

ความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นางสาวกล่อมศรี สิทธิศักดิ์

วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

พ.ศ. 2564

ความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นางสาวกล่อมศรี สิทธิศักดิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญารัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
พ.ศ. 2564

สงวนลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ชื่อเรื่อง : ความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ผู้วิจัย : นางสาวกล่อมศรี สิทธิศักดิ์
ปริญญา : รัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต (รัฐศาสตร์)
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
อาจารย์ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยลักษณ์ โพธิวรรณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนพฤกษ์ ชามะรัตน์
ปีการศึกษา : 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาการให้บริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2) เพื่อศึกษาความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพ ของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (3) เพื่อศึกษาผลระทบและการต่อรองที่เกิดขึ้นกับประชาชนในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยใช้การศึกษาค้นคว้าเอกสาร ร่วมกับการใช้แนวทางการสัมภาษณ์ แนวทางการสังเกต และแนวทางในการสนทนากลุ่ม เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วได้นำมาตรวจวิเคราะห์ตามทฤษฎีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำ แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ และแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน โดยมีกลุ่มเป้าหมายประชาชนผู้เข้ารับการบริการ บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง

ผลการวิจัยพบว่าการให้บริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนมี 3 ระบบหลัก ประกอบด้วย (1) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ (2) ระบบกองทุนประกันสังคม (3) ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพมี 3 ด้านประกอบด้วย 1) ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ 2) ด้านการเงินการคลัง และ (3) ด้านคุณภาพบริการ ซึ่งการจัดระบบหลักประกันสุขภาพของไทยยังไม่สอดคล้องกับปรัชญาแนวคิดระบบสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุข รัฐไม่สามารถคุ้มครองสิทธิการเข้าถึงบริการ

และไม่กระจายความเป็นธรรมให้ประชาชนได้รับบริการอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกันตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ดังที่ปรากฏตามโครงสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 3 สิทธิหลัก คือ สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ที่มีความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรมแตกต่างกัน ทั้งจากลักษณะของประชากรที่ระบบคุ้มครองอยู่สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน รวมทั้งสิทธิประโยชน์ ในการรักษาพยาบาล ความสามารถในการเข้าถึงบริการค่าใช้จ่าย เมื่อนำมาเปรียบเทียบและวิพากษ์กับแนวคิดความเหลื่อมล้ำของ 3 สำนักคิดกล่าวคือ แนวคิดเสรีนิยม แนวคิดความยุติธรรมทางสังคม และแนวคิดสมรรถภาพของมนุษย์ และการต่อสู้ต่อรองเพื่อคุ้มครองสิทธิในหลักประกันสุขภาพของประชาชนไม่ได้รับสำคัญและความสนใจในการเข้ามาแก้ไขปัญหา

คำสำคัญ: ความเหลื่อมล้ำ; ระบบการให้บริการ; หลักประกันสุขภาพ

RAJABHAT MAHA SARAKHAM UNIVERSITY

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยลักษณ์ โพธิวรรณ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนพฤกษ์ ชามะรัตน์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษา ข้อชี้แนะ และความช่วยเหลือในหลายสิ่งหลายอยางจนกระทั่งลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและขอขอบคุณอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พุทธรักษ์ ปราบนอก ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินัย ผลเจริญ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ รวมไปถึงการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทร ปัญญะพงษ์ ที่ได้กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้คำแนะนำ ตลอดจนข้อคิดที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิจัย

ขอขอบคุณเพื่อน ๆ สิงห์วรุณ รุ่น 2 ทุกคน ที่คอยเป็นกำลังใจ ร่วมทุกข์ร่วมสุข และให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลตลอดมา

และที่ขาดเสียไม่ได้ ขอขอบพระคุณเป็นพิเศษสำหรับความห่วงใยและกำลังใจจากครอบครัว ซึ่งเป็นที่รักยิ่ง ที่คอยห่วงใย สนับสนุนการศึกษาเพื่อรอความสำเร็จของผู้วิจัยและเป็นแรงใจสำคัญจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

นางสาวกล่อมศรี สิทธิศักดิ์

สารบัญ

หัวเรื่อง **หน้า**

บทคัดย่อ ..... ก

ABSTRACT ..... ค

กิตติกรรมประกาศ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ ..... ญ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา 1

1.2 คำถามการวิจัย 6

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย 6

1.4 ขอบเขตการวิจัย 6

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ 7

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 8

บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 9

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำ 9

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ 23

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอำนาจ 43

2.4 แนวคิดสิทธิมนุษยชน 54

2.5 การให้บริการสุขภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 62

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 70

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย 75

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย 78

3.1 รูปแบบการวิจัย 78

หัวเรื่อง **หน้า**

3.2 การดำเนินการวิจัย 79
3.3 วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 80
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล 82
3.5 การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล 83
3.6 การนำเสนอผลการวิจัย 86
3.7 จริยธรรมในการวิจัย 86
บทที่ 4 การให้บริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 89
4.1 บริบททั่วไปของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการระบบหลักประกันสุขภาพ 89
4.2 การให้บริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 98
บทที่ 5 ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพประชาชน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 143
5.1 มุมมองผู้ใช้บริการระบบหลักประกันสุขภาพ 170
5.2 มุมมองผู้ให้บริการระบบหลักประกันสุขภาพ 180
บทที่ 6 ผลกระทบและการต่อรองของประชาชนที่เกิดขึ้นในการได้รับบริการ
ตามระบบหลักประกันสุขภาพ 180
6.1 ผลกระทบและการต่อรองที่เกิดขึ้นกับประชาชนในการเข้ารับบริการ
ตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน 180
6.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการระบบหลักประกันสุขภาพ 189
6.3 ผลกระทบเพื่อการต่อรองเพื่อการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกัน
สุขภาพของประชาชน 197
บทที่ 7 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 207
7.1 สรุป 207
7.2 อภิปรายผล 211
7.3 ข้อเสนอแนะ 214

หัวเรื่อง **หน้า**

บรรณานุกรม 216
ภาคผนวก 222
ภาคผนวก ก เครื่องมือการวิจัย 223
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ 226
การเผยแพร่ผลงานวิจัย 230
ประวัติผู้วิจัย 231

สารบัญตาราง

ตารางที่ **หน้า**

4.1 สรุปข้อมูลเบื้องต้นของผู้ใช้บริการระบบสุขภาพ 90
4.2 สรุปข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้บริการระบบสุขภาพ 95
4.3 จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน จำแนกรายอำเภอ จังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2562 97
4.4 จำนวนร้อยละของประชากรจำแนกตามประเภทสวัสดิการรักษาพยาบาล 125
4.5 ความแตกต่างของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 สิทธิ 127
4.6 ค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปีใน 3 ระบบบริการสุขภาพ มีหน่วยเป็นบาท 136
4.7 จำนวนโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ จำแนกรายอำเภอ จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2562 137

สารบัญภาพ

ภาพที่ **หน้า**

2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)..... 77

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ความเหลื่อมล้ำในสังคมไทยเป็นปัญหาที่เรื้อรังมาช้านาน และเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้การละเมิดสิทธิมนุษยชนกลายเป็นสิ่งปกติสามัญ โดยเหตุแห่งความไม่เท่าเทียมด้านความมั่งคั่งของทรัพย์สินและรายได้ ความไม่เทียมด้านสิทธิและโอกาส และความไม่เท่าเทียมด้านอำนาจได้ก่อผลร้ายแรงคือการสถาปนาพลเมืองในสังคมไทยเป็นสองชนชั้น คือ ชนชั้นที่หนึ่งซึ่งมีสิทธิมีเสียงมากกว่าชนชั้นที่สอง และผลจากการมีสิทธิ์มีเสียงไม่เท่ากันนี่เองที่นำมาสู่การละเมิดสิทธิมนุษยชนมิติต่าง ๆ ตั้งแต่สิทธิพลเมือง สิทธิทางการเมือง ไปจนถึงสิทธิทางสังคมสำหรับการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำ และการละเมิดสิทธิมนุษยชนจำเป็นต้องแก้ไขควบคู่กันไปและต้องกระทำให้ครบอย่างรอบด้านมิใช่มุ่งเป้าไปที่ความเหลื่อมด้านความมั่งคั่งของทรัพย์สิน และรายได้เพียงมิติเดียวเฉกเช่นที่ผ่านมาห้วงขณะปัจจุบันผู้คนทั้งในสังคมไทย และสังคมโลกต่างตื่นตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนกันมากขึ้นในหลากหลายลักษณะวิธีการตั้งแต่การเดินขบวนประท้วงเรียกร้องการดำเนินการผ่านองค์กรที่เกี่ยวข้อง แม้กระนั้นก็ดีผู้คนบางส่วนจะเคลื่อนขยับเรื่องดังกล่าวกันไม่น้อย แต่ปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนก็ยังคงปรากฏให้เห็นอยู่บ่อยครั้งผ่านข่าวโทรทัศน์บ้าง สื่อออนไลน์บ้าง การถากทางเพื่อถามหาต้นเหตุหรือปัจจัยที่เอื้อต่อการดำรงอยู่ของการละเมิดสิทธิมนุษยชนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พึงกระทำยิ่ง เพราะเมื่อทราบถึงปัจจัยเกื้อหนุนรอบด้านแล้ว การแก้ปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนก็น่าจะตรงจุดและเกิดผลในทิศทางที่ก่อการเปลี่ยนแปลงได้มากยิ่งขึ้น (ชุตินันท์ สงวนประสิทธิ์, 2563, น. 2)

และประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า ประกอบกับปัจจุบันมีโรคภัยไข้เจ็บร้ายแรงเกิดขึ้นมากมาย ทำให้คนไทยส่วนใหญ่หันมาดูแลใส่ใจต่อสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างมากขึ้น กระแสความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมในการรับบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย ได้จุดประกายขึ้นราว ๆ ทศวรรษ 2540 เมื่อรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้แสดงเจตนารมณ์เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนคนไทยไว้ ซึ่งในงานศึกษาของ กุลทิพย์ ศาสตระรุจิ และคณะ (2555, น. 1) ได้อธิบายถึงประเด็นสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพในเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ไว้ว่า รัฐธรรมนูญได้กำหนดกรอบประเด็นสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพไว้ 2 ประการ คือ องค์ประกอบที่ 1 เกี่ยวกับแนวคิดและหลักประกันสุขภาพที่รัฐต้องจัดให้ภายใต้มิติทางนิติสังคมรัฐ ซึ่งใช้กฎหมายเพื่อแสดงความเท่าเทียมกัน มุ่งให้รัฐให้สวัสดิการด้านสุขภาพแก่ประชาชน

และองค์ประกอบที่ 2 เครื่องมือที่ประชาชนใช้เพื่อการเข้าถึงบริการ การรับรู้และการร่วมตรวจสอบกิจการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ นอกเหนือจากการบริการสาธารณสุข เช่น สิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิต การคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น ซึ่งเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญในประเด็นสุขภาพของประชาชนเป็นการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากเสรีนิยม (Liberalism) จากเดิมที่มองสุขภาพเป็นทุนประเดิมของปัจเจกชนรัฐไม่จำเป็นต้องเข้าไปแทรกแซงจัดการมาเป็นแนวคิดเสมอภาพและเป็นธรรม (Egalitarianism) มากขึ้น โดยสร้างโอกาสให้กลุ่มด้อยโอกาสต่าง ๆ ได้มีสถานะทางสุขภาพเท่าเทียมกันกับกลุ่มอื่น ๆ ในสังคมไทย และมุ่งลดอุปสรรคอันจะขัดขวางผู้ยากไร้มิให้เข้าถึงการบริการสุขภาพ

รัฐธรรมนูญฉบับปีพุทธศักราช 2540 ยังให้ความสำคัญเกี่ยวกับหลักสิทธิมนุษยชนของคนไทย โดยส่งเสริมให้ทุกคนในชาติมีสิทธิความเสมอภาคเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยกเพศ เชื้อชาติ และศาสนา เป็นต้น และประชาชนทุกคนต้องสามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพ มีสุขภาพที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน รัฐธรรมนูญได้ให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมกันในด้านสุขภาพ และได้บัญญัติไว้ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย หลายมาตรา อาทิเช่น มาตรา 53 กำหนดให้รัฐคุ้มครองเด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัวจากปัญหาความรุนแรง และการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม โดยเน้นเฉพาะเด็กและเยาวชนซึ่งไม่มีผู้ดูแล มีสิทธิได้รับการเลี้ยงดูและการศึกษาอบรมจากรัฐ ในมาตรา 54 กำหนดให้รัฐดูแลช่วยเหลือบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับ ความช่วยเหลือจากรัฐ มาตรา 55 กำหนดให้รัฐให้ความสะดวกแก่บุคคลซึ่งพิการ หรือทุพลภาพ และอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ มาตรา 56 กำหนดให้รัฐร่วมกับชุมชนดูแลรักษา และจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน มาตรา 57 กำหนดให้รัฐคุ้มครองผู้บริโภค และในมาตรา 58 กำหนดให้บุคคลมีสิทธิในการรับทราบข้อมูล คำชี้แจง และข่าวสารสาธารณะจากหน่วยงานราชการ ในการดำเนินกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิตทั้งของตนเองและชุมชน (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540) รัฐธรรมนูญ ฉบับ พ.ศ. 2550 ได้นำสิทธิด้านสาธารณสุข มาบัญญัติไว้ในหมวดที่ 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ส่วนที่ 9 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ และหมวด 5 แนวนโยบายแห่งรัฐ ส่วนที่ 4 แนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม และมาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้ ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับ

การบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เยาวชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

ต่อมามีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับปีพุทธศักราช 2560 ได้บัญญัติไว้ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย หลายมาตรา อาทิเช่นมาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และที่สำคัญรัฐธรรมนูญฉบับปีพุทธศักราช 2560 ยังให้ความสำคัญในด้านสาธารณสุข ซึ่งรัฐธรรมนูญฉบับปีพุทธศักราช 2560 ได้บัญญัติไว้ในหมวดที่ 4 ว่าด้วยเรื่องหน้าที่ของรัฐ ในมาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560)

ภาพรวมการพัฒนาในช่วงที่ผ่านมาประเทศไทยสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้นกว่าเดิมประชาชนมีงานทำและมีอาชีพที่มั่นคง และปัญหาความยากจนลดลงสามารถเข้าถึงสาธารณูปโภคพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตรายได้เฉลี่ยในครัวเรือนเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ดียังพบว่า ประชาชนในกลุ่มของคนเมืองและชนบทยังมีช่องว่างในการเข้าถึงบริการสาธารณะขั้นพื้นฐานคุณภาพ รวมถึงสิทธิต่าง ๆ ของกลุ่ม ประชากรเฉพาะในสังคมที่ยังไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นตัวสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำที่เป็นปัญหาเชิง โครงสร้างในสังคมไทย (นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2559-2562) ได้กล่าวว่าระบบสุขภาพกับความเป็นธรรมสำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุข และได้นำนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่ว่า “สุขภาพคือสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญาไม่ใช่เพียงการไม่มีโรคภัยไข้เจ็บหรือความแข็งแรงทางกายเท่านั้น” ในเชิงบทบาทหน้าที่ระบบสุขภาพจึงมิใช่แค่การรักษาพยาบาลเมื่อยามป่วยไข้เท่านั้น แต่มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาวะกาย และจิตที่ดีผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาโรค ฟื้นฟูการทำงานของร่างกาย และกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของการสาธารณสุขในการรับมือ โรคติดต่อโรคไม่ติดต่อและภัยพิบัตินอกเหนือการตอบสนองความคาดหวังของประชาชนดังกล่าวข้างต้นระบบสุขภาพที่ดีควรเห็นคุณค่า และศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของทุกคนยึดมั่นในหลักศีลธรรมคุณธรรมจริยธรรมในการดำเนินการ และให้ความเท่าเทียมด้านสิทธิประโยชน์แก่ชนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสมระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ จึงมีประชาชนเป็นศูนย์กลางแวดล้อมด้วยกิจกรรม

ที่มุ่งส่งเสริมฟื้นฟูและบำรุงรักษาสุขภาพของประชาชนกิจกรรมเหล่านี้เรียกว่าระบบสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 6 ระบบ ได้แก่ ระบบบริการ ระบบผู้ให้บริการ ระบบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ระบบการเงินการคลัง ระบบสารสนเทศและระบบอภิบาล

ซึ่งหลังจากที่ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีการพัฒนาอย่างก้าวหน้าด้านการสาธารณสุข ด้านการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน (Human Right) ซึ่งประชาชนชาวไทยเกือบทั้งหมดของประเทศได้รับสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลจากหนึ่งในสามระบบหลักตามสิทธิของตน คือ สวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และยังได้รับสิทธิในการเข้ารับการบริการในกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่ต้องถามสิทธิโดยไม่ต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อน (Universal Coverage for Emergency Patient: โครงการ UCEP) แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นท้าทายที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ควรมีการผลักดันเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้ดียิ่งขึ้น ทั้งในด้านการเข้ารับบริการสุขภาพการพัฒนาคุณภาพบริการ และการสร้างความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการได้รับบริการ (Health Equity) ของผู้ที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกันตลอดจนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปัจจุบันทั้ง 3 ระบบนี้ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนในสัดส่วนที่ต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการและครอบครัวประมาณ 5 ล้านคนและระบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนประมาณ 10 ล้านคน ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนที่นอกเหนือจาก 2 ระบบดังกล่าว ซึ่งมีเป็นจำนวนมากถึง 48 ล้านคน จึงเป็นที่ถกเถียงกันมานานเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึง การรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน

ซึ่งที่ผ่านมาภาครัฐได้พัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพหลายด้าน มีการสร้างกลไกการขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายสุขภาพแก่ประชาชน เช่น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ซึ่งก่อให้เกิดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในการพัฒนากลไกการบริการสาธารณสุขและกระจายอยู่ตามชุมชนท้องถิ่นต่าง ๆ ทั้งนี้นโยบายของรัฐดังกล่าวไม่สามารถครอบคลุมและเข้าถึงกลุ่มประชากรที่ไม่มีบัตรประชาชนอันเป็นเงื่อนไขในการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพได้ เช่น แรงงานต่างชาติ คนชายขอบ คนแถบชนบทที่ห่างไกล และชุมชนแออัดในเมืองที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมั่นคง

ความเหลื่อมล้ำทางด้านสาธารณสุขเกิดจากความแตกต่างในระบบบริการประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบที่มีความแตกต่างกัน อาจจะเป็นเพราะทั้ง 3 ระบบเกิดจากช่วงเวลาต่างกันทำให้การจัดการระบบแตกต่างกันนอกจากนี้แต่ละระบบยังอยู่ภายใต้การบริหารของหน่วยงานที่ต่างกัน นอกจากนี้การกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ยังส่งผลให้คุณภาพการบริการมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค

โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ จะกระจุกตัวในเมืองใหญ่ ๆ ซึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์น้อย

และพบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อันดับต้น ๆ ได้แก่ 1) โรคความดันโลหิตสูง 2) โรคอื่นของระบบย่อยอาหาร 3) โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติบางชนิดที่เกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกัน และ 4) โรคหัวใจและโรคของการไหลเวียนเลือดผ่านปอดอื่น ๆ เป็นต้น (สำนักงานสถิติจังหวัดเลย, 2562) อย่างไรก็ตาม ประชาชนที่ขอรับบริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลต่าง โดยเฉพาะโรงพยาบาลประจำจังหวัด ที่ยังมีความเหลื่อมล้ำในด้านการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งชาวบ้านที่ไปขอรับบริการส่วนใหญ่เป็นคนชนบทที่ไม่ค่อยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องข่าวสารด้านสุขภาพมากเท่าไหร่ ประกอบกับบุคลากรของโรงพยาบาลก็มีจำนวนจำกัด ไม่สามารถให้บริการได้ทั่วถึง

จากที่กล่าวมาข้างต้นและจากการลงพื้นที่สำรวจในเบื้องต้นพบว่า สิทธิในการรักษาพยาบาลผ่าน 3 กลไก คือ 1) สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ 2) สิทธิประกันสังคมและ 3) สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท แต่ในความครอบคลุมโดยหลักการนั้น ยังมีความเหลื่อมล้ำปรากฏอยู่ ดังเช่นกลุ่มคนที่มีฐานะดี สามารถเข้าถึง และได้รับประโยชน์จากการใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ เนื่องมาจากการใช้สิทธิของข้าราชการในระบบสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งปัจจุบันมีจำนวน 5 ล้านคน โดยประมาณ ในขณะที่ประชาชนที่มีสิทธิรับบริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มีจำนวนถึง 48 ล้านคนโดยประมาณ นอกจากนี้ สวัสดิการข้าราชการปัจจุบันครอบคลุมทั้งการจ่าย “ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ” และ “ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ” ในขณะที่สิทธิในการรักษาพยาบาลอีก 2 ประเภท จะครอบคลุมเฉพาะยาในบัญชียาหลักฯ เท่านั้น ซึ่งยานอกบัญชียาหลักฯ นั้นมักจะเป็นยาใหม่ที่มีราคาแพง รวมทั้งอาจไม่มีหลักฐานความปลอดภัยในการใช้ระยะยาว การที่ข้าราชการได้สิทธิ์ในการรับยาโดยไม่ต้องจ่ายเงินและไม่มีกลไกควบคุมการจ่ายยา ส่งผลให้งบประมาณในส่วนของสวัสดิการข้าราชการฯ สูงขึ้นทุกปีและซ้ำเติมความเหลื่อมล้ำในการค่าใช้จ่ายของรัฐด้านสุขภาพ ดังนั้น จึงมีการควบคุมการจ่ายยาในส่วนนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และจ่ายเฉพาะยาที่จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่อง ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อสร้างแนวทางการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุขในการเข้ารับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปวางแผนการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทั่วไปได้เป็นอย่างดียิ่ง

1.2 คำถามวิจัย

1.2.1 สถานการณ์ปัจจุบันการให้บริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนเป็นอย่างไร

1.2.2 ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างไร

1.2.3 ผลระทบที่เกิดขึ้นกับประชาชนเป็นอย่างไร และประชาชนมีการต่อรองกับการให้บริการสุขภาพอย่างไรบ้าง

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาการให้บริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ ของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.3.2 เพื่อศึกษารูปแบบความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.3.3 เพื่อศึกษาผลระทบและการต่อรองที่เกิดขึ้นกับประชาชนในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ ความเหลื่อมล้ำของการบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งครอบคลุมประเด็น 1) การให้บริการในระบบประสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2) สิทธิการให้บริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ 3) สิทธิประโยชน์ในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ 4) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ 5) ระบบประกันสังคมและระบบกองทุนเงินทดแทน 6) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ส่วนประเด็น ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งครอบคลุมประเด็น 1) ผู้ใช้รับบริการที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพ 2) สิทธิประโยชน์ในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ 3) ปัญหาที่ผู้เข้ารับบริการพบในระหว่างการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ 4) ผู้ให้บริการที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพ

และประเด็น ผลกระทบและการต่อรองที่เกิดขึ้นในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน ซึ่งครอบคลุมประเด็น 1) ผลกระทบและการต่อรองที่เกิดขึ้นกับประชาชนในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน 2) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการระบบหลักประกันสุขภาพ 3) ผลกระทบเพื่อการต่อรองเพื่อการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พื้นที่จังหวัดเลย ซึ่งทางจังหวัดเลยได้เล็งเห็นและให้ความสำคัญแก่ประชาชนในการได้รับบริการด้านสาธารณสุขอย่างเท่าเทียม โดยมีการพัฒนาจังหวัดตามวาระในการดำเนินการขับเคลื่อนจังหวัด (THAILOEI 4.0) ซึ่งหนึ่งในวาระสำคัญที่ต้องพัฒนาก็คือ Health เลย เมืองแห่งสุขภาวะ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนชาวเลยให้มีการกินดี อยู่ดี มีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักในการดูแลสุขภาพอนามัยทั้งร่างกายและจิตใจของตนเองที่เหมาะสม สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

ความเหลื่อมล้ำ หมายถึง ความไม่เท่าเทียมกันที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และจัดการสุขภาพทั้งปวงของประชาชนตลอดจนถึงความไม่เท่าเทียมกันในสภาพของการมีชีวิตทางกายภาพ ทางจิตใจ และทางสังคมที่สมบูรณ์ ไม่ใช่เพียงไม่มีโรคภัยหรือความแข็งแรงทางกายเท่านั้น ความไม่เท่าเทียมกันจึงปรากฏในทุก ๆ เรื่อง ในทุก ๆ พื้นที่ ในทุก ๆ ภาคส่วน และในทุก ๆ กาลเวลา จึงเป็นปรากฏการณ์ที่ไม่อาจจะขจัดให้หมดสิ้นไปได้

การเข้ารับบริการ หมายถึง พฤติกรรม กิจกรรม หรือการกระทำที่เจ้าหน้าที่ของรัฐด้านสาธารณสุขทำให้หรือส่งมอบในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพ ให้แก่ประชาชนโดยมีเป้าหมาย และมีความตั้งใจในการส่งมอบบริการอันนั้น หรือ บริการด้านสาธารณสุขในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน

ระบบหลักประกันสุขภาพ หมายถึง เครื่องมือที่นำไปสู่การบริการสุขภาพต่าง ๆ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชน หรือสาธารณะ ทั้งนี้ การประกันสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลความเจ็บป่วยของประชาชน

สิทธิในการรักษาพยาบาล หมายถึง สิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชน มี 3 ระบบใหญ่ คือ 1) สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ 2) สิทธิประกันสังคม และ 3) สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทำให้ทราบถึงการให้บริการด้านตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.6.2 ทำให้ทราบถึงความเหลื่อมล้ำของการบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.6.3 ทำให้ทราบถึงสร้างแนวทางแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำของการบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.6.4 ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูล เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้กับสาธารณสุขในพื้นที่กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ใช้ผลการวิจัยนี้ประกอบการวางแผนการดำเนินงาน หรือวางนโยบายในการปฏิบัติงาน รวมทั้งผู้สนใจทั่วไปได้ศึกษาในเรื่องนี้ด้วย

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” เป็นการนำเสนอข้อมูล และเป็นการทบทวนแนวคิดทฤษฎี ตลอดจนผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพ ถึงแม้การทบทวนวรรณกรรมในส่วนนี้ อาจจะไม่แสดงให้เห็นถึงมิติที่เป็นเครือข่ายเชื่อมโยงหรือกระบวนการที่เป็นระบบในความเหลื่อมล้ำของสังคมไทยได้ เนื่องจากการให้บริการเป็นสิ่งละเอียดอ่อนแต่แนวคิดเหล่านี้ อาจเชื่อมโยงหรือคล้ายคลึงกับความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะได้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำ
2. แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับอำนาจ
4. แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน
5. การให้บริการสุขภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำ

2.1.1 ความหมายของความเหลื่อมล้ำ

ปัญหาความเหลื่อมล้ำในสังคมไทยที่สะสมมากว่าหลายสิบปีอันเกิดจากปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการ ความเหลื่อมล้ำ (Inequality) หรือความไม่เท่าเทียมกัน, ซึ่งเนื่องจากความไม่เท่าเทียมกันปรากฏในทุก ๆ เรื่อง, ในทุก ๆ พื้นที่, ในทุก ๆ ภาคส่วนและในทุก ๆ กาลเวลาความเหลื่อมล้ำอาจเกิดได้ 4 ด้าน

ด้วยกัน คือ เหลื่อมล้ำทางสิทธิโอกาสอำนาจ ศักดิ์ศรีไม่จำเป็นว่าความเหลื่อมล้ำทั้ง 4 ด้านนี้ต้องเกิดขึ้นจากกฎหมายเพียงอย่างเดียวส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากแนวทางการปฏิบัติหรือพูดให้กว้างกว่านั้น คือ เกิดในทาง “วัฒนธรรม” มากกว่า (นิธิ เอียวศรีวงศ์, 2553)

ส่วนความหมายความเหลื่อมล้ำนั้นยังมีผู้ให้แนวคิดไว้หลากหลาย ซึ่งได้ให้คำจำกัดความไว้ดังนี้ Sen (1981, p. 1) ได้กล่าวว่า แนวคิดพื้นฐานในเรื่องความเหลื่อมล้ำว่า “ปัจเจกบุคคลมีความแตกต่างกัน” คำกล่าวนี้เป็นจุดเริ่มต้นของความเหลื่อมล้ำระหว่างบุคคล เซนได้ขยายความต่อในเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคลว่าปัจเจกบุคคลมีคุณลักษณะภายนอกที่แตกต่างกัน เช่น โอกาสที่ได้รับในชีวิตซึ่งบางคนได้รับโอกาสที่ดีกว่าคนอื่น เนื่องจากพื้นฐานครอบครัวเอื้อหนุนบางคนแตกต่างเพราะสภาพแวดล้อมหรือสวัสดิการจากประเทศที่บุคคลอาศัยอยู่สำหรับปัจจัยภายในหรือปัจจัยส่วนตัวที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างบุคคลประกอบไปด้วย อายุ เพศ สุขภาพกายและสุขภาพจิตความแตกต่างทั้งหลายเหล่านี้ กำหนดให้ปัจเจกบุคคลมีสถานะที่แตกต่างกัน เซนได้นำ 3 แนวคิดมาใช้วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำนั่น คือ ความสามารถ (Capability) ทรัพยากร (Resource) และการแปรผัน (Variation) ในที่นี้ความสามารถ หมายถึง อิสระ (Freedom) อิสระในการเข้าถึงทรัพยากรในส่วนของทรัพยากรหมายถึงสิ่งที่มีมูลค่าเป็นประโยชน์ต่อปัจเจกบุคคล (Primary Goods) และการแปรผัน หมายถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวชี้ว่าปัจเจกบุคคลมีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดที่จะสามารถมีอิสระหรือสามารถเข้าถึงทรัพยากรที่มีคุณค่า การแปรผันในที่นี้จึงหมายถึงตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับศักยภาพของบุคคลในการที่จะเข้าถึงทรัพยากร อาทิเช่น เพศ อายุ และสุขภาพเป็นต้น จาก 3 แนวคิดข้างต้นมนุษย์แต่ละคนจึงไม่สามารถมีความเท่าเทียมกันได้ในทุก ๆ ด้านและในทุก ๆ ระดับการวัด

ดังนั้น ความเหลื่อมล้ำ หมายถึง ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงทรัพยากรหรือเข้าถึงสิ่งที่มีคุณค่าหรือสิ่งที่มีมูลค่าในสังคม ดังนั้น หากต้องการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำจึงต้องพิจารณาความสามารถของบุคคลและตัวแปรต่าง ๆ ที่เกื้อหนุนหรือขัดขวางให้บุคคลเข้าถึงทรัพยากรอันมีคุณค่า และ Tilly ได้กล่าวถึงความเหลื่อมล้ำว่า “ความไม่เท่าเทียมกันของปัจเจกบุคคลโดยทั่วไปประกอบด้วยการกระจายทรัพยากรอย่างไม่เป็นธรรมในหน่วยทางสังคม เช่น ในหมู่คนทั่วไปหรือในกลุ่มของบุคคลนั้น ๆ” (Tilly, 1998, p. 25) ส่วนนักวิชาการอีกท่านหนึ่งซึ่งมีแนวคิดสอดคล้องกับเซนและทิลลี คือ Piper แต่ไพเพอร์ได้ผนวกประเด็นการย้ายถิ่นเข้ากับเรื่องความเหลื่อมล้ำโดยอธิบายว่าความเหลื่อมล้ำตั้งอยู่บนพื้นฐานของความไม่เท่าเทียมระหว่างการได้รับและการเสียประโยชน์

จากการข้ามพรมแดนทางการเมือง (Piper, 2013) ความเหมือนกันในแนวคิดความเหลื่อมล้ำของนักวิชาการทั้งสามท่านคือการที่บุคคลเข้าถึงทรัพยากรอย่างไม่เท่าเทียมกัน โดยผลของความเหลื่อมล้ำมักแสดงออกในประเด็นทางสังคม และเศรษฐกิจซึ่งก็คือในเรื่องของความยากจนความรุนแรงและเรื่องของการศึกษา จากแนวคิดของไพเพอร์ที่นำประเด็นความเหลื่อมล้ำมาวิเคราะห์ในสถานการณ์การย้ายถิ่นซึ่งแทบจะทุกท้องที่เผชิญกับการเคลื่อนย้ายของบุคคลบริบทที่เปลี่ยนไปของบุคคลอันเนื่องมาจากการย้ายที่อยู่ส่งผลให้บุคคลต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่โดยเฉพาะการย้ายถิ่นข้ามพรมแดนสู่ต่างประเทศซึ่งมีข้อกำหนดทางกฎหมายระหว่างรัฐต่อรัฐเข้ามาเกี่ยวข้อง ขณะเดียวกันกลุ่มผู้ย้ายถิ่นเองยังคงมี ปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมกับกลุ่ม บุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวจากประเทศต้นทาง สถานการณ์เช่นนี้เรียกได้ว่า ภาวะการข้ามชาติ (Vertovec, 2009, pp. 136-137)

อย่างไรก็ตาม คำว่า ความเหลื่อมล้ำ จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพุทธศักราช 2525 จะไม่พบความหมายของคำว่า ความเหลื่อมล้ำ จะพบเพียงคำว่า เหลื่อม ซึ่งหมายถึง เลยไป ล้ำไป ล้ำกันหรือไม่เสมอกันเมื่อค้นหาต่อไป จะพบคำว่าความเหลื่อมล้ำต่ำสูง ซึ่งหมายถึง ไม่เท่าเทียมกัน เช่น มีฐานะทางสังคมเหลื่อมล้ำต่ำสูงกว่ากัน ดังนั้น อาจพออนุมานได้ว่าความเหลื่อมล้ำ คือ ความไม่เท่าเทียมกันของบางสิ่งบางอย่างนั่นเอง

ดังนั้น จากข้อมูลที่ได้กล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ความเหลื่อมล้ำ หมายถึง ความไม่เท่าเทียมกันที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และจัดการสุขภาพทั้งปวงของประชาชนตลอดจนถึงความไม่เท่าเทียมกันในสภาพของการมีชีวิตทางกายภาพทางจิตใจ และทางสังคมที่สมบูรณ์ไม่ใช่เพียงไม่มีโรคภัยหรือความแข็งแรงทางกายเท่านั้นความไม่เท่าเทียมกันจึงปรากฏในทุก ๆ เรื่อง ในทุก ๆ พื้นที่ในทุก ๆ ภาคส่วนและในทุก ๆ กาลเวลาจึงเป็นปรากฏการณ์ที่ไม่อาจจะขจัดให้หมดสิ้นไปได้

2.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำ

สฤณี อาชวานันทกุล (2554, น. 21-28) ได้สรุปว่า คำถามที่ว่าความเหลื่อมล้ำในสังคมด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจนั้นเป็นปัญหาที่เราต้องหาทางแก้ไขหรือไม่และถ้าต้องแก้ควรใช้วิธีอะไรเป็นคำถามที่ขึ้นอยู่กับอุดมการณ์หรือจุดยืน ของคนในสังคม ปัจจุบันมีสำนักคิดใหญ่ 3 แห่งที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบาย และวิวาทะสาธารณะในกรอบของระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมได้แก่เสรีนิยม (Liberalism) ความยุติธรรมทางสังคม (Social justice) และสมรรถภาพมนุษย์ (Capabilities Approach) ความแตกต่างระหว่างสำนักคิดทั้ง 3 ส่วนใหญ่อยู่ที่การให้น้ำหนักกับเสรีภาพของปัจเจกและความยุติธรรมในสังคมไม่เท่ากันสำนักคิดทั้ง 3 นี้มีความเท่าเทียมกันทาง

ศีลธรรม (Morally equivalent) กล่าวคือ ไม่มีชุดหลักเกณฑ์สัมบูรณ์ใด ๆ ที่จะช่วยเราตัดสินได้ว่าสำนักคิดใดดีกว่าหรือเลวกว่ากันเนื่องจากต่างก็มีจุดยืนทางศีลธรรมด้วยกันทั้งสิ้น เพียงแต่ให้น้ำหนักกับคุณค่าหรือคุณธรรมต่าง ๆ ไม่เท่ากันการตัดสินว่าจะเชื่อหรือประยุกต์ใช้แนวคิดของสำนักคิดใดสำนักคิดหนึ่งจึงน่าจะตั้งอยู่บนการประเมินผลได้ และผลเสียของแต่ละแนวคิดเปรียบเทียบกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นจริงมากกว่าการใช้มาตรวัดทางศีลธรรมใด ๆ ที่เป็นนามธรรมโดยไม่คำนึงถึงสถานการณ์จริง เราสามารถสรุปแนวคิดในส่วนที่เกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำของสำนักคิดทั้ง 3 ได้คร่าว ๆ ดังต่อไปนี้

1. เสรีนิยม (Liberalism) นักเสรีนิยมสาย Classical liberal and Libertarian โดยทั่วไปจะไม่มีจุดยืนเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจเนื่องจากเชื่อว่ารัฐควรปล่อยให้มนุษย์ทุกคนมีเสรีภาพที่จะทำอะไร ๆ เอง เพราะมองว่าเสรีภาพของปัจเจก คือ คุณค่าและคุณธรรมที่สำคัญที่สุดความยุติธรรมต้องอยู่บนพื้นฐานของเสรีภาพ รัฐมีหน้าที่อำนวยให้เกิด “ความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมาย” โดยไม่ต้องสนใจว่าความเท่าเทียมดังกล่าวจะนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจหรือไม่ เพียงใดเนื่องจาก“กลไกตลาด” (ผลรวมของการกระทำโดยเสรีของปัจเจก) คือกลไกที่ดีที่สุดหรือมีข้อบกพร่องน้อยที่สุดแล้วในการสร้างประโยชน์สาธารณะ และ Mises นักเศรษฐศาสตร์เสรีนิยมคลาสสิกผู้ทรงอิทธิพลเสนอ ใน ปี ค.ศ. 1949 ว่า (สฤณี อาชวานันทกุล, 2554) นักเสรีนิยมที่รณรงค์ความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมายนั้นตระหนักดีว่ามนุษย์เกิดมาไม่เท่าเทียมกัน และความไม่เท่าเทียมกันนี้เองที่เป็นบ่อเกิดของการร่วมมือกันทางสังคม และอารยธรรมในความเห็นของพวกเขาความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมาย ไม่ได้ถูกออกแบบมาแก้ไขข้อเท็จจริงของจักรวาลที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้หรือเพื่อกำจัดความไม่เท่าเทียมตามธรรมชาติให้หมดสิ้นไป แต่ในทาง ตรงกันข้ามความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมายถูกออกแบบมาเป็นเครื่องมือที่จะรับประกันว่ามนุษยชาติทั้งมวลจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากความไม่เท่าเทียมดังกล่าว ความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมายนั้นดี เพราะมันตอบสนองความต้องการของทุกคนได้ดีที่สุดปล่อยให้พลเมืองผู้มีสิทธิเลือกตั้ง ตัดสินใจเองว่าใครควรดำรงตำแหน่งทางการเมือง และปล่อยให้ผู้บริโภคตัดสินใจเองว่าใครควรมีอำนาจกำหนดกิจกรรมการผลิต

ส่วน Nozick นักปรัชญาสายลิเบอทาเรียน ผู้โด่งดังมองว่าสังคมในอุดมคติ คือสังคมที่มนุษย์ทุกคนมีเสรีภาพสมบูรณ์ ไม่มีใครถูกใครบังคับ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ในเมื่อ รัฐกระจายความมั่งคั่งด้วยการบังคับ (โดยเฉพาะการจัดเก็บภาษี) โดยทั่วไปเขา จึงไม่เห็นด้วยกับมาตรการลดการเหลื่อมล้ำทำนองนี้ แต่อย่างไรก็ตามถ้าความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจบางด้านใน สังคมสมัยใหม่

เกิดจากการใช้กำลังบังคับในอดีต (เช่น เจ้าขุนมูลนายในอดีตใช้กำลังทหารริบเอาที่ดิน ทั้งหมดมาเป็นของตน) โนซิค ก็เห็นว่าการกระจายความมั่งคั่งกลับคืนด้วยอำนาจรัฐ (เช่น ออก กฎหมายเพื่อกระจายที่ดินกลับไปอยู่ในมือลูกหลานของผู้ที่เคยถูกริบที่ดินทำกินในอดีต) ก็เป็นสิ่งที่ ยุติธรรมและมีความชอบธรรม แต่เฉพาะในกรณีแบบนี้เท่านั้น

และ Rawls นักปรัชญาการเมืองผู้ทรงอิทธิพลที่สุด หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ไม่เห็นด้วยกับแนวคิดของ โน ซิค (และของสายลิเบอทาเรียนโดยรวม) ซึ่งเชิดชูเสรีภาพของปัจเจก มากกว่าความยุติธรรมในสังคมมาก รอลส์ นำเสนอในหนังสือเรื่อง A Theory of Justice (ทฤษฎีความยุติธรรม) ว่าคนทุกคนควร “แบกรับโชคชะตาร่วมกัน”ด้วยการช่วยเหลือคนที่ยากจนที่สุดและเสียเปรียบที่สุดในสังคมเพราะทุกคนน่าจะเห็นพ้องต้องกันได้ว่าถ้าบังเอิญตัวเองเกิดมาเป็นคนจนก็จะเดือดร้อนมากและอยากให้รัฐยื่นมือช่วย อย่างไรก็ตาม การที่รอลส์ เห็นด้วยกับการช่วยเหลือคนที่จนที่สุดไม่ได้แปลว่าเขาคิดว่าความเหลื่อมล้ำ (ช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวย) เป็น “ปัญหา” ที่จำเป็นจะต้องได้รับการแก้ไขอันที่จริง รอลส์ กล่าวว่า ภาวะความเหลื่อมล้ำด้านความมั่งคั่งอาจ “ชอบธรรม” ก็ได้ ถ้าหากมันเป็นภาวะที่ปรับปรุงสังคมโดยรวม รวมถึงชีวิตความเป็นอยู่ของคนที่จนที่สุดในสังคมด้วย และรอลส์ ไม่เคยแจกแจงว่าทฤษฎีความยุติธรรมของเขา แปลว่าสังคมควรจัดการกับความเหลื่อมล้ำหรือไม่อย่างไร นักคิดบางคนตีความว่าข้อเสนอดังกล่าวของ รอลส์ สนับสนุนระบบทุนนิยม เสรี เนื่องจากตามทฤษฎีแม้แต่สมาชิกที่จนที่สุดในสังคม ก็ยังได้รับประโยชน์จากนวัตกรรมและความ เจริญที่เกิดในระบบแต่นักคิดคนอื่นเชื่อว่า มีเพียงรัฐสวัสดิการ ที่เข้มแข็งเท่านั้น ที่จะทำให้อุดมคติ ของ รอลส์ เป็นจริง ส่วน Friedman นักเศรษฐศาสตร์สำนักเสรีนิยมคลาสสิก มองว่ารัฐโดยธรรมชาตินั้น ด้อยประสิทธิภาพกว่าเอกชน และมักจะลุแก่อำนาจ ดังนั้นจึงเชื่อว่าหากรัฐทำอะไร ก็ตามเพื่อพยายามสร้างความเท่าเทียมทางเศรษฐกิจ เมื่อนั้นเสรีภาพทางการเมืองของผู้คนก็จะถูกบั่นทอน เขากล่าวอย่างโด่งดังว่าสังคมที่กำหนดความเท่าเทียมเป็นเป้าหมายเหนือเสรีภาพจะไม่มีทั้งสองอย่าง สังคมที่ตั้งเป้าหมายที่เสรีภาพก่อนความเท่าเทียมจะมีทั้งสองอย่างค่อนข้างสูง

2. ความยุติธรรมทางสังคม (Social Justice) นักคิดจำนวนไม่น้อยมองว่าโครงสร้างสังคมทุกสังคมล้วนเป็นผลผลิตของความไม่เท่าเทียมและความอยุติธรรมในอดีตที่สะสมทับถมกันมานานหลายชั่วอายุคน นักเศรษฐศาสตร์ Diamond และนักสังคมวิทยา Giddens มองว่า สังคมแบบคุณธรรมนิยมสมบูรณ์ (Pure Meritocracy หมายถึงสังคมที่สมาชิกทุกคนเลื่อนฐานะได้ด้วย

ความสามารถของตนเองล้วน ๆ ไม่ใช่ด้วยอภิสิทธิ์ หรือเส้นสายใด ๆ ที่ปราศจากการกระจาย ความมั่งคั่งไม่ใช่สังคมที่พึงปรารถนา เนื่องจากกลุ่มบุคคลที่ประสบความสำเร็จในรุ่นของตัวเองจะ กลายเป็นชนชั้นที่ฝังรากลึก หรับคนรุ่นต่อไปเก็บความมั่งคั่งที่ตนสะสมเอาไว้เป็นทุน สำหรับลูกหลาน เมื่อเป็นอย่างนี้ลูกหลานของคนจนก็จะยิ่งเสียเปรียบ คนรวยและความเหลื่อมล้ำก็จะยิ่งถ่างกว้างขึ้นเรื่อย ๆ เพียงเพราะพวกเขาเกิดมาในครอบครัวที่ยากจน นักคิดที่รณรงค์ความยุติธรรมทาง สังคมมองว่านี่คือความอยุติธรรมทางสังคมที่ต้องหาทางบรรเทาหรือกำจัดให้ได้มากที่สุด

นอกจากจะ มองว่าสังคมที่ความเหลื่อมล้ำถ่างกว้างขึ้นเรื่อย ๆ คือสังคมที่ไม่ยุติธรรมแล้ว นักคิดสำนักนี้ยังมองว่า ความมั่งคั่งและความก้าวหน้าทั้งหลายในสังคมไม้ได้เกิดจากความสามารถของคนที่มีฐานะดีเพียงอย่างเดียวแต่ทุกคนในสังคมล้วนมีส่วนสร้างทั้งสิ้น ไม่ว่าเราจะมองเห็นหรือไม่ ก็ตาม ยกตัวอย่าง เช่น เศรษฐีขายหุ้นทำกำไรในตลาดหุ้นได้ก็เพราะระบบสารสนเทศของตลาดหุ้นมีไฟฟ้าใช้ ถ้าหากไฟฟ้านั้นถูกส่งมาจากโรงไฟฟ้าพลังน้ำและถ้าหากการก่อสร้างเขื่อนส่งผลให้ครอบครัว ชาวประมงนับหมื่นครัวเรือนต้องสูญเสียช่องทางทำมาหากินเพราะหาปลาไม่ได้อีกต่อไป ก็กล่าวได้ว่าเศรษฐีเป็นหนี้บุญคุณชาวประมง ด้วยเหตุนี้นักคิดอย่าง ไดมอนด์ และ กิดเดนส์ จึงมองว่าสังคมต้องพยายามสร้างความยุติธรรมหรือบรรเทาความอยุติธรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องด้วยการกระจายรายได้และความมั่งคั่งให้ตกถึงมือประชาชนในวงกว้างที่สุด เพื่อตอบแทนคนทุกภาคส่วนในสังคมที่มีส่วนสร้างความมั่งคั่ง และดังนั้นพวกเขาจึงมักจะสนับสนุนแนวคิดรัฐสวัสดิการอย่างเต็มรูปแบบที่จัดสวัสดิการถ้วนหน้าให้กับประชาชนทุกคนในฐานะสิทธิพลเมือง ที่พึงได้รับอย่างเสมอภาค และไม่สนับสนุนระบบสวัสดิการที่เอกชนมีบทบาทนำและรัฐช่วยเหลือแต่เพียงผู้ที่ช่วยตัวเองไม่ได้จริง ๆ (ต้องผ่านการทดสอบความจำเป็นก่อน (Means-test) ในกรอบคิดของสำนักเสรีนิยม

3. สมรรถภาพของมนุษย์ (Capabilities Approach) Sen (1981) นักเศรษฐศาสตร์สวัสดิการ เจ้าของรางวัลโนเบลเศรษฐศาสตร์ ปี 1998 คือ ผู้พัฒนาแนวคิดที่ตั้งอยู่บนสมรรถภาพของมนุษย์ (Capabilities) ซึ่งบางคนก็เรียกแนวคิดนี้ว่า วิถีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Approach)แนวคิดนี้มองว่าทั้งความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ และความยากจนเป็นการลิดรอนสมรรถภาพ ของมนุษย์และ มองว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจและรายได้เป็นเพียงเครื่องมือที่นำไปสู่เป้าหมายไม่ใช่เป้าหมายในตัวมันเองแนวคิดนี้แตกต่างจากแนวคิดเสรีนิยมใหม่ที่มองว่าความเป็นอยู่ที่ดี (Well-Being)คือ การบรรลุอรรถประโยชน์สูงสุด (Maximum Utility)และอรรถประโยชน์สูงสุดจะบรรลุได้เมื่อคนมีรายได้และความมั่งคั่งสูงที่สุด

สิ่งที่เซนมองว่าเป็นเป้าหมายของการพัฒนามนุษย์คือ “อิสรภาพ” ซึ่งมีความหมายครอบคลุมกว้างกว่าที่ใช้กันทั่วไป เขาเสนอว่ามนุษย์ทุกคนควรมีอิสรภาพที่สำคัญ 5 ประการด้วยกัน ได้แก่ อิสรภาพทางการเมืองอิสรภาพทางเศรษฐกิจโอกาสทางสังคม หลักประกันว่าภาครัฐจะมีความโปร่งใสและการคุ้มครองความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เซน ชี้ให้เห็นว่าเมื่อสมรรถภาพของคนถูกลิดรอน พวกเขาก็จะขาดอิสรภาพและอิสรภาพ 5 ประการ ก็ล้วนส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน ยกตัวอย่าง เช่น คนที่อาศัยอยู่ในแหล่งเสื่อมโทรมที่มีอาชญากรชุกชุม (ขาดความปลอดภัยในชีวิต) มักจะมีรายได้น้อยมากเมื่อเทียบกับคนที่อาศัยอยู่ในถิ่น ปลอดภัย เพราะไม่กล้าออกจากบ้านไปหางาน (ขาดอิสรภาพทางเศรษฐกิจ), ขนบธรรมเนียม ประเพณี ในบางสังคมที่มองว่าผู้หญิงควรทำหน้าที่เป็นแม่บ้านทำให้ผู้หญิงไม่ได้รับการสนับสนุนให้มีการศึกษา (ขาดโอกาสทางสังคม) ทำให้พวกเธอออกไปทำงานนอกบ้านไม่ได้และทำงานที่ต้องใช้ความรู้ไม่ได้(ขาดอิสรภาพทางเศรษฐกิจ) สังคมที่ไม่มีกลไกให้คนมีส่วนร่วมทางการเมือง (ขาดอิสรภาพทางการเมือง) เพื่อสร้างระบบประชาธิปไตยแบบปรึกษาหารือเป็นสังคมที่สุ่มเสี่ยงว่านักการเมืองจะ ฉ้อราษฎร์บังหลวงอย่างโจ่งครึ่ม (ขาดหลักประกันความโปร่งใส) เพราะโกงได้โดยไม่ต้องกลัวว่าจะถูก จับหรือถูกประชาชนลงมติถอดถอน ปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนระหว่างสมรรถภาพและอิสรภาพด้านต่าง ๆ แปลว่ายิ่งสังคมมีความเหลื่อมล้ำเท่าไรก็ยิ่งปิดช่องว่างได้ยากขึ้นเท่านั้น เพราะความเหลื่อมล้ำด้านหนึ่งมักจะตอกลิ่มความเหลื่อมล้ำด้านอื่น ๆ ไปพร้อมกันด้วย ด้วยเหตุนี้เซน จึงเสนอว่าเป้าหมายของการพัฒนาสังคมและนโยบายรัฐควรอยู่ที่การเพิ่มทางเลือกในการดำรงชีวิตให้แก่ผู้คนและปรับปรุงระดับความเป็นอยู่ที่ดีในแนวทางที่พวกเขาเลือกด้วยการเพิ่มอิสรภาพในด้านต่าง ๆ ข้างต้นเพิ่ม สมรรถภาพของผู้คนในการใช้อิสรภาพดังกล่าว (เช่น ด้วยการเพิ่มกลไกที่เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมทางการเมือง) และเพิ่มความสามารถในการบรรลุเป้าหมายที่คนแต่ละคนตั้ง (เช่น ด้วยการจัดการศึกษาที่ มีคุณภาพบริการสาธารณะและบริการสาธารณสุข) ระดับการลิดรอนสมรรถภาพของคนที่จะใช้อิสรภาพเหล่านี้เป็นเครื่องวัดระดับความยากจนได้ดีกว่าตัวเลขรายได้เนื่องจากสามารถพูดถึงแง่มุมของความยากจน ที่ไม่แสดงในตัวเลขรายได้ ยกตัวอย่างเช่น สหรัฐอเมริกามีรายได้ประชากรต่อหัวสูงกว่ายุโรปก็จริงแต่มีอัตราการเข้าถึงระบบสาธารณสุขแย่กว่า ส่วนอินเดียมีรายได้ต่อหัวไม่ต่างจากกลุ่มประเทศทางตอนใต้ของทะเลทรายซะฮาราในทวีปแอฟริกาเท่าไรนัก แต่อินเดียมีอัตราการรู้หนังสือและอัตราการตายของทารกแรกเกิดต่ำกว่ามาก

2.1.3 ปัญหาที่เกิดจากความเหลื่อมล้ำ

ปัญหาความเหลื่อมล้ำในสังคมไทยที่สะสมมากว่า 50 ปีเกิดจากปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการ และที่ปรากฏชัดเจน คือ ช่องว่างทางรายได้ (Quintile by Income) ระหว่างคนในกลุ่มชั้นรายได้ต่าง ๆ จากการศึกษารายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2555 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า 1) ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้หรือการกระจายรายได้ สะท้อนจากค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคด้านรายได้ (Gini Coefficient) ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาซึ่งอยู่ในระดับ 0.48-0.49 และรายได้กระจุกตัวอยู่กับคนกลุ่มเล็ก ๆ โดยเฉพาะกลุ่มคนรวยที่สุดร้อยละ 10 ถือครองรายได้ถึงร้อยละ 39.3 ของรายได้ทั้งหมด ขณะที่กลุ่มคนจนที่สุดร้อยละ 10 ถือครองรายได้เพียงร้อยละ 1.6 ของรายได้ทั้งหมดเท่านั้น จึงทำให้ความแตกต่างของรายได้ระหว่างกลุ่มคนรวยที่สุดกับกลุ่มคนจนที่สุดห่างกันถึง 25.2 เท่า 2) ความเหลื่อมล้ำด้านรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค โดยกลุ่มประชากรร้อยละ 10 ที่มีการใช้จ่ายสูงที่สุดมีมาตรฐานการดำรงชีวิตสูงกว่ากลุ่มประชากรร้อยละ 10 ที่มีการใช้จ่ายต่ำที่สุด ประมาณ 11.0 เท่า นอกจากนี้ ยังมีประชากร 8.4 ล้านคน (คนจน) ที่ได้รับสารอาหารและสินค้า อื่น ๆ ที่เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในปริมาณที่ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตซึ่งมีมาตรฐานการดำรงชีวิตที่แย่ที่สุดในสังคมไทย 3) ความเหลื่อมล้ำด้านสินทรัพย์ทางการเงิน สินทรัพย์ทางการเงินกระจุกตัวอยู่ในคนกลุ่มเล็ก ๆ โดยสะท้อนจากเงินออมในบัญชีเงินฝากออมทรัพย์และเงินฝากประจำธนาคารพาณิชย์ที่กระจุกตัวอยู่ในกลุ่มคนจำนวนน้อย กล่าวคือบัญชีเงินฝากที่มีวงเงินเกิน 10 ล้านบาทขึ้นไปมีเพียงประมาณร้อยละ 0.1 ของจำนวนบัญชีทั้งหมดแต่มีวงเงินฝากสูงถึงร้อยละ 46.5 ของวงเงินฝากทั้งหมดในขณะที่บัญชีเงินฝากขนาดเล็กวงเงินไม่เกิน 10 ล้านบาท มีถึงร้อยละ 99.9 ของจำนวนบัญชีทั้งหมด แต่มีวงเงินฝากเพียง ร้อยละ 53.5 ของวงเงินฝากทั้งหมด 4) ความเหลื่อมล้ำด้านการถือครองที่ดินประเทศไทยมีความเหลื่อมล้ำในการถือครองที่ดินสูงมากกล่าวคือที่ดินที่มีเอกสารสิทธิกระจุกตัวอยู่ในคนกลุ่มเล็ก ๆ โดยกลุ่มผู้ถือครองที่ดินร้อยละ 20 ที่มีการถือครองที่ดินมากที่สุดมีสัดส่วนการถือครองที่ดินสูงกว่ากลุ่มผู้ถือครองที่ดินร้อยละ 20 ที่มีการถือครองที่ดินน้อยที่สุด คิดเป็น 325.7 เท่า โดยกลุ่มผู้ถือครองที่ดินร้อยละ 20 ที่ถือครองที่ดินมากที่สุดมีสัดส่วนพื้นที่ถือครองที่ดินสูงถึงร้อยละ 79.9 ของพื้นที่ทั้งหมด ในขณะที่กลุ่มผู้ถือครองที่ดินร้อยละ 20 ที่ถือครองที่ดินน้อยที่สุด มีสัดส่วนพื้นที่ถือครองที่ดินเพียงร้อยละ 0.3 ของพื้นที่ทั้งหมด เท่านั้น 5) ความเหลื่อมล้ำด้านการศึกษาโดยอัตราการเข้าเรียนสุทธิระดับประถมศึกษาร้อยละ 87.6 มัธยมต้นร้อยละ 67.6 มัธยมปลายร้อยละ 55.1

และปริญญาตรีร้อยละ 28.5 รวมทั้งโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านการศึกษามีความแตกต่างกันมาก ระหว่างกลุ่มประชากรที่มีฐานะความเป็นอยู่แตกต่างกันระหว่างเขตเมือง-ชนบท และระหว่างภูมิภาค โดยเฉพาะการศึกษาในระดับปริญญาตรีจึงส่งผลทำให้โอกาสในการพัฒนาอาชีพและสร้างรายได้มีความแตกต่างกันมาก โดยกลุ่มประชากรร้อยละ 10 ที่มีฐานะความเป็นอยู่ดีที่สุด มีโอกาสเข้าถึงการศึกษามากกว่ากลุ่มประชากรร้อยละ 10 ที่มีฐานะความเป็นอยู่ด้อยที่สุดประมาณ 16.3 เท่า นักศึกษาในเขตเมืองมีโอกาสเข้าถึงการศึกษาสูงกว่านักศึกษาในเขตชนบท นักศึกษาในกรุงเทพมหานครมีโอกาสเข้าถึงการศึกษาสูงสุดภาคใต้ต่ำสุด 6) ความเหลื่อมล้ำหรือความไม่เสมอภาคทางเพศโอกาสการเข้าถึงการศึกษามีความแตกต่างกันระหว่างเพศโดยเฉพาะในระดับมัธยมปลายขึ้นไปโดยเพศหญิงมีโอกาสเข้าถึงการศึกษามากกว่าเพศชาย แต่ในด้านการทำงานผู้หญิงมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานน้อยกว่าผู้ชาย และผู้หญิงได้รับค่าจ้างเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ชาย รวมทั้งด้านบทบาทในการตัดสินใจทั้งทางการเมืองและการบริหารของผู้หญิงจะน้อยกว่าผู้ชาย

ดังนั้นจากข้อมูลข้างต้น จึงสรุปได้ว่า สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำเป็นปัญหาในสังคมไทยที่สะสมมากว่า 50 ปี เกิดจากปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการและที่ปรากฏชัดเจน คือ ช่องว่างทางรายได้ระหว่างคนในกลุ่มชั้นรายได้ต่าง ๆ ซึ่งเป็นความเหลื่อมล้ำในด้านรายได้หรือการกระจายรายได้ ความเหลื่อมล้ำด้านรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคความเหลื่อมล้ำด้านสินทรัพย์ทางการเงิน สินทรัพย์ทางการเงินกระจุกตัวอยู่ในคนกลุ่มเล็ก ๆ ความเหลื่อมล้ำด้านการถือครองที่ดิน ความเหลื่อมล้ำด้านการศึกษา และความเหลื่อมล้ำหรือความไม่เสมอภาคทางเพศ

2.1.4 สาเหตุของความเหลื่อมล้ำ

จากข้อมูลที่บ่งชี้สภาพปัญหาในภาพรวมของประเทศ และสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำที่กล่าวถึงในตอนต้น จะเห็นได้ว่า ปัญหาความเหลื่อมล้ำมีหลากหลายรูปแบบและมีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงระหว่างกัน แต่เมื่อพิจาเณาถึงปัจจัยเชิงโครงสร้างอันเป็นสาเหตุของปัญหาความเหลื่อมล้ำ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555) พบว่ามาจาก 5 สาเหตุสำคัญดังนี้ 1) โครงสร้างทางเศรษฐกิจไทย เอื้อประโยชน์ต่อกลุ่มเจ้าของทุนมากกว่าเจ้าของแรงงาน กล่าวคือผลประโยชน์จากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่มาจากฐานการส่งออกสินค้าอุตสาหกรรมเป็นสำคัญผลตอบแทนของทุนจึงเป็นของผู้ประกอบการโดยส่วนใหญ่ และในช่วงที่ผ่านมานั้นรายได้ที่เป็นค่าตอบแทนแรงงานและสวัสดิการคิดเป็นสัดส่วนเฉลี่ยเพียงประมาณร้อยละ 37.4 ของ GDP ในขณะที่รายได้ในส่วนผลตอบแทนของทุนและผู้ประกอบการคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 59.7

ของ GDP จึงกลายเป็นช่องว่างระหว่างชนชั้นรายได้ และระหว่างสาขาการผลิต นอกจากนั้น โครงสร้างการผลิตที่มีแรงงานนอกระบบในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 62.6 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ขาดหลักประกันทางสังคมการเข้าถึงสวัสดิการสังคมยังมีจำกัด 2) โครงสร้างการบริหารจัดการภาครัฐมีลักษณะรวมศูนย์ไว้ที่ส่วนกลาง และโครงสร้างบริการพื้นฐานของรัฐกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมทั้งหัวเมืองใหญ่ต่าง ๆ ในภูมิภาค ได้ส่งผลกระทบต่อความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการพื้นฐานของรัฐในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพระหว่างประชากรในเขตเมืองและเขตชนบทและประชากรในแต่ละภูมิภาค บริการพื้นฐานของรัฐทั้งบริการด้านการศึกษาและการพัฒนาทักษะฝีมือ ด้านสาธารณสุข และโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ ส่วนใหญ่มีการกระจุกตัวหนาแน่นในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลรวมทั้งเมืองใหญ่ต่าง ๆ 3) ปัญหาระบบกรรมสิทธิ์ที่ดิน ที่ดินเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญสำหรับการประกอบอาชีพและความมั่นคงในการดำรงชีวิต ปัญหากรรมสิทธิ์ที่ดินจึงมีความเชื่อมโยงกับปัญหาความยากจนและความเหลื่อมล้ำในโอกาสทางเศรษฐกิจ ปัจจุบันมีปัญหาต่าง ๆ ในการใช้ประโยชน์ที่ดิน เช่น ปัญหาการบุกรุกที่ดินของรัฐ ปัญหาที่ดินรกร้างว่างเปล่าหรือใช้ประโยชน์ไม่เต็มที่ ปัญหาความขัดแย้งในการใช้ประโยชน์ที่ดินระหว่างราษฎรกับรัฐ ทั้งนี้ ปัญหาการใช้ประโยชน์ที่ดินดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดจากหน่วยงานบริหารจัดการที่ดินของรัฐยังขาดเอกภาพ ที่ดินของรัฐส่วนใหญ่ขาดความชัดเจนในเรื่องกรรมสิทธิ์ รวมทั้งการขาดระบบฐานข้อมูลที่ดินที่มีประสิทธิภาพ แผนที่แนวเขตที่ดินของรัฐจึงมีแนวเขตพื้นที่ทับซ้อนกันเองหรือมีหลักเขตไม่ชัดเจน นอกจากนี้การประกาศเขตป่าสงวน/เขตอุทยานที่ดินของรัฐมิได้มีการสำรวจที่ดินในส่วนที่ราษฎรทำกินและอาศัยอยู่เดิม ประกอบกับกฎหมายที่ดินและ ป่าไม้ให้อำนาจรัฐในการบริหารจัดการขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน เป็นต้น 4) กระบวนการยุติธรรมยังมีข้อจำกัดสำหรับคนจน กล่าวคือ คนจนและคนชายขอบยังไม่สามารถเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมได้อย่างทั่วถึง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการออกแบบไว้ยากต่อการเข้าถึง เช่น การเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมมีค่าใช้จ่ายสูง การดำเนินคดีใช้เวลายาวนานทำให้ต้นทุนสูง รวมทั้งการเน้นแบบแผนขั้นตอนปฏิบัติของทางราชการโดยเคร่งครัด ต้องมีเอกสารหลักฐานครบถ้วน การใช้ภาษาที่ยากต่อการเข้าใจ การผูกขาดอำนาจไว้ที่รัฐโดยไม่กระจายสู่ชุมชน เป็นต้น 5) การบริหารราชการแผ่นดินที่ขาดประสิทธิภาพและความโปร่งใสรวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ และการทุจริตคอร์รัปชั่นของเจ้าหน้าที่รัฐเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้การดำเนินนโยบายสาธารณะ และการจัดบริการสาธารณะเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนขาดประสิทธิภาพและประสิทธิผล บางส่วนเป็นการใช้จ่ายที่ไม่ตรงกับ

กลุ่มเป้าหมายหรือปัญหาเร่งด่วน ประกอบกับการขาดระบบฐานข้อมูลที่ทันสมัยที่สามารถบ่งชี้ถึงกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ควรจะได้รับ โดยเฉพาะการขาดระบบฐานข้อมูลที่บ่งชี้ลักษณะของคนจน/ผู้ด้อยโอกาส จึงทำให้การบริหารจัดการของภาครัฐไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มคนจน/ผู้ด้อยโอกาสเท่าที่ควร

2.1.5 ความเหลื่อมล้ำในสังคมไทย

ความเหลื่อมล้ำในสังคมไทยเป็นปัญหาที่เรื้อรังมาช้านานและเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้การละเมิดสิทธิมนุษยชนกลายเป็นสิ่งปกติสามัญ โดยเหตุแห่งความไม่เท่าเทียมด้านความมั่งคั่งของทรัพย์สิน และรายได้ความไม่เทียมด้านสิทธิและโอกาสและความไม่เท่าเทียมด้านอำนาจ ได้ก่อผลร้ายแรงคือการสถาปนาพลเมืองในสังคมไทยเป็นสองชนชั้น คือ ชนชั้นที่หนึ่งซึ่งมีสิทธิมีเสียงมากกว่าชนชั้นที่สอง และผลจากการมีสิทธิ์มีเสียงไม่เท่ากันนี่เองที่นำมาสู่การละเมิดสิทธิมนุษยชนมิติต่าง ๆ ตั้งแต่สิทธิพลเมือง สิทธิทางการเมืองไปจนถึงสิทธิทางสังคม สำหรับการแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำและการละเมิดสิทธิมนุษยชนจำเป็นต้องแก้ไขควบคู่กันไปและต้องกระทำให้ครบอย่างรอบด้านมิใช่มุ่งเป้าไปที่ความเหลื่อมด้านความมั่งคั่งของทรัพย์สินและรายได้เพียงมิติเดียวเฉกเช่นที่ผ่านมาห้วงขณะปัจจุบันผู้คนทั้งในสังคมไทย และสังคมโลกต่างตื่นตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนกันมากขึ้นในหลากหลายลักษณะวิธีการ ตั้งแต่การเดินขบวนประท้วงเรียกร้องการดำเนินการผ่านองค์กรที่เกี่ยวข้อง ไปจนถึงการท้าถามผ่านงานวิชาการกระนั้นก็ดีแม้ผู้คนบางส่วนจะเคลื่อนขยับเรื่องดังกล่าวกันไม่น้อย แต่ปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนก็ยังคงปรากฏให้เห็นอยู่บ่อยครั้งผ่านข่าวโทรทัศน์บ้างสื่อออนไลน์บ้าง การถากทางเพื่อถามหาต้นเหตุหรือปัจจัยที่เอื้อต่อการดำรงอยู่ของการละเมิดสิทธิมนุษยชนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พึงกระทำยิ่ง เพราะเมื่อทราบถึงปัจจัยเกื้อหนุนรอบด้านแล้วการแก้ปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนก็น่าจะตรงจุดและเกิดผลในทิศทางที่ก่อการเปลี่ยนแปลงได้มากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้เฉพาะสังคมไทยการละเมิดสิทธิมนุษยชนนับว่าเป็นปัญหาลำดับแรก ๆ ที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง เนื่องจากที่ผ่านมาสังคมไทยปรากฏการละเมิดสิทธิมนุษยชนหลากหลายรูปแบบบางการละเมิดเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่าจนกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง อาทิ การอุ้มหายนักเคลื่อนไหวทางการเมืองคนแล้วคนเล่าบ้างก็หายสาบสูญไร้ร่องรอย บ้างกลายเป็นศพโผล่น้ำ, การรุกล้ำและยึดครองที่ดินทำกินของชาวบ้าน,การใช้กระบวนการยุติธรรมอย่างไม่เท่าเทียมเปลี่ยนผิดให้เป็นถูก

เปลี่ยนถูกให้เป็นผิดจนเกิดกรณี “แพะรับบาป” ขึ้นมากมายที่ถูกบังคับให้เข้าไปใช้ชีวิตที่ขาดอิสระในเรือนจำทั้งที่ไม่ได้ก่อกรรมทำผิดใด ๆ และรวมไปถึงการละเมิดชื่อเสียงผ่านโลกออนไลน์ เป็นต้น สำหรับประเด็นนี้มุ่งเผยเปิดให้เห็นถึงสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำในสังคมไทยโดยการอธิบายที่มุ่งเน้นให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของปัญหาความเหลื่อมล้ำกับปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชน ด้วยการแตกย่อยประเด็นออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ความเข้าใจว่าด้วยคำว่าสิทธิมนุษยชน เพื่อให้ทราบถึงนิยามความหมายประเภท และปัจจัยที่ทำให้เกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชน 2) สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำในสังคมไทย เพื่อเผยให้เห็นว่าสังคมไทยมีความเหลื่อมล้ำรูปแบบใดบ้าง 3) กรณีตัวอย่างปัญหาความเหลื่อมล้ำที่นำไปสู่การละเมิดสิทธิมนุษยชน เพื่อให้แจ่มแจ้งอย่างประจักษ์ว่าความเหลื่อมล้ำที่สั่งสมอยู่ในสังคมไทยนั้นส่งผลต่อการละเมิดสิทธิมนุษยชนมากน้อยเพียงใด และอย่างไรบ้าง 4) แนวทางแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำ และการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้วยการนำแนวนโยบายของรัฐที่ดำเนินในปัจจุบันมาทบทวนหยิบยกแนวทางของนักวิชาการมากล่าวถึง และนำเสนอแนวทางอันเกิดจากความคิดเห็นของผู้วิจัย เพื่อแสดงให้เห็นถึงหนทางที่พอจะเป็นไปได้สำหรับการแก้ปัญหา ดังกล่าว

อย่างไรก็ตามการความเข้าใจว่าด้วยคำว่า “สิทธิมนุษยชน” “สิทธิมนุษยชน” มิใช่สิ่งแปลกใหม่ที่เพิ่งจะถูกให้ความสำคัญ หากแต่พลเมืองโลกล้วนรู้จักมักคุ้นและให้คุณค่ามาหลายทศวรรษการประท้วงเพื่อทวงคืนสิทธิมนุษยธรรมก็เป็นประจักษ์หลักฐานให้เห็นชัดเจนแล้วว่าชนในทุกภูมิภาคต่างตระหนักรู้ถึงสิทธิมนุษยชนโดยทั่วกัน ทั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจถึงความเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนอย่างชัดเจนมากขึ้น ประการแรกเราควรเริ่มต้นด้วยการทำความเข้าใจถึงนิยามและประเภทต่าง ๆ ของสิทธิมนุษยชนเสียก่อนสำหรับนิยามอาจเข้าใจได้ว่า “สิทธิมนุษยชนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคนที่ต้องได้รับในฐานะที่เป็นคนเพื่อทำให้คน ๆ นั้น มีชีวิตอยู่รอดได้และมีการพัฒนาสิทธิมนุษยชนจึงมี 2 ระดับ ระดับแรกเป็นสิทธิที่ติดตัวมาแต่กำเนิด อาทิ สิทธิในชีวิตสิทธิในความเชื่อมโนธรรมหรือลัทธิศาสนา เป็นต้น ระดับที่สองเป็นสิทธิที่ต้องได้รับการรับรองในรูปของกฎหมายหรือต้องได้รับการคุ้มครองจากรัฐ อาทิ การได้รับสัญชาติการได้รับความคุ้มครองแรงงานการมีงานทำสิทธิของเด็กหรือผู้พิการ เป็นต้น ขณะที่ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนได้อธิบายถึงคำว่าสิทธิมนุษยชนไว้ว่า “โดยที่การยอมรับนับถือเกียรติศักดิ์ประจำตัว และสิทธิเท่าเทียมกันและโอนมิได้ของบรรดาสมาชิกทั้งหลายแห่งครอบครัวมนุษยชนเป็นหลักการพื้นฐานแห่งอิสรภาพความยุติธรรมและสันติภาพโลก” (ชุดความรู้สิทธิมนุษยชน, 2563, น. 3) ส่วนประเภทของสิทธิมนุษยชนสามารถจำแนกได้เป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) สิทธิพลเมือง ได้แก่ สิทธิในชีวิตและร่างกายเสรีภาพและความมั่นคงในชีวิตไม่ถูก

ทรมานทำร้ายหรือฆ่าสิทธิในการได้รับสัญชาติ การนับถือศาสนา รวมไปถึงสิทธิในกระบวนการยุติธรรม 2) สิทธิทางการเมือง ได้แก่ สิทธิในการเลือกวิถีชีวิตของตนทั้งการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมรวมถึงการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นและการแสดงออก การมีเสรีภาพในการชุมนุมโดยสงบและการเลือกตั้งอย่างเสรี 3) สิทธิทางเศรษฐกิจ ได้แก่ สิทธิในการมีงานทำได้เลือกงานอย่างอิสระและได้รับค่าจ้างอย่างเป็นธรรม สิทธิในการเป็นเจ้าของทรัพย์สิน 4) สิทธิทางสังคม ได้แก่ สิทธิในการได้รับการศึกษาการได้รับหลักประกันด้านสุขภาพ รวมถึงการมีเสรีภาพในการเลือกคู่ครองและครอบครัว 5) สิทธิทางวัฒนธรรมได้แก่ การมีเสรีภาพในการใช้ภาษาท้องถิ่นของตนสิทธิในการเป็นอยู่ การแต่งกาย การกิน และการแสดงออกตามวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่นหรือความเชื่อทางศาสนารวมถึงการพักผ่อนหย่อนใจด้านศิลปะบันเทิงโดยไม่มีใครมาบังคับ (ชุดความรู้สิทธิมนุษยชน, 2563, น. 4) อย่างไรก็ดี แต่ไหนแต่ไรมาตั้งแต่อดีตตราบจนถึงปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่าสิทธิมนุษยชนเป็นสิ่งที่ถูกละเมิดกดทับและฉุดกระชากอยู่เสมอ กล่าวคือ บุคคลหรือบางกลุ่มบุคคลที่ตั้งตนเป็นผู้ถืออภิสิทธิ์เหนือกว่า มีอำนาจบารมี หรือทรัพย์สินมากกว่า ก็มักจะฉกฉวยความได้เปรียบเพื่อกดขี่ข่มเหง ล่วงละเมิดต่อผู้ที่อ่อนแอกว่าในสังคมพฤติการณ์ ดังกล่าวอาจอ้างอิงไปถึงทฤษฎีวิวัฒนาการของชาร์ล ดาร์วิน กล่าวถึง การคัดสรรโดยธรรมชาติผู้ที่แข็งแกร่งจะอยู่รอด และผู้อ่อนแอจะล้มหายตายจากไป สำหรับผู้เขียนแล้วระอิดระอาต่อคำอ้างถึงข้างต้นไม่น้อย เนื่องจากแลเห็นว่าเป็นการอธิบายเหตุผลประกอบที่ปราศจากความเห็นอกเห็นใจ และขาดจิตวิญญาณของความเป็นมนุษยธรรมเพราะโลกของความเป็นจริงมนุษย์ซึ่งมีสติปัญญารู้คิดสามารถพินิจและใช้วิจารณญาณในการเลือกหรือไม่เลือกกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นั้นย่อมแยกแยะว่าประการใดบ้างที่จะละเมิดหรือสร้างความเดือดร้อนแก่ชีวิตอื่นการละเมิดสิทธิมนุษยชนจึงมิควรมีคำอธิบายสวยหรูใด ๆ มากไปกว่าการกระทำที่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตนเป็นสำคัญ

ทั้งนี้หากพิจารณาถึงแก่นแกนของการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างรอบด้านแล้ว จะพบว่ามีปัจจัยเกื้อหนุนที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) กฎหมาย กล่าวคือในสังคมที่กฎหมายกะพร่องกะแพร่งไม่บัญญัติอย่างชัดเจนถึงการรับรองประเด็นสิทธิมนุษยชน ย่อมเป็นไปได้ว่าชนผู้อันธพาลทั้งที่ปรากฏกายในรูปชายฉกรรจ์ ข้าราชการคอปกขาวหรือนักธุรกิจสวมสูทต่างก็สามารถใช้ช่องโหว่อันอำนวยทางกฎหมายละเมิดผู้อื่นได้เสมอ 2) ความยุติธรรม อันเป็นส่วนต่อขยายภายหลังการบัญญัติกฎหมาย กล่าวคือ ในสังคมที่ความยุติธรรมบกพร่องหรือผู้ใช้อำนาจศาลเอียงข้างก็ย่อมเป็นที่น่ากังวลว่าจะเปิดช่องว่างให้ปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนเรื้อรัง โดยเฉพาะกับคนมีฐานะหรือมีอำนาจบาตรใหญ่ย่อม

เหิมเกริมมิเกรงกลัวโทษทัณฑ์ และอาจหาญที่จะเดินหน้าละเมิดสิทธิของผู้อื่นต่อไป 3) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิมนุยชน ประการนี้เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเพราะสังคมที่ผู้คนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิมนุษยชนย่อมตระหนักรู้อยู่เสมอว่าสิ่งใดบ้างที่เป็นภัยคุกคามต่อสิทธิของตน การประท้วงเรียกร้องและถามหาความเป็นธรรมจะปรากฏขึ้นโดยวิจารณญาณของประชาชนเองโดยทันที กลับกัน

หากประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจประเด็นสิทธิมนุษยชน เมื่อมีสิ่งใดที่มากระทบหรือละเมิดต่อสิทธิของตนก็ย่อมเพิกเฉยหรือบางทีแทบจะไม่ได้รู้ร้อนรู้หนาว และเมื่อรู้ตัวอีกทีก็สายเกินจะทักท้วงสิทธิของตนเสียแล้ว 4) ความเหลื่อมล้ำประการนี้เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่ค่อนข้างจะยุ่งเหยิงและซับซ้อนพอสมควรเนื่องจากความเหลื่อมล้ำที่หนึ่งมีผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำที่สองต่อกันเป็นทอด ๆ และความเหลื่อมล้ำทั้งหลายทั้งปวงก็เป็นเสมือนต้นธารสำคัญที่ทำให้การละเมิดสิทธิมนุษยชน ดังนั้น จากข้อมูลที่ได้กล่าวข้างต้น พบว่า ปัญหาความเหลื่อมล้ำมีหลากหลายรูปแบบและมีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงระหว่างกัน แต่เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยเชิงโครงสร้างอันเป็นสาเหตุของปัญหาความเหลื่อมล้ำประกอบด้วย โครงสร้างทางเศรษฐกิจไทย โครงสร้างการบริหารจัดการภาครัฐมีลักษณะรวมศูนย์ไว้ที่ส่วนกลาง และโครงสร้างบริการพื้นฐานของรัฐกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมทั้งหัวเมืองใหญ่ต่าง ๆ ในภูมิภาค ปัญหาระบบกรรมสิทธิ์ที่ดิน กระบวนการยุติธรรมยังมีข้อจำกัดสำหรับคนจน และการบริหารราชการแผ่นดินที่ขาดประสิทธิภาพและความโปร่งใสรวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ และการทุจริตคอร์รัปชั่นของเจ้าหน้าที่รัฐ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ คือ ปัญหาที่เอื้อให้การละเมิดสิทธิมนุษยชนยังคงอยู่”เพราะความเหลื่อมล้ำจะทำให้คนในสังคมนั้น ๆ ไม่เท่าเทียมกันและแบ่งคนออกเป็นสองกลุ่ม หนึ่งคือ คนที่มีอำนาจมากกว่าถืออภิสิทธิ์เหนือกว่า สองคือ คนที่ไม่มีอำนาจใด ๆ หรือมีอำนาจน้อยในการต่อรองทางสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม โดยโครงสร้างของสังคมไทยให้ที่ทางและสิทธิพิเศษบางประการทั้งที่มองเห็นอย่างแจ่มชัดและมองไม่เห็นอีกจำนวนมากแก่คนกลุ่มแรก และไม่อาจปฏิเสธได้เลยว่าสิทธิพิเศษเหล่านั้นกระทบอย่างจังต่อสิทธิอันพึงจะได้รับของคนกลุ่มที่สอง ซ้ำร้ายหนักกว่านั้นคือการที่คนกลุ่มแรกใช้สิทธิพิเศษของตนกดทับ เบียดขับและละเมิดสิทธิของคนกลุ่มแรกอย่างแทบจะเป็นเรื่องปกติสามัญ และการเดินหน้าแก้ทั้งปัญหาความเหลื่อมล้ำและละเมิดสิทธิมนุษยชนให้หายหดหมดไปหรือบรรเทาระดับความรุนแรงลงคงมิอาจกระทำได้ด้วยเพียงอาศัยบุคคล องค์กร หรือสถาบันใดสถาบันหนึ่งเป็นการเฉพาะเนื่องจากปัญหาประการนี้เกี่ยวพันกับโครงสร้างทางสังคมและจำต้องอาศัยพลวัตจากทุกภาคส่วนอย่างจริงจังกล่าวคือ ภาคส่วนของรัฐบาลก็ต้องออกนโยบายที่เป็นรูปธรรมมากกว่า

