



เอกสารวิชาการส่วนบุคคล
(Individual Study)

หลักนิติธรรมกับความเป็นธรรมด้านสาธารณสุขของประชาชน

จัดทำโดย นางสาวพรทิวา นิพาริน
รหัส ๖๘๑๓๒๒

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการอบรม
หลักสูตร “หลักนิติธรรมเพื่อประชาธิปไตย” (นธป.) รุ่นที่ ๑๓
วิทยาลัยศาลรัฐธรรมนูญ
สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ

ลิขสิทธิ์ของสำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ

หลักนิติธรรมกับความเป็นธรรมด้านสาธารณสุขของประชาชน

พรทิwa นิพาริน^๑

บทคัดย่อ

รายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างหลักนิติธรรมและความเป็นธรรมด้านสาธารณสุขในบริบทของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นการสร้างตระหนักรู้ถึงความสำคัญ
ของหลักนิติธรรมในการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่ยั่งยืน และการวิเคราะห์ปัญหาความเหลื่อมล้ำ
ที่ประชาชนไทยประสบอยู่ การศึกษาได้เจาะลึกประเด็นท้าทาย ๓ ประการ ได้แก่

(๑) ความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างของกลุ่มทุนโรงพยาบาลเอกชน

(๒) ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันในระบบสาธารณสุข

(๓) ความล้มเหลวเชิงพฤติกรรมและนโยบายในบริบทสังคมไทย

กฎหมายและกองทุนสุขภาพ ๓ กองทุน^๒ เพื่อส่งเสริมความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ
แต่การบังคับใช้กฎหมายที่ขาดประสิทธิภาพ การกำกับดูแลที่ไม่เข้มงวด การทุจริตที่ฝังรากลึก
และความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้าง ได้บ่อนทำลายหลักนิติธรรม และส่งผลให้เกิดความไม่เป็นธรรม
ด้านสาธารณสุข รายงานฉบับนี้ได้สรุปพร้อมข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อปฏิรูประบบธรรมาภิบาล
สร้างสมดุลระหว่างภาครัฐและเอกชน และเสริมสร้างกลไกความโปร่งใส เพื่อนำพาระบบสาธารณสุข
ไทยไปสู่ความยั่งยืนและความเป็นธรรมสำหรับประชาชนทุกคน

คำสำคัญ หลักนิติธรรม, ความเป็นธรรม, สาธารณสุข, ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ, โรงพยาบาลเอกชน,
การทุจริตคอร์รัปชัน, หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, การสร้างเสริมสุขภาพ, แรงงานข้ามชาติ

^๑ ประธานมูลนิธิส่งเสริมอัญมณีและเครื่องประดับ

^๒ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง), กองทุนประกันสังคม, และสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยตั้งอยู่บนรากฐานทางกฎหมายที่มุ่งสร้างหลักประกันและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยในฉบับต่าง ๆ ได้บัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิของผู้ยากไร้ในการได้รับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และสิทธิในการได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐ (๑) เพื่อให้เจตนารมณ์ดังกล่าวเป็นจริง ภาครัฐได้จัดตั้งกลไกสำคัญผ่านกองทุนสวัสดิการด้านสุขภาพ ๓ กองทุนหลัก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือ "บัตรทอง", กองทุนประกันสังคม (สปส.) และสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ๒ โครงสร้างทางกฎหมายและสถาบันเหล่านี้ถูกออกแบบมาเพื่อลดช่องว่างและขจัดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบสาธารณสุขของคนทั้งประเทศ

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีกรอบกฎหมายที่ชัดเจนและมีการจัดสรรงบประมาณจำนวนมหาศาลในแต่ละปี แต่ในทางปฏิบัติกลับปรากฏภาพของความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุขที่ยังคงดำรงอยู่ และทวีความรุนแรงขึ้น ปัญหาดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นในสุญญากาศ แต่หยั่งรากลึกอยู่ในปัจจัยเชิงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ สถานการณ์ "รวยกระจุก จนกระจาย" ได้สร้างระบบสุขภาพสองมาตรฐาน (Two-tiered System) ที่แบ่งแยกผู้คนตามกำลังซื้ออย่างชัดเจน ประชาชนกลุ่มใหญ่ของประเทศซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนชั้นกลางและผู้มีรายได้น้อย อยู่ภายใต้การดูแลของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและต้องพึ่งพาบริการจากโรงพยาบาลของรัฐที่แออัดและมีทรัพยากรจำกัด ในขณะที่กลุ่มผู้มีฐานะดีสามารถเลือกใช้บริการจากโรงพยาบาลเอกชนที่มีความสะดวก รวดเร็ว และมีมาตรฐานการบริการระดับสูง หรือ พรีเมียม

ความขัดแย้งระหว่าง "ตัวบทกฎหมาย" ที่มุ่งสร้างความเสมอภาค กับ "ความเป็นจริง" ที่เต็มไปด้วยความเหลื่อมล้ำนี้ คือแก่นกลางของปัญหาที่รายงานฉบับนี้มุ่งสำรวจและวิเคราะห์ ความท้าทายหลักจึงไม่ใช่การ "ไม่มีกฎหมาย" แต่เป็นปัญหา "ความล้มเหลวในการบังคับใช้และการกำกับดูแลตามหลักนิติธรรม" (Failure of Rule of Law in practice, not in principle) ซึ่งหมายถึงความล้มเหลวในการทำให้กฎหมายมีผลบังคับใช้อย่างเสมอภาค โปร่งใส และสามารถสร้างความรับผิดชอบต่อทุกภาคส่วนในระบบได้อย่างแท้จริง การที่กลไกตลาดและปัจจัยทางเศรษฐกิจสามารถเข้ามามีอิทธิพลเหนือนโยบายสาธารณสุขจนบั่นทอนเป้าหมายด้านความเป็นธรรมได้ สะท้อนให้เห็นถึงความอ่อนแอของธรรมาภิบาลในระบบ และเป็นที่มาของปัญหาเชิงลึกต่างๆ ที่จะวิเคราะห์ในบทต่อไป

กรอบแนวคิดทางทฤษฎี : การประยุกต์ใช้หลักนิติธรรมกับระบบสาธารณสุข

เพื่อทำความเข้าใจความซับซ้อนของปัญหา จำเป็นต้องมีกรอบแนวคิดที่ชัดเจนในการวิเคราะห์ รายงานฉบับนี้จะประยุกต์ใช้ "หลักนิติธรรม" (Rule of Law) ในมิติที่กว้างกว่าเพียงแค่การมีอยู่ของกฎหมาย โดยอ้างอิงแนวคิดสากลที่มองว่าหลักนิติธรรมที่สมบูรณ์ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญอย่างน้อย ๔ ประการ

๑. ความรับผิดชอบ (Accountability) : รัฐบาล เจ้าหน้าที่รัฐ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ต้องมีความรับผิดชอบต่อผลกระทบและการตัดสินใจของตนเอง ประชาชนต้องสามารถตรวจสอบและเอาผิดผู้ใช้อำนาจโดยมิชอบได้

๒. ความโปร่งใส (Transparency): การดำเนินงาน การจัดสรรงบประมาณ และการตัดสินใจเชิงนโยบายของภาครัฐต้องเปิดเผยต่อสาธารณะและสามารถตรวจสอบได้โดยง่าย

๓. ความเสมอภาค (Equality): ทุกคนต้องอยู่ภายใต้กฎหมายเดียวกันและได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม หรือสถานะอื่นใด^๓

๔. การคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐาน (Protection of Fundamental Rights): รัฐมีหน้าที่ต้องเคารพและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของประชาชน ซึ่งรวมถึง "สิทธิในสุขภาพ" (Right to Health) อันเป็นสิทธิที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล

กรอบแนวคิดนี้จะถูกเชื่อมโยงเข้ากับแนวคิด "ความเป็นธรรมด้านสาธารณสุข" (Health Equity) ซึ่งไม่ได้หมายถึงการที่ทุกคนมีสุขภาพเหมือนกัน แต่หมายถึงการที่ทุกคนมี "โอกาสที่ยุติธรรม" ในการมีสุขภาพที่ดี โดยปราศจากอุปสรรคที่เกิดจากความเสียเปรียบทางสังคมหรือเศรษฐกิจ องค์การอนามัยโลก (WHO) และนักวิชาการด้านสาธารณสุขสากลต่างยอมรับว่า กฎหมายและระบบธรรมาภิบาลเป็นหนึ่งใน "ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม" (Social Determinants of Health) ที่ทรงพลังที่สุด^๔ กฎหมายสามารถเป็นเครื่องมือในการสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Enabling legal environments) เช่น การควบคุมผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นธรรม หรือการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^๕ แต่ในทางกลับกัน หากกฎหมายถูกบังคับใช้อย่างบกพร่อง มีการทุจริต หรือขาดการกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ กฎหมายก็สามารถกลายเป็นเครื่องมือที่สร้างและตอกย้ำความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพให้รุนแรงยิ่งขึ้นได้เช่นกัน^๖

ดังนั้น การวิเคราะห์ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุขของไทยในรายงานฉบับนี้ จึงเป็นการตรวจสอบ "ช่องว่าง" (Gap) ระหว่างตัวบทกฎหมาย (law on the books) กับความเป็นจริงในการปฏิบัติ (law in action) โดยใช้หลักนิติธรรมทั้ง ๔ ประการเป็นแนวทางเพื่อส่องให้เห็นว่าความล้มเหลวในการกำกับดูแล การทุจริต และความไม่เสมอภาคในการบังคับใช้กฎหมาย ได้ส่งผลกระทบต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประชาชนอย่างไร

