

เมื่อความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพเปลี่ยนรูป : นโยบายหลักประกันสุขภาพจะไม่เปลี่ยนได้ อย่างไร¹

บทความนี้ ผู้เขียนมีความเห็นและเชื่อว่า ในอนาคตอันใกล้ นโยบายหลักประกันสุขภาพที่ใช้อยู่ในทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2545 – 2555)² ซึ่งสามารถจัดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพและความเหลื่อมล้ำทางสังคมได้นั้น กำลังจะต้องเผชิญกับประเด็นความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพแบบใหม่ที่กำลังก่อตัวขึ้นท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรและแรงงานข้ามชาติ และนั่นย่อมจะทำให้เราต้องเปลี่ยนวิธีคิดต่อการมองความเป็นธรรมทางสุขภาพและสังคมที่แตกต่างไปจากเดิม เพราะความคิดแบบเฉลี่ยทุกซ์ เฉลี่ยสุขอาจใช้ไม่ได้ต่อไปกับความไม่เป็นธรรมนี้

1. ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่เป็นอยู่ การแก้ไขและผลกระทบ

สถานะสุขภาพไม่แปรผันกับสถานภาพทางสังคม เพราะเป็นเรื่องไม่เป็นธรรมหรือไม่ถูกต้องอย่างยิ่งที่ปล่อยให้สุขภาพผันแปรไปตามสถานภาพทางสังคม กล่าวอย่างง่าย ๆ ก็คือ หากปล่อยให้ความแตกต่างทางสุขภาพเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและเห็นชัดขึ้น ทั้งๆ ที่ ความแตกต่างนี้เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยง หรือจัดการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ ภาวะนี้เรียกว่า ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ (Health inequity) การแก้ไขความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพนี้ เป็นเรื่องของความเป็นธรรมทางสังคม (Social justice)³

- ระบบบริการสุขภาพแบบเดิม – คนจำนวนมากเข้าไม่ถึง

ก่อนหน้าที่จะมีปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อจัดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพนั้น ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพอยู่ 3 ระบบใหญ่ โดยมีผู้ที่มีสิทธิในระบบต่างๆ ดังนี้

(ล้านคน)

	สวัสดิการข้าราชการและ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	ประกัน สังคม	ระบบสวัสดิการประชาชนด้านการ รักษาพยาบาล และระบบบัตรประกัน สุขภาพ	ไม่มีระบบ สวัสดิการ
ประชากรปี 2543 (ร้อยละ)	6.82 (11)	5.58 (9)	28.52 (49)	19.22 (31)

¹ วีรบูรณ์ วิสารทสกุล (2555) วิชาสัมมนาพัฒนาคุณภาพประชากรมิติมหภาคและมิติจุลภาค

² ภายได้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ก่อนหน้าระหว่างปี พ.ศ. 2540 – 2544 รู้จักกันในนาม 30 บาทรักษาทุกโรค

³ สุพจน์ เต็นดวง (แปลและเรียบเรียง) (2552) ถมช่องว่างทางสุขภาพในช่วงชีวิตเรา : บรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วยปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (บพสฐ) ผู้บริหาร)

นอกจากปัญหาที่พบว่า มีประชาชนกว่า 19 ล้านคน ไม่มีระบบสวัสดิการด้านสุขภาพแล้ว ยังพบว่า ระบบที่ให้บริการอยู่ก็มีปัญหา เช่น 1) การไม่ใช้บริการสุขภาพที่จำเป็น เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูงและความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ 2) ค่าใช้จ่ายสูงเมื่อเจ็บป่วยหนัก และ 3) ความไม่เป็นธรรมจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นต้น

- วิธิดีเพื่อแก้ – ออกแบบระบบการใช้จ่ายเงินเพื่อทำให้ระบบบริการสุขภาพใหม่มีประสิทธิภาพขึ้น

6 มกราคม พ.ศ. 2544 พรรคไทยรักไทยได้รับคะแนนเลือกตั้งอย่างท่วมท้น ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการชูนโยบายหลักประกันสุขภาพ และเมื่อมีโอกาสจัดตั้งรัฐบาล ก็ผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพเป็น 1 ใน 9 นโยบายเร่งด่วนที่แถลงต่อรัฐสภา

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งที่จะจัดตั้งโครงการประกันสุขภาพแก่ประชาชนชาวไทยโดยการสร้างดุลยอำนาจในการควบคุมคุณภาพบริการที่แยกผู้ซื้อบริการออกจากผู้ให้บริการ (กระทรวงสาธารณสุข) รัฐมีหน้าที่เกี่ย ความเสี่ยงด้านสุขภาพและการเงิน ในเงินอุดหนุนจากงบประมาณ....มีกลไกในการควบคุมต้นทุนค่ารักษาพยาบาลโดยใช้วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาลแบบตกลงล่วงหน้าเป็นปลายปิด...”

ในช่วงระยะเวลา 1 ปีหลังเริ่มดำเนินการ (1 เมษายน 2544 – 1 เมษายน 2545) การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ครอบคลุมผู้มีสิทธิประมาณ 45.40 ล้านคน และใช้งบประมาณจากภาษีประชาชนกว่า 55,000 ล้านบาท (ปี 2545) และเรียกเก็บค่าธรรมเนียมครั้งละ 30 บาท⁴

ต่อมาปี 2545 สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ (สปสช.) ถูกตั้งขึ้นมาตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตพื้นที่ และสาขาประจำจังหวัด โดยมีหน้าที่สำคัญในฐานะ ผู้ซื้อบริการ (purchaser) หรือผู้จัดการระบบ (system manager)

กล่าวโดยสรุป บทเรียนกระบวนการกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁵ ถูกผลักดันให้เกิดขึ้นได้ด้วยเงื่อนไขสำคัญ คือ

สาระนโยบาย	บริบทเศรษฐกิจสังคม	ผู้เกี่ยวข้อง
<ul style="list-style-type: none"> • นโยบายมีความชอบธรรม แก่ไข • ปัญหาประชาชน และสอดคล้องกับเจตนารมณ์รัฐธรรมนูญ ปี 2540 • นโยบายสอดคล้องกับค่านิยมของ 	<ul style="list-style-type: none"> • การเติบโตของการเมืองภาคประชาชน • วิฤตเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชน ต้องการผู้นำมาสร้างการเปลี่ยนแปลงและนโยบายที่ลดรายจ่าย • โครงสร้างระบบบริการสุขภาพและทรัพยากรด้าน 	<ul style="list-style-type: none"> • พรรคการเมืองและหัวหน้าพรรค • ข้าราชการในกระทรวง • นักวิชาการ • ข้าราชการในระดับปฏิบัติการ

⁴ ในปี 2549 รัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ได้ยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท ในปี 2551 รัฐบาลอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ให้ใช้บัตรประชาชนบัตรเดียว แทนบัตรทอง และในปี 2555 รัฐบาลยิ่งลักษณ์ ชินวัตร มีนโยบายเริ่มเก็บ 30 บาทต่อการรักษาอีกครั้ง (เริ่ม 1 ส.ค. 2555) โดยมีเหตุผลสนับสนุนว่าจะทำให้ ประชาชนมีเหตุผลในการบริโภคการให้บริการมากขึ้น

⁵ ศิริวรรณ ทิพย์รังษุฎฐ์ (2549) “นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ตอนที่ 1 กระบวนการกำหนดนโยบาย” ใน วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข ปีที่ 9 ฉบับที่ 1-4 น.3-18 สามารถเข้าถึงได้ที่ <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/810>

<p>คนไทย – เฉลี่ยทุกซ์ เฉลี่ยสุข</p> <ul style="list-style-type: none"> นโยบายมีความเป็นไปได้ทางการคลังและการจัดการ 	<p>สุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> กระแสปฏิรูปสุขภาพซึ่งก่อมาตั้งแต่ปี 2542 	<ul style="list-style-type: none"> ประชาสังคมด้านสุขภาพ
--	--	--

- ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบาย

10 ปีของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ได้สร้างการเปลี่ยนแปลงต่อความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพและด้านสังคมอย่างมาก ได้แก่

คนจนเข้าถึงระบบสุขภาพที่จะเป็นได้มากขึ้น

จากรายงานการประเมินผลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553)⁶ ชี้ว่า อัตราการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บ่งชี้ว่าประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 2.45 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2546 เป็น 3.22 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ.2553 และอัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 0.094 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2546 เพิ่มขึ้นเป็น 0.116 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ.2554 อย่างไรก็ตามการเพิ่มขึ้นดังกล่าวยากที่จะสรุปได้ว่าเป็นผลมาจากระบบหลักประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียว เนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการใช้บริการที่เพิ่มขึ้น อาทิ รายได้ครัวเรือนเพิ่มขึ้น ความคาดหวังที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการมีบริการทั้งภาครัฐและเอกชนให้เข้าถึงได้เพิ่มขึ้น เป็นต้น

ข้อมูลจากการสำรวจครัวเรือนโดยความร่วมมือระหว่างสำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ในปี พ.ศ. 2554 ชี้ให้เห็นว่าความชุกของประชากรไทยที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (unmet need) อยู่ในระดับต่ำ (แต่ก็ยังสูงกว่าระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ) โดยสาเหตุหลักคือผู้ป่วยไม่มีเวลาในการไปพบแพทย์ ไม่แน่ใจว่าจะได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาสัดส่วนประชากรไทยที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเนื่องจากไม่มีเงินในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 1.3 สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและร้อยละ 16.7 สำหรับบริการผู้ป่วยใน จัดว่าอยู่ในระดับที่ต่ำเมื่อเทียบกับข้อมูลของประเทศสมาชิก OECD

อีกทั้งในรายงานการประเมินความยากจน ปีพ.ศ. 2550 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) พบว่า คนจน หรือคนชายขอบ เป็นกลุ่มที่มีโอกาสในการเข้าถึงบริการพื้นฐานด้านสุขภาพ-สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสูงสุด คือ ร้อยละ 96.7 ของคนจนทั้งหมด มีเพียงร้อยละ 3.3 ที่ไม่มีโอกาสเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้ ส่วนใหญ่นั้นมีบัตรประกันสุขภาพจากร้อยละ 95.1 ส่วนที่เหลือเป็นหลักประกันสุขภาพ

⁶ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2555) รายงานการประเมินผลระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553)

ประเภทอื่นๆ เช่น บัตรประกันสังคม สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจและบัตรประกันสุขภาพเอกชน เป็นต้น

จำนวนครัวเรือนที่อาจล้มละลายหรือยากจน จากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลลดลง

จากรายงานประเมินผลขึ้นเดียวกันนี้ พบว่า **อุบัติการณ์ของครัวเรือนที่อาจล้มละลายอันเนื่องมาจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล** ซึ่งคำนวณจากสัดส่วนรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลเกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายครัวเรือนโดยรวม **พบว่ามีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน** โดยในกลุ่มคนยากจนลดจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ.2539 เหลือ ร้อยละ 2.8 ในปี พ.ศ. 2551 และในกลุ่มคนรวยลดลงจากร้อยละ 6.1 เหลือร้อยละ 3.7 ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน ทั้งนี้อุบัติการณ์ของกลุ่มคนยากจนและคนรวย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทุกปี ยกเว้นในปี พ.ศ.2543 ($p = .667$)

ความยากจนของครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบจากรายจ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งวัดจากระดับรายได้เดิมเป็นครัวเรือนที่อยู่เหนือเส้นความยากจน และเมื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้วทำให้รายได้คงเหลือของครัวเรือนดังกล่าวตกไปอยู่ใต้เส้นความยากจน พบว่า มีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากร้อยละ 1.97 และ 2.7 ในปี พ.ศ. 2539 และ 2543 ตามลำดับเหลือร้อยละ 1.2 และ 0.49 ในปี พ.ศ. 2547 และ 2552 ตามลำดับ

โดยพบว่า ครัวเรือนที่มีผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับผลดีมากกว่าครัวเรือนที่ไม่มีผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม พบว่า หลังจากการดำเนินนโยบายดังกล่าวยังคงมีปัญหาความยากจนที่เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เนื่องจากบางคนเลือกใช้บริการนอกระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีการจ่ายเงินค่าบริการเองทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ผู้รับบริการต้องประสบกับภาวะล้มละลายจากภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล

ข้อเท็จจริงข้างต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิโรจน์ ฌ ระนอง⁷ ที่พบว่า 1) **ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน** โดยในปี 2545 หลังจากมีโครงการ ครัวเรือนทั่วประเทศ สามารถลดค่าใช้จ่ายการักษาพยาบาลได้ ประมาณ 7,425-10,247 ล้านบาท และในปี 2547 ลดค่าใช้จ่ายได้ประมาณ 12,824 - 14,111 ล้านบาท กล่าวได้ว่า ในช่วง 3 ปีแรกของโครงการ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประสบความสำเร็จในการลดภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของกลุ่มคนจนที่สุดลงจนแทบจะหมดไป และ 2) **ดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพนั้น พบว่าครัวเรือนที่อยู่เหนือเส้นความยากจนไม่มาก มีจำนวนมากที่มีโอกาสตกหล่มความยากจนจากการที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่แทบไม่มีครัวเรือนที่รายตกอยู่ใต้เส้นความยากจนเนื่องจากการมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเลย**

⁷ งานศึกษาเรื่อง "การใช้ข้อมูลการสำรวจภาวะสวัสดิการของโครงการ 30 บาทรักษาโรคและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและการลดความยากจน และการสร้างดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ"

<http://www.bangkokbiznews.com/home/news/pr-center/detail-news.php?id=2726> และ ควรกล่าวไว้ด้วยว่า ก่อนหน้านี้ประมาณปี พ.ศ. 2549 วิโรจน์ ฌ ระนองและคณะ ก็ได้มีรายงานติดตามประเมินผล "ผลกระทบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการ 30 บาท ที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน" ซึ่งผลการศึกษาก็ออกมาในทิศทางเดียวกัน (รายงานที่ตีพิมพ์ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๔๙)

2. ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพรูปแบบใหม่ : ที่นโยบายหลักประกันสุขภาพแบบเดิมตอบไม่ได้

แม้ความสำเร็จของนโยบายหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการมาในทศวรรษที่ผ่านมา จะสามารถตอบคำถาม ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและความเหลื่อมล้ำทางสังคมได้ในความหมายที่ว่า มีกลุ่มคนจนจำนวนมากเกือบ 50 ล้านคนเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ

	สวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ประชากรปี 2553	5 ล้านคน (8%)	9.84 ล้านคน (9)	47 ล้านคน (75%)
แหล่งเงินเพื่อการคลังสุขภาพ	งบประมาณรัฐ รายจ่ายต่อหัวผู้มีสิทธิในปี 2551 54,904 ล้านบาท (~ 11,000 บาท/คน)	สมทบจากรัฐ นายจ้างและลูกจ้าง ร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน เป็นรายจ่าย ประมาณ 2,133.5 บาท/คน	งบประมาณรัฐ อัตราเหมาจ่ายรายหัวปี 2553 2,497 บาท/คน

แต่ในทศวรรษหน้า ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ จะมีตัวแปร หรือเงื่อนไขชนิดใหม่ๆ เพิ่มเข้ามา และจะซ้อนเข้าไปกับปัญหาเก่าที่ยังต้องแก้ไข (ความเหลื่อมล้ำใน 3 ระบบ / การขาดดุลของโรงพยาบาลทั่วประเทศ เป็นต้น) ซึ่งจะทำให้นโยบายหลักประกันสุขภาพแบบเดิมมีข้อจำกัดมากยิ่งขึ้น

- จำนวนผู้สูงอายุและค่าใช้จ่ายต่อหัว : ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในมิติของอายุ

- ❖ ข้อมูลปี 2552 งานวิจัยชิ้นหนึ่ง^๘ ชี้ว่า คนชรากว่าร้อยละ 25 อยู่ในครัวเรือนที่จนที่สุด และพบว่าครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอยู่กันเองมีมาก ถึง 1.08 ล้านคนหรือร้อยละ 5.5 ของประชากรไทย นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งพิงรายได้จากลูกถึงร้อยละ 67 รองลงมา คือ การทำงานและรายได้จากการออมเพียงร้อยละ 3 โดย 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งหมดไม่มีเงินออม และสำหรับสวัสดิการทางสังคมมี ผู้สูงอายุได้รับสิทธิตามนโยบายนี้แล้วกว่าร้อยละ 70 ส่วนสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลนั้นส่วนใหญ่ได้รับสิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท มีเพียงร้อยละ 19 เท่านั้นที่ไม่ได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลใดๆ
- ❖ ข้อมูลจากงานสำนักงานสถิติชี้ว่า อีก 10 และ 20 ปีข้างหน้า ในปี 2563 จำนวนผู้สูงอายุจะสูงขึ้นเป็นประมาณ 12.3 ล้านคน หรือร้อยละ 17.51 ของประชากร และจะขึ้นเป็น 17 ล้านคนหรือ 1 ใน 4 ของประชากรไทยตามลำดับ

^๘ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย การวิจัยเรื่องชีวิตคนไทย: เด็กกับผู้สูงอายุ เข้าถึงที่ <http://www.bloggang.com/viewblog.php?id=amaridar&date=12-04-2011&group=4&gblog=52>

- ❖ ส่วนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมักจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โดยในปีงบประมาณ 2553 ผู้สูงอายุมี้อัตราการใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงกว่าคนวัยอื่นๆ และเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2552 โดยมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก 6.2 ครั้งต่อคนต่อปีคิดเป็นประมาณสองเท่าของอัตราการใช้บริการเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ ส่วนอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุอยู่ที่ 0.23 ครั้งต่อคนต่อปี สูงเป็นสองเท่าของอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ

	ระบบบริการสุขภาพของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ		ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	
	จำนวนร้อยละของผู้ใช้สิทธิ	จำนวนร้อยละของงบประมาณที่ใช้เพื่อการรักษา (ปี 2554)	จำนวนร้อยละของผู้ใช้สิทธิ	จำนวนร้อยละของงบประมาณที่ใช้เพื่อการรักษา (ปี 2553)
อายุน้อยกว่า 60 ปี	74%	40%	88%	74%
อายุมากกว่า 60 ปี	26%	60%	12%	26%

- ❖ ส่วนงานวิจัยแบบจำลองการคลังสุขภาพ⁹ ซึ่งว่าประมาณการค่าใช้จ่ายสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2565 หรืออีก 12 ปีข้างหน้า จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นถึง 3.62 เท่า (จากปัจจุบัน) และสูงกว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมทุกอายุ โดยปัจจัยหลักมาจากการเพิ่มอัตราการใช้บริการ อัตราค่าบริการและค่ายา รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีทางการแพทย์
- ❖ ปัจจุบันผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้ว คือ การขาดดุลของโรงพยาบาลทั้งระบบกว่า 7,000 ล้านบาท ศูนย์ปฏิบัติการการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ ได้รวบรวมสถานการณ์การเงินการคลังโรงพยาบาลภาครัฐปี 2553-2554 ได้สรุปว่าปริมาณโรงพยาบาลที่ขาดทุนมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 505 โรงหรือ 63% ในไตรมาสสี่ของปี 2552 เพิ่มขึ้นเป็น 540 โรงหรือ 67% ในไตรมาสที่ 2 ปี 2553 และเพิ่มเป็น 579 โรงหรือ 70% ในไตรมาสที่ 3 ปี 2553 ทำให้ปี 2553 ทุกโรงพยาบาลขาดทุนรวม 7,388 ล้านบาท¹⁰

● แรงงานต่างด้าว : ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในมิติของสัญชาติ

- ❖ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 5 กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดใน พรบ.นี้ อย่างไรก็ตาม การตีความของ สป.สช.กำหนดให้บุคคลที่ได้รับสิทธิตาม พรบ.นี้ ต้องมีสัญชาติไทยเท่านั้น (ต้องมีเลขบัตรประชาชน 13 หลัก โดยอ้างว่า พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพนี้ บัญญัติขึ้น มาตรา 52 ซึ่งอยู่ในหมวดที่ 3 เรื่อง สิทธิและและเสรีภาพของชนชาวไทย) นั้น

⁹ รายงานวิจัยเรื่องผลสัมฤทธิ์ของการใช้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและ ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐในอนาคตในช่วงปี พ.ศ. 2554 -2564 สนับสนุนโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ (มส.ผส.) ในงานเวทีวิชาการเรื่องอนาคตสังคมไทย สู้สังคมสูงอายุ จัดโดย มส.ผส.

¹⁰ ข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมความเห็นการจัดการงบประมาณ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขาด ปีงบประมาณ 2555 เมื่อวันที่ 7 -8 กรกฎาคม 2554 ที่จังหวัดชลบุรี เข้าถึงได้ที่ <http://thaipublica.org/2011/09/10-years-healthcare/>

ทำให้ในเดือน กรกฎาคม ปีพ.ศ. 2548 จึงมีการเรียกคืน บัตรทอง จากคนไร้สัญชาติ และเปลี่ยน คำเรียก “จาก 30 บาทรักษาทุกโรค” มาเป็น “30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค”

- ❖ นั้นทำให้ แรงงานต่างด้าวประเทศไทย ประมาณ 1.3 ล้านคน (ประมาณร้อยละ 80 เข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย) ตามข้อมูลของกระทรวงแรงงาน ปี 2553 เข้าไม่ถึง ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่นคนไทย (อย่างไรก็ตาม ตัวเลขจากกระทรวงมหาดไทยปี 2552 มีแรงงานต่างด้าว พม่า-ลาว-เขมร ขึ้นทะเบียนไว้ประมาณ 2,487,045 คน)
- ❖ แต่รัฐไทยก็ได้ยอมรับในแนวคิดความเสมอภาค การไม่เลือกปฏิบัติ เคารพสิทธิมนุษยชน (ตามหลักสิทธิมนุษยชน) ซึ่ง กระทรวงสาธารณสุขก็ได้จัด “ระบบกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว” โดยให้แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ โดยจ่ายสมทบ (หรือซื้อประกัน) 1,300 บาท ต่อปี
- ❖ และโดยข้อเท็จจริงชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้การสมทบข้างต้น ยังมีส่วนบกพร่องที่ไม่ครอบคลุมโรคที่มีความสำคัญ อย่างเช่น โรคไต เอดส์ ที่มีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก และโดยข้อเท็จจริงก็พบว่า ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลให้บริการแก่กลุ่มแรงงานต่างด้าวนี้ มักใช้เงินที่มากกว่ารายรับที่เรียกเก็บจากแรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรงพยาบาลในเขตอำเภอชายแดน และโรงพยาบาลที่มี แรงงานต่างด้าวอาศัยอย่างหนาแน่น นั้นหมายถึง โรงพยาบาลได้แบกรับภาระนี้ไว้ ซึ่งโรงพยาบาลบางแห่งได้รายงานว่าไม่ได้รับการชดเชยส่วนนี้จากกระทรวงสาธารณสุข¹¹
- ❖ ข้อมูลจากกลุ่มประกันสุขภาพ¹² ระบุว่าในปีงบประมาณ 2553 กระทรวงสาธารณสุขมีค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษากรณีค่าใช้จ่ายสูง ที่ต้องจ่ายชดเชยให้แก่โรงพยาบาล สูงกว่าปีงบประมาณ 2552 เกือบเท่าตัว คือ จากประมาณ 29.7 ล้านบาทในปี 2552 เป็น 52.7 ล้านบาทในปี 2553

กล่าวโดยสรุป

ประเด็นท้าทายใหม่ๆ เหล่านี้ จะเพิ่มภาระทางการคลังด้านบริการสุขภาพขึ้นอีกมาก (ทั้งภาระค่าใช้จ่ายกับผู้สูงอายุ และภาระค่าใช้จ่ายกับแรงงานต่างด้าว) แม้ว่าปัจจุบันงบประมาณในส่วนนี้仍将อยู่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของ WHO (เกณฑ์ทั่วไป คือ ประมาณ 5% ของ GDP ปัจจุบันอยู่ประมาณ 4%) แต่ วิธีแก้ปัญหโดยการเพิ่มงบประมาณที่มาจากก่อนภาษีเดียวกันกับงบประมาณอื่นๆ นั้น ก็เป็นวิธีที่ไม่มีความยั่งยืนและไม่มีหลักประกันว่าต้องเพิ่มเท่าไรจึงจะเพียงพอ

ขณะเดียวกันต้องยอมรับว่า ภายใต้แนวคิดระบบบริการสุขภาพที่เสมอภาค เสมอหน้า ไม่แบ่งแยก ไม่เลือกปฏิบัติ ตามเจตนารมณ์ของ สิทธิทางสุขภาพ (right to health) และตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพนั้น เรากำลังต้องก้าวข้ามอคติทาง

¹¹ รายงานสรุปข้อเสนอเชิงนโยบายแรงงานต่างด้าว : การพิสูจน์สัญชาติและการปฏิรูประบบบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย กรณีศึกษาจังหวัดภูเก็ต โดย คณะกรรมาธิการแรงงาน สภาผู้แทนราษฎร http://web.parliament.go.th/parcy/sapa_db/committee-upload/24-20100126144656_Pages%20from%20report-1.pdf

¹² รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินการคลังของกองทุนระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ปี 2553 กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข <http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attachfinancing/174/Full-text.pdf>

เชื้อชาติ (ที่ไม่ไทย) ที่สังคมเราได้ก่อกำแพงอคติทางเชื้อชาติไว้อย่างเข้มแข็ง ปลูกฝังกันตั้งแต่ในโรงเรียน ในบทเรียน ประวัติศาสตร์ ละครโทรทัศน์ ภาพยนตร์ บทเพลง ที่สอนให้เรามองชนชาติพม่า ลาว เขมร ด้อยกว่าเราเสมอ ที่สำคัญคือ ไม่ใช่พวกเรา ที่พอใจมีใจเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุขกับคนเหล่านี้

คุณภาพของนโยบายหลักประกันสุขภาพที่ต้องเผชิญกับ ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพรูปแบบใหม่ๆ นี้ อาจทำให้มีข้อสงสัยว่า กรอบคิดในการกำหนดนโยบายที่ออกแบบให้ ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบบริการโดยรัฐ (socialized medicine) ที่ใช้การจัดการทางการคลังสุขภาพของรัฐเป็นกลไกในการจัดการ แม้จะส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมได้ แต่ก็ มีปัญหาข้อจำกัดด้านงบประมาณ ทำให้ต้องควบคุมค่าใช้จ่าย ซึ่งส่งผลต่อแรงจูงใจในการให้บริการ ตลอดจนการพัฒนา และนำเอาเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า อีกทั้งยังจำกัดทางเลือกของประชาชนในการรับบริการ ...จะยังคงใช้ได้หรือไม่

หรือจำเป็นที่ ระบบหลักประกันสุขภาพต้องนำเอาระบบตลาดมาประยุกต์ใช้ เพื่อเปิดให้มีการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ (ประสบการณ์จากประเทศอังกฤษ) หรือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแต่ละกองทุนในฐานะผู้ซื้อบริการ (ประสบการณ์จาก ประเทศเนเธอร์แลนด์) ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้เกิดประสิทธิภาพในการบริการ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ผสมผสานเอากลไกการตลาด มาใช้ในระบบบริการสุขภาพที่ภาครัฐเป็นคนกำกับ (Hybrid system)