นามธรรมในการจัดการกับปัญหา โดยดำเนินการให้มีความครอบคลุมความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ ภาคส่วนตุลาการก็จำเป็นจะต้องผดุงความยุติธรรมตัดสินคดีความโดยปราศจากการครอบครองงำจากอำนาจเงินและอิทธิพลมืด ภาคส่วนนิติบัญญัติก็ให้ปรึกษาหารือถกเถียงกันอย่างสร้างสรรค์เพื่อร่างกฎหมายที่เป็นประโยชน์ต่อการขจัดความเหลื่อมล้ำและคุ้มครองมิให้เกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชน ขณะที่ภาคประชาชนก็ควรศึกษาทำความเข้าใจเรื่องสิทธิมนุษยชนให้มากยิ่งขึ้นเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้อย่างจริงจัง พร้อมกันนั้นจะต้องมิยอมให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลใดมาละเมิดสิทธิไปด้วยเงินจำนวนเพียงน้อยนิดเพราะหากเป็นเช่นนั้น แม้จะปรากฏนโยบายที่จัดการความเหลื่อมล้ำมากมายหรือมีกฎหมายคุ้มครองสิทธิออกมาสักกี่ฉบับปัญหาทั้งสองประการ ก็อาจจะยังคงอยู่ จนกว่าประชาชนที่ถูกกดทับ และถูกละเมิดสิทธิจะเข้ามีบทบาทเป็นพลวัตในการแก้ปัญหาด้วยการยืนหยัดต่อสู้และละทิ้งการหมอบกราบให้แก่อำนาจเงินอย่างจริงจัง

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพ

2.2.1 ความหมายของหลักประกันสุขภาพ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (น. 1272) ให้ความหมายคำว่า “หลักประกัน” ไว้ 3 ประการ ได้แก่ 1) หลักทรัพย์เพื่อความมั่นคง 2) สิ่งที่ยึดถือเพื่อความมั่นคง และ 3) เงินสด หลักทรัพย์หรือบุคคลที่นำมาประกันตัวผู้ต้องหา หรือจำเลยหรือประกันการชำระหนี้

ส่วนคำว่า “ประกัน” ให้ความหมายไว้ 3 ประการ ได้แก่ 1) รับรองว่าจะรับผิดในความเสียหายที่เกิดขึ้น 2) รับรองว่าจะมีหรือไม่มีเหตุการณ์นั้น ๆ และ 3) หลักทรัพย์ที่ให้ไว้เป็นเครื่องรับรอง (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542, 2546, น. 653)

ดังนั้นการสร้าง “หลักประกันสุขภาพ” จึงมิใช่เพียงแค่การทำให้มี “ประกันสุขภาพ” แต่เป็นการสร้าง “หลักประกันสุขภาพ” ตามความหมายที่ คือสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้แก่คนไทยทั้งปวง ด้วยหลักทรัพย์ที่ได้รับมอบหมายมาให้เป็น “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” กล่าวคือแม้เป็นกฎธรรมดาที่มนุษย์ทุกคนจะต้องมีความตายเป็นธรรมดา ไม่อาจล่วงพ้นความตายไปได้และต้องมีความเจ็บป่วยเป็นธรรมดา ไม่อาจล่วงพ้นความเจ็บป่วยไปได้ก็ตาม (พระไตรปิฎก เล่มที่ 10) การสร้างหลักประกันสุขภาพคือต้องพยายามทำให้ชนชาวไทยไม่ตายเมื่อยังไม่ถึงคราวที่ควรตาย ไม่เจ็บป่วยเมื่อยังไม่ถึงคราวที่ควรเจ็บป่วยรวมทั้งต้องทำให้ปวงชนชาวไทยมีกำลังกาย กำลังใจ

กำลังสติปัญญา และกำลังสามัคคีในการสร้างสรรค์พัฒนาตนเองและบุคคลที่ตนเกี่ยวข้องตลอดจนสังคมและประเทศชาติอย่างเพียงพอด้วย นอกจากนี้แม้เมื่อเจ็บป่วยก็ต้องได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยมิให้ความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นอุปสรรคหรือจนสิ้นเนื้อประดาตัว

สำหรับการประกันสุขภาพ (Health Insurance) ถือเป็นเครื่องมือทางการคลังเพื่อจัดการความแตกต่างของราคาบริการสุขภาพและความเสี่ยง ซึ่งเชื่อมโยงการผันแปรของค่าใช้จ่ายสุขภาพส่วนบุคคล โดยการประกันสุขภาพจะกระจายความเสี่ยงเหนือตัวบุคคล (Across Individuals) และเวลา (Over Time) ซึ่งประกอบไปด้วยหลักเกณฑ์พื้นฐาน 2 ประการ (OECD Health Project, 2004, p. 7) ดังนี้ 1) หลักเกณฑ์การจ่ายล่วงหน้า (Pre-Payment) การรวบรวมและจัดการรายได้เพื่อที่จะแบ่งสรรสำหรับระบบบริการสุขภาพ ถูกจัดเก็บจากแต่ละบุคคลไปยังสิทธิประโยชน์การบริการสุขภาพของบุคคลนั้น 2) หลักเกณฑ์กองทุนรวม (Pooling) การรวบรวมและจัดการรายได้ในทางที่ทำให้แน่ใจได้ว่า ความเสี่ยงของการจ่ายค่าบริการสุขภาพจะรับภาระโดยสมาชิกทั้งหมดของกองทุน และไม่ถูกแจกจ่ายไปยังส่วนบุคคลจ่ายล่วงหน้า ในขณะที่บัญชีการออม (Medical Saving Accounts) มีเงื่อนไขการจ่ายล่วงหน้าแต่ไม่มีการรวมความเสี่ยง

กล่าวคือบัญชีเงินออมหรือการออมเพื่อสุขภาพ เป็นวิธีการสำรองเงินที่มีการกันเงินหรือจัดเก็บเงินจากบุคคลเป็นรายเดือน หรือรายปีเข้าสู่บัญชีประกันเฉพาะตัวของบุคคลผู้นั้นเอง ไม่ไปรวมกับเงินที่เก็บจากผู้เอาประกันรายอื่น ๆ เมื่อมีการใช้บริการสุขภาพจะมีการหักเงินจากบัญชีของบุคคลนั้นเอง ไม่ใช่จากกองทุนที่มีการรวมเงินสำรอง การเก็บเงินสำรองไว้ก่อนเพื่อใช้เมื่อจำเป็นในแบบนี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อมีกฎหมายหรือระเบียบที่กำหนดให้มี การสำรองเงินระบบนี้จึงเป็นระบบที่บังคับออมยามที่ไม่เจ็บป่วยเพื่อใช้ในเวลาที่เจ็บป่วย ระบบนี้เป็นระบบหนึ่งที่ใช้ในสิงคโปร์ เป็นแบบที่ใช้การสำรองเงินเป็นบัญชีบุคคล แต่สามารถโอนใช้กันระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ด้วย การออกแบบระบบเช่นนี้รัฐบาลสิงคโปร์ใช้หลักการที่ว่า ค่าใช้จ่ายสุขภาพควรเป็นสิ่งที่บุคคลมีส่วนรับผิดชอบเป็นหลัก รัฐเข้าช่วยเหลือเมื่อจำเป็น และนอกจากนี้ยังเป็นระบบที่ตั้งอยู่บนหลักของวัฒนธรรมค่านิยมของเอเชีย (Asian Value) ที่เน้นการช่วยเหลือพึ่งพากันในครอบครัวด้วย ซึ่งขณะนี้ในสหรัฐอเมริกาได้มีความสนใจวิธีนี้ แต่เป็นประเด็นทางเลือกสำหรับบุคคลเฉพาะคน ไม่มีประเด็นเรื่องการโอนกันในครอบครัวดังเช่นในสิงคโปร์

การประกันสุขภาพ (Health Insurance) จึงเป็นมาตรการที่เน้นการใช้กลไกทางการเงิน (Financing Mechanisms) เป็นหลัก ซึ่งการประกันสุขภาพถูกสร้างขึ้นบนหลักการที่ว่าความเจ็บป่วยที่รุนแรงของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ยากว่าจะเกิดหรือไม่และเกิดเมื่อใด เมื่อความเจ็บป่วยที่รุนแรงเกิดขึ้นกับบุคคลใด บุคคลนั้นจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่หนัก พร้อม ๆ กับการสูญเสียความสามารถในการทำงานหารายได้ ในทางตรงข้ามอัตราการเกิดความเจ็บป่วยของประชากรทั้งหมดหรือกลุ่มใหญ่สามารถที่จะคาดการณ์ได้ ฉะนั้น ค่าใช้จ่ายโดยรวมที่ต้องใช้ในการรักษาพยาบาลจึงสามารถประมาณการได้ด้วยวิธีการทางสถิติ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2545, น. 8)

2.2.2 รูปแบบของระบบประกันสุขภาพ

รูปแบบของระบบประกันสุขภาพ สามารถจัดแบ่งออกได้เป็นหลายประเภทตามโครงสร้างหรือฐานการจัดแบ่ง ซึ่งในที่นี้ ได้จัดแบ่งรูปแบบของระบบประกันสุขภาพตามโครงสร้าง 3 ประการ คือ การจัดแบ่งตามโครงสร้างการจัดการ การจัดแบ่งตามการรวบรวมเงินสำรองและกลุ่มเป้าหมาย การจัดแบ่งตามสิทธิในการเลือกเข้าร่วม และการจัดแบ่งตามจำนวนระบบประกัน

2.2.2.1 การจัดแบ่งตามโครงสร้างการจัดการระบบประกันสุขภาพแบบต่าง ๆ เมื่อพิจารณาจากโครงสร้างการจัดการประกันสุขภาพของประเทศต่าง ๆ สามารถแบ่งระบบประกันสุขภาพออกเป็น 2 แบบหลัก ๆ คือ (1) ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (Public Health Insurance)

2.2.2.2 ระบบประกันสุขภาพภาคเอกชน (Private Health Insurance)

1) การประกันสุขภาพภาครัฐ โดยทั่วไปการประกันสุขภาพของภาครัฐ (Public Health Insurance) สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบ ตามประเภทผู้ที่เป็นสมาชิกในโครงการ ได้แก่ ประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) โครงการประกันสังคม (Social Security Scheme) และสวัสดิการของการจ้างงาน (Employment Medical Benefits) ก. โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ การประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) เป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับซึ่งครอบคลุมประชากรขนาดใหญ่ที่เป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศ โดยรัฐหรือหน่วยงานที่รัฐจัดตั้งขึ้นเป็นผู้บริหารระบบประกันนี้ (OECD Health Project, 2004, p. 10) โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่ใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินหลักของการประกัน ตัวอย่างเช่น ในประเทศอังกฤษ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศนิวซีแลนด์ เป็นต้น ส่วนระบบของบางประเทศใช้แหล่งเงินภาษีผสมกับแหล่งเงินอื่น เช่น การเก็บเบี้ยประกันโดยหักจากเงินเดือนและรัฐเป็นผู้บริหารระบบ ได้แก่ ไต้หวัน ญี่ปุ่น เป็นต้น ในกรณีที่ใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินหลักของประกันสุขภาพแห่งชาติ บุคคลในฐานะ

ประชาชนต้องเสียภาษีในรูปต่าง ๆ ให้กับรัฐบาล แล้วรัฐบาลจะจัดสรรเงินเป็นงบประมาณสำหรับการประกันสุขภาพ โดยแหล่งเงินสำคัญมาจากภาษีทั่วไป ซึ่งประเทศส่วนใหญ่มักเก็บในอัตราก้าวหน้า ตามหลักการในระบบนี้ประชาชนทุกคนมีสิทธิในการใช้บริการสุขภาพเท่ากัน ไม่ว่าจะเสียภาษีเท่าใดหรือไม่เสียภาษีก็ตามส่วนในกรณีของเบี้ยประกันจะมีหลักการเช่นเดียวกับประกันสังคม คือ การเก็บเบี้ยประกันมักทาโดยหักจากเงินเดือนในอัตราที่เป็นสัดส่วนคงที่ของเงินเดือน ซึ่งบุคคลอาจจ่ายในจำนวนที่แตกต่างกัน แต่สิทธิในการใช้บริการสุขภาพเท่ากัน (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, น. 11) ข. โครงการประกันสังคม โครงการประกันสังคม (Social Security Scheme) เป็นโครงการประกันภาคบังคับ โดยเป็นการบังคับสำหรับกลุ่มคนที่กำหนด เช่น ผู้ทางานและนายจ้างของพวกเขา ซึ่งการประกันจะคลอบคลุมผู้ทาประกันรวมถึงผู้อยู่ในอุปการะที่เจ็บป่วยหรือสูญเสียรายได้จากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ รัฐบาลจะเป็นผู้ค้าประกันประโยชน์พื้นฐานและมีส่วนร่วมโดยตรงในการเงินของโครงการ (OECD Health Project, p. 9) โดยส่วนใหญ่กองทุนประกันสังคมจะมีการจัดสรรเงินภายในกองทุนประกันสังคม โดยแยกเป็นส่วน ๆ ตามวิวัฒนาการของโครงการ เช่น ส่วนแรกใช้ในการจัดสรรเงิน เพื่อใช้ในด้านการประกันการเจ็บป่วย คลอดบุตร ตาย ทุพพลภาพ ส่วนที่สองใช้สำหรับผลประโยชน์ในกรณีชราภาพและสงเคราะห์บุตร และส่วนสุดท้ายใช้สำหรับประกันการว่างงาน สำหรับรายได้ของเงินประกันสุขภาพในระบบนี้นิยมมีการจัดตั้งกองทุนเฉพาะขึ้นมาแยกต่างหากจากภาษีอื่น ๆ โดยแหล่งเงินหลักมาจากเงินสมทบประกันสังคม หรือเบี้ยประกัน โดยหลักการของการประกันสังคม คือ ผู้มีสิทธิหรือผู้ที่กฎหมายกำหนดให้เข้าร่วม เป็นผู้จ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสุขภาพตามรายได้หรือความสามารถในการจ่ายของตน ซึ่งมักทำโดยหักจากเงินเดือนในอัตราที่เป็นสัดส่วนคงที่ของเงินเดือน ฉะนั้น ผู้ที่มีรายได้หรือเงินเดือนสูงต้องจ่ายเงินค่าประกันมากกว่าผู้มีรายได้น้อยกว่า แต่มีสิทธิในการใช้บริการเท่ากัน บางประเทศกำหนดให้นายจ้างจ่ายสมทบเข้ากองทุนด้วย และรัฐบาลก็อาจจ่ายสมทบเข้ากองทุนด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ ในหลาย ๆ ประเทศใช้ระบบนี้ร่วมกับระบบอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น ประเทศไทย ประเทศเยอรมนี ประเทศฝรั่งเศส เป็นต้น (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2545, น. 12) ค. สวัสดิการของการจ้างงาน สวัสดิการของการจ้างงาน (Employment Medical Benefits) เป็นสิทธิประโยชน์ ในการรักษาพยาบาลซึ่งมักถูกใช้เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งของการจ้างงานที่นายจ้างให้กับลูกจ้าง โดยที่นายจ้างอาจเป็นรัฐบาล รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรรูปแบบอื่น ๆ ทั้งนี้ วิธีการที่ใช้ในการให้ สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลมักปรากฏในรูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ลูกจ้าง เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้บริการ โดยไม่ได้ซื้อประกันแบบนี้มักเรียกว่าสวัสดิการ

รักษาพยาบาลหรืออาจเรียกการประกันตนเอง (Self-Insurance) ในกรณีนี้นายจ้างอาจจัดสรรเงินเป็นกองทุนสำหรับ ค่ารักษาพยาบาลแยกต่างหากจากงบประมาณอื่น ๆ หรือไม่ก็ได้ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, น. 14) และสวัสดิการข้าราชการ (Government Link Health Schemes for Government Employees) เป็นโครงการประกันสุขภาพซึ่งเชื่อมโยงโดยรัฐบาลสำหรับลูกจ้างของรัฐบาล โดยรัฐบาลจะจ่ายโดยตรงเพื่อการรักษาพยาบาลสุขภาพสำหรับลูกจ้างของพวกเขา หรือร่วมจ่ายเบี้ยประกันส่วนใหญ่เพื่อประกันสุขภาพแก่ลูกจ้างของพวกเขา อย่างไรก็ดี กองทุนลูกจ้างดังกล่าวในบางกรณีอาจทาผ่านองค์กรสวัสดิการสังคม เช่น ในตุรกี หรืออาจใช้เงินคงคลังซื้อประกันสุขภาพจากผู้รับประกันภัยพาณิชย์ก็ได้ เช่น เยอรมัน เป็นต้น (OECD Health Project, 2000, p. 10)

2) การประกันสุขภาพเอกชน การประกันเอกชน (Private Health Insurance) ถือเป็นธุรกิจประเภทหนึ่งโดยการประกันสุขภาพเอกชนมีด้วยกัน 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การประกันสุขภาพเอกชนภาคบังคับ คือ การประกันสุขภาพภาคเอกชนซึ่งบังคับตามเงื่อนไขของกฎหมาย 2) การประกันสุขภาพตามกลุ่มการจ้างงานเอกชน คือ การประกันสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเงื่อนไขการจ้างงาน เช่น การที่นายจ้างซื้อประกันให้กับลูกจ้าง โดยนายจ้างจ่ายค่าเบี้ยประกันทั้งหมดหรือสมทบบางส่วนให้ 3) การประกันสุขภาพเอกชนตามอัตราชุมชน คือ การประกันโดยสมัครใจของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล โดยผู้เอาประกันจะเรียกร้องเบี้ยประกันตามข้อกำหนดที่ใช้ในอัตราชุมชน ซึ่งการคำนวณ เบี้ยประกันขึ้นอยู่กับอายุ สถานะทางสุขภาพ ประวัติการเรียกร้อง หรือปัจจัยอื่น ๆ และ 4) การประกันเอกชนตามอัตราความเสี่ยง คือ การประกันโดยสมัครใจของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล โดยผู้เอาประกันจะเรียกร้องเบี้ยประกันตามอัตราความเสี่ยง (OECD Health Project, 2000 p. 10)

3) ระบบการจัดเก็บเงินของการประกันสุขภาพภาคเอกชน ส่วนใหญ่อาศัยการคำนวณ ตัวบุคคลสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หมายความว่า ผู้ที่เจ็บป่วยมากต้องรับผิดชอบเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าผู้ที่คาดว่าจะป่วยน้อย การสำรองเงินของประกันเอกชนทำโดยการเก็บเบี้ยประกัน (Premium) ซึ่งกำหนดมาจากการคำนวณความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เอาประกันหรือกลุ่มของผู้เอาประกัน ฉะนั้น ผู้ที่มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าต้องจ่ายเบี้ยประกันสูงกว่า เช่น ผู้สูงอายุต้องจ่ายเบี้ยประกันมากกว่าบุคคลที่อายุน้อยกว่า อย่างไรก็ดี รัฐบาลอาจเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดชนิดหรือประเภทของการประกัน แต่แหล่งเงินหลักของโครงการก็ไม่ได้มีช่องทางมาจากรัฐบาลโดยตรง

ทั้งนี้ ในการประกัน ผู้เอาประกันกับผู้ให้ประกันต้องทำสัญญาซึ่งระบุข้อกำหนดเกี่ยวกับอัตราระยะเวลาการจ่ายเบี้ยประกัน และสิทธิในการใช้บริการสุขภาพ รวมทั้งเงื่อนไขอื่น ๆ ในระบบนี้ผู้เอาประกันแต่ละคนจึงอาจจ่ายเบี้ยประกันไม่เท่ากัน และอาจมีสิทธิในการใช้บริการสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามสัญญาที่ทาขึ้น ทั้งนี้ ในหลายประเทศใช้ประกันเอกชนเป็นส่วนเสริมกับระบบประกันหลักของรัฐ เช่น อังกฤษ ออสเตรเลีย เป็นต้น ในขณะที่บางประเทศใช้ประกันเอกชนเป็นระบบหลัก เช่น สหรัฐอเมริกา ซึ่งมีสวัสดิการประกันการจ้างงานของบริษัทเอกชนจำนวนมาก เป็นต้น (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2545, น. 13.)

2.2.2.3 การจัดแบ่งตามการรวบรวมเงินและกลุ่มเป้าหมาย ในอีกแง่หนึ่งระบบประกันสุขภาพอาจจัดแบ่งตามฐานของการรวบรวมเงินสำรอง และกลุ่มเป้าหมายของผู้มีสิทธิ โดยแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้ 1) ระบบประกันแบบอิงประชากร (Population-based Insurance) 2) ระบบประกันแบบอิงการจ้างงาน (Employment-Based Insurance) 3) ระบบประกันแบบอิงชุมชน (Community-Based Insurance) และ 4) การประกันแบบอิงความเสี่ยง (Risk-Based Insurance)

1) การประกันแบบอิงประชากร การมีสิทธิเข้าร่วมประกันแบบอิงประชากร (Population-Based Insurance) นี้ขึ้นกับสถานการณ์เป็นพลเมืองของประเทศ ตัวอย่างเช่น โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งครอบคลุมประชากรขนาดใหญ่ที่เป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศ ทั้งนี้ บางประเทศอาจครอบคลุม ผู้อาศัยบางกลุ่มที่ไม่ใช่พลเมืองด้วย อย่างไรก็ดี โดยส่วนใหญ่การประกันในรูปแบบนี้มักใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินทุน เช่น ระบบของอังกฤษและแคนาดา เป็นต้น โดยการประกันรูปแบบนี้นำมาซึ่งการลงทุนที่ดี เพราะผู้รับประกันค่อนข้างมีต้นทุนการบริหารจัดการที่ต่ำและกองทุนมีขนาดใหญ่ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2545 น. 13)

2) การประกันแบบอิงการจ้างงาน การประกันแบบอิงการจ้างงาน (Employment-Based Insurance) คือ การประกันสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเงื่อนไขการจ้างงาน (OECD Health Project, 2000, p. 10) ในระบบนี้สิทธิการเข้าร่วมการประกันสุขภาพมาจากการเป็นลูกจ้างของหน่วยงานที่กำหนด ซึ่งอาจเป็นบริษัทเอกชน รัฐบาล รัฐวิสาหกิจหรือองค์กรประเภทอื่น การระดมเงินเพื่อใช้ในระบบอาจมาจากการหักเงินเดือนลูกจ้างบวกกับส่วนที่นายจ้างจ่ายสมทบหรือนายจ้างจ่ายทั้งหมดให้เป็นสวัสดิการ ตัวอย่างเช่น กองทุนสำหรับการเจ็บป่วยของเยอรมนี (Sickness Fund) การประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา เป็นต้น (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2545 น. 17)

3) การประกันแบบอิงชุมชน การมีสิทธิเข้าร่วมระบบประกันสุขภาพแบบอิงชุมชน (Community-based Insurance) นี้ขึ้นกับที่อยู่อาศัยในเขตทางภูมิศาสตร์ โดยอาจแบ่งตามเขตการปกครองส่วนท้องถิ่น หรือโดยขอบเขตตามการจัดตั้งของชุมชน (OECD Health Project, 2000, p. 11) แหล่งที่มาของเงินในระบบนี้มักมาจากภาษีท้องถิ่นแต่อาจสมทบด้วยภาษีทั่วไปจากรัฐบาลกลาง หรืออาจเป็นการเก็บเบี้ยประกันจากคนในท้องถิ่นก็ได้ ตัวอย่างเช่น ระบบประกันแบบอิงชุมชนสำหรับเกษตรกรของญี่ปุ่น เป็นต้น (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2545 น. 17)

4) การประกันแบบอิงความเสี่ยง การประกันแบบอิงความเสี่ยง (Risk-Based Insurance) เป็นการประกันที่กำหนดตามความเสี่ยงส่วนบุคคล โดยคำนวณจากหลักการสถิติการประกันภัย บนพื้นฐานของข้อเรียกร้องทางการแพทย์ที่คาดหวัง (OECD Health Project, 2000, p. 11)

5) การจัดแบ่งตามสิทธิในการเลือกเข้าร่วม การประกันสุขภาพสามารถแบ่งตามสิทธิในการเลือกเข้าร่วมได้เป็น 2 รูปแบบ คือ การประกันสุขภาพแบบบังคับ (Mandatory Health Insurance) และการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) ก. การประกันสุขภาพแบบบังคับ การประกันสุขภาพแบบบังคับ (Mandatory Health Insurance) หมายถึง การมีส่วนร่วมของบุคคลในการประกันเป็นไปโดยการบังคับจากรัฐบาลผ่านบทบัญญัติของกฎหมาย ไม่ว่าจะเป็นไปโดยเข้มงวดหรือเปิดให้มีอิสระในการเลือกผู้รับประกัน ระดับเบี้ยประกัน และชนิดความครอบคลุมที่แตกต่าง โดยรัฐจะกำหนดให้บุคคลทั้งหมดที่เป็นกลุ่มเป้าหมายต้องเข้าร่วมในระบบประกัน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวนี้อาจครอบคลุมเพียงคนบางกลุ่มในสังคม หรือครอบคลุมประชากรทั้งประเทศก็ได้ (OECD Health Project, 2000, p. 11) ตัวอย่างเช่น ระบบประกันสังคมของไทยครอบคลุมลูกจ้างในบริษัทเอกชนที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ส่วนระบบของอังกฤษ ออสเตรเลีย แคนาดา จีน ไต้หวัน ครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ ประเทศที่จัดให้มีการประกันสุขภาพทั่วหน้าได้ต้องใช้การประกันแบบบังคับ คือ ออกข้อกำหนดให้ทุกคนเข้าร่วมหรือมีสิทธิที่ จะได้รับการครอบคลุมจากระบบประกัน สภาพการบังคับนี้ไม่ได้หมายความว่าเป็นการบังคับให้บุคคลในกลุ่มเป้าหมายต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพเสมอไป และไม่ได้หมายความว่าต้องไปใช้บริการตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น ใช้ที่อื่นไม่ได้ แต่เป็นไปในลักษณะที่ข้อกำหนดในเรื่องหลักประกันสุขภาพได้รับการตราเป็นกฎหมายหรือระเบียบที่มีผลบังคับใช้ กำหนดว่ากลุ่มเป้าหมายคือใคร มีหน้าที่อะไร มีสิทธิที่จะใช้บริการอะไร สามารถเลือกที่ใช้สถานพยาบาลที่กำหนดใดเมื่อร่วมระบบประกัน (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2545 น. 17) ตัวอย่างเช่น ระบบของอังกฤษไม่ได้เก็บเบี้ยประกันโดยตรง แต่ใช้ภาษีเป็นแหล่ง

งบประมาณหลักสำหรับประกันสุขภาพ ชาวอังกฤษจึงไม่ได้มีหน้าที่จ่ายค่าประกันสุขภาพในรูปของเบี้ยประกัน แต่จ่ายในรูปภาษี แต่ในส่วนของผู้ประกอบอาชีพอิสระในไต้หวันและในเกาหลีใต้ถูกหักเงินเดือนส่วนหนึ่งเพื่อใช้เป็นค่าเบี้ยประกัน เป็นแบบบังคับตามข้อกำหนดของพระราชบัญญัติ เป็นต้น (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2545, น. 17) ข. การประกันสุขภาพแบบสมัครใจ การประกันสุขภาพแบบสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) หมายถึง การประกัน ที่ผู้ทำประกันมีส่วนร่วมบนพื้นฐานความสมัครใจ (OECD Health Project, 2000, p. 10) โดยไม่มีกฎหมายบังคับว่าจะต้องเข้าร่วม บุคคลสามารถเลือกที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมก็ได้ หากจะเข้าร่วมก็ต้องมีการจ่ายค่าเบี้ยประกัน ตัวอย่างเช่น ประกันสุขภาพเอกชน เป็นต้น

ทั้งนี้ ระบบแบบบังคับและแบบสมัครใจสามารถอยู่ร่วมกันได้ในประเทศเดียวกัน กล่าวคือ ผู้มีสิทธิในประกันแบบบังคับอยู่แล้ว อาจซื้อประกันสุขภาพเพิ่มเติมได้โดยสมัครใจ เช่น ลูกจ้างในภาคธุรกิจของไทย แม้จะมีประกันสังคมอยู่แล้ว บางคนอาจซื้อประกันเอกชนเพิ่มเติม หรือในอังกฤษ แม้จะมีประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่แล้ว อาจซื้อประกันเอกชนเพิ่มเพื่อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมบางอย่าง หรือในสหรัฐอเมริกา ผู้สูงอายุซึ่งมีสิทธิในระบบประกัน Medicare อาจซื้อประกันเอกชนที่ครอบคลุมการจ่ายเงินค่ายาตามใบสั่ง (Prescription Drugs) เพิ่มเติม เป็นต้น (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2545, น. 18)

2.2.2.4 การจัดแบ่งตามจำนวนระบบประกัน เนื่องจากระบบประกันสุขภาพมีลักษณะแตกต่างกันหลายแบบ การใช้ระบบประกันในแต่ละประเทศอาจใช้แบบใดแบบหนึ่งหรือหลายแบบร่วมกันก็ได้ คาว่าระบบเดียวหรือหลายระบบ หมายถึง การกำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิ แหล่งเงินและมาตรการจ่ายเงินที่แตกต่างกันแต่ไม่ได้หมายถึงจำนวนกองทุน ซึ่งในหนึ่งระบบอาจมีหลายกองทุนก็ได้ จำนวนระบบประกันที่กล่าวถึงในหัวข้อนี้ นับเฉพาะจำนวนระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศหนึ่ง ๆ 1) ระบบเดียว ในอังกฤษและประเทศเครือจักรภพ เช่น ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ ใช้ระบบที่คล้ายกันคือ มีระบบประกันหลักหนึ่งระบบที่ครอบคลุมประชากรทุกคน ในขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิที่จะซื้อประกันเอกชนเสริม เพื่อความครอบคลุมในบริการบางด้านที่ระบบหลักมิได้จัดให้ ระบบของประเทศทั้ง 3 นี้เป็นแบบที่สิทธิในการมีหลักประกันขึ้นกับความเป็นประชากร (Population-Based Health Insurance) ไม่เกี่ยวกับการจ้างงาน หรือในประเทศจีนและไต้หวัน มีระบบประกันสุขภาพที่อิงการจ้างงาน (Employment-Based Health Insurance) ระบบเดียว โดยอัตราและวิธีการเก็บเบี้ยประกันขึ้นกับอาชีพและการจ้างงาน อย่างไรก็ดี เปิดโอกาส

ให้มีประกันเสริมกับระบบหลักได้ 2) ระบบคู่ขนาน ประเทศเยอรมนีมีระบบประกัน 2 ระบบเป็นแบบคู่ขนาน กล่าวคือ มีระบบหลักคือ กองทุนสำหรับการเจ็บป่วย (Sickness Funds) ที่เป็นภาคบังคับสำหรับประชากรส่วนใหญ่โดยอิงกับการจ้างงาน แต่ยกเว้นให้ประชากรบางกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้สูงและข้าราชการเลือกว่าจะเข้าระบบหลักหรือจะซื้อประกันเอกชนเอง โดยที่หากเลือกที่จะไม่เข้าระบบหลักจะไม่สามารถกลับเข้าสู่ระบบหลักในภายหลังได้ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ระบบหลักต้องรับความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จากการที่มีคนที่ซื้อประกันเอกชนในช่วงที่ไม่ป่วยหรือตอนอายุน้อยซึ่งเบี้ยประกันต่ำ แล้วเปลี่ยนเข้าสู่กองทุนสำหรับการเจ็บป่วย (Sickness Funds) เมื่อป่วยหรือสูงอายุ 3) ระบบซ้อน ประเทศสิงคโปร์สร้างหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าโดยมี 3 ระบบที่มีลักษณะแตกต่างกันคือ 3.1) Medisave เป็นบัญชีการออมที่หักจากเงินเดือนแบบบังคับโดยผ่านระบบการจ้างงาน 3.2) Medishield เป็นระบบประกันที่เสริมในกรณีที่ระบบแรกไม่เพียงพอและประชาชนมีสิทธิเลือกในการเข้าร่วม และ 3.3) ส่วนกลุ่มคนที่ยากจนและไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกัน 2 แบบดังกล่าวได้ รัฐบาลจัดระบบ Medifund ให้โดยเฉพาะเป็นแบบสวัสดิการสังคม 4) ระบบผสมแบบขนานและแบบซ้อน ประเทศญี่ปุ่นจัดประกันสุขภาพเป็น 2 ประเภทหลัก โดยประเภทแรก คือ ระบบประกันสำหรับลูกจ้าง (Employment-Based Health Insurance) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระบบ คือ ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาล (Government-Managed Health Insurance) และระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชนแบบไม่แสวงกาไร (Society-Managed Health Insurance) ส่วนประเภทที่สองคือระบบประกันสุขภาพในชุมชน (Community-Based Insurance) หรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance, NHI) ทั้งนี้ แต่ละระบบครอบคลุมประชากรที่แตกต่างกันตามที่อยู่อาศัย การจ้างงาน หรืออายุ 5) หลายระบบ ในบางประเทศมีระบบประกันสุขภาพที่มีลักษณะแตกต่างกันมากมายหลายแบบ การที่มีหลายระบบอาจเกิดจากการที่รัฐบาลไม่มีนโยบายในการจำกัดรูปแบบหรือจำนวนระบบประกันสุขภาพ แต่เปิดเสรีให้มีระบบประกันแบบต่าง ๆ ได้ หรือเกิดจากการที่นโยบายของรัฐบาลให้มีระบบประกันหลายระบบซึ่งมีวัตถุประสงค์แตกต่างกัน เช่น ตัวอย่างเช่น ในประเทศไทยมีระบบประกันจำนวนมากซึ่งครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ มีแหล่งเงิน ข้อกำหนดและรูปแบบการคลังที่ต่างกัน บริหารจัดการโดยหน่วยงานต่าง ๆ กันด้วยวิธีการที่ต่างกัน เช่น การประกันเอกชน โครงการประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สวัสดิการรักษาพยาบาลพนักงานรัฐวิสาหกิจ โครงการหลักประกันสุขภาพ เป็นต้น

และประเทศมาเลเซียไม่มีหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าสำหรับประชากร แต่เป็นแบบที่มีประกันหลายระบบอยู่ร่วมกัน ในขณะที่มีประชากรจำนวนมากไม่ได้เข้าสู่ระบบประกัน เนื่องจากระบบประกันขนาดใหญ่ในประเทศครอบคลุมผู้ใช้แรงงานเป็นหลัก สำหรับผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพหากใช้บริการด้านสุขภาพก็ต้องจ่ายเอง โดยในภาคเอกชนราคาค่าบริการจะสูงกว่าภาครัฐ สำหรับผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ รัฐจะยกเว้นค่าใช้จ่าย โดยจัดบริการเป็นระบบที่ช่วยเหลือแก่ผู้ด้อยโอกาสนั่นเอง

ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกามีระบบประกันสุขภาพหลายแบบ ระบบใหญ่ ๆ เป็นของรัฐมี 2 ระบบ คือ Medicare ซึ่งครอบคลุมผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยโรคไตบางกลุ่ม ดูแลโดยรัฐบาลกลาง คือ รัฐบาลสหพันธ์ (Federal Government) and Medicaid ซึ่งครอบคลุมผู้มีรายได้น้อยและครอบครัวผู้ปกครองคนเดียว บริหารโดยรัฐบาลของมลรัฐ นอกจากนี้ ในภาครัฐยังมีระบบประกันสุขภาพของทหาร ส่วนในภาคเอกชนก็มีประกันสุขภาพจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นแบบที่อยู่บนฐานของการ จ้างงาน

อย่างไรก็ตาม การจะมีระบบประกันสุขภาพระบบเดียวหรือหลายระบบนั้น ปัจจัยในการกำหนดขึ้นอยู่กับ แหล่งเงิน โครงสร้าง อาชีพของประชาชน และวิธีการจัดเก็บรายได้สำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้ จากประวัติศาสตร์พบว่า ประเทศที่อิงกับแหล่งเงินใดแหล่งเงินเดียวมักจะมีระบบประกันสุขภาพระบบเดียว เช่น ประเทศที่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่มีรายได้ประจำ เช่น อังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ที่ใช้เงินจากภาษีอากรเป็นหลัก และเยอรมนีที่ใช้ระบบประกันสังคม เป็นต้น แต่สำหรับประเทศที่ต้องอิงแหล่งเงินมากกว่าหนึ่งแหล่ง มีประชาชนจำนวนมากอยู่ในภาคที่ไม่มีรายได้ประจำ เช่น ภาคเกษตรกรรม มักจะมีระบบประกันสุขภาพมากกว่าหนึ่งระบบ เช่น ประเทศญี่ปุ่น โดยจะมีการแบ่งกลุ่มประชาชนตามลักษณะของการมีรายได้หรืออาชีพ เช่น ภาคอุตสาหกรรมและบริการที่มีรายได้ประจำ กลุ่มประชาชนในภาคเกษตรกรรมหรืออาชีพอิสระ และกลุ่มข้าราชการ เป็นต้น ซึ่งการมีมากกว่าหนึ่งระบบนั้นอาจมาจากความเหมาะสมในการจัดเก็บและการคำนวณอัตราการจัดเก็บรายได้เข้าสู่ระบบประกันเป็นสำคัญ อย่างไรก็ดี การเข้าสู่ระบบประกันจะถูกกำหนดตามลักษณะกลุ่มอาชีพของประชาชนโดยปริยาย การมีหลายระบบในลักษณะนี้จึงมิใช่เรื่องของการให้มีการแข่งขันระหว่างระบบหรือทางเลือกกับประชาชน

2.2.2.5 แหล่งรายได้ของระบบประกันสุขภาพ การเงินการคลังระบบประกันสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับกระแสของเงิน (Flow of Funds) ในระบบ จากแหล่งเงินผ่านองค์กรประกันถึงผู้ให้บริการ ครอบคลุมพันธกิจและกระบวนการบริหารจัดการการคลังระบบสาธารณสุข ตั้งแต่การเก็บรวบรวมเงิน (Revenue Collection) การรวมเงิน (Pooling) การซื้อบริการสุขภาพและการจ่ายเงิน (Purchasing and Payment Methods)

สำหรับการเก็บรวบรวมเงินเพื่อนำมาสำรองเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับซื้อบริการสุขภาพ จัดเป็นภารกิจหลักอย่างแรกของการคลังระบบประกัน โดยประเด็นหลักที่ต้องพิจารณาในเรื่องการรวบรวมเงิน คือ แหล่งที่มาของเงิน ว่าจะนำเงินมาจากแหล่งไหนและจะมีวิธีการเก็บรวบรวมอย่างไร 1) รูปแบบการจัดเก็บรายได้ของระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพมีแหล่งที่มาของเงิน (Sources of Fund) ที่นำมาใช้ในการประกันสุขภาพหลัก ๆ 3 แหล่ง ได้แก่ เงินจากการจัดสรรภาษีอากร (Tax-Financing) เงินจากการสมทบจ่ายประกันสังคม (Contributory) และเบี้ยประกันเอกชน (Private Premium) ซึ่งการจัดเก็บและจัดสรรแหล่งเงินที่จะนำมาใช้ในระบบประกันสุขภาพอาจแตกต่างกันไปตามรูปแบบการประกันสุขภาพ เช่น บางระบบอาจใช้เงินภาษีทั่วไปเป็นค่าใช้จ่าย บางระบบใช้การเก็บเบี้ยประกัน บางระบบใช้การสมทบโดยลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐ เป็นต้น อย่างไรก็ดี แต่ละวิธีก็มีข้อดีและข้อด้อยต่าง ๆ กัน การรวบรวมเงินอาจกำหนดใช้แหล่งใดแหล่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรือหลายแหล่งผสมผสานกันในสัดส่วนที่ต่าง ๆ กันก็ได้ อย่างไรก็ดี ในทางกลับกันหากพิจารณาในมุมมองการจ่ายเงินสำหรับการบริการสาธารณสุข สามารถจำแนกได้ 2 วิธีด้วยกัน คือ วิธีการจ่ายล่วงหน้า (Pre-Payment System) และวิธีร่วมจ่าย ณ จุดบริการ (Cost-Sharing) โดยวิธีจ่ายล่วงหน้าอาจจำแนกได้เป็น 3 แบบ คือ การจ่ายผ่านระบบภาษี การจ่ายสมทบเข้าสู่กองทุนสุขภาพ และการจ่ายเบี้ยประกันโดยการจ่ายล่วงหน้าเป็นการจ่ายออกไปไม่ว่าผู้นั้นจะได้รับการรักษาพยาบาลหรือไม่ก็ตาม ส่วน วิธีร่วมจ่าย ณ จุดบริการ (Cost-Sharing) การจ่ายรูปแบบนี้จะจ่ายต่อเมื่อได้รับบริการสุขภาพเท่านั้น เช่น การจัดเก็บจากส่วนร่วมจ่าย เป็นต้น

ดังนั้น แหล่งที่มาของเงินทุนในระบบประกันสุขภาพจึงจำแนกได้เป็น 4 รูปแบบได้แก่ 1) การจัดเก็บจากภาษี (Tax-Financing) 2) การจัดเก็บจากเงินสมทบ (Contributions) 3) การจัดเก็บจากส่วนร่วมจ่าย (Cost-Sharing) และ 4) การจัดเก็บจากเบี้ยประกันเอกชน (Private Premiums) และ 5) การจัดเก็บจากแหล่งอื่น

1. การจัดเก็บจากภาษี (Tax-Financing) รายได้จากการจัดเก็บภาษี ถือเป็นแหล่งเงินหลักของระบบประกันสุขภาพ ซึ่งการใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินสำหรับระบบประกันสุขภาพมีรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งในแง่ประเภทของภาษีที่ใช้และวิธีการจัดสรร ภาษีที่ใช้อาจมาจากภาษีประเภทต่าง ๆ เช่น ภาษีเงินได้ ภาษีจากการขาย สินค้าและบริการ ภาษีท้องถิ่น ภาษีมลรัฐ เป็นต้น นอกจากนี้อาจมีการนำส่วนหนึ่งของภาษีหรืออากรของสินค้าบางชนิด เช่น บุหรี่ สุรา มาสมทบเป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพด้วย (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, น. 34)

2. ภาษีทั่วไป (General Tax) ระบบประกันสุขภาพที่มีแหล่งเงินทุนมาจากภาษี ถือเป็นการให้สิทธิแก่ประชาชนทุกคนในการรับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น โดยส่วนใหญ่เงินทุนจากการจัดเก็บภาษีจะมาจากเงินภาษีทั่วไปซึ่งเป็นเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีของรัฐบาล ซึ่งประเทศที่จัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีจากการจัดเก็บภาษีทั่วไปเพื่อเป็นแหล่งเงินทุนหลักของระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ ประเทศอังกฤษ ฮ่องกง ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ เป็นต้น

ทั้งนี้ การใช้ภาษีทั่วไปเป็นแหล่งเงินสำหรับประกันสุขภาพมีข้อดี คือ เป็นระบบที่ง่าย ค่าบริหารจัดการต่ำ เนื่องจากไม่ต้องตั้งหน่วยงานหรือสร้างระบบจัดเก็บแยกต่างหาก ขณะเดียวกันหากโครงสร้างรายได้จากภาษีส่วนใหญ่มาจากภาษีรายได้ส่วนบุคคล ซึ่งใช้แบบอัตราก้าวหน้า กล่าวคือ คนรวยจ่ายมากกว่าคนจน ทำให้สามารถนำเงินภาษีที่เก็บจากคนรวยไปสนับสนุนกลุ่มคนที่มีรายได้น้อยกว่าได้

แต่อย่างไรก็ดี การใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินหลักของการประกันสุขภาพมักพบปัญหาในเรื่องของการที่ต้องไปแย่งกับค่าใช้จ่ายด้านอื่น ๆ ของรัฐบาล เช่น การศึกษา การเกษตร การทหาร เป็นต้น ซึ่งคำถามที่ว่าจะจัดสรรภาษีเท่าใดให้เป็นเงินกองทุนประกันสุขภาพ จะจัดสรรเท่าใดให้กับกิจกรรมอื่น ๆ ของรัฐ เป็นคำถามที่จะมีขึ้นทุกรอบงบประมาณ การจัดสรรเงินจึงขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐบาลแต่ละชุดและปัจจัยทางการเมืองอื่น ๆ ทำให้หลักประกันว่าจะมีเงินเพียงพอ สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพด้อยกว่าระบบที่มีการเก็บเงินสำหรับการประกันสุขภาพโดยเฉพาะ นอกจากนี้การใช้ภาษีทั่วไปเพียงแหล่งเดียวยังเป็นการเสียโอกาสการระดมเงินประกันสุขภาพโดยเฉพาะจากกลุ่มผู้ที่มีความพร้อมมาสนับสนุนระบบด้วย

ดังนั้น จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพ หมายถึง เครื่องมือที่นำไปสู่การบริการสุขภาพต่าง ๆ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชน หรือสาธารณะ ทั้งนี้ การประกันสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลความเจ็บป่วยของประชาชน

3. ภาษีท้องถิ่น (Local Government Tax) ระบบกองทุนท้องถิ่นที่อิงชุมชน เป็นฐานในการจัดประกันสุขภาพ (Community-based) มีวิธีการรวบรวมงบประมาณเข้ากองทุน 2 วิธี คือ การเก็บเบี้ยประกัน และการเก็บภาษีท้องถิ่น ซึ่งดำเนินการโดยองค์กรหรือรัฐบาลท้องถิ่นเอง การบริหารจัดเก็บ 2 วิธีนี้ในระดับท้องถิ่นไม่มีความแตกต่างกันเท่าใดนัก อย่างไรก็ดี การจัดการทางด้านการคลังในลักษณะนี้เหมาะสำหรับประเทศที่มีรัฐบาลท้องถิ่นที่เข้มแข็ง หรือมีภาคการเกษตรเป็นภาคใหญ่ และมีสำมะโนประชากรที่สมบูรณ์พอที่จะจัดเก็บได้ โดยประเทศที่จัดเก็บภาษีท้องถิ่นเพื่อเป็นแหล่งเงินทุนหลักของระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ เยอรมนี ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ เป็นต้น

การจัดเก็บภาษีท้องถิ่น อาทิ ภาษีทรัพย์สิน ภาษีที่ดิน เป็นทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมในการนำมาใช้เป็นแหล่งเงินทุนสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากการจัดเก็บภาษีดังกล่าวมีลักษณะเป็นการคลังแบบก้าวหน้า (Progressive Financing) พอสมควร ดังนั้นจึงก่อให้เกิดการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขระหว่างผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าสู่ผู้ยากไร้

ประเทศที่อิงกับระบบภาษีท้องถิ่นเป็นหลัก เช่น เดนมาร์ก ฟินแลนด์ สวีเดน สเปน แคนาดา และอิตาลี หน่วยจัดเก็บเงินก็จะเป็นรัฐบาลท้องถิ่น ขณะเดียวกันรัฐบาลกลางมีบทบาทในการอุดหนุนงบประมาณแก่รัฐบาลท้องถิ่นหรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ตามข้อตกลงด้วย (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, น. 35)

4. ภาษีเฉพาะ (Earmarked Tax) ภาษีเฉพาะ (Earmarked Taxes หรือ Dedicated Taxes หรือ Specific Taxes หรือ Restricted Taxes) คือ ภาษีที่จัดเก็บแยกต่างหากสำหรับวัตถุประสงค์พิเศษ (Hypothecation) และใช้สำหรับวัตถุประสงค์เฉพาะเจาะจง (Dedicated or Specific Purpose) ภายใต้กฎหมาย (Carol, 2004, p. 9) ทั้งนี้ ภาษีเฉพาะโดยส่วนใหญ่จะผ่านเข้าสู่กองทุนนอกงบประมาณ (Extra-Budgetary Fund) ซึ่งไม่รวมเข้ามาสู่งบประมาณรายจ่ายประจำปี (Annual Budget) (Gockel, 2006)

ภาษีเฉพาะถือเป็นเครื่องมือทางการคลังรูปแบบหนึ่งที่ใช้โดยรัฐบาล ซึ่งโดยส่วนใหญ่กองทุนภาษีเฉพาะมักจะถูกจัดสรรให้แก่กิจกรรมหรือโครงการบริการสาธารณะของรัฐ อย่างไรก็ดี ภาษีเฉพาะที่นิยมใช้ในระบบประกันสุขภาพ ปรากฏอยู่ในรูปแบบภาษีการบริโภคและการประกอบกิจการบางประเภท (Consumer Tax) เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคและกิจกรรมบางอย่าง รวมถึงธุรกิจบางประเภทอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ เป็นเหตุให้ผู้ที่มีพฤติกรรมหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากกิจกรรมประเภทเหล่านั้นมีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าปกติ และทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงขึ้น จึงอาจมีการเก็บภาษีเฉพาะสำหรับกิจการที่เกี่ยวข้องเป็นแหล่งรายได้แหล่งหนึ่งของการประกันสุขภาพ ดังเช่นในหลาย ๆ ประเทศที่นำเงินภาษีบุหรี่และสุรามาเป็นแหล่งงบประมาณสำหรับสุขภาพด้วย เช่น จีน ไต้หวัน แคนาดา เป็นต้น ภาษีประเภทนี้มักถูกเรียกว่า “ภาษีบาป” (Sin Tax) เนื่องจากผลิตภัณฑ์เหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายอย่างซึ่งจะกลายเป็นภาระของระบบสุขภาพในระยะยาว การนำภาษีประเภทนี้มาเป็นค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ จึงเป็นมาตรการที่มีความสมเหตุสมผล เป็นทางเลือกที่น่าสนใจในการเป็นแหล่งเงินเสริมสำหรับการคลังของระบบสุขภาพ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, 2545, น. 35-36)

นอกจากนี้ ความเจ็บป่วยบางประเภทมีส่วนเกี่ยวข้องกับลักษณะของงานในอาชีพต่าง ๆ หรืออาจเป็นผลจากกิจการทางธุรกิจบางประเภท ระบบประกันอาจกำหนดให้นายจ้างต้องร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับกลุ่มความเจ็บป่วยที่อาจเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ในงาน โดยการจ่ายเงินจำนวนหนึ่งเข้ากองทุนสุขภาพ หรือที่เรียกว่า “ภาษีค่าจ้าง” (Payroll Tax) เพื่อเป็นการชดเชยที่กิจการนั้น ๆ เป็นเหตุให้กองทุนต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ การจ่ายเงินจำนวนดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ คือ เป็นเงินส่วนเพิ่มเพื่อนำมาใช้ในค่าใช้จ่ายสุขภาพ และเป็นมาตรการที่ส่งเสริมให้ผู้ประกอบการเพิ่มมาตรการด้านความปลอดภัยในการทางาน (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, น. 35-36)

อย่างไรก็ดี ในระบบประกันสุขภาพภาษีเฉพาะอาจเก็บจากผู้ที่เป็นสมาชิกในระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากผู้ที่เป็นสมาชิกในระบบประกันสุขภาพได้รับประโยชน์จากการได้รับบริการทางสุขภาพ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งได้ว่า ภาษีเฉพาะเพื่อสุขภาพ (Personal Health Taxes) ตัวอย่างเช่น การจัดเก็บภาษีเฉพาะเพื่อสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย (Medicare Levy) โดยจะจัดเก็บจากผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศซึ่งมีฐานภาษีที่ต้องเสียตามระดับเงินได้ในอัตราก้าวหน้า

5. การจัดเก็บจากเงินสมทบ (Contributions) การสมทบจ่ายเป็นแหล่งที่มาของเงินทุนอันสำคัญในระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโครงการประกันสังคม (Social Insurance) โดยเงินทุนส่วนใหญ่ได้มาจากภาคประชาชน อย่างไรก็ดี โครงการประกันสังคมในหลายประเทศ รัฐบาลออกกฎหมายหรือกำหนดระเบียบ ให้บุคคลหรือผู้ประกอบธุรกิจจะต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสุขภาพสำหรับตนเองหรือสำหรับลูกจ้างในธุรกิจ โดยวิธีการรวบรวมเงินที่ใช้ในระบบนี้คือ การหักจากเงินเดือนของลูกจ้างและจ่ายสมทบโดยนายจ้าง

อนึ่ง เงินสมทบ หมายถึง เงินที่ผู้เอาประกันจ่ายให้แก่ผู้ให้ประกันล่วงหน้าก่อนเพื่อให้ได้รับสิทธิครอบคลุมค่าใช้จ่ายสุขภาพ ระบบนี้แตกต่างจากระบบภาษี คือ การมีสิทธิในหลักประกันสุขภาพผูกพันโดยตรงกับการจ่ายเบี้ยประกัน หมายความว่า เมื่อจ่ายเบี้ยประกันก็มีสิทธิ หากไม่จ่ายก็ไม่มีสิทธิ ส่วนในระบบภาษีนั้น การจ่ายภาษีกับการมีสิทธิในหลักประกันสุขภาพไม่ได้สัมพันธ์กันโดยตรง ผู้ที่จ่ายภาษีกับผู้ที่ไม่ต้องจ่ายภาษีมีสิทธิเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม บางประเทศใช้เงินจากภาษีกับเงินสมทบร่วมกันเป็นแหล่งเงินสำหรับระบบประกันเดียวกัน

6. การจัดเก็บจากส่วนร่วมจ่าย (Cost-Sharing) ส่วนร่วมจ่าย (Cost-Sharing) คือเงื่อนไขของการประกันสุขภาพซึ่งเรียกร้องให้บุคคลที่ได้รับความครอบคลุมจ่ายส่วนของราคาการดูแลรักษาพยาบาลที่ได้รับ ทั้งนี้ ส่วนร่วมจ่ายแตกต่างจากการจ่ายเบี้ยประกัน เงินสมทบ และภาษี เนื่องจากแหล่งรายได้ทั้งสามรูปแบบเป็นเงินที่จ่ายไป โดยไม่คำนึงถึงว่าจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลหรือไม่

การเก็บเงินส่วนร่วมจ่ายสามารถทาได้หลายวิธี โดยการกำหนดอัตราและวิธีการจัดเก็บ ซึ่งการกำหนดส่วนร่วมจ่ายในรูปแบบต่าง ๆ อาจใช้ผสมผสานกันไปสำหรับบริการประเภทต่าง ๆ โดยไม่จำกัดว่าจะต้องใช้แบบใดแบบหนึ่งเท่านั้น ซึ่งวิธีการจัดเก็บเงินส่วนร่วมจ่าย แบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ (Henk van Tuinen, Bram de Boo and Jaco van Rijn, 1998) ดังนี้ 1) ส่วนจ่ายร่วม (Co-Payments) ส่วนจ่ายร่วม หรือ Co-Payments คือ ส่วนร่วมจ่ายในรูปแบบการจ่ายคงที่สำหรับการบริการ โดยผู้ทาประกันต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนคงที่จำนวนหนึ่งเสมอเมื่อไปใช้บริการ ทั้งนี้ ส่วนจ่ายร่วมถือเป็นแหล่งเงินแหล่งหนึ่งสำหรับระบบประกันสุขภาพ โดยเป็นเงินที่ผู้ใช้บริการจ่ายให้แก่ผู้ให้บริการ ณ จุดที่ใช้บริการ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการให้บริการ ทั้งนี้ ในหลายประเทศมีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการไว้ เช่น สหภาพยุโรป แคนาดา เกาหลีใต้ และญี่ปุ่น เป็นต้น 2) ส่วนร่วมประกัน (Co-Insurance) ส่วนร่วมประกัน หรือ Co-Insurance คือ ส่วนร่วมจ่าย

ตามสัดส่วนที่กำหนดของ ราคาค่าบริการ โดยผู้ทาประกันจะรับผิดชอบตามสัดส่วนของค่าใช้จ่ายชำระให้แพทย์หรือสถานพยาบาล ทั้งนี้ ส่วนร่วมประกัน หรือ Co-Insurance ส่วนใหญ่จะกำหนดเป็นอัตราร้อยละของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด เช่น ร้อยละ 20 ของค่ารักษาพยาบาล 3) การให้รับผิดชอบเบื้องต้นก่อนการคุ้มครอง (Deductibles) การให้รับผิดชอบเบื้องต้นก่อนการคุ้มครอง หรือ Deductibles คือ ส่วนร่วมจ่ายในรูปแบบการจ่ายคงที่ ซึ่งต้องมีการจ่ายสำหรับค่าบริการก่อนการจ่ายประโยชน์จากการประกันถึงจะตามมา กล่าวคือ ผู้ทาประกันภัยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเบื้องต้นในปริมาณหนึ่งก่อนที่ผู้รับประกันจะรับผิดชอบ

ทั้งนี้ การกำหนดส่วนร่วมจ่าย (Cost-Sharing) มีขึ้นด้วยวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ ประการแรก เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้มีสิทธิใช้บริการมากเกินจำเป็น และประการที่สอง เพื่อสมทบเป็นค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งสำหรับบริการสุขภาพ เพื่อจะได้ไม่ต้องมีการเก็บเบี้ยประกันหรือจัดสรรภาษีเพื่อการประกันสุขภาพสูงเกินไป

อย่างไรก็ดี การร่วมจ่ายค่าบริการอาจส่งผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คนที่มีปัญหาด้านสุขภาพหรือคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ยกเว้นระบบการร่วมจ่ายจะมีการกำหนดอัตราการร่วมจ่ายตามระดับรายได้ของประชาชน ทั้งนี้ ระบบการร่วมจ่ายดังกล่าวค่อนข้างดำเนินการยากและมีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสูง และผลของระบบดังกล่าวอาจไม่ได้ช่วยคนจนในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ส่วนร่วมจ่ายค่อนข้างมีสัดส่วนจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับค่าบริการทั้งหมด และเป็นแหล่งเงินที่มีจำนวนไม่สูงในระบบประกันสุขภาพ อย่างไรก็ดี บางประเทศมีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายโดยเฉลี่ยเป็นเงินถึงร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายสำหรับค่าบริการ เช่น ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของเกาหลีใต้ เป็นต้น

ส่วนตัวอย่างของประเทศที่นิยมจัดเก็บรายได้จากส่วนร่วมจ่าย เช่น ประเทศญี่ปุ่น ผู้ประกันตนต้องจ่ายร่วมร้อยละ 20 ของรายจ่ายทั้งหมดในการพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและการเข้าพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน หรือประเทศสาธารณรัฐเกาหลีใต้ ที่ประชาชนต้องจ่ายร่วมกรณีรักษาแบบผู้ป่วยนอกแตกต่างไปตามระดับบริการสุขภาพที่ได้รับ กล่าวคือ ต้องจ่ายร่วมร้อยละ 30 เมื่อรักษาที่คลินิก ร้อยละ 40 เมื่อรักษาที่โรงพยาบาล และร้อยละ 55 เมื่อรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป และต้องจ่ายร่วมร้อยละ 20 กรณีการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน รวมทั้งมีหลายประเทศที่มีการจ่ายร่วมบางรายการ เช่น ประเทศออสเตรเลีย ต้องจ่ายร่วมกรณีผู้ป่วยนอก แต่ไม่ต้องจ่ายร่วมการเข้ารักษา

ตัวแบบผู้ป่วยใน หรือประเทศแคนาดา ไม่ต้องจ่ายร่วมเงินทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่ต้องจ่ายร่วมค่ายา เป็นต้น

7. การจัดเก็บจากเบี้ยประกันเอกชน (Private Premiums) การที่บุคคลนำเงินไปซื้อประกันเอกชนหรือการที่นายจ้างซื้อประกันเอกชนให้กับลูกจ้างโดยสมัครใจ ในกรณีนี้ผู้ซื้อประกันตกลงกับบริษัทประกันว่าต้องการได้ประกันแบบใด ต้องจ่ายเบี้ยประกันเท่าใด แล้วจึงทาสัญญากับบริษัทประกันเอง อัตราเบี้ยประกันของประกันเอกชนมักขึ้นกับความมากน้อยของสิทธิประโยชน์ อายุ อาชีพ หรือตัวบ่งชี้อื่น ๆ ของสภาวะสุขภาพของผู้เอาประกัน รวมทั้งจำนวนของผู้เอาประกันในกลุ่มเดียวกัน เป็นต้น

8. การจัดเก็บจากแหล่งอื่น ระบบประกันสุขภาพอาจหารายได้จากแหล่งอื่นมาใช้จ่ายในการประกันสุขภาพเพิ่มเติมนอกเหนือจากการเก็บเบี้ยประกันและภาษี ได้แก่ การออกสลากเป็นมาตรการเพื่อหารายได้เข้าสู่กองทุนประกันสุขภาพในประเทศไต้หวัน หรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติแบบผสมการออมการประกันและการช่วยเหลือ โดยรัฐบาลจะจัดตั้งกองทุนสามกองทุนเพื่อประกันสุขภาพ โดยกองทุนแรกเก็บเงินจากการออมแต่ยังแยกบัญชีเป็นของบุคคลนั้น กองทุนที่สองเป็นกองทุนประกันเก็บเงินจากเบี้ยประกัน กองทุนที่สามเป็นกองทุนช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย ดังเช่นในประเทศสิงคโปร์และสหรัฐอเมริกาซึ่งกำลังทดลองใช้วิธีนี้ด้วย เป็นต้น

อย่างไรก็ดี นอกจากการระดมเงินเข้าสู่ระบบประกันแล้ว ยังมีระบบการคลังสุขภาพโดยการระดมทรัพยากรประเภทต่าง ๆ จากชุมชน ทั้งที่เป็นตัวเงินและสิ่งอื่น เพื่อนำมาใช้สำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพ กล่าวคือ สมาชิกของชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสุขภาพของสมาชิกชุมชนด้วยกันเอง โดยอาจให้เป็นเงิน สิ่งของ หรือแรงงาน รวมเป็นกองทุนชุมชนที่เป็นเจ้าของร่วมกัน ชุมชนอาจใช้เงินกองทุนซื้อบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการ โดยที่กองทุนมิได้เป็นเจ้าของ หรืออาจจัดบริการสุขภาพเองโดยกองทุนเป็นเจ้าของก็ได้ เช่น การสร้างคลินิกชุมชนเอง แล้วจ้างแพทย์มาประจำ โดยแพทย์ได้รับเงินเดือนของกองทุน เป็นต้น

2.2.2.5 รูปแบบการจัดสรรรายได้ของระบบประกันสุขภาพ โดยส่วนใหญ่การจัดสรรรายได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ สามารถทำได้ 2 วิธี คือ 1) การจัดสรรผ่านกระบวนการงบประมาณ และ 2) การจัดสรรเข้าสู่กองทุนเฉพาะ (Earmarked Fund)

ก. การจัดสรรผ่านกระบวนการงบประมาณ (Budget Process) ในกรณีที่รัฐใช้งบประมาณรายจ่ายประจำปี (Annual Budget) เป็นแหล่งรายได้สำหรับระบบประกันสุขภาพ การจัดสรรอาจดำเนินการโดยผ่านกระบวนการงบประมาณ (Budget Process) หรือวิธีการงบประมาณ (Budget Procedure) ซึ่งการจัดสรรงบประมาณหมายถึง การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายให้ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจใช้จ่ายหรือก่อหนี้ผูกพันตามวัตถุประสงค์และภายในระยะเวลาที่กำหนดตามวงเงินงบประมาณรายจ่ายที่ได้รับอนุมัติจากรัฐสภา (ศิริพงศ์ อทัญญูตา, 2548, น. 13-14) ซึ่งขั้นตอนและวิธีการจัดสรรงบประมาณของไทย ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการจัดเตรียมหรือจัดทำงบประมาณ โดยเป็นช่วงความรับผิดชอบของส่วนราชการ สำนักงบประมาณ รวมถึงคณะรัฐมนตรี ในการกำหนดวงเงินรายจ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำปี ซึ่งส่วนราชการจะจัดทำคำของบประมาณและส่งคาขอดังกล่าวไปยังสำนักงบประมาณเพื่อพิจารณา ซึ่งเมื่อสำนักงบประมาณจัดทางบประมาณเรียบร้อยแล้ว จึงเสนอต่อคณะรัฐมนตรี (รัฐบาล) เพื่อจัดทาร่างและนำเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรต่อไป 2) กระบวนการอนุมัติงบประมาณ เป็นภารกิจหลักของสภาผู้แทนราษฎร ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การพิจารณารับหลักการ การพิจารณาโดยคณะกรรมาธิการ การพิจารณาในรายละเอียดโดยรัฐสภา และการให้ความเห็นชอบ 3) กระบวนการบริหารงบประมาณ เป็นกระบวนการใช้งบประมาณที่ผ่านความเห็นชอบของรัฐสภา โดยส่วนราชการต้องจัดทาเรื่องขออนุมัติเงินประจำงวดจากสำนักงบประมาณ

ทั้งนี้ งบประมาณรายจ่ายประจำปีที่รัฐจัดสรรส่วนใหญ่ได้มาจากการจัดเก็บภาษีทั่วไป โดยบุคคลในฐานะประชาชนจะเสียภาษีในรูปต่าง ๆ ให้กับรัฐบาล แล้วรัฐบาลก็จะจัดสรรเงินเป็นงบประมาณรายจ่ายต่อไป ซึ่งตัวอย่างการจัดสรรรายได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพผ่านกระบวนการงบประมาณ เช่น โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการที่ใช้งบประมาณรายจ่ายประจำปีเป็นแหล่งรายได้หลักสำหรับระบบประกันสุขภาพ เป็นต้น

ข. การจัดสรรเข้าสู่กองทุนเฉพาะ (Earmarked Fund) กองทุนเฉพาะ (Earmarked Fund) คือ การโอนเงินจากภาษีหรือกลุ่มของรายได้ ไปยังกิจกรรมรัฐบาลเพื่อวัตถุประสงค์ใดวัตถุประสงค์หนึ่งโดยเฉพาะเจาะจง46 ทั้งนี้ กองทุนเฉพาะดังกล่าวถือเป็นกองทุนนอกงบประมาณ (Extra-Budgetary Fund) ซึ่งไม่รวมเข้ามาสู่งบประมาณรายจ่ายประจำปี (Annual Budget) และไม่กลายเป็นส่วนหนึ่งของรายรับตามบัญชีงบประมาณ (General Consolidated Revenue) ดังนั้น จึงถือเป็นเงินนอกงบประมาณ ซึ่งการจัดสรรเงินนอกงบประมาณทาได้โดยง่ายดาย

กว่าการจัดสรรเงินจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี เนื่องจากกระบวนการขั้นตอนการจัดสรรเงินงบประมาณมีระบบการควบคุมที่เข้มงวดกว่า

สำหรับการจัดสรรรายได้เข้าสู่กองทุนเฉพาะของระบบประกันสุขภาพ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การกันเงินที่จัดเก็บเฉพาะแล้วกำหนดเงินที่ได้นำไปเพื่อใช้จ่ายในโครงการเฉพาะเจาะจง กล่าวคือ เป็นกองทุนภาษีเฉพาะที่จัดเก็บแยกและกันเงินแยกไว้ต่างหากสำหรับวัตถุประสงค์เฉพาะเจาะจง ตัวอย่างเช่น กองทุนจากเงินสมทบประกันสังคมที่จัดเก็บจากสมาชิกและกันเงินทั้งหมดเข้าสู่กองทุน 2) การกันเงินจากกลุ่มเงินจำนวนหนึ่งแล้วนำเงินที่ได้ไปใช้จ่ายในโครงการเฉพาะเจาะจงกล่าว คือ กองทุนที่กันเงินจากรายได้จากภาษีทั่วไป แต่นำไปใช้จ่ายในวัตถุประสงค์เฉพาะเช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทย เป็นต้น

2.2.3 สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ

สิทธิประโยชน์ (Benefit Package) หมายถึง ชนิดของบริการสุขภาพที่ได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพ ซึ่งผู้ให้ประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมดหรือบางส่วน บริการเหล่านี้ส่วนใหญ่รวมถึงการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ยา วัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ

ทั้งนี้ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับการครอบคลุม อาจได้รับการกำหนดในลักษณะที่ผู้ให้ประกันจัดทาเป็นรายการของบริการ ยา เครื่องมือและอุปกรณ์ที่เบิกได้ (Positive List) หรืออาจกำหนดเป็นรายการยกเว้น คือ เบิกไม่ได้ (Negative List) อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองอย่างก็ได้

โดยส่วนใหญ่การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์แบ่งออกได้เป็นสามรูปแบบ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, น. 23-26) ได้แก่ 1) การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน 2) การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมหรือส่วนเสริม และ 3) การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ตามประเภทการเจ็บป่วย โดยมีรูปแบบแตกต่างกัน ดังนี้

1. สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน การกำหนดให้มีชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานก็เพื่อเป็นการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัด ให้ใช้สำหรับชนิดของบริการที่ถือว่าจำเป็น เป็นการจำกัดรายการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น ในอีกด้านหนึ่ง การที่แสดงรายการว่าบริการใดบ้างที่ผู้ให้ประกันจะต้องรับผิดชอบไว้อย่างชัดเจนก็เป็นการระบุว่า อย่างน้อยที่สุดผู้ที่ได้รับการครอบคลุมจะได้รับหลักประกันอะไรจากระบบประกันบ้าง เนื่องจากการตัดสินใจเลือกว่าบริการประเภทใดควรเป็น

บริการพื้นฐานที่ได้รับ การครอบคลุมโดยระบบประกัน เป็นการใช้วิจารณญาณของผู้ให้ประกันหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมักตัดสินบนพื้นฐานของความต้องการของสังคมหรือของระบบประกันโดยรวม

2. สิทธิประโยชน์เพิ่มเติม อย่างไรก็ดี หากจำกัดให้ทุกคนจำเป็นต้องอยู่ภายใต้กรอบของชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานโดยไม่มีทางเลือกอื่น ก็จะไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่มีความแตกต่างหลากหลายของบุคคลได้ ด้วยเหตุนี้ ระบบประกันสุขภาพจึงควรเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีความประสงค์จะได้รับบริการเพิ่มเติมนอกเหนือไปจากที่ระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน และมีกำลังที่จะจ่ายได้ สามารถจะมีทางเลือกที่จะซื้อบริการเพิ่มเติม โดยอาจเป็นในรูปของการจ่ายเงินค่าบริการส่วนที่เกินจากสิทธิพื้นฐานให้กับผู้ให้บริการเมื่อไปใช้บริการ หรืออาจเป็นไปในรูปของการซื้อประกันสุขภาพสมทบ โดยที่บุคคลที่ต้องการใช้บริการเพิ่มเติมเป็นผู้ซื้อประกันสมทบเอง หรือนายจ้างซื้อสมทบให้เป็นสวัสดิการการจ้างงานก็ได้นำระบบประกันต้องบริหารให้เกิดความสมดุลระหว่างการเปิดให้มีทางเลือกที่หลากหลายแก่ผู้ใช้บริการ กับความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรภายในระบบ โดยควรต้องกำหนดให้มีหลักเกณฑ์ในการควบคุมและตรวจสอบการให้สิทธิพิเศษเพิ่มเติม เพื่อป้องกันการจัดสรรที่ไม่เป็นธรรมด้วย

3. สิทธิประโยชน์ตามประเภทของการเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยแต่ละชนิดก่อให้เกิดภาระต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาไม่เท่ากัน ความเจ็บป่วยบางชนิดมีค่าใช้จ่ายต่ำ เช่น ไข้หวัด โรคกระเพาะ โรคปวดหลัง บางชนิดมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในทั่วไป กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ในขณะที่บางชนิดเป็นกลุ่มโรคที่ต้องใช้ค่ารักษาแพงมาก เช่น มะเร็งการผ่าตัดหัวใจ และโรคไต เป็นต้น

ทั้งนี้ ความเจ็บป่วยที่เป็นบ่อยแต่ค่าใช้จ่ายต่ำ อาจเกิดขึ้นปีละหลายครั้ง การดูแลรักษาทำได้ง่าย อาจสามารถดูแลรักษาเองหรือใช้บริการรักษาพยาบาลในระดับต้น (ปฐมภูมิ หรือ Primary Care) ได้ มีค่ารักษาไม่แพง โดยทั่วไปบุคคลหรือครอบครัวมีความสามารถที่จะจ่ายค่ารักษานั้นได้ ส่วนการเจ็บป่วยที่มีโอกาสเป็นไม่มากแต่ค่าใช้จ่ายสูงมาก ต้องได้รับการดูแลรักษาโดยบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง มักต้องใช้บริการของโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายสูง บุคคลหรือครอบครัวอาจไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ บางรายอาจต้องกู้หนี้ยืมสินมาจ่ายค่ารักษาพยาบาล จนมีชื่อเรียกกลุ่มความเจ็บป่วยเหล่านี้ว่า ความเจ็บป่วยแบบหายนะ (Catastrophic Illness)

การพิจารณากำหนดชุดสิทธิประโยชน์ให้ระบบประกันครอบคลุมหรือรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายสำหรับความเจ็บป่วยที่เป็นบ่อยแต่ค่าใช้จ่ายต่ำกับความเจ็บป่วยที่มีโอกาสเป็นไม่มากแต่ค่าใช้จ่ายสูง หรือทั้ง 2 ประเภทนั้น โดยปกติผู้ใช้บริการต้องการให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมสำหรับทุกโรคและค่าใช้จ่ายทั้งหมด แต่สำหรับผู้ให้บริการจำเป็นต้องคำนึงถึงศักยภาพทางการเงินของระบบด้วย กล่าวคือ ในระบบประกันที่อุดหนุนด้วยภาษี ทรัพยากรย่อมมีจำกัด การนำเงินไปจ่ายค่ารักษาโรคไม่ร้ายแรงมากขึ้น ทำให้การจ่ายค่ารักษาโรคร้ายแรงน้อยลง ส่วนในระบบที่ใช้เบี้ยประกันการครอบคลุมมากอาจหมายถึงต้องเก็บเบี้ยประกันสูงขึ้น การจัดสรรทรัพยากรที่ต้องเลือกในแง่นี้ จึงมีประเด็นพิจารณาว่า ระบบประกันสุขภาพจะให้การครอบคลุมตั้งแต่เงินบาทแรกหรือครอบคลุมโรคเบื้องต้น (Front End Coverage) หรือไม่ หรือจะให้ครอบคลุมเฉพาะในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายสูงปานกลางและค่าใช้จ่ายหายนะ (Catastrophic Insurance) เท่านั้น

ดังนั้น จากข้อมูลข้างต้นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ เป็นชนิดของบริการสุขภาพที่ได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพ ซึ่งผู้ให้ประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมดหรือบางส่วน บริการเหล่านี้ส่วนใหญ่รวมถึงการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ยา วัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ สิทธิประโยชน์ที่ได้รับการครอบคลุม อาจได้รับการกำหนดในลักษณะที่ผู้ให้ประกันจัดทำเป็นรายการของบริการ ยา เครื่องมือและอุปกรณ์ที่เบิกได้ โดยส่วนใหญ่การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมหรือส่วนเสริม และการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ตามประเภทการเจ็บป่วย โดยมีรูปแบบแตกต่างกัน

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอำนาจ

การแสวงหาอำนาจและการได้มาซึ่งอำนาจ เป็นหลักของรัฐศาสตร์หรือการเมืองเพื่อจัดการผลประโยชน์ของคนหมู่มากให้บรรลุเป้าหมายแห่งการอยู่ร่วมกันในสังคมทุกระดับ เพื่อให้เกิดผลดีมากที่สุด และเกิดผลเสียหายน้อยที่สุด โดยใช้อำนาจนั้นในรูปแบบของการปกครอง การบริหารการจัดการ ลักษณะของอำนาจตามแนวคิดตะวันตกประกอบด้วย 1) การแสวงหาอำนาจและการได้มาซึ่งอำนาจ เป็นการแสวงหาจากคนอื่น ให้คนอื่นยอมรับ อำนาจเกิดจากการต่อรองผลประโยชน์ จากการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในเชิงบังคับให้จำยอม เช่น ในรูปแบบประชาธิปไตยหรือ

สมบูรณาญาสิทธิราช อำนาจเกิดจากการบังคับคนอื่นให้ยอมรับโดยการสถาปนาตนเองให้ทุกคนยอมรับว่าอำนาจ ทั้งบริหาร ตุลาการ นิติบัญญัติอยู่ที่ผู้นำเพียงคนเดียว ถ้าไม่ยอมรับหรือเป็นปฏิปักษ์ก็จะได้รับการลงโทษโดยเด็ดขาด อาจจะอ้างอำนาจจากพระเจ้าประทานให้ ตามทฤษฎีเทวสิทธิ์ หรือสัญญาประชาคมว่า ประชาชนพร้อมใจกันมอบให้ ตามทฤษฎีของโธมัส ฮอบส์ ที่มอบให้แล้วให้เลยเอาคืนไม่ได้ เพื่อใช้อำนาจนั้นแบบถาวร มีความเข้มแข็งในการบังคับใช้ หรือเป็นแบบประชาธิปไตยตามทฤษฎีของจอห์น ล็อค ที่ประชาชนผู้เป็นเจ้าของอำนาจมอบให้เป็นครั้งคราว เรียกคืนได้ตลอดเวลา ถ้าหากผู้ใช้อำนาจขัดกับความประสงค์ของเจ้าของอำนาจ รวมทั้งอำนาจเผด็จการอำนาจนิยมแบบฟาสซิสต์ หรือแบบนาซี หรืออำนาจเผด็จการแบบเบ็ดเสร็จ แบบคอมมิวนิสต์ การแสวงหาอำนาจจากบุคคลอื่น และได้อำนาจมาโดยใช้ความรุนแรงบีบบังคับให้ประชาชนยอมจำนนทั้งสิ้น 2) การใช้อำนาจ เป็นการใช้โดยการบังคับให้ยอมทำตาม จะด้วยความยินยอมหรือไม่ก็ตาม หากฝ่าฝืนจะต้องได้รับผลร้ายตอบแทน ต้องปฏิบัติตามด้วยความกลัว และไม่เต็มใจ เพราะแม้อำนาจนั้นจะบังคับใช้โดยถูกต้องตามกฎเกณฑ์ของอำนาจนิติบัญญัติที่ออกกฎหมายมาบังคับใช้ แต่ผู้ปฏิบัติตามก็ต้องเสียสิทธิส่วนบุคคลอยู่ดี 3) ผลของการใช้อำนาจ อาจจะเป็นผลประโยชน์ต่อผู้ปกครองฝ่ายเดียว หรือเป็นผลประโยชน์ของประชาชนโดยรวมก็ได้ จากผลของการใช้อำนาจนี้ จึงเกิดการปกครองในระบบการเมืองหลายระบบ เช่น เพื่อประโยชน์ของผู้ปกครองเองก็เกิดระบบทุชนาธิปไตย ทรราชย์ คณาธิปไตย และประชาธิปไตยแบบฝูงชน ส่วนการปกครองเพื่อประโยชน์แก่ประชาชนก็เกิดระบบการปกครองแบบราชาธิปไตย อภิชนาธิปไตย และประชาธิปไตย 4) วัตถุประสงค์ของการใช้อำนาจ เพียงเพื่อประโยชน์สุขในการอยู่ร่วมกันของประชากรในรัฐ ขจัดปัญหาและอุปสรรคที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อความสงบสุขภายใจ และป้องกันภัยที่เกิดจากภายนอก

ดังนั้นอำนาจตามแนวคิดตะวันตกจึงเป็นการแสวงหาอำนาจจากบุคคลอื่นเพื่อต่อรองผลประโยชน์โดยการบังคับให้ยอมทำตามจะด้วยความยินยอมหรือไม่ก็ตามมีการกำหนดกฎเกณฑ์ของอำนาจนิติบัญญัติ ที่ออกกฎหมายมาบังคับใช้ทำให้เสียสิทธิส่วนบุคคล ผลจากการใช้อำนาจทำให้เกิดการปกครองในระบบการเมืองหลายระบบ ทั้งประโยชน์ของผู้ปกครองเองและเพื่อประโยชน์แก่ประชาชน เพื่อประโยชน์สุขในการอยู่ร่วมกันของประชากรในรัฐ ในขณะที่อำนาจตามแนวพุทธศาสตร์เป็นพฤติกรรมที่บุคคลฝึกฝนตนเองตามหลักพระพุทธศาสนาตั้งมั่นอยู่ในคุณธรรมความดีงามเพื่อประโยชน์สุขแก่บุคคลอื่น และเกื้อกูลแก่มหาชนเป็นการใช้อำนาจที่ปราศจากผลร้ายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสังคมค่อยเป็นค่อยไปในทางที่ดีเป็นที่ยอมรับของคนในสังคมแบบยั่งยืน

ซึ่งวัตถุประสงค์ของการใช้อำนาจตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้านั้นทำให้เกิดประโยชน์และความสุขในชีวิตทั้งในโลกนี้ และในโลกหน้าหลังจากตายไปแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์สูงสุด คือ การดับทุกข์ทั้งสิ้นไปคงเหลืออยู่แต่ความสงบสุขอย่างสมบูรณ์แบบตลอดไปถ้าผู้ปกครองและผู้มีอำนาจใช้อำนาจทางรัฐศาสตร์ในการบริหารการเมืองตามแนวพุทธศาสตร์เพื่อจัดการผลประโยชน์ของคนในสังคม ก็คงไม่เกิดความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรมดังปรากฏอยู่ทุกวันนี้ ในงานนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาอำนาจตามแนวคิดตะวันตก ซึ่งหมายถึง ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลหรือกลุ่มในสถานภาพหนึ่ง ๆ ที่จะกระทำการให้บรรลุเป้าหมายความตั้งใจของตนเอง แม้ว่าจะถูกต่อต้านจากบุคคลหรือกลุ่มอื่น บุคคลที่สามารถแสดงความต้องการของตนเองได้ และความต้องการนั้นเหนือกว่าความต้องการของผู้อื่น อำนาจจึงเชื่อมโยงกับการยอมรับ/เกียรติยศ คนที่ได้รับการยอมรับมากคือคนที่มีอำนาจมาก สะท้อนถึงความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ที่มีอำนาจมากกว่ากับผู้ที่มีอำนาจน้อยกว่า หรือกับผู้ไร้ซึ่งอำนาจ