^๓ ศาสตราจารย์ ดร. ศุภชัย ยาวะประภาส, สิทธิทางด้านสาธารณสุข ในร่างรัฐธรรมนูญฉบับ – สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ [Online], Available: https://old.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/29-M1-1015-002.pdf [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^๔ O B K Dingake, 2017, The Rule of Law as a Social Determinant of Health - PMC, [Online], Available: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5739377/> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^๕ Lawrence O. Gostin , 2008, A Theory and Definition of Public Health Law, [Online], Available: https://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1007&context=ois_papers [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^๖ O B K Dingake, 2017, The Rule of Law as a Social Determinant of Health - PMC, [Online], Available: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5739377/> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

วัตถุประสงค์และขอบเขตการศึกษา

เพื่อให้การวิเคราะห์เป็นไปอย่างครอบคลุมและตรงประเด็น รายงานการวิจัยฉบับนี้จึงได้กำหนดวัตถุประสงค์และขอบเขตการศึกษาไว้ ดังนี้

๑. วัตถุประสงค์

๑.๑. เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของหลักนิติธรรมในการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่ยั่งยืนและเป็นธรรม

๑.๒. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุขของประชาชนไทยในมิติต่าง ๆ ภายใต้บริบทของหลักนิติธรรม

๒. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาจะมุ่งเน้นการวิเคราะห์เชิงลึกใน ๓ ประเด็นปัญหาสำคัญตามที่ผู้ใช้งานระบุ ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายเชิงระบบต่อหลักนิติธรรมและความเป็นธรรมด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน ได้แก่

๒.๑. ความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างของกลุ่มทุนโรงพยาบาลเอกชน การเติบโตของภาคเอกชนภายใต้การกำกับดูแลที่อ่อนแอได้กลายเป็นปัจจัยสำคัญที่ซ้ำเติมวิกฤตการณ์ในภาครัฐ และทำลายต่อหลักนิติธรรมที่มุ่งหมายให้ประชาชนทุกคนได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพอย่างเสมอภาค

๒.๒. ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันในระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะ สปสช. และงบ P&P บ่อนทำลายความไว้วางใจและความเป็นธรรมด้านสุขภาพ กรณีทุจริตกองทุนบัตรทองปี ๒๕๖๓ สร้างความเสียหายทางการคลังและทำลายเป้าหมาย "สร้างนำซ่อม" ทำให้ภาระการรักษาสูงขึ้น ระบบสาธารณสุขโดยรวมอ่อนแอ มาตรการป้องกันและปราบปรามปัจจุบันยังไม่เพียงพอ คอร์รัปชันยังเป็นอุปสรรคต่อความน่าเชื่อถือของระบบและความเป็นธรรมด้านสาธารณสุข

๒.๓. ความล้มเหลวเชิงพฤติกรรมและนโยบายในบริบทสังคมไทย วิเคราะห์ความล้มเหลวของนโยบาย "สร้างนำซ่อม" และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ สาเหตุของปัญหาคือการทุจริตและการทำงานแบบ Top-down รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายจากกลุ่มเปราะบาง รัฐควรจัดสรรงบประมาณพิเศษให้โรงพยาบาลชายแดน แรงพิสูจน์สิทธิ และร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน การกล่าวโทษแรงงานข้ามชาติเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากความรับผิดชอบของรัฐ

การวิเคราะห์ในแต่ละประเด็นจะอาศัยข้อมูลจากเอกสารงานวิจัย รายงานจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน สถิติที่เกี่ยวข้อง และบทวิเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ตั้งอยู่บนฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์และนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สามารถปฏิบัติได้จริง

ความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างของกลุ่มทุนโรงพยาบาลเอกชน

การเติบโตอย่างก้าวกระโดดของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ได้กลายเป็นภาพสะท้อนที่ชัดเจนของระบบสุขภาพสองมาตรฐาน แม้ในทางทฤษฎีภาคเอกชนจะเป็น "ทางเลือก" สำหรับผู้บริโภคและเป็นกลไกแบ่งเบาภาระของภาครัฐ แต่ในความเป็นจริง การขยายตัวที่ขาดการกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพได้สร้างผลกระทบเชิงลบอย่างเป็นระบบต่อภาคสาธารณสุขของรัฐ ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำที่ลึกซึ้งและทำลายหลักความเสมอภาคภายใต้กฎหมายอย่างรุนแรง

๑. สถานการณ์ตลาดโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนของไทยมีแนวโน้มเติบโตอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าในปี ๒๐๒๕ รายได้รวมของธุรกิจนี้จะขยายตัวถึง ๕.๖% การเติบโตนี้ขับเคลื่อนโดยปัจจัยมหภาค (Mega trends) หลายประการ ได้แก่ การที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ในปี ๒๐๒๔, การขยายตัวของกลุ่มชนชั้นกลางที่มีกำลังซื้อสูงขึ้น, แนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub)^๗ ปัจจัยเหล่านี้ได้สร้างอุปสงค์มหาศาลต่อบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงและเข้าถึงง่าย ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนสามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว

โครงสร้างตลาดโรงพยาบาลเอกชนไทยมีลักษณะกระจุกตัวสูง (Market Concentration) โดยมีกลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพียงไม่กี่รายที่ครองส่วนแบ่งการตลาดส่วนใหญ่ เช่น กลุ่มบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) หรือ BDMS ซึ่งมีเครือข่ายโรงพยาบาลชั้นนำหลายแห่ง อาทิ โรงพยาบาลกรุงเทพ, สมิติเวช, BNH, พญาไท และเปาโล, กลุ่มโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ (BH) และกลุ่มโรงพยาบาลรามคำแหง (RAM)^๘ การเป็นกลุ่มทุนขนาดใหญ่ทำให้โรงพยาบาลเหล่านี้มีความได้เปรียบในการแข่งขันสูง ทั้งในด้านการลงทุนเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย การสร้างแบรนด์ และที่สำคัญที่สุดคือการดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้ดำเนินธุรกิจโดยมุ่งแสวงหาผลกำไรเป็นหลัก ทำให้มีการแข่งขันกันเพื่อยกระดับการบริการสู่ความเป็นเลิศ สามารถกำหนดอัตราค่าบริการที่สูงกว่าโรงพยาบาลรัฐหลายเท่าตัว และเจาะกลุ่มลูกค้าเป้าหมายที่เป็นผู้มีรายได้สูง, ชาวต่างชาติที่อาศัยในไทย, และนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourists)

๒. ผลกระทบเชิงระบบต่อภาคสาธารณสุข : ปรากฏการณ์ "สมองไหล" และภาระงานที่เพิ่มขึ้น

ผลกระทบที่สำคัญและเป็นอันตรายที่สุดจากการขยายตัวของภาคเอกชนที่ขาดการกำกับดูแลคือการสร้างสภาวะ "สมองไหล" (Brain Drain) ของบุคลากรทางการแพทย์ออกจากระบบสาธารณสุขของรัฐ โรงพยาบาลเอกชนสามารถเสนอค่าตอบแทนที่สูงกว่า, สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีกว่า,

^๗ ปุณณพ ดันติปิฎก, 2025, แนวโน้มธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน - SETTRADE.COM, [Online], Available: <https://www.settrade.com/th/news-and-articles/articles/541-scb-eic-hospital-service> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^๘ Top 10 กลุ่มโรงพยาบาลมูลค่าทางการตลาดสูงสุด - Stock2morrow, [Online], Available: <https://stock2morrow.com/article/2255> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

และภาระงานที่สมเหตุสมผลกว่า ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ดึงดูดแพทย์และพยาบาลผู้มีความสามารถ และประสบการณ์ให้ย้ายออกจากโรงพยาบาลรัฐ ข้อมูลเชิงประจักษ์ยืนยันปรากฏการณ์นี้อย่างชัดเจน งานวิจัยพบว่าแพทย์ที่ลาออกจากระบบราชการกว่า ๖๐% ย้ายไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชน^๙ และมีแพทย์จำนวนมากถึง ๖๒% ที่ระบุว่าอาจจะย้ายไปทำงานภาคเอกชนในอนาคต^{๑๐} โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ใช้ทุนปีที่ ๒ มีอัตราการลาออกสูงที่สุดถึง ๙.๖% หรือเฉลี่ย ๑๘๘ คนต่อปี^{๑๑}

การสูญเสียบุคลากรอย่างต่อเนื่องนี้ได้สร้าง "วงจรอุบาทว์" (Vicious Cycle) ที่กัดกร่อนระบบสาธารณสุขของรัฐจากภายใน วงจรนี้เริ่มต้นจากการที่รัฐเองมีนโยบายส่งเสริม Medical Hub ซึ่งเอื้อให้โรงพยาบาลเอกชนเติบโต^{๑๒} โรงพยาบาลเอกชนที่แข็งแกร่งขึ้นจึงมีศักยภาพในการดึงดูดบุคลากรชั้นนำออกจากภาครัฐ เมื่อบุคลากรในโรงพยาบาลรัฐลดน้อยลง ผู้ที่ยังคงอยู่ในระบบจึงต้องแบกรับภาระงานที่หนักหน่วงขึ้นอย่างมหาศาล แพทย์ในโรงพยาบาลรัฐหลายแห่งต้องทำงานมากกว่า ๑๐๐ - ๑๒๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์^{๑๓} และต้องตรวจผู้ป่วยจำนวนมากในเวลาจำกัด^{๑๔} ภาระงานที่หนักเกินมนุษย์นี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคลากร แต่ยังนำไปสู่ภาวะหมดไฟ (Burnout) และสร้างความรู้สึถึงถึงความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมในที่ทำงาน^{๑๕} ความเครียดและความเหนื่อยล้าเหล่านี้กลายเป็นปัจจัยผลักดันให้บุคลากรตัดสินใจลาออกเพิ่มขึ้นอีก วงจรกลับไปซ้ำเติมปัญหาการขาดแคลนบุคลากรให้รุนแรงยิ่งขึ้น

