

ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการตรวจพิเศษด้านรังสีวินิจฉัยที่มีราคาแพงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จิรัชญา กลีบสุวรรณ*

บทคัดย่อ

การจัดบริการสาธารณสุขเป็นภารกิจการจัดบริการสาธารณะของรัฐและมีสถานะเป็นหน้าที่ตามรัฐธรรมนูญในการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชนภายใต้หลักนิติรัฐ หลักความเสมอภาคและหลักความเป็นธรรมในการใช้และบังคับใช้บริการสาธารณะ อย่างไรก็ตาม การรับรองสิทธิด้านสุขภาพในเชิงบทบัญญัติกฎหมายมิได้หมายความว่าสิทธิดังกล่าวจะเกิดผลได้จริงในทางปฏิบัติ หากยังคงปรากฏข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะบริการตรวจพิเศษทางรังสีวินิจฉัย ซึ่งเป็นบริการที่มีต้นทุนสูง ต้องอาศัยทรัพยากรและเทคโนโลยีเฉพาะด้าน และถูกกำหนดโดยระบบการเงินระบบประกันสุขภาพ และการจัดบริการของรัฐที่พึ่งพาการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้ดุลพินิจของหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐในการส่งตรวจรังสีวินิจฉัยทางการแพทย์ในฐานะการใช้อำนาจทางปกครองภายใต้กรอบกฎหมายมหาชนว่าด้วยการจัดบริการสาธารณะ การคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพและหลักความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างรอบด้าน และการวิเคราะห์กรณีศึกษาข้อพิพาทเกี่ยวกับการให้บริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography, CT scan) แก่ผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งสะท้อนความคลาดเคลื่อนระหว่างสถานะทางกฎหมายของบริการสาธารณะกับการปฏิบัติจริง ผลการศึกษาพบว่า ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง รูปแบบการจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ และแรงจูงใจทางเศรษฐกิจของหน่วยบริการ ส่งผลให้เกิดความแตกต่างระหว่างความเสมอภาคในทางกฎหมายกับความเสมอภาคในการใช้สิทธิจริง การจำกัดการเข้าถึงบริการตรวจพิเศษโดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์อาจเข้าข่ายเลือกปฏิบัติในทางข้อเท็จจริงอันขัดต่อหลักความเสมอภาค หลักความต่อเนื่องของบริการ และหลักความรับผิดชอบของรัฐ นอกจากนี้บทความยังเสนอแนวคิด “สถาปัตยกรรมทางกฎหมายมหาชนของบริการตรวจ CT ฉุกเฉิน” เพื่อสร้างกรอบบูรณาการด้านกฎหมายและนโยบายอันมุ่งให้การจัดบริการสาธารณสุขในทางปฏิบัติเป็นไปโดยชอบด้วยกฎหมาย โปร่งใส ตรวจสอบได้ และทำให้สิทธิด้านสุขภาพเกิดผลในทางปฏิบัติอย่างเสมอภาคและยั่งยืน

คำสำคัญ: การตรวจพิเศษด้านรังสีวินิจฉัย, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ระบบประกันสุขภาพ, ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ, ประเทศไทย

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Received 15 October 2025; Revised 28 December 2025; Accepted 16 March 2026

Suggested citation: Kleebuwan J. Inequitable access to high-cost diagnostic radiology under the universal health coverage in Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2026;20(1):80-94.

จิรัชญา กลีบสุวรรณ. ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการตรวจพิเศษด้านรังสีวินิจฉัยที่มีราคาแพงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2569;20(1):80-94.

Inequitable Access to High-Cost Diagnostic Radiology under the Universal Health Coverage in Thailand

Jiratchaya Kleebusuan

Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province, Department of Disease Control,
Ministry of Public Health
roseapple-medicine@hotmail.com

Abstract

The provision of public health services is a state core duty by constitution, it is citizens' health rights to fair and equitable service delivery. Realizing these rights depends not only on legal recognition but also on governance, resource allocation, and administrative practices. Structural constraints are evident in high-cost specialized diagnostic radiology services, such as computed tomography (CT), which require advanced technology, skilled personnel, and complex financing and service arrangements. This study examined how administrative discretion of public health service units affected access to emergency CT scans. Using a public law-informed health systems perspective, it analyzed interactions between legal entitlements, service organization, and decision-making. A comprehensive literature review and a case study of disputes over emergency CT access illustrated gaps between policy intent and operational practice. Findings indicated that limitations in infrastructure, procurement processes, and financial incentives within insurance schemes and service contracts contributed to unequal access. Restrictions on emergency CT scans without medical justification reflected administrative discretion rather than clinical need, undermining equity, continuity of care, and accountability. The study proposes a “public law architecture for emergency CT services” as a governance framework integrating constitutional principles, health legislation, administrative regulations, service contracts, and policy oversight. This framework aims to align legal obligations with health system operations, constrain discretion, strengthen accountability, and promote equitable and sustainable access to emergency diagnostic radiology services.

Keywords: diagnostic radiology, universal health coverage, health insurance schemes, healthcare inequality, Thailand

บทนำ

การจัดให้มีบริการสาธารณสุขเป็นหนึ่งในภารกิจ การจัดบริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลภายใต้หลักนิติธรรม ดังนั้นการดำเนินการของรัฐในด้านดังกล่าวจึงไม่อาจพิจารณาเพียงมิติของการบริหารจัดการหรือประสิทธิภาพเชิงนโยบายเท่านั้น หากแต่ต้องอยู่ภายใต้กรอบหลักกฎหมายมหาชน โดยเฉพาะหลักความเสมอภาคในการใช้และบังคับใช้บริการสาธารณสุข หลักความต่อเนื่องของการให้บริการ และหลักความรับผิดชอบของรัฐในการ

คุ้มครองประโยชน์สาธารณะด้วย^(1,2)

แม้ว่ารัฐจะได้กำหนดกรอบกฎหมายและนโยบายเพื่อให้ประชาชนได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงผ่านระบบหลักประกันสุขภาพ แต่การมีอยู่ของสิทธิในเชิง บทบัญญัติกฎหมายมิได้หมายความว่าประชาชนจะสามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้อย่างเสมอภาคในทางปฏิบัติ ความแตกต่างระหว่าง “ความเสมอภาคในทางกฎหมาย” และ “ความเสมอภาคในการใช้สิทธิจริง” จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาในบริบทของการจัดบริการสาธารณสุขในฐานะการใช้อำนาจทางปกครองของรัฐ⁽³⁻⁴⁾

รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย พ.ศ. 2567 แสดงให้เห็นว่าความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขยังคงมีอยู่แม้ประชาชนส่วนใหญ่จะได้รับความคุ้มครองด้านสิทธิการรักษาพยาบาลแล้วก็ตาม โดยเฉพาะปัญหาการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีลักษณะกระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองใหญ่ ซึ่งก่อให้เกิดความแตกต่างในการเข้าถึงบริการระหว่างประชาชนในพื้นที่ต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁵⁾ ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวสะท้อนให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้นในกรณีของบริการตรวจพิเศษด้านรังสีวินิจฉัยทางการแพทย์ซึ่งเป็นบริการสาธารณสุขที่มีต้นทุนสูงและต้องอาศัยทรัพยากรเฉพาะด้าน แม้บริการประเภทนี้จะอยู่ภายใต้กรอบสิทธิด้านสาธารณสุขที่รัฐต้องจัดหาให้ แต่ในทางปฏิบัติการตัดสินใจส่งตรวจมักขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์และการบริหารจัดการของสถานพยาบาลซึ่งได้รับอิทธิพลจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ กลไกการชดเชยค่าใช้จ่ายและโครงสร้างของระบบบริการ ส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ที่มีสถานะสิทธิทางกฎหมายอย่างเดียวกันแต่มีบริบทองค์ประกอบอื่นแตกต่างกัน⁽⁶⁻⁷⁾

จากปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดข้อสงสัยว่า การจัดบริการสาธารณสุขในลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับหลักความเสมอภาคในการจัดบริการสาธารณะ และหลักการคุ้มครองสิทธิของบุคคลเพียงใด จากมุมมองทางกฎหมายมหาชน โดยเฉพาะเมื่อการจำกัดการเข้าถึงบริการมิได้เกิดจากเหตุผลทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว หากแต่เจือด้วยบริบทข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและแรงจูงใจทางการเงินของหน่วยบริการ ด้วยเหตุนี้ บทความวิชาการฉบับนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงโครงสร้างและแรงจูงใจของสถานพยาบาลที่มีผลต่อการใช้ดุลพินิจในการส่งตรวจรังสีวินิจฉัยทางการแพทย์ ภายใต้กรอบกฎหมายว่าด้วยการจัดบริการสาธารณะและการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ โดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างรอบด้าน (comprehen-

sive literature review) และการวิเคราะห์กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เพื่อประเมินความสอดคล้องของการปฏิบัติในทางการบริหารกับหลักกฎหมายมหาชน และนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกลไกทางกฎหมายรวมทั้งการกำกับดูแลของรัฐให้สามารถคุ้มครองความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เนื้อหา

ข้อเท็จจริง เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2567 มีข้อพิพาทเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยสิทธิตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 เพื่อตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เอกซเรย์โพสต์ลงสื่อออนไลน์ Facebook เมื่อสืบถึงมูลเหตุพิพาทแล้ว พบว่า เป็นเรื่องที่ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง (โรงพยาบาลประจำจังหวัด) ให้โรงพยาบาลชุมชนแจ้งผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บบริเวณใบหน้าจากอุบัติเหตุจากรถ และญาติเตรียมเงินมาชำระค่าเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ก่อน จึงจะให้บริการแก่ผู้ป่วยพร้อมอ้างว่าศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลดังกล่าวเป็นงานของเอกชน ส่งผลให้ญาติของผู้ป่วยเกิดความไม่พอใจ จึง live สดลงสื่อออนไลน์

หลักการจัดทำบริการสาธารณะด้านสาธารณสุข

การจัดทำบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขเป็นหน้าที่สำคัญของรัฐในการคุ้มครองและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยต้องยึดหลักความเสมอภาคและความเป็นธรรม เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมไม่เลือกปฏิบัติ ควบคู่กับหลักการเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงทั้งด้านสถานพยาบาล บุคลากร ค่าใช้จ่ายและข้อมูลข่าวสาร^(1,2) นอกจากนี้บริการสาธารณสุขที่รัฐจัดหาให้ต้องมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัย และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง รวมถึงให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาล

ซึ่งสอดคล้องกับหลักสิทธิด้านสาธารณสุขตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 47^(3,4) พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อให้ระบบสาธารณสุขสามารถตอบสนองต่อความต้องการของสังคมและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนโดยรวม^(1,3)

หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่มีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 มาตรา 42 ในการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมและรักษาโรค รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน สำหรับสถานะทางกฎหมาย กระทรวงสาธารณสุขมีฐานะเป็นนิติบุคคลตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 มาตรา 7 โดยปลัดกระทรวงมีอำนาจทำการแทนกระทรวงและอธิบดีมีอำนาจทำการแทนกรม⁽⁸⁾ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีฐานะเป็นหน่วยงานทางปกครองตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 ซึ่งการใช้อำนาจของกระทรวงสาธารณสุขต้องอยู่ภายใต้หลักความชอบด้วยกฎหมายและถูกตรวจสอบได้โดยศาลปกครอง

นอกจากนี้ การแบ่งส่วนราชการภายในกระทรวงสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 มาตรา 43 และการจัดตั้งหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้สะท้อนหลักความรับผิดชอบของรัฐที่มีหน้าที่ต้องให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ครอบคลุมและต่อเนื่อง แก่ประชาชนโดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และกรณีเกิดความเสียหายหรือบกพร่องจากการให้บริการ รัฐต้องสามารถชี้แจงและรับผิดชอบได้ทั้งในด้านกฎหมายและการ

บริหารจัดการ ซึ่งการแบ่งส่วนราชการและการจัดตั้งหน่วยบริการอย่างชัดเจนนี้จะทำให้มีโครงสร้างความรับผิดชอบและการกำกับดูแลที่เป็นระบบสะท้อนถึงหลักนิติรัฐ (rule of law) ซึ่งหมายถึงการที่รัฐต้องปฏิบัติหน้าที่และใช้อำนาจตามกฎหมายอย่างชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้ และต้องปราศจากการใช้ดุลพินิจโดยมิชอบ รวมทั้งการจัดบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพนั้นต้องสอดคล้องกับข้อกำหนดและมาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ที่คำนึงถึงสิทธิและความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

การตรวจพิเศษทางการแพทย์ด้านรังสีวินิจฉัย

ปัจจุบันสถานบริการสุขภาพในประเทศไทยได้นำเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงมาใช้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการตรวจทางรังสีวินิจฉัย ซึ่งพบมากในสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิและศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ของภาครัฐ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography, CT scan) เป็นเทคโนโลยีที่ใช้หลักการรังสีเอกซ์หมุนรอบอวัยวะเพื่อตรวจวินิจฉัยโรคและความผิดปกติต่างๆ เช่น การบาดเจ็บ เลือดออกในสมองและเนื้องอก โดยข้อมูลที่ได้อาจถูกแปลงเป็นภาพตัดขวางของอวัยวะทำให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้แม่นยำมากขึ้น เทคโนโลยี CT ได้พัฒนาเป็น spiral CT ซึ่งสามารถเก็บข้อมูลต่อเนื่องเป็นปริมาตรและสร้างภาพสามมิติ รวมถึง multidetector CT (MDCT) หรือ multislice CT (MSCT) ที่สามารถสร้างภาพหลายภาพต่อรอบการหมุนทำให้การตรวจรวดเร็วขึ้นและสามารถทำการตรวจเฉพาะทาง เช่น CT angiography และ colonography^(9,10) นอกจากนี้ หน่วยบริการสุขภาพที่มีสมรรถนะสูงยังให้บริการตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging, MRI) ซึ่งใช้คุณสมบัติของไฮโดรเจนในร่างกาย เมื่อถูกกระตุ้นด้วยคลื่นวิทยุจะเกิดสัญญาณที่สามารถแปลงเป็นภาพเพื่อวินิจฉัยเนื้อเยื่ออ่อน กล้ามเนื้อ สมอง และระบบประสาทไขสันหลัง⁽¹¹⁾ การให้บริการเทคโนโลยีทางการแพทย์

แพทย์ขั้นสูงเหล่านี้ต้องสอดคล้องกับหลักความเสมอภาค และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งหมายถึงการจัดให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยที่ทันสมัยและได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียมโดยไม่เลือกปฏิบัติและคำนึงถึงผู้ด้อยโอกาส เช่น ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ หรือประชาชนในพื้นที่ห่างไกล การจัดบริการเช่นนี้จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชน เพิ่มความเชื่อมั่นต่อระบบสาธารณสุข และสอดคล้องกับหลักการให้บริการสาธารณสุขอย่างเป็นธรรมต่อสังคม โดยวิธีการจัดหาเทคโนโลยีการตรวจทางรังสีวินิจฉัยดังกล่าวในภาครัฐมีอยู่ด้วยกัน 4 วิธี ได้แก่ การเช่าเหมาบริการ การเช่าเฉพาะเครื่องอย่างเดียว⁽⁹⁾ จัดซื้อเครื่องโดยหน่วยงานของรัฐ และการให้เอกชนเข้ามาร่วมลงทุนในการให้บริการ

1) การเช่าเหมาบริการ (outsourcing) เป็นกลไกการบริหารที่รัฐจัดให้เอกชนเข้ามาดำเนินงานแทนตามมติคณะรัฐมนตรี พ.ศ. 2541 เพื่อปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ โดยภารกิจดังกล่าวยังคงเป็นหน้าที่ของรัฐ มิใช่การถ่ายโอนอำนาจหน้าที่และต้องอยู่ภายใต้บังคับของพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560⁽¹²⁾ ในทางนิติสัมพันธ์ สัญญาเช่าเหมาบริการทั่วไปมีลักษณะคล้ายสัญญาจ้างทำของตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ที่เน้นผลลัพธ์ของงาน โดยผู้ว่าจ้างไม่มีอำนาจบังคับบัญชา ดังนั้น นิติสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานของรัฐกับเอกชนที่รัฐมอบหมายภารกิจให้เอกชนเข้าร่วมจัดทำบริการสาธารณสุข จึงมีลักษณะเป็นสัญญาทางปกครอง เนื่องจากมีวัตถุประสงค์เพื่อการจัดบริการสาธารณสุขและมีลักษณะใช้อำนาจมหาชน เช่น สัญญาเช่าเหมาบริการตรวจพิเศษทางการแพทย์ด้านรังสีวินิจฉัย เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องแก่ประชาชน โดยแนวคิดนี้มีจุดแข็งคือคุ้มครองประโยชน์สาธารณะและเปิดโอกาสให้รัฐมีความยืดหยุ่นในการบริหาร แต่มีจุดอ่อนคือเอกชนรับความเสี่ยงสูงและอาจสะท้อนต้นทุนเพิ่มในราคาสัญญา แต่หากสัญญามีลักษณะเป็นเพียงการเช่าหรือจ้างบริการทั่วไปไม่มีเงื่อนไข

พิเศษเชิงอำนาจก็อาจถือเป็นสัญญาทางแพ่งซึ่งให้ความแน่นอนทางกฎหมายและส่งเสริมการแข่งขันมากกว่า แต่ฝ่ายรัฐจะมีความยืดหยุ่นที่จำกัด ทั้งนี้ โรงพยาบาลรัฐเองยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ กฎหมายจัดซื้อจัดจ้าง และภารกิจต้องรักษาความต่อเนื่องของบริการ จึงต้องพิจารณาซึ่งนำหน้าระหว่างประโยชน์สาธารณะกับความเป็นธรรมทางสัญญาให้เหมาะสมกับบริบท

2) การเช่าเฉพาะเครื่องอย่างเดียว หน่วยงานรัฐสามารถเช่าทรัพย์สินเพื่อจัดทำหรือสนับสนุนบริการสาธารณสุขจากเอกชนได้ เช่น โรงพยาบาลรัฐเช่าเครื่อง CT scan หรือเครื่อง MRI โดยสัญญาเช่าเครื่องมือทางการแพทย์ของหน่วยงานรัฐ แม้ตามรูปแบบจะเป็นสัญญาเช่าตามกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ แต่เมื่อพิจารณาโดยเนื้อหาและวัตถุประสงค์แล้วย่อมมีลักษณะเป็นสัญญาทางปกครอง เนื่องจากทำขึ้นเพื่อให้รัฐสามารถจัดทำบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขซึ่งเป็นภารกิจตามหน้าที่ของรัฐ มิใช่เพื่อประโยชน์เชิงพาณิชย์ของหน่วยงาน อีกทั้งการทำสัญญาดังกล่าวยังต้องอยู่ภายใต้กรอบกฎหมายมหาชน โดยเฉพาะพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ซึ่งกำหนดขั้นตอน วิธีการ และเงื่อนไขการทำสัญญาไว้อย่างเฉพาะเจาะจงแตกต่างจากสัญญาเอกชนทั่วไป นอกจากนี้ หน่วยงานของรัฐยังคงมีอำนาจควบคุม กำกับ และอาจใช้สิทธิบอกเลิกหรือแก้ไขสัญญาเพื่อประโยชน์สาธารณะตามแบบสัญญาภาครัฐ อันเป็นลักษณะของอำนาจมหาชนที่คู่สัญญาเอกชนทั่วไปไม่มี และแม้จะเช่าเครื่องจากเอกชน แต่รัฐยังคงเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์และเป็นผู้รับผิดชอบต่อประชาชนโดยตรง ดังนั้น โดยสภาพแห่งสิทธิและหน้าที่ สัญญาดังกล่าวจึงมีลักษณะ เป็นสัญญาทางปกครองมิใช่สัญญาแพ่งธรรมดา⁽¹²⁻¹⁵⁾ ซึ่งวิธีจัดหาโดยการเช่าเฉพาะเครื่องนี้มีจุดแข็งคือช่วยลดภาระงบประมาณก้อนใหญ่ ได้ใช้เทคโนโลยีใหม่อย่างรวดเร็ว และมักมีการรวมค่าบำรุงรักษาไว้ในสัญญาแล้วทำให้บริหารจัดการได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตาม

จุดอ่อนคือในระยะยาวอาจมีต้นทุนรวมสูงกว่าการซื้อเครื่องเอง ต้องผูกพันงบประมาณหลายปี และเสี่ยงต่อความไม่คุ้มค่าหากกำหนดสัญญาไม่รอบคอบ ทั้งนี้ ข้อจำกัดของโรงพยาบาลรัฐ คือ การดำเนินงานต้องเป็นไปตามระเบียบภาครัฐที่ซับซ้อนและใช้เวลานาน งบประมาณจำกัดและขาดความยืดหยุ่น อีกทั้งมักประสบปัญหาด้านทรัพยากรหลายด้านไม่สอดคล้องกับปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น

3) การจัดซื้อเครื่อง กรณีโรงพยาบาลของรัฐจัดซื้อพัสดุ การจำแนกว่าสัญญาดังกล่าวเป็นสัญญาแพ่งหรือสัญญาทางปกครองจำเป็นต้องพิจารณาจากสาระสำคัญแห่งความสัมพันธ์ทางกฎหมายและวัตถุประสงค์ของสัญญาเป็นหลักตามแนวคำวินิจฉัยของศาลปกครองสูงสุด ในมติที่ประชุมใหญ่ตุลาการในศาลปกครองสูงสุด ครั้งที่ 6/2544 และคำสั่งศาลปกครองสูงสุดที่ 255/2546, 349/2549 และ 435/2558 ซึ่งได้วางหลักว่า หากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐ และสัญญามีวัตถุประสงค์เพื่อจัดให้มีหรือสนับสนุนการให้บริการสาธารณะ หรือมีข้อกำหนดที่แสดงถึงการใช้อำนาจมหาชนของรัฐเหนือคู่สัญญาเอกชน เช่น สิทธิเลิกสัญญาโดยฝ่ายเดียว การกำหนดค่าปรับ หรือการริบหลักประกัน สัญญานั้นย่อมมีลักษณะเป็นสัญญาทางปกครอง ทั้งนี้ สัญญาทางปกครองมีข้อเด่นในด้านการคุ้มครองประโยชน์สาธารณะ และเปิดโอกาสให้รัฐใช้อำนาจกำกับควบคุมเพื่อประโยชน์ส่วนรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้อาจส่งผลให้เอกชนอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบเชิงโครงสร้างและกระบวนการพิจารณาคดีใช้ระยะเวลายาวนาน ขณะที่ในกรณีที่ความสัมพันธ์มีลักษณะเสมอภาค ปราศจากการใช้อำนาจพิเศษของรัฐ สัญญาดังกล่าวอาจมีลักษณะเป็นสัญญาแพ่งตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ อันอยู่ในอำนาจศาลยุติธรรม ซึ่งแม้ยึดหลักเสรีภาพแห่งสัญญาและความเสมอภาคของคู่สัญญา แต่รัฐอาจมีข้อจำกัดในการใช้อำนาจเพื่อคุ้มครองประโยชน์สาธารณะ หากมิได้กำหนดเงื่อนไขไว้รัดกุมเพียงพอ ซึ่งปัจจุบันคำสั่งศาลปกครองสูงสุดที่ 1490/2566 (ประชุมใหญ่) ได้วางแนว

วินิจฉัยให้สัญญาซื้อขายเครื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นสัญญาทางแพ่งอันอยู่ในอำนาจพิจารณาของศาลยุติธรรม แต่อย่างไรก็ตามแนวคำวินิจฉัยดังกล่าวมีความเห็นแย้งโดยยกเหตุผลว่าสัญญาดังกล่าวมีลักษณะเป็นการจัดทำบริการสาธารณะ (ด้านสาธารณสุข) เพราะเครื่องมือแพทย์เป็นสิ่งจำเป็นที่หน่วยงานรัฐต้องใช้ในการให้บริการประชาชน ไม่ใช่วัสดุใช้สิ้นเปลืองทั่วไป เงื่อนไขของสัญญามักมีข้อกำหนดที่รัฐมีอภิสิทธิ์เหนือเอกชน หรือกำหนดให้เอกชนต้องดูแลรักษาหรือฝึกอบรมการใช้งาน และเจตนารมณ์การจัดซื้อดังกล่าวเป็นขั้นตอนหนึ่งของการดำเนินการเพื่อจัดทำบริการสาธารณะ จึงควรอยู่ในอำนาจของศาลปกครอง ในการตรวจสอบความชอบด้วยกฎหมาย สำหรับวิธีจัดหานี้มีจุดแข็งคือในระยะยาวอาจคุ้มค่ากว่าการเช่า โดยเฉพาะเมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมากและต้องใช้งานอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเมื่อโรงพยาบาลเป็นเจ้าของทรัพย์สินเองจึงสามารถกำหนดแนวทางการบริหารจัดการได้อย่างอิสระ อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนคือต้องใช้งบลงทุนจำนวนมากตั้งแต่ต้น และต้องรับภาระค่าบำรุงรักษา ค่าอะไหล่ และค่าซ่อมแซม รวมถึงความเสี่ยงจากเทคโนโลยีที่อาจล้าสมัยในอนาคต นอกจากนี้ โรงพยาบาลรัฐยังมีข้อจำกัดจากระเบียบจัดซื้อจัดจ้างที่ซับซ้อนและใช้เวลานาน งบประมาณที่จัดสรรเป็นรายปีซึ่งขาดความยืดหยุ่น และข้อจำกัดด้านบุคลากรหรือผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเครื่องมือทางการแพทย์ขั้นสูง

4) การร่วมลงทุนระหว่างรัฐและเอกชน (public-private partnership: PPP) ในบริบทโรงพยาบาลของรัฐเป็นกลไกเชิงนโยบายที่เปิดให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมลงทุนและบริหารจัดการบางส่วนของบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ลดภาระงบประมาณภาครัฐ และยกระดับศักยภาพบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง โดยการดำเนินโครงการต้องเป็นไปตามพระราชบัญญัติการร่วมลงทุนระหว่างรัฐและเอกชน พ.ศ. 2562 ซึ่งกำหนดขั้นตอนตั้งแต่การศึกษาความเหมาะสมและความคุ้มค่า (feasibility study และ value for money) การวิเคราะห์ผล

กระทบทางการคลัง การคัดเลือกเอกชน และการกำกับติดตามประเมินผล ทั้งนี้ เอกชนอาจรับผิดชอบด้านการจัดหาและบำรุงรักษาเครื่องมือหรือบริหารระบบบริการบางส่วน ขณะที่รัฐยังคงบทบาทในการกำหนดมาตรฐานวิชาการ ควบคุมคุณภาพ และคุ้มครองสิทธิการเข้าถึง

บริการของประชาชน แม้แนวทางดังกล่าวจะช่วยเพิ่มความคล่องตัวและถ่ายโอนความเสี่ยงบางส่วนได้ แต่ก็มีความท้าทายด้านความซับซ้อนของกระบวนการทางกฎหมายและภาระผูกพันระยะยาวที่ต้องบริหารจัดการอย่างรอบคอบ

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบการจัดหาเครื่อง CT/MRI ของโรงพยาบาลรัฐ

ข้อเปรียบเทียบ	การเช่าเหมาบริการ (outsourcing)	การเช่าเครื่องอย่างเดียว (lease)	การซื้อเครื่องโดยตรง
ลักษณะ	โรงพยาบาลรัฐจ้างเอกชนจัดหา ทั้งเครื่องและบุคลากร มาดำเนินงานครบวงจร	โรงพยาบาลเช่าเฉพาะเครื่อง และจัดการบุคลากรเอง	โรงพยาบาลจัดซื้อเครื่องเป็นทรัพย์สินของหน่วยงานเอง พร้อมบริหารบุคลากรและบำรุงรักษา
การควบคุมบุคลากร	บุคลากรเป็นของเอกชน โรงพยาบาลควบคุมได้น้อยกว่า	โรงพยาบาลควบคุมบุคลากรเอง	โรงพยาบาลควบคุมเต็มที่ทั้งบุคลากรและกระบวนการตรวจ
ความยืดหยุ่นในการจัดบริการ	จำกัดตามสัญญา	ยืดหยุ่นสูง	ยืดหยุ่นสูง สามารถปรับบริการตามนโยบายและความต้องการผู้ป่วย
ภาระบริหาร	ลดภาระบริหารบุคลากรและการจัดการเครื่องมือ	ต้องบริหารบุคลากรและเครื่องเอง	ภาระสูงสุด ต้องดูแลทั้งเครื่อง บุคลากร และบำรุงรักษาเอง
ข้อดี	ลดภาระและเริ่มใช้บริการได้รวดเร็ว	ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการตรวจได้	เป็นเจ้าของเครื่องเต็มที่ ใช้บริการได้ต่อเนื่องและวางแผนระยะยาว
ข้อเสีย	ควบคุมคุณภาพขึ้นอยู่กับสัญญา	ภาระบริหารสูง, ค่าใช้จ่ายสูง	ต้นทุนลงทุนสูงมาก ต้องใช้เงินงบประมาณจำนวนมาก, รับผิดชอบเต็มที่
ความรับผิดชอบ/ความรับผิด	เอกชนรับผิดชอบต่อความเสียหายหรือความผิดพลาดของบุคลากรและเครื่องตามสัญญา แต่โรงพยาบาลต้องติดตามตรวจสอบ	โรงพยาบาลรับผิดชอบต่อเครื่องและบุคลากรและกระบวนการตรวจ	โรงพยาบาลรับผิดชอบต่อเครื่องและบุคลากร รวมทั้งความเสียหายและค่าใช้จ่ายบำรุงรักษา
แง่กฎหมายมหาชน	ต้องจัดซื้อจัดจ้างตาม พ.ร.บ.การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560	เช่นเดียวกับการเช่าเหมาบริการ, ต้องโปร่งใสและตรวจสอบได้	ต้องจัดซื้อจัดจ้างตาม พ.ร.บ.การจัดซื้อจัดจ้างฯ, ตรวจสอบการใช้เงินงบประมาณแผ่นดิน, ต้องปฏิบัติตามหลักความโปร่งใสและความคุ้มค่า

พ.ร.บ. = พระราชบัญญัติ, CT = computed tomography, MRI = magnetic resonance imaging
ที่มา : สังเคราะห์โดยผู้ศึกษา

ต้นทุนการให้บริการตรวจพิเศษทางการแพทย์ด้านรังสีวินิจฉัยและระบบสวัสดิการรักษายาบาล

การให้บริการตรวจพิเศษทางรังสีวินิจฉัย เช่น การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) และการตรวจด้วย

คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) มีต้นทุนต่อหน่วยสูงเนื่องจากราคาของเครื่องมือทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษา และค่าแรงบุคลากรที่เกี่ยวข้อง^(9,15) โรงพยาบาลจึงต้องวิเคราะห์ต้นทุนโดยตรง (ค่าแรง ค่าวัสดุ ค่า

สาธารณสุข (ค่าลงทุน) และต้นทุนทางอ้อม (ค่าบริหารจัดการ) พร้อมประเมินอัตราการคืนทุน (cost recovery) เพื่อกำหนดค่าบริการที่เหมาะสม⁽¹⁶⁾

อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการตรวจพิเศษทางรังสีวินิจฉัยในประเทศไทยมักถูกกำหนดโดยโครงสร้างของระบบสวัสดิการรักษายาบาลซึ่งมีความแตกต่างทั้งในด้านรูปแบบการเบิกจ่าย กลไกทางการเงิน และการจัดสรรทรัพยากรของรัฐอีกด้วย โดยระบบประกันสังคมเบิกจ่ายตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และสถานพยาบาลเครือข่ายระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายในลักษณะเหมาจ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกและตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group: DRG) สำหรับผู้ป่วยใน ขณะที่สวัสดิการข้าราชการจ่ายค่าบริการตามจริงในกรณีผู้ป่วยนอกและปรับตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มโรค (adjusted relative weight: adjRW) ในกรณีผู้ป่วยใน^(16–18) ความแตกต่างเชิงรัฐสวัสดิการดังกล่าวส่งผลให้ประชาชนซึ่งอยู่ภายใต้สถานะทางรัฐธรรมนูญเดียวกันแต่มีสิทธิสวัสดิการต่างกัน มีโอกาสและระยะเวลาในการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยขั้นสูงไม่เท่าเทียมกันได้ ผู้ป่วยบางกลุ่มอาจต้องเผชิญกับความล่าช้าหรือข้อจำกัดด้านจำนวนครั้งของการตรวจ แม้จะมีความจำเป็นทางการแพทย์ในลักษณะเดียวกันอันก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งขัดกับหลักความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติตามกรอบรัฐธรรมนูญ⁽⁴⁾

ปัจจัยเชิงโครงสร้างของระบบและแรงจูงใจของสถานพยาบาลต่อการใช้ดุลพินิจในการส่งตรวจรังสีวินิจฉัย

การใช้ดุลพินิจของสถานพยาบาลและแพทย์ในการส่งตรวจรังสีวินิจฉัยทางการแพทย์เป็นการดำเนินการภายใต้การจัดบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขซึ่งต้องอยู่ในกรอบของกฎหมายที่มุ่งคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน^(3,4)

ดุลพินิจดังกล่าวมิได้เป็นเสรีภาพทางวิชาชีพอย่างปราศจากขอบเขตแต่ถูกกำหนดและจำกัดด้วยปัจจัยเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพ อันได้แก่ โครงสร้างความเป็นเจ้าของและภารกิจของสถานพยาบาล ระบบการจัดบริการ ความพร้อมของทรัพยากรและเทคโนโลยีทางการแพทย์รวมถึงรูปแบบการชำระเงินและการจัดสรรงบประมาณ^(16–20) ปัจจัยเชิงโครงสร้างเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการและรูปแบบการตัดสินใจของแพทย์โดยเฉพาะในระบบที่ใช้การจ่ายค่าบริการแบบแยกรายการตามจริง (fee-for-service) ซึ่งเอื้อให้เกิดแรงจูงใจทางเศรษฐกิจในการเพิ่มปริมาณการให้บริการและอาจนำไปสู่การใช้บริการรังสีวินิจฉัยเกินความจำเป็นอันขัดต่อหลักความจำเป็นและหลักความได้สัดส่วนในการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข^(21–24) นอกจากนี้แรงจูงใจในการลดความเสี่ยงจากความรับผิดทางกฎหมายของแพทย์ส่งผลให้เกิดการแพทย์เชิงป้องกันความเสี่ยง (defensive medicine) ซึ่งเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้มีการส่งตรวจรังสีวินิจฉัยเพิ่มเติมแม้ไม่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่ชัดเจน^(22,25) ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อเทคโนโลยีการวินิจฉัยขั้นสูงซึ่งถูกมองว่าเป็นสัญลักษณ์ของคุณภาพการรักษายังส่งผลให้การใช้ดุลพินิจเบี่ยงเบนจากวัตถุประสงค์แห่งการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน^(20,26) ภายใต้กรอบกฎหมายว่าด้วยสิทธิด้านสุขภาพ การส่งตรวจรังสีวินิจฉัยที่ไม่สอดคล้องกับหลักความเหมาะสมและความจำเป็นไม่เพียงก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายแก่ระบบบริการสาธารณสุข แต่ยังอาจกระทบต่อสิทธิของผู้ป่วยในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและเป็นธรรม อีกทั้งขัดต่อหน้าที่ของรัฐในการจัดบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพและรับผิดชอบต่อหลักธรรมาภิบาลด้านสุขภาพ^(21,23–24)

วิจารณ์

เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2567 เกิดกรณีพิพาทเกี่ยว



กับการให้บริการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) แก่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 โดยโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งกำหนดเงื่อนไขให้ผู้ป่วยและญาติชำระเงินก่อนเข้ารับบริการ โดยอ้างว่าการตรวจ CT scan เป็นงานของเอกชน อย่างไรก็ตามเมื่อตรวจสอบข้อเท็จจริงแล้วพบว่าเครื่อง CT ดังกล่าวเป็นการเช่าทรัพย์สินจากเอกชนตามระเบียบพัสดุภาครัฐซึ่งไม่ทำให้สถานะความรับผิดชอบของโรงพยาบาลรัฐในฐานะฝ่ายปกครองเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นการตรวจวินิจฉัย การแปลผล และความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ทางการแพทย์จึงยังคงเป็นของโรงพยาบาลรัฐ

ในมิติด้านกฎหมายและสิทธิผู้ป่วย เมื่อโรงพยาบาลรัฐเป็นหน่วยงานทางปกครองที่มีหน้าที่จัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพตามรัฐธรรมนูญและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 28⁽³⁾ ซึ่งกำหนดให้สถานพยาบาลต้องให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินทันทีตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์โดยไม่อาจปฏิเสธหรือกำหนดเงื่อนไขอื่นใดมาเป็นเหตุจำกัดการเข้าถึงบริการได้ การที่โรงพยาบาลเรียกเก็บเงินก่อนให้บริการในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินนี้ จึงอาจเข้าข่ายละเมิดสิทธิผู้ป่วยและอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือชีวิตของผู้ป่วยได้ รวมทั้งยังสะท้อนความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่าง “ความเสมอภาคทางกฎหมาย” กับ “ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการจริง” แม้ว่ากฎหมายจะรับรองสิทธิในการเข้าถึงบริการฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน แต่ในทางปฏิบัติ การใช้ดุลพินิจของหน่วยบริการ เงื่อนไขทางการเงิน และข้อจำกัดด้านงบประมาณกลับกลายเป็นอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยบางกลุ่มไม่สามารถใช้สิทธิได้จริง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ UCEP (universal coverage for emergency patient) สามารถเข้าถึงการตรวจ CT scan ได้ทันทีตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ขณะที่ผู้ป่วยสิทธิคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถกลับถูกกำหนดให้ชำระเงินล่วงหน้า ทั้งๆ ที่มีความจำเป็นทางการแพทย์ในระดับ

เดียวกัน สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความไม่เสมอภาคในการใช้สิทธิจริงและชี้ให้เห็นช่องว่างระหว่างหลักการตามกฎหมายกับการปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ

ในมิติด้านโครงสร้างการให้บริการสาธารณสุขและการร่วมมือกับภาคเอกชน แม้โรงพยาบาลรัฐจะใช้รูปแบบการเช่าหรือจ้างเหมาบริการจากเอกชน แต่ความรับผิดชอบต่อการให้บริการยังคงเป็นของโรงพยาบาล การกล่าวอ้างเพื่อปฏิเสธความรับผิดชอบโดยยกเหตุแห่งสัญญาจ้างเอกชนหาอาจรับฟังได้ไม่ เนื่องจากในทางกฎหมายมหาชนรัฐไม่อาจทอดทิ้งภารกิจ (non-delegable duty) ในการจัดบริการสาธารณสุขภายใต้หลักธรรมาภิบาล ส่งผลกระทบต่อความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติทำให้เกิดความสับสนและบั่นทอนความเชื่อมั่นของประชาชนต่อบริการสาธารณะ นอกจากนี้ปัญหาเชิงโครงสร้างระบบบริการที่แรงจูงใจทางเศรษฐกิจเข้ามามีอิทธิพลต่อการใช้ดุลพินิจทางคลินิกในการตัดสินใจส่งตรวจ CT scan เพื่อเพิ่มรายได้ให้กับหน่วยบริการ แรงจูงใจทางกฎหมายเพื่อลดความเสี่ยงจากการวินิจฉัยผิดพลาดหรือตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ การส่งตรวจพิเศษด้านรังสีวินิจฉัยที่เกินความจำเป็นนั้นนอกจากสิ้นเปลืองทรัพยากร สร้างภาระต้นทุนที่ไม่จำเป็นต่อระบบบริการ และลดโอกาสเข้าถึงบริการของผู้ป่วยรายอื่นแล้วยังเบี่ยงเบนจากเป้าหมายหลักของระบบสาธารณสุขในการคุ้มครองสุขภาพประชาชนอย่างเป็นธรรม ดังนั้นการสื่อสารอย่างโปร่งใสเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ประโยชน์ และข้อจำกัดของการตรวจพร้อมติดตามผลการให้บริการ เช่น ระยะเวลารอคอย อัตราการเข้าถึงตามสิทธิ และข้อร้องเรียนจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาความเสมอภาคและความเชื่อมั่นของประชาชน

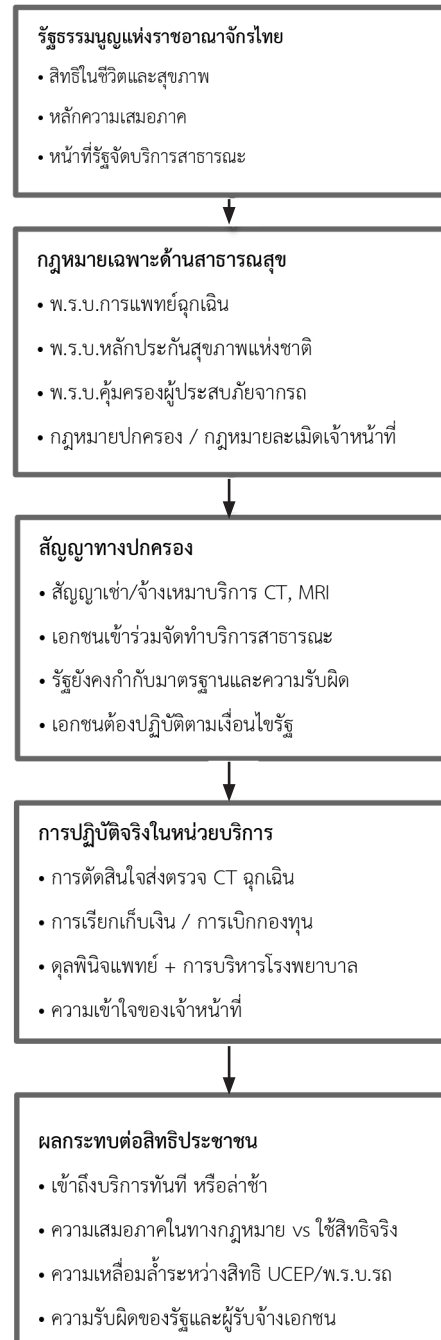
ในมิติด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ การตรวจ CT scan เป็นบริการที่มีต้นทุนสูงทั้งต้นทุนโดยตรง เช่น ค่าเครื่องมือ บุคลากร ค่าสาธารณูปโภค ค่าบำรุงรักษา และค่าเสื่อมราคา และต้นทุนทางอ้อม เช่น ค่าใช้จ่ายด้านการบริหารจัดการ หากขาดการบริหารจัดการต้นทุนที่เหมาะสม

สม โรงพยาบาลอาจพยายามเรียกเก็บเงินล่วงหน้าหรือเลือกเก็บจากผู้ป่วยบางกลุ่มเพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายซึ่งขัดต่อหลักความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข แรงจูงใจทางเศรษฐกิจดังกล่าวยังอาจนำไปสู่การเลือกปฏิบัติ โดยผู้ป่วยที่สามารถชำระเงินได้อาจได้รับบริการเร็วกว่า ขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถชำระเงินล่วงหน้าได้ต้องรอหรือถูกเลื่อนการตรวจที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่ากัน

ในเชิงจริยธรรมและธรรมาภิบาล กรณีตามข้อเท็จจริงสะท้อนการละเมิดหลักการสำคัญหลายประการทั้งหลักการไม่ก่ออันตรายและหลักความเป็นธรรมทางการแพทย์ตลอดจนหลักนิติธรรม ความโปร่งใสและความรับผิดชอบของหน่วยงานรัฐ ดังนั้นการยกระดับจริยธรรมและธรรมาภิบาลในระบบสาธารณสุขจำเป็นต้องกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของหน่วยงานรัฐในการให้บริการร่วมกับเอกชนอย่างชัดเจน เสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ยึดหลักจริยธรรมวิชาชีพ และกำกับการใช้ดุลพินิจทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับข้อบ่งชี้ทางคลินิกและหลักความเป็นธรรมเพื่อให้การคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้นได้จริงและยั่งยืน

ประเด็นเชิงกฎหมายมหาชน

เมื่อวิเคราะห์เหตุการณ์ข้างต้นแล้ว เห็นว่า รัฐจำเป็นต้องสร้างสถาปัตยกรรมทางกฎหมายมหาชนที่เชื่อมโยงตั้งแต่รัฐธรรมนูญ กฎหมายเฉพาะด้าน ได้แก่ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ระเบียบปฏิบัติ และสัญญาทางปกครองไปจนถึงการปฏิบัติจริงในหน่วยบริการเข้าด้วยกัน ดัง Figure 1



พ.ร.บ. = พระราชบัญญัติ, CT = computed tomography, MRI = magnetic resonance imaging, UCEP = universal coverage for emergency patient

ที่มา : สังเคราะห์โดยผู้ศึกษา

Figure 1 Public law architecture of emergency CT service

แนวคิดสถาปัตยกรรมทางกฎหมายมหาชนที่เสนอในบทความนี้ตั้งอยู่บนฐานคิดเชิงรัฐธรรมนูญว่า การจัดทำบริการสาธารณสุขไม่ใช่เพียงกิจกรรมทางบริหารที่รัฐสามารถเลือกใช้เครื่องมือใดก็ได้โดยปราศจากข้อจำกัด หากแต่เป็นการปฏิบัติตามพันธกรณีของรัฐในการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 โดยเฉพาะสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน เข้าถึงได้ตามหลักความเสมอภาค และไม่เลือกปฏิบัติซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิในชีวิตและร่างกาย การที่รัฐอาศัยกลไกสัญญาและการจัดซื้อจัดจ้างเพื่อให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินบริการสาธารณสุขจึงมิใช่การถ่ายโอนความรับผิดชอบเชิงรัฐธรรมนูญ หากเป็นเพียงการปรับรูปแบบการบริหารภารกิจภายใต้กรอบกฎหมายเดิม ทั้งนี้ แนววินิจฉัยของศาลปกครองสูงสุดที่ให้ความสำคัญกับ “ลักษณะของภารกิจและบทบาทของรัฐ” มากกว่ารูปแบบของนิติกรรม ได้สะท้อนหลักการสำคัญว่า ความเป็นมหาชนของบริการสาธารณสุขไม่อาจถูกลดทอนด้วยรูปแบบทางเอกชนได้ แม้กระบวนการทำสัญญาจะอยู่ภายใต้กฎหมายเฉพาะและการจำแนกประเภทสัญญาจะต้องพิจารณาเป็นรายกรณี แต่ในระดับโครงสร้างอาจเกิด “ช่องว่างเชิงสถาปัตยกรรม” ได้ หากกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้าง การแพทย์ฉุกเฉิน หลักประกันสุขภาพ และกลไกการชดเชยความเสียหายมิได้ถูกออกแบบให้ประสานกลไกความรับผิดชอบและการจ่ายเงินอย่างเป็นระบบ ซึ่งช่องว่างดังกล่าวจะปรากฏในทางปฏิบัติทำให้เกิดความไม่ชัดเจนเรื่องลำดับความรับผิดชอบทางการเงิน ความล่าช้าในการพิสูจน์สิทธิ หรือแรงจูงใจทางงบประมาณที่อาจส่งผลกระทบต่อความตั้งใจรักษา โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับสิทธิขั้นพื้นฐาน ในบริบทนี้ หลักนิติรัฐและหลักความได้สัดส่วนจึงทำหน้าที่เป็นกลไกควบคุมเชิงรัฐธรรมนูญ ดังนั้นการกำหนดเงื่อนไขสัญญา การบริหารจัดการบริการ หรือการจำกัดสิทธิใดๆ

ต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชอบด้วยกฎหมาย มีความจำเป็น และไม่เกินสมควรแก่เหตุ สถาปัตยกรรมทางกฎหมายมหาชนในความหมายนี้จึงเป็นกรอบวิเคราะห์ที่ทำให้เห็นความเชื่อมโยงเชิงระบบของกฎหมายหลายฉบับเพื่อเป็นหลักประกันว่า การใช้เครื่องมือทางสัญญาจะไม่กลายเป็นช่องว่างลดทอนการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐาน รวมทั้งสามารถปรับโครงสร้างแรงจูงใจและความรับผิดชอบของทั้งระบบ เพื่อให้การสนับสนุนการคุ้มครองสิทธิของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพจริงในทางปฏิบัติ มิใช่เพียงในระดับถ้อยคำของกฎหมายเท่านั้น

นอกจากนี้ยังเห็นได้ว่าการสร้างสมดุลระหว่างอำนาจรัฐกับสิทธิของประชาชนเป็นหัวใจสำคัญของสถาปัตยกรรมทางกฎหมายมหาชนเพราะนอกจากจะคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยแล้วยังเป็นเครื่องมือให้รัฐสามารถจัดสรรทรัพยากรและบริการสาธารณะได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรมต่อทุกกลุ่มประชาชน ในภาพรวมสถาปัตยกรรมทางกฎหมายมหาชนนี้ทำให้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นไปอย่างยุติธรรม โปร่งใส เข้าถึงได้ และอยู่ภายใต้การตรวจสอบสร้างมาตรฐานการปฏิบัติสำหรับหน่วยงานรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับปฏิบัติการและระดับการกำกับดูแล นอกจากนี้ยังเป็นกรอบสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบายและระบบบริการสาธารณะให้เกิดความต่อเนื่องในการปรับปรุงคุณภาพการบริการ การป้องกันข้อพิพาท และการตรวจสอบการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยโดยการใช้เครื่องมือทางกฎหมายมหาชนต่างๆ เช่น การใช้มาตรการทางปกครอง การฟ้องร้องต่อศาล การรายงานและตรวจสอบข้อมูลเชิงสถิติ หรือการร้องเรียนต่อคณะกรรมการตามกฎหมาย ฯลฯ

เครื่องมือทางกฎหมายมหาชนในการตรวจสอบและกำกับบริการสาธารณะด้านสาธารณสุข ได้แก่

1. กฎหมายและระเบียบปฏิบัติ (legislation & regulation) กฎหมายมหาชนด้านสุขภาพและกฎหมายที่เกี่ยวข้องมีความจำเป็นในการกำหนดกรอบสิทธิและหน้าที่ของรัฐ หน่วยงานและผู้ให้บริการ เพื่อให้การให้บริการ

ด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างเป็นธรรมและปลอดภัย ขณะเดียวกันระเบียบปฏิบัติของหน่วยงาน เช่น แนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น พ.ศ. 2560 จะช่วยสร้างความชัดเจนในการปฏิบัติงาน ลดความคลาดเคลื่อน ส่งเสริมให้ระบบบริการมีมาตรฐาน และสามารถตรวจสอบได้

2. มาตรการตรวจสอบและควบคุม (monitoring & oversight) การกำกับดูแลโดยหน่วยงานรัฐระดับนโยบาย เช่น กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการตรวจสอบภายในของหน่วยบริการ เช่น การสุ่มตรวจใบเรียกเก็บเงินและการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการติดตามและควบคุมคุณภาพการให้บริการ นอกจากนี้การประเมินประสิทธิภาพการบริการ เช่น ระยะเวลาในการตรวจ CT scan จำนวนผู้เข้าถึงบริการและความเสมอภาคในการเข้าถึงสิทธิช่วยให้ระบบบริการมีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพ และสามารถปรับปรุงได้อย่างต่อเนื่อง

3. การใช้เทคโนโลยีและระบบข้อมูล (digital & data tools) ระบบตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยและการเบิกจ่ายอัตโนมัติช่วยลดข้อผิดพลาด ลดการเรียกเก็บเงินล่วงหน้าและเพิ่มความโปร่งใส การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ เช่น จำนวนผู้เข้าถึงบริการตรวจพิเศษ ความล่าช้าในการให้บริการ หรือความเสมอภาคระหว่างพื้นที่สามารถใช้ตรวจสอบและวางแผนปรับปรุงมาตรฐานบริการได้อย่างต่อเนื่อง

4. กลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนและการสร้างสมดุลระหว่างอำนาจรัฐกับสิทธิประชาชน (participatory mechanisms and checks and balances) เป็นองค์ประกอบที่สัมพันธ์และเกื้อหนุนกันอย่างเป็นระบบในบริบทการบริหารสาธารณสุข โดยกลไกการมีส่วนร่วมในลักษณะช่องทางร้องเรียน การรายงานปัญหา และการรับฟังความ

คิดเห็นผู้ป่วย เอื้อให้ประชาชนสามารถตรวจสอบและสะท้อนข้อเสนอแนะต่อการใช้อำนาจรัฐได้โดยตรง อันเป็นกลไกเชิงกระบวนการ (procedural mechanism) ขณะเดียวกัน กลไกทางกฎหมายที่เปิดโอกาสให้ประชาชนร้องเรียนและตรวจสอบการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐ เช่น ผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นกลไกเชิงโครงสร้าง (structural mechanism) ในการถ่วงดุลอำนาจและคุ้มครองสิทธิประชาชน การบูรณาการของทั้งสองกลไกส่งผลให้การจัดสรรทรัพยากรและการให้บริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างโปร่งใส มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และยั่งยืน

ประเด็นพิจารณาเพิ่มเติม

1. การรวมกองทุนประกันสุขภาพ เช่น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และกองทุนสวัสดิการอื่นๆ เข้าด้วยกันให้เป็นระบบกลาง มีโครงสร้างสิทธิและมาตรฐานการเบิกจ่ายเดียวกันซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการ CT scan ในกรณีฉุกเฉินได้ทันทีโดยไม่ต้องรอการยืนยันสิทธิจากหลายระบบสวัสดิการ ลดความซ้ำซ้อนและความสับสนระหว่างระบบ เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ และส่งเสริมความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างแท้จริง

2. มีระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบบูรณาการ การสร้างเครือข่ายโรงพยาบาลและศูนย์ฉุกเฉินที่เชื่อมโยงกันพร้อมแพลตฟอร์มดิจิทัลกลางที่ตรวจสอบความพร้อมของเครื่อง CT และเตียงว่างจะช่วยให้ผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ลดเวลาในการส่งต่อและเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต โดยระบบนี้ยังสามารถบูรณาการกับคู่มือมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อสร้างความชัดเจนและลดความคลาดเคลื่อน

3. คู่มือมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติบังคับ การจัดทำคู่มือมาตรฐานการให้บริการฉุกเฉิน (CT/MRI) สำหรับ



เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยบริการจะช่วยให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติถูกต้องตามมาตรฐานและกฎหมาย ลดความเสี่ยงในการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย เช่น การเรียกเก็บเงินล่วงหน้าหรือจำกัดการเข้าถึง การมีคู่มือมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติราชการเป็นการสร้างความรับผิดชอบและมาตรฐานเดียวกันในระบบสุขภาพ

4. มีการกำกับดูแลและบทลงโทษอย่างชัดเจน โดยหน่วยงานรัฐและผู้รับจ้างเอกชนต้องรับผิดชอบต่อหากละเลยหน้าที่หรือจำกัดสิทธิผู้ป่วย การกำหนดบทลงโทษและระบบติดตามผลการปฏิบัติงานจะช่วยสร้างความรับผิดชอบและความโปร่งใสทำให้บริการ CT ถูกฉ้อฉลเป็นไปอย่างยุติธรรม

5. แรงจูงใจและการประเมินผลเจ้าหน้าที่ การให้แรงจูงใจหรือประเมินผลงานตาม “การปฏิบัติตามมาตรฐานบริการถูกฉ้อฉล” จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ สร้างวัฒนธรรมความรับผิดชอบต่อมาตรฐานวิชาชีพในระบบสุขภาพ

6. นโยบายบูรณาการเชิงพื้นที่การวางแผนบริการ CT ถูกฉ้อฉลตามภูมิภาค และสร้างระบบส่งต่อและเครือข่ายบริการถูกฉ้อฉลครบวงจรจะช่วยแก้ปัญหาเขตห่างไกลและความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการ ทำให้ผู้ป่วยทุกพื้นที่สามารถเข้าถึง CT ถูกฉ้อฉลได้รวดเร็วและเท่าเทียม

สรุป

กรณีศึกษาสะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขที่ยังมีช่องว่างระหว่างสิทธิที่กฎหมายรับรองกับการเข้าถึงบริการจริง แม้ประชาชนจะมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์อย่างเสมอภาคและเหมาะสมตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบอุปสรรคโดยเฉพาะบริการตรวจพิเศษราคาแพงที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีหรือผู้ให้บริการจากภายนอก ปัญหาดังกล่าวมิได้เกิดจากข้อจำกัดทางการแพทย์หากแต่เกิดจากการบริหารจัดการและความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับรูปแบบสัญญาเช่าหรือ

สัญญาจ้างเหมาบริการ ส่งผลให้หน่วยบริการบางแห่งจำกัดการเข้าถึงสิทธิของผู้ป่วยเกินสมควร

ผลกระทบของปัญหานี้ไม่เพียงก่อให้เกิดความล่าช้าในการรักษาแต่ยังสร้างความไม่เสมอภาคระหว่างผู้ป่วยในระบบรัฐสวัสดิการภายใต้รัฐธรรมนูญเดียวกัน กระทบต่อหลักการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ความเสมอภาคตามกฎหมาย และความเชื่อมั่นของประชาชนต่อบริการสาธารณะ อีกทั้งยังลดประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุขและก่อให้เกิดต้นทุนแฝงในระยะยาว ดังนั้น รัฐจึงต้องมีบทบาทในการกำกับดูแลหน่วยบริการและผู้รับจ้างให้บริการสาธารณะอย่างชัดเจน โดยกำหนดแนวทางการบริหารและการทำสัญญาที่คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้การจัดทำบริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างเป็นธรรม โปร่งใส และทำให้สิทธิที่กฎหมายรับรองสามารถเกิดผลได้จริงในทางปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำหรับกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขควรมุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจในหลักสิทธิผู้ป่วยและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่และผู้บริหารหน่วยบริการ โดยการจัดอบรมและสัมมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เจ้าหน้าที่เข้าใจหลักความเสมอภาค ความเป็นธรรม และหลีกเลี่ยงการเรียกเก็บเงินล่วงหน้าที่จะละเมิดสิทธิผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดทำคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานและระบบค่าประกันที่ครอบคลุมมาตรฐานการให้บริการ เช่น การตรวจพิเศษรวมถึงพัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุนเชิงนโยบาย เช่น คณะกรรมการติดตามการปฏิบัติงานและระบบตรวจสอบภายในเพื่อประกันความถูกต้อง ลดความเสี่ยงในการละเมิดสิทธิ และเสริมสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของกองทุนสวัสดิการสุขภาพ

เพื่อให้ประชาชนเข้าใจสิทธิและขั้นตอนการเข้าถึงบริการ และเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ คู่มือ

หรือคลิปปิดีโอที่กระชับ เข้าใจง่าย อธิบายขั้นตอนการส่งตรวจพิเศษด้านรังสีวินิจฉัย การยื่นเรื่องเบิกค่ารักษาและช่องทางการร้องเรียน รวมทั้งระบบการรายงานปัญหาและการร้องเรียนทางออนไลน์ อีกทั้งควรส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประชาชนกับผู้บริหารหน่วยบริการเพื่อเพิ่มความโปร่งใส ความรับผิดชอบและความน่าเชื่อถือของระบบสาธารณสุขทำให้สามารถตรวจสอบและแก้ไขปัญหาในการเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและเท่าเทียม

2. สำหรับหน่วยงานประกันสุขภาพแต่ละระบบ

หน่วยงานประกันสุขภาพควรพัฒนามาตรฐานร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการตรวจพิเศษฉุกเฉินอย่างเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพโดยจัดทำคู่มือสำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่ชัดเจนเกี่ยวกับขั้นตอนการส่งตรวจ การเบิกค่ารักษาและสิทธิที่สามารถใช้ได้ทันที พร้อมกับพัฒนาระบบดิจิทัลร่วมที่เชื่อมข้อมูลผู้ป่วยและกองทุนทุกระบบเข้าด้วยกันเพื่อให้การตรวจสอบสิทธิและการเบิกจ่ายเป็นอัตโนมัติ ลดความล่าช้า และข้อผิดพลาด รวมทั้งการใช้ข้อมูลสถิติและการวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อตรวจสอบความเสมอภาค ปรับปรุงมาตรฐานบริการและสร้างกลไกรายงานข้อร้องเรียนหรือปัญหาเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

References

- Rattanakwan S. Public services of local government organizations [internet]. King Prajadhipok's Institute Database on Politics and Governance; 2016 [cited 2024 Dec 29]. Available from: <http://wiki.kpi.ac.th>. (in Thai)
- Bramanan N. Administrative law principles on public services. 5th ed. Bangkok: Winyuchon; 2017. (in Thai)
- Panichphong W. The right to receive public health and welfare services from the state in accordance with the rule of law [internet]. Office of the Constitutional Court; 2017 [cited 2024 Dec 29]. Available from: https://www.constitutional-court.or.th/occ_web/ewt_dl_link.php?nid=1520. (in Thai)
- Thong-in B. An analysis of the Constitution of the Kingdom of Thailand: Chapter 3 rights and freedoms of the Thai people [internet]. 2020 [cited 2024 Dec 29]. Available from: https://www.senate.go.th/commission_meeting/read-file/61449/14355/2092/11730. (in Thai)
- National Economic and Social Development Council. Poverty and inequality report 2024 [internet]. 2025 [cited 2024 Dec 29]. Available from: https://www.nesdc.go.th/wordpress/wp-content/uploads/2025/09/Final-Report-2024_as-of-20250912.pdf. (in Thai)
- Mongkhonsuebsakul W. Thailand's access to healthcare services: reflection of inequality among vulnerable groups. *Sahasat J Soc Sci Humanit.* 2022;6(1):55-69. (in Thai)
- Prithamrongsawat S, Uesiriwan B, Hempisut P. Inequality among health insurance systems in Thailand [internet]. 2013 [cited 2024 Dec 29]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/3803/Samrit2%20.pdf>. (in Thai)
- Office of the Council of State. State Administration Act B.E. 2534 (1991) [internet]. 2010 [cited 2024 Dec 29]. Available from: https://www.dga.or.th/wp-content/uploads/2021/01/file_d6aa2b69e43a56c5456d54cad64411b0.pdf. (in Thai)
- Tansupaphon C. Legal analysis of the provision of high-technology radiodiagnostic imaging in government healthcare centers. *Reg 4-5 Med J.* 2017;36(2):101-4. (in Thai)
- Advanced Diagnostic Imaging Center (AIMC), Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Basic CT knowledge [internet]. 2015 [cited 2024 Dec 29]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/aimc/th/content/ctth>. (in Thai)
- Advanced Diagnostic Imaging Center (IMAC), Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Basic MRI knowledge [internet]. 2015 [cited 2024 Dec 29]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/aimc/th/content/09122017-1414-th>. (in Thai)
- Workforce Planning and System Development Group, Personnel Division, Department of Provincial Administration. Contract service manual [internet]. [cited 2024 Dec 29]. Available from: <http://www.hinkhon.go.th/hinkhon/main-file/5yrfbg8kt.pdf>. (in Thai)
- Changnoi A. Main issues in hire of service agreements and hire of work agreements. *J MCU Nakhondhat.* 2024;11(2):109-19. (in Thai)
- Sintupatch D. Criteria of administrative contracts: participation in public service contracts and contracts with highly unusual provisions. *Thaksin Law J.* 2020;9(11):121-44. (in Thai)
- Department of Public Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Guidelines for advanced radiological diagnostic services using computed



- tomography and magnetic resonance imaging in hospitals under the Ministry of Public Health. Samut Sakhon: Born to be Publishing; 2021. (in Thai)
16. Na Ranong W, Tunyut A, Sathitphongstaporn S, Thupthian S. Analysis report: public health service payment plans across three funds—key concepts, issues, and considerations [internet]. 2021 [cited 2024 Dec 29]. Available from: <https://dri.or.th/2021/12/three-public-health>. (in Thai)
 17. Comptroller General’s Department. Civil servant medical benefit scheme handbook [internet]. 2023 [cited 2024 Dec 29]. Available from: https://www.personnel.nu.ac.th/home/images/data/file/new/advertise/2560/Medical_guide_government%20officer_CGD_2553.pdf. (in Thai)
 18. Suksamai K, Dhebpanya P, Sangrugsan N. Disparity of three health insurance schemes. *J Grad MCU Khon Kaen Campus*. 2019;6(2):236-52. (in Thai)
 19. Eisenberg JM. Physician utilization: the state of research about physicians’ practice patterns. *Med Care*. 1985;23(5):461-83.
 20. Kassirer JP. Our stubborn quest for diagnostic certainty: a cause of excessive testing. *N Engl J Med*. 1989;320(22):1489-91.
 21. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA*. 2012;307(14):1513-6.
 22. Kachalia A, Mello MM. Defensive medicine—legally necessary but clinically harmful? *N Engl J Med*. 2011;364(8):703-5.
 23. World Health Organization. Health systems governance for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2014.
 24. OECD. Tackling wasteful spending on health. Paris: OECD Publishing; 2017.
 25. Flood CM, Thomas B. Canadian medical liability law and defensive medicine. *Health Law J*. 2008;16:1-38.
 26. Emanuel EJ, Fuchs VR. The perfect storm of overutilization. *JAMA*. 2008;299(23):2789-99.