ตามความหมายนี้อำนาจจึงมีความเกี่ยวข้องกับการครอบงำ (Domination) ซึ่งสอดรับกับแนวคิดของ Weber ที่ว่าอำนาจเป็นสิ่งที่ผู้ติดอยู่กับบุคล มีสถานภาพเป็นทรัพยากรหรือสมบัติที่เกี่ยวเนื่องอยู่กับบุคลลเรียกว่าอำนาจเหนือผู้อื่น (Max Weber, 1920 อ้างถึงใน จารุณี วงละคร, 2561) ซึ่งเป็นแนวโน้มของบุคคลที่ต้องการต่อต้านขัดขืนในสิ่งที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในสังคม Weber เชื่อว่าการใช้อำนาจครอบงำคือรูปแบบปกติของความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และได้อธิบายถึงสิทธิอำนาจว่ามีที่มาได้ 3 แบบ คือ

1. สิทธิอำนาจตามประเพณี (Traditional Authority) ทั้งจากสังคมประเพณีดั้งเดิมและสังคมสมัยใหม่เช่น การยอมรับระบบบิดาเป็นใหญ่ในครอบครัว การออกคำสั่งของพ่อแม่ต่อลูก หรือสิทธิอำนาจการนำประกอบ พิธีกรรมทางศาสนาของพระสงฆ์

2. สิทธิอำนาจบนรากฐานบุญบารมี สิทธิอำนาจอันเกิดจากคุณลักษณะ เฉพาะของผู้นำที่ปรากฏขึ้นและเป็นที่ยอมรับว่าเป็นผู้มีบุญบารมี เช่น ความกล้าหาญ ความมีจริยธรรม ความเสียสละ เป็นต้น

3. สิทธิอำนาจที่อยู่บนหลักเหตุผลหรือกฎหมาย คืออำนาจที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ที่ถูกต้องตามหลักเหตุผลหรือกฎข้อบังคับที่ถูกกำหนดไว้ เช่น สิทธิอำนาจที่ตำรวจจับกุมผู้ที่กระทำผิด สิทธิอำนาจที่ผู้พิพากษาจะตัดสินดำเนินคดี เป็นต้น

อำนาจแต่ละแบบจะมีวิธีคิดที่แตกต่างกัน กล่าวคือ อำนาจแบบจารีตประเพณีเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างเป็นเรื่องของธรรมชาติ อำนาจเป็นของคน ๆ เดียวคือผู้นำจะเป็นผู้ออกคำสั่ง ส่วนอำนาจแบบเหตุผลคืออำนาจที่มีการบริหารจัดการ แต่ละอำนาจจะขึ้นอยู่กับทรัพยากรเชิงสัญลักษณ์ซึ่งเชื่อมโยงถึงแหล่งที่มาของอำนาจเป็นเชิงผลผลิต และวิธีการจัดการหรือรูปแบบทางสังคม เช่น ระบบราชการ รูปแบบการปกครองต่าง ๆ หรือองค์กรศาสนา จากคำอธิบายนี้อำนาจครอบงำจะถูกเปลี่ยนเป็นความสัมพันธ์ขึ้นอยู่กับคำสั่งและความแตกต่าง ความสัมพันธ์นี้ถือเป็นปัญหาหลักของการวิเคราะห์สังคม คาร์ล มาร์กซ์ เป็นอีกผู้หนึ่งที่ให้ความสนใจเรื่องของอำนาจในมิติของผู้ปกครองกับผู้ใต้ปกครองเกี่ยวกับการกดขี่ข่มเหงและวิธีการฉกฉวยประโยชน์ โดยอธิบายให้เห็นถึงวิถีการผลิตของสังคม และวิธีการที่มีการควบคุมและใช้ประโยชน์จากผลผลิตนั้นซึ่งจะทำให้เห็นการกดขี่ การควบคุมการผลิตจะกลายเป็นรูปแบบการปกครองทรัพย์สินและความสัมพันธ์ทางสังคมจากการผลิตเป็นแหล่งที่ของวัตถุสิ่งของและอำนาจ ซึ่งจะนำไปสู่การแย่งชิงอำนาจ

แนวคิดเรื่องอำนาจในทัศนะของ อีมิล เดอร์ไคม์ หมายถึง “อำนาจทางสังคม” มิใช่การต่อสู้แข่งขันระหว่างปัจเจกที่มีผลประโยชน์ขัดแย้งกัน อำนาจประกอบด้วยการบังคับควบคุมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การควบคุมทรัพยากรที่จะนำมาใช้เพื่อบรรลุเป้าหมาย 2) ยุทธวิธีการใช้อำนาจจากตัวแทนต่าง ๆ และ 3) ผลที่ตามมาหรือวิธีการตอบโต้จากกลุ่มคนที่ถูกกดขี่ข่มเหงเพื่ออธิบายถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ถูกพัฒนาขึ้นภายใต้การควบคุมกดขี่ของผู้ปกครอง ทรัพยากรเคยถูกแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ทรัพยากรที่เป็นวัตถุและที่เป็นสัญลักษณ์ ซึ่งทั้ง 2 สิ่งนี้อาจไม่ถูกควบคุมทางสังคมเสมอไป แต่ทั้งทรัพยากรวัตถุและสัญลักษณ์นี้ บางครั้งก็อาจถูกมองว่าเป็นส่วนสำคัญในการสร้างอำนาจ 3 ประเภท คือ อำนาจเศรษฐกิจ อำนาจความคิดและอำนาจที่ใช้บังคับ ซึ่งอำนาจที่ใช้บังคับมักจะเป็นอำนาจเชิงสัญลักษณ์ที่เป็นอิสระ ส่วนอำนาจเชิงความคิดและอำนาจเศรษฐกิจจะเกิดขึ้นเมื่อมีการแลกเปลี่ยนแบบต่างตอบแทน

แนวคิดวาทกรรมอำนาจของ Foucault เนื่องจากอำนาจทางการเมืองเป็นอำนาจกำหนดและปรับเปลี่ยนกติกาของสังคม ทั้งควบคุมให้สมาชิกกระทำตามเพื่อความมีระเบียบและความสงบเรียบร้อย และการใช้บทลงโทษเมื่อเกิดการละเมิดกติกา (ยศ สันตสมบัติ, 2544) โดยมีกฎหมายเป็นกลไกสำคัญของการบังคับควบคุม จึงกล่าวได้ว่าภาษาของอำนาจชนิดนี้คือกฎหมาย (Michel Foucault, 1980, p. 201) ภาษาหรือวาทกรรม ได้มีอิทธิพลต่อการรับรู้และเข้าใจเรื่องราวของคนในสังคมโดยที่อาจจะรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม และขณะที่ภาษาถูกใช้เพื่อนิยามเรื่องต่าง ๆ นั้น ก็เป็นทั้ง

การควบคุมและกีดกันการให้นิยามของผู้อื่นไปด้วย ภาษาหรือวาทกรรมในแง่นี้จึงเป็นลักษณะของการเป็นเครื่องมือที่จะสถาปนาหรือดำรงรักษาไว้ซึ่งอำนาจของบุคคลหรือสถาบันหนึ่ง ๆ ได้ เพราะวาทกรรมไม่ได้หยุดอยู่ที่การระบุความหมาย แต่จะมีกระบวนการและปฏิบัติการทางสังคมที่มารองรับชุดความหมายนั้น ๆ เพื่อสร้างการยอมรับจากสังคมได้อย่างแนบเนียน กล่าวได้ว่าวาทกรรมเป็นสิ่งที่ทำให้เรามีอัตลักษณ์ และทำให้เรามีความคิดอย่างที่เราคิด เพราะการที่เราจะทำให้ความเข้าใจกับสิ่งต่าง ๆ ได้นั้นล้วนมาจากการใช้ภาษาและไวยากรณ์ที่ถูกกำหนดจากกฎเกณฑ์ของวาทกรรมเหล่านั้นทั้งสิ้น

วาทกรรมจึงเป็นระบบและกระบวนการในการสร้างผลิตเอกลักษณ์และความหมายให้กับสรรพสิ่งในสังคมที่ห่อหุ้มเราอยู่ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ ความจริง อำนาจ หรือตัวตนของเราเอง วาทกรรมยังทำหน้าที่ตรึงสิ่งที่สร้างขึ้นให้ดำรงอยู่และเป็นที่ยอมรับของสังคมในวงกว้าง ขณะเดียวกันวาทกรรมก็ทำหน้าที่เก็บกด ปิดกั้น มิให้เอกลักษณ์และความหมายบางอย่างเกิดขึ้น หรือทำให้เอกลักษณ์และความหมายของบางอย่างที่ดำรงอยู่แล้วในสังคมเลือนหายไปได้พร้อม ๆ กัน (Foucault, n.d., อ้างถึงในกาญจนา แก้วเทพ, 2553) และการวิเคราะห์วาทกรรมจะช่วยให้เราเข้าใจในปฏิบัติการทางภาษาในฐานะของการเป็นรูปแบบหนึ่งของการนำเสนอหรือสร้างภาพตัวแทนที่ได้ประกอบสร้างปฏิบัติการทางสังคม การจัดประเภททางสังคม และความสัมพันธ์ต่าง ๆ และปฏิบัติการทางภาษาเหล่านั้นก็อยู่บนพื้นฐานของการตอบสนองผลประโยชน์ที่จะได้จากการสร้างวิธีคิดเรื่องความเป็นจริงทางสังคม หนึ่ง ๆ เช่นเดียวกับแนวคิดเรื่องอุดมการณ์ วาทกรรมเป็นเรื่องที่ค่อนข้างนามธรรมและเป็นที่ถกเถียงกันมากในการนำมาใช้วิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางสังคม ส่วนหนึ่งมาจากการมองวาทกรรมโดยที่บ้างก็แยกวาทกรรมออกจากแนวคิดเรื่องอุดมการณ์ แต่บ้างก็เชื่อว่าวาทกรรมกับอุดมการณ์เป็นแนวคิดที่เชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก เช่น Fairclough (2003) ซึ่งกล่าวว่ากระบวนการทางอุดมการณ์เป็นวาทกรรมประเภทหนึ่ง (Type) โดยที่การวิเคราะห์วาทกรรม (เช่น วาทกรรมของสื่อ) จะช่วยให้เราเข้าใจถึงที่มาของตัวบทซึ่งทำหน้าที่ในระดับอุดมการณ์ เช่น วาทกรรมทำให้อุดมการณ์หลักในสังคมดำรงอยู่อย่างเป็นธรรมชาติ (Naturalizing) ผ่านปฏิบัติการทางภาษาในชีวิตประจำวันได้อย่างไร

Barker ซึ่งกล่าวว่าอุดมการณ์เป็นวาทกรรมซึ่งให้ความหมายแก่วัตถุและปฏิบัติการทางสังคมต่าง ๆ ในแง่ของการสร้างชุดความคิดที่นำไปสู่การยอมรับ และการกีดกันของบางสิ่งบางอย่าง ขณะที่อภิญญา เฟื่องฟูสกุล (2546) ตั้งข้อสังเกตไว้ว่าแท้จริงแล้ววาทกรรมคล้ายกับ อุดมการณ์ ในแง่ของการผูกโยงกับอำนาจ Foucault เชื่อว่าวาทกรรมเป็นสิ่งไม่มีถูกหรือผิด การที่ เขาไม่ใช้คำว่าอุดมการณ์ อาจเพราะคำนี้แฝงนัยยะแบบมาร์กซิสต์ที่เห็นว่าอุดมการณ์เป็นเรื่องจิตสำนึกที่ผิดพลาด

และแก้ไขได้ด้วยความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ Foucault มองอำนาจเป็นความสัมพันธ์ในเครือข่ายของความรู้-อำนาจ อำนาจถูกกระทำจากหลาย ๆ จุดในโครงสร้างทางสังคมไม่ได้มาจากจุดยอดของสังคมหรือไม่ได้มาจากการแบ่งขั้วของสังคม เป็นผู้ปกครอง-ถูกปกครอง ความสัมพันธ์ของอำนาจเป็นความสัมพันธ์พื้นฐานไม่ใช่ความสัมพันธ์ขั้นสองที่เกิดจากความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ ความรู้ หรือเพศ แต่แฝงฝังอยู่ด้วยกันกับความสัมพันธ์ดังกล่าว (ธีรยุทธ บุญมี, 2551)

วาทกรรมเป็นเครื่องมือของการสร้างและรักษาอำนาจ ที่สามารถแฝงตัวอยู่ได้ในทุก ๆ อย่างรอบตัวของมนุษย์ทุกคน สำหรับ Foucault วาทกรรมและภาคปฏิบัติการของวาทกรรมได้กลายเป็นจารีตปฏิบัติ กฎเกณฑ์ ความคิด ความเชื่อ คุณค่า ที่สถาบันต่าง ๆ ในสังคมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ ใช้เป็นตัวกำหนดเอกลักษณ์และความหมายให้เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การสร้างความเห็นชอบไปในทิศทางเดียวกันทุก ๆ อย่างในชีวิตประจำวันของมนุษย์สามารถบอกว่าเป็นวาทกรรมได้ทั้งสิ้น หากว่าสิ่งเหล่านั้นกำลังเป็นการสร้างความหมาย หรือตีตราเสมือนป้าย ที่ชี้นำกรอบการรับรู้ของบุคคลในลักษณะของ “มาตรฐาน” และ “ความเป็นปกติ” ให้ตัวมันเอง ขณะที่ได้สร้างความหมายให้สิ่งที่อยู่นอกเหนือและต่างออกไปจากชุดวาทกรรมนั้น ๆ กลายเป็นสิ่งที่ถูกกดทับ ด้อยกว่า เป็นอื่น เป็นสิ่งที่ผิด กระทั่งถูกทำให้เลือนหายไปจากสังคมได้ โดยที่คนส่วนใหญ่มักไม่ได้ฉุกคิด ตั้งข้อสงสัยในที่มาที่ไป แต่มักยอมรับอย่างสนิทใจและปฏิบัติตามอย่างสมัครใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเป็นวาทกรรมที่อยู่ในรูปของความรู้เฉพาะด้านหรือกฎเกณฑ์ของผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ วาทกรรมจึงเป็นกลไกในการกำหนดความสัมพันธ์เชิงอำนาจของผู้กระทำวาทกรรมนั้น ๆ เพื่อควบคุมหรือจัดการสังคมได้อย่างแนบเนียน

ทัศนะเรื่องอำนาจชีวะของ Foucault ชีวอำนาจ เป็นคำศัพท์ที่แปลมาจากภาษาฝรั่งเศสว่า Biopouvoir หมายถึงอำนาจที่มีชีวิตและทำงานได้เองโดยไม่ยึดโยงผูกติดกับตัวคนหรือศูนย์กลางอำนาจ เป็นการเปลี่ยนรูปแบบการใช้อำนาจทางการเมืองที่มีขนาดเล็กลง ภายในองคาพยพของสังคม เป็นการลดทอนอำนาจของศาลและกษัตริย์ลงด้วย (Foucault, 1980, p. 39) อำนาจชีวะเป็นอำนาจที่มุ่งกระทำต่อร่างกายมนุษย์ โดยมุ่งตรงไปที่ “เรือนร่าง” และจิตใต้สำนึกของมนุษย์ ที่ทำให้เราบังคับตัวเองได้ Foucault เรียกว่า “ร่างกายในโอวาท” เป็นร่างกายที่เชื่อง เชื่อฟัง ว่านอนสอนง่าย Foucault กล่าวว่า เอกลักษณ์และลักษณ์นิสัยของปัจเจกบุคคล ก็ล้วนเป็นผลผลิตของความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจทั้งนั้น (Foucault, 1980, p. 74) Foucault พยายามชี้ให้เห็นว่าอำนาจชีวะเป็นสิ่งที่มีอยู่ในจิตของคน แล้วคนก็ใช้อำนาจนี้มาควบคุมตนเอง เมื่อเรายอมรับความรู้หนึ่งว่าเป็นความจริงก็ทำให้ความรู้นี้มีอำนาจบังคับตัวเอง โดยไม่จำเป็นต้องมีตัวตนของผู้บังคับ หมายความว่าเราเป็น

ผู้บงการตัวเองให้เป็นไปตามความรู้ที่เรายอมรับว่าเป็นความจริง “เหมือนกับร่างกายของคนที่ถูกหมอวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เพราะเชื่อในความรู้ของหมอว่าจริง จนทำให้ความรู้นั้นมากำกับควบคุมตัวเรา (อานันท์ กาญจนพันธุ์, 2555, น. 77) ทำให้เราต้องเข้มงวดกวดขันกับตนเองเรื่องอาหารการกิน การดื่ม การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย ไปจนถึงเรื่องการขับถ่าย โดยที่ไม่ต้องมีใครมาสั่ง แต่เราสั่งตัวเองเพราะเชื่ออย่างบริสุทธิ์ใจว่านี่คือสิ่งที่ดีสำหรับตัวเรา

อาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่ยอมรับการตรัสรู้ของพระพุทธองค์ว่าเป็นความจริงอันประเสริฐ แล้วใช้ความจริงนี้เป็นแนวทางในการอบรมขัดเกลาตน (จารุณี วงศ์ละคร, 2561) ยอมรับกระบวนการปลูกฝังเรื่องบาปบุญคุณโทษ จนกระทั่งความรู้เรื่องบุญและบาปเข้าไปอยู่ในจิตใต้สำนึกและก่อรูปเป็น “หิริ โอตัปปะ” คือ ละอายต่อความชั่ว เกรงกลัวต่อบาป ทำให้เราบังคับตนเองไม่ให้ทำความชั่ว แม้ไม่มีใครเห็นก็ไม่ทำสิ่งที่ผิดแผกแปลกไปจากความเป็นปกติของสังคม กล่าวได้ว่า ลักษณะของผู้ที่มีความประพฤติเช่นที่กล่าวมานี้ก็คือ “ร่างกายในโอวาท” ในความหมายของ Foucault นั่นเอง มโนทัศน์เรื่องอำนาจชีวะเป็นภาพสะท้อนการเปลี่ยนกระบวนทัศน์เรื่องอำนาจ กล่าวคือ ในสังคมจะวันตกตั้งแต่ยุคกลางเป็นต้นมา อำนาจมักถูกใช้โดยองค์อธิปัตย์ ผ่านทางกฎหมายเพื่อตอบสนองเจตนารมณ์ของกษัตริย์ และเพื่อเป็นเครื่องมือในการตัดสินของระบบศาลที่ถูกพัฒนาขึ้นมาในสังคมอีกด้วย (Foucault, 1980, p. 94) อำนาจชีวะไม่ใช่อำนาจชอบธรรมหรือไม่ชอบธรรมตามกฎหมายคนธรรมดาที่รู้วิธีการและสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นรู้สึกได้ว่าตนมีอำนาจ ก็ถือว่ามีอำนาจตามทัศนะของ Foucault อำนาจชีวะไม่ใช่อำนาจควบคุมและปราบปรามในรูปของกฎหมาย อำนาจศาล อำนาจรัฐหรืออำนาจกษัตริย์ที่เราคุ้นเคย และมิใช่อำนาจที่มีอยู่ในมือคนใดคนหนึ่งที่เอาไว้ใช้กดขี่ข่มเหงหรือเป็นอำนาจตามความรุนแรงแบบใช้กำลังทางกายภาพกระทำให้บุคคลอื่นเลือดตกยางออกดังที่เรารังเกียจและเห็นเป็นสิ่งชั่วร้าย หากแต่อำนาจชีวะในทัศนะของ Foucault เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ณ จุดย่อย ๆ ของสังคม เช่น ครอบครัว โรงงาน โรงพยาบาล ค่ายทหาร เรือนจำ สถาบันการศึกษา ฯลฯ ซึ่งความสัมพันธ์เชิงอำนาจได้แทรกซึมอยู่ในทุกความสัมพันธ์ในสังคม (เช่น กิจกรรมทางเศรษฐกิจ การอบรมขัดเกลา การศึกษา การบริหาร เป็นต้น) อำนาจในรูปแบบใหม่นี้แสดงออกและเกิดขึ้นอยู่เสมอ โดยไม่ต้องรู้สำนึกหรือจงใจ แต่เกิดการบงการมนุษย์ได้ เมื่อมันเข้าควบคุมร่างงกายแล้วจะสร้างโครงข่ายขึ้นมา จนท้ายที่สุดก็จะทำให้เราสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองไป (Foucault, 1980, p. 186)

เมื่อมีการเปลี่ยนแนวคิดเรื่องอำนาจ แนวคิดเรื่องการลงโทษก็เปลี่ยนไปด้วย แทนที่จะลงโทษต่อร่างกายก็หันมาลงโทษหรือให้บทเรียนแก่จิตวิญญาณ (สายพิณ ศุพุทธมงคล, 2545, น. 12) การใช้อำนาจในการลงโทษแบบใหม่นี้มิได้เป็นการลงโทษที่น้อยลงหรือเบาลง แต่เป็นการลงโทษเพื่อให้ดีขึ้นกว่าเดิม (Foucault, 1991, p. 82) การลงโทษด้วยการคุมขังในคุกหรือเรือนจำ แล้วนักโทษก็ได้รับการดัดนิสัย ปรับพฤติกรรม ทัศนคติ ค่านิยม ตลอดจนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้กลับสู่ความเป็นปกติตามบรรทัดฐานของสังคม สังคมอุตสาหกรรมมีการรักษาและปกป้องความมั่งคั่งไว้โดยการใส่แรงงานเข้าไปในระบบการผลิตเพื่อสร้างกำไร (Foucault, 1980, p. 41) กลไกอำนาจแบบใหม่ จึงให้ความสนใจและมุ่งกระทำต่อร่างกายในระดับปลีกย่อย มีการกำกับควบคุมร่างกายทุกส่วนเพื่อให้ทุกการเคลื่อนไหวของเรือนร่างเหมาะกับการเป็นแรงงานที่มีประสิทธิภาพและมุ่งประโยชน์ใช้สอยมากขึ้น การให้องค์ความรู้เรื่องสุขภาพที่ดี เรื่องการออกกำลังกาย เพื่อไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ แข็งแรง มาตรการเรื่องเวลาในพื้นที่เฉพาะ เข้าทำงานตรงเวลา ไม่สาย ไม่ขาด ไม่อู้งาน ไม่พูดมาก รักองค์กร ใครทำได้สอดคล้องกับมาตรการก็จะก้าวหน้าในการงาน แต่ถ้าหากฝ่าฝืนและทำตัวไม่เหมาะสมกับการเป็นแรงงานที่ดี ก็จะถูกทำโทษ เช่น ตำหนิ ตักเตือน ไม่ขึ้นเงินเดือน พักงาน ไล่ออก ฯลฯ นี่คือวิธีที่อำนาจแบบใหม่พลางตัวเองอย่างแยบยลในนามของความรู้เพื่อสร้างระบอบความจริงขึ้นมา

การเกิดขึ้นของอำนาจชีวะเป็นการเปลี่ยนชุดความคิดเรื่องเทคนิคหรือกลไกของอำนาจจากการใช้อำนาจอย่างสมบูรณ์ขององค์อธิปัตย์ เพื่อการกำหนดชีวิต มาเป็นอำนาจในการกำกับดูแลและการบริหารจัดการ 2 สิ่งคือ 1) การกำกับดูแล บริหารจัดการร่างกายและกายวิภาคของคน และ 2) การกำกับดูแล การบริหารจัดการเรื่องชีวิตของประชากร ธีรยุทธ บุญมี ที่ว่า “รูปแบบอำนาจนี้ถูกใช้ในชีวิตประจำวัน โดนการจำแนกประเภทให้กับบุคคล บ่งความเป็นปัจเจกชนให้กับเขา ผูกพันตัวตนของเขาเข้ากับอัตลักษณ์ กดครอบกฎเกณฑ์ความจริงให้กับเขา ซึ่งเขาต้องยอมรับ และคนอื่นก็ต้องยอมรับว่าดำรงอยู่ในตัวเขาด้วยเช่นกัน” (ธีรยุทธ บุญมี, 2551, น. 176) ในที่สุดเราต่างก็ถูกตัดสิน จำแนก จัดกลุ่มและถูกกำหนดให้มีรูปแบบการใช้ชีวิตตลอดจนการตาย เพื่อให้เป็นไปตามวาทกรรมแห่งความจริง ซึ่งคือผลกระทบของอำนาจนั่นเอง อำนาจทำงานผ่านระเบียบวินัย รวมถึงระบบกฎเกณฑ์ ตลอดจนเงื่อนไขต่าง ๆ โดยล้วงลึกไปในระดับจิตวิญญาณและจิตใต้สำนึกของมนุษย์ การใช้ชีวิตประจำวันของแต่ละคน เพื่อปรับพฤติกรรม บุคลิกลักษณะ การทำกิจกรรม ไปจนถึงอริยาบถปลีกย่อยในชีวิตประจำวัน (Foucault, 1991, p. 77) อำนาจชีวะ เป็นอำนาจควบคุมชีวิตและร่างกายมนุษย์ผ่านการปลูกฝังองค์ความรู้จากสถาบันทางสังคม เพื่อสร้างให้ผู้คนมีวินัยแล้วจัดการควบคุม

ตนเองผ่านวินัยที่ถูกสร้างขึ้น เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ ที่ทำให้คนหันมาใส่ใจสุขภาพโดยไม่ต้องบีบบังคับ แล้วอำนาจชีวะจะมีปฏิบัติการอำนาจที่ตอกย้ำความสัมพันธ์แบบคู่ตรงข้ามระหว่างความปกติและผิดปกติ เมื่อวินัยและความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นได้เข้าไปควบคุมชีวิตแล้ว สังคมนั้น ๆ ก็จะให้ยึดมั่นในบรรทัดฐาน สังคมจึงกลายเป็นสังคมแห่งการสอดส่อง ดังสถาปัตยกรรมเรือนจำตามแนวคิดของ Bentham ซึ่งเป็นนักประโยชน์สุขนิยม ที่มีแนวคิดว่าความสุขเป็นสิ่งที่ดีที่สุด “โดยธรรมชาติมนุษย์ตกอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของนายผู้มีอำนาจเต็ม 2 นาย คือ ความทุกข์และความสุขสบาย เราจะคิด พูด ทำอะไรก็ล้วนแล้วแต่เป็นไปเพราะคำบัญชาของนายทั้ง 2 นี้เท่านั้น (Bentham, 1964, p. 148) นี่คือรากฐานสำคัญของอรรถประโยชน์ ที่เชื่อว่า สังคมที่ดีที่สุดคือสังคมที่ประชาชนมีความสุขที่สุด นโยบายสาธารณะที่ดีที่สุดก็คือนโยบายที่ก่อให้เกิดความสุขมากที่สุดแก่ประชาชนที่ได้รับผลจากนโยบายนั้น ที่ออกแบบให้ห้องขังมีทัศนียภาพ ให้ทุกห้องสามารถมองเห็นหอคอยผู้คุมได้ แม้ไม่สามารถมองเห็นตัวผู้คุม แต่นักโทษจะถูกทำให้รู้สึกว่ามีสายตาของผู้คุมเฝ้ามองดูอยู่ตลอดเวลา (Foucault, 1991, p. 201)

Foucault ชี้ว่าการสอดส่อง การเฝ้าระวัง การตรวจตรา เป็นวิธีการใช้อำนาจควบคุมแบบใหม่ที่ถูกใช้ในช่วงศตวรรษที่ 18 และต้นศตวรรษที่ 19 ถือว่าเป็นวิธีใช้อำนาจได้อย่างมีอำนาจและให้ผลประโยชน์ที่มากกว่า เป็นการใช้อำนาจที่เกิดประโยชน์สูงสุดจากการจัดการให้คนอยู่ในสถานะที่ถูกควบคุมได้แทนที่จะใช้บทลงโทษกับพวกเขาเหล่านั้น (Foucault, 1980, p. 38) ในทัศนะของ Foucault เมื่อกล่าวถึงความรู้ก็หมายถึงอำนาจ เมื่อกล่าวถึงอำนาจก็มีนัยเกี่ยวข้องกับความรู้เสมอ เขาจึงเรียกควบกันว่า “ความรู้-อำนาจ” เขาย้ำเสมอว่าไม่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ปราศจากการสถาปนาความรู้ขึ้นมา และไม่มีความรู้ใดที่ดำรงอยู่โดยปราศจากอำนาจหรือโดยไม่ผลิตอำนาจ อำนาจไม่สามารถถูกใช้โดยปราศจากความรู้ได้ และเป็นไปไม่ได้ที่ความรู้จะไม่ก่อให้เกิดอำนาจตามมา (Foucault, 1980, pp. 51-52) อำนาจที่เรารู้จักและเข้าใจกันมักอยู่ในมิติของการบังคับ แต่ Foucault มองอำนาจในมิติการ “สร้าง” โดยเฉพาะการสร้างความจริง ด้วยเหตุนี้ คำพูดของผู้มีอำนาจ เช่น พระมหากษัตริย์ นักปราชญ์ ศาสดา พระภิกษุ นักบวช แพทย์ จึงเป็น “ความจริง” หรือ “สัจจะ” เสมอ แล้วเราก็ยอมให้ “ความจริง” หรือ “สัจจะ” นี้มากำกับตัวเรา ในแต่ละสังคมมักจะมีปฏิบัติการในการเชื่อมโยงเรื่อง “ความรู้-อำนาจ” เข้ากับการกำกับดูแลและการบริหารจัดการชีวิตและร่างกายของมนุษย์ในยุคสมัยใหม่ จนตกอยู่ภายใต้การกำหนดและการควบคุมของความหมายดังกล่าว (อานันท์, 2555) เช่น เรื่องความงาม ที่สร้างประเด็นขึ้นมาว่าต้องผอมและขาว จึงทำให้เรา

ออกกำลังกาย มีเทรนเนอร์ อดอาหาร ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อลดความอ้วน ใช้เครื่องสำอางที่ช่วยให้ผิวขาว อมชมพูดูมีออร่า ใช้สินค้าที่ช่วยปกป้องรังสียูวี รวมถึงการลดรอยดำ ฯลฯ ทั้งที่ความหมายของความงามนี้คนเราสร้างขึ้นมาเอง แต่ในเมื่อเราเชื่อว่าเป็นความจริงและมีความหมายตายตัว มันจึงมีอำนาจควบคุมเรา แต่เราไม่รู้สึกว่าถูกควบคุม และรู้สึกว่าทำโดยสมัครใจ

การเกิดขึ้นของอำนาจชีวะ เป็นผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแนวคิดทางเศรษฐกิจมาเป็นแบบทุนนิยม กลไกอำนาจแบบใหม่จึงให้ความสนใจแรงงานและเวลาเพื่อป้อนเข้าสู่ระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรม และให้ความสำคัญกับความมั่งคั่งหรือทรัพย์ ทั้งในฐานะที่เป็นวัตถุดิบและเป็นผลตอบแทนจากการผลิต จึงหาวิธีสร้างและเก็บรักษาความมั่งคั่งโดยผ่านปฏิบัติการของอำนาจ ซึ่งปฏิบัติการของอำนาจในสังคมอุตสาหกรรมภายใต้ระบบทุนนิยมนั้น Foucault ชี้ว่ามิอาจเกิดขึ้นได้หากปราศจากวิธีการทางเศรษฐกิจเชิงวาทกรรมของความจริง อำนาจจะบีบบังคับให้เราต้องผลิตความจริงขึ้นมา เพื่อนำไปสู่การสร้างความมั่งคั่ง ซึ่งความจริงนี้เป็นตัวสร้างวาทกรรมหรือกรอบความรู้ขึ้นมา แล้วชะตาชีวิตของเราก็ถูกกำกับโดยวาทกรรมของความจริงซึ่งเป็นเครื่องมือของปฏิบัติการของอำนาจ (Foucault, 1980, pp. 93-94) เช่น วาทกรรมงานหนักไม่เคยฆ่าคน อยากได้ดิบได้ดีต้องทำงาน คนที่ขยันไม่เคยอดตาย ทรัพย์ทางปัญญาไม่มีวันใช้หมดสิ้น เวลาเป็นเงินเป็นทอง งานคือเงิน เงินคืองาน บันดาลสุข ฯลฯ อำนาจในทัศนะของ Foucault มิได้มีแต่ด้านกดขี่ เบียดขับ ปราบปราม ปิดบัง ห้ามปราม แต่มีผลเชิงบวกด้วย ได้แก่ การสร้างความรู้และวาทกรรมต่าง ๆ ขึ้นมาจนกลายเป็นอารยธรรมของมนุษย์นั่นเอง (ธงชัย วินิจจะกุล, ม.ป.ป, น. 54) แนวคิดเรื่องอำนาจชีวะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแนวติดทางเศรษฐกิจมาเป็นแบบทุนนิยม และการเปลี่ยนอำนาจกษัตริย์ อำนาจกฎหมาย อำนาจศาลมาเป็นอำนาจที่มีในจิตของคนเรา แล้วเราก็ใช้มันมาควบคุมตนเอง เรียกว่า “อำนาจชีวะ” อำนาจชีวะเป็นอำนาจที่มีชีวิตและทำงานได้เองโดยไม่ยึดโยงผูกติดกับตัวคนหรือศูนย์กลางอำนาจ มันมุ่งกระทำต่อเรือนร่างและให้บทเรียนแก่จิตวิญญาณของปัจเจก เพื่อให้ร่างกายเชื่อง ว่านอนสอนง่าย มีวินัยในตนเองเป็น “ร่างกายในโอวาท” คือเป็นร่างกายที่มีประโยชน์และเป็นผู้ผลิต หัวใจของอำนาจชีวะคือการคำนึงถึงอรรถประโยชน์ อันเป็นมิติทางเศรษฐศาสตร์ และการได้มาซึ่งร่างกายในโอวาท ซึ่งเป็นมิติทางการเมืองแบบใหม่ คือ “การเมืองเรื่องเรือนร่าง” ที่มุ่งใช้เทคนิคการปกครองชีวญาณ เป้าหมายของอำนาจชีวะก็คือการปั้นแต่งเรือนร่าง เอกลักษณ์ และลักษณะนิสัยของปัจเจกบุคคล ด้วยเหตุนี้ การทำงานของอำนาจชีวะจึงเกี่ยวข้องกับระบบปั้นอัตบุคคลให้มีความพร้อมและเหมาะสมที่จะเป็นแรงงานที่มีประสิทธิภาพและมีประโยชน์ นำไปสู่ความสุขและความเจริญของสังคม

กลไกของอำนาจชีวะจึงให้ความสนใจแรงงานและเวลาเพื่อป้อนเข้าสู่ระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรม อันจะนำมาซึ่งความมั่งคั่งหรือทรัพย์ สังคมที่อยู่ภายใต้ระบบการผลิตแบบนี้จึงให้ความสำคัญกับการหาแนวทางในการเก็บรักษาและปกป้องความมั่งคั่งนั้นไว้ โดยผ่านการใช้อำนาจที่ทำงานควบคู่กับความรู้ โดยมีระเบียบวินัยเป็นกลไกของอำนาจ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอำนาจชีวะมีแง่มุมที่เป็นผู้สร้าง คือ การสร้าง “ความรู้” ขึ้นมาด้วย

อำนาจชีวะไม่ใช่อำนาจที่มีอยู่ในมือคนหรือกลุ่มคนที่เอาไว้ใช้กดขี่ข่มเหงคนอื่น มิใช่อำนาจความรุนแรงจากการใช้แสนยานุภาพทางทหารหรืออาวุธทำลายล้างให้บุคคลบาดเจ็บและล้มตาย ดังที่เรารังเกียจและเห็นเป็นสิ่งชั่วร้าย และมิใช่อำนาจควบคุมและปราบปรามในรูปของกฎหมายและองค์อธิปัตย์ อันเป็นพื้นฐานของอำนาจทางการเมืองแบบเก่า แต่อำนาจชีวะเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ณ จุดย่อย ๆ ของสังคม เช่น ครอบครัวโรงงาน สถาบันการศึกษา ฯลฯ ซึ่งความสัมพันธ์เชิงอำนาจในรูปแบบใหม่นี้ได้แทรกซึมอยู่ในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ การอบรมขัดเกลา การศึกษา การบริหาร ฯลฯ

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับอำนาจข้างต้นผู้วิจัยพบว่า การแสวงหาอำนาจและการได้มาซึ่งอำนาจเป็นหลักของรัฐศาสตร์หรือการเมืองเพื่อจัดการผลประโยชน์ของคนหมู่มากให้บรรลุเป้าหมายแห่งการอยู่ร่วมกันในสังคม อำนาจเป็นการแสวงหาอำนาจจากบุคคลอื่นเพื่อต่อรองผลประโยชน์โดยการบังคับให้ยอมทำตามจะด้วยความยินยอมหรือไม่ก็ตามมีการกำหนดกฎเกณฑ์ของอำนาจนิติบัญญัติ ที่ออกกฎหมายมาบังคับใช้ทำให้เสียสิทธิส่วนบุคคล อำนาจจึงเชื่อมโยงกับการยอมรับ/เกียรติยศ คนที่ได้รับการยอมรับมากคือคนที่มีอำนาจมาก สะท้อนถึงความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ที่มีอำนาจมากกว่ากับผู้ที่มีอำนาจน้อยกว่า หรือกับผู้ไร้ซึ่งอำนาจเรียกว่าอำนาจเหนือผู้อื่น ซึ่งโดยทั่วไปอาจมองอำนาจว่าเป็นการกดขี่บีบบังคับเช่น อำนาจกฎหมาย อำนาจศาล แต่อำนาจชีวะไม่ใช่อำนาจที่มีอยู่ในมือคนหรือกลุ่มคนที่เอาไว้ใช้กดขี่ข่มเหงคน มันคืออำนาจที่มีในจิตของคนเรา อำนาจชีวะเป็นอำนาจที่มีชีวิตและทำงานได้เองโดยไม่ยึดโยงผูกติดกับตัวคนหรือศูนย์กลางอำนาจ มันมุ่งกระทำต่อเรือนร่างและให้บทเรียนแก่จิตวิญญาณของปัจเจกเพื่อให้เป็น ร่างกายในโอวาท หัวใจของอำนาจชีวะคือการคำนึงถึงอรรถประโยชน์ อันเป็นมิติทางเศรษฐศาสตร์ และการได้มาซึ่งร่างกายในโอวาท ซึ่งเป็นมิติทางการเมืองแบบใหม่คือ การเมืองเรื่องเรือนร่าง

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน

2.4.1 ความหมายของสิทธิมนุษยชน

ในทางวิชาการมักไม่มีการให้คำนิยามความหมายของสิทธิมนุษยชน นอกจากมีการพยายามอธิบายคำปรารภของปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ที่ว่า “โดยทีการยอมรับนับถือเกียรติศักดิ์ประจำตัว และสิทธิเท่าเทียมกันและโอนมิได้ของบรรดาสมาชิกทั้งหลายแห่งครอบครัวมนุษยชนเป็นหลักการพื้นฐานแห่งอิสรภาพ ความยุติธรรมและสันติภาพโลก” นั้น หมายถึง

สิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิประจำตัวของมนุษย์ทุกคน เพราะมนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรี มีเกียรติศักดิ์ประจำตัว สิทธิมนุษยชนไม่สามารถโอนให้แก่กันได้ แต่นักปฏิบัติการสิทธิมนุษยชนให้คำอธิบายว่าเราเรียกสิ่งจำเป็นสำหรับคนทุกคนที่ต้องได้รับในฐานะที่เป็นคน ซึ่งทำให้คน ๆ นั้นมีชีวิตอยู่รอดได้อย่างมีความเหมาะสมแก่ความเป็นคนและสามารถมีการพัฒนาตนเองได้ ว่า คือ "สิทธิมนุษยชน" เมื่อนำคำอธิบายทั้ง 2 ประการมาประกอบกัน ก็สามารถเข้าใจได้ว่า

สิทธิมนุษยชน คือ สิ่งจำเป็นสำหรับคนทุกคนที่ต้องได้รับในฐานะที่เป็นคน เพื่อทำให้ คน ๆ นั้น มีชีวิตอยู่รอดได้และมีการพัฒนา สิทธิมนุษยชนจึงมี 2 ระดับ คือ

ระดับแรก สิทธิที่ติดตัวคนทุกคนมาแต่เกิด ไม่สามารถถ่ายโอนให้แก่กันได้ อยู่เหนือกฎหมายและอำนาจใด ๆ ของรัฐทุกรัฐ สิทธิเหล่านี้ได้แก่ สิทธิในชีวิต ห้ามฆ่าหรือทำร้ายต่อชีวิต ห้ามการค้ามนุษย์ ห้ามทรมานอย่างโหดร้าย คนทุกคนมีสิทธิในความเชื่อ มโนธรรมหรือลัทธิทางศาสนา ทางการเมือง มีเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นและแสดงออกหรือการสื่อความหมายโดยวิธีอื่น สิทธิมนุษยชนเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องมีกฎหมายมารองรับ สิทธิเหล่านี้ก็ดำรงอยู่ ซึ่งอย่างน้อยอยู่ในมโนธรรมสำนึกถึงบาปบุญคุณโทษที่อยู่ในตัวของแต่ละคน เช่น แม้ไม่มีกฎหมายบัญญัติว่าการฆ่าคนเป็นความผิดตามกฎหมาย แต่คนทุกคนมีสำนึกรู้ได้เองว่าการฆ่าคนนั้นเป็นสิ่งต้องห้าม เป็นบาปในทางศาสนา เป็นต้น

ระดับที่สอง เป็นสิทธิที่ต้องได้รับการรับรองในรูปของกฎหมายหรือต้องได้รับการคุ้มครองโดยรัฐบาล ได้แก่ การได้รับสัญชาติ การมีงานทำการได้รับความคุ้มครองแรงงาน ความเสมอภาคของหญิงชาย สิทธิของเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และคนพิการ การได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน การประกันการว่างงาน การได้รับบริการทางด้านสาธารณสุข การสามารถแสดงออกทางด้านวัฒนธรรมอย่างอิสระ สามารถได้รับความเพลิดเพลินจากศิลปะ วัฒนธรรมในกลุ่มของตน เป็นต้น

2.4.2 ขอบเขตของสิทธิมนุษยชน

เมื่อพูดถึงสิทธิมนุษยชน จึงมีความหมายกว้างกว่า “สิทธิ” ตามกฎหมายนักกฎหมายโดยทั่วไปมักอธิบายว่า “สิทธิ” คือประโยชน์ที่กฎหมายรับรอง ซึ่งเป็นไปตามหลักกฎหมายในขอบเขตที่แคบในแง่ที่ว่า คนจะมีสิทธิได้ ต้องมีกฎหมายรับรองไว้เท่านั้น ถ้ากฎหมายไม่เขียนรับรองไว้ย่อมไม่มีสิทธิหรือไม่ได้รับสิทธิแต่ในแง่ของ “สิทธิมนุษยชน” นั้นขอบเขตของสิทธิมนุษยชน กว้างกว่าสิ่งที่กฎหมายรับรอง ดังกล่าวข้างต้น สิทธิมนุษยชนที่ได้รับการรับรองทั่วโลกว่าเป็นมาตรฐานขั้นต่ำของการปฏิบัติต่อมนุษย์นั้น สามารถจำแนกได้ครอบคลุมสิทธิ 5 ประเภท ได้แก่ 1) สิทธิพลเมือง ได้แก่ สิทธิในชีวิตและร่างกาย เสรีภาพและความมั่นคงในชีวิต ไม่ถูกทรมาน ไม่ถูกทำร้ายหรือฆ่า สิทธิในกระบวนการยุติธรรม ได้แก่ สิทธิในความเสมอภาคต่อหน้ากฎหมาย สิทธิที่จะได้รับการปกป้องจากการจับกุมหรือคุมขังโดยมิชอบ สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาคดีในศาลอย่างยุติธรรม โดยผู้พิพากษาที่มีอิสระ สิทธิในการได้รับสัญชาติ เสรีภาพของศาสนิกชนในการเชื่อถือและปฏิบัติตามความเชื่อถือ 2) สิทธิทางการเมือง ได้แก่ สิทธิในการเลือกวิถีชีวิตของตนเองทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม รวมถึงการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นและการแสดงออก สิทธิการมีส่วนร่วมกับรัฐในการดำเนินกิจการที่เป็นประโยชน์สาธารณะ เสรีภาพในการชุมนุมโดยสงบ เสรีภาพในการรวมกลุ่ม สิทธิในการเลือกตั้งอย่างเสรี 3) สิทธิทางเศรษฐกิจ ได้แก่ สิทธิในการมีงานทำได้เลือกงานอย่างอิสระและได้รับค่าจ้างอย่างเป็นธรรม สิทธิในการเป็นเจ้าของทรัพย์สิน การได้รับมาตรฐานการครองชีพอย่างพอเพียง 4) สิทธิทางสังคม ได้แก่ สิทธิในการได้รับการศึกษา สิทธิในการได้รับหลักประกันด้านสุขภาพ แม่และเด็กต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ได้รับการพัฒนาบุคลิกภาพอย่างเต็มที่ ได้รับความมั่นคงทางสังคม มีเสรีภาพในการเลือกคู่ครองและสร้างครอบครัว 5) สิทธิทางวัฒนธรรม ได้แก่ การมีเสรีภาพในการใช้ภาษาหรือสื่อความหมายในภาษาท้องถิ่นตนมีเสรีภาพในการแต่งกายตามวัฒนธรรม การปฏิบัติกิจตามวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่นของตนการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การพักผ่อนหย่อนใจด้านการแสดงศิลปะวัฒนธรรมบันเทิงได้โดยไม่มีใครมาบังคับ

ดังนั้น กล่าวได้ว่า “สิทธิตามกฎหมาย” ทุกอย่างไม่ใช่เรื่องสิทธิมนุษยชนมีสิทธิบางอย่างเท่านั้นถือเป็นสิทธิมนุษยชนเพราะเป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์มาแต่เกิดไม่สามารถโอนไปให้คนอื่น หรือไม่มีใครมาพรากไปจากมนุษย์แต่ละคนได้ และสิทธิที่เป็นสิทธิมนุษยชนนั้นถือเป็นมาตรฐานขั้นต่ำของการปฏิบัติระหว่างมนุษย์ เช่น การฆ่าหรือทำร้ายกันแม้ไม่มีกฎหมายบัญญัติว่าการทำร้ายหรือการฆ่าเป็นความผิดคนทุกคนก็รู้อยู่แก่ใจว่าเป็นความผิดแต่การที่คนในชาติไม่ได้รับ “อาหาร” ที่เพียงพอแก่การ

ยังชีพไม่ถือว่ามีใครทำผิดกฎหมาย แต่เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนประเภทหนึ่ง ที่รัฐบาลมีหน้าที่ต้องจัดการให้คนในชาติได้รับอาหารอย่างพอเพียงแก่การมีชีวิตอยู่รอด

2.4.3 ที่มาของสิทธิมนุษยชน

ขอบเขตของสิทธิมนุษยชนดังกล่าว มีที่มาจากปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาติ (Universal Declaration of Human Rights) ในที่นี้ขออธิบายที่มาของการก่อเกิดปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ในฐานะที่เป็นเอกสารหลักของสหประชาชาติ ที่ถือเป็นต้นแบบของการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิมนุษยชน

2.4.3.1 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (ศราวุฒิ ประทุมราช, 2544, น. 4) เมื่อสงครามโลกครั้งที่สองได้ยุติลงเมื่อปี พ.ศ. 2488 (ค.ศ. 1945) โดยชัยชนะของ ฝ่ายสัมพันธมิตรที่มีสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ฝรั่งเศส รัสเซีย เป็นผู้นำนั้น สงครามโลกครั้งที่สองได้นำ ความหายนะมาสู่ชีวิตและทรัพย์สินของหลายประเทศทั่วโลก ชาวโลกได้ประจักษ์ถึงความทารุณโหดร้ายของพรรคนาซีเยอรมันที่ได้ฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ชาวยิวหลายล้านคน และกระทำการย่ำยีประชาชนทุกประเทศที่เยอรมันเข้ายึดครอง ดังนั้น การฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ การย่ำยีสิทธิสตรี เด็ก ถือเป็นการทำลายศักดิ์ศรีของมนุษย์อย่างชัดแจ้ง หัวหน้ารัฐบาลประเทศสัมพันธมิตรต่างเห็นพ้องต้องกันว่าจะต้องแสวงหามาตรการที่เป็นรูปธรรมป้องกันมิให้มีการทำลายศักดิ์ศรีของมนุษย์เกิดขึ้นอีก

ภายหลังการก่อตั้งองค์การสหประชาชาติแล้วในวันที่ 15 เมษายน 2488 ได้มีการรับรอง กฎบัตรสหประชาชาติ (UN Charter) โดยมติที่ประชุมใหญ่ ในกฎบัตรนี้มีข้อความหลายตอนที่แสดงถึงความมุ่งมั่นของสหประชาชาติในการทำหน้าที่ส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน

เดือนตุลาคม พ.ศ. 2489 สหประชาชาติได้ตั้งคณะกรรมาธิการสิทธิมนุษยชน (The Commission on Human Rights) ให้อยู่ภายใต้คณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคม (Economic and Social Council หรือ ECOSOC)

เดือนมกราคม พ.ศ. 2490 คณะกรรมาธิการสิทธิมนุษยชนได้เรียกประชุมเป็นครั้งแรก และ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการยกร่างเอกสารสหประชาชาติเพื่อการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิมนุษยชน โดยแบ่งออกเป็น 3 ชุด ชุดแรก จัดทำร่างปฏิญญา (Declaration) ชุดที่สองจัดทำอนุสัญญา (Convention) และ ชุดที่สาม ศึกษาปัญหาทางการเมืองระหว่างประเทศ

คณะกรรมการยกร่างปฏิญญา ได้มีการประชุมหลายครั้งและได้นำเสนอร่างปฏิญญาให้สมัชชาใหญ่สหประชาชาติลงมติยอมรับและประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน เมื่อวันที่ 10

ธันวาคม 2491 ด้วยคะแนนเสียง 48 เสียง ไม่มีเสียงคัดค้าน และประเทศกลุ่มคอมมิวนิสต์ทั้งหมด ซาอุดีอาระเบีย และแอฟริกาใต้งดออกเสียง สำหรับประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ให้การรับรอง

2.4.3.2 เนื้อหาของปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนประกอบด้วยข้อความ 30 ข้อ มีเนื้อหาแบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนแรก ปรากฏในคำปรารภ ข้อ 1 และข้อ 2 กล่าวถึงหลักการสำคัญของสิทธิมนุษยชนที่ว่า มนุษย์มีสิทธิติดตัวมาแต่เกิด มนุษย์มีศักดิ์ศรี มีความเสมอภาคกัน ดังนั้นจึงห้ามเลือกปฏิบัติต่อมนุษย์และควรปฏิบัติต่อกันเสมือนเป็นพี่น้อง สิทธิมนุษยชนนี้เป็นสิ่งที่ไม่สามารถโอให้แก่กันได้ จึงเป็นหน้าที่ของรัฐบาลทุกประเทศที่จะสร้างหลักประกันแก่ทุกชีวิตด้วยการเคารพหลักการของสิทธิเสรีภาพที่ปรากฏในปฏิญญานี้ เพื่อให้สิทธิมนุษยชนเป็นมาตรฐานร่วมกันสำหรับการปฏิบัติต่อกันของผู้คนในสังคมทั้งในประเทศและระหว่างประเทศอันจะเป็นพื้นฐานแห่งเสรีภาพ ความยุติธรรม และสันติภาพในโลก ส่วนที่สอง ปรากฏใน ข้อ 3 ถึงข้อ 21 กล่าวถึงสิทธิของพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (Civil and Political Rights) ส่วนที่สาม กล่าวถึงสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (Economic Social and Cultural Rights) สิทธิดังกล่าวเริ่มตั้งแต่ ข้อ 22 ถึงข้อ 27 ส่วนที่สี่ กล่าวถึงหน้าที่ของบุคคล สังคม และรัฐ โดยการที่จะต้องดำเนินการสร้างหลักประกันให้มีการคุ้มครองสิทธิที่ปรากฏในปฏิญญานี้ให้ได้รับการปฏิบัติอย่างจริงจัง ห้ามรัฐกระทำการละเมิดสิทธิมนุษยชนและจำกัดสิทธิของบุคคลมิให้ใช้สิทธิมนุษยชนละเมิดสิทธิของผู้อื่น สังคมและโลก สิทธิเหล่านี้ปรากฏอยู่ในข้อ 28 ถึงข้อ 30

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนฉบับย่อ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนประกอบด้วยข้อความ 30 ข้อ โดยสรุป ดังนี้

ข้อ 1 ทุกคนมีศักดิ์ศรี สิทธิ และเสรีภาพเท่าเทียมกัน และต้องปฏิบัติต่อกันฉันพี่น้อง

ข้อ 2 ทุกคนมีสิทธิ และเสรีภาพ อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ

ข้อ 3 ทุกคนมีสิทธิในการมีชีวิตอยู่ และมีความมั่นคง

ข้อ 4 ห้ามบังคับคนให้เป็นทาส และห้ามค้าทาสทุกรูปแบบ

ข้อ 5 ห้ามการทรมาน หรือการลงโทษทารุณโหดร้ายผิดมนุษย์

ข้อ 6 สิทธิในการได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคคลตามกฎหมาย

ข้อ 7 สิทธิในการได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน

ข้อ 8 สิทธิในการได้รับการเยียวยาจากศาล

ข้อ 9 ห้ามการจับกุม คุมขัง หรือเนรเทศโดยพลการ

ข้อ 10 สิทธิในการได้รับการพิจารณาคดีอย่างเป็นธรรมและเปิดเผย

ข้อ 11 สิทธิในการได้รับการสันนิษฐานว่าบริสุทธิ์ก่อนศาลตัดสิน และต้องมีกฎหมายกำหนดว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด

ข้อ 12 ห้ามรบกวนความเป็นอยู่ส่วนตัว ครอบครัว เคหสถาน การติดต่อสื่อสาร รวมทั้งห้ามทำลายชื่อเสียงและเกียรติยศ

ข้อ 13 เสรีภาพในการเดินทางและเลือกถิ่นที่อยู่ในประเทศ รวมทั้งการออกนอกประเทศหรือกลับเข้าประเทศโดยเสรี

ข้อ 14 สิทธิในการลี้ภัยไปประเทศอื่นเพื่อให้พ้นจากการถูกประหัตประหาร

ข้อ 15 สิทธิในการได้รับสัญชาติและการเปลี่ยนสัญชาติ

ข้อ 16 สิทธิในการเลือกคู่ครองและสร้างครอบครัว

ข้อ 17 สิทธิในการเป็นเจ้าของทรัพย์สิน

ข้อ 18 เสรีภาพในความคิด มโนธรรม ความเชื่อ หรือการถือศาสนา

ข้อ 19 เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นและแสดงออก รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ข้อ 20 สิทธิในการชุมนุมโดยสงบและรวมกลุ่ม และห้ามบังคับเป็นสมาชิกสมาคม

ข้อ 21 สิทธิที่จะมีส่วนร่วมในรัฐบาลทั้งทางตรงและโดยผ่านผู้แทน อย่างอิสระ และมีสิทธิเข้าถึงบริการสาธารณะโดยเท่าเทียมกัน

ข้อ 22 สิทธิในการได้รับความมั่นคงทางสังคม และได้รับสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม โดยการกำหนดระเบียบและทรัพยากรของ ประเทศตนเอง

ข้อ 23 สิทธิในการมีงานทำตามที่ต้องการ และได้รับการประกันการว่างงาน รวมทั้งได้รับค่าตอบแทนเท่ากันสำหรับงานอย่างเดียวกัน และรายได้ต้องพอแก่การดำรงชีพสำหรับตนเองและครอบครัว ตลอดจนมีสิทธิ ก่อตั้งและเข้าร่วมสหภาพแรงงาน

ข้อ 24 สิทธิในการพักผ่อนและมีเวลาพักจากการทำงาน

ข้อ 25 สิทธิในการได้รับมาตรฐานการครองชีพอย่างเพียงพอ ได้รับปัจจัยสี่ สวัสดิการสังคม ประกันการว่างงาน เจ็บป่วย เป็นหม้าย ผู้สูงอายุ ตลอดจนต้องคุ้มครองแม่และเด็กเป็นพิเศษ

ข้อ 26 สิทธิในการได้รับการศึกษาอย่างเท่าเทียมกัน

ข้อ 27 สิทธิที่จะมีส่วนร่วมในวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชุมชน และได้รับการคุ้มครองทรัพย์สิน ทางปัญญา

ข้อ 28 สังคมต้องมีระเบียบทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศ เพื่อให้บุคคลได้รับสิทธิ และเสรีภาพตามปฏิญญานี้

ข้อ 29 บุคคลย่อมมีหน้าที่ต่อชุมชน การใช้สิทธิเสรีภาพจะต้องเคารพ ในสิทธิ และเสรีภาพของผู้อื่น

ข้อ 30 ห้ามมิให้รัฐ กลุ่มชน หรือบุคคล กระทำการทำลายสิทธิและเสรีภาพที่ได้รับการรับรอง ใน ปฏิญญานี้

2.4.4 หลักการของสิทธิมนุษยชน

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน นอกจากระบุขอบเขตของสิทธิมนุษยชนว่าครอบคลุมสิทธิอะไรแล้ว ตัวปฏิญญาฯ เองยังได้นำเสนอหลักการสำคัญของสิทธิมนุษยชนไว้ด้วย หลักการนี้ถือเป็นสาระสำคัญที่ใช้อ้างอิงความเป็นสากลของสิทธิมนุษยชน และใช้เป็นเครื่องมือชี้วัดว่าสังคมใดมีการเคารพและปฏิบัติตามหลักการสิทธิมนุษยชนหรือไม่ ในเวลาต่อมา หลักการสำคัญของสิทธิมนุษยชน ประกอบด้วย 1) เป็นสิทธิธรรมชาติ ติดตัวมนุษย์มาแต่เกิด (Natural Rights) หมายความว่า มนุษย์ทุกคน มีศักดิ์ศรีประจำตัว ตั้งแต่เกิดมาเป็นมนุษย์ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) นี้ ไม่มีใครมอบให้ เป็นสิ่งที่ธรรมชาติได้กำหนดขึ้นในมนุษย์ทุกคน ความหมายของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หมายถึง 1) ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ คือ คุณค่าของคนในฐานะที่เขาเป็นมนุษย์ 2) การให้คุณค่าของมนุษย์ แบ่งเป็น 2 ประเภท 1) คุณค่าของมนุษย์ในฐานะการดำรงตำแหน่งทางสังคม ซึ่งมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการมีอำนาจหรือการยึดครองทรัพยากรของสังคม 2) คุณค่าของมนุษย์ในฐานะที่เป็นมนุษย์ ซึ่งมีความเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยก 3) การกำหนดคุณค่าที่แตกต่างกันนำมาซึ่งการลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์ ผู้คนในสังคมโดยทั่วไปมักให้คุณค่าของฐานะตำแหน่งหรือเงินตรามากกว่า ซึ่งการให้คุณค่าแบบนี้นำมาซึ่งการเลือกปฏิบัติ จึงต้องปรับวิธีคิดและเน้นให้มีการปฏิบัติ โดยการให้คุณค่าของความเป็นคนในฐานะความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่ให้คุณค่าคนตามสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม 2) สิทธิมนุษยชนเป็นสากลและไม่สามารถถ่ายโอนกันได้ (Universality and Inalienability) หมายความว่า สิทธิมนุษยชนนั้นเป็นของคนทุกคน ไม่มีพรมแดน คนทุกคนมีสิทธิมนุษยชนต่าง ๆ ดังที่กล่าวมานี้ เช่นเดียวกัน เพราะโดยหลักการแล้วถือว่า คนทุกคนย่อมถือว่าเป็นคน ไม่ว่าอยู่ที่ไหนในโลก ไม่ว่าจะมีเชื้อชาติ สัญชาติ เหล่ากำเนิดใดก็ตาม ย่อมมีสิทธิมนุษยชนประจำตัวทุกคนไป จึงเรียกได้ว่าสิทธิมนุษยชนเป็นของคนทุกคน ไม่ว่าคน ๆ นั้น จะยากจนหรือร่ำรวย เป็นคนพิการ เป็นเด็ก เป็นผู้หญิง ส่วนที่กล่าวว่าสิทธิมนุษยชนไม่สามารถถ่ายโอนให้แก่กันได้ หมายความว่า

ในเมื่อสิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิประจำตัวของมนุษย์ มนุษย์แต่ละคนย่อมไม่สามารถมอบอำนาจ หรือสิทธิมนุษยชนของตนให้แก่ผู้ใดได้ไม่มีการครอบครองสิทธิแทนกัน แตกต่างจากการครอบครองที่ดินหรือทรัพย์สิน เพราะสิทธิมนุษยชนเป็นเรื่องที่ธรรมชาติกำหนดขึ้น เป็นหลักการที่ทุกคนต้องปฏิบัติ แต่หากจะถามว่าในเมื่อสิทธิมนุษยชนเป็นของคนทุกคนเช่นนี้แล้ว สามารถมีสิทธิมนุษยชนเฉพาะกลุ่มได้หรือไม่ ในทางสากลได้มีการจัดหมวดหมู่และกลุ่มของสิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิของกลุ่มเฉพาะและสิทธิตามประเด็นปัญหา เช่น สิทธิสตรี สิทธิเด็ก สิทธิในกระบวนการยุติธรรม สิทธิผู้ติดเชื้อ HIV/เอดส์ สิทธิของผู้ลี้ภัย เป็นต้น 3) สิทธิมนุษยชนไม่สามารถแยกเป็นส่วน ๆ ว่าสิทธิใดมีความสำคัญกว่าอีกสิทธิหนึ่ง (Indivisibility) กล่าวคือ สิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ไม่สามารถแบ่งแยกว่ามีความสำคัญกว่าสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม สิทธิทั้งสองประการนี้ต่างมีความสำคัญเท่าเทียมกัน ดังนั้นรัฐบาลใดจะมาอ้างว่าต้องพัฒนาประเทศให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจหรือต้องแก้ปัญหาปากท้องก่อน แล้วจึงค่อยให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมือง ย่อมขัดต่อหลักการนี้ 4) ความเสมอภาคและห้ามการเลือกปฏิบัติ (Equality and Non-Discrimination) การเลือกปฏิบัติเป็นปัญหา ที่เกิดขึ้นมานานในทุกสังคม และถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน เพราะเหตุว่าในฐานะที่เราเกิดมาเป็นคน ต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นคนจน คนรวย คนพิการ เด็ก หรือผู้สูงอายุ คนป่วยหรือมีสุขภาพดี แต่สังคมไทยมีการเลือกปฏิบัติมาโดยตลอด ซึ่งเรามักได้ยินคำกล่าวที่ว่า “ฝนตกไม่ทั่วฟ้า” หรือ “เลือกที่รักมักที่ชัง” “รักลูกไม่เท่ากัน” การจะทำความเข้าใจว่าเรื่องใดเป็นเรื่องการเลือกปฏิบัติ หรือไม่ คงต้องเข้าใจเรื่องความเสมอภาคด้วย ความเสมอภาค ไม่ใช่การได้รับเท่ากัน เช่น การที่นักเรียนทุกคนที่ทำผิดระเบียบจะต้อง ถูกเฆี่ยน 3 ที เท่า ๆ กัน อย่างนี้ไม่ถือว่าเป็นความเสมอภาค ความเสมอภาค คือ การที่ทุกคนควรได้รับจากส่วนที่ควรได้ ในฐานะเป็นคน เช่น การแจกของผู้ประสบภัยน้ำท่วม ทุกคนจะได้รับของแจกขั้นพื้นฐาน เช่นได้รับข้าวสาร อาหารแห้ง ยาป้องกันเท้าเปื่อย แต่หากมีครอบครัวหนึ่ง มีคนป่วยที่ต้องการยาเป็นพิเศษ หรือบางครอบครัวมีเด็กอ่อน ต้องได้รับนมผงเพิ่มสำหรับเด็ก ทางราชการสามารถเพิ่มยา และนมผงให้แก่ครอบครัวเหล่านั้น นี่คือความเสมอภาคที่ได้รับเพราะทุกคนในครอบครัวได้รับแจกสิ่งจำเป็นเพื่อการยังชีพแล้ว หลักความเสมอภาค คือต้องมีการเปรียบเทียบกับของ 2 สิ่ง หรือ 2 เรื่อง และดูว่าอะไรคือสาระสำคัญของเรื่องนั้น หากสาระสำคัญของประเด็นได้รับการพิจารณาแล้ว ถือว่ามีความเสมอภาคกัน เช่น การที่รัฐจัดเก็บภาษีเงินได้บุคคลไม่เท่ากัน คนที่มีรายได้มากก็เสียภาษีมาก คนที่มีรายได้น้อยก็เสียภาษีน้อย คนที่มีรายได้ไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดก็ไม่ต้องเสียภาษี แต่การมีรายได้มากหรือน้อยเป็น

สาระสำคัญของการเก็บภาษี ซึ่งเป็นธรรมสำหรับประชาชน การเลือกปฏิบัตินั้น เป็นเหตุให้เกิดความไม่เสมอภาค เช่น การรักษาพยาบาล หรือการเข้าถึงบริการสาธารณะของรัฐเป็นไปไม่ทั่วถึง และไม่เท่าเทียมกัน เพราะมีความแตกต่างของบุคคลในเรื่องเชื้อชาติ เช่น หากมีแรงงานข้ามชาติชาวกัมพูชาหรือพม่า มารักษา เจ้าหน้าที่มักไม่อยากให้บริการที่ดี หรือไม่ยอมรับรักษาผู้มีเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น หลักการเรื่องความเสมอภาคและห้ามการเลือกปฏิบัติ ในสังคมไทยนั้น ปรากฏอยู่ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2545 มาตรา 30 ที่ว่า การเลือกปฏิบัติเพราะเหตุแห่งความแตกต่าง ตามที่รัฐธรรมนูญกำหนดไว้ ไม่อาจกระทำได้ ซึ่งมาตรา 30 ของรัฐธรรมนูญฉบับใหม่นี้มีข้อความใกล้เคียงกับบทบัญญัติของมาตรา เดียวกัน ตามรัฐธรรมนูญ ปี 2540 5) การมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสิทธินั้น (Participation and Inclusion) หมายความว่าประชาชนแต่ละคนและกลุ่มของประชาชนหรือประชาสังคมย่อมมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการเข้าถึงและได้รับประโยชน์จากสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง และสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม 6) ตรวจสอบได้และใช้หลักนิติธรรม (Accountability and The Rule of Law) หมายถึง รัฐและองค์กรที่มีหน้าที่ในการก่อให้เกิดสิทธิมนุษยชน ต้องมีหน้าที่ตอบคำถามให้ได้ว่าสิทธิมนุษยชนได้รับการปฏิบัติให้เกิดผลจริงในประเทศของตน ส่วนสิทธิใดยังไม่ได้ดำเนินการให้เป็นไปตามหลักการสากลก็ต้องอธิบายต่อสังคมได้ว่าจะมีขั้นตอนดำเนินการอย่างไร โดยเฉพาะรัฐต้องมีมาตรการปกครองประเทศโดยใช้หลักนิติธรรม หรือปกครองโดยอาศัยหลักการที่ใช้กฎหมายอย่างเที่ยงธรรม ประชาชนเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมได้โดยง่าย มีกระบวนการไม่ซับซ้อนเป็นไปตามหลักกฎหมายและมีความเท่าเทียมกันเมื่ออยู่ต่อหน้ากฎหมาย ไม่มีใครอยู่เหนือกฎหมายได้

ดังนั้นจากข้อมูลข้างต้นเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน จะเห็นได้ว่าสิทธิมนุษยชนนั้นเป็นสิทธิที่มนุษย์ทุกคนมีความเท่าเทียมกัน มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลที่ได้รับการรับรอง ทั้งความคิดและการกระทำที่ไม่มีการล่วงละเมิดได้ โดยได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และสนธิสัญญาระหว่างประเทศ ทั้งนี้ ไม่สามารถแยกออกได้ว่า สิทธิใดสิทธิหนึ่งมีความสำคัญกว่ากัน เพราะทุกสิทธิมีความเท่าเทียมกัน

2.5 การให้บริการสุขภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

ปรัชญาว่าด้วยหลักประกันสุขภาพเป็น “ภูมิปัญญานำเข้า” ที่มาจากซีกโลกตะวันตกโดยส่วนใหญ่ในภูมิภาคเอเชียได้นำปรัชญานี้มาประยุกต์ใช้ในรูปแบบต่างๆ ซึ่งเป็นความแตกต่างกันในด้านการปฏิบัติ สะท้อนให้เห็นความแตกต่างในเชิงปรัชญา โดยอาจแบ่งปรัชญาซึ่งเป็นที่มาของการสร้างหลักประกันสุขภาพต่างๆ ออกเป็น 3 แนวทางใหญ่ คือ แนวทางสังคมนิยมแบบมาร์กซ์ (Marxian Socialism) แนวทางสังคมนิยมเสรี (Fabian Socialism) และแนวทางแบบเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก เป็นต้น (วิโรจน์ และ อัญชนา ณ ระนอง, 2545, น. 15)

2.5.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

หลักในการพัฒนานโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า การพัฒนาสุขภาพเชิงรุกโดยมุ่งไปที่ปัจจัยการมีสุขภาพดีควบคู่กับการเร่งรัดมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างเป็นระบบ เร่งสร้างหลักประกันการสร้างสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเสมอภาคถ้วนหน้าและเป็นธรรม ปรับระบบการเงินและกลไกการกำกับดูแลให้มีเอกภาพ โดยการคุ้มครองคนยากจนผู้ด้อยโอกาส โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสังคมในการบริหารและจัดการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ ปฏิรูประบบโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ให้มีความเป็นเอกภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใสตรวจสอบได้ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการหลากหลายของพื้นที่ รวมทั้งเอื้อต่อการมีส่วนร่วมและสามารถระดมศักยภาพของสังคมทุกส่วนและทุกระดับเพื่อพัฒนาสุขภาพของสังคม

2.5.1.1 หลักประกันสุขภาพประกอบด้วย ความเสมอภาค ทุกคนมีสิทธิ์เท่าเทียมกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติ ไม่มีการใช้มาตรฐานในการรักษาที่แตกต่างกัน ภาระในการจ่ายเงินก็เช่นกัน ทุกคนมีส่วนรับผิดชอบในการจ่ายเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพ แต่วิธีการจ่ายจะต้องไม่สร้างความเดือดร้อนให้กับใครหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แต่เฉลี่ยกันไปอย่างเป็นธรรมประสิทธิภาพของระบบสุขภาพต่าง ๆ ต้องมีการบริหารจัดการที่ดี คือ ใช้ทรัพยากรได้อย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุด (แต่ไม่ลดมาตรฐานของบริการ) ให้ประชาชนสะดวกในการเข้ารับบริการ (เข้าถึงง่าย ใกล้บ้าน มีทางเลือก) จัดการระบบไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนยุ่งยากทั้งประชาชนและผู้ให้บริการรักษาพยาบาล มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของประเทศลดลง กำหนดวิธีการตรวจสอบให้รัดกุม กำหนดผู้ตรวจสอบในระบบ ประชาชนควรมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและควบคุมกำกับการบริการ กำหนดบทบาทและ

ผู้ดูแลกองทุน ผู้ซื้อบริการ และผู้ให้บริการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจน ใช้เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบไม่ว่าจะเป็นเรื่องการจัดสรรงบประมาณการจ่ายเงิน การตรวจสอบ และการพัฒนาคุณภาพของการบริการ กำหนดวิธีการจ่ายเงินกับผู้ให้บริการ ต้องเป็นวิธีการที่สามารถตรวจสอบได้และกำกับให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล ป้องกันไม่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมมากไป น้อยไป เพราะหวังเงินจากกองทุน ทางเลือกในการใช้บริการทุกคนควรมีโอกาสเลือกได้ว่าใช้บริการสุขภาพประเภทไหน ไม่ควรจำกัดว่าเป็นของรัฐเท่านั้น ควรจัดให้มีบริการสุขภาพที่หลากหลาย เปิดโอกาสให้เอกชนได้มีส่วนร่วมจัดบริการด้วย แต่ต้องมีการจำกัดเรื่องมาตรฐานที่จะให้บริการอย่างเหมาะสมสุขภาพดีอย่างยั่งยืน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเป็นการเริ่มต้นของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ไม่ใช่แค่หลักประกันเรื่องค่ารักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ให้บริการเรื่องสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการป่วยด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2554, น. 18)

2.5.1.2 เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพ เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพ คือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็นสิทธิของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 50 ได้บัญญัติไว้ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี หรือมีสุขภาวะ ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมีสุขภาพดีได้นั้น ประชาชนต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น เข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพโดยถือว่า สุขภาพ เป็นเรื่องของประชาชนทุกคน และเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ การสร้างหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี นั้น จึงจะต้องสนับสนุนการสร้างเงื่อนไขต่าง ๆ ดังกล่าวให้เกิดขึ้น

2.5.1.3 หลักสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพ กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพ ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมีเป้าหมาย คือ สุขภาวะตามหลักการสุขภาพพอเพียง ประชาชน

ต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพและระยะถัดไป เมื่อระบบจัดการลงตัว ประชาชนควรจะมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและเลือกใช้บริการที่หน่วยบริการระดับต้น หรือเครือข่ายหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพอใจ และใกล้บ้าน/ที่ทำงานเป็นสถานพยาบาลทั้งของรัฐ และเอกชนที่จะให้บริการต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐาน และได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation) โดยถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น เพื่อสร้างหลักประกันว่าประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะให้ความสำคัญกับการมีและการใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary Care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ) กรณีที่เกินความสามารถหน่วยบริการระดับต้นด้วยกันเอง และหน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่น สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยกันเองและหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider Network) โดยอาจเป็นเครือข่ายของภาครัฐบาลด้วยกันเอง หรือระหว่างภาครัฐกับเอกชน หรือมีการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (หรือคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ กสพ.) เป็นผู้ตั้งงบประมาณในอนาคตตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 (ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์, 2557, น. 19-20)

2.5.1.4 บทบัญญัติด้านสาธารณสุขตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิด้านสาธารณสุข ไว้ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพ ของชนชาวไทย ส่วนที่ 9 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ และหมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ไว้ 2 มาตรา คือ มาตรา 52 และ มาตรา 82 ดังนี้ มาตรา 52 บุคคลยอมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ไดมาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิไดรับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไมเสียคาใชจาย ทั้งนี้ตามที่กฎหมาย บัญญัติ การบริการทางสาธารณสุขของรัฐตองเปนไปอยางทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะตองสงเสริมใหองคกรปกครองสวนทองถิ่นและเอกชนมีสวนรวมดวยเทาที่จะกระทำไดการปองกันและขจัดโรคติดตออันตราย รัฐตองจัดใหแกประชาชนโดยไมคิดมูลคาและทันตอเหตุการณ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ มาตรา 82 รัฐจะตองจัดและสงเสริมการสาธารณสุขใหประชาชนไดรับบริการที่ไดมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอยางทั่วถึง ต่อมารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ก็ได้บัญญัติสิทธิด้านสาธารณสุขไว้ใน หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพ ของชนชาวไทย ส่วนที่ 9 สิทธิในการได้รับ

บริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ มาตรา 51–55 ดังนี้ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ มาตรา 52 เด็กและเยาวชน มีสิทธิในการอยู่รอดและได้รับการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาตามศักยภาพในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนเป็นสำคัญเด็ก เยาวชน สตรี และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากรัฐให้ปราศจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม ทั้งมีสิทธิได้รับการบำบัดฟื้นฟูในกรณีที่มีเหตุดังกล่าวการแทรกแซงและการจำกัดสิทธิของเด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัว จะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตาม บทบัญญัติแห่งกฎหมายเฉพาะเพื่อสงวนและรักษาไว้ซึ่งสถานะของครอบครัวหรือประโยชน์สูสุดของบุคคลนั้น เด็กและเยาวชนซึ่งไม่มีผู้ดูแลมีสิทธิได้รับการเลี้ยงดูและการศึกษาอบรมที่เหมาะสมจากรัฐ มาตรา 53 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวก อันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรีและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ มาตรา 54 บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ มีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐบุคคลวิกลจริตย่อมได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ มาตรา 55 บุคคลซึ่งไร้ที่อยู่อาศัยและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ ต่อมารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ประกาศใช้จึงได้กำหนดบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิในการได้รับการบริการสาธารณสุข และสวัสดิการรัฐหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 47-48 และหมวด 5 หน้าที่ของรัฐ มาตรา 55 ดังนี้ มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขของรัฐบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มาตรา 48 สิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังคลอดบุตรย่อมได้รับความคุ้มครองและช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ" มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่าง

ทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุดบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมส่งเสริมสุขภาพการควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วยรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง" ทั้งนี้สรุปว่า ประชาชนชาวไทยทุกคนควรรับบริการสาธารณสุขและ สวัสดิการจากรัฐ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนกระทั่งตาย ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ก็ได้กำหนดให้รัฐต้องจัดให้มีระบบสุขภาพแก่ประชาชนให้ครอบคลุมทั่วถึงและได้มาตรฐานแก่ประชาชนชาวไทย ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะเกิดที่ไหน ในราชอาณาจักรไทย ทุกคนย่อมมีสิทธิในความเป็นมนุษย์และเป็นพลเมืองโดยเท่าเทียมกัน” และควรมีสิทธิได้รับความคุ้มครองดูแลด้านสาธารณสุขจากรัฐ

2.5.1.5 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 จากแนวคิดและปรัชญาของโครงการ 30 บาท รักษาได้ทุกโรค เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติกระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544 ซึ่งมีทั้งหมด 6 หมวด 29 ข้อ แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะหมวดและข้อที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงการบริการดังนี้

หมวดที่ 1 ความทั่วไป

ข้อ 5 หลักประกันสุขภาพ หมายความว่า สิทธิและความคุ้มครองของประชาชนในการรับบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุขและการอานมัยอันจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

ผู้มีสิทธิ หมายความว่า ผู้มีสิทธิตามข้อ 13 แห่งระเบียบนี้

บัตร หมายความว่า บัตรที่กระทรวงสาธารณสุขออกให้แก่ผู้มีสิทธิตามระเบียบนี้

คณะกรรมการ หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ

การบริการทางการแพทย์ หมายความว่า การบริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการอานมัยอันจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจ การวินิจฉัย การพยาบาล การป้องกันความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการอื่นใดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่หน่วยบริการจัดขึ้นตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

หน่วยบริการ หมายความว่า โรงพยาบาล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานบริการสาธารณสุขเอกชน สถานพยาบาลของสภากาชาดไทย สถานบริการการแพทย์ทางเลือก สถานพยาบาลที่มีฐานะเป็นองค์การมหาชนตามกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการเพื่อการสาธารณสุขที่เป็นสถานอำนวยบริการอันเป็นสาธารณประโยชน์หรือสถานบริการอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติมที่มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ ทั้งนี้ หน่วยบริการดังกล่าว ต้องขึ้นทะเบียนไว้ตามระเบียบนี้

หน่วยบริการประจำครอบครัว หมายความว่า หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่ผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการเพื่อรับการบริการทางการแพทย์เป็นการประจำ

เครือข่ายหน่วยบริการ หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันเป็นเครือข่ายในการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งผู้มีสิทธิสามารถไปรับการบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการใดที่อยู่ในเครือข่ายของหน่วยบริการนั้นได้

สำนักงาน หมายความว่า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ 6 ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รักษาการตามระเบียบนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

หมวดที่ 3 การขึ้นทะเบียนและการอออกบัตร

ข้อ 13 ผู้มีสิทธิ ได้แก่ บุคคลที่มีรายชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับ เว้นแต่ 1) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม 2) บุคคลผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 3) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล 4) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล 5) บุคคลผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบัตรประกันสุขภาพ 6) บุคคลที่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดขึ้น คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่มีรายชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบนี้ได้ แต่ทั้งนี้บุคคลดังกล่าวต้องอาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนั้น

ข้อ 14 บุคคลผู้มีสิทธิตามข้อ 13 จะได้รับบริการทางการแพทย์ก็ต่อเมื่อขึ้นทะเบียนและมีบัตร โดยให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเป็นผู้สำรวจและขึ้นทะเบียนหรือบุคคลที่ประสงค์จะได้รับการบริการทางการแพทย์ ไปยื่นคำขอขึ้นทะเบียน ณ หน่วยงานหรือหน่วยบริการในสังกัด

กระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ตำบล อำเภอ ที่ผู้มีสิทธิมีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้าน โดยนำสำเนาทะเบียนบ้านพร้อมด้วยบัตรประชาชน หรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ หรือหลักฐานอื่นที่แสดงว่าเป็นบุคคลคนเดียวกัน ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการขึ้นทะเบียน ทำการคัดกรองคุณสมบัติของผู้มีสิทธิตามข้อ 13 พร้อมทั้งอธิบายสิทธิที่จะได้รับหรือไม่ได้รับตามระเบียบนี้ และดำเนินการออกบัตรให้แก่ผู้มีสิทธิ โดยกำหนดให้หน่วยบริการในพื้นที่ตำบล อำเภอ ที่ผู้มีสิทธิมีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านเป็นหน่วยบริการประจำครอบครัว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัด อาจกำหนดหน่วยบริการประจำครอบครัวนอกเหนือไปจากความในวรรคสองก็ได้

หมวดที่ 4 การรับการบริการทางการแพทย์

ข้อ 17 การไปรับการบริการทางการแพทย์ให้ผู้มีสิทธิไปรับบริการที่หน่วยบริการประจำครอบครัวหรือเครือข่ายหน่วยบริการ เว้นแต่ 1) กรณีอุบัติเหตุ ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับการบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่น นอกเหนือจากหน่วยบริการประจำครอบครัวได้ 2) กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีสิทธิสามารถเข้ารับการบริการทางการแพทย์จากหน่วยบริการอื่นนอกเหนือจากหน่วยบริการประจำครอบครัวได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี หรือตามที่คณะกรรมการกำหนด ทั้งนี้ การไปรับบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง ที่หน่วยบริการซึ่งไม่ใช่หน่วยบริการประจำครอบครัว ให้หน่วยบริการนั้นหรือผู้มีสิทธิ หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ต้องแจ้งให้หน่วยบริการประจำครอบครัวทราบทันที เพื่อหน่วยบริการประจำครอบครัวพิจารณารับย้าย และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกินอัตราที่คณะกรรมการกำหนดตั้งแต่เวลาที่ได้รับแจ้ง และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก กรณีที่ไม่มีการแจ้งให้หน่วยบริการประจำครอบครัวทราบ ค่าใช่จ่ายที่เกิดขึ้นหลังระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก หรือค่าใช้จ่ายที่เกินอัตราที่คณะกรรมการกำหนด ผู้มีสิทธิต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายนั้นเอง

