
สมุดปกขาว

แก้กฎหมายบัตรทอง
อย่างไร ให้ประชาชน
ได้ประโยชน์

กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ
๖ มิถุนายน ๒๕๖๐



๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๐

ยื่นจดหมายถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขอให้ยุติกระบวนการแก้พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ ที่ทำลายหลักการและลำห้ง

๖ มิถุนายน ๒๕๖๐

ยื่นจดหมายถึงนายกรัฐมนตรี ให้ทบทวนการแก้ไขกฎหมายที่ทำลายหลักการระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ



หลักการสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑. หลักการมาตรฐานการรักษาเดียวกันของทุกกองทุน (สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม บัตรทองรวมกองทุนคีนสิทธิ กองทุนผู้ประกันตนคนต่างด้าวหรือกองทุนบัตรสุขภาพแรงงาน)
๒. หลักการการแยก “ผู้จัดบริการ” และ “ผู้ซื้อบริการ”
๓. หลักการครอบคลุมประชากรทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มผู้รอพิสูจน์สถานะบุคคล
๔. หลักการหาเงินเพิ่มเติมจากกำไรการซื้อขายหุ้นในตลาดหลักทรัพย์ การร่วมจ่ายผ่านระบบภาษี เพื่อสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและยุติการร่วมจ่าย ณ หน่วยบริการ
๕. หลักการการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชนในการร่วมจัดบริการ ร่วมให้บริการด้านสาธารณสุข (มีสิทธิในการจัดบริการที่เป็นช่องว่าง) นิยามเรื่องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนให้มีความชัดเจน และสามารถสนับสนุนภาคประชาชนในการทำงานส่งเสริมป้องกันโรค ร่วมให้บริการ ตามประกาศ สธ. ตามคำสั่ง คสช.ที่ ๓๗/๕๙(ม.๔๔)
๖. หลักการ บริการสาธารณสุขใกล้บ้านใกล้ใจ
๗. หลักการมีส่วนร่วมทุกฝ่ายอย่างสมดุล เพื่อให้คณะกรรมการมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Trust) และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๘. เพิ่มหลักการเรื่องลดการฟ้องคดี เหยี่ยวความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับบริการ

ตามที่มีกระบวนการปรับปรุงแก้ไข พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ให้สอดคล้องกับคำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ(คสช.) ตามมาตรา ๔๔ เพื่อปลดล็อกปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมาของ สปสช. โดยการหารือร่วมกันระหว่างกระทรวงยุติธรรม (ยธ.) กระทรวงการคลัง และกระทรวงสาธารณสุข(สธ.) ซึ่งทาง ยธ.ได้มอบให้ สธ.เป็นผู้ดำเนินการ

ต่อมา รมว.สธ.ได้มีการตั้งคณะทำงานเพื่อแก้กฎหมาย โดยแต่งตั้งนายวรากรณ์ สามโกเศศ เป็นประธานคณะทำงานฯ มีตัวแทนภาคประชาชนเพียง ๒ คน จากสัดส่วนคณะอนุกรรมการ ๒๗ คน

จากการติดตามการแก้กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างใกล้ชิด พบว่ามีประเด็นในการแก้กฎหมายหลายประเด็นที่ทำลายหลักการของกฎหมายเดิม ไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ประเทศ และกระทรวงสาธารณสุข ขาดเหตุผลรองรับว่า ปรับปรุงแล้วประชาชนจะได้ประโยชน์เพิ่มขึ้นอย่างไร ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนการแก้กฎหมาย ไม่แก้ปัญหาของระบบหลักประกันสุขภาพในปัจจุบันตามแนวทางคำสั่งที่ ๓๗/๕๙ ซึ่งอาจส่งผลให้ประสิทธิภาพในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสูญเสียไป

ประเด็นที่ ๑

ทำลายหลักการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑. หลักการหรือเจตนารมณ์ของกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคือ “จัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแล ซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่าง ภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน นอกจากนี้เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกันเพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น”

