

บทความเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน (นธป.3)

สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของประชาชนไทยในทศวรรษที่ผ่านมา

ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

แผนสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2557 – 2561)¹

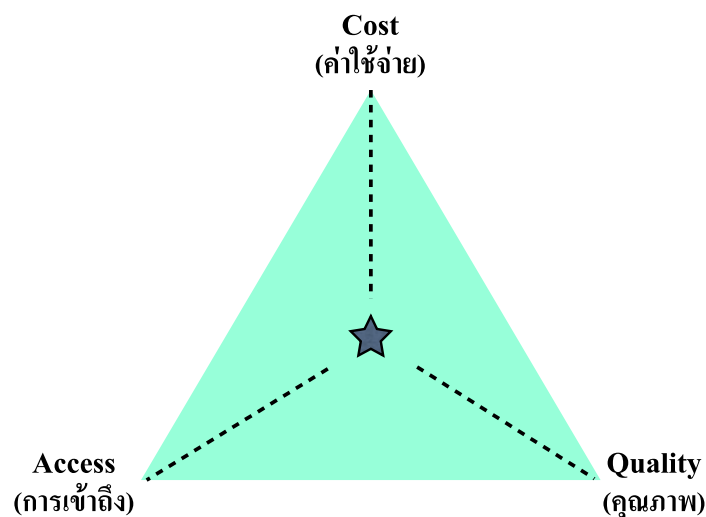
ประเทศไทยภายหลังจากที่มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้พัฒนาไปอย่างก้าวหน้าในด้านการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน (Human Right) ในด้านสาธารณสุข โดยประชาชนชาวไทยเกือบทั้งหมดของประเทศจะได้รับสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลจากหนึ่งในสามระบบหลักตามสิทธิของตน คือ สวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อีกทั้งยังได้รับสิทธิในการเข้ารับบริการในกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่ต้องถูกถามสิทธิ และไม่ต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อน อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นท้าทายที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ควรได้มีการผลักดันเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทั้งในด้านการเข้ารับบริการสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพของบริการ และการสร้างความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพ (Health Equity) ของผู้อยู่ในหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

ในปัจจุบัน ทั้ง 3 ระบบนี้ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนในสัดส่วนที่ต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการและครอบครัวประมาณ 5 ล้านคน ระบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนประมาณ 10 ล้านคน ในขณะที่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนที่นอกเหนือจาก

สิทธิความคุ้มครอง 2 ระบบดังกล่าว ซึ่งมีจำนวนมากถึงประมาณ 48 ล้านคน เป็นข้อถกเถียงกันมานานเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันของระบบประกันสุขภาพต่างๆ เหล่านี้ และเพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว จึงขอเริ่มด้วยการอธิบายความหมายของคำว่า **Health Equity** หรือความเสมอภาค ความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ และ **Iron Triangle of Healthcare** หรือสามเหลี่ยมของการดูแลสุขภาพ

Health Equity (ความเสมอภาค ความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ) หมายถึงการที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความแตกต่างกันในด้านสังคม ชนชั้น เชื้อชาติ เศรษฐฐานะ หรือถิ่นที่อยู่อาศัย ได้รับการดูแลหรือเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพได้ โดยปราศจากซึ่งความแตกต่างที่หลีกเลี่ยงได้หรือลดความเหลื่อมล้ำได้ อีกทั้งหมายรวมถึงการปราศจากซึ่งการขัดต่อความยุติธรรมและสิทธิอันพึงได้ส่วนบุคคล²

Iron Triangle of Healthcare หรือสามเหลี่ยมของการดูแลสุขภาพ เป็นการอธิบายความสัมพันธ์ ความเชื่อมโยงของปัจจัย 3 ประการของระบบการดูแลสุขภาพ³ (คุณภาพประกอบที่ 1)