หมวดที่ 5 หน่วยบริการและมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์

ข้อ 22 ให้หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการเอกชน ที่ให้การบริการทางการแพทย์ตามระเบียบนี้ ต้องขึ้นทะเบียนที่สำนักงานหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติและมาตรฐานตามหลักเกณฑ์ทีคณะกรรมการกำหนดให้ถือว่าหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการของรัฐได้รับมาตรฐานและได้ขึ้นทะเบียนตามระเบียบนี้แล้ว ให้หน่วยบริการของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำข้อตกลงร่วมให้การบริการทางการแพทย์กับ

สำนักงาน ส่วนหน่วยบริการเอกชนที่ขึ้นทะเบียนแล้วให้ทำสัญญาจ้างให้การบริการทางการแพทย์กับสำนักงานตามแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ 23 ให้หน่วยบริการมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. ให้การบริการทางการแพทย์แก่ผู้มีสิทธิจนสิ้นสุดการรักษา กรณีเกินความสามารถของหน่วยบริการ ให้หน่วยบริการนั้นส่งต่อผู้มีสิทธิไปยังหน่วยบริการอื่นที่มีความสามารถสูง

2. ให้ข้อมูลการบริการทางการแพทย์ตามที่ผู้รับบริการร้องขอและตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในเรื่องผลการวินิจฉัย ทางเลือกและผลการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น

3. จัดทำระบบข้อมูลการให้การบริการทางการแพทย์ เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการทางแพทย์

4. รายงานผลการให้การบริการทางการแพทย์ตามที่คณะกรรมการกำหนด

หมวดที่ 6 บทเฉพาะกาล

ข้อ 29 ในระยะที่การขึ้นทะเบียนและออกบัตรยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้ผู้มีสิทธิที่จะไปขอรับการบริการทางการแพทย์ได้ โดยให้ปฏิบัติ

1. แสดงสำเนาทะเบียนบ้านที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดที่ระเบียบนี้ใช้บังคับและบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการออกให้ หรือหลักฐานอื่นที่แสดงว่าเป็นบุคคลคนเดียวกันไปก่อนจนกว่าจะได้รับบัตร

2. การไปรับบริการทางการแพทย์ กรณีเจ็บป่วยทั่วไปให้ไปรับบริการ ณ หน่วยบริการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในเขตพื้นที่ ตำบล หรืออำเภอ ตามระเบียบบ้านที่ผู้มีสิทธิมีชื่ออยู่

3. การไปรับบริการทางการแพทย์ กรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินให้ไปรับบริการ ณ หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ทุกแห่ง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 2554, น. 25-29)

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในงานวิจัยเรื่อง ความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการศึกษาการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพ ของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อทำความเข้าใจในประเด็น ผลระทบและการต่อรองที่เกิดขึ้นกับประชาชนในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนี้

ส่วน สิริรัตน์ สุวรรณรัตน์, วัชรินทร์ อินทพรหม และวณิฎา แช่มลำเจียก (2560) ได้ศึกษา การจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย ลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพกรุงเทพมหานคร โดยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการปัญหาอุปสรรคและหาแนวทางการจัดการที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพ กรุงเทพมหานครเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเลือกโรงพยาบาลแบบเจาะจง คือเป็นโรงพยาบาลเอกชนประเภททั่วไประดับตติยภูมิและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 5 แห่งทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 6 ท่าน ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาวิเคราะห์โดยการแจงนับแนวคิดและการตีความทดสอบยืนยันด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า ผลวิจัยพบว่า 1) ด้านการจัดการ มีการวางแผนกำหนดเป้าหมายการทำงานโดยยึดหลักวิชาชีพภายใต้มาตรฐานเดียวมีระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน การตรวจสอบสิทธิ์การรักษาพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลต้นสังกัดภายหลังจากอาการปลอดภัยแล้ว มีการประชุมระหว่างผู้บริหารโรงพยาบาลกับหัวหน้าหน่วยสร้างวิสัยทัศน์ขององค์การในการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และการควบคุมคุณภาพโรงพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสากล ระบบการตรวจสอบภายใน ระบบบริหารจัดการสมัยใหม่ 2) พบปัญหาการจ่ายค่าชดเชยการรักษาพยาบาลที่ไม่คุ้มทุน ปัญหาเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ประชาชนไม่เข้าใจนิยาม “ฉุกเฉิน” และหาช่องโหว่เพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกองทุน และไม่สามารถส่งตัวผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลต้นสังกัด 3) แนวทางการจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพคือ ควรให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการร่างนโยบาย ปรับปรุง

ระบบการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน สร้างความเข้าใจหลักเกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉินและคำว่า “ฉุกเฉินรักษาฟรี” แก่ประชาชน ปรับปรุงระบบการย้ายผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลต้นสังกัด และปรับอัตราการจ่ายค่าชดเชยให้เหมาะสม

ซึ่งสอดคล้องงานวิจัย ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์ (2557) ได้ศึกษา ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยมีสิทธิในการรักษาพยาบาลจากภาครัฐที่ให้ความคุ้มครองกับประชาชนอยู่ 3 ระบบ คือ 1) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ 2) ระบบประกันสังคม และ 3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจาก 3 ระบบนี้มีหน่วยงานต้นสังกัดที่คอยดูแลและให้ความคุ้มครองกับประชาชนที่แตกต่างกัน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาหาความเหลื่อมล้ำ ที่เกิดจากความแตกต่างกันระหว่างสิทธิรักษาพยาบาล โดยวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำ ทั้งในเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบ และความเหลื่อมล้ำในเชิงคุณภาพของการให้บริการ

ได้การศึกษานี้ใช้วิธีวิเคราะห์และเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ จากหน่วยงานต้นสังกัดของทั้ง 3 สิทธิรักษาพยาบาลสำหรับกรณีการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบ ส่วนกรณีการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำ เชิงคุณภาพของการให้บริการนั้น การศึกษานี้ใช้แนวทางในการวิเคราะห์ปัญหาจากการใช้สิทธิรักษาพยาบาลที่ผู้รับบริการพบเจอของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับการวิเคราะห์ผ่านการให้คะแนนตอบสนองความพึงพอใจจากการรับบริการรักษาพยาบาลตามหลักแนวคิดขององค์การอนามัยโลก โดยใช้กลุ่มตัวอย่างของผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลทั้ง 3 สิทธิในเขตกรุงเทพ ฯ และปริมณฑล และวิเคราะห์ผ่านสถิติทดสอบสมมติฐานความแตกต่างระหว่างสิทธิรักษาพยาบาล ร่วมกับการใช้แบบจำลองโพรบิตแบบเรียงลำดับเพื่อหาตัวแปรอื่น ๆ ที่มีผลต่อความพึงพอใจในการรับบริการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการที่นอกเหนือจากปัจจัยด้านกลุ่มสิทธิรักษาพยาบาลของภาครัฐ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังใช้ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจแพทย์ที่ให้บริการรักษาพยาบาลในเขตกรุงเทพ ฯ เพื่อวิเคราะห์ระดับปัญหาในการให้บริการผู้ป่วยในแต่ละสิทธิรักษาพยาบาล ตั้งแต่การคัดกรองกลุ่มโรคไปจนถึงการดำเนินการรักษาว่ามีปัญหาแตกต่างกันอย่างไรบ้าง

ซึ่งผลการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำ ในเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบ พบว่า สิทธิรักษาพยาบาล ข้าราชการได้รับการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด จึงส่งผลให้ได้สิทธิประโยชน์ในการรักษาดีที่สุดใน 3 สิทธิรักษาพยาบาล ได้แก่ ความครอบคลุมของกลุ่มโรคที่คุ้มครอง จำนวน

อุปกรณ์และอวัยวะเทียม โอกาสในการได้รับยาราคาแพง รวมถึงการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาโรคทั่ว ๆ ไป ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ร่วมจ่ายค่ารักษา 30 บาท กลับดีกว่าสิทธิประกันสังคมที่ผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายค่าเบี้ยประกันให้กับตนเองในทุกด้านที่กล่าวมาขณะที่ความเหลื่อมล้ำในเชิงคุณภาพของการให้บริการนั้น พบว่า ผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการมีระดับความพึงพอใจในบริการทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลสูงที่สุด ส่วนผู้ใช้บริการในสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลับมีระดับคะแนนความพึงพอใจจากการให้บริการในระดับที่เท่ากัน และพบว่ามีปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากปัจจัยทางด้านสิทธิรักษาพยาบาลที่ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจในการรับบริการรักษาพยาบาลได้แก่ เขตที่พักอาศัย สังกัดของสถานพยาบาลที่ไปใช้บริการ ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องชำระเอง จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และระดับการศึกษาสูงสุดที่ผู้รับบริการสำเร็จ

และในการสำรวจระดับปัญหาในการให้บริการของแพทย์ว่าผลของความเหลื่อมล้ำเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบในเรื่องข้อจำกัดด้านงบประมาณและนโยบายของแต่ละสิทธิรักษาพยาบาลได้ส่งผลต่อการรักษาในแต่ละขั้นตอนการรักษาอย่างไรบ้าง พบว่าสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการเป็นสิทธิการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด รองลงมาคือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในขณะที่สิทธิประกันสังคมเป็นสิทธิรักษาพยาบาลที่ดีน้อยที่สุด และแพทย์ให้ข้อเสนอแนะว่าหากสานักงานประกันสังคมแยกสิทธิในการรักษาพยาบาลออกจากสิทธิประโยชน์ในด้านอื่น ๆ มาให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบริหารจัดการแทน ก็จะสร้างประสิทธิภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลที่ดีกว่า

ส่วนแนวทางในการลดความเหลื่อมล้ำนั้น ผู้วิจัยพิจารณาแล้วเห็นว่าควรกำหนดให้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่คนไทยทุกคนควรจะได้รับ ในขณะที่สิทธิประกันสังคมมีวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลแบบเดียวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและต้องร่วมจ่ายเงินสมทบให้กับตนเองนั้น จึงควรได้รับสิทธิประโยชน์ที่มากกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในอนาคตหากค่าจ้างของข้าราชการยังไม่สามารถสูงเท่ากับลูกจ้างในภาคเอกชนจึงสมควรให้สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการยังคงเป็นสิทธิรักษาพยาบาลที่ดี ที่สุด อย่างไรก็ตามการได้รับสิทธิประโยชน์ที่ดีที่สุดนี้ก็การสร้างภาระทางการคลังที่สูงตามไปด้วยจึงต้องลดสิทธิประโยชน์ที่ไม่จำเป็นบางอย่างลง โดยทั้ง 3 สิทธิรักษาพยาบาลจะต้องร่วมจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลเพื่อลดภาระทางการคลังของรัฐบาลในอนาคต

เช่นเดียวกับงานวิจัย รัชฎาภรณ์ สิงตะนะ (2547) ได้ศึกษา การสำรวจทัศนคติประชาชนเกี่ยวกับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคของประชาชน ซ.สุขาภิบาล 15 ต.เชียงรากน้อย อ.บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา และพนักงานของบริษัท DDK ประเทศไทย จำกัด พบว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนนับเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขที่มีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง ดังจะได้จากนโยบายในการให้ความช่วยเหลือและรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้มีรายได้น้อยและผู้ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ต่อมาได้มีการขยายขอบเขตของการช่วยเหลือ ด้านรักษาพยาบาลไปสู่กลุ่มบุคคลที่สังคมที่สังคมควรช่วยเหลือ ได้แก่ ผู้สูงอายุ, เด็ก, ผู้พิการ, ครอบครัวทหารผ่านศึก, พระภิกษุ, สามเณร,นักบวช, ผู้นำชุมชน

และรัฐบาลจึงมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งนับว่าเป็นกลวิธีหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพโดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ประชาชนทุกคนโดยเฉพาะผู้ยากไร้ได้มีหลักประกันสุขภาพได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและเท่าเทียม มีการดำเนินการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุข เปิดโอกาสให้องค์กรชุมชนสามารถเข้ามามีบทบาทในการจัดระบบสุขภาพมากขึ้น แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาได้เกิดปัญหาขึ้นหลายประการ อาทิ ความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพมีอยู่หลายระบบเกิดความซ้ำซ้อนและขาดเอกภาพในการดำเนินงานและเอื้อประโยชน์แก่ประชาชนบางกลุ่มโดยไม่จำเป็น ระบบการจัดสรรเงินที่ยังไม่เกิดแรงจูงใจในการให้บริการแก่สถานพยาบาลรวมถึงการประกันสุขภาพที่ยังเน้นแต่การรักษาพยาบาล และการให้บริการทางการแพทย์ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติและสำนักงานประกันสุขภาพยังพบว่ามีประชาชนอีกร้อยละ 30 หรือ 18 ล้านคน ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ และมีจำนวนไม่น้อยที่ต้องเป็นหนี้สินในการกู้ยืมเงินมา เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลในยามที่เจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคร้ายแรงที่ต้องมีค่ารักษาพยาบาลสูงโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคเป็นโครงการเร่งด่วนที่รัฐบาลจัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือในด้านการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งในด้านการให้บริการทางการแพทย์การจัดสรรงบประมาณของรัฐบาล ควรจะทำการศึกษารายละเอียดให้มากกว่านี้ เพื่อจะได้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันท่วงที

นอกจากนี้งานวิจัย ประพันธ์ เผือกสม (2550) ได้ศึกษา การพยากรณ์การจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาล กรณีศึกษา ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีวัตถุประสงค์ พยากรณ์อัตราการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้เทคนิคต้นไม้ตัดสินใจ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพความแม่นยำในการพยากรณ์ด้วยอัลกอริทึม C5.0 และอัลกอริทึม CART

โดยมีสมมติฐานว่ามีความแม่นยำเท่ากันผลการทดลองพบว่าอัลกอริทึมทั้งสองพยากรณ์ได้แม่นยำไม่เท่ากัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เมื่อดูผลพยากรณ์จากกลุ่มตัวอย่างพบว่าค่าพยากรณ์จากทุกตัวอย่างของอัลกอริทึม C5.0 มีค่ามากกว่าอัลกอริทึม CART ดังนั้นสรุปได้ว่า อัลกอริทึม C5.0 พยากรณ์ได้แม่นยำกว่าอัลกอริทึม CART

อย่างเช่น อรพินธ์ อินทจักร (2545) ได้ศึกษา การศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้ให้บริการงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เกี่ยวกับการบริหารจัดการการส่งต่อผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล การปฏิบัติงานสภาพแวดล้อมในการทำงานความรู้และระดับความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้ให้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีต่อการบริหาร จัดการการส่งต่อผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัดสุราษฎร์ธานี 2) เปรียบเทียบความ คิดเห็นระหว่างกลุ่มที่มีปัจจัยด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน 3) ศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการบริหารจัดการนี้รูปแบบการวิจัยเป็นการสำรวจ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามร่วมกับการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 13 คน และใช้แบบสอบถามกับประชากรที่เป็นแพทย์ พยาบาล วิชาชีพของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 208 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าทีแมนวิทนีย์ ยู ครัสคัล-วอลลิส การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้บริหาร ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 40 ปี สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต มีรายได้ต่อเดือน 25,000 บาท มีประสบการณ์ในการทำงาน ตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชุน มีความรู้เกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับดีมาก และเห็นด้วยว่านโยบายมีความชัดเจนส่วนผู้ให้บริการส่วนใหญ่อายุ 30 ปี หรือต่ำกว่า สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีรายได้ต่อเดือน 10,000 บาทหรือน้อยกว่า มีประสบการณ์ในการทำงานระหว่าง 6-15 ปี ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชุน ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่มีความรู้ในระดับดีมาก ผู้บริหารมีระดับความคิดเห็น เห็นด้วยมาก ในด้านระบบเครือข่ายบริการและการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย ส่วนผู้ให้บริการมีระดับความคิดเห็น เห็นด้วยมาก ในด้านการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วย 2) เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างกลุ่มที่มีปัจจัยต่างกัน พบว่าในกลุ่มผู้บริหาร ไม่แตกต่างกัน แต่พบความแตกต่างของความคิดเห็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของกลุ่มผู้ให้บริการ โดยในด้านระบบเครือข่ายบริการ พบในกลุ่มที่มีระดับการศึกษา รายได้ และอายุต่างกัน ด้านการดำ เนินงานส่งต่อผู้ป่วย พบในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาและที่ตั้งสถานพยาบาลต่างกัน ด้าน

ระบบการจ่ายเงิน พบในกลุ่มที่มีระดับการศึกษา ความชัดเจนในนโยบาย และความรู้แตกต่างกัน ด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล พบในกลุ่มที่มีอายุ และประสบการณ์ในการทำงานแตกต่างกัน 3) ปัญหา อุปสรรคที่พบมากที่สุด คือการขาดความเข้าใจแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดำ เนินงานส่งต่อผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

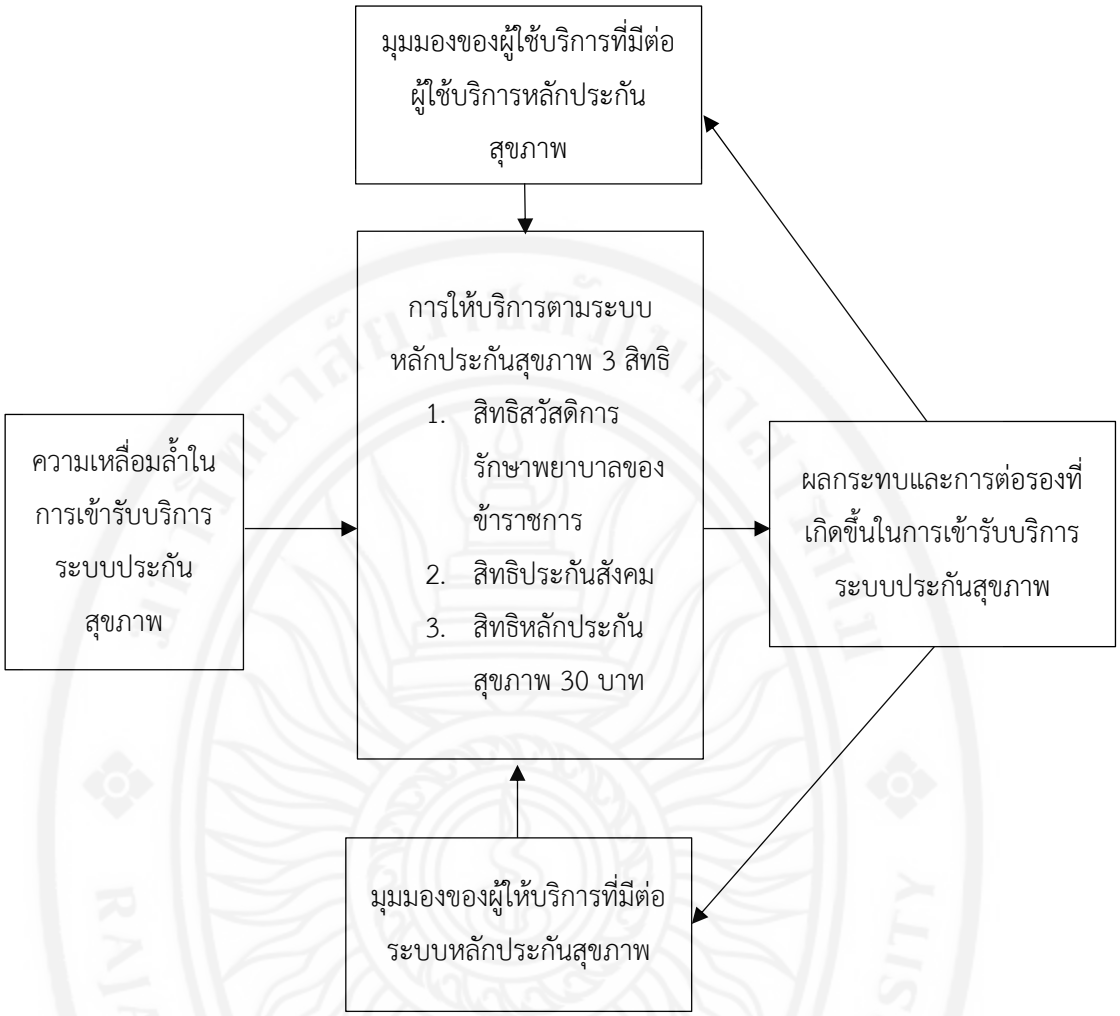
จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน ที่ส่งผลจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของความเหลื่อมล้ำได้ ทำให้การลดความเหลื่อมล้ำกลายเป็นศูนย์กลางของความสนใจของสังคม โดยรวม ไม่ว่าจะเป็นสื่อมวลชน นักวิชาการ นักเคลื่อนไหวทางสังคม ตลอดจนนักการเมืองและนักธุรกิจ อาจถือเป็นปรากฏการณ์เชิงสัญลักษณ์ของการต่อต้านของสังคม เนื่องจากความเหลื่อมล้ำเป็นปัญหาที่มีหลากมิติแนวทางการแก้หรือลดปัญหาความเหลื่อมล้ำ จึงมีหลากมิติตามไปด้วยกล่าวคือไม่ได้จำกัดเพียงแนวทางสังคมและการเมืองเท่านั้น ซึ่งเสรีภาพส่วนบุคคลมีสิทธิอย่างเท่าเทียมกันคือคุณค่าและคุณธรรมที่สำคัญเพื่อให้เกิดความยุติธรรมที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของเสรีภาพ รัฐมีหน้าที่คอยสนับสนุนอำนวยความสะดวกให้แก่ปัจเจกบุคคลที่อยู่ภายใต้กฎหมาย และรับประกันว่ามนุษยชาติทั้งมวลควรจะได้รับสิทธิประโยชน์สูงสุดตามที่รัฐสรรจัดด้านสิทธิต่าง ๆ สามรถเข้าถึงการรักษาด้านสุขภาพโดยที่ไม่ได้ถูกยกเว้นเงื่อนไขต่าง ๆ ตามหลักสิทธิประกันด้านสุขภาพ แม้จะมีฐานะยากจนที่อยู่ในครอบครัวฐานะปานกลางก็ย่อยที่จะสามารถได้รับสิทธิเสรีภาพการรักษาเหมือนทุกชนชั้น ที่รัฐหยิบยื่นเข้ามาช่วยเหลือประชาชนที่มีรายได้น้อยให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลตามรัฐสวัสดิการที่รัฐจัดสรรงบประมาณทั่วถึง เพื่อให้เกิดความยุติธรรมโดยระบบโครงสร้างทางสังคมทุกสังคมล้วนเป็นผลผลิตที่ไม่เท่าเทียมที่ถูกสะสมเป็นเวลานานเกิดความเหลื่อมล้ำระบบทางสังคมที่ไม่ยุติธรรม ดังนั้นสังคมต้องสร้างความยุติธรรมเพื่อบรรเทาความอยุติธรรมทางสังคมอย่าง ต่อเนื่องด้วยการกระจายรายได้และความมั่งคั่งให้ตกถึงมือประชาชนในวงกว้างที่สุด

เพื่อตอบแทนคนทุกภาคส่วนในสังคมที่มีส่วนสร้างความมั่งคั่ง จะสนับสนุนแนวคิดรัฐสวัสดิการอย่างเต็มรูปแบบที่จัดสวัสดิการถ้วนหน้าให้กับประชาชนทุกคนในฐานะสิทธิพลเมืองที่พึงได้รับอย่างเสมอภาค หรือจะเป็นด้านสมรรถภาพของมนุษย์ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ และความยากจน

เป็นการลิดรอนสมรรถภาพของมนุษย์และการเติบโตทางเศรษฐกิจและรายได้เป็นเพียงเครื่องมือที่นำไปสู่เป้าหมายอิสรภาพทางการเมืองอิสรภาพทางเศรษฐกิจโอกาสทางสังคมหลักประกันว่าภาครัฐจะมีความโปร่งใสและการคุ้มครองความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เมื่อสมรรถภาพของคนถูกลิดรอนก็จะขาดอิสรภาพ และอิสรภาพการมีรายได้น้อยมากเมื่อเทียบกับคนที่อาศัยอยู่ในถิ่นเดียวกัน ยิ่งสังคมมีความเหลื่อมล้ำก็ยิ่งปิดช่องว่างได้ยากขึ้นเท่านั้นเพราะความเหลื่อมล้ำด้านหนึ่งจะตอกลิ่มความเหลื่อมล้ำด้าน อื่น ๆ ไปพร้อมกัน และเป้าหมายของการพัฒนาสังคมและนโยบายรัฐควรอยู่ที่การเพิ่มทางเลือกในการดำรงชีวิต ให้แก่ผู้คนและปรับปรุงระดับความเป็นอยู่ที่ดีการเพิ่มกลไกที่เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมทางการเมือง เพื่อสามารถเลือกสิ่งที่ดีมีคุณภาพบริการสาธารณะและบริการสาธารณสุขของประชาชน เพื่อการลดความเหลื่อมล้ำที่ด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของประชาชน

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปรากฏการณ์ความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ โดยกำหนดประเด็นที่จะศึกษา แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่หนึ่ง ความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ ประเด็นที่สอง เกี่ยวกับมุมมองของผู้ใช้บริการที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพ ประเด็นที่สาม เกี่ยวกับมุมมองของผู้ให้บริการที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพ ประเด็นที่สี่ ผลกระทบและการต่อรองที่เกิดขึ้นกับประชาชนในการเข้ารับบริการระบบประกันสุขภาพ

ซึ่งผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งการวิเคราะห์ 4 ประเด็น ที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้ (ดังภาพที่ 2.1)



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อศึกษาความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการระบบหลักประกันสุขภาพ ของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเพื่อศึกษาผลระทบและการต่อรองที่เกิดขึ้นกับประชาชนในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยมีดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. การดำเนินการวิจัย
3. วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรมข้อมูล
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล
6. การนำเสนอผลการวิจัย
7. จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Design) โดยการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งตรวจสอบหาเงื่อนไขที่ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ โดยการสืบค้นแก่นสาระและความหมายของพฤติกรรม และความสัมพันธ์ ในปรากฏการณ์ ผ่านการบอกเล่าและมุมมองของผู้ให้ข้อมูลอันประกอบด้วยประชาชนผู้เข้ารับการบริการ บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในพื้นที่จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุขในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน บุคลากรเหล่านี้เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงกับปรากฏการณ์ ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถสะท้อนภาพของปรากฏการณ์ได้อย่างแท้จริงและชัดเจน (Merriam and et al., 2002; 2009; McMillan, 2004; Neuman, 2006)

3.2 การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้การวิจัยปรากฏการณ์ (Phenomenology) เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน รวมทั้งตรวจสอบหาเงื่อนไข หรือสาเหตุที่ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน โดยการสืบค้นแก่นสาระและความหมายของพฤติกรรม และความสัมพันธ์ในปรากฏการณ์ ผ่านการบอกเล่าและมุมมองของผู้ให้ข้อมูล อันประกอบด้วยประชาชนผู้เข้ารับการบริการ บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงกับปรากฏการณ์ จะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถสะท้อนภาพของปรากฏการณ์ได้อย่างแท้จริงและชัดเจน (Merriam and et al., 2002; 2009; McMillan, 2004; Neuman, 2006) อันเป็นขั้นตอนหลักของการวิจัยโดยมีกระบวนการดำเนินการวิจัยดังนี้ คือ

3.2.1 หน่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลระดับบุปัจเจกบุคคล ได้แก่ ประชาชนผู้เข้ารับการบริการ บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีพื้นที่ตัวแทน คือ จังหวัดเลย

3.2.2 ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งตามรูปแบบของการศึกษา จำนวน 30 คน แบ่งตามประเด็นการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ได้แก่ประชาชนผู้เข้ารับการบริการในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเลย จำนวน 15 คน

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลเพื่อเสริมผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อใช้ในการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากประชาชนผู้เข้ารับการบริการในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนในพื้นที่กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน จำนวน 15 คน

3.2.3 พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเลือกพื้นที่ศึกษา คือ จังหวัดเลย ซึ่งได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาจังหวัดตามวาระในการดำเนินการขับเคลื่อนจังหวัด (THAILOEI 4.0) ซึ่งหนึ่งในวาระสำคัญที่ต้องพัฒนาก็คือ Health เลย เมืองแห่งสุขภาวะเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนชาวเลยให้มีการกินดี อยู่ดี มีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักในการดูแลสุขภาพอนามัยทั้งร่างกายละจิตใจของตนเองที่เหมาะสม สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ยกระดับการบริการสาธารณสุข สร้างวัฒนธรรม การบริโภคที่ปลอดภัย

3.3 วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.3.1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Dept Interview) เป็นรายบุคคล ในการสัมภาษณ์ประชาชนผู้เข้ารับการบริการในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน ใช้แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guideline) ชุดที่ 1 ส่วนแนวทางการสัมภาษณ์ชุดที่ 2 ใช้ในการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ให้บริการระบบหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่ขณะที่ศึกษา ผู้วิจัยได้ยอมรับประเด็นที่เกิดขึ้นระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาปรับแนวทางสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (ชาย โพธิสิตา, 2547)

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และลักษณะเครื่องมือ ดังนี้

3.3.2.1 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างแนวทางสัมภาษณ์โดยการศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ และใช้กรอบแนวคิดในการวิจัยเป็นแนวทาง มีขั้นตอนในการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์จากแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดประเด็น และสร้างข้อคำถามในแต่ละประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำของการบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ขั้นตอนที่ 3 สร้างแนวทางสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำของการบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จำนวน 2 ชุด

ขั้นตอนที่ 4 นำแนวทางสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ไปพบอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งสอดคล้องกับวิธีการสัมภาษณ์ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 6 นำแนวทางสัมภาษณ์ที่แก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปพบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 7 นำแนวทางสัมภาษณ์ที่แก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ อนึ่ง ในขณะที่ศึกษา ผู้วิจัยได้นำประเด็นที่เกิดขึ้นระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลมาปรับแนวทางสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงอยู่เสมอ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย

3.3.2.2 ลักษณะและเนื้อหาของเครื่องมือ แนวทางการสัมภาษณ์ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 2 ชุด มีลักษณะและเนื้อหาดังนี้

1) แนวทางการสัมภาษณ์ชุดที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์ชุดนี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประชาชนผู้เข้ารับการบริการด้านสาธารณสุขในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2) แนวทางการสัมภาษณ์ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์ชุดนี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ให้บริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.4.1 การศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำของการบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และศึกษาจากบทความ วารสารวิชาการ สืบค้นข้อมูลจาก Internet และงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ในแง่มุมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำของการบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3.4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Interview)

3.4.2.1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์ โดยใช้วิธีการจดบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) และการบันทึกเสียง

3.4.2.2 ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ผู้ให้ข้อมูลเพื่อเสริมผู้ให้ข้อมูลหลัก แล้วนำมาวิเคราะห์ พร้อมทั้งแยกแยะจับประเด็นอีกทั้งตัดคำพูดบางคำที่ไม่เหมาะสม และไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยออกไป เพื่อให้ข้อมูลนั้นเป็นไปตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

3.5 การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิจัยครั้งนี้ใช้การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.5.1 การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบและยืนยันข้อมูลต่อเนื่องตลอดการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลและผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรง (Credibility) กับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ด้วยวิธีการและขั้นตอนดังนี้ คือ

3.5.1.1 การตรวจสอบข้อมูลระหว่างการเก็บข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยตรวจสอบและยืนยันข้อมูลระหว่างเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยใช้เทคนิคสามเส้า (Triangulation Technique) (McMillan and Wergin, 2002; Patton, 1990; Denzin, 1970) การยกคำพูดโดยตรง (Direct Quote/ Verbatim) และการยืนยันผลจากแหล่งข้อมูล (Participant Feedback/Memmber Check) (Maxwell, 1992; 1996) ซึ่งมีวิธีการดังนี้ คือ

1) ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นบางส่วนเกี่ยวกับเรื่องราวที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับประชาชนผู้เข้ารับการบริการ บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ให้บริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการด้านสาธารณสุขในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ได้กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลที่ได้ระหว่างการสัมภาษณ์กับข้อมูลเบื้องต้นที่มีอยู่ว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ ร่วมกับการสังเกตท่าทางและสีหน้าของผู้ให้ข้อมูลว่าผู้ให้ข้อมูลหลักให้ข้อมูลด้วยความจริงใจหรือด้วยความรู้สึกนึกคิดของผู้ให้ข้อมูลหรือไม่ หากพบว่าข้อมูลที่ได้มีประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับข้อมูลเบื้องต้นที่มีอยู่ หรือมีเหตุให้สงสัยว่าไม่ได้มาจากความรู้สึกนึกคิดของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยก็จะทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว

2) การสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำการตรวจสอบและยืนยันข้อมูลที่ได้โดยใช้การตรวจสอบและยืนยันกับข้อมูลที่ได้จากต่างแหล่งข้อมูล (Triangulation of Sources) ทั้งจากแหล่งต่าง ๆ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการบริการด้านสาธารณสุขในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน โดยใช้วิธีการเดียวกันคือการสัมภาษณ์ โดยนำข้อมูล และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มอื่นก่อนหน้านั้น มาทำการตรวจสอบและยืนยันกับ

ข้อมูลที่ได้ระหว่างสัมภาษณ์ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกัน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความสอดคล้องหรือเชื่อมโยงกันของข้อมูล โดยทำการตรวจสอบและยืนยันซ้ำไปมาหลายครั้ง เพื่อให้มีความมั่นใจว่าข้อมูลมีความเที่ยงตรงกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

3) หลังจากที่ได้เก็บข้อมูลในแต่ละวันและรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการถอดเทปข้อมูลสัมภาษณ์แต่ละคน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ มาทำการวิเคราะห์เบื้องต้นโดยตรวจสอบความละเอียดถูกต้อง และความครบถ้วนในประเด็นที่ต้องการศึกษา หากพบว่ามีประเด็นใดที่ยังตกหล่นและต้องการเพิ่มเติม ผู้วิจัยจะได้ทำการเก็บรวบรวมเพิ่มเติมเพื่อให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

3.5.1.2 การตรวจสอบข้อมูลหลังเก็บข้อมูลภาคสนาม นำข้อสรุปที่ค้นพบตรวจสอบความสอดคล้องเชิงโครงสร้าง (Pattern Matching) โดยการนำแบบแผนที่ค้นพบดังกล่าวไปตรวจสอบกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงทฤษฎีว่า แบบแผนที่ค้นพบมีความสอดคล้องกับข้อมูลจริงหรือไม่ เพียงใดเพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือ (Maxwell, 1992) และผู้วิจัยยังได้ยกคำพูดโดยตรงของผู้ให้ข้อมูลบางคนในประเด็นที่สำคัญมาประกอบในรายงานผลการวิจัยอีกด้วย

3.5.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล และสังเคราะห์แบบแผนความสัมพันธ์ (pattern) จนได้ข้อสรุป มีวิธีการและขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.5.2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างเก็บข้อมูลภาคสนาม ระหว่างการเก็บข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปด้วย เพื่อให้การเก็บรวบรวมได้ข้อมูลตรงกับประเด็นคำถามการวิจัย และเพื่อวางแผนงานเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งต่อไป โดยยึดตามแนวคิดของ Bogdan and Biklen (2003) and McMillan and Schumacher (1997) เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ ซึ่งมีวิธีการดังนี้ คือ

1) ได้จำกัดขอบเขตการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ตรงกับประเด็นคำถามและประเภทการวิจัย โดยได้ย้ำเตือนตนเองอยู่เสมอและทุกครั้งที่ทำการสัมภาษณ์ ให้สัมภาษณ์เจาะจงตรงกับประเด็นคำถามการวิจัยที่ต้องการสืบค้นหาคำตอบ และตรงกับรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ

2) ผู้วิจัยได้ใช้ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ที่ผ่านมาสำหรับเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไป หากพบว่ามีประเด็นใดที่ยังตกหล่นและต้องการเพิ่มเติม ผู้วิจัยจะได้ทำการเก็บรวบรวมเพิ่มเติมเพื่อให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

3) ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดในการวิจัยที่ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาใช้เป็นกรอบอ้างอิงสำหรับใช้เป็นฐานคิดในการตีความหมายข้อมูลที่ได้ระหว่างเก็บข้อมูลภาคสนาม พร้อมกับสร้างสมมติฐานชั่วคราวขึ้น (Working Hypothesis) สำหรับใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งถัดไป

3.5.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลหลังเก็บข้อมูลภาคสนาม หลังเก็บข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยยึดตามแนวคิดของ Mcmillan and Schumacher (1997) and Strauss abd Corbin (1998) เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ ซึ่งมีขั้นตอนและวิธีการดังนี้

1) ผู้วิจัยได้ทำการจัดเตรียมข้อมูล (Data Preparation) โดยการเตรียมและตรวจสอบบันทึกข้อมูลภาคสนาม และข้อมูลสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดจากเทปบันทึกเสียงของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน รวมทั้งข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้

2) ผู้วิจัยได้ทำการจำแนกแยกแยะข้อมูล (Data Identification) โดยอ่านข้อมูลของแต่ละคนที่ถูกจัดเตรียมไว้หลายรอบ เพื่อจับใจความที่อยู่ในข้อมูลว่าเกี่ยวข้องกับหัวข้อคำถามการวิจัยได้บ้าง จากนั้นจึงทำการแยกแยะข้อมูล โดยการแบ่งแยกข้อมูลออกส่วนย่อยตามหน่วยความหมาย (Meaning Unit) จนได้หน่วยของข้อมูลที่มีความหมายหรือหน่วยวิเคราะห์ (Analysis Unit) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ จากนั้นทำการพิจารณาความเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องกันตามความคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันของหน่วยวิเคราะห์ที่ได้ และสร้างเป็นหัวข้อสรุปแนวคิดในข้อมูล (Conceptual Topics or Subcategories)

3) ผู้วิจัยได้ทำการจัดกลุ่มข้อมูล (Categorizing) โดยการนำสรุปแนวคิดที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลทุกคน มาทำการเชื่อมโยงความเกี่ยวข้องกันตามความหมาย ผ่านทางรหัสที่กำหนดไว้ และสร้างเป็นกลุ่มของหัวข้อสรุปแนวคิด (Conceptual Categories) ที่มีความหมายคล้ายคลึงหรือแตกต่างกัน

4) ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์แบบแผนความสัมพันธ์ (Pattern Forming) โดยการหาความเชื่อมโยงของความหมายระหว่างกลุ่มหัวข้อสรุปแนวคิดต่างๆ เพื่อสร้างข้อสรุปแบบแผนความสัมพันธ์ (Pattern) ของความเหลื่อมล้ำของการบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากนั้น นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ ทำการสังเคราะห์แบบแผนความสัมพันธ์โดยการหาความเชื่อมโยงระหว่างกันของกลุ่มของข้อมูลในแต่ละประเด็น เพื่อสร้างข้อสรุปแบบแผนความสัมพันธ์เครือข่าย เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ ความเหลื่อมล้ำของการบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภายใต้บริบทของความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุขในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบและยืนยันข้อสรุปที่ค้นพบดังกล่าว โดยการนำข้อสรุปแบบแผนความสัมพันธ์ที่ค้นพบไปตรวจสอบและยืนยันกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ ว่ามีความสอดคล้องต้องกันกับข้อมูลจริง หรือไม่เพียงใดซึ่งมีตัวอย่างในการวิเคราะห์ข้อมูลในบางประเด็น

3.6 การนำเสนอผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการนำเสนอด้วยวิธีการพรรณนาวิเคราะห์ (Analysis Description) ซึ่งเป็นการบรรยาย อธิบายข้อเท็จจริง ตลอดจนได้นำเสนอข้อมูลตามกรอบแนวคิดทฤษฎี เพื่อให้เข้าใจถึงความเหลื่อมล้ำของการบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเพื่อให้มีความกระชับและชัดเจนในการนำเสนอ ผู้วิจัยอาจมีการใช้ตาราง ภาพ และแผนภูมิประกอบในการบรรยาย และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นด้วย

3.7 จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาเรื่องความเหลื่อมล้ำของการบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยธรรมชาติของข้อมูลวิจัยเหล่านี้ เป็นเรื่องไวต่อความรู้สึกเพราะประชาชนผู้เข้ารับบริการย่อมมีความสัมพันธ์กัน โดยเฉพาะประชาชนผู้เข้ารับการบริการ ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากความเหลื่อมล้ำของการบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยจึงได้ให้ความสำคัญต่อเรื่องดังกล่าวนี้ ซึ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมการวิจัยอย่างมากที่สุด อย่างไรก็ตามถ้าไม่มีการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ ก็จะไม่สามารถเข้าใจถึงความเหลื่อมล้ำของการบริการตามระบบหลักประกัน

สุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ว่าเป็นอย่างไร และจะทำให้การกำหนดแนวทางในการวางนโยบายในความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุขในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน ขององค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่เกิดประสิทธิภาพ ทำให้ความเหลื่อมล้ำจะยังคงอยู่ในสังคมไทยต่อไป

ผู้วิจัยจึงต้องได้รับการยินยอมด้วยวาจาจากผู้ให้ข้อมูลก่อน โดยขอรับการยกเว้นการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบยินยอมของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยมีกระบวนการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

3.7.1 การนำเสนอผ่านคณะกรรมการสอบโครงร่างการวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

3.7.2 การปกป้องสิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงใบแบบคำชี้แจงโดยอ่านให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนเข้าใจชัดเจนถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย กระบวนการวิจัย และผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล ชุมชน สังคม และประเทศชาติ โดยให้คำรับรองว่าจะมีการเก็บข้อมูลเป็นความลับเป็นอย่างดี เพื่อป้องกันความเสียหายที่จะเกิดขึ้น ผู้วิจัยได้ขอรับการยกเว้นการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบยินยอมของผู้ให้ข้อมูล โดยขอรับการยินยอมด้วยวาจาจากผู้ให้ข้อมูล และกำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูลแทนการลงลายมือชื่อให้คำยินยอมที่จะให้ข้อมูลในการวิจัยในแบบคำยินยอม เพื่อแสดงว่าผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากอาสาสมัครนั้นจริง

3.7.3 การให้ความมั่นใจในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้ความมั่นใจกับผู้ให้ข้อมูลในการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยชี้แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลททราบว่าจะดำเนินการจัดเก็บข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย เพียงอย่างเดียว และในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ประสงค์เก็บรวบรวมข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อ สกุล และรายละเอียดเกี่ยวกับถิ่นที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด ซึ่งได้กำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูลแทนการลงลายมือชื่อให้คำยินยอม

3.7.4 ความซื่อสัตย์และความจริงใจ ผู้วิจัยจะไม่เปลี่ยนแปลงข้อมูล โดยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามสภาพบริบทที่เกี่ยวข้องและเป็นจริง และจะนำเสนอผลการวิจัยที่ได้ตามความเป็นจริง

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัดตลอดจนถึงกระบวนการวิจัย โดยเค้าโครงการวิจัยได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการผู้สอบเค้าโครงมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ในการวิจัยได้รับคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ทุกกลุ่ม ซึ่งจะมีรายละเอียดการแสดงความยินยอมและคำชี้แจงในการศึกษาเพื่ออธิบายวัตถูประสงค์ของการศึกษาให้แก่ผู้ถูกศึกษา เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจและวิถี

ในการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ผู้วิจัยได้มีการรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายฝ่าย ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลที่ได้ทั้งหมดเป็นความลับ ซึ่งในการศึกษานี้มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ทราบข้อมูลเหล่านั้น หากผลงานทางการวิจัยได้รับการเผยแพร่โดยการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ จะไม่มีการระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูลไม่ว่าจะเป็นกรณีใด ๆ และเทปบันทึกเสียงที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้ถูกทำลายทันที เมื่อสิ้นสุดการศึกษาวิจัย

บทที่ 4
การให้บริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การศึกษาเรื่องความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งในบทนี้เป็นการนำเสนอผลการวิจัยในวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ที่มุ่งศึกษาการให้บริการในระบบประสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. บริบททั่วไปของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการระบบหลักประกันสุขภาพ
2. การให้บริการในระบบประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4.1 บริบททั่วไปของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการระบบหลักประกันสุขภาพ

ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการฝนระบบประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พื้นที่ในการทำวิจัย คือ จังหวัดเลย จำเป็นที่จะต้องทำความรู้จักกับตัวตนของผู้ให้สัมภาษณ์ว่าเป็นอย่างไร โดยทำการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 15 คน ได้แก่ กลุ่มแรก ผู้ใช้บริการระบบประกันสุขภาพ จำนวน 15 คน ภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พื้นที่จังหวัดเลย

4.11 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ใช้บริการระบบประกันสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล กลุ่มที่หนึ่ง ซึ่งเป็นผู้ใช้บริการระบบประกันสุขภาพ พบว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นชาย จำนวน 6 คน เป็นหญิง จำนวน 9 คน มีอายุระหว่าง 21-56 ปี ภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในจังหวัดเลย มีอาชีพรับราชการ จำนวน 5 คน และทำงานในหน่วยงานภาครัฐ บริษัทเอกชนและอาชีพอิสระ จำนวน 10 คน โรคที่เข้ารับการรักษาจัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ใช้เวลาในการรักษาเป็นระยะเวลานาน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเกาต์ เข้ารับบริการตามระบบประกันสุขภาพ 3 สิทธิ ได้แก่

สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ จำนวน 5 คน สิทธิประกันสังคม จำนวน 5 คน และสิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท จำนวน 5 คน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวข้างต้นได้สรุปไว้ในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 สรุปข้อมูลเบื้องต้นของผู้ใช้บริการระบบสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูล	เพศ	อายุ	อาชีพ	โรคที่เข้ารับการรักษา	สิทธิในการเข้ารับบริการ
คูน	ชาย	53	รับราชการ	เกาต์, ไขมันในเลือดสูง	สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
มาลี	หญิง	45	รับราชการ	เบาหวาน, ไขมันในเลือดสูง	สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
พร	หญิง	36	รับราชการ	มะเร็งเต้านม	สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
วรรณ	หญิง	42	รับราชการ	ภูมิแพ้ตนเอง	สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
นพ	ชาย	56	รับจ้าง	รูมาตอยด์	สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
ทิพย์	หญิง	48	พนักงานหน่วยงานของรัฐ	เบาหวาน	ประกันสังคม
นก	หญิง	42	พนักงานหน่วยงานของรัฐ	ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง	ประกันสังคม
นิด	หญิง	27	พนักงานหน่วยงานของรัฐ	ภูมิแพ้	ประกันสังคม
เพชร	ชาย	35	พนักงานบริษัทเอกชน	เกาต์	ประกันสังคม

(ต่อ)

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูล	เพศ	อายุ	อาชีพ	โรคที่เข้ารับการรักษา	สิทธิในการเข้ารับบริการ
นนท์	ชาย	39	พนักงานบริษัทเอกชน	เบาหวาน	ประกันสังคม
โน๊ต	ชาย	21	นักศึกษา	หอบ	หลักประกันสุขภาพ 30 บาท
วุฒิ	ชาย	56	ขับสามล้อ	กรดไหลย้อน	หลักประกันสุขภาพ 30 บาท
อารีย์	หญิง	49	แม่บ้าน	ความดันโลหิตสูง	หลักประกันสุขภาพ 30 บาท
แก้ว	หญิง	55	รับจ้าง	เบาหวาน	หลักประกันสุขภาพ 30 บาท
ก้อย	หญิง	35	ค้าขาย	ภูมิแพ้ตนเอง	หลักประกันสุขภาพ 30 บาท

หมายเหตุ. ชื่อของผู้ให้ข้อมูลเป็นเพียงการสมมุติเพื่อใช้นำเสนอผลการวิจัยเท่านั้น

จากการสัมภาษณ์ในประเด็นการสิทธิการเข้ารับบริการระบบประกันสุขภาพ พบว่าผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่หนึ่ง มีประวัติการรักษาจากโรคที่เป็นไม่น้อยกว่า 3 ปี โดยก่อนหน้าที่จะมาใช้สิทธิในการรักษาปัจจุบัน บางส่วนเคยใช้สิทธิมาแล้วและเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานจึงได้เปลี่ยนแปลงสิทธิตามสถานการณ์ทำงาน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. คูน มาลี และพร เคยใช้สิทธิสิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ต่อมาเมื่อสอบบรรจุข้าราชการได้ จึงได้ทำการเปลี่ยนแปลงสิทธิ มาใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

2. วรรณเคยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ต่อมาเมื่อได้ทำงานในบริษัทเอกชน จึงใช้สิทธิประกันสังคม ปัจจุบันสอบบรรจุข้าราชการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ จึงได้ทำการเปลี่ยนแปลงสิทธิมาใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

3. นพ เคยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ต่อมาบุตรสาวสอบบรรจุข้าราชการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ จึงได้ทำการเปลี่ยนแปลงสิทธิมาใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

4. ทิพย์เคยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ต่อมาได้เข้าทำงานเป็นพนักงานในหน่วยงานราชการ ปัจจุบันจึงได้ทำการเปลี่ยนแปลงสิทธิ โดยใช้สิทธิประกันสังคม

5. นกเคยใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ โดยได้รับสิทธิจากบิดาที่เป็นข้าราชการตำรวจ เมื่ออายุเกิน 20 ปี จึงไม่สามารถใช้สิทธิของบิดาได้ ปัจจุบันเป็นพนักงานจ้างตามภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงทำการเปลี่ยนแปลงสิทธิไปใช้สิทธิประกันสังคม

6. นิด เคยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ต่อมาสามารถสอบคัดเลือกเข้าเป็นพนักงานจ้างตามภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงได้ทำการเปลี่ยนแปลงสิทธิ โดยปัจจุบันใช้สิทธิประกันสังคม

7. เพชรและนนท์ เคยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ต่อมาได้เข้าทำงานในบริษัทเอกชน ปัจจุบันจึงได้ทำการเปลี่ยนแปลงสิทธิ โดยใช้สิทธิประกันสังคม

8. โน้ต เคยใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ โดยได้รับสิทธิจากมารดาที่เป็นข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข เมื่ออายุเกิน 20 ปี จึงไม่สามารถใช้สิทธิของมารดาได้ และทำการเปลี่ยนแปลงสิทธิไปใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท

9. วุฒิ อารีย์ แก้ว และก้อย ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท

จากข้อมูลที่ได้จะเห็นได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าตนเองใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพแบบใดและเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงฐานะ หรือสถานะทางสังคม เช่น จากที่เคยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท เมื่อได้ทำงานเป็นแรงงานในระบบสิทธิประกันสังคม ก็เปลี่ยนแปลงมาใช้สิทธิประกันสังคม บางคนเปลี่ยนสถานะจากบุคคลธรรมดา เมื่อสอบบรรจุเป็นข้าราชการก็เปลี่ยนไปใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ซึ่งสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการยังครอบคลุมไปถึงบิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ จากข้อมูลดังกล่าว เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า หากบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสังคมก็ย่อมได้รับโอกาสที่ดีขึ้น เหมือนกับการกำหนดสิทธิตามหลักประกันสังคม เมื่อสถานะแตกต่างกัน สิทธิที่ได้รับจึงแตกต่างกัน ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพสรุปได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีโอกาสในการได้รับสิทธิตามระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

จากการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดเลือกหน่วยบริการตามสิทธิที่ตนได้รับ เพราะอยู่ใกล้บ้าน การเดินทางสะดวก ประหยัดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการเดินทาง โดยเห็นได้ว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจเลือกใช้บริการจากหน่วยบริการ เช่น บุคคลที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท จะมีฐานะปานกลางถึงยากจน การเข้ารับบริการสถานพยาบาลใกล้บ้านจึงเป็นตัวเลือกที่ดี เพราะทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย และประหยัดเวลาในการเดินทาง ส่วนสิทธิ

ประกันสังคม มีสิทธิสามารถเลือกลงทะเบียนหน่วยบริการที่ต้องการได้ ไม่ว่าจะเป็นสถานบริการของรัฐหรือสถานบริการเอกชนจากบทสัมภาษณ์จากกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

“...สิทธิการรักษาอยู่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ตอนนี้ก็ยังรักษาอยู่ อยู่ใกล้บ้านดีถ้าให้ไปรักษาที่อื่นก็ไม่อยากไปเท่าไหร่ ถึงใช้สิทธิข้าราชการ แต่การไปรักษาที่อื่นก็ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการหลายอย่าง ค่ารถ ค่าข้าว”

(คูน, สัมภาษณ์, 12 มีนาคม 2563)

“...ถ้าหมอยังรักษาได้อยู่ ก็รักษาที่เดิมต่อไป ถ้าไปรักษาที่อื่นก็ต้องลางาน ลำบากเดินทางอีก”

(มาลี, สัมภาษณ์, 11 เมษายน 2563)

“...รักษาที่นี่ก็สะดวกดี ไม่ต้องลางานเป็นวัน หมอที่รักษาก็ดูแลดี เคยไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์พักหนึ่ง แต่เดินทางแล้วเหนื่อย เลยขอหมอกลับมารักษาที่เดิม อีกอย่างยาที่ได้รับก็มีเหมือนกัน”

(พร, สัมภาษณ์, 29 มีนาคม 2563)

“...ไม่อยากไปไกลหรอก ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่อยากไปหาหมอ แต่มันก็จำเป็นต้องไป”

(วรรณ, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2563)

“...ค่าใช้จ่ายเยอะ ต้องประหยัดถึงมีสิทธิค่าราชการ แต่ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างอื่นอยู่ดี”

(นพ, สัมภาษณ์, 23 มีนาคม 2563)

“...เดินทางสะดวก ใกล้บ้าน”

(สัมภาษณ์ทิพย์ เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2563)

“...อยู่ใกล้บ้าน ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่อยากไปที่อื่น เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม เสียเวลาในการเดินทาง ไม่อยากลางานบ่อยด้วย”

(นก, สัมภาษณ์, 18 เมษายน 2563)

“...ถ้าไม่เหลือบ่ากว่าแรงก็รักษาที่นี่แหละ ไปที่อื่นมันยากหลายอย่าง”

(นิด, สัมภาษณ์, 19 เมษายน 2563)

“...ถึงไม่เสียค่ารักษาแต่ก็ต้องจ่ายค่ารถ ค่ากิน บางทีต้องไปก่อนวันนัด ก็ต้องไปพักโรงแรม เพราะไม่มีญาติก็ต้องเสียค่าที่พักอีก ถึงจะไม่ได้จ่ายค่ารักษาแต่การไปหาหมอแต่ละครั้งก็มีค่าใช้จ่ายเยอะพอสมควร”

(เพชร, สัมภาษณ์, 22 มีนาคม 2563)

“...ลางานบ่อยไม่ดี เพราะจะโดนหัวหน้าเพ่งเล็ง การไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทำให้ประหยัดเวลา สามารถปลีกตัวไปได้ ไม่ต้องใช้เวลาเป็นวัน”

(นนท์, สัมภาษณ์, 4 เมษายน 2563)

“...ถ้าแม่ไม่พาไปก็ไม่ได้ไป แม่งานเยอะ รักษาที่นี่ยังไปเองได้”

(โน้ต, สัมภาษณ์, 5 เมษายน 2563)

“...รายได้น้อย ถ้าไปรักษาที่อื่นจะลำบาก ต้องหาเงินเพิ่ม อีกอย่างก็ทำให้เสียลูกค้าประจำด้วย”

(วุฒิ, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2563)

“...ถ้าไปโรงบาลใกล้ ๆ ก็ไม่ต้องลางาน ยังขอหัวหน้าไปได้ แต่ถ้าไปที่อื่นก็ต้องลางานทำให้เสียเวลา”

(อารีย์, สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2563)

“...ไม่อยากไปไกล”

(แก้ว, สัมภาษณ์, 15 เมษายน 2563)

“...ไม่อยากเดินทาง เหนื่อย เปลืองตังค์ด้วย”

(ก้อย, สัมภาษณ์, 17 เมษายน 2563)

จากบทสัมภาษณ์จะพบว่า ผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังที่ใช้ระยะเวลาในการรักษาพยาบาลยาวนาน และการเลือกหน่วยบริการจะขึ้นอยู่ตามสิทธิและสภาวะทางเศรษฐกิจ เช่น บุคคลที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการส่วนใหญ่ จะมีฐานะดีกว่า ผู้ใช้บริการสิทธิอื่น แต่ก็ยังคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเดินทาง ค่าที่พักอาศัย ถึงแม้จะใช้สิทธิโดยไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาก่อนก็ยังคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปด้วย ส่วนผู้ใช้สิทธิประกันสังคม ส่วนใหญ่ก็จะกังวลเกี่ยวกับระยะเวลาในการลางาน ซึ่งอาจทำให้มีประวัติต่อการทำงาน ส่วนผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท นอกจากจะต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการไปหาหมอแล้ว ยังต้องคำนึงถึงรายได้ที่ขาดไปหากจะต้องไปรับบริการสถานพยาบาลอื่น แต่ถ้าหากแพทย์ผู้รักษาพิจารณาว่า การรักษาไม่ดีเท่าที่ควรเนื่องจากขาดอุปกรณ์ หรือยาที่จำเป็นแต่ทางโรงพยาบาลไม่มียาจึงจำเป็นต้องส่งตัวไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น ผู้ใช้บริการบางคนก็จะยื้อเวลาไว้แต่หากอาการไม่ดีมาก ๆ ก็ต้องยอมไปรักษาสถานบริการตามที่แพทย์สั่ง

4.1.2 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้บริการระบบประกันสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล กลุ่มที่สอง ซึ่งเป็นผู้ให้บริการระบบประกันสุขภาพ พบว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นชาย จำนวน 5 คน เป็นหญิง จำนวน 10 คน มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตั้งแต่ 5 ปี-31 ปี ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัด จำนวน 5 คน โรงพยาบาลอำเภอ 5 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล จำนวน 5 คน เป็นแพทย์ จำนวน 3 คน พยาบาล จำนวน 10 คน และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวข้างต้นได้สรุปไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 4.2 สรุปข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้บริการระบบสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูล	เพศ	วิชาชีพ/ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน	ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน
หมอซัน	ชาย	แพทย์	โรงพยาบาลจังหวัด	10 ปี
หมอแอน	หญิง	แพทย์	โรงพยาบาลจังหวัด	7 ปี

(ต่อ)

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูล	เพศ	วิชาชีพ/ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน	ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน
แพร	หญิง	พยาบาล	โรงพยาบาลจังหวัด	5 ปี
นัท	หญิง	พยาบาล	โรงพยาบาลจังหวัด	15 ปี
แมว	หญิง	พยาบาล	โรงพยาบาลจังหวัด	13 ปี
หมอนิ่ม	หญิง	แพทย์	โรงพยาบาลอำเภอ	5 ปี
เทพ	ชาย	พยาบาล	โรงพยาบาลอำเภอ	12 ปี
แอ็ด	ชาย	พยาบาล	โรงพยาบาลอำเภอ	5 ปี
พลอย	หญิง	พยาบาล	โรงพยาบาลอำเภอ	12 ปี
นิล	หญิง	พยาบาล	โรงพยาบาลอำเภอ	7 ปี
พัทธ	หญิง	พยาบาล	โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล	31 ปี
รุจ	ชาย	พยาบาล	โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล	20 ปี
ขวัญ	หญิง	พยาบาล	โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล	25 ปี
ดาว	หญิง	นักวิชาการสาธารณสุข	โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล	27 ปี
อ้วน	ชาย	นักวิชาการสาธารณสุข	โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล	22 ปี

หมายเหตุ. ชื่อของผู้ให้ข้อมูลเป็นเพียงการสมมุติเพื่อใช้นำเสนอผลการวิจัยเท่านั้น

4.1.3 ข้อมูลโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2562

เพื่อให้เกิดความเด่นชัดของข้อมูลมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอข้อมูลของสถานบริการในจังหวัดเลย จากข้อมูลจำนวนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน จำแนกรายอำเภอ จังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2562 พบว่า อำเภอเมืองเลย มีจำนวนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน มากที่สุด โดยมีโรงพยาบาลจังหวัด จำนวน 1 แห่ง จำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยในได้ จำนวน 402 เตียง โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง ขนาดกลาง จำนวน 12 แห่ง และขนาดเล็ก

จำนวน 5 แห่ง รองลงมา คือ อำเภอวังสะพุง มีโรงพยาบาลอำเภอ จำนวน 1 แห่ง จำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยในได้ 113 เตียง โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง ขนาดกลาง จำนวน 13 แห่ง และขนาดเล็ก จำนวน 2 แห่ง ส่วนอำเภอที่มีจำนวนโรงพยาบาลน้อยที่สุด คือ อำเภอนาด้วง และอำเภอนาแห้ว ซึ่งข้อมูลดังกล่าวข้างต้นได้สรุปไว้ในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน จำแนกรายอำเภอ จังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2562

อำเภอ	CUP	รพท./รพช.		รพ.สต./แห่ง		
		แห่ง	เตียง	ใหญ่	กลาง	เล็ก
เมืองเลย	CUP	1	402	2	12	5
นาด้วง	CUP	1	30	-	2	3
เชียงคาน	CUP	1	60	-	6	8
ปากชม	CUP	1	30	-	5	5
ด่านซ้าย	CUP	1	60	-	5	8
นาแห้ว	CUP	1	30	-	-	5
ภูเรือ	CUP	1	30	-	1	5
ท่าลี่	CUP	1	44	-	2	7
วังสะพุง	CUP	1	113	2	13	2
ภูกระดึง	CUP	1	51	-	4	1
ภูหลวง	CUP	1	30	-	3	2
ผาขาว	CUP	1	30	-	5	1
เอราวัณ	CUP	1	30	-	4	4
หนองหิน	CUP	1	30	-	3	2
รวม	-	-	1,048	-	65	58

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นพบว่าความแตกต่างในการเข้ารับบริการต่างพื้นที่มีความเด่นชัดอันเนื่องมาจากการกระจายทรัพยากรและบุคลากรผู้ให้บริการ โดยมีการกระจุกตัวอยู่ในอำเภอใหญ่ ๆ เช่น จำนวนทรัพยากรต่าง ๆ ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล พบว่า โรงพยาบาลประจำจังหวัด จะมีอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และจำนวนบุคลากรก็มากกว่าสถานพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ในขณะที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ จะมีบุคลากรทางการแพทย์น้อยกว่ามาก สถานที่ให้บริการ งบประมาณ น้อยกว่าโรงพยาบาลประจำจังหวัด แต่ก็ยังสามารถรับผู้ป่วยในเข้ารับการรักษาได้ ซึ่งต่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลที่อยู่ในพื้นที่ชนบท ไม่มีแพทย์คอยให้บริการประจำ หรือบางครั้งอาจจะมีการจัดเวรยามผลัดเปลี่ยนกันเป็นครั้งคราว ส่วนใหญ่มีแต่บุคลากรทางสาธารณสุขคอยดูแล ให้คำปรึกษา ไม่สามารถรับผู้ป่วยในได้ ถึงแม้ว่าจะมีการจัดแพทย์เข้าเวรเพื่อตรวจรักษาผู้ป่วย แต่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลก็มีข้อจำกัด เพราะแพทย์ผู้ทำการตรวจ จะทำการรักษา 2 โรค เท่านั้น คือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่สามารถรับยาได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล ส่วนโรคอื่น ๆ ที่ร้ายแรงจะต้องเข้ารับบริการโรงพยาบาลประจำอำเภอหรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งทำให้ผู้ใช้บริการจะต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

4.2 การให้บริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ในการศึกษาความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจกับระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยก่อนว่าเป็นอย่างไร มีลักษณะอย่างไร และผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยทั้งสองกลุ่มจะเป็นผู้ทำให้มองเห็นภาพรวมของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยได้กระจ่างชัดเจนมากขึ้น

4.2.1 สิทธิการให้บริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ

สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์อันเป็นสิทธิความชอบธรรมขั้นพื้นฐานที่มีอยู่ตามธรรมชาติตั้งแต่มนุษย์เกิดมาโดยไม่อาจเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ ได้แก่ สิทธิในชีวิต เสรีภาพในร่างกายและความเสมอภาค ซึ่งตามธรรมชาติมนุษย์มีการเรียนรู้ในการใช้เหตุผลรู้จักเคารพความเสมอภาคและความเป็นอิสระต่อกัน รู้ว่าไม่ควรล่วงละเมิดต่อชีวิต ร่างกาย เสรีภาพและทรัพย์สินของกันและกัน ดังนั้นมนุษย์จึงมีสิทธิตามธรรมชาติที่จะต่อสู้หรือต่อต้านผู้อื่นที่มาล่วงละเมิดต่อชีวิต ร่างกาย

และทรัพย์สินของตนเอง ตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนในข้อ (21) และข้อ (25) 1) กล่าวว่า ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพ และความอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลรักษาทางการแพทย์ และบริการสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในหลักประกันยามว่างงาน เจ็บป่วย พิการ หม้าย วัยชรา หรือปราศจากการดำรงชีพอื่น ในสภาวะแวดล้อมนอกเหนือการควบคุมของตน 2) มารดาและเด็กย่อมมีสิทธิที่จะรับการดูแลรักษา และการช่วยเหลือเป็นพิเศษ เด็กทั้งปวงไม่ว่าจะเกิดในหรือนอกสมรส จะต้องได้รับการคุ้มครองทาง สังคมเช่นเดียวกัน (กรมองค์การระหว่างประเทศ, 2551) และตามกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิ ทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: ICESCR) ข้อ (12) การรับรองสิทธิของทุกคนที่จะมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตตามมาตรฐาน สูงสุดเท่าที่เป็นได้ซึ่งครอบคลุมทั้งการลดอัตราการตายของทารก การพัฒนาสุขภาพอนามัยแม่และ เด็ก การปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อม การป้องกันควบคุมและรักษาโรคระบาด โรคจาก การประกอบอาชีพ รวมทั้งการประกันบริการทางการแพทย์ในการดูแลรักษาพยาบาลเมื่อทุกคนเจ็บป่วย ซึ่งจะเห็นว่าสิทธิด้านสุขภาพจากที่กล่าวมา เป็นสิทธิที่มีขอบเขตกว้างขวางมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อ สุขภาพได้แก่ ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ประเทศไทยจึงได้ให้ความสำคัญกับสิทธิ ด้านบริการสาธารณสุขดังปรากฏในรัฐธรรมนูญฉบับต่าง ๆ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ให้ความสำคัญเกี่ยวกับหลักสิทธิ มนุษยชนของคนไทย โดยส่งเสริมให้ทุกคนในชาติมีสิทธิความเสมอภาคเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยกเพศ เชื้อชาติ และศาสนา และประชาชนทุกคนต้องสามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพที่มีมาตรฐาน มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน รัฐธรรมนูญได้ให้ความสำคัญกับ ความเท่าเทียมกันในด้านสุขภาพ และได้บัญญัติไว้ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ตามมาตรา 53 กำหนดให้รัฐคุ้มครองเด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัวจากปัญหาความรุนแรง และการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม โดยเน้นเฉพาะเด็กและเยาวชนซึ่งไม่มีผู้ดูแล มีสิทธิได้รับการเลี้ยงดู และการศึกษาอบรมจากรัฐ ในมาตรา 54 กำหนดให้รัฐดูแลช่วยเหลือบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปี บริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับ ความช่วยเหลือจากรัฐ มาตรา 55 กำหนดให้ รัฐให้ความสะดวกแก่บุคคลซึ่งพิการ หรือทุพพลภาพ และอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ มาตรา 56 กำหนดให้รัฐร่วมกับชุมชนดูแลรักษา และจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน มาตรา 57 กำหนดให้รัฐคุ้มครองผู้บริโภค และในมาตรา 58 กำหนดให้บุคคลมีสิทธิในการรับทราบข้อมูล

คำชี้แจง และข่าวสารสาธารณะจากหน่วยงานราชการ ในการดำเนินกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพ อนามัย คุณภาพชีวิตทั้งของตนเองและชุมชน (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540)

ต่อมารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้นำสิทธิด้านสาธารณสุขมาบัญญัติไว้ในหมวดที่ 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ส่วนที่ 9 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ และหมวด 5 แนวนโยบายแห่งรัฐ ส่วนที่ 4 แนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม และมาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้ ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เยาวชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการสาธารณสุขโดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

และเมื่อมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 รัฐได้บัญญัติสิทธิมนุษยชนและการเข้าถึงหลักประกันด้านสุขภาพไว้ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ตามมาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และในหมวดที่ 4 ว่าด้วยเรื่องหน้าที่ของรัฐกำหนดไว้ในมาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุดบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

4.2.2 สิทธิประโยชน์ในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ

เนื่องจากสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคน โดยครอบคลุมทั้งการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนให้มีอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี ดังนั้นระบบบริการสุขภาพจึงต้องครอบคลุมตั้งแต่บริการเพื่อการใช้ชีวิต การร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการสุขาภิบาล การมีอาหารน้ำและอากาศที่ปลอดภัย รวมไปถึงการมีเศรษฐานะ ระบบการเมืองการปกครอง ระบบการค้า ระบบการประกอบอาชีพที่ช่วยแก้ไขปัญหาความยากจน ซึ่งส่งผลให้ช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพได้ การได้รับการศึกษาและข้อมูลเพื่อให้รู้เท่าทันโดยใช้ชีวิตอย่างเหมาะสมและรักษาสุขภาพ ที่ดีไว้ได้ ระบบป้องกันโรคที่ป้องกันได้ เมื่อเกิดโรคขึ้นก็มีระบบบริการรักษาโรคซึ่งมีรูปแบบและระบบความซับซ้อนจากการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ มากมาย เมื่อพิการก็มีเทคโนโลยีในการลดความพิการและเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิต รวมไปถึงการปรับสภาพสังคมทั้งด้านกายภาพ กฎเกณฑ์สังคม และค่านิยม เพื่อให้ผู้พิการทางกาย จิต และทางสังคม เช่น โรคที่สังคมรังเกียจ ฯลฯ ได้มีสุขภาวะที่ดีที่สุดที่พึงจะมีได้ (จรัส สุวรรณเวลา, 2543) และพลเดช ปิ่นประทีป (2562) ได้กล่าวถึงเรื่องระบบสุขภาพกับความเป็นธรรมว่า สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้นำนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่ว่า สุขภาพคือสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา ไม่ใช่เพียงการไม่มีโรคภัยไข้เจ็บหรือความแข็งแรงทางกายเท่านั้น ในเชิงบทบาทหน้าที่ ระบบสุขภาพ จึงมิใช่แค่การรักษาพยาบาลเมื่อยามป่วยไข้เท่านั้น แต่มุ่งหวังให้ ประชาชนมีสุขภาวะกายและจิตที่ดี ผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค ฟื้นฟูการ ทำงานของร่างกายและกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของการสาธารณสุขในการรับมือ โรคติดต่อโรคไม่ติดต่อและภัยพิบัติ ระบบสุขภาพที่ดีจึงควรเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ยึดมั่นในหลักศีลธรรม คุณธรรมจริยธรรมในการดำเนินการและให้ความเท่าเทียมด้านสิทธิประโยชน์แก่ชนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม ระบบสุขภาพที่สมบูรณ์จึงมีประชาชนเป็นศูนย์กลางแวดล้อมด้วยกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมฟื้นฟูและบำรุงรักษาสุขภาพของประชาชน กิจกรรมเหล่านี้เรียกว่าระบบสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 6 ระบบ ได้แก่ ระบบบริการ ระบบผู้ให้บริการ ระบบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ระบบการเงินการคลัง ระบบสารสนเทศและระบบอภิบาล ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาระบบบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ การเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทยมี 3 ระบบหลักคือ 1) ระบบ

สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ 2) ระบบกองทุนประกันสังคม และ 3) ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.2.2.1 ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ

1) วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS) เป็นนโยบายที่รัฐบาลจัดเป็นสวัสดิการในการให้ความช่วยเหลือแก่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญและบุคคลในครอบครัว รูปแบบเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนและช่วยเหลือภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นสวัสดิการที่จะก่อให้เกิดสิทธิโดยเน้นเฉพาะอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือเกิดจากลักษณะอาการที่ผิดปกติทางร่างกายมีความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจซึ่งเห็นว่าจำเป็นต้องทำการรักษาให้กลับคืนสู่สภาพปกติดังเดิม มิฉะนั้นจะเกิดอันตรายต่อสุขภาพผู้ป่วย โดยไม่รวมถึงการดำเนินการใด ที่มีลักษณะเป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเสริมสวย

2) โครงสร้างของระบบและที่มาของเงินกองทุน ระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการถือเป็นสวัสดิการจากทางราชการประเภทหนึ่งที่ต้องอาศัยการเบิกจ่ายจากเงินงบประมาณรายจ่ายอันเป็นที่มาของเงินทุนในการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของระบบ ทั้งนี้โดยมาตรา 3 (6) 1 พระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518 ซึ่งได้กำหนดตราเป็นพระราชกฤษฎีกาเป็นเกณฑ์บังคับใช้ โดยในระยะเริ่มแรกประกอบการในการรักษาพยาบาลข้าราชการได้อาศัยหลักเกณฑ์ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2521 มาเป็นเกณฑ์บังคับใช้ซึ่งต่อมาได้ถูกยกเลิกโดยมาตรา 3 แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 ที่ได้ประกาศใช้บังคับและที่แก้ไขเพิ่มเติมจนถึงปัจจุบันรวมจำนวน 8 ฉบับ อันเป็นกฎหมายหลักที่กำหนดถึงขอบเขตเกี่ยวกับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและอาศัยระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2545 ซึ่งออกโดยกระทรวงการคลังเพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดวิธีปฏิบัติของผู้มีสิทธิ อำนาจหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งสถานพยาบาลต่าง ๆ โดยกรมบัญชีกลางซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงการคลังมีหน้าที่ดูแลและรับผิดชอบในการเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการดังกล่าวทั้งระบบ

3) คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการฯ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ. ศ. 2523 มาตรา 6 แก้ไขยกเลิกโดยมาตรา 5 แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2533 ซึ่งกำหนดให้บุคคลดังต่อไปนี้เป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวของตนคือ

3.1) ข้าราชการซึ่งได้รับเงินเดือนจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำของกระทรวง ทบวง กรม ได้แก่ 1) ข้าราชการพลเรือนตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน 2) ข้าราชการครูตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการครู 3) ข้าราชการฝ่ายตุลาการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายตุลาการ 4) ข้าราชการฝ่ายอัยการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายอัยการ 5) อาจารย์ในมหาวิทยาลัยตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัย 6) ข้าราชการฝ่ายรัฐสภาตามกฎหมายว่าด้วยข้าราชการฝ่ายรัฐสภา 7) ข้าราชการตำรวจตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการตำรวจ 8) ข้าราชการทหารตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการทหาร 9) ข้าราชการการเมืองตามกฎหมายว่าด้วยข้าราชการการเมือง

3.2) ลูกจ้างประจำ ซึ่งได้รับค่าจ้างประจำจากเงินงบประมาณรายจ่ายหมวดเงินเดือนและค่าจ้างประจำ

3.3) ผู้ได้รับบำนาญปกติหรือผู้ได้รับบำนาญพิเศษเหตุทุพพลภาพตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการ และทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดตามข้อบังคับกระทรวงกลาโหมว่าด้วยเงินเบี้ยหวัด

3.4) บุคคลในครอบครัวของผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส และบุตรชอบด้วยกฎหมายคนที่ 1 คนถึงที่ 3 ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรมหรือบทที่ได้ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของผู้อื่นแล้ว แต่ในกรณีที่ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ผู้ใดที่ยังไม่มีบุตรหรือมีบุตร ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามมาตรา 7 ยังไม่ถึง 3 คน ถ้าต่อมามีบุตรแฝดซึ่งทำให้มีจำนวนบุตรเกิน 3 คน ไม่มีสิทธิรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุตรคนที่ 1 เป็นคนสุดท้าย และบิดามารดาของผู้มีสิทธินั้นจะต้องเป็นบิดาหรือมารดาโดยสายเลือดและต้องชอบด้วยกฎหมาย โดยดูว่า

ต้องเป็นผู้ที่ได้จดทะเบียนสมรสกับมารดาหรือไม่หากไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับมารดา ต้องเป็นบิดาที่ได้มีการจดทะเบียนรับรองว่าผู้มีสิทธิเป็นบุตรโดยมีคำพิพากษาของศาลว่าเป็นบิดาโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้มีสิทธิจึงจะมีสิทธิได้รับความคุ้มครอง

ส่วนคำว่าคู่สมรสของผู้มีสิทธิจะต้องเป็นคู่สมรสที่ได้มีการจดทะเบียนสมรสกันโดยชอบด้วยกฎหมายจึงจะเป็นคู่สมรสตามความหมายดังกล่าว คู่สมรสของผู้มีสิทธิจะมีได้เฉพาะเพียงหนึ่งคนเท่านั้น เว้นแต่ ชายผู้มีสิทธิเป็นผู้นับถือศาสนาอิสลามและมีภูมิลำเนาอยู่ในเขต 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ นราธิวาส ปัตตานี ยะลา และสตูล โดยได้จดทะเบียนตามหลักศาสนาอิสลาม ณ สำนักงานคณะกรรมการกลางอิสลามใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จึงจะมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลให้กับคู่สมรสได้ 4 คน

3.5) ลูกจ้างชาวต่างประเทศซึ่งมีหนังสือสัญญาจ้างที่ได้รับค่าจ้างจากเงินงบประมาณรายจ่ายและสัญญาจ้างนั้นมิได้ระบุเกี่ยวกับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลไว้

4) ประเภทและขอบเขตของสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการกำหนดให้มีสิทธิประโยชน์ภายใต้ความคุ้มครอง สำหรับผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว ได้แก่ การรักษาพยาบาลและศัลยกรรมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในบริการฉุกเฉิน รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์โดยมุ่งเน้นการให้การรักษา แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงศัลยกรรมตกแต่งเพื่อความงามและการบริการป้องกันโรค เว้นแต่ การตรวจสุขภาพประจำปีเฉพาะตัวของผู้มีสิทธิเท่านั้น โดยเข้ารับบริการได้ที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งใดก็ได้ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาลของเอกชนเฉพาะผู้ป่วยในซึ่งต้องเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นเร่งด่วนโดยหากมิได้รับการรักษาในทันทีทันใดอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้และต้องมีใบรับรองของแพทย์จากสถานพยาบาลของเอกชนดังกล่าวประกอบ

ขอบเขตในการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำหรือผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญและบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครองในระบบสวัสดิการนี้สามารถเข้ารับการรักษาและใช้สิทธิเบิกจ่ายได้ตามสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ดังนี้ 1) ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเรียกเก็บในการรักษาพยาบาลคนที่เจ็บป่วยไม่สบายหรือมีความบกพร่องผิดปกติทางร่างกายจิตใจโดยไม่มีการจำกัดโรคหรือเหตุของการเจ็บป่วยโดยมุ่งเน้นเฉพาะเพื่อการรักษาเยียวยาให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติ 2) ค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยจิตเวชเป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องหรือผิดปกติทางจิต โดยแพทย์ผู้ทำการรักษาจะต้องมีหนังสือรับรองว่าอยู่ในระดับต้องบำบัดรักษา

พยาบาลหรือเป็นขั้นตอนของการรักษาพยาบาล 3) ค่ายา ยาสมุนไพรที่มีคุณสมบัติเฉพาะเพื่อการรักษาโรคเท่านั้น มิได้เป็นเพียงบรรเทา ต้องการช่วยเสริมความงามและอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติที่คณะกรรมการแห่งชาติด้านยากำหนด เว้นแต่ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติก็ให้คณะกรรมการผู้อำนวยการสถานพยาบาลแต่งตั้งเป็นผู้วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เพื่อประกอบการเบิกจ่าย 4) อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคทางที่มีลักษณะข้อบ่งชี้ในการใช้เป็นการเฉพาะหรือที่มีความชัดเจนอยู่ในตัวไม่มีการกำหนดลักษณะและข้อบ่งชี้ในการใช้ซึ่งรวมถึงการซ่อมแซมอวัยวะเทียม รวม 10 หมวด จำนวน 373 รายการ 5) ค่าบริการสาธารณสุข ซึ่งหมายถึง ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจ ค่าวิเคราะห์โรคตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามปกติทั่วไป เช่นค่าห้องผ่าตัด ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางการพยาบาล ค่า X-ray หรือค่าตรวจ MRI ค่าหัตการในห้องผ่าตัด ค่ากายภาพบำบัด ค่าเวชกรรมฟื้นฟู ค่าฝังเข็มและค่าบริการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ไม่รวมถึงค่าธรรมเนียมพิเศษ ค่าตอบแทนพิเศษหรือค่าบริการอื่นที่มีลักษณะพิเศษเช่นค่าจ้างพยาบาลพิเศษสำหรับเฝ้าดูแลผู้ป่วยหรือค่าธรรมเนียมแพทย์พิเศษ 6) ค่าห้องและค่าอาหารสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กรณีคือ ก. เตียงสามัญ เปิดหน้ารวมค่าอาหารไม่เกิน 300 บาทต่อวันไม่จำกัดจำนวนวัน ข. ห้องพิเศษเบิกได้รวมค่าอาหารในการเบิกไม่เกิน 600 บาทต่อวันไม่เกิน 13 วัน แต่หากเกิน 13 วันจะต้องให้คณะกรรมการแพทย์ที่ผู้อำนวยการสถานพยาบาลแต่งตั้งวินิจฉัยและออกหนังสือรับรอง ค. เตียงสังเกตอาการผู้ป่วยนอกได้ 100 บาทต่อครั้งต่อวัน 7) ค่าตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งรัฐระบุให้เป็นสิทธิเฉพาะตัวของข้าราชการ ลูกจ้างประจำหรือผู้ได้รับเบี้ยหวัดบำนาญ ไม่รวมถึงบุคคลในครอบครัวของผู้นั้นโดยเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีได้ปีละ 1 ครั้ง ในสถานพยาบาลของทางราชการโดยแบ่งเป็น 2 ช่วงอายุ ผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์กับผู้ที่มีอายุเกิน 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด 8) ค่ารักษาพยาบาลอื่น ๆ เช่น ก. ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ข. ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเส้นเลือด ค. ค่าออกซิเจน

