

ความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*

INEQUALITY IN RECEIVING HEALTH CARE SERVICES OF PEOPLE
IN THE NORTHEAST REGION

กล่อมศรี สิริศักดิ์¹, ปิยลักษณ์ โพธิ์วรรณ², ธนพฤกษ์ ชามะรัตน์³
Klomsri Sittisak¹, Piyaluk Potiwan², Thanapauge Chamaratana³
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม^{1,2}
Rajabhat Maha Sarakham University, Thailand.^{1,2}
มหาวิทยาลัยขอนแก่น³
KhonKaen University, Thailand.³
Email : nongcan2521@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ในการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2) เพื่อศึกษาความเหลื่อมล้ำและเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาในระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยใช้การศึกษาค้นคว้าเอกสาร ร่วมกับการใช้แนวทางการสัมภาษณ์ แนวทางการสังเกต และแนวทางในการสนทนากลุ่ม เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วได้นำมาตรวจวิเคราะห์ตามทฤษฎีความยุติธรรมของ John Rawls และ อำนาจชี้แนะ ของ Michel Foucault โดยมีกลุ่มเป้าหมายประชาชนผู้เข้ารับบริการ บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนจังหวัดหนึ่งในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยจำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการพรรณนาวิเคราะห์

ผลการวิจัยพบว่า 1. สิทธิการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทยมี 3 ระบบหลักประกอบด้วย 1)ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ 2)ระบบกองทุนประกันสังคม 3)ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2. ความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยพบว่ามี 3 ด้านประกอบด้วย 1)ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ 2)ด้านการเงินการคลัง และ 3)ด้านคุณภาพบริการ การต่อสู้ต่อรองเพื่อคุ้มครองสิทธิในหลักประกันสุขภาพของประชาชนไม่ได้รับสำคัญและความสนใจในการเข้ามาแก้ไขปัญหา

คำสำคัญ : 1. ความเหลื่อมล้ำ 2. ระบบการให้บริการ 3. หลักประกันสุขภาพ

ABSTRACT

This research article is aimed 1) to study about a condition when obtaining a health care insurance services of people living in the Northeast region, 2) and to study about the inequity and offer suggestions towards the health care insurance services of the people in the Northeast region. This research is a qualitative research. The researcher collected the data by retrieving and studying documents in line with interview, observation, and group discussion guidelines. After the data collection process, the data was analytically checked using John Rawls' Theory of Justice and Michel Foucault's biopower. The targeted people consisted of 30 individuals from those who received health care services, medical staff, and health workers who were related to the service in receiving health care insurance services of the people in a province in the northeast region. The data was descriptively analyzed.

The research result revealed that; 1. the rights on obtaining a health care insurance services of the Thai people consists of three principles, namely; 1) the medical benefit system of government officers and state enterprise employees, 2) Social Security Fund system, and 3) National Health Security Fund system. 2. While the inequity in receiving health care security services consists of three areas, namely; 1) the inequity in benefits, 2) the areas of Finance and Fiscal, and 3) the area of Services. The attempt to obtain the services and to protect the people's rights in order to receive the health security services of the people are not being mindfully regarded and problems are not raised for a proper solution.

Keywords : 1. Inequality 2. Service System 3. Health Insurance

1. ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิตามธรรมชาติประจำตัวที่เกิดมาพร้อมกับมนุษย์ทุกคน ไม่สามารถจำหน่ายแจกหรือโอนให้แก่บุคคลอื่นได้ สิทธิมนุษยชนจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งจนขาดเสียมิได้ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีเนื่องจากทุกคนเกิดมามีเกียรติและศักดิ์ศรีประจำตัวจึงมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองในฐานะที่เป็นคนเพื่อทำให้คนๆ นั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปลอดภัย ซึ่งขอบเขตของสิทธิมนุษยชนประกอบด้วยสิทธิพลเมือง สิทธิทางการเมือง สิทธิทางเศรษฐกิจ และสิทธิทางสังคมซึ่งรวมถึงสิทธิในการได้รับหลักประกันด้านสุขภาพ (กรมคุ้มครองสิทธิ

และเสรีภาพ, 2556) การเข้าถึงระบบบริการในหลักประกันสุขภาพของคนไทยทั้ง 3 ระบบ เป็นระบบที่มีความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรมระหว่างกลุ่มของผู้ใช้สิทธิในแต่ละกองทุน เนื่องจากประชากรไทยกว่า 66 ล้านคน (กองยุทธศาสตร์และแผน, 2562) สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขจากระบบหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนี้ 1) กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้หลักแนวคิดสิทธิขั้นพื้นฐาน กลุ่มผู้รับบริการคือประชาชนทั่วไปประมาณ 48 ล้านคน ใช้เงินจากรัฐบาลเหมาจ่ายรายหัวประมาณ 3,600 บาท 2) กองทุนประกันสังคมใช้หลักแนวคิดความมั่นคงทางสังคมผู้ให้บริการเป็นกลุ่มลูกจ้างทั้งในและนอกระบบราชการประมาณ 13 ล้านคน ใช้เงินสมทบจากนายจ้างและรัฐโดยมีลูกจ้างร่วมจ่ายต่อหัว 2,575 บาท และ 3) กองทุนสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจใช้หลักแนวคิดสวัสดิการของรัฐ ผู้รับบริการคือครอบครัวข้าราชการและลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ จำนวนกว่า 6 ล้านคน ใช้เงินจากกระทรวงการคลังของรัฐบาลเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัว 12,000 บาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563) จากค่าใช้จ่ายต่อหัวของแต่ละสิทธิจะเห็นว่ามีค่าที่แตกต่างกันเป็นอย่างมากพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้มีฐานะดีใช้สิทธิของข้าราชการหรือประกันสังคม และผู้ใช้สิทธิข้าราชการจะได้รับประโยชน์มากกว่า วิโรจน์ ณ ระนอง (2552) ดังเช่นกลุ่มข้าราชการมีโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมากกว่ากลุ่มอื่นๆ นอกจากนี้การจ่ายยาสำหรับสิทธิสวัสดิการข้าราชการยังมีความครอบคลุมทั้งยาในบัญชีและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติในขณะที่สิทธิในการรักษาพยาบาลอื่นจะครอบคลุมเฉพาะยาในบัญชียาหลักเท่านั้น ซึ่งยานอกบัญชียาหลักนั้นมักจะเป็นยาใหม่ที่มีราคาแพง การที่ข้าราชการได้สิทธิในการรับยาโดยไม่ต้องจ่ายเงินและไม่มีการควบคุมการจ่ายยา ส่งผลให้งบประมาณในส่วนของสวัสดิการข้าราชการสูงขึ้นทุกปี และเพิ่มความเหลื่อมล้ำในค่าใช้จ่ายของรัฐด้านสุขภาพ