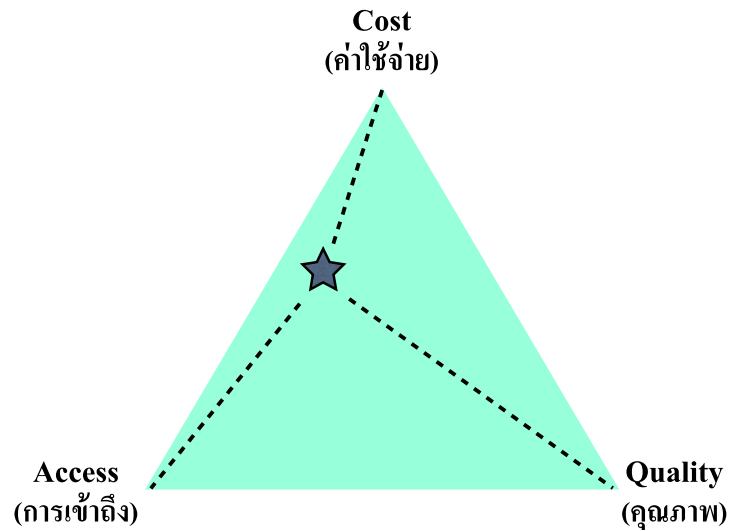


ภาพประกอบที่ 1 : สามเหลี่ยมของการดูแลสุขภาพ (ประยุกต์จากเอกสารอ้างอิง³)

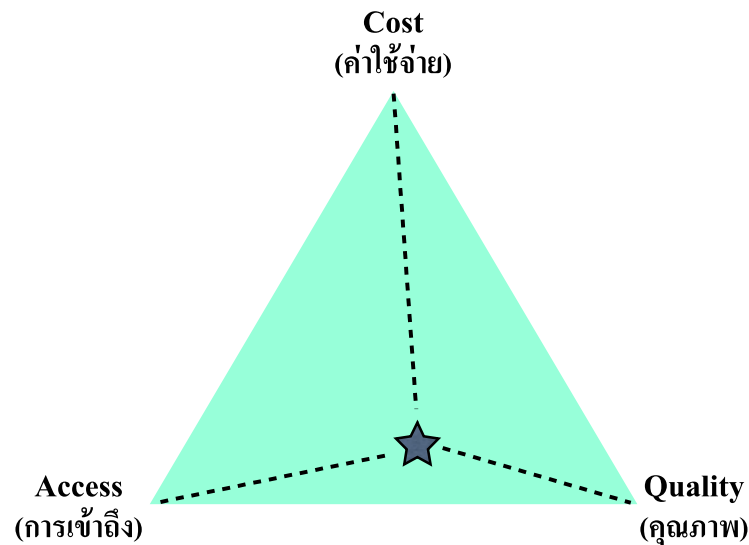
สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนในชุมชนใดชุมชนหนึ่ง ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการคือ ค่าใช้จ่าย (Cost) คุณภาพการให้การดูแลรักษาพยาบาล (Quality) และความสะดวกในการเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาล (Access) ระบบที่อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการและมีคุณภาพการบริการที่ดี ย่อมต้องมีค่าใช้จ่ายที่สูง หากต้องการลดค่าใช้จ่าย อาจใช้วิธีลดคุณภาพหรือลดความสะดวกในการเข้ารับบริการ (เช่น โรงพยาบาลปิดหออผู้ป่วย ทำให้ระยะเวลารอเตียงนานขึ้น) ขณะเดียวกัน คุณภาพการให้บริการจะลดลงหากการเข้าถึงบริการไม่สะดวกหรือกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายไว้ต่ำ ระบบการให้บริการด้านสุขภาพของแต่ละประเทศจึงอยู่ที่จุดสมดุลของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าว

★ เป็นจุดสมดุลที่ประชาชนหรือสมาชิกในชุมชนนั้นๆ สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ได้รับบริการที่มีคุณภาพระดับหนึ่ง และมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

ในการกำหนดจุดสมดุลของระบบการดูแลสุขภาพของสมาชิกของชุมชนหรือประชาชนของประเทศใดประเทศหนึ่งนั้น นโยบายด้านสุขภาพจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ ซึ่งต้องคำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพและความรุนแรงของปัญหา ตลอดจนรวมถึงระบบการให้บริการ (สถานที่ให้บริการ บุคลากรที่ให้บริการ เทคโนโลยีด้านการดูแลสุขภาพ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระบบการเบิกจ่าย ฯลฯ) ดังตัวอย่างที่แสดงในภาพประกอบที่ 2 และ 3



ภาพประกอบที่ 2 : ระบบการดูแลคุณภาพที่มีค่าใช้จ่ายต่ำ การเข้าถึงไม่สะดวก ส่งผลให้ระบบการให้บริการห่างจากมาตรฐานคุณภาพที่ควรเป็น



ภาพประกอบที่ 3 : ระบบการดูแลคุณภาพที่มีคุณภาพสูง เข้าถึงได้ง่าย ย่อมต้องมีค่าใช้จ่ายที่สูงไปตามส่วน