ส่วนประกอบของการเบิกจ่ายของผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวสามารถใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลในกรณีเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในในสถานพยาบาลของทางราชการของระบบการเบิกจ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (Fee for Services) หรือตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) ซึ่งเป็นการตกลงการจ่ายล่วงหน้าตามกลุ่มโรค (Case Base) ตามข้อตกลงระหว่างกรมบัญชีกลางกับสถานพยาบาลของทางราชการตามอัตราที่

กระทรวงการคลังกำหนด ทั้งโดยวิธีการเบิกจ่ายโดยระบบใบเสร็จรับเงิน หรือระบบเบิกจ่ายตรงที่ได้สมัครไว้หรือในกรณีเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของเอกชน เฉพาะผู้ป่วยในเท่านั้นที่สามารถเบิกค่ารักษา ค่าห้อง ค่าอาหาร หรืออุปกรณ์และอวัยวะเทียมที่กระทรวงการคลังกำหนดไว้โดยวิธีการเบิกจ่ายในระบบใบเสร็จรับเงินซึ่งต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนแล้วนำใบเสร็จรับเงินมาขอเบิกที่ส่วนราชการต้นสังกัดในภายหลัง

ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเป็นระบบสุขภาพที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการและครอบครัว ครอบคลุมสิทธิการใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ข้าราชการสามารถเลือกใช้บริการในสถานบริการของรัฐได้ทุกแห่ง การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นการจ่ายตามปริมาณการใช้บริการหรือแบบปลายเปิด และใช้ระบบเบิกจ่ายตรงคือผู้ป่วยไม่ต้องรับภาระสำรองจ่ายไปก่อน กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังเป็นผู้รับผิดชอบตามจ่าย โดยใช้เงินจากภาษี ซึ่งคาดว่าปี พ.ศ. 2564 รัฐต้องรับภาระการจ่ายกว่า 287,012 ล้านบาท และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาสุขภาพไทย, 2556, อ้างถึงใน สำนักงบประมาณของรัฐสภา, 2560) หรือ 12,534 บาทต่อคนต่อปี โดยปัจจัยที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นเนื่องจาก

1. ปัจจัยด้านการเบิกจ่าย ศักยภาพในการบริหารจัดการระบบการคลังของงบประมาณโครงการนี้มีจำกัด เพราะเป็นแบบปลายเปิดร่วมกับวิธีการจ่ายค่าบริการตามปริมาณบริการย้อนหลัง สามารถใช้จ่ายส่วนที่เกินกว่าที่ตั้งงบประมาณจากงบกลาง เนื่องจากอำนาจตามกฎหมาย มุ่งเน้นที่จะให้สิทธิแก่ผู้มีสิทธิเป็นหลัก และไม่มีบทบัญญัติให้อำนาจกรมบัญชีกลางที่จะควบคุมการใช้สิทธิ โครงสร้างขาดกลไกและเครื่องมือในการตรวจสอบการจ่ายเงินตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ทั้งที่ระบบต้องการการกำกับตรวจสอบที่เข้มข้นกว่าระบบอื่น ๆ

2. ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ระบบสวัสดิการนี้มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพในจำนวนที่มากกว่าระบบอื่น เนื่องจากครอบคลุมข้าราชการเกษียณอายุราชการและครอบครัวด้วย ทำให้ต้องมีการใช้ยามาก โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับยาโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคเส้นเลือดในสมองแตก ขณะเดียวกันได้ให้เสรีภาพในการเลือกไปใช้บริการที่ใดก็ได้โดยไม่ต้องสำรองเงินจ่ายทำให้มีโอกาสใช้บริการเกินจำเป็น ผู้มีสิทธิส่วนใหญ่อาศัยในเมือง และสถานะทางสังคม

ค่อนข้างดี การใช้บริการจึงมักเลือกใช้โรงพยาบาลใหญ่ซึ่งมีต้นทุนการให้บริการสูง และสามารถเรียกร้องจากผู้ให้บริการได้

3. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกของสิทธิข้าราชการมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ระบบการจ่ายคืนตามปริมาณบริการสถานพยาบาลก็ยังมีแรงจูงใจในการสร้างรายได้จากการใช้ยาราคาแพง เช่น ยานอกบัญชีหลัก ยาต้นแบบ ที่ไม่จำเป็นหรือไม่เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ

จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายทราบว่าปัจจัยที่ผู้รับบริการจากระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐสาเหตุเนื่องจาก ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สะดวกสบายสามารถมารับบริการนอกเวลาราชการซึ่งเป็นเวลาที่ข้าราชการเลิกงานแล้ว ดังคำให้สัมภาษณ์ข้าราชการชาย อายุ 59 ปี เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดต้องได้รับยานอกบัญชียาหลัก และต้องเข้ามานอนเพื่อรับยาเคมีบำบัดในโรคพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการได้รับบริการและการดูแลจากแพทย์และพยาบาล บางครั้งเจ้าหน้าที่แนะนำให้ผู้ป่วยเบิกอาหารเสริมโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเพื่อใช้ในการบำรุงสุขภาพร่างกายหลังรับยาเคมีบำบัด

“...ต้องมาเข้ายาเคมีบำบัดเดือนละ 2 ครั้ง หมอบอกว่าค่าใช้จ่ายสูงมากเพราะเป็นยานอกบัญชียาหลัก ดีใจที่ได้รับราชการทำให้ไม่ต้องเดือดร้อนเวลาเจ็บป่วย”

(ผู้ป่วยชายอายุ 59 ปี, สิทธิข้าราชการ, สัมภาษณ์, 24 มีนาคม 2563)

ในด้านผู้ให้บริการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยสิทธิข้าราชการมากกว่าสิทธิอื่น ๆ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เพิ่มรายได้ให้กับโรงพยาบาล โรงพยาบาลบางแห่งถึงกับมีโครงการพิเศษตรวจสุขภาพประจำปีให้กับข้าราชการในสังกัดกระทรวงต่าง ๆ และในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขเองก็ได้จัดทำโครงการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่ข้าราชการทุกคน เพื่อเพิ่มจำนวนผู้รับบริการ และรายได้ของหน่วยบริการ นอกจากนี้การจ่ายยาไม่สมเหตุสมผลก็เป็นปัญหาสำหรับระบบสวัสดิการข้าราชการ เนื่องจากระบบการจ่ายคืนตามปริมาณบริการสถานพยาบาลก็ยังมีแรงจูงใจในการสร้างรายได้จากการใช้ยาราคาแพง เช่น ยานอกบัญชีหลัก ยาต้นแบบ ที่ไม่จำเป็นหรือไม่เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ และการตรวจสุขภาพที่เกินจำเป็น

"...วันนี้ดิฉันมาตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี mammogram หมอบอกว่าค่าตรวจราคาแพงเกือบ 5 พันบาท แต่เรามาตรวจฟรีเป็นโครงการของโรงพยาบาลร่วมกับโรงเรียน"

(ผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม, สิทธิข้าราชการ, สัมภาษณ์, 18 เมษายน 2563)

"...ก็ต้องยอมรับว่าสิทธิข้าราชการสามารถจ่ายยาหรือรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษที่ค่าใช้จ่ายอาจสูงกว่าสิทธิอื่น ๆ หมอสามารถใช้ยาได้หลายขนานขึ้น คนไข้ก็อาจหายเร็วขึ้น แต่ทั้งนี้ก็ต้องขึ้นกับอาการเจ็บป่วยด้วย เราไม่ได้ใช้ยาฟุ่มเฟือยเพราะถูกควบคุมการใช้อยู่เหมือนกัน"

(นายแพทย์, สัมภาษณ์, 24 มีนาคม 2563)

การที่ข้าราชการได้สิทธิในการรับยาโดยไม่ต้องจ่ายเงิน (โรงพยาบาลไปเบิกกับกรมบัญชีกลางโดยตรง) และการที่ระบบนี้แทบไม่มีกลไกควบคุมการจ่ายยา เป็นเหตุให้มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผลอย่างแพร่หลาย ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในส่วนของสวัสดิการข้าราชการฯเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในอัตราที่สูงกว่าค่าใช้จ่ายสำหรับบัตรทองและประกันสังคม โดยตัวเลขค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการที่ดูแลคนประมาณ 5 ล้านคน เพิ่มสูงขึ้นกว่า 2 เท่า หรือคิดเป็นมูลค่าถึง 54,904 ล้านบาท ขณะที่ค่าใช้จ่ายในระบบบัตรทองและประกันสังคมซึ่งดูแลคนกว่า 47 ล้านคน มียอดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเพียง 98,700 ล้านบาทเท่านั้น (สำนักงบประมาณของรัฐสภา, 2560) กรมบัญชีกลางได้เปิดเผยรายละเอียดค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการข้าราชการว่าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ 34 แห่ง โรงพยาบาลตติยภูมิ หมายถึงโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจร ตั้งแต่การป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โรงพยาบาลประเภทนี้โดยมากจึงมักเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นสัดส่วนร้อยละ 90 ของวงเงินทั้งหมด ผลการตรวจสอบเบื้องต้นพบว่า มีการใช้ยาแพงที่ผลิตจากต่างประเทศ ไม่ใช้ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ และมีการเบิกจ่ายยาจำนวนมาก ถ้าหากไม่เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลการเบิกจ่ายจะทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ซึ่งนอกจากจะเป็นการใช้เงินงบประมาณอย่างไม่เหมาะสมแล้ว ยังจะซ้ำเติมให้ความเหลื่อมล้ำด้านค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

4.2.2.2 ระบบประกันสังคม และระบบกองทุนเงินทดแทน

ระบบประกันสังคม (พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537, พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2561) 1) วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งระบบประกันสังคม ระบบประกันสังคม เป็นระบบสวัสดิการในการรักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้มีขึ้นโดยมีเจตนารมณ์และวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นหลักประกันในการให้ความช่วยเหลือแก่ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนหรือผู้แทนอันชอบธรรมของบุคคลนั้นในกรณีลูกจ้างผู้ประกันตน เกิดเหตุต้องประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานหรือกรณีการคลอดบุตร ทุพพลภาพ เสียชีวิต สงเคราะห์บุตร ชราภาพและกรณีการว่างงานตลอดจนยังเป็นการลดภาระความเดือดร้อนของครอบครัวของลูกจ้างหรือสังคมโดยรวม เพื่อให้ลูกจ้างมีความมั่นคงและความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมและเป็นการวางระบบการสร้างหลักประกันพื้นฐานให้กับลูกจ้างและบุคคลอันซึ่งเป็นผู้ประกันตน โดยกำหนดสิทธิให้ผู้ได้รับประโยชน์ทดแทนต่าง ๆ จากเงินกองทุนประกันสังคมตามที่พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 พระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ. ศ. 2537 และพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติเงินทดแทน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 ได้กำหนดไว้ 2) โครงสร้างของระบบและที่มาของเงินกองทุน พระราชบัญญัติประกันสังคม พ. ศ. 2533 มาตรา 19 ได้กำหนดให้มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้น เพื่อเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการปฏิบัติการและรับผิดชอบดำเนินการต่าง ๆ ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติดังกล่าว โดยมีเลขาธิการสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บังคับบัญชาและมีหน้าที่ควบคุมดูแลโดยทั่วไปและมาตรา 21 กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้นเพื่อเป็นทุนใช้จ่ายให้แก่ผู้ประกันตนให้ได้รับประโยชน์ทดแทนตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติดังกล่าวโดยสำนักงานประกันสังคมจะทำสัญญาและซื้อบริการจากโรงพยาบาลรัฐและเอกชนมีการกำหนดมาตรฐานสำหรับโรงพยาบาลที่สามารถจะเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาไว้และมีวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัว (Capitation) ซึ่งหลังจากที่พระราชบัญญัติดังกล่าวมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน 2533 เป็นต้นมาใน ปีพ.ศ. 2534 สำนักงานประกันสังคมได้เริ่มจัดการให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป โดยต่อมาในปี พ.ศ. 2536 ได้มีการขยายการให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างที่อยู่ในสถานประกอบการขนาดเล็กโรงงานที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปหลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2537 ได้เปิดโอกาสให้บุคคลซึ่งมิใช่ลูกจ้างที่มีความประสงค์สมัครเข้าเป็นผู้ประกันตนได้โดยต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเป็นรายปี และในปี พ.ศ. 2545 ได้ขยาย

การให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ส่งผลให้ลูกจ้างที่อยู่ในสถานประกอบการขนาดเล็กมีสิทธิในการได้รับหลักประกันในการดูแลสุขภาพโดยได้รับสิทธิในการให้ความคุ้มครองตามสิทธิประโยชน์จากกองทุนประกันสังคมเช่นเดียวกับลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดใหญ่โดยนายจ้างซึ่งเป็นเจ้าของสถานประกอบการที่มิได้อยู่ภายใต้ข้อยกเว้นกิจการหรือลูกจ้างบางประเภทที่ไม่ต้องอยู่ภายใต้บังคับแห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีหน้าที่ต้องยื่นแบบขึ้นทะเบียนนายจ้างโดยยื่นแบบแสดงรายชื่อผู้ประกันตนอัตราจ้างและข้อความอื่นภายใน 30 วันนับตั้งแต่วันที่ลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตน และนายจ้างมีหน้าที่ต้องหักเงินสมทบจากค่าจ้างที่ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนได้รับและในส่วนของนายจ้างเพื่อนำส่งให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนจากเดือนที่จ่ายค่าจ้าง พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 มาตรา 22 กำหนดที่มาของเงินทุนประกันสังคมซึ่งประกอบด้วย 1) เงินสมทบจากรัฐบาล นายจ้าง ผู้ประกันตน มาตรา 40 และมาตรา 46 2) เงินเพิ่มตามมาตรา 39 มาตรา 49 และมาตรา 53 3) ผลประโยชน์ของกองทุนตามมาตรา 26 4) เงินค่าธรรมเนียมตามมาตรา 45 5) เงินที่ได้รับจากการบริจาคหรือเงินอุดหนุน 6) ที่ตกเป็นกองทุนตามมาตรา 47 มาตรา 47 ทวิ มาตรา 50 มาตรา 53 และมาตรา 56 7) เงินอุดหนุน เงินทดรองราชการที่รัฐบาลจ่ายตามมาตรา 44 วรรค 3 8) เงินค่าปรับที่ได้จากการเปรียบเทียบตามมาตรา 102 9) รายได้อื่น 3) คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 33 กำหนดให้ลูกจ้างหรือผู้ประกันตน เป็นบุคคลที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุนประกันสังคมดังนี้ 3.1) เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ตามมาตรา 33 แก้ไขโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 มาตรา 9 กำหนดคุณสมบัติของลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนจะต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ แต่ในกรณีที่ลูกจ้างซึ่งผู้ประกันตนอยู่แล้วมีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์และยังเป็นลูกจ้างซึ่งทำงานในสถานประกอบการอยู่ให้ถือว่าลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตนต่อไป ผู้ประกันตนตามมาตรานี้จะต้องออกเงินสมทบเข้ากองทุนร่วมกับรัฐบาลและนายจ้างในอัตราร้อยละเท่ากันในรูปลักษณะไตรภาคีตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวงแต่ไม่เกินอัตราเงินสมทบท้ายพระราชบัญญัติดังกล่าว โดยผู้ประกันตนตามมาตรานี้สิ้นสุดการเป็นผู้ประกันตนเมื่อถึงแก่ความตายหรือสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง สหกรณ์สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างผู้ประกันตนได้ส่งเงินสมทบตามเงื่อนเวลาที่ก่อให้เกิดสิทธิที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนแล้ว ให้ผู้ประกันตนนั้นมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือบาดเจ็บ กรณีคลอด

บุตร หรือกรณีทุพพลภาพ หรือกรณีตาย ต่อไปอีก 6 เดือนนับตั้งแต่วันที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง หรือตามระยะเวลาที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา แต่ไม่เกิน 12 เดือนนับตั้งแต่วันที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง 3.2) เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 เป็นบุคคลที่เคยเป็นลูกจ้างผู้ประกันตนและก่อนสิ้นสภาพของการเป็นลูกจ้างได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือนโดยมีความประสงค์ที่จะแสดงความจำนงเป็นผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมภายใน 6 เดือนนับตั้งแต่วันสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนซึ่งผู้ประกันตนต้องนำส่งเงินสมทบเข้ากองทุนเดือนละครั้งภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป โดยรัฐบาลออก 1 เท่าและผู้ประกันตนออก 2 เท่าของอัตราเงินสมทบที่แต่ละฝ่ายต้องออกตามที่กำหนดในกฎกระทรวง โดยผู้ประกันตนตามมาตรานี้อาจสิ้นสุดการเป็นผู้ประกันตนเมื่อถึงแก่ความตาย หรือกลับมาเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 หรือลาออกจากการเป็นผู้ประกันตน หรือไม่ส่งเงินสมทบ 3 เดือนติดต่อกัน ซึ่งจะสิ้นสุดตั้งแต่เดือนแรกที่ไม่ส่งเงินสมทบหรือภายในระยะเวลา 12 เดือนส่งเงินสมทบมาแล้วไม่ครบ 9 เดือนโดยจะสิ้นสุดลงในเดือนที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 9 เดือน ในกรณีเฉพาะผู้ประกันตนที่สิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนจากกรณีลาออกหรือกรณีไม่ส่งเงินสมทบ 3 เดือนติดต่อกัน หรือภายในระยะเวลา 12 เดือนส่งเงินสมทบมาแล้วไม่ครบ 9 เดือนโดยดำเนินการส่งเงินสมทบตามเงื่อนเวลาที่จะก่อให้เกิดสิทธิที่จะได้รับประโยชน์ทดแทนแล้ว ให้ผู้ประกันตนนั้นมีสิทธิ์ได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย หรือกรณีคลอดบุตร หรือกรณีทุพพลภาพ หรือกรณีตายต่อไปอีก 6 เดือนนับตั้งแต่วันที่สิ้นสภาพการเป็นผู้ประกันตน 3.3) เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เป็นบุคคลอื่นใดซึ่งมิใช่ลูกจ้างตามมาตรา 33 และมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์แต่ไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์และต้องไม่เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 เป็นผู้ทุพพลภาพหรือไม่เป็นโรควัณโรคในระยะอันตรายหรือโรคพิษสุราเรื้อรัง โรคใด ๆ ซึ่งอยู่ในระหว่างการรักษาและอยู่ในสภาพการใช้เครื่องช่วยชีวิตซึ่งผู้ประกันตนตามมาตรานี้ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเป็นรายปีภายในสิ้นเดือนมกราคมของทุกปีตามอัตราที่กำหนดในบัญชีท้ายพระราชกฤษฎีกา โดยความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลงเมื่อผู้ประกันตนลาออกโดยแสดงความจำนงต่อสำนักงานประกันสังคม หรือได้เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 หรือเมื่อความปรากฏต่อสำนักงานประกันสังคมว่าผู้ประกันตนได้แจ้งข้อความหรือแสดงหลักฐานเกี่ยวกับคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามในการสมัครในสาระสำคัญอันเป็นเท็จ 4) ประเภทและขอบเขตของสิทธิประโยชน์ทดแทน (พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537) ได้กำหนดสิทธิประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับจากกองทุนประกันสังคมรวม 7 ประเภทคือ

4.1) ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย 4.2) ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร 4.3) ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ 4.4) ประโยชน์ทดแทนในกรณีตาย 4.5) ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร 4.6) ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ 4.7) ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน ยกเว้นผู้ประกันตนตามมาตรา 39

ขอบเขตของการได้รับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนทุกประเภทดังที่กล่าวนั้นจะขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของผู้ประกันตนตามแต่ละประเภทตามที่พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทนตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันตนซึ่งมิใช่ลูกจ้าง พ.ศ. 2537 ได้กำหนดสิทธิไว้เพราะเมื่อสิทธิประโยชน์ทดแทนดังกล่าวได้เกิดขึ้นแล้วเจ้าหน้าที่ก็ไม่มีอำนาจที่จะใช้ดุลพินิจว่าจะให้ประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตนนั้นหรือไม่ เว้นแต่ จะพิจารณาว่าผู้ประกันตนเป็นผู้มีสิทธินั้นหรือไม่เนื่องจากสิทธิดังกล่าวเป็นสิทธิในลักษณะเชิงบังคับการใช้สิทธิดังกล่าวก็มิใช่เรื่องของสวัสดิการหรือการขอรับความช่วยเหลือจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ซึ่งรูปแบบขอบเขตของประโยชน์ทดแทนที่ผู้ประกันตนจะได้รับนั้นสามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ 1) ประโยชน์ทดแทนจากบริการทางการแพทย์หรือในรูปบริการและสิ่งของ และ 2) ประโยชน์ทดแทนในรูปเงินสด

4.2.2.3 ระบบกองทุนเงินทดแทน

1) วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งระบบกองทุนเงินทดแทน (พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537, พระราชบัญญัติเงินทดแทน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561) ระบบกองทุนเงินทดแทน วัตถุประสงค์ในการก่อตั้งเพื่อการคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้างอันเป็นการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนและใช้เป็นหลักประกันชีวิตให้แก่ลูกจ้างในกรณีเมื่อลูกจ้างต้องประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต อันเนื่องมาจากการทำงานให้แก่นายจ้างหรือป้องกันรักษาผลประโยชน์ให้แก่นายจ้าง ซึ่งจะต้องเป็นไปตามลักษณะอาการของโรคที่เกิดขึ้นตามที่กฎหมายกำหนดไว้ หากเป็นอาการของโรคที่เกิดขึ้นโดยสามารถพิสูจน์ ได้ว่าเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการทำงานหรือการปฏิบัติงานให้แก่นายจ้างอีกครั้งเพื่อเป็นการขจัดความไม่แน่นอนในการเรียกร้องค่าเสียหายและเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงของลูกจ้างเมื่อต้องประสบเหตุดังกล่าวตลอดจนยังเป็นการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจเพื่อให้ลูกจ้างสามารถกลับมาประกอบอาชีพได้ตามความเหมาะสมและ

การส่งเสริมให้นายจ้างต้องมีส่วนร่วมในความรับผิดชอบเพื่อหามาตรการต่าง ๆ ที่จำเป็นในการป้องกันและเยียวยาให้แก่ลูกจ้าง

2) โครงสร้างของระบบและที่มาของกองทุนเงินทดแทน พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 กำหนดให้จัดตั้งกองทุนเงินทดแทนขึ้นในสำนักงานประกันสังคมซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมเพื่อจ่ายเป็นเงินทดแทน แก่ลูกจ้าง แทนนายจ้าง ซึ่งนายจ้างมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนรายปีตามอัตราที่กำหนดตามประเภทขนาดของกิจการและตามท้องที่ที่นายจ้างต้องจ่ายเงินสมทบโดยกิจการของนายจ้างที่มีลูกจ้างทำงานตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ยกเว้น งานเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ เลี้ยงสัตว์ ซึ่งมิได้ใช้ลูกจ้างตลอดปีและไม่มีงานลักษณะอื่นร่วมอยู่ด้วย รวมทั้งหน่วยงานซึ่งเป็นราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาคและราชการส่วนท้องถิ่น หน่วยงานอื่นหรือนายจ้างในกิจการที่ได้รับยกเว้นไม่ต้องต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามพระราชบัญญัตินี้ โดยเงินสมทบที่นายจ้างจ่ายเข้ากองทุนจะเป็นลักษณะของการประกันโดยรัฐ ในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินการเพื่อบริการเงินกองทุนเพื่อให้ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือทายาทผู้มีสิทธิของลูกจ้างที่ต้องเสียชีวิตหรือสูญหายให้ได้รับการบรรเทาและเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นที่มาของเงินกองทุนจะประกอบด้วย 1) เงินกองทุนเงินทดแทนตามมาตรา 26 วรรคสอง 2) เงินสมทบ 3) ผลประโยชน์ของกองทุนตามมาตรา 29 4) เงินเพิ่มตามมาตรา 46 5) เงินที่ตกเป็นของกองทุนตามมาตรา 47 6) เงินค่าปรับที่ได้จากการเปรียบเทียบตามมาตรา 66 7) ทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้หรือเงินอุดหนุน 8) รายได้อื่น 9) ดอกผลของกองทุน

3) คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบกองทุนเงินทดแทน ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ได้กำหนดคุณสมบัติของบุคคลผู้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลหรือเงินทดแทนดังนี้ 1) ลูกจ้าง ซึ่งเป็นผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานให้แก่นายจ้างหรือป้องกันรักษาผลประโยชน์ให้แก่นายจ้าง 2) ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจนถึงแก่ความตาย หรือสูญหายอันเนื่องมาจากการทำงานให้แก่นายจ้าง หรือป้องกันรักษาผลประโยชน์ให้แก่นายจ้างให้บิดา มารดา สามีภรรยา หรือบุตรที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ยกเว้นเมื่อมีอายุครบ 18 ปีแล้วแต่ยังศึกษาในระดับไม่สูงกว่าปริญญาตรี ให้มีสิทธิได้รับส่วนแบ่งตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ หรือมีอายุตั้งแต่ 18 ปีและทุพพลภาพหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบซึ่งอยู่ในอุปการะของลูกจ้างก่อนถึงแก่ความตายหรือสูญหายให้เป็นทายาทผู้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนจากนายจ้างตามพระราชบัญญัตินี้ แต่ใน

กรณีที่ลูกจ้างคนใดเสพของมึนเมาหรือสิ่งเสพติดจนไม่สามารถครองสติได้ หรือจงใจทำให้ตนเองประสบอันตรายหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนประสบอันตรายลูกจ้างคนนั้นจะไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบกองทุนเงินทดแทน

4) ประเภทและขอบเขตของสิทธิประโยชน์ทดแทน ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานมีสิทธิได้รับประโยชน์จากระบบกองทุนเงินทดแทนดังนี้ ค่ารักษาพยาบาล ลูกจ้างมีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 35,000 บาทต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย 1 ครั้ง แต่ในกรณีที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเกินกว่า 35,000 บาท ให้จ่ายเพิ่มตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดได้อีกไม่เกิน 50,000 บาท ในกรณีที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในกองทุนลูกจ้างไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล แต่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล อื่นลูกจ้างต้องทดรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนแล้วขอเบิกเงินจากกองทุนภายใน 90 วัน แต่ในกรณีที่ลูกจ้างไม่สามารถทำงานติดต่อกันได้เกิน 30 วันให้นายจ้างจ่ายค่าทดแทนเป็นรายเดือนให้แก่ลูกจ้างในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนตั้งแต่วันแรกที่ลูกจ้างไม่สามารถทำงานได้ไปตลอดระยะเวลาที่ไม่สามารถทำงานได้แต่ไม่เกิน 1 ปี กรณีสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพ ในการทำงานของอวัยวะบางส่วนของลูกจ้างมีสิทธิได้รับค่าทดแทนเป็นรายเดือนในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนตามประเภทของการสูญเสียอวัยวะเป็นระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี กรณีที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานภายหลังจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจะได้รับค่าใช้จ่าย ในการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ด้านการแพทย์และอาชีพเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 20,000 บาท และค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดเพื่อประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานไม่เกิน 20,000 บาท กรณีทุพพลภาพเนื่องจากการทำงาน ได้รับค่าทดแทนเป็นรายเดือนในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนโดยสายตามประเภทของการทุพพลภาพเป็นระยะเวลาไม่เกิน 15 ปี กรณีถึงแก่ความตายหรือสูญหาย ทายาทผู้มีสิทธิของลูกจ้างมีสิทธิได้รับค่าทำศพจำนวน 100 เท่าของอัตราสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวัน และมีสิทธิได้รับค่าทดแทนเป็นรายเดือนในอัตราร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือนเป็นระยะเวลา 8 ปี

ระบบประกันสังคมอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานเป็นระบบที่ครอบคลุมเฉพาะตัวลูกจ้างผู้ประกันตนไม่รวมบิดามารดาคู่สมรสและบุตร เหมือนสิทธิข้าราชการแหล่งเงินกองทุนมาจาก 3 ฝ่ายคือ ฝ่ายลูกจ้างกับนายจ้างฝ่ายละ 5% ของเงินเดือนและรัฐสมทบ 2.5% การใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวแบบปลายปิดโดยไม่มีการปรับอัตราเหมาจ่าย

ตามความเสี่ยง ผู้ประกันตนสามารถเลือกโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักได้อย่างเสรี เนื่องจากระบบประกันสังคมเป็นระบบเดียวที่เรียกเก็บเงินสมทบจากผู้รับบริการ จึงทำให้ผู้ประกันตนมีความคาดหวังว่าจะได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพเหมาะสมกับที่ตนเองต้องเสียเงินค่าใช้จ่ายประจำทุกเดือน แต่ความครอบคลุมสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ใช้สิทธิประกันสังคมกลับไม่เท่าเทียมกับสิทธิข้าราชการ ซึ่งจะเห็นได้จากค่านิยมคนไทยที่ส่งสนับสนุนให้ลูกหลานเรียนสูง ๆ เพื่อเป็นเจ้าคนนายคน ถึงแม้เงินเดือนจะต่ำแต่สวัสดิการการรักษาพยาบาลกลับสูงกว่าระบบอื่น ๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษานอกโรงพยาบาลที่บัตรรับรองสิทธิกำหนด สำนักงานประกันสังคมจะตามจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ไม่เกิน 72 ชั่วโมง นอกเหนือจากนั้นผู้ประกันตนต้องสำรองจ่ายแล้วจึงมาขอเบิกคืน ซึ่งมีการกำหนดค่ารักษาพยาบาล ยกตัวอย่างเช่น ค่าผ่าตัดใหญ่ไม่เกินชั่วโมงละ 8,000 บาท และกรณีฉุกเฉินเบิกได้ไม่เกินปีละ 4 ครั้ง (ผู้ป่วยนอก 2 ครั้ง ผู้ป่วยใน 2 ครั้ง) และค่ารักษาเกี่ยวกันทันตกรรม ผู้ประกันตนมีสิทธิใช้บริการกรณี ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และจำกัดเบิกคืนได้ไม่เกินครั้งละ 300 บาท ปีละ 600 บาท ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะเพิ่มอัตราการเบิกจ่ายเป็น 900 บาท/ปี และไม่จำกัดครั้งจนกว่าจะครบ 900 บาท ก็ยังมีความแตกต่างกับทั้งสองระบบเพราะทั้ง 2 ระบบสามารถใช้บริการทางทันตกรรมได้ครอบคลุมทั้งการใส่ฟันปลอมเพื่อการรักษาและไม่จำกัดจำนวนในการรับบริการ

“...วันนี้มารักษารากฟันค่ะ หมอบอกว่าต้องมาอีกหลายครั้งถึงจะหาย ค่ารักษาประมาณ 7,000 บาท ต้องจ่ายเอง รู้สึกเสียใจเพราะเงินก็ถูกหักเข้าประกันสังคมไปทุกเดือนแต่เราต้องมาจ่ายค่ารักษาฟันซึ่งเราป่วยจริง มันไม่เป็นธรรมเลย ชาวบ้านคนอื่นเขาไม่ต้องออกตังค์เหมือนเราแต่เขาได้สิทธิรักษาฟันฟรี”

(ผู้รับบริการทันตกรรม, สิทธิประกันสังคม, สัมภาษณ์, 26 มีนาคม 2563

ซึ่งปัญหาที่พบในการใช้สิทธิผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมคือ

1. สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมการรักษาที่จำเป็น อันเนื่องมาจากการบริหารจัดการด้านสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคมไม่เข้าถึงปรัชญาของการให้หลักประกันสุขภาพที่ต้องครอบคลุมการรักษาที่จำเป็นโดยไม่นำประเด็นเรื่องค่าใช้จ่ายหรือความมั่นคงของกองทุนมาเกี่ยวข้อง

2. ปัญหาคุณภาพการรักษาพยาบาลจากวิธีการจัดสรรเงินให้กับโรงพยาบาลของประกันสังคม ที่ใช้วิธีการจัดสรรแบบงบเหมาจ่ายรายหัวทั้งก้อนไปที่โรงพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตน ซึ่งเป็นการผลักภาระการบริหารความเสี่ยงให้กับโรงพยาบาลนั้นรับไปดำเนินการแทน

3. สถานพยาบาลคู่สัญญาบางแห่งหลีกเลี่ยงการส่งต่อผู้ประกันตนที่เกินขีดความสามารถ ไปรับบริการที่สถานพยาบาลซึ่งมีขีดความสามารถที่เหมาะสม หรือให้บริการเพียงการประคับประคอง

4. ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบ เป็นระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐระบบเดียวที่ผู้ประกันยังต้องจ่ายสมทบ

4.2.2.4 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เมื่อพิจารณาในประเด็นปัญหาสำคัญต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากโครงการสงเคราะห์ระบบสุขภาพดังกล่าว จึงเป็นเหตุหนึ่งที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความพยายามในการผลักดันให้ประเทศไทยก้าวไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายโดยประชาชนจะต้องได้รับสิทธิประโยชน์จากนโยบายดังกล่าวได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึงเสมอหน้ากันรวมตลอดถึงประชาชนในกลุ่มที่อยู่ภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ตลอดจนประชาชนในกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพทั้งหมด

1) วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) สิทธิในการได้รับบริการทางด้านสาธารณสุขภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ประชาชนทุกคนนอกเหนือจากบุคคลที่มีสิทธิได้รับหลักประกันสุขภาพประเภทอื่นที่มีอยู่แล้วเป็นผู้มีสิทธิได้รับบริการทางสุขภาพได้อย่างทั่วถึงเสมอหน้าเท่าเทียมกันอันเป็นการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและยังเป็นการสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนที่รัฐมีภาระหน้าที่ที่จะต้องเข้าไปมีบทบาทในการจัดการเกี่ยวกับนโยบายดังกล่าวตามรูปแบบที่รัฐได้กำหนดขึ้นและเพื่อใช้เป็นสวัสดิการและเป็นหลักประกันด้านบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน ทั้งนี้ เพื่อการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของประชาชนทุกคนที่มีอาการเจ็บป่วย ประสบอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่จะต้อง

แบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าบริการทางการแพทย์ใช้เป็นเครื่องมือเพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพขึ้น

การให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่จำเป็นขึ้นในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้เป็นการสนองตอบต่อภาวะความจำเป็นของผู้ป่วยที่ถูกกำหนดขึ้นจากภาวะสุขภาพหรือความจำเป็นด้านสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจะต้องมิใช่เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นจากความต้องการในการรับการบริการในสิ่งอุปโภคหรือบริโภคดังเช่นที่มีอยู่ในท้องตลาดโดยทั่วไปแต่อย่างใดหากแต่สิ่งที่เกิดขึ้นจากความไม่แน่นอน (Uncertainty) ของการดำรงชีพซึ่งอาจมีผลถึงแก่ชีวิตของบุคคลนั้น ๆ ได้รวมตลอดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อบุคคลอื่นและสังคมอีกด้วยและเพื่อให้เป็นการสอดคล้องต่อบทบัญญัติที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปัจจุบันได้บัญญัติรับรองไว้ซึ่งประชาชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐ ซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ (ราชกิจจานุเบกษา, 2550 มาตรา 51) และรัฐจะต้องดำเนินการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพ ที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพอันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนของประชาชนรวมทั้งจัดการและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข (ราชกิจจานุเบกษา, 2550 มาตรา 80) ดังนั้นจึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตเพื่อให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานโดยจัดให้มีองค์กรกำกับดูแลและมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน ทั้งนี้เพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศและประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงหมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคน (Entitlement) ที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้าด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกันโดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่เขาจะได้รับสิทธินั้น (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นสวัสดิการทางด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนและเพื่อเป็นหลักประกันทางด้านสุขภาพโดยเป็นสิทธิตามกฎหมายและตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่ประชาชนทุกคนควรมีสิทธิที่จะได้รับโดยไม่ต้องมีการสมัครเข้าใช้บริการและต้อง

มีสัดส่วนในการให้บริการที่เพียงพอทั่วถึงอย่างสมเหตุสมผล ซึ่งรูปแบบในการให้บริการจะต้องมิใช่ลักษณะของการให้บริการในแบบของการบริการสงเคราะห์หรือกึ่งสงเคราะห์หรือเป็นการให้บริการราคาถูก และการจัดสรรงบประมาณจะต้องมิใช่เป็นการมุ่งไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่งโดยขาดการพัฒนาปรับปรุงระบบการบริหารและการจัดการ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความคุ้มครองและประกันสิทธิของประชาชนทางด้านสุขภาพได้อย่างเป็นรูปประธรรม โดยหน่วยงานหลักที่ดูแลและรับผิดชอบจะต้องให้การสนับสนุนและการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตลอดจนการจัดตั้งขึ้นเป็นหน่วยงานเพื่อบริหารระบบ (System Manager) เพื่อให้เกิดความสมดุลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งสามส่วนคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งอยู่ในฐานะผู้ซื้อบริการ (Purchaser) หน่วยบริการหลักทั้ง 4 ประเภท ในฐานะผู้ให้บริการ (Provider) และประชาชนในฐานะผู้รับบริการ (Consumer) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545)

2) โครงสร้างของระบบและที่มาของเงินกองทุน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้จัดตั้งขึ้นโดยดำเนินการให้เป็นไปตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลและอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) และกำหนดให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการและเลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการของคณะกรรมการ เพื่อการปฏิบัติภารกิจด้านนโยบายเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้โครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเน้นให้มีการกระจายอำนาจการบริหารระบบงานไปยังหน่วยงานในระดับพื้นที่ (Local System Manager) คือ สำนักงานสาขาเขตให้มีครอบคลุมทั่วทั้งประเทศทั้งสิ้น 13 แห่ง แบ่งเป็น สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่อีก 12 แห่ง ซึ่งแต่ละเขตดูแลพื้นที่ประมาณ 3-5 จังหวัด โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดของแต่ละจังหวัดเป็นหน่วยงานสนับสนุนในการปฏิบัติภารกิจในด้านต่าง ๆ ให้แก่สำนักงานสาขาเขตพื้นที่ โดยในปีงบประมาณ 2551 สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบประมาณเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอัตราเหมาจ่าย 2,100 บาทต่อคน สำหรับจำนวนประชากรผู้มีสิทธิทั้งสิ้นจำนวน 46.47 ล้านคน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ, 2551) โดยมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แต่ละจังหวัดเป็นรายเดือน และในระดับจังหวัดจะดำเนินการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลในเครือข่าย โดยงบประมาณที่สถานพยาบาลจะได้รับ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับรูปแบบการบริหารงบประมาณและการจัดสรรเงินแก่สถานพยาบาลที่จังหวัดเลือกซึ่งมี 2 รูปแบบคือ รูปแบบที่ 1 Inclusive Capitation เป็นการจัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมโดยรวมงบสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกลบส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค) และการบริการผู้ป่วยใน (Inclusive Capitation) ให้หน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ ที่รับขึ้นทะเบียน กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นหน่วยคู่สัญญาบริการจะต้องจ่ายตาม แต่กรณีที่มีค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินเฉพาะนอกเขตจังหวัดให้เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง ในขณะที่การตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลในจังหวัด กรณีผู้ป่วยนอกให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการระดับจังหวัดกำหนด กรณีผู้ป่วยจะตามจ่ายในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRG) รูปแบบที่ 2 Exclusive Capitation เป็นการจัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัว เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกงบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) ให้หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Capitation Ambulatory Care) ส่วนงบสำหรับบริการผู้ป่วยให้บริการที่จังหวัดโดยจ่ายให้แก่สถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยในอัตราราคา ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG With Global Budget) ส่วนค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง การบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินเฉพาะนอกเขตจังหวัดให้เบิกจ่ายจากสำนักงานประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง

โดยในหมวดตรีของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและอย่างมีประสิทธิภาพ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบด้วยแหล่งที่มาของเงินทุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2) เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติ 3) เงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ 4) เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้ 5) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน 6) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน 7) เงินหรือทรัพย์สินอื่นใดที่กองทุนได้รับมาในกิจกรรมของกองทุน 8) เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

3) คุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ. ศ. 2545) ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติให้บุคคลทุกคนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพโดยกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการตามอัตราที่กำหนดเว้นแต่ ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด ต่อมาในปีพ.ศ. 2549 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อาศัยอำนาจตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าวและโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนโดยเฉพาะผู้ยากไร้และด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการได้มากยิ่งขึ้น จึงมีมติและประกาศให้ยกเลิกการเก็บเงินร่วมจ่ายค่าบริการจำนวน 30 บาทต่อครั้งทั้งหมด นับตั้งแต่วันที่ 23 ตุลาคม 2549 เป็นต้นไป บุคคลที่ประสงค์จะใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ยื่นขอลงทะเบียนสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถ้วนหน้ากำหนด เพื่อกำหนดเป็นหน่วยบริการประจำ ในการให้การดูแลด้านสุขภาพเนื่องจากที่เป็นหน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) และหน่วยบริการร่วมให้บริการ โดยยังทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา (Main Contractor) สำหรับบริการปฐมภูมิและเป็นหน่วยงานที่รับขึ้นทะเบียนประชาชน (Unit for Registration) อันเป็นสถานพยาบาลด่านแรก (Front Line service) ซึ่งทำหน้าที่ในการให้บริการแบบผสมผสาน (Comprehensive care) ตั้งแต่การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟู ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นซึ่งเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อตามสภาพความเจ็บป่วยและความจำเป็นด้านสุขภาพ เรื่องโดยสรุปแล้วคุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีดังนี้ 1) บุคคลสัญชาติไทย 2) มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักตามกฎหมายและมีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลประชากรของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย 3) ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ เช่น ก. ผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ข. ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการทุกประเภท ค. พนักงานหรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเช่นองค์การบริหารส่วนจังหวัด, องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล ง. พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐรัฐวิสาหกิจ จ. คู่สมรส บุตร หรือบิดา มารดาหรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับสวัสดิการในการรักษาพยาบาลโดยอาศัยสิทธิของบุคคลตาม 3.2,3.3 และ 3.4 ฉ. ครูโรงเรียนเอกชน ช. ข้าราชการการเมือง ได้แก่ นายกรัฐมนตรี รองนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการ รัฐมนตรีช่วยว่าการ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภา ซึ่งรัฐได้จัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้ ซ. ผู้ปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานของรัฐหรือบุคคลอื่นใดที่มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยใช้จ่ายเงินจากงบประมาณของรัฐ

4) ประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข การให้บริการด้านสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถจำแนกประเภทและขอบเขตการให้บริการสาธารณสุขได้เป็น 2 ประเภทคือ ประเภทแรก เป็นการบริการที่ครอบคลุมค่าใช้จ่าย และประเภทที่สอง เป็นการบริการที่ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่าย 1) การบริการที่ควบคุมค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยงานบริการซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้แก่ ก. ค่าสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ข. ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ครอบคลุมบริการตรวจเพื่อวินิจฉัย รวมทั้งการตรวจยืนยันกรณีพบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ค. ตรวจและรับฝากครรภ์ครอบคลุมบริการตรวจและการบริบาลเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ง. ค่าบำบัดและบริการทางการแพทย์ ครอบคลุมการบริการดังต่อไปนี้ การบำบัดและบริการทางเวชกรรมรวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลป์จนสิ้นสุดการรักษา การบำบัดทดแทนไตในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Haemo Dialysis) การบำบัดและการบริการทางทันตกรรม ได้แก่ การให้บริการในการถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอวัยวะเทียมและค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยครอบคลุมยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติและรวมบริการยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ฉ. ค่าทำคลอด ครอบคลุมการคลอดบุตรรวมกันไม่เกิน 2 ครั้งกรณีที่บุตรมีชีวิตอยู่ ช. ค่ากินอยู่ในหน่วยบริการ ครอบคลุมการบริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ ซ. ค่าบริบาลทารกแรกเกิด ฌ. ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและการส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล ญ. ค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและการส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล ฎ. ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ครอบคลุมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จนสิ้นสุดการรักษา ฏ. ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นเพื่อการบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด 2) การบริการที่ไม่ครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้แก่ ก. กลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐานการรักษาภาวะมีบุตรยาก การผสมเทียม การเปลี่ยนเพศ การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มี

ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การตรวจวินิจฉัยและรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง ข. บริการที่มีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการปกครองหรือควบคุมโดยกองทุนอื่น โรคจิตกรณีที่ต้องได้รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในจนกว่า 15 วัน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด การบาดเจ็บจากการประสบภัยจากรถที่อยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถเฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้นต้องเป็นผู้จ่าย ค. กลุ่มบริการอื่น ๆ โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน ยกเว้นกรณีที่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ Transplantation)

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง หรือ 30 บาทรักษาทุกโรค) ครอบคลุมประชากรกว่า 50 ล้านคนทั่วประเทศ เป็นระบบที่ยึดหลักสิทธิพื้นฐานในการรักษาพยาบาลตามรัฐธรรมนูญ มีการพัฒนามาจากสิทธิการสงเคราะห์กลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่าง ๆ ในสังคม จนกระทั่งเกิดเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อ ปี พ.ศ. 2545 โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้กำกับดูแล ได้รับเงินสนับสนุนจากเงินงบประมาณแผ่นดินของรัฐบาลเต็มจำนวนโดยประชาชนผู้มีสิทธิไม่ต้องร่วมจ่ายเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลคู่สัญญา สิทธิประโยชน์รอบด้านตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลรวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพ การจ่ายค่าบริการใช้แบบเหมาจ่ายรายหัวแบบปลายปิดเช่นเดียวกับระบบประกันสังคม เนื่องจากวิธีการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวดังกล่าวทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ไม่มีคุณภาพเท่ากับสิทธิข้าราชการ สร้างความไม่พึงพอใจ และความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการกับบุคลากรทางการแพทย์

“ระบบสุขภาพของไทยตอนนี้ ทำให้ชาวบ้านเป็นผู้รับแบบสังคมสงเคราะห์ เช่น สิทธิบัตรทองจะครอบคลุมได้แค่ไหน รอคอยว่าโรงพยาบาลชุมชนจะมีหมอมาเพิ่มหรือไม่ ภาคเอกชนก็มีส่วนอย่างมากในการสร้างความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ เพราะมีส่วนกำหนดทิศทางในการจัดสรรทรัพยากรทางสาธารณสุข เราจึงเห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ถูกดูดไปอยู่ในภาคเอกชนเยอะ”

(นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ กรรมการชมรมแพทย์ชนบท,อ้างถึงใน นพนันท์ วรรณเทพสกุล และกุลธิดา สามะพุทธิ, 2554)

กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี อนันต์เข้าใจปัญหาและไม่ความไม่เป็นธรรมที่ผู้ติดเชื้อได้รับอย่างถ่องแท้ เพราะเขาเองก็เป็นผู้ติดเชื้อคนหนึ่ง เขารู้ซึ้งว่ายาต้านไวรัสราคาแพงแค่ไหน รู้ว่าโรคฉวยโอกาสที่เกิดจากการไม่ได้รับยาต้านไวรัสบั่นทอนสุขภาพเพียงใด รู้ถึงความท้อแท้จากการถูกกีดกันเข้าทำงานหรือถูกรังเกียจจากสังคม รู้ว่าผู้ติดเชื้อไม่ได้รับความเป็นธรรมอย่างไรบ้างในระบบสุขภาพ ช่วง 8 ปีที่ผ่านมา เขาร่วมเคลื่อนไหวเพื่อสิทธิของผู้ติดเชื้อ รวมทั้งสิทธิของคนยากไร้ในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลมานับครั้งไม่ถ้วนสำเร็จบ้าง ล้มเหลวบ้าง และวันนี้เขายังคงต่อสู้อยู่ทั้งในบทบาทของผู้ติดเชื้อคนหนึ่ง ในบทบาทของประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ภาคเหนือตอนบน และในบทบาทของสมาชิกสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ต่อไปนี้เป็นถ้อยคำของอนันต์ที่พูดเรื่องคามไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ และบทเรียนการต่อสู้เพื่อความเป็นธรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (อนันต์ เมืองมูลไชย, อ้างถึงใน นพนันท์ วรรณเทพสกุล และ กุลธิดา สามะพุทธิ, 2554)

“...รัฐไม่เคยสร้างระบบสุขภาพให้ประชาชนเลย นี่คือรากฐานของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ ระบบต่าง ๆ ที่เรามีอยู่ตอนนี้ เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองล้วนได้มาจากการเรียกร้องของประชาชนทั้งสิ้น ก่อนหน้านี้คนที่ได้รับการดูแลด้านการรักษาพยาบาลอย่างดีมีแต่ข้าราชการเท่านั้น ต่อมาลูกจ้างในระบบประกันสังคมก็เริ่มได้สิทธิประโยชน์ ซึ่งเขาก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเองด้วย แต่ชาวบ้านที่ไม่อยู่ในระบบใดเลยนั้น ไม่มีหลักประกันอะไรเลย เราถึงต้องลุกขึ้นมาเรียกร้องให้มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”

“...เมื่อพูดถึงความไม่เป็นธรรมที่ผู้ติดเชื้อได้รับ ผมจะคิดถึงเรื่องบัตรทองเป็นอย่างแรก ตอนที่พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีผลบังคับใช้ (ปี พ.ศ.2545) คนอื่น ๆ ได้ประโยชน์จากบัตรทองหมด แต่ผู้ติดเชื้อยังไม่ได้รับสิทธิเต็มที่ เพราะบัตรทองไม่ครอบคลุมยาต้านไวรัสเอชไอวี เรามีสิทธิรักษาเฉพาะโรคฉวยโอกาสเท่านั้น เรื่องนี้สะเทือนใจมาก เพราะเครือข่ายผู้ติดเชื้อเป็นกำลังสำคัญกลุ่มหนึ่งในการต่อสู้เรียกร้องหลักประกันสุขภาพแล้ว แต่รัฐก็ยังจำกัดจำนวนผู้ติดเชื้อที่จะได้รับยาต้านไวรัสแค่ปีละสองหมื่นคนบ้าง ห้าหมื่นคนบ้าง ทั้งที่มีคนรอกินยาต้านฯ เป็นแสน”

“เราเรียกร้องระบบประกันสุขภาพมา เพื่อให้เกิดประโยชน์กับคนทุกคนในสังคม แต่เรากลับเป็นคนที่ไม่ได้รับสิทธิประโยชน์อย่างเต็มที่เสียเอง จึงต้องลุกขึ้นมาต่อสู้อีกรอบ เพื่อให้บัตรทองครอบคลุมยาต้านฯ ด้วย ระหว่างที่เราเรียกร้องนั้น คนกลุ่มอื่น ๆ ก็ไม่ค่อนสนใจเรา มีแต่องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ด้วยกันเท่านั้นที่ต่อสู้ด้วยกัน ตอนนั้นพวกเราก็รู้สึกโกรธและน้อยใจเหมือนกัน

แต่คิดว่า เราเดินมาไกลพอสมควรแล้ว ได้กฎหมายมาแล้ว เพียงแต่ต้องต่อสู้ไปเท่านั้น เรามีกำลังใจที่จะต่อสู้ เพราะเห็นว่าเพื่อนที่กินยาต้าน เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แข็งแรงขึ้น ไม่เป็นภาระสังคม เมื่อเขาแข็งแรง เขาก็สามารถทำงานหาเลี้ยงครอบครัวได้ เราเรียกร้องอยู่ถึงสามปี กว่าที่ยาต้านไวรัสจะได้รวมในสิทธิบัตรทองก็เดือนตุลาคม พ.ศ. 2548”

ปัจจุบันนี้มีตัวเลขผู้ติดเชื้อ 600,000 คน ในจำนวนนี้มี 200,000 คน ที่ได้รับยาต้านไวรัส ซึ่งนับว่าครอบคลุมร้อยละ 100 ของผู้ที่ต้องได้รับยา

“...ตอนนั้นรัฐบาลให้เหตุผลที่ไม่ยอมรวมยาต้านไวรัสไว้ในระบบบัตรทองว่างบประมาณไม่เพียงพอ เพราะยาต้านฯ ราคาแพง เราก็เสนอว่า รัฐต้องมีการจัดการบางอย่าง เช่น ประกาศซีแอลยา แต่รัฐบาล กลับอ้างว่า การประกาศซีแอลยาจะกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ารัฐบาลไทยสนใจเรื่องความสัมพันธ์กับต่างประเทศมากกว่าชีวิตคนไทยทั้งที่จริง ๆ แล้ว ถ้าปล่อยให้ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับยาต้านฯ รัฐอาจต้องเสียเงินสำหรับการรักษาความเจ็บป่วยจากโรคฉวยโอกาส และเสียรายได้จากการที่ผู้ติดเชื้อไม่สามาระทำงานได้เป็นเงินจำนวนมาก”

หลังจากมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และยาต้านไวรัสถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาสำหรับผู้มีสิทธิในบัตรทอง คนภายนอกอาจจะรู้สึกว่าสถานการณ์ของผู้ติดเชื้อน่าจะดีขึ้น ซึ่งอนันต์บอกว่า

“ดีขึ้นมาระดับหนึ่งแต่ความไม่เป็นธรรมก็ยังมีอยู่”

“...ปัญหาอีกอย่างหนึ่งคือ การเข้าถึงยา แม้จะมีการประกาศซีแอลยา 2 ตัว แต่เราก็ต้องต่อสู้เพื่อให้มีการขยายอายุซีแอลต่อ เพราะเมื่อระยะเวลาการประกาศซีแอลหมดลง รัฐก็จะต้องซื้อยาราคาแพงที่มีสิทธิบัตรอีก เราจึงพยายามผลักดันให้มีการขยายอายุซีแอลโดยไม่ระบุปีที่สิ้นสุด”

เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารัฐยึดหลักสิทธิพื้นฐานที่ประชาชนต้องได้รับตามรัฐธรรมนูญ ที่พัฒนามาจากหลักการสงเคราะห์กลุ่มผู้มีรายได้น้อยและผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ทำให้คุณภาพการบริการด้อยกว่าระบบอื่น ๆ ประกอบกับเป็นระบบที่มีกลุ่มผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 75 ของประชากรในประเทศ จึงเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาและอุปสรรคของการจัดระบบบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังต่อไปนี้

1. รัฐบาลเป็นผู้แบบรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมด

2. บุคลากรและการกระจายของสถานพยาบาลยังมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ บริการยังเป็นบริการตั้งรับเป็นส่วนใหญ่ ระบบบริการปฐมภูมิยังไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ ผู้ป่วยในโรงพยาบาลแออัด

3. ยังไม่มีระบบการจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมว่าควรเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว

4. ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของไทยกระจายตัวอยู่ในหลายกระทรวง หลายหน่วยงานรัฐ หลายแผนงานด้านประกันสุขภาพ รวมถึงองค์กรท้องถิ่นอีกหลายหน่วย ส่งผลให้ระบบการบริหารจัดการมีความซ้ำซ้อน และขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากความลักลั่นของระบบบริหารการจ่ายเงิน การจัดทำรายงาน และการติดตามผล

5. เป็นปัญหาเรื่องนโยบาย ซึ่งผู้บริหารระดับสูงหรือรัฐบาลต้องเป็นผู้ตัดสินใจการเพิ่มสิทธิประโยชน์ หรือการปรับเพิ่มอัตราเหมาจ่ายรายหัวก็จะเป็นภาระกับงบประมาณรายจ่ายจำนวนมา

จากการศึกษาถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยพบว่า การเข้าถึงระบบบริการในหลักประกันสุขภาพของคนไทยกว่า 66 ล้านคน (กองยุทธศาสตร์และแผน, 2562) ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกันดังนี้

ตารางที่ 4.4 จำนวนร้อยละของประชากร จำแนกตามประเภทสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

ประเภทสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	2556		2558		2560		2562	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รวม	66,263,166	100.00	67,163,733	100.00	67,572,274	100.00	67,921,857	100.00
ไม่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	1,030,089	1.55	877,280	1.31	546,880	0.81	412,150	0.61
มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	65,147,398	98.32	66,167,045	98.52	66,999,645	99.15	67,463,407	99.33
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	49,298,203	74.40	49,832,538	74.20	51,126,352	75.66	51,552,337	75.90
ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน	10,183,530	15.37	10,844,015	16.15	11,620,009	17.20	12,100,609	17.82

(ต่อ)

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ประเภทสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	2556		2558		2560		2562	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	5,679,965	8.57	4,973,958	7.41	4,782,032	7.08	4,482,739	6.60
รัฐวิสาหกิจ	-	-	503,997	0.75	658,050	0.97	500,782	0.74
หน่วยงานอิสระของรัฐ	-	-	100,281	0.15	91,384	0.14	66,165	0.10
องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	-	-	118,568	0.18	328,625	0.49	345,020	0.51
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน	3,492,808	5.27	4,440,135	6.61	4,817,037	7.13	4,976,307	7.33
สวัสดิการโดยนายจ้าง	480,199	0.72	656,089	0.98	1,151,928	1.70	1,068,502	1.57
อื่นๆ	321,259	0.48	579,863	0.86	679,157	1.01	802,206	1.18
ไม่ทราบ	85,679	0.13	119,408	0.18	25,749	0.04	46,300	0.07

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562

จากตารางแสดงให้เห็นว่าความครอบคลุมในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยครอบคลุมมากขึ้นโดยผู้ไม่มีสวัสดิการรักษาพยาบาลลดลงจากร้อยละ 1.55 ในปี พ.ศ. 2556 เหลือร้อยละ 0.61 ในปี พ.ศ. 2562 แต่หากศึกษารายละเอียดในด้านต่าง ๆ ของสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพดังกล่าวเรากลับพบข้อแตกต่าง และความเหลื่อมล้ำกันของแต่ละกองทุนกล่าวคือ

1. ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ จำนวนผู้ใช้สิทธิ 4.5 ล้านคน จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นสวัสดิการให้กับผู้ทำงานภาครัฐเพื่อเป็นขวัญกำลังใจเนื่องจากมีรายได้เป็นเงินเดือนน้อยกว่าภาคเอกชน แหล่งเงินของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมาจากงบประมาณแผ่นดินโดยรัฐจัดสรรให้ทั้งหมดค่าใช้จ่ายต่อหัว 12,534 บาท (สำนักงบประมาณของรัฐสภา, 2561)

2. ระบบประกันสังคม จำนวนผู้ใช้สิทธิ 12 ล้านคน จัดตั้งเพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงในชีวิตให้กับลูกจ้างในภาคเอกชน เมื่อมีเหตุเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพจะได้มีที่พึ่ง ใช้เงินสมทบจากนายจ้างและรัฐโดยมีลูกจ้างร่วมจ่าย ค่าเหมาจ่ายต่อหัวในปี พ.ศ. 2562 เป็นเงิน 2,575 บาท (สำนักงานประกันสังคม, 2563)

3 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ 52 ล้านคน จัดตั้งเพื่อให้คนไทยมีสิทธิขั้นพื้นฐานในการรักษาพยาบาล แหล่งเงินมาจากเงินงบประมาณแผ่นดินโดยรัฐจัดสรรให้ทั้งหมดเป็นค่าเหมาจ่ายต่อหัว 3,600 บาท รวมงบประมาณที่รัฐจัดให้ 173,750.40 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2563 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

"...เมื่อแต่ละกองทุนมีที่มาต่างกันจึงมีหลักการ วิธีคิด การดูแล ของหน่วยงานที่รับผิดชอบที่แตกต่างกัน รวมถึงกฎหมายรองรับที่ต่างกัน เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน โดยหัวใจสำคัญของความเหลื่อมล้ำอยู่ที่การออกแบบระบบ เช่น รูปแบบการจ่าย อัตราการจ่าย ขณะที่รายการรักษาและสิทธิประโยชน์ในภาพรวมไม่ค่อยมีความแตกต่างกัน"

(ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, ในจุลสารHSRI FORUM, สัมภาษณ์, 6 พฤศจิกายน 2555)

ตารางที่ 4.5 ความแตกต่างของระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 สิทธิ

รายการ	สิทธิระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	สิทธิระบบกองทุนประกันสังคม	สิทธิระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ
แหล่งเงินทุน	ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ	มาจากงบประมาณแผ่นดินและเงินที่นายจ้างและลูกจ้างจ่ายสมทบตามที่กฎหมายกำหนด	ได้รับงบจากสำนักงบประมาณเป็นระบบจ่ายรายหัว
แนวคิด	ให้ความคุ้มครองข้าราชการ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ไม่เกิน 3 คน	คุ้มครองลูกจ้าง แรงงานในระบบ	คุ้มครองคนไทยทุกคนที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ที่ไม่ได้ใช้สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคมหรือสิทธิอื่น ๆ
สิทธิประโยชน์	ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การทำทันตกรรม/ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหารและ ห้องพิเศษ ค่าคลอดบุตร	ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วย นอกและผู้ป่วยใน การทำทันตกรรม ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอาหาร และห้องสามัญ ชดเชยกรณีคลอดบุตร ตาย พิการ	ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การทำทันตกรรม ค่ายา/เวชภัณฑ์ ค่าอาหาร และ ห้องสามัญ ค่าคลอดบุตร ชดเชยตามมาตรา 41

(ต่อ)

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

รายการ	สิทธิระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	สิทธิระบบกองทุนประกันสังคม	สิทธิระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ผู้ ให้บริการ และเงื่อนไข การใช้บริการ	สามารถใช้บริการที่ สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง ที่ไหนก็ได้ ใช้บริการ รพเอกชนได้ เฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่ เร่งด่วนแบบผู้ป่วยในแต่ เบิกได้ไม่เกิน 8,000 บาท บวกค่าห้องตาม อัตราที่กำหนด กรณีผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าในโรงพยาบาลที่เข้าร่วม โครงการแต่ต้องจ่ายค่าแพทย์ค่าบริการและส่วนต่างค่าห้อง	ต้องไปรับบริการที่ โรงพยาบาลรัฐหรือ เอกชนที่ผู้ประกันตนเลือกขึ้นทะเบียนด้วย หรือสถานพยาบาล เครือข่ายที่กำหนดเท่านั้น ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน	ต้องไปรับบริการที่สถานพยาบาลรัฐหรือ เอกชนคู่สัญญาที่ตั้งอยู่ ในพื้นที่นั้น ๆ ที่ตนขึ้น ทะเบียนด้วยเป็นหลัก หรือสถานพยาบาลเครือข่ายที่กำหนดเท่านั้น ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน
ระบบการ จ่ายเงิน	ผู้ป่วยนอก จ่ายตามปริมาณ บริการและราคาที่เรียกเก็บ ย้อนหลัง บริการผู้ป่วยในจ่ายตาม รายป่วยในอัตราที่กำหนด สำหรับโรงพยาบาลแต่ละระดับ	เหมาจ่ายรายหัวรวม สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และใน ที่จ่ายเป็นรายหัว และจ่ายเพิ่มเป็นรายกรณี ตามอัตราที่กำหนด	เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการส่งเสริมป้องกัน และ ผู้ป่วยนอก สำหรับบริการผู้ป่วยในจัดสรรงบ และจ่ายเพิ่ม เป็นรายกรณีตามอัตราที่กำหนด

จากการศึกษาพบว่าสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ เป็นระบบที่มีความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรมระหว่างกลุ่มของผู้ใช้สิทธิในแต่ละกองทุน เนื่องจากค่าใช้จ่ายต่อหัวของแต่ละสิทธิจะเห็นว่ามีความเหลื่อมล้ำกันเป็นอย่างมาก โดยเราพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้มีฐานะดีใช้สิทธิของข้าราชการหรือประกันสังคม และผู้ที่ใช้สิทธิข้าราชการจะได้รับประโยชน์มากกว่า วิโรจน์ ณ ระนอง (2552) ดังเช่นกลุ่มข้าราชการมีโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ นอกจากนี้การจ่ายยาสำหรับสิทธิสวัสดิการข้าราชการยังมีความครอบคลุมทั้งยาในบัญชีและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในขณะที่สิทธิในการรักษาพยาบาลอื่นจะครอบคลุมเฉพาะยาในบัญชียาหลักเท่านั้น ซึ่งยานอกบัญชียาหลักนั้นมักจะเป็นยาใหม่ที่มีราคาแพง การที่ข้าราชการได้สิทธิในการรับยาโดยไม่ต้องจ่ายเงินและไม่มีกลไกควบคุมการจ่ายยา ส่งผลให้งบประมาณในส่วนของ

สวัสดิการข้าราชการสูงขึ้นทุกปี และเพิ่มความเหลื่อมล้ำในค่าใช้จ่ายของรัฐด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการดังนี้

“...ป่วยเป็นโรคเก๊าท์มากว่า 10 ปี ตอนนี้เป็นทั้งเบาหวาน ความดัน ไตเสื่อม เป็นทุกโรค ต้องใช้ยาเยอะมาก ยาบางตัวหมอบอกว่าราคาแพงมากถ้าต้องจ่ายเงินเองคงไม่ไหว ดีที่เป็นข้าราชการไม่ต้องจ่ายเงินเอง”

(คนไข้เพศชาย อายุ 58 ปี, รับบริการที่โรงพยาบาลทั่วไป, สัมภาษณ์, 23 มีนาคม 2563)

“...การดูแลรักษาคนไข้เราให้ความสำคัญกับทุกคนเท่าเทียมกัน แต่บางครั้งสิทธิข้าราชการอาจได้รับยานอกบัญชียาหลักซึ่งราคาแพงกว่า เพราะเป็นสิทธิของเขา”

(นายแพทย์โรงพยาบาลทั่วไป, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2563)

ผลจากการพัฒนาระบบสุขภาพที่ผ่านมาทำให้ประชาชนมีสิทธิเข้าถึงหลักประกันสุขภาพได้มากขึ้น ดังจะเห็นได้จาก แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) เริ่มมีความชัดเจนในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นตัวชี้วัดและแนวทางในการประเมินผล (ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ, 2536) ต่อมาโครงการสงเคราะห์ระบบสุขภาพได้ผลักดันให้ประเทศไทยก้าวไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างครอบคลุมและทั่วถึง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสวัสดิการทางด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้แก่ประชาชน โดยดำเนินการให้เป็นไปตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) ซึ่งรูปแบบในการให้บริการจะต้องมิใช่ลักษณะของการให้บริการในแบบของการบริการสงเคราะห์หรือกึ่งสงเคราะห์หรือเป็นการให้บริการราคาถูก และการจัดสรรงบประมาณจะต้องมิใช่เป็นการมุ่งไปที่กระทรวงใดกระทรวงหนึ่งโดยขาดการพัฒนาปรับปรุงระบบการบริหารและการจัดการ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความคุ้มครองและประกันสิทธิของประชาชนทางด้านสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ได้รับการตอบรับที่ดีจากประชาชนดังจะเห็นได้ผลการวิจัยและการประเมินผลโครงการที่หลายหน่วยงาน และนักวิชาการ

นำเสนอ ยกตัวอย่างเช่น จากการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ด้านการสาธารณสุข (กรมคุ้มครองสิทธิ, 2556) พบว่า 1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยให้คนไทยเกือบทั้งหมดสามารถเข้าถึงหลักประกัน สุขภาพ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งได้มีการดำเนินงานมาประมาณ 10 ปี เป็นนโยบายที่ได้ช่วยให้ ประชาชนชาวไทยเกือบทั้งหมดสามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ โดยเป็นหลักประกันสุขภาพที่สำคัญ ที่ช่วยเติมเต็มหลักประกันสุขภาพในอีกสองระบบ ได้แก่ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ และระบบประกันสังคม อีกทั้งสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานยังเป็นสิทธิเบื้องต้นที่ได้รับการรับรองในรัฐธรรมนูญ ทั้งนี้ ในปัจจุบันประชาชนชาวไทยกว่าร้อยละ 99 มีหลักประกันสุขภาพ โดยส่วนใหญ่ผู้ที่มีสิทธิแต่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพมักเป็นกลุ่มผู้ไร้สัญชาติหรือไม่สามารถพิสูจน์สัญชาติได้ นอกจากนี้ อายุคาดหมายเฉลี่ย (Life Expectancy) ของชาวไทยยังได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญหลักอีกประการ ผลักดันให้โครงสร้างของประชากรไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว 2) อัตราการเกิดโรคที่เฝ้าระวัง ตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษบางโรคมีแนวโน้ม สูงขึ้น เมื่อพิจารณาโรคเฝ้าระวังที่สำคัญตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goal) ได้แก่ โรคมาลาเรีย วัณโรค และโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ประเทศไทยประสบ ความสำเร็จในการลดอัตราผู้ป่วยโรคมาเลเรีย แต่อัตราผู้ป่วยวัณโรคยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะประมาณ 10 ปีที่ผ่านมาได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และเป็นภาระสำคัญ ต่องบประมาณของประเทศ 3) อัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ โรคไม่ติดต่อทั้ง 5 โรค ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคความดัน และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง อีกทั้งยังเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย อัตราการป่วยที่สูงขึ้นทุกโรคดังกล่าวจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศให้อยู่ในระดับที่ยั่งยืน และเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขโดยทันที โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมุ่งให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันปัญหา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในทุกวัยให้ลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วย 4) อัตราการตายของทารกของประเทศเพิ่มสูงขึ้น และยังมีความแตกต่างกันในระดับพื้นที่ค่อนข้างมาก อัตราการตายของทารกได้ลดลงในช่วงประมาณปี พ.ศ. 2541 แต่ในปัจจุบันได้กลับเพิ่มสูงขึ้นอีก ในระดับที่ใกล้เคียงกับอัตราเมื่อปี พ.ศ. 2533 หรือประมาณเกือบ 8 รายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน อย่างไรก็ตาม แนวโน้มของอัตราการตายของทารกยังคงมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก

ในแต่ละพื้นที่ โดยในเขตพื้นที่สูง เช่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน ประสบความสำเร็จในการลดอัตราการตายของทารก แต่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เช่น จังหวัดนราธิวาสกลับมีอัตราการตายของทารกที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างค่อนข้างรวดเร็ว โดยมีอัตราการตายเพียง ประมาณ 7 รายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ในปี พ.ศ. 2533 และกลับได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นประมาณ 14 ราย ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 รายในปี 2551

เนื่องจากปัจจัยในการกำหนดพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลของประชาชนได้แก่รายได้สิทธิในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สภาวะหรือลักษณโรค กลุ่มอายุของผู้ป่วยและข้อมูลที่ประชาชนมี โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านับว่าเป็นคำตอบในการแก้ไขปัญหาการมีหลักประกันด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์ผู้รับบริการสิทธิบัตรทองที่มาขอรับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งดังนี้

“...เมื่อเจ็บป่วยทุกวันนี้มาหาหมอสะดวกไม่ต้องเดินทางเข้าจังหวัด เพราะยาที่โรงพยาบาลจังหวัดกับโรงพยาบาลบ้านเราก็เป็นยาตัวเดียวกัน ประหยัดเวลาลดค่าใช้จ่ายได้เยอะ”

(ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศหญิง, อายุ 55 ปี, รับยาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์, 17 เมษายน 2563)

“...เพื่อลดความแออัดของคนไข้ในโรงพยาบาล สาธารณสุขจึงมีนโยบายกระจายยาโรคเรื้อรัง และแพทย์ออกให้การรักษาถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ”

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์, 17 เมษายน 2563)

จากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการจะพบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังที่ใช้ระยะเวลาในการรักษาพยาบาลยาวนาน และการเลือกหน่วยบริการจะขึ้นอยู่ตามสิทธิและสภาวะทางเศรษฐกิจ เช่น บุคคลที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการส่วนใหญ่ จะมีฐานะดีกว่า ผู้ใช้บริการสิทธิอื่น แต่ก็ยังคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเดินทาง ค่าที่พักอาศัย ถึงแม้จะใช้สิทธิโดยไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาก่อนก็ยังคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปด้วย ส่วนผู้ใช้สิทธิประกันสังคม ส่วนใหญ่ก็จะกังวลเกี่ยวกับระยะเวลาในการลางาน ซึ่งอาจทำให้มีประวัติต่อการทำงาน ส่วนผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท นอกจากจะต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการไปหาหมอแล้ว ยังต้องคำนึงถึง

รายได้ที่ขาดไป หากจะต้องไปรับบริการสถานพยาบาลอื่น แต่ถ้าหากแพทย์ผู้รักษาพิจารณาว่าการรักษาไม่ดีเท่าที่ควรเนื่องจากขาดอุปกรณ์ หรือยาที่จำเป็นแต่ทางโรงพยาบาลไม่มียาจึงจำเป็นต้องส่งตัวไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น ผู้ใช้บริการบางคนก็จะยื้อเวลาไว้แต่หากอาการไม่ดีมาก ๆ ก็ต้องยอมไปรักษาสถานบริการตามที่แพทย์สั่ง

และผู้ให้ข้อมูลทราบว่าตนเองใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพแบบใด และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงฐานะ หรือสถานะทางสังคม เช่น จากที่เคยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท เมื่อได้ทำงานเป็นแรงงานในระบบสิทธิประกันสังคม ก็เปลี่ยนแปลงมาใช้สิทธิประกันสังคม บางคนเปลี่ยนสถานะจากบุคคลธรรมดา เมื่อสอบบรรจุเป็นข้าราชการก็เปลี่ยนไปใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ซึ่งสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการยังครอบคลุมไปถึงบิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ จากข้อมูลดังกล่าว เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า หากบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสังคมก็ย่อมได้รับโอกาสที่ดีขึ้น เหมือนกับการกำหนดสิทธิตามหลักประกันสังคม เมื่อสถานะแตกต่างกัน สิทธิที่ได้รับจึงแตกต่างกัน ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพสรุปได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีโอกาสในการได้รับสิทธิตามระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นสาเหตุให้คนไทยมีวัฒนธรรมปลูกฝังให้ลูกหลานเรียนหนังสือเพื่อแข่งขันเข้ารับราชการเพียงเพื่อจะได้หลักในการประกันสุขภาพที่มากกว่าที่ตนเคยได้รับเท่านั้นเอง

ถึงอย่างไรก็ตามแม้ว่าการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพจะช่วยให้คนไทยเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขครอบคลุมมากขึ้น และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนบางส่วน แต่ยังมีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ไปใช้บริการสวัสดิการที่รัฐจัดหาให้เนื่องจากเวลาที่ต้องใช้ในการรอรับบริการที่นานเกินไป และไม่เชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการ แต่เนื่องจากผู้มีรายได้น้อยไม่มีทางเลือกจึงต้องใช้บริการรักษาพยาบาลฟรีหรือเก็บเงินค่าใช้จ่ายน้อยอย่างโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (อัญชนา ณ ระนอง, 2550) ในขณะที่กลุ่มที่มีรายได้มากขึ้นจะให้ความสำคัญกับการรับบริการในสถานพยาบาลที่มีแพทย์ มีพยาบาลมากกว่ากลุ่มผู้มีรายได้น้อย ดังกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเพศหญิงอายุ 55 ปี มีอาชีพขายผลไม้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากว่า 4 ปี แต่เลือกไปพบแพทย์และรับยาโรคเบาหวานที่คลินิกเอกชน เนื่องจากเห็นว่าการไปรับบริการที่โรงพยาบาลรัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลประจำจังหวัด ทำให้ตนเองเสียเวลาเสียโอกาสในการขายผลไม้จึงยอมจ่ายเงินค่ายารักษาโรคเบาหวานเดือนละกว่าหนึ่งพันบาท ถ้าจะไปรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีคลินิก

โรคเรื้อรังเดือนละครั้งสองครั้ง ตนเองเห็นว่าไม่มีแพทย์ออกไปตรวจและสั่งยา มีเฉพาะพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นจึงไม่เชื่อมั่นในคุณภาพการบริการ ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

"...ป่วยเป็นโรคเบาหวานรับยาที่คลินิก วันนี้แพทย์ส่งมาตรวจค่าไต ที่เลือกไปคลินิกเพราะสะดวกรวดเร็วดี แล้วที่สำคัญรู้สึกมั่นใจเพราะมีแพทย์ตรวจทุกครั้ง...ที่ไม่มารับยาโรงพยาบาลเพราะต้องอยู่ร้านขายผลไม้ ถ้ามารับยาต้องเสียเวลาทั้งวันขาดรายได้"

(ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, สิทธิบัตรทองรอตรวจเลือดที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด, สัมภาษณ์, 23 มีนาคม 2563)

"การไปโรงพยาบาลจังหวัดทำให้เสียเวลา เป็นภาระลูกหลานแต่โรคไตเสื่อมก็ต้องได้รับการรักษาจากหมอใหญ่เฉพาะทาง ถ้าเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็จะไปโรงพยาบาลในหมู่บ้าน"

(ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมนอนโรงพยาบาลมา 11 วันใช้สิทธิบัตรทอง, สัมภาษณ์, 24 มีนาคม 2563)

หลักและแนวคิดในการจัดหลักประกันสุขภาพคือ "การประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคม ซึ่งเป็นการส่งเสริมระบบความมั่นคงทางสังคมวิธีหนึ่งโดยให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องไปรับบริการทางสุขภาพทุกประเภท ซึ่งผู้ที่ได้รับความคุ้มครองดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อมีความจำเป็นยามเจ็บป่วยได้โดยไม่ต้องกังวลถึงรายได้ รายจ่าย หรือความแตกต่างของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Access to Personal Health Care) การประกันสุขภาพยังเป็นกลไกทางด้านการบริหารการเงินอย่างหนึ่งเพื่อที่จะกระจายภาระของต้นทุนในการรักษาพยาบาล และมีผู้ร่วมเสี่ยงรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายนั่น ๆ ด้วยโดยอาศัยหลักการที่ว่า การเจ็บป่วยจะต้องเกิดขึ้นกับบุคคลทุกเพศทุกวัยไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งการเจ็บป่วยทุกครั้งไม่เพียงแต่จะทำให้ร่างกาย และจิตใจต้องได้รับความทุกข์หรือความทรมานเท่านั้น ยังส่งผลกระทบไปถึงเศรษฐานะของแต่ละบุคคล และแต่ละครอบครัวด้วย การประกันสุขภาพจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะลดอุปสรรคทางด้านการเงินเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายทางด้านสุขภาพ" (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2534, น. 12) ดังนั้นหลักในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพ จึงต้องประกอบด้วย 1) หลักการอรรถประโยชน์นิยม จัดสรรสวัสดิการ ทรัพยากร เพื่อให้เกิดมูลค่ามากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เท่ากับเป็นการเน้นเรื่องประสิทธิภาพ โดยไม่คำนึงถึงการกระจาย สวัสดิการ

,ทรัพยากร, ฯลฯ ระหว่างบุคคลในสังคม หลักการอรรถประโยชน์นิยมยอมให้การครอบครอง หรือการกระจายทรัพยากรมีมากกว่าสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากระบบบริการสุขภาพ 2) หลักการความเท่าเทียมกัน กระจายสวัสดิการ ทรัพยากร ให้กับสมาชิกในสังคมได้รับอย่างเท่าเทียมกัน เน้นเรื่องความเสมอภาค โดยไม่คำนึงว่าผลของการกระจายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ บางทีเรียกว่า Welfare State หลักการความเท่าเทียมกันทำให้การครอบครอง หรือการกระจาย ทรัพยากรใกล้เคียงกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากระบบบริการสุขภาพ 3) หลักการลอเซียนส์ กระจายสวัสดิการและทรัพยากร โดยยึดหลักผู้ด้อยโอกาสที่สุดในสังคมให้ได้รับสวัสดิการ หรือทรัพยากรที่มีปริมาณและคุณภาพไม่ต่ำกว่ามาตรฐานที่สังคมพึงให้ได้เน้นมาตรฐานขั้นต่ำ หลักการลอเซียนส์ต้องการให้สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากระบบบริการสุขภาพสูงกว่าการครอบครอง หรือการกระจายทรัพยากรสำหรับผู้ด้อยโอกาส

การบริการการแพทย์ และ บริการสังคมที่จำเป็น เป็นสิทธิมนุษยชนซึ่งหมายความว่ารัฐควรจัดหาให้แก่ประชาชนอย่างเสมอภาคกัน (สฤณี อาชวานันทกุล, 2554) อย่างไรก็ดีประเด็นใหญ่ที่แตกต่างกันไปในแต่ละสังคม คือประเด็นที่ว่า บริการสาธารณะแต่ละประเภทนั้น “ใคร” ควรเป็นผู้จัดบริการบ้าง และ “ใคร” ควรเป็นผู้รับภาระในการจ่ายบ้าง ระหว่างรัฐ เอกชน (ระบบตลาด) องค์กรไม่แสวงหากำไร (เอ็นจีโอ) หรือชุมชน ส่วนผสมระหว่างผู้เล่น 4 ฝ่ายที่คนอยากเห็นมักจะขึ้นอยู่กับจุดยืน ความเชื่อ หรืออุดมการณ์ทางการเมืองของแต่ละคน ยกตัวอย่างเช่น นักคิดสำนักเสรีนิยมมักเรียกร้องให้รัฐสนับสนุนให้ระบบตลาดทำหน้าที่จัดบริการเป็นส่วนใหญ่ รัฐทำหน้าที่เพียงจัดสวัสดิการแบบสงเคราะห์ให้กับผู้ด้อยโอกาส ซึ่งต้องผ่านการทดสอบระดับความจำเป็น (Means-Test) ก่อน ฝ่ายนักคิดสำนักความยุติธรรมทางสังคมมักสนับสนุนให้รัฐเก็บภาษีในอัตราก้าวหน้าเพื่อจัดบริการสาธารณะอย่างทั่วถึงให้กับคนทุกกลุ่ม หรือไม่ก็ให้รัฐร่วมมือกับเอกชนในการสร้างระบบประกันสังคมขึ้นมา อันเป็นระบบที่เอกชนร่วมมือกับรัฐในการจ่ายและจัดบริการ สมชัย จิตสุชน และวิโรจน์ ณ ระนอง (2552) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) สำรวจทัศนะของประชาชนในปี 2552 พบว่า ร้อยละ 39 เห็นว่ารัฐควรให้สวัสดิการขั้นพื้นฐานอย่างเท่าเทียมกันแต่ให้สิทธิพิเศษเพิ่มบางอย่างกับคนจน เมื่อถามต่อว่าหากรัฐขึ้นภาษีอยากให้นำเงินมาทำอะไร พบว่า 3 อันดับแรกคือ ต้องการให้รัฐนำเงินมาใช้พัฒนาเรื่องการศึกษา ฝึกอาชีพและพัฒนาฝีมือแรงงาน (ร้อยละ23.7) รองลงมาต้องการให้นำเงินมาแก้ไขปัญหาหนี้สิน (ร้อยละ 14.1) และพัฒนาปรับปรุงระบบการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 12.3) ในส่วนของการพัฒนาและปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพ

มีข้อเสนอแนะมาโดยตลอดจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งเป็นสาเหตุมาจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวเนื่องกันทั้งด้านการเงินการคลัง ด้านโครงสร้าง และด้านการกระจายบุคลากร โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณศุข สำรวจทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2547 พบว่าการกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพด้านโครงสร้าง และด้านบุคลากรนั้น ข้อเท็จจริงกลับเป็นการ “กระจุก” มากกว่าการ “กระจาย” ส่งผลต่อการเข้าถึงและคุณภาพบริการของประชาชนในภาคต่าง ๆ อย่างมากโดยจะเห็นว่าสัดส่วนจำนวนบุคลากรในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีแพทย์ 1:879 ทันตแพทย์ 1:5,583 เภสัชกร 1:4,632 และมีพยาบาลวิชาชีพ 1:289 ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแพทย์ 1:7,466 ทันตแพทย์ 1:42,699เภสัชกร 1:13,032 และมีพยาบาลวิชาชีพ 1:1,045 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2547) หากมองในระดับจังหวัดก็จะเห็นความแตกต่างเหลื่อมล้ำของการกระจายทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าเราสามารถแบ่งความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยออกได้ดังนี้

1. ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ เนื่องจากหลักการแนวคิดและเงื่อนไขในการให้บริการที่แตกต่างกันของระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ทำให้ความคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการในแต่ละกองทุนมีความเหลื่อมล้ำแตกต่างกัน

2. ความเหลื่อมล้ำด้านการเงินการคลัง รัฐบาลให้การสนับสนุนงบประมาณในแต่ละกองทุนไม่เท่าเทียมกัน ประกอบกับการบริหารจัดการในแต่ละกองทุนที่แตกต่างกันทางด้านแนวปฏิบัติและกฎหมายทำให้เกิดความแตกต่างในรูปแบบการจ่ายค่าบริการเกิดความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรม โดยกลุ่มคนยากจนและผู้ด้อยโอกาสทางสังคมที่สมควรจะได้รับการดูแลปกป้องสิทธิการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพกลับเป็นผู้เสียเปรียบไม่ได้รับความเป็นธรรมเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีฐานะทางการเงินที่ดีกว่า

ตารางที่ 4.6 ค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปีใน 3 ระบบบริการสุขภาพหน่วย : บาท

ปี	ค่าใช้จ่ายต่อคน/ปี ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ค่าใช้จ่ายต่อคน/ปี ของระบบสวัสดิการข้าราชการ	ค่าใช้จ่ายต่อคน/ปี ของระบบประกันสังคม
2553	2,497	12,646	2,794
2556	2,922	12,534	3,276
2558	3,215	13,600	3,620
2560	3,485	13,600	4,030
2562	3,763	13,600	4,469
2564	4,055	13,600	4,976

ที่มา: จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม

ข้อมูลพบว่าค่าใช้จ่ายต่อคนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 3.82 และค่าใช้จ่ายต่อคนของระบบประกันสังคม เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.53 ส่วนค่าใช้จ่ายต่อคนของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ มีค่าคงที่ (ข้อมูลงบประมาณรายจ่ายประจำปี ตั้งแต่ปี 2557–ปี 2561 ค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษาพยาบาล กรมบัญชีกลางตั้งไว้จำนวน 60,000 ล้านบาท เท่ากันทุกปี)

3. ความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการ สืบเนื่องจากความเหลื่อมล้ำใน 2 ด้านที่กล่าวมา คุณภาพบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถูกเชื่อมโยงเข้าไปเกี่ยวข้องในกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มทุกปี เนื่องจากหลักประกันสุขภาพเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการทำให้ประชากรเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและเป็นกุญแจสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพกับการสร้างหลักประกันสุขภาพต้องมีความทั่วถึงประชาชนทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียมกันด้วยคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขอย่างเป็นธรรม ไม่ใช่เพียงแต่กระจายบุคลากร แต่ต้องรวมถึงความเจริญด้านการแพทย์ลงสู่พื้นที่ชนบทและกลุ่มที่เข้าถึงยากในเขตเมืองเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ไม่แตกต่าง

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างความเหลื่อมล้ำในการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขที่เหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรม ซึ่งเราจะพบเห็นได้ทั่วไปดังนี้

ตารางที่ 4.7 จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน จำแนกรายอำเภอ จังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2562

อำเภอ	รพท./รพช.		รพ.สต./แห่ง		
	แห่ง	เตียง	ใหญ่	กลาง	เล็ก
เมืองเลย	1	402	2	12	5
นาด้วง	1	30	-	2	3
เชียงคาน	1	60	-	6	8
ปากชม	1	30	-	5	5
ด่านซ้าย	1	60	-	5	8
นาแห้ว	1	30	-	-	5
ภูเรือ	1	30	-	1	5
ท่าลี่	1	44	-	2	7
วังสะพุง	1	113	2	13	2
ภูกระดึง	1	51	-	4	1
ภูหลวง	1	30	-	3	2
ผาขาว	1	30	-	5	1
เอราวัณ	1	30	-	4	4
หนองหิน	1	30	-	3	2
รวม		1,048		65	58

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย (2563)

จากตารางข้อมูลของสถานบริการในจังหวัดเลยจำนวนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน จำแนกรายอำเภอ จังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2562 พบว่า อำเภอเมืองเลย มีจำนวนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล

และศูนย์สุขภาพชุมชน มากที่สุด โดยมีโรงพยาบาลจังหวัด จำนวน 1 แห่ง จำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยในได้ จำนวน 402 เตียง โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง ขนาดกลาง จำนวน 12 แห่ง และขนาดเล็ก จำนวน 5 แห่ง รองลงมา คือ อำเภอวังสะพุง มีโรงพยาบาลอำเภอ จำนวน 1 แห่ง จำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยในได้ 113 เตียง โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลขนาดใหญ่ จำนวน 2 แห่ง ขนาดกลาง จำนวน 13 แห่ง และขนาดเล็ก จำนวน 2 แห่ง ส่วนอำเภอที่มีจำนวนโรงพยาบาลน้อยที่สุด คือ อำเภอนาด้วง และอำเภอนาแห้ว

ความแตกต่างในการเข้ารับบริการต่างพื้นที่มีความเด่นชัด อันเนื่องมาจากการกระจายทรัพยากรและบุคลากรผู้ให้บริการ โดยมีการกระจุกตัวอยู่ในอำเภอใหญ่ๆ เช่น จำนวนทรัพยากรต่างๆ ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล พบว่าโรงพยาบาลประจำจังหวัด จะมีอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และจำนวนบุคลากรก็มากกว่าสถานพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ในขณะที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ จะมีบุคลากรทางการแพทย์น้อยกว่ามาก สถานที่ให้บริการ งบประมาณ น้อยกว่าโรงพยาบาลประจำจังหวัด แต่ก็ยังสามารถรับผู้ป่วยในเข้ารับการรักษาได้ ซึ่งต่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลที่อยู่ในพื้นที่ชนบท ไม่มีแพทย์คอยให้บริการประจำ หรือบางครั้งอาจจะมีการจัดเวรยามผลัดเปลี่ยนกันเป็นครั้งคราว ส่วนใหญ่มีแต่บุคลากรทางสาธารณสุขคอยดูแล ให้คำปรึกษา ไม่สามารถรับผู้ป่วยในได้ ถึงแม้ว่าจะมีการจัดแพทย์เข้าเวรเพื่อตรวจรักษาผู้ป่วย แต่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลก็มีข้อจำกัด เพราะแพทย์ผู้ทำการตรวจ จะทำการรักษา 2 โรค เท่านั้น คือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่สามารถรับยาได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล ส่วนโรคอื่นๆที่ร้ายแรงจะต้องเข้ารับบริการโรงพยาบาลประจำอำเภอหรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งทำให้ผู้ใช้บริการจะต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

“...หัวใจของความไม่เป็นธรรม อยู่ตรงโอกาสการเข้าถึงทรัพยากร ซึ่งเห็นได้ชัดมากในมิติของการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลอำเภอมีหมอ 3-5 คน ดูแลประชากร 80,000 คน ในขณะที่โรงพยาบาลในเขตเมืองหรือในกรุงเทพฯ มีหมอรวมกันหลายร้อยคน รัฐจะต้องทำทุกวิถีทางเพื่อกระจายแพทย์ออกสู่ชนบท ซึ่งจริง ๆ ก็พยายามทำกันมา 30 ปีแล้ว เนื่องจากไม่ได้ตั้งใจจริง จึงไม่ได้ผล ปัจจุบันนี้มีแพทย์อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนแค่ 3,000 คน แต่มีแพทย์อยู่ในโรงพยาบาลเอกชน 10,000 คน”

(นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ กรรมการชมรมแพทย์ชนบท,อ้างถึงใน นพนันท์ วรรณเทพสกุล และ กุลธิดา สามะพุทธิ, สัมภาษณ์, 2554)

ถึงแม้ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาประเทศไทยจะมีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ โดยขยายความครอบคลุมของสถานบริการ มีโครงสร้างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ กระจายครอบคลุมพื้นที่ทุกจังหวัด และมีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกภาคส่วน แต่อย่างไรก็ตาม ระบบบริการสาธารณสุขของไทยยังมีสภาพปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของประชาชน อันมีสาเหตุมาจากจำนวนบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอ ขาดความเป็นธรรมในการกระจายตัวของบุคคลากรด้านสุขภาพ รวมถึงการกระจายตัวของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและศูนย์การแพทย์เฉพาะทางที่มีการกระจุกตัวอยู่เฉพาะในบางพื้นที่ นอกจากนี้ระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่กระจายตัวอย่างครอบคลุมและอยู่ใกล้ชิดประชาชนผู้รับบริการมากที่สุด ยังขาดคุณภาพการบริการ และขาดความเข็มแข็ง และนอกจากนี้ยังมีสภาพปัญหาวิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการสาธารณสุข ทำให้มีการร้องเรียนและฟ้องดำเนินคดีกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในกรณีที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น

John Rawls เสนอหลักความเที่ยงธรรม เพื่อกำหนดความยุติธรรมที่ใช้กับทุกคนอย่างเท่าเทียม หลักการของ Rawls เป็นการกระจายสวัสดิการและทรัพยากรโดยยึดหลักผู้ด้อยโอกาสที่สุดในสังคมให้ได้รับสวัสดิการหรือทรัพยากรที่มีปริมาณและคุณภาพไม่ต่ำกว่ามาตรฐานที่สังคมพึงให้ได้ เน้นมาตรฐานขั้นต่ำ ดังนั้นหลักการ Rawls จึงต้องการให้สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากระบบบริการสุขภาพสูงกว่าการครอบครอง หรือการกระจายทรัพยากรสำหรับผู้ด้อยโอกาส แนวคิดดังกล่าวมีที่มาจากการยอมรับสถานะที่เท่าเทียมของมนุษย์ โดยที่ผู้คนมาร่วมตกลงสร้าง “สถานะแรกเริ่ม” ทำให้เกิดความเท่าเทียมกันอย่างเป็นสากล ไม่ยึดติดกับความแตกต่างในทุกรูป สถานะเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม หลักการพื้นฐานสากลที่สำคัญที่สุดคือ หลักเสรีภาพที่ทุกคนมีเท่าเทียมกัน หรือเป็นการเท่าเทียมกันในเรื่องเสรีภาพ โอกาส และค่อยเสริมด้วยหลักความแตกต่าง คือ การให้มีการปฏิบัติต่อสมาชิกของสังคมแตกต่างกันเพื่อให้ผู้คนต่าง ๆ ที่อยู่ในสถานะเหลื่อมล้ำให้มีความเท่าเทียมกันมากที่สุด ดังนั้นหากการปฏิบัตินั้นเป็นไปเพื่อช่วยเหลือคนที่ด้อยกว่าหรือคนเสียเปรียบในสังคม ดังนั้นหลักความยุติธรรมของ Rawls จึงเริ่มจากการออกแบบสถาบันทางสังคมที่ยอมรับความเท่าเทียมของมนุษย์ โดยให้ทุกผู้คนได้รับโอกาสทางสังคมที่เท่าเทียมกัน และมีระบบหนุนเสริม

ผู้ด้อยโอกาสให้มีความเท่าเทียมทางสังคมมากขึ้น แต่จะปฏิเสธการเลือกปฏิบัติในขั้นเริ่มแรก และปฏิเสธการสร้างความแตกต่างที่นำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกันยิ่งขึ้น เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับการจัดระบบหลักประกันสุขภาพของไทยพบว่า รัฐไทยได้พยายามจัดสวัสดิการหลักประกันสุขภาพสอดคล้องกับหลักความยุติธรรมของ Rawls จากโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ความคุ้มครองสิทธิในสุขภาพของประชาชนกลุ่มยากจนและด้อยโอกาสซึ่งมีเป็นเป็นส่วนมากในสังคม แต่เนื่องจากประเทศไทยมีระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงทั้งหลักการแนวคิด และการบริหารจัดการการเงินการคลังรวมทั้งคุณภาพการบริการในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย จึงเป็นเหตุให้เกิดความเหลื่อมล้ำเป็นอย่างมากในระบบหลักประกันสุขภาพดังที่กล่าวมาข้างต้น

ระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทยได้ยึดหลักสิทธิมนุษยชนซึ่งเป็นสิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์อันเป็นสิทธิความชอบธรรมขั้นพื้นฐานที่มีอยู่ตั้งแต่มนุษย์เกิดมา และตามหลักปฏิญญาสากลสิทธิมนุษยชนที่ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพ และความอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลรักษาทางการแพทย์และบริการสังคมที่จำเป็น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับหลักสิทธิมนุษยชนของคนไทย โดยส่งเสริมให้ทุกคนในชาติมีสิทธิความเสมอภาคเท่าเทียมกันในการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานในระบบหลักประกันสุขภาพที่มีมาตรฐาน ดังคำกล่าวที่ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ ผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และ รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทำให้คนไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักคือ 1) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ 2) ระบบกองทุนประกันสังคม และ 3) ระบบกองทุนหลักประกัน ซึ่งแต่ละระบบมีความแตกต่างกันกล่าวคือ

1. ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ จำนวนผู้ใช้สิทธิ 4.5 ล้านคน จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นสวัสดิการให้กับผู้ทำงานภาครัฐเพื่อเป็นขวัญกำลังใจเนื่องจากมีรายได้เป็นเงินเดือนน้อยกว่า

ภาคเอกชน แหล่งเงินของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมาจากงบประมาณแผ่นดิน โดยรัฐจัดสรรให้ทั้งหมดค่าใช้จ่ายต่อหัว 12,534 บาท

2. ระบบประกันสังคม จำนวนผู้ใช้สิทธิ 12 ล้านคน จัดตั้งเพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงในชีวิตให้กับลูกจ้างในภาคเอกชน เมื่อมีเหตุเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพจะได้มีที่พึ่ง ใช้เงินสมทบจากนายจ้างและรัฐโดยมีลูกจ้างร่วมจ่าย ค่าเหมาจ่ายต่อหัวในปี พ.ศ. 2562 เป็นเงิน 2,575 บาท

3. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ 52 ล้านคน จัดตั้งเพื่อให้คนไทยมีสิทธิขั้นพื้นฐานในการรักษาพยาบาล แหล่งเงินมาจากเงินงบประมาณแผ่นดินโดยรัฐจัดสรรให้ทั้งหมดเป็นค่าเหมาจ่ายต่อหัว 3,600 บาท รวมงบประมาณที่รัฐจัดให้ 173,750.40 ล้านบาท

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่าสิทธิระบบประกันสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระบบใหญ่ ๆ ได้แก่ 1) สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ 2) สิทธิประกันสังคม 3) สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท

1. สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ คุ้มครองข้าราชการ คู่สมรส บิดา มารดา และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ไม่เกิน 3 คน โดยมีกรมบัญชีกลางเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่าย

2. สิทธิประกันสังคม คุ้มครองแรงงานผู้ประกันตน โดยมีสำนักงานประกันสังคม เป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่าย และหักเงินสมทบจากนายจ้างและแรงงาน

3. สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท เป็นการจ่ายเงินสำหรับการบริการสาธารณสุข และการสนับสนุน ส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข จะเป็นการจ่ายแบบเหมา โดยมอบให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดำเนินการเป็นผู้ดูแลกองทุนตามมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จะเห็นว่าสิทธิในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของประชาชนชาวไทยทั้ง 3 กองทุนมีความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกัน ขัดต่อเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญที่บัญญัติให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนด้านสาธารณสุข ซึ่งระบบสุขภาพใด ๆ ก็ตามหากไม่สามารถบริหารจัดการทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้แล้ว จะถือว่าเป็นบริการที่เหมาะสมไม่ได้เนื่องจากยังไม่สอดคล้องกับปรัชญาแนวคิดระบบสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุขที่ว่า ประชาชนทุกคนมีสิทธิในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีความเสมอภาคความเป็นธรรมมีเสรีภาพและหลักประโยชน์สูงสุด เมื่อนำหลักความยุติธรรมมาพิจารณาพบว่ารัฐได้กำหนดให้ประชาชนมีเสรีภาพในการได้รับสิทธิประโยชน์จากระบบบริการสาธารณสุขตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายและรัฐธรรมนูญ แต่รัฐไม่สามารถคุ้มครองสิทธิการเข้าถึงบริการ และไม่กระจายความเป็นธรรมให้ประชาชนได้รับบริการอย่างเสมอ

ภาคเท่าเทียมกันตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ดังที่ปรากฏจากการได้รับสิทธิประโยชน์ จากประชาชนผู้ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนของรัฐที่มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงซึ่งในความเป็นจริงไม่ควรที่จะมีความแตกต่างกันมากขนาดนั้นในฐานะที่เป็นประชาชน ในปกครองของรัฐเดียวกัน เมื่อแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพมีที่มาต่างกัน จึงมี ปรัชญา หลักการ ของหน่วยงานรับผิดชอบที่แตกต่างกัน รวมไปถึงระเบียบวิธีการและกฎหมายรองรับที่ต่างกัน เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยมีสาระสำคัญของความเหลื่อมล้ำอยู่ที่การออกแบบระบบ เช่น รูปแบบการจ่าย อัตราการจ่าย ขณะที่รายการรักษาและสิทธิประโยชน์ในภาพรวมไม่ได้มีความแตกต่างกันความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยพบว่ามี 3 ด้านประกอบด้วย ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ ด้านการเงินการคลัง และด้านคุณภาพบริการ ดังนั้น เมื่อแต่ละระบบบริการสุขภาพมีที่มาต่างกัน จึงมี ปรัชญา หลักการ ของหน่วยงานรับผิดชอบที่แตกต่างกัน รวมไปถึงระเบียบวิธีการและกฎหมายรองรับที่ต่างกัน เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำใน 3 ระบบสุขภาพ โดยมีสาเะสำคัญของความเหลื่อมล้ำอยู่ที่การออกแบบระบบ เช่น รูปแบบการจ่าย อัตราการจ่าย ขณะที่รายการรักษาและสิทธิประโยชน์ในภาพรวมไม่ได้มีความแตกต่างกัน

บทที่ 5
ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากบทที่ 4 ที่ได้นำเสนอเกี่ยวกับบริบทของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการระบบประสุขภาพและการให้บริการตามระบบหลักสุขภาพ ในบทนี้จะนำเสนอผลการวิจัยในวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นการการเปรียบเทียบมุมมองของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 สิทธิ เพื่อนำมาตอบวัตถุประสงค์การวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. มุมมองผู้ใช้บริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ
2. มุมมองผู้ให้บริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ

5.1 มุมมองผู้ใช้รับบริการที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพ

5.1.1 สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพ

โครงสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 3 สิทธิหลัก คือ สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท มีความ แตกต่างกันทั้งลักษณะของประชากรที่ระบบคุ้มครองอยู่ สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน รวมทั้งสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลความสามารถในการเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปี ซึ่งความแตกต่างเหล่านี้นำมาซึ่งปัญหาหลายประการ เช่น ความซ้ำซ้อนของสิทธิในการรักษาพยาบาล ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนบางกลุ่ม และก่อให้เกิดความแตกต่างในการรักษาพยาบาลอันเนื่องมาจาก ความแตกต่างในอัตราเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน ซึ่งอาจส่งผลกระทบถึงคุณภาพของบริการและผลลัพธ์ ด้านสุขภาพอันเป็นผลจากการรักษาพยาบาลด้วย

ความแตกต่างนี้ แสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำ และไม่เป็นธรรมที่เกิดขึ้นในระบบการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นต้องมีการแก้ไข โดยกำหนดรูปแบบการอภิบาลระบบ โดยเฉพาะการเงินการคลังที่ดี โปร่งใส ตรวจสอบได้ เอื้ออำนวยให้ระบบสามารถสร้างบริการที่มีสุขภาพและในประชาชนทุกกลุ่มได้รับบริการ อย่างเสมอภาค เป็นธรรม โดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันระหว่างทั้งสามกองทุน เช่น ในเรื่องของยาและอุปกรณ์บางอย่างอาจนำมาซึ่งคุณภาพของบริการซึ่งแตกต่างกันส่งผลถึงผลลัพธ์ด้าน สุขภาพ จึงควรมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่สภาวะทางสุขภาพของประชาชนไทยตามเพศ และกลุ่มอายุต่าง ๆ โดยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกองทุนใด ๆ เพราะเป็นสิทธิที่ควรจะพึงได้ของคนไทยทุกคน และปัจจัยเรื่องรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สภาวะและอาการของโรค กลุ่มอายุของผู้ป่วย และข้อมูลที่ประชาชนมีล้วนแล้วแต่มีส่วนกำหนดทางเลือกในการรักษาพยาบาล และในหลายกรณีปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันด้วย

รายได้มีผลต่อการเลือกสถานพยาบาลทั้งโดยทางตรงและโดยทางอ้อม (เช่น การเลือกไปที่คลินิกเพราะเวลาที่ใช้ในการรอรับการบริการที่โรงพยาบาลมีผลกระทบต่อรายได้มากกว่าค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้) สิทธิในการรักษาพยาบาลที่แต่ละบุคคลมีผลในการเลือกสถานพยาบาลเช่นกัน ประชาชนมักจะทราบถึงความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน แต่ในหลายกรณีจะไม่ทราบรายละเอียดในสิทธิประโยชน์ของสิทธิ์ที่ตนมี ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (รวมค่าที่พักและค่าอาหารของญาติที่ต้องไปดูแลผู้ป่วย) มักจะมีผลต่อการเลือกวิธีและสถานที่รักษาพยาบาล เช่น ประชาชนในชนบทมักจะซื้อยาแก้หวัดหรือยาลดไข้ที่ร้านขายของชำในท้องถิ่น ประชาชนบางกลุ่มเลือกไปคลินิกเพราะไม่ต้องรอนาน ประชาชนที่อยู่ใกล้สถานีอนามัยมักจะใช้บริการของสถานีอนามัย ในขณะที่ประชาชนที่อยู่ไกล จะซื้อยาที่ร้านขายยาหรือไปคลินิก ประชาชนที่มีพาหนะมักจะใช้บริการของสถานพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่มีพาหนะเป็นของตัวเอง ในเรื่องสภาวะและอาการของโรคนั้น ประชาชนมักจะพยายามวินิจฉัยความเจ็บป่วยของตนอยู่ตลอดเวลา เพื่อจะตัดสินใจว่าควรเลือกวิธีการรักษาอย่างไร ถ้าคาดว่าความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่จะหายเองได้ ก็อาจจะปล่อยให้หายเอง ถ้ามีอาการที่คิดว่าไม่หายเองก็จะเริ่มพึ่งยาจากร้านขายของชำหรือร้านขายยา แต่ถ้ายังรักษาไม่หายหรือมีอาการมากขึ้นก็จะไปพบแพทย์ การไปพบแพทย์จึงมักเป็นโรคที่รักษาเองแล้วไม่หายหรือไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคอะไร กลุ่มอายุของผู้ป่วย ในแทบทุกพื้นที่พบว่าเมื่อเด็กไม่สบาย ผู้ปกครองมักจะพาเด็กไปรับการรักษาในที่คาดว่าจะทำให้หายได้เร็ว เช่นที่คลินิก แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุก็มักไปที่สถานีอนามัยหรือ

โรงพยาบาลซึ่งมักจะใช้เวลาในการรอนาน โดยประชาชนมักให้ความเห็นว่าโรคของผู้สูงอายุมักเป็นอาการที่ค่อยเป็นค่อยไปและรอได้ ผู้สูงอายุเองก็มักจะไม่ต้องการเป็นภาระทางการเงินสำหรับลูกหลาน สำหรับข้อมูลที่ประชาชนมีนั้น การรับรู้สิทธิ์ของตนทำให้ประชาชนลดความกังวลเมื่อต้องไปติดต่อกับสถานพยาบาล ซึ่งโครงการ 30 บาทมีส่วนช่วยให้ประชาชนมีข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น

แม้ว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนบางส่วน แต่มีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ไปใช้บริการเนื่องจากเวลาที่ต้องใช้ในการรอรับบริการนานเกินไป และไม่เชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการ ผู้มีรายได้น้อยมักจะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อยเช่นโครงการ 30 บาทมากที่สุด ประชาชนกลุ่มรายได้อื่นๆ จะให้ความสำคัญกับการมีหมอพยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอและการได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ หรือสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล มากกว่าการมีโครงการรักษาฟรีน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนมากต้องการให้มีโครงการนี้ต่อไป เพื่อช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยและเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับตนเองในกรณีป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างจากทุกภาคสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของการให้บริการของสถานพยาบาลโดยเฉพาะในด้านการต้อนรับของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตามยังมีคนจำนวนไม่น้อยที่ไม่ไว้วางใจคุณภาพการรักษาพยาบาลของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มรายได้สูงและปานกลาง ซึ่งไม่ค่อยได้ไปใช้บริการของโครงการนี้ในปัจจุบัน

จะเห็นได้ว่า ในระบบสุขภาพและระบบสังคมด้านต่างๆ ความเป็นธรรมมีความหมายที่ละเอียดอ่อนและลึกซึ้งมากไปกว่าความเท่าเทียมกันแบบหารเฉลี่ย (Equality) และความเสมอภาคเป็นธรรม (Equity) การที่ทรัพยากรเท่าที่มีหรือที่มีการรวบรวมจากการแบ่งปันเอื้ออาทรช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยผ่านกระบวนการต่าง ๆ ทั้งทางกฎหมาย (ภาคบังคับ-กึ่งบังคับ) หรือด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจไม่ทอดทิ้งกัน (สมัครใจ) ทั้งในระดับประเทศและในระดับพื้นที่ได้รับการบริหารจัดการจัดสรรแบ่งปันจนส่งผลให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงโอกาสอาจแบ่งได้เป็น 2 มิติ คือ 1) ความเป็นธรรมแนวดิ่งประชาชนทุกคนที่อยู่ในระบบสามารถเข้าถึงบริการที่มี “คุณภาพ” ตามความจำเป็นของชีวิตโดยไม่จำกัดสถานะทางการเงิน เพศ อายุ ความเชื่อขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ตลอดจนความห่างไกลและความยากง่ายในการเดินทางมายังสถานบริการ กล่าวคือ ถือว่าการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพดังกล่าวเป็นสิทธิที่เท่าเทียมกันของประชาชนในพื้นที่ทุกคน 2) ความเป็นธรรมแนวราบ ผู้ให้บริการ สถานบริการและระบบบริการของแต่ละพื้นที่ ได้รับการจัดสรรทรัพยากรตาม

ความจำเป็นของการใช้เพื่อคุณภาพชีวิตอย่างมีหลักเกณฑ์ มีมาตรฐานและมีความเท่าเทียมของประชาชนทั้งในระดับรายบุคคลครอบครัวและชุมชนประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ยึดถือคำนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกในมิติกว้างที่ว่าสุขภาพคือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายทางจิตใจทางสังคมและทางปัญญาไม่ใช่เพียงการไม่มีโรคภัยไข้เจ็บหรือความแข็งแรงทางกายเท่านั้น ซึ่งในเชิงบทบาทหน้าที่ระบบสุขภาพ จึงมิใช่แค่การรักษาพยาบาลเมื่อยามป่วยไข้เท่านั้น แต่มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาวะกายและจิตที่ดี ผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค ฟื้นฟูการทำงานของร่างกายและกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของการสาธารณสุขในการรับมือโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยพิบัติ

นอกเหนือการตอบสนองความคาดหวังของประชาชนดังกล่าวข้างต้น ระบบสุขภาพที่ดีควรเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของทุกคน ยึดมั่นในหลักศีลธรรมคุณธรรมจริยธรรมในการดำเนินการและให้ความเท่าเทียมด้านสิทธิประโยชน์แก่ชนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม ระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ จึงมีประชาชนเป็นศูนย์กลางแวดล้อมด้วยกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมฟื้นฟูและธำรงสุขภาพของประชาชน กิจกรรมเหล่านี้ประกอบกันขึ้นเป็นระบบสุขภาพ ซึ่งมักจำแนกแยกย่อยได้เป็น 6 ระบบ ได้แก่ ระบบบริการ ระบบผู้ให้บริการ ระบบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ระบบการเงินการคลัง ระบบสารสนเทศและระบบอภิบาลประเทศไทยภายหลังจากที่มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้พัฒนาไปอย่างก้าวหน้า ในด้านการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน (Human Right) และด้านการสาธารณสุข โดยประชาชนชาวไทยเกือบทั้งหมดของประเทศได้รับสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลจากหนึ่งในสามระบบหลักตามสิทธิของตน คือ สวัสดิการขาราชการและรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อีกทั้งยังได้รับสิทธิในการเข้ารับการบริการในกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่ต้องถามสิทธิและไม่ต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อน

อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นท้าทายที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ควรมีการผลักดันเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้ดียิ่งขึ้น ทั้งในด้านการเข้ารับบริการสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพบริการและการสร้างความเท่าเทียม และเป็นธรรมในการได้รับบริการของผู้ที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปัจจุบัน ทั้งสามระบบนี้ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนในสัดส่วนที่ต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการและครอบครัวประมาณ 5 ล้านคนและระบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนประมาณ 10 ล้านคน ในขณะที่ระบบ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนที่นอกเหนือจาก 2 ระบบดังกล่าว ซึ่งมีเป็นจำนวนมากถึง 48 ล้านคน จึงเป็นที่ถกเถียงกันมานานเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันหรือความเสมอภาค ความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ หมายถึงการที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความแตกต่างกันในด้านสังคม ชนชั้น เชื้อชาติ เศรษฐานะหรือถิ่นที่อยู่อาศัยได้รับการบริการสุขภาพ โดยปราศจากความแตกต่างที่หลีกเลี่ยงได้หรือลดความเหลื่อมล้ำได้ อีกทั้งหมายรวมถึงการปราศจากซึ่งการขัดต่อความยุติธรรมและสิทธิพึงได้ ส่วนบุคคลส่วนใหญ่การกล่าวถึงความไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ที่มีโอกาสกับผู้ที่ขาดโอกาส ซึ่งโอกาสในที่นี้คือโอกาสในการเขาถึงต่อรองและจัดการทรัพยากรต่างๆ ในสังคมภาพรวมการพัฒนาประเทศในช่วงที่ผ่านมา สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น ประชาชนมีงานทำและมีความมั่นคงในอาชีพมากขึ้น รายได้เฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น ปัญหาความยากจนลดลงและประชาชนเข้าถึงบริการทางสังคมและสาธารณูปโภคอันเป็นปัจจัยจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้มากขึ้น

ยังมีความไม่เท่าเทียมกันของประชาชนในกลุ่มและพื้นที่ต่าง ๆ เช่นคนในเมืองกับชนบทยังมีช่องว่างในการเข้าถึงบริการสาธารณะขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ รวมทั้งการเข้าถึงสิทธิต่าง ๆ ของกลุ่มประชากรเฉพาะในสังคมที่ยังไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นตัวสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำที่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างในสังคมไทย จากสภาพปัญหาดังกล่าว อาจสรุปรูปแบบของความเหลื่อมล้ำในภาพรวมได้ คือ ความเหลื่อมล้ำด้านความมั่งคั่งและรายได้ ซึ่งเกิดจากการพัฒนาที่มีลักษณะไม่สมดุลหรือกระจุกตัวในบางพื้นที่หรือบางสาขาการผลิตส่งผลให้ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนากระจายไปไม่ทั่วถึง ทั้งในเชิงพื้นที่และกลุ่มบุคคล และความเหลื่อมล้ำด้านการกระจายโอกาสของการเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะที่มีคุณภาพ ทั้งในด้านการศึกษาการสาธารณสุข สวัสดิการสังคมและการเข้าถึงแหล่งทุนหรือปัจจัยการผลิตความเหลื่อมล้ำด้านอำนาจ (Power Inequality) ทั้งด้านสิทธิทางการเมืองอำนาจต่อรองในการเข้าถึงทรัพยากร และการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและทิศทางในการพัฒนาทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ซึ่งส่งผลให้การจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างไม่เท่าเทียมและอาจเกิดการเลือกปฏิบัติ (Discrimination) ต่อกลุ่มที่มีอำนาจน้อยในสังคม ดังที่ สฤณีอาชวานันทกุล (2554, น. 21-28) กล่าวว่าความเหลื่อมล้ำในสังคม ด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจนั้น เป็นปัญหาที่เราต้องหาทางแก้ไขหรือไม่และถ้าต้องแก้ควรใช้วิธีอะไรเป็นคำถามที่ขึ้นอยู่กับอุดมการณ์หรือจุดยืนของคนในสังคมปัจจุบันมีสำนักคิดใหญ่ 3 แห่ง ที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายและวิวาทะสาธารณะในกรอบของระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม เสรีนิยม

(Liberalism) ความยุติธรรมทาง สังคม (Social Justice) และสมรรถภาพมนุษย์ (Capabilities Approach) ความแตกต่างระหว่าง สำนักคิดทั้ง 3 ส่วนใหญ่อยู่ที่การให้น้ำหนักกับเสรีภาพของปัจเจกและความยุติธรรมในสังคมไม่เท่ากัน สำนักคิดทั้ง 3 นี้มีความเท่าเทียมกันทางศีลธรรม (Morally Equivalent) กล่าวคือ ไม่มีชุดหลักเกณฑ์สัมบูรณ์ใด ๆ ที่จะช่วยเราตัดสินได้ว่าสำนักคิดใดดีกว่าหรือเลวกว่ากัน เนื่องจากต่างก็มีจุดยืนทางศีลธรรมด้วยกันทั้งสิ้น เพียงแต่ให้น้ำหนักกับคุณค่าหรือคุณธรรมต่าง ๆ ไม่เท่ากันการ ตัดสินว่าจะเชื่อหรือประยุกต์ใช้แนวคิดของสำนักคิดใดสำนักคิดหนึ่งจึงน่าจะตั้งอยู่บนการประเมินผล ได้และผลเสียของแต่ละแนวคิดเปรียบเทียบกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นจริงมากกว่าการใช้ มาตรวัดทางศีลธรรมใด ๆ ที่เป็นนามธรรม ระบบสุขภาพกับความเป็นธรรม ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

“...ลูกปวดท้องมานอนโรงพยาบาลตั้ง 3 วันหมอถึงบอกว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ หลังผ่าตัดบอกกับแม่ว่าต้องเปิดแผลหน้าท้องยาวเพราะไส้ติ่งแตก...ถ้าหมอตรวจให้ละเอียดตั้งแต่วันแรกก็ไม่ต้องทรมานแบบนี้รู้สึกสงสารลูกมาก”

(แม่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ โรงพยาบาลจังหวัด, สัมภาษณ์, 24 มีนาคม 2563)

เปรียบเทียบกับกรณีผู้ป่วยหญิงอายุ 34 ปี สิทธิสวัสดิการข้าราชการ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการ 2วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดท้องได้ไปซื้อยกระเพาะอาหารที่ร้านขายยามารับประทานแต่อาการไม่ดีขึ้น จึงไปพบแพทย์ที่คลินิกเอกชนเวลาประมาณ 19.00น. แพทย์วินิจฉัยว่าสงสัยไส้ติ่งอักเสบ จึงเขียนใบสั่งยาให้ผู้ป่วยนำไปโรงพยาบาล พยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยไปรับการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ และตรวจเอกซเรย์ ผู้ป่วยได้เข้านอนรักษาตัวที่ตึกศัลยกรรมเวลาประมาณ 21.00 น. ต่อมาเวลา 23.00 น. ผู้ป่วยถูกส่งไปรับการผ่าตัดจนเสร็จสิ้นเวลา 02.00 น. แล้วส่งตัวกลับมานอนที่ตึกศัลยกรรม ต่อมาช่วงสายแพทย์มาตรวจแจ้งให้ย้ายไปตึกพิเศษ วันที่สองหลังผ่าตัดแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้พร้อมแจ้งว่าแผลผู้ป่วยแห้งดีแพทย์เย็บแผลด้วยไหมละลายไม่ต้องไปตัดไหม แต่ผู้ป่วยมาสบายใจจึงขอนอนโรงพยาบาลต่ออีก 2 คืน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล 5 วัน ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

“...หมอบอกว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบต้องผ่าตัดด่วน ใช้วิธีผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้อง มีแผลนิดเดียวที่สะดือ....หมอบอกให้กลับบ้านได้แต่หนูขอนอนต่ออีกสักสามวันเพราะกลัวแผลจะไม่ดี”

(ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ, ผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่โรงพยาบาลจังหวัด, สัมภาษณ์, 19 เมษายน 2563)

แม้กระทั่งการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหมือนกันแต่ใช้สิทธิการรักษาต่างกันก็ได้รับยาแตกต่างกันทั้งชนิด และจำนวนยาที่ได้รับ ซึ่งผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่จะได้รับยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และได้รับยาไปเพียง 1-2 เดือน ในขณะที่สิทธิสวัสดิการข้าราชการจะได้ยานอกบัญชียาหลักที่มีประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีกว่า และได้รับการนัดให้มาพบแพทย์อีกครั้งประมาณ 3-4 เดือน ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

“...การให้บริการรักษาพยาบาลก็ยังพบว่ามีความแตกต่างกัน เมื่อคนไข้เข้ามารักษาในโรงพยาบาลแม้เราจะเห็นว่าแพทย์ทำการรักษาเหมือนกัน แต่การจ่ายยาให้คนไข้แต่ละสิทธิแตกต่างกันแน่นอนเราก็เห็น ๆ กันอยู่แผงยาเม็ดยาไม่เหมือนกัน ยาของบัตรทองได้แค่ 1-2 เดือนแผงยาก็เป็นภาษาไทยหรือยาขององค์การเภสัชกรรม ส่วนยาของข้าราชการได้เยอะมาก 3-4 เดือนบางตัวเป็นยาจากเมืองนอก ซึ่งเราถือว่าเป็นปัญหาใหญ่ของโรงพยาบาลในประเทศเราจริง ๆ ทั้งที่เป็นคนไทยเหมือนกัน แต่กลับถูกปฏิบัติในเรื่องการดูแลรักษาโรคแตกต่างเป็นสองสามมาตรฐานแบบนี้ก็ไม่ยุติธรรม”

(ผู้ป่วยโรคเก๊าต์สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, โรงพยาบาลชุมชน, สัมภาษณ์, 25 มีนาคม 2563)

จากสาเหตุที่สำคัญของความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพจากการใช้จ่ายภาครัฐ คือการที่รัฐกำหนดให้สวัสดิการข้าราชการ ครอบคลุมทั้งการจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในขณะที่สิทธิในการรักษาพยาบาลอีก 2 ระบบ (บัตรทองและประกันสังคม) ซึ่งผู้มีรายได้น้อยเข้าถึงได้มากกว่าจะครอบคลุมเฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น ซึ่งยานอกบัญชียาหลักฯนั้นมักจะเป็นยาใหม่ที่มีราคาแพง รวมทั้งอาจยังไม่มีหลักฐานที่พิสูจน์ความปลอดภัยในการใช้ระยะยาวการที่ข้าราชการได้สิทธิในการรับยาโดยไม่ต้องจ่ายเงิน โรงพยาบาลไปเบิกกับกรมบัญชีกลางโดยตรง) และการที่ระบบนี้แทบไม่มีกลไกควบคุมการจ่ายยา เป็นเหตุให้มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผลอย่างแพร่หลาย ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในส่วนของสวัสดิการข้าราชการฯเพิ่มสูงขึ้น

เรื่อย ๆ ในอัตราที่สูงกว่าค่าใช้จ่ายสำหรับบัตรทองและประกันสังคม โดยตัวเลขของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการที่ดูแลคนประมาณ 5 ล้านคน เพิ่มสูงขึ้นกว่า 2 เท่า หรือคิดเป็นมูลค่าถึง 54,904 ล้านบาท ขณะที่ค่าใช้จ่ายในระบบบัตรทองและประกันสังคมซึ่งดูแลคนกว่า 47 ล้านคน มียอดค่าใช้จ่าด้านการรักษาพยาบาลเพียง 98,700 ล้านบาทเท่านั้น ซึ่งกรมบัญชีกลางได้เปิดเผยรายละเอียดค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการข้าราชการว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ 34 แห่ง (โรงพยาบาลตติยภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจร ตั้งแต่การป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โรงพยาบาลประเภทนี้โดยมากจึงมักเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นสัดส่วนร้อยละ 90 ของวงเงินทั้งหมด ซึ่งนอกจากจะเป็นการใช้เงินงบประมาณอย่าไม่เหมาะสมแล้ว ยังจะซ้ำเติมให้ความเหลื่อมล้ำด้านค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่า ตามหลักเสรีนิยมเชื่อว่ารัฐควรปล่อยให้มนุษย์ทุกคนมีเสรีภาพที่จะทำอะไร เพราะมองว่าเสรีภาพของปัจเจกคือคุณค่าและคุณธรรมที่สำคัญที่สุด ความยุติธรรมต้องอยู่บนพื้นฐานของเสรีภาพ รัฐมีหน้าที่อำนวยให้เกิดความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมาย โดยทั่วไปจะไม่มีจุดยืนเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ ซึ่งนักเสรีนิยมที่รณรงค์ความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมายตระหนักดีว่า มนุษย์เกิดมาไม่เท่าเทียมกัน และความไม่เท่าเทียมกันนี้เองที่เป็นบ่อเกิดของการร่วมมือกันทางสังคมและอารยธรรม ความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมายไม่ได้ถูกออกแบบมาแก้ไขข้อเท็จจริงของจักรวาลที่เปลี่ยนแปลง หรือเพื่อกำจัดความไม่เท่าเทียมตามธรรมชาติให้หมดสิ้นไป และความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมายถูกออกแบบมาเป็นเครื่องมือที่จะรับประกันว่ามนุษยชาติทั้งมวลจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากความไม่เท่าเทียม ดังที่ Ludwig von Mises (n.d., อ้างถึงใน สฤณีอาชวา นันทกุล, 2554) กล่าวว่า ความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมายนั้นตระหนักดีว่ามนุษย์ เกิดมาไม่เท่าเทียมกันและความไม่เท่าเทียมกันนี้เองที่เป็นบ่อเกิดของการร่วมมือกันทางสังคม และอารยธรรม ใน ความเห็นของพวกเขาความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมาย ไม่ได้ถูกออกแบบมาแก้ไขข้อเท็จจริงของจักรวาลที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้หรือเพื่อกำจัดความไม่เท่าเทียมตามธรรมชาติให้หมดสิ้นไป แต่ในทาง ตรงกันข้าม ความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมายถูกออกแบบมาเป็นเครื่องมือที่จะรับประกันว่ามนุษยชาติทั้งมวลจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากความไม่เท่าเทียม ดังกล่าวความเท่าเทียมกันภายใต้ กฎหมายนั้นดี เพราะ

มันตอบสนองความต้องการของทุกคนได้ดีที่สุดปล่อยให้พลเมืองผู้มีสิทธิเลือกตั้ง ตัดสินใจเองว่าใครควรดำรงตำแหน่งทางการเมือง และปล่อยให้ผู้บริโภคตัดสินใจเองว่าใครควรมีอำนาจกำหนดกิจกรรมการผลิตความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมายนั้น ดีเพราะมันตอบสนองความต้องการของทุกคนได้ดีที่สุด ส่วนหลักการและแนวคิดในการบริหารจัดการระบบการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น เพื่อยกระดับคุณภาพบริการลดปัญหาการรอคอย และเพื่อควบคุมต้นทุนการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขนี้นับเป็นวาทกรรมการซื้อบริการสาธารณสุขของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย จากที่ผ่านมาหน่วยงานหลักในการดูแลรักษาสุขภาพของคนไทยคือกระทรวงสาธารณสุข แต่เมื่อปี พ.ศ. 2545 จากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการงบประมาณในการดูแลสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ การใช้อำนาจผู้ซื้อบริการรายใหญ่ที่เหนือกว่าผู้ให้บริการ (หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ทำให้ผู้ให้บริการต้องดำเนินการไปในทิศทางที่กำหนด กระทรวงสาธารณสุขถูกลดบทบาทและอำนาจในการบริหารงบประมาณในส่วนนี้ลงไป ในขณะที่ยังมีหน้าที่ขายบริการสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพของประชาชนอยู่เหมือนเดิม

5.1.2 สิทธิประโยชน์ในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ

ประเทศไทยมีการจัดระบบสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนโดยตั้งเป้าให้ครอบคลุมทั่วถึงมีความเท่าเทียมและได้มาตรฐาน แต่ก็ยังพบว่าการเข้าถึงการให้บริการยังเกิดความเหลื่อมล้ำกันอยู่ ซึ่งมีสาเหตุมาจากจำนวนผู้ให้บริการไม่เพียงพอ อาทิเช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ด้านวิชาชีพที่จำเป็นด้านสาธารณสุข และมีความขาดแคลนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ คือ การกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์และด้านสาธารณสุขจะกระจุกตัวอยู่ที่ เมืองใหญ่ เมืองที่เจริญ แต่ในจังหวัดเล็ก ๆ จะขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และอุปกรณ์ในการรักษาก็ไม่เพียงพอ ในการให้บริการบางประเภท เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายที่ต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ชนบทไม่สามารถมาเข้ารับบริการได้ ระบบบริการเบื้องต้นยังขาดคุณภาพสำหรับหน่วยบริการที่อยู่ตามชุมชน ถึงแม้ว่าจะมีการผลักดันให้เกิดความครอบคลุม แต่ในทางปฏิบัติไม่มีการดำเนินการผลักดันอย่างเข้มแข็ง เช่น หน่วยบริการของรัฐส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในแต่ละแห่งจะได้รับงบประมาณสนับสนุนต่างกัน อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น ส่วนใหญ่จะอยู่ที่สถานพยาบาลขนาดใหญ่ในพื้นที่ชุมชนเมือง

ส่วนสถานพยาบาลชุมชนในเขตชนบทจะได้รับงบประมาณน้อย นอกจากนี้ยังขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข และศักยภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแต่ละที่มีข้อจำกัด เช่นโรงพยาบาลประจำจังหวัด จะมีแพทย์เฉพาะด้าน แต่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล จะไม่มีแพทย์ประจำ และไม่สามารถรับผู้ป่วยเข้ารักษาในสถานพยาบาลได้ ระบบการให้บริการตามหลักประกันสุขภาพในปัจจุบันก็ยังมีความแตกต่างไม่เท่าเทียมกัน เนื่องจากสิทธิที่ได้รับมีความแตกต่างกันก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาจากการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพได้ ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

“...ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ได้แสดงความคิดเห็นต่อระบบการให้บริการของสถานพยาบาล แพทย์ พยาบาล คุณภาพยา ระบบคัดกรอง ความสะดวกในการเดินทาง ผลการรักษาพยาบาล คือ..คนไข้เยอะ ทำให้ล่าช้า ใช้เวลาในการรอหมอนานกว่าจะถึงคิว บางครั้งก็ไปรักษาที่คลินิกเพราะขี้เกียจรอ”

(คูน, สัมภาษณ์, 12 มีนาคม 2563)

จากการที่มีผู้มาใช้บริการเป็นจำนวนมากการคัดกรองทำให้เกิดระบบล่าช้าส่งผลต่อการรับบริการรัฐจำเป็นต้องพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพที่ผ่านมาทำให้การเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้บริการได้มากขึ้นก็ตาม แต่ความไม่เชื่อมั่นในคุณภาพบริการ และความแออัดรอรับบริการนานเกินไปทำให้ประชาชนบางกลุ่มที่มีอำนาจการจ่ายไม่เลือกรับสวัสดิการที่รัฐจัดหาให้ นอกจากประชาชนผู้มีรายได้น้อยที่ไม่มีอำนาจในการจ่ายเพียงพอ ก็ต้องยอมรับสภาพในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการของรัฐที่เสียค่าใช้จ่ายน้อยหรือไม่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ดังที่ (โกวิทย์ กังสนันท์, 2559) กล่าวว่าความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงทรัพยากรธรรมชาติ และความเหลื่อมล้ำในการรับบริการสาธารณะเกิดความเหลื่อมล้ำในบริการสุขภาพที่ปรากฏเชื่อมโยงเป็นปัจจัย ให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกันและส่งผลกระทบต่อกันได้ กล่าวคือ ภาวะเศรษฐกิจส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพ ได้รับผลกระทบจากการเมืองการปกครองของประเทศที่จะส่งผลต่อนโยบายระดับมหภาคด้านสุขภาพ หรือแม้แต่ภาวะเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศจนนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำสุขภาพ ซึ่งไม่ใช่เพราะการก้าวสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแต่เพราะการยึดการวัดจากตัวชี้วัดในเป้าประสงค์ของนโยบายรัฐ โดยผลที่เกิดขึ้นได้รับ

การตีความว่าเนื่องมาจากความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพที่มีอยู่ในสังคมไทยแต่เดิม รวมถึงการก้าวเข้าสู่ความเสมอภาคทางสุขภาพมากขึ้น จากตัวชี้วัดที่สะท้อนสถานการณ์ด้านสุขภาพในทิศทางบวกมิติการชีวิตที่มีสุขภาพดีและสุขภาวะยังคงสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความครอบคลุมของบริการสุขภาพที่จำเป็น

อย่างไรก็ตาม สังคมไทยยังคงมีปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ จากการประเมินตัวชี้วัดของความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรทางสุขภาพที่ยังคงกระจุกตัวอยู่ในตัวเมือง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nishiura, H, et al. (2004) ที่ศึกษาความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในประเทศไทย โดยมุ่งศึกษาลักษณะภูมิภาคและการกระจายตัวทางภูมิศาสตร์ของบุคลากรสุขภาพแพทย์และพยาบาลโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ พบว่ามีการกระจายตัวที่ไม่สม่ำเสมอที่เห็นได้ชัดเจนในกลุ่มแพทย์เป็นปัจจัยให้เกิดความเหลื่อมล้ำในสิทธิการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพที่เสมอภาคเท่าเทียม ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้ถือว่าเป็นวิกฤติการดูแลสุขภาพ ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

“..เวลารอเอายานานมาก ต้องกลับไปที่ทำงานก่อนค่อยมารับยาตอนบ่าย แต่มันก็ทำให้เสียเวลาเพราะต้องเดินทางกลับไปกลับมา ดีแต่ว่าที่ทำงานอยู่ใกล้โรงบาล”

(พร, สัมภาษณ์, 29 มีนาคม 2563)

นโยบายการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพเป็นกลไกที่ช่วยให้ประชาชนมีสิทธิเข้าถึงสวัสดิการของรัฐด้านบริการสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงตามความจำเป็น ลดความกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลงได้ระดับหนึ่ง แต่เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพครอบคลุมทั้งปัจจัยที่มาจากปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกันและส่งผลกระทบต่อกันได้ กล่าวคือ ภาวะเศรษฐกิจส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพเองก็ได้รับผลกระทบจากการเมืองการปกครองของประเทศที่จะส่งผลต่อนโยบายระดับมหภาคด้านสุขภาพ หรือแม้แต่ภาวะเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศเอง นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพยังต้องต่อสู้กับปัจจัยที่มาจากความเป็นปัจเจกของบุคคล เช่นพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยในลำดับต้น ๆ ของไทยและสังคมโลก มากไปกว่านั้นปัจจัยเหล่านี้ยังคงมีการเปลี่ยนแปลง หมุนเวียนอยู่ในมิติสุขภาพได้ตลอดเวลา จึงทำให้ภาวะ

สุขภาพของประชาชนขึ้นอยู่กับปัจจัยเหล่านี้ และเป็นผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในที่สุด วาทกรรมความยากจน และวาทกรรมการพัฒนาทำให้รัฐไทยพยายามก้าวสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าการพัฒนาที่ยั่งยืน เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพของไทยพัฒนามาจากระบบสังคมสงเคราะห์ การสร้างหลักประกันสุขภาพจึงเป็นการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐาน บางครั้งส่งผลต่อการผู้มาใช้บริการเกิดความล่าช้าต้องใช้ความอดทนต่อให้รับบริการ ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

"..การมาหาหมอทำให้เสียเวลาทั้งวัน กว่าจะเสร็จแต่ละขั้นตอน ใช้เวลานานมาก"

(ผู้ให้ข้อมูลหลัก, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2563)

การรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ" แต่ระบบบริการสาธารณสุขในอุดมคติต้องเป็นระบบที่ต้องมีทั้งความเป็นธรรม (Equity) มีคุณภาพ (Quality) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) และสังคมมีส่วนร่วมตรวจสอบ (Social Accountability) ซึ่งสังคมไทยยังไม่สามารถสร้างสิ่งเหล่านี้ในระบบหลักประกันสุขภาพ ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

"..รักษาดีแต่ถ้าหมอเห็นว่าผลการรักษายังไม่ดี ก็ส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น ใช้สิทธิข้าราชการแต่ว่าขี้เกียจเดินทาง มันต้องไปเริ่มตรวจใหม่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางก็ เพิ่มขึ้น ต้องลางานอีก พอหมอทางโน้นบอกว่าอาการดีขึ้นแล้วก็เลยขอกลับมารักษาที่เดิม"

(วรรณ, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2563)

ความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพอีกประการหนึ่งจะเห็นได้จากการที่ระบบประกันสังคมผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมการรักษาที่จำเป็น เนื่องจากการบริหารจัดการด้านสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลไม่เข้าถึงปรัชญาของการให้หลักประกันสุขภาพที่ต้องครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่จำเป็นโดยไม่นำประเด็นเรื่องค่าใช้จ่ายหรือความมั่นคงของกองทุนเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างกรณีผู้รับบริการทันตกรรม ดังที่ พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร (2551) กล่าวถึง การบริการและระบบบริการสุขภาพต้องอยู่ในหลักการสำคัญคือ การมีบริการด้านสุขภาพอย่างเพียงพอความสามารถที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้นั้น คือ ค่าบริการควรอยู่ในระดับที่ทุกคน

พอจ่ายได้ และอยู่บนหลักความยุติธรรม ที่ตั้งของสถานบริการสุขภาพควรตั้งอยู่ในที่คนเข้าถึงได้และมีการบริการที่คำนึงถึงผู้มีความพิการและกลุ่มที่อ่อนแออื่น ๆ สำหรับผู้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพ ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

"..ก็ดี แต่บางทีก็คิดว่าไม่ได้รับสิทธิเต็มที่ เพราะเคยเข้าโรงพยาบาลใช้สิทธิข้าราชการ แต่มาเจอตอนคนไข้เยอะห้องพิเศษไม่ว่าง คนใช้สิทธิข้าราชการก็เยอะ เลยต้องนอนห้องรวมรอไปก่อน แต่ก็คิดเงินตามสิทธินะ"

(นพ, สัมภาษณ์, 23 มีนาคม 2563)

กลุ่มผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ยังความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีและให้ข้อเสนอแนะข้อดีของสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ คือ สะดวก ไม่ต้องจ่ายเงินก่อน ซึ่งเมื่อก่อนต้องใช้เงินสดจ่ายก่อน ค่อยนำใบเสร็จไปเบิกต่อหน่วยงานต้นสังกัด ซึ่งล่าช้า แต่ตอนนี้ไม่ต้องจ่ายเงินก่อน สามารถเข้ารับบริการได้และข้อเสนอแนะให้เข้ารับการบริการสถานพยาบาลที่ใดก็ได้เพิ่มจำนวนแพทย์ พยาบาล เพิ่มอุปกรณ์ เครื่องมือในการรักษา เพิ่มยาพื้นฐานที่จำเป็นต้องใช้ ผู้ใช้สิทธิประกันสังคม ได้แสดงความคิดเห็นต่อระบบการให้บริการของสถานพยาบาล แพทย์ พยาบาล คุณภาพยา ระบบคัดกรอง ความสะดวกในการเดินทาง ผลการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการให้บริการ ดังจะเห็นได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

"..ส่วนตัวพอใจในการให้บริการ ก็เห็นใจหมอ พยาบาลเหมือนกัน เพราะว่า คนไข้แต่ละวันเยอะมาก ก็เข้าใจที่จะต้องรอบ้าง เพราะเค้าก็ต้องทำตามขั้นตอน การให้ยาของหมอก็ดี เพราะเมื่อก่อนเคยใช้สิทธิ 30 บาท จะได้ยาแบบหนึ่ง พอตอนนี้มาใช้สิทธิประกันสังคม ก็ได้ยาดีขึ้นกว่าเดิม"

(ทิพย์, สัมภาษณ์, 22 มีนาคม 2563)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยเริ่มมาตั้งแต่พัฒนาการของระบบสุขภาพไทยถูกผูกติดกับระบบการเมืองการปกครองที่รัฐเข้ามาจัดการกับเรือนร่างใช้อำนาจความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ เป็นชีวะอำนาจควบคุมดูแลร่างกายประชาชนแทรก

ซึมควบคู่ไปกับองค์กรการปกครองของอำนาจรัฐ ร่วมกับการใช้วาทกรรมการพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาความยากจนทำให้รัฐสร้างระบบหลักประกันสุขภาพที่มีความแตกต่างเหลื่อมล้ำและการให้บริการที่ย่ำแย่ต้องรอการให้บริการที่ช้ากว่ากำหนด ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

"..การให้บริการก็ดีเหมือนเดิม แต่จากบ้านมาก็ใช่เวลานานประมาณ 1 ชั่วโมง ทำให้ไปไหนไม่ได้ต้องรอ แต่ที่นั่งก็น้อยเพราะคนไข้เยอะ ต้องยืนรอนานกว่าคนจะว่าง หรือไม่ก็รอจนถึงคิวตัวเอง"

(นก, สัมภาษณ์, 18 เมษายน 2563)

การบริหารจัดการต่างกัน ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพหรือซื้อบริการสุขภาพในประเทศไทยไม่เคยมีการกำหนดเป้าหมายในด้านการลดความเหลื่อมล้ำของการใช้บริการสุขภาพของประชาชนไม่ว่าในแง่ของความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพหรือระหว่างพื้นที่ รวมถึงชุดสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมโดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มเปาะบางทางสังคม ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

"..ก็ดีหมดทุกอย่าง หมอจะส่งไปรักษาที่อื่นก็ไม่อยากไป"

(นิด, สัมภาษณ์, 19 เมษายน 2563)

ผู้ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการจ่ายค่าบริการที่น้อย คือได้ร่วมจ่ายเพียง 30 บาท ต่อการเข้ามารับบริการ 1 ครั้งถึงแม้จะเจ็บป่วยในโรคที่ร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน ทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการได้ แต่ยังมีบางส่วนที่รู้สึกว่าตนเองได้รับบริการที่ไม่ดีคุณภาพต่ำกว่าสิทธิสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและสิทธิประกันสังคม เนื่องจาก การจ่ายยาจะจำกัดระยะเวลาน้อยกว่าสิทธิอื่นทำให้เวลานัดในการมาโรงพยาบาลเร็วขึ้นต้องเสียเวลาบ่อย ทั้งที่ผู้ใช้บริการต่างรู้สึกว่าอาการของตนอยู่ในเกณฑ์ดี แต่เพราะความจำกัดในการจ่ายยาทำให้ต้องมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

“..ดีกว่าใช้สิทธิ 30 บาท เพราะได้ยาดีกว่า อยากได้ยาเหมือนข้าราชการ แล้วก็ได้นอนห้องพิเศษในราคาที่เท่ากัน”

(เพชร, สัมภาษณ์, 22 มีนาคม 2563)

กลุ่มผู้ใช้สิทธิประกันสังคม ยังความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีข้อดีของสิทธิประกันสังคม คือ สะดวก ได้รับบริการดี สามารถเลือกสถานพยาบาลในการเข้ารับการบริการได้ ต้องเสียค่าใช้จ่ายส่งให้สำนักงานประกันสังคม เพิ่มจำนวนแพทย์ในการรักษาเพราะถึงจะใช้สิทธิคนละสิทธิ แต่การรักษาก็ใช้แพทย์คนเดียวกัน การรอคิวพบแพทย์นาน การรอรับยานานสถานที่อยากให้มีเก้าอี้เพิ่มขึ้น ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ได้แสดงความคิดเห็นต่อระบบการให้บริการของสถานพยาบาล แพทย์ พยาบาลคุณภาพยาระบบคัดกรอง ความสะดวกในการเดินทาง ผลการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการให้บริการ ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

“..ใช้สิทธิ 30 บาท ไม่เคยใช้สิทธิอื่น เลยไม่รู้ว่าแตกต่างกันยังไง แต่หมอ พยาบาลก็พูดดี ให้คำแนะนำดี อาจจะรอนานบ้างแต่ก็ชินแล้ว”

(วุฒิ, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2563)

สิทธิในการรักษาพยาบาลที่แต่ละบุคคลมีผลในการเลือกสถานพยาบาลเช่นกัน ประชาชนมักจะทราบถึงความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน แต่ในหลายกรณีจะไม่ทราบรายละเอียดในสิทธิประโยชน์ของสิทธิ์ที่ตนมี ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (รวมค่าที่พักและค่าอาหารของญาติที่ต้องไปดูแลผู้ป่วย) มักจะมีผลต่อการเลือกวิธีและสถานที่รักษาพยาบาล เช่น ประชาชนในชนบทมักจะซื้อยาแก้หวัดหรือยาลดไข้ที่ร้านขายของชำในท้องถิ่น ประชาชนบางกลุ่มเลือกไปคลินิกเพราะไม่ต้องรอนาน ประชาชนที่อยู่ใกล้สถานีอนามัยมักจะใช้บริการของสถานีอนามัย ในขณะที่ประชาชนที่อยู่ไกล จะซื้อยาที่ร้านขายยาหรือไปคลินิก ประชาชนที่มีพาหนะมักจะใช้บริการของสถานพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่มีพาหนะเป็นของตัวเอง ในเรื่องสภาวะและอาการของโรคนั้น ประชาชนมักจะพยายามวินิจฉัยความเจ็บป่วยของตนอยู่ตลอดเวลา เพื่อจะตัดสินใจว่าควรเลือกวิธีการรักษาอย่างไร ถ้าคาดว่าความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่จะหายเองได้ ก็อาจจะปล่อยให้หายเอง ถ้ามีอาการที่คิดว่าไม่หายเองก็จะเริ่มพึ่งยาจากร้านขายของชำหรือร้านขายยา แต่ถ้ายังรักษาไม่หายหรือมีอาการมากขึ้นก็จะไปพบแพทย์

การไปพบแพทย์จึงมักเป็นโรคที่รักษาเองแล้วไม่หายหรือไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคอะไร กลุ่มอายุของผู้ป่วยในแทบทุกพื้นที่พบว่าเมื่อเด็กไม่สบาย ผู้ปกครองมักจะพาเด็กไปรับการรักษาในที่คาดว่าจะทำให้หายได้เร็ว เช่นที่คลินิก แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุก็มักไปที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลซึ่งมักจะใช้เวลาในการรอนาน โดยประชาชนมักให้ความเห็นว่าโรคของผู้สูงอายุมักเป็นอาการที่ค่อยเป็นค่อยไปและรอได้ ผู้สูงอายุเองก็มักจะไม่ต้องการเป็นภาระทางการเงินสำหรับลูกหลาน ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

ระบบบริการเบื้องต้นยังขาดคุณภาพสำหรับหน่วยบริการที่อยู่ตามชุมชน ถึงแม้ว่าจะมีการผลักดันให้เกิดความครอบคลุม แต่ในทางปฏิบัติไม่มีการดำเนินการผลักดันอย่างเข้มแข็ง เช่น หน่วยบริการของรัฐส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในแต่ละแห่งจะได้รับงบประมาณสนับสนุนต่างกัน อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น ส่วนใหญ่จะอยู่ที่สถานพยาบาลขนาดใหญ่ในพื้นที่ชุมชนเมือง ส่วนสถานพยาบาลชุมชนในเขตชนบทจะได้รับงบประมาณน้อย นอกจากนี้ยังขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

“..ตอนนี้ดีขึ้น คนไข้เยอะ แต่พยาบาลก็ไม่อารมณ์เสีย แต่ว่าบางทีหมอก็ตรวจเร็วไปหน่อย รอคิวนาน แต่เข้าไปพักเดียวก็ได้ออกมา มารอนานตอนเอายาอีก อยากให้จ่ายยา เหมือนสิทธิข้าราชการ ที่นั่งก็ไม่พอ”

(แก้ว, สัมภาษณ์, 15 เมษายน 2563)

โดยประชาชนมักให้ความเห็นว่าโรคของผู้สูงอายุมักเป็นอาการที่ค่อยเป็นค่อยไปและรอได้ ผู้สูงอายุเองก็มักจะไม่ต้องการเป็นภาระทางการเงินสำหรับลูกหลาน สำหรับข้อมูลที่ประชาชนมีนั้น การรับรู้สิทธิ์ของตนทำให้ประชาชนลดความกังวลเมื่อต้องไปติดต่อกับสถานพยาบาล ซึ่งโครงการ 30 บาทมีส่วนช่วยให้ประชาชนมีข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น สรุปผลการศึกษาได้ว่าแม้ว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนบางส่วน แต่มีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ไปใช้บริการเนื่องจากเวลาที่ต้องใช้ในการรอรับบริการนานเกินไป และไม่เชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการ ดังที่ (กฤติยา อาชวนิจกุล, 2548) กล่าวถึง สิทธิในสุขภาพว่าเป็นการให้บริการด้านสุขภาพให้ปัจเจกบุคคล ไม่ว่าจะเป็นคนในชาติหรือคนต่างชาติ ทั้งในฐานะบุคคลทั่วไป ฐานะคนทางานที่รัฐพึงมีกฎหมายในการคุ้มครองความปลอดภัยในสถานที่ทางาน และในฐานะผู้ป่วย

ที่พึงมี สิทธิขั้นพื้นฐาน คือสิทธิทางเลือกต่าง ๆ ในการรับบริการ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างครบถ้วน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติและสิทธิในความเป็นส่วนตัว ที่แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการไม่สามารถละเมิดได้ ผู้มีรายได้น้อยมักจะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อยเช่นโครงการ 30 บาทมากที่สุด ประชาชนกลุ่มรายได้อื่น ๆ จะให้ความสำคัญกับการมีหมอ พยาบาล และโรงพยาบาลที่เพียงพอและการได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ หรือสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล มากกว่าการมีโครงการรักษาฟรีน้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม ประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนมากต้องการให้มีโครงการนี้ต่อไป เพื่อช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยและเพื่อเป็นหลักประกันสำหรับตนเองในกรณีป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างจากทุกภาคสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของการให้บริการของสถานพยาบาลโดยเฉพาะในด้านการต้อนรับของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตามยังมีคนจำนวนไม่น้อยที่ไม่ไว้วางใจคุณภาพการรักษาพยาบาลของโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มรายได้สูงและปานกลาง ซึ่งไม่ค่อยได้ไปใช้บริการของโครงการนี้ในปัจจุบัน ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

“..รักษาดี หมอเคยส่งตัวไปโรงพยาบาลอื่น แต่สิทธิ 30 บาท ใบส่งตัวมีสิทธิ์แค่ปีเดียว ต้องขอทุกปี ก็ไม่ได้ดูว่าหมดอายุตอนไหนเลย เพราะไม่มีคนดูให้ ทำให้ต้องเสียเงิน เสียค่ารถ พอกลับมาก็เลยไม่ไปต่อ กลับมารักษาที่เดิม”

(ก้อย, สัมภาษณ์, 17 เมษายน 2563)

นอกจากนี้กลุ่มผู้ใช้สิทธิ 30 บาท ยังความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อดีและให้ข้อเสนอแนะ ข้อดีของสิทธิ 30 บาท คือประหยัดค่าใช้จ่าย ช่วยแบ่งเบาภาระค่ารักษาได้ ดีสำหรับคนที่ไม่มีสิทธิข้าราชการหรือสิทธิประกันสังคม อีกอย่างการเดินทางก็สะดวกเพราะใกล้บ้านควรเพิ่มแพทย์ในการรักษาการรอพบแพทย์การรอรับยาเพราะใช้เวลานานลดขั้นตอนให้เร็วกว่านี้ อยากให้ใช้บริการได้ทุกที่โดยไม่ต้องมีใบส่งตัว อยากให้เพิ่มยาที่จำเป็นและอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นในการรักษาจะได้ไม่ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น ส่วนกลุ่มองค์กรและเครือข่ายทางสาธารณสุขมีความเห็นสอดคล้องกันว่า สิทธิที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการเลือกแนวทางการรักษาที่แตกต่างกัน เช่น ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติของกลุ่มสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ บริการทันตกรรมจำกัดวงเงินในกลุ่มสิทธิ

ประกันสังคมส่วนผู้ให้ข้อมูลระดับองค์กร ให้ความเห็นเกี่ยวกับระบบการให้บริการว่า ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

"..เนื่องจากมีผู้มาใช้บริการในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก แตกต่างจากบุคลากรผู้ให้บริการซึ่งมีจำนวนน้อยกว่า และขั้นตอนในการเข้ารับบริการก็มีหลายขั้นตอนที่ต้องตรวจสอบ เพื่อคัดกรองคนไข้ เช่น สิทธิของผู้เข้ารับบริการ การซักถามประวัติ ซึ่งในการตรวจรักษาแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ใช้เวลาต่างกัน จึงอาจทำให้ล่าช้าไปบ้าง แต่ก็พยายามจัดระบบการให้บริการแก่ผู้มาเข้ารับบริการให้ได้รับความสะดวกที่สุด"

(แพร, สัมภาษณ์, 9 มีนาคม 2563)

"..ระบบการส่งต่อเป็นไปตามขั้นตอน ตามสิทธิของคนไข้ หากแพทย์ผู้รักษาพิจารณาแล้วเห็นว่าควรส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่พร้อมกว่านี้ ในด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ หรือยาที่ทางโรงพยาบาลไม่มี ก็จะทำการส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อไป"

(หมอแอน, สัมภาษณ์, 17 มีนาคม 2563)

จะเห็นได้ว่า เมื่อเปรียบเทียบการใช้บริการตามระบบหลักประกันสุขภาพตามสิทธิการตัดสินใจเลือกใช้บริการในขณะเกิดอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันจะเป็นการตัดสินใจของตัวผู้ป่วย แต่การตัดสินใจที่จะให้บริการรักษาแบบใด การจ่ายยา หรือใช้อุปกรณ์เครื่องมือแบบไหน จะเป็นการตัดสินใจของผู้ให้บริการ เช่นแพทย์และพยาบาล ก่อนที่จะมีระบบหลักประกันสุขภาพ ผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีจำนวนในการเข้ารับบริการน้อยกว่าผู้ที่มีฐานะปานกลางหรือร่ำรวย แต่เมื่อมีระบบหลักประกันสุขภาพผู้มีรายได้น้อยก็จะมาใช้บริการด้านสุขภาพมากขึ้น เพราะได้รับสิทธิจากหลักประกันสุขภาพ 30 บาท และทำให้คนไทยมีอายุที่ยาวนานขึ้นเพราะได้รับการรักษา อนึ่ง การเข้ารับบริการที่มากขึ้น ทำให้สถานพยาบาลขนาดปฐมภูมิที่ได้รับงบประมาณน้อย ก่อให้เกิดปัญหาความแออัด ขาดสถานที่เช่น ห้องพักสำหรับผู้ป่วยในไม่เพียงพอ ผู้ป่วยนอกก็มีความแออัด ทำให้ขั้นตอนในการคัดกรองใช้เวลานานด้วยปริมาณของผู้ที่มาใช้บริการ แพทย์และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขก็ไม่เพียงพอ แพทย์เฉพาะทางขาดแคลน

นอกจากนี้ ความแตกต่างของแต่ละสิทธิยังทำให้ได้รับการบริการที่แตกต่างกัน เช่น การจ่ายยา ราคาของค่าบริการ การเป็นผู้ป่วยใน สิทธิในการเข้าพักห้องพิเศษ เช่น สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการเมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท สิทธิสวัสดิการของข้าราชการจะได้จ่ายค่าส่วนต่างน้อยกว่าทั้ง 2 สิทธิหรือในเรื่องของการจ่ายยา ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการก็ยังได้รับยาที่มีคุณภาพที่ดีกว่า ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความแตกต่างของสิทธิทั้ง 3 สิทธิเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพอีกประการหนึ่งจะเห็นได้จาก การที่ระบบประกันสังคมผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมการรักษาที่จำเป็น ซึ่งสอดคล้องงานวิจัย สิริรัตน์ สุวรรณรัตน์, วัชรินทร์ อินทพรหม และวณิฎา แช่มลำเจียก (2560) ได้ศึกษา การจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย ลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพกรุงเทพมหานคร โดยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการปัญหาอุปสรรคและหาแนวทางการจัดการที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากการบริหารจัดการด้านสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลไม่เข้าถึงปรัชญาของการให้หลักประกันสุขภาพที่ต้องครอบคลุมการรักษาพยาบาลที่จำเป็นโดยไม่นำประเด็นเรื่องค่าใช้จ่ายหรือความมั่นคงของกองทุนเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างกรณีผู้รับบริการทันตกรรม สำหรับผู้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ และสิทธิหลักประกันสุขภาพ สามารถรับบริการในกรณี ถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินปูนได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งในการรับบริการต่อปี ซึ่งแตกต่างจากผู้ใช้สิทธิประกันสังคมที่ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกิน 300 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 900 บาทต่อปี ทั้ง ๆ ที่กองทุนประกันสังคมเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพกองทุนเดียวที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน แต่สิทธิการเข้าถึงระบบบริการกลับไม่เท่ากองทุนอื่น ๆ นอกจากนี้การที่ระบบประกันสังคมจัดสรรเงินให้หน่วยบริการของตนโดยวิธีเหมาจ่ายรายหัวทั้งก้อนตามจำนวนผู้ประกันตนที่ไปขึ้นทะเบียนไว้ โดยไม่มีแนวทางการบริหารจัดการแบบโรคเฉพาะก็เป็นการผลักภาระการบริหารจัดการความเสี่ยงให้สถานพยาบาล ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้โรงพยาบาลบางแห่งหลีกเลี่ยงการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มีขีดความสมารถในการรักษาโรคมากขึ้น ทำให้ผู้ประกันตนเสียสิทธิในการได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ค่ารักษาเกี่ยวกันทันตกรรม ผู้ประกันตนมีสิทธิใช้บริการกรณี ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และจำกัดเบิกคืนได้

ไม่เกิน ครั้งละ 300 บาท ปีละ 600 บาท ในขณะที่อีก 2 ระบบสามารถใช้บริการทางทันตกรรมได้ครอบคลุมทั้งการใส่ฟันปลอมเพื่อการรักษาและไม่จำกัดจำนวนในการรับบริการ ในระบบประกันสังคมไม่เข้าถึงปรัชญาของการให้หลักประกันสุขภาพที่ต้องครอบคลุมการรักษาที่จำเป็นโดยไม่นำประเด็นเรื่องค่าใช้จ่ายหรือความมั่นตงของกองทุนมาเกี่ยวข้อง และสถานพยาบาลคู่สัญญาบางแห่งหลีกเลี่ยงการส่งต่อผู้ประกันตนที่เกินขีดความสามารถ ไปรับบริการที่สถานพยาบาลซึ่งมีขีดความสามารถที่เหมาะสม หรือให้บริการเพียงการประคับประคอง 3) ผู้ปประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบเป็นระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐระบบเดียวที่ผู้ประกันยังต้องจ่ายสมทบ

ดังนั้น ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างในการได้รับบริการสุขภาพระหว่างระบบประกันสุขภาพ อันเนื่องจากการมีระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบที่มีการออกแบบรับบกำหนดสิทธิประโยชน์ และการบริหารจัดการต่างกัน ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพหรือซื้อบริการสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องงานวิจัย ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์ (2557) ได้ศึกษา ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยมีสิทธิในการรักษาพยาบาลจากภาครัฐที่ให้ความคุ้มครองกับประชาชนอยู่ 3 ระบบ คือ 1) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ 2) ระบบประกันสังคม และ 3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเนื่องจาก 3 ระบบนี้มีหน่วยงานต้นสังกัดที่คอยดูแลและให้ความคุ้มครองกับประชาชนที่แตกต่างกัน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาหาความเหลื่อมล้ำ ที่เกิดจากความแตกต่างกันระหว่างสิทธิรักษาพยาบาล โดยวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำ ทั้งในเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบ และความเหลื่อมล้ำ ในเชิงคุณภาพของการให้บริการ ไม่เคยมีการกำหนดเป้าหมายในด้านการลดความเหลื่อมล้ำของการใช้บริการสุขภาพของประชาชนไม่ว่าในแง่ของความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพหรือระหว่างพื้นที่ รวมถึงชุดสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมโดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มเปาะบางทางสังคม ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยเริ่มมาตั้งแต่พัฒนาการของระบบสุขภาพไทยถูกผูกติดกับระบบการเมืองการปกครองที่รัฐเข้ามาจัดการกับเรือนร่างใช้อำนาจความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ เป็นชีวะอำนาจควบคุมดูแลร่างกายประชาชนแทรกซึมควบคู่ไปกับองค์กรการปกครองของอำนาจรัฐ ร่วมกับการใช้วาทกรรมการพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาความยากจนทำให้รัฐสร้างระบบหลักประกันสุขภาพที่มีความแตกต่างเหลื่อมล้ำดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

5.1.3 ปัญหาที่ผู้เข้ารับบริการพบในระหว่างการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ

ผู้เข้ารับบริการบางส่วนคิดว่าได้รับการรักษาพยาบาลแล้วไม่หาย เนื่องจากมีการส่งตัวไปรักษายังสถานพยาบาลอื่น หรือเมื่อรักษาแล้ว ต้องกลับเข้าไปรักษาอีก ถึงแม้การบริการของโรงพยาบาลจะดีก็ตาม เพราะผู้ป่วยคิดว่าแพทย์ไม่เก่ง มีแต่แพทย์จบใหม่ ไม่มีความเชี่ยวชาญ ส่วนแพทย์ที่มีประสบการณ์ก็จะไปเปิดคลินิคส่วนตัว แพทย์เวรก็มีแต่แพทย์ที่มีประสบการณ์น้อย หากมีอาการเจ็บป่วยฉับพลันก็มักจะไปคลินิคโดยตรงเพราะคิดว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วขึ้นผู้เข้ารับบริการจำนวนหนึ่งยังไม่ได้รับข้อมูลทั้งในด้านการรักษาและในด้านสิทธิ์ของตนเอง หรือแม้กระทั่งในกรณีที่ได้รับทราบข้อมูลและสิทธิ์ของตน แต่เมื่อพูดขึ้นมาแล้วได้รับการปฏิเสธจากเจ้าหน้าที่ประชาชนก็รู้สึกว่าจะต้องเป็นไปตามนั้น ผู้ป่วยหลายคนต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรืออาการป่วยที่เป็นอยู่เนื่องจากแพทย์ไม่ให้ ข้อมูลว่าเป็นอะไร ขณะที่กินยาแล้วไม่หายถึงแม้ผู้ป่วยจะถามแล้วแต่ก็ไม่ได้คำตอบที่ชัดเจน นอกจากในเรื่องโรคที่ป่วยและวิธีการรักษาซึ่งประชาชนมักรู้สึกว่าแพทย์ไม่ได้บอกให้ทราบหรือเข้าใจแล้ว ประชาชนบางคนยังไม่มีข้อมูลเรื่องสิทธิ์เลือกวิธีการรักษาอย่างไร ถ้าคิดว่าอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่จะหายเองได้ ก็จะปล่อยให้หายเอง ถ้ามีอาการที่คิดว่าไม่หายเองก็จะเริ่มพึ่งยาจากร้านขายของชำหรือร้านขายยา แต่ถ้ายังรักษาไม่หายหรือมีอาการมากขึ้นก็จะไปพบแพทย์ การไปพบแพทย์จึงมักเป็นโรคที่รักษาแล้วไม่หายหรือไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคอะไร ระยะเวลารอคิวในการรักษานาน ถึงแม้ว่าสถานพยาบาลของรัฐจะมีการปรับปรุงระบบในการคัดกรองแต่ด้วยจำนวนที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยก็ยังทำให้ระยะเวลารอคิวขยายตามจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ความไม่เท่าเทียมกันของคุณภาพการให้บริการ ทั้ง 3 สิทธิ เช่น การจ่ายยา การจ่ายเงิน การเป็นผู้ป่วยในเข้าพักรักษาห้องพิเศษ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ การวินิจฉัยว่าควรได้รับยาเพิ่มขึ้นก็จะได้รับยานอกบัญชีหลักที่มีคุณภาพที่ดีกว่าและราคาแพงกว่ายาในบัญชีหลัก หรือการเข้าพักในห้องพิเศษสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการก็จะได้จ่ายค่าส่วนต่างในอัตราที่น้อยกว่าสิทธิอื่น ๆ ปัญหาขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพการรักษาพยาบาลและการให้บริการ เพราะฉะนั้น ผู้มีสิทธิบางส่วนที่มีรายได้สูงหรือปานกลางก็อาจหันไปใช้บริการของคลินิคหรือโรงพยาบาลเอกชนบุคลากรผู้ให้บริการต้องใช้เวลาจำนวนมากในการจัดทำรายงานข้อมูลและผู้เข้ารับบริการไม่สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพของตน ระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลเท่าที่ใช้กันอยู่ล้วนเป็นระบบที่ใช้หน่วยบริการเป็นฐาน เป็นระบบของแต่ละโรงพยาบาลที่ใช้เฉพาะส่วนของ

ตน การส่งต่อคนไข้จากโรงพยาบาลหนึ่งไปยังอีกโรงพยาบาลหนึ่งจึงมักมีช่องว่างและเกิดปัญหาหวงข้อมูล ทำให้คนไข้เสียประโยชน์ทั้ง ๆ ที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของตัวเอง เมื่อส่งตัวเข้ารับการรักษาพยาบาลที่อื่นก็ต้องทำการตรวจรักษาใหม่ ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

"...การให้บริการล่าช้ามากถ้าคนป่วยที่ต้องเดินทางมาจากที่หมู่บ้านห่างไกลกว่าจะมาถึงต้องรอเป็น 3 ชั่วโมงกว่าจะได้ตรวจและรักษาบางท่านหมอนัดให้มาตรวจพอมาถึงก็ต้องรอคิวยาวกว่าจะได้ตรวจก็ประมาณบ่ายโมงต้องอดทนรอ.หมอที่ท่านนัดพบ.ถือว่าระบบการให้บริการแก่ประชาชนยังย่ำแย่อยู่"

(หญิง, สัมภาษณ์, 20 พฤษภาคม 2563)

ผู้รับบริการในทุกระบบประกันประสบปัญหาเมื่อไปรับบริการเป็นต้นว่า เจ้าหน้าที่ไม่ใคร่กระตือรือร้นในการให้บริการต้องรอแพทย์นาน แพทย์ใช้เวลาในการตรวจน้อยและไม่ให้คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยสถานพยาบาลที่กำหนดให้ไม่สะดวกในการเดินทางระเบียบการส่งต่อผู้ป่วยยุ่งยาก มีความวิตกกังวลในคุณภาพของยาที่ได้รับ ไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคผู้รับบริการทุกระบบมีค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาล ถ้าไปรับการรักษาโดยไม่แสดงบัตรก็มีฐานะเช่นเดียวกับผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพที่เจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถเข้าถึงระบบสุขภาพส่วนใหญ่จะเดือดร้อนเพราะค่าใช้จ่ายสูงเกินความสามารถในการจ่ายปัญหาด้านการดำเนินการที่มีผลกระทบต่อผู้รับบริการ เกิดจากการที่เจ้าหน้าที่ออกบัตรไม่ได้อธิบายให้เข้าใจสิทธิประโยชน์ของแต่ละระบบประกัน เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจสิทธิของผู้มีหลักประกันสุขภาพ งบประมาณต่อหัวที่ได้รับจากรัฐสำหรับผู้ป่วยบัตรทำให้สถานบริการมีความลำเอียงในการให้บริการโดยให้น้อยเกินไปสำหรับผู้ใช้สิทธิบางระบบที่เบิกได้น้อย ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

"...ปัญหาที่พบเจอส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการมาใช้บริการที่โรงพยาบาลที่ไม่ได้รับการต้อนรับที่ดีอาจจะด้วยปัญหาผู้ที่มารับใช้บริการทางโรงพยาบาลของรัฐเป็นจำนวนมาก อาจจะดูแลไม่ทั่วถึงตามสิทธิของผู้ป่วยควรมีการให้บริการที่ดีตามหลักประกันสิทธิของ ประชาชนด้วย หรือการย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจังหวัดบางครั้งมีปัญหาเรื่องสิทธิการเบิกค่าใช้จ่าย"

(ออม, สัมภาษณ์, 21 พฤษภาคม 2563)

สำหรับผู้ใช้สิทธิบางระบบที่เบิกได้มาก หรือปฏิเสธผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาเนื่องจากปัญหาในการเบิกเงินระหว่างสถานพยาบาลซึ่งมีการค้างจ่ายมาก ผู้รับบริการได้รับผลกระทบจากการที่แพทย์และเจ้าหน้าที่ได้ค่าตอบแทนน้อยไม่เป็นแรงจูงใจในการให้บริการ ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงคุณภาพของบริการประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ส่วนหนึ่งมีศักยภาพในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เอง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ด้อยโอกาสที่ไม่สามารถจ่ายได้เลยหรือจ่ายได้เพียงบางส่วน แบบแผนการใช้บริการของประชาชนกลุ่มนี้ ถ้าเจ็บป่วยไม่รุนแรงหรือเริ่มเจ็บป่วยจะไปซื้อยากินเอง หรือไปคลินิกแพทย์ การใช้บริการโรงพยาบาลจะน้อยกว่าประชาชนที่มีหลักประกันคุณภาพ ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกค่าใช้จ่ายไม่สูงจะพอพึ่งพาตนเองได้ แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยในเตียงสามัญ พยาบาลมักแนะนำให้ซื้อบัตรสุขภาพหรือให้ไปพบนักสังคมสงเคราะห์ หากมีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์หลักประกันสุขภาพได้ นักสังคมสงเคราะห์จะแนะนำให้ไปติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีจุดอ่อนที่ต้องแก้ไข ในภาพรวมการซ้ำซ้อนของสิทธิและการขาดความต่อเนื่องของการมีสิทธิในหลักประกันทำให้การเก็บข้อมูลที่ถูกต้องเป็นเรื่องยากและเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนที่มีประสิทธิภาพ งบประมาณที่ไม่เพียงพอมีผลกระทบต่อมาตรฐานของสถานพยาบาล กลไกในการจ่ายเงินเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมของฝ่ายผู้ให้บริการ ขณะที่การใช้บริการโดยไม่ต้องจ่ายเงินเองทำให้ผู้รับบริการมีแนวโน้มใช้บริการเกินความจำเป็นคณะผู้วิจัยเห็นว่าข้อเสนอที่จะมีระบบประกันสุขภาพระบบเดียวสำหรับประชาชนทุกคนอาจเป็นไปได้ยากเมื่อพิจารณาตามสภาพการณ์ของประเทศไทย เนื่องจากความสามารถในการเสียภาษีและเก็บภาษีของเราไม่ทัดเทียมกับประเทศอื่นที่ประสบความสำเร็จจากการใช้ระบบนี้ สิ่งที่ควรเร่งรีบดำเนินการคือการปรับปรุงระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลังโดยให้ทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ให้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองสำหรับบริการที่ไม่จำเป็น สำหรับประชาชนที่ไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายให้มีช่องทางการเข้าถึงบริการชุมชน ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

“...โรงพยาบาลมีหน้าที่หลักที่สำคัญคือ การทำให้ประชาชนที่มาใช้บริการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งประกอบด้วยหลายอย่างประกอบด้วย งานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานฟื้นฟูสภาพ และงานสาธารณสุขมูลฐานทุกรูปแบบ ที่ผ่านมาในอดีตคุณภาพการให้บริการในหน่วยงานราชการยังไม่เป็นที่พอใจของผู้รับบริการ โดยส่วนใหญ่พบว่าการให้บริการอยู่ที่คุณภาพบริการและประสิทธิภาพของการให้บริการ ตามหลักการบริหารภาครัฐแนวใหม่ยึดหลักประชาชนเป็น

ศูนย์กลางความคิดเห็นของผู้รับบริการเปรียบเสมือน กระจกเงาสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพบริการและชี้ให้เห็นปัญหาอันแท้จริงของระบบบริการ”

(น้ำหวาน, สัมภาษณ์, 25 พฤษภาคม 2563)

การรับรู้สิทธิ์ของตนทำให้ผู้เข้ารับบริการลดความกังวลเมื่อต้องไปติดต่อกับสถานพยาบาล ความคาดหวังของผู้เข้ารับบริการในเรื่องการบริการด้านการรักษาพยาบาลมีความแตกต่างกัน ผู้มีรายได้น้อยมักจะให้ความสำคัญกับการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อย ส่วนประชาชนกลุ่มรายได้อื่น ๆ จะให้ความสำคัญกับการมีหมอ พยาบาล และโรงพยาบาล ที่เพียงพอและการได้รับการปฏิบัติที่ดีจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่หรือสิทธิในการเลือกสถานพยาบาล มากกว่าการมีโครงการรักษาฟรีหรือเก็บเงินน้อย ในด้านบริการนั้น ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของการให้บริการของสถานพยาบาลโดยเฉพาะในด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ทั้ง 3 ระบบ จำนวนหนึ่งที่มีรายได้สูงยังมีความไม่ไว้วางใจกับคุณภาพของการให้บริการตามสิทธิโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีรายได้สูงและปานกลางเมื่อมีอาการเจ็บป่วยก็จะไปคลินิคหรือโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงจะทำการซื้อประกันระบบสุขภาพจากบริษัทเอกชนเมื่อมีการเจ็บป่วยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

“...ปัญหาที่เข้ามาใช้บริการโรงพยาบาลไม่เป็นไปตามที่ได้วางแผนไว้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มาใช้บริการไม่มีความพอใจการที่ต้องรอคิวยาวหรือจำนวนหมอที่น้อยเกินไป รัฐควรให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการด้วย”

(เขียว, สัมภาษณ์, 26 พฤษภาคม 2563)

ดังนั้น ผู้ใช้บริการหลักประกันสุขภาพมีปัญหาที่ต้องรอคิวเป็นเวลานาน และจะเลือกใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยไม่มากเท่านั้น เพราะไม่แน่ใจว่าเมื่อไรจะได้รับการรักษา รวมทั้งเป็นห่วงว่าอาจไม่ได้รับการรักษาจนถึงที่สุด ซึ่งนอกจากปัญหาเหล่านี้สะท้อนความไม่มั่นใจคุณภาพของสถานพยาบาลแล้ว ยังสะท้อนถึงความไม่มั่นใจในความเพียงพอของทรัพยากรทางด้านสุขภาพอาจรวมไปถึงความไม่มั่นใจว่า ในกรณีที่มีทรัพยากรไม่เพียงพอและต้องมีการปันส่วนทรัพยากรที่มีจำกัดนั้น ตนจะสามารถเข้าถึงทรัพยากรเหล่านั้นเมื่อใช้ช่องทางปกติหรือไม่ ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

“...ระบบการจัดการเกี่ยวกับการให้บริการตามสิทธิของผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาโรงพยาบาลยังมีข้อบกพร่องโดยเฉพาะการรับผู้ป่วยมารักษายังไม่มีความสะดวกรวดเร็วหรือการเข้าถึงผู้ป่วยตามหลักประกันด้านสุขภาพเท่าที่จะให้ความสำคัญเป็นปัญหาอย่างมากเลย รัฐควรสร้างระบบการให้บริการที่ดีแก่ประชาชนตามสิทธิประกันขั้นพื้นฐานการรักษาสุขภาพของประชาชนด้วย”

จะเห็นได้ว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งอาจแก้ไขได้โดยการสร้างระบบให้ดีขึ้น ทั้งระบบการจัดการในโรงพยาบาลเพื่อลดเวลาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการเข้าคิวหรือ รอการบริการ ระบบส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็ว แต่ในระยะยาวนั้น ความรุนแรงของปัญหาเหล่านี้ย่อมขึ้นกับความเพียงพอด้านทรัพยากร ดังนั้น ผู้เข้ารับบริการจะมีความเห็นว่าได้มีการปรับปรุงด้านบริการดีขึ้นกว่าเดิม แต่ ซึ่งในเรื่องนี้นั้น ผู้ใช้บริการหลักประกันสุขภาพมองว่าตนเองยังไม่ได้รับความเท่าเทียมกัน และผู้ที่มีสิทธิ์ต่าง ๆ ก็ได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างกันในสถานพยาบาลบางแห่ง ถึงแม้ว่าการศึกษานี้บอกไม่ได้ว่าความไม่เท่าเทียมที่เกิดขึ้นนั้นมีผลต่อคุณภาพของการรักษาพยาบาลหรือไม่เพียงใด แต่การมีทรัพยากรทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอที่จะให้การบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงก็ย่อมจะเป็นการยากที่จะสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ใช้บริการได้

ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการดังกล่าว ไม่ใช่ว่าจะเกิดขึ้นได้ในเร็ววันแต่เป็นปัญหาสะสมที่เกิดจากการจัดการเชิงโครงสร้างหรือเชิงระบบที่ขาดความเชื่อมโยงไปยังประชาชนในระดับปัจเจก อาจกล่าวได้ว่าเป็นกรณีที่ประชาชนไม่อาจเข้าถึงโอกาสนั้น ๆ ได้อย่างทั่วถึงแต่จะมีบางคนหรือบางกลุ่มในสังคมเท่านั้นที่มีศักยภาพในการเข้าถึงโอกาสเช่นว่านั้น ไม่ว่าจะเป็นโอกาสทางการศึกษาโอกาสในการเข้าถึงความยุติธรรมโอกาสในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ซึ่งหากดูแล้วจะเห็นว่าการขาดโอกาสในดำเนินชีวิตเช่นนี้เท่ากับเป็นการถูกละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์นั่นเองความเหลื่อมล้ำทางโอกาสของการเข้าถึงการพัฒนาประเทศแต่ละด้าน จึงเป็นต้นเหตุของปัญหาความขัดแย้งในสังคมได้ และเป็นที่ชัดเจนว่าในหลายประเทศความขัดแย้งที่มีรากเหง้ามาจากความเหลื่อมล้ำมักจะลงเอยด้วยการใช้ความรุนแรง แม้เหตุการณ์ความรุนแรงในสังคมไทยที่ผ่านมาก็มีสาเหตุมาจากความเหลื่อมล้ำในหลายด้านด้วยกันไม่ว่าจะเป็นปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้หรือเหตุการณ์ในกรุงเทพมหานครก็ตาม ความไม่เสมอภาคทางการเมือง ทางเศรษฐกิจ และทางสังคมที่เกิดขึ้นสะสมเป็นเวลานานย่อมส่งผลกระทบไปยังประชาชนส่วนใหญ่ของสังคมอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ปัญหาจึงอยู่ที่ว่าชนชั้นนำทั้งในทางเศรษฐกิจและการเมืองจะมีวิสัยทัศน์และทัศนคติเกี่ยวกับเรื่อง

นี้อย่างไร และการต่อสู้เรียกร้องของผู้ด้อยโอกาสหรือเกิดความขัดแย้งในเรื่องนี้ย่อมเกิดขึ้นเป็นปกติของโลกทุนนิยมและภายใต้กติกาประชาธิปไตย และการจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจะมีรูปธรรมตามแนวทางสันติวิธีเพื่อการลดความเหลื่อมล้ำในสังคมและการส่งเสริมความเสมอภาคในแนวทางของระบอบประชาธิปไตยที่สำคัญคือการยึดหลักนิติธรรมโดยเฉพาะหลักความเสมอภาคกันภายใต้กฎหมายที่มีสาระสำคัญให้ทุกคนต้องอยู่ภายใต้กฎหมายเดียวกันไม่ว่าจะเป็นใครมีสถานะทางสังคมหรือฐานะทางเศรษฐกิจอย่างไร ไม่ว่าจะมีตำแหน่งหน้าที่อย่างไร และไม่ว่าจะมีชาติพันธุ์เช่นไร การเสริมสร้างความเสมอภาคทางโอกาสโดยใช้หลักนิติธรรมถือว่าเป็นความชอบธรรมที่ทุกฝ่ายสามารถตรวจสอบหลักการและกระบวนการได้อย่างเท่าเทียมกัน ถือว่าเป็นการป้องกันการทุจริตและการเล่นพวกพ้องได้เป็นอย่างดีเพราะโดยวิธีนี้จะทำให้การกำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ต้องมีวิธีการและกระบวนการที่เปิดเผย มีกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย มีการกำหนดกระบวนการระงับข้อพิพาทที่เกิดขึ้นไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งกำหนดวิธีการเยียวยาความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นไว้ให้ชัดเจน (ชาญเชาวน์ไชยานุกิจ, 2556)

เพื่อเป็นการให้ประชาชนไทยได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง เป็นธรรม มีประสิทธิภาพและคุณภาพ รวมทั้งมีความยั่งยืนทางการเงินการคลัง รัฐต้องจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่อภิบาลระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งกลไกที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขและกลไกที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับและพัฒนาการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม การผลิตบุคลากรที่จำเป็นในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป รวมถึงการกระจายให้เป็นธรรมเป็นสิ่งที่ต้องจัดการให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ให้บริการสาธารณสุขแบบองค์รวมที่มีความต่อเนื่องทั้งด้านรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และบริการสุขภาพในชุมชนตลอดจนร่วมกับทุกภาคส่วนในการแก้ปัญหาสุขภาวะของประชาชนในชุมชนที่สืบเนื่องมาจากปัจจัยนอกระบบบริการสุขภาพ Millett (1954) ได้อธิบายเกี่ยวกับความพึงพอใจในการบริการ (Satisfactory Services) หรือความสามารถในการสร้างความพึง พอใจให้กับผู้รับบริการ การให้บริการอย่างเสมอภาค (Equitable Services) ความยุติธรรมในการบริหารงานของรัฐที่มีฐานคติที่ว่าคนทุกคนเท่าเทียมกัน ดังนั้นประชาชนทุกคนจะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันในแง่มุมกฎหมายไม่มีการแบ่งแยกกีดกันในการให้บริการ ประชาชนจะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคลที่ใช้มาตรฐานการให้บริการเดียวกัน ในการบริการจะต้องมองว่าการให้บริการสาธารณะจะต้อง

ตรงเวลา ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานของภาครัฐจะถือว่าไม่มีประสิทธิผลเลยถ้าไม่มีการตรงต่อเวลา ซึ่งจะสร้างความไม่พึงพอใจให้แก่ประชาชน ดังที่ Verma (1986) กล่าวว่า ให้บริการที่ดีส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับการเข้าถึงบริการ และได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการคือ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ (Availability) และความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้รับบริการการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งการเดินทางความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ แหล่งบริการที่มีผู้รับบริการยอมรับว่าให้ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกความสามารถของผู้รับบริการในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการการยอมรับคุณภาพบริการ ซึ่งในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการด้วย

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกันหากว่าขาดประการใดไป จะทำให้ส่วนที่เหลืออยู่ขาดประสิทธิภาพในตนเองไปทันที จึงเห็นได้ว่าการบริการนั้น จัดเป็นการให้บริการในรูปแบบหนึ่งที่มิใช่สินค้าที่มีวางขายหน้าร้าน และมีคนขายคอยบริการแต่การบริการด้านสาธารณสุข และบุคลากรในงานจ่าง ๆ เป็นผู้ให้บริการ ซึ่งการบริการนี้เป็นสิ่งที่ไม่มีตัวตนแต่ว่ามีความหลากหลาย ไม่สามารถแบ่งแยกได้และเก็บรักษาไว้ไม่ได้คุณภาพของการบริการเป็นเรื่องที่ซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการบริการทุกระดับไม่ว่าจะเป็นผู้ประกอบการผู้บริหาร การบริการหรือปฏิบัติงานบริการล้วนมีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับกระบวนการบริการทั้งสิ้น การให้ความสำคัญต่อการรับรู้คุณภาพของการบริการของผู้รับบริการเป็นเรื่องที่มิอาจละเลยได้ด้วยการเพิ่มพูนประสิทธิภาพของการส่งเสริมคุณภาพของการบริการอย่างทั่วถึงต่อเนื่องและสม่ำเสมอ หัวใจของการบริการที่แท้จริงอยู่ที่คุณภาพของการบริการที่สามารถสร้างความประทับใจอย่างแนบแน่นให้กับผู้รับบริการว่าองค์ประกอบของคุณภาพบริการคือคุณภาพบริการตามความจริงและคุณภาพบริการตามการรับรู้ โดยต้องมีองค์ประกอบของคุณภาพบริการคือความต่อเนื่องของ บริการแบบองค์รวมผสมผสาน (บูรณาการ) การให้ประชาชนมีส่วนร่วม และสามารถให้บริการแก่ประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบได้อย่างครอบคลุม โดยการรับรู้ของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่สำคัญเมื่อผู้ให้บริการสามารถตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้รับบริการแล้วผู้รับบริการจะเกิดความรู้สึกหรือรับรู้ว่าได้รับบริการที่มีคุณภาพ และก่อให้เกิดความผาสุกปลอดภัยและบังเกิดความพึงพอใจการได้รับข้อมูลย้อนกลับจากผู้รับบริการสามารถชี้แนะจุดแข็ง จุดอ่อน หรือข้อดี ข้อเสีย ของบริการของสถานบริการศูนย์สุขภาพนั้นได้ การบริการเพื่อส่งเสริมความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นการบริการเพื่อการส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในเรื่องทั่วไป เป็นการสนับสนุนระหว่างบุคคลและ

เป็นการบริการเพื่อให้เกิดความประทับใจโดยให้ความสำคัญแก่ผู้รับบริการและยึดถือความต้องการของผู้รับบริการเป็นเป้าหมายสูงสุด

5.2 มุมมองผู้ให้บริการที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพ

การเข้ารับบริการของผู้ใช้บริการบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้สิทธิแต่ละสิทธิเพื่อรองรับการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการตามสิทธิที่ได้รับ ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ต้องทำตามขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ โดยผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นว่า ตั้งแต่มีการใช้ระบบประกันสุขภาพ ก็ทำให้จำนวนผู้เข้ามาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น เกิดความแออัดในสถานบริการ และเกิดความล่าช้าในการให้บริการ เนื่องจากจำนวนของผู้มาใช้บริการในแต่ละวันเนื่องจากทั้งสามระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐนี้ ต่างได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐไม่เท่ากัน จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในด้านคุณภาพการบริการสำหรับแต่ละกลุ่มประชากรตามมาด้วย ในเมื่อประชาชนมาใช้บริการจากสถานพยาบาลในที่แห่งเดียวกัน แต่ต้องพบกับเงื่อนไขการใช้สิทธิจากบัตรหลักประกันของรัฐในระบบที่แตกต่างและนำไปสู่การได้รับบริการที่แตกต่าง ในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรจะได้รับบริการต่าง ๆ อย่างไร โดยคำนึงถึงสิทธิที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ อาทิเช่น การจ่ายยา การจ่ายค่าห้องพิเศษ บริการในการตรวจรักษาโรคต่าง ๆ ฯลฯ ทำให้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างผู้เข้ารับบริการและผู้ให้บริการ เนื่องจากจำนวนผู้มาใช้บริการมีเป็นจำนวนมาก ทำให้การบริการล่าช้า ผู้ใช้บริการก็จะรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับบริการที่ดี ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ต้องปฏิบัติงานตามขั้นตอน

แม้ว่ารัฐจะพยายามจัดให้มีระบบประกันสุขภาพให้ทุกคนได้รับบริการที่เท่าเทียมกัน แต่จากข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 สิทธิ ตั้งแต่แหล่งเงินทุน แนวคิด สิทธิประโยชน์ ผู้ให้บริการและเงื่อนไขการให้บริการ และระบบการจ่ายเงิน กล่าวคือ สิทธิสวัสดิการข้าราชการแหล่งเงินหลักมาจากภาครัฐที่เป็นนายจ้าง ส่วนระบบประกันสังคมแหล่งเงินมาจาก การร่วมสมทบของสามฝ่าย คือ ภาครัฐ นายจ้าง และลูกจ้าง ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากแนวคิดรัฐสวัสดิการแหล่งงบประมาณจึงมาจากภาครัฐเป็นหลัก อย่างไรก็ดี งบประมาณหรือค่าใช้จ่ายต่อหัว ของแต่ละระบบนั้นมีความแตกต่างกัน ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

“...หัวใจของความไม่เป็นธรรม อยู่ตรงโอกาสการเข้าถึงทรัพยากร ซึ่งเห็นได้ชัดมากในมิติของการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลอำเภอมีหมอ 3-5 คน ดูแลประชากร 80,000 คน ในขณะที่โรงพยาบาลในเขตเมืองหรือในกรุงเทพฯ มีหมอรวมกันหลายร้อยคน รัฐจะต้องทำทุกวิถีทางเพื่อกระจายแพทย์ออกสู่ชนบท ซึ่งจริง ๆ ก็พยายามทำกันมา 30 ปีแล้ว เนื่องจากไม่ได้ตั้งใจจริงจึงไม่ได้ผล ปัจจุบันนี้มีแพทย์อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนแค่ 3,000 คน แต่มีแพทย์อยู่ในโรงพยาบาลเอกชน 10,000 คน”

(แดง, สัมภาษณ์, 29 พฤษภาคม 2563)

จะเห็นได้ว่า ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาประเทศไทยจะมีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพโดยขยายความครอบคลุมของสถานบริการ มีโครงสร้างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิกระจายครอบคลุมพื้นที่ทุกจังหวัด และมีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกภาคส่วน แต่อย่างไรก็ตาม ระบบบริการสาธารณสุขของไทยยังมีสภาพปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของประชาชน อันมีสาเหตุมาจากจำนวนบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอ ขาดความเป็นธรรมในการกระจายตัวของบุคคลากรด้านสุขภาพ รวมถึงการกระจายตัวของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง ที่มีการกระจุกตัวอยู่เฉพาะในบางพื้นที่ นอกจากนี้ระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่กระจายตัวอย่างครอบคลุมและอยู่ใกล้ชิดประชาชนผู้รับบริการมากที่สุดยังขาดคุณภาพการบริการ แม้จะมีความพยายามแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้วยการพัฒนาคุณภาพบริการ การเยี่ยมประเมินเพื่อรับรองคุณภาพหน่วยบริการสาธารณสุขมีหลายระดับนับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือเดิมคือสถานีอนามัย ระดับทุติยภูมิคือโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลอำเภอ และระดับตติยภูมิ คือโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลจังหวัดและศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งทีมเยี่ยมประเมินประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรมหาชนอย่างสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ซึ่งวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมประเมินเพื่อการรับรองว่าหน่วยบริการสาธารณสุขนั้นผ่านเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำตามที่องค์กรวิชาชีพสาธารณสุขร่วมกันกำหนดขึ้นมา จากการลงพื้นที่ในระดับปฐมภูมิพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องได้รับการเยี่ยมประเมินคุณภาพจากเครือข่ายบริการสาธารณสุข (CUP) รูปแบบการประเมินส่วนมากผู้รับการประเมินจะเตรียมเอกสารตามตัวชี้วัดคู่มือตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อแสดงหลักฐานต่อทีมเยี่ยมประเมินว่าตนเอง

ได้พัฒนาคุณภาพบริการได้ครบถ้วนครอบคลุม ในส่วนของครุภัณฑ์ทางการแพทย์บางรายการที่ชำรุดหรือไม่มี แต่ในเกณฑ์ต้องมี ทางผู้รับการนิเทศก็จะไปจัดหามาให้ครบถ้วน อาจโดยการซื้อ หรือยืมมาจาก รพ.สต. ข้างเคียง ทำให้ทีมประเมินเห็นว่า รพ.สต.นี้มีการพัฒนาคุณภาพบริการครบถ้วนตามที่เกณฑ์กำหนด แต่ยังไม่มีการประเมินเชิงคุณภาพหรือการสัมภาษณ์ผู้รับบริการหรือประชาชนถึงผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาคุณภาพ มีเฉพาะการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการซึ่งส่วนมากหน่วยบริการจะจัดทำขึ้นเองเพื่อให้ผ่านเกณฑ์การประเมินเท่านั้นเอง ดังคำให้สัมภาษณ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

“...ปีงบประมาณหนึ่งเราจะถูกประเมิน 2 ครั้ง จากทีมอำเภอ จากนั้นอำเภอจะเลือกตัวแทนเพื่อรับการประเมินจากทีมจังหวัด ซึ่งอำเภอหนึ่ง ๆ จังหวัดจะเยี่ยมเพียง 1 แห่งเท่านั้น ปีนี้เราได้เป็นตัวแทนก็จะมีเจ้าหน้าที่จากสำนักงาสาธารณสุขอำเภอและ รพ.สต.มาช่วยในเรื่องการปรับปรุงภูมิทัศน์ การจัดการระบบข้อมูล เพื่อให้ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว....ในส่วนตัวก็เห็นด้วยกับการประเมินเพราะได้ปรับปรุงสภาพแวดล้อมและข้อมูลแต่ไม่รู้ว่าจะเกิดประโยชน์กับประชาชนแค่ไหนเนื่องจากก่อนลงเยี่ยมประเมินแต่ละครั้งจะมีการกำหนดสถานที่ และวันเวลาในการลงเยี่ยมไว้ล่วงหน้าจึงทำให้เรามีเวลาในการสร้างภาพสร้างข้อมูลจนมีคำกล่าวขำ ๆ ในหมู่พวกเราว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาวแต่เจ้าหน้าที่ติดเตียง เพราะเหนื่อยจากการ Make ข้อมูล”

(มะลิ, สัมภาษณ์, 21 เมษายน 2563)

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีลักษณะเฉพาะในวงการสุขภาพโดยใช้กลไกการตลาด กฎหมาย และมาตรฐานโรงพยาบาลที่องค์กรวิชาชีพร่วมกันกำหนดมาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนา แต่ประเด็นสำคัญของการพัฒนาคุณภาพคือความปลอดภัยของผู้รับบริการ เนื่องจากในระบบสุขภาพแม้บุคลากรจะมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการทำงานมากเพียงใดก็ตาม เรายังพบผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแลที่ไม่ปลอดภัย เพราะเมื่อคำนึงถึงกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ดีสิ่งที่คาดหวังไปพร้อมกันคือกระบวนการต้องมีความปลอดภัยควบคู่กันไปด้วย แต่ในระบบบริการสาธารณสุขคุณภาพการดูแลรักษาที่ดีเพียงอย่างเดียวยังไม่อาจรับประกันได้ว่าผู้รับบริการจะได้รับความปลอดภัย เนื่องจากยังมีปัจจัยที่อาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้หลายปัจจัย ประกอบด้วย มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตไม่ใช่เครื่องจักรระบบในร่างกายมีความ

แตกต่างกันจึงไม่อาจคาดการณ์ผลตอบสนองได้อย่างสมบูรณ์ 2) ผู้ป่วยมีสุขภาพไม่สมบูรณ์จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน 3) การทำหัตถการในร่างกายมีความเสี่ยงสูง และ 4) ความรู้ทางการแพทย์ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งแนวทางการแก้ไขคือต้องแก้ไขที่ตัวบุคคลและแก้ไขที่ระบบ ซึ่งผลกระทบจากบริการสุขภาพปรากฏให้เห็นเป็นประจำตามสื่อต่าง ๆ ในที่นี้จะขอยกตัวอย่างกรณีผู้ป่วยหญิงสิทธิสวัสดิการข้าราชการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบและรักษาด้วยการผ่าตัด หลังจากรักษาโรคจนหายกลับไปเรียนหนังสือได้ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องจึงกลับไปพบแพทย์คนเดิม แพทย์บอกว่าเป็นโรคกระเพาะจึงให้ยามารับประทาน แต่อาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวแสวงหาการรักษาจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนเนื่องจากเป็นผู้มีฐานะทางการเงินดีจึงมีอำนาจในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ การพบแพทย์ในแต่ละครั้งการวินิจฉัยโรคไม่เคยซ้ำแพทย์บางคนบอกว่าเป็นอาหารเป็นพิษ เป็นเนื้องอกในรังไข่ และแม้กระทั่งบอกว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ ครอบครัวตัดสินใจพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์แพทย์ เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกในรังไข่ หลังผ่าตัดจึงพบว่าปัญหาการเจ็บป่วยที่ตนเองทนทุกข์ทรมานมาเกือบครึ่งปีคือผ้าชุบโลหิต (ผ้าก๊อซ) ที่แพทย์ผ่าตัดไส้ติ่งลืมไว้เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและทุกข์ทรมาน เนื่องจากโรงพยาบาลมีปัญหาในด้านมาตรฐานการรักษาพยาบาลและคุณภาพของการให้บริการที่ไม่ตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการ การขาดระบบการกำกับและตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ แม้จะมีระบบการประเมินแต่ไม่มีการตรวจสอบที่จริงจัง จากกรณีนี้ทำให้เราทราบว่าถึงแม้โรงพยาบาลจะมีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานผ่านการประเมินรับรองจากสถาบันใด ๆ ก็ตาม แต่กลับพบปัญหาการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพการผ่าตัดของโรงพยาบาล ซึ่งแน่นอนเหตุการณ์นี้ทีมประเมินคุณภาพไม่มีทางได้รับทราบข้อมูลอย่างแน่นอน

เนื่องจากสุขภาพคือสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายจิตใจสติปัญญารวมถึงสังคมและสิ่งแวดล้อม ในเชิงบทบาทหน้าที่ระบบสุขภาพจึงไม่ใช่แค่การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ต้องมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจด้วยกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันรักษาโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพรวมถึงการสร้างความความแข็งแกร่งและความพร้อมของการสาธารณสุขในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่และภัยพิบัติต่าง ๆ อันจะเกิดขึ้นโดยมิได้คาดหมาย ซึ่งนอกเหนือจากการตอบโจทน์ปัญหาสุขภาพที่กล่าวมาระบบสุขภาพที่ดีจึงควรเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ยึดมั่นในหลักศีลธรรม คุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินการอย่างเท่า

เทียมกันในด้านสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม นับตั้งแต่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้คนไทยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้มากขึ้น ประกอบทุกวันนี้มีคนเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2556 คนไทยป่วยเข้าโรงพยาบาลแบบคนไข้นอก 155 ล้านครั้ง ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2560 คนไข้นอกของโรงพยาบาลรัฐเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวกว่า 300 ล้านครั้ง นอกจากนั้นจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลของคนไข้ในก็เพิ่มขึ้นจาก 120 ล้านวัน เป็น 290 ล้านวันต่อปีเช่นเดียวกัน (พลเดช ปิ่นประทีป, 2559) และจากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกระทรวงสาธารณสุขระบบว่าปีงบประมาณ 2561 มีผู้ป่วยนอกจำนวน 71.83 ล้านคน ตรวจรักษา 247.34 ล้านครั้ง ปริมาณคนไข้ที่พุ่งขึ้นทำให้เกิดสภาพคนไข้ล้นโรงพยาบาลรัฐ ทำให้บุคลากรไม่สามารถดูแลคุณภาพบริการได้ ประกอบกับการเพิ่มอัตรากำลังโดยการผลิตการบรรจุและการรักษากำลังคนล้วนมีปัญหาและข้อจำกัดในระบบราชการ ความขาดแคลนบุคลากรสร้างความเหนื่อยล้าส่งผลต่อคุณภาพบริการที่ถดถอยลงตามปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีเวลาเอาใจใส่ ผู้รับบริการต้องรอคิวนาน สร้างความไม่พึงพอใจเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

การกระจายอัตรากำลังด้านสุขภาพที่เหลื่อมล้ำข้างต้น แทนที่รัฐจะแก้ไขปัญหากำลังคนแนวทางการแก้ไขกลับเป็นการสร้างองค์กรโครงข่ายอำนาจในระบบสาธารณสุขกล่าวคือจากประวัติระบบสุขภาพไทยที่ผ่านมามีการใช้ของการแพทย์สมัยใหม่ขยายอำนาจรัฐครอบคลุมเหนือประชาชนอย่างซับซ้อน ซึ่งการบริหารงานสาธารณสุขก่อน พ.ศ.2516 อยู่ในการควบคุมของรัฐอย่างสิ้นเชิงและรัฐ ยังใช้การบริหารงานสาธารณสุขเป็นเครื่องมือสร้างความนิยมในหมู่ประชาชนเป็นแนวคิดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ที่ทำให้อำนาจรัฐขยายไปครอบคลุมทั่วประเทศได้ทั้งในเมืองและชนบทที่ห่างไกล มีการใช้อำนาจรัฐเชื่อมโยงกับอิทธิพลของผลประโยชน์รวมถึงการร้อยรัดผนึกเอาระบบทางการแพทย์ อำนาจในพุทธศาสนาและการเมืองแบบอนุรักษ์นิยมเข้าไว้ด้วยกันอย่างแนบแน่น ทำให้เรามองเห็นว่าปฏิกิริยาตอบสนองของผู้นำวิชาชีพแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของอำนาจรัฐเครือข่ายแพทย์ร่วมมือกับรัฐบาลสมัยนั้นสร้างระบบในการประกันสุขภาพในทางสังคมขึ้นในนามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคและยังพบความขัดแย้งในผลประโยชน์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบนเส้นทาง 10 ปี ของ สปสช. เป็นการเติบโตภายใต้ความขัดแย้งและการขัดขวางของกลุ่มอำนาจและผลประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นบริษัทยา โรงพยาบาล นักการเมือง ข้าราชการ และสภาวิชาชีพ 100 ปีที่ผ่านมาระบบบริการสาธารณสุขไทยมีการขยายตัวของวิชาชีพแพทย์ทำให้มีการปฏิรูป

โครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขเพื่อจัดสรรที่นั่งให้เพียงพอสำหรับแพทย์ที่ผลิตขึ้น ทั้งนี้การควบรวมการบริหารจัดการในระบบบริการสาธารณสุขโดยวิชาชีพแพทย์ ทำให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำความไม่เป็นธรรมในสาขาวิชาชีพ ตลอดจนกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของบุคคลากรในระบบสาธารณสุขดังคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มเป้าหมายที่ว่า ดังที่ท่านกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า

"...กระทรวงสาธารณสุขกลุ่มวิชาชีพแพทย์เป็นผู้มีอำนาจดังที่เห็นได้จากตำแหน่งทางการบริหารที่สำคัญมีแต่แพทย์เท่านั้นที่สามารถดำรงตำแหน่งได้ นับตั้งแต่ปลัดกระทรวง อธิบดี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ดูสิเขาตั้งชื่อมาโดยเฉพาะเลยว่าต้องเป็นแพทย์เท่านั้นถึงจะบริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัดได้ รวมไปถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกระดับล้วนเป็นแพทย์ทั้งนั้น น่าจะตั้งชื่อว่าโรงแพทย์มากกว่าโรงพยาบาล"

(มะลิ, สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2563)

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาคุณภาพบริการในระบบหลักประกันสุขภาพมีความพยายามในการสร้างเครื่องมือการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐานมาโดยตลอด แต่เนื่องจากบริการสุขภาพเป็นสินค้าสาธารณะที่จำเพาะจึงไม่สามารถใช้เครื่องมือการประเมินที่สร้างขึ้นมาวัดผลลัพธ์บริการสาธารณสุขได้ชัดเจน ความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยที่ผ่านมามีการใช้ชีวะอำนาจทฤษฎีเชื้อโรคของการแพทย์สมัยใหม่ขยายอำนาจรัฐครอบคลุมเหนือประชาชนอย่างซับซ้อน การบริหารงานสาธารณสุขอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐอย่างสิ้นเชิงและรัฐยังใช้การบริหารงานสาธารณสุขเป็นเครื่องมือสร้างนโยบายประชาชนนิยม แม้การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพจะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการทั่วถึงมากขึ้น แต่ปัญหาการกระจายอัตรากำลังด้านสุขภาพ ความแตกต่างในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการของระบบหลักประกันสุขภาพของไทยในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพ ผู้ให้บริการจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรจะได้รับบริการต่าง ๆ อย่างไร โดยคำนึงถึงสิทธิที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ อาทิเช่น การจ่ายยา การจ่ายค่าห้องพิเศษ บริการในการตรวจรักษาโรคต่าง ๆ ฯลฯ ทำให้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างผู้เข้ารับบริการและผู้ให้บริการ เนื่องจากจำนวนผู้มาใช้บริการมีเป็นจำนวนมาก ทำให้การบริการล่าช้า ผู้ใช้บริการก็จะรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับบริการที่ดี ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ต้องปฏิบัติงานตามขั้นตอน

ถึงแม้ว่ารัฐจะพยายามจัดให้มีระบบประกันสุขภาพให้ทุกคนได้รับบริการที่เท่าเทียมกัน แต่จากข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 สิทธิ ตั้งแต่ แหล่งเงินทุน แนวคิด สิทธิประโยชน์ ผู้ให้บริการและเงื่อนไขการให้บริการ และระบบการจ่ายเงิน กล่าวคือ สิทธิสวัสดิการข้าราชการแหล่งเงินหลักมาจากภาครัฐที่เป็นนายจ้าง ส่วนระบบประกันสังคมแหล่งเงินมาจากการร่วมสมทบของสามฝ่าย คือ ภาครัฐ นายจ้าง และลูกจ้าง ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจากแนวคิดรัฐสวัสดิการแหล่งงบประมาณจึงมาจากภาครัฐเป็นหลัก อย่างไรก็ดีงบประมาณหรือค่าใช้จ่ายต่อหัว ของแต่ละระบบนั้นมีความแตกต่างกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดสรุปได้ว่า ความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มุ่งเน้นศึกษา เพื่อศึกษาความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพ ของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ใช้รับบริการที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพ และสิทธิประโยชน์ในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ ปัญหาที่ผู้เข้ารับบริการพบในระหว่างการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ มุมมองของผู้ให้บริการที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ผู้ใช้รับบริการที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกัน ผู้รับบริการสุขภาพสามารถใช้บริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั้ง ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความพอเพียงของบริการความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการอย่างสะดวก คำนึงถึงที่ตั้งสถานบริการ การเดินทางสะดวก ระยะทางจากที่อยู่อาศัยไม่ไกลจากสถานบริการ ความสะดวกเมื่อใช้บริการขั้นตอนไม่ยุ่งยากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถในการจ่ายค่าบริการได้ทำให้แรงงานพิจารณาเข้ารับบริการได้ง่าย และสิ่งสำคัญ คือ การยอมรับในบริการที่มีคุณภาพประสิทธิภาพและความเป็นธรรมเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทยมีการให้บริการ ซึ่งมีเป้าหมายและปรัชญาการดำเนินการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและเพื่อให้บริการได้อย่างทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนได้รับความสะดวก ได้รับการบริการเสริมสร้างความพึงพอใจ โดยหลักการของแนวคิดการให้บริการ เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนมีการให้บริการที่ไม่ซับซ้อน เพื่อให้หน่วยบริการที่รับบริการเป็นด่านแรก เป็นหน่วยบริการที่มีการส่งต่อมีการให้บริการอย่างครบวงจร และมีการให้บริการอย่างเท่าเทียมเสมอภาค ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของกฎหมายและความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามมุมมองของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการระบบหลักประกันสุขภาพ พบว่า

รูปแบบความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย มี 3 ด้านประกอบด้วย 1) ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ 2) ความเหลื่อมล้ำด้านการเงินการคลัง และ3) และความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการ ซึ่งการจัดระบบหลักประกันสุขภาพของไทยยังไม่สอดคล้องกับปรัชญาแนวคิดระบบสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุขที่ว่า ประชาชนทุกคนมีสิทธิในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีความเสมอภาคความเป็นธรรมมีเสรีภาพและหลักประโยชน์สูงสุด แต่รัฐไม่สามารถคุ้มครองสิทธิการเข้าถึงบริการ และไม่กระจายความเป็นธรรมให้ประชาชนได้รับบริการอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกันตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ดังที่ปรากฏตามโครงสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 3 สิทธิหลักคือ สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพมีความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรมแตกต่างกันทั้ง ลักษณะของประชากรที่ระบบคุ้มครองอยู่สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน รวมทั้งสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ความสามารถในการเข้าถึงบริการค่าใช้จ่ายสมรรถภาพของมนุษย์ ดังที่กล่าว

2. สิทธิประโยชน์ในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบสาธารณสุขของประเทศให้ดียิ่งขึ้นทั้ง ในด้านการเข้ารับบริการสุขภาพการพัฒนาคุณภาพบริการและการสร้างความเท่าเทียม และเป็นธรรมในการได้รับบริการของผู้ที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการและครอบครัวประมาณ 5 ล้านคน ระบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนประมาณ 13 ล้านคน ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนที่นอกเหนือจาก 2 ระบบดังกล่าว ซึ่งความเหลื่อมล้ำเป็นประเด็นที่มีการกล่าวถึงอย่างมากในกลุ่มหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคมว่าได้รับบริการไม่เท่าเทียมกับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ แม้ว่าสิทธิประโยชน์เหมือนกันหากเงื่อนไขการใช้บริการที่ต่างกันก็ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการและการใช้บริการที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการได้รับยานอกบัญชียาหลักยาต้นแบบนำเข้าจากต่างประเทศ หรือยาที่มีราคาแต่สิทธิการเข้าถึงระบบบริการกลับไม่เท่ากองทุนอื่น ๆ นอกจากนี้การที่ระบบประกันสังคมจัดสรรเงินให้หน่วยบริการของตนโดยวิธีเหมาจ่ายรายหัวทั้งก้อนตามจำนวนผู้ประกันตนที่ไปขึ้นทะเบียนไว้ โดยไม่มีแนวทางการบริหารจัดการแบบโรคเฉพาะก็เป็นการผลักภาระการบริหารจัดการความเสี่ยงให้สถานพยาบาล ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้โรงพยาบาลบางแห่งหลีกเลี่ยงการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มีขีดความสมารถในการรักษาโรคมากขึ้น ทำให้ผู้ประกันตนเสียสิทธิในการได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม

3. ปัญหาที่ผู้เข้ารับบริการพบในระหว่างการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพ อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากวงจรของชีวิตที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งสิทธิที่ได้รับไม่เหมือนกัน แตกต่างกันแต่ละองค์การการได้รับสวัสดิการที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งทำให้หน่วยงานภาครัฐได้มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อให้มีการกลั่นกรองในการเข้ารับบริการของประชาชนทำให้มีการจัดลำดับในการเข้ารับบริการเป็นแบบรับการให้บริการ ซึ่งเป็นการกลั่นกรองและให้บริการสุขภาพเบื้องต้น ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มากมาย หากไม่สามารถรองรับได้หน่วยบริการจะส่งต่อไปยังหน่วยให้บริการ ซึ่งจะรับดูแลให้บริการผู้ป่วยในระดับที่ต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ใช้อุปกรณ์การแพทย์ในระดับที่ไม่ยุ่งยากมาก สามารถให้บริการโรคที่ไม่ใช้เฉพาะทางมากมาย และหากไม่สามารถที่จะให้บริการรักษาได้ต้องส่งต่อไปสถานบริการ ซึ่งเป็นหน่วยงานให้บริการระดับเฉพาะทางมีเครื่องมือที่ทันสมัยบุคคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอ ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษา ดังนั้น หากระบบการให้บริการสุขภาพได้มีการกลั่นกรองข้างต้นสามารถที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการและการให้บริการที่ทั่วถึง จะสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้มารับบริการสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องการการดูแล ต้องการหน่วยงานในการรับหน้าที่ในการให้บริการ ซึ่งหน่วยงานหลักในปัจจุบันคือกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการจัดระบบสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีการจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับ โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันและเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อเพื่อให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพ ผ่านองค์ประกอบในด้านของหน่วยงาน เครื่องมือ บุคคลากรทางการแพทย์ และรูปแบบการบริหารจัดการ ที่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ สภาพเศรษฐกิจ สังคมสิ่งสำคัญควรมีการจัดระบบการบริหารเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและมีคุณภาพ ในปัจจุบันพบว่ารูปแบบการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการแบ่งส่วนในการให้บริการในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ซึ่งอยู่ภายใต้การกากับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีจากการดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพ ทำให้ระบบการเงินมีผลต่อการจัดระบบบริการโดยไม่คำนึงถึงความสอดคล้องกับทรัพยากรอื่น อีกทั้งข้อจำกัดทางการเงิน และการถ่ายโอนกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาค ไปจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีผลกระทบกับการเชื่อมโยงหน่วยงานระหว่างส่วนกลางกับส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข

4. ผู้ให้บริการที่มีต่อระบบหลักประกันสุขภาพ ผู้ใช้บริการหลักประกันสุขภาพมีปัญหาที่ความล่าช้าในการจัดการระบบให้บริการจากปัญหาเหล่านี้สะท้อนความไม่มั่นใจคุณภาพของสถานพยาบาลยังสะท้อนถึงความไม่มั่นใจในความเพียงพอของทรัพยากรทางด้านสุขภาพอาจรวมไปถึงความไม่มั่นใจว่า ในกรณีที่มีทรัพยากรไม่เพียงพอและต้องมีการปันส่วนทรัพยากรที่มีจำกัดนั้นตนจะสามารถเข้าถึงทรัพยากรเหล่านั้น ถึงแม้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งอาจแก้ไขได้โดยการสร้างระบบให้ดีขึ้น ทั้งระบบการจัดการในโรงพยาบาลเพื่อลดเวลาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการเข้าคิวหรือรอการบริการ ระบบส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็ว แต่ในระยะยาวนั้น ความรุนแรงของปัญหาเหล่านี้ย่อมขึ้นกับความเพียงพอด้านทรัพยากร ผู้เข้ารับบริการจะมีความเห็นว่าได้มีการปรับปรุงด้านบริการดีขึ้นกว่าเดิมแต่ ซึ่งในเรื่องนี้นั้น ผู้ใช้บริการหลักประกันสุขภาพอาจมองว่ายังไม่ได้รับความเท่าเทียมกันและผู้ที่มีสิทธิ์ต่าง ๆ ก็ได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างกันในสถานพยาบาลบางแห่ง ถึงแม้ว่าการศึกษานี้บอกไม่ได้ว่าความไม่เท่าเทียมที่เกิดขึ้นนั้นมีผลต่อคุณภาพของการรักษาพยาบาลหรือไม่เพียงใด แต่การมีทรัพยากรทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอที่จะให้การบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงก็ย่อมจะเป็นการยากที่ จะสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ใช้บริการได้ ในทุกระบบประกันประสบปัญหาเมื่อไปรับบริการเป็นต้นว่า เจ้าหน้าที่ไม่ใคร่กระตือรือร้นในการให้บริการ ต้องรอแพทย์นาน แพทย์ใช้เวลาในการตรวจน้อย และไม่ให้คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สถานพยาบาลที่กำหนดให้ไม่สะดวกในการเดินทาง ระเบียบการส่งต่อผู้ป่วยยุ่งยาก มีความวิตกกังวลในคุณภาพของยาที่ได้รับ ไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรค ผู้รับบริการทุกระบบมีค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาล ถ้าไปรับการรักษาโดยไม่แสดงบัตรก็มีฐานะเช่นเดียวกับผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพเป็นต้น

บทที่ 6
ผลกระทบและการต่อรองที่เกิดขึ้นในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน

การศึกษาเรื่องความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อนำมาตอบคำถามการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้ในบทผลนี้เป็นส่วนที่ 3 ผลกระทบและการต่อรองที่เกิดขึ้นกับประชาชนในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผลกระทบและการต่อรองที่เกิดขึ้นกับประชาชนในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน
2. ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการระบบหลักประกันสุขภาพ
3. ผลกระทบเพื่อการต่อรองเพื่อการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน

6.1 ผลกระทบและการต่อรองที่เกิดขึ้นกับประชาชนในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน

ระบบบริการสาธารณะสุขในโรงพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงพบปัญหาบางประการที่เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมและยังมีความเหลื่อมล้ำอันเกิดขึ้นกับประชาชนผู้ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ บางประเภทซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักความเสมอภาคและความเท่าเทียม อันปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ซึ่งจะเป็นการวิเคราะห์ถึงระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยอันได้แก่ระบบประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบสวัสดิการข้าราชการ รวมถึงปัญหาเกี่ยวกับความไม่เสมอภาคของระบบ

หลักประกันสุขภาพ และความขัดแย้งของการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุข มีความสำคัญเป็นอย่างมากในประเทศไทยรัฐบาลได้เล็งเห็นสิ่งที่มีคุณค่า และมีความประสงค์ที่จะให้ประชาชนได้มีหลักประกันสุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดระบบการให้บริการสุขภาพได้ และเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเนื่องจากประชาชนได้รับข่าวสารทางเทคโนโลยีจำนวนมาก และได้รับความรู้ในด้านสิทธิการรักษาพยาบาลหลายปีที่ผ่านมามีความขัดแย้งจำนวนมากมาย ก่อให้เกิดการฟ้องร้องทางการแพทย์สูญเสียอวัยวะการสูญเสียทรัพย์สินและถึงแก่ความตาย ซึ่งเป็นภาวะที่มีความรุนแรงมากขึ้นความขัดแย้งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย,ครอบครัวของผู้ป่วย,โรงพยาบาล และภาพลักษณ์ขององค์กร ดังนั้น จึงได้นำเทคนิคการเจรจาต่อรองและการจัดการความขัดแย้ง เพื่อลดความขัดแย้งในระบบการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขมาใช้ จึงนับว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากในปัจจุบัน และเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการระงับเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความรุนแรงและผู้สูญเสีย เมื่อเกิดความขัดแย้งของการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขขึ้น เพื่อให้เห็นถึงขั้นตอนการให้บริการเจรจาต่อรองเพื่อลดความขัดแย้งในระบบบริการด้านสุขภาพและสาธารณสุขซึ่งเป็นประโยชน์ต่อภาพลักษณ์ขององค์กร

เนื่องจากระบบบริการสุขภาพครอบคลุมตั้งแต่บริการเพื่อการใช้ชีวิต การร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพรวมถึงการสุขาภิบาล การมีอาหารน้ำและอากาศที่ปลอดภัยอาจรวมไปถึงการมีเศรษฐานะระบบการปกครองระบบการค้า ระบบการประกอบอาชีพที่ช่วยแก้ไขปัญหาความยากจน ซึ่งส่งผลให้ช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพได้ การได้รับการศึกษาและข้อมูลเพื่อให้รู้เท่าทันโดยใช้ชีวิตอย่างเหมาะสมและรักษาสุขภาพที่ดีไว้ได้ ระบบป้องกันโรคที่ป้องกันได้เมื่อเกิดโรคขึ้นก็มีระบบบริการรักษาโรค ซึ่งมีรูปแบบและระบบความซับซ้อนจากการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ มากมาย เมื่อพิการก็มีเทคโนโลยีในการลดความพิการและเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิตรวมไปถึงการปรับสภาพสังคมทั้งด้านกายภาพกฎเกณฑ์สังคมและค่านิยมเพื่อให้ผู้พิการทางกายจิตและทางสังคม เช่น โรคที่สังคมรังเกียจได้มีสุขภาวะที่ดีที่สุดที่พึงจะมีได้ จากความต้องการสร้างแนวคิดระบบบริการสุขภาพดังกล่าวรัฐไทยจึงใช้อำนาจชีวะตามความรู้ที่วิชาชีพแพทย์แผนตะวันตกได้ป้อนให้กับระบบหลักประกันสุขภาพ ดังที่ท่านกล่าวว่า

“...ได้ต่อรองเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมการเข้าถึงการใช้บริการเพื่อให้เป็นไปตามสิทธิประกันสุขภาพ อย่างน้อยก็ต้องได้รับการคุ้มครองเพื่อการรักษาเป็นไปตามหลักสิทธิประกันสุขภาพทั่วหน้า”

(สัมภาษณ์, 8 เมษายน 2563)

ประชาชนทั่วประเทศด้วยโครงการสาธารณสุขมูลฐาน รัฐใช้อำนาจผ่านเครื่องมือมนุษย์ ที่มีชื่อองค์กรว่าผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขเปลี่ยนมาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านั้น ถูกกระบวนการสร้างความหมายทางภาษาปฏิบัติการนำสารชีวะอำนาจสุขภาพดีถ้วนหน้าของรัฐเผยแพร่ครอบคลุมได้ทั้ง ในเมืองและชนบทที่ห่างไกลเป็นการใช้อำนาจรัฐเชื่อมโยงกับอิทธิพลของผลประโยชน์ รวมถึงการร้อยรัดผนึกเอาระบบทางการแพทย์อำนาจในพุทธศาสนาและการเมืองแบบอนุรักษ์นิยมเข้าไว้ด้วยกันอย่างแนบแน่น ผู้นำวิชาชีพแพทย์ผลักดันตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งของอำนาจรัฐทำให้เครือข่ายแพทย์ร่วมมือกับรัฐบาลสร้างระบบหลักประกันสุขภาพขึ้นในสังคม การสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายทำให้เห็นภาพการสร้างอุดมการณ์ให้เสียสละพัฒนาสามัคคีพร้อมปฏิบัติหน้าที่ แจ้งข่าวร้ายกระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข” การดำเนินงานโครงการสาธารณสุขมูลฐานทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพได้ระดับหนึ่ง ด้วยโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย โครงการบัตรประกันสุขภาพครัวเรือน จนกระทั่งถึง โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ที่นับว่าเป็นโครงการที่รัฐได้สร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนได้ครอบคลุมทั่วถึง แต่ด้านความเท่าเทียมและเป็นธรรมนั้นได้มีความพยายามในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อความเป็นสากล และเพื่อสร้างการยอมรับของนานาอารยะ แต่การนำวิชาการความรู้ด้านการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาใช้ในการดูแลสุขภาพของคนที่ไม่มองความเป็นองค์รวม (ด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ) ทำให้บริการสาธารณสุขที่รัฐมอบให้กลายเป็นสารธารณทุกข์ที่ประชาชนต้องยอมจำนนรับว่ามันคือชะตากรรม ดังที่ท่านกล่าวว่า

“...การเข้าไปรับบริการด้านสุขภาพตามหลักสิทธิประกันไม่เป็นไปตามที่ระบุไว้เลยมีแต่การอ้างข้อยกเว้นด้านต่างๆ จำเป็นต้องไปสอบถามเพื่อต้องการความชัดเจนให้ระบุการรักษาโรค การเบิกจ่ายค่ารักษารัฐไม่มีความชัดเจนเลย”

(สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2563)

ตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องกลายเป็นนายหน้าขายบริการสาธารณสุขที่มีเครือข่ายหน่วยบริการในสังกัดเป็นจำนวนมาก การควบคุมคุณภาพจึงเป็นอีกหน้าที่หนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการ เนื่องจากคุณภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ผู้บริโภคคาดหวังจากสินค้าหรือบริการที่ตนจะได้รับ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพมักเน้นที่การติดตาม

ควบคุมกำกับโดยเชื่อว่าการกำกับติดตามจะเป็นกระบวนการที่นำไปสู่กระบวนงานที่ดีสร้างผลผลิตที่ดีมีคุณภาพ ดังนั้นจึงมีการสร้างเครื่องมือเพื่อพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย และมีการให้ความสำคัญกับความร่วมมือของบุคลากรทั้งองค์กรในการตอบสนองความต้องการของลูกค้าด้วยการพัฒนาคุณภาพที่ต่อเนื่องหรือแต่เนื่องจากระบบบริการด้านสุขภาพมีความแตกต่างจากสินค้าบริการประเภทอื่น ความเป็นสินค้าสาธารณะสินค้าคุณธรรมการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยหลาย ๆ ด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ ดังที่ท่านกล่าวว่า

“...แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะออกมาตรการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงหลักประกันก็จริงแต่มาใช้บริการยังมีปัญหาพอสมควรมีการอ้างข้อได้เปรียบต่าง ๆ นานา”

(สัมภาษณ์, 27 เมษายน 2563)

แม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีความพยายามในการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยบริการรักษาหรือซ่อมแซมสุขภาพของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย และพยายามพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มผู้มีสุขภาพดี เพื่อเป้าหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้าให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยการใช้เทคโนโลยีและ บุคลากรมีความรู้ความสามารถเพียงใด แต่เนื่องจากสินค้าบริการสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขขายออกมาในบางครั้งกลับกลายเป็นความโหดร้ายทำลายผู้รับบริการซึ่งเป็นประชาชนที่รัฐต้องปกป้องคุ้มครอง จากความเป็นจริงที่พบว่ามีผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพจำนวนไม่น้อยที่ได้รับการดูแลที่ไม่ปลอดภัยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของบริการทางการแพทย์ สร้างความเจ็บปวดทุกข์ทรมานให้กับผู้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายจิตใจรวมไปถึงด้านเศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต เหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาและปัจจัยทำให้เกิดความขัดแย้งและนำมาสู่การฟ้องร้องผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ดังที่ท่านกล่าวว่า

“...สาเหตุการมาใช้บริการรักษาพยาบาลตามหลักสิทธิประกันเกิดความขัดแย้งเพราะว่ารัฐไม่มีความชัดเจนในการให้บริการอ้างถึงหลักประกันที่รัฐจัดสรรงบประมาณให้ หรือไม่ได้รับการคุ้มครองการรักษาโรคบางโรคแต่พอศึกษาหลักประกันจริง ๆ ก็ได้ระบุอยู่แล้ว”

(สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2563)

สาเหตุของความขัดแย้งดังกล่าวสืบเนื่องมาจากการแพทย์สมัยใหม่สนใจมนุษย์ในส่วนที่เป็นชีวะวิทยาและความผิดปกติของอวัยวะทำให้มิติของความเป็นมนุษย์ขาดหายไปจากองค์ความรู้ทางการแพทย์ องค์ความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์นับบริการสุขภาพเป็นสินค้าประเภทหนึ่งที่มุ่งผลประโยชน์และกำไร ประกอบกับองค์ความรู้ด้านบริการสาธารณสุขสนใจแต่การตรวจวัดเชิงปริมาณดังจะเห็นได้จากการพัฒนาเครื่องมือตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการประเมินการพัฒนาคุณภาพด้านต่าง ๆ ที่วัดได้เฉพาะภาวะวิสัยที่ไม่ขึ้นกับความรู้สึกนึกคิด แต่ความทุกข์จากภาวะไม่พึงประสงค์ของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขกลับไม่ถูกมองด้านที่เป็นมนุษย์ของความเจ็บป่วย เมื่อทุกข์จากการเจ็บไข้ได้ป่วยก็นับว่าทรมานมากแล้ว แต่หากต้องมาพบกับความทุกข์ที่เพิ่มเติมทับถมจากการเข้ามารับการรักษาในระบบบริการสุขภาพยิ่งสร้างความปวดร้าวให้กับผู้ป่วยและญาติดังที่ท่านกล่าวว่า

“...สาเหตุการมาใช้บริการรักษาพยาบาลตามหลักสิทธิประกันเกิดความขัดแย้งเพราะว่ารัฐไม่มีความชัดเจนในการให้บริการอ้างถึงหลักประกันที่รัฐจัดสรรงบประมาณให้ หรือบได้รับการคุ้มครองการรักษาโรคบางโรค แต่พอศึกษาหลักประกันจริง ๆ ก็ได้ระบุอยู่แล้ว”

(สัมภาษณ์, 28 เมษายน 2563)

นอกจากนี้ได้เข้ารับการรักษาที่ป่วยเกี่ยวกับตาทำให้ใช้ค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนเงินที่มากเมื่อเปรียบเทียบการรักษาที่มีการใช้หลักสิทธิประกันเพราะผู้ป่วยไม่มีเงินทุนมากพอที่จะสามารถจ่ายรักษาได้ เมื่อดูข้อระเบียบตามหลักสิทธิประกันด้านสุขภาพของประชาชนแล้วยังถือว่าไม่เป็นไปตามหลักประกันสุขภาพที่รัฐได้จักสรรงบประมาณ โดยส่วนใหญ่จะติดปัญหาด้านเข้าถึงสิทธิ์การรักษาผู้ป่วยบางโรคเท่านั้น ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่รัฐไม่ยอมแก้ไขปัญหาที่จะดูแลตามหลักสิทธิประกันสุขภาพของประชาชน เพราะประชาชนเข้ารับบริการการรักษาบางครั้งต้องถูกจำกัดด้วยวงจำนวนเงินในการรักษาตามสิทธิ์ที่ประกันสุขภาพของประชานได้ระบุจำนวนเงิน ดังที่ท่านกล่าวว่า

“...เมื่อหมอตากลายเป็นพ่อค้าขายเลนส์” ผู้ป่วยสูงอายุเพศชายเป็นต้อกระจกเข้ารับการรักษากับจักษุแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัด เมื่อแพทย์แจ้งว่าต้องผ่าตัดและใส่เลนส์แก้วตาเทียมราคา 6,200 บาท ผู้ป่วยแจ้งว่าไม่มีเงินขอเพียงรักษาด้วยการลอกตาเฉย ๆ หลังผ่าตัดจึงได้รับการแจ้งให้นำเงินมาจ่ายค่าเลนส์แต่ครอบครัวยากจนยังไม่สามารถหาเงินมาจ่ายได้ตามวันที่หมอกำหนดโดยญาตินำ

ค่าเลนส์มาจ่ายก่อน 4,000 บาทแต่แพทย์ไม่ยอมรับไว้เพราะถือว่าได้มาไม่ครบพร้อมกำหนดเส้นตาย ให้หาเงินมาจ่ายหากนำเงินมาไม่ทันจะทำการผ่าตัดเอาเลนส์ฯ คืนเพราะเลนส์ที่ใส่ไม่ใช่ของโรงพยาบาล เมื่อญาติไม่สามารถหาเงินมาจ่ายได้ครบจำนวนทันตามเวลากำหนดแพทย์จึงทำการผ่าตัดเอาเลนส์แก้วตาเทียมออกจากตาผู้ป่วยรายนี้”

“ถามว่าเราอยากใส่เลนส์ไหมก็ไหน ๆ ใส่ไปแล้วเราไม่อยากผ่าหรอกมันเจ็บแต่เราไม่มีเงินจ่าย หมอก็เอาคืนไปเถอะ”

(สัมภาษณ์, 30 เมษายน 2563)

เมื่อญาตินำเรื่องไปแจ้งสื่อมวลชนผู้ป่วยจึงได้รับการเยี่ยมเพื่อขอโทษจากผู้เกี่ยวข้อง และเป็นเหตุให้แพทย์สภาสอบข้อเท็จจริง ซึ่งการสอบสวนใช้เวลากว่า 1 ปี สาเหตุความล่าช้าเนื่องจากการขอใช้ข้อมูลประวัติผู้จากเวชระเบียน ในชั้นแรกราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ให้ความเห็นว่าจักษุแพทย์ผู้รักษาไม่มีความผิด โดยให้ความเห็นว่าการผ่าตัดครั้งที่ 2 เป็นการผ่าตัดเพื่อการรักษาอาการเลือดออกนัยน์ตาที่เกิดหลังจากการผ่าตัดครั้งแรก ซึ่งขณะผ่าตัดเลนส์ได้กระเด็นหลุดออกมา โดยบังเอิญสุดวิสัยที่แพทย์จะนำใส่กลับคืน แต่แพทย์สภามีมติว่าจักษุแพทย์มีความผิดให้พักใบอนุญาตจักษุแพทย์เป็นเวลา 1 เดือน ซึ่งหมายความว่าเขายังสามารถปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลได้ตามปกติเพียงแต่ไม่สามารถไปตรวจรักษาในสถานพยาบาลเอกชนเท่านั้น หากเขาได้โอกาสในการมองเห็นที่ชัดกว่าก็จะทำให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเป็นการสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแต่สิ่งที่เกิดขึ้นคือ ความไม่เป็นธรรมจากผู้ประกอบเวชกรรมที่ไม่มีคุณธรรม จากกรณีศึกษานี้จะเห็นว่าปัญหาความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพคือ 1) โรงพยาบาลเปิดโอกาสให้แพทย์ทำธุรกิจส่วนตัว และผลประโยชน์ได้บดบังสามัญสำนึกของแพทย์ ซึ่งจะเห็นในลักษณะเช่นนี้ได้หลายโรค เช่นการฝากครรภ์พิเศษเพื่อให้แพทย์ทำคลอดเป็นกรณีพิเศษผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มจากสิทธิที่ตนเองใช้ 2) ระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของรัฐยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มเปราะบางทางสังคมแม้ปัจจุบันจะมีการปรับปรุงแก้ไขสิทธิ การเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งยังพบว่ามีความเหลื่อมล้ำในคุณภาพบริการที่แตกต่างกันของแต่ละกองทุน 3) องค์กรวิชาชีพปกปิดความผิดและช่วยเหลือในรูปคดีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ดังกรณีที่กล่าวมา โรงพยาบาลไม่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลการรักษาแก่แพทยสภา และการสอบถาม

ข้อมูลจากคู่กรณีเป็นการสอบถามข้อมูลจากแพทย์เพียงฝ่ายเดียว ซึ่งสอดคล้องกับกรณีการร้องทุกข์หลายกรณีที่ผู้รับบริการต้องไปร้องทุกข์กับหน่วยงานที่รับผิดชอบซึ่งนอกจากต้องใช้เวลาและทรัพยากรเป็นอย่างมากแล้ว กลไกการให้ความเป็นธรรมแก่ผู้เสียหายยังขาดประสิทธิภาพและขาดความตั้งใจจริงในการแก้ไขปัญหา ดังที่ท่านกล่าวว่า

"...ความไม่เป็นธรรมจากการให้บริการของผู้ประกอบเวชกรรมดังเช่นกรณีเปรียบเทียบการรักษาโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลที่ได้ทราบว่าก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการได้ยื่นซองให้แพทย์เพื่อเป็นค่าลัดคิวในการผ่าตัดในครั้งนั้น เหล่านี้ล้วนเป็นความทุกข์จากระบบบริการสาธารณสุขที่สร้างความเจ็บปวด กระทบต่อการดำเนินชีวิตต่อไปในระยะยาว บางกรณีทับถมความเจ็บปวดหรือนำมาซึ่งความสูญเสียที่ไม่อาจจะลืมเลือนได้"

(สัมภาษณ์, 4 พฤษภาคม 2563)

จะเห็นได้ว่า ความทุกข์ที่เกิดจากระบบบริการสาธารณสุขที่สำคัญมีปัจจัยอีกสองประการนอกจากการสื่อสาร คือประการแรก กระบวนทัศน์ที่ผิดพลาดของการแพทย์สมัยใหม่ที่มองชีวิตแบบแยกส่วนทำให้มิติของความเป็นมนุษย์ขาดหายไป ต้องแก้ไขจากการปรับทัศนะทางการแพทย์ในระดับฐานรากที่เคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ประการที่สองคือโครงสร้างของระบบสาธารณสุขที่แยกขาดจากชุมชน ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีอำนาจในการต่อรองหรือกำกับระบบบริการทางการแพทย์น้อย ยิ่งระบบการแพทย์ที่มีการแบ่งแยกสาขาความชำนาญเฉพาะทางใช้เทคโนโลยีสูง ๆ และทำการแพทย์ให้เป็นการค้ามากขึ้น ช่องว่างระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยยิ่งกว้างมากขึ้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ในอภิญญา ตันทวีวงศ์, 2542) อดีตสังคมไทยไม่จำเป็นต้องมีสิทธิก็มีความสุขได้เป็นอย่างดี เพราะวิถีการบริโภคไม่สลับซับซ้อน ปัจจุบันคนที่ใช้สิทธิถูกมองว่าเป็นคนเรื่องมาก เจ้าปัญหา นอกจากนั้นยังพบว่าผู้บริโภคยังไม่ทราบและเข้าไม่ถึงกลไกต่าง ๆ ที่มีอยู่ในการคุ้มครองสิทธิ และยังพบว่ากลไกส่วนใหญ่บั่นทอนการใช้สิทธิมากกว่าการช่วยเหลือ เพราะการขาดความเป็นอิสระในการตัดสินใจ ไม่เป็นกลาง การใช้สิทธิด้านบริการสาธารณสุข ขาดหน่วยงานดูแลผู้บริโภคที่เป็นผู้ป่วย มีแต่ผู้ดูแลสถานบริการโรงพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพ และกระบวนการศาลที่ที่ล่าช้ายาวนาน ทำให้ผู้ใช้สิทธิท้อแท้ ความทุกข์จากระบบบริการสุขภาพได้แก่ การไม่ได้รับ

บริการที่ดีจากโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลที่แพง การปฏิเสธการรักษากรณีฉุกเฉินด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ อันตรายจากการบริการที่ไม่ทราบสาเหตุ ทำให้ร่างกายพิการ คุณภาพบริการชั้นสองภายใต้ระบบประกันสังคม หรือแม้แต่การเปลี่ยนวิธีการรักษาเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี การขาดข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็น (สารี อ๋องสมหวัง, ในอภิญญา ตันทวีวงศ์, 2542) ระบบของโรงพยาบาลรู้เห็นเป็นใจให้เงินทองและผลประโยชน์เข้ามามีอิทธิพลเหนือสามัญสำนึกและจรรยาบรรณวิชาชีพของแพทย์และพยาบาลที่เกิดขึ้นจนเป็นเรื่องปกติธรรมดา

อย่างไรก็ตาม ผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากระบบบริการทางการแพทย์กระบวนการสอบสวนข้อเท็จจริงเมื่อเกิดความเสียหายทางการแพทย์และระบบชดเชยความเสียหายจากระบบบริการสาธารณสุขไม่ครอบคลุมคนไข้ทุกสิทธิ เมื่อปี 2545 จึงเกิดเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์จากการรวมตัวของกลุ่มคนไข้ไทย 4 ประเภทคือบัตรทอง,ประกันสังคม, สวัสดิการข้าราชการและจ่ายเงินเอง ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ซึ่งกลไกปกติของระบบชดเชยความเสียหายคือ 1) แพทย์สภา 2) กระทรวงสาธารณสุข (ศูนย์สันติวิธี การไกล่เกลี่ย) 3) มาตรา 41 ของพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เฉพาะคนไข้บัตรทอง 4) การฟ้องศาล ซึ่งพบปัญหาในแต่ละขั้นตอนของกลไกการชดเชยปัญหาการร้องเรียนกับแพทย์สภามีการใช้เวลาพิจารณานาน 3 ถึง 10 ปี และมักมีมติว่าคดีไม่มีมูลการักษาได้มาตรฐานดีแล้วมีการตั้งทีมแพทย์ที่จบกฎหมายสู้กับคนไข้หรือส่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไปเป็นพยานในศาลช่วยแพทย์ด้วยกัน มีทีมตรวจเวชระเบียนก่อนอนุญาตให้คนไข้คัดถ่ายเอกสารมีการขอความร่วมมือจาก สตช. ให้ฟังความเห็นแพทยสภาก่อนรับแจ้งความจากคนไข้ และปัญหาในการเจรจาไกล่เกลี่ยกับกระทรวงสาธารณสุขไม่มีงบประมานเฉพาะสำหรับการชดเชยความเสียหายผลักภาระให้โรงพยาบาลในสังกัดรับผิดชอบค่าชดเชยความเสียหายและเพดานการเยียวยาไม่สูงพอที่จะบรรเทาความเสียหายในระยะยาว อีกทั้งบ่อยครั้งที่คนไข้และญาติรู้สึกว่าเป็นการเกลี้ยกล่อมและบีบบังคับและปัญหาในการฟ้องคดีต่อศาลส่วนใหญ่คนไข้แพ้คดีการต่อสู้คดีใช้เวลานาน 10-20 ปี ซึ่งภาระการพิสูจน์ยังตกเป็นของฝ่ายคนไข้ พยานแพทย์หาแทบไม่ได้ พยานหลักฐานอยู่ในมือสถานพยาบาลเวชระเบียนหรือถูกแก้ไข มีค่าใช้จ่ายสูงในการต่อสู้คดีหรือคนไข้มักมีปัญหาคดีหมดอายุความทางแพ่ง 1 ปี เนื่องจากรอมติแพทย์สภาแจ้งความเพื่อนำอายุความทางอาญาที่ยาวกว่ามาใช้ฟ้องคดีแพ่งแต่แพทย์สภาขอความร่วมมือกับ สตช. ให้ขอความเห็นจากแพทย์สภาก่อนรับแจ้งความผลของการขอความเห็นคือ ไม่มีมูลแทบทุกคดีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าเพดานสูงสุดไม่เกิน 4 แสนบาท กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวรไม่สามารถบรรเทา

ความเสียหายในระยะยาวได้ และครอบคลุมเฉพาะคนไข้บัตรทองเท่านั้น ไม่ครอบคลุมคนไข้สิทธิอื่น นอกจากนี้กรรมการแพทย์สภาบางคนเข้าไปเป็นคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการ ทำให้การอนุมัติมีปัญหาหลายกรณีเข้าเงื่อนไขแต่ไม่ได้รับการอนุมัติ มีการอนุมัติรายที่ รพ.เอกชนทำเสียหายแล้วย้ายมารพ.รัฐ หลายกรณีที่เสียชีวิตอนุมัติเพียง 4-8 หมื่นบาทแล้วให้คนไข้ไปฟ้องศาลปกครอง เมื่อศาลปกครองมีคำสั่งให้จ่ายเพิ่ม คณะกรรมการควบคุมคุณภาพฯ ก็สู้คดีกับคนไข้จนถึงที่สุด

จากปัญหาที่กล่าวมาทำให้เกิดวิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ขึ้นอย่างหนัก จำนวนคดีฟ้องร้องระหว่างหมอกับคนไข้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคดีอาญาที่แต่เดิมเกือบจะไม่มีเลย แต่ปัจจุบันกลับมีให้พบอยู่เป็นประจำ (อำนาจ กุสลานันท, 2556) เกิดเหตุฆาตกรรมกับคนไข้ที่ได้รับความเสียหายเกิดคดีหมอติดคุก และเกิดคดีคนไข้ติดคุกเพราะขโมยเวชระเบียนตัวจริงออกจากโรงพยาบาล ทำให้ปลายปี พ.ศ. 2549 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้นได้ตั้งคณะทำงานยกร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุขขึ้น โดยเจตนารมณ์เพื่อลดปัญหาการฟ้องร้องระหว่างหมอกับคนไข้โดยมีตัวแทนจากทุกภาคส่วนเข้าร่วมในการยกร่าง หลักการสำคัญ คือ 1) การชดเชยความเสียหายจากบริการสาธารณสุขโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดให้กับคนไข้ไทยทุกสิทธิ 2) ลดการฟ้องร้องระหว่างแพทย์กับคนไข้ 3) การนำความเสียหายที่เกิดขึ้นมาปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุง เป็นร่างกฎหมายฉบับกระทรวงสาธารณสุข และจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นจากแพทยสภาและผู้ประกอบวิชาชีพก่อนนำร่างพระราชบัญญัติเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี จนได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา (กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ, 2556) คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณานานถึง 11 เดือน จึงได้รับการบรรจุเป็นวาระในสภาฯ สมัยรัฐบาลพรรคประชาธิปัตย์ แต่เมื่อปลายปี 2553 ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ ได้รับการบรรจุเป็นวาระในสภาฯ ภาคธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ไม่ต้องการจ่ายสบทบกองทุน จึงร่วมกับแพทย์สภาจัดประชุมปลุกระดมแพทย์ทั่วประเทศให้แต่งชุดดำประท้วง ทำให้ร่าง พรบ.ฯ ไม่ถูกหยิบยกขึ้นพิจารณา จนกระทั่งมีการยุบสภา ร่างพรบ.ฉบับนี้จึงกลายเป็นวาระค้างพิจารณาในสภาฯ ได้มีความพยายามบันทึกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะร้องขอให้รัฐสภาพิจารณาร่างกฎหมายที่เข้าชื่อเสนอโดยประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งอีกหลายวาระ เมื่อรัฐสภามีมติเห็นชอบให้บรรจุร่างพระราชบัญญัติฯ เพื่อพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร แพทย์สภาก็ระดมบุคลากรด้านการแพทย์เคลื่อนไหวคัดค้านการพิจารณาพร้อมกับมีการเสนอให้ขยายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นชดเชยให้คนไข้ทุกสิทธิแทน ส่วนทางกระทรวงสาธารณสุขก็ไม่ได้มีการยกร่างพระราชบัญญัติหลัก

ส่งเข้าสู่สภาตามที่ทางสภาเร่งรัดจนกระทั่ง มีการประกาศยุบสภาทำให้ร่างพระราชบัญญัติฯ กลายเป็นวาระค้างพิจารณาในสภาฯ ซ้ำแล้วซ้ำอีกจนกระทั่ง พ.ศ. 2557 คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย ซึ่งเป็นองค์กรเพื่อการปฏิรูปกฎหมายตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้เสนอบันทึกความเห็นและข้อเสนอแนะ เรื่องแนวทางการตรากฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากกรับบริการสาธารณสุข และร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหาย

6.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการระบบหลักประกันสุขภาพ

ด้านผลระทบที่เกิดขึ้นกับประชาชนในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ในการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจะไม่ได้รับผลกระทบแต่สำหรับผู้ป่วยนอกมีจำนวนการใช้บริการมากขึ้น เพราะค่าใช้จ่ายในการรักษามีราคาถูก ผู้มาใช้บริการที่มีรายได้น้อยเมื่อมีอาการเจ็บป่วยจึงมาใช้บริการมากขึ้น ซึ่งต่างจากสมัยก่อนที่ยังไม่มีระบบประกันสุขภาพ ประชาชนที่มีรายได้น้อยก็จะไม่มาใช้บริการเพราะกลัวค่ารักษาพยาบาลแพง ส่วนสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและสิทธิประกันสังคม ผลกระทบบุคคลที่มีสิทธิยังคงเข้ารับบริการตามสิทธิเหมือนเดิมสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งจากปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน สถานะสุขภาพของประชาชนไทยล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนแทบทั้งสิ้น ทาให้สถานะสุขภาพของคนไทยเปลี่ยนไปจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรังมีภัยสุขภาพมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพที่มากขึ้นเป็นเงาตามตัวจะมีระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ทั้งระดับปฐมภูมิที่เป็นจุดเชื่อมต่อกับประชาชนระดับทุติยภูมิระดับตติยภูมิและศูนย์ความเป็นเลิศ ที่เป็นหน่วยให้บริการแก่ประชาชน ที่กระจายอยู่ในทุกจังหวัดแต่ก็ยังต้องมีการพัฒนาทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่นับวันจะเจริญก้าวหน้ามากขึ้น รวมถึงการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทาให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้นตามไปด้วย แต่ในทางกลับกันยังส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการที่มีไม่เพียงพอในการจัดบริการ

6.2.1 ผลกระทบด้านค่าใช้จ่าย

จากการวิจัยพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพจะได้รับผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายที่เห็นชัดเจนที่สุด เนื่องจากในอดีตก่อนที่จะมีระบบประกันสุขภาพประชาชนบังไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง ประชาชนส่วนใหญ่ที่มีฐานะยากจนจึงจะไม่ไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บป่วย เพราะกลัวไม่มีเงินรักษา การรักษาเบื้องต้นจะไปซื้อยากินเอง เมื่อรักษาไม่หายจึงจะมาโรงพยาบาล ต่อมาเมื่อมีระบบประกันสุขภาพคุ้มครองประชาชนชาวไทยที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก จะได้รับการคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล เมื่อมีอาการเจ็บป่วยก็จะมารักษาที่โรงพยาบาลของรัฐมากขึ้น สำหรับสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการได้มีการพัฒนาปรับปรุงมาเรื่อย ๆ ในเรื่องค่าใช้จ่าย สมัยก่อน การไปพบแพทย์จะต้องสำรองเงินจ่ายออกไปก่อน และนำใบเสร็จรับเงินมาเบิกเงินจากต้นสังกัดคืน ซึ่งใช้เวลานานกว่าจะได้เงินคืน ต่อมา เมื่อมีระบบจ่ายตรงเกิดขึ้น ทำให้ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการไม่ต้องสำรองจ่ายเงินก่อน สามารถไปใช้บริการได้เลย และสามารถเลือกใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐแห่งใดก็ได้ ผู้ใช้บริการสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการมีความเห็นสอดคล้องกันและรู้สึกพอใจกับระบบการจ่ายเงินในปัจจุบัน ดังที่ท่านกล่าวว่า

“..เมื่อก่อนเวลาไปหาหมอ ต้องเตรียมเงินไปจ่ายก่อน บางทีก็ไม่มีต้องไปหายืมคนอื่นกว่าจะเบิกได้ก็ใช้เวลานานมาก ไม่เหมือนเดี๋ยวนี้ ไปหาหมอสบายใจเรื่องจ่ายเงิน เพราะเดี๋ยวนี้เป็นระบบเบิกจ่ายต้อง ไม่ต้องพกเงินไปเยอะ เอาแค่บัตรประชาชนไปก็ใช้สิทธิได้แล้ว”

(สัมภาษณ์, 12 มีนาคม 2563)

ส่วนผู้ใช้สิทธิประกันสังคมก็ได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น เนื่องจากปัจจุบันมีสถานพยาบาลเอกชน/คลินิกเข้าร่วมให้บริการแก่ผู้ประกันตนมากขึ้น รวมถึงสถานพยาบาลรัฐทั่วประเทศ นอกจากนี้สำนักงานประกันสังคมยังเพิ่มสิทธิในการรักษามากขึ้น เช่น การทำทันตกรรมสำหรับผู้ใช้บริการสิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท เป็นผู้ได้รับผลกระทบมากที่สุด เนื่องจากก่อนที่จะมีสิทธิสวัสดิการหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ประชาชนยังไม่ได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพ แต่หลังจากมีหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมสิทธิการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนที่มีเลขประจำตัว 13 หลัก ทำให้ประชาชนได้รับความคุ้มครองในการรักษาพยาบาลมากขึ้น เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยก็เข้ามาใช้

บริการในสถานพยาบาลมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับประชาชน อาทิเช่น การรักษาโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน ซึ่งเป็นภาระต่อผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง จนทำให้ผู้ป่วยไม่อยากมาเข้ารับการรักษา ดังที่ท่านกล่าวว่า

"...ป่วยเป็นโรคภูมิแพ้ตัวเองมาสิบกว่าปีแล้ว หมอต้องว่ารักษาไม่หายแค่พยุงอาการไว้ ก็เลยต้องรักษามาตลอด ถ้าไม่มีบัตร 30 บาท คงแย่ เพราะต้องเสียเงินตลอด .."

(ก้อย, สัมภาษณ์, 10 เมษายน 2563)

จะเห็นได้ว่า การให้รัฐรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพียงผู้เดียวย่อมส่งกระทบต่อสภาพคล่องทางการเงินของรัฐได้ ประกอบกับในปัจจุบันไม่ใช่มีเพียงกลุ่มลูกจ้างและนายจ้างภายใต้ระบบประกันสังคมเพียงประเภทเดียวที่มีรายได้เพียงพอที่จะร่วมจ่ายเงินสมทบเข้าโครงการหลักประกันสุขภาพของประเทศกล่าวคือ ในอดีตที่ผ่านมาบรรดาข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจเปรียบเสมือนบุคลากรที่สำคัญของหน่วยงานรัฐประกอบกับอัตราเงินเดือนข้าราชการ ที่ค่อนข้างต่ำรัฐจึงมีความจำเป็นต้องเข้าช่วยเหลือในด้านสวัสดิการการรักษาพยาบาล เพื่อเป็นการเพิ่มแรงจูงใจให้แก่ประชาชนที่เข้าสมัครงานราชการ แต่ในปัจจุบันอัตราเงินเดือนหรือเงินตอบแทนของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจเปลี่ยนแปลงไป เช่น รัฐมีนโยบายในการเพิ่มอัตราฐานเงินเดือนหรือเพิ่มเงินตอบแทนพิเศษอื่น ๆ ทำให้กลุ่มดังกล่าวมีรายได้เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ จึงมีความจำเป็นต้องร่วมรับผิดชอบในส่วนของภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เช่นเดียวกับผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเพื่อให้เกิดความเสมอภาค

ซึ่งหากประชาชนผู้ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งหากผู้ใช้สิทธิในระบบดังกล่าวประกอบกิจการหรือทำงานและมีรายได้เพียงพอ ที่จะสามารถร่วมสมทบเงินเข้ากองทุนสุขภาพได้ จึงควรที่จะมีส่วนร่วมในการสมทบเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพ เช่นเดียวกันด้วยทั้งนี้ เพื่อเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากทางภาครัฐความรับผิดชอบทางด้านการเงิน คือ การตรวจสอบการเบิกจ่ายและติดตามทวงถามที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เพื่อที่จะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้อยู่ภายใต้กรอบวงเงินที่จำกัดความรับผิดชอบทางการเงิน จึงถือเป็นปัจจัยสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพไม่ว่าระบบนั้น จะมีลักษณะแบบเหมาจ่ายหรือแบบ

เบิกจ่ายตามจริงการออกแบบโครงสร้างและวัตถุประสงค์ของระบบหลักประกันสุขภาพที่มีความแตกต่างกันทั้ง ในส่วนของรูปแบบวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และอัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาลย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพและประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอีกด้วย โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งอาศัยอำนาจตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยเรื่องหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561 และหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ซึ่งประกาศฉบับนี้เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติการกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว นอกจากมีข้อดีแล้ว ยังคงพบ ข้อเสีย บางประการคือ ในกรณีที่หากสถานพยาบาลมีความจำเป็นที่ต้องควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยย่อมส่งผลกระทบ โดยตรงต่อคุณภาพและประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยได้ เช่น หากผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังเป็นโรคร้ายแรงที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงหรือเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาอย่างยาวนาน ย่อมมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นเงินจำนวนมาก ซึ่งอาจทำให้สถานพยาบาลบางแห่งอาจหลีกเลี่ยงการรักษาหรือทำการรักษาในลักษณะเพียง เพื่อการประคับประคองโรคนั้น เพื่อให้ผู้ประกันตนเลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลไปที่ใหม่เองในปีถัดไป ลักษณะการเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบรายหัว (Per Capitation) ตามที่ปรากฏในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคม จึงอาจทำให้สถานพยาบาลขาดซึ่งแรงจูงใจที่จะทาการรักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มประสิทธิภาพสำหรับการจัดสรรค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลของประเทศไทยในความเป็นจริงแล้ว

แม้ประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพที่หลากหลายและมีลักษณะการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน ซึ่งการกำหนดอัตราการเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลในลักษณะปลายปิด (Close-End) หรือแบบเหมาจ่ายรายหัวของระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ในลักษณะปลายเปิดของระบบสวัสดิการข้าราชการย่อมส่งผลกระทบต่อความไม่เสมอภาคและเหลื่อมล้ำในคุณภาพ และประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งคุณภาพและประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลไม่ควรที่จะมีหลายมาตรฐาน มาตรฐานในการให้บริการด้านสุขภาพของทุกระบบหลักประสุขภาพควรมีคุณภาพ และประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนควรมีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน และสอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2561 แนวความคิดที่จะทำให้ระบบหลักประกัน

สุขภาพทุกระบบของประเทศไทยให้มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพในลักษณะเดียว จึงเป็นสิ่งสำคัญการให้บริการทางด้านสุขภาพ จึงควรเป็นการรักษาไปตามอาการของโรคโดยไม่จำต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะใช้สิทธิการรักษาในฐานะที่เป็นข้าราชการหรือในฐานะของผู้ใช้สิทธิในระบบประกันสังคม หรือในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยิ่งไม่ควรได้รับการรักษาหรือถูกเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม

นอกจากนี้ ระบบการจ่ายค่ารักษาแบบปลายเปิดของระบบสวัสดิการข้าราชการยังส่งกระทบต่อปัญหาสภาพคล่องทางการเงินและการคลังของประเทศอีกด้วย เนื่องจากกรมบัญชีกลางซึ่งมีหน้าที่ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น มิได้ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายหรือกากับดูแลระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการดังกล่าว ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการเพิ่มขึ้นสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบกับระบบหลักประกันสุขภาพประเภทอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องมาจากการขาดความรับผิดชอบด้านการคลัง ดังนั้น การกำหนดแนวทางเพื่อความยั่งยืนทางการเงิน (Financial Sustainability) จึงถือเป็นนโยบายสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

6.2.2 ผลกระทบด้านการให้บริการ

สำหรับในประเทศที่พัฒนาให้ความสำคัญกับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นสิทธิพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับอย่างเสมอภาคกัน โดยทั่วไปประเทศที่ใช้ระบบประกันสุขภาพแบบประเภทเดียว (Single Payer) ส่วนใหญ่ประชาชนทุกคนย่อมได้รับบริการการรักษาแบบเดียวกัน ซึ่งต่างจากประเทศที่มีหลายระบบหลักประกันสุขภาพหลายประเภท (Multi Payer) ที่มีบริการหลากหลายแยกตามกลุ่มของอาชีพ อย่างไรก็ตาม แม้การมีระบบเดียวแต่ หากเป็นการรักษาพยาบาลไปทำประกันสุขภาพกับภาคเอกชนแทนเพื่อให้ได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพและได้รับความสะดวกรวดเร็วมากกกว่า ในประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ให้บริการแก่ประชาชนหลายระบบ ซึ่งแต่ละระบบต่างมีรูปแบบและแนวทางในการดำเนินการที่ต่างกันอันได้แก่ วิธีการ การจ่ายค่าบริการ เงื่อนไขการรับบริการ และสิทธิประโยชน์ที่สมาชิกของแต่ละกองทุนหลักประกันสุขภาพจะได้รับก็ยังมีความแตกต่างกัน การให้บริการเมื่อเจ็บป่วยทั่วไปหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น จึงเป็นการหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะทำให้เกิดความเหลื่อมล้าในระบบหลักประกันสุขภาพขึ้น

และสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของสมาชิกภายใต้ระบบสวัสดิการข้าราชการ เช่น ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าพยาบาล การตรวจวินิจฉัยโรค รวมถึงค่าห้องและค่าอาหารในระหว่างการรักษาสมาชิกสามารถเบิกจ่ายได้ตามความเป็นจริงต่างจากในระบบประกันสังคมและระบบ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่รวมอยู่ในอัตราเหมาจ่าย เมื่อเปรียบเทียบเงื่อนไขและขอบเขตของการคุ้มครองในการรักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการจะให้ความคุ้มครองกับข้าราชการรวมถึงบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวอีกด้วย เช่น บุตรของข้าราชการได้ไม่เกิน 3 คน และคู่สมรส ซึ่งในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมจะมีขอบเขตคุ้มครองเพียงสมาชิกที่เป็นเจ้าของสิทธิเท่านั้น

นอกจากนี้ ผู้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่จำต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันและจะได้รับการคุ้มครองทันทีในฐานะประชาชนชาวไทย ในขณะที่ระบบประกันสังคมผู้ประกันตนมีหน้าที่ตามกฎหมายที่ จะต้องร่วมจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม และผู้ประกันตนจะต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมติดต่อกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน ผู้ประกันจึงจะได้รับความคุ้มครองและได้รับสิทธิในการักษาพยาบาล ซึ่งหากเมื่อผู้ประกันตนขาดการจ่ายเงินสมทบจะทาให้สิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับก็จะสิ้นสุดลง ดังนี้ จึงเห็นได้ว่าสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคมจะขาดความต่อเนื่อง หากลูกจ้างหรือผู้ปรับตนขาดการจ่ายเงินสมทบ อันเป็นการกระทบต่อคุณภาพและประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลด้วย นอกจากนี้ การที่ผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายเบี้ยประกันสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเป็นการซ้ำซ้อนเนื่องจากผู้ประกันตนต้องเสียภาษีเงินได้จากเงินได้พึงประเมินทั่วไปอยู่แล้ว ซึ่งแตกต่างจากผู้ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

ซึ่งนอกจากจะไม่ต้องร่วมสมทบเงินเข้ากองทุนแล้ว ยังได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิตอีกด้วยที่ขาดซึ่งคุณภาพก็ย่อมจะส่งผลให้ประชาชนเปลี่ยนใจและตัดสินใจที่จะถึงแม้ว่ารัฐจะพยายามสร้างความเท่าเทียมกันในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ แต่ก็ยังพบว่าความเหลื่อมล้ำของระบบทั้ง 3 ก็ยังส่งผลให้เกิดผลกระทบในการให้บริการ เพราะด้วยความแตกต่างของสิทธิการรักษาพยาบาลทั้ง 3 สิทธิ์ จึงทำให้บริการที่ได้รับแตกต่างกันในบางเรื่อง เช่นการจ่ายยา กรณีที่ผู้ป่วยได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลต่างกัน ยาที่รักษาบางตัวก็ต่างกัน การจ่ายเงินก็ต่างกันในกรณีของผู้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาล รู้สึกว่าพึงพอใจในสิทธิที่ตนเองได้รับ เพราะผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สามารถเลือกใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง นอกจากนี้ยาที่ได้รับก็มีคุณภาพดีกว่าสิทธิอื่น การให้บริการยังอยู่ในเกณฑ์ที่ดี มีการปฏิบัติตามขั้นตอนและได้รับการแนะนำจากผู้ให้บริการ ดังที่ท่านกล่าวว่า

“.. ป่วยเป็นเบาหวานมาหลายปีแล้ว ตอนที่ใช้สิทธิ 30 บาท ก็ได้ยาปกติพื้นฐานนี่แหละ ทีนี้อาการเราไม่ดีขึ้นหมอก็ให้ฉีดยา แต่รักษามาผลก็ไม่ดี หมอก็เลยส่งตัวไปโรงพยาบาลศรีนครินทร์ รู้สึกว่าได้ยาดีขึ้น หมอบอกว่ายาแพง อุปกรณ์ที่ใช้ก็ดีกว่า ทีแรกก็ไม่รู้หรอกว่ายามันต่างกัน จนมาใช้สิทธิข้าราชการ นี่แหละถึงได้รู้ อีกอย่างสมัยก่อน ตอนใช้สิทธิ 30 บาท ต้องเอาใบส่งตัวจากหมอ ใช้ได้แค่ปีเดียว พอครบปีก็ต้องไปเอาใหม่ รอบไหนถ้าลืมใบส่งตัวก็เสียเงินไป เดี๋ยวนี้ใช้สิทธิเบิกตรงของข้าราชการก็สบาย หมอจะถามว่าสิทธิอะไร ถ้าสิทธิข้าราชการก็ได้ยาเยอะหน่อย แล้วก็ดีกว่าเก่า..”

(มาลี, สัมภาษณ์, 11 เมษายน 2563)

สำหรับสิทธิประกันสังคม ผู้ใช้สิทธิสามารถเลือกใช้บริการในสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ ซึ่งผู้ใช้บริการจะรู้สึกถึงความแตกต่างก็ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิทธิบริการสาธารณสุข ปัจจุบันสิทธิในการรักษาพยาบาลครอบคลุมคนไทย ทั้งประเทศผ่าน 3 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และโครงการประกันสังคมและกองทุนทดแทน แต่ว่าในความครอบคลุมโดยหลักการนั้น ก็ยังมีความเหลื่อมล้าปรากฏอยู่กลุ่มคนที่มีฐานะดี สามารถเข้าถึงและได้รับประโยชน์จากการใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ โดยมากเนื่องมาจากการใช้สิทธิของข้าราชการในระบบสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งประชาชนที่มีสิทธิรับบริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มีจำนวนถึง 47 ล้านคน ในการแก้ไขความเหลื่อมล้าด้านการเข้าถึงบริการรัฐด้านสาธารณสุขคนทุกคนเป็นมนุษย์เหมือนกันไม่ว่าจะมีฐานะเช่นไร ประกอบอาชีพ ก็ต่างมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่แบ่งแยกปัญหาสำคัญที่สุดที่ควรพิจารณาคือ การที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพได้เท่าเทียมกัน ซึ่งอาจเป็นเพราะข้อจำกัดเรื่องงบประมาณการกระจายตัวของสถานรักษาพยาบาล ปริมาณบุคลากร ที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลไม่สามารถเข้ารับ การบริการการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเทียบเคียงกับประชาชนที่อยู่ในเขตเมืองเหล่านี้ ล้วนเป็นปัญหาที่ควรได้รับการบรรเทาอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในด้านการเข้าถึงบริการสาธารณะ ด้านการรักษาพยาบาล ดังที่ท่านกล่าวว่า

"...เป็นเบาหวานมา 5 ปีแล้ว ก่อนหน้านี้ใช้สิทธิ 30 บาท ก็ได้ยาปกติอุปกรณ์ที่ใช้ฉีดยา รู้สึกว่าฉีดแล้วเจ็บมาก จนต้องขอหมอไม่ฉีด ทีนี้ได้งานทำเลยได้ใช้สิทธิประกันสังคม หมอก็สั่งอุปกรณ์การฉีดยาให้ใหม่ซึ่งมันไม่เหมือนเดิม รู้สึกว่าอันนี้ดีกว่า เพราะฉีดแล้วเจ็บน้อยลง"

(ทิพย์, สัมภาษณ์, 22 มีนาคม 2563)

จะเห็นได้ว่า ส่วนผู้ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ส่วนใหญ่ทีความพึงพอใจในการจ่ายค่าบริการ ที่ได้จ่ายเพียง 30 บาท ถึงแม้จะเจ็บป่วยในโรคที่ร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน ทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการได้ แต่ยังมีบางส่วนที่รู้สึกว่าตนเองได้รับบริการที่ไม่ดี และได้รับสิทธิด้อยกว่าสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและสิทธิประกันสังคม เนื่องจาก การจ่ายยาจะจำกัดระยะเวลาน้อยกว่าสิทธิอื่นทำให้เวลาในการมาโรงพยาบาลกระชั้นชิดขึ้น ทั้งที่ผู้ใช้บริการต่างรู้สึกว่าอาการของตนอยู่ในเกณฑ์ดี แต่เพราะความจำกัดในการจ่ายยาทำให้ต้องมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น การเข้ารับบริการต่างพื้นที่ ก็มีความแตกต่างกัน เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล จะมีความแตกต่างกันทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่ให้บริการการรักษาเฉพาะด้าน ในโรงพยาบาลประจำจังหวัดจะมีความพร้อมของมากกว่า ถึงแม้จะอยู่ในจังหวัดเดียวกันแต่ก็ยังเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน คุณภาพประเภทของบริการที่ได้รับยังมีความเหลื่อมล้ำ และความล่าช้าของการได้รับบริการยังคงเป็นปัญหาสำคัญตลอดจนรูปแบบและสัดส่วนการสมทบเข้ากองทุน ยังคงมีความแตกต่างกันตามแต่ละระบบประกันสุขภาพความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการและยาที่ได้รับ การกระจายจำนวนบุคลากรทางด้านสาธารณสุขปริมาณและคุณภาพของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ระหว่างเขตเมือง และเขตชนบท และระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ยังคงเป็นปัญหาสำคัญประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับสิทธิการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขหลักประกันสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการรับรองการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามที่ได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ซึ่งมีโครงสร้างที่แตกต่างจากสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพอื่นๆ กล่าวคือ ระบบสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจมีสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลอยู่ในรูปของสวัสดิการของข้าราชการที่มีประเทศไทย ให้คุณค่ากับการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุข โดยคำนึงถึงการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน มีการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยการสนับสนุนงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปพร้อมกับ

การรักษาโรค โดยคำนึงถึงประชาชนเป็นสำคัญประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น และมีการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพในสังคมไทยอย่างรวดเร็วผู้ป่วย จึงได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและรับรู้ถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆ ด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถเข้าถึงระบบสุขภาพและสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง เมื่อผู้ป่วยมารับบริการในระบบสุขภาพจึงมีความคาดหวังที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีตามสิทธิผู้ป่วย และเข้าถึงระบบบริการที่ได้มาตรฐานเมื่อไม่ได้รับบริการที่เป็นไปตามคาดหวัง จึงมักเกิดความขัดแย้งขึ้นในขณะให้บริการได้ ซึ่งมีความขัดแย้งและความรุนแรงในระบบงานสุขภาพมีเพิ่มมากขึ้น มีเรื่องร้องเรียนและการฟ้องร้องเกิดขึ้นจำนวนมากในระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมาหลายกรณีกลายเป็นคดีความในชั้นศาล และก่อให้เกิดความทุกข์และความสิ้นเปลืองทั้งเวลาและทรัพยากรอื่น ๆ ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องแพทย์จำนวนหนึ่งต้องทำงานด้วยความกลัวและต้องซื้อประกันเพื่อคุ้มครองตนเอง จากการถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากความผิดพลาดหรือความไม่พอใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจำนวนความขัดแย้งที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นบางเรื่องสามารถป้องกันได้ เมื่อความขัดแย้งเริ่มเกิดขึ้นและหากไม่ได้รับการจัดการอาจนำไปสู่การฟ้องร้องได้ ความเสียหายที่เกิดขึ้นพบได้ทั้งการสูญเสียทรัพย์สิน การสูญเสียอวัยวะ การเสียชีวิต และมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ มีผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือและเกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียงขององค์กรต่อไป

6.3 ผลกระทบเพื่อการต่อรองเพื่อการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน

ระบบประกันสุขภาพทำให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองในด้านการรักษาพยาบาล ทำให้มีผู้มาใช้บริการเป็นจำนวนมาก แต่ผู้ใช้บริการส่วนให้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ในประเทศไทย จึงทำให้ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้อุปกรณ์ในการรักษาไม่เพียงพอต่อผู้ใช้บริการ ในบางครั้งเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยสมควรได้รับการส่งต่อไปรักษาสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในด้านยา อุปกรณ์และบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าก็จะทำการส่งตัวไปรักษา ซึ่งสถานพยาบาลที่รับรักษาต่อจะเรียกเก็บจากสถานพยาบาลต้นสังกัด

ด้านคุณภาพการให้บริการภายใต้ข้อจากัดของทรัพยากร รัฐได้เน้นนโยบายการจัดบริการสาธารณสุข โดยให้ความสำคัญในการกระจายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศเพื่อความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ โดยการสร้างหลักประกันสุขภาพโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น เข้าถึงบริการได้มากขึ้นแต่อย่างไรก็ตามภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรและผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเป็นไปอย่างรวดเร็ว ตลอดจนความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีการสื่อสารทำให้แนวโน้มความคาดหวังของประชาชนในบริการสุขภาพสูงขึ้น อย่างรวดเร็วความไม่เข้าใจความไม่พอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการที่ได้รับมีมากขึ้น ส่งผลให้มีการร้องเรียนทางสื่อสารสาธารณะต่าง ๆ มีการฟ้องร้ององค์กรวิชาชีพและแนวโน้มการใช้มาตรการทางกฎหมายเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการเสื่อมลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลภาครัฐที่มีสถานที่คับแคบ แออัดขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากรไม่เพียงพอจากการเพิ่มปริมาณของผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลไม่เป็นที่ไว้วางใจและเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการส่งผลทำให้ประชาชนที่จาเป็นต้องใช้บริการของรัฐเกิดความรู้สึกที่ได้รับการรักษาที่ด้อยกว่า ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจพอที่จะซื้อบริการจากเอกชนได้ ดังที่ท่านกล่าวว่า

“...ในขณะนั้นโรงพยาบาลกำลังประสบปัญหาวิกฤตศรัทธาของประชาชนโดยสภาพโรงพยาบาลค่อนข้างทรุดโทรม ทั้งสถานที่ และอุปกรณ์การแพทย์ประชาชนส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาตนเอง การเดินทางไม่สะดวกเนื่องจากการเดินทางส่วนใหญ่จะต้องเดินทางไกล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีประสบอุบัติเหตุฉุกเฉินเนื่องจากการกล่าวถึงโรงพยาบาลในทางลบอยู่เสมอ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่เสียขวัญและกำลังใจ ทำให้ผู้ร่วมทีมงานบริหารของโรงพยาบาล ซึ่งมีองค์กรชุมชนเข้ามาร่วมหารูปแบบแนวคิด เพื่อตอบสนองสภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เป็นการใช้ศักยภาพขององค์กรชุมชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน รวมทั้งยังได้ใช้กลวิธีการบริหาร และดำเนินการ มาเป็นแนวคิดในการทำงานจนเป็นที่ประจักษ์ต่อประชาชนมากขึ้นตามลำดับ”

(สัมภาษณ์, 30 มีนาคม 2563)

โรงพยาบาลเป็นสถานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ในรูปแบบการส่งเสริมป้องกัน การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูความเจ็บป่วยโรคต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้รับบริการ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล แบ่งออกเป็น โรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน โดยสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนย่อมมีหลักในการบริหารงานที่แตกต่างกันออกไป โดยเน้นความสำคัญต่อการให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้ารับการรักษาได้ทันที การให้บริการอย่างมีคุณภาพได้รับการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ประทับใจย่อมส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ อยากกลับมารับบริการอีกหรือผู้รับบริการอาจบอกต่อแนะนำให้บุคคลอื่น ๆ มารับการรักษายังสถานพยาบาลนั้น ๆ ได้คุณภาพการให้บริการเป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการที่ตรงกับความคาดหวังของผู้รับบริการและทำให้เกิดความพึงพอใจสูงสุด เมื่อผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อการบริการที่ได้รับผู้รับบริการย่อมมีความพึงพอใจ ต่อการให้บริการในระดับสูงทางตรงกันข้ามหากผู้รับบริการได้รับการบริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังไว้ระดับความพึงพอใจย่อมลดลง โดยเครื่องมือที่สำคัญในสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลที่สำคัญได้แก่ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ควบคู่ไปกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการประเมินตนเองเพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการตามความคาดหวังและความพึงพอใจเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจในการบริการในทุกขั้นตอนที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลให้ได้มากที่สุด ทำ ให้โรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ตลอดจนศึกษาปัญหาและอุปสรรคของผู้มารับบริการโรงพยาบาลให้เป็นไปตามความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้มารับบริการมากขึ้น ดังที่ท่านกล่าวว่า

“จากที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเจ้าหน้าที่มีการเลือกปฏิบัติโดยเน้นผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันวงเงินในการรักษาสุขภาพโดยที่ปล่อยให้ผู้ป่วยต้องรอคิวยาวการรักษา บางครั้งเกิดการเจรจาเพื่อให้ได้รับการรักษาทำให้เกิดความขัดแย้งผู้ป่วยในพื้นที่โดยที่ผู้บริหารในโรงพยาบาลไม่มีความใส่ใจต่อผู้ป่วยไม่มีหลักกลยุทธ์ในการบริการด้านสาธารณสุขเท่าที่ควรจะเป็นส่งผลต่อการเกิดความสูญเสียต่อผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น”

(สัมภาษณ์, 6 พฤษภาคม 2563)

เนื่องจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี ผู้บริหารขององค์กรต่างให้ความสนใจในเรื่องการบริหารความเสี่ยง โดยมีการจัดทำแผนกลยุทธ์ให้มีความสอดคล้องต่อปัจจัยเสี่ยง การควบคุม วางแผนและติดตามผลการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผน เพื่อนำไปสู่การประกันคุณภาพขององค์กร การพัฒนาระบบสุขภาพก็เช่นเดียวกันย่อมต้องมีการพัฒนากลยุทธ์การจัดบริการสุขภาพ มีการจัดบริการเป็นหลายระดับตามบริบทขององค์กร เพื่อให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพและประเด็นการให้บริการผันแปรไปตามเวลาและสถานที่ขององค์กร หากผู้บริหารขององค์กรไม่ได้คำนึงถึงการจัดการความเสี่ยงในระบบ อาจก่อให้เกิดผลกระทบทางลบได้อย่างมากมาย ซึ่งการที่จะดาเนินการตามแก้ไขภายหลังอาจทำให้เกิดความเสียหายต่อชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือขององค์กรไปแล้ว รวมถึงอาจเสียค่าใช้จ่ายจากการชดใช้หรือทดแทนที่สูงมาก แต่หากองค์กรมีแผนการบริหารและจัดการความเสี่ยงที่ดีไว้แล้ว ก็จะเป็นการปกป้องหรือรักษาภาพลักษณ์ขององค์กร ที่นำมาสู่ความเชื่อมั่นและการยอมรับในสังคมได้อีกประการหนึ่ง ดังที่ท่านกล่าวว่า

“...ครั้งที่ผ่านมามีคดีความฟ้องร้องต่อโรงพยาบาลที่ไม่มีความรับผิดชอบโดยปล่อยให้คนไข้ต้องทุกข์ทรมานสุดท้ายก็ต้องสิ้นใจเสียชีวิตโดยที่ทางโรงพยาบาลได้มีการถามหาหลักประกันสุขภาพสิทธิต่าง ๆ จนเกิดความล่าช้า ทำให้ต้องสูญเสียญาติและได้แจ้งดำเนินคดีเอาผิดทางโรงพยาบาลที่ไม่มีความรับผิดชอบที่ไม่คำนึกถึงความเป็นมนุษย์และไร้จรรยาบรรณความเป็นแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยด้วย”

(สัมภาษณ์, 7 พฤษภาคม 2563)

โดยคำนึงถึงการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน มีการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่โดยการสนับสนุนงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปพร้อมกับการรักษาโรค โดยคำนึงถึงประชาชนเป็นสำคัญ จึงพบว่าประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น และมีการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ด้านสุขภาพ ในสังคมไทยอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจึงได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และรับรู้ถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีสิทธิหลักประกันสุขภาพ สามารถเข้าถึงระบบสุขภาพและสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง เมื่อผู้ป่วยมารับบริการในระบบสุขภาพจึงมีความคาดหวังที่จะ

ได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีตามสิทธิผู้ป่วย และเข้าถึงระบบบริการที่ได้มาตรฐาน เมื่อไม่ได้รับบริการที่เป็นไปตามคาดหวังที่ดีขึ้น ดังที่ท่านกล่าวว่า

“...ส่งผลกระทบต่อผู้มาใช้บริการรักษาตามหลักประกันสุขภาพที่ทำให้ต้องมีการเจรจาเพื่อยอมให้เกิดความเข้าใจในการรักษาพยาบาลตามหลักประกันสุขภาพ ด้วยการให้บริการที่ไม่ได้เป็นไปตามหลักประกันเกิดความเสียหาแก่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการใส่ใจดูแลเหมือนกับข้าราชการหรือผู้ที่ได้รับการคุ้มครองที่มีสิทธิเหนืออำนาจท่านอื่น ๆ”

(สัมภาษณ์, 16 พฤษภาคม 2563)

เกิดความขัดแย้งขึ้นในขณะให้บริการได้ ซึ่งพบว่ามีความขัดแย้งและความรุนแรงในระบบงานสุขภาพมีเพิ่มมากขึ้น มีเรื่องร้องเรียนและการฟ้องร้องเกิดขึ้นจำนวนมากในระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา หลายกรณีกลายเป็นคดีความในชั้นศาลและก่อให้เกิดความทุกข์และความสิ้นเปลืองทั้งเวลาและทรัพยากรอื่น ๆ ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง แพทย์จำนวนหนึ่งต้องทำงานด้วยความกลัวและต้องซื้อประกันเพื่อคุ้มครองตนเองจากการถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากความผิดพลาด หรือความไม่พอใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจำนวนความขัดแย้งที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น บางเรื่องสามารถป้องกันได้เมื่อความขัดแย้งเริ่มเกิดขึ้นและหากไม่ได้รับการจัดการอาจนำไปสู่การฟ้องร้องได้ ความเสียหายที่เกิดขึ้นพบได้ทั้งการสูญเสียทรัพย์สิน การสูญเสียอวัยวะการเสียชีวิต และมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ มีผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือและเกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียงขององค์กรภาครัฐ ดังที่ท่านกล่าวว่า

“...สาเหตุความขัดแย้งที่มาจากระบบบริการสาธารณสุข ถือว่าเป็นปัญหาอย่างมาก โดยที่มีการละเมิดสิทธิ์ความเป็นมนุษย์ตามที่เป็นข่าวที่มีการฟ้องร้องกัน ทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้เข้ามาใช้บริการอย่างมาก ที่ส่งผลต่อญาติผู้ป่วยที่ต้องมาแจ้งความดำเนินคดีต่อโรงพยาบาลเรียกร้องความเสียหายเป็นหลายล้านบาทที่ส่งผลต่อการให้บริการที่ไม่ดีต่อผู้ป่ายมีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จะเน้นเฉพาะผู้ป่วยที่มีหลักประกันสุขภาพที่อยู่ในวงเงินเยอะ ๆ”

(สัมภาษณ์, 20 พฤษภาคม 2563)

จะเห็นได้ว่า ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในระบบบริการสาธารณสุข ที่ปรากฏเป็นรูปธรรมมากที่สุด คือ ปัญหาการฟ้องร้องต่อบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาลทุกสาขาอาชีพที่เพิ่มมากขึ้น และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ถือเป็นภาพสะท้อนวิกฤตระบบบริการสุขภาพ และความเจ็บป่วยด้วยกัน ทั้งสองฝ่ายญาติคนไข้คิดว่าคนที่เขารักต้องตายเพราะโรงพยาบาลให้บริการไม่ดี ฝ่ายแพทย์และพยาบาลก็รู้สึกว่าตนทางานหนักเหน็ดเหนื่อยจนแทบทาไม่ไหวแล้ว ยังถูกกล่าวหาด้วยวาจารุนแรง ผลที่เกิดขึ้นคือสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่ดี มีความตึงเครียด หวาดระแวง มีผลต่อสุขภาพจิตและการหายของโรค นอกจากนี้ยังเกิดแนวโน้มที่จะฟ้องร้องและตอบโต้ผู้ให้บริการสาธารณสุขมากขึ้น ทำให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขเดือดร้อนและเสียขวัญและกาลังใจอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน ซึ่งผู้บริหารองค์กรควรจัดการบริหารความเสี่ยงด้วยบทบาทของผู้ให้บริการเจรจาต่อรองในโรงพยาบาลอย่างชัดเจนเพื่อระงับเหตุการณ์ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการเจรจาในเวลาเร่งด่วน สถานให้บริการด้านสุขภาพและสาธารณสุขทุกแห่ง ควรจัดให้มีทีมนักการเจรจาต่อรองไว้ให้บริการประจาแผนก เพื่อสามารถปฏิบัติในบทบาทนักเจรจาต่อรองได้ในทันที ซึ่งเป็นการลดความขัดแย้งในระบบการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุข และนับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ซึ่งในปัจจุบันจะพบข่าวเรื่องโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทย ถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายเป็นเงินจานวนมาก จนอาจทำให้เกิดความเสี่ยงและความเสียหายในด้านการเสียชื่อเสียง เสียเงิน และเกิดผลกระทบในการดำเนินการของสถานให้บริการด้านสุขภาพและสาธารณสุข ดังที่ท่านกล่าวว่า

“...การเข้ารับบริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นปัญหาอย่างมากเวลาไปหาหมอส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้รับการดูแลเอาใจใส่มีแต่บอกให้รอ บางคนเจ็บจนใจจะขาดก็ไม่เหลียวแลเห็นว่าใช้โครงการ 30 บาท ถือปฏิบัติของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เคยสอบถามถึงผู้บริหารส่วนใหญ่ก็ปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลอ้างข้อต่าง ๆ เพื่อให้ตนพ้นความผิดบางครั้งก็มีญาติคนไข้มาโวยวายต่อหมอบ้างที่ไม่ให้ความสำคัญผู้ป่วย หรืออาจเป็นเพราะเราเป็นชาวนาชาวไร่ไม่สามารถเรียกร้องสิทธิการรักษาพยาบาลหรือไม่สามารถทำประกันสุขภาพในบริษัทก็อาจจะทำให้หมอเมินคนไข้ประมาณนี้”

(สัมภาษณ์, 25 พฤษภาคม 2563)

ผู้บริหารองค์กรทั้งหลายจึงพยายามหลีกหนีหรือปกปิดความขัดแย้งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไว้และไม่พยายามยอมรับ เพื่อหาหนทางแก้ไขถึงรากเหง้าของปัญหาที่แท้จริง ปัญหาความขัดแย้งในองค์การทุกระดับจึงถูกหมักหมมไว้มานาน ดังเช่น ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดจากกระบวนการนำนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าไปปฏิบัติ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค นโยบายด้านการประกันสุขภาพของสำนักงานประกันสังคม เป็นต้น ยังปรากฏว่ามีหลายประเด็นที่ยังเป็นปัญหา อาทิเช่น ปัญหาด้านความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข ความไม่เท่าเทียมกันในบริการด้านคุณภาพและการเลือกปฏิบัติ ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดจากความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการในระบบสุขภาพ จนปรากฏเป็นข้อพิพาทผ่านสื่อต่างๆ เสมอ เช่น การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากโรงพยาบาล ความคลางแคลงใจในวิธีการรักษาพยาบาล หรือความไม่ไว้วางใจด้านคุณภาพยาและเวชภัณฑ์ ว่าในแต่ละสิทธินั้นมีมาตรฐานเดียวกันหรือไม่ จะเห็นได้ว่าตราบใดที่ผู้รับบริการทางการแพทย์ยังมีความคิดเช่นนี้อยู่ตราบนั้น ความขัดแย้งย่อมเกิดขึ้นในใจประชาชนได้เสมอ ดังที่ท่านกล่าวว่า

“...สิ่งที่เกิดขึ้นกับหมอพยาบาลบุคลากรทางการแพทย์เท่าที่เห็นปัญหาคือเรื่องค่าตอบแทนบ้างและบุคลากรน้อยที่ไม่สามารถดูแลทั่วถึง เพราะผู้ป่วยมีจำนวนมากด้านงบประมาณจัดสรร ของรัฐบาลยังมีน้อยอยู่”

(สัมภาษณ์, 30 พฤษภาคม 2563)

นอกจากนั้น บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานก็เผชิญกับความขัดแย้งหลายประการ อาทิเช่น เรื่องค่าตอบแทนการขาดขวัญกำลังใจของบุคลากรทางสาธารณสุขจนส่งผลกระทบต่อความมั่นคงในอาชีพหลายประการ เห็นได้จากอัตราการลาออกของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรมากขึ้น ในขณะที่สถานบริการด้านสุขภาพเอกชนลดการจ้างงานลง ผนวกกับกระทรวงสาธารณสุขก็มีนโยบายลดขนาดกำลังคนลงอย่างเข้มงวด และเมื่อผนวกเข้ากับมีการปฏิรูประบบการบริหารจัดการประเมินผลการปฏิบัติงานทั้งระบบ จนทำให้ผู้ที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ใสถานพยาบาลภาครัฐเองต้องรับภาระงานหนักมากขึ้น เครียดมากขึ้น จนกลายเป็นสาเหตุของการลาออกของวิชาชีพทางการแพทย์เกิดขึ้นอยู่เสมอมา และการรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อให้เกิดการเจรจาต่อรองค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากการรักษาระหว่าง

แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของรงพยาบาล และผู้รับบริการ เพื่อชี้แจงรายละเอียด และข้อดีและข้อเสียของการรักษาด้วยเวชภัณฑ์ดังกล่าวให้ผู้รับบริการและญาติประกอบการตัดสินใจการร่วมวางแผนการรักษากับทีมสุขภาพ โดยสามารถแบ่งขั้นตอนการเจรจาต่อรองการเจรจาต่อรองก่อนการรักษา การเจรจาต่อรองหลังการรักษาและการเจรจาต่อรองเพื่อผ่อนชำระ ทั้งนี้เพื่อลดความรุนแรงของปัญหาด้านภาพลักษณ์ที่ผู้รับบริการมองว่าโรงพยาบาล และทีมสุขภาพไม่มีจรรยาบรรณ ลดปัญหาด้านการเสียชื่อเสียงเนื่องจากการถูกฟ้องร้องหรือร้องเรียนกับหน่วยงานอื่น ๆ และลดปัญหาด้านการแบกรับค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากการรักษาของทางโรงพยาบาล สามารถเพิ่มสัมพันธภาพอันดีระหว่างทีมสุขภาพและผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดการได้ประโยชน์ร่วมกันทั้ง การเจรจาต่อรองเป็นแนวทางการลดความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และหากมีทักษะการเจรจาต่อรองที่ดีจะทำให้การทำงานมีความราบรื่นและเกิดความสุขในโรงพยาบาลที่แวดล้อมไปด้วยความเปราะบางและละเอียดอ่อนของความรู้สึกของผู้มารับบริการ ญาติ และเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้แนวโน้มการบริหารโรงพยาบาลเป็นไปในทิศทางที่ดี คือ ด้านค่าใช้จ่ายที่ทำให้ได้ประโยชน์ทั้ง 2 ฝ่ายคือ ผู้รับบริการหายจากความเจ็บป่วยและเจ้าหน้าที่ไม่เกิดความเครียดหรือหมดกำลังใจในการทำงานความสัมพันธ์ที่พัฒนาไปในทิศทางที่ดีระหว่างผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ ลดการเกิดการฟ้องร้อง เกิดเป็นภาพลักษณ์ที่ดีของสาธารณสุขไทย

จากที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดสรุปได้ว่า ความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือนั้น ผลระทบและการต่อรองที่เกิดขึ้นกับประชาชนในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อเกิดการต่อรองเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน ดังนี้

1. ผลกระทบและการต่อรองที่เกิดขึ้นกับประชาชนในการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน การต่อสู้ต่อรองเพื่อคุ้มครองสิทธิในหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยมีปรากฏให้เห็นตามสื่อต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก แต่ไม่ได้รับความสนใจในการเข้ามาแก้ไขปัญหาของภาคส่วนต่าง ๆ ส่วนหนึ่งเนื่องจากวัฒนธรรมความเป็นชาวพุทธที่สอนให้คนปล่อยวางและอโหสิกรรม ดังนั้นเมื่อเกิดความเสียหายจากระบบบริการสาธารณสุขขึ้น คนส่วนมากจะบอกว่ามันเป็นเวรกรรมของตนเอง ขอยอมรับกรรมจะไม่จองเวรจองกรรมต่อไปอีก แต่ก็มีบางส่วนที่ลุกขึ้นมาร้องขอความเป็นธรรมให้ระบบและผู้กระทำผิดมารับผิดชอบความเสียหายและการสูญเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งความ

เหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย และรูปแบบความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยพบว่ามี 3 ด้านประกอบด้วย 1) ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ 2) ด้านการเงินการคลัง และ 3) ด้านคุณภาพบริการ ส่วนการต่อสู้ต่อรองกับผลกระทบที่เกิดความเสียหายจากระบบหลักประกันสุขภาพประชาชนมีการรวมกลุ่มเครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากบริการด้านการแพทย์ ส่วนความพยายามผลักดันให้มีกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการมากว่า 30 ปี ยังไม่ประสบผลสำเร็จเป็นต้น 2) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการระบบหลักประกันสุขภาพ การบริหารจัดการกองทุนเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพการกำหนดเงื่อนไขต่าง ๆ การใช้สิทธิและสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลทั้งในกรณีเจ็บป่วยทั่วไปหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน การจัดสรรเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลักษณะเหมาจ่ายรายหัวหรือจ่ายตามความเป็นจริง ระบบหลักประกันสุขภาพมีความแตกต่างกันทั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่รับผิดชอบและการบริหารจัดการโดยที่ขาดกลไกการอภิบาลทั้งระบบในภาพรวม จึงเป็นเหตุให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเกิดความเหลื่อมล้ำในการใช้และการให้บริการได้ จึงมีความจำเป็นที่รัฐจะต้องเข้ามากำหนดกฎเกณฑ์ในการกำกับดูแลระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยมิให้มีความเหลื่อมล้ำกัน การกำกับติดตามตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อประชาชนผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจที่ จะได้รับบริการสาธารณะสุขจากทางภาครัฐอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพอย่างเพียงพอ ที่ผ่านมาจึงเห็นได้ว่าประเทศไทยขาดกลไกในระดับชาติและไม่มีกฎหมายแม่ที่จะเข้ามาบริการจัดการหรือควบคุมระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งสามระบบให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีเอกภาพ กำหนดให้ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกันเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมและเป็นธรรม

2. จึงควรเป็นการรักษาไปตามอาการของโรค โดยไม่จำต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะใช้สิทธิการรักษาในฐานะที่เป็นข้าราชการหรือในฐานะของผู้ใช้สิทธิในระบบประกันสังคมหรือในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยิ่งไม่ควรได้รับการรักษาหรือถูกเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม ระบบการจ่ายค่ารักษาแบบปลายเปิดของระบบสวัสดิการข้าราชการยังส่งกระทบต่อปัญหาสภาพคล่องทางการเงินและการคลังของประเทศอีกด้วยเนื่องจากกรมบัญชีกลาง ซึ่งมีหน้าที่ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้นการเข้ารับบริการต่างพื้นที่ ก็มีความแตกต่างกัน เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลจะมีความแตกต่างกันทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่ให้บริการการรักษาเฉพาะด้าน ในโรงพยาบาลประจำจังหวัดจะมีความพร้อมของมากกว่า ถึงแม้จะอยู่ในจังหวัดเดียวกันแต่ก็ยังเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน

คุณภาพประเภทของบริการที่ได้รับยังมีความเหลื่อมล้ำ และความล่าช้าของการได้รับบริการยังคงเป็นปัญหาสำคัญตลอดจนรูปแบบและสัดส่วนการสมทบเข้ากองทุน ยังคงมีความแตกต่างกันตามแต่ละระบบประกันสุขภาพความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการและยาที่ได้รับ การกระจายจำนวนบุคลากรทางด้านสาธารณสุขปริมาณและคุณภาพของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ระหว่างเขตเมือง และเขตชนบทและระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ยังคงเป็นปัญหาสำคัญประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับสิทธิการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขหลักประกันสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการรับรองการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามที่ได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ซึ่งมีโครงสร้างที่แตกต่างจากสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ

3. ผลกระทบเพื่อการต่อรองเพื่อการเข้ารับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน ความขัดแย้งของการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุข มีความสำคัญเป็นอย่างมากในประเทศไทย รัฐบาลได้เล็งเห็นสิ่งที่มีคุณค่าและมีความประสงค์ที่จะให้ประชาชนได้มีหลักประกันสุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดระบบการให้บริการสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไป จากเดิมเนื่องจากประชาชนได้รับข่าวสารทางเทคโนโลยีจำนวนมาก และได้รับความรู้ในด้านสิทธิการรักษาพยาบาลหลายปีที่ผ่านมามีความขัดแย้งจำนวนมากมาย ก่อให้เกิดการฟ้องร้องทางการแพทย์สูญเสียอวัยวะการสูญเสียทรัพย์สินและถึงแก่ความตาย ซึ่งเป็นภาวะที่มีความรุนแรงมากขึ้นความขัดแย้งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยครอบครัวของผู้ป่วยโรงพยาบาล และภาพลักษณ์ขององค์กร จึงได้นำเทคนิคการเจรจาต่อรองและการจัดการความขัดแย้ง เพื่อลดความขัดแย้งในระบบการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขมาใช้ จึงนับว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากในปัจจุบันและเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการระงับเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความรุนแรงและผู้สูญเสีย เมื่อเกิดความขัดแย้งของการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขขึ้น การเจรจาต่อรองในระบบการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขเป็นวิธีการหนึ่งของทางเลือกในการระงับความขัดแย้งแทนการฟ้องร้อง โดยคู่กรณีจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่สาม ซึ่งเป็นคนกลางที่ได้รับการฝึกฝนและมีทักษะประสบการณ์คนกลางจะช่วยให้คู่กรณีสื่อสารกันโดยไม่เปิดเผยต่อบุคคลภาย นอกช่วยฟื้นความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และเกิดการเจรจาต่อรองกันเองจนเกิดข้อตกลงที่ต่างฝ่ายต่างพึงพอใจด้านสุขภาพ และสาธารณสุขทำหน้าที่ช่วยให้การสื่อสารรับรู้ผลประโยชน์ของผู้ที่เกี่ยวข้องได้อย่างทั่วถึง

บทที่ 7

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

วิทยานิพนธ์เรื่อง ความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่ เพื่อศึกษาการให้บริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อศึกษาความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเพื่อศึกษาผลระทบและการต่อรองที่เกิดขึ้นกับประชาชนในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทำการศึกษากับประชาชนผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพื้นที่จังหวัดเลย รวม 30 ราย โดยมีรายละเอียดผลการวิจัยปรากฏในบทที่ 4-6 ส่วนในบทนี้จะเป็นการสรุปผลการวิจัยและนำเสนอข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

7.1 สรุป

ผู้วิจัยได้สรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

7.1.1 การให้บริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระบบสุขภาพในประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่าระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทยมี 3 ระบบหลัก ประกอบด้วย

7.1.1.1 ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ จัดเป็นสวัสดิการในการให้ความช่วยเหลือแก่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญและบุคคลในครอบครัว รูปเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนและช่วยเหลือภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การเบิกจ่ายจากเงินงบประมาณ โดยมีกระทรวงการคลังทำหน้าที่ดูแลและรับผิดชอบในการเบิกจ่าย ขอบเขตของสิทธิประโยชน์ครอบคลุมการรักษาพยาบาลและศัลยกรรมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในการบริการฉุกเฉิน รวมทั้งยาและเวชภัณฑ์โดยมุ่งเน้นการให้การรักษาพยาบาล ระบบการเบิกจ่าย

ตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บทั้งโดยวิธีการเบิกจ่ายโดยระบบใบเสร็จรับเงิน หรือระบบเบิกจ่ายตรงที่ได้สมัครไว้ ซึ่งรัฐต้องรับภาระการจ่ายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนปัจจัยที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจาก 1) ปัจจัยด้านการเบิกจ่าย 2) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการที่มีกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 3) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการที่มีแรงจูงใจในการสร้างรายได้ให้หน่วยบริการ

7.1.1.2 ระบบกองทุนประกันสังคม เป็นหลักประกันในการให้ความช่วยเหลือแก่ลูกจ้าง มีสำนักงานประกันสังคมเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการรับผิดชอบดำเนินการทำสัญญาและซื้อบริการจากโรงพยาบาลคู่สัญญาและมีวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัว รายได้มาจากเงินสมทบจากลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล ฝ่ายละ 2.5 เท่ากัน สิทธิประโยชน์ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การทำทันตกรรม ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องสามัญ ชดเชยกรณีคลอดบุตร กรณีเสียชีวิต พิการ ส่วนปัญหาที่พบในระบบประกันสังคมคือ 1) สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมการรักษาที่จำเป็น 2) ปัญหาคุณภาพการรักษาพยาบาล 3) การหลีกเลี่ยงการส่งต่อกรณีเกินขีดความสามารถ และ 4) ผู้ประกันตนเป็นระบบเดียวที่ต้องจ่ายเงินสมทบ

7.1.1.3 ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พัฒนามาจากโครงการสงเคราะห์ระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทางสุขภาพได้อย่างทั่วถึงเสมอหน้าเท่าเทียมกันเป็นการสร้างโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็น มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ปฏิบัติภาระกิจด้านนโยบาย งบประมาณสนับสนุนได้มาจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีและเงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว ปัญหาที่พบในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้แก่ 1) รัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมด 2) การกระจายของสถานบริการและบุคลากรยังไม่ทั่วถึง 3) ค่าใช้จ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังไม่เหมาะสมกับภาระงาน 4) การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายมีควาซ้ำซ้อนขาดประสิทธิภาพ

ที่ผ่านมาประเทศไทยมีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพโดยขยายความครอบคลุมสถานบริการและบุคลากรครอบคลุมประชาชนทั้งในเมืองและชนบท แต่ระบบบริการสาธารณสุขของไทยยังมีสภาพปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของประชาชน เนื่องจากการกระจายตัวของโรงพยาบาลและบุคคลากรด้านสุขภาพ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับการจัดระบบหลักประกันสุขภาพของไทยพบว่า รัฐไทยได้พยายามจัดสวัสดิการหลักประกันสุขภาพสอดคล้องกับหลักความยุติธรรมของ John Rawls จากโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ความคุ้มครองสิทธิในสุขภาพของประชาชนกลุ่มยากจนและด้อยโอกาสซึ่งมีเป็นส่วนมากในสังคม แต่เนื่องจากประเทศไทย

มีระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกันทั้งหลักการแนวคิด และการบริหารจัดการการเงินการคลังรวมทั้งคุณภาพการบริการในแต่ละกลุ่มเป้าหมายจึงเป็นเหตุให้เกิดความเหลื่อมล้ำ ซึ่งโดยมีสาระสำคัญของความเหลื่อมล้ำอยู่ที่การออกแบบระบบ เช่น รูปแบบการจ่าย อัตราการจ่าย ขณะที่รายการรักษาและสิทธิประโยชน์ในภาพรวมไม่ได้มีความแตกต่างกันความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยพบว่ามี 3 ด้านประกอบด้วย ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ ด้านการเงินการคลัง และด้านคุณภาพบริการ ดังนั้น เมื่อแต่ละระบบบริการสุขภาพมีที่มาต่างกัน จึงมีปรัชญา หลักการของหน่วยงานรับผิดชอบที่แตกต่างกัน รวมไปถึงระเบียบวิธีการและกฎหมายรองรับที่ต่างกัน เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำใน 3 ระบบสุขภาพ โดยมีสาระสำคัญของความเหลื่อมล้ำอยู่ที่การออกแบบระบบ เช่น รูปแบบการจ่าย อัตราการจ่าย ขณะที่รายการรักษาและสิทธิประโยชน์ในภาพรวมไม่ได้มีความแตกต่างกัน

7.1.2 ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพ มีความแตกต่างของสิทธิทั้ง 3 สิทธิ ตั้งแต่ แหล่งเงินทุน แนวคิด สิทธิประโยชน์ ผู้ให้บริการและเงื่อนไขการใช้บริการ และระบบการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการระบบประกันสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพ องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพว่าเป็นความแตกต่างในสถานะสุขภาพหรือการกระจายตัวของปัจจัยด้านสุขภาพระหว่างประชากรกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งสิทธิในการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนชาวไทยทั้ง 3 กองทุนมีความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกัน ขัดต่อเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญที่บัญญัติให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนด้านสาธารณสุข รูปแบบความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยพบว่ามี 3 ด้านประกอบด้วย 1) ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ 2) ด้านการเงินการคลัง และ 3) ด้านคุณภาพบริการ ที่ผ่านมาการจัดระบบหลักประกันสุขภาพกระจายความครอบคลุมมากขึ้น แต่พบว่ามีปัญหาการบริการที่มีลักษณะ หน้างอ รอนาน บริการแย่ การมีผู้ใช้บริการมากขึ้นทำให้คุณภาพบริการแย่ลง จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการพบปัญหาที่สำคัญ คือ ความไม่เท่าเทียมกันของผู้ป่วยที่ใช้บัตรทองกับสิทธิรักษาอื่น ปัญหาการเข้าถึงยา และคุณภาพยา รวมทั้งการรอคอยนาน และคุณภาพการรักษา ด้านบุคลากรทางการแพทย์และผู้ให้บริการพบว่ามีปัญหา ความขัดแย้งและการถูกฟ้องร้องจากผู้รับบริการทางการแพทย์

ผลกระทบและการต่อสู้ต่อรอง รัฐเวชกรรมทำให้อำนาจรัฐขยายไปครอบคลุมเรือนร่างของประชาชนทั่วประเทศด้วยโครงการสาธารณสุขมูลฐาน รัฐใช้อำนาจผ่านผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปฏิบัติการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ด้วยอุดมการณ์ เสียสละ พัฒนา สามัคคี ปฏิบัติหน้าที่แจ้งข่าวร้ายกระจายข่าวดีชี้บริการประสานงานสาธารณสุข ซึ่งโครงการสาธารณสุขมูลฐานทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพได้ระดับหนึ่ง เมื่อมีการพัฒนาคุณภาพบริการ การดูแลสุขภาพกลายเป็นสินค้าสาธารณะที่แสวงหาผลประโยชน์และกำไร ทำให้เกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากระบบบริการสุขภาพที่ขาดการกำกับควบคุมคุณภาพมาตรฐานสร้างความเสียหายและผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้รับบริการและครอบครัว ความทุกข์ที่เกิดจากระบบบริการสาธารณสุขที่สำคัญมีปัจจัยอีกสองประการนอกจากการสื่อสาร คือประการแรก กระบวนทัศน์ที่ผิดพลาดของการแพทย์สมัยใหม่ที่มองชีวิตแบบแยกส่วนทำให้มิติของความเป็นมนุษย์ขาดหายไป ต้องแก้ไขจากการปรับทัศนะทางการแพทย์ในระดับฐานรากที่เคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ประการที่สองคือโครงสร้างของระบบสาธารณสุขที่แยกขาดจากชุมชน ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีอำนาจในการต่อรองหรือกำกับระบบบริการทางการแพทย์น้อย

7.1.3 ผลระทบและการต่อรองที่เกิดขึ้นกับประชาชนในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการหลักประกันสุขภาพ เกิดจากความแตกต่างกันของสิทธิทั้ง 3 สิทธิ และส่งผลต่อผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการการต่อสู้ต่อรองเพื่อคุ้มครองสิทธิในหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยมีปรากฏให้เห็นตามสื่อต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก แต่ไม่ได้รับความสำคัญและความสนใจในการเข้ามาแก้ไขปัญหาของภาคส่วนต่าง ๆ ส่วนหนึ่งเนื่องจากวัฒนธรรมความเป็นชาวพุทธที่สอนให้คนปล่อยวางและอโหสิกรรม ดังนั้นเมื่อเกิดความเสียหายจากระบบบริการสาธารณสุขขึ้น คนส่วนมากจะบอกว่ามันเป็นเวรกรรมของตนเองขอยอมรับกรรมจะไม่จองเวรจองกรรมต่อไปอีก แต่ก็มีบางส่วนที่ลุกขึ้นมาร้องขอความเป็นธรรมให้ระบบและผู้กระทำผิดมารับผิดชอบความเสียหายและการสูญเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือจากงานวิจัยนี้สรุปได้ว่า รูปแบบความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยพบว่ามี 3 ด้านประกอบด้วย 1) ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ 2) ด้านการเงินการคลัง และ3) ด้านคุณภาพบริการ ส่วนการต่อสู้ต่อรองกับผลกระทบที่เกิดความเสียหายจากระบบหลักประกันสุขภาพประชาชนมีการรวมกลุ่มเครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบ

จากบริการด้านการแพทย์ ส่วนความพยายามผลักดันให้มีกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการมากว่า 30 ปี ยังไม่ประสบผลสำเร็จ

7.2 อภิปรายผล

ในการอภิปรายผลการศึกษา ผู้วิจัยขอนำเสนอ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การให้บริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือระบบสุขภาพในประเทศไทย จากการศึกษาพบว่า ระบบประกันสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 สิทธิใหญ่ ๆ ได้แก่ สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท จากการพบว่า ทั้งสามระบบต่างมีสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างรอบด้าน ทั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ทันตกรรม ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าห้องค่าอาหาร ค่าคลอด เป็นต้น อย่างไรก็ตามประเด็นที่น่ากล่าวถึง หลัก ๆ คือ แม้สิทธิประโยชน์ที่ไม่ต่างกันแต่ด้วยวิธีการบริหารจัดการและการจ่ายที่ต่างกันก็ส่งผลต่อการ เข้าถึงบริการที่ต่างกันของผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิ นอกจากนั้น มีประเด็นแนวคิดการจัดบริการที่ต่างกันก็ส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิที่ต่างกัน

ประเด็นที่ 2 ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยพบว่ามี 3 ด้านประกอบด้วย ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ ด้านการเงินการคลัง และด้านคุณภาพบริการ สอดคล้องกับสถาบันวิจัยระบบบริการสาธารณสุข (2555) รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์การพัฒนาชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพโดยอาศัยกลไกประชาคม พบปัญหาด้านบริการสุขภาพยังมีการขาดแคลนทรัพยากร การกระจายบุคคลากรไม่ดี ทำให้เกิดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายโดยรวมสูงตามต้นทุน และประชาชนขาดโอกาสในการเลือกบริการที่เหมาะสมตามความต้องการของตนเอง

1. ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ จากการศึกษาพบว่าระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้ความคุ้มครองชุดสิทธิประโยชน์ไม่เท่าเทียมกัน โดยพบว่าระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลครอบคลุมรอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การทำทันตกรรม ค่ายาเวชภัณฑ์โดยเบิกจ่ายได้ทั้งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยานอกบัญชียาหลัก ค่าอาหารและ ค่าห้องพิเศษ ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพอีก 2 ระบบมีความครอบคลุมบริการรอบด้านเหมือนกันแต่ถูกจำกัดด้วย บริการบางอย่าง เช่น เบิกได้เฉพาะค่ายาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ค่าอาหารและห้องสามัญ การรักษาโรคทาง

ทันตกรรม สิทธิประกันสังคมถูกควบคุมงบประมาณเพียงปีละ 900 บาทเท่านั้น ซึ่งตามหลักความยุติธรรมของ Rawls ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมทั่วถึงและมีมาตรฐานเดียวกันจึงนับว่าระบบหลักประกันสุขภาพของไทยมีความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ในแต่ละกองทุน ดังการศึกษาของ Siwilai (2008) ศึกษาสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ของพนักงานผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมพบว่า กฎหมายประกันสังคมกำหนดเงื่อนไขการเกิดสิทธิรับบริการทางการแพทย์ของลูกจ้างผู้ประกันตน ทำให้ลูกจ้างผู้ประกันตนไม่ได้รับความคุ้มครองทันที อีกทั้งยังมีข้อยกเว้นสิทธิรับบริการทางการแพทย์ อาทิ โรคที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง หรือกรณีมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ตามกฎหมายอื่นก็จะไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายประกันสังคม จิรวัฒน์ ตั้งเจริญถาวร (2552) ศึกษาสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ: ศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา พบว่าสิทธิการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐเป็นภาระหน้าที่ที่สำคัญของรัฐที่จะต้องจัดทำบริการสาธารณะให้แก่ประชาชนเพื่อให้เกิดความครอบคลุมทั่วถึงถ้วนหน้าอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน และไพรวัลย์ เคนพรม (2554) ได้วิพากษ์นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ทฤษฎีความยุติธรรมของจอห์น ว่าการกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นไปไม่ได้ตามทฤษฎีความยุติธรรมของจอห์น เนื่องจากผู้กำหนดนโยบายอาจไม่เลือกหลักเสรีภาพและหลักโอกาส แต่เลือกหลักความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน และการกำหนดนโยบายเป็นระบบการกำหนดจากบนลงล่างซึ่งมีการต่อรองของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียจากนโยบาย ทำให้ประชาชนไม่มีเสรีภาพและโอกาสเท่าเทียมกันอย่างแท้จริงในการเข้าถึงบริการ รวมถึงงานวิจัยของ กฤษฎา บุญชัย (2556) ได้เสนอบทสรุปผู้บริหารใน แนวคิดและทัศนะต่อความเป็นธรรมของกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ ว่า รัฐบาล ราชการ สถาบันการแพทย์ และกลไกสำคัญในระบบอภิบาลสุขภาพทั้งหมดควรที่จะต้องผลักดันให้เกิดปฏิรูประบบสุขภาพ โดยให้หลักความเป็นธรรมตามแนวคิดของ John โดยมุ่งสร้างความเป็นธรรมหรือความยุติธรรมของระบบ ด้วยการพัฒนาระบบหลักประกันการเข้าถึงสุขภาพของประชาชนให้มีความก้าวหน้าทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ และมีแนวนโยบายสนับสนุน คุ้มครองสิทธิของประชาชนผู้ด้อยอำนาจให้มีสิทธิพิเศษในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และมีอำนาจต่อรองในกระบวนการกำหนดนโยบายและการปฏิบัตินโยบายมากยิ่งขึ้น

2. ความเหลื่อมล้ำด้านการเงินการคลัง เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพมีที่มาของงบประมาณสนับสนุนจากรัฐไม่เท่าเทียมกัน โดยมีเพียงกองทุนประกันสังคมเท่านั้นที่ผู้รับบริการร่วมจ่ายสมทบกองทุน นอกจากนี้ประเด็นความเหลื่อมล้ำที่สำคัญอยู่ที่ระบบการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน

โดยระบบสวัสดิการข้าราชการใช้การจ่ายตามปริมาณบริการและราคาที่เรียกเก็บย้อนหลัง ส่วนบริการผู้ป่วยในจ่ายตามรายป่วยในอัตราที่กำหนดสำหรับโรงพยาบาลแต่ละระดับ ส่วนอีก 2 ระบบ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการและผลลัพธ์ต่อสุขภาพของประชาชนตามมา ดังการศึกษาของ ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์ (2557) ได้ศึกษาความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย พบว่า ผลการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบ พบว่า สิทธิรักษาพยาบาล ข้าราชการได้รับการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด จึงส่งผลให้ได้สิทธิประโยชน์ในการรักษาดีที่สุดใน 3 สิทธิรักษาพยาบาล ได้แก่ ความครอบคลุมของกลุ่มโรคที่คุ้มครอง จำนวนอุปกรณ์และอวัยวะเทียม โอกาสในการได้รับยาราคาแพง รวมถึงการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาโรคทั่ว ๆไป ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ร่วมจ่ายค่ารักษา 30 บาท กลับดีกว่าสิทธิประกันสังคมที่ผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายค่าเบี้ยประกันให้กับตนเองในทุกด้านที่กล่าวมาขณะที่ความเหลื่อมล้ำในเชิงคุณภาพของการให้บริการนั้น พบว่า ผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการมีระดับความพึงพอใจในบริการทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลสูงที่สุด ส่วนผู้ใช้บริการในสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลับมีระดับคะแนนความพึงพอใจจากการให้บริการในระดับที่เท่ากัน และพบว่ามีปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากปัจจัยทางด้านสิทธิรักษาพยาบาลที่ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจในการรับบริการรักษาพยาบาลได้แก่ เขตที่พักอาศัย สังกัดของสถานพยาบาลที่ไปใช้บริการ ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องชำระเอง จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และระดับการศึกษาสูงสุดที่ผู้รับบริการสำเร็จ ส่วนทวีศักดิ์ เผือกสม (2543) กล่าวถึงการปฏิรูประบบสาธารณสุขอย่างไม่เข้าใจต่อระบบการดูแลสุขภาพอย่างรอบด้านไร้ทิศทาง ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างนโยบายของสถาบันปฏิรูประบบสาธารณสุขกับนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคของรัฐบาล ในขณะที่สำนักปฏิรูปฯ ต้องการผลักดันให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นของประชาชนตามแนวคิดเสรีนิยม แต่รัฐบาลกลับมีนโยบายให้รัฐเป็นผู้ดูแลสวัสดิการการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ทำให้รัฐต้องจัดสวัสดิการต่อคนจนและคนรวยอย่างเท่าเทียมกัน คือคนรวยซึ่งมความสามารถจ่ายเงินเพื่อดูแลสุขภาพของตนมากกว่าคนจนอยู่แล้ว สามารถซื้อหาการดูแลสุขภาพได้ถูกลงและจ่ายภาษีเท่าเดิม

3. ความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการ เนื่องจากในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยที่ผ่านมามีการใช้ชีวะอำนาจทฤษฎีเชื้อโรคของการแพทย์สมัยใหม่ขยายอำนาจรัฐครอบคลุมเหนือประชาชนอย่างซับซ้อน การบริหารงานสาธารณสุขอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐอย่างสิ้นเชิงและรัฐ

ยังใช้การบริหารงานสาธารณสุขเป็นเครื่องมือสร้างนโยบายประชาชนนิยม แม้การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพจะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการทั่วถึงมากขึ้น แต่ปัญหาการกระจายอัตรากำลังด้านสุขภาพ ความแตกต่างในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการของระบบหลักประกันสุขภาพของไทย

7.3 ข้อเสนอแนะ

7.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

7.3.1.1 ควรมีแนวทางในการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้เป็นมาตรฐานเดียวหรือมีความใกล้เคียงไม่เหลื่อมล้ำกันมากดังที่ปรากฏในปัจจุบัน

7.3.1.2 ควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิเพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนได้รับบริการอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง

7.3.1.3 ควรมีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบครอบคลุม

7.3.1.4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องภาครัฐ การจัดการระบบประกันสังคมด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายให้ชัดเจน ในการขจัดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีการสร้างความเข้าใจ เข้าถึงและพัฒนาด้านบริการให้ประชาชนได้ทราบโดยทั่วกัน เพื่อขจัดความเหลื่อมล้ำในแต่ละด้านนั้น ผู้บริหารของโรงพยาบาล จังหวัดเลย ควรจัดให้มีกล่องรับฟังความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ และมีการนำความคิดเห็นของผู้ใช้บริการมาปรับปรุงแก้ไขกระบวนการทำงานหรือความเหลื่อมล้ำต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในเรื่องของจิตใต้สำนึกหรือการเห็นคุณค่าของผู้ป่วย จังหวัดเลย และควรจัดให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่ตลอดจน ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการปลูกจิตสำนึกในด้านของความสำคัญของผู้ป่วยมากกว่าคำนึงถึงพวกพ้องหรือผลประโยชน์ของตนเอง เพื่อเป็นการลดความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลควรวางนโยบายหรือออกกฎระเบียบเรื่องการอำนวยความสะดวกที่ไม่เสมอภาคให้กับผู้เข้ารับบริการ เพื่อเป็นการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงคุณภาพการบริการที่เกิดขึ้น

7.3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อทำการวิจัยครั้งต่อไป

7.3.2.1 ควรศึกษาหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการ เพราะปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการระบบประกันสุขภาพ เกิดจากความแตกต่างของสิทธิทั้ง 3 สิทธิ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรหาวิธี แนวทางในการปรับเปลี่ยนกลไกในการจัดการระบบประกันสุขภาพ ให้ทุกสิทธิมีความเท่าเทียมกัน

7.3.2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสิทธิและการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีปรัชญาการเมืองอื่นมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข (2554). *สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กฤตยา อาชวนิจกุล. (2554). *การจัดระบบคนไร้รัฐในบริบทประเทศไทย. ในประชำกรและสังคม: จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนประเทศไทย*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

กุลทิพย์ ศาสตระรุจิ และคณะ. (2555). *โครงการวิจัยการสื่อสารเพื่อความเท่าเทียมทางสุขภา*พ. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (2542) *พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (2557). *รายงานการประเมินสถานการณ์สิทธิมนุษยชนในประเทศไทย และรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.

จรัส สุวรรณมาลา. (2539). *สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล ศักยภาพและทางเลือกสู่อนาคต*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิตตินันท์ เดชะคุปต์. (2549). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับจิตวิทยาบริการในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ เอกสารการสอนชุดวิชาจิตวิทยาการบริการ หน่วยที่ 1-7* (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ชนะดา วีระพันธ์. (2555). *ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเก่า อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี.* ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชลธิชา ศรีบำรุง. (2557). *คุณภาพการให้บริการของธนาคารกรุงเทพ สาขาดอนหัวพ่อ จังหวัดชลบุรี.* ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชาย โพธิสิตา. (2547). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. นครปฐม: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.

ชุดความรู้สิทธิมนุษยชน สิทธิเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ. (2563). *สนธิสัญญาหลักระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยภาคี. กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม.* สืบค้นจาก http://www.rlpd.go.th/rlpdnew/images/rlpd_1/HRC/nhr.pdf.

ชุตินันท์ สงวนประสิทธิ์. (2563). *ตีแผ่ปัญหาเหลื่อมล้ำในสังคมไทย เป็นไปได้แค่ไหนที่จะลดช่องว่างระหว่างคนจนและคนรวย.* สืบค้นจาก https://thestandard.co/thaiinequality/.

ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์. (2557). *ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ทรงพล อาวพิทักษ์. (2555). *การปฏิบัติต่อผู้ต้องหาแรงงานข้ามชาติชาวพม่าตามหลักสิทธิมนุษยชนขององค์การสหประชาชาติ: กรณีศึกษาสถานีตำรวจภูธรภูพิงคราชนิเวศน์ อำเภอเมืองเชียงใหม่.* เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธัญลักษณ์ แก้วเนตร. (2558). *คุณภาพและปัญหาการให้บริการของครุสภาเขตพื้นที่การศึกษาศรีสะเกษ เขต 1.* อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

นพนิธิ สุริยะ. (2537). *สิทธิมนุษชน.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.

นิธิ เอียวศรีวงศ์. (2553). ความเหลื่อมล้ำ. *มติชนสุดสัปดาห์, 27*(1567).

บรรเจิด สิงคะเนติ. (2547). *หลักการพื้นฐานของสิทธิและเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.

บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. (2544). *กฎหมายมหาชน เล่ม 1: วิวัฒนาการทางปรัชญา และลักษณะของกฎหมายมหาชนยุคต่าง ๆ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.

บุญชม ศรีสะอาด. (2543). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ปรีดี เกษมทรัพย์. (2534). *นิติปรัชญา* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

ประเสริฐ กุศลสนอง. (2555). *ความคิดเห็นของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของเทศบาลตำบลทรายขาว อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี.* ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ประพันธ์ เผือกสม. (2550). *การพยากรณ์การจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาล กรณีศึกษาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.

ปรัชญา เวสารัชช์. (2523). *องค์การกับลูกจ้าง.* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พร้อมพร เทียมเศวต. (2554). *ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการวิเคราะห์ทดสอบและสอบเทียบของกรมวิทยาศาสตร์บริการ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พวงผกา วรรธนะปกรณ์ . (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในบริการของกองนโยบายและแผน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน ปีการศึกษา 2556*. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา.

ภาณุวิชญ์ มาลัยกุล. (2552). *ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการของเทศบาลเมืองปทุมธานี*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ยุทธนา กิจงาม. (2550). *ความพึงพอใจของตัวแทนออกของในการรับบริการส่งสินค้าออกจากฝ่ายบริการศุลกากร ด่านศุลกากรลาดกระบัง.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์.

รัชฎาภรณ์ สิงตะนะ. (2547). *การสำรวจทัศนคติประชาชนเกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคของประชาชน ซ.สุขาภิบาล 15 ต.เชียงรากน้อย อ.บางปะอินจ.พระนครศรีอยุธยาและพนักงานของบริษัท DDK ประเทศไทย จำกัด.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.

รัตดามาศ คำสวนจิก. (2559*). ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของส่วนคดีศาลจังหวัดร้อยเอ็ด*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

ราชบัณฑิตยสภา. (2546). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542* กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คพับลิเคชั่นส์.

ศิริพงศ์ อทัญญตา. (2548). *แนวทางการปฏิบัติตามระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณพุทธศักราช 2448*. กรุงเทพฯ: สำนักงบประมาณ.

วราภรณ์ ศิริวงศ์. (2551). *ความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริการของสำนักทะเบียนอำเภอศึกษาเฉพาะกรณี: สำนักทะเบียนอำเภอบ้านโพธิ จังหวัดฉะเชิงเทรา.* ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา

วิโรจน์ และ อัญชนา ณ ระนอง. (2545). *ถ้วนหน้า หรือ ช่วยคนจน: เส้นทางสู่อนาคตของโครงการ 30 บาท* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศราวุฒิ ประทุมราช (บรรณาธิการสิทธิมนุษยชน). (2544*). รวบรวมสนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนระหว่าง*

ประเทศที่สำคัญ. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการประสานงานองค์กรสิทธิมนุษยชน (กปส) และมูลนิธิฟรีดริด เอแบร์ท (FES).

สมิต สัชฌุกร. (2542). *การต้อนรับและบริการที่เป็นเลิศ.* กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

สำนักงาน ก.พ.ร. (ม.ป.ป). *คู่มือการจัดมาตรฐานและการปรับปรุงการบริการ*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทมีเดีย มาร์เก็ตติ้ง.

สิริรัตน์ สุวรรณรัตน์, วัชรินทร์ อินทพรหม, วณิฎา แช่มลำเจียก. (2560). *การจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย ลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพกรุงเทพมหานคร.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.

สุดาวรรณ หอมเงิน. (2554). *คุณภาพการให้บริการขององค์การบริหารส่วนตำบลตามทัศนคติของกำนันและผู้ใหญ่บ้าน ในเขตอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี.* อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

สุนันทา ทวีผล. (2550). *ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการด้านให้คำปรึกษา แนะนำปัญหาด้านกฎหมายของสำนักงานอัยการพิเศษฝ่ายช่วยเหลือทางกฎหมาย 3 (สคช.).* ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. (2545). *ระบบประกันสุขภาพ: องค์ประกอบและทางเลือก*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11.* กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

อรพินธ์ อินทจักร. (2545). *การศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหาร และผู้ให้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับการบริหารจัดการการส่งต่อผู้ป่วย ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสุราษฎร์ธานี.* กรุงเทพฯ: ศูนย์ข้อมูลการวิจัย Digital วช.

Addy Carol. (2004). *The Establishment and Use of Dedicated Taxes for Health*. Geneva: World Health Organization.

Andersen, R. M.; McCutcheon, A.; Aday, L. A.; Chiu, G. Y. and Bell, R. (1983). Exploring Dimensions of Access to Medical Care. *Health Services Research,* 18, 49-74.

Docteur, E. and Oxley, H. (2003). *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience.* OECD Health Working Papers No. 9. Paris: OECD.

Jeong, H. and Hurst, J. (2001). *An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System.* OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 56. Paris: OECD.

Kelley, E. and Hurst, J. (2006). *Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper***.** OECD Health Working Papers No. 23. Paris: OECD.

Hollowell, K. A. (1997). A Flow Chart Model of Cognitive Process in Mathermatical Problem-Solving*. Dissertation Abstracts International*, 37, 7373-8015-A.

Lasswell, Harold D. and Abraham Kaplan. (1969). *Power and Society: A Framework for Political Require*. New York, N.Y.: Yale University Press.

McMillan, J.H. (2004). *Educational Research: Fundamentals for Consumers*. New York: Pearson Education.

Merriam, S.B. and et. al. (2002). *Qualitative Research in Practice: Examples for Discussion and Analysis*. California: Jossey–Bass.

Merriam, S.B. (2009*). Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*. San Francisco: Jossey–Bass A Wiley imprint.

Neuman, W.L. (2006). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches.* Boston: Pearson International Edition.

OECD. (2000). *Labour Market and Social Policy-Occasional Paper N 47 Performance Measurement and Performance Management in OECD health Systems*. Paris: CEDEX 16.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2004). *Towards High-Performing Health Systems*. Paris: OECD.

Penchansky, R. and Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care,* 19, 127-140.

Sen, A. (1981). *Poverty and Famines; An Essay on Entitlement and Deprivation.* Oxford; Oxford University Press.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือการวิจัย

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเฉพาะบุคคล ชุดที่ 1
วิทยานิพนธ์ เรื่อง ความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามหลักประกันสุขภาพของประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
นางสาวกล่อมศรี สิทธิศักดิ์ นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

.....

แบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 1 เพื่อใช้สัมภาษณ์ประชาชนผู้เข้ารับการบริการด้านสาธารณสุขในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพ

ส่วนที่ 1

1.1 เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

1.2 อาชีพ.....

1.3 รายได้ จำนวน.....บาท/เดือน ( ) ไม่มีรายได้

1.4 รายจ่ายด้านการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท/เดือน

1.5 สิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาลของประชาชน คือ

( ) สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

( ) สิทธิประกันสังคม

( ) สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท

1.6 โรคที่เข้ารับการรักษา.....

1.7 จำนวนปีที่เข้ารับการรักษา.....

ส่วนที่ 2

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย

.....

.....

2.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับบริการ

.....

.....

2.3 ผลกระทบที่เกิดจากระบบบริการ

.....

.....

2.4 ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงระบบบริการ

.....

.....

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเฉพาะบุคคล ชุดที่ 2
วิทยานิพนธ์ เรื่อง ความเหลื่อมล้ำของการบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
นางสาวกล่อมศรี สิทธิศักดิ์ นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรรัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

.....

แบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 2 เพื่อใช้สัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ

ส่วนที่ 1

1.1 เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

1.2 วิชาชีพ/ตำแหน่ง.....

1.3 สถานที่ปฏิบัติงาน.....

1.4 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในสถานพยาบาล.....

ส่วนที่ 2

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย

.....

.....

2.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับบริการ

.....

.....

2.3 ผลกระทบที่เกิดจากระบบบริการ

.....

.....

2.4 ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงระบบบริการ

.....

.....

ภาคผนวก ข

หนังสือราชการ

หนังสือราชการ

หนังสือราชการ

การเผยแพร่ผลการวิจัย

กล่อมศรี สิทธิศักดิ์, ปิยลักษณ์ โพธิวรรณ์ และธนพฤกษ์ ชามะรัตน์. (2564). ความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตร้อยเอ็ด,* 11(1).

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ สกุล นางสาวกล่อมศรี สิทธิศักดิ์

วันเกิด 16 สิงหาคม 2521

ที่อยู่ปัจจุบัน 23/27 ถนนศีรีรัฐ ตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย 42000

สถานที่ทำงาน องค์การบริหารส่วนจังหวัดเลย ถนนจรัสศรี ตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย 42000

ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่าย (นักบริหารงานทั่วไป ระดับต้น)

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2547	ศาสนศาสตรบัณฑิต (ศน.บ.) สาขาวิชารัฐศาสตร์การปกครอง มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย
พ.ศ. 2553	ศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (ศน.ม.) สาขาวิชารัฐศาสตร์การปกครอง มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย
พ.ศ. 2564	รัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ร.ด.) สาขาวิชารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม