

## ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น<sup>1</sup>

### 1. สภาพปัญหาในปัจจุบัน

#### 1.1. ความไม่ครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แม้ประเทศไทยจะดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 แต่จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2550 พบว่า มีประชากรประมาณร้อยละ 3.5 หรือประมาณ 2.2 ล้านคนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพประกอบด้วย (1) ผู้มีสัญชาติไทยและยังไม่ขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพและ (2) กลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติซึ่งอาศัยอยู่ในประเทศไทยมานานแต่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ แม้ในทางปฏิบัติ ประชากรกลุ่มนี้จะได้รับบริการสาธารณสุขทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากสถานพยาบาลของภาครัฐผ่านระบบสังคมสงเคราะห์ และการประกันสุขภาพแบบพิเศษในบางพื้นที่ แต่การขาดหลักประกันสุขภาพของกลุ่มคนเหล่านี้ ทำให้สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการบริการบุคคลกลุ่มนี้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่ประชาชนกลุ่มอื่นจะได้รับ

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

อุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนไร้รัฐ-ไร้สัญชาติ คือการบริหารจัดการด้านการคลังสุขภาพซึ่งไม่เอื้อต่อการให้บริการ เนื่องจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไม่สามารถอุดหนุนค่าใช้จ่ายรายหัวให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มนี้ได้ โดยสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ตีความคำว่า “บุคคลทุกคน” ตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้ครอบคลุมเฉพาะ “บุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น” ส่งผลให้คนกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าสู่สิทธิในหลักประกันสุขภาพได้

<sup>1</sup> บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ในที่นี้หมายถึงการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การบริการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต่อชีวิต และการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

## 1.2. ปัญหาการกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมของระบบบริการสาธารณสุข

ความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขส่วนหนึ่งเป็นผลจากปัญหาการกระจายตัวของสถานพยาบาล บุคลากรและคุณภาพการบริการ ที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ เช่น ในปี พ.ศ. 2548 อัตราส่วนแพทย์และทันตแพทย์ต่อประชากรระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอีสาน ต่างกันประมาณ 8 และ 16 เท่าตามลำดับ ซึ่งปัญหาการกระจายตัวของบุคลากรดังกล่าวนี้ ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี โดยมีสถานีอนามัยกระจายไปสู่ระดับตำบลทั่วประเทศและมีโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ แต่จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2549 พบว่า พบว่าสถานีอนามัยร้อยละ 70 มีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน กล่าวคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คนดูแลประชากร 1250 คน โดยสถานีอนามัยจำนวนมากต้องดูแลประชากรมากกว่า 5 พันคนต่อแห่ง และประมาณร้อยละ 17 ต้องดูแลประชากร 1-2 หมื่นคน ส่งผลให้โดยเฉลี่ยแล้วสถานีอนามัยมีบุคลากรเพียง 2.9 คนต่อแห่ง ทำให้การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึงและขาดคุณภาพ นอกจากนี้ บุคลากรในวิชาชีพที่มีความสำคัญ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ส่วนใหญ่ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในบางเวลา (part time) เท่านั้น

## 1.3. ความไม่เสมอภาคระหว่างกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ 3 กองทุน

ความเหลื่อมล้ำในคุณภาพของบริการสาธารณสุขที่ประชาชนได้รับ จากระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบคือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสาเหตุจาก

### 1) ความแตกต่างในชุดสิทธิประโยชน์ และระบบการบริหารจัดการงบประมาณ

ความแตกต่างในงบประมาณที่รัฐให้การสนับสนุนต่อคนส่งผลให้สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่เท่ากับในระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ นอกจากนี้ ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ใช้วิธีการเหมาจ่ายรายหัว โดยผู้มีสิทธิ์ต้องเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ ในขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลจะใช้วิธีการเรียกเก็บเงินตามจ่ายจริง โดยสามารถเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของภาครัฐใดๆก็ได้ ทั้งสองประการนี้ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ไม่เสมอภาค โดยในปี 2551 งบประมาณการว่ารัฐให้สวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการประมาณปีละ 8,414 บาทต่อคน<sup>2</sup> ให้การอุดหนุนแก่แรงงานในระบบประกันสังคม เฉลี่ยปีละ 513 บาทต่อคน (รวมส่วนที่สมทบโดยนายจ้างและ