จากที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า ปัญหาความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยมีดังนี้ 1) ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ของกลุ่มผู้ใช้สิทธิในกองทุนที่แตกต่างกัน 2) ด้านการเงินการคลัง 3) ด้านการกระจายตัวบุคลากรทางการแพทย์และสถานบริการสาธารณสุข และ 4) ด้านคุณภาพบริการ จากทฤษฎีความยุติธรรมของ John Rawls ที่ว่า ความยุติธรรมคือการปฏิบัติต่อกันอย่างเป็นธรรมและหนทางแก้ไขปัญหาคือการจัดสรรปันส่วนทรัพยากรและสิทธิประโยชน์กระจายให้บุคคลต่างๆ อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรม ซึ่งหลักสำคัญของ Rawls คือ หลักเสรีภาพที่ทุกคนต้องมีเท่าเทียมกัน และเสริมด้วยหลักความแตกต่าง คือการให้ปฏิบัติต่อกันในสังคมแตกต่างกันได้ เพื่อให้ผู้ที่อยู่ในสถานะเหลื่อมล้ำมีความเท่าเทียม หรือการช่วยเหลือกลุ่มที่ด้อยกว่าหรือกลุ่มเสียเปรียบให้มีโอกาสเท่าเทียมกันในสังคม แต่อย่างไรก็ตาม Rawls จะปฏิเสธการเลือกปฏิบัติในขั้นเริ่มแรก และปฏิเสธการสร้างความแตกต่างที่จะนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกันมากยิ่งขึ้น

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 สร้างความเหลื่อมล้ำให้คนไทยมากขึ้น (สถาบันวิจัยป๊อปปูล่าเรชัน, 2563) คนจนได้รับผลกระทบจากมาตรการล็อกดาวน์มากกว่าคนรวย การเว้นระยะห่างทางสังคมสร้างความเหลื่อมล้ำด้านการศึกษาต้องปรับการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์ทำให้กลุ่มคนยากจนขาดอุปกรณ์ ขาดโอกาสในการเข้าถึง ด้านเศรษฐกิจ มาตรการปิดสถานบริการโรงแรม การท่องเที่ยวและบันเทิง และบริการอื่นๆ ทำให้ลูกจ้างรายได้น้อยและกลุ่มแรงงานทักษะต่ำได้รับเงินเดือนลดลงหรือต้องออกจากงานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและปากท้องของสมาชิกในครัวเรือนที่ต้องพึ่งพา ภายใต้การเมืองสุขภาพ รัฐไทยใช้ข้อมูลสุขภาพ และสถานะสุขภาพจัดการกับสิทธิเสรีภาพและชีวิตของคนได้โดยไม่รู้ตัว โดยรัฐสามารถออกกฎหมายหรือใช้มาตรการที่ไม่เป็นธรรมมาใช้กับประชาชนในสังคม เช่น การบังคับให้ออกกำลังกาย การบังคับให้คนยากจนทำหมันเพื่อควบคุมประชากร การทดลองยาและวัคซีนที่ใช้มนุษย์เป็นผู้ถูกทดลอง การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในกรณีเกิดโรคระบาด รัฐใช้อำนาจผ่านความรู้ด้านการแพทย์มาสร้างความชอบธรรมในการจัดการกับร่างกายและพฤติกรรมของมนุษย์ (กาญจนา แก้วเทพ, 2553) Michel Foucault เชื่อว่ามนุษย์มีอำนาจในการใช้ภาษาเป็นเครื่องมือ และภาษาคือกระบวนการสร้างความหมายโดยภาษาและสัญลักษณ์ของอำนาจคือ “กฎหมาย” ที่รัฐใช้เป็นกลไกสำคัญของการบังคับควบคุมแทรกซึมไปอย่างแนบเนียนทั่วทั้งสังคม Foucault เรียกมันว่า อำนาจชีวะ (biopower, or somato-power) (Michel Foucault, 1980) ซึ่งเป็นอำนาจที่มีชีวิตทำงานได้เองภายใต้องค์ประกอบของสังคม เป็นอำนาจภายในจิตใจที่สามารถบังคับให้เป็นร่างกายในโอวาท (docile body) ที่เชื่อฟังอ่อนน้อมง่าย ซึ่งล้วนเป็นความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจทั้งนั้น อำนาจทางการเมืองเป็นอำนาจกำหนดและปรับเปลี่ยนกติกาของสังคม ทั้งควบคุมให้สมาชิกของสังคมกระทำการตามกติกาเพื่อความมีระเบียบและความสงบเรียบร้อย และการใช้บทลงโทษเมื่อเกิดการละเมิดกติกา (ยศ สันตสมบัติ, 2544) Foucault ชี้ให้เห็นว่าอำนาจชีวะเป็นการนิยามอำนาจกับความเป็นจริง เป็นกระบวนการสร้างความหมายโดยภาษาและสัญลักษณ์ต่างๆ ประกอบกันเป็นความรู้ความเข้าใจในเรื่องหนึ่งๆ ที่ส่งผลต่อการกำหนดว่าอะไรคือความรู้ ความจริง และอะไรไม่ใช่วาทกรรม จัดเป็นเทคโนโลยีทางอำนาจที่ถูกใช้ทั้งการเก็บ การกด การปิดกั้น และจัดระเบียบวิถีชีวิตของคนในสังคม เช่นกำหนดว่า “การออกกำลังกายจะทำให้สุขภาพแข็งแรง” หรือ “การฉีดวัคซีนจะป้องกันการเกิดโรค” เนื่องจากสุขภาพเป็นหลักการตลาดที่สร้างผลประโยชน์ให้กลุ่มผู้มีอำนาจอย่างมหาศาล สร้างความเหลื่อมล้ำส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมของประเทศ และประชาคมโลก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่องความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อทราบสถานการณ์เข้าถึงหลักประกันด้านสุขภาพของประชาชนไทยรูปแบบและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำและผลกระทบรวมถึงการต่อสู้ต่อรองของประชาชนต่อ