สำหรับในประเทศไทย ระบบการประกันสุขภาพที่สำคัญ 3 ระบบ กำหนดสิทธิในการรับบริการที่แตกต่างกัน จุดสมดุลของทั้ง 3 ระบบ ไม่ได้เป็นจุดเดียวกัน ประเด็นที่มัก

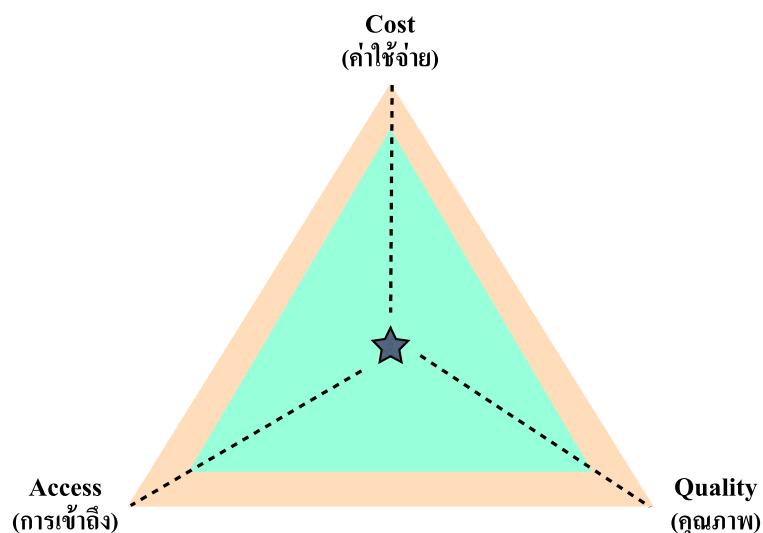
เป็นข้อถกเถียงกันเสมอคือลักษณะดังกล่าวถือว่าขัดต่อภาวะ Health Equity หรือไม่?
ประชาชนคนไทยได้รับการให้บริการด้านสุขภาพที่มี 3 มาตรฐานหรือไม่?

การวิเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนของประเทศไทย

เพื่อให้เกิดความสมดุลของสามเหลี่ยมการดูแลสุขภาพและเกิดความเสมอภาคทางสุขภาพ รวมถึงความเท่าเทียมกันในการรับบริการทางสุขภาพขึ้น หลักการการดำเนินการกระทำได้ 2 รูปแบบคือ

รูปแบบที่ 1 : จุดสมดุลของทั้ง 3 ระบบ อยู่ที่จุดเดียวกัน

ภายใต้หลักการนี้ จุดสมดุลคือสิทธิการรับบริการด้านสุขภาพพื้นฐาน (ซึ่งกำหนดระดับความสะดวกในการเข้าถึงการบริการ มาตรฐานคุณภาพการบริการที่เป็นที่ยอมรับ ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม) ของทั้ง 3 ระบบประกันสุขภาพ เป็นจุดเดียวกัน (Basic Service Package) บุคคลใดที่ต้องการได้รับบริการที่สูงกว่าระดับดังกล่าว ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเองเมื่อเข้ารับบริการในแต่ละครั้ง - Copayment (คุณภาพ ประเภที่ 4) ทั้งนี้ สิทธิการรับบริการด้านสุขภาพพื้นฐานดังกล่าว ต้องครอบคลุมทั้งการ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ



ภาพประกอบที่ 4 : ระบบการดูแลสุขภาพที่ผู้รับบริการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากการให้บริการระดับพื้นฐาน

รูปแบบที่ 2 : จุดสมมูลของแต่ละระบบอยู่ต่างที่กัน

ภายใต้หลักการนี้ จุดสมมูลคือสิทธิการรับบริการด้านสุขภาพของแต่ละระบบอยู่ต่างที่กัน นั่นคือผู้ได้รับสิทธิของแต่ละระบบ ได้รับสิทธิการรับการรักษาพยาบาลพื้นฐานที่ไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ ผู้มีสิทธิในแต่ละระบบมีส่วนรับผิดชอบในจุดสมมูลของการให้บริการด้านสุขภาพพื้นฐานโดยผ่านกลไกต่างๆ (เช่น การหักเงินรายได้ การกำหนดอัตรารายได้ที่ต่ำ) และส่วนรับผิดชอบของผู้มีสิทธิควรเป็นสัดส่วนที่เหมาะสมเมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับที่แตกต่างกัน

1. การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

1. ประชาชนบางกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ไร้สัญชาติและกลุ่มผู้อาศัยอยู่ในพื้นที่กันดารซึ่งมีอุปสรรคในการติดต่อกับสถานที่ราชการ ไม่มีบัตรประชาชน จึงไม่มีสิทธิในการได้รับหลักประกันสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ ยังขาดความชัดเจนในทางปฏิบัติเกี่ยวกับหลักฐานที่จำเป็นต้องแสดงเมื่อเข้ารับบริการ

ตารางประกอบที่ 1 : แสดงให้เห็นความแตกต่างของระบบการดูแลสุขภาพต่างๆ⁴

	ข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	แรงงานต่างด้าว	พนักงาน ส่วนท้องถิ่น	ข้าราชการ กรุงเทพฯ
ลักษณะ	สวัสดิการ	ประกัน ภาคบังคับ	สวัสดิการ	ประกัน ภาคบังคับ	สวัสดิการ	สวัสดิการ
หน่วยงาน กำกับดูแล	กรมบัญชีกลาง	สนง.ประกัน สังคม	สปสช.	สนง.สาธารณสุข จังหวัด	องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	กองบำเหน็จบำนาญ สนง.คลัง กทม.
กระทรวง ต้นสังกัด	กระทรวง การคลัง	กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม	กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม	กระทรวง มหาดไทย	กระทรวง มหาดไทย
แหล่งเงิน	งบประมาณ แผ่นดิน	ลูกจ้าง/นายจ้าง/รัฐ	งบประมาณ แผ่นดิน	ผู้ประกันตน	งบประมาณ แผ่นดิน	งบประมาณ แผ่นดิน
วิธีจ่าย ค่าบริการ	จ่ายตามจริง	เหมาจ่าย	เหมาจ่าย	เหมาจ่าย	จ่ายตามจริง	เหมาจ่าย

หมายเหตุ : รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย : กุมภาพันธ์ 2556

2. ประชาชนส่วนใหญ่ที่มีฐานะยากจนยังคงมีปัญหาในการรับภาระด้านการเดินทาง และค่าเสียโอกาสจากการต้องหยุดงานเมื่อประสงค์จะเข้ารับบริการสาธารณสุข จึงไม่สามารถเข้ารับบริการได้ แม้จะเข้าถึงหลักประกันสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. โครงสร้างของปัญหาการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับปัญหาในมิติอื่นๆ เช่น การคมนาคมขนส่ง การเมืองการปกครอง ซึ่งเกี่ยวพันกับภารกิจของหน่วยงานอื่น และจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างบูรณาการ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

4. การเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม จึงจำเป็นต้องพัฒนาโอกาสและช่องทางการเข้ารับบริการ ควบคู่ไปกับสิทธิในการเข้ารับบริการที่ปัจจุบันได้รับการรับรองตามกฎหมาย

ข้อเสนอแนะจากการสัมมนาจัดทำแผนสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข¹

1. สร้างความรู้และความเข้าใจแก่ผู้ป่วยถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลที่พึงได้ของตน และให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการได้รับรู้ข้อมูลการรักษาของตนเองอย่างเป็นรูปธรรมและมีการบังคับใช้จริง ทั้งในส่วนของกระบวนการรักษา และยาที่ใช้ในการรักษา เพื่อให้ได้ทราบทางเลือกของตนเกี่ยวกับบริการสุขภาพตามสิทธิที่พึงได้รับ ตลอดจนการได้รับการชดเชยเยียวยาผลกระทบจากการรักษาที่ผิดพลาดตามสมควร

2. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนในการรับบริการด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

3. กระจายทรัพยากรสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ ซึ่งควรจัดให้มีเพียงพอในทุกสถานพยาบาล

4. พัฒนาระบบการสาธารณสุขเคลื่อนที่ เพื่อช่วยลดภาระในการเดินทางเข้ารับบริการสาธารณสุขของผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดทำแผนการตรวจเยี่ยม

และรักษาเคลื่อนที่นอกเวลาราชการ เพื่อให้สอดคล้องกับความจำเป็นของประชาชนส่วนใหญ่ที่ต้องประกอบอาชีพในช่วงวันและเวลาราชการ