หลักการดังกล่าว มีความชัดเจนว่าการดำเนินการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ จะทำร่วมกันระหว่างภาครัฐ และ ภาคประชาชน ซึ่งสะท้อนในสัดส่วนของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่การแก้กฎหมาย กลับมีแนวโน้มในการเอื้อประโยชน์แก่ผู้จัดบริการ เช่น การเพิ่มสัดส่วนของกรรมการหลักประกันสุขภาพในสัดส่วนของวิชาชีพ การเสนอให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานคณะกรรมการ ซึ่งเท่ากับเป็นการทำลายหลักการสมดุลและการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อบริการ และผู้ให้บริการ การแก้ในประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นเจตนาที่จะปล่อยให้ฝ่ายผู้จัดบริการเข้ามาแทรกแซง มีผลประโยชน์ทับซ้อน มีอำนาจในการกำหนดด้านการเงินที่ต้องจ่ายให้กับหน่วยบริการผิดหลักธรรมาภิบาลอย่างร้ายแรง

รวมทั้งในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ได้แผ่อิทธิพลในการกำหนดการบริหารการเงิน ผ่านคณะกรรมการ ๗x๗ หรือ ๕x๕ ซึ่งไม่มีผู้แทนภาคประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วม เป็นการกระทำที่ไม่เคารพหลักการสำคัญและเพิกเฉยต่อเจตนารมณ์ของกฎหมาย

ประเด็นที่ ๒

ไม่แก้ปัญหาสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน

๒. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพฯ มีมติให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นหรือมีราคาแพง จนลดอุปสรรคในการเข้าถึงยาของประชาชนที่ป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ยารักษามะเร็ง ยาละลายลิ่มเลือด ยาแก้ปวด ยาต้านพิษ ฯลฯ โดยมีการจัดซื้อผ่านองค์การเภสัชกรรมซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐในลักษณะการจัดซื้อรวมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ๑๐ ปี ครอบคลุมเพียงร้อยละ ๔.๙ ของปริมาณยาที่มีการใช้ทั้งหมด ประหยัดงบประมาณของประเทศได้มากกว่า ๔๕,๖๔๒ ล้านบาท(๒๕๕๑-๒๕๕๙)

ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงยาที่จำเป็นของประชาชนหรือกลุ่มเฉพาะเช่น ไตวาย หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

เหตุที่คณะกรรมการมีมติให้ สปสช. ดำเนินการ ก็เนื่องจากปัญหาที่พบในอดีต ผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็น เช่น ยาต้านไวรัสเอชไอวี เพราะ รพ. ไม่ได้สำรองยาไว้ เนื่องจากมีราคาแพง คณะกรรมการจึงมีมติให้สำนักงานบริหารจัดการโดยปรับการชดเชยเป็นเงิน มาเป็นการชดเชยเป็นยาในปี ๒๕๕๒ เป็นต้นมา และเพิ่มกลุ่มยาที่มีปัญหาในการเข้าถึงเป็นสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเป็นระยะ ได้แก่ กลุ่มยาบัญชี จ(๒) ยาแก้ปวดและยาต้านพิษ

ทั้งที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงประโยชน์ในการดำเนินการจัดซื้อยาของ สปสช. แต่การแก้ไขกฎหมายกลับไม่มีการจัดทำข้อเสนอให้เพิ่มอำนาจการจัดซื้อยา และกลับมีความต้องการเพิ่มบทบาทให้กระทรวงสาธารณสุขจัดซื้อยารวมให้แก่โรงพยาบาลแทนการมอบให้สปสช. ดำเนินการ ในอดีตการจัดหายาของกระทรวงสาธารณสุข เน้นนำรายการยา Top Ten ที่แต่ละรพ. ใช้ มาจัดหาร่วมกัน การประมูลหรือการต่อรองที่เกิดขึ้นสามารถทำให้ราคายาลดลง ไม่เกิน ๕% จากประสบการณ์ที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะลดลงเท่ากับรพ. ที่มีราคาต่ำสุดขณะนั้นเท่านั้น ขณะที่การจัดหายาโดย สปสช. เป็นการจัดหายาที่มีราคาแพง ยาที่เป็นภาระของรพ. หรือผู้ป่วย และเป็นการจัดหาแบบมีการประกันปริมาณยาที่จัดหาทำให้มีโอกาสต่อรองกับผู้จำหน่ายได้มากขึ้น ราคายาโดยเฉลี่ยจึงสามารถต่อรองให้ลดลงได้มากกว่า ๖๐-๗๐% ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้น ภายใต้งบประมาณที่จำกัด

