

สิทธิในการได้รับสวัสดิการด้านบริการสาธารณสุขของรัฐไทย

The right to public health service accessibility in Thailand

พัชรี มณีไพโรจน์¹ ปิยลักษณ์ โพธิ์วรรณ²

Putcharee Maneepairoj, Piyaluk Potiwan

(Received: February 24 ,2020 ; Accepted: March 11 ,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ศึกษาถึงการได้รับบริการด้านสาธารณสุขจากรัฐ ซึ่งควรจะเป็นสิทธิของประชาชนชาวไทยซึ่งสิทธิตามธรรมชาติเป็นสิทธิที่กำเนิดมาพร้อมกับมนุษย์ และสิทธิในสุขภาพเป็นสิทธิตามธรรมชาติที่จำเป็นที่รัฐต้องจัดหาให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน บนพื้นฐานความเท่าเทียม และทั่วถึง จากการศึกษาพบว่านโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศไทยพัฒนามาตามหลักความเสมอภาค ความเป็นธรรม หลักเสรีภาพ และ หลักประโยชน์สูงสุด โดยมีเป้าหมายในการช่วยให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ตามความคาดหวังของประชาชน ซึ่งรัฐบาลไทยได้พยายามจัดหาสวัสดิการด้านการบริการสาธารณสุขให้ตอบสนองความต้องการตามสิทธิของประชาชน ตามแนวคิดสิทธิธรรมชาติของจอห์น ล็อก แต่ยังพบว่ามีปัญหาหลายอย่างในระบบการจัดบริการด้านสาธารณสุขของรัฐบาลไทย ทั้งปัญหาความเหลื่อมล้ำในการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนต่าง ๆ ที่ไม่เท่าเทียมกัน และยังพบว่าประชาชนยังมีความรับรู้และเข้าถึงสิทธิในบริการสาธารณสุขในระดับที่ต่ำ เช่นกลุ่มผู้พิการ ในด้านหน่วยบริการ และผู้ให้บริการ ยังพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากร และงบประมาณ การขาดขวัญกำลังใจ ความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรมในด้านค่าตอบแทนของแต่ละวิชาชีพ จึงทำให้มีผลต่อคุณภาพบริการที่ประชาชนควรจะได้รับ

คำสำคัญ: สิทธิ, สวัสดิการด้านบริการสาธารณสุขของรัฐไทย

Abstract

The object of this study is to examine accessibility to public health service, that should be the right of Thai people. The natural rights is born with individuals and health rights are natural rights that are necessary for the government to provide the population with quality and standardized public health services on the basis of equality. The results revealed that public health policy in Thailand is developed in accordance with the principles of equality, fairness, freedom and benefits by the goal of helping the people's health to get better as the expectation of the people. The Thai government has tried to provide welfare of the public health service to fulfill demand of the rights for people by following John Locke's natural rights theory. But there are a lot of problems in the system of providing the public health service of Thai government not only the problem at inequality in spending budget of various funds. But also the people have knowledge and accessibility for the public health service in low level, such as the disabled group. In the service department and service provider have shortage of staff and budget, lack of morale and the inequality of compensation in each profession have an effect on the quality of service accessibility of the people.

Keyword: rights, The right to public health service accessibility in Thailand

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอกตามหลักสูตรสาขาวิชารัฐศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาขาวิชารัฐศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ประจำหลักสูตรสาขาวิชารัฐศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

บทนำ

สิทธิตามธรรมชาติเป็นสิทธิที่กำเนิดมาพร้อมกับมนุษย์ ซึ่งในสภาวะตามธรรมชาติมนุษย์เป็นอิสระและมีความเสมอภาค ทุกคนมีสิทธิและหน้าที่ที่จะป้องกันและรักษาสิทธิ และเสรีภาพในทรัพย์สินของตนเอง⁽¹⁷⁾ รัฐธรรมนูญ 2560 มาตรา 47 กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐ ผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” ซึ่งสิทธิในสุขภาพเป็นสิทธิธรรมชาติที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิด มีศักดิ์ศรีและความเสมอภาคกัน ซึ่งถือว่าเป็นสิทธิสากลขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ที่รัฐต้องรับรองคุ้มครอง ตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน Universal Declaration of Human Rights, 1948⁽¹⁾ ในประเทศไทยที่ผ่านมา แม้จะมีการกำหนดสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ แต่ยังพบปรากฏการณ์ และข่าวการร้องทุกข์ การร้องเรียนหรือฟ้องร้องถึงการได้รับการสาธารณสุขที่ไม่เป็นธรรม มีความเหลื่อมล้ำ ทั้งในกลุ่มผู้รับ และผู้ให้บริการเอง จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะหาคำตอบเกี่ยวกับสิทธิในการได้รับสวัสดิการด้านบริการสาธารณสุขในรัฐไทย ว่าบริการด้านสุขภาพซึ่งควรจะเป็นสิทธิของประชาชนเป็นอย่างไร โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดสิทธิในสุขภาพของจอห์น ล็อก มาทำความเข้าใจกับแนวคิดสิทธิธรรมชาติจากเอกสารคำรา และงานเขียนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิในสุขภาพซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนที่เป็นสากล แล้วนำมาวิพากษ์การจัดสวัสดิการด้านบริการสาธารณสุขของรัฐไทย โดยมุ่งศึกษาสิทธิการเข้าถึงสวัสดิการด้านบริการสาธารณสุขของประชาชนชาวไทย และนโยบายด้านสาธารณสุขที่ใช้แนวคิดสิทธิในสุขภาพมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิของประชาชน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสิทธิการเข้าถึงสวัสดิการด้านบริการสาธารณสุขของประชาชนชาวไทย