5. พัฒนาช่องทางการบริการสำหรับกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มแรงงานข้ามชาติ โดยสำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาตินั้น อาจควรพิจารณาให้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการด้านสุขภาพที่จัดเก็บเงินสมทบจากแรงงานข้ามชาติเป็นการเฉพาะ เพื่อความยั่งยืนในการบริหาร โดยไม่เป็นภาระงบประมาณของประเทศ รวมทั้งพัฒนาช่องทางการร้องเรียนกรณีที่ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือไม่ได้รับความเท่าเทียมกันของคุณภาพการบริการ

6. พัฒนาระบบการชดเชยค่าเสียโอกาสจากการหยุดงานเมื่อต้องเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ซึ่งสะท้อนการสูญเสียรายได้ตามจริง และเป็นธรรมกับทั้งนายจ้างและลูกจ้าง

2. ความเท่าเทียมของคุณภาพบริการ

1. คุณภาพ ประเภทของบริการที่ได้รับยังมีความเหลื่อมล้ำ และความล่าช้าของการได้รับบริการยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ตลอดจนรูปแบบและสัดส่วนการสมทบเข้ากองทุนยังคงมีความแตกต่างกันตามแต่ละระบบประกันสุขภาพ

2. ความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการและยาที่ได้รับ การกระจายจำนวนบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ปริมาณและคุณภาพของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท และระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ

3. ประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับสิทธิการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข

4. หลักประกันสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการรับรองการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามที่ได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ซึ่งมีโครงสร้างที่แตกต่างจากสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพอื่นๆ กล่าวคือ ระบบสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจมีสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลอยู่ในรูปของสวัสดิการของข้าราชการที่มี

ฐานเงินเดือนต่ำกว่าผู้ประกอบการอาชีพในภาคเอกชน และระบบประกันสังคมที่ผู้ได้รับสิทธิ และนายจ้างต้องจ่ายสมทบเข้ากองทุน

5. บุคลากรทางการแพทย์มีแนวโน้มที่จะออกจากระบบราชการมุ่งสู่เอกชน เนื่องจากค่าตอบแทนที่สูงกว่า และมักจะกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ๆ ซึ่งมีคุณภาพชีวิตดีกว่า

6. การจัดสรรงบประมาณสำหรับสถานบริการสาธารณสุขและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ยังคงจำเป็นต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกแก่โรงเรียนแพทย์และสถานบริการสาธารณสุขในเขตเมือง ซึ่งมีความพร้อมในการต่อยอดและพัฒนาศักยภาพระบบบริการที่มีอยู่แล้วให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะจากการสัมมนาจัดทำแผนสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข¹

1. เพิ่มทางเลือกในการร่วมจ่ายสมทบของผู้ประกันในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ผู้ประสงค์จะได้รับการที่มีคุณภาพสูงขึ้นกว่าบริการขั้นพื้นฐานดังที่ระบุไว้ตามสิทธิ อันเป็นแนวทางที่ช่วยสร้างความยั่งยืนทางการคลังของระบบประกันสุขภาพของประเทศโดยรวม และสร้างความเป็นธรรมแก่ผู้ประกันในระบบอื่นที่ได้มีการร่วมสมทบในรูปแบบอยู่แล้ว

2. พัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพอย่างบูรณาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public Private Partnership) ทั้งในด้านการป้องกันการส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาโรค เพื่อร่วมใช้ทรัพยากรทั้งในด้านสถานบริการ บุคลากร และครุภัณฑ์ในภาครัฐและเอกชนอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนพัฒนามาตรการให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรค

3. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยในเขตพื้นที่ห่างไกลสู่โรงพยาบาลศูนย์ในพื้นที่ ตลอดจนระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงคุณภาพบริการของประชาชนในเขตพื้นที่ห่างไกล

4. บูรณาการระบบบริหารจัดการด้านการบริการทางการแพทย์ของ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการทางการแพทย์ ทำให้ทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน รวดเร็วและปลอดภัยเท่าเทียมอย่างทั่วถึง และไม่มีความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ

เอกสารอ้างอิง :

1. แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2557 – 2561)
2. Health Equity : World Health Organization .
www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/
3. William Kissick, Medicine's Dilemmas: Infinite Needs Versus Finite Resources, 1994
4. เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, วรวิทย์ ไพบูลย์จิตต์อารี, ชารทิพย์ ศรีสุวรรณเดศ, พรชัย พิฬาเวสส. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย : กุมภาพันธ์ 2556