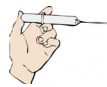




## นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



บทความโดย ... คุณวิชุดา สาริตพร  
นักวิจัยของเครือข่ายข้อมูลการเมืองไทย

นโยบายด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศไทยนับว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในรอบทศวรรษที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายนี้ทำให้โดยภาพรวมคนไทยมีสุขภาพดีขึ้นกว่าในอดีต คนไทยสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างกว้างขวางและทั่วถึงมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในเรื่องคุณภาพของการให้บริการยังคงเป็นปัญหา ทรัพยากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขยังคงขาดแคลน และยังมีคนไทยอีกจำนวนไม่น้อยที่ยังคงเผชิญกับความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจากโรคร้ายแรงต่างๆ

ดังนั้น ทันทีที่รัฐบาลพรรคเพื่อไทยโดยนายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกมาเปิดเผยว่า จะมีการหารือกรอบหลักเกณฑ์การจัดเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็เกิดคำถามว่าการเปลี่ยนแปลงในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำลังจะเกิดขึ้นนี้จะช่วยปรับปรุงระบบการให้บริการด้านสาธารณสุขของไทยให้ดียิ่งขึ้นได้หรือไม่ หรือจะทำให้จุดอ่อนของระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่แล้วยิ่งจะย่ำแย่ลงไปอีก

# 1. พัฒนาการของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการพัฒนานโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในระยะแรกของระบบประกันสุขภาพ ได้มีการออกบัตรสุขภาพแก่ประชาชน โดยเน้นไปที่ระดับชุมชน ซึ่งผลการดำเนินงานในตอนแรก ได้รับความสำเร็จในระดับหนึ่งในแง่การมีส่วนร่วมของประชาชน แต่ต่อมา การดำเนินโครงการได้ลดลงอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดลงในช่วงปี พ.ศ. 2530-2531

สาเหตุที่สำคัญที่ส่งผลให้โครงการการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ ไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องนั้น ทางสำนักประกันสุขภาพ ได้มีการศึกษาพบว่า โครงการประกันสุขภาพในยุคแรก เป็นโครงการของชุมชน โดยให้ชุมชนที่มีความสามารถในการจัดตั้งกองทุน และบริหารจัดการด้านการเงิน ได้จัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพภายในชุมชน แต่ผลการศึกษา พบว่ากองทุนไม่สามารถบริหารจัดการการเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการนำเงินกองทุนไปใช้ในการพัฒนาชุมชนในด้านอื่นเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ กฎเกณฑ์ ระเบียบต่างๆ 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 เฉพาะเวลาเมื่อไร หรือเจ็บป่วยที่ต้องไปรับบริการจากแพทย์ และโรงพยาบาลเท่านั้น แต่คนปกติแข็งแรง ก็จะไม่นิยมซื้อบัตรประกันสุขภาพ เพราะมองไม่เห็นความจำเป็นดังกล่าว นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่โครงการไม่ได้รับความนิยม คือ เรื่องความเชื่อของการได้รับบริการด้านการแพทย์ และ คุณภาพของยา ระหว่างผู้ถือบัตรประกันสุขภาพราคา 500 บาท กับ ผู้ชำระเงินเต็มจำนวน มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด

อุปสรรคที่สำคัญของการประกันสุขภาพ คือ การดำเนินการต่างๆ ที่ผ่านมาในระยะแรก เป็นการดำเนินงานภายใต้ต้นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่โครงการหรือนโยบายหลักของรัฐบาล ดังนั้น ความสำเร็จในเชิงรูปธรรมในช่วงแรก จึงไม่สามารถเห็นภาพชัดเจน

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

ภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรีทักษิณ รัฐบาลพรรคไทยรักไทยได้จัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขึ้นเพื่อเป็นหน่วยงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้นำเสนอนโยบายด้านการประกันสุขภาพซึ่งประชาชนรู้จักกันในชื่อ “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” โดยเริ่มมีการกำหนดใช้ในวันที่ 1 เมษายน 2544 นำร่องใน 6 จังหวัด และขยายตัวอย่างต่อเนื่องจนครบทุกจังหวัดในประเทศไทย

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการเปลี่ยนรัฐบาลในหลายช่วงเวลา แต่ก็ไม่ได้ทำให้การพัฒนาประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องสะดุดหรือติดขัดแต่อย่างใด จนกระทั่งปี 2549 การประกันสุขภาพของประเทศไทย เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง ภายใต้การนำของรัฐบาลพล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์ ซึ่งสนับสนุน แนวความคิด “การประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น” รวมทั้งปี 2551 รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ โดย นายจูนันท์ ลักษณะวิศิษฎ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้นำ เสนอนโยบายบัตรประชาชนบัตรเดียว รักษาฟรีทั่วประเทศ 48 ล้านคน จากที่กล่าวมา ไม่ว่าจะนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ของรัฐบาลพ.ต.ท. ดร.ทักษิณ ชินวัตร นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของรัฐบาล พล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์ หรือ นโยบายบัตรประชาชนบัตรเดียว รักษาฟรี ทั่วประเทศ 48 ล้านคนของรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ทุกนโยบาย ต่างได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องการเพิ่มภาระด้านการเงินการคลัง ของรัฐบาล รวมทั้งอาจจะเป็นปัญหาด้านการบริหารจัดการต้นทุน ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในเขตเมืองและชุมชน แต่นโยบายเหล่านี้ก็ได้ถูกนำไปใช้ และถือว่าเป็นผลงานที่โดดเด่นของรัฐบาล



ปี 2554 นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้ รับการแต่งตั้งเป็นนายกรัฐมนตรี และจัด ตั้งรัฐบาล โดยมีนายวิทยา บุรณศิริ เป็น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีแนวความคิดที่จะนำนโยบายการเก็บ เงิน 30 บาทต่อครั้งการรักษากลับมาใช้ ใหม่ และจะเริ่มมีผลในเดือนพฤศจิกายน 2554 นี้ โดยมีเหตุผลว่าเป็นเรื่องการคืน ศักดิ์ศรีให้ผู้รับบริการ ให้ได้รับการ

ที่มีคุณภาพดีเพิ่มมากขึ้น และเป็นสิ่งที่ ประชาชนต้องการ ถือเป็นหลักประกัน ด้านสุขภาพที่รัฐบาลมีให้กับประชาชน ส่วนเรื่องเงินค่าธรรมเนียมที่เก็บจาก ผู้รับบริการ อาจนำไปดูแลผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ของรัฐ เพื่อเพิ่มขวัญกำลังใจบุคลากร (สำนักข่าว วจีนโพลีแควสท์, 23 สิงหาคม 2554)

# 30 บาท รักษาทุกโรค

นอกจากนี้ รัฐบาลยังมีแนวคิดบูรณาการระบบไอทีและอินเทอร์เน็ตมาเชื่อมโยงการบริการการรักษา 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)



## 2. เก็บเงินสมทบ 30 บาท ใครได้ประโยชน์?

การนำนโยบายการเก็บเงิน 30 บาท รักษาทุกโรคมานำพิจารณาใช้ใหม่นั้น ได้มีการวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวาง เช่น นายแพทย์ วินัย สวัสดิ์วร เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แสดงความคิดเห็นว่า การเก็บเงินสมทบ 30 บาท รักษาทุกโรคจะทำให้ประชาชนรู้สึกมีคุณค่า ไม่ได้รู้สึกเป็นคนไข้อย่างไรก็ตาม และระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) สามารถดำเนินการเก็บเงินสมทบตามนโยบายได้ทันที (ไทยโพสต์, 6 กรกฎาคม 2554) เช่นเดียวกับแพทย์หญิงเชิดชู อริยศรีวัฒนา (2554) ประธานสหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (สพพท.) ที่ได้แสดงความเห็นผ่านบทความซึ่งนำเสนอในเว็บไซต์ของคณะทำงานเข้าชื่อเสนอกฎหมายปฏิรูปการสาธารณสุขไทย (ขก.สร.) ว่าการเก็บเงินสมทบจะทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด เพราะโรงพยาบาลจะมี



รายได้เพิ่มขึ้น สามารถซื้อยาที่มีคุณภาพดี และรักษาพยาบาลประชาชนได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนั้นประชาชนจะได้เรียนรู้การรักษาตนเองในเบื้องต้น โดยไม่จำเป็นต้องมารักษาที่โรงพยาบาล

ทางด้านความคิดเห็นของภาคประชาชน บุญยืน ศิริธรรม ตัวแทนเครือข่ายองค์กรผู้บริโภครักษาประชาชน ให้สัมภาษณ์กับมติชนออนไลน์ว่า ไม่เห็นด้วยกับการฟื้นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่จะมีการเรียกเก็บตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคแบบที่เคยใช้ในสมัยพรรคไทยรักไทยเป็นรัฐบาล เหมือนเป็นการถอยหลังเข้าคลอง เพราะในปัจจุบันระบบประกันสุขภาพได้พัฒนามาจนถึงขั้นที่ไม่ต้องใช้บัตรทอง และไม่ต้องจ่ายเงิน จึงไม่เกิดประโยชน์ใดๆ เลยที่จะมีการเรียกเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาทอีก บุญยืนมองว่านโยบายหลักประกันสุขภาพที่ประสบความสำเร็จมาจนถึงปัจจุบันนี้ไม่ว่าจะริเริ่มมาจากใคร รัฐบาลใด นักการเมืองไม่ควรมายึดเอาความเป็นเจ้าของว่าเป็นของตนเอง โดยไม่ได้ดูว่า ระบบได้พัฒนาไปจนถึงไหนแล้ว ถึงตอนนี้น่าจะเป็นเวลาของการมาร่วมด้วยช่วยกันพัฒนาและต่อยอดโครงการรักษาพยาบาลเพื่อสร้างประโยชน์ให้กับประชาชนมากกว่าการเดินถอยหลัง (มติชนออนไลน์, 14 กรกฎาคม 2554) ซึ่งเป็นความเห็นที่สอดคล้องกับ นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ อดีตรัฐมนตรีว่าการสาธารณสุขพรรคประชาธิปัตย์

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

นายแพทย์มงคล ณ สงขลา อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบท และอดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้รัฐบาล พล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์ มีความเห็นว่าไม่ควรเก็บเงินสมทบ 30 บาท ประชาชนสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ฟรี ไม่เสียค่าใช้จ่าย เพราะเป็นสวัสดิการทางสังคม (Thaireform, 23 กันยายน 2554)

นายต่อพงษ์ ไชยสาส์น รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ศักยภาพของรัฐบาลในขณะนี้สามารถให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ประชาชนได้ แต่เหตุผลที่ต้องการนำนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคกลับมาใช้อีกครั้งนั้น เนื่องจากต้องการสอนให้ประชาชนตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของพลเมือง โดยการร่วมจ่าย ร่วมทำ ร่วมกันดูแลรักษา ถือเป็นหน้าที่ของทุกคน ไม่ใช่ใครคนใดคนหนึ่ง



นอกจากนี้ ในทัศนะของนายต่อพงษ์นโยบายการเก็บเงิน 30 บาทต่อการรักษาจะเป็นการทำให้ประชาชนในฐานะผู้บริโภคคำนึงถึงการบริโภคอย่างมีเหตุผล การได้รับการบริการรักษาฟรีในทุกรายการ จะทำให้ประชาชนบริโภคอย่างสุระ่สุร้ายโดยไม่คำนึงถึงความพอดี ท้ายที่สุดรัฐบาลก็ต้องจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขในระดับที่สูงเกินจำเป็น (ไทยโพสต์, 9 กันยายน 2554) สอดคล้องกับความเห็นของแพทย์หญิงเชิดชู อริยศรีวัฒนา (2554) ที่มองว่าปัญหาความไม่เข้าใจที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งระหว่างประชาชน และแพทย์ มาจากความต้องการของผู้ป่วยที่เรียกร้องสิทธิตรวจรักษาเพิ่มขึ้น เนื่องจากได้รับสิทธิการรักษาฟรี ขณะที่แพทย์เห็นว่า ไม่มีความจำเป็นต้องตรวจรักษาเพิ่มเติม เพราะจะทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณโดยใช้เหตุ

ยิ่งไปกว่านั้น แพทย์และผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขส่วนหนึ่ง มีความคาดหวังว่าการนำนโยบาย 30 บาทมาใช้ใหม่ จะทำให้ลดความแออัดของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลได้ เช่น นายแพทย์พงศธร พอกเพิ่มดี นักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เห็นว่าการเก็บเงินสมทบเป็นเรื่องที่ดี เพราะจะทำให้ลดความแออัดของจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ และเป็นการลดอัตราการใช้บริการด้านสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น แต่ข้อเสีย คือประชาชนบางกลุ่ม อาจเข้าไม่ถึงการใช้บริการได้ ดังนั้น จึงเสนอแนะให้รัฐบาลควรจัดหาเตียงให้บริการอย่างเพียงพอ และสนับสนุนจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ให้มากขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งที่มีประโยชน์มาก (Thaireform, 23 กันยายน 2554) เช่นเดียวกับนายแพทย์สัมพันธ์ คมฤทธิ เลขาธิการแพทยสภา เห็นว่าการนำนโยบาย 30 บาทกลับมาใช้ใหม่ นอกจากจะทำให้เกิดผลทางจิตวิทยาต่อประชาชนไม่ให้มาใช้บริการด้านสาธารณสุขมากเกินไป ซึ่งเป็นการลดความแออัดของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาล และลดภาระงานของแพทย์ โรงพยาบาลได้แล้ว การเก็บเงินสมทบนี้ยังสามารถนำเงินมาช่วยพัฒนาโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีปัญหาทางการเงินได้อีกทางหนึ่งด้วย (Thaireform, 23 กันยายน 2554)

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

นอกจากนี้ ในเรื่องเงินที่จะเข้าสู่ระบบนี้ยังมีข้อมูลที่ขัดแย้งกันอยู่ โดยฝ่ายนายวิทยา และทีมยุทธศาสตร์ของพรรคเพื่อไทย ได้ทำการประเมินเบื้องต้นว่า ถ้าหากมีการนำนโยบายเก็บเงินสมทบ 30 บาทกลับมาใช้ใหม่ จะทำให้กระทรวงสาธารณสุข มีรายได้เพิ่มขึ้น 4,000 ล้านบาท (ASTV ผู้จัดการออนไลน์, 23 สิงหาคม 2554) แต่นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ระบุเหตุผลที่แตกต่างออกไปว่า เงินที่จะเข้าระบบนั้นจะมีเพียง 2,000 ล้านบาทเท่านั้น เพราะในแต่ละปี จะมีผู้ใช้บริการ เพียงร้อยละ 40 เท่านั้นที่อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องจ่ายเงินสมทบ 30 บาทต่อครั้งการรักษา ที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยสูงอายุ เด็กเล็ก และผู้ยากไร้ ซึ่งไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามเงื่อนไขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลของนายแพทย์ประทีปสอดคล้องกับการประเมินของดร.วีโรจน์ ณ ระนอง ผู้อำนวยการวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการเกษตร สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยหรือทีดีอาร์ไอ (TDRI) ที่ประเมินว่า หากรัฐบาลพรรคเพื่อไทยจะกลับมาใช้นโยบายให้ประชาชนร่วมจ่าย 30 บาท จะทำให้มีเงินมาบำรุงในกองทุนราว 2 พันล้านบาทต่อปีเท่านั้น เว้นเสียแต่ว่าจะไม่มีการยกเว้นค่าธรรมเนียมแก่คนกลุ่มใดเลย จึงจะมีเงินราว 3-4 พันล้านบาทเข้าสู่ระบบ (ASTVผู้จัดการออนไลน์, 26 กรกฎาคม 2554)

ดร.วีโรจน์ มองว่าหากพิจารณาเฉพาะความคุ้มค่าในทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเงินสมทบที่จะเข้าสู่กองทุนนี้เป็นจำนวนเงินที่ไม่น้อย ถือเป็นแนวทางที่ดี แต่หากนำประเด็นเรื่องความเท่าเทียมกันมาพิจารณาร่วมกับภาวะเศรษฐกิจ ซึ่งถือว่าประชาชนยังมีฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอยู่ การเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท จะไม่เป็นผลดีต่อคนจนเลย เพราะจากการศึกษาผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนที่ผ่านมา พบว่า การไม่ต้องจ่าย 30 บาทต่อครั้งการรักษา สามารถลดภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ยากไร้ที่สุดจนแทบจะหมดไปในช่วง 3 ปีแรก (2545- 2547) คือลดลงจากร้อยละ 1 จนแทบจะเป็น 0 ซึ่ง หากไม่มีการเก็บเงินสมทบเลยก็ย่อมจะเป็นการช่วยเหลือคนจนได้มากเช่นกัน แต่ความจริงของเรื่องนี้ก็ยังไม่กระจ่าง เพราะประเทศไทยไม่มีเกณฑ์การจำแนกคนจนที่ชัดเจน ซึ่งทำให้ยากต่อการเกิดการศึกษารับต่อไปที่จะยืนยันข้อดี ข้อเสียของการรักษาฟรีได้ (ASTVผู้จัดการออนไลน์, 26 กรกฎาคม 2554)



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

นอกจากนั้น ตามความเห็นของนายแพทย์วินัย สวัสดิ์ธร เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) เห็นว่า การพิจารณาการนำนโยบาย 30 บาทคงจะล่าช้า เนื่องจาก นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้สรุปว่าควรมีการเลือกคณะกรรมการแค่ 1 ตำแหน่งเท่านั้น แต่กลุ่มเอ็นจีโอที่สนใจงานด้านสาธารณสุข ต้องการให้เลือกคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ใหม่ทั้งหมด ซึ่งหมายถึง 7 ตำแหน่ง แต่จนถึงปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปจากทั้ง 2 ฝ่ายแต่อย่างใด (ไทยโพสต์, 3 ตุลาคม 2554) ดังนั้น การนำนโยบายเก็บเงิน 30 บาทกลับมาใช้จึงมีใช้เรื่องง่ายแม้รัฐบาลจะพยายามเดินหน้าผลักดันอย่างเต็มที่ก็ตาม

จากพัฒนาการของนโยบายหลักประกันสุขภาพข้างต้น เราจะเห็นถึง การพัฒนาของนโยบายการประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเป้าหมายหลัก (ที่ทุกฝ่ายต่างพยายามอ้างถึง) คือการมุ่งทำให้ประชาชนคนไทยมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอกันและไม่มีการค่าใช้จ่ายมากนัก (กระทรวงสาธารณสุข, 2545)



สิ่งที่น่าสนใจ คือ จนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยได้บรรลุตามเป้าหมายดังกล่าว มากน้อยเพียงใด ประชาชนคนไทยสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพที่มี มาตรฐานได้ตามความจำเป็นแล้วหรือไม่ และมาตรฐานดังกล่าวอยู่ในระดับใด เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเดียวกัน

ในส่วนถัดไป บทความนี้จะช่วยตอบคำถามดังกล่าวผ่านข้อมูลจากรายงาน การพัฒนามนุษย์ (Human Development Report) ของโครงการพัฒนาแห่ง สหประชาชาติ (UNDP) ซึ่งทำการพิจารณามาตรฐานทางด้านสุขภาพใน 3 มิติ หลัก ได้แก่ ด้านทรัพยากร ด้านความเสี่ยง และด้านอัตราการตาย

### 3. หนึ่งทศวรรษนโยบายหลักประกันสุขภาพ กับมาตรฐานด้านสุขภาพของไทย

เมื่อพิจารณาข้อมูลในรายงานการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ประจำปี 2553 ของ สหประชาชาติ พบว่า ในด้านทรัพยากรประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร 286 เหรียญสหรัฐหรือประมาณ 8,580 บาท มีบุคลากรทางการแพทย์ 3 คนต่อประชากร 10,000 คน และจำนวนเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วย 22 เตียงต่อประชากร 10,000 คน ทรัพยากรด้านสุขภาพเหล่านี้ เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับข้อมูลในประเทศอื่นๆ ในอาเซียน จะเห็นว่าในด้านงบประมาณ แม้ว่าประเทศไทยจะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรสูง เป็นอันดับ 4 ของอาเซียน สูงกว่าประเทศเวียดนามและฟิลิปปินส์ แต่ค่าใช้จ่ายดังกล่าวยังคงน้อยกว่ามาเลเซียมากกว่า 2 เท่า น้อยกว่า บรูไน 4 เท่า และน้อยกว่าสิงคโปร์ถึงเกือบ 6 เท่า ในด้านเตียงผู้ป่วยก็อยู่ในอันดับ 4 เช่นกัน รองจากสิงคโปร์ เวียดนาม และบรูไน ส่วนในเรื่องจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ถือว่าอยู่ในระดับที่ต่ำมาก คือมีจำนวนมากกว่า เพียงสองประเทศในภูมิภาคคือกัมพูชาและอินโดนีเซียเท่านั้น อาจกล่าวได้ว่า ในด้าน ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข ประเทศไทยได้มีการให้ความสำคัญกับเรื่องงบประมาณ และสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่พอสมควร แต่ในเรื่องบุคลากรถือว่ายังต้องมีการพัฒนา และปรับปรุงอีกมาก

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 ประเทศไทยมีปัจจัย

เสี่ยงต่อการขาดแคลนภูมิคุ้มกันในเด็กทารก ในเรื่องการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน อยู่ในระดับที่ต่ำมาก คือพบเพียงร้อยละ 1 ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ใกล้เคียงกับอัตราการเป็นโรคหัดในเด็กทารกที่มีเพียง ร้อยละ 2 เท่านั้น ถือว่าดีที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียนด้วยกัน เช่น บรูไน มีอัตราของความขาดแคลนวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน 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

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 จากข้อมูลที่กำลังกล่าวมา อาจกล่าวได้ว่า ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดแคลนภูมิคุ้มกันในเด็กทารก ในเรื่องการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรนและโรคหัดได้เป็นอย่างดี แต่ยังมีผลในเรื่องการป้องกันความชุกของโรคเอดส์

ตาราง 2 ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของไทยเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในกลุ่มอาเซียน

ประเทศ	อัตราการตาย				
	ทารก	เด็ก อายุ ต่ำกว่า 5 ปี	ผู้ใหญ่ ต่อประชากร 1,000		อัตราการตายตาม มาตรฐาน อายุจากโรค ไม่ติดต่อ
	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



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

ตาราง 3 อัตราการตายของคนไทยเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในกลุ่มอาเซียน

ประเทศ	อัตราการตาย				
	ทารก	เด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี	ผู้ใหญ่ ต่อประชากร 1,000		อัตราการตายตามมาตรฐาน อายุจากโรคไม่ติดต่อ
	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 พบว่าอัตราการตายของวัยทารก และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในประเทศไทย มีระดับที่สูงในลำดับที่ 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 ประเทศไทยมีอัตราการตายอยู่ในระดับค่อนข้างสูง แต่ยังคงถือว่าเป็นอัตราที่ต่ำกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเดียวกันอีกหลายประเทศ เช่น เวียดนาม (611 คน) มาเลเซีย (623 คน) ฟิลิปปินส์ (620 คน) อินโดนีเซีย (690 คน) ลาว (828 คน) พม่า (775 คน) และ กัมพูชา (832 คน) กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยมีอัตราการตายตามมาตรฐานอายุจากโรคไม่ติดต่อต่อประชากร 100,000 คน ต่ำเป็นอันดับ 3 รองจากสิงคโปร์และบรูไนเท่านั้น

ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนว่า ประเทศไทยยังต้องมีการปรับปรุงการสาธารณสุขเพื่อลดอัตราการตายของเด็กวัยทารก เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งทั้งหมดยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง และควรเพิ่มคุณภาพสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดระดับอัตราการตายตามมาตรฐานอายุจากโรคไม่ติดต่อ ให้อยู่ในระดับต่ำกว่าที่เป็นอยู่

จากข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมด สามารถพิจารณาได้ว่า ประเทศไทยเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้าถึงการบริการสุขภาพและบริการด้านสาธารณสุขอย่างถ้วนหน้า มีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน ซึ่งเริ่มตั้งแต่การได้รับวัคซีนป้องกันโรค ตั้งแต่วัยทารก นอกจากนั้น รัฐบาลมีการจัดงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านการสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้ประชาชนวัยผู้ใหญ่มีอัตราการตายต่ำ แต่การประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลที่ผ่านมา ยังไม่สามารถเป็นหลักประกันได้ว่าคนไทยจะมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ตามเป้าหมายของรัฐบาล เพราะการมีสุขภาพที่ดี ยังมีประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น การให้ความรู้ ความเข้าใจด้านการแพทย์ และสาธารณสุข รวมทั้งการป้องกันโรคต่างๆ โดยเมื่อพิจารณาข้อมูลเรื่องความชุกของโรคเอดส์ พบว่า ประเทศไทยมีอัตราที่สูง ดังนั้น การให้บริการด้านการแพทย์ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ ที่จะทำให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพดีทุกคนได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อรัฐบาลได้นำการประกันสุขภาพมาเป็นนโยบายหลักของรัฐบาลตั้งแต่ปี 2544 จนถึงปัจจุบัน ทำให้การประกันสุขภาพมีแนวโน้มและทิศทางที่ดีขึ้น น่าจะพัฒนาไปสู่เป้าหมายตามที่รัฐบาลและประชาชนคนไทยคาดหวังได้ไม่ยากนัก หากนโยบายที่ออกมานั้นเป็นไปเพื่อมุ่งเอาชนะโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ มากกว่าการเอาชนะกันในทางการเมือง

# เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. 2545. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะ:  
เปลี่ยนผ่าน. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.  
“เก็บ30บ.ฟันค้ำงเหตุคึกในสปสช.” ไทยโพสต์ 3 ตุลาคม 2554  
“จูนทร์ วิพากษ์เพื่อไทยฟัน 30 บาทย้อนกลับจุดเดิม.” กรุงเทพธุรกิจ (6 กรกฎาคม  
2554)  
เชิดชู อริยศรีวัฒนา, แพทย์หญิง. 2554. คินซีฟ 30 บาทรักษาทุกโรค ได้ หรือเสีย?  
<[http://www.thaitrl.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1545&Itemid=56](http://www.thaitrl.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1545&Itemid=56)> เข้าดูข้อมูล 1 พฤศจิกายน 2554  
“‘ต่อพงษ์’ ฟุ้งรัฐบาลปูแดงจ่อเพิ่มงบ30บ.” ไทยโพสต์ 9 กันยายน 2554  
“ตัวแทนเครือข่ายผู้บริโภครักษาสุขภาพ”เพื่อไทย”ฟัน30บาท=ถอยหลังเข้าคลอง อย่า  
แสดงความเป็นเจ้าของ!!” มติชนออนไลน์ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 < [http://www.matichon.co.th/news\\_detail.php?newsid=1310626613&groupid=01&catid=&subcatid=>](http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1310626613&groupid=01&catid=&subcatid=>) เข้าดูข้อมูล 1 พฤศจิกายน 2554  
รื้อฟัน 30 บาท มีดีแค่ศักดิ์ศรี ? Thaireform 23 กันยายน 2554 <<http://www.thaireform.in.th/news-health-system/item/6461--30-.html?pop=1&tmpl=component&print=1>> เข้าดูข้อมูล 1 พฤศจิกายน 2554  
“วิทยา ชีร์ร่วมจ่าย 30 บาท รักษาทุกโรค คืบศักดิ์ศรีให้ผู้ป่วย.” ASTV ผู้จัดการ  
ออนไลน์ 23 สิงหาคม 2554 <<http://www.manager.co.th/QOL/viewnews.aspx?NewsID=9540000106031>> เข้าดูข้อมูล 1 พฤศจิกายน 2554  
“สร.แนะปชช.จ่ายเงินเข้าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มคุณภาพบริการ.”  
สำนักข่าวอินโฟเควสท์ 23 สิงหาคม 2554. <<http://www.ryt9.com/s/iq02/1219905>> เข้าดูข้อมูล 10 ตุลาคม 2554  
“สปสช. เริ่มเก็บค่าธรรมเนียม 30บาท เดือนพฤศจิกายนนี้.” สำนักข่าวไทย 5 ตุลาคม  
2554 <<http://www.mcot.net/content/277003>> เข้าดูข้อมูล 10 ตุลาคม 2554  
สำนักงานประกันสุขภาพ. 2536. ผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2535.  
กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.  
“ແ່ສອງປະຊາກຸມມາດ2” ไทยโพสต์ 6 กรกฎาคม 2554  
United Nations Development Program. 2010. Human Development Report 2010.  
<<http://undp.or.th/publications/>> Access October 12, 2011.