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ข้อมูลปฐมภูมิผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ สอบถามกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้ได้รับผลกระทบจากการรับบริการสาธารณสุขของรัฐ ส่วนข้อมูลทุติยภูมิศึกษาจากเอกสารหนังสือที่สำคัญของจอห์น ล็อก Two Treaties of Civil Government และ A Letter Concerning Toleration ที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1689-1690 รวมถึงงานของนักคิดปรัชญาทางการเมือง แนวเสรีนิยมอื่น ๆ ที่เขียนเกี่ยวกับแนวคิดสิทธิธรรมชาติ และสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะประเด็นสิทธิในด้านสุขภาพ ศึกษาจากนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีหนังสือตำรา บทความทางวิชาการ และข่าวสารทางสื่อมวลชนที่เผยแพร่ทั้งในรูปแบบสิ่งพิมพ์ และทางสื่อออนไลน์ รวมถึงวิทยานิพนธ์ รายการการวิจัย และการศึกษาค้นคว้าอิสระอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสิทธิในการได้รับบริการด้านสาธารณสุขของไทย โดยผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทางเอกสารเป็นแบบบันทึกดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแหล่งข้อมูลประกอบด้วย 1) ประเภทของแหล่งข้อมูล 2) ชื่อ-สกุล ผู้แต่ง 3) ปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์ 4) ชื่อเรื่อง 5) ครั้งที่พิมพ์ (กรณีมีมากกว่า 1 ครั้ง) 6) จังหวัดที่ตั้งสำนักพิมพ์ 7) สถานที่หรือสำนักพิมพ์ ข้อมูลเหล่านี้ผู้วิจัยใช้ประโยชน์ในการอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูล

ตอนที่ 2 เป็นการสรุปเนื้อหาสาระที่ได้จากแหล่งข้อมูล โดยผู้วิจัยตั้งคำถามปลายเปิดไว้เพื่อหาคำตอบ (สิทธิธรรมชาติของจอห์น ล็อก, ฐานคิดนโยบายระบบบริการสาธารณสุขของไทย, ผลที่เกิดต่อประชาชน) แล้วหาความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับสิทธิในสุขภาพ และสรุปเนื้อหาสาระที่ค้นพบ

ตอนที่ 3 ข้อสังเกตที่ได้จากแหล่งข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่ และทำการอ่าน สรุปเนื้อหาและถอดความสังเคราะห์ข้อมูล ลงรหัสบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แล้วจึงทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล หากยังไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยจะย้อนกลับไปค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมจนข้อมูลอิมตัวครบถ้วนสมบูรณ์เมื่อข้อมูลที่บันทึกไว้มีความถูกต้องสมบูรณ์แล้ว การจัดทำกับข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่บันทึกไว้ตามแบบบันทึกมาทำการวิเคราะห์เนื้อหา แล้วเขียนสรุปและพรรณานำเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ต่อไป

ผลการวิจัย

ธรรมชาติสร้างมนุษย์ให้มีความเท่าเทียมกันทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นจึงมีสิทธิเสรีภาพเท่าเทียมกันโดยธรรมชาติ⁽¹³⁾ และ John Locke เชื่อว่า สิทธิตามธรรมชาติเป็นสิทธิที่กำเนิดมาพร้อมกับมนุษย์ ซึ่งในสภาวะตามธรรมชาติมนุษย์เป็นอิสระและมีความเสมอภาค ทุกคนมีสิทธิและหน้าที่ที่จะป้องกันและรักษาสิทธิ และเสรีภาพในทรัพย์สินของตนเอง ดังนั้นมนุษย์จึงอยู่รวมกันเป็นสังคมเพื่อปกป้องชีวิตและทรัพย์สิน และทำข้อตกลงร่วมกันทำให้เกิดเป็นรัฐขึ้นมา “สภาพธรรมชาติมีกฎธรรมชาติควบคุมอยู่ ซึ่งมีผลผูกพันกับทุกคน และเหตุผลซึ่งก็คือกฎธรรมชาตินั้นนั่นเองก็สอนมนุษย์ทุกคนว่า ทุกคนล้วนเสมอภาคกันและเป็นอิสระต่อกัน จึงไม่ควรให้ผู้ใดทำร้ายชีวิต สุขภาพ เสรีภาพ หรือทรัพย์สินของอีกคนหนึ่ง”⁽⁸⁾ อริสโตเติลและเพลโตมีความเห็นสอดคล้องกันที่ว่า ธรรมชาติของมนุษย์เป็นเหตุให้เกิดรัฐ และชีวิตที่ดีเป็นจุดหมายของรัฐ⁽⁴⁾ รัฐเกิดขึ้นโดยธรรมชาติตามความจำเป็นของมนุษย์ รัฐที่ดีคือรัฐที่สอดคล้องกับธรรมชาติของมนุษย์ ทำให้มนุษย์ได้บรรลุความสุขตามธรรมชาติของแต่ละคน ซึ่งต่างจาก Thomas Hobbes และ John Locke ที่เชื่อว่ารัฐเกิดจากเจตนาของมนุษย์ สัญญาประชาคมเป็นข้อตกลงร่วมกันเพื่อคุ้มครองทรัพย์สินและความผาสุกของมนุษย์⁽¹⁷⁾ รัฐในทรรศนะของ John Locke มีอำนาจภายใต้ขอบเขตซึ่งเป็นอำนาจของประชาชนที่ให้รัฐใช้เพื่อประโยชน์ของประชาชน รัฐจึงมีหน้าที่คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน แต่ประชาชนไม่ได้มอบสิทธิให้รัฐ ประชาชนจึงมีอำนาจสูงสุดในการโค่นล้มหรือเปลี่ยนแปลงผู้บริหารได้ ส่วน Thomas Hobbes มีความเห็นว่าการบังคับใช้กฎหมายสูงสุดเป็นอำนาจขององค์อธิปัตย์ สรุปคือ สำหรับรัฐแล้ว John Locke ให้ประชาชนมีอำนาจสูงสุด แต่ Thomas Hobbes องค์อธิปัตย์เป็นผู้มีอำนาจสูงสุด

