

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย

แนวคิดและทัศนะต่อความเป็นธรรม
ของกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ

ข้อตกลงเลขที่ สวรส. 55-049

A study of Justice : Concept and Opinion of main mechanisms
in Public Health Governance System.

โดย

กฤษฎา บุญชัย และคณะ

เสนอ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กันยายน 2556

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
บทที่ 1 บทนำ	1
- หลักการและเหตุผล	1
- วัตถุประสงค์การวิจัย	2
- คำถามการวิจัย	2
- วิธีการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการศึกษา หน่วยการศึกษา	3
- ขอบเขตการวิจัย	4
- นิยามศัพท์	4
บทที่ 2 ประมวลแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาล และความเป็นธรรมทางสังคม	6
- ธรรมาภิบาล	6
- แนวคิดความยุติธรรมและความเป็นธรรมทางสังคม	7
บทที่ 3 ความเป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพ :มุมมองจากบุคคลสำคัญ ในระบบสุขภาพ	23
- การอภิบาลระบบสุขภาพ	23
- ปัญหาความไม่เป็นธรรม	24
- ประมวลแนวคิดทัศนะจากกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ	26
บทที่ 4 ประมวลมุมมองความเป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพ ผ่านนันทาทัศนะ	42
- จุดเริ่มต้นของแนวคิดความเป็นธรรมในขบวนการสุขภาพ	42
- ทัศนะต่อความเป็นธรรม/ไม่เป็นธรรม	43
- สิ่งบ่งชี้ความไม่เป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพ	45
บทที่ 5 บทสะท้อนแนวคิดความเป็นธรรมผ่านกรณีศึกษาเชิงนโยบาย	51
- กรณีการคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข	51
- กรณีการใช้สิทธิบัตรในสิทธิบัตรยาโดยรัฐภายใต้นโยบายการค้าเสรี	55
- กรณีนโยบายประเทศไทยเป็นศูนย์กลางของการแพทย์ภูมิภาค	58
- กรณีนโยบายการจ่ายเงินตามผลปฏิบัติงาน	60
- บทสะท้อนแนวคิดและปฏิบัติการความเป็นธรรมจาก 4 กรณีศึกษา	63

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 6 ประมวลข้อเสนอแนะต่อการสร้างความเป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพ	66
- กำหนดนโยบายจากฐานเข้าใจสภาวะความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้าง	66
- มองมิติความเป็นธรรมในมิติที่หลากหลาย	66
- ออกแบบโครงสร้างธรรมาภิบาลที่กว้างกว่าการยึดรัฐเป็นศูนย์กลาง	67
- ปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขให้ไม่เกิดการทับซ้อนเชิงหลักการ	67
- ปฏิรูประบบสวัสดิการทางสุขภาพให้เกิดบูรณาการและเป็นธรรม	68
- การสร้างแรงจูงใจเชิงคุณภาพให้บุคลากรด้านสุขภาพ	68
- ทบทวนนโยบายที่จะทำให้การอภิบาลระบบสุขภาพเป็นธุรกิจในการค้าเสรี	68
- ดำเนินนโยบายแทรกแซงกลไกตลาดพร้อมกับส่งเสริมให้ประชาชนรู้เท่าทัน	69
- สร้างความรู้ในการติดตาม ประเมินผลระบบบริการสุขภาพที่เป็นธรรม	69
- บทสรุป	69
บรรณานุกรม	71

บทสรุปผู้บริหาร

ประเด็นเรื่อง “ความเป็นธรรม” ได้กลายเป็นวาระสำคัญของแวดวงนโยบายสาธารณะในช่วงสิบปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในแวดวงด้านสาธารณสุขหรือสุขภาพของไทย ทั้งนี้เนื่องจากรัฐไทยได้พาตัวเองเข้าสู่ระบบทุนนิยมเสรีมากยิ่งขึ้น ทั้งด้วยเงื่อนไขวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศในช่วงปี 2540 และการขยายตัวของระบบทุนนิยมเสรีของโลก เมื่อโลกหันไปถามเรื่องประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า สิ่งหายไปคือ ก็คือ ความเป็นธรรม โดยเฉพาะกับกลุ่มคนด้อยโอกาส ด้อยอำนาจ คนจน ฯลฯ ซึ่งนับวันจะยิ่งเผชิญกับความยากลำบาก เพราะระบบสวัสดิการของรัฐได้ถูกแปรรูปเป็นกิจกรรมเพื่อการค้ากำไรมากขึ้นทุกขณะ

เมื่อแวดวงสุขภาพเริ่มหันมาสนใจเรื่อง “ความเป็นธรรม” คำถามสำคัญก็คือ ฝ่ายต่างๆ ที่เป็นกลไกสำคัญในระบบสาธารณสุขอันประกอบด้วยหน่วยงานรัฐที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย การบริการ การควบคุมตรวจสอบ การสร้างความรู้ ตลอดจนภาคประชาสังคมที่มีบทบาทการผลักดันวาระ นโยบายด้านสาธารณสุขมองความเป็นธรรมอย่างไร ให้น้ำหนักต่อเรื่องความเป็นธรรมในแง่ไหน วิธีมองดังกล่าวจะส่งผลต่อการกำหนดนโยบายว่าจะอยู่บนฐานความเป็นธรรมแบบใดซึ่งการมีมุมมองที่แตกต่างกันก็เป็นสภาวะปกติ ภายใต้บริบทของสังคมที่มีโครงสร้าง ความสัมพันธ์อำนาจในการต่อรอง กำหนด และรับผลต่อนโยบายสาธารณะที่ต่างกัน มุมมองและข้อเสนอที่แตกต่างกัน

ดังนั้นความหลากหลายของมุมมอง ทักษะของกลไกสำคัญต่างๆ ในระบบสาธารณสุข จึงมีความสำคัญในการพัฒนาและปฏิรูปนโยบายด้านสุขภาพในมิติความเป็นธรรมอย่างรอบด้าน เป็นธรรมทั้งจากมุมมองกำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติการ ผู้รับบริการที่แตกต่างกัน

คณะผู้วิจัยได้ปรึกษาหารือกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงได้พัฒนาโครงการการศึกษาแนวคิดและทักษะต่อความเป็นธรรมของกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวคิดและทักษะของกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพต่อความหมายของความเป็นธรรม ทักษะที่มีต่อนโยบายด้านสุขภาพว่าตอบโจทย์เรื่องความเป็นธรรมหรือไม่ อย่างไร และประมวลข้อเสนอของฝ่ายต่างๆ ในการพัฒนานโยบายเรื่องความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เป็นหลัก และศึกษาจากเอกสาร ตลอดจนสังเกตการณ์การดำเนินงานขององค์กรเหล่านี้ผ่านสื่อสาธารณะ การศึกษาใช้เวลา การศึกษาในช่วงเวลา 8 เดือน (ธันวาคม 2555-กรกฎาคม 2556) โดยสัมภาษณ์และศึกษาจากกลไกสำคัญต่างๆ ที่ทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพ ในหน่วยงานรัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูป สถาบันวิชาการ ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยสุขภาพและสังคม และภาคประชาสังคม อันได้แก่ มูลนิธิผู้บริโภค มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา เป็นต้น

ผลการศึกษาได้ข้อสรุปว่า

1) พัฒนาการแนวคิดความเป็นธรรมในวงการสุขภาพ

จุดเริ่มต้นขบวนการสุขภาพสนใจแนวคิดเรื่องความเป็นธรรมมาจากกระแสเคลื่อนไหวทางการเมืองหลัง 14 ตุลาคม 2516 ที่ฝ่ายปัญญาชนหัวก้าวหน้าชูเรื่องสิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค หรือความเป็นธรรม ทำให้กลุ่มแพทย์ในยุคนั้นมีมุมมองเรื่องความเป็นธรรมโดยนำมาใช้ในการวิเคราะห์และขับเคลื่อนระบบสุขภาพ จุดเปลี่ยนเชิงสถาบันเกิดขึ้นจากการผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 ที่ดำเนินมาต่อเนื่อง

2) ทัศนะต่อความเป็นธรรม

- สิ่งที่ทุกฝ่ายมีจุดร่วมกันคือ เห็นว่าแนวคิดเรื่องความเป็นธรรมมีความสำคัญต่อการอภิบาลระบบสุขภาพ เนื่องจากตระหนักว่าสังคมมีความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและอำนาจการต่อรอง คนด้อยโอกาส
- จุดเน้นความเป็นธรรม เริ่มต้นจากความเป็นธรรมในระดับพื้นฐานเชิงปริมาณ (Equality) คือ ให้ความสำคัญต่อสิทธิ โอกาสของประชาชนการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม และเพิ่มเงื่อนไขให้เกิดการกระจายทรัพยากร (คน ความรู้ เทคโนโลยีงบประมาณ ฯลฯ) ไปสู่กลุ่มคนยากจนให้มากยิ่งขึ้น พร้อมกับจำกัดหรือกำหนดเงื่อนไขไม่ให้มีการกระจุกตัวของทรัพยากรในภาคเมืองเกินไป
- แม้เป้าหมายความเป็นธรรมเป็นสิ่งที่ฝ่ายต่างๆ สะท้อนตรงกัน แต่ทุกฝ่ายล้วนตระหนักในข้อเท็จจริงว่า เราไม่สามารถบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมสมบูรณ์แบบได้ เพราะโครงสร้างความเหลื่อมล้ำเป็นโครงสร้างใหญ่ที่ดำเนินมาช้านาน “ความเป็นธรรม” จึงเป็นกระบวนการไม่รู้จบที่ต้องดำเนินการให้ก้าวหน้าขึ้นไป เพื่อถ่วงดุลกับกระแสทางเศรษฐกิจและสังคมที่กำลังสนใจคำถามเรื่องความเป็นธรรมน้อยลง
- บางส่วนจากภาครัฐมองปัญหาความเป็นธรรมในแง่ระบบการคลัง ที่รัฐต้องจัดสรรให้ประชาชนเข้าถึงได้ ดังนั้นคนส่วนใหญ่จึงเน้นการปฏิรูประบบความเป็นธรรมไปที่การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพ
- บางส่วนจากภาคสังคม มองว่าการอภิบาลระบบสุขภาพต้องเชื่อมโยงมิติที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อม การศึกษา เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิทธิมนุษยชน และอื่นๆ โดยเอาคนเป็นตัวตั้งมากกว่ามองแค่การจัดสรรงบประมาณ
- บางส่วนมองว่า ต้องมองปัญหาความเป็นธรรมในเชิงโครงสร้าง เพราะความไม่เป็นธรรมคลี่คลายไม่ได้หากรัฐยังมองความเป็นธรรมแบบเท่าเทียมเชิงปริมาณ (Equality) มีนโยบายแบบมาตรฐานเดียว ขาดความยืดหยุ่น ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาความเป็นธรรมที่หลากหลาย และที่สำคัญคือไม่มีความสามารถที่จะวัดได้ว่านโยบายที่

ดำเนินการไปบรรลุความเป็นธรรมหรือไม่ นโยบายและกลไกที่แข็งตัวดังกล่าวได้สร้างปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น การออกนโยบาย มาตรการที่ผิดพลาด การเปิดช่องให้เกิดการคอร์รัปชัน ทางออกของการสร้างความเป็นธรรมต้องคิดในเชิงโครงสร้างแบบใหม่ คือ การสร้างความเข้มแข็งธรรมาภิบาล (governance) โดยสร้างกระบวนการ กลไกที่ภาคีต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในระดับท้องถิ่น

โดยสรุปแล้ว กลไกสำคัญต่างๆ ในการอภิบาลระบบสุขภาพ ต่างมองเป้าหมายความเป็นธรรมไม่ต่างกันนัก คือ ยอมรับ และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรม โดยเฉพาะต่อคนด้อยโอกาส เพียงแต่อาจมีความต่างในด้านจุดเน้น และวิธีการ

3) สิ่งบ่งชี้และปัจจัยประกอบสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

ฝ่ายต่างๆ มองปัญหาความเป็นธรรมในระบบสุขภาพอย่างหลากหลายดังนี้

- โครงสร้าง ความเหลื่อมล้ำของสังคมที่มีอยู่เดิม
- นโยบายการสนับสนุนโรงพยาบาลขนาดใหญ่แต่กีดกันรายย่อย
- การบริการรัฐไม่ทั่วถึง
- โครงสร้างรัฐไม่สมบูรณ์
- โครงสร้างและสถาบันการจัดการความเป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพมีข้อจำกัด
- โครงสร้างรัฐมีผลประโยชน์ทับซ้อน
- ความลักลั่นในระบบสวัสดิการสุขภาพ 3 ระบบ (สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
- ทุนโลกาภิวัตน์ การเปิดเสรีการค้า และการแปรรูปทรัพยากรสาธารณะ

4) ข้อถกเถียงเรื่องความเป็นธรรมจากกรณีศึกษา

กรณีการคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุขนั้น เป็นปัญหาความเป็นธรรมที่ดำรงอยู่ในระบบรวมศูนย์อำนาจ (นโยบาย งบประมาณ ความรู้ ความชอบธรรมจากความเป็นสถาบัน) ของหน่วยงานรัฐ และแพทย์ที่เป็นสถาบันผู้เชี่ยวชาญ กับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการบริการการแพทย์ทั้งจากรัฐและเอกชน ดังนั้นเมื่อประชาชนผลักดันร่างกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้เสียหายขึ้นมาจึงเกิดแรงต้านทานอย่างรุนแรงจากแพทย์ ทั้งแพทย์สภา กลุ่มแพทย์ตามโรงพยาบาลต่างๆ แม้ว่าผู้ผลักดันจะอธิบายว่ากฎหมายดังกล่าวจะสร้างความเป็นธรรมทั้งสองฝ่าย และลดภาวะความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและแพทย์ แต่ด้วยความที่ร่างกฎหมายดังกล่าวถูกมองว่าเป็นการทำลายอำนาจ หรือตั้งคำถามต่อความไม่มีประสิทธิภาพของแพทย์โดยตรง แรง

ขัดขวางจิ้งจอกแรงจากแพทย์ ทำให้ฝ่ายการเมืองก็เพิกเฉยต่อร่างกฎหมายดังกล่าว โดยทั้งนี้ฝ่ายแพทย์ใช้ประเด็นเรื่องความเป็นธรรมที่แพทย์จะได้รับภายใต้สภาวะที่ระบบสาธารณสุขไม่สามารถรองรับความต้องการทางการแพทย์ได้เพียงพอ โดยเน้นเฉยต่อความไม่เป็นธรรมในการต่อสู้ภายใต้โครงสร้างอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างประชาชนกับแพทย์และหน่วยงานรัฐ

เชื่อมโยงมาถึงเรื่องการจ่ายเงินตามผลปฏิบัติงาน (P4P) ซึ่งเป็นความขัดแย้งระหว่างแพทย์ที่ทำงานในชนบทกับกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการใช้ระบบประเมินที่มีประสิทธิภาพตามเม็ดเงินที่ลงทุน ประเด็นดังกล่าวนำมาสู่ข้อถกเถียงเรื่องความเป็นธรรมระหว่างแพทย์ในชนบทกับแพทย์ในเมือง และระหว่างสิทธิการเข้าถึงบริการของประชาชนในชนบทกับในเมือง อันเป็นประเด็นความขัดแย้งในระบบรวมศูนย์อำนาจรัฐเช่นกัน หากแต่แง่มุมที่ต่างออกไปคือ กรณี P4P รัฐได้ใช้แนวคิดเรื่องประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า มาถกเถียงกับข้อวิจารณ์เรื่องความไม่เป็นธรรม โดยพยายามโยงเห็นว่า ประสิทธิภาพนำไปสู่ความเป็นธรรมได้ เมื่อระบบประเมินผลเร่งรัดให้แพทย์เร่งทำงานอันทำให้เพิ่มขีดความสามารถบริการในเชิงปริมาณได้ แต่ความเป็นธรรมภายใต้กรอบคิดเรื่องประสิทธิภาพ เป็นความเป็นธรรมแบบเสมอภาคเชิงปริมาณ (Equality) ที่ลดทอนความแตกต่าง หลากหลาย และคุณภาพในการบริหารจัดการ

แนวคิดเรื่องประสิทธิภาพในระบบเศรษฐกิจทุนนิยมเสรีได้ปรากฏตัวในนโยบายการใช้สิทธิในสิทธิบัตรยาโดยรัฐ (CL) กับเรื่องนโยบายไทยเป็นศูนย์กลางบริการการแพทย์ภูมิภาค (Medical Hub: MH) อย่างชัดเจน โดยกรณี CL เน้น รัฐบาลช่วงหนึ่งได้ร่วมมือกับภาคประชาชนใช้ CL เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับประชาชน กลุ่มผู้ติดเชื้อให้สามารถเข้าถึงยาได้ อันเป็นการต่อสู้ระหว่างความเป็นธรรมอันเป็นประโยชน์สาธารณะ กับผลประโยชน์ทางธุรกิจของกลุ่มบริษัทยา ที่ก็อ้างความเป็นธรรมในแง่ของการได้รับผลตอบแทนจากการลงทุนพัฒนายา แต่ต่อมารัฐบาลช่วงหลังๆ ก็เริ่มที่จะยอมให้กับแรงกดดันจากกลุ่มบริษัทยามากขึ้น ดังปรากฏในกระบวนการเจรจาข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างไทยกับสหภาพยุโรป ซึ่งรัฐบาลไม่ได้แสดงบทบาทคัดค้านการใช้สิทธิบัตรยาเต็มรูปแบบ

ความปรากฏชัดที่สุดในนโยบาย MH ที่รัฐบาลเลือกที่จะไม่สนใจคำถามเรื่องความเป็นธรรมที่ประชาชนจะได้รับภายใต้ระบบการดูแลหาทรัพยากรสาธารณสุขไปสู่ธุรกิจการแพทย์จากนโยบายดังกล่าว โดยมองว่าผลประโยชน์กับความเป็นธรรมเป็นนโยบายที่คู่ขนานกันได้ อันสะท้อนว่า รัฐบาลมองหลักความเป็นธรรมเป็นเพียงตัวเลือก (option) ที่หยิบมาใช้ในบางสถานการณ์ หาใช่หลักการพื้นฐานที่ควรมีอยู่ในทุกนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะในบริบทนโยบายเศรษฐกิจ การบริหารงานให้มีประสิทธิภาพ หลักการเรื่องความเป็นธรรมกลายเป็นประเด็นรอง หรือแม้แต่ในนโยบายที่พุ่งเป้าที่ความเป็นธรรมโดยตรง เช่น กรณีคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข และ P4P รัฐเลือกที่จะจัดการความเป็นธรรมโดยใช้กลไกรัฐเป็นศูนย์กลาง

ควบคุม สั่งการ และกระจายทรัพยากร ไม่ได้เปิดรับข้อเสนอความเป็นธรรมจากมุมมองของประชาชนคนยากจนที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบจากนโยบาย และกลไกรัฐและเอกชน

5) ข้อเสนอแนะต่อการปรับมุมมอง และนโยบายเพื่อความเป็นธรรมของระบบอภิบาลสุขภาพ

- กำหนดนโยบายจากฐานเข้าใจสถานะความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้าง
- มองมิติความเป็นธรรมในมิติที่หลากหลาย
- ออกแบบระบบโครงสร้างธรรมาภิบาลที่กว้างกว่าการยึดรัฐเป็นศูนย์กลาง
- ปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขให้ไม่เกิดการทับซ้อนเชิงหลักการ
- ปฏิรูประบบสวัสดิการทางสุขภาพให้เกิดบูรณาการและเป็นธรรม
- การสร้างแรงจูงใจเชิงคุณภาพให้บุคลากรด้านสุขภาพ
- ทบทวนนโยบายที่จะทำให้การอภิบาลระบบสุขภาพเป็นธุรกิจในการค้าเสรี
- ดำเนินนโยบายแทรกแซงกลไกตลาดพร้อมกับส่งเสริมให้ประชาชนรู้เท่าทัน
- สร้างความรู้ในการติดตาม ประเมินผลระบบบริการสุขภาพที่เป็นธรรม

เมื่อสรุปจากทัศนะต่างๆ ผ่านการสัมภาษณ์กลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ ซึ่งส่วนมากเป็นองค์กรอิสระที่เกิดขึ้นมาในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งก็คือ องค์กรตะกุด ส. และองค์กรประชาสังคมที่อยู่ในสายธารการเคลื่อนไหวร่วมกัน องค์กรเหล่านี้ไม่ได้มีแนวคิดเชิงหลักการเรื่องความเป็นธรรมที่ต่างกันนัก ต่างก็อธิบายแนวคิดเป็นธรรมจากแง่มุมของการสร้างความเสมอภาค (Equity) ที่ใส่ใจต่อผลลัพธ์ และความหลากหลายของผู้คนที่รับบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะใส่ใจต่อคนยากจน คนด้อยอำนาจ

สำหรับสาเหตุ ปัญหาของความไม่เป็นธรรมนั้น แม้ส่วนใหญ่จะมีข้อวิเคราะห์สอดคล้องกันในเรื่องโครงสร้างรัฐกับปัญหาความไม่เป็นธรรม แต่ก็มีทัศนะต่อปัจจัยแวดล้อมที่ต่างกันไปบ้าง บางฝ่ายให้น้ำหนักต่อปัญหาความขัดแย้ง ลักลั่น ทับซ้อนในระบบของรัฐ บางส่วนมองเรื่องการขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในเชิงคุณภาพอย่างทั่วถึง บางส่วนให้น้ำหนักกับปัจจัยทุนโลกาภิวัตน์ที่มีอิทธิพลต่อนโยบายสาธารณะของรัฐไทย อันจะทำให้สูญเสียหลักการและแนวทางเรื่องความเป็นธรรม

ความแตกต่างจะมีปรากฏในชั้นแนวคิดเชิงปฏิบัติ ส่วนมากมุ่งไปที่ความเป็นธรรมในแง่การจัดสรรทรัพยากรด้านการคลัง บุคลากร และอื่นๆ ขณะที่บางส่วนเสนอให้มองความเป็นธรรมจากการเอาคน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสเป็นตัวตั้งและสร้างความเป็นธรรมอย่างเป็นบูรณาการทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม บางส่วนเสนอว่า การบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมหาใช่การออกแบบจัดสรรเชิงปริมาณ แต่ต้องมุ่งไปที่คุณภาพ และบางส่วนให้น้ำหนักต่อการปฏิรูปโครงสร้างให้กระจายอำนาจสู่ประชาชนและชุมชนท้องถิ่น

เมื่อมีจุดเน้นต่อการเข้าใจความหมายความเป็นธรรม และการวิเคราะห์ปัญหาความเป็นธรรมที่หลากหลาย ข้อเสนอต่อการสร้างความเป็นธรรมแก่การอภิบาลระบบสุขภาพจึงมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับความรู้ ความเข้าใจก่อนการกำหนดนโยบายสาธารณะ การปฏิรูปโครงสร้างให้เกิดความเป็นธรรม เอกภาพประสิทธิภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน การแทรกแซง กำกับกลไกตลาด และการสร้างควมตื่นตัวให้กับภาคประชาชน

หากแต่เมื่อเราในกรณีศึกษาในประเด็นนโยบายสุขภาพที่มีความขัดแย้งกันระหว่างฝ่ายต่างๆ มาพิจารณา เราจึงเห็นมุมมองต่อนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวกับความเป็นธรรมที่แตกต่างขัดแย้งกัน โดยแยกออกเป็นกลุ่มประชาชนผู้เดือดร้อน ผู้รับบริการ ที่มุ่งขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายสุขภาพที่เป็นธรรม กลุ่มองค์กรตระกูล ส.ที่เป็นกลไกเชื่อมต่อระหว่างภาคประชาสังคมกับรัฐ กลุ่มธุรกิจที่มักไม่แสดงตัวในประเด็นนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับสุขภาพ แต่มีบทบาท อิทธิพลในการกำหนดนโยบายรัฐหลายประการ กลุ่มแพทย์ที่เป็นสถาบันผู้เชี่ยวชาญ กลไกราชการ คือ กระทรวงสาธารณสุข และสุดท้ายคือ ภาคการเมือง ด้วยความที่มีตัว “ละคร” ที่หลากหลาย มีเป้าหมาย ผลประโยชน์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นการพิจารณาตรวจสอบว่านโยบายรัฐด้านสุขภาพยืนอยู่บนหลักคิดเรื่องความเป็นธรรมหรือไม่ แก่มุมไหน ต้องพิจารณาแต่ละบริบทสถานการณ์ จากคู่ขัดแย้ง ลักษณะความขัดแย้ง และเหตุผลความเป็นธรรมในแต่ละแง่มุม โดยอาศัยฐานคิดความเป็นธรรมในเชิงปฏิบัติจากข้อเสนอของอมาตยา เช่น

เมื่อเราต่อภาพความขัดแย้งจากความเป็นธรรมรายการนี้ เราได้เห็นภาพรวมของปัญหาความเป็นธรรมที่กลไกอภิบาลสุขภาพกำลังเผชิญมากขึ้น เรากำลังเห็นทิศทางนโยบายสาธารณสุขของรัฐก้าวเข้าสู่ระบบตลาดเสรี ทำให้หลักการเรื่องประสิทธิภาพ ผลประโยชน์ กลไกตลาดได้เป็นหลักการสำคัญในการกำหนดนโยบายของรัฐ และในภาพดังกล่าวเราเห็นระบบกลไกของรัฐ สถาบันแพทย์กำลังปรับตัวที่จะดำรงอำนาจ ผลประโยชน์ในการควบคุมจัดการระบบอภิบาลสุขภาพมากขึ้น การให้ความสำคัญกับเรื่องความเป็นธรรมจึงลดน้อยลง ทำให้ระบบสวัสดิการด้านสาธารณสุขบนฐานคิดความเป็นธรรมที่ประชาชนผลักดันร่วมกับรัฐมาระยะหนึ่งกำลังเผชิญการทำทลาย และผลกระทบจะเกิดกับประชาชนมากขึ้น

ดังนั้น รัฐบาล ราชการ สถาบันการแพทย์ และกลไกสำคัญในระบบอภิบาลสุขภาพทั้งหมดควรที่จะต้องผลักดันให้เกิดปฏิรูประบบสุขภาพ โดยให้หลักความเป็นธรรมตามแนวคิดของ John Rawls โดยมุ่งสร้างความเป็นธรรมหรือความยุติธรรมของระบบ ด้วยการพัฒนากระบวนการหลักประกันการเข้าถึงสุขภาพของประชาชนให้มีความก้าวหน้าทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ และมีแนวนโยบายสนับสนุน คุ่มครองสิทธิของประชาชนผู้ด้อยอำนาจให้มีสิทธิพิเศษในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และมีอำนาจต่อรองในกระบวนการกำหนดนโยบาย และการปฏิบัตินโยบายมากยิ่งขึ้น

บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล

เนื่องด้วยแผนยุทธศาสตร์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) ปี 2554-2558 มีเป้าหมายของการวิจัยระบบสุขภาพคือ การสร้างและจัดการ “ความรู้เชิงระบบ” เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนทุกคนอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน หากพิจารณาจากพัฒนาการของระบบสุขภาพปัจจุบันที่คนไทยทุกคนควรได้รับความคุ้มครองในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น แต่ยังมีปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพต่างๆ อยู่ ขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาความเคลื่อนไหวของประชาคมโลกที่ให้ความสำคัญกับประเด็นเรื่องความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพที่เป็นผลมาจากปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health : SDH) มากขึ้น รวมทั้งการเริ่มเคลื่อนไหวประเด็นดังกล่าวในสังคมไทย การมองประเด็นเรื่องความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพเป็นการมองระบบสุขภาพในอีกมิติหนึ่ง (Equity lens) ที่สามารถมององค์ประกอบย่อยของระบบสุขภาพได้ โดยเฉพาะการอภิบาลระบบสุขภาพ (Health Governance System) ความเป็นธรรมอาจเป็นเป้าหมายของการพัฒนา ในขณะเดียวกันก็เป็นตัวชี้วัดถึงผลกระทบของการพัฒนาและการปฏิรูประบบสุขภาพระดับประเทศด้วย ซึ่งในช่วงที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุข สปสช. ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน พยายามสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพมาโดยตลอด สามารถตอบโจทย์เรื่องความเป็นธรรมอยู่พอสมควรในเชิงโครงสร้าง แต่เงื่อนไขสำคัญของความเป็นธรรมด้านสุขภาพคือการที่มีความแตกต่างไม่มากนักของโอกาสของคนที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน แม้ว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมจะมีความแตกต่างกัน ถิ่นฐานบ้านเรือนอยู่ใกล้ไกลแตกต่างกัน ก็มีโอกาที่จะไม่มีความเหลื่อมล้ำมากเกินไป การออกแบบนโยบาย การกำกับในเชิงโครงสร้างหรือการอภิบาลระบบสุขภาพย่อมมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

เมื่อเราพิจารณาการอภิบาลระบบสุขภาพจากฐานคิดเรื่องความเป็นธรรม สิ่งที่เราควรตระหนักคือความเข้าใจต่อความเป็นธรรมของผู้คนในสังคมที่แตกต่างกันไปตามฐานะ ชนชั้น ประสบการณ์ทางสังคม เพราะในด้านหนึ่งความเป็นธรรมเรื่องของนโยบาย ระบบการจัดสิทธิ โอกาส ทรัพยากรให้แก่ผู้คนในสังคมให้เกิดความเท่าเทียมกัน แต่ความเป็นธรรมยังมีนัยของมุมมองหรือคุณค่าเชิงเปรียบเทียบ (เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เปรียบเทียบอดีตกับปัจจุบัน และอื่นๆ) ที่ผู้คนต่างๆ ในสังคมใช้อ้างอิง ต่อสู้ ต่อรองเพื่อพิทักษ์สิทธิและประโยชน์ของตน ในธรรมชาติของสังคมที่สลับซับซ้อน ความแตกต่างในความเข้าใจดังกล่าวเป็นเรื่องปกติที่ไม่สามารถทำให้เหมือนกันได้ แต่หากผู้คนในสังคมส่วนหนึ่งเกิดความรู้สึกว่าสถาบันทางสังคมที่มีอยู่ไม่เปิดพื้นที่ให้กับความเข้าใจที่แตกต่างได้เข้ามาร่วมต่อรองเรื่องความเป็นธรรม

อย่างเท่าเทียมกันแล้ว ความรู้สึกต่อความเป็นธรรมจะขยายวงกลายเป็นความขัดแย้งยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้ การศึกษาเรื่องความเป็นธรรม จำเป็นต้องใส่ใจต่อการให้ความหมาย คุณค่าของผู้คนต่างๆ ในสังคมที่มีต่อระบบ สถาบันทางสังคม และพิจารณาว่าสถาบันทางสังคมจะเปิดพื้นที่ จัดสรรสิทธิ ทรัพยากร ประโยชน์ต่างๆ แก่ผู้คนต่างๆ ให้เกิดความสมดุล เหมาะสม เท่าเทียมกันได้อย่างไร โดยเฉพาะการให้ความสำคัญต่อมุมมอง ประสบการณ์ของผู้ด้อยโอกาส อำนาจที่กำลังเผชิญปัญหาความไม่เป็นธรรมมากกว่าคนกลุ่มอื่นๆ ในสังคม

การวิจัยนี้ต้องการศึกษาความรู้ ความเข้าใจ ความต้องการ และความคาดหวังของกลุ่มคนต่างๆ ในสังคม ตั้งแต่ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย ผู้นำของระบบสุขภาพ หรือหน่วยงานที่มีหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพ และประชาชนกลุ่มต่างๆ ต่อความหมายและการบรรลุวัตถุประสงค์ของความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ และหารูปแบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสมของหน่วยงานในระบบสุขภาพ และระหว่างหน่วยงานกับประชาชนเพื่อพัฒนาความเป็นธรรมของระบบสุขภาพให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวคิดและทัศนะเรื่องความเป็นธรรมของกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ
2. เพื่อศึกษารูปธรรมปัญหาเชิงนโยบายสุขภาพที่มีผลกระทบต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ผ่านกรณีศึกษาที่มีความขัดแย้งกันของฝ่ายต่างๆ ในการอภิบาลระบบสุขภาพ
3. เพื่อประมวลข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องความเป็นธรรมในระบบสุขภาพจากแนวคิดและทัศนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คำถามการวิจัย

1. หน่วยงานรัฐด้านสุขภาพ ผู้นำทางสังคม คิดว่าอะไรคือปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในระบบสุขภาพของรัฐที่สำคัญ (จัดลำดับความสำคัญ) ปัญหาเหล่านั้นมาจากอะไร และส่งผลกระทบต่ออะไร เพื่อจะประมวลไปสู่การให้ความหมาย น้ำหนัก ต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพในแง่มุมของแต่ละส่วน
2. หน่วยงานทั้งภาครัฐ ประชาชน คิดว่า อะไรคือ แนวทางแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างของความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ
3. หน่วยงานรัฐและประชาชน มีการเคลื่อนไหวเพื่อสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร
4. อะไรคือ ปัญหา ข้อจำกัด ของการปฏิรูปความเป็นธรรมสุขภาพ
5. ทางออกของการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพคืออะไร และมียุทธศาสตร์ไปสู่ทางออกได้อย่างไร

วิธีการวิจัย

1. เก็บรวบรวมข้อมูล จากเอกสารวิชาการ บทความ รายงานการวิจัย กรณีศึกษา และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องกับการอภิบาลระบบสุขภาพ ทั้งระดับนโยบาย ผู้บริหารหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการทางสุขภาพ และกลุ่มประชาสังคมเพื่อสะท้อนกรณีความไม่เป็นธรรมของการอภิบาลระบบสุขภาพในมิติต่างๆ
2. วิเคราะห์ข้อมูล
3. สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดปรับความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่ทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพ

ขั้นตอน และวิธีการศึกษา

- 1) การศึกษาเบื้องต้น เอกสารที่เกี่ยวข้อง
- 2) ประชุมนักวิจัย พัฒนารอบแนวคิดในการศึกษา และออกแบบกระบวนการดำเนินงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์
- 3) ประสานงานนัดหมายกับแหล่งข้อมูลในการขอเข้าสัมภาษณ์
- 4) สัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับแหล่งข้อมูล
- 5) วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1
- 6) จัดประชุม รายงานความก้าวหน้า กับผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 7) สัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับแหล่งข้อมูล (ต่อ)
- 8) ประชุมนักวิจัย สรุปข้อมูลผลการลงพื้นที่เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล และสังเคราะห์องค์ความรู้ และข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่ทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพที่ควรจะเป็น
- 9) จัดทำร่างรายงานผลการศึกษา
- 10) จัดเวทีรายงานผลการศึกษากับสาธารณะ และรับฟังข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
- 11) จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

หน่วยการศึกษา

หน่วยการศึกษาคือ ระบบสุขภาพของรัฐทั้งหน่วยงานเชิงนโยบาย งานวิชาการ และงานบริการ และเชื่อมโยงกับภาคประชาสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเป็นธรรมในระบบสุขภาพ นอกจากนี้ยังศึกษาเชื่อมโยงถึงกระบวนการกำหนดนโยบายจากภาคการเมืองซึ่งเป็นกระบวนการกำหนดและกำกั้นนโยบายในฐานะบริบททางการเมืองต่อการพัฒนาการอภิบาลระบบสุขภาพด้วย

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาแบ่งออกเป็น

1. ผู้บริหารที่ดูแลงานด้านนโยบายในกระทรวงสาธารณสุข
2. ผู้บริหารในสำนักงานด้านสุขภาพ เช่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นต้น
3. ผู้มีบทบาททางสังคมที่มีส่วนร่วมในนโยบายสุขภาพ
4. นักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับระบบสุขภาพของสังคมไทย
5. แกนนำเครือข่ายประชาสังคมด้านสุขภาพ

ขอบเขตการวิจัย

งานศึกษานี้กำหนดขอบเขตอยู่ที่ตัวระบบบริการสุขภาพของรัฐ โดยเฉพาะหน่วยงานที่ทำงานเชิงนโยบาย งานวิชาการ และงานบริการ และบริบททางการเมืองในการกำหนดนโยบายสุขภาพ โดยพิจารณาหน่วยงานเหล่านี้ในฐานะเป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพของรัฐทั้งระบบ เพื่อให้เห็นถึงโครงสร้างและความสัมพันธ์ทั้งภายในหน่วยงานรัฐ และความสัมพันธ์กับประชาชนในแง่ของการมีส่วนร่วมของประชาชน อันจะทำให้เข้าใจถึงลักษณะความเป็นหรือไม่เป็นธรรมาภิบาล และความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

นิยามศัพท์

- 1) Justice หรือความยุติธรรม คือ แนวคิดเกี่ยวกับคุณธรรมความถูกต้องที่อยู่บนจริยธรรม ความมีเหตุผล กฎหมาย กฎธรรมชาติ ศาสนา ความเท่าเทียมหรือเป็นธรรม ความยุติธรรมเป็นสิทธิธรรมชาติของมนุษย์ทั้งหมดอย่างเท่าเทียม โดยไม่แบ่งแยก หรือเลือกปฏิบัติในเชื้อชาติ เพศ ชาติกำเนิด สีผิว ชาติพันธุ์ ศาสนา ความพิการ อายุ หรือลักษณะอื่นๆ ทั้งสิ้น
- 2) Equality หมายถึง ความเท่าเทียมกันเชิงปริมาณแบบสมบูรณ์โดยไม่มีปัจจัยเรื่องความเหมาะสมตามความแตกต่างของผู้คนมาเกี่ยวข้อง เช่น การจัดสรรทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สังคมชนิดเดียวกันให้กับผู้คนในปริมาณที่เท่ากัน โดยไม่คำนึงถึงทุนเดิมของผู้คนว่าจนรวยไม่เท่ากัน
- 3) Equity หมายถึง ความเท่าเทียมกันในเชิงผลลัพธ์ของสังคมโดยรวม โดยพิจารณาถึงนัยทางด้านสิทธิ โอกาส และอำนาจของผู้คนต่างๆ ที่มีความแตกต่างหลากหลายให้มีสถานะที่เท่าเทียมกัน เช่น การจัดสรรผลประโยชน์มากที่สุดให้กับคนที่เสียเปรียบที่สุด หรือการให้สิทธิพิเศษกับคนหรือกลุ่มคนในเรื่องที่เกี่ยวกับชีวิตของพวกเขาโดยตรง (เรื่องนั้นอาจไม่เกี่ยวข้องกับคนอื่นๆ โดยตรง) ถิ่นนับเป็นความเท่าเทียมเชิงผลลัพธ์

เนื่องจากคำในภาษาไทย เช่น “ความเสมอภาค” “ความเท่าเทียม” ไม่ได้มีการแยกแยะความหมายให้แตกต่างกันอย่างชัดเจนเหมือนภาษาอังกฤษ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคำเหล่านี้ในความหมายเดียวกัน แต่มีคำขยายที่ต่างกัน เช่น ความเท่าเทียมหรือเสมอภาคเชิงปริมาณ (Equality) กับความเท่าเทียมหรือเสมอภาคเชิงคุณภาพหรือผลลัพธ์ (Equity)

บทที่ 2

ประมวลแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาล และความเป็นธรรมทางสังคม

1. ธรรมาภิบาล (Governance)

แนวคิดเรื่องคำว่า Good Governance เริ่มเป็นที่ปรากฏในแวดวงการบริหารสาธารณะในระดับระหว่างประเทศตั้งแต่เกือบ 20 ปีที่ผ่านมา โดยปรากฏในรายงานของธนาคารโลก เมื่อปี พ.ศ.2532 (ค.ศ. 1989) เมื่อแนวความคิด Good Governance เข้ามาในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ.2540 อันเป็นช่วงวิกฤติเศรษฐกิจที่ธนาคารโลก กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) เข้ามามีบทบาทปฏิรูปโครงสร้างทางนโยบายของประเทศไทย ทำให้คำดังกล่าวกลายเป็นที่แพร่หลายในกระบวนการบริหารปกครองของรัฐ การกำหนดนโยบายสาธารณะ ตลอดจนการบริหารภาคเอกชนธรรมาภิบาล (Governance)

UNDP (United Nation Development Program) หน่วยงานสังกัดองค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามความหมายของ Good Governance หรือธรรมาภิบาล ว่า คือ การใช้อำนาจทางการเมือง การบริหารและเศรษฐกิจในการดำเนินภารกิจ กิจกรรมต่าง ๆ ของประเทศในทุกระดับโดยมีกลไก กระบวนการ สถาบัน ซึ่งประชาชนและกลุ่มต่าง ๆ สามารถแสดงออกถึงความต้องการผลประโยชน์ การใช้สิทธิและหน้าที่ตามกฎหมาย การประสานประนีประนอมความแตกต่างโดยผ่านกลไก กระบวนการและสถาบันเหล่านั้น

กล่าวโดยสรุปแล้ว ธรรมาภิบาล (Good Governance) หมายถึง การบริหารการจัดการทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อการพัฒนาของประเทศ โดยมีการเชื่อมโยงองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนของสังคม คือ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม และให้มีการสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างสร้างสรรค์ ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจ สังคม การเมืองอย่างสมดุล ส่งผลให้สังคมดำรงอยู่ร่วมกันอย่างสันติ ตลอดจนมีการใช้อำนาจในการพัฒนาประเทศชาติให้เป็นไปอย่างมั่นคงยั่งยืน และมีเสถียรภาพ

คณะผู้วิจัยมีความคิดว่า การบริหารปกครองที่ดีจะเกิดขึ้นได้นั้นไม่ใช่เป็นเรื่องเทคนิคการบริหารจัดการ แต่เป็นเรื่องของกระบวนการพัฒนาความเป็นประชาธิปไตย ซึ่งหลักการเรื่องสิทธิ เสรีภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และการเสริมสร้างสิทธิอำนาจให้แก่ประชาชน และชุมชนท้องถิ่นในการบริหารจัดการด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม อย่างเป็นอิสระ

2. แนวคิดความยุติธรรมและความเป็นธรรมทางสังคม

2.1 ความยุติธรรม คือพื้นฐานของสังคม

ก่อนที่จะถามว่าสังคมองความยุติธรรมอย่างไร ในทางปรัชญาการเมืองเริ่มจากการถามว่า สังคมการเมืองต้องเห็นความจำเป็นต้องมีสถาบันการเมืองอันประกอบด้วยหลักเกณฑ์พื้นฐาน และกลไกในการจัดสรรสิทธิและผลประโยชน์ให้แก่สมาชิกในสังคมอย่างเท่าเทียมกัน ตลอดจนทำหน้าที่ถ่วงดุลคุณค่าความต้องการ ผลประโยชน์ ข้อได้เปรียบต่างๆ ของสมาชิกให้เกิดความเหมาะสม ทั้งนี้โดยไม่มีการแยกแยะความแตกต่างของบุคคลตามอำเภอใจ ดังนั้นไม่ว่าผู้คน กลุ่มคนต่างๆ ในสังคมจะมีความเข้าใจต่อความยุติธรรมเหมือนหรือต่างกันอย่างไร แต่ก็มีแนวคิดความยุติธรรมร่วมกันว่า ภายใต้ชุมชนการเมืองที่พวกเขาดำรงอยู่นี้ควรมีระบบ กลไกที่ทำหน้าที่จัดสรรความยุติธรรม

แต่แนวคิดว่าด้วยความยุติธรรมนั้นควรเป็นที่เพลโตเสนอว่า ความยุติธรรมที่แท้จริงต้องสัมพันธ์เป็นเนื้อเดียวกับความดี ความถูกต้อง และต้องมีความเป็นสัจธรรมหรือเป็นสากล ไม่ว่าจะใช้ในเวลาและสถานที่ใดก็ตาม (Plato, 1963 อ้างถึงใน ไชยันต์ ไชยพร, 2541: 58)¹ เพื่อให้ความยุติธรรมเป็นเกณฑ์คุณค่าพื้นฐานที่สังคมควรยึดถือร่วมกัน หรือควรจะมีแนวคิดความยุติธรรมเป็นเรื่องการประกอบสร้างทางสังคมที่มีความแตกต่างหลากหลายกันไปตามโครงสร้างอำนาจและกระบวนการต่อสู้ ต่อรองของผู้คนในการกำหนดความยุติธรรมของสังคมยังไม่เป็นข้อยุติ

สิ่งที่ควรพิจารณาคือ ในบริบทของสังคมสมัยใหม่หรือหลังสมัยใหม่ที่มีความแตกต่างหลากหลายซับซ้อนนั้น การตรึงความหมายความยุติธรรมให้เป็นสากลดูจะไม่สอดคล้องกับความหลากหลายดังกล่าว แต่ครั้งสังคมส่วนต่างๆ จะยึดความหมายตามแต่เฉพาะของสังคมตนเองก็ดูจะไม่มีเกณฑ์คุณค่าร่วมกันที่จะใช้ตัดสินความยุติธรรม ด้วยเหตุนี้ข้อถกเถียงเรื่องความยุติธรรมในปัจจุบันจึงมุ่งไปที่การเปิดพื้นที่ให้สังคมส่วนต่างๆ ร่วมกันนิยามความยุติธรรมให้เป็นเกณฑ์คุณค่าพื้นฐานที่ยอมรับร่วมกัน พร้อมไปกับการเปิดให้สังคมได้ใช้เกณฑ์พื้นฐานมาต่อยอดสร้างแนวคิดความยุติธรรมที่เหมาะสมกับสังคมตนเอง โดยกระบวนการสร้างความหมายนี้ดำเนินไปอย่างไม่สิ้นสุด อันสะท้อนการปรับตัวสังคมในการสร้างหลักเกณฑ์การอยู่ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

2.2 คำและความหมายของคำว่า “ยุติธรรม” (Justice)

แนวคิดเรื่องความยุติธรรม (justice) มีนัยทางศีลธรรมที่โยงกับเรื่องความถูกต้อง ความดีงาม จริยธรรม ความมีเหตุผล เป็นหลักคิดพื้นฐานที่สังคมต่างๆ พัฒนาขึ้นมาเพื่อการอยู่ร่วมกันของผู้คนในสังคม แต่กระนั้นวัฒนธรรมต่างๆ ที่มีเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ ตำนาน ประเพณี ศาสนา โครงสร้างทางสังคม และอื่นๆ ก็ล้วนมีส่วนทำให้แต่ละวัฒนธรรมมีแนวคิดเรื่องความยุติธรรมที่อาจแตกต่างกันไป

¹ ไชยันต์ ไชยพร. (2541). ความยุติธรรม ตอนที่หนึ่ง. รัฐศาสตร์สาร, 20(2), 57–96.

ในโลกทัศน์ตะวันตก มีการใช้คำที่เกี่ยวกับความยุติธรรมที่หลากหลาย เช่น Equity, Equality, Fairness, Justice ซึ่งแต่ละคำก็มีนัยที่ต่างกัน คำว่า Equality ให้ความหมายถึงความเท่าเทียมกันแบบสมบูรณ์โดยไม่มีปัจจัยเรื่องความเหมาะสมตามความแตกต่างของผู้คนมาเกี่ยวข้อง เช่น การจัดสรรทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สังคมชนิดเดียวกันให้กับผู้คนในปริมาณที่เท่ากัน โดยไม่คำนึงถึงทุนเดิมของผู้คนว่าจนรวยไม่เท่ากัน ความหมายแบบ Equality ถูกตั้งคำถามอย่างมากกว่าไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เพราะสังคมมีผู้คนที่มีความแตกต่างหลากหลาย การจัดสรรทรัพยากรชนิดเดียวกัน เท่ากันโดยไม่เลือกตามความเหมาะสม ความต้องการของผู้รับ และผลลัพธ์ที่ปลายทางว่านำมาสู่ความเท่าเทียมกันในเชิงสิทธิ โอกาส และอำนาจหรือไม่

ความเท่าเทียมกันในความหมาย Equity เป็นสิ่งที่ได้รับการอธิบายมากกว่า กล่าวโดยสรุปแล้ววิธีคิดความเท่าเทียมแบบ Equity เป็นการให้ความสนใจความเท่าเทียมกันในเชิงผลลัพธ์ โดยพิจารณาถึงนัยทางด้านสิทธิ โอกาส และอำนาจของผู้คนต่างๆ ให้มีสถานะที่เท่าเทียมกัน

ความเท่าเทียมในเชิง Equity ไม่ได้เรียกร้องความเท่าเทียมแบบเหมือนกันในเชิงปริมาณ เนื่องจากตระหนักถึงความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่เป็นอยู่ ดังนั้นการจัดสรรทรัพยากร ผลประโยชน์ และอื่นๆ ต้องมุ่งสู่การลดความเหลื่อมล้ำ จนนำมาสู่สภาวะความเป็นธรรมที่ยอมรับได้ดังนั้นในบริบทที่มีความเหลื่อมล้ำทางสังคมสูง การจัดสรรทรัพยากร และผลประโยชน์ควรมุ่งสนับสนุนคนจน คนด้อยโอกาส เพื่อให้มีสิทธิ โอกาส และอำนาจมากขึ้นจึงเกิดดุลอำนาจที่เสมอภาคกับคนรวย

ส่วนคำว่า “เป็นธรรม” (Fairness) เป็นคุณค่าแบบอัตวิสัย อันเกิดจากความพึงพอใจต่อสภาวะที่คิดว่า “ยุติธรรม” โดยไม่ได้ถูกเลือกปฏิบัติ หรือได้รับอคติ หรือความลำเอียง

สิ่งที่น่าพิจารณาคือ ความเป็นธรรม เท่าเทียม เสมอภาคเป็นสภาวะที่ปรากฏในเชิงประจักษ์และเกิดจากการเทียบเคียงระหว่างกันของผู้คนในสังคม สุวรรณ สถาอานันท์ (2553) ได้อธิบายว่าเป็นเรื่องของการเทียบเคียงของผู้คนในสังคม โดยเทียบในสิ่งประเภทเดียวกันที่เทียบกันได้ ภายใต้กติกาเดียวกัน เช่น การเข้าถึงบริการสาธารณะระหว่างคนรวยกับคนจน และอื่นๆ จุดสำคัญอยู่ที่ความเสมอภาคที่เป็นผลจากการเทียบเคียง ด้วยเหตุนี้ Equity จึงปรากฏได้ทั้งที่เป็นรูปธรรมผ่านข้อมูลเชิงประจักษ์ในโครงสร้างการจัดสรรทรัพยากร ผลประโยชน์ในสังคม และเป็นนามธรรมหรือความรู้สึกเชิงเปรียบเทียบที่ผู้คนกำหนดจุดเทียบเคียงสิทธิ โอกาส อำนาจทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองกับตัวเองหรือกับคนอื่น ๆ ยิ่งเมื่อสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจนกระทบกับโอกาสทางสังคมทั้งในเชิงบวกหรือลบ ก็จะทำให้เกิดการเทียบเคียงว่าสังคมได้สร้างความเป็นธรรมให้กับพวกเขาและเธอหรือไม่

โดยเฉพาะเมื่อความเป็นธรรมมีนัยเชิงนามธรรมจากการเปรียบเทียบ ก็ยิ่งทำให้เห็นว่า ผู้คนที่อยู่ในโครงสร้างช่วงชั้นทางสังคมที่แตกต่างกัน ต่างก็จะต้องมีจุดเทียบเคียงความเป็นธรรมที่ต่างกันไป และทำให้การให้ความต่อความยุติธรรมในสังคมที่ไม่เหมือนกันด้วย การกำหนดความหมายของความยุติธรรม

ความเป็นธรรม จึงเป็นกระบวนการต่อสู้ ต่อรองของผู้คนที่ต่างอำนาจ ฐานะ ในการร่วมกำหนดสังคมที่ ยุติธรรมอย่างไม่หยุดนิ่ง

2.3 ความยุติธรรมในปรัชญาการเมืองตะวันตก

ไซยันต์ ไชยพร (2541) ได้จำแนกความหมายความยุติธรรมในปรัชญาตะวันตกไว้ 3 ประการ คือ 1) ความถูกต้องเที่ยงตรง 2) ทำอย่างใดได้ผลอย่างนั้น 3) ยุติธรรมผันแปรไปตามสถานะทางสังคม และได้สรุปว่าสังคมจะให้ความหมายความยุติธรรมเช่นไรขึ้นอยู่กับว่าสังคมมีทัศนะต่อความสัมพันธ์มนุษย์ อย่างไร หากสังคมเชื่อว่าธรรมชาติของมนุษย์ไม่เท่าเทียมกัน ความยุติธรรมก็ไปกันได้กับความไม่เสมอภาค แต่หากสังคมเชื่อว่ามนุษย์เท่าเทียม การบรรลุความยุติธรรมก็ต้องทำให้เกิดความเสมอภาค (ไซยันต์, 2541, น.79-80)

สิ่งที่ไซยันต์สรุป เป็นการประมวลแนวคิดรวบยอดของข้อถกเถียงปรัชญาการเมืองตะวันตก แต่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจพัฒนาการแนวคิดเรื่องความยุติธรรมในปรัชญาตะวันตกที่มีความซับซ้อน ผู้เขียนได้ ประมวลแนวคิดไว้พอสังเขปดังต่อไปนี้

2.3.1 ความยุติธรรมในปรัชญาการเมืองยุคโบราณ

ปฐมบทแนวคิดเรื่องความยุติธรรมในปรัชญาการเมืองตะวันตก ปรากฏชัดจากงานเขียน ของ Plato นักปรัชญากรีกโบราณ ที่ชื่อว่า “The republic” อันเป็นการบันทึกเรื่องราวการสนทนาของ อาจารย์ของเขา คือ Socrates ที่ได้มีโอกาสสนทนากับผู้คนต่างๆ ซึ่งขอหยิบยกมาดังนี้ ผู้ร่วมสนทนาคนแรก คือ Cephalus ได้ระบุว่า ความยุติธรรมคือการพูดความจริงและให้คืนสิ่งที่เป็นของคนๆ นั้น แต่ก็ถูก Socrates แย้งว่าถ้าเราเคยยืมมีดหรืออาวุธจากคนๆ หนึ่งที่เรารู้จัก แต่เมื่อเวลาผ่านไป ปรากฏว่าเจ้าของ มีดที่เรายืมมานั้นเกิดวิกลจริตและมาทวงมีดของเขาคืน เราจะทำอย่างไร หากว่าถ้าเราคืนมีดแล้ว แต่การ กระทำอันยุติธรรมของเราก่อให้เกิดผลที่ไม่ดีแก่ตัวและผู้อื่นที่อาจเป็นคนรักของเราได้ แปลได้ว่า ความ ยุติธรรมของเราจึงกลายเป็นสิ่งไม่ดี ขัดกับเหตุผลสำคัญที่เราปรารถนาให้เกิดความยุติธรรม เพราะเราคิดว่ามันเป็นเรื่องดี

ผู้สนทนาคนที่สองคือ Polemarchus ลูกชายของ Cephalus แย้งความเห็นของพ่อ พร้อมกับ นำเสนอว่าความยุติธรรมโดยอ้างคำของโฮเมอร์คือ ความยุติธรรมคือการกระทำต่อบุคคลอื่นอย่าง เหมาะสม ขยายความว่า ดีต่อมิตร และร้ายต่อศัตรู โดยมิตรหมายถึงคนดี คนซื่อสัตย์สุจริต ศัตรูก็ตรงกันข้าม โสเครตีส สงสัยว่าจะเอาหลักเกณฑ์อะไรมาตัดสินว่าใครดี มนุษย์นั้นโดยทั่วไปก็มักพิจารณาเพื่อน มนุษย์ไปในทางที่ผิดได้เสมอ นอกจากนี้ ยังเกิดคำถามว่าใครคือมิตรใครคือศัตรู และการกระทำที่ร้ายต่อ เพื่อนมนุษย์ที่ไม่ใช่มิตร ก็ย่อมหมายถึงการทำให้คนคนนั้นห่างความดียิ่งขึ้น

จนมาถึง Thrasymachus ถึงกับสรุปว่า ความยุติธรรมหมายถึงผลประโยชน์ของผู้ที่แข็งแกร่งกว่า ดังจะเห็นได้จากในทุกๆ รัฐ มีกฎหมายก็เพื่อประโยชน์แก่ชนชั้นปกครองผู้มีอำนาจ ไม่เพียงแต่ผู้ปกครองเท่านั้น คนทั้งหมดหากได้โอกาสก็จะแสวงหาผลประโยชน์ของตนโดยไม่คำนึงถึงผู้อื่น

ดังนั้นความยุติธรรมดังกล่าวก็เท่ากับว่าผู้มีอำนาจสามารถกำหนดว่าความยุติธรรมคืออะไร แต่ Socrates แย้งว่า แม้ผู้ทรงอำนาจก็มักออกกฎหมายมาผิด ดำเนินนโยบายผิด ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน นั่นจะถือว่าเป็นธรรมได้หรือ นอกจากนี้ โสเครตีสยืนยันว่า การปกครองบ้านเมืองเป็นศิลปะ เหมือนกับที่ศิลปินสร้างสรรค์ผลงานไม่ใช่เพื่อตนเอง แต่เพื่อคนอื่น ผู้ปกครองที่ยุติธรรมจึงไม่แสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว หากแต่แสวงหาประโยชน์ของส่วนรวม²

เมื่อลองถอดความหมายของบทสนทนาดังกล่าว เราได้เรียนรู้หลากหลายแง่มุมเกี่ยวกับความยุติธรรมดังนี้

1. แนวคิดเรื่องความยุติธรรมในสังคมมีหลากหลายความหมาย หากได้มีแนวคิดเดียวที่ตายตัว บางแนวคิดมาจากประเพณีความเชื่อแต่เดิม บางแนวคิดมาจากการสรุปเอาจากปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง บางแนวคิดมาจากผลประโยชน์ผู้นิยามความยุติธรรม ดังนั้นการที่คนในสังคมจะเข้าใจเรื่องความยุติธรรมให้โยงกันได้ ก็ต้องมีการสนทนาเพื่อให้เห็นจุดดีและข้อจำกัดของแนวคิดความยุติธรรมในแต่ละแบบโดยสรุป แล้วความยุติธรรมจึงเป็นคำถามปลายเปิด ที่ให้เราได้สำรวจตรวจสอบแนวคิดที่เป็นอยู่ หาได้เป็นคำตอบที่ลงตัวแล้วรอเรียกร้องให้คนปฏิบัติ
2. แนวคิดเรื่องความยุติธรรมแยกไม่ออกจากจากคุณค่าเรื่องความดี ความถูกต้อง ดังที่โสเครตีสแย้งไว้ว่าหากต้องทำร้ายศัตรูก็เท่ากับทำให้ความยุติธรรมไม่คู่กับความดี ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุด ดังนั้นการทำความเข้าใจเรื่องความยุติธรรมต้องไม่แยกออกจากหลักทางศีลธรรมที่เป็นที่ยอมรับร่วมกันของมนุษย์
3. แนวคิดเรื่องความยุติธรรมให้ความสำคัญกับกระบวนการที่ถูกต้อง ดังจะไปพร้อมกับผลลัพธ์ที่ถูกต้องดังาม ดังกรณีการคืนมิดให้คนเสียสติ อาจทำให้เกิดผลร้ายต่อตนเองและคนอื่น หรือการปล่อยให้ผู้แข็งแกร่งกว่าผูกขาดอำนาจเหนือคนที่อ่อนแอกว่า เพราะเชื่อว่าผู้ปกครองที่แข็งแกร่งกว่าจะทำให้เกิดความยุติธรรม ความเชื่อดังกล่าวทำให้เห็นความจำเป็นที่ต้องใส่ใจต่อกระบวนการที่ผู้คนยอมรับร่วมกัน ความยุติธรรมหากใช้อย่างที่ผู้มีอำนาจจะตีความไปในทางใดทางหนึ่ง

Socrates ได้ชวนให้คิดถึงเรื่องรัฐที่เป็นธรรม โดยจำแนกให้เห็นชนชั้นในรัฐว่าประกอบด้วย พ่อค้าและประชาชน ที่ถูกรอบงำด้วยความอยากร ทหารถูกรอบงำด้วยความกล้าหาญ

² สมบัติ จันทรวงศ์, ปรัชญาการเมืองเบื้องต้น บทวิเคราะห์โสเครตีส (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) หน้า ๑

และผู้ปกครองถูกกำกับด้วยปัญญาและเหตุผลเหนือปัจจัยทางจิตใจอื่นๆ และสรุปว่า ความยุติธรรม คือ การให้ทุกคนตามส่วนที่พึงได้รับที่แตกต่างกันไปตามโครงสร้างชนชั้นและหน้าที่

นอกจากนี้เขายังชี้ให้เห็นถึงประเภทความยุติธรรมว่าที่พบได้ในรัฐ เป็นผลจากดุลยภาพอันกลมกลืนด้วยการแบ่งทำหน้าที่ที่พึงกระทำตามลักษณะเฉพาะของตน ได้แก่ การควบคุมตนเอง—ประชาชนความกล้าหาญ—เสนาข้าราชการและปัญญา—ผู้ปกครองและความยุติธรรมสำหรับบุคคลอื่นเป็นผลจากความอดกลั้น และการใช้แรงกระตุ้นจากความอยาก กำลังความกล้าหาญและเหตุผลให้เหมาะตามหน้าที่บทบาทที่ตนมีคุณสมบัติ

Aristotle ปราชญ์ชาวกรีก ลูกศิษย์ของ Plato และเป็นผู้ได้รับยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งรัฐศาสตร์ได้อธิบายถึงความยุติธรรมว่า “สิ่งที่ประเสริฐในบรรดาการเมืองคือความยุติธรรมและความยุติธรรมประกอบขึ้นในสิ่งที่มีแนวโน้มที่จะส่งเสริมผลประโยชน์ร่วม” ความยุติธรรมเกี่ยวข้องกับสิ่งที่กำหนดให้และบุคคลซึ่งถูกกำหนดให้เป็นเจ้าของสิ่งดังกล่าว ความยุติธรรมจะบังเกิดขึ้นเมื่อบุคคลที่มีความเท่าเทียมกันได้รับสิ่งที่กำหนดให้แบบเดียวกัน

กล่าวโดยรวมแล้ว ความยุติธรรมในทัศนะของเขามาจากคุณธรรมหลายด้านมารวมกัน ได้แก่ ศีลธรรม ความรู้ ผลรวมที่สมดุลดังกล่าวเป็นลักษณะความดีของรัฐ Aristotle แบ่งความยุติธรรมออกเป็น 2 ลักษณะคือความยุติธรรมในแง่แบ่งปันส่วน และความยุติธรรมในการแลกเปลี่ยนทดแทน

ความยุติธรรมในการแลกเปลี่ยนทดแทนขึ้นอยู่กับความยุติธรรมในแง่การแบ่งปันส่วน โดยเราต้องรู้เสียก่อนว่าอันไหนเป็นส่วนของใคร การกระทำผิดเกิดขึ้นเมื่อมีคนไปล่วงเกินเบียดเบียนส่วนของเขาหรือทำให้ส่วนของเขาเสียไป ความยุติธรรมในส่วนทดแทนจะเกิดตามมาเมื่อได้ทดแทนส่วนที่เสียไปของเขาให้กลับคืนดังเดิม

แนวคิดเรื่องความยุติธรรมตามแนวปรัชญาการเมืองของ Aristotle ถูกเรียกว่าเป็น ความยุติธรรมจากการจัดสรรตามความคู่ควร เป็นความเข้าใจความยุติธรรมเกี่ยวกับการแบ่งสรร ที่ Aristotle นักปรัชญาการเมืองกรีกโบราณมุ่งใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการตัดสินว่าการแบ่งสรรหน้าที่และอำนาจทางการเมือง โดยยึดว่า การแบ่งสรรสิ่งที่ดีจะยุติธรรมหรือไม่ขึ้นกับว่า ค่า (worth) ของสิ่งที่ถูกแบ่งสรรให้แก่บุคคลหนึ่ง สมดุลกับค่า (worth) ของสิ่งที่ถูกแบ่งสรรให้แก่อีกบุคคลหนึ่งหรือไม่ หากคนสองคนมีคุณความดีพอๆ กัน สิ่งที่ถูกจัดสรรให้ทั้งคู่ต้องมีค่าเท่ากันด้วย ความยุติธรรมจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีคนหนึ่งได้มากกว่าที่เขาพึงได้ และอีกคนหนึ่งได้น้อยกว่าที่เขาพึงได้ ความยุติธรรมชนิดนี้จึงต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับบุคคลแต่ละคน และคุณความดีของบุคคลนั้น และความรู้เกี่ยวกับสิ่งมีค่าแต่ละสิ่งที่จะถูกแบ่งสรรและค่าของสิ่งมีค่าเหล่านั้น

Michael Sandal แยกแยะความยุติธรรมของ Aristotle ออกเป็น (1) ความยุติธรรมเป็นเรื่องของเป้าหมาย (teleological) เราจะรู้ว่าการแบ่งสรรใดที่ยุติธรรมได้ เราต้องรู้ถึงสิ่งที่เป็นเป้าหมาย จุฬหมายหรือแก่นสารของสิ่งที่ดีที่เราจะทำการแบ่งสรรก่อน (2) ความยุติธรรมเป็นเรื่องของเกียรติ เราจะรู้

ว่าการแบ่งสรรอย่างไรที่ยุติธรรมได้ เราต้องหาคำตอบก่อนว่าสิ่งดีที่จะแบ่งสรรนั้นเป็นรางวัลหรือ เครื่องหมายยกย่องสำหรับคุณความดีข้อใด การถกเถียงเกี่ยวกับความยุติธรรมหลักเสียงไม่ได้ที่ต้อง พิจารณาเรื่องเป้าหมาย (เป้าหมายสูงสุดของมนุษย์คือชีวิตที่ดี) เกียรติและคุณความดี เพราะความ ยุติธรรมหมายถึงการมอบสิ่งที่ผู้คนควรให้แก่พวกเขา อันเป็นสิ่งที่พวกเขาควรได้โดยชอบธรรม และเกียรติ คุณความดีเหล่านี้เองคือรากฐานของสิ่งที่ควรได้หรือความคู่ควร

2.3.2 ความยุติธรรมในปรัชญาการเมืองสมัยใหม่

Thomas Hobbes (1588-1679) นักปรัชญาการเมืองสมัยใหม่ได้กล่าวถึงที่มาของความ ยุติธรรมที่มาพร้อมกับรัฐว่า “ในสภาวะธรรมชาติซึ่งปราศจากรัฐบาลนั้น ไม่มีเกณฑ์ที่จะตัดสินว่าอะไรคือ ความยุติธรรม อะไรผิดหรือถูก พฤติกรรมของมนุษย์ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคล จุดเริ่มต้นของ ความยุติธรรมจะเกิดขึ้นเมื่อได้มีข้อตกลงหรือสัญญาาร่วมกันของประชาชนที่ก่อให้เกิดอำนาจร่วมในการ กำหนดกฎหมายกฎหมายจึงเป็นคำสั่งขององค์อธิปัตย์เพื่อให้มนุษย์ทุกคนปฏิบัติตามสัญญา ความ ยุติธรรมเกิดเมื่อมีการละเมิดกฎหมายหรือไม่ปฏิบัติตามสัญญาประชาคม”³

จากจุดเริ่มต้นของ Hobbes ต่อมานักปรัชญาการเมืองตะวันตกก็ได้พัฒนาแนวคิดเรื่อง ความยุติธรรมแตกแขนงออกไปมากมาย ได้แก่ แนวคิดประโยชน์นิยม (Utilitarianism) แนวคิดเสรีนิยม (Liberalism) ขณะที่แนวคิดปรัชญาการเมืองยุคเก่าแบบ Aristotle ถูกจัดให้เป็นแนวคิดการจัดสรรตาม ความคู่ควร (Desert theory)⁴

แนวคิดประโยชน์นิยม นำโดย David Hume (1711-1776) Jeremy Bentham (1748-1832) และ James Mill (1773-1836) ทั้งสามท่านมีแนวคิดร่วมกันว่า การตัดสินถูกผิดของการกระทำควร ดูจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำแก่คนทุกคน ซึ่งโดยรวมแล้วต้องเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย ส่วนการ ตัดสินความยุติธรรมของสังคมต้องดูว่าการกำหนดกฎหมายและนโยบายและการจัดแจงสถาบันหลักของ สังคมนั้นต้องก่อให้เกิดผลประโยชน์สุทธรวม หรือความพึงพอใจสูงสุดของสมาชิกของสังคมนั้นหรือไม่ โดย การบวกผลประโยชน์ของสมาชิกแต่ละของสังคมนั้นเข้าด้วยกัน และหักด้วยความสูญเสีย (ที่อาจมี) ต่อ สมาชิกบางคน

แนวคิดประโยชน์นิยมเชื่อว่า สังคมไม่ได้มีทรัพยากรมากพอในการจัดสรรสิ่งที่ดีให้กับทุก คนอย่างเหลือเฟือ อีกทั้งผู้คนซึ่งมีเหตุผลในการเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้กับตนเองนั้นก็มีความต้องการที่แตกต่างกัน

³ เติยร หอมขจร, “โธมัส ฮอบส์,” ใน ทฤษฎีการเมืองและจริยธรรม 2, พิมพ์ครั้งที่ 5 (กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย รามคำแหง, 2540), หน้า 26.

⁴ ปิยฤดี ไชยพร (2555), ความเข้าใจความยุติธรรมสามรูปแบบ: ประโยชน์นิยม (utilitarianism) เสรีนิยม/สัญญาประชาคม (liberalism/contractualism) และการจัดสรรตามความคู่ควร (desert theory, Presentation การอบรมเรื่องมุมมองทางปรัชญา กับความเป็นธรรมทางสังคม, 27-28 เมษายน ที่สวนสามพราน, โครงการความเป็นธรรมทางสังคมเพื่อสังคมสุขภาวะ สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กันไป ทำให้เกิดความขัดแย้งในการเข้าถึงสิ่งที่ดีของสังคม ผู้คนจึงได้เรียนรู้ว่าการที่ตนจะได้ประโยชน์สูงสุดต้องจัดสรร แบ่งปันประโยชน์ร่วมกับผู้อื่นให้สอดคล้องลงตัว ดังนั้นการจัดสรรที่ยุติธรรมก็คือ การมีกฎเกณฑ์การจัดสรรเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดร่วมกัน เมื่อแปรมาเป็นกำหนดนโยบายจัดสรรทรัพยากรทางสังคม จึงอยู่บนหลักคิดของการเปรียบเทียบทางเลือกนโยบายในแต่ละด้านว่า ทางเลือกใดให้ประโยชน์รวมสูงสุด ให้ทรัพยากรของสังคมคุ้มค่าที่สุด

การที่แนวคิดประโยชน์นิยมถือว่าความยุติธรรมควรจัดการโดยการประมวลผลประโยชน์รวมขั้นสุดท้ายที่สังคมได้รับจากการหักลบกลบหนี้ความทุกข์สุขของผู้คน ทำให้ถูกวิพากษ์วิจารณ์จากนักคิดแนวเสรีนิยมว่า ความทุกข์สุขของผู้คนต่างๆ ในสังคมนั้นไม่สามารถคิดเป็นหน่วยเดียวกันและถ่ายโอนหรือแทนที่กันได้ และการถือเอาผลรวมผลประโยชน์ขั้นสุดท้ายโดยไม่ดูต้นทางของโอกาสของผู้คนว่ามีสิทธิ เสรีภาพ ในการเลือกสิ่งที่ดีที่เท่าเทียมกันหรือไม่ และไม่ให้ความสำคัญกับลักษณะเฉพาะของทุกข์สุขที่แต่ละคนได้รับ โดยถือเอาว่าสิ่งเหล่านี้ทดแทนกันได้ กลับยิ่งสร้างความไม่เป็นธรรมต่อผู้คนโดยเฉพาะคนด้อยอำนาจที่มีโอกาส ทางเลือกไม่เท่ากับผู้มีอำนาจ

นักคิดเสรีนิยมนำโดย John Rawls (1921-2002) ที่เสนอหลักความเที่ยงธรรม (fairness) เพื่อกำหนดความยุติธรรมที่ใช้กับทุกคนอย่างเท่าเทียม แนวคิดดังกล่าวมีที่มาจากการยอมรับสถานะที่เท่าเทียมของมนุษย์ โดยที่ผู้คนมาร่วมตกลงสร้าง “สถานะแรกเริ่ม” (the original position) ให้เกิดความเท่าเทียมกันอย่างเป็นสากล ไม่ยึดติดกับความแตกต่างในทุกูป (สถานะเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม) หลักการพื้นฐานสากลที่สำคัญที่สุดคือ หลักเสรีภาพที่ทุกคนมีเท่าเทียมกัน (principle of freedom) หรือเป็นการเท่าเทียมกันในเรื่องเสรีภาพ โอกาส และค่อยเสริมด้วยหลักความแตกต่าง (principle of difference) คือ การให้มีการปฏิบัติต่อสมาชิกของสังคมแตกต่างกันได้เพื่อให้ผู้คนที่อยู่ในสถานะเลื่อมล้ำให้มีความเท่าเทียมกันมากที่สุด ดังนั้นหากการปฏิบัตินั้นเป็นไปเพื่อช่วยเหลือคนที่ด้อยกว่าหรือคนเสียเปรียบในสังคม ดังนั้นหลักความยุติธรรมของ Rawls จึงเริ่มจากการออกแบบสถาบันทางสังคมที่ยอมรับความเท่าเทียมของมนุษย์ โดยให้ทุกคนได้รับโอกาสทางสังคมที่เท่าเทียมกัน และมีระบบหนุนเสริมผู้ด้อยโอกาสให้มีความเท่าเทียมทางสังคมมากขึ้น แต่จะปฏิเสธการเลือกปฏิบัติในขั้นเริ่มแรก และปฏิเสธการสร้างความแตกต่างที่นำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกันยิ่งขึ้น

Rawls ได้เสนอว่า หลักการความยุติธรรมโดยมาจากหลักพื้นฐานว่า เมื่อมนุษย์ทุกคนล้วนมีเหตุผล ความปรารถนา เป้าหมายในชีวิตของตนเหมือนกัน จึงเป็นหลักจริยธรรมที่ว่ามนุษย์จึงต้องเท่าเทียมกันอย่างเสมอภาค การจัดการแบ่งสรรทรัพยากร สิทธิประโยชน์ต่างๆ ให้กับบุคคลต่างๆ จึงต้องเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางสถานะสังคม เศรษฐกิจ โดยจินตนาการถึงสภาวะอุดมคติที่ไม่คำนึงสภาวะแตกต่างดังกล่าว หรือเรียกว่า “ม่านแห่งความไม่รู้” (veil of ignorance) ซึ่งสภาวะดังกล่าวเราไม่รู้ว่าจะตกอยู่ในสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคมอย่างไร เราจึงเลือกจัดสรรสิ่งที่เป็นประโยชน์สูงสุด

ให้กับผู้ที่เสียเปรียบที่สุด (ซึ่งอาจเป็นเราก็ได้) ผลก็คือ เริ่มจากหลักการแห่งความเท่าเทียมในเชิงอุดมคติ และผลลัพธ์สุดท้ายนำมาสู่วิธีการจัดสรรที่ไม่เท่าเทียมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายความยุติธรรมให้มากที่สุด ดังนั้นหลักการของ Rawls ดังกล่าวได้เชื่อมโยงประเด็นข้อถกเถียงเรื่องประสิทธิภาพกับความเสมอภาคได้⁵

อย่างไรก็ตาม แนวคิด “มานแห่งความไม่รู้” ก็ถูกวิพากษ์วิจารณ์ อย่างเช่น Micheal Sandal ที่ว่า ตัวตนของคนล้วนผูกพันกับสังคมและบริบทแวดล้อม ซึ่งมีทั้งคุณค่า ความสัมพันธ์ ผลประโยชน์เฉพาะกลุ่ม ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่จะคิดแบบ “มานแห่งความไม่รู้” ที่จัดสรรความเป็นธรรมแบบเป็นกลางปราศจากอคติ

หรืออย่าง Amartya Sen ก็วิจารณ์แนวคิด Rawls ว่า เป็นแนวคิดสถาบันนิยมเชิงอุดมคติ ที่มุ่งหากฎเกณฑ์ สถาบัน สัญญาประชาคมที่ยุติธรรมสมบูรณ์ แต่ทว่า ในสังคมหาได้มีมุมมองความยุติธรรมแบบเดียวกัน การเสนอหรือบังคับใช้แนวคิดความยุติธรรมแบบหนึ่งก็อาจสร้างความไม่ยุติธรรมให้กับแนวคิดและการเคลื่อนไหวยุติธรรมแบบอื่นๆ ข้อเสนอของ Sen คือ เราต้องเลือกสรรว่าในสถานการณ์หนึ่งๆ เราควรใช้หลักคดียุติธรรมแบบใดจึงจะเหมาะสม เช่น หลักคิดเสรีนิยมที่ผู้คนด้วยได้รับประโยชน์จากน้ำพักน้ำแรงของตนเอง หลักคิดแบบ Rawls ที่ว่าคนเสียเปรียบควรได้ประโยชน์ หรือหลักอริสโตเติลที่ว่า คนควรจะได้สิ่งที่เหมาะสมสำหรับเขา เป็นต้น และที่สำคัญกว่านั้นก็คือ แทนที่จะคิดถึงสถาบันยุติธรรมสมบูรณ์แบบที่ไม่มีทางบังเกิดหรือเห็นพ้องกันได้ เราควรเลือกที่จะต่อสู้กับความอยุติธรรมแบบมียุทธศาสตร์ เป็นรูปธรรมอยุติธรรมที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงกว้างขวาง เช่น การใช้อำนาจผูกขาดทางการเมือง เศรษฐกิจ กฎหมายที่รังแกคนจน การคอร์รัปชัน การทำลายนิเวศและสภาพแวดล้อม เป็นต้น ซึ่งการจะประเมินว่าอะไรคือปัญหาความยุติธรรมที่ต้องเร่งจัดการ ก็โดยการเปรียบเทียบว่ามีช่องว่างเพียงใดระหว่างชีวิตจริงที่โดนกดขี่ กับชีวิตที่เขาและเธอพึงปรารถนา และดำเนินการเสริมสร้างอิสรภาพหรือสมรรถภาพให้เขาบรรลุเป้าหมายที่พึงปรารถนาหรือไปสู่ชีวิตที่ดี ด้วยเหตุนี้ Sen จึงมองความยุติธรรมเป็นเรื่อง พหุนิยม (หลากหลายคุณค่าเพื่อบรรลุสิ่งดีงาม) ความรู้เชิงปฏิบัติ เฉพาะสถานการณ์ มียุทธศาสตร์ ซึ่งทั้งหมดดำเนินไปด้วยกระบวนการถกเถียงสาธารณะเพื่อหาเป้าหมาย วิธีการสร้างความยุติธรรมที่ยอมรับกันได้ในแต่ละเรื่องหรือแต่ละสถานการณ์⁶

เมื่อนำเอาแนวคิดเรื่องความยุติธรรมทั้งสามประการมาวิเคราะห์ความเป็นธรรม ทำให้เราได้ฐานคิดที่หลากหลายด้าน แนวประโยชน์นิยมช่วยเราต้องคำถามว่า นโยบายด้านการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและเกษตรที่มีอยู่และในอนาคตให้ประโยชน์แก่สังคมโดยรวมมากน้อยเพียงใด โดย

⁵ ตัวอย่างข้อถกเถียงเรื่องประสิทธิภาพกับความเสมอภาค เช่น หากจัดสรรสิทธิประโยชน์ให้เกิดความเท่าเทียม คนขยันก็ขาดกำลังใจที่ได้เท่ากับคนขี้เกียจ ขณะที่คนขี้เกียจก็ต้องไม่ขยันเพราะอย่างไรเสียก็เท่ากัน) กับความเสมอภาคให้ไปกันได้

⁶ สฤณี อาชวานันทกุล, 2554, สถาบัน คน และผลประโยชน์-ความยุติธรรมในมุมมองอมาตยา เช่น, วารสาร October no.10, 10 มีนาคม, <http://fringer.org/wp-content/writings/Justice-October.pdf>, น.2

พิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งเชิงบวกและลบมาพิจารณาเปรียบเทียบเลือกนโยบายที่สร้างผลรวมที่ดีที่สุด

แต่กระนั้นก็ต้องมีพื้นฐานจากแนวคิดเสรีนิยมที่ต้องไม่ละเลยว่ นโยบายและกลไกระบบการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและด้านการเกษตรนั้นอยู่บนพื้นฐานของการรับรองสิทธิมนุษยชนหรือความเท่าเทียมกันของมนุษย์โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติหรือไม่ ไม่ว่าจะเป็นในรูปสิทธิการรับรู้ข่าวสาร สิทธิการเข้าถึงฐานทรัพยากรธรรมชาติ สิทธิในการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสมกับชุมชน นโยบายและกลไกเหล่านี้มุ่งขจัดความไม่เท่าเทียมกันที่เกิดขึ้นจากเงื่อนไขต่างๆ หรือไม่ อย่างไร โดยเฉพาะการลดการเอาเปรียบจากผู้มีอำนาจ และส่งเสริมผู้ด้อยโอกาสและอำนาจมากขึ้นจนนำมาสู่สภาวะสมดุลหรือเท่าเทียม

สังเคราะห์แนวคิดความยุติธรรม

ปรัชญาแนวคิดเรื่องความเสมอภาค เป็นธรรม ยุติธรรมของโลกตะวันตกพัฒนาขึ้นมาจากกระแสการเคลื่อนไหวต่อสู้ในยุโรปในศตวรรษที่ 16-17 เรื่องสิทธิ เสรีภาพ เพื่อปลดปล่อยจากสภาวะคุกคามครอบงำทั้งจากอาณาจักรและศาสนาจักรในยุคกลาง ด้วยการเชิดชูหลักคิดเรื่องสิทธิธรรมชาติของมนุษย์ ก่อรูปเป็นลัทธิเสรีนิยม ที่เชิดชูสิทธิ เสรีภาพของปัจเจก และคุณค่าเรื่องความเท่าเทียมกันของมนุษย์เพื่อต่อสู้กับแนวคิดการครอบงำอำนาจในสมัยดังกล่าว กระแสความคิดและการเคลื่อนไหวดังกล่าวเป็นการปฏิบัติเปลี่ยนแปลงทางความคิด จิตสำนึก และโครงสร้างเศรษฐกิจการเมือง ศาสนา อย่างถอนรากถอนโคน และเป็นจุดกำเนิดของลัทธิเสรีนิยม ปัจเจกนิยม อันเป็นฐานของระบบประชาธิปไตย และทุนนิยมในเวลาต่อมา⁷

หลักคิดเรื่องความยุติธรรม จึงเป็นหลักการเชิงคุณค่า คุณธรรมที่ขบวนการเสรีนิยมสถาปนาขึ้นโดยมุ่งหวังต่อสภาวะการมีสิทธิ เสรีภาพ และความเท่าเทียมกันของมนุษย์ ด้วยความคิดที่ว่ามนุษย์ทุกคนล้วนมีเหตุผล เป้าหมาย ความปรารถนาของตนเอง

นักปรัชญาและนักทฤษฎีทางสังคมหลายท่านต่างพยายามออกแบบสังคมการเมืองให้เกิดความยุติธรรม โดยเฉพาะ John Rawls นักคิดเสรีนิยมที่ได้เสนอทฤษฎีความยุติธรรมจากแง่มุมของสถาบันนิยมเชิงอุดมคติ ไม่ว่าจะเป็นหลักความยุติธรรมในภาวะเริ่มแรก การสร้างความยุติธรรมด้วยการสนับสนุนผู้เสียเปรียบเพื่อให้สังคมบรรลุเป้าหมายความยุติธรรม ด้วยการใช้อำนาจที่คนส่วนใหญ่ไม่รู้ ชุดหลักคิดเหล่านี้ได้รับการยอมรับอย่างกว้างในสายเสรีนิยม แม้จะมีนักคิดหลายท่านได้โต้แย้งประเด็นต่างๆ เช่น สังคมที่มีความหลากหลาย ชัดแจ้ง ไม่เท่าเทียมจะสมათานหลักความยุติธรรม เท่าเทียมกันของมนุษย์ในสภาวะเริ่มแรกหรือไม่ อย่างไร การสนับสนุนผู้เสียเปรียบได้สร้างความไม่เท่าเทียมให้กับผู้อื่นหรือไม่ หรือเราจะคิดแบบมานแห่งความไม่รู้ได้อย่างไร ในเรื่องผู้คนต่างมีอัตลักษณ์ สังคม ที่มีคุณค่า ประโยชน์เฉพาะ

⁷ เสน่ห์ จามริก (2549) สิทธิมนุษยชนไทยในกระแสโลก, สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา, กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย) น.41-43

ด้าน และท้ายที่สุดการใช้วิธีคิดแบบสถาบันนิยมอุดมคติจะสร้างปัญหาหรือไม่ ท่ามกลางคนในสังคมที่มองความยุติธรรมแตกต่างกัน และขัดแย้งกัน

ข้อถกเถียงเหล่านี้ช่วยทำให้ความหมายของความยุติธรรมเป็นสิ่งที่ไม่ตายตัว แต่สิ่งที่พอจะสรุปร่วมกันได้ว่า สถานะความยุติธรรมที่ให้ความสำคัญต่อความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน เป็นหลักจริยธรรมที่ควรส่งเสริมให้สังคมมนุษย์ยึดถือ แต่ในการออกแบบสถาบัน ระบบ กฎเกณฑ์ความยุติธรรมนั้น แม้จะมีหลักการยุติธรรมเชิงอุดมคติ แต่เราไม่สามารถยึดกรอบคิดความยุติธรรมแบบใดแบบหนึ่งให้เป็นสากลอย่างตายตัว เนื่องจากสังคมต่างให้ความสำคัญ และมีมุมมองความยุติธรรมที่แตกต่างกันดังที่ปรากฏในข้อถกเถียงแนวคิดความยุติธรรมที่ไม่มีข้อสรุปชัดเจน และที่สำคัญในแต่ละสถานการณ์ เจื่อนไข ก็ไม่สามารถที่จะใช้แนวคิดเรื่องความเท่าเทียมแบบแข็งทื่อ ตายตัวได้ ในบางสถานะจำเป็นที่จะต้องมีความไม่เท่าเทียมเพื่อให้เกิดความยุติธรรม ในบางสถานการณ์คุณค่า ความดีงามอื่นๆ ของมนุษย์ เช่น ความยั่งยืน ภารดรภาพ ฯลฯ อาจจะเหมาะสมกว่า

ด้วยเหตุนี้เราจึงควรสร้างความยุติธรรมในหลายระนาบแบบมียุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ กล่าวคือ โดยพื้นฐานทำให้สังคมยอมรับหลักคุณค่าเรื่องความเท่าเทียมของมนุษย์ แต่เปิดกว้างสำหรับจุดเน้น และแนวทางสร้างความยุติธรรมโดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนสาธารณะมาร่วมพิจารณา แต่สิ่งที่ควรเน้นในทางยุทธศาสตร์ก็คือ การเลือกที่จะวิพากษ์ ต่อสู้กับความยุติธรรมที่เป็นปัญหาใหญ่ของมนุษย์ร่วมกัน เช่น การรวมศูนย์อำนาจ กดขี่ ขูดรีด การทำลายความยั่งยืนของนิเวศ และวัฒนธรรม เป็นต้น และมีการประเมินผล ตรวจสอบการใช้ความยุติธรรมในแต่ละแบบ แต่ละสถานการณ์ว่าได้ทำให้เราเข้าใกล้หลักคุณค่าความยุติธรรมมากน้อยแค่ไหน และการสร้างความยุติธรรมต่างๆ ได้สร้างปัญหา กระทบหรือเสริมคุณค่าของความเป็นมนุษย์ด้านอื่นๆ หรือไม่

ดังนั้น ความยุติธรรมจึงเป็นทั้งหลักคุณค่าสากลพร้อมไปกับการรับรองความหลากหลายของคุณค่าต่างๆ ด้วยกระบวนการสนทนาสาธารณะน่าจะเป็นแนวทางที่สร้างการเชื่อมต่อ ต่อรองของความหมายต่างๆ ให้มาร่วมคิด ถกเถียงในระนาบเดียวกัน

ความยุติธรรมกับความเป็นธรรมทางสังคม

กุลภา วจนสาระ (2555)⁸ได้เชื่อมโยงพัฒนาการแนวคิดความยุติธรรมสู่ความเป็นธรรมทางสังคม โดยสรุปว่าความยุติธรรมในความหมายของความเป็นธรรมทางสังคม ซึ่งมีนัยถึงการแบ่งสรรปันส่วนทรัพยากรที่มีจำกัดให้แก่ผู้ยากไร้หรือด้อยโอกาส เป็นความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 18 ต่อต้นศตวรรษที่ 19 (Fleischacker, 2005; Miller, 1999, อ้างในกุลภา, น.18) ความคิดเรื่องความยุติธรรมจึง

⁸ กุลภา วจนสาระ (2555) มองหาความเป็นธรรมในสังคมผ่านคนชายขอบ, *ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย*, กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, น.19-20

ขยับจากเดิมที่มองว่า ความยุติธรรมคือการลงโทษตามความผิดที่กระทำไปสู่ความเป็นธรรมทางสังคมที่คำนึงถึงการจัดสรรทรัพยากรให้กับคนด้อยโอกาสในสังคมให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

กุกกาได้สรุปแนวคิดของ Fleischacker (2005) ว่า ความคิดเรื่องความยุติธรรมทางสังคม (social justice) ที่เกิดขึ้นใหม่สนใจมิติการจัดสรรปันส่วนอย่างเป็นธรรม (distributive justice) โดยเชื่อว่า ปัจเจกทุกคนเสมอภาคกันและควรได้รับการเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน รวมทั้งมีสิทธิที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครองเสมอเหมือนกัน ภายใต้สิทธิขั้นพื้นฐานข้างต้นนั้นยังรวมถึงการจัดสรรแบ่งปันทรัพยากร ที่สามารถเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติและอยู่บนพื้นฐานของเหตุผล โดยรัฐมีหน้าที่จัดสรรทรัพยากรและสร้างกลไกเชิงสถาบันสำหรับการกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม

การมองความเป็นธรรมจากเรื่องการจัดสรรทรัพยากรเป็นเพียงมิติหนึ่งของปรากฏการณ์เท่านั้น เมื่อเราวิเคราะห์ผ่านโครงสร้างการจัดช่วงชั้นทางสังคมดังที่พนันท์ วรรณเทพสกุล (2554) ได้ใช้แนวคิดเรื่องความไม่เท่าเทียมกันของ Max Weber จะทำให้เราเห็นที่มา สาเหตุ การกำหนดจุดเทียบเคียงที่เป็นต้นธารสำนึกความไม่เป็นธรรมปรากฏชัดเจนนั่น

พนันท์ ตั้งสมมุติฐานว่า ความไม่เป็นธรรมเกิดจากคนได้เทียบเคียงกับผู้อื่นแล้วรู้สึกว่าเขาไม่เท่าเทียมหรือได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียม ซึ่งความไม่เป็นธรรมดังกล่าวเกิดขึ้นจากการจัดช่วงชั้นในสังคมที่มีปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรมมาเป็นตัวกำหนด

จุดสำคัญอยู่ที่การเข้าใจจิตสำนึกทางชนชั้นที่มีตัวแปรจากสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม และอำนาจเกิดการเปลี่ยนแปลงจนกระทบต่อโอกาสในชีวิต และในบริบททุนนิยมสมัยใหม่ ผู้คนรู้สึกว่าการที่โอกาสในชีวิตของตนเองเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว คนที่รู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการที่เขาถูกกีดกันออกจากสวัสดิการสังคมขณะที่มีคนอื่นกลุ่มอื่นๆ กลับเข้าถึงได้มากกว่าทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ สภาวะช่องว่างดังกล่าวทำให้เกิดความไม่พอใจอย่างรุนแรงยิ่งขึ้นเมื่อพวกเขาตกอยู่สภาพชีวิตที่ไม่มั่นคง จึงทำให้เกิดการเรียกร้องให้ปรับกฎ กติกา การจัดสรรทรัพยากร และโอกาสทางสังคมให้เป็นธรรมขึ้น ขณะที่คนที่ได้รับโอกาสที่มากกว่าในโครงสร้างที่ไม่เท่าเทียมกันก็พยายามที่จะยึดโครงสร้างเดิมที่เอื้อประโยชน์ต่อตนไว้ ดังนั้นเองช่องว่างทางสังคมภายใต้โครงสร้างช่วงชั้นทางสังคมที่เหลื่อมล้ำกันนั้นเองที่ทำให้เกิดสังคมเริ่มตั้งถามต่อความเป็นธรรม และต้องการเรียกร้องให้สังคมปรับโครงสร้างที่เป็นธรรมมากขึ้น

ดังนั้นเอง การสร้างความเป็นธรรมทางสังคม ต้องเริ่มต้นจากการพิจารณาช่องว่างทางเศรษฐกิจ สังคม และอำนาจในโครงสร้างช่วงชั้นทางสังคม และศึกษาถึงกลุ่มต่างๆ ในสังคมว่าเกิดแรงตึงเครียดจากโครงสร้างที่มีอยู่และการเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อสถานภาพ โอกาสชีวิตของพวกเขาอย่างไร อะไรคือจุดที่พวกเขาใช้เทียบเคียงตีความความไม่เป็นธรรม โดยใส่ใจต่อบัจจัยอย่างรอบด้านไม่เพียงแต่เรื่องเศรษฐกิจ แต่ต้องดูถึงเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรม และอำนาจ ที่จะทำให้ผู้คนมีอำนาจเข้าถึงทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองได้มากยิ่งขึ้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการมองปัญหาความไม่เป็นธรรมทาง

สังคมในเชิงโครงสร้าง และเชื่อมโยงกับเชิงวัฒนธรรมในแง่ของการนิยามให้ความหมายของผู้คนที่มีความหมายของตนเองและผู้อื่น

2.4 ปฏิบัติการแนวคิดเรื่องความยุติธรรม

ผู้เขียนหรือผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิดเรื่องความยุติธรรมและความเป็นธรรมมาวิเคราะห์ปัญหาความขัดแย้งชนิดต่างๆ ในสังคมไทย โดยเฉพาะในเรื่องการจัดการทรัพยากรธรรมชาติซึ่งเป็นปมปัญหาสำคัญของสังคมไทย ซึ่งสามารถนำมาใช้เทียบเคียงกับปัญหาความยุติธรรมในระบบสาธารณสุขไทยได้

จากงานศึกษาต่าง ของผู้เขียนในเรื่องความเป็นธรรมในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ⁹ ผู้เขียนพบว่า สังคมเริ่มสนใจตั้งคำถามต่อแนวคิดเรื่องความยุติธรรม หรือความเป็นธรรมทางสังคมก็เมื่อเกิดการตระหนักว่าสภาพปัญหาที่พวกเขาเผชิญเชื่อมโยงกับ ปัญหาความยุติธรรม ซึ่งเป็นปัญหาทั้งเชิงประจักษ์หรือเป็นภาวะวิสัยที่ปรากฏทั้งในระดับโครงสร้างและระดับชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาการกระจายรายได้ การเข้าถึงทรัพยากร ความยากจน การมีส่วนร่วมทางนโยบาย และกลไกทางการเมือง การถูกกีดกันทางสังคม และอื่นๆ แต่ในอีกด้านหนึ่งก็เป็นปัญหาเชิงอัตวิสัย อันเกิดจากความรู้สึกเชิงเปรียบเทียบว่าคนอื่นกลุ่มอื่น หรือสถาบันอื่นมีอำนาจทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองมากกว่าตน ซึ่งสภาวะที่รู้สึกว่ามีอำนาจไม่เท่ากันนี้ เกิดจากสถาบันทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม จัดสรรอำนาจ และทรัพยากรให้ไม่เท่ากัน ผู้ที่รู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยกว่าจึงรู้สึกว่าเป็นธรรม

ความไม่เป็นธรรมในเชิงประจักษ์กับเชิงอัตวิสัยเป็นสิ่งที่สัมพันธ์กันแต่ไม่สอดคล้องกันเสมอไป เพราะในสภาพความไม่เป็นธรรมเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะความไม่เป็นธรรมเชิงโครงสร้างหรือเชิงวัฒนธรรมซึ่งมองเห็นได้ไม่ง่าย ต้องผ่านการตีความ หากผู้คนไม่ได้มีความรู้เชิงเปรียบเทียบก็อาจไม่คิดว่าเป็นปัญหาความไม่เป็นธรรม แต่เมื่อใดก็ตามที่ผู้คนที่อยู่ในสถานะดังกล่าวปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ ก็จะเริ่มคิดว่าตนเองอยู่ในสภาวะไม่เป็นธรรมขึ้นมาได้

การวัดหรือบ่งชี้ปัญหาความไม่เป็นธรรมเชิงประจักษ์ทั้งในระดับโครงสร้างและชีวิตประจำวันสามารถทำได้ไม่ยาก เช่น พิจารณาจากรายได้ การเข้าถึงทรัพยากร โอกาสและทางเลือกในทางเศรษฐกิจ สังคม การมีส่วนร่วมทางการเมือง และอื่นๆ หากแต่การวัดความไม่เป็นธรรมเชิงอัตวิสัยเป็นไปได้ยาก เพราะความเป็นอัตวิสัยไม่ได้เกิดขึ้นโดยโดดๆ แต่ผันแปรเปลี่ยนไปตามความสัมพันธ์ทางอำนาจที่ผู้คนดำรงอยู่ เช่น เกษตรกรมีที่ทำกินน้อยอาจจะไม่รู้สึกว่าไม่เป็นธรรม จนเมื่อเกิดเหตุการณ์บางอย่างที่กระทบต่อการดำรงชีพของตนเอง เช่น ถูกยึดที่ดินเพราะหลุดจำนอง เหตุการณ์แบบนี้ทำให้เกิดการเชื่อมโยงเปรียบเทียบกับกลุ่มทุนเกษตรขนาดใหญ่ที่ดินมหาศาลที่มีปัญหาหนี้สินแต่ไม่ถูกยึดที่ หรือมีการรู้ข้อมูลเพิ่มเติมใหม่ๆ ว่ารัฐมีสนับสนุนกลุ่มทุนครอบครองที่ดินขนาดใหญ่มากกว่าสนับสนุนให้เกษตรกรรายย่อย

⁹ กฤษฎา บุญชัย (2556) บทสังเคราะห์ความเป็นธรรมทางสังคมในมิติการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, โครงการศึกษาความเป็นธรรมทางสังคมเพื่อสังคมสุขภาวะ, กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รักษาที่ดินได้ ความเชื่อมโยงเหล่านี้มันได้แก่ สถานการณ์ปัญหาที่กระทบต่อชีวิต การได้รู้ข้อมูลใหม่ถึงการเลือกปฏิบัติ จึงทำให้ชาวนาเริ่มก่อรูปความคิดเรื่องความไม่เป็นธรรมขึ้นมาอธิบายปัญหาพวกเขา

จุดสำคัญอยู่ที่ผู้คนเริ่มตีความใหม่จากความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่แต่เดิมอาจมองว่าเป็นปัญหามานุษยกรรม เป็นเรื่องธรรมชาติที่คนไม่เท่ากัน และอื่นๆ มามองว่าสถาบันการเมืองได้มีส่วนสร้างความไม่เป็นธรรม ดังนั้นความต่างระหว่างแนวคิดความเหลื่อมล้ำกับความไม่เป็นธรรมก็คือ ความเหลื่อมล้ำเป็นปรากฏการณ์ผิวหน้าที่ไม่มีนัยการเมือง แต่ความไม่เป็นธรรมเป็นรากของปัญหาของการเมือง และต้องเคลื่อนไหวทางการเมืองเพื่อต่อสู้กับความไม่เป็นธรรม

สิ่งที่ควรพิจารณาต่อไปก็คือ ฝ่ายต่างๆ ในสังคมสามารถสร้างกรอบความคิดเรื่องความไม่เป็นธรรมทางสังคม ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการตีความปัญหาเดิมที่เผชิญอยู่ และเกิดจากการขยายขอบเขตความหวัง จินตนาการไปสู่การอ้างอิงสิ่งใหม่ที่จะเติมเต็มความต้องการของตนไม่ว่าจะเป็นฝ่ายที่ได้รับความเป็นธรรม หรือฝ่ายที่ได้อภิสิทธิ์ทางสังคมอยู่แล้ว เช่น คนชั้นกลางในเมืองอาจอ้างว่าการให้ชุมชนในพื้นที่ป่าใช้ประโยชน์จากป่าจะไม่เป็นธรรมกับคนชั้นกลางที่อยู่ในเมือง เพราะป่าเป็นของประชาชนทุกคน หรือเราไม่ควรใช้ภาษีอัตราก้าวหน้ากับคนที่มีที่ดินมาก เพราะจะทำให้คนรวยเสียภาษีมากกว่าคนจน เป็นต้น หรือในด้านแรงงาน แต่เดิมแรงงานอาจพอใจกับค่าจ้างที่ตนเองได้รับ แต่พอมีแรงงานคนอื่นที่มีทักษะฝีมือดีกว่าจึงได้ค่าจ้างมากกว่ากลับเห็นว่าการให้ค่าตอบแทนไม่เป็นธรรม

ด้วยเหตุนี้ความไม่เป็นธรรมที่เป็นอัตวิสัยส่วนบุคคล เป็นสิ่งที่แปรผันไปตามการตีความใหม่ต่อความสัมพันธ์อำนาจที่ขัดแย้งกัน ซึ่งก็ทำให้การอ้างความเป็นธรรมของแต่ละฝ่ายก็อาจจะขัดแย้งกันได้ การอธิบายปัญหาความไม่เป็นธรรมเชิงอัตวิสัยแม้เป็นสิ่งที่ควรทำเพื่อให้เข้าใจวิถีคิดเรื่องความไม่เป็นธรรมของผู้คน แต่ก็ไม่ควรศึกษาโดดๆ แต่ควรศึกษาในลักษณะเป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อฝ่ายต่างๆ และโยงปัญหาความไม่เป็นธรรมแบบอัตวิสัยกับความไม่เป็นธรรมเชิงภาวะวิสัยทั้งในระดับโครงสร้างและระดับปฏิบัติการด้วย

วิถีคิดเรื่องความเท่าเทียม (Equity) จะเป็นตัวช่วยอุดช่องว่าง หรือภาวะลักลั่นระหว่างความไม่เป็นธรรมเชิงอัตวิสัยกับภาวะวิสัย หรือความไม่เป็นธรรมในระดับโครงสร้างกับระดับชีวิตประจำวัน เนื่องจากแนวความคิดเรื่องเท่าเทียม เริ่มต้นจากการมองว่า แม้ในทางการเมือง พลเมืองจะมีสิทธิเสรีภาพเท่าเทียมกัน หากแต่ผู้คนในสังคมมีทุนทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองที่แตกต่างกัน และมีลักษณะครอบงำ กดขี่กัน ดังนั้น ความเท่าเทียมจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อไปเสริมอำนาจให้แก่ผู้ด้อยอำนาจให้มีอำนาจทัดเทียมกันกับผู้คนในสังคมส่วนอื่นๆ เช่น รับรองสิทธิชุมชนต่อฐานทรัพยากรในพื้นที่เพื่อการยังชีพมากกว่าสิทธิของประชาชนทั่วไป หรือกลุ่มทุนที่จะแสวงประโยชน์จากทรัพยากรเพื่อความมั่งคั่ง เนื่องจากชุมชนที่อยู่กับฐานทรัพยากรมีทางเลือกทางเศรษฐกิจอื่นๆ น้อยกว่าสังคมส่วนอื่น หรือการเปิดช่องให้กลุ่มคนชายขอบ คนพิการ คนชรา สตรี กลุ่มชาติพันธุ์ ได้มีสิทธิบางอย่างที่เหนือกว่าประชาชนทั่วไป เพื่อให้พวกเขามีอำนาจต่อรองใกล้เคียงกับคนทั่วไปมากขึ้น

วิธีคิดเรื่องความเท่าเทียมได้ช่วยเพิ่มน้ำหนักของการมองปัญหาความไม่เป็นธรรมเชิงระบบหรือเชิงโครงสร้างมากยิ่งขึ้น และใช้เป็นกรอบอ้างอิงสำหรับการเชื่อมโยงปัญหาความไม่เป็นธรรมจากมุมมองวิสัยทัศน์ได้มีจุดบรรจบอยู่ที่การยอมรับและดำรงอยู่ร่วมกันของพลเมืองที่หลากหลาย โดยการสร้างระบบสนับสนุนให้เกิดความเท่าเทียมกันทางสังคมให้มากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม แม้แนวคิดเรื่องความเป็นธรรมทางสังคมจะช่วยขยายกรอบความคิดการเรียกร้องสิทธิ เสรีภาพของประชาชนที่แต่เดิมใช้วาทกรรมเรื่องสิทธิให้กว้างขวางยิ่งขึ้น แต่กระนั้นการมองสภาพปัญหาและทางออกจากมุมมองเรื่องความเป็นธรรมเพียงด้านเดียวก็มีข้อจำกัดด้วย เพราะความเป็นธรรมทางสังคม ยังสัมพันธ์กับหลักการพื้นฐานของการสร้างสังคมที่เป็นสุขอื่นๆ อีกได้แก่ หลักความยั่งยืนทางนิเวศและสังคม และหลักสันติภาพและภราดรภาพหรือที่มีการนำเอาแนวคิดเรื่องความเป็นธรรมไปผนวกรวมกับแนวคิดอื่นๆ เช่น ความเป็นธรรมทางนิเวศ ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และอื่นๆ เป็นต้น

จากประสบการณ์การเคลื่อนไหวของขบวนการนิเวศและสิ่งแวดล้อมทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยได้สะท้อนถึงบทเรียนสำคัญว่า การต่อสู้เพื่อปกป้องนิเวศและสิ่งแวดล้อมจะละเลยปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสังคมไม่ได้ เพราะปัญหานิเวศ การแย่งชิงทรัพยากร เป็นปัญหาของโครงสร้างอำนาจที่ไม่เป็นธรรม การต่อสู้เพื่อกระจายอำนาจ การรับรองสิทธิชุมชน และอื่นๆ นอกจากจะตอบคำถามเรื่องความเป็นธรรมแล้วยังตอบคำถามเรื่องความยั่งยืนของนิเวศด้วย ในทางกลับกันการต่อสู้เพื่อความเป็นธรรมจะเกิดขึ้นได้อย่างไรหากไม่ต่อสู้เพื่อความยั่งยืนของนิเวศและสิ่งแวดล้อม เพราะหากทรัพยากรถูกทำลายจากทุกฝ่าย แม้จะมากน้อยต่างกัน ก็จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตสิ่งแวดล้อมและสังคมที่กระทบทุกคนและทุกคนที่มีอำนาจมากกว่าก็จะเอาตัวรอดจากภัยพิบัติได้ง่ายกว่า พร้อมกล่าวโทษคนที่มีความอ่อนแอกว่าว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำลายทรัพยากร (เปรียบเสมือนฝูงแกะจำนวนมหาศาลที่ต่างพากันเตะโลมหญ้าที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียมจนหญ้าหมดสิ้น ฝูงแกะทั้งหมดก็จะประสบความอดอยากอย่างเป็นธรรมด้วยกันทั้งสิ้น)

ด้วยเหตุนี้ความเป็นธรรมและความยั่งยืนเป็นสิ่งที่ต้องไปด้วยกันอย่างแยกไม่ออก พร้อมกันนี้เพื่อสังคมได้ปรับตัวจัดการสภาพปัญหาเรื่องความเป็นธรรมและความยั่งยืนได้อย่างไม่เกิดความรุนแรงนั้น ควรจะต้องยึดโยงหลักการเรื่องสันติวิธีและภราดรภาพเป็นแนวทางหลักของการสร้างความเป็นธรรมและความยั่งยืนด้วย เพราะเป้าหมายสำคัญที่สุดของสังคมการเมืองก็คือ สังคมที่มีความสุขจากการมีหลักประกันเรื่องสิทธิ เสรีภาพ เสมอภาค ภราดรภาพ และความยั่งยืน

เมื่อความเป็นธรรมไม่ใช่สภาวะนามธรรมล่องลอย แต่สัมพันธ์กับปัจจัยเชิงโครงสร้างหลายระดับ การวิเคราะห์ความเป็นธรรมควรพิจารณาเงื่อนไขที่สัมพันธ์กับอำนาจดังต่อไปนี้

1. ชนชั้น เนื่องจากสถานะทางชนชั้นที่แตกต่างกันมีผลต่อศักยภาพทางอำนาจที่แตกต่างกันด้วย และส่งผลต่อการได้รับหรือต่อสู้กับความไม่เป็นธรรม แต่การวิเคราะห์ชนชั้นทางเศรษฐกิจนั้น ควรใช้เป็นกรอบวิเคราะห์อย่างยืดหยุ่น ไม่ควรใช้แบบเป็นแก่นสารที่หยุดนิ่งตายตัว เพราะจะ

ทำให้การอธิบายปัญหาต่างๆ กว้างกลับไปที่ขั้นต้น สุดท้ายก็ไม่ได้ความรู้ใหม่ต่อเรื่องความเป็นธรรม

2. กระบวนการรวมกลุ่ม การสร้างความเป็นปึกแผ่นของกลุ่ม ชุมชน ขบวนการ อันเนื่องจากปัจเจกบุคคลอาจไร้พลังต่อรองทางอำนาจ แต่การรวมกลุ่มที่เข้มแข็ง เป็นสถาบัน จะทำให้มีอำนาจต่อรองมากขึ้นในการกำหนดการได้รับประโยชน์ หรือการป้องกันการถูกกดขี่ได้มากขึ้น ปัจจัยที่จะทำให้กลุ่มเข้มแข็งมีหลายประการ เช่น การมีเป้าหมาย อุดมการณ์ร่วม การมีผู้นำที่เข้มแข็ง การมีโครงสร้างที่เปิดกว้างต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิก ซึ่งความเข้มแข็งของกลุ่มจะทำให้เกิดเงื่อนไขเชิงบวกอื่นๆ (ดังที่จะกล่าวในข้อต่อไป) ในทางตรงกันข้าม หากกระบวนการกลุ่มอ่อนแอ ผู้คนก็จะผละออกจากกลุ่ม ความเป็นปึกแผ่น เอกภาพก็จะลดลง
3. ศักยภาพการระดมทรัพยากร อันกินความรวมถึงตั้งแต่ทรัพยากรธรรมชาติ ทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง กลุ่มที่มีความสามารถระดมทรัพยากรได้สูง มีการพึ่งตนเองได้สูง การมีอำนาจทั้งในการวางแผนกำหนดทิศทางตนเอง และการมีอำนาจต่อรองกับฝ่ายต่างๆ ก็จะสูงขึ้น ในทางตรงกันข้ามกลุ่มที่มีฐานทรัพยากรน้อย ก็จะเคลื่อนไหวได้ยาก ทำให้เป้าหมายการต่อสู้เพื่อความเป็นธรรมไม่บรรลุผล
4. การมีกระบวนการสร้างความรู้เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์เคลื่อนไหว กระบวนการสร้างความรู้ทั้งในเชิงการศึกษาเพื่อกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ หรือออกแบบการจัดการสภาพชีวิตของตนเองมีส่วนสำคัญต่อการเพิ่มอำนาจการต่อรองเพื่อความเป็นธรรม ดังเห็นได้จากขบวนการเคลื่อนไหวต่างๆ มียุทธศาสตร์ขับเคลื่อนด้านความรู้มากยิ่งขึ้นในช่วงหลัง
5. การแสวงหาพันธมิตรทางยุทธศาสตร์ ที่สามารถช่วยสนับสนุนเรื่องการระดมทรัพยากร การผลักดันนโยบาย การพัฒนาองค์ความรู้ และอื่นๆ พันธมิตรดังกล่าวอาจมีทั้งในระดับท้องถิ่นหรือระดับชาติ หากขบวนการสามารถจัดวางพันธมิตรที่หลากหลายให้เข้ามาช่วยสนับสนุน การเคลื่อนไหวก็จะมีพลังในการต่อรองมากขึ้น
6. การมีช่องทางการมีส่วนร่วมทางนโยบายของรัฐ ขบวนการเคลื่อนไหวที่มีข้อต่อกับอำนาจรัฐสามารถผลักดันให้เกิดการต่อรองกับรัฐได้ จะทำให้มีโอกาสต่อการกำหนดเงื่อนไขความเป็นธรรมให้กับขบวนการของตนได้มากขึ้น
7. การต่อรอง ปรับใช้อำนาจทางวัฒนธรรมให้สนับสนุนการเคลื่อนไหวของตน โดยการหยิบยืมตีความ อุดมการณ์ทางการเมืองสังคมบางประการทั้งในระดับสากลหรือระดับชาติมาปรับใช้ เช่น การนิยามคนจนซึ่งเป็นวาทกรรมหลักของสังคมมาตีความใหม่ของสมัชชาคนจนก็มีส่วนช่วยสร้างอำนาจต่อรอง การหยิบเอาวาทกรรมชาตินิยมที่แต่เดิมผูกขาดโดยรัฐและชนชั้นนำมากลับหัวกลับหางเสียใหม่ว่า ชาตินิยมถึงประชาชน ก็มีผลให้การเคลื่อนไหวของประชาชนเป็นไปเพื่อชาติ หรือความอยู่รอดของชาติก็คือความอยู่รอดของประชาชน เป็นต้น

ปัจจัยทั้ง 7 ประการเป็นเพียงตัวอย่างเบื้องต้นที่ใช้อธิบายกระบวนการทางอำนาจของกลุ่มคนที่จะนำไปสู่การกำหนดสภาวะประโยชน์ หรือการไม่ถูกเลือกปฏิบัติ หรือเป็นการกำหนดความเป็นธรรมทางสังคม ทั้งนี้แต่ละโครงการก็สามารถนำไปปรับใช้ เพิ่มเติม ขยายความ ลดทอน เพิ่มจุดเน้นบางประการ ขึ้นมาได้

แต่สิ่งที่ควรตระหนักดังที่กล่าวไว้ในช่วงแนวคิดพื้นฐานก็คือ การพิจารณาปัจจัยเหล่านี้ควรมองในฐานปฏิสัมพันธ์ ซึ่งอาจมีลักษณะวิภาษวิธีกับฝ่ายต่างๆ ที่ผันแปรไป และครอบคลุมเค้าโครงการมองปัญหาความไม่เป็นธรรมเชิงโครงสร้างมากำกับอีกชั้น โดยโครงการต่างๆ ควรพยายามตอบคำถามว่า

1. เราจะเสริมสร้างกระบวนการตีความให้แก่ผู้คนที่ถูกเอาเปรียบแต่ยังมีขีดต่อการมองปัญหาความไม่เป็นธรรมเชิงโครงสร้างอย่างไรพร้อมกับการมองเรื่องความยั่งยืนและสันติร่วมกันได้อย่างไร
2. เราจะมีพื้นที่ให้ขบวนการเคลื่อนไหวความเป็นธรรมฝ่ายต่างๆ ได้มาถกเถียงสาธารณะเพื่อให้เกิดการยอมรับหลักการความเป็นธรรมร่วมกันได้อย่างไร
3. เราจะออกแบบโครงสร้างทางการเมือง เศรษฐกิจ เช่น นโยบายและกลไกทางนโยบายในเรื่องนั้นๆ (ข้าว ที่ดิน แรงงาน และอื่นๆ) อย่างไร
4. เราควรจะต้องเสริมอำนาจ โอกาสแก่ผู้ด้อยโอกาสในแง่ไหน และลดอำนาจแก่ผู้ครองอำนาจในแง่ไหน ที่จะทำให้เกิดสภาวะความเท่าเทียมกัน ยั่งยืน และสันติ
5. จุดคานงัดที่เป็นรูปธรรมที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนโครงสร้างในเรื่องนั้นๆ ให้เกิดความเป็นธรรม ยั่งยืน และสันติอยู่ที่ไหน

บทที่ 3

ความเป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพ: มุมมองจากบุคคลสำคัญในระบบสุขภาพ

ในบทนี้จะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

- 1) ความหมายและองค์ประกอบของการอภิบาลระบบสุขภาพ
- 2) ประมวลประเด็นปัญหาความไม่เป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพจากเอกสาร งานวิจัย ต่างๆ
- 3) สรุปย่อมุมมอง ทศนะของบุคคลสำคัญเรื่องความเป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพ

1. การอภิบาลระบบสุขภาพ

แนวคิด การอภิบาลระบบสุขภาพ เป็นการเชื่อมโยงแนวคิดเรื่อง อภิบาล (Governance) อันหมายถึง ระบบการบริหารจัดการที่ดี (ตามหลักคุณธรรม นิติธรรม ความโปร่งใส ความมีส่วนร่วม ความรับผิดชอบ ความคุ้มค่า) และระบบสุขภาพ (Health system) โดยยึดความหมายตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ว่า “ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” ซึ่งสัมพันธ์กับนิยามของ “สุขภาพ” ที่บัญญัติไว้ว่าหมายถึง “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” ดังนั้นเมื่อรวมกันแล้วการอภิบาลระบบสุขภาพ จึงหมายถึง ระบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพของรัฐร่วมกับภาคีสังคมให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาลโดยองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งคือ ความเป็นธรรม