ตัวอย่างเช่น สปสช. สามารถต่อรองราคายานิโลทินิบ (nilotinib) จากราคาเดิม ๒๑,๒๒๗.๗๓ บาท ต่อกล่อง เป็นราคาเพียงกล่องละ ๓,๕๓๗ บาทต่อกล่อง หรือ ซื้อ ๒ แกรม ๑๐ พร้อมทั้งปัจจุบันผู้ป่วยบัตรทองได้รับการบริจาคยาอิมาทินิบ(imatinib) จากบริษัทเดียวกันเป็นมูลค่าสูงถึง ๔๐๐ ล้านบาทต่อปีโดยประมาณ

หรือยา Dasatinib ๕๐ มก. และ ๗๐ มก. ราคาที่เข้าบัญชียาหลักแห่งชาติราคาขวดละ ๑๑๓,๑๕๖.๓๕ บาท และ ๑๕๘,๔๑๗.๘๐ บาท ระหว่างปีมีผู้ป่วยมากขึ้นอัตราการใช้จ่ายมากขึ้น สปสช. ร่วมกับองค์การเภสัชกรรมสามารถเรียกบริษัทมาต่อรองราคา เพื่อให้มียาพอเพียงภายใต้งบประมาณที่จำกัดในปีนั้นได้ โดยมีราคาลดลงเป็น ๙๔,๒๙๖.๙๖ บาท และ ๑๓๒,๐๑๔.๘๓ บาทตามลำดับ นี่เป็นตัวอย่างของการทำงานที่มีความรวดเร็วและคล่องตัวกว่าการทำงานของกระทรวงฯ

ปัจจุบันมียาหลายตัวที่เกิดปัญหาขาดแคลนและมีราคาสูง เช่นปัญหาการขาด HRIG สำหรับพิษสุนัขบ้า ปัญหาการขาดยา BCG High dose (สำหรับมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ) การขาด Hepatitis B immunoglobulin หรือสปสช.สามารถต่อรองราคายารักษาไวรัสตับอักเสบซี peginterferon จากราคาตลาด ๘,๐๐๐ - ๑๐,๐๐๐ บาทต่อเข็ม ไม่รวมยา ribavirin ที่ต้องใช้ควบคู่กัน เหลือเพียง ๓,๑๕๐ บาทต่อเข็ม รวม ribavirin ด้วย

ที่ผ่านมา สปสช. ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการ และมีการตรวจสอบหลายชั้น แม้หน่วยตรวจสอบที่เกี่ยวข้อง ทั้ง สตง. ปพท. ปพช. คตร. จะเข้ามาตรวจสอบ ก็พบว่าเป็นการดำเนินการด้วยความ

โปร่งใส ไม่พบการทุจริต ต่างกับกระทรวงสาธารณสุขที่เคยมีปัญหาการทุจริตฯ จนทำให้อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขติดคุกมาแล้ว