โดยธรรมชาติมนุษย์รักตนเองและแสวงหาความสุข หลีกเลียงความทุกข์ ซึ่งความสุขที่ยั่งยืนตามความคิดของ John Locke คือ สุขภาพ ชื่อเสียง ความรู้ การทำความดี และความสุขที่ถาวรในโลกหน้า⁽⁴⁾ ปญฺญูสากล่าวด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491⁽¹⁸⁾ ยืนยันว่าทั้งชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน ทุกคนต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานและ

เคารพในคุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิในสุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชนที่เป็นสากลของมนุษย์ทุกคนตามธรรมชาติ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ยังคงดำรงไว้ไว้ใครก็ไม่สามารถล่วงละเมิดหรือโอนมอบให้แก่ใคร ๆ ได้ “ผมต้องการสุขภาพอนามัยอันดี และรัฐบาลจะต้องให้บริการป้องกันโรคแก่ผมอย่างฟรี กับบริการการแพทย์ รักษาพยาบาลอย่างถูกต้องดี เจ็บป่วยเมื่อใดหาหมอหาพยาบาลได้สะดวก”⁽⁵⁾ สิทธิในสุขภาพเป็นสิทธิธรรมชาติที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิด มีศักดิ์ศรีและความเสมอภาคกัน ไม่สามารถถ่ายโอนให้แก่กันได้ และ ไม่สามารถแยกเป็นส่วน ๆ ว่าสิทธิใดมีความสำคัญกว่าอีกสิทธิหนึ่งแล้วอ้างเพื่อเลือกกระทำไม่ได้ ห้ามเลือกปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นคนจน คนรวย คนพิการ เด็ก หรือผู้สูงอายุ คนที่เจ็บป่วยหรือสุขภาพดี การที่จะมีสุขภาพดีได้นั้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพหรือบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันทุกคน ซึ่งองค์การอนามัยโลก มีมติเรื่องสุขภาพว่า “สิทธิที่จะมีสุขภาพดี เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน” โดยกำหนดสิทธิด้านสาธารณสุข ข้อ 25 บัญญัติว่า “ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตนและของครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลรักษาทางการแพทย์ และบริการสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในหลักประกันยามว่างงาน เจ็บป่วย พิกัด ภัย ภัยพิบัติ หรือปราศจากการดำรงชีพอื่นในสภาวะแวดล้อมนอกเหนือการควบคุมของคน”⁽¹¹⁾

1) มนุษย์ทุกคนพึงได้รับสิทธิด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นตามหลักสิทธิมนุษยชน โดยที่รัฐจะต้องสร้างสภาวะหรือเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายให้ได้มากที่สุด ตามเจตนารมณ์ ธรรมนูญก่อตั้งองค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2489 คือ “การที่มนุษย์ทุกคนได้รับมาตรฐานทาง สุขภาพที่ดีที่สุด ถือเป็นสิทธิพื้นฐานหรือสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีความแตกต่างทางเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมือง หรือสภาพทาง เศรษฐกิจหรือสังคมเช่นไรก็ตาม” สิทธิด้านสุขภาพจึงมีขอบเขตกว้างกว่าเรื่องระบบสาธารณสุขหรือการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และ

2) รัฐต้องเคารพสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน และ

ต้องปกป้อง กลุ่มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนให้ ประชาชน ได้รับสิทธิด้านสุขภาพ โดยไม่เลือกปฏิบัติ และปฏิบัติตาม พันธกรณีของกฎหมายระหว่าง ที่กำหนดหน้าที่ของรัฐ เกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพใน 3 ลักษณะคือ 1) หน้าที่เคารพต่อ สิทธิด้านสุขภาพ ภาครัฐควรลดข้อ จำกัดในการเข้าถึงบริการ สาธารณสุข หรือหลีกเลี่ยงการดำเนินการที่เป็นการเลือก ปฏิบัติต่อบุคคลในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ไม่ควรมี ข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ รวมถึงการ ไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) หน้าที่ปกป้อง กลุ่มครองสิทธิด้านสุขภาพ ภาครัฐควรออกกฎหมายหรือ มาตรการอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาที่เป็น รวมถึงการควบคุมกำกับดูแลผู้ประกอบการในอุตสาหกรรม สุขภาพมิให้มีการทำการตลาดยาหรือเครื่องมือแพทย์ การ ออกกฎหมายห้ามประเพณีหรือ ธรรมเนียมท้องถิ่นที่คุกคาม สุขภาพ 3) หน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนสิทธิด้านสุขภาพ เช่นการ สนับสนุนงบประมาณ ค่าใช้จ่าย ค่าลังคนด้านสุขภาพที่ เหมาะสม เพียงพอต่อผู้รับบริการสาธารณสุข การฝึกอบรม บุคลากรที่ให้การดูแลสุขภาพ ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ หรือการกำหนดกฎหมาย มาตรการทางฝ่าย บริหารที่เอื้อต่อ โครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ หรือการจัด ให้มีบริการสายด่วนให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพ เช่น การเลิกเหล้า บุหรี่ ยาเสพติด

สุขภาพเป็นภาวะความเป็นอยู่ที่มีความสมบูรณ์ ทางด้านกาย จิตใจ และ สังคม มิใช่เพียงปราศจากโรคหรือ ความพิการเท่านั้น สุขภาพเป็นสิ่งที่โอนให้ผู้อื่นไม่ได้ ทุกคน ต้องมีสถานะทางสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งแม้จะจน ที่สุดก็ ตาม ประกาศ กฎบัตรออกดาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพ” ณ กรุงออกดาวา ประเทศแคนาดา ใน การประชุมครั้งนี้ ได้มี ได้กำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริม สุขภาพ ดังนี้⁽²⁰⁾ 1) การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ การกำหนดนโยบายจะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อ สุขภาพเป็นสำคัญ 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ สุขภาพ ส่งเสริมให้คนและสิ่งแวดล้อมอยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูล และสมดุล 3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง สนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจ และจัดการ มีการระดมทรัพยากร และวัตถุดิบในชุมชน ทั้งนี้

ชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสการเรียนรู้และ แหล่งทุนสนับสนุน 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล โดยการ สนับสนุนในเรื่องการพัฒนาบุคคลและสังคมด้วยการให้ ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพและการเสริมทักษะชีวิต ในการจัดการที่ดีเพื่อป้องกันและควบคุมสุขภาพของคน 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ การจัดระบบบริการ สาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบ ร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุขและรัฐบาล

ฐานคิดนโยบายระบบบริการสุขภาพของไทย เปรียบเทียบตามแนวคิด สิทธิธรรมชาติของจอห์น ล็อก การ จัดระบบบริการสาธารณสุขในสังคมตามหลักสากล ประกอบด้วย หลักความเสมอภาค หลักความเป็นธรรม หลัก เสรีภาพ และ หลักประโยชน์สูงสุด⁽¹⁰⁾ โดยระบบสุขภาพต้อง มีเป้าหมายพื้นฐานคือ เพื่อช่วยให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ตามความคาดหวังของประชาชน โดยปกป้องปัญหาค่าใช้จ่าย จากการเจ็บป่วย อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 กระบวนการคือ การสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกัน โรค การวินิจฉัยและรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ⁽¹⁶⁾ ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ในโลกนี้แบ่งออก ได้เป็น 4 รูปแบบ คือ การจัดบริการสาธารณสุขแบบตลาด แข่งขันเสรี แบบรัฐสวัสดิการ แบบสังคมนิยม และ แบบ ครอบคลุมนทั้งหมด ซึ่งทิศทางการจัดบริการสาธารณสุขของ ประเทศไทย มีความพยายามที่จะมุ่งเน้นไปสู่ระบบรัฐ สวัสดิการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการ เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นมากยิ่งขึ้น โดยการจัดให้มี “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ตามพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แก่ประชาชนชาวไทย เป็นการเพิ่มเติม จากเดิมที่มีระบบหลักประกันสุขภาพเพียง 2 ระบบเท่านั้น คือ “ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ” และ “ระบบประกันสังคม” ซึ่งหลักการของระบบบริการ สุขภาพมี 3 ประเภท⁽¹⁰⁾ 1) หลักการอรรถประโยชน์นิยม จัดสรรสวัสดิการ ทรัพยากร และอื่น ๆ เพื่อให้เกิดมูลค่ามากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เท่ากับเป็นการเน้นเรื่องประสิทธิภาพ โดยไม่คำนึงถึงการกระจายสวัสดิการ ทรัพยากร และอื่น ๆ ระหว่างบุคคลในสังคม หลักการอรรถประโยชน์นิยมยอมให้ การครอบครองหรือการกระจายทรัพยากรมีมากกว่าสิทธิ

ประโยชน์ที่ได้รับจากระบบบริการสุขภาพ 2) หลักการความเท่าเทียมกันกระจาย (สวัสดิการ ทรัพยากร และอื่น ๆ) ให้กับสมาชิกในสังคมได้อย่างเท่าเทียมกัน เน้นเรื่องความเสมอภาคโดยไม่คำนึงว่าผลของการกระจายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ บางที่เรียกว่า welfare state หลักการความเท่าเทียมกันทำให้การครอบครองหรือการกระจายทรัพยากรใกล้เคียงกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากระบบบริการสุขภาพ 3) หลักการลอเชียนส์ กระจายสวัสดิการ ทรัพยากร และอื่น ๆ โดยยึดหลักผู้ด้อยโอกาสที่สุดในสังคมได้รับสวัสดิการ ทรัพยากร และอื่น ๆ ที่มีปริมาณและคุณภาพไม่ต่ำกว่ามาตรฐานที่สังคมพึงให้ได้ เน้นมาตรฐานขั้นต่ำ หลักการลอเชียนส์ ต้องการให้สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากระบบบริการสุขภาพสูงกว่าการครอบครองหรือการกระจายทรัพยากรสำหรับผู้ด้อยโอกาส

จากฐานคิดข้างต้นระบบบริการสาธารณสุขของรัฐไทยใช้หลายแนวคิดมาเป็นแนวทางในการจัดระบบบริการสาธารณสุข และเน้น “แนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ” เป็นแนวทางในการจัดบริการเพื่อให้คนยากจนเข้าถึงบริการได้ ซึ่งประเทศไทยมีระบบสวัสดิการและหลักประกันสุขภาพที่ภาครัฐเข้าไปมีส่วนร่วม 4 ระบบ อันได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (โครงการบัตรสุขภาพ) โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.) รวมระบบประกันสุขภาพที่ภาคเอกชนเป็นผู้ดำเนินงานเป็นทั้งสิ้น 5 ระบบ สามารถครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 70 ของประเทศ กล่าวอีกอย่างหนึ่งก็คือ จากความพยายามของรัฐบาลที่ผ่านมา ยังมีประชากรอีกกว่า 20 ล้านคนหรือร้อยละ 30 ของทั้งประเทศที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ⁽²⁾ จึงเป็นประเด็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งที่ผลักดันให้มีการขยายสวัสดิการรักษายาบาลและหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ตกหล่นจากความพยายามของรัฐบาลที่ผ่านมาดังกล่าว จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลของนายกรัฐมนตรีนายทักษิณ ชินวัตร เลือกใช้แนวทางการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้สวัสดิการและหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ครอบคลุมประชากรทั้งหมดของประเทศผ่าน “นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งสามารถดำเนินการ

ได้ทั่วประเทศในปีพ.ศ. 2545 ซึ่งระบบประกันสุขภาพในอุดมคติที่ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ คิดและพยายามผลักดันคือ “การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบของการ ‘เฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข’ ในสังคม คนมีช่วยคนจน คนไม่ป่วยช่วยคนป่วย ให้ทุกคนเสียค่าใช้จ่ายในอัตราเดียวกันหรือไม่เสียเป็นสัญลักษณ์ของประเทศที่มีวัฒนธรรมของประชาคมที่เจริญแล้ว คือการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันในสังคม ไม่ใช่อยู้อย่างตัวใครตัวมัน” และเขาได้ให้แนวคิดและได้อธิบายหลักการของหลักประกันสุขภาพไว้อย่างชัดเจนว่าการประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการการประกันสังคม ซึ่งเป็นการส่งเสริมระบบความมั่นคงทางสังคมวิธีหนึ่งโดยให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องไปรับบริการทางสุขภาพทุกประเภท ซึ่งผู้ที่ได้รับความคุ้มครองดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อมีความจำเป็นยามเจ็บป่วยได้โดยไม่ต้องกังวลถึงรายได้ รายจ่าย หรือความแตกต่างของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การนำแนวคิดสู่การปฏิบัติ โดยรัฐบาลนายทักษิณ ชินวัตร “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษายาบาลจากสถานบริการของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ^(๓) ซึ่งในรัฐบาลสมัยต่อมาที่ยังคงใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพเพียงแต่ปรับปรุงในบางรายละเอียด เช่นการยกเลิกการร่วมจ่ายค่าบริการในสมัยรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ แล้วให้กลับมาร่วมจ่ายเป็นบางกรณีในรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ในปัจจุบัน

สิทธิในการได้รับสวัสดิการด้านบริการสาธารณสุขของรัฐไทย ปัญหาการเจ็บป่วยของคนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไป ทั้งจำนวนผู้เจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นและสาเหตุการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บที่เกิดขึ้นจากเชื้อโรคเช่นโรคติดต่อร้ายแรงต่าง ๆ สาเหตุจากภัยพิบัติธรรมชาติ และที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างชัดเจนคือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมหรือโรคไม่ติดต่อ และเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการบริการยาวนานหรืออาจตลอดชีวิต ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ^(๔) ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นรัฐในฐานะที่เป็นผู้ปกครอง จึงมีหน้าที่ที่จะต้องให้ความคุ้มครองต่อสิทธิ

ของประชาชน จัดหาบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานให้ครอบคลุมผู้มีสิทธิในประเทศ สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ เป็นสิทธิที่มีอยู่ในบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ เพื่อใช้เป็นเป็นกลไกในการทำหน้าที่ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งวิวัฒนาการเกี่ยวกับนโยบายของโครงการสวัสดิการรักษายาบาลให้แก่ประชาชนเริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2518 โดยรัฐบาลสมัยหม่อมราชวงศ์คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีการเริ่มต้นโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยในด้านการรักษายาบาล (สปน.) ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ที่มีรายได้น้อยได้มีหลักประกันในการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยสามารถใช้สิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และรัฐมีหน้าที่ซึ่งเป็นกิจกรรมหลักที่สำคัญที่จะต้องค้นหาประชาชนผู้มีรายได้น้อยเพื่อการออกบัตรสงเคราะห์และสวัสดิการดังกล่าว เป็นการเข้าสู่ระบบการพิจารณาสิทธิทางการแพทย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามระดับรายได้ของครัวเรือน⁽⁹⁾ เมื่อปี พ.ศ. 2524 มีผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากบัตรสงเคราะห์ดังกล่าวจำนวน 10.9 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 23 ของประชาชนทั้งในประเทศในขณะนั้น และได้มีการแบ่งแยกข้อมูลของกลุ่มประเทศผู้รับบริการในโครงการดังกล่าวออกเป็น 3 ประเภทคือ ประเภท ก. กลุ่มผู้ป่วยสงเคราะห์ที่ไม่มีบัตร ประเภท ข. เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายเงินบางส่วน และประเภท ค. เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิตามระเบียบอื่น ๆ ของทางราชการ ในปีพ.ศ. 2526 มีการประกาศเป็นปีผู้สูงอายุสากล มีการแบ่งประเภทของผู้สูงอายุที่มารับบริการออกเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล กลุ่มที่เบิกได้จากสวัสดิการข้าราชการ กลุ่มผู้ถือบัตรรายได้ และ กลุ่มที่เป็นผู้ป่วยรายได้น้อย ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2536 ได้มีการขยายความคุ้มครองไปถึงผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ เกื้อกูล ตลอดจนเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี บุคคลผู้พิการและ ผู้นำทางศาสนา ในปี พ.ศ. 2537 ได้เปลี่ยนชื่อจากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย เป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) โดยมีกลุ่มบุคคลที่โครงการดังกล่าวได้ให้ความคุ้มครองทั้งสิ้น 6 กลุ่มคือ 1) ผู้มีรายได้น้อยและผู้

ว่างงาน 2) ผู้สูงอายุ 3) เด็กอายุ 0 ถึง 12 ปี 4) ทหารผ่านศึก 5) ผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชน 6) ผู้พิการ

ปัจจุบัน สิทธิในการรักษายาบาลของประชาชนชาวไทยมาจาก 3 กองทุนหลักคือ กองทุนสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽¹²⁾ นอกจากนี้ยังมีสิทธิในการรับบริการอื่น ๆ เช่นบริการของมูลนิธิแพथ้อาสาสมัครพระศรีนครินทร์ ทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) การประกันสุขภาพเอกชน ระบบประกันภัยอุบัติเหตุทางจราจรตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะระบบประกันสุขภาพหลักของรัฐทั้ง 3 ประเภทซึ่งรัฐมีภาระหน้าที่ในการจัดทำให้แก่ประชาชนหรือบรรดาสมาชิกภายใต้ระบบประกันสุขภาพดังที่จะกล่าวต่อไปได้แก่

ประเภทที่ 1 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเภทที่ 2 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ

ประเภทที่ 3 ระบบประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

1. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจัดตั้งขึ้นโดยดำเนินการให้เป็นไปตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 โดยมีแหล่งที่มาของเงินทุนส่วนใหญ่จากงบประมาณรายจ่ายประจำปี มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้บริหารจัดการ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ บุคคลสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักตามกฎหมาย และ ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ ซึ่งมีขอบเขตในการให้บริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

2. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ เป็นสวัสดิการในการให้ความช่วยเหลือแก่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญและบุคคลในครอบครัว เฉพาะการรักษาอาการเจ็บป่วยไม่รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเสริมสวย สวัสดิการด้านการรักษายาบาลของข้าราชการถือเป็นสวัสดิการจากทางราชการประเภทหนึ่งที่ต้องอาศัยการเบิกจ่าย จากเงินงบประมาณรายจ่ายโดยกรมบัญชีกลางซึ่งเป็นหน่วยงานใน

สังกัดกระทรวงการคลังมีหน้าที่ดูแลและรับผิดชอบในการเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการดังกล่าวทั้งระบบ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการฯ คือ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ซึ่งได้รับเงินเดือนจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำของกระทรวง ทบวง กรม และผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเหตุพพลภาพตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด รวมถึงครอบครัว ซึ่งได้แก่บิดามารดา คู่สมรส และบุตรชอบด้วยกฎหมาย ของข้าราชการและลูกจ้างที่กล่าวมาข้างต้น ขอบเขตบริการ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ ให้บริการครอบคลุมเฉพาะ การรักษาอาการเจ็บป่วยเท่านั้น ไม่รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเสริมสวย

3. ระบบประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นหลักประกันในการให้ความช่วยเหลือแก่ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตน และครอบครัว ลดภาระความเดือดร้อนของครอบครัวของลูกจ้างหรือสังคมโดยรวม เพื่อให้ลูกจ้างมีความมั่นคงและความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมและเป็นการวางระบบการสร้างหลักประกันพื้นฐานให้กับลูกจ้างและบุคคลอื่นซึ่งเป็นผู้ประกันตน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ. ศ. 2533 มาตรา 19 ให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ส่งผลให้ลูกจ้างทุกคนมีสิทธิในการได้รับหลักประกันในการดูแลสุขภาพโดยได้รับสิทธิในการให้ความคุ้มครองตามสิทธิประโยชน์จากกองทุนประกันสังคม ที่มาจากเงินทุนประกันสังคมซึ่งประกอบด้วยเงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้าง ผู้ประกันตน และรายได้อื่น ๆ คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 คือลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียนและจ่ายเงินสมทบ ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 คือผู้เคยเป็นลูกจ้างผู้ประกันตนและสิ้นสภาพแต่ยื่นความจำนงขอจ่ายเงินสมทบเองและขอใช้สิทธิประกันสังคมต่อ ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เป็นบุคคลอื่นใดซึ่งมิใช่ลูกจ้าง แสดงความจำนงและต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเป็นรายปี ประเภทและขอบเขตของ

สิทธิประโยชน์ทดแทนจะขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของผู้ประกันตนตามแต่ละประเภท

ผลการดำเนินงานนโยบายการจัดบริการสาธารณสุขที่เกิดต่อประชาชน (มุมมองภาครัฐ, ประชาชน) เปรียบเทียบตามแนวคิด สิทธิธรรมชาติของจอห์น ล็อก สิทธิสุขภาพตามแนวคิดของ จอห์น ล็อก ประชาชนทุกคนควรมีสิทธิในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของรัฐไทยได้อย่างทั่วถึง และเท่าเทียม ดังเช่นวิสัยทัศน์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ: สปสช. “ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ” โดยสนับสนุนให้มีบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ทุกคนเข้าถึงได้ ไม่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษายาบาล เสริมสร้างความเท่าเทียมกันระหว่างกองทุนอื่น ๆ และทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมพัฒนาและเป็นเจ้าของ โดยเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีซึ่งกัน” (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเมื่อมองถึงความเท่าเทียมในแต่ละกองทุน กลับพบปัญหาความเหลื่อมล้ำในการใช้งบประมาณ ตัวอย่างเช่น จากรายงานการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.2555 ของกองทุนข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เปรียบเทียบเป็นจำนวนและร้อยละของผู้มีสิทธิเรียงตามลำดับกองทุน คือ 5 ล้านคน (8%), 10.4 ล้านคน (15.8%) และ 47 ล้านคน (76.2%) ส่วนงบประมาณที่ใช้ต่อกองทุนได้แก่ 62,195 ล้านบาท, 846,544 ล้านบาท และ 120,846 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายต่อรายต่อปีของกองทุนต่าง ๆ มีดังนี้ 15,000 บาท, 2,500บาท และ 2,755.60 บาท เรียงตามลำดับ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555) ดังนั้นหากถามว่าระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และเป็นไปอย่างทั่วถึงแล้วหรือไม่ เพียงใด ต้องตอบว่า ยังมีปัญหาเรื่องการมีหลายมาตรฐาน มีปัญหาเรื่องสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานของแต่ละกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน มีความแตกต่างและเหลื่อมล้ำกันอยู่ และในขณะเดียวกันการบริหารจัดการของแต่ละกองทุนก็ได้สะท้อนถึงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการด้วย ระบบสวัสดิการข้าราชการใช้ระบบการจ่ายเมื่อไปใช้บริการ หรือ free for service ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ได้ ส่วนระบบประกันสังคม และระบบบัตรทอง ใช้ระบบการจ่าย

ค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่ายต่อหัวหรือ capitation ซึ่งระบบนี้มีข้อดีคือสามารถที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายได้ แต่มีข้อเสียคือทำให้ได้รับการบริการที่ไม่ดีมากนักเนื่องจากโรงพยาบาลได้รับเงินไปแล้วเมื่อคนไข้เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลก็มักจะประหยัดหรือไม่ยอมรักษา หรือเมื่อพบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก็จะแนะนำให้เลือกรับบริการจากที่อื่น เช่น โรงพยาบาลขนาดเล็กใหญ่ เป็นการกันผู้ป่วยป่วยเรื้อรังไปที่อื่น (กองบรรณาธิการ สำนักกฎหมาย, 2554)