<sup>2</sup> คำนวณ โดยความมอญเคราะห์จาก นพ.วิโรจน์ตั้งเจริญเสถียร แผนงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) จากการคาดประมาณรายจ่ายเพื่อสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการทั้งปี 2551 ที่ 58,390 ล้านบาท สำหรับการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวประมาณ 6.9 ล้านคน (ณ ตุลาคม 2549 ประกอบด้วยผู้อ้างอิงสิทธิได้แก่ข้าราชการ ลูกจ้าง และข้าราชการบำนาญ จำนวน 1,792,789 คน และผู้อาศัยสิทธิ ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรสและบุตร จำนวน 5,147,184 คน—ที่มา กรมบัญชีกลาง อ้างในสวนนโยบายการคลังและงบประมาณ สำนักนโยบายการคลัง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง โครงการวิจัยการศึกษาผลกระทบของรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ/ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐต่อภาระทางการคลัง)

2) ความแตกต่างในแหล่งที่มาของการคลังสุขภาพ โดยแหล่งเงินอุดหนุนในการจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นมาจากงบประมาณรายจ่ายภาครัฐ ในขณะที่การอุดหนุนสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม มีแหล่งเงินจากการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมจากรัฐ นายจ้างและลูกจ้าง

## 2. ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2.1. จากบทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้รับรองความเสมอภาคของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ รวมทั้งบริการสาธารณสุขโดยระบุไว้ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ส่วนที่ 9 มาตรา 51 ว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษายาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”

2.2. สิทธิในการได้รับการบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานนี้ ยังได้รับการรับรองและประกันโดยหลักความเสมอภาคตามมาตรา 30 ซึ่งระบุว่า “บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกันการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สถานภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรมหรือความคิดเห็นทางการเมือง อันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้” รวมถึงได้รับการรับรองและคุ้มครองในฐานะความเป็นมนุษย์ตาม มาตรา 4 ซึ่งระบุว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิเสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครอง”

2.3. มาตรา 80 ของรัฐธรรมนูญกำหนดให้รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม โดยระบุว่า

“(2) ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตาม มาตรฐานวิชาชีพ และจริยธรรมย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย”

<sup>3</sup> ในปี 2551 สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าเหมาจ่ายรายหัวแก่สถานพยาบาลในอัตรา 1,306 บาทต่อคนต่อปี และจ่ายรายหัวสำหรับโรคที่มีความเสี่ยงสูงอีก 233 บาทต่อคนต่อปี รวม 1,539 บาทต่อคนต่อปี และมีแหล่งเงินมาจากการสมทบของรัฐ นายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละเท่า ๆ กัน หนึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายภายใต้กองทุนประกันสังคมนี้เป็นกลุ่มวัยแรงงาน ซึ่งโดยทั่วไปแล้วจะเป็นกลุ่มประชากรที่สุขภาพแข็งแรงและมีความเสี่ยงของการเจ็บป่วยต่ำกว่าเด็กและผู้สูงอายุ

2.4. สิทธิของบุคคลนี้ มีผลผูกพันรัฐโดยกำหนดไว้ในมาตรา 26, 27 และ 28 ว่า

“มาตรา 26 การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กรจะต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพ ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้” และ

“มาตรา 27 สิทธิของบุคคลที่รัฐธรรมนูญรับรองโดยชัดแจ้ง โดยปริยายหรือโดยคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญ ย่อมได้รับความคุ้มครองและผูกพันรัฐสภา คณะรัฐมนตรี ศาล รวมทั้งองค์กรตามรัฐธรรมนูญ และหน่วยงานของรัฐโดยตรง ในการตรากฎหมาย การบังคับกฎหมาย และการตีความกฎหมายทั้งปวง”

“มาตรา 28 วรรค 2 บุคคลผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้ สามารถ ยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้เพื่อใช้สิทธิทางศาลหรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้”

2.5. ในกฎหมายระดับพระราชบัญญัติ คือ มาตรา 6 วรรค 2 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ระบุไว้ว่า

“สุขภาพของเด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ และคนด้อยโอกาสในสังคมและ กลุ่มคนต่างๆ ที่มีความจำเป็นในเรื่องสุขภาพ ต้องได้รับการส่งเสริมและคุ้มครอง อย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย”