คำถามสำคัญคือ หากกระทรวงสาธารณสุข ไม่สามารถต่อรองราคาได้เท่ากับที่ สปสช.ดำเนินการ จะส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงยาที่มีความจำเป็นของประชาชนโดยตรง เพราะข้อจำกัดด้านงบประมาณที่ได้รับจากรัฐบาล ย่อมทำให้จัดหาได้ในจำนวนที่ลดลง หรือถ้าจะให้ประชาชนได้รับยาได้เท่าเดิม รัฐบาลก็ต้องจัดสรรงบประมาณให้เพิ่มขึ้น แต่หากไม่สามารถทำได้ทั้งสองอย่าง ความเดือดร้อนก็จะตกแก่ประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และใครควรเป็นผู้รับผิดชอบ การแก้ไขปัญหานี้ ทำได้ง่ายมาก โดยการปรับแก้กฎหมายในมาตรา ๑๘ (๔) จากเดิมกำหนดบทบาทกรรมการไว้ว่า “กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน” โดยเพิ่มเป็น “กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนรวมทั้งจัดหา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ เฉพาะกรณีจำเป็น “ และแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๔๖ จากเดิมที่ระบุว่า “หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๔ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด” แต่ในกฎหมายคำว่า “ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” ไม่รวมถึงยาและเวชภัณฑ์ตามข้อกฎหมาย เพื่อปลดล็อกปัญหาอำนาจในการจัดซื้อยาจำเป็นตามที่ควร.และกฤษฎีกาแนะนำว่าควรแก้ไขให้สอดคล้อง จึงควรแก้มาตรา ๔๖ เพิ่มเติมดังนี้ “หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๔ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ มีสิทธิได้รับยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ เฉพาะกรณีจำเป็น ประหยัด และมีประสิทธิภาพมากกว่า และการจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด”

ทั้งนี้ข้อความในการแก้ดังกล่าว สามารถเทียบเคียงได้กับกฎหมายประกันสังคมที่ให้สำนักงานประกันสังคมสามารถสนับสนุนเป็นยา เวชภัณฑ์ ให้แก่สถานพยาบาลคู่สัญญาได้ตามข้อ ๑๒ ของระเบียบระเบียบคณะกรรมการประกันสังคมว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน พ.ศ. ๒๕๕๕

ประเด็นที่ ๓

ไม่แก้ปัญหภาวะสงครามในการประชุม

๓. มีการเพิ่มสัดส่วนผู้ประกอบวิชาชีพเพิ่มขึ้นในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานสาธารณสุข ทำให้มีจำนวนกรรมการรวมมากถึง ๔๓ คน ทั้งที่ปัจจุบันมีจำนวนองค์ประกอบกรรมการแล้วจำนวน ๓๕ คน การเพิ่มจำนวนคณะกรรมการจึงไม่ใช่วิธีการแก้ไขปัญหา เพราะปัญหาอยู่ที่การขาดสมดุลขององค์ประกอบคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานสาธารณสุข

ความเห็นจากคนที่เคยเป็นคณะกรรมการควบคุมฯ ทราบดีว่า คณะกรรมการชุดนี้มืองค์ประกอบที่มาจากผู้ประกอบวิชาชีพมากเกินไป จนขาดความเป็นธรรมกับผู้ป่วยในการพิจารณาตัดสินข้อร้องเรียนต่างๆ ต้องใช้การโหวตเพื่อลงมติแทนที่จะพิจารณาด้วยเหตุด้วยผลและข้อเท็จจริง และมีความขัดแย้งเกิดขึ้นบ่อยครั้งในการประชุม

ประเด็นที่ ๔

ตัดทิ้งการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพและร่วมจัดบริการสุขภาพ

๔. ทั้งที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์จากผลการทำงานของเครือข่ายภาคประชาชนในการสร้างการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ยกตัวอย่างเช่น การทำให้ปัญหาเอดส์เป็นศูนย์ด้วยการร่วมจัดบริการติดตามดูแลการกินยาต้านไวรัสฯต่อเนื่องโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีฯ หรือการริเริ่มของชุมชนในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (Community Led Services) กับกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเปราะบางต่างๆ เป็นต้น

แต่ข้อเสนอการแก้ไขกฎหมายกลับไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ปฏิบัติได้และหลักการในปัจจุบัน ซึ่งมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ โดยกำหนดให้ระบบหลักประกันสุขภาพ ไม่สามารถซื้อบริการดูแลรักษา ส่งเสริมป้องกัน ฟื้นฟู บำบัด จากภาคส่วนอื่นๆได้ ด้วยการกำหนดให้ระบบหลักประกันสุขภาพฯต้องส่งเงิน ให้กับหน่วยบริการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่านั้น จึงเป็นการลดทอนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่นๆรวมถึงประชาชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการทั้งในกองทุนส่งเสริมป้องกันโรค และกองทุนอื่น ในอันที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในงานส่งเสริมป้องกันโรค สุขภาพเป็นของทุกคน จึงควรที่จะต้องส่งเสริมให้ภาคประชาชนเข้ามาช่วยกันจัดการตนเอง ซึ่งการใช้ ม.๔๔ ได้แก้ปัญหานี้แล้วและได้ระบุไว้ว่าให้ปรับแก้ พ.ร.บ. ให้เป็นไปตาม ม.๔๔ ดังกล่าว แต่ด้วยการจงใจไม่ปฏิบัติตามและต้องการลดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน จึงละเลยและไม่ทำตามม.๔๔

ประเด็นที่ ๕

ขัดแย้งแผน ๒๐ ปี กระทรวงสาธารณสุข

๕. การแก้ไขกฎหมายฉบับนี้ไม่ได้นำเจตนารมณ์ของกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหลักการลดความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบมาพิจารณา เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในการรับบริการสาธารณสุข ตามยุทธศาสตร์ และแผนงานลดความเหลื่อมล้ำของกระทรวงสาธารณสุข หรือตามรัฐธรรมนูญ ม.๒๕๘ ที่ให้ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน แม้น้อย ซึ่งที่ผ่านมาแม้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพฯจะเขียนระบุให้มีการบริหารจัดการกลางของทุกกองทุนสุขภาพ แต่

ตลอด ๑๕ ปีที่ผ่านมาซึ่งไม่สามารถทำได้ ในการแก้ พ.ร.บ. ครั้งนี้ก็ยังไม่มี การปรับปรุงเพื่อให้มีการดำเนินการลด ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศตามรัฐธรรมนูญ หรือตามแผน ๒๐ ปีแต่อย่างใด

แผน 20 ปี กสร.

Governance Excellence Strategies
(4 แผนงาน 12 โครงการ)

1. ระบบข้อมูลสารสนเทศ/กฎหมายด้านสุขภาพ

- พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)
- พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมดิจิทัล
- พัฒนามาตรฐานสุขภาพ

2. ระบบหลักประกันสุขภาพ

- ลดความเหลื่อมล้ำของ 3 ระบบ
- บริหารจัดการด้านการเงินการคลังระดับประเทศ
- บริหารจัดการการเงินการคลังหน่วยบริการ

3. ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์และการคุ้มครองผู้บริโภค

- การจัดการการกระจายด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- เสริมสร้างความมั่นคงด้านยา วัคซีน เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์
- คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

4. ระบบธรรมาภิบาลและการวิจัย

- โครงการประเมินคุณธรรม/ความโปร่งใส
- ระบบควบคุมภายใน/บริหารความเสี่ยง
- วิจัยและการจัดการความรู้ (KM)

ประเด็นที่ ๒

แยกเงินเดือน ดูเหมือนดี แต่อันตราย

๖. เป็นที่ทราบกันว่า หลักการ**รวมเงินเดือนในงบเหมาจ่ายรายหัว** ก็เพื่อต้องการสะท้อนต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาล เพราะเงินเดือนข้าราชการและบุคลากรในโรงพยาบาล ถือเป็นต้นทุนที่สำคัญอย่างหนึ่งในการดำเนินการ ปัญหาสำคัญที่สะท้อนถึงความล้มเหลวในการบริหารบุคลากรคือ การโยกย้ายที่ไม่เป็นธรรม พบว่า มีบุคลากรทางการแพทย์ขอย้ายไปช่วยราชการในโรงพยาบาลที่อยู่ในเมืองหลวง หรืออำเภอเมือง โดยที่ตำแหน่งยังอยู่ในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร ทำให้โรงพยาบาลในเขตทุรกันดารไม่สามารถรับเจ้าหน้าที่เข้าไปทดแทนได้ เพราะไม่มีตำแหน่งว่าง ในขณะที่ยังต้องรับภาระเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ที่ย้ายไปอยู่ในพื้นที่ที่ทำงานสบายกว่า เมื่อคนไม่พอ ก็ต้องใช้เงินบำรุงโรงพยาบาลจ้างเจ้าหน้าที่เพิ่ม ปัญหาก็ยิ่งซ้ำเติมมากขึ้นไปอีก

แนวทางการแก้ไขปัญหาก็ถูกต้องไม่ใช่การนำเงินเดือนออกจากระบบ แต่ต้องเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดคนให้ถูกฝาถูกตัว ไม่เพิ่มภาระต้นทุนให้กับโรงพยาบาลขนาดเล็ก หรือโรงพยาบาลทุรกันดาร และกระจายทรัพยากรบุคคลเพื่อไปดูแลประชาชนใน

พื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่ทุรกันดารตามที่ควรจะเป็น ไม่ใช่การนำเงินเดือนออกจากงบประมาณจ่ายรายหัว และหวังเพียงว่าสำนักงานงบประมาณจะเพิ่มงบประมาณให้ แต่กลับไม่เคยเห็นความจริงใจของกระทรวงสาธารณสุขในการร่วมทำความเข้าใจ ชี้แจง ให้สำนักงานงบประมาณเข้าใจความจำเป็นในการเพิ่มงบประมาณจ่ายรายหัวให้เพิ่มขึ้น แต่กลับเรียกร้องเพื่อให้ได้ประโยชน์ต่อฝ่ายผู้ให้บริการเพียงอย่างเดียว

ประเด็นที่ ๗

ขัดต่อรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา ๗๗

๗. การมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการแก้กฎหมาย โดยจำกัดจำนวนกรรมการภาคประชาชนเพียง ๒ คน จากสัดส่วนคณะอนุกรรมการ ๒๗ คน ทำให้มีความไม่เป็นธรรม โน้มเอียงไปในทางที่เอื้อประโยชน์ให้กับฝั่งผู้ให้บริการจากกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะสัดส่วนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแง่ของผู้จัดบริการที่มีมากถึง ๗ คนจากคณะทำงาน ๒๗ คน ที่เหลือคือหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ ฝ่ายเลขานุการ ไม่ยอมให้คณะอนุกรรมการแก้กฎหมายบัตรทองเสียงส่วนน้อย ใส่ข้อคิดเห็นของเสียงส่วนน้อยใน Concept Paper เพื่อประกอบการพิจารณาพิจารณา แม้จะได้ท้วงติงเป็นลายลักษณ์อักษรหลายครั้ง แต่ก็อ้างว่าผู้ใหญ่ในคณะกรรมการไม่เห็นชอบด้วย และนำไปใส่ในตารางการเปรียบเทียบการแก้ไขรายมาตราเพียงฉบับเดียว และในที่สุดก็ไม่ใส่ความเห็นเสียงส่วนน้อยลงในเอกสารที่มีการเผยแพร่ในวงกว้าง ทำให้การรับฟังความเห็นในครั้งนี้มีลักษณะที่ไม่เป็นกลาง เล่นล่อ เอาเถิด ไม่สนใจเสียงจากภาคประชาชนที่เป็นผู้รับบริการโดยตรง

จากเหตุการณ์ข้างต้น สะท้อนถึงความไม่เป็นกลาง ไม่ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย

การแก้ไขพ.ร.บ.หลักประกันฯ ในครั้งนี้ยังมีแนวโน้มขัดต่อรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา ๗๗ เป็นการดำเนินการที่ไม่คำนึงถึงเจตนารมณ์ที่รัฐธรรมนูญกำหนดว่า การแก้ไขกฎหมายต้องนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และต้องให้ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้าร่วมในกระบวนการแก้กฎหมายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ไม่ใช่มีเพียงแค่ว่าที่รับฟังความเห็นเท่านั้น



กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ

ที่อยู่ : ๔๘/๒๘๒ ถ.รามคำแหงซอย ๑๐๔ แขวง/เขตสะพานสูง กรุงเทพฯ ๑๐๒๔๐

โทร : ๐-๒๓๓๒-๒๑๑๓ โทรสาร : ๐-๒๓๓๒-๒๑๑๖ Facebook page :กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