การพยายามสร้างความครอบคลุมผู้มีสิทธิ ในระบบประกันสุขภาพ ของรัฐบาลไทย (Universal Health Coverage: UHC) ประชากรไทยมีหลักประกันสุขภาพ 99.92%⁽¹⁾ ใช้งบประมาณ 83,989,256,989.97 ล้านบาท ประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ได้รับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐาน 3,600,920 คน คิดเป็นร้อยละ 95.33 งบประมาณที่ใช้จ่าย 43,332,720.65 รายงานผลการดำเนินงานของรัฐบาล พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี (ระหว่างวันที่ 12 กันยายน 2560 – 31 พฤษภาคม 2561) จากรายงานข้างต้นทำให้มองเห็นได้ว่าประชาชนชาวไทยได้รับสิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของรัฐอย่างครอบคลุม แต่ผลการวิจัยกลับพบความแตกต่าง ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีความรับรู้เกี่ยวกับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพน้อย เช่น ประชาชนรู้จักว่าในตำบลตนเองมีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในระดับต่ำ ส่วนการรับรู้เรื่องสิทธิและการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ประชาชนมีการรับรู้ในระดับต่ำ การเข้าถึงบริการของกลุ่มคนพิการเข้าถึงบริการในระดับที่ต่ำร้อยละ 24.5 โดยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ร้อยละ 21.3 และได้รับการกายอุปกรณ์ร้อยละ 17.2⁽¹⁵⁾ ส่วนการศึกษาปัญหาการบริการสาธารณสุขโรงพยาบาลมาตพุดพบปัญหาสำคัญ 3 อันดับแรกคือ ระบบการให้บริการล่าช้า แพทย์และพยาบาลมีไม่เพียงพอ และความไม่สะดวกสบายในสถานที่ ส่วนปัญหาบริการของคลินิกคือ ค่าใช้จ่ายสูง ผู้รับบริการมาก สถานที่คับแคบ ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง และปัญหาการบริการในสถานอนามัยคือผู้ให้บริการจำนวนมาก บริการล่าช้า ขาดแคลนแพทย์ และเจ้าหน้าที่⁽⁷⁾ และ กฎาบุญชัย ได้เสนอบทสรุปผู้บริหารใน แนวคิดและทัศนคติต่อความเป็นธรรมของกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ

ว่า รัฐบาล ราชการ สถาบันการแพทย์ และกลไกสำคัญในระบบอภิบาลสุขภาพทั้งหมดควรที่จะต้องผลักดันให้เกิดปฏิรูประบบสุขภาพ โดยให้หลักความเป็นธรรมตามแนวคิดของ John Rawls โดยมุ่งสร้างความเป็นธรรมหรือความยุติธรรมของระบบ ด้วยการพัฒนาระบบหลักประกันการเข้าถึงสุขภาพของประชาชนให้มีความก้าวหน้าทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ และมีแนวนโยบายสนับสนุน ค้ำครองสิทธิของประชาชนผู้ด้อยอำนาจให้มีสิทธิพิเศษในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และมีอำนาจต่อรองในกระบวนการกำหนดนโยบาย และการปฏิบัตินโยบายมากยิ่งขึ้น (กฤษฎาบุญชัย และคณะ, 2556)

ตามมุมมองของประชาชนและผู้รับบริการ กลับไม่ต้องการสิทธิในการเข้าถึงบริการที่มากมาย แต่พวกเขาต้องการบริการที่ได้มาตรฐาน และมีความปลอดภัย “เมื่อฉันมากลอด ฉันอยากให้ลูกเกิดรอด และฉันปลอดภัย” ผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ กล่าวในเวทีเสวนา วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก และวันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย⁽¹¹⁾ ส่วนในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เมื่อถามถึงสิทธิและความต้องการรับบริการสาธารณสุขของรัฐได้รับคำตอบว่า “ขอให้มาแล้วมีหมออยู่ดูแลเรา” หรือ “เมื่อมาแล้วก็ต้องได้ยากกลับบ้าน” ในด้านหน่วยบริการพบว่าปัญหาในการจัดการบริการสาธารณสุขคือ การขาดแคลนบุคลากรผู้ให้บริการ การจัดสรรงบประมาณที่ล่าช้าและมีจำนวนไม่เพียงพอกับการระงำน นอกจากนี้ยังพบปัญหาโครงสร้างที่ไม่เป็นธรรมของแต่ละวิชาชีพ ส่วนระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ความต้องการรับบริการจากหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐของประชาชนไม่แตกต่างกัน คือ ขอให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพเฉพาะด้าน และลดระยะเวลาในการรอคอย “วันที่หมอนัดเราต้องเสียเวลาทั้งวัน” ทำให้บางคนที่มีเศรษฐกิจที่ดีจึงเลือกที่จะใช้บริการจากโรงพยาบาลเอกชน จากปัญหาการรอคอยและความแออัด รัฐบาลได้มีความพยายามที่จะพัฒนารูปแบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ครอบคลุม ลดเวลาการจ่ายยา ลดเวลารอคอยในโรงพยาบาล ลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยให้ร้านขายยาเข้าร่วมจัดการจ่ายยาตามใบสั่งของแพทย์ “รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน” ไม่ต้องมาโรงพยาบาล เริ่ม 1 ตุลาคม 2562 นำร่องก่อน 500 ร้านขายยา

(คำสัมภาษณ์ นพ. สุขุม กาญจนพิมาย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มา : <https://www.thaihealth.or.th/Content/49957> สืบค้นเมื่อ 27 สิงหาคม 2562) ส่วนปัญหาขวัญกำลังใจ และความเหลื่อมล้ำในสาขาวิชาชีพ มีในทุกระดับบริการ ถึงแม้ว่าตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาประเทศไทย มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยขยายความครอบคลุมของสถานบริการ มีโครงสร้างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ กระจายครอบคลุมพื้นที่ทุกจังหวัด และมีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกภาคส่วน แต่อย่างไรก็ตาม ระบบบริการสาธารณสุขของไทยยังมีสภาพปัญหาความไม่เป็นธรรม ทำให้จำกัดสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน อันมีสาเหตุมาจากจำนวนบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอ ขาดความเป็นธรรมในการกระจายตัวของบุคลากรด้านสุขภาพ รวมถึงการกระจายตัวของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง ที่มีการกระจุกตัวอยู่เฉพาะในบางพื้นที่ นอกจากนี้ระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่กระจายตัวอย่างครอบคลุมและอยู่ใกล้ชีวิตประชาชนผู้รับบริการมากที่สุด ยังขาดคุณภาพการบริการ และขาดความเข้มแข็ง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548) เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาวิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการสาธารณสุข ทำให้มีการร้องเรียน และฟ้องดำเนินคดีกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขใน

กรณีที่ได้รับการเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขเป็นจำนวนมากยิ่งขึ้น (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2554)

บทสรุป สิทธิตามธรรมชาติเป็นสิทธิที่กำหนดมาพร้อมกับมนุษย์ และสิทธิในสุขภาพเป็นสิทธิตามธรรมชาติที่จำเป็นที่รัฐต้องจัดหาให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน บนพื้นฐานความเท่าเทียม และทั่วถึง นโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศไทยพัฒนามาตามหลักความเสมอภาค ความเป็นธรรม หลักเสรีภาพ และ หลักประโยชน์สูงสุด โดยมีเป้าหมายในการช่วยให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น ตามความคาดหวังของประชาชน จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่ารัฐบาลไทยได้พยายามจัดหาสวัสดิการด้านการบริการสาธารณสุขให้ตอบสนองความต้องการตามสิทธิของประชาชน แต่ยังมีสภาพปัญหาความไม่เป็นธรรม ทำให้จำกัดสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน และยังพบปัญหาความเหลื่อมล้ำในการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนต่างๆ ที่ไม่เท่าเทียมกัน แล้วยังพบว่าประชาชนยังมีความรับรู้และเข้าถึงสิทธิและความพึงพอใจ ในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐยังอยู่ในระดับที่ต่ำ ในด้านหน่วยบริการและผู้ให้บริการยังพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากร และงบประมาณ การขาดขวัญกำลังใจ ความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรมในด้านค่าตอบแทนของแต่ละวิชาชีพ จึงทำให้มีผลต่อคุณภาพบริการที่ประชาชนควรจะได้รับ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมองค์การระหว่างประเทศ. **ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน : 60 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีและความยุติธรรมสำหรับเราทุกคน.** กระทรวงการต่างประเทศ. 2551
2. คณะทำงานพัฒนาระบบหลักสุขภาพถ้วนหน้า. **ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพไทย. นนทบุรี, 2549. <https://www.nhso.go.th/ARCHIVES/section3/detail1.aspx>. สืบค้นเมื่อ (16 กันยายน/2561).
3. จิรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร. **สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ : ศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา.** วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. (2552).
4. ปรีชา ช้างขวัญยืน. **ปรัชญาแห่งอุดมการณ์ทางการเมือง.** โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ. 2533.
5. ปิวย อึ้งภากร. **คุณภาพชีวิต ปฏิทินแห่งความหวัง จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน.** บทความ หนังสือพิมพ์บางกอกโพสต์ ฉบับวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2516. สืบค้นใน <https://th.wikipedia.org/wiki/> เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2561.
6. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. หมวด 1, มาตรา 5, วันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545.
7. พอล อูยานนท์. **การให้บริการและความต้องการบริการสาธารณสุขในพื้นที่มาบตาพุด จังหวัดระยอง.** สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร, (2557).

- 8.วินัย ผลเจริญ. เอกสารประกอบการสอน **วิชาทฤษฎีการเมืองและสังคม**. สาขาวิชารัฐศาสตร์ วิทยาลัยการเมืองการปกครอง มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. (2556).
- 9.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. **ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย**. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 5 (ฉบับที่ 1) : หน้า 9-18, 2540.
- 10.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. **บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. (พิมพ์ครั้งที่3). สฟิจิตร. กรุงเทพฯ. 2550.
- 11.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. **เวทีเสวนา วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก และวันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย**. Fri, 2019-09-20 12:28 <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17765> สืบค้นเมื่อ (17/กันยายน/2562).
- 12.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **ลดความเหลื่อมล้ำเพิ่มความเป็นธรรม “3 กองทุนสุขภาพ” รับความท้าทายในอนาคต**. วารสาร HSRI Forum พื้นที่แบ่งปันความรู้ด้านระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555.
- 13.สมบัติ ชำรงชัญวงศ์ (2538). **การเมือง แนวความคิดและการพัฒนา**. (พิมพ์ครั้งที่3). เอส แอนด์ จี กราฟฟิค. กรุงเทพฯ. 2538.
- 14.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปี 2559**. 2559.
- 15.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 อุตรธานี. **การประเมินการรับรู้เรื่องสิทธิและความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2556**. 2556.
- 16.อำพล จินดาวัฒนะ. **การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม : มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ**. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี. 2551
- 17.John Locke. **Treatise of Civil Government and A Letter Concerning Toleration**. D. Appleton-Century company, incorporated. New York. 1937.
- 18.United Nations. **The Universal Declaration of Human Rights**. 2015.
- 19.World Health Organization (WHO). **Health as a Human right Health aspects of human rights with special reference to development in biology and medicine**. WHO. Geneva. 1976.
- 20.World Health Organization (WHO). **Constitution of the World Health Organization**. WHO. Geneva. 1948.