นอกจากนี้ มาตรา 9, 10, 11 และ 12 ของพรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ยังเปิดโอกาสให้มีการดำเนินการเพื่อให้ระบบประกันสังคม สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ กองทุนเงินทดแทนสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยจากการทำงาน และบริษัทผู้รับประกันภัยตาม พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ ต้องจัดสรรเงินที่เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการให้บริการสาธารณสุขเข้าสู่ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อจัดสรรให้หน่วยบริการสาธารณสุขต่อไป ตามที่จะได้ตกลงกันระหว่างคณะกรรมการตามกฎหมาย

2.6. มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2548 ว่าด้วย ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล ได้กำหนดให้กระทรวงมหาดไทยดำเนินการเร่งรัดให้สถานะตามกฎหมายแก่บุคคลที่อพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยติดต่อกันเป็นเวลานาน และสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและเอกสารแสดงตน สำหรับบุคคลไร้รัฐไร้สัญชาติที่ไม่มีชื่ออยู่ในระบบทะเบียนราษฎร โดยมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนจากทางรัฐบาล

2.7. นอกจากนี้ ประเทศไทยได้ลงนามเป็นภาคีสันติสัญญาด้านสิทธิมนุษยชน จำนวน 5 ฉบับ ซึ่งมีผลผูกพันประเทศไทยในฐานะรัฐภาคีที่ต้องดำเนินการคุ้มครอง ส่งเสริมสิทธิในการได้รับการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน ได้แก่

1) ข้อ 25 กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางแพ่งและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights, *ICCPR*)

2) ข้อ 12 กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, *ICESCR*)

3) ข้อ 5 อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ (International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, *ICERD*)

4) ข้อ 12(1) อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ (International Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, *CEDAW*) และ

5) ข้อ 24 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child, CRC) รวมถึงพันธกรณีตามข้อ 25 (1) แห่งปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 ในฐานะกฎหมายจารีตประเพณีระหว่างประเทศ

### 3. การดำเนินงานที่ผ่านมา

3.1 หน่วยงานและคณะกรรมการที่รับผิดชอบต่อการดำเนินงาน ของระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้ง 3 ระบบได้จัดให้มีกลไกในการประสานงานในรูปแบบคณะกรรมการ แต่ยังมีได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในระยะยาวที่ชัดเจน การประชุมคณะทำงาน ก็มีการดำเนินการเพียง ปีละ 1-2 ครั้งและไม่มีมาตรการในการติดตามประเมินผลข้อสรุปหรือมติการประชุมของคณะทำงาน ดังนั้น การดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลตามมาตรา 9, 10 และ 11 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงมีความก้าวหน้าระดับหนึ่งเท่านั้น อันเนื่องจากความไม่พร้อมและความเห็นที่แตกต่างกัน

3.2 อย่างไรก็ตาม ผลจากการประสานงานที่ผ่านมาได้ทำให้เกิดความร่วมมือกันมากขึ้น เช่น

- 1) การแบ่งปันข้อมูลผู้ขึ้นทะเบียนของทั้ง 3 ระบบ เพื่อปรับปรุงข้อมูลผู้ประกันตนให้เป็นปัจจุบันและลดปัญหาการมีสิทธิ์ซ้ำซ้อน
- 2) การกำหนดให้มีการใช้จ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นมาตรฐานในการให้บริการของทั้งสามกองทุน
- 3) การใช้วิธีประมาณการค่าใช้จ่ายในขนาดของทั้งสามกองทุนร่วมกัน
- 4) การเรียนรู้ร่วมกันในประเด็นผลกระทบของกลไกการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่ใช้อยู่ต่อพฤติกรรมการให้บริการของสถานพยาบาล และเริ่มใช้กลไกการควบคุม การจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยใน หรือวิธีการตั้งราคาจ่ายสำหรับอุปกรณ์การแพทย์บางอย่าง ทำให้ที่ผ่านมามีการดำเนินงานของกองทุนต่าง ๆ มีแนวโน้มใกล้เคียงกันมากขึ้น อย่างไรก็ตาม มีสิทธิประโยชน์บางประเภท เช่น การใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และการใช้น้ำหนักสัมพัทธ์สำหรับกลุ่มโรค (diagnostic-related group – DRG) สำหรับการจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยใน ยังมีความแตกต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ

### 3. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติในเอกสาร ร่างมติ 1/8