

## ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น<sup>๑</sup>

### ๑. สภาพปัญหาในปัจจุบัน

#### ๑.๑ ความไม่ครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แม้ประเทศไทยจะดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ แต่จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี ๒๕๕๐ พบว่า มีประชากรประมาณร้อยละ ๓.๕ หรือประมาณ ๒.๒ ล้านคนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพประกอบด้วย (๑) ผู้มีสัญชาติไทยและยังไม่ขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพและ (๒) กลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติซึ่งอาศัยอยู่ในประเทศไทยมานานแต่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ แม้ในทางปฏิบัติ ประชากรกลุ่มนี้ได้รับบริการสาธารณสุขทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากสถานพยาบาลของภาครัฐผ่านระบบสังคมสงเคราะห์ และการประกันสุขภาพแบบพิเศษในบางพื้นที่ แต่การขาดหลักประกันสุขภาพของกลุ่มคนเหล่านี้ ทำให้สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการบริการบุคคลกลุ่มนี้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่ประชาชนกลุ่มอื่นจะได้รับ

นอกจากนี้ ยังมีแรงงานต่างด้าวจำนวนมากทั้งมิได้รับการจดทะเบียนอย่างถูกต้องจากทางการ แต่เข้ามาพำนักอาศัยอยู่ในประเทศไทยและไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้ ทั้งนี้ การขาดโอกาสในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของประชากรกลุ่มนี้ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยบางประเภท ตัวอย่างเช่น โรคมาลาเรียหรือโรคฉี่หนูที่มีการดื้อยา โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ เช่น โรคไข้กาฬหลังแอ่นหรือโปลิโอ ฯลฯ ซึ่งหากละเลยหรือเพิกเฉย อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในประเทศจากการแพร่กระจายโรคและความเจ็บป่วยเหล่านั้นไปสู่ผู้อื่นได้ ดังนั้น รัฐจึงควรดูแลบุคคลกลุ่มเสี่ยงเพื่อสนับสนุนหลักการ “ความมั่นคงด้านสุขภาพ” ของประเทศไทย

อุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนไร้รัฐ-ไร้สัญชาติ คือการบริหารจัดการด้านการคลังสุขภาพซึ่งไม่เอื้อต่อการให้บริการ เนื่องจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไม่สามารถอุดหนุนค่าใช้จ่ายรายหัวให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มนี้ได้ โดยสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ตีความคำว่า “บุคคลทุกคน” ตามมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ให้ครอบคลุมเฉพาะ “บุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น” ส่งผลให้คนกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าสู่สิทธิในหลักประกันสุขภาพได้

#### ๑.๒ ปัญหาการกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมของระบบบริการสาธารณสุข

ความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขส่วนหนึ่งเป็นผลจากปัญหาการกระจายตัวของสถานพยาบาล บุคลากรและคุณภาพการบริการ ที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ เช่น ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ อัตราส่วนแพทย์และทันตแพทย์ต่อประชากรระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอีสาน ต่างกันประมาณ ๘ และ ๑๖ เท่าตามลำดับ ซึ่งปัญหาการกระจายตัวของบุคลากรดังกล่าวนี้ ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ

<sup>๑</sup> บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ในที่นี้หมายถึงการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การบริการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต่อชีวิต และการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระยะเวลากว่า ๓๐ ปี โดยมีสถานีนอมนามัยกระจายไปสู่ระดับตำบลทั่วประเทศและมีโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ แต่จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ พบว่า พบว่าสถานีนอมนามัยร้อยละ ๗๐ มีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน กล่าวคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๑ คนดูแลประชากร ๑๒๕๐ คน โดยสถานีนอมนามัยจำนวนมากต้องดูแลประชากรมากกว่า ๕ พันคนต่อแห่ง และประมาณร้อยละ ๑๗ ต้องดูแลประชากร ๑-๒ หมื่นคน ส่งผลให้โดยเฉลี่ยแล้วสถานีนอมนามัยมีบุคลากรเพียง ๒.๙ คนต่อแห่ง ทำให้การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึงและขาดคุณภาพ นอกจากนี้ บุคลากรในวิชาชีพที่มีความสำคัญ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ส่วนใหญ่ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในบางเวลา (part time) เท่านั้น

### ๑.๓ ความไม่เสมอภาคระหว่างกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ ๓ กองทุน

ความเหลื่อมล้ำในคุณภาพของบริการสาธารณสุขที่ประชาชนได้รับ จากระบบประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบ คือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสาเหตุจาก

๑) ความแตกต่างในชุดสิทธิประโยชน์ และระบบการบริหารจัดการงบประมาณ ความแตกต่างในงบประมาณที่รัฐให้การสนับสนุนต่อคนส่งผลให้สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่เท่ากับในระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ นอกจากนี้ ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นใช้วิธีการเหมาจ่ายรายหัว โดยผู้มีสิทธิต้องเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ ในขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลจะใช้วิธีการเรียกเก็บเงินตามจ่ายจริง โดยสามารถเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของภาครัฐใด ๆ ก็ได้ ทั้งสองประการนี้ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ไม่เสมอภาค โดยในปี ๒๕๕๑ประมาณการว่ารัฐให้สวัสดิการรักษายาบาล แก่ข้าราชการประมาณปีละ ๘,๔๑๔ บาทต่อคน<sup>๒</sup> ให้การอุดหนุนแก่แรงงานในระบบประกันสังคม เฉลี่ยปีละ ๕๑๓ บาทต่อคน (รวมส่วนที่สมทบโดยนายจ้างและลูกจ้างเป็น ๑,๕๓๙ บาทต่อคน)<sup>๓</sup> และให้การอุดหนุนแก่ประชาชนทั่วไปที่ได้รับความคุ้มครองภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๒,๑๐๐ บาทต่อคน

๒) ความแตกต่างในแหล่งที่มาของการคลังสุขภาพ โดยแหล่งเงินอุดหนุนในการจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นมาจากงบประมาณรายจ่ายภาครัฐ ในขณะที่การอุดหนุนสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม มีแหล่งเงินจากการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมจากรัฐ นายจ้างและลูกจ้าง

<sup>๒</sup> คำนวณ โดยความอนุเคราะห์จาก นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร แผนงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) จากการคาดประมาณรายจ่ายเพื่อสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการทั้งปี ๒๕๕๑ ที่ ๕๘,๓๙๐ ล้านบาท สำหรับการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัวประมาณ ๖.๙ ล้านคน (ณ ตุลาคม ๒๕๔๙ ประกอบด้วยผู้อาศัยได้แก่ข้าราชการ ลูกจ้าง และข้าราชการบำนาญ จำนวน ๑,๗๙๒,๗๘๙ คน และผู้อาศัยสิทธิ ได้แก่บิดา มารดา คู่สมรสและบุตร จำนวน ๕,๑๔๗,๑๘๔ คน - ที่มากรมบัญชีกลาง อ้างในส่วนนโยบายการคลังและงบประมาณ สำนักนโยบายการคลัง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง โครงการวิจัยการศึกษาผลกระทบของรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ/ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐต่อภาระทางการคลัง)

<sup>๓</sup> ในปี ๒๕๕๑ สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าเหมาจ่ายรายหัวแก่สถานพยาบาลในอัตรา ๑,๓๐๖ บาทต่อคนต่อปี และจ่ายรายหัวสำหรับโรคที่มีความเสี่ยงสูงอีก ๒๓๓ บาทต่อคนต่อปี รวม ๑,๕๓๙ บาทต่อคนต่อปี และมีแหล่งเงินมาจากการสมทบของรัฐ นายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละเท่า ๆ กัน อนึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายภายใต้กองทุนประกันสังคมนี้เป็นกลุ่มวัยแรงงาน ซึ่งโดยทั่วไปแล้วจะเป็นกลุ่มประชากรที่สุขภาพแข็งแรงและมีความเสี่ยงของการเจ็บป่วยต่ำกว่าเด็กและผู้สูงอายุ

## ๒. ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ จากบทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ ได้รับรองความเสมอภาคของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ รวมทั้งบริการสาธารณสุขโดยระบุไว้ใน หมวด ๓ สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ส่วนที่ ๙ มาตรา ๕๑ ว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”

๒.๒ สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานนี้ ยังได้รับการรับรองและประกันโดยหลักความเสมอภาคตามมาตรา ๓๐ ซึ่งระบุว่า “บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกันการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรมหรือความคิดเห็นทางการเมือง อันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้” รวมถึงได้รับการรับรองและคุ้มครองในฐานะความเป็นมนุษย์ตาม มาตรา ๔ ซึ่งระบุว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิเสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครอง”

๒.๓ มาตรา ๘๐ ของรัฐธรรมนูญกำหนดให้รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม โดยระบุว่า

“(๒) ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพอันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตาม มาตรฐานวิชาชีพ และจริยธรรมย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย”

๒.๔ สิทธิของบุคคลนี้ มีผลผูกพันรัฐโดยกำหนดไว้ในมาตรา ๒๖, ๒๗ และ ๒๘ ว่า

“มาตรา ๒๖ การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กรจะต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพ ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้” และ

“มาตรา ๒๗ สิทธิของบุคคลที่รัฐธรรมนูญรับรองโดยชัดแจ้ง โดยปริยายหรือโดยคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญ ย่อมได้รับความคุ้มครองและผูกพันรัฐสภา คณะรัฐมนตรี ศาล รวมทั้งองค์กรตามรัฐธรรมนูญ และหน่วยงานของรัฐโดยตรง ในการตรากฎหมาย การใช้บังคับกฎหมาย และการตีความกฎหมายทั้งปวง”

“มาตรา ๒๘ วรรค ๒ บุคคลผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้ สามารถยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้เพื่อใช้สิทธิทางศาลหรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้”

๒.๕ ในกฎหมายระดับพระราชบัญญัติ คือ มาตรา ๖ วรรค ๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ระบุไว้ว่า

“สุขภาพของเด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ และคนด้อยโอกาสในสังคมและ กลุ่มคนต่างๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพ ต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครอง อย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย”

นอกจากนี้ มาตรา ๙, ๑๐, ๑๑ และ ๑๒ ของพรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ยังเปิดโอกาสให้มีการดำเนินการเพื่อให้ระบบประกันสังคม สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ กองทุนเงินทดแทน สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยจากการทำงาน และบริษัทผู้รับประกันภัยตาม พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ ต้องจัดสรรเงินที่เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการให้บริการสาธารณสุขเข้าสู่ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อจัดสรรให้หน่วยบริการสาธารณสุขต่อไป ตามที่จะได้ตกลงกันระหว่างคณะกรรมการตามกฎหมาย

๒.๖ มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๘ ว่าด้วย ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล ได้กำหนดให้กระทรวงมหาดไทยดำเนินการเร่งรัดให้สถานะตามกฎหมายแก่บุคคลที่อพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยติดต่อกันเป็นเวลานาน และสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและเอกสารแสดงตนสำหรับบุคคลไร้รัฐไร้สัญชาติที่ไม่มีชื่ออยู่ในระบบทะเบียนราษฎร โดยมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนจากทางรัฐบาล

๒.๗ นอกจากนี้ ประเทศไทยได้ลงนามเป็นภาคีสันติสัญญาด้านสิทธิมนุษยชน จำนวน ๕ ฉบับซึ่งมีผลผูกพันประเทศไทยในฐานะรัฐภาคีที่ต้องดำเนินการคุ้มครอง ส่งเสริมสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน ได้แก่

๑) ข้อ ๒๕ กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางแพ่งและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights, ICCPR)

๒) ข้อ ๑๒ กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR)

๓) ข้อ ๕ อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ (International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, ICERD)

๔) ข้อ ๑๒ (๑) อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ (International Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, CEDAW) และ

๕) ข้อ ๒๔ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child, CRC) รวมถึงพันธกรณีตามข้อ ๒๕ (๑) แห่งปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. ๑๙๔๘ ในฐานะกฎหมายจารีตประเพณีระหว่างประเทศ

### ๓. การดำเนินงานที่ผ่านมา

๓.๑ หน่วยงานและคณะกรรมการที่รับผิดชอบต่อการดำเนินงาน ของระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้ง ๓ ระบบได้จัดให้มีกลไกในการประสานงานในรูปแบบคณะทำงาน แต่ยังมีได้กำหนด เป้าหมายการดำเนินงานในระยะยาวที่ชัดเจน การประชุมคณะทำงาน ก็มีการดำเนินการเพียง ปีละ ๑-๒ ครั้งและไม่มีมาตรการในการติดตามประเมินผลข้อสรุปหรือมติการประชุมของคณะทำงาน ดังนั้น การดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลตามมาตรา ๙, ๑๐ และ ๑๑ แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ จึงมีความก้าวหน้าระดับหนึ่งเท่านั้น อันเนื่องจากความไม่พร้อมและความเห็นที่แตกต่างกัน

๓.๒ อย่างไรก็ตาม ผลจากการประสานงานที่ผ่านมาได้ทำให้เกิดความร่วมมือกันมากขึ้น เช่น

๑) การแบ่งปันข้อมูลผู้ขึ้นทะเบียนของทั้ง ๓ ระบบ เพื่อปรับปรุงข้อมูลผู้ประกันตนให้เป็นปัจจุบัน และลดปัญหาการมีสิทธิซ้ำซ้อน

๒) การกำหนดให้มีการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นมาตรฐานในการให้บริการ ของทั้งสามกองทุน

๓) การใช้วิธีประมาณการค่าใช้จ่ายในอนาคตของทั้งสามกองทุนร่วมกัน

๔) การเรียนรู้ร่วมกันในประเด็นผลกระทบของกลไกการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล ที่ใช้อยู่ต่อ พฤติกรรมการให้บริการของสถานพยาบาล และเริ่มใช้กลไกการควบคุม การจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยใน หรือวิธีการ ตั้งราคาจ่ายสำหรับอุปกรณ์การแพทย์บางอย่าง ทำให้ที่ผ่านมการดำเนินงานของกองทุนต่าง ๆ มีแนวโน้มใกล้เคียงกันมากขึ้น อย่างไรก็ตาม มีสิทธิประโยชน์บางประเภท เช่น การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และการใช้น้ำหนักสัมพัทธ์สำหรับกลุ่มโรค (diagnostic-related group – DRG) สำหรับการจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยใน ยังมีความแตกต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ

#### ๔. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติในเอกสาร ร่างมติ ๑ / ๘