

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: พัฒนาการ แนวโน้ม และการสำรวจมาตรฐานด้านสุขภาพของไทย¹

วิชุดา สาริตพร²

บทคัดย่อ

บทความนี้ทำการศึกษาพัฒนาการของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทิศทางของนโยบายภายหลังจากการเข้ามาบริหารงานของรัฐบาลยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ร่วมกับการประเมินเกี่ยวกับมาตรฐานด้านสุขภาพในปัจจุบันของประเทศไทย อาศัยข้อมูลจากรายงานการพัฒนามนุษย์ (Human Development Report) ของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) บทความนี้ค้นพบว่าประเทศไทยมีการพัฒนาในเรื่องระบบการประกันสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง มีการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านการสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้าน ส่งผลให้ประชาชนชาวไทยสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพอย่างกว้างขวางกว่าในอดีต อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผ่านมายังไม่สามารถเป็นหลักประกันได้ว่าคนไทยจะมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากคนไทยยังมีความเสี่ยงต่อการติดโรคร้ายแรงอยู่ ดังนั้น นอกจากการพยายามจัดสรรทรัพยากรและจัดบริการด้านการแพทย์ที่ได้มาตรฐานและทั่วถึงแล้ว รัฐบาลยังต้องให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพแก่ประชาชนด้วย

¹ ปรับปรุงจากบทความเรื่องนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้เขียน ซึ่งนำเสนอบนเว็บไซต์ของเครือข่ายข้อมูลนักการเมืองไทย (www.tpd.in.th) ผู้เขียนขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.จรัส สุวรรณมาลา สำหรับข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงเนื้อหาของบทความนี้

² นักวิจัย เครือข่ายข้อมูลนักการเมืองไทย และนักศึกษาปริญญาเอก สาขาการเมืองการปกครองและนานาชาติศึกษา (Political and International Studies) มหาวิทยาลัยนิวอิงแลนด์ ประเทศออสเตรเลีย (email: wsatidpo@une.edu.au)

บทนำ

นโยบายด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศไทยนับว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในรอบทศวรรษที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายนี้ทำให้โดยภาพรวมคนไทยมีสุขภาพดีขึ้นกว่าในอดีต คนไทยสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างกว้างขวางและทั่วถึงมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในเรื่องคุณภาพของการให้บริการยังคงเป็นปัญหา ทรัพยากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขยังคงขาดแคลน และยังมีคนไทยอีกจำนวนไม่น้อยที่ยังคงเผชิญกับความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจากโรคภัยแรงต่างๆ

ดังนั้น ทันทีที่รัฐบาลพรรคเพื่อไทยโดยนายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกมาเปิดเผยว่า จะมีการหารือกรอบหลักเกณฑ์การจัดเก็บค่าธรรมเนียมนาย 30 บาท ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็เกิดคำถามว่าการเปลี่ยนแปลงในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำลังจะเกิดขึ้นนี้จะช่วยปรับปรุงระบบการให้บริการด้านสาธารณสุขของไทยให้ดียิ่งขึ้นได้หรือไม่ หรือจะทำให้จุดอ่อนของระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่แล้วยิ่งแย่ลงไปอีก

บทความนี้มุ่งทำความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยใน 4 ประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดเชิงปรัชญาของการประกันสุขภาพ
2. พัฒนาการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย
3. ก้าวต่อไปของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. มาตรฐานด้านสุขภาพของไทย

แนวความคิดเชิงปรัชญาของการประกันสุขภาพ

โดยทั่วไป แนวคิดที่นำมาใช้ในการจัดการระบบประกันสุขภาพมีอยู่ด้วยกัน 2 แนวทาง แนวทางแรกเกิดจากแนวคิดที่ต้องการให้ประชาชนสามารถเลือกระบบประกันสุขภาพของตนเองได้อย่างเสรี โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของแต่ละคน เช่น การซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทประกันภัยในรูปแบบต่างๆ ส่วนแนวทางที่สองมาจากแนวคิดที่เชื่อว่ารัฐควรเป็นผู้จัดหาบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน โดยประชาชนทุกคนจะต้องได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน โดยถือว่าเป็นสวัสดิการที่รัฐเป็นผู้จัดหาให้ (กิตติพัฒน์ นนทบุรีมะดุล, 2537; Nyman, 2003)

สำหรับประเทศไทย ได้มีการจัดรูปแบบระบบประกันสุขภาพทางสายกลางคือการผสมผสานระหว่างทั้งสองแนวความคิดโดยประชาชน (ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและยอมรับภาระค่าใช้จ่ายได้เอง) สามารถมีสิทธิ

เลือกประกันสุขภาพได้ตามความสมัครใจด้วยตนเอง ในขณะเดียวกัน รัฐบาลก็เป็นผู้จัดหาประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนที่ไม่มีความสามารถเข้าถึงประกันสุขภาพร่วมด้วยอีกทางหนึ่ง (ปราชญ์ วุฒิพงศ์ และคณะ, 2533) ทั้งนี้ ก็เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง โดยภาระค่าใช้จ่ายมิใช่อุปสรรค ดังที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2534: 12) ได้ให้แนวคิดในเรื่องหลักการประกันสุขภาพไว้อย่างชัดเจนว่า

"การประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคม ซึ่งเป็นการส่งเสริมระบบความมั่นคงทางสังคมวิธีหนึ่ง โดยให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องไปรับบริการทางสุขภาพทุกประเภท ซึ่งผู้ที่ได้รับความคุ้มครองดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อมีความจำเป็นยามเจ็บป่วยได้ โดยไม่ต้องกังวลถึงรายได้รายจ่ายหรือความแตกต่างของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (access to personal health care)... "

การพัฒนาการด้านสาธารณสุขไทยเริ่มเห็นเด่นชัดในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 โดยรัฐบาลเริ่มมีความชัดเจนในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นตัวชี้วัด และเป็นแนวทางในการติดตามประเมินผล (ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ, 2536) นอกจากนี้ ประเทศไทยยังได้ประยุกต์ใช้เค้าโครงหลักการของคณะกรรมการแห่งชาติออสเตรเลีย (National Report on Health Sector Performance Indicator 2001 by the National Health Performance Committee) และคณะกรรมการแห่งชาติประเทศแคนาดา (Canadian Institute of Health Information) ซึ่งมีมิติครอบคลุมหลายส่วน โดยตัวชี้วัดที่สำคัญสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. **ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพ** (Health Status Indicators) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชาชน บริการทางการแพทย์และสุขภาพอนามัย เช่น ตัวชี้วัดอัตราการตายอย่างหยาบ ซึ่งมีความสำคัญในการบ่งถึงสถานะอนามัยของชุมชน ตัวชี้วัดอัตราการตายเฉพาะเหตุของโรค
2. **ตัวชี้วัดสุขภาพอนามัย** (Health Determinant Indicators) เป็นตัวชี้วัดต่อสุขภาพของประชาชน โดยพิจารณาจาก พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของบุคคล ชีววิทยาและสภาพสิ่งแวดล้อม เช่น ตัวชี้วัดความทุกข์ของระดับดัชนีมวลกาย ตัวชี้วัดการใช้สารเสพติด
3. **ตัวชี้วัดระบบ** (Health System Indicators) เป็นตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ซึ่งใช้ในการจัดสรรทรัพยากร ประเมินผลงานการปฏิบัติงาน และปรับปรุงผลงาน รวมทั้งผลกระทบที่เกิดจาก

การจัดการบริการสาธารณสุข เช่น ตัวชี้วัดจำนวนแพทย์ต่อจำนวนผู้ป่วยนอก (ดู ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2554)

นอกจากนี้ ในการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพของไทยยังได้เพิ่มเติมคำว่า “ถ้วนหน้า” ไว้ด้วย เพื่อยืนยันว่า หลักประกันสุขภาพถือเป็น “สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับการสุขภาพที่มีมาตรฐานเสมอหน้าด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน...” (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544: 1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือเป็นองค์ประกอบสำคัญอันหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศไทย ไม่ใช่ในนโยบายสงเคราะห์ที่หยิบนับให้แก่คนจน หรือทำให้ผู้มาใช้บริการรู้สึกว่าเป็นพลเมืองชั้นสองหรือชั้นสามของประเทศ (อัมมาร สยามวาลา, 2544) กล่าวให้ชัดเจนยิ่งกว่าก็คือ “คนไทยทุกคน หากล้มป่วยลงจะต้องมั่นใจได้ว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ถูกจำกัดโดยเศรษฐกิจฐานะของตน และการรักษาพยาบาลนั้นจะต้องได้มาตรฐานที่เหมาะสม ในการใช้มาตรการใดมาตรการหนึ่งในการรักษา แพทย์จะต้องไม่คำนึงถึงเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วยอีกเช่นกัน” (อัมมาร สยามวาลา, 2546: 4) ดังนั้น การดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะประสบความสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อนโยบายเหล่านั้นได้ก่อให้เกิดระบบประกันสุขภาพที่ได้มาตรฐานทั้งในด้านคุณภาพของการให้บริการและความทั่วถึงของการกระจายของทรัพยากร

คำถามที่น่าสนใจก็คือนโยบายหลักประกันสุขภาพของไทยได้มีส่วนทำให้เกิดระบบการประกันสุขภาพที่ถ้วนหน้า ทั่วถึง และได้มาตรฐานหรือไม่ เพียงใด อย่างไรก็ตาม ก่อนที่จะตอบคำถามเหล่านี้ได้นั้น การทำความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการของนโยบายหลักประกันสุขภาพและทิศทางของนโยบายภายใต้การบริหารงานของรัฐบาลปัจจุบันก็นับว่ามีความสำคัญ ในหัวข้อถัดไป บทความนี้จะได้นำเสนอในสองประเด็นนี้เพื่ออธิบายว่าประเทศไทยมีแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างไรในแต่ละยุคสมัย แนวทางดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละรัฐบาลหรือไม่ อย่างไร (ถ้ามี) และอะไรคือสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น

พัฒนาการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

ในภาพรวม โครงการประกันสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทยสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะการจัดตั้ง วัตถุประสงค์ และการบริหารจัดการ (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2536: 56) คือ

1. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (compulsory health insurance) เช่น กองทุนทดแทนแรงงาน และกองทุนประกันสังคม รวมถึงการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
2. การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (voluntary health insurance) เช่น การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน โครงการบัตรประกันสุขภาพ (บัตร 500 บาท) ของกระทรวงสาธารณสุข

3. สวัสดิการที่รัฐจัดหาให้ (social welfare) ซึ่งมีพัฒนาการขึ้นตามลำดับ เช่น ในปี พ.ศ. 2518 รัฐบาลจัดสรรงบประมาณสำหรับสังคมสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้ต่ำด้านการรักษาพยาบาล โดยเน้นสำหรับกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำ ต่อมาในปี พ.ศ.2532 รัฐบาลได้ริเริ่มโครงการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ.2535 จัดทำโครงการสงเคราะห์ประชาชน ผู้มีรายได้ต่ำ ด้านการรักษาพยาบาล (สปน.) และในปี พ.ศ.2537 ได้จัดให้มีโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ขึ้น

กล่าวได้ว่า การพัฒนาระบบประกันสุขภาพไทย ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาได้จากการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 รัฐบาลได้ดำเนินการเน้นในเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน เน้นการดูแลสุขภาพที่จำเป็นอย่างทั่วถึงสำหรับทุกคน โดยค่าใช้จ่ายในเรื่องการประกันสุขภาพ จะต้องไม่เกินกำลังของประเทศที่จะรับผิดชอบได้ นอกจากนั้นรัฐเปิดโอกาสให้ประชาชน และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเน้นการพัฒนา 3 ก ได้แก่ กำลังคน กองทุน และการบริหารจัดการสนับสนุนให้ประชาชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ในช่วงแรก กระทรวงสาธารณสุข พัฒนานโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ ซึ่งในระยะแรกของระบบประกันสุขภาพ ได้มีการออกบัตรสุขภาพแก่ประชาชน โดยเน้นไปที่ระดับชุมชน ซึ่งผลการดำเนินงานในตอนแรก ได้รับความสำเร็จในระดับหนึ่งในการมีส่วนร่วมของประชาชน แต่ต่อมา การดำเนินโครงการได้ลดลงอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดลงในช่วงปี พ.ศ. 2530-2531 ระยะต่อมามีการดำเนินโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้าปี พ.ศ.2543 ซึ่งได้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่มุ่งให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดีในปี 2543 (World Health Organization, 1981: 91)

สาเหตุที่สำคัญที่ส่งผลให้โครงการการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ ไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องนั้น ทางสำนักประกันสุขภาพได้มีการศึกษาพบว่าโครงการประกันสุขภาพในยุคแรก เป็นโครงการของชุมชน โดยให้ชุมชนที่มีความสามารถในการจัดตั้งกองทุน และบริหารจัดการด้านการเงิน ได้จัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพภายในชุมชน แต่ผลการศึกษาพบว่ากองทุนไม่สามารถบริหารจัดการการเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการนำเงินกองทุนไปใช้ในการพัฒนาชุมชนในด้านอื่นเป็นจำนวนมาก นอกจากนั้นกฎเกณฑ์ระเบียบต่างๆ ของโครงการ มีความซับซ้อน ทำให้ยากแก่ความเข้าใจของประชาชนในชุมชน รวมทั้ง ประชาชนไม่เข้าใจในเรื่องประโยชน์ของการเก็บเงินเข้ากองทุนประกันสุขภาพหรือการเก็บเงินล่วงหน้า จึงส่งผลให้จำนวนประชาชนที่เข้าร่วมโครงการลดลงอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2536: 8)

การประกันสุขภาพได้มีการพัฒนาต่อเนื่อง เช่น โครงการบัตรประกันสุขภาพสมัครใจราคา 500 บาท โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับปรุงกฎเกณฑ์ รูปแบบ วิธีการ เงื่อนไข และสิทธิประโยชน์ของบัตร และได้เริ่มดำเนินการในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 นั้น แต่ก็เกิดปัญหาเช่นเดียวกัน คือ

ประชาชนจะซื้อบัตร เฉพาะเวลาที่มีโรคหรือเจ็บป่วยที่ต้องไปรับบริการจากแพทย์ และโรงพยาบาลเท่านั้น แต่คนปกติแข็งแรง ก็จะไม่นิยมซื้อบัตรประกันสุขภาพ เพราะมองไม่เห็นความจำเป็นดังกล่าว นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่โครงการไม่ได้รับความนิยมคือเรื่องความเชื่อของการได้รับบริการด้านการแพทย์ และคุณภาพของยาระหว่างผู้ถือบัตรประกันสุขภาพราคา 500 บาทกับผู้ชำระเงินเต็มจำนวน มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด

เมื่อพิจารณาการดำเนินการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพที่ผ่านมา ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญ คือ การดำเนินการต่างๆ ที่ผ่านมาในระยะแรก เป็นการดำเนินงานภายใต้นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่โครงการหรือนโยบายหลักของรัฐบาล ดังนั้น ความสำเร็จในเชิงรูปธรรมในช่วงแรก จึงไม่สามารถเห็นภาพชัดเจน

อย่างไรก็ตาม นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการปฏิรูประบบสุขภาพไทย มีความเด่นชัดขึ้นในปี พ.ศ.2540 ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 บัญญัติว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยไร้สิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่กระทำได้...”

การประกันสุขภาพ เริ่มมีทิศทางที่สดใส ชัดเจนขึ้น ในยุครัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร กล่าวคือ ในปี 2544 พ.ต.ท.ทักษิณ ได้นำแนวคิดเรื่องการประกันสุขภาพมาเป็นนโยบายหลักและเร่งด่วน จนได้รับความนิยมจากประชาชน และถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของประวัติศาสตร์ไทยที่ทุกพรรคการเมือง เริ่มใช้นโยบายด้านการประกันสุขภาพ มาเป็นนโยบายหลักในการหาเสียง

ภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรียุคทักษิณ รัฐบาลพรรคไทยรักไทยได้จัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขึ้นเพื่อเป็นหน่วยงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้นำเสนอแนวนโยบายด้านการประกันสุขภาพซึ่งประชาชนรู้จักกันดีในชื่อ “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” โดยเริ่มมีการกำหนดใช้ในวันที่ 1 เมษายน 2544 นำร่องใน 6 จังหวัดและขยายตัวอย่างต่อเนื่องจนครบทุกจังหวัดในประเทศไทย

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการเปลี่ยนรัฐบาลในหลายช่วงเวลา แต่ก็ไม่ได้ทำให้การพัฒนาประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องสะดุดหรือติดขัดแต่อย่างใด จนกระทั่งปี 2549 การประกันสุขภาพของประเทศไทย เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง ภายใต้การนำของรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ซึ่งสนับสนุน แนวความคิด การประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น รวมทั้งปี 2551 รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ โดย

นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้นำเสนอนโยบาย บัตรประชาชนบัตรเดียว รักษาฟรีทั่วประเทศ 48 ล้านคน

จากที่กล่าวมา ไม่ว่านโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ของรัฐบาลพ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายของรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์หรือนโยบายบัตรประชาชนบัตรเดียว รักษาฟรีทั่วประเทศ 48 ล้านคนของรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ทุกนโยบายต่างได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องการเพิ่มภาระด้านการเงินการคลังของรัฐบาล รวมทั้งอาจจะเป็นปัญหาด้านการบริหาร การจัดการต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในเขตเมืองและชุมชน แต่นโยบายเหล่านี้ก็ได้ถูกนำไปใช้ และถือว่าเป็นผลงานที่โดดเด่นของรัฐบาล

ก้าวต่อไปของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลังจากนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้รับการแต่งตั้งเป็นนายกรัฐมนตรีและจัดตั้งรัฐบาล โดยมีนายวิทยา บุรณศิริ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไม่นาน รัฐบาลได้มีแนวความคิดที่จะนำนโยบายการเก็บเงิน 30 บาทต่อครั้งการรักษากลับมาใช้ใหม่ และจะเริ่มมีผลในช่วงปลายปี 2554 โดยมีเหตุผลว่าเป็นเรื่อง การคืนศักดิ์ศรีให้แก่ผู้รับบริการ ให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพดีเพิ่มมากขึ้น และเป็นสิ่งที่ประชาชนต้องการ ถือเป็นหลักประกันด้านสุขภาพที่รัฐบาลมีให้กับประชาชน ส่วนเรื่องเงินค่าธรรมเนียมที่เก็บจากผู้รับบริการ อาจนำไปดูแลผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ของรัฐ เพื่อเพิ่มขวัญกำลังใจบุคลากร (สำนักข่าวอินโฟเควสท์, 23 สิงหาคม 2554) นอกจากนี้ รัฐบาลยังมีแนวคิดบูรณาการระบบไอทีและอินเทอร์เน็ตมาเชื่อมโยงการ บริการการรักษา ภายใต้โครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ มีการเพิ่มคลินิก และสถานพยาบาลในเขตชุมชนหนาแน่น โดยมีเป้าหมาย เพิ่มความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการ ไม่ต้องเดินทางไกล และได้รับการรักษามาตรฐานเดียวกัน (หนังสือพิมพ์บ้านเมือง, 9 กันยายน 2554) ทั้งนี้ นายวิทยา บุรณศิริมีความเชื่อมั่นว่า นโยบายเหล่านี้จะสามารถแก้ปัญหาการให้บริการโดยจะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลได้ โดยตั้งเป้าว่าภายใน 6 เดือน จะทำให้ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลลดลงได้ถึงร้อยละ 50 และภายใน 2 เดือน จะเริ่มเห็นผลที่ชัดเจน (สำนักข่าวไทย, 5 ตุลาคม 2554)

การนำนโยบายการเก็บเงิน 30 บาท รักษาทุกโรคมาพิจารณาใช้ใหม่นั้น ได้มีการวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางทั้งในเชิงสนับสนุนและคัดค้าน เช่น นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แสดงความคิดเห็นว่า การเก็บเงินสมทบ 30 บาท รักษาทุกโรคจะทำให้ประชาชนรู้สึกมีคุณค่า ไม่ได้รู้สึกเป็นคนไข้อย่างไร และระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สามารถดำเนินการเก็บเงินสมทบตามนโยบายได้ทันที (ไทยโพสต์, 6 กรกฎาคม 2554) เช่นเดียวกับ

แพทย์หญิงเชิดชู อริยศรีวัฒนา (2554) ประธานสหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (สผพท.) ที่ได้แสดงความเห็นผ่านบทความซึ่งนำเสนอในเว็บไซต์ของคณะทำงานเข้าชื่อเสนอกฎหมายปฏิรูปการสาธารณสุขไทย (ขก.สธ.) ว่าการเก็บเงินสมทบจะทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด เพราะโรงพยาบาลจะมีรายได้เพิ่มขึ้น สามารถซื้อยาที่มีคุณภาพดี และรักษาพยาบาลประชาชนได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนั้นประชาชนจะได้เรียนรู้การรักษาดูแลตนเองในเบื้องต้น โดยไม่จำเป็นต้องมารักษาที่โรงพยาบาล

ทางด้านความคิดเห็นของภาคประชาชน บุญยืน ศิริธรรม ตัวแทนเครือข่ายองค์กรผู้บริโภคภาคประชาชน ให้สัมภาษณ์กับมติชนออนไลน์ว่า ไม่เห็นด้วยกับการปรับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่จะมีการเรียกเก็บตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคแบบที่เคยใช้ในสมัยพรรคไทยรักไทยเป็นรัฐบาล เหมือนเป็นการถอยหลังเข้าคลอง เพราะในปัจจุบันระบบประกันสุขภาพได้พัฒนามาจนถึงขั้นที่ไม่ต้องใช้บัตรทอง และไม่ต้องจ่ายเงิน จึงไม่เกิดประโยชน์ใดๆ เลยที่จะมีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาทอีก บุญยืนมองว่านโยบายหลักประกันสุขภาพที่ประสบความสำเร็จมาจนถึงปัจจุบันนี้ไม่ว่าจะริเริ่มมาจากใคร รัฐบาลใด นักการเมืองไม่ควรมายึดเอาความเป็นเจ้าของว่าเป็นของตนเอง โดยไม่ได้ดูว่า ระบบได้พัฒนาไปจนถึงไหนแล้ว ถึงตอนนี้ น่าจะเป็นเวลาของการมาร่วมด้วยช่วยกันพัฒนาและต่อยอดโครงการรักษาพยาบาลเพื่อสร้างประโยชน์ให้กับประชาชนมากกว่าการเดินถอยหลัง (มติชนออนไลน์, 14 กรกฎาคม 2554) ซึ่งเป็นความเห็นที่สอดคล้องกับนายจรินทร์ ลักษณวิศิษฎ์ อดีตรัฐมนตรีว่าการสาธารณสุข พรรคประชาธิปัตย์

นายจรินทร์เห็นว่าเป็นสิทธิของรัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ที่จะต้องบริหารให้เป็นไปตามนโยบายที่หาเสียงเลือกตั้งไว้ แต่การนำนโยบาย 30 บาทกลับมาใช้จะเป็นการย้อนกลับไปยังจุดเดิม ส่วนที่เกรงว่าการทำนโยบายกลับไปกลับมา อาจทำให้ประชาชนสับสนในนโยบายการรักษาพยาบาลนั้น เห็นว่าเป็นหน้าที่ของรัฐบาลที่จะชี้แจงกับประชาชนเพื่อให้เกิดความเข้าใจ (กรุงเทพธุรกิจ, 6 กรกฎาคม 2554)

นายแพทย์มิ่งคล ณ สงขลา อดีตรัฐมนตรีสาธารณสุขชนบท และอดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้รัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ มีความเห็นว่าไม่ควรเก็บเงินสมทบ 30 บาท ประชาชนสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ฟรี ไม่เสียค่าใช้จ่าย เพราะเป็นสวัสดิการทางสังคม (Thaireform, 23 กันยายน 2554)

นายต่อพงษ์ ไชยสาส์น รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่าศักยภาพของรัฐบาลในขณะนี้สามารถให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ประชาชนได้ แต่เหตุผลที่ต้องการนำนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคกลับมาใช้อีกครั้งนั้น เนื่องจากต้องการสอนให้ประชาชนตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของพลเมือง โดยการร่วมจ่าย ร่วมทำ ร่วมกันดูแลรักษา ถือเป็นหน้าที่ของทุกคน ไม่ใช่ใครคนใดคนหนึ่ง

นอกจากนี้ ในทัศนะของนายต๋องพงษ์นโยบายการเก็บเงิน 30 บาทต่อการรักษาจะเป็นการทำให้ประชาชนในฐานะผู้บริโภคคำนึงถึงการบริโภคอย่างมีเหตุผล การได้รับการบริการการรักษาฟรีในทุกรายการจะทำให้ประชาชนบริโภคอย่างสุ่ยสุ่ยโดยไม่คำนึงถึงความพอดี ท้ายที่สุดรัฐบาลก็ต้องจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขในระดับที่สูงเกินจำเป็น (ไทยโพสต์, 9 กันยายน 2554) สอดคล้องกับความเห็นของแพทย์หญิงเชิดชู อริยศรีวัฒนา (2554) ที่มองว่าปัญหาความไม่เข้าใจที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งระหว่างประชาชนและแพทย์ มาจากความต้องการของผู้ป่วยที่เรียกร้องสิทธิตรวจรักษาเพิ่มขึ้น เนื่องจากได้รับสิทธิการรักษาฟรีขณะที่แพทย์เห็นว่า ไม่มีความจำเป็นต้องตรวจรักษาเพิ่มเติม เพราะจะทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณโดยใช้เหตุ

ยิ่งไปกว่านั้น แพทย์และผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขส่วนหนึ่ง มีความคาดหวังว่าการนำนโยบาย 30 บาทมาใช้ใหม่ จะทำให้ลดความแออัดของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลได้ เช่น นายแพทย์พงษ์ศร พอกเพิ่มดี นักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เห็นว่าการเก็บเงินสมทบเป็นเรื่องที่ดี เพราะจะทำให้ลดความแออัดของจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ และเป็นการลดอัตราการใช้บริการด้านสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น แต่ข้อเสียคือประชาชนบางกลุ่ม อาจเข้าไม่ถึงการใช้บริการได้ ดังนั้น จึงเสนอแนะให้รัฐบาลควรจัดหาเตียงให้บริการอย่างเพียงพอ และสนับสนุนจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ให้มากขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งที่มีประโยชน์มาก (Thaireform, 23 กันยายน 2554) เช่นเดียวกับนายแพทย์สัมพันธ์ คมฤทธิ์ เลขาธิการแพทยสภา เห็นว่าการนำนโยบาย 30 บาทกลับมาใช้ใหม่ นอกจากจะทำให้เกิดผลทางจิตวิทยาต่อประชาชนไม่ให้มาใช้บริการด้านสาธารณสุขมากเกินไป ซึ่งเป็น การลดความแออัดของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาล และลดภาระงานของแพทย์ พยาบาลได้แล้ว การเก็บเงินสมทบนี้ยังสามารถนำเงินมาช่วยพัฒนาโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีปัญหาทางการเงินได้อีกทางหนึ่งด้วย (Thaireform, 23 กันยายน 2554)

อย่างไรก็ตามมีความเห็นจาก นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ กรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ว่าการเก็บเงิน 30 บาทต่อครั้งการรักษานั้น ยังไม่มีข้อมูลวิชาการมาอ้างอิงว่าจะช่วยลดความแออัดของผู้ใช้บริการด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ดี หรือแม้แต่ นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ก็ยังไม่มีข้อมูลด้านวิชาการยืนยันว่า นโยบายนี้ทำให้เพิ่มปริมาณการเข้ารับบริการทางการแพทย์มากขึ้น (Thaireform, 23 กันยายน 2554)

นอกจากนี้ ในเรื่องเม็ดเงินที่จะเข้าสู่ระบบนี้ยังมีข้อมูลที่ขัดแย้งกันอยู่ โดยฝ่ายนายวิทยาและทีมยุทธศาสตร์ของพรรคเพื่อไทย ได้ทำการประเมินเบื้องต้นว่า ถ้าหากมีการนำนโยบายเก็บเงินสมทบ 30 บาทกลับมาใช้ใหม่ จะทำให้กระทรวงสาธารณสุข มีรายได้เพิ่มขึ้น 4,000 ล้านบาท (ASTV ผู้จัดการออนไลน์, 23 สิงหาคม 2554) แต่นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ระบุเหตุผลที่แตกต่างออกไปว่า เม็ดเงินที่จะเข้าระบบนั้นจะมีเพียง 2,000 ล้านบาทเท่านั้น เพราะใน

แต่ละปี จะมีผู้ใช้บริการ เพียงร้อยละ 40 เท่านั้นที่อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องจ่ายเงินสมทบ 30 บาทต่อครั้งการรักษา ที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยสูงอายุ เด็กเล็ก และผู้ยากไร้ ซึ่งไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามเงื่อนไขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลของนายแพทย์ประทีป สอดคล้องกับการประเมินของวิโรจน์ ฤทธนง ผู้อำนวยการวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการเกษตร สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยหรือทีดีอาร์ไอ (TDRI) ที่ประเมินว่า หากรัฐบาลพรรคเพื่อไทยจะกลับมาใช้นโยบายให้ประชาชนร่วมจ่าย 30 บาท จะทำให้มีเงินมาบำรุงในกองทุนราว 2 พันล้านบาทต่อปีเท่านั้น เว้นเสียแต่ว่าจะไม่มีการยกเว้นค่าธรรมเนียมแก่คนกลุ่มใดเลย จึงจะมีเงินราว 3-4 พันล้านบาทเข้าสู่ระบบ (ASTVผู้จัดการออนไลน์, 26 กรกฎาคม 2554)

วิโรจน์ มองว่าหากพิจารณาเฉพาะความคุ้มค่าในทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เงินสมทบที่จะเข้าสู่กองทุนนี้เป็นจำนวนเงินที่ไม่น้อย ถือเป็นแนวทางที่ดี แต่หากนำประเด็นเรื่องความเท่าเทียมกันมาพิจารณา ร่วมกับภาวะเศรษฐกิจ ซึ่งถือว่าประชาชนยังมีความยากลำบากที่แตกต่างกันอยู่ การเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท จะไม่เป็นผลดีต่อคนจนเลย เพราะจากการศึกษาผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนที่ผ่านมา พบว่า การไม่ต้องจ่าย 30 บาทต่อครั้งการรักษา สามารถลดภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ยากไร้ที่สุดจนแทบจะหมดไปในช่วง 3 ปีแรก (2545- 2547) คือลดลงจากร้อยละ 1 จนแทบจะเป็น 0 ซึ่งหากไม่มีการเก็บเงินสมทบเลยก็ย่อมจะเป็นการช่วยเหลือคนจนได้มากเช่นกัน แต่ความจริงของเรื่องนี้ก็ยังไม่กระจ่าง เพราะประเทศไทยไม่มีเกณฑ์การจำแนกคนจนที่ชัดเจน ซึ่งทำให้ยากต่อการเกิดการศึกษาขั้นต่อไปที่จะยืนยันข้อดี ข้อเสียของการรักษาฟรีได้ (ASTV ผู้จัดการออนไลน์, 26 กรกฎาคม 2554)

อย่างไรก็ตาม รัฐบาลของนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร โดยนายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่สามารถดำเนินการนำนโยบาย 30 บาทกลับมาใช้ได้ตามที่ประกาศไว้ว่า จะมีผลบังคับใช้เดือนพฤศจิกายน เนื่องจากปัญหาการแต่งตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือบอร์ด สปสช. ทดแทนนายแพทย์พิพัฒน์ ยิ่งเสรี เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งไม่สามารถดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เนื่องจากได้ดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขอยู่แล้ว (ไทยโพสต์, 3 ตุลาคม 2554) ดังนั้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพชุดปัจจุบัน จึงทำได้แค่ดำเนินงานโดยทั่วไป เช่น การจัดส่งเงินบำรุง แต่วาระที่สำคัญนั้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยังไม่สามารถพิจารณาได้

นอกจากนั้น ตามความเห็นของนายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เห็นว่า การพิจารณาการนำนโยบาย 30 บาทคงจะล่าช้า เนื่องจาก นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้สรุปว่าควรมีการเลือกคณะกรรมการแค่ 1 ตำแหน่งเท่านั้น แต่กลุ่มเอ็น

จีไอที่สนใจงานด้านสาธารณสุข ต้องการให้เลือกคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือ บอร์ด สปสช. ใหม่ทั้งหมด ซึ่งหมายถึง 7 ตำแหน่ง แต่จนถึงปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปจากทั้ง 2 ฝ่ายแต่อย่างใด (ไทยโพสต์, 3 ตุลาคม 2554) ดังนั้น การนำนโยบายเก็บเงิน 30 บาทกลับมาใช้จึงมีข้อเรื่องง่ายแม้รัฐบาลจะพยายามเดินหน้าผลักดันอย่างเต็มที่ก็ตาม

มาตรฐานด้านสุขภาพของไทย

จากพัฒนาการของนโยบายหลักประกันสุขภาพข้างต้น เราจะเห็นถึงการพัฒนาของนโยบายการประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเป้าหมายหลัก (ที่ทุกฝ่ายต่างพยายามอ้างถึง) คือการมุ่งทำให้ประชาชนคนไทยมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้ากันและไม่มีภาระค่าใช้จ่ายมากนัก (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) สิ่งที่น่าสนใจก็คือจนถึงปัจจุบันประเทศไทยได้บรรลุตามเป้าหมายดังกล่าวมาน้อยเพียงใด ประชาชนคนไทยสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานได้ตามความจำเป็นแล้วหรือไม่ และมาตรฐานดังกล่าวอยู่ในระดับใดเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเดียวกัน บทความในส่วนนี้พยายามตอบคำถามเหล่านี้ผ่านข้อมูลจากรายงานการพัฒนามนุษย์ (Human Development Report) ของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ซึ่งทำการพิจารณามาตรฐานทางด้านสุขภาพใน 3 มิติหลัก ได้แก่ ด้านทรัพยากร ด้านความเสี่ยง และด้านอัตราการตาย

เมื่อพิจารณาข้อมูลในรายงานการพัฒนามนุษย์ประจำปี 2553 ของสหประชาชาติ พบว่า ในด้านทรัพยากรประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร 286 เหรียญสหรัฐหรือประมาณ 8,580 บาท มีบุคลากรทางการแพทย์ 3 คนต่อประชากร 10,000 คน และจำนวนเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วย 22 เตียงต่อประชากร 10,000 คน ทรัพยากรด้านสุขภาพเหล่านี้ เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับข้อมูลในประเทศอื่นๆ ในอาเซียน จะเห็นว่าในด้านงบประมาณ แม้ว่าประเทศไทยจะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรสูงเป็นอันดับ 4 ของอาเซียน สูงกว่าประเทศเวียดนามและฟิลิปปินส์ แต่ค่าใช้จ่ายดังกล่าวยังคงน้อยกว่ามาเลเซียมากกว่า 2 เท่า น้อยกว่า บรูไน 4 เท่า และน้อยกว่าสิงคโปร์ถึงเกือบ 6 เท่า ในด้านเตียงผู้ป่วยก็อยู่ในอันดับ 4 เช่นกัน รองจาก สิงคโปร์ เวียดนาม และบรูไน ส่วนในเรื่องจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ถือว่าอยู่ในระดับที่ต่ำมาก คือมีจำนวนมากกว่าเพียงสองประเทศในภูมิภาคคือกัมพูชาและอินโดนีเซียเท่านั้น อาจกล่าวได้ว่า ในด้านทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข ประเทศไทยได้มีการให้ความสำคัญกับเรื่องงบประมาณและสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่พอสมควร แต่ในเรื่องบุคลากรถือว่ายังต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงอีกมาก

ตาราง 1 ทรัพยากรด้านสุขภาพของไทยเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในกลุ่มอาเซียน

ประเทศ	ทรัพยากร		
	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	บุคลากรทางแพทย์	เตียงของโรงพยาบาล
	ต่อหัวประชากร	ต่อประชากร 10,000 คน	
	2550	2543-2552	
กัมพูชา	108	2	0
พม่า	21	4	6
บรูไน	1,176	11	26
มาเลเซีย	604	7	18
ลาว	84	3	12
ฟิลิปปินส์	130	12	5
สิงคโปร์	1,643	15	32
ไทย	286	3	22
อินโดนีเซีย	81	1	6
เวียดนาม	183	6	28

ที่มา: UNDP Human Development Report, 2010:197-201

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลรายละเอียดด้านปัจจัยเสี่ยง ซึ่งพบว่า ประเทศไทยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดแคลนภูมิคุ้มกันในเด็กทารก ในเรื่องการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไกกรณ อยู่ในระดับที่ต่ำมาก คือพบเพียงร้อยละ 1 ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ใกล้เคียงกับอัตราการเป็นโรคหัดในเด็กทารกที่มีเพียง ร้อยละ 2 เท่านั้น ถือว่าต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียนด้วยกัน เช่น บรูไน มีอัตราของความขาดแคลนวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไกกรณ และโรคหัดของเด็กทารก อยู่ที่ร้อยละ 1 และ 3 ตามลำดับ สิงคโปร์และกัมพูชา อยู่ในอัตราเดียวกันคือร้อยละ 3 และ 5 เวียดนาม อยู่ที่ร้อยละ 7 และ 8 ส่วนฟิลิปปินส์มีอัตราของความขาดแคลนวัคซีนป้องกันโรคทั้งสองกลุ่ม อยู่ราวร้อยละ 9 และ 8 ตามลำดับ ตรงกันข้ามกับประเทศอื่นๆ เช่น มาเลเซีย พม่า อินโดนีเซีย และลาว ที่มีสัดส่วนของเด็กทารกที่ได้รับวัคซีนทั้งสองชนิดในระดับที่สูง

ตาราง 2 ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของไทยเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในกลุ่มอาเซียน

ประเทศ	ปัจจัยเสี่ยง				
	ภูมิคุ้มกันบกพร่องในเด็กทารก		ความชุกของโรคเอดส์		
	วัคซีนป้องกัน โรคคอตีบ บาดทะยัก ไอ กรน	โรคหัด	วัยรุ่น (%อายุ 15-24)		ผู้ใหญ่ (%อายุ 15-49)
			% อายุ 1 ปี		รวม
			ผู้หญิง ผู้ชาย		
2551		2550			
กัมพูชา	3	5	0.1	0.2	0.2
พม่า	15	18	0.6	0.7	0.7
บรูไน	1	3	-	-	-
มาเลเซีย	10	5	0.3	0.6	0.5
ลาว	39	48	0.1	0.2	0.2
ฟิลิปปินส์	9	8	-	-	-
สิงคโปร์	3	5	0.1	0.2	0.2
ไทย	1	2	1.2	1.2	1.4
อินโดนีเซีย	23	17	0.1	0.3	0.2
เวียดนาม	7	8	0.3	0.6	0.5

ที่มา: UNDP Human Development Report, 2010: 197-201

อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบกับประเทศต่างๆ ในอาเซียน พบว่า ประเทศไทยมีอัตราในเรื่องความชุกของโรคเอดส์มากเป็นอันดับ 1 คือพบประมาณร้อยละ 1.2 ในกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 15-24 ปี) ทั้งชายและหญิง และพบร้อยละ 1.4 ในกลุ่มผู้ใหญ่ (อายุ 15-49 ปี) ในขณะที่ประเทศอื่นๆ ในภูมิภาค เช่น สิงคโปร์ ลาว และกัมพูชา มีผู้ติดเชื้อ HIV ไม่เกินร้อยละ 1 ในแต่ละกลุ่มประชากร และส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ จากข้อมูลที่กล่าวมา อาจกล่าวได้ว่า ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดแคลน

ภูมิคุ้มกันในเด็กทารก ในเรื่องการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไกกรนและโรคหัดได้เป็นอย่างดี แต่
ยังล้มเหลวในเรื่องการป้องกันความชุกของโรคเอดส์

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลอัตราการตาย พบว่า เด็กวัยทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในประเทศไทย มี
อัตราการตาย 13 และ 14 คนต่อประชากร 1,000 คน ตามลำดับ ส่วนอัตราการตายของวัยผู้ใหญ่ แบ่งเป็น
ผู้หญิงมีจำนวน 140 คน และผู้ชายมีจำนวน 276 คน ต่อประชากร 1,000 คน นอกจากนั้น อัตราการตายตาม
มาตรฐานอายุจากโรคไม่ติดต่อ มีจำนวน 516 คน ต่อประชากร 100,000 คน

ตาราง 3 อัตราการตายของคนไทยเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในกลุ่มอาเซียน

ประเทศ	อัตราการตาย				
	ทารก	เด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี	ผู้ใหญ่ ต่อประชากร 1,000		อัตราการตาย ตามมาตรฐาน อายุจากโรคไม่ ติดต่อ
	ต่อแรกเกิด 1,000		ผู้หญิง	ผู้ชาย	ต่อประชากร 100,000
	2551	2551	2551	2551	2547
กัมพูชา	69	90	216	294	832
พม่า	71	98	304	368	775
บรูไน	6	7	80	106	473
มาเลเซีย	6	6	97	177	623
ลาว	48	61	288	317	828
ฟิลิปปินส์	26	32	117	227	620
สิงคโปร์	2	3	47	82	345
ไทย	13	14	140	276	516
อินโดนีเซีย	31	41	185	226	690
เวียดนาม	12	14	110	192	611

ที่มา: UNDP Human Development Report, 2010: 197-201

เมื่อนำข้อมูลอัตราการตายของประเทศไทย เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ ในอาเซียน พบว่า อัตราการตายของวัยทารก และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทยมีระดับที่สูงในลำดับที่ 5 เมื่อเทียบกับสิงคโปร์ บรูไน มาเลเซีย และเวียดนาม แต่อัตราการตายของเด็กวัยทารก และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จะอยู่ในระดับต่ำกว่าประเทศฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย ลาว พม่า และกัมพูชา เช่นเดียวกับอัตราการตายในวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ประเทศไทยมีอัตราการตายอยู่ในระดับที่สูงและอยู่ในลำดับที่ 5 รองลงมาจาก สิงคโปร์ บรูไน มาเลเซีย และเวียดนาม

อย่างไรก็ตาม ในเรื่องอัตราการตายตามมาตรฐานอายุจากโรคไม่ติดต่อต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทยมีอัตราการตายอยู่ในระดับค่อนข้างสูงแต่ยังถือว่าเป็นอัตราที่ต่ำกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเดียวกันอีกหลายประเทศ เช่น เวียดนาม (611 คน) มาเลเซีย (623 คน) ฟิลิปปินส์ (620 คน) อินโดนีเซีย (690 คน) ลาว (828 คน) พม่า (775 คน) และกัมพูชา (832 คน) กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยมีอัตราการตายตามมาตรฐานอายุจากโรคไม่ติดต่อต่อประชากร 100,000 คน ต่ำเป็นอันดับ 3 รองจากสิงคโปร์และบรูไนเท่านั้น

ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนว่า ประเทศไทยยังต้องมีการปรับปรุงการสาธารณสุขเพื่อลดอัตราการตายของเด็กวัยทารก เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งทั้งหมดยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง และควรเพิ่มคุณภาพสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดระดับอัตราการตายตามมาตรฐานอายุจากโรคไม่ติดต่อให้อยู่ในระดับต่ำกว่าที่เป็นอยู่

จากการทบทวนสภาพปัจจุบันด้านการสาธารณสุขของประเทศไทยสามารถพิจารณาได้ว่าประเทศไทยมีการพัฒนาในเรื่องระบบการประกันสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้าถึงการบริการสุขภาพและบริการด้านสาธารณสุขเริ่มตั้งแต่การได้รับวัคซีนป้องกันโรคตั้งแต่วัยทารก นอกจากนี้รัฐบาลไทยยังมีการจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านการสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้ประชาชนวัยผู้ใหญ่มีอัตราการตายต่ำ แต่การดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผ่านมายังไม่สามารถเป็นหลักประกันได้ว่าคนไทยจะมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากการมีสุขภาพที่ดียังมีประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น การให้ความรู้ ความเข้าใจด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการป้องกันโรคต่างๆ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาข้อมูลเรื่องความชุกของโรคเอดส์ พบว่า ประเทศไทยมีอัตราที่สูง ดังนั้น นอกจากการพยายามจัดสรรทรัพยากรและจัดบริการด้านการแพทย์ที่ได้มาตรฐานและทั่วถึงแล้ว รัฐบาลยังต้องให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพแก่ประชาชนด้วย เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดี ลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคภัยร้ายแรงได้อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม เมื่อรัฐบาลได้นำการประกันสุขภาพมาเป็นนโยบายหลักของรัฐบาลตั้งแต่ปี 2544 จนถึงปัจจุบัน ทำให้การประกันสุขภาพมีแนวโน้มและ

ทิศทางที่ดีขึ้น น่าจะพัฒนาไปสู่เป้าหมายตามที่รัฐบาลและประชาชนคนไทยคาดหวังได้ไม่ยากนัก หากนโยบายที่ออกมานั้นเป็นไปเพื่อมุ่งเอาชนะโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ มากกว่าการเอาชนะกันในทางการเมือง

สรุปและเสนอแนะ

ในขณะที่ฝ่ายการเมืองพยายามถกเถียงเรื่องการเก็บหรือไม่เก็บเงินสมทบ 30 บาท ปัญหามาตรฐานด้านสาธารณสุขของไทยยังคงดำรงอยู่ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอาจทำให้คนไทยเข้าถึงระบบประกันสุขภาพในจำนวนที่เพิ่มขึ้น แต่ข้อมูลเกี่ยวกับมาตรฐานด้านสุขภาพของไทยดังที่ได้นำเสนอในบทความนี้กลับไม่ได้สะท้อนว่าประชาชนชาวไทยสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มี “คุณภาพ” ดียิ่งขึ้นแต่อย่างใด การเก็บเงินสมทบ 30 บาทอาจทำให้รัฐบาลมีรายได้จำนวนหนึ่งสำหรับนำมาใช้พัฒนางานแพทย์และสาธารณสุข (ดังที่รัฐบาลและนักวิชาการส่วนหนึ่งอ้างถึง) แต่เม็ดเงินที่เก็บได้ดูเหมือนว่าจะน้อยเกินไปเมื่อเทียบกับสัดส่วนของงบประมาณต่อหัวที่รัฐควรจัดให้แก่ประชาชน (โดยเฉพาะเมื่อนำข้อมูลในเรื่องนี้ของประเทศไทยไปเปรียบเทียบกับของประเทศเพื่อนบ้าน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย)

ปัญหาของระบบประกันสุขภาพของไทยจึงไม่ได้อยู่เพียงแค่การถกเถียงกันว่าควรเก็บหรือไม่เก็บเงินสมทบ 30 บาท แต่อยู่ที่ความใส่ใจของรัฐบาลต่อนโยบายด้านสาธารณสุขโดยภาพรวมของประเทศทั้งในเรื่องการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรต่างๆ ซึ่งรายได้จากการเก็บเงินสมทบประมาณสองพันล้านบาทไม่เพียงพอ ในขณะที่การเก็บเงินเพียง 30 บาท และอ้างว่าเป็นการ “คืนศักดิ์ศรี” ให้แก่ประชาชน ก็ไม่ได้สร้างหลักประกันให้คนไทยมั่นใจได้ว่าพวกเขาจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ถูกจำกัดด้วยฐานะทางเศรษฐกิจซึ่งเป็นเป้าหมายที่แท้จริงและสำคัญกว่า สิ่งที่รัฐบาลในฐานะผู้ขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพต้องพิสูจน์ให้เห็นมากกว่านี้คือมาตรฐานที่เท่าเทียมกันของการรักษาพยาบาลที่ประชาชนไม่ว่าจะเข้าถึงบริการผ่านระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือระบบอื่นๆ เช่น ประกันสังคม ประกันสุขภาพ ฯลฯ จะได้รับการปฏิบัติที่ไม่แตกต่างกันทั้งในเรื่องการตรวจรักษาและการจ่ายยา

ข้อค้นพบจากบทความนี้น่าไปสู่ข้อเสนอแนะที่สำคัญประการหนึ่งว่ารัฐบาลไทยควรให้ความสำคัญกับการทุ่มงบประมาณให้กับการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้มากยิ่งขึ้น แต่ไม่ใช่เพื่อการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (หรือเก็บเงินสมทบเพียงเล็กน้อย) เท่านั้น แต่งบประมาณที่รัฐบาลไทยควรจัดสรรเพิ่มขึ้นนั้นควรเน้นไปที่สองเรื่องใหญ่ๆ ได้แก่

- 1) การพัฒนาการบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในเชิงปริมาณเพื่อให้เพียงพอกับประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเชิงคุณภาพเพื่อให้ประชาชนชาวไทยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน
- 2) การให้ความรู้ที่ถูกต้องและทั่วถึงเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อให้ประชากรไทยห่างไกลจากโรคภัยแรงต่างๆ และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมเมื่อเจ็บป่วย

เรื่องเหล่านี้ถ้ามีความพยายามดำเนินการโดยผู้เกี่ยวข้องอยู่บ้างแล้ว แต่ทราบได้ที่ข้อมูลเชิงประจักษ์ยังสะท้อนความไม่ได้มาตรฐานเท่าที่ควรของระบบสาธารณสุข ข้อเสนอแนะแบบเดียวกันนี้ก็จะถูกนำเสนอต่อไปจนกว่าคนไทยโดยภาพรวมจะมี “สุขภาพดีถ้วนหน้า” อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. 2545. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. นนทบุรี:

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

กิติพัฒน์ นนทบุรีมະดຸລ. 2537. สุขภาพดีถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริชัยการพิมพ์.

“เก็บ30บ.ฟื้นค้างเหตุดีในสปสข.” ไทยโพสต์ 3 ตุลาคม 2554

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 2544. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

“จรินทร์ วิพากษ์เพื่อไทยฟื้น 30 บาทย้อนกลับจุดเดิม.” กรุงเทพธุรกิจ (6 กรกฎาคม 2554)

ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ. 2536. สุขภาพดีถ้วนหน้า, พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: สำนักพิมพ์ศิริชัยการพิมพ์.

ขึ้นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. 2554. สุขภาพคนไทย 2554: เอกไอเอ กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อ

ชีวิตและสุขภาพ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

เชิดชู อริยศรีวัฒนา, แพทย์หญิง. 2554. คินซีฟ 30 บาทรักษาทุกโรค ได้ หรือเสีย?

<http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1545&Itemid=56> เข้า

ดูข้อมูล 1 พฤศจิกายน 2554

“ต่อพงษ์” ฝั่งรัฐบาลปูแดงจ่อเพิ่มบ30บ.” ไทยโพสต์ 9 กันยายน 2554

“ตัวแทนเครือข่ายผู้บริโภคาภาคปชช.คัด” เพื่อไทยฟื้น30บาท=ถอยหลังเข้าคลอง อย่าแสดงความเป็น

เจ้า ข อ ง ! ! ” ม ตี ช น อ น ไ ล น์ 1 4 ก ร ก ฎ า ค ม พ . ศ . 2 5 5 4 <

[http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1310626613&grpid=01&catid=&subcati](http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1310626613&grpid=01&catid=&subcatid=>)

d=> เข้าดูข้อมูล 1 พฤศจิกายน 2554

รื้อฟื้น 30 บาท มีดีแค่ศักดิ์ศรี ? *Thaireform* 23 กันยายน 2554 <[http://www.thaireform.in.th/news-health-](http://www.thaireform.in.th/news-health-system/item/6461--30-.html?pop=1&tmpl=component&print=1)

[system/item/6461--30-.html?pop=1&tmpl=component&print=1](http://www.thaireform.in.th/news-health-system/item/6461--30-.html?pop=1&tmpl=component&print=1)> เข้าดูข้อมูล 1 พฤศจิกายน 2554

“วิทยา ชีวร่วมจ่าย 30 บาท รักษาทุกโรค คืบศักดิ์ศรีให้ผู้ป่วย.” *ASTV ผู้จัดการออนไลน์* 23 สิงหาคม 2554

<<http://www.manager.co.th/QOL/viewnews.aspx?NewsID=9540000106031>> เข้าดูข้อมูล 1

พฤศจิกายน 2554

- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. “ผลกระทบของการประกันสังคมต่อระบบบริการสาธารณสุข.” *หนังสือพิมพ์วงการแพทย์* (29 กรกฎาคม-4 สิงหาคม 2534), 12-13.
- “สธ.แนะปชช.จ่ายเงินเข้าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มคุณภาพบริการ.” *สำนักข่าวอินโฟเควสท์* 23 สิงหาคม 2554. <<http://www.ryt9.com/s/iq02/1219905>> เข้าดูข้อมูล 10 ตุลาคม 2554.
- “สปสช. เริ่มเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท เดือนพฤศจิกายนนี้.” *สำนักข่าวไทย* 5 ตุลาคม 2554 <<http://www.mcot.net/content/277003>> เข้าดูข้อมูล 10 ตุลาคม 2554.
- สำนักงานประกันสุขภาพ. 2536. *ผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2535*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- “แห่งนอนประชาชนนิมภาค2” *ไทยโพสต์* 6 กรกฎาคม 2554.
- อังสนา บุญธรรม ศรัณญา เบญจกุล และ สุกัลยา คงสวัสดิ์. 2554. *การทบทวนชุดดัชนีชี้วัดสุขภาพระดับนานาชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อัมมาร สยามวาลา. 2544. “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: เป้าหมายเชิงนโยบาย.” *รายงานที่ดีอาร์ไอ* 30 (กรกฎาคม).
- อัมมาร สยามวาลา. 2546. “คนจน คนรวย กับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.” *รายงานที่ดีอาร์ไอ* 34 (มิถุนายน).
- Nyman, John A. 2003. *Theory of Demand for Health Insurance*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- United Nations Development Program. 2010. *Human Development Report 2010*. <<http://undp.or.th/publications/>> Access October 12, 2011.
- World Health Organization. 1981. *Development of Indicators for Monitoring Progress towards Health for All by the Year 2000*. Geneva: World Health Organization.