นโยบายหลักประกันสุขภาพของรัฐบาลเป็นอย่างไร เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการด้านสาธารณสุขของไทยต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ในการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2.2 เพื่อศึกษาความเหลื่อมล้ำ และเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาในระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

3.1 ทำให้ทราบสถานการณ์ในการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3.2 เพื่อให้ทราบแนวทางแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยทำการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยซึ่งได้แก่ แนวคิดความยุติธรรมและความเป็นธรรมเน้นไปที่ ทฤษฎีความยุติธรรมของ John Rawls แนวคิดเกี่ยวกับอำนาจ โดยเฉพาะแนวคิดอำนาจชี้ชะตาของ Michel Foucault แนวคิดความเหลื่อมล้ำ และแนวคิดสิทธิมนุษยชนด้านบริการสาธารณสุข จากนั้นได้นำความรู้ที่ได้จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมากำหนดกรอบแนวคิดทางการวิจัย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการหาคำตอบกับข้อคำถามที่ว่า สถานการณ์ในการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย และปัญหาความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพว่ามีปัจจัยที่สร้างผลกระทบอย่างไร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนผู้เข้ารับบริการ บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนจังหวัดหนึ่งในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยจำนวน 30 คน ดังนี้ 1)กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ประชาชนผู้เข้ารับบริการในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนพื้นที่จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 15 คน 2)ผู้ให้ข้อมูลเพื่อเสริมผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อใช้ในการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือการสัมภาษณ์ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้ใช้แนวทางการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้บริหารหน่วยบริการสาธารณสุข ลักษณะและเนื้อหาของเครื่องมือ มีลักษณะและเนื้อหา ดังนี้ 1)แนวทางการสัมภาษณ์ ชุดที่ 1 แนวทางการสัมภาษณ์ชุดนี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประชาชนผู้เข้ารับการบริการด้านสาธารณสุขในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพ โดยมีข้อคำถามปลายเปิดเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้ (1)การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย (2)ความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับการบริการ (3)ผลกระทบที่เกิดจากระบบบริการ (4)ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงระบบบริการ 2)แนวทางการสัมภาษณ์ชุดที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์ชุดนี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์อ้อมตัวผู้วิจัยได้กำหนดข้อคำถามปลายเปิดเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายผู้ให้บริการ ดังนี้ (1)การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย (2)ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการ (3)ผลกระทบที่เกิดจากระบบบริการ (4)ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงระบบบริการ

การจัดเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ 1)การเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสาร การวิเคราะห์เอกสาร ผู้วิจัยค้นหา สังเคราะห์รวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องเมื่อรวบรวมแล้วนำมาจัดหมวดหมู่ ผู้วิจัยได้ทำการอ่านสรุปเนื้อหาและถอดความสังเคราะห์ข้อมูล จากนั้นทำการลงรหัสบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึก แล้วจึงทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล หากยังไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยจะย้อนกลับไปค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมจนข้อมูลอ้อมตัวครบถ้วนสมบูรณ์ 2)การเก็บรวบรวมจากกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-dept Interview) เป็นรายบุคคลในการสัมภาษณ์ประชาชนผู้เข้ารับการบริการในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน ใช้แนวทางการสัมภาษณ์(Interview Guideline) ชุดที่ 1 ส่วนแนวทางการสัมภาษณ์ ชุดที่ 2 ใช้ในการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ให้บริการระบบหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่ขณะที่ศึกษา ผู้วิจัยได้ยอมรับประเด็นที่เกิดขึ้นระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาปรับแนวทางสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิจัยครั้งนี้ใช้การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1)การตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบและยืนยันข้อมูลต่อเนื่องตลอดการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลและผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรง(Credibility) กับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ด้วยวิธีการและขั้นตอนดังนี้ คือ (1)การตรวจสอบข้อมูลระหว่างการเก็บข้อมูล

ภาคสนาม ผู้วิจัยตรวจสอบและยืนยันข้อมูลระหว่างเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยใช้เทคนิคสามเส้า (Triangulation Technique) (2)การตรวจสอบข้อมูลหลังเก็บข้อมูลภาคสนาม นำข้อสรุปที่ค้นพบ ตรวจสอบความสอดคล้องเชิงโครงสร้าง(Pattern Matching) โดยการนำแบบแผนที่ค้นพบดังกล่าวไป ตรวจสอบกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงทฤษฎีว่า แบบแผนที่ค้นพบมีความสอดคล้องกับข้อมูลจริงหรือไม่ เพียงใดเพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือ (Maxwell, 1992) และผู้วิจัยยังได้ยกคำพูดโดยตรงของผู้ให้ข้อมูลบางคนในประเด็นที่สำคัญมาประกอบในรายงานผลการวิจัยอีกด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล และสังเคราะห์แบบแผนความสัมพันธ์(Pattern) จนได้ข้อสรุป มีวิธีการและขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์แบบแผนความสัมพันธ์(Pattern Forming) โดยการหาความเชื่อมโยงของความหมายระหว่างกลุ่มหัวข้อสรุป แนวคิดต่างๆ เพื่อสร้างข้อสรุปแบบแผนความสัมพันธ์(Pattern)ของความเหลื่อมล้ำของการบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของไทยจากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ทำการสังเคราะห์แบบแผนความสัมพันธ์ โดยการหาความเชื่อมโยงระหว่างกันของกลุ่มของข้อมูลในแต่ละประเด็น เพื่อสร้างข้อสรุปแบบแผนความสัมพันธ์เครือข่าย เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ ความเหลื่อมล้ำของการบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพของไทย ภายใต้บริบทของความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุขในการเข้ารับบริการระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบและยืนยันข้อสรุปที่ค้นพบดังกล่าว โดยการนำข้อสรุปแบบแผนความสัมพันธ์ที่ค้นพบไปตรวจสอบและยืนยันกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ ว่ามีความสอดคล้องต้องกันกับข้อมูลจริงหรือไม่ เพียงใด ซึ่งมีตัวอย่างในการวิเคราะห์ข้อมูลในบางประเด็น

5. ผลการวิจัย

5.1 ผลการศึกษาก้าวการณ์ในการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า สิทธิการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทยมี 3 ระบบหลัก ประกอบด้วย

1) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ จัดเป็นสวัสดิการในการให้ความช่วยเหลือแก่ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญและบุคคลในครอบครัว เป็นการบรรเทาความเดือดร้อนและช่วยเหลือภาระค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล การเบิกจ่ายจากเงินงบประมาณ โดยมีกระทรวงการคลังทำหน้าที่ดูแลและรับผิดชอบในการเบิกจ่าย ขอบเขตของสิทธิประโยชน์ครอบคลุมการรักษายาบาลและศัลยกรรมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การบริการฉุกเฉินรวมทั้งยาและเวชภัณฑ์โดยมุ่งเน้นการให้การรักษายาบาล ระบบการเบิกจ่ายตามที่สถานพยาบาล

เรียกเก็บทั้งโดยวิธีการเบิกจ่ายโดยระบบใบเสร็จรับเงิน หรือระบบเบิกจ่ายตรงที่ได้สมัครไว้ ซึ่งรัฐต้องรับประกันการจ่ายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนปัจจัยที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจาก 1) ปัจจัยด้านการเบิกจ่าย 2) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการที่มีกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 3) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการที่มีแรงจูงใจในการสร้างรายได้ให้หน่วยบริการ

2) ระบบกองทุนประกันสังคม เป็นหลักประกันในการให้ความช่วยเหลือแก่ลูกจ้าง มีสำนักงานประกันสังคมเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการรับผิดชอบดำเนินการทำสัญญาและซื้อบริการจากโรงพยาบาลคู่สัญญาและมีวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัว รายได้มาจากเงินสมทบจากลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล ฝ่ายละ 2.5 เท่ากัน สิทธิประโยชน์ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การทำทันตกรรมค้ำยาและเวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องสามัญชดเชยกรณีคลอดบุตรกรณีเสียชีวิต พิการ ส่วนปัญหาที่พบในระบบประกันสังคมคือ 1) สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมการรักษาที่จำเป็น 2) ปัญหาคุณภาพการรักษาพยาบาล 3) การหลีกเลี่ยงการส่งต่อกรณีเกินขีดความสามารถ และ 4) ผู้ประกันตนเป็นระบบเดียวที่ต้องจ่ายเงินสมทบ

3) ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พัฒนามาจากโครงการสงเคราะห์ระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทางสุขภาพได้อย่างทั่วถึงเสมอหน้าเท่าเทียมกันเป็นการสร้างโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็น มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ปฏิบัติการกิจด้านนโยบาย งบประมาณสนับสนุนได้มาจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีและเงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดสรรเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว ปัญหาที่พบในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้แก่ 1) รัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมด 2) การกระจายของสถานบริการและบุคลากรยังไม่ทั่วถึง 3) ค่าใช้จ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังไม่เหมาะสมกับภาระงาน 4) การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายมีความซ้ำซ้อนขาดประสิทธิภาพ

ที่ผ่านมาประเทศไทยมีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพโดยขยายความครอบคลุมสถานบริการและบุคลากรครอบคลุมประชาชนทั้งในเมืองและชนบท แต่ระบบบริการสาธารณสุขของไทยยังมีสภาพปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของประชาชน เนื่องจากการกระจายตัวของของโรงพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับการจัดระบบหลักประกันสุขภาพของไทยพบว่า รัฐไทยได้พยายามจัดสวัสดิการหลักประกันสุขภาพสอดคล้องกับหลักความยุติธรรมของ John Rawls จากโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ความคุ้มครองสิทธิในสุขภาพของประชาชนกลุ่มยากจนและด้อยโอกาสซึ่งมีเป็นส่วนมากในสังคม แต่เนื่องจากประเทศไทยมีระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกันทั้งหลักการแนวคิด และการบริหารจัดการการเงินการคลังรวมทั้งคุณภาพการบริการในแต่ละกลุ่มเป้าหมายจึงเป็นเหตุให้เกิดความเหลื่อมล้ำ ซึ่งโดยมีสาระสำคัญของความเหลื่อมล้ำอยู่ที่การออกแบบระบบ เช่น รูปแบบการจ่าย อัตราการจ่าย ขณะที่รายการรักษาและสิทธิประโยชน์ในภาพรวมไม่ได้มีความแตกต่างกันความเหลื่อมล้ำในระบบ

หลักประกันสุขภาพของไทยพบว่ามี 3 ด้าน ประกอบด้วย ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ ด้านการเงินการคลัง และด้านคุณภาพบริการ ดังนั้น เมื่อแต่ละระบบบริการสุขภาพมีที่มาต่างกัน จึงมีปรัชญา หลักการ ของหน่วยงานรับผิดชอบที่แตกต่างกัน รวมไปถึงระเบียบวิธีการและกฎหมายรองรับที่ต่างกัน เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำใน 3 ระบบสุขภาพ โดยมีสาระสำคัญของความเหลื่อมล้ำอยู่ที่การออกแบบระบบ เช่น รูปแบบการจ่าย อัตราการจ่าย ขณะที่รายการรักษาและสิทธิประโยชน์ในภาพรวมไม่ได้มีความแตกต่างกัน

5.2 ผลการศึกษาความเหลื่อมล้ำและเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาในระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพว่าเป็นความแตกต่างในสถานะสุขภาพหรือการกระจายตัวของปัจจัยด้านสุขภาพระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ ซึ่งสิทธิในการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนชาวไทยทั้ง 3 กองทุนมีความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกัน ขัดต่อเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญที่บัญญัติให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนด้านสาธารณสุข รูปแบบความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยพบว่ามี 3 ด้าน ประกอบด้วย 1)ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ 2)ด้านการเงินการคลัง และ 3)ด้านคุณภาพบริการ ที่ผ่านมาการจัดระบบหลักประกันสุขภาพกระจายความครอบคลุมมากขึ้น แต่พบว่ามีปัญหาการบริการที่มีลักษณะหน้าอ รอนานบริการแย่ การมีผู้ใช้บริการมากขึ้นทำให้คุณภาพบริการแยลง จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการพบปัญหาที่สำคัญคือ ความไม่เท่าเทียมกันของผู้ป่วยที่ใช้บัตรทองกับสิทธิรักษาอื่น ปัญหาการเข้าถึงยา และคุณภาพยา รวมทั้งการรอคอยนาน และคุณภาพการรักษา ด้านบุคลากรทางการแพทย์และผู้ให้บริการพบว่ามีปัญหา ความขัดแย้งและการถูกฟ้องร้องจากผู้รับบริการทางการแพทย์

ผลกระทบและการต่อสู้อันเนื่องมาจาก รัฐเวชกรรมทำให้อำนาจรัฐขยายไปครอบคลุมเรือนร่างของประชาชนทั่วประเทศด้วยโครงการสาธารณสุขมูลฐาน รัฐใช้อำนาจผ่านผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ปฏิบัติการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ด้วยอุดมการณ์ เสียสละ พัฒนา สามัคคี ปฏิบัติหน้าที่แจ้งข่าวร้ายกระจายข่าวดีให้บริการประสานงานสาธารณสุข ซึ่งโครงการสาธารณสุขมูลฐานทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพได้ระดับหนึ่ง เมื่อมีการพัฒนาคุณภาพบริการ การดูแลสุขภาพกลายเป็นสินค้าสาธารณะที่แสวงหาผลประโยชน์และกำไร ทำให้เกิดภาวะไม่พึงประสงค์จากระบบบริการสุขภาพที่ขาดการกำกับควบคุมคุณภาพมาตรฐานสร้างความเสียหายและผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้รับบริการและครอบครัว ความทุกข์ที่เกิดจากระบบบริการสาธารณสุขที่สำคัญมีปัจจัยอีกสองประการนอกจากการสื่อสาร คือ ประการแรก กระบวนทัศน์ที่ผิดพลาดของการแพทย์สมัยใหม่ที่มองชีวิตแบบแยกส่วนทำให้มิติของความเป็นมนุษย์ขาดหายไป ต้องแก้ไขจากการปรับทัศนคติทางการแพทย์ในระดับฐานรากที่เคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ประการที่สองคือโครงสร้าง

ของระบบสาธารณสุขที่แยกขาดจากชุมชน ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีอำนาจในการต่อรองหรือกำกับระบบบริการทางการแพทย์น้อย

การต่อสู้ต่อรองเพื่อคุ้มครองสิทธิในหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยมีปรากฏให้เห็นตามสื่อต่างๆ เป็นจำนวนมาก แต่ไม่ได้รับความสำคัญและความสนใจในการเข้ามาแก้ไขปัญหาของภาคส่วนต่างๆ ส่วนหนึ่งเนื่องจากวัฒนธรรมความเป็นชาวพุทธที่สอนให้คนปล่อยวางและโอหังกรรม ดังนั้นเมื่อเกิดความเสียหายจากระบบบริการสาธารณสุขขึ้น คนส่วนมากจะบอกว่ามันเป็นเวรกรรมของตนเอง ขอยอมรับกรรมจะไม่จองเวรจองกรรมต่อไปอีก แต่ก็มีบางส่วนที่ลุกขึ้นมาร้องขอความเป็นธรรมให้ระบบและผู้กระทำผิดมารับผิดชอบความเสียหายและการสูญเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือจากงานวิจัยนี้สรุปได้ว่ารูปแบบความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยพบว่ามี 3 ด้าน ประกอบด้วย 1)ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ 2)ด้านการเงินการคลัง และ 3)ด้านคุณภาพบริการ ส่วนการต่อสู้ต่อรองกับผลกระทบที่เกิดความเสียหายจากระบบหลักประกันสุขภาพประชาชนมีการรวมกลุ่มเครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากบริการด้านการแพทย์ ส่วนความพยายามผลักดันให้มีกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการมากกว่า 30 ปี ยังไม่ประสบผลสำเร็จ

6. อภิปรายผลการวิจัย

จากแนวคิดของ Paul Starr ที่กล่าวว่า ความฝันในพลานภาพแห่งเหตุผล(ความรู้)ที่จะปลดปล่อยมนุษยชาติจากความขาดแคลน จากความโง่เขลา จากไสยศาสตร์ จากผู้ปกครองที่กดขี่และกระทั้งจากโรคภัยไข้เจ็บไม่อาจเป็นจริงเต็มที่ได้เพราะเหตุปัจจัยของ “อำนาจ” แม้ผลงานการใช้ความรู้ที่ผ่านมาจะสามารถจัดความหิวโหยและความเศร้าโศกไปได้ไม่น้อย แต่มันก็ได้สร้างอาณาจักรอำนาจใหม่ขึ้นมา ซึ่งในอาณาจักรใหม่นี้บางคนได้สถาปนาความเป็นใหญ่เหนือผู้อื่นในด้านความรู้และอำนาจ อีกทั้งเข้าควบคุมสถาบันทั้งหลายที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อการจัดกิจการใช้ความรู้นั้นๆ “การแพทย์สมัยใหม่” นับเป็นตัวอย่างผลงานชิ้นใหญ่ของการใช้เหตุผล ทว่าการแพทย์สมัยใหม่ก็เป็นอาณาจักรอำนาจ ซึ่งบางคนได้รับรางวัลตอบแทนจากเหตุผลมากกว่าคนอื่นๆ (Paul Starr,1982) สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิตามธรรมชาติประจำตัวที่เกิดมาพร้อมกับมนุษย์ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตนและของครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ หลักความยุติธรรมของ John Rawls คือ หลักเสรีภาพที่ทุกคนมีเท่าเทียมกัน และหลักความแตกต่างที่ให้มีการปฏิบัติต่อสมาชิกของสังคมแตกต่างกันเพื่อให้ผู้คนต่างๆ ที่อยู่สถานะเหลื่อมล้ำให้มีความเท่าเทียมกันมากที่สุด สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขเป็นสิทธิในคุณภาพชีวิตที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันอย่างมีมาตรฐาน เมื่อนำหลักความยุติธรรมมาพิจารณาพบว่ารัฐได้กำหนดให้ประชาชนมีเสรีภาพในการได้รับสิทธิประโยชน์จาก

ระบบบริการสาธารณสุขตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายและรัฐธรรมนูญ แต่รัฐไม่สามารถคุ้มครองสิทธิ การเข้าถึงบริการ และไม่กระจายความเป็นธรรมให้ประชาชนได้รับบริการอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ดังที่ปรากฏจากการได้รับสิทธิประโยชน์จากประชาชนผู้ใช้สิทธิในระบบ หลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนของรัฐที่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพมี ที่มาต่างกัน จึงมีปรัชญาหลักการของหน่วยงานรับผิดชอบที่แตกต่างกัน รวมไปถึงระเบียบวิธีการและ กฎหมายรองรับที่ต่างกัน เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยมี สาธารณสุขของความเหลื่อมล้ำอยู่ที่การออกแบบระบบ เช่น รูปแบบการจ่าย อัตราการจ่าย ขณะที่ รายการรักษาและสิทธิประโยชน์ในภาพรวมไม่ได้มีความแตกต่างกัน ความเหลื่อมล้ำในระบบ หลักประกันสุขภาพของไทยพบว่ามี 3 ด้านประกอบด้วย ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ด้าน การเงินการคลัง และด้านคุณภาพบริการ สอดคล้องกับ สถาบันวิจัยระบบบริการสาธารณสุข (2560) รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์การพัฒนาชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพโดยอาศัยกลไก ประชาคม พบปัญหาด้านบริการสุขภาพยังมีการขาดแคลนทรัพยากร การกระจายบุคคลากรไม่ดี ทำให้เกิดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายโดยรวมสูงตามต้นทุน และประชาชนขาดโอกาส ในการเลือกบริการที่เหมาะสมตามความต้องการของตนเอง

1. ความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ จากการศึกษาพบว่าระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้ความคุ้มครองชุดสิทธิประโยชน์ไม่เท่าเทียมกัน โดยพบว่าระบบสวัสดิการรักษายาบาล ครอบคลุมรอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การทำทันตกรรม ค่ายาเวชภัณฑ์โดยเบิกจ่ายได้ ทั้งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยานอกบัญชียาหลัก ค่าอาหารและค่าห้องพิเศษ ในขณะที่สิทธิ หลักประกันสุขภาพอีก 2 ระบบมีความครอบคลุมบริการรอบด้านเหมือนกันแต่ถูกจำกัดด้วย บริการ บางอย่างเช่น เบิกได้เฉพาะค่ายาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ค่าอาหารและห้องสามัญ การรักษาโรค ทางทันตกรรม สิทธิประกันสังคมถูกควบคุมงบประมาณเพียงปีละ 900 บาทเท่านั้น ซึ่งตามหลักความ ยุติธรรมของ John Rawls ประชาชนทุกคนควรได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการ รักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมทั่วถึงและมีมาตรฐานเดียวกันจึงนับว่าระบบหลักประกันสุขภาพของไทย มีความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ในแต่ละกองทุน ดังการศึกษาของ Siwilai, C. (2008) ได้ศึกษา สิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ของพนักงานผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคมพบว่า กฎหมายประกันสังคมกำหนดเงื่อนไขการเกิดสิทธิรับบริการทางการแพทย์ของลูกจ้างผู้ประกันตน ทำ ให้ลูกจ้างผู้ประกันตนไม่ได้รับความคุ้มครองทันที อีกทั้งยังมีข้อยกเว้นสิทธิรับบริการทางการแพทย์ อาทิ โรคที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง หรือกรณีมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ตามกฎหมายอื่นก็จะไม่ได้ รับความคุ้มครองตามกฎหมายประกันสังคม จีรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร (2552) ได้ศึกษาสิทธิในการได้รับ บริการสาธารณสุขจากรัฐ : ศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา พบว่า สิทธิการได้รับ บริการสาธารณสุขจากรัฐเป็นภาระหน้าที่สำคัญของรัฐที่จะต้องจัดทำบริการสาธารณสุขให้แก่

ประชาชนเพื่อให้เกิดความครอบคลุมทั่วถึงถ้วนหน้าอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน และไพรวลัย เคนพรม (2554) ได้วิพากษ์นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ทฤษฎีความยุติธรรมของจอห์น รอร์ลส์ ว่าการกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นไปได้ตามทฤษฎีความยุติธรรมของจอห์น รอร์ลส์เนื่องจากผู้กำหนดนโยบายอาจไม่เลือกหลักเสรีภาพและหลักโอกาส แต่เลือกหลักความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน และการกำหนดนโยบายเป็นระบบการกำหนดจากบนลงล่างซึ่งมีการต่อรองของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียจากนโยบาย ทำให้ประชาชนไม่มีเสรีภาพและโอกาสเท่าเทียมกันอย่างแท้จริงในการเข้าถึงบริการ รวมถึงงานวิจัยของ กฤษฎา บุญชัย (2556) ได้เสนอบทสรุปผู้บริหารใน แนวคิดและทัศนะต่อความเป็นธรรมของกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ ว่ารัฐบาล ราชการ สถาบันการแพทย์ และกลไกสำคัญในระบบอภิบาลสุขภาพทั้งหมดควรที่จะต้องผลักดันให้เกิดปฏิรูประบบสุขภาพ โดยให้หลักความเป็นธรรมตามแนวคิดของ John Rawls โดยมุ่งสร้างความเป็นธรรมหรือความยุติธรรมของระบบ ด้วยการพัฒนาระบบหลักประกันการเข้าถึงสุขภาพของประชาชนให้มีความก้าวหน้าทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ และมีแนวนโยบายสนับสนุน ค้ำครองสิทธิของประชาชนผู้ด้อยอำนาจให้มีสิทธิพิเศษในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และมีอำนาจต่อรองในกระบวนการกำหนดนโยบาย และการปฏิบัตินโยบายมากยิ่งขึ้น

2. ความเหลื่อมล้ำด้านการเงินการคลัง เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพมีที่มาของงบประมาณสนับสนุนจากรัฐไม่เท่าเทียมกัน โดยมีเพียงกองทุนประกันสังคมเท่านั้นที่ผู้รับบริการร่วมจ่ายสมทบกองทุน นอกจากนี้ประเด็นความเหลื่อมล้ำที่สำคัญอยู่ที่ระบบการจ่ายเงินที่แตกต่างกันโดยระบบสวัสดิการข้าราชการใช้การจ่ายตามปริมาณบริการและราคาที่เรียกเก็บย้อนหลัง ส่วนบริการผู้ป่วยในจ่ายตามรายป่วยในอัตราที่กำหนดสำหรับโรงพยาบาลแต่ละระดับ ส่วนอีก 2 ระบบ จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการและผลลัพธ์ต่อสุขภาพของประชาชนตามมา ดังการศึกษาของ ณวัฒน์ แก้วพนรัตน์ (2557) ได้ศึกษาความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย พบว่าผลการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในเชิงข้อกำหนดและกฎระเบียบ พบว่า สิทธิรักษาพยาบาล ข้าราชการได้รับการจัดสรรงบประมาณมากที่สุด จึงส่งผลให้ได้สิทธิประโยชน์ในการรักษาที่ดีที่สุดใน 3 สิทธิรักษาพยาบาล ได้แก่ ความครอบคลุมของกลุ่มโรคที่คุ้มครอง จำนวนอุปกรณ์และอวัยวะเทียม โอกาสในการได้รับยาราคาแพง รวมถึงการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาโรคทั่วไป ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ร่วมจ่ายค่ารักษา 30 บาท กลับดีกว่าสิทธิประกันสังคมที่ผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายค่าเบี้ยประกันให้กับตนเองในทุกด้าน ที่กล่าวมาขณะที่ความเหลื่อมล้ำในเชิงคุณภาพของการให้บริการนั้น พบว่า ผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการมีระดับความพึงพอใจในบริการทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลสูงที่สุด ส่วนผู้ใช้บริการในสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลับมีระดับคะแนนความพึงพอใจจากการให้บริการในระดับที่เท่ากัน และพบว่ามีปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากปัจจัยทางด้านสิทธิ

รักษาพยาบาลที่ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจในการรับบริการรักษาพยาบาลได้แก่ เขตที่พักอาศัย สังกัดของสถานพยาบาลที่ไปใช้บริการ ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องชำระเอง จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และระดับการศึกษาสูงสุดที่ผู้รับบริการสำเร็จ ส่วน ทวีศักดิ์ เผือกสม (2543) กล่าวถึงการปฏิรูประบบสาธารณสุขอย่างไม่เข้าใจต่อระบบการดูแลสุขภาพอย่างรอบด้านไร้ทิศทาง ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างนโยบายของสถาบันปฏิรูประบบสาธารณสุขกับนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคของรัฐบาล ในขณะที่สำนักปฏิรูปฯ ต้องการผลักดันให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นของประชาชนตามแนวคิดเสรีนิยม แต่รัฐบาลกลับมีนโยบายให้รัฐเป็นผู้ดูแลสวัสดิการการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ทำให้รัฐต้องจัดสวัสดิการต่อคนจนและคนรวยอย่างเท่าเทียมกัน คือคนรวยซึ่งมีความสามารถจ่ายเงินเพื่อดูแลสุขภาพของตนมากกว่าคนจนอยู่แล้ว สามารถซื้อหาการดูแลสุขภาพได้ถูกลงและจ่ายภาษีเท่าเดิม

3. ความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการ เนื่องจากในระบบหลักประกันสุขภาพของไทยที่ผ่านมา มีการใช้ชีวะอำนาจทฤษฎีเชื้อโรคของการแพทย์สมัยใหม่ขยายอำนาจรัฐครอบคลุมเหนือประชาชนอย่างซับซ้อน การบริหารงานสาธารณสุขอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐอย่างสิ้นเชิงและรัฐยังใช้การบริหารงานสาธารณสุขเป็นเครื่องมือสร้างนโยบายประชานิยม แม้การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพจะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการทั่วถึงมากขึ้น แต่ปัญหาการกระจายอัตรากำลังด้านสุขภาพ ความแตกต่างในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการของระบบหลักประกันสุขภาพของไทยดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของ Jadej Thammatacharee (2009) ประเมินประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแลของระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยโดยใช้กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกับโรคเบาหวานเปรียบเทียบแต่ละกองทุนฯ พบว่าแม้จะมีความคุ้มครองจากระบบหลักประกันสุขภาพแต่ผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองดูแลแตกต่างกันทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของการดูแล และ กฤษฎา บุญชัย (2556) พบว่าทิศทางนโยบายสาธารณสุขของรัฐก้าวเข้าสู่ตลาดเสรี ทำให้หลักการเรื่องประสิทธิภาพ ผลประโยชน์ กลไกตลาดเป็นหลักการสำคัญในการ กำหนดนโยบายของรัฐ และระบบกลไกของรัฐ สถาบันแพทย์กำลังปรับตัวที่จะดำรงอำนาจ ผลประโยชน์ในการควบคุมจัดการระบบอภิบาลสุขภาพมากขึ้น ทำให้ระบบสวัสดิการด้านสาธารณสุขบนฐานคิดความเป็นธรรมลดน้อยลง ผลกระทบจึงเกิดกับประชาชนมากขึ้น สอดคล้องกับ Suphot Denduang (2010) ได้ศึกษาเรื่องความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม ผลการวิจัยพบว่าความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรม ทำให้เกิดโครงสร้างและสถาบันสังคมที่ไม่เป็นธรรมหรือบิดเบือน รวมถึงสถาบันสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมด้วย เนื่องจากคนบางกลุ่มถูกกีดกันออกจากผลประโยชน์ โดยเฉพาะเงิน อำนาจและทรัพยากรที่จะนำไปใช้การดำเนินชีวิต การขาดแคลนผลประโยชน์เหล่านั้นทำให้คนเหล่านั้นป่วย เพราะว่าเขาไม่ได้รับสิทธิที่ควรจะได้รับที่จำเป็นต่อสุขภาพ การป่วยและตายด้วยเหตุของความไม่เป็นธรรมทางสังคมนั้นเป็นการป่วยและตายของคนจำนวนมากซึ่งเป็นสิ่งที่แก้ไขได้โดยการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพและความเป็น

ธรรมทางสังคม ส่วน นวรัตน์ ตรีรัตน์ ศึกษาความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างในตลาดบริการสุขภาพ พบว่าภาพรวมสถานการณ์การบริการสุขภาพด้านการแพทย์ในประเทศไทยการเคลื่อนย้ายของบุคลากรด้านสุขภาพ การผลิตบุคลากร และการให้บริการทางสุขภาพในภาครัฐและเอกชนการผลิตบุคลากรไม่เพียงพอ เกิดการแย่งกำลังคนในระหว่างภาครัฐและเอกชน การขยายตัวของจำนวนโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มสูงขึ้น

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

7.1.1 ควรมีแนวทางในการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้เป็นมาตรฐานเดียวหรือมีความใกล้เคียงไม่เหลื่อมล้ำกันมากดังที่ปรากฏในปัจจุบัน

7.2 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติ

7.2.1 ควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิเพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนได้รับบริการอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง

7.2.2 ควรมีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบครอบคลุม

7.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

7.3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสิทธิและการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพโดยใช้แนวคิดทฤษฎีปรัชญาการเมืองอื่นมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย

8. เอกสารอ้างอิง

- กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ .(2556). **บทวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ และเชื่อมโยงเพื่อวางทิศทางการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2557-2561)**. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงยุติธรรม.
- กฤษฎา บุญชัย. (2556). **สู่ชีวิตที่ดีกว่าเดิม ใน รายงานสถานการณ์ความไม่เป็นธรรมทางสังคม พ.ศ.2554-2555**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สยาม.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2562). **ข้อมูลประชากรกลางปี 2562**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2553). **สื่อสารมวลชน: ทฤษฎีและแนวทางการศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร. (2552). **สิทธิในการได้รับการสาธารณสุขจากรัฐ ศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- ณวัฒน์ แก้วนพรัตน์. (2557). **ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย**. คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2543). วากรรมการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกกับการปกครองของประเทศไทย: ข้อสังเกตเบื้องต้น. *วารสารธรรมศาสตร์*. 26(2). 73-93.
- ไพโรวัลย์ เคนพรม. (2554). การวิพากษ์นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ทฤษฎีความยุติธรรมของจอห์น รอร์ลส์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเมืองการปกครอง. วิทยาลัยการเมืองการปกครอง มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ยศ สันตสมบัติ. (2544). *มนุษย์กับวัฒนธรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิโรจน์ ณ ระนอง. (2552). การคลังเพื่อความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจ: การกระจายผลประโยชน์จากการใช้จ่ายในโครงการของรัฐ. สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย.
- สถาบันวิจัยปววจัยอึ้งภากรณ์. (2563). *ศีลธรรมและศาสนาในการพัฒนาชาติ ปาฐกถาอนุสรณ์ชินแคลร์ทอมสัน*. วิทยาลัยพระคริสตธรรมในประเทศไทย.
- สถาบันวิจัยระบบการบริการสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564*. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบการบริการสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2563). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ปีงบประมาณ 2563*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- Jadej Thammatacharee. (2009). *Variation in the performance of three public insurance schemes in Thailand*. Ph.D. Thesis. London : LSHTM, University of London.
- Maxwell, J. A. (1992). Understanding and validity in qualitative research. *Harvard Educational Review*. 62(3). 279-300.
- Siwilai, C. (2008). *The Right to Receive Medical Services of Employees Insured under the Social Security Law*. Ramkhamhaeng University.
- Starr Paul. (1982). *The Social Transformation of America Medical-the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*. New York : Basic Books.
- Suphot Denduang. (2010). *Social Determinants of Health (SDH)*. Retrieved 6 January 2019. From <https://vulnerablegroup.in.th/condition-plan>

9. คำขอบคุณ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากการได้รับการแนะนำและให้คำปรึกษาจากรองศาสตราจารย์ ดร.ปิยลักษณ์ โพธิ์วรรณ อาจารย์ที่ปรึกษา คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนพฤกษ์ ชามะรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงใคร่ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบคุณประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็น ในการทำวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี