัฒนาระบบสุขภาพไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ระบบสุขภาพไทยได้พัฒนาไปพร้อมกับการผูกติดกับความเชื่อ และการศึกษาของคนในสถาบันพระมหากษัตริย์ชาติตะวันตกใช้แนวคิดแบบแพทย์ชีวภาพ ซึ่งใช้การแพทย์เป็นเครื่องมือในการแผ่ขยายอำนาจ กระบวนทัศน์ที่มีผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของไทยได้แก่กระบวนทัศน์ต่อบริบทนานาชาติ และปัจจัยพัฒนาระบบสุขภาพให้เกิดความยั่งยืนซึ่งก็คือทรัพยากรบุคคล กระบวนทัศน์ของระบบสุขภาพไทย เป็นเพียงการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กร มีการจัดตั้งหน่วยงานใหม่และเปลี่ยนแปลงการจัดกลุ่มภารกิจและโครงสร้างการบริหาร ซึ่งนอกจากจะไม่ช่วยแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพแล้ว ยังทำให้เกิดความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขของไทย

**คำสำคัญ :** กระบวนทัศน์; การพัฒนา; ระบบสุขภาพไทย

### ABSTRACT

This article aims for researching paradigm of health system evolution since the past until the current period in Thailand. Health system in Thailand has developed along with belief and royal education in the Western way. Western countries tacitly use concept of biological medication in a path of colonialism. The effect of paradigm on health system development in Thailand refer to the global society and sustainable factor in health system development, which means human resource. Paradigm of health system development is only to reorganization and adjust mission grouping and management

structure. In contrast, it cannot effectively solve problems in health aspect, it also cause conflict in public health apparatus in Thailand.

**Keywords :** Paradigm; Development; Health System Evolution in Thailand

## 1. บทนำ

การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นความเที่ยงแท้แน่นอนที่เกิดขึ้นมาคู่กับสรรพสิ่ง ส่วนการดูแลสุขภาพชีวิต และการดำรงเผ่าพันธุ์ก็เป็นของที่มีอยู่กับทุกสิ่งในโลกนี้รวมทั้งมนุษย์ทุกชาติทุกภาษา ดังจะเห็นจาก ประวัติ หมอชิวโกมารภักจแพทย์ประจำตัวพระพุทธเจ้า และ อโรคยาศาลาในสมัยพุทธกาล ในประเทศไทยมีการบันทึกประวัติการรักษาโรคตั้งแต่สมัยสุโขทัย และจากประวัติศาสตร์การสาธารณสุขไทยเราจะเห็นว่ามีความสัมพันธ์กับสถาบันพระมหากษัตริย์มาโดยตลอด เช่นสมัยรัชกาลที่ 1 ทรงให้ปฏิสังขรณ์ วัดโพธิ์ เพื่อเป็นที่รวบรวมจารึกตำราทางยา และทำนวดรักษาโรค (ฤๅษีตัดตน) จัดตั้งโรงหมอโรงพระโอสถ มีหมอหลวงรับราชการรักษาพระมหากษัตริย์และพระราชวงศ์ หมอราษฎร์หรือหมอเคลยศักดิ์มีไว้รักษาชาวบ้าน

สมัยรัชกาลที่ 3 (พ.ศ. 2371) ซึ่งนับได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ครั้งสำคัญสำหรับระบบสุขภาพในประเทศไทย เมื่อได้รับอิทธิพลแนวคิดแบบแพทย์ชีวภาพ ใช้ทฤษฎีเชื้อโรค เป็นแนวคิดกระแสหลักของชาติตะวันตก เพื่อใช้การแพทย์เป็นเครื่องมือในการแผ่ขยายอำนาจไปยังดินแดนต่างๆ ทำให้การแพทย์แผนตะวันตกกลายเป็นการแพทย์กระแสหลักของโลก (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545) ซึ่งสมัยนั้น คณะมิชชันนารี โดยมี Dan Beach Bradley (หมอบรัดเล) ได้นำแนวทางการรักษาพร้อมยา และวัคซีนคุ้มกันโรค เข้ามาใช้รักษาและป้องกันโรคระบาดในประเทศไทย จากนั้นอีก 60 ปี (พ.ศ. 2431, รัชการที่ 5) จึงมีโรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลแห่งแรก และนับการแพทย์แผนตะวันตกเป็นการแพทย์แผนปัจจุบัน มีสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรมพระบรมราชชนก เป็นบิดาการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงนับได้ว่าระบบสุขภาพไทยได้เปลี่ยนกระบวนทัศน์การพัฒนามาพร้อมกับการผูกติดกับความเชื่อ และการศึกษาของคนในสถาบันพระมหากษัตริย์

ระบบสาธารณสุขไทยขยายตัวและก้าวหน้ามาตามลำดับโดย ปี 2549 มีการพัฒนา “สุขศาลา ชั้นหนึ่ง” มาเป็น “สถานอนามัยชั้นหนึ่ง” และตั้งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด จนกระทั่ง ปี 2500มีโรงพยาบาลประจำจังหวัดครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ ในระดับอำเภอ ตั้งศูนย์แพทย์และอนามัยเป็น “โรงพยาบาลอำเภอ” และมีโรงพยาบาลครบทุกอำเภอ ในปี 2520 ในระดับตำบล มีการจัดตั้ง “สถานอนามัยชั้นสอง” และพัฒนามาเป็น “สถานอนามัย” ในปี 2515 เปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์สุขภาพชุมชน” ในปี 2546 และในปี 2551 ได้ยกระดับสถานอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล” นอกจากการขยายบริการแล้ว ยังมีการพัฒนาด้านสวัสดิการการรักษาพยาบาล และการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อมีโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาลในปี 2518 การเกิดขึ้นของระบบการประกันสังคมปี 2533 และนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545 ที่ให้สิทธิการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ประชาชนไทยทุกคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งดูเหมือนว่าระบบบริการสาธารณสุขไทยจะตอบโจทยัปัญหาาระบบสุขภาพของประชาชนในประเทศ แต่จากปัญหาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น ความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ ทำให้ผู้เชี่ยวชาญที่ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพของไทยมีความเป็นมาอย่างไร และนโยบายของรัฐบาลสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้จริงหรือไม่ เป็นคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญต้องการคำตอบ จึงได้จัดทำบทความฉบับนี้ขึ้น

## 2. กระบวนทัศน์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย

ระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีระบบบริการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ โดยแนวคิดหลักของเป้าหมายสุขภาพ มี 2 แบบแผน คือ ทางปรัชญาสังคม และเชิงวัฒนธรรม คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพต้องยึดตามแนวคิดหลัก และนำมากำหนดเป้าหมายให้สอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพบนพื้นฐานหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรมและธรรมาภิบาลการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ระบบสุขภาพไทยมีการเปลี่ยนแปลงตามกระแส และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในประเทศ และระดับโลก ซึ่งกระบวนทัศน์ที่มีผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของไทย ได้แก่

1. กระบวนทัศน์ต่อบริบทนานาชาติ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกำหนดยุทธศาสตร์ประกอบด้วย การเมือง เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ปัจจัยที่เฉพาะเจาะจงกับระบบสุขภาพ ได้แก่ ระบาดวิทยา (เชื้อโรค คน สิ่งแวดล้อม) และพิจารณาจากมุมมองของธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ นโยบายสาธารณะ ปัจจัยคุกคามสุขภาพเช่นจากกฎบัตรออกตาวา พ.ศ. 2529 การสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งเป้าหมาย Health for All สุขภาพดีถ้วนหน้า ทำให้สุขภาพกลายเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์อย่างชัดเจน และประชาคมตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งทางกายภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ที่มีผลต่อสุขภาพมากกว่าการแพทย์แบบชีวภาพเท่านั้น (สุรเกียรติ์ อชานานุกาพ, 2545) ซึ่งจากมุมมองของ Michael E. Porter ได้นำเสนอแนวคิด Five Forces Model นำแนวคิดพลังขับเคลื่อนภาคธุรกิจตามกระแสหลัก มาปรับใช้กับระบบสุขภาพในประเทศไทยดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดง Five Forces Model ปรับปรุงจาก Michael E. Porter, 2004

ห้าพลังอำนาจในภาคธุรกิจ	ห้าพลังอำนาจในระบบสุขภาพ
1. พลังคู่แข่งชั้นของคู่แข่ง (Competitor/New Entrance)	1. สถานปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ
2. พลังของผู้ส่งมอบปัจจัยการผลิต(Suppliers)	2. ผู้สนับสนุนปัจจัยให้แก่ระบบสุขภาพ
3. พลังกระบวนการภายในองค์กร (Internal Process)	3. คุณภาพการบริหาร/จัดการ/บริการ
4. พลังผู้ซื้อ/ลูกค้า	4. ประชาชน/องค์กรทุกภาคส่วน
5. พลังทดแทนเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง	5. กลยุทธ์ที่สมดุลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง

จากการนำแนวคิดห้าพลังอำนาจมาปรับใช้กับการพัฒนาระบบสุขภาพไทย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การพยายามพัฒนาองค์กรทั้งการกระจายอำนาจ หลักธรรมาภิบาล ทั้งนี้โดยการใช้หลักความคุ้มค่า ลดต้นทุนตามแนวคิดทุนนิยมของภาคธุรกิจ แต่สิ่งที่เปลี่ยนแปลงคือการเกิดองค์กรเพิ่มขึ้น ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายทำได้ลำบากมากขึ้น จากปัญหาความไม่เชื่อมประสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของภาคี และองค์กรที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ยังมีการประชุมสมัชชาอนามัยโลก พ.ศ. 2542 เสนอให้ขยายนิยามสุขภาพครอบคลุมด้านจิตวิญญาณ และความเป็นพลวัตของสุขภาพจะ จนเกิดกระบวนการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพของไทย ดังเช่นการพยายามผลักดัน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2545 มีหลายฝ่ายร่วมแสดงพลังเพื่อให้เกิดกฎหมายนี้ขึ้น “บอกว่าจะออก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแต่ไม่รีบออก ใช้การ “จะออก” มาเป็นเครื่องมือดึงฝ่ายต่างๆ เข้ามาทำงานร่วมกัน ต่อเมื่อมาเรียนรู้ร่วมกันเท่านั้นถึงจะทำเรื่องยากๆได้ ไม่ใช่การใช้อำนาจ” (ประเวศ วะสี, 2546) แม้จะใช้เวลากว่า 7 ปีจึงสามารถผลักดันกฎหมายฉบับนี้ได้สำเร็จ แต่กระบวนการออกกฎหมายก็ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างความเข้าใจใหม่ๆ ดูเหมือนจะเป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ระบบสุขภาพในสังคมไทย หรือเป็นเพียงการเกิดคำพูดที่สละสลวยเกี่ยวกับแนวคิดสุขภาพ “สุขภาพะ” หรือ “คุณภาพชีวิต” (well being) ซึ่งนิยามความหมายตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 คำว่า “สุขภาพ” หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (อำพล จินดาวัฒนะ, 2551)

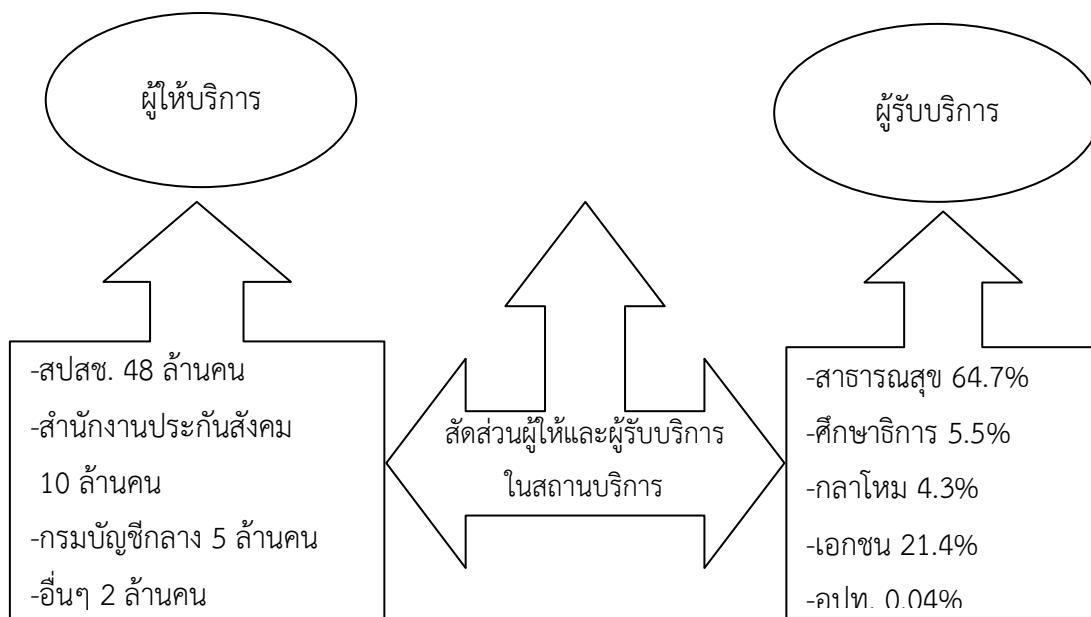
2. กระบวนทัศน์ต่อปัจจัยพัฒนาระบบสุขภาพให้เกิดความยั่งยืนที่สำคัญคือทรัพยากรบุคคลที่รวมตัวกันเป็นชุมชน ท้องถิ่นโดยสะท้อนผ่าน

2.1 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ได้แก่ องค์ความรู้ ความคิด ความเชื่อ และความชำนาญในการดูแลสุขภาพ เช่น การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก

## 2.2 ชุมชนท้องถิ่น

2.3 ปรัชญา (เศรษฐกิจพอเพียง) ซึ่งหมายถึงแนวทางการดำรงอยู่ และปฏิบัติของประชาชนทุกระดับทั้งครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับรัฐ โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อก้าวทันต่อโลกาภิวัตน์

ระบบบริการสาธารณสุขไทยที่ผ่านมาได้มีวิวัฒนาการทั้งการพัฒนาองค์กร พัฒนาการบริหาร บริการวิชาการ เพื่อให้สามารถดูแลประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่เนื่องจากปัญหาสุขภาพนับวันจะทวีความซับซ้อนและท้าทายมากขึ้น ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การสาธารณสุขจึงต้องพัฒนาเพื่อรับมือกับปัญหาทางสุขภาพให้ได้ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 และฉบับที่ 10 ดูเหมือนว่าจะมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพหรือระบบสุขภาพใหม่ ไปสู่แนวคิดระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อให้สอดคล้องกับ ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งเป็นกระแสที่วิพากษ์กระแสความเจริญตามโลกตะวันตก โดยระบบสุขภาพใหม่ คำนึงถึงการบูรณาการแบบองค์รวม เพื่อให้เกิดความสมดุล พัฒนาโดยใช้คนเป็นศูนย์กลาง แต่ผลก็ยังไม่เกิดขึ้นอย่างที่ตั้งเป้าหมายไว้เมื่อเกิดปัญหาจากการปฏิรูปองค์กรในระบบสุขภาพดังกล่าวประกอบที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงองค์ประกอบของระบบสุขภาพไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

จากภาพจะเห็นว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้บริการครอบคลุมประชาชนกว่า 48 ล้านคน รองลงมาคือ สำนักงานประกันสังคม จำนวน 10 ล้านคน กรมบัญชีกลาง 5 ล้านคน และอื่นๆ อีก 2 ล้านคน โดยประชาชนสามารถรับบริการผ่านหน่วยบริการในสังกัดต่างๆ ได้แก่

กระทรวงสาธารณสุข 64.7% กระทรวงศึกษาธิการ 5.5% กระทรวงกลาโหม 4.3% เอกชน 21.4% และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 0.04%

การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยที่คิดว่าเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์การพัฒนา แท้จริงเป็นเพียงการปรับเปลี่ยน เพิ่ม องค์กรต่างๆ มีการจัดตั้งหน่วยงานใหม่และเปลี่ยนแปลงการจัดกลุ่มภารกิจและโครงสร้างการบริหาร เช่น

- สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) มีหน้าที่สังเคราะห์และใช้ความรู้
- สำนักงานเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) ประสานและสร้างความร่วมมือ
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช./สช.) กำหนดนโยบายโดยการมีส่วนร่วมมี

กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้กำกับดูแล การมีองค์กรขึ้นมารองรับระบบสุขภาพดูเหมือนจะเป็นจุดแข็ง แต่การยึดติดกับ “ความเป็นองค์กร” ไม่ทำให้เกิดความเป็นเอกภาพ โดยแต่ละองค์กรหลงลืมไปว่าแท้จริงแล้วตนเองทั้งหมดเป็นเพียงส่วนหนึ่งของกลไกภาครัฐที่ต้องทำงานร่วมกัน และแต่ละองค์กรทำหน้าที่เป็นกลไกย่อย จะเสริมให้กลไกภาครัฐมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น แม้จะมีการเสนอแนวทางการกระจายอำนาจหรือการปฏิรูปวัฒนธรรมองค์กรก็ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นรูปธรรม จากสภาพความแข็งตัวและการเปลี่ยนแปลงยากทำให้เกิดความสับสนและความตึงเครียดในกระทรวงสาธารณสุข ที่เมื่อก่อนมีบทบาทและภารกิจที่เคยรับผิดชอบแต่ผู้เดียว ถูกแบ่งแยกออกไป ทำให้งบประมาณส่วนใหญ่เป็น “อำนาจ” ทางการบริหารที่สำคัญถูกเปลี่ยนมือ รัฐบาลสูญเสียอัตลักษณ์การเป็นผู้นำด้านสุขภาพของประเทศที่เคยมีมาแต่อดีตอันยาวนานทำให้เกิดความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขไทยดังที่ปรากฏ

ข้อค้นพบปัญหาในระบบสุขภาพไทย “ปัจจุบันประชากรไทย มีหลักประกันสุขภาพ 99.95%” (รายงานผลการดำเนินงานของรัฐบาล พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ปีที่ 2 (12 กันยายน 2558-12 กันยายน 2559)จากรายงานข้างต้นดูเหมือนนโยบายบริการสาธารณสุขจะดำเนินมาด้วยความเหมาะสมและส่งผลที่ดีต่อสุขภาพของประชาชน แต่จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและรายงานสถานะสุขภาพของประชาชนกลับพบความขัดแย้ง ดังนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต8 อุตรธานี ศึกษาการรับรู้เรื่องสิทธิและการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ พบว่า ประชาชนมีการรับรู้ในระดับต่ำ ด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขกลุ่มคนพิการเข้าถึงบริการในระดับที่ต่ำร้อยละ 24.5 โดยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ร้อยละ 21.3 และได้รับกายอุปกรณ์ร้อยละ 17.2 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8, 2556) ส่วนการศึกษาปัญหาการบริการสาธารณสุขโรงพยาบาลมาตาพบปัญหาสำคัญ 3 อันดับแรกคือ ระบบการให้บริการล่าช้า แพทย์และพยาบาลมีไม่เพียงพอและความไม่สะดวกสบายในสถานที่ ส่วนปัญหาบริการของคลินิกคือ ค่าใช้จ่ายสูง ผู้รับบริการมาก สถานที่

คับแคบไม่มีแพทย์เฉพาะทาง และปัญหาการบริการในสถานอนามัยคือผู้ใช้บริการจำนวนมาก บริการล่าช้า ขาดแคลนแพทย์ และเจ้าหน้าที่ (พอล อุทยานนท์, 2557)