ผลลัพธ์สุดท้ายของวงจรนี้คือคุณภาพบริการในโรงพยาบาลรัฐที่เสื่อมถอยลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการรอคอยที่ยาวนาน^{๑๖}, ความสะดวกสบายที่ต่ำกว่า, และมีเวลาพบแพทย์น้อยลง^{๑๗} สถานการณ์นี้ยิ่งผลักดันให้ประชาชนกลุ่มชั้นกลางที่พอจะมีกำลังจ่าย แต่เดิมอาจยังใช้บริการภาครัฐ ต้องตัดสินใจหันไปพึ่งพาบริการของภาคเอกชนมากขึ้น ซึ่งเท่ากับเป็นการเพิ่มความแข็งแกร่งและศักยภาพในการดึงดูดบุคลากรของโรงพยาบาลเอกชนให้มากขึ้นไปอีก วงจรนี้จึงไม่เพียงแต่สร้างความเหลื่อมล้ำ แต่ยังเป็นการทำลายระบบสาธารณสุขของรัฐอย่างเป็นระบบ และถือเป็นการละเมิดหลักความเสมอภาคของหลักนิติธรรมอย่างชัดเจน

^๙ หมอลาออก: แก้อย่างไร ผลิตเพิ่ม หรือ จูงใจให้อยู่ต่อ - Policy Watch, [Online], Available: <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-123> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๑๐} ทำไมบุคลากรการแพทย์ของไทยแห่ ลาออก จาก รพ.รัฐอย่างต่อเนื่อง | the Opener | LINE TODAY, [Online], Available: <https://today.line.me/th/v3/article/Nv2xkzm> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๑๑} วชิรวิทย์ เลิศบำรุงชัย, ๒๐๒๓ ทางออก วิกฤตแพทย์ลาออก | The Active, [Online], Available: <https://theactive.thaipbs.or.th/data/doctor-dismiss-solution> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๑๒} คอบข. ยืนยัน รัฐต้องคุมค่ารักษา รพ. เอกชน - มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, [Online], Available: <https://www.consumerthai.org/consumers-news/food-and-drug/4299-620118medical-price.html> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๑๓} เปิดสาเหตุ 'หมอ' แห่ลาออก คนวงการแพทย์ไม่ไหวจะแฉ ภาระงานหนักเกิน !? | Khaosod, [Online], Available: <https://today.line.me/th/v3/article/aGe3Dv2> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๑๔} นพ.เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ... , ๒๕๖๑, เปิด ๗ ปัญหาหลักกับภาระงานแพทย์ในรพ.รัฐขนาดเล็ก ที่หลายคนอาจไม่รู้, [Online], Available: https://www.matichon.co.th/local/news_1209274 [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๑๕} "หมอยงยุทธ" เผยกรณี "หมอลาออก" มาจากความเหลื่อมล้ำในที่ทำงาน " คับ ... , [Online], Available: <https://www.hfocus.org/content/2023/06/27810> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๑๖} ข้อดีข้อเสียของโรงพยาบาลรัฐ vs โรงพยาบาลเอกชน เลือกที่ไหนดี? - behelpthailand, [Online], Available: <https://www.behelpthailand.com/ข้อดีข้อเสียของโรงพยาบาลรัฐ-vs-โรงพยาบาลเอกชน-เลือกที่ไหนดี> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๑๗} กนก เรืองนาม, ๒๐๑๕, การศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการระหว่างรพ A - Journal, [Online], Available: http://journal.nmc.ac.th/admin/Journal/2558Vol9No2_10.pdf [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

๓. ความท้าทายด้านการกำกับดูแลและช่องว่างทางกฎหมาย

แม้ปัญหาความเหลื่อมล้ำที่เกิดจากระบบสุขภาพสองมาตรฐานจะปรากฏชัดเจน แต่ความพยายามของภาครัฐในการกำกับดูแลโรงพยาบาลเอกชนกลับเผชิญกับความท้าทายและแรงต้านทานอย่างสูง ข้อเสนอของภาคประชาสังคมและหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ต้องการให้มีการควบคุมราคายา เวชภัณฑ์ และค่าบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนให้อยู่ในระดับที่เป็นธรรม มักถูกคัดค้านจากสมาคมโรงพยาบาลเอกชน โดยอ้างเหตุผลว่าการควบคุมราคาจะทำลายความสามารถในการแข่งขันและขัดขวางเป้าหมายการเป็น Medical Hub ของประเทศ^{๑๘} ข้อโต้แย้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความตึงเครียดระหว่างเป้าหมายทางเศรษฐกิจกับเป้าหมายด้านความเป็นธรรมทางสังคม

มาตรการกำกับดูแลที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น การกำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนต้องแจ้งราคาให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า หรือแสดง QR Code เพื่อเปรียบเทียบราคา^{๑๙} ยังคงเป็นมาตรการที่เน้น "ความโปร่งใสด้านข้อมูล" แต่ขาด "อำนาจในการควบคุม" อย่างแท้จริง ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาราคาที่สูงเกินสมควรได้อย่างมีนัยสำคัญ ช่องว่างทางกฎหมายในการกำกับดูแลนี้เองที่เปิดโอกาสให้กลไกตลาดเข้ามามีบทบาทเหนือหลักการคุ้มครองผู้บริโภคและหลักความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

เพื่อสรุปภาพความแตกต่างเชิงโครงสร้างระหว่างระบบบริการสุขภาพทั้งสองภาคส่วน สามารถเปรียบเทียบคุณลักษณะสำคัญได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบคุณลักษณะโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนในมิติต่าง ๆ

เกณฑ์การเปรียบเทียบ	โรงพยาบาลภาครัฐ	โรงพยาบาลภาคเอกชน
แหล่งทุน/เป้าหมาย	งบประมาณแผ่นดิน, กองทุนสุขภาพ, บริการสาธารณะ	การลงทุนภาคเอกชน, มุ่งแสวงหาผลกำไร
ค่าใช้จ่ายต่อหัว	ต่ำ (ประชาชนร่วมจ่ายน้อยหรือไม่มี)	สูง (ผู้ป่วยจ่ายเองหรือผ่านประกันเอกชน)
ระยะเวลารอคอย	ยาวนาน เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยสูง	รวดเร็วและสะดวกสบาย
อัตราส่วนบุคลากรต่อผู้ป่วย	ต่ำ (บุคลากร ๑ คนดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก) ^{๒๐}	สูง (บุคลากร ๑ คนดูแลผู้ป่วยจำนวนน้อย)
คุณภาพบริการในมุมมองผู้ป่วย	เน้นความน่าเชื่อถือทางการแพทย์ และผลการรักษา ^{๒๑}	เน้นการต้อนรับ, การดูแลเอาใจใส่, และสิ่งอำนวยความสะดวก ^{๒๒}

^{๑๘} คอซ. ยืนยัน รัฐต้องคุมค่ารักษา รพ. เอกชน - มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, [Online], Available: <https://www.consumerthai.org/consumers-news/food-and-drug/4299-620118medical-price.html> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๑๙} สุขภาพคนไทย, ๒๕๖๓, การควบคุมโรงพยาบาลเอกชน: , [Online], Available: https://www.hiso.or.th/hiso5/report/download.php?name=thai2020_20 [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๒๐} นพ.เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ... , ๒๕๖๑,เปิด ๗ ปัญหาหลักกับภาระงานแพทย์ในรพ.รัฐขนาดเล็ก ที่หลายคนอาจไม่รู้!, [Online], Available: https://www.matichon.co.th/local/news_1209274 [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๒๑} ปราบณา แซ่ลิ่ม, ๒๕๕๙, การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการบริการระหว่างโรงพยาบาลภาค ... - ThaiJO, [Online], Available: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/download/178584/126924>

^{๒๒} กนก เรืองนาม, ๒๐๑๕, การศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการระหว่างโรงพยาบาล A - Journal, [Online], Available: http://journal.nmc.ac.th/th/admin/Journal/2558Vol9No2_10.pdf

เกณฑ์การเปรียบเทียบ	โรงพยาบาลภาครัฐ	โรงพยาบาลภาคเอกชน
กลุ่มผู้ใช้บริการหลัก	ประชาชนทั่วไป, ผู้มีรายได้น้อย-ปานกลาง	ผู้มีกำลังซื้อสูง, ชาวต่างชาติ, ผู้ถือประกันเอกชน ^{๒๓}
กลไกการกำกับดูแล	ระเบียบราชการ, การควบคุมการใช้จ่ายงบประมาณ ^{๒๔}	กลไกตลาด, การกำกับดูแลด้านราคาและคุณภาพยังไม่เข้มแข็ง ^{๒๕}

ความแตกต่างที่ปรากฏในตารางสะท้อนให้เห็นว่าระบบสาธารณสุขไทยไม่ได้เป็นเพียงระบบเดียวที่มี "ทางเลือก" แต่เป็นสองระบบที่คู่ขนานกันและมีความเหลื่อมล้ำกันอย่างชัดเจน การเติบโตของภาคเอกชนภายใต้การกำกับดูแลที่อ่อนแอได้กลายเป็นปัจจัยสำคัญที่ซ้ำเติมวิกฤตการณ์ในภาครัฐและท้าทายต่อหลักนิติธรรมที่มุ่งหมายให้ประชาชนทุกคนได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพอย่างเสมอภาค

ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันในระบบสาธารณสุข

การทุจริตคอร์รัปชันเป็นปัญหาที่กัดกร่อนรากฐานของสังคมในทุกมิติ และในบริบทของระบบสาธารณสุข ผลกระทบของมันร้ายแรงยิ่งกว่าการสูญเสียงบประมาณแผ่นดิน เพราะมันคือการทำลายความไว้วางใจของประชาชนต่อระบบที่ควรจะเป็นที่พึ่งพิงในยามเจ็บป่วย และบ่อนทำลายเป้าหมายสูงสุดในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ การทุจริตในระบบสาธารณสุขไทยปรากฏในหลายรูปแบบ แต่กรณีที่สะท้อนความเชื่อมั่นของสังคมอย่างรุนแรงคือการทุจริตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงบประมาณที่จัดสรรไว้สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)

๑. กรณีศึกษา : การทุจริตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๓ สังคมไทยได้ประจักษ์ถึงปัญหาการทุจริตครั้งใหญ่ในกองทุนบัตรทอง เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตรวจพบและยกเลิกสัญญาคลินิกชุมชนอบอุ่นและโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครจำนวนมากถึง ๑๘๘ แห่ง กรณีดังกล่าวสร้างความเสียหายเป็นมูลค่าเกือบ ๒๐๐ ล้านบาท และส่งผลกระทบโดยตรงต่อประชาชนที่ลงทะเบียนใช้สิทธิกับหน่วยบริการเหล่านั้นเป็นจำนวนเกือบหนึ่งล้านคน^{๒๖}

รูปแบบการทุจริตที่ตรวจพบมีความหลากหลายและซับซ้อน สะท้อนถึงการวางแผนอย่างเป็นระบบเพื่อแสวงหาผลประโยชน์จากงบประมาณของรัฐ ตัวอย่างเช่น การสร้างข้อมูลผู้รับบริการปลอมโดยสิ้นเชิง, การนำชื่อบุคคลที่มีอยู่จริงมาสวมรอยเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งที่บุคคลนั้นไม่เคย

^{๒๓} ปุณณภพ ดันติปิฎก, ๒๐๒๕, แนวโน้มธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน - SETTRADE.COM, [Online], Available: <https://www.settrade.com/th/news-and-articles/articles/541-scb-eic-hospital-service> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๒๔} นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ๒๕๓๗, การแปรรูปโรงพยาบาลของรัฐ - ให้เป็นเอกชน, [Online], Available: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/1131/jv2n3-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๒๕} คอบข. ยินยัน รัฐต้องคุ้มครองค่ารักษา รพ. เอกชน - มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, [Online], Available: <https://www.consumerthai.org/consumers-news/food-and-drug/4299-620118medical-price.html> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๒๖} สปสช. พบทุจริตเบิกจ่ายบัตรทองอีก ๑๐๖ แห่ง กระทบเพิ่ม ๙ แสนคน | Thaipbs, [Online], Available: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/296763> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

เข้ารับบริการ, และการตกแต่งข้อมูลทางการแพทย์ เช่น การแก้ไขค่าน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อให้เข้าเกณฑ์การเบิกจ่ายงบประมาณคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก^{๒๗} การกระทำเหล่านี้ไม่เพียงเป็นการฉ้อโกงเงินภาษีของประชาชน แต่ยังเป็นการนำข้อมูลอันเป็นเท็จเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นความผิดร้ายแรงตามกฎหมาย^{๒๘} ปัญหาการทุจริตไม่ได้จำกัดอยู่แค่ในกองทุนบัตรทองเท่านั้น แต่ยังมีหลักฐานบ่งชี้ถึงความผิดปกติในกระบวนการเบิกจ่ายยาของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งมีการสมคบกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับบริษัทผู้ผลิตยา หรือการเบิกยาเกินความจำเป็น^{๒๙}

การทุจริตที่เกิดขึ้นนี้เป็นการละเมิดหลักนิติธรรมอย่างโจ่งแจ้งในหลายมิติ ประการแรกคือการทำลายหลักความรับผิดชอบ (Accountability) และความโปร่งใส (Transparency) โดยหน่วยบริการที่ควรทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนกลับใช้วิธีการฉ้อฉลเพื่อเบิกจ่ายเงินจากกองทุน ประการที่สองคือการทำลายหลักความเสมอภาค (Equality) เพราะเมื่อหน่วยบริการถูกยกเลิกสัญญา ประชาชนที่สุจริตและพึงพิงสิทธินั้นกลับต้องเดือดร้อนในการหาหน่วยบริการแห่งใหม่ ส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังและหญิงตั้งครรภ์^{๓๐}

๒. การทุจริตในงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)

ประเด็นที่น่ากังวลและสอดคล้องกับข้อห่วงใยของผู้ใช้งานมากที่สุด คือการที่การทุจริตส่วนใหญ่เกิดขึ้นในงบประมาณส่วนที่เรียกว่า "การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค" (Promotion and Prevention: P&P) [๒๑] งบประมาณส่วนนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อยุทธศาสตร์ "สร้างนำซ่อม" ของประเทศ เพราะเป็นบ่งชี้สำหรับกิจกรรมต่างๆ เช่น การคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการณรงค์ต่างๆ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระยะยาว การทุจริตในงบ P&P จึงก่อให้เกิด "ความเสียหายสองชั้น" (Double Damage) ต่อระบบสาธารณสุขและความเป็นธรรม

๒.๑. ความเสียหายชั้นแรก คือความเสียหายทางการคลังโดยตรง งบประมาณที่ควรจะถูกนำไปใช้เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนกลับรั่วไหลไปสู่กลุ่มผู้ทุจริต นี่คือการละเมิดกฎหมายและทำลายหลักธรรมาภิบาลอย่างชัดเจน

๒.๒. ความเสียหายชั้นที่สอง ซึ่งร้ายแรงและส่งผลกระทบในระยะยาวยิ่งกว่า คือการทำลายเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของนโยบาย "สร้างนำซ่อม" เมื่อกิจกรรมการป้องกันโรคไม่ได้เกิดขึ้นจริงหรือทำอย่างไม่มีคุณภาพตามที่เบิกจ่าย ประชาชนกลุ่มเสี่ยงก็ไม่ได้รับการดูแลหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลคือจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ไม่ได้ลดลงตามที่คาดหวัง ภาระในการ "ซ่อม" หรือการรักษาพยาบาลจึงยังคงสูงเท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้น

^{๒๗} สปสข.พบทุจริตเบิกจ่ายบัตรทองอีก ๑๐๖ แห่ง กระทบเพิ่ม ๙ แสนคน | Thaipbs, [Online], Available: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/296763> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๒๘} สปสข. แจ้งความ คลินิกเอกชน ๓ แห่ง โกงสิทธิบัตรทอง ๓๐ บาท - กรุงเทพธุรกิจ, [Online], Available: <https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1165742> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๒๙} คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ, ๒๕๖๐, บทนำ ข้อเท็จจริง มাত্রการป้องกันกำรทุจริตในกร, [Online], Available: <http://tpmacode.com/viewfile.php?x=set2file2.pdf> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๓๐} สปสข.แจ้งยับทุกข้อเท็จจริงพบคลินิกทุจริตบัตรทอง ๑๘๘ แห่ง เสียหาย ๑๙๕ ล้าน | Hfocus.org, [Online], Available: <https://www.hfocus.org/content/2020/09/20166> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

ความเสียหายสองชั้นนี้ได้ตอบคำถามที่ว่าเหตุใดคุณภาพการรักษาพยาบาลในภาครัฐจึงยังแย่ลง ไม่ใช่เพราะงบประมาณถูกจัดสรรไปที่ระบบสร้างเสริมและป้องกันโรคทั้งหมด แต่เป็นเพราะงบประมาณส่วน P&P ที่จัดสรรไปนั้น "รั่วไหล" และ "ไม่มีประสิทธิภาพ" จากการทุจริต ทำให้ภาระงานในการรักษา (ซ่อม) ไม่ได้ลดลงตามที่ควรจะเป็น ในขณะเดียวกัน ระบบการรักษาก็กำลังอ่อนแอลงจากการขาดแคลนบุคลากร (ดังที่วิเคราะห์ในบทที่ ๒) สถานการณ์นี้จึงเปรียบเสมือนการบ่อนทำลายยุทธศาสตร์สาธารณสุขของชาติจากภายใน ทำให้เป้าหมายการลดความเหลื่อมล้ำและความยั่งยืนของระบบล้มเหลว และผู้ที่ได้รับผลกระทบหนักที่สุดก็คือประชาชนที่ต้องพึ่งพาระบบของรัฐ

๓. การประเมินมาตรการป้องกันและปราบปรามการทุจริต

เพื่อตอบสนองต่อวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างมีมาตรการเพื่อป้องกันและปราบปรามการทุจริต สปสช. ได้พัฒนาระบบตรวจสอบการเบิกจ่าย^{๓๑}, จัดตั้งช่องทางการร้องเรียน^{๓๒}, และดำเนินนโยบายด้านธรรมาภิบาลและความโปร่งใส^{๓๓} ในขณะที่สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) ก็ได้เข้ามามีบทบาทในการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปิดความเสี่ยงในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น^{๓๔} รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขเองก็มีแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริต^{๓๕} อย่างไรก็ตาม การที่การทุจริตในระดับปฏิบัติการยังคงเกิดขึ้นได้อย่างเป็นระบบ สะท้อนให้เห็นถึงช่องโหว่ที่สำคัญในการกำกับดูแลและการบังคับใช้กฎหมาย มาตรการที่มีอยู่อาจยังไม่สามารถติดตามและป้องกันการกระทำผิดได้อย่างทันทั่วถึงที่และครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทุจริตที่อาศัยความซับซ้อนของข้อมูลทาง การแพทย์และการเบิกจ่ายทางอิเล็กทรอนิกส์ การขาดกลไกการตรวจสอบที่เข้มแข็งและการลงโทษผู้กระทำผิดอย่างจริงจังและรวดเร็ว ทำให้การทุจริตยังคงเป็นปัญหาที่ท้าทายความน่าเชื่อถือของระบบหลักประกันสุขภาพ และเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการบรรลุความเป็นธรรมด้านสาธารณสุขตามหลักนิติธรรม

^{๓๑} ความเสี่ยงด้านทุจริต วิเคราะห์สถานการณ์ และวางแผนจัดการ - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, [Online], Available: <https://www.nhso.go.th/th/2024-08-29-05-19-10/2024-10-08-12-31-06/331-2563-tune-brain4-27-63> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๓๒} สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, [Online], Available: <https://www.nhso.go.th/> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๓๓} มาตรการป้องกันการทุจริต - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, [Online], Available: <https://www.nhso.go.th/th/assessment-measures> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๓๔} ข้อเสนอแนะเพื่อป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับการทุจริตในการบริหารจัดการงบประมาณโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ - สำนักงาน ป.ป.ช., [Online], Available: <https://www.nacc.go.th/categorydetail/20191124125640121/20201103103929> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๓๕} แผนปฏิบัติการด้านการป้องกัน ปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๗ - ๒๕๖๐, [Online], Available: https://stopcorruption.moph.go.th/index.php/main/p_detail/page/997 [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

ความล้มเหลวเชิงพฤติกรรมและนโยบายในบริบทสังคมไทย

หัวใจหลักของยุทธศาสตร์สาธารณสุขสมัยใหม่คือ "การสร้างนำซ่อม" หรือการเน้นสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention: P&P) ซึ่งมีความคุ้มค่าและยั่งยืนกว่าการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยแล้ว แม้ประเทศไทยจะมีนโยบายด้านนี้ แต่ในทางปฏิบัติยังคงล้มเหลวไม่ว่าจะเป็นในระดับพฤติกรรมของคนในสังคมหรือการออกแบบนโยบายของรัฐเอง

ในขณะเดียวกัน ประเด็นเรื่องแรงงานข้ามชาติมักถูกมองว่าเป็นภาระต้องงบประมาณและระบบสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งเป็นความเชื่อที่แพร่หลาย อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาอย่างรอบด้านจะพบว่าปัญหาที่แท้จริงไม่ใช่การให้สิทธิแก่แรงงานข้ามชาติ แต่เป็น "ความล้มเหลวในการบริหารจัดการ" ของภาครัฐ ที่ไม่สามารถบูรณาการและจัดการระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๑. นโยบาย "สร้างนำซ่อม" : อุดมการณ์และความเป็นจริง

ภาครัฐได้แสดงเจตนารมณ์ที่ชัดเจนในการผลักดันนโยบาย "สร้างนำซ่อม" ผ่านกลไกต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ได้จัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งสำหรับบริการ P&P เพื่อให้คนไทยทุกสิทธิสามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพได้^{๓๖} และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งก่อตั้งขึ้นโดยมีภารกิจหลักในการณรงค์และสนับสนุนโครงการที่มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมเพื่อนำไปสู่สังคมสุขภาวะ^{๓๗} โครงการเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหลัก เช่น การสูบบุหรี่, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการขาดกิจกรรมทางกาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)^{๓๘}

ทว่า อุดมการณ์อันสวยงามนี้กลับสวนทางกับความเป็นจริงที่ปรากฏในสังคมไทย ดังที่เอกสารเบื้องต้นระบุไว้ว่า "สังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่ปรับเปลี่ยนวิถีคิด เจตคติและพฤติกรรม ในการ 'สร้างนำซ่อม' เท่าที่ควร ทำให้ปริมาณคนที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลไม่ลดลง" สถานการณ์นี้ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างขนาดใหญ่ระหว่างสิ่งที่นโยบายคาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในระดับปัจเจกบุคคลและชุมชน

๒. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ : พฤติกรรมสุขภาพของคนไทยและภาระโรค NCDs

ข้อมูลสถิติและงานวิจัยเชิงประจักษ์ได้ตอกย้ำภาพความล้มเหลวดังกล่าวอย่างชัดเจน รายงานการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ โดยกรมอนามัย พบแนวโน้มที่น่าเป็นห่วงหลายประการ^{๓๙}

^{๓๖} สปสช. ย้ำหลักการสร้างนำซ่อม มอบสิทธิประโยชน์ส่งเสริมสุขภาพแก่คนไทยทุกคนทุกสิทธิ, [Online], Available: https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News_4406 [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๓๗} สร้างนำซ่อม ยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพคนไทยปี ๒๕๖๖ ของสสส., [Online], Available: <https://www.phigudkhaow.com/สร้างนำซ่อมยุทธศาสตร์> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๓๘} สำรวจพฤติกรรมสุขภาพคนไทย ลดปัจจัยเสี่ยง NCDs, [Online], Available: <https://www.thaihealth.or.th/สำรวจพฤติกรรมสุขภาพคนไทย> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๓๙} ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน สถานกา - กองกิจกรรมทางกาย ..., [Online], Available: https://dopah.anamai.moph.go.th/dopahkpiindicators2567/download?id=114136&mid=38782&mkey=m_document&lang=th&did=33844 [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

๒.๑ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยรวมลดลง จากร้อยละ ๔๕.๔๐ ในปี ๒๕๖๔ ลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๓๙.๘๔ ในปี ๒๕๖๖

๒.๒ กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ประชากรวัยทำงานที่มีกิจกรรมทางกายตามเกณฑ์ (อย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ ๗๓.๔๔ ในปี ๒๕๖๔ เหลือร้อยละ ๖๒.๕๕ ในปี ๒๕๖๖

๒.๓ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้น สัดส่วนประชากรวัยทำงานที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ปกติมีแนวโน้มลดลง สอดคล้องกับผลสำรวจสุขภาพประชาชนไทยที่พบว่าความชุกของภาวะอ้วนในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปสูงขึ้นอย่างชัดเจนทั้งในเพศชายและเพศหญิง

ข้อมูลเหล่านี้บ่งชี้ว่า แม้จะมีการรณรงค์และทุ่มงบประมาณไปกับนโยบาย "สร้างนำซ่อม" แต่พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของคนไทยในภาพรวมกลับไม่ได้ดีขึ้น และในบางมิติกลับแย่ลงด้วยซ้ำ ผลที่ตามมาคือภาระจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ยังคงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย คิดเป็นร้อยละ ๗๕ ของการเสียชีวิตทั้งหมด^{๔๐} ซึ่งหมายความว่าภาระงานในการ "ซ่อม" หรือการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลไม่ได้ลดลงตามเป้าหมายของนโยบายเลย

๓. สาเหตุของความล้มเหลว : ช่องว่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ

ความล้มเหลวของนโยบาย "สร้างนำซ่อม" ไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียว แต่เป็นผลพวงจากปัจจัยที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกันหลายประการ

๓.๑. การทุจริตที่บั่นทอนประสิทธิภาพและความน่าเชื่อถือ: ดังที่วิเคราะห์ในบทที่ ๓ การทุจริตในงบประมาณ P&P ทำให้โครงการที่ควรเกิดขึ้นจริงกลับกลายเป็นเพียงเอกสารเบิกจ่ายที่ว่างเปล่า สิ่งนี้ไม่เพียงทำให้งบประมาณสูญเปล่า แต่ยังทำลายความไว้วางใจของประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขต่อโครงการของรัฐ ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายในระดับพื้นที่เป็นไปได้ยาก

๓.๒. แนวทางการดำเนินงานแบบบนลงล่าง (Top-down Approach): นโยบายและโครงการจำนวนมากถูกออกแบบจากส่วนกลางและนำไปใช้กับทุกพื้นที่โดยขาดความเข้าใจในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน การรณรงค์มักเน้นไปที่การให้ความรู้ แต่ขาดกลไกในการสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืนในระดับบุคคล ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change) ตั้งแต่ขั้นเฝ้าเฉยไปจนถึงขั้นลงมือทำและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่^{๔๑}

๓.๓. ปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่ใช่เรื่องของเจตจำนงส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับ "ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม" (Social Determinants of Health) [๔] ประชาชนที่ต้องทำงานหนัก มีรายได้น้อย หรืออาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย อาจไม่มีเวลา ทรัพยากร หรือโอกาสในการเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อ

^{๔๐} ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน สถานกา - กองกิจกรรมทางกาย ..., [Online], Available: https://dopah.anamai.moph.go.th/th/dopahkpiindicators2567/download?id=114136&mid=38782&mkey=m_document&lang=th&did=33844 [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๔๑} Quality Learning , ๒๐๒๔, สร้างนำซ่อม ระบบบริการสุขภาพที่ทำให้ชาวบ้านเป็นสุขกันได้ทั้งอำเภอ - QualityTheStory, [Online], Available: <https://www.qualitythestory.com/สร้างนำซ่อม-ระบบบริการ/> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

สุขภาพหรือการออกกำลังกาย การที่นโยบายมุ่งเน้นแต่การปรับพฤติกรรมรายบุคคลโดยไม่แก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างเหล่านี้ จึงเปรียบเสมือนการ "กล่าวโทษเหยื่อ" (Blaming the victim)

๔. สถานะทางกฎหมายและสิทธิการรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ

ก่อนจะวิเคราะห์ภาระค่าใช้จ่าย จำเป็นต้องทำความเข้าใจสถานะทางกฎหมายและสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยให้ถูกต้องเสียก่อน ข้อเท็จจริงที่สำคัญคือ แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานอย่างถูกกฎหมายภายใต้บันทึกความเข้าใจ (MOU) หรือได้รับการขึ้นทะเบียนตามมติคณะรัฐมนตรี "ไม่ได้ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลฟรี" หรือเปิดเผยกองทุนบัตรทองของคนไทย ตามกฎหมายแล้ว นายจ้างมีหน้าที่ต้องนำแรงงานเหล่านี้เข้าสู่ระบบประกันสังคม หรือหากยังไม่เข้าสู่ระบบประกันสังคม ก็จะต้องซื้อ "ประกันสุขภาพ" ของกระทรวงสาธารณสุขให้แก่แรงงาน^๒

การซื้อประกันสุขภาพนี้เป็นการจ่ายเบี้ยประกันรายปี ซึ่งอัตราค่าเบี้ยจะแตกต่างกันไปตามประเภทและระยะเวลาคุ้มครอง เช่น อัตรา ๑,๓๐๐ บาทต่อปี, ๑,๖๐๐ บาทต่อปี หรือ ๒,๔๐๐ บาทสำหรับคุ้มครอง ๑ ปี ๖ เดือน เป็นต้น^๓ [๓๔] กองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวนี้เป็นกองทุนแยกต่างหากที่ให้สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล การคลอดบุตร การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เบื้องต้นแก่แรงงานที่จ่ายเงินเข้ากองทุน ดังนั้น ข้อกล่าวหาที่ว่าแรงงานในระบบเหล่านี้มา "เปิดเผยใช้สิทธิของคนไทย" จึงเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องตามข้อเท็จจริงและหลักการของระบบ

๕. การวิเคราะห์ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ข้อกังวลเรื่องภาระงบประมาณแผ่นดินนั้นมีมูลความจริงอยู่ แต่ไม่ได้มาจากกลุ่มแรงงานในระบบที่จ่ายเบี้ยประกัน ปัญหาหลักอยู่ที่ "ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้" (Uncompensated care) จากประชากรกลุ่มอื่นๆ ข้อมูลจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ระบุว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เรียกเก็บไม่ได้จากคนต่างด้าว โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดน มีมูลค่าสูงถึง ๙๒,๐๘๓ ล้านบาท ซึ่งเป็นภาระหนักอย่างยิ่งต่อโรงพยาบาลของรัฐ [๓๖] เมื่อเจาะลึกลงไป พบว่าภาระค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ไม่ได้มาจากแรงงานต่างด้าวในระบบ แต่มาจากกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางและซับซ้อน ได้แก่

๕.๑ กลุ่มบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน คือกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยมานานแต่ยังไม่มีสัญชาติไทยหรือเอกสารยืนยันตัวตน ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพใด ๆ ได้

๕.๒ ผู้ลี้ภัยและผู้หนีภัยการสู้รบ โดยเฉพาะตามแนวชายแดนไทย-เมียนมา ซึ่งมีความไม่สงบทางการเมือง ทำให้มีผู้คนข้ามแดนมารับการรักษาพยาบาลฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก [๓๖]

๕.๓ แรงงานผิดกฎหมาย คือกลุ่มที่ลักลอบเข้ามาทำงานโดยไม่ผ่านกระบวนการที่ถูกต้อง จึงไม่มีประกันสุขภาพใดๆ รองรับ

๕.๔ ผู้ติดตามของแรงงาน เช่น บุตรที่เกิดในประเทศไทยแต่ยังไม่เข้าสู่ระบบทะเบียน

^๒ เรื่องควรรู้ก่อนจ้างงาน! แรงงานต่างด้าว ต้องมีประกันสุขภาพหรือไม่, [Online], Available: <https://aaa-advance.co.th/เรื่องควรรู้ก่อนจ้างงาน-แรงงานต่างด้าว-ต้องมีประกันสุขภาพหรือไม่-50094> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^๓ กองทุนประกันตนคนต่างด้าว - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, [Online], Available: https://www.rama.mahidol.ac.th/health_service/th/news/announcement/09102015-0829-th [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

โรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชายแดน เช่น โรงพยาบาลในจังหวัดตาก ต้องแบกรับภาระนี้อย่างหนักหน่วงตามหลักสิทธิมนุษยธรรม^{๔๔} ข้อมูลชี้ว่าค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บไม่ได้ในจังหวัดตาก สูงถึงร้อยละ ๔๘.๑ ของค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลทั้งหมดของคนต่างด้าวในจังหวัดนั้น และทำให้โรงพยาบาลบางแห่งต้องเผชิญกับภาวะขาดทุนสะสมและเงินบำรุงติดลบ^{๔๕} ปัญหานี้จึงเป็นปัญหาจริงและรุนแรง แต่ต้นตอของปัญหามีใช้การที่แรงงานในระบบมาใช้สิทธิ์เกินส่วน แต่เป็นความท้าทายในการจัดการประชากรกลุ่มเปราะบางและสถานการณ์พิเศษบริเวณชายแดน

๖. การตีความใหม่ภายใต้หลักนิติธรรมและความมั่นคงทางสุขภาพ (Health Security)

การมองปัญหาแรงงานข้ามชาติเป็นเพียง "ภาระงบประมาณ" เป็นการมองปัญหาแบบมิติเดียวและอาจนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายที่ผิดพลาด เช่น การกีดกันการเข้าถึงบริการ ซึ่งจะส่งผลเสียในระยะยาว การตีความปัญหาภายใต้กรอบของ "หลักนิติธรรมสากล" และ "ความมั่นคงทางสุขภาพ" จะให้มุมมองที่ครอบคลุมและสร้างสรรค์กว่า

ในมุมมองของความมั่นคงทางสุขภาพ การปล่อยให้ประชากรกลุ่มใหญ่ที่อาศัยอยู่ในประเทศ ไม่ว่าจะมิใช่สถานะทางกฎหมายใดก็ตาม ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ถือเป็นความเสี่ยงอย่างยิ่งต่อสุขภาพของคนทั้งประเทศ เพราะกลุ่มคนเหล่านี้อาจกลายเป็นแหล่งพักพิงและแพร่กระจายของโรคติดต่ออันตราย เช่น วัณโรค หรือโรคระบาดอุบัติใหม่ได้ การลงทุนในการป้องกันและควบคุมโรคในประชากรทุกกลุ่มจึงไม่ใช่ "ภาระ" แต่เป็น "การลงทุนเพื่อความปลอดภัย" ของส่วนรวม ซึ่งมีต้นทุนต่ำกว่าการตามแก้ไขเมื่อเกิดการระบาดใหญ่ไปแล้วอย่างมหาศาล

ในมุมมองของหลักนิติธรรม รัฐมีหน้าที่ในการคุ้มครองชีวิตและสุขภาพของบุคคลทุกคนที่อยู่ภายใต้อาณาเขตของตนตามหลักสิทธิมนุษยชนสากล การปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินเพียงเพราะสถานะทางกฎหมายหรือความสามารถในการจ่ายเงิน อาจถือเป็นการละเมิดพันธกรณีระหว่างประเทศได้

ดังนั้น การแก้ปัญหายังยืนจึงไม่ใช่การกีดกัน แต่คือการยอมรับความจริงและออกแบบระบบเพื่อบริหารจัดการความท้าทายนี้อย่างมีประสิทธิภาพ การมองว่าปัญหาเกิดจากการที่รัฐ "ล้มเหลวในการสร้างระบบที่ครอบคลุมและยั่งยืน" (Failure of Inclusive System Design) จะนำไปสู่แนวทางแก้ไขที่ตรงจุดมากกว่า เช่น

๖.๑ การจัดทำแผนงบประมาณพิเศษสำหรับโรงพยาบาลชายแดนโดยเฉพาะ โดยคำนวณจากภาระงานจริงที่รวมประชากรข้ามชาติ ไม่ใช่แค่จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์

๖.๒ การเร่งรัดกระบวนการพิสูจน์สิทธิและสถานะของบุคคลที่ตกหล่น เพื่อให้พวกเขาสามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสม และลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายแบบเรียกเก็บไม่ได้

^{๔๔} รพีพร เทียวเจริญ, ชัชชน ประเสริฐวรกุล, ธันวา ขัตติยศ, พงษ์ศักดิ์ หล้าฟู, พยาภา ศรีศิริอนันต์, อสมมา วงษ์ดี, สุภาพร ชูดา, พงศกฤต พรหมารุโณทัย, ชัยโรจน์ สิงสนธิพร+ ศุภสิทธิ์ พรหมนารุโณทัย, ๒๐๒๕, ต้นทุนบริการผู้ป่วยแรงงานต่างด้าว - Thai CaseMix Centre, [Online], Available: https://tcmc.or.th/_content_html_editor_upload/files/CB349489-92A4-9761-84F7-6225F95119B0.pdf [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

^{๔๕} ไทยแบกค่าใช้จ่ายสุขภาพ 'คนต่างด้าว' กว่า ๔๒,๐๘๓ ล้านบาท - กรุงเทพธุรกิจ, [Online], Available: <https://www.bangkokbiznews.com/health/well-being/1168670> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘].