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ(2551) เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ อันเป็นกลไกขับเคลื่อนเชิงนโยบายตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้ยืนยันว่าระบบสุขภาพที่ดีต้องมีระบบและกลไกการอภิบาลดูแลระบบสุขภาพเพื่อติดตามประเมินผล ควบคุม กำกับ ตลอดจนส่งเสริมสนับสนุน ประสานเชื่อมโยงทุกระบบย่อยเข้าด้วยกันเพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพไปข้างหน้า ดังนั้นเพื่อให้บรรลุหลักการดังกล่าวควรต้องมีระบบรองรับได้แก่ ระบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ระบบการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุข ระบบกฎหมายด้านสุขภาพ ระบบงบประมาณ และการเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบสุขภาพที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับนานาชาติ เป็นต้น

ระบบย่อยๆ เหล่านี้ จะมีบทบาทหน้าที่หลักๆ ตามรายงานองค์การอนามัยโลกปี 2550 ได้แก่ การกำหนดนโยบาย (Policy guidance) การสังเคราะห์และใช้ความรู้ และการดูแลรวม (Intelligence and oversight) การประสานงานและสร้างความร่วมมือ (Collaboration and coalition building) การกำกับดูแล (Regulation) การออกแบบระบบ (System design) และ การมีความรับผิดชอบ (Accountability)

กล่าวโดยสรุปแล้วการอภิบาลระบบสุขภาพ ก็คือ ระบบ กฎเกณฑ์ และกลไกการบริหารจัดการสุขภาพของสาธารณะ (รัฐและสังคม) ที่มีบทบาทหน้าที่บริหารจัดการระบบสุขภาพให้มีความเป็นธรรมากิบาล โดยมีมิติเรื่องความเป็นธรรมเป็นแกนสำคัญ

ในเชิงรูปธรรมเนื่องจากการอภิบาลสังคมไทยมีศูนย์กลางอยู่ที่กลไกภาครัฐแกนกลางของการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศจึงอยู่ที่รัฐบาลและกลไกหลักที่เชื่อมโยงกับรัฐบาล ซึ่งได้แก่กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

แต่ขณะเดียวกัน ภาคสังคม อันได้แก่ สถาบันวิชาการ องค์กรประชาสังคม ก็มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิรูปโครงสร้างระบบสุขภาพของชาติ จึงควรถูกนับว่าเป็นกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ ในส่วนของการทำหน้าที่ติดตาม ตรวจสอบ เสนอแนะต่อนโยบาย สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน และสร้างความเข้มแข็งแก่เครือข่ายทางสังคมให้ร่วมผลักดันการอภิบาลระบบสุขภาพด้วย

2. ปัญหาความไม่เป็นธรรม

สังคมไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา คนไทยมีอายุยืนขึ้นอย่างชัดเจน และจะเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ไทยจะมีผู้สูงอายุสูงถึง 1 ใน 4 ของประชากร แบบแผนการเจ็บป่วยและเสียชีวิต เปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นหลักมาเป็นโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเกิดจากการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และผลสะสมของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มะเร็ง ฯลฯ จากผลการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่าประชากรไทยมักไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคเรื้อรัง หรือ กลุ่มที่รู้ว่าเป็นโรคเรื้อรังนั้นส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมอาการและดูแลรักษาตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งภาวะดังกล่าวมักนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพในที่สุด ทำให้มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต และต้องการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคมต่อไป

ประชาชนคนไทยต้องการระบบบริการสุขภาพที่ดีระบบที่สามารถทำให้คนไทยทั้งผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการมีความสุขกันถ้วนหน้า ดังนั้น ถ้าเอาประโยชน์ส่วนรวม เอาประชาชนเป็นเป้าหมายเดียวกันแล้ว ยิ่งองค์กรบริหารอย่างไรโปร่งใสมากเท่าใด ก็จะเป็นเครื่องมือที่ดีสำหรับป้องกันการโจมตีจากผู้ไม่หวังดี นักการเมืองหรือผู้ที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนได้เพราะเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกบาททุกสตางค์เป็นเงินภาษีของประชาชนและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ใช่ของคนใดคนหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งแต่อย่างใด หากร่วมกันคิด-มอง-ทำ อย่างเข้มแข็งย่อมนำไปสู่เป้าหมายเดียวกันที่จะทำให้ประชาชนคนไทยเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพที่ดีได้

ปัจจุบัน ระบบบริการสุขภาพของไทยที่มี 3 ระบบ คือ 1) ระบบสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งดูแลข้าราชการและครอบครัวประมาณ 7 ล้านคน 2) กองทุนประกันสังคมดูแลประมาณ 10 ล้านคน และ 3) กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดูแลประชาชนทั่วไป 48 ล้านคน

2.1 ประเด็นระบบประกันสุขภาพ

ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการขยายความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข โดยมีโครงสร้างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ กระจายครอบคลุมทุกจังหวัด และต่อมาก็มีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี เรายังพบว่า ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขยังคงดำรงอยู่ อันเนื่องมาจาก

- 1) จำนวน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอ โดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ด้านวิชาชีพอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับรองรับปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทวีจำนวนมากขึ้น เช่น นักกายภาพบำบัด อาชีวบำบัด รวมถึงบุคลากรที่ไม่ใช่สายวิชาชีพ เช่น ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- 2) การขาดความเป็นธรรมในการกระจายของบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการกระจายของโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงที่มีการกระจุกตัวบางพื้นที่ เช่น กรุงเทพมหานคร ในขณะที่บางเขตพื้นที่ไม่มีบริการดังกล่าว
- 3) บริการที่จำเป็นสำหรับปัญหาสุขภาพใหม่ เช่น บริการระยะกลางและบริการระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการ ทั้งในชุมชนและในสถาบันยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายทั้งชั่วคราวและถาวรเกือบทั้งหมดจำกัดอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในชนบท
- 4) ระบบบริการปฐมภูมิขาดคุณภาพและไม่เข้มแข็ง แม้ว่าจะมีแนวคิดในการผลักดันให้เกิดบริการปฐมภูมิ ซึ่งครอบคลุมบริการสาธารณสุขมูลฐานด้วย แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มี การดำเนินการผลักดันอย่างเป็นระบบ สถานบริการปฐมภูมิของรัฐ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีบุคลากรไม่เพียงพอ และ ได้รับงบประมาณเพิ่มเติมน้อยกว่าบริการรักษาเฉพาะทางอย่างชัดเจน ในส่วนคลินิกเอกชนเริ่มมีบางส่วนให้บริการอย่างรอบด้านตามแนวคิดบริการ สาธารณสุขปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่คลินิกส่วนใหญ่ยังเน้นให้บริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก เมื่อพิจารณาจากทัศนคติของประชาชนก็พบว่ายังไม่เข้าใจและขาดความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ซึ่งเห็นชัดเจนจากสัดส่วนการใช้บริการที่สถานีนอนมัยและโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มลดลง

- 5) ศักยภาพของบุคลากรยังมีจำกัดในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มีความซับซ้อนมากขึ้นและต้องการความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นและชุมชน

คนไทยผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ผู้ประกันตนผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินถึงแก่ชีวิต (อาการที่คุกคามการทำงานของหัวใจ/สมอง/การหายใจ จำเป็นต้องได้รับการรักษาและดูแลติดตามอย่างใกล้ชิด เพราะอาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว) สามารถเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยวิกฤต/เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนได้ที่โรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด เพียงใช้บัตรประจำตัวประชาชนเพื่อแสดงตนในการเข้ารับบริการโรงพยาบาลใกล้ที่เกิดเหตุจะทำให้การรักษาจนพ้นวิกฤตลดการสูญเสียและรอดชีวิต โดยไม่ถูกถามสิทธิเข้ารับรักษาได้ที่โรงพยาบาล (รัฐ/เอกชน) ที่ใกล้ที่สุดไม่ต้องสำรองจ่ายและ ได้รับการรักษาจนพ้นวิกฤต และมี สปสช.ทำหน้าที่เป็น Clearing House จ่ายค่าชดเชยให้กับโรงพยาบาล และอนุมัติจ่ายเงินให้โรงพยาบาลทุกวันที่ 30 และ 15 ของเดือนถัดไป (อยู่ระหว่างการขยายความครอบคลุมสิทธิรักษายาบาลอื่นๆ เช่น สิทธิรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการท้องถิ่น ฯลฯ)

2.2 ทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

เพื่อให้ประชาชนไทยได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง เป็นธรรม มีประสิทธิภาพ และคุณภาพ รวมทั้งมีความยั่งยืนทางการเงินการคลัง

- รัฐต้องจัดให้มีกลไกระดับชาติ ในการทำหน้าที่อภิบาลระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งกลไกที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข และกลไกที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับและพัฒนากาใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม การผลิตบุคลากรที่จำเป็นในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป รวมถึงการกระจายให้เป็นธรรมเป็นสิ่งที่ต้องจัดการให้เกิดขึ้นอย่างเป็น รูปธรรม
- บริการปฐมภูมิโดยแพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขประจำครอบครัว เป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการให้เกิดขึ้นโดยเร็วอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บริการครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและชนบท และเชื่อมต่อกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ โดยมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
- พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ ให้บริการสาธารณสุขแบบองค์รวมที่มีความต่อเนื่องทั้งด้านรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และบริการสุขภาพในชุมชน ตลอดจนร่วมกับทุกภาคส่วนในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่สืบเนื่อง มาจากปัจจัยนอกระบบบริการสุขภาพ

3. ประมวลแนวคิดทัศนจากกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ

ในบทนี้ผู้วิจัยได้ประมวลแนวคิดจากผู้มีความรู้และบทบาททั้งภาครัฐและประชาชนในด้านการอภิบาลระบบสุขภาพ ดังต่อไปนี้

3.1 หน่วยงานรัฐด้านนโยบาย

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์สุวัฒน์ กิตติติลลกุล ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวงสาธารณสุข ได้แสดงทัศนะ/มุมมองปัญหาเกี่ยวกับความไม่เป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพว่า

เมื่อประมาณ ๓๐ ปีที่ผ่านมา มีปัญหาเรื่องการขาดแคลนสถานบริการชุมชน ฉะนั้น จึงทำเรื่องการรักษาพยาบาลควบคู่กันไปกับการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ เป็นหลัก เน้นหนักไปที่โรงพยาบาลชุมชน สถานีนานามัย ทำเรื่องส่งเสริมป้องกัน เน้นเรื่องประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง แต่กิจกรรมที่ทำ ยังเน้นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์เป็นหลัก คิดมิติทางด้านสาธารณสุขอย่างเดียว เช่น การป้องกัน ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ระบบฝากครรภ์ ให้คำแนะนำ การทำคลอดโดยโรงพยาบาล/ เจ้าหน้าที่ของรัฐ การดูแลหลังคลอดตามหลักวิชาการ

ปัญหาความไม่เป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพที่สำคัญ คือ การเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ห่างไกล/ทุรกันดาร หรือ ในพื้นที่ที่มีความยากจน ที่ไม่มีแพทย์/ แพทย์เฉพาะทาง เช่น แพทย์ผ่าตัดสมอง หรือไม่มีโรงพยาบาลเลย

ความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องการกระจายทรัพยากร การลงทุนทางสาธารณสุข โดยระบบการจัดสรรงบประมาณ จะเอาปัจจัยเรื่องกำลังคน หรือ ตัวปัจจัยพื้นฐานที่จะนำไปสู่ระบบบริการสุขภาพ มาเป็นตัวคำนวณ

การจัดการให้เท่าเทียมกันไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะเรื่องสุขภาพเป็นเรื่อง “คน” ซึ่งทำได้ยากที่สุด

ที่ผ่านมาปัญหาเรื่องความขาดแคลน แพทย์ในชนบท นำมาซึ่งความเหลื่อมล้ำ/ไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ และยังคงเป็นปัญหาอยู่ เนื่องจากทางกระทรวงฯ ยังไม่ได้แก้ปัญหามาตรฐานที่ทำให้บุคลากรรู้สึกเสียโอกาส (สิ่งอำนวยความสะดวก สบายในชีวิต เช่น บ้านพัก ถึงเวลาหนึ่ง ก็ต้องย้าย เมื่อลูกโตต้องเรียนหนังสือ) จึงต้องมีการสร้างระบบสร้างแรงจูงใจให้บุคลากร ที่ต้องชดเชยด้วยเงิน เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย สร้างสวัสดิการ เช่น ค่าตอบแทนเพิ่ม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความเสี่ยงภัยสูงๆ

นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องมีการสร้างองค์ความรู้ ที่จะติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ทุกวันนี้ว่า สร้างความเป็นธรรมหรือไม่ อย่างไร เช่น พฤติกรรมการให้บริการของบุคลากรทาง การแพทย์ ระยะเวลาที่ต้องใช้เมื่อเข้ารับบริการมีความเหมาะสมหรือไม่ ฯลฯ

และต้องมีการกระจายหน่วยบริการให้เข้าไปใกล้กับผู้รับบริการที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล และทุรกันดาร ให้มากที่สุด

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้ความหมายของ “ความเป็นธรรม” ที่เข้าใจคือดูให้ไม่เหลื่อมล้ำกันมาก เช่น คนเกิดในชนบทแม่ฮ่องสอน กับ กรุงเทพฯ โอกาสที่จะมีชีวิตแตกต่างกัน ตั้งแต่ตอนเกิด สิทธิ อำนาจ ซึ่งมอง 2 อย่าง คือเรื่องสิทธิที่จะได้รับการศึกษา สิทธิที่จะได้เลื่อนระดับขั้นทางสังคม สิทธิที่จะได้บริการต่างๆ ที่ดี ตัวอย่างเช่น คนจังหวัดแม่ฮ่องสอนได้ยากกว่า/น้อยกว่าคนกรุงเทพฯ นี่คือ ช่องว่างที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ยิ่งถ้าแบ่งการปกครอง การบริหารจะมีช่องว่างหนักขึ้น

ความเป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพนั้น ต้องทำให้คนที่ด้อยกว่ามีโอกาสมากขึ้น ต้องมีการบริหารจัดการทางสังคมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยธรรมชาติเป็นไปไม่ได้ที่จะทำให้เกิดความเท่าเทียม (Equality) ความเป็นธรรมต้องเสมอภาค (Equity) พร้อมกับเปรียบเทียบว่า หากการบริหารบ้านเมืองทำให้คนที่ใหญ่ล้มไปเรื่อยๆ ให้น้อยหมดไปเรื่อยๆ อันนี้คือไม่มีความเป็นธรรม ความเป็นธรรมไม่ใช่จับมาเท่ากันเป็นไปไม่ได้ เพียงแต่ต้องดูให้เหมาะสม ทั้งเรื่องสิทธิ และอำนาจทั้งความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำ 2 ตัวนี้ต้องไปด้วยกัน

ปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ คือ

- 1) กระบวนการสาธารณสุขทำหน้าที่ซ้ำซ้อน คือ ทำทั้งกำหนดนโยบาย และเป็นผู้ให้บริการ (Service provider) ด้วย โดยระบบที่ควรเป็น คือ ไม่ควรรวมอยู่ด้วยกัน เพราะอาจก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมได้

“สมัยก่อนสังคมไม่ซับซ้อน กระบวนการสุขภาพจึงรับได้ทุกเรื่อง ทั้งเรื่องกำหนดนโยบาย การตัดสินใจ การดูแลงบประมาณ และการให้บริการ ซึ่งก็พยายามเพิ่มความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ หากแต่วันนี้สังคมไทยเปลี่ยนไป แต่กระบวนการสุขภาพยังคงรับทุกบทบาทเช่นเดิม สิ่งที่เราควรระวัง ต้องทำคือ หันกลับมาทบทวนตนเองว่า ระบบดังกล่าวยังไปได้หรือไม่?”

- 2) ปัญหาการเติบโตของกลุ่มทุน ประเทศไทยจะกลายเป็นศูนย์กลางสุขภาพครบวงจร (Medical hub) จะดึงดูดทรัพยากรสาธารณะมาก เป็นปัญหาการลักลั่นที่คลี่คลายยากมาก
- 3) ภาคการเมืองกุมอำนาจ หรือ ตัดสินใจทำให้ปัญหาความไม่เป็นธรรมหรือความเหลื่อมล้ำ ขยายตัวมากขึ้น

คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Commission)

นพ.วิพุธ พูลเจริญ ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ มองปัญหาเรื่องความไม่เป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพ ผ่านคำศัพท์ 2 คำ คือ ความเท่าเทียม (Equality) และ ความยุติธรรม (Equity) ซึ่งหากเป็นภาคเอกชนจะให้ความเท่าเทียม (Equality) แต่ภาครัฐมองประชาชนว่าเป็น "พลเมือง" (citizen) ต้องให้คนด้อยโอกาส สามารถได้รับบริการจากภาครัฐ เช่น การศึกษาภาคบังคับ การสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ทุกประเทศในระบอบประชาธิปไตยต่างเป็นรัฐสวัสดิการ (welfare state) เช่น สหรัฐอังกฤษ คานาดา กรีซ และ ไทย เป็นต้น รัฐแต่ละประเทศจึงต้องดูแลให้ความยุติธรรมหรือความเท่าเทียมในโอกาส (Equity) แก่ผู้เสียเปรียบ/ผู้ด้อยโอกาสในสังคม

ปัญหาอยู่ที่สัดส่วนการให้ เพราะเงินที่ช่วยเหลือมาจากคนทั้งประเทศ สหรัฐอเมริกาจะให้บางส่วนที่เหลือผู้ด้อยโอกาสต้องช่วยตัวเองบ้าง ส่วนกรีซ ให้มากจนประเทศเป็นหนี้สาธารณะสูง ส่งผลให้เศรษฐกิจตกต่ำทั้งประเทศ

ปัญหาเรื่องความเป็นธรรมในประเทศไทยนั้น เป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง 3 เรื่อง คือ

- ยึดกฎหมายแต่ไม่มองปัญหาทางสังคม อาจเป็นช่องโหว่ให้เกิดการทุจริตของเจ้าหน้าที่รัฐได้
- ยึดที่ผู้ให้บริการ (service provider) หรือ ด้านการปกครอง (government) มากเกินไป แต่ไม่มองระบบธรรมาภิบาล (governance)
- ขาดตัวชี้วัดความคุ้มค่า (Cost effectiveness)

3.2 หน่วยงานรัฐด้านการปฏิบัติและสนับสนุน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

นายแพทย์วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ รองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้แสดงทัศนะ/มุมมองปัญหาเกี่ยวกับความไม่เป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพว่า ปัญหาเกี่ยวกับความไม่เป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพ เป็นผลพวงมาจากกลไกรัฐที่ดูแลเรื่องสุขภาพทั้งองค์คัพพ ยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ไม่เป็นธรรม เริ่มจาก 1) โครงสร้างการออกแบบระบบบริการ 2) ระบบงบประมาณ 3) การจัดสรรงบประมาณ และ 4) การกระจายอำนาจ

มูลเหตุของความไม่เป็นธรรมเกิดจาก

4) โครงสร้างการออกแบบระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพ ให้การดูแลคนไทยที่อยู่ในบริบทต่างๆ ไม่เท่ากัน ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) พบว่า คนไทยอยู่ในเขตเมือง 54% อยู่ใน

ชนบท 46% แต่มีแพทย์ที่ดูแลคนชนบททั่วประเทศ เพียง 4,000 กว่าคน ขณะที่แพทย์ดูแลคนเมือง 30,000 คน จากตัวเลขดังกล่าว จะเห็นได้ว่า รัฐบาลลงทุนกับคนเมืองมากกว่า คนชนบท สะท้อนเรื่องความไม่เป็นธรรมชัดเจน

2) ระบบงบประมาณ

ประเทศไทยใช้เงิน 5% ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ Gross Domestic Product (GDP)¹⁰ สำหรับการดูแลสุขภาพ (health) หากเทียบกับประเทศอื่น ถือว่าอยู่ในระดับกลางๆ

3) การจัดสรรงบประมาณเพื่อวางระบบโครงสร้างพื้นฐาน

โรงพยาบาลภาคอีสานตอนบน (ในเขตจังหวัดอุดรธานีมีจำนวนเตียงเทียบประชากรต่ำมาก ถ้าเทียบกับจังหวัดอยุธยา หรือ จังหวัดราชบุรี ที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 2 เท่าครึ่ง

4) การกระจายอำนาจ (Distribute)

ประเทศไทยกระจายอำนาจโดยใช้สิทธิทางการเมือง (Political Rights)¹¹ ไม่ได้ใช้ข้อมูล/ข้อเท็จจริง (fact) หรือ ตัวเลขต่างๆ เป็นเกณฑ์

อุปสรรคของการสร้างความเป็นธรรมอยู่ที่ระบบราชการ การไม่กระจายอำนาจ มองขึ้นข้างบน ไม่มองลงข้างล่าง (มองพื้นที่ มอง Health needs) เท่าที่ควร กลไกวิชาการมีงานศึกษาวิจัยเพื่อสนับสนุนการทำงานน้อยเกินไป (มีคนพยายามทำ แต่ผู้บริหารมีคำตอบเรื่องผลประโยชน์ เรียบร้อยแล้ว จึงไม่ใช้กลไกทางวิชาการเข้าไปทำงาน) ส่วนภาคประชาสังคมเองก็พยายามทำ มีส่วนร่วมในกลไกการจัดการด้านสุขภาพดี เช่น อปท. อบต. เทศบาล NGOs ฯลฯ ทั้งนี้ สถานภาพงานของภาคประชาสังคมด้านสุขภาพของไทยดีกว่าหลายประเทศ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.)

ดร.สุปรีดา อุดุลยานนท์ รองผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้แสดงทัศนะ/มุมมองปัญหาเกี่ยวกับความไม่เป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพว่า โดยภาพรวมภาพ

¹⁰ Gross Domestic Product (GDP) หมายถึงมูลค่าตลาดของสินค้าและบริการขั้นสุดท้ายที่ถูกผลิตในประเทศในช่วงเวลาหนึ่งๆ โดยไม่คำนึงว่า ผลผลิตนั้นจะผลิตขึ้นมาด้วยทรัพยากรของชาติใดซึ่งถูกคิดค้นโดย Simon Kuznets นักเศรษฐศาสตร์ชาวรัสเซียผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ถึงมาตรฐานการครองชีพของประชากรในประเทศนั้นๆ อย่างไรก็ตาม จีดีพี เป็นดัชนีชี้วัดผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ แต่ไม่สามารถชี้วัดคุณภาพชีวิตที่แท้จริงได้

¹¹สิทธิทางการเมือง (Political Rights) ได้แก่สิทธิในการมีส่วนร่วมกับรัฐในการดำเนินกิจการที่เป็นประโยชน์สาธารณะ เสรีภาพในการรวมกลุ่มเป็นพรรคการเมือง เสรีภาพในการชุมนุมโดยสงบสิทธิการเลือกตั้งอย่างเสรี

ใหญ่ในสังคมไทยมีความเหลื่อมล้ำสูง มีให้เห็นเป็นพยานหลักฐาน (Evidence) อยู่ทั่วไป เมื่อนำเอาดัชนี (Index) มาจับ จะเห็นเรื่องความไม่เป็นธรรม ชัดเจน ความเหลื่อมล้ำซึ่งพึงมีได้ตามวิสัยปกติ แต่ช่องว่าง (Gap) กว้างกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐาน (standard) ที่ควรยอมรับ ซึ่งคนทั้งสังคมรวมถึงนักวิชาการต่างเห็นเช่นนั้น

ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพมีหลายมิติ และมีในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับสังคมเมือง หมู่บ้าน เพียงแต่กระแสนยอมรับความไม่เป็นธรรมเปลี่ยนไปตามวิวัฒนาการ ระบบประชาธิปไตยทำให้ความคาดหวังต่อความเท่าเทียมสูงขึ้นตามลำดับ วงการสุขภาพไม่ต่างกับวงการอื่น แต่ดูเหมือนวงการสุขภาพมีความก้าวหน้าในการคิดและทำเรื่องนี้ดีกว่า เช่น สิทธิการกระจายเข้าถึง ความเหลื่อมล้ำถูกยกขึ้นมา จากประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา สะท้อนว่า คนไทยให้ความสำคัญเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาพมากขึ้นตามลำดับ

ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ มีทุกยุคสมัย เช่น ยุคหนึ่งแพทย์ที่ได้รับทุนจากมูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์(Rockefeller Foundation)¹² ก็ลาออกไปทำงานในสหรัฐอเมริกาหมด จนต้องแก้ไขโดยให้ใช้ทุน หรือ การพยายามส่งเสริมให้หมออนามัยมีบทบาทในการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care)¹³ ก็กลับไปหารากดั้งเดิมว่าให้คนพึ่งตนเองมากกว่าการพึ่งพาคนอื่น (dependence) ก็เป็นการลดความเหลื่อมล้ำ/การแก้ไขเรื่องความไม่เป็นธรรมในแบบหนึ่ง

สำนักงานปฏิรูป (สปร.)

ดร.วณิ ปิณประทีป รองผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูปได้ให้มุมมองปัญหาเรื่องความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ ผ่านระบบสุขภาพของไทย ทั้ง 3 ระบบไว้อย่างน่าสนใจดังนี้

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) เป็นระบบที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพเกือบเท่าเทียมกันทุกคน เพราะก่อนที่จะมีพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นั้น ปัญหาเรื่องความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพจะชัดเจนในเรื่องความยากลำบากของคนจนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่หลังจากมีพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ ถือว่าความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพมีน้อยลง แต่ก็ยังมีอยู่ เพราะการใช้บัตรหลักประกันสุขภาพนั้น มีข้อกำหนดว่า ผู้ใช้บัตรต้องเข้ารับการรักษายาบาลในหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน (เขตพื้นที่ตามทะเบียนราษฎร์ก่อน) หากจะให้เกิดความเท่าเทียมได้จริง ควรให้ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษายาบาลได้ทันทีทุกที่ จะเกิดความเท่าเทียมอย่าง

¹²มูลนิธิร็อกเกอะเฟลเลอร์ (Rockefeller Foundation) เป็นองค์กรวิจัยเกี่ยวกับด้านวิทยาศาสตร์ตั้งอยู่ที่นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา ก่อตั้งโดย จอห์น ดี ร็อกกี้เฟลเลอร์ ในปี พ.ศ. 2456 มีการให้การสนับสนุนการวิจัยในด้านการแพทย์ทั่วโลก

¹³สาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) คือ การดูแลสุขภาพ ในระบบสาธารณสุข รูปแบบหนึ่งที่มุ่งเน้น การจัดการทรัพยากรทางสุขภาพโดยใช้เงื่อนไขของชุมชนเป็นสำคัญ

เต็มที โดยไม่เน้นว่าอุบัติเหตุเท่านั้น เพราะการเจ็บป่วยไม่สามารถบอกล่วงหน้าได้ แต่เรื่องหลักประกันสุขภาพ ยังเน้นการหาสถานบริการที่มี Contract ก่อน ยกเว้นเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น ที่ไปหาสถานพยาบาลของรัฐที่ใกล้ที่สุดได้ (แต่ในทางปฏิบัติเป็นไปได้ยาก เนื่องจากเกี่ยวข้องกับงบประมาณ)

เกี่ยวกับเรื่องความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพนั้น สำนักปฏิรูป เห็นว่ามีความไม่เป็นธรรมที่ชัดเจนในกรณีของระบบประกันสังคม เพราะระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่เก็บเงินกับผู้ประกันตนเรื่องสุขภาพ

ดร.วณิ มองว่า พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพต้องครอบคลุมประชากรทั้งหมด 40 ล้านคน ซึ่งครอบคลุมผู้ประกันตนด้วย ดังนั้น รัฐต้องหยุดเก็บเงินนี้

ปี 2556 กองทุนประกันสังคม จะครบอายุที่ต้องจ่ายเงินสวัสดิการเลี้ยงชีพ (เงินคืน) สำหรับผู้ที่ส่งมาครบ 15 ปี แต่นับว่าประโยชน์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับจากกองทุนประกันสังคมนั้นน้อยเกินไป เมื่อพิจารณาจากเงินที่ผู้ประกันตน จ่ายให้กับกองทุนประกันสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ส่วนที่ถูกหักเก็บไว้เป็นเงินค่ารักษาพยาบาล และ 2) เงินที่จ่ายเข้ากองทุนเงินทดแทน ภาครัฐฯ จึงมีมติสมัชชาปฏิรูปให้นำเงินส่วนที่เป็นค่ารักษาพยาบาลที่เก็บไปแล้วนั้น มารวมกับกองทุนเงินทดแทน เพื่อให้ผู้ประกันตน ที่ส่งเงินสมทบครบ 15 ปี หรือ เมื่อผู้ประกันตนมีอายุครบ 55 ปี จะได้เงินกองทุนเงินทดแทนนี้พอสมควร สำหรับไว้ใช้ในวัยเกษียณ ซึ่งสำนักงานประกันสังคมยังไม่เห็นด้วย สปร. จึงมีมติสมัชชาฯ ปีที่ 2554 ให้หยุดเก็บเงินสมทบ และได้มีการส่งเรื่องให้กับสำนักนายกรัฐมนตรีแล้ว เพื่อให้เข้า ครม.

หากจะแก้ไขปัญหาคือความไม่เป็นธรรมได้จริง ต้องแก้ไขกฎหมาย ให้เกิดการรวมกองทุนทั้ง 3 กองทุนเข้าด้วยกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับนโยบายรัฐบาล เพราะทั้ง 3 ระบบนี้ มีกฎหมายของตัวเอง โดยมี 1) พ.ร.บ.สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2) พ.ร.บ.กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3) พ.ร.บ.ประกันสังคม

3.3 สถาบันวิชาการ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศ.ดร.นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์กุลในฐานะหัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้แสดงทัศนะ/มุมมองเกี่ยวกับความไม่เป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพ ซึ่งมีผู้เกี่ยวข้องหลักๆ อยู่ 3 ฝ่าย คือ 1) ฝ่ายที่ดูแล/ควบคุมนโยบาย ซึ่งก็คือ รัฐบาล 2) ฝ่ายผู้ให้บริการ (บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์, พยาบาล ฯลฯ) และ 3) ฝ่ายผู้รับบริการ (ผู้ป่วย)

ขณะเดียวกันก็มองว่า เศรษฐฐานะและการศึกษา คือ มูลเหตุของความเหลื่อมล้ำและความไม่เท่าเทียมกัน เพราะทั้ง 2 เรื่องนี้ จะส่งผลให้เกิดชนชั้นทางสังคม (Social Class) ที่ต่างกัน เมื่อเจ็บป่วยมีโอกาสเข้าถึงบริการได้ต่างกัน ผลกระทบคือ คนที่ควรได้รับการ สุขภาพ หรือ แม้แต่ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ไม่ได้บริการที่ควรจะได้ ไม่ใช่เพราะไม่มีความสามารถจะจ่าย แต่เข้าไม่ถึงบริการขั้นพื้นฐาน ข้อจำกัดของ

การเข้าถึงพบบริการ คือ เรื่องการเดินทาง ซึ่งแก้ไขได้โดยพยายามจัดให้สถานีนอนามัย หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) ใกล้เขาที่สุด

ในส่วนของคุณะแพทยศาสตร์นั้น ภาควิชาได้สอนเรื่อง *Social Determinants of Health*¹⁴ ให้กับนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 4

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ภญ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมองว่า ระบบการดูแลสุขภาพจะมีบทบาทมากต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย จึงต้องมีกลไกเชิงนโยบายที่ชัดเจน เพื่อทำให้เกิดความเป็นธรรมในระบบ มิเช่นนั้น ประเทศไทยจะมีปัญหาเรื่อง Medical Hub และ เรื่องระบบทรัพย์สินทางปัญญา และ ปัญหาจะเริ่มรุนแรงขึ้น ถ้ากลไกนโยบายนั้นไม่ชัดเจน ซึ่งประเด็นเหล่านี้ จะส่งผลให้ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพไทยจะยิ่งต่างออกมากขึ้น ซึ่งเห็นได้จากปัญหาการเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลเอกชนขยายกว้างขึ้น

แม้นโยบายหลักประกันสุขภาพของคนไทยทุกคนเป็นทิศทางที่ถูก แต่นโยบายเหล่านี้ ยังมีปัญหาความเหลื่อมล้ำของระบบที่ต่างกัน 3 ระบบ ถ้ารัฐบาลไม่จัดการปัญหาเชิงนโยบาย ปัญหาเหล่านี้ก็จะรุนแรงมากยิ่งขึ้น

กระทรวงสาธารณสุข ต้องทำบทบาทในเรื่องการกำหนดคุณภาพและมาตรฐานการดูแล โดยการกำหนดกฎกติกาต่างๆ ให้ผู้ให้บริการทั้ง 3 (สป.สช. , สปส. และ สวัสดิการข้าราชการ) ต้องเล่นภายใต้กติกาที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดบทบาท

กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นกลไกหลักในการรวมเอาหน่วยงานในกระทรวงเข้ามาร่วมกำหนดบทบาท โดยไม่ควรเป็นกลไกเดียว ควรมีทั้งเรื่องชุมทรัพย์ทางปัญญา เรื่องการทดลองโมเดลต่างๆ โดยประชาชน หรือผู้บริโภค และภาคประชาสังคม มีส่วนร่วมในการกำหนดกติกา แต่ที่สำคัญต้องปลอดจากธุรกิจ

ไม่เห็นด้วย ที่ผู้กำหนดนโยบาย /กลไกกระทรวงสาธารณสุขจะมีส่วนผสมของภาคธุรกิจ เพราะระบบสุขภาพ ที่เป็นระบบธุรกิจเต็มตัวจะไม่มองเรื่องคุณธรรม

¹⁴ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ได้แก่ หนึ่ง สุขภาพที่ไม่ดีนั้นเป็นความไม่เป็นธรรมทางสังคมอย่าง สอง สาเหตุของสุขภาพที่ไม่ดี (ที่ไม่เป็นธรรม) นั้นเป็นเพราะว่า ความไม่เป็นธรรมทางสังคม สามความไม่เป็นธรรมทางสังคมทั้งในประเทศและระหว่างประเทศนั้นมาจากความไม่เป็นธรรมในเรื่องอำนาจ เงินและทรัพยากรและ สี่ความไม่เป็นธรรมในเรื่องอำนาจ เงินและทรัพยากรนั้นเป็นความไม่เป็นธรรมเชิงโครงสร้างที่กระจายอยู่หลายลักษณะ เช่น ความไม่เป็นธรรมระหว่างชนชั้น ระหว่างหญิงและชาย ระหว่างผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดและชุมชนทั่วไป และความไม่เป็นธรรมระหว่างชาติพันธุ์ เป็นต้น

ระบบสุขภาพไทยขณะนี้มีปัญหาเรื่องกฎการเมืองเข้ามาแทรกแซงสูงมาก จึงมีโอกาที่จะเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) สูงมากเช่นกัน

Medical Hub จะทำให้เกิดปัญหาเรื่องการหลังไหลเข้ามาใช้บริการทั้งผู้ซื้อบริการในและต่างประเทศ ความไม่เป็นธรรมจะเกิดขึ้นระหว่าง กลุ่มที่เป็น high-end กับ low-end

การที่ประเทศไทยมีนโยบายให้โรงพยาบาลเอกชน เข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์ได้ จะส่งผลให้โรงพยาบาล เน้นการดำเนินงานในเชิงธุรกิจ และ ต้องทำงาน Serve ผู้ถือหุ้น (ไม่เคยมีโรงพยาบาลใดในโลกนี้ เข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์) จะทำให้โรงพยาบาลเอกชนเลือกให้บริการผู้บริโภคร

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มองว่า ปัญหาเรื่องความไม่เป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพใน 3 ประเด็น

ประการแรก ประเทศไทยมองความเป็นธรรมด้านการเงินการคลังมากเกินไป แต่เรื่องการเงินการคลังเป็นมิติเดียวที่มาเกี่ยวข้อง แม้ว่าในทางปฏิบัตินโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค จะช่วยให้ปัญหาความเป็นธรรมได้รับการคลี่คลายไปได้บ้าง

ประการที่สอง ประเทศไทยมองความเป็นธรรมเฉพาะเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียว (แต่ความจริงแล้ว เรื่องความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ยังมีมิติอื่นมากมาย เช่น มิติสิทธิมนุษยชน ด้านสิ่งแวดล้อม คือ ทุกคนมีสิทธิในการหายใจเอาอากาศบริสุทธิ์เท่าๆกัน คนไทยมีสิทธิรับประทานอาหารปลอดภัยเหมือนประเทศที่นำเข้าสินค้าจากประเทศไทย แต่ความจริง คนไทยกลับต้องรับประทานอาหารอันตรายกว่าประเทศลูกค้า

ประการที่สาม ในเชิงเส้นแบ่งทางสังคมนั้น ประเทศไทยยังมีความเข้าใจในการจำแนกลักษณะของผู้คนที่ได้รับความเป็นธรรม หรือ ไม่ได้ได้รับความเป็นธรรมเกินไป เพราะในความเป็นจริง **ทุกคนดำรงชีวิตอยู่บนโครงสร้างที่ไม่เป็นธรรม ตัวอย่างเช่น กลุ่มผู้หญิงที่ถูกกระทำ อาจไม่ใช่เฉพาะความเป็นผู้หญิง** แต่มีเรื่องชาติพันธุ์ อายุ หรือ ลักษณะที่อาศัยในชุมชนเมืองหรือชนบทเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้สภาวะความไม่เป็นธรรมมีความซับซ้อนมากขึ้น

สาเหตุที่เป็นเช่นนี้ เพราะเรื่องความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ถูกมองว่าบรรลุวัตถุประสงค์แล้วระดับหนึ่งในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน ซึ่งในเชิงรูปธรรมก็มีแผนงานโครงการสำหรับเด็กผู้หญิง ผู้สูงอายุ อยู่บ้าง แต่ในทางปฏิบัติการจริง การจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามเพศวัยนั้น ไม่สามารถคลี่คลายปัญหาไปตามที่คิดไว้ล่วงหน้าได้ ด้วยว่า ระบบสุขภาพนั้น มีความเป็นพลวัตอยู่

3.4 องค์การประชาสังคม

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ได้แสดงทัศนะว่า สถานการณ์สุขภาพในประเทศไทย ยังไม่มีระบบข้อมูล ที่ทำให้สามารถแยกแยะได้ว่าประชาชนกลุ่มต่างๆ มีภาวะสุขภาพแตกต่างกันมากน้อยอย่างไร (ขณะที่ประเทศอื่นบอกความแตกต่างด้านสุขภาพและการได้รับประโยชน์ของประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้)

ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขเป็นทั้ง “ผู้ให้บริการ” และ “อภิบาลระบบ” ซึ่งเป็นความขัดแย้งในเชิงหลักการ ที่ผู้ทำหน้าที่อภิบาลระบบต้องไม่มีหน้าที่ปฏิบัติโดยตรง เพราะมีแนวโน้มเข้าข้างผู้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นหน่วยย่อยของตัวเอง หรือ หากผู้ปฏิบัติเป็นผู้อภิบาลระบบเอง ก็ไม่ได้หมายความว่า จะทำให้ปฏิบัติได้ดีขึ้น เพราะคนที่มีหน้าที่ให้บริการจะไม่มองภาพใหญ่

ในเรื่องของความไม่เป็นธรรมนั้น มีตัวอย่างที่ชัดเจนจากสังคมอังกฤษที่ประชาชนทนไม่ได้ กรณีตำรวจยิงวัยรุ่นตาย ส่งผลกระทบบานปลายไปถึง เรื่องการปล้นร้านค้าทั่วลอนดอน 5-6 เขต เช่นเดียวกับที่เคยเกิดในประเทศไทย กรณีพฤษภาทมิฬ เหตุที่เป็นเช่นนั้น เพราะความไม่เป็นธรรมได้เข้าไปอยู่ในหัวใจคนทุกคน ขณะเดียวกัน ปัญหาเรื่องความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพก็อาจไม่นำไปสู่ปัญหาเลวร้ายแบบนั้นโดยตรง

ส่วนของสังคมไทยนั้น มีตัวอย่างเรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ที่ไม่ควรมองข้าม คือ ปัญหาเรื่องคนงานข้ามชาติ โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพ ที่ทางฝ่ายนโยบายของไทย ไม่อยากดูแล มีการมองว่าคนกลุ่มนี้เป็นรังโรค แต่ไม่หาทางทำให้เขาไม่เป็นรังโรค

รัฐบาลต้องพึงระวังว่า สุขภาพของคนทุกคนที่อยู่ในแผ่นดินไทยต้องได้รับการดูแลเพื่อประโยชน์ของคนทุกคน เราต้องดูแลสุขภาพคนที่อยู่ในแผ่นดินเดียวกัน อย่างน้อยก็ในอาณานิคมภูมิศาสตร์ที่ใกล้เคียงถึงกันและถ่ายเทได้ง่าย ไม่เช่นนั้นจะเกิดผลกระทบภายนอกของคนสุขภาพไม่ดีจำนวนหนึ่ง ผลกระทบภายนอก (Externality) หมายถึง กระทบคนอื่นไม่ใช่แค่ตัวเอง เช่น กรณีโรคติดต่อ หากแรงงานพม่าที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย เป็นเท้าช้างและไม่ได้รับการดูแล ต้องอยู่แบบหลบๆ ซ่อน เขาก็จะแพร่เชื้อเท้าช้าง ล่าสุด โรคคอตีบ กลับมาระบาดอีกครั้ง เป็นต้น

ช่วงหลังประเด็นเรื่องความไม่เป็นธรรมถูกทำให้เชวด้วยประเด็นเรื่องระบบประกันสุขภาพ 3 อย่าง อาจจะเป็นความไม่เป็นธรรมแบบหนึ่ง แต่ความสำคัญไม่มากเท่ากับเรื่องความไม่เป็นธรรมของภาวะสุขภาพระหว่างผู้คนที่มีความฐานะทางสังคมที่แตกต่างกัน โดยการทำให้ 3 ระบบมีความเป็นธรรมมากขึ้น ก็อาจไม่ช่วยแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมของเมืองไทย เพราะสุดท้ายแล้ว อยู่กับการตีความ หรือ การให้ความหมาย (definition) ของคำว่า ความไม่เป็นธรรม

นพ.สมศักดิ์ เสนอให้มีการศึกษาว่า คนไทยที่มีความฐานะทางสังคมไม่เท่ากัน มีภาวะสุขภาพ มีโอกาสในการเข้าถึงบริการมากน้อย แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร โดยไม่ได้แยกตามระบบประกันสุขภาพที่มี ด้วยว่า ระบบประกันสุขภาพที่ใกล้เคียงกันไม่ได้ประกันว่า ระบบสุขภาพต้องดี ประเทศอังกฤษเป็นตัวอย่างที่ดีที่สุด **เพราะคนอังกฤษเข้าถึงประกันสุขภาพใกล้เคียงกันมานานกว่า 50 ปีมาแล้ว ความแตกต่างของคนที่มีความฐานะทางสังคมแตกต่างก็ยังแตกต่างอยู่** ที่อังกฤษ แบ่งประชากรตามกลุ่มอาชีพเป็น 10 กลุ่ม เริ่มจากกลุ่มที่เป็น blue collar(กลุ่มคนทำงานเงินเดือนต่ำ หรือ ผู้ใช้แรงงานเป็นส่วนใหญ่) กับ white collar(กลุ่มคนทำงานสนับสนุนในออฟฟิศทั่วไป ซึ่งไม่ค่อยได้ใช้แรงงาน) พบว่า ยังมีค่าเฉลี่ยอายุ อัตราการตาย อัตราการป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้แตกต่างกัน

การแก้ปัญหาความไม่เท่าเทียม ต้องมีเป้าหมาย เป้าหมายหนึ่งของการอภิบาลระบบสุขภาพ คือ เรื่องการสร้างความเป็นธรรม

“การวิจัยสุขภาพต้องเป็นไปในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ” ทุกประเทศต้องมีเป้าหมายว่าจะส่งเสริมการวิจัยเพื่อสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

ประเทศไทยต้องทำให้เกิดระบบข้อมูล หรือ การวิจัยว่าด้วยเรื่องความเป็นธรรมด้วยเรื่องความแตกต่างทางสุขภาพของกลุ่มประชากรต่างๆ อย่างจริงจัง เพื่อเปิดเผยข้อเท็จจริง หรือ ในการประเมินคุณภาพบริการหรือการเข้าถึงบริการ ให้พิจารณาความแตกต่างของประชากรกลุ่มต่างๆ ด้วย

สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา

นพ.พลเดช ปิ่นประทีป เลขาธิการสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ได้แสดงทัศนะเกี่ยวกับพัฒนาการของระบบสุขภาพไทยก่อนที่จะมีการปฏิรูประบบสุขภาพว่า อดีตในระบบสุขภาพของไทยนั้นยังมีปัญหาเรื่องความไม่เป็นธรรม ความเหลื่อมล้ำ ค่อนข้างมาก อีกทั้ง การเข้าถึงบริการของประชาชนก็ยังไม่ถ้วนหน้า แต่ก็มี ความพยายามที่จะทำให้เกิดความเป็นธรรมทางสังคมมาตั้งแต่ยุคสมัย 14 ตุลา โดยเริ่มจากระบบ

สาธารณสุขมูลฐาน การดูแลผู้ยากไร้ ซึ่งเป็นพัฒนาการก่อนเป็นปฏิรูประบบสุขภาพ มีระบบผู้ป่วยนอกในpatient หรือผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยซึ่งเป็นคนกลุ่มใหญ่ในสังคมไทย(สมัยก่อนเป็นนโยบายให้ถือปฏิบัติในทุกโรงพยาบาล) อย่างน้อยผู้ที่มีรายได้น้อยใช้บัตรแบบนี้ก็ช่วยคนได้กลุ่มหนึ่ง นโยบายนี้เป็นเพียงการช่วยลดช่องว่างหรือดูแลคนที่อยู่ด้านล่างได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น แต่ยังไม่ทั่วถึง (Universal) เพราะเกิดปัญหาคนที่ควรได้บัตรกลับไม่ได้ คนที่ไม่ควรได้กลับได้บัตร ขณะเดียวกันด้านบัตรเอง ก็มีขีดจำกัดในการรักษาพยาบาล เพราะเชื่อมโยงกับเงินงบประมาณที่ได้จากส่วนกลาง(ซึ่งน้อยมาก) ดังนั้น จึงทำให้รักษาคนไข้จนกว่าได้ไม่เต็มที่ และหากจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลศูนย์เองก็มีงบประมาณจำกัดเหมือนกัน ปัญหาขณะนั้น จึงเป็นเรื่องของระบบงบประมาณไม่เอื้อ/ไม่เป็นธรรม (งบประมาณอยู่ที่ส่วนกลางคือกระทรวงสาธารณสุข และถูกนำไปใช้อย่างอื่น หน่วยบริการสุขภาพได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อย) และยังมีปัญหามากกว่านั้น คือ โรงพยาบาลตามอำเภอ ชุมชนต่างๆ นอกจากมีงบประมาณน้อยแล้วยังขาดเครื่องมือแพทย์ และมีปัญหาเกี่ยวเนื่อง เช่น ปัญหาแพทย์กระจุกตัวในเมือง

เมื่อมีระบบปฏิรูปบริการสาธารณสุขคือ 30 บาทรักษาทุกโรค ก็สามารถแก้ไขปัญหาวงนี้ได้ คือ ความเป็นธรรมเรื่องการได้รับบริการเป็น UC: Universal Coverage คือทุกคนมีสิทธิได้รับบริการถ้วนหน้า มีบัตรประชาชนก็เข้ารับบริการได้ โดยไม่ต้องมีบัตรรอนาอีกแล้ว

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

สารี อ๋องสมหวัง ภาคประชาสังคม ซึ่งต่อสู้งานด้านคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคมาเป็นระยะเวลายาวนาน ให้ข้อเสนอแนะของภาคประชาสังคมในการพิทักษ์สิทธิ และ เรียกร้องความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในระบบหลักประกันสุขภาพของคนทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ประกันตน (ใช้สิทธิประกันสังคม) กลุ่มข้าราชการ (ใช้สิทธิข้าราชการ) และ กลุ่ม 30 บาทรักษาทุกโรค (กลุ่มบัตรทอง) ไว้ดังนี้

เมื่อพิจารณาสิทธิประโยชน์ของประกันสังคม จะดีกว่า อีก 2 กลุ่ม ผู้ประกันตนไม่ควรต้องจ่ายเงินสมทบด้านสุขภาพอยู่เพียงกลุ่มเดียว และเงินสมทบที่เอาไปใช้เพื่อระบบสุขภาพก็ควรเอาไปใช้ในสิทธิประโยชน์อื่นๆ ของผู้ประกันตน ที่เหลืออีก 6 เรื่อง เช่น **เรื่องชราภาพ เรื่องเลิกจ้าง วางงาน ฯลฯ**

ประชาชนทุกคนควรได้รับบริการที่มีมาตรฐานเดียวกัน ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพเท่าเทียมกัน ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดการเลือกปฏิบัติ จึงมีข้อเสนอ ดังนี้

- ให้สำนักงานประกันสังคมหยุดเก็บเงินสมทบ
- ให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาดำเนินการตามมาตรา 10 ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

- ให้ผู้ตรวจการแผ่นดินวินิจฉัยว่าขัดต่อรัฐธรรมนูญหรือไม่ ในการที่มีผู้ประกันตนเสียเงินเพียงกลุ่มเดียว

มูลนิธิเข้าถึงเอดส์

คุณนิมิตร เทียนอุดม ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์(AIDS Access) มองว่าปัญหาความไม่เป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพนั้น เป็นผลมาจากโครงสร้าง

โครงสร้างแรก คือ การมีระบบหลักประกันสุขภาพหลายระบบ ซึ่งแต่ละระบบใช้ทรัพยากรไม่เท่ากัน ขณะเดียวกัน การเข้าถึงการให้บริการด้านสุขภาพเองก็เป็นปัญหา กล่าวคือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งมีผู้ใช้บริการอยู่เพียง 5 ล้านคน แต่กลับใช้ทรัพยากรจำนวนมาก (ประมาณ 6 หมื่นล้านบาท) ขณะที่ผู้ใช้บริการในระบบประกันสังคมต้องรับผิดชอบค่ารักษายาบาลตัวเอง (ใช้งบประมาณ ปีละประมาณพันล้านบาท) ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดดูแลคนเกือบครึ่งประเทศหรือประมาณ 48 ล้านคน ถูกจำกัดงบประมาณ (ใช้เพียงแสนล้านบาท)

ระบบประกันสังคม จึงเป็นระบบที่สมาชิกได้รับความเป็นธรรมน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับระบบประกันสุขภาพระบบอื่นๆ เพราะนอกจากจะรับผิดชอบตัวเองแล้ว ยังอาจได้รับการรักษายาบาลที่ด้อยคุณภาพ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากความพยายามลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ อีกทั้ง ระบบประกันสังคมเอง ก็ขาดหน่วยงานติดตามประเมินผลคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายประกันสังคม

โครงสร้างถัดมา คือ การกระจายตัวของหน่วยบริการไม่ทั่วถึงเพียงพอ ทำให้คนในแต่ละพื้นที่เข้าถึงบริการต่างกัน (คนในกรุงเทพฯ คือกลุ่มคนที่ไม่ได้ความเป็นธรรมที่สุด) ถ้าอยู่ในชนบท/ในเขตอำเภอ (ซึ่งครอบคลุมการดูแลประชากร 1-2 แสนคน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด มีทั้งผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน) เวลาเจ็บป่วยไปโรงพยาบาลอำเภอ สามารถจัดการรักษาได้แบบเบ็ดเสร็จได้ แต่ถ้าเป็นคน กทม.อยู่ในพื้นที่การดูแลของสำนักงานเขต มีเพียงศูนย์บริการสาธารณสุขเท่านั้น (ให้บริการเฉพาะงานผู้ป่วยนอก (Out patient Department: OPD) เฉพาะช่วงเช้า รักษาอาการปวดหัวตัวร้อน/จ่ายยา เท่านั้น) หากเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ศูนย์สาธารณสุข กทม. ก็ไม่ได้มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน **ด้วยโครงสร้างที่ไม่มีพัฒนาโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ให้เทียบเท่ากับโรงพยาบาลอำเภอในแต่ละเขต เป็นความเหลื่อมล้ำและความเป็นธรรมที่สำคัญ**

ดังนั้น กทม. จึงควรมีโรงพยาบาลในระดับเขต ให้เป็นหน่วยบริการหลักในระบบหลักประกันสุขภาพ

สิ่งสำคัญ คือ การบริหารงบประมาณด้านสุขภาพต้องสะท้อนความเป็นธรรมทุกกองทุน ต้องมีระบบดูแลสวัสดิการที่มีประสิทธิภาพและได้คุณภาพการรักษาผู้บริหารระบบมีหน้าที่ทำให้ผู้รับบริการจากทุกกองทุน ได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานเดียวกัน นั่นคือ มีคุณภาพในราคาที่ถูกที่สุด และหากต้องมีการจ่ายค่ารักษายาบาล ก็ควรถูกจ่ายในราคาเดียวกัน จึงจะเรียกว่า ความเป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพ

วิเคราะห์เปรียบเทียบมุมมองความเป็นธรรมจากทัศนะที่ปรากฏ

ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดซึ่งประกอบด้วยองค์กรรัฐ คือ กระทรวงสาธารณสุข องค์การอิสระระดัลด ส. (สสส.สช.สปสช.) และภาคประชาชน ได้แก่ นักวิชาการ และองค์กรพัฒนาเอกชน ต่างก็มีแนวคิดเรื่องความเป็นธรรมในกรอบใหญ่ตรงกันคือ คือ ยอมรับและสนับสนุนเรื่องสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นคนยากจนหรือคนมีฐานะ โดยกำหนดให้รัฐมีมาตรฐานการบริการที่ทุกคนเข้าถึงการบริการได้อย่างเสมอหน้า แนวคิดดังกล่าวเป็นไปตามข้อเสนอของ **John Rawls** ในเรื่องหลักความเที่ยงธรรม (Fairness) ที่ยอมรับสถานะที่เท่าเทียมกันของมนุษย์โดยไม่เลือกปฏิบัติ

และด้วยความตระหนักตรงกันว่าระบบรัฐและเศรษฐกิจไทยเป็นระบบที่มีความเหลื่อมล้ำทางอำนาจ การจัดสรรทรัพยากร นอกเหนือจากการใช้หลักเสรีภาพที่เท่าเทียมแล้ว ต้องใช้หลักความแตกต่างที่ **Rawls** กำหนด โดยชดเชย สนับสนุน เสริมอำนาจให้แก่กลุ่มคนที่ด้อยโอกาส เสียเปรียบ เพื่อให้สังคมบรรลุการมีเสรีภาพอย่างเท่าเทียม

มุมมองที่แตกต่างกันของกลไกสำคัญในการอภิบาลสุขภาพรวมถึงฝ่ายประชาชน มาจากการให้ความสำคัญกับปัญหาทางนโยบายอะไรที่สร้างความไม่เป็นธรรม กลไกการจัดการความไม่เป็นธรรม การจัดสรรทรัพยากรเพื่อความเป็นธรรม และผลลัพธ์ของการสร้างความเป็นธรรมในระบบอภิบาลสุขภาพ

ในเรื่องความสำคัญของปัญหา โดยพื้นฐานทุกฝ่ายมีข้อวิเคราะห์ตรงกัน คือ ความเหลื่อมล้ำของสังคมจากระบบเศรษฐกิจ นโยบายของรัฐ กลไกการรวมศูนย์อำนาจของรัฐที่ไร้ประสิทธิภาพและไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชน แต่ในรายละเอียดหลายฝ่ายที่เน้นปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ มุ่งเน้นไปที่การขยายระบบอภิบาลสุขภาพให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงได้อย่างเสมอภาค ซึ่งดูเหมือนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ตอบคำถามดังกล่าวไปแล้วระดับหนึ่ง ที่เหลือเป็นเพียงการพัฒนาระบบให้สมบูรณ์ ก้าวหน้ายิ่งขึ้น ขณะที่บางคนมองปัญหาความไม่เป็นธรรมจากระบบทุนนิยมเสรีที่กลไกรัฐมีฐานะเป็นผู้กระทำสำคัญ ปัญหาเช่น สิทธิบัตรยา นโยบายไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์ภูมิภาค และอื่นๆ จึงเป็นรูปธรรมที่ทำลายต่อระบบอภิบาลสุขภาพ การสร้างความเป็นธรรมก็โดยการสร้างระบบตรวจสอบ ถ่วงดุล ไม่ให้กลไกทุนมาแสวงประโยชน์และผลกระทบให้กับระบบอภิบาลสุขภาพ

ในเรื่องกลไกจัดการความไม่เป็นธรรม หลายฝ่ายให้ความสำคัญกับการจัดการกลไกเชิงสถาบันของรัฐเป็นศูนย์กลางในการขยายระบบอภิบาลให้ก้าวหน้าทั่วถึง ขณะที่หลายฝ่ายก็มองกลไกรัฐเป็นสาเหตุ

หนึ่งของปัญหา จากเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนของการเป็นผู้ให้บริการ ผู้กำหนดนโยบายไปพร้อมกัน หรือระบบการรวมศูนย์อำนาจของรัฐ และสถาบันแพทย์ อันทำให้การขับเคลื่อนความเป็นธรรมโดยมีรัฐเป็นศูนย์กลางเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก โดยเสนอให้รัฐต้องกระจายอำนาจ เสริมความเข้มแข็งของชุมชน และประชาสังคมให้มีขีดความสามารถในการอภิบาลสุขภาพของตนเอง และมีอำนาจต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นธรรมมากขึ้น และก็มีบางคนเสนอว่า รัฐและสังคมต้องร่วมมือกันสร้างระบบอภิบาลสุขภาพเพื่อเป็นระบบของประชาชน เพื่อประชาชน ป้องกันไม่ให้ถูกกลืนหรือแปรรูปไปเป็นธุรกิจการสร้างผลประโยชน์ร่วมระหว่างรัฐกับทุน เช่น การไม่ยอมรับนโยบายไทยเป็นศูนย์กลางบริการทางการแพทย์ หรือการให้ใช้มาตรการการใช้สิทธิในสิทธิบัตรของรัฐ (CL) เพื่อปกป้องผลประโยชน์สาธารณะ เพราะหากระบบทุนครอบงำระบบอภิบาลสุขภาพแล้ว เป้าหมายการสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพจะเป็นไปไม่ได้ยาก

ในเรื่องการจัดสรรทรัพยากรเพื่อความเป็นธรรม ทุกฝ่ายมีความเห็นตรงกันในการจัดสรรทรัพยากรให้กับพื้นที่ กลุ่มคนที่ด้อยโอกาสมากขึ้น เพื่อให้เกิดภาวะเสรีภาพที่เท่าเทียม หากแต่ในรายละเอียดบางคนเน้นไปที่การจัดสรรทรัพยากรในเชิงปริมาณ (Equality) เช่น ปริมาณงบประมาณ จำนวนแพทย์ โรงพยาบาล อุปกรณ์สาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล แต่บางคนเน้นผลในเชิงคุณภาพ (Equity) โดยดูที่การเพิ่มขีดความสามารถในการอภิบาลสุขภาพของประชาชน

ในเรื่องผลลัพธ์ของการสร้างความเป็นธรรมในระบบอภิบาลสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่ยังจำกัดผลในเรื่องสาธารณสุข สุขภาพกาย แต่ก็มีบางคนมองว่า ต้องมองผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกันระหว่างสุขภาพ (ปัจเจก ครอบครัว สังคม) โยงกับเรื่องเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการเมือง โดยถือเอาความผาสุกของคนประชาชน และชุมชนเป็นตัวตั้ง ดังนั้น ความเป็นธรรมในระบบอภิบาลสุขภาพจึงแยกไม่ออกจากนโยบายและระบบอภิบาลเรื่องการศึกษา สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมด้วย ซึ่งแม้ข้อเสนอดังกล่าวจะเกินกว่าขอบเขตการทำงานของกลไกรัฐด้านสาธารณสุข แต่ก็เป็นที่รัฐที่ดูแลนโยบายโดยรวมทั้งหมดควรจะนำไปออกแบบระบบอภิบาลชีวิตและสังคมของประชาชนให้รอบด้าน

กล่าวโดยสรุปแล้ว ในเชิงหลักการ ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ได้มีทัศนะที่แตกต่างขัดแย้งกันนัก แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละนโยบาย หรือแต่ละปัญหา ฝ่ายต่างๆ มีมุมมองต่อความเป็นธรรมที่หลากหลายกันไป ซึ่งควรที่กลไกการกำหนดนโยบายจะเอาแง่มุมความเป็นธรรมในแต่ละบริบทมาพิจารณาในแต่ละในการกำหนดนโยบายด้านการอภิบาลสุขภาพแต่ละด้าน

บทที่ 4

ประมวลมุมมองความเป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพผ่านนาทัศนะ

4.1 จุดเริ่มต้นของแนวคิดความเป็นธรรมในขบวนการสุขภาพ

จุดเริ่มต้นขบวนการสุขภาพสนใจแนวคิดเรื่องความเป็นธรรมมาจากกระแสเคลื่อนไหวทางการเมืองหลัง 14 ตุลาคม 2516 ที่ฝ่ายปัญญาชนหัวก้าวหน้าชูเรื่องสิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค หรือความเป็นธรรม ทำให้กลุ่มแพทย์ในยุคนั้นมีมุมมองเรื่องความเป็นธรรมโดยนำมาใช้ในการวิเคราะห์และขับเคลื่อนระบบสุขภาพ จนปัจจุบันบุคคลากรสำคัญในวงการสุขภาพที่มีบทบาทพัฒนาความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

ผู้ให้สัมภาษณ์บางท่านสะท้อนว่า แม้ในยุคดังกล่าวขบวนการสุขภาพจะคำนึงถึงความเป็นธรรมโดยมุ่งสนใจลดความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้น แต่กระนั้นก็ในแวดวงก็ไม่ได้ใช้วาทกรรมเรื่องความเป็นธรรมโดยตรง แนวคิดความเป็นธรรมเริ่มปรากฏอย่างชัดเจนในช่วงของการผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพดังที่ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ สะท้อนไว้ว่า

“เมื่อประมาณ 30 –40 ปี ยุคนั้น ความเป็นธรรมถูกพูดถึงน้อย รัฐบาลมีหน้าที่ให้บริการต่อประชาชน และมุ่งสู่การพัฒนาชนบท เพื่อดูแลรักษาสุขภาพชาวบ้าน /เรื่องที่ชนบทขาดแคลน เรื่องนี้ทำรับใช้เรื่องความเหลื่อมล้ำ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้พัฒนาขึ้น เป็นผู้ทำให้มองสุขภาพเชิงระบบ คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การช่วยคนในชนบท ตัวนี้คือ ความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำเชิงระบบ”

จากข้อคิดเห็นของ นพ.อำพล อาจอนุมานได้ว่าความเป็นธรรมเป็นแนวคิดที่อยู่ในกระแสการเคลื่อนไหวในช่วงหลังการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง แต่ยังไม่ได้ก่อตัวเป็นแนวคิดเชิงสถาบันที่ชัดเจน จนกระทั่งย่างเข้าสู่พุทธศัวรรษ 2540 ที่เป็นช่วงการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและเศรษฐกิจสูง โดยเฉพาะเป็นช่วงที่รัฐไทยเข้าสู่ทุนนิยมเสรีเต็มรูปแบบอันเป็นผลต่อเนื่องจากวิกฤติเศรษฐกิจ 2540 ทำให้คนยากจนประสบความยากลำบากในการเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุขมากขึ้น เป็นเหตุให้ขบวนการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพฝ่ายก้าวหน้าผ่านองค์กร เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สถาบันปฏิรูประบบสาธารณสุข (สปรส.) เร่งผลักดันนโยบายเรื่องความเป็นธรรมในด้านสุขภาพ สอดคล้องสถานการณ์การเมืองที่รัฐบาลทักษิณที่กำลังพัฒนานโยบายประชานิยมเพื่อตอบใจหตุยความเดือดร้อนของประชาชนในยุคทุนนิยมเสรี โดยผนวกเอาเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่เรียกว่า “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” ไว้เป็นหนึ่งในนโยบายประชานิยม จากจุดเริ่มต้นดังกล่าว ทำให้ประเด็นเรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพได้กลายเป็นวาระสำคัญทางนโยบายด้านสุขภาพเป็นต้นมา

4.2 ทศนะต่อความเป็นธรรม/ไม่เป็นธรรม

“จะเอาปัจจัยเรื่องกำลังคน หรือ ตัวปัจจัยพื้นฐานที่จะนำไปสู่ระบบบริการสุขภาพ มาเป็นตัวคำนวณ ความไม่เท่าเทียมกันมีผล แต่การจัดการให้เท่าเทียมกันไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะเรื่องสุขภาพเป็นเรื่อง “คน” ซึ่งทำได้ยากที่สุด” (นายแพทย์สุวัฒน์ กิตติดิลกกุล ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวงสาธารณสุข)

เพราะเป็นเรื่อง “คน” ที่มีความแตกต่าง หลากหลายในด้านคุณค่า ความต้องการ สภาพปัญหา ทำให้ความเป็นธรรมไม่ใช่เรื่องจัดการด้วยระบบคิด วิธีการแบบเดียวได้ แต่สิ่งที่ทุกฝ่ายมีจุดร่วมกันคือ เห็นว่าแนวคิดเรื่องความเป็นธรรมมีความสำคัญต่อการอภิบาลระบบสุขภาพ เนื่องจากตระหนักว่าสังคมมีความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและอำนาจการต่อรอง คนด้อยโอกาส เช่น คนจน กลุ่มชาติพันธุ์ แรงงานในชาติและข้ามชาติต่างประสบปัญหาการเข้าถึงการบริการ เมื่อเทียบกับคนมีอำนาจและคนรวยที่มีโอกาสและทางเลือกสูงกว่ามาก

จุดเน้นความเป็นธรรม เริ่มต้นจากความเป็นธรรมในระดับพื้นฐานแบบเท่าเทียม (Equality) คือ ให้ความสำคัญต่อสิทธิ โอกาสของประชาชนการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม เช่น การมีระบบมาตรฐานที่คนจนหรือคนรวยต่างสามารถเข้าถึงระบบบริการได้ และเพิ่มเงื่อนไขให้เกิดการกระจายทรัพยากร (คน ความรู้ เทคโนโลยี งบประมาณ ฯลฯ) ไปสู่กลุ่มคนยากจนให้มากยิ่งขึ้น พร้อมกับจำกัดหรือกำหนดเงื่อนไขไม่ให้มีการกระจุกตัวของทรัพยากรในภาคเมืองเกินไป เพื่อให้คนจน คนด้อยโอกาสมีโอกาสเข้าถึงมากขึ้น โดยเน้นไปที่ผลลัพธ์ที่ปลายทางว่า คนด้อยโอกาสทั้งหลายจะมีโอกาส ความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้

จากกรอบคิดดังกล่าวอาจตีความได้ว่า ใช้จุดเริ่มต้นวิธีคิดแบบเท่าเทียม (Equality) โดยสร้างการเข้าถึงบริการให้แก่ประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติ พร้อมกับใช้วิธีคิดแบบเสมอภาค (Equity) โดยผลักดันนโยบาย กระบวนการที่มุ่งสนับสนุนให้เกิดการกระจายทรัพยากรไปสู่คนยากจนให้เข้าถึงการบริการได้มากยิ่งขึ้น เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นโยบายเหมาจ่ายและให้สิทธิพิเศษแก่บุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานในพื้นที่ชนบทห่างไกล หรือการกำหนดเงื่อนไขให้แพทย์จบใหม่ต้องไปทำงานใช้ทุนคืนรัฐด้วยการไปทำงานในชนบท เป็นต้น

ทั้งนี้เพราะต่างเห็นว่า การใช้วิธีคิดความเท่าเทียมเชิงปริมาณ (Equality) เป็นเป้าหมายตลอดกระบวนการจะไม่สร้างผลลัพธ์ที่เป็นธรรมได้ เพราะโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม ได้แก่ เศรษฐกิจ การศึกษา มีความเหลื่อมล้ำอย่างสูง การกำหนดความเท่าเทียมเชิงปริมาณจึงไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขสภาพปัญหา ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนที่แตกต่างกันไป การจัดการแบบ Equality แบบที่หน่วยงานรัฐกำลังทำ เช่น การมีจำนวนแพทย์ จำนวนโรงพยาบาล การจัดสรรงบประมาณ อุปกรณ์ การแพทย์และอื่นๆ โดยคิดเพียงค่าเฉลี่ยต่อหัวนั้น แม้จะดูเหมือนว่า “เป็นธรรม” แต่ก็ไม่ได้ทำให้ความเหลื่อมล้ำหรือความไม่เป็นธรรมลดน้อยถอยลงไปเท่าใด

แม้เป้าหมายความเป็นธรรมเป็นสิ่งที่ฝ่ายต่างๆ สะท้อนตรงกัน แต่ทุกฝ่ายล้วนตระหนักในข้อเท็จจริงว่า เราไม่สามารถบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมสมบูรณ์แบบได้ เพราะโครงสร้างความเหลื่อมล้ำเป็นโครงสร้างใหญ่ที่ดำเนินมาช้านาน ดังที่ นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์กุล คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกล่าวไว้ว่า เศรษฐฐานะและการศึกษา คือ มูลเหตุของความเหลื่อมล้ำและความไม่เท่าเทียมกัน สอดรับกับที่ ดร.สุปรีดา อุดุลยานนท์ จาก สสส.ยืนยันว่า แม้จะมีนโยบายความเป็นธรรมในรูปแบบใด คนที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจ สังคมก็ยังสามารถฉวยโอกาส สร้างความได้เปรียบจากนโยบายทุกรูปแบบได้มากกว่าคนจน อีกทั้งความเป็นธรรมยังเป็นมิติเชิงคุณค่าที่คนใช้เชิงเปรียบเทียบท่ามกลางสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา คำถามเรื่องความเป็นธรรมจึงเป็นคำถามที่ไม่มีวันหมดไปตราบดีที่สังคมเปลี่ยนแปลงและผู้คนในสังคมก็เปลี่ยนมุมมองเรื่องความเป็นธรรม และใช้ประเด็นเรื่องความเป็นธรรมเป็นยุทธศาสตร์การต่อรองอำนาจ ดังนั้นสิ่งที่ทำได้คือการลดความเหลื่อมล้ำเพื่อให้เข้าถึงสถานะความเป็นธรรมให้ได้มากที่สุด ในแง่นี้ “ความเป็นธรรม” จึงเป็นกระบวนการไม่รู้จบที่ต้องดำเนินการให้ก้าวหน้าขึ้นไป เพื่อถ่วงดุลกับกระแสทางเศรษฐกิจและสังคมที่กำลังสนใจคำถามเรื่องความเป็นธรรมน้อยลง แต่มุ่งสนใจประเด็นเรื่องประสิทธิภาพเป็นหลัก หรือหากจะสนใจความเป็นธรรมก็เฉพาะการมีโอกาสเท่าเทียมกันในจุดเริ่มต้น แต่การไปบังคับให้ผลลัพธ์เท่าเทียมกันนั้นอาจไม่เป็นธรรมในวิธีคิดแบบเสรีนิยม¹⁵

อย่างไรก็ตาม แม้ผู้ให้สัมภาษณ์จะมีมุมมองเรื่องความเท่าเทียมหรือเป็นธรรมตรงกัน แต่ขอบเขตความหมายของความเป็นธรรมกลับต่างกันไป นพ.พลเดช นพ.สุวิทย์,ดร.จิราภรณ์, ดร.วณิ และคุณสารี มองปัญหาความเป็นธรรมในแง่ระบบการคลัง ที่รัฐต้องจัดสรรให้ประชาชนเข้าถึงได้ ดังนั้นคนส่วนใหญ่จึงเน้นการปฏิรูประบบความเป็นธรรมไปที่การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพ อันเป็นการตอบโจทย์ความเป็นธรรมในเชิงการคลังที่มีรัฐเป็นศูนย์กลางของการจัดสรรได้ ปัญหาความไม่เป็นธรรมจึงคลี่คลายไปมาก เหลือแต่เพียงการขยายสิทธิโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงยิ่งขึ้น ขณะที่ นพ.โกมาตร ตั้งคำถามว่า การจำกัดความเป็นธรรมเฉพาะแง่การคลัง และแง่สาธารณสุขแคบเกินไป ทำให้การอภิบาลระบบสุขภาพละเลยความเป็นธรรมในมิติที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อม การศึกษา เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิทธิมนุษยชน โดยทั้งนี้หมอโกมาตรก็ตระหนักว่าปัญหาดังกล่าวมาจากโครงสร้างระบบราชการที่แบ่งแยกภาระงานเป็นส่วนๆ สอดรับกับหมอวิพุธที่วิเคราะห์ให้เห็นว่า ความเป็นธรรมในเรื่องสุขภาพ การศึกษา และอื่นๆ ล้วนแต่เป็นปัญหาในระบบโครงสร้างเดียวกัน นั่นคือ โครงสร้างที่รัฐเป็นศูนย์กลางของการจัดสรรความเป็นธรรม ปัญหาเชิงโครงสร้างเกิดขึ้นเมื่อรัฐมองความเป็นธรรมแบบเท่าเทียมเชิงปริมาณ (Equality) มีนโยบายแบบมาตรฐานเดียว ขาดความยืดหยุ่น ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาความเป็นธรรมที่หลากหลาย และที่สำคัญคือไม่มีความสามารถที่จะวัดได้ว่านโยบายที่ดำเนินการไปบรรลุความเป็นธรรม

¹⁵ นโยบายการจ่ายค่าตอบแทนตามผลปฏิบัติงาน (Pay for Performance: P4P) ก็สะท้อนวิธีคิดแบบ “ใครทำอะไร ได้มาก” คือความเป็นธรรม ขณะที่ฝ่ายวิจารณ์มองความเป็นธรรมต้องดูที่ความเท่าเทียมเชิงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการเพิ่มสิทธิ โอกาสของคนยากจนในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

หรือไม่ นโยบายและกลไกที่แข็งตัวดังกล่าวได้สร้างปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น การออกนโยบาย มาตรการที่ผิดพลาด การเปิดช่องให้เกิดการคอร์รัปชัน ทางออกของการสร้างความเป็นธรรมต้องคิดในเชิงโครงสร้างแบบใหม่คือ การสร้างความเข้มแข็งธรรมาภิบาล (governance) โดยสร้างกระบวนการ กลไกที่ภาคีต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในระดับท้องถิ่น

หมอโกมาตรได้ตั้งข้อสังเกตต่อพลวัตแนวคิดความเป็นธรรมในวงการสุขภาพว่า ในอดีตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ออกไปทำงานชนบทซึ่งต้องเผชิญปัญหาคนยากจนเข้าไม่ถึงระบบสุขภาพ พวกเขาจะมีวิธีคิดเรื่องความไม่เป็นธรรมหรือความเหลื่อมล้ำที่ชัดเจน แต่ปัจจุบันนักศึกษา แพทย์รุ่นใหม่ แม้จะเห็นใจคนจน คนด้อยโอกาส แต่ก็เป็นมุมมองแบบสงสารผู้ด้อยโอกาสมากกว่าจะตั้งคำถามถึงความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ

4.3 สิ่งบ่งชี้ความไม่เป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพ

เมื่อกล่าวถึงปัญหาความไม่เป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพ ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่านได้ระบุปัญหาความไม่เป็นธรรมซึ่งมีทั้งตรงกันและมีจุดเน้นที่ต่างกันไป พอจำแนกได้ดังนี้

4.3.1. โครงสร้าง ความเหลื่อมล้ำของสังคม

ทุกท่านต่างระบุตรงกันว่าแนวคิดความเป็นธรรมมีความสำคัญต่อการพัฒนาการอภิบาลระบบสุขภาพ เพราะการอภิบาลระบบสุขภาพซึ่งเป็นภาพสะท้อนของสังคมไทยที่อยู่ในภาวะเหลื่อมล้ำทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองสูง คนยากคนจน คนด้อยโอกาส เช่น คนพิการ แรงงาน คนชนบท กลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่ห่างไกล และอื่นๆ ซึ่งมีทุนทางเศรษฐกิจ โอกาส และอำนาจต่อรองน้อยกว่า ล้วนประสบปัญหาเรื่องสุขภาพทั้งในเรื่องความเสี่ยงสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การมีทางเลือกในด้านสุขภาพ ปัญหาความเหลื่อมล้ำดังกล่าวจึงเป็นโจทย์ใหญ่ของการพัฒนาการอภิบาลระบบสุขภาพ

ความเหลื่อมล้ำทางสังคม ทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมในหลายด้าน จนทำให้เกิดการเคลื่อนไหวในระบบที่จะปฏิรูประบบสาธารณสุข พร้อมกับการเคลื่อนไหวทางสังคมที่ผลักดันให้มีการปฏิรูประบบให้เกิดความเป็นธรรมทางสังคม ด้วยเหตุนี้การออกแบบการอภิบาลระบบสุขภาพจึงต้องอยู่บนฐานความเข้าใจสถานะความเหลื่อมล้ำที่มีอยู่เดิม โดยการพัฒนาระบบที่ไปลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำให้เข้าใกล้ความเท่าเทียมกันมากที่สุด ฐานคิดดังกล่าวสอดคล้องแนวคิดเรื่องความยุติธรรมแนวเสรีนิยมทั้งในแง่การยอมรับสิทธิประชาชนอย่างเท่าเทียม พร้อมๆ กับตระหนักถึงคนด้อยโอกาสที่มีทุนทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองน้อยกว่า การเข้าใกล้สภาวะความเท่าเทียมกันจะเกิดขึ้นได้ต้องมุ่งเสริมสิทธิ อำนาจของคนด้อยโอกาส พร้อมไปกับการลดช่องสภาวะความเหลื่อมล้ำให้ลดลงไปด้วย

4.3.2 นโยบายการสนับสนุนโรงพยาบาลขนาดใหญ่แต่กีดกันรายย่อย

คุณนิมิตร เทียมอุดม มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ได้ยกตัวอย่างในระบบประกันสังคมการดูแลสุขภาพว่า นโยบายที่รัฐดำเนินการอยู่สร้างความไม่เป็นธรรม เนื่องจากรัฐมุ่งสนใจแต่การทำความร่วมมือกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้การรับบริการเกิดการกระจุกตัว เป็นการสร้างค่านิยมปลูกฝังให้ผู้คนให้เข้าใจว่าจะได้รับการรักษาที่ดีกว่า

ขณะที่ระบบประกันสังคมเป็นความร่วมมือกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่านั้น แต่ไม่เปิดโอกาสให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นคู่สัญญาหลัก เมื่อเจ็บป่วยผู้ให้บริการต้องเดินทางเข้าสู่โรงพยาบาลระดับจังหวัดเท่านั้น ร่ายจ่ายค่าเดินทาง ระยะเวลาเดินทาง การลาหยุดงาน กรณีผู้ป่วยเรื้อรังถือเป็นภาระใหญ่

4.3.3 การบริการรัฐไม่ทั่วถึง

ทุกคนที่สัมภาษณ์ต่างเริ่มต้นระบุปัญหาความไม่เป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพจากการกล่าวถึงการบริการด้านสาธารณสุขของรัฐไม่ทั่วถึง เริ่มตั้งแต่ระดับล่างสุดจากการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพของคนยากจน คนด้อยโอกาส และขยายภาพให้เห็นทั้งระบบมากขึ้นเมื่อบ่งชี้ว่าประชาชนส่วนใหญ่ประสบปัญหาความยากลำบากในการเข้าถึงบริการของรัฐอย่างพอเพียงและมีคุณภาพ เช่น การรอคอยพบแพทย์ เวลาที่พบแพทย์ การเข้าถึงยา และปัจจัยด้านสาธารณสุขต่างๆ จึงอาจกล่าวได้ว่า ปัญหาเรื่องการบริการรัฐไม่ทั่วถึงเป็นปรากฏการณ์ปัญหาอุปสรรคที่ชัดเจนที่สุดของความไม่เป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพ

ปัญหาการบริการของรัฐไม่ทั่วถึงไม่ใช่เป็นแค่ปัญหาทางเทคนิคการทำงาน แต่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง ที่ขาดการปรับตัวให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองดังที่ นพ.อำพล จินดาวัฒนะสะท้อนว่า

“สมัยก่อนสังคมไม่ซับซ้อน กระทรวงสาธารณสุขจึงรับได้ทุกเรื่อง ทั้งเรื่องกำหนดนโยบาย การตัดสินใจ นโยบาย การตัดสินใจ การดูแลงบประมาณ และการให้บริการ ซึ่งก็พยายามเพิ่มความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ หากแต่วันนี้สังคมไทยเปลี่ยนไปแต่กระทรวงสาธารณสุขยังคงรับทุกบทบาทเช่นเดิม สิ่งที่กระทรวงฯ ต้องทำคือ หันกลับมาทบทวนตนเองว่า ระบบดังกล่าวยังไปได้หรือไม่?”

4.3.4 โครงสร้างรัฐไม่สมบูรณ์

นายแพทย์วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) ปัญหาเกี่ยวกับความไม่เป็นธรรมในระบบอภิบาลสุขภาพ เป็นผลพวงมาจากกลไกรัฐที่ดูแลเรื่องสุขภาพทั้งองค์ภาพ ยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ไม่เป็นธรรม มูลเหตุของความไม่เป็นธรรมเกิดจาก

1) โครงสร้างการออกแบบระบบบริการสุขภาพ ที่ให้การดูแลคนไทยที่อยู่ในบริบทต่างๆ ไม่เท่ากัน เช่น คนอยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีร้อยละ 54 ของประชากรทั่วประเทศ มีแพทย์ดูแลถึง 30,000 คน แต่คน

ที่อยู่ในชนบทอยู่ในชนบท ซึ่งมีสัดส่วนร้อยละ 46 ของประชากรประเทศกลับมีแพทย์ดูแลเพียง 4,000 กว่าคน จะเห็นได้ว่า รัฐบาลลงทุนกับคนเมืองมากกว่า คนชนบท สะท้อนเรื่องความไม่เป็นธรรมชัดเจน

2) ระบบงบประมาณ ประเทศไทยใช้เงินร้อยละ 5 ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ Gross Domestic Product (GDP) สำหรับการดูแลเรื่องสุขภาพ (health) หากเทียบกับประเทศอื่น ถือว่าอยู่ในระดับกลางๆ

3) การจัดสรรงบประมาณเพื่อวางระบบโครงสร้างพื้นฐาน โรงพยาบาลภาคอีสานตอนบน (ในเขตจังหวัดอุดรธานีมีจำนวนเตียงเทียบประชากรต่ำมาก ถ้าเทียบกับจังหวัดอยุธยา หรือ จังหวัดราชบุรี ที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 2 เท่าครึ่ง

4) การกระจายอำนาจโดยใช้สิทธิทางการเมือง หรืออำนาจต่อรองของประชาชนชนชั้นต่างๆ เป็นฐาน โดยไม่ได้ใช้ข้อมูล/ข้อเท็จจริงเป็นเกณฑ์ ยังคงรวมศูนย์/อำนาจตัดสินใจเอามาไว้ที่ส่วนกลางเป็นหลัก เช่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน, น่าน ฯลฯ ต้องมารอ กรุงเทพฯ

4.3.5 โครงสร้างและสถาบันการจัดการความเป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพมีข้อจำกัด

ปมปัญหาความเป็นธรรมในระบบโครงสร้างที่สำคัญมาจากกลไกรัฐคือ กระทรวงสาธารณสุขที่มีโครงสร้างหน้าที่หลักขัดแย้ง โดยในด้านหนึ่ง กระทรวงฯ เป็นผู้กำหนดนโยบาย อภิบาลระบบสุขภาพ แต่ในอีกด้านหนึ่งก็เป็นผู้ให้บริการด้วย ดังนั้นจึงทำให้รัฐมองการจัดการความเป็นธรรมโดยเอารัฐเป็นศูนย์กลาง ไม่ให้ความสำคัญต่อสิทธิ การมีส่วนร่วมของประชาชน หรือการเสริมศักยภาพสังคม ในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพเท่าใดนัก ดังเห็นได้จากนโยบาย แผน งบประมาณที่จัดสรรในภาครัฐ และที่สำคัญเมื่อเกิดความขัดแย้งกับประชาชนโดยหน่วยงานรัฐเข้าไปเป็นส่วนของความขัดแย้ง กระทรวงฯ ซึ่งมีโครงสร้างผลประโยชน์ทับซ้อนก็มีแนวโน้มจะเข้าข้างหน่วยงานรัฐ เช่น กรณีความขัดแย้งระหว่างแพทย์สภากับผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการรักษาจากแพทย์ เป็นต้น

โครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพเริ่มปรับตัวมากขึ้น เมื่อขบวนการสุขภาพฝ่ายก้าวหน้าสามารถผลักดันให้เกิดองค์กรอิสระที่มีงบประมาณ และหน้าที่ดำเนินการด้านสุขภาพโดยไม่ถูกกำกับจากกระทรวงฯ เริ่มตั้งแต่การผลักดันให้เกิดคณะกรรมการระบาคติวิทยาแห่งชาติ การจัดตั้งสมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติในปี 2531 และเกิดองค์กรสำคัญต่อการปฏิรูประบบคือ สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในปี 2535 ที่ทำหน้าที่ศึกษาวิจัยเพื่อปฏิรูปโครงสร้างระบบสุขภาพให้เป็นธรรม และเป็นที่มาของการเกิดองค์กรอิสระอื่นๆ ตามมา ได้แก่ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) (ต่อมาพัฒนาเป็น สช.) ในปี 2543 สำนักงานกองทุนเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) ในปี 2544 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปี 2545 ตามมาด้วยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในปี 2550 ในกระบวนการปรับ

โครงสร้างดังกล่าวก็ได้เสริมสร้างสุขภาพจากภาคสังคมที่มีบทบาทสนับสนุนการปฏิรูปโครงสร้างมา โดยตลอด

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ให้น้ำหนักโครงสร้างความเป็นธรรมอยู่ที่ สปสช. ที่ดูแลเรื่องหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากการปฏิรูประบบการเงิน การคลังเพื่อให้คนจนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือเสียในราคาถูกลง ดังนั้นทัศนะส่วนใหญ่จึงมองว่าปัญหาเชิงโครงสร้างความเป็นธรรมได้คลี่คลายไปมาก เหลือแต่เพียงการพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพ ทัวถึงมากยิ่งขึ้น

แต่ที่สำคัญมองอาจารย์จิราพร นักวิชาการที่เคลื่อนไหวตรวจสอบทุนโลกาภิวัตน์ด้านสุขภาพและการรวมศูนย์อำนาจรัฐกลับมองว่า ปัญหาความเป็นธรรมกำลังพัฒนาไปอย่างซับซ้อน กลุ่มทุนข้ามชาติและทุนชาติที่ผลักดันเรื่องการเปิดเสรีการค้า ระบบสิทธิบัตรยา นโยบาย Medical Hub กำลังทำให้ปัญหาความเป็นธรรมรุนแรงยิ่งขึ้น เพราะระบบบริการสาธารณะ ทรัพยากรสาธารณะกำลังถูกทำให้เป็นทรัพย์สินและสินค้าของกลุ่มทุน ระบบดังกล่าวกำลังดึงดูดถ่ายโอนทรัพยากร บุคลากรต่างๆ ที่รัฐและสาธารณะสร้างขึ้น ทำให้คนยากจนจะถูกกีดกันการเข้าถึงบริการสุขภาพ และยังถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพของตนเอง ขณะที่โครงสร้างรัฐกลับไร้ประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหา เนื่องจากตกอยู่ในโครงสร้างผลประโยชน์ทับซ้อนระหว่างผู้ถืออำนาจและผู้ให้บริการ อีกทั้งยังถูกการเมืองระดับบนแทรกแซง

เช่นเดียวกับที่หมอมวิพุด ที่เห็นว่าความเป็นธรรมภายใต้ระบบรวมศูนย์ของรัฐเป็นไปไม่ได้ การปฏิรูปโครงสร้างต้องเคลื่อนจาก Government ไปสู่ Governance โดยกระจายอำนาจรัฐ และเสริมสร้างกลไกเชิงสถาบันของท้องถิ่นที่มีภาคีต่างๆ เข้ามาร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นธรรม พร้อมกับขยายขอบข่ายสุขภาพที่เชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตประชาชนอย่างบูรณาการ เหมือนกับที่หมอโกมาตรเน้นให้เห็นถึงมิติอื่นๆ ของความเป็นธรรมที่โยงกับเรื่องสุขภาพ

4.3.6. โครงสร้างรัฐมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ทั้ง นพ.พลเดช, นพ.สมศักดิ์ และอ.จิราพร ล้วนกล่าวถึงปัญหาโครงสร้างผลประโยชน์ทับซ้อนของกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) เป็นปัญหาสำคัญความไม่เป็นธรรมของการอภิบาลระบบสุขภาพ การที่ สธ. ทำหน้าที่ทั้งกำหนดนโยบาย ควบคุมระบบ และเป็นกลไกให้บริการด้วยนั้น ทำให้แนวนโยบายและการปฏิบัติของ สธ. มุ่งไปที่การรักษาสถานภาพและผลประโยชน์ขององค์กรเป็นสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อหน่วยงานให้บริการมีปัญหา เช่น การบริการไม่ทั่วถึง ขาดประสิทธิภาพ มีความบกพร่อง หรือมีความขัดแย้งกับประชาชนผู้รับบริการ เมื่ออยู่ในโครงสร้างที่ทับซ้อนเช่นนี้ การปฏิรูประบบเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมเป็นไปได้ยาก ดังนั้นกลุ่มคนที่ขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรมจึงมีข้อเสนอให้ปรับการอภิบาลระบบสุขภาพ เช่น การมีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย สมัชชา

สุขภาพเพื่อทำหน้าที่สร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชน หรือการตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีกรรมการจากภาคีต่างๆ มาร่วมดูแล เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อคลี่คลายระบบการรวมศูนย์ผูกขาดอำนาจของ สธ.ลง

4.3.7.ความลักลั่นในระบบสวัสดิการสุขภาพ 3 ระบบ

แม้ปัญหาความลักลั่นในระบบสวัสดิการสุขภาพ ได้แก่ ระบบสวัสดิการของรัฐต่อข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพ จะไม่ใช่ปัญหาที่ใหญ่ที่สุดของการอภิบาลระบบสุขภาพ แต่ความลักลั่นดังกล่าวได้นำมาสู่ความรู้สึกไม่เป็นธรรมของผู้คนที่ใช้ระบบต่างกันไป

ระบบสวัสดิการข้าราชการของรัฐเป็นระบบที่ถูกวิจารณ์มากที่สุดว่าเป็นการให้อภิสิทธิ์แก่ข้าราชการ

การในการเบิกค่ารักษาพยาบาลอย่างไม่จำกัด สิ้นเปลืองงบประมาณมาก เมื่อเทียบกับปัญหาระบบสุขภาพทั้งหมดที่ต้องการเม็ดเงินมาแก้ปัญหา ขณะเดียวกันระบบประกันสังคมกับระบบหลักประกันสุขภาพซึ่งมีสิทธิน้อยกว่าระบบสวัสดิการข้าราชการก็มีภาวะลักลั่นกันเองอยู่ เพราะระบบประกันสังคมผู้ประกันตนต้องร่วมสมทบทุนให้กับกองทุนซึ่งมีการใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วย แต่สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพนั้น รัฐเป็นผู้จ่ายทั้งหมดให้แก่ประชาชน แต่การบริการด้านการรักษาพยาบาลกลับไม่มีความแตกต่างกันมากนัก จึงเป็นที่มาของคำถามเรื่องความไม่เป็นธรรม จนปัจจุบันมีข้อเสนอของภาคประชาสังคมและภาคีต่างๆ ที่จะปฏิรูประบบดังกล่าวให้เกิดความเป็นธรรมขึ้น ดังเช่นการมีมติสมัชชาปฏิรูปในการบูรณาการระบบสวัสดิการทั้งหมดให้เชื่อมโยงกัน

4.3.8.ทุนโลกาภิวัตน์ การเปิดเสรีการค้า และการแปรรูปทรัพยากรสาธารณะ

ขณะที่ผู้ให้สัมภาษณ์บางท่านมองปัญหาความไม่เป็นธรรมของการอภิบาลระบบสุขภาพว่าคืบหน้าไปมากหลังจากการเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพ ปัญหาที่เหลือเป็นเรื่องการพัฒนาปรับปรุงระบบ และขยายการบริการให้เข้าถึงประชาชนอย่างทั่วถึง แต่บางท่าน เช่น อ.จิราพร หมอโกมาตร กลับไม่คิดว่าปัญหาความไม่เป็นธรรมจะหมดไป โดยเฉพาะเมื่อเรากำลังเผชิญวิกฤติจากทุนโลกาภิวัตน์ที่ทำให้การสร้างสุขภาพที่ดีเป็นสินค้าราคาแพงในกลไกตลาดไปทุกขณะ

อ.จิราพร ซึ่งทำงานติดตามปัญหาระบบสิทธิยาจากข้อตกลงการค้าเสรี ได้ชี้ให้เห็นปัญหาการผูกขาดของกลุ่มทุนยาผ่านระบบสิทธิบัตรยาที่มาพร้อมกับข้อตกลงการค้าเสรีต่างๆ กำลังจะทำให้เกิดช่องว่าง ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงยามากขึ้น ยาจะกลายเป็นสินค้าราคาแพง เมื่อมาผนวกกับนโยบาย Medical Hub ซึ่งมุ่งดึงดูดผู้มีทุนจากต่างประเทศมาใช้บริการ ผลประโยชน์ทางธุรกิจจากระบบดังกล่าวกำลังจะดึงดูดโครงสร้างพื้นฐาน บุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขไป ขณะที่ระบบบริการสาธารณะเดิมที่ไม่เพียงพอจะตอบสนองประชาชนนั้นจะยังมีปัญหารุนแรงขึ้น

แต่ในอีกด้านหนึ่งหมอพลเดช กลับมองเรื่อง Medical Hub เป็นโอกาสที่พัฒนามูลากรการแพทย์มากขึ้นจากการที่ได้มีโอกาส และได้ผลตอบแทนจากการทำงาน ส่วนปัญหาเรื่อง “สมองไหล”

และอื่นๆ สามารถออกกฎข้อบังคับให้รัดกุมเพื่อป้องกันการดูแลอาทรพยากรสาธารณะไปเพื่อประโยชน์ทางการค้า

หากแต่คุณหมอโกมาตรเห็นต่างไปว่า ระบบการค้าเสรีที่ไร้การควบคุมอย่างนโยบาย Medical Hub ไม่สามารถที่จะป้องกันแก้ไขให้เกิดความเป็นธรรมได้ และไม่สามารถเดินไปพร้อมกับนโยบายระบบสุขภาพที่มีเป้าหมายเป็นธรรมได้ เราจำเป็นที่จะต้องมีความชัดเจนว่าทิศทางของการอภิบาลระบบสุขภาพจะมุ่งสู่ความเป็นธรรมเป็นเป้าหมายหลักหรือไม่

บทที่ 5

บทสะท้อนแนวคิดความเป็นธรรมผ่านกรณีศึกษาเชิงนโยบาย

แนวคิดความเป็นธรรมปรากฏหรือไม่อย่างไรในระบบอภิบาลสุขภาพ ไม่เพียงแต่การตีความผ่านถ้อยคำของหน่วยงานต่างๆ แต่ต้องน่านโยบายสำคัญๆ ในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะนโยบายที่มีประเด็นขัดแย้งกันของฝ่ายต่างๆ อันจะสะท้อนการต่อสู้ทางความคิดระหว่างหลักความเป็นธรรมกับหลักอื่นๆ เช่น ประสิทธิภาพ ประโยชน์สาธารณะ ตลาดเสรี หรือการต่อสู้ด้วยแนวคิดความเป็นธรรมที่มีนัยแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงเลือกหยิบกรณีศึกษามาวិเคราะห์ 4 กรณี ได้แก่

- 1) การคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข
- 2) สิทธิบัตรยาภายใต้การค้าเสรี
- 3) นโยบายประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการการแพทย์ภูมิภาค
- 4) นโยบายการจ่ายเงินตามผลปฏิบัติงาน

5.1 กรณีการคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข

ตัวอย่างที่เด่นชัดของความไม่เป็นธรรมในระบบอภิบาลสุขภาพก็คือ ปัญหาความขัดแย้งระหว่างคนไข้ที่ได้รับผลกระทบจากการรับบริการสาธารณสุขกับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นผู้ให้บริการ โดยผู้เสียหายที่ได้รับผลกระทบหลายอย่างเช่น เสียชีวิต พิการ จากการรักษา และขาดเงินชดเชยเยียวยาแก่ครอบครัว แม้ปัจจุบันประชาชนจะมีสิทธิรักษาพยาบาลประเภทต่างๆ เช่นสวัสดิการของรัฐ หลักประกันสุขภาพ ประกันสังคม ทั้งหมดนี้ต่างก็ไม่ได้จัดสรรงบประมาณหรือกองทุนสำหรับการฟื้นฟู เยียวยา หรือปกป้องสิทธิให้กับผู้เสียหายจากการบริการสาธารณสุข มิต้องกล่าวถึงผู้ที่รับการรักษาจากโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มีหลักประกันคุ้มครองใดๆ

ปัญหาดังกล่าวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานาน โดยที่ผ่านมีกลไกสำคัญในการไกล่เกลี่ยและจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นคือ แพทยสภา ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมให้แพทย์ปฏิบัติตามมาตรฐานและอยู่ในจริยธรรมวิชาชีพ หากไม่ปฏิบัติตามก็มีอำนาจลงโทษกล่าวตักเตือนไปจนถึงเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หากแต่ในระยะต่อมาแพทยสภาถูกวิจารณ์จากประชาชนมากขึ้นว่า ถูกครอบงำโดยกลุ่มแพทย์จากโรงพยาบาลเอกชน และมีการวินิจฉัยปัญหาในแนวทางปกป้องผลประโยชน์ของแพทย์มากกว่าการควบคุมให้เป็นไปตามจริยธรรม ทำให้แพทยสภากลายมาเป็นคู่ขัดแย้งกับกลุ่มผู้เสียหายจากการได้รับบริการสาธารณสุขยิ่งขึ้น แม้เรื่องเข้าสู่ศาล ส่วนใหญ่ผู้เสียหายซึ่งเป็นฝ่ายโจทก์ก็มักจะแพ้คดี เพราะหลายกรณีมี

การแก้ไขระเบียบใหม่ให้เป็นประโยชน์กับฝ่ายแพทย์ อีกทั้งพยานส่วนมากก็มาจากผู้เชี่ยวชาญทางฝ่ายแพทย์¹⁶ จะมีน้อยกรณี ดังเช่น ล่าสุดที่ศาลปกครองก็ได้วินิจฉัยคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย¹⁷

จากเสียงร้องเรียนของผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดการผลักดันให้มีกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหาย จนกระทั่งในปี 2549 นพ.มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นได้ให้มีการยกร่าง พรบ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ... ขึ้นโดยมีตัวแทนจากทุกภาคส่วนเข้าร่วม เพื่อลดปัญหาการฟ้องร้องระหว่างหมอกับคนไข้ วัตถุประสงค์หลักของกฎหมายคือ มีกองทุนชดเชยความเสียหายอย่างเป็นธรรมและรวดเร็ว ครอบคลุมคนไข้ทุกสิทธิ และนำความผิดพลาดไปพัฒนาระบบป้องกันความเสียหาย ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ

“พวกเราจึงได้เดินทางมาเพื่อจะเตือนสติแพทยสภา ในฐานะของพี่น้องร่วมประเทศ ที่ต้องการเห็นความเท่าเทียม ต้องการเห็นคนทุกคนได้รับการดูแลคุ้มครอง เมื่อเขาเหล่านั้นประสบปัญหาจากการรับบริการทางสาธารณสุข ซึ่งในการดูแลนี้ ต้องเป็นการดูแล ที่ให้เป็นธรรมกับทั้งสองฝ่าย คือ ผู้ให้บริการ สาธารณสุข และผู้ป่วย...เจตนารมณ์ของ พรบ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นความพยายามที่จะสร้างความเป็นธรรม และหาเครื่องมือมาดูแลทั้งฝั่งผู้ให้บริการเมื่อประสบปัญหา และถูกเรียกร้องค่าเสียหาย ให้มีกองทุนขึ้นมารับความเสี่ยงแทน ให้กองทุนเป็นคนจ่ายแทน และในขณะเดียวกัน กองทุนก็จะช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้เสียหาย และพิจารณาจ่ายชดเชยความเสียหายอื่นๆ โดยให้หลักของการดูแลความเสียหายในทางแพ่ง เพื่อลดเงื่อนไขที่ผู้ป่วย จะนำปัญหาไปฟ้องในศาลต่อไป”¹⁸

หลักคิดการผลักดันร่างกฎหมายดังกล่าวอยู่บนเรื่องการให้ความเป็นธรรมกับผู้เสียหายซึ่งเป็นผู้เสียเปรียบ (ความรู้ ทุน กลไกเชิงสถาบันกฎหมาย สถานะทางสังคม ฯลฯ) เพื่อให้มีอำนาจต่อรองปกป้อง

16 ปริยนันท์-ลือเสริมวัฒนา, 2554, เส้นทางเดิน-พรบคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข, 23 กันยายน 2011, <http://th-th.facebook.com/notes/ปริยนันท์-ลือเสริมวัฒนา/เส้นทางเดิน-พรบคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข/154740231284605>

17 กรณีตัวอย่างความขัดแย้งจนถึงขั้นฟ้องร้องศาล เช่น ศาลปกครองกลางมีคำพิพากษา เมื่อวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2555 ให้เพิกถอนมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2551 และคำสั่งแพทยสภาที่ 15/2551 ที่ลงโทษว่ากล่าวตักเตือนแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนผู้หนึ่ง ที่ประมาทเลินเล่อจนผู้ป่วยถึงกับเสียชีวิต แต่แพทยสภามีคำสั่งลงโทษแค่กล่าวตักเตือน ศาลปกครองจึงให้เพิกถอนมติแพทยสภา แล้วให้แพทยสภาและ คณะกรรมการแพทยสภา ไปดำเนินการพิจารณาและวินิจฉัยความผิดของแพทย์ผู้นั้นใหม่ ให้ถูกต้องเหมาะสมกับพฤติการณ์ของผู้ถูกลงโทษ

ดูรายละเอียดที่ ภาพอัลบั้มแพทยสภา, มติชนออนไลน์ 13 มีนาคม 2555, <http://suchons.wordpress.com/2012/03/13/ภาพอัลบั้มของแพทยสภา>

18 มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, จดหมายเปิดผนึกถึงแพทยสภา, 29 กรกฎาคม 2553, http://www.consumerthai.org/main/index.php?option=com_content&view=article&id=1194:2010-07-30-06-03-25&catid=194:2012-05-14-05-19-28&Itemid=258

สิทธิ และให้ความเป็นธรรมกับฝ่ายแพทย์ ที่จะได้ไม่ต้องเผชิญความเสี่ยงและภาระเอง โดยมีกองทุนตามกฎหมายใหม่มาดูแลแทน หลักคิดดังกล่าวได้เอาปัญหาที่คู่ขัดแย้งทั้งสองฝ่ายมาพิจารณาร่วมกัน และเน้นหลักการสร้างความเป็นธรรมจากดุลอำนาจที่ใกล้เคียงกันมากขึ้น อันสอดคล้องกับหลักคิดเรื่องการให้ความสำคัญกับผู้เสียเปรียบตามหลักความเป็นธรรมของ John Rawls และสอดคล้องกับแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ในการต่อสู้กับปัญหาความไม่เป็นธรรมที่สำคัญ เช่น การผูกขาดอำนาจของรัฐ ตามแนวทางของอมาตยา เช่น

แต่ฉบับพลันที่มีการเสนอร่างพรบ.ดังกล่าวเข้าสู่สภา ในปี 2553 แพทยสภาและกลุ่มแพทย์จำนวนหนึ่งก็แสดงความคิดเห็นคัดค้านเต็มที่ แรงต้านทานดังกล่าวจากฝ่ายราชการทำให้แม้ขบวนการประชาชนจะพยายามผลักดันร่างกฎหมายดังกล่าวเต็มที่ แต่รัฐบาลก็ยังไม่บรรจุกฎหมายดังกล่าวเข้าสู่สภาทั้งๆ ที่มีการรับปากกับประชาชนหลายครั้ง จนเมื่อเดือนกันยายน 2554 คณะรัฐมนตรีจึงมีมติยืนยันร่างกฎหมายดังกล่าวพร้อมกับร่างอื่นๆ ซึ่งมีเนื้อหาลดทอนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยลง และเดือนพฤศจิกายนในปีเดียวกัน รัฐสภาก็มีมติยืนยันพิจารณาร่างกฎหมายดังกล่าว แต่จนถึงบัดนี้ก็ยังไม่ได้พิจารณา โดยให้เหตุผลว่าร่างกฎหมายจากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้พิจารณาพร้อมกัน

“ที่ผ่านมามีปัญหาการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลนั้นก็มากพออยู่แล้ว และความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับหมอนั้นแย่ง และพรบ.ฉบับนี้ก็ไม่ได้ช่วยอะไรเลย ยิ่งจะมีปัญหามากกว่าเดิมอีก และตอนนี้หมอทุกคนก็ระวังตัวกันสุดๆ คนไข้ ก็ต้องแต่เมื่อไหร่หมอพลาด ก็จะมีช่องให้ฟ้องร้องและจะมีผลประโยชน์เข้ามา”

“หากปล่อยให้ ร่างพรบ.ฉบับนี้ออกมานั้นในอนาคตคาดว่าจะต้องขาดแคลนแพทย์ เนื่องด้วยงานหนัก และเงินเดือน ถ้าเทียบกับผู้ที่จบมาในระดับเดียวกันนั้นเงินเดือนน้อยกว่า แต่งานเยอะกว่ามีความรับผิดชอบมากกว่า ต่อไปก็คงจะไม่มีคนเรียนแพทย์ ซึ่งพรบ.ที่จะออกมานั้นควรมีการปรับปรุงให้ความเป็นธรรมกับวิชาชีพและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้มากกว่านี้”

“ทุกวันนี้คนไข้จำนวนมากตรวจไม่ทัน หมอต้องใช้เวลากับคนไข้น้อยลง ซึ่งคงจะไม่มีมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด และเมื่อตรวจเร็ว ก็เกิดข้อผิดพลาดขึ้นได้จากบางส่วน ในส่วนของ พรบ.ฉบับนี้ข้อดีก็คือ ถ้าเกิดความเสียหายขึ้นคนไข้จะได้รับการชดเชยโดยไม่มีการสอบสวนใดๆทั้งสิ้น แต่ก็มีข้อเสียถ้าหมอระวังตัวตลอดก็จะเกิดความรู้สึกห่างเหินกับคนไข้ ซึ่งจะกลายเป็นผู้ตรวจและผู้เข้ารับบริการเมื่อเกิด

ความผิดพลาดและมีการฟ้องร้องกันเงินคนไข้ก็ได้ไปแล้ว แต่ยังมีเรื่องของคดีอาญาเข้ามาอีกทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับหมอห่างกันออกไป”¹⁹

หากพิจารณาจากเหตุผลของแพทยสภา และกลุ่มแพทย์บางส่วนที่ออกมาคัดค้านร่างกฎหมายดังกล่าวในแง่มุมมองความเป็นธรรมแล้ว เห็นได้ว่า แพทยสภาและกลุ่มแพทย์ให้มองว่ากฎหมายดังกล่าวจะไม่เป็นธรรมกับแพทย์ผู้รักษาที่อยู่ในสภาวะบีบคั้นจากภารกิจตรวจคนไข้ที่หนักหนาสาหัส ซึ่งความเป็นผิดพลาดที่เกิดขึ้นจึงอาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งสภาวะดังกล่าวเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่เป็นสาเหตุความไม่เป็นธรรมสำคัญที่กระทบต่อแพทย์และผู้ป่วย เหตุผลของฝ่ายแพทย์ต่อระบบที่เป็นปัญหาดังกล่าวก็มีฐานคิดเรื่องความเป็นธรรมโดยเฉพาะเมื่อมองภาพรวมของระบบ

แต่สิ่งที่เป็นปัญหาก็คือ การไม่แยกแยะระหว่างเหตุผลความเป็นธรรมเชิงระบบกับสภาพปัญหาที่ผู้เสียหายไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการบริการ (ในระบบที่มีปัญหา) และไม่เห็นว่ามีความจำเป็นที่สังคมควรจะมียุทธศาสตร์คุ้มครองสนับสนุนให้แก่ผู้ที่ประสบปัญหา (ดังข้อวิจารณ์ว่า ตามเงื่อนไขกฎหมายนี้ให้การเอาเงินจากภาษีจากประชาชนและเงินอุดหนุนจากสถานบริการ ในระยะยาวมาตั้งกองทุน โดยกล่าวว่าไม่เป็นธรรมสำหรับผู้ให้บริการ และเป็นการเบียดเบียนประชาชนทั่วไป) ทั้งนี้แพทยสภาและกลุ่มแพทย์ไม่ได้เอาปัญหาความไม่เป็นธรรมของผู้ป่วยที่เป็นผู้เสียหายมาพิจารณาเท่าที่ควร แม้จะมีการกล่าวถึงว่ากฎหมายดังกล่าวทำให้แพทย์รักษาคนไข้ได้น้อยลง กระทบต่อคนไข้ที่ต้องรอแพทย์เป็นจำนวนมาก แต่ปัญหาดังกล่าวเป็นเรื่องระบบโครงสร้างการรวมศูนย์ของบริการสาธารณสุข ไม่ได้มาจากกฎหมายฉบับนี้ ดังนั้นข้อวิจารณ์จากฝ่ายแพทยสภาและกลุ่มแพทย์บางส่วนจึงขาดมุมมองเรื่องการคุ้มครองกับผู้เสียหายเปรียบ ขาดแนวคิดเรื่องความเป็นธรรม ไม่ว่าจะมองจากแนวเสรีนิยมที่ให้ความสำคัญกับสิทธิที่เท่าเทียม หรือประโยชน์นิยมที่มองผลลัพธ์โดยรวมซึ่งในกรณีนี้ก็คือความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้เสียหาย และความขัดแย้งที่เกิดขึ้น เหตุผลเพียงประการเดียวที่มีสอดคล้องความเป็นธรรมก็คือ การเรียกร้องให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากทุกฝ่ายอย่างรอบด้านก่อนการพิจารณากฎหมาย

จากข้อถกเถียงในเรื่องร่างพรบ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการได้รับบริการสาธารณสุข ทำให้แง่มุมที่ขัดแย้งกันระหว่างผู้รับบริการที่ตกอยู่ในสภาวะเสียเปรียบ ขาดอำนาจต่อรอง กับผู้อภิบาลระบบที่เป็นสถาบันที่มีอำนาจทางสังคม ผู้ป่วยมองว่าโครงสร้างระบบอภิบาลปัจจุบันขาดความเป็นธรรมทั้งในเชิงหลักการที่ยังไม่รองรับผู้เสียหายจากการบริการ ผู้ป่วยขาดอำนาจต่อรอง กลไกเช่นแพทยสภาขาดธรรมาภิบาล จึงต้องการสร้างระบบที่เป็นธรรมด้วยการสนับสนุนแก่ผู้เดือดร้อนเสียเปรียบ ป้องกันไม่ให้ผู้บริการต้องเผชิญภาระโดยตรง โดยผลักดันให้ระบบมีความเป็นธรรม ขณะที่กลุ่มแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการมองว่า

19 กรุงเทพธุรกิจออนไลน์, หมอพรพ.ทั่วประเทศต่างคัดค้านร่างพ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ, การเมือง : บทวิเคราะห์, วันที่ 29

กรกฎาคม 2553, <http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/analysis/20100729/345467/หมอพรพ.ทั่วประเทศต่างคัดค้านร่างพ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ>

ความไม่เป็นธรรมปรากฏอยู่แล้วในระบบที่ไม่สามารถรองรับความต้องการบริการจากผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพเพียงพอ การมีกฎหมายไม่ได้แก้ปัญหาดังกล่าวอย่างใด แต่กลับจะเพิ่มภาระรวมทั้งระมัดระวังให้แก่แพทย์ สถานบริการมากขึ้น หากแต่เรามุมมองของฝ่ายแพทย์กลับอ่อนเหตุผลในเรื่องความเป็นธรรมที่ต้องพิจารณาจากทุกฝ่าย โดยเฉพาะจะแก้ปัญหาให้กับคนป่วยที่เป็นผู้เสียหายได้อย่างไร

แต่กระนั้นสิ่งที่ควรพิจารณาจากมุมมองฝ่ายแพทย์ก็คือ รัฐจะแก้ปัญหาเรื่องสถานะการให้บริการไม่เพียงพอกับความต้องการและปัญหาได้อย่างไร จะมีหลักประกันและการส่งเสริมให้แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขมีความพร้อมในการให้บริการอย่างมีคุณภาพได้อย่างไร ซึ่งเป็นโจทย์ที่ไม่ใช่เรื่องของร่างกฎหมายดังกล่าว แต่ต้องคิดถึงการปฏิรูประบบอภีบาลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ และเป็นธรรมกับทุกฝ่ายยิ่งขึ้น

5.2 กรณีการใช้สิทธิบัตรในสิทธิบัตรยาโดยรัฐภายใต้นโยบายการค้าเสรี²⁰

“การเจรจาความตกลงการค้าเสรีในส่วนทรัพย์สินทางปัญญาที่เกินกว่าความตกลงทริปส์ จะก่อให้เกิดการผูกขาดตลาดอย่างยาวนาน และทำให้ราคายาแพงขึ้นมากมาย ประเทศชาติต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นมหาศาล ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงยาได้ ส่งผลกระทบด้านลบต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมภายในประเทศ ที่สำคัญคือ ประโยชน์ส่วนใหญ่จะตกอยู่กับบริษัทข้ามชาติเท่านั้น”

ถ้อยคำในแถลงการณ์เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2556 โดยกลุ่มศึกษาผลกระทบการค้าเสรี (FTA Watch) โดยนางสาวสุัททรา นาคะผิว ประธานคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ กล่าวถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการทำข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างไทยกับสหภาพยุโรป ซึ่งไทยจะได้รับประโยชน์จากการต่อสิทธิพิเศษทางภาษีศุลกากรเป็นการทั่วไป (Generalized System of Preferences : GSP) 3 หมื่นล้านบาท แต่ต้องแลกกับผลกระทบเช่น ราคายาที่แพงขึ้น เนื่องจากเงื่อนไขของยุโรปบังคับให้ใช้ระบบสิทธิบัตรเช่น สิทธิบัตรกับยา สิ่งมีชีวิต และทรัพย์สินทางปัญญาต่างๆ อย่างเข้มงวดโดยไม่มีข้อยกเว้น ผ่อนผัน

ข้อถกเถียงดังกล่าวย้อนกลับไปถึงปัญหารูปธรรมที่เกิดขึ้นมาจากมาตรการการใช้สิทธิในสิทธิบัตรยาโดยรัฐ (Compulsory Licensing: CL) ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2546 เริ่มจากปัญหาที่ระบบสาธารณสุขของรัฐยังไม่สามารถจัดการปัญหาและผลกระทบโรคเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และธุรกิจยาได้ขึ้นราคายาที่จำเป็นโดยอ้างเรื่องสิทธิบัตร ขณะที่ภาครัฐก็ไม่สามารถควบคุมได้ กลุ่มผู้ป่วยเอดส์จึงได้รวมตัวกันเพื่อร่วมมือกันแสวงหาทางรอดของชีวิต²¹ จากการศึกษาของกลุ่มผู้ป่วยพบว่า ปัจจุบันมียา

²⁰ ประมวลข้อมูลจาก ศูนย์ศึกษาสันติภาพและความขัดแย้ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556, โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้ของระบบการอภิบาลสุขภาพ, น.50-51

²¹ นิमित เทียมอุดม มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ให้สัมภาษณ์ว่า ขบวนการเคลื่อนไหวผู้ป่วยเอดส์ เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาข้อเสนอและผลักดันนโยบายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่รัฐบาลทักษิณ หยิบนำมาใช้โดยแปลงเป็น “30 บาทรักษาทุกโรค”

หลายตัวที่สามารถยับยั้ง บรรเทาได้ แต่ติดตรงที่ราคาแพงเพราะเป็นยาของบริษัทต่างชาติที่มีสิทธิบัตร กลุ่มผู้ป่วยจึงหาทางที่จะให้รัฐต่อรองกับบริษัทเพื่อให้ได้ใช้ยาราคาถูก กลุ่มผู้ป่วยเรียกร้องให้รัฐใช้กลไกใช้ CL เพื่อประโยชน์สาธารณะ ตามมาตรา 51 ของ พรบ.สิทธิบัตร 2535 แต่ก็ถูกสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่มีบริษัทผลิตยาดังกล่าวต่อต้าน

การต่อสู้ ต่อรองเป็นไปอย่างยืดเยื้อ ภาคประชาชนร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขใช้หลักการ CL ตามปฏิญญาโดฮาว่าด้วยความตกลงทริปส์กับการสาธารณสุขที่สร้างความยืดหยุ่นในการบังคับใช้ ข้อตกลงทริปส์ (รวมถึงประเด็นเรื่องการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ)²² แต่เผชิญการต่อต้านจากบริษัทยาต่างชาติ และประเทศสหรัฐอเมริกา จนปี 2549 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงได้สั่งการให้หน่วยงานในสธ.ประกาศใช้สิทธิกับยาสามัญการ แม้ว่าการดำเนินการดังกล่าวจะนำมาซึ่งการตอบโต้ อย่างรุนแรงทั้งจากบริษัทยาข้ามชาติ และสหรัฐ (เช่นการตัดสิทธิ์ GSP 3 รายการ และประกาศให้ไทยเป็น ประเทศที่ต้องจับตามองเป็นพิเศษ) แต่สธ. และสปสช. ยังคงส่งสัญญาณที่จะดำเนินการต่อไป

คณะทำงานชุดต่างๆ ได้เสนอให้ประกาศ CL กับยาอีก 4 รายการ และสธ.ได้ประกาศใช้อย่างเป็นทางการในเดือนม.ค.2551 แต่ปัญหาในกลไกรัฐที่ปรับเปลี่ยนนโยบายไม่แน่นอน เวลากว่าห้าปีที่ไม่มี การประกาศมาตรการใช้สิทธิเพิ่มเติม แม้ว่าจะมีการเสนอและเรียกร้องจากหลายฝ่าย ยังมีแนวโน้มที่รัฐบาล อาจต้องเพิ่มระดับการคุ้มครองสิทธิบัตรยาในระดับที่มากกว่าที่รัฐบาลไทยเคยตกลงกับองค์การการค้าโลก ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการทำ CL แนวโน้มดังกล่าวเห็นได้จากการเจรจาข้อตกลงทางการค้าระดับ ทวิภาคีของรัฐบาลไทยกับหลายประเทศ/กลุ่มประเทศ อาทิสหรัฐอเมริกา และล่าสุดคือข้อตกลงกับสหภาพ ยุโรปที่ให้ไทยรับเงื่อนไขทรัพย์สินทางปัญญาแบบเข้มงวด จะทำให้ไม่สามารถใช้มาตรการการ CL ได้

เมื่อมองจากมุมเรื่องความเป็นธรรม ข้อถกเถียงเรื่อง CL ได้สะท้อนการต่อสู้ทางความคิดระหว่าง ความเป็นธรรมสำหรับประชาชนที่จะได้เข้าถึงยาเพื่อความอยู่รอด ซึ่งเป็นหน้าที่ของรัฐตามรัฐธรรมนูญที่ จะต้องปกป้องคุ้มครองสิทธิการดำรงชีพของประชาชน ซึ่งในแง่นี้ทั้งฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข สปสช.ซึ่งเป็นองค์กรอิสระ และขบวนการประชาชนมีความเห็นตรงกัน ขณะที่ฝ่ายบริษัทยาข้ามชาติก็ให้เหตุผล ความชอบธรรมจากการเป็นผู้ลงทุนคิดค้นยา²³ หรืออ้างตามหลักความเป็นธรรมในแง่ผู้สร้างหรือลงทุนย้อม

²² ที่ประชุมรัฐมนตรีขององค์การการค้าโลก ได้เห็นชอบเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน ค.ศ. 2544 กับร่างปฏิญญาโดฮาว่าด้วยความตกลงทริปส์และการสาธารณสุข ซึ่งมีสาระสำคัญว่า การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญามีได้ขีดขวางประเทศสมาชิกในการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อปกป้องสาธารณสุขของประเทศ ความตกลงทริปส์อนุญาตให้ประเทศสมาชิกใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ (Compulsory licensing) ภายใต้เหตุผลที่ประเทศสมาชิกเป็นผู้กำหนดปฏิญญาโดฮายังได้เล็งเห็นความจำเป็นในการช่วยเหลือประเทศที่ขาดศักยภาพการผลิต และกำหนดให้คณะมนตรีทริปส์ (TRIPS Council) กำหนดแนวทางแก้ปัญหานี้ ซึ่งคณะมนตรีทริปส์ได้เสนอให้มีการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิเพื่อส่งออกผลิตภัณฑ์ไปยังประเทศที่ไม่มีศักยภาพการผลิต

²³ แม้จะมีข้อถกเถียงว่า การผลิตยาจำนวนมากไม่น่าเกิดขึ้นจากการที่บริษัทยาไปขโมยเอาความรู้ท้องถิ่นของประชาชน และทรัพยากรชีวภาพจากประเทศเขตร้อนขึ้น

มีสิทธิชอบธรรมที่จะได้รับผลประโยชน์จากการลงทุนของตนเอง การทำ CL ได้ทำให้เป็นพื้นที่ของการเอาเหตุผลความเป็นธรรมสองมุมมาถกเถียงกัน

โดยพื้นฐานหลักการของ CL ก็คือ เริ่มจากการยอมรับสิทธิทรัพย์สินทางปัญญาของผู้ผลิตยา แต่ก็ตระหนักถึงสภาพความเป็นจริงที่ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศไม่มีขีดความสามารถในการซื้อยาราคาแพง หรือผลิตยาของตนเอง การบังคับใช้สิทธิบัตรยาโดยบริษัทยาอย่างเต็มที่ที่จะทำให้ประชาชนคนยากจนในประเทศเหล่านั้นเดือดร้อน หลักการ CL ในปฏิญญาโดฮาจึงให้สิทธิกับประเทศเหล่านั้นปกป้องพลเมืองตนเองในสถานการณ์จำกัดได้หลายทาง เช่น การซื้อยาราคาถูก (แม้เป็นยาที่ไม่มียาสิทธิบัตรรองรับ) เจาะให้บริษัทเจ้าของสิทธิบัตรลดราคาขาย หรือกระทั่งผลิตยาเลียนแบบ ให้ได้ยาราคาถูกและมีคุณภาพภายใต้เงื่อนไขเฉพาะ ซึ่งหลักข้อนี้ ประเทศต่างๆ ทั้งประเทศพัฒนาแล้วและประเทศด้อยพัฒนาต่างก็เคยใช้มาตรการดังกล่าว²⁴

กล่าวไปแล้วหลักการของ CL ก็เป็นไปตามกรอบคิดความเป็นธรรมของ Rawls ที่มุ่งสร้างความเป็นธรรมโดยการคุ้มครอง ชดเชยกับผู้เสียเปรียบ โดยเฉพาะในบริบททุนนิยมเสรี ที่ยาซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานดำรงชีพของสาธารณะได้กลายเป็นสินค้า โดย CL บังคับใช้ในสถานการณ์เฉพาะเจาะจง จนเมื่อความด้อยโอกาสของประเทศยากจนเปลี่ยนไปก็ยุติการใช้ CL ดังนั้น CL จึงไม่ได้เป็นการรอนสิทธิของหรือสร้างความไม่เป็นธรรมกับบริษัทยาเป็นการทั่วไป เนื่องจากบริษัทยายังจะหาประโยชน์จากทรัพย์สินทางปัญญาของตนกับประเทศที่มีความพร้อมอื่นๆ ได้อีกมาก นอกจากนี้ผลของ CL ยังจะนำไปสู่สภาวะการแข่งขันแบบเสรีในอนาคตได้ เมื่อประเทศที่ใช้ CL ทำให้เกิดสภาวะยาราคาถูก บริษัทที่ผูกขาดสิทธิยาก็ต้องลดราคาขายลงมาแข่งขัน หรือเมื่อประเทศที่ใช้ CL มีเงื่อนไขต้องเร่งพัฒนาความพร้อมในการผลิตยามากขึ้น ก็จะทำให้เกิดสภาวะการแข่งขันในตลาดยาที่เท่าเทียมกันมากขึ้น หรือเกิดสภาวะความเป็นธรรมในสภาวะเริ่มแรกที่ Rawls กล่าวได้ เมื่อระบบผูกขาดยาลายลง

ประเด็นข้อถกเถียงจากฝ่ายบริษัทและรัฐของบริษัทเหล่านั้น ไม่ได้มีเพียงการเรียกร้องความเป็นธรรมจากการลงทุนคิดค้นยา แต่ยังโยงเอาเรื่องการตัดสินใจพิเศษทางการค้าจีเอสพีเพื่อเป็นการตอบโต้ โดยให้เหตุผลว่าหากใช้มาตรการจีเอสพี ประชาชนในประเทศนั้นๆ จะเดือดร้อนจากปัญหาการส่งออกสินค้าที่ไม่ได้รับสิทธิพิเศษ ประเด็นดังกล่าวได้สร้างภาวะกระอักกระอ่วนใจแก่รัฐบาลไทยและประเทศที่จะใช้ CL อื่นๆ เมื่อจะต้องพิจารณาทางเลือกที่ทุกทางล้วนมีผลได้และเสียทั้งนั้นว่าจะเลือกปกป้องประชาชนที่จำเป็นต้องเข้าถึงยา หรือจะเลือกการได้รับสิทธิประโยชน์ทางการค้าต่อไป

การใช้จีเอสพีตอบโต้กับ CL เป็นปัญหาความไม่เป็นธรรมที่ชัดเจน เพราะเป็นการสู้ระหว่างผลประโยชน์ของกลุ่มทุนกับสิทธิพื้นฐานของประชาชน แต่เมื่อพิจารณาเนื้อหาของผลกระทบหากถูกตัดจีเอสพี พบว่า ผู้ได้ประโยชน์จากจีเอสพีมีหลากหลาย ทั้งอุตสาหกรรมข้ามชาติที่มาลงทุนในไทย กลุ่ม

²⁴ จักรกฤษณ์ ครอบพจน์, ความจำเป็นของ "การบังคับใช้สิทธิ" และประสบการณ์ในต่างประเทศ, ประชาไท 30 มกราคม 2550, <http://prachatai.com/journal/2007/01/11430>

ผู้ประกอบการส่งออก โดยมีประชาชนอยู่ปลายทาง การถูกตัดจีเอสพีไม่ได้เป็นการถูกละเมิดสิทธิการแข่งขันทางเศรษฐกิจ แต่เป็นเพียงการไม่ได้รับอภิสิทธิ์เป็นการเฉพาะ อันเท่ากับกลับมาอยู่ที่การแข่งขันการค้ากับประเทศอื่นๆ อย่างเท่าเทียม แต่การใช้ CL ไม่เพียงเป็นประโยชน์กับคนยากจนที่เข้าไม่ถึงยาโดยตรง ยังจะทำให้การสภาวะแข่งขันจนยาราคาถูกลง ประโยชน์ก็จะตกอยู่กับส่วนรวมด้วย ด้วยเหตุนี้เมื่อคิดในหลักความเป็นธรรมไม่ว่าจะแบบเสรีนิยม หรือประโยชน์นิยม การใช้ CL จึงเป็นคำตอบของนโยบายการเข้าถึงยาในสภาวะที่ประเทศกำลังเผชิญกับการผูกขาดยาโดยกลุ่มทุน

5.3 กรณีนโยบายประเทศไทยเป็นศูนย์กลางของการแพทย์ภูมิภาค

นโยบายประเทศไทยเป็นศูนย์กลางของการแพทย์ภูมิภาค (Medical Hub: MH) ถูกผลักดันจากรัฐบาลทักษิณตั้งแต่ปี 2547 ภายหลัง นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคหรือนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันเป็นข้อเสนอจากขบวนการประชาชนด้านสุขภาพ และกระทรวงส. หากแต่นโยบายทั้งสองด้านนี้ไปคนละทาง ขณะที่นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งเน้นไปที่การลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมโดยทำให้การรักษาพยาบาลเป็นสวัสดิการของประชาชนทุกคน แต่นโยบาย HM กลับมุ่งไปที่การสร้างรายได้เข้าประเทศ โดยมีกลุ่มธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์เป็นด่านแรก รัฐบาลในสมัยนั้นเรียกนโยบายที่มีหลักการขัดกันสองประการนี้ว่า นโยบายคู่ขนาน (Duo Track) โดยเชื่อว่ามีเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายต่างกัน สามารถป้องกัน แก้ไข หรือกระทั่งจัดวางให้นโยบายสองด้านนั้นนอกจากไม่กระทบกันแล้วยังหนุนเสริมกันได้

ฐานที่มาของนโยบาย MH มาจากแรงผลักดันของกลุ่มธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน และฝ่ายการเมืองที่อาจมีผลประโยชน์เกี่ยวข้องกับธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน จึงต้องการผลักดันให้ระบบการแพทย์ได้มีบทบาทเป็นสินค้าบริการเพื่อดึงดูดเม็ดเงินจากต่างชาติ โดยคาดการณ์เบื้องต้นว่าจะสร้างรายได้เข้าประเทศ 40,000 ล้านบาทต่อปี ซึ่งได้รับการขานรับจากโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่ง เช่น กลุ่มธุรกิจเครือข่ายโรงพยาบาลกรุงเทพฯ สมิติเวช และอื่นๆ

รัฐบาลตระกูลชินวัตรได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ MH สองฉบับ ฉบับแรก (2547-1551) เน้นธุรกิจบริการ 3 ด้าน คือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย และกำลังเริ่มแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่ 2 (2557-2561) โดยตั้งเป้าให้ไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ เป็นผู้นำระดับโลกในการจัดบริการสุขภาพ โดยมีบริการ 4 ด้านคือ เป็นศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness hub) ศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical Service Hub) เป็นศูนย์กลางบริการทางวิชาการและงานวิจัย (Academic Hub) และเป็นศูนย์กลางการผลิตยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Product Hub)

เหตุผลในการประเมินความคุ้มค่าของนโยบายดังกล่าวมาจากการพิจารณาว่า ระบบการแพทย์ของไทยมีชื่อเสียง เป็นที่ยอมรับ ราคาถูกกว่าประเทศอื่นที่มีมาตรฐานการแพทย์เดียวกัน โรงพยาบาลเอกชนของไทยมีมาก มีเตียงว่าง อีกทั้งการคมนาคมสะดวก เมื่อเชื่อมโยงกับการท่องเที่ยวที่ประเทศไทยมี

ชื่อเสียงแล้ว ทำให้การเข้ามารับบริการการแพทย์ก็ผนวกร่วมกับการท่องเที่ยวไปในตัว²⁵ และผลการประเมินล่าสุดเมื่อปี 2555 พบว่า นโยบาย HM ในช่วงแรก สามารถสร้างรายได้เข้าประเทศถึง 140,000 ล้านบาท

นโยบายดังกล่าวได้เป็นที่วิพากษ์วิจารณ์มาโดยตลอด จากกลุ่มเคลื่อนไหวเพื่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มผู้ป่วย นักเศรษฐศาสตร์ด้านสวัสดิการสังคม หรือแม้แต่ความคิดเห็นจากองค์กรตระกูล ส.โดยประเด็นข้อวิจารณ์หลักก็คือ นโยบาย MH จะดึงดูดเอาบุคลากรทางการแพทย์ และยังใช้ประโยชน์จากระบบการแพทย์ที่รัฐได้ลงทุนเพื่อสวัสดิการของประชาชนไป อันจะกระทบต่อความสามารถให้บริการของโรงพยาบาลอย่างรุนแรง เช่น จำนวนแพทย์ในปัจจุบัน อัตราส่วนต่อประชากรของประเทศยังไม่เพียงพอ คาดการณ์ว่า ปี 2558 สัดส่วนแพทย์หนึ่งคนต่อประชากรจะมีถึง 41,780-44,095 คน นอกจากจะทำให้ขาดแคลนแพทย์อย่างหนักแล้ว แพทย์จากต่างประเทศก็สามารถเข้ามาประกอบวิชาชีพในประเทศไทยโดยไม่ต้องสอบใบประกอบโรคศิลป์ของไทย ประเทศมหาอำนาจทางธุรกิจก็สามารถเข้ามาดำเนินกิจการการค้าและบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยได้ซึ่งมีต้นทุนน้อยกว่าโดยรวมความแล้ว นโยบาย MH จะดึงดูดทรัพยากรที่มีคุณภาพไปหมดเพื่อเป็นสินค้า ประชาชนจะประสบความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทางแพทย์ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการสังคมด้านสุขภาพต่างๆ จะล้มเหลว

ต่อปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเพราะถูกดูดไปสู่โรงพยาบาลเอกชน นพ. ประดิษฐ์ สีนธวงรงค์ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ตอบคำถามเชิงสนับสนุนข้อเสนอของฝ่ายโรงพยาบาลเอกชนว่า ให้รัฐเร่งสนับสนุนงบประมาณผลิตบุคลากรการแพทย์แก่โรงพยาบาลรัฐและเอกชนโดยไม่เลือกปฏิบัติ และให้แพทยสภาและสถาบันฝึกอบรมแพทย์ของรัฐอนุญาตให้เอกชนเป็นต้นสังกัดในการส่งแพทย์เข้าเรียนสาขาเฉพาะทางได้อย่างทัดเทียมโรงพยาบาลรัฐ ส่วนปัญหาพื้นฐานขาดแคลนแพทย์นั้น นพ.ประดิษฐ์กล่าวว่า ปัจจุบันมีแพทย์ 40,000 คน ผลิตได้ปีละ 1,000 คน ขณะนี้มีเป้าหมายผลิตให้ได้ 2,800-3,000 คนต่อปี ถ้าเป็นไปตามแผน อีก 10 ปีจะมีแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์พอเพียงกับความต้องการของประชาชน²⁶

ไม่เพียงแต่กลุ่มผู้ป่วย นักพัฒนาเอกชน แม้กระทั่งนักเศรษฐศาสตร์อย่าง ดร.อัมมาร์ สยามวาลา ได้วิจารณ์นโยบาย MH ว่า

“โรงพยาบาลรัฐในการให้การให้บริการคนไทยในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการตอนนี้โดนจำกัดมาก เพราะความต้องการมีมาก รัฐไม่เคยให้

²⁵ ประมวลจาก นพ.อดิศร ภัทรานุรักษ์, แนวคิด ความสัมฤทธิ์ผล และ ผลกระทบนโยบายประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์ภูมิภาค, (ม.ป.ป.)

²⁶ “หมอประดิษฐ์” สานต่อ “เมดิคัล ฮับ” ระยะ 2 ชูความเป็นเลิศแพทย์ไทยสู่สากล, ไทยรัฐออนไลน์, ข่าวเศรษฐกิจ, 13 กันยายน 2556, <http://www.thairath.co.th/column/eco/ecoscoop/361330>

ทรัพยากรเพียงพอและไม่ลงทุน... รัฐบาลที่ใช้นโยบายประชานิยมทุกอย่างแต่ไม่เคยพูดเรื่องนี้เลยว่าจะทำให้ดีขึ้นทรัพยากรที่ลงไปในด้านนี้จากรัฐนั้นไม่ดีเลยและการจำกัดของงบประมาณสูงจนทำให้สปสช.มาให้โรงพยาบาลของตัวเอง และไม่เคยใช้เงินลงทุนของเอกชนและกีดกันออกไปตลอด ตอนนี้จะให้โรงพยาบาลเหล่านี้เข้าโครงการนี้มีคำถามเยอะมาก เช่น การลงทุนด้านที่ขาดแคลนในมุมมองคือปฏิเสธการให้บริการกับคนไทยโดนให้บจำกัด แต่ไปให้บริการแบบสูงคนต่างชาติ ตรงนี้ตรงกันข้ามกับคำว่าประชานิยม ย้ำว่าโครงการนี้ไม่ควรดำเนินการ เพราะโรงพยาบาลเอกชนดำเนินการแล้ว และชาวต่างชาติใช้บริการเกินครึ่ง หากเทียบกับคนไทยที่ไปใช้บริการที่นั่น ส่วนโรงพยาบาลรัฐนั้นยังพบว่าเด็กตาย เพราะมีเครื่องช่วยหายใจและเงินในระบบเมดิคอลยัبنั่นไม่เชื่อว่าจะตกมาถึงการรักษาคนไทย"²⁷

ประเด็นข้อถกเถียงในแง่ความเป็นธรรมต่อนโยบาย MH ปรากฏอย่างชัดเจน โดยฝ่ายวิจารณ์มองว่า นโยบายดังกล่าวไม่เป็นธรรมต่อประชาชนโดยเฉพาะคนยากคนจนที่จะต้องถูกจำกัดการบริการ การแพทย์และสาธารณสุขอย่างรุนแรงจนเกิดความเดือดร้อนต่อชีวิต เนื่องจากทรัพยากร (คน งบประมาณ ปัจจัยการผลิต) อื่นๆ ด้านการแพทย์ของรัฐที่ใช้เพื่อบริการสาธารณะ ถูกดึงเอาไปตอบสนองคนต่างชาติ และผู้มีฐานะ และตอบสนองโรงพยาบาลเอกชนที่เป็น “Free Rider” เข้ามาแสวงประโยชน์จากโครงสร้างพื้นฐานสาธารณะ (บุคลากร สถาบันวิจัย ฯลฯ) ที่รัฐสร้างไว้ เพียงเพื่อหวังประโยชน์จากเม็ดเงินที่ส่วนมากตกไปอยู่กับกลุ่มธุรกิจโรงพยาบาลเป็นหลัก แนวนโยบายดังกล่าวขัดกับหลักความเป็นธรรมของ Rawls อย่างสิ้นเชิง เพราะไม่ได้สนใจความเสมอภาค ความเท่าเทียม เนื่องจากการสนับสนุนส่งเสริมสิทธิประโยชน์เฉพาะกลุ่มคนมีฐานะดังกล่าวไปกระทบต่อสิทธิมนุษยชน และความเสมอภาค เท่าเทียมกัน (ทั้งในเชิง Equity และ Equality)

สิ่งที่ควรพิจารณาคือ นโยบาย MH ไม่ได้มีเจตนาเรื่องความเป็นธรรมในตัวเอง ดังเห็นจากการตอบข้อวิจารณ์ของฝ่ายรัฐบาลที่ไม่ได้มองปัญหา MH เชื่อมโยงกับปัญหาความไม่เป็นธรรม เพียงแต่มองเป็นเรื่องข้อจำกัดในระยะต้นของการบริหารจัดการที่แก้ได้ด้วยการทุ่มงบประมาณการผลิตบุคลากรและพัฒนา ระบบอภิบาลสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น

ด้วยการที่รัฐบาลไม่ได้นำเอาประเด็นความเป็นธรรมมาเป็นส่วนพัฒนานโยบายดังกล่าว ทำให้การอ้างความชอบธรรมทางนโยบายเป็นไปได้ยาก แม้เมื่อประกอบส่วนในนโยบายสาธารณสุขอื่นๆ ของรัฐ ก็ไม่สามารถนำมาสู่ความสมดุลของหลักการสำคัญด้านต่างๆ เช่น ความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ ฯลฯ ได้ ด้วยเหตุนี้รัฐบาลจึงเลือกที่จะไม่ตอบคำถามในเรื่องความเป็นธรรมของนโยบาย MH คงไว้แต่เหตุผลเรื่องผลประโยชน์จากรายได้ และความภาคภูมิใจที่ไทยจะเป็นศูนย์กลางบริการการแพทย์นานาชาติเท่านั้น

²⁷ 'อัมมาร'อัดไอดี'เมดิคัลฮับ'รณว.สาธารณสุข, กรุงเทพธุรกิจออนไลน์, การเมือง: คุณภาพชีวิต, วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2556, <http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/life/20130212/490036/อัมมารอัดไอดี'เมดิคัลฮับ'รณว.สาธารณสุข.html>

5.4 กรณีนโยบายการจ่ายเงินตามผลปฏิบัติงาน

นโยบายการจ่ายเงินตามผลปฏิบัติงาน หรือ Pay for Performance (P4P) ที่กระทรวงสาธารณสุขจะนำมาใช้ปรับระบบการจ่ายเงินให้แก่บุคลากรทางสาธารณสุขแทนระบบเหมาจ่าย ได้กลายเป็นข้อถกเถียงอย่างยืดเยื้อระหว่างกระทรวงที่เป็นหน่วยงานรัฐ กับกลุ่มแพทย์ชนบทและองค์กรประชาสังคม นอกเหนือจากข้อถกเถียงในด้านธรรมาภิบาล ความโปร่งใส สิ่งที่น่าสนใจก็คือ เป็นการเถียงกันในเรื่องความเป็นธรรม ด้วยเหตุนี้ ข้อถกเถียงต่อนโยบาย P4P จึงเป็นตัวอย่างที่ดีที่จะสะท้อนมุมมอง แนวคิดเรื่องความเป็นธรรมซึ่งเชื่อมโยงกับแนวคิดอื่นๆ ของฝ่ายต่างๆ ในแวดวงสาธารณสุข

“...นโยบายนี้ประชาชนจะได้รับประโยชน์ ดังนี้ 1.เชิงปริมาณ กระตุ้นให้คนทำงานมากขึ้น 2.เชิงคุณภาพ มีตัวชี้วัดในเชิงการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ลดอัตราการป่วยหรือตัวชี้วัดคุณภาพด้านการรักษาพยาบาล เช่น ลดระยะรอคิว ผ่าตัดแล้วไม่ติดเชื้อ ทำให้คนไข้กลับบ้านเร็วขึ้น คุณภาพการรักษาและการบริการด้านอื่นต้องดีขึ้น...” (นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์, หนังสือพิมพ์โพสต์ทูเดย์ ฉบับวันที่ 7 มิ.ย.56)

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แสดงเหตุผลของการที่กระทรวงสาธารณสุขผลักดันนโยบาย P4P โดยอธิบายหากใช้ระบบจ่ายค่าตอบแทนตามผลปฏิบัติการ จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ปฏิบัติงานให้ทำงานที่ก้าวหน้าขึ้น ซึ่งหลายงานต้องการแรงจูงใจให้ทำมากกว่างานเชิงรับปกติ เช่น การส่งเสริม ป้องกัน งานวิชาการ งานเยี่ยมบ้าน และอื่นๆ กิจกรรมบางอย่างที่ไม่เคยได้รับการบันทึกก็จะถูกบันทึก และจะทำให้คนทำงานในส่วนนั้นๆ ได้เห็นคุณค่าของงาน ซึ่งประโยชน์จะกลับมาที่ประชาชน...”

ผลลัพธ์ปลายทางที่ได้คือ ประโยชน์จะได้รับจากการได้รับบริการด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะประชาชนในชนบทที่มีปัญหาเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุข จากเหตุผลดังกล่าวอาจตีความได้ว่า รัฐกำลังปรับประสิทธิภาพขององค์กรเพื่อสร้างความเป็นธรรมแก่คนชนบทในการเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น ท่ามกลางสภาวะความเหลื่อมล้ำในการบริการ ด้วยเหตุนี้การเพิ่มประสิทธิภาพจึงเป็นวิธีที่นำไปสู่ความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำ

ประเด็นสำคัญของระบบดังกล่าวอยู่ที่การวัดผลเพื่อมาคำนวณระดับความเป็นธรรมที่ควรจะได้รับ นโยบายดังกล่าวใช้วิธีการวัดผลเชิงปริมาณ หากทำมากก็ได้มาก คนทำน้อยย่อมได้น้อย ซึ่งก็เข้าใจได้ว่า “เป็นธรรม” และผลของการแข่งขันตามแรงจูงใจก็จะนำไปสู่การบริการที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดความ “เป็นธรรม” ในเชิงผลลัพธ์ในท้ายที่สุด

ข้อถกเถียงจึงอยู่ที่ว่า เราสามารถใช้การวัดเชิงปริมาณเพื่อบรรลุผลเชิงคุณภาพได้หรือไม่ และการวัดผลเชิงปริมาณโดยเกณฑ์มาตรฐานเดียว จะสอดคล้องกับความหลากหลายของบริบท ปัจจัยแวดล้อม ของการทำงานด้านสาธารณสุขหรือไม่

“หากนำฟิฟอร์พีแบบไทยไปใช้ทั่วประเทศ สุขภาพของคนไทยจะไม่ดีขึ้น...แม้ปริมาณการรักษา มากขึ้น แต่เป็นการรักษาที่เป็นไปเพื่อคำตอบแทน ไม่ได้คำนึงถึงผลลัพธ์สุดท้ายของสุขภาพ ไม่ส่งเสริมการ ทำงานป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ ไม่สนับสนุนการทำงานแบบบูรณาการและการทำงานเป็นทีมสห วิชาชีพแพทย์...” (ทพ.ดร.ธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

ดร.ธงชัย แย้งว่า การวัดผลจากกิจกรรมเชิงปริมาณคือปัญหาใหญ่ เพราะสุขภาพที่ดีต้องดูที่ ผลลัพธ์ปลายทาง จึงต้องใช้กระบวนการเชิงคุณภาพ การวัดผลจากกิจกรรมเชิงปริมาณโดยมีแรงจูงใจ คำตอบแทนมากำกับ จะทำให้ระบบสาธารณสุขไทยสูญเสียอุดมคติเรื่องการดูแลผู้ป่วยจากมุมเรื่องความ เป็นธรรม เปลี่ยนมาเป็นการดูแลตามผลตอบแทนของกิจกรรม ซึ่งไม่ได้เป็นหลักประกันว่าการมีกิจกรรม มากจะนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ในบางกรณีอาจเป็นการกระตุ้นให้เกิดการรักษาเกินความจำเป็น เพราะ บุคคลลุ่มรวยจะได้เป็นสำคัญ

จากข้อแย้งดังกล่าว วิเคราะห์ได้ว่า ฝ่ายสนับสนุนและฝ่ายคัดค้านไม่ได้เห็นต่างกันในเรื่องการมี ระบบคำตอบแทนที่จูงใจให้แก่บุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานในพื้นที่ห่างไกล ดังนั้นทั้งสองฝ่ายยังเถียงกัน อยู่ในกรอบคิดความเป็นธรรมจากแง่มุมการกระจายทรัพยากรเช่นเดียวกัน

จุดที่ต่างกันอยู่ตรงที่ การวัดผล ซึ่งเป็นเครื่องมือว่าจะบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมหรือไม่ ฝ่ายรัฐ มองการวัดผลกิจกรรมเชิงปริมาณที่สัมพันธ์กับคำตอบแทนที่ได้รับจะสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นทั้งต่อ บุคลากร (ตามหลักทำมางได้มาก) และต่อประชาชน การใช้ระบบแบบเดิมคือ เหมาจ่าย ได้สร้างความเป็น ธรรม เพราะคนทำมากหรือน้อยก็ได้คำตอบแทนเท่ากัน ทำให้บางคนทำงานแบบ “เช้าชาม เย็น ชาม” และท้ายที่สุดก็ไม่เป็นธรรมกับประชาชนในการรับบริการ

หากแต่ฝ่ายคัดค้านมองว่า ตลาดของกิจกรรมรักษาสุขภาพ อยู่ภาคเมืองมาก (คนมาก ความ ต้องการมาก กำลังเงินมาก) การใช้ระบบวัดผลกิจกรรมการรักษาจะทำให้บุคลากรไหลสู่ภาคเมืองที่เป็น ตลาดใหญ่ ทำให้ชนบทยิ่งประสบปัญหาขาดแคลน อีกทั้งการวัดผลจากกิจกรรม อาจมีบางกิจกรรมที่ไม่ถูก นับให้มีคุณค่า และเมื่อรวมท้ายที่สุดแล้ว กลไกรัฐจะไม่สนใจผลลัพธ์ปลายทาง คือ สุขภาพที่ดีของ ประชาชน เพราะไม่ใช่สิ่งที่ถูกนับแต่สิ่งที่ฝ่ายคัดค้านยังไม่มีข้อเสนอชัดเจนก็คือ จะสร้างความเป็นธรรม ให้กับบุคลากรทำมาง ทำน้อยแต่ได้เท่ากันได้อย่างไร แม้ข้อเสนอที่ให้มีการวัดเชิงผลลัพธ์ได้ แต่สุดท้ายก็ ยังไม่ฟันโครงสร้างของตลาดการบริการสุขภาพ ที่ธุรกิจ ผลประโยชน์กระจุกตัวอยู่ที่ภาคเมือง

จากเหตุผลทั้งสองฝ่าย ต่างก็ยืนอยู่บนฐานคิดเรื่อง “ความเป็นธรรม” ฝ่ายรัฐใช้หลักเรื่องความเป็นธรรมแบบเท่าเทียม (Equality) จากการวัดผลกิจกรรม โดยหวังว่าจะบรรลุเป้าหมายเป็นธรรมแบบเสมอภาค (Equity) แต่ฝ่ายคัดค้านมองว่า หากจะบรรลุผลลัพธ์แบบ Equity คือ ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า เสมอภาคกัน ก็ต้องผ่านวิธีการที่ตอบโจทย์เป็นธรรม ซึ่งก็คือ วิธีการประเมินผลการทำงานเชิงคุณภาพ เพื่อที่จะเป็นเกณฑ์พิจารณาค่าตอบแทน

จุดประสานของสองฝ่ายน่าจะอยู่ที่การเริ่มต้นจากการยอมรับภาพปัญหาความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างให้ตรงกัน และมุ่งสร้างความเป็นธรรมด้วยการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรที่ทำงานในพื้นที่ห่างไกล หรือพื้นที่ชายขอบของตลาด โดยใช้การประเมินเชิงผลลัพธ์ปลายทาง คือ วัดจากคุณภาพการบริการให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ด้วยหลักนี้คนทำมากก็ยอมได้มาก ตามที่รัฐเสนอ เพียงแต่เปลี่ยนจากการทำงานเชิงปริมาณหันมามุ่งสู่คุณภาพ

พร้อมกับการปรับโครงสร้างระบบสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนที่กระจุกตัวหรือผูกขาดอยู่ที่ส่วนกลางให้กระจายสู่พื้นที่ที่ห่างไกลหรือขาดแคลนให้มากที่สุด เพราะหากปราศจากปรับเชิงโครงสร้างรัฐ และการกำหนดบทบาทให้รัฐแทรกแซงตลาดอย่างมีนัยสำคัญ เพื่อให้ตลาดของการบริการสุขภาพกระจายตัวออกไป เครื่องมือการสร้างแรงจูงใจใดๆ ก็ไม่สามารถตรึงบุคลากรไว้ในพื้นที่ที่ห่างไกลตลาดได้

5.5 บทสะท้อนแนวคิดและปฏิบัติการความเป็นธรรมจาก 4 กรณีศึกษา

จากกรณีศึกษา 4 กรณี สามารถจำแนกคู่ขัดแย้ง และลักษณะความขัดแย้งออกเป็น

- 1) ความขัดแย้งระหว่างมุมมองเรื่องความเป็นธรรม กับมุมมองเรื่องประสิทธิภาพและผลประโยชน์สาธารณะ จากกรณีเรื่องการใช้สิทธิบังคับของรัฐต่อสิทธิบัตร (CL) นโยบายไทยเป็นศูนย์กลาง แพทย์ภูมิภาค (MH) และนโยบาย P4P
- 2) ความขัดแย้งระหว่างมุมมองความเป็นธรรมต่างแง่มุม จากกรณีการคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข กรณี CL และ P4P

ในเรื่องการคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุขนั้น เป็นปัญหาความไม่เป็นธรรมที่ดำรงอยู่ในระบบรวมศูนย์อำนาจ (นโยบาย งบประมาณ ความรู้ ความชอบธรรมจากความเป็นสถาบัน) ของหน่วยงานรัฐ และแพทย์ที่เป็นสถาบันผู้เชี่ยวชาญ กับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการบริการการแพทย์ทั้งจากรัฐและเอกชน ดังนั้นเมื่อประชาชนผลักดันร่างกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้เสียหายขึ้นมาจึงเกิดแรงต้านทานอย่างรุนแรงจากแพทย์ ทั้งแพทย์สภา กลุ่มแพทย์ตามโรงพยาบาลต่างๆ แม้ว่าผู้ผลักดันจะอธิบายว่ากฎหมายดังกล่าวจะสร้างความเป็นธรรมทั้งสองฝ่าย และลดภาวะความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและแพทย์ แต่ด้วยความที่ร่างกฎหมายดังกล่าวถูกมองว่าเป็นการทำลายอำนาจ หรือตั้งคำถามต่อความไม่มีประสิทธิภาพของแพทย์โดยตรง แรงขัดขวางจึงรุนแรงจากแพทย์ ทำให้ฝ่ายการเมืองก็เพิกเฉยต่อ

ร่างกฎหมายดังกล่าว โดยทั้งนี้ฝ่ายแพทย์ใช้ประเด็นเรื่องความเป็นธรรมที่แพทย์จะได้รับภายใต้สภาวะที่ระบบสาธารณสุขไม่สามารถรองรับความต้องการทางการแพทย์ได้เพียงพอ โดยเน้นเจตตอความไม่เป็นธรรมในการต่อสู่ภายใต้โครงสร้างอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างประชาชนกับแพทย์และหน่วยงานรัฐ

เชื่อมโยงมาถึงเรื่อง P4P ซึ่งเป็นความขัดแย้งระหว่างแพทย์ที่ทำงานในชนบทกับกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการใช้ระบบประเมินที่มีประสิทธิภาพตามเม็ดเงินที่ลงทุน ประเด็นดังกล่าวนำมาสู่ข้อถกเถียงเรื่องความเป็นธรรมระหว่างแพทย์ในชนบทกับแพทย์ในเมือง และระหว่างสิทธิการเข้าถึงบริการของประชาชนในชนบทกับในเมือง อันเป็นประเด็นความขัดแย้งในระบบรวมศูนย์อำนาจรัฐเช่นกัน หากแต่แง่มุมที่ต่างออกไปคือ กรณี P4P รัฐได้ใช้แนวคิดเรื่องประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า มาถกเถียงกับข้อวิจารณ์เรื่องความไม่เป็นธรรม โดยพยายามโยงเห็นว่า ประสิทธิภาพนำไปสู่ความเป็นธรรมได้ เมื่อระบบประเมินผลแรงจูงใจให้แพทย์เร่งทำงานอันทำให้เพิ่มขีดความสามารถบริการในเชิงปริมาณได้ แต่ความเป็นธรรมภายใต้กรอบคิดเรื่องประสิทธิภาพ เป็นความเป็นธรรมแบบเสมอภาคเชิงปริมาณ (Equality) ที่ลดทอนความแตกต่าง หลากหลาย และคุณภาพในการบริหารจัดการลง

แนวคิดเรื่องประสิทธิภาพในระบบเศรษฐกิจทุนนิยมเสรีได้ปรากฏตัวในนโยบาย CL กับเรื่อง MH อย่างชัดเจน โดยกรณี CL เน้น รัฐบาลช่วงหนึ่งได้ร่วมมือกับภาคประชาชนใช้ CL เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมกับประชาชน กลุ่มผู้ติดเชื้อให้สามารถเข้าถึงยาได้ อันเป็นการต่อสู้ระหว่างความเป็นธรรมอันเป็นประโยชน์สาธารณะ กับผลประโยชน์ทางธุรกิจของกลุ่มบริษัทฯ ที่กีดกันความเป็นธรรมในแง่ของการได้รับผลตอบแทนจากการลงทุนพัฒนาฯ แต่ต่อมารัฐบาลช่วงหลังๆ ก็เริ่มที่จะยอมให้กับแรงกดดันจากกลุ่มบริษัทยามากขึ้น ดังปรากฏในกระบวนการเจรจาข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างไทยกับสหภาพยุโรป ซึ่งรัฐบาลไม่ได้แสดงบทบาทคัดค้านการใช้สิทธิบัตรยาเต็มรูปแบบ

ความปรากฏชัดที่สุดในนโยบาย MH ที่รัฐบาลเลือกที่จะไม่สนใจคำถามเรื่องความเป็นธรรมที่ประชาชนจะได้รับภายใต้ระบบการดูแลทรัพยากรสาธารณสุขไปสู่ธุรกิจการแพทย์จากนโยบายดังกล่าว โดยมองว่าผลประโยชน์กับความเป็นธรรมเป็นนโยบายที่คู่ขนานกันได้ อันสะท้อนว่า รัฐบาลมองหลักความเป็นธรรมเป็นเพียงตัวเลือก (option) ที่หยิบมาใช้ในบางสถานการณ์ หาใช่หลักการพื้นฐานที่ควรมีอยู่ในทุกนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะในบริบทนโยบายเศรษฐกิจ การบริหารงานให้มีประสิทธิภาพ หลักการเรื่องความเป็นธรรมกลายเป็นประเด็นรอง หรือแม้แต่ในนโยบายที่พุ่งเป้าที่ความเป็นธรรมโดยตรง เช่น กรณีคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข และ P4P รัฐเลือกที่จะจัดการความเป็นธรรมโดยใช้กลไกรัฐเป็นศูนย์กลางควบคุม สั่งการ และกระจายทรัพยากร ไม่ได้เปิดรับข้อเสนอความเป็นธรรมจากมุมมองของประชาชนคนยากจนที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบจากนโยบาย และกลไกรัฐและเอกชน

จากกรณีศึกษา 4 กรณี เรากำลังเห็นทิศทางนโยบายสาธารณสุขของรัฐก้าวเข้าสู่ระบบตลาดเสรี ทำให้หลักการเรื่องประสิทธิภาพ ผลประโยชน์ กลไกตลาดได้เป็นหลักการสำคัญในการกำหนดนโยบายของรัฐ และในภาพดังกล่าวเราเห็นระบบกลไกของรัฐ สถาบันแพทย์กำลังปรับตัวที่จะดำรงอำนาจ ผลประโยชน์

ในการควบคุมจัดการระบบอภิบาลสุขภาพมากขึ้น โดยให้ความสำคัญกับเรื่องความเป็นธรรมลดน้อยลง ทำให้ระบบสวัสดิการด้านสาธารณสุขบนฐานคิดความเป็นธรรมที่ประชาชนผลักดันร่วมกับรัฐมากระยะหนึ่ง กำลังเผชิญการทำลาย และผลกระทบจะเกิดกับประชาชนมากขึ้น

ดังนั้น รัฐบาล ราชการ สถาบันการแพทย์ และกลไกสำคัญในระบบอภิบาลสุขภาพทั้งหมดควรที่จะต้องผลักดันให้เกิดปฏิรูประบบสุขภาพ โดยให้หลักความเป็นธรรมตามแนวคิดของ John Rawls โดยมุ่งสร้างความเป็นธรรมหรือความยุติธรรมของระบบ ด้วยการพัฒนาระบบหลักประกันการเข้าถึงสุขภาพของประชาชนให้มีความก้าวหน้าทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ และมีแนวนโยบายสนับสนุนคุ้มครองสิทธิของประชาชนผู้ด้อยอำนาจให้มีสิทธิพิเศษในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และมีอำนาจต่อรองในกระบวนการกำหนดนโยบาย และการปฏิบัตินโยบายมากยิ่งขึ้น

บทที่ 6

ประมวลข้อเสนอแนะต่อการสร้างความเป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพ

ผู้ให้สัมภาษณ์ต่างเสนอแนวทางสร้างความเป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพในแง่มุมมองที่ต่างกัน แต่เมื่อนำมาปะติดปะต่อจึงเห็นเป็นภาพรวมเค้าโครงการปฏิรูปความเป็นธรรมการอภิบาลระบบสุขภาพ ดังนี้

6.1 กำหนดนโยบายจากฐานเข้าใจสถานะความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้าง

แม้ความเป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพเป็นหลักการที่ไม่มีใครปฏิเสธ แต่การอภิบาลระบบสุขภาพก็ดำรงอยู่ในโครงสร้างสังคมที่ปัจจุบันมีความเหลื่อมล้ำค่อนข้างมาก แม้รัฐจะมีนโยบายสร้างความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าผู้คนจะมีอำนาจในการเข้าถึงที่เท่าเทียมกัน ดังนั้นแม้จะออกแบบระบบที่คิดว่าเป็นธรรม แต่หากไม่เข้าใจโครงสร้างความเหลื่อมล้ำที่เป็นอยู่ ระบบดังกล่าวก็อาจไม่บรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมได้

บทสัมภาษณ์ของ นพ.สมศักดิ์ ที่กล่าวถึงบทเรียนของอังกฤษที่ประชาชนมีสิทธิโอกาสเข้าถึงระบบสุขภาพได้เท่าเทียมกัน แต่เมื่อมองเชิงผลลัพธ์กลับไม่ได้หมายความว่าประชาชนมีความเท่าเทียมหรือเป็นธรรมในการดูแลสุขภาพ เพราะสังคมมีความเหลื่อมล้ำ สอดรับกับแนวโน้มของ นพ.วิพุธ ที่ตั้งคำถามต่อวิธีคิดความเป็นธรรมแบบ Equality หรือเท่ากันแบบเสมอภาค แต่ไม่ได้หมายความว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อประชาชนกลุ่มต่างๆ จะมีสุขภาพชีวิตที่ดีและเท่าเทียมกันได้ อีกทั้งปัญหาสุขภาพก็เชื่อมโยงกับปัญหาเชิงโครงสร้างอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการศึกษา เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และอื่นๆ ดังที่ นพ.โกมาตร อธิบาย ปัญหาที่ประชาชนในเรื่องเหล่านี้ก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยปริยาย ดังนั้นการออกแบบนโยบายหรือโครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพที่เป็นธรรมต้องเข้าใจสถานะความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างที่ดำรงอยู่ แล้วจึงกำหนดนโยบายด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานสำหรับการดูแลสุขภาพของทุกคนอย่างมีคุณภาพ มีศักดิ์ศรี และเสมอภาคตามที่ อ.จิราพร ได้กล่าวไว้พร้อมไปกับการเสริมสร้างอำนาจให้กับคนด้อยโอกาสทางสังคมได้มีสิทธิ และความสามารถในการเข้าถึงและจัดการชีวิตตนเองในทุกมิติอย่างเป็นบูรณาการ

6.2 มองมิติความเป็นธรรมในมิติที่หลากหลาย

สืบเนื่องกับข้อเสนอที่ให้เข้าใจสถานะความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างทั้งระบบ การกำหนดนโยบายความเป็นธรรมในการอภิบาลระบบสุขภาพก็ต้องมีมิติที่หลากหลาย ดังที่ นพ.โกมาตรตั้งคำถามว่าวิธีคิดความเป็นธรรมกระแสหลักจะมุ่งไปที่ความเป็นธรรมมิติการคลัง และจำกัดวงเฉพาะประเด็นสุขภาพทาง

กาย และไม่เข้าใจมิติความเป็นมนุษย์ที่ซับซ้อนพอ ดังนั้นการออกแบบนโยบายความเป็นธรรมการอภิบาลระบบสุขภาพควรมาจากฐานคิดความเป็นธรรมหลายด้านทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม สิทธิมนุษยชน และอื่นๆ อย่างเชื่อมโยงกัน อีกทั้งควรมองประชาชนอย่างมีมิติที่หลากหลาย เห็นแง่มุมความไม่เป็นธรรมจากหลายด้าน จึงจะทำให้การอภิบาลระบบสุขภาพมีฐานความเป็นธรรมที่ยืดหยุ่น หลากหลายกับสภาพความเป็นจริงทางสังคม

6.3 ออกแบบระบบโครงสร้างธรรมาภิบาลที่กว้างกว่าการยึดรัฐเป็นศูนย์กลาง

นพ.วิพุธ วิพากษ์ระบบการรวมศูนย์อำนาจจัดการที่รัฐ การกำหนดนโยบายสาธารณะที่รัฐเป็นกลไกหลักและกลไกเดียวในการดำเนินการว่าไม่สามารถที่จะออกจากวังวนปัญหาความไม่เป็นธรรมได้ เพราะรัฐใช้นโยบายการจัดการแบบเชิงเดี่ยวโดยเอารัฐเป็นตัวตั้ง ดังนั้นแม้จะมีการพยายามออกแบบการอภิบาลระบบสุขภาพให้เข้าถึงประชาชนมากขึ้น แต่ก็ไม่สามารถตอบปัญหาความสลับซับซ้อนของประชาชนได้ การออกแบบโครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพให้เป็นธรรมต้องไม่ใช่ยึดโยงแค่รัฐบาล (Government) แต่ต้องสร้างความเป็นธรรมาภิบาล (Governance) ให้เกิดขึ้นด้วยการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น ซึ่งไม่ใช่จำกัดแค่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่หมายถึงการเกิดกระบวนการกลไกที่ภาคีต่างๆ ในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมปรึกษาหารือเพื่อกำหนดนโยบาย ดำเนิน และติดตามให้เกิดการอภิบาลระบบสุขภาพที่เหมาะสมกับท้องถิ่น ดังตัวอย่างเช่น ที่คณะกรรมการประเมินผลกระทบสุขภาพ (HIA Commission) ได้ส่งเสริมให้ชุมชนท้องถิ่นสร้างกระบวนการประเมินผลกระทบสุขภาพโดยชุมชนขึ้นมา (Community HIA)

6.4 ปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขให้ไม่เกิดการทับซ้อนเชิงหลักการ

ผู้ให้สัมภาษณ์ระบุตรงกันว่า การควบหน้าที่ทั้งการกำกับอภิบาลระบบสุขภาพ พร้อมกับการทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเป็นสถานะผลประโยชน์ทับซ้อนที่มีส่วนสร้างปัญหาความไม่เป็นธรรมของการอภิบาลระบบสุขภาพ ดังนั้นจึงเสนอตรงกันที่จะกำหนดบทบาทหน้าที่ของกระทรวงฯ ให้ทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพเป็นหลัก ซึ่ง อ.จิราพรได้เสนอไว้อย่างชัดเจนว่า กระทรวงสาธารณสุขต้องชัดเจนในการทำบทบาทเรื่องการกำหนดคุณภาพและมาตรฐานการดูแล โดยการกำหนดกฎกติกาต่างๆ ให้ผู้ให้บริการทั้ง 3 (สปสช., สปส. และ สสส.) ต้องเล่นภายใต้กติกาที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดบทบาท ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขควรเป็นกลไกหลักในการรวมเอา ตระกูล ส.ทั้งหลายที่กระทรวงฯ สร้างขึ้น เข้ามากำหนดบทบาท แต่ไม่ควรเป็นกลไกเชิงเดียว แต่ให้เป็นกลไกเชิงซ้อนที่ประชาชนและภาคีต่างๆ มีส่วนร่วม

6.5 ปฏิรูประบบสวัสดิการทางสุขภาพให้เกิดบูรณาการและเป็นธรรม

ดร.วณิ ปิ่นประทีป และคุณสารี อ๋องสมหวัง ได้นำมติสมัชชาปฏิรูปมาเสนอไว้อย่างชัดเจนว่าเพื่อแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมจากระบบสวัสดิการสุขภาพ 3 กลุ่ม (สวัสดิการรัฐ ประกันสังคม หลักประกันสุขภาพ) ซึ่งกลุ่มประกันสังคมได้รับความไม่เป็นธรรมมากที่สุด เนื่องจากผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายเงินสมทบในส่วนการรักษาพยาบาล ดังนั้นผู้ประกันตนตาม พรบ.ประกันสังคมไม่ควรต้องถูกสมทบด้านสุขภาพเพียงกลุ่มเดียว และเงินสมทบที่เอาไปใช้เพื่อระบบสุขภาพก็ควรจะถูกเอาไปใช้ในสิทธิประโยชน์อื่นๆ ของผู้ประกันตน เช่น เรื่องชราภาพ เรื่องเลิกจ้าง ว่างาน ทำเรื่อง สิทธิประโยชน์อื่นๆ

6.6 การสร้างแรงจูงใจเชิงคุณภาพให้บุคลากรด้านสุขภาพ

ที่ผ่านมาปัญหาเรื่องความขาดแคลน แพทย์ในชนบท นำมาซึ่งความเหลื่อมล้ำ/ไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ ยังคงเป็นปัญหาอยู่ เนื่องจากทางกระทรวงฯ ยังไม่ได้แก้ปัญหาพื้นฐาน (สิ่งอำนวยความสะดวก สบายในชีวิต เช่น บ้านพัก ถึงเวลาหนึ่ง ก็ต้องย้าย เมื่อลูกโตต้องเรียนหนังสือ) ระบบสร้างแรงจูงใจเป็นระบบให้ความเท่าเทียมกันยาก ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาประเทศ ต้องชดเชยด้วยเงิน เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย เพราะเขาเสียโอกาส ดังนั้น การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากร ต้องคิดควบคู่กัน ต้องสร้างสวัสดิการ เช่น ค่าตอบแทนเพิ่ม ต้องดูทั้งระบบ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความเสี่ยงภัยสูงๆ

การสร้างแรงจูงใจดังกล่าว ต้องมุ่งเป้าไปที่ผลลัพธ์คือ สุขภาพที่ดีของประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ไม่ใช่กิจกรรมเชิงปริมาณ และต้องคำนึงถึงโครงสร้างของระบบตลาดหรือผลประโยชน์ของกิจกรรมสาธารณสุข โดยป้องกันไม่ให้เกิดการกระจุกตัวของการบริการสาธารณสุขในภาคเมือง แต่ขาดแคลนในภาคชนบท

6.7 ทบทวนนโยบายที่จะทำให้การอภิบาลระบบสุขภาพเป็นธุรกิจในการค้าเสรี

จากการเติบโตระบบสุขภาพเชิงพาณิชย์ตามนโยบายของรัฐที่สร้างปัญหาความไม่เป็นธรรมให้แก่ประชาชนที่ไม่มีกำลังจ่ายนั้น อ.จิราพร และนพ.โกมาตรเสนอในแนวทางที่ว่า การเปิดเสรีธุรกิจด้านสุขภาพ ระบบสิทธิบัตรยา จะทำให้การอภิบาลระบบสุขภาพมีปัญหาความไม่เป็นธรรมรุนแรงขึ้น ดังนั้นการกำหนดนโยบายการอภิบาลระบบสุขภาพจึงต้องมีความชัดเจนที่จะไม่เอาระบบสาธารณสุขของไทยเข้าไปธุรกิจเชิงพาณิชย์ การดำเนินนโยบายทั้งธุรกิจสุขภาพและการบริการสาธารณสุขควบคู่กันนั้นเป็นสิ่งที่ไม่เป็นจริง เพราะระบบธุรกิจจะดึงดูดคน ความรู้ ทรัพยากรต่างๆ ไปสู่ธุรกิจเป็นหลัก จนการอภิบาลระบบสุขภาพสาธารณะที่มีอยู่ไม่มีขีดความสามารถเพียงพอที่จะดูแลประชาชนได้อย่างทั่วถึง ดังนั้นการ

อภิบาลระบบสุขภาพที่เป็นธรรมจะต้องส่งเสริมระบบบริการสาธารณสุขเป็นหลัก และมีมาตรการป้องกันไม่ให้ระบบสุขภาพเชิงพาณิชย์มากระทบต่อการอภิบาลระบบสุขภาพหลัก

6.8 ดำเนินนโยบายแทรกแซงกลไกตลาดพร้อมกับส่งเสริมให้ประชาชนรู้เท่าทัน

กลไกของรัฐในด้านนโยบายสุขภาพ ควรมีนโยบาย มาตรการแทรกแซงกลไกตลาด และธุรกิจผูกขาดด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันธุรกิจผูกขาดที่สำคัญ คือ ธุรกิจโรงพยาบาล ธุรกิจยาและอุปกรณ์การแพทย์ พร้อมไปกับการส่งเสริม รู้เท่าทันระบบการค้ายา ใช้เครื่องมือที่รัฐมี เช่น กฎหมาย ระบบภาษี การจ่ายเงินชดเชยสิทธิบัตร และสร้างกระบวนการเรียนรู้แก่ประชาชนให้เกิดความตื่นตัว และมีพื้นที่ ช่องทางการเคลื่อนไหวเพื่อต่อรณรงค์นโยบายให้เกิดความเป็นธรรมแก่สังคม

6.9 สร้างความรู้ในการติดตาม ประเมินผลระบบบริการสุขภาพที่เป็นธรรม

ปัจจุบัน ยังไม่มีองค์ความรู้ที่จะติดตามประเมินผลระบบบริการสุขภาพว่า สร้างความเป็นธรรมได้ดีหรือไม่ อย่างไร ขณะที่รัฐเริ่มให้ความสำคัญกับการกระจายทรัพยากร แต่ยังไม่ถึงความเป็นธรรมจากการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดี ดังนั้นจำเป็นที่ทุกภาคส่วนจะต้องศึกษา สร้างความรู้ในการติดตามตรวจสอบ และเสนอแนะต่อการอภิบาลระบบสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรมในทุกระดับ

จากการประมวลข้อคิดเห็นทุกฝ่าย ทำให้เห็นว่า มุมมองเรื่องความเป็นธรรมมีความแตกต่างหลากหลายตามเป้าหมาย อุดมการณ์ และแนวทาง ดังนั้น กระบวนการสร้างความรู้เรื่องความเป็นธรรมดังกล่าวควรจะไปสู่กระบวนการสร้างความเป็นธรรมจากหลากหลายแง่มุมมากกว่าความเป็นธรรมเพียงมิติใดมิติหนึ่ง

บทสรุป

ประเด็นเรื่อง “ความเป็นธรรม” ได้กลายเป็นวาระสำคัญของแวดวงนโยบายสาธารณะในช่วงสิบปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในแวดวงด้านสาธารณสุขหรือสุขภาพของไทย ทั้งนี้เนื่องจากรัฐไทยได้พาตัวเองเข้าสู่ระบบทุนนิยมเสรีมากยิ่งขึ้น ทั้งด้วยเงื่อนไขวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศในช่วงปี 2540 และการขยายตัวของระบบทุนนิยมเสรีของโลก เมื่อโลกหันไปถามเรื่องประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า สิ่งหายไปคือ ก็คือ ความเป็นธรรม โดยเฉพาะกับกลุ่มคนด้อยโอกาส ด้อยอำนาจ คนจน ฯลฯ ซึ่งนับวันจะยิ่งเผชิญกับความยากลำบาก เพราะระบบสวัสดิการของรัฐได้ถูกแปรรูปเป็นกิจกรรมเพื่อการค้ากำไรมากขึ้นทุกขณะ

เมื่อแวดวงสุขภาพเริ่มหันมาสนใจเรื่อง “ความเป็นธรรม” คำถามสำคัญก็คือ ฝ่ายต่างๆ ที่เป็นกลไกสำคัญในระบบสาธารณสุขอันประกอบด้วยหน่วยงานรัฐที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย การบริการ การควบคุมตรวจสอบ การสร้างความรู้ ตลอดจนภาคประชาสังคมที่มีบทบาทการผลักดันวาระ นโยบายด้านสาธารณสุขมองความเป็นธรรมอย่างไร ให้น้ำหนักต่อเรื่องความเป็นธรรมในแง่ไหน วิธียอมดังกล่าวจะส่งผลต่อการกำหนดนโยบายว่าจะอยู่บนฐานความเป็นธรรมแบบใดซึ่งการมีมุมมองที่แตกต่างกันก็เป็น

สภาวะปกติ ภายใต้บริบทของสังคมที่มีโครงสร้าง ความสัมพันธ์อำนาจในการต่อรอง กำหนด และรับผลต่อนโยบายสาธารณะที่ต่างกัน มุมมองและข้อเสนอที่แตกต่างกันน่าจะทำได้

ดังนั้นความหลากหลายของมุมมอง ทักษะของกลไกสำคัญต่างๆ ในระบบสาธารณสุข จึงมีความสำคัญในการพัฒนาและปรับนโยบายด้านสุขภาพในมิติความเป็นธรรมอย่างรอบด้าน เป็นธรรมทั้งจากมุมมองกำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติการ ผู้รับบริการที่แตกต่างตามชนชั้น

เมื่อสรุปจากทักษะต่างๆ ผ่านการสัมภาษณ์กลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ ซึ่งส่วนมากเป็นองค์กรอิสระที่เกิดขึ้นมาในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งก็คือ องค์กรตระกูล ส. และองค์กรประชาสังคมที่อยู่ในสายธารการเคลื่อนไหวร่วมกัน องค์กรเหล่านี้ไม่ได้มีแนวคิดเชิงหลักการเรื่องความเป็นธรรมที่ต่างกันนัก ต่างก็อธิบายแนวคิดเป็นธรรมจากแง่มุมของการสร้างความเสมอภาค (Equity) ที่ใส่ใจต่อผลลัพธ์ และความหลากหลายของผู้คนที่รับบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะใส่ใจต่อคนยากจน คนด้อยอำนาจ

สำหรับสาเหตุ ปัญหาของความไม่เป็นธรรมนั้น แม้ส่วนใหญ่จะมีข้อวิเคราะห์สอดคล้องกันในเรื่องโครงสร้างรัฐกับปัญหาความไม่เป็นธรรม แต่ก็มีทักษะต่อบัณฑิตแวดล้อมที่ต่างกันไปบ้าง บางฝ่ายให้น้ำหนักต่อปัญหาความขัดแย้ง ลักลั่น ทับซ้อนในระบบของรัฐ บางส่วนมองเรื่องการขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในเชิงคุณภาพอย่างทั่วถึง บางส่วนให้น้ำหนักกับปัจจัยทุนโลกาภิวัตน์ที่มีอิทธิพลต่อนโยบายสาธารณะของรัฐไทย อันจะทำให้สูญเสียหลักการและแนวทางเรื่องความเป็นธรรม

ความแตกต่างจะมีปรากฏในชั้นแนวคิดเชิงปฏิบัติ ส่วนมากมุ่งไปที่ความเป็นธรรมในแง่การจัดสรรทรัพยากรด้านการคลัง บุคคลากร และอื่นๆ ขณะที่บางส่วนเสนอให้มองความเป็นธรรมจากการเอาคน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสเป็นตัวตั้งและสร้างความเป็นธรรมอย่างเป็นบูรณาการทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม บางส่วนเสนอว่า การบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมหาใช่การออกแบบจัดสรรเชิงปริมาณ แต่ต้องมุ่งไปที่คุณภาพ และบางส่วนให้น้ำหนักต่อการปฏิรูปโครงสร้างให้กระจายอำนาจสู่ประชาชนและชุมชนท้องถิ่น

เมื่อมีจุดเน้นต่อการเข้าใจความหมายความเป็นธรรม และการวิเคราะห์ปัญหาความเป็นธรรมที่หลากหลาย ข้อเสนอต่อการสร้างความเป็นธรรมแก่การอภิบาลระบบสุขภาพจึงมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับความรู้ ความเข้าใจก่อนการกำหนดนโยบายสาธารณะ การปฏิรูปโครงสร้างให้เกิดความเป็นธรรม เอกภาพประสิทธิภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน การแทรกแซง กำกับกลไกตลาด และการสร้างความตื่นตัวให้กับภาคประชาชน

หากแต่เมื่อเราในกรณีศึกษาในประเด็นนโยบายสุขภาพที่มีความขัดแย้งกันระหว่างฝ่ายต่างๆ มาพิจารณา เราจึงเห็นความแตกต่างกันในเชิงมุมมองต่อนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวกับความเป็นธรรม โดยแยกออกเป็นกลุ่มประชาชนผู้เดือดร้อน ผู้รับบริการ ที่มุ่งขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายสุขภาพที่เป็นธรรม กลุ่มองค์กรตระกูล ส. ที่เป็นกลไกเชื่อมต่อระหว่างภาคประชาสังคมกับรัฐ กลุ่มธุรกิจที่มักไม่แสดงตัวในประเด็น

นโยบายสาธารณะที่เกี่ยวกับสุขภาพ แต่มีบทบาท อิทธิพลในการกำหนดนโยบายรัฐหลายประการ กลุ่มแพทย์ที่เป็นสถาบันผู้เชี่ยวชาญ กลไกราชการ คือ กระทรวงสาธารณสุข และสุดท้ายคือ ภาคการเมือง ด้วยความที่มีตัว “ละคร” ที่หลากหลาย มีเป้าหมาย ผลประโยชน์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นการพิจารณาตรวจสอบว่านโยบายรัฐด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับหลักคิดเรื่องความเป็นธรรมหรือไม่ แ่งมุมไหน ต้องพิจารณาแต่ละบริบท สถานการณ์ จากคู่ขัดแย้ง ลักษณะความขัดแย้ง และเหตุผลความเป็นธรรมในแต่ละแง่มุม โดยอาศัยฐานคิดความเป็นธรรมในเชิงปฏิบัติจากข้อเสนอของอมาตยา เซน

เมื่อเราต่อภาพความขัดแย้งจากความเป็นธรรมรายการนี้ เราได้เห็นภาพรวมของปัญหาความเป็นธรรมที่กลไกอภิบาลสุขภาพกำลังเผชิญมากขึ้น เรากำลังเห็นทิศทางนโยบายสาธารณสุขของรัฐก้าวเข้าสู่ระบบตลาดเสรี ทำให้หลักการเรื่องประสิทธิภาพ ผลประโยชน์ กลไกตลาดได้เป็นหลักการสำคัญในการกำหนดนโยบายของรัฐ และในภาพดังกล่าวเราเห็นระบบกลไกของรัฐ สถาบันแพทย์กำลังปรับตัวที่จะดำรงอำนาจ ผลประโยชน์ในการควบคุมจัดการระบบอภิบาลสุขภาพมากขึ้น การให้ความสำคัญกับเรื่องความเป็นธรรมจึงลดน้อยลง ทำให้ระบบสวัสดิการด้านสาธารณสุขบนฐานคิดความเป็นธรรมที่ประชาชนผลักดันร่วมกับรัฐมาระยะหนึ่งกำลังเผชิญการทำทลาย และผลกระทบจะเกิดกับประชาชนมากขึ้น

ดังนั้น รัฐบาล ราชการ สถาบันการแพทย์ และกลไกสำคัญในระบบอภิบาลสุขภาพทั้งหมดควรที่จะต้องผลักดันให้เกิดปฏิรูประบบสุขภาพ โดยให้หลักความเป็นธรรมตามแนวคิดของ John Rawls โดยมุ่งสร้างความเป็นธรรมหรือความยุติธรรมของระบบ ด้วยการพัฒนาระบบหลักประกันการเข้าถึงสุขภาพของประชาชนให้มีความก้าวหน้าทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ และมีแนวนโยบายสนับสนุน ค้ำครองสิทธิของประชาชนผู้ด้อยอำนาจให้มีสิทธิพิเศษในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และมีอำนาจต่อรองในกระบวนการกำหนดนโยบาย และการปฏิบัตินโยบายมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กฤษฎา บุญชัย (2556) บทสังเคราะห์ความเป็นธรรมทางสังคมในมิติการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, โครงการศึกษาความเป็นธรรมทางสังคมเพื่อสังคมสุขภาวะ, กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุลภา วจนสาระ. (2555). *มองหาความเป็นธรรมในสังคมผ่านคนชายขอบ ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไชยันต์ ไชยพร. (2541). *ความยุติธรรม* ตอนที่หนึ่ง. รัฐศาสตร์สาร.
- ปิยฤดี ไชยพร. (2555). *ความเข้าใจความยุติธรรมสามรูปแบบ : ประโยชน์นิยม (utilitarianism) เสรีนิยม. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์, มหาวิทยาลัย. สัญญาประชาคม(liberalism/contractualism) และการจัดสรรตามความคู่ควร. (desert theory) Presentation การอบรมเรื่องมุมมองทางปรัชญากับความเป็นธรรมทางสังคม, 27-28 เมษายน ที่สวนสามพราน, โครงการความเป็นธรรมทางสังคมเพื่อสังคมสุขภาวะ.*
- ศูนย์ศึกษาสันติภาพและความขัดแย้ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556, โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้ของระบบการอภิบาลสุขภาพ, กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยนโยบายสาธารณะสุข
- สมบัติ จันทรวงศ์. (2550). *ปรัชญาการเมืองเบื้องต้น บทวิเคราะห์ไฮเกอติส*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เสถียร หอมขจร. (2540). “โหม้ส ฮอบส์,” ในทฤษฎีการเมืองและจริยธรรม 2. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เสน่ห์ จามริก (2549) *สิทธิมนุษยชนไทยในกระแสโลก*, สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา, กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

เว็บไซต์

- กรุงเทพธุรกิจออนไลน์, หมอพร.ทั่วประเทศแต่งตั้งดำเนินร่างพ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหาย, การเมือง : บทวิเคราะห์, วันที่ 29 กรกฎาคม 2553,
<http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/analysis/20100729/345467/หมอพร.>
ทั่วประเทศแต่งตั้งดำเนินร่างพ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหาย

กรุงเทพธุรกิจออนไลน์, อัมมาร'ัดไอดี'เมดิคัลฮับ'รวมว.สาธารณสุข, กรุงเทพธุรกิจออนไลน์, การเมือง:

คุณภาพชีวิต, วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2556,

<http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/life/20130212/490036/อัมมาร'ัดไอดี'เมดิคัลฮับ'รวมว.สาธารณสุข.html>

คมชัดลึกออนไลน์. หอมประดิษฐ์ ยันเดินหน้า P4P บิ๊กสธ. ยันเดินหน้า P4P สักเคลื่อนต่อไปในพื้นที่ที่ทำแล้ว

ด้าน 'ปลัด สธ.' เผย ส่วนใหญ่พึงพอใจ พร้อมส่งทีมสนับสนุน รพ.ที่ไม่พร้อม. สืบค้นเมื่อ 12

มิถุนายน 2556, <http://www.komchadluek.net/detail/20130608/160501/หอมประดิษฐ์ยัน>

เดินหน้าP4P.html#.UjMb2n8QE_c

จักรกฤษณ์ ควรพจน์, ความจำเป็นของ "การบังคับใช้สิทธิ" และประสบการณ์ในต่างประเทศ, ประชาไท 30

มกราคม 2550, <http://prachatai.com/journal/2007/01/11430>

ชยิกา วงศ์นภาจันทร์. แชนด์ ชยิกา หวั่นหมอชนบทตกเป็นเครื่องมือ กลุ่มจ้องล้ม รบ. หลังเสียงแตก บางกลุ่ม

ไม่ยอมรับผลเจรจา. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2556. จาก : www.facebook.com/Sand.Chayika

ชลัญธร. P4P งานนี้พยาบาล "อ่วม". สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2556. จาก:

<http://www.gotoknow.org/posts/532982>.

ฐิติมา. สวรส. เปิดเวทีถกความคิดเห็นต่อนโยบาย P4P. สืบค้นเมื่อ 4 มิถุนายน 2556. จาก :

<http://www.hsri.or.th/news/1072>

ไทยโพสต์. ชัด P4P ยิ่งเพิ่มเหลื่อมล้ำ. สืบค้นเมื่อ 12 พฤษภาคม 2556. จาก :

http://www.healthfocus.in.th/content/2013/05/3042?utm_source=feedburner&utm_medium=email&utm_campaign=Feed%3A+healthfocusnews+%28Health+Focus%29.

ไทยรัฐออนไลน์, "หอมประดิษฐ์" สานต่อ "เมดิคัล ฮับ" ระยะ 2 ชูความเป็นเลิศแพทย์ไทยสู่สากล, ไทยรัฐ

ออนไลน์, ข่าวเศรษฐกิจ, 13 กันยายน 2556,

<http://www.thairath.co.th/column/eco/ecoscoop/361330>

ธงชัย สันติวงศ์. ลองฟัง ความเห็น p4p คนนอกวงการบ้าง น่าสนใจ. สืบค้นเมื่อ 11 เมษายน 2556. จาก :

http://www.thaiclinic.com/cgi-bin/wb_xp/YaBB.pl?board=doctorroom;action=display;num=1366820779

ธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล. ข้อเท็จจริงของ Pay for Performance (P4P). สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2556. จาก :

https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=466773316724171&id=142436575783508

นุศราพร เกษสมบุญ. อีกแง่มุมหนึ่งของp4p. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2556. จาก :

http://www.thaiclinic.com/cgi-bin/wb_xp/YaBB.pl?board=doctorroom;action=display;num=1367971644

บล็อกโอเคเนชั่น. P4P ความขัดแย้งเรื่องเงินที่อยู่บนพื้นฐานภาษี และความเจ็บป่วยของประชาชน. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2556. จาก : <http://www.oknation.net/blog/nn1234/2013/03/21/entry-1>.

ปริยนันท์-ลัทธิเสริมวัฒนา, 2554, เส้นทางเดิน-พบคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข, 23

กันยายน 2011, <http://th-th.facebook.com/notes/ปริยนันท์-ลัทธิเสริมวัฒนา/เส้นทางเดิน-พบ>

คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข/154740231284605

ผู้จัดการออนไลน์. นักวิชาการชี้ P4P ของจริงต้องลดบริการที่ไม่มีจำเป็น เน้นทำถึงทดลองก่อน. สืบค้นเมื่อ

12 มิถุนายน 2556. จาก : [http://www.manager.co.th/Qol/ViewNews.aspx?](http://www.manager.co.th/Qol/ViewNews.aspx?NewsID=9560000063480)

[NewsID=9560000063480](http://www.manager.co.th/Qol/ViewNews.aspx?NewsID=9560000063480)

ผู้จัดการออนไลน์. ศิริราชหนุน P4P ชี้ รพ.ก็ใช้ระบบนี้เพื่อดึงบุคลากร. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2556. จาก :

<http://www.mgonline.com/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9560000046747>

ภาพอัปโหลดแพทย์สภา, มติชนออนไลน์ 13 มีนาคม 2555,

<http://suchons.wordpress.com/2012/03/13/ภาพอัปโหลดของแพทย์สภา>

มติชนออนไลน์. ก่อนมีมือบิหมข วจเรจหรือวแตก เมื่อถก P4P. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2556. จาก :

http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1370511009&grpId&catid=12&subcatid=1200.

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, จดหมายเปิดผนึกถึงแพทย์สภา, 29 กรกฎาคม 2553,

http://www.consumerthai.org/main/index.php?option=com_content&view=article&id=1194:2010-07-30-06-03-25&catid=194:2012-05-14-05-19-28&Itemid=258

วิทยา มานะวานิชเจริญ. ระบบ P4P มีดีมีเสีย (ตอนที่ 1-4). สืบค้นเมื่อ 3 พฤษภาคม 2556. จาก :

http://en.wikipedia.org/wiki/Pay_for_performance_%28healthcare%29

ศุภชัย ครอบตระกูลชัย. P4P ตอบโจทย์ ปัญหาความไม่เป็นธรรมในวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้จริงหรือ. สืบค้น

เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2556. จาก : <http://www.thaiyouthpower.com/blog/2013/04/09/p4p-ตอบโจทย์-ปัญหาความไม่/>

สถณี อาชวานันทกุล, 2554, สถาบัน คน และผลประโยชน์-ความยุติธรรมในมุมมองอมตยา เซน, วารสาร

October no.10, 10 มีนาคม, <http://fringer.org/wp-content/writings/Justice-October.pdf>, น.2

สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ไขปัญหาทุกเรื่องของ P4P. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2556. จาก :

<http://www.thaihospital.org/board/index.php?topic=8925.0>.

สุภัท ฮาสสุวรรณกิจ. อารยะชัดขึ้น ด้าน P4P กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 2556. จาก :

<http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9560000044420>

อมร นนทสุต. ทางสองแพร่งในการใช้มาตรการ P4P ของกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน

2556. จาก : www.amornsrm.net.

บทสัมภาษณ์

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (7 มกราคม 2556). ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคม และสุขภาพ. สัมภาษณ์โดย คณะนักวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ 88/39 ถนนติวานนท์ 14 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.
- จิราพร ลิ้มปานานนท์. (3 ธันวาคม 2555). หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สัมภาษณ์โดย คณะนักวิจัย. คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ.
- นิมิตร เทียนอุดม. (11 มิถุนายน 2556). ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์. สัมภาษณ์โดย คณะนักวิจัย. 48/283 โครงการเซ็นเตอร์เพลส ซอยรามคำแหง 104 ถนนรามคำแหง แขวงสะพานสูง เขตสะพานสูง กรุงเทพฯ.
- พรชัย สิทธิศรีณกุล. (17 มกราคม 2556). ศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สัมภาษณ์โดย คณะนักวิจัย. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๑๘๗๓ ถนนพระรามสี่ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ.
- พลเดช ปิ่นประทีป. (25 ตุลาคม 2555). เลขาธิการสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา. สัมภาษณ์โดย คณะนักวิจัย. สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา อาคาร 2 ชั้น 3 เลขที่ 693 ถนนบำรุงเมือง แขวงเทพศิรินทร์ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ.
- วณี ปิ่นประทีป. (4 ธันวาคม 2555). รองผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูป. สัมภาษณ์โดย คณะนักวิจัย. สำนักงานปฏิรูป เลขที่ 126/146 ชั้น 4 อาคาร 10 ชั้น สถาบันบำราศนราดูร ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.
- วิพุธ พูลเจริญ. (3 มกราคม 2556). ประธานกรรมการการประเมินผลกระทบสุขภาพ. สัมภาษณ์โดย คณะนักวิจัย. 205/7 ซอยชัยเกียรติ 1 ถนนงามวงศ์วาน เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ.
- วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ. (2 พฤษภาคม 2556). รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สัมภาษณ์โดย คณะนักวิจัย. เลขที่ 120 หมู่ที่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (30 พฤศจิกายน 2555). เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. สัมภาษณ์โดย คณะนักวิจัย. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ 1168 ซอยพหลโยธิน 22 ถนนพหลโยธิน แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ.
- สารี อ๋องสมหวัง. (10 ธันวาคม 2555). เลขาธิการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. สัมภาษณ์โดย คณะนักวิจัย. มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค 4/2 ซอยวัฒนาโยธิน แขวงถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ.

สุปรีดา อุดุลยานนท์ (1 พฤษภาคม 2556). รองผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). สัมภาษณ์โดย คณะนักวิจัย. อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เลขที่ 99/8 ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ.

สุวัฒน์ กิตติดิolkกุล. (10 พฤษภาคม 2556). ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สัมภาษณ์โดย คณะนักวิจัย. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ อาคาร 4 ชั้น 4 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรี.

อำพล จินดาวัฒนะ. (10 มกราคม 2556). เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ . สัมภาษณ์โดย คณะนักวิจัย. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ 88/39 ถนนติวานนท์ 14 หมู่ที่ 4 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.