นอกจากนี้ยังพบว่า มีปัญหาความเหลื่อมล้ำในการใช้งบประมาณ จากรายงานการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2555 ของกองทุนข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เปรียบเทียบเป็นจำนวนและร้อยละของผู้มีสิทธิเรียงตามลำดับกองทุน คือ 5 ล้านคน (8%), 10.4 ล้านคน (15.8%) และ 47 ล้านคน (76.2%) ส่วนงบประมาณที่ใช้ต่อกองทุนได้แก่ 62,195 ล้านบาท, 846,544 ล้านบาท และ 120,846 ล้านบาท และค่าใช้จ่ายต่อรายต่อปีของกองทุนต่างๆ มีดังนี้ 15,000 บาท 2,500 บาท และ 2,755.60 บาทตามลำดับ ดังนั้นหากถามว่าระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และเป็นไปอย่างทั่วถึงแล้วหรือไม่ เพียงใด ต้องขอตอบว่า ยังมีปัญหาเรื่องการมีหลายมาตรฐาน มีปัญหาเรื่องสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานของแต่ละกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน มีความแตกต่างและเหลื่อมล้ำกันอยู่ และในขณะเดียวกันการบริหารจัดการของแต่ละกองทุนก็ได้สะท้อนถึงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการด้วย ระบบสวัสดิการข้าราชการใช้ระบบการจ่ายเมื่อไปใช้บริการ หรือ free for service ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ได้ ส่วนระบบประกันสังคม และระบบบัตรทอง ใช้ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่ายต่อหัวหรือ capitation ซึ่งระบบนี้มีข้อดีคือสามารถที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายได้ แต่มีข้อเสียคือทำให้ได้รับบริการที่ไม่ดีมากนัก เนื่องจากโรงพยาบาลได้รับเงินไปแล้วเมื่อคนไข้เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลก็มักจะประหยัดหรือไม่อยากรักษา หรือเมื่อพบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก็จะแนะนำให้เลือกรับบริการจากที่อื่น เช่นโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นการกันผู้ป่วยเรื้อรังไปที่อื่น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555)

จากปัญหาข้างต้น จึงมีการศึกษาและเสนอบทสรุปผู้บริหารใน แนวคิดและทัศนะต่อความเป็นธรรมของกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพว่ารัฐบาล ราชการ สถาบันการแพทย์ และกลไกสำคัญในระบบอภิบาลสุขภาพทั้งหมดควรที่จะต้องผลักดันให้เกิดปฏิรูประบบสุขภาพ โดยให้หลักความเป็นธรรมตามแนวคิดของ John Rawls โดยมุ่งสร้างความเป็นธรรมหรือความยุติธรรมของระบบ ด้วยการพัฒนาระบบหลักประกันการเข้าถึงสุขภาพของประชาชนให้มีความก้าวหน้าทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ และมีแนวนโยบายสนับสนุน คุ้มครองสิทธิของประชาชนผู้ด้อยอำนาจให้มีสิทธิพิเศษในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และมีอำนาจต่อรองในกระบวนการกำหนดนโยบาย และการปฏิบัตินโยบายมากยิ่งขึ้น (กฤษฎา บุญชัย และคณะ, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับความคาดหวังของประชาชนที่ต้องการมีความมั่นคงด้านสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาพยาบาลฟรีหรือเสียเงินน้อย โดยมีสถานบริการสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอ ประชาชนมีสิทธิในการเลือกสถานบริการ และควรได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ (อัญชญา ณ ระนอง, 2549)

### 3. สรุป

การก้าวสู่ศตวรรษที่สองของการสาธารณสุขไทย (กระทรวงสาธารณสุขก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. 2461) จากอดีตถึงปัจจุบัน ระบบสาธารณสุขไทยมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง ความเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้นภายใต้บริบทใหม่ๆ ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ผสมกับปัญหาสุขภาพใหม่ๆ ที่ประเทศไทยต้องเผชิญไม่ว่าจะเป็นปัญหาสังคมสูงวัย ปัญหาโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ปัญหาภัยพิบัติ ความรุนแรง และการก่อการร้ายรวมทั้งผลกระทบจากโลกาภิวัตน์ที่มีต่อสุขภาพ ล้วนแต่เป็นความท้าทายที่ต้องเผชิญในการพัฒนากระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพของไทย จึงต้องมีการทบทวนประวัติศาสตร์และนำบทเรียนจากอดีตมาใช้เพื่อให้การก้าวสู่ศตวรรษที่สองของการสาธารณสุขไทย เป็นศตวรรษแห่งการสร้างสรรคเพื่อสุขภาพของประชาชนไทยอย่างแท้จริง

แม้จะมีการปรับแนวคิดการดำเนินงานที่พยายามจะบอกว่าเป็นการเปลี่ยนกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพไทย แท้จริงเป็นเพียงการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กร และที่ซ้ำร้ายยังมีการยึดติดกับ “ความเป็นองค์กร” ความรู้สึกสูญเสียอำนาจการบริหารความเป็นผู้นำด้านสุขภาพของประเทศมายาวนานของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขไทย ปัญหาสุขภาพของประชาชนยังไม่สามารถแก้ไขได้ สภาพปัญหารุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น จนดูเหมือนประเทศไทยจะเดินมาพบทางตันในการพัฒนาระบบสุขภาพตามกระแสแนวคิดการแพทย์ตะวันตก ทำให้มีการเสนอแนวคิดแผนโบราณนำภูมิปัญญาชาวบ้านดั้งเดิมที่เป็นการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือกอื่น มาเป็นแนวคิดในการดูแลสุขภาพของประชาชน ผู้เขียนคิดว่านี่ต่างหากที่เป็นการปรับกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพของคนไทยที่ได้บูรณาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่บรรพบุรุษของเราเคยใช้มาก่อนเพราะการรักษาโรคบางครั้งไม่ต้องใช้ยาที่เป็นสารเคมี เพียงแค่ปรับพฤติกรรม หรือบางทีอาจใช้ยาใจ (จากคนรักและครอบครัว) มาดูแล ผสมรวมกับการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีเชื้อโรคของการแพทย์แผนตะวันตกมาใช้ให้เข้ากับบริบทของการดำรงชีวิตของประชาชนชาวไทย แต่สิ่งสำคัญพวกเราย่าลืมสอนให้ลูกหลานเรารู้จักทำหน้าที่ของพลเมืองคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิต (Lifestyle) ที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและทำให้ตนเองเจ็บป่วย มากกว่าการเรียกร้องสิทธิในการรักษาพยาบาลเหมือนทุกวันนี้ เพียงเท่านั้นปัญหาสุขภาพไทยก็จะได้รับการพัฒนาอย่างยั่งยืน

### 7. บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). **ประวัติศาสตร์ 100 ปีการสาธารณสุขไทย**. สืบค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2560.

จาก <https://www.moph.go.th>.

กระทรวงสาธารณสุข. (2545). **แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน**.

นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.



- กฤษฎา บุญชัย และคณะ. (2556). **แนวคิดและทัศนะต่อความเป็นธรรมของกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- กิติพัฒน์ นนทปัทมะดล. (2537). **สุขภาพดีถ้วนหน้า**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศรีชัยการพิมพ์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2545). **ความรู้อำนาจ และระบบราชการ : บทวิเคราะห์วัฒนธรรมราชการสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา และคณะ. (2554). **สุขภาพคนไทย 2554 : เอชไอเอ กลไกพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อชีวิตและสุขภาพ**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2560). **วาทกรรมการพัฒนา**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วิภาษา.
- ถาวร สกุกพาณิชย์. (2554). **ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : สำนักงานพัฒนาเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพไทย.
- ประเวศ วะสี. (2546). **การปฏิวัติเจียบ : การปฏิรูประบบสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- พอพล อูยานนท์. (2557). **การให้บริการและความต้องการบริการสาธารณสุขในพื้นที่มาตาพุดจังหวัดระยอง**. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ไพรวลัย เคนพรม. (2554). **การวิพากษ์นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ทฤษฎีความยุติธรรมของจอห์น รอร์ลส์**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐศาสตรมหาบัณฑิต. วิทยาลัยการเมืองการปกครอง มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์ จริญญา หุ่นศรีสกุล และเสมอจิต พงศ์ไพศาล. (2552). **ระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาคใต้**. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2555). **ลดความเหลื่อมล้ำเพิ่มความเป็นธรรม “3 กองทุนสุขภาพ” ได้รับความท้าทายในอนาคต**. วารสาร HSRI Forum พื้นที่แบ่งปันความรู้ด้านระบบสุขภาพสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 1(6). 3-7.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8. (2556). **การประเมินการรับรู้เรื่องสิทธิและความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2556**. อุดรธานี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุดรธานี.
- อัญญา ณ ระนอง. (2549). **โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค กับความมั่นคงด้านสุขภาพของคนไทย**. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- อำพล จินดาวัฒน์. (2551). การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม : มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- Michael E. Porter. (2004). *On Competition Updated and Expanded Edition*. Harvard Business School publishing Corporation.