๖.๓. การสร้างกลไกความร่วมมือด้านสาธารณสุขกับประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อร่วมกันป้องกัน และควบคุมโรคตามแนวชายแดน

การกล่าวโทษแรงงานต่างด้าวว่าเป็นผู้สร้างภาระแต่เพียงฝ่ายเดียว จึงเป็นการเบี่ยงเบน ความสนใจจากความรับผิดชอบของรัฐในการออกแบบและบริหารจัดการระบบสาธารณสุขชายแดนให้มี ประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งเป็นความท้าทายที่สำคัญต่อหลักนิติธรรมในภาพรวม

บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อเสริมสร้างหลักนิติธรรมในระบบสาธารณสุข

สรุปผลการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุขของประเทศไทยผ่านเลนส์ของหลักนิติธรรม ใน ๖ ประเด็นสำคัญ ได้นำไปสู่ข้อสรุปเชิงสังเคราะห์ที่ชัดเจนว่า ความไม่เป็นธรรมที่เกิดขึ้นในระบบไม่ได้ เป็นผลมาจาก "การขาดกฎหมาย" แต่เป็นผลพวงโดยตรงจาก "ความอ่อนแอในการบังคับใช้หลักนิติธรรม ในทางปฏิบัติ" ในทุกมิติ สมมติฐานหลักของรายงานฉบับนี้ได้รับการยืนยันผ่านการวิเคราะห์ในบทต่าง ๆ ดังนี้

๑. การกำกับดูแลภาคเอกชนที่ล้มเหลว : การขยายตัวของกลุ่มทุนโรงพยาบาลเอกชนที่ขาดการ กำกับดูแลด้านราคาและคุณภาพอย่างจริงจัง ได้สร้างวงจรอุบาทว์ของ "สมอ่งไหล" ทำให้ทรัพยากร บุคคลของภาครัฐร่อยหรอลง และคุณภาพบริการในโรงพยาบาลรัฐเสื่อมถอย ซึ่งเป็นการทำลายหลัก ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างเป็นระบบ

๒. การทุจริตที่กัดกร่อนความไว้วางใจ : การทุจริตคอร์รัปชันที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบในกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะในงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ได้สร้าง "ความเสียหายสองชั้น" คือ การสูญเสียงบประมาณโดยตรง และการบ่อนทำลายยุทธศาสตร์ "สร้างนำซ่อม" ของประเทศ ซึ่งซ้ำเติมภาระให้กับระบบการรักษายาบาลที่อ่อนแออยู่แล้ว นี่คือการล้มเหลวของหลัก ความโปร่งใสและความรับผิดชอบ

๓. นโยบายสาธารณะที่ขาดประสิทธิภาพ : ความล้มเหลวของนโยบาย "สร้างนำซ่อม" ในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สะท้อนถึงความล้มเหลวในการประยุกต์ใช้ "หลักนิติธรรม เชิงสังคม" ที่รัฐต้องสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อให้ประชาชนสามารถเลือกทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพได้ง่าย ขึ้น ซึ่งถูกขัดขวางโดยปัญหาการทุจริตและแนวทางการดำเนินงานที่ไม่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

๔. การบริหารจัดการที่ขาดความครอบคลุม : การมองปัญหาแรงงานข้ามชาติเป็นเพียงภาระ งบประมาณ เป็นการตีความที่คับแคบและไม่สอดคล้องกับหลักความมั่นคงทางสุขภาพและหลักสิทธิ มนุษยชน ปัญหาที่แท้จริงคือความล้มเหลวของรัฐในการออกแบบระบบการเงินการคลังสาธารณสุข ชายแดนที่ยั่งยืนและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม

โดยสรุป ความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุขในประเทศไทยเป็นภาพสะท้อนของความล้มเหลว เชิงธรรมาภิบาล การที่กลไกตลาด การแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตน และความไร้ประสิทธิภาพในการ บริหารจัดการ สามารถเข้ามาบดเบือนเจตนารมณ์ของกฎหมายที่มุ่งสร้างความเท่าเทียมได้ คือ บทพิสูจน์ว่าการเดินทางสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพยังคงต้องการการปฏิรูปเชิงโครงสร้างที่ยังราก ลึกในหลักนิติธรรมอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิเคราะห์ทั้งหมด รายงานฉบับนี้ขอเสนอแนวทางเชิงนโยบายเพื่อเสริมสร้างหลักนิติธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในระบบสาธารณสุข โดยแบ่งออกเป็น ๔ ด้านหลัก ดังนี้

๑. ข้อเสนอด้านการปฏิรูปธรรมาภิบาลและการกำกับดูแล (Governance Reform)

๑.๑ ปฏิรูปโครงสร้างและบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) อย่างจริงจัง โดยแยกบทบาท "ผู้กำกับดูแล" (Regulator) ออกจากบทบาท "ผู้ให้บริการ" (Provider) อย่างชัดเจน สธ. ควรทำหน้าที่เป็นผู้กำหนดนโยบายและมาตรฐานระดับชาติสำหรับ "ทุกหน่วยงาน" ในระบบสุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อลดปัญหาความขัดแย้งทางผลประโยชน์ (Conflict of Interest) ที่ทำให้การกำกับดูแลไม่มีประสิทธิภาพ

๑.๒ จัดตั้ง "องค์กรกำกับดูแลสถานพยาบาล" ที่มีความเป็นอิสระ มีอำนาจตามกฎหมาย ในการควบคุมราคา ยา เวชภัณฑ์ และค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลเอกชนให้อยู่ในระดับที่เป็นธรรมและสมเหตุสมผล โดยคณะกรรมการขององค์กรนี้ต้องมีสัดส่วนตัวแทนจากภาคประชาชนและผู้บริโภค เพื่อให้การกำกับดูแลสะท้อนผลประโยชน์ของสาธารณะอย่างแท้จริง

๒. ข้อเสนอด้านการสร้างสมดุลระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public-Private Rebalancing)

๒.๑ ทบทวนนโยบาย Medical Hub เพื่อสร้างสมดุลระหว่างเป้าหมายทางเศรษฐกิจกับการรักษากำลังคนและทรัพยากรในระบบสาธารณสุขของรัฐ อาจพิจารณามาตรการทางภาษีหรือการกำหนดสัดส่วนการให้บริการแก่คนไทยสำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับสิทธิประโยชน์จากนโยบายนี้

๒.๒ ออกแบบกลไกทางการคลังเพื่อจูงใจให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพมากขึ้น เช่น การปรับราคากลางของ สปสช. ให้สะท้อนต้นทุนที่แท้จริงและมีกำไรที่เหมาะสม เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงานของโรงพยาบาลรัฐและลดความแออัด

๓. ข้อเสนอด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริต (Systemic Anti-Corruption)

๓.๑ นำระบบการตรวจสอบดิจิทัล (Digital Auditing) และการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (Data Analytics) มาใช้ในการตรวจสอบการเบิกจ่ายของ สปสช. และกองทุนสุขภาพอื่นๆ แบบเกือบเรียลไทม์ (Near Real-time) เพื่อตรวจจับรูปแบบความผิดปกติและสัญญาณของการทุจริตได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ

๓.๒ เพิ่มความเข้มข้นและรวดเร็วในการบังคับใช้กฎหมายกับผู้กระทำผิด ทั้งทางแพ่ง อาญา และทางวินัยวิชาชีพอย่างจริงจังและโปร่งใส ควบคู่กับการเปิดเผยข้อมูลการลงโทษต่อสาธารณะ เพื่อสร้างวัฒนธรรมความไม่ทนต่อการทุจริต (Zero Tolerance) และยับยั้งผู้ที่คิดจะกระทำผิด

๔. ข้อเสนอด้านการขับเคลื่อนนโยบาย "สร้างนำซ่อม" และการจัดการประชากรกลุ่มเปราะบาง

๔.๑ ปรับเปลี่ยนแนวทางการขับเคลื่อนนโยบาย "สร้างนำซ่อม" จากแบบบนลงล่าง ไปสู่การสนับสนุน "โครงการสุขภาพชุมชนเป็นฐาน" (Community-based Health Initiatives) โดยให้อำนาจและงบประมาณแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ในการร่วมกับประชาชนออกแบบและดำเนินโครงการที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของตนเอง

๔.๒ จัดทำ "แผนงบประมาณพิเศษสำหรับระบบบริการสุขภาพชายแดน" โดยคำนวณกรอบงบประมาณและอัตรากำลังโดยอิงจากภาระงานและจำนวนประชากรที่รับบริการจริง ซึ่งรวมถึงประชากรข้ามชาติและกลุ่มไร้สถานะ ไม่ใช่ยึดตามจำนวนประชากรในทะเบียนราษฎร์เพียงอย่างเดียว พร้อมทั้งเร่งรัดกระบวนการพิสูจน์สิทธิและสถานะของบุคคลที่ตกหล่น เพื่อให้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมและลดภาระค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บไม่ได้ของโรงพยาบาล

บทสรุปสังท้าย

การเดินทางสู่ระบบสาธารณสุขที่เป็นธรรมและยั่งยืนสำหรับประเทศไทยนั้น ไม่สามารถบรรลุได้ด้วยการประกาศใช้กฎหมายหรือการจัดตั้งกองทุนเพียงอย่างเดียว แต่หัวใจสำคัญอยู่ที่การทำให้ "หลักนิติธรรม" มีชีวิตและบังเกิดผลในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง ซึ่งต้องอาศัยเจตจำนงทางการเมืองที่แน่วแน่ในการปฏิรูปเชิงโครงสร้าง การสร้างระบบธรรมาภิบาลที่เข้มแข็ง การบังคับใช้กฎหมายอย่างเสมอภาคโดยไม่เกรงกลัวอิทธิพล และการลงทุนในระบบสุขภาพอย่างชาญฉลาดและทั่วถึง เมื่อใดที่หลักความรับผิดชอบ ความโปร่งใส และความเสมอภาคถูกฝังรากลึกในทุกอนุของระบบสาธารณสุข เมื่อนั้น "สิทธิในสุขภาพ" ของประชาชนทุกคนจึงจะได้รับการคุ้มครองอย่างสมบูรณ์ และความเป็นธรรมด้านสาธารณสุขจะไม่ได้เป็นเพียงอุดมการณ์ แต่เป็นความจริงที่ทุกคนสัมผัสได้

บรรณานุกรม

- ศาสตราจารย์ ดร. ศภย ยาวะประภาส, สิทธิทางด้านสาธารณสุข ในร่างรัฐธรรมนูญฉบับ – สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ [Online], Available: https://old.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/29-M1-1015-002.pdf [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)
- ข้อดีข้อเสียของโรงพยาบาลรัฐ vs โรงพยาบาลเอกชน เลือกที่ไหนดี? - behelphailand, [Online], Available: <https://www.behelphailand.comข้อดีข้อเสียของโรงพยาบาลรัฐ-vs-โรงพยาบาลเอกชน-เลือกที่ไหนดี/> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)
- Lawrence O. Gostin , 2008, A Theory and Definition of Public Health Law, [Online], Available: https://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1007&context=ois_papers [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)
- O B K Dingake, 2017, The Rule of Law as a Social Determinant of Health - PMC, [Online], Available: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5739377/> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)
- บุญญภพ ตันติปิฎก, ๒๐๒๕, แนวโน้มธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน - SETTRADE.COM, [Online], Available: <https://www.settrade.com/th/news-and-articles/articles/๕๔๑-scb-eic-hospital-service> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)
- คอบข. ยืนยัน รัฐต้องคุมค่ารักษา รพ. เอกชน - มุลนิธิเพื่อผู้บริโภค, [Online], Available: <https://www.consumerthai.org/consumers-news/food-and-drug/4299-620118medical-price.html> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)
- สุขภาพคนไทย, ๒๕๖๓, การควบคุมโรงพยาบาลเอกชน, [Online], Available: https://www.hiso.or.th/hiso5/report/download.php?name=thai2020_20 [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)
- Top 10 กลุ่มโรงพยาบาลมูลค่าทางการตลาดสูงสุด - Stock2morrow, [Online], Available: <https://stock2morrow.com/article/2255> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)
- นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ๒๕๓๗, การแปรรูปโรงพยาบาลของรัฐ - ให้เป็นเอกชน, [Online], Available: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/1131/jv2n3-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)
- หมอลาออก: แก้อย่างไร ผลิตเพิ่ม หรือ จูงใจให้อยู่ต่อ - Policy Watch, [Online], Available: <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-123> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

ทำไมบุคลากรการแพทย์ของไทยแห่ ลาออก จาก รพ.รัฐอย่างต่อเนื่อง | the Opener | LINE TODAY, [Online], Available: <https://today.line.me/th/v3/article/Nv2xkzm> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

วชิรวิทย์ เลิศบำรุงชัย, ๒๐๒๓ ทางออก วิฤตแพทย์ลาออก | The Active, [Online], Available: <https://theactive.thaipbs.or.th/data/doctor-dismiss-solution> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

เปิดสาเหตุ 'หมอ' แห่ลาออก คนวงการแพทย์ไม่ไหวจะแฉ ภาระงานหนักเกิน !? | Khaosod, [Online], Available: <https://today.line.me/th/v3/article/aGe3Dv2> [2025, กรกฎาคม 8]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

นพ.เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ... , ๒๕๖๑,เปิด ๗ ปัญหาหลักกับภาระงานแพทย์ในรพ.รัฐขนาดเล็ก ที่หลาย คนอาจไม่รู้!, [Online], Available: https://www.matichon.co.th/local/news_1209274 [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

“หมอยงยุทธ” เผยกรณี “หมอลาออก” มาจากความเหลื่อมล้ำในที่ทำงาน " คับ ... , [Online], Available: <https://www.hfocus.org/content/2023/06/27810> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

กนก เรืองนาม, ๒๐๑๕, การศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการระหว่างโรงพยาบาล A - Journal, [Online], Available: http://journal.nmc.ac.th/th/admin/Journal/2558Vol9No2_10.pdf [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

ปรารณา แซ่ลิ้ม, ๒๕๕๙, การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการบริการระหว่างโรงพยาบาลภาค ... - ThaiJO, [Online], Available: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/download/178584/126924> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

สปสช.พบทุจริตเบิกจ่ายบัตรทองอีก ๑๐๖ แห่ง กระทบเพิ่ม ๙ แสนคน | Thaipbs, [Online], Available: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/296763> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

สปสช.แจงยิบทุกข้อเท็จจริงพบคลินิกทุจริตบัตรทอง ๑๘๘ แห่ง เสียหาย ๑๙๕ ล้าน | Hfocus.org, [Online], Available: <https://www.hfocus.org/content/2020/09/20166> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

สปสช. แจ้งความ คลินิกเอกชน ๓ แห่ง โกงสิทธิบัตรทอง ๓๐ บาท - กรุงเทพธุรกิจ, [Online], Available: <https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1165742> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

บอร์ด สปสช.สั่งสอบปม ๑๘ คลินิกทุจริตเบิกเงินคัดกรองโรค | Thai PBS News ข่าวไทยพีบีเอส, [Online], Available: <https://www.thaipbs.or.th/news/content/294388> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ, ๒๕๖๐, บทนำ ข้อเท็จจริง มำตรกำรป้องกันกำรทุจริตในกร, [Online], Available: <http://tpmacode.com/viewfile.php?x=set2file2.pdf> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

ความเสี่ยงด้านทุจริต วิเคราะห์สถานการณ์ และวางแผนจัดการ - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, [Online], Available: <https://www.nhso.go.th/th/2024-08-29-05-19-10/2024-10-08-12-31-06/331-2563-tune-brain4-27-63> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, [Online], Available: <https://www.nhso.go.th/> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

มาตรการป้องกันการทุจริต - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, [Online], Available: <https://www.nhso.go.th/th/assessment-measures> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

ข้อเสนอแนะเพื่อป้องกันความเสี่ยงเกี่ยวกับการทุจริตในการบริหารจัดการงบประมาณโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ - สำนักงาน ป.ป.ช., [Online], Available: <https://www.nacc.go.th/categorydetail/20191124125640121/20201103103929> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๗ - ๒๕๖๐, [Online], Available: https://stopcorruption.moph.go.th/index.php/main/p_detail/page/๙๙๗ [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

สปสช.ย้ำหลักการสร้างนำซ่อม มอบสิทธิประโยชน์ส่งเสริมสุขภาพแก่คนไทยทุกคนทุกสิทธิ, [Online], Available: https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News_๔๔๐๖ [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

สร้างนำซ่อม ยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพคนไทยปี ๒๕๖๖ ของสสส. -, [Online], Available: <https://www.phigudkhaow.com/สร้างนำซ่อมยุทธศาสตร์/> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

สำรวจพฤติกรรมการมีสุขภาพคนไทย ลดปัจจัยเสี่ยง NCDs, [Online], Available: <https://www.thaihealth.or.th/สำรวจพฤติกรรมสุขภาพคนไทย/> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน สถานกา - กองกิจกรรมทางกาย ..., [Online], Available: https://dopah.anamai.moph.go.th/th/dopahkpiindicators2567/download?id=114136&mid=38782&mkey=m_document&lang=th&did=33844 [2025, กรกฎาคม 8]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

Quality Learning , ๒๐๒๔, สร้างนำซ่อม ระบบบริการสุขภาพที่ทำให้ชาวบ้านเป็นสุขกันได้ทั้งอำเภอ - QualityTheStory, [Online], Available: <https://www.qualitythestory.com/สร้างนำซ่อม-ระบบบริการ/> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

เรื่องควรรู้ก่อนจ้างงาน! แรงงานต่างด้าว ต้องมีประกันสุขภาพหรือไม่, [Online], Available: <https://aaa-ce.co.th/เรื่องควรรู้ก่อนจ้างงาน-แรงงานต่างด้าว-ต้องมีประกันสุขภาพหรือไม่> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

กองทุนประกันตนคนต่างด้าว - คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, [Online], Available: https://www.rama.mahidol.ac.th/health_service/th/news/announcement/09102015-0829-th [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

อรรถัย เขียวเจริญ, ชัชชน ประเสริฐวรกุล, ธันวาท ชติยศ, พงษ์ลัดดา หล้าพู , ทยาภา ศรีศิริอนันต์ , อสมมา วงษ์ดี , สุภาพร ชูดา, พงษ์ทิกร พรพรรณารุณทัย, ชัยโรจน์ ซึ่งสนธิพร+ ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุณทัย, ๒๐๒๕, ต้นทุนบริการผู้ป่วยแรงงานต่างด้าว - Thai CaseMix Centre, [Online], Available: https://tcmc.or.th/_content_html_editor_upload/files/CB349489-92A4-9761-84F7-6225F95119B0.pdf [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

ไทยแบกค่าใช้จ่ายสุขภาพ 'คนต่างด้าว' กว่า ๙๒,๐๘๓ ล้านบาท - กรุงเทพธุรกิจ, [Online], Available: <https://www.bangkokbiznews.com/health/well-being/1168670> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)

Hfocus, 2025 “หมอบวรม” ชี้ปัญหา 'ขาดแคลนแพทย์-รพ.ขาดทุนเรื้อรัง' ต้องปฏิรูประบบ ..., [Online], Available: <https://www.hfocus.org/content/2025/04/33825> [๒๐๒๕, กรกฎาคม ๘]. (สารสนเทศจาก World Wide Web)